



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي



جامعة باتنة 1 الحاج لخضر

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

تحليل معمق لواقع الصحة الإيجابية لدى نسوة الفئة 15-49 سنة

بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم تخصص ديموغرافيا

إشراف الأستاذ:

إعداد الطالبة:

الدكتور سعدي رابح

سواكري خديجة

أعضاء لجنة المناقشة

رئيسا	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	حفاظ الطاهر
مشرفا ومقررا	جامعة البلدية 2	أستاذ محاضر أ	سعدي رابح
عضوا مناقشا	جامعة البلدية 2	أستاذ محاضر أ	معزاري يونس
عضوا مناقشا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر أ	قنفود محي الدين
عضوا مناقشا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر أ	بغزة عادل
عضوا مناقشا	جامعة ورقلة	أستاذ محاضر أ	صالي محمد

السنة الجامعية: 2020 / 2019

الشكر

الحمد والشكر أولاً لله سبحانه وتعالى الذي وفقني لانجاز هذا العمل.
أتقدم بجزيل الشكر والامتنان إلى الأستاذ الفاضل الدكتور سعدي رابح،
على الجهود الكبيرة الذي بذله معي وصبره علي طيلة هذه الفترة،
فله كل التقدير والاحترام
كما أتقدم بالشكر إلى كل من:
أساتذة أعضاء اللجنة المناقشة على تكبد عناء قراءتهم هذه المذكرة
كل من ساعدني في إنجاز هذه المذكرة من قريب أو بعيد
و أخيراً إلى أسرتي وعائلتي الصغيرة على مساندتهما ودعمهما لي.

الإهداء

أهدي ثمرة هذا العمل المتواضع

إلى أعلى وأعز ما لدي في الوجود والدي الكريمين، حفظهما الله

وأدام لهما الصحة والعافية.

إلى عائلتي الصغيرة زوجي وابنتاي آلاء ونورسين ربي يحفظهم

إلى إخوتي وأخواتي كل باسمه ومعزته الخاصة في قلبي

إلى كل من يعرفني

خديجة

فهرس المحتويات

	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول
	فهرس المخططات
1	مقدمة.....
	<u>الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة</u>
5	1.1. الدراسات السابقة.....
19	2.1. الإشكالية.....
21	3.1. أسباب اختيار الموضوع.....
21	4.1. أهداف الدراسة.....
22	5.1. تحديد المفاهيم.....
22	6.1. المنهج المتبع.....
23	7.1. الوسائل الإحصائية.....
	<u>الفصل الثاني: مدخل عام حول الصحة الإنجابية</u>
26	1.2. الخلفية التاريخية لنشأة وتطور مفهوم الصحة الإنجابية.....
32	2.2. مفهوم الصحة الإنجابية.....
32	1.2.2. تعريف الصحة الإنجابية.....
33	2.2.2. الفئات المستهدفة في إطار الصحة الإنجابية.....
34	3.2.2. عناصر الصحة الإنجابية.....
34	4.2.2. العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية.....
35	5.2.2. أهداف الصحة الإنجابية.....
37	3.2. الحقوق الإنجابية.....
37	4.2. الرعاية الصحية الإنجابية.....
39	1.4.2. الرعاية الصحية أثناء الحمل.....
39	1.1.4.2. خدمات الرعاية أثناء الحمل.....
40	2.4.2. الرعاية الصحية أثناء الولادة.....
40	3.4.2. الرعاية الصحية بعد الولادة.....
41	5.2. تنظيم الأسرة.....
41	1.5.2. مفهوم تنظيم الأسرة.....
41	2.5.2. أهم مؤشرات تنظيم الأسرة.....
42	3.5.2. وسائل تنظيم الأسرة.....
42	4.5.2. الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.....
43	1.4.5.2. مفهوم الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.....
43	6.2. وفيات الأمهات.....
44	1.6.2. المؤشرات المستخدمة في قياس ظاهرة وفيات الأمهات.....
45	2.6.2. مصادر معطيات قياس ظاهرة وفيات الأمهات.....

الفصل الثالث: واقع الصحة الإنجابية في الدول العربية

47	.....1.3 مستويات الخصوبة في الدول العربية
50	.....1.1.3 خصوبة المراهقات (15-19 سنة) في الدول العربية
52	.....2.3 وفيات الرضع
53	.....1.2.3 معدلات وفيات الرضع في العالم
55	.....2.2.3 معدلات وفيات الرضع في البلدان العربية
57	.....3.2.3 وفيات حديثي الولادة في البلدان العربية
58	.....3.3 تطور وفيات الأمهات
59	.....1.3.3 وفيات الأمهات في العالم
61	.....1.3.3 أ. أسباب وفيات الأمهات في العالم
62	.....2.3.3 وفيات الأمهات في البلدان العربية
65	.....4.3 رعاية الأمهات صحيا في الدول العربية
65	.....1.4.3 الرعاية الصحية أثناء الحمل في بعض الدول العربية
66	.....1.1.4.3 التطعيم ضد التيتانوس في بعض الدول العربية
67	.....2.4.3 الرعاية الصحية أثناء الولادة في بعض الدول العربية
69	.....3.4.3 الرعاية الصحية بعد الولادة في بعض الدول العربية
70	.....5.3 تنظيم الأسرة في الدول العربية

الفصل الرابع: مصادر ونوعية معطيات المسح

74	.....1.4 مصادر المعطيات
74	.....1.1.4 المسوح العنقودية متعددة المؤشرات
75	.....2.1.4 المسح العنقودي متعدد المؤشرات، الجزائر، 2006
76	.....2.4 نوعية المعطيات
77	.....1.2.4 اختبارات القيم الدنيا والقصوى
78	.....1.1.2.4 محور الخصائص العامة للنسوة
81	.....2.1.2.4 محور الزواج
82	.....3.1.2.4 محور وفيات الأطفال
85	.....4.1.2.4 محور التطعيم ضد الكزاز
87	.....5.1.2.4 محور صحة الأم والمولود الجديد
91	.....6.1.2.4 محور تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملباة
96	.....3.4 الإحالات واختبارات التوافق الداخلي (بين المتغيرات)
96	.....1.3.4 الإحالات
96	.....2.3.4 التوافق الداخلي بين المتغيرات

الفصل الخامس: مدخل عام حول مجتمع الدراسة وخصائصه

103	.....1.5 خصائص المبحوثات
103	.....1.1.5 توزيع النسوة حسب الأعمار، وسط الإقامة والمناطق الجغرافية
104	.....2.1.5 توزيع المبحوثات بالنظر لمتغير التعليم
107	.....3.1.5 المستوى التعليمي للنسوة

109	..... 4.1.5. عمل وموارد المبحوثات.
110	..... 1.4.1.5. تجربة عمل النسوة.
113	..... 2.5. الحالة الزوجية للمبحوثات.
115	..... 1.2.5. العمر عند الزواج الأول.
118	..... 2.2.5. تعدد الزوجات.
119	..... 3.2.5. متوسط عدد الزوجات.
120	..... 4.2.5. شدة تعدد الزوجات.
120	..... 5.2.5. عدد مرات زواج المبحوثات.
122	..... 3.5. خصوبة المبحوثات.
122	..... 1.3.5. معدل الخصوبة الكلية.
124	..... 2.3.5. معدل الخصوبة العمرية.
125	..... 3.3.5. الخصوبة الزوجية.
126	..... 4.3.5. الخصوبة التراكمية.
131	..... 4.5. وفيات الأطفال.
133	..... 1.4.5. فقدان الحمل.
	<u>الفصل السادس: الرعاية الصحية الإيجابية للأم والوليد.</u>
140	..... 1.6. رعاية نسوة أعمار الإنجاب (15 و 49 سنة) صحيا خلال فترة الحمل.
140	..... 1.1.6. المتابعة الصحية أثناء الحمل والمؤهل الطبي المشرف على ذلك.
144	..... 2.1.6. الفحوصات الطبية التي تمت خلال الأشهر الأولى من الحمل.
147	..... 3.1.6. أسباب المتابعة الطبية خلال فترة الحمل.
148	..... 4.1.6. عدد مرات الكشوفات الطبية خلال مرحلة الحمل.
149	..... 5.1.6. نوع الفحوصات الطبية المرتبطة بفترة الحمل.
151	..... 6.1.6. التطعيم ضد الكزاز (التيتانوس).
154	..... 2.6. رعاية النسوة صحيا أثناء الولادة.
154	..... 1.2.6. مكان الولادة.
157	..... 2.2.6. المؤهل الطبي المشرف على الولادة.
159	..... 3.2.6. طبيعة الولادة.
162	..... 3.6. رعاية النسوة بعد الولادة.
164	..... 1.3.6. أسباب عدم استفادة النسوة من الرعاية الصحية بعد الولادة.
166	..... 4.6. صحة المولود الجديد.
171	..... 5.6. الرضاعة الطبيعية.
171	..... 1.5.6. انتشار الرضاعة الطبيعية.
173	..... 2.5.6. وقت بدء الرضاعة الطبيعية.
174	..... 3.5.6. إيقاف الرضاعة الطبيعية.
	<u>الفصل السابع: تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة</u>
177	..... 1.7. تنظيم الأسرة.
177	..... 1.1.7. المعرفة بوسائل منع الحمل.

179	.....2.1.7. الاستعمال السابق لوسائل تنظيم الأسرة
182	.....3.1.7. عدد أطفال النسوة عند أول استعمال لوسائل تنظيم الأسرة
187	.....4.1.7. قرار الاستعمال السابق لوسائل تنظيم الأسرة واختيارها
188	.....5.1.7. الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة
191	.....6.1.7. قرار الاستعمال الحالي واختيار نوع الوسيلة
193	.....7.1.7. أسباب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة
195	.....8.1.7. نية استخدام وسائل تنظيم الأسرة مستقبلاً
196	.....9.1.7. رغبة إنجاب طفل آخر
199	.....2.7. الاحتياجات غير الملباة المرتبطة بتنظيم الأسرة
203	.....الاستنتاج العام
207	.....قائمة المراجع
216	.....الملاحق
263	.....ملخص الدراسة

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجداول	الصفحة
1-3	المؤشر التركيبي للخصوبة (متوسط عدد الأطفال لكل امرأة) في الدول العربية	48
2-3	نسبة انخفاض مؤشر الخصوبة الإجمالي خلال الفترة 1990-2015 في الدول العربية	50
3-3	معدل خصوبة المراهقات (15-19 سنة) في الدول العربية	51
4-3	أثر المضاعفات الصحية على الأم و الطفل الرضيع	53
5-3	معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) حسب مناطق العالم	54
6-3	وفيات الرضع في الدول العربية	56
7-3	وفيات حديثي الولادة في الدول العربية	58
8-3	وفيات الأمهات حسب الأقاليم في العالم	60
9-3	تطور معدل وفيات الأمهات في العالم خلال الفترة 1990-2013	61
10-3	تقديرات نسب وفيات الأمهات في الدول العربية بين سنتي 1990 - 2015	63
11-3	نسب تلقي رعاية صحية أثناء الحمل في بعض الدول العربية	66
12-3	نسب الولادات التي تمت تحت إشراف كوادر ماهرة في الدول العربية (1990-2002)	69
13-3	استخدام وسائل تنظيم الأسرة في بعض الدول العربية	71
1-5	توزيع المستجوبات حسب السن، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية	104
2-5	توزيع المستجوبات حسب الوضعية تجاه الدراسة والسن	106
3-5	توزيع المتمدرسات حسب المستوى الدراسي، الوسط والمنطقة الجغرافية	107
4-5	توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي، الوسط والمنطقة الجغرافية	108
5-5	توزيع المبحوثات حسب الوضعية تجاه العمل، الوسط، المنطقة الجغرافية والعمر	110
6-5	توزيع العاملات حسب طبيعة العمل	111
7-5	توزيع العاملات حسب الوظيفة التي يشغلنها	112
8-5	توزيع المستجوبات حسب الحالة الزوجية، العمر، الوسط، المنطقة و المستوى التعليمي	115
9-5	توزيع المتزوجات حسب العمر عند الزواج الأول وبعض الخصائص	117
10-5	توزيع المتزوجات حاليا حسب تعدد الزوجات، الوسط والمنطقة الجغرافية	118
11-5	توزيع المتزوجات حسب عدد مرات الزواج، الوسط والمنطقة الجغرافية	121
12-5	تطور معدل الخصوبة العمرية للسنوات 1990-1995-2000-2005	125
13-5	التوزيع النسبي للمتزوجات حاليا حسب عدد المواليد الأحياء	127

128	تطور متوسط عدد المواليد الأحياء حسب العمر خلال السنوات: 1992، 2002 و 2006	14-5
129	متوسط عدد المواليد الأحياء للمتزوجات حاليا حسب العمر وبعض الخصائص	15-5
130	التوزيع النسبي للمتزوجات حاليا حسب العمر ومراتب الولادة	16-5
131	توزيع المتزوجات والسابق لهن الزواج حسب عدد الولادات الحية، الوسط و المنطقة الجغرافية	17-5
132	توزيع المتزوجات والسابق لهن الزواج حسب عدد الأطفال الباقيين على قيد الحياة، الوسط والمنطقة الجغرافية	18-5
134	توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن فقدان الحمل طوال حياتهن الإنجابية حسب الوسط و المنطقة الجغرافية	19-5
136	توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن فقدان الحمل حسب نوعيته	20-5
137	توزيع المستجوبات حسب رغبتهن في إنجاب الطفل الأخير، عدد الأطفال، السن عند الزواج الأول ومدة الزواج	21-5
142	الجهة المقدمة للرعاية الطبية أثناء فترة الحمل حسب بعض الخصائص	1-6
145	حوامل السنتين السابقتين للمسح حسب أول شهر حصلن فيه على أول رعاية طبية	2-6
146	الرعاية الطبية أثناء فترة الحمل حسب بعض الخصائص	3-6
148	أسباب إجراء الفحوصات الطبية أثناء فترة الحمل	4-6
150	نسوة الفئة العمرية (15 - 49 سنة) حسب الفحوصات الطبية المجرات خلال السنتين السابقتين للمسح	5-6
151	امتلاك نسوة الفئة العمرية 15-49 سنة بطاقة أو دفتر خاص بالتلقيحات	6-6
156	مكان الولادة وبعض الخصائص العامة	7-6
158	المشرف المؤهل على ولادات آخر سنتين وبعض الخصائص العامة	8-6
161	الولادات القيصرية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب مكان الوضع وبعض الخصائص	9-6
161	مكان، طبيعة وبلدية ولادات السنتين السابقتين للمسح	10-6
163	الإقبال على خدمات ما بعد الولادة حسب مقدم الرعاية الطبية وبعض الخصائص	11-6
165	أسباب عدم الإقبال على الرعاية الصحية خلال فترة ما بعد الولادة	12-6
166	أسباب عدم الإقبال على الرعاية الصحية بعد الولادة حسب وسط الإقامة ومنطقة السكن	13-6
167	حجم مواليد آخر سنتين	14-6
168	وزن الولادات الجديدة	15-6
170	وزن المولود الجديد وبعض مميزات النسوة	16-6
172	انتشار الرضاعة الطبيعية حسب بعض الخصائص	17-6
174	وقت بدء الرضاعة الطبيعية وبعض الخصائص العامة	18-6

178	معرفة النسوة غير العازبات بوسائل منع الحمل	1-7
180	معالم نموذج الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل واختبار معنوياتها	2-7
181	توزيع نسوة أعمار الإنجاب غير العازبات حسب الوسيلة المستعملة سابقا	3-7
183	توزيع النسوة غير العازبات حسب عدد الأطفال عند أول استعمال لوسائل تنظيم الأسرة وبعض الخصائص	4-7
185	معامل الارتباط سبيرمان بين عدد الأطفال عند أول استعمال كمتغير تابع وبعض خصائص النسوة كمتغيرات مستقلة	5-7
186	توزيع النسوة المبحوثات غير العازبات واللاتي سبق لهن استعمال وسائل تنظيم الأسرة حسب سبب الاستعمال وبعض الخصائص	6-7
188	قرار الاستعمال وقرار اختيار نوع الوسيلة عند التجارب السابقة	7-7
189	مستوى الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وبعض الخصائص العامة	8-7
190	الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة	9-7
192	توزيع النسوة المبحوثات المتزوجات حاليا و المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة حسب قرار الاستعمال وقرار اختيار الوسيلة	10-7
194	النسوة غير المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة حسب السبب	11-7
195	نية الاستعمال المستقبلي	12-7
198	رغبة الإنجاب مستقبلا	13-7
200	الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.	14-7

فهرس المخططات

الرقم	عنوان المخطط	الصفحة
1-2	الركائز الرئيسية الأربعة للأمم المتحدة للأمانة	38
1-3	أسباب وفيات الأمهات في العالم	62
2-3	المحسسات ضد التيتانوس خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في الدول العربية (آخر حمل)	67
3-3	نسب الولادة في المنزل (ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح) في بعض الدول العربية	68
4-3	نسب النسوة اللاتي أجرين فحوصات ما بعد الولادة (ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح في الدول العربية)	70
1-5	توزيع النسوة حسب العمر، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية	103
2-5	توزيع المستجوبات حسب الوضعية تجاه الدراسة	105
3-5	توزيع المستجوبات حسب الوضعية تجاه الدراسة، الوسط والمنطقة الجغرافية	106
4-5	توزيع المستجوبات حسب الوضعية تجاه العمل	109
5-5	توزيع نسوة أعمار الإنجاب حسب الحالة الزوجية (15-49 سنة) حسب الحالة الزوجية	113
6-5	توزيع المستجوبات حسب العمر والحالة الزوجية	114
7-5	تطور متوسط السن عند الزواج الأول إناث (1966-2006)	116
8-5	توزيع المستجوبات حسب متوسط العمر عند الزواج الأول وبعض الخصائص	116
9-5	توزيع المتزوجات حسب تعدد الزوجات، السن والمستوى التعليمي	119
10-5	توزيع المستجوبات حسب تعدد الزوجات	120
11-5	توزيع المتزوجات أكثر من مرة حسب المستوى التعليمي والسن	122
12-5	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة سنوات 1990-1995-2000-2006	123
13-5	تطور معدل الخصوبة الكلية حسب بعض الخصائص	124
14-5	منحنى الخصوبة العمرية و الخصوبة العمرية الزوجية	126
15-5	تطور المواليد الأحياء للنسوة المتزوجات حالياً سنوات 1992، 2002 و 2006	128
16-5	توزيع وفيات الأطفال حسب السن، المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي	133
17-5	توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن فقدان حمل حسب السن، المستوى التعليمي و المستوى الاقتصادي	135
1-6	الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل حسب الجهة المشرفة	141

149	متوسط عدد الزيارات الطبية حسب بعض الخصائص	2-6
151	الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل حسب الفحص الطبي	3-6
152	تطعيم نسوة الفئة العمرية (15- 49 سنة) ضد التيتانوس خلال الحمل	4-6
155	مكان الولادة خلال السنتين السابقتين للمسح	5-6
157	المشرف على ولادات السنتين السابقتين للمسح	6-6
160	طبيعة ولادات السنتين السابقتين للمسح	7-6
162	مقدمو الرعاية الطبية خلال فترة ما بعد الولادة	8-6
169	وزن وتسجيل أوزان الأطفال	9-6
175	أهم أسباب إيقاف الرضاعة الطبيعية	10-6
179	المعرفة بوسائل منع الحمل حسب وسط الإقامة	1-7
187	قرار استعمال واختيار وسائل تنظيم الأسرة (التجارب السابقة)	2-7
191	قرار الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة واختيار نوع الوسيلة	3-7
197	رغبة إنجاب طفل إضافي	4-7

مقدمة

مقدمة:

تشكل القضايا السكانية اهتماما كبيرا في جميع دول العالم، إذ تطرح قضاياها على المستوى الدولي فأخذت صدى وبعدا سياسيا خاصة بعد انعقاد المؤتمر الدولي الخاص بالتنمية والسكان "بوخاريسست 1974". على سبيل المثال، تولي المنظمات الدولية والهيئات الحكومية موضوع الصحة الإنجابية اهتماما كبيرا.

تعترف جميع المواثيق الدولية والتشريعات الوطنية بحق المرأة في الصحة. كرس المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة (1994) هذا الحق وزاده أهمية بالتركيز على موضوع الصحة الإنجابية.

لكن في الواقع، تعيش المجتمعات المتقدمة والمجتمعات النامية فروقا واضحة في مجال التمتع بحقوق الصحة الإنجابية. في المجتمعات النامية، مازالت معوقات وصعوبات كثيرة تمنع النسوة من هذه الحقوق. يرتبط بعض الصعوبات بتدني مستوى الخدمات الصحية بوجه عام (خاصة بين أسر الأوساط الفقيرة) ويرتبط بعضها بخصوصيات المجتمعات الثقافية والاجتماعية وإلى نقص التوعية والتثقيف. مازالت الإحصائيات تشير إلى حالات حمل غير مرغوب فيها، إلى مضاعفات ترتبط بظروف الولادة وظهور أمراض سببها سلوك غير سوي (فيروس نقص المناعة المكتسبة / الإيدز) وأمراض أخرى كثيرة.

تبدو الحاجة في الجزائر وفي المنطقة العربية عامة إلى خدمات ملحة في مجال الصحة الإنجابية، غير أن الحاجة تختلف باختلاف تطور النظام الصحي في هذه البلدان، بحيث تتمتع بعض الدول بنظام رعاية صحي متطور نسبيا (دول الخليج، تونس ولبنان) ومازالت الأنظمة الصحية في بلدان عربية أخرى تعمل في ظل بنية تحتية ضعيفة (اليمن، السودان والصومال).

في هذا المجال، تساهم المسوح ذات المؤشرات المتعددة في تشخيص واقع الأمهات والأطفال الصحي بفعالية، بحيث توفر المعطيات اللازمة لحساب أهم مؤشرات الصحة الإنجابية، إضافة إلى أنها تفتح آفاق بحث علمي عديدة، تمكن صانعي القرار من صياغة برامج وسياسات هدفها تحسين خدمات الصحة الإنجابية ورعاية الأمهات والأطفال.

تثري هذه الدراسة مجالا حددت معالمه دراسات وبحوث عديدة، يرتبط بقضايا ومستجدات الصحة الأسرية والصحة الإنجابية. لهذا الغرض تبيننا العنوان ' تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15-49 سنة '، مرتكزين على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، المنفذ سنة 2006 (MICS-3).

قسمت هذه الدراسة إلى محورين رئيسيين، الأول نظري يضم ثلاث فصول، جاءت على النحو التالي.

يلخص الفصل الأول الإطار المنهجي العام للدراسة، بحيث يعرض دراسات سابقة تناولت الموضوع، حددنا على ضوءها إشكالية وتساؤلات الدراسة. وحددنا من جهة أخرى المفاهيم والمصطلحات المعتمدة وطريقة العمل (المنهج المعتمد وأساليب المعالجة الإحصائية).

كرسنا الفصل الثاني للمفاهيم والعوامل المرتبطة بالصحة الإنجابية، ولأهم محطاتها التاريخية. وتعرضنا من خلاله لموضوعي تنظيم الأسرة وللحاجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.

قارنا في الفصل الثالث مؤشرات الصحة الإنجابية في الدول العربية، مركزين على أهم التباينات.

جاء المحور الميداني في أربعة فصول. عرفنا في الفصل الرابع بمصدر وبنوعية معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (الجزائر، 2006).

تناولت بقية الفصول بالدراسة والتحليل أهم مؤشرات الصحة الإنجابية لدى نسوة أعمار الإنجاب. عرفنا في الفصل الخامس بالنسوة الموضوعات تحت الملاحظة، اعتمادا على بعض خصائصهن العامة وبعض المؤشرات ذات الصلة بالزواجية والخصوبة.

ركزنا في الفصل السادس على الرعاية الصحية الإنجابية (الأم والطفل)، بحيث تناولنا بشكل مفصل مراحل الرعاية الصحية (أثناء الحمل، أثناء وبعد الولادة)، صحة المولود الجديد والرضاعة الطبيعية.

وخصصنا الفصل السابع لتنظيم الأسرة وللحاجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.

في الأخير عرضنا أهم النتائج المتوصل إليها.

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة

1.1. الدراسات السابقة

2.1. الإشكالية

3.1. أسباب اختيار الموضوع

4.1. أهداف الدراسة

5.1. تحديد المفاهيم

6.1. المنهج المتبع

7.1. الوسائل الإحصائية

1.1. الدراسات السابقة:

نورد تحت هذا العنوان بعض الدراسات التي قد تساعدنا في تحديد زاوية معالجة الموضوع، ولاعتماد نتائجها كمعالم للمقارنة. سنحاول من جهة أخرى وضع القارئ غير المتخصص على دراية بأهم الجوانب المعالجة في هذا الموضوع. لهذه الأسباب سوف نقتصر على بعض الأعمال ذات الدلالة المنهجية والمهمة من حيث مصداقية النتائج.

1.1.1. الدراسات العربية:

1- الحاجات والمعوقات التي تواجه خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في الأردن:

جاءت الدراسة بطلب من المجلس الأعلى للسكان. الدراسة أشرف على إنجازها سعد حمد الله الخرابشة بمساعدة فريق من الباحثين.

جاءت في المرحلة الثانية من مشروع الخطة الوطنية للصحة الإنجابية (2008-2012)، الذي هدف لتخفيض معدل الخصوبة في الأردن إلى 3,1 طفل لكل امرأة عام 2012. هدفت الدراسة إلى الوقوف على أهم الحاجات والمعوقات التي تواجه برامج الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة، بغية رفع معدلات استخدام وسائل تنظيم الأسرة [1].

استهدفت بالملاحظة ثلاث فئات:

- نسوة أعمار الإنجاب اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة؛
- المتزوجات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة وذكور الفئة العمرية 15-64 سنة، شرط أن تكون زوجاتهم في أعمار الإنجاب، وألا يكون الزوجان من مستعملي وسائل تنظيم الأسرة الحديثة
- مقدمي الخدمات الصحية.

شملت عينة الدراسة 17 مركزا صحيا و17 عنقودا من السكان المحاذين للمراكز الصحية وهكذا شملت العينة 860 شخصا (800 من متلقي الخدمة و60 من بين مقدميها). وظف المسح استمارة لجمع المعطيات.

أهم النتائج المتوصل إليها في هذه الدراسة هي:

- متلقي الخدمة:

✓ عجز 21% من المجتمع المدروس عن تسمية أحد عناصر الصحة الإنجابية؛

- ✓ يعرف 97% من المستجوبين على الأقل وسيلة من وسائل تنظيم أو منع الحمل؛
- ✓ يرى 61% من أفراد العينة أن الفترة المناسبة للمباعدة بين الولادات هي ما بين 2-3 سنوات؛
- ✓ صرح 28% من أفراد العينة أن استخدام وسائل تنظيم الأسرة من طرف الزوجين من الطرق التي يمكن بواسطتها حماية الصحة الإنجابية للشخص؛
- ✓ لم يتلق 27% من المتزوجات أو ممن سبق لهن الزواج رعاية صحية بعد آخر ولادة ولا في مرحلة النفاس،
- ✓ قدرت الحاجة غير الملباة عموماً عند المستوى 10,5%.

• مقدمو الخدمة:

- ✓ لدى ثلاثة أرباع العينة إمام جيد بعناصر الصحة الإنجابية؛
- ✓ لأكثر من ثلاثة أرباع المستجوبين معرفة بخدمات الصحة الإنجابية التي تحتاجها المرأة بعد الولادة وأثناء النفاس؛
- ✓ معظم مقدمو الخدمة على دراية بما يحتاجه الشباب والمراهقون في مجال الصحة الإنجابية (بين 66% و 85%)؛
- ✓ تراوحت معدلات المعرفة باحتياجات نسوة أواخر أعمار الإنجاب في مجال الصحة الإنجابية بين 77% و 87%.

2- صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية. التباينات وخيارات التدخل:

جاءت هذه الدراسة في إطار الجهود العراقية الداعمة لسياسات تحسين خدمات الصحة الإنجابية. هدفت إلى توفير معطيات موثقة وحديثة ذات مصداقية، تستخدم في تطوير السياسات الصحية والسكانية اعتمدت بشكل رئيسي على البيانات المستمدة من نتائج المسح المتكامل للأوضاع الاجتماعية والصحية للمرأة في العراق وعلى نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات في دورته الرابعة (2011) ومسح صحة الأسرة العراقية (2006-2007).

خلصت الدراسة استناداً إلى تحاليل معمقة لما يلي:

- الرعاية أثناء الحمل: بلغت تغطية الحوامل النسبة 89,1%، وخلصت نتائج التحاليل المعمقة إلى ما يلي [2]:

- انخفاض مستويات الرعاية المنتظمة (أربع زيارات وأكثر) بين النساء إلى 63,8%؛
- انخفاض مستويات الرعاية خلال الأشهر الثلاثة الأولى (69%)؛

- يأتي القطاع الخاص في المرتبة الأولى كمقدم للرعاية (55,7 مقابل 44,3% للقطاع العام)؛
- يأتي الأطباء في المرتبة الأولى في مجال تقديم الخدمات 97,2%؛
- تدني نسب تغطية الفحوصات الأساسية خلال فترة الحمل، بحيث مثل قياس ضغط الدم أعلى نسبة التغطية (79,2%)؛
- تدني مستوى الاستشارات. ارتبطت أعلى نسبة تغطية بالمعلومات الخاصة بالتغذية المتوازنة (51,2%)؛
- هناك علاقة وثيقة بين الإصابة بمضاعفات أثناء فترة الحمل وتلقي الخدمة، مما يدل على أن النساء يطلبن الرعاية أكثر عند التعرض لمشاكل صحية؛
- لم تتجاوز نسبة التغطية الجيدة¹ أثناء الحمل المستوى 49,5% فقط؛
- **الرعاية أثناء الولادة:** تم ما يقدر بحوالي 80,4% من مجموع الولادات في مؤسسات صحية، وبمساعدة كادر طبي مؤهل. كما خلص التحليل المعمق لما يلي:
 - تلد نسبة من النسوة قدرها 19,6% خارج الأوساط الطبية؛
 - مثلت نسبة الرعاية الجيدة أثناء الحمل والولادة² المقدار 43,8%؛
 - ارتفاع نسبة اللجوء إلى العمليات القيصرية (21,9%).
- **الرعاية بعد الولادة:** تدني مستوى الرعاية بعد الولادة بين العراقيات (38%)، بحيث أشارت النتائج إلى ما يلي [2].
 - يلجأ 65,1% من المعنيين بالرعاية الصحية بعد الولادة إلى القطاع الخاص؛
 - مثل عدم الإحساس بأي متاعب بعد الولادة النسبة 75,4% من مجموع أسباب عدم تلقي خدمة رعاية ما بعد الولادة؛
 - غطت الرعاية المتكاملة³ (الحمل والولادة وبعد الولادة) النسبة 20,2%؛
 - تباين مستوى تلقي الخدمات: خلص التحليل المعمق إلى وجود تباينات حسب خصائص النسوة الديموغرافية والاجتماعية؛
 - يقل الطلب على خدمات رعاية الأمهات بين اللائي حملن أربع وأكثر؛
 - تتميز المتعلمات بمستويات طلب الرعاية أثناء الحمل والولادة مقارنة بغير المتعلمات؛
 - نسبة الاستفادة من خدمات رعاية الأمهات في الحضر كانت أكبر؛

¹ الرعاية الجيدة أثناء الحمل: أربع زيارات تبدأ خلال الثلاثة الأشهر الأولى وتتم على يد طبيب.

² الرعاية الجيدة أثناء الحمل والولادة: أربع زيارات تبدأ خلال الثلاثة الأشهر الأولى وتتم على يد طبيب والولادة على يد كادر مؤهل.

³ التغطية المتكاملة للرعاية أثناء الحمل والولادة: أربع زيارات تبدأ خلال الثلاثة الأشهر الأولى وتتم على يد طبيب والولادة على يد كادر مؤهل، وتلقي رعاية بعد الولادة.

3- السكان والصحة الإنجابية والفقير:

درس كل من عبد الباسط عبد المعطي وعبد العزيز فرح العلاقة بين الصحة الإنجابية والفقير في البلدان العربية، من خلال إنجازات العشرية التالية للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة 1994).

سجلت الدراسة تحسنا ملموسا في بعض المؤشرات ذات العلاقة بالصحة الإنجابية في معظم البلدان العربية، إذا ما استثنينا الصومال، السودان، جيبوتي، موريتانيا واليمن [3].

• هناك تحسن، لكن متفاوت في رعاية الأمهات أثناء الحمل في معظم البلدان العربية؛ (بلغ المتوسط العام 95% سنة 2000)؛

• وصل متوسط استخدام وسائل منع الحمل إلى المستوى 47%؛

• مازالت معدلات وفيات الأمومة فوق المستوى 200 وفاة لكل 100000 مولود حي في ثلث البلدان العربية؛

• سجلت البلدان العربية تراجعا ملموسا لمعدلات وفيات الأطفال خلال الفترة 1990-2000؛

الآن سنتطرق إلى بعض المسوحات التي أجريت في البلدان العربية:

4- المسح العنقودي متعدد المؤشرات في الجمهورية العربية السورية (2006):

تم المسح خلال الدورة الثالثة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والتي شملت أكثر من 50 دولة حول العالم [4]. نفذه المكتب المركزي للإحصاء بالتعاون مع وزارة الصحة وهيئة تخطيط الدولة وجامعة الدول العربية (المشروع العربي لصحة الأسرة) ومنظمة الأمم المتحدة (اليونسيف).

تمحورت الأهداف الأساسية لمسح سنة 2006 حول ما يلي: [4].

- تقديم معلومات حديثة لتقييم وضع الأطفال والنساء في الجمهورية العربية السورية؛
- تقديم المعلومات اللازمة لرصد التقدم المحرز في سبيل تحقيق الأهداف التي حددتها أهداف الألفية التنموية، وعالم جدير بالأطفال، كنقاط انطلاق للعمل المستقبلي؛
- الإسهام في تحسين قواعد البيانات ونظم المراقبة وتعزيز الخبرات الفنية في تصميم وتنفيذ وتحليل هذه القواعد والنظم.

جند المسح عينة عنقودية على درجتين، اعتمادا على معطيات تعداد 2004. خلصت درجة السحب الأولى إلى 1000 عنقود. في الدرجة الثانية، تمت ملاحظة 20 أسرة من كل عنقود.

وظف المسح ثلاث استبيانات (الأسر المعيشية، النسوة المعنيات بالإنجاب والأطفال الأقل من خمسة سنوات).

خلصت أهم نتائج مسح سوريا لسنة 2006، المرتبطة بالصحة الإنجابية إلى ما يلي:

- وسائل تنظيم الأسرة:
 - تستخدم 58,3% من النسوة المتزوجات وسيلة من وسائل منع الحمل. يأتي اللولب الرحمي في المرتبة الأولى (25,7%) وتليه حبوب منع الحمل (12,9%)؛
 - يرتبط مستوى انتشار وسائل تنظيم الأسرة بمستوى التعليم ارتباطا وثيقا (45,2% بين غير المتعلمات إلى 71% بين نوات التعليم العالي)؛
 - تزيد نسبة الاستعمال بزيادة عدد الأطفال وبتقدم أعمار النسوة؛
 - بلغت نسبة الحاجة غير الملباة من وسائل منع الحمل 4,8% بين المؤجلات للحمل، مقابل 6,2% بين عديمات الرغبة في ولادات إضافية؛
- الرعاية أثناء فترة الحمل والولادة
 - بلغت نسبة المتابعة للحمل 84% بين النسوة اللاتي ولدن طفلا خلال العامين السابقين للمسح. مثل الأطباء 75,3% من مجموع هذه الاستشارات؛
 - أشرف المؤهل الطبي على ولادة 93% من مجموع الولادات؛
- الأمراض المتنقلة عبر الجنس
 - بلغ مستوى المعرفة الشاملة بطرق الوقاية من انتقال فيروس فقدان المناعة المستوى 7,9%.

5- مسح تونس العنقودي متعدد المؤشرات (2011-2012)

نفذ من قبل وزارة التنمية والتعاون الدولي بالتعاون مع المعهد الوطني للإحصاء. تبنى المسح جل الأهداف سابقة الذكر.

صمم مخطط المعاينة على النموذج السابق (درجتين). بلغ حجم العينة 9600 أسرة (480 مقاطعة، بموجب 20 أسرة في كل منها). [5]:

خلصت أهم النتائج إلى ما يلي:

- بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع المستوى 16,7 بين كل ألف ولادة حية مع فارق كبير حسب وسط الإقامة (24,6% في الريف مقابل 12,1% في الحضر)؛

- بلغ مستوى الرعاية (شخص مؤهل) أثناء فترة الحمل المستوى 98,1% بين نسوة الأعمار 15-49 سنة، إذا لم يميز عدد الزيارات (زيارة واحدة على الأقل). ويتقلص إلى 85,1% إذا ميزنا ذوات الأربع زيارات على الأقل؛
- وضعت غالبية النسوة (98,5%) في مرفق صحي وعلى يد مؤهل؛
- بلغ مستوى انتشار موانع الحمل النسبة 62,5% وقدرت الحاجة غير الملباة عند المستوى 7%؛
- سمعت 84% من نسوة الأعمار 15-49 سنة عن مرض الإيدز وتعرف 37,1% طرق انتقال الفيروس من الأم إلى الجنين.

2.5.1. الدراسات في الجزائر:

1- تطور مؤشرات صحة الأم في الجزائر من 1962-1992"

أنجزت دي فور جاكلين، على ما أتيج من مصادر معلومات خلال الفترة المذكورة. حصرت الباحثة أربع مؤشرات ذات علاقة بصحة الأمهات.

اعتمدت الباحثة في دراستها على ثلاثة أنواع من المصادر [6]:

1 -المسوح الوطنية

- آراء الأزواج حول تنظيم الولادات: مسح أجرته الجمعية الجزائرية للبحوث الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية (AARDES) سنة 1967؛
 - المسح الوطني الإحصائي للسكان (ENSP) هو مسح ديموغرافي على ثلاث مراحل؛
 - المسح الوطني لليد العاملة والديموغرافيا (MOD) من تنفيذ الديوان الوطني للإحصائيات (1984)؛
 - المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (ENAF). من تنفيذ المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالتخطيط (1986)؛
 - اعتلال ووفيات الأطفال سنة 1985-1989 تحقيق حول ؛
 - سنة 1990 المسح الوطني حول الصحة؛
 - وسنة 1992 المسح الوطني حول صحة الأم والطفل "PAPCHILD"
- 2 - معطيات الحالة المدنية والتعدادات (1966، 1977، 1987).
- 3 - مجموعة من المعطيات المتباينة من بيانات المستشفيات وبيانات من دراسات، وبعض الأطروحات.

أهم النتائج المتوصل إليها:

- بالنسبة للرعاية الصحية أثناء الحمل:

- كانت المعلومات قليلة جدا، وحسب دراسة اقتصرت سنة 1982 على مصلحة الأمومة بمستشفى وهران الجامعي لم تتلق ثلث الملاحظات (300) أي رعاية أثناء الحمل؛
- بلغت نسبة الرعاية أثناء الحمل سنة 1990 المستوى 60% ثم تراجعت سنة 1992 إلى 57% (70% في الحضر و47% في الريف)؛
- التغطية التوليدية (الولادة في قطاع صحي).
- تراوحت نسب التغطية بين 5 و65.6% خلال الفترة 1962-1992 (الجدول رقم 1، الملحق 1).
- وفيات الأمهات خلال الفترة المذكورة
- حتى وقت قريب كانت المعلومات شحيحة إن لم نقل غير متوفرة. اقتصر الأمر على معطيات غير ممثلة للمستوى الوطني.
- حسب مسح 1889 (وفيات واعتلال الأطفال) أظهر سؤال غير مباشر وفاة 74 حالة تخص الأمهات من بين مجموع قدره 302 وفيات نسوية، علما أن فترة المسح المرجعية مددت لخمسة سنوات. ترجمت هذه التقديرات معدلا قدره 2,3%. لما نتبنى هذا المعدل كأساسي لحساب وفيات الأمهات سوف نخلص إلى ما يقارب 1840 وفاة بين كل 800000 ولادة حية. وطنيا، يترجم هذا المستوى مالا يقل عن 5 إلى 6 وفيات في اليوم، غير أنه يبقى ناقص، بسبب إغفال الوفيات التي تحدث في بدايات الحمل [6].
- استعمال وسائل تنظيم الأسرة
- انتقل مستوى الانتشار من 13% سنة 1977 إلى 51% سنة 1992 (الجدول رقم 2، الملحق 1).
- سنعرض الآن أهم المسوح التي قامت بها الجزائر ذات العلاقة بالصحة الإنجابية التي تخص النسوة.

2- المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (PAPCHILD1992) :

- قام بتنفيذه كل من وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات في إطار المشروع العربي للطفولة، بهدف تحسين المستوى الصحي والاجتماعي للأم والطفل، وهذا من خلال تحقيق الأهداف التالية: [7]
- تقييم مستوى واتجاهات الظواهر الديموغرافية من خلال مصدر مستقل غير الإحصاءات الرسمية؛
 - تقييم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة واتجاهاتها؛

- تحديد ودراسة المحددات المؤثرة على صحة الأم وارتباطها بالخصوبة؛
- دراسة العلاقة بين الخصوبة وصحة الطفل؛
- دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة، وأثرها على كل من صحة الأم والطفل.

شملت عينة المسح 6133 أسرة، حوت 5626 امرأة، تراوحت أعمارهن بين 15 و54 سنة، متزوجة أو سبق لها الزواج.

فيما يخص موضوع عملنا (الصحة الإنجابية)، نذكر أهم النتائج التالية:

- بالنسبة للرعاية الصحية أثناء الحمل، تلقت أكثر من نصف النسوة (57,5%) على الأقل كشفا واحدا خلال فترة الحمل. حسب بعض متغيرات المراقبة، نشير إلى أن أعلى النسب سجلت بين الأقل من 30 سنة (62%) وفي الوسط الحضري (70%)، بين ذوات المستوى الثانوي والجامعي (77%) وبين ذوات الحمل الأول أو ذوات الطفل الواحد (74%).
- أثناء الحمل، كانت المشاكل الصحية سبب فحوصات أكثر من نصف النسوة (54,6%).
- بلغ عدد الزيارات أثناء الحمل المتوسط 2,6 زيارات [7] ، ومثلت اللواتي قمن بزيارة واحدة فقط النسبة 21,9%.
- يمثل القطاع الخاص وجهة النسوة الحوامل الطالبات لفحوصات ما قبل الحمل (57,7% مقابل 39,3% للقطاع العام).
- لم تتلق أربع أخماس المستجوبات (80%) أي جرعة من جرعات التطعيم ضد التيتانوس، مهما كان متغير المراقبة (السن، وسط الإقامة، مستوى التعليم وعدد الأطفال).
- مثل الصداع المستمر أهم الأعراض المصاحبة لفترة الحمل (30,7% من مجموع الحوامل)، يليه تورم الأصابع (14,6%) ثم ارتفاع ضغط الدم (8,6%) ويأتي النزيف في الأخير (6,5%) [7].
- وضعت 76% من مجموع النسوة المعنيات (ولادة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح) في القطاع الصحي (70,8% في المراكز العمومية، مقابل 5,2% في المراكز الخاصة). تدخلت القابلات في 69,8% من مجموع الولادات المعنية.
- لم تتلق أربع أخماس النسوة (79,7%) أي رعاية صحية بعد الولادة، بغض النظر عن متغير المراقبة الموظف.

قدر المسح معدل وفيات الأمهات عند المستوى 215 وفاة لكل 100000 مولود حي، متراجعا مقارنة بمستوى 1989 (230 حالة).

3- مسح وفيات الأمهات (1999):

لقلة المعطيات ذات الصلة بأسباب وفيات الأمهات، نفذ المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) سنة 1999 مسح خص وفيات الأمهات، بالتعاون مع مختلف الهياكل الصحية، الديوان الوطني للإحصاء والقطاع الخاص. من أهداف المسح ما يلي: [8]

- تحديد معدل وفيات الأمهات؛
 - التعرف على أسباب وفيات الأمهات؛
 - التعرف على عوامل الخطر المرتبطة بالأسباب؛
 - اقتراح إستراتيجية للعناية بالمرأة الحامل، بغرض خفض وفيات الأمهات.
- جاءت أهم النتائج على النحو التالي:
- بلغ عدد نسوة أعمار الإنجاب (15-49 سنة) سنة 1999 العدد 7502742 امرأة وتم إحصاء 7757 وفاة على المستوى الوطني، من بينها تم تحديد 697 وفيات أمهات. ترجمت هذه المعطيات معدل وفاة عام قدره 1,04% وبمعدل وفيات أمهات عند المستوى 117,41 وفاة لكل 100000 مولود حي.
 - أظهرت معطيات المسح تباين معدل وفيات الأمهات حسب المناطق، إذ سجلت منطقتي الجنوب أكبر المعدلات (210,6 وفاة في الجنوب الشرقي و154,6 في الجنوب الغربي لكل 100000 ولادة حية)، تليها مباشرة منطقة الغرب (127‰) ثم منطقتي الشرق والوسط (103,4 و84,7‰).
 - سجل أصغر معدل في ولاية عنابة (23,7‰) في حين سجل أعلى المعدلات، متجاوزا كل التوقعات بولاية تمنراست (1732,60‰)، تبعا لظروف الحياة (صعوبات التنقل، الإمكانيات المادية ولأن أغلبية السكان من الرحل).
 - سجل أربع أخماس (556) الوفيات في الوسط الصحي؛
 - بلغ متوسط أعمار المتوفيات 33 سنة، مع ذروة بين نسوة الفئة 40-44 سنة؛
 - جاء ترتيب أسباب وفيات الأمهات الخمسة الأولى على النحو: مضاعفات ارتفاع ضغط الدم (18,4%)، النزيف التناسلي (16,6%)، تسمم الدم (14,1%)، أمراض القلب (13%) وعسر الولادة (12,2%)؛
 - سجلت معظم وفيات الأمهات على امتداد فترة 42 يوما بعد الولادة (66,4%) تليها وفيات فترة الحمل (17,5%) ثم وفيات الولادة (10,6%) وجاءت أخيرا وفيات ما بعد الإجهاض (5,5%، على امتداد 42 يوما بعد الإجهاض)؛

4 - مسح صحة الأم والطفل (MICS2) سنة 2000، التحقيق الوطني الخاص بأهداف الألفية الأخيرة).

نفذ المسح من طرف كل من وزارة الصحة والسكان، والمعهد الوطني للصحة العمومية. تبني أهداف مؤتمر القمة العالمية من أجل الطفولة سنة 1990 (وجوب تحقيق الأهداف بحلول عام 2000 من طرف كل بلد). يمكننا ذكر ما يلي من بين مجموع الأهداف [9]:

- وصول جميع الأزواج إلى المعلومات والخدمات بغرض منع حالات الحمل الكثيرة؛
- حصول جميع الحوامل على الرعاية أثناء الحمل، من قبل عاملين صحيين مدربين؛

مثل مجموع النسوة المتزوجات 15-49 سنة والأطفال الأقل من سن 15 سنة مجتمع الدراسة.

شملت العينة 5247 أسرة (47,4% في الوسط الحضري). حوت هذه الأسر 5510 امرأة متزوجة (95% من بينهن أمهات). جاءت أهم النتائج فيما يلي:

● في مجال الرعاية أثناء الحمل

- قامت 79% من بين الحوامل أو الأمهات لمرة واحدة على الأقل خلال الخمسة سنوات السابقة للمسح، بفحص طبي واحد على الأقل. مثلت الأقل من 30 سنة أعلى النسب (83%). وعموما ارتفعت نسبة الرعاية مقارنة بنتائج مسح سنة 1992 (صحة الأم والطفل) بحوالي 21 نقطة [9].

- اختار أكثر من نصف النسوة (54%) المعنيات القطاع الخاص. وعموما، انخفضت نسبة الزيارات، مقارنة بمستوى سنة 1992 (PAPCHILD) بحوالي 4 نقاط؛
- يبتعد القطاع الصحي عن ثلث العينة تقريبا (32%) بأكثر من 5 كيلومترات؛
- غطى القطاع الصحي 92% من مجموع ولادات الخمسة سنوات السابقة للمسح، مقابل 76% سنة 1992؛

○ في مجال الرعاية بعد الولادة

- أجرت ثلث النسوة فحصا طبيا خلال الثلاثة أشهر الأولى بعد الولادة. سجلت أعلى النسب في منطقة الوسط (53.8%)، ترتفع بين صغيرات السن (34%) ولا تختلف كثيرا باختلاف وسط الإقامة؛
- مهما كان متغير المراقبة، جاء القطاع الخاص (55%) في مجال تقديم الخدمات سابقة. يمكننا استثناء نسوة منطقة الجنوب من هذه الملاحظة؛

- تستعمل 64% من النسوة وسيلة واحدة على الأقل من وسائل منع الحمل (50,1% وسائل حديثة و13,9% وسائل التقليدية). كانت حبوب منع الحمل الوسيلة الأكثر انتشارا (44,3%).

5- المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة (PAPFAM 2002)

تولى الديوان الوطني للإحصاء (ONS) مهمة تنفيذ المسح، بالتعاون مع مديريةية السكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH) والمشروع العربي لصحة الأسرة.

شملت عينة المسح أزيد من 20000 أسرة، موزعة على مجموع التراب الوطني. ضمت أزيد من 7399 امرأة 15- 49 سنة [10]

قدمنا أهداف هذه السلسلة من المسوح سابقا.

جاءت أهم النتائج على النحو التالي [10]:

- تلقت 81% من مجموع الحوامل كشفا واحد على الأقل خلال فترة الحمل؛
- بصفة عامة، جاء الأطباء في المقدمة كمقدمي خدمات فترة الحمل (طبيب: 62%)، قابلة مؤهلة: 30%)؛
- لبي القطاع الخاص أغلبية الفحوصات الطبية (53%)؛
- جاءت الفحوصات بغرض التأكد من حالة الحمل في المركز الأول (40%) وجاءت بعدها زيارات المتابعة (22%) وأخيرا الكشوف الروتينية (6%)؛
- تتناول حوالي 41% من الحوامل أدوية الدعم الصحي (أقراص تحتوي مادة الحديد وتلقى 44% من النسوة المعنويات جرعة من لقاح التيتانوس (الكرزاز)؛
- تعاني السيدات أثناء فترة الحمل من آلام في أعلى البطن، تورم على مستوى الوجه والصداع الحاد. تشكوا الأقل من 20 سنة خاصة من هذه الأعراض؛
- غظت المرافق الصحية 89% من ولادات الخمسة سنوات السابقة للمسح. مثل ضغط الدم أهم المشاكل التي عانت منها السيدات أثناء الولادة؛
- مثلت السيدات اللاتي تلقين كشفا خلال فترة 40 يوما بعد الولادة 30% من بين المعنويات. كانت هذه النسبة مرتفعة بين الوسط الحضري وبين الأكثر تعليما؛
- تمت نصف حالات الرعاية بعد الولادة في مصالح خاصة؛
- لم تتم متابعة ثلث أرباع الولادات، لعدم الاستشارة؛
- خلال الأربعين يوما التالية للوضع، شكت الواضعات لأول مرة خاصة من آلام الثديين (11%)؛

كان هذا ملخص لبعض مؤشرات الصحة الإنجابية للنسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين (15-49 سنة) من سنة 1962 حتى سنة 2002 في الجزائر حسب ما توفر من معطيات لدى الباحثة. أما فيما يخص نتائج مسح 2006 سنتطرق إليه بالتفصيل في الفصل الميداني.

6- المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4) الجزائر 2012-2013:

نفذ المسح الديوان الوطني للإحصاء (ONS)، بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH).

شملت عينة المسح على 27198 أسرة، بنسبة استجابة قدرت بـ 98,4% موزعة على كامل التراب الوطني. ضمت 38548 امرأة في سن الإنجاب (تراوحت أعمارهن بين 15 و 49 سنة)، بنسبة استجابة قدرت بـ 93,6%.

تمثلت أهم النتائج الخاصة بموضوع دراستنا فيما يلي:

- بالنسبة للرعاية أثناء الحمل: [11]
- قامت حوالي 93% من بين الأمهات لمرة واحدة على الأقل خلال السنتين السابقتين للمسح، بفحص طبي واحد على الأقل، (94% في الحضر مقابل 91% في الريف). تتميز منطقة شمال وسط بأعلى نسبة متابعة (97% مقابل 87% في منطقة الجنوب)؛
- جاء الأطباء في المقدمة كمقدمي خدمات الخاصة بفترة الحمل (85% مقابل 8% قابلة أو ممرضة)، تتميز النسوة الجامعيات بأعلى نسبة متابعة من قبل الطبيب (92% مقابل 76% لغير المتعلمات)؛
- بلغت نسبة النسوة اللاتي قمن بأربع زيارات فما فوق 67% من مجموع المعنيات (86% عند الجامعيات، مقابلا 61% عند ذوات المستوى الابتدائي)، حسب مؤشر الثروة نسجل (82% عند النسوة الأكثر غنى مقابل 54% عند الأكثر فقرا)؛
- بالنسبة للرعاية أثناء الولادة:
- أشرف المؤهلين الطبيين على حوالي 97% من ولادات السنتين السابقتين للمسح (98% في الحضر مقابل 95% في الريف).
- غطى القطاع العام أكثر من 88% من الولادات، وحوالي 9% في القطاع الخاص؛

- لم تسجل سوى 1% من الولادات تمت في المنزل؛
- بالنسبة للرعاية الصحية بعد الولادة:
- مثلت النسوة اللاتي لم تقمن بالكشف الطبي بعد الولادة أكثر من ثلاث أرباع النسوة المعنيات (78%)؛
- تلقت حوالي 57% من الأمهات اللاتي كانت لهن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح حقنة ضد التيتانوس؛
- تستعمل 57% من النسوة المتزوجات على الأقل وسيلة واحدة من وسائل تنظيم الأسرة (48% يستعملن الوسائل الحديثة) ومثلت حبوب منع الحمل الوسيلة الأكثر استعمالاً بين النسوة (43%)؛

7- واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها

جاء العمل في إطار أطروحة دكتوراه دولة، من إنجاز الشريف آسيا، بناء على نتائج المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة (PAPFAM, 2002) ومعطيات دراسة حالة لمجموعة من النسوة بغرض تحقيق الأهداف التالية: [12].

- مدى تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية ومدى إقبال النسوة على الخدمات الصحية أثناء مراحل الحمل، الولادة والنفاس؛
 - محاولة إبراز ملامح متابعة لدى الحوامل مرتبط بالحمل، الولادة وما بعدها بالنظر للعوامل الاجتماعية والديموغرافية؛
 - تحديد مدى قدرة المرأة على اتخاذ قرارات ذات صلة بصحتها أثناء اجتياز مراحل الحمل، الولادة والنفاس؛
 - قلة إقبال النسوة على الخدمات الصحية بالخصوص أثناء مرحلة النفاس.
- ومحاولة لتحقيق هذه الأهداف، طرحت أسئلة عديدة رغبة في ترتيب دوافع الطلب على الخدمة [12] نذكر فيما يلي أهم نتائج هذه الأطروحة:
- لا تزال رعاية الأمومة أثناء الحمل والولادة وما بعدهما بحاجة إلى المزيد من الدعم وإنماء درجة الوعي؛

- تابعت أكثر من نصف النسوة حملهن في القطاع الخاص، بسبب نوعية الخدمات المقدمة في القطاع العام؛
- تدني مستوى الوعي بمخاطر الحمل، خصوصاً بين النسوة ذات الطفل الواحد؛
- تدني مستوى التطعيم ضد التيتانوس؛
- تفضل معظم الأمهات الولادة في المستشفيات، لوفرة المعدات والمؤهلين والمتخصصين؛
- جاءت الرعاية الصحية بين أغلبية النسوة لدوافع علاجية؛

مكنتنا الدراسات السابقة من إلقاء نظرة شاملة عن أهم مؤشرات الصحة الإنجابية في بعض الدول العربية وفي الجزائر بصفة خاصة. ساعدتنا الدراسات السابقة من بلورة إشكالية وتحديد محور عملنا.

مكنتنا مختلف الأعمال المنجزة في الجزائر من رصد تطور أهم مؤشرات الصحة الإنجابية، لكن بشكل سطحي، لذلك سنحاول من خلال هذه الدراسة واعتماداً على معطيات مسح 2006 تناول الموضوع بشكل مفصل، معتمدين في ذلك على جداول مركبة تدرج متغيرات عديدة، تساعد على تعميق نظرتنا. في نفس الوقت، سوف نتتبع التقدم المحرز في مجال الصحة الإنجابية العمرية، على تتبع الظاهرة زمنياً.

2.1. الإشكالية:

التمتع بالصحة من الضروريات الأساسية للأفراد، الأزواج والأسر، وبذلك تمثل الصحة الإنجابية جزءاً جوهرياً وأساسياً من الصحة العامة، إذا كانت غاية الرعاية الصحية الوصول إلى حالة من السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، خاصة إذا ربطناها بالمرأة.

كان التقدم المحقق في مجال الصحة الإنجابية بطيئاً خلال العقود الماضية. استندت برامج توعية المرأة بالخدمات التي تهتم بصحة نسوة أعمار الإنجاب، لأنهن في نهاية الأمر من يتعرضن لمتابع الحمل ومخاطره.

من جهة أخرى، بينت الأبحاث أنه يمكن إنقاذ حياة النسوة والتخفيف من معاناتهن إذا استطاعت الأنظمة الصحية التصدي لمضاعفات الحمل والوضع الخطيرة، المهددة للحياة.

تختلف تجارب الحمل والولادة والنفاس من امرأة لأخرى باختلاف الظروف الاجتماعية، الاقتصادية، الجغرافية والديموغرافية، رغم أن الإنجاب عملية فسيولوجية طبيعية تمر بها كل امرأة حامل.

استناداً لإحصائيات منظمة الصحة العالمية، تتوفى كل سنة 536 ألف امرأة بسبب مضاعفات ترتبط بفترة الحمل والوضع. تسجل غالبية هذه الوفيات (99%) في البلدان النامية.

توجد معطيات المنظمة العالمية سنة 2005 [13] معدل وفيات أمومة قدره 400 من بين كل 100000 مولود حي. فاق هذا الرقم عتبة 900 وفاة لكل 100000 ولادة في بعض الدول الإفريقية، الواقعة جنوب الصحراء [14]

تعكس الظاهرة تبايناً واضحاً بين الدول الصناعية والدول النامية، فاحتمال تعرض المرأة الحامل للوفاة في الدول النامية يكبر نظيره لدى نسوة الدول الصناعية بثلاث مرات. وضع هذا التباين الدول العربية ضمن قائمة الدول النامية فعلاً، تقع أكثر من ثلث الدول العربية تحت وطأة مستويات عالية لوفيات الأمهات (أكثر من 100 وفاة من بين كل 100000 ولادة حية) حسب إحصائيات مجموعة البنك الدولي لسنة 2015.

نجحت دولة الكويت في التحكم في هذه الظاهرة، أين نسجل معدلات مماثلة للمستوى الدولي (لا تزيد عن 5 وفيات لكل 100000 ولادة حية). واستطاعت دول خليجية أخرى تحقيق مستويات جيدة في هذا المجال (بين 10-20 وفاة من كل 100000 ولادة حية)، نخص بالذكر كل من قطر، السعودية والإمارات العربية. رغم أن المعدلات بها تفوق البلدان مماثلة لها في الدخل القومي. [15]

في نفس السياق، كشف تقرير لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات أن 700 امرأة حامل تتوفى سنويا في الجزائر، نتيجة تعقيدات ترتبط بالحمل أو الولادة بمعدل قدره 97 وفاة بين كل مائة ألف ولادة. ولتقريب الصورة، تسجل نصف وفيات النسوة الحوامل في المناطق الريفية داخل سيارات الإسعاف، أثناء تحويلهن من هياكل طبية إلى المستشفيات. وأكد المصدر ذاته أن 18.4 بالمائة من الحوامل يتوفين بسبب ارتفاع ضغط الدم، الذي يغفل عنه الأطباء وترتبط وفيات 16,6 بالمائة من الحوامل بالنزيف [16].

يقلل التشخيص الجيد ومراقبة الحمل من مستوى انتشار التشوهات الخلقية وتقادي مخاطر الولادة، لكن في الجزائر الإقبال المتزايد على الهياكل الصحية لا يتم إلا بغرض الولادة. تشير إلى أن 19.3% من مجموع الحوامل لم يتلقين أي فحص طبي. تختلف هذه النسبة كثيرا حسب وسط الإقامة (27.6% في الحضر، مقابل 12.4% في الريف). من جهة أخرى، تشير معطيات المسح الوطني الخاص بصحة الأسرة (2002) إلى تدني كبير في مجال الرعاية الصحية بعد الولادة، بحيث لم يتم متابعة 69.9% [10] من النسوة بعد الولادة. يختلف هذا المؤشر كذلك حسب وسط الإقامة (66.3% مقابل 74.3%) ويرتبط مستوى المتابعة، من جهة أخرى، برتبة الولادة، بحيث تنخفض النسبة من 34% لما يتعلق الأمر بالولادة الأولى إلى 15% لما نكون أمام رتب أوسع (اعتبارا من الولادة السادسة).

تحدد عوامل عديدة، اجتماعية، اقتصادية، ديموغرافية، ثقافية، صحية ونفسية واقع الصحية الإنجابية لدى نسوة أعمار الإنجاب (الفئة العمرية 15-49 سنة).

في هذا البحث سنحاول تسليط الضوء على واقع حياة النسوة الإنجابية، اعتمادا على معطيات المسح العنقودي الجزائري، متعدد المؤشرات (Enquête nationale à indicateurs multiples, MICS-3)، الذي استهدف نسوة الأعمار 15-49 سنة بالملاحظة، لكن بشكل مبسط وسطحي، إذ أهمل جوانب عديدة ذات أهمية بالغة، كانت لتساعد على فهم واقع الجزائريات في مجال الصحة الإنجابية.

سنحاول إذن التطرق للموضوع وفق ما تسمح به المعطيات المتوفرة، مركزين على المحاور التي أغفلها التقرير الوطني. سنوظف لهذا الغرض جداول مركبة، تدرج متغيرات عديدة في نفس الوقت، بغية تحديد أهم العوامل تأثيرا على الصحة الإنجابية في الجزائر.

سنعتمد بعض الأسئلة العامة لتوجيه عملنا، والتي نذكر من بينها:

- ما هي حقيقة واقع الصحة الإنجابية لنسوة أعمار الإنجاب في الجزائر؟
- ما هي أهم العوامل المحددة لواقع الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر؟

- ما مدى تأثير الخصائص الاجتماعية والديموغرافية، الاقتصادية والجغرافية على رعاية النسوة في مجال الصحة الإنجابية أثناء مراحل الحمل، الولادة وما بعد الولادة؟
- ما مدى وعي واهتمام النسوة بصحتهن الإنجابية؟
- ما مدى معرفة النسوة بوسائل تنظيم النسل وما مدى انتشارها؟

3.1. أسباب اختيار الموضوع:

يمكن تحديد أسباب اختيار هذه الدراسة فيما يلي:

- تسليط الضوء على هذه الفئة من السكان، لأنها المعنية مباشرة بعملية الإنجاب، بحيث كلما كانت الأمهات في صحة جيدة، كلما زادت فرص حياة المولودين الجدد؛
- تعميم معالجة كل معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، المنجز في الجزائر سنة 2006، لأن التقرير الوطني لم يتناول كل الأسئلة المدرجة في الاستمارات؛
- دعم البحث العلمي والدراسات في مختلف مجالات الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، بما فيها تمكين الأزواج في كافة المناطق من اتخاذ القرارات الإنجابية المناسبة والمبنية على المعرفة الصحيحة؛
- المساهمة في نشر الوعي في الوسط الطلابي بأهمية الصحة الإنجابية في المجتمعات الإنسانية، باعتبارهم مكون الفئة العمرية 15-49 سنة الأساسي مستقبلا.

4.1. الهدف من الدراسة:

يمكن تحديد أهداف هذه الدراسة فيما يلي:

- تركيز الضوء على هذه الفئة من النساء، لأنها تشكل أكثر من خمس سكان العالم؛
- تحديد أهم العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية في الجزائر ومحاولة ترتيبها من حيث الأهمية؛
- معرفة أهم أسباب وفيات الأمهات؛
- معرفة أهم المشاكل التي لا تمكن النسوة من الاهتمام بصحتها الإنجابية؛
- حصر أهم حاجات هذه الفئة من السكان غير الملباة في مجال تنظيم الولادات.

5.1. تحديد المفاهيم:

هذه النقطة تضع القراء في نفس المستوى في مجال موضوعنا وتساعد على توحيد النظرة عند التطرق لمختلف محاور عملنا.

- **الصحة:** عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 1946 مفهوم الصحة¹ على أنها "حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز" [17]
- **الصحة الإيجابية:** سوف نتبنى مفهوم الصحة الإيجابية المعتمد في المؤتمر العالمي للسكان والتنمية المنعقد في القاهرة سنة 1994 "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 تعدّ جزءاً أساسياً من الصحة العامة، تعكس المستوى الصحي للمرأة في سن الإنجاب". (سنفصل أكثر في الفصل الثاني)

ولأن الصحة الإيجابية تستهدف فئات مختلفة من السكان، سنركز في مجال بحثنا، على الصحة الإيجابية بين النسوة في سن الإنجاب، أي اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة.

6.1. المنهج المتبع:

أن المنهج هو الإجراءات التي يلجأ إليها الباحث في التعامل مع ظاهرة ما في علم ما موظفاً المبادئ العامة للمعرفة العلمية [18]. لذلك يعتبر المنهج الذي يعتمد عليه الباحث في دراسته من أساسيات البحث العلمي فهو الذي يوجه الباحث في مختلف مراحل بحثه، ويتم اختياره حسب طبيعة المشكلة المراد دراستها وإيجاد تفسير لها.

سنعتمد في موضوعنا (الصحة الإيجابية بين نسوة الفئة العمرية 15-49 سنة)، على منهجين: المنهج الإحصائي، باستخدام الطرق الرقمية والرياضية في معالجة تحليل البيانات وإعطائها التفسيرات المنطقية [19]. والمنهج الوصفي التحليلي، الذي يعمل على رصد ومتابعة الظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية في فترة زمنية معينة أو عدة فترات، من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى والمضمون، والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعد في فهم الواقع وتطويره [20]. هذا المنهج الذي سنعمل من خلاله على وصف وتحليل واقع الصحة الإيجابية بين هذه الفئة من السكان.

¹ مفهوم الصحة اعتمده منظمة الصحة العالمية في المؤتمر الدولي للصحة بنيويورك (19 جوان -22 جويلية سنة 1946)، اعتمد بحضور ممثلين عن 61 دولة. دخل حيز التنفيذ في 7 أبريل 1948 ولم يتغير حتى الآن.

7.1. الوسائل الإحصائية:

في هذا العمل، تم اعتماد وبشكل رئيسي على البرنامج الإحصائي SAS¹ لبناء الجداول البسيطة والمركبة وعلى برنامج Excel عند حساب النسب المئوية وتجسيد الجداول والمخططات .

عند دراسة الظواهر المختلفة، لا نكتفي بوصف الظاهرة كما هي في الواقع (تجميع المعلومات وتقديمها للقارئ في شكل جداول إحصائية)، بل لا بد من تحليل، قياس وإسناد النتائج إحصائياً وإجراء الاختبارات. علاقات التأثير والتأثر بين متغيرات الظاهرة [21]. من بين المقاييس المعتمدة في عملنا، نذكر:

- 1- اختبار كاي مربع للاستقلالية؛
- 2- معامل الارتباط سبيرمان؛
- 3- معامل التوافق؛
- 4- معامل الاقتران.

وظفنا لإجراء هذه المقاييس حزمة البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS²

¹ برنامج SAS: هو اختصار لكلمة the Statistical Analysis System، والتي تعني "نظام التحليل الإحصائي". يقدم النظام لغة برمجة قوية، حيث تمكننا لغة SAS للبرمجة من الوصول إلى البيانات وإدارتها.

² برنامج SPSS: برنامج حاسوب SPSS والحروف هي اختصارات (Statistical Package for the Social Sciences) ومعناها الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية. هو من أكثر البرامج استخداماً لتحليل المعلومات الإحصائية في علم الاجتماع.

الفصل الثاني

مدخل علم حول الصحة الإيجابية

1.2. الخلفية التاريخية لنشأة وتطور مفهوم الصحة الإيجابية

2.2. مفهوم الصحة الإيجابية

3.2. الحقوق الإيجابية

4.2. الرعاية الصحية الإيجابية

5.2. تنظيم الأسرة

6.2. وفيات الأمهات

نشأ مفهوم الصحة الإيجابية بعد تداول مفاهيم عديدة مرتبطة بتنظيم الأسرة في الدول التي عرفت نموا سكانيا سريعا. كما جاءت الخدمات المقدمة للنسوة المعنيات بالإيجاب بناء على مبادرات عديدة لمنظمات دولية في إطار صحة وتنظيم الأسرة. تبلور إذن المفهوم (الصحة الإيجابية) مع الزمن ليعني بالدرجة الأولى أمومة آمنة.

من خلال هذا الفصل سوف نتتبع الخلفية التاريخية لتطور مفهوم الصحة الإيجابية، وكذا المفهوم الشامل والواسع الذي خلص إليه مؤتمر القاهرة، ونتعرض من خلاله إلى أهم الفئات المستهدفة ولعناصر وأهداف الصحة الإيجابية، وصولا إلى الرعاية الصحية الإيجابية من خلال مراحلها الثلاثة، أساس اجتياز أمومة آمنة، وصولا إلى الاحتياجات الملابة وغير الملابة في مجال تنظيم الأسرة، رغبة في تبسيط وتوضيح مختلف هذه المفاهيم.

1.2. الخلفية التاريخية لنشأة وتطور مفهوم الصحة الإنجابية من خلال تواتر المؤتمرات الدولية:

اهتمت الأمم المتحدة منذ عام 1954 لتأثير النمو السكاني على عملية التنمية مع زيادة الفقر على الصعيد العالمي، ومع تأسيس صندوق الأمم المتحدة للسكان عام 1969. برزت فكرة التحكم في الخصوبة من خلال برامج تنظيم الأسرة، التي سرعان ما باتت مرادفة لبرامج السكان. غير أن برامج تنظيم الأسرة لم تكن كافية للتطرق إلى كافة جوانب الصحة الإنجابية.

عرف النصف الثاني من القرن الماضي تنظيم عدة اجتماعات ومؤتمرات دولية حول السكان تناولت أموراً تتعلق بمفاهيم تدور حول الصحة الإنجابية لدى المرأة، اختلفت من حيث أهميتها وطبيعتها، نذكر أهمها: مؤتمر بوخاريسست (1974)، المؤتمر العالمي لعقد الأمم المتحدة للمرأة والمساواة والتنمية والسلم (كوبنهاجن، 1980)، مؤتمر مكسيكو (1984)، مؤتمر نيروبي (1987)، القمة العالمية حول الأطفال (نيويورك، 1990)، مؤتمر البيئة والتنمية (ريودي جانيرو، 1992)، المؤتمر العالمي حول حقوق الإنسان (فيينا، 1993)، مؤتمر القاهرة (1994)، القمة الدولية للتنمية الاجتماعية (كوبنهاجن، 1995)، المؤتمر الدولي الرابع حول المرأة (بيجين، 1995).

سنحاول فيما يلي إبراز أهم ما جاء في بعض هذه المؤتمرات بخصوص الصحة الإنجابية لدى المرأة، سنفصل في المؤتمرات ذات الصلة ونوجز في البعض منها بحسب تناولها للموضوع.

1 – مؤتمر بوخاريسست (1974):

يعتبر مؤتمر بوخاريسست أول مؤتمر دولي للسكان تعقده الأمم المتحدة¹، حيث قررت أن يكون عام 1974 عاماً دولياً للسكان. شارك في هذا المؤتمر مندوبون عن 136 دولة، حرص المؤتمر على ضرورة وضع السياسات التي ترفع المستوى الاقتصادي والاجتماعي للسكان، كما تطرق إلى موضوع تنظيم الأسرة من خلال التأكيد على ضرورة المسؤولية الفردية عند اتخاذ القرار المتعلق بالأسرة مع ضمان حق الوالدين في الحصول على المعلومات التي تعينهم على اتخاذ القرار المناسب بشأن أسرهم. برز في هذا المؤتمر جدال حاد بين المدافعين والمعارضين لفكرة تحديد النسل، أين تبنت الدول السائرة في طريق النمو، والجزائر من بينها، الشعار 'التنمية هي أحسن وسائل منع الحمل'.

¹ عقد مؤتمرات دوليان قبل مؤتمر بوخاريسست، هما مؤتمر روما (1954) ومؤتمر بلغراد (1965)، غير أن هذين المؤتمرين كانا مؤتمرين للخبراء والعلماء وليس للحكومات. المؤتمر الأول ذو طبيعة تقنية محضة، تم فيه تجميع المعلومات المتناثرة في ميدان السكان، والمؤتمر الثاني ناقش موضوع الخصوبة، كونه يطرح مشكلاً سياسياً يهتم بقضية التخطيط والتنمية.

ومن أهم الأهداف ذات الصلة هو خفض معدل النمو السكاني إلى 2% في بلدان العالم الثالث، وفي حدود 1% إذا ما تعلق الأمر بالبلدان المتقدمة وذلك حتى سنة 1985 كسنة مرجعية. وكذلك الرفع من أمل الحياة عند الولادة ليتجاوز 62 سنة، تماشياً مع خفض معدل الولادات [22]

2- مؤتمر مكسيكو لعقد الأمم المتحدة للمرأة: المساواة، التنمية والسلام (1975):

هو أول مؤتمر خاص بالمرأة. سميت تلك السنة "السنة الدولية للمرأة". حضرته 133 دولة، تبنى شعار "رفع التمييز ضد المرأة". أوصى بما يلي:

- حرية الإجهاض للمرأة؛
- تنظيم الأسرة لضبط سكان العالم الثالث؛
- تأييد حقوق وواجبات متساوية في الأسرة عند تربية الأطفال والاعتراف بالأمومة كوظيفة اجتماعية وحماية الأم والطفل.

تبنت الجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1979 توصية شعارها "القضاء على كافة أشكال التمييز ضد المرأة (السيداو)". تعتبر أخطر اتفاقية مرتبطة بقضايا المرأة، ومن أبرز مواد هذه الاتفاقية [23] ذات الصلة بموضوعنا :

- الاعتراف بمساواة الرجل والمرأة في جميع الميادين؛
- أن يكون للمرأة الحق في أن تقرر بحرية وبشعور من المسؤولية عدد أطفالها، وفي تحديد الفترة بين طفل وآخر. وأن تكون لها نفس الحقوق والمسؤوليات فيما يخص الولاية، القوامة والوصاية على الأطفال وتبنيهم.

مع بداية الثمانينيات بدأت الخدمات الصحية المقدمة لسنوة أعمار الإنجاب، بناء على مبادرات المنظمات الدولية. جاءت الخدمات تحت شعار "صحة الطفولة والأمومة وتنظيم الأسرة". بادرت معظم الدول ذات النمو السكاني المرتفع إلى إنشاء برامج توعية عن تنظيم الأسرة، إضافة إلى تأسيس أقسام وإدارات خاصة بصحة الطفولة والأمومة في وزارات الصحة [24].

عقدت الأمم المتحدة المؤتمر العالمي لعقد الأمم المتحدة للمرأة "المساواة والتنمية والسلام". (كوبنهاجن، الدنمرك، 1980) وهو المؤتمر الثاني الخاص بالمرأة. وتم فيه استعراض وتقويم التقدم المحرز في تنفيذ توصيات المؤتمر العالمي الأول الخاص (المكسيك، 1975).

3- مؤتمر المكسيك (1984):

بعد عشر سنوات من المصادقة على خطة عمل مؤتمر بوخاريسنت (1974)، شكلت الزيادة السكانية مشكلة حقيقية، عانى منها العالم بأكمله والعالم الثالث بالخصوص، نظمت الأمم المتحدة عام

1984 المؤتمر الثاني للسكان (مؤتمر المكسيك)، (مكسيكو سيتي، 6-14 أوت، 1984[25])، تلبية لطلب البلدان النامية. عالج المسألة السكانية وعلاقتها بقضايا التنمية.

حضره مندوبون عن 147 دولة. وصرح ممثلو دول العالم الثالث بعكس ما كانوا يؤكدونه خلال الندوة السابقة. أصدر إعلانا (88 توصية)، في ضوء ما طرأ على أوضاع كثير من الدول وخاصة النامية. من أهم هذه التوصيات ذات الصلة بمجال الصحة والمرأة نذكر[26]:

- اتخاذ تدابير فورية لتخفيض معدل النمو السكاني ومعدل الوفيات مع محاربة تفشي الأمراض؛
- ربط التنمية الاجتماعية بالنمو السكاني؛
- حث الحكومات على أن تكفل لجميع الأزواج والأفراد الحق الأساسي في أن يقرروا بحرية ومسؤولية عدد أطفالهم والفترة الفاصلة بين ولاداتهم، وأن يحصلوا على المعلومات والوسائل اللازمة لذلك؛
- توفير المعلومات والتعليم والوسائل للجميع، لمساعدة الأزواج على بلوغ العدد المرغوب فيه من الأطفال، وينبغي أن يدخل في نطاق نشر المعلومات والتعليم بوسائل تنظيم الأسرة، لضمان التمكين للخيار الطوعي والحر بصورة تتفق مع القيم الفردية والثقافات المختلفة[22]؛
- العمل على تحسين مركز المرأة وتعزيز دورها في جميع مراحل التنمية ووظائفها، وهذا الأمر يؤثر في حياة الأسرة وحجمها بطريقة ايجابية؛
- توعية الأفراد والأسر بأضرار الخصوبة المرتفعة، لأنها تؤثر بصورة ضارة على صحة الأفراد والأسر، وكذلك مستوى معيشتهم وبالتالي على رفاهيتهم، كما تشكل عائقا خطيرا أمام التقدم الاقتصادي والاجتماعي؛
- ابتكار أساليب جديدة لتنظيم الإنجاب مع تحسين مستوى الأساليب الحالية لزيادة فاعليتها وتقبلها؛
- إعطاء اهتمام خاص لخدمات صحة الأم والطفل، مع توضيح أهمية الرضاعة الطبيعية وتوفير التغذية المناسبة وبرامج التحصين والعلاج.

عقب المؤتمر العالمي للسكان والتنمية (1984) زاد الدعم العالمي لبرامج تنظيم الأسرة، وزاد الاهتمام بتنظيم الأسرة، حتى أصبح الأمر أكثر جلاء في مؤتمر الأمومة الآمنة (نيروبي، 1987).

4- مؤتمر الأمومة الآمنة (نيروبي، 1987):

جاء هذا المؤتمر بمجموعة من التوصيات أبرزها، ضرورة نشر الوعي بالأمومة الآمنة، وذلك بحث الدول على تخفيض وفيات الأمهات إلى النصف بحلول عام 2000 وتقليص نسب إصابتهن بالأمراض، اعتمادا على [24].

- إنشاء لجان وطنية متعددة الأطراف للأمومة؛
- وضع سياسات وطنية لتفعيل برامج الأمومة الآمنة؛
- العناية بالتدريب الخاص للكوادر الطبية؛
- تقوية الدعم المادي والسياسي لمشاريع الأمومة؛
- توفير خدمات الطوارئ الجيدة أثناء الحمل والولادة؛
- العناية بالطفل الوليد وتوفير الإمكانيات اللازمة.

جاءت بعد ذلك مؤتمرات عديدة. انعقد مؤتمر "قمة الطفل" (نيويورك، 1990). سعى إلى الحفاظ على صحة الأمومة دون خطر. نادى إلى خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 50% بين 1990 و2000، تمكين كل النسوة الحوامل من خدمات رعاية ما قبل الولادة، خدمات الحمل الخطر وكذا خدمات الولادة المتعسرة [12].

دعا المؤتمر العالمي "للبيئة والتنمية" (ريودي جانيرو، البرازيل، 1992) الاعتراف بحق النساء في التحكم في قدرتهن على الإنجاب، لتحديد النسل، ولإنشاء مرافق صحية وقائية وعلاجية لرعاية صحية مأمونة وفعالة [27].

تضافرت الجهود في ظل الحركة العالمية من أجل صحة المرأة، المدعومة من التنظيمات غير الحكومية والشبكات النسوية لتؤكد على أن صحة وحقوق المرأة من أهم القضايا التي يجب طرحها.

يعتبر هذا الطرح نقطة تحول في مسار التعامل وفهم وتأطير الصحة الإنجابية. لذلك يعتبر مؤتمر القاهرة. من أشهر المؤتمرات من جهة تركيزه على ضرورة نشر الوعي بالصحة الإنجابية، وزيادة الاهتمام بصحة الأسرة عامة وبصحة المرأة خاصة. أعطى إذن المؤتمر مصطلح الصحة الإنجابية معنى أشمل وأوسع.

5- مؤتمر القاهرة (1994):

انعقد المؤتمر في القاهرة من 5 إلى 13 سبتمبر 1994. شهد مشاركة 179 دولة وحوالي 1200 منظمة غير حكومية. أكد ضرورة وضع سياسات سكانية أكثر حساسية تجاه حقوق الإنسان الأساسية (الحق في التعليم، الحق في الصحة، وخاصة الصحة الإنجابية [28])، وتعميق العلاقة المتبادلة بين السكان،

التنمية والبيئة. أوصى بضرورة إبراز أهمية صحة المرأة، لتمكينها من القيام بأدوارها الإيجابية في المجتمع، وذلك من خلال إرساء مفهوم شامل للصحة الإنجابية يتضمن [24]:

- العناية بمشكلات الصحة الإنجابية بطريقة متكاملة وشاملة للرجل والمرأة؛
- تعديل مفهوم الصحة الإنجابية الذي كان مقتصرًا على برامج تنظيم الأسر فقط؛
- الاهتمام بصحة المرأة خلال حياتها كاملة وليس فقط خلال فترة الإنجاب؛
- الاهتمام بالمشورة كجزء مهم في خدمات الصحة الإنجابية؛
- تحسين نوعية الخدمات في مجال الصحة الإنجابية.

حث مؤتمر القاهرة المجتمع الدولي على تبني جملة من الأهداف السكانية والإنمائية يتم تحقيقها على مدى عشرين سنة [29]:

- التعليم وخاصة للبنات؛
 - الإنصاف والمساواة بين الجنسين؛
 - خفض معدلات الأطفال الرضع والأمهات؛
 - زيادة فرص تمكين الجميع من خدمات الصحة الإنجابية، بما فيها تنظيم الأسرة.
- من أجل تحقيق ذلك تم اقتراح توصيات وإجراءات تساعد على تجسيد توصيات المؤتمر، نذكر من بينها [30]

- حث الدول العربية على أخذ الصحة الإنجابية بالمفهوم الشامل، وتجنّب الإناث الزواج والحمل والإنجاب المبكر وتوفير المعلومات والخدمات ذات النوعية الجيدة، لتمكين الأزواج في كافة المناطق، من اتخاذ القرارات الإنجابية المناسبة، وممارسة حقوقهم في الحصول على الخدمات الجيدة؛
- دعوة الحكومات العربية إلى اهتمام خاص وحثيث بالصحة الإنجابية لدى المراهقين والفئات الأكثر عرضة للمخاطر الصحية، خاصة الأمراض المنقولة جنسياً ومرض نقص المناعة البشرية، من خلال تلبية احتياجاتهم المعرفية؛
- تبني تدابير وقائية وعلاجية للارتقاء بصحة الأطفال والحد من مراضة ووفيات الأمهات، من خلال تطوير الخدمات والنظم الصحية بما في ذلك توفير خدمات تنظيم الأسرة والبنى التحتية الداعمة؛
- دعم البحث العلمي والدراسات في مختلف مجالات الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية بما فيها وفيات الأطفال والأمهات؛
- تكثيف البرامج الإعلامية والتوعوية من أجل تحسين الصحة وتغيير السلوك الإنجابي.

بعد مؤتمر القاهرة، الذي أعاد النظر في مفهوم الصحة الإنجابية وأعطاه معنى أشمل وأوسع، بحيث لم يعد الحديث يقتصر على الخصوبة وتنظيم النسل فقط، بل تعداه إلى الرعاية الصحية الإنجابية، حقوق المرأة في ظل الصحة الإنجابية، وكل ما يتعلق بقضايا المرأة والصحة.

6- المؤتمر الدولي الرابع حول المرأة (بيجين 1995):

انعقد المؤتمر خلال الفترة الممتدة بين 4 و15 سبتمبر 1995. جاء لتأكيد أهم القضايا التي تناولها مؤتمر القاهرة، خاصة موضوع الصحة الإنجابية. والذي أكد على ضرورة ضمان المساواة بين الجنسين في الحصول على التعليم والرعاية الصحية، وتحسين خدمات المرأة في مجال الصحة الإنجابية. من أهم أهدافه في الموضوع [31]:

- زيادة فرص حصول المرأة طيلة دورة الحياة على الرعاية الصحية والمعلومات والخدمات ذات الصلة، بحيث تكون ملائمة وذات نوعية جيدة، بما في ذلك الرعاية في مجال الصحة الإنجابية التي تتضمن الخدمات والمعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة مع إعطاء اهتمام خاص لرعاية الأمومة والرعاية في حالة التوليد الطوارئ على النحو المتفق عليه في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان؛
- الحد من مرض واعتلال الأمهات، بتحقيق الهدف المتفق عليه (خفض وفيات الأمهات بنسبة 50% عن مستوياتها عام 1990 بحلول عام 2000)، ثم خفضها بمقدار النصف عام 2015، وتمكين جميع الأفراد (ذوي الأعمار المناسبة) من الحصول على خدمات الصحة الإنجابية قبل حلول 2015؛
- الاعتراف بما للإجهاد غير المأمون من أثر على الصحة ومعالجة ذلك الأثر؛
- تعزيز حملات الإعلام بفوائد الرضاعة الطبيعية؛
- تعزيز البرامج الوقائية التي تحسن صحة المرأة، من خلال اتخاذ تدابير بغية ضمان الشروط اللازمة لممارسة المرأة حقوقها الإنجابية، وكذا تدعيم حملات الإعلام التي تتناول الوقاية من سرطان الثدي وعنق الرحم والكشف المبكر ومعالجته؛
- تشجيع البحوث ونشر معلومات عن صحة المرأة، وكذا توعية المرأة بالعوامل التي تزيد من خطر الإصابة بأنواع السرطان والتهابات المسالك التناسلية.

استمر تقييم أهداف مؤتمر السكان والتنمية (القاهرة، 1994) كل خمس سنوات، بحيث كان آخرها

سنة 2015.

كانت توصيات مؤتمر القاهرة الدولي (1994) ضمن أولويات الجزائر، بحيث وضعت أهدافا رئيسية خاصة بتحسين المؤشرات الصحية والديموغرافية بحلول سنة 2000. تم تحقيق التوقعات قبل الأجل المسطرة.

بعد جلسة الجمعية العامة للأمم المتحدة (نيويورك، 1999) وقمة الأفية (2000)، تبنت الجزائر إجراءات وأولويات كمية، هدفها خدمة صحة الأم والطفل كانت بحلول 2010 تمثلت فيما يلي: [32]

- بلوغ المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF) المتوسط 2,1 طفل لكل امرأة، (علما أنه عند المستوى 2,4 طفل لكل امرأة)؛
- رفع معدل استعمال وسائل منع الحمل المقدر سنة 2002 عند المستوى 56,2% إلى 65%؛
- تقليص معدل وفيات الأمهات إلى النصف (البالغ عند المستوى 117 وفاة لكل مائة ألف ولادة حية)؛
- تقليص معدل وفيات الأطفال بنسبة 30% (المقدر سنة 2002 عند المستوى 31,2%؛
- العمل على أن تغطي الهياكل الاستشفائية نسبة وضع قدرها 95% من الولادات؛
- تقليص احتمال حدوث أورام جنسية بين النساء المعنيات بالإنجاب بنسبة 25% (النسبة المرجعية 0,2% سنة 2002)؛
- رفع أمل الحياة عند الولادة لدى الجنسين إلى المتوسط 75 سنة بحلول عام 2010.

