

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم الديموغرافيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر

تحت عنوان



العوامل المؤثرة على اقبال النساء للمتابعة الطبية المؤهلة خلال الحمل و عند الولادة

تحليل معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012 (MICS4)

تحت إشراف الأستاذة :

من إعداد الطالبة :

بن عبد الله فتيحة

زنان هبة ليلي

الصفة	الجامعة	الرتبة	الأستاذ
رئيس اللجنة	وهران 2	أستاذ التعليم العالي	أ.الوادي طيب
مناقش	وهران 2	أستاذ التعليم العالي	أ.قويدري محمد
مقررة	وهران 2	أستاذة محاضر	د.بن عبد الله فتيحة

السنة الجامعية 2018-2019

كلمة شكر

بعد شكر الله عز و جل على توفيقه لي في إتمام هذا العمل المتواضع ،أتقدم بفائق الشكر و الاحترام و التقدير لأستاذتي بن عبد الله فتيحة بصفقتها المشرفة على هذا العمل حيث لم تبخل علينا بنصائحها و توجيهاتها الصائبة التي أفادتنا كثيرا خلال مشوارنا الجامعي ،كما أتقدم بجزيل الشكر إلى كل الأساتذة الكرام خاصة الذين لم يبخلوا علينا يوما بالمعلومات و اللذين قدموا لنا الكثير بأذلين بذلك جهدا كبيرا ،إلى كل طاقم إدارة قسم الديموغرافيا .

إلى كل من ساعد في إتمام هذا العمل من قريب أو بعيد

إهداء

إلى روح أمي رحمها الله و أسكنها فسيح جناته

إلى روح جدتي الغالية رحمها الله

إلى أحن قلب و أطيب و أعز شخص خالتي العزيزة

إلى أبي العزيز

إلى كل أفراد عائلتي صغارا و كبار

إلى صديقاتي العزيزات و زملاء الدراسة

أهدي لكم جميعا هذا العمل كعربون محبة و تقدير .

الفهرس

- 08..... مقدمة -
- 11..... الاشكالية -
- 12..... الفرضيات -
- 14..... سبب اختيار الموضوع و هدف الدراسة -
- 14..... صعوبات الدراسة -
- 15..... شرح الكلمات المفتاحية -

الفصل الأول: الجزائر و الصحة الإنجابية

- 19..... الوضعية الجغرافية للجزائر -
- 20..... نبذة حول واقع المجتمع الجزائري -
- 20..... الاقتصاد في الجزائر -
- 22..... واقع التعليم في الجزائر -
- 23..... الوضع الديموغرافي في الجزائر -
- 24..... 1- تقدير إجمالي السكان المقيمين في الجزائر سنة 2012.....
- 26..... 2- أهم المؤشرات الديموغرافية لسكان الجزائر سنة 2012.....
- 27..... - المنظومة الصحية في الجزائر -
- 27..... 1- تطور إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر -
- 27..... 2- أهداف إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر -
- 28..... 3- الخارطة الصحية و نظام العلاج في الجزائر -
- 28..... 4- الخدمة الصحية في الجزائر -
- 29..... - الصحة الانجابية في الجزائر -
- 30..... 1- المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992.....
- 30..... 2- مسح آخر العشرية حول صحة الأم و الطفل 2000.....

- 3- المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 30
- 4- الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر 31
- 5- وفيات الأمهات في الجزائر 32
- 6- تطور المتابعة الصحية في الجزائر قبل و بعد الولادة 34
- 7- تطور نسبة الولادات في الجزائر التي تتم تحت إشراف أخصائيين..... 35
- خلاصة 37

الفصل الثاني: الاطار المنهجي للدراسة

- تقديم مصدر معطيات الدراسة 39
- عينة المسح 40
- عينة الدراسة 41
- تقديم العوامل المؤثرة على الاقبال على المتابعة الطبية..... 41
- خلال الحمل و عند الولادة
- 1- سن المرأة 41
- 2- الحالة الزوجية 41
- 3- الانجاب من قبل 41
- 4- فقدان طفل من قبل 42
- 5- منطقة الاقامة 42
- 6- المستوى الدراسي 42
- 7- المستوى المعيشي 42
- المتابعة الطبية خلال الحمل..... 41
- 1- توزيع النساء حسب قيامهن بمتابعة الحمل 41
- 2- توزيع النساء حسب عدد مرات الفحص 42
- 3- توزيع النساء حسب سبب القيام بالفحص 45
- الرعاية الطبية عند الوضع 46
- توزيع النساء حسب حصولهن على الرعاية عند الوضع..... 47

- 48..... كيفية انشاء متغير ثنائي التفرع و معالجة المتغيرات التفسيرية
- 49..... 1- انشاء متغير سن المرأة عند آخر ولادة
- 49..... 2- انشاء متغير المستوى المعيشي للأسرة
- 50..... 3- توزيع النساء حسب المستوى المعيشي
- 50..... 4- ملاحظة حول متغير الحالة الزوجية
- 51..... - التقسيم الاقليمي حسب برنامج المسح
- 52..... - توزيع المتغيرات و صفاتها حسب مختلف العوامل
- 53..... - تقييم نوعية المعطيات
- 55..... - الخلاصة

الفصل الثالث: تقديم نتائج الدراسة

- 57..... - منهجية تحليل نتائج الدراسة
- 58..... - التحليل الوصفي
- 58..... - تعريف كاي تربيع
- 58..... - خطوات اختبار كاي تربيع
- 60..... - تحليل المعطيات
- 60..... 1- السن عند آخر ولادة
- 60..... 1.1. المتابعة الطبية خلال الحمل حسب السن
- 62..... 1.2. الرعاية عند الولادة حسب السن
- 62..... 2- الحالة الزوجية
- 63..... 2.1. المتابعة الطبية خلال الحمل حسب الحالة الزوجية
- 64..... 2.2. الرعاية عند الولادة حسب الحالة الزوجية
- 65..... 3- النساء اللواتي فقدن طفل من قبل
- 65..... 3.1 المتابعة الطبية خلال الحمل حسب فقدان طفل من قبل

- 3.2. الرعاية عند الولادة حسب فقدان طفل من قبل 66
- 4- منطقة الإقامة 67
- 4.1. المتابعة الطبية خلال الحمل حسب منطقة الإقامة..... 68
- 4.2. الرعاية عند الولادة حسب منطقة الإقامة 68
- 5- المستوى الدراسي 69
- 1.1. المتابعة الطبية خلال الحمل حسب المستوى الدراسي 70
- 1.2. الرعاية عند الولادة حسب المستوى الدراسي 71
- 6- المستوى المعيشي للأسرة 72
- 1.1. المتابعة الطبية خلال الحمل حسب المستوى المعيشي للأسرة..... 73
- 1.2. الرعاية عند الولادة حسب المستوى المعيشي للأسرة 74
- تقييم صحة الفرضيات 75
- النتائج المحصلة من خلال التقرير النهائي لـ MICS4 78
- خاتمة عامة 79

مقدمة:

حسب تقرير المنظمة العالمية للصحة (OMS) لا يمر يوم واحد إلا و يشهد وفاة 1500 امرأة في العالم بسبب المضاعفات المتعلقة بالحمل و الولادة ،حيث يعتبر عدم تلقي النساء الرعاية اللازمة خلال هذه المرحلة المليئة بالمخاطر هو السبب الأول لهذه الوفيات ،و قد سُجِّل نحو 536000 وفاة امرأة حول العالم سنة 2005 أغلبها حدث في الدول النامية و التي من المستطاع توقيفها بحسب المرمى الخامس لمؤتمر الأمم المتحدة الذي اعتبر الصحة الانجابية أحد أهم المؤشرات الإنمائية التي يجب التركيز على تحسينها و الذي نص بضرورة تخفيض نسبة وفيات الأمومة بثلاثة أرباع في الفترة الممتدة بين 1990 و 2015 .

تتوزع معدلات وفيات الأمهات بشكل غير عادل حول العالم و هذا ما يعكس الثغرة الموجودة في قدرة الوصول وجودة الرعاية التوليدية للنساء بين الدول المتقدمة و دول العالم الثالث ،حيث تسجل الدول الافريقية أكثر من نصف تلك الوفيات ففي مؤتمر جنيف سنة 2007 أقرت منظمة الصحة العالمية أن في النيجر تقضي امرأة واحدة من أصل سبعة نساء نحبها جراء المضاعفات المرتبطة بالحمل ،أمّا في أيرلندا فاحتمال وفاة المرأة في مرحلة الحمل و الولادة و النفاس يبلغ 1/48000 .إلى جانب هذا الاختلاف بين دول العالم هناك تباين كبير داخل البلدان النامية في معدل وفيات الأمومة بين الطبقات الاجتماعية (الأغنياء و الفقراء) و بين المناطق الريفية و المناطق الحضرية .

إن الجزائر واحدة من بين الدول التي تسعى جاهدة لتحسين نظامها الصحي ،فرغم خضوعها لاستعمار مستبد مدة قرن و نصف تقريبا خرجت منه سنة 1962 منهكة في جميع المجالات كما مرت بمرحلة عدم استقرار في التسعينات من القرن الماضي عرقلت مسارها نحو التقدم ،إلا أنها أحرزت تحسن لا بأس به في مجالات مختلفة كـ مجال التربية و التعليم الذي يعتبر عامل مهم لبلوغ آفاق التنمية و مجال الصحة بالمجمل ذلك بتوجيه مجهود للزيادة في مستوى الخدمات الموجهة للسكان خاصة في مجال الصحة

الانجابية ،لما تمثله صحة الأم و الطفل من أهمية باعتبارها نواة استقرار المجتمع ،حيث جاء قرار مجانية العلاج سنة 1974 كخطوة مهمة أحرزتها الجزائر جعلتها تحقق في مدة أقل من 20 سنة تغطية طبية على مستوى أرباع الوطن قُدرت نسبتها بـ 65% وقد ساهم هذا القرار بمنح فرصة للمواطن الجزائري بالاستفادة من العلاج و الخدمة الطبية مهما كان دخله المادي محدود .

لم تكنفي الدولة الجزائرية بقرار مجانية العلاج بل واصلت اهتمامها بصحة المواطن و خاصة الأم و الطفل و ذلك بدمج برامج حماية الأم و الطفل في المراكز الصحية الكبرى و القيام بمسحات سمحت لها التقرب من واقع صحة المرأة و الطفل و أهم النواقص التي تمس هذا المجال و من أهم هذه المسحات : المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل (EASME 1992) و المسح الوطني حول أهداف آخر العشرية لصحة الأم و الطفل (EDG 2000) و المسح الجزائري حول صحة الأسرة (EASF 2002) و كذلك المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS4 2012) الذي ارتكزنا على بياناته للقيام بدراستنا و التي تعالج العوامل التي تؤثر على إقبال النساء الحوامل على المتابعة الطبية و وصولهن للرعاية التوليدية .

و لتوضيح الموضوع قمنا بتقسيم الدراسة على الشكل التالي :

- الاشكالية
 - الفرضيات
 - الهدف من خلال معالجة هذا الموضوع
 - الصعوبات التي واجهتنا خلال القيام بهذه الدراسة
 - شرح المفاهيم الأساسية المتعلقة بالموضوع
- 1- **الفصل الأول** :تناولنا من خلاله مراحل تطور الصحة بصفة عامة و الصحة الانجابية بصفة خاصة في الجزائر .

أما الجزء التطبيقي للدراسة فقد انقسم إلى فصلين

2- **الفصل الثاني**: قدمنا من خلاله العينة التي تمت عليها الدراسة و كيف قمنا بمعالجة البيانات و

تقييمها لتسهيل عملية التحليل و الوصول لنتائج جيدة .

3- **الفصل الثالث**: تناول عرض و تحليل و مناقشة النتائج و تقييم الفرضيات المطروحة في بداية

الدراسة و أهم النتائج التي جاءت في تقرير مسح 2012

و في الأخير قمنا بخلاصة عامة حول الموضوع .

2. الإشكالية :

يمثل تحسين صحة الأمومة أحد أهم أهداف التنمية المستدامة التي اعتمدها المجتمع الدولي في مؤتمر قمة الأمم المتحدة عام 1990. والغرض كان تخفيض نسبة وفيات الأمومة من خلال عدة إجراءات كان أولها وضع برنامج دولي لعمل مسحات عنقودية متعددة المؤشرات سميت بـ MICS تم تطبيقها في 100 بلد" (مسودة المسح العنقودي متعدد المؤشرات) ،صممت هذه المسحات لجمع تقديرات إحصائية للمؤشرات الرئيسية التي تقيم حالة الطفل و المرأة ،وكان الهدف منها المقارنة الدولية لحالة الطفل و المرأة، و كذلك رصد الدول فيما يخص تحقيق الأهداف و الالتزامات العالمية من حيث أوضاع الطفل و المرأة.

و قد كانت الجزائر واحدة من بين الدول التي طبقت هذا البرنامج ،فرغم الانخفاض الملحوظ الذي حققته الجزائر فيما يخص وفيات الأمومة خاصة في الآونة الأخيرة، إلا أنها تبقى تعاني من هذا المشكل الذي يظهر بشكل غير متساوي على مختلف مناطق البلاد، و هذا يرجع إلى الفوارق الكبيرة في مجال التكفل الطبي بالنساء بين الشمال والجنوب.

لقد بذلت الجزائر مجهودات معتبرة من أجل تحسين الصحة العمومية و خاصة ما تعلق منها بصحة الأمهات حيث أنها تتبع سياسة الصحة و العلاج المجاني، و ذلك لتجسيد حق المواطن في العلاج مهما كانت حالته المادية سواء كان فقيرا أو ميسور الحال، و لهذا لايمكن القول أن السبب الوحيد لعدم قيام النساء بالمتابعة الصحية أثناء فترة الحمل و بعد الولادة هو الفقر، حيث هناك عوامل أخرى مؤثرة سنتطرق إليها من خلال هذه الدراسة عبر السؤال التالي:

هل يعتبر الفقر العامل الوحيد الذي يؤثر على وصول النساء للرعاية الطبية خلال فترة الحمل و عند الولادة أم هناك عوامل أخرى؟

حيث يخولنا هذا التساؤل أن نطرح أسئلة أخرى وهي :

- هل يمكن للعوامل الاجتماعية و الثقافية أن تؤثر على حصول النساء على الرعاية الطبية أثناء فترة الحمل وعند الولادة؟

- هل تأثر الفوارق في مجال التكفل الطبي بالنساء بين مختلف مناطق البلاد على المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل وعند الولادة؟ و هل هناك علاقة بين المستوى الدراسي للمرأة الحامل و لجوئها للمتابعة الطبية؟

3. الفرضيات :

تختلف فترة الحمل و الولادة و النفاس من امرأة إلى أخرى بسبب اختلاف الظروف الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية المحيطة بها ، و هي فترة لا تخلو من مخاطر المضاعفات و عسر الولادة التي قد تنجم عنها غالبا وفاة في حالة غياب الرعاية و المتابعة الطبية ، و من هنا يمكننا القيام بالفرضيات التالية :

1- يؤثر سن المرأة على المتابعة الصحية أثناء الحمل و عند الولادة حيث أن النساء المتقدمات في العمر في الحالة العادية يكن أكثر خبرة في مجال الحمل و الولادة و هذا ما يقلل فرصة لجوئهن للمتابعة الصحية.

