جامعة وهران 2

كلية العلوم الإجتماعية

قسم علم السكان

أطروحة لنيل شهادة الدُّكتوراه الطَّور الثالث في علم السكان

عنوان الأطروحة

# الولوج للرعاية الصحية التوليدية في الجزائر: دراسة ميدانية في بعض ولايات الجزائر

إعداد: عمـار خوجة فـــاطمة

تحت إشراف: ا.د هاشم أمال

مقدّمة ومناقشة علنًا أمام اللّجنة المكونة من

| الإسم واللَّقب | الرُّتبة | الصِّفة | مؤسَّسة الانتماء |
|---|---|---|---|
| داودي نور الدين | أستاذ تعليم عالي | رئيسًا | جامعة وهران 2 |
| هاشم أمال | أستاذ التعليم العالي | مشرفًا ومقرّرًا | جامعة وهران 2 |
| بختاوي اسيا | استاذة محاضرة ا | مناقشًا | جامعة وهران 2 |
| طويل شهرزاد | استاذة محاضرة ا | مناقشًا | جامعة تلمسان |
| عبد العزيز سهام | استاذة محاضرة ا | مناقشًا | جامعة باتنة 1 |

السَّنة الجامعية:2025-2026

# شكر وتقدير

الحمد لله الذي مكنني من إتمام هذا البحث، ويسر لي سبل العلم والتعلم وأعانني عل الصبر والمثابرة في سبيل بلوغي هذا المقام.

أتقدم بجزيل الشكر وخالص الأمتنان لمشرفتي الفاضلة الأستاذة الدكتورة "**هـــــــاشم أمـــال**". التي كانت نعم السند والموجه طوال سنوات إعداد هذه الاطروحة.

لقد وقفت إلى جانبي في كل لحظات الضعف والاحتياج. وفيأصعب الظروف التي مررت بها. لاسيما أثناء فترة مرضي، ومحنة فقدان والدتي –رحمها الله– فكانت دعما انسانيا وعلميا لا يقدر بثمن.

قدمت لي من وقتها وعلمها أكثر مما كنت أرجو أو أطلب. فكان لصدقها ونبلها وتوجيهاتها الأثر الكبير في انجاز هذا العمل. وانني مهما سطرت من كلمات لن أوفيها حقها. فلها مني كل الشكر والتقدير والعرفان.

كما أتقدم بجزيل الشكر لأعضاء لجنة المناقشة لقبولهم مناقشة هذه الاطروحة.

ولا يفوتني ان أخص بالشكر للأستاذة "بن عبد الله فتيحة" التي كان لها أثر بالغ في تشجيعي على مواصلة الدراسة والوصول إلى هذه المرحلة الاكاديمية.

وفي الأخير أتقدم بالشكر والأمتنان لكل من وقف إلى جانبي خلال إعداد هذه الاطروحة. دون ان أنسي كامل قسم الديموغرافيا من أساتذة واداريين.

عمار خوجة فاطمة

# إهداء

الحمد لله الذي بنعمته تتم الصالحات.

الحمد لله حمدا طيبا مباركا كما ينبغي لجلال وجهك وعظم سلطانك.

وهكذا وبعد مشوار طويل أخط أخر كلمات في أطروحتي وأهديها إلى من كان لوجودهم ودعمهم وذكراهم الأثر البالغ في بلوغي هذا المقام. وبمساندتهم وصلت الى هذا المقام.

تمنيت ان تكون كلماتي في هذا الاهداء بردا وسلاما على قارئها. لكن شاءت الاقدار ان تكتب بدموعي ووجعي.

إلى من فارقوني وتركوا فراغا لا يملأ وجرحا لا يندمل.

إلـــــــى روح والدي الحبيب"**أحسن**'

إلى روح الروح، وقرة عيني وحبيبتي التي رحلت منذ أشهر أمـــــي "**مجـــــــول حمامة**". كم تمنيت ان تكون معي في هذه اللحظة، وان أضع هذه الاطروحة بين يديك وفي حضنك، كما كان الحضن الذي احتواني في كل شيء....

ولكن شاءت الاقدار ان أهديها لكما وانا واقفة على قبريكما بقلب منكسر ودعائي الذي لا ينقطع.

إلى روح أخـــي الذي رحل في ريعان شبابه **'بوبكر'** ومازال طيفه في الذاكرة.

إلى جميع أخواتي اللواتي كن سندا في هذه الرحلة، والى أزواجهن وأبنائهن وبناتهن، والى إخواني وأبنائهم وزوجة أخـــــي.

وإلـــــــى أعز صديقاتي: الأستاذة د. بلعروسي شريفة، د. نور هدى، ودكاترة المستقبل بن سيـــوب أمـال، ويطـــو وئـــام

وإلـــــــى زميليَّ الدكتور شحرور رشيـــــــد، والدكتور لبادي خـالد.

**عمار خوجة فاطمة**

**الملخص:**

على الرغم من الانخفاض الكبير في معدل وفيات الأمهات في الجزائر من 500 حالة وفاة لكل 100,000 ولادة حية في عام 1962 إلى 48.5 حالة وفاة في عام 2020 – لا تزال هذه المؤشرات غير كافية فيما يتعلق بأهداف التنمية المستدامة. على الرغم من أن المادة 54 من الدستور الجزائري تنص على أن الحصول على الرعاية الصحية حق غير قابل للتصرف، وأن سياسات الحكومة قد وسعت البنية التحتية للرعاية الصحية، إلا أن التفاوتات الإجتماعية والديموغرافية والاقتصادية والجغرافية لا تزال قائمة. تحد هذه التفاوتات بشكل كبير من حصول النساء في سن الإنجاب على الرعاية التوليدية الأساسية، لا سيما في المناطق الريفية.

يهدف هذا البحث إلى تحديد العوامل المحددة التي تؤثر على حصول النساء الجزائريات (15–49 سنة) على خدمات صحة الأمومة خلال مراحل الحمل والولادة ومابعد الولادة. تعتمد المنهجية على تحليل بيانات المسح المجمّع للمؤشرات المتعددةMICS6) ، (2018، مع استكمالها بتحقيق تجريبي في ثلاث ولايات تمثل التنوع الإقليمي والإجتماعي والثقافي للجزائر.

**الكلمات المفتاحية:** الولوج إلى الرعاية التوليدية، وفيات الأمهات، الحمل، الولادة، فترة ما بعد الولادة، الانحدار اللوجستي.

**Abstract:**

Despite a significant reduction in maternal mortality in Algeria-declining from 500 deaths per 100,000 live births in 1962 to 48.5 deaths in 2020-these indicators remain insufficient in relation to the Sustainable Development Goals. Although Article 54 of the Algerian Constitution establishes access to healthcare as an inalienable right and government policies have expanded healthcare infrastructure, sociodemographic, economic, and geographic disparities persist. These inequalities considerably limit reproductive-age women's access to essential obstetric care, particularly in rural areas.

This research aims to identify the determinants conditioning access to maternal health services for Algerian women (15-49 years) during the prenatal, perinatal, and postnatal phases. The methodology relies on analyzing data from the Multiple Indicator Cluster Survey (MICS6, 2018), complemented by empirical investigation in three wilayas representative of Algeria's territorial and sociocultural diversity.

**Keywords:** Obstetric care access, maternal mortality, pregnancy, childbirth, postpartum period, logistic regression.

Résumé:

En dépit d'une régression significative de la mortalité maternelle en Algérie - passant de 500 décès pour 100 000 naissances vivantes en 1962 à 48,5 décès en 2020 - ces indicateurs demeurent insuffisants au regard des Objectifs de Développement Durable. Bien que l'article 54 de la Constitution algérienne établisse l'accès aux soins comme droit inaliénable et que les politiques gouvernementales aient permis l'extension des infrastructures sanitaires, les disparités sociodémographiques, économiques et géographiques persistent. Ce qui limite considérablement l'accessibilité des femmes en période reproductive aux soins obstétricaux essentiels, particulièrement dans les zones rurales.

Cette recherche vise à identifier les déterminants conditionnant l'accès aux services de santé maternelle pour les Algériennes (15-49 ans) durant les phases pré, péri et postnatales. La méthodologie s'appuie sur l'analyse des données de l'Enquête MICS6 (2018), complétée par une investigation empirique dans trois wilayas représentatives de la diversité territoriale et socioculturelle algérienne.

**Les mots clés** : L’accès soins obstétricaux, mortalité maternelle, grossesse, accouchement, période post-partum, régression logistique.

# الفهرس


| العناوين | الصفحة |
|---|---|
| شكر وتقدير | |
| إهداء | |
| الملخص | |
| الفهرس | أ |
| قائمة الجداول | ط |
| قائمة الأشكال | ش |
| المقدمة العامة | 1 |
| **الفصل التمهيدي: الإطار المنهجي للدراسة** | |
| **1.** الإشكالية | 4 |
| **2.** فرضيات البحث | 7 |
| **3.** مصادر جمع المعطيات | 7 |
| **4.** الهدف من الدراسة | 8 |
| **5.** حدود الدراسة | 8 |
| **6.** أسباب إختيار الموضوع | 9 |
| **7.** أهمية الدراسة | 9 |
| **8.** صعوبات البحث | 10 |
| **9.** منهجية الدراسة | 10 |

| | |
|---|---|
| **10.** الدراسات السابقة | 11 |
| **11.** تحليل الدراسات السابقة | 32 |
| الفصل الأول: الإطار النظري | |
| تمهيد | 38 |
| 1. شرح المفاهيم | 38 |
| 2. الرعاية الصحية التوليدية ودورها في الحد من وفيات الأمهات والاعتلال الصحي المرتبط بالحمل والولادة وما بعد الولادة | 46 |
| 3. المناهج التوضيحية والتفسيرية للرعاية الصحية التوليدية في الدول النامية | 53 |
| **1.3**- المقاربة المؤسساتية | 53 |
| **2.3**-المقاربة الاقتصادية | 57 |
| **3.3**-المقاربة الإجتماعية للوصول للرعاية الصحية | 62 |
| **4.3**-المقاربة الديموغرافية والصحية | 66 |
| **5.3**- مقاربة السلوك العقلاني | 72 |
| **6.3**-المقاربة الشاملة | 75 |
| الخلاصة | 83 |
| **الفصل الثاني: الواقع السوسيوديمغرافي والصحي في الجزائر** | |
| تمهيد | 84 |
| **1.** الموقع الجغرافي | 84 |
| **2.** التطور الديموغرافي للسكان في في الجزائر من 1962 إلى 2022 | 87 |

| | |
|---|---|
| **3.** الوضعية الاقتصادية والإجتماعية في الجزائر من 1962 إلى2022 | 96 |
| **4.** التعليم في الجزائر من1962 إلى2022 | 100 |
| **5.** النظام الصحي في الجزائر من1962 إلى2022 | 121 |
| خلاصة | 190 |
| **الفصل الثالث: تحليل بيانات الولوج والرعاية الصحية التوليدية حسب المسح العنقودي السادس (MISC6)** | |
| تمهيد | 132 |
| **1.** تقديم المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس | 133 |
| **2.** تقييم نوعية المعطيات الكمية | 134 |
| **3.** عينة الدراسة | 135 |
| **4.** تقديم نتائج الدراسة | 136 |
| **1.4- المتابعة الصحية لفترة الحمل** | 137 |
| **1.1.4-** تحديد العوامل المؤثرة على متابعة الحمل | 137 |
| **2.1.4-**تحديد العوامل المؤثرة على متابعة الحمل بإستخدام التحليل اللوجستي ثنائي الإجابة | 145 |
| **3.1.4. المتابعة الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل** | 150 |
| **4.1.4** العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة خلال الحمل | 151 |
| **5.1.4.** تحديد العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة خلال الحمل بإستخدام التحليل اللوجستي ثنائي الاجابة | 159 |

| | |
|---|---|
| **6.1.4. عدد الزيارات الطبية للمتابعة الصحية لفترة الحمل** | 162 |
| **7.1.4.** العوامل المؤثرة على الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الجمل | 163 |
| **8.1.4.** تحديد العوامل المؤثرة على الإلتزام بعدد الزيارات لمتابعة بإستخدام التحليل اللوجستي ثنائي الإجابة | 175 |
| **9.1.4. التلقيح ضد التيتانوس للمرأة في أخر حمل** | 179 |
| **10.1.4.** العوامل المؤثرة على تلقي اللقاح ضد التيتانوس | 180 |
| **2.4. الرعاية الصحية أثناء الولادة** | 185 |
| **1.2.4.** العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة | 188 |
| **2.2.4.** تحديد العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة بإستخدام التحليل اللوجستي ثنائي الاجابة | 195 |
| **3.4. الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة** | 200 |
| **1.3.4.** نوع الولادة | 200 |
| **2.3.4.** مدة الإقامة في مصلحة التوليد | 201 |
| **3.3.4.** العلاقة بين نوع الولادة ومدة الإقامة | 205 |
| **4.3.4.** الحصول على الرعية الصحية بعد الولادة | 206 |
| **5.3.4.** عدد الزيارات لمتابعة الحمل | 207 |
| **6.3.4.** إصابة النساء بمضاعفات صحية بعد الولادة | 212 |
| **7.3.4.** تحديد العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة | 213 |

| | |
|---|---|
| **8.3.4.** تحديد العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة بإستخدام التحليل اللوجستي ثنائي الاجابة | 223 |
| **9.3.4** الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة بعد الولادة | 228 |
| **خلاصة الفصل** | 229 |
| **الفصل الرابع: دراسة الولوج والرعاية الصحية في الجزائر: تحليل بيانات البحث الميداني** | |
| تمهيد | 231 |
| **1.** التعريف بالدراسة الميدانية | 231 |
| **2.** عينة الدراسة | 234 |
| **3.** عرض النتائج | 236 |
| **1.3** توصيف العينة | 236 |
| **1.1.3** الخصائص السوسيوديمغرافية لأفراد العينة | 236 |
| **2.1.3** المتغيرات التابعة الأساسية والمتغيرات المستقلة للدراسة | 241 |
| **4.نتائج البحث الميداني** | 244 |
| **1.4.** المتابعة الطبية للحمل | 244 |
| **1.1.4.** الرعاية الصحية التوليدية في فترة الحمل | 244 |
| **2.1.4.** سبب عدم القيام بمتابعة الحمل | 245 |
| **3.1.4.** المسافة بين بلدية الإقامة ومكان المتابع الطبية | 245 |
| **4.1.4.** الاشراف على الحمل | 249 |
| **5.1.4.** الفحص بجهاز الموجات فوق الصوتية | 251 |

| | |
|---|---|
| **6.1.4.** سبب إختيار القطاع الخاص | 252 |
| **7.1.4** وضعية الحمل | 254 |
| **8.1.4.** عدد الزيارات لمتابعة الحمل | 255 |
| **9.1.4.** سبب عدم الإلتزام بعدد الفحوصات اللازمة | 257 |
| **10.1.4.** لقاحات المرأة الحامل | 261 |
| **11.1.4.** تكلفة المتابعة الصحية | 262 |
| **12.1.4** العلاقة بين تكلفة المتابعة ومكان المتابعة الصحية | 263 |
| **13.1.4** العلاقة بين تكلفة المتابعة والمسافة بين المنزل ومكان المتابعة | 265 |
| **14.1.4.** مدة الحمل عند أول زيارة | 267 |
| **15.1.4** الشخص المكلف بدفع التكاليف | 268 |
| **16.1.4.** الشخص المرافق عند المتابعة الطبية للحمل | 269 |
| **17.1.4.** العوامل المؤثرة على عدد الزيارات لمتابعة الحمل | 270 |
| **18.1.4** العوامل المؤثرة على الإلتزام بعدد الزيارات بإستخدام الانحدار اللوجستي الثنائي الاجابة | 288 |
| **19.1.4.** الشهر الذي حصل فيه المحاض | 293 |
| **2.4. الرعاية الصحية أثناء الولادة** | 294 |
| **1.2.4** مكان الولادة | 295 |
| **2.2.4** مكان توجه المرأة لحظة المخاض | 295 |
| **3.2.4.** الشخص المرافق للمرأة لمصلحة التوليد | 296 |

| | |
|---|---|
| **4.2.4** مكان ونوع الولادة | 298 |
| **5.2.4.** الاشراف عن الولادة وبلدية الإقامة | 300 |
| **6.2.4.** سبب الولادة القيصرية | 301 |
| **7.2.4.** قرار إجراء العملية القيصرية | 303 |
| **8.2.4.** المسؤول عن قرارا الولادة القيصرية | 304 |
| **9.2.4.** تعسر الولادة الطبيعية | 305 |
| **10.2.4.** الوسائل المستخدمة في الولادة الطبيعية | 306 |
| **11.2.4.** نوع المعاملة في المستشفيات العمومية عند الولادة الطبيعية | 307 |
| **12.2.4.** نوع المعاملة السيئة | 308 |
| **13.2.4.** نوع المساعدة أثناء الولادة | 309 |
| **14.2.4.** تحديد العوامل المؤثرة على نوع الرعاية الصحية المؤهلة أثاء الولادة | 310 |
| **15.2.4.** معاملة الطاقم الطبي خلال الإقامة في المستشفى | 319 |
| **16.2.4.** المتسبب في المعاملة السيئة خلال الإقامة في المستشفى | 320 |
| **17.2.4.** العوامل المؤثرة الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة بإستخدام الانحدار اللوجستي الثنائي الاجابة | 321 |
| **3.4 الرعاية الصحية فترة ما بعد الولادة** | 325 |
| **1.3.4** الحالة الصحية للمولود عند الولادة | 325 |
| **2.3.4.** نوع المشاكل الصحية للمولود عند الولادة | 326 |
| **3.3.4.** إستخدام الحضانة | 328 |

| | |
|---|---|
| **4.3.4.** فحص المواليد من طرف طبيب أطفال | 328 |
| **5.3.4.** توفر الحضانة في مصلحة التوليد | 329 |
| **6.3.4.** مدة بقاء المولود في الحضانة | 330 |
| **7.3.4.** صحة المولود خلال 24 ساعة بعد الولادة | 331 |
| **8.3.4. نوع** المضاعفات التي عن منها المولود | 332 |
| **9.3.4.** تلقيح المولود | 333 |
| **10.3.4** المدة الزمنية بين ميلاد الطفل وتلقي التلقيح | 333 |
| **11.3.4.** المراقبة الدورية للمرأة والمولود من طرف الممرض(ة) | 334 |
| **12.3.4.** الرضاعة الطبيعية للمولود | 335 |
| **13.3.4** سبب عدم الارضاع | 336 |
| **14.3.4** مدة الإقامة في مصلحة الولادة بعد الولادة | 338 |
| **15.3.4** طلب المصلحة للعود من أجل الفحص الطبي بعد لبخروج | 239 |
| **16.3.4** مكان معاية جرح العملية | 240 |
| **17.3.4.** سبب الرجوع لنفس المصلحة | 341 |
| **18.3.4.** فحص ما بعد الولادة | 342 |
| **19.3.4.** مدة الفحص بعد الخروج من المصلحة التوليدية | 343 |
| **20.3.4.** سبب عدم الفحص البي للأسبوع السادس | 344 |
| **21.3.4.** رأي المبحوثات في المؤسسة الصحية العمومية محل اولادة | 346 |
| **خلاصة** | 348 |

| | |
|---|---|
| مناقشة فرضيات الدراسة في ضوء نتائج الدراسة الميدانية والمسح العنقودي السادس | 349 |
| الخـــــــــاتمة العـــــــامة | 352 |
| قـــــــــائمة المـــراجع | 357 |
| الملاحق | 345 |

| الرقم | العنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | تطو تطور عدد المعلمين حسب الجنسية في الفترة 1962-1970 | 102 |
| 2 | نسبة تمدرس الفتيات في الفترة الممتدة بين 1962-1970 | 105 |
| 3 | نسبة تمدرس الفتيات للفترة 1970-1980 | 111 |
| 4 | تطور عدد التلاميذ والمعلمين والمنشأة التعليمية في الجزائر 1980-2019 | 113 |
| 5 | تطور عدد الطلبة المسجلين والمتخرجين في العليم العالي في الفترة 1980-2019 | 115 |
| 6 | تطور نسبة تمدرس الفتياة في الجزائر 1980-2019 | 116 |
| 7 | تطور عدد الأطباء في الجزائر 1993-2019 | 120 |
| 8 | تطور تطور المنشأت الصحية في الجزائر1974-1998 | 123 |
| 9 | تطور تطور المنشأت الصحية في الجزائر1999-2006 | 124 |
| 10 | تطور تطور المنشأت الصحية في الجزائر2008-2020 | 125 |
| 11 | توزيع النساء حسب المتابعة الطبية فترة للحمل | 136 |
| 12 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل وسن المرأة | 137 |
| 13 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل والإصابة بالأمراض المزمة | 138 |
| 14 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل والإنتساب للضمان الإجتماعي | 138 |

| | | |
|---|---|---|
| 15 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل والمستوى المعيشي | 139 |
| 16 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل وعمل المرأة | 140 |
| 17 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل وعدد الأطفال | 140 |
| 18 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل ومشاكل صحية لحمل سابق | 141 |
| 19 | توزيع النساء حسب المشاكل صحية سابقة ةالمستوى التعليمي للمرأة | 142 |
| 20 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل ومكان الإقامة | 143 |
| 21 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل والمنطقة الجغرافية | 144 |
| 22 | ترميز المتغير التابع | 145 |
| 23 | بناء معالم نموذج الانحدار اللوجستي والمتغيرات المفسرة | 147 |
| 24 | ترتيب المتغيرات المفسرة حسب درجة تأثيرها على المتغير التابع | 149 |
| 25 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية المؤهلة للحمل وسن المرأة عند أخر ولادة | 151 |
| 26 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية المؤهلة للحمل والاصابة بالأمراض المزمنة | 151 |
| 27 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية المؤهلة للحمل والإنتساب للضمان الإجتماعي | 152 |
| 28 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية المؤهلة للحمل والمستوى المعيشي | 153 |
| 29 | توزيع النساء حسب الحصول على المتابعة الصحية المؤهلة للحمل وعمل المرأة | 153 |

| | | |
|---|---|---|
| 30 | توزيع النساء حسب الحصول على المتابعة الصحية المؤهلة للحمل وعدد عدد الطفال | 154 |
| 31 | توزيع النساء حسب الحصول على المتابعة الصحية المؤهلة للحمل وتجارب سلبية لحمل سابق | 155 |
| 32 | توزيع المبحوثات حسب المتابعة الصحية المؤهلة للحمل والمستوى الدراسي للمرأة | 156 |
| 33 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية المؤهلة للحمل ومكان الإقامة | 157 |
| 34 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية المؤهلة للحمل وسن المرأة والمنطقة الجغرافية | 158 |
| 35 | رموز المتغير التابع | 159 |
| 36 | نتائج معالم النموذج اللوجستي بوجود المتغيرات المفسرة | 160 |
| 37 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات خلال فترة الحمل | 164 |
| 38 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة خلال الحمل وسن المرأة عند أخر ولادة | 165 |
| 39 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة خلال الحمل والإصابة بمرض مزمن | 166 |
| 40 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة خلال الحمل والإنتساب للضمان الإجتماعي | 167 |
| 41 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة خلال الحمل والمستوى المعيشي | 168 |
| 42 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الفحوصات اللازمة خلال الحمل وعمل المرأة | 169 |

| | | |
|---|---|---|
| 43 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة خلال الحمل وعدد الاطفال | 170 |
| 44 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة خلال الحمل وتجارب سلبية لحمل سابق | 171 |
| 45 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة خلال الحمل والمستوى الدراسي للمرأة | 172 |
| 46 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة خلال الحمل ومكان الإقامة | 173 |
| 47 | توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة خلال الحمل والمنطقة الجغرافية | 174 |
| 48 | ترميز المتغر التابع | 175 |
| 49 | نتائج معالم النموذج اللوجستي بوجود المتغيرات المفسرة | 176 |
| 50 | ترتيب المتغيرات المفسرة حسب درجة تأثيرها على المتغير التابع | 177 |
| 51 | توزيع النساء حسب تلقي لقاح التيتانوس وسن المرأة عند أخر ولادة | 180 |
| 52 | توزيع النساء حسب تلقي لقاح التيتانوس وعدد الاطفال | 181 |
| 53 | توزيع النساء حسب تلقي لقاح التيتانوس وتجارب سلبية في حمل سابق | 181 |
| 54 | توزيع النساء حسب تلقي لقاح التيتانوس والمستوى التعليمي | 182 |
| 55 | توزيع النساء حسب تلقي لقاح التيتانوس والأمراض المزمنة | 183 |
| 56 | توزيع النساء حسب تلقي لقاح التيتانوس ومكان الإقامة | 183 |

| | | |
|---|---|---|
| 57 | توزيع النساء حسب تلقي لقاح التيتانوس المنطقة الجغرافية | 184 |
| 58 | توزيع النساء حسب تلقي لقاح التيتانوس وعمل المرأة | 185 |
| 59 | توزيع النساء حسب الخصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة وسن المرأة عند أخر ولادة | 188 |
| 60 | توزيع النساء ءحسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة والاصابة بمرض مزمن | 189 |
| 61 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة والمستوى الدراسي | 190 |
| 62 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة والمستوى المعيشي | 191 |
| 63 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة وعدد الاطفال | 192 |
| 64 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة اومكان الإقامة | 193 |
| 65 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة المنطقة الجغرافية | 194 |
| 66 | ترميز المتغير التابع | 195 |
| 67 | نتائج معالم النموذج اللوجستي بوجود المتغيرات المفسرة | 197 |
| 68 | ترتيب المتغيرات المفسرة حسب تأثيرها على المتغير التابع | 199 |

| | | |
|---|---|---|
| 69 | توزيع النساء حسب نوع الولادة ومدة الإقامة في مصلحة التوليد | 205 |
| 70 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة ونوع الولادة | 213 |
| 71 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة وسن المرأة عند أخر ولادة | 214 |
| 72 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة والإنتساب للضمان الإجتماعي | 215 |
| 73 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة والاصابة بمرض مزمن | 216 |
| 74 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة والمستوى الدراسي للمرأة | 216 |
| 75 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة والمستوى المعيشي | 217 |
| 76 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة وعدد الاطفال | 218 |
| 77 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة ومكان الإقامة | 219 |
| 78 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة والمنطقة الجغرافية | 220 |
| 79 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة ومضاعفات صحية بعد الولادة | 221 |
| 80 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة وعمل المرأة | 222 |
| 81 | ترميز المتغير التابع | 223 |

| | | |
|---|---|---|
| 82 | نتائج معالم النمودج بوجود المتغيرات المفسرة | 225 |
| 83 | ترتيب المتغيرات المفسرة حسب درجة تأثيرها على المتغير التابع | 227 |
| 84 | ولايات وبلديات البحث الميداني | 233 |
| 85 | توزيع المبحوثات حسب بلديات الإقامة | 235 |
| 86 | توزيع المبحوثات حسب الخصائص السوسيوديموغرافية | 236 |
| 87 | متغيرات الدراسة التابعة والمستقلة | 241 |
| 88 | توزيع المبحوثات حسب الرعاية الرعاية الصحية التوليدية في فترة الحمل | 244 |
| 89 | سبب عدم متابعة الحمل | 245 |
| 90 | توزيع المبحوثات حسب المسافة بلدية الإقامة ومكان المتابعة الصحية | 247 |
| 91 | توزيع المبحوثات حسب مكان متابعة الحمل والمشرف عن الحمل | 249 |
| 92 | توزيع المبحوثات حسب الفحص بجهاز الموجات الصوتية | 251 |
| 93 | توزيع المبحوثات حسب سبب إختيار القطاع الخاص لمتابعة الحمل | 252 |
| 94 | توزيع المبحوثات حسب وضعية الحمل | 254 |
| 95 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات لمتابعة الحمل | 255 |
| 96 | توزيع المبحوثات حسب سبب عدم الإلتزام بعدد الزيارات لمتابعة الحمل | 257 |

| | | |
|---|---|---|
| 97 | توزيع المبحوثات حسب تلقي لقاح التيتانوس | 261 |
| 98 | توزيع المبحوثات حسب متوسط تملفة المتابعة الصحية للحمل | 262 |
| 99 | توزيع المبحوثات حسب مكان المتابعة وتكلفة المتابعة | 263 |
| 100 | توزيع المبحوثات حسب العلاقة بين تكلفة المتابعة والمسافة بين المنزل ومكان المتابعة | 265 |
| 101 | توزيع المبحوثات حسب مدة الحمل عند أول زيارة | 267 |
| 102 | توزيع المبحوثات حسب الشخص المكلف بدفع تكاليف المتابعة الصحية | 268 |
| 103 | توزيع المبحوثات حسب الشخص المرافق عند المتابعة الصحية لأخر حمل | 269 |
| 104 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات ومكان الإقامة | 270 |
| 105 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات الطبية وبلدية الإقامة | 272 |
| 106 | توزيع المبحوثات حسب وعدد الزيارات لمتابعة الحمل وسن المرأة عند أخر ولادة | 274 |
| 107 | توزيع المبحوثات وعدد الزيارات لمتابعة الحمل المستوى الدراسي للمرأة | 276 |
| 108 | توزيع المبحوثات وعدد الزيارات لمتابعة الحمل ودخل الزوج | 278 |
| 109 | توزيع المبحوثات وعدد الزيارات لمتابعة الحمل وعدد الاطفال | 279 |
| 110 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات لمتابعة الحمل وتجارب سلبية في حمل سابق | 281 |
| 111 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات لمتابعة الحمل والإصابة بمرض مزمن | 282 |

| | | |
|---|---|---|
| 112 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات لمتابعة الحمل وسلامة الحمل من أي مضاعفات | 283 |
| 113 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات لمتابعة الحمل والرغبة في الحمل | 284 |
| 114 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات لمتابعة الحمل والحمل بتوأم | 285 |
| 115 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات لمتابعة الحمل وعمل المرأة | 285 |
| 116 | توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات لمتابعة والإنتساب للضمان الإجتماعي | 286 |
| 117 | نتائج معالم النموذج بوجود المتغيرات المفسرة | 288 |
| 118 | ترتيب المتغيرات المستقلة حسب تأثيرها على المتغير التابع | 290 |
| 119 | توزيع المبحوثات حسب الشهر الذي حصل فيه المخاض | 292 |
| 120 | توزيع المبحوثات حسب مكان الولادة | 293 |
| 121 | توزيع المبحوثات حسب مكان توجه المرأة لحظة المخاض | 294 |
| 122 | توزيع المبحوثات حسب المرافق لمصلحة الولادة | 295 |
| 123 | توزيع المبحوثات حسب مكان ونوع الولادة | 297 |
| 124 | توزيع المبحوثات حسب االمشرف عن الولادة وبلدية الإقامة | 299 |
| 125 | توزيع المبحوثات حسب الولادة بعملية قيصرية وسبب الولادة القيصرية | 300 |
| 126 | توزيع المبحوثات حسب قرار إجراء العملية القيصرية | 302 |

| | | |
|---|---|---|
| 127 | توزيع المبحوثات حسب المسؤول عن قرار القيصرية | 303 |
| 128 | توزيع المبحوثات حسب تعسر الولادة الطبيعية | 304 |
| 129 | توزيع المبحوثات حسب الوسائل المستعملة في الولادة الطبيعية | 305 |
| 130 | توزيع المبحوثات حسب معاملة الفريق الطبي في المستشفيات العمومية عند الولادة | 306 |
| 131 | توزيع المبحوثات حسب نوع المعاملة السيئة | 307 |
| 132 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة أثناء الولادة | 308 |
| 133 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة وسن المرأة | 309 |
| 134 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة ومكان الإقامة | 310 |
| 135 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة وبلدية الإقامة | 311 |
| 136 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة المستوى التعليمي للمرأة | 312 |
| 137 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة ودخل الزوج | 313 |
| 138 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة وعدد الاطفال | 314 |
| 139 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة والإصابة بمرض مزمن | 315 |
| 140 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة وعمل المرأة | 315 |
| 141 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة والإنتساب للضمان الإجتماعي | 316 |

| | | |
|---|---|---|
| 142 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة والتجارب السلبية لحمل سابق | 317 |
| 143 | توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة عند الولادة والحمل بتوأم | 317 |
| 144 | توزيع المبحوثات حسب معاملة الطاقم الطبي والعمال فترة الإقامة بالمستشفى | 318 |
| 145 | توزيع المبحوثات حسب المتسبب في المعاملة السيئة | 319 |
| 146 | ترميز المتغير التابع الرعاية الصحية أثناء الولادة | 320 |
| 147 | معالم الإنحدار اللوجستي بوجود المتغيرات المفسرة | 322 |
| 148 | ترتيب المتغيرات المستقلة حسب تأثيرها على المتغير التابع | 324 |
| 148 | توزيع المواليد حسب الحالة الصحية عند الولادة | 324 |
| 150 | توزيع االمواليد الذين ولدو بصحة سيئة حسب نوع المشكل الصحي | 326 |
| 151 | توزيع المواليد الذين ولدو بصحة سيئة حسب وضعهم في الحضانة | 327 |
| 152 | توزيع المواليد الذين ولدو بصحة سيئة حسب فحصهم من طرف طبيب مختص بالأطفال | 327 |
| 153 | توزيع المواليد الذين إستلزم وضعهم في الحضانة حسب توفرها في المستشفى | 328 |
| 154 | توزيع الأطفال حسب مدة وضعهم في الحضانة | 330 |
| 155 | توزيع أفرد العينة حسب صحة المولود خلال 24 ساعة بعد الولادة | 330 |

| | | |
|---|---|---|
| 156 | توزيع الاطفل حسب نوع المضاعفات التي أصيبوا بها بعد الولادة | 331 |
| 157 | توزيع الأطفال حسب تلقيح بلقاح BCG وHBV | 332 |
| 158 | توزيع الأطفال حسب فترة التلقيح بعد الميلاد | 333 |
| 159 | توزيع المبحوثات حسب المراقبة الدورية للمرأة فترة االإقامة بالمصلحة التوليدية من طرف الممرض(ة) | 333 |
| 160 | توزيع المبحوثات حسب الرضاعة الطبيعية للمولود | 334 |
| 161 | توزيع المبحوثات حسب سبب عدم استخدام الرضاعة الطبيعية | 336 |
| 162 | توزيع المبحوثات حسب مدة الإقامة في مصلحة التوليد بعد الولادة | 337 |
| 163 | توزيع المبحوثات حسب طلب المصلحة للعودة للفحص بعد الخروج | 338 |
| 164 | توزيع المبحوثات حسب مكان معاينة جرح العملية القيصرية | 339 |
| 165 | توزيع المبحوثات حسب سبب الرجوع للمصلحة | 340 |
| 166 | توزيع المبحوثات حسب فحص بعد الولادة | 341 |
| 167 | توزيع المبحوثات حسب مدة الخروج من المستشفى والفص الطبي لما بعد الولادة | 342 |
| 168 | توزيع المبحوثات حسب عدم الخضوع للفحص الطبي بعد الأسبوع السابع بعد الولادة | 343 |
| 169 | توزيع المبحوثات حسب رأي المرأة في المؤسسة العمومية محل الولادة | 345 |

| الرقم | العنوان | الصفحة |
|---|---|---|
| 1 | تطور عدد سكان الجزائر 1962-2022 | 88 |
| 2 | تطور المؤشرات الديموغرافية حسب التعدادات 1962-2022 | 88 |
| 3 | تطور أمل الحياة بين الذكور والاناث 1965-2022 | 91 |
| 4 | تطور معدلات وفيات الرضع 1962-2022 | 91 |
| 5 | نسبة النساء في سن الانجاب حسب التعدادات | 93 |
| 6 | وفيات االأمهات من 1962-2019 | 94 |
| 7 | تطورالبنية التحتية للتعليم في الجزائر 1962-1970 | 100 |
| 8 | تطور التلاميذ المسجلين في الاطوار الثلاثة في الفترة 1962-1970 | 101 |
| 9 | تطورعدد الطلبة المسجلين في التعليم العالي في الفترة 1962-1970 | 103 |
| 10 | تطور خرجي التعليم العالي في الفترة 1962-1970 | 104 |
| 11 | تطور البنية التحتية للتعليم في الفترة1970-1980 | 107 |
| 12 | تطور عدد التلاميذ المسجلين في الاطوار الثلاثة الفترة 1970-1980 | 108 |
| 13 | تطورعدد الطلبة المسجلين في التعليم العالي في الفترة 1970-1980 | 109 |
| 14 | تطور عدد المتخرجين من الجامعة في الفترة 1970-1980 | 110 |
| 15 | توزيع النساء حسب متابعة المؤهلة الحمل | 150 |
| 16 | توزيع النساء حسب عدد الزيارات | 162 |
| 17 | توزيع النساء حسب الفحص بالموجلة الصوتية | 163 |
| 18 | توزيع النساء حسب تلقي اللقح ضد التيتانوس | 179 |

| | | |
|---|---|---|
| 19 | توزيع النساء حسب مكان الولادة | 186 |
| 20 | توزيع النساء حسب نوع الولادة | 200 |
| 21 | توزيع النساء حسب مدة الإقامة في مصلحة الولادة | 201 |
| 22 | توزيع النساء حسب مدة الإقامة في مصلحة التوليد بالساعات | 202 |
| 23 | توزيع النساء حسب مدة الإقامة في مصلحة التوليد بالايام | 203 |
| 24 | توزيع النساء حسب مدة الإقامة في مصلحة التوليد بالأسبوع | 204 |
| 25 | توزيع النساء حسب المتابعة الصحية بعد الولادة | 206 |
| 26 | توزيع النساء حسب عدد الزيارات للمتابعة الصحية بعد الولادة | 207 |
| 27 | توزيع النساء الخضوع لفحص بعد الولادة بالساعات | 208 |
| 28 | توزيع النساء الخضوع لفحص بعد الولادة بالأيام | 209 |
| 29 | توزيع النساء الخضوع لفحص بعد الولادة بالأيام | 210 |
| 30 | توزيع النساء حسب الإصابة بمضاعفات بعد الولادة | 212 |
| 31 | توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة بعد الولادة | 228 |

# مقدمة عامة

**مقدمـــــــــــة**

تشكل صحة المرأة في سن الانجاب، والتي تتراوح أعمارها عادة بين 15 و49 سنة، أهمية استراتيجية في مجال الصحة العمومية، سواء على الصعيد العالمي أوالوطني من حيث الوقاية أو العلاج. تتميز هذه الفترة من الحياة بالعديد من الأحداث الفسيولوجية والإجتماعية، بما في ذلك منع الحمل، والحمل، والولادة، فضلاً عن الوقاية من الأمراض النسائية وعلاجها. تمثل فترة الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة مراحل حاسمة في حياة المرأة، جسديًا ونفسيًا. ان جودة الرعاية الطبية خلال هذه المرحلة لا تحدد صحة المرأة فحسب، بل أيضا صحة أطفالها، وعلى نطاق أوسع، صحة المجتمع.

وفي الجزائر، تشكل معالجة هذه المراحل أولوية للنظام الصحي، كجزء من الجهود الرامية إلى تحسين صحة الأم والطفل. ان المراقبة الطبية للنساء الحوامل، وتقديم المساعدة أثناء الولادة في ظروف آمنة والدعم بعد الولادة، كلها مكونات أساسية للحد من الأمراض والوفيات بين الأمهات والأطفال حديثي الولادة

على مدى العقود القليلة الماضية، شهدت الجزائر تقدما كبيرا في تغطية الرعاية قبل الولادة والوصول إلى المرافق الصحية. لقد أدت سياسات الصحة العامة إلى زيادة معدل الولادات التي يشرف عليها موظفون مهرة وتحسين المراقبة الطبية أثناء الحمل.

فرغم التقدم المحرز، لا تزال هناك تحديات قائمة، مثل التفاوتات الإقليمية في الحصول على الرعاية الصحية وخاصة فيما يتصل بجودة الرعاية، وعدم المساواة في الوصول إليها بين المناطق الحضرية والريفية، وعدم كفاية المتابعة بعد الولادة. ونقص في الموارد البشرية المتخصصة، وعدم كفاية الوعي بين النساء بحقوقهن الصحية في بعض المناطق الريفية، والحاجة إلى تعزيز تدريب العاملين في المجال الطبي.

لذلك، ينبغي ان تكون الرعاية الشاملة للنساء الحوامل جزءا من نهج متكامل ومستمر وانساني، يشمل الوقاية والفحص والدعم النفسي والدعم بعد الولادة. ان ضمان مسار رعاية صحية آمن ومحترم وعادل لكل امرأة جزائرية خلال هذه الفترة الحاسمة ليس حقًا أساسيًا فحسب، بل هو أيضًا رافعة رئيسية للتنمية المستدامة للمجتمع.

وفي هذا السياق، تشكل الرعاية الشاملة والمستمرة والمنصفة للنساء في سن الانجاب أولوية صحية. ويتطلب ذلك اتباع نهج متكامل يركز على المرأة، ويأخذ في الاعتبار احتياجاتها المحددة في كل مرحلة من مراحل دورة حياتها، مع دمج الأبعاد الإجتماعية والثقافية والنفسية.

وبالتالي تضم هذه الدراسة اربعة فصول اضافة الى الفصل التمهيدي الذي يشمل الإطار المنهجي للدراسة. يتحدث الفصل الاول عن الإطار النظري للولوج والرعاية الصحية التوليدية. اما الفصل الثاني، فقد خصص لتقديم الواقع السوسيوديمغرافي والصحي في الجزائر قبل التحدث عن الولج والرعاية الصحية في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس 2019. اما الفصل الرابع والاخير فشمل نتائج الدراسة الميدانية حول الولوج والرعاية الصحية التوليدية في الجزائر.

# الفصل التمهيدي

**1. الإشكاليه:**

يعد الحمل والولادة عمليتين طبيعيتين ذات بعد إجتماعي، غير أنهما قد تنطويان على مخاطر صحية جسيمة قد تصل في بعض الحالات إلى الوفاة. وتعد معدلات وفيات الأمهات والرضع من أبرز المؤشرات المعتمدة لقياس مستوى التنمية والوضع الصحي في أي دولة. وفي إطار الجهود الدولية الرامية إلى الحد من ظاهرة وفيات الأمهات والرضع عقد أول مؤتمر لحقوق الطفل سنة 1990 بنيويورك، وتم إبرام معاهدة الألفية الانمائية في سبتمبر 2000 بنيويورك دوما التي هدفت الى تحسين الوضع الصحي للأمهات، والرضع وتخفيض نسبة وفيات الأمهات بنسبة 75% بحلول سنة 2015 وذلك بتوفير الرعاية الصحية المؤهلة (rapport UNICEF.OMS 2019).

فرغم الجهود المبذولة في مجال تحسين مستوى خدمات الصحة الانجابية بصفة خاصة، إلا ان نسبة وفيات الأمهات تبقى مرتفعة. حسب المنظمة العالمية للصحة، ما بين1990 و2013 شهد العالم وفاة ما بين 300.000 و500.000 أم، جراء مضاعفات الحمل، والولادة. حيث ان 99% من هذه الوفيات سجلت في الدول النامية، مما يؤكد على وجود فوارق كبيرة بين الدول النامية والدول المتقدمة، وداخل الدولة نفسها (UNICEF.OMS 2019) تعود هذه الفوارق إلى الاختلاف في المستوى المعيشي بين الدول المتقدمة والدول النامية من جهة، وإلى انعدام التوازن الجهوي في توزيع الخدمات الصحية المؤهلة داخل البلدان من جهة اخرى.

وتتصدر الدول الواقعة جنوب الصحراء الكبرى في إفريقيا مثل الكاميرون، والنيجر، والطوقو، قائمة وفيات الأمهات والرضع، تليها بعد ذلك دول جنوب أسيا مثل الهند (OMS ,2015 P2)

تعتبر الجزائر من بين الدول التي تسجل معدلات مرتفعة نوعا ما لوفيات الأمهات، رغم التطور الكبير الذي أحرزته في مجال الصحة بصفة عامة والصحة الانجابية بصفة خاصة. فقد تم خفض معدل وفيات الأمهات

من 117.4 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1999 إلى 60.3 وفاة لكل 100.000 ولادة حية سنة 2014 (OMS ,2019) ثم الى 48.5 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2019(MSPRH ,2021).

وسجلت أعلى معدلات الوفيات بالجنوب الجزائري، يليها مدن المرتفعات، والهضاب العليا خاصة الهضاب العليا الغربية، يشير هذا الوضع ان النساء في هذه المناطق تواجه عدة صعوبات تحول دون استفادتهن من الرعاية الصحية المؤهلة.

وأظهرت الدراسات على المستويين الدولي والوطني (دراسة الأستاذ محمد مبتول حول الخدمات الصحية في مجال الصحة الانجابية في الجزائر، Inégalité de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capabilité le cas du Mali) أن توفير الرعاية الصحية للسكان عامة والنساء في سن الانجاب خصوصا، يتوقف على عدة عوامل من بينها العامل الصحي. فإلى جانب هذا العامل تلعب العوامل الاقتصادية والإجتماعية والثقافية دورا مهما في مجال الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة ذات الجودة. فالمستوى المعيشي، والدراسي، ومكان الإقامة، والمنطقة الجغرافية، كلها تؤثر في استفادة المرأة من الرعاية الصحية. فعلى المستوى العالمي، أظهرت الدراسات (محددات خدمات رعاية الأمومة في ضوء نتائج المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات MICS4 2013 في الجزائر، Analyse du recours» aux soins au Burundi) العلاقة الوثيقة بين الحالة الاقتصادية والإجتماعية والاستفادة من الرعاية الصحية المؤهلة للنساء في سن الانجاب.

وعلى المستوى الوطني، أشارت الدراسات خاصة في مجال الانثروبولوجي، أو علم الاجتماع الصحة إلى وجود علاقة بين العوامل الاقتصادية والإجتماعية وبين الرعاية الصحية.

وبالتالي ومما سبق جاء اختيارنا لهذا الموضوع. تاني هذه الدراسة لمعالجة موضوع حصول المرأة في سن الانجاب على الرعاية الصحية التوليدية في الجزائر، من خلال الإجابة عن التساؤلات كالاتي:

ما هي العوامل السوسيوديمغرافية والاقتصادية والثقافية المؤثرة في حصول المرأة الجزائرية على الرعاية الصحية؟

من هذا السؤال تنبثق مجموعة من التساؤلات الفرعية:

1. ما هو الدور الذي تلعبه العوامل الاقتصادية والثقافية في استفادة المرأة في سن الانجاب من الرعاية الصحية قبل الحمل وأثناء الحمل وبعد الولادة؟

2. هل لجوء المرأة الحامل للمعاينة الطبية عنصرا اساسيا في المتابعة الصحية العادية أم إلزاميافقط على النساء المصابات بالأمراضالمزمنة؟

3. ما مدى تأثير تجربة المرأة في الحمل والولادة والاجهاض على استخدام المرأة للمصالح الصحية؟

4. ما سبب انقطاع المرأة عن المتابعة الطبية بعد الولادة؟

5. هل الخدمات الصحية المؤهلة موزعة بشكل عادل بين سكان الشمال والجنوب الجزائري وبين الريف والحضر؟

## 2. الـفرضيـــــات:

1. تلعب العوامل الثقافية (العادات، التقاليد) دورا كبيرا في استخدام الرعاية الصحية من عدمها.
2. إمكانية الحصول على الرعاية الصحية للمرأة في سن الانجاب مرتبط بالمستوى المعيشي للمرأة.
3. إن وسط إقامة المرأة له تأثير في استخدام المرأة في سن الانجاب لمصالح الصحة.
4. إن سوء المعاملة في القطاع الصحي يحول دون استفادة الأمهات من خدمات الرعاية الصحية ومتابعة العلاج.

## 3. مصادر جمع المعطيات:

تعتمد هذه الدراسة على مصادر بيانات موثوقة ومتنوعة، تم اختيارها بعناية لدعم الإطار النظري والتحليلي للبحث. وقد شملت هذه المصادر.

- دراسة ميدانية بواسطة استبان موجه للنساء في سن الانجاب (15-19)
- تقارير رسمية عن منظمة الصحة الدولية والبنك الدولي.
- تقارير الديوان الوطني للاحصائيات
- قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادسMISC6.

## 4. الهدف من الدراسة:

تهدف هذه الدراسة الى:

- تقديم صورة عن استخدام المرأة المتزوجة في سن الانجاب لمصالح الرعاية الصحية التوليدية، أثناء الحمل، والولادة، وبعد الولادة في الجزائر من جهة. وتقديم صورة عن معاملة موظفي الصحة من جهة أخرى.

- تحديد العوامل المؤثرة على استخدام المرأة في سن الانجاب لمصالح الرعاية الصحية التوليدية ذات الجودة.
- محاولة فهم سلوك المرأة المتزوجة في سن الانجاب إتجاه الرعاية الصحية التوليدية.
- تحديد مشكل في توزيع المصالح الصحية المرتبطة بالمرأة في سن الانجاب عبر التراب الوطني.

## 5. حدود الدراسة:

- ترتكز الدراسة على الرعاية الصحية التوليدية بالتحديد يدور موضوع البحث على ولوج النساء للرعاية الصحية في فترة الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة.
- أجريت هذه الدراسة في ثلاث ولايات وتم إختيار في كل ولاية بعض البلديات.
- أجريت الدراسة الميدانية خلال الفترة الممتدة من فبراير 2021 إلى غاية ديسمبر 2021.
- إقتصرت الدراسة على النساء المتزوجات في سن الانجاب.

## 6. أسباب إختيار الموضوع:

جاء إختيار الموضوع نتيجة لدوافع شخصية وعلمية في ان واحد، فمن خلال الملاحظات اليومية، والتجارب الواقعية سواء شخصية مباشرة أو من المحيط الإجتماعي، يتضح جليا التحديات التي يواجها المواطنون والنساء خاصة بالخصوص بالمناطق النائية أو الريفية في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية بصفة عامة والرعاية التوليدية بصفة خاصة. بشكل منتظم وأمن.

يتولد هذا الإشكال (مشكل الوصول للرعاية الصحية) بمجموعة من العوامل، من بينها إتساع الرقعة الجغرافية للجزائر، التنوع الديموغرافي بالإضافة، التغطية أو توزيع الهياكل الصحية بين المناطق إلى جانب ضعف البنية التحتية أحيانا. ونقص الكوادر الطبية المؤهلة في بعض المناطق إن لم نقل ندرتها. كتخصص نساء وتوليد، طب الأطفال بالإضافة إلى الاعتماد في بعض المناطق على الطب التقليدي الذي لايزال قائما في بعض المناطق والذي يؤثر على السلوك الصحي.

هذا التداخل بين السبب الشخصي والواقع الإجتماعي إضافة على أهمية الصحة بشكل عام والصحة التوليدية بشكل خاص، كحق أساسي من حقوق الانسان. شكل لي دافعا أساسيا لاختيار هذا الموضوع.

## 7. أهمية الدراسة:

تتجسد أهمية هذه الدراسة في تركيزها على تحسين الوضع الصحي للأمهات في الجزائر خاصة في ضل استمرار وفيات الأمهات رغم التقدم الملحوظ في البنية التحتية الصحية. تسلط هذه الدراسة الضوء على التفاوتات الجهوية والفوارق الإجتماعية ولاقتصادية التي تعيق لوصول النساء لا سيما في المناطق الريفية والجنوبية، إلى خدمات الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة (النفاس).من خلال تحليل العوامل السوسيو ديموغرافية والاقتصادية والثقافية المؤثرة ،كما تساهم الدراسة تساهم الدراسة في في معرفة اهم الثغرات ضمن النظام الصحي لتعزيز العدالة في توزيع الخدمات. إلى جانب تسليط الضوء على العلاقة بين موظفي الصحة وعلاقتهم مع مستخدميها. بالإضافة ان هذه الدراسة تعمل على رفع الوعي بأهمية المتابعة الطبية في فترة الحمل، واهمية الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة، واهية المتابعة الطبية لفترة ما بعد الولادة، مما يساهم في خفض والحد من الوفيات والاعتلال الصحي للأمهات. وتحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بصحة الأم والطفل.

## 8. صعوبات الدراسة:

مثل أي عمل أكاديمي واجهتني بعض الصعوبات خلال إعداد هذه الاطروحة ومن بينها:

**1.** تأجيل البحث الميداني نتيجة جائحة كوفيد-19: فرضت الظروف الصحية الاستثنائية قيودا صارمة. شملت التباعد الإجتماعي وتعليق معظم الانشطة الميدانية هذه الظروف القاهرة أجبرتني على إعادة النظر في الجدول الزمني للبحث الميداني الذي كان مبرمج بتاريخ مارس 2020، ليؤجل لوقت لاحق لحين تخفيف قيود الحجر الصحي.

**2.** صعوبة الولوج للمرافق الصحية بعد تخفيف القيود الصحية: رغم بعض الانفراج وتخفيف إجراءات الحجر تم واجهت صعوبات في الحصول على التراخيص اللازمة لا جراء المقابلات مع النساء المتزوجات في سن الانجاب، فقد قوبل طلب تربص في المرافق الحية الرفض. بسبب استمرار المخأوف المرتبطة بالجائحة خصوصا بظهور المتحورات الجديد.

**3.** ضعف تجاوب بعض المستجوبان مع البحث: لوحظ عدم لأهمية تفهم بعض النساء أهمية البحوث العلمية خصوصا بحضور الأزواج أثناء ملئ الإستبيان، الذي أدى إلى فقدان جزء من البيانات نتيجة عدم جدية ملئ الإستبيان مما أدى لإتلافها.

## 9. منهجية وعينة الدراسة:

### 1.9 – منهج الدراسة:

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، من خلال استخدام الجداول التكرارية وبناء نموذج رياضي والذي يتمثل في الانحدار اللوجستي الثنائي وذلك بعد فحص جودة توفيق البيانات. يتيح لنا المنهج الوصفي التعرف على خصائص النساء في سن الانجاب واختبار العلاقة بين الولوج الصحي والمتغيرات السوسيوديمغرافية والاقتصادية والجغرافية. أما بالنسبة للمنهج التحليلي والذي يتمثل في تطبيق الإنحدار اللوجستي الثنائي، وهو أحد أساليب التحليل الإحصائي متعدد المتغيرات والذي يتماشى مع أهداف الدراسة. وقد اتخدنا نسبة خطا تساوي 5 % ناخذ من خلالها القرار.

### 2.9 – عينة الدراسة:

في هذه الدراسة لدينا قاعدتين من البيانات:

- قاعدة بيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس MICS6.
- قاعدة بيانات البحث الميداني.

## 10 –الدراسات السابقة:

يعد البحث الببيوغرافي جزءا جوهريا وركيزة أساسية في أي بحث علمي إذ يتيح للباحث الوقوف على أهم النقاط حول موضوع التي ذكرت في بحوث من قبل، وتحديد اهم الفجوات المعرفية التي لم تحظ بالبحث الكافي مما يمكن توجيه الدراسة نحو مساهمة علمية جديد ويساهم هذا الفصل في وضع البحث ضمن سياقه النظري المنهجي، من خلال استعراض وتحليل الدراسات السابقة وتحديد مدى ارتباطها بموضوع البحث الحالي. سيتم عرض أهم ألدراسات والأبحاث التي تنأولت الموضوع.

### 10–1 الدراسات المحلية:

#### 10–1–1 باللغة العربية:

❖ **دراسة هواري رحال ورضوان مصلي (2020)، بعنوان «واقع الرعاية الصحية الانجابية في الجزائر وفق معطيات المسح العنقودي الرابع.MICS4»**

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة أهم العوامل التي تقف وراء تحقيق عدم المساواة في الفرص للاستفادة النساء الجزائريات من الرعاية الصحية الانجابية ومدى التقدم المحرز في تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص. وذلك بالإجابة على الأسئلة التالية:

- هل لاتزال متغيرات سن المرأة المستوى التعليمي للأم منطقة الإقامة للأم تنتج فروقا في الرعية الصحية المقدمة للمرأة في فترة الحمل والولادة؟
- ما مقدار مساهمة كل من عامل السن المستوى التعليميإقليم البرمجة مستوى تعليم المرأة ومؤشر الثروة في عدم المساواة في فرص الوصول للرعاية الصحية الانجابية؟

وللإجابة على الأسئلة استخدم الباحثين منهجية الفرص البشرية وهو مؤشر الفرص البشرية وتحليل شيبيل وذلك بالاعتماد على نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الموجودة في التقرير.

- وتم استعمال المتغيرات التابعة التالية:

- الرعاية قبل الولادة تحت اشراف صحي مؤهل (طبيب، ممرضة، قابلة).
- القيام بأربع زيارات عل الأقل قبل الولادة تحت اشراف طبي مؤهل (طبيب، قابلة، ممرضة).

التلقيح ضد التيتانوس قبل الولادة.

- الرعاية أثناء الولادة تحت اشراف طبي مؤهل (طبيب، ممرض، قابلة).

- المتغيرات المستقلة (المفسرة):

- إقليم البرمجة (شمال وسط، شرق وسط، غرب وسط، هضاب وسط، هضاب شرق، هضاب غرب، الجنوب).
- منطقة الإقامة (حضر/ ريف).
- المستوى التعليمي للمرأة (بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي).
- مؤشر الثروة (الأكثرفقرا، الثاني، الثالث، الرابع، غني).
- الفئة العمرية للأم (15-20,19-24, 25-29, 30-34, 35-39, 40-44, 45-49).

وتوصلت نتائج الدراسة كالاتي:

1) بالنسبة للإشراف الطبي المؤهل (مساعدة طبية من طرف طبيب، ممرضة، قابلة) خلال فترة الحمل:

- الرعاية الصحية بإشراف طبي مؤهل مرتفع جدا إذ 9 من 10 نساء تلقين الرعاية مع في الوسط ويتراجع في الغرب بالهضاب وسط الهضاب، والجنوب الكبير وهذا يدل أن التباينات الجغرافية لها دور في الاستفادة من الرعاية الصحية للمرأة الحامل وهذا راجع إلى توزيع الهياكل الصحية عبر التراب الوطني.
- في حين انه لا يوجد تباين وفقا لمكان الإقامة الحضر والريف، وهذا يمكن إرجاعه إلى انتشار وسائل الإعلام والتوعية والقنوات الفضائية التي ساهمت في تلاشي الفوارق في السلوكيات الصحية الانجابية بين الحضر والريف.

- متغير العمر له دور في للجوء المرأة الحامل لتلقي الرعاية الصحية من طرف مشرف صحي مؤهل وهذا يدل ان الوعي الصحي الانجابي، أكثر انتشارا بين الأجيال الشابة وهذا راجع لتدرس الواسع الانتشار بين الاناث الأصغر سنا، وأيضا تجارب النساء الأكبر سنا في الحمل والولادة أقل لجوء للرعاية الصحية في الهياكل الصحية وهذا راجع لخبرتهم السابقة.
- المستوى التعليمي يلعب دور في لجوء المرأة للرعاية الصحية المؤهلة، على الرغم من أن هذا المتغير بدأ بالتراجع إذ ان النسوة بالرغم من خلفيتهن التعليمية والثقافية أصبحن يدركن أهمية متابعة الحمل بإشراف طبي مؤهل.
- فيما يخص مؤشر الثروة، فان النسوة ذات المستوى المعيشي المرتفع يجعلهن أكثر النسوة متابعتا لحملهن، حيث الأمكانيات المادية تجعل الأمور أيسر بإضافة إلى تأثر العائلات الغنية غالبا على الثقافة الغربية التي تشجع دائما على أهمية وضرورة المتابعة الصحية للمرأة الحامل.

2) بالنسبة لتكرار الزيارات خلال الحمل للمشرفين الطبيين المؤهلين:

- 7 من 10 نساء تقمن بأربع وأكثر لإطار طبي مؤهل خلال فترة الحمل يتغير هذا المعدل حسب إقليم البرمجة، إذ النسوة لا يكررن زيارة الطبيب، في بعض الجهات إلا في الأشهر الأخيرة من الحمل.
- في حين ان التباين الموجود بين نسوة اللوتي يقطن في الريف وقد يرجع السبب إلى الانجاب والمبكر للنساء الريفيات مما يجعلهن أكثر خبرة من نظيرتها الحضرية، وهذا ما يجعلهن أقل إقبال للمعاينة الطبية المؤهلة عند الحمول الموالية.
- هناك فوارق كبيرة في معدل زيارات المرأة لإطار طبي مؤهل خلال فترة الحمل وفق سن المرأة وهذا يمكن ربطه برتبة الولادة وخبرتها في الحمل والانجاب.
- أكثر المتغيرات تأثيرا على تكرارا زيارة الإطار المؤهل خلال فترة الحمل هو المستوى التعليمي، وهذا الارتفاع في عدد الزيارات يكون ربما راجع لمضاعفات الحمل نتيجة تأخر في سن الزواج والحمل.

- المستوى المعيشي المرتفع يسمح بتكرار النسوة لزيارة للإطار الطبي للاطمئنان على حملهن.

3) تلقي تلقيح التيتانوس قبل الحمل:

- ان معدل تلقيح الحوامل ضد التيتانوس منخفض إذ 6 من 10 نساء قمن بالتلقيح ضد التيتانوس وهذا التباين يظهر حسب إقليم البرمجة، وهذا يرجع لتوزيع الهياكل الصحية حسب المناطق الجغرافية.
- مكان الإقامة متغير ليس له تأثيرعلى معدل التلقيح ضد التيتانوس.
- المستوى التعليمي يلعب دور كبير في تلقي المرأة التلقيح ضد التيتانوس، وهذ دليل على وعي المرأة بالمسائل الصحية التقنية خصوصا عند المرأة ذات المستوى التعليمي العالي.
- سن المرأة أو جيل الانتماء يظهر تفاوت ملحوظ في التلقيح ضد التيتانوس وهذا راجع للاختلافات التعليمية والثقافية بين الأجيال.
- على الرغم ان التلقيح ضد التيتانوس مجاني إلا ان عامل الثروة بين فوارق معتبرة بلغت مدى القيم 16.6 نقطة.

4) الإشراف الطبي المؤهل أثناء الولادة:

توصلت الدراسة إلى ان النسوة الجزائريات كلهن يلدن في المستشفيات تحت إشراف طبي مؤهلة، أما باقي المتغيرات المفسرة ليس لها تأثير كبير على حصول المرأة على الرعاية إذ ان الفوارق الموجودة ليست بالهامة.

في النهاية توصل الباحثين إلى ان التأطير الطبي أثناء الولادة حظيت بأعلى نسبة تغطية يعنى أن الممارسات التقليدية قد ولت وتلاشت كالولادة في المنزل أو بمساعدة قابلة تقليدية وذلك راجع لوعي المرأة. يليها الإشراف الطبي المؤهل أثناء الحمل 9 من 10نساء فالوعي، والتحضر، وارتفاع المستوى التعليمي، ساهم في اهتمام المرأة وحرصها لى الحصول على الرعاية الطبية المؤهلة. أما فيما يخص الأبعاد التي حظيت بتغطية منخفضة هي قيام المرأة بتكرار الزيارات في فترة الحمل والتلقيح ضد التيتانوس.

وأظهر تحليل شبلي ان محددات فوارق الوصول إلى مختلف هياكل الرعاية الصحية كانت بالدرجة الأولى إقليم البرمجة وهو يعكس فوارق في البني التحتية الصحية أو الكوادر الطبي. يليه مؤشر الثروة ثم المستوى التعليمي للأم، كما ان الفوارق الناتجة عن مكان الإقامة التي تعكس تباينات ثقافية وبنيوية.

❖ **دراسة أمال بلعيدي وأسيا شريف بعنوان (2017) «محددات خدمات رعاية الأمومة في ضوء نتائج المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات MICS4 2013 في الجزائر»**

الهدف من الدراسة هو التعرف على مستوى نوعية الرعاية الصحية المقدمة للأمهات خلال فترة الحمل وأثناء الولادة، تحديد مدى تطوير استخدام خدمات صحة الأمومة وتحديد العوامل المؤثرة في استخدام المرأة للخدمات الصحية التوليدية في متابعة الحمل والولادة، وتمثلت إشكالية الدراسة كالأتي:

ماهي العوامل المؤثرة لاستخدام النساء الجزائريات في سن الانجاب بخدمات الرعاية الطبية أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة؟

اعتمدت الدراسة على قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المِؤشرات 2013MISC4 بالإضافة إلى ونتائج المسح العنقودي متعدد MISC3 2006 و2002 وقاعدة بيانات البنك الدولي وقاعدة بيانات منظمة الأمم المتحدة.

استعانت الباحثتين بالتحليل الوصفي والانحدار اللوجستى الثنائي الاستجابة لتحديد مدى تأثير المتغيرات المستقلة (منطقة الإقامة وسط الإقامة، عدد الولادات الحية، سن المرأة المستوى التعليمي مؤشر الثروة الرغبة في الحمل سن المرأة عند الزواج الأول) على المتغيرات التابعة (متابعة الصحية أثناء الحمل والولادة). حيث شملت عينة الدراسة النساء اللواتي لديهن ولادة حية خلال السنتين التي سبقت المسح.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن على الأقل بزيارة واحدة تقدر ب 93%، وقد سجلت 90.7%بالمناطق الريفية مقابل 93.8 %.

- النساء اللائي قمن بـ 4 زيارات أو أكثر فتقدر بـ 67.3 % مع فوارق حسب منطقة الإقامة ومكانالإقامة.
- المرأة ذات المستوى التعليمي العالي هن أكثر النساء اللواتي يقمن بعدد زيات أكثر بنسبة 85.7 % تليها ذات المستوى الثانوي72.3 % والمتوسط70.1 %.
- فيما يخص الفئة العمرية التي تنتمي لها المرأة فنج ان الفئة العمرية الأقل من 20 سنة هن الأكثر متابعة لحملهن يليها الفئة 20-35 سنة ثم فئة 35-49.
- مؤشر الثروة يلعب دور في متابعة الحمل إذ كل ما كان المستوى المادي جيد كل ما كانت نسبة المتابعة مرتفعة.
- فيما يخص العزوف عن المتابعة الصحية للمرأة الحامل فنجد5.7% لم يتابعن الحمل 7.6%في المناطق الريفية مقابل 4.4 % في المناطق الحضرية.
- اما فيما يخص متابعة الحمل حسب الكادر القائم بالفحص فتوصلت الباحثتين إلى ان المتابعة الصحية للمرأة الحامل بالشرف الطبيب، قد أرتفع مقارنة بالمسحين السابقين 61.6 %2002 إلى 76.4 %سنة 2006 ليرفع 84.8 %سنة 2013، ونفس الشئ بالنسبة للمتابعة الصحية المؤهلة حسب مكان الإقامة فقد تراجعت الفوارق بين الريف و الحضر ب 56.7 % سنة 2002 إلى 71.9 سنة 2006 و87.7 سنة 2013 في المناطق الريفية مقابل 65.8 % سنة2002 إلى 80.4 % سنة 2006 ليصل 85 % سنة 2013 في المناطق الريفية.و كما نلاحظ تراجع في نسبة النساء الريفيات اللواتي يتابعن حملهن عند ممرضة أو قابلة.
- التجارب السابقة للمرأةفي الحمل والانجاب، نجد أن النساء اللواتي أنجبن 3 إلى 4 أطفال تقل زيارتهم لمتابعة الحمل مقرنة للمرأة التي لديها طفل واحد.

- الرغبة في الحمل أظهر نتائج الدراسة ان المرأة التي لا ترغبحملها تقل زياراتها للمتابعة الصحية للحمل بحوالي 0.628 مرة عن نظيرتها التي ترغب في حملها.
- الفئة العمرية 25-44 هن الأكثر إقبالا لمتابعة الحمل عن الفئتين العمريتين 15-24 و44-49.
- فيما يخص حصول المرأة على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة كانت مرتفعة بنسبة 96.8 % سنة 2013 مقابل 90% سنة 2002.
- من خلال هذه الدراسة تبن ان النساء اللواتي أنجبن خلال السنين التي سبقت المسح 2006 ان 30.6 % قمن على الأقل بفحص واحد بعد الولادة من قبل مشرف صحي مؤهل، مقابل 67.8 % لم يقمن بأي فحص بعد الولادة، إذ سجلت أضعف النسب في المناطق الجنوبية ممن أجرين فحص ما بعد الولادة.
- فيما يخص نتائج الانحدار اللوجستي فقد أظهر هذا التحليل وجود فوارق واضحة بين النساء من حيث الحصول على خدمات الرعاية الصحية المؤهلة ،إذ ان العوامل الاقتصادية والثقافية والإجتماعية والديموغرافية تؤثر على المرأة على الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية لمتابعة الحمل و الولادة فالمرأة الريفيةأقل حضا من المرأة الحضرية من حيث الاستفادة من الرعاية الصحية المؤهلة و الانتماء إلى المناطق الجنوبية يقل من فرصة الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة في فترة الحمل و الولادة، كما يتأثر الاستفادة من الرعاية الصحية عند الحمل والولادة بالمستوى التعليمي، والمستوى المعيشي،وعددالأطفال،وسن المرأة عند الزواج،وسن المرأة عند الحمل و الأولاد على التوالي.

❖ **دراسة دراسة أ. خديجة سواكري (2017)، الموسومة «واقع الصحة الانجابية للنسوة الفئة (15-49) سنة بمنطقة الجنوب بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MISC3»**

تطرقت هذه الدراسة إلى الرعاية الصحية للنساء أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة بمنطقة الجنوب اعتمادا على قاعدة البيانات للمسح العنقودي المتعدد المؤشرات MISC3.وقد شملت عينة الدراسة النساء

اللائي لديهن ولادة حية خلال السنتين التي سبقت المسح وبلغت عينة الدراسة 4389 امرأة تتراوح أعمارهن ما بين 15–49 سنة. وجاءتنتائج الدراسة كالاتي:

**1.** منطقة الجنوب ليست بعيدة عن الإطار العام فيما يخص تقديم خدمات رعاية الحوامل، إذ 86.5 % من النسوة التي تتراوح أعمارهن ما بين 15–49 سنة قمن بفحص واحد على الأقل أثناء الحمل من قبل مستخدمين مؤهلين (طبيب–ممرض –قابلة).

**2.** 58.7% من النساء تلقين رعاية صحية مؤهلة في الجنوب بمتوسط قدر ب 3.83 زيارة خلال كل فترة الحمل وأثبتت الدراسة ان هناك علاقة طردية بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة والمستوى التعليمي للمرأة.

**3.** بلغت نسبة النساء اللواتي لم تتلقى الرعاية الصحية في الجنوب 13.2% حيث ترتفع هذه النسبة في المناطق الريفية مقارنة بالحضر (24.1%)، بالإضافةإلى عامل السن بما انه 33.33% من النساء لم يتلقين الرعاية الصحية من الفئة العمرية 45–49 سنة.

**4.** 89.7% من نساء الجنوب حصلن على رعاية طبية مؤهلة.

**5.** 96.1% من النساء المبحوثانانجبن بطريقة طبيعية لم تتخللها أي مضاعفات.

❖ **دراسة دردیش أحمد (2009) بعنوان، «الرعاية الصحية في الجزائر »**

تطرقت هذه الدراسة إلى الكشف عن واقع الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل وبعد الوضع، وتحديد العوامل الإجتماعية والاقتصادية والديموغرافية المؤثرة على تلقي الرعاية الصحية قصد الوصول إلى وضع السياسات والبرامج اللازمة لرفع مستوى الوصول واستخدام الخدمات الصحية المقدمة وتحسين نوعيتها وجودتها من خلال استغلال معطيات المسح الوطني حول صحة الأم والطفل لسنة 1992 والمسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002. وقد توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

1. نسبة كبيرة من النساء الحوامل لم يلجأن للرعاية الصحية نتيجة لعدم وجود اي عوارض تلزمهن بالمتابعة الطبية أثناء الحمل وهذا مؤشر يدل على عدم الوعي بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل خصوصا عند النساء المقيمات في المناطق الريفية، إذ يمكن للجنين ان يعاني من مشاكل صحية وتشوهات التي لا تشعر بها المرأة غالبا.
2. عدم توفر الخدمات الصحية وارتفاع تكلفتها للنساء اللائي يقمن في الأرياف.
3. تقصير كبير في المتابعة الطبية للنساء في فترة ما بعد الولادة (النفاس) وهذا راجع لقلة التوعية والثقافة الصحية.
4. تباين مستوى الرعاية الصحية أثناء الحمل باختلاف المستوى التعليمي ومكان الإقامة.
5. الأمهات الأكبر سنا أقل إقبالا على متابعة الحمل من النساء الصغيرات في السن.

**10-1-2 باللغة الفرنسية:**

- **دراسة تحت رئاسة الأستاذ محمد مبتول حول الخدمات الصحية في مجال الصحة الانجابية في الجزائر والتي أجريت سنة 2013.**

تم إجراء هذه الدراسة في 6 ولايات من القطر الوطني وهي: وهران، سيدي بلعباس، تيزي وزو، تيارت، قسنطينة وأدرار. اعتمدت هذه الدراسة على ثلاث تقنيات لجمع المعطيات. أولا المقابلة مع كل من الأطباء الأخصائيين والعامين والممرضين والقابلات العاملين على مستوى مصالح الصحة الانجابية العامة والخاصة، وثانيا الملاحظة من خلال ملاحظة طرق تعامل عمال الصحة (الطقم الطبي وشبه الطبي) بغرض استنتاج التفاعلات بين المهنيين الصحيين وبينهم وبين السكان. وأخيرا المقابلة بالمجموعات والتي خصت فقط النساء في سن الانجاب حيث تعرف هذه التقنية بغنى بنتائجها. وبالتالي شملت هذه الدراسة النساء في سن الانجاب وعمال الصحة في مجال الصحة الانجابية ومسؤولين القطاع. ومن بين أهم النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة:

- عدم رضا النساء على الخدمات المقدمة في مجال الصحة الانجابية من طرف القطاع الصحي.
- نقص الهياكل الطبية الموجهة للصحة الانجابية.
- غياب الرعاية الصحية المؤهلة في القطاع العام.
- عدم المساواة في الحصول على الرعاية الطبية بين المناطق الحضرية والريفية.
- المعاملة السيئة للمرضى من قبل عمال الصحة والقابلات في القطاع العام.

**10-2 الدراسات الاجنبية:**

➢ **دراسة Siaka CISSE(2018). أطروحة دكتوراه بعنوان «Inégalité de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capabilité le cas du Mali»**

تناولت هذه الاطروحة أهم العوامل المؤثرة على لجوء المرأة للرعاية الصحية التوليدية إلى جانب دراسة أهم المحددات لعدم المساواة في طلب الرعاية الصحية في المالي. وكان الهدف العام لهذه الدراسة هو معرفة الأبعاد الحالية والعوامل المؤدية لعدم المساواة في للوصول واستخدام الرعاية الصحية في فترة الحمل والولادة وفترة ما بعد الحمل.

- هل التقدم في استخدام مصالح الرعاية الصحية ناتج عن الموارد الصحية ام هو ناتج عن الموارد الإجتماعية والاقتصادية؟
- كيف للعوامل الإجتماعية والفردية التأثير على اللجوء للمساعدة الطبية في فترة الحمل؟

ماهي المحددات المرتبطة بعدم المساواة الفردية للجوء الى الرعاية الصحية التوليدية حسب مكان الإقامة؟

وللإجابة على الأسئلة تم الاعتماد على قاعدة البيانات الآتية:

1. المسح الديموغرافي والصحي (EDS) 2001-2006-2012 المالي.
2. التعداد العام السكن والسكان (RGPH) 2009.
3. المسح العنقودي المتعدد المؤشرات2010-2009(3 MISC).

4. دراسة ميدانية بعينة قدرت ب 513 إمراة للفئة العمرية 25-49 سنة.

5. المسح الديموغرافي والصحي للدول المجأورة للمقارنة وهي:

- EDS 1999-2003-2010 بوركينافاسو
- EDS1998 -2006- 2012 النيجر
- EDS 1997-2005-2011 السنغال

مع استعمال المنهج التفسيري وذلك باستخدام الكاي تربيع والإنحدار اللوجيستي الثنائي توصلت الدراسة في هذه الاطروحة للنتائج التالية:

- يتأثر اللجوء للرعاية الصحية بالأوضاع الاقتصادية والإجتماعية للبلد مما يؤثرعلى المرأة.
- المستوى المعيشي للأسرة له تأثير على لجوء المرأة للرعاية التوليدية.
- الإقامة في المناطق الحضرية يعطي فرصة أكبر للحصول على الرعاية التوليدية.
- الضمان الإجتماعي والتأمين الصحي يعمل على يساعد المرأة في الحصول على الرعاية الصحية الجيدة.
- الرعاية الصحية المؤهلة وذات الجودة تساهم في الحد من وفيات الأمهات وذلك بالتدخل المناسب في حالة الطوارئ.
- إستقلالية المرأة والعلاقات الإجتماعية تؤثر على لجوئها للرعاية أثناء الحمل. فالنساء المتزوجات عادة مايكن مرتبطات بالعادات والتقاليد والإلتزام بقرارات الزوج.

المرأة الريفية وبسبب تدني مستواها المعيشي والتعليمي تلجأ للتطبيب الذاتي والعلاجات التقليدية واللجوء للقابلات التقليدية.

➢ **ادراسة ELOUNDOU Messi وWAIBAI Yaye (2017) ،الموسومة :**

**« Contraintes à l'accès aux soins de santé maternelle dans la ville de Maroua »**

هذه الدراسة تحليل العوامل التي تحول بين النساء في سن الانجاب والحصول على الرعاية الصحية التوليدية في مدينة ماروة بـ الكاميرون. وقد شملت عينة الدراسة 382 امرأة في سن الانجاب موزعة على 19 مؤسسة صحية بمدينة ماروة. وجاء في نتائج هذه الدراسة:

- إن العوامل الإجتماعية والثقافية والاقتصادية ومكان الإقامة إلى جانب السن وعدد الأولاد تحدمن لستخدام المرأة للرعاية الصحية في سن الانجاب.
- هناك علاقة بين عدد الأطفال ولجوء المرأة للرعاية الطبية في فترة الحمل، فالنساء اللواتي في حملهن الأول استعملن أقصى درجات العناية بنسبة 40% مقابل 34.17 بالنسبة للنساء اللائي لديهن طفلين أو ثلاثة أطفال في حين 22.5% النساء اللائي لديهن مابين 4 إل 5 أطفال لجأن للرعاية الصحية أثناء الحمل. أما النساء الائي لديهن أكثر من 6 أطفال فكانت نسبتهن في اللجوء للرعاية الطبية في فترة الحمل 3.33%وذالكبسبب تجاربهن السابقة في الحمل والولادة.
- كما أثبتت الدراسة ان الحالة العائلية للمرأة في سن الانجاب عامل اساسي في لجوئها للعناية الصحية. إذ ان الأمهات العازبات يتلقين رعاية اقل من المتزوجات بما انهن لا يتلقين الدعم المادي والنفسي مثل المتزوجات من طرف أزواجهن أو عائلتهن.
- تلعب العقيدة دورا هاما في اللجوء إلى الرعاية الصحية عند المرأة في سن الانجاب، حيث 41%من النساء الكاثوليكيات والبروستانتنيات يقمن بفحوصات طبية أثناء الحمل أو الولادة مقابل 31% من النساء المسلمات و28% عند النساء من معتقدات أخرى.

- المستوى التعليمي يلعب دور أساسي في استخدام المرأة للرعاية الصحية في فترة الحمل، فهو يرتفع بارتفاع المستوى التعليمي للمرأة. حيث ان 50 % من النساء اللواتي قمن بأربعة فحوصات قبل الولادة كما تنص عليه المنظمة العالمية للصحة لديهن المستوي الجامعي، وتنخفض هذه النسبة لتصل الى 42.86% بالنسبة لذواتي المستوى الثانوي، وتصل الى 7.14% عند النساء ذواتي المستوى التعليمي الابتدئي.
- يعتبر حجم الأسرة عاملا أساسيا في تفسير اللجوء الصحي. بحيث كلما زاد حجم الأسرة قل لجوء المرأة للرعاية الصحية، إذ ان 83.33 % من النساء اللائي عدد أفراد عائلتهن 2 إلى 4 أفراد حصلن على الرعاية الصحية مقابل 16.67% من النساء اللائي لديهن 6 أفراد.
- أما بالنسبة للمستوى المعيشي للنساء في سن الانجاب فهو يؤثر على المرأة في استخدام مصالح الرعاية الصحية التوليدية، فيرتفع بارتفاع المستوى المعيشي وينخفض بانخفظ المستوى المعيشي.
- ولمكان الإقامة دور فعال في استخدام المرأة للرعاية الصحية لمراقبة الحمل أو الولادة. فالمرأة المقيمة في المناطق الريفية تقل إستخدامها للرعاية الصحية.

➢ **دراسة Ndeye Fatou NGOM(2016)، أطروحة دكتوراه بعنوان:**

**« L'assistance médicale a l'accouchement au sénégal »**

هدفت هذه الدراسة الى معرفة أهم المحددات التي تؤثر على لجوء المرأة للمساعدة الطبية أثناء الولادة في السنغال، إلى جانب معرفة سلوك المرأة السنغالية فيما يخص صحتها خصوصا الرعاية الصحية قبل وأثناء الولادة و كيف تساهم الرعاية الصحية المؤهلة وذات الجودة للحد من وفيات الأمهات في السنغال، من خلال استغلال قاعدة بيانات المسح الديموغرافي والصحي 2010(EDS) والمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2009-2010 (MICS) وباستخدام تحليل الانحدار اللوجيستي الثنائي و المتعدد متخذا الحصول على المساعدة الطبية أثناء الوضع كمتغير تابع . فقد قسم الباحث المتغيرات المستقلة الى اربعة عوامل هي:

1. العوامل الديموغرافية: عمر المرأة عند الولادة، عدد الاطفال، الحالة العائلية للمرأة، نوع الاسرة وجنس رب الاسرة. (la structure du ménage et le sexe de chef de ménage).

2. العوامل السوسيوإقتصادية: المستوى التعليمي، المستوى المعيشي للأسرة، النشاط الاقتصادي للمرأة، التأمين الصحي للمرأة.

3. العوامل سوسيوثقافية: المكانة الإجتماعية للمرأة، العرق، الدين، التنشئة الإجتماعية للمرأة، الديانة، مكان الإقامة.

4. العوامل المتعلقة بالنظام الصحي: عرض خدمات التوليد، إمكانية الوصول الجغرافي، إمكانية الوصول المادي.

وبالتالي وصل الباحث الى:

- حسب نتائج المسح الديموغرافي والصحي فان 33% من النساء اللواتي شملهن المسح لم يتلقين المساعدة الطبية عند الولادة و50% رعاية صحية من طرف قابلة و15% من طرف ممرض، مقابل فقط 2% بواسطة طبيب.
- يعتبر سن المرأة عاملا أساسي في اللجوء للرعاية الصحية، إذ ان نسبة النساء ما بين 45 -49 سنة اللواتي لجئن إلى الرعاية الصحية خلال فترة الحمل ضعيفة جدا، بما ان هذه الفئة العمرية أكثر تأثيرا بالعادات والتقاليد من جهة ومن جهة أخرى بما انهن سبق لهن الحمل من قبل فقد كسبن خبرة وبالتالي يعتبرن انه غير ضروري المعايدة الطبية خلال مرحلة الحمل.
- كلما كان عدد الأولاد كبير كلما قل لجوء المرأة للرعاية الصحية (بسبب التجارب السابقة للحمل والولادة).
- كلما زاد المستوى التعليمي كلما زاد لجوء المرأة للرعاية الصحية والعكس صحيح.

- 37% من النساء اللواتي يعشن في منزل يكون فيه رب الأسرة رجل لايتلقين المساعدة الطبية مقابل 19% من النساء اللواتي يعشن في منزل يكون فيه رب الأسرة امرأة، وهذا يدل على انه كلما كان صانع القرار امرأة كلما كان اللجوء للمساعدة الطبية أكثر أهمية
- استقلالية المرأة وحقها في تقرير مصيرها يجعلها أكثر استخداما للرعاية الصحية عند الولادة، إذ يشير التحليل ان النساء غير المتزوجات يستخدمن رعاية صحية مؤهلة عند الولادة أكثر من نظيرتهن المتزوجات و21%منهن لم يتلقين مساعدة طبية عند أخصائيين ماهرين مقابل 34% عند النساء المتزوجات.
- للعرق دور في مدى استخدامالمرأة السنغالية لمصالح الرعاية الصحية التوليدية، حيث هناك طقوس وتقاليد تمارسها المرأة السنغالية حسب العرق، فهناك أجناس تفرض على المرأة ان تلد في ركن معزول من المنزل بمساعدة قابلة تقليدية أو أم الزوج.
- لمنطقة الإقامة أهمية كبيرة في اللجوء للرعاية الصحية، فالانتماء للمناطق الحضرية يسمح للجوء المرأة للرعاية الطبية أثناء الولادة مقارنة بالمرأة الريفية
- وهذا يرتبط، بالمسافة (إمكانية الوصول الجغرافي) وتوفير مصالح الرعاية التوليدية (توزيع الهياكل الصحية).
- المستوى المعيشي يسهل على المرأة اللجوء للرعاية الصحية المؤهلة وذات الجودة (القدرة المالية).
- مستوى التنمية الإجتماعية والاقتصادية والبشرية للبلديات لها تأثير مباشر في عدم المساواة في استخدام مصالح الرعاية الصحية.
- التامين الصحي له علاقة باللجوء الطبي للرعاية الصحية المؤهلة وذات الجودة.
- المكانة الإجتماعية للمرأة تسهل لها الاستفادة من رعاية صحية قبل وأثناء الولادة.

- هناك علاقة قوية بين لجوء المرأة للرعاية الصحية خلال الحمل والرعاية الصحية أثناء الولادة.

➢ **دراسة Médiatrice NKURUNZIZA (2014)، لنيل شهادة دكتوراه بعنوان « Analyse de recours au soins au Burundi».**

الهدف من هذه الدراسة هو معرفة سلوك المرأة البوروندية في طلب الرعاية التوليدية وفهم تصوراتها المتعلقة برعاية صحة الأم، وتحديد العوامل المرتبطة باستخدام الرعاية الصحية للأم وذالكبالإجابة عن الأسئلة التالية:

1. ماهو تفسير انخفاض مستويات الاستفادة من الرعاية التوليدية أثناء وبعد الولادة؟
2. هل لجوء المرأة للرعاية الطبية أثناء الحمل هو سلوك طبيعي للاطمئنان على الحمل ام هو راجع لمشاكل صحية أخرى؟
3. هل العوامل الفردية كالتجربة السابقة الولادة، والمستوىالمعيشي والتعليمي لها تأثير على لجوء المرأة للرعاية التوليدية؟
4. لماذا هناك عدد كبير من النساء يلدن في المنازل على الرغم من مجانية الولادة في المرافق الصحية؟
5. ماهو مستوى الرضا عن جودة الرعاية التي تتلقاها المرأة البوروندية؟

وللإجابة على هذه الأسئلة اعتمد الباحث على بيانات المسح الإجتماعي والديموغرافي للصحة الانجابية ببوروندي لسنة 2002 (ESD-SR)، والمسح الديموعرافي والصحي لسنة 2010(EDS)، بالإستعانة ببرنامج spss الإصدار 21، واستخدم الباحث المنهج الوصفي والتحليلي المتمثل في تحليل الكاي تربيع والانحدار الوجيستي الثنائي.

نتائج الدراسة كانت كالأتي:

- اظهرت النتائج انه مابين 2002 –2010 ارتفعت نسبة استخدام الرعاية الصحية التوليدية فترة الحمل على الأقل زيارة واحدة 90% إلى 99% ولكن مع تفاوتات حسب مكان الإقامة، فاللجوء للرعاية الصحية
- في مجال اللجوء الصحي للمرأة الحامل، بينت الدراسة ارتفاع في نيب استخدام مصالح الصحة مابين 2002 و2010. ومع ذلك فهذه النسبة ليس نفسها في كل مناطق الإقامة. تترأوح نسبة الزيارة الطبية الواحدة بين90% و99 %. وقد تضاعفت نسبة اللجوء المبكر للرعاية (على الأقل زيارة طبية في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل) خلالنفسالفترة. كما لوحظ انأهم التغيرات قد شوهدت في المناطق الريفية. إما فيما يخص عدم القيام بزيارة طبية فقد شهد انخفاضا من 8.7 ٪ إلى1 ٪ ومس هذا الانخفاض أيضا المعاينة الطبية المبكرة (من 6.9 ٪إلى18.8 ٪). ولكن من ناحية أخرى لايزال اللجوء الصحي المتأخر يقارب 80٪.
- الولادات في المنزل إنخفضت بشكل كبير خلال الفترة 2002– 2010 بنسبة 32.5% على المستوى الوطني (70%إلى 37.5)، كما سجل انخفاض بنسبة 36% في المناطق الريفية (75.5%إلى39.5%)، إما في المناطق الحضرية فسجل انخفاض بنسبة 6.3% (18.4% إلى 12.1%) وهو اقل بكثير بمقارنة بالمناطق الريفية.
- أما بالنسبة للرعاية بعد الولادة، فقد سجلت ارتفاعا في الفترة الممتدة ما بين 2002 و2010 لا يرضي القائمين على صحة الأم، حيث نلاحظ زيادة تقدر ب 10 % على المستوى الوطني و10% في المناطق الريفية (20% إلى 30%) وارتفاع في المناطق الحضرية بنسبة 14% (32% إلى 46%).
- فيما يخص المستوى التعليمي والمستوى المعيشي تظهر التحليلات المتعددة أن هذين المتغيرين هما عاملين مهمين في إقبال النساء على الرعاية التوليدية على المستوى الوطني ولكن إذا تم التحليل على

أساس مكان الإقامة فنجد ان المستوى التعليمي له دور في الإقبال في الأماكن الريفية أما المناطق الحضرية فهي تتأثر بالمستوى المعيشي.

- بينت معطيات مسح 2002ان اللجوء إلى الرعاية الطبية بعد الولادة يتأثر في المناطق الريفية بالمستوى التعليمي أما في المناطق الحضرية فالمستوى المعيشي هو العامل الأساسي في تفسير هذا اللجوء خصوصا عند فئة النازحين.

بينما يختلف الأمر في مسح 2010، ففي المناطق الريفية النساء اللواتي لديهن عدد كبير من الأطفال واللواتي بدون مستوى تعليمي وذوات المستوى المعيشي المتدني والمسلمات لديهن يسجلن نسب ضعيفة لاستخدام مصالح الرعاية الطبية بعد الولادة، وتتبع النساء اللواتي لديهن مستوى تعليمي أقل من الثانوي والمسيحيات ذات المستوى المعيشي المتدني في المناطق الحضرية نفس السلوك.

يعتبر الجهل أو عدم الوعي بالمخاطر التي تنجم عن العزوف عن طلب الرعاية الصحية خلال الحمل والولادة وفترة مابعد الولادة (النفاس) عاملا أساسيا يؤثر على اللجوء للرعاية الصحية، فالتثقيف الصحي له دور في الحد من وفيات الأمهات، فمعظم النساء ليجدن داعي للاستشارات الطبية إن لم يستوجب ذلك أو لعدم وجود عارض صحي، بالإضافة إلى انعدام الحوار بين موظفين الصحة والنساء ذات المستوى التعليمي المنخفض.

قلة حملات التوعية والإشادة بمخاطر الإهمال في حالة الحمل أو الولادة أو فترة مابعد الولادة.

➢ **دراسة SIRPE Gnanderman (2011) بعنوان «Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso»**

تهدف هذه الدراسة الى تحليل محددات استخدم الرعاية الصحية قبل الولادة ببوركينافاسو، اعتمادا على قاعدة بيانات مسحين الأحوال المعيشية للأسرة للسنتين 2003 و2007 من قبل المعهد الوطني للإحصاء والديموغرافيا (INSD)، والذي شمل كل التراب الوطني لبوركينافاسو .

في البدئ تم تقديم أهم المتغيرات التي ستعتمد عليها الدراسة والتي تؤثر على المرأة للجوئها للرعاية الصحية أثناء الحمل وهي:

1. العوامل الاقتصادية
2. العوامل الثقافية
3. العوامل الإجتماعية والديموغرافية

وشملت عينة الدراسة 8500 أسرة و65000 فرد من بينهم 766 امرأة انهت حملها خلال 12 شهرا التي سبقت المسحين.

وتوصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- بمعدل خصوبة 6.7 طفل للمرأة في بوركينافاسو، معظم النساء لايقمن بالزيارات الأربعة خلال الحمل التي توصي بها منظمة الصحة العالمية.
- لجوء المرأة للرعاية الصحية قبل الولادة تحددها العوامل الاقتصادية كالمستوى المعيشي للأسرة وتكاليف الرعاية.
- لجوء المرأة للرعاية الصحية في بوركينافاسو تحددها المسافة الموجودة بين مكان إقامة المرأة والهياكل الصحية، إذ يتطلب على المرأة قطع مسافة 5 كلم للوصول لأقرب نقطة تتوفر على مصالح صحية في المناطق الريفية.

- حسب مسح 2007، 56.9%من الولادات تمت في مرافق صحية حديثة مقابل 41.8% في المنازل.
- يمثل معدل الولادات في المرافق الصحية الحديثة في الريف 51.4% اما في المناطق الحضرية فان 94.5 % من الولادات تتم في المستشفيات وعيادات التوليد على يد موظفين مؤهلين.
- للمستوى التعليمي للمرأة وزوجها أثر ايجابي في استخدام مصالح الرعاية في فترة للحمل.
- التثقيف الصحي له دور كبير في لجوء المرأة للرعاية الصحية وذلك من خلال القيام بحملات التوعية من طرف المساعدين الطبيين وعمال القطاع الصحي من أجل الحفاظ على صحة الأم وطفلها.
- على الرغم ان هناك دراسات أثبتت علاقة الدين بلجوء المرأة للرعاية الصحية في فترة الحمل إلا ان هذه الدراسة توصلت إلى ان لجوء المرأة للرعاية الصحية لم تتاثر بشكل كبير بعامل الدين.
- الرعاية الصحية أثناء الولادة: بينت نتائج الدراسة ان 24.5 % من الولادات التي أجريت خلال الخمس سنوات قبل المسح كانت تحت رعاية القابلات التقليديات و23,7% , برعاية قابلة مؤهلة وتأتي بعد ذلك قابلة القرية مدربة أو غير مدربة بنسبة 17,4% , و18,9% , على التوالي والأخير الممرضين والممرضات بنسبة 10% اما الاطباء فلا تتعدى نسبتهن في الرعاية التوليدية 1 %.