2.2. مفهوم الصحة الإنجابية:

لقد تم إعطاء مصطلح الصحة الإنجابية ولأول مرة من قبل منظمة الصحة العالمية، والذي جرت الموافقة عليه في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة سنة 1994. ولعلها المرة الأولى التي تعرف فيها الصحة الإنجابية في وثيقة سياسية دولية لتشمل كافة جوانب الصحة الإنجابية بمفهومها الحديث، للإشارة فقد تم ورود هذا المصطلح في المؤتمر أكثر من 129 مرة [33]، الذي خلص إلى التعريف التالي:

1.2.2. تعريف الصحة الإنجابية:

"الصحة الإنجابية هي حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة، ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمونة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريرتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، ويشتمل هذا الشرط الأخير ضمنا على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة المأمونة والفعالة والميسورة والمقبولة في نظرهما، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية

المناسبة التي يمكن المرأة من أن تجتاز بأمان فترة الحمل والولادة، وتهيأاً للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد ممتنع بالصحة [34] "الفصل السابع الفقرة 7-2 من برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية 1994.

لقد تضمن هذا التعريف الشامل والواسع لمصطلح الصحة الإنجابية والمعتمد في مؤتمر القاهرة 1994 السمات الضرورية التي تجعل من الصحة الإنجابية مجالاً فريداً مقارنة بمجالات الصحة الأخرى. فقد حظي هذا التعريف بقبول واسع- مع استثناءات قليلة- وشرع استعماله من قبل الهيئات الصحية والإنمائية الدولية والحكومات والمنظمات غير الحكومية... وتم تحديد سياسات وبرامج صحية جديدة في كل البلدان، وتم اعتماده إلى إحداث تغييرات في الطرق التقليدية لبعض البلدان، من تقديم خدمات صحة الأم والطفل وخدمات تنظيم الأسرة [35].

سنوجز فيما يلي أهم أسباب تبني هذا المفهوم الجديد والشامل للصحة الإنجابية [36]:

- يهتم المفهوم الجديد بمشاكل الصحة الإنجابية بطريقة متكاملة وشاملة تدمج الرجل والمرأة؛
- ركز على العناية الفردية بصحة المرأة؛
- غير الفهم التقليدي (الديموغرافي) للصحة الإنجابية، المرتكز على برنامج تنظيم الأسرة سابقاً؛
- الاهتمام ببعض الفئات التي كانت مهملة سابقاً مثل المراهقين؛
- عالج المفهوم الجديد مشاكل المرأة خلال فترة حياتها كاملة؛
- أولى عناية بالمشورة¹ كجزء هام في خدمات الصحة الإنجابية؛
- الالتفات لنوعية الخدمات المقدمة في كل مجالات الصحة الإنجابية.

2.2.2. الفئات المستهدفة في إطار الصحة الإنجابية:

- رجال ونسوة أعمار الإنجاب، بهدف رفع مستواهم الصحي؛
- المراهقون والشباب، لتجنبيهم الأنماط والسلوكيات الضارة بصحتهم، وليجهزوا أنفسهم للمستقبل (تحمل مسؤولياتهم تجاه صحتهم والأسر التي يشكلونها أو سيشكلونها، لأن هذه المرحلة حساسة وهامة في مراحل نمو الكائن البشري)؛

¹ المشورة "عملية اتصال وجهها لوجه، يستطيع من خلالها شخص أن يساعد شخصاً آخر أو زوجين أو أسرة لتحديد اتجاههم واتخاذ القرارات والاختيارات المناسبة. والمشورة في منع الحمل هي محادثة بين اثنين أو أكثر، تساعد واحداً أو أكثر من المشاركين على فهم موضوع محدد متعلق باحتياجات الصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم النسل". ورد التعريف في international planned parenthood الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية، الطبعة الثالثة، 2004، ص.39.

- نسوة ما بعد سن الإنجاب، أو ما اصطلح على تسميته 'سن اليأس'، للوقاية والكشف المبكر عن الأمراض التي تصيب النسوة في هذه السن خاصة تلك المتعلقة بالجهاز التناسلي؛
- الأطفال بعد الولادة، للحفاظ على صحتهم ونموهم وبقائهم على قيد الحياة.

3.2.2. عناصر الصحة الإنجابية:

- حددت العناصر الرئيسية للخدمة المتكاملة في مجال الصحة الإنجابية في تسعة عناصر [37]:
- تقديم الخدمات والتوعية فيما يتعلق بالأمومة الآمنة، التي تضمن الرعاية قبل الولادة ورعاية حديثي الولادة بما في ذلك الرضاعة الطبيعية وتوفير الاحتياجات الغذائية للأم؛
- المشورة والتثقيف والاتصال والخدمات في مجال تنظيم الأسرة؛
- الوقاية من العقم وعلاجه؛
- الوقاية من الإجهاض غير الآمن ومعالجة عواقبه والحد من مضاعفاته؛
- الوقاية من إصابات الجهاز التناسلي وعلاجها كالأضرار التي تنتقل عن طريق الجنس بما في ذلك فيروس الايدز؛
- الإعلام والتثقيف والإرشاد بشأن الصحة الإنجابية والجنسية؛
- الوقاية من الأمراض المتصلة بالإنجاب ومكافحتها (سرطاني عنق الرحم والثدي وسرطان البروستاتا لدى الرجال)؛
- محاربة العادات الضارة، التي قد تؤثر على الجهاز التناسلي مثل ختان الإناث؛
- الوقاية وعالج أمراض ما بعد الإنجاب (مثل هشاشة العظام وأمراض القلب)؛

تؤثر هذه الجوانب على حياة السكان وخاصة إذا تعلق الأمر بالنسوة والأطفال، لأنها فئات تتأثر كثيرا بسرعة النمو السكاني، في بلد محدود الموارد وضعيف القدرات المادية والبشرية، التي قد تساعد على مواجهة تحديات الحياة العصرية.

وتؤثر عموما هذه العوامل على صحة الأسرة وعلى مستقبل الأجيال، إذ بينت دراسات اجتماعية وصحية عديدة أهمية السلوك الإنجابي السوي.

4.2.2. العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية:

تتأثر الصحة الإنجابية بعدة عوامل تشمل الاقتصادية، الاجتماعية، الثقافية والبيئية بما تتضمنه من متغيرات متنوعة مثل مستوى تعليم الأزواج وظروف معيشية الأسر. من هنا يمكننا تحديد مجموعة من العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية [38]:

- زيادة فرص تعليم الفتيات خاصة في الأرياف، مما يمكنها من توسيع مداركها وقدرتها على اتخاذ القرارات الخاصة بصحتها الإنجابية؛
- يؤثر العنف على الصحة الإنجابية والجنسية بما يشمله من أشكال سوء المعاملة جسديا وجنسيا ومعنويا؛
- قد تعيق بعض العادات، التقاليد والمحرمات الخاصة بالحياة الجنسية تقديم معلومات وخدمات تدخل في مجال الصحة الإنجابية؛
- يعد نقص الموارد البشرية والمالية والأنظمة الصحية والقوانين، إضافة إلى نقص الوعي بين عامة الناس، عائقا يقف أمام تفعيل برامج الصحة الإنجابية؛
- قد تشكل مكانة المرأة في المجتمع عائقا مؤثرا على الصحة الإنجابية، ففي كثير من أنحاء العالم تتعرض البنات للتمييز عند توزيع الموارد العائلية والحصول على الرعاية الصحية. وفي المناطق التي تتدنى فيها مكانة المرأة تأتي صحتها وتعليمها واحتياجاتها في الدرجة الثانية بعد الرجل؛
- تلعب الخدمات الصحية دورا هاما للرفي بمستوى الصحة الإنجابية. فلا يمكن الوقاية من المشاكل الإنجابية أو علاجها أو الحد منها دون توفير خدمات صحية نوعية مع ضمان سهولة الوصول إليها.

5.2.2. أهداف الصحة الإنجابية:

تتمثل أهداف الصحة الإنجابية في [39]:

- أن تمر المرأة بمرحلة الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة بأمان، بعيدا عن الأمراض والإعاقة؛
- تعزيز قدرة الزوجين على عملية تنظيم الإنجاب، دون مخاطر صحية؛
- تمكين الزوجين من الإنجاب (معالجة العقم)؛
- إنجاب المرأة مولودا سليما، ينمو نموا سليما؛
- ممارسة الحياة الجنسية بين الزوجين بأمان ومسؤولية؛
- الحد من الممارسات والعادات التي تضر بالصحة الإنجابية.

* الهدف الاستراتيجي للصحة الإنجابية:

أخذ مفهوم الصحة الإنجابية اهتماما واسعا في المجتمع الدولي (حكومات، منظمات حكومية وغير حكومية). نشير إلى أن إسهامات المنظمات والوكالات غير الحكومية تأخذ أشكالا، تتجسد إما في تقديم المساعدة التقنية أو المالية والمنح.

جاءت أهداف الألفية للتنمية تلبية لإعلان الأمم المتحدة، والذي اعتمده 189 دولة عضو عام 2000، والمؤلف من 8 أهداف و21 غاية و60 مؤشرا ولتمثل من جهة أخرى إطارا دوليا جديدا لقياس التقدم المحرز نحو تحقيق استدامة التنمية والقضاء على الفقر والجوع والمرض والامية والتدهور البيئي والتمييز ضد المرأة. ركز هدفان من بين الثمانية بصفة مباشرة على الصحة الإنجابية وهما:

1- **تقليل وفيات الأطفال** (يمثل الهدف الرابع من أهداف الألفية الإنمائية)، وذلك من خلال تحقيق الغاية التالية: خفض معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بمقدار الثلثين خلال الفترة 1990 و2015[40].

في هذا المجال نشير أن المؤشرات المعتمدة هي:

- معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة؛
- معدل وفيات الأطفال الرضع؛
- نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة المحصنين ضد الحصبة.

2- **تحسين الصحة الإنجابية** (الهدف الخامس من أهداف الألفية الإنمائية)، وذلك من خلال تحقيق غايتين:

- خفض معدل وفيات الأمومة بنسبة ثلاث أرباع خلال الفترة 1990 و2015[40].

والمؤشرات المعتمدة هي:

- معدل وفيات الأمهات
- نسبة الولادات التي تجرى تحت إشراف أخصائيين صحيين مؤهلين طبيا؛
- معدل استخدام وسائل منع الحمل.

- تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015[40].

والمؤشرات المعتمدة هي:

- معدل الولادات لدى المراهقات؛

○ الحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة؛

○ الحاجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة،

إن خفض معدل وفيات الأمهات، وتحسين الصحة الإنجابية يحتاجان إلى تحسين الوصول إلى الخدمات الصحية التي تقدم الوسائل الحديثة لتنظيم الأسرة، ورعاية الحمل ورعاية الولادة وما بعد الولادة، تحت إشراف كادر طبي مؤهل مع وجود خدمات الطوارئ عند الولادة.

3.2. الحقوق الإنجابية:

يمثل الشعار ”لكل إنسان حق التمتع بأعلى مستويات ممكنة من الصحة البدنية والعقلية“، أحد أهم مبادئ برنامج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، 1994). يحث البرنامج الدول على اتخاذ جميع التدابير المناسبة لتكفل بذلك، في إطار المساواة بين الرجل والمرأة.

تشمل الحقوق الإنجابية بعض حقوق الإنسان المنصوص عليها في القوانين الوطنية والمواثيق الدولية وغيرها من المواثيق. وتنص على:

- ✓ حق الأزواج والأفراد التقرير بحرية ومسؤولية عدد أولادهم وفترة التباعد بين ولاداتهم؛
- ✓ حق الحصول على المعلومات وعلى وسائل تنظيم الأسرة الآمنة والفعالة، التي يقدرون عليها، يختارونها ويتقبلونها كوسيلة لتنظيم خصوبتهم والتي لا تتعارض مع القوانين؛
- ✓ حق حصول المرأة على خدمات الرعاية الصحية التي تمكنها من الحمل والولادة بطريقة آمنة وإنجاب أطفال يتمتعون بالصحة؛
- ✓ حق حصول جميع الأفراد على أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسية والإنجابية، عن طريق نشر الوعي، التثقيف، المشورة والرعاية الطبية في ميدان الإنجاب والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي بما فيها الإيدز، بغية تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية.

4.2. الرعاية الصحية الإنجابية:

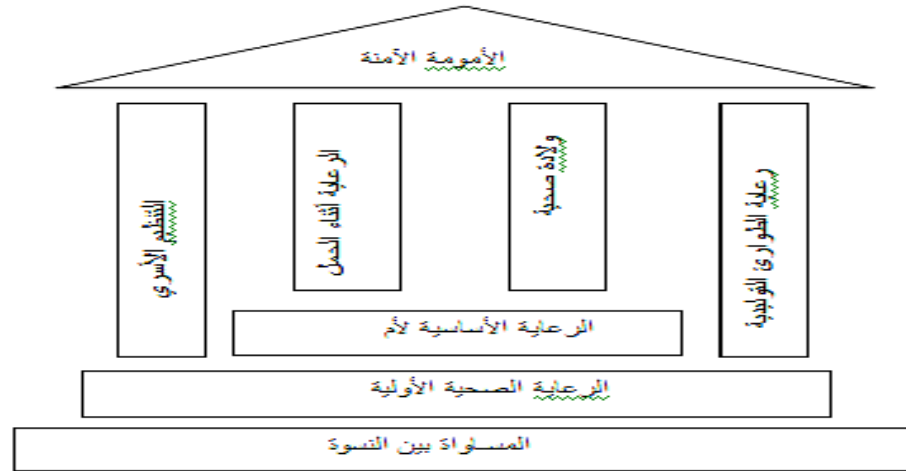
تعد الصحة حقاً من حقوق الإنسان، والرعاية الصحية هي وسيلة من وسائل الحصول على هذا الحق، دون أي معوقات اجتماعية أو اقتصادية أو ثقافية [41].

بالنظر إلى مصطلح الصحة الإنجابية (مؤتمر القاهرة، 1994)، تعرف الرعاية الصحية الإنجابية على أنها ”مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات، التي تسهم في تحسين الصحة الإنجابية والرفاهية عن طريق منع حدوث مشاكل الصحة الإنجابية وحلها“ [42]

تشمل الرعاية الصحية الإنجابية الشاملة: الأمومة الآمنة من خلال الرعاية التوليدية الضرورية التي تشمل على:

- * رعاية الأمهات صحيا قبل الولادة (أثناء فترة الحمل)، الولادة الآمنة (الرعاية أثناء الوضع)، رعاية الأم والطفل بعد الولادة، بما في ذلك تقديم المشورة الملائمة والتشجيع على الرضاعة الطبيعية؛
- * التوليد من قبل كادر مؤهل وإحالة الحالات الصعبة في الوقت المناسب؛
- * ضمان المساعدة اللازمة عند الوضع (الطوارئ التوليدية)، عندما يتعلق الأمر بنسوة أظهرن مضاعفات ومخاطر أثناء الحمل[43]؛
- * رعاية المولود والتعامل مع حالات الإجهاض؛
- * توفير خدمات تنظيم الأسرة جيدة النوعية وتقديم المعلومات، المشورة والتثقيف؛
- * معالجة الأمراض المنقولة جنسيا والوقاية منها، واتخاذ الإجراءات الوقائية الشاملة لتجنب الانتقال، والتشجيع على طلب المشورة والفحص؛
- * توفير المعلومات، تقديم المشورة، التوعية، الاتصال والخدمات الخاصة بجوانب الحياة الجنسية والصحة الإنجابية والحياة الأسرية.

وحددت منظمة الصحة العالمية أهم ركائز الأمومة الآمنة وفق المخطط البياني التالي:



Source : Organisation Mondiale de la Santé et division de la Santé et de la famille (1997), le dossier mère-enfant: guide pour une maternité sans risque, Genève, p10.

مخطط بياني رقم 1: الركائز الرئيسية الأربعة للأمومة الآمنة

¹ تهدف الأمومة الآمنة بدرجة أساسية إلى أن تمر الأم بسلام خلال فترات الحمل، الولادة وما بعدهما، ودون مضاعفات قد تؤدي إلى عجز وظيفي لها أو لجنينها.

1.4.2. الرعاية الصحية أثناء الحمل:

الرعاية الصحية خلال فترة الحمل هامة لأنها تلعب دورا كبيرا في سلامة المرأة وسلامة طفلها، فالرعاية أثناء الحمل وسيلة فعالة لحماية الأم من كثير من المضاعفات التي يمكن أن تحدث بسبب الحمل أو الولادة.

تقتضي الرعاية أثناء الحمل تلقي المرأة الحامل فحصا طبيا أو أكثر من قبل كادر طبي مؤهل [44]، بهدف الحفاظ على صحة الحوامل، والكشف المبكر عن المشاكل الصحية، التي قد تصيب المرأة الحامل والجنين (مضاعفات الحمل مثل الإجهاض، الولادة المبكرة، التشوهات والعيوب الخلقية، تسمم الحمل، سكر الحمل وفقر الدم... الخ) ومعالجتها [45]، لأن فحوصات ما قبل الولادة فرصة لتقديم الخدمات الأساسية الموصى بها (التحصين ضد التيتانوس والوقاية من فقر الدم).

1.1.4.2. خدمات الرعاية أثناء الحمل:

تمكن الرعاية الصحية أثناء الحمل النساء الحوامل من تلقي خدمات ذات طبيعة وقائية، تساعد على تحسين معطيات الحمل والولادة تفيد الأم والطفل معا [2]، استنادا إلى لوائح منظمة الصحة العالمية. خلال توفر فترة الحمل تتلقى خدمات المرأة الحامل ما يأتي:

- الفحص الطبي العام ويشمل في كل زيارة قياس الوزن، الطول، ضغط الدم، درجة الحرارة، النبض، وفحص القلب، الصدر، الثدي، الغدة الدرقية وورم الساقين؛
- فحص البطن من خلال: تحديد ارتفاع الرحم، معرفة وضع الجنين، حركة الجنين وسماع دقات قلبه؛
- التحاليل المخبرية (زلال البول، قياس الهيموغلوبين في الدم وعامل الريزيس "RH")؛
- تحديد وضعية الأم بالنسبة للتطعيم: لتوكسيد التيتانوس، والتطعيم بحسب الحالة؛
- تقديم المشورة والمعلومات والتثقيف الصحي للحامل.

حيث تهدف مختلف هذه الفحوصات إلى ضمان رعاية جيدة أثناء الحمل¹

2.4.2. الرعاية الصحية أثناء الولادة:

تعتبر الرعاية الصحية أثناء الولادة من أهم مؤشرات الصحة الإنجابية، بحيث تمثل ظروف الولادة عوامل تقلل أو تزيد من خطر الإصابة بالمضاعفات والأمراض التي قد تصيب الأم والطفل، والتي قد تؤدي إلى وفاة أحدهما أو كليهما.

تتم هذه الرعاية من خلال متابعة الولادة بإشراف كادر طبي مؤهل ومختص (ممرضة/ قابلة، طبيب...)، سواء في عيادات التوليد أوفي المستشفيات. إضافة إلى التدخل السريع في الحالات الطارئة أو الإحالة في أسرع وقت، مع الاهتمام بالمولود الجديد مباشرة بعد الولادة[46].

تتم الرعاية في غرفة الولادة (الرعاية الفورية) على الأقل مدة ساعتين عقب الولادة، من خلال:

- فحص الرحم، النبض، الضغط والتنفس؛
- تقديم المشورة والمساعدة على الإرضاع الطبيعي؛
- تقديم المشورة حول العناية بالأعضاء التناسلية؛
- تقديم نصائح حول التغذية؛
- تقديم فحوصات للمولود الجديد.

3.4.2. الرعاية الصحية بعد الولادة:

تعتبر الرعاية بعد الولادة من مكونات الأمومة الآمنة الأساسية، لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات والرضع وضمان الصحة البدنية والعقلية ورفاه الأمهات.

تمثل الفترة الزمنية التي تعقب وضع المرأة مرحلة حرجة في حياة الأم، لما تتعرض له من تغيرات فيزيولوجية: انكماش الرحم وعودة التغيرات الجسدية الأخرى التي حدثت أثناء الحمل، إلى ما

¹ تعرف منظمة الصحة العالمية الرعاية الجيدة أثناء الحمل: أنها الرعاية التي تبدأ في الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، وتشمل أربع زيارات على الأقل يقدمها الطبيب. استنادا على دراسة تأثيرات النماذج المختلفة لرعاية الحمل، وضعت منظمة الصحة العالمية إرشادات محددة لما يجب أن يحتويه الزيادة لرعاية الحمل نذكر من بينها:

- قياس ضغط الدم؛
- فحص البول لمعرفة تجرثم البول، والبول البروتيني؛
- فحص الدم لاكتشاف الإصابة بالزهري (السفليس) وفقر الدم الشديد؛
- قياس الوزن/الطول اختياري.

كانت عليه سابقا. ولهذا حتى مع انتهاء الحمل، فإن أمراضا خطيرة أو إعاقات مرتبطة بالحمل (العدوى، النزيف الحاد،....) تظل محتملة. قد تزيد الممارسات التقليدية من احتمالات التعرض للخطر.

تتمثل إذن الرعاية الصحية بعد الولادة، في متابعة الأمهات اللاتي وضعن حديثا، خلال فترة النفاس: الفترة التي تلي الولادة، وتبدأ بعد انقضاء ساعة على الولادة وتدوم حسب منظمة الصحة العالمية أربع أسابيع)، بغرض متابعة تطور المضاعفات التي قد تلاحظ أثناء الحمل والولادة وتقديم النصائح اللازمة بخصوص الرضاعة الطبيعية، التغذية الجيدة، النظافة الشخصية وتقديم المشورة اللازمة بخصوص المباشرة بين الولادات وتنظيم الأسرة [39]. "يمكن أن تمتد فترة النفاس أكثر، لتغطي فترة ستة أسابيع (42 يوما)، لما نراعي الأعراف والتقاليد. تعود خلال هذه الفترة وظائف الأعضاء إلى حالتها الطبيعية" [47].

5.2. تنظيم الأسرة:

يعد تنظيم الأسرة من الدعائم الرئيسية لخدمات الصحة الإنجابية، بحيث تعد أحد أسباب تحسن صحة المرأة. مثلت الهدف الخامس في أهداف الألفية للتنمية. يساعد استخدام وسائل تنظيم الأسرة (منع الحمل لغرض المباشرة أو التوقف) النساء على الإنجاب في الوقت الأكثر ملائمة للأمهات والأطفال، مما يقلل من وفيات الأمهات والوفيات والإعاقة بين الأطفال. فقد شاع على نطاق واسع تعرض صحة المرأة والطفل للمخاطر كلما كان الحمل عند أعمار مبكرة أو متأخرة أو تكرر كثيرا بشكل يقرب الولادات بعضها من بعض.

1.5.2. مفهوم تنظيم الأسرة

وافق المشاركون في مؤتمر الإسلام وتنظيم الأسرة (الرباط 1971) بإجماع على تعريف تنظيم الأسرة: قيام الزوجين بالتراضي ودون إكراه باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأخير الحمل، بما يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهما" [48]

2.5.2. أهم مؤشرات تنظيم الأسرة:

تتمثل أهم المؤشرات المعتمدة في تنظيم الأسرة فيما يلي:

○ نسبة المستخدمات لوسائل تنظيم الأسرة، كوسيلة لمنع الحمل؛

¹ يعرف رولان بريسا منع الحمل بأنه اللجوء إلى وسائل (الحبوب، اللولب، تقنيات الامتناع،....) تمنع العلاقات الجنسية من أن تؤدي إلى الحمل. [49]

- متوسط عدد الأطفال السيدة عند أول استخدام لوسائل تنظيم الأسرة؛
- متوسط عدد الأطفال عند الاستعمال الحالي؛
- متوسط عمر الأمهات عند أول ولادة؛
- نوع الوسيلة المستخدمة أولاً، والمستخدم حالياً.

3.5.2. وسائل تنظيم الأسرة:

تستخدم موانع الحمل لتنظيم الإنجاب، بغية تفادي الحمل غير المرغوب فيه أو المباشرة بين فترات الحمل [50]. تنقسم وسائل تنظيم الأسرة إلى نوعين: وسائل حديثة ووسائل تقليدية [15].

- الوسائل التقليدية: تعتمد على سلوك الزوجين وتشمل:
 - القذف خارج المهبل؛
 - فترة الأمان (الامتناع الجنسي المؤقت)، الامتناع الجنسي في فترة الأربعين يوماً بعد الولادة (فترة النفاس)؛
 - الرضاعة الطبيعية.
- الوسائل الحديثة: تعتمد على منتجات وخدمات طبية وتشمل:
 - حبوب منع الحمل والتي تحتوي على هرمون الإستروجين أو البروجيستيرون أو الاثنين معاً وتؤخذ يومياً خلال الدورة الشهرية؛
 - النماط الرحمية (اللولب)، تستخدم من ثلاث إلى عشر سنوات حسب النوع؛
 - حقن منع الحمل، تعطى كل شهرين أو ثلاثة أشهر، طبقاً لنوعها؛
 - الغرسات (الكبسولات تحت الجلد)، تستخدم من ثلاثة إلى سبع سنوات؛
 - الواقي الذكري والأنثوي؛
 - وسائل موضعية أخرى (الحاجز المهبطي، الحبوب الرجوية....)؛
 - الوسائل الدائمة (التعقيم).

4.5.2. الاحتياجات غير الملبة في مجال تنظيم الأسرة:

يعتبر التخطيط المسبق لعدد الأطفال وموعد ولادتهم من الأمور المسلم بها اليوم بالنسبة لملايين الناس ممن يمتلكون القدرة والوسيلة على القيام بذلك، بيد أن نسبة كبيرة من سكان العالم لا يتمتعون بحق اختيار عدد أطفالهم وموعد ولادتهم، لأن فرص الحصول على المعلومات وخدمات تنظيم الأسرة غير متوفرة لديهم، أو لرداءة المتاح منها، مما يجعلهم عرضة للحمل حتى وإن كان غير مرغوب فيه [51].

1.4.5.2. مفهوم الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة

يشير مفهوم الحاجة غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة إلى الحالة التي تكون فيها السيدة قادرة على الحمل وتوجد لديها رغبة في تجنب أو تأجيل الحمل حتى السنتين القادمتين، لكنها لا تجد أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة.

حاز هذا المفهوم مكانة محورية لأكثر من ثلاثة عقود. يرتبط بأول مسوح الخصوبة وتنظيم الأسرة، والتي نفذت في الستينيات. تم تقبله منذ البداية، بوصفه منطقاً متميزاً، يوجه الاستثمارات في برامج تنظيم الأسرة، لما لها من علاقة سببية بالحمل غير المرغوب فيه [52].

تنقسم الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة إلى احتياجات للمباعدة واحتياجات للحد نهائياً من الإنجاب [53]

○ تظهر الاحتياجات غير الملباة بغرض المباعدة بين الولادات لما نكون أمام نسوة (أو الأزواج) لديهن رغبة لتأجيل الولادة لوقت لاحق، غير أنهن لا يستعملن أي وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة لهذا الغرض.

○ تعتبر الحاجة غير الملباة بغرض الحد من الولادات لما نكون أمام نسوة لا تستعملن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة، مع الرغبة في التوقف عن الإنجاب نهائياً.

6.2. وفيات الأمهات:

عرفت منظمة الصحة العالمية، في التصنيف الإحصائي الدولي للأمراض والمشاكل المتعلقة بالصحة¹، (المراجعة العاشرة، 1993، ICD-10) وفيات الأمهات على النحو: "وفاة كل امرأة أثناء الحمل، الولادة أو خلال فترة 42 يوماً من انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة ومكان الحمل، لأي سبب من الأسباب المرتبطة أو المتفاقمة من الحمل ومعالجته، لكن دون أن يحدث ذلك نتيجة حوادث أو عوامل خارجية" [14]

تصنف الأسباب الطبية لوفيات الأمهات إلى ثلاث مجموعات:

¹ التصنيف الدولي للأمراض: نشره منظمة الصحة العالمية، يتم تصنيف الأمراض والأعراض والعلامات والمسببات على شكل شفرات تتكون من 6 أرقام، واختصاره العالمي ICD/

- أسباب توليدية مباشرة: تنجم عن مضاعفات التوليد المتصلة بالحمل أو بسبب التدخلات أو حالات الإغفال أو العلاج غير السليم. تحدث عادة نتيجة الأسباب الخمسة الرئيسية التالية: النزيف، تعسر الولادة، الإنتان، الاضطرابات الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم ومضاعفات الإجهاض غير المأمون. وتشكل هذه الأسباب من 60 إلى 75% من وفيات الأمهات؛
- أسباب توليدية غير مباشرة: هي الوفيات الناتجة عن إصابات قبل الحمل أو أمراض أصيبت بها الأم أثناء الحمل وتفاقت مثل مرض القلب، التهاب الكبد الوبائي، داء السكري، الملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية/ الإيدز.
- أسباب غير توليدية ذات العلاقة بالحمل أو الولادة، كالحوادث الطارئة والمتعمدة.

تشير الدراسات إلى أن الأسباب الطبية هي أسباب فورية لوفيات الأمهات، أما العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، الإنجابية، الصحية والثقافية التي تعيشها المرأة فتؤثر على الظاهرة بطريقة تراكمية.

وفي هذا الصدد لا بد من الإشارة إلى مفهوم مراضة الأمهات، التي تعرف على أنها "الاعتلال أو الإعاقة التي تحدث نتيجة الحمل أو ذات علاقة بالحمل أو الولادة أو في فترة ما بعد الولادة (النفاس)" [40]

1.6.2. المؤشرات المستخدمة لقياس ظاهرة وفيات الأمهات:

المقياس الأكثر شيوعا واستخداما في قياس ظاهرة وفيات الأمهات هو "عدد وفيات الأمهات من بين كل 100000 مولود حي". يطلق عليه تقليديا لفظ معدل، إلا أنه في واقع الأمر نسبة (التسمية الحالية)، غير أن التصنيف الدولي العاشر مازال يستخدم مصطلح معدل حفاظا على الاستمرارية التاريخية للمعطيات.

- معدل وفيات الأمهات (Taux de mortalité maternelle): هو عدد الأمهات اللاتي يتوفين أثناء الحمل وخلال 42 يوما بعد الولادة لكل 100000 امرأة في عمر الحمل في سنة معينة.
- نسبة وفيات الأمهات (Rapport de mortalité maternelle): عدد النسوة اللاتي يتوفين أثناء الحمل وحتى 42 يوم بعد الولادة لكل 100000 ولادة حية.

2.6.2. مصادر معطيات قياس ظاهرة وفيات الأمهات:

تقتضي عملية قياس الوفيات أثناء النفاس، المعرفة بوفيات النسوة في سن الإنجاب (15-49 سنة)، والسبب الطبي للوفاة، وما إن كانت المرأة حاملا أو نفساء، غير أن عددا قليلا من البلدان النامية يسجل سبب الوفاة وحالات الحمل.

تشيع مشاكل التسجيل وسوء التصنيف في جميع طرق قياس ظاهرة وفيات الأمهات. لهذا السبب يرى معظم الخبراء أن دقة قياس وفيات الأمهات تقتضي جمع معلومات كثيرة ذات مصادر مختلفة.

نذكر فيما يلي أهم مصادر رصد المعطيات الظاهرة:

- سجلات الإحصاءات الحيوية والمسوح المتعلقة بالأسر المعيشية؛
 - التعدادات السكانية؛
 - الدراسات المتعلقة بمعدلات وفيات نسوة أعمار الإنجاب؛
 - سجلات الإحصاءات الحيوية المرتبطة بتقديرات دقيقة لوفيات الأمهات، وتعتبر المصدر الأكثر موثوقية، لكنها نادرة في الدول النامية؛
- بالنسبة للدول النامية فهي تعتمد وبشكل رئيسي في رصد الظاهرة على المسوحات الديموغرافية والصحية.

تمثل وفيات الأمهات أحداثا نادرة نسبيا (من زاوية المعاينة)، لذلك كانت الحاجة إلى عينات كبيرة عندما ترصد أحداث الظاهرة اعتمادا على المسوح، الشيء المكلف للغاية الأمر الذي أوجب البحث عن طرق غير مباشرة على غرار طريقة الأخوات¹ (La méthode des sœurs).

نقول في الأخير أن المفهوم الشامل والواسع للصحة الإنجابية لم يظهر إلا خلال المؤتمر الدولي الثالث الخاص بالسكان والتنمية سنة 1994. الذي لقي قبولا واسعا من قبل جميع الحكومات، الهيئات والمنظمات، بعد أن كان مقتصرًا حتى وقت قريب على برامج تنظيم الأسرة فقط، الذي هدف أساسا إلى التحكم في زيادة سكان البلدان النامية.

¹ طريقة الأخوات أسلوب يستخدم في المسوح الديموغرافية والصحية يقتضي سؤال المستجوبات عن أخواتهن (عدد الأخوات اللاتي في سن الإنجاب وعدد المتوفيات من بينهن وما إن كن حوامل وقت الوفاة)

الفصل الثالث

الصحة الإنجابية في الدول العربية

1.3. مستويات الخصوبة في الدول العربية

2.3. وفيات الرضع

3.3. تطور وفيات الأمهات

4.3. رعاية الأمهات صحيا في الدول العربية

5.3. تنظيم الأسرة في الدول العربية

أولت الدول النامية عامة والدول العربية اهتماما متزايدا خلال العقود الأخيرة بالأوضاع الديموغرافية الصحية والاجتماعية ذات العلاقة بصحة الأم والطفل. ولأهمية الصحة الإنجابية وتجسيدها لأهداف الألفية الإنمائية، خاصة ما تعلق بالهدف الخامس (تحسين الصحة النفاسية) وكذا أهداف مؤتمر القاهرة سنة 1994، خاصة ما تعلق بصحة المرأة، عملت الدول النامية والعربية على وضع سياسات متطورة لرعاية الأمهات صحيا والنهوض بصحة الأم والطفل ولخفض وفيات الأمهات، الذي يعتبر تحديا كبيرا في الدول النامية.

من خلال هذا الفصل سنستعرض تطور أهم مؤشرات الصحة الإنجابية في الدول العربية، ممثلة في مستوى الخصوبة، خاصة بين المراهقات، وفيات الرضع، وفيات الأمهات وواقع الرعاية الصحية الإنجابية لנסوة أعمار الإنجاب في هذه الدول، وصولا إلى انتشار وسائل تنظيم الأسرة في الدول العربية.

1.3. مستويات الخصوبة في الدول العربية:

تبنّت دول عربية عديدة منذ عقود سياسات سكانية تحد من النسل، خاصة بعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (مكسيكو 1984)، بحيث جعل جل الدول النامية تنظر إلى النمو السكاني كمثبط للتنمية. منذ أواخر الثمانينيات، شهدت معدلات الخصوبة في أغلب البلدان العربية انخفاضا سريعا، بحيث انخفض المعدل من حوالي 7 أطفال لكل امرأة إلى حوالي 3 أطفال لكل امرأة، إذا استثنينا الدول التي ما زالت معدلات الخصوبة فيها مرتفعة كالصومال (الجدول رقم 1.3)

جدول رقم 3-1: المؤشر التركيبي للخصوبة (متوسط عدد الأطفال لكل امرأة) في الدول العربية:

السنة							الدولة
2015	2010	2005	2000	1995	1990	1970	
3.37	3.55	3.69	4.06	4.68	5.54	7.93	الأردن
1.77	1.87	2.15	2.64	3.39	4.39	6.61	الإمارات
2.04	2.14	2.45	2.77	3.1	3.74	6.5	البحرين
4.54	4.83	5.11	5.4	5.71	5.98	6.78	موريتانيا
2.81	2.87	2.5	2.51	3.45	4.73	7.64	الجزائر
6.36	6.87	7.29	7.61	7.66	7.4	7.18	الصومال
4.11	4.43	4.78	5.39	6.25	6.72	/	فلسطين ¹
4.51	4.66	4.61	4.89	5.42	5.88	7.36	العراق
2.07	2.35	2.58	2.85	2.67	2.59	7.26	الكويت
2.49	2.54	2.47	2.69	3.31	4.06	6.69	المغرب
2.71	2.99	3.3	3.98	5.04	5.9	7.28	السعودية
2.13	2.1	2.0	2.14	2.61	3.48	6.71	تونس
4.42	4.75	5.04	5.38	5.83	6.41	7.06	جزر القمر
3.31	3.18	3.02	3.23	3.71	4.66	5.93	مصر
3.13	3.48	3.94	4.47	5.35	6.09	6.8	جيبوتي
2.71	2.89	2.96	3.72	5.35	7.16	7.31	عمان
2.01	2.1	2.56	3.24	3.59	4.02	6.92	قطر
1.72	1.61	1.75	2.23	2.62	3.0	4.95	لبنان
2.43	2.6	2.67	2.93	3.66	4.96	8.13	ليبيا
4.04	4.7	5.51	6.33	7.52	8.61	7.77	اليمن
2.9	3.09	3.4	3.96	4.5	5.31	7.57	سوريا
4.29	4.64	5.04	5.44	5.82	6.15	6.89	السودان
3.35	3.45	3.5	3.8	4.42	5.34	6.81	العالم العربي
2,45	2,50	2,56	2,66	2,87	3,28	4,78	العالم

المصدر: مجموعة البنك الدولي متوفرة على الرابط:
 WORLD BANK GROUP (US):
<https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>

رغم انخفاض الخصوبة في الدول العربية، إلا أن المؤشر التركيبي في هذه الدول يعتبر من أعلى المعدلات في العالم، بحيث فاق معدل الدول العربية العام معدل مجموع دول العالم خلال الفترة 1970-2015. (بين 3.35 و 6.81 طفلا/امرأة في الدول العربية، مقابل 2.45 و 4.78 طفلا/امرأة في مجموع دول العالم)[55].

¹فلسطين: قطاع غزة والضفة الغربية

حققت دول عربية كثيرة معدلات خصوبة منخفضة خلال الفترة التي حددت لتحقيق أهداف الألفية الإنمائية¹(1990-2015). قل سنة 2015 إجمالي معدلات الخصوبة في أكثر من عشر دول عن 3 أطفال/امرأة، علما أن أربع من بين هذه الدول تراجع فيها المعدل عن مستوى تجدد الأجيال أو ما يعرف بمعدل الإحلال (2,1 طفل/امرأة). يتعلق الأمر بالإمارات العربية المتحدة، البحرين، قطر ولبنان. ويزيد المعدل عن أربع أطفال لكل امرأة في كل من السودان، اليمن، جزر القمر، العراق، فلسطين وموريتانيا. يبقى الصومال البلد العربي الوحيد الذي لم يحقق أي تقدم، بحيث يفوق متوسط عدد الولادات فيه ستة أطفال لكل امرأة. ترتبط هذه الظاهرة بانخفاض سن زواج الإناث في الأرياف خاصة[56].

إذا لخصنا إنجازات البلدان العربية في مجال الخصوبة الكلية منذ سنة 1990(السنة الأساس:100%) فإننا نرصد ما يلي:

- حققت بلدان انخفاضا فاق نصف التوقع (50% وأكثر) وتشمل كل من عمان، الإمارات العربية المتحدة، المملكة العربية السعودية، اليمن، ليبيا وقطر؛
- بلدان عربية كانت معدلات الخصوبة فيها أصلا منخفضة كتونس، لبنان والكويت؛
- بلدان حققت معدلات خصوبتها بين 25 و50%، مثل الجزائر، المغرب الأردن، سوريا والبحرين؛
- بلد عربي وحيد لم تتعد فيه نسبة الانخفاض خمسة عشرة بالمائة، ممثلا في الصومال (الجدول 2-3).

تعد أهداف الألفية الإنمائية المرتبطة بإعلان الأمم المتحدة، المعتمد عام 2000 من قبل 189 دولة عضو إطارا دوليا جديد لقياس التقدم المحرز في مجال تحقيق استدامة التنمية والقضاء على الفقر. حددت أغلب الأهداف عام 2015 واستخدمت معطيات عام 1990 كأساس للقياس.

جدول رقم 3-2: نسبة انخفاض مؤشر الخصوبة الإجمالي خلال الفترة 1990-2015 في الدول العربية:

الدولة	معدل الانخفاض	نسبة الانخفاض %	الدولة	معدل الانخفاض	نسبة الانخفاض %
عمان	4,45	62,15	الأردن	2,17	39,17
الإمارات	2,62	59,68	فلسطين	2,61	38,84
السعودية	3,19	54,07	تونس	1,35	38,79
اليمن	4,57	53,08	المغرب	1,57	38,67
ليبيا	2,53	51,01	جزر القمر	1,99	31,05
قطر	2,01	50,00	السودان	1,86	30,24
جيبوتي	2,96	48,60	مصر	1,35	28,97
البحرين	1,7	45,45	موريتانيا	1,44	24,08
سوريا	2,41	45,39	العراق	1,37	23,30
لبنان	1,28	42,67	الكويت	0,52	20,08
الجزائر	1,92	40,59	الصومال	1,04	14,05

المصدر: منجز اعتمادا على معطيات الجدول رقم 3-1.

1.1.3. خصوبة المراهقات 15-19 سنة في الدول العربية:

يمثل خفض معدل الخصوبة بين المراهقات (عدد ولادات لكل ألف امرأة في الفئة العمرية 15-19 سنة [57] من محاور الهدف الخامس من أهداف الألفية للتنمية (تحسين الصحة النفسية)، إذ أن الحمل في سن مبكرة يعرض صحة الفتاة للخطر، بشكل يزيد من احتمال وفاتها.

تمثلت نسبة الولادات المسجلة بين المراهقات 15-19 سنة (11%) من مجموع ولادات العالم وتمثل حوالي 23% من أعباء الأمراض الناجمة عن الحمل والولادة بين النساء، إذ تمثل مضاعفات الحمل والولادة السبب الرئيسي لوفاة نسوة أعمار الإنجاب [58].

تتمثل المشاكل الصحية المرتبطة بالحمل بين المراهقات في الإصابة بالأنيميا، الملاريا وبفيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز وغيرها من الأمراض المنقولة جنسيا، النزيف الذي يحدث بعد الوضع وغيرها من المشاكل الصحية الأخرى.

عالميا، قدر عدد ولادات صغيرات السن (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة) بحوالي 16 مليون ولادة، ارتبط 95% من مجموع هذه الولادات بالبلدان متوسطة ومنخفضة المداخيل.

انخفض معدل الولادات بين المراهقات بنسبة 20% سنة 2007 (من 60% سنة 1990 إلى 48% سنة 2007). تراوحت المعدلات عام 2015 بين 0,52% (أصغر معدل في كوريا الجنوبية) و 201,16% (أكبر معدل في نيجيريا) حسب ما ورد في إحصائيات مجموعة البنك الدولي [59].

الفصل الثالث: واقع الصحة الإنجابية في الدول العربية

سار معدل الخصوبة في الدول العربية بين نسوة الفئة العمرية 15-19 سنة في نفس اتجاه الإطار العام (الانخفاض)، بحيث انتقل من 69,39% سنة 1990 إلى 48,15% سنة 2015، مسجلا نسبة انخفاض قدرها 30,6%. نستثني الصومال والعراق، بحيث زادت معدلات الخصوبة في البلدين (الجدول رقم 3-3)

جدول رقم 3-3: معدل خصوبة المراهقات 15-19 سنة في الدول العربية:

البلد	السنة								الانخفاض بين 1990-2015*	
	1960	1990	1995	2000	2005	2010	2015	معدل الانخفاض	نسبة الانخفاض	
الأردن	123	52,13	43,95	36,12	30,06	26,8	23	29,13	55,88	
الإمارات	177	54,65	33,23	26,36	28,15	28,52	30	24,65	45,11	
البحرين	88	26,41	19,89	17,48	15,59	14,14	13	13,41	50,78	
موريتانيا	148	107,55	103,14	96,98	90,27	84,43	78	29,55	27,48	
الجزائر	124	27,8	18,64	11,76	9,68	10,73	10	17,8	64,03	
الصومال	55	91,74	116,64	126,77	127,05	119,07	103	-11,26	-12,27	
فلسطين	111	106,04	102,55	82,18	68,28	63,06	58	48,04	45,30	
العراق	141	70,5	65,88	65,53	74,4	80	85	-14,5	-20,57	
الكويت	165	25,67	24,32	22,32	16,38	12,6	9	16,67	64,94	
المغرب	151	40,5	35,19	33,97	33,74	33,12	31	9,5	23,46	
السعودية	124	69,78	64,29	27,3	15,49	11,35	8	61,78	88,54	
تونس	66	19,72	12,63	7,52	6,06	6,49	7	12,72	64,50	
جزر القمر	129	112,77	102,64	94,89	84,59	76,47	67	45,77	40,59	
مصر	148	82,36	66,27	54,37	50,22	52,27	51	31,36	38,08	
جيبوتي	43	47,26	40,01	33,1	28,2	24,42	21	26,26	55,56	
عمان	135	81,31	55,24	30,03	16,6	11,82	8	73,31	90,16	
قطر	91	49,5	31,27	20,5	16,72	13,1	10	39,5	79,80	
لبنان	85	43,78	32,57	22,92	15,22	13,15	12	31,78	72,59	
ليبيا	118	11,49	7,16	6,66	6,63	6,46	6	5,49	47,78	
اليمن	155	148,73	125,28	96,29	81,39	70,4	61	87,73	58,99	
سوريا	117	73,61	65,6	57,84	48,21	43,21	39	34,61	47,02	
السودان	147	105,44	109,5	115,52	111,52	93,03	72	33,44	31,71	

المصدر: مجموعة البنك الدولي متوفرة على الرابط:
WORLD BANK GROUP (US): <https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.ADO.TFRT>
*: عمل خاص بناء على معطيات نفس الجدول.

حسب إحصائيات مجموعة البنك الدولي لسنة 2015 (الجدول رقم 3-3)، نلاحظ أن معدل خصوبة المراهقات 15-19 سنة تراوح بين 6 مواليد في ليبيا كحد أدنى و103 مواليد لكل ألف مراهقة في الصومال كحد أقصى.

نسجل أيضا انخفاضاً ملموساً في معدلات خصوبة هذه الفئة من النسوة (15-19 سنة)، بحيث حققت ثلاثة دول عربية أحد أهداف الألفية للتنمية (خفض معدل خصوبة المراهقات بأكثر من ثلاث أرباع مستوى السنة الأساس (1990)). يتعلق الأمر بكل من عمان، قطر والسعودية.

كما أن دولاً أخرى حققت معدلات انخفاض فاقت 50 في المائة. نخص بالذكر الأردن، البحرين، الجزائر، الكويت، تونس، جيبوتي، لبنان واليمن.

مع أن معدل الولادات بين المراهقات أخذ في الانخفاض، فإن العدد المطلق للولادات انخفض بوتيرة أقل، بسبب ارتفاع عدد نسوة الفئة العمرية 15-19 سنة.

في الأخير، نورد مساعي منظمة الصحة العالمية الرامية للوقاية من حالات الحمل في أعمار جد مبكرة، لما لها من آثار سلبية على الصحة الإنجابية لنسوة هذه الفئة: [60]

- ✓ الحد من الزواج قبل سن 18 سنة؛
- ✓ خفض حالات الحمل التي تحدث قبل 20 سنة؛
- ✓ زيادة استخدام وسائل تنظيم الأسرة بين نسوة هذه الفئة لتجنب الحمل غير المرغوب فيه؛
- ✓ الحد من العلاقات الجنسية القصرية بين المراهقات؛
- ✓ الحد من الإجهاض غير الآمن بين المراهقات؛
- ✓ زيادة استفادة المراهقات من خدمات الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل، أثناء الولادة وبعد الولادة.

2.3. وفيات الرضع:

ترتبط رعاية الأم والطفل صحياً ارتباطاً وثيقاً، لأن صحة الأم تؤثر في مستويات وفيات الرضع، فتمتع الأطفال بصحة جيدة، يستوجب بداية الاهتمام بصحة ورفاه المرأة عندما تكون في سن الإنجاب، ومن ثم تقديم الرعاية والخدمات الصحية أثناء الحمل، الوضع وخلال مرحلة ما بعد الولادة.

أثبتت دراسات عديدة وجود ارتباط مباشر بين صحة الأمهات وبقاء حديثي الولادة على قيد الحياة، إذ تزيد وفاة الأم بدرجة كبيرة من احتمال وفاة المولود [60]. وهكذا، يرتبط ما بين 30% إلى 40% من وفيات الرضع بتراجع صحة الأم وبغياب الرعاية اللازمة أثناء فترة الحمل والولادة، لأن الرضيع يتأثر كذلك بالمخاطر التي تتعرض لها الأم قبل الحمل، أثناء وبعد الولادة.

بلغت وفيات حديثي الولادة (الأطفال الذين لم يتجاوز أعمارهم 28 يوماً) العدد 2,8 مليون حدثاً سنة 2010 [61]. المضاعفات المرتبطة بولادة الخدج، مضاعفات الوضع والعدوى وارتفاع الضغط المرتبط بالأومومة والسكري وضمور نمو الجنين، مسؤولة عن معظم حالات السقوط¹، إضافة للمؤثرات الأخرى ذات العلاقة بالحمل والإنجاب. يبين الجدول التالي التأثير الذي تحدثه مراضة الأمهات² على الطفل حديث الولادة أو الرضيع. [62]

جدول رقم 3-4: أثر المضاعفات الصحية على الأم والطفل الرضيع.

المشكلات والمضاعفات	خطرها على صحة الأم	خطرها على صحة الرضيع
فقر الدم	القصور القلبي	ناقص الوزن ، الاختناق والإسقاط
النزيف	الصدمة، القصور القلبي	الاختناق، الإسقاط
ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل	التشنج	انخفاض وزن الجنين، الاختناق، الإسقاط
الإنتان النفاسي	الإنتان الدموي	الإنتان التوليدي
العدوى أثناء الحمل والأمراض المنقولة جنسياً	الولادة المبكرة، التهاب الحوض	الولادة المبكرة، العمى، الالتهاب الرئوي
التهاب الكبد	النزيف بعد الولادة	التهاب الكبد
الملاريا	فقر الدم الحاد، الخثار المخي	الخراج، تعوق النمو داخل الرحم
الحمل غير المرغوب فيه	الإجهاض غير المأمون، العدوى، التهاب الحوض، النزيف والعم	زيادة خطر المراضة والوفاة، إهمال الطفل وتعرضه للموت
الولادة غير النظيفة	العدوى، كزاز (التيتانوس)	تكزز الوليد والإنتان
المصدر: محمد المهدي زين العابدين محمد الصالح، أثر الخصائص الاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأمهات والرضع بولاية نهر النيل في الفترة ما بين 1993-2008، أطروحة دكتوراه، تخصص الفلسفة في الجغرافيا، جامعة الخرطوم، جويلية 2010، ص 21.		

1.2.3. معدلات وفيات الرضع³ في العالم:

لمعطيات وفيات الرضع أهمية كبيرة، بحيث تعكس الصورة الحقيقية للمستوى الصحي والتنموي في البلدان ومدى تطور الجهود الرامية لخفض نسبة وفيات هذه الفئة من العمر، التي تتميز بأعلى معدلات الوفيات، والتي ترتبط أكثر بالدول النامية، مع اختلاف الظروف المؤثرة.

تشير التقديرات إلى أن ثلث بلدان العالم حققت هدف الألفية الإنمائي، المتعلق بخفض معدلات وفيات الأطفال بمقدار الثلثين. وتمكنت 74 دولة من خفضها بمقدار النصف [63].

¹ حالات السقوط: الذين يموتون خلال الثلاثة أشهر اللاحقة للحمل أو أثناء الولادة.

² مراضة الأمهات: هي الاعتلال أو الإعاقة التي تحدث نتيجة الحمل أو ذات العلاقة بالحمل، الولادة أو خلال فترة ما بعد الولادة.

³ معدل وفيات الرضع: هو عدد وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة لكل 1000 مولود حي خلال سنة معينة.

تنتشر أعلى مستويات وفيات الرضع بين البلدان المنخفضة الدخل. وتتميز بلدان إفريقيا، الواقعة جنوب الصحراء الكبرى، بأعلى المعدلات.

جدول رقم 3-5: معدل وفيات الرضع (أقل من سنة) حسب مناطق العالم:

المنطقة	السنة		نسبة الانخفاض
	1990	2015	
العالم	63	32	49,21
إفريقيا جنوب الصحراء	109	56	48,62
أقل البلدان تقدماً	109	51	53,21
أمريكا الشمالية	9	5	44,44
أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي	43	15	65,12
أوروبا الوسطى ودول البلطيق	18	6	66,67
الشرق الأوسط وشمال إفريقيا	50	20	60,00
العالم العربي	58	28	51,72
جنوب آسيا	92	42	54,35
شرق آسيا والمحيط الهادي	43	14	67,44
البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل	69	35	49,28
البلدان المرتفعة الدخل	10	5	50,00
البلدان منخفضة الدخل	113	53	53,10
البلدان متوسطة الدخل	69	30	56,52

المصدر: مجموعة البنك الدولي متوفرة على الرابط:
WORLD BANK GROUP (US):<https://data.albankaldawli.org/indicator//SP.DYN.IMRT.IN>¹

خلال الفترة 1990-2015، عرفت معدلات وفيات الرضع (الجدول) انخفاضا واضحا في جميع أنحاء العالم. احتلت دول شرق آسيا والمحيط الهادي المرتبة الأولى، بنسبة انخفاض قدرها 67,44%، بحيث انتقل المعدل من 43% إلى 14%، خلال الفترة المذكورة. تليها أوروبا الوسطى ودول البلطيق بنسبة انخفاض قدرها 66,67% وتأتي في المرتبة الثالثة أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي.

حسب نتائج دراسات منظمة اليونيسيف، يرتبط الانخفاض بتوسيع نطاق اعتماد التدخلات الصحية الأساسية، كالرضاعة الطبيعية المبكرة والشاملة والتحصين ضد الحصبة [64] وغيرها من التدخلات الصحية الضرورية، الأمر الذي أدى إلى تحقيق ما رمت إليه أهداف الألفية للتنمية (خفض المعدل بمقدار الثلث بحلول عام 2015).

¹مستوى واتجاهات وفيات الأطفال، تقرير عام 2011. تقديرات من أعداد الفريق المشترك بين الوكالات لتقدير وفيات الأطفال (اليونيسيف، منظمة الصحة العالمية، البنك الدولي، إدارة الأمم المتحدة للشؤون الاقتصادية والاجتماعية وبرنامج الأمم المتحدة الإنمائي).

رغم انخفاض معدل وفيات الرضع، إلا أنه مازال مرتفعاً، خاصة في بلدان إفريقيا جنوب الصحراء (56%) والبلدان منخفضة الدخل (53%)، حسب إحصائيات سنة 2015.

2.2.3. معدلات وفيات الرضع في البلدان العربية:

تشهد الأوضاع الصحية في البلدان العربية تفاوتاً، نتيجة عوامل متعددة ولاختلاف الجهود المبذولة في مجال برامج وسياسات الرعاية الصحية. رغم كثرتها، تبقى الاختلافات متقاربة نوعاً ما، باستثناء بعض الدول التي تحتل المراتب الأولى عالمياً في مجال تراجع معدلات وفيات الرضع [64].

حسب إحصائيات مجموعة البنك الدولي لعام 2015، يأتي الصومال في المرتبة الأولى عربياً والخامسة عالمياً، بمعدل قدره 85%. يعكس الأمر مدى تدهور الوضع الصحي، خاصة في مجالي صحة الأطفال والصحة الإنجابية عموماً. تليه موريتانيا في المرتبة الثانية عربياً و15 عالمياً، بمعدل قدره 65% خلال نفس السنة. يوزع الجدول التالي معدلات وفيات الرضع في الدول العربية.

جدول رقم 3-6: وفيات الرضع في الدول العربية:

نسبة الانخفاض ¹ %	السنة						الدولة
	2015	2010	2005	2000	1995	1990	
50,00	15	18	20	23	26	30	الأردن
57,14	6	7	8	10	11	14	الإمارات
75,00	5	7	9	11	16	20	البحرين
16,67	65	70	75	76	76	78	موريتانيا
45,00	22	24	29	34	36	40	الجزائر
21,30	85	98	105	105	105	108	الصومال
50,00	18	20	22	25	29	36	فلسطين
35,71	27	30	33	36	39	42	العراق
53,33	7	9	10	11	13	15	الكويت
61,90	24	29	35	42	52	63	المغرب
63,89	13	15	17	19	25	36	السعودية
72,73	12	15	20	26	36	44	تونس
37,50	55	63	71	73	77	88	جزر القمر
68,25	20	24	29	37	49	63	مصر
41,94	54	62	71	80	86	93	جيبوتي
68,75	10	10	11	14	21	32	عمان
61,11	7	8	9	11	13	18	قطر
74,07	7	9	12	17	22	27	لبنان
69,44	11	14	20	24	28	36	ليبيا
61,80	34	42	55	69	80	89	اليمن
63,33	11	13	16	20	25	30	سوريا
40,00	48	53	60	68	75	80	السودان
51,72	28	32	38	44	50	58	العالم العربي

المصدر: مجموعة البنك الدولي متوفرة على الرابط:
 WORLD BANK GROUP
 (US):<https://data.albankaldawli.org/indicator//SP.DYN.IMRT.IN?end=2015&locations=MA-AZ-1A&start=1960>

كان معدل وفيات الأطفال الرضع مرتفعا بشكل واضح في البلدان العربية خلال عقد التسعينيات ثم بدأ ينخفض حتى عام 2015 (انتقل من 58% سنة 1990 إلى 28% سنة 2015)، لكنه يبقى مرتفعا إذا ما قورن بمعدلات الدول المتقدمة.

¹ عمل خاص بناء على معطيات نفس الجدول.

لم يترجم انخفاض معدلات وفيات الرضع في الدول العربية نفس المستوى. انخفضت الظاهرة في دول الخليج بشكل واضح، بحيث سجلت أربع دول أقل عن 7 وفيات من بين كل 1000 ولادة حية، نخص بالذكر كل من قطر، الكويت، الإمارات العربية المتحدة والبحرين، إضافة إلى لبنان. ارتبط هذا التراجع بتطور الخدمات الصحية، خاصة ما يتعلق بالصحة الإنجابية وصحة الأطفال وتعميم الخدمات، لتشمل حتى المناطق النائية.

تراجعت نسب وفيات الرضع في دول شمال إفريقيا بشكل جيد. سجلت أعلى نسب التراجع في تونس (72,73%)، مشكلة ثاني أعلى نسبة انخفاض في الوطن العربي، بعد لبنان 74%. وصل معدل وفيات الرضع في هذه الدول 12‰، نتيجة تحسين الخدمات الطبية، خاصة في مجال صحة الأم والطفل. في المقابل، تواجه دول عربية أخرى صعوبات وتحديات كبيرة، نخص بالذكر موريتانيا، الصومال، جزر القمر، جيبوتي، اليمن والسودان. مازال معدل وفيات الرضع فيها يزيد عن 30%. يمكن ذكر التحديات التالية:

- سوء التغذية وصعوبة الحصول على المياه الصالحة للشرب؛
- تدهور شبكات الصرف الصحي وانتشار الأمراض المنقولة عن طريق المياه الملوثة: الكوليرا، التيفوئيد والإسهال؛
- عدم ملائمة ونقص رعاية الأمهات صحياً، متسببة في مضاعفات الحمل والولادة؛
- ارتفاع نسبة الأمية بين النساء؛
- انتشار فيروس شلل الأطفال، لاسيما في اليمن.

لا بد من سياسات واستراتيجيات وجهود حثيثة، تعتمد على المنظمات والحكومات لخفض معدل وفيات الأطفال في هذه الدول [64].

3.2.3. وفيات حديثي الولادة¹ في البلدان العربية:

تغطي فترة حداثة الولادة الأسابيع الأربعة الأولى منذ الولادة فقط، غير أنها مرحلة حرجة في حياة الأطفال.

يتوفى نحو ثلاثة ملايين رضيع كل عام خلال شهر الحياة الأول، بل يسجل ما بين 25% إلى 50% من مجموع الوفيات خلال الساعات 24 الأولى منذ الولادة ويشمل الأسبوع الأول 75% من مجمل

¹معدل وفيات حديثي الولادة: يمثل عدد وفيات الشهر الأول (من الولادة حتى اليوم 28) خلال سنة معينة بين كل 1000 مولود حي.

الوفيات. يمثل إذن الأسبوع الذي يعقب الولادة أكثر الفترات أهمية فيما يخص بقاء الطفل حيا[65]. يتطلب الأمر إذن متابعة الأمهات والأطفال صحيا، حتى نقيهم ونعالج المريض من بينهم.

جدول رقم 3-7: وفيات حديثي الولادة في الدول العربية:

البلد	السنة		البلد	السنة	
	1990	2012		1990	2012
الأردن	19	12	جزر القمر	41	31
الإمارات	10	5	مصر	33	12
البحرين	8	4	جيبوتي	40	31
موريتانيا	43	34	عمان	18	7
الجزائر	17	8	قطر	10	4
الصومال	50	46	لبنان	16	5
العراق	26	18	ليبيا	21	9
الكويت	9	6	اليمن	42	27
فلسطين	/	/	سوريا	18	9
المغرب	35	18	السودان	40	29
السعودية	21	5	تونس	24	10

المصدر: WHO, World Health Statistics, 2014

حسب معطيات الجدول، حقق نصف الدول العربية معدلات منخفضة بين حديثي الولادة (أقل من 10 وفيات بين كل 1000 ولادة حية). يدل هذا الواقع على تحسن الأوضاع الصحية وعلى الجهود المبذولة في هذه الدول. تزيد الأمهات المتابعة صحيا جيدا (أثناء الحمل وأثناء وبعد الولادة) من حظوظ بقاء أطفالهن على قيد الحياة والتمتع بصحة جيدة.

3.3. تطور وفيات الأمهات:

يهدف المجتمع الدولي إلى تحسين الصحة الإنجابية على الصعيد العالمي، بخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 75% خلال 25 سنة (1990-2015). غير أنه لم يتمكن من تحقيق هذه الأهداف، خاصة في البلدان النامية، أين تحدث 99% من وفيات الأمهات. يمكن تجنب هذا الواقع المرير، لو توفرت الإمكانيات اللازمة والضرورية لصحة إنجابية فعالة.

في مجال القياس، قلة فقط من دول العالم توفر معطيات دقيقة، تغطي وفيات الأمهات. لهذا سعت كل من منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة، بمشاركة صندوق الأمم المتحدة للسكان، لوضع طرق لتقدير ظاهرة وفيات الأمهات، بغرض استنباط مقدرات تجند في البلدان التي لا توفر معطيات. ترمي هذه المنهجية من جهة أخرى، لتقويم المعطيات الناقصة ويقترح، في نفس الوقت،

نموذجاً بسيطاً يعطي تقديرات، عندما لا توفر البلدان معطيات موثوقة [34]. يرتبط الأمر بربع بلدان العالم تقريباً.

نشير في هذا المجال، إلى أن مصادر المعطيات الدولية هي الأخرى غير متفقة فيما بينها، بحيث يصعب إجراء مقارنة بين الأقاليم، بسبب اختلاف تصنيف المنظمات لدول العالم. في الحقيقة، لا نستطيع معرفة مدى التقدم المحرز في مجال خفض وفيات الأمهات، لأن هذه النسب في معظم الدول لا تستند لمصادر موحدة وقد تكون معطياتها غير موثوق بها، وغالباً ما تكون تقديرات وفيات الأمهات المحلية مجحفة للغاية ولا تعكس حقيقة ظاهرة وفيات الأمهات [66].

1.3.3. وفيات الأمهات في العالم:

تتوفى كل سنة 536000 امرأة بسبب مضاعفات مرضية ترتبط بفترة الحمل أو أثناء الوضع. يحدث معظم هذه الوفيات (99%) في البلدان النامية. قدرت معطيات سنة 2005 وفيات الأمومة عالمياً عند النسبة 400 وفاة بين كل 100 ألف ولادة حية. لم يكد هذا المعدل يتغير منذ سنة 1990 (يعتقد أن ذلك يرجع إلى تحسن عملية التغطية).

يتمركز معظم هذه الوفيات في القارة الإفريقية وبالتحديد في جنوب صحراء القارة (270000 وفاة)، بنسبة وفاة قدرها 900‰. وصلت في سيراليون إلى 2100‰ وهي الأعلى عالمياً، تبعا لظروف الحياة وارتفاع نسب الحمل بين المراهقات¹.

في المقابل، تقل نسب وفيات الأمهات في البلدان المتقدمة عن 1%، بموجب 9 وفيات أمهات بين كل 100 ألف ولادة حية² (الجدول رقم 3-8)

¹تتعرض المراهقات لمخاطر وفيات نفاس، خاصة بين الأقل من 15 سنة، تكبر وفيات النساء الأكبر سناً

²تجدر الإشارة إلى اختلاف معدل وفيات الأمهات خلال نفس السنة وحتى من نفس المصدر.

جدول رقم 3-8: وفيات الأمهات حسب الأقاليم في العالم:

مجال التقديرات		احتمال الوفاة خلال الحياة الإنجابية (واحدة من كل 1:	عدد وفيات الأمهات	نسب وفيات الأمهات %0000	المنطقة
الحد الأدنى	الحد الأعلى				
650	220	92	536000	400	العالم
17	8	7300	960	9	البلدان المتقدمة
140	28	1200	1800	51	بلدان رابطة الدول المستقلة
730	240	75	533000	450	البلدان النامية
64	17	2300	2900	27	أوروبا
1400	410	26	276000	820	إفريقيا
290	85	210	5700	160	شمال إفريقيا
1500	450	22	270000	900	أفريقيا جنوب الصحراء
230	81	290	15000	130	أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي
520	190	120	241000	330	آسيا
750	290	61	188000	490	جنوب آسيا
550	160	130	35000	300	جنوب شرق آسيا
340	62	170	8300	160	غرب آسيا
80	31	1200	9200	50	شرق آسيا
1200	120	62	890	430	أوقيانوسيا

Source: Estimations relatives à l'OMS, à l'UNICEF, à l'UNFPA et à la Banque Mondiale, Mortalité Maternelle en 2005, p.16 .

بالنظر لمعطيات الجدول (3.8)، تضم قارة إفريقيا أكثر من نصف (51,5%) وفيات الأمهات (276000). بلغت النسبة 45% في آسيا (241000 حالة) ووصلت في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي إلى 3%، ولم تسجل قارة أوروبا سوى 2900 وفاة، بنسبة تقل عن 1% (0,54%).

هناك فرق كبير بين الدول المتقدمة والدول النامية فيما يخص خطر الوفاة بسبب المضاعفات المتعلقة بالحمل والولادة، بحيث تتعرض امرأة من بين 7300 لمخاطر وفيات الأمهات طول حياتها الإنجابية في الدول المتقدمة، مقابل تعرض امرأة من بين 75 لخطر الوفاة خلال فترات الحمل، الولادة أو ما بعد الولادة في البلدان النامية. يفوق إذن هذا الاحتمال 97 مرة نظيره في البلدان المتقدمة.

¹ احتمال وفاة الأمهات خلال الحياة الإنجابية: احتمال وفاة المرأة خلال فترة الحمل أو الولادة أو بعد الولادة بأسباب توليدية، خلال فترة خصوبتها

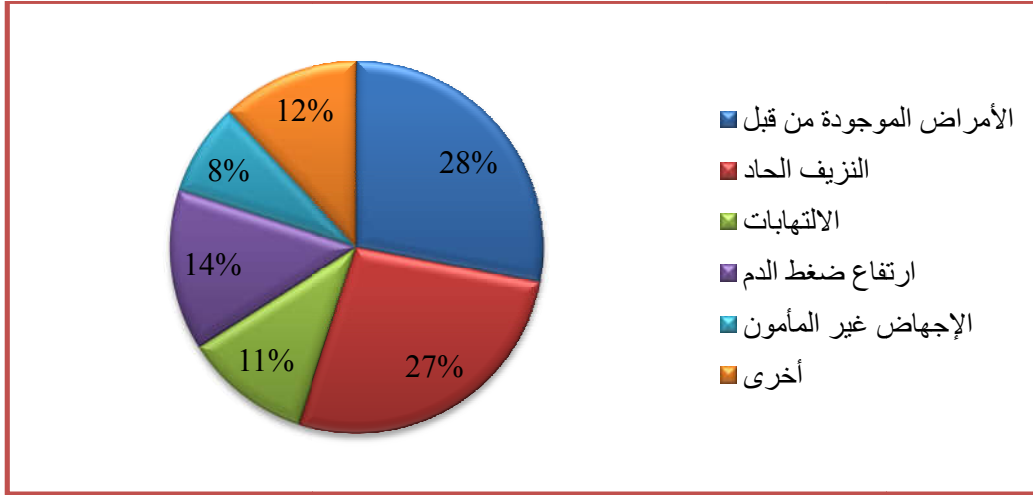
جدول رقم 3-9: تطور معدل وفيات الأمهات في العالم خلال الفترة 1990-2013:

نسب وفيات الأمهات ‰				
السنة	1990	2000	2008	*2013
نطاقات القيم القطرية	الحد الأدنى	4	2	1
	الحد الوسط	110	68	68
	الحد الأقصى	1700	1400	1100
أقاليم المنطقة	الإفريقي	850	620	500
	الأمريكيان	110	81	68
	جنوب شرق آسيا	580	350	190
	الأوربي	44	29	21
	شرق المتوسط	430	390	320
	غرب المحيط الهادئ	130	75	21
	الدخل المنخفض	850	740	580
فئة الدخل	الشريحة الدنيا من الدخل المتوسط	400	320	230
	الشريحة العليا من الدخل المتوسط	120	100	82
	الدخل المرتفع	15	13	15
	العالم	400	340	260
Source: World Health Organization, World Health Statistics, 2011, p. 74.				
* World Health Organization, World Health Statistics, 2014, p. 92.				

حتى سنة 2013، لم تسجل نسب وفيات الأمهات عالميا انخفاضا حتى بمقدار نصف أهداف الألفية للتنمية، بحيث لم تتعد نسبة الانخفاض المقدار 47%. انتقلت النسبة من 400 وفاة أم لكل 100 ألف مولود حي [67] إلى 210 وفيات لكل 100 ألف مولود حي [68].

1.3.3- أ- أسباب وفيات الأمهات في العالم:

تشير التقديرات إلى أن أكثر من ربع (27%) وفيات الأمهات يرجع إلى النزيف الحاد، ويرجع 11% إلى الالتهابات المكتسبة أثناء الولادة وتمثل الاضطرابات الناشئة عن ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل والمضاعفات الناتجة عن الإجهاض (خاصة في ظل ظروف سيئة) 14% و8% على التوالي. في حين ترتبط 28% من الحالات الأخرى المؤدية إلى وفيات الأمهات جزئيا بأمراض قديمة مثل الملاريا أو الإيدز. ويمكن أن يسبب التشوه الجنسي مضاعفات قاتلة أثناء الولادة [69] (أنظر المخطط رقم 3-1).



مخطط رقم 3-1: أسباب وفيات الأمهات في العالم

يرتبط تحقيق تقدم في مجال خفض نسب وفيات الأمومة بتوفير والاستفادة من خدمات رعاية صحية إنجابية. ولتحقيق هذا تبنت وكالات الأمم المتحدة بيانا حددت بموجبه الإجراءات اللازم اتخاذها لخفض وفيات الأمهات أثناء فترة النفاس:

- منع الحمل غير المرغوب فيه، والإجهاض غير الآمن والتصرف حيالهما؛
- إتاحة فرص الاستفادة من الرعاية التي تستلزم مهارات متخصصة أثناء الحمل والولادة؛
- توفير إمكانية الحصول على الرعاية المتخصصة عند الضرورة (حدوث المضاعفات). [34]

2.3.3. وفيات الأمهات في البلدان العربية:

أشرنا سابقا إلى صعوبة الحصول على معطيات تخص وفيات الأمهات في البلدان النامية ومن ضمنها الدول العربية، الأمر الذي جعلنا نلجأ إلى معطيات مجموعة البنك الدولي وإحصائيات منظمة الصحة العالمية كمصدر رئيسي لاستنباط المؤشرات المتعلقة بهذه الظاهرة، حتى نتمكن من إجراء مقارنات بين الدول خلال فترات زمنية مختلفة.

تبنت البلدان العربية هدف خفض وفيات الأمهات إلى ثلاث أرباعه، ولأن عددا من هذه البلدان يعرف مستويات مرتفعة فلم تتخفف النسبة سوى بالمقدار 46% (بين سنتي 1990-2015)، وهو بعيد كل البعد عما تبنته أهداف الألفية للتنمية، بحيث وصل عدد وفيات الأمهات في البلدان العربية إلى 156 وفاة من بين كل 100 ألف مولود حي، وهو مرتفع نوعا ما، لذا استوجب اتخاذ إجراءات وتدابير لخفض هذا المعدل.

تتباين كثيرا نسب وفيات الأمهات بين الدول العربية، إذ تراوحت بين 4‰ بدولة الكويت (حسب المقاييس العالمية فمعدل وفيات الأمهات بها منخفض جدا) وأكثر من 700‰ بدولة الصومال. وعموما، ما يزال أكثر من ثلث البلدان العربية يعاني من مستويات وفيات أمهات مرتفعة (أكثر من 100 وفاة من بين كل 100 ألف مولود).

ونشير إلى أن بلدين فقط حققا هدف الألفية للتنمية (خفض المعدل إلى ثلاث أرباعه) وهما لبنان وليبيا.

جدول رقم 3-10: تقديرات نسب وفيات الأمهات في الدول العربية بين سنتي 1990 و2015.

نسبة الانخفاض*	السنوات						الدولة
	2015	2010	2005	2000	1995	1990	
47,27	58	59	62	77	93	110	الأردن
64,71	6	6	6	8	12	17	الإمارات
42,31	15	16	20	21	22	26	البحرين
71,99	61	74 (2011)	99 (2004)	117 (1999)	192	216	الجزائر
44,72	68	49	58	73	89	123	سوريا
29,62	385	416	428	440	498	547	اليمن
58,20	311	349	440	544	648	744	السودان
39,50	732	820	939	1080	1190	1210	الصومال
61,86	45	54	62	72	96	118	فلسطين
53,27	50	51	54	63	87	107	العراق
42,86	4	5	6	7	9	7	الكويت
61,83	121	153	190	221	257	317	المغرب
73,91	12	14	18	23	33	46	السعودية
52,67	62	67	74	84	112	131	تونس
47,24	335	388	436	499	563	635	جزر القمر
68,87	33	40	52	63	83	106	مصر
55,71	229	275	341	401	452	517	جيبوتي
43,33	17	18	20	20	20	30	عمان
55,17	13	16	21	24	28	29	قطر
79,73	15	19	27	42	54	74	لبنان
76,92	9	9	11	17	25	39	ليبيا
29,92	602	723	750	813	824	859	موريتانيا
46,02	156	174	207	238	269	289	العالم العربي

المصدر: مجموعة البنك الدولي متاح على الرابط*:

<https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.STA.MMRT?end=2015&locations=IAQA&start=1990>

الجزائر: آسيا الشريف، أمال بلعدي، محددات خدمات رعاية الأمومة في ضوء نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات-MICS 4، الجزائر، 2013.

*: عمل خاص بناء على معطيات الجدول.

بالنظر للمعطيات يمكننا الإشارة لما يلي:

*اتجاهات وفيات الأمهات: 1990-2015، تقديرات من إعداد منظمة الصحة العالمية واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان، والبنك الدولي (2007).

- حققت بعض الدول أهم عنصر من عناصر الرعاية الصحية ألا وهو تجاوز عتبة الأمومة الآمنة، بخفض المعدل إلى مستوى عالمي قياسي، نخص بالذكر الكويت؛
- لم تتجاوز في بعض الدول نسب وفيات الأمهات 10 حالات لكل مئة ألف مولود حي (الإمارات العربية المتحدة وليبيا)؛
- خطت دول أخرى خطوات واسعة في مجال خفض نسب وفيات الأمهات: تراوحت النسب بين 10 و50 وفاة لكل مئة ألف مولود حي (البحرين، فلسطين، مصر، عمان، قطر، السعودية، العراق ولبنان)؛
- خفضت دول أخرى نسب وفيات الأمهات إلى أقل من 100 وفيات (الأردن، الجزائر، سوريا وتونس)؛
- مازال المغرب يعيش معدلا يتراوح بين 100 و200 وفاة؛
- ومازالت دول تعاني مشاكل كبيرة، تعكس مستوى وفيات مرتفعة، تفوق 200 (اليمن، السودان، الصومال، جزر القمر وجيبوتي).

عرفت الجزائر تراجعاً ملحوظاً في مجال وفيات الأمهات بين سنتي 1990 و2015، إذ تراجعت بنسبة قدرها 72%، لدرجة أنها كانت قريبة جداً من تحقيق هدف الألفية للتنمية (التراجع بنسبة 75%). انتقل مستوى الظاهرة من 216‰ (1990) إلى 117,4‰ (1999) ثم إلى 99,5‰ (2004) ثم إلى 73,9‰ (2011) وتراجع إلى 69,9 ثم إلى 63,6 سنتي 2013 و2014 على التوالي ووصل سنة 2015 المستوى 60,5‰. [70].

يرتبط هذا التحسن بالمجهودات المبذولة في مجال تحسين الرعاية الصحية العمومية وخاصة ما تعلق بصحة الأمهات، بتقديم خدمات ذات نوعية في مجال الصحة الإنجابية، بعد تفعيل برامج وسياسات عديدة، كبرنامج تباعد الولادات وإنشاء مراكز رعاية الأمومة والطفولة.

في الأخير نقول بأن لمؤشرات وفيات الأمهات أهمية كبيرة، كونها تعكس مستويات صحة الأمهات، التي تتأثر بدورها بشكل كبير بالرعاية الصحية خلال مراحل الحمل، الولادة وما بعد الولادة. إذ هي منظومة متكاملة، تؤثر كل مرحلة منها على ما بعدها.

بعد عرض مؤشر وفيات الأمهات في البلدان العربية، نقول بأنها تسير ببطء نحو تحقيق أحد أهم غايات الهدف الخامس من أهداف الألفية للتنمية. لعل هذا التباطؤ يدل على إخفاق هذه الدول نسبياً في دعم خدمات الصحة الإنجابية (صحة الأم).

4.3. رعاية الأمهات صحيا في الدول العربية:

تعتبر مرحلة الإنجاب من المراحل الحساسة التي تمر بها المرأة. وتعتمد رعاية الأم خلال مراحل الحمل، الولادة وما بعدها كمعالم أساسية في خدمات الصحة الإنجابية، بحيث تساهم وبشكل كبير في تجديد نسب المضاعفات الناجمة عن الحمل والولادة، التي تزيد أو تقلل بدورها من نسب وفيات الأمهات.

سنعرض أهم مؤشرات الرعاية الصحية الإنجابية في البلدان العربية، بناء على معطيات مسح المشروع العربي لصحة الأسرة¹ وبعض المسوحات المشابهة (المسح العنقودي متعدد المؤشرات²).

1.4.3. الرعاية الصحية أثناء الحمل في بعض الدول العربية:

ترتبط الرعاية الصحية أثناء الحمل (خاصة الكشف الأول) باكتشاف حالات الحمل، بحيث سوف تساعد على الإقلال من أخطار المضاعفات الصحية ومن ثم خفض وفيات الأمهات والرضع. أكدت معطيات الجدول رقم 3-11 هذا الطرح، بحيث ظهر أن السبب الأول وراء متابعة النسوة صحيا أثناء فترة الحمل كان التأكد من حدوث الحمل والتأكد من سلامة الجنين.

¹المسوحات الخاصة بالمشروع العربي لصحة الأسرة في الدول العربية هي: المسح التونسي لصحة الأسرة (2001)، مسح صحة الأسرة في الجمهورية العربية السورية (2001)، المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة (2002)، المسح الجيبوتي الخاص بصحة الأسرة (2002)، المسح اليمني لصحة الأسرة (2003)، المسح الوطني حول السكان وصحة الأسرة بالمغرب (2003/2004)، المسح اللبناني لصحة الأسرة (2004)، المسح الفلسطيني لصحة الأسرة (2006)، المسح السوداني لصحة الأسرة (2006)، المسح الوطني الليبي لصحة الأسرة (2007).
²المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات (MICS-3) في تونس، العراق، سوريا والجزائر (2006).

جدول رقم 3- 11:نسب تلقي رعاية صحية أثناء فترة الحمل في بعض الدول العربية.

البلد	تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل	السبب الأول لتلقي الرعاية	متوسط عدد الزيارات	نسب المتابعة لأربع مرات وأكثر
سوريا	70,9	التأكد من سلامة الجنين	5	42,1
تونس	92	التأكد من أنها حامل	-	71,4
الجزائر	81	التأكد من أنها حامل	-	41,1
جيبوتي	77,2	التأكد من سلامة الجنين	3	7,1
اليمن	45,1	مضاعفات صحية	3,2	13,9
المغرب	68	علامات ومشكلات الحمل	3,2	30,5
لبنان	95,6	التأكد من سلامة الحمل	7,7	70,5
فلسطين	98,8	-	-	90,2
السودان	69,6	-	-	-
ليبيا	93,9	التأكد من كونها حاملا	6,5	69,5
العراق	84	-	-	-

المصدر: عمل خاص بناء على مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة والمسح العنقودي متعدد المؤشرات

من جهة أخرى، نلاحظ أن أكثر من نصف المبحوثات في الدول العربية تلقين رعاية صحية أثناء فترة الحمل. نستنتج من هذه الملاحظة اليمن، بحيث لم تحظ أكثر من نصف المعنيات برعاية (45,1% [71]).

سجلت الفلسطينيات أكبر نسب متابعة (98,8%) [72]، بل توجهت اللاتي تابعن لأربع مرات وأكثر نسبة مرتفعة (90,2%). ولعل اللبنانيات تميزن بثاني أكبر متوسطات عدد مرات المتابعة (7,7) [73]. أظهرت هذه المسوح كذلك تميز الأصغر سناً، المقيمات بالمناطق الحضرية، الأكثر تعليماً وكذا النسوة العاملات بأعلى مستويات إقبال على المتابعة الصحية أثناء الحمل.

1.1.4.3. التطعيم ضد التيتانوس في بعض الدول العربية:

يمكن قياس رعاية صحة الأمومة عن طريق عدد مرات تلقي جرعات التطعيم ضد التيتانوس أثناء فترة الحمل، بحيث يمثل تسمم التيتانوس أحد أهم أسباب وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادة. يمكن إذن خفض عدد الإصابات بزيادة عدد جرعات التطعيم اللازمة أثناء الحمل أو خلال سن مبكرة من أعمار المعنيات.

تختلف نسب المتلقيات لجرعات اللقاح ضد التيتانوس تبعاً للبلدان (المخطط رقم 2.3). سجلت نسوة جيبوتي أكبر نسب تلقيح (64,4%) وتلتها نسوة سوريا (51,5%). تشير في المقابل، لانخفاض نسب التلقيح في بعض الدول. للغرابية سجل لبنان أضعف النسب. قد يرتبط هذا الأمر بتلقيح النسوة مبكراً، أي لأن فاعلية اللقاح تستمر لسنوات.

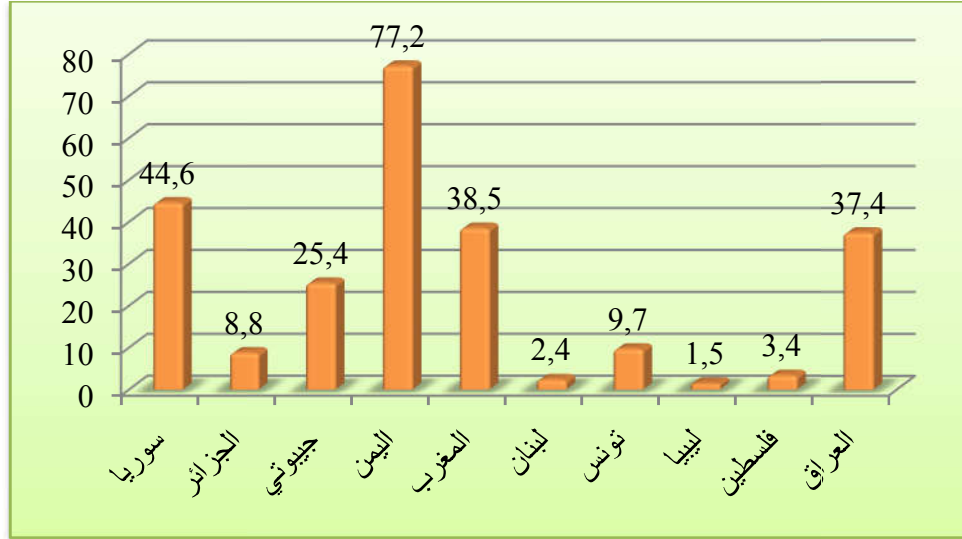


مخطط رقم 3-2: المحصنات ضد التيتانوس خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في بعض الدول العربية (آخر حمل) [74].

2.4.3. الرعاية الصحية أثناء الولادة في بعض الدول العربية:

تشير الدراسات والبحوث إلى أن الدول العربية تتقدم نحو تحقيق نسب عالية من الولادات داخل المرافق الصحية وتحت إشراف كادر طبي مؤهل¹، لكن بعض الدول مازال النسب عالية في المنازل. يأتي اليمن في مقدمة هذه الدول بنسبة قدرها 77,2%، ثم سوريا والمغرب بموجب 44,6 و38,5% [75] على التوالي، بسبب نقص خدمات التوليد. في المقابل، لا تتخطى نسب الولادة في المنازل المستوى 10% من مجموع الولادات في بعض البلدان. نذكر على سبيل المثال تونس، الجزائر، لبنان، ليبيا وفلسطين (أنظر المخطط رقم 3-3).

¹التعريف العالمي للولادة تحت إشراف أو بمساعدة كادر طبي مؤهل: هي أن تتم الولادة بحضور خبير صحي مدرب ومتخصص، بحيث يستطيع التعامل مع حالات الولادة الطبيعية والفترة التي تعقب الولادة مباشرة، بالإضافة إلى قدرته على تشخيص المشاكل الصحية التي قد تواجهه والتعامل مع حالات الطوارئ.



مخطط رقم 3-3: نسب الولادة في المنزل (ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح في الدول العربية).

يسجل ثلاث أرباع وفيات الأمهات أثناء الولادة أو بعدها مباشرة بسبب مضاعفات، يصعب التنبؤ بها قبل الحدوث، لهذا يتطلب ظهور المضاعفات إشراف شخص مدرب على عملية الولادة حتى يستطيع اتخاذ التدابير المناسبة لمواجهة المواقف الحساسة.

سنة 2002، بلغ متوسط نسب الولادات التي تتم تحت إشراف كادر مؤهل في البلدان العربية النسبة 78,3%، مرتفعا بمتوسط نسبي قدره 16,7% [66].

بشكل مفصل، ارتفعت نسب الإشراف على الولادات من قبل كادر طبي مؤهل في نصف البلدان العربية بما يزيد عن 90%، بحيث يشذ عن هذا التطور العام كل من اليمن، الصومال والمغرب. لم تتعد النسب بها 22، 34 و40% على التوالي (الجدول رقم 3-12).

جدول رقم 3- 12: نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف كوادر ماهرة في الدول العربية (1990-2002).