2- تؤثر الحالة الزوجية للمرأة الحامل على قدرتها للوصول إلى الرعاية الطبية أثناء الحمل و عند الولادة .

3- اقبال النساء الحوامل على المتابعة الطبية و حصولهن على رعاية مؤهلة عند الولادة يكون سهلا و في متناول الجميع في المدن الكبرى مقارنة بالقرى و المدن الصغيرة .

4- المستوى الدراسي للمرأة الحامل يؤثر على احتمال وصولها للمتابعة الصحية و الرعاية المؤهلة عند الولادة .

5- يساهم الدخل المادي المحدود للأسرة على تقليص فرصة المرأة الحامل للوصول إلى المتابعة الطبية و الرعاية المؤهلة عند الولادة .

4. سبب اختيار الموضوع و هدف الدراسة :

تعتبر الصحة الانجابية من أهم المواضيع التي تحتل حيزا مهما في مجال الدراسات والأبحاث فهي تعد شرطا ضروريا للتنمية الاجتماعية و الاقتصادية، حيث أنها معيارا أساسيا لمعرفة واقع الصحة بشكل عام في أي بلد. و بالرغم من أن الصحة الانجابية واحدة من أهم اهتمامات الخطط التنموية ومشروعات التطوير خاصة في دول العالم الثالث إلا أنها تبقى ناقصة و بحاجة للتحسين ، و الحال نفسه في الجزائر التي تتميز عن غيرها باتباع سياسة الطب و العلاج المجاني ، و هذا ما دفعنا لمعرفة العوامل التي تعيق النساء في الوصول إلى الرعاية الطبية أثناء فترة الحمل و عند الولادة و ما زادنا فضولا للتطرق لهذا الموضوع هو أن معظم الدراسات السابقة عالجت الموضوع فقط بربطه مع مشكل الفقر والحالة المادية.

5. صعوبات الدراسة :

من أهم المشاكل التي واجهت الدراسة هي أننا استندنا على معطيات تم تصميمها بغرض صحي حيث أن الهدف من MICS4 كان معرفة الحالة الصحية للأم و الطفل ، كما أننا واجهنا بعض المشاكل بسبب وجود أخطاء ارتكبت أثناء عملية ادخال البيانات في برنامج SPSS حيث لم نستطع تحليل البيانات و القيام بالاختبارات الاحصائية إلا بعد إعادة إدخال البيانات بطريقة صحيحة من جديد و هذا ما أدى إلى استغلال وقت أطول.

6. تعريف المفاهيم:

- الصحة : هي "الحصيلة النهائية و المقياس الأكيد الذي يعكس الواقع العملي لمستوى الحياة التي يعيشها الانسان بكل أبعادها الثقافية و الاجتماعية و الاقتصادية و الحضارية و النفسية و السياسية... و هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا و عقليا و اجتماعيا ،و لهذا لا تعد المؤسسات الصحية و المستشفيات و العيادات الوحيدة المعنية و القادرة على خلق و تحديد معالم صحة الانسان" . (د.محمد بشير شريم ،2012، ص11)
- الثقافة الصحية :هي "عملية ترجمة الحقائق الصحية المعروفة إلى أنماط سلوكية صحية سليمة على مستوى الفرد والمجتمع ،بهدف تغيير الاتجاهات والعادات السلوكية غير السوية ،وكذلك مساعدة الفرد على اكتساب الخبرات وممارسته العادات الصحية الصحيحة".(نفس المرجع،ص41)
- التنقيف الصحي في مجال الصحة التوليدية : تتمثل خدمات التنقيف الصحي في هذا المجال في تقديم المعلومات الضرورية التي تتبعها النساء أثناء الحمل و بعد الوضع ،تشمل نظام الأكل الذي يجب أن تتبعه الحامل ،أهمية تنظيم الأسرة و الرضاعة الطبيعية على صحتها و صحة طفلها ،و توعيتها بأعراض الحمل الخطيرة و أهمية الرعاية الصحية بعد الوضع .(نفس المرجع،ص43)
- مفهوم الرعاية الصحية :ارتبط مفهوم الرعاية الصحية منذ القدم بمصطلح الرعاية الاجتماعية كحقل سوسيولوجي للدراسة ،باعتبار الرعاية الصحية إحدى فروعها و في مجال تحديد تعريف جامع لمحتواها و مضمونها تداخلت مجموعة من الأطر و الأبعاد و بعض المفاهيم و المصطلحات ،من بينها مفهوم الصحة و رفع اللبس و الغموض" .(أ.دريش احمد ،2015، ص157)
- التنمية الاجتماعية :لقد عرفت التنمية الاجتماعية على أنها "مجموعة من الجهود العامة المستخدمة في تنظيم الأنشطة الحكومية و الشعبية ،في مختلف المستويات لغرض تحقيق الرفاهية الاجتماعية للفرد

و المجتمع ،إذن التنمية بهذا المفهوم هي نوع من العمل الاجتماعي لخدمة المجتمع" .(إحصان محمد حسن ،2005، ص 175)

- التوزيع :يقوم مفهوم التوزيع للخدمات الصحية في قطاع الصحة على تحديد المواقع الجغرافية التي تقدم فيها الخدمات و يمكن أن نحدد مفهومين بالنسبة لمنافذ التوزيع في الخدمات الصحية هي " : (سيد محمد جاد ،2008، ص 473)

1- التوزيع الجغرافي في أماكن و مواقع جغرافية منتشرة

2- التوزيع الجغرافي الداخلي أي داخل المؤسسة الصحية .

الفصل الأول: الجزائر و الصحة الإنجابية

- الوضعية الجغرافية للجزائر
- نبذة حول واقع المجتمع الجزائري
- الإقتصاد في الجزائر
- التعليم في الجزائر
- الوضع الديموغرافي للجزائر
- واقع المنظومة الصحية في الجزائر
- 1. تطور إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
- 2. أهداف إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر
- 3. خارطة الصحية و نظام العلاج في الجزائر
- 4. الخدمة الصحية في الجزائر
- الصحة الإنجابية
- 1. المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992
- 2. المسح الوطني حول أهداف آخر العشرية لصحة الأم و الطفل 2000
- 3. المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002
- 4. الرعاية الصحية الإنجابية
- 5. وفيات الأمهات
- تطور الرعاية الصحية قبل و بعد الولادة في الجزائر
- تطور نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين في مجال التوليد
- خلاصة

تمهيد :

إن الرعاية الصحية قبل الولادة وأثناءها تحت مراقبة أطباء أخصائيين و أشخاص ذوي كفاءة تعتبر زيادة في الثروة فهي أكثر أهمية مقارنة مع الخدمات الأخرى في مجال الرعاية الصحية عامة، و هذا ما دفع الجزائر للتركيز على الصحة الانجابية بصفة خاصة، و مما لا شك فيه أنها قد حققت منذ فترة ما بعد الاستقلال حتى يومنا هذا أو بالأحرى حتى هذا العقد الأخير تطورا ملحوظا بشهادة تقارير و أبحاث و نتائج عدة مسوحات و تعدادات. و هذا ما سنتطرق إليه من خلال هذا الفصل من دراستنا حيث أننا سنسلط الضوء على أهم المراحل و التطورات التي مرت بها الصحة الانجابية في الجزائر.

الوضعية الجغرافية للجزائر :

تقع الجزائر بالضفة الجنوبية للبحر الأبيض المتوسط، فهي جزء من المغرب الكبير. وهي التاسعة عالميا من حيث المساحة، والأولى متوسطيا و عربيا وإفريقيا بمساحة قدرها 2,381,740 كم². تتألف الجزائر من ثلاث مناطق جغرافية أساسية، ولكل منها مناخها الخاص. في الشمال، يهيمن مناخ البحر الأبيض المتوسط على السهول الساحلية الخصبة التي تمتد حتى جبال الأطلس. وفي الجهة الأخرى من جبال الأطلس، تشكل الهضاب العليا منطقة مناخية شبه قاحلة. ويتألف الجزء الأكبر من مساحة البلاد (حوالي 80% من مساحتها) من الصحراء الكبرى و هذا الاختلاف في المناخ بين مختلف مناطق البلاد هو من ساهم في التوزيع العشوائي و الغير منتظم للسكان.(المسح العنقودي متعدد المؤشرات 4 mics-الجزائر 2012)

الصورة رقم 1:الخارطة الجغرافية للجزائر



المصدر: <https://fanack.com/ar/algeria/geography/>

نبذة حول واقع المجتمع الجزائري :

إن الجزائر باعتبارها واحدة من المجتمعات النامية قد ارتقت مراحل لا بأس بها في سلم النمو خصوصا بعد فترة عدم الإستقرار التي مرت بها في التسعينات وذلك بالعمل و التركيز على رفع مستوى رفاهية وكفاية شعبها من خلال ما حققته الدولة من خطط و برامج لإنعاش اقتصادها، وقد اندرجت هذه الجهود تحت مسمى التغيير المقصود أو المخطط.

"إن هذا التغيير مَسَّ هياكل عديدة في إستراتيجية العمل في محاولة بدت جدية للحاق بركب الحضارة، تمثل ذلك خصوصا في جوانب مهمة من بينها : تكنولوجيات الاتصال بأنواعها المختلفة و التي جعلت الجزائر مفتوحة بمصراعيها على العالم بأسره .

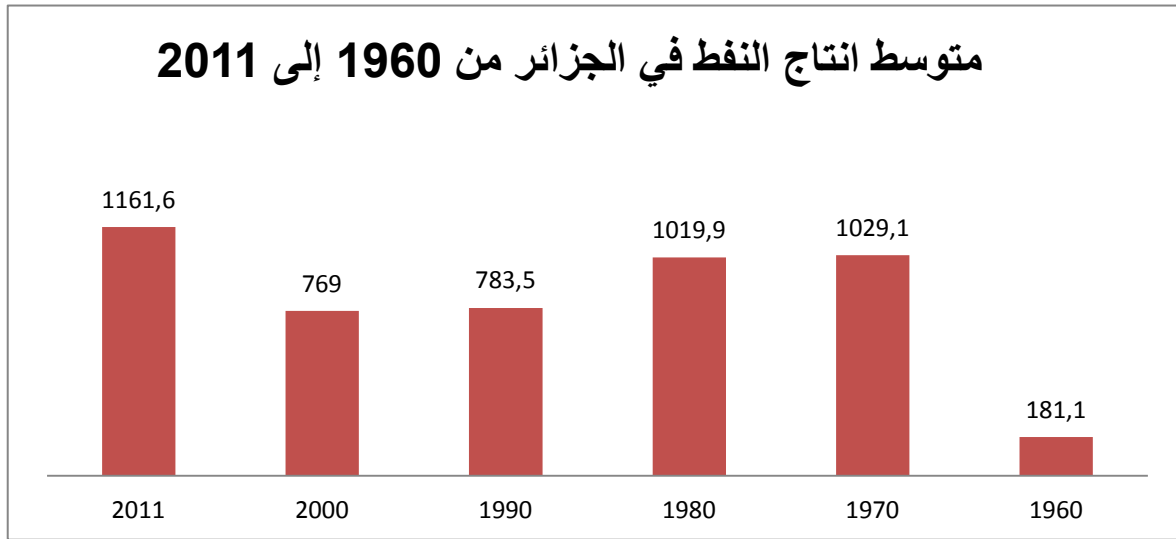
هذا الانفتاح حتما أدى إلى نتائج إيجابية على مستوى نمو الوعي و التفكير و إدراك قيمة العلم بصفة عامة، إلا أن هذا التغيير أو التحديث الغير مخطط بما فيه الكفاية و الغير مكيف مع مجتمع عانى من عدة ويلات و مآسي كانت سرعته فوق مقدرة الفرد الجزائري على مسابرتة و تحقيق التكيف الملائم، و قد بدى ذلك في كل العلاقات الاجتماعية دون استثناء. لقد أحدثت وسائل الاتصال المتقدمة ما يمكن أن نسميه بالصدمة الحضارية في العديد من المجتمعات و يبدو أن هذه المجتمعات خصوصا في الدول النامية وفي المجتمعات المحافظة بما فيها المجتمع الجزائري. (د.بوعطيط سفيان، جامعة الجزائر، ص49)

الإقتصاد في الجزائر :

"يعتمد اقتصاد الجزائر على صادرات النفط والغاز الطبيعي والمنتجات المتعلقة بهما، وتسيطر عليه الدولة. ويساهم قطاع النفط والغاز بنسبة 30% من الناتج المحلي الإجمالي وأكثر من 95% من إيرادات التصدير. عام 2012 بلغ الناتج المحلي الإجمالي 207,9 مليار دولار (البنك الدولي)، مما وضع البلاد في المرتبة 48 على صعيد الاقتصاد الضخم في العالم. وفي عام 2015، انخفض الناتج المحلي الإجمالي إلى

166.84 مليار دولار أمريكي مقارنةً مع 213.52 مليار دولار في 2014، ما يعود السبب فيه إلى انخفاض أسعار النفط العالمية. ويتوقع صندوق النقد الدولي أن يصل الناتج المحلي الإجمالي إلى 178.4 مليار دولار أمريكي في 2017". (الاقتصاد الجزائري، 2013، وقائع و أحداث عن الشرق الأوسط و شمال إفريقيا، ص23)

الشكل رقم 1: متوسط إنتاج النفط في الجزائر من 1960 إلى 2011



المصدر: منجز من خلال بيانات منظمة الدول المصدرة للبترول

كما من المتوقع أن تصل حصة الفرد من الناتج المحلي الإجمالي في 2017 إلى 4,295.7 دولار بحسب الأسعار الحالية. وتراجع النمو في عام 2015 إلى 2.9% مقارنةً مع 3.8% في عام 2014. وبحسب المرصد الاقتصادي لمنطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، فإن النمو الاقتصادي في الجزائر سيبقى متواضعاً ليصل إلى 3.4% في 2016. ويشير صندوق النقد الدولي إلى نسبة التضخم في عام 2017 ستصل إلى 4.8% مقارنةً مع 5.9% في 2016. وفي السنوات الأخيرة، وفرت مرتبتها السادسة على صعيد الدول الكبرى المصدرة للغاز حوالي 200 مليار دولار من احتياطي العملات الأجنبية. وبالتالي، لم تعد الجزائر مثقلة بالديون كما كانت في السابق، حيث يبلغ الدين 2% من الناتج المحلي الإجمالي. أما عوامل الهبوط في تطور الاقتصاد في الجزائر فهي: عدم القدرة الهيكلية على التنويع أكثر من النفط والغاز، واستمرار المشاكل