**وفي دراسة أجراها كل KUNST Anton et HOUWELING، (2001) بعنوان:**

**« Panorama mondiale des différences entre les riches et les pauvres dans l'utilisation des soins obstétricaux »**

وهي دراسة حول الفروق بين الأغنياء والفقراء في استخدام الرعاية الصحية التوليدية وغيرها من الخدمات الموجهة للأم في العالم اعتمادا على قاعدة بيانات المسوحات السكانية والصحية. وشملت هذه الدراسة في جزئها الأول الوصفي فهو يحتوي على معلومات أساسية عن التباين بين الفقراء والأغنياء في استخدام المصالح الصحية لفائدة الأم وعلى الأخص أثناء الولادة. أما الجزء الثاني فقد حلل العوامل المفسرة لعدم

الحصول على الرعاية الصحية وصلتها بالفقر والغنى، وقد توصل الباحثين إلى النتائج الاتية في الجزء الأول:

- ان هناك تباين ضخم بين الفقراء والأغنياء في استخدام الرعاية الصحية التوليدية في معظم دول العالم.
- مؤشر الثروة له تأثير مباشر على الرعاية الصحية التوليدية في العالم.
- عدم المساواة في استخدام الرعاية الصحية تختلف من بلد لآخر.
- عدم المساواة في جميع الخدمات المقدمة للمرأة كالرعاية قبل الولادة وأثناء الحمل وفي استخدام موانع الحمل.

أما نتائج الجزء الثاني من الدراسة فكانت كالاتي:

- ان التباين الموجود بين الأغنياء والفقراء في استخدام الرعاية الصحية يرجع إلى مكان الإقامة (حضري – ريفي).
- النساء الفقيرات يستعملن الخدمات الصحية المؤهلة أثناء الحمل والولادة أقل وذلك لمستواهن التعليمي المنخفض.
- الحالة الإجتماعية والاقتصادية تحدد مدى استخدام المرأة للرعاية الصحية التوليدية.

## 11 – تحليل الدراسات السابقة:

### 11-1 الاختلاف في الأهداف البحثية

تتمحور الدراسات السابقة حول موضوع الرعاية الصحية التوليدية، لكنها تختلف من حيث الأهداف التي تسعى لتحقيقها:

#### 11-1-1 دراسات تركز على العوامل المؤثرة في الخصول على الرعاية الصحية:

- دراسة هواري رحال ورضوان مصلي (2020) ركزت على عدم المساواة في فرص الاستفادة من الرعاية الصحية التوليدية في الجزائر، مع تحليل دور المتغيرات المستقلة مثل السن، المستوى التعليمي، والمنطقة الجغرافية ومؤشر الثروة على الاستفادة من الرعاية الصحية الانجابية.
- دراسة(2018) CISSE SIAKA تناولت عدم المساواة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية التوليدية في المالي، ولكن وسعت التحليل ليشمل تأثير العوامل الاقتصادية والإجتماعية والسياسات الصحية.
- دراسة WAIBAI Yaye وELOUNDOU Messi (2017) في الكاميرون إذ ركزت على الحواجز الثقافية والإجتماعية التي تمنع النساء في سن الانجاب من الاستفادة من الرعاية الصحية لفترة الحمل.

#### 11 -1-2 دراسات ركزت على التغيرات الزمنية والتطور في الحصول على الرعاية الصحية:

- دراسة أمال بلعيدي وأسيا شريف (2017) قارنت بين نتائج المسوح العنقودية المتعددة المؤشرات MICS للسنوات (2002،2006،2013) لرصد تطور متابعة المل والولادة في الجزائر.
- دراسة NKURUNZIZA Médiatrice(2014) في بوروندي حللت البيانات بين 2002 و2010 لتحديد كيف تطور لجوء النساء إلى الخدمات الصحية وما هي العوامل التي أثرت على هذا التطور.

**11- 1-3 دراسات تركز على جودة الخدمات الصحية ورضا النساء عنها:**

❖ دراسة محمد مبتول (2013) ركزت على تقييم جودة الخدمات الصحية الانجابية في الجزائر عبر مقابلات مباشرة مع النساء والأطباء، واستنتجت ان هناك نقصا في الخدمات الصحية وسوء معاملة من قبل الكوادر الطبية.

❖ دراسة KUNST Anton وHOUWELLING (2001)، حللت الفجوة بين الفقراء والاغنياء في إستخدام الرعاية الصحية التوليدية على مستوى العالمي، وتوصلت إلى ان التباينات مرتبطة بعوامل مثل الإقامة والتعليم والدخل.

**11 -2 الاختلاف في المنهجية البحثية**

**11-2-1 دراسات استخدمت التحليل الكمي المعتمد على المسوح الوطنية والدولية**

❖ أمال بلعيدي وأسيّا شريف (2017) وهواري رحال ورضوان مصلي (2020) في الجزائر، CISSE Siaka(2018) في مالي، اعتمدوا على تحليل بيانات المسوح المتعدد المؤشرات (MICS) والمسوح الديموغرافية والصحية لمسوح(EDS) . هذه الدراسات استخدمت نماذج إحصائية مثل الانحدار اللوجستي الثنائي وتحليل شيبلي لتحديد أثر العوامل الإجتماعية والاقتصادية على الصحة الانجابية.

**11-2- 2 دراسات استخدمت التحليل النوعي والمقابلات المباشرة:**

❖محمد مبتول (2013) استخدم المقابلات والملاحظة الميدانية لدراسة التفاعل بين الكوادر الطبية والنساء في المرافق الصحية.

❖ ELOUNDOU Messi و (2017) WAIBAI Yaye في الكاميرون استخدموا المقابلات الجماعية لفهم دور العادات والتقاليد في قرار المرأة باللجوء للرعاية الصحية.

**11-2-3 دراسات مزجت بين التحليل الكمي والنوعي**

❖ (2014) NKURUNZIZA Médiatrice في بوروندي استخدمت تحليلا إحصائيا لمسوحات وطنية لكنها أضافت تحليلا كيفيا لفهم سلوكيات النساء في اللجوء إلى الرعاية الصحية.

❖ CISSE Siaka (2018) في مالي إستخدمت تحليلا إحصائيا مقارنا بين مالي ودول الجوار مع مقابلات ميدانية لفهم السياق الثقافي والاقتصادي.

**11 -3 الاختلاف في العوامل المؤثرة التي تناولتها الدراسات:**

## 11-3-1 العوامل الإقتصادية والإجتماعية

❖ جميع الدراسات أكدت على دور المستوى المعيشي (الدخل) في التأثير على قدرة النساء على الوصول إلى الرعاية الصحي.

❖ بعض الدراسات مثل SIRPE Gnanderman(2011) في بوركينافاسو ودراسة HOUWELING و KUNST Anton ،(2001) أظهرت ان الفجوة بين والاغنياء في استخدام الخدمات الصحية أكثر حدة في الدول ذات الدخل المنخفض.

1. العوامل الجغرافية

❖ أغلبية الدراسات وجدت ان النساء في المناطق الريفية أقل وصولا للرعاية الصحية مقارنة بالحضر.

❖ دراسة خديجة سواكري (2017) ركزت على الجنوب الجزائري وأظهرت ان البنية التحتية الطبية في هذه المناطق محدودة، مما يضعف من فرص النساء في الحصول على الرعاية.

❖ دراسة Ndeye Fatou NGOM (2016) في السنغال بينت ان النساء في المدن الكبرى مثل داكار يحصلن على رعاية صحية أفضل مقارنة بالنساء في المناطق النائية.

### 11-3-2 العوامل الثقافية والدينية

❖في الكاميرون، وجدت دراسة ELOUNDOU Messiو(2017) WAIBAI Yaye أن العقيدة الدينية تؤثر على استخدام النساء للخدمات الصحية، حيث كانت النساء المسيحيات أكثر استخدامًا للخدمات الصحية مقارنة بالنساء المسلمات.

❖ في السنغال، أظهرت دراسة NGOM Ndeye Fatou (2016)في السنغال ان بعض الأعراق تفرض قيودا ثقافية تمنع النساء من الولادة في المستشفيات.

❖ دور التعليم معظم الدراسات أشارت إلى وجود علاقة إيجابية بين المستوى التعليمي للمرأة واستخدامها للخدمات الصحية.

❖ دراسة Médiatrice NKURUNZIZA (2014) في بوروندي أوضحت ان النساء في المناطق الريفية، حتى وان كن متعلمات، ما زلن يعانين من صعوبة الوصول إلى الخدمات الصحية بسبب الفقر.

### 11-4 مدى تركيز الدراسات على المتابعة بعد الولادة:

❖معظم الدراسات ركزت على الرعاية أثناء الحمل والولادة، لكن عددا قليلا منها تناول الرعاية بعد الولادة.

❖ دراسة دردیش أحمد (2009) في الجزائر وجدت ان هناك تقصيرا واضحا في المتابعة الطبية للنساء لفترة ما بعد الولادة.

❖ NKURUNZIZA Médiatrice (2014) في بوروندي أظهرت ان نسبة النساء اللواتي حصلن على فحص طبي بعد الولادة منخفضة جدا، خاصة في المناطق الريفية.

-كيف يمكن الاستفادة من هذه الفروقات؟

من خلال تحليل هذه الدراسات، يمكن ملاحظة ان هناك عدة فجوات بحثية يمكن استغلالها في أي دراسة جديدة، مثل:

1. دراسة الفروقات بين جودة الخدمات الصحية في القطاع العام والخاص، وهو جانب لم يتم تحليله بعمق في معظم الدراسات. تحليل العلاقة بين السياسات الصحية ومدى تاثيرها على تحسين الرعاية الصحية الانجابية والتوليدية إذ ركزت معظم الدراسات على العوامل الفردية والإجتماعية، دون تحليل كاف لدور السياسات الصحية.

2. إ ستكشاف تجارب النساء في المناطق النائية بشكل أكثر تفصيلا عبر دراسات ميدانية نوعية، خاصة في البلدان التي تعاني من نقص في البنية التحتية الصحية.

# الفصل الأول

**تمهيد:**

يشكل الولوج إلى الرعاية الصحية التوليدية أحد المحاور الأساسية في السياسات الصحية المعاصرة، نظرا لارتباطه المباشر بصحة الأم والوليد وبمستويات وفيات الأمهات والرضع. ولا يقتصر هذا الولوج على توفر الخدمات الصحية فحسب، بل يتأثر بمجموعة من المحددات الديموغرافية والإجتماعية والاقتصادية والجغرافية والثقافية. ومن هذا المنطلق، يسعى هذا الفصل إلى تأطير الموضوع نظريا من خلال عرض أهم المفاهيم المرتبطة بالرعاية الصحية التوليدية، وتحديد أبعادها، واستعراض أبرز المقاربات النظرية المفسرة لسلوك الاستفادة من الخدمات الصحية.

## 1 شرح المفاهيم:

### 1-1 الولوج (الولوجية):

"درجة السهولة التي يكون فيها الفرد قادرا على استخدام نوع محدد من المرافق الصحية للحصول على مجموعة محددة من الخدمات في سياق زمني ومكاني محددين. ترتبط هذه السهولة بمجموعة من المتغيرات وهي المسافة والزمن ومكان إقامة الزبون، والكلفة. ويعتمد هذا الوصول أيضا على نضام النقل والتوزيع المكاني للمرافق العامة، هذا إلى جانب المتغيرات الفردية والأسرية (السن، الجنس، الحالة العائلية، عدد الأطفال والمستوى التعليمي...)». (عبد الحق أهندار وآخرون،2020، ص106)

كما يعرف الولوج بأنه "يمثل درجة الرضى بين العملاء والخدمات والتعرف على ابعاد الوصول (المناطق المحددة أكثر بالرضى) مثل الوفرة وسهولة الوصول اليها والقدرة على تحمل التكاليف"(عبد الحق اهندار،2019 ص 13).

كما تعرف ايضا العلاقة بين موقع العرض وموقع العملاء، مع مراعاةموارد الزبون والمسافة والتكلفة والخصائص الديموغرافية و الاسرية للزبون(عبد الحق اهندار،2019 ص 13).

**2.1 الصحة :**

هي " الحصيلة النهائية والمقياس الأكيد الذي يعكس الواقع العملي لمستوى الحياة التي يعيشها الانسان بكل أبعادها الثقافية والإجتماعية والحضارية والنفسية والسياسية. فهي حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا واجتماعيا، ولهذا لا تعد المؤسسات الصحية والمستشفيات والعيادات الوحيدة المعنية والقادرة على خلق وتحديد معالم صحة الانسان" (محمد بشير شريم،2012، ص11).

**1-3 الصحة الانجابية:**

"الصحة الانجابية حسب منظمة الصحة العالمية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا وإجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهز التناسلي ووظائفه وعملياته وليس مجرد السلامة من المرض و الإعاقة ولذلك تعني الصحة الانجابية القدرةالناس علة التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة وقدرتهم على الانجاب ،وحريتهم في تقرير الانجاب وموعده وتوترة ، ويشمل هذه الشروط ضمانا على الحق الرجل والمرأة في معرفة إستخدام تنظم الأسرة مأمونة والفعالية الميسورة المقبولة في نظرهما.وأساليب نتظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القامون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من ان تجتاز بامان فترة الحمل و الولادة وتهيئ الزوجين أفضل فرص لانجاب مولود يتمتع بالصحة" (OMS ,2004 p5 )

**1-4 صحة الأمومة:**

حسب منظمة الصحة العالمية هي الاعتناء بصحة المرأة من جميع النواحي بداية من الحمل إلى الولادة حتى مرحلة ما بعد الحمل أي بعد الولادة (فترة النفاس) (nkuruziza, 2014,p51).

### 1-5 مفهوم الرعاية:

"الرعاية لغة حسب ابن منظور في كتابه لسان العرب مشتقة من الرعي يعني رعى الكلأ ونحوه يرعى رعيا. والراعي يرعى الماشية أي يحوطها ويحفظها. والماشية ترعى أي ترفع وتأكل، وراعي الماشية حافظها "(أحميدة بن زيطة ،2007 ص4).

كما تعني المراقبة والحفظ يقال: راعيت الأمر مراعاة: راقبته ونظرت وقد وردت في اللغة بعدة معاني منها الشرف والتكريم والاعتبار والتشريف. ويقال رعاية لكم: أي تكريما لكم واحتراما، ورعاية خاطر: مراعاة ورعي الحاكم لرعية: تولى امرهم ودبر شئونهم والرعاية يقصد بها الاهتمام بأمور شخص والاعتناء به (محمد كامل،2021 ص 417).

نتوصل إلى ان هذا اللفظ لا يخرج في دلالته اللغوية عن مفهوم الحفظ، والعناية

### 1-6 الرعاية الصحية:

"ارتبط مصطلح الرعاية الصحية منذ القديم بالرعاية الإجتماعية. فهي أحد حقوق الفرد والتي تشمل كل من التكفل الصحي والنفسي والإجتماعي والحصول على المساعدة الصحية المؤهلة ذات الجودة في الوقت المناسب "(أحمد دريش،2015). "فتتمثل في مجموعة من الخدمات والبرامج التي تقدمها الدولة في شكل برامج وقائية وعلاجية، من خلال شبكة من الأطباء والمساعدين الصحيين والأجهزة والمؤسسات الطبية والصحية كالمستشفيات والعيادات ومصانع انتاج الأدوية والصيدليات"(أحميدة بن زيطة ،2007 ص5).

### 1-7 الرعاية الصحية الانجابية:

"تعرف على انها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تساهم في تحسين الصحة الانجابية ورفاه للفرد من خلال منح حل مشاكل الصحة الانجابية. كما تشمل الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقة الشخصية. لا مجرد تقديم منشورو الرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب الأمراض المنتقلة جنسيا "(OMS,2004 P5)

### 1-8 الرعاية الصحية التوليدية:

"حسب منظمة الصحة العالمية فان الرعاية الصحية التوليدية تشمل كل من رعاية النساء أثناء الحمل، والولادة، والرعاية بعد الولادة، بالإضافة لرعاية المواليد الجدد. وهي تهدف إلى منع حدوث مضاعفات صحية أو مشاكل الصحية، من خلال الكشف عن الحالات غير الطبيعية في فترة الحمل وأثناء الولادة، وتقديم المساعدة الطبية ذات الجودة من طرف الأطباء والمساعدين الطبيين المؤهلين المدربين لذلك، ووضع تدابير طارئة عند الضرورة من أجل الحد من وفيات الأمهات وحديثي الولادة" (nkuruziza,2014,p52).

### 1-9 إمكانية أو سهولة الحصول على الرعاية الصحية:

"هي الأمكانية والقدرة على الاستفادة من الخدمات الصحية في أي وقت، وحيثما تكون الحاجة إليه. ويكون مرتبط بوجود أو غياب محتمل للحواجز المادية والإجتماعية. وقد عرفها اندرسن على انها القدرة على استخدام الخدمات الصحية ا(BONNET,2002 P5 ). "وتعتمد على عدة أبعاد اقتصادية واجتماعية وثقافية وجغرافية التي يمكن ان تعمل كحاجز للوصول إلى الرعاية الصحية مثل مكان الإقامة والدخل والسن والجنس والتامين الصحي والموقع الجغرافي والعرق والمعتقدات" (Graves.B. A 2009, p 50).

كما "يعتبر هذا البعد من أهم الأبعاد ذلك لان صعوبة الوصول إلى المستشفى تؤدي إلى زيادة الأمراض والوفيات التي يمن تفاديها وتعني سهولة الوصول للخدمات عدم وجود عوائق (جغرافية، مادية، اجتماعية، مؤسسية أو لغوية) تقف حائلا دون الوصول للخدمة. ويقاس الوصول الجغرافي بتوفر المواصلات والمسافة والوقت اللازم للوصول إلى الخدمة الصحية أو أي عوائق طبيعية تمنع المريض من الوصول إلى الخدمة الصحية ، أما بالنسبة للوصول المادي فيقصد به المقدرة على شراء الخدمة الصحية، أما بالنسبة للوصول الإجتماعي فيعني قبول المراجعين للخدمة الصحية المقدمة التي لا تتعارض مع القيم والمعتقدات والتقاليد ، أما بالنسبة للوصول المؤسسي فيعني نظام المؤسسة الصحية لاستقبال المراجعين بالنسبة لعدد ساعات العيادة ، نظام المواعيد ، ووقت الانتظار ، وطريقة تقديم الخدمة ، أما بالنسبة للوصول اللغوي فيعني ان

الخدمات متوفرة بلغة المواطن وبطريقة لطيفة وواضحة يستطيع فهمها" (سويلم الدوافعة،عزات الحلاملة ،2009 ص80) .

### 1-10 إمكانية الوصول الجغرافي l'accéssibilité géographique:

حسب بيشرال هي قدرة الشخص على الوصول إلى بنية الرعاية الصحية. ويعتمد ذلك على المسافة وتوفر وسائل النقل وكذلك التكلفة بشكل عام (BONNET، 2002، ص6). يتم تقييم إمكانية الوصول الجغرافي بالحد الأدنى للمسافة التي يجب قطعها للوصول إلى أقرب هيكل أومرفق صحي. فالمسافة تشكل حاجزا أمام استخدام خدمات الرعاية الصحة. فالبعد الجغرافي للمراكز الصحية يعيق الوصول إليها في حالة ندرة وسائل النقل أو سوء حالة الطرقات خصوصا في الأماكن الريفية والمناطق المعزولة. ( NGOM,F 2016 P68).

الوصول الجغرافي هو أحد العوائق غير المادية للصحة. يتم تقييمه حسب عدد السكان المقيمين في نصف قطر دائرة معينة من الخدمة الصحية، حيث يجب ان تكون خدمة الرعاية الصحية متاحة على مسافة معقولة للأشخاص الذين يحتاجون إليها. وقد حددت منظمة الصحة العالمية المسافة بين الخدمات الصحية والسكان بـ 5 كلم في المناطق الريفية والمعزولة إلى 15 كلم للأماكن التي يصعب الوصول إليها. (Ntotolo,2019 p15)

### 1-11 إمكانية الوصول المادي: (l'accessibilité financière)

"وهي القدرة على الدفع مقابل الخدمات الصحية دون صعوبة مالية. ولا تقتصر فقط على تكلفة العلاج بل تضم كل ما يجب دفعه مقابل الوصول إلى الخدمة الصحية كتكلفة النقل والمكاسب المفقودة من أيام عدم العمل وغيرها من المصاريف وحتى تكلفة رعاية الأطفال". (chambaut,2018 p 24).

**1-12 الثقافة الصحية:**

"تعرف على انها "عملية ترجمة الحقائق المعروفة إلى انماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع، بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية، وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة" (محمد بشير شريم،2012، ص41).

**1-13 التثقيف الصحي:**

هو " عملية هدفها حث الناس على تبني نمط حياة وممارسات صحية سليمة، من أجل رفع المستوى الصحي للناس كافة، وتعريف الناس بأخطار الأمراض، وإرشادهم إلى الوقاية منها والحد من انتشارها.

ويشمل التثقيف الصحي تحذير الناس من أضرار الممارسات المحرمة كالزنا واللواط وشرب الخمر والتدخين، بالإضافة إلى الدجل الطبي" (حسام شمس باشا، 2017 ص7).

"وحسب المنظمة العالمية للصحة (OMS) يعرف التثقيف الصحي على انه "عملية تعليمية تعمل على زيادة المعرفة وتطوير المهارات والمعارف. وهذه العملية لا تؤثر على الفرد فحسب بل تؤثر على المجتمع ككل". (شهرزاد، كلثوم ،2020 ص 354). يهدف التثقيف الصحي الى تعزيز الصحة من خلال تمكين الناسمن زيادة السيطرة على صحتهم' (OMS ,2012 P13).

**1-14 مفهوم الوعي الصحي:**

"هو أدراك المعارف والحقائق والأهداف الصحية المرتبطة بالسلوك الصحي. بمعنى أخر هي عملية ادراك الفرد لذاته وإدراك الظروف الصحية المحيطة به، ليكون اتجاه عقلي نحو الصحة العامة للمجتمع".(العربي محمد وآخرون،2018،ص 2) .

**1-15 الخدمات الصحية:**

"هي مجمل المنشآت والمؤسسات التي تقدم الخدمة الصحية مهما كان نوعها علاجية أو ووقائية في منطقة معينة" (سامر حاتم رشدي،2003، ص30).

"وحسب المنظمة العالمية للصحة تعرف الخدمات الصحية على انها مجموعة من العناصر المترابطة التي تساهم في تحقيق الصحة في البيوت والمؤسسات التعليمية وأماكن العمل والمحلات العامة والتجمعات، وكذلك في البينة العمرانية والنفسية والإجتماعية وقطاع الصحة وما يرتبط به". (فاطمة فهد حمادي،2005، ص3).

وتعرف أيضا على انها "جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة، سواء علاجية موجهة للفرد أو وقائية للمجتمع مثل انتاج الأدوية والمستحضرات الطبية والأجهزة التعويضية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض المعدية". (عدمان مريزق،2012، ص35).

فالخدمة الصحية هي أي" نشاط يستطيع أي طرف تقديمه للطرف الأخر، بحيث من الضروري ان يكون غير مادي ولا ينتج عنه ملكية الشيء". (يحي عبد الحين قليج الجياشي،2008، ص5)." كما يعتبر النظام الصحي الإطار الذي يتم من خلاله التعرف على احتياجات السكان للخدمات الصحية والعمل على توفير هذه الخدمات من خلال إيجاد الموارد وإدارتها على أسس صحية تؤدي في النهاية إلى المحافظة على صحة المواطن وتعزيزه". (محسن عبد الصاحب المظفر ،1979، ص306).

**1-16 توزيع الخدمات الصحية:**

" يقوم مفهوم التوزيع للخدمات الصحية في قطاع الصحة على تحديد المواقع الجغرافية التي تقدم فيها الخدمات، ويمكن ان نحدد مفهومين لنسبة لمنافذ التوزيع في الخدمات الصحية هما :

1-التوزيع الجغرافي في أماكن ومواق جغرافية منتشرة.

2-التوزيع الجغرافي الداخلي أي داخل المؤسسة الصحية. (نجاة فريحة، فلة غيدة،2018 ص210).

**المفهوم الاجرائي لتوزيع الخدمات الصحية:**

هي مختلف الخدمات التي يقدمها المستشفى بهدف تسهيل حصول المرضى على الرعاية الصحية، وذلك من خلال ضمان سهولة الوصول إليها مكانيا وزمانيا، وتوفيرها بتكاليف معقوبة، إلى جانب ضمانتوفير المعلومات الضرورية في الوقت المناسب.

**1-17 الرعاية الصحية المؤهلة:**

"تعرف على انها الرعاية الطبية التي تتلقاها المرأة أثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة على يد كوادر طبية مكونة ومدربة ويزاولون مهامهم في مراكز صحية مناسبة"(UNFPA,2004P17),

**1-17 مفهوم الأمومة الأمنة:**

"هو الغياب التام لخطر الوفاة والمراضة خلال فترة الحمل والولادة وفترة مابعد الوضع (النفساء)، للأم والطفل".(Desgrée du Lou,2001 p 25) .

**2. الرعاية الصحية التوليدية ودورها في الحد من وفيات الأمهات والاعتلال الصحي المرتبط بالحمل والولادة وما بعد الولادة:**

إن تعزيز الرعاية الصحية للمرأة في فترة الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة هو بهدف الحد من وفيات ومراضة (الاعتلال الصحي) للأمهات والرضع إذ تعتبر وفيات الأمهات والرضع من اهم المؤشرات على نجاعة المنظومة الصحية على المستوى الدولي. والجدير بالذكر أن الإهتمام بوفيات الأمهات حديث للغاية في البلدان النامية إذ قبل نهاية الثامنات لم تكن وفيات الأمهات تتصدر الاخبار (Nkurunziza,2014,P34). على الرغم انها كانت بنفس الحجم التي كانت تحصل في الدول الغربية، التي بدورها كانت سبب ضغوطات سياسية كبيرة فالسويد في القرن التاسع عشر وانجليترا في أوائل القرن العشرين. ويعود الوعي المتأخر لقضية وفيات الأمهات في الدول النامية لنقص المعلومات الموثقة (Nkurunziza,2014,P35). وقد أظهرت البيانات ان البلدان التي نجحت في خفض وفيات الأمهات والرضع هي تلك الدول التي امنت للنساء متابعة ورعاية صحية بمساعدة موظفين مؤهلين وان تتم الولادة في مراكز صحية مناسبة مجهزة ومعقمة.

فالسويد نجحت في خفض معدل وفيات الرضع. ففي سنة 1870 بلغ متوسط وفيات الأمهات في السويد وانجلترا والولايات المتحدة الأمريكية وويلز بأكثر من 600 وفاة لكل ولادة حية 100.000ولادة حيةففي هذه الفترة معدل الوفيات في هذه الدول مشابه لمعدل الوفيات في الدول النامية.

ليتم خفض معدل الوفيات في السويد ما بين 1900–1973 إلى 300–250 وفاة لكل 100.000 ولادة حية في حين لم تنجح الدول الثلاثة هذه الفترة في خفض معدل وفيات الأمهات، إلى غاية 1968 إذ شهد معدل وفيات الأمهات الانخفاض السريع ليصل إلى 5–10 وفيات لكل 100.000 ولادة حية وعلى الرغم ان السويد لم تكن متطورة إقتصاديا فقد كانت من الدول الفقيرة في القرن الثامن عشر، في حين ان معظم الدراسات ابتت العلاقة بين الصحة والاقتصاد. إلا ان نجاح السويد في خفض معدل الوفيات هو ادراكها

لحجم المشكل. وعمدت على اتباع سياسة إضافة الطابع المهني للصحة وهو تحسين التدريب الأساسي للأطباء والقابلات لمتابعة الحمل والولادة وما بعد الولادة. تم إدراج إلزامية التعقيم في المستشفيات وتعميمها في جميع الأماكن التي تحدث فيها الولادات حتى المنازل، العمل على سهولة الوصول لمصالح الرعاية التوليدية لجميع السكان، الاعتماد على قابلات محترفات، تدريب القابلات التقليديات على تقنيات حديثة ومراقبة مستمرة إذ تم إلزامية حصول الولادات على يد قبلات مؤهلات مدربات تدريبا جيدا. توعية وتثقيف الأمهات. وبهذا حققت السويد أدنى معدلات وفيات الأمهات مع بداية القرن العشرين. ونفس السياسة اتبعتها النرويج وهولندا (De brouwere et al 1998).

في سنة 1985 تم الانتباه للفوجوة الموجودة بين الدول الصناعية والدول النامية بخصوص وفياة الأمهات وبدءت الدول النامية في أخذ الإجراءات بموجب خفض إعتلال ووفيات الأمهات.

- مؤتمر نيروبي 1987 "الأمومة الأمنة" تحت رعاية منظمة الصحة العالمية والبنك الدولي، وصندوق الأمم المتحدة، وهدف المؤتمر هو خفض وفيات الأمهات بحلول عام 2000.وبموجب هذه الاتفاقيات تعهد المشاركون بتحسين الوعي على ان الحصول على الرعاية الصحية للأمهات أولوية بالنسبة للحكومات، بهدف الحد من الاعتلال الصحي للأمهات وانقاذ الأرواح.إذ تم التركيز في هاذ المؤتمر (مبادرة الأمومة الأمنة)علة الاستشارات الطبية في فترة الحمل وفحص خلات الحمل العالية الخطورة ومتابعتها، بالإضافة الى تدريب القابلات التقليديات، وبذلك تم إدماج الرعاية الصحية للأمهات، في الرعاية الصحية الأولية والتي بموجبها تكون متاحة للجميع وذلك بتسهيل الوصول اليها، ومن هنا بدأت الانطلاقة لعدة مؤتمرات دولية التي تناولت استراتجيات الحد من مراضة أو الاعتلال الصحي للأمهات وخفض معدل وفيات الأمهات والرضع.وهي كالاتي:

- المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد في القاهرة 1994 الذي إلتزمت به الحكومات بخفض معدل وفيات الأمهات إلى النصف بحلول سنة 2000.

- المؤتمر العالمي للمرأة في بكين1995 الذي ركز على الإلتزام بما تم التعهد به في مؤتمر القاهرة.
- المشاورات الفنية الدولية في كولومبيا (سيرنكا) 1997.
- المؤتمر الدولي لإنقذ الارواح "المساعدة الطبية عند الولادة " المنعقد في تونس2000 ومن أهم أهدافه إنشاء خطط عمل بشأن الرعاية المؤهلة أثناء الولادة في الدول النامية على سبيل المثال جنوب الصحراء الكبرى وجنوب اسيا.
- الجمعية العامة للأمم المتحدة للالفية في نيودلهي سنة 2000. حيث التزمت 189 دولة بخفض معدل الوفيات بـ 75% بحول سنة 2015.

ان خفض معدل الوفيات الأمهات ومراضتهن سواء في الدول الصناعية أو الدول النامية تحقق بفضل المتابعة الصحية الأمهات والأطفال والتي تتمثل فيما يلي:(Nkurunziza.2014p54).

1. **المتابعة الصحية في فترة الحمل** أدات لخفض مراضة ووفيات الأمهات والرضع: حسب منظمة الصحة العالمية (2006) هي مجموعة من الفحوصات يقدمها شخص مؤهل ومدرب (قابلة، طبيب مختص نساء وتوليد، طبيب عام، ممرض). وهي متابعة طبية تضمن للأم والطفل الصحة والسلامة في فترة الحمل إلى غاية الوضع (OMS,2009) .وكما جاء أيضا في تقرير منظمة الصحة العالمية (2016)، المرأة الحامل ملزمة من أربعة إلى بثمانية زيارات طبية لمتابعة الحمل (الفحص السريري) وثلاث فحوصات بالموجات فوق صوتية في حالة الحمل العادي، لتفادي المضاعفات الناجمة عن الحمل أو كشف مبكر لمشاكل في الحمل الموجات تفوق الصوتية (J. lansac et at,2003P108)

بعد معرفة الحمل وذلك بالاختبار المنزلي أو غياب الدورة الشهرية تتوجه المرأة لمصلحة الأمومة والطفولة أو طبيب مختص نساء وتوليدية في مراكز عامة أو عيادات خاصة أين يتم فحصها ومتابعتها من بداية الحمل إلى ان يحين وقت الولادة اين يتم:

**1.** فحص سريري

- تأكيد الحمل
- فحص سريري (الوزن، الطول، ضغط الدم)
- طلب مجموعة من فحوصات الدم والبول
- معلومات عن الحمل أو ولادة سابقة
- فحص عنق الرحم
- وضع جدول اللقاح اللزمة في فترة الحمل.

**2.** الفحص بجهاز بالموجات فوق الصوتية (Echographié) ومدة الفحص تتراوح ما بين 15 إلى 45 دقيقة.

- الفحص الأول 11 إلى 14 أسبوع (الثلاثي الأول): ومدته 20 لى 30 دقيقة والغرض منه:

1- تحديد عمر الجنين عن طريق قياس المسافة بين الرأس وأسفل الارداف.

2- إحصاء عدد الاجنة. (وجود توائم).

3- التحقق من دقات قلب الجنين لتأكد من حيويته.

4- فحص الرأس (حجم الجمجمة) والأطراف والأعضاء.

5- التأكد من عدم وجود تشوهات مثل متلازمة دأون.

6- فحص المبايض والرحم للتأكد من عدم وجود تشوهات أو أورام ليفية أو تكيسات التي يمكن ان تعيق سير الحمل.

- الفحص الثاني 20الى 25 أسبوع (الثلاثي الثاني): ومدته من 30 إلى 45 دقيقة أين يتم فحص جميع أعضاء الجنين بدقة.
- قطر الراس.

- قياس المخ (المخيخ).
- قياس عظام الانف، القلب، المعدة، الكلى، الكبد، فحص العمود الفقري بدقة شديدة.
- فحص الأعضاء الخارجية.
- قياس سرعة تدفق الدم في المشيمة وشرايين الرحم.
- التحقق من عدم وجود أي تشوهات مثل انشقاق العمود الفقري، الشق الحنكي، والشفة الارنبية.
- معرفة جنس الجنين.

❖ الفحص الثالث 30 إلى 35 أسبوع (الثلاثي الثالث): الهدف منه:

✓ تحديد وزن الطفل.

✓ الاستماع لدقات القلب.

✓ فحص سرعة الدورة الدموية في الحبل السري والدماغ.

✓ فحص الهياكل المحيطة بالجنين.

✓ قياس كمية السائل الأمنيوسي.

✓ موضع المشيمة والحبل السري.

✓ وضعية الجنين (متجه للأسفل، مستعرض، متجه للأعلى).

ومن هنا يمكن للقابلة أو الطبيب تحديد نوع الولادة (طبيعية أو قيصرية) ان لم يكن هناك عارض خاص بالأم (الأمراض المزمنة، مشكل في النظر، ولادات قيصرية سابقة، الحمل الثمين. (الحمل الثمين هو الحمل الذي انتظرته المرأة لسنوات وبعدعلاج طويل)

الولادة في المصحات على يد ممارسين مؤهلين: ان الولادة في المنازل، عن طريق مساعدة غي مؤهلة في ظروف تغيب فيها كل الظروف الصحية المناسبة هي السبب الأول لوفيات الأمهات، لذ أوصت منظمة

الصحة العالمية. بان تكون الولادات في مؤسسات صحية عمومية مجهزة، أوعيادات خاصة. وعلى يد مختصين مؤهلين من قابلات وأطباء. يحسنون التصرف في حالة وجود مضاعفات أثناء الولادة (OMS,UNICEF,BM 1999) من أجل تحقيق ولادة أمنة اين تتوفر الطروف للأم لتلد طفلا سليما بدون مضاعفات (دردیش أحمد،2009 ص202).

2. المتابعة الصحية لفترة ما بعد الوضع (فترة النفاس) والحد من خطر الوفيات الأمهات والرضع:

عن تقرير منظمة الصحة العالمية 2022«توفير رعاية عالية الجودة في المرافق الصحية لجميع النساء والأطفال لمدة لا تقل عن 24 ساعة بعد الولادة مع لإجراء مالا يقل عن ثلاث فحوصات طبية إضافية في الأسابيع الأولى التالية للولادة، وينبغي أن تشمل هذه الاتصالات الإضافية زيارات منزلية ان أمكن حتى يتسنى للعامل الصحي دعم الإنتقال إلى الرعاية الصحية المنزلية. وفي حالة الولدة المنزلية، ينبغي ان يتم الإتصال بعد الولادة في أقرب وقت ممكن. في موعد أقصاه 24 ساعة».

تجرى هذه المتابعة بعد الوضع اين يتم مراقبة الأم والطفل خلال 24 ساعة التي تلي الولادة مباشرة، وتجري في المصلحة التي تم الولادة فيها عام أو خاص (Barlow,et al 2016 P22) وهي الفترة التي تحدث فيها معظم وفيات الأمهات، بسبب مضاعفات الولادة كالنزيف والتي تحدث بعد الولادة. بالإضافة لفحص شامل للطفل من طرف طبيب الأطفال ووضع جدل اللقاح اللازمة للمولود لمدة 24 شهر. وتحضى المرأة بمراقبة مستمرة من الفترة للاخرى من قبل الممرضين والقابلة كقياس الضغط، درجة، الحرارة، فحص المهبل، لتفادي أي عارض مثل النزيف، هبوط في الدورة الدموية، الحمى. وقبل الخروج من المصحة تخضع المرأة لفحص من قبل الطبيب الخروج. بالإضافة إلى تلقيح الطفل بلقاح ضد السل. وتختلف مدة الإقامة في مصلحة الولادات حسب الحالة الصحية للأم والطفل. وحسب نوع الولادة. بالإضافة لفحصين في الأسابيع الأولى مابعد الحمل للتأكد من سلامة الأم والطفل.

وكما تصي منظمة الصحة العالمية بإلزامية القيام بفحص طبي بعد 6 إلى 8 اسابيع من الوضع أي بعد عودة العادة الشهرية(Barlow,et al 2016 P401) والهدف منه كالتالي:

- عودة الدورة الشهرية لطبيعتها.
- معرفة وزن المرأة وقياس الضغط.
- فحص الندوب البطن في حالة القيصرية وندب الفرج في حالة الولادة الطبيعية.
- فحص الثديين خصوصا في حالة الرضاعة الطبيعية.
- فحص عودة الرحم لوضعه الطبيعي.
- فحص المهبل بالمس للتأكد من عضلات العجان ووصف جلسات تأهيل في حالة الإرتخاء.
- فحص عضلات البطن.
- الحالة النفسية للأم بعد الوضع (اكتئاب ما بعد الولادة).
- وصف موانع الحمل الملائمة للأم.

## 3. المقاربات المفسرة للولوج إلى الرعاية التوليدية في البلدان النامية:

تتمثل مخاطر الأمومة بسوء صحة الأم أو الجنين أو الطفل أو حتى وفاتهما أو أحدهما، وذلك قبل وأثناء وبعد الولادة أو الإجهاض. ويمكن القضاء أو التقليل من هذه المخاطر من خلال تقديم لكل امرأة في سن الانجاب فرصة الاستفادة من المتابعة الطبية الكافية خلال فترة الحمل والولادة أو بعدهما، حيث نتساءل دوما عن الأسباب التي تعيق لجوء المرأة إلى الرعاية التوليدية في بعض البحوث والدراسات حول العوال المفسرة لعدم اقبال النساء على الرعاية الصحية واختيارهن للمصالح الصحية (تقليدية أو حضرية) يعتبر أمرا جد هام. فحسب بعض الدراسات التي تركز على العوامل التي ترتبط بعرض العلاج الصحي لتفسير السلوك في مجال اختيار الرعاية التوليدية. بالنسبة للبعض الآخر اختيار النساء يتوقف على الخصائص الفردية وخصائص الأسرة.

فمن خلال الدراسات والبحوث حول الموضوع تبين ان هناك ست مقاربات نظرية تساهم كلها في تفسير الرعاية الصحية التوليدية موضوع الدراسة.

### 3 - 1 المقاربة المؤسساتية:

ان الجهود المبذولة في مجال الصحة العمومية هي عامة انعكاس ناتج عن النظريات الكلاسيكية لمحددات الصحة التي تفترض ان "المحدد الرئيسي للصحة هو الوصول إلى الرعاية المناسبة" (Evans ,1996.P14). وفي نفس السياق يعتبر كل من الطلب على الرعاية وتوفيرها وتوفر الخدمات الصحية من الناحية الكمية والنوعية والقرب من المصالح الصحية عوامل تساعد على الوصول إلى الرعاية الصحية. كما يعتبر حجم الميزانية التي تخصصها السلطات العامة للصحة كذلك من المحددات الرئيسية للصحة (Makhlouf Obermeyer,1993). وبعبارة أخرى يمكن تفسير استخدام الخدمات الصحية من خلال التوفير الكافي للرعاية وذلك من الناحية الكمية والنوعية. فحسب مؤيدو هذه المقاربة فان العرض يولد طلبا خاصا به (Beninguisse,2003).

- **الوصول الجغرافي للرعاية الصحية:**

تختلف التغطية الطبية بين دول الشمال ودول الجنوب، حيث تعاني هذه الأخيرة من عدم كفايتها، ففي بعض المناطق من هذه الدول تكون المسافات التي يحب قطعها للوصول إلى احدى المصالح الصحية جد طويلة إضافة إلى قلة أو عدم وجود وسائل النقل. كما يجب الإشارة إلى مشكل التوزيع غير العادل للمؤسسات الصحية والكوادر الطبية وشبه طبية بين المدينة والريف وبين المناطق الجغرافية داخل نفس الدولة. وفي الواقع تمثل المدن الإفريقية رمزا للحداثة، حيث تتمركز فيها الإدارات والمؤسسات مستوى المعيشة مرتفع نسبيا، كثرة وسائل النقل وتنوعها إلخ. ولهذه الأسباب معظم المبادرات العامة والخاصة طورت لمصالح المدن فقط.

بشكل عام، تفتقر المناطق الريفية عامة من المراكز الصحية التي تحتوي على سيارة اسعاف، وإن وجدت تكون وسائل الإتصال ضعيفة. لذلك من الضروري في بعض الحالات استنتاج انه في مثل هذه الظروف، يكون من الصعب اللجوء إلى الهياكل الصحية الحديثة خاصة في المناطق النائية. فعلى سبيل المثال، هناك ارتباط سلبي بين المسافة/الوقت اللازم للوصول من البيت إلى مصالح الخدمات الصحية للأمومة واستخدامها في بنغلاديش (Rahman and Smith,1999) وكينيا (Magadi et al, 2000).

وحسب أيضا بيبلي وآخرون (Nkurunziza, M.2014 P60.) فإن المسافة اللازمة للوصول إلى المصالح الصحية تؤثر سلبا على استخدامها. لذلك يكون المرضى على استعداد للسفر لمسافات طويلة فقط عند الحالات الخطيرة، فإذا كانت للمسافة التي يجب قطعها للوصول إلى خدمة صحية لا تأثير على استخدامها، فان موقعها يلعب أيضا دورا مهما، وقد يتم تفضيل الخدمة الصحية البعيدة نسبيا عن الخدمة الأقرب، إذا كانت الأولى تقع بالقرب من طريق على سبيل المثال. وهكذا، في غواتيمالا، أين تتمركز المصالح الصحية في الأماكن التي تقام فيها الأسواق الأسبوعية، نجد الناس يذهبون إليها إراديا لأنه تنقل متعدد الأغراض (Anis, 2021, p. 22)

وبالتالي، فان العرض المكاني للرعاية الصحية، أي "إمكانية الوصول إلى الرعاية الصحية" هو عامل رئيسي في تحديد استخدام الرعاية الصحية.

- **توفر الرعاية الصحية:**

يعرف توفر "الرعاية الصحية" بانه العلاقة من جهة بين حجم ونوع الخدمات الموجودة، ومن ناحية أخرى، حجم ونوع احتياجات المريض (Richard,2001,p15). وبعبارة أخرى فإن الوجود المادي للبنية التحتية الصحية لايكفي للتأثير على استخدامها، فمن المهم ان تكون قادرة أيضا على انتاج الخدمات الضرورية. تترجم هذه القدرة بالإضافة إلى المؤسسة، إلى وجود موظفين أكفاء وانتاج خدمات تلبي "توقعات" المستخدمين. حسب الدراسات التي أجريت في كل من أوغندا وجنوب إفريقيا وبنغلاداش وروسيا، (Parkhurst et al,2005,P.131) أشارو إلى ان: "يظهر التحليل المقارن انه حتى أكثر التدخلات الموصى بها للوقاية من الوفيات الأمومة، كوجود كوادر مؤهلة للولادة، يعتمد بشكل كبير على عمل النظام، ولاسيما توفر وجود الموظفين للتعامل مع حالات الطوارئ، والتنسيب الاستراتيجي للمدربين، مع إمكانية الوصول إلى شبكة التوجيه". في نيجيريا تعتبر "كفاءة ولباقة المهنيين، والاهتمام بالمريض واستمرارية توزيع الأدوية" معايير لتحديد جودة الرعاية الصحية من قبل المستخدمين (Foumier et al,1995,P308.).

في افريقيا عامة معظم المرافق الصحية متدهورة وضعيفة التجهيز، طاقم العلاج غير كافي إلى حد كبير، فسحب ريتشارد (2001)، فان بعض المراكز الصحية في بنين تعاني من نقص شديد في طاقم التمريض لدرجة ان بعضها يديره مساعدين تمريض مدربين أثناء العمل. أما في حالة بوروندي، يغادر موظفو الرعاية الصحية بشكل متزايد القطاع العام، حيث يعتبرون أنفسهم يتقاضون رواتب منخفضة، للإنضمام إلى القطاع الخاص أو السفر إلى الخارج. حقا فان هذا الوضع هو نتيجة الأزمة السياسية في البلاد ولكن من دون معرفة الإحصائيات، من الواضح ان هناك هجرة لأساتذة الجامعات والأطباء إلى البلدان المجاورة، مثل

رواندا، مما يشير إلى ان الأسباب الاقتصادية تلعب دورا مهما سواءا بين البلدان. أوفي نفس البلد أيضا، أصبحت هذه المساحة التي أهملتها الدولة تشغلها بشكل متزايد المبادرات الخاصة، بسبب عدم وجود رقابة صارمة من قبل السلطات المختصة، تستقبل المراكز الصحية حلات تفوق طاقتها بشكل كبير، مثل النساء على وشك الولادة، على الرغم من عدم وجود معدات وموظفين مؤهلين. من المسلم به ان الرعاية الطبية الجيدة تعتمد على توفر الرعاية (الوجود الحقيقي للبنية التحتية، وكفاءة الموظفين، ووجود المعدات والأدوية الكافية)، ولكنها تعتمد أيضا على العلاقة بين مقدمي الرعاية ومرضاهم.

نعني بالعلاقة بين مقدم الرعاية والمريض الاتصال والتواصل بين مقدم الرعاية ومريضه للاسف فان الطب الحديث لاسيما في مرجعيته الواضحة غالبا لنموذج الطب الحيوي، لا يمتلك عموما مقاربة عالمية للانسان ويتجاهل الجوانب الإجتماعية للمرض من خلال تقليص المرض إلى أبعاده المادية، فترات قصيرة جدا من الاتصال بين مقدم الرعاية والمريض، غالبا ما تتناسب عكسيا مع وقت الانتظار الذي يكون مدته طويلة التي تحبط المرضى ولا تعزز علاقة الثقة، ومع ذلك "يستقبل المريض وفقا للعادات والعادات المحلية، ويتم الاستماع إليه والراحة، ويشعر بالثقة والراحة للتعبير عن ألمه، تكون لديه فرصة أفضل لتطبيق العلاج والعودة مرة أخرى إلى المصلحة الصحية" (Souley,2003,p.152). في الواقع لوحظت حالات عدم احترام مقدمي الرعاية للمرضى، والمحسوبية، وازدراء الفقراء في هياكل الصحة العامة الإفريقية (Nkurunziza, M.2014 P62). تؤكد الدراسة التي أجراها جافري وأوليفييه دي ساردان في خمس عواصم في غرب إفريقيا (أبيدجان، باماكو، كوناكري، داكار، نيامي) في عام 2002 مايلي: "هذه الوقاحة العميقة أو الفظاظة تغطي العديد من الجوانب، من التوقعات غير المبررة أو سيئة التنظيم التي تلحق بالمرضى، إلى عدم مراعاة العلاقة الحميمية أو حياء المرضى. بالإضافة إلى اللأمبالاة أو الازدراء، هناك أحيانا عنف اللفظي (إهانات، أوامر) أو إيماءات. انها مصالح الولادة التي، في كل مكان، في الأماكن المميزة" (Jaffré et Olivier 2003,p.53-55).

ومع ذلك، فان الأعمال القليلة النادرة حول تصول الرعاية التوليدية تظهر رغبة النساء في التواصل مع مقدمي الرعاية حول حالتهم وبروتوكول العلاج، وطرح الأسئلة والحصول على إجابات واضحة .(kabakian et al 2000).

- **تنظيم مصالح الخدمات الصحية:**

وفقا لرحمن سميث (Rahman et Smith) "يجب ان نتذكر انه في المجتمع الزراعي، فان الذهاب إلى مركز صحي يعني خسارة الدخل وضياع الوقت من الأرض، مما يؤثر على الأسرة بأكملها" ( Rahman et Smith,1999,p.896). في سياق البلدان الفقيرة، الذهاب للعلاج يعني قبول خسارة يوم عمل (عندما يوسعنا الحظ لان نستقبل من طرف الطبيب في اليوم نفسه) بسبب المسافات الطويلة التي يستوجب قطعها، وطوابير الانتظار الطويلة، وتأخر وتغيب الأطباء عن العمل. أن توقيت المراكز الصحية وعمل المزارعين غير متوافقة يستيقظون في وقت مبكر جدا من الصباح قبل فتح المراكز الصحية والعودة من الحقول في وقت متأخر عندما تكون مغلقة (Richard,2001). في هذه الحالة، تلد النساء للرعاية فقط في حالات الضرورة القصوى أو يقررون استخدام الطب الخاص أو التقليدي، الأكثر مرونة من حيث التوقيت الزمني.

## 3 -2 المقاربة الاقتصادية:

وفقا لهذه المقاربة فان العجز المالي هو أحد أهم محددات عدم الاستفادة من الرعاية الصحية في الدول الفقيرة، فالقدرة المالية تمثل العلاقة بين سعر الخدمات وقدرة المريض (أو أسرته أو تأمينه) على الدفع (أو الإقتراض أو حتى تلقي المساعدة من المحيطين به) (Richard, 2001, p. 20)

في إفريقيا جنوب الصحراء الصحراء الكبرى، كان نظام الصحة العامة يعمل بشكل جيد نسبيا حتى منتصف الثمانينيات، حيث تم تزويد المراكز الطبية بانتظام بالأدوية والموظفين بفضل الإعانات الحكومية، حتى لو ثبت انها غير كافية. في أعقاب الأزمات الاقتصادية التي مرت بها البلدان الإفريقية منذ منتصف الثمانينيات، عانى القطاع الصحي من عواقب سلبية: التدهور المادي للمنشآت والمعدات، ونقص خطير في الأدوية والأمدادات الأخرى، ومغادرة عدد كبير من العاملين الصحيين (الأطباء على وجه الخصوص) بسبب من بين أمور أخرى، إلى رواتب غير كافية إلى حد كبير، وما إلى ذلك منذ مبادرة باماكو (1987)، أجبر البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، من خلال سياسات التكيف الهيكلي، الحكومات على الانسحاب من قطاعات معينة. تمت التوصية بمبدأ استرداد التكلفة في برنامج لتمويل تقديم الخدمات الصحية للقطاع العام في البلدان النامية (Ridde,2004).

كان لهذه السياسة تأثير جعل خدمات الرعاية الصحية غير متاحة للسكان الأشد فقرا، حيث ان نظام الحماية الإجتماعية والتغطية الطبية متخلف للغاية في إفريقيا. وبالفعل فان المستفيدين من التأمين الصحي هم أكثر من يستخدمون الخدمات الصحية الحديثة لان هذه "التغطية الطبية يمكن تشبيهها بالدخل الإضافي الذي يوفر زيادة في القدرات الفردية والعائلية لاستخدام الخدمات الصحية الحديثة (Fournier et Haddad, 1995). وعموما فان وكلاء النظام العام هم الذين يستفيدون من هذه الميزة في إفريقيا بشكل عام وفي بوروندي على وجه الخصوص.

أدى هذا التدهور في نظام الصحة العامة وسياسة استعادة الرعاية هذه إلى تثبيط وصول السكان إلى مؤسسات الصحة العامة وخدماتها. علاوة على ذلك، أدى هذا التدهور إلى ظهور خدمات صحية تعمل وفق منطق السوق. أدى هذا التوسع في النظام الخاص إلى خلق فجوة عميقة بين الأغنياء والفقراء في إفريقيا، بينما يلجأ الأثرياء إلى الرعاية الخاصة فان الفقراء راضون عن النظام العام كما هو أو يلجؤون إلى الطب التقليدي الأرخص ثمنا.

على مستوى الفرد أو الأسرة، فإن العوامل الإجتماعية والإقتصادية لإستخدام رعاية صحة الأم والطفل التي تم تحليلها في االدراسات السابقة، هي في أغلب الأحيان مستوى معيشة الأسرة وحجمها ومهنة (نشاط) الأسرة. الأسرة الزوجة. مستوى المعيشة (مصدر دخل الأسرة).

تشير الدراسات إلى وجود علاقة بين مستوى استخدام الرعاية الصحية ومستوى معيشة الأسرة (Fournier et Haddad, 1995, p. 301-303)

يؤثر مستوى المعيشة على استخدام رعاية الأم من خلال قدرة الأسرة على توفير الاحتياجات الصحية للمرأة. ونتيجة لذلك فإن النساء اللائي يعشن في أسر فقيرة أكثر عرضة لخطر عدم اللجوء إلى رعاية التوليد، لأنهن يعشن في بيئات محرومة. (بما في ذلك من حيث توفير خدمات الرعاية الصحية) ولا يتمتعن أو يستمتعن بالقليل من التمويل أو إستقلالية اتخاذ القرار. بشكل عام، هؤلاء هم من السكان الفقراء الذين هم أيضا أقل تعليما وغالبا ما يكونون أيضا أقل تفضيلا للخدمات الصحية الحديثة.

وفقا لريتشارد (2011)، فان "استحالة الدفع لممارسي الطب الحديث عينيا يحد إلى حد كبير من الوصول" في المجتمعات الزراعية التي تتميز باختلافات موسمية كبيرة في الدخل، ينطبق الأمر نفسه على استحالة الحصول على خدمات بالائتمان من القطاع العام يظهر المعالجون التقليديون وأحيانا الممارسون الخاصون مزيدا من المرونة. بالإضافة إلى ذلك، لا يزال المعالجون التقليديون في إفريقيا جنوب الصحراء يتلقون

مقابل بعضهم، خاصة في الريف، معظم تعويضاتهم، رمزية أحيانا، بعد الشفاء" (Richard, 2001, p. 20)

بعبارة أخرى، يمكن ان يكون اشتراط دفع الفواتير الصحية نقدا بمثابة عائق أمام استخدام الخدمات الصحية الحديثة. في المجتمعات الزراعية لا يعني عدم وجود أموال عليك أو في حسابك بالضرورة أنك فقير (خاصة إذا كنت تمتلك أرضا أو ماشية أو ما إلى ذلك). يمكن إعطاء سلعة مقابل خدمة مقدمة. لا يتم تقديم كل شيء بالمال، الأمر نفسه ينطبق على القابلات التقليديات: بالنسبة لهن، فان الهدايا والتكريم (اختيار مكان في الاحتفالات، وإعطاء الطفل الاسم الأول للقابلات، والثناء على مزاياها) تكفي أحيانا لإظهار الأمتنان لهن.

يضاف إلى عدم القدرة على دفع تكاليف رعاية التوليد عدم القدرة على دفع تكاليف إضافية (تكاليف النقل، وشراء الأدوية والغذاء، وما إلى ذلك) والقلق بشأن رعاية أطفال المخاض أثناء غيابها (في حالة الاستشفاء على سبيل المثال). بالإضافة إلى الافتقار إلى الاستقلال المالي للمرأة التي تنتمي إلى أسر فقيرة، هناك أيضا اعتمادها على الأسرة (Adjamagbo et al,1999)، نظرا لأدوارها المتعددة في بقائها. في الواقع أظهرت الدراسات ان استخدام الرعاية الصحية أقل تواترا خلال فترات الحصاد والورع (Fournier et Haddad, 1995)

. ومع ذلك في إفريقيا يعد العمل فيالحقول شانا محجوزا تقريبا للمرأة، ويعتمد بقاء الأسرة على انتاجيتها (Adjamagdo et al,1999,p.123). تتمتع الأسرة المعيشية ذات المستوى المعيشي المرتفع أو المتوسط بسهولة الوصول إلى العمالة المأجورة، بينما يعتمد الأفقر على قوة أفراد الأسرة. يجب ان يكون مفهوما انه في مثل هذه الظروف، من الصعب على النساء الفقيرات الابتعاد عن وحدة الأسرة حتى يتمكنوا من الاستفادة من الرعاية متى احتاجوا إليها، حتى عند إدراك وجود خطر. كما ذكرنا سابقا، تتمتع المرافق الصحية الحديثة

بساعات عمل لا تتوافق مع العمل الميداني، ومن ثم هناك احتمال كبير لاستخدام (أو عدم استخدام) القابلات التقليديات، اللائي يسهل الوصول إليهن من الناحية المالية ومن حيث العمالة للوقت.

- **حجم الأسرة:**

ان تطعيم الأطفال في موزمبيق أعلى في العائلات الصغيرة وفقا للمؤلف فان استخدام ANC له أيضا علاقة سلبية بحجم الأسرة، ومع ذلك فمن النادر ان ترى أسرة إفريقية تضم أفراد الأسرة المقيدة فقط ,Nkurunziza M.2014 P65. هذا الأخير الذي يكون حجمه كبيرا بشكل عام بسبب استمرار الخصوبة العالية، يجبر على استقبال أفراد الأسرة البعيدة لعدة أسباب (ثقة الأطفال والأيتام والأطفال الذين يرغبون في العيش بالقرب من المدرسة وما إلى ذلك). يمكن ان يترافق هذا التوسع في الأسرة الذي زاد من حدة النزاع في حالة بوروندي، مع تدهور الظروف المعيشية، مما يؤثر بدوره سلبا على الاستفادة من الخدمات الصحية.

- **نشاط الأم:**

يشير العمل عموما إلى نشاط مقابل أجر يتم تنفيذه باستمرار على مدى فترة طويلة نسبيا، ومع ذلك فان هذا التعريف ليس مناسبا حقا في الحالة التي تهمنا هنا (ولا بالنسبة للعديد من البلدان في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى). في الواقع يحتمل ما يسمى بالقطاع غير الرسمي مكانة مهمة في اقتصاد البلد، وليس من السهل دائما إقامة الروابط بين النشاط والأجور. علاوة على ذلك غالبا ما يكون عمل المرأة غير مرئي في إفريقيا، وحتى إذا كان هناك عمل بالفعل، فانه غالبا ما يكون امتدادا للأعمال المنزلية (Bisilliat,1996 ; Charmes,2005). ومع ذلك، من حيث عدد ساعات العمل في اليوم، فان المرأة لديها جدأول عمل ثقيلة في إفريقيا. استنادا إلى الدراسات "استخدام الوقت" الأخيرة في خمسة بلدان إفريقية (بنين، مدغشقر، المغرب، جنوب إفريقيا وغانا)، قامت تشارمز (2005) بحساب وقت العمل للرجال والنساء على مدار يوم كامل. ووفقا لهذا المؤلف، فان الوقت المخصص للانشطة الاقتصادية المحسوبة ومتساوية

نسبيا بين الرجال والنساء. من ناحية أخرى، فان الوقت المخصص للانشطة المنزلية مثل حمل المياه وجمع الحطب وغيرها أ'لى بكثير بين النساء منه بين الرجال.

تربط العديد من الدراسات عمل المرأة المأجور بصحة أفضل لهن ولأطفالهن. في الواقع، يزيد العمل المأجور من الاستقلال المالي للمرأة ويسمح لها باستخدام الخدمات الصحية عند الحاجة. لكن هذه العلاقة لم يتم التحقق منها دائما (Hilfinger, Messias et al,1997). في هذه الحالة، لن نهتم بالقطاعات المهنية في حد ذاتها، بل في نوع العمل الذي يسمح للمرأة أو لا يسمح لها باللجوء إلى رعاية الأمومة، النساء العاملات لديهن ساعات عمل ثابتة، مما قد يقودنا إلى الاعتقاد بانه ليس لديهن الوقت الكافي للاستفادة من الرعاية. ومع ذلك، يحق لهن الحصول على إجازة أمومة: لذلك يبدو منطقيا بالنسبة لنا ان الموظفات (في القطاع العام وكذلك في القطاع الخاص) يختلفن عن غيرهن من حيث استخدام خدمات التوليد الحديثة. وبالمثل فان النساء اللائي يعملن لحسابهن الخاص (العاملات لحسابهن الخاص) لديهن ساعات عمل أكثر مرونة مما يسمح لهن بالحصول على الرعاية. في دراسة أجريت في مستشفيين في كمبالا (أوغندا)، أظهر نانكوانجا (2004) أن هناك علاقة بين استخدام رعاية ما بعد الولادة وعمل المرأة. تسعى النساء العاملات لحسابهن الخاص إلى الرعاية الصحية أكثر من النساء العاملات في الخدمة المدنية أو العاملات في المنظمات الأخرى. أما بالنسبة للنساء اللائي يبقين في المجال المنزلي، خارج نطاق الأسباب المادية، فان المهام الموكلة إليهن (صيانة المنزل والحقول، رعاية الأطفال، الأعمال الصغيرة لتلبية الاحتياجات المنزلية الصغيرة، إلخ) لا تسمح لهن بالتماس الرعاية في الوقت المناسب.

## 3 – 3المقاربة الإجتماعية أو الوصول إلى الرعاية الصحية:

يمثل الوصول إلى الرعاية الصحية قدرة كل من مقدم الخدمة والمريض على التغلب على الحواجز الإجتماعية والثقافية التي تمنع أو تعيق الاتصال بينهما، بحيث يصبح هذا الاتصال صعبا بشكل خاص عندما لا تكون اللغة ولا علم تصنيفات الأمراض ومسبباتها مشتركة (Penchansky et Thomas, 2001, p. 21).

كما تؤثر العوامل الثقافية والدينية على اختيار الرعاية التوليدية. ففي الواقع، "يلتزم السكان الأفارقة، مثل أي شعب، بالمعتقدات التقليدية التي تراعي الحياة والموت، ويتبنون مواقف وممارسات خلال مصيرهم من أجل البقاء، بشكل فردي وجماعي، لدرء الحظ السيء والمرض والتغلب عليهما" (ديوب، 1988). فوفقا للباحث ديوب،(Nkurunziza, M.2014 P66) ترتبط هذه المعتقدات التقليدية ارتباطا وثيقا بالدين، مما يجعلها لا تزال على قيد الحياة على الرغم من انها تتغير بسبب التقدم العلمي والتحولات في الممارسات الدينية.

- **ثقل التقاليد:**

في مجال الانجاب، الذي يتسم بأهمية قصوى بالنسبة للأفارقة، الحمل هو مزيج متناغم من الطبيعي (أي الفسيولوجي المناسب) والروحي، نتيجة فعل جماعي يفضله الوالدان من خلال العمل الإلهي للقوى المتعالية (Beninguisse et al 2004).

الحمل ظاهرة طبيعية لا تتطلب استخدام الرعاية الصحية. كان البوروندیون، قبل وقت طويل من وصول الديانات السماوية، يؤمنون بإله واحد (إيمانا) وكانوا على قناعة تامة بان هذا الإله يعطي أحفادا أحرار. حتى الان، كثيرا ما نسمعها تقول "هافيارا إيمانا" (الله هو الذي يلد). بالتأكيد، يشهد هذا التأكيد على الإيمان الذي يتمتع به المرء في العناية الإلهية، ولكن من المهم أيضا ان نفهم انها طريقة لوضع الإجراءات (البشرية) في منظورهما الصحيح لتجنب المخاطر المرتبطة بالأمومة.

ما يصل إلى 14 أسبوعا "منها ستة يجب ان تؤخذ بعد الولادة" (المادة 12 من المرسوم بقانون رقم 037/1 بتاريخ 1993/07/07 بشأن مراجعة قانون العمل لجمهورية بوروندي).

ولكن بما ان "الله هو الذي يعطي الطفل"، فان الأم والجنين يستحقان الحماية الإلهية من شر الانسان والأرواح الشريرة. وهكذا يتم مراعاة الطقوس والنواهي والمحظورات والمعتقدات المتعلقة بالحمل والولادة لانها مرتبطة بأساطير أصول الانسان وتختلف هذه الطقوس من مجتمع إلى آخر ( Beninguisse et al 2004, p248 بالإشارة إلى الأدبيات الإجتماعية والانثروبولوجية، وجدت انه في بعض المجتمعات

الإفريقية، فان الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل هي فترة تقدير مطلق لان النساء ما زلن يشككن في حالة الحمل. في وقت الولادة، يواصل المؤلفان، التقديرية (تجنب الأرواح ذات النوايا السيئة التي يمكن ان تأخذ دم الأم وتجعلها تعاني أكثر)، فالألفة والعيش المشترك هي الأمتياز. ومن ثم هناك نوع من عدم الثقة في الأمومة الحديثة التي عادة ما تكون ممارساتها بعيدة عن التقاليد.

في بوروندي، على سبيل المثال، يوصى بالحقن، وتراعي التضحيات والصلاة والمحظورات لان المجتمع، مثل المجتمعات الإفريقية الأخرى، يؤمن بقوة الروح الشريرة وغضب الله. المرأة التي تعرضت للإجهاض المتكرر يتهمها أهل الزوج "باسم الذي يخنق جنينها، من خلال عدم احترام الرعاية المتنوعة قبل الولادة" (Hakizimana 2002,P111). على سبيل المثال، يتم إعطاء شاي عشبي يسمى "umubangiro" للمرأة الحامل بهدف إعادة الجنين إلى وضعه الطبيعي حتى (Hakizimana,2002,P110،). إذا تمت الولادة خارج حظيرة الأسرة، يجب ان نجمع كل ما تم استخدامه وإعادته إلى منزل الزوج حيث تم تجهيز سرير الأم (Hakizimana 2002,P110) لانه في التقاليد البوروندية، يربط دفن المشيمة الفرد بأرضه الأصلية ومع ذلك فان الأمومة الحديثة لا تعيد أجنحة الولادة.

بالنسبة لبعض النساء من ممني مونتيزو وساساندرا (منطقتان في كوت ديفوار)، "الولادة في جناح الولادة أمر لا يمكن تصوره، لأنه لا يسمح باحترام العادات والاحتفالات المحيطة بالولادة" (Adjamagbo,1999,P127)، في حين ان وجود موظفين ذكور يفسر عدم استخدام خدمات التوليد الحديثة من قبل نساء بيجاغو في غينيا بيساو (Nkurunziza, M.2014 P67). هذا الوجود الذكوري هو أحد عيوب (وليس أقلها) خدمات الأمومة الحديثة للمجتمعات التقليدية (Beninguisse، 2003) والمجتمعات الإسلامية (Kabakian-Khasholian et al، 2000).

- **التعليم والبحث عن العلاج:**

يسمح التعليم للمرأة بالحصول على استقلال ذاتي معين، ثم يكون لديهم حرية أكبر لاتخاذ قرار يتعلق بصحتهم وصحة الطفل. انهم يبحثون عن رعاية ذات جودة أفضل، تظهر العديد من الدراسات ان هناك إيجابية بين مستوى تعليم المرأة واستخدام الخدمات الصحية (Pebley et al, 1996 ,). في الواقع، المدرسة هي عامل أساسي للتنشئة الإجتماعية للقيم الحديثة من خلال المدرسة، يتواصل الفرد مع القيم والمعتقدات الجديدة. وبالتالي فان هذه المعرفة الجديدة هي التي تقود الفرد إلى تعديل سلوكه الصحي وفقا لمتطلبات الحداثة: "ينص نموذج المعتقدات المتعلقة بالصحة على انه يمكن للفرد اتخاذ إجراءات للوقاية من المرض، فليس لديه سوى الحد الأدنى من المعرفة الصحة وإذا كان يعتبرها بعدا مهما. كما انه يحكم على التدخلات الموصى بها لمنعها من ان تكون فعالة، بعد مقارنة مزاياها وعيوبها" (Fischer 2002, p.378). وبالتالي فان التعليمات تؤدي إلى فهم أفضل لرسائل الوقاية وتواصل أفضل مع العاملين الصحيين (لغة مشتركة). بالإضافة إلى الدور المهم الذي تلعبه المدرسة في عملية تغيير السلوك، يرفع التعليم أيضا من مستوى المعيشة من خلال إمكانية الوصول إلى وظائف ذات أجر أفضل، مما يزيد من القدرة المالية على دفع تكاليف الرعاية الصحية.

وفي دراسة لكادويل حول تأثير تعليم الأمهات على انخفاض معدل الوفيات في نيجيريا، على نطاق واسع دور تعليم الأم على صحة الأطفال والوفيات. وفقا للمؤلف، بالإضافة إلى الانفتاح على الحداثة وتغيير نمط الحياة (وهما أكثر الأسباب المذكورة في الدراسات السابقة وفقا للمؤلف)، فإن مستوى تعليم المرأة يزيد من قدرتها على التفأوض مع الزوج (تعزيز من الرابطة الزوجية) والتحرر من تأثير الشيوخ. ومع ذلك، فان تأثير تعليم الأم على الصحة سيكون أكبر عندما تكون الزوجة متعلمة بشكل أفضل من زوجها .(Nkurunziza, M.2014 P68)

## 3 -4 لمقاربة الديموغرافية والصحية:

ركزت الدراسات الديموغرافية على الخصائص (مثل العمر، عدد مرات الحمل، رغبة المرأة في الانجاب، وغيرها) أو خصائص الأسرة (مثل حجم الأسرة) لتفسير سلوكيات النساء فيما يتعلق باللجوء إلى الرعاية الصحية التوليدية. تعتبر هذه العوامل مؤشرات رئيسية تساعد في فهم انماط استخدام الخدمات الصحية، خاصة في مجال الرعاية التوليدية، حيث تلعب الخصائص الديموغرافية دورا محوريا في تحديد قرارات النساء الصحية.

- **سن الأم عند الحمل والولادة:**

يعد عمر الأم عاملا مؤثرا في سلوكيات استخدام الخدمات الصحية، خاصة في مجال الصحة الانجابية، تشير الدراسات إلى ان الأمهات الصغيرات في السن غالبا ما يقللن من استخدام خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل، وذلك بسبب نقص الخبرة وعدم القدرة على التعرف على أعراض الحمل المبكرة، مما يؤدي إلى تأخر زيارة الرعاية السابقة للولادة (Gage,1998,p.22) من ناحية أخرى، تميل الأمهات الأكبر سنا، نظرا لنضجهن النفسي وخبراتهن المتراكمة من خلال تجارب الأمهات الأخريات، إلى إدراك المخاطر المرتبطة بالحمل والولادة بشكل أفضل.

في دراسة أجريت في غواتيمالا (1996)، لاحظ ان استخدام خدمات الرعاية السابقة للولادة كان أقل شيوعا بين الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن 25 عاما. وفي دراسة أخرى في بنغلاديش أظهر ( Chakraborty et al,2002) ان النساء الأكبر سنا كن أكثر عرضة لزيارة العيادات للرعاية ما بعد الولادة، خاصة في حالات بعض المضاعفات. ومع ذلك، فان العلاقة بين عمر الأم واستخدام الخدمات الصحية ليست دائما واضحة أو ثابتة (Chakraborty et al,2002) يمكن تفسير ذلك بان الأمهات الأكبر سنا، اللاتي غالبا ما يكون لديهن عدد أكبر من الأطفال، يعتمدن على خبراتهن السابقة بدلا من اللجوء إلى الخدمات الصحية.

بالإضافة إلى ذلك، فلان الأمهات الأكبر سنا غالبا ما يكونن أقل تعليما، وبالتالي أقل انفتاحا على الممارسات الصحية الحديثة.

تختلف تأثيرات عمر الأم أيضا حسب نوع الخدمة الصحية المطلوبة. على سبيل المثال، في كينيا، لاحظت (Magadi et al 2000) وجود علاقة إيجابية بين عمر الأم وعدد زيارات الرعاية السابقة للولادة، في المقابل وجدت دراسة أخرى أجراها (Ochako et al 2000) حول استخدام الشابات (15–24 عاما) لخدمات الصحة الانجابية ان الفتيات المراهقات (15–19 عاما) كن أكثر ميلا للاستعانة بالمهنيين الصحيين مقارنة بالنساء الأكبر سنا (20–24 عاما) يعزى هذا التناقض مع نتائج (1999) Magadi et al التي أشارت إلى تفضيل المراهقات للولادة في المنزل، إلى الاختلافات في الفئات العمرية التي شملتها الدراستين.

- **رتبة الطفل أو عدد الأطفال:**

تشير الدراسات إلى ان النساء اللاتي يحملن لأول مرة (primipares) يلجان إلى المرافق الصحية بشكل أكبر مقارنة بالنساء اللاتي سبق لهن الحمل (multipares) (Celik et Hotchkiss,2000) ويعزى هذا السلوك إلى ان الأمهات لأول مرة غالبا ما يكن أكثر قلقا بشأن الحمل والولادة، في حين ان النساء اللاتي لديهن تجارب سابقة يشعرن بمزيد من الثقة بسبب الخبرة المتراكمة.

أكدت دراسات متعددة هذه النتيجة، بما في ذلك دراسة (Stephenson et Ong Tsui 2002) في أوتار براديش بالهند، ودراسة (Pebley et al 1996) في غواتيمالا، ودراسة (Baya 1999) في بوبو ديولاسو (بوركينا فاسو)، ودراسة (Ochako et al 2011) في كينيا أظهرت هذه الدراسة ان استخدام خدمات الرعاية السابقة للولادة وخدمات الولادة ينخفض مع زيادة عدد مرات الحمل يفسر ذلك بان النساء غالبا ما يرون ان الحمل الأول يحمل مخاطر أكبر، مما يدفعهن إلى البحث عن رعاية صحية مكثفة ( Chakraborty et al,2002,p.497).

من ناحية أخرى، تواجه النساء اللاتي لديهن أطفال سابقا (multipares) تحديات إضافية، مثل صعوبة تأمين رعاية الأطفال أثناء غيابهن، مما قد يعيق قدرتهن على الوصول إلى المرافق الصحية.

- **الرغبة في الحمل:**

يعرف الحمل المرغوب فيه بانه الحمل الذي تم التخطيط له مسبقا (الأمم المتحدة، كما ورد في Gage,1998) بناء على ذلك، يعتبر الحمل غير المرغوب فيه هو الحمل الذي يحدث في وقت لا ترغب فيه المرأة أو الزوجان في إنجاب طفل. قد يكون هذا الحمل مرغوبا فيه ولكنه حدث في وقت أبكر مما كان متوقعا، أو قد يكون غير مرغوب فيه تماما، أي ان المرأة (أو الزوجين) لم تعودا ترغبان في إنجاب المزيد من الأطفال. يمكن ان يكون للحمل غير المرغوب فيه تأثير سلبي على استخدام الخدمات الصحية التوليدية. فغالبا ماتقل فرص حصول هذه الحوال على متابعة طبية منتظمة، حيث تميل الأمهات إلى إخفاء حملهن بسبب الشعور بالخجل. قد يكون هذا الخجل ناتجا عن تكرار الولادات في فترات متقاربة (في حالة الحمل الذي حدث مبكرا عن الموعد المخطط له)، أو بسبب مواجهة أمهات أخريات في المرافق الصحية قد يكون في عمر بناتهن (في حالة النساء الأكبر سنا اللاتي لا يرغبن في المزيد من الأطفال).

في دراسة (1998) Gage حول كينيا وناميبيا، أظهر ان "الحمل غير المرغوب فيه له تأثير أكبر من خصائص ديموغرافية أخرى في التنبؤ بعدم تلقي الرعاية الكافية (Gage,1998,p.22)" وقد تم تأكيد هذه النتائج في دراسة في كينيا (Magadi et al 2000)، و (McCaw et al,p.1007 1995) في جامايكا، و (2003) Beninguisse في الكاميرون. بينما لم يكن لهذا المتغير تأثير كبير على الكاميرونيات في عام 1991 لاحظ Beninguisse وجود فجوة كبيرة في عام 1998 بين المتابعة الطبية للحمل المرغوب فيه (المناسب) والحمل غير المرغوب فيه (غير المناسب) فالحمل المرغوب فيه غالبا ما يتم توليده بمساعدة متخصصين صحيين، حيث تصل نسبة الولادات بمساعدة طبية إلى ضعف النسبة في المناطق الحضرية وخمسة أضعاف في المناطق الريفية مقارنة بالحمل غير المرغوب فيه.

في دراسة أخرى أجراها (Magadi et al 2000 ) في كينيا، لوحظ ان حلات الحمل التي حدثت في وقت مبكر من المخطط له (حمل مرغوب به) غالبا ما تتلقى رعاية متابعة صحية للحمل وتزداد هذه الفجوة بشكل أكبر في حالات الحمل غير المرغوب فيه تماما.

ومع ذلك، تظل جودة المعلومات المتعلقة برغبة المرأة في الحمل غير مؤكدة، حيث يصعب في السياق الأفريقي الاعتراف بعدم الرغبة في الانجاب، خاصة إذا كان الطفل المعني لا يزال على قيد الحياة.

- **مكان الإقامة:**

بيئة الإقامة وتأثيرها على استخدام الخدمات الصحية:

في معظم الدراسات التي أجريت في البلدان النامية، يتم التمييز بين نوعين رئيسيين من بيئات الإقامة: البيئة الحضرية، التي تتميز بتركيز البنية التحتية الإجتماعية والاقتصادية والصحية، بالإضافة إلى وجود نسبة عالية من السكان المتعلمين، والبيئة الريفية، التي يغلب عليها الأمية وتفتقر إلى البيئة التحتية الصحية الكافية.

بالإضافة إلى عدم المساواة في توفر البنية التحتية الصحية، تفسر الاختلافات في السلوكيات الصحية أيضا بتأثير المحيط الإجتماعي. ففي المناطق الحضرية، تتأثر المرأة بغض النظر عن مستواها التعليمي، بسلوكيات النساء المحيطات بها وقرب المرافق الصحية وسهولة تدفق المعلومات. على الجانب الآخر تواجه المرأة الريفية تحديات متعددة، منها خضوعها لقرارات الزوج والعائلة التي غالبا ما تميل نحو التدخلات التقليدية الأقل تكلفة، بالإضافة إلى صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية بسبب المسافات الطويلة، ونقص وسائل النقل وسوء حالة الطرق.

في حالة بوروندي، تتميز البيانات المستخلصة من المسح الديمغرافي والصحي لعام 2002 (ESD-SR) بإبراز أحد آثار الحرب، وهو النزوح الجماعي للسكان سواء إلى خارج البلاد أو داخلها أدى هذا النزوح إلى انشاء العديد من مواقع النازحين داخليا، حيث عانت هذه الفئات من الفقر الشديد على المستوى المادي

والبنية التحتية، بالإضافة إلى ظروف معيشية غير مستقرة ومتدنية. كانت النساء والأطفال الأكثر تأثرا بهذه الظروف، حيث عانت العديد من النساء النازحات من مشاكل صحية خطيرة مرتبطة بالأمومة، مثل مضاعفات الحمل والإجهاض وحالات الولادة على الطرق أثناء فرارهن 2002.

ومع ذلك، أظهرت دراسة أجريت عام 2007 ان استخدام الخدمات التوليدية الحديثة كان أعلى بين النساء النازحات مقارنة بالنساء الريفيات في بوروندي، بعد التحكم في متغيرات مثل العمر، وعدد مرات الحمل والحالة الزوجية والمستوى التعليمي ومستوى معيشة الأسرة (Nkurunziza,2007) وفي دراسة أخرى حول تأثير برامج مساعدة اللاجئين على السكان المحليين في غويشيدو (غينيا)، ان استخدام الخدمات التوليدية كان أعلى في المناطق التي يوجد بها عدد كبير من اللاجئين.

تعتبر الإجراءات المطبقة على النازحين جزءا من الإطار القانوني الدولي، بما في ذلك القانون الدولي الانساني، والقانون الدولي لحقوق الانسان، والمبادئ التوجيهية المتعلقة بالنزوح الداخلي التي وضعتها المفوضية العليا للأمم المتحدة لحقوق الانسان، هذا يفسر وجود العديد من المنظمات الحكومية وغير الحكومية التي تقدم الدعم لهذه الفئات الضعيفة. تختلف طبيعة المساعدات الانسانية المقدمة للنازحين أو اللاجئين حسب مرحلة الأزمة التي يمرون بها ففي مرحلة التهجير الأولى، تركز الجهود على تقديم الرعاية الطبية الطارئة والخدمات الأساسية ومع استقرار الأوضاع يتم توسيع نطاق الخدمات الصحية لتشمل رعاية الأمومة والطفولة، مع التوصية بانشاء عيادات طبية في مخيمات النازحين 2002 .(Nkurunziza,2014,p.71)

يمكن تفسير الاختلاف في السلوكيات الصحية بين النساء النازحات والنساء الريفيات من خلال وجود هذه البرامج الانسانية التي توفر فرصا للوصول إلى الخدمات الصحية الحديثة.

- **الحالة الزواجية للمرأة:**

تعتبر الحالة المدنية للمرأة مؤشر مهم للحمل في معظم الدول النامية فيعتبر الانجاب مجالا محصورا بشكل عام على النساء المتزوجات، حيث يواجه الأطفال المولودون خارج إطار الزواج صعوبات في القبول الإجتماعي، تميل الأمهات العازبات إلى إخفاء حملهن بغض النظر عن مستواهن التعليمي. نتيجة لذلك، غالبا ما يتجنبن طلب الرعاية الصحية السابقة للولادة أو حتى الولادة في المرافق الصحية خوفا من الفضح أو بسبب نقص الخصوصية والسرية من قبل مقدمي الرعاية الصحية (Gage,1998,p.33) بالنسبة للشابات اللاتي ما زلن في المدرسة فان الخوف من الطرد من المدرسة يدفعهن إلى إخفاء حملهن.

في كينيا، لوحظ ان النساء المتزوجات يقمن بعدد أكبر من زيارات الرعاية السابقة للولادة (CPN) مقارنة بالنساء غير المتزوجات (Magadi et al,2000)، كما ان زيارتهن الأولى للرعاية السابقة للولادة تحدث في كثير من الأحيان خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (Ochako et al,2011) وفي دراسة أجريت في ستة بلدان في إفريقيا جنوب الصحراء (ساحل العاج، بوركينا فاسو، غانا، كينيا، ملأوي وتنزانيا) وجد (Stephenson et al,2006) ان النساء العازبات والمطلقات يلدن في المرافق الصحية الحديثة بشكل أقل مقارنة بالنساء المتزوجات.

بالإضافة إلى الأسباب الثقافية، يمكن الإشارة إلى العامل الاقتصادي كأحد العوامل المؤثرة، فمن المتوقع ان تواجه النساء اللاتي يعشن بمفردهن (عازبات، أرامل ومطلقات) صعوبات مالية أكثر، مما يعيق وصولهن إلى خدمات رعاية صحية عالية الجودة.

كما ان قرار المرأة الإفريقية باللجوء إلى الخدمات الصحية يعتمد أيضا على محيطها الإجتماعي ففي حالة المرأة المتزوجة، يشارك الزوج والعائلة في تمويل الرعاية الصحية (مبدأ التضامن) وفي اتخاذ قرار استخدام الخدمات الصحية الحديثة.

- **تجارب السلبية للحمل والولادة السابقة:**

شمل المضاعفات الصحية في هذا الإطار حالات مثل الولادات المبكرة، العمليات القيصرية، ولادة الأجنة الميتة، وغيرها من المشكلات المرتبطة بالحمل والولادة. في دراسة أجراها ( Stephenson et Ong Tsui,2002,p.316) في الهند، أظهرت النتائج ان تجربة فقدان طفل سابق تؤدي إلى زيادة احتمالية لجوء النساء إلى الرعاية السابقة للولادة والولادة بمساعدة طبية في حالات الحمل التالية. حيث تميل النساء اللاتي عانين من وفاة أطفال سابقين إلى التوجه بشكل أسرع إلى المؤسسات الصحية، سعيا لتحسين فرص نجاح الحمل الحالي.

وفي هذا الصدد، يوضح (Beninguisse,2003,p.90) ان "هذا النمط من المتابعة لا يعكس بالضرورة نهجا وقائيا شاملا، بل يرتبط بشكل أكبر بخوف المرأة من تكرار التجارب المؤلمة السابقة أو كاستجابة علاجية مؤقتة للحالات الطارئة". بمعنى آخر، قد يكون الدافع الرئيسي وراء زيادة استخدام الخدمات الصحية هو تجنب تكرار الخسارة السابقة، بدلا من اتباع استراتيجية وقائية طويلة الأمد.

## 3 -5 المقاربة العقلانية للسلوك الصحي:

تستند المقاربة العقلانية في تفسير السلوك الصحي إلى فكرة ان تصرفات الأفراد فيما يتعلق بصحتهم تعتمد على إدراكهم الذاتي لأفعالهم، وتقييمهم لأهميتها والعوامل التي تدفعهم إلى تعديل مواقفهم وبالتالي تغيير سلوكهم وبمعنى أكثر دقة، فان السلوك الصحي يتشكل بناء على المعتقدات الشخصية والقيمة التي يؤولها الأفراد للصحة. كما يعرف أيضا على انه التصرف المؤدي إلى تأثير إيجابي أو سلبي على صحة الفرد وكما يمكن تأويله على انه السلوك الذي يعتمده الناس المرتبط والمؤثر على صحتهم كالإقلاع عن التدخين وممارسة الرياضة وهذا سلوك صحي إيجابي أو العكس الإدمان والاعتماد على أكل غير صحي (لبنى أحمان، صورية، 2018، ص.60) وتندرج ضمن هذا الإطار مجموعة من النماذج النظرية التي تسعى إلى تحليل السلوك الصحي وتفسيره.

في هذا السياق تم تطوير نموذج المعتقدات الصحية (HBM Health Belief Model) خلال خمسينيات القرن العشرين بهدففهم الأسباب التي تدفع الأفراد إلى القبول أو رفض الخضوع للكشف المبكر عن الأمراض. كما يهدف هذا النموذج إلى التنبؤ باحتمالية اتخاذ الأفراد لإجراءات وقائية وتفسير العوامل المؤثرة في ذلك (Chanpion et Skinner,2008,p.46) يعتمد النموذج على فرضية أساسية مفادها ان الأفراد يكونون أكثر ميلا لتبني السلوك الوقائي في حال امتلاكهم مستوى أدنى من المعرفة الصحية، واقتناعهم بأهمية الصحة في حياتهم (Godin,2002).

ويفسر نموذج المعتقدات الصحية احتمالية تبني الفرد لسلوك وقائي من خلال أربعة متغيرات رئيسية:

1. الإدراك الذاتي للقابلية للإصابة: ويمثل وعي الفرد بإمكانية تعرضه للمرض.
2. الإدراك الذاتي لخطورة المرض: ويشير إلى تقدير الفرد لعواقب المرض وتأثيره المحتمل على حياته.
3. الإدراك الذاتي للفوائد المرتبطة بالسلوك الوقائي: أي مدى اقتناع الفرد بفعالية الإجراءات الوقائية في الحد من المخاطر الصحية.
4. الإدراك للتكاليف والعوائق: وهو تقييم الفرد لكفاءة التدابير الوقائية بناء على مقارنة الفوائد المتوقعة بالكلفة المتصورة، سواء كانت مادية أو نفسية أو اجتماعية. (Abraham et Sheeran,2005,p.63).

وتنقسم هذه العوامل إلى مجموعتين رئيسيتين حيث تعكس المتغيرات الأولى والثانية مستوى إدراك الفرد لخطورة المرض، بينما تركز المتغيرات الثالثة والرابعة على تقييمه الشخصي للسلوك الوقائي، وبالإضافة إلى هذه العوامل الأساسية، يتضمن نموذج المعتقدات الصحية ثلاثة انواع أخرى من المتغيرات:

1. المتغيرات الديمغرافية: وتشمل العمر، الجنس، والخلفية العرقية.
2. المتغيرات النفسية والإجتماعية: مثل الطبقة الإجتماعية، الشخصية، والمجموعات التي ينتمي إليها الفرد.

**3.** المحفزات السلوكية: وهي العوامل التي تدفع الفرد إلى اتخاذ إجراء معين، سواء كانت محفزات داخلية مثل ظهور أعراض المرض، أو محفزات خارجية مثل توصيات الأطباء، أو تجارب شخصية تتعلق بصحة الأفراد المحيطين، أو حملات التوعية (Zani,2002).

تعد الفئتان الأوليان من هذه المتغيرات عوامل "معدّلة" تؤثر في إدراك الفرد لخطورة المرض، في حين ان الفئة الثالثة تتعلق بالمحفزات المباشرة التي تدفعه إلى اتخاذ قرارات تتعلق بصحته.

من ناحية أخرى، تقدم نظرية الفعل المنطق Theory of Reasoned Action (TRA) تفسيرا إضافيا لسلوك الأفراد الصحي، حيث تؤكد على ان السلوك الصحي الواعي يقوم على تقييم الفرد للعواقب المترتبة على أفعاله بناء على المعلومات المتاحة له (Conner & Sparks,2005) وتعد "النية السلوكية" المحدد الأكثر قربا لاتخاذ القرار الصحي، حيث تعتمد هذه النية على عاملين رئيسيين (Godin,2002).

- الموقف الشخص تجاه السلوك: أي تقييم الفرد لمدى الفوائد التي يمكن ان يجنيها من تبني السلوك الصحي.
- المعايير الإجتماعية المدركة: أي تأثير توقعات الأفراد المحيطين بالفرد، مثل أفراد الأسرة أو الأصدقاء، على قراره الصحي.

على سبيل المثال، قد تلجأ المرأة إلى خدمات الصحة الانجابية، مثل الاستشارات الطبية قبل الولادة والولادة في المرافق الصحية، بدافع الحرص على صحتها وصحة جنينها، وكذلك استجابة لضغوط اجتماعية نابعة من محيطها الأسري. في المقابل، قد تفضل بعض النساء الولادة بمساعدة قابلة تقليدية بدافع التمسك بالعادات الثقافية أو استجابة لضغوط الأسرة، مثل فرض الحماة هذا الخيار على الزوجة.

غير ان نظرية الفعل المنطقي تقتير على تفسير السلوكيات التي تعتمد على الإرادة الحرة، دون مراعاة الحالات التي قد يكون فيها الفرد مقيدا بعوامل خارجة عن سيطرته. ولهذا السبب اقترح Ajzen (1988,2005)

توسيع نطاق النموذج من خلال إدراج مفهوم "التحكم السلوكي المدرك"، مما أدى إلى ظهور نظرية السلوك المخطط Theory of Planned Behavio (TCP).

يشير مفهوم التحكم السلوكي المدرك إلى قدرة الفرد على تبني سلوك ميعن بناء على مدى إدراكه للعوائق والتحديات التي قد يواجهها، وكذلك الفرص والموارد المتاحة له (أي التسهيلات والصعوبات المتصورة). وكما هو الحال بالنسبة للمواقف الشخصية والمعايير الإجتماعية، فان إدراك الفرد لقدرة التحكم في سلوكه يؤثر على كل من النية السلوكية والسلوك الفعلي، مما يعزز من قدرة هذا النموذج على تفسير السلوكيات الصحية بشكل أكثر شمولية.

### 3 -6 المقاربة الشاملة لدراسة استخدام الخدمات الصحية:

تدرس العوامل المؤثرة في استخدام الخدمات الصحية بشكل عام، وخدمات صحة الأم بشكل خاص، من زوايا متعددة. تركز بعض الدراسات على العوامل السياقية، مثل خصائص تقديم الخدمات الصحية وجودتها، بينما تعنى دراسات أخرى بالخصائص الفردية للمستفيدات من هذه الخدمات، مثل العمر، المستوى التعليمي، والحالة الإجتماعية والاقتصادية. ومع ذلك، قام بعض الباحثين بتحليل قضية اللجوء إلى خدمات صحة الأم من منظور أكثر شمولية، حيث يتم دراسة خصائص العرض (الخدمات الصحية المتاحة) والطلب (احتياجات المستفيدات) معا، بالإضافة إلى التفاعلات المحتملة بين هذين العنصرين.

في هذا الإطار، تم تطوير ثلاثة نماذج نظرية تعتمد على رؤية شاملة وهي:

1. **نموذج (Fournier et Haddad,1995):** يركز هذا النموذج على التفاعل بين العوامل الفردية مثل المعتقدات الثقافية والمستوى التعليمي والعوامل الهيكلية مثل توفر الخدمات وجودتها.

فهذا النموذج يعمل على تحلل العوامل التي تؤثر على استخدام الخدمات الصحية، وخاصة في البلدان النامية، يركز النموذج على عملية اتخاذ القرار عندما يواجه الفرد مشكلة صحية، ويسلط الضوء على

الخطوات التي يمر بها للوصول إلى الرعاية الصحية. فحسب Haddad وFournier استخدام الخدمات ليست عملية تلقائية بل هي نتيجة لعوامل تتدخل في اتخاذ القرار الصحي.

يقسم النموذج عملية البحث عن الرعاية الصحية إلى أربع مراحل وهي:

- ظهور الحاجة الصحية Perception of the Need for Healthcare: بدأت هذه المرحلة عند شعور الشخص بأعراض أو مشكلات صحية، سواء كانت جسدية أو نفسية أو وظيفية، يعتمد تحديد الحاجة إلى الرعاية الصحية على مدى وعي الفرد بالمشكلة الصحية ومدى إدراكه لخطورتها.
- تحديد الحاجة للخدمات الصحية Identification of Healthcare Service Needs:

في هذه المرحلة يقوم الشخص بتحديد الخيارات العلاجية المحتملة، بناء على معرفته بالخدمات المتاحة مثل العلاجات التقليدية أو الحديثة.

وقد يكون الاختيار متأثرا بالنظام الصحي، الثقافة المجتمعية والتجارب السابقة مع الرعاية الصحية.

- تقييم البدائل واختيار مقدم الرعاية Evaluation of Alternatives and Choice of Healthcare Provider:

يقوم الشخص في أسرته باختيار مكان اللجوء للرعاية الصحية من حيث التكلفة والبعد عن مكان الإقامة، الجودة والكفاءة المهنية بحيث تتدخل العوامل الاقتصادية والإجتماعية الثقافية على تحديد الاختيار، فيمكن للمرأة إذا عانت من مضاعفات الحمل والولادة ان تختار اللجوء لرعاية صحية لدى قابلة تقليدية بحكم التقاليد أو البعد عن المراكز الاستشفائية، أو ان تختار الرعاية في مستشفى لإدراكها بحاجتها لرعاية متخصصة مؤهلة.

- اللجوء الفعلي إلى الخدمات الصحية:

بعد اتخاذ القرار يتم التوجه إلى الخدمة الصحية المختارة والاستفادة من العلاج، في هذه المرحلة يمكن ان تواجه المستخدم عقبات مثل رداءة الخدمة، عدم توفر العلاج أو إرتفاع التكاليف وهذا يؤدي إلى توقيف العلاج وعدم المتابعة.