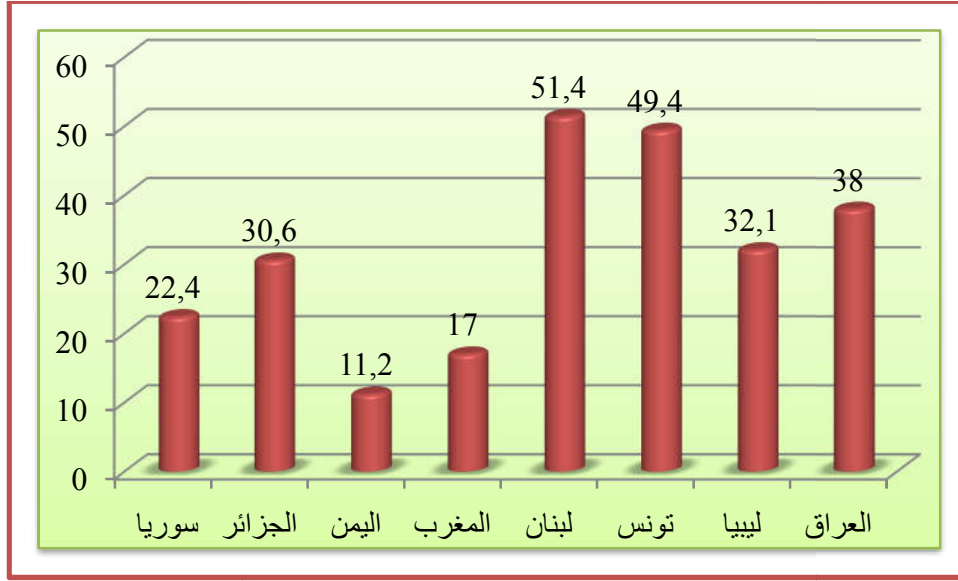
الدولة	نسب الولادات التي تمت تحت إشراف كادر طبي	
	سنة 2002	سنة 1990
الأردن	97	86
الإمارات	96	92
البحرين	98	97
الجزائر	92	77
سوريا	76	67
اليمن	22	16
السودان	86	60
الصومال	34	2
فلسطين	97	95
العراق	72	54
الكويت	98	98
المغرب	40	31
السعودية	91	82
تونس	90	60
جزر القمر	62	24
مصر	61	25
عمان	95	90
قطر	98	97
لبنان	89	45
ليبيا	94	76
موريتانيا	57	20
العالم العربي	78	/

المصدر: نجيبة عبد الغني الشوافي، مواجهة وفيات الأمهات ومراسمتهم في الدول العربية، المنتدى الإقليمي العربي للسكان، بيروت، 19-21 نوفمبر 2004، ص.11.

3.4.3. الرعاية الصحية بعد الولادة في بعض الدول العربية:

أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول كل أم على خدمات الرعاية الصحية لما بعد الولادة حتى 24 ساعة، قبل نهاية أسبوع الولادة الأول وبعد ستة أسابيع منذ الولادة. رغم هذه التوصيات، لا تزال المعطيات تظهر انخفاضاً ملحوظاً لنسب الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية لما بعد الولادة. بلغ هذا النوع من الخدمات النسبة 30% في البلدان النامية مقابل 90% في البلدان المتقدمة. أي أن سبعة من كل عشرة نسوة لا يحصلن على رعاية صحية بعد الولادة [2].

في الدول العربية، تشير نتائج التحقيقات إلى أن النسوة المستفيدات من رعاية صحية خلال فترة ما بعد الولادة يمثلن نسباً منخفضة، بحيث لم تتعد نصف المعنويات حتى، إذا استثنينا لبنان بحيث تجاوز النصف بقليل (51,4%) كما وصلت النسبة حدود 50% في تونس. ويمثل اليمن أدنى نسب الإقبال على خدمات ما بعد الولادة في الدول العربية (لم تتجاوز نسبة الاستفادة العشرة بالمائة؛ أنظر المخطط).



مخطط رقم: 3- 4: نسب النسوة اللاتي أجرين فحوصات ما بعد الولادة (ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح في الدول العربية).

5.3. تنظيم الأسرة في الدول العربية:

يعتبر تنظيم الأسرة مركبا رئيسيا في السياسات والبرامج السكانية، إذ هو جزء لا يتجزأ من الصحة الإنجابية. يحدد الأزواج والأفراد في ظلهم بحرية وبمسؤولية عدد أطفالهم، الفترة الزمنية الفاصلة بينهم وتوقيت إنجابهم. تقرر هذا الحق بشكل علني في مؤتمر السكان الثالث (بوخارست، 1974). وتؤكد خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (القاهرة، 1994) [34].

ولأن تنظيم الأسرة يحسن صحة الأمهات ويحسن ظروف حياة أسرهن، فإن استعمال وسائل تنظيم الأسرة يمكن الأزواج من التحكم في العملية الإنجابية، أي تأخير أو منع الحمل، وبالتالي يسمح للنسوة بالولادة في الوقت الأكثر ملائمة لصحتهن ولصحة أطفالهن، مما يقلل من احتمال وفيات الأمهات.

ارتفع استخدام وسائل تنظيم الأسرة عالميا منذ عام 1994، بحيث كان معدل الاستخدام في حدود 55%، ليصبح عند المستوى 61% سنة 2004، علما أن المعدلات تختلف حسب الأقاليم، بين 25 و65% في آسيا و70% في أمريكا اللاتينية ودول الكاريبي وفي الدول المتقدمة [76].

في الدول العربية، يقبل في المتوسط 41% من النسوة أو أزواجهن على استعمال وسائل تنظيم الأسرة مع فوارق واضحة بين الدول. ولما نقارن هذا المتوسط بالمستوى العالمي (61%)، نقول بأن معدل الانتشار لا يزال منخفضا في الدول العربية [66].

جدول رقم 3-13: استخدام وسائل تنظيم الأسر في بعض الدول العربية.

البلد	نسب انتشار استعمال وسائل تنظيم الأسر	
	الاستعمال السابق	الاستعمال الحالي
الجزائر	80	57
سوريا	60	42,2
اليمن	40,9	23,1
السودان	7,6	7,6
فلسطين	68,8	50,2
المغرب	88,3	63
تونس	80,4	62,2
لبنان	74,2	58
ليبيا	59,9	41,9
جيبوتي	15,3	9
المصدر: مسوحات المشروع العربي الخاص بصحة الأسرة.		

اعتمادا على معطيات الجدول، نسجل انتشارا واسعا لوسائل منع الحمل، بحيث فاق المستوى 60%، غير أنه لا يزال ضعيفا في بعضها ونخص بالذكر كل من جيبوتي، السودان واليمن وهي بلدان لازالت تعيش نماذج خصوبية مرتفعة.

حسب وسط الإقامة، يفوق مستوى انتشار وسائل تنظيم الأسر في المناطق الحضرية المستوى المسجل في المناطق الريفية، كما أن الوسائل الحديثة كانت الأكثر انتشارا بين الأزواج.

بعد عرض أهم مؤشرات الصحة الإنجابية في البلدان العربية، نقول بأن هذه البلدان تتقدم ببطء باتجاه أهداف الألفية للتنمية، مع تباين الإنجازات. من بين أهم الإنجازات، نذكر:

- انخفاض معدلات الخصوبة العامة في الدول العربية: انتقل من 7 أطفال إلى 3 أطفال لكل امرأة، مع تباين واسع بين الدول. عرفت بعض الدول انخفاضا كبيرا، قل عن معدلات الإحلال (لبنان والإمارات). في المقابل، لازالت دول أخرى تعيش معدلات مرتفعة جدا (الصومال)؛
- انخفاض معدلات خصوبة المراهقات، إذا استثنينا الصومال؛
- انخفاض معدلات وفيات الرضع إلى النصف في عموم الدول العربية، بل حقق بعضها انخفاضا كبيرا وصل إلى 7% (قطر، الكويت، الإمارات والبحرين)؛
- رغم الجهود المبذولة بغية خفض نسب وفيات الأمهات لم يبلغ مستوى التراجع حتى السنة 2015 نصف المستوى المسجل سنة 1990؛
- مثل التأكد من حدوث الحمل أول أسباب المتابعة الصحية بين نسوة البلدان العربية؛
- في البلدان العربية، تلقى أكثر من نصف النسوة رعاية صحية أثناء الحمل؛

- خلال السنة 2002، مثل متوسط نسب الولادات التي تمت تحت إشراف كادر طبي مؤهل في الدول العربية 78,3% من مجموع الولادات؛
- في الدول العربية، لا يزال الإقبال على الرعاية الصحية بعد الولادة منخفضاً؛
- تستعمل في المتوسط 41% من النسوة في البلدان العربية وسائل تنظيم الأسرة.

الفصل الرابع

مصادر ونوعية معطيات المسح

1.4. مصادر المعطيات

2.4. نوعية المعطيات

3.4. الإحالات واختبارات التوافق الداخلي

تعتبر البيانات الركيزة الأساسية لأي بحث علمي، وتتنوع مصادر هذه البيانات حسب طبيعة البحث ونوعيته. من أهم هذه المصادر هي البيانات السكانية .

تستمد المعطيات السكانية أهميتها من كونها الأساس الذي تستند عليه برامج التنمية الاقتصادية والاجتماعية الشاملة والقطاعية، فنتائج التعدادات والمسوح ضرورية أساسية كمصادر للمعطيات يجب أن تستغل بكيفية تزود المكلفين بالبرمجة بمعلومات آنية ومفصلة، تساعد على المعرفة بخصائص المجتمع وبحاجاته [77]

1.4. مصادر المعطيات:

إن توفير معطيات ذات مصداقية وقابلة للمقارنة دولياً، ضرورة لصياغة ووضع السياسات والبرامج، فضلاً عن المتابعة والتقييم. من هذه الزاوية، يمثل المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 مصدراً أساسياً للتعريف بخصائص المجتمع الجزائري من زوايا عديدة، لذلك سوف نعتمده كمصدر أساسي في دراستنا، التي سوف تخص الفئة العمرية 15- 49 سنة بالملاحظة من زاوية الصحة الإنجابية.

1.1.4. المسوح العنقودية متعددة المؤشرات:

المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS) برنامج دولي، من اقتراح اليونسيف في مجال المسوح الأسرية¹. صممت استماراته لجمع معطيات تساعد على الحصول على تقديرات سليمة إحصائياً وقابلة للمقارنة دولياً.

يمكننا استغلال معطيات هذا المسح للحصول على المؤشرات الرئيسية التي تستخدم في تقييم وضع الأطفال والنساء في مجالات عديدة (الصحة، التعليم، وحماية الأطفال...)، إضافة إلى جوانب كثيرة أخرى من الحياة المجتمعية.

يمكننا من زاوية أخرى، اعتماد نتائج هذا المسح لرصد مدى تقدم البرامج والالتزامات العالمية [78]، الوطنية والمحلية.

تدعم منظمة اليونسيف، منذ عام 1995، عمليات تنفيذ المسوح العنقودية متعددة المؤشرات (MICS)، للغاية المذكورة آنفاً (مساعدة الدول على توفير معطيات عالية الجودة عن حالة الأطفال والنساء خاصة). منذ انطلاق المشروع، نفذ ما يزيد عن 300 مسحا في أكثر من 100 دولة، في أربعة

¹ بالنسبة للمسوحات فقد تتابع إجراؤها منذ سبعينات القرن الماضي وحتى الآن، فهناك المسوحات الصحية الديموغرافية، والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات من تنظيم منظمة اليونسيف، ومسوح صحة طفل الخليج وصحة الأسرة الخليجية، والمشروع العربي للنهوض بالطفولة والبرنامج العربي لصحة الأسرة [79]

أصناف من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات [80]. جاءت بعدها السلسلة MICS4 و MICS6، التي يجري الآن تنفيذ آخرها.

2.1.4. المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (الجزائر، 2006):

عرفنا أن المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS-3) من المسوح الأسرية، التي يشترك في تمويلها صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) والدول المعنية. يحث هذا المخطط البلدان على "وضع الآليات اللازمة، بهدف جمع وتحليل ونشر المعطيات بصفة منتظمة وفي الوقت المناسب، مما يسمح بمتابعة المؤشرات الاجتماعية الخاصة بالحياة الكريمة للأطفال" [81].

نفذت الجزائر هذا المسح (الدورة الثالثة MICS-3) سنة 2006، بعد الدورة الأولى (MICS-1) سنة 1995 والثانية (MICS-2) سنة 2000. ونفذت بعده المسح الرابع (الدورة الرابعة MICS-4) سنة 2012 ويجري الآن (2018) كما ذكرنا تنفيذ آخر المسوح (الدورة السادسة MICS-6).

نفذ المسح الثالث¹ بالتعاون بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصائيات من جهة واليونيسيف بمشاركة صندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة السيدا ووحدة تنسيق نظام الأمم المتحدة في الجزائر وبدعم فني من المشروع العربي لصحة الأسرة (جامعة الدول العربية). وأسند العمل الميداني للديوان الوطني للإحصائيات.

يهدف المسح إلى تمكين السلطات العمومية من:

- الحصول على المعلومات الضرورية لمتابعة وتقييم السياسات التنموية الموجهة لصالح الأطفال والنساء؛
- تحديث وإثراء المعطيات الموجودة وتوفير المعطيات التي تسمح بالمقارنة مع البلدان الأخرى، وكذلك تقييم الجهود الواجب بذلها في إطار تحسين وضعية الفئتين المذكورتين؛
- متابعة إنجاز الأهداف الألفية للتنمية، بحيث جمع 20 مؤشرا من مجموع 48.

استهدف المسح العنقودي متعدد المؤشرات النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة والأطفال الأقل من 5 سنوات.

¹ يعتبر المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS-3) المسح العنقودي الوحيد الذي كان بالشراكة مع جامعة الدول العربية وكذا منظمة اليونيسيف، لان بقية المسوح العنقودية كانت من تنظيم اليونيسيف فقط.

بلغ حجم العينة 578 عنقوداً، وزعت على 17 طبقة متجانسة عبر التراب الوطني، بمعدل 51 أسرة في كل عنقود، ليبلغ حجم العينة (29478578*51) أسرة معيشية¹، خصت فئات عديدة من بين أفرادها بالملاحظة المعمقة (الأطفال الأقل من 5 سنوات ونسوة الأعمار 15-49 سنة).

توج العمل الميداني بملاحظة 29008 أسرة معيشية، أي ما يمثل نسبة استجابة قدرها 98.4% (97.9% في الحضر و99.2% في الريف)[81]. جرى التحقيق مع 43642 امرأة من بين 47641 مستهدفة، ما يعادل نسبة استجابة قدرها 91.6%. كما جرى التحقيق مع 14593 طفل من بين 15000 (بنسبة استجابة قدرها 97.3%).

تم حساب حجم العينة بالنظر للتمثيل الجهوي، بغرض الحصول على مؤشرات نوعية تمكن من متابعة وتقييم السياسات الجهوية للسكان. تم تقسيم الإقليم الوطني إلى أربع مناطق جغرافية².

اعتمد المسح 3 استمارات:

- استمارة الأسر المعيشية؛
- الاستمارة الخاصة بنسوة الأعمار 15 و 49 سنة، علماً أن هذه الاستمارة وسعت للنسوة المعنيات بالإنجاب، مهما كانت الحالة المدنية، غير أن جل محاوره تستهدف الفئة المعنية بالملاحظة.
- الاستمارة الخاصة بالأطفال. استهدف مجموع الأطفال الأقل من خمسة سنوات، بطريقة غير مباشرة من خلال الأم أو المتكفلة بالطفل.

2.4. نوعية المعطيات:

سنتطرق في هذا العنصر إلى تقييم نوعية معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS3_2006)، مركزين على ملف النسوة، الذي سوف نوظف معطياته في الإجابة على أسئلة موضوعنا.

سنعتمد في ذلك على نوعين من الاختبارات، اختبارات القيم الدنيا والقصى وكذا على اختبارات التوافق الداخلي أو الارتباط بين المتغيرات.

¹ تتكون قاعدة المعاينة من مجموع الأسر العادية والجماعية الملاحظة خلال تعداد سنة 1998.

² اعتمد في توزيع العينة تقسيم التراب الوطني إلى 17 منطقة صحية، تفرها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات:

الوسط 5 مناطق صحية، الشرق 5 مناطق، الغرب 4 مناطق والجنوب 3 مناطق.

1.2.4. اختبارات القيم الدنيا والقصوى¹:

استهدف المسح العنقودي الجزائري متعدد المؤشرات (Enquête Nationale à Indicateurs Multiples, MICS-3) وبشكل رئيسي نسوة أعمار الإنجاب (اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة)، بغرض متابعة أهداف التنمية للألفية.

اعتمدت في هذا المسح أسئلة عديدة، ذات صلة بمحاور عديدة (أنظر دليل المتغيرات في الملحق رقم 2).

يمكننا على سبيل المثال ذكر الجانب الديموغرافي والاجتماعي، الجانب الاقتصادي وأسئلة مرتبطة بالصحة الإنجابية (نسوة الفئة العمرية 15-49 سنة).

شملت الاستمارة حوالي 117 سؤالاً، أغلبها أحادي الإجابة، مع بعض الأسئلة متعددة الإجابات. اشتقت من هذه الأسئلة متغيرات جديدة، حتى بلغ مجموعها حوالي 279 متغيراً.

قسمت أسئلة الاستمارة إلى 8 محاور، جاءت على النحو التالي:

- المحور الأول (الخصائص العامة للنسوة): بني هذا المحور من 13 سؤالاً، غطت أهم خصائص النسوة الفردية والمهنية؛
- المحور الثاني (الزواج): ضم هذا الفصل 7 أسئلة، ارتبطت بالزواج وبالحالة المدنية؛
- المحور الثالث (وفيات الأطفال): بلغ عدد الأسئلة التي خصصت لهذا المحور 18 سؤالاً؛
- المحور الرابع (التطعيم ضد التيتانوس): بلغت أسئلة هذا المحور العدد 7. خصصت لمستوى التطعيم ضد التيتانوس وعدد الجرعات المأخوذة خلال فترة الحمل؛
- المحور الخامس (صحة الأم والمولود الجديد): ضم 24 سؤالاً، تعلقت بالرعاية الصحية للأم أثناء فترة الحمل، الولادة، وما بعد الولادة (مرحلة النفاس)، صحة المولود الجديد والإقبال على الرضاعة الطبيعية؛
- المحور السادس (وسائل تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملباة الخاصة بتنظيم الأسرة): ضم هذا الفصل 29 سؤالاً، خصت مدى انتشار وسائل منع الحمل بين النسوة، علماً أن هذه الأسئلة وسعت للنسوة المتزوجات حالياً والمتزوجات سابقاً؛

¹ اختبارات القيم الدنيا والقصوى: اختبارات بسيطة، الغرض منها كشف بعض أخطاء الملاحظة المرتبطة بالترميز وإدخال المعطيات. تعتمد في ذلك على جداول بسيطة، تمكننا من الوقوف عند المعطيات الناقصة والمعطيات غير الموافقة لمجالات الترميز.

- ارتبط القسم السابع بمدى معرفة النسوة المستجوبات بفيروس فقدان المناعة المكتسبة (السيدا/ الإيدز)، إذ ضم 18 سؤالاً؛
- وأدرجت في القسم الثامن والأخير سؤالاً يتعلق بمواقف النسوة تجاه العنف الأسري.

إذن سنحاول الكشف عن بعض أخطاء الملاحظة، المرتبطة بجمع المعطيات، إدخالها وبعملية الترميز، من خلال اختبارات بسيطة، نوظف لأجلها جداول بسيطة. الهدف إذن هو الوقوف عند المعطيات الناقصة¹ والمعطيات غير الموافقة² لمجال الترميز².

بالنظر إلى موضع عملنا، سنستهدف الأسئلة التي جاءت في المحاور الستة الأولى (من استمارة النسوة) بالدراسة.

1.1.2.4. محور الخصائص العامة:

ضم هذا الفصل 13 سؤالاً، وارتبطت بالمعلومات الشخصية الخاصة بالنسوة المبحوثات:

1. يوم الولادة (WM8D):

يأخذ يوم الميلاد قيم المجال [1- 31]، خصصت خانتان لهذا الغرض ووظف الرمز 98 للأي لا يعرفن يوم ولادتهن والدليل 99 للإجابات الناقصة. بعد المعالجة (أنظر الجدول رقم 1 في الملحق 3)، نلاحظ أن نسبة المعطيات الناقصة قد بلغت 10,97% من مجموع الإجابات، وتمثل بذلك نسبة مهمة قد تسيء لتحديد الأعمار والمدد بشكل دقيق.

2. شهر الولادة (WM8M):

خصصت للإجابة عليه خانتان. يأخذ قيم المجال [1- 12]. بلغت المعطيات الناقصة نسبة قاربت النسبة السابقة (10,97%)، مما يؤثر على نوعية المعطيات من زاوية تأريخ الأحداث الديموغرافية.

3. سنة الولادة (WM8Y):

هدف هذا المتغير إلى التأكد من أن كل المبحوثات تدخل في الفئة المستهدفة (نسوة أعمار الإنجاب). تتراوح سنوات ولادة المعنيات بالملاحظة بين 1956 و1991.

¹ المعطيات الناقصة: يجمع هذا المصطلح بين الإجابات الناقصة (عدم الاستجابة، أي عدم الإجابة على السؤال رغم إلزاميته) والإجابات غير المحددة (عدم معرفة الإجابة).

² المعطيات غير الموافقة للمجال: هي الإجابات التي تختلف عن الخيارات المقترحة في السؤال. ويقابله مصطلح المعطيات الموافقة للمجال.

خصصت أربع خانات لكتابة سنة الولادة. جاءت طريقة العمل هذه لتعوض نقائص التصريحات السابقة، عندما نوظف أعماراً ماضية.

لم تسجل سنة الولادة نسبة مرتفعة من المعطيات الناقصة (0,01%)، مما يجعلنا نقول بأن المبحوثات تنتمين فعلاً لفئة المبحوثات. وظف الدليل 9999 لتحديد الإجابات الناقصة والدليل 9998 لتمييز النسوة الجاهلات بسنة ولادتهن.

4. أعمار النسوة عند آخر وضع (WM9):

خصصت لهذا المتغير خانتان. لم تشوبه المعطيات الناقصة.

5. وضعية النسوة بالنسبة للتدريس (WM10):

تم اعتماد الدليل 1 لتمييز النسوة الملتحقات بالمدارس والدليل 2 لغير المتعلمات واعتمد الدليل 9 للإجابات الناقصة. مثلت المعطيات الناقصة نسبة ضعيفة جداً (0,02% من مجموع الإجابات).

6. أعلى مستوى دراسي محصل (WM11):

يعني هذا السؤال النسوة اللاتي ذهبن إلى المدرسة فقط (33697 امرأة). خصص الرمز 1 للتعليم الابتدائي، الرمز 2 للتعليم المتوسط، الرمز 3 للثانوي والرمز 4 للمستوى الجامعي، ومثل الرمز 9 للإجابات الناقصة. اقتصرت المعطيات الناقصة على ملاحظة واحدة فقط.

7. آخر سنة دراسية أكملت بنجاح (WM12):

هدف هذا السؤال إلى التحديد الدقيق لمستوى التعليم. خصصت للإجابة عليه خانتان، ولتعدد احتمالات الأجوبة، تركت الإجابة للمبحوثات. خصص الدليل 98 للإجابات غير المحددة والدليل 99 للإجابات الناقصة. اقتصرت كذلك المعطيات الناقصة على إجابة واحدة فقط.

8. القدرة على القراءة (WM14):

وظف هذا السؤال للإحاطة بالنسوة اللاتي لم يكمن التعليم الابتدائي وكذا اللاتي لم تلتحقن بمقاعد الدراسة. مثل الدليل 1 القدرة على القراءة والدليل 2 عدم القدرة. في حالة عدم الاستجابة، نوظف الدليل 9. مثلت المعطيات الناقصة النسبة 1,38%، بحيث لا تسيء لجودة المعطيات.

9. القدرة على الكتابة (WM15):

خص هذا السؤال النسوة المصريحات بالقدرة على القراءة. حددت مداليل المتغير على النحو السابق.

بلغت المعطيات الناقصة المقدار 4,10% (261 حالة من بين مجموع قدره 6371 امرأة)، وهي نسبة مرتفعة نوعاً ما، قد تؤثر على مصداقية المعطيات.

10. الوضعية المهنية للمبحوثات (WM16):

يمثل الدليل 1 تعمل والدليل رقم 2 لا تعمل وفي حالة الإجابات الناقصة يأخذ المتغير الدليل 9. مثلت المعطيات الناقصة 0,12% من مجموع الإجابات.

11. ممارسة المبحوثات لنشاطات تجارية أو فلاحية أو مساعدة أسرهن (WM17):

تم طرح هذا السؤال على النسوة اللاتي صرحن بأنهن لا يعملن، يشير الرمز 1 إلى الممارسة والرمز 2 عدم الممارسة، ولما يتعلق الأمر بالإجابات الناقصة يأخذ المتغير القيمة 9. بلغ عدد الإجابات الناقصة 90 حالة، أي ما يعادل 0,23% من مجموع المعطيات.

12. طبيعة عمل المبحوثات من حيث الوتيرة (WM18):

أدرجت ثلاث اختيارات لتحديد وتيرة عمل النسوة العاملات: الدليل 1 طول السنة، الدليل 2 عمل موسمي والدليل رقم 3 تعمل أحياناً. أما عدم الاستجابة فتعرف بالدليل 9. تمثل المعطيات الناقصة نسبة قدرها 3,26% من مجموع المعطيات المحصل عليها.

13. مكان عمل المبحوثات (WM19):

خصص الدليل 1 للعمل خارج المنزل والدليل 2 للعمل داخله. في حالة الإجابات الناقصة، يأخذ المتغير الدليل رقم 9. فاقت الإجابات الناقصة المقدار 5% من مجموع المعطيات بالسؤال وهي نسبة مرتفعة نوعاً ما (أنظر الجدول رقم 1 في الملحق 3).

14. عمل المبحوثات الرئيسي (WM20):

خصصت للإجابة على هذا السؤال ثلاث خانات وأدرج الدليل 999 لتمييز النسوة غير المصرحات. بلغت نسبة المعطيات الناقصة المقدار 3,22% (176 معنية بالسؤال).

2.1.2.4. محور الزواج:

يضم هذا الجزء من الاستمارة سبعة أسئلة، خصت الزوجية والحالة المدنية عموماً.

1. الحالة المدنية (MA4):

يهدف هذا المتغير إلى تحديد وضعية النسوة المبحوثات بالنظر إلى ظاهرة الزوجية. يأخذ المتغير قيم المجال [1-5]، لم نسجل معطيات ناقصة، بحيث تم تحديد وضعية النسوة بشكل جيد.

2. عمر الزوج عند آخر عيد ميلاد (MA2):

خص هذا السؤال النسوة المتزوجات حالياً فقط (19536 امرأة). خصصت خانتان لتسجيل عمر الزوج (عدد السنوات). وظف الدليل 98 عند المعرفة بالعمر ويشير الدليل 99 إلى عدم الاستجابة. مثلت المعطيات الناقصة نسبة قليلة جداً (0,57%) بين مجموع المعنيات بالسؤال.

3. وجود زوجات أخريات للزوج (MA2A):

خص هذا السؤال كذلك النسوة المتزوجات فقط. لما يأخذ المتغير القيمة 1 هذا يعني وجود زوجة أخرى على الأقل ويحدد الدليل 2 الزيجات غير المتعددة. يرتبط الرمز 8 بالمبحوثات اللاتي لا يعرفن الإجابة وتعتمد الدليل 9 في حالة عدم الاستجابة. مثلت المعطيات الناقصة نسبة ضعيفة جداً (0,38%).

4. عدد الزوجات الأخريات (MA2B):

يرتبط هذا السؤال بنسوة الزيجات المتعددة (الضرائر). وظف الدليل 8 في حالة الأجوبة غير المحددة ووظف الدليل 9 في حالة المعطيات الناقصة. مثلت المعطيات الناقصة نسبة كبيرة نسبياً، قدرها 6,10%.

5. زواج المبحوثات أكثر من مرة (MA5):

يتعلق الأمر بالنسوة غير العازبات البالغ عددهن 21025. الغرض منه معرفة عدد زيجات المعنيات. يميز هذا المتزوجات أكثر من مرة واحدة من غيرهن. وظف الدليل 1 لتمييز نسوة الزيجات الأولى والرمز 2 للمتزوجات أكثر من مرة. ويشير الدليل 9 إلى عدم الاستجابة. مثلت المعطيات الناقصة 123 حالة ما يعادل نسبة قدرها 0,59%.

6. شهر أول زواج (MA6M):

خصصت خانتان لهذا المتغير. وظفت قيم المجال [1-12] لتحديد أشهر الزواج. أدخل الرمز 98 في حالة عدم المعرفة والدليل 99 في حالة المعطيات الناقصة. مثلت المعطيات الناقصة نسبة كبيرة جدا (22,76%)، مما قد يؤثر سلبا على نوعية المعطيات.

7. سنة أول زواج (MA6Y):

خصصت لهذا المتغير أربع خانات. في حالة عدم الاستجابة يأخذ المتغير الدليل 9999، والدليل 9998 في حالة عدم معرفة بسنة الزواج. مثلت نسبة المعطيات الناقصة 10,67% وهي نسبة كبيرة، تنقص من نوعية المعطيات.

8. عمر المبحوثات عند الزواج الأول (MA8):

خصصت للإجابة عن عمر المبحوثات عند الزواج الأول خانتان ووظف الرمز 98 في حالة عدم المعرفة والدليل 99 في حالة الإجابات الناقصة. بلغت نسبة المعطيات الناقصة 4,02%.

3.1.2.4. محور وفيات الأطفال:

شمل هذا المحور 18 سؤالاً خص غير العازبات، ارتبط بخصوبة المبحوثات ووفيات الأطفال.

1. الولادات الحية (CM1):

ميز هذا السؤال المبحوثات الحاصلات على ولادة حية واحدة على الأقل (الدليل 1) وغيرهن (الدليل 2). لم نسجل معطيات ناقصة بين المعنيات.

2. يوم ولادة الطفل الأول (CM2AD):

يرتبط هذا السؤال بالنسوة اللاتي لديهن ولادة حية على الأقل (18844). تم تخصيص خانتين لكتابة يوم ولادة الطفل الأول. يأخذ المتغير قيم المجال [1-31] وخصص الرمز 98 للأحداث غير المحددة ومثل الدليل 99 عدم الاستجابة. مثلت المعطيات الناقصة النسبة 7,22%، مما يؤثر سلبا على جودة المعطيات.

3. شهر ولادة الطفل الأول (CM2AM):

خصص الرمزان 98 و99 للحالات غير المحددة وللإجابات الناقصة ومثلت بذلك المعطيات الناقصة النسبة 6,72%. ساهم عدم المعرفة بشهر الولادة أكبر نسبة بين مجموع أخطاء الملاحظة (أنظر الجدول رقم 1 في الملحق 2).

4. سنة ولادة الطفل الأول (CM2AY):

تم تخصيص أربع خانات لتحديد سنة ولادة الطفل الأول. يأخذ المتغير الرمز 9999 في حالة عدم الاستجابة والدليل 9998 في حالة عدم المعرفة بسنة الولادة. مثلت الإجابات الناقصة 0,93% من مجموع المعطيات المحصل عليها.

5. عدد السنوات المنقضية منذ الولادة الأولى (CM2B):

يطرح هذا السؤال على النسوة اللاتي لم تحدد سنة ولادة طفلهن الأول (174 مبحوثة)، بغرض تحديد المدة المنقضية من حياة النسوة الإنجابية. خصصت للإجابة عليه خانتان ويأخذ المتغير الدليل 99 في حالة عدم الاستجابة. ارتبطت المعطيات الناقصة بعدد بسيط من الوقائع (15 حالة).

6. وجود أبناء أحياء (ذكور/إناث) يعيشون مع المبحوثة (CM3):

يأخذ المتغير الدليل 1 في حالة الوجود والدليل 2 عند انعدام الأبناء الأحياء. لم نسجل معطيات ناقصة بين قيم هذا المتغير.

7. عدد الأبناء (ذكور/ إناث) الذين يعيشون مع المبحوثة (CM4):

خص النسوة المصابات بنعم على السؤال السابق (18640 مبحوثة). خصصت خانتان لكل جنس (الذكور CM4A، الإناث CM4B)، علماً أن الإجابات المحتملة لما يتعلق الأمر بالذكور تأخذ قيم المجال [0-11]، وتأخذ الإناث قيم المجال [0-9]. لم تشب معطيات ناقصة قيم هذا المتغير.

8. وجود أبناء أحياء (ذكور/ إناث) لا يعيشون مع المبحوثة (CM5):

خص الدليل 1 الموجب بنعم والدليل 2 في حالة الإجابة بالنفي. لم نسجل معطيات ناقصة على قيم هذا المتغير.

9. عدد الأبناء (ذكور/ إناث) الذين يعيشون خارج المنزل (CM6):

اقترح المجال [0-5] للتحديد هذا النوع من الولادات الحية، مهما كان الجنس (CM6A بالنسبة للذكور، CM6B بالنسبة للإناث). لم نسجل معطيات ناقصة فيما يخص هذا المتغير.

10. أبناء ولدوا أحياء (ذكور/ إناث) ثم توفوا (CM7):

خص النسوة الحاصلات على ولادة حية على الأقل بغض النظر عن المدة التي بقي فيها المولود حياً. يأخذ المتغير الرمز 1 في حالة وفاة المولود والدليل 2 في حالة البقاء على قيد الحياة. لم نسجل أخطاء ملاحظة على هذا المتغير.

11. عدد الأبناء (ذكور/ إناث) المولودين أحياء ثم توفوا (CM8):

بلغ عدد النسوة المعنيات العدد 3357. خصصت للإجابة على هذا السؤال خانتان. يأخذ عدد الذكور (CM8A) قيم المجال [0-6] في حين تأخذ الإناث قيم المجال [0-7]. لم نسجل معطيات ناقصة.

12. مجموع الولادات الحية (CM9):

يلخص هذا المتغير مجموع قيم المتغيرات CM4، CM6 و CM8. خصصت للإجابة عليه خانتان، بحيث تدخل قيم المتغير في المجال [1-18]. لم نسجل أخطاء ملاحظة.

13. يوم ولادة الطفل الأخير (CM11D):

يأخذ المتغير قيم المجال [1-31] وخص الدليل 98 للأحداث غير محددة يوم الولادة ومثل الدليل 99 الإجابات الناقصة. قدرت المعطيات الناقصة عند المستوى 3,26%.

14. شهر ولادة الطفل الأخير (CM11M):

خص الرمز 99 الإجابات الناقصة ووضع الرمز 98 للأحداث التي لم يحدد شهر ولادتها. بلغت المعطيات الناقصة المقدار 1,96%.

15. سنة ولادة الطفل الأخير (CM11Y):

خصصت أربع خانات لهذا المتغير، وتم تعريف الإجابات الناقصة بالدليل 9999، والإجابات غير المحددة بالدليل 9998. مثلت نسبة المعطيات الناقصة بحوالي 0,03% من مجموع المعطيات.

16. بقاء الطفل الأخير على قيد الحياة (CM11A):

خص الرمز 1 بقاء الطفل الأخير على قيد الحياة ووضع الرمز 2 في حالة وفاة الطفل الأخير. لم نسجل أخطاء ملاحظة على قيم هذا المتغير.

17. حالات الحمل غير المنتهية بمولود حي (CM14):

وجه السؤال لجميع النسوة غير العازبات. خص الرمز 1 الحالات المعنية والرمز 2 غير المعنيات. لم نسجل معطيات ناقصة على قيم هذا المتغير.

18. عدد حالات الحمل المنتهية بسقط أو إجهاض (CM15):

خص النسوة ذوات الحمل غير المنتهي بولادة حية فقط (5495 مبحوثة). خصصت خانتان للإجابة على هذا السؤال. أخذ المتغير قيم المجال [0-11]. نلاحظ غياب تام لأخطاء الملاحظة.

19. عدد حالات الحمل المنتهية بولادة ميتة (CM16):

يأخذ المتغير الدليل 99 في حالة عدم الاستجابة. تدخل الإجابات الممكنة في المجال [0-20]. مثلت المعطيات الناقصة 0,07% من مجموع المعنويات. نشير في هذا الصدد إلى عدم استجواب مبحثين.

20. التحقق من السؤال CM11 (CM12):

وظف هذا السؤال للتحقق من مصداقية المعطيات المرتبطة بالمتغيرات CM11D، CM11M، و CM11Y. يمثل الدليل 1 وجود ولادات حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح، والدليل 2 لعدم وجودها. لم تشب أخطاء ملاحظة معطيات هذا المتغير.

21. رغبة الحصول على الطفل الأخير (CM13):

طرح السؤال على الحاصلات على ولادة حية خلال الخمس سنوات الأخيرة، بغية تصنيفهن بالنظر إلى الرغبة في هذا الحمل (11357 مبحوثة). مثل الدليل 1 الراغبات في هذه الولادة والدليل 2 اللاتي رغبين تأجيله لوقت لاحق وخص الدليل 3 اللواتي لم يردن الإنجاب أصلاً. خص الدليل 9 الإجابات الناقصة. بلغت نسبة المعطيات الناقصة 1,61%.

4.1.2.4. محور التطعيم ضد الكزاز:

ضم هذا القسم من الاستمارة 7 أسئلة، ارتبطت بامتلاك المبحوثات لدفتر صحي، التطعيم ضد التيتانوس خلال الحمل الأخير، وعدد مرات التطعيم وغيرها من الأسئلة ذات الصلة بالتطعيم.

1. امتلاك بطاقة أو دفتر صحي خاص بالتطعيم (TT1):

خص الحاصلات على ولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح. تحدد القيمة 1 المالكات لبطاقة التطعيم، مع رؤيتها ويحدد الرمز 2 المالكات دون رؤية البطاقة من قبل المحققة ووظف الدليل 3 لغير المالكات. مثلت القيمة 8 عدم المعرفة والقيمة 9 عدم الاستجابة. بلغت المعطيات الناقصة العدد 91 حالة 0,80%، (أنظر الجدول رقم 1 في الملحق 3).

2. تحصين الأجنة ضد التيتانوس خلال الحمل بالطفل الأخير (TT2):

يحدد هذا المتغير النسوة اللاتي قمن بالتطعيم لتحصين الجنين من التيتانوس. يحدد الدليل 1 المصريحات بالتطعيم ويحدد الدليل 2 غير المحصنات. خص الدليل 8 النسوة غير العارفات بالتحصين وخص الدليل 9 الإجابات الناقصة. مثلت المعطيات الناقصة القيمة 1,36%.

3. عدد الحقن المضادة للتيتانوس (TT3):

يخص هذا السؤال فقط المبحوثات اللاتي صرحن بأخذ حقن التحصين خلال فترة الحمل الأخيرة (5446 مبحوثة). يتوزع عدد الجرعات بين 1 و 3 جرعات. مثل الدليل 8 عدم المعرفة وخص الرقم 9 عدم الاستجابة. مثلت نسبة المعطيات الناقصة المقدار 0,59%.

4. التحصين ضد التيتانوس قبل الحمل (TT5):

يأخذ المتغير القيمة 1 في حالة التحصين والقيمة 2 في حالة عدم التحصين. وظف الدليل 8 للإجابات غير المحددة وأخذت الإجابات الناقصة الدليل 9. بلغت المعطيات الناقصة النسبة 3,69%.

5. عدد الحقن المضادة للتيتانوس، المأخوذة قبل الحمل (TT6):

يرتبط هذا السؤال بالنسوة المصريحات بأخذ حقن ضد التيتانوس قبل فترة الحمل (2239 مبحوثة). لم تحدد الاستمارة عدد الجرعات، بحيث يحدد عددها المستجوبات. يأخذ المتغير القيمة 98 لما يتعلق الأمر بعدم الاستجابة يأخذ القيمة 99 عندما يتعلق الأمر بالمعطيات الناقصة. بلغت المعطيات الناقصة النسبة 3,52%.

6. الشهر الذي أخذت فيه المبحوثات آخر حقنة ضد التيتانوس (TT7M):

تم تخصيص خانتين للإجابة على هذا السؤال. تدخل قيم المتغير في المجال [1- 12]. يمثل الدليل 98 اللاتي لم يحددن الشهر ويشير الدليل 99 إلى عدم الاستجابة. مثلت المعطيات الناقصة نسبة كبيرة جداً، قدرت بما يزيد عن 53% من المعنيات بالسؤال، مما يقلل من مصداقية المعطيات.

7. السنة التي أخذت فيها المبحوثات آخر حقنة ضد التيتانوس (TT7Y):

خصصت لهذا السؤال أربع خانات. يمثل الدليل 9998 الإجابات غير المحددة ويمثل الدليل 9999 عدم الاستجابة. بلغت المعطيات الناقصة 19,65% وهي نسبة كبيرة جداً، قد تسيء لنوعية المعطيات.

8. عدد السنوات المنقضية منذ آخر حقنة مضادة للتيتانوس (TT8):

يرتبط هذا السؤال بالنسوة اللاتي لم يحددن سنة آخر تلقيح قبل الحمل (440 مبحوثة). تركت الإجابة مفتوحة، بحيث لم تحدد الاستمارة خيارات إجابة. تم تخصيص الدليل 98 للواتي لم يحددن عدد السنوات والدليل 99 لعدم الاستجابة. بلغت نسبة الإجابات الناقصة 12,73% من مجموع المعنيات وهي نسبة كبيرة تنقص من نوعية وجودة المعطيات.

5.1.2.4. محور صحة الأم والمولود الجديد:

شمل هذا الجزء من الاستمارة 24 سؤالاً، خصت صحة المولود الجديد ورعاية الأمهات صحياً خلال فترة الحمل، أثناء الولادة وبعدها. إضافة إلى أسئلة خصت الرضاعة الطبيعية.

1. المتابعة أثناء الحمل (MN2):

خص هذا السؤال مجموع النسوة المنجبات لولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح (11357 مبحوثة). ميزت الإجابة حسب المختص (الطبيب MN2A، ممرضة أو قابلة MN2B، قابلة تقليدية MN2F، أخرى MN2X)، على صيغة أسئلة مستقلة، يجاب عليها بنعم (1) أو بلا (2). وميزت غير المتابعات بمقتضى السؤال MN2Y. بلغت نسبة عدم الاستجابة 0,76% من مجموع المعطيات.

2. شهر أول كشف عن الحمل (MN2A1):

يرتبط هذا السؤال بالنسوة اللاتي طلبن خدمة صحية أثناء فترة الحمل (9856 مبحوثة). تم تخصيص خانتين لتسجيل الشهر الذي طلبت فيه الحامل خدمة صحية أول مرة. يأخذ المتغير قيم المجال [1- 9] ويمثل الدليل 98 اللاتي لا يعرفن شهر طلب الخدمة ويرتبط الدليل 99 بعدم الاستجابة. خصت المعطيات الناقصة 1,63% من مجموع المعطيات.

3. سبب الكشف عن الحمل أول مرة (MN2A2):

يحدد هذا السؤال السبب الرئيسي الداعي لتلقي أول فحص طبي أثناء فترة الحمل. تدخل إجابات المبحوثات في المجال [1- 6] ويأخذ المتغير القيمة 9 في حالة عدم الاستجابة. مثلت المعطيات الناقصة 1,35%.

4. عدد الكشوف (MN2A3):

خصصت خانتان لهذا السؤال. يوظف الدليل 98 عندما لا تعرف النسوة عدد الزيارات ويخص الدليل 99 عدم الاستجابة. تراوح عدد الزيارات بين 1 و20. ومثلت المعلومات الناقصة 3,20% من مجموع الإجابة.

5. الخدمات الطبية المطلوبة خلال الحمل (MN3):

ارتبط هذا السؤال بالنسوة الطالبات لخدمة طبية واحدة على الأقل من مختص (طبيب، ممرضة، قابلة)، بغرض تحديد نوع الخدمات الطبية المطلوبة. يتفرع هذا السؤال إلى عدة متغيرات جزئية على النحو التالي:

قياس الوزن: (MN3A)، قياس ضغط الدم: (MN3B)، البول تحاليل: (MN3C)، تحاليل الدم: (MN3D)، قياس القامة: (MN3E)، ارتفاع الرحم: (MN3F)، الأشعة الصوتية: (MN3G)، الفحص الطبي النسائي: (MN3H)، وضعية الجنين: (MN3I).

في كل هذه الحالات تجيب النسوة بطلب الخدمة (1) أو بعدم طلبها (2). يوظف الدليل 8 في حالة عدم المعرفة وتأخذ عدم الاستجابة الدليل 9. بالنظر إلى هذه الأسئلة الجزئية تبين أن المعطيات الناقصة تراوحت بين 0,79% و 1,32% من مجموع المستجوبات وهي نسب قليلة جدا.

6. تلقي معلومات حول فيروس نقص المناعة المكتسبة خلال فترة الحمل (MN4):

يأخذ هذا المتغير القيمة 1 في حالة تلقي معلومات عن فيروس نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) القيمة 2 في حالة عدم تلقيها. يأخذ المتغير الدليلين 8 و 9 في حالة عدم المعرفة وعدم الاستجابة على التوالي. مثلت المعطيات الناقصة نسبة قليلة جدا بين مجموع المعطيات.

7. إجراء اختبار حول فيروس نقص المناعة المكتسبة خلال فترة الحمل (MN5):

بعد المعالجة تبين أن نسبة المعطيات الناقصة تقل عن 1%.

8. الحصول على نتائج الاختبار الخاص بفيروس نقص المناعة المكتسبة (MN6):

استهدف هذا السؤال النسوة اللاتي أجرين اختبار نقص المناعة المكتسبة (141 مبحوثة). واعتمدت طريقة الترميز السابقة. بلغت الإجابات الناقصة 3,55% من مجموع المعنيات.

9. مكان الولادة (MN8):

يعنى هذا السؤال الحاصلات على ولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح (11357 مبحوثة). حددت أماكن الولادة بالمجال [1- 6] ولما يتعلق الأمر بعدم الاستجابة يأخذ المتغير القيمة 9. مثلت المعطيات الناقصة نسبة قليلة جدا 0,63%.

10. الشخص المساعد على الولادة¹ (MN7):

حددت الاستمارة الإجابات الممكنة (الطبيب: (MN7A)، ممرضة أو قابلة: (MN7B)، قابلة تقليدية: (MN7F)، الآباء أو الأصدقاء: (MN7H)، أخرى: (MN7X) ولا أحد: (MN7Y)). بلغت نسبة عدم الاستجابة 0,97%.

¹ اختلفت إدخال قيم هذا المتغير عن سابقه وصنف في فئة المتغيرات الاسمية، خصص الرمز؟ في حالة المعطيات الناقصة.

11. طبيعة الولادة (MN8A):

يأخذ المتغير قيم المجال [3-1] المحددة لطبيعة الولادة (1: طبيعية، 2: الملقط أو الشفط، 3: قيصرية) ويمثل الرمز 9 الإجابات الناقصة. مثلت المعطيات الناقصة نسبة قليلة جدا 0,60%.

12. مكان الولادة القيصرية (MN8B):

استهدف نسوة الولادات القيصرية يأخذ المتغير الرمز 1 في بلدية الإقامة والرمز 2 بإحالة مستعجلة خارج بلدية الإقامة والدليل 3 إحالة غير مستعجلة خارج بلدية الإقامة والرمز 9 في حالة عدم الاستجابة. بلغت نسبة المعطيات الناقصة 9,22% وهي نسبة كبيرة قد تنقص من نوعية المعطيات.

13. حجم المولود الأخير (MN9):

تدخل قيم المتغير في المجال [5 - 1] ويعطى الرمز 8 في حالة الإجابات غير المحددة والرمز 9 في حالة عدم الاستجابة. بلغت نسبة المعطيات الناقصة 1,72%.

14. قياس وزن المولود الأخير (MN10):

يعطى الدليل 1 عند وزن المولود والدليل 2 عندما لا يتم والدليل 8 عدم المعرفة والدليل 9 عدم الاستجابة. وصلت نسبة المعطيات الناقصة إلى 3,47% من مجموع المعطيات.

15. تسجيل الوزن (الدفتر الصحي، الذاكرة) (MN11A):

يرتبط السؤال بالنسوة اللاتي صرحن بوزن أطفالهن بعد الولادة (9812 مبحوثة). الدليل 1 يعني أن مصدر الوزن الدفتر الصحي والدليل 2 يعني أن المصدر المصرح به الذاكرة. في حالة عدم الاستجابة، يأخذ المتغير الدليل 9. بلغت نسبة المعطيات الناقصة 5,92% من مجموع المعطيات وهي نسبة مرتفعة نوعا ما، بشكل قد تؤثر على نوعية المعطيات. (الملحق 3؛ الجدول رقم 1).

16. الوزن بالكيلوغرام (MN11):

خصص لهذا المتغير أربع خانوات، في حالة الإجابات غير المحددة يأخذ المتغير الدليل 9998 في وحالة عدم الاستجابة يأخذ الدليل 9999. مثلت المعطيات الناقصة 5,92% من مجموع الإجابات، مما يؤثر على نوعية المعطيات.

17. طلب الخدمة بعد الولادة (MN11B):

يتعلق الأمر بطلب خدمات ما بعد الولادة وبمقدم الخدمة (طبيب: (MN11A1)، ممرضة أو قابلة: (MN11B1)، قابلة تقليدية: (MN11F1)، جهة أخرى: (MN11X1) وعدم الطلب: (MN11Y1). بلغت نسبة عدم الاستجابة 0,97% من مجموع المعطيات ومثلت المعطيات الناقصة 0,71% من مجموع المعطيات.

18. السبب الرئيسي وراء عدم الفحص بعد الولادة (MN12A):

يرتبط السؤال بالنسوة اللاتي لم يقمن بفحص الطبي بعد الولادة (7823 مبحوثة). يأخذ المتغير قيم المجال [1- 6] ويعطى الرمز 9 في حالة الإجابات الناقصة. مثلت المعطيات الناقصة نسبة قليلة جدا 0,28%.

19. الرضاعة الطبيعية (MN12):

عندما ترضع الأم مولودها يأخذ المتغير الدليل 1 ويأخذ الدليل 2 عندما لا ترضعه. يعطى الدليل 9 في حالة عدم الاستجابة. بعد المعالجة تبين وجود نسبة قليلة من المعطيات الناقصة 0,63%.

20. توقيت بدء الرضاعة الطبيعية (MN13U):

يرتبط السؤال بالمرضعات (10588 أم مرضعة). يأخذ المتغير الدليل 0 إذا كان الإرضاع بعد الولادة مباشرة والدليل 1 إذا تم بعد ساعة والقيمة 2 إذا تم بعد يوم ويميز الإجابات الناقصة الدليل 9. ارتبطت الإجابات الناقصة بسبع (7) حالات فقط من بين مجموع المرضعات.

21. ساعة بدء الرضاعة الطبيعية (MN13N):

تعطي المستجوبات عدد الساعات (خانتان) المنقضية قبل بدء الرضاعة الطبيعية. دخلت قيم المتغير في المجال [0- 72] وخصص الدليل 98 للاتي لم يتذكرن والدليل 99 في حالات عدم الاستجابة. مثلت المعطيات الناقصة 0,2%.

22. مواصلة الرضاعة الطبيعية (MN14):

في حالة مواصلة الإرضاع الطبيعي يأخذ المتغير الدليل 1 ويأخذ القيمة 2 في حالة عدم المواصلة وخصص الدليل 9 لعدم الاستجابة. مثلت المعطيات الناقصة 0,18% من مجموع المعطيات.

23. عدد أشهر الرضاعة الطبيعية (MN15):

يتعلق الأمر باللاتي أوقفن عملية الرضاعة الطبيعية (7112 مبحوثة). خصصت خانتان للإجابة، بحيث يأخذ المتغير الدليلين 98 و99 في حالة عدم المعرفة وعدم الاستجابة. دخل تقييم المتغير في المجال [0-51]. وبلغت المعطيات الناقصة 0,76%.

24. سبب التوقف عن الرضاعة الطبيعية (MN16):

يحدد المجال [1-7] إمكانيات الإجابة وخصص الدليل 9 لعدم الاستجابة. لم تمثل المعطيات الناقصة سوى 0,34% من مجموع المعنويات.

6.1.2.4. محور تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملباة:

ضم هذا المحور 29 سؤالاً، ارتبطت بمختلف جوانب تنظيم الأسرة .

1. تصنيف المبحوثات بالنظر إلى الحمل عند تاريخ الملاحظة (CP1):

يبين هذا المتغير الحالة الحالية للمبحوثات بالنظر إلى وضعية الحمل عند تاريخ الملاحظة (جميع النسوة غير العازبات 21025 مبحوثة). الدليل 1 (حامل)، الدليل 2 (ليست حامل)، الدليل 8 (غير متأكدة) وخصص الدليل 9 للإجابات الناقصة. بلغت المعطيات الناقصة نسبة قليلة جداً 0,89% فهي لا تؤثر في نوعية المعطيات.

2. عدد شهور الحمل (CP1A):

يرتبط السؤال بالحوامل (2142 مبحوثة). تعطي الحوامل عدد أشهر الحمل وخصص الدليل 98 للاتي لا يعرفن عدد الأشهر ويرتبط الدليل 99 بعدم الاستجابة. غطت أشهر الحمل قيم المجال [1-9] ومثلت المعطيات الناقصة 4,29% من مجموع المعنويات.

3. الرغبة في الحمل الحالي (CP1B):

يرتبط الدليل 1 باللاتي أردن الحمل وقتها والدليل 2 باللاتي رغبن في وقت لاحق والدليل 3 باللواتي لم يرغبن المزيد من الولادات. وخصص الدليل 9 للإجابات الناقصة. بلغت نسبة المعطيات الناقصة 6,49% وهي نسبة كبيرة نوعاً ما، بشكل قد يسيء لنوعية المعطيات (ملحق 3؛ الجدول رقم 1).

4. وسائل منع الحمل (CP5):

ينقسم هذا السؤال إلى قسمين. يتعلق القسم الأول بالمعرفة بوسائل منع الحمل ويرتبط القسم الثاني بالاستعمال السابق لهذه الوسائل.

5. المعرفة بوسائل منع الحمل (CP5A):

شمل هذا السؤال المتغيرات الجزئية التالية، والتي وظفت كأسئلة مستقلة. يطلب من المستجوبة الإجابة على كل واحد منها. يتعلق الأمر بما يلي:

الحبوب: (CP5C\$01)، اللولب: (CP5C\$02)، الحقن: (CP5C\$03)، الغرز: (CP5C\$04)، العازل الواقي الرجالي: (CP5C\$05)، العازل الواقي النسائي: (CP5C\$06)، الحاجز المهبل: (CP5C\$07)، المرهم: (CP5C\$08)، ربط الأنابيب الرحمية: (CP5C\$09)، التعقيم الرجالي: (CP5C\$10)، إطالة فترة الرضاعة الطبيعية: (CP5C\$11)، فترة الأمان: (CP5C\$12)، العزل: (CP5C\$13)، طريقة أخرى: (CP5C\$14). تأخذ المتغيرات القيمة 9 في حالة عدم الاستجابة. لم تتجاوز نسبة المعطيات الناقصة 2% وهي نسبة لا تؤثر على جودة المعطيات.

6. الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل (CP5B):

اعتمد الترميز السابق عند معالجة هذا السؤال.

الحبوب: (CP5C\$01)، اللولب: (CP5C\$02)، الحقن: (CP5C\$03)، الغرز: (CP5C\$04)، العازل الواقي الرجالي: (CP5C\$05)، العازل الواقي النسائي: (CP5C\$06)، الحاجز المهبل: (CP5C\$07)، المرهم: (CP5C\$08)، ربط الأنابيب الرحمية: (CP5C\$09)، التعقيم الرجالي: (CP5C\$10)، إطالة فترة الرضاعة الطبيعية: (CP5C\$11)، فترة الأمان: (CP5C\$12)، العزل: (CP5C\$13)، طريقة أخرى: (CP5C\$14).

في المقابل، شابت معطيات هذا السؤال نسبة معتبرة من المعطيات الناقصة، فاقت 5%، بحيث قد تسيء لنوعية المعطيات.

7. مراجعة CP5B CP6A):

هدف هذا السؤال لتمييز المستعملات سابقا لوسائل منع الحمل من غيرهن: المستعملات (1)، وغير المستعملات (2) وتحدد المعطيات الناقصة بالدليل 9. سجلنا نسبة قليلة من أخطاء الملاحظة 0,06%.

8. عدد الأطفال الأحياء عند أول استعمال (CP6):

يوجه هذا السؤال للمستعملات السابقات لوسائل تنظيم الأسرة (17505 مبحوثة) إضافة إلى المعطيات الناقصة (12 حالة) في السؤال السابق (CP6A).

خصصت خانتان لتسجيل عدد الأطفال. خص الدليل 98 اللائي لا يعرفن والدليل 99 للإجابات الناقصة. شكل عدد الأطفال قيم المجال [0-14]. وبلغت المعطيات الناقصة 0,63% من مجموع المعطيات.

9. الغاية من استخدام وسائل منع الحمل أول مرة (CP7):

يحدد هذا المتغير سبب استعمال وسائل تنظيم الأسرة. يشير الدليل 1 إلى الرغبة في إنجاب طفل آخر لكن بعد فترة ويشير الدليل 2 إلى الرغبة في التوقف نهائياً عن الإنجاب والدليل 3 إلى رغبات أخرى (تذكر) والدليل 9 للإجابات الناقصة. بلغت المعطيات الناقصة النسبة 0,46%.

10. قرار الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل (CP8):

تدخل قيم المتغير في المجال [1-4] ووظف الدليل 6 عندما يكون للمستجوبة إجابة أخرى لم تحدها الاستمارة ويشير الدليل 9 إلى عدم الاستجابة. بلغت المعطيات الناقصة المستوى 0,47% من مجموع المعطيات.

11. قرار اختيار وسيلة منع الحمل (CP9):

تم ترميز هذا المتغير على الصيغة السابقة. مثلت المعطيات الناقصة 0,49% من مجموع المعطيات.

12. الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل (CP2):

يرتبط هذا السؤال بالنسوة المتزوجات حالياً غير الحوامل ولم يستعملن أبداً وسائل تنظيم الأسرة (15173 مبحوثة). يأخذ المتغير الرمز 1 في حالة الإيجاب والرمز 2 في الحالة المعاكسة وخصص الدليل 9 للإجابات الناقصة. مثلت المعطيات الناقصة 0,49% من مجموع المعطيات.

13. الوسيلة المستعملة حالياً (CP3):

خص السؤال مجموع المستعملات لوسائل منع الحمل عند تاريخ الملاحظة (11731 مبحوثة). وارتبط بالوسيلة المستعملة (تعقيم النساء: (CP3A)، تعقيم الرجال: (CP3B)، الحبوب: (CP3C)، اللولب: (CP3D)، الحقن: (CP3E)، الغرز: (CP3F)، العازل الواقي للرجل: (CP3G)، العازل: (CP3H)، الواقي للمرأة: (CP3I)، الحاجز المهبلي للمرأة: (CP3J)، المرهم: (CP3K)، إطالة فترة الرضاعة الطبيعية: (CP3L)، فترة الأمان: (CP3M)، العزل: (CP3X)، أخرى: (تذكر).

ميزت كل وسيلة بحرف هجائي ووظفت علامة الاستفهام (?) في حالة المعطيات الناقصة. مثلت المعطيات الناقصة 0,18%.

14. الاستعمال الأول لوسائل منع الحمل (CP10):

يأخذ المتغير القيمة 1 عندما يتعلق الأمر بأول استعمال والقيمة 2 في الحالات الأخرى. يأخذ القيمة 9 في حالة عدم الاستجابة. بلغت عدم الاستجابة 0,23%.

15. قرار الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل (CP11):

خص السؤال من كانت لهن تجربة سابقة في مجال استعمال موانع الحمل (10521 امرأة). يحدد هذا المتغير الشخص الذي قرر اللجوء لموانع الحمل، بحيث يأخذ قيم المجال [1- 4] وخصص الدليل 6 لباقي الاقتراحات. بلغت نسبة المعطيات الناقصة 3,80%.

16. قرار اختيار وسيلة منع الحمل (CP12):

اعتمد نفس الترميز السابق للتمييز بين النسوة المعنيات. مثلت المعطيات الناقصة 3,26%.

17. سبب عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة (CP13):

يرتبط هذا السؤال بالنسوة المتزوجات حالياً، غير الحوامل أو غير المتأكدات من الحمل واللاتي لم يستعملن وسائل تنظيم الحمل (5670 مبحوثة). يأخذ المتغير قيم المجال [1- 12] وخصص الدليل 96 للأسباب الأخرى ويشير الدليل 99 لعدم الاستجابة. قدرت المعطيات الناقصة عند المستوى 1,20%.

18. الاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة (CP14):

يرتبط بالنسوة المتزوجات حالياً وغير المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة، مهما كانت الوضعية بالنظر للحمل (6211 مبحوثة). يهدف إلى تمييز المستعملات المفترضات مستقبلاً. تعطى القيمة 1 في حالة استعمال مستقبلي، القيمة 2 في حالة عدم الاستعمال والدليل 8 في حالة عدم التبيين أو عدم التأكد، وحددت الإجابات الناقصة بالدليل 9. بلغت المعطيات الناقصة 10,67% وهي نسبة كبيرة، تؤثر سلباً على نوعية المعطيات.

19. نوع الوسيلة المستعملة في المستقبل (CP15):

يرتبط هذا السؤال باللاتي قد يستعملن وسائل منع الحمل مستقبلاً (3794 مبحوثة). تدخل قيم المتغير في المجال [1- 4] وتأخذ الإجابات غير المحددة الدليل 8 ولما يتعلق الأمر بعدم الاستجابة يعتمد الدليل 9. مثلت المعطيات الناقصة نسبة كبيرة نوعاً ما (7,09%) قد تقلل من نوعية المعطيات.

20. رغبة الإنجاب مستقبلا (CP4A):

يستهدف هذا السؤال كل النسوة المتزوجات حاليا ماعدا اللاتي وصلن إلى سن اليأس وغير الخصيبات (18106 مبحوثة). يأخذ المتغير قيم المجال [1- 4]. خصص الدليل 8 لغير المتأكدات ولغير العالمات والدليل 9 لعدم الاستجابة.

21. المدة المفضلة لإنجاب طفل مستقبلا (CP4C):

يرتبط هذا السؤال بالراغبات في الإنجاب مستقبلا وباللاتي تركن الأمر بيد الله (9313 مبحوثة). وقسم هذا المتغير إلى قسمين عند إدخال المعطيات في قاعدة المعطيات.

22. المدة المفضلة المنتظرة (CP4CU) (بالأشهر، بالسنوات):

يستخدم الدليل 1 عندما تقدم المقدمة بالأشهر والدليل 2 عندما تكون بالسنوات، والدليل 9 ترك الأمر شخصي. لم نسجل أية أخطاء ملاحظة على معطيات هذا المتغير.

23. المدة الفعلية بالأرقام (CP4CN):

تركت الإجابة للنسوة المعنيات حتى يحدد المدد (بالأشهر أو بالسنوات). خصص الدليل 93 للإجابة حالا/ في ذلك الوقت والدليل 96 أخرى والدليل 98 للاتي لا يعرفن¹. بعد المعالجة تبين أن قيم المتغير تدخل في المجال [0- 50] وبلغت المعطيات الناقصة نسبة كبيرة 17,95%.

24. القدرة البدنية على الحمل بطفل آخر في الوقت الحالي (CP4E):

يرتبط السؤال بالمتزوجات حاليا، غير الحوامل أو غير المتأكدات من الحمل، غير أننا نستثني من بينهن نسوة أعمار اليأس وغير القادرات على الإنجاب (العقيمت ومن لا يحملن) (15589 مبحوثة). يوظف الدليل 1 في حالة الإيجاب والدليل 2 في حالة عدم القدرة وخصص الرمز 8 للاتي لا يعرفن وارتبط الدليل 9 بحالة عدم الاستجابة. سجلنا نسبة معطيات ناقصة قدرها 3,42%.

25. سبب عدم استعمال اللولب (CP16):

يرتبط السؤال بالنسوة اللاتي لم تستعملن اللولب على الإطلاق (14265 مبحوثة). تدخل قيم المتغير في المجال [1- 8]. خصص الدليل 9 للإجابات الناقصة. مثلت المعطيات الناقصة 0,82% من مجموع المعطيات، وهي نسبة لا تؤثر على نوعية المعطيات.

¹ بالرجوع إلى قاعدة المعطيات نلاحظ إضافة دليلين اثنين يفترض عدم وضعهما والتقيد بما جاء في الاستمارة، الدليل 94: لا تريد إنجاب طفل آخر، والدليل 95: بعد الزواج مباشرة، لأن هذين الدليلين المفترض أنهما لا يرتبطان بهذا السؤال.

26. سبب التوقف عن استعمال اللوب (CP17):

يرتبط بمن استعمله ثم توقف (852 مبحوثة). يأخذ المتغير قيم المجال [1-9]. حددت الإجابات الناقصة بالدليل 99. تم تسجيل 3,99% من المعطيات الناقصة، وهي نسبة لا تؤثر على نوعية المعطيات.

3.4. الإحالات واختبارات التوافق الداخلي (بين المتغيرات):

هي اختبارات معقدة في بعض الحالات، تعتمد على جداول مركبة، تضم على الأقل متغيرين. تستخدم لفحص التوافق بين عدة متغيرات، بغرض اكتشاف هذا النوع من الأخطاء.

1.3.4. الإحالات:

بعد مراجعة الإحالات المنظمة لأسئلة الاستمارة الخاصة بالنسوة (38 إحالة)، بغرض التأكد من الالتزام بالتوجهات وتركيبية الأسئلة، لأن استجواب نسوة غير معنيات يترتب عنه خطأ ملاحظة، تتدنى بموجب كثرتها نوعية المعطيات.

تبين أن الإحالات كانت مطابقة للاستمارة، ما عدا إحالة واحدة ممثلة في سنة الزفاف إلى الزوج (MA6Y).

خصص هذا السؤال (MA6Y) لمعرفة التاريخ الذي زفت فيه الزوجة لزوجها، من خلال إيداء النسوة بالشهر والسنة، وحسب السؤال تتم إحالة اللواتي أدلين بالسنة إلى أسئلة المحور التالي. غير أننا سجلنا 46 حالة (0,24%) تم استجوابهن في السؤال الذي يليه والذي يخص عمر المبحوثة عند الزفاف (MA8) (جدول رقم 2: ملحق 3). وهكذا فإن الإحالة لم تتم بشكل جيد. وهي نسبة لا تؤثر على جودة المعطيات.

2.3.4. التوافق الداخلي بين المتغيرات:

تتم اختبارات التوافق الداخلي من خلال ربط المتغيرات ببعضها، بغرض الكشف عن التناقض الموجود في أجوبة المبحوثات، الذي يتجلى في اختلاف توزيع نفس المتغير عندما نوظف متغيرات تحكم مختلفة، مما يؤثر على مصداقية المعطيات وبالتالي نوعية المقدرات ونتائج الدراسات عموماً.

نشير إلى أننا سوف نكتفي ببعض الأمثلة التي تظهر بعض أخطاء الملاحظة.

1. مستوى تعليم المبحوثات والمهن الرئيسية:

يبرز هذا الاختبار التناقض بين مستوى تعليم النسوة العاملات ومهnen الرئيسية (WM11) مع (WM20).

لاحظنا (الجدول رقم 3: ملحق 3) أن بعض المبحوثات يشغلن مناصب عمل، تتطلب مستويات تعليمية تفوق المستويات المصرح بها. سجلنا 10 إجابات متناقضة، ما يعادل 0,2% فقط من مجموع المعنيات، لا تؤثر على نوعية المعطيات.

2. مستوى التعليم والمعرفة بوسائل منع الحمل:

بموجب هذا الاختبار، ربطنا متغير مستوى التعليم (WM11: الخانة الأخيرة) بمتغير المعرفة بوسائل منع الحمل (جميع الوسائل المدرجة في الاستمارة: الخانات من 1 إلى 14).

نلاحظ من خلال (الجدول رقم 4: ملحق 3) أن امرأتين من ذوات التعليم العالي (تعليم عالي: 4) لا تعرفان أية وسيلة من وسائل منع الحمل، حتى الوسيلة الأكثر استعمالاً (حبوب منع الحمل). وهذا يعني تناقض، يجعلنا نتكلم عن خطأ ملاحظة، يرتبط بأحد المتغيرين.

3. مستوى التعليم وامتلاك دفتر صحي أو بطاقة خاصة بالتلقيح:

وظفنا هذا الاختبار على أساس فرضية تقضي بأنه كلما ارتفع مستوى التعليم كلما زاد الوعي بأهمية امتلاك دفتر صحي. نربط إذن بين متغير امتلاك المبحوثات لدفتر صحي (TT1=1) ومتغير مستوى التعليم (أعلى المستويات: WM11=4).

أظهر الاختبار 137 حالة من ذوات المستوى الجامعي (1,21% من مجموع المعطيات) لا تمتلكن دفترًا صحيًا، رغم أهميته بالنسبة للام والمولود معًا. يتطلب هذا النوع من الأخطاء الرجوع إلى الاستثمارات للتأكد من عملية إدخال المعطيات. (الجدول رقم 5: ملحق 3)

4. مكان الولادة ووزن المولود:

وظف هذا الاختبار للكشف عن التناقض الذي يرتبط بتصريحات النسوة بين مكان الولادة (الوضع في المنزل: MN8=4) ووزن المولود (MN10=1). يفترض أن الولادة في المنزل لا يعقبها وزن المولود الجديد مباشرة.

تم تسجيل 82 ولادة خارج الأوساط الصحية (المنزل) غير أن الأمهات صرحن بوزن أطفالهن عند الولادة (0,72% من مجموع ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح). لا تؤثر هذه النسبة على جودة المعطيات. (الجدول رقم 6: ملحق 2)

5. امتلاك دفتر صحي وتسجيل وزن المولود:

يرتبط هذا المتغير بالنسوة الحاصلات على ولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح (11357 مبحوثة).

يعتبر الدفتر الصحي مهم للمرأة أثناء فترة الحمل وللمولود الجديد بعد ولادته، إذ يمثل الوثيقة المحتوية على المعطيات ذات الصلة بصحة الأم الحامل والطفل معاً، وذلك (بداية من الحمل وحتى بلوغ سنة 20 وأكثر). نفذنا هذا الاختبار لكشف التناقض بين امتلاك دفتر صحي (TT1) وتسجيل وزن المولود الجديد في الدفتر الصحي (MN11A). سجلنا نوعين من التناقض (أنظر الجدول رقم 7 ملحق 3)

الصف الأول: امتلاك دفتر صحي (بغض النظر عن رأيه من قبل الباحثة (الدليلين 1 و2) والاحتفاظ بوزن المولود في الذاكرة. خص هذا النوع من التناقض 15,41% من مجموع النسوة المعنيات. الصف الثاني: عدم امتلاك دفتر صحي والإفادة بتسجيل الوزن على الدفتر الصحي. ارتبط هذا النوع من الإجابات بما يزيد عن 23% من مجموع المعنيات. يسيء هذا التناقض لجودة المعطيات.

6. الحالة الزوجية وحالة الحمل:

يقيم هذا الاختبار درجة التوافق بين متغير الحالة الزوجية (MA4) ومتغير حالة الحمل عند تاريخ الملاحظة (CP1). يفترض أن الحوامل عند تاريخ الملاحظة متزوجات حالياً (متزوجات أو منفصلات).

سجلنا عدم توافق بين المتغيرين المشار لهما، تمثل في تصريح 5 نسوة من فئة المتزوجات سابقاً (مطلقة/أرملة) بكونهن في وضعية حمل. يتطلب هذا التناقض المحتمل المراجعة والتدقيق، بحيث قد ينجلي الالتباس في حالة ترملهن أو طلاقهن حديثاً. ونقول أن هذا الإشكال لا يؤثر على نوعية المعطيات. (الجدول رقم 8: ملحق 3)

7. مستوى التعليم وعدم تلقي كشوفان ما بعد الولادة بسبب الجهل بأهمية الفحوصات:

عندما نميز النسوة اللاتي لم يستفدن من كشوف ما بعد الولادة (7823 مبحوثة) لأسباب مختلفة حسب مستوى التعليم (WM11) سوف نلاحظ تناقض بين تقاطع أعلى مستويات التعليم وتصريح المبحوثات بعدم الكشف بسبب عدم المعرفة بأهمية الفحوصات (لما يأخذ المتغير MN12A الدليل 3).

مثل هذا النوع من النسوة نسبة قدرها 1,51% فقط من مجموع النسوة المعنيات بالملاحظة (1,29% من ذوات المستوى الثانوي و0,22% من ذوات المستوى الجامعي). (الجدول رقم 9 ملحق 3)

8. وسط الإقامة وعدم تلقي كشوف ما بعد الولادة بسبب عدم توفر الخدمة:

يكشف هذا الاختبار عدم التوافق في التصريحات بين وسط الإقامة وعدم الكشف بعد الولادة بسبب عدم توفر الخدمة (المراكز الصحية).

يأخذ متغير وسط الإقامة (HH6) الدليل 1 لما يتعلق الأمر بالمناطق الحضرية والدليل 2 في الحالات الأخرى) ويرتبط عدم الكشف بعد الولادة بانعدام توفر الخدمة (MN12A=4).

يظهر الجدول (الجدول رقم 10: ملحق 3) وجود 9 نسوة من الوسط الحضري صرحن بعدم الكشف بعد الولادة بسبب عدم وفرة الخدمة عمليا، يفترض أن تتوفر المناطق الحضرية على المرافق الصحية الضرورية.

9. مؤشر الثروة وعدم تلقي كشوفات ما بعد الولادة بسبب ارتفاع التكاليف:

كشفت هذا الاختبار تناقضا بين حالة الأسر الاقتصادية (مؤشر الثروة الأعلى (wlthind5)) وعدم تلقي كشوفات ما بعد الولادة بسبب ارتفاع التكاليف (الدليل 5، MN12A=5).

بينت المعطيات (الجدول رقم 11 ملحق 3) أن 22 مبحوثة (28,0%) من المعنيات والأكثر غنى لم يجرين كشوفات ما بعد الولادة بسبب ارتفاع التكاليف، علما أن المراكز الطبية الحكومية تقدم الخدمة مجانا.

10. مكان الولادة والإشراف على الولادة من قبل الآباء/الأصدقاء:

يستهدف هذا الاختبار النسوة المصريحات بولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح (11753 مبحوثة)، بهدف الكشف عن التناقض في التصريح المتعلق بمكان الولادة (MN8: مستشفى، عيادة متعددة الخدمات/ مركز صحي وعيادة خاصة) والإشراف على الولادة من طرف الآباء/الأصدقاء (MN7H).

حسب معطيات المسح، تمت 31 ولادة (27,0%) في هياكل طبية تحت إشراف الآباء أو الأصدقاء، وهذا الأمر صعب التقبل. (الجدول رقم 12: ملحق 3)

11. الولادة في وسط طبي تحت إشراف قابلة تقليدية:

كشفت هذا الاختبار عن عدم توافق بين الولادة في مرفق صحي وإشراف قابلة تقليدية (MN7F).

أظهرت المعطيات 12 حالة من هذا النوع، الذي يتطلب الرجوع إلى الاستمارات للتأكد. (الجدول رقم 13: ملحق 3)

12. بقاء الطفل الأخير على قيد الحياة واستمرارية الرضاعة الطبيعية:

يتعلق الأمر بالنسوة اللاتي أرضعن أطفالهن طبيعياً (الثدي: MN12=1). ربطنا وفاة الطفل قيد (CM11A=2) واستمرارية الرضاعة الطبيعية (MN14=1). يفترض أن فاقات طفلهن الأخير يتوقفن عن الرضاعة، غير أننا سجلنا 18 حالة متناقضة (الوفاة وديمومة الرضاعة). يمثل هذا العدد نسبة قدرها 0,17% من مجموع النسوة المرضعات (10588). (الجدول رقم 14: ملحق 3)

14. مؤشر الثروة وعدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة بسبب ارتفاع التكاليف:

يتعلق الأمر بغير المستعملات، رغم انتمائهن لأسر مصنفة بين فئة الأفضل ظروفًا اقتصادياً (الخميس الخامس: wIthind5). ارتبط سبب عدم الاستعمال بسبب ارتفاع الأسعار (يأخذ المتغير CP13 الدليل 6).

بلغ عدد المعنيات ثلاث حالات (9,38% من بين مجموع المعنيات). (الجدول رقم 15: ملحق 3)

15. عمر المرأة وعدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة بسبب بلوغ سن اليأس:

كشف هذا الاختبار عدم التوافق بين عمر المرأة (WM9) وتصريحها بعدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة (بلوغ سن اليأس CP13=9). ارتبط الأمر بثمانية وثلاثين (38) مبحوثة، تراوحت أعمارهن بين 31 و40 سنة، زعن بلوغ أعمار اليأس. بلغت نسبة هؤلاء المبحوثات 1,65% من مجموع المعنيات. (الجدول رقم 16 ملحق 3)

16. الغاية من استخدام وسائل تنظيم الأسرة والرغبة في إنجاب طفل في المستقبل:

لما قاطعنا بين متغيري الغرض من استخدام وسائل تنظيم الأسرة (CP7) والرغبة في الإنجاب مستقبلاً (CP4A) تبين تعارض أجوبة نفس الفئة من النسوة، بحيث تعزف من جهة عن الإنجاب (CP7=2) وترغب من جهة أخرى في الإنجاب مستقبلاً (CP4A=1).

نلاحظ من خلال (الجدول رقم 17 ملحق 3) من بين 1031 مستعملة لوسائل منع الحمل بغرض التوقف عن الإنجاب ترغب 34 امرأة في إنجاب طفل آخر مستقبلاً. مثلت هذه الحالات نسبة قدرها 3,30% من مجموع المعنيات.

بعد التعرض لجانب من نوعية معطيات الملف الخاص بنسوة أعمار الإنجاب (15-49 سنة)، سند دراستنا التحليلية المعمقة، تبين أن معطياته ذات نوعية جيدة. رغم بعض أخطاء الملاحظة البسيطة، التي سوف نذكر بها:

• اختبارات القيم الدنيا والقصى:

عند إجرائنا لاختبارات القيم الدنيا والقصى، لم نسجل إجابات غير موافقة للمجال، وهذا ما يؤكد نوعية وجودة المعطيات.

بالنسبة للمعطيات الناقصة، ارتبطت بأغلبية المتغيرات لكن عن نسب بسيطة جدا. نشير آسفين إلى أن هذا النوع من المعطيات زاد عن 10% في 9 متغيرات. يتعلق الأمر:

بيوم الولادة (WM8D)، بشهر الولادة (WM8M)، بشهر أول زواج (MA6M)، بسنة أول زواج (MA6Y)، بالشهر الذي أخذت فيه المبحوثات آخر حقنة ضد التيتانوس قبل الحمل (TT7M)، بالسنة التي أخذت فيها المبحوثات آخر حقنة ضد التيتانوس قبل الحمل (TT7Y)، بعدد السنوات التي مرت عند أخذ المبحوثات آخر حقنة ضد التيتانوس قبل الحمل (TT8)، بالاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة (CP14) وبالمدة الفعلية بالأرقام لإنجاب طفل مستقبلا (CP4CN). وهي أخطاء في معظمها متعلقة بالتواريخ.

• الإحالات:

عند إجرائنا لاختبار الإحالات كانت كلها جيدة وخالية من أخطاء الملاحظة، ماعدا إحالة واحدة فقط متعلقة بمتغير سنة الزفاف إلى الزوج (MA6Y) بنسبة خطأ قدرت بـ (0,24%).

• التوافق الداخلي بين المتغيرات:

عندما ربطنا بعض المتغيرات، سجلنا حالات تعارض بسيطة، لم تتجاوز نسبتها 2%. شذت حالة واحدة فقط عن الاتجاه العام، بحيث فاقت نسبة عدم التوافق الداخلي بين المتغيرات بها 20%، يرتبط الأمر: - بالتوافق الداخلي بين امتلاك الدفتر الصحي وتسجيل وزن المولود الجديد.

الفصل الخامس

مدخل علم حول مجتمع الدراسة وخصائصه

1.5. خصائص المبحوثات

2.5. الحالة الزوجية

3.5. خصوبة المبحوثات

4.5. وفيات الأطفال

سنعرف من خلال هذا الفصل على أهم الخصائص العامة للنسوة الموضوعات تحت الملاحظة، بالمسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (2006) إضافة إلى بعض المؤشرات المتعلقة بالزواجية، الخصوبة ووفيات الأطفال.

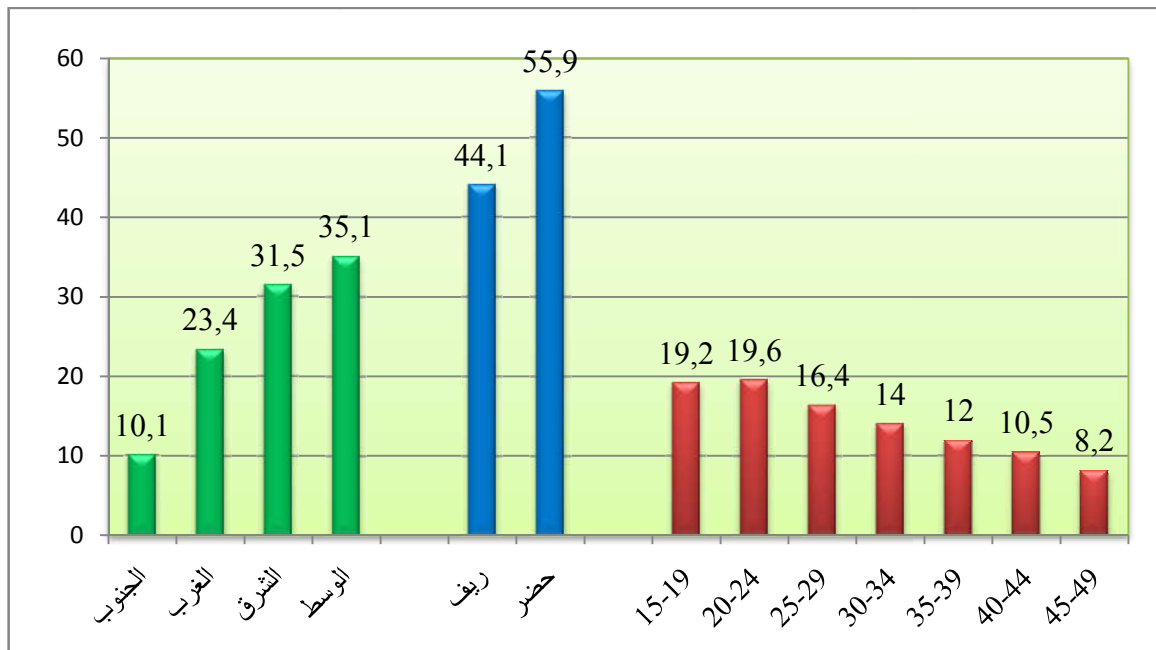
1.5. خصائص المبحوثات:

شملت عينة المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (2006) 43642 امرأة، تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة. بلغ عدد غير العازبات التعداد 20706 امرأة. يعيش أكثر من نصفهن (24394) في الوسط الحضري.

1.1.5. توزيع النسوة حسب الأعمار، وسط الإقامة والمناطق الجغرافية:

صنفت النسوة حسب الأعمار في فئات خماسية: مثلت الفئتان 20-24 و 15-19 سنة أعلى نسبتيين (19,6% و 19,2% على التوالي). بلغ متوسط أعمار المعنيات بالملاحظة 29,17 سنة.

كما أشرنا، شمل الوسط الحضري أكثر من نصف المستجوبات (55,9%) وحضت منطقة الوسط أكبر نسبة (أكثر من ثلث النسوة: 35,1%)، تلتها منطقة الشرق (31,5%) ثم منطقة الغرب (23,4%) وجاءت منطقة الجنوب أخيراً، بموجب النسبة 10,1% (المخطط رقم 1-5)



مخطط رقم 1-5: توزيع النسوة حسب العمر، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية

يشمل الجدول أدناه توزيع الملاحظات حسب العمر، الوسط السكني والمنطقة الجغرافية. إذا ميزنا المستجوبات حسب المتغيرات الثلاثة سنلاحظ أن اللواتي تتراوح أعمارهم بين 20 و 24 سنة هي أكبر نسبة في مختلف الفئات المكونة. تبقى هذه الملاحظة قائمة حتى إذا أخذنا المتغيرات مثنى مثنى. يمكننا استثناء منطقتي الشرق والجنوب من هذه الملاحظة العامة، ترتبط أكبر نسبة بصغيرات السن 15-19 سنة حتى إذا ميزنا المعطيات حسب منطقة السكن.

جدول رقم 5-1: توزيع المستجوبات حسب السن، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية.

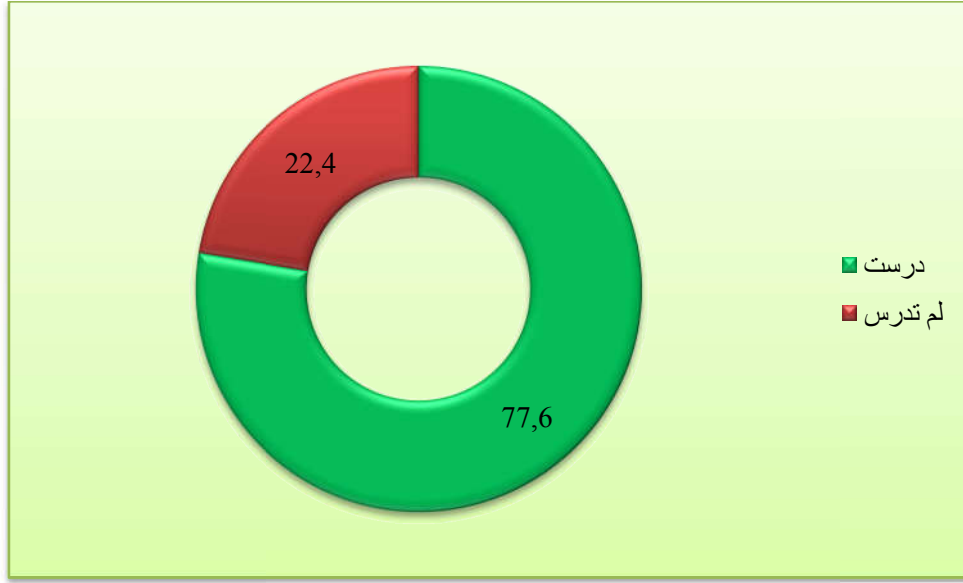
مرجع الحساب	الأعمار							وسط الإقامة	المنطقة
	45-49	40-44	35-39	30-34	25-29	20-24	15-19		
8054	8,9	11,9	13	14,2	16,1	18,9	17	حضر	وسط
7257	7,3	9,7	12	15,2	18,1	19,2	18,5	ريف	
7835	9,2	11,2	12,1	13,9	15,2	19	19,2	حضر	شرق
5910	7,1	8,9	10,8	12,9	16,8	21,2	22,5	ريف	
5765	9	11,1	12,9	14,3	15,5	19,7	17,5	حضر	غرب
4433	7,7	9,6	11,1	13,9	17,3	21,1	19,2	ريف	
2740	7,4	10,8	11,8	13,9	16,1	18,6	21,4	حضر	جنوب
1648	7,3	10,5	11,9	12,9	15,2	19,5	22,7	ريف	
15311	8,1	10,9	12,5	14,7	17	19,1	17,7	وسط	المجموع
13745	8,3	10,2	11,5	13,5	15,9	20	20,6	شرق	
10198	8,5	10,4	12,1	14,1	16,3	20,3	18,3	غرب	
4389	7,4	10,7	11,8	13,5	15,7	19	21,9	جنوب	
24394	8,9	11,4	12,6	14,1	15,7	19,1	18,3	حضر	
19248	7,3	9,5	11,4	14	17,3	20,3	20,3	ريف	المجموع الكلي
43642	8,2	10,5	12	14	16,4	19,6	19,2		

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006.

