الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع

السلوك الإنجابي عند المرأة الريفية في الجزائر

حسب معطيات المسح الوطني متعدّد المؤشرات لسنة 2019

رسالة مقدمة لنيل درجة دكتوراه العلوم

التخصص علم الاجتماع الديموغرافي

إعداد الطالبة: بنور صابرة
إشراف الأستاذة الدكتورة: كواش زهرة

أعضاء لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
أ. د. فاصولي زينب	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	رئيسا
أ. د. كواش زهرة	أستاذة التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	مشرفا، مقرراً
د. عيزل نعيمة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة الجزائر 2	عضواً
د. بودور عبد المالك	أستاذ محاضر "أ"	جامعة الجزائر 2	عضواً
أ. د. عمور محمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة المدية	عضواً
د. طلباوي الحوسين	أستاذ محاضر "أ"	جامعة ورقلة	عضواً

السنة الجامعية: 2024-2025

بسم الله الرحمن الرحيم

شكر وعرفان

اللهم لك الحمد حتى ترضى ولك الحمد إذا رضيت ولك الحمد بعد الرضى

الحمد والثناء لله العليم الحكيم على نعمه التي لا تعدّ ولا تحصى

الحمد لله الذي بنعمه تتم الصالحات

اللهم صل وسلم وبارك على النبي الأميّ سيدنا محمد المختار، وعلى آله الأطهار،

وأصحابه الأخيار

واعترافا بالفضل والجميل، لا يسعني –بعد إنهائي– لهذا العمل إلا أن أتوجه

بخالص الشكر والتقدير إلى:

والدي الكريمين حفظهما الله وإلى كل أفراد عائلتي

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى أستاذتي الفاضلة "كواش زهرة"

التي تفضلت بقبولها الإشراف على هذه الرسالة، والتي كانت طيلة فترة البحث السند

المعنوي، ولم تبخل علي بتوجيهاتها ونصائحها القيمة في سبيل إتمام هذا العمل

كما أشكر زملائي الأساتذة في شعبة الديمغرافيا بجامعة قاصدي مرباح –ورقلة–

الذين قدموا لي يد المساعدة

دون أن أنسى كل من أمدني بيد العون من قريب أو من بعيد ولو بكلمة طيبة

صابرة بنور

فهرس المحتويات

- فهرس المحتويات
- شكر وعرفان
- قائمة الجداول
- قائمة الأشكال
- مقدمة.....أ

الجانب النظري

الفصل الأول: الإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة

I. الإشكالية 38
II. فرضيات البحث 41
III. أهمية وأسباب اختيار الموضوع.....41
IV. أهداف الدراسة.....42
V. تحديد المفاهيم 43
1. الخصوبة 43
2. الإجهاض 44
3. الإجهاض التلقائي (السقط) 44
4. الولادة الميتة (الإملاص) 44
5. الولادة القيصرية.....45
6. الرضاعة الطبيعية.....46
7. السلوك الانجابي.....47
8. تنظيم الأسرة 48
9. وسائل منع الحمل.....48

10. السياسة السكانية 52
11. السياسة الصحية 52
12. الصحة الإنجابية 53
13. مفهوم الريف 54
14. العوامل الجغرافية 56
15. العوامل الديمغرافية 57
16. العوامل السوسيو اقتصادية 57
17. العوامل الصحية 57
VI. الدراسات السابقة 58
VII. المقاربة النظرية 62

الفصل الثاني: الخصوبة وتنظيم الأسرة في الجزائر

- تمهيد 67
I. السياسة السكانية في الجزائر 68
1. مراحل السياسة السكانية في الجزائر 68
1.1. المرحلة الأولى (1966-1980) 68
2.1. المرحلة الثانية (1980-1989) 70
3.1. المرحلة الثالثة (1990-1996) 72
4.1. المرحلة الرابعة (ما بعد 1996) 73
II. وضعية الخصوبة في الجزائر 74
1. تطور معدل الولادات في الجزائر بين 1970 و2019 74
2. تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر ما بين 1970 و2019 76