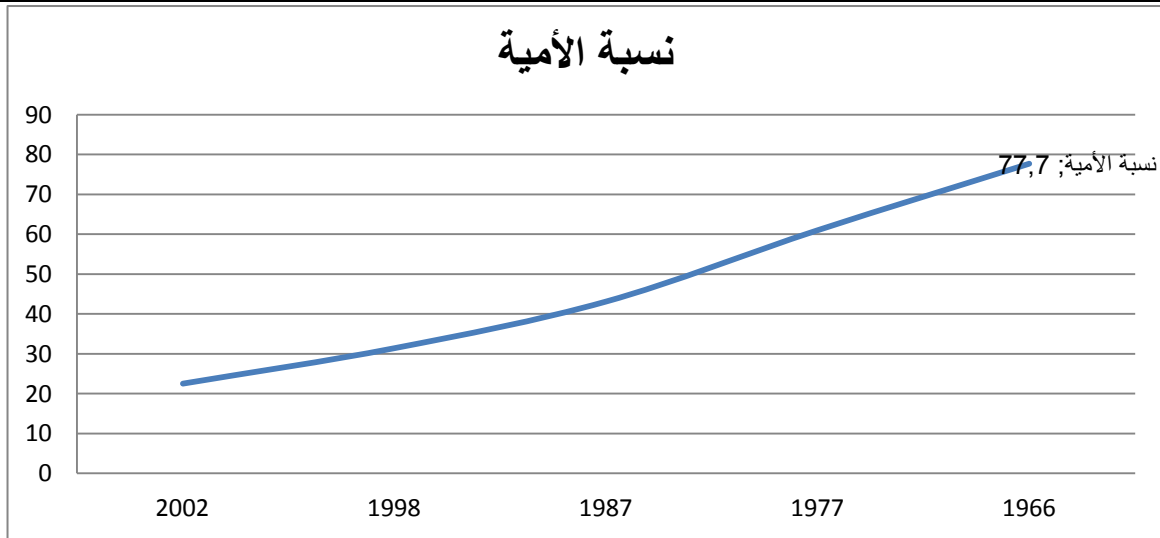
الاجتماعية ،خاصة البطالة بين الشباب ،والافتقار إلى المساكن الملائمة. وفي السنوات الأخيرة ،تم إطلاق برامج بنى تحتية كبيرة لمعالجة هذه المشاكل و إعادة شق الطرقات والسكك الحديدية.(نفس المرجع، ص24)

واقع التعليم في الجزائر :

اهتمت الجزائر بتعليم أبنائها منذ الاستقلال ،حيث وضعت سياسة تربوية تعتمد على ديمقراطية و مجانية التعليم ،و التكفل الدراسي بكل الأطفال ابتداء من سن السادسة حتى سن السادسة عشرة ،و لكن هذه السياسة لم تكن كافية لسد الفجوات و المشاكل التي تمثلت في التوزيع الغير متساوي للتكفل الدراسي في مختلف مناطق البلاد ،"المؤشرات الكمية تعكس النتائج المحققة في شتى المجالات لكنها أيضا تبين المشاكل المطروحة على المنظومة التربوية ،من الناحية الهيكلية تم تأسيس المركز الوطني لمحو الأمية عام 1964 الذي حول عام 1995 إلى الديوان الوطني لمحو الأمية ."(د.بن أعراب عبد الكريم، جامعة قسنطينة، ص175)

يوضح لنا الشكل رقم 2 فكرة وجيزة عن تطور المعطيات الخاصة بمعدل محو الأمية

الشكل رقم 2: انخفاض معدل الأمية في الجزائر من 1966 إلى 2000



المصدر: منجز من خلال معطيات أخذت من الديوان الوطني لمحو الأمية

الوضع الديموغرافي للجزائر :

قدر عدد سكان الجزائر في آخر إحصاء أجري نهاية 2008 بـ 35 مليون نسمة. وعرف النمو الديموغرافي تطورا ايجابيا، باتجاه واضح نحو الانخفاض، حيث مرت هذه النسبة من 3.21%، خلال الفترة من 1966 إلى 1977، إلى 1.71%، خلال الفترة من 1998 إلى 2008. أما متوسط العمر فقد قارب سن 73 سنة منذ 2006، مكتسبا بذلك زيادة بلغت قرابة الـ 20 سنة خلال 30 سنة. كما تراجعت نسبة وفيات الأطفال بنسبة 3/2 حيث تعدت 15% في 1970، وتسبب الزواج المتأخر وانتشار استعمال موانع الحمل في انخفاض نسبة الخصوبة من 8.3 طفل للمرأة الواحدة سنة 1970 إلى 2.54 سنة 2004. كما أفاد الديوان الوطني للإحصائيات إلى أن عدد سكان الجزائر بلغ 37,1 مليون نسمة في 1 جانفي 2012 متوقعا أن يصل هذا العدد إلى 37,9 مليون نسمة في جانفي 2013 مع الحفاظ على وتيرة النمو لسنة 2011. وحسب ارقام الديوان فان عدد السكان المقيمين ارتفع خلال سنة 2011 الى 748.000 شخصا اي أن نسبة النمو طبيعي 2,04%. (الديوان الوطني للإحصائيات)

جدول رقم 1: تقدير إجمالي السكان المقيمين حسب فئة العمر و الجنس لسنة 2012 (الوحدة بالآلف)

فئة العمر	ذكور	إناث	المجموع
0-4	2242	2123	4365
05-09	1777	1675	3452
10-14	1503	1438	2941
15-19	1689	1621	3310
20-24	1871	1813	3684
25-29	1915	1890	3805
30-34	1747	1709	3456
35-39	1388	1373	2761
40-44	1173	1183	2356
45-49	1008	1014	2022
50-54	814	813	1627
55-59	672	659	1331
60-64	531	507	1038
65-69	335	343	678
70-74	285	295	580
75-79	210	225	435
80-84	139	144	283
85 و أكثر	86	89	175
المجموع	19383	18914	38297

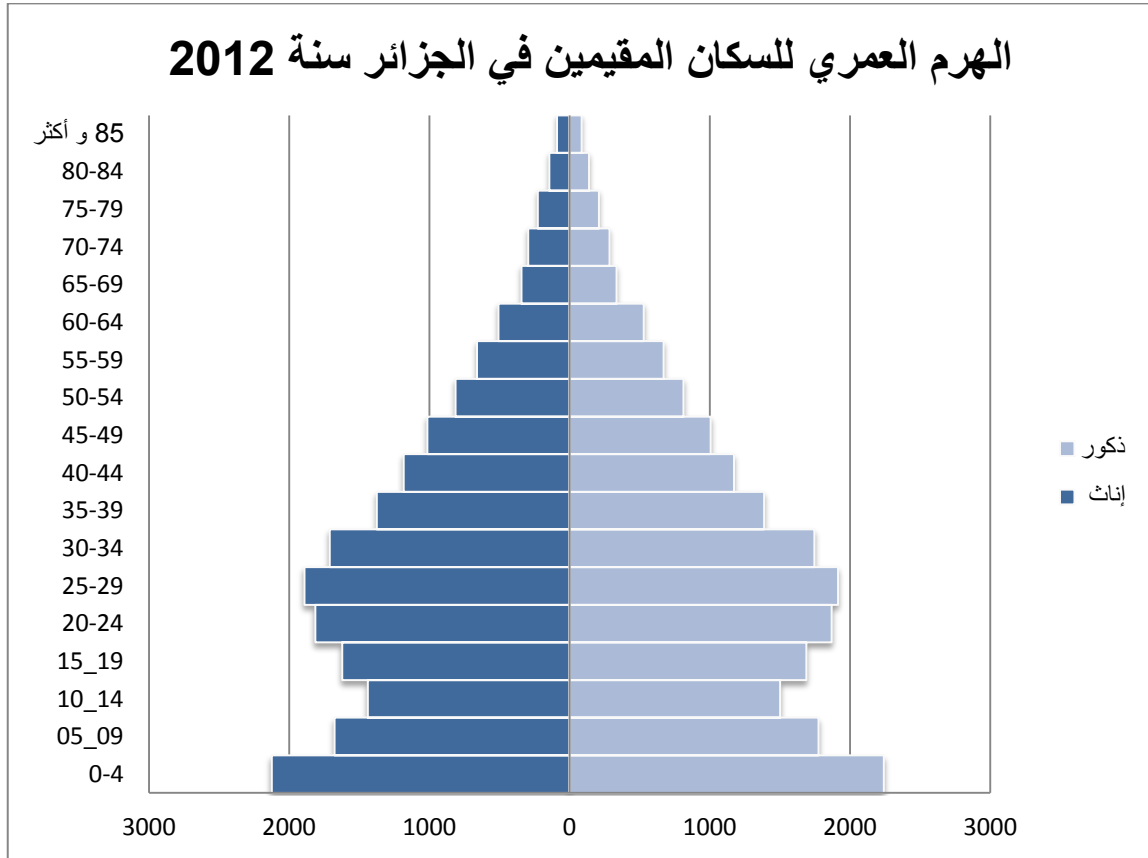
المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

ملاحظة: بعض المجاميع مقربة

حسب ما جاء في الديوان الوطني للإحصائيات فإن نسبة السكان البالغين أقل من 5 سنوات سجلت نموا متزايدا سنة 2012 بنسبة 11%. ويشهد السكان البالغ أعمارهم أقل من 15 سنة انخفاضا طفيفا بحيث تمثل نسبتهم 27,7% من العدد الإجمالي للسكان. أما فئة السكان الناشطين 15-59 سنة فشهدت هي الأخرى انخفاضا طفيفا منتقلة من 64,5 بالمئة إلى 64,4 بالمئة إلا أنها لا زالت تمثل الحصة الأكبر في وسط

السكان في حين تشهد نسبة الأشخاص الذي يبلغون 60 سنة فما فوق ارتفاعا مسجلة 7,9 بالمئة من العدد الاجمالي للسكان خلال 2012 .

الشكل رقم 3: الهرم العمري للسكان المقيمين في الجزائر لسنة 2012



المصدر: منجز اعتمادا على بيانات الجدول رقم 1

يتميز هذا الهرم العمري بقاعدة عريضة و هذا يبين أن عدد أطفال الفئة العمرية 0-4 سنوات أكثر من الأطفال الذين يتجاوز عمرهم الخمسة سنوات ما يفسر الزيادة في نسبة الولادات. أما الطبقة الناشطة (15-59 سنة) فهي تمثل الشريحة ذات أكبر نسبة من إجمالي عدد السكان. أما الفئة العمرية من 60 سنة و أكثر و التي تمثل قمة الهرم فهي الفئة الأقل نسبة 7,9 % من إجمالي السكان .

الجدول رقم 2 : أهم لمؤشرات الديموغرافية لسكان الجزائر سنة 2012

المؤشرات	القيمة
عدد السكان في منتصف السنة (بالألف)	37495
النمو الطبيعي (بالألف)	808
معدل النمو الطبيعي (%)	2,16
معدل الولادات الخام (بالألف)	26,08
معدل الخصوبة (طفل/للمرأة)	3,0
المعدل الخام للوفيات (بالألف)	4,53
معدل وفيات الأطفال (بالألف)	22,6

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

المنظومة الصحية في الجزائر :

- تطور إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر: يعتبر قطاع الصحة من أهم القطاعات التي تساهم في عملية التنمية الاجتماعية المستدامة و الفعالة، وقد اهتمت الجزائر بقطاع الصحة بشكل كبير و عملت على تحسينه و تطويره بوضع مخططات و أهداف و برامج توعية .
- أهداف إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر: بحسب ما جاء في المادة 51 من الدستور و التي تقول "الرعاية الصحية حق لكل مواطن حيث تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض المعدية و مكافحتها" .
- تم وضع ميثاق الصحة "سنة 1998 كإشارة إلى ضرورة تكييف المنظومة الصحية مع التحولات الاقتصادية و الاجتماعية بحيث يهدف إلى تحديد المبادئ الرئيسية و الأولويات التي ينبغي أن تميز السياسة الوطنية للصحة ،و التي تمثلت فيما يلي : (وزارة الصحة ،الجزائر ،ماي 1998 ،قصر الأمم ،ص 5)
- حماية الصحة و ترفيتها من أجل الحد من لا مساواة ،و إعطاء الأولوية في برنامج عمل الحكومة .
- الاستفادة من مجانية العلاج و الانصاف و التضامن الوطني
- إزالة الفوارق الجهوية من خلال المناطق الصحية الجهوية الخمسة .
- الاستفادة من المياه الصالحة للشرب و التريية و السكن و حماية المحيط .
- وضع نظام إعلامي خاص بالمؤشرات الصحية و إعادة الاعتبار للموارد البشرية عن طريق التكوين المتواصل .
- تطوير صيغ بديلة لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع .
- تحسين الظروف و الوضعية الاجتماعية و المهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة و وضع تدابير تحفيزية .
- إنشاء مجلس وطني للصحة .

- الخارطة الصحية و نظام العلاج في الجزائر :وضعت وزارة الصحة ضمن أولوياتها نظام صحي لجميع الأفراد ضم العلاجات الوقائية طويلة المدى وزعت على كل الأصعدة الاجتماعية كالأسرة ،المؤسسات التربوية ،أماكن العمل ...

إن تجهيز و تنفيذ المشاريع الصحية العمومية الذي تم تحديده في الخارطة الصحية الوطنية المحضرة سنة 1982 من طرف وزارة الصحة قد قسم الإقليم الوطني إلى 13 منطقة صحية و كل منطقة تحوي عدد من الولايات المختلفة الكثافة السكانية و المساحة والهدف من هذا التقسيم الإداري السماح للسكان في كل منطقة للوصول لمختلف مستويات العلاج .(شرفي خيرة ،جامعة الجزائر ،2007، ص 178)

- الخدمة الصحية في الجزائر :تم اسناد النظام الصحي في الجزائر إلى وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات ،التي تسير الرعاية الاستشفائية و الصحة العمومية وتراقب شروط الممارسة في القطاع الخاص و تسيير التغطية الاجتماعية من قبل ثلاث صناديق وطنية تحت وصاية وزارة العمل و الضمان الاجتماعي ،وهي الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الأجراء CNAS ،الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي للعمال الغير أجراء CASNOS ،و الصندوق الوطني للتقاعد CNR ، ويغطي نظام الضمانات الاجتماعية (المرض ،الأمومة ،العطب ،الوفاة ...) و التقاعد و حوادث العمل و الأمراض المهنية و الخدمات الاجتماعية و التأمين على البطالة و التقاعد المسبق .(عتيق عائشة ،جامعة أبو بكر بلقايد ،تلمسان ،2011-2012، ص 137) .