عندما نوظف الأعمار، المنطقة الجغرافية ووسط الإقامة، سوف نشكل 55 فئة من النسوة. مثل احتمال الإجابات '1 1 2' الفئة الأكثر انتشارا (3,5%). تتكون هذه الفئة من النسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 20 و 24 سنة، اللاتي يقطن بالأوساط الحضرية في منطقة وسط الإقليم. أما الفئة الأقل انتشارا (0,3%) فتتكون من النسوة اللاتي تراوحت أعمارهن بين 45 و 49 سنة والقاطنات بريف الجنوب الجزائري (الملحق 4؛ الجدول رقم 1).

2.1.5. توزيع المبحوثات بالنظر لمتغير التعليم:

بلغت نسبة نسوة أعمار الإنجاب اللاتي لم يلتحقن بالمدرسة 22,4% (9777 امرأة)، وهي نسبة كبيرة جدا (أكثر من خمس المستجوبات)، هذا دليل واضح على ارتفاع نسبة الأمية بين النسوة المبحوثات. (المخطط رقم 2.5).

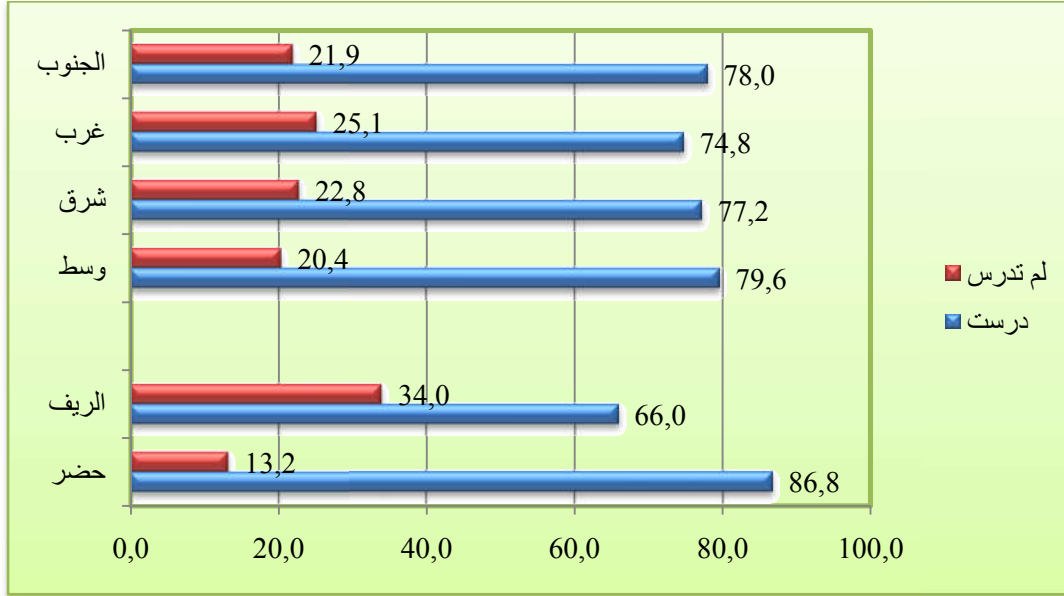


مخطط رقم 5-2: توزيع المستجوبات حسب الوضعية تجاه الدراسة.

عموما يتكون المجتمع المدروس من أغلبية التحقت بالمدارس، مهما كان متغير المراقبة (وسط الإقامة، المنطقة الجغرافية).

تتميز نسوة المناطق الريفية بأعلى نسب غير المتعلّقات (أكثر من ثلث نسوة المنطقة: 34%). في المقابل، لم يتمدرس فقط حوالي عشر نسوة الوسط الحضري.

حسب المناطق الجغرافية (الوسط، الشرق، الغرب والجنوب)، عرفت منطقة الوسط أكبر نسبة من اللواتي سبق وأن درسن (79,6%) وعرفت أيضا أصغر نسبة من اللواتي لم تلتحقن بالمدرسة (20,4%). تتشابه وضعية النسوة تجاه التمدرس كثيرا في منطقتي الجنوب والشرق الجزائري. وتتميز منطقة الغرب الجزائري بأكثر نسبة من اللواتي لم تدرسن عند الملاحظة (ربع النسوة المبحوثات: 25,1%). (المخطط رقم 5-3).



مخطط رقم 5-3: توزيع المستجوبات حسب الوضعية تجاه الدراسة، الوسط والمنطقة الجغرافية.

عند مقارنة مؤشرات هذه الفئة (اللاتي لم تلتحقن بالمدرسة) حسب العمر، سنلاحظ أن أكثر من نصف الفئة العمرية 45-49 سنة لم تلتحقن بالمدرسة (54,3%)، وترتبط الظاهرة أكثر بنسوة المناطق الريفية بالشرق الجزائري (أكثر من ثلاث أرباع المعنيات: 78,5%). (الملحق 4؛ الجدول رقم 2).

كما نسجل نسبة لا بأس بها (5,9%) من صغيرات الأعمار 15-19 سنة لم يلتحقن بالمدارس. تتفاوت هذه النسبة من وسط إقامة ومن منطقة جغرافية لأخرى. عرف ريف الغرب الجزائري أعلى النسب (13,9%)، أما أصغر نسبة فارتبطت بنسوة الحضر في الوسط الجزائري (0,1%).

جدول رقم 5-2: توزيع المستجوبات حسب الوضعية تجاه الدراسة والسن.

المجموع	لم تدرس		درست		الوضعية تجاه المدرسة
	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	السن
8364	5,9	497	94,0	7867	15-19
8571	11,9	1022	88,1	7548	20-24
7144	17,3	1237	82,7	5907	25-29
6129	22,6	1388	77,3	4741	30-34
5258	32,6	1715	67,4	3543	35-39
4602	43,0	1981	56,9	2621	40-44
3567	54,3	1935	45,7	1632	45-49
43635	22,4	9775	77,6	33859	المجموع

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006.

3.1.5. المستوى التعليمي للنسوة:

تمثل المعنيات بهذا السؤال نسبة 77,6% من مجموع النسوة المبحوثات، بمعنى آخر يتعلق الأمر بالنسوة اللاتي التحقن بمقاعد الدراسة. نلخص فيما يلي خصائص هذه الفئة من السكان حسب الوسط السكني والمنطقة الجغرافية.

تعكس معطيات الجدول رقم 5-3 تدني المستوى الدراسي عند المبحوثات، حيث لا تتجاوز مستوى تعليم ستة نسوة من بين كل عشرة طور التعليم المتوسط، واقتصرت اللواتي بلغن التعليم الثانوي على نسبة تقدر بـ 29,8% من مجموع النسوة المعنيات، وانخفضت هذه النسبة عند الجامعيات إلى 11,5%، نسجل أعلى نسبة عند نسوة حضر الوسط الجزائري (16,6%) خصوصا.

وهكذا نجد أن السمة الغالبة هي ارتفاع نسبة اللواتي بلغن طور التعليم المتوسط، مهما كان متغير المراقبة (الوسط والمنطقة الجغرافية). نستنتج من هذه الملاحظ نسوة الحضر بمنطقتي الوسط والشرق الجزائري. أين ارتبطت أكبر نسبة بالمستوى الثانوي (33,8% و 35% على التوالي).

جدول رقم 5-3: توزيع المتمدرسات حسب المستوى الدراسي، الوسط والمنطقة الجغرافية.

مرجع الحساب	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	المستوى الدراسي	
7161	16,6	33,8	32,7	16,9	حضر	وسط
5031	5,9	24,1	39,5	30,4	ريف	
6684	15,2	35	33,1	16,6	حضر	شرق
3932	7,1	25,1	37,3	30,6	ريف	
4983	14,2	31,4	34,6	19,8	حضر	غرب
2650	5,8	20,5	32,3	41,3	ريف	
2338	8,7	32,9	38,3	20,1	حضر	جنوب
1088	4,3	23,4	32,1	40,3	ريف	
21165	14,7	33,5	33,9	17,9	حضر	المجموع
12700	6,1	23,6	36,7	33,6	ريف	
12192	12,2	29,8	35,5	22,5	وسط	
10615	12,2	31,3	34,7	21,8	شرق	
7633	11,3	27,6	33,8	27,3	غرب	
3426	7,3	29,9	36,3	26,5	جنوب	
33866	11,5	29,8	35	23,8	المجموع الكلي	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

نلخص فيما يلي المستوى الدراسي لمجموع النسوة الموضوعات تحت الملاحظة (المتمدرسات وغير المتمدرسات).

عموما، عند تكوين مختلف الاحتمالات بالنظر إلى المستوى التعليمي، القدرة على القراءة/أو الكتابة (الملحق 4؛ جدول رقم 3) نكون أمام:

- نسبة قدرها 26,85% من غير المتعلمات (اللاتي صرحن بعدم استطاعتهن لا القراءة ولا الكتابة). تتكون هذه الفئة من اللواتي لم يلتحقن بالمدرسة على الإطلاق (21,71%) ومن ذوات المستوى الابتدائي غير أنهن صرحن بعدم استطاعتهن القراءة والكتابة (5,14%)، بغض النظر عن السنة الدراسية التي وصلن إليها (الملحق 4؛ جدول رقم 4).
- نسبة قليلة من اللواتي لم تلتحقن بالمدرسة على الإطلاق (0,68%)، يستطعن القراءة و/أو الكتابة (0,46% تقرأ وتكتب، 0,22% تقرأ ولا تكتب)؛
- 12,85% من ذوات المستوى الابتدائي، (1,82% يقرأن ولا يكتبن، بغض النظر عن السنة الدراسية التي وصلن إليها)؛
- 27,12% من ذوات المستوى المتوسط (أكبر فئة من النسوة المبحوثات)؛
- 23,12% من ذوات المستوى الثانوي؛
- 8,92% من ذوات المستوى الجامعي (جدول رقم 4-5).

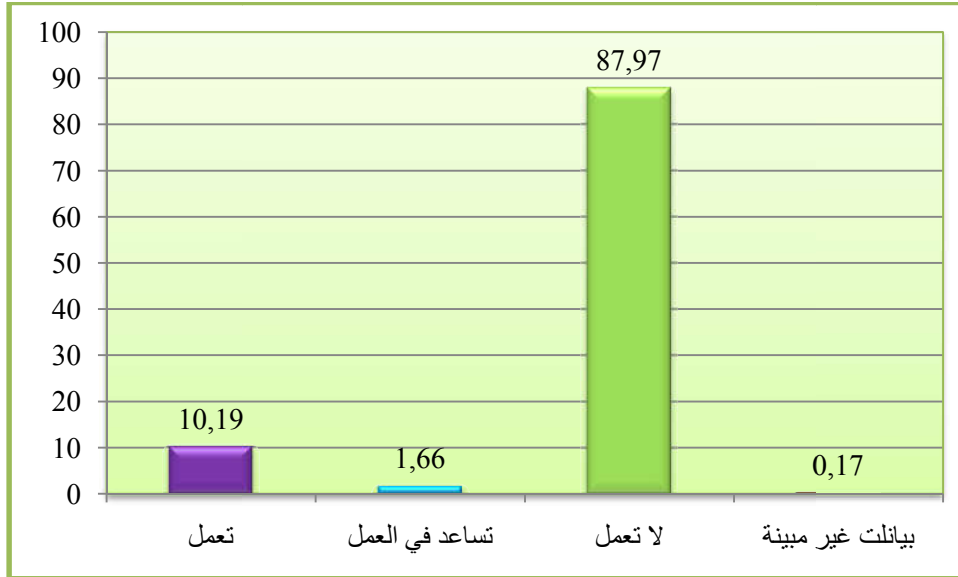
جدول رقم 4-5: توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي، الوسط والمنطقة الجغرافية.

مرجع الحساب	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي	دون مستوى	المستوى التعليمي	
8054	14,7	30,1	29,1	15	11,1	حضر	وسط
7257	4,1	16,7	27,4	21,1	30,7	ريف	
7835	13	29,8	28,3	14,2	14,7	حضر	شرق
5910	4,7	16,7	24,8	20,4	33,5	ريف	
5765	12,3	27,2	29,9	17,1	13,6	حضر	غرب
4433	3,5	12,3	19,3	24,7	40,2	ريف	
2740	7,5	28,1	32,6	17,2	14,7	حضر	جنوب
1648	2,8	15,4	21,2	26,6	34	ريف	
24394	12,8	29,1	29,4	15,5	13,2	حضر	المجموع
19248	4	15,6	24,2	22,2	34	ريف	
15311	9,7	23,7	28,3	17,9	20,4	وسط	
13745	9,4	24,2	26,8	16,8	22,8	شرق	
10198	8,4	20,7	25,3	20,4	25,2	غرب	
4389	5,7	23,3	28,3	20,7	21,9	جنوب	
43642	8,9	23,1	27,1	18,4	22,4	المجموع الكلي	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

4.1.5. عمل وموارد المبحوثات:

بلغ عدد النسوة اللاتي يعملن أثناء إجراء عملية المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS-3 الجزائر، 2006) 5173 امرأة من مجموع العينة، ويمثلن بذلك (11,86%)، تعمل أو لديها على الأقل حرفة معينة، أو تساعد أفراد أسرتهن في إنجاز بعض الأعمال المتعلقة بالزراعة أو التجارة.



مخطط رقم 4-5: توزيع المستجوبات حسب الوضعية تجاه العمل.

إذا ميزنا المبحوثات حسب وسط الإقامة سنلاحظ أن نسبة اللواتي يعملن في الوسط الحضري تفوق تقريبا مرتين نسبة اللواتي يعملن في الوسط الريفي (14,61% مقابل 8,35%).

تختلف الظاهرة حسب نوعية العمل، أين نجد نسبة النسوة اللاتي يقمن بأنشطة فردية بمقابل مادي، أو يساعدن أفراد أسرهن في المجال الزراعي أو التجاري في الريف تفوق النسبة في الحضر.

حسب المنطقة نميز أكبر نسبة من العاملات بمنطقة الجنوب الجزائري، ونميز أكبر نسبة من اللواتي تقمن بأعمال تساعد من خلالها أفراد أسرتهن في مجال الزراعة أو الصناعة بمقابل نقدي أو عيني عند نسوة منطقة الشرق الجزائري (3,46%). (جدول رقم 5-5).

جدول رقم 5-5: توزيع المبحوثات حسب الوضعية تجاه العمل، الوسط، المنطقة الجغرافية والعمر.

المجموع	الحالة المهنية				المتغير		
	بيانات غير مبيّنة	لا تعمل	تساعد في العمل بمقابل مادي	تعمل			
24394	100	0,18	85,20	0,91	13,71	حضر	وسط الإقامة
19248	100	0,16	91,49	2,61	5,74	ريف	
15311	100	0,12	88,97	1,02	9,89	وسط	المنطقة
13745	100	0,17	86,59	3,46	9,77	شرق	
10198	100	0,20	89,13	0,55	10,12	غرب	
4389	100	0,31	86,10	0,85	12,74	جنوب	
8365	100	0,14	96,84	1,01	2,02	15-19	السن
8571	100	0,15	91,54	1,22	7,10	20-24	
7147	100	0,18	84,40	1,77	13,65	25-29	
6130	100	0,18	83,67	1,76	14,38	30-34	
5259	100	0,25	83,96	2,18	13,62	35-39	
4604	100	0,24	82,64	2,31	14,80	40-44	
3567	100	0,12	85,95	2,28	11,65	45-49	
43642	100	0,17	87,97	1,66	10,19	المجموع	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

نسجل نسبة لا بأس بها 3,03% من اللواتي تعملن رغم صغر سنهن 15-19 سنة، تتفاوت هذه النسبة من وسط لآخر ومن منطقة جغرافية لأخرى. مرتفعة في الريف (3,73% مقابل 2,42% في الحضر). من جهة أخرى نسجل أكبر نسبة من نسوة الفئة العمرية 15-19 سنة العاملات في منطقة الشرق الجزائري، مقارنة بأصغر نسبة بمنطقة الوسط الجزائري (الملحق 4؛ الجدول رقم 5).

1.4.1.5 تجربة عمل النسوة:

عندما نميز النسوة العاملات حسب نوع العمل، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية، سوف نلاحظ أن نسبة اللواتي يشتغلن بدوام دائم (طوال السنة) تأخذ أكبر نسبة، تبقى هذه الملاحظة صحيحة حتى إذا أخذنا المعطيات مثنى مثنى، حسب الوسط والمنطقة الجغرافية، تحوز النسوة الحضريات القاطنات بالوسط الجزائري على أكبر نسبة (84,5%).

مثلت نسبة النسوة اللاتي تعملن أحيانا حوالي خمس النسوة المعنيات (19,1%)، أين ارتبطت أكبر نسبة بالنسوة الريفيات القاطنات بالغرب الجزائري.

ونجد واحدة من بين كل عشر نسوة طبيعة عملها موسمي (عادة يتعلق العمل بالمجال الزراعي) أين نسجل أكبر نسبة عند نسوة منطقة الغرب تحديدا بريفها(جدول رقم 5-6)

فيما يخص مكان العمل فقد صرحت واحدة من بين كل أربع عاملات (26,12%) أن المنزل هو مكان عملها (الملحق 4؛ جدول رقم 6)، وهذا راجع إلى طبيعة ونوع العمل الذي سنبرزه في العنصر الموالي.

جدول رقم 5-6: توزيع العاملات حسب طبيعة العمل:

المجموع	بيانات غير مبينة	أحيانا	موسمي	دائم (طوال السنة)	طبيعة العمل	
					حضر	وسط
1307	2,4	9,8	3,3	84,5	حضر	وسط
381	4,3	28,3	15,5	51,9	ريف	
1091	3,4	16,1	9,7	70,7	حضر	شرق
753	4	28,5	18,8	48,7	ريف	
824	2,1	17,1	7,7	73,2	حضر	غرب
285	4,2	34,3	21	40,5	ريف	
390	4	22,9	9,6	63,5	حضر	جنوب
220	4,9	20,9	13,8	60,5	ريف	
3611	2,8	14,8	6,9	75,5	حضر	المجموع
1639	4,2	28,4	17,7	49,6	ريف	
1688	2,8	14	6,1	77,1	وسط	
1843	3,7	21,2	13,4	61,8	شرق	
1109	2,6	21,5	11,1	64,8	غرب	
610	4,3	22,2	11,1	62,4	جنوب	
5250	3,2	19,1	10,3	67,4	المجموع الكلي	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

لقد قسم الديوان الوطني للإحصائيات "ONS" وصنف المهن إلى تسعة مجموعات رئيسية [82] (جدول رقم 7؛ الملحق 4).

يشمل الجدول 5-7 على 90 مهنة من مجموع 109 مهنة رئيسية شغلها النسوة العاملات الموضوعات تحت الملاحظة حسب معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

جدول رقم 5-7: توزيع العاملات حسب الوظيفة التي يشغلنها.

النسبة	التكرار	دليل المهنة	النسبة	التكرار	دليل المهنة	النسبة	التكرار	دليل المهنة
4,1	214	621	1,3	69	324	0	0	111
0	1	711	0	1	325	0,1	6	112
0	0	712	10	523	331	0,1	3	113
0	1	713	0,6	33	332	0,1	6	121
0	1	714	0,3	18	333	0,6	31	122
0	2	723	2	106	334	1	52	131
0,1	3	724	0,3	17	341	0,1	6	211
0	2	731	0,1	5	342	0	1	212
0,3	15	732	2,7	143	343	0,3	18	213
0,3	14	733	0,3	17	344	0,8	44	214
0,2	8	734	0	2	345	0,5	28	221
1,2	65	741	0,2	11	347	1,6	82	222
0,1	3	742	9,1	477	411	0,7	38	231
23,6	1237	743	0,6	31	412	3,7	192	232
0,1	6	744	0,2	13	413	0,8	41	233
0	1	813	0,3	15	414	0,6	29	241
0	1	822	3,2	167	419	0,8	40	242
0	1	823	0,4	20	421	0,3	14	243
0	2	825	0,4	23	422	0,3	15	244
0,5	27	826	1	52	512	0,1	3	245
0,2	12	827	0,5	28	513	0,1	3	246
0,1	3	828	3,3	171	514	0,4	20	311
0,1	4	911	0,4	18	516	1,1	56	312
4,6	240	913	0,1	6	521	0,1	7	313
0,2	10	914	0,9	49	522	0	1	314
0,3	13	915	0,4	20	523	0,1	3	315
0,4	20	916	1,5	77	611	0	1	316
2,4	123	921	0,6	30	612	0,2	8	321
0,2	9	932	0,3	16	613	0,5	25	322
3,4	177	999	0	1	614	2	104	323
100	5250	المجموع	المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.					

أظهرت النتائج أن أكبر أربع فئات رئيسية من النسوة العاملات ترتبط بالمجموعات التالية:

- المجموعة السابعة تشمل فئة الحرفيين والعمال اليدويين (مهن حرة)، تحوي على أكثر من ربع النسوة العاملات (25,9%)، ترتبط أكثر فئة نشطة بالحرفيات والعاملات اليدويات في مجال النسيج والألبسة (23,6%)؛
- المجموعة الثالثة تشمل على فئة المهن المتوسطة، وتضم أكثر من خمس المجتمع المعني (22,3%)، إذ تعمل واحدة من بين كل عشر عاملات في قطاع التربية (التعليم الابتدائي)؛

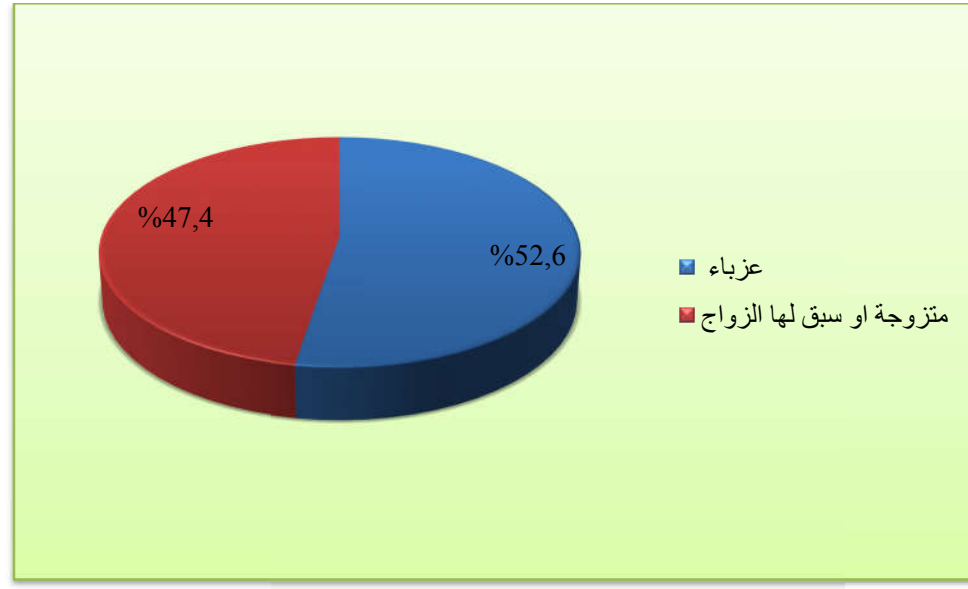
➤ المجموعة الرابعة وتخصص فئة الموظفين الإداريين (2,14%)، تمثل سكرتيرات - كاتبات على الآلة الراقنة - مختبرات على الآلة الراقنة ومماثلاتهم أكبر فئة ضمن هذه المجموعة (1,9%)؛

➤ المجموعة الثانية وتضم فئة المهن الفكرية والعلمية، إذ تعمل واحدة من بين كل عشرة نسوة ضمن هذا المجال (5,10%)، ارتبطت أكبر نسبة باللواتي يشغلن منصب أستاذة تعليم ثانوي. (جدول رقم 8؛ الملحق 4).

تجدر الإشارة إلى أن هناك نسبة لا بأس بها (4,3%) لم تصرحن بنوعية العمل اللاتي يشغلنه.

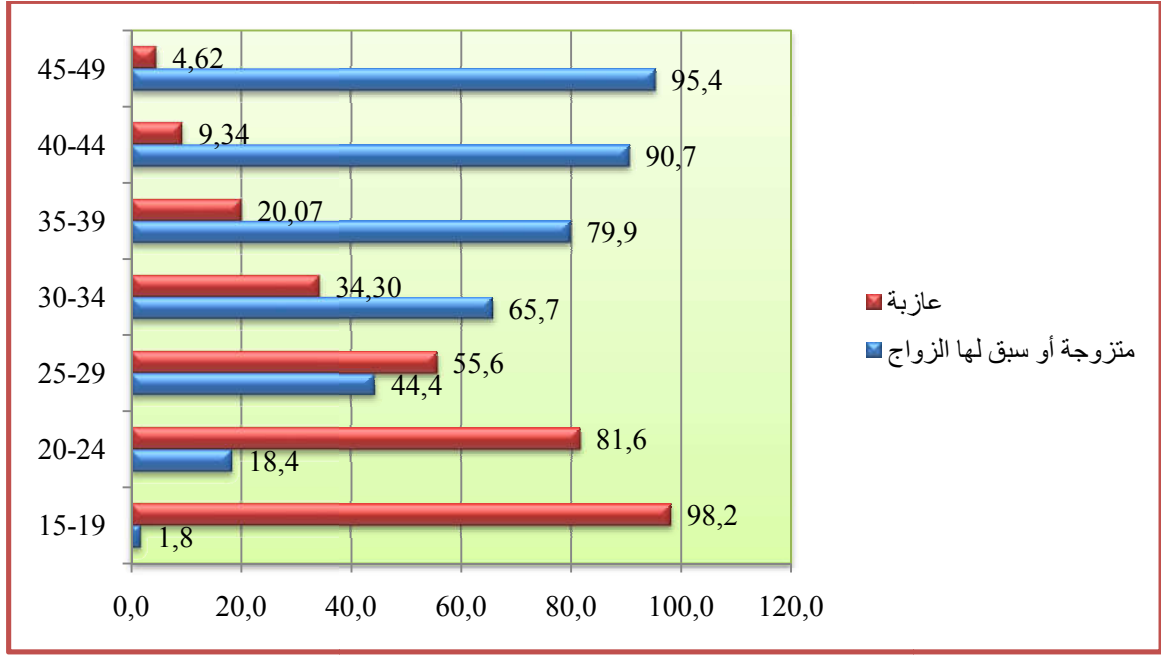
2.5. الحالة الزوجية للنسوة المبحوثات:

شملت عينة الدراسة الخاصة بالمسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 على 20707 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج بنسبة قدرت بـ47,4%.



مخطط رقم 5-5: توزيع نسوة أعمار الإنجاب 15-49 سنة حسب الحالة الزوجية.

إذا ميزنا المبحوثات حسب السن والحالة الزوجية (عزباء، متزوجة أو سبق لها الزواج) تمثل النسوة العازبات أغلبية في الفئات العمرية: 15-19، 20-24 و25-29 سنة. بينما تمثل غالبية النسوة في باقي فئات الأعمار الأخرى 30 سنة وأكثر النسوة المتزوجات أو سبق لهن الزواج. يمكننا تفسير هذه الملاحظة بظاهرة تأخر متوسط السن عند الزواج الأول. (مخطط رقم 5-6).



مخطط رقم 5-6: توزيع المستجوبات حسب العمر والحالة الزوجية

وعند تمييز النسوة حسب الحالة الزوجية وبعض الخصائص العامة (الوسط، المنطقة الجغرافية والمستوى التعليمي)، خلصت أهم النتائج إلى ما يلي:

- حسب الوسط، لا يوجد فرق كبير إذا ما تعلق الأمر بنسبة العزوبة (52,14% بالريف مقابل 53,08% بالحضر).
- حسب المنطقة الجغرافية، عرفت منطقة الجنوب الجزائري أصغر نسبة عزوبة (48,96%)، وعرفت أيضا أكبر نسبة من النسوة المتزوجات حاليا. وهذا ما يوضحه (الجدول رقم 5-8).
- حسب المستوى التعليمي، زادت نسبة العزوبة كلما ارتفع المستوى التعليمي. تنتقل نسبة العزوبة من 27,42% عندما تعلق الأمر بالنسوة غير المتعلقات ثم إلى 45,02% (ابتدائي) ثم إلى 61,12% (متوسط) لتنتقل إلى 64,10% (ثانوي) لتصل إلى 75,29% عند الجامعيات (ثلاث أرباع: 75,29%).
- تؤكد من جهة أخرى، نسب المتزوجات نفس العلاقة (تناقص نسبة المتزوجات كلما ارتفع المستوى التعليمي)، وهي علاقة ارتباطية عكسية، حيث قدر معامل الارتباط "سبيرمان Spearman" عند مستوى الدلالة الإحصائية 0,01 بـ "-0,30".

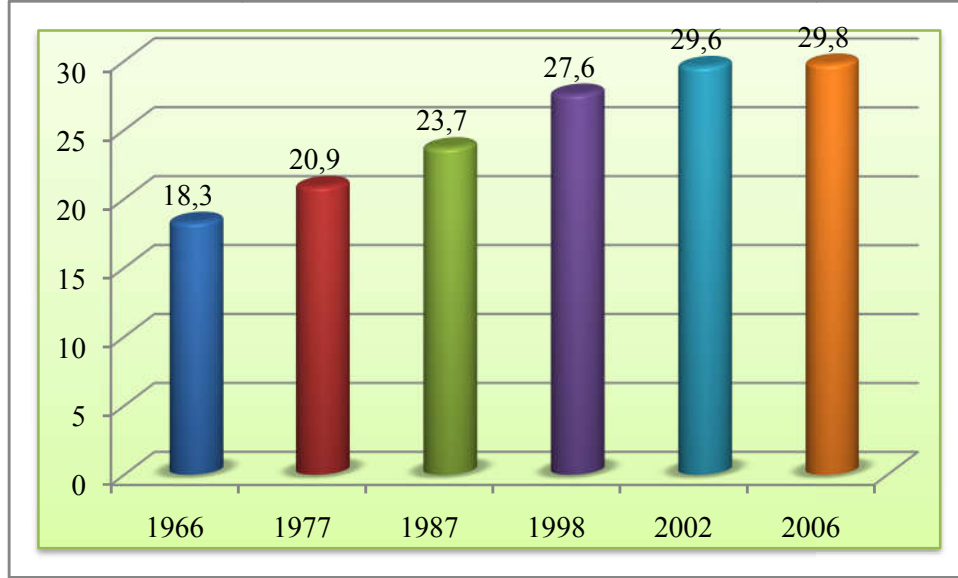
جدول رقم 5-8: توزيع المستجوبات حسب الحالة الزوجية، العمر، الوسط، المنطقة والمستوى التعليمي.

مرجع الحساب	متزوجة أو سبق لها الزواج					الخصائص		
	عزباء	منفصلة	أرملة	مطلقة	متزوجة حاليا			
8365	100	98,18	0,00	0,05	0,00	1,77	15-19	فئات العمر
8571	100	81,62	0,02	0,51	0,07	17,77	20-24	
7147	100	55,60	0,08	1,38	0,16	42,77	25-29	
6130	100	34,30	0,04	2,32	0,64	62,70	30-34	
5259	100	20,07	0,14	2,99	1,55	75,24	35-39	
4604	100	9,34	0,22	4,07	4,08	82,29	40-44	
3567	100	4,62	0,44	4,19	6,56	84,18	45-49	
24394	100	52,14	0,12	2,26	1,38	44,10	حضر	الوسط
19248	100	53,08	0,08	1,20	1,16	44,48	ريف	
15311	100	52,24	0,07	1,47	1,37	44,85	وسط	المنطقة
13745	100	54,84	0,13	1,34	1,09	42,60	شرق	
10198	100	51,49	0,12	2,80	1,42	44,17	غرب	
4389	100	48,96	0,08	2,00	1,30	47,66	جنوب	
9776	100	27,42	0,12	1,72	2,82	67,91	دون مستوى	المستوى التعليمي
8046	100	45,02	0,16	2,86	1,82	50,15	ابتدائي	
11836	100	61,12	0,11	1,74	0,61	36,42	متوسط	
10091	100	64,10	0,06	1,37	0,54	33,94	ثانوي	
3892	100	75,29	0,00	1,04	0,30	23,37	جامعي	
43642	100	52,55	0,1	1,79	1,29	44,27	المجموع	
43643	22936	44	783	561	19319			

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006

1.2.5. العمر عند الزواج الأول:

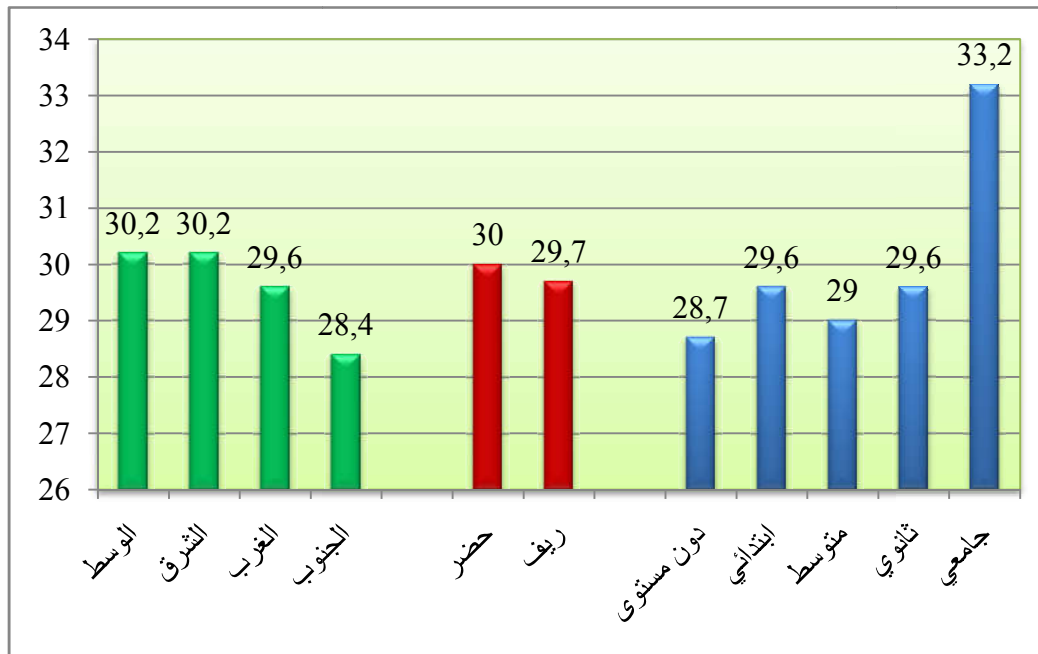
الملاحظ لمتوسط السن عند الزواج الأول بالنسبة للإناث هو ارتفاع هذا الأخير بخمس سنوات في غضون عشرين سنة، أين انتقل من 23,7 سنة عام 1978 إلى 29,3 سنة حسب معطيات آخر تعداد (2008) [83]. في حين قدرت معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 متوسط العمر عند الزواج الأول للإناث بـ 29,8 سنة. وفيما يلي مخطط رقم 5-7 يوضح تطور العمر عند الزواج الأول منذ سنة 1966 (أول تعداد قامت به الجزائر بعد الاستقلال) وحتى سنة 2006.



مخطط رقم 5-7: تطور متوسط السن عند الزواج الأول إناث (1966 – 2006).

عموما حسب المناطق الجغرافية للوطن، نسجل أقل متوسط عند نسوة منطقة الجنوب (28,4 سنة)، مقارنة بأكبر متوسط الذي تساوت فيه منطقتي الوسط والشرق الجزائري بمتوسط "30,2 سنة".

حسب المستوى التعليمي، تميزت النسوة الجامعيات بأعلى متوسط سن عند الزواج الأول، بفارق أربع سنوات ونصف مقارنة بالنسوة غير المتعلّمات. (33,2 سنة عند الجامعيات مقابل 28,7 سنة عند الأميات) وهو بذلك يتساوى تقريبا مع المتوسط العام للذكور (33,5 سنة). (مخطط رقم 5-8).



مخطط رقم 5-8: توزيع المستجوبات حسب متوسط العمر عند الزواج الأول وبعض الخصائص

يوضح الجدول 5-9 توزيع النسوة المتزوجات حسب العمر عند الزواج الأول وحسب بعض الخصائص العامة (العمر والمستوى التعليمي). أغلب النسوة المتزوجات (41,29%) تزوجن في الفئة العمرية 20-24 سنة، وسيدة من بين ثلاث نسوة (32,19%) تزوجت ما بين 15 و19 سنة، في حين نجد أن خمس النسوة المتزوجات قد تزوجن في أعمار تفوق 25 سنة.

جدول رقم 5-9: توزيع المتزوجات حسب العمر عند الزواج الأول وبعض الخصائص.

المجموع		العمر عند الزواج الأول					الخصائص	
التكرار	النسبة	بيانات غير مبيّنة	25 وأكثر	20-24	15-19	أقل من 14		
147	100	0,00	0,00	0,00	97,82	2,18	15-19	فئات العمر
1499	100	0,09	0,00	60,74	38,51	0,66	20-24	
2965	100	0,73	24,15	52,69	21,53	0,90	25-29	
3657	100	0,36	32,23	40,84	24,86	1,71	30-34	
3758	100	0,41	29,12	38,54	29,48	2,45	35-39	
3642	100	0,96	23,92	35,61	37,78	1,73	40-44	
2857	100	0,74	20,55	32,85	42,35	3,51	45-49	
5754	100	0,99	15,97	31,19	47,47	4,39	دون مستوى	المستوى التعليمي
3935	100	0,44	19,89	41,56	36,65	1,46	ابتدائي	
4341	100	0,53	23,50	47,19	28,04	0,73	متوسط	
3543	100	0,24	32,51	51,39	15,44	0,41	ثانوي	
952	100	0,21	60,27	36,78	2,60	0,15	جامعي	
18525	100	0,58	24,01	41,29	32,19	1,93	المجموع	
		108	4447	7650	5963	358		

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

عموما عند تمييز المتزوجات حسب متوسط العمر عند الزواج الأول والمستوى التعليمي، نلاحظ كلما ارتفع المستوى التعليمي زاد العمر عند الزواج الأول، فالنسوة اللاتي تزوجن عند العمر 25 سنة وأكثر. انتقلت النسبة من 15,97% عندما تعلق الأمر بالنسوة غير المتعلّقات إلى 19,89% عند ذوات المستوى الابتدائي ثم إلى 23,50% (متوسط) لتنتقل إلى 32,51% (ثانوي) لتصل إلى 60,27% عند الجامعيات. وهي علاقة ارتباطية طردية، حيث قدر معامل الارتباط "سبيرمان Spearman" عند مستوى الدلالة الإحصائية 0,01 بـ "0,34".

2.2.5. تعدد الزوجات:

تعدد الزوجات هو مفهوم يشير إلى زواج الرجل بأكثر من زوجة واحدة. ولمعرفة مستوى هذه الظاهرة أدرجت أسئلة تتعلق بهذا الموضوع. حيث صرحت 859 امرأة من بين النسوة المتزوجات حاليا (أثناء إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006)، أن لدى أزواجهن أكثر من زوجة واحدة ما نسبته (4,4%) من مجموع النسوة المتزوجات حاليا.

عند تمييز المستجوبات اللاتي مستهن ظاهرة تعدد الزوجات حسب الوسط السكني والمنطقة الجغرافية، نجد أن نسوة منطقة الجنوب الجزائري القاطنات بالريف هن المعنيات الأكثر بهذه الظاهرة (تعدد الزوجات) والجدول التالي يبين ذلك.

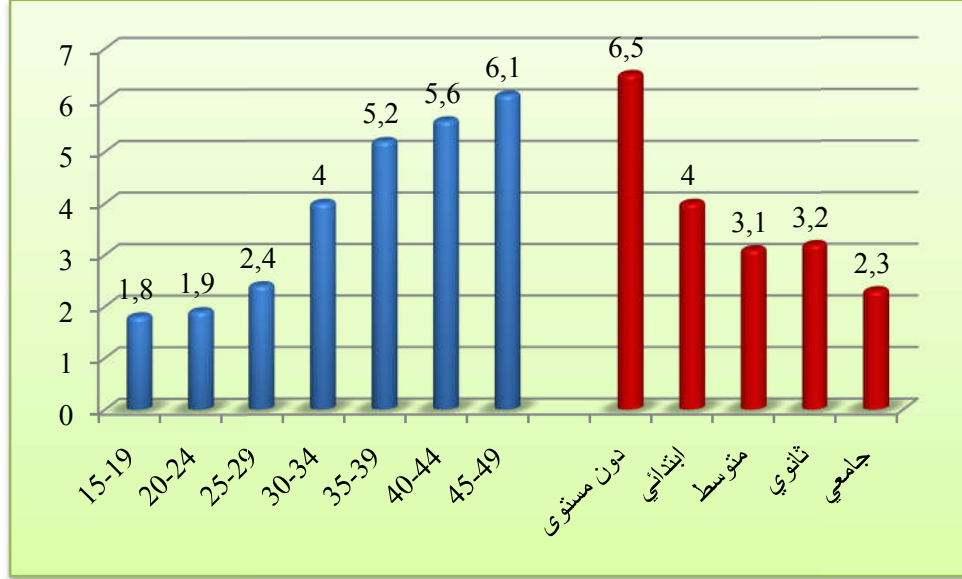
جدول رقم 5-10: توزيع المتزوجات حاليا حسب تعدد الزوجات، الوسط والمنطقة الجغرافية.

المجموع	بيانات غير مبينة	لا تعلم	لا	نعم	تعدد الزوجات	
3535	0,2	0,1	95,9	3,9	حضر	وسط
3332	0,1	0	97,2	2,6	ريف	
3441	0,4	0	95,4	4,3	حضر	شرق
2415	0,7	0	95,3	4	ريف	
2492	0,3	0,2	94,1	5,5	حضر	غرب
2013	0,2	0,1	94,7	5	ريف	
1289	0,2	0	91,8	7,9	حضر	جنوب
803	0,7	0,2	92,7	6,4	ريف	
10757	0,3	0,1	94,8	4,9	حضر	المجموع
8562	0,4	0	95,6	3,9	ريف	
6867	0,1	0	96,5	3,3	وسط	
5856	0,5	0	95,3	4,2	شرق	
4505	0,2	0,2	94,4	5,3	غرب	
2092	0,4	0,1	92,1	7,3	جنوب	
19319	0,3(60)	0,1(12)	95,2(18388)	4,4 (859)	المجموع الكلي	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

عند تمييز النسوة المعنيات بظاهرة تعدد الزوجات حسب السن والمستوى التعليمي، نلاحظ كلما ارتفع السن زاد انتشار ظاهرة تعدد الزوجات. تنتقل النسبة من 1,8% عند اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة إلى 1,9% 20-24 سنة ثم إلى 2,4% 25-29 سنة، لتصل النسبة إلى 4% عند نسوة الفئة العمرية 30-34 سنة ثم إلى 5,2% و5,6% عند نسوة الفئتين العمريتين 35-39 سنة و40-44 سنة على التوالي، لتصل إلى 6,1% عند آخر فئة عمرية.

من جهة أخرى نلاحظ العكس إذا ما تعلق الأمر بالمستوى التعليمي أين نجد نسبة تعدد الزوجات تتناقص كلما ارتفع المستوى التعليمي. تمت القراءة وفق هذا المنظور عموديا والمخطط رقم 9-5 يوضح ذلك.



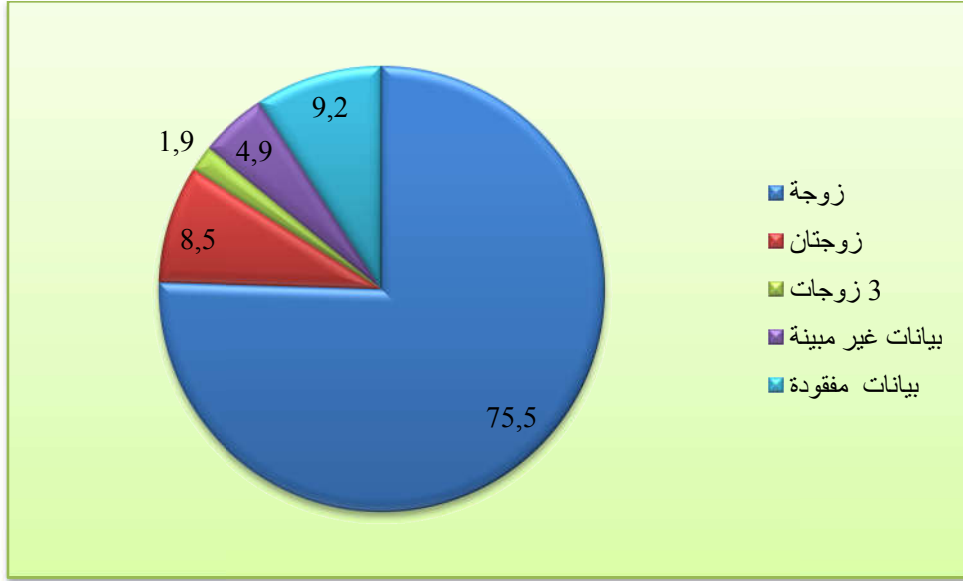
مخطط رقم 9-5: توزيع المتزوجات حسب تعدد الزوجات، السن والمستوى التعليمي.

3.2.5. متوسط عدد الزوجات.

المعنيات بهذا السؤال هن النسوة اللاتي لدى أزواجهن أكثر من زوجة واحدة (متعددي الزوجات)¹، بمعنى آخر أن عدد الرجال متعددي الزوجات هو 859 رجل.

حيث صرحت أغليبتهن (ثلاث أرباع النسوة: 75,5%) أن لدى أزواجهن زوجة أخرى واحدة غيرهن (ضرة)، وواحدة من بين كل اثني عشرة امرأة صرحت أن لدى زوجها زوجتين (ضرتين) والمخطط رقم 10-5 يوضح ذلك.

¹ متعدد الزوجات: الزوج الذي لديه أكثر من زوجة واحدة.



مخطط رقم 5-10: توزيع المستجوبات حسب تعدد الزوجات

4.2.5. شدة تعدد الزوجات (Intensité de polygamie)

تمثل شدة تعدد الزوجات، متوسط عدد الزوجات لكل رجل متعدد الزوجات.

$$\text{Intensité de polygamie (شدة تعدد الزوجات)} = \frac{\text{عدد النساء لرجال متعددي الزوجات}}{\text{عدد الرجال متعددي الزوجات}}$$

$$W = \frac{Fp}{Hp} = \frac{1581}{737} = 2,14^1$$

قدرت شدة تعدد الزوجات خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات بـ 2,14 امرأة لكل رجل متعدد الزوجات.

5.2.5. عدد مرات زواج المبحوثات.

عموماً غالبية المجتمع المدروس (النسوة المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج) أقبلن على الزواج مرة واحدة فقط حتى إجراء عملية المسح العنقودي متعدد المؤشرات، مهما كان متغير المراقبة (الوسط السكني، المنطقة الجغرافية، المستوى التعليمي والعمر) والمقدر نسبتهم بـ (95%).

¹ في عملية حساب شدة تعدد الزوجات استثنينا المعطيات غير المبينة وكذا المعطيات المفقودة.

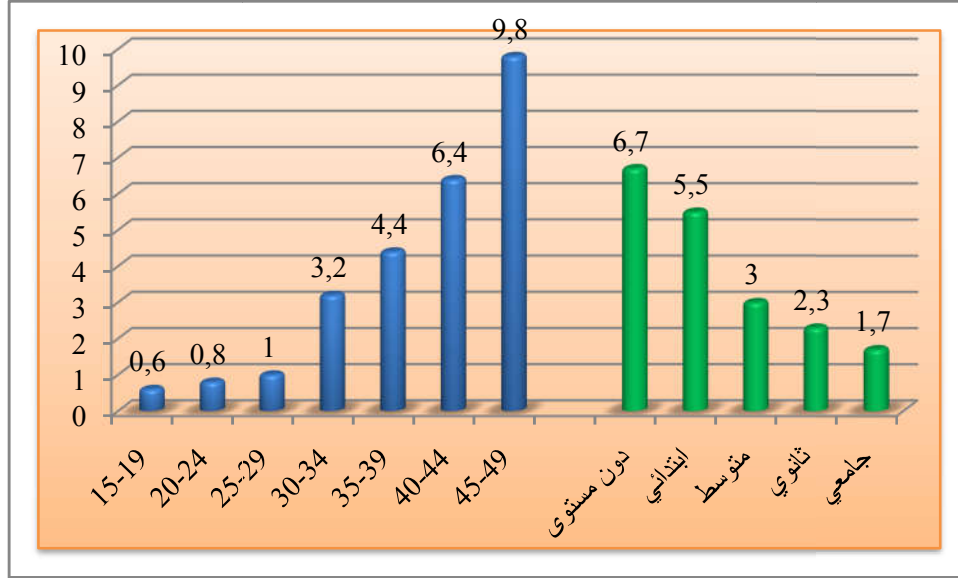
جدول رقم 5-11: توزيع المتزوجات حسب عدد مرات الزواج، الوسط والمنطقة الجغرافية.

المجموع	بيانات غير مبيّنة	أكثر من مرة	مرة واحدة	عدد مرات الزواج	
3810	0,5	4	95,5	حضر	وسط
3502	0,3	2,7	96,9	ريف	
3664	0,7	3,7	95,6	حضر	شرق
2543	0,4	3,4	96,2	ريف	
2814	0,3	7,5	92,2	حضر	غرب
2134	0,3	4,8	95	ريف	
1387	0,8	7,5	91,7	حضر	جنوب
853	1,4	7,7	90,9	ريف	
11675	0,5	5,2	94,3	حضر	المجموع
9032	0,4	3,9	95,7	ريف	
7312	0,4	3,4	96,2	وسط	
6207	0,6	3,6	95,9	شرق	
4947	0,3	6,3	93,4	غرب	
2240	1	7,6	91,4	جنوب	
20706	0,5	4,6	94,9	المجموع الكلي	
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.					

عموما بلغت نسبة النسوة المتزوجات حاليا أو اللاتي سبق لهن الزواج وتزوجن أكثر من مرة 4,6% ما يعادل 953 امرأة.

يشمل الجدول 5-11 توزيع النسوة المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج حسب عدد مرات الزواج، الوسط السكني والمنطقة الجغرافية. إذا ميزنا المستجوبات حسب المتغيرات الثلاثة، سنلاحظ أن النسوة القاطنات بالحضر هن الأكثر إقبالا على إعادة الزواج مهما كانت المنطقة الجغرافية، يمكننا استثناء منطقة الجنوب من هذه الملاحظة، حيث تنتشر الظاهرة أكثر عند النسوة الريفيات لكن بفارق قليل جدا (0,2%).

عند تمييز النسوة المتزوجات أكثر من مرة حسب السن والمستوى التعليمي، وعند احتساب كل فئة عمرية وكل مستوى تعليمي على حدا نلاحظ أنه كلما ارتفع سن المبحوثات زادت فرصهن لإعادة الزواج، أين انتقلت النسبة من 0,6% عند صغيرات السن إلى 9,8% عند الأكبر سنا. بينما نجد العكس عند تمييز النسوة حسب المستوى التعليمي، فكلما ارتفع المستوى التعليمي قلت حظوظ المرأة في الزواج أصلا. والمخطط 5-11 يبين ذلك.



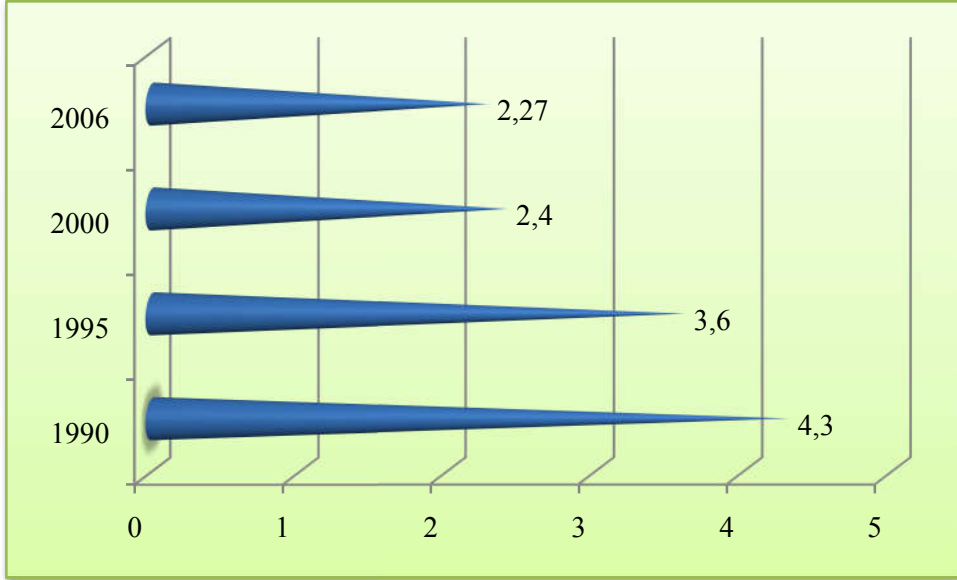
مخطط رقم 5-11: توزيع المتزوجات أكثر من مرة حسب المستوى التعليمي والسن

3.5. خصوبة المبحوثات:

تعتبر الخصوبة من أهم الظواهر الديموغرافية ذات العلاقة بصحة المرأة، حيث يعكس مستوى انخفاضها الجهود المبذولة في مجال الصحة الإنجابية.

1.3.5. معدل الخصوبة الكلية:

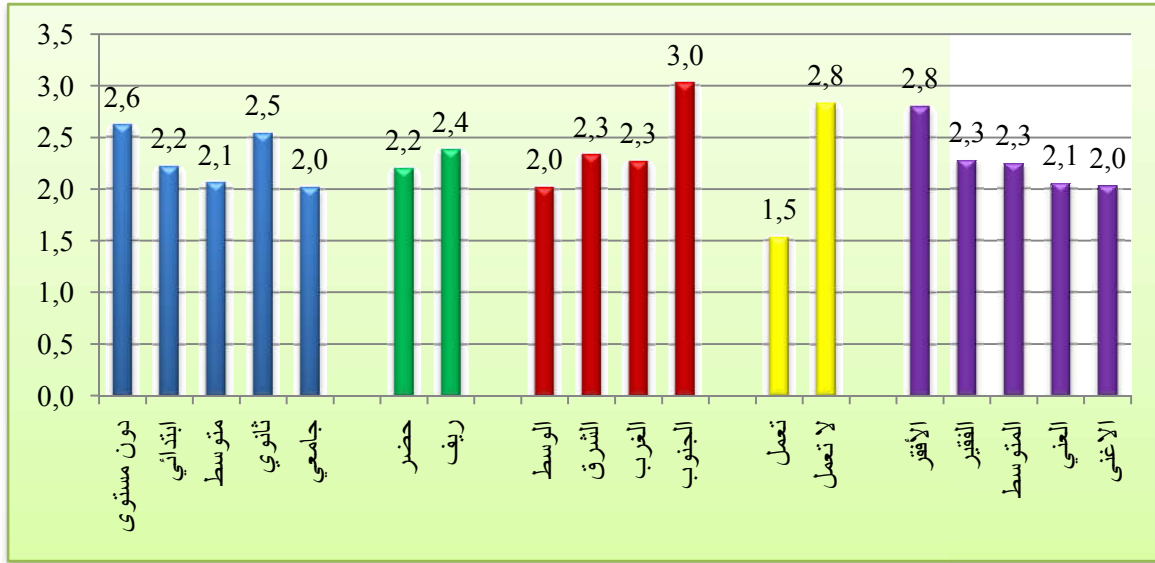
بلغ معدل الخصوبة الكلية حسب نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 بـ "2,27 طفل لكل امرأة". وقد انخفض المعدل خلال خمسة وعشرون سنة بمعدل طفلين لكل امرأة. أين انتقل من 4,3 طفل لكل امرأة سنة 1990، ثم إلى 3,6 طفل لكل امرأة سنة 1995، ثم إلى 2,4 طفل لكل امرأة حسب إحصائيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة 2002.



مخطط رقم 5-12: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة سنوات 1990-1995-2000-2006

عند تمييز معدل الخصوبة الكلية حسب المتغيرات التالية: المستوى التعليمي، الوسط، المنطقة الجغرافية، الوضعية تجاه العمل ومستوى الرفاه نلاحظ ما يلي:

- ✓ يقل معدل الخصوبة الكلية كلما ارتفع المستوى التعليمي، أين انتقل من 2,6 طفل لكل امرأة عند النسوة الأميات إلى 2 طفل لكل امرأة عند الجامعيات. نستثني من هذه الملاحظة ذوات المستوى الثانوي (2,55 طفل لكل امرأة)؛
- ✓ حسب الوسط تسجل أعلى معدل عند النسوة الريفيات (2,4 طفل/ امرأة، مقابل 2,2 طفل/ امرأة في الحضر)؛
- ✓ عرفت منطقة الجنوب أكبر معدل خصوبة كلي (3,03 طفل/ امرأة)، مقارنة بمنطقة الوسط التي تميزت بأصغر معدل خصوبة (2,02 طفل/ امرأة). تساوى المعدل في منطقتي الشرق والغرب (2,3 طفل/ امرأة)؛
- ✓ حسب الوضعية المهنية، تسجل النسوة العاملات أصغر معدل خصوبة كلي (1,5 طفل/ امرأة)؛
- ✓ كلما ارتفع المستوى الاقتصادي (مؤشر الثروة) للمبحوثات كلما قل معدل الخصوبة الكلي لديهن، انتقل من 2,8 طفل/ امرأة عند الأكثر فقرا، إلى طفلين لكل امرأة عند النسوة الأكثر غنى. والمخطط رقم 5-13 يوضح ذلك:



مخطط رقم 5-13: تطور معدل الخصوبة الكلية حسب بعض الخصائص

2.3.5. معدل الخصوبة العمرية¹:

طراً على معدل الخصوبة العمرية منذ سنة 1990 وحتى سنة 2006 تغيرات ملحوظة نوجز أهمها في ما يلي:

- * انخفاض معدل الخصوبة في جميع فئات أعمار الإنجاب منذ سنة 1990، والتي اعتبرت سنة الأساس من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية؛
- * انخفاض معدل الخصوبة عند صغيرات السن (معدل خصوبة الأمهات المراهقات) بنسبة فاقت التقديرات أكثر من أربع أخماس (87,87%)، ومنه تحقق أحد الأهداف الإنمائية للألفية؛
- * بلغ معدل الخصوبة العمرية ذروته عند نسوة الفئة العمرية 30-34 سنة، بمعدل 129 %، في حين كان يبلغ أقصاه عند نسوة الفئة العمرية 25-29 سنة عام 1990 [53]. والجدول رقم 5-12 يوضح أهم هذه التغيرات.

¹ معدل الخصوبة العمرية: عدد المواليد لفئة عمرية ما على عدد النسوة لنفس الفئة العمرية.

جدول رقم 5-12: تطور معدل الخصوبة العمرية للسنوات 1990-1995-2000-2005

فئات العمر	1990	1995	2000	*2005
15-19	33	15	6	4,4
20-24	172	110	59	51,3
25-29	240	184	119	111,1
30-34	223	180	134	129,2
35-39	187	146	105	108,9
40-44		41	43	47,7
45-49			9	2,3
معدل الخصوبة الكلي	4,3	3,6	2,4	2,27

المصدر: المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة 2002، ص:103.
* المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006، ص:119.

عموما يمكن تفسير هذه التغيرات التي طرأت على معدلات الخصوبة العمرية إلى: تأخير متوسط سن الزواج الأول، وكذا إلى انتشار استعمال وسائل منع الحمل، من جهة وإلى وعي النسوة أكثر بصحتهن الإنجابية.

3.3.5. الخصوبة الزوجية:

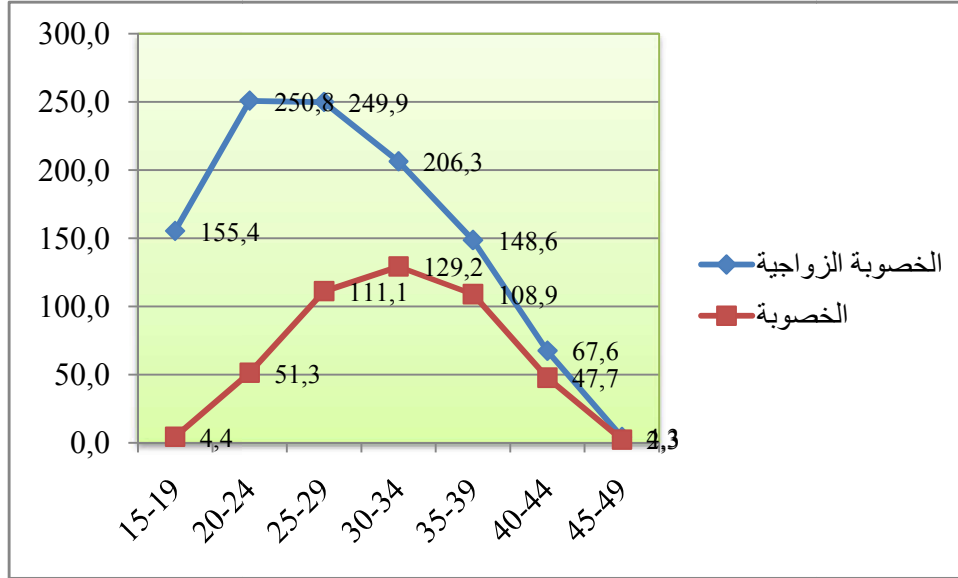
الخصوبة الزوجية هي خصوبة المتزوجين، والتي تلاحظ خصوبتها تبعا لمدة الزواج، لذلك يتم التركيز فيها على مدة الزواج أكثر من عمر المرأة.[49].

عند تتبع معدل الخصوبة الزوجية منذ سنة 1992 نلاحظ أنه في انخفاض مستمر، أين انتقل من 8,3 طفل/امرأة حسب مسح 1992، إلى 5,9 طفل/امرأة في مسح 2002، لينخفض بمعدل 0,5 طفل/امرأة ويصل إلى 5,4 طفل/امرأة حسب نتائج مسح 2006.

عموما بالنسبة لمعدل الخصوبة العمرية الزوجية ومن خلال المخطط رقم 5-14 يتبين أن:

- منحى الخصوبة العمرية الزوجية أعلى من منحى الخصوبة العمرية، بمعنى ارتفاع معدل الخصوبة الزوجية عن معدلات الخصوبة العمرية؛
- معدل الخصوبة العمرية الزوجية منخفض عند النسوة الأقل من عشرين سنة، وهذا راجع إلى قصر مدة الزواج؛

- يصل معدل الخصوبة العمرية الزوجية إلى أقصى حده عند نسوة الفئة العمرية 20-24 سنة و25-29 سنة، ما يطلق عليها بالذروة العريضة [84]، ويكون التوجه هنا إلى الإنجاب دون اللجوء إلى وسائل تنظيم الأسرة؛
- يبدأ انخفاض مستوى الخصوبة الزوجية عند النسوة بعد العمر 35 سنة، وهذا راجع إلى انتشار استخدام وسائل تنظيم الأسرة.



مخطط رقم 5-14: منحنى الخصوبة العمرية والخصوبة الزوجية لسنة 2006.

4.3.5 الخصوبة التراكمية - عدد المواليد الأحياء:-

بلغ متوسط عدد المواليد الأحياء للنسوة المتزوجات أثناء إجراء عملية المسح 3,3 طفل لكل امرأة. حسب نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006. أين انتقل من 4,7 طفل/امرأة سنة 1992 إلى 3,9 طفل / امرأة سنة 2002، لينخفض بمعدل 0,6 نقطة حتى سنة 2006.

عند تتبع التوزيع النسبي للنسوة المتزوجات حالياً حسب عدد المواليد الأحياء من خلال الجدول رقم 5-13 نلاحظ ما يلي:

- امرأة من كل عشر نسوة متزوجات لم يسبق لها الإنجاب؛
- ما يقارب ثلثي النسوة المتزوجات (61,62%) لهن ما بين طفل و 4 أطفال، وثلثهن سبق لهن إنجاب ما بين طفلين إلى ثلاثة أطفال؛

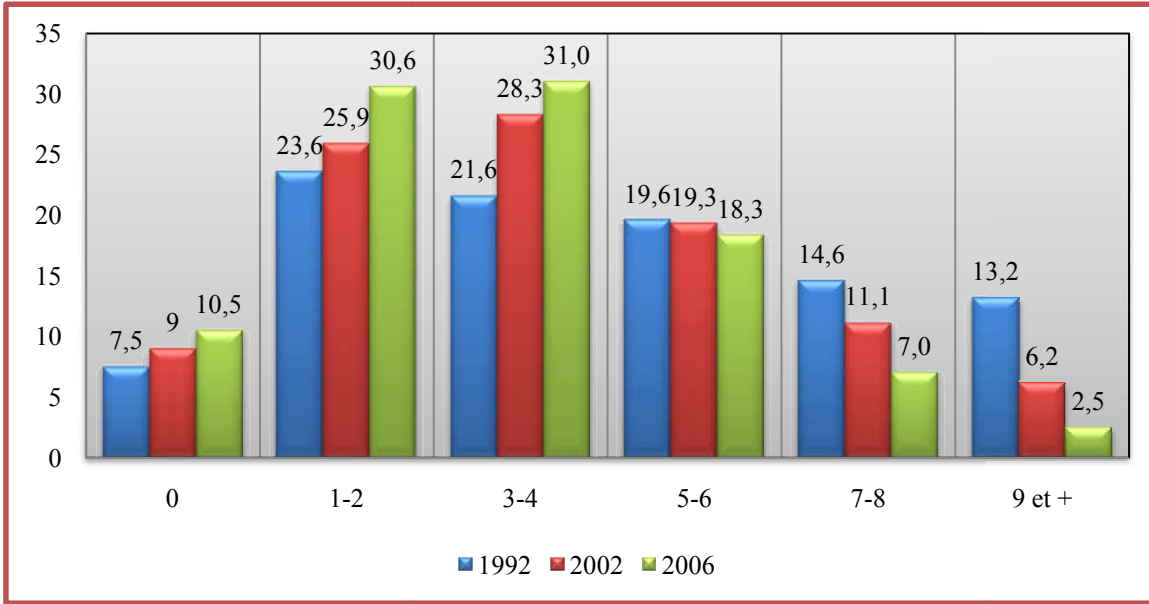
- أكثر من ربع النسوة لديهن 5 أطفال وأكثر، في حين كانت تمثل هذه النسبة عند اللواتي لديهن 6 أطفال وأكثر بحسب مسح 2002. والملاحظ هو تدني مستوى الخصوبة عند النسوة ذوات مراتب الأمومة المرتفعة .

جدول رقم 5-13: التوزيع النسبي للمتزوجات حالياً حسب عدد المواليد الأحياء.

عدد الأطفال	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9 وأكثر	المتوسط عدد الأطفال
النسوة المتزوجات حالياً %	10,5	13,75	16,84	16,76	14,27	11,35	6,97	4,36	2,68	2,5	3,29

عند مقارنة تطور التوزيع النسبي للنسوة المتزوجات حسب مراتب الأمومة، سنوات 1992، 2002 و2006 نلاحظ ما يلي:

- * ارتفاع نسبة النسوة اللواتي لم ينجبن، والتي كانت تقدر بـ 7,4% حسب نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992؛
- * ارتفاع نسبة النسوة ذوات مراتب الأمومة 2 و3 و4 [ومثلت ذروة النسبة لسنة 2006 عند المرتبة 2 بارتفاع 3,54 نقطة عن سنة 2002]؛
- * انخفاض نسبة النسوة ذوات مراتب الأمومة 5 و6 بنقطة واحدة عما كانت عليه سنتي 1992 و2002؛
- * تراجع كبير لنسبة النسوة ذوات مراتب الأمومة العالية [بالنسبة للمرتبة "7 و8" انخفاض بأكثر من 3 نقاط بين سنتي 1992 و2002 وبأكثر من أربع نقاط بين سنتي 2002 و2006. وكذا بالنسبة لمراتب الأمومة 9 وأكثر فقد كانت نسبة الانخفاض أكثر من أربع أضعاف منذ سنة 1992. (انظر المخطط رقم 5-15).



مخطط رقم 5-15: تطور المواليد الأحياء للنسوة المتزوجات حاليا سنوات 1992، 2002 و 2006

يتزايد متوسط عدد المواليد الأحياء حسب عمر الأم من الأصغر إلى الأكبر، انتقل من 0,3 طفل لكل امرأة يتراوح سنها بين 15 و 19 سنة إلى 5,3 طفل لكل امرأة بين 45 و 49 سنة حسب مسح 2006. وسجل هذا الأخير والذي يعرف بمعدل الخصوبة المكتملة¹ تراجعاً ملحوظاً قدر بطفلين لكل امرأة وذلك منذ سنة 1992. والجدول رقم 5-14 يوضح ذلك.

جدول رقم 5-14: تطور متوسط عدد المواليد الأحياء حسب العمر خلال السنوات: 1992، 2002 و 2006

فئات العمر	1992	2002	*2006
19-15	0,7	0,3	0,3
24-20	1,4	0,8	0,8
29-25	2,6	1,8	1,5
34-30	4,3	3	2,6
39-35	5,7	4,2	3,6
44-40	7	5,3	4,6
49-45	7,8	6,2	5,3
الإجمالي	4,7	3,9	3,3

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني لصحة الأسرة 109، 2002.
* عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 2006

نلخص فيما يلي متوسط عدد المواليد الأحياء لكل فئة عمرية على حدا حسب متغيرات المراقبة التالية: مكان الإقامة، المستوى التعليمي، المنطقة الجغرافية، مستوى الرفاه والوضعية المهنية،

¹ الخصوبة المكتملة: متوسط عدد المواليد الأحياء للنسوة اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين 45 و 49 سنة.

جدول رقم 5-15: متوسط عدد المواليد الأحياء للمتزوجات حالياً حسب العمر وبعض الخصائص.

متغير المراقبة	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	المجموع
مكان الإقامة								
حضر	0,3	0,8	1,5	2,4	3,4	4,2	4,9	3,1
ريف	0,3	0,8	1,7	2,8	4,0	5,1	6,0	3,5
المستوى التعليمي								
دون مستوى	0,3	1,1	2,1	3,3	4,3	5,3	6,0	4,5
ابتدائي	0,4	0,9	1,7	2,7	3,6	4,5	4,9	3,4
متوسط	0,3	0,8	1,5	2,4	3,3	3,8	4,4	2,4
ثانوي	0,1	0,7	1,4	2,2	2,9	3,5	3,7	2,3
جامعي	0,0	0,3	0,8	1,7	2,6	3,0	3,5	1,9
المنطقة الجغرافية								
وسط	0,2	0,7	1,5	2,5	3,5	4,5	5,3	3,2
شرق	0,4	0,8	1,5	2,5	3,7	4,6	5,3	3,4
غرب	0,2	0,8	1,6	2,5	3,5	4,4	5,1	3,1
جنوب	0,3	0,9	1,9	3,1	4,4	5,4	6,2	3,7
مستوى الرفاه								
الأفقر	0,3	1,0	1,9	3,0	4,3	5,4	6,1	3,8
الفقر	0,3	0,8	1,6	2,7	3,8	5,0	5,8	3,4
المتوسط	0,4	0,7	1,5	2,5	3,7	4,5	5,6	3,3
الغني	0,1	0,8	1,4	2,3	3,3	4,4	5,3	3,1
الأغني	0,4	0,7	1,3	2,3	3,1	3,7	4,2	2,8
الوضعية تجاه العمل								
تعمل	0,1	0,7	1,1	1,9	3,0	3,5	4,1	2,8
لا تعمل	0,3	0,8	1,6	2,6	3,7	4,7	5,4	3,3
المجموع	0,3	0,8	1,5	2,6	3,6	4,6	5,3	3,3

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006

- * حسب وسط الإقامة، نلاحظ عدم وجود اختلاف كبير في متوسط عدد المواليد الأحياء عند الفئات العمرية الأقل من 35 سنة، تبدأ هذه التباينات بالظهور وتزداد حدة كلما تقدمنا في العمر؛
- * حسب المستوى التعليمي، هناك تباين واضح في متوسط عدد المواليد، كلما ارتفع المستوى التعليمي للنسوة المتزوجات حالياً كلما انخفض متوسط عدد المواليد لدى النسوة. ينتقل متوسط عدد المواليد من 4,5 عند غير المتعلمات إلى 3,4 (ابتدائي) ثم إلى 2,3 (ثانوي) ليصل إلى 1,9 عند الجامعيات؛
- * لا يوجد اختلاف كبير في متوسط عدد المواليد حسب المنطقة الجغرافية، نستثني من هذه الملاحظة منطقة الجنوب الجزائري، أين نسجل أكبر متوسط عدد المواليد (3,7 طفل) وفاق الستة أطفال (6,2 طفل) عند نسوة الفئة العمرية 45-49 سنة؛

* كلما ارتفع المستوى الاقتصادي كلما انخفض متوسط عدد المواليد، انتقل المتوسط من 3,8 طفل عند النسوة اللاتي تنتمين إلى الأسر الأكثر فقرا إلى 2,8 طفل عند النسوة اللاتي تنتمين إلى الأسر الأكثر غنى؛

* يؤثر عمل المرأة على متوسط عدد مواليدها وهذا واضح من خلال نتائج المسح حيث سجل 2,8 طفل عند اللواتي تعملن مقابل 3,3 طفل عند النسوة غير العاملات.

وتفصيلا للملاحظات السابقة ارتأينا توظيف الجدول التالي الذي نستعرض فيه توزيع السيدات المتزوجات حاليا حسب مراتب الولادات وفئات العمر. والذي يبين أن هناك تناسب عكسي بين متوسط المواليد الأحياء وعمر المرأة، أين سجل انخفاض مستمر لنسبة النسوة اللاتي لم يسبق لهن إنجاب مولود حي كلما تقدمنا في العمر، انتقلت النسبة من 77,4% عند اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة (ارتفعت بمقدار 5 نقاط مقارنة بسنة 2002)، إلى 40,1% عند نسوة الفئة العمرية 20-24 سنة، لتتخفض بعشر مرات عند نسوة الفئة العمرية 40-44 سنة.

بالنسبة لنسوة الفئة العمرية 20-24 سنة نجد أن 83,1% لديهن على الأكثر طفل، و65% من النسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 25 و 29 سنة يتراوح عدد أطفالهن ما بين طفل وطفلين. وأكثر من نصف نسوة الفئة العمرية 30-34 سنة يتراوح عدد أطفالهن بين طفلين و 3 أطفال وهكذا. في حين نلاحظ أن خمسي نسوة الفئة العمرية 40-44 سنة يتراوح عدد أطفالهن بين 4 و 5 أطفال. وأكثر من ثلث نسوة الفئة العمرية الأخيرة يتراوح عدد أطفالهن بين 5 و 6 أطفال.

جدول رقم 5-16: التوزيع النسبي للمتزوجات حاليا حسب العمر ومراتب الولادة.

فئات الأعمار							متوسط المواليد
45-49	40-44	35-39	30-34	25-29	20-24	15-19	
3,6	4,0	5,2	8,0	17,5	40,1	77,4	0
2,1	3,4	5,5	14,6	32,8	43,0	18,4	1
6,1	7,6	13,4	27,3	32,0	14,3	3,7	2
9,2	14,4	24,3	26,4	13,3	2,4	0,4	3
14,3	19,5	22,8	14,9	3,6	0,2	0,0	4
18,7	20,4	15,7	5,7	0,7	0,0	0,0	5
15,9	13,0	7,4	2,1	0,1	0,0	0,0	6
11,6	8,5	3,7	0,7	0,0	0,0	0,0	7
8,5	5,2	1,4	0,2	0,0	0,0	0,0	8
10,0	4,0	0,7	0,1	0,0	0,0	0,0	9 وأكثر
100	100	100	100	100	100	100	المجموع
3003	3788	3956	3843	3057	1523	148	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر 2006

4.5. وفيات الأطفال:

قبل التطرق إلى وفيات الأطفال نسوة أعمار الإنجاب المتزوجات حاليا والسابق لهن الزواج سنستعرض أو لا النسوة اللاتي كانت لهن على الأقل ولادة حية. من خلال الجدول التالي وبالنظر إلى تكوين مختلف فئات النسوة - المتزوجات حاليا والسابق لهن الزواج- وعدد الولادات الحية حسب الوسط والمنطقة الجغرافية .

جدول رقم 5-17: توزيع المتزوجات والسابق لهن الزواج حسب عدد الولادات الحية، الوسط والمنطقة.

المجموع الكلي	المجموع						جنوب		غرب		شرق		وسط		إنجاب ولادة حية والحالة الزوجية ¹
	ريف	حضر	جنوب	غرب	شرق	وسط	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	
83,8	85,2	82,6	84,4	81,9	85,4	83,5	84,0	84,6	85,0	79,5	86,1	84,9	85,0	82,1	1 1
5,6	4,2	6,7	5,8	7,6	4,8	5,0	5,1	6,2	4,5	9,9	3,9	5,4	4,0	5,9	2 1
9,5	9,6	9,5	9,0	9,2	9,0	10,4	10,2	8,3	9,3	9,1	8,9	9,0	10,1	10,7	1 2
1,1	1,0	1,1	0,8	1,4	0,9	1,1	0,7	0,9	1,2	1,5	1,1	0,7	0,9	1,4	2 2
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	المجموع
20706	9032	11675	2240	4947	6207	7312	853	1387	2134	2814	2543	3664	3502	3810	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر 2006

أظهرت الدراسة أن معظم النسوة المبحوثات المتزوجات حاليا والسابق لهن الزواج "89,37%" (83,8% : 5,6%) ما يعادل 18506 امرأة، لديهن على الأقل ولادة حية. غالبيةهن متزوجات حاليا بغض النظر عن الوسط الذي ينتمين إليه أو المنطقة الجغرافية.

بالمقابل نلاحظ أن عشر النسوة المبحوثات - المتزوجات حاليا أو السابق لهن الزواج- ليس لديهن ولادة حية بغض النظر إن كانت لديهن أحمال منتهية بإجهاض أو حوادث حمل انتهت بوفاة المولود. نسجل أكبر نسبة عند النسوة الحضريات القاطنات بالوسط الجزائري "12,1%" (10,7% : 1,4% بموجب الاحتمالين "1 2" و"2 2" على التوالي) والجدول رقم 5-17 يوضح ذلك.

حسب المعطيات المحصلة من نتائج المسح نلاحظ أن أغلبية النسوة المبحوثات، أكثر من أربع أخماسهن (82,5%) لم تمسهن الظاهرة (وفيات الأطفال). في حين نجد نسبة معتبرة 17,5% من النسوة المبحوثات كان لديهن أطفال متوفون، عشرهن مست الظاهرة طفلهن الأخير. (جدول رقم 9، الملحق 4)

¹ تمثل الخانة الأولى: إنجاب ولادة حية (1=أنجبت ولادة حية، 2= لم تنجب ولادة حية). الثانية: الحالة الزوجية (1=متزوجة حاليا، 2= سبق لها الزواج).

إذا ميزنا النسوة حسب (الوسط والمنطقة الجغرافية)، سنلاحظ أن أكثر من خمس النسوة الريفيات لديهن أطفال متوفون. تبقى هذه الملاحظة قائمة مهما اختلفت المنطقة الجغرافية، نميز أكبر نسبة عند نسوة الريف القاطنات بمنطقة الجنوب الجزائري والتي فاقت الربع. وهي نسبة كبيرة جدا مقارنة بالنسبة الإجمالية المقدرة بـ 17,5% الشيء الذي يعكس تدني المستوى الصحي بالوسط الريفي عامة وبالخصوص بمنطقة الجنوب الجزائري. (الجدول رقم 5-18).

جدول رقم 5-18: توزيع النسوة المتزوجات والسابق لهن الزواج حسب عدد الأطفال الباقيين على قيد

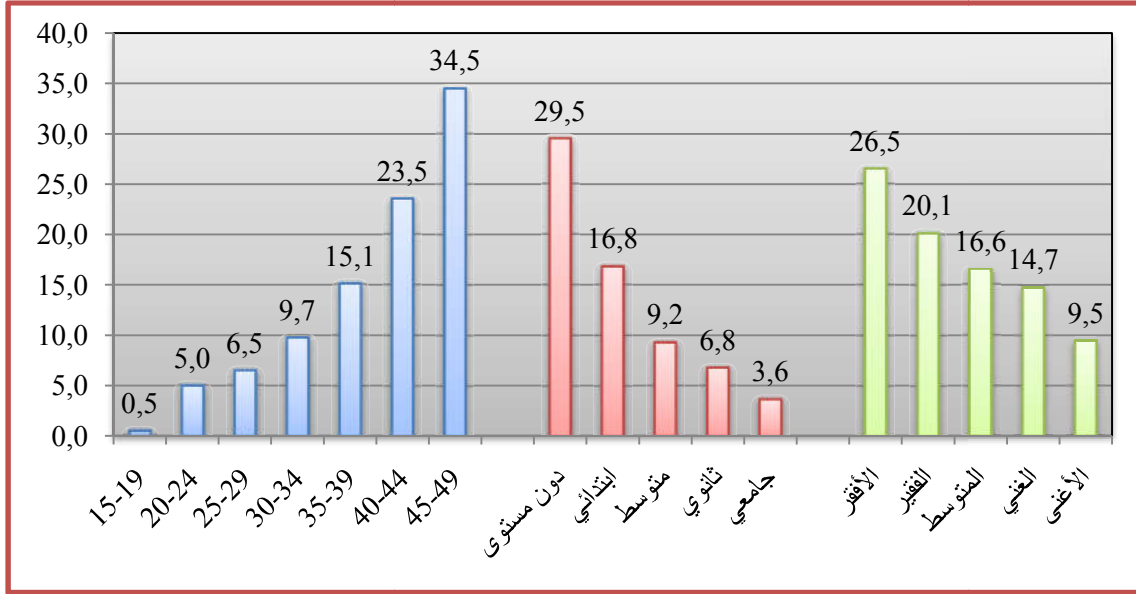
الحياة، الوسط والمنطقة الجغرافية.

مرجع الحساب	الباقون على قيد الحياة	المتوفون	عدد الأطفال	
3351	87,6	12,4	حضر	وسط
3116	79,9	20,1	ريف	
3307	85,2	14,8	حضر	شرق
2288	78,8	21,2	ريف	
2516	85,2	14,8	حضر	غرب
1909	75,7	24,3	ريف	
1260	85,3	14,7	حضر	جنوب
760	73,9	26,1	ريف	
6467	83,9	16,1	وسط	المجموع
5595	82,6	17,4	شرق	
4425	81,1	18,9	غرب	
2019	81	19	جنوب	
10433	86	14	حضر	
8073	78	22	ريف	
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر 2006				

عندما نميز النسوة المبحوثات اللاتي كان لديهن أطفال متوفون حسب السن، المستوى التعليمي ومؤشر الثروة نلاحظ:

- حسب السن، تزيد نسبة النسوة اللاتي لديهن أطفال متوفون كلما ارتفع السن. انتقلت من 0,5% بين اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و19 سنة إلى أكثر من الثلث (34,5%) عند نسوة الفئة 45 و49 سنة؛
- حسب المستوى التعليمي، نلاحظ العكس فكلما ارتفع المستوى التعليمي كلما انخفض عدد وفيات الأطفال، حيث انتقلت النسبة من 29,5% عند غير المتعلمات إلى 3,6% عند النسوة اللاتي لديهن مستوى جامعي؛

- هناك تأثير واضح للمستوى الاقتصادي على احتمال وفاة الأطفال، فكلما ارتفع المستوى الاقتصادي (مؤشر الثروة) انخفضت نسبة وفيات الأطفال. حيث بلغت النسبة 26,5% عند الأسر الأكثر فقرا. في حين بلغت 9,5% عند الأسر الأكثر غنى؛



مخطط رقم 5-16: توزيع وفيات الأطفال حسب ، السن، المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي.

والاختبار الإحصائي كاي مربع للاستقلالية أكد العلاقة بين الخصائص العامة للنسوة (المتغيرات المستقلة) وعدد الأطفال المتوفون. (جدول رقم 10، الملحق 4)

1.4.5. فقدان الحمل:

إن فقدان الحمل سواء انتهى بإجهاض أو مولود ميت، هو ظاهرة تعكس مستوى درجة الصحة الإنجابية. وهي تتأثر بعدة عوامل . تتمثل في عوامل بيولوجية متعلقة بخصوبة المرأة وأخرى تتعلق بخلفية المبحوثة ومن أهمها السن عند الزواج والمتابعة والرعاية الصحية أثناء فترة الحمل.

تظهر بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 أن نسبة النسوة المبحوثات اللاتي سبق لهن فقدان الحمل طوال حياتهن الإنجابية تمثل أكثر من ربع النسوة (26,5%)، وارتفعت بمقدار 3 نقاط ونصف مقارنة ببيانات المسح الخاص بصحة الأسرة 2002 PAPFAM المقدرة بـ 23%.

جدول رقم 5-19: توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن فقدان الحمل حسب الوسط والمنطقة الجغرافية.

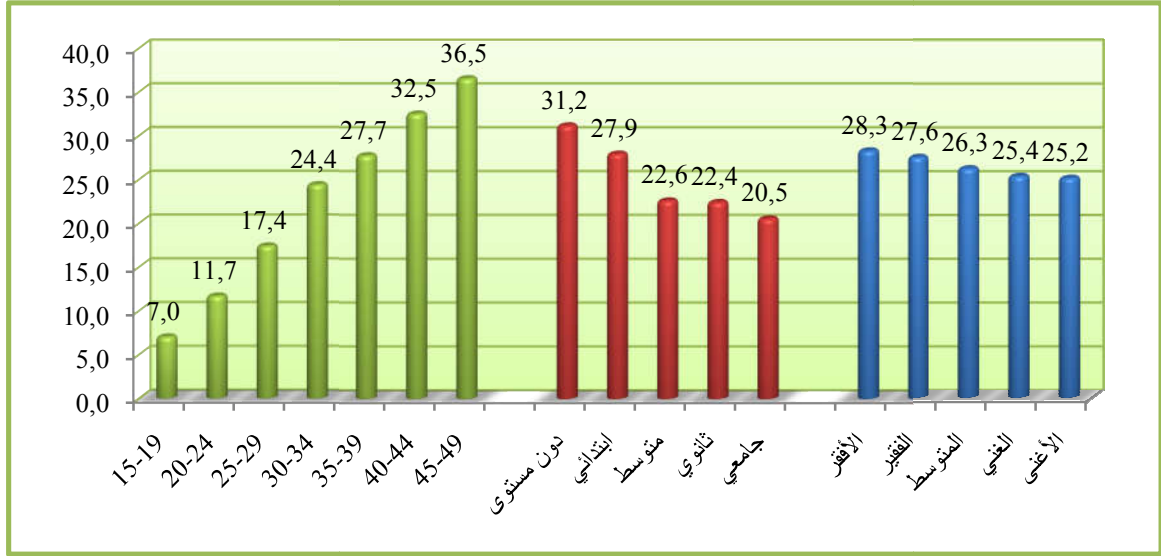
مرجع الحساب	لا	نعم	فقدان الحمل	
3810	73,5	26,5	حضر	وسط
3502	72	28	ريف	
3664	71,6	28,4	حضر	شرق
2543	69,3	30,7	ريف	
2814	78,6	21,4	حضر	غرب
2134	78,6	21,4	ريف	
1387	73,9	26,1	حضر	جنوب
853	69,1	30,9	ريف	
7312	72,7	27,3	وسط	المجموع
6207	70,7	29,3	شرق	
4947	78,6	21,4	غرب	
2240	72,1	27,9	جنوب	
11675	74,2	25,8	حضر	
9032	72,5	27,5	ريف	
20706	73,5	26,5	المجموع الكلي	
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.				

يشمل الجدول أعلاه توزيع النسوة المبحوثات (المتزوجات حالياً والسابق لهن الزواج) واللاتي سبق لهن فقدان حمل خلال حياتهن الإنجابية، وذلك حسب الوسط السكني والمنطقة الجغرافية. إذا ميزنا المستجوبات اللاتي فقدن على الأقل حمل خلال حياتهن الإنجابية حتى وقت إجراء عملية المسح حسب هذين المتغيرين سنلاحظ أن النسوة الريفيات القاطنات بالجنوب تحوز على أكبر نسبة (31%).