III. تطور واقع منع الحمل في الجزائر 79
1. معرفة وسائل منع الحمل لدى النساء في سن الإنجاب 79
2. تطور استعمال وسائل منع الحمل 82
3. تطور استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة 83
4. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة..... 85
5. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب الإقليم الجغرافي 87
6. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي 89
7. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب أعمار النساء..... 91
8. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال..... 92
9. الامتناع عن استعمال وسائل منع الحمل 94
- خلاصة الفصل 96

الفصل الثالث: مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

- تمهيد 98
I. واقع السياسة الصحية في الجزائر 99
1. المرحلة الأولى (مرحلة بعد الاستقلال) 99
2. المرحلة الثانية من 1965 إلى 1979..... 99
3. المرحلة الثالثة من 1980 إلى 1990..... 100
4. المرحلة الرابعة ما بعد 1990 101
II. واقع الصحة الإنجابية في الجزائر..... 102
1. تطور وفيات الأمهات..... 102
2. تطور السن المتوسط للولادة الأولى 103
3. تطور حالات فقد الحمل في الجزائر..... 104

4. رعاية الأمومة 105
1.4. المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل 106
2.4. الرعاية الصحية عند الولادة: 108
3.4. الرعاية الصحية بعد الولادة 110
III. مستوى الولادات القيصرية في الجزائر 111
IV. واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر 112
1. تطور نسبة الرضاعة الطبيعية في الجزائر 113
2. بدء الرضاعة من الثدي 115
2. الرضاعة الطبيعية الخالصة خلال 6 أشهر الأولى من العمر 117
- خلاصة الفصل 119

الجانب التطبيقي: العوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي للمرأة الريفية

الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة

- تمهيد 122
I. مصادر جمع البيانات 123
1. المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS 123
2. مجتمع الدراسة 124
3. عينة البحث 126
II. مجالات الدراسة الميدانية 127
1. المجال المكاني 127
2. المجال الزمني 127
III. المنهج المستخدم 127
1. المنهج الوصفي 128

2. المنهج التحليلي 128
IV. البرامج الإحصائية المستخدمة 128
V . صعوبات الدراسة 129

الفصل الخامس: خصائص عينة الدراسة

- تمهيد 131
I. الخصائص الديمغرافية 132
II. الخصائص الثقافية 139
III. الخصائص الاجتماعية 142
IV. الخصائص الاقتصادية 148
V. الخصائص الجغرافية 150
VI. الخصائص الصحية 151
VII. السلوك الإنجابي 157
1. الخصوبة 157
2. الولادات القيصرية 162
3. الرضاعة 164
4. تنظيم الأسرة 168
5. المتابعة الصحية للمرأة الحامل 186
خلاصة الفصل 209

الفصل السادس: الأقاليم الجغرافية والسلوك الإنجابي

- تمهيد 211
I. تأثير الأقاليم الجغرافية في الخصوبة 212
II. تأثير الأقاليم الجغرافية في الولادات القيصرية 223

III. تأثير الأقاليم الجغرافية في الرضاعة الطبيعية 234
IV. تأثير الأقاليم الجغرافية في تنظيم الأسرة 246
V. تأثير الأقاليم الجغرافية في المتابعة الصحية للمرأة الحامل 258
- خلاصة الفصل 266

الفصل السابع: العوامل الديمغرافية والسلوك الإنجابي

- تمهيد 268
I. تأثير العوامل الديمغرافية في الخصوبة 269
II. تأثير العوامل الديمغرافية في الولادات القيصرية 290
III. تأثير العوامل الديمغرافية في الرضاعة الطبيعية 307
IV. تأثير العوامل الديمغرافية في تنظيم الأسرة 324
V. تأثير العوامل الديمغرافية في المتابعة الصحية للمرأة الحامل 345
- خلاصة الفصل 358

الفصل الثامن: العوامل السوسيو اقتصادية والسلوك الإنجابي

- تمهيد 360
I. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في الخصوبة 361
II. تأثير السوسيو اقتصادية في الولادات القيصرية 390
III. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في الرضاعة الطبيعية 411
IV. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في تنظيم الأسرة 435
V. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في المتابعة الصحية للمرأة الحامل 463
- خلاصة الفصل 478