الصحة الإنجابية :

لقد تم التعريف بالصحة الإنجابية بمفهومها الشامل، وللمرة الأولى في وثيقة سياسة دولية، خلال المؤتمر العالمي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام 1994، والذي يعتبر مفصلاً مهماً في تاريخ الصحة الإنجابية. وقد تم تعريف وتحديد الصحة الإنجابية في برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية في الفقرة 7.2 كما يلي : "الصحة الإنجابية هي حالة رفاة كامل بدنياً وعقلياً واجتماعياً في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة. ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، ويشتمل هذا الشرط الأخير ضمناً على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون والشريعة، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة وتتهيئ للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمتع بالصحة." (منظمة الصحة العالمية، القاهرة 1994)

باختصار يمكن تعريف الصحة الإنجابية على أنها "الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته، وليس فقط الخلو من الأمراض، أو الإعاقة، وهي تعد جزءاً أساسياً من الصحة العامة، تعكس المستوى الصحي للرجل والمرأة في سن الإنجاب". (الشريف آسيا، المجلد الخامس، ص47)

لقد اهتمت الجزائر بالصحة الانجابية بشكل كبير و مكثف في مطلع التسعينيات من القرن العشرين ،حيث تم القيام بعدد كبير من المسوحات الصحية و التي تمس الصحة الانجابية بشكل خاص بهدف معرفة المشاكل و الثغرات و وضع حل لها .ومن أبرز هذه المسوحات ما يلي :

1. المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل (EASME 1992) :

كان الهدف الأساسي من هذا المسح الوطني معرفة العوامل المرتبطة بصحة الأم و الطفل و الظواهر الديموغرافية من خلال قاعدة بيانات مفصلة تساعد على تحسين السياسة الصحية بالارتكاز على المستوى الصحي الاجتماعي، تطور المتغيرات المتعلقة بتنظيم الأسرة، ودراسة العلاقة بين الخصوبة و صحة الطفل و حتى دراسة التغيرات الطبيعية و انعكاسها على صحة الأم و الطفل. (EASME، 1992، ص 27)

2. المسح الوطني حول أهداف آخر العشرية لصحة الأم و الطفل (2000 EDG Algérie) :

الهدف من هذا المسح هو الوصول وتحقيق الأهداف المسطرة في 1990 من أجل الوصول إليها في عام 2000 المتعلقة بتحسين صحة الأم و الطفل و تخفيض معدل وفيات الأطفال خاصة الأقل من خمس سنوات والتخفيف من حالات سوء التغذية و الوصول إلى تغطية أكبر عدد من الأطفال وهذا بالتطعيم طبعا و التخفيف من الأمراض خاصة الإسهال. (EDG، 2000، ص16)

3. المسح الجزائري حول صحة الأسرة (EASF 2002) :

قام الديوان الوطني للإحصائيات بانجاز المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، بمساهمة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وكان الهدف من هذا المسح توفير بيانات أساسية تفصيلية تساعد السلطات العمومية الجزائرية على تنفيذ ومتابعة وتقييم السياسات الصحية والاجتماعية وكذلك إعداد البرامج الصحية والسكانية المناسبة. (الديوان الوطني للإحصائيات، 2002)

4. الرعاية الصحية الإنجابية: تماشياً مع تعريف الصحة الإنجابية، تعرف الرعاية الصحية

الإنجابية بأنها "مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع حدوث مشاكل الصحة الإنجابية وحلها، وهي تشمل أيضاً الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية المتعلقة بالإنجاب والأمراض الجنسية". (الوزارة المنتدبة المكلفة بشؤون الأسرة، ص 10)

من أهم عناصر الرعاية الصحية الإنجابية هي رعاية صحة الأمومة التي تتفرع بدورها إلى الرعاية قبل الحمل، الرعاية أثناء الحمل، الرعاية أثناء الولادة و الرعاية بعد الولادة. كما تشمل الرعاية الصحية الإنجابية على عناصر أخرى هي: (واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر، ص172)

- تقديم الخدمات والتوعية فيما يتعلق بالأمومة التي تضمن الرعاية قبل الولادة و رعاية حديثي الولادة بما في ذلك الرضاعة الطبيعية و توفير الاحتياجات الغذائية للأم.
- المشورة و التنقيف و الاتصال و الخدمات في ما يتعلق بتنظيم الأسرة.
- الوقاية من العقم و علاجه و الوقاية من الإجهاض غير الآمن و معالجة عواقبه و الحد من مضاعفاته.
- الوقاية و المعالجة من إصابات الجهاز التناسلي ومنها الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس بما في ذلك فيروس الإيدز.
- الإعلام و التنقيف و الإرشاد بشأن الصحة الجنسية و الإنجابية؛
- وقاية ومكافحة الأمراض المتصلة بالإنجاب مثل سرطاني عنق الرحم و الثدي و أيضا البروستاتا بالنسبة للرجال.
- محاربة العادات الضارة التي تؤثر على الجهاز التناسلي مثل ختان الإناث.

- وقاية ومعالجة الحالات المرضية ما بعد الإنجاب(مثل لين العظام و أمراض القلب).

5. وفيات الأمهات :

هي وفات كل امرأة أثناء فترة الحمل أو خلال 42 يوما بعد انتهاء الحمل، بصرف النظر عن مكان و مدة الحمل و هذا لأسباب متعلقة أو ناتجة من الحمل و الولادة.(الشريف آسيا ،المجلد الخامس، ص 67)

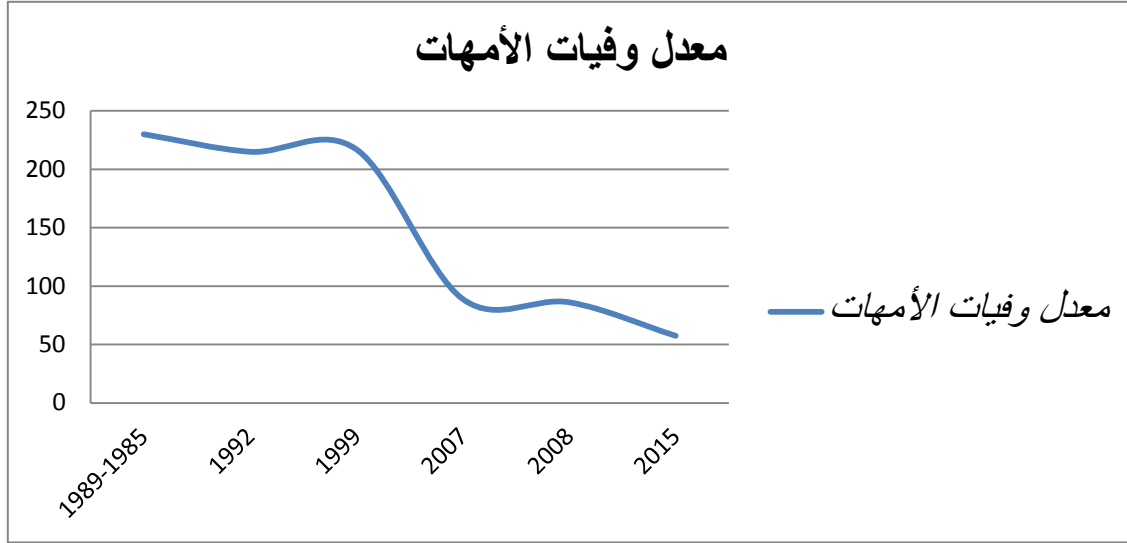
جدول رقم 3: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر

2015	2008	2007	1999	1992	1985-1989	
57,5	86	88,9	217	215	230	معدل وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات

من خلال معطيات تطور وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية نرى أن هناك انخفاض ملحوظ ، حيث أن في الفترة 1989-1985 كان يقدر المعدل ب 230 وفاة لكل 100000 ولادة حية لينخفض بمقدار 172,5 نقطة و يصبح 57,5 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2015 .

الشكل رقم 4: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر



المصدر: منجز اعتمادا على بيانات الجدول رقم 3

نرى انخفاض معدل وفيات الأمهات بصورة واضحة من خلال المنحنى البياني، و هذا بفضل البرامج الوقائية التي تبنتها الجزائر في مجال الاهتمام بالمرأة و الطفل منذ الاستقلال، حيث كان أول برنامج أقيم في فترة الستينات من خلال إنشاء عدة مراكز من بينها مراكز لحماية الأمومة و التي تشهد تزايدا عبر السنوات، حيث كانت تقدر ب 77 مركز سنة 1969 لتصل إلى 133 سنة 1972، "إضافة إلى برنامج التوليد بدون خطر الذي يعرف منذ سنة 2000 حيوية كبيرة تتمثل في التكوين المتواصل للإطارات الطبية و الشبه الطبية و تطوير اجراءات التكلف بالاستعدادات التوليدية و أكثر قسط من هذا البرنامج موجه للمناطق الريفية". (منظمة الصحة العالمية، التوليد في طب الأسرة، دليل أرشادي، ليونز بول، 2006)

6. تطور المتابعة الصحية قبل و بعد الولادة في الجزائر:

المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل و بعدها تعتبر من الأولويات الأساسية للحد من وفيات الأمهات. فقد أكدت المنظمة العالمية للصحة أن الرعاية الصحية أثناء الحمل و بعده تلعب دورا كبيرا في الحد من وفيات الأمهات و الرضع، فضلا عن تقليل مخاطر الولادة المبكرة، و قلة الوزن إضافة إلى هذا فإن الرعاية تسمح لمقدمي الخدمات الصحية بمعرفة كل المعلومات المتعلقة بصحة المرأة الحامل من تاريخ طبي، و تقدير الموعد المحتمل للولادة، و سبل التغذية و الرعاية الصحية السليمة. (واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر (مقارنة مع بلدان المغرب العربي) ، جامعة وهران، ص168).

جدول رقم 4: المتابعة الصحية في الجزائر قبل الولادة من 1 زيارة إلى 4 زيارات

السنوات	1992	2002	2006	2012
نسبة المتابعة قبل الولادة %	58	81	90,4	97,5

المصدر: المنظمة العالمية للصحة 2014 OMS

من خلال المعطيات الإحصائية نلاحظ أنه و "بفضل التوعية الصحية و برنامج التكفل بالمرأة الحامل و تنظيم الطب الخاص بفترة الولادة و ما بعد الولادة" (منظمة الصحة العالمية، التوليد في طب الأسرة، دليل أرشادي، ليونز بول، 2006.) ، شهدت نسبة المتابعة الصحية للمرأة الحامل تطور ملحوظ حيث كانت تقدر ب 58% سنة 1992 لتصبح 97,5 % سنة 2012 .

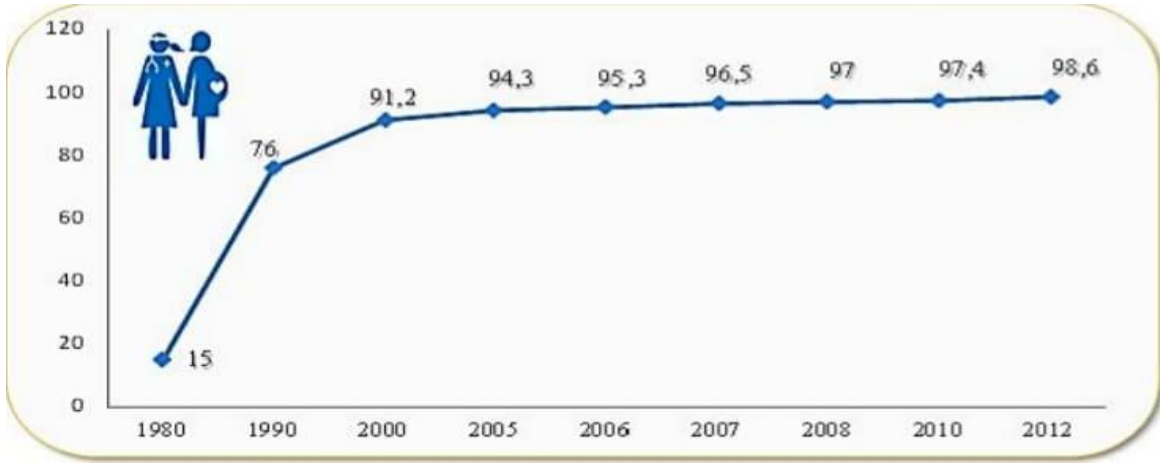
أما المتابعة الصحية بعد الولادة فلا تزال قليلة نوعا ما ،حيث تقدر نسبة النساء اللواتي يقمن بالمتابعة الصحية بعد فترة الولادة 30% منهم 36% في المناطق الحضرية مقابل 23,9% في المناطق الريفية.

7. تطور نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين في مجال التوليد :

إن الولادات التي تتم تحت مراقبة أطباء مختصين و أشخاص ذوي كفاءة لها دور كبير في الحد من وفيات الأمهات و الأطفال، و كذلك تفادي مخاطر الولادة و إبقائهم تحت متابعة و عناية صحية عند الولادة و بعدها. (منظمة الصحة العالمية، التوليد في طب الأسرة، دليل أرشادي، ليونز بول، 2006) .

في سنة 1977 تقرر دمج (intégrer) نشاطات حماية الأمومة و الطفولة في أغلب القطاعات الصحية خاصة في العيادات المتعددة الخدمات قصد تقريب الخدمة من الأم و تجنب الانتقالات المتكررة لمسافات بعيدة كما تم خلال نفس السنة برمجة القرار الخاص بإعادة تأهيل القابلات (sage femme recyclée) أين تقرر إعادة تكوين حوالي 832 قابلة عبر التراب الوطني خلال الفترة 1977-1981 بمعدل إعادة تأهيل 166 قابلة في كل سنة". (وفيات الأمهات و المتابعة الصحية للحوامل، بلعروسي شريفة، ص 45)

الشكل رقم 5: الولادات التي تتم تحت إشراف مختصين في مجال التوليد في الجزائر



المصدر: المنظمة العالمية للصحة OMS

من خلال المنحنى البياني للمعطيات الإحصائية نلاحظ أن نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين شهدت تطور ملحوظ، "بفضل البرامج الصحية المنتهجة من طرف الدولة في مجال العناية بصحة الأم و الطفل، من خلال التكوين المتواصل للإطارات الطبية و الشبه الطبية المختصة في مجال التوليد سواء داخل الوطن أو خارجه بواسطة ملتقيات أيام دراسية و دورات تدريبية، سعيا لتحسين الخدمات المقدمة" (واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر، نفس المرجع، ص173) ،و هذا ما أدى في رفع معدل الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين من 15% سنة 1980 إلى 76% سنة 1990 إلى 98,6% سنة 2012

الخلاصة:

بعد الإطلاع على المعطيات الإحصائية و التقارير التي قدمت في هذا الفصل و التي جمعت من عدة مصادر موثقة، يمكننا القول أنه استطاعت الجزائر إحراز تقدم كبير في مجال الصحة الإنجابية، من خلال العناية بصحة الأم و الطفل و ذلك لاعتبارها مسألة حاسمة للحد من وفيات الأمهات و تحسين أوضاعهن الصحية. كما استطعنا رؤية تقدم مجال الصحة الإنجابية و الرعاية بصحة الأم بشكل واضح و ملحوظ في الفترة الممتدة من سنة 1990 إلى غاية 2005.

الفصل الثاني: منهجية الدراسة

- تقديم مصدر معطيات الدراسة
- عينة المسح
- عينة الدراسة
- العوامل المؤثرة على الوصول للرعاية الطبية خلال الحمل و عند الولادة
- تقديم المتابعة الطبية خلال الحمل
- تقديم الرعاية المؤهلة عند الولادة
- كيفية معالجة البيانات المتعلقة بالمتغيرات التفسيرية
- تقديم التقسيم الإقليمي حسب برنامج المسح
- تقييم نوعية المعطيات
- الخلاصة

تمهيد :

يعتبر هذا الفصل الجزء التمهيدي للإطار التطبيقي للدراسة، في البداية سنقدم المصدر الذي اعتمدنا عليه لمعالجة موضوعنا وكذلك عينة الدراسة و المتغيرات التي تم اختيارها و التي تنقسم إلى قسمين (المتغيرات التابعة و هي محور الدراسة و المتغيرات المستقلة) ثم نقوم بشرحها و نبين على أي أساس تم اختيارها و كيف تمت معالجتها و تقييمها .

1. تقديم مصدر معطيات الدراسة :

تعتمد الدراسات السكانية على معطيات إحصائية يتم الحصول عليها إما عن طريق تعداد أو مسح أو حتى سجلات مدنية أو إدارية، و ذلك لما تحتويه هذه المصادر من معلومات عن أحوال و حركة السكان من حجم و توزيع و تركيب، أما في هذه الدراسة سنستخدم على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS4 2012.