عند تمييز المبحوثات اللاتي مستهن الظاهرة حسب السن، المستوى التعليمي ومؤشر الثروة نلاحظ أنه كلما ارتفع سن المبحوثات كلما ارتفعت نسبة فقدان الحمل حيث انتقلت النسبة من 7% عند اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 19 سنة إلى 36,5% عند اللاتي بلغن 45- 49 سنة وقد تضاعفت النسبة أكثر من 5 مرات.

بالمقابل نلاحظ العكس إذا ما تعلق الأمر بالمستوى التعليمي فكلما ارتفع المستوى التعليمي قلت نسبة النسوة اللاتي صرحن بفقدانهن على الأقل حمل خلال حياتهن الإنجابية، أين انتقلت من 31,2% عند النسوة غير المتعلمات إلى 20,5% بين نوات التعليم الجامعي.

نسجل نفس الملاحظة إذا ما تعلق الأمر بالمستوى الاقتصادي ممثلاً بمؤشر الثروة، حيث انتقلت النسبة من 28,3% عند النسوة اللاتي ينتمين إلى الأسر الأكثر فقراً إلى 25,2% عند النسوة الأكثر غنى. (أنظر المخطط رقم 5-17).



مخطط رقم 5-17: توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن فقدان حمل حسب السن، المستوى التعليمي

ومؤشر الثروة.

عالجنا المعطيات السابقة دون التمييز بين نوعية فقدان الحمل الذي عانت منه النسوة المبحوثات، حيث خص المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر 2006، أسئلة توضح نوعية فقدان الحمل. واستكمالاً للصورة ارتأينا أن نوظف الجدول رقم 5-20 الذي يأخذ بعين الاعتبار مجموع الإجابات المحصل عليها، ويبين بدقة النتائج. نقصر على احتمالات الأجوبة المبنية على أكثر من 35 ملاحظة وتمثل الفئة الأخيرة بقية الاحتمالات.

جدول رقم 5-20: توزيع المبحوثات اللاتي سبق لهن فقدان الحمل حسب نوعيته.

احتمال الإجابة ¹	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
01	2936	53,4	2936	53,4
02	983	17,9	3920	71,3
10	500	9,1	4419	80,4
03	286	5,2	4706	85,6
11	189	3,5	4895	89,1
04	116	2,1	5010	91,2
12	97	1,8	5107	92,9
20	86	1,6	5193	94,5
05	48	0,87	5241	95,4
21	35	0,64	5276	96,0
المجموع الجزئي	5276	96,0	5496	100
الإجابات الأخرى	220	4,0		
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر 2006				

عندما نأخذ كل الاحتمالات الخاصة بنوعية فقدان الحمل بعين الاعتبار، سنلاحظ أن أكثر من نصف النسوة اللاتي عانين من الظاهرة هن اللواتي حدث لهن إجهاض واحد فقط خلال حياتهن الإنجابية ممثلة في الاحتمال (1 0)، وأكثر من سدسهن (17,9%) تعرضن لإجهاضين. ونجد حوالي عشرهن (9,1%) انتهت أحمالهن بمولود ميت. وهناك 3,5% ما يعادل 189 امرأة تعرضن لحالة إجهاض وأخرى ارتبطت بمولود ميت والجدول السابق يوضح جميع الاحتمالات الممكنة.

وظف المسح العنقودي سؤالاً يتعلق بالرغبة في حمل الطفل الأخير للنسوة اللاتي أنجبن ولادة حية خلال الخمس السنوات الأخيرة السابقة للمسح. والمقدرة نسبتهم بحوالي 53% (10953 امرأة). حيث صرحت أغليبيتهن (72,8%) بأنهن كن يرغبن بآخر مولود لديهن، في حين صرحت 15% منهن في تأجيل الحمل، من جهة أخرى نشير أن أكثر من عشر النسوة لم يكن يرغبن أصلاً في الإنجاب. وهي نسبة كبيرة. ولمعرفة مستوى هذه الظاهرة عند النسوة اللاتي لا يرغبن في الحمل الأخير، أدرجنا متغيرات المراقبة التالية: عدد الأطفال، السن عند الزواج الأول ومدة الزواج.

¹ تمثل الخانة الأولى: إجهاض، الثانية: مولود ميت. في كل الاحتمالات تمثل الأرقام من 0 إلى 5 عدد الحالات.

جدول رقم 5-21: توزيع المستجوبات حسب رغبتهن في إنجاب الطفل الأخير، عدد الأطفال، السن عند الزواج الأول ومدة الزواج.

المجموع		الرغبة في حمل الطفل الأخير				متغيرات المراقبة	
		معطيات ناقصة	لا تريد أطفال	فيما بعد	في ذلك الوقت		
43	100	31,1	0,0	1,6	67,3	0	عدد الأطفال
2400	100	1,5	0,7	6,7	91,1	1	
2413	100	1,7	2,1	16,3	79,8	2	
2082	100	1,5	6,0	18,9	73,5	3	
1532	100	1,9	12,4	18,8	66,9	4	
1064	100	1,5	19,6	17,6	61,2	5	
1419	100	2,4	38,5	15,0	44,1	6 وأكثر	
152	100	2,8	21,2	12,4	63,5	10-14	السن عند الزواج الأول
2887	100	1,8	15,2	14,5	68,6	15-19	
4279	100	1,9	8,5	15,2	74,3	20-24	
2551	100	1,9	5,9	15,6	76,7	25 وأكثر	
44	100	0,0	9,9	15,0	75,1	معطيات غير مبيّنة	
1040	100	1,4	14,2	14,2	70,2	معطيات مفقودة	
2090	100	1,6	1,1	10,2	87,0	0-4	مدة الزواج
2826	100	1,3	2,3	16,5	79,9	5-9	
2210	100	2,0	6,9	18,1	73,0	10-14	
1665	100	2,4	15,4	16,3	65,8	15-19	
937	100	1,3	30,1	13,0	55,5	20-24	
394	100	1,5	42,0	14,1	42,4	25-29	
51	100	4,4	48,6	3,3	43,6	30 وأكثر	
30	100	3,0	14,0	12,8	70,2	معطيات غير مبيّنة	
750	100	3,3	21,6	13,9	61,1	لا تعلم	
10953	100	1,8	10,4	15,0	72,8	المجموع	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر 2006

من خلال الجدول أعلاه تبين أنه:

➤ كلما ارتفع متوسط عدد أطفال المستجوبات ارتفعت نسبة الرفضات للمولود الأخير، حيث انتقلت النسبة من 0,7% عند اللاتي لديهن مولود واحد فقط إلى 38,5% عند النسوة اللاتي لديهن 6 أطفال وأكثر؛

- كلما ارتفع متوسط السن عند الزواج الأول للنسوة المستجوبات قلت نسبة اللاتي صرحن بعدم قبولهن للطفل الأخير، أين أدلت أكثر من خمس المستجوبات اللاتي تزوجن في سن مبكرة 10-14 سنة بعدم رغبتهن في الحمل الأخير؛
- حسب مدة الزواج، نجد أنه كلما طالت مدة زواج المبحوثات زاد احتمال رفض الحمل الأخير، حيث صرحت حوالي نصف المبحوثات (48,6%) والتي تجاوزت مدة زواجهن 30 سنة عن رفضهن لهذا الحمل.

الفصل السادس

الرعاية الصحية الإنجابية للأم والواليد

1.6. رعاية نسوة أعمار الإنجاب (15 و 49 سنة) صحيا خلال فترة الحمل

2.6. رعاية النسوة صحيا أثناء الولادة

3.6. رعاية النسوة بعد الولادة

4.6. صحة المولود الجديد

5.6. صحة المولود الجديد

تعتبر رعاية الأم صحيا من أهم أهداف السياسات السكانية والبرامج الصحية، لما تحقّقه من فوائد. لهذه الأسباب خصها المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 بمحور كامل.

يرتكز موضوع عملنا على معطيات هذا المحور (الرعاية الصحية الإنجابية بين نسوة الأعمار 15-49 سنة، غير العازبات والمنجبات لولادة حية على الأقل خلال السنتين السابقتين لتاريخ المسح (2006).

سنتناول بالتحليل المعمق في هذا الفصل المحاور التالية:

- رعاية الأم صحيا أثناء فترة الحمل؛
- رعاية الأم صحيا أثناء الولادة؛
- رعاية الأم صحيا بعد الولادة؛
- صحة المولود الجديد؛
- الرضاعة الطبيعية.

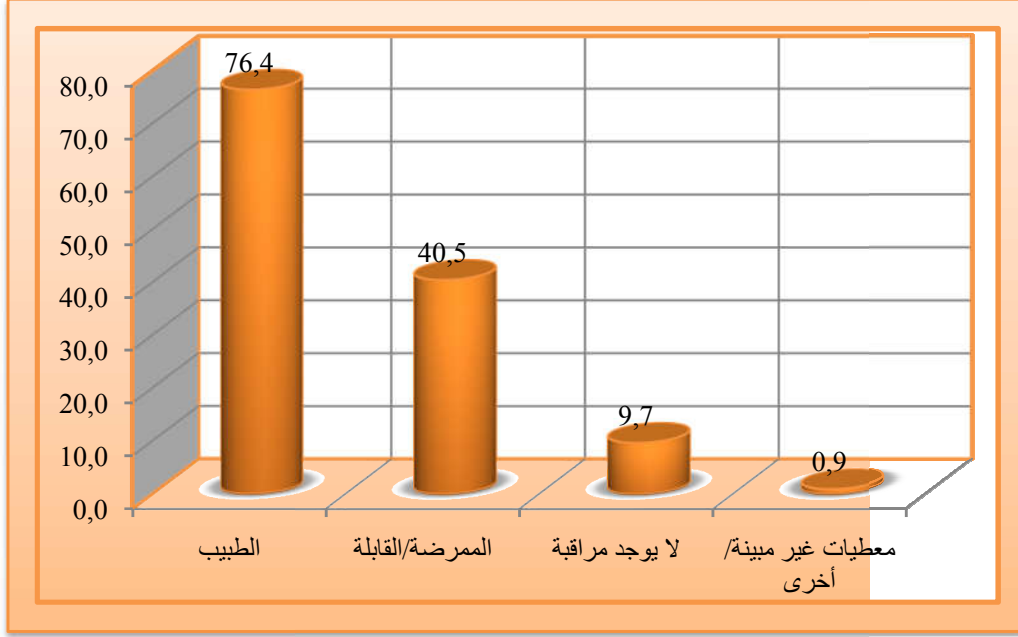
1.6. رعاية نسوة أعمار الإنجاب 15-49 سنة صحيا خلال فترة الحمل:

تمنع الرعاية الصحية خلال فترة الحمل حدوث مضاعفات قد تضر بالأم والجنين معاً، إذ تساعد على التأكد من سلامة الحمل واكتشاف الأمراض مبكراً، وهذا يعني وضع الأم تحت الإشراف الطبي المستمر من خلال مراكز رعاية الأمومة والطفولة، المستشفيات أو الوحدات الصحية ذات الصلة.

1.1.6. المتابعة الصحية أثناء الحمل والمؤهل الطبي المشرف على ذلك:

حددت معطيات المسح نسبة تغطية (المتابعة الصحية) أثناء فترة الحمل قدرها 90,3% (5023 امرأة من بين النسوة المعنيات)، بحيث ارتفعت بحوالي 9 نقاط، مقارنة بنتائج مسح سنة 2002 (صحة الأسرة).

يحدد المخطط التالي (مخطط رقم 6-1) المشرفين على تقديم الرعاية الطبية أثناء فترة الحمل.



مخطط رقم 1-6: الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل حسب الجهة المشرفة

يقبل أكثر من ثلاثة أرباع النسوة المعنيات (76,4%) على الطبيب بالدرجة الأولى للحصول على الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل وتأتي الممرضة/القابلة في المرتبة الثانية (40,5%). في حين لم يقبل حوالي عشر النسوة (9,7%) على الفحوصات الطبية أثناء هذه المرحلة.

عرضنا المعطيات بصفة عامة، مميزين مقدمي خدمات فترة الحمل. بمعنى آخر، عالجتنا المعطيات وكأن كل إمكانية إجابة سؤال مستقل، لأن السؤال متعدد الأجوبة. عملياً، تلجأ بعض المبحوثات لأكثر من مؤهل أثناء عمليات الكشف والمتابعة. لهذا السبب نعالج فيما يلي المعطيات بشكل ملائم، مستهدفين بذلك عرض كل احتمالات الأجوبة.

الفصل السادس: الرعاية الصحية الإنجابية للأم والوليد

جدول رقم 6-1: الجهة المقدمة للرعاية الطبية أثناء فترة الحمل حسب بعض الخصائص.

المستخدمون المقدمون للفحوصات أثناء فترة الحمل								متغيرات المراقبة	
المتابعات للحمل	المجموع		لا يوجد متابعة	معطيات غير مبيّنة/ أخرى	ممرضة/ قابلة	طبيب وقابلة/ ممرضة	طبيب			حضر	الوسط
94,4	2953	100	5,6	0,8	13,3	29,8	50,5	حضر	الوسط
85,7	2608	100	14,3	1,1	12,7	24,7	47,2	ريف	
93,0	1861	100	7,0	1,3	11,5	20,0	60,2	وسط	المنطقة
89,6	1713	100	10,4	0,8	10,6	34,9	43,3	شرق	
89,4	1273	100	10,6	0,8	10,2	22,4	56,0	غرب	
86,8	714	100	13,2	0,4	27,8	38,0	20,6	جنوب	
81,7	30	100	18,3	0,0	12,2	21,3	48,2	15-19	فئات الأعمار
93,8	689	100	6,2	0,7	12,7	27,9	52,5	20-24	
92,8	1552	100	7,2	0,9	10,9	29,4	51,6	25-29	
91,1	1531	100	8,9	0,6	13,0	30,3	47,2	30-34	
87,3	1176	100	12,7	0,8	14,7	23,8	48,0	35-39	
85,0	537	100	15,0	2,1	15,5	22,8	44,6	40-44	
75,0	47	100	25,0	5,6	18,5	11,1	39,9	45-49	
78,4	1542	100	21,6	1,3	13,8	20,2	43,0	غير متعلمات	المستوى التعليمي
91,1	1057	100	8,9	0,8	14,2	28,7	47,4	ابتدائي	
95,1	1406	100	4,9	0,9	14,4	29,9	49,9	متوسط	
96,9	1230	100	3,1	0,6	11,1	32,3	52,9	ثانوي	
98,8	326	100	1,2	1,2	6,3	28,1	63,2	جامعي	
77,2	1279	100	22,8	1,4	13,5	23,4	38,9	الأفقر	مؤشر الرفاه
90,3	1173	100	9,7	0,9	15,0	27,5	46,9	الفقير	
94,1	1097	100	5,9	1,1	15,0	27,9	50,0	المتوسط	
95,2	1033	100	4,8	0,6	13,3	30,8	50,5	الغني	
98,2	979	100	1,8	0,5	7,4	28,5	61,8	الأغنى	
97,4	1441	100	2,6	1,0	11,6	32,9	51,9	الولادة الأولى	رتبة المولود
92,3	2261	100	7,7	0,6	12,4	28,0	51,3	3-2	
88,4	1176	100	11,6	0,9	14,9	25,9	46,7	5-4	
71,9	682	100	28,1	1,8	14,7	16,7	38,7	6 وأكثر	
95,3	452	100	4,7	0,5	7,0	30,1	57,7	تعمل	الوضعية المهنية
89,9	5102	100	10,1	1,0	13,5	27,1	48,2	لا تعمل	
82,6	7	100	17,4	0,0	4,4	69,6	8,6	بيانات غير مبيّنة	
83,4	661	100	16,6	4,4	11,3	21,8	45,9	يوجد	وفيات الأطفال
91,3	4900	100	8,7	0,5	13,2	28,2	49,4	لا يوجد	
90,3	100		9,7	0,9	13,0	27,4	49,0	المجموع العام	
5023	5561		538	52	723	1526	2722		

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006

يقدم الجدول أعلاه قراءة واضحة لمدى إقبال النسوة على الفحوصات الطبية الخاصة بالحمل مهما كان متغير المراقبة (الوسط، المنطقة الجغرافية، السن، المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي، الوضعية المهنية ورتبة المولود ووفيات الأطفال)، نسجل أعلى نسبة مراقبة عند الجامعيات (98,8%)، وأقل نسبة سجلت عند النسوة ذوات مراتب أمومة أوسع (اعتباراً من الولادة السادسة).

بصفة عامة، جاء الأطباء في المقدمة كمقدمي خدمات فترة الحمل، ثم تأتي في المرتبة الثانية الطبيب والممرضة/ القابلة معا وتأتي في المرتبة الثالثة الممرضة/ القابلة وحدها.

سنوجز فيما يلي خصائص النسوة اللاتي لم يقبلن على الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل:

- **حسب مكان الإقامة**، ترتفع النسبة في الريف عنها في الحضر (5,6% مقابل 14,3%)؛
- **حسب المنطقة الجغرافية**، ترتفع نسبة غير المقبلات على المتابعة الصحية بمنطقة الجنوب الجزائري، أين نجد نسبة معتبرة من نسوة هذه المنطقة لم تقمن بأي فحص طبي خلال فترة الحمل 13,2%. (ترتفع هذه النسبة في الريف (24,1%)، ومع التقدم في العمر أين نسجل (33,33%) عند نسوة الفئة العمرية 45-49 سنة؛ [85].
- **حسب السن**، كلما ارتفع سن المبحوثات المعنيات كلما انخفضت نسبة المتابعة الصحية خلال فترة الحمل، أين نسجل 6,2% بين نسوة الفئة العمرية 20-24 سنة مقابل 25% عند النسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 45 و 49 سنة، نستثني من هذه الملاحظة نسوة الفئة العمرية 15-19 سنة التي بلغت النسبة عندها 18,3%. لذا استوجب توعية هؤلاء النسوة باعتبار أن الفئات العمرية الصغرى والمتقدمة هن الأكثر عرضة لمخاطر الحمل والولادة حول أهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل خصوصاً لهذه الفئات؛
- **حسب المستوى التعليمي والاقتصادي**، نلاحظ أنه كلما ارتفع المستويين التعليمي والاقتصادي) زاد وعي النسوة أكثر بأهمية الفحوصات أثناء مرحلة الحمل، من خلال زيادة نسبة إقبال النسوة للحصول على فحوصات ما قبل الولادة. انتقلت نسبة عدم الإقبال والمتابعة الطبية من 21,6% عند غير المتعلّقات إلى 1,2% عند الجامعيات. ومن 22,8% عند الأفقر إلى 1,8% عند الأكثر غنى.
- **حسب رتبة المولود**، نلاحظ أن نسبة عدم المتابعة الصحية ترتفع بزيادة رتبة المولود، حيث انتقلت النسبة من 2,6% لما يتعلق الأمر بالولادة الأولى إلى 7,7% (لديها من 2 إلى 3 ولادات) لتصل إلى 11,6% (لديها بين 4-5 ولادات) وإلى أكثر من الربع (28,1%) لما نكون أمام رتب أوسع (اعتباراً من الولادة السادسة)؛

- ترتفع نسبة عدم المراجعة الطبية للحمل إلى أكثر من النصف إذا ما تعلق الأمر بالنسوة الماكثات بالبيت (4,7% للعاملات مقابل 10,1% لغير العاملات).
- نجد أن نسبة عدم المتابعة الصحية خلال فترة الحمل، للنسوة اللاتي لديهن وفيات الأطفال هي ضعف نسبة النسوة اللاتي لا يوجد لديهن وفيات (16,6% مقابل 8,7%)، هذا دليل على أهمية المتابعة الصحية خلال فترة الحمل، وتقليلها لاحتمال وفاة الأطفال.

لتأكيد العلاقة بين بعض خصائص النسوة (المتغيرات المستقلة) ومدى المتابعة الصحية خلال فترة الحمل، وظننا اختبار كاي مربع للتأكد من مصداقية فرضية الاستقلالية، الذي أكد غياب الفروق ذات دلالة إحصائية بين المتغير التابع (المتابعة الصحية خلال فترة الحمل) والمتغيرات المستقلة ممثلة في الوسط، المنطقة، العمر، مستوى التعليم، مؤشر الثروة، رتبة المولود، الوضعية الفردية وفيات الأطفال. (أنظر الجدول رقم 11 في الملحق 4).

مقارنة بنتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (التقرير الرئيسي، 2006)، سوف نلاحظ اختلافا بسيطا بالنظر لما يقترحه عملنا، نتيجة اختلاف الجدولة. في التقرير الرئيسي، عولجت المعطيات وكأننا أمام سؤال أحادي الأجوبة، بحيث أقتصر في كل خيار متعدد المؤهل الطبي الأعلى رتبة، رغم أن السؤال ذو أجوبة متعددة كما أن المعطيات لم يتم ترجيحها. في المقابل، عالجت المعطيات على النحو الملائم وأدرجنا معاملات الترجيح التي يقترحها التقرير نفسه.

2.1.6. الفحوصات الطبية التي تمت خلال الأشهر الأولى من الحمل:

يفترض أن تلقى الحوامل رعاية صحية كبيرة خلال أشهر الحمل الأولى، لارتفاع نسب السقط خلالها، خاصة الأشهر الثلاثة الأولى.

يوزع الجدول رقم 6-2 فحوصات حوامل السنتين السابقتين للمسح حسب شهر طلب أول خدمة (خدمة طبية واحدة على الأقل).

جدول رقم 6-2: حوامل السننتين السابقتين للمسح حسب أول شهر حصلن فيه على أول رعاية طبية.

شهر الحصول على أول رعاية صحية	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
0	37	0,7	37	0,7
1	1369	27,3	1406	28,0
2	1168	23,3	2574	51,2
3	1183	23,6	3756	74,8
4	475	9,5	4231	84,2
5	271	5,4	4502	89,6
6	191	3,8	4694	93,4
7	135	2,7	4828	96,1
8	73	1,5	4901	97,6
9	51	1,0	4953	98,6
لا تدري	24	0,5	4977	99,1
معطيات ناقصة	46	0,9	5023	100

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006

بلغ عدد اللاتي تلقين رعاية صحية خلال فترة الحمل 5023 امرأة (90,3% من مجموع النسوة المنجبات لولادة حية خلال السننتين السابقتين للمسح).

تعكس معطيات الجدول رقم 6-2 الوعي لدى النسوة بأهمية الرعاية الصحية خلال فترة الحمل، خاصة خلال الأشهر الأولى (الثلاثي الأول من الحمل)، بحيث طلبت أكثر من نصف النسوة أول خدمة صحية خلال شهري الحمل الأولين، وثلاثة أرباعهن (74,8%) خلال أشهر الحمل الثلاثة الأولى. نشير في هذا الصدد إلى اختلاف بسيط في نتائج عملنا ونتائج التقرير المسح الرئيسي، لأن التقرير الوطني استبعد المعطيات الناقصة من العمليات الحسابية.

ندرج فيما يلي نسب أول مراجعة طبية خلال فترة الحمل وبعض الخصائص الفردية، الاجتماعية والاقتصادية.

جدول رقم 6-3: الرعاية الطبية أثناء فترة الحمل حسب بعض الخصائص.

الأشهر الثلاثة الأولى	مرجع حساب	شهر الحصول على الرعاية الصحية												متغيرات المراقبة	
		98	99	9	8	7	6	5	4	3	2	1	0		
77,2	2789	0,7	0,6	0,8	0,9	1,9	3,8	4,9	9,2	22,8	24,5	29,0	1,0	حضر	وسط الإقامة
71,8	2234	1,2	0,3	1,3	2,2	3,6	3,9	6,0	9,8	24,5	21,7	25,1	0,4	ريف	
80,0	1731	1,3	0,5	0,3	0,8	2,6	2,5	5,3	6,7	20,4	26,0	32,8	0,9	وسط	المنطقة الجغرافية
73,8	1535	0,8	0,5	1,1	1,5	1,9	3,9	5,5	11,0	27,5	21,8	23,8	0,7	شرق	
73,9	1138	0,8	0,2	2,3	2,8	3,0	3,5	4,3	9,1	22,6	22,8	27,9	0,7	غرب	
64,2	619	0,4	0,8	0,4	0,8	4,1	7,8	7,4	14,1	24,5	20,2	19,1	0,4	جنوب	
76,8	24	0,0	0,0	0,0	10,7	0,0	2,9	4,1	5,5	23,8	13,8	26,9	12,3	19-15	فئات الأعمار
82,2	646	0,5	0,3	0,5	0,3	1,1	2,9	4,6	7,6	22,1	25,3	34,2	0,5	24-20	
75,7	1440	0,9	0,3	0,8	1,4	2,3	3,8	5,0	9,9	21,4	21,7	31,8	0,8	29-25	
74,9	1395	0,5	0,7	0,9	1,6	3,2	3,7	5,4	9,0	23,5	23,0	27,5	0,9	34-30	
74,1	1027	0,8	0,5	1,5	1,5	2,9	4,5	4,5	9,7	28,7	25,1	20,0	0,3	39-35	
63,3	456	2,7	0,4	1,7	2,5	4,3	4,1	9,0	12,0	21,6	21,5	19,5	0,8	44-40	
62,3	35	7,5	4,0	1,0	0,0	0,9	0,8	15,6	7,9	14,7	32,6	15,0	0,0	49-45	
64,3	1209	1,5	0,8	1,9	2,8	5,3	5,8	7,4	10,3	26,5	19,1	18,3	0,4	غير متعلمة	مستوى التعليم
68,4	963	1,4	0,1	1,6	1,3	3,5	4,6	6,9	12,3	23,4	22,9	21,3	0,7	ابتدائي	
78,9	1337	0,6	0,2	0,6	1,5	1,6	2,9	4,8	8,8	21,7	25,2	31,3	0,8	متوسط	
81,5	1192	0,2	0,7	0,5	0,5	1,2	3,1	4,1	8,2	24,2	24,7	31,7	0,9	ثانوي	
91,3	322	1,4	0,7	0,0	0,5	0,2	0,5	0,4	4,9	18,4	26,5	45,3	1,1	جامعي	
63,1	988	1,6	0,4	1,9	3,3	4,5	4,8	9,0	11,6	25,0	20,2	17,6	0,4	الأفقر	مستوى الرفاه
72,5	1059	1,0	0,3	1,4	1,5	3,7	4,9	5,9	8,8	27,7	20,0	24,4	0,5	الفقير	
73,0	1031	1,1	0,5	0,7	1,4	2,8	4,6	4,5	11,3	21,6	23,4	27,3	0,6	المتوسط	
77,9	984	0,6	0,6	0,6	0,8	1,8	2,6	4,2	10,8	22,4	25,8	29,3	0,4	الغني	
88,0	961	0,2	0,6	0,5	0,2	0,5	2,1	3,3	4,7	20,7	27,2	38,2	1,9	الأغني	
85,7	431	1,0	1,1	1,2	0,2	0,8	2,1	1,3	6,7	27,4	26,7	30,6	1,0	تعمل	الوضعية المهنية
73,8	4586	0,9	0,4	1,0	1,6	2,9	4,0	5,8	9,7	23,2	22,9	27,0	0,7	لا تعمل	
78,9	6	0,0	10,4	0,0	0,0	5,4	0,0	5,4	0,0	39,4	39,4	0,0	0,0	معطيات ناقصة	
87,0	1404	0,9	0,4	0,3	0,2	0,8	1,9	2,4	6,0	20,4	25,2	40,1	1,3	الولادة الأولى	رتبة المولود
74,2	2088	0,5	0,4	0,7	1,6	2,1	4,1	6,1	10,4	24,3	23,8	25,4	0,7	3-2	
67,2	1040	1,0	0,7	2,0	1,9	4,5	4,9	6,8	10,8	25,2	22,6	19,4	0,1	5-4	
58,4	490	2,4	0,8	2,2	3,5	6,5	5,5	8,1	12,6	26,0	17,0	14,9	0,6	6 وأكثر	
74,8	5023	0,9	0,5	1,0	1,5	2,7	3,8	5,4	9,5	23,5	23,2	27,2	0,7	المجموع	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006

توضح إجمالاً معطيات الجدول اهتمام النسوة بصحتهن الإنجابية خاصة خلال أشهر الحمل الثلاثة الأولى، مع تباينات واضحة عند إدخال متغيرات المراقبة. عموماً، يمكننا الوقوف عند الملاحظات التالية:

- **حسب وسط الإقامة**، كانت نسوة المناطق الحضرية أكثر اهتماما وإقبالا على الفحوصات الطبية، خلال أشهر الحمل الثلاثة. بلغ الفارق 5 نقاط (77,2% في الحضر مقابل 71,8% في الريف)؛
- **حسب المنطقة الجغرافية**، سجلت نسوة منطقة الوسط الجزائري أعلى النسب (أربع أخماس الفحوصات الطبية الأولى (على الأقل) تمت خلال الأشهر الثلاثة الأولى)، ثم تأتي نسوة منطقتي الغرب والشرق وأخيرا منطقة الجنوب، بنسبة بعيدة جدا عن المتوسط العام (64,2%)؛
- **حسب السن**، كشفت معطيات المسح أن نسبة الفحوصات تقل مع ارتفاع أعمار المبحوثات. انتقلت النسبة من 82,2% بين نسوة الفئة العمرية 20-24 سنة إلى 62,3% بين اللاتي تتراوح أعمارهن بين 45 و49 سنة؛
- **حسب مستوى التعليم**، كلما ارتفع المستوى زاد الوعي بأهمية الصحة الإنجابية، مترجما بمستوى إقبالهن على المراقبة الطبية خلال الثلاثي الأول من الحمل. سجلت الجامعيات أكبر نسب المراقبة، مهما كان متغير المراقبة، بحيث بلغت النسبة 91,3%. أكد اختبار كاي مربع، عند 4 درجات حرية ومستوى معنوية قدره 5%، قوة العلاقة بين المتغيرين (مستوى التعليم والإقبال على الفحوصات الطبية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل)، بحيث فاقت قيمة التوزيع المحسوبة (177,6) القيمة الجدولة (9,49)؛
- **كلما ارتفع مستوى رفاه أسر انتماء النسوة (ممثلا في مؤشر الثروة) زاد وعيهن بضرورة الإقبال على الفحوصات الطبية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل (63,1% بين نسوة أسرة الخميس الأفقر مقابل 88% بين الأكثر رفاها). تجلت هذه العلاقة من خلال اختبار الاستقلالية، بحيث فاقت القيمة المحسوبة (169,8) القيمة الجدولة بكثير (9,49)، عند مستوى المعنوية 5% و4 درجات من الحرية؛**
- **كما أن المرأة العاملة أكثر وعيا وحرصا على القيام بالفحوصات الطبية خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، مقارنة بالماكنة في البيوت (فارق 12 نقطة). دلت معامل الاقتران على وجود علاقة ارتباط متوسطة (0,4) بين الوضعية المهنية والإقبال على الفحوصات الطبية؛**
- **تتراجع نسب الكشف خلال الثلاثي الأول من الحمل بارتفاع عدد الولادات، بحيث انخفضت من 87% لما تعلق الأمر بالرتبة الأولى بأكثر من 28 نقطة لما نكون أمام رتب أعلى (اعتبارا من الولادة السادسة).**

3.1.6. أسباب المتابعة الطبية خلال فترة الحمل:

جاء التأكد من الحمل في المركز الأول بين مختلف دواعي الفحوصات الطبية (أكثر من ثلث النسوة: 37%) وجاءت زيارات المتابعة لضمان حمل دون مخاطر أو مضاعفات في المرتبة الثانية

(30,2%)، ليأتي الخوف من حدوث مضاعفات في المرتبة الثالثة (13,2%) وجاءت الزيارات بسبب المضاعفات في المركز الأخير (6%) (جدول رقم 4-6). تبقى هذه الملاحظات صحيحة مهما كان متغير المراقبة (جدول رقم 12؛ الملحق 4).

جدول رقم 4-6: أسباب إجراء الفحوصات الطبية أثناء فترة الحمل.

النسب مجمعة	النسبة	التكرار	سبب إجراء أول فحص طبي
36,97	36,97	1857	التأكد من وضعية حامل
47,67	10,7	537	التأكد من أن الطفل في صحة جيدة
77,87	30,2	1517	ضمان حمل جيد
91,05	13,18	662	بسبب مضاعفات
97,12	6,07	305	استشارة روتينية
98,77	1,65	83	الحجز للولادة
100	1,23	62	معطيات ناقصة

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

4.1.6. عدد مرات الكشوفات الطبية خلال مرحلة الحمل:

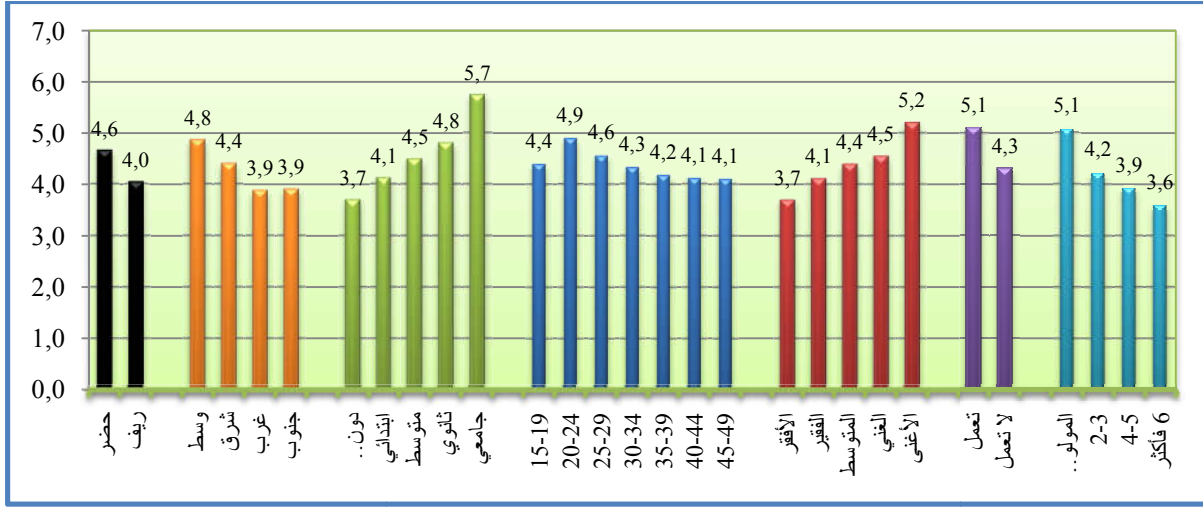
بلغ متوسط عدد المراجعات المقدار 4,36¹ زيارة. يتوزع هذا المتوسط على سلسلة تراوحت بين زيارة واحدة (5,3% من مجموع الزيارات) و 20 زيارة (0,1% من مجموع الزيارات). أنظر الجدول رقم 13 الملحق رقم 4.

عند تمييز متوسط عدد الزيارات حسب متغيرات المراقبة سوف نسجل:

- ارتفاع متوسط عدد الزيارات في الحضر (4,6 زيارات مقابل 4 زيارات)؛
- حازت نسوة منطقة الوسط على أكبر متوسط زيارات (4,8 زيارات)؛
- كلما ارتفع مستوى تعليم النسوة زاد متوسط عدد الزيارات خلال فترة الحمل. انتقل من 3,7 زيارة بين النسوة غير المتعلمات إلى 5,7 بين الجامعيات؛
- ارتبط أكبر متوسط زيارات خلال فترة الحمل بنسوة الفئة العمرية 20-24 سنة (4,9 زيارات)، ويقل المتوسط تدريجيا كلما ارتفعت الأعمار؛
- كلما ارتفع مؤشر الرفاه زاد متوسط عدد الزيارات. انتقل من 3,7 زيارات بين نسوة أسر الخميس الأفقر إلى 5,2 زيارة بين الأسر الأكثر غنى؛
- كانت النسوة العاملات الأكثر طلبا للخدمات الصحية خلال فترة الحمل، مقارنة بالماكنات في البيوت (5,1 مقابل 4,3)؛

¹ اقتصرنا في عملية الحساب على النسوة المصراحت بعدد الزيارات.

- يقل متوسط عدد زيارات النسوة المبحوثات بزيادة رتبة المولود، بحيث انتقل المتوسط من 5,1 زيارة بين نسوة المولود الواحد إلى 3,6 بين نوات 6 ولادات وأكثر. (المخطط رقم 2-6)



مخطط رقم 2-6: متوسط عدد الزيارات الطبية حسب بعض الخصائص.

5.1.6. نوع الفحوصات الطبية المرتبطة بفترة الحمل:

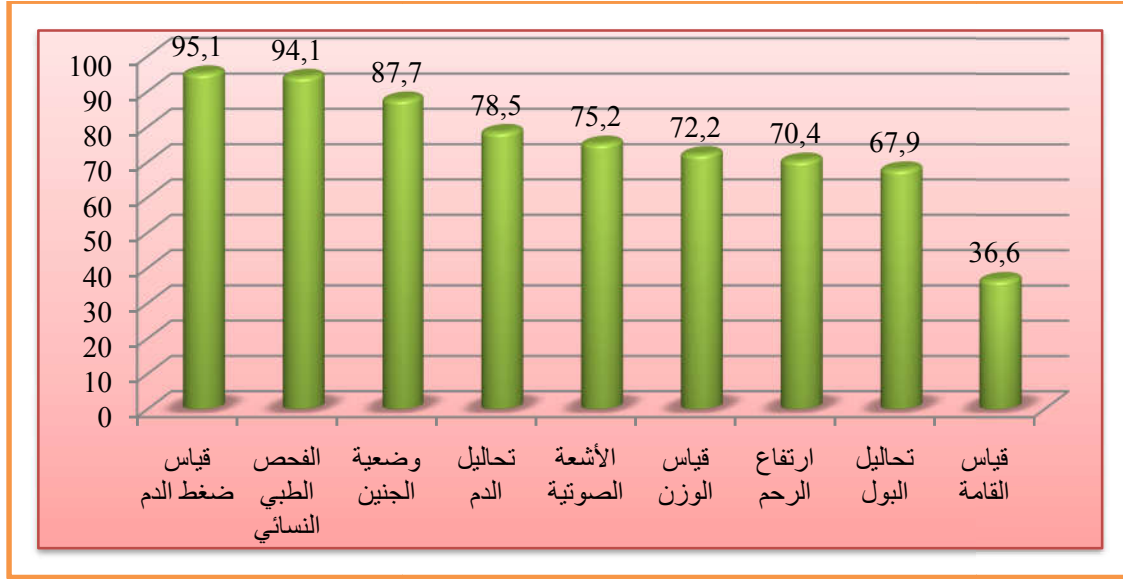
بينت نتائج المسح حرص النسوة على تبني سلوك صحي، بحيث أجرى أكثر من ربع المعنيات (25,85%) جميع الفحوصات الطبية الضرورية (قياس الوزن، قياس ضغط الدم، تحاليل البول والدم،). مثل احتمال الأجوبة 1 1 1 1 1 1 1 1 1 هذه الفئة من النسوة. وقام حوالي خمسين بكل الفحوصات المقترحة ماعدا فحص طبي واحد، بغض النظر عن نوعه، علما أن عدم قياس الأطوال كان الأكثر انتشارا (13,8%). في المقابل، أظهرت المعطيات قلة من النسوة (0,3%) لم تجر أي فحص طبي (الجدول رقم 6-5).

جدول رقم 6- 5: نسوة الفئة العمرية 15- 49 سنة حسب الفحوصات الطبية المجرات خلال السنتين السابقتين للمسح.

احتمالات الإجابة ¹	التكرار	النسبة	النسبة المجمعة
1 1 1 1 1 1 1 1 1	1298	25,9	25,9
1 1 1 1 2 1 1 1 1	695	13,8	39,7
1 1 1 1 2 1 1 1 2	175	3,5	43,2
1 1 1 2 2 1 1 1 1	175	3,5	46,7
1 1 1 1 2 1 2 1 1	145	2,9	49,6
1 1 1 2 2 1 1 1 2	135	2,7	52,2
1 2 1 2 2 2 2 1 2	127	2,5	54,8
1 2 1 1 2 1 1 1 1	121	2,4	57,2
1 1 1 2 2 2 2 1 2	96	1,9	59,1
1 1 1 1 2 2 2 1 1	95	1,9	61,0
1 1 1 2 2 2 2 1 1	75	1,5	62,5
1 1 1 2 2 1 2 1 1	68	1,4	63,8
1 2 1 1 1 1 1 1 1	67	1,3	65,1
1 1 1 1 2 2 2 1 2	65	1,3	66,4
1 1 1 1 1 1 2 1 1	62	1,2	67,7
1 1 1 2 2 1 2 1 2	58	1,2	68,8
1 2 1 1 2 1 1 1 2	54	1,1	69,9
1 2 1 2 2 2 2 1 1	52	1,0	71,0
1 2 1 2 2 1 1 1 1	49	1,0	72,0
المجموع الجزئي	3614	72,0	100
مجموع الإجابات الأخرى	1409	28,0	
المجموع الكلي	5023	100	
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006			

تمكننا الجدولة المعتمدة من تمييز الفحوصات الطبية لما نقرأ معطيات الجدول عموديا حسب خانات العمود الأول. نستطيع قراءة الخانات بشكل منفرد أو بشكل مركب حسب الخيار (أنظر أسفل التهميش). تمكننا هذه القراءة من تحديد الفحوصات الطبية الأكثر طلبا على سبيل المثال. حسب معطيات المسح، كان قياس ضغط الدم الخدمة الأكثر طلبا (95,1%). يأتي في المرتبة الثانية الفحص الطبي النسائي (94,1%) وجاءت عملية تحديد وضعية الجنين في المرتبة الثالثة (87,7%). (المخطط رقم 6-3).

¹تمثل الخانة الأولى قياس الوزن، الخانة الثانية قياس ضغط الدم، الخانة الثالثة تحاليل البول، الخانة الرابعة تحاليل الدم، الخانة الخامسة قياس القامة، الخانة السادسة ارتفاع الرحم، الخانة السابعة الأشعة الصوتية، الخانة الثامنة الفحص الطبي النسائي والخانة التاسعة وضعية الجنين. في كل الحالات يمثل الدليل 1 إجراء الفحص، الدليل 2 عدم إجرائه، الدليل 8 لا تعلم والدليل 9 معطيات ناقصة.



مخطط رقم: 3-6: الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل حسب الفحص الطبي

خص المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (2006) فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز (VIH/SIDA) بأسئلة، غير أن نسبة بسيطة جدا من المبحوثات (1,9%؛ 98% مبحوثة) صرحن بتلقيهن معلومات عن فيروس فقدان المناعة (VIH/SIDA) وأجرى 1,6% فقط من بينهن الاختبار (الملحق 4؛ الجداول 14-15-16).

6.1.6. التطعيم ضد الكزاز (التيتانوس):

يعتبر التطعيم ضد الكزاز أولوية الأولويات، ذلك لأهميته القصوى، بحيث تحمي حقنة التيتانوس الحامل وجنينها من مخاطر العدوى خاصة قبل وأثناء الولادة، بسبب تلوث الأدوات الجراحية أو تلوث أيدي الأطباء أو الممرضات خاصة عند قطع الحبل السري....
ومن أجل تفادي إصابة الأمهات بتسمم التيتانوس، تعطى جرعات التطعيم أثناء فترة الحمل أو في فترة مبكرة من حياتهن الإنجابية.

جدول رقم 6-6: امتلاك نسوة الفئة العمرية 15-49 سنة بطاقة أو دفتر خاص بالتقنيات.

امتلاك بطاقة أو دفتر صحي للتطعيم	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
نعم (رؤية البطاقة)	1850	33,26	1850	33,26
نعم (دون رؤية البطاقة)	1683	30,26	3533	63,52
لا	1984	35,67	5516	99,19
معطيات ناقصة	45	0,81	5561	
المجموع	5561	100		

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006

حسب معطيات الجدول تمتلك غالبية المجتمع المدروس (ثلثي المبحوثات: 63,52%) بطاقة/ دفترًا صحيًا خاصًا بالتطعيم.

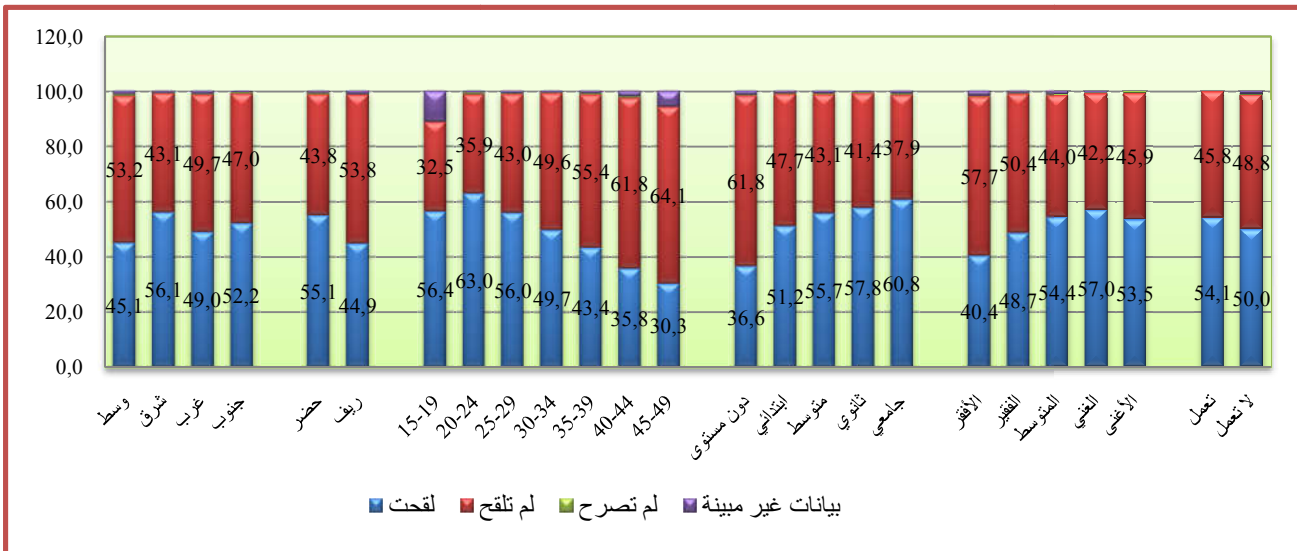
في حين لا تمتلك البقية (35,67%) بطاقة ولا دفتر صحي خاص بالتطعيم. تكثر هذه الفئة بين نسوة الأوساط الريفية (40,8%)، بين اللاتي تعشن بمنطقة الغرب الجزائري (45,1%) وبين الماكثات في البيوت (36,4%). (الجدول رقم 17؛ الملحق 4).

لما ندخل السن كمتغير مراقبة حتى نميز مالكات البطاقة/ الدفتر الصحي، سوف نلاحظ انخفاض نسبهن بارتفاع الأعمار، إذ انتقلت من 71,5% بين نسوة الفئة العمرية 20-24 سنة إلى 67% (25-29 سنة) لتصل إلى 49,8% بين ذوات الأعمار 45-49 سنة.

ترتفع كذلك نسب امتلاك دفتر صحي خاص بالتلقيح بارتفاع مستوى التعليم ومستوى المعيشة، بحيث انتقلت النسبة من 50,2% بين غير المعلمات إلى 74% بين الجامعيات (فارق يفوق 24 نقطة). وانتقلت من 52,7% بين نسوة الأسر الأكثر فقرا إلى 69,3% بين المنتميات للأسر الأكثر رفاها. (الجدول رقم 17؛ الملحق 4).

دعم اختبار الاستقلالية هذه النتيجة (كاي مربع، عند 4 درجات حرية ومستوى معنوية قدره 5%)، بحيث فاقت في الحالتين قيمة التوزيع المجدولة القيمة المحسوبة¹.

تلقي نصف النسوة (50,3%) جرعة واحدة على الأقل من لقاح التيتانوس خلال فترة الحمل (أنظر الملحق 4: جدول رقم 18). ارتفعت النسبة بحوالي 6 نقاط مقارنة بسنة 2002.



مخطط رقم: 6- 4: تطعيم نسوة الفئة العمرية 15-49 سنة ضد التيتانوس خلال الحمل

¹ كا² المحسوبة للعلاقة بين المتغير التعليمي وامتلاك دفتر صحي هي 185,5. وكا² المحسوبة للعلاقة بين م الثروة وامتلاك دفتر صحي هي 114,1.

يشير المخطط رقم 4-6 إلى أن نسبة الحضرية المتناولات لجرعة ضد التيتانوس على الأقل تفوق بعشر مرات نسب مثيلاتها في الأرياف، كما أن هذه النسبة كانت مرتفعة في الشرق الجزائري مقارنة بالمستويات المسجلة في مناطق الوطن الأخرى.

تبين أيضا تراجع نسب التلقيح بارتفاع أعمار النسوة، بحيث تراجعت من 63% بين نسوة الفئة العمرية 20-24 سنة إلى 30,3% بين نسوة ذوات الأعمار 45-49 سنة.

في المقابل، ترتفع نسب التلقيح بارتفاع مستوى التعليم، إذ سجلنا النسبة 36,6% بين غير المتعلمات، لكنها ارتفعت بأكثر من 23 نقطة بين الجامعيات. يرجع اختلاف مستويات الظاهرة لمدى وعي الأكثر تعليما بأهمية التطعيم في حياة الأم والمولود معا.

حسب مستوى الرفاه، تقل نسب التلقيح بين نسوة الأسر المصنفة فقيرة والأكثر فقرا وتتقارب النسب بين النسوة ذوات الدخل المتوسط والمرتفع.

حسب الوضعية المهنية، نلاحظ أن مستوى التلقيح بين العاملات يفوق بقليل فقط المستوى المسجل بين غير النشيطات وهذا مرتبط بضعف نسب العاملات بين مجموع النسوة.

وإجمالا، نلاحظ قلة الإقبال على اللقاحات بين الفئات الأقل دخلا، مع كونها مجانية، وهذا لا يفسر إلا بقلة الوعي بأهمية اللقاحات.

حتى ندعم النتائج السابقة إحصائيا، وظفنا اختبار الاستقلالية (كاي مربع). الذي أكد فرضية الاستقلالية بين المتغير التابع (الإقبال على التلقيح ضد الكزاز) و الخصائص العامة للنسوة. ندرج نتائج الاختبار في الجدول رقم 19 (الملحق 4).

أشرنا سابقا إلى أن النسوة الآخذات لجرعة واحدة على الأقل من اللقاح المضاد للكزاز خلال فترة الحمل الأخير يمثلن نصف المجتمع المدروس (الحاصلات على الولادة الحية الأخيرة خلال السنتين السابقتين للمسح).

أخذت نصف هذه الفئة من النسوة (50,31%) جرعتين من اللقاح، وأخذ ثلثها ثلاث جرعات وتمكن سدسها من جرعة واحدة فقط (16,17%) (الملحق 4: جدول رقم 20).

صرح أكثر من ثلث (35,9%) غير الملقحات أو الآخذات لجرعة واحدة فقط بتلقي حقنا ضد التيتانوس قبل فترة الحمل (الملحق 4: الجدول رقم 21)، بموجب متوسط قدره 3,22 جرعة، بغض النظر عن سنة آخر تلقيح. (الملحق: الجدول رقم 22).

أدرج المسح أسئلة تحدد سنة آخر تلقيح عندما يرتبط الأمر بالملقحات قبل حملهن الأخير (أي خارج آخر سنتين منذ تاريخ الملاحظة). وإن كانت مدة فاعلية اللقاح لم تنته¹ بعد فيما يخص بعض النسوة، نقول رغم ذلك أن نسبة معتبرة من المعنيات (14,75%) انتهت فاعلية اللقاح² لديهن (الملحق 4: الجدول رقم 23). رغم مجانية اللقاحات في الجزائر، نسجل وجود نسبة معتبرة ممن لم يستفدن من التطعيم المهم لتدني مستوى الوعي والثقافة الصحية.

2.6. رعاية النسوة صحيا أثناء الولادة:

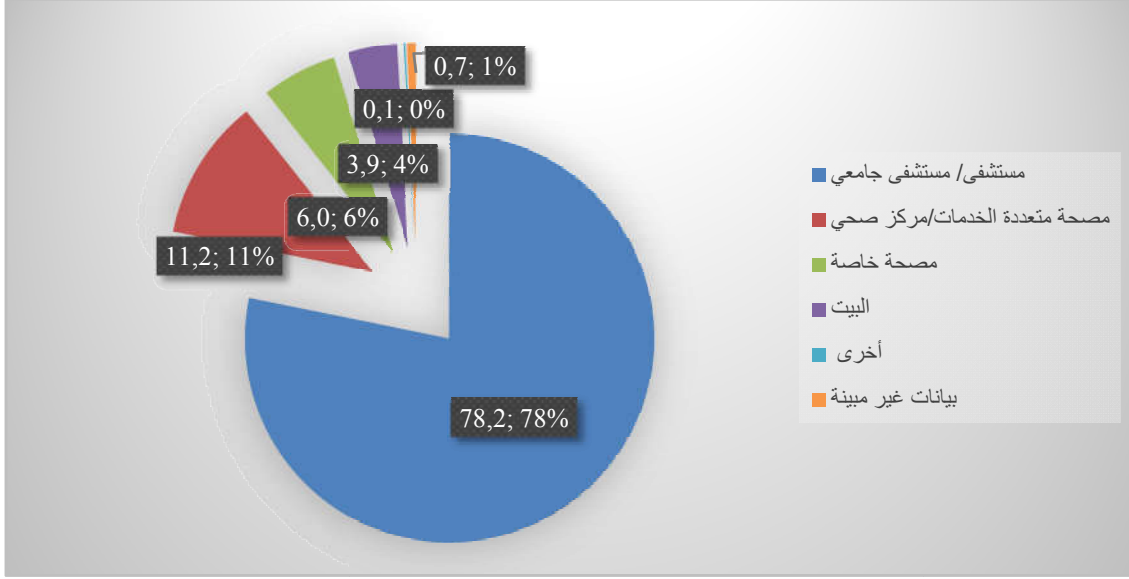
تعتبر ساعات الولادة، رغم قصرها، من أخطر المراحل على حياة أي أم لما قد تحمله من مخاطر ومضاعفات قد تؤثر على سلامة الأم والوليد [2]. وهكذا فإن ظروف الولادة الملائمة تقلل تعرض الأم والوليد للمضاعفات والمخاطر. وهذا يعني أن توفير خدمات ومستلزمات الولادة الآمنة وكذا الولادة على أيادي مؤهلين ومدربين تمثل أحد أهم خدمات الرعاية الصحية الواجب توفيرها لكل امرأة أثناء عملية الولادة.

1.2.6. مكان الولادة:

تحقق الجزائر نسب ولادات عالية في المراكز الصحية وتحت إشراف طبي مؤهل، مقارنة بالمستويات المسجلة عربيا. تشير معطيات المسح إلى أن 95,3% من مجموع نسوة الأعمار 15-49 سنة، المنجيات لولادة حية خلال السنتين السابقتين لتاريخ الملاحظة ووضعن ولادتهن الأخيرة في مرفق صحي ارتفعت بـ 6 معدلات مقارنة مع سنة 2002 (مسح صحة الأسرة).

فضل أربع أخماس (78,2%) هذا المجتمع النسوي الولادة في المستشفيات أو المراكز الصحية العمومية (المخطط رقم 5.6) ووضع عشرين (11,2%) في العيادات متعددة الخدمات أو في مراكز التوليد الخاصة، بحيث اقتصرت البيوت على نسبة قليلة من الولادات (3,9%)، مسجلة تراجع قدره 5 نقاط، مقارنة بنتائج مسح 2002 (صحة الأسرة).

¹ مدة فاعلية اللقاح ضد التيتانوس تتراوح بين 5 و10 سنوات.
² اعتمدنا المتوسط 10 سنوات كمدة لفاعلية اللقاح، وتكون بذلك سنة 1996 آخر سنة لفاعليته.



مخطط رقم: 5-6: مكان الولادة خلال السنتين السابقتين للمسح.

تظل الملاحظة السابقة سارية (الولادة في مرفق صحي) حتى لما نميز المستجوبات حسب وسط الإقامة، المنطقة الجغرافية، السن، مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي والوضعية المهنية، مع اختلافات بسيطة حسب المتغير.

عند تمييز الولادات المسجلة في البيوت سوف نلاحظ ما يلي:

- اختلاف هذه النسبة كثيرا حسب وسط الإقامة (1,1% في الحضر مقابل 7% في الريف)؛
- تحوز نسوة منطقة الجنوب الجزائري على أكبر نسبة (10,1%)؛
- سجلت أكبر نسبة من هذا النوع من الولادات بين نسوة الفئة العمرية 15-19 سنة (15,4%)؛
- ترتبط أكبر نسبة بغير المتعلمات. أكد اختبار كاي مربع علاقة ارتباط الولادة في وسط¹ صحي بارتفاع مستوى التعليم²؛
- عرفنا أن نسبة اللاتي ولدن في المنزل تقل بارتفاع مؤشر الثروة، بحيث ارتبطت الظاهرة أكثر بالنسوة الأكثر فقرا (عشر النسوة المعنيات). أكد كذلك اختبار كاي مربع فرضية الاستقلالية بين المستوى الاقتصادي والإقبال على الولادة في مركز طبي³؛

¹مركز صحي: المستشفى، مصحة متعددة الخدمات ومصحة طبية خاصة.

²فأقت قيمة التوزيع المحسوبة (255,02) القيمة المجدولة (9,49) عند درجة الحرية 4 وعند مستوى الدلالة 5%، وهي علاقة ارتباط عكسية، بحيث بلغت قيمة معامل ارتباط سبيرمان (Spearman) المقدار -0.19. عند مستوى الدلالة الإحصائية $\alpha=0,01$.

³بلغت قيمة مربع كاي 200,73 عند درجة الحرية 4 ومستوى المعنوية $\alpha=0,05$ ظهر أن العلاقة بين المتغيرين عكسية، إذ بلغ معامل الارتباط (سبيرمان) عند مستوى الدلالة 0,01 القيمة -0.162.

- في المقابل، أكد معامل ارتباط سبيرمان استقلالية الحالة الفردية وسلوك النسوة¹ (مكان الوضع والحالة المهنية)، إذ بينت المعطيات أن مكان الولادة لا يتحدد تبعاً للحالة الفردية (الجدول 6-7).

جدول رقم 6-7: مكان الولادة وبعض الخصائص العامة.

المجموع	مكان الولادة							متغيرات المراقبة	
	بيانات غير مبيّنة	أخرى	البيت	مصحة خاصة	مصحة م خ /مركز صحي	مستشفى /مركز أمومة	حضر	ريف	
2953	100	0,5	0,1	1,1	7,7	8,8	81,8	حضر	الوسط
2608	100	1,0	0,2	7,0	3,9	13,8	74,1	ريف	
1861	100	1,1	0,0	3,6	11,1	12,9	71,3	وسط	المنطقة
1713	100	0,5	0,2	2,2	3,2	5,5	88,3	شرق	
1273	100	0,7	0,2	3,1	4,9	17,6	73,4	غرب	
714	100	0,1	0,2	10,1	0,9	8,7	80,1	جنوب	
30	100	0,0	0,0	15,4	16,1	11,6	56,9	15-19	فئات الأعمار
689	100	0,5	0,1	2,5	6,0	10,4	80,5	20-24	
1552	100	0,7	0,2	2,7	7,0	11,0	78,5	25-29	
1531	100	0,3	0,1	4,4	6,2	10,8	78,3	30-34	
1176	100	0,7	0,1	4,2	5,1	12,8	77,1	35-39	
537	100	1,8	0,4	6,1	3,9	9,7	78,0	40-44	
47	100	5,6	0,0	2,9	2,5	15,9	73,1	45-49	
1542	100	1,4	0,2	10,4	1,8	13,8	72,3	غير متعلمة	مستوى التعليم
1057	100	0,8	0,0	2,7	4,2	13,2	79,1	ابتدائي	
1406	100	0,4	0,0	1,2	7,0	9,8	81,5	متوسط	
1230	100	0,0	0,3	0,6	9,6	8,2	81,3	ثانوي	
326	100	0,9	0,0	0,5	13,1	9,2	76,2	جامعي	
1279	100	1,4	0,3	10,4	1,1	12,9	73,9	الأفقر	مؤشر الثروة
1173	100	0,6	0,0	2,9	4,2	12,5	79,8	الفقير	
1097	100	1,0	0,0	2,2	5,4	11,8	79,6	المتوسط	
1033	100	0,5	0,3	1,2	5,7	9,8	82,5	الغني	
979	100	0,0	0,1	1,1	15,2	7,9	75,7	الأغني	
452	100	0,0	0,2	3,0	8,7	10,1	78,0	تعمل	الوضعية الفردية
5102	100	0,8	0,1	3,9	5,7	11,2	78,2	لا تعمل	
7	100	0,0	0,0	0,0	8,6	16,9	74,5	معطيات ناقصة	
5561	100	0,7	0,1	3,9	6,0	11,2	78,2	المجموع	
		40	8	215	331	620	4347		

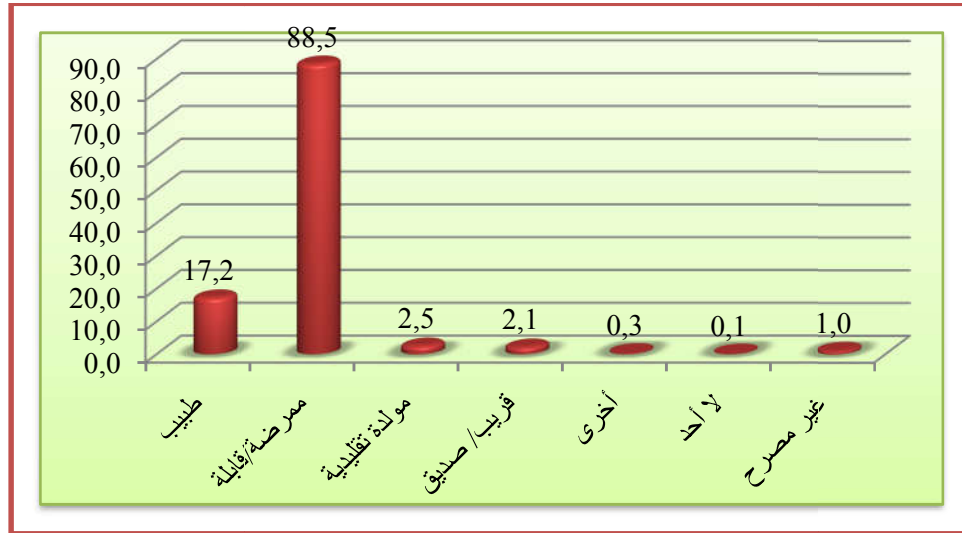
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006.

¹ بلغ معامل الارتباط "سبيرمان Spearman"، من خلال مستوى دلالة الاختبار "sig" التي تساوي 0,35 وهي أكبر من مستوى الدلالة 0,01 مما يعني أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين المتغيرين.

لما نقارن نتائج عملنا بنتائج مسح 2002، سوف نلاحظ تراجع نسبة الولادات الحية المسجلة في المستشفيات بنقطتين. في المقابل، ارتفع نسب الطالبات لخدمات العيادات المتعددة الخدمات بمقدار 5 نقاط. زاد كذلك مستوى الطلب على خدمات المصحات الخاصة (6%) .نسجل ارتفاع النسب لما يتعلق الأمر بنسوة الحضر، بالقاطنات بمنطقة الوسط الجزائري وعندما يتعلق الأمر بالأصغر سنا 15-19 سنة، بالجامعيات، وبالمنتميات للأسر المصنفة الأكثر غنى وبالعاملات.

2.2.6. المؤهل الطبي المشرف على الولادة:

عندما نميز المقدمين للخدمة، بشكل مستقل، تأتي الممرضة/ القابلة كمساعدة رئيسية والمشرفة الأولى على الولادة (88,5%)، يأتي الطبيب في المركز الثاني (17,2%) وتأتي المولدة التقليدية والأقرباء في المرتبة الثالثة والرابعة بموجب النسبتين 2,5% و 2,1% على التوالي. تمت القراءة وفق هذا المنظور عموديا (المخطط رقم 6-6).



مخطط رقم: 6-6: المشرف على ولادات السنتين السابقتين للمسح.

عموما بلغت نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف إطار طبي مؤهل (ممرضة/ قابلة، طبيب)، بغض النظر عن عدد المشرفين على عملية الولادة 95,24%.

عند تمييز الفئات، بالنظر إلى المشرفين أو المساعدين أثناء عملية الولادة، سوف نلاحظ إشراف أكثر من مساعد على بعض الولادات. تأتي في المرتبة الأولى الممرضة/ القابلة (أكثر من ثلاث أرباع النسوة؛ 77,8%)، ثم الطبيب والممرضة/ القابلة معا في المرتبة الثانية (عشر النسوة المعنيات، 10,3%)، ثم الطبيب لوحده بموجب النسبة 6,7%. أما الولادة تحت إشراف قابلة تقليدية فلم تخص سوى 1,6% فقط من مجموع المشرفين على ولادات آخر سنتين قبل الملاحظة. يشمل الجدول رقم 24 بقية الاحتمالات (الملحق 4).

جدول رقم 6-8: المشرف المؤهل على ولادات آخر سنتين وبعض الخصائص العامة.

المجموع		الإطار المشرف على الولادة							متغيرات المراقبة	
		أخرى ¹	قريب/ أصدقاء	لم تصرح	مولدة تقليدية	طبيب	طبيب وممرضة/ قابلة	ممرضة/ قابلة		
2953	100	0,8	0,2	0,9	0,4	8,6	11,9	77,2	حضر	الوسط
2608	100	2,4	1,9	1,2	3,0	4,5	8,5	78,5	ريف	
1861	100	1,4	1,0	1,3	1,7	8,2	15,1	71,2	وسط	المنطقة
1713	100	1,2	0,4	1,1	1,0	5,6	9,6	81,1	شرق	
1273	100	0,6	1,1	0,7	1,2	8,4	7,5	80,5	غرب	
714	100	4,5	2,1	0,7	3,7	2,4	4,3	82,2	جنوب	
30	100	11,6	3,3	0,0	0,9	12,2	2,7	69,2	15-19	فئات الأعمار
689	100	1,0	0,9	0,7	0,8	8,2	7,5	80,7	20-24	
1552	100	1,4	1,0	1,1	0,9	6,5	12,4	76,8	25-29	
1531	100	1,2	1,1	0,8	2,2	5,8	11,1	77,7	30-34	
1176	100	2,1	0,8	0,9	1,7	6,8	8,7	78,9	35-39	
537	100	2,0	1,2	1,9	3,1	7,1	10,1	74,7	40-44	
47	100	2,6	0,8	5,6	1,0	7,9	0,0	82,2	45-49	
1542	100	3,3	2,9	1,5	4,6	4,0	5,0	78,6	دون مستوى	مستوى تعليم
1057	100	1,5	0,6	0,9	0,8	5,3	9,9	81,1	ابتدائي	
1406	100	0,4	0,3	0,8	0,5	5,8	11,8	80,5	متوسط	
1230	100	0,9	0,1	0,7	0,2	10,2	14,5	73,5	ثانوي	
326	100	0,9	0,2	1,6	0,0	14,9	14,6	67,7	جامعي	
1279	100	3,3	3,2	1,6	4,6	3,9	6,6	76,9	الأفقر	مؤشر الثروة
1173	100	1,3	0,8	0,7	0,9	5,9	9,4	81,0	الفقير	
1097	100	1,0	0,2	1,2	1,1	5,7	9,7	81,0	المتوسط	
1033	100	0,8	0,1	0,6	0,4	8,1	11,8	78,2	الغني	
979	100	0,9	0,1	0,9	0,4	11,1	15,4	71,2	الأغنى	
452	100	1,0	0,4	0,7	1,4	10,4	16,6	69,5	تعمل	الوضعية الفردية ²
5102	100	1,6	1,1	1,1	1,6	6,4	9,8	78,5	لا تعمل	
1441	100	1,1	0,2	1,2	0,1	10,8	15,6	70,9	الولادة الأولى	رتبة الولادة
2262	100	1,1	1,1	0,6	1,1	6,1	10,6	79,5	3-2	
1176	100	2,1	1,0	1,1	1,8	4,5	6,5	83,0	5-4	
682	100	3,1	2,4	2,1	6,3	3,8	4,7	77,7	6 وأكثر	
5561	100	1,6	1,0	1,0	1,6	6,7	10,3	77,8	المجموع	
		86	56	58	90	373	573	4325		

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006.

¹يشمل الدليل 'أخرى' بقية الاحتمالات.

²استبعدنا المعطيات الناقصة (7 ملاحظات).

يقتصر الجدول رقم 8.6 على نسب أهم احتمالات الأجوبة (المشرفين على الولادات)، لكننا بالرجوع إلى الجدول المفصل نستطيع قراءة المعطيات بأكثر حرية.

نستطيع مع هذا حساب النسب حسب المتدخل، دون إغارة اهتمام للمتدخلين الآخرين، المحددين باحتمالات الأجوبة المدرجة في الجدول. نلاحظ مثلا ارتفاع نسب إشراف الأطباء على عمليات الولادة بين نسوة الحضر (20,5%: 8,6+11,9) وبين نسوة منطقة الوسط الجزائري (23,3%) وبين صغيرات السن (15%).

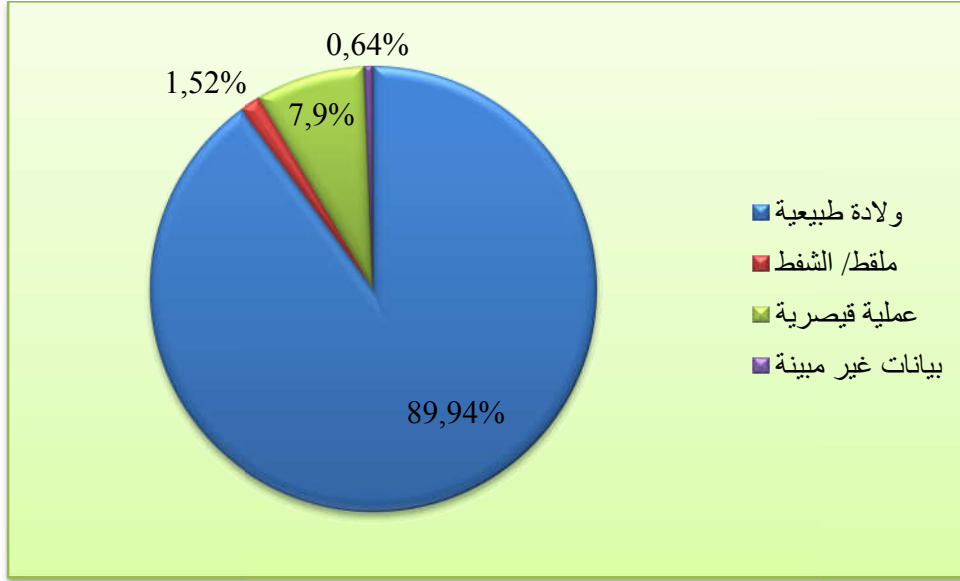
كما ترتفع نسب الولادة تحت إشراف الأطباء بارتفاع مستوى التعليم (من 9% بين غير المتعلّقات إلى 29,5% بين الجامعيات) وترتفع أيضا بارتفاع المستوى الاقتصادي (من 10,5% بين الأكثر فقرا إلى 26,5% بين الأكثر غنى). نلاحظ أيضا أن أكثر من ربع النسوة (26,4%) فضلن إنجاب الولادة الأولى تحت إشراف طبيب في المقابل، ينخفض الطلب على هذه الخدمة بارتفاع رتبة المولود.

تجدر الإشارة إلى أن الولادات التي تمت في البيوت (3,9% من مجموع الولادات) كان معظمها برعاية قابلة تقليدية (62,14%)، بغض النظر عن المساعدين الآخرين، علما أن 41,19% من مجموع ولادات البيوت تمت تحت إشراف القابلة التقليدية فقط. نشير في هذا الإطار إلى غياب شبه تام للمشرفين المؤهلين (طبيب، ممرضة/قابلة). في المقابل، جاء ربع هذا النوع من الولادات (25,71%) بمساعدة أحد الأقرباء/ الأصدقاء.

نذكر في الأخير بإمكانية قراءة المعطيات بشكل أكثر تفصيلا (الملحق 4: الجدول رقم 25).

3.2.6. طبيعة الولادة:

عندما تتمتع الحامل برعاية جيدة ومتابعة دائمة، فإننا نقلل من اللجوء للعمليات القيصرية. أكدت معطيات المسح هذه الملاحظة.



مخطط رقم: 6-7: طبيعة ولادات السنتين السابقتين للمسح.

تمت معظم الولادات بصورة طبيعية (90%)، بحيث اقتصر اللقط أو الشفط على نسبة بسيطة جدا (1,52%). في حين ساهمت العمليات القيصرية بنسبة معتبرة (7,9%) في مجموع الولادات.

تم أكثر من ثلثها (36,8%) في بلديات الإقامة وتم إحالة 37% من مجموعها إلى خارج بلدية الإقامة، إضافة إلى إحالة حالات عديدة أخرى (17,55%) بشكل مستعجل لخارج نطاق جغرافيا الإقامة(الملحق 4:الجدول رقم 26).

جدول رقم 6-9: الولادات القيصرية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب مكان الوضع وبعض الخصائص.

المجموع	مكان الوضع				وسط الإقامة	المنطقة الجغرافية
	معطيات ناقصة	إحالة غير عاجلة خارج بلدية الإقامة	إحالة عاجلة خارج بلدية الإقامة	بلدية الإقامة		
96	100	4,8	41,7	15,2	38,3	حضر
88	100	15,9	38,5	25,9	19,8	ريف
91	100	4	38,2	7,5	50,3	حضر
49	100	10,1	39,3	31	19,6	ريف
86	100	9,1	24,8	12,8	53,3	حضر
38	100	14,5	52,2	17,9	15,4	ريف
20	100	1,5	12,7	19,3	66,5	حضر
7	100	6,2	58,4	33,3	2,1	ريف
293	100	5,6	33,7	12,4	48,4	حضر
182	100	13,7	42,3	25,8	18,2	ريف
184	100	10,1	40,2	20,3	29,4	وسط
140	100	6,1	38,6	15,7	39,6	شرق
124	100	10,7	33,2	14,4	41,7	غرب
27	100	2,7	24,2	22,8	50,4	جنوب
475	100	8,7	37	17,5	36,8	المجموع الكلي
		41	176	83	175	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006.

لبناء الجدول رقم 10.6 وظفنا ثلاثة متغيرات: مكان الولادة (الخانة الأولى)، طبيعة الولادة (الخانة الثانية) وبلدية الولادة (الخانة الثالثة). في هذا الجدول، يمثل كل سطر فئة من الأمهات. جدول رقم 6-10: مكان، طبيعة وبلدية ولادات السنتين السابقتين للمسح.

النسبة	التكرار	احتمال الإجابة ¹
70,8	3939	. 1 1
10,8	600	. 1 2
4,2	234	. 1 3
3,9	215	. 1 4
2,6	146	1 3 1
2,3	130	3 3 1
1,2	69	. 2 1
95,8	5333	المجموع الجزئي
4,2	228	بقية احتمالات الأجوبة
100	5561	المجموع العام

¹ تمثل الخانة الأولى: مكان الولادة (1= مستشفى/ مستشفى جامعي، 2= مركز صحي/ عيادة متعددة الخدمات، 3= مصحة خاصة، 4= البيت، 6= أخرى و9= بيانات غير مبنية)، الخانة الثانية: طبيعة الولادة (1= ولادة طبيعية، 2= ملقط/ شفط و3= عملية قيصرية). الخانة الثالثة: بلدية الولادة (1= بلدية الإقامة، 2= إحالة المستعجلة خارج بلدية الإقامة و3= إحالة غير المستعجلة خارج بلدية الإقامة)

نقتصر في الجدول المشار إليه على أهم الفئات (95,8% من مجموع المعنيات بالملاحظة)، بحيث نحيل مجموع المعطيات على الملحق 4 (الجدول رقم 27).

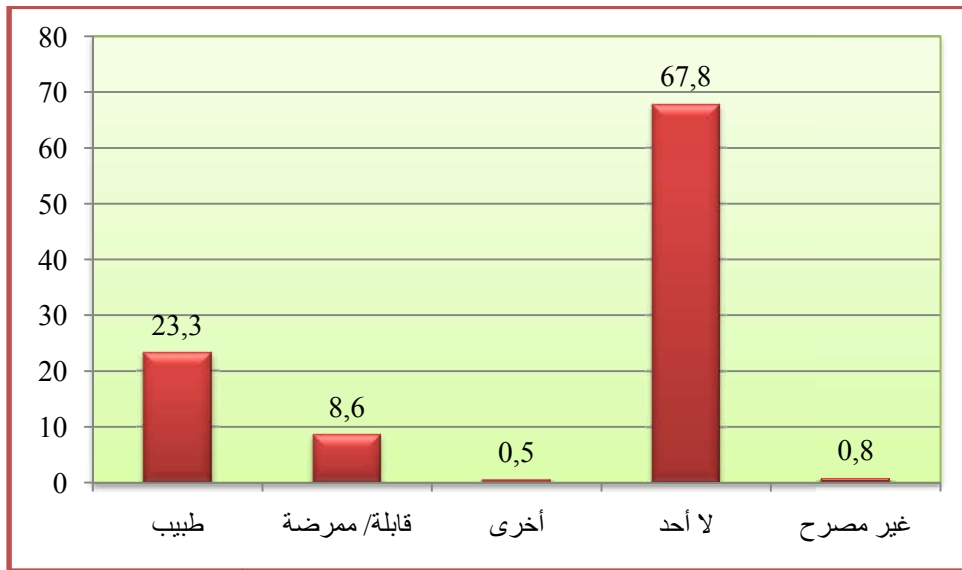
وهكذا تبين أن معظم النسوة (89,7%) كانت ولادتهن طبيعية. يمثل هذا المؤشر مجموع النسب المكونة من الدليل 1 في الخانة الثانية (مكان الوضع)، مهما كانت مداليل مكان الولادة (الخانة الأولى، لأن الخانة الثالثة (مكان الوضع) تتكون من معطيات ناقصة (نقاط). تمت هذه الولادات في أماكن مختلفة: المستشفى (70,8%)، مركز صحي/ عيادة متعددة الخدمات (10,8%)، مصحات خاصة والبيوت (4,2%) و3,9% على التوالي).

وعرفنا أن ولادات العمليات القيصرية (1,6%) يتم عموماً إحالتها بطريقة مستعجلة خارج بلديات الإقامة (مجموع النسب المبنية على أساس الدليل 3 في الخانة 2 والدليل 2 في الخانة 3) ويتم معظمها في المستشفيات.

3.6. رعاية النسوة بعد الولادة:

أشرنا سابقاً إلى أن رعاية الأمهات بعد الولادة أحد أهم شروط الأمومة الآمنة، لأهمية هذه المرحلة في حياة النسوة والأطفال. رغم هذا مازال الإقبال على الفحوصات محتشماً. تشير معطيات المسح إلى أن أكثر من ثلثي المعنيات (67,8%) لم يقمن بأي فحص طبي بعد الولادة، خاصة خلال فترة الأربعين يوماً بعد الولادة (مرحلة النفاس). وهكذا فقد مثلت نسبة المقبلات على الكشف بعد الولادة بـ 31,2%. والتي ارتفعت بمقدار نقطة واحدة فقط مقارنة بسنة 2002.

جاء الأطباء في مقدمة مقدمي خدمات ما بعد الولادة (23,3%) وجاءت القابلات/ الممرضات في المرتبة الثانية (8,6%).



مخطط رقم: 8.6: مقدمو الرعاية الطبية خلال فترة ما بعد الولادة.

لخص المخطط رقم 8.6 المعطيات بشكل عام، بحيث لم نميز مقدمي الخدمات خاصة وأن السؤال ذي أجوبة متعددة. لهذا السبب سوف نعيد تقديم نفس المعطيات، لكن أخذين بعين الاعتبار هذه المرة أغلبية احتمالات الأجوبة حسب بعض متغيرات المراقبة.

جدول رقم 6-11: الإقبال على خدمات ما بعد الولادة حسب مقدم الرعاية الطبية وبعض الخصائص.

الكشف الطبي بعد الولادة	الكادر الطبي المؤهل	المجموع		المشرف على الرعاية الطبية بعد الولادة									متغيرات المراقبة		
				لا احد	تتقن أي رعاية	لم تصرح/ بيانات غير مبنية	أخرى	مرمضة/ قابلة	طبيب						طبيب لوجده
									المجموع	طبيب	أخرى ¹	طبيب ومرمض/ قابلة			
37,2	36,5	2953	100	61,9	0,9	0,7	9,0	27,5	0,1	1,6	25,9	حضر	وسط الإقامة		
24,3	23,9	2608	100	74,5	1,2	0,3	5,4	18,5	0,0	0,8	17,8	ريف			
34,0	33,0	1861	100	64,2	1,8	1,0	6,3	26,7	0,1	0,8	25,8	وسط	المنطقة الجغرافية		
30,7	30,4	1713	100	68,7	0,6	0,4	6,4	23,9	0,0	1,3	22,6	شرق			
31,4	31,2	1273	100	67,8	0,9	0,2	6,7	24,6	0,0	1,2	23,3	غرب			
24,5	24,0	714	100	75,3	0,2	0,5	13,1	10,9	0,1	2,1	8,7	جنوب	فئات الأعمار		
44,7	36,0	30	100	55,3	0,0	8,7	10,6	25,4	0,0	0,6	24,7	19-15			
35,4	34,8	689	100	64,0	0,6	0,6	9,2	25,6	0,1	1,2	24,3	24-20			
33,5	33,2	1552	100	65,5	1,0	0,4	8,1	25,0	0,0	1,2	23,8	29-25			
33,0	32,5	1531	100	66,4	0,6	0,5	8,5	24,1	0,0	1,1	23,0	34-30			
25,8	25,5	1176	100	73,2	1,0	0,3	5,1	20,4	0,0	1,5	18,9	39-35			
24,7	23,7	537	100	72,7	2,6	1,1	3,7	19,9	0,0	0,9	19,0	44-40			
28,2	28,2	47	100	66,2	5,6	0,0	7,9	20,3	0,0	5,5	14,8	49-45	مستوى التعليم		
18,8	18,5	1542	100	79,2	2,0	0,3	3,6	14,9	0,0	1,1	13,8	غير متعلمة			
28,0	27,3	1057	100	71,1	0,9	0,8	7,2	20,1	0,1	0,5	19,5	ابتدائي			
32,4	31,5	1406	100	66,9	0,7	0,9	8,3	23,2	0,0	0,7	22,5	متوسط			
42,6	42,5	1230	100	57,0	0,4	0,1	10,8	31,7	0,0	2,1	29,5	ثانوي			
50,8	50,0	326	100	48,3	0,9	0,8	7,5	42,5	0,0	3,2	39,3	جامعي	مؤشر الرفاه		
18,5	18,2	1279	100	80,1	1,4	0,3	4,1	14,1	0,0	0,7	13,4	الأفقر			
28,0	27,1	1173	100	70,7	1,3	0,9	7,6	19,5	0,0	1,5	18,0	الفقير			
29,7	29,2	1097	100	69,1	1,2	0,5	7,2	22,0	0,1	1,0	20,9	المتوسط			
35,9	35,4	1033	100	63,6	0,5	0,5	10,2	25,2	0,0	1,0	24,2	الغني			
48,1	47,6	979	100	51,3	0,7	0,5	8,2	39,4	0,1	2,1	37,2	الأغنى			
44,9	44,3	452	100	54,8	0,3	0,6	9,0	35,3	0,0	2,9	32,4	تعمل		الوضعية الفردية	
29,9	29,4	5102	100	69,0	1,1	0,5	7,1	22,3	0,0	1,1	21,1	لا تعمل			
44,4	43,9	1441	100	54,6	1,0	0,5	11,0	32,9	0,1	1,7	31,1	الولادة 1	رتبة المولود		
30,6	30,3	2261	100	68,9	0,5	0,3	7,5	22,8	0,0	1,1	21,7	3-2			
23,9	23,1	1176	100	75,2	0,9	0,8	4,5	18,6	0,0	1,4	17,2	5-4			
17,4	16,7	682	100	79,5	3,1	0,7	3,8	12,8	0,0	0,4	12,4	6 وأكثر			
31,2	30,6	100		67,8	1,0	0,5	7,3	23,3	0,0	1,2	22,1	المجموع			
1732	1703	5561		3772	57	30	406	1297	2	68	1226				

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

يمكننا الإشارة إجمالاً لما يلي:

¹ طبيب وأخرى: طبيب وأخرى، طبيب وقابلة/ ممرضة ومولدة تقليدية.

- حسب مكان الإقامة، يرتفع مستوى الإقبال على خدمات ما بعد الولادة في الوسط الحضري (37,2% مقابل 24,3% في الريف)، مع إشراف الأطباء على 27,5% من مجموع الخدمات المقدمة في هذا الوسط؛
- حسب المنطقة الجغرافية، عرفت منطقة الوسط الجزائري أعلى نسب الإقبال على خدمات مرحلة النفاس (34%)، لتأتي منطقتا الغرب والشرق في المرتبتين الثانية والثالثة (31,4% و30,7% على التوالي). وساهم الأطباء بأصغر نسب الخدمات (10,9%) في منطقة الجنوب (آخر مرتبة في عموم الخدمات)؛
- ترتفع نسب المقبلات على فحوصات ما بعد الولادة بارتفاع مستوى التعليم، بحيث انتقلت النسبة من 18,8% بين غير المتعلمات إلى 28% وإلى أكثر من 50,0% عندما تعلق الأمر بالجامعيات، علما أن 42,5% من مجموع خدمات هذه الفئة من النسوة تتم تحت إشراف أطباء؛
- تبين أيضا أنه كلما ارتفع مؤشر الرفاه، زادت نسبة الإقبال على الفحوصات الطبية، حيث انتقلت من 18,5% بين نسوة الأسر المصنفة أكثر فقرا إلى 48,1% بين الأكثر غنى؛
- كما أن العاملات كانت أكثر حرصا على خدمات ما بعد الولادة (44,9% مقابل 29,9% بين غير العاملات). يمكن تفسير الفارق بضرورة تقديم الشهادات اللازمة لعمليات التعويضات المالية؛
- كما أن رتبة المولود تؤثر على مستوى الإقبال على خدمات ما بعد الولادة، بحيث كلما ارتفعت رتبة المولود قلت نسبة المتابعة (من 44,4% بين ذوات الولادة الواحدة إلى 17,4% بين ذوات الأمومة الأكبر (6 ولادات وأكثر)).

واستكمالا للصورة ارتأينا تأكيد النتائج المشار إليها باستخدام اختبار الاستقلالية (كاي مربع) بين المتغير التابع (الإقبال على الرعاية الصحية بعد الولادة) وبعض خصائص النسوة الذي أكد على وجود علاقة ارتباطيه بين المتغير التابع (إقبال النسوة على الرعاية بعد الولادة) والمتغيرات المستقلة. (الملحق 4: الجدول رقم 28).

1.3.6. أسباب عدم استفادة النسوة من الرعاية الصحية بعد الولادة:

خص هذا السؤال ثلثي أفراد العينة (اللاتي لم يستفدن من الخدمات الصحية لما بعد الولادة). وارتبط عدم طلب خدمات ما بعد الولادة أساسا بغياب المضاعفات (أربع أخماس مجموع الأسباب). كما كان الجهل بأهمية الفحوصات الطبية ثاني أهم الأسباب (الجدول رقم 12.6).

جدول رقم 6-12: أسباب عدم الإقبال على الرعاية الصحية خلال فترة ما بعد الولادة.