الفصل التاسع: العوامل الصحية والسلوك الإنجابي

- تمهيد 480

I. تأثير العوامل الصحية في الخصوبة 481

II. تأثير السوسيو الصحية في الولادات القيصرية..... 494

III. تأثير العوامل الصحية في الرضاعة الطبيعية 506

IV. تأثير العوامل الصحية في تنظيم الأسرة 520

V. تأثير العوامل الصحية في المتابعة الصحية للمرأة الحامل 538

- خلاصة الفصل 546

- خاتمة عامة..... 548

- قائمة المصادر والمراجع

-ا لملاحق

- ملخص

قائمة الجداول

جدول رقم (2–1): تطور المعدل الخام للولادات بالجزائر ما بين 1970 و2019 75

جدول رقم (2–2): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة بالجزائر ما بين 1970 و2019 77

جدول رقم (2–3): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مكان الإقامة بالجزائر ما بين 1970 و2019 79

جدول رقم (2–4): تطور معرفة وسائل منع الحمل في الجزائر لدى النساء في سن الإنجاب بين 1968 و2006 80

جدول رقم (2–5): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين 1968 و2019 82

جدول رقم (2–6): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر بين 1986 و2019 84

جدول رقم (2–7): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة بين 1968 و2019..... 85

جدول رقم (2–8): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب الإقليم الجغرافي بين 1986 و2019 87

جدول رقم (2–9): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي بين 1986 و2019 89

جدول رقم (2–10): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب العمر بين 1986 و2019..... 91

جدول رقم (2–11): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال بين 1986 و2019..... 92

جدول رقم (3–1): تطور السن المتوسط للولادة الأولى في الجزائر ما بين 1990 و2019..... 103

جدول رقم (3–2): المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل مرة واحدة على الأقل في الجزائر ما بين 1992 و2019 106

جدول رقم (3–3): تطور معدل الرعاية الصحية عند الولادة في الجزائر ما بين 1992 و2019..... 108

الجدول رقم (3–4):تطور نسب تلقي النساء الحوامل الرعاية الصحية بعد الولادة في الجزائر ما بين 1992 و2019 .110

جدول رقم (3–5): تطور معدل الولادات القيصرية ما بين 1992 و2019..... 111

جدول رقم (3–6): نسبة النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة اللواتي ولدن ولادة حية خلال السنتـــين الأخيـــرتين واللاتي أرضعن أطفالهن خلال الساعة الأولى أو خلال اليوم الأول بعد الولادة..... 116

جدول رقم (5– 1): توزيع المبحوثات حسب السن..... 132

جدول رقم (5– 2): توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول 133

جدول رقم (5– 3): توزيع المبحوثات حسب مدة الزواج..... 134

جدول رقم (5– 4): توزيع المبحوثات حسب السن الأول للأمومة.....135

جدول رقم (5– 5): توزيع المبحوثات حسب السن عند آخر ولادة 136

جدول رقم (5– 6): توزيع المبحوثات حسب جنس المولود 137

جدول رقم (5– 7): توزيع المبحوثات حسب رتبة المولود الأخير 138

جدول رقم (5– 8): توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي 139

جدول رقم (5– 9): توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن.....144

جدول رقم (5– 10): توزيع المبحوثات حسب عدد الغرف في المسكن الواحد.....145

جدول رقم (5– 11): توزيع المبحوثات حسب بيئة المسكن.....147

جدول رقم (5– 12): توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية 148

جدول رقم (5– 13): توزيع المبحوثات حسب مؤشر الثروة الخماسي.....149

جدول رقم (5– 14): توزيع المبحوثات حسب الأقاليم الجغرافية 150

جدول رقم (5– 15): توزيع المبحوثات حسب الإصابة بالأمراض المزمنة 151

جدول رقم (5– 16): توزيع المبحوثات المصابات حسب نوع أول مرض مزمن 152

جدول رقم (5– 17): توزيع المبحوثات المصابات حسب السن عند تشخيص أول مرض مزمن.....153