لقد قامت الجزائر بثلاثة مسحات عنقودية قبل مسح MICS4 2012 ،أولها أقيم سنة 1995 سمي بـ MICS1 و كانت مدة هذا المسح تسعة أشهر جُمعت فيها كل البيانات التي تعكس صحة الأم و الطفل،بعده بخمسة سنوات أي سنة 2000 أقيم المسح العنقودي متعدد المؤشرات الثاني سمي بـ MICS2 ،و الثالث سنة 2006 و هو MICS3 ،و أخيرا MICS4الذي أقيم سنة 2012 .

✓ ما هو المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS4؟

"أجري مسح MICS4 سنة 2012-2013 من قبل وزارة الصحة والسكان، بدعم تقني ومالي من اليونيسف ومساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان، هو عبارة عن مسح عنقودي متعدد المؤشرات، هدفه الحصول على إحصاءات دقيقة عن حالة الأطفال ، النساء و الأسر المعيشية على المستوى الوطني،

بحسب الحضر و الريف، و وفقا للخصائص الاجتماعية والديموغرافية و الاقتصادية لأفراد الأسر المعيشية، في مختلف المجالات المتعلقة بالصحة والتعليم والحماية من فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز) وحتى الظروف المعيشية للسكان. ويهدف إلى إبراز مدى التقدم نحو الأهداف الإنمائية للألفية وكذلك مدى تحقيق الأهداف الإنمائية الوطنية التي تؤثر على رفاه الأسر والأطفال والنساء في الجزائر، استهدف المسح العنقودي متعدد المؤشرات عينة من 28000 أسرة موزعة وفقا لتسعة أقاليم (شمال مركزي، شمال شرقي، شمال غربي، المرتفعات الوسطى، المرتفعات الشرقية، المرتفعات الغربية، والجنوب المركزي، الجنوب الشرقي، الجنوب الغربي) بالإضافة إلى الإحصائيات الخاصة بسكان الجزائر على المستوى الوطني. (" تقرير المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012 MICS4)

2. عينة المسح :

"استهدف المسح العنقودي متعدد المؤشرات النساء اللاتي تتراوح أعمارهم بين 15 و 49 سنة والأطفال الأقل من 5 سنوات، حيث أن حجم العينة عبارة عن 1120 عنقود موزع على 7 مناطق عبر التراب الوطني أي بمعدل 160 عنقود في كل منطقة، و بلغ الحجم الإجمالي للعينة 28000 أسرة معيشية، و من بين هذه الأسر المعيشية المختارة استطاع فريق المسح القيام بمقابلات ناجحة مع 27198 أسرة فقط، كما بلغ عدد النساء في سن الانجاب اللواتي تم استجوابهن 41 184 امرأة (بنسبة إستجابة 98 % في الحضر و 99 % في الريف) و يعتبر هذا المعدل متطابق تقريبا على جميع الأقاليم مهما اختلفت مساحتهم". (تقرير المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012 MICS4)

3. عينة الدراسة:

من بين 41184 امرأة في سن الانجاب (أي من الفئة العمرية 15-49 سنة) تم استجوابها خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012، قمنا بتصفية العينة حسب الأسئلة التي خصت النساء اللواتي أنجبين خلال السنتين الأخيرتين قبل تاريخ المسح، ذلك لأن هذه الأسئلة شملت جوانب متعلقة بالولادة الأخيرة، و هكذا أصبح حجم العينة 5902 امرأة و عند ازالة القيم المفقودة من المتغيرين الأساسيين و هما "المتابعة الطبية أثناء الحمل" و "الرعاية الطبية عند الولادة" أصبح الحجم النهائي للعينة التي تمت عليها دراستنا 5688 امرأة، ما يمثل 96,37% من مجموع النساء المعنيات بهذه الأسئلة .

4. العوامل المؤثرة على الوصول للرعاية الطبية خلال الحمل و عند الولادة:

✓ العمر (سن المرأة): يعتبر سن المرأة أساسي في هذه الدراسة حيث له تأثير على لجوء المرأة للمتابعة الصحية سواء أثناء الحمل أو عند الولادة أو حتى بعدها، و هذا ما بينته عدة دراسات سابقة.

✓ الحالة الزوجية: تعتبر الحالة المدنية واحدة من العوامل التي يمكنها التأثير على وصول المرأة لرعاية صحية جيدة أثناء الحمل و الولادة، فقد تختلف ظروف النساء المتزوجات اللواتي يتمتعن بحياة عادية على نساء يعشن ظروف مغايرة ربما غير مستقرة تأثر سلبا على لجوئهم لرعاية صحية كافية.

✓ النساء اللواتي أنجبين من قبل: اخترنا هذا المتغير من خلال فكرة أن النساء اللواتي أنجبين من قبل يكن أكثر خبرة في مجال الحمل و الولادة مقارنة مع النساء اللواتي لم ينجبن من قبل و هذا ما يمكن أن يخلق الفرق بين الحالتين في نتيجة اللجوء للمتابعة و الفحص الطبي خلال هذه الفترة.

✓ النساء اللواتي فقدن طفل من قبل: تعتبر النساء اللواتي فقدن طفل من قبل أكثر حذرا في

موضوع المتابعة الصحية و هذا لتخوفهن من حدوث الأمر مرة أخرى أو مواجهة صعوبات

صحية خلال فترة الحمل و عند الولادة، و على هذا الأساس تم اختيار هذا المتغير.

✓ منطقة الإقامة: في حالة البلدان النامية تعتبر منطقة الإقامة أو مكان الإقامة أساسية في

التحليل لتحديد نوعية الحياة المعيشية كما هو الحال في الجزائر ،و هذا بسبب عدم المساواة في

توزيع المرافق الصحية و المستشفيات ما يؤدي إلى تفاوت في قدرة المرأة على الوصول للمتابعة

الصحية بين مختلف المناطق.

✓ المستوى الدراسي للمرأة: استنادا على دراسات سابقة تم اختيار هذا المتغير ،حيث يعمل العامل

الثقافي على التوعية لمحاربة أسباب وفيات الأمهات و الأطفال و تجنب الأخطاء و الهفوات

المؤدية لها، فنجد أن النساء اللواتي يتمتعن بمستوى دراسي عالي يتمتعن بثقافة صحية و ذلك

لما يكتسبونه من وعي و معرفة لأهمية ذلك.

✓ المستوى المعيشي للأسرة: للعامل الاقتصادي أهمية كبيرة في دراسة جميع المجالات بما

فيها مجال الصحة الإيجابية. فالدخل المادي للأسرة، و الوضعية المهنية للأب أو الأم، و كذلك

حجم الأسرة بالنسبة للدخل المادي، كل هذا يؤثر بشكل مباشر على قدرة المرأة للوصول للمتابعة

الصحية أثناء الحمل و عند الولادة، فكلما نقص الدخل المادي تصعب عملية الوصول للمتابعة

الصحية، و على هذا الأساس اخترنا المستوى المعيشي للأسرة كعامل في تحديد نتائج الدراسة.

5. متغير المتابعة الطبية خلال الحمل :

"المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل" هي المتغير التابع الأول ، و بما أننا ارتكزنا على معطيات MICS4 كما سبق ذكره من قبل ، فقد أخذت هذه المعلومة من خلال طرح سؤال على المرأة المستجوبة على الشكل التالي:

- هل تلقيت رعاية طبية خلال فترة الحمل؟ (المقصود من هذا السؤال آخر حمل قامت به المرأة المستجوبة خلال آخر سنتين قبل المسح)

و كانت الاجابة ثنائية التفرع أي ب:

- نعم

- لا

الجدول رقم 5: توزيع النساء على حسب وصولهن لرعاية طبية خلال فترة الحمل اعتمادا على

معطيات MICS4

المجموع		الوصول لرعاية طبية خلال الحمل				
		لا		نعم		
%	ع	%	ع	%	ع	
100	5688	5,3	299	94,7	5389	عدد النساء

المصدر: منجز اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

من خلال هذا السؤال طرحت أسئلة أكثر عمقا تساعد على معرفة تفاصيل مثل عدد المرات التي قامت بها المرأة بالفحص الطبي خلال حملها ، و كذلك سبب لجوئها للفحص الطبي خلال هذه الفترة ، و قد جاءت

الأسئلة كما يلي:

السؤال الأول: كم عدد المرات التي قمت فيها بالفحص خلال فترة حملك؟

الاجابة على السؤال كانت مفتوحة على حسب عدد مرات الفحص التي قامت بها كل امرأة خلال حملها.

يبين الجدول الخامس نتائج الاجابة

الجدول رقم 6: توزيع النساء على حسب عدد مرات الفحص الطبي خلال فترة الحمل اعتمادا

على معطيات MICS4

عدد مرات الفحص أثناء الحمل	0	1	2	3	4	5	6	7	8	المجموع
ع	27	106	174	385	425	297	185	66	59	1724
عدد النساء %	1,6	6,1	10,1	22,3	24,6	17,2	10,7	3,8	3,4	100

المصدر: منجز اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

لم تكن نتيجة هذا السؤال مرضية لأن نسبة كبيرة من النساء لم يجبن فمن بين 5688 امرأة مستجوبة، 1724 امرأة فقط جاوبت على السؤال أي نسبة الاستجابة كانت 30,31%. يرجع هذا الأمر غالبا لمشكلة النسيان.

في حين قدر متوسط عدد الزيارات الطبية خلال فترة الحمل 3,4 زيارات و هي قليلة مقارنة مع عدد الزيارات التي حددتها المنظمة العالمية للصحة (OMS) و التي قدرت ب 4 زيارات على الأقل.

السؤال الثاني: ما هو السبب الأساسي الذي دفعك للقيام بفحص طبي واحد على الأقل خلال فترة حملك؟

وقد وضعت اختيارات للإجابة على هذا السؤال والنتيجة كانت كما يلي:

الجدول رقم 7: توزيع النساء على حسب سبب القيام بفحص طبي واحد على الأقل خلال فترة

الحمل اعتمادا على معطيات MICS4

عدد النساء		سبب القيام بالفحص
%	ع	
47,5	384	التأكد من الحمل
18,5	150	التأكد من صحة الجنين
26,0	210	التأكد من وضع الحمل
6,1	49	بسبب مشاكل صحية
0,9	7	احتياط من عدم حدوث مشاكل عند الولادة
1,1	9	أسباب أخرى
100	809	المجموع

المصدر: منجز اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

كان السبب الأول لقيام النساء بفحص واحد على الأقل خلال فترة الحمل هو التأكد من الحمل بنسبة 47.47%، يليه التأكد من وضع الحمل بنسبة 25.96% ثم التأكد من صحة الجنين و مواجهة مشاكل صحية خلال الحمل بنسبة 18.54% و 6.06%. 809 امرأة فقط استطاعت الاجابة على هذا السؤال حيث قُدرت نسبة الاستجابة 14.22%، و هي نسبة ضعيفة جدا.

6. متغير الرعاية المؤهلة عند الولادة :

تعتبر "الرعاية الطبية عند الولادة" المتغير التابع الثاني في هذه الدراسة ، و للحصول على هذه المعلومة طُرح السؤال على المرأة المستجوبة كمايلي:

- من كان حاضرا عند ولادتك الأخيرة ؟ثم تُبع هذا السؤال بسؤال آخر للتأكد من الإجابة "و من أيضا؟"
من خلال هذا السؤال قمنا بوضع فرضية أن هناك دائما مساعدة عند الولادة و لكن من خلال الاختيارات التي وُضعت من أجل الاجابة على هذا السؤال استطعنا أن نميز نوعين من الرعاية عند الولادة و هما :
رعاية طبية و ذلك بحضور إما طبيب مختص أو طبيب عام أو قابلة (أخذت هذه المعلومات من استمارة المسح4MICS) ، و رعاية غير طبية و ذلك بحضور إما مولدة تقليدية أو فرد من العائلة أو صديق أو شخص آخر (أخذت الاختيارات كذلك من استمارة المسح4MICS).

استنادا على هذه الفرضية قمنا بخلق متغير ذو شكلين :الأول هو عدم وجود رعاية طبية عند الولادة و الذي رمزنا له ب 0 و هذا يشمل كل النساء اللواتي لم يخضعن لمساعدة طبية مؤهلة عند ولادتهن الأخيرة، و الثاني أعطيناه الرمز 1 و هو وجود رعاية طبية عند الولادة حيث يشمل النساء اللواتي خضعن لمساعدة طبية مؤهلة عند الولادة.

باستخدام برنامج SPSS استطعنا جمع الثلاث اختيارات الأولى الموجودة في مصدر المعطيات و تعويضها باختيار واحد وهو "نعم" خضعت لرعاية مؤهلة عند الولادة، والثلاث اختيارات الأخيرة جمعناها و عوضناها بـ "لا" لم تخضع لرعاية مؤهلة عند الولادة.

الجدول رقم 8: توزيع النساء على حسب وصولهن لرعاية مؤهلة أو غير مؤهلة عند الولادة الأخيرة اعتماداً

على معطيات MICS4

المجموع		الوصول لرعاية طبية مؤهلة				عدد النساء
		لا		نعم		
%	ع	%	ع	%	ع	
100	5688	1,4	77	98,6	5611	

المصدر: منجز اعتماداً على قاعدة بيانات MICS4

الجدول رقم 9: كيفية انشاء متغير ثنائي التفرع من خلال متغير متعدد التفرع

- طبيب مختص	نعم	النساء اللواتي خضعن لرعاية طبية مؤهلة عند الولادة
- طبيب عام		
- قابلة		
- مولدة تقليدية	لا	النساء اللواتي لم يخضعن لرعاية طبية عند الولادة
- فرد من العائلة اصديق		
- شخص آخر		

المصدر: منجز اعتماداً على معطيات تقرير MICS4

7. معالجة البيانات المتعلقة بالمتغيرات التفسيرية:

- انشاء متغير سن المرأة عند آخر ولادة : لقد أنشأنا هذا المتغير باستخدام برنامج SPSS و ذلك بطرح

تاريخ ميلاد الطفل الأخير من تاريخ ميلاد المرأة .وقد قسمناه على شكل ثلاثة فئات عمرية (> 20 سنة

من 20 إلى 34 سنة ، من 34 سنة و أكثر) ،قمنا بهذا التقسيم من أجل تسهيل عملية التحليل و كذلك لسبب آخر و هو أن الحياة الانجابية تنقسم إلى ثلاثة مراحل كالتالي :

1- المرحلة الأولى (فئة النساء البالغات أقل من 20 سنة) :تكون نسبة الخصوبة و الولادة في هذه المرحلة ضعيفة لأنها تعتبر بداية الحياة الانجابية .

2- المرحلة الثانية (من 20 إلى 34 سنة) :تكون الخصوبة خلال هذه المرحلة في ذروتها، وهي أهم مرحلة في الحياة الإنجابية .

3- المرحلة الثالثة (من 34 و أكثر) :تبدأ نسبة الخصوبة بالتناقص في هذه المرحلة ، وتعتبر آخر مرحلة للحياة الانجابية.

-انشاء متغير المستوى المعيشي للأسرة :لقد كان هذا المتغير موجودا من قبل في مصدر معطيات 4MICS، حيث أخذ خمسة صفات "فقر جدا ،فقير ،متوسط ،غني و غني جدا" تم تصنيفها نسبة إلى الأشياء التي تملكها الأسرة المعيشية مثل (الكهرباء ،الماء ،التلفاز ،الثلاجة ،الهاتف و حتى حالة المسكن الذي تعيش فيه الأسرة و المجاري المائية...) أي كل الأشياء التي نستطيع من خلالها تحديد المستوى المادي.