أسباب عدم تلقي الرعاية الصحية بعد الولادة	التكرار	النسبة	النسبة تصاعديا
في صحة جيدة (غياب المضاعفات)	3013	79,9	79,9
التجربة السابقة	100	2,65	82,55
الجهل بأهمية الفحص الطبي	304	8,05	90,6
خدمة غير متوفرة	78	2,06	92,66
ارتفاع تكاليف الفحص	168	4,45	97,11
أسباب أخرى	97	2,57	99,68
معطيات ناقصة	12	0,32	100
المجموع	3772	100	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006.

عند استنتاج مؤشرات هذه الفئة من النسوة سوف نلاحظ إجماعا يدرج غيابا لمضاعفات كسبب أول لعدم طلب خدمات ما بعد الولادة (فترة النفاس).

ترتفع نسبة ذكرات هذا السبب بين نسوة الفئة العمرية 20-24 سنة، وبارتفاع مستوى التعليم (انتقلت من 72,5% بين غير المتعلّقات إلى 85,6% بين الجامعيات)، وترتفع أيضا بارتفاع مؤشر الرفاه (70% بين الأكثر فقرا مقابل 88,3% بين النسوة الأكثر غنى). كما حازت العاملات على أكبر نسبة مقارنة بغير العاملات (86,3% مقابل 79,4% بين الماكثات بالبيوت). في المقابل، تتراجع نسبة الطلب على الخدمة بارتفاع رتبة المولود (انتقلت من 83,7% بين ذوات الولادة الواحدة إلى 71,4% بين ذوات 6 ولادات وأكثر). أنظر الجدول رقم 29 الملحق.

عندما نميز النسوة حسب وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية يظل تمتع المرأة بصحة جيدة وغياب أي مضاعفات السبب الأول وراء عدم تلقي فحوصات ما بعد الولادة .

كما حال الجهل بأهمية الفحص الطبي دون إقبال النسوة على الفحوصات. ميز هذا السلوك نسوة منطقة الوسط وارتبطت بالقاطنات في الحضر خاصة (سدس النسوة).

مازال إذن هذا الاعتقاد قائما رغم جهود التوعية بأهمية الرعاية الصحية الإنجابية بمراحلها الثلاث، دون استثناء، وما لأهمية المرحلة الأخيرة (الرعاية بعد الولادة) من تأثير على صحة الرضيع نفسه، إذ أن رعاية الأم أحد سبل رعاية المولود الجديد.

جدول رقم 6- 13: أسباب عدم الإقبال على الرعاية الصحية بعد الولادة حسب وسط الإقامة ومنطقة السكن.

المجموع		بيانات غير مبنية	أخرى	ارتفاع تكاليف الفحص	خدمة غير متوفرة	الجهل بأهمية الفحص الطبي	التجربة السابقة	غياب المضاعفات	أسباب الرعاية الصحية بعد الولادة عدم تلقي	
100	504	0,1	2,2	3,2	0,3	16,6	3,1	74,5	حضر	وسط
100	691	0,4	2	7,3	6,9	9,8	2,7	70,8	ريف	
100	605	0,5	2,6	3,2	0,3	4,8	2,1	86,5	حضر	شرق
100	571	0,3	5,2	7	2,7	10,4	1,8	72,6	ريف	
100	409	0,2	0,9	2,1	0	2,4	1,6	92,7	حضر	غرب
100	453	0,3	1,2	4,4	0,9	4,1	2,6	86,4	ريف	
100	309	0,3	2,8	0,9	0	4,6	4,5	86,9	حضر	جنوب
100	228	0,1	3,4	4,5	3,4	9,2	4,8	74,7	ريف	
100	1828	0,3	2,2	2,6	0,2	7,5	2,7	84,7	حضر	المجموع
100	1944	0,3	3	6,2	3,8	8,6	2,6	75,4	ريف	
100	1195	0,3	2,1	5,6	4,1	12,7	2,8	72,3	وسط	
100	1176	0,4	3,9	5,1	1,4	7,5	1,9	79,8	شرق	
100	862	0,3	1,1	3,3	0,5	3,3	2,2	89,4	غرب	
100	538	0,2	3,1	2,4	1,4	6,6	4,6	81,7	جنوب	
100	3772	0,3	2,6	4,5	2,1	8	2,7	79,9	المجموع الكلي	

4.6. صحة المولود الجديد (الوزن):

قياس وتسجيل وزن المولود أول إجراء طبي يتخذ عقب الولادة، فالتعرف على وزن الطفل لحظة ولادته ليس اختياريًا، بل هو أمر ضروري، فهو يعد مقياسًا فريداً، يستخدم للتنبؤ بعدد الأمور المتعلقة بالمستقبل الصحي للرضيع.

يقدر الأطباء وزن الطفل في المتوسط عند 3 كيلو غرامات، بحيث يتراوح الوزن في الظروف الطبيعية بين 2.5 و4 كيلو غرامات. إذا زاد الوزن عن الحد الأقصى (4 كغ) أو يقل عن الحد الأدنى (2.5 كغ) وجب إخضاع المولود لفحص طبي دقيق، وغالباً ما يتم وضعه في حاضنة

وهكذا يعتبر الوزن عند الولادة أحد أهم مؤشرات التنبؤ بصحة الأم ونظامها الغذائي ومعلم من علامات كثيرة ترتبط بصحة المولود الجديد وتطور نموه. يدرج المختصون عوامل عديدة مؤثرة على

وزن المولود الجديد، نذكر من بينها: التدخين، عمر الأم، الضغط النفسي ونظام الأم الغذائي خلال فترة الحمل بالخصوص.

ذكر ثلثا النسوة (65%) أحجاما متوسطة وأعطى 18,5% من المستجوبات أحجاما كبيرة وكبيرة جدا ومثلت الولادات ذات الأحجام الصغيرة والصغيرة جدا تقريبا سدس مجموع الأحداث (انظر الجدول رقم 6-14).

جدول رقم 6-14: حجم مواليد آخر سنتين.

حجم المولود الجديد	التكرار	النسبة	النسبة المجمعة
كبير جدا	222	4,0	4,0
كبير	806	14,5	18,5
متوسط	3615	65,0	83,5
صغير	625	11,2	94,7
صغير جدا	219	4,0	98,7
لا تعلم	33	0,6	99,3
معطيات ناقصة	41	0,7	100,0
المجموع	5561	100	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، MICS-3، الجزائر، 2006.

بالنظر إلى معطيات المسح، تم وزن ولادات آخر سنتين بعد الولادة مباشرة (90,4%)، ما يعادل 5025 ولادة حية). تبقى هذه الملاحظة قائمة مهما كان متغير المراقبة (مكان الإقامة، المنطقة الجغرافية، مستوى التعليم، مؤشر الثروة والوضعية الفردية).

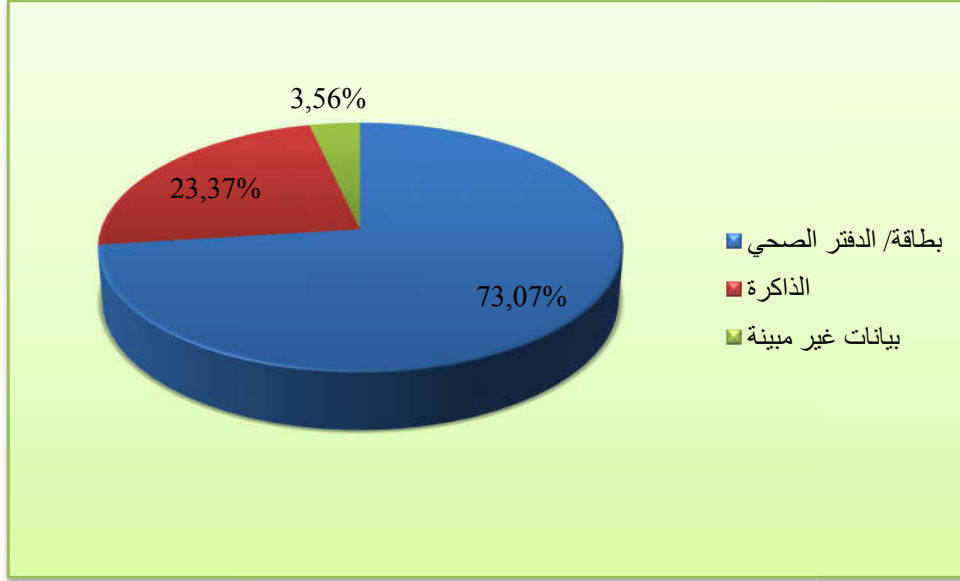
تختلف هذه النسبة باختلاف وسط الإقامة (93,5% في الحضر و86,6% في الريف) واحتلت منطقة الشرق النسبة القصوى (95%). تزيد ظاهرة وزن المولودين الجدد بارتفاع مستوى تعليم الأم وكلما ارتفع مؤشر الرفاه. مثلت الجامعيات أكبر النسب (98,4%) وفاقت النسبة المرتبطة بالعاملات نسبة وزن ولادات غير العاملات بحوالي 6 نقاط (انظر الجدول رقم 6-15).

جدول رقم 6-15: وزن الولادات الجديدة.

هل وزن المولود الجديد؟						متغير المراقبة	
المجموع		معطيات ناقصة	لا تعلم	لا	نعم		
2953	100	0,5	1,9	4,1	93,5	حضر	وسط الإقامة
2608	100	1,0	1,7	10,4	86,8	ريف	
1861	100	1,1	1,3	5,1	92,5	وسط	المنطقة
1713	100	0,6	0,9	3,6	94,9	شرق	
1273	100	0,7	3,1	12,0	84,2	غرب	
714	100	0,3	3,0	11,9	84,8	جنوب	
1542	100	1,3	3,6	14,4	80,7	غير متعلمة	مستوى التعليم
1057	100	1,1	1,5	7,7	89,8	ابتدائي	
1406	100	0,4	1,7	3,6	94,3	متوسط	
1230	100	0,0	0,5	3,1	96,4	ثانوي	
326	100	1,3	0,0	0,4	98,4	جامعي	
1279	100	1,5	2,6	14,8	81,1	الأفقر	مؤشر الرفاه
1173	100	0,7	1,7	6,2	91,4	الفقير	
1097	100	0,9	1,8	6,3	91,0	المتوسط	
1033	100	0,4	1,7	4,1	93,7	الغني	
979	100	0,1	1,0	2,1	96,8	الأغنى	
452	100	0,0	0,5	3,1	96,4	عاملة	الوضعية المهنية
5102	100	0,8	1,9	7,4	89,8	غير عاملة	
7	100	0,0	4,4	0,0	95,6	معطيات ناقصة	
5561	100	0,8	1,8	7,1	90,4	المجموع	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

وظف المسح سؤالاً إضافياً ممثلاً في تسجيل وزن الطفل حديث الولادة في الدفتر الصحي، إذ تمثل المعنيات بهذا السؤال نسبة (90,4%) بمعنى آخر اللاتي صرحن بوزن مواليدهن بعد الولادة مباشرة. وقد صرحن ما يقارب ثلاث أرباع النسوة (73,1%) بتسجيل الوزن على البطاقة أو الدفتر الصحي، في حين صرحت نسبة معتبرة، تقريبا ربع النسوة المعنيات (23,4%) بعدم تسجيل الوزن على البطاقة واكتفين بحفظ الوزن في ذاكرتهن. رغم أن أحد الوثائق المهمة عند الولادة هو الدفتر الصحي المستعمل في المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل.



مخطط رقم 9.6: وزن وتسجيل أوزان الأطفال.

عرفنا بأن حالة الحامل الصحية، عمرها، نظامها الغذائي وعوامل أخرى تؤثر بشكل كبير على صحة و وزن حديثي الولادة.

أظهرت معطيات المسح نسبة معتبرة (4,8%) من الولادات قلت أوزانها عن 2,5 كغ. سجلت نسوة الفئة العمرية 15-19 سنة أعلى النسب (15,8%) وتليها مباشرة نسوة الفئة العمرية 45-49 سنة بما يزيد عن 8%.

يشير المختصون إلى ارتباط خطورة الحمل بصغر أعمار النسوة وبمراحل الخروج من الحياة الإنجابية تقل أعمار النسوة عن 20 سنة أو يزيد عن 45 عاماً. كما لأعمار الأمهات تأثير غير مباشرة على ظاهرة وزن المواليد الجدد.

جدول رقم 16.6: وزن المولود الجديد وبعض مميزات النسوة.

المجموع		أوزان المولودين الجدد				الخصائص العامة	
		معطيات ناقصة	لا تعلم	2,5 كغ وأكثر	أصغر من 2,5 كغ		
2760	100	0,2	2,5	91,9	5,5	حضر	وسط الإقامة
2265	100	0,2	4,5	91,3	4,0	ريف	
1722	100	0,0	1,4	94,0	4,5	وسط	المنطقة
1625	100	0,0	2,2	93,2	4,6	شرق	
1072	100	0,4	7,0	87,6	5,0	غرب	
605	100	0,3	5,9	87,6	6,2	جنوب	
1245	100	0,2	7,6	88,4	3,9	دون مستوى	مستوى التعليم
949	100	0,5	3,3	91,0	5,2	ابتدائي	
1326	100	0,1	2,0	92,8	5,1	متوسط	
1186	100	0,0	1,3	93,2	5,5	ثانوي	
320	100	0,0	1,1	95,1	3,8	جامعي	
1038	100	0,2	5,8	90,4	3,6	الأفقر	المستوى الاقتصادي
1073	100	0,2	4,3	90,3	5,2	الفقير	
998	100	0,1	3,3	91,5	5,2	المتوسط	
969	100	0,3	2,5	92,1	5,1	الغني	
948	100	0,1	0,8	93,9	5,2	الأغنى	
24	100	0,0	3,4	80,8	15,8	15-19	فئات الأعمار
632	100	0,3	3,0	90,7	6,1	20-24	
1409	100	0,2	2,6	92,5	4,7	25-29	
1382	100	0,1	3,9	91,9	4,1	30-34	
1066	100	0,0	3,7	91,6	4,7	35-39	
472	100	0,5	3,6	90,9	5,0	40-44	
40	100	0,8	8,8	81,6	8,8	45-49	
436	100	0,0	1,5	91,8	6,6	عاملة	الوضعية الفردية
4583	100	0,2	3,6	91,6	4,7	غير عاملة	
7	100	0,0	9,0	91,0	0,0	معطيات ناقصة	
5025	100	0,2	3,4	91,6	4,8	المجموع	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

نلاحظ اختلاف نتائج عملنا اختلافا بسيطاً مع نتائج التقرير الرئيسي (الجدولين)، نتيجة اختلاف الجدولة. في التقرير الأول، عولجت المعطيات دون ترجيح ودون إدراج المعطيات الناقصة في عمليات الحساب.

5.6. الرضاعة الطبيعية:

الرضاعة الطبيعية هي الوسيلة الأمثل لتغذية الطفل، بحيث تزوده بالعناصر الغذائية التي يحتاجها في نموه وتطوره، تحافظ على صحته وتقلل بذلك من احتمال وفاته¹. خلال الأشهر الأولى، منذ الولادة، يظل حليب الأم أفضل طعام وشراب وكل ما يحتاج إليه الوليد.

عملياً، تستطيع جميع الأمهات ممارسة الرضاعة الطبيعية، ما لم تطرأ مشاكل صحية.

يجمع المختصون على أن للرضاعة الطبيعية فوائد عظيمة. نذكر من بينها:

- تساعد الرضاعة الطبيعية الرحم على العودة إلى حجمه ووضع الطبيعي بسرعة؛
- تزيد الرضاعة الطبيعية من الارتباط العاطفي والنفسي بين الأم وطفلها؛
- تخفف الرضاعة الطبيعية من احتمال إصابة الأم بسرطان الثدي؛
- الرضاعة الطبيعية هي وسيلة من وسائل منع الحمل (يعمل الإرضاع المتواصل الثدي على عدم حدوث عملية التبويض).

1.5.6. انتشار الرضاعة الطبيعية:

حسب نتائج المسح، مارست غالبية النسوة المستجوبات (93,48%) الرضاعة الطبيعية. لم تختلف هذه النسبة كثيراً عن نتائج المسح الخاص بصحة الأسرة (2002)، بحيث ارتفعت بنسبة بسيطة جداً (0,8%). تبقى هذه الملاحظة قائمة حتى عندما نميز الملاحظات حسب المتغيرات المدرجة في هذا المحور. عموماً، ترتبط أكبر نسبة بالنسوة الصغيرات السن (100%) وارتبطت أصغر النسب بالأكثر سناً (85,1%).

لم ترضع طبيعياً نسبة معتبرة من النسوة (6%). سجلت أعلى نسبة بين نسوة منطقة الغرب الجزائري (10,2%). يلخص الجدول التالي أهم المعطيات

¹الرضاعة الطبيعية من أهم النقاط المدرجة في البرنامج الصحي لمكافحة وفيات الأطفال.

جدول رقم 6-17: انتشار الرضاعة الطبيعية حسب بعض الخصائص

الرضاعة الطبيعية					الخصائص العامة	
المجموع	معطيات ناقصة	لم ترضع	أرضعت	حضر	وسط الإقامة	
2953	100	0,5	6,4	93,1	حضر	وسط الإقامة
2608	100	0,8	5,3	93,9	ريف	
1861	100	1,0	4,7	94,2	وسط	المنطقة
1713	100	0,4	4,9	94,7	شرق	
1273	100	0,7	10,2	89,1	غرب	
714	100	0,1	3,6	96,3	جنوب	
1542	100	1,1	5,4	93,5	غير متعلم	مستوى التعليم
1057	100	0,8	5,6	93,6	ابتدائي	
1406	100	0,4	6,5	93,1	متوسط	
1230	100	0,0	5,7	94,3	ثانوي	
326	100	0,9	7,3	91,8	جامعي	
1279	100	1,1	5,1	93,7	الأفقر	مؤشر الرفاه
1173	100	0,5	6,6	92,9	الفقير	
1097	100	0,9	4,6	94,5	المتوسط	
1033	100	0,4	6,8	92,8	الغني	
979	100	0,1	6,4	93,5	الأغني	
30	100	0,0	0,0	100,0	15-19	فئات الأعمار
689	100	0,6	5,4	93,9	20-24	
1552	100	0,6	5,6	93,8	25-29	
1531	100	0,2	5,5	94,3	30-34	
1176	100	0,5	6,9	92,6	35-39	
537	100	1,9	6,0	92,0	40-44	
47	100	5,6	9,3	85,1	45-49	
452	100	0,0	7,8	92,2	عاملة	الوضعية الفردية
5102	100	0,7	5,7	93,6	غير عاملة	
7	100	0,0	4,4	95,6	معطيات ناقصة	
5561	100	0,6	5,9	93,5	المجموع	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر، 2006.

لا تختلف كثيرا نسب الإقبال على الرضاعة الطبيعية مهما كان متغير المراقبة، وهذا ما أكدته نتائج اختبار مربع كاي للاستقلالية، الذي أكد غياب الفروق ذات دلالة إحصائية بين المتغير التابع (إقبال النسوة على الإرضاع) والمتغيرات المستقلة ممثلة في الوسط، مستوى التعليم، مؤشر الثروة، العمر والوضعية الفردية.

في حين أثبت الاختبار وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير المنطقة الجغرافية وإقبال النسوة على الرضاعة الطبيعية¹(الملحق 4: الجدول رقم 30).

2.5.6. وقت بدء الرضاعة الطبيعية:

توصي منظمة الصحة العالمية واليونيسيف بضرورة بدء الرضاعة الطبيعية خلال ساعة الولادة الأولى مباشرة، مؤكدة على أهمية الرضاعة الطبيعية الخالصة² خاصة خلال الستة أشهر الأولى من عمر الطفل. يتم إدخال بعض الأطعمة التكميلية بعد ستة أشهر من العمر، مع دوام الرضاعة الطبيعية حتى السنين.

جدول رقم 6-18: وقت بدء الرضاعة الطبيعية وبعض الخصائص العامة.

خلال اليوم الأول ³	بدء الرضاعة الطبيعية							الخصائص العامة		
	المجموع		بيانات غير مبينة	لأكثر من يوم	7-يوم	6-4	من ساعة-3			بعد الولادة مباشرة
84,1	2750	100	0,0	15,9	5,9	6,4	22,4	49,5	حضر	مكان الإقامة
88,1	2449	100	0,1	11,8	4,4	4,3	22,6	56,8	ريف	
86,5	1754	100	0,0	13,5	6,0	7,7	30,9	41,8	وسط	المنطقة
83,3	1623	100	0,0	16,7	5,3	5,2	19,0	53,8	شرق	
85,6	1135	100	0,1	14,3	4,8	3,4	16,6	60,8	غرب	
91,8	687	100	0,2	8,0	3,4	3,1	18,7	66,6	جنوب	
89,6	1442	100	0,1	10,4	4,2	3,7	21,8	59,8	دون مستوى	المستوى التعليمي
87,2	990	100	0,0	12,8	3,8	5,9	20,6	56,9	ابتدائي	
85,3	1309	100	0,0	14,7	6,2	7,0	22,1	50,0	متوسط	
83,0	1160	100	0,1	16,9	5,7	5,2	24,1	48,0	ثانوي	
79,3	299	100	0,0	20,7	8,3	5,2	26,8	39,0	جامعي	
88,8	1199	100	0,0	11,2	3,3	3,8	19,0	62,6	الأفقر	مؤشر الثروة
86,8	1090	100	0,1	13,2	4,6	4,5	23,6	54,0	الفقير	
86,1	1036	100	0,0	13,9	6,4	6,6	22,0	51,2	المتوسط	
83,6	959	100	0,0	16,4	5,0	6,1	21,0	51,4	الغني	
83,9	915	100	0,0	16,1	7,0	6,4	27,7	42,8	الأغنى	

¹افاقت قيمة كا² المحسوبة (55,7) القيمة الجدولة (7,81) عند مستوى المعنوية 0,05 و3 درجات حرية.
²الرضاعة الطبيعية الخالصة: المقصود بها تغذية الطفل فقط من حليب الأم، لأن حليب الأم وحده يعتبر غذاء كاملاً خاصة خلال الستة أشهر الأولى.

³عند الرجوع لتقرير الرئيسي، سوف نلاحظ اختلافاً بسيطاً مع نتائج عملنا، نتيجة اختلاف الجدولة، بحيث نشرت نتائج التقرير دون ترجيح المعطيات ودون تمييز وضعيات المستجوبات. يفترض استجواب اللاتي أرضعن أطفالهن طبيعياً فقط.

الفصل السادس: الرعاية الصحية الإنجابية للأم والوليد

82,1	30	100	0,0	17,9	15,4	4,3	18,8	43,7	19-15	فئات الأعمار
86,0	647	100	0,0	14,0	6,0	5,0	23,0	52,0	24-20	
83,9	1456	100	0,0	16,1	5,0	6,0	22,7	50,2	29-25	
87,3	1443	100	0,1	12,6	5,2	5,6	22,7	53,9	34-30	
87,1	1089	100	0,0	12,9	5,6	5,0	21,9	54,6	39-35	
85,6	494	100	0,2	14,2	3,3	4,3	20,8	57,2	44-40	
91,7	40	100	0,0	8,3	1,5	4,2	35,9	50,2	49-45	
85,0	417	100	0,1	14,9	6,4	6,6	24,4	47,6	عاملة	الوضعية المهنية
86,1	4775	100	0,0	13,8	5,1	5,3	22,3	53,5	غير عاملة	
47,7	7	100	0,0	52,3	0,0	9,0	0,0	38,7	ب غ م	
86,0 (4471)	5199	100	0,0	14,0	5,2	5,4	22,5	53,0	المجموع	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

بينت نتائج المسح أن أكثر من أربع أخماس المعنيات (86%) أرضعن أطفالهن خلال يوم الولادة. تشير إلى أن أكثر من نصف هذه الفئة (53%) أرضعن بعد الولادة مباشرة. تراجعت هذه النسبة بنقطتين ونصف عن مستوى انتشار الظاهرة سنة 2002.

ترتفع النسبة بين القاطنات في الأرياف (56,8% مقابل 49,5% في الحضر)، وبين نسوة منطقة الجنوب الجزائري (66,6%).

تنخفض الظاهرة بانخفاض مستوى التعليم، بحيث انتقلت من 59,8% بين غير المتعلمات إلى 39% بين الجامعيات وتنخفض أيضا بارتفاع مؤشر الثروة (أكبر نسبة بين الأكثر فقرا (62,6%) وأقل نسبة بين الأكثر غنى (42,8%).

حسب السن، سجلنا أعلى نسبة بين نسوة الفئة العمرية 40-44 سنة، وترتفع بستة نقاط بين الماكثات بالبيوت مقارنة بالعاملات.

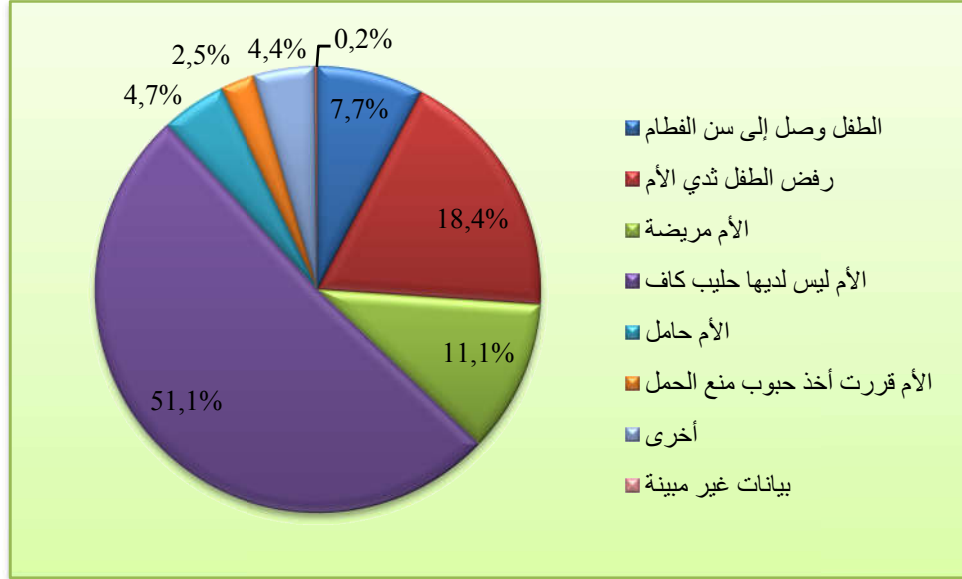
تشير إلى أن نسبة معتبرة (14%) من النسوة أرضعن أطفالهن خلال اليوم الثاني بعد الولادة. سجلت الجامعيات أعلى النسب (20,7%) وارتبطت أصغر نسبة بنسوة منطقة الجنوب الجزائري (8%).

3.5.6. إيقاف الرضاعة الطبيعية:

صرح أكثر من نصف المرضعات لأطفالهن رضاعة طبيعيا (53,62%) بمواصلة الرضاعة حتى تاريخ الملاحظة. وأوقفت البقية النسوة (46,24%) عملية الرضاعة الطبيعية بعد مدة متوسطة قدرها ستة

أشهر تقريبا. تراوحت مدد الرضاعة بين أقل من شهر (4,44%) و42 شهرا (0,02%). لم يتجاوز نصف المعنيات (49,25%) ثلاثة أشهر رضاعة وأرضع أكثر من خمسهن (22,5%) لمدد لم تتجاوز الشهر (الملحق 4:الجدول رقم 31).

كان عدم كفاية حليب الأم السبب الرئيسي لعدم إتمام عملية الرضاعة الطبيعية (أكثر 51,0% من المعنيات). ارتفعت هذه النسبة بمعدل قدره 9 نقاط، مقارنة بنتائج مسح 2002 (أنظر المخطط)



مخطط رقم 10.6 : أهم أسباب إيقاف الرضاعة الطبيعية

تبقى الملاحظة قائمة (عدم كفاية حليب الأم) مهما اختلفت فئة النسوة (الملحق 4:الجدول رقم 32). وذكر حوالي خمس المنقطعات (18,4%) رفض الثدي. من جهة أخرى، كان مرض الأم أحد الأسباب التي حالت دون إتمام عملية الرضاعة الطبيعية (أكثر من العشر). تأتي أخيرا الأسباب الأخرى (وصول الطفل إلى سن الفطام، الأم حامل، تناول حبوب منع الحمل).

الفصل السابع

تنظيم الأسرة و الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة

1.7. تنظيم الأسرة

2.7. الاحتياجات غير الملباة المرتبطة بتنظيم الأسرة

مثل تعميم خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015 أحد أهداف الصحة الإنجابية الإستراتيجية، يشكل معدل استخدام وسائل منع الحمل ومستوى الحاجات غير الملباة من بين المؤشرات المعتمدة في مجال تنظيم الأسرة.

1.7. تنظيم الأسرة:

يعتبر استعمال وسائل منع الحمل أحد أهم الوسائل الوسيطة المباشرة لخفض معدلات الخصوبة. بدأت الجزائر برامج تنظيم الأسرة سنة 1980، بغرض خفض معدلات الخصوبة، من خلال إتاحة استعمال وسائل منع الحمل. وظف المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 محورا مفصلا، غطى كل جوانب تنظيم الأسرة.

1.1.7. المعرفة بوسائل منع الحمل:

اختلفت آراء نسوة أعمار الإنجاب غير العازبات (المتزوجات حاليا والسابق لهن الزواج) بالنظر إلى المعرفة بوسائل منع الحمل.

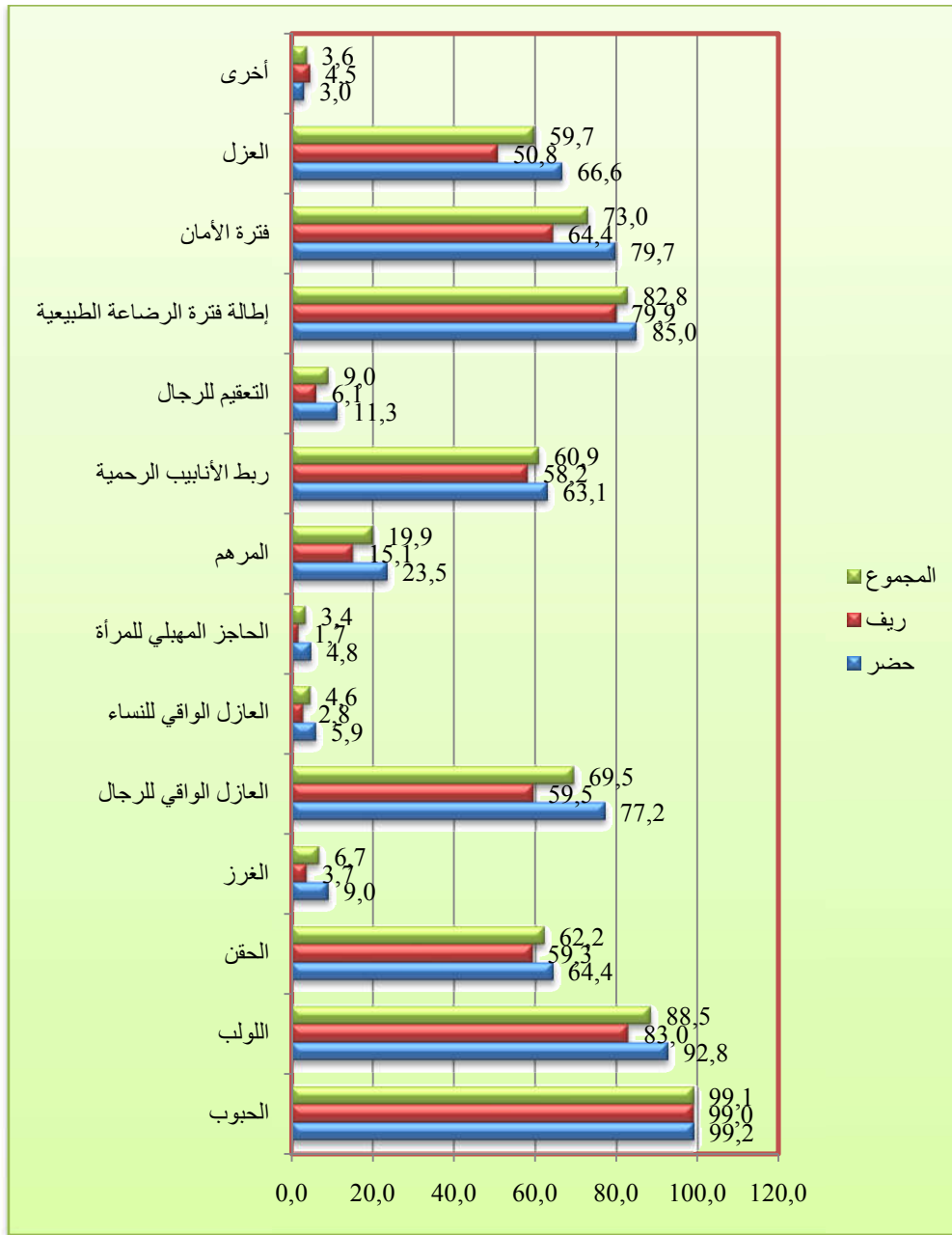
عند تكوين مختلف الفئات بالنظر إلى المعرفة بوسائل منع الحمل، لاحظنا كثرة الفئات (1201 فئة)، إلا أنها في الغالب مكونة من عدد قليل من الملاحظات. مثل الاحتمال '2 1 1 1 2 1 2 2 2 1 2 1 1 1' الفئة الأكثر انتشارا (أكثر من عشر النسوة؛ 11,6%) بموجب احتمالات الأجوبة، يفترض أن تكون المعنيات على دراية بأكثر من نصف وسائل منع الحمل المذكورة (8 وسائل من بين 14 وسيلة)، ممثلة في الحبوب، اللولب، الحقن، العازل الواقي الخاص بالرجال، ربط الأنابيب الرحمية، إطالة فترة الرضاعة الطبيعية، فترة الأمان والعزل. وصرحت 3,1% من مجموع النسوة (631 امرأة) بمعرفة حبوب منع الحمل (الوسيلة الأوسع معرفة واستعمالا بين النسوة). ختاماً، نشير إلى وجود نسبة معتبرة من النسوة (0,5%) غير العارفات بأية وسيلة من وسائل منع الحمل، تقليدية أو حديثة (الملحق 4، الجدول رقم 33).

جدول رقم 1.7: معرفة النسوة غير العازبات بوسائل منع الحمل.

النسبة المجمعة	النسبة	التكرار	احتمالات الإجابة ¹
11,6	11,6	2407	2 1 1 1 2 1 2 2 2 1 2 1 1 1
17,5	5,8	1210	2 1 1 1 2 1 1 2 2 1 2 1 1 1
22,6	5,2	1070	2 1 1 1 2 1 2 2 2 1 2 2 1 1
27,4	4,8	992	2 1 1 1 2 2 2 2 2 1 2 1 1 1
30,5	3,1	642	2 2 1 1 2 1 2 2 2 1 2 1 1 1
33,6	3,1	631	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1
35,8	2,3	469	2 1 1 1 2 2 2 2 2 1 2 2 1 1
38,0	2,1	444	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1
39,9	2,0	403	2 2 1 1 2 1 2 2 2 2 2 1 1 1
41,7	1,8	368	2 1 1 1 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1
43,3	1,6	331	2 2 2 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1
44,7	1,4	297	2 2 2 1 2 1 2 2 2 1 2 1 1 1
46,1	1,4	289	2 2 1 1 2 2 2 2 2 1 2 1 1 1
47,5	1,4	286	2 2 1 1 2 1 2 2 2 1 2 2 1 1
48,8	1,3	278	2 2 2 1 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1
50,1	1,3	270	2 2 2 1 2 1 2 2 2 2 2 1 1 1
51,3	1,2	247	2 1 1 1 1 1 2 2 2 1 2 1 1 1
100,0	51,3	10633	المجموع الجزئي
	48,6	10073	مجموع باقي الإجابات
	100,0	20706	المجموع الكلي
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (2006).			

عند تمييز المبحوثات، بغية الإلمام بمستوى المعرفة بالوسائل بشكل مستقل (القراءة حسب الخانات)، توجت المعطيات حبوب منع الحمل الوسيلة الأكثر معرفة بين النسوة، مهما كان النوع (حديثة، تقليدية) ومهما كان وسط الإقامة. يأتي اللولب في المرتبة الثانية (88,5%) وإطالة فترة الرضاعة الطبيعية في المرتبة الثالثة (82,8%)، لتأتي بعدها بقية وسائل منع الحمل الأخرى (فترة الأمان، العازل الواقي للرجال، ربط الأنابيب الرحمية، العزل، ...). تجدر الإشارة إلى أن النسوة القاطنات في الحضر أكثر معرفة بوسائل منع الحمل، مهما اختلفت الوسيلة (حديثة أو تقليدية). نستنتج من هذه الملاحظة حبوب منع الحمل التي تتساوى فيها النسبتان عندما ندرج وسط الإقامة كعامل مراقبة.

¹ تمثل الخانة الأولى الحبوب، الثانية اللولب، الثالثة الحقن، الرابعة الغرز، الخامسة العازل الواقي للرجال، السادسة العازل الواقي للنساء، السابعة الحاجز المهبل للمرأة، الثامنة المرهم، التاسعة: ربط الأنابيب الرحمية، العاشرة تعقيم الرجال، الحادية عشر إطالة فترة الرضاعة الطبيعية، الثانية عشر فترة الأمان، الثالثة عشر العزل، الرابعة عشر أخرى. في كل الحالات يمثل الدليل 1 المعرفة (نعم) والدليل 2 (عدم المعرفة (لا) ويمثل الدليل 9 المعطيات الناقصة.



مخطط رقم 1.7: المعرفة بوسائل منع الحمل حسب وسط الإقامة.

2.1.7. الاستعمال السابق لوسائل تنظيم الأسرة:

أظهرت الدراسة أن أكثر من أربعة أخماس (83,8%) نسوة أعمار الإنجاب 15-49 سنة، غير العازيات، استعملن على الأقل وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة (إما حديثة أو تقليدية). ونشير إلى أن النسبة ارتفعت، مقارنة بمعطيات مسح 2002 (بحوالي 6 نقاط). تبقى هذه الملاحظة قائمة حتى عندما نميز المستجوبات حسب خصائص عامة عديدة. تشذ هذه الملاحظة إذا ما تعلق الأمر بنسوة الفئة العمرية

19-15 سنة. سبق لربع نسوة هذه الفئة العمرية (26,8%) فقط استعمال وسيلة من وسائل منع الحمل (الملحق 4؛ الجدول رقم 34).

استكمالاً للصورة، ارتأينا توظيف تقنية نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي، لإبراز أثر بعض الخصائص (المتغيرات المستقلة) على استعمال وسائل منع الحمل (المتغير التابع)، الذي يأخذ القيمتين (0=نعم، 1=لا).

جدول رقم 2.7: معالم نموذج الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل واختبار معنويتها

الأرجحية Exp(B)	مستوى المعنوية Sig	درجة الحرية ddl	اختبار Wald	الخطأ المعياري E.S	التقدير A	
1,000	0,996	1	0,000	0,046	0,000	وسط الإقامة
0,971	0,127	1	2,326	0,019	-0,029	المنطقة الجغرافية
0,717	0,000	1	606,593	0,013	-0,332	العمر
0,932	0,000	1	13,200	0,019	-0,070	مستوى التعليم
0,948	0,002	1	9,417	0,018	-0,054	المستوى الاقتصادي
0,822	0,005	1	7,910	0,070	-0,196	الوضعية المهنية
1,853	0,003	1	8,736	0,209	0,617	الثابت constante
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (2006).						

بوضوح كبير، تظهر معطيات الجدول رقم 2.7 معنوية معاملات متغيرات العمر، التعليم، المستوى الاقتصادي والوضعية المهنية. تراوحت عتبة معنوية هذه المتغيرات بين 0,005 و0,000. ونستنتج بذلك وجود تأثير معنوي ذي دلالة إحصائية للمتغيرات محل الدراسة على استعمال وسائل منع الحمل، عند مستوى المعنوية 0,05.

في مقابل هذا، لا يرتبط اللجوء لموانع الحمل بكل من وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية، لعدم معنوية المعاملات (0,996 و0,127 على التوالي)، بحيث فاقت عتبة معنوية المتغيرين العتبة المتبناة (0,05).

جاء ترتيب المتغيرات المستقلة بالنظر لدرجة تأثيرها على المتغير التابع (استعمال وسائل منع الحمل) حسب ما هو موضح في الجدول (العمر ثم المستوى التعليمي ثم العامل الاقتصادي وأخيرا الوضعية المهنية).

الفصل السابع: تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملبية

ندرج الجدول التالي حتى نحدد الوسيلة الأكثر استعمالا. نشير إلى أننا اخترنا سبعة وسائل فقط من بين 14 المدرجة في الاستمارة، بعد أن رتبنا المعطيات تنازليا. تمت القراءة وفق هذا المنظور عموديا. جدول رقم 3.7: توزيع نسوة أعمار الإنجاب غير العازبات حسب الوسيلة المستعملة سابقا.

الوسيلة	وسائل منع الحمل							الخصائص العامة	
	الحقن	الحقن	الحقن	الحقن	الحقن	الحقن	الحقن		
11675	1,8	9,6	13,2	17,5	16,9	17,6	78,2	حضر	وسط الإقامة
9032	0,7	4,9	6,9	10,7	12,9	19,1	77,0	ريف	
7312	1,5	9,6	12,2	17,5	19,3	19,2	77,4	وسط	المنطقة
6207	1,7	8,1	12,9	17,5	17,4	19,0	76,6	شرق	
4947	0,6	3,5	4,9	7,0	7,0	12,7	82,0	غرب	
2240	0,8	8,4	10,1	13,4	12,9	25,6	71,7	جنوب	
152	1,2	0,2	2,2	2,4	0,6	2,8	23,5	15-19	فئات الأعمار
1575	0,2	1,3	5,6	6,9	7,1	6,9	55,1	20-24	
3173	0,7	2,2	8,5	10,2	12,0	11,1	72,1	25-29	
4028	1,0	5,1	12,1	16,2	16,8	16,2	81,4	30-34	
4203	1,1	9,1	11,9	16,2	16,8	19,6	82,9	35-39	
4173	1,5	12,3	12,1	17,4	17,5	22,3	81,9	40-44	
3402	2,6	11,0	9,2	15,2	15,4	26,7	79,5	45-49	
7095	0,7	5,4	5,0	8,2	10,4	23,4	78,3	دون مستوى	مستوى التعليم
4424	1,1	8,7	8,4	13,6	15,3	19,7	78,2	ابتدائي	
4602	1,8	8,0	12,8	16,4	16,9	14,7	77,3	متوسط	
3623	1,8	8,8	17,8	22,2	19,3	13,1	78,0	ثانوي	
962	2,0	10,9	21,2	27,7	25,0	9,9	70,4	جامعي	
4041	0,5	3,5	3,5	6,7	8,4	20,3	74,5	الأفقر	المستوى الاقتصادي
4175	0,9	4,9	5,8	11,5	13,1	19,4	77,3	الفقير	
4194	0,8	6,1	10,3	14,0	15,0	18,4	79,2	المتوسط	
4159	1,4	9,9	12,7	16,2	16,5	17,5	77,5	الغني	
4138	2,8	13,3	19,9	24,1	22,4	15,8	79,6	الأغنى	
2200	0,3	0,3	1,1	1,7	1,9	0,3	11,3	0	عدد الأطفال
2884	0,4	1,2	8,0	9,5	9,9	8,1	71,6	1	
3323	1,3	5,8	12,9	16,4	17,8	14,3	86,5	2	
3239	1,7	10,4	15,0	19,1	19,9	18,8	89,0	3	
2730	1,3	12,0	14,8	20,0	19,2	19,9	88,9	4	
2277	1,9	11,3	11,8	19,9	19,1	26,1	89,9	5	
4052	1,8	10,0	8,0	13,3	14,9	32,5	87,2	6 وأكثر	
2053	1,8	11,6	17,5	25,1	21,3	15,4	76,7	عاملة	الوضعية المهنية
18627	1,2	7,1	9,7	13,4	14,4	18,6	77,8	غير عاملة	
26	1,0	14,3	7,5	14,0	15,1	24,9	72,6	معطيات ناقصة	
20706	1,3	7,6	10,5	14,5	15,1	18,3	77,7		المجموع

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

كشفت نتائج المسح أن أكثر من ثلاث أرباع النسوة (77,7%) استعملن حبوب منع الحمل، مهما كان متغير المراقبة (الوسط، المنطقة الجغرافية، المستوى التعليمي، المستوى الاقتصادي، عدد الأطفال والوضعية المهنية). لا تنطبق هذه الملاحظة على صغيرات الأعمار وعديمات الأطفال. وتأتي إطالة فترة الرضاعة الطبيعية في المرتبة الثانية ثم العزل وفترة الأمان (وسائل تقليدية).

في النقطة السابقة عرضنا المعطيات بشكل عام، مميزين أنواع وسائل منع الحمل. بمعنى آخر، عالجتنا المعطيات وكأننا أمام أسئلة مستقلة، رغم كونها متعددة الأجوبة. واقعياً، تلجأ بعض النسوة لأكثر من وسيلة في آن واحد. لهذا السبب، سوف نعالج فيما يلي المعطيات بالشكل الملائم (مراعاة تعدد الأجوبة).

عند تكوين مختلف الفئات بالنظر إلى كل وسائل تنظيم الأسرة المستعملة لاحظنا كثرة الفئات (3838 فئة)، لارتباط السؤالين (المعرفة بالوسائل تنظيم الأسرة والاستعمال)، إلا أنها في الغالب مكونة من عدد قليل من الملاحظات. مثل الاحتمال "1 2 2 2 . . . 2 2 2 2" الفئة الأكثر انتشاراً. تتكون هذه الفئة من النسوة اللاتي استعملن وسيلة حبوب منع الحمل فقط، بغض النظر عن المعرفة المسبقة بوسائل منع الحمل الأخرى (الحديثة والتقليدية).

عندما نميز العارفات بحبوب منع الحمل سوف نلاحظ أن مستعملاتها لم يتجاوزن نسبة 2,1%. (الملحق 4؛ جدول رقم 35). يمثل كل سطر في الجدول المشار إليه فئة من النسوة، مصنفة بناء على عدد وسائل تنظيم الأسرة المستعملة.

3.1.7. عدد أطفال النسوة عند أول استعمال لوسائل تنظيم الأسرة:

جاء السؤال المرتبط بعدد أطفال النسوة المبحوثات عند استعمالهن أول مرة وسائل تنظيم الأسرة (حديثة/ تقليدية) لتصنيفهن إلى منظمات (مباعدة بين الولادات) أو متوقفات (التوقف عن الإنجاب).

يصنف الجدول 4.7 النسوة عند أول استعمال حسب عدد الولادات وبعض العوامل الاجتماعية والفردية.

الفصل السابع: تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملابة

جدول رقم 7-4: توزيع النسوة غير العازبات حسب عدد الأطفال عند أول استعمال لوسائل تنظيم الأسرة وبعض الخصائص.

مرجع الحساب	عدد الأطفال عند أول استعمال								الخصائص العامة	
	معطيات ناقصة	لا تعلم	5و+	4	3	2	1	0		
9902	0,5	0,0	3,0	2,5	5,7	14,6	68,4	5,1	حضر	وسط الإقامة
7445	0,4	0,0	7,1	4,4	7,4	16,0	61,9	2,8	ريف	
6086	0,3	0,1	5,5	3,9	6,2	15,1	63,3	5,8	وسط	المنطقة الجغرافية
5200	0,8	0,0	5,3	4,1	9,1	19,2	59,5	2,0	شرق	
4241	0,3	0,0	2,9	1,6	3,3	9,9	78,1	3,9	غرب	
1820	0,5	0,0	5,3	3,5	7,1	16,8	61,6	5,2	جنوب	
41	1,8	0,7	0,0	0,0	0,4	11,9	49,4	35,8	15-19	فئات الأعمار
950	0,8	0,0	0,0	0,0	0,4	3,8	80,5	14,4	20-24	
2473	0,4	0,0	0,0	0,1	1,3	7,8	81,3	9,1	25-29	
3503	0,3	0,0	0,5	1,2	3,5	13,5	76,8	4,1	30-34	
3729	0,5	0,1	3,0	3,2	6,7	17,9	66,5	2,2	35-39	
3680	0,4	0,0	7,4	5,2	10,1	19,4	55,5	2,1	40-44	
2971	0,7	0,0	14,4	7,6	11,3	18,5	46,3	1,2	45-49	
5993	0,6	0,0	11,0	6,8	11,2	19,7	49,1	1,6	غير متعلمة	مستوى التعليم
3718	0,5	0,0	3,6	3,0	7,1	16,8	66,3	2,7	ابتدائي	
3795	0,5	0,1	0,7	1,2	3,1	13,2	76,3	5,0	متوسط	
3070	0,2	0,0	0,2	0,5	1,9	9,1	81,7	6,3	ثانوي	
771	0,3	0,0	0,3	0,1	0,9	6,7	74,1	17,7	جامعي	
3248	0,6	0,0	9,6	6,1	8,2	17,3	56,5	1,7	الأفقر	المستوى الاقتصادي
3481	0,4	0,0	5,4	4,1	7,9	17,2	62,4	2,6	الفقير	
3567	0,5	0,0	4,6	2,7	6,5	14,7	66,3	4,7	المتوسط	
3481	0,3	0,0	3,1	2,7	5,9	14,1	69,5	4,4	الغني	
3569	0,5	0,1	1,6	1,4	3,9	12,9	72,6	7,1	الأغنى	
282	3,3	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	95,1	0	عدد الأطفال
2310	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	90,3	9,1	1	
3075	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	9,7	86,7	3,4	2	
3086	0,5	0,0	0,0	0,0	3,6	16,5	77,3	2,2	3	
2596	0,4	0,0	0,0	2,6	6,4	22,6	66,8	1,3	4	
2180	0,4	0,0	3,7	5,3	13,2	25,2	51,4	0,8	5	
3819	0,4	0,0	19,6	10,4	14,4	18,2	36,4	0,4	6 وأكثر	
1741	0,4	0,0	2,0	1,5	3,1	11,4	72,4	9,1	عاملة	الوضعية المهنية
15583	0,5	0,0	5,1	3,6	6,8	15,6	64,9	3,6	غير عاملة	
23	9,9	0,0	11,5	0,0	0,0	18,0	56,5	4,1	معطيات ناقصة	
17347	0,5	0,0	4,8	3,4	6,4	15,2	65,6	4,1	المجموع	
	81	4	831	582	1114	2637	11382	715		

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

حسب معطيات الجدول (4.7)، ارتبط استعمال ثلثا (65,6%) غير العازبات (المتزوجات حالياً والسابق لهن الزواج)، المستعملات السابقات لوسيلة (على الأقل) من وسائل تنظيم الأسرة (حديثاً أو تقليدياً) بإنجاب الطفل الأول مباشرة واستعملها، حوالي سدسهن (15,2%) بعد الطفل الثاني كما تقترح المعطيات نسبة معتبرة (4,1%)، ما يعادل 715 امرأة) من المستعملات إثر الزواج مباشرة.

تختلف هذه النسب باختلاف خصائص المبحوثات، بحيث نلاحظ:

- **حسب الوسط**، نسجل أعلى نسبة استعمال بعد إنجاب الطفل الأول بين الحضريات (68,4% في مقابل 61,9% في الريف)؛
- **بعد إنجاب الطفل الأول**، تميزت نسوة منطقة الغرب بأعلى نسب الاستعمال (أكثر من ثلاثة أرباع النسوة: 78,1%) ورتب الاستعمال المرتبط بالزواج نسوة منطقة الوسط في المقدمة.
- **حسب العمر**، كانت أعلى نسبة استعمال بعد إنجاب الطفل الأول بين النسوة اللاتي تتراوح أعمارهن بين 25 و29 سنة (81,3%) ثم ارتفعت بعد إنجاب طفلين وأكثر كلما تأخرت الأعمار، محددة علاقة طردية، بحيث كانت قيمة معامل الارتباط 0,372 (سبيرمان Spearman) عند مستوى الدلالة 0,01 (جدول رقم 7-5).
- **حسب مستوى التعليم**، نسجل أكبر نسبة استعمال لوسائل تنظيم الأسرة بعد الزواج مباشرة بين الجامعيات (17,7%) ونلاحظ انخفاض هذه النسبة، خاصة بعد إنجاب الطفل الثاني وما بعده، كلما ارتفع مستوى تعليم المعنيات، مترجمة علاقة عكسية. أكد معامل سبيرمان (Spearman) هذه العلاقة، بحيث أخذ القيمة -0,364، لما كانت عتبة الدلالة عند المستوى 0,01.
- **حسب المستوى الاقتصادي**، كانت أكبر نسبة استعمال بعد الولادة الأولى بين المنتميات للأسر الأكثر رفهاً (72,6%) وارتبط انخفاض مستوى الاستعمال، خاصة بعد الولادة الثانية وما فوق، بارتفاع مؤشر الثروة. أكد معامل سبيرمان هذه العلاقة العكسية (0,185-) عند مستوى الدلالة (0,01).
- كما أكد نفس المعامل (سبيرمان) علاقة طردية بين عدد الولادات ومستوى الاستعمال الأول لوسائل تنظيم الأسرة. كانت دلالة الاختبار معنوية حتى المستوى 0,00 (0,528) عند المستوى (0,01).
- فاقت نسبة الاستعمال الأول بين العاملات بسبع (7) نقاط النسبة المسجلة بين غير العاملات.

جدول رقم 7-5: معامل ارتباط سبيرمان بين عدد الأطفال عند أول استعمال (كمتغير تابع) وبعض خصائص النسوة (كمتغيرات مستقلة).

معامل ارتباط سبيرمان بين عدد الأطفال عند أول استعمال وبعض المتغيرات			الخصائص المدرجة كمتغيرات مستقلة
عدد الملاحظات	مستوى الدلالة (ثنائي)	معامل الارتباط	
17 610	0	0,126**	وسط الإقامة
17 610	0	-0,051**	المنطقة
17 610	0	0,372**	العمر
17 610	0	-0,364**	مستوى التعليم
17 610	0	-0,185**	المستوى الاقتصادي
17 588	0	0,108**	الوضعية المهنية
17 328	0	0,528**	عدد أطفال كل امرأة
**. الارتباط معنوي حتى مستوى المعنوية 0.01 (ثنائي الجهة).			
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.			

حسب أغلبية المعنيات (91,51%) كان تأجيل الإنجاب سبب استعمال وسائل تنظيم الأسرة. تبقى هذه الملاحظة صحيحة مهما كان متغير المراقبة (وسط الإقامة، المنطقة الجغرافية، العمر، مستوى التعليم، مستوى الرفاه، عدد الأطفال ووضعية النسوة المهنية). عموما ترتبط أكبر النسب بنسوة الفئة العمرية 25-29 سنة، ذوات الطفل الواحد (97%) وارتبطت أصغر نسبة بعديمت الأطفال (73,1%).

كما كان التوقف نهائيا عن الإنجاب غاية نسبة لا بأس بها من النسوة (7,48%). سجلت المؤشرات القصوى المرتبطة بهذه الفئة بالأرياف، بمنطقة الشرق الجزائري وبين الماكثات بالبيوت. يزيد مستوى هذه الفئة كلما ارتفعت الأعمار وكلما زاد عدد الأطفال. سجلنا أكبر نسبة بين ذوات 6 أطفال وأكثر (15,9%).

في المقابل، ينخفض المستوى بانخفاض مستويي التعليم والرفاه. يلخص الجدول رقم 6.7 أهم النتائج.

الفصل السابع: تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملابة

جدول رقم 7-6: توزيع النسوة المبحوثات غير العازبات واللاتي سبق لهن استعمال وسائل تنظيم الأسرة حسب سبب الاستعمال وبعض الخصائص.

المجموع	السبب وراء أول استعمال لوسائل تنظيم الأسرة				الخصائص العامة	
	معطيات ناقصة	أخرى	التوقف عن الإنجاب	تأجيل الإنجاب		
9902	100	0,4	0,7	6,8	92,0	حضر
7445	100	0,3	0,6	8,3	90,8	ريف
6086	100	0,2	0,9	7,3	91,7	وسط
5200	100	0,4	0,7	8,8	90,0	شرق
4241	100	0,3	0,3	6,8	92,6	غرب
1820	100	0,4	1,0	6,0	92,6	جنوب
41	100	4,2	0,0	0,0	95,8	15-19
950	100	1,0	2,0	0,8	96,2	20-24
2473	100	0,2	0,9	2,0	97,0	25-29
3503	100	0,1	0,6	3,5	95,8	30-34
3729	100	0,3	0,6	8,0	91,2	35-39
3680	100	0,2	0,7	10,9	88,2	40-44
2971	100	0,5	0,5	14,1	84,8	45-49
5993	100	0,4	0,6	11,6	87,4	دون مستوى
3718	100	0,4	0,7	7,7	91,1	ابتدائي
3795	100	0,3	0,7	5,0	94,0	متوسط
3070	100	0,1	0,8	3,5	95,6	ثانوي
771	100	0,4	0,7	2,7	96,2	جامعي
3248	100	0,4	0,6	10,3	88,7	الأفقر
3481	100	0,3	0,6	8,4	90,7	الفقير
3567	100	0,5	0,9	7,0	91,6	المتوسط
3481	100	0,2	0,7	6,4	92,7	الغني
3569	100	0,2	0,7	5,6	93,5	الأغنى
282	100	5,2	17,1	4,6	73,1	0
2310	100	0,3	0,8	2,0	96,9	1
3075	100	0,2	0,5	3,4	95,9	2
3086	100	0,3	0,3	5,4	93,9	3
2596	100	0,1	0,4	6,2	93,2	4
2180	100	0,3	0,3	9,1	90,2	5
3819	100	0,2	0,3	15,9	83,6	6 وأكثر
1741	100	0,3	0,8	6,2	92,7	عاملة
15583	100	0,3	0,7	7,6	91,4	غير عاملة
23	100	9,9	0,0	26,3	63,8	معطيات ناقصة
17347	100	0,3	0,7	7,5	91,5	المجموع
		55	121	1297	15874	

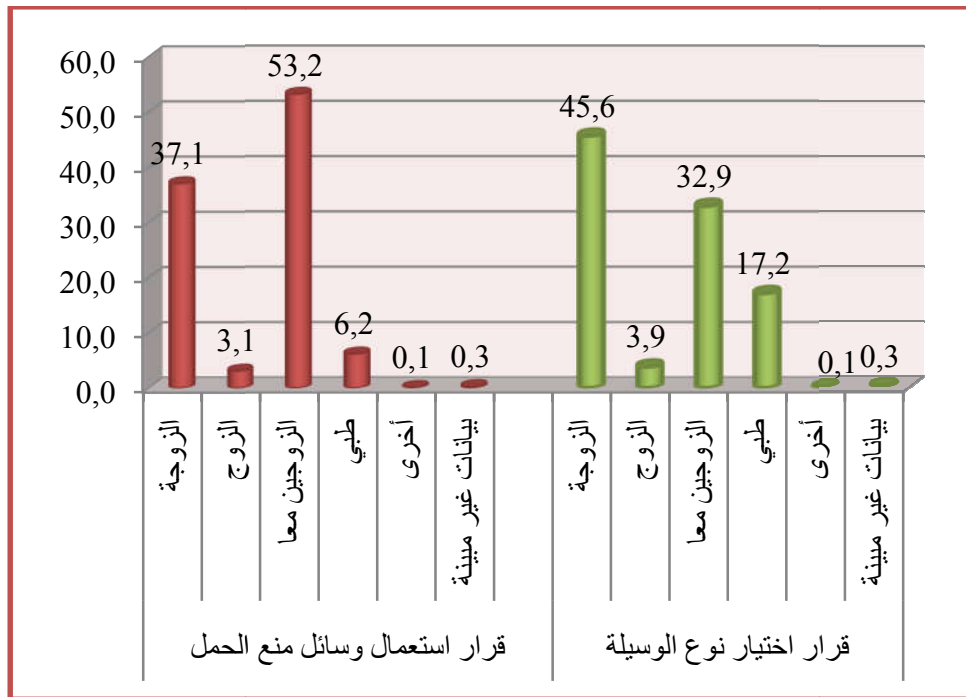
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

4.1.7. قرار الاستعمال السابق لوسائل تنظيم الأسرة واختيارها:

تمثل المعنيات بهذا السؤال نسبة 83,8% من مجموع النسوة غير العازبات. بمعنى آخر، يتعلق الأمر باللائي استعملن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة قبل الملاحظة.

صرح أكثر من نصف المعنيات (53,2%) بأن قرار استعمال وسائل تنظيم الأسرة يرجع للزوجين معاً، ثم تأتي الزوجة لوحدها في المرتبة الثانية. تبقى الملاحظة سارية مهما كان متغير المراقبة (وسط الإقامة، مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي والوضعية المهنية). يتغير الترتيب السابق عندما نوظف المنطقة والعمر كعوامل مراقبة (الملحق 4، الجدول رقم 36).

في مجال اختيار الوسيلة، ارتبط الأمر بالدرجة الأولى بالنسوة خاصة (أكثر من خمسي النسوة)، ليأتي الزوجان معاً في المرتبة الثانية (ثلث التجارب) ثم القرار الطبي في المرتبة الثالثة (المخطط رقم 2.7).



مخطط رقم 2.7: قرار استعمال واختيار وسائل تنظيم الأسرة (التجارب السابقة)

عندما نكون مختلف الفئات بالنظر لقراري استعمال وسائل تنظيم الأسرة واختيار الوسيلة، نسجل بداية انفراد الزوجة بالقرارين (32,36%): الاحتمال "1 1". يأتي بعده القرار المشترك (الزوجان معاً) بموجب نسبة قدرها: 31,28% الاحتمال "3 3". يربط الخيار المزدوج كذلك 12,3% من مجموع التجارب قرار الاستعمال بالزوجين واختيار الوسيلة بالزوجة: الاحتمال "1 3".

يستطيع القارئ حساب نسب خاصة بالقرارين حسب المعنى عندما يختار خانة للقراءة ودليلاً يحدد هوية الذي تبني الخيار.

جدول رقم 7.7: قرار الاستعمال وقرار اختيار نوع الوسيلة عند التجارب السابقة

النسبة المجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة	النسبة المجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة ¹
99,8	0,16	28	3 2	32,4	32,36	5613	11
99,9	0,10	18	6 6	63,6	31,28	5427	3 3
99,9	0,04	8	2 4	75,9	12,30	2133	1 3
99,9	0,02	3	6 1	84,1	8,17	1417	4 3
99,9	0,02	4	9 1	89,5	5,40	936	4 4
100,0	0,02	3	1 6	92,9	3,34	579	4 1
100,0	0,02	3	3 9	95,0	2,14	372	2 2
100,0	0,01	1	2 6	96,4	1,39	242	2 3
100,0	0,01	1	4 6	97,4	1,06	184	3 1
100,0	0,00	1	9 2	98,0	0,58	100	1 2
100,0	0,00	1	6 3	98,4	0,41	71	3 4
100,0	0,00	0	9 3	98,8	0,35	60	1 4
100,0	0,00	0	3 6	99,1	0,31	53	9 9
	100,00	17347	المجموع	99,4	0,27	47	2 1
			المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.	99,6	0,24	41	4 2

5.1.7.1 الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة:

نذكر أولاً بأن الفئة المعنية تتمثل في نسوة أعمار الإنجاب 15-49 سنة، المتزوجات حالياً (19319).

أظهرت معطيات المسح انتشاراً مستمراً لوسائل تنظيم الأسرة، حيث بلغت النسبة المستوى 61,5% (11875 امرأة). انتقل المؤشر من 50,7% سنة 1992 إلى 57% سنة 2002. ارتفع إذن معدل الانتشار بأربع نقاط ونصف في ظرف أربع سنوات فقط (بين 2002 و2006). تبقى الملاحظة قائمة (الاستعمال الواسع لوسائل تنظيم الأسرة) حتى عندما نميز الملاحظين مهما كانت متغيرات المراقبة. ارتبطت أكبر نسبة بنسوة الأربعة أطفال (75,3%).

¹ تمثل الخانة الأولى من عمود احتمالات الأجوبة قرار استعمال وسائل تنظيم الأسرة وتمثل الخانة الثانية قرار اختيار نوع الوسيلة. في كل الحالات، الدليل: 1 يمثل الزوجة، الدليل 2 الزوج، الدليل 3 الزوجين معاً، الدليل 4 قرار طبي، 6 قرار شخص آخر، 9 = معطيات ناقصة.

الفصل السابع: تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملابة

ولمعرفة الوسيلة الأكثر انتشارا بين المتزوجات، نورد الجدول التالي. للإشارة اخترنا سبع وسائل فقط، الوسائل الأكثر استعمالا، بغض النظر عن النوع (تقليدية كانت أو حديثة).

جدول رقم 8.7: مستوى الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وبعض الخصائص العامة.

النسوة المتزوجات	نسبة الاستعمال	وسائل تنظيم الأسرة							الخصائص العامة	
		تعقيم النسوة	الرضاعة الطبيعية	اللولب	الواقعي الذكري	الرزنامة	العزل	الحبوب	حضر	وسط الإقامة
10757	62,6	1,1	1,9	2,9	3,1	5,8	5,9	44,6	حضر	وسط الإقامة
8562	60,0	1,0	2,6	1,6	1,7	3,2	4,0	47,5	ريف	
6867	63,7	1,3	1,9	3,0	3,5	6,1	7,3	44,2	وسط	المنطقة
5856	59,3	0,7	2,4	2,2	2,6	5,3	5,9	42,8	شرق	
4505	65,0	1,5	1,6	1,3	1,3	2,1	1,1	56,7	غرب	
2092	52,6	0,4	4,3	2,8	1,4	3,4	4,1	37,0	جنوب	
148	20,0	0,0	0,3	0,0	0,4	2,4	2,4	16,7	15-19	فئات الأعمار
1523	43,2	0,0	2,3	0,6	0,8	2,0	2,4	36,7	20-24	
3057	58,3	0,0	2,8	0,7	2,2	2,6	3,4	48,7	25-29	
3843	67,1	0,3	3,1	2,1	2,9	4,4	4,7	52,5	30-34	
3956	69,3	0,8	3,0	2,9	2,7	5,5	5,7	51,6	35-39	
3788	69,0	1,9	1,7	3,9	3,1	6,5	6,6	47,6	40-44	
3003	49,1	2,9	0,3	2,7	2,0	5,1	6,0	31,1	45-49	
6639	57,4	1,4	2,5	1,7	1,0	2,6	3,4	45,3	غ. متعلم	مستوى التعليم
4035	62,2	1,5	2,3	2,4	1,9	4,4	5,5	46,2	ابتدائي	
4311	62,3	0,7	2,0	2,6	2,7	5,0	5,5	46,7	متوسط	
3425	66,9	0,4	2,1	2,7	4,7	7,2	6,7	47,4	ثانوي	
910	63,4	0,9	1,5	4,5	6,2	9,8	7,0	39,5	جامعي	
3824	56,6	1,0	3,2	1,5	0,9	2,1	2,2	46,4	الأفقر	المستوى الاقتصادي
3934	60,5	1,2	2,5	1,5	1,2	3,4	5,0	47,1	الفقير	
3891	62,5	0,9	2,4	1,6	2,1	4,9	5,1	47,6	المتوسط	
3845	62,5	1,3	1,5	2,8	2,8	5,4	6,2	45,5	الغني	
3824	65,4	1,0	1,6	4,3	5,4	7,4	6,9	42,9	الأغنى	
1976	2,7	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	0,1	2,4	0	عدد الأطفال
2556	55,3	0,0	2,3	0,6	2,3	3,6	3,1	45,4	1	
3084	70,3	0,4	2,1	2,2	3,2	4,8	5,7	55,0	2	
3084	74,4	1,1	2,3	3,5	3,1	6,1	7,3	54,6	3	
2595	75,3	0,9	3,0	3,4	4,5	7,2	6,6	53,5	4	
2172	70,4	1,1	3,0	2,9	2,7	6,7	6,9	50,2	5	
3851	64,0	2,8	2,4	3,0	1,2	3,5	4,7	46,8	6 وأكثر	
1693	65,1	1,2	2,5	4,0	4,8	9,4	6,2	41,5	عاملة	الوضعية المهنية
17600	61,1	1,0	2,2	2,2	2,3	4,2	5,0	46,4	غير عاملة	
26	60,5	0,0	1,2	9,7	0,0	9,9	10,0	29,7	م. ناقصة	
19319	61,5	1,1	2,2	2,4	2,5	4,7	5,1	45,9	المجموع	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (2006).

بوضوح كبير، يتبين أن حبوب منع الحمل هي الوسيلة الأكثر استعمالاً (94,5%)، مهما كان متغير المراقبة (وسط الإقامة، المنطقة الجغرافية، العمر، مستوى التعليم، المستوى الاقتصادي، عدد الأطفال والوضعية المهنية). يتساوى تقريباً مستوى الانتشار لما نقارن الظاهرة حسب وسط الإقامة. حسب المنطقة الجغرافية، تسجل نسوة الغرب أكبر نسبة (7,56%) وترتفع بارتفاع الأعمار. ترتبط الذروة (5,52%) بنسوة الفئة العمرية 30-34 سنة.

تسجل أعلى نسبة استعمال بين ذوات المستوى الثانوي والمنتميات للأسر متوسطة الدخل (47,4%) و(47,6% على التوالي). تفوق نسبة العاملات المستعملات لحبوب منع الحمل مثيلتها بين الماكثات بالبيوت (فارق 5 نقاط). يختلف ترتيب بقية الوسائل باختلاف متغير المراقبة (الجدول السابق).

تستعمل بعض النسوة أكثر من وسيلة، لهذا السبب سنعالج المعطيات بشكل يتناسب مع طبيعة الأسئلة (أسئلة ذات أجوبة متعددة). يلخص الجدول التالي أهم المعطيات.

جدول رقم 9.7: الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة.

الوسيلة المستعملة	التكرار	النسبة	النسبة المجمعة	الوسيلة المستعملة	التكرار	النسبة	النسبة المجمعة
C	8737	73,6	73,6	K L M	7	0,1	99,6
M	639	5,4	79,0	B	5	0,0	99,6
L	589	5,0	83,9	G K	4	0,0	99,6
D	450	3,8	87,7	C D	3	0,0	99,7
K	335	2,8	90,5	G J L M	3	0,0	99,7
G	326	2,7	93,3	I	3	0,0	99,7
A	203	1,7	95,0	F	2	0,0	99,7
L M	196	1,7	96,6	C G M	2	0,0	99,7
C K	55	0,5	97,1	A X	2	0,0	99,8
G M	54	0,5	97,5	C J	1	0,0	99,8
G L	39	0,3	97,9	J L	1	0,0	99,8
E	33	0,3	98,2	G J M	1	0,0	99,8
C M	29	0,2	98,4	J M	1	0,0	99,8
G L M	25	0,2	98,6	G K M	1	0,0	99,8
C G	20	0,2	98,8	D L	1	0,0	99,8
X	17	0,1	98,9	C G L	1	0,0	99,8
K M	16	0,1	99,1	G K L M	1	0,0	99,8
C L	16	0,1	99,2	J K	0	0,0	99,8
J	14	0,1	99,3	H	0	0,0	99,8
K L	14	0,1	99,4	م ن	21	0,2	100,0
C L M	8	0,1	99,5	المجموع	11875	100,0	

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (2006).

حسب معطيات الجدول، نلاحظ أن معظم مستعملات وسائل تنظيم الأسرة (95,5%) تلجأ لوسيلة واحدة فقط (تقليدية/ حديثة)، بحيث تلجأ فقط 4,3% من مجموع المعنيات بالملاحظة لأكثر من وسيلة.

يأتي العزل بعد حبوب منع الحمل بنسبة قدرها 5,4%. وترتب بقية الوسائل على النحو التالي: الرزنامة (5%)، اللولب (3,8%)، الرضاعة الطبيعية (2,8%)، الواقي الذكري (2,7%)، تعقيم النسوة (1,7%). تلجأ 1,7% من مجموع المستعملات لطريقتين تقليديتين (الحساب (الرزنامة) والعزل) وتستعمل 0,5% الطريقتين (حديثه وتقليدية): الحبوب والرضاعة الطبيعية.

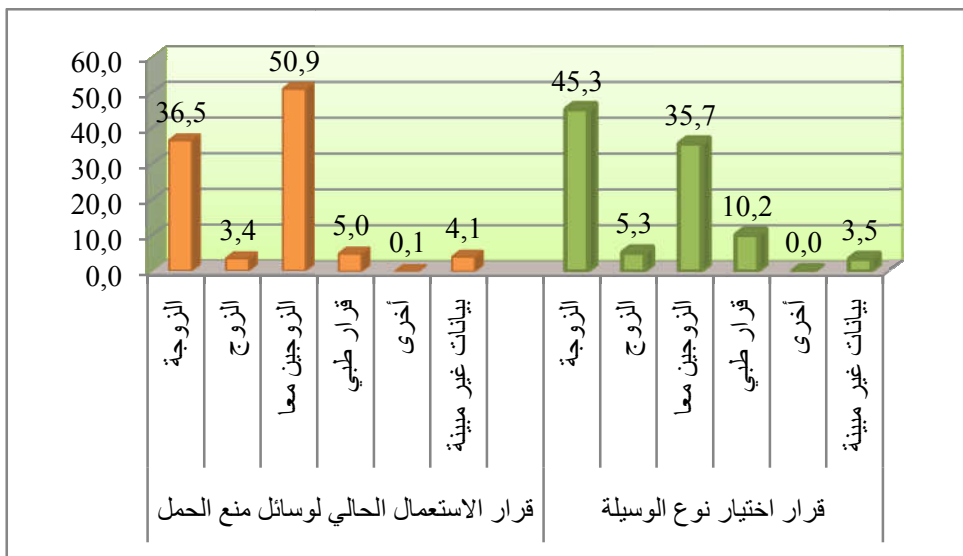
6.1.7. قرار الاستعمال الحالي واختيار الوسيلة:

تمثل المعنيات بهذا السؤال نسبة قدرها 89% (10573 امرأة) من المتزوجات والمستعملات لوسائل تنظيم الأسرة.

يرجع استعمال وسائل منع الحمل بين أكثر من نصف النسوة (51%) للزوجين معاً ثم تأتي الزوجات في المرتبة الثانية (36,5%). تصح هذه الملاحظة مهما كان متغير المراقبة، إذا استثنينا منطقة الغرب أين تأتي الزوجات في المرتبة الأولى ثم الزوجين (الملحق 4، الجدول رقم 37).

يرجع اختيار الوسيلة المستعملة حالياً، بين أكثر من خمسي النسوة (45,3%) للنسوة أنفسهن ويأتي الزوجان معاً في المرتبة الثانية (أكثر من ثلث النسوة المعنيات: 35,7%) ثم القرار الطبي في المرتبة الثالثة (عشر النسوة المعنيات؛ المخطط 3.7).

تظل هذه الملاحظة قائمة مهما كان متغير المراقبة. يختلف هذا الترتيب عندما يتعلق الأمر بنسوة مستوى التعليم الثانوي والجامعي وبنسوة الأسر الأكثر غنى، بحيث تفضل نسوة الفئتين أن يكون القرار مشتركاً وتأتي الزوجات في المرتبة الثانية (جدول رقم 38 الملحق 4).



مخطط بياني رقم 3.7: قرار الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة واختيار الوسيلة.

الفصل السابع: تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملابة

عند الجمع بين قرار الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وقرار اختيار الوسيلة في جدول واحد (جدول رقم 10.7) سوف نلاحظ أن ثلث النسوة (33,3%) أجمعن على مشاركة أزواجهن قراري الاختيار والاستعمال. يحدد الاحتمال '3 3' هذه الفئة من النسوة. يأتي في المرتبة الثانية (32%) من يفضلن عدم مشاركة القرارين إلى جانب الفئتين السابقتين، توجد فئة ثالثة (12%) تزوج بين قرار الزوجين وقرار الزوجة وحدها. نسجل، من جهة أخرى، نسبة لا بأس بها (2,2%)، ممثلة في اللاتي يسندن قراري الاستعمال واختيار الوسيلة للزوج وحده.

جدول رقم 10.7: توزيع النسوة المتزوجات حالياً والمستعملات لوسائل تنظيم الأسرة حسب قرار الاستعمال وقرار اختيار الوسيلة.

النسبة الإيجابية	النسبة	التكرار	احتمال الإيجابية	النسبة المجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإيجابية ¹
98,9	0,3	28	3 2	33,3	33,3	3521	3 3
99,1	0,2	23	9 1	65,3	32,0	3378	1 1
99,3	0,2	22	1 4	77,2	12,0	1265	1 3
99,5	0,2	20	3 9	81,6	4,4	462	4 4
99,6	0,1	12	4 2	85,3	3,7	396	4 3
99,7	0,1	10	9 3	88,4	3,1	325	9 9
99,8	0,1	9	9 2	90,6	2,2	236	2 2
99,9	0,1	5	1 6	92,6	1,9	206	4 1
99,9	0,1	5	4 9	94,4	1,8	193	2 3
100,0	0,0	4	2 4	96,0	1,6	172	3 1
100,0	0,0	3	9 4	96,8	0,8	80	2 1
100,0	0,0	1	3 6	97,5	0,8	79	1 2
100,0	0,0	1	6 6	97,9	0,4	44	2 9
	100,0	10573	المجموع	98,3	0,4	39	1 9
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.				98,6	0,3	34	3 4

¹ تمثل الخانة الأولى قرار الاستعمال وتمثل الثانية قرار اختيار نوع الوسيلة. في كل الحالات يمثل الدليل 1 الزوجة، الدليل 2 الزوج، الدليل 3 الزوجين مع الدليل 4 أمر طبي الدليل 6 إجابة أخرى الدليل 9 معطيات ناقصة.

7.1.7. أسباب عدم استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

يتعلق الأمر بالمتزوجات غير المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة. في هذا الحال، جاءت الرغبة في إنجاب طفل آخر كسبب أول (أكثر من ثلث المعنيات (7,35%))). يأتي وصول النسوة مرحلة "سن اليأس" في المرتبة الثانية (17,4% من المعنيات؛ الجدول رقم 11.7).

حسب المنطقة ورغم تقارب آراء النسوة (الرغبة في إنجاب طفل آخر)، تميزت نسوة الغرب الجزائري بأكبر نسبة (39,6%)، كونها تفوق مؤشر نسوة الشرق بأكثر من 6 نقاط (33%). كما نسجل فوارق حسب الوضعية بالنظر لظاهرة العمل (42,6% بين العاملات مقابل 35,1% بين غير العاملات).

حسب مستوى التعليم، نلاحظ أنه كلما ارتفع المستوى ارتفعت رغبة إنجاب طفل آخر. انتقلت من 24,2% بين غير المتعلمات إلى 48,9% (التعليم المتوسط)، لتصل 49,5% بين ذوات التعليم الثانوي وإلى 60,3% عندما تعلق الأمر بالجامعيات. نلاحظ فروقا مماثلة عندما نميز النسوة حسب مستوى رفاه أسر الانتماء (من 32,3% بين الأكثر فقرا إلى 41,8% بين الأكثر غنى).

نسجل تطورا معاكسا عندما نميز النسوة حسب السن، بحيث تتراجع النسبة بارتفاع سن المبحوثات (من 75,9% بين النسوة الأصغر سنا إلى 8% بين نسوة أواخر أعمار الإنجاب). نقل كذلك النسبة بارتفاع عدد أطفال كل امرأة (68,9% بين عديمات الولادات مقابل 5,3% بين ذوات 6 أطفال وأكثر؛ الجدول رقم 11.7).

الفصل السابع: تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملبية

جدول رقم 7-11: النسوة غير المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة حسب السبب

أسباب عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة ¹															الخصائص العامة		
مرجع الحساب	14	13	12	11	10	9	8	7	6	5	4	3	2	1			
2871	1,3	13,2	3,9	4,1	10,0	16,8	5,0	0,4	0,2	0,6	5,6	1,2	2,1	35,7	حضر	وسط الإقامة	
2452	0,9	10,4	5,1	3,1	9,9	18,0	4,8	0,4	1,2	2,1	3,6	2,0	2,6	35,8	ريف		
1720	1,6	10,5	4,8	4,9	8,6	14,9	4,3	0,1	1,2	2,2	5,8	1,3	3,0	36,8	وسط	المنطقة	
1759	1,3	14,7	3,8	2,6	9,4	20,5	4,8	0,3	0,4	0,7	4,9	1,8	1,7	33,0	شرق		
1088	0,6	11,5	4,1	3,9	12,8	18,9	3,2	0,6	0,2	0,5	1,6	1,2	1,4	39,6	غرب		
757	0,4	9,4	5,7	2,7	10,1	13,5	9,0	1,2	0,5	1,6	6,0	2,2	3,6	34,1	جنوب	فئات الأعمار	
67	0,4	8,0	1,1	8,2	2,9	0,0	1,8	0,8	0,0	0,0	0,2	0,5	0,0	75,9	15-19		
408	1,4	7,7	5,8	4,9	2,1	0,0	1,2	0,2	1,1	0,5	1,7	1,0	1,3	71,0	20-24		
662	2,7	12,0	7,8	4,1	6,0	0,0	1,6	0,4	0,8	2,3	3,1	1,1	2,1	56,0	25-29		
742	1,9	11,6	7,2	4,5	8,3	0,2	3,9	0,6	0,4	1,9	5,1	2,3	1,5	50,7	30-34		
874	1,1	13,0	4,9	4,5	10,1	2,2	5,4	0,4	1,2	1,7	6,1	1,5	3,5	44,5	35-39		
1062	0,9	15,9	4,0	3,3	14,1	11,5	6,8	0,4	0,9	0,9	7,8	1,8	3,2	28,6	40-44		
1507	0,2	10,0	1,4	2,2	11,8	51,9	6,4	0,5	0,1	0,9	3,1	1,6	1,9	8,0	45-49		
2382	0,6	11,1	4,5	2,7	11,4	25,5	6,7	0,3	1,1	2,0	4,6	2,2	3,1	24,2	دون مستوى		مستوى التعليم
1089	1,2	12,9	3,9	3,2	10,6	18,0	4,6	0,5	0,1	1,0	5,2	1,2	1,4	36,3	ابتدائي		
1006	1,5	12,2	5,0	5,8	7,3	7,8	3,7	0,6	0,5	0,4	3,7	0,8	1,8	48,9	متوسط		
661	2,3	13,0	4,6	4,0	8,0	5,6	1,6	0,4	0,1	1,0	6,0	1,5	2,3	49,5	ثانوي		
185	1,6	11,5	3,8	4,8	8,7	2,8	1,2	0,0	0,0	0,0	3,8	1,2	0,3	60,3	جامعي		
1222	1,2	10,9	5,8	2,2	8,8	15,7	6,6	0,4	2,1	3,4	4,6	2,2	3,7	32,3	الأفقر	المستوى الاقتصادي	
1109	0,9	12,2	5,1	3,2	10,4	17,8	5,1	0,5	0,1	0,9	5,1	1,6	1,7	35,5	الفقير		
1049	1,2	12,8	2,9	3,1	10,1	19,2	4,4	0,5	0,6	0,6	5,0	1,5	2,0	36,1	المتوسط		
1042	1,1	11,9	5,1	5,1	11,4	17,8	4,4	0,3	0,1	0,8	4,7	1,1	1,8	34,5	الغني		
900	1,4	12,0	2,8	5,1	9,0	16,5	3,6	0,4	0,0	0,2	3,8	1,4	2,1	41,8	الأغني		
438	2,4	11,3	4,8	4,2	9,8	11,3	5,1	0,2	0,0	0,3	5,1	1,4	1,5	42,6	عاملة	الوضعية المهنية	
4877	1,0	12,0	4,4	3,6	9,9	17,9	4,9	0,4	0,7	1,4	4,6	1,6	2,4	35,1	غير عاملة		
7	0,0	3,5	0,0	0,0	10,8	7,4	0,0	0,0	0,0	0,0	30,7	0,0	0,0	47,6	ناقصة		
1226	1,2	3,4	1,3	3,6	20,5	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,3	0,0	0,1	68,9	0	عدد الأطفال	
657	1,9	11,8	6,6	4,8	5,4	1,8	2,1	0,5	0,5	0,4	2,5	1,5	2,7	57,5	1		
579	0,8	13,2	6,9	4,3	6,6	6,6	4,9	0,3	0,1	1,7	5,8	1,2	2,3	45,3	2		
543	0,9	18,5	6,0	6,5	4,7	11,7	6,8	0,3	1,1	2,2	7,3	1,4	1,9	30,8	3		
493	1,8	19,6	5,9	2,6	5,8	20,7	7,8	0,4	0,8	1,7	5,5	2,1	2,2	23,1	4		
553	1,2	18,7	4,5	3,1	7,2	29,2	7,4	0,4	0,7	1,6	8,0	1,7	3,6	12,6	5		
1273	0,6	10,9	4,0	2,3	8,6	42,8	7,7	0,9	1,3	2,1	6,5	3,2	3,9	5,3	6 وأكثر		
5323	1,1	11,9	4,5	3,6	9,9	17,4	4,9	0,4	0,6	1,3	4,7	1,6	2,3	35,7	المجموع		
	60	635	237	194	529	925	261	23	34	69	248	85	123	1902			

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

¹ أسباب عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة: 1: إنجاب طفل، 2: معارض لتنظيم الأسرة، 3: عدم موافقة الزوج، 4: الخوف من الأعراض الجانبية، 5: صعوبة الحصول عليها، 6: التكلفة مرتفعة، 7: صعوبة الاستعمال، 8: مشيئة الله، 9: سن اليأس، 10: لا تنجب "العقم"، 11: لا تحب الوسائل الموجودة، 12: الدورة الشهرية بعد الولادة، 13: أخرى، 14: معطيات ناقصة.

8.1.7. نية استخدام وسائل تنظيم الأسرة مستقبلاً:

كشفت نتائج المسح أن لثلاثي (63,2%) المعنيات (المتزوجات حالياً واللاتي لا يستعملن وسيلة موانع حمل إلى جانب الحوامل) رغبة مستقبلية في استعمال وسائل تنظيم الأسرة. ارتفعت نية الاستعمال بحوالي 23 نقطة مقارنة بنتائج مسح صحة الأسرة (2002). تبقى الملاحظة قائمة مهما كان متغير المراقبة، إذا استثنينا كبيرات السن (40 سنة وأكثر) وذوات الرتب العالية (6 أطفال وأكثر)، بحيث أظهرن نية عدم الاستعمال مستقبلاً.

تتفاوت نية الاستعمال حسب وسط الإقامة. وتتميز نسوة منطقة الغرب الجزائري بأعلى النسب (تفوق بحوالي 20 نقطة مؤشر نسوة منطقة الجنوب). وترتفع بارتفاع مستوى التعليم ومستوى الرفاه، وتنخفض نية الاستخدام إذا ما تعلق الأمر بالماكنات في البيوت (الجدول رقم 12.7).

جدول رقم 7-12: نية الاستعمال المستقبلي.