فإذا طبقنا هذا النموذج على المرأة الحامل فلا بد لها ان تدرك أولا انها بحاجة لرعاية صحية لضمان حمل صحي وولادة آمنة. بعدها يجب ان تكون هي ورتها على دراية على الخدمات الصحية المتاحة سواء حديثة أو تقليدية، بعدها يتم اتخاذ القرار بناء على التكاليف، الفوائد والتصور الشخصي للمشكلة الصحية (هنا نقصد ان هناك من يعتبر الحمل والولادة ظاهرة عادية لا تستحق القلق) بعد اتخاذ القرار لجأت المرأة للرعاية الصحية للحمل أو الولادة.

قد تختار بعض النساء القابلات التقليديات بسبب تكاليف المستشفيات المرتفعة أو عدم الثقة في النظام الصحي، وإذا واجهت المرأة صعوبات مثل نقص الخدمات أو التكاليف العالية، فقد تتجنب الرعاية الطبية، مما قد يعرض صحتهأوصحة طفلها للخطر.

يعتبر هذا النموذج أداة تحليلية قوية لفهم كيف ولماذا يلجأ الأفراد إلى الخدم بحيث يوضح كيف تتفاعل العوامل الفردية، الإجتماعية والاقتصادية في تشكلي قرارات الأفراد بشأن بصحتهم الصحية، لا سيما في المجتمعات التي تعاني من تحديات في الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة. كما يساهم في تصميم سياسات صحية أكثر كفاءة من خلال معالجة الحواجز التي تمنع الأفراد من استخدام الخدمات الصحية.

2. **النموذج السوسيو–البيئي لـ (Sword,1999):** يدرس هذا النموذج تأثير البيئة المحيطة مثل العوامل الإجتماعية، الاقتصادية والسياسية على سلوكيات استخدام الخدمات الصحية ويعتبر النماذج الهامة التي تحلل استخدام خدمات الرعاية الصحية، خاصة الرعاية السابقة للولادة.

يركز هذا النموذج على التفاعل بين العوامل الفردية، الإجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على سلوك المرأة في طلب الرعاية الصحية أثناء الحمل.

يفترض سورد ان سلوك البحث عن الرعاية الصحية لا يعتمد فقط على القرارات الفردية، بل يتأثر أيضا بالبيئة الإجتماعية، الاقتصادية والسياسات الصحية. كما انه حدد في ان استخدام المرأة لمصالح الرعاية الصحية والدخل المنخفض يعتمد على عدة عوامل وهي:

- المستوى الفردي (العوامل الشخصية للمرأة):

يشمل هذا المستوى العوامل المرتبطة بالفرد نفسه، مثل المعتقدات، الثقافة الصحية ومدى معرفة المرأة وإدراكها بأهمية الرعاية الصحية للحمل والولادة والتصورات الثقافية كإعتبار الحمل والولادة لا يحتاج لمتابعة طبية إلا في حالة وجود مضاعفات خطيرة، وتعتبر التجربة الإيجابية للرعاية الصحية لتجربة سابقة تعتبر خطوة لتكرارها والعكس صحيح.

- المستوى الأسري والمجتمعي (التفاعل مع المحيط الإجتماعي):

يشير سورد إلى ان البيئة الإجتماعية تلعب دورا رئيسيا في دعم أو إعاقة استخدام الرعاية الصحية.

تشمل العوامل في هذا المستوى:

- دعم الأسرة: يمكن للعائلة ان تشجع أو تثبط المرأة عن طلب الرعاية الصحية.
- الشبكات الإجتماعية: يمكن ان تؤثر تجارب النساء الأخريات في المجتمع على قرار المرأة باللجوء إلى المرافق الصحية.
- الأعراف والتقاليد: بعض المجتمعات تعتبر الرعاية الصحية رفاهية وليست ضرورة، مما قد يؤثر على سلوك المرأة الحامل.

- المستوى الهيكلي (خصائص النظام الصحي والسياسات العامة):

العوامل المرتبطة بالنظام الصحي والسياسات العامة تلعب دورا أساسيا في تحديد مدى إمكانية حصول النساء على الرعاية الصحية.

تشمل هذه العوامل:

- توفر الخدمات الصحية: في المناطق الريفية، قد يكون الوصول إلى المستشفيات صعبا بسبب قلة المرافق الصحية.
- التكاليف: الخدمات الصحية قد تكون مكلفة، مما يجعلها غير متاحة لبعض الفئات.
- كفاءة مقدمي الرعاية: إذا كان الأطباء والممرضون يفتقرون إلى التدريب الجيد أو يعاملون المرضى بسوء، فقد تتردد النساء في طلب الرعاية.
- السياسة الصحية: بعض البلدان توفر برامج دعم صحي مجانية أو بأسعار منخفضة، بينما تفتقر بلدان أخرى إلى هذه السياسات.

يساعد هذا النموذج في فهم الأسباب التي تجعل بعض النساء لا يحصلن على الرعاية الصحية اللازمة أثناء الحمل، حتى في البلدان التي توفر هذه الخدمات.

يسلط الضوء على ضرورة تطوير سياسات صحية تأخذ في الاعتبار الجوانب الإجتماعية، الاقتصادية والثقافية وليس فقط توفر الخدمات الطبية.

يبرز أهمية التدخلات الشاملة التي تشمل التثقيف الصحي، دعم المجتمع وتحسين جودة الخدمات الصحية.

3. النموذج النظامي لـ (Dujardin et al,2014): يعتمد هذا النموذج على تحليل النظام الصحي ككل، بما في ذلك السياسات الصحية، توزيع الموارد وتفاعل المستفيدين مع الخدمات (Nkurunziza,2014,p.73) كما يستخدم لفهم وتحليل الانظمة المعقدة في مجال الصحة العامة، وخاصة في سياق تحسين جودة الرعاية الصحية.

يعتمد هذا النموذج على مفاهيم النظم ويركز على التفاعلات الديناميكية بين مكونات النظام المختلفة المؤثرة على صحة الأمومة. يهدف هذا النموذج إلى تحديد الحواجز المحتملة التي تواجه النساء من لحظة ظهور مشكلة صحية حتى تلقيهن الرعاية المناسبة. يركز النموذج على دمج العوامل المتعلقة بسلوكيات النساء وآليات عمل خدمات الرعاية الصحية، مما يوفر رؤية شاملة للعوائق والتحديات في هذا المجال.

مكونات النموذج:

يحدد Dujardin وزملاؤه أربع مراحل أساسية يجب تحقيقها لضمان رعاية فعالة للمرأة التي تعاني من مشكلة صحية، سواء كانت عامل خطر أو مرضا مؤكدا.

هذه المراحل هي:

**1-** الإدراك والوعي بالمشكلة الصحيةPerception of Health Problem:

يتعلق بمدى قدرة المرأة على التعرف على الأعراض أو العلامات التي تشير إلى وجود مشكلة صحية تستدعي التدخل.

**2-** البحث عن الرعاية الصحية Seeking Health Care:

بعد إدراك المشكلة تأتي مرحلة اتخاذ القرار باللجوء إلى الخدمات الصحية المتاحة.

**3-** الوصول إلى الخدمات الصحية Accessing Health Services:

تشمل القدرة على الوصول الفعلي إلى المرافق الصحية، متجأوزة العوائق الجغرافية، المالية أو الثقافية.

**4-** تلقي الرعاية المناسبة Receiving Appropriate Care:

تتعلق بجودة وكفاءة الرعاية المقدمة وضمان توافقها مع احتياجات المريضة. يعبر عن الاحتمالية الكلية لحل المشكلة الصحية (P) من خلال المعادلة التالية:

P= الادراك × البحث عن الرعاية × الوصول × الرعاية المناسبة

تشير هذه المعادلة إلى ان فشل أي مرحلة من هذه المراحل يمكن ان يؤدي إلى تقليل فعالية الرعاية المقدمة.

العوامل المؤثرة في كل مرحلة:

1. **الإدراك والوعي بالمشكلة الصحية:**

- المعرفة الصحية: مدى وعي المرأة بالأعراض والمخاطر الصحية.
- المعتقدات الثقافية: التصورات والمفاهيم المرتبطة بالصحة والمرض داخل المجتمع.

2. **البحث عن الرعاية الصحية:**

- الدعم الإجتماعي: تأثير الأسرة والمجتمع في تشجيع أو تثبيط السعي للرعاية.
- التجارب السابقة: التجارب السابقة مع النظام الصحي قد تؤثر على القرارات المستقبلية.

3. **الوصول إلى الخدمات الصحية:**

- العوائق الجغرافية: بعد المسافة أو صعوبة الوصول إلى المرافق الصحية.
- العوائق المالية: تكاليف الرعاية وقدرة المرأة على تحملها.

4. **تلقي الرعاية المناسبة:**

- جودة الخدمات: كفاءة ومهارة مقدمي الرعاية الصحية.
- التواصل والتفاعل: قدرة المريضة على التواصل الفعال مع مقدمي الرعاية.

تطبيقات النموذج في السياسات الصحية:

يستخدم هذا النموذج كأداة لتقييم وتحديد النقاط الحرجة التي تعيق تقديم رعاية صحية فعالة للنساء من خلال تحليل كل مرحلة والعوامل المؤثرة فيها، يمكن للمخططين الصحيين تطوير استراتيجيات موجهة للتغلب على هذه الحواجز. على سبيل المثال، قد يتطلب تحسين الإدراك بالمشكلات الصحية تنفيذ حملات توعية صحية، بينما قد يستدعي تعزيز الوصول إلى الخدمات تحسين البنية التحتية.

من بين الدراسات التي أثبتت هذه النماذج نجد:

دراسة لـ محمد جلال وتامر جاد 2020 أسفرت على الرغم من الجهود التي بذلتها الحكومة الأوغندية والمنظمات غير الحكومية لتعزيز البنية التحتية الصحية، وتحسين جودة الخدمات المقدمة، وزيادة فرص الحصول على الرعاية، لاتزال العديد من النساء يفضلن الولادة في المنزل بمساعدة القابلات التقليديات.

تشير هذه الدراسة إلى أن القابلات التقليديات لا تزال الخيار المفضل لدى العديد من النساء في الدول النامية، حيث أفادت الأمم المتحدة بان 47% من الولادات في هذه الدول تتم في المنازل، مما يعكس استمرار التأثير القوي للعوامل الثقافية والإجتماعية على قرارات الولادة.

- أظهرت دراسة أجريت في المالي ان العوامل الجغرافية، مثل بعد المسافة عن المرافق الصحية، تلعب دورا كبيرا في تقليل استخدام خدمات صحة الأم، خاصة في المناطق الريفية (Campbell et Gamrysch,2009,p.03).

- في دراسة أخرى، قامت كل من Lale Say و Rosalinda Raime(2007) بتحليل تأثير العوامل الثقافية والدينية على قرارات النساء فيما يتعلق بالولادة في المرافق الصحية، مشيرة إلى ان المعتقدات التقليدية قد تعيق استخدام الخدمات الحديثة.

- أشارت دراسة أجراها Thaddeus وMaine (1994) إلى ان العوائق المادية مثل تكلفة الخدمات ونقص وسائل النقل، هي من العوامل الرئيسية التي تحد من وصول النساء إلى الرعاية الصحية التوليدية.

تعتبر هذه النماذج والدراسات إطارا نظريا وعلميا لفهم العوامل المتشابكة التي تؤثر على استخدام خدمات صحة الأم، حيث تجمع بين تحليل الخصائص الفردية والسياقية في منظور متكامل. كما تسلط الضوء على أهمية تحسين البنية التحتية الصحية، توعية المجتمع، تقليل العوائق المادية والثقافية لتعزيز استخدام الخدمات الصحية.

**الخلاصة:**

يتضح من العرض النظري أن الولوج إلى الرعاية الصحية التوليدية عملية متعددة الأبعاد، تتداخل فيها عوامل فردية وأسرية ومجتمعية ومؤسساتية. كما أن التفاوت في الاستفادة من هذه الخدمات لا يُفسَّر بعامل واحد، بل هو نتيجة تفاعل مركب بين الموقع الجغرافي، والمستوى التعليمي، والوضع الاقتصادي، وتوفر البنية الصحية، إضافة إلى المحددات الثقافية. ويشكل هذا التأطير النظري أرضية تحليلية سيتم الاعتماد عليها في دراسة المعطيات الميدانية، قصد تفسير الفروق المسجلة واختبار الفرضيات المطروحة.

# الفصل الثاني

**تمهيد:**

نقدم في هذا الفصل الى الواقع السوسيوديمغرافي والصحي للجزائر من خلال التطرق اولا الى الموقع الجغرافي للجزائر وثانيا التطور الديمغرافي لسكانها والوضعية الاقتصادية والإجتماعية وعلى راسها التعليم بما انه عنصر اساسي في تفسير سلوك الاشخاص في شتى المجالات، واخيرا النظام الصحي في الجزائر.

## 1. الموقع الجغرافي:

تقع الجزائر في شمال غرب القارة الإفريقية وتحتل مساحة قدرها 2.381.741 كيلومتر مربع بنسبة 3% أراضي زراعية و85% صحراء. الجزائر هي أكبر دولة في إفريقيا من حيث المساحة بعد تقسيم السودان، والتاسعة عالميا (rapport MICS6,2019)

يمتد شريطها الساحلي على مسافة 1200 كلم، يطل على البحر الأبيض المتوسط وتتوسط الجزائر سبعة بلدان: (rapport MICS6,2019

من الشرق تونس وليبيا، من الغرب المغرب والصحراء الغربية، ومن الجنوب موريتانيا، المالي والنيجر. وتشمل تضاريس الجزائر سلسلتين جبليتين وهما الاطلس التلي، والأطلس الصحراوي اللذان يشكلان الحدود الطبيعية للمناطق الداخلية في الجزائر.

تقع السهول الساحلية للجزائر في شمال البلاد بين التل الاطلسي والهضاب العليا، أما السهول الشبه قاحلة تقع بين سلسلتين جبليتين. أما الصحراء الواقعة في جنوب البلاد هي من أكبر الصحاري في العالم وتقدر بـ 2 مليون كيلومتر مربع. وتتكون من الكثبان الرملية والواحات والجبال مع أعلى قمة جبلية والتي تقدر بإرتفاع 3000 متر وهي جبل الهقار.

تتميز الجزائر بمجموعة متنوعة من المناخ. تتميز المناطق الساحلية بمناخ البحر الابيض المتوسط مع شتاء معتدل وموسم صيف دافئ، وكلما اتجهنا للجنوب يصبح المناخ حار وجاف. وتتميز المناطق الداخلية للجزائر بمناخ قاري، اما في الجنوب بمناخ صحراوي. (MISC4,2019).

تتوفر الجزائر على موارد طبيعية كثيرة ومتنوعة وتصنف كالاتي:

- سطحية: كالأنهار، الثروة الغابية وبعض الحيوانات النادرة.
- بحرية: الثروة السمكية والمرجان.
- باطنية: كالمياه الجوفية، المعادن كالحديد والذهب والماس، ومصادر الطاقة البترول، والغاز الطبيعي الهيليوم والفحم الحجري...الخ.

تنقسم الجزائر إلى 58 و553 دائرة تضم 1541 بلدية. تعتبر الولاية أكبر كيان إداري يليه الدائرة ثم البلدية التي تعتبر هي الوحدة الادارية الاساسية وتحوي مجموعة من التجمعات السكانية والمناطق المبعثرة.

تتجزأ الجزائر إلى ثلاث مناطق جغرافية وهي كالتالي:

- الشمال الجزائري او التل يوجد فيه 25 ولاية تمثل 3% من االمساحة الكلية، 60% من مجموع عدد السكان، والذي ينقسم بدوره إلى ثلاث مناطق.
  1. الوسط 10 ولايات
  2. الشمال الشرقي 08 ولايات
  3. الشمال الغربي07 ولايات
- الهضاب العليا تضم 14 ولاية، تمثل 13% من المساحة الكلية و30%من مجموع عدد السكان.
  1. الهضاب العليا وسط تضم على 03 ولايات

2. الهضاب العليا شوق فيها 06 ولايات

3.الهضاب العليا غرب تتكون من 06 ولايات

- الجنوب أو الصحراء يضم 09 ولايات، تمثل 85% من المساحة الكلية و10%من مجموع عدد السكان

وينقسم إلى:

1. الجنوب الغربي فيه 03 ولايات

2. الجنوب الشرقي 04 ولايات

3. الجنوب الكبير بولايتين.

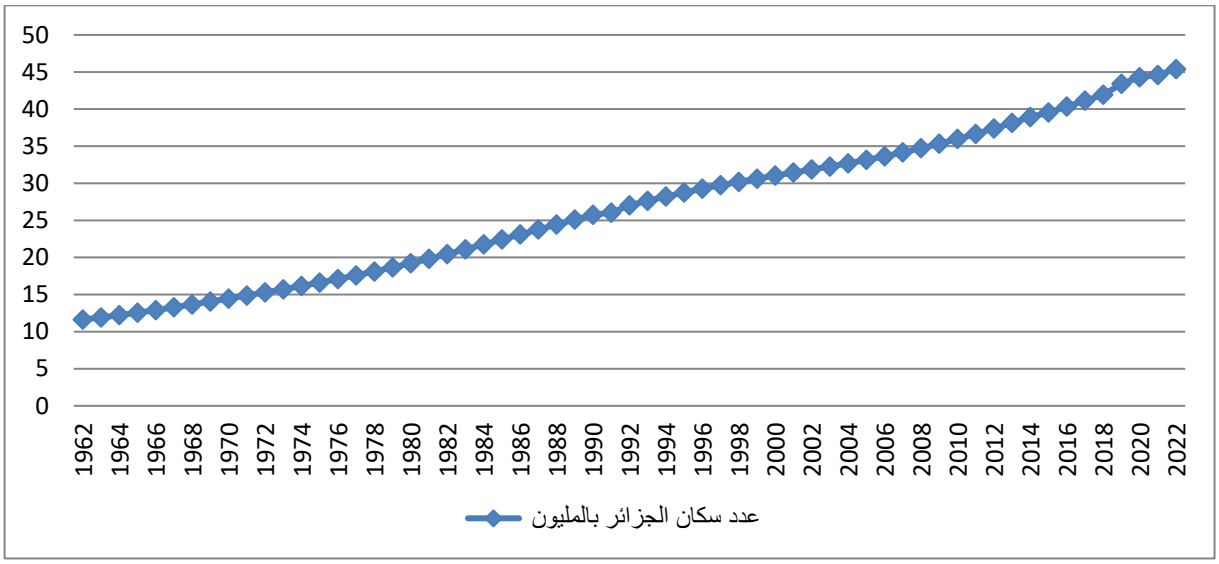
## 2. التطور الديموغرافي للسكان في الجزائر من 1962 إلى 2022

### 1.2- تطور عدد السكان في الجزائر:

عرف النمو الديموغرافي تزاد واضح بعد الاستقلال و ذلك من أجل تعويض الخسائر البشرية في تلك الحقبة، فقدر عدد السكان في الجزائر في 1962 ب 11.62 مليون نسمة(الحوصلة الإحصائية 1962-2020)، حيث بدء بالارتفاع بصفة تدريجية خلال السنوات الموالية ليصل إلى 12.96 مليون نسمة سنة 1966(الحوصلة الإحصائية 1962-2020)،الذي يتزامن مع التعداد الاول للسكن و السكان بعد الاستقلال. واستمر عدد سكان الجزائر بالارتفاع ليصل إلى 17.58مليون نسمة خلال التعداد الثاني للسكن و السكان 1977 بزيادة قدرها 5.96 مليون نسمة (الحوصلة الإحصائية 1962-2020)، وفي سنة 1987 وصل عدد السكان حسب التعداد الثالث للسكن والسكان إلى 23.77 مليون نسمة (الحوصلة الإحصائية 1962-2020)، وتعتبر سنة 1998 سنة رابع تعداد للسكن والسكان في الجزائر المستقلة، إذ بلغ عدد سكان 30.19 مليون نسمة (الحوصلة الإحصائية 1962-2020)،أي تضاعف تقريبا خلال 36 سنة 3مرات. ليرتفع عدد السكان خلال التعداد الخامس الذي اجري سنة 2008 في الجزائر إلى 34.73 مليون نسمة (الحوصلة الإحصائية 1962-2020). وقدر عدد السكان سنة 2019 ب 43.4 مليون نسمة (الحوصلة الإحصائية 1962-2020). وبهاذ نجد أن خلال 57 سنة تضاعف عدد سكان الجزائر تقريبا أربع مرات. يمكن إرجاع سبب الارتفاع في معدل النمو خلال هذه الفترة الاخيرة الى خروج الجزائر من أزمة العشرية السوداء و حلول السلم والأمان في الجزائر إلى جانب انتعاش الوضع الاقتصادي (د.و.إ، 2020).

- **تطور عدد السكان في الجزائر من1962-2022**

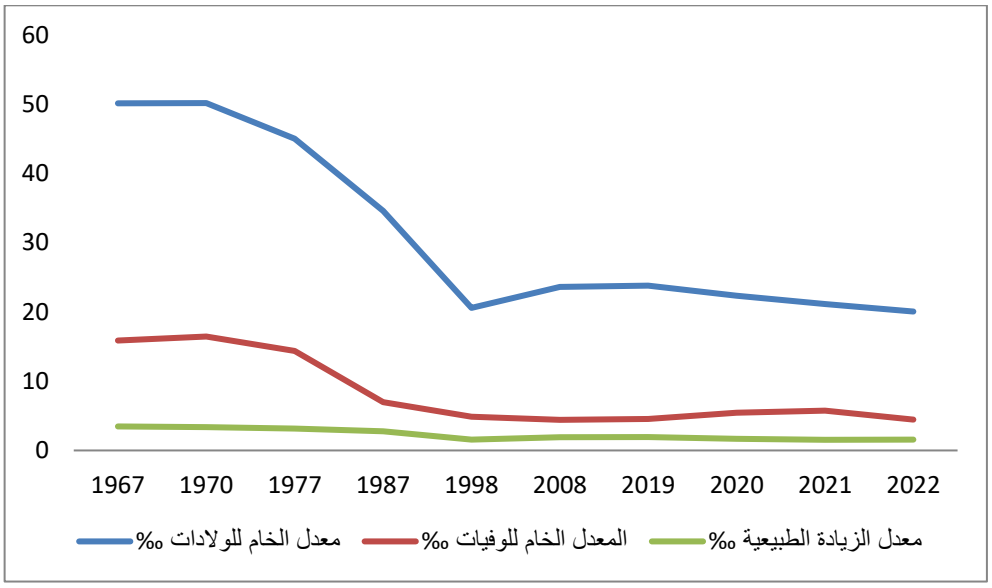
**الشكـــــل البياني 01 تطور عددالسكان في الجزائر**




**المصدر: الملحق رقم 1**

2.2- **تطور المؤشرات الديموغرافية في الجزائر حسب التعدادات :**

**الشكـــــل البياني 02 تطور المعدل الخام للمواليد والوفيات ومعدل الزيادة الطبيعية.**




**المصدر: الملحق رقم 2**

يمثل الشكل رقم 2 تطور المؤشرات الديمغرافية في الجزائر حسب نتائج التعدادات الوطنية خلال الفترة الممتدة من 1967 الى 2021.

بالنسبة للمعدل الخام للولادات، نلاحظ انخفاضا ملحوضا من سنة 1967 الى غاية 1998، ثم استقرارا نسبيا بين 2008 و2021. ان المعدل الخام للولادات كان مرتفعا جدا (45 ‰) مما يعكس ارتفاع الخصوبة في مرحلة ما بعد الاستقلال (1967). وبلغ أدنى مستوياته تقريبا حوالي 22 ‰ نتيجة التحول الديمغرافي من مجتمع عالي الخصوبة الى خصوبة متدنية وتغير انماط الخصوبة والسلوك الانجابي (مثل تاخر سن الزواج واستعمال وسائل تنظيم الاسرة)، التحسن في مستوى التعليم، خاصة لدى النساء وزيادة الوعي الصحي وذلك سنة 1998. اما ما بين 2008 و2021 لوحظ استقرار نسبي يعكس استمرار انخفاض الخصوبة بوتيرة أبطأ.

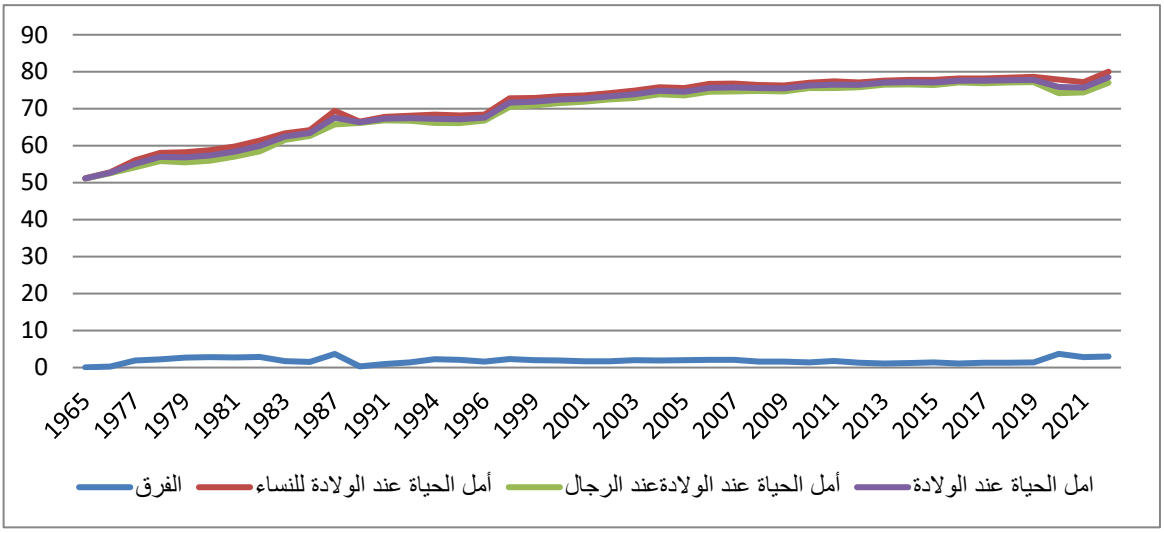
اما بالنسبة للمعدل الخام للوفيات، فنلاحظ تراجع مستمر من اقل من 15‰ سنة 1967 الى 5‰ عام 2021، بحيث يعكس هذا الانخفاض تحسنا في الرعاية الصحية، انتشار التلقيح، تحسين الظروف المعيشية، وانخفاض الأمراض المعدية وتحسين جودة المياه.

وبالرغم من انخفاض معدلات الولادات، فان معدل النمو الطبيعي بقي ايجابيا مما يدل على استمرار النمو السكاني. وقد شهد هذا المعدل تراجعا تدريجيا يعكس اقتراب الجزائر من نهاية المرحلة الانتقالية الديمغرافية، وبالتالي بداية ظهور اثار شيخوخة السكان وتراجع الخصوبة ولكن بما ان الوفيات لا تزال منخفضة نسبيا فان الزيادة الطبيعية لا تزال قائمة. تتطلب هذه الوضعية سياسات سكانية جديدة تركز على التوازن بين الاجيال وضمان الأمن الصحي والإجتماعي.

**3.2- تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر:**

يوضح الشكل البياني رقم 2 تطور امل الحياة أو امد الحياة او متوسط العمر المتوقع عند الوفاة هي المدة التي يمكن للإنسان أن يعيشها بعد الولادة. يعتبر أمل الحياة عند الولادة مؤشرا مهما يعكس الحالة الإجتماعية والصحية للمجتمع. وقد عرف أمل الحياة ارتفاعا متواصلا منذ 1962 إلى غاية 2022. ففي سنة 1965 كان أمل الحياة 51.15سنة على العموم مع فوارق بين الجنسين لصالح الاناث، إذ بلغ أمل حياة الذكور 51.12سنة مقابل 51,17 سنة عند الاناث بفارق 0,05 وذلك سنة 1965. في سنة 1977عرف أمل الحياة ارتفاعا واضحا، إذ بلغ55.11 سنة، مع فوارق بين الجنسين لصالح دوما الاناث (54.15 سنة للذكور م 65.06 سنة للاناث). ويستمر أمل الحياة عند الولادة في الارتفاع مع ارتفاع الفارق بين الجنسين لصالح الاناث ليصل سنة 2019 الى 77,8 سنة (77.2سنة للذكور مقابل 78.6 سنة عند الاناث). وبالتالي نلاحظ ان أمل الحياة إرتفع ب 26.65 سنة ما بين 1965 و2019 بمعدل نصف سنة كل عام. ومن الملاحظ ايضا أن أمل الحياة عند الإناث مرتفع مقارنة بالذكور، وهذا راجع لارتفاع الوفيات عامة في وسط الذكور أكثر من الإناث. أما فيما يخص ارتفاع أمل الحياة فهذا راجع لتحسن الحالة الصحية والإجتماعية والاقتصادية لافراد المجتمع.

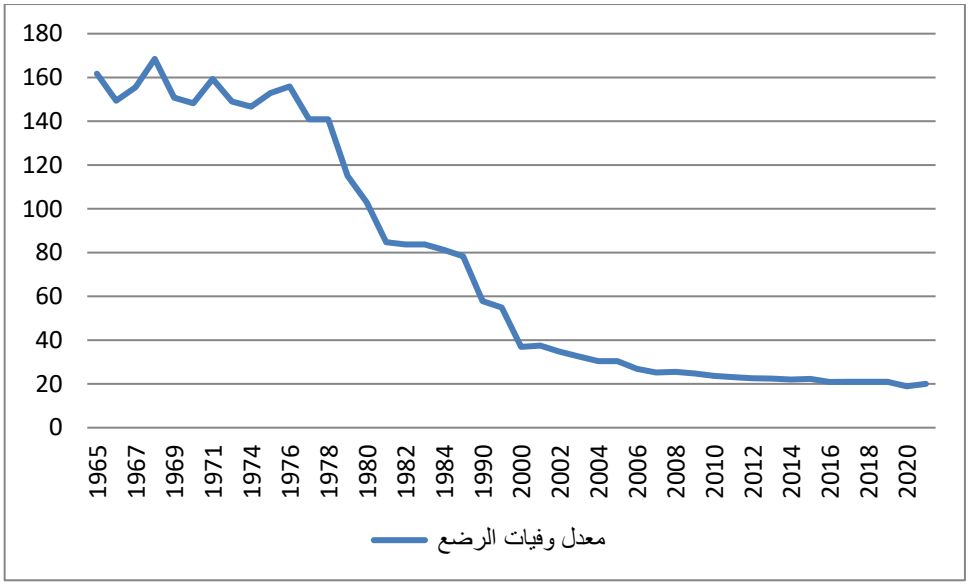
**الشكـــــل 03 تطور أمل الحياة الإجمالي وبين الذكور والاناث في الجزائر من1965إلى 2022**




**المصدر: الملحق رقم 3**

## 4.2- تطور وفيات الرضع في الجزائرلكل 1000 ولادة حية:

**الشكـــــل البياني 04 تطور وفيات الرضع في الجزائر منذ1965**




**المصدر: الملحق 04**

حسب الشكل البياني رقم 4، نلاحظ اتجاه تنازلي واضح، حيث انخفض المعدل من 161,73 لكل ألف ولادة حية الى اقل من 20 بالالف ما بين 1965و 2022، يرجع هذا الى التحسن التدريجي والمستمر في صحة الاطفال والخدمات الصحية الموجهة نحو الأمهات والرضع.

فخلال الفترة ما بين 1962 و1980 شهد معدل وفيات ارضع ارتفاعا ملحوظا فاق 140 وفاة لكل 1000 ولادة حية، بحيث شهدت هذه المرحلة تقلبات طفيفة دون اي تحسن ملحوظ، وتعكس هذه الفترة تداعيات ما بعد الاستعمار، حيث كانت المنظومة الصحية في بداية نشاتها والموارد كانت محدودة، ولم تكن هناك برامج صحية وطنية فعالة، وبالمقابل كانت وفيات الرضع نعكس ضعف التغطية الصحية وسوء التغذية وانتشار الأمراض المعدية.

في المرحلة الثانية اي ما بين 1980 و1990، شهد معدل وفيات الرضع انخفاضا حادا ومفاجئا، بحيث تراجع المعدل الى حوالي 80 وفاة ثم الى اقل من 60 وفاة خلال اقل من عقد، وهذا نتيجة لتطبيق البرامج الوطنية للصحة العمومية مثل برنامج التلقيح الموسع، وتحسين رعاية الحمل والولادة، وخلال هذه الفترة بدأت تظهر نتائج الاستثمارات في البنية التحتية الصحية خاصة في المناطق الريفية.

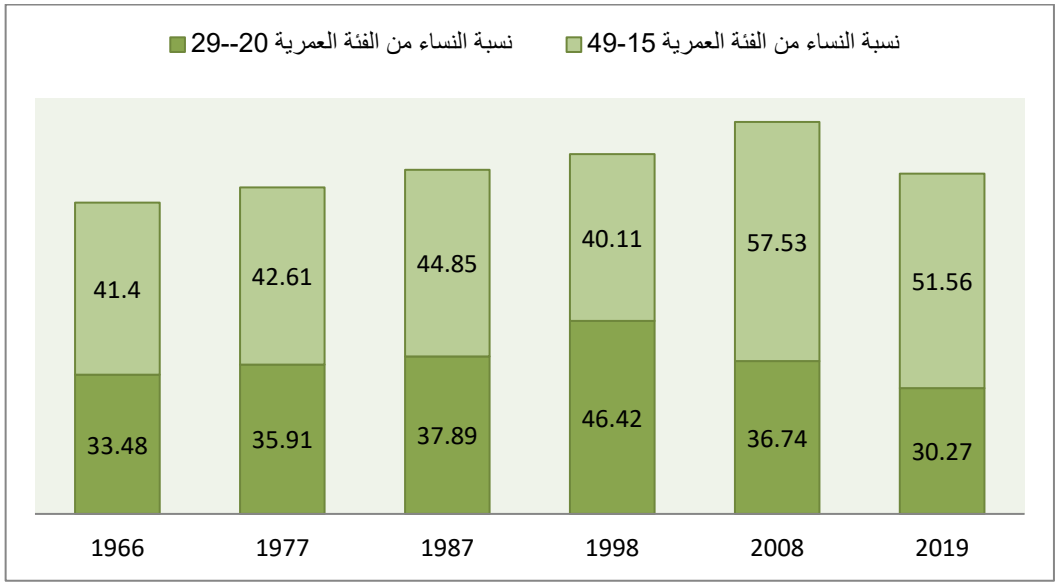
بالنسبة للمرحلة ما بين 1990 و2000، نلاحظ استمرار الانخفاض ولكن بوتيرة اقل. تراجع معدل وفيات الرضع الى حوالي 35 –40 وفاة رغم الازمة الأمنية التي عرفتها الجزائر في التسعينات الا ان بعض البرامج الصحية الاساسية استمرت خاصة تلك التي كانت ممولة دوليا (مثل برنامج اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية).

اما المرحلة الاخيرة ما بين 2000 و2022 فقد تميزت باستمرار انخفاض معدل وفيات الرضع الى مستويات منخفضة جدا (اقل من 20 ‰). فهذه الفترة تظهر نتائج الاستقرار السياسي نسبيا وتوسيع التغطية الصحية اضافة الى تعزيز برامج صحة الأم والطفل (تحسين ظروف الولادة والنظافة العامة، ارتفاع مستوى تعليم الأمهات والوعي الصحي).

عامة لقد استطاعت الجزائر من تخفيض معدل وفيات الرضع خلال 60 سنة بنسبة تتجاوز 85 % مما يدل على تقدمها صحيا واقتصاديا واجتماعيا وهذا كما يبق وان ذكرنا نتيجة لتطبيق سياسات فعالة في مجال صحة الأم والطفل ومساهمة العوامل غير طبية مثل التعليم، التغذية والظروف المعيشية.

## 5.2 تطور عدد النساء في سن الانجاب:

**الشكـــل البياني 05 تطور البنية العمرية للنساء في سن الإنجاب خلال الفترة 1966–2019.**



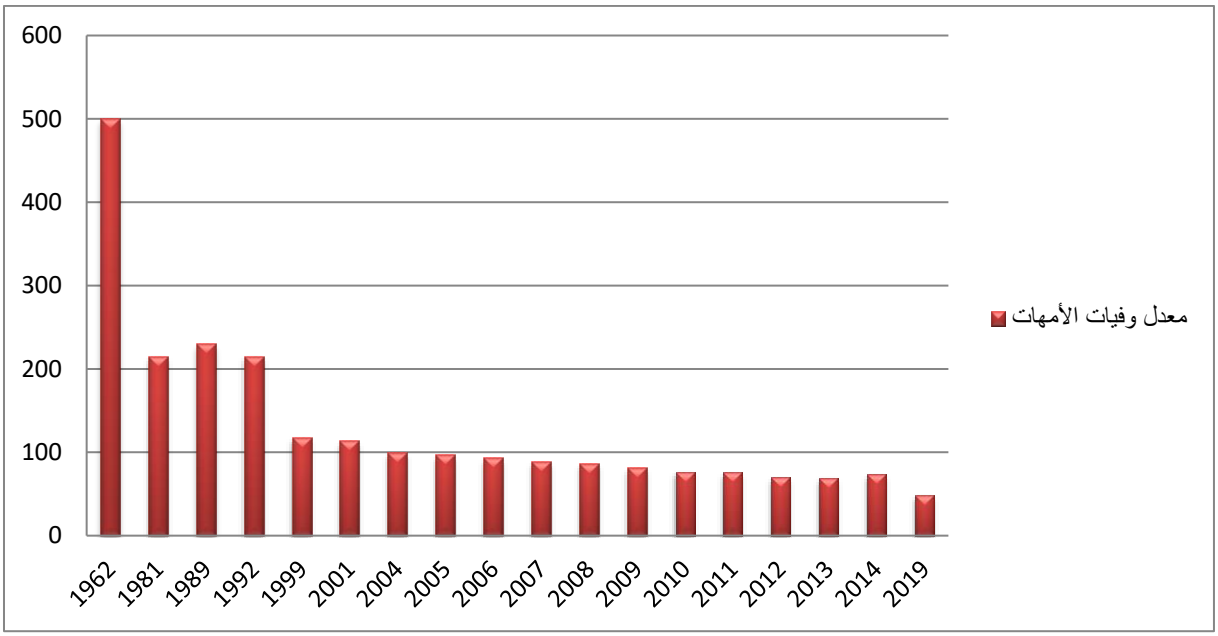

**المصدر: من إنجاز الباحث إعتمادا قاعدة بيلنات الديوان الوطني للاحصائيات**

تظهر بيانات التعدادات السكانية في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين 1966 و2019 تحولات بنيوية هامة في نسبة النساء في سن الانجاب (15–49 سنة)، وفي توزيعهم حسب العمر. لقد شهدت هذه الفئة تذبذبا ملحوظا، اذ ارتفعت من 41,4 % سنة 1966 الى ذروتها في سنة 2008 بنسبة 57,53 %، قبل ان تعرف تراجعا نسبيا يقدر ب 51,56 % سنة 2019. تعكس هذه البيانات توسعا تدريجيا في قاعدة النساء في سن الانجاب، ما يعبر عن تاثيرات لتحسن المؤشرات الصحية وتغير انماط الحياة الانجابية. من جهة اخرى، فان نسبة النساء ما بين 20 و29 سنة، وهي الفئة الاكثر خصوبة، شهدت انخفاضا بعد سنة 1998، حيث بلغت 46,42% في تلك السنة، ثم تراجعت بشكل ملحوظ الى 30,27 %سنة 2019. يبرز هذا الانخفاض تحولا ديمغرافيا جوهريا يتمثل في تقلص عدد الشابات داخل سن الخصوبة، وهو ما قد يرتبط بعوامل عدة، من بينها تراجع معدلات الخصوبة، وارتفاع سن الزواج، وتزايد نسب التعليم والعمل لدى النساء.

ان هذا التحول لا يعكس فقط تغيرا في التوزيع العمري، بل على بداية الشيخوخة الديمغرافية في المجتمع الجزائري، الأمر الذي يفرض على السياسات العمومية اعادة النظر في البرامج الصحية والسكانية، لا سيما في ما يتعلق بالصحة الانجابية وفي مقدمتها تنظيم الاسرة.

### 6.1-وفيات الأمهات في الجزائر 1962- 2019:

**الشكل البياني 60 تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر قي الفترة 1962-2019**




**المصدر: الملحق رقم 5**

عرف معدل وفيات الأمهات انخفاض مستمر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، يرجع ذلك الى التحسين المستمر للرعاية الصحية المتعلقة بالأمومة. ففي الفترة ما بين 1962 و1989 سجل انخفاض كبير لوفيات الأمومة ولكن تدريجي، بحيث انتقل معدل وفيات الأمومة من 500 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1962 نتيجة ضعف المنظومة الصحية في بداية الاستقلال الى 300 وفاة سنة 1975 مما يدل على الجهود الاولية لتحسين القطاع الصحي، ثم انخفض هذا المعدل الى 250 وفاة سنة 1981 ليصل في سنة 1989 الى 230 وفاة لكل 100000 ولادة حية.

وتواصل انخفاض معدل وفيات الأمومة ما بين 1990 و2001 بوتيرة أكثر وضوحا، ليصل سنة 2001 الى اقل من 150 وفاة كل 100000 ولادة حية. قد يعزى هذا الانخفاض الى توسع التغطية الصحية، وتطور خدمات طب النساء والتوليد، وتحسن مستوى التكوين الطبي.

وسجل استقرار نسبي وانخفاض تدريجي لمعدل وفيات الأمومة ما بين 2004 و2019. فما بين 2004 و2014 قدر هذا المعدل ما بين 120 و100 وفاة لكل 100000 ولادة حية مع تسجيل بعض التذبذبات الطفيفة، ليصل الى أدني حد له 50 وفاة لكل 100000 ولادة حية والذي يعكس فعالية السياسات الصحية المتعلقة بالأمومة. وتبقى هذه النتائج بعيدة عن اهداف الالفية التي تهدف للوصول الى معدل اقل من 20 وفاة لكل 100000 ولادة حية. وبالتالي يجب مواصلة الجهود، خاصة في المناطق الريفية والجنوبية التي مازالت تعاني من تفاوتات في الخدمات وعلى راسها الخدمات الصحية.

## 3 الوضعية الإقتصادية و الإجتماعية في الجزائر منذ الإستقلال إلى غاية سنة2022:

تحتل الجزائر المرتبة الرابعة اقتصاديا في قارة إفريقيا والمرتبة الثانية في دول شمال إفريقيا بعد مصر، وقدر دخل الفرد الواحد ب 4306 دولار أمريكي للفرد الواحد سنة 2019، ما يجعل الجزائر في مقدمة الدول ذات الدخل المتوسط (.(Rapport MISC6 2019)

عرف تطور الإقتصاد الجزائري عدة مراحل، علما ان الفترة الزمنية المحددة لهذا التطور تختلف حسب كل دراسة إقتصادية، وقد حددنا في هذه الدراسة فترتين وهما.

### 1.3- الفترة الأولى 1962- 1988:

بعد خروج المستعمر الفرنسي من الجزائر والذي كان المستوحد الوحيد على القطاع الصناعي انهار القطاع الصناعي بالجزائر، حيث كان أغلب السكان الأصليون للجزائر يعملون في الفلاحة والرعي في فترة الإستعمار، ولم يكن لهم مؤهلات في القطاع الصناعي. وبقي المستعمر الفرنسي مستغلا لثروة المحروقات

في الجزائر بعد استقلالها، إلى غاية تأميم قطاع المحرقات من طرف الرئيس الراحل هواري بومدين وذلك في 1971/02/24. وبعد هذا قرار التامين، عرف الاقتصاد الجزائري انتعاشا هاما مما دفع بالدولة الجزائرية بالاستثمار في مختلف القطاعات، وخاصة منها الصناعي والفلاحي. وقد عرف الاقتصاد الجزائري في منتصف سنوات 70 نموا قدر بـ 8,5% (El kadi,2020 P 130) وفي سنة 1986، عرفت الجزائر أزمة إقتصادية بسبب إنهيار أسعار البترول مما ولد ايضا ازمة إجتماعية.

**2.3- الفترة الثانية 1988-2019:** في بداية هذه المرحلة كان الاقتصاد الجزائري لا يزال يعاني من أزمة انخفاض أسعار البترول، ومع بداية التسعينات دخلت الجزائر في الأزمة الأمنية التي عرفت بالعشرية السوداء، حيث تعرضت خلالها عدة منشآت اقتصادية للتدمير مما زاد من حدة الأزمة الاقتصادية. وفي أواخر التسعينات، وتزامنًا مع عودة السيد عبد العزيز بوتفليقة وفوزه في الانتخابات الرئاسية لسنة 1999، عمل رئيس الجمهورية على استرجاع الأمن في الجزائر، وهو ما اعتبر من العوامل المساهمة في عودة النمو الاقتصادي.

ومع الارتفاع الذي عرفته أسعار البترول في بداية القرن الحادي والعشرين شهد الاقتصاد الجزائري انتعاشًا ملحوظًا، غير أن هذا الانتعاش لم يُستغل بالشكل الأمثل بسبب الأزمات التي كانت تعاني منها البلاد مثل أزمة السكن، مما دفع الدولة إلى إطلاق برامج واسعة لبناء وحدات سكنية، وإنشاء وتجهيز بنية تحتية شملت مستشفيات وجامعات ومرافق أخرى. كما واجهت الدولة تحديًا كبيرًا في الحفاظ على القدرة الشرائية للمواطن في ظل الأوضاع الإقليمية والدولية التي عرفها العالم العربي آنذاك.

شهدت هذه الفترة أيضًا أزمة مركبة تميزت بانخفاض حاد في الاستثمارات الصناعية، حيث تراجعت من 59% من الناتج المحلي الإجمالي سنة 1980 إلى 4% فقط سنة 1997، (El kadi ;2020 P17). وهو ما انعكس على القدرات الصناعية للبلاد ومستوى التطور الاقتصادي. وتراجعت الصناعة التحويلية إلى أقل من 5% من الناتج المحلي الإجمالي بحلول سنة 2015، في حين أصبحت صادرات المحروقات تمثل

حوالي 94% من إجمالي الصادرات الوطنية (البنك الدولي، 2017) هذه التطورات أبرزت هشاشة البنية الاقتصادية الجزائرية وتزايد تبعيتها للمحروقات، خاصة في ظل الظروف الأمنية والسياسية التي عاشتها البلاد خلال تلك الفترة.

بين 2000 و2014 عرفت الجزائر فترة رخاء مالي سمح بإنجاز استثمارات عمومية واسعة النطاق وبإطلاق برامج تنموية كبرى على المستويات الوطنية والاقليمية والمحلية بميزانيات ضخمة موجهة لتقليص مختلف اشكال التفاوت. وخلال الفترة 2013–2019 بلغ متوسط النمو الاقتصادي 2.2 % لكنه تراجع الى 0.2 %سنة 2019 بعدما كان في حدود 3.8 %سنة 2013. وقد ارتبطت هذه الفترة بانخفاض اسعار النفط في السوق الدولية ابتداء من 2014 وهو ما أثر بوضوح على الاقتصاد الجزائري رغم تسجيل زيادة طفيفة في النمو خارج قطاع المحروقات من 2.2 %الى 2.7 %ما بين 2016 و2019. كما تراوح معدل التضخم بين 3.3 في المئة سنة 2013 و1.95 في المئة سنة 2019. وانخفض سعر برميل النفط من 109 دولارات سنة 2013 الى 64 دولارا سنة 2019 مما انعكس على النمو الاقتصادي باكثر من ثلاث نقاط حيث هبط من 0.3% الى 0.2 %خلال الفترة نفسها. (Rapport MISC6 2019).

نتيجة لهذا التراجع سجلت الجزائر عجزا في الحساب الجاري لميزان المدفوعات بلغ 3.25 مليار دولار سنة 2019 بعدما كان في حدود 0.77 مليار دولار سنة 2013 كما شهدت احتياطات النقد الاجنبي انخفاضا ملحوظا. وقد دفع الاتجاه النزولي لاسعار النفط الحكومة الى القيام بتعديلات على مستوى الميزانية حيث انخفضت النفقات العمومية من 36.8 %من الناتج المحلي الاجمالي سنة 2013 الى 33%سنة 2019 وفي المقابل ارتفع العجز الميزانياتي من ناقص 1.4 %ة سنة 2013 الى ناقص 4.8 %من الناتج المحلي الاجمالي سنة 2019.(Rapport MISC6 2019)

هذه التعديلات في الميزانية التي مست اساسا نفقات التسيير سمحت للبلاد بالحفاظ على برامج التنمية والتحويلات الإجتماعية التي تمثل أكثر من 20 %من ميزانية الدولة خاصة لتمويل برنامج اهداف التنمية

المستدامة. ولتحقيق ذلك تم اعتماد آليات مالية تمثلت في انشاء مجموعة من الصناديق الخاصة لدعم وتسهيل تنفيذ برامج التنمية المستدامة وتمويل التنمية البشرية. وقد ساعدت هذه الجهود الجزائر على تحسين مؤشر التنمية البشرية الوطني الذي ارتفع من 0.577 سنة 1990 الى 0.759 سنة 2018.

(Rapport MISC6 2019)

وقد أظهر الاقتصاد الجزائري في سنة 2022 مرونة قوية أمام آثار جائحة كوفيد-19 والظروف الدولية المعقدة، حيث سجل الناتج الداخلي الخام نموا إيجابيا بلغ 3.2 % مدعوما خاصة بالقطاعات غير النفطية مثل الفلاحة والصناعة والخدمات، في حين سجل قطاع المحروقات تراجعا طفيفا. كما شهد ميزان المدفوعات فائضا قدره 18.47 مليار دولار رافقه ارتفاع ملموس في احتياطات الصرف لتبلغ 60.99 مليار دولار، في سياق يتسم بانخفاض المديونية. وعلى المستوى النقدي، سمحت السياسة التي انتهجها بنك الجزائر بعودة تدريجية إلى الوضع الطبيعي مع الحفاظ على تمويل الاقتصاد واستقرار المؤشرات المالية، غير أن استمرار الضغوط التضخمية الناتجة أساسا عن الواردات يبقى تحديا رئيسيا على المدى القصير والمتوسط.

(وكالة الانباء الجزائرية ،2023)

## 4 . التعليم في الجزائر:

إن التعليم يلعب دورا مهما في تطوير الرأس المال البشري. مع الاستقلال في 05 جويلية 1962، واجهت الجزائر الفتية عدة مشاكل، الفقر، الجهل، الأمية، انتشار عدة امراض، واقتصاد بدائي، إلى جانب منظومة تربوية فرنسية، تعمل على طمس الهوية الجزائرية. فالاستعمار الفرنسي رحل مخلفا وراءه نسبة أمية لا تقل عن 85% (طاهر لخضر,2013 ص347)، فأخذت الدولة الجزائرية على عاتقها مهمة إصلاح قطاع التربية والتعليم وفق أسس تتماشى مع عقيدة وثقافة الشعب الجزائري، والقضاء على المناهج الموروثة من المستعمر الفرنسي ونعويضها بمناهج اخرى. "فالمؤسسة المدرسية ليست مجرد إطار تعليمي فحسب بل

هي فضاء تربوي، تعمل ووفق منهاج برنامج محدد ومسطر تضعه السلطة الحاكمة والممثلة للمجتمع وتدعمه"(أحمد خالدي،2017، ص266). ومرت هذه التعديلات بعدة مرحل هي:

### 4-1 المرحلة الأولى 1962-1970:

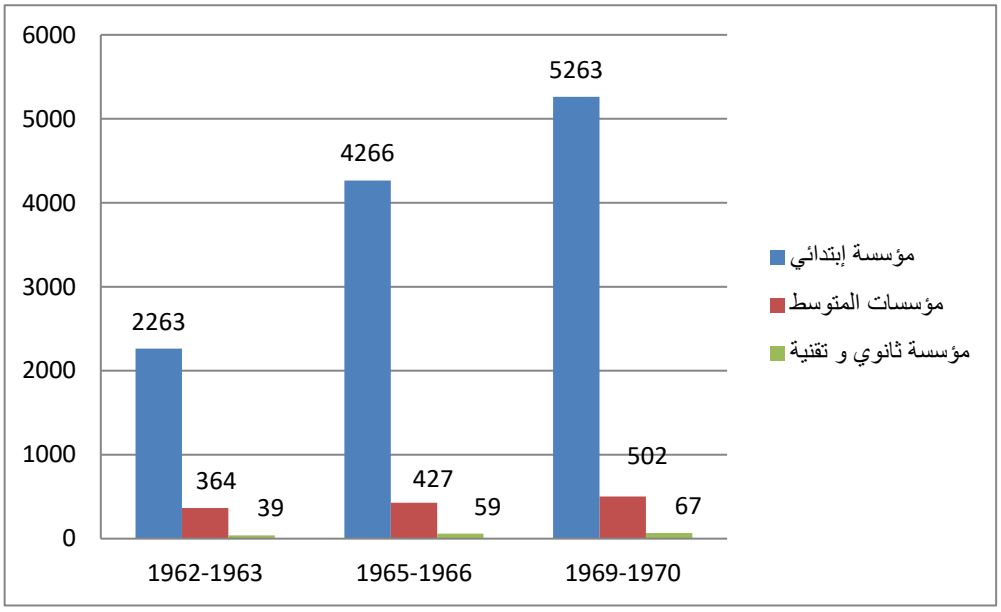
شهدت الجزائر المستقلة أول دخول مدرسي في أكتوبر 1962, فالسنة الدراسية 1962-1963 للجزائر الفتية هي سنة تحدي، فقد واجهت الدولة عدة مشاكل من بينها وجود قطاعين للتعليم، الاول تابع للتربية الوطنية الذي يعاني من فراغ كبير من حيث التجهيزات المادية والبشرية جراء رحيل أكثر من 18 ألف معلم فرنسي من أصل 23 ألف، و425 معلما جزائريا من مجموع 2660 معلما، تركوا التعليم والتحقوا بالتوظيف في الشركات (محمد الطاهر زرهوني،2005، ص12). اما القطاع الثاني فهو مسير من طرف المكتب الثقافي الفرنسي الذي استحوذ على 2000 قسم إبتدائي، 60 متوسطة، 09 مؤسسات التعليم التقني، 16ثانوية، و05 معاهد للتعليم العالي (مخلوفي بلحسن،2014ص182). عملت الدولة الجزائرية على إنجاح الدخول المدرسي الأول بشعار تعميم التعليم والتعريب. وحقيقة شهد الدخول المدرسي حملة لتدريس اللغة العربية في جميع المدارس، وتعريب السنة الأولى تعريبا كاملا. (محمد الطاهر زرهوني،2005، ص13). وتم توظيف 3452 معلما للغة العربية و16450 للغة الاجنبية (أمال بوراجة، 2019، ص20). ووضعت المبادئ الأربعة كأسس للسياسة التعليمية في الجزائر والتي تتمثل في: ديموقراطية التعليم وتعميمه على جميع أبناء الشعب، تحقيق مبدأ المساواة، بناء مؤسسات تربوية في جميع ربوع الوطن كالقرى والأرياف، واعتماد مجانيته.

وخلال هذه الفترة طلبت الدولة الجزائرية من أصدقائها وأشقائها من أجل أنقاض الموسم الدراسي الأول فاستجابت اليونسكو لقرار مشروع المساعدة وأعلنت مصر استعدادها لإرسال 3000 من خريجي الأزهر. أما من جهة أخرى استدعت الحكومة الجزائرية الطلبة الذين أوفدتهم جبهة التحرير للدراسة في الخارج، ظف إلى ذالك توظيف كل من يتقن الكتابة والقراءة باللغة العربية والفرنسية. (محمد عابد الجابري،1989، ص125).

في فترة سبع سنوات الأولى من الاستقلال حقق التعليم قفزة نوعية خصوصا في المستوى الابتدائي. فقد جندت الجزائر كل ما بوسعها من إمكانيات مادية وبشرية من أجل إنجاح التعليم، فخصصت ميزانية قدرها 25% من الميزانية العامة و8% من الدخل القومي الخام. (محمد عابد الجابري،1989، ص126).

- **منشأت قطاع التعليم من1962-1970**

**الشكــل البياني 07 : تطور البنية التحتية لقطاع التعليم في الجزائر1962-1970**



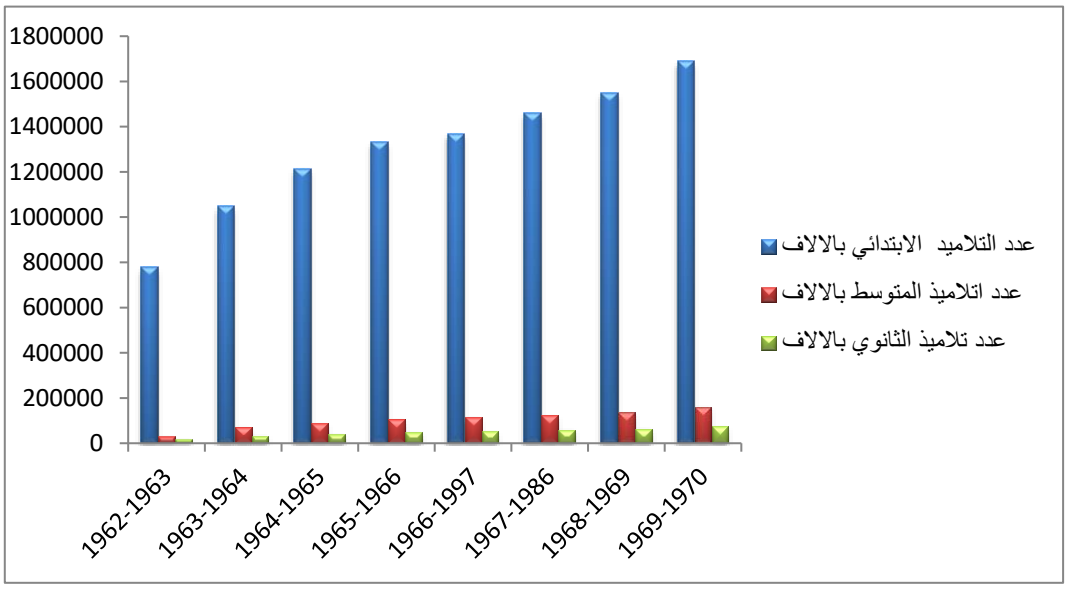

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص153**

نلاحظ من الشكل أعلاه أن الجزائر اعتمدت عند انطلاقها في السنة المدرسية الأولى للجزائر المستقلة على المؤسسات التي ورثتها من المستعمر. فالأمكانيات لم تكن متوفرة لانها خرجت من فترة صعبة. ولكن بدأت بتهيئه بعض المؤسسات وخصوصا في الطور الابتدائي في حين نلاحظ زيادة بارزة للمؤسسات في الطور الابتدائي والمتوسط، وذلك لارتفاع عدد التلاميذ.

أما فيما يخص التعليم العالي، فبعد الاستقلال شهد هذا القطاع نقص كبير مما أدى بالحكومة بإسترجاع بعض المؤسسات لضمها للتعليم العالي، علما ان في هذه الفترة كان التعليم العالي ملحقا بوزارة التربية الوطنية. (صلاح الدين ط، الزين ب،2014ص153).

- **عدد التلاميذ للأطوار الثلاثة في الجزائر 1962-1970**

**الشكـــــل البياني 08: تطور عدد التلاميذ في الفترة 1962-1970**




**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص153**

يوضح لشكل البياني رقم تطور اعداد التلاميذ في الجزائر بين 1962 و1970 حسب الاطوار التعليمية. نلاحظ ارتفاعا كبيرا جدا في عدد تلاميذ الابتدائي حيث انتقل العدد من حوالي 780000 في 1962-1963 الى أكثر من 1650000 في 1969-1970 وهو ما يعكس المجهود الكبير في تعميم التعليم الاساسي. كما عرف التعليم المتوسط بدوره ارتفاعا اذ انتقل من حوالي 40000 الى ما يقارب 130000 خلال نفس الفترة بينما سجل التعليم الثانوي نموا تدريجيا من حوالي 12000 الى أكثر من 40000 تلميذ.

يتبين من هذه الارقام ان الاولوية بعد الاستقلال كانت لتوسيع قاعدة التعليم الابتدائي باعتباره الاساس في بناء تعميم التعليم ثم تلاه تدريجيا تطور المتوسط والثانوي لكن باعداد اقل بكثير من الابتدائي.

- **عدد المعلمين في الاطوار الثلاثة**

**الجدول 01: تطور عدد المعلمين الجزائري والأجانب للأطوار الثلاث.**

| السنة الدراسية | المعلمين حسب الجنسية | التعليم الابتدائي | التعليم المتوسط | التعليم الثانوي |
|---|---|---|---|---|
| 1963-1962 | المعلمين الجزائريين | 12696 | 1237 | 532 |
| | اعدد المعلمين الاجانب | 7212 | 1251 | 684 |
| 1964-1963 | عدد المعلمين الجزائريين | 16778 | 1380 | 693 |
| | عددج المعلمين الاجانب | 9804 | 1475 | 921 |
| 1965-1964 | عدد المعلمين الجزائريين | 17108 | 1185 | 661 |
| | عدد المعلمين الاجلنب | 9861 | 1412 | 913 |
| 1966-1965 | المعلمين الجزائريين | 22173 | 1693 | 785 |
| | اعدد المعلمين الاجانب | 8499 | 1753 | 1336 |
| 1967-1966 | عدد المعلمين الجزائريين | 24469 | 1101 | 799 |
| | عددج المعلمين الاجانب | 6197 | 3337 | 1811 |
| 1968-1967 | عدد المعلمين الجزائريين | 27307 | 2089 | 1003 |
| | عدد المعلمين الاجلنب | 5806 | 2575 | 1827 |
| 1969-1968 | عدد المعلمين الجزائريين | 31396 | 2683 | 1030 |
| | عددج المعلمين الاجانب | 4859 | 2478 | 1945 |
| 1970-1969 | عدد المعلمين الجزائريين | 35170 | 3061 | 1030 |
| | عدد المعلمين الاجلنب | 4649 | 3326 | 2093 |

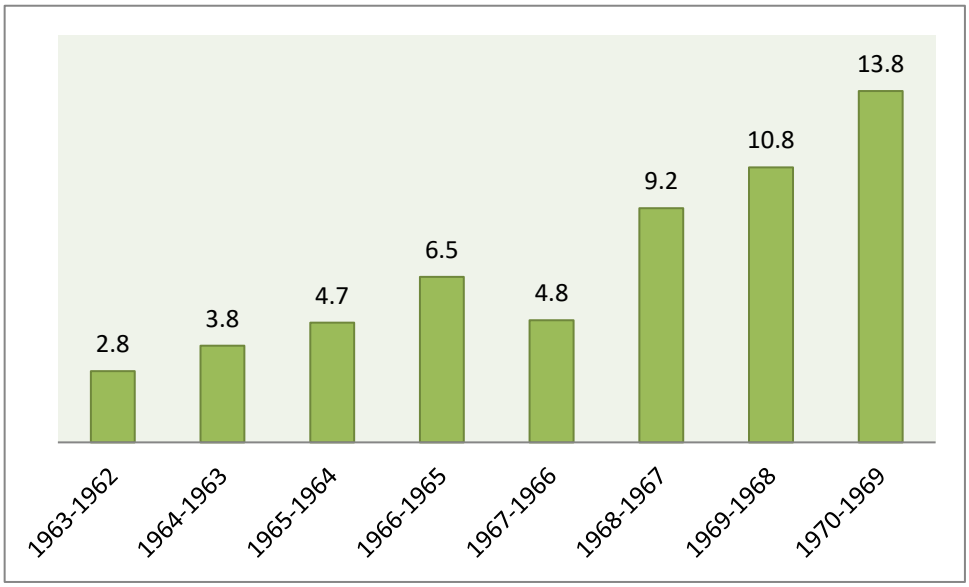
**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1961-2020 ص158**

من الجدول رقم 01 نلاحظ أن يبين الجدول التطور السريع لاعداد المعلمين في الجزائر بين 1962 و1970 حيث ارتفع عدد المعلمين الجزائريين في الابتدائي من 12696 الى 35170 وفي المتوسط من 1237 الى 3061 وفي الثانوي من 532 الى 1030 بينما تراجع عدد المعلمين الاجانب في الابتدائي من 7212 الى 4649 وفي المتوسط من 1251 الى 3326 وفي الثانوي من 684 الى 2093 ويتضح من ذلك ان الكفة مالت تدريجيا لصالح المعلمين الجزائريين خاصة في الطور الابتدائي حيث تجاوز عددهم ثلاثة اضعاف عدد الاجانب في نهاية الفترة بينما ظل الاعتماد على الاجانب نسبيا في التعليم المتوسط

والثانوي وهو ما يعكس سعي الدولة الى تعزيز الاطار الوطني تدريجيا مع استمرار الحاجة الى خبرة المعلمين الاجانب في المراحل العليا.

- **تطور عدد الطلبة في التعليم العالي في الجزائر1962-1970**

**الشكــل البياني 09 عدد الطلبة المسجلون في التعليم العالي في الجزائر من1962-1970**

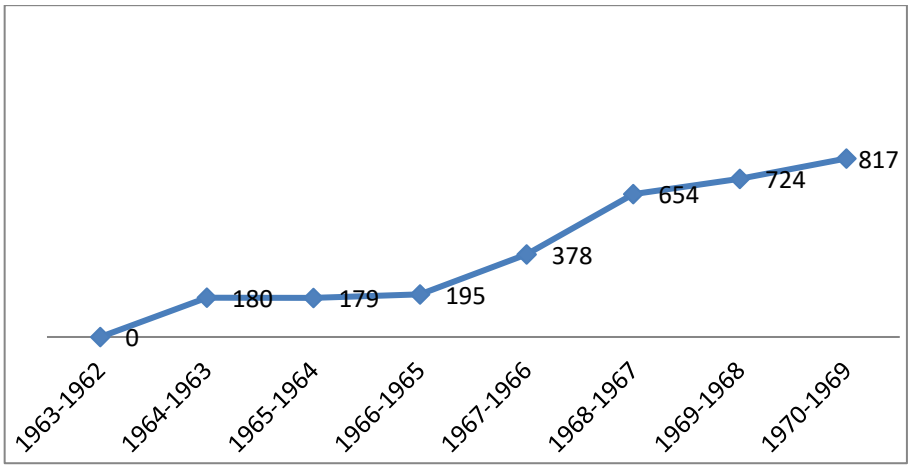



**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص164**

من خلال الشكل البياني رقم 9 نلاحظ ان اول سنة جامعية للجزائر المستقلة (1962-1963) إنطلقت ب 2800 طالب، وهذا يعكس بوضوح أثر السياسات العنصرية والتمييزية للنظام الاستعماري، الذي حصر حق التمدرس خاصة في المستويات العليا على فئة قليلة من الجزائريين. في حين حرم معظمهم للولوج إلى التعليم خاصة التعليم العالي. الا ان هناك ارتفاع تدريجي خلال الفترة (1963-1966)، ليتراجع عدد الطلبة المسجلين في السنة الجامعية (1966-1967)، ثم يعود للارتفاع بشكل سريع في السنوات 1967-1970.

وللاشارة فان الجزائر بعد الاستقلال ورثت جامعة واحدة وهي جامعة الجزائر، وللظروف الجغرافية وهيمنة التقاليد والأعراف في بعض المناطق الجزائرية التي لا تشجع إلتحاق الفتيات بالتعليم العالي (صلاح الدين ط الزين بـ 2014ص152).

**الشكـــــل البياني 10 تطور خرجي التعليم العالي في الجزائر من 1962 إلى 1970.**




**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص153**

عرف قطاع التعليم العالي في هذه الفترة تطور محسوس، حيث قدر عدد المتخرجين من الجامعة والمعاهد في الفترة 1962-1963 بـ 180 متخرج فقط ليصل في السنة الجامعية 1969-1970 إلى 817 متخرج. فالالتحاق بالجامعة متوقف على نيل شهادة الباكالوريا، وكما أسلفنا الذكر أن هناك مجموعة من التلاميذ لا يسعفهم الحظ للوصول الى هذا المستوى خصوصا وان في هذه الفترة الجزائر الفتية لم تتخلص من مخلفات الاستعمار مثل الفقر، ولاتزال في مرحلة البناء والتشييد.

- **نسبة تمدرس الفتيات في الجزائر**

**الجدول 02: تطور نسبة مشاركة الفتيات في التمدرس في الجزائرما بين 1962-1963**

| السنوات | الطور الابتدائي% | الطور المتوسط% | الطور الثانوي% |
|---|---|---|---|
| 1963-1962 | 36,37 | 28,63 | -- |
| 1964-1963 | 38,01 | 30,06 | 21,93 |
| 1965-1964 | 38,12 | 29,27 | 20,74 |
| 1966-1965 | 37,87 | 30,07 | 24,91 |
| 1967-1966 | 37,23 | 29,04 | 25,56 |
| 1968-1967 | 37,09 | 28,94 | 25,65 |
| 1969-1968 | 37,35 | 28,21 | 26,33 |
| 1970-1960 | 37,35 | 27,91 | 25,67 |

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962- 2020ص165**

من الجدول رقم 02 يتبين أن نسبة الفتيات اللواتي إلتحقن بصفوف الدراسة تتراوح ما بين 36.37% إلى 38.87% خلال الفترة 1962- 1970، حيث ان النسب تتأرجح بين الزيادة والنقصان، بسبب تخلي الفتيات عن الدراسة، حيث بلغت نسبة التخلي عن الدراسة في هذه الفترة ما بين 5.80% إلى16.62% في السنة الرابعة إبتدائي،9.40 % و33.26% % في السنة الخامسة إبتدائي، وما بين 9.40% و33.26% في السنة السادسة إبتدائي (الحوصلة الاحصائية 1962-2011). في هذه الحقبة كانت الفتيات يتزوجن في سن مبكر مما يدفعهن للتخلي عن الدراسة مباشرة عند الانتهاء من الطور الابتدائي، كما ان فكرة أن الفتات تكتفي بتعلم القراءة والكتابة لتفرغ للحياة الزوجية او المكوث بمنزل العائلة حسب الثقافة السائدة في المجتمع خلال هذه الفترة. أما فيما يخص الطور المتوسط فنسبة الفتيات اللواتي يزاولن الدراسة في هذا الطور هي بين 27.91% و30.07%، وهي أقل من الطور الابتدائي، نتيجة دوما للتقاليد والاعراف السائدة في المجتمع والتي تقف حاجزا امام مزاولة الفتاة للدراسة. كما يتضح من الجدول أن أضعف النسب تخص الطور الثانوي، وهو راجع لنفس الاسباب السابقة الذكر.

## 4-2 تطور التعليم في فترة 1970-1980:

شكلت هذه الفترة مرحلة محورية في نظام التعليم في الجزائر فهي مرحلة إعادة التأسيس، إذ شهدت الجزائر في هذه الفترة رخاء مالي، وذألك لارتفاع عائدات البترول التي سمحت على إحداث توسعات في البنية التحتية لقطاع التعليم، من أجل تدارك التأخر الناتج عن الحقبة الاستعمارية، خصوصا مع ارتفاع النمو الديموغرافي الذي فرض ضغوطا على الحكومة ليكون دافعا للنهوض بقطاع التربية والتعليم (أحمد خالدي،2017، ص275).

عملت الحكومة الجزائرية على انطلاقة جذرية لاصلاح المنظومة التربوية، بهدف استبدال النموذج الموروث من الحقبة الاستعمارية. وعمدت الى تطوير التعليم الأساسي وإصلاح التعليم الثانوي، وإعادة هيكلة التعليم العالي. مع إطلاق خطة شاملة لتحديث النسق التربوي الوطني. (أحمد تريكي، 2017 ص159)

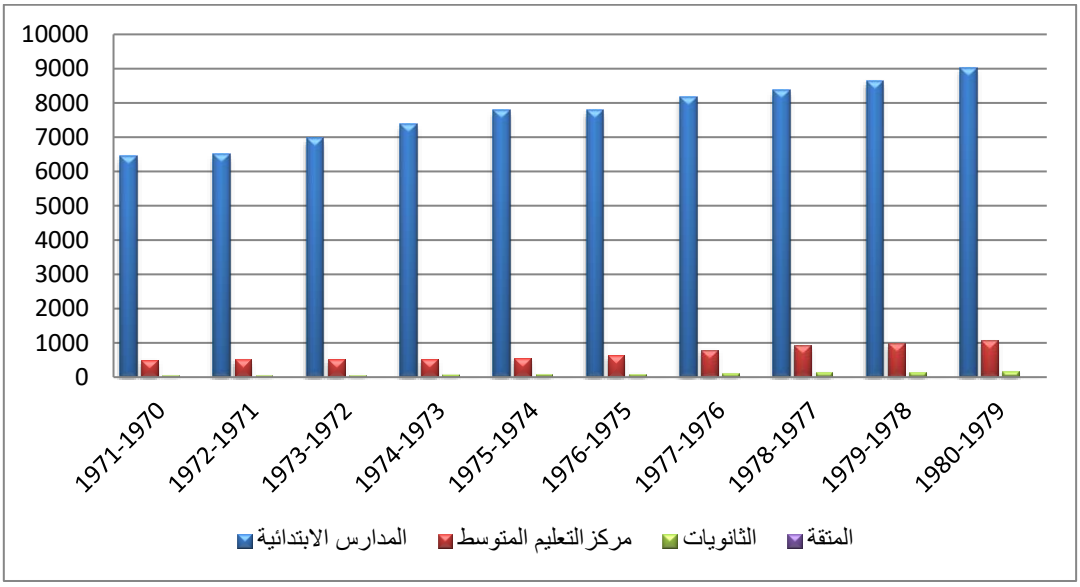
وجاءت هذه التحولات بالتزامن مع المرحلة التنفيذية للخطة الرباعية الثانية. ففي سنة 1975 تم تطبيق الإصلاحات بإنشاء المدارس الأساسية في خمس مؤسسات. ثم بدأ التعميم في سنة، 1976، لتكون هذه السنة هي سنة ميلاد المدرسة الجزائرية، اين تم تأميم التعليم الحر وإدماجه في التعليم الحكومي (أحمد تريكي، 2017 ص160)..

- **تطور البنية التحتية لقطاع التعليم في الفترة ما بين1970-1980:**

من الشكل البياني رقم 11 يلاحظ توسع واضح وسريع خصوصا للمدارس والمتوسطات. فخلال 10 سنوات تم الانتقال من 6467 إلى 9034 مدرسة ابتدائية أي بزيادة قدرت بـ 2567 مدرسة. ولوحظ نفس الشيء بالنسبة لمؤسسات الطور المتوسط، فقد قدر عددها في 1970 بـ 519 متوسطة لتصل في سنة 1980 الى 1073 متوسطة أي بزيادة قدرها 554 متوسطة. فالدولة في السبعينيات القت اهتمام كبير بالمدارس والمتوسطات باعتبارهما اساس تعميم المعرفة ومحاربة الأمية. لكن التطور بالنسبة للثانويات والمتقنات كان أبطأ ونوعي. ففي سنة 1970 بلغ عدد الثانويات والمتقنات 65 ثانوية و7 متقنات، لتتزايد سنة 1980

إلى185 ثانوية و23 متقنة. وهذه الزيادة ناتجة عن التزامن مع تطبيق المخطط الرباعي (1970-1973) والمخطط الخماسي (1974-1978)، بالإضافة إلى عائدات النفط التي ساهمت في تمويل قطاع التعليم بالدرجة الاولى. ان هذا التوسع البنيوي كان ضروريا في ضل ارتفاع عدد السكان في الجزائر.

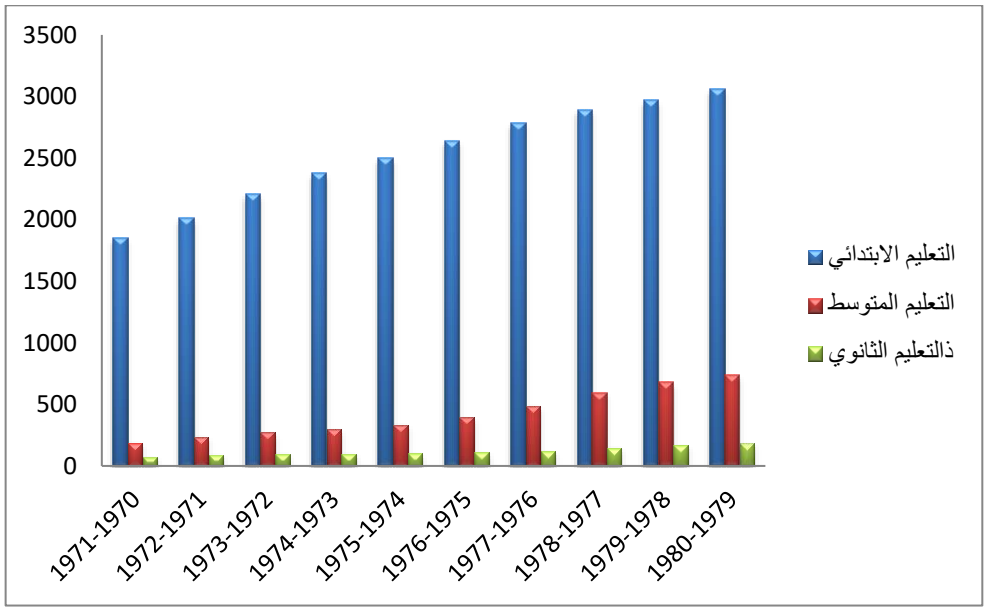
**الشكـــل البياني 11 تطور البنية التحتية للتعليم في الجزائر في الفترة الممتدة مابين1970-1980**




**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص163**

- **تطور عدد التلاميذ في فترة 1970-1980:**

**الشكـــــل البياني 12: عدد التلاميذ في الاطوار الثلاثة في الفترة 1970-1980 في الجزائر**




**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص153**

يمثل الشكل البياني رقم 12 تطور عدد التلاميذ في الاطوار الثلاثة خلال الفترة الممتدة من سنة 1970 إلى 1980، فيلاحظ ارتفاع كبير في اعداد الملتحقين بالتعليم الابتدائي، بما ان التعليم الابتدائي في الجزائر حق أساسي لكل طفل بلغ السن السادسة لكلا الجنسين. ومع مجانية التعليم في الجزائر فقد بلغ عدد التلاميذ في الابتدائي1851416 تلميذ سنة 1970 ليرتفع إلى 3061252 تلميذ سنة 1980، يجسد هذا مدى تكريس الدولة للمجهودات من أجل محو الأمية التي خلفها الاستعمار.

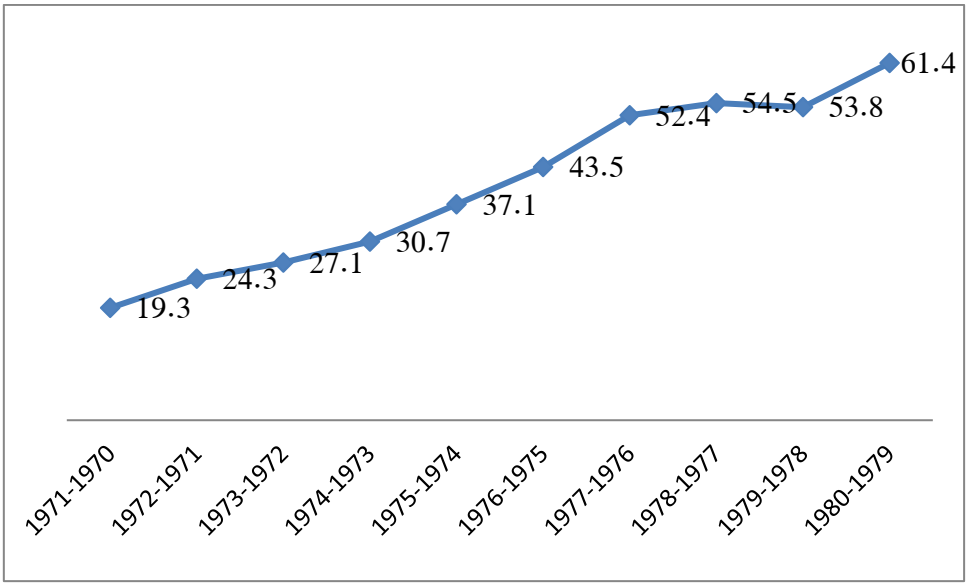
بالنسبة للطور المتوسط وهو مرهون بالطور الأول ويحدد نجاعة هذا الاخير، انتقل عدد التلاميذ في هذا الطور من 190957 سنة 1970 الى 737902 تلميذ سنة 1980.

اما بالنسبة للتعليم الثانوي، فقد شهد هو الاخر ارتفاعا محسوسا، بحيث بلغ عدد تلاميذ التعليم الثانوي والتقني 72000 تلميذ سنة1970، ليرتفع إلى 183200 تلميذ سنة1980. ان هذا التطور البطيئ لعدد التلاميذ في الطور الثانوي هو اكتفاء بعض التلاميذ بشهادة التعليم المتوسط والتوجه للتكوين المهني او

العمل من جهة، وعزوف الفتيات للانتقال للثانوي خصوصا لعدم وجود ثانويات في بعض المناطق قريبة من مكان اقامتهن كالمناطق الريفية والنائية من جهة اخرى، علما ان نسبة التخلي عن الدراسة عند الفتيات انتقلت من 18.46 % لتصل الى 56.70% ما بين السنوات الدراسية 1970-1971 و1979-1980 (الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص167).

- **تطور عدد السجلين في التعليم العالي في الفترة 1970-1980:**

**الشكـــــل البياني13 تطور عدد الطلبة المسجلين في الجزائر في التعليم العالي من1970-1980.**

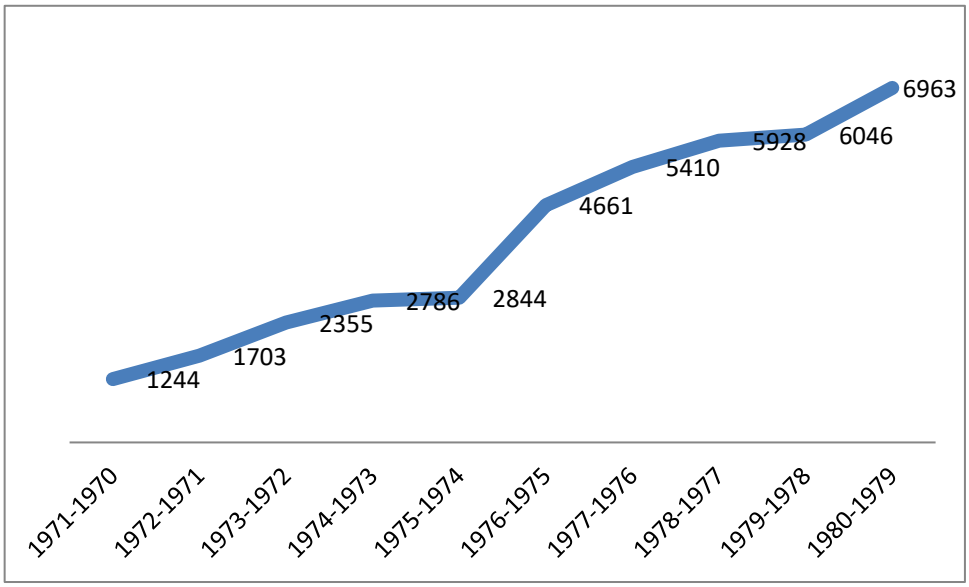



**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص153**

مع الإصلاحات التي مست قطاع التعليم العالي في هذه الفترة، لوحظ ارتفاع مستمر لعدد الطلبة المسجلين. ففي غضون عشر سنوات تضاعف عدد الطلبة بثلاث مرات، وحسب الديوان الوطني للإحصائيات بلغ عدد الناجحين في شهادة البكالوريا 8268 ناجح سنة 1973 بنسبة نجاح 48.60%، الا ان هذه الاخيرة انخفضت الى 22,64 % سنة 1979 (17197 ناجح). ان الاقبال على الجامعة جاء بعد توسع البنية التحتية للتعليم العالي من خلال فتح جامعات جديدة ومراكز جامعية (سجية ب.،2013)

- **تطورعدد الطلبة المتخرجين من الجامعات ما بين 1970-1980:**

**الشكـــــل البياني 14 تطور عدد المتخرجين التعليم العالي في الجزائر في الفترة 1970-1980.**




**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص153**

كما هو واضح في الشكل البياني رقم 14 أن عدد الطلبة المتخرجين من التعليم العالي شهد ارتفاعا ملحوظا ما بين 1971-1975، بما ان الدولة كانت بحاجة لاطارات جامعية من أجل استلام المهام في جميع القطاعات لاسيما قطاع التعليم الذي كان يعتمد على الموارد البشرية الأجنبية في هذه الفترة.

- **تطور نسبة المشاركة للفتيات في لاطوار الثلاثة 1970-1980:**

**الجـدول 03 تطور نسبة التمدرس للفتيات من 1970-1980.**

| السنوات | اتعليم الإبتدائي% | التعليم المتوسط% | التعليم الثانوي% |
|---|---|---|---|
| 1971-1970 | 37,86 | 27,93 | 27,53 |
| 1972-1971 | 38,23 | 28,41 | 26,91 |
| 1973-1972 | 38,74 | 31,23 | 26,79 |
| 1974-1973 | 39,06 | 32,91 | 36,27 |
| 1975-1974 | 39,41 | 33,96 | 28,39 |
| 1976-1975 | 39,82 | 35,03 | 28,29 |
| 1977-1976 | 40,55 | 35,19 | 30,43 |
| 1978-1977 | 40,83 | 36,33 | 32,83 |
| 1979-1978 | 41,31 | 37,44 | 34,85 |
| 1980-1979 | 41,64 | 38,64 | 34,79 |

**المصدر الديوان الوطني للإحصائيات الحوصلة الإحصائية 1962-2020**

تعكس البيات الواردة في الجدول رقم 03 التطور التدريجي والايجابي في نسب إلتحاق الفتيات بالتعليم في مختلف الأطوار في الجزائر خلال السبعينيات، وهو ما يعكس بوضوح جهود الإصلاحات التي باشرتها الدولة الجزائرية عقب الاستقلال لتعزيز مبدا تعميم التعليم وتكافؤ الفرص بين الجنسين، خاصة في سياق محو أثار التهميش الذي عانت منه المرأة الجزائرية خلال الحقبة الاستعمارية.

- التعليم الابتدائي: سجلت نسبة تمدرس في التعليم الابتدائي ارتفاعا منتظما، حيث انتقلت من 37.6% في الفترة 1970-1971 إلى41,64% في سنة 1979-1980.هذا الارتفاع يعكس توجه الدولة نحو تعميم التعليم الابتدائي وتوفير المزيد من الهياكل التربوية في مختلف ربوع الوطن. بما في ذلك المناطق الريفية، إضافة إلى تحسن نسبي في تقبل المجتمع لفكرة تمدرس الفتيات. فقد بلغت نسبة التخلي عن مقاعد الدراسة للسنة 7 إبتدائيالتي كانت أخر سنة في التعليم الابتدائي والتي تم حذفها في أخر موسم 1985-1986 (محمدي حمزة،2024 ص896) عند الفتيات 18.46%في سنة 1970-1971، لترتفع الى 56.71% خلال السنة الدراسية 1979-1980.

- التعليم المتوسط: تميز هذا الطور بارتفاع واضح في نسب التمدرس، إذ ارتفعت نسبة إلتحاق الفتيات من 27.93% سنة1970-1971 إلى 38.67 %سنة 1979-1980، أي بزيادة قدرت بـ 11 نقطة مئوية. يمكن تفسير هذا التقدم بإدراج إصلاحات تربوية تهدف إلى تحسين معدلات الانتقال من الطور الابتدائي للطور المتوسط، فضلا عن توسيع شبكة الاكماليات التي شجعت الاسر على استمرار تعليم بناتهن بعد الطور الابتدائي خاصة مع ارتفاع الوعي حول أهمية التعليم للتمكين الإجتماعي والاقتصادي.
- التعليم الثانوي: رغم ان نسب التمدرس للفتيات في الطور الثانوي هي من أدنى النسب مقارنة ببقية الاطوار، إلا أن هذه النسبة شهدت ارتفاعا، بحيث انتقلت من 27.53% خلال السنة الدراسية1970-1971 إلى 34.79% في السنة الدراسية 1979-1980. يعزى هذا التطور الى التأثيم التراكمي للارتفاع اعداد المسجلين في الاطوار التعليمية السابقة، غير أن العوائق الثقافية والاقتصادية استمرت في التأثير سلبا على نسب الانتقال إلى الطور الثانوي خاصة في المناطق الأقل تمدنا.

ومن خلال المقارنة بين نسب التمدرس للفتيات في الاطوار الثلاثة، يتضح تحسن في التدرج خاصة في المراحل التعليمية الدنيا. فالفجوة بين نسب التمدرس في الابتدائي والثانوي تؤشر على وجود تحديات تحول دون بقاء الفتيات في المسار الدراسي إلى مراحل عليا، والاكتفاء بتعلم الفتيات الكتابة والقراءة، ويتوجهن للحياة الزوجية حسب العادات والتقاليد.

## 4-3 تطور التعليم في فترة 1980-2019:

**الـجدول 04: تطور عدد التلاميذ والمعلمين والمنشأة التعليمية في الجزائر في الفترة 1980-2019**

| السنوات | | التعليم الابتدائي | التعليم المتوسط | التعليم الثانوي التقني |
|---|---|---|---|---|
| 1981-1980 | **عدد التلاميذ** | 3118827 | 804621 | 311948 |
| | **عدد المعلمين الجزائريين** | 87841 | 26778 | 6284 |
| | **عدد المعلمين الاجانب** | 640 | 2777 | 4174 |
| | **عدد المنشأة** | 9263 | 1151 | 230 |
| 1991-1990 | **عدد التلاميذ** | 4189612 | 1423316 | 714966 |
| | **عدد المعلمين الجزائريين** | 150971 | 82145 | 42509 |
| | **عدد المعلمين الاجانب** | 345 | 596 | 1774 |
| | **عدد المنشأة** | 13135 | 2422 | 712 |
| 2001-2000 | **عدد التلاميذ** | 4720950 | 2015370 | 975862 |
| | **عدد المعلمين الجزائريين** | 169503 | 102039 | 55634 |
| | **عدد المعلمين الاجانب** | 56 | 131 | 118 |
| | **عدد المنشأة** | 16186 | 3419 | 1013 |
| 2011-2010 | **عدد التلاميذ** | 3345885 | 2980325 | 1198888 |
| | **عدد المعلمين الجزائريين** | 144880 | 140090 | 71532 |
| | **عدد المعلمين الاجانب** | 5 | 8 | 18 |
| | **عدد المنشأة** | 17790 | 4901 | 1813 |
| 2019-2018 | **عدد التلاميذ** | 4513749 | 2979737 | 1222673 |
| | **عدد المعلمين الجزائريين** | 182437 | 159065 | 102287 |
| | **عدد المعلمين الاجاب** | 27 | 0 | 0 |
| | **عدد المنشأة** | 19037 | 5512 | 2433 |

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص158**

**أولا:** تطور عدد التلاميذ حسب المراحل التعليمية: كما هو موضح في الجدول 04 أن التعليم الابتدائي شهد ارتفاع ملحوظ في عدد التلاميذ بين 1980 و2000 (من 3,1 مليون الى 4,7 مليون). وسجل انخفاض في سنة 2010 الى 3,3 مليون، تبع بارتفاع الى 4,5 مليون سنة 2019. هذا التراجع المؤقت يعكس تاثيرات ديمغرافية (انخفاض معدلان الانجاب في سنوات التسعينات) اضافة الى التحولات التي شهدها قطاع التعليم.

اما الطور المتوسط، فقد شهد تضاعف عدد التلاميذ من حوالي 800 ألف تلميذ سنة 1980 الى أكثر من 2,9 مليون سنة 2010. واستقر عدد التلاميذ سنة 2019 (2,97 مليون). يعكس هذا الوضع توسع الالتحاق بالتعليم المتوسط عند كلا الجنسين، نتيجة تعميم التعليم وتحسين نسب الانتقال من الابتدائي الة المتوسط.

وقد شهد الطور الثانوي بدوره تطور ملحوظ من 311 ألف تلميذ في 1980 الى 1,22 مليون سنة 2019. كان النمو مطردا بحيث يعكس توجها لتعزيز التعليم المتوسط، خاصة التعليم التقني، كألية لإعداد الكفاءات.

**ثانيا– تطور عدد المعلمين:**

- **المعلمون الجزائريون:** لقد تضاعف عدد المعلمين الجزائريين في جميع مراحل التعليم. يوضح هذا التطور زيادة التوظيف في القطاع وتزايد الطلب على المعلمين نتيجة تضاعف عدد التلاميذ.
- –**المعلمون الاجانب:** شهدت اعدادهم تراجعا حاذا ابتداء من 1980، وخاصة في التعليم الثانوي. وبحلول 2019، انخفض عذذ المعلمين الاجانب الى 27 معلم فقط في الابتدائي مقابل صفر معلم في المتوسط والثانوي. يعكس هذا الانخفاض سياسة تعريب وتوطين الطقم التربوي.

**ثالثا- تطور عدد النشات التعليمية:**

ارتفع عدد المنشآت التربوية لكل الاطوار ما بين 1980 و2019الى أكثر من الضعف. يظهر هذا الارتفاع الضخم استثمارات الدولة في البنية التحتية التربوية، لمواكبة الزيادة في عدد التلاميذ ولتعميم التمدرس في كل انحاء البلاد.

- **الطلبة المسجلين في التعليم العالي للفترة 1980-2019**

**الجدول 05: تطور عدد الطلبة المسجلين والمتخرجين في التعليم العالي في الجزائر ما بين 1980-2019**

| السنوات | عدد الطلبة المسجلون | عدد الطلبة المتخرجين |
|---|---|---|
| 1981-1980 | 71300 | 7477 |
| 1991-1990 | 207800 | 25582 |
| 2001-2000 | 488600 | 65192 |
| 2011-2010 | 1138600 | 246743 |
| 2019-2018 | 1531000 | 362983 |

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص164**

تظهر بيانات الجدول رقم 05 تطور عدد الطلبة المسجلين والمتخرجين من التعليم العالي، مع وجود فجوات كبيرة بين عدد المتخرجين والمسجلين في كل سنة. ففي 1980 قدر معدل التخرج ب 10,5% فقط، بحيث هذه الفترة تعكس بدايات توسع التعليم العالي في الجزائر بعد الاستقلال، حيث ان العدد لا يزال منخفضا نسبيا نتيجة لبنية جامعية محدودة وقدرة استعاب ضعيفة.

وارتفاع نوعا ما معدل التخرج الى 12,3 % خلال السنة الجامعية 1990-1991 الا انها تبقى منخفضة، ما يشير الى توسع القبول في الجامعة الجزائرية، والذي يمكن ان يكون نتيجة سياسات اصلاح التعليم. تواصلت نسبة التخرج في الارتفاع ولكن بوتيرة ضعيفة جدا لتصل الى 13,3% خلال 2000-2001. ففي هذه المرحلة تضاعف عدد الطلبة تقريبا مقارنة بالعشرية السابقة، هذا يعكس بداية اعتماد نظام ل.م.د. (ليسانس – ماستر – دكتوراه)، وزيادة عدد الجامعات والمعاهد. وارتفع معدل التخرج الى ما يقارب الضعف (21,7%) سنة 2010-2011، مما يعكس توجه الدولة الى *تعميم التعليم العالي، كما ان هذا الارتفاع يعكس ايضا* تحسنا نسبيا في منظومة التكوين ؤوجودة البرامج في تلبية متطلبات التنمية وسوق العمل. تواصل الارتفاع ليصل الى 23,7% سنة 2018-2019، بحيث تؤكد هذه الفترة استمرار التوسع الكمي للاعليم العالي في الجزائر، مع تحسن نسبي في فعالية النظام (أي نسبة المتخرجين من بين المسجلين).