جدول رقم (5– 18): توزيع الأمراض المزمنة بدلالة السن عند أول تشخيص 154

جدول رقم (5– 19): توزيع المبحوثات المصابات حسب الإصابة بنوع ثانٍ من الأمراض المزمنة 155

جدول رقم (5– 20): توزيع المبحوثات المصابات حسب النوع الثاني من الأمراض المزمنة.....156

جدول رقم (5– 21): توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات الحية 157

جدول رقم (5– 22): توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات الميتة (الإملاص).....159

جدول رقم (5– 23): توزيع المبحوثات حسب عدد حالات السقط 160

جدول رقم (5– 24): توزيع المبحوثات حسب عدد حالات الإجهاض.....161

جدول رقم (5– 25): توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة.....162

جدول رقم (5– 26): توزيع المبحوثات حسب لحظة إجرائهن لعملية قيصرية 163

جدول رقم (5– 27): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول إرضاع آخر مولود لها 164

جدول رقم (5– 28): توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين الولادة وأول لحظة إرضاع.....165

جدول رقم (5– 29): توزيع المبحوثات حسب نوع الرضاعة خلال الأيام الثلاثة الأولى 166

جدول رقم (5– 30): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول استعمال وسائل منع الحمل.....168

جدول رقم (5– 31): توزيع المبحوثات حسب نوع وسائل منع الحمل المستعملة.....169

جدول رقم (5– 32): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول قرار استعمال وسائل منع الحمل.....171

جدول رقم (5– 33): توزيع المبحوثات حسب اختيارهن لوسيلة منع الحمل المستعملة.....172

جدول رقم (5– 34): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول سبب اختيار وسيلة منع الحمل المستعملة.....173

جدول رقم (5– 35): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول مصدر الحصول على وسيلة منع الحمل 175

جدول رقم (5– 36): توزيع المبحوثات حسب الطرف الذي وصف وسيلة منع الحمل.....176

جدول رقم (5– 37): توزيع المبحوثات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل 177

جدول رقم (5– 38): توزيع المبحوثات حسب حصولهن على معلومات عن الأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل 178

جدول رقم (5– 39): توزيع المبحوثات حسب سبب عدم استعمال وسائل منع الحمل 179

جدول رقم (5– 40): توزيع المبحوثات حسب قرار عدم استعمال وسائل منع الحمل.....181

جدول رقم (5– 41): توزيع المبحوثات حسب الرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل 180

جدول رقم (5– 42): توزيع المبحوثات حسب نوع وسيلة منع الحمل المرغوب في استعمالها مستقبلا 183

جدول رقم (5– 43): توزيع المبحوثات حسب الطرف المسؤول عن رعاية الصحة الإنجابية 184

جدول رقم (5– 44): توزيع المبحوثات حسب متابعتهن لصحتهن أثناء فترة الحمل 186

جدول رقم (5– 45): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساعد على الفحص أثناء فترة الحمل 178

جدول رقم (5– 46): توزيع المبحوثات حسب عدد الاستشارات الطبية أثناء فترة الحمل.....188

جدول رقم (5– 47): توزيع المبحوثات حسب الفحوصات الطبية أثناء فترة الحمل.....189

جدول رقم (5– 48): توزيع المبحوثات حسب سبب أول اسشارة طبية أثناء فترة الحمل 190

جدول رقم (5– 49): توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الحاصلة أثناء فترة الحمل.....191

جدول رقم (5– 50): توزيع المبحوثات حسب امتلاكهن وثيقة لتسجيل التطعيم.....195

جدول رقم (5– 51): توزيع المبحوثات حسب تلقيهن حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل 196

جدول رقم (5– 52): توزيع المبحوثات حسب عدد مرات تلقي حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل.....197

جدول رقم (5– 53): توزيع المبحوثات حسب مكان الولادة 198

جدول رقم (5– 54): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساعد أثناء الولادة 199

جدول رقم (5– 55): توزيع المبحوثات حسب تعرضها لمضاعفات أثناء الولادة.....200

جدول رقم (5– 56): توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الحاصلة أثناء الولادة 201