لقد قمنا في هذه الدراسة بإنشاء متغير جديد اعتمادا على هذا المتغير الموجود و الذي سمي "المستوى المعيشي للأسرة" و قد أخذ ثلاثة صفات فقط و هي:

- فقير

- متوسط

- غني

ذلك بهدف تسهيل عملية التحليل.

الجدول رقم 10: توزيع النساء حسب المستوى المعيشي من خلال معطيات MICS4

المجموع		غني		متوسط		فقير		المستوى المعيشي
%	ع	%	ع	%	ع	%	ع	
100	5688	35,2	2007	20,9	1189	43,8	2492	عدد النساء

المصدر: منجز اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

- **ملاحظة :** بالنسبة لمتغير الحالة الزوجية فهو يتكون من صفتين (1=متزوجة ، 2 = غير متزوجة) ، و الذي نريد توضيحه من خلال هذه الملاحظة أن الصفة "2" تضم النساء المطلقات و الأرملة و اللواتي يعشن مرحلة انفصال ، وقد وجدنا هذا المتغير جاهز كما هو .
- أما بالنسبة لباقي المتغيرات فلم تكن بحاجة للمعالجة و التغيير .

8. التقسيم الإقليمي حسب برنامج المسح :

جاء التقسيم الإقليمي للمسح على شكل تسعة مناطق مختلفة ، حيث تضم كل منطقة عدد مختلف من الولايات كما هو موضح في الجدول رقم 11 .

الجدول رقم 11: توزيع الولايات حسب التقسيم الإقليمي للمسح

الولايات	منطقة التقسيم حسب المسح
الجزائر العاصمة، البليدة، بومرداس، تيبازا، بويرة، المدينة، تيزي وزو، بجاية، شلف، عين الدفلة	الشمال المركزي
عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميله، سوق هراس، الطارف، قالمة	الشمال الشرقي
وهران، تلمسان، مستغانم، عين تيموشنت، غيليزان، سيدي بلعباس، معسكر	الشمال الغربي
الجلفة، الأغواط، مسيلة	المرتفعات الوسطى
سطيف، باتنة، خنشلة، برج بو عريريج، أم البواقي، تبسة	المرتفعات الشرقية
تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض	المرتفعات الغربية
تمنراست، إيليزي	الجنوب المركزي
غرداية، بيسكرة، الواد، وارقلة	الجنوب الشرقي
بشار، تيندوف، أدرار	الجنوب الغربي

المصدر: إنجاز شخصي اعتمادا على تقرير MICS4

لم يكن لنتيجة هذا التقسيم أي معنى في عملية تحليل بيانات المسح لذا قمنا بالاستغناء عن متغير مكان

الإقامة حسب التقسيم الإقليمي في مرحلة التحليل و الإكتفاء بمنطقة الإقامة فقط .

الجدول رقم 12: توزيع المتغيرات و صفاتها على حسب مختلف العوامل

المفهوم	المتغير	صفة المتغير
الخصائص الإجتماعية و الديمغرافية للمرأة	سن المرأة عند آخر ولادة	عبارة عن فئات عمرية (من 15 إلى 49 سنة)
	لديها أطفال من قبل	نعم/لا
	لديها طفل ميت	نعم/ لا
	متزوجة حاليا	نعم/لا
العامل الثقافي	المستوى الدراسي	بدون مستوى ،ابتدائي ،متوسط ،ثانوي ،تعليم عالي .
العامل الجغرافي	منطقة الإقامة	الريف ،الحضر
	مكان الإقامة على حسب التقسيم الاقليمي لبرنامج المسح	الشمال الشرقي ،الشمال الغربي ، الشمال المركزي ،المرتفعات الشرقية ،المرتفعات الغربية ،المرتفعات الوسطى ،الجنوب الشرقي ،الجنوب الغربي ،الجنوب المركزي .
	المستوى المعيشي للأسرة	فقير ،متوسط ،غني
الوصول للرعاية التوليدية	القيام بالمتابعة الطبية أثناء الحمل	نعم/لا
	الحصول على رعاية طبية مؤهلة عند الولادة	نعم/لا

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

9. تقييم نوعية المعطيات :

بالنسبة لعينة الدراسة التي تشمل النساء من الفئة العمرية [15-49 سنة] اللواتي أنجبن في السنتين الأخيرتين قبل بداية المسح و التي قدرت بـ 5688 امرأة لم نجد أي قيم مفقودة على مستوى المتغيرات التفسيرية للدراسة ما عدا متغير واحد و هو المتغير الذي يبين هل أنجبت المرأة من قبل الذي سجل نسبة استجابة قدرت بـ 49.9% و ذلك باستخدام برنامج SPSS ، ما يوضحه الجدول رقم 11

جدول رقم 13: توزيع المتغيرات حسب القيم الصالحة و القيم المفقودة

المتغيرات	القيم الصالحة	القيم المفقودة	نسبة عدم الإجابة
سن المرأة عند آخر ولادة	5688	0	%0
فقدت طفل قبل الحمل الأخير	5688	0	%0
أنجبت من قبل	2839	2849	%50.1
الحالة الزوجية (متزوجة أو غير متزوجة)	5688	0	%0
المستوى الدراسي	5688	0	%0
منطقة الإقامة	5688	0	%0
مكان الإقامة على حسب التقطيع الإقليمي	5688	0	%0
المستوى المعيشي للأسرة	5688	0	%0

المصدر: منجز اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

يعتبر تقييم جودة البيانات ضروري قبل البدء في التحليل حيث يسمح لنا بتقدير مدى تناسق البيانات .
وللوصول لنتائج دقيقة يجب أن تكون نسبة عدم الاستجابة أقل من 10% ،لهذا قمنا بإلغاء المتغير "أنجبت
المرأة من قبل "أما باقي المتغيرات فقد سجلت نسبة استجابة جيدة تساعد في الحصول على نتائج مرضية .

الخلاصة:

تم توضيح من خلال هذا الفصل كيف تمت دراسة البيانات، بتقديم و تحديد العينة و معالجة المتغيرات ،أما الجزء الأهم في هذا الفصل هو أن معطيات الدراسة و التي أخذت من مسح 2012 "MICS4" كانت بالمجمل مقبولة من أجل القيام بتحليلات إحصائية و اختبار مدى صحة الفرضيات التي قمنا بها و الاجابة على التساؤلات التي طرحناها ،ذلك لأن معدل الاستجابة كان مرتفع.

الفصل الثالث: تقديم نتائج الدراسة

- منهجية تحليل نتائج الدراسة
- التحليل الوصفي
- تعريف اختبار كاي تربيع و خطوات استخدامه
- تحليل المعطيات
- 2. سن المرأة عند آخر ولادة
- 3. الحالة الزوجية للمرأة
- 4. هل فقدت طفل من قبل
- 5. مكان اقامة المرأة
- 6. المستوى الدراسي للمرأة
- 7. المستوى المعيشي للأسرة
- تقييم صحة الفرضيات
- النتائج المحصلة من خلال التقرير النهائي لـ MICS4
- الخاتمة العامة

تمهيد :

في هذا الفصل تم تحليل البيانات و التوصل لنتائج استطعنا من خلالها الإجابة على كل التساؤلات المطروحة في بداية الدراسة ،وبما أنه لدينا متغيرين تابعين تمت دراسة كل متغير تابع على حدى و علاقته بالمتغيرات التفسيرية المستقلة التي تمثلت في (سن المرأة ،المستوى الدراسي للمرأة ،هل فقدت المرأة طفل قبل هذه الولادة ،الحالة الزوجية للمرأة ،منطقة الإقامة ،الوضع المعيشي للأسرة) ،كما قمنا بمقارنة النتائج المحصلة بالفرضيات المطروحة في بداية الدراسة و في الأخير قدمنا نتائج التقرير النهائي للمسح .

منهجية تحليل نتائج الدراسة :

اتبعنا منهجية التحليل الوصفي للمتغيرات التفسيرية المستقلة على حسب كل متغير تابع على حدى، باستعمال اختبار كاي مربع (χ^2) و ذلك من أجل إظهار وجود أو عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين المتغيرات المستقلة و المتغيرين التابعين .

التحليل الوصفي :

نظرا لطبيعة الدراسة فإن التحليل الوصفي ضروري للوصول إلى الإجابات المرجوة لذلك اخترنا اختبار كاي تربيع للمعنوية لأكثر من عينة (كاي مربع للاستقلال) بما أنه الأنسب حيث نستطيع من خلاله معرفة وجود علاقة ذات دلالة بين متغيرين .

تعريف كاي تربيع :

يستخدم إختبار كاي مربع للإستقلال للإجابة على أسئلة مثل (هل توجد علاقة بين متغيرين كيفيين أو متغير كيفي والآخر كمي)و يعتمد على مقارنة القيم المشاهدة مع القيم المتوقعة. لذلك يجب أن نختار عينة عشوائية من المجتمع محل الدراسة ثم تصنف مشاهدات هذه العينة حسب مستويات كل صفة من الصفتين ووضعها في جدول يسمى جدول التوافق . (الاحصاء المطبق في العلوم الاجتماعية ،ص 197)

خطوات اختبار كاي مربع :

- صياغة فرض العدم والفرض البديل: (نفس المرجع ،ص 198)

H_0 : لا يوجد فروق بين الصفتين أو يوجد ارتباط بين الصفتين

H_1 : يوجد فروق بين الصفتين أو لا يوجد ارتباط بين الصفتين

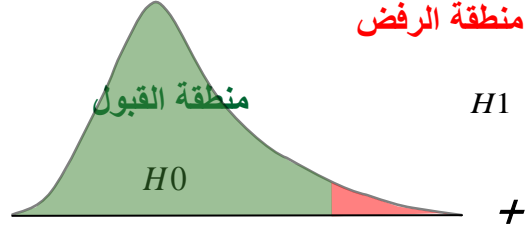
- قيمة إحصاء الاختبار مربع كاي: عن طريق الصيغة التالية :

$$\chi^2 = \sum \frac{(fo - fe)^2}{fe}$$

- استخراج القيمة الجدولية لكاي مربع من خلال تحديد قيمة α حيث له تقريبا توزيع مربع كاي بدرجة

حرية واحدة. $\chi^2(1, \alpha)$

• اتخاذ القرار: نتخذ القرار بناء على قيمة احصاء الاختبار



إذا وقعت قيمة إحصاء الاختبار في منطقة الرفض فإننا نرفض فرض العدم H_0 ونقبل الفرض البديل H_1 ، أما إذا وقعت قيمة إحصاء الاختبار في منطقة القبول فإننا نقبل فرض العدم H_0 .

كيف تمت ترجمة النتائج اعتماداً على اختبار كاي مربع؟

بما أن هذه الدراسة هي دراسة اجتماعية فقد توجب علينا أن نحدد نسبة خطأ مقدرة بـ 5% و ذلك باستعمال برنامج SPSS، أما بالنسبة لنتيجة الاختبار فقد اعتبرنا النموذج مقبولاً عندما تكون قيمة احصاء الاختبار أقل أو تساوي 5% و في هذا الحال نستنتج وجود علاقة ذات دلالة بين الصفتين المدروستين .

تحليل المعطيات :

1- السن عند آخر ولادة :

يعتبر سن المرأة من أهم المؤشرات التي يتم التركيز عليها في مجال دراسة الصحة الإنجابية لما لها من تأثير لذا بدأنا عملية التحليل بالمتغير التفسيري "سن المرأة عند آخر ولادة" .

تبين النتائج المتحصل عليها أن النساء من الفئة العمرية 20-34 سنة يمثلن أهم نسبة 69% تليها النساء البالغات 34 سنة و أكثر خلال حملهن الأخير بنسبة 29% و في الأخير النساء البالغات أقل من 20 سنة بنسبة 1,2% .(أنظر الجدول رقم 14)

الجدول رقم 14 :توزيع المتابعة الطبية خلال الحمل حسب سن المرأة عند آخر ولادة من خلال معطيات

MICS4

المجموع		المتابعة الطبية خلال الحمل					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
1.2	70	0	2	1.2	68	20>	سن
69.7	3967	3.2	182	66.5	3785	34-20	المرأة
29,1	1651	2	115	27	1536	34 و أكثر	
100,0	5688	5,3	299	94,7	5389	المجموع	

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

أما بالنسبة للمتابعة الطبية خلال الحمل فنلاحظ أن الأكثر إقبال هن النساء البالغات أقل من 20 سنة بنسبة 97,1%، تليها نسبة النساء من الفئة العمرية 20-34 سنة بـ 95,9% ثم البالغات أكثر من 34 سنة بنسبة 92,1%. (أنظر الجدول رقم 15)

الجدول رقم 15 : تابع للجدول رقم 14

المجموع	الرعاية الطبية أثناء الحمل			
	لا	نعم		
100,0	2,9	97,1	20>	سن
100,0	4,1	95,9	34-20	المرأة
100,0	7,9	92,1	34 و أكثر	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

يبدو أن أغلبية النساء استطعن الوصول لرعاية طبية مؤهلة أثناء الوضع (98,6%)، وهذا ما يخلق عدم وجود فوارق في نسب الوصول للرعاية المؤهلة عند الوضع بين مختلف الفئات العمرية. (أنظر الجدول رقم

(16)

الجدول رقم 16: توزيع الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب سن المرأة من خلال معطيات MICS4

المجموع		رعاية مؤهلة عند الولادة					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
1.2	70	0	1	1.2	69	20>	سن المرأة
69.7	3967	1.1	55	68.8	3912	34-20	
28.9	1651	0.3	21	28.6	1630	34 أو أكثر	
100	5688	1.4	77	98.6	5611	المجموع	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

2- الحالة الزوجية :

قمنا بربط الحالة الزوجية للمرأة مع الإقبال على المتابعة الطبية خلال الحمل فتحصلنا على النتائج التالية:
نسبة النساء المتزوجات تفوق بكثير نسبة النساء الغير متزوجات (97,7% مقابل 2,3%). أنظر الجدول

رقم 17

الجدول رقم 17 : توزيع المتابعة الطبية خلال الحمل حسب الحالة الزوجية للمرأة من خلال معطيات

MICS4

المجموع		المتابعة الطبية أثناء الحمل					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
97,7	5615	4,1	290	93,6	5325	متزوجة حاليا	الحالة
2,3	73	1,2	9	1,1	64	غير متزوجة	الزوجية
100	5688	5,3	299	94,7	5389	المجموع	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

أما فيما يخص اللجوء للمتابعة الطبية خلال الحمل فنسبة النساء الغير متزوجات و اللاتي لم يقبلن على المتابعة الطبية أثناء حملهن الأخير أكثر من النساء المتزوجات اللاتي لم يقبلن على المتابعة بفرق 7 نقاط (أنظر الجدول رقم 18).