- **تطور نسبة تعليم الفتيات:**

**الجدول 06: تطور نسبة تمدرس الفتيات في الجزائر 1980-2019**

| السنوات | التعليم الابتدائي% | التعليم المتوسط% | التعليم الثانوي و التقني% |
|---|---|---|---|
| 1981-1980 | 41,92 | 39,01 | 36,75 |
| 1991-1990 | 44,83 | 41,63 | 46,63 |
| 2001-2000 | 46,82 | 48,06 | 56,15 |
| 2011-2010 | 47,37 | 48,95 | 57,56 |
| 2019-2018 | 47,84 | 47,95 | 54,82 |

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص153**

ما بين 1980 الى 1990 كانت نسب تمدرس الفتيات لا تزال منخفضة نسبيا، خاصة في المناطق الريفية لتاثرها بالعوامل الثقافية والتقاليد التي تعيق تمدرس البنات، اضافة الى نقص الهياكل التربوية في بعض المناطق. وبالرغم من ذلك، بدات الدولة سياسة تعميم التعليم الالزامي مما رفع نسب التمدرس تدريجيا.

وشهدت الفترة ما بين 1990 الى 2000 تحسنا ملحوظا في نسب تمدرس الفتيات، خاصة في المناطق الحضرية. فرغم الازمة الأمنية في البلاد، استمرت الدولة في دعم التعليم. وبالتالي بدأت تظهر بوادر تقليص الفجوة بين الجنسين، خصوصا في التعليم الابتدائي.

وعرف التعليم خلال الفترة الممتدة ما بين 2000 و2010 تطورا نوعيا وكميا نتيجة الإصلاحات التربوية (تحسين البنية التحتية، ادماج الجندر، تعميم التمدرس). اذ تجاوزت نسبة تمدرس الفتيات في التعليم الابتدائي 90 %، وبدات ترتفع في كل من طور المتوسط والثانوي، وتم دعم الفتيات في المناطق الريفية بمنح وتسهيلات.

اما في الفترة ما بين 2010 الى 2019، اصبحت نسبة تمدرس الفتيات في بعض المراحل مساوية او حتى اعلى من الذكور. وفي التعليم العالي، اصبحت الفتيات تشكل غالبية الطلبة في عدة تخصصات. ان هذا

التطور يعكس تغير النظرة المجتمعية لدور الفتاة، السياسات الوطنية لتكافؤ الفرص وتحسين الظروف الإجتماعية، وتحسن الظروف الإجتماعية والاقتصادية للعائلات.

## 4-3 الأمية في الجزائر من 1962إلى2022

منذ استقلال الجزائر سنة 1962، ورثت الدولة وضع تعليميا كارثيا نتيجة السياسات الاستعمارية التي همشت أغلبية الشعب الجزائري، إذ لم تكن نسبة التمدرس تتجاوز 15%، وكانت نسبة الأمية تفوق 85% (طاهر لخضر,2013 ص347 ) في أوساط البالغين، مع تفاوت كبير بين الذكور والإناث، وبين المناطق الحضرية والريفية (عبد الكريم، 2001، ص. 245).

باشرت الجزائر بعد الاستقلال سياسة تعميم التعليم عبر حملات محو الأمية، وتوسيع البنية التحتية التعليمية، وتكوين المعلمين، خاصة في إطار مخططات التنمية الوطنية. ورغم هذه الجهود، بقيت الأمية مرتفعة نسبيًا في العقود الأولى، إذ بلغت حوالي 60% في السبعينيات، قبل أن تنخفض تدريجيا إلى حوالي 40% في التسعينيات، نتيجة توسيع التعليم الإلزامي وتحسين معدلات الالتحاق بالمدارس (بن موسى، 2015، ص. 88).

مع بداية الألفية الثالثة، اتخذت الجزائر خطوات أكبر لمكافحة الأمية من خلال البرنامج الوطني لمحو الأمية، خصوصا بعد انضمامها لمبادرة الأمم المتحدة "التعليم للجميع". وتشير بيانات الديوان الوطني للإحصائيات إلى أن نسبة الأمية بين السكان الذين تتجاوز أعمارهم 15 سنة قد انخفضت من 22.3% سنة 2000 إلى حوالي 8% في عام 2020 (الديوان الوطني للإحصائيات، 2021).

وقد شهدت الفجوة بين الجنسين تقلصا واضحا، إلا أن الأمية لا تزال تمس الإناث أكثر من الذكور، خصوصا في المناطق الريفية والنائية.

رغم التقدم المحرز، تبقى الأمية تحديا حقيقا إذ تعد مؤشرا على الفجوة في العدالة الإجتماعية وفاعلية

السياسات التربوية، مما يدعو إلى تبني مقاربة شاملة تجمع بين التعليم النظامي، والتعليم غير النظامي، والتكوين المهني، والتمكين الاقتصادي، لخلق بيئة مستدامة للمعرفة .

## 5. النظام الصحي في الجزائر:

### 1.5 تعريف النظام الصحي:

"يعرف النظام الصحي على انه مجموعة من المؤسسات والمنظمات التي تكرس لتقديم التدخلات والخدمات الصحية. ورغم ان الهدف الأساسي لأي نام صحي هو تحسين صحة السكان. إلا ان هذا الهدف يتفرع إلى جانبين اساسين. الأول هو أعلى تحسين مستوى ممكن من الجودة والخدمات الصحية. والثاني هو تقليض الفوارق في الحصول على الرعاية الصحية بين الافراد والفيئات الإجتماعية، تحقيقا لمبدأ العدالة"(محمد فايزة ص، بن أعمر ع 2021 ص399).

ويعرف أيضا على انه الإطار الذي يمكن من تحديدي إحتياجات السكان الصحية والعمل على تلبيتها من خلال توفير الموارد الازمة وتسيرها بطريقة مدروسة من أجل الحفظ على صحة المواطن، تقديم خدمات صحية شاملة ومتكاملة لجميع السكان، تسهيل سهولة الوصول إليها ماديا وجغرافيا"(محمد فايزة ص، بن أعمر ع 2021 ص399).

### 2.5 مقومات النظم الصحية:

حددت منظمة الصحة العالمية ست مقومات أساسية للنظم الصحية(building blocks) ، ولكل مقوم تعريف ووظيفة أساسية:

- **تقديم الخدمات الصحية: (Service Delivery)** :ضمان خدمات وقائية وعلاجية وتأهيلية ذات جودة عالية، متاحة لجميع الفئات دون تمييز، مع مراعاة سهولة الوصول خصوصا في المناطق الريفية والنائية (OMS ,2010).

- **القوى العاملة الصحية:(Health Workforce )** توفر عدد كاف من الأطباء والممرضين والممارسين الصحيين ذوي الكفاءة، مع توزيع عادل وتحفيز مستمر لتحسين الأداء والتقليل من الفوارق الجغرافية.(OMS,2010)
- **نظم المعلومات الصحية :(Health Information Systems)** وجود آليات دقيقة لجمع البيانات وتحليلها ونشرها بشكل منتظم، مما يساعد على التخطيط السليم، تقييم الأداء، واتخاذ قرارات. (OMS,2010)
- **الوصول إلى الأدوية والمنتجات الأساسية :(Access to Essential Medicines)** توافر الأدوية واللقاحات والتجهيزات الطبية الأساسية بشكل مستمر، وبجودة مضمونة وأسعار ميسرة، مع نظام فعال لتوزيعها على مختلف المرافق الصحية. (OMS,2010)
- **التمويل الصحي :(Financing)** اعتماد آليات تمويل عادلة ومستدامة، توفر الموارد الكافية للنظام الصحي وتضمن الحماية المالية للمواطنين ضد المخاطر الصحية والنفقات الكارثية. (OMS,2010)
- **القيادة والحكامة :(Leadership and Governance)** وجود دور فعال للدولة في صياغة وتنفيذ السياسات الصحية الاستراتيجية، وضمان الشفافية والمساءلة، مع تعزيز التنسيق بين مختلف القطاعات والشركاء. (OMS,2010)

## 3.5 تطور النظام الصحي في الجزائر

عرف النظام الصحي في الجزائر تطورا ملحوظا منذ فترة الاستعمار إلى غاية اليوم، حيث ورثت البلاد بعد الاستقلال منظومة صحية هشة ومحدودة الانتشار تركزت أساسا في المدن الكبرى، في حين عانت المناطق الأخرى من نقص حاد في الخدمات الصحية وانتشار واسع للأمراض الوبائية.

### 1.3.5 المنظومة الصحية سنة 1962:

عند خروج خروج المستعمر الفرنسي سنة 1962 وحصول الجزائر على إستقلالها واجهت عدة مشاكل في كل الانظمة لاسيما المنظومة الصحية. حيث ورثت نظاما صحيا هشا ومحدود، يتمركز في المدن الكبرى وهران، الجزائر العاصمة، قسنطينة (نور الدين حاروش،2014 ص47). ونقص حاد في التجهيرات والموارد البشرية، فمجمل الأطباء لا يتجأوز 70 طبيب جزائري. 937 طبيب أجنبي بمجموع 1279 طبيب أي بمعدل طبيب لكل 7835 نسمة (د.و. إحوصلة إحصائية 1962-2019).

### 2.3.5 تطور عدد الأطباء من 1963-2019:

**الجدول 07: تطور الأطباء في الجزائر 1963-2019**

| السنوات | عدد الأطباء | عدد السكان لكل طبيب |
|---|---|---|
| 1963 | 1319 | 7922 |
| 1966 | 1356 | 8738 |
| 1976 | 3875 | 4245 |
| 1986 | 15361 | 1466 |
| 1996 | 27652 | 1033 |
| 2006 | 39459 | 849 |
| 2016 | 74937 | 545 |
| 2019 | 84161 | 516 |

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص146**

في عام 1963 بلغ عدد الأطباء في الجزائر 1319فقط منهم 1034 أجنبي. وبحلول سنة 2019 إرتفع إلى 84161 طبيبا أي بزيادة قدرها 63 ضعفا خلال 56 سنة. هذا يدل على توسع جهود الدولة من أجل تكوين موارد بشرية وذالك بفتح كليات طب في العديد من المناطق في الجزائر. وذلك للاستجابة للطلبات المرتفع على الخدمات الصحية العلاجية والوقائية.

بالنسبة 1963 لسنة عدد السكان لكل طبيب قدر 7922 نسمة لكل طبيب وهذ رقم كبير جدا ويدل على ضعف التفطبية الطبية، في حين انخفظ هذا الرقم سنة 2019 لنخفض إلى521، وهذا تحسن كبير يشير إلى توسع التغطية الصحية وإمكانية الوصول إليها.

### 3.3.5 تطور المنشأت الصحية في الجزائر من 1974إلى 2020:

❖ **تعريف المنشأت الصحية**

تعد المنشآت الصحية الركيزة الأساسية للمنظومة الوطنية للصحة، إذ تشكل الإطار المادي والتنظيمي الذي من خلاله تُقدَّم مختلف خدمات التشخيص والعلاج والوقاية والتأهيل. وتتنوع هذه المنشآت بحسب مهامها وتدرجها في الهرم الصحي، فهناك:

- **المؤسسات العمومية للصحة الجوارية**، وهي هياكل ذات طابع إداري تعنى بتقديم الرعاية الصحية القاعدية (الوقاية، التشخيص، العلاج الجواري)، وتغطي عادة بلدية أو مجموعة بلديات. (رشيد. ك، رابح. ر2017 ص108)
- **المؤسسات العمومية الاستشفائية**، وهي مكلفة بضمان التكفل المتكامل بالحاجات الصحية للسكان، بما في ذلك الاستشفاء وإعادة التأهيل، وتُعد المستوى الثاني في هرمية العلاج. .(رشيد.ك،رابح.ر2017 ص107)

- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة،** تنشأ بناءً على اقتراح من وزير الصحة، وتتكفل بأمراض أو فئات محددة (كالقلب، الأعصاب، السرطان، الأطفال...)، وهي تمثل مستوى عاليا من التخصص والتجهيز. .(رشيد.ك،رابح.ر 2017 ص107)
- **المراكز الاستشفائية الجامعية(CHU)** ، وهي مؤسسات عليا تجمع بين تقديم الرعاية الطبية المعقدة والتكوين الجامعي والبحث العلمي، وتعتبر مرجعا على المستوى الجهوي والوطني، كما تسند إليها مهام نوعية في ترقية الصحة ومكافحة الآفات. (رشيد. ك، رابح. ر 2017 ص109)

منذ الاستقلال، تطورت هذه المنشآت من حيث الكم والنوع، حيث انتقلت من منظومة ورثتها الدولة عن الاستعمار الفرنسي كانت مرتكزة اساسا في المدن الكبرى، إلى شبكة متوسعة تغطي أغلب مناطق الوطن، مع بروز تحديات جديدة مرتبطة بالتوازن الجغرافي والتكامل بين القطاعين العام والخاص. ويُبرز تحليل تطور هذه المنشآت عبر الفترات الزمنية المختلفة (1974–2020) ديناميكية واضحة في إعادة هيكلة القطاع الصحي بما يتماشى مع احتياجات السكان ومتطلبات التنمية الصحية الوطنية.

✓ **المنشأت الصحية من 1997-1998**

**الجدول 08: تطور المنشأت الصحية من 1997-1998**

| المنشأت | السنوات | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | 1974 | 1978 | 1983 | 1988 | 1993 | 1998 |
| مستشفيات | 143 | 183 | 198 | 263 | 284 | 245 |
| مراكز صحية | 558 | 664 | 310 | 1238 | 1309 | 1126 |
| عيادات متعددة الخدمات | 106 | 162 | 249 | 434 | 510 | 478 |
| قاعات العلاج | 1402 | 1325 | 1664 | 3041 | 3344 | 3780 |
| عدد الاسرة في المستشفيات | 43404 | 45168 | 47360 | 56214 | 60124 | - |
| دور الولادة | 50 | 54 | -- | -- | 475 | 477 |

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص149**

يبين الجدول أعلاه التطور الذي شهدة القطاع الصحي في الفترة الممتدة من 1974 إلى 1998 توسعا تدريجيا في البنية التحتية الصحية الجزائرية، إذ ارتفع عدد المستشفيات من 143 إلى 245، والمراكز الصحية من 558 إلى 1126، فيما تضاعف عدد قاعات العلاج من 1402 إلى 3780. ويُلاحظ أن النمو كان واضحًا خاصة بعد سنة 1983، ما يعكس تنفيذ الدولة لبرامج صحية توسيعية. كما تضاعف عدد العيادات متعددة الخدمات، مما يشير إلى بداية التفكير في تجميع الخدمات الصحية في وحدات أكثر شمولا. أما عدد الأسرة في المستشفيات فبلغ ذروته سنة 1993 بـ 60124 سريرا، وقد تمثل التحول البنيوي الأهم في هذه المرحلة في الانتقال من منشآت بسيطة التكوين إلى وحدات أكثر تكاملا، تهيئة لمرحلة إعادة التصنيف المؤسساتي التي ستأتي لاحقا.

✓ **المنشأت الصحية 1999-2006**

**الجدول 09: تطور المنشأت الصحية في الفترة 1999-2006**

| المنشأت | السنوات | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 1999 | 2001 | 2003 | 2006 |
| القطاعات الصحية (العيادات الاستشفائية) | 217 | 230 | 230 | 231 |
| مراكز إستشفائية جامعية | 13 | 13 | 13 | 13 |
| مؤسسات إستشفائية متخصصة | 31 | 32 | 32 | 36 |
| مراكز صحية | 1185 | 1268 | 1285 | 1248 |
| عيادات متعددة الخدمات | 482 | 504 | 516 | 520 |
| قاعات العلاج | 3851 | 4100 | 4412 | 4684 |
| دور الولادة | 437 | 442 | 445 | 476 |
| الصيدليات العمومية | 994 | 1022 | 1012 | 1016 |
| الصيدليات الخاصة | 4305 | 4778 | 5502 | 6689 |

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص149**

تميزت هذه الفترة بمرحلة انتقالية مهمة في تنظيم القطاع الصحي، حيث تم إدراج مفاهيم جديدة مثل "القطاعات الصحية" و"المؤسسات الاستشفائية المتخصصة"، والتي لم تكن مصنفة سابقا ضمن إحصاءات مفصلة. بلغ عدد القطاعات الصحية 217 سنة 1999 ليرتفع إلى 231 سنة 2006. أما المراكز الصحية فبلغت 1248 سنة 2006، لكنها سرعان ما ستختفي من التصنيفات الرسمية بعد 2008 نتيجة إعادة التنظيم، حيث تم تحويلها إلى عيادات متعددة الخدمات أو قاعات علاج .بالمقابل، عرفت قاعات العلاج وعيادات متعددة الخدمات نموا تدريجيا، مما يعكس تحولا في سياسة الصحة الأولية نحو التكامل والتقريب من المواطن. كما عرفت الصيدليات الخاصة نموا مطردا، ما يعكس بداية توسع القطاع الخاص في قطاع الصيدلة.

✓ **المنشآت الصحية من 2008-2020**

**الجدول 10: تطور المنشأت القاعدية الصحية في الفترة 2008 إلى2020**

| المنشأت | السنوات | | | |
|---|---|---|---|---|
| | 2008 | 2013 | 2018 | 2020 |
| مؤسسة إستشفائية عامة | 190 | 194 | 206 | 210 |
| مؤسسة إستشفائية | 4 | 5 | 9 | 9 |
| مراكز إستشفائية جامعية | 13 | 14 | 15 | 15 |
| مؤسسة إ ستشفائية جامعية | 1 | 1 | 1 | 1 |
| مؤسسة إستشفائية متخصصة | 57 | 68 | 79 | 79 |
| المؤسسات العمومية للصحة الجوارية | 270 | 271 | 273 | 273 |
| عيادات متعددة الخدمات | 1419 | 1615 | 1715 | 1748 |
| قاعات العلاج | 5077 | 5634 | 6003 | 6160 |
| دور الولادات العمومية | 419 | 412 | 410 | 403 |
| دور الولادات الخاصة | 85 | 107 | 135 | 135 |
| الصيدليات | 8477 | 10438 | 11562 | 11825 |
| منها الخاصة | 7509 | 9520 | 10700 | 10985 |
| المنشأت الخاصة | | | | |
| عيادة طبيب مختص | 5621 | 7226 | 10620 | 11591 |
| عيادة طبيب عام | 6202 | 6482 | 8347 | 8848 |
| عيادة طب أسنان | 4717 | 5587 | 7526 | 8566 |
| عيادة ممارسة مجموعة | 301 | 446 | 938 | 1074 |

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2020 ص152**

تميزت هذه المرحلة باستقرار مفاهيم التصنيف الجديدة، وبتوسع كبير في عدد الهياكل، خصوصا في القطاع الخاص. فقد بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية العامة 210 سنة 2020، والمؤسسات الاستشفائية المتخصصة 79، مما يدل على توسع القدرة الاستيعابية ونمو التخصصات الطبية. أما المؤسسات العمومية للصحة الجوارية فاستقرت عند 273 وحدة، وهي الهيكل الإداري الذي يضم العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج، والتي سجلت أرقاما قياسية ببلوغها 1748 و6160 على التوالي سنة 2020. على صعيد آخر، شهدت دور الولادة العمومية استقرارا مع ميل طفيف للتراجع419 سنة2008 إلى403سنة 2020، بينما تطورت دور الولادة الخاصة تدريجيا من85 إلى135 سنة 2020. ويلاحظ النمو السريع للعيادات

الطبية الخاصة، خصوصا عيادات الأطباء المختصين (من 5621عيادة سنة 2008 إلى 11591عيادة سنة 2020)، وعيادات طب الأسنان، مما يؤكد على التوسع الكبير في القطاع الخاص، وتحول النموذج الصحي من الاعتماد على الدولة فقط إلى نمط مزدوج عام/خاص.

## 1.5 السياسة الصحية في الجزائر:

"هي مجموعة من الاهداف البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية من انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل القطاعين الخاص والعام في مجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفعالية" (توفيق بوستي،2014ص 3)

فمنذ استقلال الجزائر سنة 1962، اعتمدت الدولة سياسة صحية عمومية ذات توجه اجتماعي تهدف إلى ضمان مجانية العلاج وتوفير الخدمات الصحية الأساسية لكل المواطنين، خاصة في المناطق الفقيرة والنائية. وقد تم ذلك عبر إنشاء مجموعة من الهياكل الصحية الوطنية كالمستشفيات، العيادات متعددة الخدمات، وقاعات العلاج، ضمن منظومة الطب الوقائي والعلاجي التي أولت أهمية كبيرة لصحة الأم والطفل والتلقيح ومكافحة الأمراض المعدية (وزارة الصحة والسكان، 2020).

في السبعينيات والثمانينيات، تبنت الجزائر نموذج الرعاية الصحية الأولية تماشيا مع توصيات مؤتمر ألما آتا سنة 1978، مما ساهم في تحسين المؤشرات الصحية مثل انخفاض معدلات وفيات الرضع والأمهات وارتفاع متوسط العمر المتوقع(OMS, 2019) .

غير أن التحديات الاقتصادية في التسعينيات، إلى جانب النمو الديموغرافي وانتشار الأمراض المزمنة (كالسكري وأمراض القلب)، أظهرت محدودية النظام الصحي العمومي، حيث ظهرت مشكلات واضحة في

الاكتظاظ، ضعف التسيير، نقص الموارد والأدوية، وتراجع جودة الرعاية، رغم توفر الكوادر الطبية (بلقاسم، 2018).

ومع بداية الألفية الثالثة، أطلقت الجزائر عدة إصلاحات تهدف إلى عصرنة المنظومة الصحية، من خلال تحسين البنى التحتية، دعم التغطية الإجتماعية، وتحفيز الاستثمار في القطاع الصحي الخاص. كما تم تعزيز دور صناديق التأمين الصحي مثل CNAS وCASNOS، لضمان أوسع تغطية ممكنة للسكان.

ورغم هذه المكاسب، لا تزال السياسة الصحية في الجزائر تواجه تحديات بنيوية، منها: التفاوت الجهوي في توزيع الخدمات الصحية، ضعف الحوكمة الصحية، محدودية الرقمنة، وضغط متزايد على المؤسسات الاستشفائية، وهو ما تجلى بوضوح أثناء جائحة كوفيد-19 التي عرّت هشاشة المنظومة الصحية (OMS, 2019).

وعليه، فإن فعالية السياسة الصحية في الجزائر تتطلب مقاربة استراتيجية شاملة تُركز على الجودة، إصلاح التسيير، تطوير الرعاية الوقائية، ورقمنة القطاع، مع تعزيز التكوين المستمر للمهنيين وتحقيق العدالة في توزيع الخدمات الصحية عبر كل الولايات.

## خلاصة الفصل

تناول هذا الفصل الواقع السوسيوديمغرافي والصحي في الجزائر منذ الاستقلال الة غاية 2022. لقد تضاعف عدد السكان أربع مرات منذ الاستقلال، من 11,6 مليون نسمة سنة 1962 الى أكثر من 43 مليون سنة 2019. وشهدت المؤشرات الديمغرافية تحولات عميقة، منها انخفاض معدا الولادات والوفيات بشكل ملحوظ، وارتفاع متوسط امل الحياة من 51 سنة الى نحو 78 سنة. كما سجل انخفاض كبير في معدل وفيات الرضع من 161 ‰ الى اقل من 20 ‰. وتقلص تدريجيا عدد النساء في سن الانجاب، ما يشير الى بداية شيخوخة السكان.

كما مرت الجزائر بعدة 'مراحل من التاميمات الصناعية في السبعينيات الى الازمات الاقتصادية في الثمانينيات والتسعينيات، ثم مرحلة الانتعاش المالي بفضل ارتفاع أسعار البترول، تلتها تحديات اجتماعية نتيجة التضخم وتراجع القدرة الشرائية.

وفي مجال التعليم، شهدت الجزائر قفزة نوعية بعد الاستقلال تمثلت في انخفاض مستوى الأمية من 85% الى 8 %، وتعميم التعليم وتوسيع البنية التحتية، اضافة الى زيادة مطردة في نسبة تمدرس الفتيات، خاصة منذ الالفية الثالثة. وتم توسيع التعليم العالي رغم التحديات المرتبطة بجودة التكوين ومخرجات سوق العمل.

وصحيا، طبقت الجزائر سياسة صحية عمومية مجانية تهدف لتغطية شاملة خاصة فيما يتعلق بصحة الأم والطفل. وقد ادت هذه السياسة الى انخفاض مستمر في وفيات الأمومة وتحسن مؤشرات الصحة الوقائية. الا انه مازالت هناك تحديات قائمة تتعلق بالتسيير، والعدالة في توزيع الخدمات الصحية عبر المناطق الجغرافية.

# الفصل الثالث

**تمهـــــيـــد:**

تعد بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MISC) من أبرز المصادر الإحصائية دوليا لتقييم أوضاع النساءو الأطفال. وقد نفذته الجزائر بالشراكة معUNICEF.OMS.والبنك الدولي. والهدف منه هو توفير بيانات دقيقة تساعد في تقييم التقدم المحرز في مجالات الصحة الانجابية، ومدى تحقق أهداف الالفية والتنمية المستدامة. كما يتيح فهما معمقا في سلوك النساء في استخدام الرعاية الصحية التوليدية خلال المراحل الثلاثة وهي الحمل والولادة ومابعد الولادة.

يركز هذا الفصل على تحليل المعطيات المتعلقة بالعوامل المؤثرة على استفادة المرأة في سن الانجاب على الفحوصات الازمة للحمل نوع المساعدة التي تلقتها عند الولادة والرعاية الصحية المؤهلة خلال الحمل وتتبع لرعاية الصحية في فترة ما بعد الولادة. كما تم ربط هذه المؤشرات بمتغيرات سوسيوديموغرافية، مثل المستوى التعليمي، مكان الإقامة، مؤشرات الثروة. من أجل إبراز الفوارق والفجوات المحتملة في الوصول للرعاية الصحية التوليدية.

**1. التعريف بمصدر البيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6:**

هو عبارة على دراسة استقصائية في إطار برنامج دولي وضعته وتموله منظمة الأمم المتحدة للطفولة(اليونيسيف) وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) منذ منتصف تسعينيات القرن الماضي. والهدف من هذه المسوح هو جمع بيانات تسمح بالحصول على مؤشرات جديدة حول وضع النساء في سن الانجاب والأطفالو تقديم التصريحات والخطط التنموية الخاصة بالأمهات والأطفال التي تم ابرامها أول مرة في سبتمبر 1990 بنيويورك (تقرير MICS4 تونس2013).

في الجزائر انطلق العمل بهذا البرنامج منذ سنة، 1995 اين تم انجاز أول مسح عنقودي متعدد المؤشرات MISC1 في غضون تسعة أشهر، يليه MICS2 سنة 2000 ثم MICS3 سنة 2006 وفي سنة 2012 تم انجاز MICS4 وذالك من أجل رصد مدى التقدم المحرز في تحقيق أهداف الألفية الانمائية التي تم توقيعا في سبتمبر 2000 و الذي من بين اهم أهدافها تخفيض معدل وفيات الأمهات ب 5.5% سنويا ببلوغ سنة 2015، و أخيرا MICS6 سنة 2018 والذي يسمح بمتابعة مدى الإلتزام بتحقيق أهداف التنمية المستدامة المعتمدة سنة 2015 من جميع أعضاء الأمم المتحدة، والذي تم انجازه ما بين 25 ديسمبر 2018 إلى غاية 22 أفريل2019. الذي اجري على عينة تضم 31325أسرة موزعة على المستوى الوطني (63.4% منها من المناطق الحضرية و36.6% من المناطق الريفية). وقد بلغت نسبة الاجابة 96.7 %. وشمل المسح العنقودي السادس خمس استمارات: الأولى كانت موجه للأسرة، الثانية للنساء في سن الانجاب 15-49 سنة، الثالثة للأطفال أقل من خمس سنوات والرابعة للأطفال ما بين 5-17 سنة والأخيرة خاصة باختبار جودة المياه.

**2. تقييم جودة البيانات:**

تعتبر هذه العملية من اهم الخطوات قبل البدئ في اي تحليل، حيث تسمح بتقدير التماسك الداخلي والخارجي للبيانات، فمن المعروف ان دقة النتائج تتطلب جودة عالية للبيانات، وهذا معناه ان نسبة عدم الاجابة يجب ان تكون اقل من 10%.

ومن اجل تقييم جودة بيانات هذه الدراسة قمنا بحساب نسبة عدم الاجابة لكل متغيرات الدراسة فكانت النتائج جيدة لمعظم المتغيرات ما عدى بالنسبة لمتغير "الاصابة بمرض مزمن " حيث قدرت نسبة عدم الاجابة ب 26,5% وهي تفوق النسبة المعمول بها. وبالتالي لتطبيق التحليل اللوجيستي قمنا بتصفية ملف بيانات الدراسة وحذف القيم المفقودة بما انها تتعدى 10% وهذا راجع لما يتطلبه التحليل.

عامة يعرف تحليل الانحدارعلى انه نموذج يقوم بتحلبل وتفسير العلاقات التي تربط المتغير التابع مع المتغير المستقل أو المتغيرات المستقلة عن طريق معادلة رياضية اما خطية وهنا يكون الانحدار خطي أو غير خطية وبالتالي يكون الانحدار غير خطي (هاشم وشحرور،2020). وبعد تحديد شكل العلاقة يتم تقدير معالم النموذج التي تمثل مقدار تاثر المتغير التابع بالمتغبرات المستقلة (المفسرة) ويكون ذلك اما للتفسير أو للتنبا حسب ما تتطلبه اهداف الدراسة.

الانحدار اللوجيستي نوع من انواع الانحدار، يكون فيه المتغير التابع متغير اسمي، يمكن ان ياخذ قيمتين (الانحدار اللوجستي الثنائي) أو ياخذ أكثر من قيمتين (الانحدار اللوجستي المتعدد) (TUFFERY,2010)، الا انه في التحليل اللوجستي لا يكون الهدف هو تفسير التغير في قيم المتغير التابع ولكن احتمال حدوث أو عدم حدوث الظاهرة المدروسة.

و بالتالي فان التحليل اللوجستي الثنائي يعمل على تحليل البيانات و توضيح العلاقة بين متغير الاستجابة (المتغير التابع) (Y) و الذي يكون ثنائي الاجابة اي يأخذ قيمتين (0) و (1) حيث عند وقوع الحدث

Y=1 و عند عدم وقوع الحدث Y=0(رباب عبد الرضا.2019) و المتغير المستقل أو مجموعة من المتغيرات المستقلة $X_K$ حيث(K=(1،2 ،3،..... ، n.

وبالتالي بالنسبة للمتغير التابعY ثنائي الاجابة (0−1) تكون P احتمال وقوع الحدث (الحصول على الرعاية الصحية التوليدية) و 1−P إحتمال عدم وقوعه (عدم الحصول على الرعاية التوليدية) (هاشم أ. وشحرور ر.، 2020)

وتكتب معادلة الانحدار اللوجستي الثنائيالاستجابة بالشكل التالي:

$$\text{Log } (P/1-P)=b_0+b_1X_1+b_2X_2+b_3X_3+\ldots\ldots\ldots\ldots\ldots+b_nX_n$$

**3. عينة الدراسة:**

لقد إعتمدنا في دراستنا على قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس لسنة 2018 (MICS6) والتي تضم أربع ملفات (النساء في سن الانجاب، الاسرة، الاطفال ما بين 5 و17 سنة). وللتأكد من فرضيات الدراسة إعتمدنا على 3 ملفات هما: ملف البينات الموجه للنساء في سن الانجاب وملف البيانات الموجه للاسرة وملف الأطفال اقل من 5 سنوات لإستكمال المعلومات الناقصة في الملف الأول حسب ما تتطلبه هذه الدراسة.

وبالتالي شمل الملف الخاص بالنساء في سن الانجاب 37227 إمرأة ما 15−49 سنة، موزعين على 24 ولاية جزائرية التي مسها المسح العنقودي السادس. وبما ان دراستنا هذه تخص فقط النساء اللواتي لديهن ولادة أو أكثر خلال السنتين التي سبقت المسح اي اللواتي انجبين ما بين 2016−2017، قمنا إذا بتصفية الملف الأول وذالك بحذف بيانات النساء العازبات واللواتي لم ينجبن واعتمدنا على النساء اللواتي لديهن ولادة حية خلال السنتين التي سبقت المسح وكذلك حذف المفردات ذات البيانات الناقصة حسب ما يتطلبه تحليل الانحدار اللوجستي. فمانت العينة الدراسة على حسب كل متغير تابع كالاتي:

- المتابعة الصحية للحمل عند أخر ولاد 4050 امرأة
- المتابعة الصحية المؤهلة لفترة الولادة 4149 امرأة
- المتابعة الصحية لفترة ما بعد الولادة 4050 إمرة

## 4. تقديم نتائج الدراسة

### 4. 1. المتابعة االصحية لفترة الحمل

الحمل هو المرحلة التي تبدأ منذ لحظة تخصيب البويضة وحتى ولادة الجنين، وتمتد في العادة حوالي تسعة أشهر (40 أسبوعًا تقريبا). خلال هذه الفترة ينمو الجنين داخل رحم الأم. لذا يتطلب العناية بالحمل، يقصد بها جميع الإجراءات الصحية والنفسية والغذائية والطبية التي تُتخذ لحماية صحة الأم والجنين، مثل المتابعة الطبية الدورية، التغذية المتوازنة، الوقاية من الأمراض، والإلتزام بتوصيات الطبيب.

### 4. 1.1. المتابعة الصحية للحمل

**الجدول 11: توزيع النساء حسب المتابعة الطبية خلال الحمل**

| المتابعة الصحية للحمل | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| نعم | 3874 | 95,7 |
| لا | 176 | 4,3 |
| **المجموع** | **4050** | **100** |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يوضح الجدول 11 توزيع العينة وفق متابعة المرأة للحمل، حيث تبين أن 95,7% من النساء قمن بالمتابعة الصحية خلال فترة الحمل، في حين أن 4,3% منهن لم يقمن بأي زيارة متابعة.

### 2.1.4. العوامل المؤثرة على المتابعة الصحية للحمل

- **المتابعة الصحية للحمل وسن امرأة عند أخر ولادة**

**الجدول 12: توزيع النساء المتابعة الصحية للحمل وسن المرأة عند أخر ولادة**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| السن عند أخر ولادة (%) | أقل من 20 سنة | 1.1 | 0.0 | 1.2 |
| | 34-20 | 69,3 | 2.5 | 67.2 |
| | أكثر من 35 سنة | 29.8 | 1.8 | 31.6 |
| المجموع (%) | | 95.7 | 4.3 | 100 |

**المصدر: من إعداد البحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

من خلال الجدول رقم (12) نلاحظ ان قمن بمتابعة طبية خلال الحمل بنسبة 95.7% مقابل 4,3% لم يتابعن حملهم وقد أظهرت نتائج الكاي انه هناك ليست هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين سن المرأة عند أخر ولادة ومتابعة الحمل حيث $p>0.05$.

- **المتابعة الصحية للحمل والإصابة بالأمراض المزمنة**

**الجدول 13: توزيع النساء حسب المتابعة الصحية للحمل والأمراض المزمة**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الإصابة بأمراض مزمنة (%) | نعم | 21,3 | 0,9 | 22,2 |
| | لا | 74,3 | 3,4 | 77,7 |
| | لاأدري | 0,1 | – | 0,1 |
| **المجوع (%)** | | **95,7** | **4,3** | **100,0** |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

إن الإصابة بمرض مزمن دافع مهم من أجل لجوء الأمرأة للمتابعة الطبية خلال الحمل، فالمرأة المصابة بأي مرض مزمن تتطلب رعاية خاصة وهذا من اجل الحفاض على صحتهن وصحة الجنين، وتفادي مضاعفات الأمراض المزمنة التي يمكن ان تؤدي لعواقب للمرأة الحامل والجنين وكما تعرف بأمومة عالية الخطورة إلا ان نتائج إختبار الكاي تربيع بينت انه لاتوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين متابعة الحمل للمرأة والاصابة بمرض مزمن. حيث $P> 0.05$. وهذا حسب بيانات المسح العنقودي.

- **المتابعة الصحية للحمل والتأمين الصحي**

**الجدول 14: توزيع النساء حسب متابعة الحمل والإنتساب للضمان الإجتماعي**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي (%) | نعم | 48,5 | 1,7 | 50,2 |
| | لا | 47,1 | 2,6 | 49.8 |
| المجموع % | | 95.7 | 4,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

مما لا شك فيه ان الضمان الإجتماعي والتامين الصحي له دور في الحصول على الرعاية الصحية بشكل عام والرعاية التوليدية بشكل خاص فهذا الاخير يوفر على المرأة أعباء مالية. ومن الجدول أعلاه نلاحظ

على الرغم أن معظم النساء سجلن متابعة صحية جيدة تقدر ب 95,7 % إلا أن نلاحظ من الجدول، أن الغير منتسبات للضمان الإجتماعي أكثر إمتناعاعن المتابعة الطبية للحمل بنسبة2.6% مقابل مقبل 1,7%. وحسب إختبار كاي تربيع أثبت ان هناك علادة دالة إحصائيا P<0.05

- **المتابعة الصحية للحمل والمستوى المعيشي**

**الجدول رقم15.توزيع النساءحسب المتابعة الصحية للحمل والمستوى المعيشي**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى المعيشى للمرأة (%) | فقير | 45,5 | 2,9 | 48,4 |
| | متوسط | 20 | 0.9 | 20,9 |
| | غني | 30,1 | 0,6 | 30,7 |
| المجموع % | | 95,7 | 4,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

حسب الجدول رقم15 يبين الجدول ان معظم النساء قمن بمتابعة حملهن مهما إختلف المستوى المعيشي غين أنبنسبة 95.7% مقبل 4,3% عزفن عم متابعت حملهن. وكما هو مبن في الجدل ان نسبه عدم المتابعة نتخفظ كلما إرتفع المستوى المعيشي فنجد من مجوع عدد النساء اللواتي لم يتبعن حملهن تقدر بـ 2.9 % ونتخفض النسبة إلى 0.9% للفئة المتوسطة، تليها نسبة 0.6% عند الفئة الغنية وهذا ما أثبته إختيار كاي تربيع أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى المعيشي والمتابعة الطبية للحمل حيث.P<0.05 وهذا يتوافق مع معظم الدراسات التي تم عرضها في الفصل المنهجي كدراسة ( How welige وKunst Anton 2001) و(دراسة دردیش أحمد 2009).

- **المتابعة الصحية للحمل وعمل المرأة**

**جدول رقم 16: توزيع النساءحسب عمل المرأة والمتابعة الطبية للحمل**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| عمل المرأة (%) | نعم | 9,4 | 0.1 | 9,5 |
| | لا | 86,3 | 4,2 | 90,5 |
| المجموع % | | 95,7 | 4,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

من خلال اختبار. كاي تربيع أثبت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمل المرأة وامتناعها عن المتابعة الصحية للحمل $P<0.05$ فمعظم النساء اللواتي لم يقمن بالمتابعة الطبية للحمل هن من الفئة الغير عاملة، بنسبة 4.2% بفارق 4.1 نقطة فتقريبا كل النساء العاملات قمت بمتابعة حملهن فالاستقلالية المادية للمرأة تتيح لها فرص مراجعة الطبيب، من أجل الاطمئنان على صحتها وصحة جنينها.

- **المتابعة الصحية للحمل وعدد الاطفال**

**الجدول17: توزيع النساء حسب متابعة الحمل وعدد الاطفال**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| عدد الاطفال (%) | طفل واحد | 24,7 | 0.8 | 25.5 |
| | 2-3 إطفال | 46,3 | 1,9 | 48,1 |
| | أكثر من ثلاثة أطفال | 24.6 | 1,7 | 26,3 |
| المجموع (%) | | 95,7 | 4,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

ان التجارب السابقة للحمل والولادة تجعل المرأة. تعتاد على أعراض الحمل ومتاعبه. وكما تبين من إختبار الكاي تربيع ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتابعة ا الصحية للحمل وعدد الأطفال .$P<0.05$

فالنساء اللواتي أنجبن أكثر من ثلاثة وأكثر تقل زيارتهن للطبيب. (امال بلعيدي. اسيا شريف ،2017، ص 95)

- **المتابعة الصحية الحمل ومشاكل سابقة للحمل**

**الجدول رقم18: توزيع النساءحسب متابعة الحمل تجارب سلبية لحمل سابق**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| مشاكل حمل سابقة (%) | نعم | 19.1 | 0.5 | 19.5 |
| | لا | 76.6 | 3.9 | 80.5 |
| المجموع % | | 95,7 | 4,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS**

إن التجارب المؤلمة الساقة للمرأة في الحمل مثل الإجهاض ولادة ميتة، تجعلها أكثر حرصا على عدم تكرار التجربة من جديد وذلك عن طريق المتابعة الطبية للحمل واكتشاف أي خلل يؤدي إلىالاجهاض أو وفاة الجنين. ومن خلال نتائج الكاي تربيع اثبت ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مشاكل في الحمل السابق ومتابعة المرأة للحمل. ومن الجدول رقم يتضح ان 19.1% من النساء اللواتي كان لديهن مشاكل في الحمل السابق قمن بمتابعة حملهن إذ بلغت نسبة عدم المتابعة لهذهه الفئة 0.5% من مجموع هذه الفئة مقابل3.9%من النساء اللواتي لم يتابعن حملهن ولم يتعرضن لمشاكل حمل سابقة. وحسب نتائج كاي تربيع أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التجارب السلبية للمرأة في حمل سابق والحرص على المتابعة الطبية.$P<0,05$ .

- **المتابعة الصحية الحمل والمستوى التعليمي للمرأة**

**الجدول رقم19: النساء العينة حسب المتابعة للحمل والمستوى التعليمي للمرأة**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع % |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى الدراسي للمرأة% | بدون مستوى | 11,7 | 1,6 | 13,3 |
| | ابتدائي | 14,5 | 0,8 | 15,3 |
| | متوسط | 30,1 | 1,2 | 31,3 |
| | ثانوي | 21,9 | 0,5 | 22,3 |
| | جامعي | 17,5 | 0,3 | 17,8 |
| المجموع % | | 95,7 | 3,4 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

يعد المستوى التعليمي مؤشر مهم لوعي المرأة، فمن الجدول رقم (18) نلاحظ ان النساءمعظمهن قمن بالمتابهة الطبية للحملفي حين بلغت نسبة عدم المتابعة للحمل ب 4.3% مع تفأوت في نسب العزوف عن المتابعة فنجد ان النساء بدون مستوى هن الأكثر انقطاعا بنسب 6،1% عن المتابعة يليها المستوى الابتدائي بنسبة 0.8 % فكلما ارتفع المستوى التعليمي كان الاقبال على المتابعة أكثر وقد اثبت اختبار كاي تربيع ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي و الاقبال على الرعاية الصحية لمتابعة الحمل $P<0.05$. فهناك علاقة طردية بين المتغيرين. وقد أشارت دراسة (خديجة سواكري 2017) ودراسة (Médoateice Nkurumzizi 2014) .أن إهتمام المرأة بصحتها وصحة جنينها وحرصها على متابعة حملها يرتفع كلما إرتفع مستواها التعليمي.

- **المتابعة الصحية للحمل ومكان الإقامة**

**الجدول رقم:20 توزيع النساء حسب المتابعة للحمل ومكان الإقامة**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| مكان الإقامة (%) | حضري | 59,1 | 2 | 61,1 |
| | ريفي | 36,6 | 2,3 | 38,9 |
| المجموع % | | 95,6 | 4,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

بين الجدول أعلاه على الرغم من مكان الإقامة، فقد تابعت معظم النساء حملهن بنسبة 95.6%مقابل 4.3%لم يتابعنه، حيث بلغت نسبة المتابعة في المناطق الحضرية 59.1% مقابل 2% لم يتابعن، وفي المناطق الريفية 36,6%مقابل 2,3% لم يتابعن. ويشير هذا إلى وجود فرق بسيط بين النساء اللواتي لم يتابعن حملهن حسب مكان الإقامة، وقد بين إختبار كاي تربيع أن هناك علاقة بين مكان الإقامة والوصول إلى الرعاية الصحية دالة إحصائيا $P<0.05$. ويعود هذا الاختلاف إلى مستوى الوعي والتوزيع غير المتكافئ للهياكل الطبية والكوادر الصحية بين المناطق الحضرية والريفية. (MEBTOUL.2017 ,p96).

- **المتابعة الصحية للحمل والمنطقة الجغرافية**

**الجدول21: توزيع النساء حسب المتابعة للحمل والمنطقة الجغرافية**

| | | المتابعة الصحية للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المنطقة الجغرافية (%) | الشمال وسط | 11,7 | 0,1 | 11,9 |
| | الشمال شرق | 13,1 | 0,2 | 13,3 |
| | الشمال غرب | 12,2 | 0,6 | 12,8 |
| | الهضاب العليا وسط | 15,7 | 0,9 | 16,6 |
| | الهضاب العليا شرق | 12,6 | 0,4 | 13 |
| | الهضاب العليا غرب | 12,7 | 1,6 | 14,3 |
| | الجنوب | 17,6 | 0,5 | 18,1 |
| المجموع | | 95,7 | 4,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

تتميز الجزائر مساحتها الكبرى، والتي يمكن تقسيها الى ثلاثة مناطق جغرافية كبرى هي: منطقة الشمال، منطقة الهضاب العليا، ومنطقة الجنوب، وتتميز كل منطقة تتميز بمناخ خاص بها والذي يلعب دورا كبيرا في عملية العرض والطلب في جميع المجالات لا سيما المجال الصحي. تشير البيانات إلى أن معظم النساء تابعن حملهن بنسبة إجمالية تبلغ 95,7%مقابل 4.3% لم يتابعنه، ما يعكس متابعة صحية جيدة بشكل عام. ومع ذلك، يظهر التحليل التفصيلي حسب وسط الإقامة الجغرافي وجود تباين ملحوظ في نسب عدم المتابعة :أعلى نسبة عدم متابعة سجلت في الهضاب العليا غرب بنسبة 1,6%، تليها الهضاب العليا وسط بنسبة 0.9% بينما سجلت أقل نسب عدم متابعة في مناطق الشمال شرق والشمال وسط بنسبة 0.2% و0,1 %على التوالي. هذا التباين يشير إلى وجود فروق جغرافية في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية ومتابعة الحمل، رغم أن نسبة المتابعة العامة مرتفعة. وهذا يعود ذلك إلى التوزيع غير المتكافئ للهياكل

الطبية والكفاءات الصحية ومستوى الوعي لدى النساء، مما يبرز الحاجة إلى تعزيز التغطية الصحية في المناطق التي تسجل أعلى نسب عدم متابعة. وقدثبت بإختبار الكاي تربيع انه توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين وسط الإقامة ومتابعة الصحية للحمل.$P<0.05$.

### 3.1.4. بناء نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاجابة:

كما سبق وان ذكرنا سوف نعتمد على الانحدار اللوجستي الثنائي لدراسة العلاقة بين المتغير التابع ثنائي الاجابة والمتغيرات المفسرة وذلك من خلال بناء نموذج يفسر العلاقة الموجودة بين المتغيرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية; والجغرافية ومتغير الحصول على الرعاية الصحية. فقبل عرض نتائج النموذج من الضروري تقديم متغيرات الدراسة ورموزها.

- **ترميز المتغيرات:**

- Y : يرمز إلى المتغيرر التابع و المتمثل في الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة وهو متغير إسمي يتكون من صفتين (نعم و لا)

**الجدول 22: ترميز المتغير التابع:**

| المتغير التابع"متابعة الحمل" | الرمز |
|---|---|
| المتابعة الصحية في فترة الحمل | 1 |
| عدم المتابعةالصحية في فترة الحمل | 0 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتماد على قاعدة بيانات MICS6.**

- X: للمتغيرات المستقة وهي كالاتي :

1. **سن المرأة عند أخر ولادة:** متغير فئوي ويأخد ثلاث صفات، أقل من 20 سنة، فئة 20−35 سنة، وفئة أكبر من 35 سنة

**2.** عدد الاطفال في الاسرة: متغير فئوي يحمل صفات: طفل واحد، من 2−3 أطفال، أكثر من 3 أطفال

**3.** التامين الصحي للمرأة: متغير نوعي يأخذ صفتين (نعم، لا).

**4.** النشاط الاقتصادي للمرأة: متغير نوعي يأخذ صفتين (نعم، لا)

**5.** مشاكل في الحمل السابق متغير نوعي يأخذ صفتين (نعم، لا)

**6.** المستوى المعيشي للمرأة: وهو متغير اسمي رتبي يأخذ ثلاث صفات، غني، فقير، متوسط

**7.** المستوى الدراسي: متغير رتبي يأخذ خمس صفات بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، جامعي

**8.** مكان الإقامة: وهو متغير نوعي يحمل صفتين حضر وريف.

**9.** الاصابة بمرض مزمن: متغير اسمي يحمل صفتين (نعم ولا).

**10.** المنطقة الجغرافية: متغير اسمي ويأخذ7صفات، شمال وسط، شمال شرق، شمال غرب، هضاب عليا وسط، هضاب عليا شرق، هضاب عليا غربو الجنوب.

### 4.1.4. نتائج التحليل اللوجستي

**الجدول 23: نتائج معالم النموذج بوجود المتغيرات المفسرة**

| المتغيرات المفسرة | قيمة اللوجيت | الخطأ المعياري | Wald | درجة الحرية | مستوى الدلالة | نسبة الرجحان(Exp(B | مجال الثقة% | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | الأدنى | الأعلى |
| سن المرأة عند أخر ولادة | ,105 | ,182 | ,332 | 1 | ,565 | 1,111 | ,777 | 1,587 |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي | ,095 | ,170 | ,310 | 1 | ,578 | 1,099 | ,788 | 1,533 |
| التجارب السلبية لحمل سابق | ,815 | ,246 | 11,013 | 1 | ,001 | ,442 | ,273 | ,716 |
| عدد الأطفال | ,204 | ,127 | 2,592 | 1 | ,107 | 1,226 | ,957 | 1,571 |
| مكان الإقامة | ,208 | ,174 | 1,422 | 1 | ,233 | 1,231 | ,875 | 1,731 |
| الإقليم الجغرافي | ,171 | ,044 | 15,287 | 1 | ,000 | 1,186 | 1,089 | 1,293 |
| عمل المرأة | ,326 | ,478 | ,465 | 1 | ,495 | 1,385 | ,543 | 3,531 |
| الأمراض المزمنة | ,007 | ,193 | ,001 | 1 | ,972 | 1,007 | ,690 | 1,469 |
| المستوى التعليمي للمرأة | -,447 | ,078 | 33,001 | 1 | ,000 | ,639 | ,549 | ,745 |
| المستوى المعيشي | -,127 | ,122 | 1,077 | 1 | ,299 | ,881 | ,693 | 1,119 |
| الثابت | -4,518 | 1,236 | 13,358 | 1 | ,000 | ,011 | - | - |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

يوضح الجدول رقم 29 معالم النموذج الأمثل التي تحصلنا عليها في الدورة الثالثة وقيمها بالإضافة إلى الخطأ المعياري لكل معلمة وإحصائية Wald لكل معلمة مع عدد درجات الحرية ودلالتها الإحصائية، ومن خلال الجدول تبينت عدم معنوية كل من سن المرأة عند أخر إنجاب، التأمين الصحي، عمل المرأة ، الإصابة بمرض مزمن، والمستوى المعيشي، عدد الأطفال، مكان الإقامة في حين تبين ان مشاكل الحمل السابق، المستوىالتعليمي، وسط الإقامة (المنطقة الجغرافية)، ذات معنوية وبالتالي لها تأثير على الحصول على المتابعة الصحية للمرأة في فترة الحمل.

والمتغيرات الأكثر إثارة حدد كالاتي مشاكل في الحمل السابق، المستوى التعليمي للمرأة و، فتعرض المرأة للاجهاض أو لولادة ميتة يجعلها أكثرا حرصا على حملها، فحرصها على المتابعة لمتابعة الحمل من أجل تفادي أي عواض سلبية تؤدي لفقدانجنينها فيما يخص الانتماء الى المنطقة الجغرافية الولايات الكبرى يعطي

إمكانية للوصول إلى الهياكل الصحية، فكلما اقتربنا من مناطق جغرافية التي تتمركز فيها الهياكل الطبية مثل الشمال وسط، او المدن الكبربكلما كان هنالك سهولة للوصول إليها. والعكس في مناطق الهضاب العليا والجنوب فهنا نساء يقطعن مسافات طويلة من أجل الحصول على الرعاية الصحية، فالتوزيع الغير عادل لهياكل الصحية يحول دون استفادة المرأة من الرعاية الصحية التوليدية وكما تبين أيضا ان التجارب السابقة للحمل و الولادة تؤثر على المرأة في حصولها على الرعاية .والملاحظ في نتائج التحليل اللوجيستي ان اكثر المتغيرات تأثيرا على الوصول إلى الرعاية الصحية هو المستوى التعليمي وأو الإقليم الجغرافي ،فكلما زاد تعليم المرأة كلما زاد وعيها وحرصها على صحتها ،أما فيما يخص وسط الإقامة أو الإقليم الجغرافي فان توفر الهياكل الصحية والكوادر الطبية في أماكن معينة من البلاد يحول دون الحصول عليها من طرف بيض النساء ذوات الدخل الضعيف .

فرضيتنا القائلة بأن المنطقة الجغرافية أي الانتماء لمدن كبرى يقدم مزايا للمرأة من حيث إمكانية الوصول الى المصالح الصحية، وكما أن المستوى التعليمي.

ويبنى النموذج بهذا الشكل:

وبالتالي يمكن كتابة معادلة الانحدار اللوجستي الثنائي للنموذج كالاتي:

$$\log \frac{Pi}{1-Pi} = -4.518+0.815 \text{ (تجارب سلبية للحمل سابق)} -0447 \text{(المستوى التعليمي)} -0.174 \text{ (الإقليم الجغرافي)}$$

- **ترتيب المتغيرات المفسرة**

**جدول 24: ترتيب المتغيرات حسب درجة تاثيرها على المتغيرالتابع كالاتي:**

| المرتبة | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|
| المتغير | التجارب السليبة لحمل سابق | المستوى التعليمي | المنطقة الجغرافية |

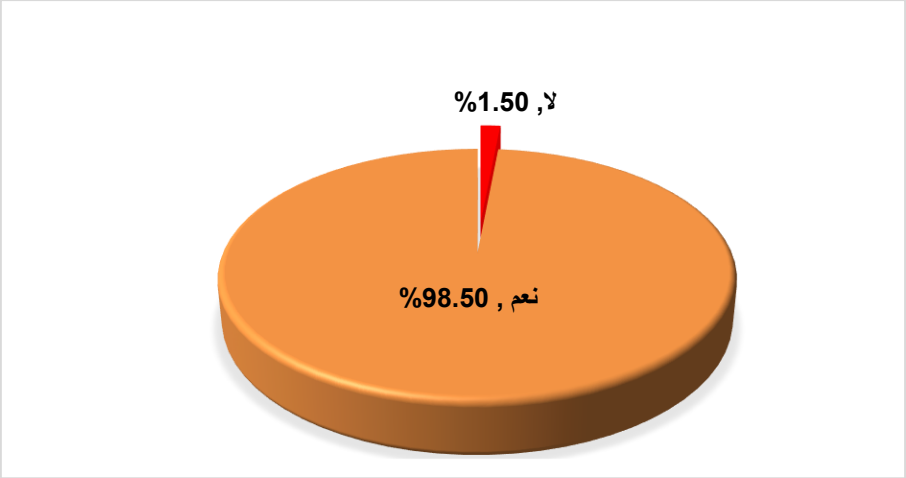
**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

### 4.1.4. تفسير نسبة الرجحان ((Exp(B)):

- بالنسبة للتجارب السلبية للحمل السابق إحتمال المرتبة الأولى من حيث التأثير على المتغير التابع، حيث إحتمال متابعة الحمل يزيد بحوالي النصف كلما تعرضت المرأة لتجربة سلبية الأجهاض او ولادة ميتة خلال الحمل السابق.
- بالنسبة للمستوى التعليمي: احتل متغير المستوى التعليمي المرتبة الثانية من حيث التاثير على المتغير التابع المتابعة الصحية للفترة الحمل. إذ احتمال متابعة الحمل الولادة يزيد بحوالي أكثر من النصف (0,639) عنذما يزيد المستوى التعليمي بدرجة واحدة.
- بالنسبة المنطقة الجغرافي: إحتل المرتبة الثالثة من حيث التأثير على المتغير التابع. بحث إحتمال متابعة الحمل يزيد بـ 1.186 .

### 5.1.4. الحصول على الرعاية المؤهلة للمرأة لمتابعة الحمل:

**الشكل البياني 15: توزيع النساء لمتابعة الحمل حسب الاشرف الطبي المؤهل أو الاشراف الغير مؤهل.**




**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

من خلال الشكل رقم 15 نلاحظ ان نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن بإشراف طبي مِؤهل (طبيب نساء وتوليد، قابلة، طبيب عام)، 98.5 % مايعادل 3817 إمرأة مقابل 1.5 % مايعادل 57 امرأة تابعن حملهن عند أشخاص غير مؤهلين (كالقابلة التقليدي أو شخص أخر). وهذا دليل على الوعي بمخاطر التقرب للأشخاص الغير مؤهلين في متابعة الحمل والمخاطر التي يمكن ان تؤدي به مثل هذه الممارسات.

### 6.1.4. العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة

- **المتابعة الصحية المؤهلة وسن المرأة عند آخر ولادة:**

**الجدول 25: توزيع النساء حسب المتابعة الصحية المؤهلة للحمل وسن المرأة عند أخر ولادة**

| | | المتابعة المؤهلة للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| السن عند أخر ولادة (%) | أقل من 20 سنة | 1.2 | 0.0 | 1.2 |
| | 35-20 | 71.5 | 1.0 | 72.5 |
| | أكثر من 35 سنة | 25.9 | 0.5 | 26.3 |
| المجموع (%) | | 98,5 | 1.5 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

نلاحظ من خلال الجدول (24) أن معظم النساء اللواتي بم يحصن على متابعة صحية مؤهلة هن فئة النساء اللواتي ينتين ببفئة العمرية أكثر من 35 سنة، في حين سجلت الفئة العمرية أقل من 20 سنة متابعة صحية مؤهلة إلا ان من خلال إختبار كاي تربيع تبن ان العلاقة بين الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل وسن المرأة غير دال إحصائية حيث $P>0.05$.

- **المتابعة الصحية المؤهلة والإصابة بالأمراض المزمنة**

**الجدول 26: توزيع النساء حسب المتابعة الصحية المؤهلة والاصابة بالأمراض المزمنة**

| | | المتابعة المؤهلة للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الإصابة بأمراض مزمنة (%) | نعم | 21.8 | 0.5 | 22.3 |
| | لا | 76.7 | 1.0 | 77,7 |
| | لاأدري | 0,1 | – | 0,1 |
| المجموع (%) | | 98.5 | 1.5 | 100,0 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

الجدول أعلاه يبين ان نسبة الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل جد مرتفعة 98,5% مقابل 1,5% لم يحصلن على رعاية صحية مؤهلة أي تحت إشراف طبي مؤهل، غير أن الفئة المصابة بالأمراض المزمنة هن من لم يحصلن على الرعاية المؤهلة، إلا أن نتيجة إختبار كاي تربيع لم تكن دالة إحصائيا أي لا يوجد علاقة بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل والإصابة بالأمراض المزمنة حيث P>0.05.

- **المتابعة الصحية المؤهلة والإصابة الإنتساب للضمان الإجتماعي**

**الجدول 27: توزيع النساء حسب الرعاية الصحية المؤهلة والإنتساب للضمان الإجتماعي**

| | | المتابعة المؤهلة للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي (%) | نعم | 50,0 | 0,7 | 50,7 |
| | لا | 48,5 | 0,8 | 49.3 |
| المجموع % | | 98,5 | 1,5 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

تشير نتائج الجدول إلى أنّ نسب المتابعة المؤهلة للحمل متقاربة بين النساء المنتسبات للضمان الإجتماعي (50,0%) وغير المنتسبات (48,5%)، كما أنّ نسب عدم المتابعة تكاد تكون متشابهة (0,7% مقابل 0,8%)، وبالنظر إلى أن الفروق لم تصل إلى مستوى الدلالة الإحصائية وفق اختبار كاي تربيع، P>0.05 يمكن الاستنتاج أن الإنتساب للضمان الإجتماعي لا يعد عاملا مؤثرا في تحديد المتابعة المؤهلة للحمل داخل هذه العينة.

- **المتابعة الصحية المؤهلة والمستوى المعيشي**

**الجدول 28: توزيع النساءحسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة والمستوى المعيشي**

| | | المتابعة المؤهلة للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى المعيشي للمرأة (%) | فقير | 47 | 0,6 | 47,6 |
| | متوسط | 20,7 | 0,2 | 20,9 |
| | غني | 30,9 | 0,6 | 31,5 |
| المجموع % | | 98,5 | 1,5 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

بين الجدول أن المتابعة المؤهلة للحمل موزعة عبر مختلف مستويات المعيشة بشكل متقارب، حيث بلغت 47% لدى الفقيرات، 20,7% لدى الفئة المتوسطة و30,9% عند الغنيات، مع نسب ضعيفة لعدم المتابعة في جميع الفئات. وبما أن الفروق غير دالة إحصائيا،P>0.05 فهذا يعني أن المستوى المعيشي لا يشكل عاملا حاسما في تحديد المتابعة المؤهلة للحمل.

- **المتابعة الصحية المؤهلة وعمل المرأة**

**الجدول 29: توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل وعمل المرأة**

| | | المتابعة المؤهلة للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| عمل المرأة (%) | نعم | 9,6 | 0.2 | 9,8 |
| | لا | 88,9 | 1,3 | 90,2 |
| المجموع % | | 98,5 | 1,5 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

تشير النتائج في الجدول رقم (28) بأن نسبة عدم الحصول على الرعاية المؤهلة للحمل بلغت حوالي 2% لدى النساء العاملات مقابل 1,3% لدى غير العاملات، ما يعكس فارقا طفيفا يميل إلى كون الغير

العاملات أكثر عرضة نسبيا لغياب المتابعة، غير أن هذا الاختلاف يبقى ليس له دلالة إحصائية حيث غختبار كاي تربيع بين عدم وجود دلالة إخصائية بين الحصول على رعاية صحية مؤهلة لمتابعة الحمل وعمل المرأة حيث P>0.05.

- **المتابعة الصحية المؤهلة وعدد الأطفال**

**الجدول 30: توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل عدد الاطفال**

| | | المتابعة المؤهلة للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| عدد الاطفال (%) | طفل واحد | 25,4 | 0,5 | 25,9 |
| | 2-3 أطفال | 47,7 | 0,7 | 48,4 |
| | أكثر من ثلاثة أطفال | 25,4 | 0,3 | 25,7 |
| المجموع (%) | | 98,5 | 1,5 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

توضح المعطيات أن نسب عدم الحصول على المتابعة المؤهلة للحمل تبقى منخفضة جدا عبر مختلف فئات عدد الأطفال، إذ سجلت 0.5% لدى النساء ذوات الطفل الواحد، و0,7% عند الفئة من طفلين إلى 3 أطفال من لديهن من طفل إلى ثلاثة، مقابل 0,3%فقط لدى من لديهن أكثر من ثلاثة أطفال، ما يشير إلى غياب فروق جوهرية بين الفئات وعدم وجود دلالة إحصائية للعلاقة بين عدد الأطفال والمتابعة الصحية . P>0.05

- **المتابعة الصحية المؤهلة ومشاكل لحمل سابق**

**الجدول 31: توزيع النساءحسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل والتجارب السلبية لحمل سابق.**

| | | المتابعة المؤهلة للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| التجارب السلبية لحمل سابق (%) | نعم | 19,6 | 0,3 | 19,9 |
| | لا | 78,9 | 0,3 | 80,1 |
| المجموع % | | 98,5 | 1,5 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

يبين الجدول ان نسبة النساء اللواتي تعرضن لمشاكل حمل سابقة ولم يقمن بمتابعة مؤهلة بلغت 0.3 % وهي نفس النسبة المسجلة عند النساء اللواتي لم يتعرضن لمشاكل حمل سابقة. هذا التشابه في النسب يوضح ان وجود تجربة سابقة سلبية لا يؤثر بشكل واضح على سلوك النساء تجاه المتابعة المؤهلة للحمل، مما يدل على ان العلاقة بين التجارب السابقة والمتابعة غير دالة احصائيا $P>0.05$ .

- **المتابعة الصحية المؤهلة للحمل والمستوى التعليمي**

**الجدول 32: توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل والمستوى التعليمي للمرأة**

| | | المتابعة المؤهلة للحمل (%) | | المجموع % |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى الدراسي للمرأة% | بدون مستوى | 12 | 0,2 | 13,3 |
| | ابتدائي | 14,9 | 0,2 | 15,3 |
| | متوسط | 31,2 | 0,3 | 31,3 |
| | ثانوي | 22,5 | 0,4 | 22,3 |
| | جامعي | 17,5 | 0,4 | 17,8 |
| المجموع % | | 98,5 | 1,5 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

يبين الجدول توزيع المتابعة المؤهلة للحمل حسب المستوى الدراسي للمرأة، حيث نلاحظ ان اغلب النساء اللواتي لهن مستوى متوسط وثانوي وجامعي يقمن بمتابعة الحمل المؤهلة مقارنة باللواتي مستواهن ابتدائي او بدون مستوى. وهذا يعكس بوضوح اهمية التعليم في توجيه المرأة نحو الممارسات الصحية السليمة والابتعاد عن السلوكيات غير المؤهلة. غير انه وعلى الرغم من هذا الدور المهم للتعليم، تبين من خلال الاختبار الاحصائي ان العلاقة بين المستوى التعليمي والمتابعة المؤهلة للحمل غير دالة احصائيا، $P>0.05$ مما يشير الى أن التعليم وحده لا يفسر اتجاه المرأة نحو هذه المتابعة وقد تتدخل عوامل اخرى مؤثرة.

- **المتابعة الصحية المؤهلة للحمل ومكان الإقامة**

**الجدول 33: توزيع العينة حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل مكان الإقامة**

| | | المتابعة الطبية (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| مكان. الإقامة (%) | حضري | 60,9 | 0,8 | 61,7 |
| | ريفي | 37,6 | 0,7 | 38,3 |
| المجموع % | | 98,5 | 1,5 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

يتبين من الجدول أن نسب النساء اللواتي لم يستفدن من المتابعة الطبية متقاربة جدا بين الوسط الحضري (0,8%) والوسط الريفي (0,7%)، وهو ما يشير إلى أن عدم المتابعة المؤهلة لا يرتبط بشكل واضح بمكان الإقامة. الفروق الأساسية تظهر فقط في نسب المتابعة الايجابية، حيث سجلت الحضرية نسبا أعلى من الريفية. وبالتالي، فإن مشكلة غياب المتابعة المؤهلة لا تميز بشكل كبير بين الوسطين، لكنها تبقى محدودة عموما داخل كل فئة. وكما بين إختبار كاي تربيع بعدم وجود علاقة ذات دلالة معنوية بين مكان الإقامة والحصول على رعاية صحية مؤهلة فترة الحمل P>0,05.

- **المتابعة الصحية المؤهلة للحمل والمنطقة الجغرافية**

**الجدول 34: توزيع العينة حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة المنطقة الجغرافية**

| | | المتابعة المؤهلة للحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المنطقة الجغرافية (%) | الشمال وسط | 12,3 | - | 12,3 |
| | الشمال شرق | 13 | 0,7 | 13 |
| | الشمال غرب | 12 | 0,7 | 12 |
| | الهضاب العليا وسط | 16,3 | 0,1 | 16,4 |
| | الهضاب العليا شرق | 13,2 | - | 13,2 |
| | الهضاب العليا غرب | 13,2 | - | 13,2 |
| | الجنوب | 18,4 | - | 18,4 |
| المجموع | | 95,7 | 4,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

يبين الجدول وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين مختلف أوساط الإقامة في المتابعة المؤهلة للحمل؛ إذ تُسجل أعلى نسب متابعة في الجنوب (18,4%) والهضاب العليا الوسطى (16,3%)، مقابل نسب أقل في الشمال الأوسط (12,3%) والشمال الغربي (12%). هذه الفروق توضح أن الوسط الجغرافي يلعب دورا مؤثرا في تحديد فرص حصول النساء على المتابعة المؤهلة للحمل، ما يعكس تأثير التوزيع المجالي للخدمات الصحية وتفاوت سهولة الوصول إليها بين المناطق. وهذا ما أثبته إختبار كاي تربيع حيث $P<0,05$.

### 7.1.4 بناء نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الإجابة

- ترميز المتغير التابع

**جدول رقم 35: رموز المتغير التابع**

| المتغير التابع"الحصو على الرعاية المؤهلة" | الرمز |
|---|---|
| عدم الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة | 0 |
| الحصول على الرعاية الصحية مؤهلة | 1 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

إستعملنا رموز للمتغيرات بهدف تقليص حجم النموذج وبالتالي رمز للمتغيرات كمايلي:

Y : يرمز إلى للمتغير التابع و المتمثل في الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة في فترة الحمل وهو متغير إسمي يتكون من صفتين (نعم و لا).

X: للمتغيرات المستقة وهي كالاتي :

- سن المرأة عند أخر ولادة: متغير فئوي ويأخذ ثلاث صفات، أقل من 20 سنة، فئة 20–35 سنة، وفئة أكبر من 35 سنة
- عدد الاطفال في الاسرة: متغير فئوي يحمل صفات: طفل واحد، من 2–3 أطفال، أكثر من 3 أطفال
- التامين الصحي للمرأة: متغير نوعي يأخذ صفتين (نعم، لا).
- النشاط الاقتصادي للمرأة: متغير نوعي يأخذ صفتين (نعم، لا)
- مشاكل في الحمل السابق متغير نوعي يأخذ صفتين (نعم، لا)
- المستوى المعيشي للمرأة: وهو متغير اسمي رتبي يأخذ ثلاث صفات، غني، فقير، متوسط
- المستوى الدراسي: متغير رتبي يأخذ خمس صفات بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، جامعي
- مكان الإقامة: وهو متغير نوعي يحمل صفتين حضر وريف.

- الاصابة بمرض مزمن: متغير اسمي يحمل صفتين (نعم ولا).
- المنطقة الجغرافية: متغير اسمي ويأخذ 7 صفات، شمال وسط، شمال شرق، شمال غرب، هضاب عليا وسط، هضاب عليا شرق، هضاب عليا غرب، والجنوب.

### 8.1.4. نتائج التحليل اللوجستي

**الجدول 36: نتائج معالم النموذج بوجود المتغيرات المفسرة.**

| المتغيرات المفسرة | قيمة اللوجيت | الخطأ المعياري | Wald | درجة الحرية | مستوى الدلالة | نسبة الرجحان Exp(B) | مجال الثقة 95% | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | الأدنى | الأعلى |
| عمر المرأة عند أخر ولادة | -,477 | ,330 | 2,088 | 1 | ,148 | ,621 | ,325 | 1,185 |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي | -,191 | ,293 | ,422 | 1 | ,516 | ,826 | ,465 | 1,469 |
| عدد الأطفال | ,220 | ,221 | ,993 | 1 | ,319 | 1,246 | ,809 | 1,920 |
| المستوى التعليمي للمرأة | ,015 | ,136 | ,013 | 1 | ,910 | 1,016 | ,778 | 1,325 |
| عمل المرأة | ,099 | ,471 | ,044 | 1 | ,834 | 1,104 | ,439 | 2,778 |
| الإصابة بمرض مزمنة | ,565 | ,287 | 3,870 | 1 | ,049 | 1,759 | 1,002 | 3,089 |
| المستوى المعيشي | -,182 | ,184 | ,979 | 1 | ,322 | ,834 | ,582 | 1,195 |
| مكان الإقامة | -,352 | ,307 | 1,313 | 1 | ,252 | ,704 | ,385 | 1,284 |
| المنطقة الجغرافية | ,458 | ,084 | 29,602 | 1 | ,000 | 1,580 | 1,340 | 1,863 |
| مشاكل سلبية لحمل سابق | -,022 | ,346 | ,004 | 1 | ,950 | ,979 | ,496 | 1,930 |
| الثابت | 3,287 | 1,641 | 4,012 | 1 | ,045 | 26,756 | - | - |

**المصدر من إعداد الباحث إعتمادا على بيانات المسح العنقودي السادس**

يوضح الجدول رقم 36 معالم النموذج الأمثل التي تحصلنا عليها في الدورة الثانية وقيمها، بالإضافة إلى الخطأ المعياري لكل معلمة و إحصائية Wald لكل معلمة مع عدد درجات الحرية و دلالتها الإحصائية، و من خلال الجدول تبينت عدم معنوية كل من سن المرأة عند أخر انجاب ،التأمين الصحي، الاصابة عمل

المرأة ، والمستوى المعيشي ،المستوي الدراسي للمرأة ،مكان الإقامة، ومشاكل الحمل السابق والاصابة بالأمراض المزمنة في حين تبين ان ، المنطقة الجغرافية ، ذات معنوية و بالتالي لها هي المؤثر الوحيد الحصول على المتابعة الصحية المؤهلة للمرأة في فترة الحمل.

وبالتالي يمكن كتابة معادلة الانحدار اللوجستي الثنائي للنموذج كالاتي:

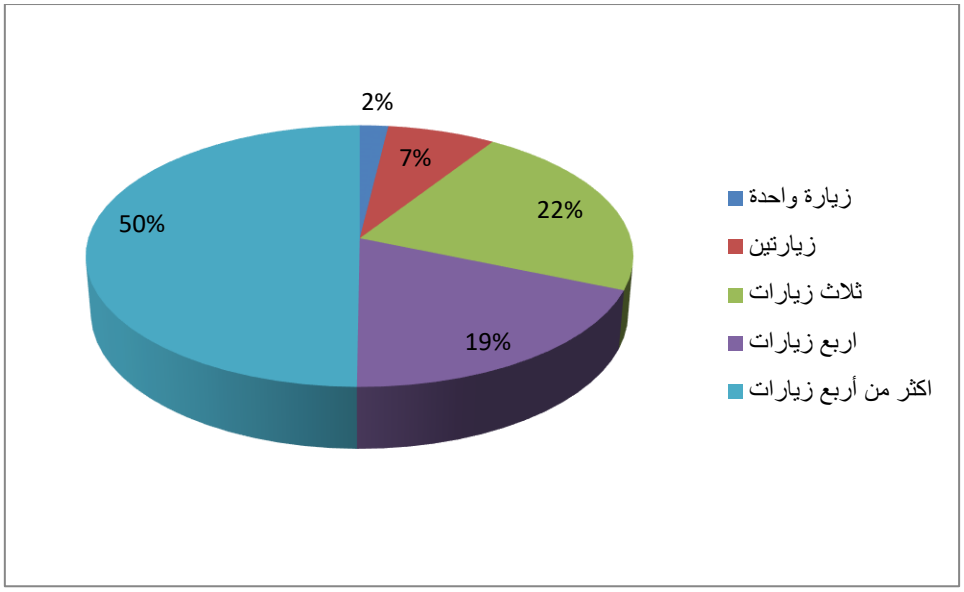
$$\log \frac{Pi}{1-Pi} = 3{,}287 - 0.458(\text{المنطقة الجغرافية})$$

### 9.1.4. تفسير نسبة الرجحان ((Exp(B)):

- بالنسبة المنطقة الجغرافية: المتغير الوحيد من حيث التأثير على المتغير التابع للحصول على الرعاية الصحية المؤهلة لمتابعة الحمل. فاحتمال الحصول على الرعاية الصحية فترة الحمل يزيد بحوالي 1.580 كلما إنتقلنا لمنطقة جغرافية تختوى على تغطية صحية أفضل.

### 10.1.4. عدد الزيارات للمتابعة الصحية المؤهلة لفترة الحمل:

**الشكل البياني 16: توزيع البحوثات حسب عدد الزيارات**

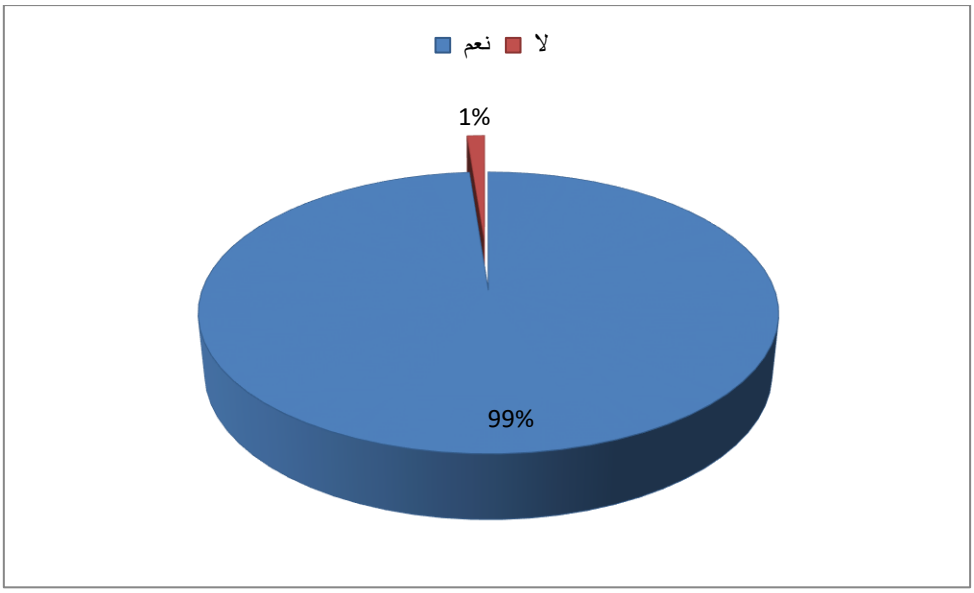



**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

الشكل رقم 16 يوضح يظهر من المخطط أن نصف النساء 50% قمن بأكثر من أربع زيارات، وهي النسبة الأكبر، ما يعكس إنتضاما مرتفعا في المتابعة الصحية. بينما بلغت نسبة من قمن بأربع زيارات 19%، ومن قمن بثلاث زيارات 22%، أي أن ما يقارب ثلث النساء حافظن على عدد زيارات مقبول يتماشى مع توصيات المتابعة. في المقابل، تبقى نسبة النساء اللواتي قمن بزيارة واحدة أو زيارتين فقط محدودة 9% وهو ما يشير إلى ضعف المتابعة عند هذه الفئة. هذه النتائج توضح أن غالبية النساء التزمن بالحد الأدنى من الزيارات المطلوبة، بل إن نسبة معتبرة تجاوزت هذا الحد، مما يعكس اهتمامًا أكبر بمتابعة الحمل.

### 11.1.4. الفحص بجهاز الموجات فوق صوتية

**الشكل البياني 17: توزيع النساء حسب الفحص بجهاز فوق الصوتية**




**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

إن نسبة الخضوع المرتفعة لفحص الموجات الصوتية (99%) تبين أن هذا الإجراء أصبح خطوة أساسية في متابعة الحمل، حتى عندما تتم المتابعة لدى قابلة أو طبيب عام لا يملكون وسيلة إجراء هذا الفحص. في هذه الحالات، تتوجه المرأة عادة إلى مصلحة الأشعة أو تلجأ. وهذا يعكس أن الفحص لم يعد مرتبطا حصريا بنوع الممارس الصحي المتابع للحمل، بل أصبح ممارسة معممة تفرضها الضرورة الطبية.

### 12.1.4. الإلتزام بعدد الفحوصات الموصى بها خلال متابعة الحمل تحت إشراف طبي مؤهل.

تم إنشاء متغير الإلتزام بعدد الفحوصات الطبية من عدد الزيارات المصرح بها خلال قيام المرأة بمتابعة الحمل تحت إشراف طبي مؤهل. يأخذ صفتين "نعم" وهي القيام بأكثر من أربع فحوصات خلال متابعة الحمل،"لا"

**الجدول 37: توزيع النساءحسب الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل**

| الإلتزام بعدد الفحوصات | العدد | النسب% |
|---|---|---|
| نعم | 2623 | 68.7 |
| لا | 1194 | 31.3 |
| **المجموع** | **3817** | **100** |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يمثل الجدول أعلاه توزيع النساء حسب مدى التزامهن بعدد الزيارات الموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية، والتي تقدر بأربع زيارات أو أكثر لمتابعة الحمل تحت إشراف طبي مؤهل. وقد بلغت نسبة النساء الملتزمات بهذه التوصية 68.7% أي ما يعادل 2623 إمرأة، في حين أن نسبة النساء اللواتي قمن بعدد أقل من الزيارات بلغت 31.3 % أي ما يعادل 1194 امرأة.

### 13.1.4. العوامل المؤثرة على اللإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل

- **الإلتزام بعدد الفحوصات اللزمة خلال الحمل وسن المرأة عند أخر ولادة**

**الجدول 38: توزيع النساء حسب سن أخر ولادة والإلتزام الزيارات الطبية لمتابعة الحمل**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| السن عند أخر ولادة (%) | أقل من 20 سنة | 1 | 0,2 | 1,2 |
| | 35-20 | 51 | 21,6 | 72,5 |
| | أكثر من 35 سنة | 16,8 | 9,5 | 26,3 |
| المجموع (%) | | 68,7 | 31,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

من الجدول رقم 37 نلاحظ ان نسبة النساء اللواتي لم يخضعن لعدد كافي من الزيارات لمتابعة الحمل بالمرتبة الأولى هن من فئة 20–25 سنة بنسبة 21.6%، مقابا 51% قمنا بالعدد الازم من الزيارات لمتابعة الحمل.يليها الفئة الأكبر من 35 سنة بنسبة 9،5%.في حين إلتزمن فئة الأقل من 20 سنة بالعدد الزيارات للازمة لمتابعة الحمل مقابل 0.2%فقط لم يكن لديهن عدد زيارات مافية لمتابعة الحمل .زهذا ما أكدة إختبار كاي تربيع على ان هناك علاقة دات دلالة معنوية بين الإلتزام بعدد الزيارات لمتابعة الحمل, وعددسن المرأة عند أخر ولادة.**P<0,05**.

- **الإلتزام بعدد الزيارات لمتابعة الحمل والاصابة بالأمراض المزمنة.**

**الجدول رقم 39: توزيع النساءحسب الإلتزام الزيارات الطبية لمتابعة والاصابة بالأمراض المزمنة**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل (%) | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الإصابة بأمراض مزمنة (%) | نعم | 15.6 | 6.7 | 22,1 |
| | لا | 53.1 | 24.7 | 77,8 |
| | لاأدري | – | 0.1 | 0,1 |
| **المجموع (%)** | | **68,7** | **31,3** | **100,0** |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

من خلال الجدول رقم 39 نلاحظ أن النساء اللواتي لم يلتزمن بعدد الزيارات الموصى بها من طرف منظمة الصحة الدولية لمتابعة الحمل ينتمين بالدرجة الأولى للنساء الغير مصابات بأمراض مزمنة بنسبة 24.7% مقابل 53.1% من إلتزمن بالعدد الزيارات الموصى بها لمتابعة الحمل. وفي المرتبة الثانية نجد فئة النساء المصابات بأمراض مزمنة بنسبة 6.7% لم يلتزمن بعدد الفحوصات اللازمة لمتابعة الحمل في حين إن 15.6% من هن من إلتزمن بالفحوصات اللازمة لمتابعة الحمل. اما الفئة التي صرحت بانها لا تدري فقد سجلت نسبة ضعيفة جدا بلغت 0.1% فقط من بين غير الملتزمات بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل.

وعليه يتضح ان نسبة عدم الإلتزام بعدد الفحوصات خلال فترة الحمل كانت أعلى بين النساء اللواتي لا يعانين من مرض مزمن. إذ بين اختبار كاي تربيع أن العلاقة بين الإلتزام بعدد الزيارات والاصابة بامراض مزمنة غير دالة إحصائيا حيث $P > 0.05$ .مما يعني ان وجود الأمراض المزمنة لا يؤثر معنويا على إلتزام النساء بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل.

- **الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل والإنتساب للضمان الإجتماعي**

**الجدول40: توزيع النساء الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل والإنتساب للضمان الإجتماعي**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي (%) | نعم | 37,1 | 13,6 | 50,7 |
| | لا | 31,6 | 17,6 | 49,3 |
| المجموع % | | 68,7 | 31.3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يبين الجدول اعلاه ان النساء اللواتي لا يملكن انتساب للضمان الإجتماعي هن الاكثر عزوفا عن الإلتزام بعدد الزيارات الموصى بها لمتابعة الحمل حيث سجلت هذه الفئة نسبة 17.6% من مجموع 31.3% من غير الملتزمات. في المقابل بلغت نسبة غير الملتزمات من النساء المنتسبات للضمان الإجتماعي 13.6% فقط، ويعود ذلك إلى أن الإنتساب للضمان الإجتماعي يغطي جزءا من الأعباء المالية لمصاريف المتابعة مما يشجع النساء على الإلتزام. كما أكد اختبار كاي تربيع وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين الإلتزام بعدد الزيارات الموصى بها والإنتساب للضمان الإجتماعي حيث.$P<0.05$ .

- **الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل والمستوى المعيشي**

**الجدول 41 توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل والمستوى المعيشي**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى المعيشي للمرأة (%) | فقير | 29.3 | 18,4 | 47,7 |
| | متوسط | 14.4 | 6,6 | 21 |
| | غني | 25,0 | 6,3 | 31,3 |
| المجموع % | | 68,7 | 31,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

من خلال الجدول رقم 41 نلاحظ ان النساء اللواتي لم يلتزمن بالعدد الكافي من الفحوصات لمتابعة الحمل يتركزن أساسا ضمن الفئة الفقيرة بنسبة 18.4%، في حين أن 29.3% من نفس الفئة التزمن بالعدد الموصى به من الزيارات. أما الفئة الغنية فقد سجلت نسبة 6.3% فقط من غير الملتزمات مقابل 25.0% منهن التزمن بالمتابعة. وبالنسبة للفئة المتوسطة فقد بلغت نسبة عدم الإلتزام 6.6%، في حين سجلت 14.4% من النساء الملتزمات بعدد الفحوصات.

وبذلك يتضح ان عدم الإلتزام بعدد الزيارات لمتابعة الحمل يرتفع بشكل أكبر عند النساء الفقيرات مقارنة ببقية الفئات، بينما تنخفض هذه النسبة بشكل واضح عند الفئة الغنية. كما ان اختبار كاي تربيع أكد وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين المستوى المعيشي للمرأة والإلتزام بعدد الفحوصات الموصى بها لمتابعة الحمل$P < 0.05$ ، مما يعني ان المستوى المعيشي يعد عاملا مؤثرا في التزام النساء بالمتابعة.

- **الإلتزام بعدد الفحوصات الازمة الطبية لمتابعة الحمل وعمل المرأة**

**جدول 42: توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات اللازمة لمتابعة الحمل عمل المرأة**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| عمل المرأة (%) | نعم | 7,7 | 2,0 | 9,7 |
| | لا | 61,0 | 29,2 | 90,3 |
| المجموع % | | 68,7 | 31,1 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يبين الجدول اعلاه ان النساء غير العاملات يمثلن النسبة الاكبر من حيث عدم الإلتزام بعدد الزيارات الموصى بها لمتابعة الحمل حيث سجلن 29.2% من مجموع 31.1% من غير الملتزمات. في المقابل بلغت نسبة غير الملتزمات من النساء العاملات 2.0% فقط. كما يظهر ان النساء غير العاملات ايضا هن الاكثر التزاما بمتابعة الحمل بنسبة 61.0% مقابل 7.7% للنساء العاملات. هذا يدل على وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين عمل المرأة والإلتزام بعدد الفحوصات الموصى بها حسب نتيجة إختبار الكاي تربع حيث$P<0.05$ .

- **الإلتزام بعدد الزيارات الطبية الازمة لمتابعة الحمل وعدد الاطفال**

**الجدول 43: توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل وعدد الاطفال**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| عدد الاطفال (%) | طفل واحد | 20,5 | 5,3 | 25.5 |
| | 2-3 إطفال | 32,4 | 16,0 | 48,4 |
| | أكثر من ثلاثة أطفال | 15,8 | 10,0 | 25,8 |
| المجموع (%) | | 68,7 | 31,3 | 100 |

**ا لمصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6**

يبين الجدول اعلاه ان النساء اللواتي لديهن من طفلين الى ثلاثة اطفال سجلن اعلى نسبة من حيث عدم الإلتزام بعدد الفحوصات الموصى بها لمتابعة الحمل حيث بلغت 16.0% من مجموع 31.3% من غير الملتزمات. تليها النساء اللواتي لديهن أكثر من ثلاثة اطفال بنسبة 10.0% ثم النساء اللواتي لديهن طفل واحد بنسبة 5.3%. اما بالنسبة للإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل فقد كانت اعلى نسبة عند النساء اللواتي لديهن من طفلين الى ثلاثة اطفال بنسبة 32.4% تليها النساء اللواتي لديهن طفل واحد بنسبة 20.5% ثم النساء اللواتي لديهن أكثر من ثلاثة اطفال بنسبة 15.8%. وتشير هذه النتائج بوضوح الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين عدد الاطفال والإلتزام بعدد الزيارات الموصى بها لمتابعة الحمل حيث.$P<0.05$ .

- **الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل والتجارب السلبية لحمل سابق**

**الجدول44: توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الفحوصات الازمة خلال متابعة الحمل وتجارب سلبية لحمل سابق**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| تجارب سلبية لحمل سابقة (%) | نعم | 14.2 | 5.7 | 19.1 |
| | لا | 54.5 | 25.6 | 80.9 |
| المجموع % | | 68,7 | 31,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS**

من خلال إختبار كاي تربيع تبين هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإلتزام بعد الفحوصات لمتابعة الحمل وتجارب سلبية لحمل سابق.$P<0,05$ فالمرأة التي تتعرض لإجهاض أو وفاة جنينها أو أي مشاكل صحية متعلقة بحمل سابق للحمل الأخير نجدها أكثر حصرا من غيرها في تكثيف الزيارات لمتابعة حملها لكيلا تكرر نفس التجربة السيئة التي مرت بها سابقا. فمن خلال الجدول رقم 44، عدد النساء اللواتي لم يلتزمن بعدد الزيارات لمتابع الحمل هن اللواتي لم يكن لديهن تجارب سلبية لحمل سابق بنسبة تساوي25،6% مقابل5،7% من النساء اللواتي لديهن تجارب سلبية سابقة.

- **الإلتزام بعدد الفحوصات االلازمة خلال متابعة الحمل والمستوى التعليمي للمرأة**

**الجدول رقم45: توزيع النساءحسب الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل والمستوى التعليمي للمرأة**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل% | | المجموع % |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى الدراسي للمرأة% | بدون مستوى | 6,1 | 6,2 | 12.2 |
| | ابتدائي | 9,2 | 5,9 | 15 |
| | متوسط | 21,7 | 10 | 31,7 |
| | ثانوي | 16,7 | 6,1 | 22,8 |
| | جامعي | 15 | 3,2 | 18,2 |
| المجموع % | | 68,7 | 31,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يبين الجدول رقم 45 ان النساء غير الملتزمات بعدد الفحوصات الموصى بها لمتابعة الحمل ينتمين بدرجة أكبر الى الفئة ذات المستوى المتوسط بنسبة 10.0%، وهي اعلى نسبة مقارنة ببقية المستويات الدراسية. تليها فئة النساء دون مستوى تعليمي بنسبة 6.2%، ثم فئة التعليم الابتدائي بنسبة 5.9%. اما النساء ذوات المستوى الثانوي فقد سجلن نسبة 6.1% من غير الملتزمات، في حين كانت أدنى نسبة عند النساء الجامعيات حيث لم تتجاوز 3.2%. هذه المعطيات توضح ان انخفاض المستوى الدراسي يرتبط بارتفاع نسب عدم الإلتزام، حيث ان النساء الأقل تعليما أكثر عرضة لعدم القيام بالعدد الكافي من الزيارات لمتابعة الحمل، في حين ان النساء الجامعيات كن الاكثر التزاما. وتشير نتائج اختبار كاي تربيع الى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين المستوى الدراسي للمرأة والإلتزام بعدد الفحوصات الموصى بها لمتابعة الحمل حيث.$P<0.05$ .

- **الإلتزام بعدد الزيارات الطبية اللازمة لمتابعة ومكان الإقامة**

**الجدول 46: توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل ومكان الإقامة**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| مكان الإقامة (%) | حضري | 44,4 | 17,4 | 61,9 |
| | ريفي | 24,3 | 13,9 | 38,1 |
| المجموع % | | 68,7 | 31,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

من مجموع الحضريات أي ما يعادل 28،1% داخل هذه الفئة، مقابل 13.9% من مجموع الريفيات أي ما يعادل 36.5% داخل فئتهن. وعلى الرغم من أن العدد المطلق لغير الملتزمات أكبر في المدن بحكم الكثافة السكانية، إلا أن النسبة الداخلية بين الفيئات نسبة عدم الإلتزام في فئة الريفيات تكشف أن الريفيات أكثر عزوفا عن الإلتزام بالفحوصات مقارنة بالحضريات. ويمكن تفسير ذلك عادة بعوامل تتعلق بصعوبة الولوج إلى الهياكل الصحية وبعد المسافات وغياب وسائل النقل المناسبة إضافة إلى بعض العوائق الإجتماعية والثقافية في الوسط الريفي. وقد أكد اختبار كاي تربيع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مكان الإقامة والإلتزام بعدد الفحوصات الموصى بها لمتابعة الحمل حيث.$p<0.05$ .