استعمال وسائل تنظيم الأسرة مستقبلاً					الخصائص العامة	
مرجع الحساب	م. ناقصة	لا تعلم/ غير متأكدة	سوف لن تستعمل	سوف تستعمل		
3191	1,3	8,5	27,6	62,6	حضر	وسط الإقامة
2677	0,8	10,7	24,5	64,0	ريف	
2039	1,3	11,5	24,0	63,1	وسط	المنطقة
1826	1,1	8,9	29,3	60,6	شرق	
1216	0,7	6,2	19,4	73,7	غرب	
786	0,8	10,8	35,2	53,1	جنوب	
117	0,5	12,8	8,8	77,9	15-19	فئات الأعمار
850	0,5	9,1	9,2	81,2	20-24	
1222	0,8	9,0	10,8	79,4	25-29	
1192	1,1	9,5	16,9	72,5	30-34	
1077	1,2	9,8	25,3	63,7	35-39	
870	1,1	9,5	50,9	38,5	40-44	
540	2,5	10,4	73,7	13,4	45-49	
1877	0,9	10,8	39,5	48,8	دون تعليم	مستوى التعليم
1198	1,7	9,2	26,3	62,8	ابتدائي	
1454	0,9	9,8	17,9	71,5	متوسط	
1027	1,1	8,4	16,5	74,0	ثانوي	
311	0,6	5,2	16,7	77,6	جامعي	
1317	0,9	10,8	28,1	60,3	الأفقر	المستوى الاقتصادي
1224	1,0	11,9	24,8	62,3	الفقير	
1131	1,2	7,9	27,6	63,3	المتوسط	
1120	1,1	7,4	25,9	65,6	الغني	

1076	1,2	9,2	24,4	65,2	الأغنى	
492	2,1	7,8	29,3	60,7	عاملة	الوضعية المهنية
5366	1,0	9,7	25,9	63,5	غير عاملة	
9	0,0	0,0	45,9	54,1	م. ناقصة	
1666	0,6	12,0	20,9	66,6	0	عدد الأطفال
1079	0,7	6,7	18,2	74,4	1	
826	1,0	8,2	20,8	70,1	2	
691	1,2	7,2	22,1	69,5	3	
500	2,3	9,5	31,4	56,8	4	
423	2,0	12,5	35,8	49,7	5	
682	1,5	10,0	52,8	35,7	6 وأكثر	
5868	1,1	9,5	26,2	63,2	المجموع	
	63	558	1537	3709		
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 (2006).						

عند الرجوع للتقرير الرئيسي، سوف نلاحظ اختلافا بسيطا مع نتائج هذا العمل¹ نتيجة اختلاف الجدولة. في التقرير الأول، عولجت المعطيات دون تمييز النسوة، رغم ارتباط السؤالين. يفترض عدم استجواب النسوة المعارضات لتنظيم الأسرة، البالغات سن اليأس واللاتي لا تتجنبن (العقيمت)، إضافة إلى أن التقرير استبعد المعطيات الناقصة من عمليات الحساب.

لفحص العلاقة بين المتغيرات سابقة الذكر (المتغيرات المستقلة) ونية استعمال موانع الحمل مستقبلا، وظفنا اختبار كاي مربع للاستقلالية. أظهرت التقنية غياب الاختلافات ذات الدلالة الإحصائية بين نية الاستعمال المستقبلي ومتغيرات المراقبة المدرجة في التحليل (الملحق 4، الجدول رقم 39).

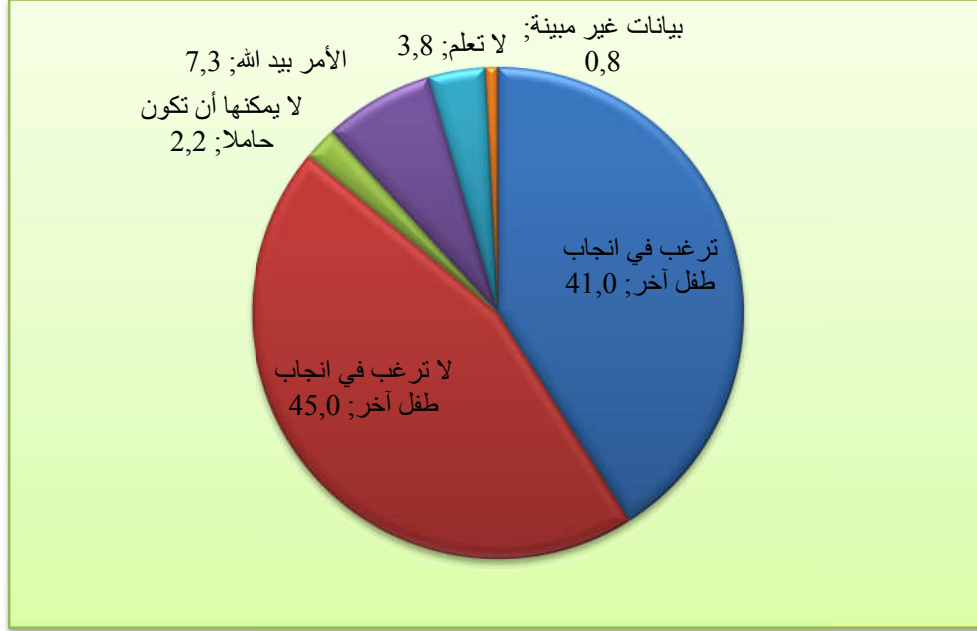
خص المسح نوع الوسيلة المستعملة مستقبليا بسؤال في هذا الإطار، صرح معظم النسوة (ثلاثة أرباع المعنيات) اللجوء لحبوب منع الحمل. بلغ تعداد هذه الفئة من النسوة 3709 امرأة. يبقى هذا الملمح سائدا مهما كان متغير المراقبة (الملحق، الجدول رقم 40).

9.1.7. رغبة إنجاب طفل آخر:

وظف المسح سؤالا إضافيا، ممثلا في رغبة إنجاب طفل آخر مستقبلا. يتعلق الأمر بجميع النسوة المتزوجات باستثناء اللواتي وصلن سن اليأس والعقيمت (17865 مبحوثة). صرح 45% من المعنيات بانتفاء رغبة الإنجاب لديهن مستقبلا. انخفضت هذه النسبة بمعدل 1,6% مقارنة بنتائج سنة 2002. بلغت نسبة من يطقن لولادة إضافية 41% من مجموع المعنيات. نشير إلى أن هذه النسبة ارتفعت بما يقارب 10

¹ للإشارة وظف التقرير الرئيسي متغيرا مستقلا واحدا فقط، ممثلا في وسط الإقامة.

نقاط في ظرف أربع سنوات فقط، علما أنها كانت في تراجع متواصل منذ أكثر من 20 سنة (من 37,8% سنة 1992 إلى 31,3% سنة 2002؛ المخطط رقم 4.7).



مخطط رقم 4.7: رغبة إنجاب طفل إضافي.

تبقى الملاحظة السابقة (عدم الرغبة في إنجاب طفل آخر) قائمة مهما كان متغير المراقبة، إذا استثنينا نسبة الجنوب ومن تجاوزن التعليم الابتدائي (الجدول رقم 13.7)

كما أن لمتغيري أعمار النسوة ورتبة المولود تأثير واضح على عدم الرغبة في الإنجاب، بحيث ترتفع النسبة بارتفاع الأعمار (من 0,4% بين نسوة الفئة العمرية 15-19 سنة إلى 81,4% بين الأكثر سنا 45-49 سنة). وترتفع كذلك بارتفاع رتبة المولود (من 1,4% بين عديمات الولادات إلى 81,4% بين ذوات الرتب 6 أطفال وأكثر).

فند اختبار كاي مربع (الاستقلالية) هذه النتائج: لا وجود لتباينات دالة إحصائية بين رغبة الإنجاب، أعمار النسوة ورتبة المولود.

- في ظل تقييم إحصائي للعلاقة بين رغبة إنجاب طفل آخر وعمر المبحوثات، بلغت قيمة كاس 6227,93²، في حين كانت كاس² الجدولة عند القيمة 36,42 (درجة حرية 24 ومستوى دلالة 0,05) وهي علاقة وثيقة.

- أكد هذا الأمر معامل سبيرمان بحيث بلغ المعامل، القيمة 0,43، لما كان مستوى الدلالة الإحصائية 0,01. بمعنى آخر، أنه لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغير التابع (الرغبة في إنجاب طفل آخر) والمتغير المستقل ممثلاً في أعمار النسوة.
- بالنسبة للعلاقة بين رغبة إنجاب طفل آخر ورتبة المولود، نقول بأن مستوى دلالة الاختبار (0,00) التي تصغر مستوى المعنوية المتنبأة (0,05) يعني وجود علاقة وثيقة بين المتغيرين. بمعنى آخر، لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المتغير التابع (الرغبة في إنجاب طفل آخر) ومتغير رتبة المولود. أكد معامل سبيرمان نفس الأمر، لأن قيمة رو كانت 0,43 عند مستوى الدلالة 0,01.

جدول رقم 13.7: رغبة الإنجاب مستقبلاً.

الرغبة في إنجاب طفل آخر							الخصائص العامة	
مرجع الحساب	م. ناقصة	لا تعلم	الأمر بيد الله	لا تستطيع الحامل	لا ترغب	لها رغبة	حضر	وسط الإقامة
9988	0,7	3,7	7,6	2,8	45,5	39,6	حضر	وسط الإقامة
7878	0,9	3,8	6,8	1,4	44,4	42,7	ريف	
6463	1,1	4,5	7,0	1,8	46,7	39,0	وسط	المنطقة
5329	0,8	3,2	6,1	2,3	47,0	40,6	شرق	
4161	0,4	3,6	6,9	2,4	45,2	41,3	غرب	
1913	0,9	2,8	12,3	2,4	33,5	48,2	جنوب	
146	0,5	6,1	6,6	0,0	0,4	86,4	15-19	فئات الأعمار
1514	0,9	2,7	5,7	0,5	5,4	84,7	20-24	
3017	0,9	3,7	6,4	0,6	13,6	74,7	25-29	
3780	0,7	5,6	9,8	1,3	31,5	51,0	30-34	
3849	0,8	4,8	9,0	1,9	54,9	28,6	35-39	
3517	0,7	2,3	6,1	3,2	73,4	14,2	40-44	
2042	1,1	1,4	3,5	6,1	81,4	6,5	45-49	
5760	0,8	3,4	7,0	2,4	57,2	29,2	دون تعليم	المستوى التعليمي
3724	0,7	3,3	7,7	2,6	48,4	37,2	ابتدائي	
4159	0,7	3,8	7,4	2,0	34,5	51,5	متوسط	
3334	1,1	4,6	7,3	1,4	36,8	48,9	ثانوي	
888	0,8	4,3	5,8	2,4	32,2	54,5	جامعي	
3525	0,8	3,7	8,3	1,6	43,4	42,2	الأفقر	المستوى

الفصل السابع: تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملباة

3621	0,7	2,7	6,6	2,0	44,0	43,9	الفقير	الاقتصادي
3584	1,0	3,9	7,3	1,8	45,7	40,3	المتوسط	
3541	0,8	3,9	6,8	2,6	44,9	41,1	الغني	
3595	0,7	4,6	7,2	2,8	47,1	37,5	الأغنى	
1600	0,9	4,9	6,2	2,4	46,6	39,0	عاملة	الوضعية المهنية
16240	0,8	3,6	7,3	2,1	44,9	41,2	غير عاملة	
25	0,0	2,2	17,6	0,0	49,7	30,5	م. ناقصة	
1722	1,3	1,8	4,9	1,9	1,4	88,7	0	عدد الأطفال
2509	1,4	3,0	5,0	1,0	7,7	81,9	1	
3007	0,8	5,6	8,4	1,6	26,6	57,1	2	
2995	0,8	6,0	8,9	1,9	46,0	36,5	3	
2464	0,3	2,8	9,0	2,4	66,3	19,1	4	
1971	0,4	3,8	7,8	2,5	71,5	13,9	5	
3198	0,8	2,3	6,1	3,6	81,4	5,8	6 وأكثر	
17865	0,8	3,8	7,3	2,2	45,0	41,0	المجموع	
	144	670	1296	386	8045	7324		
المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر (2006).								

2.7. الاحتياجات غير الملباة المرتبطة بتنظيم الأسرة:

تنقسم الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة إلى احتياجات غير ملباة في خدمة المباشرة واحتياجات غير ملباة في خدمات التوقف عن الإنجاب نهائيا.

قدر المسح العنقودي متعدد المؤشرات (2006) مجموع الاحتياجات غير الملباة الخاصة بتنظيم الأسرة لدى نسوة الأعمار 15-49 سنة عند النسبة 10,8%. انخفضت هذه النسبة بمقدار 14 نقطة في ظرف 4 سنوات فقط، بالنظر لنتائج المسح الخاص بصحة الأسرة (2002)، بحيث كانت عند المستوى 24,6%.

جدول رقم 7.14: الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.

مجموع النسوة المتزوجات حاليا	الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة			الخصائص العامة	
	الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة لغرض المباشرة	الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة للتوقف عن الإنجاب	الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة الكلية	حضر	وسط الإقامة
10757	4,2	6,1	10,3	حضر	وسط الإقامة
8562	5,2	6,3	11,5	ريف	
6867	4,5	5,9	10,4	وسط	المنطقة
5856	4,5	7,5	12,0	شرق	
4505	4,5	4,6	9,1	غرب	
2092	5,4	7,1	12,5	جنوب	
148	17,5	0,0	17,5	15-19	فئات الأعمار
1523	9,6	0,9	10,4	20-24	
3057	9,6	2,0	11,6	25-29	
3843	6,4	3,7	10,2	30-34	
3956	3,3	7,2	10,5	35-39	
3788	1,0	9,8	10,8	40-44	
3003	0,2	10,8	11,0	45-49	
6639	3,6	9,4	13,0	غير متعلمة	مستوى التعليم
4035	4,4	6,5	10,9	ابتدائي	
4311	5,6	3,8	9,4	متوسط	
3425	5,0	3,8	8,8	ثانوي	
910	6,9	1,7	8,6	جامعي	
3824	5,9	8,8	14,7	الأفقر	مستوى الرفاه
3934	5,0	6,1	11,1	الفقير	
3891	4,5	6,2	10,6	المتوسط	
3845	4,2	5,5	9,7	الغني	
3824	3,4	4,5	7,9	الأغنى	
1693	3,4	6,3	9,7	عاملة	الوضعية المهنية
17600	4,7	6,2	10,9	غير عاملة	
26	13,9	2,9	16,8	م. ناقصة	
19319	4,6	6,2	10,8	المجموع	

المصدر: المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر 2006، ص: 134.

نلاحظ من خلال الجدول ما يلي:

- ◀ انخفضت نسبة الاحتياجات غير الملباة في مجال المباشرة بين الولادات بحوالي 3,7%، مقارنة بمستوى سنة 2002 (4,6%). ولما نميز النسوة المتزوجات حسب الخصائص سوف نلاحظ أن:
- حسب وسط الإقامة: لا يوجد اختلاف كبير بين الوسطين (4,2% في الحضر مقابل 5,2% في الريف)؛

- تتساوى نسب الاحتياجات غير الملابة بغرض المباحة (4,5%) في مختلف مناطق الوطن، إذا استثنينا نسوة منطقة الجنوب؛
- حسب السن، تنخفض النسبة بارتفاع أعمار النسوة، بحيث انتقلت من 17,5% بين النسوة الأصغر سنا إلى 0,2% بين النسوة الأكبر سنا؛
- يختلف الأمر عندما نميز النسوة حسب مستوى التعليم، بحيث ترتفع الحاجة غير الملابة بارتفاع مستوى التعليم. انتقلت من 4,4% بين ذوات المستوى الابتدائي إلى 5,6% (التعليم المتوسط) لتصل إلى 5% (التعليم الثانوي) وإلى 6,9% عندما يتعلق الأمر بالجامعيات؛
- حسب مؤشر الثروة، نلاحظ انخفاض هذه النسبة بانخفاض المستوى الاقتصادي، حيث انتقلت من 5,9% بين نسوة العائلات الأفقر إلى 3,4% بين الأكثر غنى؛
- تفوق نسبة الاحتياجات غير الملابة بغرض المباحة بين الماكثات في البيوت نسب العاملات (4,7% بين غير العاملات مقابل 3,4% بين العاملات).
- ◀ الاحتياجات غير الملابة في مجال التوقف نهائيا عن الإنجاب: عرف العجز تراجع قدره 8,5%، مقارنة بمستوى سنة 2002.

عند تمييز النسوة المتزوجات سوف نلاحظ:

- غياب تباين طلب النسوة حسب وسط الإقامة. ونسجل نفس الملاحظة إذا ما تعلق الأمر بالوضعية المهنية؛
- حسب المنطقة الجغرافية، سجلت نسوة منطقة الشرق الجزائري أكبر نسبة (7,5%)؛
- تزيد هذه النسبة بارتفاع سن المبحوثات (من 0,9% بين اللاتي تتراوح أعمارهن بين 20 و24 سنة إلى 10,8% بين نسوة أواخر أعمار الإنجاب)؛
- كلما ارتفع مستوى التعليم أو مستوى الرفاه كلما انخفضت نسبة الاحتياجات غير الملابة بغرض التوقف عن الإنجاب (من 9,4% بين النسوة غير المتعلمات إلى 1,7% بين الجامعيات ومن 8,8% بين الأكثر فقرا إلى 4,5% بين الأكثر غنى).

الإستنتاج العام

الاستنتاج العام:

من خلال المعالجة التحليلية لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة العمرية 15- 49 سنة، بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS-3 الجزائر_2006)، يمكننا الإشارة إلى ما يلي:

- * استهدفت الدراسة نسوة أعمار الإنجاب 15-49 سنة؛
- * قدر عدد النسوة التي شملها المسح 43642 امرأة، بمتوسط عمر قدره 29,17 سنة؛
- * لم يلتحق أكثر من خمس المجتمع المدروس (22,4%) بالمدارس، علما أن الظاهرة كانت أوسع في الريف (أكثر من الثلث: 34%) في منطقة الغرب الجزائري عنت الظاهرة امرأة من بين كل أربعة؛
- * كان مستوى التعليم متدنيا، بحيث لا يستطيع أكثر من الربع القراءة والكتابة. مثلت النسوة اللاتي لا تتعدى مستويات تعليمها المتوسط أوسع الفئات انتشارا (27,12%). ومثلت ذوات التعليم الثانوي النسبة 23,12%. انخفضت النسبة إلى 8,92% لما تعلق الأمر بالجامعيات؛
- * قدرت نسبة العاملات، ذوات الحرف والمساعدات العائلية أثناء إجراء عملية المسح عند المستوى 11,86% (14,61% في الحضر مقابل 8,35% في الريف)؛
- * مثل المنزل مكان عمل واحدة من بين كل أربع عاملات (26,12%)، نظرا لطبيعة ونوع الأنشطة (ينشط ربع النسوة في مجال الحرف والأعمال اليدوية)؛
- * مثلت النسوة العازبات أكثر من نصف المجتمع المدروس، بحيث شكلت المتزوجات أو السابق لهن الزواج النسبة 47,4%؛
- * بلغ متوسط أعمار الزواج الأول المقدار 29,8 سنة. تميزت الجامعيات بأعلى المتوسطات؛
- * حسب معطيات المسح، بلغ متوسط معدلات الخصوبة المقدار 2,27 طفلا لكل امرأة. سجلت العاملات أدنى المستويات، وتميزت نسوة الجنوب بأعلى معدل؛
- * انخفضت معدلات الخصوبة في كل فئات الأعمار منذ سنة 1990. وبلغ معدل خصوبة المراهقات المستوى 4,4‰؛
- * ترجم عدد ولادات المتزوجات حاليا المتوسط 3,3 أطفال لكل امرأة (ارتبط أصغر متوسط بالجامعيات: 1,9 أطفال لكل امرأة وأعلى متوسط بغير المتعلمات: 4,5 أطفال لكل امرأة)؛
- * لغالبية غير العازبات (89,37%) ولادة حية على الأقل. عاش 17,5% من بينهن وفاة أطفال؛
- * مثل التوقف عن الإنجاب أو تأجيل الولادة رغبة أكثر من ربع النسوة الحاصلات على ولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح؛

- * لما وسعنا الملاحظة للسنتين السابقتين للمسح، تبين أن غالبية الأمهات (90,3%) تبنت عرف المتابعة الصحية خلال فترة آخر حمل. مثلت الجامعيات أعلى النسب (98,8%)، وارتبطت أضعف النسب بذوات الخصوبة المرتفعة (6 أطفال وأكثر)؛
- * جاء الأطباء أولاً بين مقدمي خدمات الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل (76,4%)؛
- * لم يتعرض عشر النسوة (9,7%) للمتابعة الصحية أثناء فترة آخر حمل؛
- * باشر ثلاثة أرباع النسوة (75%) فحصهن الأول خلال الثلاثة أشهر الأولى من الحمل. سجلت الجامعيات أعلى النسب (91,3%) وعرفت ذوات الخصوبة المرتفعة أدنى النسبة (58,4%)؛
- * كان التأكد من الحمل السبب الأول لإجراء أول فحص طبي خلال فترة الحمل (أكثر من ثلث النسوة: 37%)؛
- * خلال السنتين السابقتين للمسح، توج عدد الزيارات الطبية بين الأمهات متوسطاً قدره 4,36 زيارة؛
- * استوفى أكثر من ربع المبحوثات (25,9%) جميع الفحوصات الطبية اللازمة. مثل قياس ضغط الدم أكثر الفحوصات طلباً (95,1%). في المقابل، لم تجر نسبة قليلة من بين الملاحظات أي فحص طبي (0,3%)؛
- * تمتلك ثلثا الحاصلات على ولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح (63,52%) بطاقة أو دفتر صحي خاص بالتطعيم؛
- * تلقى نصف النسوة المعنيات جرعة واحدة على الأقل من لقاح التيتانوس خلال فترة الحمل (55,1% في الحضر، مقابل 44% في الريف)؛
- * غطى القطاع الصحي 95,3% من مجموع ولادات السنتين السابقتين للمسح. كان مستوى التغطية عند النسبة 89% سنة 2002؛
- * احتضنت البيوت 3,9% فقط من مجموع ولادات السنتين السابقتين للمسح (1,1% في الحضر مقابل 7% في الريف) وارتبطت أعلى نسبة بمنطقة الجنوب (10,1%)؛
- * جاء معظم الولادات (95%) تحت إشراف كادر طبي مؤهل، بحيث مثلت الولادات الطبيعية النسبة 90%؛
- * مثلت اللواتي تعرضن للكشف الطبي بعد الولادة أقل من ثلث (31,2%) المعنيات. ارتبطت أعلى النسبة بالجامعيات وأضعفها بمن لديهن 6 أطفال وأكثر؛
- * كان عدم ظهور مضاعفات سبب عدم المتابعة؛

- * أَرْضَعْ غَالِبِيَةَ النِّسْوَةِ (93,48%) أَطْفَالَهُنَّ رِضَاعَةَ الطَّبِيعِيَّةِ. بَدَأَتْ الرِّضَاعَةَ بَيْنَ أَرْبَعِ أَخْمَاسِ الْأُمَمَاتِ مِنْذُ يَوْمِ الْوِلَادَةِ؛
- * أَكْثَرُ مِنْ عَشْرِ النِّسْوَةِ (11,6%) عَلَى دِرَايَةِ بَأَكْثَرِ مِنْ نِصْفِ وَسَائِلِ مَنَعِ الْحَمْلِ وَيَعْرِفُ 99% مِنْ مَجْمُوعِ النِّسْوَةِ حُبُوبَ مَنَعِ الْحَمْلِ (الْوَسِيلَةَ الْأَكْثَرَ انْتِشَارًا وَاسْتِعْمَالًا)؛
- * اسْتَعْمَلَ أَرْبَعَةَ أَخْمَاسِ (83,8%) النِّسْوَةُ وَسِيلَةً وَاحِدَةً عَلَى الْأَقْلَ مِنْ وَسَائِلِ تَنْظِيمِ الْأُسْرَةِ. تَبْنَى الثَّلَاثَانَ هَذَا السَّلُوكَ بَعْدَ إِنْجَابِ الطِّفْلِ الْأَوَّلِ مَبَاشَرَةً؛
- * يَسْتَعْمَلُ 61,5% مِنْ مَجْمُوعِ الْمُتَزَوِّجَاتِ عِنْدَ الْمَلَاظَمَةِ وَسِيلَةً وَاحِدَةً عَلَى الْأَقْلَ مِنْ وَسَائِلِ مَنَعِ الْحَمْلِ. مَثَلَتْ حُبُوبَ مَنَعِ الْحَمْلِ الْوَسِيلَةَ الْأَكْثَرَ اسْتِعْمَالًا (45,9%)، مَهْمَا كَانَ مُتَغَيِّرَ الْمُرَاقِبَةِ؛
- * يَرْجِعُ قَرَارَ اسْتِعْمَالِ وَسَائِلِ مَنَعِ الْحَمْلِ لِلزَّوْجَيْنِ مَعًا (أَكْثَرُ مِنْ نِصْفِ الْمَعْنِيَاتِ (51%))؛
- * مَثَلَتْ رِغْبَةَ إِنْجَابِ طِفْلِ آخَرَ أَهْمَ سَبَابِ عَدَمِ اسْتِعْمَالِ وَسَائِلِ تَنْظِيمِ الْأُسْرَةِ (16,43%)؛
- * ارْتَفَعَتْ نِيَّةُ اسْتِعْمَالِ وَسَائِلِ مَنَعِ الْحَمْلِ مُسْتَقْبَلًا بِمَعْدَلِ 23 نَقْطَةً، مُقَارَنَةً بِسَنَةِ 2002؛
- * انْخَفَضَتْ نِسْبَةُ الْحَاجَةِ غَيْرِ الْمَلْبَاةِ فِي مَجَالِ تَنْظِيمِ الْأُسْرَةِ بَيْنَ نِسْوَةِ أَعْمَارِ الْإِنْجَابِ (الْمُتَزَوِّجَاتِ عِنْدَ تَارِيخِ الْمَسْحِ) بِحَوْلِي 14 نَقْطَةً فِي ظَرْفِ 4 سِنَوَاتٍ فَقَطْ، مُقَارَنَةً بِالْمَسْتَوَى الْمَسْجَلِ سَنَةَ 2002، الَّذِي كَانَ عِنْدَ النِّسْبَةِ 10,8%. بَلَّغَتْ الْحَاجَةُ غَيْرِ الْمَلْبَاةِ بِغَرَضِ الْمَبَاعَدَةِ بَيْنَ الْوِلَادَاتِ الْمَسْتَوَى 4,6%، مُقَابِلَ 6,2% بَيْنَ الرَّاغِبَاتِ فِي التَّوَقُّفِ عَنِ الْإِنْجَابِ.

مَكْنَنَا هَذَا الْعَمَلُ الْمُتَوَاضِعُ مِنَ الْإِجَابَةِ عَلَى بَعْضِ التَّسَاوُلَاتِ، وَالْوَقُوفُ عَلَى أَهْمِ النُّتَاجِ مُمَثَّلَةٌ فِي: أَنْ هُنَاكَ وَعِي صَحِيٍّ وَإِقْبَالٍ كَبِيرٍ لِلنِّسْوَةِ لِلْمَتَابَعَةِ أَثْنَاءِ الْحَمْلِ وَالْوِلَادَةِ، لَكِنْ هَذَا الْوَعْيُ وَالْإِهْتِمَامُ يَقِلُّ كَثِيرًا إِذَا مَا تَعَلَّقَ بِالرَّعَايَةِ بَعْدَ الْوِلَادَةِ الَّتِي تَعْتَبَرُ أَحَدَ أَهْمِ الرُّكَاكِزِ الرَّئِيسِيَّةِ لِأُمُومَةِ أَمْنَةٍ. لِمَسْنَا أَيْضًا الدَّورَ الْكَبِيرَ الَّذِي تَلْعَبُهُ الْخِصَائِصُ الْفَرْدِيَّةُ، الْاجْتِمَاعِيَّةُ، الدِّيمُوغْرَافِيَّةُ، الْجُغْرَافِيَّةُ وَالْاِقْتِصَادِيَّةُ فِي التَّأثيرِ عَلَى هَذَا الْوَعْيِ الصَّحِيِّ.

قائمة المراجع

المراجع:

- 1- المجلس الأعلى للسكان، دراسة الحاجات والمعوقات التي تواجه خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في الأردن، عمان، الأردن، أكتوبر 2009، ص: 2.
- 2- صندوق الأمم المتحدة للسكان، مكتب العراق، صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل، ص ص: 11، 13، 24، 80، 54.
- 3- عبد المعطي عبد الباسط وفرح عبد العزيز، السكان والصحة الإنجابية والفقير، المنتدى العربي للسكان، بيروت 19-21 نوفمبر 2004، بيت الأمم المتحدة، بيروت، لبنان، ص: 11.
- 4- المركز الوطني للإحصاء، الجمهورية العربية السورية، المسح العنقودي متعدد المؤشرات، 2006، فيفري 2008، ص ص: 5، 17.
- 5- وزارة التنمية والتعاون الدولي، المعهد الوطني للإحصاء، المسح العنقودي متعدد المؤشرات، تونس 2011-2012، ملخص لأهم النتائج، نوفمبر 2013، ص: 8.
- 6- Des Forts J. Indicateurs de La Santé Maternelle en Algérie: évolution de 1962 à 1992, In Population, 53^e année, n°4, 1998, pp. 859-873, 867.
- 7- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني حول صحة الأم والطفل، التقرير الرئيسي، المشروع العربي للطفولة، الجزائر 1994 (PAPCHILD)، ص ص: 2، 160، 175.
- 8- Ministère de La Santé de La Population, Institut National de Santé Publique, **Enquête Nationale Sur La Mortalité Maternelle**, Rapport de Synthèse, 2001, p. 6.
- 9- Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de Santé Publique, **Enquête Nationale Sur les Objectifs de La Fin de Décennie, Santé de La Mère et de L'enfant**, EDG, Algérie, 2000 MICS2, Alger 2001. pp. 8, 46.
- 10-MSPRH & ONS, **Enquête Algérienne sur la Santé de la Famille-2002**, Rapport principal, juillet 2004. pp .5, 219.
- 11- MSPRH & ONS, **Enquête Algérienne à indicateurs multiples : suivi de la situation : des enfants et des femmes**, Algérie, 2012-2013 MICS4, Algérie 2015. p. 22.
- 12- الشريف آسيا ، واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها، أطروحة دكتوراه دولة في علم الاجتماع، تخصص ديموغرافيا، جامعة الجزائر، 2004-2005، ص ص: 7، 5، 111.
- 13- منظمة الصحة العالمية، الإحصاءات الصحية العالمية، 2009، ص: 10.

14-Estimations de l'OMS, l'UNICEF, l'UNFPA et la Banque mondiale, Mortalité maternelle en 2005, pp. 1, 4.

15- فهيمي رودي فرزانه ، أشفورد لوري ، الصحة الإنجابية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، دليل الإعلاميين، المكتب المرجعي للسكان (PRB)، 2008، ص: 24، 16.

16- متوفر على الرابط: <https://www.djazairss.com/elhiwar/20119>

17- Documents fondamentaux, supplément à la quarante-cinquième édition, octobre 2006

متوفر على الرابط www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf

18- أبراش إبراهيم، المنهج العلمي وتطبيقاته في العلوم الاجتماعية، دار الشروق، عمان، 2008، ص: 74.

19- بن واضح الهاشمي، مطبوعة محاضرات في منهجية إعداد بحوث الدراسات العليا (ماجستير- ماجستير- دكتوراه)، جامعة المسيلة، 2016، ص: 37.

20- عليان ربحي مصطفى، غنيم عثمان محمد ، مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص: 43.

21- بن مرسللي أحمد، مناهج البحث العلمي في علوم الإعلام والاتصال، ديوان المطبوعات الجامعية، الطبعة الثانية، الجزائر، 2005، ص: 111.

22- جويبة عميرة ، الخصوبة وتنظيم النسل، رسالة ماجستير في علم الاجتماع، جامعة الجزائر 1995- 1996، ص ص: 20، 21.

23- فؤاد عبد الكريم، قضايا المرأة في المؤتمرات الدولية، متوفر على الرابط:

https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/AR_SWOP2012_Report.pdf

24- أبو الحمائل أحمد عبد المجيد علي، "المزيد عن الصحة الإنجابية"، متوفر على الرابط:

http://aabulhamael.kau.edu.sa/content.aspx?Site_ID=0007677&lng=AR&cid=63992

25- United Nations, Report of the international conference on population, 1984, pp.

26- مؤتمرات دولية، المجلس القومي للسكان، مصر، متوفر على

الرابط <http://www.npc.gov.eg/2013-09-28-20-44-11/2013-09-28-21-12-02>

27- مرام بنت منصور بن حمزة زاهد، مفهوم الصحة الإنجابية في الموثائق الدولية، دراسة نقدية في ضوء الإسلام، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير، قسم الثقافة الإسلامية، كلية الشريعة الرياض، جامعة الإمام محمد بن مسعود الإسلامية، المملكة العربية السعودية، ص: 18.

28-Centre français sur la population et le développement, LA CHRONIQUE DU CEPED, LE CAIRE :UNE DOUBLE DECEPTION, automne1994, n 15 :p 2.

<http://www.onefd.edu.dz/infpe/2MEF/cours-Pdf-2mef/Env1/Geo/L2-ENV1-GEO.pdf> -29

30- جامعة الدول العربية، اللجنة الدائمة للسكان، الاجتماع الثالث عشر لرؤساء المجالس واللجان الوطنية للسكان في البلدان العربية، تقرير حول التقييم السنوي لتوصيات إعلان الدوحة" المؤتمر العربي للسكان والتنمية- الواقع والآفاق، 15 عاما بعد مؤتمر القاهرة، 14-16 نوفمبر 2011، ص: 16.

31- مكتبة حقوق الإنسان، إعلان ومنهاج بيجين، موجود على الرابط:

<http://hrlibrary.umn.edu/arabic/BeijingDeclPl.html>

32- بورارة فريدة، تأثير السلوك الإيجابي على صحة المولود الجديد، دراسة على عينة من النساء بمستشفى مصطفى باشا الجامعي ببلدية سيدي احمد- العاصمة-، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع، تخصص ديموغرافيا، جامعة الجزائر، 2005-2006، ص: 49.

33- حلمي محمد كاميليا، أهم المصطلحات الواردة في أبرز الاتفاقيات والمواثيق الدولية للمرأة والطفل وخطورتها على الأسرة، مؤتمر الأسرة المسلمة في ظل التغيرات المعاصرة، المعهد العالمي للفكر الإسلامي، والجامعة الأردنية، ووزارة التنمية الاجتماعية-عمان، الأردن، 9-11 أبريل، ص: 16.

34- الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، الأمم المتحدة، نيويورك، 2002، ص ص: 2، 73، 37، 83.

35- منظمة الصحة العالمية، تقرير من الأمانة حول الصحة الإنجابية، البند 10-12 من جدول الأعمال المؤقت، 15 أبريل 2004، ص: 4.

36- متوفر على الرابط: <http://moh.gov.sy/Default.aspx?tabid=145&language=ar-YE>

37- الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، وثائق المنتدى الوطني لقيادات مؤسسات المجتمع المدني، المرجان للدعاية والإعلان، صنعاء، 2001، ص: 39.

38- ونوس إيمان أحمد، جريدة النور، العدد 700، 2 ديسمبر 2015، تم الاسترجاع من موقع الجريدة www.an-nour.com

39- الأنسي عبد الكريم علي، دليل الخطباء والمرشدين الوعاظ حول الصحة الإنجابية والسكان، الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان، اليمن، الطبعة الثانية، أبريل 2011، ص ص: 3، 20.

40- المشروع العربي لصحة الأسرة، المكتب المرجعي للسكان(RBP)، دليل السكان، الطبعة الرابعة، 2009، ص ص: 66-67، 93.

41- الشريف آسيا، واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، دورية علمية متخصصة محكمة يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة، المجلد الخامس-العدد 13، القاهرة، يناير 2012، ص: 42.

42- راضي أليسا، الصحة الإنجابية والجنسية لدى المراهقين والشباب في منطقة شرق المتوسط، ورقة عمل مقدمة إلى مؤتمر برلماني إفريقي والدول العربية، الرباط 3-5 ديسمبر 2003، ص: 11.

43-Organisation Mondiale de la Santé et division de la Santé et de la famille.(1997).Programme Santé maternelle et maternité sans risque, le dossier mère-enfant: guide pour une maternité sans risque, Genève, p10.

44 `Organisation Mondiale de la Santé et division de la Santé et de la famille . (1993).Programme Santé maternelle et maternité sans risque, soins prénatals et santé maternelle :étude d'efficacité, Genève, p.7.

45 `Franklin BOUBA DJOURDEBBE .(Octobre 2005),<<LA DEPERDITION DES SOINS PRENATALSAU TCHAD>> , Mémoire de fin d'études, en vue de l'obtention du diplôme d études supérieures spécialisées en démographie, institut de formation et de recherche démographiques, UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ II , CAMEROUN, p.34.

46- الخامري نوريا ، مشروع الأمومة الآمنة في اليمن، نشرة الطفولة المبكرة التي يصدرها المكتب اليونيسكو الإقليمي ببيروت ، العدد1، نيسان/أبريل 2012، ص: 12.

47- عبد السلام أسماء، النفاس: الفترة المهملة في دورة الحمل والولادة- دراسة في دمشق وريفها، مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية- المجلد الرابع والعشرون- العدد الأول-2008، ص: 64.

48- عباسي مجدوب محمد عزوز، أحكام وسائل منع الحمل- دراسة طبية فقهية-، رسالة مكملة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الإسلامية، تخصص فقه مقارن، جامعة الجزائر، 2008-2009، ص: 121.

49-PRESSAT .R, dictionnaire de démographie, 1éréédition, 3trimestre Paris, presses, universitaires de France, 1979, p.78, 75.

50- ملك عادل ، دليل تقديم خدمات الصحة للسيدات المتعايشات مع فيروس نقص المناعة البشرية، وزارة الصحة والسكان مصر، سبتمبر 2014، ص: 11.

- 51- صندوق الأمم المتحدة للسكان، حالة سكان العالم 2012، بالاختيار وليس بالصدفة، تنظيم الأسرة وحقوق الإنسان والتنمية، ص:1.
- 52- صندوق الأمم المتحدة للسكان، مكتب العراق، اتجاهات الإنجاب وتنظيم الأسرة في العراق التحديات والتدخلات، ص: 24.
- 53- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي، جويلية 2004، ص ص: 139، 103.
- 54- التعريف لوفيات الأمهات متوفرة على الرابط: css.escwa.org.lb/sd/mdgindicators/5.1.pdf
- 55- مجموعة البنك الدولي:
- WORLD BANK GROUP (US): <https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.TFRT.IN>
- 56- عبد المعطي عبد الباسط وعبد العزيز فرح، السكان والصحة الإنجابية والفقير، المنتدى العربي للسكان، بيروت 19-21 نوفمبر 2004، بيت الأمم المتحدة، بيروت- لبنان، ص: 13.
- 57- أزلماط مصطفى، الزواج المبكر في البلدان العربية، جامعة الدول العربية، المشروع العربي لصحة الأسرة، ص: 44.
- 58- منظمة الصحة العالمية، الزواج المبكر وحمل المراهقات وصغيرات السن، تقرير من الأمانة، الدورة 130، 1 ديسمبر 2011.
- 59- مجموعة البنك الدولي:
- WORLD BANK GROUP (US): <https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.ADO.TFRT>
- 60- صندوق الأمم المتحدة للسكان "UNFPA"، الصحة النفسية في إفريقيا، ص: 3. للمزيد من المعلومات أنظر www.unfpa.org.
- 61- الأمم المتحدة، الجمعية العامة، تقرير مفوضة الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان بشأن حق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه، مجلس حقوق الإنسان، الدورة الثانية والعشرون، 4 ديسمبر 2012، ص: 10.

62- زين العابدين محمد الصالح محمد المهدي ، أثر الخصائص الاقتصادية والاجتماعية على وفيات الأمهات والرضع بولاية نهر النيل في الفترة ما بين 1993-2008، أطروحة دكتوراه، تخصص الفلسفة في الجغرافيا، جامعة الخرطوم، جويلية 2010، ص: 21.

63- Unicef , World Health Organization, World Bank Group, United Nation, Levels & Trends in Child Mortality, Report 2015 Estimates Developed by the UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation. p. 1.

64- أفنان محمد محمود زيد، أثر العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات مسح الأسرة الفلسطيني 2010، رسالة ماجستير في الجغرافيا، كلية الدراسات العليا، جامعة النجاح الوطنية نابلس، فلسطين، 2014، ص ص: 73، 81، 86.

65- منظمة الصحة العالمية، متوفرة على الرابط: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs178/ar>

66- الشوافي نجيبة عبد الغني، مواجهة وفيات الأمهات ومراضتهن في الدول العربية، المنتدى الإقليمي العربي للسكان، بيروت، 19- 21 نوفمبر 2004، ص ص: 7، 11، 14.

67- World Health Organisation, World Health Statistics, 2011. P. 74.

68 - World Health Organisation, World Health Statistics, 2014. P. 92.

69- INED, La Mortalité Maternelle Dans le Monde, Fiche Pédagogique. Disponible sur le lien =<https://www.ined.fr/fr/tout-savoir-population/memos-demo/focus/la-mortalite-maternelle-dans-le-monde>.

70- بلعبيدي أمال، الشريف آسيا، محددات خدمات رعاية الأمومة في ضوء نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-4 2013 في الجزائر، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، دورية علمية متخصصة محكمة يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة، المجلد العاشر-العدد الرابع والعشرون، القاهرة، جويلية 2017، ص: 81.

71- وزارة الصحة العامة والسكان، الجهاز المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية، المسح اليمني لصحة الأسرة، التقرير الرئيسي، المشروع العربي لصحة الأسرة 2004.

72- الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، جامعة الدول العربية، المسح الفلسطيني لصحة الأسرة، 2006، التقرير النهائي، ديسمبر 2007، ص: 121.

73- وزارة الشؤون الاجتماعية، إدارة الإحصاء المركزي، المسح اللبناني لصحة الأسرة 2004، التقرير الرئيسي، المشروع العربي لصحة الأسرة 2006، ص: 102.

74- عبد المنعم أحمد، حليمي رابح ، مؤشرات الصحة الإنجابية في بعض الدول العربية، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، دورية علمية متخصصة محكمة يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة،المجلد الثالث -العدد السابع، القاهرة، جانفي 2010، ص: 80.

75- قطاع الشؤون الاجتماعية، صحة الأسرة العربية في أرقام، رعاية الأمومة، وحدة المشروع العربي لصحة الأسرة، العدد الرابع، 2006.

76- المجلس الأعلى للسكان، دراسة الحاجات والمعوقات التي تواجه خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في الأردن، عمان-الأردن، أكتوبر 2009، ص: 27.

77- الصبري علي محمد وآخرون، استخدام البيانات السكانية المستحدثة في التخطيط والبرمجة، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، دورية علمية متخصصة محكمة يصدرها المشروع العربي لصحة الأسرة، المجلد الثاني، العدد السادس، القاهرة، سبتمبر 2009، ص: 2.

78- خطة المسح العنقودي متعدد المؤشرات، متوفر على الرابط التالي:

mics.unicef.org/files?job...sha=62878e71cf49175c

79- جامعة الدول العربية، قطاع الشؤون الاجتماعية، البرنامج العربي لصحة الأسرة، خطوات البحث العلمي ومناهجه، الطبعة الثالثة، 2015، ص: 45.

80- المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS، مهام ومسؤوليات مستشار منظمة اليونيسيف للمسح. متوفر على الرابط: <http://mics.unicef.org/files?job=&sha=bbd9543c06118562>

81- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، الجزائر 2006، التقرير الرئيسي، جويلية 2009، ص ص: 17، 34.

82-OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES, QUATRIEME RECENSEMENT GENERAL DE LA POPULATION ET DE L'HABITAT CODE DES PROFESSIONS ,juillet 1998,p1 .

83 -RGPH 2008 ,p 9.

84- الرفاعي عبد الهادي ، وآخرون، الاختلافات بين معدلات الخصوبة والخصوبة الزوجية في المحافظات السورية، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة العلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد رقم 33 العدد"1"، 2011، ص: 99.

85- سواكري خديجة ، واقع الصحة الإنجابية لنسوة الفئة 15-49 سنة لمنطقة الجنوب الجزائري بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 29، جوان 2017، ص: 112.

الملاحق

الملحق رقم 1:

جدول رقم 1: تطور نسبة الولادة في القطاع الصحي من سنة 1962 إلى 1992.

المكان	المصدر	نسبة التغطية التوليدية			السنة
		المجموع	ريف	حضر	
وطني	ENSP (1975)	7	2	18	1960-1968
وطني	ENSP (1975)	7	4	30	1969-1970
المدنية	MSP/OMS (1980)			64	1974-1985
حسين داي	Des forts (1982)			بين 75 و90	1974-1979
وهران	Alem (1983)			88	1981
وطني	Des forts (1987)	64			1987
وطني (قطاع عام)	INSP1990	65,6			1990
وطني (قطاع خاص)	INSP1990	8,8			
وطني (قطاع عام)	ONS (1992)	72	66	80	1987-1990
وطني (قطاع خاص)	ONS (1992)	5	3	8	

Source : Des Forts, J. Indicateurs de la santé maternelle en Algérie : évolution de 1962 à 1992, In Population, 53^e année, n°4, 1998. p. 863.

جدول رقم 2: تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل خلال الفترة 1962-1992

التمثيل	المصدر	المجموع	ريف	حضر	السنة
وطني	ENAF (1991)		1	4	1962
وطني	AARDES (1970)		4	17	1967
وطني	ENAF (1991)		5	14	1967-1971
المدنية	MSP/OMS (1980)		3	20	1974
وطني	ENAF (1991)	13	7	21	1972-1977
وطني	ENAF (1991)	25	17	40	1977-1982
وهران	Chougrani (1983)			50	1982
وهران	Gherib (1984)			57	1984
وطني	ENAF (1991)	39	30	55	1982-1986
وطني	MOD/ONS (1991)	25			1984
وطني	ENAF (1991)	32			1986
وطني	INSP (1994)	47			1990
وطني	ONS (1992)	51	44	58	1992

Source : Des Forts J. Indicateurs de La Santé Maternelle en Algérie : évolution de 1962 à 1992, In Population, 53^e année, n°4, 1998. p. 868.

ملحق رقم 2: دليل المتغيرات

القيم الدنيا والقصى		المداليل	نص السؤال	نوع المتغير	المتغير
القيم الدنيا	القيم القصى				
المحور 1: الخصائص العامة					
31	1	اليوم، 98: لا تعرف اليوم، 99: عدم الاستجابة.	ما هو تاريخ ميلادك؟	كمي	تاريخ الميلاد (WM8)
12	1	الشهر، 98: لا تعرف الشهر، 99: عدم الاستجابة.			
1991	1956	السنة، 9998: لا تعرف السنة، 9999: عدم الاستجابة.			
49	15	العمر بالسنوات	كم عمرك الآن؟	كمي	أعمار النسوة عند آخر وضع (WM9)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	هل ذهبت إلى المدرسة؟	نوعي	وضعية النسوة بالنسبة للتمدرس (WM10)
4	1	1: ابتدائي، 2: متوسط، 3: ثانوي، 4: جامعي، 9: عدم الاستجابة	ما هو أعلى مستوى دراسي محصل؟	نوعي	أعلى مستوى دراسي محصل (WM11)
11	0	السنة، 98: لا تعلم، 99: عدم الاستجابة.	ما هي آخر سنة دراسية أكملتها بنجاح؟	كمي	آخر سنة دراسية أكملت بنجاح (WM12)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	هل بإمكانك قراءة جريدة أو رسالة مثلا؟	نوعي	القدرة على القراءة (WM14)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	هل بإمكانك كتابة رسالة مثلا؟	نوعي	القدرة على الكتابة (WM15)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	هل تمارسين حاليا مهنة؟	نوعي	الوضعية المهنية (WM16)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	كما تعلمين بعض النسوة تقمن ببعض الأعمال مقابل اجر نقدي أو عيني. وأخريات يساعدن أفراد الأسرة في الأنشطة التجارية أو الزراعية. هل تمارسين أيا من هذه الأنشطة؟	نوعي	ممارسة المبحوثات لنشاطات تجارية أو فلاحية أو مساعدة أسرهن (WM17)
3	1	1: طوال السنة، 2: موسمي، 3: أحيانا، 9: عدم الاستجابة.	هل تقومين بهذه الأنشطة طوال السنة، أو موسميا، أو أحيانا؟	نوعي	طبيعة عمل المبحوثات من حيث الوتيرة (WM18)
2	1	1: في الخارج، 2: داخل المنزل، 9: عدم الاستجابة.	هل تقومين بهذا العمل في الخارج أم داخل المنزل؟	نوعي	مكان عمل المبحوثات (WM19)
932	111	كتابة نوع العمل كما تذكره المبحوثة، 999: لم تصرح.	ما هو نوع العمل الرئيسي الذين تقومين به؟	نوعي	العمل الرئيسي للمبحوثات (WM20)

المحور2: الزواج					
5	1	1: متزوجة، 2: أرملة، 3: مطلقة، 4: منفصلة، 5: عزباء.	هل أنت الآن متزوجة، أرملة، مطلقة ، منفصلة أو عزباء؟	نوعي	الحالة الزوجية (MA4)
95	18	العمر بالسنوات، 98: لا تعلم، 99: عدم الاستجابة.	كم كان عمر زوجك في عيد ميلاده الأخير؟	كمي	عمر الزوج عند آخر عيد ميلاد (MA2)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	هل لزوجك زوجات أخريات؟	نوعي	وجود زوجات أخريات للزوج (MA2A)
3	1	عدد الزوجات، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	كم عدد الزوجات التي لديه؟	كمي	عدد الزوجات الأخريات للزوج (MA2B)
2	1	1: مرة واحدة، 2: أكثر من مرة، 9: عدم الاستجابة.	هل تزوجت مرة واحدة أو أكثر من مرة؟	نوعي	زواج المبحوثات أكثر من مرة (MA5)
12	1	الشهر، 98: لا تعرف الشهر، 99: عدم الاستجابة.	- مرة واحدة، في أي شهر وسنة تم زفافك إلى زوجك؟ -أكثر من مرة، أود أن أتكلم على زواجك الأول، في أي شهر وسنة تم زفافك إلى زوجك الأول؟	كمي	شهر وسنة أول زواج (MA6)
2006	1966	السنة، 9998: لا تعرف السنة، 9999: عدم الاستجابة.			
48	10	العمر عند الزفاف بالسنوات، 98: لا تعلم، 99: عدم الاستجابة.	كم كان عمرك عند زفافك إلى زوجك (الأول)؟	كمي	عمر المبحوثات عند الزفاف الأول (MA8)
المحور3: وفيات الأطفال					
2	1	1: نعم، 2: لا.	الآن أود سؤالك عن جميع الولادات التي رزقت بها طوال حياتك. هل رزقت بأي ولادة حياة؟	نوعي	الولادات الحية (CM1)
31	1	اليوم، 98: لا تعرف اليوم، 99: عدم الاستجابة.			
12	1	الشهر، 98: لا تعرف الشهر، 99: عدم الاستجابة.	ما هو تاريخ ميلاد طفلك الأول؟	كمي	تاريخ ميلاد الطفل الأول (CM2A)
2006	1968	السنة، 9998: لا تعرف السنة، 9999: عدم الاستجابة.			
34	0	عدد السنوات، 99: عدم الاستجابة.	كم عدد السنوات التي مرت منذ ولادة طفلك الأول؟	كمي	عدد السنوات التي مرت منذ الولادة الأولى (CM2B)
2	1	1: نعم، 2: لا.	هل رزقت بأبناء أحياء ذكور أو إناث يعيشون معك الآن؟	نوعي	وجود أبناء أحياء (ذكور/ إناث) يعيشون مع المبحوثة (CM3)
11	0	عدد الأولاد الذكور في المنزل	كم عدد الأبناء الذكور الذين يعيشون معك؟ وكم عدد الإناث اللواتي يعشن معك؟	كمي	عدد الأبناء (ذكور/ إناث) يعيشون مع المبحوثة (CM4)
9	0	عدد البنات في المنزل			

ملاحق

2	1	1: نعم، 2: لا.	هل رزقت بأبناء ذكور أو إناث لا يعيشون معك في البيت حالياً؟	نوعي	وجود أبناء أحياء (ذكور/ إناث) لا يعيشون مع المبحوثة (CM5)
5	0	عدد الذكور في مكان آخر	كم عدد الأبناء الذكور الذين لا يعيشون معك الآن في المنزل؟	كمي	عدد الأبناء (ذكور/ إناث) الذين يعيشون خارج المنزل (CM6)
5	0	عدد البنات في مكان آخر	وكم عدد الإناث اللواتي لا تعشن معك الآن في المنزل؟		
2	1	1: نعم، 2: لا.	هل سبق وأنجبت ولداً أو بنتاً توفي أو توفيت فيما بعد حتى ولو عاش لفترة قصيرة	نوعي	وجود أبناء (ذكور/ إناث) مولودين أحياء ثم توفوا (CM7)
6	0	عدد الذكور في مكان آخر	كم عدد الأبناء الذكور الذين توفوا؟	كمي	عدد الأبناء (ذكور/ إناث) المولودين أحياء ثم توفوا (CM8)
7	0	عدد البنات في مكان آخر	وكم عدد الإناث اللواتي توفين؟		
18	1	العدد الإجمالي للولادات الحية	اجمعي إجابات CM4، CM6 و CM8 ثم سجلي المجموع، إذا لم يوجد سجلي "00"	كمي	العدد الإجمالي للولادات الحية (CM9)
31	1	اليوم، 98: لا تعرف اليوم، 99: عدم الاستجابة.	من بين مجموع كل الولادات، متى كانت الأخيرة (حتى لو توفيت)	كمي	تاريخ ميلاد الطفل الأخير (CM11)
12	1	الشهر، 98: لا تعرف الشهر، 99: عدم الاستجابة.			
2006	1973	السنة، 9998: لا تعرف السنة، 9999: عدم الاستجابة.			
2	1	1: نعم، 2: لا.	طفلك الأخير، هل هو على قيد الحياة؟	نوعي	بقاء الطفل الأخير على قيد الحياة (CM11A)
2	1	1: نعم، 2: لا.	هل حدث لكي أي حالة حمل لم تنتهي بمولود حي؟	نوعي	حالات الحمل غير المنتهية بمولود حي (CM14)
11	0	عدد حالات المنتهية بالسقط أو الإجهاض.	في المجموع ما هو عدد حالات الحمل المنتهية بسقط أو إجهاض؟	كمي	عدد حالات الحمل المنتهية بسقط أو إجهاض (CM15)
20	0	عدد حالات المنتهية بمولود ميت	في المجموع ما هو عدد حالات الحمل المنتهية بمولود ميت؟	كمي	عدد حالات الحمل المنتهية بمولود ميت (CM16)
2	1	1: يوجد ولادة حية خلال آخر خمس سنوات، 2: لا يوجد ولادة حية خلال آخر خمس سنوات	انظري إلى تاريخ آخر ولادة حية من خلال CM11	نوعي	ولادة حية خلال الخمس سنوات السابقة للمسح (CM12)
3	1	1: ذلك الوقت، 2: في وقت لاحق، 3: لا تريد أطفال، 9: عدم الاستجابة.	في الوقت الذي كنت فيه حاملاً، هل كنت تريدين الحمل في هذا الوقت أو في وقت لاحق أو لم تريدين أطفالاً؟	نوعي	الرغبة في الحمل بالطفل الأخير (CM13)
المحور 4: التطعيم ضد الكزاز					
3	1	1: نعم مع رؤية البطاقة، 2: نعم مع عدم رؤية البطاقة، 3: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	هل لديك بطاقة أو وثيقة (دفتر صحي) تسجلين فيه اللقاحات؟	نوعي	امتلاك بطاقة أو دفتر صحي خاص بالتطعيم (TT1)

ملاحق

2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	عندما كنت حاملا بطفلك الأخير، هل تلقيت حقنة لمنع تشنجات ما بعد الولادة؟ (حقنة ضد الكزاز، في الجزء العلوي من الذراع أو الكتف)؟	نوعي	أخذ حقن لتحصين الجنين من التيتانوس خلال الحمل بالطفل الأخير (TT2)
3	1	1: حقنة واحدة، 2: حقنتين، 3: ثلاث حقن، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	خلال فترة حملك الأخير، كم مرة أخذت حقن ضد التيتانوس؟	كمي	عدد الحقن التي أخذت ضد التيتانوس خلال الحمل بالطفل الأخير (TT3)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	قبل هذا الحمل، هل أخذت حقن ضد التيتانوس؟	نوعي	أخذ حقن ضد التيتانوس قبل الحمل (TT5)
14	0	عدد الحقن، 98: لا تعرف العدد، 99: عدم الاستجابة.	كم عدد الحقن التي أخذتها قبل هذا الحمل؟	كمي	عدد الحقن التي أخذت ضد التيتانوس قبل الحمل (TT6)
12	1	الشهر، 98: لا تعرف الشهر، 99: عدم الاستجابة.	في أي شهر وفي أي سنة قبل هذا الحمل أخذت حقنة ضد التيتانوس؟	كمي	الشهر والسنة الذي أخذت فيه المبحوثات آخر حقنة ضد التيتانوس قبل الحمل (TT7)
2006	1980	السنة، 9998: لا تعرف السنة، 9999: عدم الاستجابة.			
30	0	عدد السنوات، 98: لا تعرف، 99: عدم الاستجابة.	كم عدد السنوات التي مرت قبل أخذك آخر حقنة ضد التيتانوس قبل الحمل الأخير؟	كمي	عدد السنوات التي مرت عند أخذ المبحوثات آخر حقنة ضد التيتانوس قبل الحمل (TT8)
المحور 5: صحة الأم والمولود الجديد					
		A: طبيب	خلال فترة حملك ب(الاسم) هل قمت بالمتابعة عند شخص ما؟ إذا كان نعم من قام بمتابعة حملك؟	نوعي	المتابعة أثناء الحمل (MN2)
		B: ممرضة أو قابلة			
		F: مولدة تقليدية			
		X: أخرى (تذكر)			
		Y: لم تتابع الحمل.			
9	1	الشهر، 98: لا تعرف، 99: عدم الاستجابة.	كم شهرا مضى على حملك عندما قمت بأول متابعة؟	كمي	شهر أول كشف عن الحمل (MN2A1)
6	1	1: التأكد من أنها حامل، 2: التأكد من أن الطفل بصحة جيدة، 3: لضمان حمل جيد، 4: لديها مضاعفات، 5: استشارة روتينية، 6: الحجز للولادة، 9: عدم الاستجابة.	ما هو الدافع وراء قيامك بالكشف عن الحمل لأول مرة؟	نوعي	سبب الكشف عن الحمل لأول مرة (MN2A2)
20	1	عدد مرات الكشف، 98: لا تعرف، 99: عدم الاستجابة.	ما هو عدد الكشوف التي أجريتها خلال هذا الحمل؟	كمي	عدد مرات الكشف خلال هذا الحمل (MN2A3)
			خلال الكشوف الطبية، هل قمت بأي من الفحوصات التالية؟	نوعي	الفحوصات الطبية المجرات خلال الحمل (MN3) سؤال متعدد الأجوبة.
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	قياس الوزن (MN3A)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	قياس ضغط الدم (MN3B)

ملاحق

		9: عدم الاستجابة.			
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.			تحاليل البول (MN3C)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	تحاليل الدم (MN3D)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	قياس القامة (MN3E)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	ارتفاع الرحم (MN3F)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	الأشعة الصوتية (MN3G)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	الطبي النسائي (MN3H)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	وضعية الجنين (MN3I)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	خلال الزيارات التي قمتي بها أثناء الحمل، هل تلقيت أي معلومات حول فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز خلال فترة الحمل؟	نوعي	تلقي معلومات حول فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز خلال فترة الحمل (MN4)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	لا أريد معرفة النتائج، لكن هل قمت بإجراء اختبار حول فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز خلال فترة الحمل كجزء من الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل؟	نوعي	إجراء اختبار حول فيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز خلال فترة الحمل (MN5)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	لا أريد معرفة النتائج، لكن هل حصلت على نتائج الاختبار الخاص بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز؟	نوعي	الحصول على نتائج الاختبار الخاص بفيروس نقص المناعة المكتسبة/ الإيدز (MN6)
6	1	1: مستشفى 2: جامعي/مستشفى، 3: عيادة متعددة الخدمات، 4: عيادة خاصة، 6: أخرى 9: (تذكر)، عدم الاستجابة.	أين ولدت (الاسم)؟	نوعي	مكان الولادة (MN8)
		A: طبيب			
		B: ممرضة أو قابلة			
		F: مولدة تقليدية			
		H: الأباء/الأصدقاء			
		X: أخرى (تذكر)			
		Y: لم تتابع الحمل.			
			من ساعدك على الولادة (الاسم)؟	نوعي	الشخص المساعد على الولادة (MN7)
3	1	1: ولادة عادية، 2: ملقط/لا الشفط، 3: قيصرية، 9: عدم الاستجابة.	هل طفلك ولد بشكل طبيعي أم أنه تم استعمال الأدوات (ملقط/ كأس الشفط) أو كانت الولادة قيصرية؟	نوعي	طبيعة الولادة (طبيعية، الملقط أو الشفط، قيصرية) (MN8A)
3	1	1: داخل بلدية الإقامة، 2: خارج بلدية الإقامة،	أين تمت الولادة؟	نوعي	مكان الولادة القيصرية (MN8B)

ملاحق

		إحالة مستعجلة، 3: خارج بلدية الإقامة، إحالة غير مستعجلة، 9: عدم الاستجابة.			
5	1	1: كبيرا جدا، 2: أكبر من المتوسط، 3: متوسط، 4: أصغر من المتوسط، 5: صغير جدا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	عندما ولد طفلك الأخير، كان كبيرا جدا، أكبر من المتوسط، متوسط، أصغر من المتوسط، أو صغير جدا؟	نوعي	حجم المولود الأخير (MN9)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	(الاسم) هل وزن عند الولادة؟	نوعي	وزن المولود الأخير (MN10)
2	1	1: من خلال الدقتر الصحي، 2: الذاكرة، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	تسجيل الوزن المعطى (الدقتر الصحي، الذاكرة) (MN11A)
7,000	0,500	الوزن بالكيلوغرام، 9,998: لا تعلم، 9,999: عدم الاستجابة.	كم كان وزن (الاسم)؟	كمي	وزن المولود الأخير بالكيلوغرام (MN11)
		A: طبيب	الآن أود أن أطرح عليك بعض الأسئلة حول 40 يوما التي تلي الولادة.	نوعي	الكشف بعد الولادة (MN11B)
		B: ممرضة أو قابلة	خلال هذه الفترة هل قمت باستشارة أي شخص فيما يخص الرعاية الصحية، أو قمت بإجراء فحص طبي؟		
		F: مولدة تقليدية			
		X: أخرى (تذكر)			
		Y: لم تقم بأي اختبار			
6	1	1: غياب المضاعفات، 2: لديها الخبرة، 3: الجهل بأهمية المراقبة، 4: خدمة غير متوفرة، 5: ارتفاع التكاليف، 6: أخرى (تذكر)، 9: عدم الاستجابة.	ما هو السبب الرئيسي وراء عدم إجراء الفحص الطبي بعد الولادة؟	نوعي	السبب الرئيسي وراء عدم الفحص بعد الولادة (MN12A)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	هل قمت بالإرضاع من الثدي؟	نوعي	الرضاعة الطبيعية (MN12)
2	0	0: حالا، 1: بعد ساعة، 2: بعد يوم، 9: عدم الاستجابة.	كم من الوقت بعد ولادة (الاسم) قمت بإرضاعه من الثدي لأول مرة؟	نوعي	توقيت بدء الرضاعة الطبيعية (MN13U)
72	00	عدد الساعات، 98: لا تعرف، 99: عدم الاستجابة.	إذا كان أقل من ساعة سجلي " 00" إذا كان أقل من 24 ساعة سجلي عدد الساعات، أو اليوم	كمي	ساعة بدء الرضاعة الطبيعية (MN13N)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	هل مازلت ترضعين (الاسم) من الثدي؟	نوعي	استمرارية الرضاعة الطبيعية (MN14)
51	0	عدد الأشهر، 98: لا تعرف، 99: عدم الاستجابة.	كم هو عدد الأشهر التي أرضعتها (الاسم) من الثدي	كمي	عدد أشهر الرضاعة الطبيعية (MN15)
7	1	1: الطفل وصل إلى سن الطعام، 2: الطفل رفض، 3: الأم مريضه، 4: لا	لماذا وقفت الرضاعة الطبيعية ل (الاسم) في هذا العمر؟	نوعي	سبب إيقاف الرضاعة الطبيعية (MN16)

		يوجد حليب كافي، 5: أصبحت الأم حامل، 6: الأم قررت أخذ حبوب منع الحمل، 7: أخرى (تذكر)، 9: عدم الاستجابة.			
المحور6: تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملابة					
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: غير متأكدة، 9: عدم الاستجابة.	هل أنت حامل حالياً؟	نوعي	تصنيف المبحوثات بالنظر إلى الحمل عند تاريخ الملاحظة (CP1)
9	1	عدد أشهر الحمل الماضية، 98: لا تعرف الشهر، 99: عدم الاستجابة.	ما هو عدد الأشهر التي مرت على حملك؟	كمي	عدد شهور الحمل (CP1A)
3	1	1: في ذلك الوقت، 2: وقت لاحق، 3: لا تريد أطفال، 9: عدم الاستجابة.	في الوقت الذي كنت فيه حاملاً، هذا الحمل كان مرغوباً في هذا الوقت، في وقت لاحق أو لم ترغبين أصلاً في هذا الحمل؟	نوعي	الرغبة في الحمل الحالي (CP1B)
			هل سمعت من قبل على وسائل منع الحمل التالية؟	معرفة وسائل منع الحمل (CP5A) سؤال ذو أجوبة متعددة.	
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	الحبوب (CP5C\$01)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	اللؤلؤ (CP5C\$02)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	الحقن (CP5C\$03)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	الغرز (CP5C\$04)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	العازل الواقي للرجل (CP5C\$05)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	العازل الواقي للمرأة (CP5C\$06)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	الحاجز المهبطي للمرأة (CP5C\$07)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	المرهم (CP5C\$08)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	ربط الأنابيب الرحمية (CP5C\$09)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	التعقيم للرجال (CP5C\$10)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	إطالة فترة الرضاعة الطبيعية (CP5C\$11)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	فترة الأمان (CP5C\$12)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	العزل (CP5C\$13)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.		نوعي	أخرى (تذكر) (CP5C\$14)
			إذا كانت الإجابة بـ "نعم" هل استعملت (اسم الطريقة)؟	الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل	

			(CP5B) سؤال ذو أجوبة متعددة	
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	الحبوب (CP5U\$01)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	اللؤلؤ (CP5U\$02)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	الحقن (CP5U\$03)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	الغرز (CP5U\$04)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	العازل الواقي للرجل (CP5U\$05)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	العازل الواقي للمرأة (CP5U\$06)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	الحاجز المهبلي للمرأة (CP5U\$07)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	المرهم (CP5U\$08)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	ربط الأنابيب الرحمية (CP5U\$09)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	التعقيم للرجال (CP5U\$10)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	إطالة فترة الرضاعة الطبيعية (CP5U\$11)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	فترة الأمان (CP5U\$12)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	العزل (CP5U\$13)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	أخرى (تذكر) (CP5U\$14)
2	1	1: استعملت من قبل وسائل تنظيم الأسرة، 2: لم تستعمل أبدا وسائل تنظيم الأسرة، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	مراجعة CP5B (CP6A)
14	0	عدد الأطفال الأحياء عند أول استعمال، 98: لا تعرف الشهر، 99: عدم الاستجابة.	كمي	عدد الأطفال الأحياء عند أول استعمال لوسائل منع الحمل (CP6)
3	1	1: الرغبة في إنجاب طفل آخر لكن بعد فترة 2: الرغبة في التوقف نهائيا عن الإنجاب، 3: أخرى (تذكر)، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	الغاية من استخدام وسائل منع الحمل لأول مرة (CP7)
4	1	1: قراري، 2: الزوج، 3: قرار مشترك، 4: قرار طبي، 6: أخرى (تذكر)، 9: عدم الاستجابة.	نوعي	قرار الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل (CP8)
				في الوقت الذي استعملت فيه وسائل تنظيم الأسرة، كان قرارك أنت أو زوجك أو قرار مشترك أو قرار شخص آخر؟

ملاحق

4	1	1: قراري، 2: الزوج، 3: قرار مشترك، 4: قرار طبي، 6: أخرى (تذكر)، 9: عدم الاستجابة.	لمن يعود قرار الوسيلة المستعملة؟	نوعي	قرار اختيار وسائل منع الحمل (CP9)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	هل تستعملين حالياً أنت أو زوجك طريقة لتأجيل أو تجنب الحمل؟	نوعي	الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل (CP2)
		A: تعقيم النساء، B: تعقيم الرجال، C: الحبوب، D: اللولب، E: الحقن، F: الغرز، G: العازل الواقي للرجل، H: العازل الواقي للمرأة، I: الحاجز المهبلي للمرأة، J: المرهم، K: إطالة فترة الرضاعة الطبيعية، L: فترة الأمان، M: العزل، X: أخرى (تذكر).	ما هي الوسيلة المستعملة حالياً أنت أو زوجك؟	نوعي	الوسيلة المستعملة حالياً (CP3)
2	1	1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة.	هل هذا الاستعمال الأول؟	نوعي	الاستعمال الأول لوسائل منع الحمل (CP10)
4	1	1: قراري، 2: الزوج، 3: قرار مشترك، 4: قرار طبي، 6: أخرى (تذكر)، 9: عدم الاستجابة.	حالياً لمن يعود قرار استعمال وسائل تنظيم الأسرة؟	نوعي	قرار الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل (CP11)
4	1	1: قراري، 2: الزوج، 3: قرار مشترك، 4: قرار طبي، 6: أخرى (تذكر)، 9: عدم الاستجابة.	لمن يعود قرار استعمال الوسيلة الحالية؟	نوعي	قرار اختيار وسيلة منع الحمل (CP12)
12	1	1 الرغبة في إنجاب طفل، 2 ضد فكرة تنظيم الأسرة، 3 عدم موافقة الزوج، 4 الخوف من الأعراض الجانبية، 5 صعوبة الحصول عليها، 6 ارتفاع التكلفة، 7 الصعوبة في الاستعمال، 8 حسب مشيئة الله، 9 سن اليأس، 10 لا تنجب، 11 لا تحب الوسائل الموجودة، 12 الدورة الشهرية بعد الولادة، 96 أخرى تذكر، 99 عدم الاستجابة.	لماذا لم تستعملي وسائل تنظيم الأسرة؟	نوعي	سبب عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة (CP13)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم/ غير متأكدة، 9: عدم الاستجابة.	هل تخططين لاستعمال طريقة لتأخير أو تجنب الحمل في المستقبل؟	نوعي	الاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة (CP14)
4	1	1: حبوب منع الحمل، 2: اللولب، 3: وسائل أخرى	ما هي نوع الوسيلة المستعملة في المستقبل؟	نوعي	نوع الوسيلة المستعملة في المستقبل (CP15)

		حديثه، 4: طرق تقليدية، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.			
4	1	1: أريد طفل (آخر)، 2: لا تريد طفل، 3: لا تستطيع أن تكون حاملا، 4: بمشيئة الله، 8: لم تقرر، لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	هل تريد إنجاب طفل (آخر) في المستقبل؟	نوعي	الرغبة في إنجاب طفل في مستقبل (CP4A)
كم من الوقت تفضلين الانتظار من الآن حتى إنجاب طفل آخر؟			المدة المفضلة المنتظرة لإنجاب طفل في المستقبل (CP4C)		
2	1	1: شهر، 2: عام 9: الأمر خاص.		نوعي	المدة المفضلة المنتظرة (شهر، سنة) (CP4CU)
50	0	عدد الأشهر، عدد السنوات، 93: حالا/ في ذلك الوقت، 96: أخرى (تذكر)، 98: لا تعرف		كمي	المدة الفعلية بالأرقام (CP4CN)
2	1	1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة.	هل تعتقدين أن لكي القدرة البدنية على الحمل بطفل آخر في الوقت الحالي؟	نوعي	القدرة البدنية على الحمل بطفل آخر في الوقت الحالي (CP4E)
8	1	1: لا تعرف أهمية اللولب، 2: وجدت أن اللولب معقد، 3: الخوف من الآثار الجانبية، 4: الخوف من فشل الطريقة، 5: غير معتمد من قبل الزوج، 6: تكلفته عالية، 7: الوصول/ التوفر، 8: أخرى (تذكر)، 9: عدم الاستجابة.	لماذا لم تستعملي اللولب؟	نوعي	سبب عدم استعمال وسيلة منع الحمل "اللولب" (CP16)
9	1	1: فشل الطريقة، 2: النزيف، 3: العدوى، 4: يتطلب مراقبة طبية منتظمة، 5: تكلفة عالية، 6: الوصول/ التوفر، 7: عدم الاتفاق مع الزوج، 8: الرغبة في إنجاب طفل آخر، 9: أخرى (تذكر).	لماذا توقفت عن استعمال اللولب؟	نوعي	سبب التوقف عن استعمال اللولب (CP17)

ملحق رقم: 3

جدول رقم 1 : المعطيات الناقصة.

المعطيات الناقصة %		الإجابة الموافقة للمجال %	عدد المعنيات بالسؤال	المتغير
الإجابات غير المحددة	الإجابات الناقصة			
0,00	10,97	89,03	43642	يوم الولادة (WM8D)
0,00	10,73	89,27	43642	شهر الولادة (WM8M)
0,00	0,01	99,99	43642	سنة الولادة (WM8Y)
0,00	0,00	100,00	43642	أعمار النسوة عند آخر وضع (WM9)
0,00	0,02	99,98	43642	وضعية النسوة بالنسبة للتمدرس (WM10)
0,00	0,00	100,00	33697	أعلى مستوى دراسي محصل (WM11)
0,00	0,00	100,00	33697	آخر سنة دراسية أكملت بنجاح (WM12)
0,00	1,38	98,62	18283	القدرة على القراءة (WM14)
0,00	4,10	95,90	6371	القدرة على الكتابة (WM15)
0,00	0,12	99,88	43642	الوضعية المهنية للمبحوثات (WM16)
0,00	0,23	99,77	38888	ممارسة المبحوثات لنشاطات تجارية أو فلاحية أو مساعدة أسرهن (WM17)
0,00	3,26	96,74	5458	طبيعة عمل المبحوثات من حيث الوتيرة (WM18)
0,00	5,08	94,92	5458	مكان عمل المبحوثات (WM19)
0,00	3,22	96,78	5458	عمل المبحوثات الرئيسي (WM20)
0,00	0,00	100,00	43642	الحالة المدنية (MA4)
0,05	0,52	99,43	19536	عمر الزوج عند آخر عيد ميلاد (MA2)
0,06	0,32	99,63	19536	وجود زوجات أخريات للزوج (MA2A)
0,00	6,10	93,90	918	عدد الزوجات الأخريات للزوج (MA2B)
0,00	0,59	99,41	21025	زواج المبحوثات أكثر من مرة (MA5)
21,75	1,01	77,44	21025	شهر أول زواج (MA6M)
10,10	0,57	89,33	21025	سنة أول زواج (MA6Y)
0,61	3,41	95,98	2290	عمر المبحوثات عند الزفاف الأول (MA8)
0,00	0,00	100,00	21025	الولادات الحية (CM1)
7,19	0,03	92,79	18844	يوم ولادة الطفل الأول (CM2AD)
6,67	0,05	93,28	18844	شهر ولادة الطفل الأول (CM2AM)
0,90	0,02	99,08	18844	سنة ولادة الطفل الأول (CM2AY)
0,00	8,62	91,38	174	عدد السنوات المنقضية منذ الولادة الأولى (CM2B)
0,00	0,00	100,00	18844	وجود أبناء أحياء (ذكور/ إناث) يعيشون مع المبحوثة (CM3)
0,00	0,00	100,00	18640	عدد الأبناء (ذكور/ إناث) يعيشون مع المبحوثة (CM4)
0,00	0,00	100,00	18844	وجود أبناء أحياء (ذكور/ إناث) لا يعيشون مع المبحوثة (CM5)
0,00	0,00	100,00	2086	عدد الأبناء (ذكور/ إناث) الذين يعيشون خارج المنزل (CM6)
0,00	0,00	100,00	18844	أبناء (ذكور/ إناث) ولدوا أحياء ثم توفوا (CM7)

ملاحق

0,00	0,00	100,00	3357	عدد الأبناء (ذكور/ إناث) المولودين أحياء ثم توفوا (CM8)
0,00	0,00	100,00	18844	مجموع الولادات الحية (CM9)
2,22	0,02	97,76	18844	يوم ولادة الطفل الأخير (CM11D)
1,93	0,02	98,05	18844	شهر ولادة الطفل الأخير (CM11M)
0,02	0,01	99,97	18844	سنة ولادة الطفل الأخير (CM11Y)
0,00	0,00	100,00	18844	بقاء الطفل الأخير على قيد الحياة (CM11A)
0,00	0,00	100,00	21025	حالات الحمل غير المنتهية بمولود حي (CM14)
0,00	0,00	100,00	5495	عدد حالات الحمل المنتهية بسقط أو إجهاض (CM15)
0,00	0,07	99,93	5493	عدد حالات الحمل المنتهية بولادة ميتة (CM16)
0,00	0,00	100,00	21025	التحقق من السؤال CM11 (CM12)
0,00	1,61	98,39	11357	رغبة الحصول على الطفل الأخير (CM13)
0,00	0,80	99,20	11357	امتلاك بطاقة أو دفتر صحي خاص بالتطعيم (TT1)
0,49	0,87	98,64	11357	تحصين الأجنة ضد التيتانوس خلال الحمل بالطفل الأخير (TT2)
0,48	0,11	99,41	5446	عدد الحقن المضادة للتيتانوس (TT3)
1,29	2,40	96,31	6831	التحصين ضد التيتانوس قبل الحمل (TT5)
1,07	2,46	96,47	2239	عدد الحقن المضادة للتيتانوس المأخوذة قبل الحمل (TT6)
50,03	3,26	45,91	2239	الشهر الذي أخذت فيه المبحوثات آخر حقنة ضد التيتانوس قبل الحمل (TT7M)
18,85	0,80	80,35	2239	السنة التي أخذت فيها المبحوثات آخر حقنة ضد التيتانوس قبل الحمل (TT7Y)
0,00	12,73	87,27	440	عدد السنوات المنقضية منذ آخر حقنة مضادة للتيتانوس قبل الحمل (TT8)
0,00	0,76	99,24	11357	المتابعة أثناء الحمل (MN2)
0,72	0,91	98,37	9856	شهر أول كشف عن الحمل (MN2A1)
0,00	1,35	98,65	9856	سبب الكشف عن الحمل لأول مرة (MN2A2)
2,39	0,80	96,80	9856	عدد الكشوف خلال الحمل (MN2A3)
الخدمات الطبية المطلوبة خلال الحمل (MN3) سؤال متعدد الأجوبة				
0,19	0,88	98,90	9854	قياس الوزن (MN3A)
0,07	0,72	99,19	9854	قياس ضغط الدم (MN3B)
0,11	0,81	99,06	9854	تحاليل البول (MN3C)
0,10	0,72	99,16	9854	تحاليل الدم (MN3D)
0,36	0,96	98,66	9854	قياس القامة (MN3E)
0,24	0,95	98,78	9854	ارتفاع الرحم (MN3F)
0,03	0,87	99,08	9854	الأشعة الصوتية (MN3G)
0,11	0,86	99,01	9854	الطبي النسائي (MN3H)
0,09	0,94	98,95	9854	وضعية الجنين (MN3I)
0,13	0,75	99,10	9854	تلقي معلومات حول فيروس نقص المناعة المكتسبة خلال فترة الحمل (MN4)
0,15	0,78	99,05	9854	إجراء اختبار حول فيروس نقص المناعة المكتسبة خلال فترة الحمل (MN5)
0,00	3,55	96,45	141	الحصول على نتائج الاختبار الخاص بفيروس نقص المناعة

				المكتسبة (MN6)
0,00	0,63	99,37	11357	مكان الولادة (MN8)
0,00	0,97	99,03	11357	الشخص المساعد على الولادة (MN7)
0,00	0,60	99,40	11357	طبيعة الولادة (MN8A)
0,00	9,22	90,78	846	مكان الولادة القيصرية (MN8B)
0,93	0,79	98,27	11357	حجم المولود الأخير (MN9)
2,72	0,75	96,53	11357	قياس وزن المولود الأخير (MN10)
0,00	5,92	94,08	9812	تسجيل الوزن (الدقتر الصحي، الذاكرة) (MN11A)
0,00	5,92	94,08	9812	الوزن بالكيلوغرام (MN11)
0,00	0,71	99,29	11324	طلب الخدمة بعد الولادة (MN11B)
0,00	0,28	99,72	7823	السبب الرئيسي وراء عدم الفحص بعد الولادة (MN12A)
0,00	0,63	99,37	11357	الرضاعة الطبيعية (MN12)
0,00	0,07	99,93	10588	توقيت بدء الرضاعة الطبيعية (MN13U)
0,00	0,20	99,80	10588	ساعة بدء الرضاعة الطبيعية (MN13N)
0,00	0,18	99,82	10588	مواصلة الرضاعة الطبيعية (MN14)
0,28	0,48	99,24	7112	عدد أشهر الرضاعة الطبيعية (MN15)
0,00	0,34	99,66	7112	سبب التوقف عن الرضاعة الطبيعية (MN16)
0,52	0,37	99,11	21025	تصنيف المبعوثات بالنظر إلى الحمل عند تاريخ الملاحظة (CP1)
1,54	2,75	95,70	2142	عدد أشهر الحمل (CP1A)
0,00	6,49	93,51	2142	الرغبة في الحمل الحالي (CP1B)
المعرفة بوسائل منع الحمل (CP5A) سؤال ذو أجوبة متعددة.				
0.00	0.06	99,94	21025	الحبوب (CP5C\$01)
0.00	0,10	99,90	21025	اللؤلؤ (CP5C\$02)
0.00	0,12	99,88	21025	الحقن (CP5C\$03)
0.00	0,24	99,76	21025	الغرز (CP5C\$04)
0.00	0,14	99,86	21025	العازل الواقي للرجل (CP5C\$05)
0.00	0,16	99,84	21025	العازل الواقي للمرأة (CP5C\$06)
0.00	0,20	99,80	21025	الحاجز المهبل للمرأة (CP5C\$07)
0.00	0,18	99,82	21025	المرهم (CP5C\$08)
0.00	0,18	99,82	21025	ربط الأنابيب الرحمية (CP5C\$09)
0.00	0,14	99,86	21025	التعقيم للرجال (CP5C\$10)
0.00	0,20	99,80	21025	إطالة فترة الرضاعة الطبيعية (CP5C\$11)
0.00	0,15	99,85	21025	فترة الأمان (CP5C\$12)
0.00	0,21	99,79	21025	العزل (CP5C\$13)
0.00	1,92	98,08	21025	أخرى (تذكر) (CP5C\$14)
الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل (CP5B) سؤال ذو أجوبة متعددة				
0.00	0,07	99,93	20778	الحبوب (CP5U\$01)
0.00	0,15	99,85	18363	اللؤلؤ (CP5U\$02)
0.00	0,00	99,67	12738	الحقن (CP5U\$03)
0.00	1,04	98,96	1443	الغرز (CP5U\$04)

ملاحق

0.00	0,24	99,76	14360	العازل الواقي للرجل (CP5U\$05)
0.00	1,72	98,28	990	العازل الواقي للمرأة (CP5U\$06)
0.00	1,65	98,35	789	الحاجز المهبلي للمرأة (CP5U\$07)
0.00	0,52	99,48	4048	المرهم (CP5U\$08)
0.00	0,28	99,72	21461	ربط الأنابيب الرحمية (CP5U\$09)
0.00	1,31	98,69	1837	التعقيم للرجال (CP5U\$10)
0.00	0,24	99,76	17441	إطالة فترة الرضاعة الطبيعية (CP5U\$11)
0.00	0,30	99,70	14848	فترة الأمان (CP5U\$12)
0.00	0,33	99,67	11915	العزل (CP5U\$13)
0.00	5,06	94,94	771	أخرى (تذكر) (CP5U\$14)
0.00	0,06	99,94	21025	مراجعة CP5B CP6A
0,02	0,61	99,37	17517	عدد الأطفال الأحياء عند أول استعمال لوسائل منع الحمل (CP6)
0,00	0,46	99,54	17517	الغاية من استخدام وسائل منع الحمل لأول مرة (CP7)
0,00	0,47	99,53	17517	قرار الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل (CP8)
0,00	0,49	99,51	17517	قرار اختيار وسيلة منع الحمل (CP9)
0,00	0,49	99,51	15173	الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل (CP2)
0,00	0,08	99,82	11731	الوسيلة المستعملة حالياً (CP3)
0,00	0,23	99,77	11731	الاستعمال الأول لوسائل منع الحمل (CP10)
0,00	3,80	96,20	10521	قرار الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل (CP11)
0,00	3,26	96,74	10521	قرار اختيار وسيلة منع الحمل (CP12)
0,00	1,20	98,80	5670	سبب عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة (CP13)
9,48	1,19	89,33	6211	الاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة (CP14)
6,51	0,58	92,91	3794	نوع الوسيلة المستعملة في المستقبل (CP15)
3,55	0,78	95,67	18106	رغبة الإنجاب مستقبلاً (CP4A)
				المدة المفضلة لإنجاب طفل مستقبلاً (CP4C)
0,00	0,00	100,00	9313	المدة المفضلة المنتظرة (بالأشهر، بالسنوات) (CP4CU)
17,95	0,00	82,05	9313	المدة الفعلية بالأرقام (CP4CN)
2,65	0,77	96,58	15589	القدرة البدنية على الحمل بطفل آخر في الوقت الحالي (CP4E)
0,00	0,82	99,18	14265	سبب عدم استعمال "اللولب" (CP16)
0,00	3,99	96,01	852	سبب التوقف عن استعمال اللولب (CP17)

جدول رقم 2: إحالة اللواتي صرحن بتاريخ الزفاف إلى السؤال العمر عند الزفاف.

النسبة المتجمعة	التكرار المتجمع	النسبة	التكرار	احتمالات الإجابة	النسبة المتجمعة	التكرار المتجمع	النسبة	التكرار	احتمالات الإجابة ¹
29.58	5555	0.01	1	99 1986	0.01	1	0.01	1	1966 .
32.82	6163	3.24	608	. 1987	0.02	4	0.02	3	. 1967
32.83	6165	0.01	2	99 1987	0.04	7	0.02	3	. 1968
35.71	6707	2.89	542	. 1988	0.07	13	0.03	6	. 1969
35.72	6708	0.01	1	17 1988	0.14	27	0.07	14	. 1970

¹ تمثل الخانة الأولى سنة الزفاف، الثانية العمر عند الزفاف

ملاحق

35.73	6711	0.02	3	99 1988	0.22	41	0.07	14	. 1971
38.96	7317	3.23	606	. 1989	0.43	81	0.21	40	. 1972
42.63	8006	3.67	689	. 1990	0.84	158	0.41	77	. 1973
42.63	8007	0.01	1	16 1990	0.85	159	0.01	1	99 1973
42.64	8008	0.01	1	22 1990	1.51	284	0.67	125	. 1974
42.66	8012	0.02	4	99 1990	2.52	474	1.01	190	. 1975
46.03	8644	3.37	632	. 1991	2.53	475	0.01	1	18 1975
46.03	8645	0.01	1	98 1991	2.54	477	0.01	2	99 1975
46.04	8647	0.01	2	99 1991	3.93	738	1.39	261	. 1976
49.42	9281	3.38	634	. 1992	5.49	1032	1.57	294	. 1977
49.42	9282	0.01	1	17 1992	5.50	1033	0.01	1	99 1977
49.43	9283	0.01	1	99 1992	7.40	1390	1.90	357	. 1978
53.02	9958	3.59	675	. 1993	7.41	1392	0.01	2	99 1978
53.03	9959	0.01	1	99 1993	9.53	1789	2.11	397	. 1979
56.32	10577	3.29	618	. 1994	9.55	1793	0.02	4	99 1979
56.32	10578	0.01	1	99 1994	12.36	2321	2.81	528	. 1980
59.27	11132	2.95	554	. 1995	12.36	2322	0.01	1	23 1980
62.73	11781	3.46	649	. 1996	12.37	2324	0.01	2	99 1980
66.23	12439	3.50	658	. 1997	14.99	2815	2.61	491	. 1981
66.24	12440	0.01	1	99 1997	14.99	2816	0.01	1	48 1981
69.77	13103	3.53	663	. 1998	15.00	2818	0.01	2	99 1981
73.44	13793	3.67	690	. 1999	17.72	3328	2.72	510	. 1982
77.10	14481	3.66	688	. 2000	17.73	3329	0.01	1	23 1982
77.11	14482	0.01	1	99 2000	20.60	3869	2.88	540	. 1983
80.86	15186	3.75	704	. 2001	20.61	3871	0.01	2	99 1983
85.07	15977	4.21	791	. 2002	23.51	4416	2.90	545	. 1984
89.49	16807	4.42	830	. 2003	26.36	4951	2.85	535	. 1985
94.27	17704	4.78	897	. 2004	26.37	4952	0.01	1	23 1985
99.42	18672	5.15	968	. 2005	26.37	4953	0.01	1	98 1985
99.42	18673	0.01	1	23 2005	26.38	4954	0.01	1	99 1985
100.00	18781	0.58	108	. 2006	29.57	5554	3.19	600	. 1986

جدول رقم 3: التوافق الداخلي بين المستوى التعليمي للمبحوثة والمهنة الرئيسية.