جدول رقم (5– 57): توزيع المبحوثات حسب الفحص الطبي بعد الولادة 202

جدول رقم (5– 58): توزيع المبحوثات حسب عدد الفحوصات الطبية بعد الولادة 203

جدول رقم (5– 59): توزيع المبحوثات حسب مكان الفحص الطبي بعد الولادة.....204

جدول رقم (5– 60): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساهم في الفحص الطبي.....205

جدول رقم (5– 61): توزيع المبحوثات حسب مضاعفات ما بعد الولادة 206

جدول رقم (5– 62): توزيع المبحوثات حسب الرقابة الصحية بعد يومين من الولادة 207

جدول رقم (6–1): توزيع عدد الولادات الحية حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية 213

جدول رقم (6–2): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية وعدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية.....214

جدول رقم (6–3): قيم معاملات الانحدار 214

جدول رقم (6–4): توزيع عدد الولادات الميتة حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية 215

جدول رقم (6–5): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية وعدد الولادات الميتة 217

جدول رقم (6–6): توزيع عدد حالات السقط حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية 218

جدول رقم (6–7): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية وعدد حالات السقط 219

جدول رقم (6–8): توزيع عدد حالات الإجهاض حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية 220

جدول رقم (6–9): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية وعدد حالات الإجهاض 221

جدول رقم (6–10): قيم معاملات الانحدار 222

جدول رقم (6–11): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب نوع الولادة والأقاليم الجغرافية..... 223

جدول رقم (6–12): توزيع المبحوثات الريفيات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية 227

جدول رقم (6–13): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية ولحظة إجراء العملية القيصرية..... 228

جدول رقم (6–14): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية 229

جدول رقم (6–15): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول ارضاع آخر مولود بدلالة الأقاليم الجغرافية 234

جدول رقم (6–16): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة الأقاليم الجغرافية 238

جدول رقم (6–17): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى 240

جدول رقم (6–18): قيم معاملات الانحدار 241

جدول رقم (6–19): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه بدلالة الأقاليم الجغرافية..... 242

جدول رقم (6–20): توزيع المبحوثات الريفيات حسب استعمال وسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية 246

جدول رقم (6–21): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب استعمال حبوب منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية 251

جدول رقم (6–22): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية 253

جدول رقم (6–23): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين أعمار المبحوثات عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والأقاليم الجغرافية 254

جدول رقم (6–24): قيم معاملات الانحدار 255

جدول رقم (6–25): توزيع المبحوثات الريفيات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية 256

جدول رقم (6–26): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية 258

جدول رقم (6–27): توزيع المبحوثات الريفيات حسب إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة الأقاليم الجغرافية .. 263

جدول رقم (7–1): توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية..... 270

جدول رقم (7–2): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ومدة الزواج وعدد الولادات الحية) 272

جدول رقم (7–3): معامل الارتباط الخطي المتعدد بين العوامل الديمغرافية وعدد الولادات الحية 273

جدول رقم (7–4): قيم تباين خط الانحدار لمتغيرات الدراسة (تحليل التباين الأحادي) 273

جدول رقم (7–5): قيم معاملات الانحدار 274

جدول رقم (7–6): توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية..... 277

جدول رقم (7–7): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة والسن عند آخر ولادة) وعدد الولادات الميتة 279

جدول رقم (7–8): توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية..... 281

جدول رقم (7–9): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة وعدد حالات السقط) 283

جدول رقم (7–10): توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية 285

جدول رقم (7–11): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة وعدد حالات الإجهاض) 287

جدول رقم (7–12): معامل الارتباط الخطي المتعدد بين العوامل الديمغرافية وعدد حالات الإجهاض 287

جدول رقم (7–13): قيم تباين خط الانحدار لمتغيرات الدراسة (تحليل التباين الأحادي) 288

جدول رقم (7–14): قيم معاملات الانحدار 289

جدول رقم (7–15): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب نوع الولادة والعوامل الديمغرافية 291