- **الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل والمنطقة الجغرافية**

**الجدول 47: توزيع النساء حسب الإلتزام بعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل والمنطقة الجغرافية**

| | | الإلتزام بعدد الفحوصات لمتابعة الحمل% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المنطقة الجغرافية (%) | الشمال وسط | 10,2 | 2,2 | 12,4 |
| | الشمال شرق | 10,4 | 2,8 | 13,2 |
| | الشمال غرب | 7,2 | 5 | 12,2 |
| | الهضاب العليا وسط | 10,9 | 5,8 | 16,7 |
| | الهضاب العليا شرق | 10,2 | 3,2 | 13,4 |
| | الهضاب العليا غرب | 7,3 | 6,2 | 13,4 |
| | الجنوب | 12,6 | 6,2 | 18,7 |
| المجموع | | 68,7 | 31,3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس**

يبين الجدول اعلاه وجود فروقات واضحة في الإلتزام بعدد الفحوصات الموصى بها لمتابعة الحمل حسب المناطق الجغرافية، حيث بلغ مجموع نسبة عدم الإلتزام بعدد الفوصات لمتابعة الحمل31,3٪. نلاحظ ان أعلى نسبة لعدم الإلتزام سجلت في مناطق الجنوب والهضاب العليا غرب على التوالي 6,2٪ و6,2٪، يليها الهضاب العليا وسط بنسبة 5,8٪ ثم الشمال غرب بنسبة 5٪. في المقابل كانت أدنى النسب في الشمال وسط 2,2٪ والشمال شرق 2,8٪. هذه النتائج توضح ان النساء القاطنات بالمناطق الجنوبية والهضاب أكثر عرضة لعدم احترام عدد الفحوصات مقارنة بالنساء في الشمال، وهو ما يمكن ربطه بعوامل مثل بعد المرافق الصحية، وصعوبة التنقل، ونقص الكوادر الطبية. كما أكد إختبار

كاي تربيع وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين المنطقة الجغرافية ومستوى الإلتزام بالفحوصات المقررة حيث.$P<0,05$ .

### 14.1.4 بناء نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الإجابة:

- **المتغير التابع:** الإلتزام بعدد الزيارات الطبية وهو متغير تم إنشاءة من عدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل وهو متنوع نوعي بصفتين "نعم" وهوالإلتزام بعدد الزيارات الطبية ويأخذ الرمز"1" و "لا" وهو عدم الإلتزام بعدد الفحوصات ويأخذ الرمز"0"

**-ترميز المتغير التابع**

**الجدول رقم 48: المتغير التابع**

| المتغير التابع"الإلتزام بعدد الزيارات خلال الحمل" | الرمز |
|---|---|
| "نعم "الإلتزام بعدد الزيارات الموصى بيها | 1 |
| "لا"عدم الإلتزام بعدد الزيارات الموصى بها | 0 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

- **المتغيرات المستقلة:**

- سن المرأة عند أخر ولادة: متغير فئوي ويأخذ ثلاث صفات، أقل من 20 سنة، فئة 20-35 سنة، وفئة أكبر من 35 سنة.
- الإنتساب للضمان الاجتماعي بصفتين (نعم -لا)
- عدد الاطفال في الاسرة: متغير فئوي يحمل صفات: طفل واحد، من 2-3 أطفال، أكثر من 3 أطفال
- المستوى المعيشي للمرأة: وهو متغير اسمي رتبي يأخذ ثلاث صفات، غني، فقير، متوسط
- المستوى الدراسي للمرأة: متغير رتبي يأخذ خمس صفات بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، جامعي
- مكان الإقامة: وهو متغير نوعي يحمل صفتين حضر وريف.

- الاصابة بمرض مزمن: متغير اسمي يحمل صفتين (نعم ولا).
- المنطقة الجغرافية: متغير اسمي ويأخذ 4 صفات، وسط، جنوب، شرق، غرب.

### 15.1.4. نتائج التحليل اللوجستي

**الجدول 49: نتائج معالم النموذج بوجود المتغيرات المفسرة**

| المتغيرات المفسرة | قيمة اللوجيت | الخطأ المعياري | Wald | درجة الحرية | مستوى الدلالة | نسبة الرجحان(Exp(B | مجال الثقة(B) 95% | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | الأدنى | الأعلى |
| سن المرأة عند أخر ولادة | -,085 | ,088 | ,936 | 1 | ,333 | ,918 | ,773 | 1,091 |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي | -,200 | ,078 | 6,556 | 1 | ,010 | ,818 | ,702 | ,954 |
| عدد الأطفال | -,340 | ,059 | 33,369 | 1 | ,000 | ,712 | ,634 | ,799 |
| التجارب السلبية لحمل سابق | ,331 | ,094 | 12,379 | 1 | ,000 | 1,393 | 1,158 | 1,675 |
| المستوى التعليمي | ,202 | ,035 | 32,704 | 1 | ,000 | 1,224 | 1,142 | 1,312 |
| عمل المرأة | ,060 | ,148 | ,161 | 1 | ,688 | 1,061 | ,793 | 1,420 |
| الإصابة بمرض مزمن | -,093 | ,081 | 1,342 | 1 | ,247 | ,911 | ,778 | 1,067 |
| المستوى المعيشي | ,263 | ,051 | 26,835 | 1 | ,000 | 1,300 | 1,177 | 1,436 |
| مكان الإقامة | -,074 | ,082 | ,827 | 1 | ,363 | ,929 | ,791 | 1,089 |
| المنطقة الجغرافية | -,106 | ,019 | 32,927 | 1 | ,000 | ,899 | ,867 | ,932 |
| **الثابت** | **1,636** | **,464** | **12,454** | **1** | **,000** | **5,134** | - | - |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يوضح الجدول رقم 49 أنّ أكثر العوامل تأثيرا في عدد زيارات متابعة الحمل هو عدد الأطفال، حيث كلما ارتفع عددهم قل التزام المرأة بالمتابعة نظرا لاعتيادها على تجارب الحمل السابقة. ويليه في الأهمية التجارب السلبية للحمل السابق مثل الإجهاض أو ولادة ميتة، إذ تدفع المرأة إلى زيادة عدد الزيارات لتفادي تكرار

النتائج السلبية. كما أظهر المستوى التعليمي تأثيرا واضحا، فارتفاعه يعكس وعيا أكبر لدى المرأة وحرصا على الإلتزام بالزيارات الموصى بها. ويأتي بعده المستوى المعيشي الذي يوفر الأمكانيات المادية لمضاعفة المتابعة، ثم الإنتساب للضمان الإجتماعي الذي يخفف تكاليف الفحوصات، وأخرا المنطقة الجغرافية التي تحدد سهولة الوصول إلى الهياكل الصحية. أما متغيرات سن المرأة عند آخر إنجاب، عمل المرأة، الإصابة بالأمراض المزمنة، ومكان الإقامة فقد تبين أنها غير مؤثرة بشكل معنوي في عدد الزيارات.

و بالتالي يمكن كتابة معادلة الانحدار اللوجستي الثنائي للنموذج كالاتي:

$$Log\, {P_i}/{1 - P_i} = 1.636 - 0.200$$ **الانتساب للضمان الاجتماعي** $0.340$ **-**

**المستوى** $0.202$ **+التجارب السلبية السابقة للحمل والولادة** $0.331$ **+عدد الأطفال**

$0.106$ **المنطقة الجغرافية –** $0.263$ **المستوى المعيشي +التعليمي**

ويمكن ترتيب المتغيرات حسب درجة تاثيرها على المتغير التابع كالاتي:

**الجدول رقم 50: ترتيب المتغيرات المفسرة**

| المرتبة | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|---|---|---|---|---|---|---|
| المتغير | عدد الأطفال | التجارب السلبية السابقة | المستوى المعيشي | المستوى التعليمي | الانتساب للضمان الإجتماعي | المنطقة الجغرافية |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يبين الجدول رقم 50 أن عدد الأطفال يأخذ المرتبة الأولى يليها التجارب السلبية للحمل والولادة ثم يأتيالمستوى المعيشي في المرتبة الثلثة يليه على التوالي كل من المستوى التعليمي والإنتساب للضمان الإجتماعي ثم في الأخير المنطقة الجغرافية.

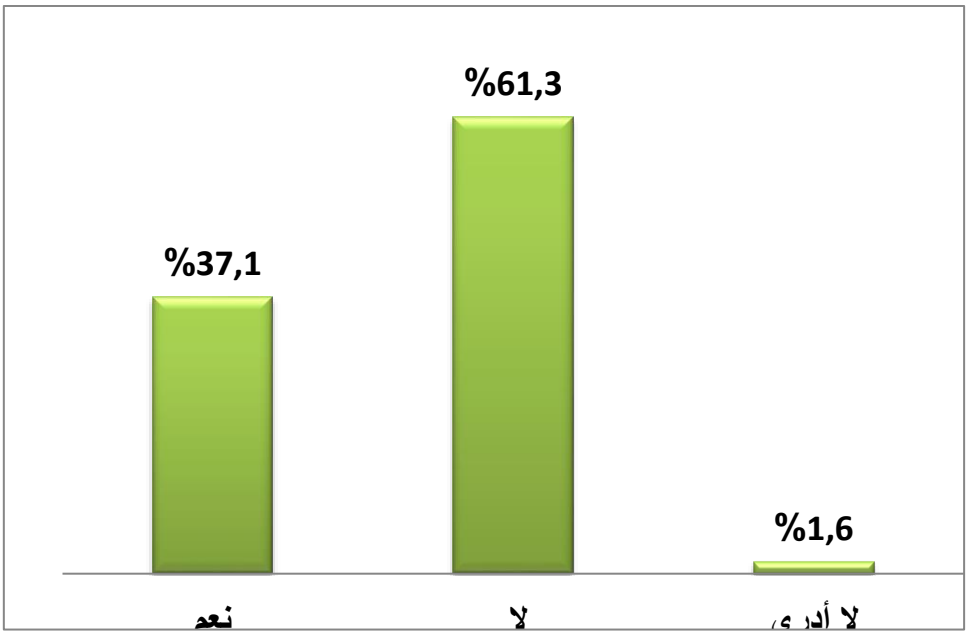
### 16.1.4. تفسير نسبة الرجحان ((Exp(B)):

- المستوى التعليمي: يزيد احتمال الحصول على الرعاية الصحية لمتابعة الحمل بحوالي 1.224 عند ارتفاع المستوى بدرجة واحدة.
- المستوى المعيشي: يزيد الاحتمال بحوالي 1.300عند تحسن المستوى بدرجة واحدة.
- التجارب السلبية في الحمل السابق: يزيد الاحتمال بحوالي 1.393عند وجود تجربة سلبية سابقة.
- المنطقة الجغرافية: يقل الاحتمال إلى حوالي 0.899عند التغير بدرجة واحدة (تأثير سلبي).
- عدد الأطفال: يقل الاحتمال إلى حوالي 0.712كلما زاد عدد الأطفال.
- الإنتساب للضمان الإجتماعي: يقل الاحتمال إلى حوالي 0.818عند الإنتساب.

### 17.1.4. التلقيح ضد التيتانوس للمرأة لأخر حمل:

يُعتبر لقاح الكزاز من أهم التلقيحات الموجهة للمرأة الحامل، حيث يكتسي أهمية بالغة في حماية الأم من خطر الإصابة بالكزاز بعد الولادة أو عند التعرض للجروح، وفي الوقت ذاته يضمن انتقال الأجسام المضادة عبر المشيمة إلى الجنين، مما يوفر له مناعة طبيعية ضد الكزاز الوليدي خلال الأشهر الأولى من حياته. وتوصي منظمة الصحة العالمية بإعطاء جرعتين على الأقل للنساء اللواتي لم يسبق لهن التلقيح، مع احترام الفاصل الزمني بين الجرعتين، بينما تكفي جرعة واحدة للنساء اللواتي تلقين اللقاح مسبقا. وتعطى الجرعة المثلى عادة بين الأسبوع السابع والعشرين والأسبوع السادس والثلاثين من الحمل، وهو ما يجعل هذا التدخل البسيط عاملا أساسيا في خفض معدلات وفيات الأمهات والرضع، وقد أثبتت الدراسات العالمية أن إدراج هذا التلقيح في برامج الرعاية الصحية للأمومة ساهم في إنقاذ ملايين الأرواح والحد من انتشار الكزاز الوليدي.

**الشكل رقم 18: توزيع النساء حسب تلقي اللقاح ضد التيتانوس(الكزاز)**




**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يمثل الشكل البياني توزيع المبحوثات حسب تلقيحهن بمضاد التيتانوس، فنلاحظ ان نسبة اللواتي قمنا بالتلقيح أقل باللواتي لم يقمن بالتلقيح حيث كانت الإجابات 61,3% بلا مقابل 37.10% بنعم، اما 1,6% كانت الإجابة بلا أدريي معنى لا يعرفن هل تم تلقيحهن ام لا.

العلاقة بين المتغير التابع وهو التلقيح ضد التيتانوس(الكزاز) والمتغيرات المستقلة بإختبار الكاي تربيع.

### 18.1.4. العوامل المؤثرة على تلقي لقاح التيتانوس للمرأة في أخر ولادة.

- **التلقيح ضد التيتانوس وسن المرأة عند أخر إنجاب:**

**الجدول 51: توزيع النساء حسب التلقيح ضد التيتانوس وسن المرأة**

| سن المرأة عند أخر حمل% | التلقيح ضد التيتانوس% | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|
| | نعم | لا | لا أدري | |
| أقل من 20 سنة | 0,6 | 0,6 | – | 1,2 |
| 20–35 سنة | 27,2 | 39,0 | 1.9 | 67,2 |
| أكثر من 35 سنة | 9,3 | 21,7 | 1.2 | 31,6 |
| **المجموع %** | **37,1** | **61,3** | **1,6** | **100** |

**المصدر: من إعداد البحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس**

الجدول رقم 51 لقد تبين من إختبار كاي تربيع ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين سن المرأة في أخر إنجاب والتلقيح ضد التيتانوس $P<0.05$. فمن المعروف ان فاعلية اللقاح تدون 10 سنوات، بمعنى ان المرأة إذا كانت أخذت التطعيم قبل أخر حمل تقل مدته عن 10 سنوات لا يتم تلقيها. على أساس انها لدها مناعة ضد التيتانوس.

- **التلقيح ضد التيتانوس وعدد الاطفال**

**الجدول رقم52: توزيع النساء حسب والتلقيح ضد التيتانوس بين عدد الأطفال**

| عدد الاطفال% | التلقيح ضد التيتانوس% | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|
| | نعم | لا | لا أدري | |
| طفل واحد | 14,4 | 10,8 | 0,3 | 25,5 |
| 2–3 أطفال | 16,6 | 30,9 | 0,6 | 48,1 |
| أكثر 3 أطفال | 6,1 | 19,6 | 0,6 | 26,3 |
| **المجموع %** | **37,1** | **61,3** | **1,6** | **100** |

**المصدر: عمل الباحث من خلال قاعدة البيانات MICS6**

من الجدول رقم 52 هناك علاقة ذات دلالة معنوية بين عدد الأطفال والتلقيح ضد التيتانوس، $P<0.05$ . فالمرأة التي أخذت اللقاح في الحمل السابق وتكون الفرق بين الولادت اقل من 10 سنوات فلا تأخذ التطعيم ضد التيتانوس.

- **التلقيح ضد التيتانوس والتجارب السلبية لحمل سابق**

**الجدول رقم53: توزيع النساء حسب تلقي تلقيح التيتانوس والتجارب السلبية لحمل سابق**

| | | التلقيح ضد التيتانوس% | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | لا أدري | |
| تجارب سلبية في حمل سابق% | نعم | 16,9 | 26,1 | 0,7 | 43,7 |
| | لا | 20,2 | 35,2 | 0,9 | 56,3 |
| **المجموع%** | | **37,1** | **61,3** | **1,6** | **100** |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

من الجدول رقم 53 هناك علاقة ذات دلالة معنوية بين مشاكل الحمل السابقة والتلقيح ضد التيتانوس، $P<0.05$. التعرض لتجربة سيئة خلال حمل سابق يجعل المرأة أكثر حصا لاخذ التدابير اللازمة من اجل تفادي إعادة التجربة من جديد.

- **التلقيح ضد التيتانوس والمستوى التعليمي**

**الجدول 54: توزيع النساء حسب التلقيح ضد التيتانوس والمستوى التعليمي للمرأة**

| | | التلقيح ضد التيتانوس% | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | لا أدري | |
| المستوى الدراسي للمرأة% | بدون مستوى | 3,3 | 9,6 | 0.4 | 13,3 |
| | ابتدائي | 4,7 | 10,1 | 0.5 | 15,3 |
| | متوسط | 11,8 | 19,1 | 0,4 | 31,3 |
| | ثانوي | 8,7 | 13,5 | 0,2 | 22,3 |
| | جامعي | 8,8 | 9,0 | 0,1 | 17,8 |
| **المجموع%** | | **37,1** | **61,3** | **1,6** | **100** |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

أظهر الجدول رقم 54 وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى الدراسي للمرأة والتلقيح ضد الكزاز ($P<0.05$). ويتضح أن ارتفاع المستوى التعليمي يرتبط إيجابيا بزيادة وعي المرأة الصحي، مما ينعكس في إقبالها على تلقي اللقاحات الضرورية لحماية نفسها وجنينها. كما أن إدراج التلقيح ضد الكزاز ضمن البرامج الصحية المدرسية يجعل النساء اللواتي بلغن مستوى التعليم الثانوي أو الجامعي أكثر عرضة للاستفادة من هذا الإجراء خلال مسارهن الدراسي، وهو ما يفسر نسب التلقيح المرتفعة في هذه الفئات مقارنة بذوات المستوى التعليمي المنخفض أو غير المتعلمات.

- **التلقيح ضد التيتانوس والأمراض المزمنة:**

**الجدول 55: توزيع المبحوثات حسب التلقيح ضد التيتانوس الأمراض المزمنة**

| | | التلقيح ضد التيتانوس% | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | لا أدري | |
| الإصابة بالأمراض مزمنة% | نعم | 8,4 | 13,5 | 0,2 | 22,1 |
| | لا | 28,6 | 47,7 | 1,4 | 77,7 |
| | لا أدري | | 0,1 | | 0,1 |
| **المجموع%** | | **37,1** | **61,3** | **1,6** | **100** |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

من الجدول رقم 55 لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بمرض مزمن والتلقيح ضد التيتانوس، $P>0.05$

- **التلقيح ضد التيتانوس ومنطقة الإقامة**

**الجدول رقم56: توزيع العينة حسب التلقيح ضد التيتانوس ومكان الإقامة**

| | | التلقيح ضد التيتانوس | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | لا أدري | |
| مكان الإقامة | حضري | 22,8 | 37,4 | 0,9 | 61,1 |
| | ريفي | 14,3 | 23,9 | 0,7 | 38,9 |
| **المجموع%** | | **37,1** | **61,3** | **1,6** | **100** |

**المصدر: عمل الباحث من خلال قاعدة البيانات MICS6**

من الجدول رقم 56هناك علاقة ذات دلالة معنوية بين مكان الإقامة والتلقيح ضد التيتانوس، $P<0.05$. ان الوصول إلى الهياكل الصحية وتوفر اللقاح يساعد المرأة على حصولها على الرعاية اللازمة.

- **التلقيح ضد التيتانوس المنطقة الجغرافية:**

**الجدول 57: توزيع النساء حسب التلقيح ضد التيتانوس المنطقة الجغرافية:**

| | | التلقيح ضد التيتانوس | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | لا أدري | |
| المنطقة الجغرافية | شمال وسط | 4,2 | 7,6 | 0 | 11,9 |
| | شمال شرق | 6,4 | 6,8 | 0,1 | 13,3 |
| | شمال غرب | 4,4 | 8,3 | 0,1 | 12,8 |
| | هضاب عليا وسط | 2,8 | 19,5 | 0,3 | 16,6 |
| | هضاب عليا شرق | 4,6 | 8,2 | 0,2 | 13 |
| | هضاب عليا غرب | 6,4 | 7,4 | 0,4 | 14,3 |
| | الجنوب | 8,2 | 9,5 | 0,4 | 18,1 |
| **المجموع%** | | **37,1** | **61,3** | **1,6** | **100** |

**المصدر: عمل الباحث من خلال قاعدة البيانات MICS6**

من الجدول رقم 57 العزوف عن اخذ اللقاح بنسبة 53.7 % مع مفارقات حسب المنطقة الجغرافية فنجدها مرتفعة في منطقة الهضاب العليا. وهذا لصعوبة الوصول لهياكل الرعاية الصحية وهذا ما تبين من خلال إختبار كاي تربيع ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين التلقيح ضد التيتانوس والانتماء لمنطقة جغرافية معينة. $P<0.05$ .

- **التلقيح ضد التيتانوس وعمل المراة**

**جدول رقم58: توزيع النساء حسب التلقيح ضد التيتانوس وعمل المرأة**

| | | التلقيح ضد التيتانوس% | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | لا أدري | |
| عمل المرأة% | نعم | 4,5 | 5 | 0 | 9,5 |
| | لا | 32,6 | 56,3 | 1,6 | 90,5 |
| المجموع% | | 37,1 | 61,3 | 1,6 | 100 |

**المصدر: عمل الباحث من خلال قاعدة البيانات MICS6**

أظهر إختبار كاي تربيع أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمل المرأة والتلقيح ضد الكزاز (P<0.05)وكما تبين في الجدول (58) أن النساء غير العاملات يشكلن النسبة الأكبر ضمن الفئة غير الملقحات (56.3%)، مقابل 5% فقط من العاملات. ورغم أن التلقيح مجاني ومتاح في مؤسسات الصحة العمومية، إلا أن هذه النتيجة يمكن تفسيرها بكون النساء العاملات أكثر عرضة للاحتكاك بمصادر متعددة للمعلومات الصحية سواء من خلال الوسط المهني أو الحملات التوعوية داخل المؤسسات، مما يزيد من وعيهن بأهمية التلقيح. في المقابل، قد تفتقد النساء غير العاملات إلى نفس الدرجة من التوجيه الصحي أو المتابعة المنتظمة، وهو ما ينعكس في ضعف نسب التلقيح لديهن. وتؤكد هذه النتائج ضرورة تكثيف جهود التوعية واستهداف الفئات غير العاملة بشكل خاص لضمان استفادتهن من هذا الإجراء الوقائي المجاني والضروري.

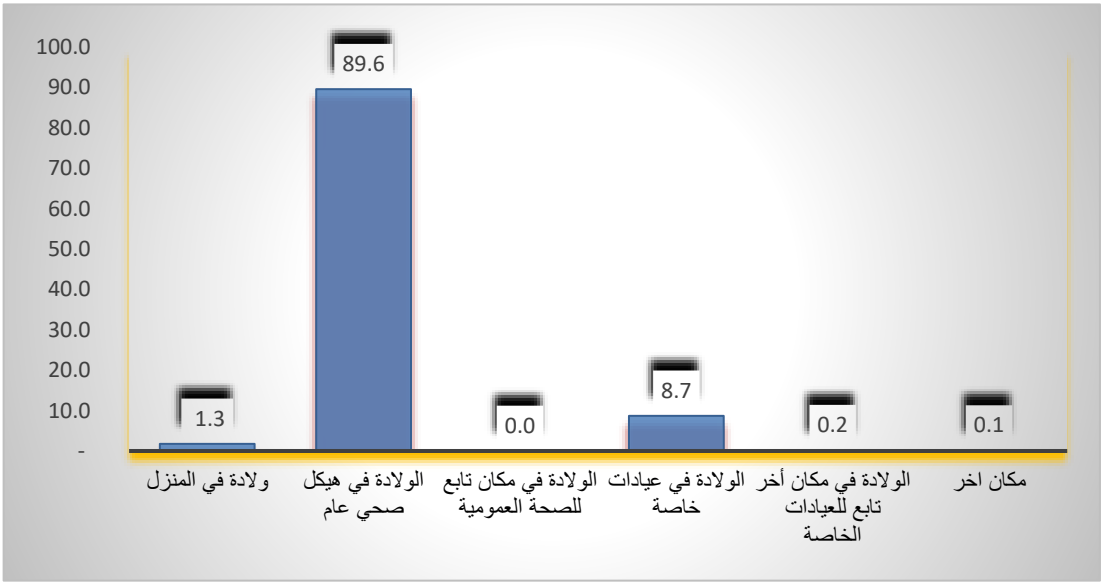
## 2.4 الرعاية الصحية أثناء الوضع (الولادة) :

الولادة هي العملية الطبيعية التي ينتقل فيها الجنين من رحم الأم إلى العالم الخارجي بعد اكتمال نموه، وهي مرحلة حساسة ترافقها تغيرات فسيولوجية كبيرة عند الأم والطفل. ونظراً لما قد تحمله من مخاطر ومضاعفات، تكتسي الولادة أهمية خاصة حين تتم تحت إشراف طبي مؤهل، إذ يضمن ذلك التدخل الفوري في حال حدوث نزيف أو تعسر ولادة أو مضاعفات أخرى قد تهدد حياة الأم والجنين. كما يسمح

الإشراف الطبي بمراقبة حالة الجنين أثناء الولادة والكشف المبكر عن أي اضطراب في نبضه أو نقص في الأكسجين، مما يقلل من وفيات الأمهات والمواليد. إضافة إلى ذلك، يوفر الفريق الطبي الرعاية الفورية واللازمة للأم ورضيعها بعد الولادة، إلى جانب الدعم النفسي والصحي الذي يهيئ بيئة آمنة تسهّل سير هذه المرحلة الحرجة بسلام.

### 1.2.4 مكان الولادة

**الشكل البياني 19 : توزيع النساء حسب مكان الولادة**




**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يمثل الشكل رقم 19يمثل توزيع النساء، حسب مكان الولادة، فسجلت أكبر نسبة في المستشفيات،71.2%، يليها العيادات متعددت الخدمات. عيادات خاصة بنسبة 7.7%، اما الولادات في المنزل فان النسبتها ..1.7%

**5) -2 متغيرات الدراسة:**

- **النتغير التابع**

وهو الحصول على الرعاية الصحية التوليدية المؤهلة للمرأة وهو متغير نوعي ثنائي التفرع اي يحمل صفتين: "1" نعم هناك رعاية صحية مؤهلة و "0" لا لم تكن هناك رعاية صحية مؤهلة. وقد تم انشاء هذا المتغير عن طريق المعلومات المتوفرة في قاعدة البيانات حول الولوج الصحي والرعاية الصحية من خلال توحيد الإجابات عن السؤال الموجه للمرأة:" من ساعدك عند ولادة طفلك الأخير" حيث كانت الإجابات المقترحة على النحو التالي:

1. مساعدة من طرف طبيب مختص (شخص مؤهل)
2. مساعدة من طرف طبيب عام (شخص مؤهل)
3. مساعدة من طرف قابلة (شخص مؤهل)
4. مساعدة من طرف ممرض(ة) (شخص مؤهل)
5. مساعدة من طرف قابلة تقليدية (شخص غير مؤهل)
6. مساعدة من شخص من العائلة أو صديق (شخص غير مؤهل)
7. أخر (شخص غير مؤهل)
8. لا أحد (شخص غير مؤهل)

- **المتغيرات المستقلة:**

بعد تحديد أهم المتغيرات المؤثرة على الولوج الصحي للمرأة أثناء الولادة، واعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس 2018 إستخرجنا مجموعة من المتغيرات لها إرتباط وتأثير على المتغير

التابع للدراسة، منها متغيرات كمية كالسن وعدد الاطفال في الاسرة ومتغيرات نوعية كالمستوى المعيشي للمرأة، المستوى الدراسي، مكان الإقامة، الاصابة بمرض مزمن والمنطقة الجغرافية.

### 2.2.4 العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة:

- **الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة وسن المرأة عند أخر ولادة.**

**الجدول 59: توزيع النساءحسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة وسن المرأة عند أخر ولادة**

| | | الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| السن عند أخر ولادة | أقل من 20 سنة | 4.3 | 0.1 | 4.4 |
| | 35-20 | 73.0 | 1.0 | 74.0 |
| | أكثر من 35 سنة | 21.3 | 0.3 | 21.6 |
| **المجموع** | | **98.6** | **1,4** | **100** |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

حسب الجدول رقم59 نلاحظ أغلبية النساء حصلن على المساعدة الطبية أثناء الولادة (98.6 %). وبينت نتائج كاي تربيع انة لايوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحصول على المساعدة الصحية أثناء الولادة وسن المرأة حيث $p>0.05$ .

- **الرعاية الصحية المؤهلة أثناءالولادة والاصابة بمرض مزمن**

**الجدول 60: توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والإصابة بمرض مزمن.**

| | | الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الإصابة بمرض مزمن | نعم | 21.8 | 0.3 | 22.1 |
| | لا | 76.8 | 1.0 | 77.8 |
| | لا أعلم | 0.1 | 0 | 0.1 |
| المجموع% | | 98.7 | 1.3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

تشير الدراسات في مجال الطب عامة إلى وجود علاقة قوية بين الاصابة بمرض مزمن والرعاية الصحية عند الولادة. فحسب معطيات الجدول رقم 3 ان 93.97 %من النساء المصابات بمرض مزمن تحصلن على الرعاية الصحية عند الولادة، فمن المعروف ان هذه الفئة من النساء تكون في حاجة ماسة لمتابعة صحية خاصة من بداية الحمل الى غاية الولادة حتى أنه يطلق علها اسم " الأمومة عالية الخطورة". وقيد بينت نتائج اختبار كاي تربيع من خلال تطبيقه على بيانات الدراسة انه لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الاصابة بمرض مزمن والحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة حيث$P>0,05$.

- **الرعاية الصحية أثناء الولادة والمستوى الدراسي للمرأة.**

**الجدول61: توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والمستوى الدراسي للمرأة.**

| | | الحصول على الرعاية الصحية عند الولادة | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى الدراسي للمرأة | بدون مستوى | 13.4 | 0.7 | 14.4 |
| | ابتدائي | 14.9 | 0.3 | 15.2 |
| | متوسط | 30.7 | 0.2 | 30.9 |
| | ثانوي | 22.5 | 0.1 | 22.6 |
| | جامعي | 17.1 | 0 | 17.2 |
| **المجموع %** | | **98.7** | **1.3** | **100** |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

بينت نتائج اختبار كاي تربيع وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة والمستوى الدراسي للمرأة $P<0,05$، حيث تشير نتائج الجدول رقم 61 أن النساء الجامعيات حصلن كلهن على الرعاية الصحية أثناء الولادة، وتؤول هذه النسبة الى الارتفاع كلما انخفض المستوى التعليمي للمرأة لتصل الى 0,7% عند النساء بدون مستوى. وبالنسبة، وهذا يدل ان للتعليم دور اساسي في التأثير على سلوكيات الافراد وخاصة النساء.

- **الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والمستوى المعيشي للمرأة.**

**الجدول 62: توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والمستوى المعيشي للمرأة.**

| | | الحصول على الرعاية الصحية عند الولادة % | | المجموع % |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى المعيشي للمرأة | فقير | 47.9 | 1.1 | 49.9 |
| | متوسط | 20.2 | 0.2 | 20.4 |
| | غني | 30.5 | 0 | 30.5 |
| المجموع% | | 98.7 | 1.3 | 100 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

حسب الجدول رقم62 نلاحظ ان 89.7 % من النساء حصلن على الرعاية الصحية أثناءالولادة ولكن بفوارق حسب المستوى المعيشي، وقد اكدت نتائج اختيار كاي تربيع على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية ($p<0.05$) بين المستوى المعيشي للمرأة والحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة. إذ بينت معطيات الجدول رقم 5 أن نسبة النساءاللواتي لم يتحصلن على الرعاية الصحية أثناء الولادة ترتفع مع إنخفاض المستوى المعيشي، فالنساء الغينات تحصلن كلهن على الرعاية الصحية بينما 1,1 % من النساء الفقيرات لم يتحصلن على الرعاية الصحية، مما يدل على ان النساء ذات المستوى المعيشي المتدني يجدن صعوبة في الولوج إلى الرعاية الصحية التوليدية على الرغم من توفر العلاج المجاني في الجزائر، وهذا يعني ان مازالت المرأة الفقيرة تواجهها عراقيل للحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة وقد اشار البروفسور محمد مبتول في مجموعة من ابحاثه الى ان الطبقة المتوسطة و الغنية هي المستفيدة بالدرجة الأولى من الصحة العمومية (oms.2011، مبتول،2004).

- **الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة وعدد الأطفال**

**الجدول63: توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة وعدد الأطفال.**

| | | الحصول على الرعاية الصحية عند أخر الولادة | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| عدد الاطفال | طفل واحد | 25.2 | 0.3 | 25.5 |
| | طفلين –ثلاثة إطفال | 47.4 | 0.6 | 48.0 |
| | أكثر من ثلاثة أطفال | 26.1 | 0.4 | 26.6 |
| المجموع% | | 98.7 | 1.3 | 100 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

نلاحظ من معطيات الجدول رقم 63 ان 98,7 % من النساء المبحوثات تحصلن على الرعاية الصحية أثناء الولادة على الرغم من إختلاف عدد اطفالهن من التجارب السابقة للولادة. وبين اختبار كاي تربيع وجود علاقة غير ذالة احصائيا ($p>0.05$) بين عدد الاطفال للمرأة والحصول على الرعاية الصحية التوليدية، وهذا يدل على ان المرأة الجزائرية مهما كان عدد الاطفال لديها تتجه إلى المصالح التوليدية للولادة مما يدل على اهتمامها بحياتها وحياة جنينها.

- **الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة ومكان الإقامة.**

**الجدول 64: توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة ومكان الإقامة.**

| | | الحصول على الرعاية الصحية عند الولادة | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| مكان الإقامة | حضري | 60.6 | 0.3 | 60.9 |
| | ريفي | 38.1 | 1.0 | 39.1 |
| المجموع % | | 98.7 | 1.3 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

اثبتت الدراسات في مجال الرعاية الصحية (مبتول 2013, انتون اكونست وطانج هأولينغ 2001، 2018 CISSE SIAKA، 2016Ndye Fautou NGOM) وجود علاقة بين مكان الإقامة والولوج للرعاية الصحية بصفة عامة والرعاية الصحية التوليدية بصفة خاصة، فحسب معطيات الجدول رقم 07 نلاحظ ان 98.7 % من النساء حصلن على الرعاية الصحية ولكن بفوارق تصل تقريبا الى الضعف حسب مكان الإقامة لصالح المناطق الحضرية (60,6 % مقابل 38,1 %). وبينت نتائج اختبار كاي تربيع على وجود علاقة ذات دلالة احصائية ($p<0.05$) بين مكان الإقامة والحصول على الرعاية الصحية التوليدية. كما اظهرت نتائج الدراسة الجدول رقم64 ان معظم النساء اللواتي لم يحضين بالمتابعة الصحية أثناء الولادة هن يقمن في المناطق الريفية، وهذا يرجع تفسيره أولا بكون المرأة الحضرية أكثر وعيا بمخاطر الولادة خارج المصالح الصحية وثانيا بالتوزيع غير المتسأوي للكفاءات الطبية المؤهلة بين المنطقتين حتى ان وجدت الهياكل الصحية واخيرا تدخل العوامل الثقافية والإجتماعية مما تحول دون استفادة المرأة الريفية من الرعاية الصحية التوليدية.

- **الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والمنطقة الجغرافية**

**الجدول 65: توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناءالولادة والمنطقة الجغرافية**

| | | الحصول على الرعاية الصحية عند الولادة | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المنطقة الجغرافية | الشمال وسط | 11.5 | 0 | 11.5 |
| | الشمال غرب | 12.9 | 0 | 12.9 |
| | الشمال شرق | 12.6 | 0 | 12.6 |
| | الهضاب العليا وسط | 16.2 | 0.5 | 16.7 |
| | الهضاب العليا غرب | 13.0 | 0.1 | 13.1 |
| | الهضاب العليا شرق | 14.2 | 0.1 | 14.2 |
| | الجنوب | 18.2 | 0.6 | 18.8 |
| المجموع | | 98.7 | 1.3 | 100 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

من خلال معطيات الجدول رقم 65 نلاحظ ان 98.7% تحصلن على الرعاية الصحية، في حين 1.3% لم يحصلن على هذه الرعاية، وهي موزعة بين مناطق الهضاب العليا ومناطق الجنوب. فقد بين المسح العنقودي السادس ان كل نساء الشمال تحصلن علة الرعاية الصحية. اما فيما يخص المناطق الاخرى فنجد نساء الجنوب والهضاب العليا وسط هن اللواتي لم يحصلن على الرعاية الصحية بنسب أكبر من نساء الهضاب العليا شرق وغرب، ويرجع هذا لعدة عوامل من بينها: التوزيع غير العادل للهياكل والكوادر الصحية عبر التراب الوطني حيث نجد 80% منها متواجدة في الشمال الجزائري في حين ولايات الهضاب العليا والجنوب تشكو من نقص كبير الهياكل والكوادر الطبية، اضافة الى صعوبة هذه المناطق خاصة في فصل الشتاء. وأثبت اختبار كاي تربيع أن العلاقة بين المنطقة الجغرافية والحصول على الرعاية الصحية عند الولادة ذات دلالة إحصائية ($p<0.05$).

### 3.2.4. بناء نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الاجابة:

كما سبق وأن ذكرنا سوف نعتمد على الانحدار اللوجستي الثنائي لدراسة العلاقة بين المتغير التابع ثنائي الاجابة والمتغيرات المفسرة وذلك من خلال بناء نموذج يفسر العلاقة الموجودة بين المتغيرات السوسيوديموغرافية والإقتصادية والجغرافية ومتغير الحصول على الرعاية الصحية فترة الحمل. فقبل عرض نتائج النموذج من الضروري تقديم متغيرات الدراسة ورموزها.

- **Y : المتغير التابع** والمتمثل في الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة وهو متغير إسمي يتكون من صفتين (نعم و لا).

**الجدول 66: المتغير التابع**

| المتغير التابع | الرمز |
|---|---|
| " نعم "الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة | 1 |
| "لا"عدم الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة | 0 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات MICS6.**

**X: للمتغيرات المستقة وهي كالاتي :**

- سن المرأة عند أخر ولادة: متغير فئوي ويأخد ثلاث صفات، أقل من 20 سنة، فئة 20-35 سنة، وفئة أكبر من 35 سنة
- عدد الاطفال في الاسرة: متغير فئوي يحمل صفات: طفل واحد، من 2-3 أطفال، أكثر من 3 أطفال
- المستوى المعيشي للمرأة: وهو متغير اسمي رتبي يأخد ثلاث صفات، غني، فقير، متوسط
- المستوى الدراسي: متغير رتبي يأخذ خمس صفات بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، جامعي
- مكان الإقامة: وهو متغير نوعي يحمل صفتين حضر وريف.

- الاصابة بمرض مزمن: متغير اسمي يحمل صفتين (نعم ولا).
- المنطقة الجغرافية: متغير اسمي ويأخذ 4 صفات، وسط، جنوب، شرق، غرب.

يوضح الجدول اعلاه رموز المتغير التابع حيث رمز للحصول على الرعاية الصحية برقم 1 وعدم الحصول عليها برقم 0.

### 4.2.4. نتائج التحليل الوجيستي:

بعد ما تم عرض العلاقة الموجودة بين المتغيرات المستقلة كل واحد على حدى مع المتغير التابع، يسمح لنا تحليل اللوجستي بمعرفة أي من هذه المتغيرات المستقلة أكثر تأثيرا على المتغير التابع الثنائي الصفة (0-1) أي الحصول على الرعاية الصحية (1) وعدم الحصول على الرعاية الصحية (0).

بعد إدخال كل المتغيرات المستقلة في النموذج تبين انهتم استخدام كل العينة 100% وهذا التردد جيد جدا.

**جدول 67: نتائج معالم النموذج بوجود المتغيرات المفسرة.**

| المتغيرات المفسرة | قيمة اللوجيت | الخطأ المعياري | Wald | درجة الحرية | مستوى الدلالة | نسبة الرجحان | مجال الثقة 95% | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | الأدنى | الأعلى |
| سن المرأة عند أخر ولادة | 0,107 | 0,109 | 0,963 | 1 | 0,326 | 1,113 | 0,899 | 1,378 |
| المستوى التعليمي | 0,569 | 0,139 | 16,661 | 1 | 0 | 1,766 | 1,344 | 2,32 |
| المستوى المعيشي | 0,664 | 0,307 | 4,679 | 1 | 0,031 | 1,942 | 1,064 | 3,544 |
| مكان الإقامة | -0,789 | 0,329 | 5,773 | 1 | 0,016 | 0,454 | 0,238 | 0,865 |
| المنطقة الجغرافية | -0,327 | 0,086 | 14,43 | 1 | 0 | 0,721 | 0,609 | 0,854 |
| عدد الأطفال | -0,145 | 0,193 | 0,567 | 1 | 0,451 | 0,865 | 0,592 | 1,262 |
| الإصابة بمرض مزمن | 0,057 | 0,292 | 0,038 | 1 | 0,844 | 1,059 | 0,598 | 1,876 |
| **الثابت** | **5,157** | **1,197** | **18,563** | **1** | **0** | **173,666** | - | - |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

يوضح الجدول رقم 67 معالم النموذج الأمثل التي تحصلنا عليها في الدورة الخامسة وقيمها بالإضافة إلى الخطأ المعياري لكل معلمة وإحصائية Wald لكل معلمة مع عدد درجات الحرية ودلالتها الإحصائية، ومن خلال الجدول تبينت عدم معنوية كل من سن المرأة عند الانجاب وعدد الاطفال والاصابة باحد الأمراض المزمنة بينما تين ان مكان الإقامة والمستوى التعليمي والمنطقة الجغرافية والمستوى المعيشي دات معنوية وبالتالي لها تأثير على الحصول على الرعاية التوليدية.

و الاكثر إثارة هو المستوى التعليمي للمرأة و وسط الإقامة ،فحقيقتا ان الانتماء الى الوسط الحضري يعطي إمكانية للوصول إلى الهياكل الصحية أثر من الانتماء للوسط الريفي فهنا نساء يقطعن مسافات طويلة من أجل الحصول على الرعاية الصحية ،كما ان ضعف المستوى المعيشي يؤثر على المرأة في حصولها على الرعاية الصحية،والملاحظ في نتائج التحليل اللوجيستي ان اكثر المتغيرات تأثيرا على الوصول إلى الرعاية الصحية هو المستوى التعليمي و وسط الإقامة أو الإقليم الجغرافي ،فكلما زاد تعليم المرأة كلما زاد وعيها وحرصها على صحتها ،أما فيما يخص وسط الإقامة أو الإقليم الجغرافي فان توفر الهياكل الصحية و الكوادر الطبية في أماكن معينة من البلاد يحول دون الحصول عليها من طرف بيض النساء ذوات الدخل الضعيف .

وهذا يؤكد فرضيتنا القائلة بان الإقامة في منطقة حضرية يقدم مزايا للمرأة من حيث إمكانية الوصول الى المصالح الصحية ذات خدمات توليدية مهما كان المستوى المعيشي للمراة .بينما في المناطق الريفية، بسبب عدم كفاية عدد العاملين الصحيين المؤهلين مع غياب معدات عالية الجودة. ومن هنا يمكن كتابة معادة النموذج بهذا الشكل:

وبالتالي يمكن كتابة معادلة الانحدار اللوجستي الثنائي للنموذج كالاتي:

$$\log \frac{Pi}{1-Pi} = 0.569 \text{ مستوى الدراسي } +0,664 \text{ المستوى المعيشي } - 0,789 \text{ المنطقة الجغرافية } -0.327 \text{ وسط الإقامة } + 5,157.$$

**-ترتيب المتغيرات المفسرة**

**الجدول 68 ترتيب المتغيرات المفسرة حسب تأثير عللى المتغير التابع**

| المرتبة | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|---|---|---|---|
| المتغير | المستوى التعليمي | مكان الإقامة | المنطقة الجغرافية | المستوى المعيشي |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادسMICS6**

من خلال هذا الجدول يعتبر المستوى النعليمي أكثر تاثيرا على المتغير التابع ويليه متغير مكان الإقامة ثم ياتي بعد دلك كل من المنطقة الجغرافية والمستوى المعيشي.

### 5.2.4 تفسير نسبة الرجحان ((Exp(B)):

-بالنسبة للمستوى التعليمي: احتل متغير المستوى التعليمي المرتبة الأولى من حيث التأثير على المتغير التابع الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة. احتمال الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة يزيد بحوالي مرتين (1,766) عندما يزيد المستوى التعليمي بدرجة واحدة.

- بالنسبة لمكان الإقامة: احتمال الحصول على الرعاية الصحية التوليدية يزيد بأكثر من النصف (0,721) عندما يزيد مكان الإقامة بدرجة واحدة.

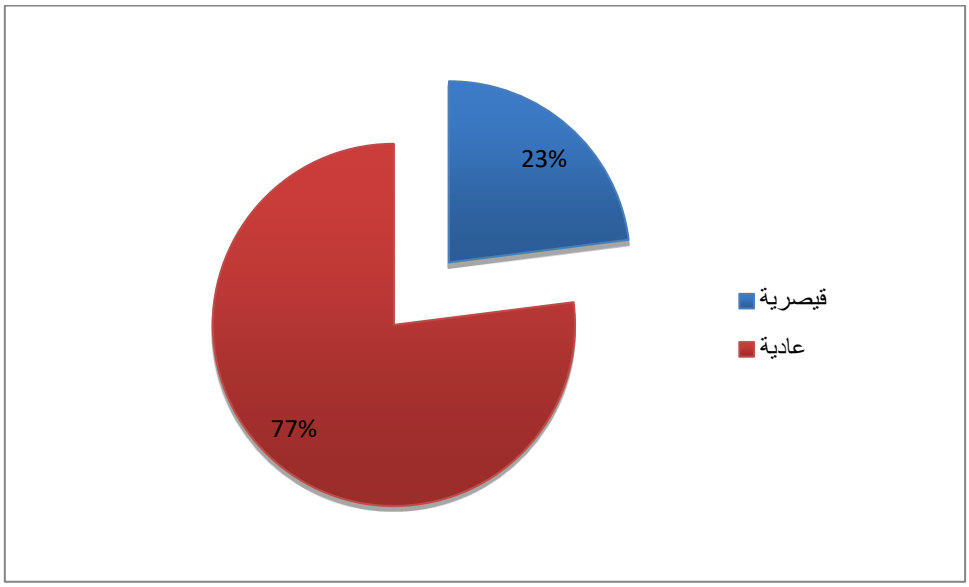
- النسبة المنطقة الجغرافية: يزيد احتمال الحصول على الرعاية الصحية التوليدية 454, 0بأقل من النصف عندما تزيد المنطقة الجغرافية بدرجة واحدة.

- بالنسبة للمستوى المعيشي: احتمال الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة يزيد تقريبا مرتين (1,942) عندما يزيد المستوى المعيشي بدرجة واحدة.

## 1.4 المتابعة الصحية لفترة ما بعد الولادة:

### 1.3.4. نوع الولادة

**الشكـــــل البياني 20: توزيع النساء حسب نوع الولادة**



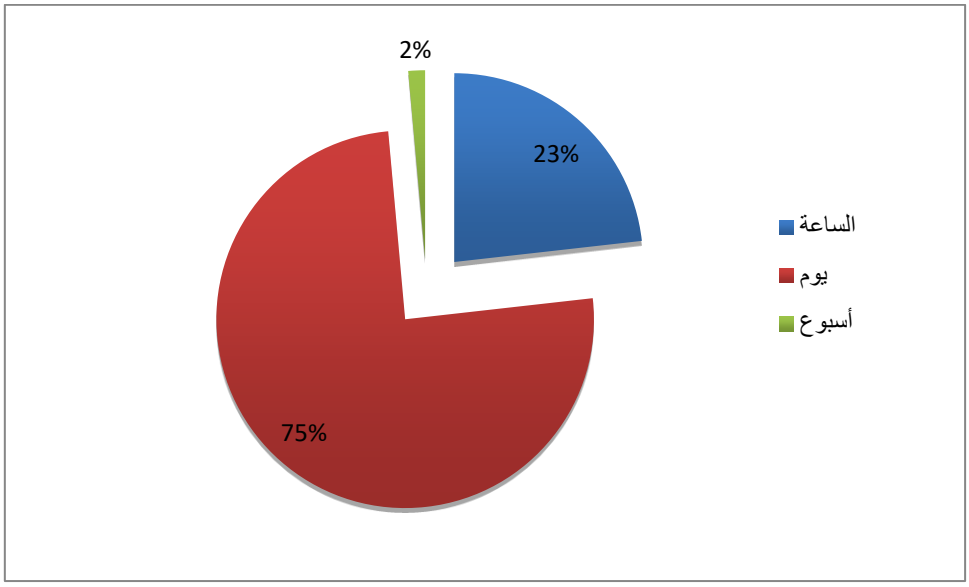

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6.**

تشير معطيات الشكل رقم 20 الى ان 77 %من الولادات كانت طبيعية مقابل 23 %قيصرية، وهو ما يعكس استمرار الولادة الطبيعية كنمط سائد لدى اغلبية النساء. ومع ذلك، فان نسبة الولادات القيصرية تعتبر مرتفعة نسبيا إذا ما قورنت بالمعدل الذي توصي به منظمة الصحة العالمية والمحدد ما بين 10 % و15 % (محمد صالي،2019 ص264)، الأمر الذي يطرح تساؤلات حول العوامل التي تقف وراء هذا الارتفاع. فقد يعود ذلك الى زيادة وعي النساء ورغبتهن في الولادة في ظروف طبية مضمونة، او الى ارتفاع اعمار الأمهات عند الحمل الاخير وما يترتب عنه من مضاعفات تستدعي التدخل الجراحي، اضافة الى تاثير المستوى الإجتماعي والاقتصادي الذي قد يسهل اللجوء الى هذا النوع من الولادة. ويعكس هذا الواقع من جهة تحسنا في قدرات الهياكل الصحية وتجهيزها، لكنه من جهة اخرى قد يشير الى توسع في اللجوء الى

الولادة القيصرية دون دوافع طبية ملحة، مما يستدعي المتابعة والبحث للوقوف على انعكاساته الصحية والاقتصادية.

### 2.3.4. مدة الإقامة في مصلحة الولادة بعد الوضع

**الشكـــل البياني 21: توزيع النساء مدة الإقامة في مصلحة الولادة بعد الوضع**

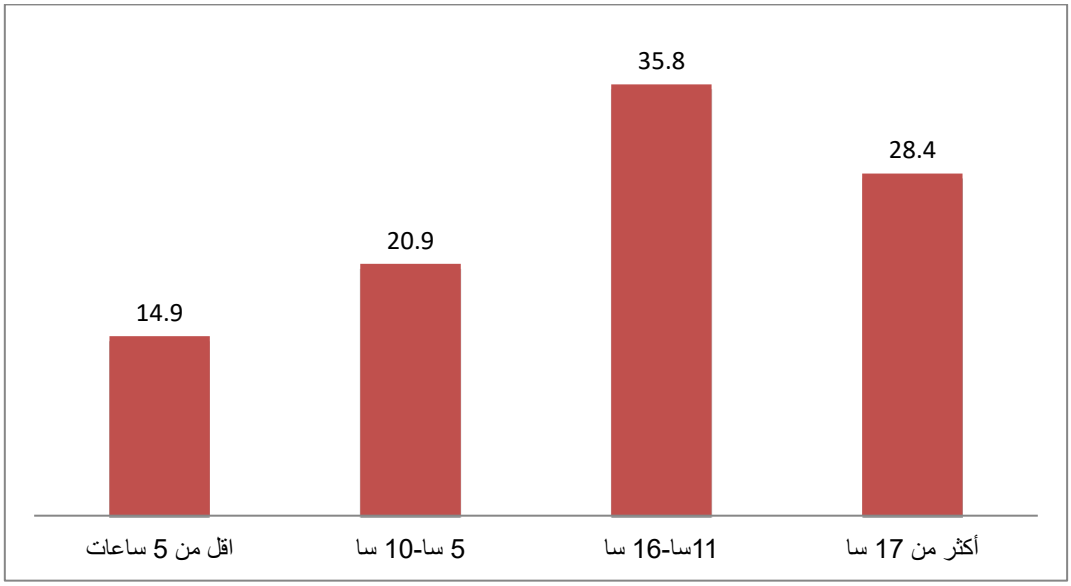



**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

من خلال الشكل البياني 21 يمثل الشكل أعلاه ان أغلبية النساء كانت إقامتهن بعد الوضع في مصلحة الولادة بالأيام وذلك بنسبة 75. بينما نسبة 23% من النساء كانت إقامتهن في المصلحة التوليدية بعد الولادة قصيرة والتي كانت بالساعات فقط أي أقل من 24 ساعة التي تلي الولادة. بينما 2%فقط كانت لإقامتهن بالأسبوع وأكثر وذلك حسب حالتهن الصحية ان ظهرت هناك مضاعفات أو مشاكل صحية بعد الوضع التي تطلب مراقة طبية مستمرة. وعادة ما يتم التصريح بالخروج بعد كشف طبي والتأكد من سلامة الأم والطفل.

### ❖ مدة الإقامة في مصلحة الولادة بعد الوضع بالساعات:

**الشكل البياني 22: توزيع النساء حسب مدة الإقامة في مصلحة الولادة بالساعات**

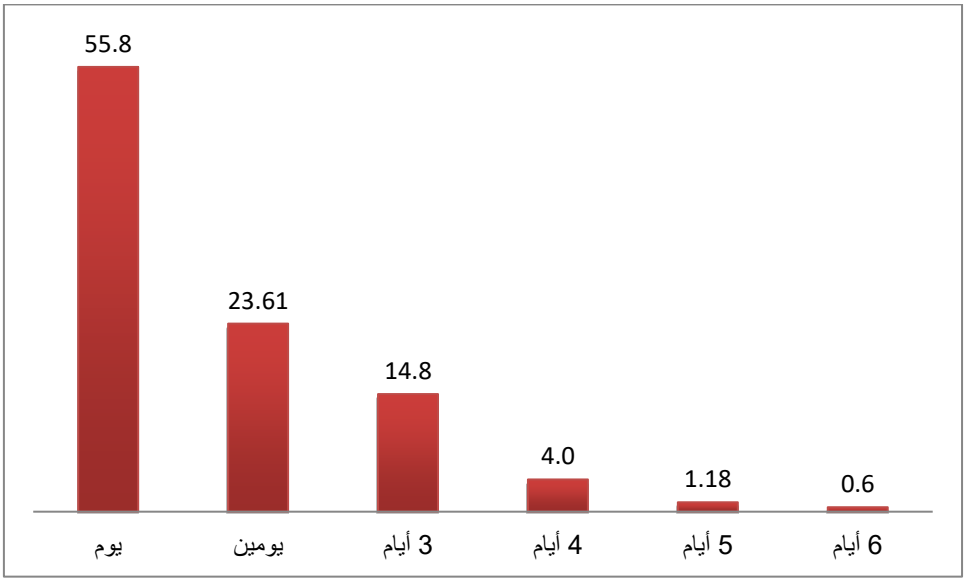



**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6.**

يمثل الشكل البياني رقم22 نسبة النساء اللواتي أقمن أقل من 24 ساعة في المصلحة التوليدية موزعين بالشكل التالي14.9% كانت مدة الإقامة أقل من 5 ساعات، و20.9% مدة الإقامة تتراوح ما بين 5-10ساعات،35.8 % قضين مابين 11-16 ساعة في حين28.4% قضين أكثر من17 ساعة. على الرغم من ان منظمة الصحة العالمية تصي بمكوث الأم والطفل لمدة لا تقل عن 24 ساعة بعد الوضع. لان أقد من ذالك قد يتسبب في خطورة على الأم والطفل.

## ❖ مدة الإقامة في مصلحة الولادة بالايام:

**الشكـــــل البياني 23 توزيع النساءحسب مدة الإقامة في مصلحة التوليد بعد الوضع بالايام**

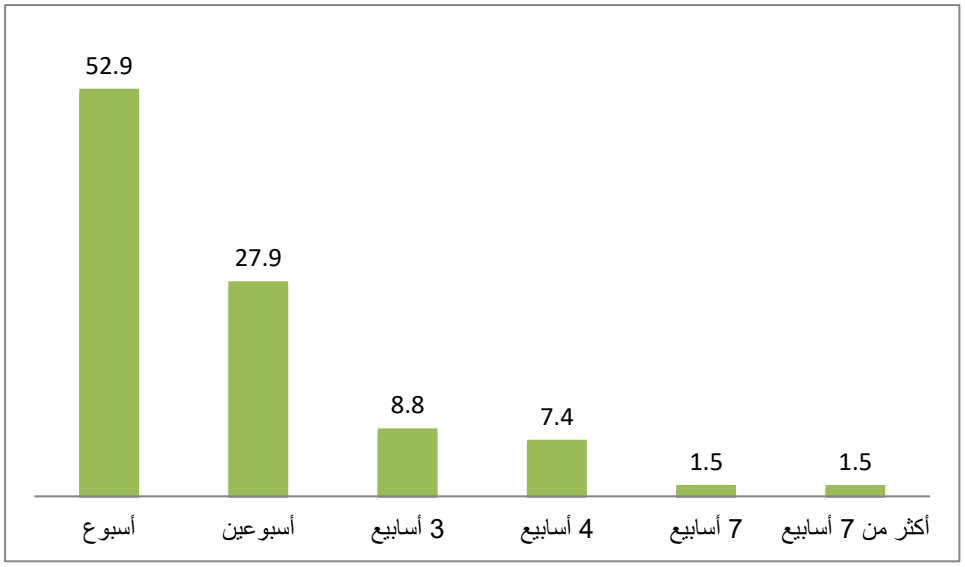



**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

الشكل رقم 23 يمثل مدة الإقامة في مصلحة الولادة لمدة تقل عن أسبوع إذ 55.8% أقمن مدة 24 ساعة، يليها 23.6 % مكثن 48 ساعة، وهذا هو الوضع الطبيعي لتكون الأم والطفل في أمان تحت مراقبة طبية لمدة 24 إلى 48 ساعة لتفادي أي مضاعفات. والتأكد من عدم وجود نزيف بعد الولادة أو بسبب الولادة القيصرية التي تتطلب هذه المدة للتأكد من سلامة الأم. فيما يخص الإقامة في المصلحة التوليدية أو المستشفى لمدة 3 إلى غاية 6 أيام تمثل 6% فقط قد تشير لولادات معقدة أو الحاجة لعناية طبية خاصة.

## ❖مدة الإقامة في مصلحة الولادة بالاسابيع:

**الشكل البياني24: توزيع النساء حسب مدة الإقامة في مصلحة التوليد بالأسابيع**




**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

يمثل الشكل أعلاه توزيع النساء حسب مدة الإقامة بالمصلحة التوليدية بالاسابيع، وغالبا ما تكون قد تعرضن لمشاكل صحية بعد الولادة، أو مشاكل صحية للرضيع مما يتطلب المكوث في المستشفى لمدة زمنية طويلة تمتد من أسبوع لا كثر من شهر لخضوعهن لراعية صحية. فأغلبية النساء والتي تمثل نسبة 25.9% أقمن لمدة أسبوع كامل. وهذا راجع إما لنوع الولادة. أو لحدوث مضاعفات ما بعد الولادة أو مشاكل صحية للمولود استلزمت البقاء في المستشفى. وقد يعكس أيض سياسات المرافق الصحية التي تفصل التأكد من استقرار صحة الأم والمولود قبل الخروج.

الإقامة لمدة أسبوعين بنسبة 27.9%، قد تدل على وجود حلات تحتاج لرعاية طبية إضافية بسبب مشاكل صحية سواء للأم أو الرضيع، مثل الجراحة في حالة تشوهات خلقية للرضيع أو الحاجة لرعاية صحية مكثفة إما للأم أو الرضيع.

الإقامة من 3–4 أسابع 8.8%–7.4%: تمثل الحالات الأكثر تعقيدا التي تتطلب فترة علاجية ورقابة طبية طويلة كالنزيف بعد الولادة، التهابات أو ولادة أطفال خدج الذين يحتاجون البقاء تحت عناية طبية مكثفة. الإقامة لمدة 7 أسابيع أو أكثر هنا تشير إلى حالات استثنائية وخطيرة كالإصابة من مضاعفات خطيرة أو أمراض خطيرة تسببت في ذلك، واستلزمت بقاء الرضيع لمدة طويلة في الحضانة وخضوعه لعلاج خاص.

### 3.3.4. العلاقة نوع الولادة ومدة الإقامة في مصلحة التوليد

**جدول 69: توزيع النساء حسب نوع الولادة ومدة الإقامة في المصلحة التوليدية:**

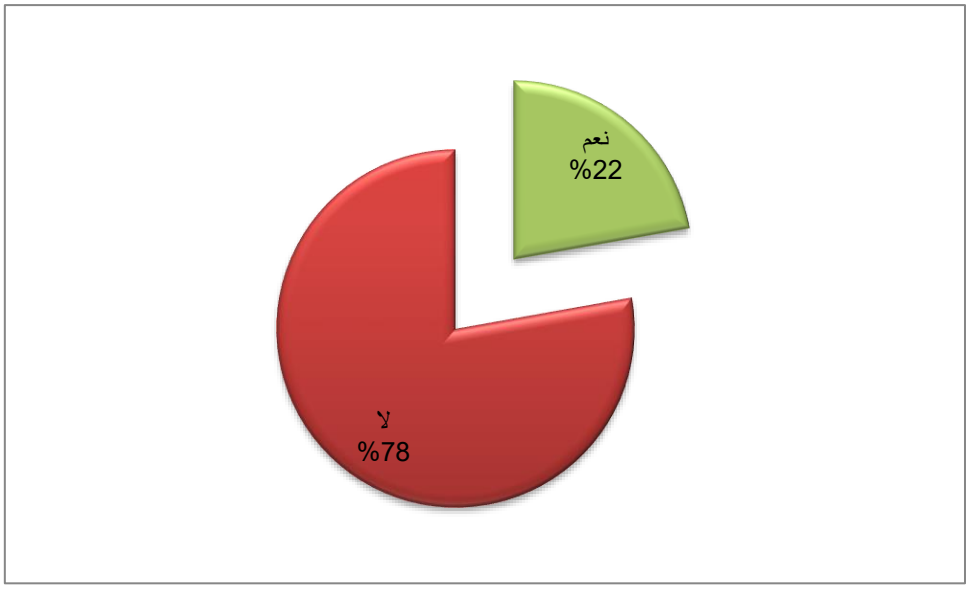
| مدة الإقامة | نوع الولادة | | المجموع |
|---|---|---|---|
| | قيصرية | طبيعية | |
| ساعات | 0.8 | 22.4 | 23.2 |
| أيام | 21.8 | 53.6 | 75.4 |
| أسابيع | 0.5 | 1.0 | 1.4 |
| **المجموع** | **23.0** | **77.0** | **100** |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

حسب اختبار الكاي تربيع هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مدة الإقامة في المستشفى ونوع الولادة (قيصرية أو طبيعية) حيث $P< 0.05$. فالخضوع لعملية جراحية بالتخذير العام أو موضعي يتطلب للبقاء لمدة أطول في المستشفى لحين استقرار حالة الأم والمولود.

### 4.3.4 الحصول علىالرعاية الصحية بعد الحمل

**الشكـل البياني 25 توزيع النساء حسب القيام بمتابع صحية بعد الولادة**



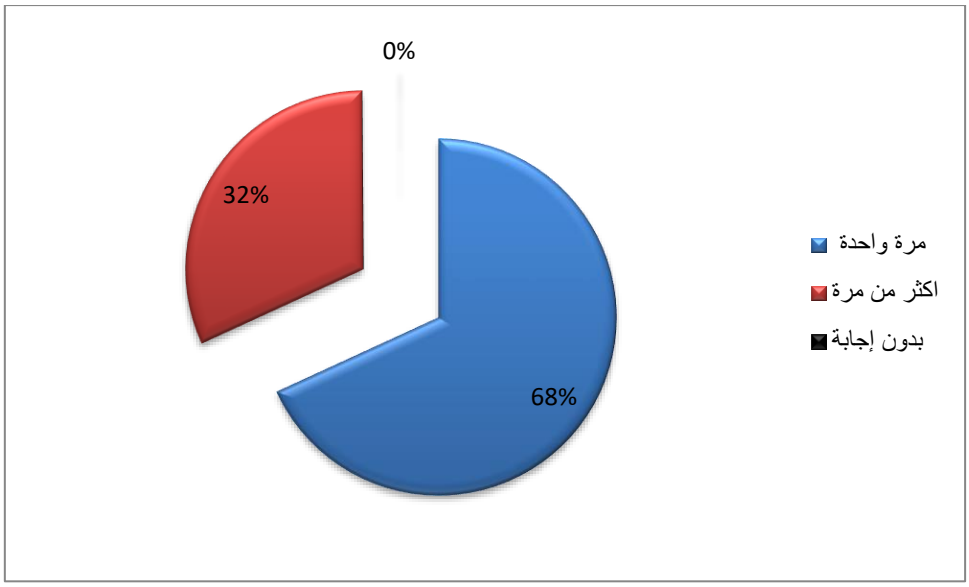

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

يمثل الشكل رقم 25 توزيع النساء حسب خضوعهن لمتابعة طبية بعد الولادة، بعد العودة للمنزل، وحسب البيانات المقدمة أعلاه نجد ان النساء للواتي لم يخضعن لفحص طبي لما بعد الولادة 78% ما يعادل 3149 إمرأة مقابل 22% فقط مايعادل 901 امرأة فقط خضعن لفحص طبي بعد خروجهن من مصلحة الولادة إلى المنزل وهذا الرقم ضئيل جدا مقارنة بالمعايير الصحية الدولية. وخصوصا ان معظم وفيات الأمهات تقع في غظون 42 يوم التي تلي الولادة. ويمكن تفسير ذلك بعدة عوامل ساهمت على ذلك:

- غياب الوعي الصحي بأهمية المتابعة الصحية لمابعد الولادة.
- وجود حواجز ّ إجتماعية وثقافية وإقتصادية تمنهم من العودة.
- نقص برامج التحسيسية والتوعية من طرف المختصين الصحيين أو برامج التوعية التلفزيونية أو الإذاعة لأهمية الرعاية الصحية لمابعد الولادة (النفاس) (دردیش أحمد،2009).

### 5.3.4. عدد الزيارات لمتابعة صحة الأم بعد الولادة

**الشكل البياني26: توزيع النساء حسب عدد الزيارات للمتابعة الصحية لفترة ما بعد الولادة**

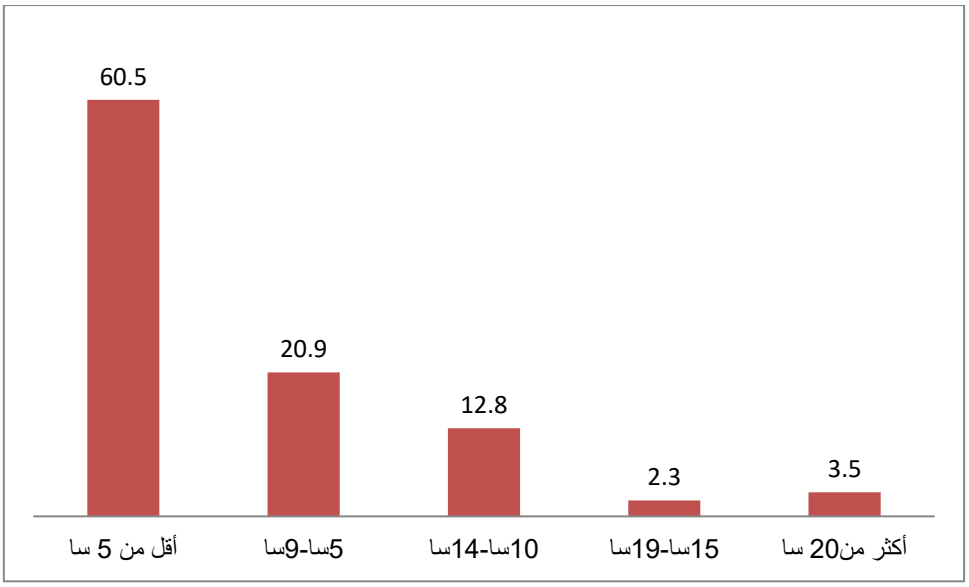



**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

يمثل الشكل أعلاه عدد الزيارات للنساء اللواتي خضعن لفحص طبي لفترة مابعد الولادة بعد الخروج من المصلحة التوليدية إذ نلاحظ 68% خضعن لفحص طبي مرة واحدة فقط بعد الخروج من المصلحة التوليدية مقابل 32% كانت لديهن أكثر من فحص طبي. وكما ذكرنا مسبقا أن منظمة الصحة الدولية أوصت بثلاث زيارات بعد الولادة. سواء كان هناك مضاعفات أم لا.

- **حسب المدة الزمنية بين خروج المرأة من مصلحة التوليد والعودة للفحص الطبي بالساعات**

**الشكـــل البياني27: توزيع النساء حسب مدة أول فحص بعد الخروج من مصلحة الولادة**

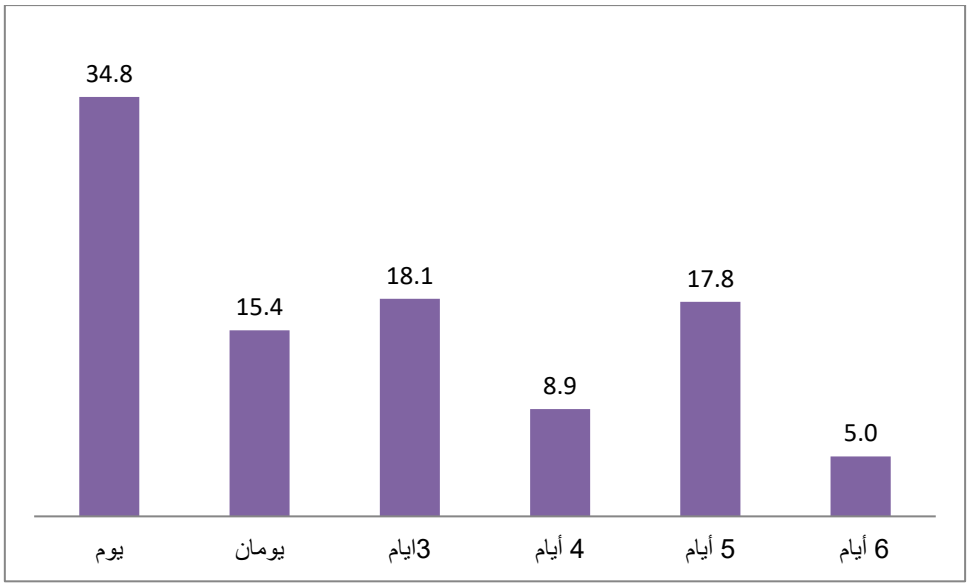



**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

من الشكل رقم 27 نلاحظ ان أول زيارة للطبيب بعد الخروج من مصلحة الولادة إلى المنزل كانت في غضون مدة أقل من 24 ساعة. ونجد ان 60.5% كانت العودة للطبيب في مدة أقل من 5 ساعات، في حين20.9% مدة العودة كانت في فترة زمنية تتراوح 5 إلى 9 ساعات. أما بقية النساء 18.6% فمدة الرجوع تتراوح بين10-23 ساعة بعد الخروج من مصلحة الولادة. أن العودة للمرفق الصحي بهاذ الفارق الزمني القصير يشير لتعرض إما الأم أو الطفل لأزمة صحية.

- **حسب المدة الزمنية لعودة المرأة لفص طبي بعد خروجها من مصلحة التوليد بالايام**

**الشكـــــل البياني 28: توزيع النساء حسب المدة الزمنية للفحص بعد الخروج بالايام**




**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

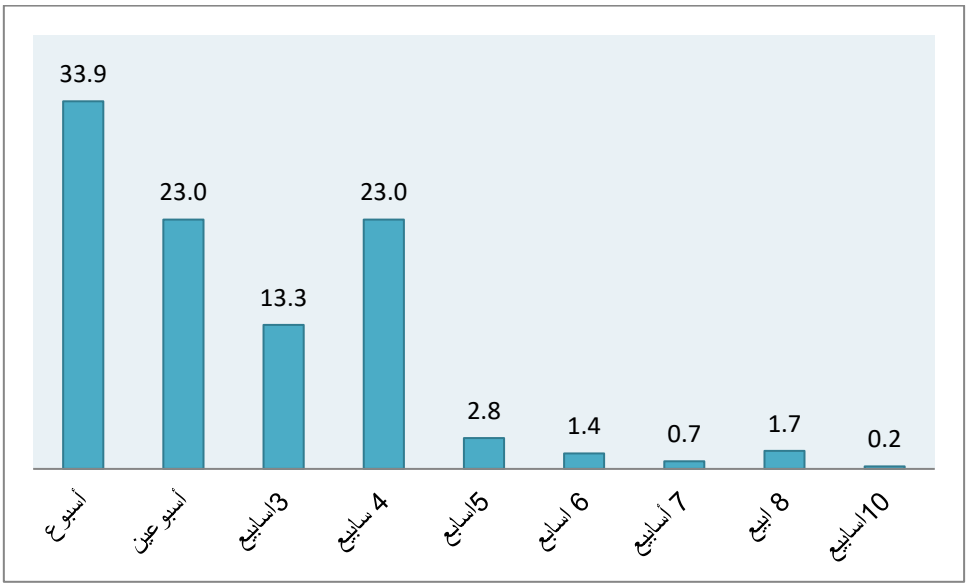
يمثل الشكل رقم 28 توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية خلال فترة ما بعد الولادة، وذلك في مدة تتراوح بين يوم إلى 6 أيام بعد الخروج من مصلحة التوليد. ويمكن اعتبار هذا المؤشر إيجابيا، إذ يعكس وعي النساء بأهمية المتابعة الطبية المبكرة بعد الولادة.

ومن الجدير بالذكر ان منظمة الصحة العالمية توصي بضرورة إجراء أول فحص طبي خلال الأسبوع الأول بعد الولادة، وذلك لضمان سلامة الأم والمولود واكتشاف أي مضاعفات محتملةفي الوقت المناسب. ويُظهر هذا التوزيع احتمال وجود عاملين مؤثرين في سرعة العودة للفحص الطبي. الأول هو وعي النساء بأهمية هذه الزيارة، والثاني هو احتمال وجود مشكلات صحية تتطلب مراجعة سريعة للأم أو الطفل. كما يمكن ان يعود ذلك إلى التوصيات التي يقدمها الطاقم الطبي أثناء فترة الإقامة في مصلحة التوليد خصوصا إذا كانت الولادة قيصرية أو هناك قطب للنسبة للولادة الطبيعية، والتي تشدد على ضرورة العودة لإجراء الفحص خلال الأسبوع الأول بعد الخروج من المؤسسة الصحية.

فكما يظهر ان نسبة 50.2% كانت مراجعة الطبيب في فترة 48 ساعة بعد الخروج من المؤسسة الصحية، و18.1% من الناء كانت أول زيارة الطبيب بعد 3 أيام أي 72% ساعة، اما فيما يخص بعد أربعة أيام كانت نسبة النساء8.9%. ونلاحظ أرتفع في نسبة النساء اللواتي قمن بفحص طبي في اليوم الخامس وذلك بنسبة 17.8%. وتتراجع النسبة في اليوم السادس ألى 5.0%.

- **حسب اللمدة الزمنية لعودة المرأة لفص طبي بعد خروجها من مصلحة التوليد بالاسابع**

**الشكـــــل البياني 29 توزيع النساء حسب مدة العودة لفحص طبي لفترة ما بعد الولادة**



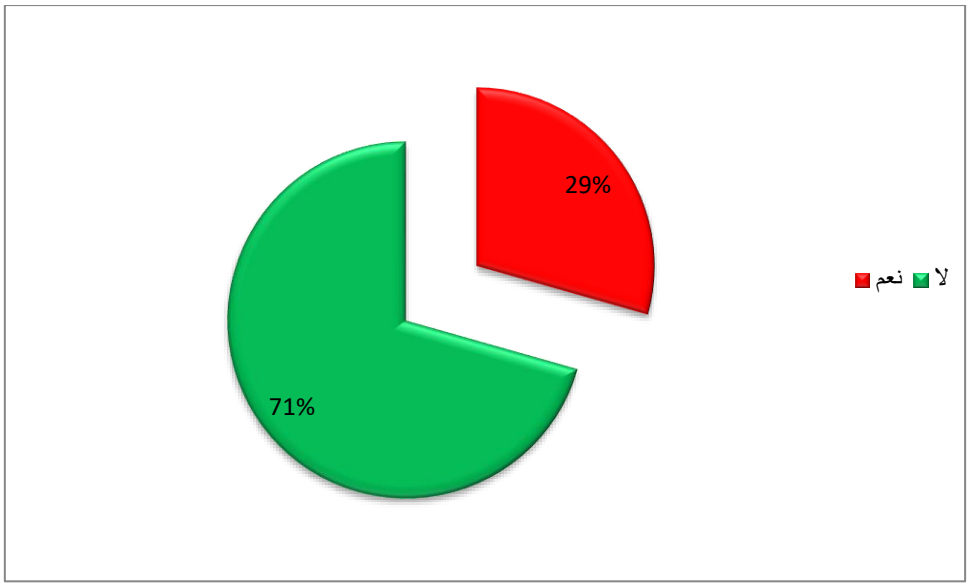

**ا لمصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

الشكل رقم 29 يمثل المدة الزمنية بين الخروج من المؤسسة الصحية والقيام بأول زيارة لفترة ما بعد الولادة، مقاسة بالأسابيع تتأرجح بين أسبوع إلى 10 أسابيع. نجذ ان 33.9% من النساء أول زيارة لهن بعد الخروج من المصلحة كانت بأسبوع، يليها 23.0% من النساء خضعن للفحص بعد أسبوعين، ثم نجذ 13.3 بعد 3 أسابيع، لترتفع نسبة النساء اللواتي قمن بالفحص الطبي بعد الولادة في الأسبوع الرابع بنسبة 23%، لتتراجع بشكل كبير من الأسبوع الخامس إلى الأسبوع العاشر بالنسب التالية (2.8%،1.4%،0.7%،1.7%،0.2% على التوالي). تعتبر الزيارة الأولى بعد اسبوع أو أكثر غير متوافقة

بما هو منصوص في المنظمات الصحية. فالزيارة الأولى يجب ان تكون بعد 48 ساعة من الخروج من المرفق الصحي والزيارة الثانية تكون في الأسبوع الأول (OMS,2016) . والاستشارة الطبية لما بعد لولادة تكون بين 6 أسابيع إلى 8 أسابع (barlow,2016 p402). فنجد هذه النتائج مؤشر على عدم الإلتزام بموايد الرعاية الصحية لفترة ما بعد الولادة بها. وهذا يدل على عدم وعي النساء بأهمية الإلتزام بفترات الفحص، أو يمكن ان نفسر ذالك بوجود عارض صحي ألزمها على مراجعة الطبيب. بالإضافة إلى غياب التوجيه والإرشاد الكافي من طرف الطاقم الطبي بأهمية هذه بالفحوصات بعد الخروج من المرفق الصحي.

### 6.3.4. مضاعفات صحية بعد الولادة

**الشكـــــل البياني 30 توزيع النساء حسب الإصابة بمشكل صحية بعد الولادة**




**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

يمثل الشكل البياني 30 تعرض النساء بعد الولادة بمشاكل صحية إذ تم انشاء هذا المتغير من مجموعة من الأسئلة حول الإصابة بأحد أو أكثر من هذه الاعراض التالية:

- نزيف مهبلي
- تورم وألم في الساقين
- إفرازات مهبلية والأم في الحوض مع حمى
- الأم الظهر وأسفل الظهر مع حمى
- حرقة أثناء التبول مع حمى
- فقر في الدم

فنلاحظ ان 29% عانت من أحد هذه الاعراض على الأقل مقابل 71% من النساء لم يكن لديهن أي مشكلة صحية بعد الولادة

الرعاية الصحية المؤهلة للنساء بعد الوضع

تم انشاء هذا المتغير عن طريق مجموعة من المتغرات التي تتمثل من قدم المساعدة الطبية بعد الخروج من مصلحة التوليد إلى المنزل وكانت الاقتراحات كالتالي طبيب نساء وتوليد، قابلة، طبيب عام، ممرض، قابلة تقليدية، قريب من العائلة، أخر. تم جمع الاجابات الأربعة الأولى سميت بالرعاية الصحية المؤهلة، بينما بقية الإجابات بالرعاة الصحية الغير مؤهلة.

### 7.3.4. العوامل المؤثرة على حصول المرأة على الرعاية لفترة ما بعد الولادة

- **الرعاية الصحية لفترة ما بعد الولادة ونوع الولادة**

**الجدول 70: توزيع االنساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة ونوع الولادة**

| | | الرعاية الصحية لفترة ما بعد الولادة% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الولادة قيصرية% | نعم | 12,0 | 11,0 | 23,0 |
| | لا | 10,2 | 66,7 | 77,0 |
| المجموع% | | 22,2 | 77,8 | 100 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

بناء على معطيات الجدول70 يتضح ان هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين نوع الولادة والاستفادة من الرعاية الصحية بعد الولادة حيث سجلت النساء اللواتي خضعن للولادة القيصرية نسبة اعلى نسبيا في الاستفادة من هذه الرعاية 12 في المئة مقارنة بالنساء اللواتي انجبن طبيعيا 10.2 في المئة في حين ان الغالبية الكبرى من النساء بعد الولادة الطبيعية لم يحصلن على اي متابعة صحية 66.7 في المئة ويمكن تفسير ذلك بكون الولادة القيصرية تستدعي عادة بقاء المرأة لفترة اطول تحت المراقبة الطبية نتيجة لخصوصية العملية واحتمال حدوث مضاعفات مما يتيح لهن فرصا اكبر للاستفادة من خدمات ما بعد الولادة اما الولادة الطبيعية فعلى الرغم من أنها لا تقل اهمية من حيث الحاجة الى المتابعة إلا ان النساء غالبا ما يغادرن المؤسسة الصحية بسرعة ولا يحظين بنفس مستوى الاهتمام، الأمر الذي يكشف عن فجوة في تقديم الرعاية

ويؤكد ضرورة تعزيز المتابعة الصحية لجميع النساء بغض النظر عن نوع الولادة وقد تبين من خلال إختبار كاي تربيع أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائة بين المتابعة الصحية لفترة ما بعد الولادة ونوع الولادة حيث $P<0.05$

- **الرعاية الصحية بعد الولادة وسن المرأة**

**الجدول 71 توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة وسن المرأة**

| | | الرعاية الصحية بعد الولادة% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| السن عند أخر ولادة% | أقل من 20 سنة | 0,2 | 0,9 | 1,2 |
| | 20-35 | 15 | 52,2 | 67,2 |
| | أكثر من 35 سنة | 7 | 24,6 | 31,6 |
| المجموع% | | 22,2 | 77,8 | 100 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

من خلال قراءة الجدول يتضح أن الاستفادة من الرعاية الصحية بعد الولادة لا تختلف بشكل جوهري حسب عمر المرأة عند آخر ولادة إذ لم تظهر النتائج كاي تربيع علاقة ذات دلالة إحصائية حيث $P>0,05$ المتغيرين فنسبة المتابعة بقيت ضعيفة في جميع الفئات العمرية حيث لم تتجاوز 15 % لدى الفئة الأكثر تمثيلا أي النساء بين 20 و35 سنة و7 % فقط لدى النساء فوق 35 سنة أما الفئة الأصغر سنا أي أقل من 20 سنة فقد كانت نسبتها شبه منعدمة 0.2 % وهذا يدل على أن سن المرأة ليس دائما عاملا مؤثرا في الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة كما أشارت بعض الدراسات السابقة (Médiatrice Nkurumziza 2014) بل إن هناك عوامل أخرى أكثر تأثيرا مثل الوضع الإجتماعي الاقتصادي مستوى الوعي الصحي أو توفر الخدمات الصحية .

- **الرعاية الصحية بعد الولادة والإنتساب للضمان الإجتماعي**

**الجدول 72 توزيع النساء حسب الرعاية الصحية بعد الولادة والإنتساب للضمان الإجتماعي**

| | | الرعاية الصحية بعد الولادة% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي% | نعم | 12,2 | 38 | 50,2 |
| | لا | 10 | 39,7 | 49,8 |
| المجموع% | | 22,2 | 77,8 | 100 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

من خلال معطيات الجدول يتضح وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإنتساب للضمان الإجتماعي والمتابعة الصحية بعد الولادة حيث سجلت النساء المنتسبات للضمان الإجتماعي نسبة متابعة أعلى 12.2 %مقارنة بغير المنتسبات 10 %، ورغم أن الفارق ليس كبيرا فإن أهميته تكمن في البعد المؤسساتي إذ أن الكثير من النساء يلجأن إلى المتابعة الصحية لفترة ما بعد الولادة من أجل استكمال بعض الإجراءات الإدارية المرتبطة بالضمان الإجتماعي أكثر من كونها مبادرة نابعة من الوعي الصحي وهذا يبين أن الجانب البيروقراطي يلعب دورا محفزا في توجيه السلوك الصحي لدى المرأة ما يفسر ظهور الدلالة الإحصائية في بين الإنتساب للضمان الإجتماعي والمتابعة الصحية لما بعد الولادة $P<0,05$.

- **الرعاية الصحية بعد الولادة والإصابة بمرض مزمن**

**الجدول 73: توزيع النساء حسب الرعاية الصحية بعد الولادة والإصابة بمرض مزمن**

| | | الرعاية الصحية بعد الولادة% | | المجموع |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| الإصابة بمرض مزمن | نعم | 5,4 | 16,8 | 22.1 |
| | لا | 16,9 | 60,9 | 77,7 |
| | لا أعلم | 0,0 | 0,1 | 0.1 |
| المجموع | | 22,2 | 77,8 | 100 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

من خلال إختبار كاي تربيع تبين انه لايجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتابعة الصحية لفترة ما بعد الحمل والاصابة بأمراض مزمنة.P>0,05

- **الرعاية الصحية بعد الولادة والمستوى الدراسي للمرأة**

**الجدول 74: توزيع النساء حسب الرعاية الصحية بعد الولادة والمستوى الدراسي للمرأة**

| | | االرعاية الصحية بعد الولادة % | | المجموع % |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى الدراسي للمرأة | بدون مستوى | 1,8 | 11,5 | 13,3 |
| | ابتدائي | 2,5 | 12,8 | 15,3 |
| | متوسط | 7 | 24,3 | 31,3 |
| | ثانوي | 5,7 | 16,6 | 22,3 |
| | جامعي | 5,3 | 12,5 | 17,8 |
| المجموع % | | 22,2 | 77,8 | 100 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس MICS6**

من خلال الجدول74 يتبين ان هناك تدرجا واضحا في نسب الإستفادة من الرعاية الصحية بعد الولادة حسب المستوى الدراسي للمرأة، حيث ترتفع هذه النسب تدريجيا مع ارتفاع المستوى التعليمي. فالنساء بدون مستوى أو بمستوى ابتدائي سجلن نسبا ضعيفة، في حين ان نسبة الإستفادة تتحسن عند ذوات التعليم

المتوسط والثانوي، وتبلغ اوضح مستوياتها عند الجامعيات. هذا يعكس ان التعليم يلعب دورا محوريا في رفع وعي المرأة بأهمية الرعاية الصحية بعد الولادة والقدرة على المطالبة بها والاستفادة منها، وهو ما يتماشى مع ما اكدته الدراسات السابقة (دردیش أحمد 2009) حول الأثر الإيجابي للتعليم على السلوك الصحي للنساء .ومن خلال إختبار كاي تربيع أثبت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتابعة الصحية لفترة ما بعد الولادة والمستوى التعليمي للمرأة .P<0.05.

- **الرعاية الصحية بعد الولادة والمستوى المعيشي للمرأة**

**الجدول 75: توزيع النساء حسب الرعاية الصحية بعد الولادة والمستوى المعيشي للمرأة**

| | | الرعاية الصحية بعد الولادة% | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المستوى المعيشي للمرأة | فقير | 8,4 | 40 | 48,4 |
| | متوسط | 4,8 | 16,1 | 20,9 |
| | غني | 9,1 | 21,6 | 30,7 |
| المجموع% | | 22,2 | 77,8 | 100 |

**المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

يبين الجدول ان مستوى المعيشة يؤثر على الاستفادة من الرعاية الصحية بعد الولادة، حيث نلاحظ ان 8.4 %من النساء الفقيرات استفدن من هذه الرعاية مقابل 40 % لم يستفدن، اي ما يقارب نصف الفئة الفقيرة. اما في الفئة المتوسطة فقد بلغت نسبة الاستفادة 4.8 %مقابل 16.1 % لم يحصلن على الرعاية. في حين ترتفع النسبة نسبيا لدى الفئة الغنية اذ بلغت 9.1 %من المستفيدات مقابل 21.6 % لم يستفدن. هذه النتائج توضح ان الفئات الميسورة أكثر حظا في الحصول على الرعاية، غير أن وجود نسب معتبرة من غير المستفيدات حتى في الفئة الغنية يعكس ان الأمر لا يرتبط فقط بالقدرة المادية، بل قد يتأثر ايضا بعوامل أخرى مثل الوعي الصحي، بعد المسافة عن المؤسسات الصحية ونوعية الخدمات المقدمة ومن

خلال إختبار كاي تربيع أكد ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى المعيشي للمرأة والمتابعة الصحية للفترة ما بعد الولادة.$P<0,05$ .

- **الرعاية الصحية بعد الولادة وعدد الأطفال:**

**الجدول 76 توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة وعدد الاطفال**

| | | الرعاية الصحية بعد الولادة% | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| عدد الاطفال | طفل واحد | 7 | 18,5 | 25,5 |
| | طفلين–ثلاثة إطفال | 10,2 | 38 | 48,1 |
| | أكثر من ثلاثة أطفال | 5 | 21,3 | 26,3 |
| **المجموع** | | **22,2** | **77,8** | **100** |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

يبين الجدول أعلاه ان عدد الأطفال يؤثر بشكل دال إحصائيا في الاستفادة من الرعاية الصحية بعد الولادة، حيث نلاحظ أن النساء اللواتي لديهن طفل واحد كن أكثر حرصا على المتابعة بنسبة 7 %مقابل 18.5 % لم يستفدن، أي ما يعادل ربع هذه الفئة تقريبا. أما النساء اللواتي لديهن طفلين إلى ثلاثة أطفال فقد سجلن أعلى نسبة استفادة 10.2 %، غير أن نسبة غير المستفيدات تبقى مرتفعة جدا 38 %، ما يعكس أن كثرة الأعباء العائلية قد تحد من إمكانية المتابعة. في المقابل نلاحظ أن النساء اللواتي لديهن أكثر من ثلاثة أطفال سجلن أدنى نسبة استفادة 5 بالمئة مقابل 21.3 % لم يحصلن على الرعاية، أي أن حوالي أربعة أخماس هذه الفئة حرمن من المتابعة. هذه النتائج تبين أن النساء في بداية الإنجاب أكثر ميلا لطلب الرعاية الصحية بعد الولادة، بينما يقل ذلك تدريجيا مع تزايد عدد الأطفال وهذا يبين ان، حيث تؤثر تجارب المرأة السابقة للولادة على سلوكها وتجعلها أحيانا أقل حرصا على طلب المتابعة الصحية مقارنة بولادتها

الأولى. وتبين من خلال إختبار كاي تربيع ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتابعة الصحية لفترة مابعد الحمل وعدد الأطفال.$P<0,05$ .

- **الرعاية الصحية بعد الولادة ومكان الإقامة**

**الجدول رقم77 توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة ومكان الإقامة**

| | | الرعاية الصحية بعد الولادة% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| مكان الإقامة | حضري | 14,7 | 46,4 | 61,1 |
| | ريفي | 7,5 | 31,4 | 38,9 |
| **المجموع %** | | **22,2** | **77,8** | **100** |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

بين إختبار كاي تربيع عن وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مكان إقامة المرأة والمتابعة الصحية بعد الولادة $P<0,05$ فمن خلال الجدول أعلاه تبين نسبة النساء الحضريات اللواتي استفدن من رعاية ما بعد الولادة 14.7 %مقابل 7.5 %فقط لدى الريفيات في حين أن نسبة عدم المتابعة كانت مرتفعة في كلا الفئتين لكنها أكثر وضوحا عند الريفيات 31.4 %مقارنة ب 46.4 %لدى الحضريات ما يعكس استمرار الفوارق في التغطية الصحية بين الوسطين الحضري والريفي إذ أن النساء في المدن يجدن خدمات أقرب وأسهل من حيث الوصول بينما تواجه الريفيات صعوبات مرتبطة بالبعد الجغرافي ونقص الهياكل مما يؤثر على سلوكهن الصحي بعد الولادة.

- **الرعاية الصحية بعد الولادة والمنطقة الجغرافية**

**الجدول 78 توزيع النساء حسب الرعاية الصحية بعد الولادة والمنطقة الجغرافية**

| | | الرعاية الصحية بعد الولادة% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| المنطقة الجغرافية | الشمال وسط | 3,7 | 8,1 | 11,9 |
| | الشمال غرب | 4 | 9,4 | 13,3 |
| | الشمال شرق | 3,1 | 9,6 | 12,8 |
| | الهضاب العليا وسط | 3,1 | 13,5 | 16,6 |
| | الهضاب العليا غرب | 2,9 | 10,1 | 13 |
| | الهضاب العليا شرق | 1,7 | 12,6 | 14,3 |
| | الجنوب | 3,7 | 14,4 | 18,1 |
| المجموع | | 22,2 | 77,8 | 100 |

**المصدر: من أعداد الباحث اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي السادسMICS6**

يبين الجدول ان الرعاية الصحية بعد الولادة تتباين بشكل ملحوظ بين الاقاليم. المناطق الجنوبية والهضاب العليا تسجل اعلى نسب لعدم المتابعة الصحية مثل الجنوب 14.4% والهضاب العليا وسط 13.5% والهضاب العليا شرق 12.6%، بينما تنخفض هذه النسب في الشمال مثل الشمال وسط 8.1% والشمال شرق 9.6%. هذا التفاوت يعكس أثر البنية التحتية وتوزيع المرافق الصحية حيث يواجه سكان الهضاب والجنوب صعوبات في الوصول الى الخدمات بسبب بعد المسافات وضعف النقل، وهو ما ينعكس سلبا على مؤشرات المتابعة الصحية.

غير ان التفسير لا يقتصر على العامل الجغرافي فحسب بل يمتد الى الثقافة الصحية السائدة. في العديد من المناطق الداخلية والريفية، تسود تصورات اجتماعية تعتبر ان فترة ما بعد الولادة مرحلة طبيعية لا

تستدعي مراجعة الطبيب الا عند ظهور مضاعفات واضحة. كما ان طقوس النفاس والاربعين المتجذرة ثقافيا قد تدفع المرأة الى ملازمة البيت والاعتماد على دعم العائلة او القابلات التقليديات بدلا من طلب الرعاية الرسمية. هذه الثقافة الصحية، القائمة على التقاليد أكثر من المعرفة الطبية، تحد من وعي النساء باهمية الفحص المبكر بعد الولادة للكشف عن المضاعفات الخفية مثل النزيف او الاكتئاب.

في المقابل، في الشمال حيث تتركز البنى الصحية وحيث تسود انماط أكثر حداثة من الثقافة الصحية، يزداد وعي النساء باهمية هذه المرحلة وتظهر نسب متابعة اعلى نسبيا. وعليه فإن تقليص الفوارق بين المناطق يتطلب تعزيز الثقافة الصحية في الهضاب والجنوب عبر برامج توعية تراعي الخصوصيات الإجتماعية، الى جانب تحسين توفير الخدمات، حتى تتحول المعرفة الى ممارسة فعلية. وقد تبين من خلال غختبار كاي تربيع أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين الرعاية الصحية بعد الولادة والمنطقة الجغرافية. $P<0,05$.