النسبة من مجموع العلامات	التكرار	رابط المتغيرات ¹
0.06	3	131 .
0.02	1	211 .
0.02	1	321 .
0.04	2	211 1
0.02	1	222 2
0.04	2	232 2

تمثل الخانة الأولى مستوى تعليم المبحوثة (1: ابتدائي، 2 متوسط، 3 ثانوي، 4 جامعي، 9 عدم الاستجابة). وتمثل الخانة الثانية المهنة الرئيسية (نذكر فقط المهنة المشككة . 131: مسيرين، 211: باحثون في العلوم الفيزيائية، 222: أطباء وأعضاء المهنة المشابهة في الصحة، 232: أساتذة التعليم الثانوي، 321: تقنيون وعاملون في مجال علوم الحياة والصحة).

ملاحق

جدول رقم 4: التوافق الداخلي بين المستوى التعليمي للمبحوثة والمعرفة بوسائل منع الحمل.

النسبة من مجموع الجامعات	التكرار	ربط المتغيرات ¹
0.22	2	4 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2

جدول رقم 5: التوافق الداخلي بين امتلاك دفتر صحي ومستوى تعليم المبحوثة.

النسبة من المجموع	التكرار	ربط المتغيرات ²
1.21	137	4 3

جدول رقم 6: التوافق الداخلي بين مكان الولادة ووزن المولود.

النسبة من المجموع	التكرار	ربط المتغيرات ³
0.72	82	1 4

جدول رقم 7: التوافق الداخلي بين امتلاك الدفتر الصحي وتسجيل وزن المولود الجديد.

النسبة من المجموع	التكرار	ربط المتغيرات ⁴
4.16	408	2 1
11.25	1104	2 2
23.07	2264	1 3

جدول رقم 8: الحالة الزوجية وحالة الحمل أثناء تاريخ الملاحظة.

التكرار	ربط المتغيرات ⁵
2	1 2
3	1 3

جدول رقم 9: مستوى التعليم وعدم تلقي كشوفات ما بعد الولادة بسبب الجهل بأهمية الفحوصات.

النسبة من المجموع	التكرار	ربط المتغيرات ⁶
1.29	101	3 3
0.22	17	3 4

¹تمثل الخانة: الأولى الحبوب، الثانية اللولب، الثالثة: الحقن، الرابعة: الغرز، الخامسة: العازل الواقي للرجال، السادسة: العازل الواقي للنساء، السابعة: الحاجز المهبلي للمرأة، الثامنة: المرهم، التاسعة: ربط الأنابيب الرحمية، العاشرة: تعقيم الرجال، الحادية عشر: إطالة فترة الرضاعة الطبيعية، الثانية عشر: فترة الأمان، الثالثة عشر: العزل، الرابعة عشر: أخرى. في كل الحالات يمثل الدليل 1: نعم، الدليل 2: لا والدليل 9: بيانات غير مبينة. الخانة الخامسة عشر: مستوى التعليم (1: ابتدائي، 2: متوسط، 3: ثانوي، 4: جامعي، 9: عدم الاستجابة).

²تمثل الخانات: الأولى امتلاك دفتر صحي خاص بالتطعيم (1: نعم مع رؤيته، 2: نعم مع عدم رؤيته، 3: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة)، الثانية المستوى التعليمي (1: ابتدائي، 2: متوسط، 3: ثانوي، 4: جامعي).

³تمثل الخانات: الأولى مكان الولادة (1: المستشفى، 2: عيادة متعددة الخدمات/ مركز طبي، 3: عيادة خاصة، 4: المنزل، 6: آخر تذكر، 9: عدم الاستجابة)، الثانية وزن المولود (1: نعم، 2: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة).

⁴تمثل الخانات: الأولى امتلاك دفتر صحي خاص بالتطعيم (1: نعم مع رؤيته، 2: نعم مع عدم رؤيته، 3: لا، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة)، الثانية تسجيل وزن المولود الجديد (1: الدفتر الصحي، 2: في الذاكرة، 8: لا تعلم، 9: عدم الاستجابة)

⁵تمثل الخانات: الأولى الحالة الزوجية (1: متزوجة، 2: أرملة، 3: مطلقة، 4: منفصلة) الثانية حالة الحمل الحالية (1: حامل، 2: لا، 3: لا تعلم).

⁶تمثل الخانات: الأولى المستوى التعليمي (1: ابتدائي، 2: متوسط، 3: ثانوي، 4: جامعي، 9: عدم الاستجابة)، الثانية أسباب عدم الكشف بعد الولادة (1: غياب المضاعفات، 2: تجربة سابقة، 3: الجهل بأهمية الفحوصات، 4: خدمة غير متوفرة، 5: ارتفاع تكاليف، 6: أخرى، 9: عدم الاستجابة).

جدول رقم 10: وسط الإقامة وعدم تلقي كشوفات ما بعد الولادة بسبب عدم وفرة الخدمة.

ربط المتغيرات ¹	التكرار	النسبة من المجموع
4 1	9	0.12

جدول رقم 11: مؤشر الثروة وعدم تلقي الكشف بعد الولادة بسبب ارتفاع التكاليف.

ربط المتغيرات ²	التكرار	النسبة من المجموع
5 4	19	0.24
5 5	3	0.04

جدول رقم 12: مكان الولادة والإشراف على الولادة من قبل الآباء/ الأصدقاء.

ربط المتغيرات ³	التكرار	النسبة من المجموع
H 1	21	0.18
H 2	8	0.07
H 3	2	0.02

جدول رقم 13: مكان الولادة والإشراف عليها من قبل قابلة تقليدية.

ربط المتغيرات ⁴	التكرار	النسبة من المجموع
F 1	10	0.09
F 2	2	0.02

جدول رقم 14: التوافق الداخلي بين بقاء الطفل الأخير على قيد الحياة واستمرارية الرضاعة الطبيعية.

ربط المتغيرات ⁵	التكرار	النسبة
1 2	18	0.17

تمثل الخانة الأولى وسط الإقامة (1: حضر، 2: ريف)، الثانية أسباب عدم الكشف بعد الولادة (1: غياب المضاعفات، 2: تجربة سابقة، 3: الجهل بأهمية الفحوصات، 4: الخدمة غير متوفرة، 5: ارتفاع التكاليف، 6: أخرى، 9: عدم الاستجابة).

تمثل الخانة الأولى مؤشر الثروة (1: الأكثر فقرا، 2: الفقير، 3: المتوسط، 4: الغني، 5: الأكثر غنى)، الثانية أسباب عدم الكشف بعد الولادة (1: غياب المضاعفات، 2: تجربة سابقة، 3: الجهل بأهمية الفحوصات، 4: الخدمة غير متوفرة، 5: ارتفاع التكاليف، 6: أخرى، 9: عدم الاستجابة).

تمثل الخانة الأولى مكان الولادة (1: مستشفى، 2: عيادة متعددة الخدمات/ مركز طبي، 3: عيادة خاصة، 4: المنزل، 6: أخرى تذكر و9: عدم الاستجابة)، الثانية: الإشراف على الولادة من قبل الآباء/ الأصدقاء.

تمثل الخانة الأولى مكان الولادة (1: مستشفى، 2: عيادة متعددة الخدمات/ مركز طبي، 3: عيادة خاصة، 4: المنزل، 6: أخرى تذكر و9: عدم الاستجابة) وتمثل الخانة الثانية الإشراف على الولادة من قبل قابلة تقليدية.

تمثل الخانة الأولى بقاء الطفل الأخير على قيد الحياة (1: نعم، 2: لا)، الثانية استمرارية الرضاعة الطبيعية (1: نعم، 2: لا، 9: عدم الاستجابة).

جدول رقم 15: مؤشر الثروة وعدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة بسبب ارتفاع التكاليف.

ربط المتغيرات ¹	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المتجمعة
6 1	23	71.88	23	71.88
6 2	1	3.13	24	75.00
6 3	5	15.63	29	90.63
6 4	2	6.25	31	96.88
6 5	1	3.13	32	100.00

جدول رقم 16: التوافق الداخلي بين عمر المرأة وعدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة بسبب بلوغها سن

اليأس.

ربط المتغيرات ²	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المتجمعة
9 31	2	0.22	2	0.22
9 35	1	0.11	3	0.33
9 36	1	0.11	4	0.44
9 37	4	0.44	8	0.88
9 38	6	0.66	14	1.54
9 39	9	0.99	23	2.52
9 40	15	1.65	38	4.17
9 41	16	1.76	54	5.93
9 42	18	1.98	72	7.90
9 43	33	3.62	105	11.53
9 44	50	5.49	155	17.01
9 45	87	9.55	242	26.56
9 46	114	12.51	356	39.08
9 47	157	17.23	513	56.31
9 48	223	24.48	736	80.79
9 49	175	19.21	911	100.00

جدول رقم 17: الغاية من استخدام وسائل تنظيم الأسرة والرغبة في إنجاب طفل في المستقبل.

ربط المتغيرات ³	التكرار	النسبة
1 2	34	3.30

تمثل الخانة: الأولى مؤشر الثروة (1: الأكثر فقراً، 2: الفقير، 3: المتوسط، 4: الغني، 5: الأكثر غنى) وتمثل الخانة الثانية أسباب عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة (1: الرغبة في أنجاب طفل، 2: ضد فكرة تنظيم الأسرة، 3: عدم موافقة الزوج، 4: الخوف من الأعراض الجانبية، 5: صعوبة الحصول عليها، 6: ارتفاع التكلفة، 7: الصعوبة في الاستعمال، 8: حسب مشيئة الله، 9: سن اليأس، 10: لا تنجب، 11: لا تحب الوسائل الموجودة، 12: الدورة الشهرية بعد الولادة، 96: أخرى تذكر و99: عدم الاستجابة).

² تمثل الخانة: الأولى عمر النسوة، الثانية أسباب عدم استعمال وسائل تنظيم الأسرة (1: الرغبة في أنجاب طفل، 2: ضد فكرة تنظيم الأسرة، 3: عدم موافقة الزوج، 4: الخوف من الأعراض الجانبية، 5: صعوبة الحصول عليها، 6: ارتفاع التكلفة، 7: الصعوبة في الاستعمال، 8: حسب مشيئة الله، 9: سن اليأس، 10: لا تنجب، 11: لا تحب الوسائل الموجودة، 12: الدورة الشهرية بعد الولادة، 96: أخرى تذكر و99: عدم الاستجابة).

³ تمثل الخانة الأولى الغاية من استخدام وسائل تنظيم الأسرة (1: إنجاب طفل آخر فيما بعد، 2: التوقف عن الإنجاب، 3: أخرى تذكر، 9: عدم الاستجابة)، الثانية الرغبة في إنجاب طفل في المستقبل (1: تريد طفل آخر، 2: لا تريد إنجاب المزيد من الأطفال، 3: لا تستطيع أن تكون حاملاً، 4: بمشيئة الله، 8: لم تقرر أو لات تعلم، 9: عدم الاستجابة).

الملحق رقم 4:

جدول رقم 1: توزيع المستجوبات حسب العمر، المنطقة الجغرافية والوسط:

النسبة المتجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة	النسبة المتجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة ¹
73,3	1,7	742	1 3 5	3,49	3,5	1525	1 1 2
74,9	1,7	721	1 2 7	6,9	3,5	1504	1 2 1
76,5	1,6	716	1 1 7	10,4	3,4	1493	1 2 2
78,2	1,6	706	2 1 6	13,6	3,2	1395	2 1 2
79,6	1,5	635	2 2 5	16,7	3,1	1367	1 1 1
81,1	1,5	639	1 3 6	19,8	3,1	1344	2 1 1
82,5	1,4	617	2 3 4	22,8	3,0	1327	2 2 1
83,8	1,3	586	1 4 1	25,8	3,0	1317	2 1 3
85,0	1,2	526	2 1 7	28,8	3,0	1293	1 1 3
86,2	1,2	524	2 2 6	31,7	2,9	1252	2 2 2
87,4	1,2	521	1 3 7	34,4	2,7	1194	1 2 3
88,6	1,2	510	1 4 2	37,0	2,6	1145	1 1 4
89,7	1,1	492	2 3 5	39,6	2,6	1138	1 3 2
90,7	1,0	441	1 4 3	42,2	2,5	1101	2 1 4
91,7	1,0	426	2 3 6	44,7	2,5	1093	1 2 4
92,7	1,0	418	2 2 7	47,1	2,4	1051	1 1 5
93,6	0,9	380	1 4 4	49,4	2,3	1009	1 3 1
94,4	0,9	375	2 4 1	51,6	2,3	992	2 2 3
95,2	0,8	343	2 3 7	53,8	2,2	958	1 1 6
95,9	0,7	322	2 4 2	56,0	2,2	951	1 2 5
96,7	0,7	323	1 4 5	58,2	2,1	936	2 3 2
97,4	0,7	296	1 4 6	60,2	2,1	893	1 3 3
97,9	0,6	250	2 4 3	62,2	2,0	880	1 2 6
98,4	0,5	212	2 4 4	64,2	2,0	868	2 1 5
98,9	0,5	203	1 4 7	66,2	2,0	853	2 3 1
99,3	0,5	196	2 4 5	68,1	1,9	822	1 3 4
99,7	0,4	174	2 4 6	69,8	1,8	766	2 3 3
100,0	0,3	120	2 4 7	71,6	1,7	760	2 2 4
	100	43642	المجموع				

¹ تمثل الخانة الأولى: فئات العمر، الثانية المنطقة الجغرافية، الثالثة وسط الإقامة.

جدول رقم 2: توزيع المبحوثات حسب الوضعية تجاه الدراسة، السن، وسط الإقامة والمنطقة الجغرافية.

15-19															
المجموع الكلي	المجموع						جنوب		غرب		شرق		وسط		الوضعية تجاه الدراسة
	جنوب	غرب	شرق	وسط	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	
94	95,4	92,3	95,1	93,7	88,8	98,6	90,6	98,4	86,1	97,6	90,6	99	88,3	99	درست
5,9	4,6	7,6	4,9	6,3	11,2	1,4	9,4	1,6	13,9	2,3	9,4	1	11,7	1	لم تدرس
8364	961	1861	2831	2711	3899	4465	375	586	853	1008	1327	1504	1344	1367	المجموع
20-24															
88,1	89,2	85,3	89,5	88,4	79,1	95,6	79,8	95,1	74,4	94,3	81,7	96	79,7	96,3	درست
11,9	10,8	14,7	10,5	11,6	20,9	4,4	20,2	4,9	25,6	5,7	18,3	4	20,3	3,7	لم تدرس
8571	832	2074	2745	2920	3905	4666	322	510	936	1138	1252	1493	1395	1525	المجموع
25-29															
82,7	84,8	77,1	83,5	84,9	70,2	93,5	68,7	93,9	60,3	91,4	70,6	94,2	76	94	درست
17,3	15,2	22,8	16,4	15,1	29,7	6,5	31,3	6,1	39,5	8,6	29,3	5,8	24	6	لم تدرس
7144	691	1657	2186	2610	3322	3822	250	441	764	893	991	1194	1317	1293	المجموع
30-34															
77,3	78,1	74,4	77,2	79,1	63	88,6	64,3	85,8	55,4	88,7	61,7	88,1	67,9	89,9	درست
22,6	21,9	25,6	22,8	20,9	37	11,4	35,7	14,2	44,6	11,3	38,3	11,9	32	10,1	لم تدرس
6129	592	1440	1853	2245	2689	3440	212	380	617	822	760	1093	1101	1145	المجموع
35-39															
67,4	66	64,4	65,6	71,2	49,3	80,3	48,4	76,6	40,2	80,4	47,3	77,8	56,2	83,6	درست
32,6	34	35,6	34,4	28,8	50,7	19,7	51,6	23,4	59,8	19,5	52,7	22,2	43,8	16,4	لم تدرس
5258	519	1234	1586	1919	2192	3066	196	323	492	741	635	951	868	1051	المجموع
40-44															
56,9	53,6	55,6	51	63,7	36,1	70,7	34,8	64,7	29,2	73,3	27,7	64,8	46,7	76,3	درست
43	46,4	44,4	49	36,2	63,9	29,2	65,2	35,3	70,8	26,7	72,3	35,2	53,3	23,6	لم تدرس
4602	470	1065	1404	1662	1830	2772	174	296	426	639	524	880	706	956	المجموع
45-49															
45,7	38,5	46,8	39,8	52,4	26,6	58,2	23,2	47,6	26,7	60	21,5	50,3	31,4	67,8	درست
54,3	61,5	53,2	60,2	47,6	73,4	41,8	76,8	52,4	73,3	40	78,5	49,7	68,6	32,2	لم تدرس
3567	323	864	1139	1242	1407	2160	120	203	343	521	418	721	526	716	المجموع
43635	4388	10193	13743	15310	19244	24390	1649	2739	4431	5762	5907	7836	7257	8053	المجموع الكلي
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	المصدر: عمل خاص بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 الجزائر، 2006.

جدول رقم 3: توزيع المستجوبات حسب المستوى التعليمي والقدرة على القراءة والكتابة:

النسبة المتجمعة	التكرار المتجمع	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة ¹
0,46	201	0,46	201	1 1 .
0,68	295	0,21	94	2 1 .
0,68	296	0	1	9 1 .
22,39	9769	21,71	9474	. 2 .
22,4	9776	0,02	7	9 9 .
33,35	14554	10,95	4778	1 1 1
35,17	15349	1,82	795	2 1 1
35,24	15381	0,07	31	9 1 1

¹ تمثل الخانة الأولى: المستوى التعليمي (1 ابتدائي، 2 متوسط، 3 ثانوي، 4 جامعي)، الثانية: القدرة على القراءة (1 نعم، 2 لا، 9 غير مبين)، 3 القدرة على الكتابة (1 نعم، 2 لا، 9 غير مبين).

ملاحق

40,38	17624	5,14	2244	. 2 1
40,39	17628	0,01	3	1 9 1
40,42	17640	0,03	12	2 9 1
40,84	17822	0,42	182	9 9 1
67,96	29659	27,12	11836	.. 2
91,08	39749	23,12	10091	.. 3
100	43641	8,92	3892	.. 4
100	43642	0	1	. 2 9
		100	43642	المجموع

جدول رقم 4: توزيع النسوة اللاتي درسن في الابتدائية وصرحن بأنهم لا يقرأن ولا يكتبن حسب المستوى الدراسي الذي وصلن إليه.

النسبة المتجمعة	النسبة	التكرار	المستوى الدراسي
6,0	6,0	134	0
14,8	8,9	199	1
30,8	16,0	358	2
46,0	15,2	342	3
55,5	9,5	213	4
74,4	18,9	424	5
100,0	25,6	575	6
100,0	0,0	1	99
	100,0	2244	المجموع

جدول رقم 5: توزيع نسوة الفئة العمرية (15-19 سنة) حسب الوضعية تجاه العمل، الوسط والمنطقة.

المجموع	الحالة العملية			المتغير	
	بيانات غير مبينة	لا تعمل	تعمل		
100	0,09	97,49	2,42	حضر	وسط الإقامة
100	0,19	96,08	3,73	ريف	
100	0,03	98,63	1,34	وسط	المنطقة
100	0,11	95,49	4,41	شرق	
100	0,20	96,93	2,87	غرب	
100	0,39	95,57	4,03	جنوب	
8365	11	8100	253	المجموع	
100	0,14	96,84	3,03		

جدول رقم 6: توزيع العاملات حسب مكان العمل، الوسط والمنطقة.

المجموع الكلي	المجموع						جنوب		غرب		شرق		وسط		مكان العمل
	جنوب	غرب	شرق	وسط	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	ريف	حضر	
68,6	65,0	66,9	63,0	77,2	58,8	73,1	70,4	62,0	50,3	72,7	59,5	65,4	57,1	83,1	خارج المنزل
26,1	28,2	29,3	30,2	18,8	35,3	22,0	23,1	31,1	44,7	24,1	34,5	27,2	36,7	13,6	داخل المنزل
5,2	6,8	3,7	6,8	4,0	5,9	4,9	6,5	6,9	5,1	3,3	6,0	7,5	6,1	3,3	بيانات غ م
100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	
5250	610	1109	1843	1688	1639	3611	220	390	285	824	753	1091	381	1307	المجموع

جدول رقم 7: جدول يوضح تلخيص المهن حسب أكبر المجموعات

اسم المجموعة	رقم المجموعة المهنية
عضو التنفيذ وهيئة تشريعية، إدارات سامية بالإدارة العمومية، مسيري وإدارات سامية بالمؤسسات	المجموعة المهنية رقم: 1
مهن ثقافية وعلمية	المجموعة المهنية رقم: 2
مهن وسيطة	المجموعة المهنية رقم: 3
مستخدمون من النوع الإداري	المجموعة المهنية رقم: 4
مستخدمو المصالح وبائعي المخازن والسوق	المجموعة المهنية رقم: 5
فلاحون وعمال مؤهلون في الفلاحة والصيد	المجموعة المهنية رقم: 6
حرفيون وعمال يدويون في المهن الحرفية	المجموعة المهنية رقم: 7
مسيرو التجهيزات والآلات وعمال التركيب	المجموعة المهنية رقم: 8
عمال ومستخدمين غير مؤهلين	المجموعة المهنية رقم: 9

جدول رقم 8: توزيع المهن حسب الديوان الوطني للإحصائيات.

المهنة	دليل المهنة	المهنة	دليل المهنة
مستخدمو التوثيق وموزعو البريد ومماثلهم	414	أعضاء الهيئات التنفيذية والتشريعية	111
مستخدمون آخرون بالمكاتب	419	مسؤولون تنفيذيون في الإدارة العامة	112
أمناء صناديق - موظفون في الشبابيك ومماثلهم	421	أعضاء في المكاتب والموظفون التنفيذيون في المنظمات السياسية والاتحادات التجارية والجمعيات	113
أعوان الاستقبال أو استعلام الزبائن	422	مدراء	121
عمال بمصالح المطاعم	512	إدارات متخصصة في الإدارة	122
الحواضن مساعدون معتنون بالصحة ومماثلهم	513	مسيرون	131
مهن أخرى للخدمات المباشرة للخواص	514	الباحثون في العلوم الفيزيائية والاعتبارية	211
عمال بمصالح الحماية والأمن	516	باحثون في الرياضيات والإحصاء	212
عارضو الموديلات	521	المتخصصون والمهندسون في الحوسبة	213

214	مهندسون آخرون، مهندسين معماريين ومهندسين مدنيين	522	بائعو وعارضو المخازن
221	أخصائيو في علوم الطبيعة والحياة	523	بائعون بعرض البضائع وفي الأسواق
222	أطباء وأعضاء المهن المشابهة المتعلقة بالصحة	611	فلاحون وعمال بالفلاحة والزراعات المخصصة للأسواق
231	أساتذة في الجامعة والتعليم العالي	612	مربوا الحيوانات وعمال فلاحيون في تربية الحيوانات المخصصة للأسواق ومماثلهم
232	أساتذة في التعليم الثانوي	613	فلاحون مؤهلين في الفلاحة وتربية الحيوانات والصيد البحري المخصصة للأسواق
233	مختصون آخرون في التعليم	614	مهن غابية ومماثلهم
241	مختصون في الوظائف الإدارية و الشركات التجارية	621	فلاحون وعمال بالفلاحة وللصيد للاستهلاك الذاتي
242	قانونيون	711	حرفيون وعمال بالمقالع والبناء
243	وثائقيون ومكتبيون موثقون	712	حرفيون وعمال المنجزات الكبرى للبناء
244	مختصون في العلوم الاجتماعية والانسانية	713	حرفيون وعمال يدويون للأشغال الكبرى الثانوية للبناء (الأعمال التكميلية)
245	كتاب وفنانون مبدعين ومنفذين	714	حرفيون وعمال يدويون في طلاء وتمليط البناء
246	رجال الدين ومماثلهم (أئمة ومؤذن)	723	حرفيون وعمال يدويون بالميكانيك
311	تقنيون في العلوم الفيزيائية والتقنية	724	ميكانيكيون ومركبو الآلات الكهربائية والإلكترونية
312	عملاء آخرون في أجهزة الإعلام الآلي	731	عمال الدقة في التعدين والمواد المشابهة
313	تقنيون في الأجهزة البصرية والإلكترونية	732	خزافون - نافخو الزجاج وعمال مماثلون
314	تقنيون في وسائل النقل الجوية	733	حرفيون وعمال يدويون على الخشب والأنسجة والجلود والمواد المشابهة
315	مفتشو المباني والأمن والنظافة النوعية	734	عمال الطباعة والعاملين ذات الصلة
316	موظفون ملاحظين تقنيين	741	حرفيون وعمال يدويون في التغذية
321	تقنيون وعمالون في مجال علوم الحياة والصحة	742	نجارون وعمال يدويون في صناعة الخشب والمهن المشابهة
322	مهن وسيطة للطب الحديث (ماعدا الممرضين)	743	حرفيون وعمال يدويون في النسيج والألبسة
323	ممرضون	744	حرفيون وعمال يدويون في الجلود والأحذية
324	تقنيون سامون في الصحة وقابلات	813	حرفيون في الزجاج وسيراميك ومواد مماثلة
325	ممارسي الطب التقليدي والمعالجين	822	مشغلي الآلات لتصنيع المواد الكيميائية
331	تقنيون سامون في الصحة وقابلات	823	مسيروآلات لصنع المواد من النوع المطاط ومن النوع البلاستيكي
332	مهن وسيطة في التعليم ما قبل الابتدائي	825	مشغلي آلات الطباعة وتشكيل الورق الكرتوني
333	مهن وسيطة في التعليم الخاص بالمعاقين	826	مسيرو الآلات النسيجية
334	مهن وسيطة أخرى في التعليم	827	مسيرو الآلات الصناعية الفلاحية والغذائية
341	مهن وسيطة في المالية والبيع	828	عمال يدويون في التركيب
342	وكلاء تجاريون وسماسرة	911	بائعون متنقلون ومماثلهم
343	مهن وسيطة للتسيير الإداري	913	مساعدون بالمنزل - عمال التنظيف ومماثلهم

ملاحق

344	مهن وسيطة بالإدارة العمومية ومفتشو الشرطة	914	عمال الصيانة في المباني وعمال النظافة
345	مفتشو الشرطة القضائية ومخبرون سريون	915	جوالون - حمالون - حراس ومماثلهم
347	مهن وسيطة للإبداع الفني والعروض والرياضة	916	عمال التنظيف وكناسون ومماثلهم
411	سكرتيرات - كاتبون على الآلة الراقنة - مختزلون على الآلة الراقنة ومماثلهم	921	عمال غير مؤهلون في الفلاحة والصيد والغابة وعمال مماثلين
412	مستخدمو مصالح المحاسبة المالية	932	عمال مرتبو السلع في الصناعات المصنعة
413	موظفون في إدارة المخازن ، موظفين الإداريين في النقل	999	غير مصرحين

جدول رقم 9: توزيع النسوة المبحوثات حسب حالة الطفل الأخير

الأطفال المتوفون	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
الأطفال باختلاف الرتب	2900	89,66	2900	89,66
الطفل الأخير	335	10,34	3235	100

جدول رقم 10: اختبار كاي مربع للعلاقة بين الخصائص العامة للنسوة وعدد الأطفال المتوفون.

اختبار مربع كاي للاستقلالية Test du Khi-deux						
متغيرات المراقبة	درجة الحرية ddl	مستوى المعنوية α	مستوى دلالة الاختبار sig	ك ² المحسوبة	ك ² الجدولة	العلاقة
الوسط	1	0,05	0	200,46	3,84	بما أن مستوى دلالة الاختبار sig=0,00 وهي أصغر من مستوى المعنوية α ، هذا يعني وجود علاقة بين متغير وسط الإقامة ووجود أطفال ميتين.
المنطقة	3	0,05	0	17,45	7,81	بما أن مستوى دلالة الاختبار sig=0,00 وهي أصغر من مستوى المعنوية α ، هذا يعني وجود علاقة بين متغير المنطقة واحتمال وجود أطفال ميتين. وإن كانت ضعيفة.
فئات الأعمار	6	0,05	0	1256,6	12,59	نلاحظ أن ك ² المحسوبة تفوق بكثير ك ² الجدولة، أي هناك علاقة وثيقة بين السن واحتمال وجود أطفال ميتين.
المستوى التعليمي	4	0,05	0	1207,2	9,49	نلاحظ أن ك ² المحسوبة تفوق بكثير ك ² الجدولة، ومنه هناك علاقة ارتباطية وثيقة بين المستوى التعليمي واحتمال وجود أطفال ميتين.
مستوى الرفاه	4	0,05	0	411,76	9,49	بما أن مستوى دلالة الاختبار sig=0,00 وهي أصغر من مستوى المعنوية α هذا يعني وجود علاقة وثيقة بين المتغير الاقتصادي واحتمال وجود أطفال ميتين.
الوضعية المهنية	1	0,05	0	59,9	3,84	بما أن قيمة ك ² المحسوبة تفوق ك ² الجدولة ومنه نستنتج أن هناك علاقة بين متغير الوضعية المهنية واحتمال وجود أطفال ميتين.

جدول رقم 11: العلاقة بين الخصائص العامة للنسوة ومدى المتابعة الصحية للنسوة خلال فترة الحمل، من

خلال اختبار كاي مربع للاستقلالية:

العلاقة	اختبار مربع كاي للاستقلالية Test du Khi-deux					متغيرات المراقبة
	كا ² الجدولة	كا ² المحسوبة	مستوى دلالة الاختبار sig	مستوى المعنوية α	درجة الحرية ddl	
نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق بكثير كا ² الجدولة ومنه نستنتج بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية فيما يتعلق بالمتابعة أثناء الحمل تعزى للوسط السكني.	3,84	120,6	0	0,05	1	الوسط
بما أن مستوى دلالة الاختبار $\text{sig} = 0,00$ وهي أصغر من مستوى المعنوية α ، هذا يعني وجود علاقة ارتباطية وثيقة بين متغير المنطقة الجغرافية ومدى المتابعة أثناء فترة الحمل. وإن كانت ضعيفة.	7,81	27,27	0	0,05	3	المنطقة
نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق كا ² الجدولة، أي يوجد ارتباط بين السن ومدى المتابعة أثناء الحمل.	12,59	66,83	0	0,05	6	فئات الأعمار
نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق بكثير كا ² الجدولة، ومنه هناك علاقة بين المستوى التعليمي ومدى المتابعة أثناء الحمل، وهي علاقة عكسية كلما ارتفع المستوى انخفضت نسبة عدم المتابعة، بحسب معامل سبيرمان الذي يساوي "-0,24".	9,49	373,8	0	0,05	4	المستوى التعليمي
بما أن مستوى دلالة الاختبار $\text{sig} = 0,00$ أصغر من مستوى المعنوية α هذا يعني وجود علاقة ارتباطية بين المستوى الاقتصادي ومدى المتابعة أثناء فترة الحمل.	9,49	364,3	0	0,05	4	مؤشر الثروة
نلاحظ أن هناك علاقة قوية بين رتبة المولود ومدى المتابعة من خلال وجود فروق كبيرة بين كا ² المحسوبة وكا ² الجدولة.	7,81	365,1	0	0,05	3	رتبة المولود
بما أن قيمة كا ² المحسوبة تفوق كا ² الجدولة ومنه نستنتج أن هناك علاقة متوسطة بين متغير الوضعية المهنية ومدى المتابعة أثناء الحمل. وهو ما يؤكد معامل الاقتران الذي يساوي "0,4".	3,84	14,21	0	0,05	1	الوضعية المهنية
بما أن قيمة كا ² المحسوبة تفوق كا ² الجدولة ومنه هناك علاقة بين متغير وفيات الأطفال ومدى المتابعة أثناء الحمل. وحسب معامل فاي الذي يساوي "0,1-" فهي علاقة عكسية ضعيفة.	3,84	41,67	0	0,05	1	وفيات الأطفال

جدول رقم 12: سبب إجراء أول فحص طبي وبعض الخصائص العامة.

المجموع		سبب إجراء أول فحص طبي							متغيرات المراقبة	
عدد النسوة	النسبة	بيانات غير مبينة	الحجز للولادة	استشارة روتينية	كانت لديها مضاعفات	ضمان حمل جيد	التأكد من أن الطفل في صحة جيدة	التأكد من أنها حامل		
2789	100	1,1	1,5	6,5	10,4	32,6	10,2	37,9	حضر	الوسط
2234	100	1,5	1,9	5,6	16,7	27,3	11,3	35,9	ريف	
1731	100	1,5	0,9	4,5	11,0	31,7	13,2	37,2	وسط	المنطقة
1535	100	1,3	1,6	5,6	13,2	35,6	8,1	34,6	شرق	
1138	100	1,2	1,1	6,9	17,1	20,1	10,1	43,5	غرب	
619	100	0,6	4,8	10,1	11,9	31,2	11,0	30,4	جنوب	فئات الأعمار
24	100	0,0	0,0	18,4	3,7	18,0	1,4	58,5	15-19	
646	100	1,2	1,0	5,6	10,2	26,7	8,6	46,6	20-24	
1440	100	1,0	1,3	5,2	12,0	31,4	9,9	39,3	25-29	
1395	100	0,6	1,5	6,5	12,4	30,3	11,7	37,2	30-34	
1027	100	1,3	2,0	6,7	16,4	30,8	12,1	30,7	35-39	
456	100	2,9	3,6	5,6	16,9	31,4	11,0	28,6	40-44	
35	100	12,9	1,8	12,5	11,8	18,4	7,1	35,4	45-49	
1209	100	2,0	2,5	5,7	22,2	26,0	10,4	31,1	دون مستوى	المستوى التعليمي
963	100	1,5	2,1	6,8	13,3	31,6	11,5	33,1	ابتدائي	
1337	100	0,8	1,5	6,3	10,3	30,2	11,5	39,4	متوسط	
1192	100	0,7	0,9	6,2	9,1	33,2	9,0	41,1	ثانوي	
322	100	1,4	0,4	3,8	6,1	30,5	12,3	45,4	جامعي	
988	100	1,9	2,4	5,9	21,2	28,6	9,0	31,0	الأفقر	المستوى الاقتصادي
1059	100	1,4	2,3	5,8	15,3	29,6	11,6	33,9	الفقير	
1031	100	1,2	1,2	6,1	11,6	30,6	11,6	37,7	المتوسط	
984	100	1,0	1,3	6,9	10,4	30,9	10,8	38,7	الغني	
961	100	0,6	1,0	5,6	7,1	31,3	10,5	43,9	الأغنى	
431	100	1,4	1,5	6,3	7,9	34,1	11,3	37,4	تعمل	الوضعية المهنية
4586	100	1,2	1,7	6,0	13,7	29,8	10,7	36,9	لا تعمل	
6	100	0,0	0,0	5,4	10,4	44,7	0,0	39,5	ب غ م	
5023	100	1,23	1,65	6,07	13,18	30,2	10,7	36,97	المجموع	

جدول رقم 13: عدد الزيارات خلال فترة الحمل للحوامل.

عدد الزيارات	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
1	268	5,3	268	5,3
2	525	10,5	793	15,8
3	1046	20,8	1839	36,6
4	1135	22,6	2974	59,2
5	705	14,0	3678	73,2
6	541	10,8	4219	84,0
7	248	4,9	4467	88,9
8	168	3,4	4635	92,3
9	157	3,1	4792	95,4
10	63	1,3	4855	96,7
11	5	0,1	4860	96,8
12	8	0,2	4868	96,9
13	1	0,0	4869	97,0
14	0	0,0	4870	97,0
15	7	0,1	4877	97,1
16	0	0,0	4877	97,1
18	4	0,1	4882	97,2
19	0	0,0	4882	97,2
20	3	0,1	4885	97,3
98	97	1,9	4982	99,2
99	41	0,8	5023	100

جدول رقم 14- نسوة الفئة العمرية (15- 49 سنة)، اللاتي تلقين رعاية صحية أثناء فترة الحمل وتلقين معلومات حول VIH/SIDA.

تلقين معلومات VIH/SIDA	التكرار	النسبة	النسبة المجمعة
نعم	98	1,9	1,9
لا	4880	97,1	99,1
لا تعلم	10	0,2	99,3
بيانات غير مبيّنة	35	0,7	100,0
المجموع	5023	100,0	

ملاحق

جدول رقم 15- نسوة الفئة العمرية (15- 49 سنة)، اللاتي تلقين رعاية صحية أثناء فترة الحمل وقمن

بفحوصات حول VIH/SIDA.

النسبة المجمعة	النسبة	التكرار	قمن بالفحص الخاص بـ VIH/SIDA
1,6	1,6	80	نعم
99,1	97,5	4897	لا
99,3	0,2	10	لا تعلم
100,0	0,7	36	بيانات غير مبينة
	100,0	5023	المجموع

جدول رقم 16- نسوة الفئة العمرية (15- 49 سنة)، اللاتي تلقين رعاية صحية أثناء فترة الحمل وتحصلن

على نتائج فحص VIH/SIDA.

النسبة المجمعة	النسبة	التكرار	التحصل على نتائج VIH/SIDA
67,6	67,6	54	نعم
95,4	27,7	22	لا
99,9	4,6	4	بيانات غير مبينة
	100,0	80	المجموع

جدول رقم 17: امتلاك بطاقة/ دفتر صحي خاص بالتطعيم لحوامل السننتين السابقتين للمسح.

امتلاك بطاقة/ دفتر صحي							متغيرات المراقبة	
التصريح بامتلاك بطاقة/ دفتر صحي	المجموع		بيانات غير مبينة	لا	نعم (عدم رؤية البطاقة)	نعم (رؤية البطاقة)		
68,1	2953	100	0,7	31,2	33,8	34,3	حضر	الوسط
58,4	2608	100	0,9	40,8	26,2	32,1	ريف	
60,4	1861	100	1,1	38,5	29,1	31,3	وسط	المنطقة
70,1	1713	100	0,8	29,1	32,9	37,2	شرق	
54,2	1273	100	0,7	45,1	30,0	24,2	غرب	
72,5	714	100	0,2	27,3	27,5	45,0	جنوب	فئات الأعمار
65,8	30	100	0,0	34,2	34,1	31,7	15-19	
71,5	689	100	0,5	28,0	32,5	39,0	20-24	
67,0	1552	100	0,8	32,1	28,1	38,9	25-29	
64,1	1531	100	0,4	35,5	32,7	31,4	30-34	

ملاحق

59,1	1176	100	0,7	40,2	30,2	28,9	35-39	المستوى التعليمي
52,2	537	100	2,1	45,6	27,0	25,3	40-44	
49,8	47	100	6,4	43,8	24,5	25,4	45-49	
50,2	1542	100	1,1	48,6	21,2	29,0	دون مستوى ابتدائي	
63,2	1057	100	0,9	36,0	30,2	32,9	متوسط ثانوي	
68,8	1406	100	0,7	30,5	35,5	33,3	جامعي	
71,7	1230	100	0,3	27,9	32,7	39,0	الأفقر	
74,0	326	100	1,2	24,8	41,4	32,6	الفقير	
52,7	1279	100	1,1	46,3	22,9	29,8	المتوسط الغني	
60,8	1173	100	0,5	38,7	28,2	32,7	الأغنى	
66,6	1097	100	1,2	32,2	32,4	34,2	تعمل	الوضع المهنية
71,3	1033	100	1,0	27,7	35,1	36,2	لا تعمل	
69,3	979	100	0,2	30,6	34,9	34,3	بيانات غير مبينة	
71,7	452	100	0,5	27,8	35,9	35,8		
62,8	5102	100	0,8	36,4	29,8	33,0		
74,1	7	100	0,0	25,9	0,0	74,1		
63,52	5561	100	0,81	35,67	30,26	33,26	المجموع	

جدول رقم 18: التطعيم ضد التيتانوس لحوامل السنتين السابقتين للمسح

النسبة المجمعة	التكرار المتجمع	النسبة	التكرار	اللفاح ضد التيتانوس
50,31	2798	50,31	2798	لفحت
98,81	5495	48,5	2697	لم تلقح
99,12	5512	0,31	17	لم تصرح
100	5561	0,88	49	بيانات غير مبينة

جدول رقم 19: اختبار مربع كاي للعلاقة بين بعض متغيرات المراقبة والإقبال على التلقيح ضد الكزاز

خلال فترة الحمل:

اختبار مربع كاي للاستقلالية Test du Khi-deux						
العلاقة	ك ² الجدولة	ك ² المحسوبة	مستوى دلالة الاختبار sig	مستوى المعنوية α	درجة الحرية ddl	متغيرات المراقبة
نلاحظ أن ك ² المحسوبة تفوق ك ² الجدولة ومنه نستنتج بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين الوسط السكني والتطعيم ضد الكزاز.	5,99	60,75	0	0,05	2	الوسط
بما أن مستوى دلالة الاختبار sig=0,00 وهي أصغر من مستوى المعنوية α، هذا يعني وجود علاقة بين	12,59	48,96	0	0,05	6	المنطقة

ملاحق

متغير المنطقة والتطعيم ضد الكزاز أثناء فترة الحمل.						
نلاحظ أن χ^2 المحسوبة تفوق بكثير χ^2 الجدولة، أي أن هناك علاقة ارتباطية وثيقة بين العمر والتطعيم ضد الكزاز أثناء فترة الحمل.	21,03	142,9	0	0,05	12	العمر
نلاحظ أن χ^2 المحسوبة تفوق بكثير χ^2 الجدولة، ومنه نستنتج أن هناك علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي والتطعيم ضد الكزاز أثناء فترة الحمل.	15,51	173,7	0	0,05	8	المستوى التعليمي
بما أن مستوى دلالة الاختبار $\text{sig} = 0,00$ أصغر من مستوى المعنوية α هذا يعني وجود علاقة بين المتغير الاقتصادي والتطعيم ضد الكزاز أثناء فترة الحمل.	15,51	80,25	0	0,05	8	مؤشر الثروة
بما أن قيمة χ^2 المحسوبة أصغر من χ^2 الجدولة ومنه نستنتج أنه لا توجد علاقة بين متغير الوضعية المهنية والتطعيم ضد الكزاز أثناء الحمل. وهو ما يؤكد معامل فاي الذي يساوي "0,02".	5,99	3,68	0	0,05	2	الوضعية المهنية

جدول رقم 20: نسبة النسوة اللاتي قمن بالتطعيم ضد التيتانوس، حسب عدد الجرعات خلال فترة الحمل.

عدد الجرعات	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
جرعة واحدة	452	16,17	452	16,17
جرعتين	1408	50,31	1860	66,48
3 جرعات	924	33,02	2784	99,5
لم تصرح	12	0,44	2796	99,93
بيانات غير مبينة	2	0,07	2798	100

جدول رقم 21: احتمال تلقي النسوة لحقن قبل فترة الحمل بالنسبة للواتي لم تتلقين جرعة ضد التيتانوس

وكذا اللاتي أخذن جرعة واحدة فقط

تلقي حقنة ضد الكزاز قبل الحمل	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
نعم	1159	35,9	1159	35,9
لا	1949	60,36	3109	96,25
لم تصرح	37	1,14	3145	97,39
بيانات غير مبينة	84	2,61	3230	100

جدول رقم 22: عدد المرات تلقي حقن ضد التيتانوس قبل فترة الحمل .

عدد مرات تلقي جرعات قبل الحمل	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
0	5	0,4	5	0,4
1	117	10,12	122	10,52
2	212	18,3	334	28,82
3	350	30,2	684	59,01
4	193	16,63	877	75,64

ملاحق

95,54	1108	19,9	231	5
95,85	1111	0,32	4	6
95,94	1112	0,09	1	7
96,14	1115	0,2	2	8
96,28	1116	0,14	2	9
96,34	1117	0,06	1	11
96,43	1118	0,08	1	12
96,48	1119	0,06	1	14
97,49	1130	1,01	12	98
100	1159	2,51	29	99
متوسط عدد الجرعات هو: 3,22				

جدول رقم 23: سنة التلقيح ضد التيتانوس قبل فترة الحمل.

سنة التلقيح	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
1986	1	0,1	1	0,1
1987	2	0,2	4	0,31
1988	3	0,25	6	0,56
1989	0	0,02	7	0,58
1990	5	0,41	11	0,99
1991	10	0,84	21	1,83
1992	16	1,35	37	3,18
1993	19	1,64	56	4,82
1994	26	2,22	82	7,04
1995	41	3,5	122	10,54
1996	49	4,21	171	14,75
1997	52	4,5	223	19,25
1998	64	5,5	287	24,75
1999	66	5,72	353	30,47
2000	105	9,09	459	39,57
2001	92	7,92	550	47,48
2002	109	9,38	659	56,86
2003	116	10,02	775	66,88
2004	87	7,49	862	74,37
2005	59	5,1	921	79,47
2006	4	0,33	925	79,8
9998	221	19,1	1147	98,91
9999	13	1,09	1159	100

جدول رقم 24: المشرف على ولادات السننتين السابقتين للمسح.

النسبة المجمعة	النسبة	التكرار	الكادر المشرف على الولادة
77,8	77,78	4325	ممرضة/ قابلة
88,1	10,30	573	طبيب وممرضة/ قابلة
94,8	6,70	373	طبيب
96,4	1,62	90	مولدة تقليدية
97,4	1,04	58	لم تصرح
98,4	1,00	56	الآباء/ أصدقاء
99,2	0,76	42	مولدة تقليدية والآباء/ أصدقاء
99,4	0,22	12	ممرضة/ قابلة والآباء/ أصدقاء
99,6	0,15	9	أخرى
99,7	0,11	6	لا أحد
99,8	0,11	6	طبيب وممرضة/ قابلة والآباء/ أصدقاء
99,8	0,04	2	مولدة تقليدية وأخرى
99,9	0,03	2	طبيب وأخرى
99,9	0,03	2	ممرضة/ قابلة وأخرى
99,9	0,03	2	طبيب وممرضة/ قابلة وأخرى
99,9	0,02	1	ممرضة/ قابلة ومولدة تقليدية
100,0	0,02	1	الآباء/ أصدقاء وأخرى
100,0	0,02	1	طبيب والآباء/ أصدقاء
100,0	0,01	1	مولدة تقليدية، الآباء/ أصدقاء وأخرى
	100	5561	المجموع

جدول رقم 25: المشرفون على الولادات التي تمت في البيت.

النسبة المجمعة	التكرار المتجمع	النسبة	التكرار	الكادر المشرف على الولادة داخل البيت
1,43	3	1,43	3	لا أحد
4,29	9	2,86	6	أخرى
30	64	25,71	55	قريب/ أصدقاء
30,19	65	0,19	0	قريب/ أصدقاء وأخرى
71,36	153	41,17	88	مولدة تقليدية
72,32	155	0,96	2	مولدة تقليدية وأخرى
92,08	198	19,76	42	مولدة تقليدية وقريب/ أصدقاء
92,34	198	0,25	1	مولدة تقليدية ، قريب/ أصدقاء وأخرى
96,96	208	4,63	10	ممرضة/ قابلة
98,55	212	1,59	3	ممرضة/ قابلة وقريب/ أصدقاء
98,71	212	0,15	0	لم تصرح
99,57	214	0,87	2	طبيب
100	215	0,43	1	طبيب وقريب/ أصدقاء
		100	215	المجموع

ملاحق

جدول رقم 26: مكان الولادة التي تمت بعملية قيصرية خلال السنتين السابقتين للمسح.

المكان الولادة	التكرار	النسبة	التكرار المتجمع	النسبة المجمعة
بلدية الإقامة	175	36,79	175	36,79
إحالة عاجلة خارج بلدية الإقامة	83	17,55	258	54,34
إحالة غير عاجلة خارج بلدية الإقامة	176	36,97	434	91,31
بيانات غير مبينة	41	8,69	475	100

جدول رقم 27: مكان وطبيعة ولادات السنتين السابقتين للمسح.

النسبة المتجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة	النسبة المتجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة ¹
99,3	0,1	8	3 3 2	70,8	70,8	3939	. 1 1
99,5	0,1	7	. 1 6	81,6	10,8	600	. 1 2
99,6	0,1	7	. 1 9	85,8	4,2	234	. 1 3
99,7	0,1	6	9 3 1	89,7	3,9	215	. 1 4
99,8	0,1	5	1 3 2	92,3	2,6	146	1 3 1
99,9	0,1	5	. 2 2	94,7	2,3	130	3 3 1
99,9	0,1	3	2 3 2	95,9	1,2	69	. 2 1
100	0	2	9 9 1	96,9	1	55	2 3 1
100	0	1	. 2 6	97,5	0,7	37	3 3 3
100	0	1	9 3 2	98,1	0,6	33	9 9 9
100	0	0	3 9 1	98,6	0,5	26	2 3 3
	100	5561	المجموع	99	0,4	24	1 3 3
				99,2	0,2	10	. 2 3

جدول رقم 28: اختبار الاستقلالية (كاي مربع) علاقة المتابعة الصحية لفترة ما بعد الولادة وبيعض

مميزات النسوة.

اختبار مربع كاي للاستقلالية Test du Khi-deux						
متغيرات المراقبة	درجة الحرية	مستوى دلالة الاختبار sig	مستوى دلالة الاختبار sig	كاي ² المحسوبة	كاي ² الجدولة	العلاقة
الوسط	1	0,05	0	107,47	3,84	نلاحظ أن كاي ² المحسوبة تفوق بكثير كاي ² الجدولة ومنه نستنتج بأن توجد علاقة ارتباطية بين مكان الإقامة والرعاية الصحية بعد الحمل. وهي علاقة ارتباطية طردية، حيث قدر معامل الارتباط سبيرمان بـ 0,14
المنطقة	3	0,05	0	24,38	7,81	بما أن مستوى دلالة الاختبار sig = 0,00 وهي أصغر من مستوى المعنوية α ، هذا يعني وجود علاقة ارتباطية بين متغير المنطقة الجغرافية ومدى المتابعة الصحية بعد الولادة. وإن كانت ضعيفة كما يوضحه معامل الارتباط سبيرمان "0,06".

¹ تمثل الخانة الأولى: مكان الولادة (1= مستشفى/ مستشفى جامعي، 2= مركز صحي/ عيادة متعددة الخدمات، 3= مصحة خاصة، 4= البيت، 6= أخرى و9= بيانات غير مبينة)، الخانة الثانية: طبيعة الولادة (1= ولادة طبيعية، 2= مملط/ شفط و3= عملية قيصرية). الخانة الثالثة: بلدية الولادة (1= بلدية الإقامة، 2= إحالة المستعجلة خارج بلدية الإقامة و3= إحالة غير المستعجلة خارج بلدية الإقامة)

ملحق

فئات الأعمار	6	0,05	0	38,59	12,59	نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق كا ² الجدولة، أي هناك علاقة ارتباطية بين فئات الأعمار ومدى المتابعة بعد الولادة.
المستوى التعليمي	4	0,05	0	242,47	9,49	نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق بكثير كا ² الجدولة، ومنه نستنتج أن هناك علاقة ارتباطية بين المستوى التعليمي ومدى الرعاية الصحية بعد الحمل.
مؤشر الثروة	4	0,05	0	240,76	9,49	بما أن مستوى دلالة الاختبار sig = 0,00 أصغر من مستوى المعنوية $\alpha=0,05$ هذا يعني وجود علاقة بين المتغير الاقتصادي ومدى الرعاية الصحية بعد الولادة. بالتالي هناك علاقة بين المستوى الاقتصادي ومدى تأثيره على الرعاية الصحية أثناء فترة النفاس.
رتبة المولود	3	0,05	0	203,81	7,81	نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق بكثير كا ² الجدولة ، وعليه هناك فروق جوهرية واضحة بين رتبة المولود ومدى المتابعة الصحية بعد الولادة.
الوضع المهنية	1	0,05	0	41,76	3,84	بما أن قيمة كا ² المحسوبة تفوق كا ² الجدولة ومنه نستنتج أن هناك علاقة ارتباطية بين متغير الوضعية المهنية ومدى المتابعة بعد الحمل. وهو ما يؤكد معامل الاقتران الذي يساوي "0,31".

جدول رقم 29: سبب عدم الإقبال على الرعاية الصحية بعد الولادة حسب السن، المستوى التعليمي والاقتصادي، الوضعية المهنية ورتبة المولود.

المجموع	بيانات غير مبينة	أخرى	ارتفاع تكاليف الفحص	خدمة غير متوفرة	الجهل بأهمية الفحص الطبي	التجربة السابقة	غياب المضاعفات	الخصائص العامة		
17	100	0,0	2,8	0,0	22,2	3,1	0,0	72,0	15-19	فئات الأعمار
441	100	0,2	1,6	3,2	3,2	9,4	1,1	81,3	20-24	
1016	100	0,2	2,7	4,3	1,1	8,4	1,3	82,0	25-29	
1016	100	0,2	2,9	4,3	2,0	7,7	2,6	80,2	30-34	
861	100	0,3	3,1	4,3	2,6	8,1	4,0	77,6	35-39	
390	100	0,9	1,3	7,0	1,5	6,9	5,1	77,2	40-44	
31	100	0,8	2,9	3,0	0,6	5,1	5,9	81,8	45-49	
1221	100	0,1	2,4	8,1	4,2	9,1	3,5	72,6	دون مستوى	المستوى التعليمي
751	100	0,5	1,8	4,2	2,1	6,8	2,9	81,7	ابتدائي	
941	100	0,6	3,0	2,8	1,1	8,0	1,6	82,9	متوسط	
701	100	0,3	2,9	1,4	0,0	7,5	2,7	85,2	ثانوي	
157	100	0,0	3,8	0,5	0,0	8,3	1,8	85,6	جامعي	
1025	100	0,2	2,5	9,9	5,5	8,7	2,8	70,4	الأفقر	المستوى الاقتصادي
830	100	0,6	3,7	3,4	1,5	8,5	2,1	80,3	الفقير	
758	100	0,0	2,2	3,5	0,8	8,4	3,0	82,0	المتوسط	
657	100	0,4	2,5	1,4	0,2	7,6	2,4	85,4	الغني	
502	100	0,4	1,5	0,4	0,4	6,0	3,1	88,3	الأغنى	

ملحق

248	100	0,6	4,3	1,6	0,1	2,9	4,2	86,3	تعمل	الوضعية المهنية
3519	100	0,3	2,4	4,6	2,2	8,4	2,5	79,4	لا تعمل	
787	100	0,5	2,1	2,4	1,9	9,1	0,4	83,7	الولادة الأولى	رتبة المولود
1557	100	0,1	2,9	3,6	1,6	7,5	1,9	82,4	3-2	
885	100	0,7	2,3	5,9	1,5	8,2	4,0	77,4	5-4	
542	100	0,1	2,7	7,6	4,5	7,9	5,7	71,4	6 فأكثر	
100,0		0,3	2,6	4,5	2,1	8,0	2,7	79,9		المجموع
3772		12	97	168	78	304	100	3013		

جدول رقم 30: تطبيق اختبار كاي مربع للعلاقة بين بعض المتغيرات المستقلة والمتغير التابع (الإقبال على الرضاعة الطبيعية).

اختبار مربع كاي للاستقلالية Test du Khi-deux							متغيرات المراقبة
العلاقة	كا ² الجدولة	كا ² المحسوبة	مستوى دلالة الاختبار sig	مستوى المعنوية α	درجة الحرية ddl	الوسط	
نلاحظ أن كا ² المحسوبة أصغر من كا ² الجدولة ومنه نستنتج بأنه لا توجد علاقة ارتباطية بين مكان الإقامة والإقبال على الرضاعة الطبيعية.	3,84	3,35	0,067	0,05	1	الوسط	
بما أن مستوى دلالة الاختبار $\text{sig} = 0,00$ وهي أصغر من مستوى المعنوية α ، هذا يعني وجود علاقة ارتباطية بين متغير المنطقة الجغرافية ومدى الإقبال على الرضاعة الطبيعية.	7,81	55,7	0,00	0,05	3	المنطقة	
نلاحظ أن كا ² المحسوبة أصغر من كا ² الجدولة، أي لا توجد علاقة بين فئات الأعمار ومدى الإقبال على الرضاعة الطبيعية.	12,59	5,63	0,47	0,05	6	فئات الأعمار	
نلاحظ أن كا ² المحسوبة تقل بكثير عن كا ² الجدولة، ومنه نستنتج أن لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والإقبال على الرضاعة الطبيعية.	9,49	3,27	0,51	0,05	4	المستوى التعليمي	
بما أن مستوى دلالة الاختبار $\text{sig} = 0,12$ أكبر من مستوى المعنوية $\alpha = 0,05$ هذا يعني أن لا توجد علاقة بين المتغير الاقتصادي والإقبال على الرضاعة الطبيعية.	9,49	7,24	0,12	0,05	4	المستوى الاقتصادي	
بما أن قيمة كا ² المحسوبة أصغر من كا ² الجدولة ومنه نستنتج أنه لا توجد علاقة ارتباطية بين متغير الوضعية المهنية والإقبال على الرضاعة الطبيعية.	3,84	2,92	0,087	0,05	1	الوضعية المهنية	

ملاحق

جدول رقم 31: عدد أشهر الرضاعة الطبيعية للنسوة اللاتي صرحن بوقف الرضاعة الطبيعية.

النسبة تصاعديا	النسبة	التكرار	عدد أشهر الرضاعة الطبيعية
4,44	4,44	107	0
22,49	18,06	435	1
34,45	11,96	288	2
49,25	14,8	357	3
57,78	8,53	206	4
62,4	4,62	111	5
70,15	7,75	187	6
73	2,85	69	7
75,27	2,27	55	8
78,35	3,07	74	9
79,28	0,93	22	10
80,05	0,77	19	11
85,75	5,7	137	12
86,41	0,66	16	13
88,69	2,28	55	14
90,38	1,69	41	15
91,69	1,31	31	16
92,61	0,92	22	17
96,64	4,02	97	18
97,01	0,38	9	19
97,52	0,5	12	20
97,65	0,13	3	21
98,24	0,59	14	22
98,38	0,14	3	23
98,98	0,6	15	24
99,02	0,04	1	26
99,11	0,08	2	30
99,13	0,02	1	35
99,18	0,05	1	36
99,19	0,02	0	42
99,45	0,26	6	98
100	0,55	13	99
	100	2411	المجموع
متوسط مدة الرضاعة الطبيعية: 6 أشهر			

جدول رقم 32: الأسباب التي دفعت النسوة إلى إيقاف الرضاعة الطبيعية وبعض الخصائص العامة.

أسباب إيقاف الرضاعة الطبيعي										الخصائص العامة	
المجموع	بيانات غير مبينة	أخرى	الأم قررت أخذ حبوب منع الحمل	الأم حامل	الأم ليس لديها حليب كاف	الأم مريضة	رفض الطفل الثدي الأم	الطفل وصل إلى سن الفطام	المجموع		
1362	100	0,4	3,8	3,1	3,8	48,9	11,3	20,4	8,3	حضر	مكان الإقامة
1049	100	0,0	5,2	1,7	5,8	53,8	10,7	15,8	6,9	ريف	
789	100	0,0	3,1	0,8	5,1	54,3	11,3	17,1	8,2	وسط	المنطقة
758	100	0,5	6,9	2,0	4,6	44,8	12,1	20,9	8,2	شرق	
643	100	0,0	2,0	4,3	2,7	61,0	9,5	15,5	5,1	غرب	
222	100	0,4	7,3	5,2	9,4	32,0	11,1	22,9	11,7	جنوب	
532	100	0,0	5,3	2,7	6,7	46,3	11,8	17,7	9,5	دون مستوى	المستوى التعليمي
443	100	0,1	3,3	2,6	4,8	59,4	7,8	16,0	6,1	ابتدائي	
663	100	0,3	3,7	1,7	4,6	52,0	11,8	19,8	6,0	متوسط	
619	100	0,2	5,1	3,3	3,0	49,2	11,0	19,1	9,2	ثانوي	
155	100	0,8	5,1	1,9	4,2	47,0	14,9	18,9	7,2	جامعي	
444	100	0,1	5,2	2,2	7,7	47,3	9,3	17,7	10,5	الأفقر	المستوى الاقتصادي
489	100	0,0	4,6	2,0	6,1	49,7	13,2	14,7	9,7	الفقير	
513	100	0,0	4,8	1,7	4,2	53,1	12,0	18,6	5,5	المتوسط	
487	100	0,6	4,0	3,6	2,5	53,3	8,9	21,6	5,5	الغني	
479	100	0,4	3,5	3,0	3,1	51,4	11,6	19,3	7,6	الأغنى	
12	100	0,0	5,7	3,3	4,5	63,4	15,0	8,1	0,0	15-19	فئات الأعمار
335	100	0,0	3,0	1,4	4,3	54,9	10,0	19,9	6,5	20-24	
703	100	0,5	4,1	2,4	5,4	50,6	10,5	18,0	8,6	25-29	
650	100	0,2	3,7	2,9	5,0	49,3	13,5	18,3	7,0	30-34	
490	100	0,1	7,1	3,2	4,8	49,1	9,9	18,0	7,8	35-39	
203	100	0,0	3,1	2,1	1,8	54,8	10,1	19,9	8,2	40-44	
18	100	0,0	9,1	0,0	0,0	59,4	4,7	12,4	14,5	45-49	
225	100	0,7	5,2	2,8	4,8	51,4	13,7	17,8	3,5	عاملة	الوضعية المهنية
2183	100	0,2	4,3	2,4	4,7	51,0	10,8	18,5	8,1	غير عاملة	
2411	100	0,2	4,4	2,5	4,7	51,1	11,1	18,4	7,7	المجموع	

جدول رقم 33: توزيع النسوة غير العازبات حسب معرفتهن بوسائل منع الحمل.

النسبة المجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة	النسبة المجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة
58,52	0,86	177	2 1 1 1 2 2 2 2 2 2 2 1 1	11,62	11,62	2407	2 1 1 1 2 1 2 2 2 1 2 1 1 1
59,35	0,83	173	2 1 1 1 1 1 1 2 2 1 2 1 1 1	17,46	5,84	1210	2 1 1 1 2 1 1 2 2 1 2 1 1 1
60,15	0,8	165	2 2 2 1 2 1 2 2 2 2 2 2 1	22,63	5,17	1070	2 1 1 1 2 1 2 2 2 1 2 2 1 1
60,94	0,79	164	2 1 1 1 2 1 2 2 2 2 2 1 1 1	27,42	4,79	992	2 1 1 1 2 2 2 2 2 1 2 1 1 1
61,72	0,78	161	2 2 2 1 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1	30,52	3,1	642	2 2 1 1 2 1 2 2 2 1 2 1 1 1
62,47	0,75	154	2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 2 1 1 1	33,57	3,05	631	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1
63,17	0,7	145	2 2 1 1 2 1 1 2 2 1 2 1 1 1	35,83	2,26	469	2 1 1 1 2 2 2 2 2 1 2 2 1 1
63,87	0,7	146	2 2 1 1 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1	37,97	2,14	444	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1
64,56	0,69	143	1 1 1 1 2 1 1 2 2 1 2 1 1 1	39,92	1,95	403	2 2 1 1 2 1 2 2 2 2 2 1 1 1
65,25	0,69	142	2 2 2 1 2 1 2 2 2 1 2 2 1 1	41,7	1,78	368	2 1 1 1 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1
65,93	0,68	140	2 1 1 2 2 2 2 2 2 1 2 1 1 1	43,3	1,6	331	2 2 2 1 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1
66,61	0,68	141	2 2 1 1 2 1 2 2 2 2 2 2 1 1	44,73	1,43	297	2 2 2 1 2 1 2 2 2 1 2 1 1 1
67,28	0,67	139	2 2 2 1 2 2 2 2 2 1 2 1 1 1	46,12	1,39	289	2 2 1 1 2 2 2 2 2 1 2 1 1 1
67,94	0,66	137	2 1 2 1 2 1 2 2 2 1 2 1 1 1	47,5	1,38	286	2 2 1 1 2 1 2 2 2 1 2 2 1 1
68,59	0,65	134	2 2 1 1 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1	48,84	1,34	278	2 2 2 1 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1
69,23	0,64	132	2 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1 1	50,14	1,3	270	2 2 2 1 2 1 2 2 2 2 2 1 1 1
69,87	0,64	133	2 1 1 1 2 1 2 2 2 1 1 1 1 1	51,33	1,19	247	2 1 1 1 1 1 2 2 2 1 2 1 1 1
70,43	0,56	116	2 1 1 1 2 1 1 1 2 1 2 1 1 1	52,27	0,94	195	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 1 1
70,99	0,56	116	2 2 2 2 2 2 2 2 2 1 2 2 1 1	53,2	0,93	193	2 2 1 1 2 2 2 2 2 1 2 2 1 1
71,53	0,54	112	2 1 1 2 2 1 2 2 2 1 2 1 1 1	54,13	0,93	192	2 1 1 1 2 1 2 2 2 2 2 2 1 1
72,05	0,52	108	2 2 2 1 2 2 2 2 2 1 2 2 1 1	55,03	0,9	187	2 1 1 1 2 2 1 2 2 1 2 1 1 1
72,54	0,49	102	2 1 2 1 2 1 2 2 2 1 2 2 1 1	55,92	0,89	184	2 1 1 1 2 1 1 2 2 1 2 2 1 1
73,03	0,49	101	2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2 2	56,79	0,87	181	2 1 1 1 2 1 1 2 2 1 1 1 1 1
....	....	.....	.....	57,66	0,87	181	2 2 2 1 2 1 2 2 2 2 2 2 1 1

جدول رقم 34: توزيع النسوة المستجوبات حسب استعمالهن السابق لوسائل منع الحمل.

المجموع	الاستعمال السابق لوسائل منع الحمل			الخصائص العامة	
	بيانات غير مبينة	لا	نعم		
11675	100	0,1	15,1	84,8	حضر
9032	100	0,0	17,5	82,4	ريف
7312	100	0,0	16,7	83,2	وسط
6207	100	0,1	16,1	83,8	شرق
4947	100	0,0	14,3	85,7	غرب
2240	100	0,1	18,7	81,3	جنوب
152	100	0,0	73,2	26,8	15-19
1575	100	0,1	39,6	60,3	20-24

ملاحق

3173	100	0,1	22,0	77,9	25-29	
4028	100	0,1	13,0	87,0	30-34	
4203	100	0,1	11,2	88,7	35-39	
4173	100	0,0	11,8	88,2	40-44	
3402	100	0,0	12,7	87,3	45-49	
7095	100	0,0	15,5	84,5	دون مستوى	المستوى التعليمي
4424	100	0,1	15,8	84,0	ابتدائي	
4602	100	0,1	17,5	82,5	متوسط	
3623	100	0,0	15,3	84,7	ثانوي	
962	100	0,1	19,8	80,1	جامعي	
4041	100	0,1	19,6	80,4	الأفقر	المستوى الاقتصادي
4175	100	0,1	16,6	83,4	الفقير	
4194	100	0,1	14,9	85,0	المتوسط	
4159	100	0,1	16,2	83,7	الغني	
4138	100	0,0	13,7	86,3	الأغنى	
2053	100	0,2	15,0	84,8	عاملة	الوضعية المهنية
18627	100	0,0	16,3	83,7	غير عاملة	
26	100	0,0	13,0	87,0	بيانات غير مبينة	
20706	100	0,1	16,2	83,8	المجموع	

جدول رقم 35: توزيع النسوة المستجوبات حسب استعمالهن السابق لوسائل منع الحمل.

النسبة المتجمعة	النسبة	التكرار	احتمال الإجابة
4,6	4,6	945	. 2 2 2 . 2 . . . 2 . 2 2 1
6,7	2,2	447	. 2 2 2 . 2 . . . 2 . . 2 1
8,9	2,1	443	. 2 2 2 . 2 2 . . 2 . 2 2 1
11,0	2,1	435	..... 1
12,7	1,7	357	. 2 2 2 2 . 2 2 1
14,2	1,5	306	. . 2 2 . 2 . . . 2 . 2 2 1
15,4	1,2	245	. 2 2 2 . 2 . . . 2 . 2 2 2
16,5	1,2	243	..... 2 1
17,6	1,1	231	. . 2 2 . 2 2 2 1
18,6	1,0	206	. 2 2 1 . 2 . . . 2 . 2 2 1
19,6	1,0	202	..... 2
20,5	0,9	178	. . . 2 . 2 . . . 2 . 2 2 1
21,3	0,9	178	. 2 2 2 2 2 1
22,2	0,9	177	. . . 2 1
23,0	0,9	175	..... 2 2
23,7	0,7	141	. . 2 2 2 . 2 2 1
24,4	0,7	138	. . . 2 2 1
25,0	0,6	127	. 2 2 2 2 . . 2 1
.....

جدول رقم 36: توزيع النسوة المستجوبات حسب قرار استعمالهن لوسائل تنظيم الأسرة وبعض

الخصائص العامة.

المجموع		قرار الاستعمال السابق لوسائل تنظيم الأسرة						الخصائص العامة	
		بيانات غير مبينة	أخرى	قرار طبي	الزوجين معا	الزوجة	الزوجة		
9902	100	0,4	0,1	6,4	53,7	2,8	36,6	حضر	مكان الإقامة
7445	100	0,3	0,1	5,9	52,4	3,5	37,7	ريف	
6086	100	0,2	0,0	4,9	54,5	2,3	38,0	وسط	المنطقة
5200	100	0,5	0,2	5,7	67,3	2,2	24,0	شرق	
4241	100	0,3	0,1	9,6	33,2	5,1	51,8	غرب	
1820	100	0,4	0,2	4,0	54,5	4,0	36,9	جنوب	
41	100	2,5	0,0	4,8	42,5	3,8	46,4	15-19	فئات الأعمار
950	100	1,0	0,1	10,8	52,8	3,3	31,9	20-24	
2473	100	0,1	0,0	6,8	56,8	3,4	32,9	25-29	
3503	100	0,2	0,1	5,9	57,3	2,8	33,7	30-34	
3729	100	0,2	0,1	5,8	53,6	3,3	37,0	35-39	
3680	100	0,3	0,3	5,5	51,3	3,1	39,5	40-44	
2971	100	0,5	0,1	6,0	47,2	3,0	43,2	45-49	
5993	100	0,4	0,1	5,9	49,2	4,0	40,4	دون مستوى	المستوى التعليمي
3718	100	0,4	0,2	6,1	51,1	3,6	38,6	ابتدائي	
3795	100	0,3	0,1	6,8	55,4	2,0	35,4	متوسط	
3070	100	0,2	0,2	6,6	58,3	2,2	32,7	ثانوي	
771	100	0,3	0,0	4,6	63,2	2,7	29,2	جامعي	
3248	100	0,5	0,0	7,5	48,0	4,2	39,8	الأفقر	المستوى الاقتصادي
3481	100	0,3	0,2	6,8	51,1	3,3	38,4	الفقير	
3567	100	0,5	0,2	5,9	51,8	3,2	38,6	المتوسط	
3481	100	0,2	0,2	4,8	55,9	2,6	36,4	الغني	
3569	100	0,3	0,1	6,2	58,5	2,4	32,5	الأغنى	
1741	100	0,2	0,1	5,8	56,3	2,3	35,2	عاملة	الوضعية المهنية
15583	100	0,3	0,1	6,2	52,8	3,2	37,3	غير عاملة	
23	100	9,9	0,0	0,0	49,7	1,2	39,1	بيانات غ مبينة	
17347	100	0,3	0,1	6,2	53,2	3,1	37,1	المجموع	
		56	24	1075	9221	542	6430		

جدول رقم 37: توزيع النسوة المستجوبات حسب قرار الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة وبعض الخصائص العامة.

المجموع		قرار الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة						الخصائص العامة	
		بيانات غير مبينة	أخرى	قرار طبي	الزوجين معا	الزوجة	الزوجة		
6070	100	4,2	0,0	5,4	52,3	3,0	35,0	حضر	مكان الإقامة
4503	100	3,9	0,1	4,4	49,1	4,0	38,5	ريف	
3834	100	5,2	0,1	5,2	50,8	2,5	36,2	وسط	المنطقة
3092	100	3,9	0,0	4,6	63,6	3,1	24,7	شرق	
2643	100	2,1	0,1	5,7	34,2	4,5	53,5	غرب	
1005	100	5,7	0,2	3,5	56,2	5,2	29,3	جنوب	
14	100	7,0	0,0	3,6	43,4	5,0	41,0	19-15	فئات الأعمار
409	100	9,8	0,0	3,2	46,2	3,7	37,2	24-20	
1377	100	4,7	0,1	4,7	49,6	3,6	37,3	29-25	
2333	100	3,8	0,1	3,9	54,6	3,3	34,2	34-30	
2561	100	3,0	0,1	4,5	50,7	3,6	38,1	39-35	
2485	100	3,9	0,0	5,6	51,2	3,4	35,8	44-40	
1394	100	4,6	0,1	7,1	47,2	3,2	37,8	49-45	
3479	100	3,5	0,1	4,7	46,7	4,4	40,6	دون مستوى	المستوى التعليمي
2235	100	4,3	0,0	5,9	48,5	3,5	37,9	ابتدائي	
2341	100	4,2	0,0	4,9	54,6	2,7	33,5	متوسط	
2015	100	3,9	0,1	4,5	55,2	2,7	33,6	ثانوي	
504	100	8,0	0,2	4,8	56,6	2,9	27,5	جامعي	
1874	100	4,4	0,1	5,6	44,9	4,9	40,2	الأفقر	المستوى الاقتصادي
2116	100	3,3	0,1	4,7	47,9	3,5	40,5	الفقير	
2154	100	3,1	0,0	4,5	51,0	3,8	37,6	المتوسط	
2150	100	5,0	0,0	5,1	52,4	2,6	34,9	الغني	
2279	100	4,7	0,0	5,0	57,3	2,8	30,3	الأغني	
1006	100	5,1	0,1	5,4	54,3	1,7	33,4	عاملة	الوضعية المهنية
9552	100	4,0	0,1	4,9	50,6	3,6	36,8	غير عاملة	
16	100	23,6	0,0	0,0	47,0	0,0	29,4	بيانات غير مبينة	
699	100	16,1	0,4	5,3	45,2	3,1	29,8	1	عدد الأطفال
1992	100	2,8	0,1	5,9	52,8	3,7	34,8	2	
2181	100	2,9	0,0	4,1	54,0	2,7	36,3	3	
1874	100	2,8	0,0	3,5	53,0	3,9	36,8	4	
1460	100	3,1	0,2	4,3	51,4	3,4	37,6	5	
2338	100	4,2	0,0	6,3	46,4	3,7	39,3	6 فأكثر	
10573	100	4,1	0,1	5,0	50,9	3,4	36,5	المجموع	
		432	7	525	5384	365	3860		

جدول رقم 38: توزيع النسوة المستجوبات حسب قرار اختيار نوع وسائل تنظيم الأسرة وبعض

الخصائص العامة.

المجموع		قرار اختيار نوع وسائل تنظيم الأسرة						الخصائص العامة	
		بيانات غير مبيّنة	أخرى	قرار طبي	الزوجين معا	الزوجة	الزوجة		
6070	100	3,7	0,0	10,8	38,5	4,6	42,4	حضر	مكان الإقامة
4503	100	3,2	0,0	9,4	32,0	6,2	49,2	ريف	
3834	100	4,2	0,0	8,1	41,9	4,0	41,8	وسط	المنطقة
3092	100	3,5	0,0	12,9	37,7	7,1	38,8	شرق	
2643	100	1,8	0,0	9,1	23,7	4,5	60,9	غرب	
1005	100	5,3	0,1	13,1	37,5	6,4	37,6	جنوب	
14	100	20,8	0,0	9,0	16,4	5,0	48,8	19-15	فئات الأعمار
409	100	7,6	0,0	9,1	32,6	4,3	46,3	24-20	
1377	100	4,7	0,1	9,7	34,0	4,4	47,2	29-25	
2333	100	2,9	0,0	10,4	38,4	4,6	43,7	34-30	
2561	100	2,8	0,0	8,7	35,9	5,6	47,0	39-35	
2485	100	3,1	0,0	10,7	35,8	5,7	44,8	44-40	
1394	100	4,0	0,0	12,8	33,5	6,1	43,6	49-45	
3479	100	2,9	0,0	9,9	28,8	7,2	51,1	دون مستوى	المستوى التعليمي
2235	100	3,2	0,0	11,5	34,4	4,8	46,0	ابتدائي	
2341	100	3,7	0,0	10,5	39,9	3,9	41,9	متوسط	
2015	100	3,5	0,0	9,4	42,0	3,9	41,2	ثانوي	
504	100	7,7	0,0	8,1	44,6	5,4	34,2	جامعي	
1874	100	3,3	0,0	11,2	27,3	6,8	51,4	الافقر	المستوى الاقتصادي
2116	100	2,5	0,0	10,4	31,2	6,8	49,0	الفقير	
2154	100	3,0	0,0	8,6	35,7	5,4	47,3	المتوسط	
2150	100	4,5	0,0	11,0	37,4	3,9	43,2	الغني	
2279	100	4,2	0,0	10,0	45,2	3,8	36,8	الأغنى	
1006	100	4,4	0,0	9,4	43,2	3,8	39,2	عاملة	الوضعية المهنية
9552	100	3,4	0,0	10,3	34,9	5,4	45,9	غير عاملة	
16	100	16,0	0,0	0,0	43,8	0,0	40,1	بيانات غير مبيّنة	
29	100	14,9	0,0	25,9	13,6	4,8	40,9	0	عدد الأطفال
699	100	14,6	0,0	9,8	34,6	4,2	36,8	1	
1992	100	2,5	0,0	10,4	37,7	3,7	45,6	2	
2181	100	2,4	0,0	9,8	40,3	4,6	42,9	3	
1874	100	2,4	0,0	9,2	37,5	6,1	44,8	4	
1460	100	2,8	0,1	8,7	34,8	5,5	48,2	5	
2338	100	3,2	0,0	12,1	29,5	6,9	48,4	6 فأكثر	
10573	100	3,5	0,0	10,2	35,7	5,3	45,3	المجموع	
		369	1	1080	3776	558	4789		

جدول رقم 39: اختبار مربع كاي للعلاقة بين الخصائص العامة للنسوة المتزوجات حالياً وغير المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة ونية الإقبال على الاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة:

اختبار مربع كاي للاستقلالية							متغيرات المراقبة
العلاقة	كا ² الجدولة	كا ² المحسوبة	مستوى دلالة الاختبار sig	مستوى المعنوية α	درجة الحرية ddl		
نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق كا ² الجدولة ومنه نستنتج بأن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين مكان الإقامة والاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة.	5,99	13,49	0,00	0,05	2	مكان الإقامة	
بما أن مستوى دلالة الاختبار sig = 0,00 وهي أصغر من مستوى المعنوية α ، وكا ² المحسوبة تفوق كا ² الجدولة هذا يعني وجود علاقة بين متغير المنطقة الجغرافية والاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة.	12,59	115,96	0,00	0,05	6	المنطقة	
نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق بكثير كا ² الجدولة، أي أن هناك فروق ذات دلالة إحصائية بين متغير العمر والاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة.	21,03	1347,26	0,00	0,05	12	العمر	
نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق بكثير كا ² الجدولة، ومنه هناك علاقة بين المستوى التعليمي والاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة.	15,51	328,83	0,00	0,05	8	المستوى التعليمي	
بما أن مستوى دلالة الاختبار sig = 0,00 أصغر من مستوى المعنوية α هذا يعني وجود علاقة بين المتغير الاقتصادي والاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة.	15,51	26,80	0,00	0,05	8	المستوى الاقتصادي	
بما أن قيمة كا ² المحسوبة أكبر من كا ² الجدولة ومنه نستنتج أنه توجد علاقة بين متغير الوضعية المهنية والاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة.	5,99	4,29	0,00	0,05	2	الوضعية المهنية	
نلاحظ أن كا ² المحسوبة تفوق بكثير كا ² الجدولة، ومنه هناك علاقة بين عدد الأطفال لكل امرأة والاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة.	21,03	412,76	0,00	0,05	12	عدد الأطفال	

جدول رقم 40 : توزيع النسوة المتزوجات حالياً وغير المستعملات لوسائل تنظيم الأسرة واللاتي صرحن بالاستعمال المستقبلي لوسائل تنظيم الأسرة حسب نوع الوسيلة وبعض الخصائص العامة:

استعمال وسائل تنظيم الأسرة في المستقبل								الخصائص العامة	
المجموع	بيانات غير مبيّنة	لا تعلم	وسائل تقليدية	وسائل حديثة	اللؤلؤ	الحبوب			
1996	100	0,6	8,6	2,2	6,7	10,2	71,7	حضر	مكان الإقامة
1713	100	0,8	6,9	1,9	5,3	6,4	78,7	ريف	
1287	100	0,6	12,8	2,1	5,8	8,9	69,8	وسط	المنطقة
1107	100	0,7	6,4	2,9	7,4	10,0	72,7	شرق	
896	100	1,1	3,4	0,6	4,9	4,6	85,3	غرب	
418	100	0,2	5,9	2,5	5,6	11,4	74,4	جنوب	

ملاحق

91	100	0,0	11,7	0,4	1,8	0,0	86,1	15-19	فئات الأعمار
690	100	0,1	10,0	1,5	3,0	4,9	80,5	20-24	
971	100	0,3	8,3	1,5	6,4	6,7	76,7	25-29	
865	100	0,9	7,0	2,1	5,7	11,2	73,0	30-34	
686	100	1,1	6,2	2,5	8,1	10,2	72,0	35-39	
335	100	0,5	7,4	2,8	8,7	11,5	69,1	40-44	
72	100	6,7	3,0	8,7	8,3	12,0	61,4	45-49	
916	100	1,3	5,8	2,1	4,2	7,2	79,4	دون مستوى	المستوى التعليمي
752	100	0,7	6,5	2,1	5,7	7,0	78,0	ابتدائي	
1039	100	0,8	8,3	1,7	5,8	8,2	75,3	متوسط	
760	100	0,1	9,3	2,3	6,0	10,2	72,1	ثانوي	
241	100	0,0	12,7	2,5	15,3	13,4	56,1	جامعي	
795	100	1,0	5,4	2,0	5,4	5,6	80,8	الأفقر	المستوى الاقتصادي
762	100	0,9	7,2	1,3	4,8	6,2	79,5	الفقير	
716	100	0,2	7,2	1,3	4,7	8,9	77,7	المتوسط	
735	100	1,0	10,2	3,5	7,0	8,9	69,3	الغني	
701	100	0,3	9,3	2,2	8,6	13,3	66,3	الأغنى	
299	100	0,9	9,9	3,6	11,1	16,1	58,4	عاملة	الوضعية المهنية
3405	100	0,7	7,7	1,9	5,6	7,8	76,4	غير عاملة	
5	100	0,0	0,0	0,0	46,5	5,7	47,8	بيانات غ مبيبة	
1109	100	1,3	12,1	2,4	4,5	3,2	76,6	0	عدد الأطفال
802	100	0,6	5,9	0,9	5,4	8,0	79,1	1	
579	100	0,4	5,8	1,9	5,9	12,0	74,1	2	
481	100	0,4	5,0	2,1	6,2	13,9	72,5	3	
284	100	0,6	6,6	3,2	8,4	9,2	72,0	4	
210	100	0,6	7,1	0,7	5,8	12,0	73,9	5	
244	100	0,0	7,3	4,3	12,7	10,5	65,1	6 فأكثر	
3709	100	0,7	7,8	2,0	6,1	8,4	74,9	المجموع	
		26	290	76	224	313	2779		

ملخص الدراسة

ملخص الدراسة:

حظي موضوع الصحة الإنجابية باهتمام واسع، خاصة بعد انعقاد مؤتمر سنة 1994 للسكان والتنمية، الذي كرس أهمية الصحة الإنجابية.

يهدف هذا العمل إلى تسليط الضوء على واقع الصحة الإنجابية اعتمادا على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3 المنجز سنة 2006. بحيث تعرضنا بالدراسة المفصلة لمختلف جوانب الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة العمرية 15-49 سنة، استنادا إلى محاور الاستمارة المخصصة لنسوة هذه الفئة العمرية. بغية تسليط الضوء على فئة النسوة من جانب الصحة الإنجابية.

بالنظر لتوصيات مؤتمر القاهرة (1994)، يمكننا القول بأن مؤشرات الصحة الإنجابية لدى نسوة أعمار الإنجاب في المجتمعات العربية بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة في تقدم بطيء. يتطلب تحقيق أهداف الألفية للتنمية مزيدا من الوقت، تفاني في العمل الميداني التوعوي خاصة.

لمسنا بعد هذا العرض تحسنا ملحوظا، مقارنة بنتائج المسوحات السابقة، بحيث سجلنا:

- وعي أوسع بين النسوة فيما يخص أهمية المتابعة الصحية خلال فترة الحمل، بحيث زاد بنسبة قدرها 9% مقارنة بنتائج مسح 2002؛
- تدني نسبة الولادات في الأوساط غير الطبية (في البيوت): لم تتجاوز 4% بين مجموع الولادات؛
- زيادة مستوى الوعي بالرضاعة الطبيعية؛
- تراجع العجز في مجال الحاجات غير الملابة في مجال تنظيم الأسرة، بنسبة قدرها 14%، مقارنة بالمستوى المسجل سنة 2002؛
- في المقابل، لاحظنا تدني مستوى الإقبال على الرعاية الصحية بعد الولادة، بحيث لم تشمل سوى ثلث النسوة.

Résumé:

La santé de la reproduction a suscité une grande attention, en particulier après la Conférence internationale sur la population et le développement de 1994, ayant accordé importance capitale à la santé de la reproduction.

L'objectif de ce travail est d'apporter un éclairage supplémentaire sur la question de la santé de la reproduction, en recourant aux données de l'enquête nationale à indicateurs multiples (MICS-3), réalisée en 2006. Nous avons examiné en détail diverses questions liées à la santé reproductive des femmes âgées de 15 à 49 ans, en sélectionnant le module consacré aux femmes de ce groupe d'âges.

En se fiant aux recommandations de la Conférence du Caire(1994), nous sommes en droit de dire que les indicateurs relatifs à la santé reproductive des femmes en âge de procréer dans les sociétés Arabes en général et en Algérie en particulier progressent lentement. La concrétisation des Objectifs de Développement du Millénaire pour exige plus de temps, un travail dévoué de terrain, en matière de sensibilisation en particulier.

Cette longue présentation, nous a permis de constater une amélioration significative, par rapport aux résultats des enquêtes précédentes. Nous avons constaté :

- Une plus grande sensibilisation des femmes à l'importance du suivi durant la grossesse. Cette pratique a augmenté de 9% par rapport aux résultats de l'enquête de 2002;
- Une faible proportion de naissances en milieu domestique ;moins 4% de l'ensemble des naissances ;
- Sensibilisation accrue à l'allaitement maternel ;
- Une régression du déficit relatif aux besoins non satisfaits en matière de planification familiale : 14% par rapport au niveau enregistré en 2002 ;
- En revanche, nous avons noté un faible intérêt pour les soins de santé post-natale. On est parvenu au recrutement du tiers juste des femmes.