الجدول رقم 18 :تابع للجدول رقم 17

المجموع	المتابعة الطبية خلال الحمل			
	لا	نعم		
100,0	5,2	94,8	متزوجة حاليا	الحالة
100,0%	12,3%	87,7%	غير متزوجة	الزوجية

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

الجدول رقم 19: الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب الحالة الزوجية للمرأة

المجموع		رعاية طبية مؤهلة عند الولادة					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
98.7	5615	1.4	77	97.4	5538	متزوجة حاليا	الحالة
1.3	73	0	0	1.3	73	غير متزوجة	المدنية
100	5688	1.4	77	98.6	5611	المجموع	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

يتبين أن نسبة النساء الغير متزوجات اللواتي تلقين رعاية مؤهلة عند الولادة كاملة 100% بينما نسبة النساء

المتزوجات اللواتي تلقين رعاية طبية عند الولادة 98,6% . (أنظر الجدول 20)

الجدول رقم 20: تابع للجدول رقم 19

المجموع		الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة			
		لا	نعم		
100,0	1.4	98,6	متزوجة حاليا	الحالة	
100,0	0	100,0	غير متزوجة	المدنية	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

3- النساء اللواتي فقدن طفل من قبل :

بالنسبة لهذا المتغير و ربطه مع المتابعة الطبية أثناء الحمل تحصلنا على الجدول التالي :

الجدول رقم 21: توزيع المتابعة الطبية أثناء الحمل حسب النساء اللواتي فقدن طفل من قبل

المجموع		المتابعة الطبية خلال الحمل					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
7,2	406	0,6	33	6,6	373	نعم	فقدت طفل
92,9	5282	4,7	266	88,2	5016	لا	من قبل
100	5688	5,3	299	94,7	5389	المجموع	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

يتضح من خلال النتائج المحصلة أن نسبة النساء اللواتي فقدن طفل من قبل و لم يقمن بمتابعة طبية خلال الحمل سجلت 0,6% أما النساء اللواتي لم يفقدن طفل من قبل فكانت نسبة عدم إقبالهن على المتابعة 4,7% و الفرق بين النسبتين 4 نقاط. (أنظر الجدول رقم 22)

الجدول رقم 22 :تابع للجدول رقم 21

المجموع	المتابعة الطبية خلال الحمل		نعم	فقدت طفل من قبل
	لا	نعم		
100,0	8,1	91,9	نعم	
100,0	5,0	95,0	لا	

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

أما بخصوص الوصول لرعاية طبية مؤهلة عند الولادة و علاقتها بمتغير النساء اللاتي فقدن طفل من قبل فقد جاءت النتائج كما يلي :

الجدول رقم 23 :توزيع الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب النساء اللواتي فقدن طفل من قبل

المجموع		رعاية مؤهلة عند الولادة				نعم	فقدت طفل من قبل
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع	لا	
7.1	406	0.2	9	7	397	نعم	
92.9	5282	1.2	68	91.7	5214	لا	
100	5688	1.4	77	98.6	5611	المجموع	

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

هناك فرق نقطة واحدة فقط بين النساء اللواتي فقدن طفل من قبل و لم يصلن لرعاية مؤهلة عند الوضع و النساء و اللواتي لم يفقدن طفل من قبل و لم يصلن لرعاية مؤهلة عند الوضع بنسبة 2,2% مقابل 1,2% (أنظر الجدول رقم 24).

الجدول رقم 24 :تابع للجدول السابق

المجموع	رعاية طبية مؤهلة عند الولادة		نعم	فقدت طفل
	لا	نعم		
100,0	2,2	97,8	نعم	
100,0	1,3	98,7	لا	من قبل

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

4- منطقة الإقامة :

بالنسبة للمتابعة الصحية خلال فترة الحمل عند ربطها بمنطقة الإقامة تحصلنا على الجدول التالي :

الجدول رقم 25:توزيع الرعاية الطبية حسب منطقة إقامة النساء الحوامل من خلال معطيات MICS4

المجموع		الوصول للرعاية الطبية أثناء الحمل					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
64,6	3677	2,5	144	62,1	3533	الحضر	منطقة
35,4	2011	2,7	155	32,6	1856	الريف	الإقامة
100	5688	5,3	299	94,7	5389	المجموع	

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

وجدنا أن هناك اختلاف مقدر بـ 4 نقاط بين النساء المقيمت في الحضر و نظيرتهن المقيمت في الريف بالنسبة لوصولهن للرعاية الطبية خلال الحمل ، و جاءت النسب فيما يخص الإقبال على المتابعة الطبية 96,1% بالنسبة للمقيمت في الحضر و 92% بالنسبة للمقيمت في الريف. (أنظر الجدول رقم 26)

الجدول رقم 26 :مكمل للجدول رقم 25

المجموع	المتابعة الطبية خلال الحمل		الحضر	منطقة
	لا	نعم		
100,0	3,9	96,1	الحضر	منطقة
100,0	7,7	92,3	الريف	الإقامة

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

الجدول رقم 27 :الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب منطقة الإقامة من خلال معطيات MICS4

المجموع		رعاية طبية مؤهلة عند الولادة				الحضر	منطقة
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع	الريف	الإقامة
64,4	3677	0,4	37	64	3640	الحضر	منطقة
35,7	2011	1	40	34,7	1971	الريف	الإقامة
100	5688	1,4	77	98,6	5611	المجموع	

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

بينت النتائج أن النساء المقيمات في الحضر و اللواتي وصلن لرعاية مؤهلة عند الوضع قدرت بـ99% مقابل 98% النساء المقيمات في الريف ،يعتبر أن هناك فرقة بين النسبتين رغم أنه ليس كبيرا .(أنظر الجدول رقم 28)

الجدول رقم 28 :تابع الجدول رقم 27

المجموع	رعاية طبية مؤهلة عند الولادة		الحضر	منطقة
	لا	نعم		
100,0	1,0	99,0	الحضر	منطقة
100,0	2,0	98,0	الريف	الإقامة

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

5- المستوى الدراسي:

من خلال الاطلاع على دراسة سابقة حول الرعاية الصحية للأمهات في الجزائر للأستاذ دريش أحمد من جامعة سعد دحلب -البليدة و التي ارتكزت على معطيات مسح 1992 و 2002 ،لاحظنا أن نسبة النساء ذوات مستوى دراسي منخفض اللواتي تابعن حملهن الأخير قدرت بـ 48,1% مقابل 86,4% عند ذوات المستوى الثانوي و الأعلى ،و هذا ما يظهر أن اللجوء للمتابعة الطبية أثناء الحمل يتباين باختلاف المستوى التعليمي للمرأة .أما فيما يخص الولادة فقد سجلت نتائج الدراسة نسبة متقاربة بين النساء المتعلمات و النساء ذوات مستوى دراسي منخفض اللواتي قمن بعملية الوضع في المستشفيات و الأماكن الصحية تحت إشراف أشخاص مؤهلين قدرت بـ 86,8% مقابل 81,9% .

الجدول رقم 29: توزيع المتابعة الطبية أثناء الحمل حسب المستوى الدراسي للمرأة

المجموع		المتابعة الطبية خلال الحمل					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
19,8	1128	22,	127	17,6	1001	بدون مستوى	المستوى الدراسي
16,8	954	1,1	63	15,7	891	مستوى ابتدائي	
29,8	1696	1,2	69	28,6	1627	مستوى متوسط	
22,9	1305	,60	34	22,3	1271	مستوى ثانوي	
10,6	601	,10	5	10,5	596	مستوى عالي	
100	5688	5,3	299	94,7	5389	المجموع	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

بينت نتائج دراستنا أن نسبة النساء الواتي قمن بالمتابعة الصحية خلال الحمل ذوات مستوى دراسي منخفض قُدرت بـ 88,7% مقابل 99,2% بانسبة للنساء اللواتي يتمتعن بمستوى دراسي ثانوي أو عالي أي قدر الفرق بين النتيجةين بـ 10 نقاط. (أنظر الجدول 30)

الجدول رقم 30: تابع للجدول رقم 29

المجموع	رعاية طبية مؤهلة عند الولادة			
	لا	نعم		
100,0	11,3	88,7	بدون مستوى	المستوى الدراسي
100,0	6,6	93,4	مستوى ابتدائي	
100,0	4,1	95,9	مستوى متوسط	
100,0	2,6	97,4	مستوى ثانوي	
100,0	0,8	99,2	مستوى عالي	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

فيما يخص الوصول للرعاية المؤهلة عند الولادة استنتجنا بعد الاطلاع على النتائج المحصلة أنه ليس هناك اختلاف بين النساء ذوات المستوى الدراسي المنخفض و النساء ذوات المستوى الدراسي العالي ،حيث قدرت نسبة النساء ذوات المستوى الدراسي المنخفض و اللواتي وصلن لرعاية مؤهلة أثناء الولادة 98,6% مقابل 98,7% بالنسبة للنساء ذوات المستوى العالي. (أنظر الجدول 31)

جدول رقم 31: توزيع الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب المستوى الدراسي للمرأة

المجموع		رعاية طبية مؤهلة عند الولادة					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
19,8	1128	0,2	13	19,6	1115	بدون مستوى	المستوى الدراسي
16,7	954	0,2	13	16,5	941	مستوى ابتدائي	
29,8	1696	0,4	22	29,4	1674	مستوى متوسط	
22,9	1305	0,3	17	22,6	1288	مستوى ثانوي	
10,6	601	0,2	12	10,4	589	مستوى عالي	
100	5688	1,4	77	98,6	5611	المجموع	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

6- المستوى المعيشي للأسرة :

عند ربط متغير المتابعة الطبية للنساء خلال الحمل مع المتغير التفسيري "المستوى المعيشي للأسرة" تحصلنا على الجدول التالي :

الجدول رقم 32 : توزيع المتابعة الطبية خلال الحمل حسب المستوى المعيشي للأسرة

المجموع		الرعاية الطبية أثناء الحمل					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
43,8	2492	3,5	199	40,3	2293	فقير	المستوى
20,9	1189	1	55	19,9	1134	متوسط	المعيشي
35,3	2007	0,8	45	34,5	1962	غني	للأسرة
100	5688	5,3	299	94,7	5389	المجموع	

المصدر :انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

نرى أن هناك اختلاف ملحوظ في نسبة عدم لجوء النساء للمتابعة الطبية خلال الحمل بين المستوى المعيشي غني (الذي لا يختلف كثيرا على المستوى المعيشي "متوسط") و المستوى المعيشي "فقير" حيث أن نسبة

النساء اللواتي لم يُقبلن على المتابعة الطبية من المستوى المعيشي "فقير" يمثلن 8% مقابل 2% و 3,8% بالنسبة للنساء من المستوى المعيشي "غني" و "متوسط" أي قدر الفرق بـ 6 نقاط. (أنظر الجدول 33)

الجدول رقم 33: تابع للجدول رقم 32

المجموع	الرعاية الطبية أثناء الحمل			
	لا	نعم		
100,0	8,0	92,0	فقير	المستوى
100,0	4,6	95,4	متوسط	المعيشي
100,0	2,2	97,8	غني	للأسرة

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

بالنسبة للرعاية الطبية أثناء الولادة و المستوى المعيشي للأسرة نلاحظ عدم وجود اختلاف بين المستويات المعيشية الثلاثة فيما يخص عدم الوصول لرعاية مؤهلة أثناء الوضع (1,4% بالنسبة للمستوى "فقير" 1,5% بالنسبة للمستوى "متوسط" و 1,2% بالنسبة للمستوى "غني") أي أن النسب كانت متقاربة جدا. (أنظر الجدول رقم 34).

الجدول رقم 34: توزيع الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب المستوى المعيشي للأسرة

المجموع		رعاية طبية مؤهلة عند الولادة					
		لا		نعم			
%	ع	%	ع	%	ع		
43.8	2492	0.6	34	43.2	2458	فقير	المستوى
20.9	1189	0.3	18	20.6	1171	متوسط	المعيشي
35.3	2007	0.4	25	34.8	1982	غني	للأسرة
100	5688	1.4	77	98.6	5611	المجموع	

المصدر: انجاز شخصي اعتمادا على قاعدة بيانات MICS4

تقييم صحة الفرضيات :

- الفرضية الأولى :

لقد وُضحت صحة الفرضية التي وضعناها في بداية الدراسة حول وجود علاقة بين سن المرأة و لجوؤها للمتابعة الطبية أثناء حملها حيث نلاحظ أنه كلما زاد سن المرأة كانت نسبة عدم لجوئها للمتابعة الصحية اثناء الحمل أكبر ، و قد تأكدنا من وجود هذه العلاقة باختبار كي تربيع حيث أن $(P < 0,05)$.

أما بالنسبة للجزء الثاني من الفرضية أظهر اختبار كي تربيع أنه لا توجد أي علاقة احصائية بين الوصول لرعاية مؤهلة عند الولادة و سن المرأة $(P > 0,05)$ من خلال معطيات MICS4 و هو عكس ما جاءت به الدراسة السابقة التي اطلعنا عليها للطلبة عمار خوجة فاطمة من جامعة وهران 2 بعنوان الفقر وعلاقته بالوصول للرعاية التوليدية في الجزائر اعتمادا على بيانات MICS3 ، فيما يخص سن المرأة عند الولادة وعلاقته بالوصول لرعاية توليدية مؤهلة كما يلي : "تزداد جودة الرعاية الطبية التوليدية كلما ارتفع سن المرأة . أما بالنسبة للنساء الشابات فهن أقل استفادة من الرعاية الطبية المؤهلة أثناء الولادة .

- الفرضية الثانية :

لقد وضعنا في بداية الفرضية أن الحالة الزوجية للمرأة تؤثر على إقبالها للمتابعة الطبية خلال فترة حملها و للتأكد من وجود هذا التأثير قمنا باختبار كاي تربيع و الذي أكد صحة الفرضية من خلال النتيجة المحصلة $(0,05 > 0,006)$.

أما بالنسبة للجزء الثاني من الفرضية فهو خاطئ حيث تبين من خلال اختبار كاي تربيع أنه لا يوجد تأثير لحالة المرأة الزوجية على الوصول لرعاية مؤهلة عند الوضع $(P > 0,05)$.

- الفرضية الثالثة :

لقد وضعنا فرضية أن هناك علاقة بين مكان إقامة المرأة و إقبالها على المتابعة الصحية أثناء فترة حملها ،حيث أن النساء المقيمات في الحضر و المدن الكبرى يتمتعن بفرصة أكبر للجوء للمتابعة الصحية أثناء الحمل عكس نظيراتهم اللواتي يسكن في المناطق الريفية ،من خلال اختبار كاي تربيع تحصلنا على قيمة 0,009 أصغر من 0,05 و منه قبلنا الفرضية الصفرية (H_0) القائمة على أنه لا توجد فروق بين منطقة الإقامة و المتابعة الصحية اثناء الحمل ،بمعنى آخر توجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصفتين .

لم تكن النتائج متطابقة مع دراسة سابقة تم الإطلاع عليها حول "وفيات الأمهات و المتابعة الصحية للحوامل" للطالبة "بلعروسي شريفة" من جامعة وهران 2 ،حيث تبين من خلال هذه الدراسة أنه ليست هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين مكان الإقامة و إقبال النساء الحوامل على المتابعة الطبية .رجح سبب اختلاف نتائج الدراستين إلى اختلاف حجم و مصدر عينة الدراستين .

كما تأكدنا من صحة الجزء الثاني من الفرضية باستعمال اختبار كاي تربيع حول وجود علاقة ذات دلالة بين منطقة إقامة النساء و وصولهن لرعاية طبية مؤهلة عند الوضع حيث جاءت نتيجة الاختبار $0,002 > P > 0,05$.