- **الرعاية الصحية بعد الولادة ومضاعفات صحية بعد الولادة**

**الجدول 79 توزيع النساءحسب الرعاية الصحية بعد الولادة ومضاعفات صحية بعد الولادة**

| | | الرعاية الصحية بعد الولادة% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| مضاعفات صحية بعد الولادة | لا | 13,1 | 58.0 | 71,1 |
| | نعم | 9,2 | 19,7 | 28,9 |
| المجموع% | | 22,2 | 77,8 | 100 |

**المصدر: من انجاز الباحث اعتمادا على قاعدة البيانات MISC6**

أظهر اختبار كاي تربيع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المضاعفات الصحية بعد الولادة واللجوء إلى خدمات الرعاية الصحية ما بعد الوضع. $P<0,05$

- **الرعاية الصحية بعد الولادة وعمل المرأة**

**الجدول رقم80 توزيع النساء حسب الرعاية الصحية بعد الولادة وعمل المرأة**

| | | الرعاية الصحية بعد الولادة% | | المجموع (%) |
|---|---|---|---|---|
| | | نعم | لا | |
| عمل المرأة% | نعم | 3 | 6,5 | 9,5 |
| | لا | 19,2 | 71,3 | 90,5 |
| **المجموع%** | | **22,2** | **77,8** | **100** |

المصدر: من انجاز الباحث اعتمادا على قاعدة البيانات MISC6

من خلال إختبار كاي تربيع تبين أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتابعة الصحية بعد الحمل وعمل المرأة حيث P<0,05. والجدول رقم (80)، يبين الغير العاملات يشكلن الأغلبية من العينة (90.5%)، وتظهر لديهن نسب مرتفعة من عدم الاستفادة من الرعاية الصحية بعد الولادة (71.3%) مقارنة بالنساء العاملات (6.5%). في المقابل، تسجل النساء العاملات نسبة متابعة أعلى (3% من أصل 9.5%)، وهو ما يكشف عن ارتباط وضعية العمل بسلوك المرأة الصحي. ويمكن تفسير ذالك من عدة زوايا:

**أولا:** المرأة العاملة غالبا ما تضطر إلى استكمال بعض الإجراءات الإدارية والوثائق المتعلقة بالضمان الإجتماعي أو عطلة الأمومة، وهو ما يحفزها على زيارة المرافق الصحية بعد الولادة.

**ثانيا:** الإستقلالية الإقتصادية والإجتماعية التي توفرها الوظيفة تمنح المرأة قدرة أكبر على اتخاذ القرار بشأن صحتها دون الإعتماد الكلي على الأسرة أو الزوج، ما يزيد من فرص لجوئها إلى الخدمات الصحية لمتابعة فترة ما بعد الولادة.

**ثالثا:** طبيعة الاحتكاك اليومي للمرأة العاملة بزميلاتها أو النساء الأخريات في بيئة العمل يتيح لها فرصا لتبادل الخبرات والمعلومات حول أهمية المتابعة الصحية بعد الولادة، وهو ما يرفع مستوى وعيها ويؤثر إيجابياعلى سلوكها.

بالمقابل، النساء غير العاملات قد يجدن أنفسهن أكثر إرتباطا بالأطر التقليدية التي قد تتقلل من أهمية الفحص الطبي بعد الولادة، مما يفسر ضعف نسب المتابعة الصحية في هذه الفئة.

### 8.3.4. بناء النموموذج اللوجستي ثنائي الاجابة

سنعتمد على الانحدار اللوجستي الثنائي الإجابة لدراسة العلاقة بين المتغيرات المفسرة والمتغير التابع Y : **المتغير التابع** وهو متغير بصفتين "1" الحصول على رعاية صحية بعد الخروج من مصلحة التوليد ، "0" عدم الحصول على الرعاية الصحية بعد الخروج من مصلحة التوليد.

**الجدول 81 ترميز المتغي التابع**

| المتغير التابع | الرمز |
|---|---|
| "نعم"الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة | 1 |
| "لا"عدم الحصول على الرعاية الصحية بعد الولادة | 0 |

**X : المتغيرات المفسرة**

**X : للمتغيرات المستقلة وهي كالاتي :**

- سن المرأة عند أخر ولادة: متغير فئوي ويأخد ثلاث صفات، أقل من 20 سنة، فئة 20−35 سنة، وفئة أكبر من 35 سنة.
- نوع الولادة بصفتين قيصرية وطبيعية
- التعرض لمشاكل صحية بعد الولادة بصفتين نعم ولا

- عدد الاطفال في الاسرة: متغير فئوي يحمل صفات: طفل واحد، من 2-3 أطفال، أكثر من 3 أطفال
- التامين الصحي للمرأة: متغير نوعي يأخذ صفتين (نعم، لا).
- النشاط الاقتصادي للمرأة: متغير نوعي يأخذ صفتين (نعم، لا)
- المستوى المعيشي للمرأة: وهو متغير اسمي رتبي يأخد ثلاث صفات، غني، فقير، متوسط
- المستوى الدراسي: متغير رتبي يأخذ خمس صفات بدون مستوى، ابتدائي، متوسط، جامعي
- مكان الإقامة: وهو متغير نوعي يحمل صفتين حضر وريف.
- الاصابة بمرض مزمن: متغير اسمي يحمل صفتين (نعم ولا).
- المنطقة الجغرافية: متغير اسمي ويأخذ 7 صفات، شمال وسط، شمال شرق، شمال غرب، هضاب عليا وسط، هضاب عليا شرق، هضاب عليا غرب والجنوب.

✓ **نتائج التحليل اللوجستي:**

**الجدول رقم 82 نتائج معالم النموذج بوجود المتغيرات المفسرة**

| المتغيرات المفسرة | قيمة اللوجيت | الخطأ المعياري | Wald | درجة الحرية | مستوى الدلالة | نسبة الرجحان(Exp(B | مجال الثقة 95% | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | الأدنى | الأعلى |
| سن المرأة | ,010 | ,100 | ,011 | 1 | ,918 | 1,010 | ,831 | 1,229 |
| عدد الأطفال | ,078 | ,068 | 1,314 | 1 | ,252 | 1,081 | ,946 | 1,236 |
| مكان الإقامة | ,041 | ,097 | ,179 | 1 | ,672 | 1,042 | ,861 | 1,260 |
| المنطقة الجغرافية | ,087 | ,021 | 17,202 | 1 | ,000 | 1,091 | 1,047 | 1,136 |
| المستوى التعليمي للمرأة | −,116 | ,042 | 7,591 | 1 | ,006 | ,890 | ,819 | ,967 |
| عمل المرأة | ,168 | ,147 | 1,308 | 1 | ,253 | 1,183 | ,887 | 1,579 |
| الإصابة بمرض مزمن | ,071 | ,091 | ,608 | 1 | ,435 | 1,074 | ,898 | 1,284 |
| المستوى المعيشي للمرأة | −,157 | ,057 | 7,692 | 1 | ,006 | ,855 | ,765 | ,955 |
| مضاعفات صحية بعد الولادة | −,597 | ,087 | 47,026 | 1 | ,000 | ,550 | ,464 | ,653 |
| نوع الولادة | 1,826 | ,087 | 444,316 | 1 | ,000 | 6,211 | 5,241 | 7,361 |
| الانساب للضمان الإجتماعي | −,014 | ,091 | ,025 | 1 | ,875 | ,986 | ,825 | 1,178 |
| **الثابت** | **−1,475** | **,544** | **7,349** | **1** | **,007** | **,229** | − | − |

**المصدر: من انجاز الباحث اعتمادا على قاعدة البيانات MISC6**

يوضح الجدول رقم 82 معالم النموذج الأمثل التي تحصلنا عليها في الدورة الأولى وقيمها بالإضافة إلى الخطأ المعياري لكل معلمة وإحصائية Wald لكل معلمة مع عدد درجات الحرية ودلالتها الإحصائية، ومن خلال الجدول تبينت عدم معنوية كل من سن المرأة عند الانجاب وعدد الاطفال والاصابة بأحد الأمراض وعمل المرأة، ومكان الإقامة، والتامين الصحي في حين أثبتت معنوية كل من نوع الولادة، المنطقة الجغرافي، التعرض لمشاكل صحية بعد الولادة، المستوى المعيشي والمستوى التعليمي للمرأة.

فالولادة بالقيصرة تستدعي رعاية صحية بعد الولادة ومتابعة طبية من أجل تعافي المرأة دون تعرض الى مضاعفات صحية كإلتهاب الجرح. التعرض لمشاكل صحية بعد الولادة يجعل المرأة أكثر لمتابعة صحية بعدالولادة. المنطقة الجغرافية وكما هو معلوم انه كلما انتمات المرأة لمنطقة تتمتع بي بنية تحتة جيدة كلما كان لوصول للهياكل الصحية أسهل. وهذا ما اشارت لها الدراسات حول العوامل الجغرافية وتأثيرها على سهولة الوصول للرعاية الصحية التوليدية الدراسات مثل دراسة Gnanderman SIRPE (2001) KUNST Anton et HOUWELING(2011).يعتبر المستوى المعيشي مؤشر يسهل للمرأة على طلب الرعاية الصحية بعد الولادة ،فالأمكانية المادية لها دور في طلب المرأة للرعاية الصحية .المستوى التعليمي يجعل المرأة أكثر وعيا بضرورة إجراء متابع طبية بعد الولادة.فالعوامل المادية والإجتماعية لها دةر في تشجيع المرأة لمتابعة ما بعد الولادة وهذا ما أشارت لها الدرسات مثل دراسة خديجة سواكري (2017)، ودراسة Médiatrice NKURUNZIZA (2014) ، ومن هنا تتأكد فرضيتنا القائلة ان المستوى المعيشي و المستوى التعليمي ، ومنطقة الجغرافية تعزز للمرأة على حصولها على الرعاية الصحية بعد الولادة.

وبالتالي يمكن كتابة المعادلة بالشكل التالي:

$$\log \frac{Pi}{1-Pi} = -1,475+0,087 \text{ المنطقة الجغرافية}-0,116 \text{ المستوى الدراسي}-0,157 \text{المستوى المعيشي}-0,597 \text{ مضاعفات صحية بعد الولادة}+1,826 \text{ نوع الولادة}$$

ويمكن ترتيت المتغيرات حسب درجة تأثيرها على المتغير التابع من خلال الجدول الاتي:

**الجدول 83 ترتيب المتغيرات المفسرة حسب درجة تأثيرها على المتغير التابع**

| المرتبة | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|
| المتغير | نوع الولادة | مضاعفات صحية بعد الولادة | المستوى التعليمي | المستوى المعيشي | المنطقة الجغرافية |

**المصدر: من انجاز الباحث اعتمادا على قاعدة البيانات MISC6**

الجدول يبين ترتيب اهم المتغيرات المرتبطة بمتابعة صحة المرأة بعد الولادة، حيث جاء نوع الولادة في المرتبة الاولى مما يعكس تاثيره المباشر على حاجة المرأة للرعاية اللاحقة، يليه المضاعفات الصحية بعد الولادة التي تحدد بشكل كبير مستوى التدخل الطبي المطلوب، ثم المستوى التعليمي الذي يؤثر في وعي المرأة باهمية الرعاية الصحية، يليه المستوى المعيشي الذي يحدد قدرتها على الوصول الى الخدمات الصحية، واخيرا المنطقة الجغرافية التي تبين الفوارق في التغطية الصحية بين المناطق.

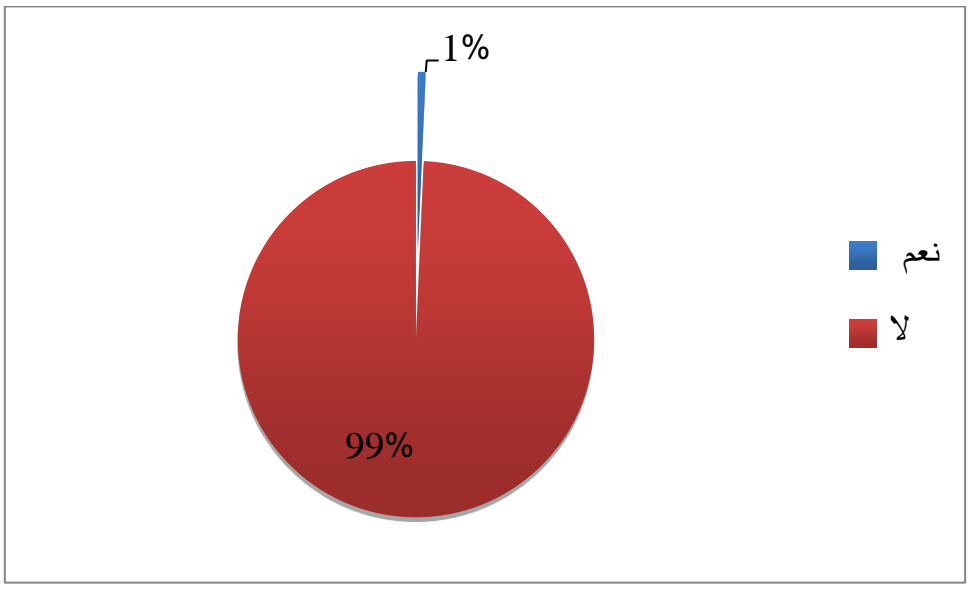
✓ **. تفسير نسبة الرجحان**

- **المنطقة الجغرافية** :(OR = 1.091) كلما تغيّرت المنطقة الجغرافية نحو مناطق أفضل من حيث التغطية الصحية زادت احتمالية الحصول على الرعاية بعد الولادة بنسبة 9.%
- **المستوى التعليمي** :(OR = 0.890) كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة بنقطة، انخفضت احتمالية عدم الحصول على الرعاية وزادت فرص الاستفادة منها بنسبة تقارب 11.%
- **المستوى المعيشي** :(OR = 0.855) كلما تحسّن المستوى المعيشي للمرأة، ارتفعت فرص حصولها على الرعاية بعد الولادة، حيث يقل احتمال الحرمان منها بنسبة 14.5.%

- **المضاعفات الصحية بعد الولادة** :(OR = 0.550) في حالة وجود مضاعفات صحية بعد الولادة، تقل فرص الحصول على الرعاية بنحو 45% مقارنة بالنساء دون مضاعفات.
- **نوع الولادة** :(OR = 6.211) النساء اللواتي أجرين ولادة قيصرية تزيد فرص حصولهن على الرعاية بعد الولادة بأكثر من ست مرات مقارنة بالولادة الطبيعية.

### 9.3.4. الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة بعد الولادة

**الشكل البياني 31 توزيع النساء حسب الحصول علىالرعاية الصحية لفترة ما بعد الولادة.**




**المصدر: من انجاز الباحث اعتمادا على قاعدة البيانات MISC6**

يمثل الشكل رقم (31) توزيع النساء حسب الجهة التي قدمت لهن الرعاية الصحية المؤهلة بعد الولادة. ويتضح من خلال المعطيات ان نسبة 99% من النساء ما يعادل 889 امرأة خضعن للفحص عند كوادر طبية مؤهلة، مثل طبيب نساء وتوليد، طبيب عام، قابلة مهنية، أو ممرض. بينما 1% فقط أي ما يعادل 12 امرأة تمت متابعتهن من طرف قابلات تقليديات أو أطراف غير مختصةهذا المؤشر يعد إيجابيا ويدل على وعي النساء بأهمية اللجوء إلى مهنيين صحيين مؤهلين لتفادي المضاعفات المحتملة، سواء بالنسبة

للأم أو للمولود. كما يعكس الدور الذي تلعبه التوعية الصحية في التأكيد على أهمية المتابعة الطبية لدى مختصين، خاصة في هذه المرحلة الحساسة بعد الولادة.

**خلاصة الفصل:**

أبرزت نتائج تحليل بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس صورة مركبة عن واقع استفادة النساء من الرعاية الصحية التوليدية في الجزائر، حيث ظهر إقبال واسع على المتابعة الصحية خلال الحمل، كما أن معظم النساء حصلن على رعاية طبية اثناء الولادة بفضل توسع الهياكل الصحية وتحسن وعي الأمهات بأهمية التاطير الطبي وإرتفاع مستوى الثقافة الصحية. غير أن المعطيات نفسها كشفت عن تراجع في نسب المتابعة خلال فترة ما بعد الولادة، وهي مرحلة بالغة الأهمية لصحة الأم والوليد، ما يعكس وجود فجوة ينبغي التعامل معها بجدية.

وعلى الرغم من التقدم المحقق في تغطية الرعاية الصحية، ما تزال الفوارق الجغرافية والإجتماعية والإقتصادية قائمة، اذ يظل عامل الاقليم مؤشرا أساسيا يعكس التفاوت في البنى التحتية والموارد الطبية، يليه المستوى المعيشي ثم المستوى التعليمي للأم الذي يرتبط مباشرة بوعيها الصحي ومستوى ثقافتها الصحية. وبالتالي، فان ضمان وصول شامل وعادل الى مختلف مكونات الرعاية التوليدية يتطلب سياسات أكثر إستهدافا للفئات الهشة، مع تعزيز خدمات ما بعد الولادة التي تمثل الحلقة الاضعف في سلسلةالرعاية

# الفصل الرابع

**تمهيد:**

بعد عرض نتائج تحليل بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات الذي قدم لنا نظرة شاملة حول أهم العوامل التي تؤثر على استخدام المرأة للرعاية الصحية التوليدية، خلال فترة الحمل والولادة، وما بعد الولادة، يهدف هذا الفصل للانتقال من بيانات ثانوية إلى معطيات ميدانية، والتي تم جمعها في إطار هذا البحث، من أجل تحديد ومعرفة اهم العوامل المؤثرة على اللجوء والولوج للرعاية الصحية التوليدية.

## 1. التعريف بالبحث الميداني:

يعد البحث الميداني من الأدوات الأساسية في ميدان البحث العلمي، إذ يمكن للباحث استكشاف الواقع الإجتماعي والصحي والتربوي من خلال تفاعله المباشر مع المبحوثين، في بيئتهم الطبيعية، على العكس من البحوث النظرية التي تكتفي بالبحوث المكتبية. ويعتمد البحث الميداني على جمع البيانات من مصادر اصلية، باستخدام تقنيات مختلفة كالملاحظة والمقابلة، والاستبيان. يمكن هذا النوع من البحوث عل القدرة في رصد الظواهر كما تحدث فعليا، مما يسمح بالتعمق أكثر ورصد أعمق لسلوك المراة، والسياقات الإجتماعية. وبالتالي في هذا الفصل ستعرض نتائج البحث الميداني حول ولوج المرأة الجزائرية للرعاية الصحية التوليدية.

### 1.1 خطوات البحث الميداني:

بعد تحديد موضوع الأطروحة ودراسة أهم الجوانب المتعلقة بالموضوع، والإطلاع على الدراسات السابقة وتحديد كل من الإشكالية والفرضيات، وأهم العوامل التي تؤثر على الرعاية الصحية التوليدية، تم بناء استبيان يمس كل جوانب موضوع الدراسة من أجل تحليل كمي يحدد مدى صحة الفرضيات والإجابة على مختلف التساؤلات المطروحة في هذه الاطروحة.

**2.1 محتوى الاستبيان:**

الاستبيان موجه للنساء المتزوجات في سن الانجاب (15–49)، اللواتي لديهن ولادة حية خلال السنتين الماضيتين، وتجاوزن مرحلة النفاس. ويتضمن أربعة محاور، وهي كالتالي:

- الخصائص الديموغرافية (بيانات خاصة بالمرأة والزوج)
- الولوج الصحي في فترة الحمل.
- الولوج الصحي في فترة الولادة.
- الولوج الصحي في فترة ما بعد الولادة.

قبل الشروع في البحث الميداني، تم عرض الإستبيان على 05 أساتذة ينتمون لقسم الديموغرافيا جامعة وهرا ن 2، وأستاذين من قسم الديموغرافيا جامعة تلمسان بهدف تقييمه. وقام الأساتذة بوضع مجموعة من الملاحظات حول صياغة الاسئلة. وبالتالي تم تعديل صياغة بعض الأسئلة. وبشكل عام أبدى الأساتذة كل الرضى على الإستبيان.

- بعد إعتماد النسخة النهائية، تم الدراسة الاستطلاعية التي ضمت عينة متكونة من 30 مبحوثة من اجل:
- التحقق من وضوح أسئلة الاستبيان.
- التأكد من فهم المستجوبات للأسئلة بنفس المعنى.
- حساب الوقت اللازم للإجابة.
- تعديل أو حذف أو إعادة صياغة الأسئلة إذا لزم الأمر أو إضافة معلومات اخرى.
- ضمان الصدق والثبات.

ثم بعد ذلك تمت طباعة كل الإستمارات للشروع في العمل الميداني. ولضمان السير الحسن للعمل الميداني وجودت العمل الميداني وتغطيته بالشكل الكافي، تم تشكيل فرقة بحث ميداني متكونة من طالبات من قسم الديموغرافية. واللواتي تم تكوينهم حول كيفية تطبيق الإستبيان والتعامل مع النساء المستجوبات، وقد لعب

هذا الفريق دورا حيويا في تسريع عملية المسح الميداني، خصوصا أن العينة موزعة على مجموعة من البلديات التي تنتمي الى ثلاث ولايات التي مست الدراسة وذلك تحت اشرافنا. مع الاشارة ان الدراسة الميدانية تمت خلال جائحة كوفيد 19.

### 3.1. الإطار الزماني والمكاني للبحث الميداني:

تم اختيار مصلحة الأمومة والطفولة، كمكان لاستجواب النساء، كونها نقطة تلاقي طبيعية للنساء اللواتي يأتين لتلقيح اطفالهن مهما كان مكان الولادة في مستشفى عمومي أو خاص أو بالمنزل. وقد تم الحصول على التراخيص اللازمة من الهيئات المشرفة على هذه المصلحة لضمان احترام أخلاقيات البحث.

#### 1.3.1. الفترة الزمانية:

كان من المقرر الشروع في المسح الميداني خلال شهر مارس 2020، إلا أن ظهور جائحة كوفيد-19 وبدئ إجراءات الحجر الصحي بتاريخ 12 مارس 2020 أدى إلى تأجيل تنفيذ العمل الميداني. وبسبب القيود الصحية الصارمة التي رافقت فترة الجائحة، لم ينفذ البحث الميداني إلا مع بداية التخفيف التدريجي للتدابير الوقائية وذلك ابتداءً من شهر جوان 2021، ليستمر إلى غاية جانفي 2022. وقد أثر هذا الظرف الاستثنائي بشكل مباشر على سير خطة البحث وعلى آجال إنجاز بعض المراحل الميدانية، ليتم تحميل البيانات على برنامج spss النسخة 25. في الفترة الممتدة بين شهر جانفي 2022-مارس 2022

#### 2.3.1. الإطار المكاني:

**جدول رقم84:** توزيع ولايات وبلديات الدراسة الميدانية

| الولاية | البلديات |
|---|---|
| وهـــــران | وهران، واد تليلات، السانيا، قديل، ارزيو. |
| سيدي بلعباس | سيدي بلعباس، سفيزف، راس الماء، واد السبع، العمارنة |
| البيـــــض | البيض، الغاسول، بريزنة، بوسمغون، البنود. |

**المصدر: نتائج البحث الميداني**

شملت العينة ثلاث ولايات تقع في غرب الجزائر، والتي تمثلت في كل من وهران، سيدي بلعباس والبيض. تتميز هذه الولايات بتنوعها الجغرافي، إذ تضم مناطق حضرية كبرى، وأخرى شبه حضرية، إضافة إلى مناطق ريفية ذات كثافة سكانية أقل. وقد تم اختيار هذه المناطق بالتنسيق مع الهياكل الصحية المحلية، مع مراعاة مستوى التسهيلات والقبول الإداري، خاصة وأن ظروف البحث الميداني تزامنت مع استمرار جائحة كورونا، وهو ما فرض بعض القيود على حركة الباحثة وفريق العمل وأثر نسبيا على نمط جمع البيانات في بعض البلديات.

**2.عينـــــــة الدراسة:**

تم إعتماد عينة قصدية تتكون من نساء متزوجات في سن الانجاب، اللواتي أنجبن خلال السنتين الماضيتين، وتجاوزن فترة النفاس. وقد بلغت العينة الاجمالية **1423** إمراة تم استجوابهن شخصيا مع فرقة البحث، وفق الشروط والمعايير المدروسة.

يعتبر هذا العمل الميداني خطوة أساسية لفهم واقع الرعاية الصحية التوليدية للنساء في الجزائر، وتشكل البيانات المتحصل عليها قاعدة علمية لتحليل وفهم للظاهرة المدروسة.

**الجدول رقم 85:** توزيع عينة الدراسة حسب البلديات

| اسم البلدية | عدد النساء المبحوثات | النسبة% |
|---|---|---|
| **ولاية سيدي بلعباس** | | |
| **العمارنة** | 70 | 4,9 |
| **سفيزف** | 90 | 6,3 |
| **سيدي بلعباس** | 150 | 10,5 |
| **واد السبع** | 40 | 2,8 |
| **رأس الماء** | 81 | 5,7 |
| **ولاية البيض** | | |
| **البيض** | 100 | 7 |
| **بريزينة** | 60 | 4,2 |
| **الغاسول** | 50 | 3,5 |
| **البنود** | 40 | 2,8 |
| **بوسمغون** | 40 | 2,8 |
| **ولاية وهران** | | |
| **وهـران** | 250 | 17,6 |
| **السانيا** | 132 | 9,3 |
| **واد تليلات** | 99 | 7 |
| **قديل** | 100 | 5,2 |
| **ارزيو** | 120 | 8,4 |
| **المجموع** | 1423 | 100% |

**المصدر: نتائج البحث الميداني**

حسب بيانات الجدول رقم85 فقد تم استجواب أكبر عدد من النساء في المدن الكبرى التي تمثل مركز الولاية، مثل بلديات وهران، سيدي بلعباس والبيض، وهو أمر منطقي بالنظر إلى الكثافة السكانية المرتفعة، تمركز المصالح الصحية وسهولة الوصول إلى النساء المستهدفات في هذه المناطق الحضرية الكبرى. في

المقابل، شمل البحث أيضا بلديات متوسطة وصغيرة من حيث الكثافة السكانية يختلف طابعها الجغرافي، حيث نجد مناطق تعتبر حضرية من الناحية الإدارية مثل رأس الماء، لكنها تضم قرى ومناطق مبعثرة ذات طابع ريفي. ينطبق هذا الوضع على أغلب البلديات المستهدفة باستثناء المدن الكبرى. يسمح هذا التنوع المكاني بفهم أفضل للعوائق التي قد تحد من ولوج النساء إلى الرعاية الصحية التوليدية في بيئات مختلفة. ويعكس هذا التوزيع حرص الباحثة على تمثيل أوسع لمختلف الأوساط السكانية من المراكز الكبرى إلى البلديات شبه الحضرية والمناطق الريفية، وهو ما يدعم قوة التحليل السوسيوديموغرافي ويزيد من مصداقية النتائج الميدانية.

## 3. عرض نتائج الدراسة:

### 1.3. توصيف العينة:

#### 1.1.3. الخصائص السوسيوديمغرافية لافراد العينة

**جدول رقم 86: توزيع المبحوثات حسب الخصائص السوسيوديموغرافية**

| | | سن المرأة % | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|
| | | أقل من 20 سنة | 20-35 | أكثر من 35 | |
| ولاية الانتماء% | وهران | 1 | 36,1 | 12,2 | 49,3 |
| | سيدي بلعباس | 0,8 | 20,8 | 8,7 | 30,3 |
| | البيض | - | 12,4 | 7,9 | 20,4 |
| المجموع | | 1,8 | 69,4 | 28,9 | 100 |
| مكان الإقامة% | حضري | 1,3 | 52,6 | 20,2 | 74,1 |
| | شبه حضري | - | 4,9 | 2,5 | 7,4 |
| | ريفي | 0,4 | 11,9 | 6,2 | 18,5 |
| المجموع | | 1,8 | 69,4 | 28,9 | 100 |
| | متزوجة | 1,7 | 68,4 | 28,5 | 98,6 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| الحالة العائلية | مطلقة | 0,1 | 0,7 | 0,4 | 1,1 |
| | أرملة | – | 0,2 | – | 0,2 |
| | منفصلة | – | 0,1 | – | 0,1 |
| المجموع % | | 1,8 | 69,4 | 28,9 | 100 |
| هل هذا زواجك الاول% | نعم | 1,8 | 67,7 | 27,1 | 96,60 |
| | لا | -- | 1,7 | 1,8 | 3,40 |
| المجموع | | 1,8 | 69,4 | 28,9 | 100 |
| المستوى التعليمي للمرأة % | بدون مستوى | 0,1 | 3,7 | 3,1 | 7 |
| | إبتدائي | 0,2 | 4,9 | 3,7 | 8,8 |
| | متوسط | 1 | 18,1 | 7,5 | 26,6 |
| | ثانوي | 0,4 | 18,3 | 5,6 | 24,3 |
| | جامعي | – | 23,3 | 8,4 | 31,8 |
| | دراسات عليا | – | 1,1 | 0,6 | 1,6 |
| المجموع | | 1,8 | 69,4 | 28,9 | 100 |
| هل انت عاملة | نعم% | – | 15,7 | 8,9 | 24,6 |
| | لا% | 1,8 | 53,7 | 20 | 75,4 |
| المجموع% | | 1,8 | 69,4 | 28,9 | 100 |
| أجر الزوجة% | أقل من 15000 دج | – | 6,9 | 2,9 | 9,7 |
| | [15000 ;20000 [ دج | -- | 6,6 | 2,9 | 9,4 |
| | ]20000;30000[ دج | -- | 9,4 | 7,1 | 16,6 |
| | ]30000;40000[ دج | -- | 29,1 | 12,6 | 41,7 |
| | ]40000;50000[ دج | -- | 6,6 | 5,1 | 11,7 |
| | ]50000;60000[ دج | -- | 2,3 | 2,9 | 5 |
| | [60000; 70000[ دج | – | 2,6 | 2,6 | 5,1 |
| | أكثر من 80000 دج | | 0,3 | 0,3 | 0,6 |
| المجموع% | | – | 63,70 | 36,30 | 100 |

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| أجر الزوج% | أقل من 15000دج | 0,1 | 2,6 | 2 | 4,80 |
| | [20000;15000[ دج | 0,4 | 7,2 | 3,1 | 10,70 |
| | [40000;30000[ دج | 0,2 | 13,8 | 5,2 | 19,20 |
| | [50000;40000[ دج | 0,3 | 13,8 | 5,8 | 19,80 |
| | [60000;50000[ دج | 0,1 | 9,6 | 3,2 | 12,90 |
| | [70000;60000[ دج | 0,1 | 5,8 | 3 | 8,80 |
| | [80000;70000[ دج | 0,3 | 9,6 | 3,4 | 13,20 |
| | أكثر من 80000 دج | – | 1,1 | 0,6 | 1,70 |
| | بدون دخل | 0,3 | 6 | 2,7 | 9,00 |
| المجموع% | | 1,8 | 69,4 | 28,9 | 100 |
| عدد الاطفال للمر% | طفل واحد | 1,3 | 23,6 | 2,7 | 27,7 |
| | 2–4 أطفال | 0,4 | 43,6 | 19 | 63,1 |
| | أكثر من 4 أطفال | – | 2,1 | 7,1 | 9,2 |
| المجموع% | | 1,8 | 69,4 | 28,9 | 100 |

**المصدر: نتائج البحث الميداني**

من خلال الجدول رقم 86 نلاحظ أن الخصائص السوسيو ديموغرافية تعكس ملامح تركيبة سكانية متجانسة من حيث التوزيع العمري والوضع العائلي، لكنها تكشف في المقابل عن تباينات مهمة على مستوى التعليم، النشاط الاقتصادي، ومستوى الدخل، وهي معطيات بالغة الأهمية لفهم أنماط الخصوبة وسلوكيات الرعاية الصحية التوليدية. فنجد أن:

العينة تقدر ب 1423امرأة موزعة على ثلاث ولايات: حيث تمثل ولاية وهران أكبر نسبة بـ 702امرأة أي ما يعادل 49.3%، تليها ولاية سيدي بلعباس بـ 431امرأة (30.3%)، ثم ولاية البيض بـ 290امرأة بنسبة 20,4% .

من حيث الفئة العمرية، نجد أن نسبة النساء أقل من 20 سنة لا تتجاوز 1.8% فـي حين تمثل الفئة ما بين 20 و35 سنة النسبة الغالبة (69.4%)، بينما الفئة الأكبر من 35 سنة فتمثل 28.9%، يشير هذا

التوزيع إلى تنوع العينة من حيث العمر. فعمر المرأة يعتبر متغير اساسي يمكن ان يؤثر على اللجوء للرعاية الصحية التوليدية.

فيما يخص مكان الإقامة، فإن نساء الحضر يشكلن 74 %من العينة (1054 امرأة)، مقابل 17.3% من النساء القاطنات في المناطق الريفية (246 امرأة)، و 8.6% في المناطق الشبه حضرية (123 امرأة). وهذ يساعد على معرفة أي المناطق الاكثر التي يسهل فيها الولوج للرعاية الصحية التوليدية.

بالنسبة للحالة العائلية، فإن 98.6% من النساء متزوجات (1403 امرأة)، في حين تمثل المطلقات نسبة ضئيلة تقدر فقط بـ 1.1%، أما الأرامل والمنفصلات فهن شبه منعدمات في العينة (أقل0.3%).

وفيما يتعلق بـ الزواج الأول، تكشف البيانات أن 96.6% من النساء هن في زواجهن الأول (1374 امرأة)، مقابل 3.4% سبق لهن الزواج (49 امرأة).

أما على مستوى التعليم، فتظهر المعطيات أن 31.8% من النساء بلغن المستوى الثانوي (452 امرأة)، ويتقاسم المستوى المتوسط والجامعي نفس النسبة ( 26.6%)، بينما 8.9% بدون مستوى تعليمي (99 امرأة). النسب المتبقية موزعة بين الابتدائي8.8% وتمثل النساء اللواتي لديهن دراسات عليا ما يقارب 1.6%.

وفيما يخص نشاط المرأة الاقتصادي، يتضح أن 24.6% فقط من النساء المستجوبات عاملات (350 امرأة)، مقابل 75.4% غير عاملات (1073 امرأة). أما مداخيل العاملات فتتوزع أساسا بين فئات الدخل المنخفض والمتوسط، حوالي 41.7% منهن يتقاضين بين 30.000 و50.000 دج شهريا (146 امرأة).

بالنسبة لدخل الأزواج، يظهر من البيانات أن حوالي 19.2 %من الأزواج يتقاضون بين 30.000 و40.000 دج شهريا (281 زوجا)، تليها فئة الدخل ما بين20.000–30.000 دج (19.1 %). بينما 9% من الأزواج بدون دخل (128 زوج). يعتبر الدخل مؤشر للقدرة المادية التي يمكن ان تكون عائق يحول دون إستفادة المرأة من الرعاية الصحية التوليدية.

أخيرا، من حيث عدد الأطفال، فإن 63% من النساء لديهن ما بين طفلين وأربعة أطفال (898 امرأة)، في حين أن 27.7% لديهن طفل واحد (394 امرأة)، و9.2% لديهن أكثر من أربعة أطفال (131 إمرأة). ويعتبر هذ المتغير مؤشر مهم في فهم سلوك المرأة الانجابي وولوجها للرعاية الصحية من خلال التجارب السابقة للحمل والولادة.

**المتغيرات التابعة الأساسية والمتغيرات المستقلة للدراسة 2.3.**

**الجدول رقم 87: المتغيرات التابعة والمستقلة**

| المتغيرات التابعة | | | المتغيرات المستقلة |
|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | |
| الرعاية الصحية للحمل عند اخر حمل | الرعاية الصحية عند الولادة | الرعاية الصحية لما بعد الولادة | **سن المرأة عند اخر ولادة (تم انشاء هذا المتغير بطرح تاريخ ميلاد اخر طفل من تاريخ ميلاد الأم) بثلاث صيفات "اقل من 20 سنة"، من 20-35سنة"- ، أكبر من 35 سنة** |
| | | | **بلدية الإقامة (وهران-واد تليلات -السانيا -ارزيو -قديل - سيدي بلعباس- سفيزف- راس الماء -العمارنة-واد السبع- البيض-الغاسول-بريزنة- بوسمغون-البنود).** |
| | | | **مكان الإقامة بثلاث صفات (حضري - شبه حضري -ريفي)** |
| | | | **عمل المرأة بصفتين (نعم-لا)** |
| | | | **دخل الزوج بتسعة صيفات: بدون دخل، أقل من 15000 دج، [15000; 20000[دج،[20000;30000[دج،[30000;40000[دج،[40000;50000[، دج [50000;60000[دج ،[60000;70000 [ دج ،أكثر من 80000 دج** |
| | | | **عدد الاطفال (يشمل جميع اطفال المرأة سواء في اطار الزواج الحالي أو الزيجات السابقة) بثلاث صيفات"طفل واحد"،2-3 أطفال"،"أكثر من 4 أطفال"** |
| | | | **االتجارب السيئة للمراة في الحمل (تم إستحداثه من خلال تعرض المرأة للاجهاض أو ولادة ميتة) بصفتين نعم أو لا** |
| | | | **الرغبة في اخر حمل بصفتين(نعم-لا)** |
| | | | **الإنتساب للضمان الاجتناعي (بطاقة الشفاء)** |
| | | | **المستوى الدراسي بخمسة صيفات (بدون مستوى إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي)** |
| | | | **الاصابة بمرض مزمن بصفتين (نعم، لا)** |
| | | | **مضاعفات صحية خلال الحمل بصفتين (نعم، لا)** |
| | | | **مضاعفات بعد الولادة (نعم، لا)** |

**المصدر نتائج البحث الميداني**

بين الجدول (87) ان الدراسة ترتكز على ثلاث متغيرات تابعة اساسية وهي الرعاية الصحية للحمل عند اخر حمل والرعاية الصحية عند الولادة والرعاية الصحية لما بعد الولادة. تمثل هذه المتغيرات المحأور الرئيسية التي تسعى الدراسة الى قياسها وتحليلها لفهم ولوج المرأة الى الخدمات الصحية التوليدية بمراحلها المختلفة.

في المقابل تشمل المتغيرات المستقلة ابعادا سوسيوديموغرافية وصحية تم اختيارها اعتمادا على ما ورد في الدراسات السابقة التي تنأولت موضوع ولوج النساء الى خدمات الصحة الانجابية والرعاية التوليدية. تم اعتماد هذه المتغيرات بناء على علاقتها المباشرة بتفسير الفوارق في الحصول على الرعاية الصحية بين مختلف الفئات.

يمثل سن المرأة عند اخر ولادة متغيرا مهما لانه يوضح العلاقة بين العمر ومستوى الحاجة للمتابعة الطبية حيث ان بعض الفئات العمرية تكون أكثر عرضة للمضاعفات الصحية مما يستدعي توفير رعاية أفضل.

تعد ولاية الإقامة محددا مكانيا اساسيا لفهم التباين في توفر وتسهيل الخدمات الصحية بين المدن الكبرى مثل وهران وسيدي بلعباس وبين ولايات ذات كثافة اقل مثل البيض. يساهم مكان الإقامة بتصنيفه حضريا أو شبه حضريا أو ريفيا في تفسير الفروق في شروط الوصول الى المرافق الصحية.

يعتبر عمل المرأة دليلا على مستوى إستقلالها المالي وقدرتها على تحمل نفقات النقل والعلاج. يوضح دخل الزوج مستوى الموارد المتاحة للاسرة مما يحدد امكانية تغطية التكاليف المرتبطة بالرعاية الصحية.

يعكس عدد الاطفال حجم المسؤوليات الاسرية ومعدل الخصوبة وقد يؤثر على قرار المرأة بخصوص توقيت المتابعة الطبية وتنظيم الاسرة. يشير التعرض لتجارب حمل سلبية مثل الاجهاض أو الولادة الميتة الى الحاجة لمتابعة صحية دقيقة في الاحمال اللاحقة.

تكشف الرغبة في الحمل الاخير عن مدى التخطيط المسبق وتوضح توجه الاسرة نحو استخدام وسائل تنظيم الاسرة والمتابعة الصحية. يبين الانتماء الى الضمان الإجتماعي ما إذا كانت المرأة قادرة على الاستفادة من العلاج المجاني أو المخفض مما يسهل ولوجها الى المرافق الصحية العمومية.

يمثل المستوى الدراسي مؤشرا على درجة الوعي الصحي وقدرة المرأة على فهم اهمية المتابعة المنتظمة. تبقى الاصابة بمرض مزمن عاملا يزيد من مخاطر الحمل والولادة ويستدعي رعاية طبية مستمرة. كما أن التجارب السلبية في الحمل السابق تؤثر بشكل مباشر على سلوك المرأة في الحمل اللاحق، حيث تدفعها غالبا إلى الحرص على متابعة طبية منتظمة لتفادي تكرار نفس المشكلات. كما قد تزيد من وعيها بالمخاطر الصحية وأهمية الكشف المبكر، وفي بعض الحالات قد تولد شعورا بالخوف أو القلق يؤثر على نمط المتابعة.

يوضح هذا الإطار كيف تسهم هذه المتغيرات مجتمعة في بناء تصور علمي متكامل لدراسة إثر العوامل العمرية والإجتماعية والاقتصادية والصحية على فرص حصول النساء على رعاية صحية مناسبة قبل وأثناء وبعد الولادة مع مراعاة الفوارق الجغرافية والظروف المكانية المختلفة.

## 4.نتائج البحث الميداني:

### 1.4-بالمتابعة الطبية للحمل:

#### 1.1.4 الرعاية الطبية التوليدية في فترة الحمل:

**جدول رقم 88:** توزيع المبحوثات حسب الرعاية الطبية التوليدية في فترة الحمل

| المتابعة الطبية للحمل | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| نعم | 1404 | 98,7 |
| لا | 19 | 1,3 |
| المجموع | 1423 | 100,0 |

**المصدر: نتائج البحث الميداني**

الجدول أعلاه يمثل توزيع المبحوثات حسب متابعتهن للحمل، حيث نجد ان معظم المبحوثات قمنا بمتابعة حملهن بنسبة 98.7 %. يدل هذا على ان النساء الجزائريات لهن دراية كافية بأهمية متابعة الحمل لصحتهن وصحة الجنين. اما فيما يبخص النساء اللواتي عزفن عن المتايعة الطبية (1,3%) فتشير النتائج الى ان اهم الاسباب التي ادت بهن لعدم المتابعة تمثلت في ان الظروف المادية لم تسمح لهن (36,8%)، يؤكد ذلك ان الفقر وضعف الموارد المادية يظلان من أبرز محددات عدم الانتظام في استهلاك الخدمات الصحية خاصة في المناطق التي يغيب فيها نظام دعم إجتماعي فعال.

كما أن الحمل عادي ولديهن خبرة مسبقة (36,8%)، يكشف هذا عن أراء النساء فيما يتعلق بمخاطر الحمل باعتبار بعضهن ان المتابعة الطبية الزامية فقط في حال وجود مضاعفات او حمل اولي. تعكس هذه الرؤية فجوة في التوعية الصحية خاصة إذا علمنا أن عددا من المضاعفات قد تحدث بشكل مفاجئ ودون اعراض انذارية واضحة.

كما صرحت 26,4 % منهن على أن بعد المسافة بين مكان اقامتهن ومصلحة المتابعة الطبية عمومية كانت ام خاصة أهم عائق لمتبعتهن الطبية. تتطابق هذه النتيجة مع عدد من الدراسات التي تم عرضها في الفصل المنهجي هواري رحال (2020)، أمال بلعيدي وأسيا شريف (2017)، (Gmamderman;S(2011) ،التي اثبتت ان طول المسافة بين مقر الإقامة ومصالح الرعاية الصحية يشكل احد ابرز العوامل المقلصة لفرص الوصول العادل الى الخدمات الصحية، خاصة في المناطق الريفية او تلك التي تعاني ضعفا في البنية التحتية.

### 2.1.4-توزيع المبحوثات اللواتي لم يقمن بمتابعة الحمل حسب سبب عدم متابعة

**الجدول رقم89: سبب عدم متابعة الحمل**

| سبب عدم المتابعة الطبية للحمل | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| الظروف المادية لا تسمح | 7 | 36.8 |
| الحمل عادي ولديا خبرة مسبقة | 7 | 36.8 |
| بعد المسافة | 5 | 26.4 |
| المجموع | 19 | 100 |

**المصدر: نتائج البحث الميداني**

### 3.1.4- المسافة بين بلدية الإقامة ومكان المتابعة الطبية:

يعرض الجدول رقم 89 علاقة مهمة بين المسافة التي تفصل بين مقر سكن النساء وعيادة متابعة الحمل حسب بلديات الدراسة، والذي يكشف بوضوح عن حجم الفوارق المجالية في الوصول الى خدمات الرعاية الصحية التوليدية. إذ يتبين من الارقام ان النساء المقيمات في المدن الكبرى مثل وهران والسانيا وسيدي بلعباس يتمتعن بقرب جغرافي واضح، حيث أن الغالبية الساحقة لا تتجاوز المسافة التي تفصلهن عن العيادة خمس كيلومترات. وهذا يعكس فعالية التوزيع الجغرافي للهياكل الصحية وكفاءة الشبكات الحضرية للنقل

والخدمات الطبية في القطاعين العام والخاص. وتجدر الإشارة هنا أننا اعتمدنا في تحليلنا على مرجعية أو عتبة تعتبر ان المسافة المثالية للوصول الى مرافق الرعاية الصحية الاولية هي 5 كلم في المناطق الريفية. و15 كلم في المناطق الحضرية وشبه الحضرية وهذا ما توصي به بعض الدراسات مثل دراسات (Anoah-Nuamah;j et al (2023)) و( ( Traoré;s(2024) التي غعتمد مسافة 5كلم كعتبة في المناطق النائية والريفية ومسافة 15 كلم في دراسة كل من ((darkoul.Net al (1999)، (Ntotilo(2019)). لكن يجب التنبيه الى ان تحديد هذه المسافة ليس له ضابط موحد وثابت، بل يظل خاضعا لخصوصية البيئة الجغرافية لكل منطقة، من حيث سهولة التضاريس وحالة شبكة الطرق ووسائل النقل المتاحة.

**جدول رقم 90:** توزيع **المبحوثات حسب المسافة بين مكان بلدية الإقامة ومكان المتابعة الطبية**

| | | المسافة بين المنزل وعيادة متابعة الحمل | | | | | | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | أقل او تساوي 5 كلم | ]10;5[ كلم | ]15;10[ كلم | ]30;15[ كلم | ]50;30[ كلم | ]100;50[ كلم | أكثر من 100كلم | |
| بلدية الانتماء | وهران | 13,2 | 0,2 | 0,9 | 1,7 | 1,1 | 0,6 | – | 17,7 |
| | السانيا | 6,1 | 0,5 | 1,1 | 1,1 | 0,6 | – | – | 9,4 |
| | تليلات | 4,8 | 0,4 | 0,1 | 0,5 | 1,0 | 0,3 | – | 7,1 |
| | قديل | 4,9 | 0,2 | 0,1 | 0,9 | 0,8 | 0,1 | – | 7,1 |
| | ارزيو | 7,1 | 0,1 | 0,1 | 0,8 | 0,4 | 0,1 | – | 8,5 |
| | سيدي بلعباس | 8,8 | 1,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,1 | – | 10,5 |
| | واد السبع | – | 0,2 | 0,6 | 0,4 | 1,2 | 0,4 | – | 2,8 |
| | رأس الماء | 3,8 | – | 0,1 | 0,1 | 0,9 | 0,8 | – | 5,8 |
| | العمارنة | – | 4,8 | – | – | – | – | – | 4,8 |
| | سفيزف | 3,1 | 0,1 | 0,5 | 0,2 | 2,3 | 0,2 | – | 6,3 |
| | البيض | 4,1 | 1,1 | 0,8 | 0,6 | 0,5 | 0,1 | – | 7,1 |
| | بريزينة | ,3 | 0,3 | | 0,3 | 0,9 | 2,2 | 0,3 | 4,2 |
| | الغاسول | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 1,4 | 1,9 | – | 3,6 |
| | البنود | – | – | – | – | – | 2,6 | – | 2,6 |
| | بوسمغون | 0,4 | – | – | 0,1 | – | 0,4 | 1,7 | 2,6 |
| **المجموع** | | **56,6** | **9,2** | **4,6** | **7,1** | **11,0** | **9,6** | **2,0** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

لكن على النقيض من ذلك، يظهر الجدول رقم 90 ان بعض البلديات الريفية او شبه حضرية مثل واد السبع، وبريزنة، وبوسمغون، والغاسول، والبنود تعاني من محدودية واضحة في التغطية الصحية. اذ نجد حالات تصل فيها المسافة بين مكان الإقامة ومكان الفحص إلى أكثر من 50 كيلومتر، وقد تتجاوز احيانا

100 كيلومتر. وهذا يمثل عائقا حقيقيا امام النساء لمتابعة الحمل بشكل منتظم. واضافة الى وهذا النقص طبي جغرافيا، فان المعاينة الميدانية اثبتت ان هذه البلديات تفتقر تماما الى وجود اطباء مختصين في امراض النساء والتوليد، سواء في القطاع العام او الخاص. وهذا يعني ان المشكلة مزدوجة، تجمع بين ضعف التغطية الطبية وغياب الكفاءات الطبية الضرورية، وهو ما يحرم نساء هذه المناطق من الاستفادة من رعاية صحية امنة ومستمرة.

وتتفق هذه النتيجة مع ما اشارت اليه االدراسات (Magadie وفاخرون (2000)، Nkurnziza، (2014))، التي تؤكد ان توفر الهياكل الصحية وحده لا يكفي لضمان الوصول العادل الى الرعاية، بل لا بد من قياس الوصول الفعلي بناء على المسافة والزمن والتوفر النوعي للموارد البشرية المختصة. وهنا يصبح مفهوم التغطية المجالية مرتبطا ارتباطا وثيقا بمدى جاهزية العنصر البشري المؤهل والتجهيزات الاساسية اللازمة لضمان الخدمة الصحية في المناطق النائية.

من جهة اخرى، يكشف الجدول رقم90 عن وجود حالات في المدن الكبرى تجاوزت فيها بعض النساء المسافة المثالية 15 كلم، رغم توفر المرافق الصحية داخل النسيج الحضري. وهذا لا يرجع الى نقص في العرض، بل يعكس سلوكا اختياريا للمستفيدات. اذ تلجا بعض النساء في كل من ولاية وهران وسيدي بلعباس الى قطع مسافة أكبر من خمس كيلومترات للوصول الى طبيب او عيادة مفضلة. وهذا غالبا يرتبط بعوامل الثقة مثل جودة الخدمة او تفضيل طبيب معين، او لاسباب ثقافية واجتماعية تجعل المرأة تختار مركزا معين رغم توفر مراكز أقرب الى مقر سكنها.

لذلك فان تفسير تجاوز المسافة في المدن الكبرى يختلف تماما عن تفسيره في البلديات الريفية. ففي المدن، يرتبط الأمر بحرية الاختيار وسلوك المرأة، وليس بغياب الخدمة. بينما في المناطق الريفية، تبقى المسافة

الطويلة عائقا اجباريا مفروضا بسبب ضعف البنية التحتية الطبية وبعد مراكز التوليد عن القرى ، وعدم توفر اطباء مختصين في امراض النساء والتوليد.

### 4.1.4-الاشراف عن الحمل:

**جدول رقم 91:** توزيع المبحوثات حسب مكانة متابعة الحمل والمشرف عن المتابعة

| | | المشرف عن متابعة الحمل | | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | طبيب مختص نساء وتوليد | قابلة | طبيب عام | طبيب نساء وتوليد وقابلة | طبيب نساء وتوليد وطبيب عام | |
| اين قمت بالمتابعة الصحية للحمل | قطاع عام | 2,7 | 9,7 | 1,4 | - | - | 13,8 |
| | قطاع خاص | 76,7 | - | 8,1 | - | - | 84,8 |
| | قطاع عام وخاص | - | - | - | 1,1 | 0,3 | 1,4 |
| **المجموع%** | | **79,4** | **9,7** | **9,5** | **1,1** | **0,3** | **100** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

يمثل الجدول رقم 91 توزيع افراد العينة حسب المشرف الطبي على الحمل ومكان المتابعة القطاع الصحي (عام او خاص). يتضح من النتائج ان القابلات يمثلن الطرف الأساسي في المتبعة الطبية للحمل في القطاع العام (9.7%). في المقابل بلغت نسبة الاشراف على الحمل من قبل طبيب مختص في امراض النساء والتوليد في القطاع العام (2.7%). بينما انخفضت هذه النسبة الى (1.4%) إذا الاشراف من قيل طبيب عام وفي نفس القطاع. يعكس هذا الدور المحوري الذي تؤديه القابلات داخل المنظومة الصحية العمومية، خاصة في عدم وجود طبيب مختص في امراض النساء والتوليد.

اما في القطاع الخاص فتظهر المعطيات ان (76.7%) من النساء يتابعن حملهن عند طبيب مختص في امراض النساء والتوليد. مقابل نسبة (8.1%) التي يشرف عليها طبيب عام. وهذا يكشف ان النساء اللواتي يلجان الى القطاع الخاص يبحثن اساسا عن الرعاية المختصة ولا يعتمدن على القابلات مقارنة بالقطاع العام.

كما تشير نتائج الجدول رقم 91 ايضا الى ان بعض النساء اخترن الجمع بين القطاعين العام والخاص من خلال ما يسمى بالفحص المزدوج. حيث تظهر البيانات ان أغلبهن يتابعن الحمل اساسا عند طبيب نساء وتوليد في القطاع الخاص ثم يتوجهن الى القطاع العام لاجراء استشارة تكميلية او فحص سريري بسيط للتأكد من الحمل او لاستكمال بعض الاجراءات الادارية الخاصة بالولادة. وأحيانا تلجا بعض النساء الى القطاع العام نتيجة وعكة صحية مفاجئة او ظهور حالة طارئة تستدعي فحصا عاجلا لا يمكن تأجيله حتى موعد الطبيب الخاص. وهذا يعني ان القطاع العام بالنسبة لهؤلاء النساء لم يكن المصدر الرئيسي للمتابعة بقدر ما كان مكملا للفحوصات والاستشارات او لتغطية ظروف صحية طارئة تفرض اللجوء الى المرافق العمومية القريبة.

في المجمل تؤكد هذه النتائج ان القطاع الخاص يوفر اشرافا أكثر تخصصا بينما يعتمد القطاع العام بدرجة أكبر على القابلات نتيجة النقص في عدد الاطباء المختصين. وهذا التباين يعكس الفروق في توزيع الموارد البشرية ويبرز اهمية القابلات في تقديم رعاية قريبة ومستدامة خاصة في المناطق التي تعاني من محدودية التغطية الطبية المتخصصة.

### 5.1.4- الفحص بجهاز الموجات فوق الصوتية

**جدول رقم 92:** توزيع المبحوثات اللواتي تابعن حملهن في القطاع العام وقمن بالفحص باستخدام جهاز الموجات الصوتية

| | | العدد | النسبة% |
|---|---|---|---|
| الفحص بجهاز الموجات فوق الصوتية في القطاع العام | نعم | 72 | 37,1 |
| | لا | 122 | 62,9 |
| | المجموع | 194 | 100 |

المصدر: البحث الميداني

يوضح الجدول رقم 92 ان نسبة النساء اللواتي استفدن من الفحص بجهاز الموجات الصوتية داخل مرافق القطاع العام بلغت 37.1% فقط من اجمالي العينة (اللواتي تابعن حملهن عند القطاع العام). في حين بلغت نسبة النساء اللواتي لم يستفدن من هذا الفحص داخل القطاع العام 62.9%. يكشف هذا التوزيع محدودية استعمال هذه التقنية التشخيصية المهمة في متابعة الحمل والكشف المبكر عن اي مضاعفات صحية في القطاع العام.

يرجع هذا القصور بالدرجة الاولى الى ان القابلات اللواتي يمثلن الطرف الرئيسي للإشراف على الحمل داخل القطاع العام غير مؤهلات وغير متاح لهن قانونيا استعمال جهاز الموجات الصوتية، اذ يقتصر استعماله على الاطباء المختصين في امراض النساء والتوليد او الاطباء العامين المؤهلين لذلك. وبما ان نسبة كبيرة من النساء يتابعن حملهن عند القابلات فقط فان هذه الفئة لا تستفيد من الفحص بالجهاز الا إذا تمت معاينة موازية لدى الطبيب المختص او ضمن الفحص المزدوج.

كما يعزى هذا النقص احيانا الى عدم توفر الجهاز اصلا في بعض المصالح الصحية خاصة في البلديات الريفية او العيادات ذات الموارد المحدودة. اذ لا تزال بعض الهياكل الصحية تفتقر الى هذا التجهيز الاساسي مما يحرم النساء من اجراء الفحص داخل المؤسسة العمومية ويدفعهن للبحث عن بدائل في القطاع الخاص.

وتساهم ايضا محدودية عدد الاجهزة المتاحة وضعف التوزيع العادل لها اضافة الى الضغط الكبير على المواعيد وصعوبة البرمجة الدورية لجميع الحوامل في تقليص فرص اجراء هذا الفحص بشكل منتظم داخل القطاع العام.

ويبرز هذا المؤشر مرة اخرى الفجوة بين العرض الصحي المتاح في القطاع العام مقارنة بالقطاع الخاص. حيث تضطر العديد من النساء الى اجراء الفحص بجهاز الموجات الصوتية خارج المؤسسات العمومية لضمان متابعة حملهن وفق المعايير الطبية الحديثة. وهذا يفسر التوجه نحو الفحص المزدوج او الجمع بين القطاعين العام والخاص لتغطية هذا النقص.

### 6.1.4- سبب اختيار القطاع الخاص:

**الجدول رقم 93:** توزيع المبحوثات اللواتي اخترن القطاع الخاص لمتابعة الحمل حسب سبب اختيار

| سبب إختيار القطاع اخاص | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| **عدم توفر الاجهزة في العمومي والمعاملة الجيدة ولاطباء المختصين** | 713 | 59,6 |
| **خدمة القطاع الخاص أسرع وأحسن وطبيب مختص** | 415 | 34,7 |
| **لان الطبيبة كنت اتابع عندها من الحمل الأول** | 21 | 1,8 |
| **القطاع الخاص لا يتطلب وساطة** | 48 | 4,0 |
| **المجموع** | 1197 | 100,0 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يتبن من معطيات الجدول رقم 93 ان السبب الرئيسي الذي يدفع غالبية النساء الى اللجوء للقطاع الخاص لمتابعة حملهن يتمثل في عدم توفر الاجهزة داخل المؤسسات الصحية العمومية (59.6 %) وضعف توفر

الاطباء المختصين اضافة الى شعور الكثيرات بعدم الرضى عن نوعية المعاملة داخل بعض المرافق العمومية. ويعكس هذا المؤشر نقص التجهيزات الطبية وضعف التغطية بالكفاءات المختصة ووجود مستوى من عدم الرضى عن الخدمات داخل القطاع العام تبقى من بين اهم العوامل التي تدفع النساء للبحث عن بدائل أكثر ضمانا وثقة في القطاع الخاص.

اما السبب الثاني فيتمثل في جودة الخدمة وسرعة الوصول اليها في العيادات الخاصة (37،7%)، مما يؤكد ان النساء يبحثن عن متابعة صحية أكثر تنظيما وسرعة في الحصول على مواعيد دون تأخير زائد او عراقيل ادارية مع ضمان الاشراف من طبيب مختص.

وتشير ايضا النتائج الى وجود نسبة صغيرة (1،8%) من النساء اللواتي يفضلن استمرار المتابعة الطبية للحمل مع الطبيب نفسه الذي تابعن عنده الحمل الاول، وهذا يكشف اهمية الثقة في العلاقة بين المريضة والطبيب خاصة بالنسبة للنساء اللواتي مررن بتجارب حمل ايجابية في السابق.

كما ضرحت 4% من النساء ان اختيارهن للقطاع الخاص سببه سهولة الوصول الى الخدمة دون الحاجة الى وساطة او اجراءات معقدة، مما يدل ان بعض النساء يلجآن للقطاع الخاص هروبا من البيروقراطية والضغط الاداري والشعور بعدم الرضى الذي قد يواجهنه داخل بعض المؤسسات العمومية.

في المجمل توضح هذه النتائج ان التوجه نحو القطاع الخاص ليس مجرد ترف مادي بل هو ناتج عن عوامل موضوعية ترتبط بجودة الخدمة وسرعتها وتوفر التجهيزات والاختصاصات الطبية التي قد لا تتوفر بنفس المستوى داخل القطاع العام مما يخلق حالة من عدم الرضى تدفع النساء للبحث عن بدائل أكثر ملائمة.

### 7.1.4- وضعية الحمل:

**جدول رقم 94:** توزيع المبحوثات حسب وضعية الحمل (سلامته او حدوث مشاكل)

| | | العدد | النسبة% |
|---|---|---|---|
| وضعية الحمل (سلامة الحمل) | نعم | 995 | 69,9 |
| | لا | 428 | 30,1 |
| | المجموع | 1423 | 100 |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

بينت النتائج ان سبعة (7) نساء من بين عشرة لم يعانين من مشاكل او مضاعفات اثناء الحمل. يمكن اعتبار هذه النتيجة ايجابية نسبيا، اذ تشير الى ان الاغلبية قد مررن بتجربة حمل دون مضاعفات صحية واضحة. قد تعكس هذه النسبة توفر نوع من الرعاية الصحية الاولية او نمط حياة يساعد على تقليل المخاطر. في حين تعرض ثلث النساء المستجوبات (30.1%) الى مشاكل صحية في فترة الحمل، قد تشمل هذه المشاكل فقر الدم، مرض السكري، ارتفاع ضغط الدم الخ.... كما ان هذه النسبة قد تنذر بوجود اختلالات في المتابعة الطبية او نقص في الوعي الصحي لدى النساء، او تأخر في اللجوء الى الخدمات الصحية.

**8.1.4- عدد الزيارات:**

**جدول رقم 95: توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات الطبية اثناء الحمل**

| عدد الزيارات خلال الحمل | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| **زيارة واحد** | 118 | 8,4 |
| **زيارتان** | 105 | 7,5 |
| **ثلاث زيارات** | 232 | 16,5 |
| **من 4 زيارات الى 8** | 813 | 57,9 |
| **أكثر من 8 زيارات** | 136 | 9,7 |
| **المجموع** | **1404** | **100,0** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

تبين النتائج ان أكثر من نصف العينة (57,9 %) قمن ما بين 4 الى 8 معاينات طبية خلال الحمل. ويتوافق هذا العدد من الفحوصات مع توصيات المنظمة العالمية للصحة، حيث توصي هذه الاخيرة بان تجري المرأة الحامل بين اربعة الى ثماني فحوصات دورية على الاقل، لضمان متابعة صحية امنة وكشف مبكر لأي مضاعفات محتملة(OMS,2016) .

وتشير منظمة الصحة العالمية ايضا الى ضرورة ان تجري المرأة الحامل على الاقل ثلاث فحوصات بالموجات الصوتية خلال فترة الحمل (OMS,2016)، وذلك بهدف تشخيص اي مشاكل صحية قد تصيب المرأة او الجنين، اذ ان عدم خضوع المرأة لهذا الحد الادنى والاكتفاء بأقل من ثلاث فحوصات بالموجات الصوتية يُنقص بشكل واضح من فرص الكشف المبكر عن اي خلل او مشكلة قد تؤثر على صحة الحمل وسلامة الجنين.

كما تشير البيانات الى ان 16.5% من النساء اجرين ثلاث فحوصات فقط خلال فترة الحمل، رغم ان هذه النسبة لا تتماشى مه توصيات المنظمة العالمية للصحة الا انها ليست ضئيلة، وتدل على وجود فئة من النساء تكتفي بالحد الادنى من المتابعة، وهو ما قد لا يغطي جميع مراحل الحمل بشكل كاف، خصوصا إذا كانت هذه الفحوصات لا تشمل التصوير بالموجات الصوتية في المراحل الحساسة من الحمل.

وتكشف النتائج ايضا ان 9.7 % من النساء اجرين أكثر من ثماني فحوصات، يعتبر هذا مؤشر ايجابي، ويعكس وعيا صحيًا اعلى او ظروف صحية خاصة تتطلب متابعة دقيقة ومتكررة من طرف الطبيب المختص.

في المقابل، تظهر النتائج ان 8.4 % من النساء اكتفين بفحص واحد فقط خلال فترة الحمل، بينما 7.5% اجرين فحصين فقط. وتُعتبر هذه الفئات محدودة المتابعة، وبالتالي أكثر عرضة لمخاطر الحمل بسبب غياب التشخيص المبكر وقلة الفحوصات الضرورية، خاصة بالموجات الصوتية.

بشكل عام، تؤكد هذه النتائج ان اغلب النساء يلتزمن بنمط متابعة يتوافق مع التوصيات العالمية، رغم وجود فئة ضعيفة لا تتعدى زياراتها ثلاث فحوصات بالموجات الصوتية، مما يبرز الحاجة الى مضاعفة جهود التوعية الصحية وتحسين امكانية الوصول للفحوصات الحديثة، خاصة في المناطق التي تعاني من صعوبات جغرافية او نقص في التجهيزات والاطباء المختصين.

### 9.1.4-سبب عدم الإلتزام بالفحوصات اللازمة:

**جدول رقم 96: توزيع المبحوثات حسب سبب عدم الإلتزام بالفحوصات اللازمة**

| سبب قيام النساء بأقل من 3 زيارات خلال الحمل | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| الظروف المادية | 76 | 34,1 |
| الخبرة في الحمل | 65 | 29,1 |
| الخوف من العدوة بداء كورونا | 19 | 8,5 |
| عدم الرغبة في هذا الحمل | 16 | 7,2 |
| بعد المسافة بين المنزل والمستشفى | 15 | 6,7 |
| وضعية الجنين | 10 | 4,5 |
| عدم الرغبة في الذهاب الى الطبيب كثيرا | 10 | 4,5 |
| عدم وجود مشاكل في الحمل | 7 | 3,1 |
| عدم موافقة الزوج | 2 | 0,9 |
| عدم الدراية بالحمل | 1 | 0,4 |
| عدم وجود طبيب مختص بالمنطقة | 1 | 0,4 |
| عدم موافقة ام الزوج | 1 | 0,4 |
| المجموع | 223 | 100 |

المصدر : نتائج الدراسة الميدانية

يوضح الجدول رقم 96 الاسباب الرئيسية التي ادت الى اكتفاء بعض النساء بأقل من ثلاث زيارات لمتابعة الحمل. ويتبين من النتائج ان السبب الاكثر تكرارا يتمثل في الظروف المادية (34.1%)، حيث ان للظروف المادية المحدودة أثر كبير على امكانية الانتظام في الفحوصات الطبية، ويبرز هذا العامل كحاجز اقتصادي يحرم الكثير من النساء من المتابعة الصحية الكافية خلال الحمل.

اما السبب الثاني حسب تصريح المبحوثات هو مرتبط بكون العديد من النساء لديهن خبرة في الحمل والولادة، وهو يخص النساء اللواتي سبق لهن الانجاب (29.1%). تشير هذه النسبة الى ان النساء اللواتي

سبق لهن الحمل عدة مرات يكتفين احيانا بعدد اقل من الزيارات الطبية بدافع الثقة بخبرتهن وتجاربهن السابقة، غير ان هذا السلوك قد يحمل مخاطر لأنه قد يغفل عن امكانية ظهور مشاكل صحية جديدة او مضاعفات غير متوقعة حتى لدى النساء ذوات الخبرة.

كما تظهر النتائج ان النساء اللواتي حملن في فترة جائحة كورونا ابدين خوفهن من العدوى بجائحة كوفيد 19 (8.5%)، فمن المعروف ان للازمات الصحية والوبائية تأثير على سلوك النساء تجاه الخدمات الطبية خاصة في ظل نقص الثقة او الخوف من العدوى في البيئات المزدحمة.

وتكشف النتائج ايضا ان بعد المسافة بين المنزل والمستشفى كان سببا مهما في تقليص عدد الزيارات الطبية (6.7%)، مما يعكس الاثر المباشر للعوائق الجغرافية وضعف التغطية الصحية خاصة في المناطق النائية او الريفية.

كما ان بعض النساء (4.5%) اكتفين بعدد محدود من الزيارات لأنهن يعتبرن ان الاهم هو معرفة وضعية الجنين، أي انهن اكتفين بفحص اساسي واحد او اثنين فقط بهدف الاطمئنان على وضعية الجنين داخل الرحم خوفا من ان يكون في وضعية قد تسبب صعوبة او مضاعفات اثناء الوضع والولادة دون الإلتزام بالحد الادنى من الفحوصات الاخرى الضرورية.

وصرحت 1,3% من النساء ان السبب الرئيسي بالاقيام بأقل من ثلاث زيارات يعود الى رفض الزوج او ام الزوج. رغم ضعف هذه النسبة الا انها تحمل بعدا اجتماعيا وثقافيا عميقان، يعكسان استمرار تأثير بعض الممارسات والاعراف الاسرية التي قد تحد من سلوك المرأة الانجابي وحريتها في تحديد عدد زياراتها الطبية المتعلقة بصحتها الانجابية وعلى راسها متابعة حملها، اذ تكشف هذه الدراسة عن مدى تداخل سلطة الزوج او اسرته في القرارات الصحية للمراة خاصة في بعض البيئات التي ما زالت تمنح للرجل او الحماة كلمة

مرجحة في شؤون صحة الزوجة وهو ما قد يحرمها من حقها الكامل في الرعاية الصحية الوقائية ويعرضها والجنين لمخاطر يمكن تفاديها.

وتدل هذه النتيجة على اهمية دمج البعد التوعوي الإجتماعي مع برمجة الحملات الصحية لتغيير بعض القناعات التقليدية التي ما زالت تؤثر على سلوك المرأة وخياراتها الصحية من خلال توعية الازواج والاسر بأهمية الرعاية الطبية المنتظمة اثناء الحمل وضرورة احترام حق المرأة في المتابعة الطبية الكاملة.

في المقابل نجد ان 7.2% من النساء صرحن بأنهن لم يرغبن بالحمل اصلا، مما قد يؤثر على دافعهن للالتزام بالمتابعة الطبية. بينما صرحت 4.5% من النساء بأنهن ببساطة لا يحبون الذهاب الى الطبيب كثيرا رغم اهمية المتابعة الطبية للحمل، يكشف هذا عن دلالات نفسية واجتماعية وثقافية معقدة تستحق التوقف عندها. فمن الناحية النفسية قد يكون هذا النفور من الذهاب الى العيادة ناتجا عن شعور بالقلق او الخوف من الاجراءات الطبية خاصة إذا كانت التجارب السابقة غير مريحة، او ارتبطت بذكريات سلبية مثل تعامل غير لائق او تشخيص مفاجئ او شعور بالخوف من سماع اخبار غير متوقعة حول صحة الجنين.

ومن الناحية الإجتماعية قد يعكس هذا السبب نوعا من الثقافة الصحية المحدودة، حيث تكتفي بعض النساء بالخبرة الذاتية وتجاربهن الشخصية السابقة خاصة إذا كن قد أنجبن عدة مرات دون مشاكل ظاهرة مما يعزز لديهن الثقة في قدرتهن على اتمام الحمل دون زيارات طبية متكررة.

كما يمكن ربط هذا النفور ببعض القيم التقليدية التي ما زالت تؤطر تصورات المرأة حول جسدها وحول خصوصية الحمل كمسالة خاصة لا تتطلب تدخلا طبيا مستمرا خاصة في البيئات التي تعطي دورا كبيرا للأمهات والنساء الاكبر سنا اللواتي يقدمن النصائح والتوجيهات ويشكلن مصدرا بديلا للرعاية.

ويمكن النظر لهذا السبب كإشارة الى وجود فجوة في الثقة اتجاه النظام الصحي نفسه خاصة إذا كانت بعض النساء قد واجهن معاملة غير مرضية او تأخيرا في المواعيد او نقصا في التوضيحات الطبية، مما يجعلهن يفضلن تجنب مراجعة الطبيب الا في الحالات القصوى.

واخيرا يرتبط هذا السلوك ايضا بالبعد الاقتصادي بشكل غير مباشر، حيث قد تتجنب بعض النساء الذهاب الى العيادة بشكل متكرر لتقليل التكاليف خاصة إذا كن يعتبرن ان الزيارات المتعددة غير ضرورية او مرهقة ماديا مع عدم وجود تغطية مادية كافية للتحاليل والفحوصات.

في ضوء هذه الابعاد يصبح من الضروري عند تحليل هذا السبب عدم الاكتفاء بقراءته كخيار شخصي فقط بل ينبغي ربطه ببنية الممارسات الصحية وبجودة الخدمات وبوجود برامج توعية تشرح اهمية المتابعة الدورية حتى لو لم تكن هناك مشاكل صحية واضحة. اذ يؤكد هذا السبب الحاجة الى تعزيز الثقة بين المرأة والمؤسسات الصحية من خلال تحسين ظروف الاستقبال وتبسيط الاجراءات وتقديم خدمة صحية تراعي الخصوصية النفسية والإجتماعية للمرأة.

وتظهر ايضا اسباب فردية اخرى مثل عدم وجود طبيب مختص في المنطقة، او عدم العلم بحدوث الحمل اصلا لكنها رغم نسبها القليلة تظل مؤشرات مهمة لفهم الحواجز المتنوعة التي تؤثر على التزام النساء بزيارات المتابعة.

في المجمل تؤكد هذه النتائج ان اسباب تقليص عدد الزيارات ليست مرتبطة فقط بالعوامل الصحية بل تتقاطع مع المحددات الاقتصادية والإجتماعية والثقافية وحتى النفسية، وهذا ما يبرز الحاجة الى مقاربة شاملة لتحسين التوعية وضمان سهولة الوصول والدعم الإجتماعي والقانوني لتشجيع النساء على احترام توصيات المنظمة العالمية للصحة، التي تشدد على اهمية الفحوصات الدورية الكافية والفحوصات بالموجات الصوتية لضمان حمل امن وكشف مبكر لأي مضاعفات.

### 10.1.4- لقاحات المرأة الحامل:

**جدول رقم 97:** توزيع المبحوثات حسب قيامهن باللقاحات الخاصة بالحمل (اخر حمل)

| اخذ المرأة للقاحات خلال اخر حمل | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| **نعم** | 919 | 64,6 |
| **لا** | 504 | 35,4 |
| **المجموع** | 1423 | 100,0 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تظهر نتائج الجدول 97 ان ما يقارب ثلثي العينة (64.6% ) صرحن بانهن أخذن اللقاح الضروري خلال اخر حمل لهن، مما يدل على التزام شريحة واسعة من النساء بالتوجيهات الوقائية الاساسية التي تضمن حماية الأم والجنين من بعض الأمراض الخطيرة، غير ان 35.4%من النساء أكدن انهن لم يقمن بالتلقيح أثناء الحمل الاخير، مما قد يوحي لوجود نقص في التغطية الصحية، إلا ان هذه الوضعية تحتاج الى قراءة دقيقة تأخذ في الحسبان خصوصية لقاح التيتانوس الذي يعطى عادة كل عشر سنوات، وبالتالي يمكن ان تكون بعض النساء قد لقحن في وقت سابق قبل الحمل الحالي ولا حاجة لتكراره قبل عشر سنوات من اخر تلقيح. ومن هنا تبرز اهمية المتابعة الدقيقة لسجلات التلقيح وتكثيف التوعية حول الفترات الزمنية الموصى بها لضمان استمرار الحماية بشكل فعال.

### 11.1.4-تكلفة المتابعة الصحية:

جدول رقم 98: توزيع المبحوثات حسب متوسط تكلفة المتابعة الصحية

| متوسط تكلفة المتابعة الصحية للحمل | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| اقل من 3000دج | 244 | 17,4 |
| [3000;5000[ دج | 525 | 37,4 |
| [5000;10000[ دج | 302 | 21,5 |
| أكثر من 10000دج | 333 | 23,7 |
| المجموع | 1404 | 100,0 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يكشف الجدول رقم 98 توزيع النساء حسب متوسط تكاليف متابعة الحمل. يتبين من النتائج ان 37,4 % من النساء انفقن ما بين [3000-5000 [ دج على المتابعة الصحية للحمل. مما يدل على ان ما يفوق ثلث النساء تمكن من تغطية الحد الادنى من تكاليف الفحوصات والزيارات الطبية خلال حملهن. من جهة اخرى تظهر النتائج ان 23.7% من النساء تجاوزت تكاليفهن 10000 دج. يمثل هذا عبئا ماليا ثقيلا قد لا يكون متاحا لجميع الاسر خاصة ذات الدخل المحدود، مما يدفع ببعض النساء الى تقليص عدد الزيارات او البحث عن بدائل اقل كلفة.

كما ان 21,5 % من النساء قدرت نفقاتهن على حملهن ما بين 5000-10000 دينار جزائري، مما قد يضطررن لدفع تكاليف اضافية بسبب طبيعة الخدمات او تعدد الفحوصات خاصة إذا لجان للقطاع الخاص. في المقابل نجد ان 17.4% فقط من النساء انفقن اقل من 3000 دج، والذي يشير الى اقتصارهن على الحد الادنى من الفحوصات او الاعتماد على الخدمات المجانية في القطاع العام عندما تتوفر.

تعكس هذه النتائج اهمية البعد المادي كعامل مؤثر في قدرة النساء على الوصول الى رعاية صحية كاملة ومنتظمة خلال الحمل، كما تؤكد الحاجة الى وضع اليات دعم مالي او تغطية صحية اوسع لضمان عدم حرمان النساء ذوات الدخل المحدود من حقهن في المتابعة الطبية الأمن والكاملة.

### 12.1.4- مكان المتابعة وتكلفة المتابعة الطبية لاخر حمل:

**جدول رقم 99:** توزيع المبحوثات حسب العلاقة بين مكان وتكلفة المتابعة الطبية لأخر حمل

| | | بتكلفة المتابعة الطبية (جميع مصاريف الطبيب والتحاليل والنقل) | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | أقل من 3000دج | [5000;3000 ] دج | ]10000;5000[ دج | أكثر من 10000دج | |
| مكان متابعة الحمل | قطاع عام | 5,3 | 3,6 | 1,0 | 3,8 | 13,8 |
| | قطاع خاص | 11,8 | 33,2 | 20,5 | 19,4 | 84,8 |
| | قطاع عام وخاص | 0,2 | 0,5 | 0,1 | 0,5 | 1,4 |
| **المجموع%** | | **17,3** | **37,3** | **21,7** | **23,7** | **100** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

يوضح الجدول رقم 99 العلاقة بين مكان المتابعة الطبية للحمل ومتوسط التكلفة المصرح بها لكل معاينة والتي تشمل مصاريف الطبيب والتحاليل والنقل. يتبين من النتائج ان الغالبية الكبرى من النساء اللواتي اخترن القطاع الخاص قد تكبدن اعلى التكاليف مقارنة باللواتي تابعن الحمل في القطاع العام او بالجمع بين القطاعين.

ففي القطاع الخاص بلغت نسبة النساء اللواتي انفقن ما بين 3000–5000 دج 39.1%، بينما نجد 22.8% من النساء انفقن أكثر من 10000 دج وهو ما يعكس اعتماد النساء في هذا القطاع على خدمات اضافية مكلفة او لجوؤهن الى اطباء مختصين بتكاليف مرتفعة نسبيا.

اما في القطاع العام فتظهر النتائج ان اغلب النساء صرحن بان متوسط التكلفة لم يتجاوز 5000 دج، فنجد ان 78.7% نمنهن انفقن اقل 3000دج، 26.3% ما بين 3000–5000 دج، بينما 7.2% كانت التكلفة بين 5000–10000دج، في حين78.8% بلغت التكلفة أكثر من 10000 دج، ما يبرز ان المتابعة في القطاع العام تبقى اقل تكلفة رغم ان بعض النساء قد يلجأن في حالات معينة الى فحوصات اضافية بمقابل مادي أعلى.

وبالنسبة للنساء اللواتي جمعن بين القطاعين فهن يمثلن فئة ضعيفة لا تتعدى 19 امرأة. فالدمج بين القطاعين ليس خيارا شائعا وقد يكون مرتبطا بظروف خاصة كالتحويل او استكمال بعض التحاليل او الفحوصات غير المتاحة في القطاع العام.

تؤكد هذه النتائج ان التوجه نحو القطاع الخاص يترافق غالبا مع تحمل اعباء مالية مرتفعة نسبيا، وهو ما يبرز بوضوح الفروق في التكاليف بين القطاعين، كما يعكس تفاوت فرص النساء في الوصول الى خدمات نوعية قد لا تكون متاحة دائما داخل الهياكل العمومية.

ان هذه النتائج تستدعي ضرورة تعزيز جودة خدمات المتابعة الصحية داخل القطاع العام وتوفير التجهيزات والاطباء المختصين لتقليل العبء المالي وضمان عدالة الاستفادة من الرعاية الصحية خلال الحمل دون تحمل تكاليف اضافية تثقل كاهل النساء وذويهن. وقد بين إختبار كاي تربيع ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين مكان المتابعة الطبية وتكاليف امتابعة ($p< 0.05$ ).

### 13.1.4- العلاقة بين تكلفة المتابعة والمسافة بين المنزل ومكان المتابعة:

**جدول رقم 100: توزيع المبحوثات حسب العلاقة بين تكلفة المتابعة والمسافة بين المنزل ومكان المتابعة:**

| | | بتكلفة المتابعة الطبية (جميع مصاريف الطبيب والتحاليل والنقل) | | | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | أقل من 3000دج | [3000; 5000 دج[ | [1000;5000[دج | أكثر من 10000دج | |
| المسافة بين المنزل وعيادة متابعة الحمل | أقل أو تساوي 5 كلم | 11,6 | 23,5 | 11,9 | 9,6 | 56,6 |
| | [5;10[ كلم | 1,8 | 4,3 | 1,9 | 1,2 | 9,2 |
| | [10;15[ كلم | 0,8 | 1,6 | 1,2 | 1,1 | 4,6 |
| | [15;30]كلم | 1,2 | 3,4 | 1,1 | 1,4 | 7, |
| | [30;50]كلم | 1,2 | 3,5 | 2,8 | 3,5 | 11,0 |
| | [50;100]كلم | 0,7 | 1,1 | 2,4 | 5,3 | 9,6 |
| | أكثر من 100كلم | - | 0,1 | 0,4 | 1,6 | 2,0 |
| **المجموع** | | **17,3** | **37,4** | **21,7** | **23,7** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يمثل الجدول رقم 100 العلاقة بين المسافة الفاصلة بين مقر سكن المرأة ومصلحة المتابعة الطبية، ومتوسط التكاليف المصرح بها لكل معاينة، والتي تشمل مجمل مصاريف الطبيب، والتحاليل، والنقل.

تظهر النتائج أن النساء اللواتي يقطن على مسافة قصيرة من المصلحة الصحية يتحملن أعباء مالية أقل نسبيا. فقد صرحت 11.9% من المقيمات على بُعد أقل أو يساوي5 كيلومترات بأن تكاليفهن تراوحت بين 5.000 و10.000 دج، بينما بلغت نسبة اللواتي تجاوزت تكاليفهن 10.000دج حوالي 9.6%، وهي نسبة أقل مقارنة بالفئات الأبعد.

في الفئة التالية 5-10كلم، بلغت نسبة من أنفقن بين 5000 و10.000 دج حوالي 1.9%، بينما لم تتعد نسبة من تجاوزت تكاليفهن 10.000دج حاجز 1.2%، مما يعزز النمط القائل بأن القرب يقلل العبء المالي.

تتغير الصورة تدريجا مع زيادة المسافة. ففي الفئة 15–10كلم، وصلت نسبة من أنفقن أكثر من 10.000 دج إلى 1.1%، بينما بلغت 1.4% في فئة 30–15كلم، وهو مستوى أعلى قليلا من الفئات الأقرب لكنه لا يزال أدنى من الفئات البعيدة جدًا.

تصل النسب إلى مستويات أكبر مع زيادة البعد الجغرافي. ففي الفئة 50–30كلم، بلغت نسبة من تجاوزت تكاليفهن 10.000دج حوالي 3.5%، لترتفع إلى 5.3% ضمن الفئة 100–50كلم .أما الفئة الأبعد، أكثر من 100 كلم، فقد سجلت نسبة 1.6% ممن دفعن أكثر من 10.000دج، وهي نسبة مرتفعة نسبيًا إذا ما قورنت بعدد الحالات القليلة في هذه الفئة، ما يعكس عبء المسافات الطويلة.

بصورة عامة، تؤكد هذه النتائج أن البعد عن مصلحة المتابعة الطبية يشكلعاملا مؤثرا في رفع تكلفة الرعاية الصحية، إذ ترتفع المصاريف الإجمالية كلما طالت المسافة، نتيجة لمصاريف النقل والفحوصات الإضافية، خاصة في المناطق التي يقل فيها توفر وسائل النقل أو الخدمات الطبية المتخصصة بالقرب من السكن.

وقد أثبت اختبار كاي تربيع ($p<0,05$) في هذه الدراسة وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين تكاليف المتابعة الطبية والمسافة المقطوعة للحصول عليها، مما يبرز أن البعد الجغرافي يمثل أحد العوامل الحاسمة في حجم الإنفاق الذي تتحمله النساء لمتابعة الحمل في ظروف جيدة.

### 14.1.4- مدة الحمل عند أول زيارة للطبيب:

**جدول 101: توزيع المبحوثات حسب مدة الحمل عند أول زيارة للطبيب**

| مدة الحمل عند أول زيارة للطبيب | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| اقل من4 أشهر | 1296 | 92,3 |
| 5-4اشهر | 61 | 4,3 |
| 7-6اشهر | 16 | 1,2 |
| أكثر من 8 أشهر | 31 | 2,2 |
| المجموع | 1404 | 100 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول رقم101 توقيت الفحص الطبي الأول للحمل، إذ تظهر النتائج أن 92.3% من المبحوثات أجرين الفحص قبل الشهر الرابع من الحمل، بينما تأخرت 7.7% إلى ما بعد ذلك. والملفت للانتباه هو ان 1.2% من النساء اجرين اول فحص لهن خلال الشهر السادس او السابع، وان 2.2% لم يجرين اول فحص لحملهن الا بعد الشهر الثامن، ويعد هذا التأخر في بدء المتابعة الطبية للحمل عاملا ذا أثر سلبي على صحة الأم والجنين معا.

إن الفحص المبكر يسمح بالاكتشاف المبكر للتشوهات الخَلقية للجنين مثل متلازمة داون، الشفة الأرنبية، الشق الحنكي، والسنسنة المشقوقة (spina bifida)، كما يسمح بتشخيص الأمراض المزمنة التي قد تصاحب الحمل مثل داء السكري أو ارتفاع ضغط الدم، مما يتيح فرص التدخل العلاجي المبكر وبالتالي التقليل من مخاطر المضاعفات. بالإضافة إلى ذالك، فإن الإكتشاف المبكر للتشوهات الخَلقية يمكن الطاقم الطبي من تحضير الأم نفسيا وإجتماعيا لاتخاذ القرارات الأنسب، ويمنح الأسرة الوقت الكافي لتقبل الوضع والتخطيط للحصول على الدعم الطبي والإجتماعي المناسب.

وقد أوصت المنظمة العالمية للصحة بضرورة إجراء أول زيارة طبية قبل نهاية الثلث الأول من الحمل وضمان ما لا يقل عن ثماني زيارات خلال الحمل(WHO, 2016) . كما تؤكد مراكز السيطرة على الأمراض والوقاية منها أهمية الفحوصات المبكرة للتشخيص الدقيق للتشوهات الوراثية والخَلقية، مشددة على ضرورة الإلتزام بفحوصات الثلث الأول لضمان أفضل متابعة صحية ونفسية للأم.

وبناء على ذلك، فإن ضمان التحضير النفسي للأم في حالة اكتشاف تشوهات عند الجنين يعد جزءا لا يتجزأ من الرعاية الشاملة السابقة للولادة، إذ يساهم في الحد من الصدمات النفسية ويوفر بيئة داعمة لاتخاذ القرارات الطبية والإجتماعية الأنسب.

### 15.1.4- الشخص المكلف بدفع تكاليف المتابعة الطبية للحمل:

**جدول 102:** توزيع المبحوثات حسب الشخص المكلف بدفع تكاليف المتابعة الطبية:

| الشخص المكلف بدفع تكاليف متابعة للحمل | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| المراة نفسها | 158 | 11,3 |
| الزوج | 1041 | 74,1 |
| مساعدة من اهل الزوج | 75 | 5,3 |
| مساعدة من اهل المراة | 55 | 3,9 |
| المراة وزوجها معا | 75 | 5,3 |
| المجموع | 1404 | 100 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول أعلاه أن العبئ المالي للمتابعة الطبية للحمل يتحمله في غالب الأحيان الزوج، في هذه الدراسة صرحت 74.1% من النساء أن الزوج هو المسؤول عن دفع تكاليف الفحص والتحاليل وتكاليف النقل وغيرها من المصاريف خلال المتابعات الطبية للحمل، بينما افادت 11.3% من النساء بأنهن هن من تحملن التكاليف بمفردهن. في حين أظهرت 9,2% من النساء انهن تلقين المساعدة المالية من اهل الوج

او اهلهن (5.3 % و3.9% على التوالي). وتشير هذه النتائج إلى أن القرار المالي المرتبط بالرعاية التوليدية يعتمد بدرجة كبيرة على قدرة الزوج المادية ودعمه، وهو ما قد يؤثر بشكل مباشر على التزام الأسرة ببرامج المتابعة الطبية الدورية.

تؤكد المنظمة العالمية للصحة أن التكاليف المباشرة وغير المباشرة للرعاية السابقة للولادة تمثل أحد العوائق الرئيسة أمام النساء خاصة في الاسر منخفضة ومتوسطة الدخ، وبالتالي فإن تعزيز نظم الحماية الإجتماعية والبرامج الداعمة للأسر يمكن أن يساهم في رفع معدلات التزام النساء بزيارات المتابعة وخفض نسب التأخر في التشخيص أو العلاج.

### 16.1.4 –الشخص المرافق عند المتابعة الطبية للحمل:

**جدول 103:** توزيع المبحوثات حسب الشخص المرافق عند المتابعة الطبية لأخر حمل

| | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| دون أي شخص | 423 | 30,1 |
| الخالة | 2 | 0,1 |
| أحد أفراد عائلة الزوج | 2 | 0,1 |
| الزوج | 794 | 56,6 |
| ام الزوج | 76 | 5,4 |
| الأم | 83 | 5,9 |
| الأخت | 8 | 0,6 |
| اخت الزوج | 16 | 1,1 |
| المجموع | 1404 | 100 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

حسب نتائج الجدول رقم 103 فأن الزوج يمثل المرافق الرئيسي للمرأة الحامل في أكثر من نصف الحالات (56.6%)، بينما تذهب 30.1% من النساء لوحدهن إلى مواعيد المتابعة الطبية للحمل، وهو مؤشر على غياب الدعم الأسري غند بعض الحالات، أو صعوبة تفرغ الزوج، أو عدم توفر مرافق بديل او على تغير

السلوكيات والثقافات التي ترتبط بالدرجة الاولى بتغير نمط الاسرة من الاسرة الممتدة الى الاسرة النووية. كما أظهرت النتائج مساهمة محدودة لأفراد من العائلة مثل الأم (5.9%) أو أم الزوج (5.4%)، فيما يكاد ينعدم دور الأقارب الآخرين مثل الأخت أو أخت الزوج.

ويعد الدعم النفسي والإجتماعي الذي يوفره المرافق عاملا مهما لتحفيز المرأة على الإلتزام بمواعيد المتابعة الطبية، والتقليل من التوتر والقلق المرتبطين بفترة الحمل.

**17.1.4- العوامل المؤثرة على عدد الزيارات لمتابعة الحمل:**

**- العلاقة بين عدد الزيارات الطبية خلال الحمل ومكان الإقامة:**

**جدول رقم 104:** توزيع المبحوثات حسب العلاقة بين عدد الزيارات الطبية خلال الحمل ومكان الإقامة

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1-3 زيارات | من 4-8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| مكان الإقامة | حضري | 42.1 | 63,1 | 79،8 | 80،9 | 74,1 |
| | شبه حضري | 15.8 | 8،8 | 7,5 | 1،5 | 7,4 |
| | ريفي | 42.1 | 28,1 | 12،7 | 17،6 | 18,5 |
| **المجموع%** | | **100** | **100** | **100** | **100** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول رقم (79) وجود اختلافات واضحة في عدد الزيارات الطبية أثناء الحمل باختلاف وسط الإقامة. في المناطق الحضرية، سجلت أعلى نسب للمتابعة، إذ بلغت نسبة النساء اللواتي أجرين **من** 4 إلى 8 **زيارات** حوالي 45,6 %، تليها فئة من أجرين 1إلى3 زيارات بنسبة 20,2%، كما أن نسبة من أجرين أكثر من 8 زيارات بلغت **7,7%**، وهي أعلى بكثير من مثيلاتها في الأوساط شبه الحضرية والريفية. نسبة النساء اللواتي لم يجرين أي فحص في هذا الوسط تبقى منخفضة جدا 0.6%.

أما في المناطق شبه الحضرية، فقد تراجعت نسب المتابعة بشكل ملحوظ، إذ لم تتجاوز نسبة النساء اللواتي أجرين من 4 إلى 8 زيارات 4,3%، في حين سجلت فئة من أجرين 1–3 زيارات نسبة 2,8% فقط، وهي أرقام تعكس محدودية خدمات المتابعة الطبية في هذه المناطق.

في المناطق الريفية، تظهر نسب متابعة أقل من المدن الحضرية، حيث بلغت نسبة النساء اللواتي أجرين من 4 إلى 8 زيارات 7,2%، ونسبة من أجرين 1إلى 3 زيارات .9% كما أن نسبة من أجرين أكثر من 8 زيارات لم تتعد 1,7%، مع تسجيل نفس النسبة تقريبا لعدم إجراء أي زيارة مقارنة بالوسط الحضري 0.6%.

بصورة عامة، تؤكد هذه النتائج أن وسط الإقامة يؤثر بشكل كبير على عدد الفحوصات الطبية أثناء الحمل، حيث تحظى النساء في المدن الحضرية بفرص متابعة أفضل بكثير مقارنة بنظيراتهن في المناطق شبه الحضرية أو الريفية. هذا التباين يمكن تفسيره بعوامل مثل توفر الهياكل الصحية، سهولة الوصول إليها، وتوزيع الموارد البشرية الطبية.

وعند المقارنة بين الحضر والريف، نجد أن نسبة النساء اللواتي أجرين من 4 إلى 8 زيارات في الوسط الحضري 45.6% تعادل أكثر من ستة أضعاف النسبة المسجلة في الوسط الريفي .(7,2%) وبالنسبة للفحوصات المكثفة (أكثر من 8 زيارات)، فإن النسبة في الحضر (7,7%) تفوق بنحو 4,5 مرات مثيلتها في الريف(1,7%) ، مما يعكس فجوة كبيرة في فرص المتابعة الطبية بين الوسطين.

وكما ذكرنا سابقا في الدراسات السابقة والتي أشارت جميعها إلى أن مكان الإقامة له تأثير على المتابعة الصحية للحمل وعدد الزيارات.

وقد أظهر اختبار كاي تربيع ($p < 0,05$) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مكان الإقامة وعدد زيارات المتابعة أثناء الحمل، ما يعني أن الفروقات المسجلة ليست عشوائية وإنما مرتبطة فعليا باختلاف بيئة الإقامة.

**- العلاقة بين عدد الزيارات الطبية وبلدية الإقامة:**

**جدول 105:** توزيع المبحوثات حسب عدد الزيارات الطبية وبلدية الإقامة

| | | عدد الفحوصات خلال الحمل | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1-3 زيارات | من 4-8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| بلدية الإقامة | وهران | 10,5 | 11,2 | 20,7 | 22,1 | 17,6 |
| | السانيا | - | 7,9 | 10,2 | 9,6 | 9,3 |
| | تليلات | - | 8,6 | 6,8 | 3,7 | 7,0 |
| | قديل | 5,3 | 9,9 | 5,5 | 6,6 | 7,0 |
| | ارزيو | - | 4,0 | 11,9 | 3,7 | 8,4 |
| | سيدي بلعباس | 15,8 | 9,2 | 10,0 | 17,6 | 10,5 |
| | واد السبع | 5,3 | 5,3 | 1,6 | 1,5 | 2,8 |
| | رأس الماء | - | 6,8 | 5,0 | 6,6 | 5,7 |
| | العمارنة | 10,5 | 7,5 | 3,0 | 7,4 | 4,9 |
| | سفيزف | 5,3 | 7,5 | 5,4 | 8,1 | 6,3 |
| | البيض | 10,5 | 4,4 | 8,5 | 6,6 | 7,0 |
| | بريزينة | 5,3 | 4,4 | 4,4 | 2,2 | 4,2 |
| | الغاسول | - | 4,6 | 3,1 | 2,9 | 3,5 |
| | البنود | 15,8 | 5,5 | 1,4 | 0,7 | 2,8 |
| | بوسمغون | 15,8 | 3,3 | 2,6 | 0,7 | 2,8 |
| **المجموع%** | | **100,0** | **100,0** | **100,0** | **100,0** | **100,0** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

أظهرت نتائج الجدول رقم 105 وجود تفاوتات واضحة في مستويات متابعة الحمل بين البلديات المشمولة بالدراسة.

في فئة النساء اللواتي لم يجرين أي فحص، برزت أعلى النسب في بلديات سيدي بلعباس (15,8%)، البنود (15,8%)، وبوسمغون (15,8%)، مقابل نسب أقل في بلديات حضرية كبرى مثل وهران (10,5%) أو قديل (5.3%).

أما في فئة 1إلى 3 زيارات، فقد تصدرت وهران (11,2%) تليها قديل (9,9%) وسيدي بلعباس (9,2%)، في حين سجلت بلديات مثل الغاسول (4,6%) والبريزينة (4,4%) نسبا أقل.

في فئة 4 إلى 8 زيارات، سُجلت النسبة الأعلى في وهران (20,7%)، متبوعة بأرزيو (11,9%)، ثم السانيا (10,2%)، بينما كانت النسب متدنية في البلديات الريفية مثل البنود (1,4%) وبوسمغون (2,6%)

وفي فئة أكثر من 8 زيارات، تبرز وهران بوضوح (22,1%)، تليها سيدي بلعباس (17,6%)، في حين انخفضت هذه النسبة بشكل كبير في البلديات الريفية مثل البنود (0,7%) وبوسمغون (0,7%)

بوجه عام، تعكس هذه النتائج أن البلديات الحضرية الكبرى (وهران، سيدي بلعباس، أرزيو) تحتل نسبًا مرتفعة داخل الفئات العليا من المتابعة (4–8 زيارات وأكثر)، في حين تُظهر البلديات الريفية وشبه الريفية (واد السبع، بريزينة، الغاسول، البنود، بوسمغون) نسبًا أكبر في فئة عدم المتابعة أو المتابعة المحدودة. وهو ما يؤكد أن الإقامة في المدن الكبرى تمنح النساء فرصًا أوفر لإجراء عدد أكبر من الفحوصات الطبية أثناء الحمل مقارنة بالمناطق ذات الطابع الريفي، التي ما تزال تعاني من نقص في الهياكل الصحية، الموارد الطبية، وشبكات النقل.

وقد أيدت هذه النتيجة دراسات سابقة مثل Ndege Fatou–ngom (2016)، كما أثبت اختبار كاي تربيع ($p<0,05$) وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد الفحوصات أثناء الحمل وبلدية الإقامة.

**- سن المرأة عند اخر ولادة وعدد الزيارات الطبية:**

**جدول 106:** توزيع المبحوثات حسب العلاقة بين سن المرأة عند اخر ولادة وعدد الزيارات

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1-3 زيارات | من 4-8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| سن المرأة بعند أخر ولادة | أقل من 20 سنة | - | 0,6 | 0,8 | 0,3 | 1,8 |
| | 20-35 | 0,6 | 20,0 | 41,4 | 7,4 | 69,4 |
| | أكثر من 35 | 0,7 | 11,4 | 14,9 | 1,9 | 28,9 |
| **المجموع** | | **1,3** | **32,0** | **57,1** | **9,6%** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول وجود علاقة واضحة بين سن المرأة عند آخر ولادة وعدد الزيارات الطبية التي أجرتها أثناء الحمل من بين جميع النساء المشمولات بالدراسة، بلغت نسبة اللواتي أجرين من 4 إلى 8 زيارات أثناء الحمل 57,1%، وهي النسبة الأكبر على الإطلاق، مما يشير إلى أن أكثر من نصف النساء يلتزمن بمستوى متابعة طبية مقبولة.

تلتها فئة من أجرين 1إلى 3 زيارات بنسبة 32%، وهي نسبة مرتفعة نسبيا وتعكس وجود جزء من النساء يحصلن على متابعة محدودة قد لا تكفي للكشف المبكر عن المضاعفات. أما نسبة من أجرين أكثر من 8 زيارات، فقد بلغت 9.6%، وهي نسبة أقل بكثير، في حين لم تلتزم 1,3% من النساء بأي زيارة طبية أثناء الحمل، وهو مؤشر مقلق لغياب المتابعة الصحية الكاملة عند هذه الفئة من النساء.

كما يتبين أيضا من الجدول أعلاه أن النساء فئة أقل من 20 سنة تقارب النسب بينبلاًقل من 4 زيارات إذ سجلت 0,6% مقابل 0,8% لفئة 4إى 8 زيارات، و0.3% فقط لفئة أكثر من 8 زيارات. فيما يخص الفئة العمرية 20-35 سنة :هذه الفئة تستحوذ على أعلى نسب المتابعة، إذ بلغت 41.4% لفئة 4إلى8 زيارات، و 20,0% لفئة 1إلى3 زيارات، و7.4% لفئة أكثر من 8 زيارات، وهي أرقام تفوق بكثير نسب الفئتين الأخريين.

في حين الفئة الأكثر من 35 سنة تسجل نسبا أقل من الفئة الوسطى ولكن أعلى من الفئة الأصغر، إذ بلغت 14,9% لفئة 4إلى8 زيارات، 11,4% لفئة قل من أربع زيارات زيارات، و1,9% لفئة أكثر من 8 زيارات. وعلى الرغم أن العلاقة بين سن المرأة وإستخدام الخدمات الصحية ليست واضحة وثابتة كما أرنا إليها في الفصل النظري في دراسة (chahraborty;2002). إلا ان إختبار كاي كربع أثبت أن هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد الزيارات وسن المرأة في أخر حمل حيث ($P<0,05$).

**- العلاقة بين المستوى الدراسي للمرأة وعدد الزيارات الطبية خلال الحمل:**

**جدول 107:** توزيع المبحوثات حسب المستوى الدراسي للمرأة وعدد الزيارات الطبية خلال الحمل

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1- 3 زيارات | من 4- 8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| المستوى التعليمي للمرأة | بدون مستوى | 0,4 | 3,6 | 2,6 | 0,4 | 7,0 |
| | إبتدائي | 0,1 | 4,3 | 4,1 | 0,2 | 8,8 |
| | متوسط | 0,4 | 10,6 | 13,4 | 2,2 | 26,6 |
| | ثانوي | 0,3 | 6,0 | 15,5 | 2,5 | 24,3 |
| | جامعي | 0,1 | 7,3 | 20,5 | 3,8 | 31,8 |
| | دراسات عليا | - | 0,1 | 1,1 | 0,4 | 1,6 |
| **المجموع** | | **1,3** | **32,0** | **57,1** | **9,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يتبين من توزيع عدد الفحوصات حسب المستوى التعليمي للمرأة وجود علاقة إيجابية بين ارتفاع المستوى التعليمي وزيادة الإلتزام بزيارات المتابعة الصحية أثناء الحمل.فعدد من إلتزمن بعدد الزيارات الموصى بها من طرف المنظمة العالمية للصحية وهي 4إلى 8 زياراتبنسبة 57.1% بإختلاف مستواتهن التعليمي هذا يعكس أن الرسائل الصحية حول أهمية الفحوصات وعدد الزيارات أثناء الحمل قد وصلت إلى شريحة واسعة من النساء، وذلك بفضل جهود التوعية الصحية، سواء عبر الحملات الميدانية أو البرامج التلفزيونية التي تروج لفكرة أن الحمل فترة حساسة تتطلب مراقبة طبية دقيقة. غير أن تأثير المستوى التعليمي يبقى بارزا، إذ يسهل على المرأة فهم هذه الرسائل، واستيعاب المخاطر الصحية المحتملة، وبالتالي الإلتزام أكثر بالمتابعة الطبية المنتظمة.

فبالنسبة للنساء دون أي مستوى تعليمي، بلغت نسبة من لم يجرين أي فحص طبي 0,4%، في حين لم تتجاوز نسبة من أجرين من 4 إلى 8 زيارات 2,6%، وهي أقل بكثير مقارنة بالفئات الأعلى تعليما.

أما لدى النساء ذوات المستوى الابتدائي، فقد سجلت نسبة 0,1% لعدم إجراء أي فحص، و4,1% لفئة من أجرين 4إلى8 زيارات. وترتفع هذه النسب مع المستوى المتوسط لتصل إلى 13,4% في فئة 4إلى8 زيارات و2,2% لفئة أكثر من 8 زيارات.

وتبرز الفوارق بوضوح عند المستوى الثانوي، حيث بلغت نسبة من أجرين 4إلى8 زيارات 15.5%، و2.5% لأكثر من 8 زيارات، لتصل إلى ذروتها عند المستوى الجامعي بنسبة 20,5%في فئة 4–8 زيارات و3.8%في فئة أكثر من 8 زيارات. أما النساء الحاصلات على دراسات عليا فقد سجلن نسبة 1,1% في فئة 4إلى8 زيارات و0,4% في أكثر من 8 زيارات.

تدل هذه النتائج على أن التحصيل العلمي يلعب دورا مهما في تعزيز الوعي الصحي والإلتزام بالمتابعة الطبية المنتظمة أثناء الحمل، وهذا ما توصلت له دراسة هواري رحال ورضوان مصلي (2020)، ودراسة أمال بلعيدي وأسيا الشريف (2017). وعلى الرغم أن رغم الأن وهو ما أكده اختبار كاي تربيع $P< 0.05$ الذي أظهر وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي وعدد الزيارات الطبية أثناء الحمل.

**- العلاقة بين دخل الزوج وعدد الزيارات الطبية خلال الحمل:**

**الجدول 108:** توزيع المبحوثات حسب العلاقة بين دخل الزوج وعدد الزيارات لمتابعة الحمل:

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1- 3 زيارات | من 4- 8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| أجر الزوج | أقل من 15000دج | 0,2 | 1,5 | 2,6 | 0,4 | 4,8 |
| | [20000;15000[دج | 0,1 | 4,8 | 5,1 | 0,6 | 10,7 |
| | [30000;20000[ دج | 0,1 | 6,5 | 11,5 | 1,2 | 19,2 |
| | [40000;30000]دج | 0,2 | 6,5 | 11,5 | 1,7 | 19,8 |
| | [50000;40000]دج | 0,1 | 3,2 | 7,8 | 1,8 | 12,9 |
| | [60000;50000[ دج | - | 2,1 | 5,5 | 1,2 | 8,8 |
| | [70000;60000[ دج | 0,1 | 3,2 | 7,9 | 2,1 | 13,2 |
| | أكثر من 80000 دج | 0,1 | 0,6 | 0,8 | 0,2 | 1,7 |
| | بدون دخل | 0,4 | 3,7 | 4,5 | 0,4 | 9,0 |
| **المجموع%** | | **1,3** | **32,0** | **57,1** | **9,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

من الجدول رقم (81) نلاحظ توزيع النساءعلى حسب عدد الزيارات الطبية أثناء الحمل وأجر الزوج فنلاحظ مستوى الدخل يؤثر على التزام النساء بمتابعة الحمل، مع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية .($p < 0.05$) فعلى المستوى العام، التزمت 57.1% من النساء بإجراء ما بين 4 إلى 8 زيارات طبية أثناء الحمل، وهي الفئة الموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية، في حين بلغت نسبة من أجرين أكثر من 8 زيارات 9.6%، مقابل 32.0% اكتفين بزيارة من 1 إلى 3 زيارات، بينما لم تتجاوز نسبة من لم يجرين أي فحص 1.3%. أما بالنسبة لمستويات الدخل، فقد سجلت الفئة ذات الدخل المنخفض (أقل من 15000 دج) نسبة إجمالية قدرها 4.8%، لترتفع هذه النسبة إلى 10.7% في فئة [15000–20000 دج]، ثم 19.2% في

فئة [30000;20000[دج ، وبلغت 19.8% في فئة [40000–30000 [دج، ;و اللواتي إلتزمن بعدد الفحوصات الموصى بيها بنسب متساوية وهي 11.5% في حين استقرت عند 12.9% في فئة [50000–40000 [دج، و8.8% في فئة [60000–50000 [دج، و13.2% في فئة [70000–60000[ دج، بينما تراجعت بوضوح إلى 1.7% فقط لدى النساء اللواتي يفوق دخل أزواجهن 80000 دج، وسجلت فئة "بدون دخل" نسبة إجمالية معتبرة بلغت 9.0%. ومن الملاحظ أن بعض النساء المنتميات إلى الفئات ذات الدخل الضعيف أو حتى من دون دخل استطعن الإلتزام بالفحوصات، إذ سجلت فئة "بدون دخل" 4.5% في فئة 4–8 زيارات، وهو ما يفسر باعتماد بعض النساء على مساهمات أسرية أو مساعدات من أطراف أخرى لتغطية التكاليف. وبذلك تؤكد النتائج أن الدخل يلعب دورا مؤثرا في المتابعة الطبية للحمل، غير أن التضامن الإجتماعي والأسري ساعد على تعويض النقص لدى الفئات الفقيرة، وهو ما يبرز أن المحدد الاقتصادي ليس وحده العامل المؤثر، بل تتداخل معه آليات الدعم الإجتماعي.

**– العلاقة بين عدد الأطفال وعدد الزيارات الطبية خلال الحمل:**

**جدول 109: توزيع المبحوثات حسب عدد الأطفال وعدد الزيارات الطبية خلال الحمل**

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1– 3 زيارات | من 4– 8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| مجموع عدد الاطفال للمرأة | طفل واحد | – | 5,3 | 17,8 | 4,6 | 27,7 |
| | 2–4 أطفال | 0,8 | 21,6 | 35,8 | 4,8 | 63,1 |
| | أكثر من 4 أطفال | 0,5 | 5,1 | 3,4 | 0,2 | 9,2 |
| **المجموع** | | **1,3** | **32,0** | **57,1** | **9,6** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول أعلاه أن النساء اللواتي لديهن طفل واحد معظمهن كان لديهن نسب للالتزام بعدد الزيارات خلال المتابعة الصحية للحمل، حيث بلغت نسبة من أجرين من 4 إلى 8 زيارات 17.8%، ونسبة من أجرين أكثر من 8 زيارات 4.6%، ليصل المجموع الكلي لهذه الفئة إلى 27.7%، وهو ما يعكس اهتماما أكبر بالمتابعة الصحية في الحمل الأول نتيجة قلة الخبرة والخوف من المضاعفات. أما النساء اللواتي لديهن من 2 إلى 4 أطفال، فقد سجلن أعلى نسبة على الإطلاق ضمن فئة 4 إلى 8 زيارات (35.8%)، تليها نسبة 21.6% لفئة من أجرين 1إلى 3 زيارات، في حين بلغت نسبة من أجرين أكثر من 8 زيارات 4.8%، ليصل مجموع هذه الفئة إلى 63.1%. هذا يعكس استمرار الاهتمام بالمتابعة الطبية، مع تراجع نسبي في الإلتزام بعدد الزيارات المكثفة مقارنة بالنساء ذوات الطفل الواحد. وفي المقابل، فإن النساء اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال أظهرن نسب متابعة ضعيفة، إذ لم تتجاوز 3.4% لفئة 4إلى8 زيارات و0.2% لفئة أكثر من 8 زيارات، مقابل 5.1% فقط لفئة من أجرين 1إلى3 زيارات، ليصل مجموع هذه الفئة إلى 9.2% فقط. ويُفسر ذلك غالبا بالاعتماد على الخبرة السابقة في الحمل والولادة وضعف الدافعية لإجراء فحوصات متكررة وهذا ما ذكر في دراسة. وبشكل عام، تظهر النتائج أن الإلتزام بزيارات المتابعة الطبية يكون أعلى عند النساء في الحمل الأول أو عند من لديهن عدد متوسط من الأطفال (2–4)، بينما يتراجع بشكل ملحوظ عند النساء اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال. وكما سبق ذكره في الجانب النظري أن معضم الدراسات أشارب إلى ان تجارب المرأة السابقة في الحمل والولادة تؤثر على ترددها على زيارة الطبيب خلال فترة الحمل كدراسة kumst Antom (2001) و.sirpe gnandema, (2011)وقد أكد اختبار كاي تربيع ($p < 0.05$) أن هذا التباين ذو دلالة إحصائية، ما يعني أن عدد الأطفال يعد عاملًا مؤثرًا في سلوك المتابعة الطبية أثناء الحمل.

**- العلاقة بين التجارب السلبية السابقة وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل**

**جدول 110:** توزيع المبحوثات حسب التجارب السلبية السابقة وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1-3 زيارات | من 4-8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| مشاكل صحية في الحمل السابق | نعم | 0,4 | 8,4 | 14,8 | 3,4 | 26,8 |
| | لا | 1,0 | 23,6 | 42,4 | 6,2 | 73,2 |
| **المجموع%** | | **1,3** | **32,0** | **57,1** | **9,6** | **100** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

يتضح من نتائج الجدول أن التعرض لمشاكل صحية في الحمل السابق السلبية أو السيئة، مثل الإجهاض أو وفاة الجنين، يشكل عاملا مؤثرا في سلوك المتابعة الصحية وخلال الحمل اللاحق. فقد بلغت نسبة النساء اللواتي مررن بمثل هذه التجارب 26.8%، حيث التزمت الغالبية منهن بالعدد الموصى به من الزيارات (4–8 زيارات) بنسبة 14.8%، مقابل 8.4% فقط اكتفين بزيارة من 1 إلى 3 زيارات، في حين بلغت نسبة من أجرين فحوصات مكثفة (أكثر من 8 زيارات) 3.4%. أما النساء اللواتي لم يسبق لهن مواجهة مشاكل صحية في الحمل، فقد شكّلن الأغلبية بنسبة 73.2%، وكانت نسبة التزامهن بالفحوصات المنتظمة (4–8 زيارات) أعلى بوضوح وبلغت 42.4%، مقابل 23.6% لزيارات محدودة (1–3 زيارات)، و6.2% لزيارات مكثفة. كما سجلت نسبة من لم يقمن بأي فحص طبي 1.0% ضمن هذه الفئة.

بشكل عام، تظهر النتائج أن التجارب السلبية السابقة تحفز النساء على زيادة الحرص والمتابعة، سواء عبر الإلتزام بالفحوصات المنتظمة أو عبر اللجوء إلى فحوصات مكثفة، وهو ما أكدته أيضا نتيجة اختبار كاي

تربيع التي أظهرت وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين التعرض لمشاكل سابقة وعدد الزيارات الطبية أثناء الحمل.($P < 0.05$)

**- العلاقة بين الإصابة بمرض مزمن وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل:**

**جدول 111:** توزيع المبحوثات حسب الإصابة بمرض مزمن وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1- 3 زيارات | من 4- 8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| الإصابة بمرض مزمن | نعم | 0,1 | 4,9 | 13,4 | 3,6 | 22,1 |
| | لا | 1,2 | 27,1 | 43,6 | 6,0 | 77,9 |
| **المجموع%** | | **1,3** | **32,0** | **57,1** | **9,6** | **100** |

**المصدر: بيانات الدراسة الميدانية**

من جدول أعلاه يوضح العلاقة بين الأمراض المزمنة وعدد زيارات الحمل، تبين أن 22.1% من النساء مصابات بأمراض مزمنة و77.9% غير مصابات. عند النظر إلى الإلتزام بعدد زيارات الحمل $\geq 4$، نجد أن 17% من إجمالي العينة من المصابات أجرين 4 زيارات فأكثر، أي ما يعادل 76% من داخل فئة المصابات، بينما بلغت النسبة بين غير المصابات 49.7% من إجمالي العينة، أي 63.8داخل فئتهن . يظهر هذا الفرق أن النساء المصابات بأمراض مزمنة يلتزمن أكثر بالزيارات الطبية، وهو أمر منطقي لأن وجود مرض مزمن يزيد من خطر مضاعفات الحمل، مثل تسمم الحمل أو السكري الحملي، مما يحفز المرأة على متابعة حملها بدقة أكبر. كما أن نسبة عدم المتابعة منخفضة لدى المصابات، ما يعزز هذا الاستنتاج. وتؤكد نتائج اختبار كاي-مربع($P<0.05$) أن العلاقة بين الإصابة بمرض مزمن وعدد زيارات الحمل ذات دلالة إحصائية، مما يثبت أن الفرق بين المصابات وغير المصابات مرتبط بحاجتهن لمراقبة صحية دقيقة أثناء الحمل.

**- العلاقة بين سلامة الحمل من أي مضاعفات وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل:**

**جدول 112:** توزيع المبحوثات حسب سلامة الحمل من أي مضاعفات وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1- 3 زيارات | من 4- 8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| سلامة الحمل من أي مضاعفات | نعم | 1,1 | 24,5 | 39,7 | 4,6 | 69,9 |
| | لا | ,2 | 7,5 | 17,4 | 4,9 | 30,1 |
| **المجموع%** | | **1,3** | **32,0** | **57,1** | **9,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

النساء اللواتي لم يكن لديهن أي مشاكل صحية أو مضاعفات صحية أثناء الحمل بلغت نسبة من التزمن بعدد الزيارات الموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية، بإجراء 4 إلى 8 فحوصات 56.8%، بينما نسبة من أجرين أكثر من 8 فحوصات فقط .6.6%.

فيما يخص أما النساء اللواتي تعرضن لمضاعفات صحية أثناء الحمل فقد ارتفعت نسبة اللواتي أجرين أكثر من 8 فحوصات إلى 16.4%، مع بقاء نسبة من التزمن بالفحوصات الموصى بها (4-8) قريبة جدا وهي .57.9%.

يتضح من هذه الأرقام أن التعرض لمضاعفات أثناء الحمل يزيد من عدد الفحوصات الطبية، إذ يقبلن النساء المصابات بمضاعفات أثناء الحمل على زيادة عدد زيارات المتابعة لتفادي تعقيدات محتملة، وهو ما تؤكده نسبة 16.4%لفئة أكثر من 8 فحوصات مقارنة بـ 6.6% فقط عند النساء اللواتي لم يصبن بأي مضاعفات. وقد أكد إختبار كاي تربيع بوجود علاقة ذات دلالة إحصائية بن تعرض المرأة الحامل بمضاعفات خلال فترة الحمل وعدد الزيارات لمتابعة الحمل.

**- الرغبة في الحمل وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل:**

**جدول 113:** توزيع المبحوثات حسب الرغبة في الحمل وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل

| عدد الزيارات | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|
| بدون زيارة | من 1-3 زيارات | من 4-8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| 0,8 | 24,2 | 50,0 | 8,6 | 83,6 |
| 0,6 | 7,7 | 7,2 | 1,0 | 16,4 |
| **1,3** | **32,0** | **57,1** | **9,6** | **100,0** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

مما لا شك فيه أن الحمل يعد مناسبة سعيدة تسعد أي امرأة، ويعتبر دافعًا قويًا للاهتمام بصحتها وتتبع كل مراحل الحمل بشكل منتظم. غير أن هناك حالات يكون فيها الحمل غير مرغوب فيه أو غير مخطط له، وهو ما قد يؤثر سلبًا على التزام المرأة عدد الزيارات الدورية. ومن خلال النتائج الميدانية، يبين الجدول أن نسبة النساء اللواتي لم يرغبن في حملهن هي 16.4%، وأن هناك علاقة واضحة بين الرغبة في الحمل وعدد الفحوصات الطبية لمتابعته. فقد بلغت نسبة النساء الراغبات في الحمل اللواتي التزمن بإجراء 4 إلى 8 فحوصات 50%، مقابل 7.2%من النساء اللواتي لم يرغبن في الحمل. كما أن نسبة عدم المتابعة كانت منخفضة جدا لدى النساء الراغبات (0.8%) مقارنة بغير الراغبات (0.6%) عند النظر إلى جميع الفئات معا. وتشير هذه النتائج إلى أن الرغبة في الحمل تعتبر عاملا محفزا للالتزام بعدد الزيارات الطبية والحرص على صحة الحمل، مما يؤكد أهمية العامل النفسي والإجتماعي في تحديد سلوكيات متابعة الحمل ماذكر في دراسة Magadi وآخرون (2000)، ودراسة Gage (1998). كما تظهر نتيجة اختبار كاي- مربع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين متابعة الحمل وعدد الفحوصات وبين الرغبة في الحمل$P<0.05$.

- **الحمل بتوأم وعدد الزيارات لمتابعة الحمل:**

**جدول 114:** توزيع المبحوثات حسب الحمل بتوأم وعدد الزيارات لمتابعة الحمل

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1-3 زيارات | من 4-8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| الحمل في توأم | نعم | 0,1 | 0,6 | 1,2 | 0,3 | 2,1 |
| | لا | 1,3 | 31,4 | 55,9 | 9,3 | 97,9 |
| **المجموع%** | | **1,3** | **32** | **57,1** | **9,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

بين إختبار كاي تربيع $P>0.05$ انه لا توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد الفحوصات لمتابعة الحمل والحمل بتوأم.

- **العلاقة عمل المرأة وعدد الزيارات طبية لمتابعة الحمل:**

**جدول 115:** توزيع المبحوثات حسب عمل المرأة وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1-3 زيارات | من 4-8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| عمل المرأة | نعم | 0,1 | 6,3 | 15,3 | 2,9 | 24,6 |
| | لا | 1,3 | 25,7 | 41,8 | 6,7 | 75,4 |
| **المجموع%** | | **1,3** | **32,0** | **57,1** | **9,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

من الجدول رقم (87) يتضح وجود علاقة بين عمل المرأة وعدد زياراتها الطبية خلال الحمل .فبين النساء العاملات، اللواتي يشكلن 24.6%من العينة، التزمن بحوالي 75.2%بإجراء 4 زيارات فأكثر، بينما بلغت نسبة الإلتزام لدى النساء غير العاملات، اللواتي يشكلن 75.4%من العينة، حوالي .64.5%كما أن نسبة عدم المتابعة كانت منخفضة جدًا لدى العاملات (0.1%) مقارنة بغير العاملات.(1.3%)

تشير هذه النتائج إلى أن عمل المرأة يعزز التزامها بالزيارات الطبية خلال الحمل، ربما بسبب الاستقلالية المادية وقدرتها على تحمل تكاليف المتابعة الصحية، رغم الضغوط الزمنية المرتبطة بالعمل. وتنسجم هذه الملاحظة مع الدراسات التي تربط بين تمكين المرأة اقتصاديا وتحسن مؤشرات الصحة الإنجابية .كما أظهر اختبار كاي–مربع أن العلاقة بين عمل المرأة وعدد زياراتها الطبية ذات دلالة إحصائية$P<0.05$ مما يؤكد أهمية العامل الاقتصادي والإجتماعي في سلوكيات متابعة الحمل والإلتزام بعدد الزيارات.

**- العلاقة بين الإنتساب للضمان الإجتماعي وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل**

**جدول 116:** توزيع المبحوثات حسب الإنتساب للضمان الإجتماعي وعدد الزيارات الطبية لمتابعة الحمل

| | | عدد الزيارات | | | | المجموع % |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | بدون زيارة | من 1– 3 زيارات | من 4– 8 زيارات | أكثر من 8 زيارات | |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي | نعم | 0,4 | 19,1 | 41,3 | 7,2 | 68,0 |
| | لا | 0,9 | 12,9 | 15,8 | 2,4 | 32,0 |
| **المجموع** | | **1,3** | **32,** | **57,1** | **9,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين جدول 116 الإنتساب للضمان الإجتماعي وعدد زيارات الحمل أن 68% من النساء منتسبات للضمان الصحي و32% غير منتسبات. عند النظر إلى الإلتزام بعدد الزيارات ≤ 4، نجد أن 71.3% من النساء المنتسبات أجرين 4 زيارات فأكثر، مقارنة بـ 56.9% من غير المنتسبات، أي بفارق حوالي 14.4 نقطة مئوية. وعلى الجانب الآخر، نسبة النساء اللواتي لم يجرين أي زيارة أقل لدى المنتسبات (0.4%) مقارنة بغير المنتسبات (0.9%). وتشير هذه النتائج إلى أن الإنتساب للضمان الإجتماعي يعزز التزام المرأة بالزيارات الطبية لمتابعة الحمل، وذلك بفضل الدعم المالي وتسهيل الوصول إلى الرعاية الصحية، خاصة

في حال وجود مضاعفات أو أمراض مزمنة. وتؤكد نتائج اختبار كاي تربيع أن العلاقة بين الإنتساب للضمان الإجتماعي وعدد زيارات الحمل ذات دلالة إحصائية حيث .P<0.05.

### 18.1.4. تحديد العوامل المؤثرة على الإلتزام بعدد الفحوصات اللازمة لمتابعة الحمل بإستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاجابة

- **بناء النموذج اللوجستي الثنائي الإجابة:**

في هذه الدراسة، تم الاعتماد على الانحدار اللوجستي الثنائي لتحليل العلاقة بين المتغير التابع الثنائي، والمتمثل في الإلتزام بعدد الزيارات الطبية الموصى بها أثناء أخر حمل الحمل، حيث تم توحيد الايجابات حول عدد الزيارات للمرأة لمتابعة أخر حمل .وقد جرى ترميز المتغير التابع على النحو الآتي:

- القيمة "0" :تشير إلى النساء اللواتي لم يلتزمن بعدد الزيارات الموصى بها (أي أقل من 4 زيارات).
- القيمة "1" :تشير إلى النساء اللواتي التزمن بعدد الزيارات الموصى بها (أي 4 زيارات فأكثر)، والمتغيرات المفسرة السوسيوديموغرافية، واقتصادية والجغرافية (بلدية الإقامة، مكان الإقامة، المستوى التعليمي، عمل المرأة، دخل الزوج، الإنتساب للضمان الإجتماعي، الإصابة بمرض مزمن، سن المرأة، التجارب السلبية السابقة في الحمل والولادة.

**جدول رقم 117** نتائج معالم النموذج بوجود المتغيرات المفسرة

| المتغيرات المستقلة | قيمة اللوجيت | الخطأ المعياري | Wald | درجة الحرية | مستوى الدلالة المحسوبة | نسبة الرجحان (Exp(B | مجال الثقة 95% | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | الأدنى | الأعلى |
| بلدية الإقامة | −,007 | ,016 | ,175 | 1 | ,676 | ,993 | ,963 | 1,024 |
| مكان الإقامة | −,372 | ,090 | 17,050 | 1 | ,000 | ,690 | ,578 | ,823 |
| المستوى التعليمي | ,264 | ,061 | 18,655 | 1 | ,000 | 1,302 | 1,155 | 1,468 |
| عمل المرأة | ,194 | ,172 | 1,261 | 1 | ,262 | 1,214 | ,866 | 1,702 |
| دخل الزوج | ,037 | ,022 | 2,869 | 1 | ,090 | 1,038 | ,994 | 1,083 |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي | −,418 | ,140 | 8,890 | 1 | ,003 | ,658 | ,500 | ,867 |
| الإصابة بمرض مزمن | −,638 | ,171 | 13,986 | 1 | ,000 | ,528 | ,378 | ,738 |
| التجارب السابقة السلبية للحمل والولادة | −,148 | ,142 | 1,076 | 1 | ,299 | ,863 | ,653 | 1,140 |
| سن المرأة | −,186 | ,139 | 1,789 | 1 | ,181 | ,830 | ,632 | 1,091 |
| توأم | −,093 | ,432 | ,047 | 1 | ,829 | ,911 | ,391 | 2,123 |
| الرغبة في الحمل | −,840 | ,163 | 26,634 | 1 | ,000 | ,432 | ,314 | ,594 |
| عدد الأطفال للمرأة | −,550 | ,129 | 18,166 | 1 | ,000 | ,577 | ,448 | ,743 |
| سلامة الحمل من أي مضاعفات | −,482 | ,149 | 10,473 | 1 | ,001 | ,617 | ,461 | ,827 |
| الثابت | 5,010 | 1,125 | 19,820 | 1 | ,000 | 149,866 | − | − |

المصدر: البحث الميداني

تشير نتائج الانحدار اللوجستي الثنائي إلى وجود مجموعة من العوامل المؤثرة ذات دلالة إحصائية ($p < 0.05$) على التزام النساء بعدد الفحوصات الطبية الموصى بها خلال الحمل. فقد تبين أن المستوى التعليمي عامل إيجابي مهم، حيث تزداد احتمالية الإلتزام كلما ارتفع مستوى التعليم، مما يعكس دور الوعي والتحصيل العلمي. في المقابل، أثرت الإقامة سلبا، فالنساء في المناطق الريفية أو شبه الحضرية تقل فرص التزامهن بالفحوصات بنسبة 31% مقارنة بنساء المدن. كما أن الإنتساب للضمان الإجتماعي زاد من فرص الإلتزام، حيث يؤدي غياب التغطية إلى خفض الاحتمالية بنسبة 34%. وقد قللت الإصابة بمرض مزمن من فرص

الإلتزام بنسبة 47%، مما قد يفسر بالإنهاك الجسدي أو العوائق المرتبطة بالعلاج. وكانت الرغبة في الحملعاملا حاسما، إذ تقل احتمالية الإلتزام لدى النساء غير الراغبات بالحمل بنسبة 57%. وأظهر عدد الأطفال أثرا سلبيا، فكلما زاد عدد الأطفال انخفض الإلتزام بنسبة 42%، ربما نتيجة الثقة الزائدة الناتجة عن الخبرة السابقة أو الضغط الأسري. كما أن سلامة الحمل من أي مضاعفات ساهمت في تقليل الإلتزام بنسبة 38%، حيث أن غياب المشاكل الصحية قد يقلل من دافع المرأة لإجراء المتابعة. في المقابل، لم يكن لكل من بلدية الإقامة، عمل المرأة، دخل الزوج، سن المرأة، الإجهاض السابق أو الحمل بتوأم تأثير ذو دلالة إحصائية على الإلتزام بالفحوصات.

وبالتالي تصبح معادلة الانحدار اللوجستي للنموذج كالتالي:

$$\text{Log}\left(Pi/(1-pi)\right) =$$

$$\text{الانتساب للضمان})0.418- \text{(المستوى التعليمي)}0.264+ \text{(مكان الاقامة)}0.372-5.010$$
$$\text{(عدد الأطفال)}0.550- \text{(الرغبة في الحمل)}0.840- \text{(الإصابة بمرض مزمن)}0.638- \text{(الاجتماعي}$$
$$\text{(من أي مضاعفات سلامة الحمل)}0.482-$$

**-ترتيب المتغيرات المفسرة**

**الجدول 118 ترتيب المتغيرات المفسرة حسب تأثير عللى المتغير التابع**

| الرتبة | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| المتغير | الرغبة في الحمل | الإصابة بمرض مزمن | عدد الاطفال | سلامة الحمل منأي مضاعفات | الإنتساب للضمان الإجتماعي | مكان الإقامة | المستوى التعليمي |

المصدر: نتائج البحث الميداني

يبين الجدول رقم 118 ترتيب المتغيرات حسب الأكثر تاثير إذ نجد الرغبة في الحمل يعزز المتابعة الطبية للحمل والإلتزام بعدد الزيارات، يليه الإصابة بالإمراض مزمنة في الدرجة الثانية ثم في المرتبة الثالثة عدد الأطفال وهي تعد خبرة المرأة في الحمل والولادة بعدها تأتي المتغيرات الأقل تأثيرا على التوالي، وهي سلامة الحمل من أي مضاعفات، الإنتساب للضمان الاجتماعي، مكان الإقامة والمستوى التعليمي

- **تفسير رنسبة الرجحان((Exp(B)**

**1. الرغبة في الحمل(Exp(B) = 0.432)**

النساء غير الراغبات بالحمل تقل احتمالية التزامهن بالفحوصات بنسبة 57%مقارنة بالنساء الراغبات بالحمل.

**2. الإصابة بمرض مزمن(Exp(B) = 0.528)**

النساء المصابات بأمراض مزمنة تقل احتمالية التزامهن بالفحوصات بنسبة 47%مقارنة بغير المصابات.

**3. عدد الأطفال(Exp(B) = 0.577)**

كل طفل إضافي يقلل احتمالية التزام المرأة بالفحوصات بنسبة .42%

**4. سلامة الحمل من أي مضاعفات(Exp(B) = 0.617)**

النساء اللواتي لا يعانين من مضاعفات تقل احتمالية التزامهن بالفحوصات بنسبة .38%

**5. الإنتساب للضمان الإجتماعي(Exp(B) = 0.658)**

النساء غير المنتسبات للضمان الإجتماعي تقل احتمالية التزامهن بالفحوصات بنسبة 34%مقارنة بالمنتسبات.

**6. مكان الإقامة(Exp(B) = 0.690)**

النساء اللواتي يسكنّ في المناطق الريفية أو شبه الحضرية تقل احتمالية التزامهن بالفحوصات بنسبة 31% مقارنة بنساء المدن.

**7. المستوى التعليمي(Exp(B) = 1.302)**

كل زيادة وحدة في المستوى التعليمي تزيد احتمالية التزام المرأة بالفحوصات بنسبة .30%

نلاحظ أنمن بين جميع المتغيرات الدالة، **المستوى التعليمي** هو الوحيد الذي يرفع الاحتمال، بينما باقي المتغيرات الدالة (الإقامة، الضمان، الأمراض المزمنة، الرغبة في الحمل، عدد الأطفال، سلامة الحمل) كلها تخفض احتمال الإلتزام، وبنسب متفاوتة.

### 19.1.4-الشهر الذي حصل فيه المخاض

**الجدول رقم 119: توزيع المبحوثات حسب عمر عند المخاض**

| الشهر الذي تمت فيه الولادة | التكرارات | النسب |
|---|---|---|
| الشهر السابع | 16 | 1,1 |
| الشهر الثامن | 41 | 2,9 |
| الشهر التاسع | 1366 | 96,0 |
| المجموع | 1423 | 100,0 |

**المصدر: نتائج البحث الميداني**

يبين الجدول توزيع النساء حسب الشهر الذي تمت فيه الولادة، حيث تبرز بوضوح الغالبية من الولادات التي تمت في الشهر التاسع، بنسبة 96 % من مجموع الحالات، ما يعكس مؤشر إجابي على ان معظم النساء وصل حملهن إلى مرحلة التمام، وهو ما يدل على استقرار صحي نسبي لدى الأمهات والجنين، وقد يشير أيضا إلى فعالية المتابعة الطبية في الكشف المبكر عن الحالات المعرضة للولادة المبكرة والتعامل معها.

أما الولادات التي حدثت في الشهر الثامن فتمثل 2.9 %، بينما سجلت نسبة 1.1 % فقط من الولادات في الشهر السابع .هذه النسب، وان كانت ضئيلة، إلا انها قد تكون مرتبطة بعوامل مختلفة مثل

- الوضع الصحي للأم (سكري الحمل، ارتفاع الضغط....).
- الحمل المتعدد (التوائم).
- طبيعة النشاط اليومي والتغذية (نتاول بعض الأغذية والأعشاب يمكن ان تحفز تقلصات الرحم أو تؤثر على توازن الهرمونات، مما يزيد من خطر الولادة المبكرة خاصة عند تناولها بكميات كبيرة)
- توفر الرعاية الطبية المبكرة في المناطق المعنية.

في المجمل، يشير التوزيع إلى ان أغلب النساء وصلن إلى مرحلة الولادة في موعدها الطبيعي، وهو أمر مشجع، مقابل وجود نسبة (حوالي 4%) من الولادة المبكرة.

## 2.4- الرعاية الصحية أثناء الولادة:

### 1.2.4-حسب مكان الولادة:

**جدول رقم 120: توزيع** المبحوثات **حسب مكان الولادة**

| مكان الولادة | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| قطاع عام | 1086 | 76,3 |
| قطاع حاص | 317 | 22,3 |
| في المنزل | 18 | 1,3 |
| أخرى (سيارة إسعاف، سيارة شخصية) | 2 | 0,1 |
| المجموع | 1423 | 100,0 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول رقم أن عند أكثر من ربع العينة (76,3 %) تمت اخر ولادة لهن في مصلحة حكومية، مما يعكس الدور الأساسي للمؤسسات الصحية العمومية في ضمان تغطية النشاطات المرتبطة بالولادة، خاصة بالنسبة للحالات الحرجة التي تتطلب رعاية طبية خاصة وبتكاليف معقولة او بدونها. في المقابل بلغت نسبة النساء اللواتي ولدن في عيادات القطاع الخاص 22.3%, يفضل القطاع الخاص من طرف مجموعة من النساء بحثا على الخصوصية وسرعة الخدمة وجودة التجهيزات وحسن الاستقبال مقارنة بما يوفره عامة القطاع العام. كما صرحت 1,3 % من النساء انهن أنجبن اخر طفل لهن في بيوتهن. رغم ان هذه النسبة منخفضة كميا الا انها تظهر انه مازالت هناك نساء يلدن في البيوت في وقتنا الحالي، والذي يعبر من جهة على استمرارية بعض السلوكيات الثقافية والإجتماعية فيما يخص الانجاب ومن جهة اخرى صعوبة النقل والوصول الى مصلحة صحية في بعض المناطق التي قد تدفع بعض النساء الى الولادة داخل بيوتهن. كما تظهر النتائج ان 0,1 % من النساء أنجبن في الطريق او سيارة اسعاف او سيارة خاصة وهن متجهات نحو المؤسسة الصحية للولادة.

## 2.2.4- حسب مكان توجه المرأة لحظة المحاض:

**الجدول رقم121: توزيع المبحوثات حسب مكان توجه المرأة لحظة المحاض**

| مكان توجه المرأة لحظة المخاض | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| مصلحة عمومية | 1076 | 75,6 |
| عيادة خاصة | 304 | 21,3 |
| البقاء في المنزل | 18 | 1,3 |
| قابلة تقليدية | 25 | 1,8 |
| **المجموع** | **1423** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

من الجدول أعلاه يتبين أن ثلاثة ارباع العينة (75,6 %) فضلن اللجوء الى المرافق الصحية العمومة كأول مكان توجهن إليه عند بداية المخاض، وتنخفض هذه النسبة الى 21.3% بالنسبة للنساء اللواتي اخترن اللجوء الى العيادات الخاصة، في حين بقيت 1.3% في منازلهن اين تم إحضار القابلة التقليدية للمنزل. في المقابل 1,8 من المبحوثات انتقلن الى القابلة التقليدية.

ان التوجه الى مصلحة صحية عومية كانت او خاصة كوجهة اولى عند بداية المخاض يشير إلى إدراك واسع للمراة لأهمية الرعاية الصحية المؤسستية أثناء الولادة، إذ إن اختيار المرفق العمومي قد يعزي إلى توفره المجاني، إلى جانب الطابع الرسمي لهذه المؤسسات الذي يعزز الشعور بالأمان الطبي، خاصة في الحالات الطارئة.

من جهة أخرى، تعكس نسبة التوجه إلى العيادات الخاصة وجود شريحة من النساء اللاتي يمتلكن القدرة المادية أو يبحثن عن خدمات ذات جودة أعلى أو خصوصية أكبر، أو يلدن عند الطبيب المشرف على الرعاية في فترة الحمل، مما يشير إلى تفاوتات في تفضيلات الرعاية الصحية والتي ترتبط بالعوامل الاقتصادية والإجتماعية والنفسية.

أما النساء اللواتي قررن البقاء في المنزل عند المخاض، بسبب بعدهن عن المؤسسات الصحية، او قلة القعي الصحي، او ربما اعتمادهن على القابلة التقليدية او أحد افراد الاسرة للولادة تو خبرتهن الخاصة في الانجاب. تؤكد هذه النتائج من جهة اشكالية الولوج الجغرافي للخدمات الصحية، ومن جهة اخرى ضرورة توسيع التغطية الصحية وتكثيف برامج التوعية خاصة في المناطق المعزولة.

بشكل عام، يكشف هذا التوزيع عن ميل واضح للنساء نحو الولادة المؤسساتية، لكنه في الوقت ذاته يبرز تفاوتات في الاختيار والوصول لمصلحة الولادة، تستوجب تحليل أعمق للعوامل المؤثرة على اختيار مصلحة الولادة مثل الدخل، مكان الإقامة، المستوى التعليمي، والتجارب السابقة مع النظام الصحي.

### 3.2.4-الشخص المرافق للمراة الى مصلحة الولادة:

**الجدول 122: توزيع المبحوثات حسب الشخص المرافق للمراة الى مصلحة الولادة**

| الشخص المرافق الى مصلحة الولادة | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| الزوج | 1168 | 83,1 |
| ولا أحد | 25 | 1,8 |
| اب الزوج وا م الزوج | 10 | 0,7 |
| الزوج مع ام الزوج | 17 | 1,2 |
| الوالد مع الوالدة | 22 | 1,6 |
| زوجة اخ الزوج | 10 | 0,7 |
| القابلة التقليدية | 7 | 0,5 |
| الزوج مع القابلة التقليدية | 25 | 1,8 |
| الزوج مع الوالدة | 70 | 5,0 |
| الزوج مع اخته | 15 | 1,1 |
| الأخت | 20 | 1,4 |
| شخص أخر | 16 | 1,1 |
| المجموع | 1405 | 100 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يتبين من نتائج الجدول رقم 122 أن في 83,1 % حالة الزوج كان المرافق الرئيسي للزوجة عند الولادة، وهي نسبة عالية تعكس حضورا قويا ودعما نفسيا للزوجة في لحظة حساسة واستثنائية، تتمثل في استقبال مولود طال انتظاره بشوق طيلة فترة الحمل. هذا الحضور لا يعكس فقط إلتزاما أسريا، بل يمثل أيضا دعما نفسيا وعاطفيا مهماً للمرأة، كما يعد مؤشرا على وعي الزوج بأهمية التواجد إلى جانب زوجته عند بدء المخاض.

في المقابل، 1,8 % من النساء حضرن بمفردهن الى المستشفى للولادة (1.8%). تستوقفنا هذه النتيجة، اذ انها ربما تعكس ظروف اجتماعية أو أسرية صعبة، مثل غياب الزوج بسبب العمل، أو ضعف الروابط الأسرية، أو حتى حالات من التهميش وعدم التمكين الإجتماعي للمرأة، أو ذهابها للمصلحة فقط من اجل الكشف بسبب ألم فتجد نفسها ملزمة بالبقاء للولادة.

من جهة أخرى، تشير البيانات اعلاه إلى وجود اشخاص مرافقين اخرين، مثل الزوج مع أحد أفراد أسرته أو أسرة الزوجة، وهو ما يُظهر حرص العائلة على توفير دعم إضافي نفسي وعاطفي للمرأة، في واحدة من أصعب وأهم لحظات حياتها.

كما تسجّل المعطيات حضور القابلات التقليديات كمرافقات في بعض الحالات، خصوصًا في مناطق مثل البنود وبوسمغون، حيث تُستدعى القابلة التقليدية إما بسبب نقص في عدد القابلات المؤهلات، أو كاحتياط في حالة حدوث الولادة في الطريق أثناء التنقل بسيارة إسعاف أو سيارة خاصة. لهذا الحضور بُعد نفسي وثقافي، يعكس استمرار تواجد القابلة التقليدية، وأهمية الدور الذي تلعبه في بعض المناطق مثل الجنوب والهضاب العليا.

### 4.2.4- حسب مكان ونوع الولادة:

**جدول 123: توزيع المبحوثات حسب مكان ونوع الولادة**

| مكان الولادة | نوع الولادة | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | طبيعية | | قيصرية | | المجموع | |
| | العدد | % | العدد | % | العدد | % |
| قطاع عام | 683 | 89,5 | 403 | 61,1 | 1086 | 76,3 |
| قطاع خاص | 60 | 7,86 | 257 | 38,9 | 317 | 22,3 |
| في المنزل | 18 | 2,36 | 0 | 0 | 18 | 1,26 |
| أخر (سيارة إسعاف، سيارة شخصية) | 2 | 0,26 | 0 | 0 | 2 | 0,14 |
| **المجموع** | **763** | **53,62** | **660** | **46,38** | **1423** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تظهر النتائج ان أكثر من نصف العينة أنجبن بطريقة طبيعية (53,6 %)، في حين سجلت الولادات القيصرية نسبة 46.6%. ان اغلب الولادات الطبيعية تمت في مراكز او عيادات توليد تابعة للقطاع العام (89,52%). بالمقابل ضمن 317 ولادة تمت في القطاع الخاص أكثر من ربعها عبارة عن ولادات قيصرية (81,07%)، ولا تتعدى هذه النسبة 62,89% في القطاع العام.

يشهد المجتمع الجزائري ارتفاع في نسبة الولادات القيصرية خلال السنوات الاخيرة، حيث تقدر ما بين 45 و70 % من مجمل الولادات، وهي نسبة بعيدة كل البعد عن المعايير الدولية التي توصي بها المنظمة العالمية للصحة والمحدد ب 15 % كحد اقصى (APS, 2024).

ومن أبرز العوامل المفسرة لهذه الظاهرة في الآونة الاخيرة الاتفاقيات بين الضمان الإجتماعي والمؤسسات الصحية الخاصة، والتي تسمح بتكفل هذه الاخيرة بمصاريف الولادة القيصرية، مما شجع العديد من النساء على اختيار هذا النمط من الولادة لتجنب الأم الولادة الطبيعية، في حين وجد فيه بعض الاطباء وسيلة أسرع وأكثر امانا من الناحية الاجرائية (Elbilad.2023, Ultra Algérie)

كما تشير الدراسات الى ضعف تكوين بعض القابلات والاطباء في مجال التوليد الطبيعي يدفعهم الى اللجوء الى الولادات القيصرية كخيار احترازي لتجنب اي مضاعفات محتملة اثناء المخاض، اضافة الى نقص بعض التجهيزات مثل اجهزة مراقبة نبضات قلب الجنين او معدات الانعاض الوليدي في بعض المستشفيات (Elbilad, 2023).

كما ان المستوى التعليمي للمراة مرتبط بارتفاع احتمال اختيار الولادة القيصرية، وهذا ما اظهرته بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات السادس 2019 خاصة عند النساء فوق 35 سنة. ان تقدم سن الأم يزيد من اللجوء الى اختيار الولادة القيصرية بسبب ما يعتبره الاطباء حملا عالي لمخاطر.

وتعتبر العوامل الاقتصادية والتنظيمية أحد أكثر العوامل تاثيرا وهو ما يزيد من الفجون بين القطاع العام والخاص فيما يتعلق بالولادات القيصرية، حيث يسجل القطاع الخاص أكبر النسب مقارنة بالقطاع العام.

**5.2.4- حسب الشخص المشرف على الولادة وبلدية الإقامة:**

تشير بيانات الجدول رقم 123 إلى أن أكثر من نصف نساء العينة تمت ولادتهن تحت إشراف قابلات **(51,3%)**. وان 46,6 % أشرف عليهن طبيب مختص في امراض النساء والتوليد. ولم يشارك الاطباء العامون الا بنسبة اقل من الواحد (0,9 %)، بينما كانت نسبة مساهمة القابلة التقليدية 1,4% علما انها هذا النوع من القابلات لا يتواجد الا في بعض المناطق الصحراوية والنائية، فقد تم الاستغناء عليم بعد الاستراتيجية التي اتخذتها الجزائر لتكوين عدد أكبر من الاطباء والقابلات المؤهلات.

اما حسب مكان الإقامة، فان البلديات الداخلية مثل **البنود** و**بوسمغون** تسجل نسبا معتبرة في الاعتماد على **القابلات التقليديات**، مما يشير إلى احتمال محدودية التغطية الصحية المؤهلة في هذه المناطق.

بوجه عام، تعكس هذه الأرقام وجود تفاوت واضح في نوعية ومصدر الرعاية الصحية المقدمة أثناء الولادة بين البلديات، وهو ما يستدعي تعزيز التغطية الصحية المتخصصة خاصة في المناطق النائية.

**جدول 124: توزيع المبحوثات حسب الشخص المشرف على الولادة وبلدية الإقامة**

| | | المساعدة الطبية عند أخر ولادة ولادة % | | | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | طبيب خاص بالنساء والتوليد | قابلة | طبيب عام | قابلة تقليدية | |
| بلدية الإقامة % | وهران | 11,6 | 6,0 | 0,1 | – | 17,6 |
| | السانيا | 4,8 | 4,4 | 0,1 | – | 9,3 |
| | تليلات | 3,7 | 3,2 | – | – | 7,0 |
| | قديل | 3,4 | 3,4 | 0,1 | – | 7,0 |
| | ارزيو | 4,3 | 4,1 | | – | 8,4 |
| | سيدي بلعباس | 5,9 | 4,4 | 0,2 | – | 10,5 |
| | واد السبع | 0,9 | 1,9 | – | – | 2,8 |
| | رأس الماء | 2,0 | 3,7 | – | – | 5,7 |
| | العمارنة | 1,9 | 3,0 | – | – | 4,9 |
| | سفيزف | 2,4 | 3,9 | – | – | 6,3 |
| | البيض | 2,6 | 4,3 | – | 0,1 | 7,0 |
| | بريزينة | 1,0 | 3,2 | – | – | 4,2 |
| | الغاسول | 1,2 | 2,3 | – | – | 3,5 |
| | البنود | 0,2 | 1,5 | 0,3 | 0,8 | 2,8 |
| | بوسمغون | 0,5 | 1,6 | 0,3 | 0,4 | 2,8 |
| المجموع | | 46,5 | 51,2 | 1,1 | 1,3 | 100,0 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

### 6.2.4- حسب سبب الولادة القيصرية:

**جدول 125: توزيع المبحوثات اللواتي أنجبن بعملية قيصرية وسبب الولادة القيصرية**

| سبب الولادة القيصرية | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| كل الولادات السابقة قيصرية | 99 | 15,0 |
| عنق الرحم ضيق | 93 | 14,1 |
| ضيق في الحوض | 76 | 11,5 |
| وضعية الطفل حرجة | 66 | 10,0 |
| ضغط الدم | 62 | 9,4 |
| تعسر في الولادة | 34 | 5,2 |
| حجم الجنين كبير | 27 | 4,1 |
| حالة صحية متدهورة | 25 | 3,8 |
| توأم | 18 | 2,7 |
| الخوف من الولادة الطبيعية | 18 | 2,7 |
| تأخر موعد الولادة | 17 | 2,6 |
| التفاف الحبل السري | 14 | 2,1 |
| مشكل في النظر | 14 | 2,1 |
| الحمل الثمين | 13 | 2,0 |
| جفاف الرحم | 12 | 1,8 |
| السن | 12 | 1,8 |
| داء السكري | 11 | 1,7 |
| الغدة الدرقية | 8 | 1,2 |
| تقدم المشيمة | 8 | 1,2 |
| صعوبة في التنفس | 6 | 0,9 |
| فقر الدم | 4 | 0,6 |
| التهابات | 4 | 0,6 |
| مشكل في عنق الرحم | 4 | 0,6 |
| الطفل شرب الماء | 3 | 0,5 |
| مرض القلب والشرايين | 3 | 0,5 |

| | | |
|---|---|---|
| تشوه الجنين | 2 | 0,3 |
| مشكل في الجهاز البولي | 1 | 0,2 |
| ضربات قلب الطفل غير عادية | 1 | 0,2 |
| تقطع الرحم في الولادة السابقة | 1 | 0,2 |
| مشكل الجلطة الدماغية | 1 | 0,2 |
| الرحم منقلب | 1 | 0,2 |
| ورم ليفي | 1 | 0,2 |
| مرض الصرع | 1 | 0,2 |
| **المجموع** | **660** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تكشف بيانات الجدول رقم 125 اسباب الولادة القيصرية حسب تصريحات المبحوثات ان هناك مجموعة من العوامل المتداخلة فيما بينها تجمع بين العوامل التشريحية والطبية والنفسية تحدد اسباب الولادة القيصرية. صرحت 15 % من النساء ان كل الولادات السابقة كانت قيصرية، مما يعكس الميل الطبي المتكرر لإجراء العملية القيصرية لتفادي مخاطر تمزق الرحم الناتج عن الندبة السابقة. كما ان ضيق عنق الرحم وضيق الحوض يعتبران من الاسباب التشريحية المباشرة لاختيار الولادة القيصرية التي قد ترتبط ايضا بتشوهات مثل اعوجاج العصعص أو التضيق الخلقي الذي قد يعيق نزول الجنين (14.1% و11.5% على التوالي). من جهة اخرى برزت وضعية الجنين غير المناسبة بنسبة 10.0% كعامل مرتبط بالحالة الفسيولوجية للجنين مثل الوضع المقعدي أو العرضي، ما يجعل الولادة الطبيعية محفوفة بالمخاطر. ويضاف الى ذلك عامل طبي بارز هو ضغط الدم المرتفع للمراة (9.4%)، والذي يعد من المضاعفات الشائعة خلال الحمل والذي يزيد من احتمال حدوث تسمم الحمل، ما يدفع الاطباء غالبا الى اختيار الولادة القيصرية كإجراء وقائي لحماية الأم والجنين.

تشير هذه النتائج ايضا الى وجود اسباب اخرى ذات اهمية تؤدي الى الولادة عن طريق عملية قيصرية لكنها اقل شيوعا مثل كبر حجم الجنين (4.1%)، وتعسر الولادة (5.2%)، تأخر موعد الولادة (2.6%)، تعكس

هذه الاسباب ظروفا قد تتداخل مع العوامل التشريحية مثل ضيق الحوض أو ضيق عنق الرحم. اضافة الى هذا هناك اسباب صحية اخرى مرتبطة بالأمراض المزمنة كداء السكري (1.7%)، والأمراض القلبية، والصرع، والغدة الدرقية، وهي تعد مؤشرات طبية مباشرة لتقليل مخاطر المضاعفات أثناء المخاض. كما تكشف البيانات عن بروز العامل النفسي والمتمثل في الخوف من الولادة الطبيعية (2.7%). كل هذه الاسباب تؤكد اهمية التوعية والدعم النفسي للمرأة خلال الحمل.

تظهر هذه النتائج أن اتخاذ قرار الولادة القيصرية غالبا لا يرتبط بسبب واحد فقط بل هو نتيجة تداخل عوامل تشريحية وفسيولوجية وصحية ونفسية معا. لذلك يعد تعزيز جودة الرعاية قبل وأثناء الحمل وتحسين الكشف المبكر لتشوهات الحوض ووضعية الجنين مع تقديم الاستشارات الطبية الدقيقة والفحص بالموجات الصوتية في المراحل المختلفة في فترة الحمل من أبرز العوامل التي يمكن أن تساهم في خفض معدلات الولادة القيصرية والحفاظ على صحة الأم والطفل معا.

### 7.2.4– حسب قرار اجراء الولادة القيصرية:

**جدول 126: توزيع المبحوثات اللواتي أنجبن عن طريق عملية قيصرية وقرار اجراء العملية**

| قرارا العملية القيصرية | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| لحظي | 188 | 28,5 |
| مسبق | 472 | 71,5 |
| المجموع | 660 | 100,0 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

من خلال نتائج الجدول رقم 126 يتبن أن قرار إجراء العملية القيصرية كان في الغالب قرار مسبق (71.5%) أي ان القرار اتخذ اثناء فترة الحمل نتيجة مثلا لضيق الحوض أو تكرار الولادات القيصرية السابقة أو وضعية الجنين غير المناسبة، مقابل 28.5% اين اتحذ القرار لحظة الولادة نتيجة ظهور مضاعفات مفاجئة أثناء الولادة الطبيعية قد تجعل الفريق الطبي مضطرا للتحول الى التدخل الجراحي

حفاظا على حياة الأم والطفل مثل حالات تعسر الولادة أو النزيف المفاجئ أو تدهور العلامات الحيوية للجنين(معانات الجنين في الرحم من الانقباضات). ومن هما يتبين اهمية التشخيص المسبق والمتابعة الدقيقة للحمل للتحضير للولادة بشكل آمن.

**8.2.4– حسب المسؤول عن قرار الولادة القيصرية:**

**جدول 127: توزيع المبحوثات حسب المسؤول عن قرار الولادة القيصرية:**

| الشخص المسؤول عن قرار الولادة القيصرية | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| طبيب مختص في امراض النساء والتوليد | 497 | 75,3 |
| القابلة | 127 | 19,2 |
| الطبيب العام | 18 | 2,7 |
| قرار شخصي | 18 | 2,7 |
| **المجموع** | **660** | **100** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

يتبين من النتائج ان الطبيب المتابع للحمل هو المسؤول الاول على اتخاذ قرار الولادة عن طريق عملية قيصرية، بمعنى ما يقارب ثلاثة ارباع العينة (75,3%) تمت الولادة القيصرية بقرار طبي مسبق مبني على متابعة دقيقة للحالة الصحية للحامل وتشخيص عوامل الخطورة المحتملة قبل الولادة بوقت كاف. من جهة اخرى تظهر النتائج ان 19,2 % من النساء كانت القابلة المسؤولة عن اتخاذ قرار الولادة القيصرية، يظهر هذا ان بعض العمليات القيصرية كانت طارئة واتخذ قرارها اثناء الولادة بسبب ظروف ظهرت لحظيا داخل المؤسسة الصحية اثناء الولادة. بينما ساهم الطبيب العام في اتخاذ قرار الولادة القيصرية بالنبة 2.7% حالة، تعكس هذه النتيجة الدور المحدود للطبيب العام في عملية الانجاب.

كما صرحت 2.7% من النساء ان قرار الولادة القيصرية هو قرار شخصي أي اختيار شخصي، اما لتفادي الولادة الطبيعية لأسباب نفسية او تجارب سابقة او المها.

### 9.2.4- حسب تعسر الولادة الطبيعية:

**جدول 128: توزيع المبحوثات حسب تعسر الولادة الطبيعية**

| تعسر الولادة الطبيعية | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| نعم | 44 | 5,8 |
| لا | 719 | 94,2 |
| **المجموع** | **763** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول رقم 128 ان نسبة النساء اللواتي تعرضن لتعسر في الولادة الطبيعية بلغت 5.8% فقط من مجموع حالات الولادة المهبلية. بينما لم تواجه الغالبية اي صعوبات (94.2%). تظهر النتائج ان معظم الولادات الطبيعية تمت دون الحاجة الى تدخلات اضافية. ويعتبر التعسر عند الولادة مؤشرا مهما على ضرورية الاستعانة بوسائل مساعدة مثل الملقط او الشفاط الطبي في بعض الحالات. فعند تعسر الولادة بشكل محدود بسبب ضعف الدفع او بطيء تقدم رأس الجنين في قناة الولادة، قد يلجأ الفريق الطبي الى استعمال الملقط كحل طبي لضمان اكتمال الولادة في أقصر وقت وحماية الأم والجنين من المضاعفات المحتملة. وتشير هذه النتائج الى ضرورة الاستعداد داخل قاعات التوليد للتعامل مع مثل هذه الحالات الطارئة وتوفير فريق طبي مدرب ومؤهل لتقليل التحول الى الولادة القيصرية كلما أمكن ذلك.

### 10.2.4-حسب الوسائل المستخدمة في الولادة الطبيعية:

**جدول 129: توزيع المبحوثات حسب الوسائل المستخدمة في الولادة الطبيعية**

| الوسائل المستخدمة في الولادة الطبيعية | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| لا شيء | 212 | 27,8 |
| الملقط | 44 | 5,8 |
| الغرز | 507 | 66,4 |
| **المجموع** | **763** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

وضحت بيانات الجدول رقم 129 الاجراءات الطبية المساعدة التي تم استخدامها اثناء الولادة الطبيعية لدى النساء المبحوثات، حيث تبين ان 27.8% من النساء لم يحتجن الى اي تدخل طبي اضافي مما يدل على ان ولادتهن كانت طبيعية بالكامل وبدون مضاعفات. بينما تم استعمال الملقط لدى 5.8% من الحالات، وهي نفس نسبة النساء اللواتي سجل لديهن تعسر في الولادة كما ورد في الجدول السابق (رقم 127)، مما يدل على ان الملقط استخدم كأداة طبية لحل بعض حالات صعوبة نزول رأس الجنين وتسهيل خروجه في المرحلة الاخيرة من المخاض. من جهة اخرى خضعت 66.4% من النساء لاستخدام الغرز، والذي يرتبط عادة بحدوث شق للعجان او تمزق طبيعي اثناء خروج الجنين مما يتطلب خياطة بسيطة لضمان التئام الانسجة بشكل سليم. ان معظم الولادات الطبيعية قد تتطلب احيانا تدخلا محدودا لحماية الأم من التمزقات الواسعة وضمان شفاء المنطقة بعد الولادة، كما يشير الى اهمية توافر فريق طبي مؤهل يجيد استعمال ادوات المساعدة بشكل صحيح وفق المعايير الطبية لتقليل المضاعفات وضمان ولادة امنة وناجحة.

### 11.2.4- حسب نوع المعاملة في المستشفيات العمومية عند الولادة الطبيعية

**جدول رقم 130: توزيع المبحوثات حسب نوع المعاملة في المستشفيات العمومية عند الولادة الطبيعية**

| نوع المعاملة مع المرأة في المستشفيات العمومية عند الولادة الطبيعية | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| جيدة | 433 | 63,4 |
| سيئة | 74 | 10,8 |
| عادية | 176 | 25,8 |
| **المجموع** | **683** | **100,0** |

**لمصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يتبين من نتائج الجدول رقم 130 أن ما يقارب ثلثي النساء صرحن انهن تلقين تعاما جيد من طرف عمل المؤسسة العمومية اثناء الولادة (63.4%)، مما يدل على رضاهن عن مستوى المعاملة الانسانية والاحترام الذي تلقينه خلال هذه المرحلة الصعبة. بينما وصفت 25.8% من النساء معاملتهن بالعادية، مما يستدعي تحسين بعض الجوانب المتعلقة بالتواصل مع المرأة الحامل وتوفير جو نفسي مريح لها رغم توفر الرعاية الطبية الأساسية. في المقابل صرحت 10.8% من النساء ان طريقة التعامل كانت سيئة، وهو مؤشر يستدعي التوقف عنده بجدية خاصة أن مرحلة الولادة تتطلب دعما نفسيا كبيرا من الطاقم الطبي والتمريضي. تعكس هذه النتائج بشكل عام ان الجانب الانساني في رعاية الأم وقت الولادة يعد عنصرا حاسما في جودة الخدمة الصحية، ويستدعي مزيدا من التكوين والتوعية للطاقم العامل في قاعات التوليد لضمان معاملة لائقة تحفظ كرامة المرأة وتقلل من مشاعر الخوف والقلق اثناء الوضع.

### 12.2.4- حسب نوع المعاملة السيئة:

**جدول 131: توزيع المبحوثات حسب نوع المعاملة السيئة أثناء الولادة**

| نوع المعاملة السيئة | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| الاستهزاء | 14 | 18,9 |
| الصراخ | 14 | 18,9 |
| السب والشتم | 11 | 14,9 |
| العنف اثناء الولادة | 22 | 29,7 |
| اللامبالاة | 8 | 10,8 |
| ضرب | 5 | 6,8 |
| **المجموع** | **74** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

من بين 74 امرأة اللواتي صرحن ان المعاملة اثناء الولادة الطبيعية كانت سيئة في المؤسسات العمومية تمثلت هذه المعاملة السيئة بالعنف في المعاملة (29.7%)، او حالات الاستهزاء والصراخ عليهن (18.9%)، والسب والشتم (14.9%). بينما شكلت اللامبالاة في التعامل 10.8% من الحالات، وسجل الضرب 6.8%. وتجدر الاشارة هنا الى نقطة هامة جدا وهي أن بعض التصرفات مثل الصراخ على المرأة او حتى ضربها على الفخذ قد لا يقصد بها الايذاء أو الاهانة، بل يلجأ اليها الفريق الطبي او القابلة كتصرف طارئ عندما تكون المرأة منهكة تماما بعد خروج رأس الطفل، فيتم تحفيزها للدفع، لمنع اختناق الجنين وضمان اكتمال الولادة بشكل سليم. لذلك يجب التمييز بين العنف الفعلي المرفوض اخلاقيا ومهنيا وبين بعض الاجراءات الاضطرارية التي تفرضها طبيعة الوضع في بعض الحالات الحرجة. ومع ذلك تبقى بعض الاشكال الاخرى مثل الاستهزاء او الشتم او اللامبالاة تصرفات غير مبررة وتدل على الحاجة لمزيد من تكوين الطواقم الطبية وخاصة التمريضية على احترام كرامة المرأة وتقديم الدعم النفسي المناسب لها اثناء هذه اللحظات الحساسة.

### 13.2.4- حسب نوع المساعدة اثناء الولادة عند اخر ولادة:

**جدول 132: توزيع** المبحوثات **حسب نوع المساعدة اثناء الولادة عند أخر ولادة:**

| نوع المساعدة عند الولادة | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| غير مؤهلة | 20 | 1,4 |
| مؤهلة | 1403 | 98,6 |
| **المجموع** | **1423** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

بين الجدول رقم 132 نوع الرعاية الصحية المقدمة للمرأة اثناء الولادة، وهو متغير تم استحداثه بناء على إجابة المرأة حول ظروف ولادتها الاخيرة. حيث تشير صفة غير مؤهلة الى الولادات التي تمت في المنزل أو في مكان أخر مهما كان الشخص الذي ساعد المرأة على الوضع، في حين ترمز صفة مؤهلة الى الولادات التي تمت داخل مستشفيات او عيادات سواء كانت تابعة للقطاع العام او الخاص وتحت اشراف اشخاص مؤهلين طبيا. توضح البيانات ان 98,6% من النساء استفدن من رعاية صحية مؤهلة، بينما بلغت نسبة الولادات غير المؤهلة 1.4% فقط. تدل هذه النتائج على مستوى التغطية العالية لخدمات التوليد المنظمة في المؤسسات الصحية، كما تؤكد على ان الغالبية العظمى من النساء يفضلن الولادة تحت اشراف طبي مختص لتفادي المضاعفات المحتملة وضمان سلامتهن وسلامة اطفالهن. ومع ذلك تبقى الولادات غير المؤهلة مؤشرا مهمًا لوجود بعض الحالات المعزولة التي تتم خارج النظام الصحي الرسمي لأسباب اجتماعية او ثقافية او بسبب صعوبة الوصول الى المرافق الصحية، وهو ما يستدعي مزيدا من التوعية وتحسين خدمات النقل والاستقبال خاصة في المناطق البعيدة.

**14.2.4 – تحديد العوامل المؤثرة على نوع الرعاية الصحية أثناء الولادة:**

**– العلاقة بين المساعدة اثناء الولادة وسن المراة:**

**جدول 133: توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة اثناء الولادة وسن المرأة**

| سن المرأة عند أخر ولادة | نوع المساعدة عند أخر ولادة% | | المجموع % |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | |
| أقل من 20 سنة | 00 | 1.8 | 1,8 |
| 35-20 | 0.8 | 68,5 | 69,4 |
| أكثر من 35 | 0.6 | 28,3 | 28,9 |
| **المجموع** | **1,4** | **98,6** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تشير نتائج الجدول رقم 133 إلى أن فئة كبيرة من النساء (98.6%) تلقّين مساعدة مؤهلة عند آخر ولادة لهن، مقابل نسبة ضئيلة فقط (1.4%) اعتمدن على مساعدة غير مؤهلة.

اما حسب سن المرأة، فان النساء بين 20و35 سنة شكلن الفئة الأكبر من المستفيدات من المساعدة المؤهلة (68.5%)، مقابل 28.3 % فوق سن 35 سنة. أما النساء دون 20سنة فمثّلن فقط 1.8%.

وقد اظهرت نتائج اختبار كاي تربيع عدم وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين سن المرأة عند آخر ولادة ونوع المساعدة الطبية (P> 0,05)، أي انه لا يوجد ارتباط معنوي بين عمر الأم والمساعدة الطبية المستلمة. وبالتالي يمكن القول إن العامل العمري لا يؤثر بشكل واضح على نوعية المساعدة التي تتلقاها المرأة أثناء الولادة، بما ان النساء قبل سن 20 سنة وبعد 35 سنة هن اللواتي يستدعين مساعدة مؤهلة كونهن يعتبرن في السن الخطر للولادة.

**– العلاقة بين نوع المساعدة اثناء الولادة ومكان الإقامة:**

**جدول 134: توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة اثناء الولادة ومكان الإقامة**

| مكان الإقامة | نوع المساعدة عند أخر ولادة | | المجموع % |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | |
| حضري | 0.2 | 73,9 | 74,1 |
| شبه حضري | 0.4 | 7,1 | 7,4 |
| ريفي | 0.8 | 17,6 | 18,5 |
| المجموع % | 1,4 | 98,6 | 100,0 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

من خلال اختبار كاي تربيع تبين أن هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين مكان الإقامة ونوع المساعدة عند الولادة ($P< 0.05$). ان الفوارق الموجودة بين المناطق الريفية والمناطق الحضرية يحول دون الاستفادة من الرعاية الصحية المؤهلة، وبين المدن الكبرى والمدن التي لا تشمل تغطية طبية شاملة من حيث البنية التحتية.

**– العلاقة بين نوع المساعدة اثناء الولادة وبلدية الإقامة:**

تشير نتائج الجدول رقم 135 إلى وجود علاقة ذات دلالة احصائية بين بلدية الانتماء ونوع المساعدة الصحية المقدمة أثناء الولادة، حيث ان النساء القاطنات في البلديات الحضرية أو ذات التغطية الصحية الجيدة مثل وهران وسيدي بلعباس استفدن بنسبة عالية من الرعاية المؤهلة، في حين سجلت بعض البلديات الريفية أو النائية مثل البنود، بوسمغون والبيض نسبا من المساعدة غير المؤهلة. تعكس هذه النتائج تفاوتات واضحة في فرص الحصول على رعاية صحية مؤهلة أثناء الولادة. يؤكد إختبار كاي تربيع على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين مكان الإقامة والحصول على مساعدة طبية مؤهلة أثناء الولادة ($P< 0.05$)، مما يستدعي تدخل المسؤولين لتقليص الفجوة وضمان عدالة في الوصول إلى خدمات صحية آمنة لجميع النساء، بغض النظر عن مكان إقامتهن.

**جدول135: توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة اثناء الولادة وبلدية الإقامة**

| | | رعاية توليدية مؤهلة% | | المجموع% |
|---|---|---|---|---|
| | | غير مؤهلة | مؤهلة | |
| بلدية الإقامة% | وهران | 0,1 | 17,6 | 17,6 |
| | السانيا | – | 9,3 | 9,3 |
| | تليلات | – | 7,0 | 7,0 |
| | قديل | – | 7,0 | 7,0 |
| | ارزيو | – | 8,4 | 8,4 |
| | سيدي بلعباس | – | 10,5 | 10,5 |
| | واد السبع | – | 2,8 | 2,8 |
| | رأس الماء | – | 5,7 | 5,7 |
| | العمارنة | – | 4,9 | 4,9 |
| | سفيزف | – | 6,3 | 6,3 |
| | البيض | 0,1 | 6,9 | 7,0 |
| | بريزينة | – | 4,2 | 4,2 |
| | الغاسول | – | 3,5 | 3,5 |
| | البنود | 0,8 | 2,0 | 2,8 |
| | بوسمغون | 0,4 | 2,5 | 2,8 |
| **المجموع%** | | **1,4** | **98,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

**- العلاقة بين نوع المساعدة اثناء الولادة والمستوى الدراسي للمراة:**

**جدول 136: توزيع** المبحوثات **حسب نوع المساعدة اثناء الولادة والمستوى الدراسي للمرأة**

| المستوى الدراسي للمرأة | نوع المساعدة عندا لولادة % | | |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | المجموع |
| بدون مستوى | 0.8 | 6,1 | 7,0 |
| إبتدائي | 0.3 | 8,5 | 8,8 |
| متوسط | 0.1 | 26,5 | 26,6 |
| ثانوي | 0.1 | 24,2 | 24,3 |
| جامعي | 0.1 | 31,6 | 31,8 |
| دراسات عليا | 00 | 1,6 | 1,6 |
| **المجموع** | **1,4** | **98,6** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تبين نتائج اختبار كاي تربيع أن هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين المستوى التعليمي للمرأة ونوع المساعدة عند الولادة ($P< 0.05$). فكلما ارتفع المستوى التعليمي كلما ارتفعت نسبة الرعاية المؤهلة، وهذا دليل على ان التعليم يزيد من وعي المرأة كما له تأثير ايجابي على سلوكها الصحي، وبالتالي على أهمية الحصول على رعاية صحية مؤهلة، حفاضا على صحتها وصحة مولودها.

**– العلاقة بين نوع المساعدة اثناء الولادة ودخل الزوج:**

**جدول 137: توزيع المبحوثات حسب نوع المساعدة اثناء الولادة و دخل الزوج**

| | نوع المساعدة عند أخر ولادة % | | |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | %المجموع |
| أقل من 15000دج | 0.1 | 4,7 | 4,8 |
| [150000 ;20000 دج[ | 0.3 | 10,4 | 10,7 |
| [20000 ; 30000 دج ] | 0.3 | 18,9 | 19,2 |
| [30000 ; 40000 دج[ | 0.2 | 19,6 | 19,8 |
| [40000 ;50000 دج[ | 00 | 12,9 | 12,9 |
| [50000 ;60000 دج[ | 00 | 8,8 | 8,8 |
| [60000 ;70000دج ] | 0.1 | 13,1 | 13,2 |
| أكثر من 80000 دج | 0.1 | 1,5 | 1,7 |
| بدون دخل | 0.4 | 8,6 | 9,0 |
| **المجموع%** | **1.4** | **98,6** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تبين نتائج الجدول رقم 137 ان معظم النساء كانت اديهن مساعدة مؤهلة أثناء الولادة رغم تباين دخل الزوج (98.6 %)، مقبل 1.4% من النساء اللواتي لم يتحصلن على مساعدة مؤهلة عند اخر ولادة اثناء الوضع.

وقد بين إختبار كاي تربيع ان هناك علاقة ذات دلالة إحصائية بين دخل الزوج والحصول على مساعدة مؤهلة عند الولادة ($P<0.05$).

**- العلاقة بين نوع الرعاية التوليدية اثناء الولادة وعدد الاطفال:**

**جدول 138: توزيع** المبحوثات **حسب نوع الرعاية التوليدية اثناء الولادة وعدد الأطفال**

| عدد الأطفال% | رعاية توليدية مؤهلة% | | المجموع% |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | |
| طفل واحد | 0,5 | 99,5 | 100 |
| أطفال 4-2 | 0,9 | 99,1 | 100 |
| أكثر من 4 أطفال | 7,6 | 92,4 | 100 |
| المجموع % | 1,4 | 98,6 | 100 |

**المصدر: البحث الميداني**

الجدول يبين العلاقة بين عدد الاطفال لدى المرأة ونوع الرعاية التوليدية التي تحصلت عليها. فنلاحظ ان النساء ذوات طفل واحد حصلن بنسبة عالية جدا على رعاية مؤهلة 99,5% مقابل 0,5% فقط غير مؤهلة، وكذلك الحال بالنسبة للنساء اللواتي لديهن 4-2 أطفال حيث بلغت النسبة 99,1% مؤهلة و0,9% غير مؤهلة. بينما يظهر اختلاف واضح عند النساء اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال، إذ تراجعت نسبة الاستفادة من الرعاية المؤهلة إلى 92,4% وارتفعت غير المؤهلة إلى 7,6%.

هذا الفرق بين الفئات يفسرمطابق لنتيجة اختبار كاي تربيع كانت ذات دلالة إحصائية، أي أن عدد الأطفال عند المرأة له تأثير معنوي على نوع الرعاية التوليدية التي تتحصل عليها.

وبينت نتائج اختبار كاي تربيع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عدد الاطفال ونوع المتابعة الصحية عند الولادة مؤهلة كانت او غير مؤهلة ($P< 0.05$).

**– العلاقة بين نوع الرعاية التوليدية والاصابة بمرض مزمن:**

**جدول 139: توزيع** المبحوثات **حسب نوع الرعاية التوليدية والإصابة بمرض مزمن**

| الإصابة بمرض مزمن% | رعاية توليدية مؤهلة% | | المجموع% |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | |
| نعم | 0,3 | 99,7 | 100 |
| لا | 1,7 | 98,3 | 100 |
| **المجموع %** | **1,4** | **98,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

بين الجدول 139 أن الإصابة بمرض مزمن لا تؤثر بشكل معنوي على نوع الرعاية التوليدية المتلقات، حيث بلغت نسبة المستفيدات من رعاية مؤهلة 99,7% لدى المصابات بأمراض مزمنة مقابل 98,3% لدى غير المصابات، في حين بقيت نسب الرعاية غير المؤهلة ضعيفة جدا (0,3% و1,7%). وبما أن الفروق بين المجموعتين محدودة، فإن نتيجة اختبار كاي تربيع لم تكن دالة إحصائيا، أي أن وجود مرض مزمن لا يشكل عاملا مؤثرا في الحصول على رعاية توليدية مؤهلة. (P> 0.05).

**– العلاقة بين نوع الرعاية التوليدية وعمل المرأة:**

**جدول 140: توزيع المبحوثات حسب نوع الرعاية التوليدية وعمل المرأة**

| عمل المرأة% | رعاية توليدية مؤهلة% | | المجموع% |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | |
| نعم | 0,3 | 99,7 | 100 |
| لا | 1,8 | 98,2 | 100 |
| **المجموع%** | **1,4** | **98,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين عمل المرأة ونوع الرعاية التوليدية، حيث بلغت نسبة المستفيدات من رعاية مؤهلة بين العاملات 99,7% مقابل 98,2% لغير العاملات، في حين سجلت

الرعاية غير المؤهلة 0,3% عند العاملات و1,8% عند غير العاملات. ورغم أن الفروق تبدو محدودة، إلا أن قيمة الدلالة P<0,05 تؤكد وجود فرق معنوي، مما يشير إلى أن عمل المرأة يرتبط إيجابيا بزيادة احتمال حصولها على رعاية توليدية مؤهلة.

**– العلاقة بين نوع الرعاية التوليدية والإنتساب للضمان الإجتماعي:**

**الجدول 141: توزيع المبحوثات حسب نوع الرعاية التوليدية المؤهلة والإنتساب للضمان الإجتماعي**

| الإنتساب للضمان الإجتماعي% | رعاية توليدية مؤهلة% | | المجموع% |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | |
| نعم | 1,0 | 99,0 | 100 |
| لا | 2,2 | 97,8 | 100 |
| **المجموع%** | **1,4** | **98,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول أن نسبة النساء المنتسبات للضمان الإجتماعي اللواتي استفدن من رعاية توليدية مؤهلة بلغت 99.0% مقابل 97.8% لدى غير المنتسبات، وهو فرق يبدو للوهلة الأولى لصالح المنتسبات. غير أن نتائج اختبار كاي تربيع أظهرت أن هذا الاختلاف غير دال إحصائيا عند مستوى 5%، حيث بلغت قيمة الدلالة 0.082. وهذا يعني ان لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية P>0,05.

**– العلاقة بين نوع الرعاية التوليدية والتجارب السلبية السابقة للحمل:**

**جدول 142: توزيع المبحوثات حسب نوع الرعاية التوليدية والتجارب السلبية السابقة للحمل**

| التجارب السلبية لحمل سابق% | رعاية توليدية مؤهلة% | | المجموع% |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | |
| نعم | 1,6 | 98,4 | 100 |
| لا | 1,3 | 98,7 | 100 |
| **المجموع%** | **1,4** | **98,6** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول 142 أن 98,4% من النساء اللواتي مررن بتجارب سلبية في حمل سابق استفدن من رعاية توليدية مؤهلة مقابل 98,7% لدى النساء اللواتي لم يعشن مثل هذه التجارب، في حين بلغت نسب الرعاية غير المؤهلة 1,6% و1,3% على التوالي. يتضح إذن أن الفروق بين الفئتين ضئيلة جدا، وهو ما تؤكده نتيجة اختبار كاي تربيع حيث بلغت قيمة الدلالة 0,748، أي أن التجارب السلبية في الحمل السابق لا تمثل عاملا مؤثرا بشكل معنوي على نوع الرعاية التوليدية المتلقاة. .P>0.05

**– العلاقة بين نوع الرعاية التوليدية والحمل بتوأم:**

**الجدول 143: توزيع المبحوثات حسب نوع الرعاية التوليدية والتجارب السلبية السابقة للحمل**

| الحمل بتوأم% | رعاية توليدية مؤهلة% | | المجموع% |
|---|---|---|---|
| | غير مؤهلة | مؤهلة | |
| نعم | – | 100,0 | 100 |
| لا | 1,4 | 98,6 | 100 |
| **المجموع** | **1,4** | **98,6** | **100** |

**المصدر: نتائج البحث الميداني**

يبين الجدول أن جميع النساء اللواتي حملن بتوأم استفدن من رعاية توليدية مؤهلة بنسبة 100%، مقابل 98,6% فقط لدى اللواتي لم يحملن بتوأم، حيث سجلت هذه الفئة الأخيرة نسبة 1,4% لرعاية غير مؤهلة. ورغم أن الأرقام توحي بفارق لصالح الحوامل بتوأم، فإن نتائج اختبار كاي تربيع أوضحت أن هذا الفرق غير دال إحصائيا (قيمة الدلالة = 0,509). ويعود ذلك إلى أن عدد النساء اللواتي حملن بتوأم قليل جدا، مما جعل التباينات في النسب غير كافية لتأكيد وجود علاقة حقيقية بين الحمل بتوأم ونوع الرعاية التوليدية.

### 15.2.4 حسب معاملة الطاقم الطبي:

**جدول رقم 144: توزيع المبحوثات حسب معاملة الطاقم الطبي في فترة الإقامة في مستشفى القطاع العام.**

| المعاملة السيئة للمرأة | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| نعم | 154 | 14,2 |
| لا | 934 | 85,8 |
| **المجموع** | **1088** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يبين الجدول رقم 144 أن فقط 14.2% من النساء صرحن بتعرضهن للمعاملة السيئة أثناء إقامتهن بالمستشفى العمومي للولادة، مقابل 85.8% من النساء اللواتي لم يتعرضن لسوء المعاملة حسب تصريحهن. وعلى الرغم من أن النسبة الكبرى من النساء لم يواجهن مشاكل في المعاملة، فإن نسبة 14.2% تظل مقلقة، إذ تعبر عن خلل محتمل في جودة الرعاية المقدمة. هذا الأمر يمكن أن يؤثر سلبًا على صورة المؤسسات الصحية العمومية مما يؤدي بنفور النساء عن اختيارها مستقبلا، مهما توفرت بها الشروط التقنية والطبية. مما يؤكد ضرورة إدراج البعد الإنساني والمعاملة اللائقة في تقييم أداء مصالح التوليد.

### 16.2.4-حسب نوع المعاملة السيئة

**الجدول رقم 145: توزيع العينة حسب المتسببين في الإساءة في فترة الإقامة في المستشفى**

| الشخص الذي عامل المرأة بشكل سيئ | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| الممرض(ة) | 46 | 29,9 |
| الطبيب المختص | 12 | 7,8 |
| الطبيب العام | 10 | 6,5 |
| القابلة | 59 | 38,3 |
| عاملة النظافة | 27 | 17,5 |
| **المجموع** | **154** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تشير نتائج الجدول رقم 145 إلى أن غالبية النساء اللواتي أشرن إلى تعرضهن للمعاملة السيئة خلال فترة إقامتهن بالمستشفى (قبل أو بعد الولادة) نسبن هذه المعاملة في المرتبة الاولى الى القابلات (38,3%)، ثم في المرتبة الثانية الى الممرضات (29,9%)، وتاتي في المرتبة الثالثة عاملات النظافة (17,5%). في حين كان معاملة الأطباء المختصين والعامين أحسن يكثير. وتجدر الإشارة إلى أن هذه المعاملة قد لا تعكس بالضرورة نية الإساءة، بل قد تكون ناتجة عن إجراءات تنظيمية أو حرص على تطبيق النظام الداخلي للمؤسسة الصحية، أو سوء فهم المراة في ظروف نفسية حساسة تمر بها هذه الاخيرة خلال هذه الفترة.

### 17.2.3 تحديد العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة بإستخدام الانحدار اللزجستي الثنائي الإجابة:

✓ **بناء نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الإجابة:**

اعتمد على تحليل الانحدار اللجوستي ثنائي الإجابة بين المتغير التابع ومجموعة من المتغيرات المفسرة.

**ترميز المتغيرات:**

**جدول رقم 146: ترميز المتغير التابع**

| المتغير التابع: "الرعاية الصحية اثناء الولادة" | الترميز |
|---|---|
| رعاية غير مؤهلة | 0 |
| رعاية مؤهلة | 1 |

**المتغيرات المفسرة (المستقلة):**

1-**سن المرأة عند اخر ولادة:** تم أنشاء هذا المتغير بطرح تاريخ ميلاد اخر طفل من تاريخ ميلاد الأم.

2-**بلدية الإقامة:** وهران، السانية، واد تليلات، أرزيو، قديل، سيدي بلعباس، سفيزف، رأس الماء، واد السبع، لعمارنة، البيض، بريزنة، الغاسول، بوسمغون، البنود.

3-**مكان الإقامة:** يحمل هذا المتغير ثلاث صفات: حضري – شبه حضري – ريفي.

4-**عمل المرأة:** والذي يتكون من صفتين نعم ولا.

5-**دخل الزوج:** يحمل هذا المتغير تسع صفات كما هي مدونة في الجدول رقم **87 ص230.**

6-**عدد الاطفال:** يشمل جميع اطفال المرأة سواء في إطار الزواج الحالي أو الزيجات السابقة وصفاته هي: طفل واحد، من 2-4 أطفال، أكثر من 4 أطفال

7-**التجارب السيئة للمراة في الحمل:** وهو تعرض المرأة للإجهاض أو ولادة ميتة، ويحمل صفتين نعم و لا.

8-**الرغبة في اخر حمل:** بصفتين نعم ولا.

9-**الأنتماء للضمأن الإجتماعي:** اما نعم او لا.

10-**المستوى الدراسي:** يحمل هذا المتغير الصفات التالية: بدون مستوى، إبتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي

11-**الاصابة بمرض مزمن:** نعم ام لا.

12-**الرغبة في الحمل:** نعم او لا.

**جدول 147: نتائج معالم النموذج بوجود المتغيرات المفسرة**

| المتغيرات المفسرة | قيمة اللوجيت | الخطأ المعياري | Wald | درجة الحرية | مستوى الدلالة | نسبة الرجحان(Exp(B | مجال الثقة | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | الدنى | الأعلى |
| بلدية الإقامة | -,462 | ,120 | 14,901 | 1 | ,000 | ,630 | ,499 | ,797 |
| مكان الإقامة | -,009 | ,394 | ,000 | 1 | ,982 | 0,991 | ,458 | 2,144 |
| المستوى التعليمي للمرأة | ,566 | ,249 | 5,164 | 1 | ,023 | 1,762 | 1,081 | 2,872 |
| عمل المرأة | -,070 | ,075 | ,880 | 1 | ,348 | 0,932 | ,805 | 1,079 |
| دخل الزوج | -1,385 | 1,098 | 1,593 | 1 | ,207 | ,250 | ,029 | 2,151 |
| الإنتساب للضمان الإجتماعي | ,361 | ,579 | ,388 | 1 | ,534 | 1,434 | ,461 | 4,466 |
| الإصابة بمرض مزمن | 0,205 | 0,632 | 0,105 | 1 | ,746 | 1,227 | ,356 | 4,232 |
| سن المرأة عند أخر ولادة | -,595 | ,538 | 1,224 | 1 | ,269 | 0,551 | ,192 | 1,583 |
| عدد الأطفال | ,227 | ,630 | 0,129 | 1 | ,719 | 1,254 | ,365 | 4,315 |
| التجارب السلبية السابقة للمراة | -,628 | 1,135 | ,307 | 1 | ,580 | 0,533 | ,058 | 4,932 |
| **الثابت** | **12,461** | **4,079** | **9,334** | **1** | **,002** | **258139,646** | - | - |

**المصدر: نتائج الانحدار اللوجستي**

أظهر تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي أن متغيري بلدية الإقامة والمستوى التعليمي يمثلان عاملين مؤثرين بشكل معنوي في احتمال تلقي المراة للرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة. فقد بينت النتائج أن النساء المقيمات في بعض البلديات، مثل واد السبع التي تفتقر إلى مصلحة للولادة، يُضطررن إلى الانتقال إلى بلدية رأس الماء التي تبعد حوالي 15 كلم حتى في حالات الولادة الطبيعية. أما في حالات تعسر الولادة، فيتم نقلهن إلى مستشفى تلاغ، الذي يبعد حوالي 45 كلم عن رأس الماء. وفي حال الولادة القيصرية المقررة

سلفًا، قد يتم التوجيه مباشرة نحو مستشفى تلاغ أو إلى عيادة التوليد ببلدية سيدي بلعباس. الوضع لا يختلف كثيرًا في بلديات البنود، الغاسول، وبوسمغون التابعة لولاية البيض، فرغم توفر قاعات للولادة الطبيعية، التي يشرف على الولادة فيها اما القابلة أو الطبيب العام، اما في حالات تعسر الولادة يتطلب الأمر التنقل لمسافات قد تتجاوز 100 كلم. هذا الواقع يبرز تفاوتا جغرافيا في توزيع الخدمات الصحية خاصة فيما يتغلق بالصحة الانجابية، ما يدفع بعض النساء إلى اللجوء للقابلات التقليديات المتوفرات في بعض المناطق فقط.