- الفرضية الرابعة :

عند القيام باختبار كاي مربع وجدنا أن هناك علاقة ذات دلالة احصائية بين الوصول للرعاية الطبية أثناء الحمل و المستوى الدراسي للمرأة ($P < 0,05$) و منه نستنتج أن النساء اللواتي يتمتعن بالمستوى الدراسي الثانوي و العالي أكثر حرصا على المتابعة الطبية أثناء الحمل مقارنة بنظيراتهم ذوات المستوى المنخفض ،و هذا ما يظهر صحة الجزء الأول من الفرضية الثالثة أما الجزء الثاني الخاص بالوصول لرعاية توليدية مؤهلة أظهرت نتائج اختبار كاي مربع أنه لا توجد علاقة ذات دلالة احصائية بينها و بين المستوى الدراسي ($P > 0,05$) .

- الفرضية الخامسة :

تعتبر الفرضية الخامسة القائلة أن للمستوى الدراسي تأثير على القيام بالمتابعة الطبية أثناء الحمل صحيحة و قد تأكدنا من صحتها بعد الاطلاع على نتائج اختبار كاي تربيع حيث قدرت القيمة المسجلة بـ 0,0005 و هي أصغر من 0,05 .

أما الجزء الثاني من الفرضية حول المستوى المعيشي للأسرة و تأثيره على الوصول للرعاية التوليدية المؤهلة فقد استنتجنا من خلال اختبار كاي تربيع عدم وجود أي علاقة ذات دلالة احصائية بقيمة معنوية مسجلة تساوي 0,816 أكبر من 0,05 ، أي أن الفرضية في جزئها الثاني تعتبر خاطئة ، هذه النتيجة التي تحصلنا عليها معاكسة تماما مع دراسة أجريت في الطوغو من طرف معهد التكوين و البحث الديموغرافي حول فقر الأسرة و علاقته بالوصول للرعاية التوليدية في الطوغو سنة 2012 كانت نتيجة هذه الدراسة أن للفقر تأثير كبير على الوصول للرعاية عند الوضع .

نتائج المحصلة من خلال تقرير MICS4 :

حسب ما جاء في تقرير المسح العنقودي متعدد المؤشرات بالجزائر لسنة 2012 فإن 93% من النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة و الغير عازيات و اللاتي قمن بولادتهن الأخيرة خلال السنتين الأخيرتين قبل المسح فد لجأن لمتابعة حملهن مرة واحدة على الأقل تحت إشراف طبي مؤهل ،بنسبة 85% من الحالات خضعت لإشراف طبيب مختص و 8% خضعت لإشراف قابلة .كما قدرت نسبة النساء اللاتي خضعن للمتابعة الطبية خلال الحمل بـ94% في الحضر و 91% في المناطق الريفية،.وأكثر من 92% من النساء المتعلمات قمن باستشارة الطبيب خلال حملهن مقابل 76% من النساء الغير المتعلمات .أما فيما يخص المستوى المعيشي ف 54% من النساء من الأسر الفقيرة قمن بمتابعة حملهن مقابل 82% من النساء ذوات المستوى المعيشي غني أو متوسط .

كما أظهر التقرير فيما يخص الرعاية عند الولادة أنه تم إجراء 97% من الولادات تحت إشراف رعاية مؤهلة ،كما استفادت 98% من النساء المقيمت في المناطق الحضرية من رعاية مؤهلة عند الوضع مقابل 95% بالنسبة للنساء المقيمت في المناطق الريفية ،و بالنسبة للنساء اللواتي يتمتعن بمستوى دراسي عالي و النساء اللاتي ينتمين لأسر معيشية غنية سُجلت نسبة وصولهن لرعاية مؤهلة عند الوضع 99% .

خاتمة عامة :

بعد الاطلاع على موضوع الدراسة المتمثل في إقبال النساء الحوامل على المتابعة الطبية و وصولهن للرعاية التوليدية المؤهلة ،وطرح إشكالية الدراسة و الفرضيات المحتملة لهذه الإشكالية و تقديم الهدف من هذه الدراسة ،قمنا بجمع معلومات و الاطلاع على دراسات سابقة نستطيع من خلالها التوصل إلى إجابة شاملة للإشكالية المطروحة بالإضافة للارتكاز على قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر لسنة 2012 (MICS4) و بعد التحليل و الملاحظة تحصلنا أخيرا على النتائج التالية :

- النساء الأصغر سنا هن الأكثر إقبالا على المتابعة الطبية خلال الحمل و لكن عند الولادة ليس هناك فرق بين مختلف الأعمار للوصول لرعاية توليدية مؤهلة .
- تعتبر الحالة الزوجية للمرأة الحامل عامل مؤثر على وصولها للمتابعة الطبية بينما ليس لها أي تأثير على وصولها لرعاية توليدية مؤهلة .
- إن مكان الإقامة هو العامل الوحيد الذي يؤثر على وصول النساء الحوامل للمتابعة الطبية و كذلك تحصلهن على رعاية مؤهلة عند الوضع حيث أن النساء اللواتي يسكن في المدن الكبر و المناطق الحضرية هن الأكثر استفادة من الرعاية الطبية خلال الحمل و أثناء الولادة .
- النساء اللواتي يتمتعن بمستوى عالي من الدراسة أكثر حرصا على المتابعة الطبية خلال الحمل و لكن ليس هناك فرق بين النساء المتعلمات و الغير متعلمات في الوصول لرعاية توليدية مؤهلة .
- المستوى المعيشي الضعيف للأسرة يقلل من اقبال النساء على متابعة طبية خلال الحمل و لكن ليس له تأثير على الوصول لرعاية توليدية مؤهلة.

من أهم الملاحظات التي قمنا بها خلال هذه الدراسة أن النتائج التي تحصلنا عليها بعد تحليل قاعدة البيانات لمسح 2012 لم تكن متوافقة مع نتائج التقرير النهائي للمسح حيث لاحظنا أن المعدلات المحصلة في هذه الدراسة تفوق المعدلات المسجلة في التقرير

و قد استطعنا الخروج بفكرة عامة و هي أن المتابعة الطبية خلال الحمل رغم أهميتها و ضرورة القيام بها إلا أنها في الجزائر تتأثر بالعوامل الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية ،لكن الحال ليس نفسه بالنسبة للجوء لرعاية توليدية مؤهلة حيث اكتشفنا أن كل النساء تقريبا يستطعن الوصول لرعاية مؤهلة عند الوضع و لكن يبقى البعد الجغرافي العامل المؤثر الوحيد .

قائمة الجداول

الرقم	العنوان
الجدول رقم 1	تقدير إجمالي السكان المقيمين حسب فئة العمر و الجنس لسنة 2012
الجدول رقم 2	أهم لمؤشرات الديموغرافية لسكان الجزائر سنة 2012
الجدول رقم 3	تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر
الجدول رقم 4	المتابعة الصحية في الجزائر قبل الولادة من 1 زيارة إلى 4 زيارات
الجدول رقم 5	توزيع النساء على حسب وصولهن لرعاية طبية خلال فترة الحمل اعتمادا على معطيات MICS4
الجدول رقم 6	توزيع النساء على حسب عدد مرات الفحص الطبي خلال فترة الحمل
الجدول رقم 7	توزيع النساء على حسب سبب القيام بفحص طبي واحد على الأقل خلال فترة الحمل
الجدول رقم 8	توزيع النساء على حسب وصولهن لرعاية مؤهلة أو غير مؤهلة عند الولادة الأخيرة
الجدول رقم 9	: كيفية انشاء متغير ثنائي التفرع من خلال متغير متعدد التفرع
الجدول رقم 10	توزيع النساء حسب المستوى المعيشي من خلال معطيات MICS4
الجدول رقم 11	توزيع الولايات حسب التقسيم الإقليمي للمسح
الجدول رقم 12	توزيع المتغيرات و صفاتها على حسب مختلف العوامل
الجدول رقم 13	توزيع المتغيرات حسب القيم الصالحة و القيم المفقودة
الجدول رقم 14	توزيع المتابعة الطبية خلال الحمل حسب سن المرأة عند آخر ولادة من خلال معطيات MICS4
الجدول رقم 15	تابع للجدول الذي سبقه
الجدول رقم 16	توزيع الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب سن المرأة من خلال معطيات MICS4
الجدول رقم 17	توزيع المتابعة الطبية خلال الحمل حسب الحالة الزوجية للمرأة
الجدول رقم 18	تابع للجدول الذي سبقه
الجدول رقم 19	الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب الحالة الزوجية للمرأة
الجدول رقم 20	تابع للجدول الذي سبقه
الجدول رقم 21	توزيع المتابعة الطبية أثناء الحمل حسب النساء اللواتي فقدن طفل من قبل
الجدول رقم 22	تابع للجدول الذي سبقه
الجدول رقم 23	توزيع الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب النساء اللواتي فقدن طفل من قبل
الجدول رقم 24	تابع للجدول الذي سبقه

الجدول رقم 25	توزيع الرعاية الطبية حسب منطقة إقامة النساء الحوامل من خلال معطيات MICS4
الجدول رقم 26	تابع للجدول الذي سبقه
الجدول رقم 27	الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب منطقة الإقامة من خلال معطيات MICS4
الجدول رقم 28	تابع للجدول الذي سبقه
الجدول رقم 29	توزيع المتابعة الطبية أثناء الحمل حسب المستوى الدراسي للمرأة
الجدول رقم 30	تابع للجدول الذي سبقه
الجدول رقم 31	توزيع الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب المستوى الدراسي للمرأة
الجدول رقم 32	توزيع المتابعة الطبية خلال الحمل حسب المستوى المعيشي للأسرة
الجدول رقم 33	تابع للجدول الذي سبقه
الجدول رقم 34	توزيع الرعاية الطبية المؤهلة عند الولادة حسب المستوى المعيشي للأسرة

قائمة الأشكال

الرقم	العنوان
الشكل رقم 1	متوسط إنتاج النفط في الجزائر من 1960 إلى 2011
الشكل رقم 2	انخفاض معدل الأمية في الجزائر من 1966 إلى 2000
الشكل رقم 3	الهرم العمري للسكان المقيمين في الجزائر لسنة 2012
الشكل رقم 4	تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر
الشكل رقم 5	الولادات التي تتم تحت إشراف مختصين في مجال التوليد في الجزائر

قائمة المراجع

مراجع اللغة العربية :

- 1- التقرير الوطني للوزارة المنتدبة المكلفة بشؤون الأسرة .
- 2- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ،ميثاق الصحة ،وزارة الصحة ،الجزائر ،الجلسات الوطنية للصحة 28/27/26 ماي 1998 ،قصر الأمم.
- 3- الشريف آسيا،واقع الصحة الإنجابية و الجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، المجلد الخامس
- 4- الديوان الوطني للإحصائيات
- 5- إحسان محمد حسن ،علم الاجتماع الاقتصادي ،دار وائل للنشر و التوزيع ،2005 .
- 6- بن أعراب عبد الكريم، محو الأمية لتحقيق التنمية، جامعة قسنطينة
- 7- بوعطيط سفيان، التغيير الإجتماعي في الجزائر و تأثيراته على القيم، جامعة الجزائر
- 8- دريش احمد ،الرعاية الصحية للأمهات في الجزائر ،جامعة سعد دحلب -البليدة .
- 9- سيد محمد جاد ،الاتجاهات الحديثة في ادارة المنظمات الصحية ،جامعة قناة السويس ،2008 .
- 10- شريفي خيرة ،دراسة تحليلية لأسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر ،مذكرة ماجستير ،تخصص علوم اقتصادية ،جامعة الجزائر ،2007
- 11- عتيق عائشة ،جودة الخدمات الصحية في المؤسسات العمومية الجزائرية ،مذكرة ماجستير ،كلية
- 12- عمار عماري ،إشكالية التنمية المستدامة و أبعادها ،المؤتمر العلمي الدولي حول التنمية المستدامة والكفاءة الاستخدامية للموارد المتاحة ،2008 ،كلية العلوم و الاقتصاد و علوم التسيير ،جامعة فرحات عباس ،سطيف
- 13- محمد بشير شريم ، الثقافة الصحية ،مكتبة الأسرة الأردنية،2012.
- 14- منظمة الصحة العالمية،التعريف الذي وفقت عليه منظمة الأمم المتحدة في مؤتمر السكان و التنمية، القاهرة 1994
- 15- منظمة الصحة العالمية، التوليد في طب الأسرة، دليل أرشادي، ليونز بول

مراجع اللغة الفرنسية :

- 1- Rapport de l'enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (EASME 1992).
- 2- Rapport de l'enquête national sur les objectifs de la fin décennie (EDG 2000).
- 3- Rapport de l'enquête algérienne sur la santé de la famille.
- 4- Rapport final de la MICS4 2012 .

الملحق

استمارة المسح

PANNEAU D'INFORMATION SUR LA FEMME

WMA. Wilaya | | |

WMB. Commune: | | |

WM1. Numéro de la grappe: | | |

WM2. Numéro du ménage..... | | |

WM3 Nom de la femme enquêtée

WM4. Numéro de ligne de la femme..... | | |

WM5. Nom et Code de l'enquêtrice/..... | | |

WM6. Jour/Mois/Année de l'interview..... | | || | | || | |

MODULE 1 : CARACTERISTIQUES DE LA FEMME

WB1. Quelle est votre date de naissance ? Jour | | | NSP le jour Mois | | | NSP le mois Année | | _ | | | Ne Sait pas l'année

WB4. Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous avez atteint ? préscolaire 0

Primaire 1

Moyen 2

Secondaire 3

Supérieur 4

MODULE 2: MARIAGE

MA1. Êtes-vous actuellement mariée ? Oui, actuellement mariée 1

Non 3

MODULE 3 : MORTALITÉ DES ENFANTS

CM1. Avez-vous déjà enfanté ? Oui.....1
Non2

CM8. Avez-vous donné naissance à un fils ou une fille qui est né(e) vivant(e) mais qui est décédé(e) par la suite ? oui.....1
Non.....2

MODULE 5 : LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU NE

MN1. Avez-vous reçu des soins prénatals au cours de votre dernière grossesse?
Oui..... 1
Non..... 2

MN2B. Qu'est-ce qui vous a poussé principalement à effectuer votre première consultation prénatale ? S'assurer qu'elle est enceinte..... 1
Vérifier bébé est en bonne santé..... 2
Pour assurer une bonne grossesse3
Suite à des complications.....4
Réserver pour l'accouchement5
Autre, préciser _____6

MN3. Combien de consultations prénatales avez-vous effectuées durant toute la période de votre grossesse ? Nombre de consultations |_|_|

MN17. Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (Nom) ?

Médecin gynécologue..... A

Médecin généralisteD

Sage-femme..... B

Accoucheuse traditionnelle (Matrone). F

Parent/ AmieH

Autre, préciser X

Personne..... Y

جدول كاي تربيع لدراسة العلاقة بين المتابعة الطبية خلال الحمل ومنطقة الإقامة

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	37,521 ^a	1	,000		
Correction pour la continuité ^b	36,764	1	,000		
Rapport de vraisemblance	35,842	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	37,515	1	,000		
Nombre d'observations valides	5688				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 105,71.

جدول كاي تربيع لدراسة العلاقة بين الوصول لرعاية مؤهلة عند الولادة ومنطقة الإقامة

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	9,403 ^a	1	,002		
Correction pour la continuité ^b	8,681	1	,003		
Rapport de vraisemblance	8,961	1	,003		
Test exact de Fisher				,004	,002
Association linéaire par linéaire	9,401	1	,002		
Nombre d'observations valides	5688				

a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 27,22.