من جهة أخرى، تبيّن أن النساء ذوات المستوى التعليمي المرتفع يتمتعن بفرصة أكبر للحصول على رعاية صحية مؤهلة عند الولادة، وهو ما يعكس الدور المحوري للتحصيل العلمي في تعزيز الوعي بحقوقهن الصحية والقدرة على المطالبة والوصول إلى خدمات آمنة وفعالة. أما بقية المتغيرات المدرجة في النموذج، فلم تظهر دلالة إحصائية معنوية، رغم أهميتها نظريا.

وبهذا تكتب معادلة الانحدار اللوجستي بهذا الشكل:

$$log\frac{pi}{1-pi} = 12.461 - 0.462 \text{ بلدية الإقامة} + 0.566 \text{ المستوى التعليمي للمرأة}$$

.

- **تفسير نسبة الرجحان (ExpB) للمتغيرات الدالة:**

- **بلدية الإقامة:** أظهر معامل الرجحان (0,630) أن النساء المقيمات في بعض البلديات تقل احتمالية حصولهن على رعاية صحية مؤهلة بنسبة تقارب **37 %** مقارنة بغيرهن، مما يشير إلى تأثير سلبي مرتبط بالعوائق الجغرافية ونقص البنية التحتية الصحية.

- **المستوى التعليمي:** ( 762, 1) ما يعني أن النساء المتعلمات تعليما عاليا تزداد احتمالية حصولهن على رعاية صحية مؤهلة بمقدار **76.2 %** مقارنة بذوات المستوى التعليمي الأدنى، وهو ما يعكس أثر التعليم في تمكين المرأة صحيا وإجتماعيا.

ويمكن ترتيب المتغيرات حسب درجة تأثيرها على المتغير التابع كالأتي:

**جدول 148: ترتيب المتغيرات المستقلة حسب درجة إإشرها على المتغير التابع**

| المرتبة | 1 | 2 |
|---|---|---|
| المتغير | المستوى التعليمي للمرأة | بلدية الإقامة |

المصدر البحث الميداني

الجدول 148 يوضح لنا ان المتغير الأكثر تأثيرا على المتغير التابع هو المستوى التعليمي يليه متغير بلدية الإقامة

## 3.4- الرعاية الصحية في فترة ما بعد الولادة:

### 1.3.4- الحالة الصحية للمولود عند الولادة:

**الجدول رقم 149:** توزيع المبحوثات حسب الحالة **الصحية للمولود عند الولادة**

| الحالة الصحية للمولود | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| جيدة | 1308 | 92,0 |
| سيئة | 115 | 8,0 |
| **المجموع** | **1423** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يتضح من نتائج الجدول رقم أن 92% من المواليد ولدوا بصحة جيدة، مما يعني ان امهاتهم مروا بظروف حمل وولادة مستقرة لدى الغالبية. في المقابل 8% من المواليد ولدوا بمشاكل صحية، مما يستدعي لأخذ كل الحذر خلال الحمل نظرا لما لهذا الاخير من اثار مباشرة على حالة المولود الصحية، وعلى الاستقرار

النفسي للأم، خلال فترة النفاس. إذ أن الأم، التي تكون قد انتظرت بفارغ الصبر قدوم مولودها طيلة شهور الحمل، قد تصدم أو تصاب بقلق بالغ إذا ولد طفلها بحالة صحية غير مستقرة، أو بإعاقة، أو تشوه مما يزيد من احتمال تأثرها نفسيا وبدنيا ويضاعف من حاجتها إلى دعم عاطفي وأسري خلال هذه المرحلة الحساسة.

**2.3.4- نوع المشاكل الصحية للمولود عند الولادة:**

بناء على معطيات الجدول رقم 150 يتبيّن أن من بين 115 مولودا عانوا من مشاكل صحية عند الولادة، تمثلت أبرز هذه المشاكل في نقص الأوكسجين (18.3%)، وهو يعبر على صعوبات يعاني منها المولود في اللحظات الأخيرة من الولادة، وقد تؤثر على سلامة المولود العصبية والتنفسية. كما سجلت 16.5% من الحالات مشكل شرب السائل الأمنيوسي، والذي يؤدي غالبا الى التهابات في الرئة واختناق حاد. إلى جانب ذلك، شكلت الولادات المبكرة 13.9% من الحالات، ما يضع هؤلاء المواليد في دائرة الخطر من حيث النمو والمناعة. كما ان 8.7% من المواليد اصيبوا بعدوى فيروسية، والتي عادة تأتي من إصابة الأم في فترة الحمل بالالتهابات المهبلية، والتي من المفروض معالجتها في فترة الحمل. وتبرز مشكلات أخرى أقل شيوعا مثل متلازمة داون، الشق الحنكي، العيوب القلبية، أو فقدان البصر، والتي وإن كانت نسبها ضعيفة، إلا أن أثرها النفسي والصحي على الأم والمحيط العائلي يبقى عميقا، خصوصًا بعد فترة انتظار طويلة للمولود، مما يجعل لحظة الولادة، بدل أن تكون فرحة، تكون محاطة بالقلق والتوتر.

**الجدول رقم 150: توزيع الاطفال الذين ولدوا بصحة سيئة حسب نوع المشكل الصحي**

| نوع المشكل الصحي للملود عند الولادة | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| نقص في الميزان | 15 | 13,0 |
| متلازمة داون | 3 | 2,6 |
| ولادة قبل الأوان | 16 | 13,9 |
| شرب السائل الأمنيوسي | 19 | 16,5 |
| فاقد البصر | 1 | ,9 |
| مشكل في الذراع عند خروجه | 2 | 1,7 |
| مشكل في القلب | 4 | 3,5 |
| الشق الحنكي والشفة الارنبية | 2 | 1,7 |
| الشق الظهري | 1 | ,9 |
| عيب خلقي في الجهاز البولي | 2 | 1,7 |
| اختناق | 6 | 5,2 |
| ضيق في التنفس | 10 | 8,7 |
| نقص الاكسجين | 21 | 18,3 |
| مرض جلدي | 3 | 2,6 |
| عدوى فيروسية | 10 | 8,7 |
| **المجموع** | **115** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

### 3.3.4. استخدام الحاضنة:

**الجدول رقم 151: توزيع الاطفال الذين ولدوا بصحة سيئة حسب وضعهم في الحاضنة**

| وضع المولود في الحضانة | التكرارات | النسب% |
|---|---|---|
| نعم | 100 | 87,0 |
| لا | 15 | 13,0 |
| المجموع | 115 | 100,0 |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يلاحظ من خلال بيانات الجدول رقم ان 87% من المواليد استلزم وضعهم في الحاضنة مباشرة بعد الولادة، وذلك نظرا لوضعهم الصحي الذي تطلب عناية طبية خاصة. حيث تهدف الحاضنة إلى عزل المولود عن المحيط الخارجي لتقليل مخاطر العدوى، إضافة إلى ربطه بأجهزة مراقبة طبية لمتابعة مؤشراته الحيوية مثل التنفس، ضربات القلب، ودرجة الحرارة. في المقابل، 13% من الحالات لم تستدعي وضع المولود في الحاضنة، ما يُشير إلى استقرار حالتهم الصحية بعد الولادة، وعدم حاجتهم إلى تدخلات طبية إضافية.

### 4.3.4 – فحص المواليد ذوي الحالة الصحية السيئة من طرف طبيب أطفال

**جدول 152: توزيع الأطفال المولودين بمشاكل صحية حسب فحصهم من طرف طبيب خاص بالاطفال**

| فحص المواليد ذوي الحالة الصحية الضعيفة من طرف طبيب أطفال | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| نعم | 82 | 71,3 |
| لا | 33 | 28,7 |
| **المجموع** | **115** | **100,0** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

يتبين من نتائج الدراسة ان ضمن 115 طفل مولود بمشاكل صحية ما يقارب ثلاثة ارباع (71,3%) ي تم فحصهم من طرف طبيب مختص بالأطفال، اما بقية العينة فلم تتلقى أي فحص خاص نتيجة عدم وجود طبيب مختص في المصلحة التي تمت فيها الولادة. ان تواجد طبيب خاص بالأطفال في أي

مصلحة للولادة يعتبر امر ضروري وبالتالي عدم تواجده يمثل خلل في الرعاية الصحية مما يشكل خطر على حياة المواليد الجدد.

**5.3.4- توفر المصلحة على حاضنة:**

**جدول 153: توزيع الاطفال الذين وضعوا في حاضنة حسب توفرها في المصلحة**

| توفر الحاضنة في مصلحة الولادة | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| نعم | 88 | 88,0 |
| لا | 12 | 12,0 |
| **المجموع** | **100** | **100,0** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

تشير نتائج الجدول رقم 153 إلى أن 88% من مصالح الولادة التي تمت فيها الولادة تتوفر على حاضنة، وهو مؤشر جيد يدل على جاهزية معظم المصالح للتكفل بالمضاعفات الصحية التي قد تطرأ على المواليد الجدد.

في المقابل، 12% من مصالح الولادة لا تتوفر على حاضنة، ما يعد خللا في منظومة الرعاية الصحية التوليدية، خاصة أن عند غياب الحاضنة يضطر نقل المولود إلى مؤسسة صحية أخرى، الأمر الذي يرهق الأم بدنيا ونفسيا بعد الولادة، ويعرض المولود لمخاطر تأخر التكفل الطبي.

إن الرعاية الصحية للأم لا تكتمل برعايتها وحدها، بل تشمل كذلك رعاية مولودها، فاستقرار حالته الصحية يساهم بشكل مباشر في استقرارها الجسدي والنفسي بعد الوضع. وبالتالي، فإن توفير الأجهزة الطبية اللازمة يعتبر جزءا اساسيا لضمان رعاية متكاملة للأم والرضيع معا.

### 6.3.4- مدة بقاء المولود في الحاضنة:

تتفاوت مدة بقاء المواليد في الحضانة بشكل كبير، حيث تُظهر البيانات أن 62 % من الحالات قضت ما بين أقل من 24 ساعة إلى 4 أيام في الحاضنة، مما يشير الة ان أغلب الحالات كانت تحتاج لمتابعة قصيرة الأمد، وهو أمر معتاد في حالات التي لا تشكل خطر كبير.

أما 36% من الحالات فقد تطلبت مكوثا أطول (من 5 الى 15 يوم)، والتي من الارجح، ان هذه الحالات كانت تعاني من مضاعفات تستدعي متابعة طبية دقيقة مثل العدوى، أو مشاكل تنفسية، أو ولادة مبكرة.

كما يلاحظ وجود حالات نادرة تتطلب إقامة طويلة جدًا في الحاضنة مثل 22 يوم او شهرا، وهي تخص غالبا الاطفال الذين يعانون من مضاعفات صحية خطيرة أو عدم نضج أعضائهم الحيوية بشكل كاف عند الولادة.

**الجدول 154 : توزيع الاطفال الذين وضعوا في الحاضنة حسب مدة بقائهم فيها**

| مدة البقاء المولود في الحضانة | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| أقل من 24 ساعة | 10 | 10 |
| يوم | 14 | 14 |
| يومان | 12 | 12 |
| 3 أيـــام | 12 | 12 |
| 4 أيـــام | 14 | 14 |
| 5 أيـــام | 8 | 8 |
| 6 أيـــام | 1 | 1 |
| 7أيـــام | 9 | 9 |
| 8 أيـــام | 4 | 4 |
| 10 أيـــام | 5 | 5 |
| 12 يوم | 3 | 3 |
| 13 يوم | 2 | 2 |
| 14 يوم | 1 | 1 |
| 15 يوم | 3 | 3 |
| 22يوم | 1 | 1 |
| 30 يوم | 1 | 1 |
| **المجموع** | **100** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

### 7.3.4- صحة المولود خلال 24 ساعة بعد الولادة:

**الجدول 155: توزيع افراد العينة حسب صحة المولود خلال 24 ساعة بعد الولادة**

| اصابة المولود بمضاعفات صحية خلال 24 ساعة بعد الولادة | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| نعم | 32 | 2 |
| لا | 1394 | 98,0 |
| **المجموع** | **1423** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تظهر نتائج الجدول رقم 155 أن **98%** من المواليد لم يتعرضوا لأي مضاعفات صحية خلال 24 ساعة التي تلت الولادة، مما يدل على أن أغلب الولادات كانت ناجحة وأن حالة الأطفال الصحية كانت مستقرة فور ولادتهم. ويعد هذا مؤشرا إيجابيا يعكس الرعاية الطبية الجيدة المقدمة أثناء الولادة وسلامة الحمل لدى معظم الأمهات.

في المقابل، 2**% فقط من المواليد** قد سجلوا مضاعفات صحية في الساعات الأولى بعد الوضع، وهي نسبة ضعيفة جدا لكنها تستدعي الاهتمام والمتابعة الطبية الفورية، نظرا لحساسية المرحلة الأولى من حياة الطفل.

### 8.3.4- نوع المضاعفات التي عانى منها المولود:

**الجدول رقم 156: توزيع الاطفال الذين ولدوا بمضاعفات حسب نوعها**

| نوع المضاعفات | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| اليرقان الوليدي(بوصفير) | 27 | 84,4 |
| الحمى | 5 | 15,6 |
| المجموع | 32 | 100,0 |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

يتبين من معطيات الجدول رقم 156 ان 32مولودا (2%) ظهرت لديهم مضاعفات صحية خلال الساعات الأولى بعد الولادة. تُعتبر الإصابة باليرقان الوليدي (بوصفير) أكثر الحالات شيوعا عند المواليد الجدد، حيث سجلت لدى 84.4 %من هؤلاء المواليد. ويعد اليرقان من الاضطرابات الشائعة لدى حديثي الولادة، والذي غالبا ما يظهر في الأيام الأولى بعد الولادة نتيجة لعدم نضج الكبد، كما انه يتطلب متابعة ومراقبة طبية خاصة أو العلاج بمصباح المعالجة الضوئية (Photothérapie). وسجل 15,6% من الحالات مشكل الحمى والتي تستدعي المراقبة الطبية لاحتمال وجود عدوى أو مشكلة إلتهابية.

### 9.3.4- تلقيح الطفل:

**الجدول 157: توزيع افرادالمواليد حسب تلقي التلقيح**

| تلقيح الطفل ( BCG وHBV) | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| نعم | 1423 | 100,0 |
| لا | 00 | 00 |
| **المجموع** | **1423** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

ان تلقيح الاطفال في الجزائر هو عملية اجبارية مهما كان مكان الولادة قطاع عام او خاص وحتى من يولد في البيت، لذا تظهر النتائج ان كل الاطفال تلقوا التلقيح (100%). فمن المعلوم لدى الجميع ضرورة التلقيح الأولي ضد السل (**BCG**) وفيروس التلف الكبدي (HBV) خلال 24 ساعة التي تلي الولادة.

### 10.3.4- فترة تلقيح المولود:

يلاحظ من خلال الجدول رقم 158، أن 74.7% من المواليد الجدد تم تلقيحهم في غضون 24 ساعة التي تلت الولادة، ما يعكس حرص مراكز حماية الأمومة والطفولة على تلقيح المولود قبل مغادرته للمصلحة الاستشفائية. كما تم تلقيح 18,3 % من المواليد بعد يومين أو ثلاثة أيام من الولادة، ويعتبر هذا طبيا امرا عاديا. وتم تاخير تلقيح 7% من المواليد بعد اسبوع الى اسبوعين من الولادة، نتيجة عدم توفر اللقاح او الممارسات التنظيمية للتلقيح في بعض المناطق التي تسجل عددا قليلا من الولادات، حيث يعمد إلى تجميع المواليد لتلقيحهم في يوم واحد تفاديا لهدر عبوة اللقاح التي تحتوي على عدد محدد من الجرعات تتلف إذا لم تستخدم بالكامل خلال فترة زمنية قصيرة بعد فتحها.

**الجدول 158: توزيع المواليد حسب فترة تلقيح المولود**

| المدة الزمنية الفاصلة بين الولادة و تلقيح الطفل | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| خلال 24 ساعة بعد الولادة | 1063 | 74,7 |
| بعد يومين | 158 | 11,1 |
| ثلاثة أيام | 102 | 7,2 |
| أسبوع | 49 | 3,4 |
| 11 يوم | 14 | 1,0 |
| 12 يوم | 14 | 1,0 |
| 15 يوم | 23 | 1,6 |
| **المجموع** | **1423** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

### 11.3.4- المراقبة الدورية للمراة من طرف الممرض (ة) في المصلحة:

**جدول 159: توزيع المبحوثات حسب المراقبة الدورية للمرأة في فترة الإقامة بالمصلحة من طرف الممرض(ة)**

| المراقبة الدورية للمراة من طرف الممرض(ة) | اعدد | النسبة% |
|---|---|---|
| نعم | 1107 | 78,8 |
| لا | 298 | 21,2 |
| **المجموع** | **1405** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

من بين 1405 امرأة اللواتي أنجبن داخل مؤسسات صحية عامة او خاصة صرحت 78.8% منهن انهن تلقين مراقبة دورية من طرف ممرض أو ممرضة بعد الولادة. تظهر هذه النتيجة إلتزام الممرضين بمهامهم إتجاه المرضى داخل مصلحة التوليد، وتدل على اهمية دور الممرض (ة) في المتابعة الصحية والذي يمكن تلخيصه في:

- مراقبة المؤشرات الحيوية للأم والرضيع
- الكشف المبكر عن المضاعفات
- تقديم التوجيهات المتعلقة بالنظافة، التغذية، والرضاعة

في المقابل، فإن 21.2% من النساء صرحن بعدم تلقي أي مراقبة تمريضية دورية، وهي نسبة مرتفعة لآنه من المفروض ان تحظى كل النساء والمواليد الجدد بمراقبة تمريضية مستمرة وصارمة تفاديا وتحسبا لأي طارئ صحي.

### 12.3.4- الرضاعة الطبيعية للمولود:

**الجدول 160: توزيع افراد العينة حسب الرضاعة الطبيعية للمولود**

| الرضاعة الطبيعية للمولود | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| نعم | 1271 | 89,3 |
| لا | 152 | 10,3 |
| **المجموع** | **1423** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تحرص المنظمة العالمية للصحة على أهمية البدء بالرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى بعد الولادة، وتوصي بحصرية الرضاعة الطبيعية خلال الأشهر الستة الأولى من حياة الطفل، لما لها من فوائد كبيرة على صحة المولود ونموه، وعلى صحة الأم أيضا.

### 13.3.4. سبب عدم إستخدام الرضاعة الطبيعية

تُظهر نتائج الدراسة حسب الجدول رقم 161 **أن** 89,3% من المواليد تلقوا تم إرضاعهم طبيعيا. تشير هذه النتيجة الى وعي النساء بأهمية الرضاعة الطبيعية على صحتهن وصحة مولودهن، إما انطلاقا من قناعات شخصية، أو بفضل التوصيات الطبية والدينية التي تشجع على ذلك والدور الذي تلعبه الممرضات والقابلات في نشر ثقافة الرضاعة الطبيعية بين الأمهات. اما بقية العينة (10,3%) فلم يرضعوا اطفالهن طبيعيا.

وتكشف تصريحات النساء ان السبب الأكثر شيوعا لعدم إرضاعهن لمولودهن هو "عدم توفرهن على الحليب" (57,9 %)، ويكون ذلك غالبا نتيجة مشكلة فسيولوجية فعلية لدى بعض النساء، أو اعتقادا شائعا غير دقيق حول "قلة الحليب"، خاصة في الأيام الأولى بعد الولادة، حيث يكون اللبأ قليل الكمية لكنه غني بالمواد المناعية. هذا الأمر يبرز أهمية التثقيف الصحي ودعم الأمهات نفسيًا بعد الولادة.

وياتي كل من تناول أدوية لا تسمح بالإرضاع (9.9%) وخروج المولود قبل الأم من المستشفى (9,9%) نظرا لسوء الحالة الصحية للام مما يتطلب إبقائها في المصلحة وإخراج المولود كي لا يصاب بأي عدوى. اضافة الى هذه الاسباب صرحت 8,6 % من النساء ان طبيعة عملهن والرغبة في عدم تعويد الطفل على الرضاعة الطبيعية من اهم الدوافع التي جعلتهن لا يرضعن اطفالهن طبيعيا.

كما ان 7,2 % من المبحوثات رفضن الرضاعة الطبيعية لاسباب شخصية تمثلت في بعض التصورات السلبية (ترهل الثدي، فقدان الشكل الجمالي وعدم ارتياح تجاه هذه الممارسة). وتساهم العملية القيصرية في خفض استخدام الرضاعة الطبيعية حسب تصريحات 6.6 % من النساء.

**جدول رقم 161: توزيع** المبحوثات **حسب سبب عدم استخدام الرضاعة الطبيعية**

| **سبب عدم** استخدام الرضاعة الطبيعية | **العدد** | **النسبة %** |
|---|---|---|
| ليس لدى الأم الحليب | 88 | 57,9 |
| الولادة القيصرية | 10 | 6,6 |
| عمل المراة وعدم الرغبة على التعود علىالرضاعة الطبيعية | 13 | 8,6 |
| تلقي ادوية لا تسمح بارضاع الطفل طبيعيا | 15 | 9,9 |
| خروج المولود من المصلحة قبل الأم | 15 | 9,9 |
| لا تحب الرضاعة الطبيعية | 11 | 7,2 |
| **المجموع** | **152** | **100,0** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

### 14.3.4- مدة الإقامة في مصلحة الولادة (العامة والخاصة) بعد الولادة:

**جدول 162: توزيع المبحوثات حسب مدة الإقامة في المصلحة بعد الولادة**

| مدة الإقامة في المصلحة بعد الولادة | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| اقل من 24 ساعة | 55 | 3,9 |
| يوم واحد | 535 | 38,1 |
| يومين | 362 | 25,8 |
| 3ايام | 284 | 20,2 |
| 4 أيام | 69 | 4,9 |
| 5 أيام | 40 | 2,8 |
| 6 أيام | 8 | 0,6 |
| أسبوع | 19 | 1,4 |
| 8ايام | 4 | 0,3 |
| 9 أيام | 1 | 0,1 |
| 10ايام | 13 | 0,9 |
| 12 يوم | 4 | 0,3 |
| 15 يوم | 5 | 0,4 |
| 16 يوم | 1 | 0,1 |
| 18 يوم | 1 | 0,1 |
| 20 يوم | 2 | 0,1 |
| 22 يوم | 1 | 0,1 |
| 30 يوم | 1 | 0,1 |
| **المجموع** | **1405** | **100** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تشير نتائج الجدول رقم 162 إلى ان 3.9% من الأمهات غادرن مصلحة الولادة في مدة أقل من 24 ساعة، وهي مدة غير كافية لمراقبة صحة الأم والطفل الا انها تعد مقبولة طبيا في حلات خاصة كقلة اسرة الولادة. كما صرحت 38،1 % من الأمهات ان مكثن يوما واحدا، والذي يعتبر امرا مقبولا نوع ما في حالة الولادة الطبيعية دون أي مضاعفات، والذي يرجع الى ايضا الى قلة الطاقة الاستيعابية للمؤسسات الصحية العمومية او لتقليل التكاليف في حالة المؤسسات الخاصة.

بينما مكثت 12% من النساء لأكثر من 3 أيام، يكون ذلك غالبا لوجود مضاعفات طبية أو ولادة قيصرية أو نقص في استقرار الحالة الصحية للام أو المولود.

### 15.3.4- طلب المصلحة العودة للفحص بعد الخروج:

**الجدول رقم 163: توزيع المبحوثات حسب طلب المصلحة العودة للفحص بعد الخروج**

| هل طلب منك الرجوع للمصلحة | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| نعم | 705 | 50,2 |
| لا | 700 | 49,8 |
| **المجموع** | **1405** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تشير نتائج الجدول رقم 163 إلى أن نصف النساء اللواتي أنجبن داخل مؤسسات صحية ( 50.2%) طلب منهن العودة الى المصلحة بعد خروجهن منها لمراجعة طبية لاحقة. أي أن أكثر من نصف الأمهات خضعن لنوع من المتابعة الطبية أو مراجعة لاحق، والتي تعتبر ذات اهمية كبرى كونها تساعد على كشف مشاكل صحية ناتجة عن الولادة او الحمل عامة.

في المقابل، 49.8% من النساء لم يُطلب منهن الرجوع للمصلحة بعد الولادة، والذي يمكن تفسيره بوجود نقص في التنظيم داخل المؤسسة الصحية أو غياب بروتوكول متابعة موحد لجميع النساء بعد الوضع.

### 16.3.4- مكان معاينة جرح العملية القيصرية:

تبين نتائج الجدول رقم 164 أن 53,8 % من النساء اللواتي اجرين عملية قيصرية تم فحص جرح هذه العملية الولادة القيصرية تم في قاعة العلاج بنسبة 53,8%هذه العملية في قاعة العلاج، وهو المكان المخصص لكل عمليات التمريض الاولية ومنها تنظيف الجرح، والموجود عامة على مستوى كل المؤسسات الصحية القاعدية مثل العيادات وقاعات العلاج الجوارية. تختار النساء قاعات العلاج لسهولة الوصول اليها فهي موجودة غالبا في الاحياء السكنية، اضافة الى ان الخدمات فيها مجانية. وفي المقابل، صرحت ما يقارب 45 % من النساء انهن رجعن الى نفس مصلحة الولادة لفحص جرح العملية القيصرية، يخص هذا الوضع خاصة المصالح الصحية الخاصة. للاشارة فان فحص جرح العملية القيصرية لا يرتبط بالضرورة بالمتابعة الطبية لما بعد الولادة. كما ان 1,4 % من النساء اكتفين بفحص الجرح في منازلهن، اما من خلال احضار الممرض (ة) او القابلة الى البيت، او بمساعدة أحد افراد العائلة.

**جدول 164: توزيع** المبحوثات **حسب مكان معاينة جرح الولادة القيصرية**

| مكان متابعة جرح الولادة القيصرية | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| المكان الذي تمت فيه الولادة | 296 | 44,8 |
| قاعة علاج | 355 | 53,8 |
| المنزل | 9 | 1,4 |
| **المجموع** | **660** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

### 17.3.4- سبب الرجوع لنفس المصلحة:

**الجدول 165: توزيع** المبحوثات **حسب سبب الرجوع للمصلحة**

| اخذ قرار الرجوع والمدة | السبب | العدد | النسبة % |
|---|---|---|---|
| طبيب امراض النساء والتوليد/ بعد 10ايام | نزع خيط العملية | 660 | 93,6 |
| القابلة/ بعد أسبوع | فحص عادي | 13 | 1,9 |
| طبيب الأطفال/ بعد أسبوع | فحص الطفل | 32 | 4,5 |
| **المجموع** | | **705** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يتضح من الجدول رقم 165 أن الزيارة الأولى للمتابعة الطبية بعد الخروج من مصلحة الولادة كانت في الغالب مرتبطة بنزع خيط الجرح (93,6%)، وذلك بعد 10 إلى 12 يوما من خروجهن من المصلحة، بناء على طلب طبيب النساء والتوليد.

في المقابل، 1.9% من النساء تمت دعوتهن للعودة من طرف القابلة في إطار متابعة روتينية، وهو إجراء يعتبر ضروريا ومطابقا للتوصيات العالمية، حيث توصي الجهات الصحية بضرورة خضوع المرأة للفحص من طرف القابلة أو الطبيب خلال الأسبوع الأول بعد الولادة، بغض النظر عن نوعها. غير أن في مجتمعنا وكما تبينه النتائج، تعتبر المعاينة الصحية بعد الولادة جد منخفضة ان لم نقل منعدمة، وهو الأمر الذي تسعى السلطات المعنية الى تفعيل وتحسينه من اجل الحفاظ على صحة الأم والطفل معا.

كما تبين النتائج ان 4,5 % من الأمهات رجعن الى مصلحة الولادة لفحص رضيعهن بعد أسبوع من الولادة، بناء على طلب طبيب الأطفال، وهو مؤشر إيجابي، إلا أنه يظل محدودا ويطرح تساؤلات حول مدى شمولية المتابعة الصحية للمولود في الفترة الحساسة التي تلي الولادة مباشرة.

### 18.3.4 – الفحص ما بعد الولادة:

**الجدول 166: توزيع المبحوثات حسب القيام بالفحص ما بعد الولادة**

| القيام بالفحص ما بعد الولادة | العدد | النسبة% |
|---|---|---|
| نعم | 141 | 9,9 |
| لا | 1282 | 90,1 |
| **المجموع** | **1423** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

تظهر بيانات الجدول رقم 166أن اقل من 10 % من النساء (9,9%) خضعن لفحص ما بعد الولادة، في حين أن الغالبية العظمى (90,1%) لم يقمن بهذا الفحص، رغم كونه من التوصيات الأساسية التي تشدد عليها المنظمات الصحية الدولية، وعلى رأسها منظمة العالمية للصحة (WHO)، والتي توصي بإجراء هذا الفحص خلال الفترة ما بين 6إلى 8 أسابيع بعد الولادة. يعتبر هذا الفحص ضروريا لتقييم الحالة الصحية والنفسية للأم، والكشف المبكر عن أي مضاعفات محتملة. ويعزى هذا العزوف في الخضوع للفحص إلى عدة عوامل محتملة، منها ضعف التوعية بأهمية المتابعة بعد الولادة، وصعوبات في الوصول إلى الرعاية الصحية، بالإضافة إلى غياب التوجيه من قبل المصلحة الطبية نفسها، إذ لم يطلب من معظم النساء العودة لإجراء هذا الفحص في الموعد الموصى به، ما يعكس نقصا في آليات المتابعة ضمن منظومة الرعاية الصحية بعد الولادة. إلى جانب الفراغ الكبير في التغطية الاعلامية لأهمية الفحص الطبي لفترة ما بعد الولادة.

### 19.3.4- المدة بين الخروج من المصلحة والفحص الطبي لفترة ما بعد الولادة

**الجدول 167: توزيع** المبحوثات **حسب المدة بين الخروج من المصلحة والفحص الطبي لما بعد الولادة**

| مدة الفحص الطبي بعد الخروج من المستشفى | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| 15 يوم | 36 | 25,5 |
| شهر | 105 | 74,5 |
| **المجموع** | **141** | **100,0** |

المصدر: نتائج الدراسة الميدانية

تُظهر بيانات الجدول رقم 167 أن ما يقارب ثلاثة ارباع النساء اللواتي قمن بالمتابعة الطبية بعد الولادة (74.5%) كان ذلك بعد شهر من تاريخ الولادة، بينما قامت 25.5% من النساء بالفحص خلال 15 يوم بعد الولادة. ورغم أنهن قمن بالمعاينة الطبية بعد الولادة إلا أن توقيت هذه المعاينة **لا** يتطابق مع التوصيات المعتمدة من قبل المنظمة العالمية للصحة، والتي تنص على ضرورة إجراء فحص شامل بين الأسبوع السادس والثامن بعد الولادة. وبالتالي، فإن هذا الفحص لا يعتبر فحصا لما بعد الولادة بالمعنى الدقيق، بل تدخل في إطار زيارات طبية عامة أو ملاحظات صحية أولية، غالبا ما تكون مرتبطة بصحة المولود أكثر من متابعة صحية للام، مما يؤكد مرة أخرى غياب بروتوكول واضح لمتابعة صحة المرأة بعد الولادة، سواء من جانب التوعية أو من جانب التوجيه الفعلي من طرف الطاقم الطبي.

### 20.3.4- سبب عدم الفحص الطبي خلال الاسبوع السادس بعد الولادة:

**جدول 168: توزيع المبحوثات حسب سبب عدم الفحص الطبي خلال الاسبوع السادس بعد الولادة**

| سبب عدم القيام بالفحص خلال الاسبوع السادس ما بعد الولادة | العدد | النسبة % |
|---|---|---|
| لم تخضع حتى لفحوصات متابعة الحمل | 19 | 1,3 |
| لا تعرف بوجود متابعة ما بعد الولادة | 360 | 25,3 |
| عدم وجود مشاكل صحية تستدعي الفحص | 769 | 54,0 |
| عدم الرغبة في زيارة الطبيب | 275 | 19,3 |
| **المجموع** | **1423** | **100,0** |

**المصدر: نتائج الدراسة الميدانية**

يظهر الجدول رقم 168 أن أبرز سبب لعدم قيام النساء بالفحص بعد الولادة هو الشعور بعدم وجود مشكل صحي يستدعي الفحص (54%)، مما يعكس غياب الوعي بأهمية الفحص الروتيني حتى في غياب الأعراض المرضية. بينما صرحت 25,3 % من النساء انهن لن تكن تعلمن بوجود فحص يُوصى به في الأسبوع السادس بعد الولادة، ويدل هذا على ضعف الثقافة الصحية المرتبطة بمرحلة ما بعد الولادة. وارجعت 19,3 % من النساء عن عدم رغبتهن في التردد كثيرًا على الطبيب، لاسباب شخصية أو تجارب سلبية سابقة، أو حتى لظروف اجتماعية واقتصادية.

وذكرت 1,3 % من النساء انهن لم يخضعن لاي فحص خلال الحمل فكيف لهن القيام بالفحص بعد الولادة، هذا يعني ان حتى في وقتنا الحالي مازالت هناك مجموعة من النساء لا ترى أي اهمية للمتابعة الطبية خلال الحمل وبعد الولادة، وهذا اما يكون ارادیا او اجباريا أي مفروض عليهن من طرف ازواجهن او أحد افراد العائلة لاسباب ثقافية او اجتماعية او مادية.

كل هذه الأسباب تُشير بوضوح إلى أن القضية الجوهرية تتعلق بنقص حاد في الثقافة الصحية لدى النساء حول أهمية المتابعة الطبية بعد الولادة، والتي تمثل مرحلة أساسية تضمن تعافي الأم، والكشف عن أي

مضاعفات صحية ونفسية محتملة. ومن ثم، فإن تعزيز برامج التوعية الصحية، سواء عبر الإعلام أو الحملات الصحية أو مرافقة الطاقم الطبي، يمثل ضرورة ملحّة لتحسين مؤشرات صحة الأم والطفل ما بعد الولادة.

### 21.3.4- رأي النساء في المؤسسة الصحية العمومية محل الولادة:

**جدول 169: توزيع المبحوثات حسب رأي المرأة في المؤسسة العمومية محل الولادة**

| رأي النساء في المؤسسة الصحية العمومية محل الولادة | | العدد | النسبة% |
|---|---|---|---|
| تجاوب الممرضين مع النساء | نعم | 183 | 16,8 |
| | لا | 905 | 83,2 |
| | المجموع | 1088 | 100,0 |
| نظافة المستشفى | نعم | 695 | 63,9 |
| | لا | 186 | 34,2 |
| | نوعا ما | 207 | 19,0 |
| | المجموع | 1088 | 100,0 |
| توفر الافرشة | نعم | 890 | 81,8 |
| | لا | 198 | 18,2 |
| | المجموع | 1088 | 100,0 |
| المداومة على النظافة | نعم | 253 | 23,3 |
| | لا | 52 | 4,8 |
| | لا أدرى | 783 | 72,0 |
| | المجموع | 1088 | 100,0 |
| توفر المياه في المؤسسة العمومية | نعم | 821 | 75,5 |
| | لا | 132 | 12,1 |
| | احيانا | 135 | 12,4 |
| | المجموع | 1088 | 100,0 |
| مستوى الرضا | راضية | 250 | 23,0 |
| | نوعا ما | 452 | 41,5 |
| | غير راضية | 386 | 35,5 |
| | المجموع | 1088 | 100,0 |

**المصدر : نتائج الدراسة الميدانية**

من خلال اراء النساء حول المؤسسة الصحية محل الولادة يتبين ان 35,5 % منهن غير راضيات تماما على المؤسسة الصحية عامة. وعبرت فقط 23% من النساء على رضاهن، اما بقية النساء فهن راضيات نوعا ما (41,5%) عن الخدمات داخل المؤسسات الصحية العمومية، مع تسجيل نقاط ضعف واضحة في مجالات اخرى.

اتفقت 83.2 % من النساء على وجود تجاوب مع الممرضين، اي أن العلاقة مع الطاقم التمريضي لا تمثل عائقا رئيسيا لدى معظمهن. أما بخصوص نظافة المستشفى، فقد اعتبرتها 63.9 % من النساء جيدة، في حين وصفتها 34.2 % بالسيئة، و19 % كانت تقييماتهن متوسطة، ما يدل على وجود مستوى نظافة مقبول اجمالا. وبالنسبة لتوفر الأفرشة، فقد صرحت 81.8 %من النساء عن رضاهن، مما يدل على توفر المؤسسات الصحية على تجهيزات الإقامة. أما فيما يتعلق بالمداومة على النظافة، فقد أكدت 23.3 % فقط من النساء على وجود متابعة دائمة، بينما لو تبدي 72 % من النساء بارائهن وبقين محايدات، وهو ما يمكن تفسيره بأن العديد من النساء لم يمكثن في المؤسسة مدة كافية لملاحظة مدى انتظام النظافة، خاصة أن بعضهن غادرن خلال أقل من 24 ساعة من الولادة. اما فيما يخص توفر المياه، أظهرت النتائج أن 75.5 % من النساء أكدن التوفر الدائم للمياه، في حين صرحت 24.5% عن انقطاع جزئي أو كلي لها.

**خلاصة الفصل:**

أكد البحث الميداني أن أغلب النساء يلتزمن بمتابعة الحمل وأن معظمهن حصلن على إشراف طبي أثناء الولادة داخل المؤسسات الصحية، ما يعكس ارتفاع الوعي والثقافة الصحية وتوسع التغطية الطبية وتراجع الممارسات التقليدية.

لكن النتائج بينت وجود تراجع في نسب المتابعة بعد الولادة، وهو ما يرجع إلى ضعف التوعية الصحية رغم أهمية هذه المرحلة لصحة الأم والوليد. كما أظهرت المعطيات أن العوامل الاقتصادية والجغرافية والتعليمية تبقى مؤثرة في استفادة النساء من الرعاية، حيث تمثل التكاليف وبعد المسافة عوائق واضحة، بينما يسهم المستوى التعليمي والثقافة الصحية في تحسين المتابعة.

كما تبين أن أغلب النساء يفضلن القطاع الخاص لتوفر الأطباء المختصين والأجهزة الحديثة، في حين يعتمد القطاع العام على القابلات مع نقص في الأمكانيات. وبشكل عام، ورغم التحسن في تغطية الحمل والولادة، ما تزال الفوارق قائمة وتستدعي تعزيز التوعية وتطوير خدمات ما بعد الولادة وتوزيع الموارد الطبية بشكل عادل.

**4- مناقشة فرضيات الدراسة في ضوء نتائج الدراسة الميدانية والمسح العنقودي السادس:**

أظهرت نتائج البحث أن الفرضيات الأربعة التي انطلقت منها الدراسة قد وجدت سندا ميدانيا قويا في تجارب النساء وتوزيع العوامل المؤثرة على سلوكهن الصحي.

➢ **الفرضية الأولى: تأثير العوامل الثقافية (العادات، التقاليد)**

أثبتت نتائج الدراسة أن العوامل الثقافية تلعب دورا محوريا في اتخاذ القرار الصحي لدى النساء. فقد أشار عدد من المستجوبات إلى اعتمادهن على القابلات التقليديات، إما كبديل أو كمكمل للرعاية الصحية الحديثة. كما ظهرت ظواهر مثل تفضيل الولادة المنزلية، أو رفض بعض الفحوصات بدافع الحياء، خاصة في المناطق الريفية وشبه حضرية. هذه الممارسات تؤكد أن الثقافة المحلية ليست فقط خلفية بل هي فاعل مباشر في تشكيل السلوك الصحي.

➢ **الفرضية الثانية: العلاقة بين الرعاية الصحية والمستوى المعيشي**

كشفت البيانات عن ارتباط وثيق بين المستوى المعيشي وإمكانية الحصول على رعاية صحية جيدة. النساء في الفئات ذات الدخل المحدود أشرن إلى صعوبات في التنقل، اقتناء الأدوية، أو دفع تكاليف الفحوصات، رغم مجانية بعض الخدمات الأساسية. هذه الصعوبات تتفاقم في حال غياب التغطية الصحية أو عدم وعي المرأة بحقوقها الصحية. وبالتالي، فإن المستوى المعيشي يؤثر بشكل مباشر في قدرة المرأة على طلب الخدمة الصحية أو استكمال العلاج.

➢ **الفرضية الثالثة: تأثير وسط الإقامة**

أكدت النتائج أن وسط الإقامة عامل حاسم في تحديد نوعية الخدمات المتاحة وسلوك المرأة الصحي. النساء المقيمات في المدن يتمتعن بوصول أفضل إلى الخدمات الصحية مقارنة بنظيراتهن في المناطق الريفية أو المعزولة، حيث البنية التحتية ضعيفة، والكوادر الطبية قليلة أو غير متوفرة بشكل دائم. هذا التفاوت المجالي

لا يرتبط فقط بالمسافة بل أيضا بجودة الرعاية وسرعة التدخل، ما يجعل النساء في المناطق الهشة أكثر عرضة للمخاطر.

**الفرضية الرابعة: سوء المعاملة كعامل مثبط**

صرحت نسبة غير قليلة من النساء بعدم الرضا عن المعاملة داخل المؤسسات الصحية، خاصة فيما يتعلق بقلة التواصل، أو اللامبالاة، أو غياب الخصوصية. هذه التجارب تؤدي إلى فقدان الثقة في المؤسسة الصحية، وتدفع النساء إلى تجنب المتابعة الطبية، أو اختيار الولادة خارج النظام الصحي. إذ أن الكرامة والاحترام ليستا عناصر ثانوية بل شروط ضرورية لضمان ولوج آمن وفعال إلى خدمات الرعاية الصحية.

# خاتمة العامة

## الخـــــــــاتمة العـــــامة

تشكل رعاية المرأة أثناء الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة قضية اساسية للصحة العامة في الجزائر. وتتطلب هذه المراحل الدقيقة في المرأة عناية طبية خاصة ومراقبة مستمرة ودعما جسديا ونفسيا واجتماعيا. وقد ادت الجهود التي بذلتها السلطات الصحية الى تحقيق تقدم كبير، وخاصة في خفض معدلات وفيات الأمهات، وتحسين مراقبة ما قبل الولادة، وتوافر خدمات تنظيم الاسرة.

وعلى الرغم من التقدم المحرز في السنوات الاخيرة، وخاصة فيما يتعلق بتغطية ما قبل الولادة والمساعدة التوليدية، لا تزال هناك العديد من التحديات والفجوات، خاصة فيما يتعلق بالمساواة في الحصول على الرعاية بين المناطق الجغرافية، وجودة الخدمات المقدمة، ومراقبة ما بعد الولادة، والتدريب المستمر للكوادر الطبية، فضلا عن رفع وعي المرأة بحقوقها الصحية، من الأولويات.

ولتلبية الاحتياجات الخاصة للمراة خلال هذه الفترة الحاسمة، من الضروري اعتماد نهج متكامل وانساني للصحة حول الولادة، يقوم على الوقاية والاستماع واحترام حقوق المرضى. ان تعزيز النظام الصحي، ومواصلة تدريب الكوادر الطبية، وتوعية النساء، واشراك الاسر والمجتمعات المحلية، كلها رافعات يجب تعبئتها لضمان الأمومة الأمنة والكريمة لجميع النساء الجزائريات.

وباختصار، فان تحسين صحة المرأة في سن الانجاب في الجزائر بشكل مستدام يعني الاستثمار في مستقبل امة باكملها، من خلال ضمان حصول المرأة على الظروف اللازمة للعيش في صحة جيدة، واتخاذ خيارات مستنيرة، والمشاركة الكاملة في تنمية المجتمع.

وفيما يلي مجموعة من التوصيات من شانها تحسين الرعاية الصحية التوليدية للمراة في سن الانجاب:

1. ***تعزيز الوصول الى الرعاية الصحية عن طريق:***

- تطوير البنية التحتية الصحية في المناطق الريفية والنائية.

- ضمان توفير الخدمات الاساسية المتعلقة بالصحة الانجابية (الاستشارات قبل الولادة، الولادة، وسائل منع الحمل) مجانا أو بتكلفة مخفضة.
- انشاء وحدات صحية متنقلة لتغطية المناطق ذات الكثافة الطبية المنخفضة خاصة المتخصصة.
- المساواة في الحصول على الرعاية: ضمان حصول جميع النساء، بغض النظر عن مكان اقامتهن، على الفرص المتسأوية للوصول الى الرعاية الجيدة قبل الولادة وبعدها، من خلال دعم الخدمات في المناطق الاكثر ضعفا.

***2.* تحسين جودة الرعاية أثناء الحمل والولادة وبعدها:**

- تعزيز المراقبة قبل الولادة: ضمان المراقبة الطبية المنتظمة والعالية الجودة طوال فترة الحمل، مع اجراء فحوصات الفحص والاستشارات المنتظمة لمنع المضاعفات مثل ارتفاع ضغط الدم أو سكري الحمل.
- الولادة الأمنة والمحترمة: ضمان ان تتم كل ولادة تحت اشراف متخصصين مؤهلين في ظل ظروف طبية مثالية، مع احترام حقوق المرأة وكرامتها.
- متابعة ما بعد الولادة عالية الجودة: انشاء استشارات منتظمة بعد الولادة للأمهات الجدد، بما في ذلك المتابعة الطبية والنفسية، واعادة التاهيل بعد الولادة ودعم الرضاعة الطبيعية.

**3. تعزيز تدريب الكوادر الطبية وشبه الطبية**

- التعليم المستمر: تنظيم برامج التعليم المستمر للموظفين الطبيين وشبه الطبيين، بما في ذلك القابلات والاطباء والممرضات، لتحديثهم حول الممارسات الحديثة لادارة الحمل والولادة والرعاية بعد الولادة.
- التوعية بحالات الطوارئ التوليدية: تدريب الفرق الطبية على ادارة حالات الطوارئ التوليدية وحديثي الولادة، من اجل الحد من وفيات الأمهات والرضع والأمراض.
- تطوير بروتوكولات رعاية حديثة تتكيف مع الاحتياجات المحددة للنساء في سن الانجاب.

4. **تعزيز التعليم والتوعية:**

- *التثقيف قبل الولادة وبعدها:* تطوير برامج التثقيف الصحي الانجابي وقبل الولادة وبعدها، بما في ذلك جلسات المعلومات حول التغذية والرضاعة الطبيعية وادارة الاجهاد وعلامات المضاعفات الخطيرة التي يجب مراقبتها ووسائل منع الحمل.
- دمج تعليم الصحة الانجابية في المناهج المدرسية والجامعية.
- تشجيع المرأة على المشاركة الفعالة في صنع القرار فيما يتعلق بصحتهن
- التوعية بحقوق صحة المرأة: تعزيز حقوق الصحة الانجابية والأمومة للمراة، وضمان حصولها على المعلومات والموارد اللازمة لاتخاذ قرارات مستنيرة.

5-***الرصد والتقييم:***

- انشاء نظام مراقبة دقيق لمؤشرات الصحة الأمومية والانجابية.
- اجراء مسوحات دورية حول الحالة الصحية للمراة وفعالية البرامج القائمة.
- اشراك المجتمع المدني والجمعيات في تقييم الخدمات واعداد التقارير عن الاحتياجات على ارض الواقع.

***6. تعزيز التنسيق بين القطاعات وادارة الخدمات الصحية:***

- تعزيز التعأون بين قطاعات الصحة والتعليم والشؤون الإجتماعية والحكومة المحلية.
- تحسين ادارة الموارد: تعزيز التنسيق بين مختلف اصحاب المصلحة في النظام الصحي (المستشفيات والمراكز الصحية والمنظمات غير الحكومية، وغيرها) لضمان استمرارية الرعاية وتخصيص الموارد البشرية والمادية بشكل أفضل.
- انشاء نظام وطني لرصد مؤشرات صحة الأم والطفل: تطوير نظام لرصد وتقييم مؤشرات صحة الأم والطفل، ودمج البيانات الميدانية لتحسين استهداف التدخلات الضرورية وضبط السياسات الصحية.

7. **الدعم النفسي والدعم الإجتماعي**

- الدعم النفسي للنساء الحوامل وبعد الولادة: انشاء خدمات الدعم النفسي المخصصة للنساء الحوامل وبعد الولادة، وذلك للوقاية من الاضطرابات النفسية مثل اكتئاب ما بعد الولادة وعلاجها.
- دعم الوالدين: تقديم خدمات دعم الاسرة لمساعدة الأمهات على ادارة تحديات الابوة والأمومة، وخاصة في الاسابيع القليلة الأولى بعد الولادة.

# قائمة مراجع

❖ **المراجع باللغة العربية**

**1.** APS (2024). ارتفاع نسبة الولادات القيصرية بالجزائر. الوكالة الجزائرية للأنباء.

**2.** Elbilad (2023) . أسباب ارتفاع الولادات القيصرية : وزير الصحة يوضح. جريدة البلاد.

**3.** UltraAlgérie (2023). وزير الصحة يكشف سبب ارتفاع الولادات القيصرية في الجزائر. الترا جزائر.

**4.** احمد خالدي (2017)، التطور التاريخي للمؤسسة المدرسية في الجزائر: مراحل ومحطات بارزة. مجلة عصور جديدة المجلد7 (27) ص265-284

**5.** احمد دردیش الرعاية (2009) الصحية للأمهات مجلة الاداب والعلوم الإجتماعية، المجلد 2 العدد 2 ص 223- 199.

**6.** امال بلعيدي، اسيا شريف (2017) «محددات خدمات رعاية الأمومة في ضوء نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات MISC4 في الجزائر» ، مجلة صحة الاسرة العربية و السكان ، المجلد العاشر – العدد الرابع و العشرون.

**7.** امال بوراجة (2019)، الاحتياجات الإجتماعية والاقتصادية لسكان الجزائر، دراسة ميدانية لولاية وهران، اطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الديموغرافيا جامعة وهران2

**8.** امال هاشم، رشيد شحرور (2020) تحديد العوامل المؤثرة على الاصابة بالأمراض المزمنة بستخدام تحليل الانحدار اللوجيستي الثنائي.

**9.** بلقاسم، نورية (2018). "السياسة الصحية في الجزائر: الإنجازات والتحديات"، *مجلة العلوم الإجتماعية والإنسانية*، العدد 27، ص. 112-114.

**10.** بن زيطة، & احميدة. (2008). الرعاية الصحية للفرد في الفقه الاسلامي ( Doctoral dissertation, جامعة الجزائر 1. كلية العلوم الاسلامية).

**11.** بن مزهود ش، & مهيبل ع. (2020). مفهوم الصحة وتداعياتها السياسية والاخلاقية " فوكو انموذجا". .277-247 , (2)11 , مجلة دراسات.https://asjp.cerist.dz/en/articl.

**12.** بن موسى، ليلى (2015). "سياسات محو الأمية في الجزائر: تقييم وتحليل .*المجلة الجزائرية للتنمية البشرية*، العدد 10، ص. 88.

**13.** بواریاس سجية. (2013)، نبذة عن تطور التعليم العالي والبحث العلمي في الجزائر (1962-2000)، الباحث 5(2) ص337-361

**14.** تقرير المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 الجزائر

**15.** حاروش نور الدين الخدمات الصحيةفي الجزائر. واقعها وافاق تحسينها دراسة ميدانية لعيادة طبية بالقطاع الخاص. مجلة البحوث السياسية والادارية 3(1) ص49-68

**16.** حاروش نور الدين، السياساة الصحية في الجزائر بين الرهانات والواقع مجلة دراسات استراتجية الصادرة بالجزائر 2009 العدد 7

**17.** حسان شمسي باشا، (2020). الثقافة الصحية متعة الحياة، دار القلم، دمشق

**18.** حسين، محمد جلال، راشد، & تانر جاد. (2020). المعتقدات والممارسات المرتبطة بالحمل والولادة، وأثرها على الصحة في كامبالا-أوغندا. الاكاديمية للدراسات الإجتماعية والانسانية, 12(4) , .174-161

**19.** خديجة سواكري (2017)، واقع الصحة النجابية للنسوة الفئة (15-49) سنة بمنطقة الجنوب بناءعلى المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS3 مجلة العلوم الإجتماعية و الانسانية جامعة قاصدي مرباح ورقلة العدد 29 .

**20.** دراسة في اسس الجغرافية للتخطيط الصحي، الطبعة االولى، بغداد، سنة 1979

**21.** الديوان الوطني للإحصائيات. *الحوصلة الإحصائية 1962-2011* .الجزائر.

**22.** الديوان الوطني للإحصائيات (2021). *الحوصلة الإحصائية 1962-2020* .الجزائر.

**23.** الديوان الوطني للاحصائيات. تحقيق حول النشاطا لاقتصادي والشغل والبطالة

**24.** رباب عبد الرضا، صالح البكري، سارة عادل مظلوم الرديني (2019) استعمال طريقة بيز والطرائق الكلاسكية في تقدير المعلمات، انموذج الانحدار اللوجستي الثنائي / مجلة العلوم الاقتصادية والادارية. العدد113 المجلد25.

**25.** رشيدة ك، & رابح د. (2017) دور المؤسسة الإستشفائية في تحقيق مطلب الصحة. مجلة آفاق لعلم الاجتماع, 7(1) , 98-117.ص98-117 https://asjp.cerist.dz/en/article/31357

**26.** بن زايد ر. (2020). المرأة والتعليم في الجزائر. مجلة العلوم الإجتماعية, 14(1) , 42-51 https://asjp.cerist.dz/en/article/112579

**27.** زهوني، محمد الطاهر. دفاتر المجلس (03). وضعية التعليم في الجزائر أثناء السنة الأولى من الاستقلال التحدي الكبير: من وقائع حوار الافكار. المجلس الاعلى للغة العربية. 2005. الجزائر.https://dspace.univ-eloued.dz/handle/123456789/23157

**28.** سعيدة ر. (2015). وضعية الصحة والخدمات الصحية في الجزائر. مجلة الباحث الإجتماعي, 11(1) , 215-234. https://asjp.cerist.dz/en/article/39696

**29.** سعيدي ص، & بلعربي ز. (2022). استخدام خدمات الرعاية الصحية لمابعد الولادة: تحليل مفاهيمي. المجلة الجزائرية للأمن والتنمية, 11(2) , 459-470. https://asjp.cerist.dz/en/article/196287

**30.** سليمة ب، بخوش و & وفاء ق. (2018). المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية. دراسات اقتصادية, 12(4) , 301-310. https://asjp.cerist.dz/en/article/77212

**31.** سويلم النوافعة، س.، سلامة، عزات الحلالمة، & محمد. (2009). تطبيق ادارة الجودة الشاملة في المستشفيات الخاصة. مجلة بحوث التربية النوعية, 2009(13) , 73-92.

**32.** شهرزاد ن.، & كلثوم ق. (2020). الثقافة الصحية والوعي الصحي: قراءة في المفهوم والدلالة. مجلة التمكين الإجتماعي, 2(2) , 347-358. https://asjp.cerist.dz/en/article

**33.** صالي م. (2022). واقع الولادات القيصرية في الجزائر حسب المسح العنقودي المتعددالمؤشرات 2019. افاق فكرية, 10(2) , 263-285. https://asjp.cerist.dz/en/article/202933

**34.** صلاح الدين ط.، & الزين ب. (2014). التعليم العالي والبحث العلمي في الجزائر (1962-2014). REVUE ALGERIENNE DE FINANCES PUBLIQUES, 4(1), 151-171. https://asjp.cerist.dz/en/article/30884

**35.** عبد الكريم، محمد (2001). *تاريخ التربية والتعليم في الجزائر 1830-1962*. الجزائر: دار الهدى.

**36.** عدمان، مريزق. (2008). واقع جودة الخدمات في المؤسسات الصحية العمومية: دراسة حالة المؤسسة الصحية بالجزائر العاصمة، اطروحة دكتوراه، قسم علوم التسيير، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر.

**37.** عرقوب ن.2011 مسيرة التنميةفي الاقتصاد الجزائري، واليات انجاحها. دراسة اقتصادية 5(1)ص162-186 مجلة الحقوق والعلوم السياسية https://asjp.cerist.dz/en/article/85830

**38.** فاطمة فهد حمادي، كفاءة الخدمات الصحية في مدينة بغداد وبعض المتغيرات الاقتصادية والإجتماعية المؤثرة فيها. اطروحة دكتوراه، المعهد العالي للتخطيط الحضري والاقليمي، جامعة بغدد،2005.

**39.** لبنى ا.، & صورية ع. ا. (2018). جودة الحياة والسلوك الصحي لدى عينة من الشباب "دراسة مقارنة بين الجامعيين وغير الجامعيين". مجلة دراسات في سيكولوجية الانحراف, 3(2) , 57-70.

**40.** لخضر بن العيد، & طاهري. (2013). الأمية في الجزائر وسبل الحد منها. *مجلة الخلدونية*, *6*(1) , 343-367.

**41.** لعموري، & مهدي. (2023). الصحة الجوارية في الجزائر: من القطاع الصحي إلى المقاطعة الصحية. *Revue de Recherches et Etudes Scientifiques*, *17*(1), 582-602.

**42.** محسن عبد الصاحب المظفر، التحليل المكاني لالمراض المتوطنة في العراق،

**43.** محمد ا.، خالد م.، كمال ب. ا.، & عبد القتاح خ. (2018). العلاقة بين الوعي الصحي ومستوى النشاط البدني. مجلة علوم وتقنيات النشاطات البدنية والرياضية, 1(1) , 66-77. https://asjp.cerist.dz/en/article/129025.

**44.** -محمد امين دعيش،ا.محمد ساري (مارس.2017) نموذج الانحدار اللجيستي مفهومه ،خصائصه، تطبيقاته. مع ميثال تطبيق الانحدار اللوجيستي ثنائي الحدين. مجلة السراج في التربية وقضايا المجتمع العدد الأول.

**45.** محمد كامل عبد النعيم، ا. (2021). مظاهر رعاية الشريعة الاسلامية للمرضى وذوي الاحتياجات الخاصة. مجلة كلية الدراسات الاسلامية والعربية للبنات بجامعة الازهر فرع كفر الشيخ, 1(1) , 401-492.

**46.** محمدي ح. (2024). تطور التعليم في الجزائر. مجلة الحكمة للدراسات الفلسفية, 12(1) , 889-913. https://asjp.cerist.dz/en/article/241758

**47.** مخلوف ب. (2014). تطور التعليم في الجزائر من خلال مختلف الاصلاحات التربوية. مجلة الحكمة للدراسات التربوية والنفسية, 2(3) , 182-201. https://asjp.cerist.dz/en/ar

**48.** نجاة فريحة، & فلة غيدة. (2018). مدى تحقيق التنمية الإجتماعية في المؤسسات الاستشفائية بمساهمة الممارسات التسويقية الصحية–دراسة تطور التغطية الصحية للجزائر. الريادة لاقتصاديات الاعمال, 4(2) , 200–217.

**49.** هواري رحال، رضوان صالي (2020)« واقع الرعاية الصحية الانجابية في الجزائر وفق معطيات مسح» MICS4 2012مجلة العلوم الإجتماعية والانسانية جامعة باتنة المجلد 21 العدد 02 ص 279–300.

❖ **المراجع باللغة الاجنبية**

**50.** Amoah-Nuamah, J., Agyemang-Duah, W., Prosper Ninorb, G., & Gladstone Ekeme, B. (2023). Analysis of spatial distribution of health care facilities and its effects on access to primary healthcare in rural communities in Kpandai District, Ghana. *Cogent Public Health*, *10*(1), 2183566.

**51.** Annis, S. (1981). Physical access and utilization of health services in rural Guatemala. *Social Science & Medicine. Part D: Medical Geography*, *15*(4), 515-523.

**52.** Balogun, M. Travel of pregnant women in emergency situations to hospital and maternal mortality in Lagos, Nigeria: a retrospective cohort study. *BMJ Global Health*.

**53.**Barlow, P., Ceysens, G., Emonts, P., Gilbert, L., Haumont, D., Hernandez, A., ... & Watkins-Masters, L. (2016). *Guide du post-partum*. De Boeck Supérieur.

**54.** Bonnet, P. (2002). Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins (Doctoral dissertation, UPV).

**55.** Caldwell J.C., 1979, « Education as a factor in mortality decline: an examination of Nigeria data », Population Studies, vol. 33, n°3, pp. 395-413 (consulté le 22/02/2009 sur http://www.jstor.org/stable/2173888)

**56.** Cantarutti, A., Boracchini, R., Bellù, R., Ronco, R., Rea, F., Locatelli, A., ... & Corrao, G. (2025). Assessing the Impact of Distance Traveled and Birth Volumes of Hospital Maternity Units on Newborn Outcomes: Population-Based Cohort Study. JMIR Public Health and Surveillance, 11(1), e58944.

**57.** Chakraborty, N., Islam, M. A., Chowdhury, R. I., & Bari, W. (2002). Utilisation of postnatal care in Bangladesh: evidence from a longitudinal study. *Health* & social care in the community, *10*(6), 492-502.

**58.** Chambaud, L. (2018) . Accès aux soins : éléments de cadrage. Regards, N° 53(1), 19-28. https://doi.org/10.3917/regar.053.0019.

**59.** CISSE, Siaka.(2018) « Inégalités de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capabilités » : le cas du Mali. Thèse de doctorat : Univ. Genève, no. SdS 96

**60.** Dao, s. z., koné, c. s., sidibé, k., traoré, b. a., konaté, s., togo, e., ... & dolo, a. (2021). Evaluation de la qualité de la consultation postnatale au centre de santé de référence de la commune ii de bamako, mali. Revue Malienne de Science et de Technologie, 2(25).

**61.** Darkaoul, N., Brouwere, V. D., Zayyoun, A., Filall, H., Belouali, R., Gouaima, F., ... & Dujardin, B. (1999). L'utilisation d'un service hospitalier d'urgences pour les soins de première ligne (étude à l'Hôpital d'Enfants de Rabat, Maroc). Revue d'épidémiologie et de santé publique, 47(2), 2S53.

**62.**De Santé, H. A. (2005). Comment mieux informer les femmes enceintes. *Recommandations pour les professionnels de santé*, 25-70.

**63.** Des Forts, J. (1998). Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne. Insaniyat/انسانيات. Revue algérienne d'anthropologie et de sciences sociales, (4), 35-46.

**64.** Desgrées Du Loû A., 2001, « Santé de la reproduction et effets du sida », in Lery A. et Vimard P. (coord.), Population et développement : les principaux

enjeux cinq ans après la Conférence du Caire. Paris/Marseille, Documents et manuels du CEPED, 12

**65.** DOI : https:// doi.org/10.17071 gov. Glance2017-83fr

**66.** El Kadi, T. H. (2020). Développement ou gain de temp

**67.** Eloundou Messi et Waïbaï Yaye (2017). « Contraintes À L'acces Aux Soins De Santé Maternelle Dans La Ville De Maroua ». The International Journal of Engineering and Science (IJES); Vol 6, N°1 p13-21. Sirpe, Gnanderman. (2011). Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au BurkinFaso. Monde en développement N° 153, p 27-40. https://doi.org/10.391/med153.0027.

**68.** Indicators, A. H. O. (2010). Monitoring the building blocks of health systems. Geneva, Switzerland : WHO Document Production Service

**69.** Jaffré Y. et Olivier de Sardan J.P. (dir.), 2003, Une médecine inhospitalière : les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest, Paris, Karthala

**70.** Kunst, Anton & Houweling, Tanja. (2001). Panorama mondial des différences entre riches et pauvres dans l'utilisation des soins obstétricaux. Réduire les risques de la maternité : stratégies et évidence scientifique.

**71.** Lansac, J., Descamps, P., & Goffinet, F. (2016). Pratique de l'accouchement. Elsevier Health Sciences.

**72.** -Mebtoul Mohamed (2004), Logiques des acteurs sociaux et systèmes de

**73.** Médiatrice NKURUNZIZA (2014) « Analyse du recours aux soins Obstétricaux au Burundi » : Déterminants et motivations these de Doctorat université Catholique de Louvain.

**74.** Messias, D. K. H., Im, E. O., Page, A., Regev, H., Spiers, J., Yoder, L., & Meleis, A. I. (1997). Defining and redefining work : Implications for women's health. *Gender & Society*, *11*(3), 296-323.

**75.** Minion, S. C., Krans, E. E., Brooks, M. M., Mendez, D. D., & Haggerty, C. L. (2022). Association of driving distance to maternity hospitals and maternal and perinatal outcomes. Obstetrics & Gynecology, 140(5), 812-819.

**76.** Mondiale de la Santé, O. (2019). Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies : résume d'orientation (No. WHO/RHR/19.23). Organisation mondiale de la Santé.

**77.** Mondiale de la Santé, O. (2019). Évolution de la mortalité maternelle 2000 to 2017 : estimations de l'OMS, de l'UNICEF, de l'UNFPA, du groupe de la banque mondiale et de la division de la population des Nations Unies : résume d'orientation (No. WHO/RHR/19.23). Organisation mondiale de la Santé.

**78.** Ndeye Fatou NGOM (2016) « L'assistance médicale à l'accouchement au Sénégal » thèse de Doctorat université de Bordeaux.

**79.** Ndonky, A., Oliveau, S., Lalou, R., & Dos Santos, S. (2015). Mesure de l'accessibilité géographique aux structures de santé dans l'agglomération de Dakar. Cybergeo : European Journal of Geography.

**80.** Ntotolo, Roger. La non-utilisation de services de santé en RD Congo : une analyse de l'enquête démographique et de santé 2013-2014. Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et de communication, Université catholique de Louvain, 2019. Prom. : Masquelier, Bruno. Http:// hdl.handle.net/2078.1/thesis :21964

**81.** OCDE (2017), ¨ l'accessibilité financière et géographique des soins de santé ¨dans gouvernement at aGlance 2017.edition OCDE Pari.

**82.** -OMS (2019) mortalité maternelle.

**83.**OMS (2019). Profil de santé de l'Algérie. Bureau régional de la Méditerranée orientale

**84.** OMS, (2010) monitoring the building blocks of health systems: a handbook of indicators and their measurement strategies. 9789241564052-eng-1.pdf

**85.**Rahman, S. U., & Smith, D. K. (1999). Deployment of rural health facilities in a developing country. Journal of the operational research society, 50(9), 892-902.

**86.** Raynaud, J. (2013). L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable (Doctoral dissertation, Université Paul Valéry-Montpellier III).

**87.**Richard, J. L. (2001). Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture de Ouessè (Bénin).

**88.** S.-U. Rahman, & Smith, D. K. (1999). Deployment of Rural Health Facilities in a Developing Country. The Journal of the Operational Research Society, 50(9), 892–902. https://doi.org/10.2307/3010187.

**89.**Santé en Algérie, Correspondances, n°75. https://www.vertic.org/media/National%20Legislation/Algeria/DZ_Loi_Protection_et_Promotion_Sante.pdf

**90.** Say, L., & Raine, R. (2007). A systematic review of inequalities in the use of maternal health care in developing countries: examining the scale of the problem and the importance of context. Bulletin of the World Health Organization, 85(10), 812-819.

**91.** Simoes, P. P., & Almeida, R. M. V. (2014). Maternal mortality and accessibility to health services by means of transit-network estimated traveled distances. Maternal and child health journal, 18(6), 1506-1511.

**92.** Singh, P. K., & Singh, L. (2014). Examining inter-generational differentials in maternal health care service utilization: insights from the Indian demographic and health survey.

**93.** Statistique, A. (2018). Du Système Local d'Information Sanitaire ANNUAIRE STATISTIQUE 2018 DU SYSTEME LOCAL D'INFORMATION SANITAIRE DU MALI.

**94.** Traoré, S. (2024). Mesures d'accessibilité géographique aux soins de santé dans le district sanitaire de Bougouni au Mali. Measures of Geographical Accessibility to Healthcare in Bougouni Health District in Mali. Revue Internationale de Géomatique, 33

# الملاحق

ملحق رقم 1: تطور عدد سكان الجزائر من 1962-2022

| السنوات | عدد سكان الجزائر بالمليون | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1962 | 11,62 | 1982 | 20,45 | 2002 | 31,86 |
| 1963 | 11,91 | 1983 | 21,1 | 2003 | 32,26 |
| 1964 | 12,22 | 1984 | 21,76 | 2004 | 32,69 |
| 1965 | 12,55 | 1985 | 22,43 | 2005 | 33,15 |
| 1966 | 12,9 | 1986 | 23,1 | 2006 | 33,64 |
| 1967 | 13,28 | 1987 | 23,77 | 2007 | 34,17 |
| 1968 | 13,66 | 1988 | 24,44 | 2008 | 34,73 |
| 1969 | 14,06 | 1989 | 25,11 | 2009 | 35,33 |
| 1970 | 14,46 | 1990 | 25,76 | 2010 | 35,98 |
| 1971 | 14,87 | 1991 | 26,03 | 2011 | 36,66 |
| 1972 | 15,29 | 1992 | 27,03 | 2012 | 37,38 |
| 1973 | 15,71 | 1993 | 27,64 | 2013 | 38,14 |
| 1974 | 16,15 | 1994 | 28,21 | 2014 | 38,92 |
| 1975 | 16,61 | 1995 | 28,76 | 2015 | 39,54 |
| 1976 | 17,09 | 1996 | 29,27 | 2016 | 40,34 |
| 1977 | 17,58 | 1997 | 29,74 | 2017 | 41,14 |
| 1978 | 18,1 | 1998 | 30,19 | 2018 | 41,93 |
| 1979 | 18,65 | 1999 | 30,62 | 2019 | 43,4 |
| 1980 | 19,22 | 2000 | 31,04 | 2020 | 44,3 |
| 1981 | 19,82 | 2001 | 31,45 | 2021 | 44,6 |
| | | | | 2022 | 45,4 |

المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات الحويصلة الاحصائية 1962-2020

## الملحق رقم 2 لمؤشرات الديموغرافية في الجزائر حسب التعدادات

| تطور معدل المؤشرات الديموغرافية في الجزائر 1967-2022 | | | |
|---|---|---|---|
| السنوات | معدل الخام الولادات‰ | معدل الخام الوفيات‰ | معدل الزيادة الطبيعية‰ |
| 1967 | 50,12 | 15,87 | 3,42 |
| 1977 | 54,02 | 14,36 | 3,17 |
| 1987 | 34,6 | 6,97 | 2,76 |
| 1998 | 20,58 | 4,87 | 1,57 |
| 2008 | 23,62 | 4,42 | 1,92 |
| 2019 | 23,8 | 4,55 | 1,93 |
| 2020 | 22,34 | 5,45 | 1,69 |
| 2021 | 21,14 | 5,75 | 1,54 |
| 2022 | 20,06 | 4,45 | 1,56 |

الديوان الوطني للاحصائيات الحويصلة الاحصائية 1962-2020

## الملحق رقم 3 تطور أمل الحياة في الجزائر 1965-2022

| السنوات | امل الحياة عند الولادة | أمل الحياة عند الولادة الرجال | أمل الحياة عند الولادة للنساء | الفرق |
|---|---|---|---|---|
| 1965 | 51,15 | 51,12 | 51,17 | 0,05 |
| 1930 | 52,68 | 52,55 | 52,8 | 0,25 |
| 1977 | 55,11 | 54,15 | 56,06 | 1,91 |
| 1978 | 56,96 | 55,84 | 58,07 | 2,23 |
| 1979 | 56,85 | 55,5 | 58,21 | 2,71 |
| 1980 | 57,36 | 55,94 | 58,78 | 2,84 |
| 1981 | 58,41 | 57,04 | 59,77 | 2,73 |
| 1982 | 59,95 | 58,51 | 61,38 | 2,87 |
| 1983 | 62,45 | 61,57 | 63,32 | 1,75 |
| 1985 | 63,42 | 62,65 | 64,19 | 1,54 |
| 1987 | 67,6 | 65,75 | 69,44 | 3,69 |
| 1989 | 66,32 | 66,15 | 66,48 | 0,33 |
| 1991 | 67,33 | 66,85 | 67,81 | 0,96 |
| 1993 | 67,43 | 66,74 | 68,12 | 1,38 |
| 1994 | 67,28 | 66,14 | 68,42 | 2,28 |
| 1995 | 67,14 | 66,1 | 68,18 | 2,08 |
| 1996 | 67,59 | 66,79 | 68,39 | 1,6 |
| 1998 | 71,65 | 70,5 | 72,8 | 2,3 |
| 1999 | 71,9 | 70,9 | 72,9 | 2 |
| 2000 | 72,45 | 71,5 | 73,4 | 1,9 |
| 2001 | 72,75 | 71,9 | 73,6 | 1,7 |
| 2002 | 73,35 | 72,5 | 74,2 | 1,7 |
| 2003 | 73,9 | 72,9 | 74,9 | 2 |
| 2004 | 74,85 | 73,9 | 75,8 | 1,9 |
| 2005 | 74,6 | 73,6 | 75,6 | 2 |
| 2006 | 75,65 | 74,6 | 76,7 | 2,1 |
| 2007 | 75,75 | 74,7 | 76,8 | 2,1 |
| 2008 | 75,6 | 74,8 | 76,4 | 1,6 |
| 2009 | 75,5 | 74,7 | 76,3 | 1,6 |
| 2010 | 76,3 | 75,6 | 77 | 1,4 |
| 2011 | 76,5 | 75,6 | 77,4 | 1,8 |
| 2012 | 76,45 | 75,8 | 77,1 | 1,3 |
| 2013 | 77,05 | 76,5 | 77,6 | 1,1 |
| 2014 | 77,2 | 76,6 | 77,8 | 1,2 |
| 2015 | 77,1 | 76,4 | 77,8 | 1,4 |
| 2016 | 77,6 | 77,1 | 78,2 | 1,1 |
| 2017 | 77,6 | 76,9 | 78,2 | 1,3 |
| 2018 | 77,7 | 77,1 | 78,4 | 1,3 |
| 2019 | 77,8 | 77,2 | 78,6 | 1,4 |
| 2020 | 75,9 | 74,2 | 77,9 | 3,7 |
| 2021 | 75,7 | 74,4 | 77,2 | 2,8 |
| 2022 | 78,5 | 77 | 80 | 3 |

- **الديوان الوطني للاحصائيات الحوصلة الإحصائية 1962-2020**
- **الديوان الوطني للاحصائيات ديموغرافية الجزائر 2020-2023**

**لجدول رقم 4 تطور وفيات الرضع 1965-2022**

| السنوات | معدل وفيات الرضع | السنوات | معدل وفيات الرضع | السنوات | معدل وفيات الرضع |
|---|---|---|---|---|---|
| **1965** | 161,73 | **1980** | 102,85 | **2008** | 25,5 |
| **1966** | 149,34 | **1981** | 84,72 | **2009** | 24,8 |
| **1967** | 155,5 | **1982** | 83,72 | **2010** | 23,7 |
| **1968** | 168,48 | **1983** | 83,73 | **2011** | 23,1 |
| **1969** | 150,77 | **1984** | 81,24 | **2012** | 22,6 |
| **1970** | 148,2 | **1985** | 78,3 | **2013** | 22,4 |
| **1971** | 159,32 | **1990** | 57,8 | **2014** | 22 |
| **1972** | 149,01 | **1995** | 54,87 | **2015** | 22,3 |
| **1974** | 146,66 | **2000** | 36,9 | **2016** | 20,9 |
| **1975** | 152,88 | **2001** | 37,5 | **2017** | 21 |
| **1976** | 155,85 | **2002** | 34,7 | **2018** | 21 |
| **1977** | 140,92 | **2003** | 32,5 | **2019** | 21 |
| **1978** | 140,92 | **2004** | 30,4 | **2020** | 18,9 |
| **1979** | 115 | **2005** | 30,4 | **2021** | 20 |
| **2006** | 26,9 | **2007** | 26,2 | **2022** | 19,7 |

**المصدر: الديوان الوطني للاحصائيات ديموغرافية الجزائر 2019-2022**

الملحق رقم 5: معدل وفيات الأمهات 1962-2019 لكل 100000 ولادة حية

| السنوات | معدل وفيات الأمهات | السنوات | معدل وفيات الأمهات |
|---|---|---|---|
| **1962** | 500 | **2007** | 88,9 |
| **1981** | 215 | **2008** | 86,2 |
| **1989** | 230 | **2009** | 81,4 |
| **1992** | 215 | **2010** | 76,9 |
| **1999** | 117,4 | **2011** | 75,9 |
| **2001** | 113,8 | **2012** | 70,3 |
| **2004** | 99,5 | **2013** | 69,9 |
| **2005** | 96,5 | **2014** | 73,9 |
| **2006** | 92,6 | **2019** | 48,5 |

**Source :**

- Enquête mortalité maternelle, INSP ; 2001 à 2014 : Estimations de la mortalité maternelle du MSPRH.
- Plan national de réduction accélérée da la mortalité maternelle 2015-2019
- Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, 1992
- - Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière

## الإستبيـــــان:

**أنا طالبة دكتوراه في جامعة وهران 2 محمد بن أحمد في إطار انجاز رسالة دكتوراه بعنوان «الولوج للرعاية الصحية التوليدية في الجزائر» الموجه للنساء المتزوجات في سن الإنجاب لذا أضع بين أيديكم هذا الاستبيان من أجل إثراء هذه الدراسة كما ارجوا الإجابة على الأسئلة وأعلمكم أن هوية المرأة تبقى مجهولة.**

**رقم الاستمارة .....**

**I-الخصائص الديموغرافية (البيانات الشخصية للمرأة)**

1. الولاية: .....
2. البلدية: .....
3. مكان الإقامة : حضري ☐ شبه حضري ☐ ريفي ☐
4. السن: ☐☐ تاريخ الميلاد ☐☐☐☐☐☐☐☐
5. المستوى التعليمي: ☐ بدون مستوى ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐
   جامعي : ليسانس ☐ ماستر ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐
6. الحالة العائلية: متزوجة ☐ مطلقة ☐ أرملة ☐ منفصلة ☐
7. سنك عند هذا الزواج: ☐☐
8. هل هذا زواجك الأول : نعم ☐ لا ☐
9. إذا كانت الإجابة بـلا فما رتبة هذا الزواج
10. سنك عند زواجك الأول ☐☐
11. هل لديك أطفال من الزيجات السابقة: نعم ☐ لا ☐
12. ما هو عدد أطفالك من الزيجات السابقة : ذكور ☐ إناث ☐
13. إذا كنت مطلقة أو أرملة أو منفصلة منذ متى؟.....

معلومات عن الولادات في إطار الزواج الحالي:

| رتبة الطفل | الجنس 1 ذكر 2 أنثى | 1حي 2 ميت | سنة الميلاد | في حالة وفاة: سنة الوفاة | سبب الوفاة | مكان الولادة: 1مستشفى 2عيادة خاصة 3 في المنزل 4 اخرى | نوع الولادة: 1طبيعية 2قيصرية | نوع الرضاعة 1 طبيعية 2 غير طبيعية 3 مختلطة | مدة الرضاعة سن الفطم |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | |

**الحالة المهنية والاقتصادية للمرأة:**

14. هل أنت عاملة نعم ☐ لا ☐

15. إذا نعم ما هي مهنتك: .....

- قطاع العمل.....
- ما هو الأجر الذي تتقاضينه؟

اقل من 15000دج ☐ [15000-20000[ دج ☐ [20000 - 30000[دج ☐

[30000-40000[دج ☐ [40000-50000[دج ☐ [50000 -60000[ دج ☐

[60000 -70000[دج ☐ أكثر من 80000دج ☐ آخر .....

هل أجرك كافي لتلبية حاجاتك؟ نعم ☐ لا ☐

هل يتدخل الزوج في صرف راتبك؟ نعم ☐ لا ☐

هل تساهمين في مصاريف البيت ؟ نعم ☐ لا ☐

إذا كان نعم كيف ذلك او بكم؟ .....

هل تعانون من مشاكل مادية؟ نعم ☐ لا ☐

**معلومات خاصة بالزوج:**

16. سن الزوج : ☐☐ تاريخ الميلاد: ☐☐☐☐☐☐☐☐

17. المستوى الدراسي: بدون مستوى ☐ ابتدائي ☐ متوسط ☐ ثانوي ☐

جامعي: ليسانس ☐ ماستر ☐ ماجستير ☐ دكتوراه ☐

18. الزوج هل سبق له الزواج ؟ نعم ☐ لا ☐

19. إذا كان الجواب نعم كم من مرة؟ ☐☐

20. ما رتبة هذا الزواج؟

21. هل له اطفال من الزيجات السابقة؟ نعم ☐ لا ☐
22. إذا كانت الاجابة بنعم عدد الاطفال: ذكور ☐ إناث ☐
23. هل الزوج يعمل؟ نعم ☐ بطال ☐ متقاعد ☐ آخر.....

- إذا كان نعم ما هي المهنة؟ .....

قطاع العمل: .....

- ما هو الأجر الذي تتقاضاه؟

اقل من 15000دج ☐ [15000-20000[دج ☐ [20000 - 30000] دج ☐
[30000-40000[دج ☐ [40000-50000 ] دج ☐ [50000 -60000] دج ☐
[70000- 500000[دج ☐ أكثر من80000دج ☐ آخر.....

- إذا كان بطال منذ متى؟ .....

الحالة الإجتماعية للعائلة:

24. هل لديكم انتساب إلى الضمان الإجتماعي؟ نعم ☐ لا ☐
25. إذا كانت الإجابة نعم ما هي مؤسسة الإنتساب؟ .....
26. إذا كان لا لماذا؟ .....
27. ملكية المسكن؟
28. سكن بالإيجار ☐ سكن بالملكية ☐ سكن وظيفي ☐ أخر.....
29. نوع السكن : مسكن في عمارة ☐ فيلا ☐ حوش ☐ سكن فوضوي ☐
30. مع من تعيشون: بمفردك ☐ مع الزوج ☐ مع أهل الزوج ☐ مع أهلك ☐

أخر.....

31. عدد أفراد الأسرة؟
32. هل تملكون سيارة؟ نعم ☐ لا ☐

**II-الولوج الصحي في فترة الحمل :**

33. هل تعانين من مرض مزمن؟ نعم ☐ لا ☐
34. ما نوع المرض أو الأمراض؟ السكري ☐ الضغط HTA ☐ القلب و الشرايين ☐

الربو ☐ الغدة الدرقية ☐

داء المفاصل ☐ الدوالي ☐ السرطان ☐ أخر.....

35. هل الاصابة بالأمراض؟ خلال الحمل ☐ بصفة عامة ☐
36. في أي سن أصبت بال مرض؟ ☐☐

37. هل أخذت موانع الحمل؟ نعم ☐ لا ☐
38. منذ متى مقارنة بهذا الزواج؟ ☐ قبل إنجاب الطفل الأول ☐ بعد إنجاب الطفل الأول ☐
بعد إنجاب الطفل الثاني ☐
بعد إنجاب كل الأطفال أخر.....
39. ما نوع وسيلة منع الحمل التي تستعملينها؟ حبوب منع الحمل ☐ الواقي الذكري ☐ الواقي الانثوي ☐ العزل ☐ الحساب (الرزنامة) ☐ أخر.....
40. هل كان ذالك؟ باستشارة طبيب ☐ اختيار فردي ☐ طلب من الزوج ☐
أخر.....
41. لماذا؟ .....
42. إذا كان الزوج هو من طلب ذالك لماذ؟ .....
43. هل كنت موافقة؟
نعم ☐ لا ☐ نوعا ما ☐
44. لماذا؟ .....
45. إذا كان اختيار فردي، هل استشرت زوجك في ذالك؟ نعم ☐ لا ☐
46. ماذا كان رأيه؟ .....
47. السن عند أول حمل؟ ☐☐
48. السن عند أول ولادة؟
49. هل تعرضت للإجهاض؟ نعم ☐ لا ☐
50. إذا نعم عدد المرات التي حدث فيها إجهاض؟ ☐☐
51. إذا كان نعم ما سبب الإجهاض؟ .....
52. ما نوع الإجهاض؟ .....
53. أخر حمل لكي هل كان مرغوب فيه؟ نعم ☐ لا ☐
54. إذا كان لا من رفض الحمل؟ أنت ☐ الزوج ☐ الاثنين معا ☐
آخر.....
55. ما سبب الرفض؟ .....
56. هل حاولت في اجهاضه؟ نعم ☐ لا ☐
57. خلال آخر حمل لكي هل قمت بالفحوصات اللازمة للحمل؟ نعم ☐ لا ☐
58. إذا لم تقومي بفحوصات الحمل السبب؟ .....
إذا كا ن نعم:

59. ما عدد الفحوصات التي قمتي بها؟ ☐☐
60. إذا كانت الإجابة بأقل من ثلاثة ما السبب؟ .....
61. هل اتبعت نفس السلوك بالنسبة لكل حمل؟ نعم☐ لا ☐
62. أين قمتي بالفحوصات؟ مؤسسة صحية عمومية ☐عيادة خاصة ☐
آخر.....
63. إذا كانت الإجابة المؤسسة الصحة العمومية من أشرف على الفحص؟
طبيب خاص ☐قابلة ☐طبيب عام ☐ آخر.....
64. هل تم فحصك في المؤسسة الصحية العمومية بجهاز Echographie الفحص بالموجات فوق الصوتية؟ نعم ☐ لا ☐
65. مدة الفحص بجهاز الهاز الموجات الصوتية
66. إذا كان الجواب بلا أين تم فحصك بجهاز Echographie الفحص بالموجات فوق الصوتية؟
عيادة خاصة ☐ متخصصة بالاشعة ☐ أخر.....
67. هل هناك انضباط في مواعيد الفحص؟ نعم ☐ لا ☐
68. إذا كانت الإجابة لا ما السبب؟ .....
69. إذا كانت الإجابة عيادة خاصة ما هو سبب اختيارك للقطاع لخاص.....
70. هل مر الحمل بدون مشاكل صحية نعم ☐ لا ☐
71. إذا كانت الإجابة بـلا ما هي المشاكل الصحية التي عنيتي منها؟ .....
72. خلال أي فترة من الحمل؟ بداية الحمل (ثلاثة أشهر الأولى) ☐ 3-6 أشهر ☐ خلال ثلاثة الشهر الأخيرة ☐ طول فترة الحمل ☐
73. أين تمت المعالجة؟ الطبيب المشرف عن الحمل ☐ تم التوجيه لمصلحة أخرى ☐
74. ما هي المصلحة التي تم توجيهك لها؟ .....
75. ماذا فعلت؟☐ فحص طبي ☐ استشارة طبية ☐
76. هل التكفل الصحي جرى في ظروف جيدة؟ نعم ☐ لا ☐
77. إذا كانت الإجابة لا ما هي العراقيل التي تعرضت لها؟
.....
78. هل قمت بالتلقيحات الخاصة بالحمل؟ نعم ☐ لا ☐
79. مع من تذهبين لإجراء الفحوصات؟ لوحدك ☐ الزوج ☐ أم الزوج ☐
الوالدة ☐ أخر.....
80. لماذا هذا الشخص بالذات؟ .....

81. ما هي وسيلة التنقل التي تستعملينها لإجراء الفحوصات: سيارة شخصية ☐ نقل عمومي ☐ سيارة أجرة ☐ مشي على الأقدام ☐ أخر.....

82. ما هي المسافة بين المنزل والعيادة أو مصلحة الفحص (تحديد المسافة) .....

83. بحساب جميع مصاريف الطبيب والتحاليل والنقل كم كان متوسط التكلفة في كل معاينة؟ اقل من 3000دج ☐ [3000دج-5000[دج ☐ [ 5000-10000 [ دج ☐ أكثر من 10000دج ☐ أخر.....

84. من يدفع تكاليف العلاج؟ أنت ☐الزوج ☐ مساعدة من أهل الزوج ☐ مساعدة من أهلك ☐ آخر.....

**III- الولوج الصحي عند الولادة :**

85. عندما جاءك المخاض إلى أين توجهت في الأول؟ مصلحة عمومية ☐ عيادة خاصة ☐ أخر .....

86. إذا كانت مصلحة عمومية؟ مستشفى ☐ مركز خاص بالتوليد ☐ مؤسسة إستشفائية ☐ آخر.....

87. أين تمت الولادة؟ مستشفى عمومي ☐ عيادة خاصة ☐ آخر (مع تحديد المكان).....

88. من رافقك إلى المستشفى ؟ الزوج أم الزوج ☐ الوالدة ☐ أخر.....

89. الشهر الذي حصل فيه المخاض؟ السابع ☐ الثامن ☐ التاسع ☐

90. إذا كانت الإجابة بولادة قيصرية فما هو السبب؟ .....

91. من قرر توليدك بالقيصرية؟ الطبيب المتابع للحمل ☐ القابلة ☐ الطبيب العام ☐ قرار شخصي ☐ أخر .....

92. هل كان قرار الولادة القيصرية؟ لحظي ☐ مسبق ☐

93. إذا كانت ولادة طبيعية هل كان هناك تعسر في الولادة؟ نعم ☐ لا ☐

94. ما هو سبب تعسر الولادة؟ .....

95. عند الولادة هل تم إستخدام؟ الملقط (forceps) ☐ الغرز (les points de suture) ☐ الشفط الهوائي ventouse) ☐

96. كيف كان تعامل القابلة أو الطبيب عند الولادة الطبيعية؟ جيدة ☐ سيئة ☐ عادية ☐ أخر.....

97. إذا كانت الإجابة سيئة كيف كان ذالك؟ .....

98. هل تعرضت للمعاملة السيئة خلال إقامتك بالمستشفى ؟ نعم ☐ لا ☐

99. من طرف من بالضبط؟ الممرض(ة) ☐ الطبيب المختص ☐ الطبيب العام ☐ القابلة ☐
عاملة النظافة ☐ أخر.....
لماذا ؟.....
100. كم بقيت في المستشفى (عدد الأيام)؟ .....
101. كيف كانت حالة المولود عند الولادة؟ جيدة ☐ عادية ☐ سيئة ☐ اخرى .....
102. إذا كانت إجابتك سيئة مما كان يعاني المولود؟ .....
103. وما هو السبب؟ .....
104. هل تطلب معالجته إبقاءه أو وضعه في الحاضنة؟ نعم ☐ لا ☐
105. إذا كانت نعم هل كانت هناك حاضنة على مستوى المصلحة؟ نعم ☐ لا ☐
106. هل عاينه طبيب مختص للأطفال؟ نعم ☐ لا ☐
107. إذا كان لا ما السبب؟ .....
108. وأين تمت معالجته؟ .....
109. هل قمت بإرضاعه طبيعيا؟ نعم ☐ لا ☐
110. إذا كانت لا لماذا؟ .....
111. هل يتم تفقدكن من فترة لأخرى من طرف الممرض (ة) للاطمئنان على صحتك وصحة المولود؟
نعم ☐ لا ☐
112. كم بقي في المستشفى (الأيام)؟ .....
113. كم بقي في الحاضنة (الأيام)؟ .....
114. هل تم تلقيح الطفل؟ نعم ☐ لا ☐
115. المدة بعد الولادة؟ .....
116. نوع التلقيح؟ .....
117. متى تم إعطاء الطفل أول رضعه؟ مباشرة بعد الولادة ☐ بعد الولادة بساعة ☐ لا أدري ☐
اخر .....
118. من نصحك بالرضاعة الطبيعية؟ الطبيب ☐ القابلة ☐ قرار شخصي ☐
آخر.....
119. هل خرجت مع المولود؟ نعم ☐ لا ☐
120. هل طلب منك العودة إلى المصلحة؟ نعم ☐ لا ☐
121. من طرف من؟ .....
122. مع المولود؟ نعم ☐ لا ☐

123. إذا كان نعم رجعت إلى نفس المصلحة؟ نعم ☐ لا ☐
124. إذا كان لا لماذا؟ .....
125. هل تم إعطاء الطفل مشروب أخر في الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة؟ نعم ☐ لا ☐
126. ما هو هذا المشروب؟ .....
127. من نصحك بذالك؟ .....
128. هل طلبت شيئا من الممرض(ة) ولم يستجيب لطلبك؟ نعم ☐ لا ☐
129. هل توجد نظافة داخل المستشفى؟ نعم ☐ لا ☐
130. ما مستوى النظافة في المستشفى التي تمت فيها الولادة؟ جيدة ☐ متوسطة ☐ سيئة ☐
اخر .....
131. هل الأفرشة متوفرة في المستشفى؟ نعم ☐ لا ☐ لا أدري ☐
132. هل يتم تنظيف المستشفى يوميا؟ نعم ☐ لا ☐ لا أدري ☐
133. تغيير الأفرشة يتم يوميا؟ نعم ☐ لا ☐ لا أدري ☐
134. هل الأدوية متوفرة في المستشفى؟ نعم ☐ لا ☐ لا أدري ☐
هل المياه متوفرة طوال ☐؟ نعم ☐ لا ☐ لا أدري

135. هل الممرض(ة) هو من يتكفل بإعطائكم الأدوية في أوقاتها؟ نعم ☐ لا ☐
136. هل انت راضية عن المستشفى العمومي ☐ راضية نوعا ما ☐ غير راضية ☐

**IV- الولوج الصحي بعد الولادة:**

137. بعد الولادة الطبيعية هل كانت لديك فحوصات؟ نعم ☐ لا ☐
138. إذا كانت الإجابة نعم ما نوع هذه الفحوصات؟ .....
139. إذا كانت الإجابة بنعم أين تمت هذه الفحوصات؟ ☐ المستشفى الذي تمت فيه الولادة ☐
آخر.....
140. إذا كانت الإجابة لا ما سبب عدم خضوعك لفحوصات بعد الولادة؟ .....
141. هل كانت لديك مشاكل صحية بعد ولادة أخر طفل؟ نعم ☐ لا ☐
142. إذا كان نعم ماهي؟ .....
143. حاليا هل تستعملين طريقة لمنع الحمل؟ نعم ☐ لا ☐
144. ماهي الطريقة المستعملة؟.....
145. من إقترحها عليك؟ الطبيب ☐ القابلة ☐ إختيار شخصي ☐
146. هل استشرت زوجك في ذالك ؟ نعم ☐ لا ☐
147. أذا كان نعم لماذا ؟ .....

148. أذا كان لا لماذا ؟ .....

149. هل طلب منك فحوصات طبية قبل إعطائك موانع الحمل؟ نعم☐ لا ☐

150. إذا كان نعم ماهي؟.....

151. إذا كان لا لماذا؟.....

152. هل تحصلت على موانع الحمل مجانا ؟ نعم ☐ لا ☐

153. إذا كان لا مارايك في ثمنها؟.....

154. هل تريدين الحمل مرة أخرى؟ نعم لا

155. إذا كان نعم لماذا؟.....

156. إذا كان لا لماذا؟.....

157. هل المرأة في سن الإنجاب في هذه المنطقة تلجأ للطب الشعبي إذا أرادت الحمل؟

نعم ☐ لا ☐

158. لماذا.....

159. ما هي الأمراض الشائعة عند المرأة في سن الإنجاب في هذة المنطقة؟ .....

160. كيف يتم التعامل معها؟ .....

161. في رأيك ماهو أفضل سن للإنجاب؟ .....

162. في رأيك ماهو أفضل عدد لاطفال؟ .....

163. ماهو رأيك في تباعد الولادات؟ .....

164. هل قمت بفحوصات لتأكد من سلامتك ولو مرة واحدة في حياتك؟ نعم ☐ لا ☐

165. إذا كان نعم عدد المرات ☐☐

166. إذا كان الجواب نعم هل قمت؟

فحص الثدي ☐ فحص عنق الرحم ☐