جدول رقم (7–16): توزيع المبحوثات الريفيات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة العوامل الديمغرافية 299

جدول رقم (7–17): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة العوامل الديمغرافية 303

جدول رقم (7–18): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول ارضاع آخر مولود بدلالة العوامل الديمغرافية 309

جدول رقم (7–19): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة العوامل الديمغرافية 313

جدول رقم (7–20): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى) 314

جدول رقم (7–21): معامل الارتباط الخطي المتعدد بين العوامل الديمغرافية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى 315

جدول رقم (7–22): قيم تباين خط الانحدار لمتغيرات الدراسة (تحليل التباين الأحادي) 316

جدول رقم (7–23): قيم معاملات الانحدار 317

جدول رقم (7–24): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه بدلالة العوامل الديمغرافية 319

جدول رقم (7–25): توزيع المبحوثات الريفيات حسب استعمال وسائل منع الحمل والعوامل الديمغرافية 325

جدول رقم (7–26): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول استعمال حبوب منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية 331

جدول رقم (7–27): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية 334

جدول رقم (7–28): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل) 335

جدول رقم (7–29): معامل الارتباط الخطي المتعدد بين العوامل الديمغرافية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل 336

جدول رقم (7–30): قيم تباين خط الانحدار لمتغيرات الدراسة (تحليل التباين الأحادي) 336

جدول رقم (7–31): قيم معاملات الانحدار 337

جدول رقم (7–32): توزيع المبحوثات الريفيات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية 340

جدول رقم (7–33): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية 346

جدول رقم (7–34): توزيع المبحوثات الريفيات حسب إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة العوامل الديمغرافية 352

جدول رقم (8–1): توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية 363

جدول رقم (8–2): اختبار Anova لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية 365

جدول رقم (8–3): توزيع متوسط الولادات الحية حسب المستوى التعليمي للأمهات 366

جدول رقم (8–4): اختبار T-test لدراسة العلاقة بين المستوى الثقافي للمرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية 366

جدول رقم (8–5): اختبار اختبار T-test لدراسة العلاقة بين نوع أسرة المرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية.....367

جدول رقم (8–6): اختبار T-test لدراسة العلاقة بين بيئة مسكن المرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية.....367

جدول رقم (8–7): اختبار T-test لدراسة العلاقة بين الحالة الفردية للمرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية.....368

جدول رقم (8–8): معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات لدى المرأة الريفية.....369

جدول رقم (8–9): قيم معاملات الانحدار 369

جدول رقم (8–10): توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية 373

جدول رقم (8–11): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد الولادات الميتة 375

جدول رقم (8–12): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الميتة.....375

جدول رقم (8–13): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) وعدد الولادات الميتة.....376

جدول رقم (8–14): توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية 379

جدول رقم (8–15): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد حالات السقط 381

جدول رقم (8–16): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات السقط 382

جدول رقم (8–17): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) وعدد حالات السقط.....383

جدول رقم (8–18): توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية 385

جدول رقم (8–19): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد حالات الإجهاض 388

جدول رقم (8–20): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات الإجهاض.....388

جدول رقم (8–21): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) وعدد حالات الإجهاض.....389

جدول رقم (8–22): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب نوع الولادة والعوامل السوسيو اقتصادية..... 391

جدول رقم (8–23): توزيع المبحوثات الريفيات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية 400

جدول رقم (8–24): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) ولحظة إجراء العملية القيصرية 402

جدول رقم (8–25): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية 404

جدول رقم (8–26): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول ارضاع آخر مولود بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية 413

جدول رقم (8–27): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية 422

جدول رقم (8–28): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى..... 424

جدول رقم (8–29): قيم معاملات الانحدار 424

جدول رقم (8–30): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع الرضعة الذي تمارسه بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية 428

جدول رقم (8–31): توزيع المبحوثات الريفيات حول استعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية 436

جدول رقم (8–32): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول استعمال حبوب منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية 445

جدول رقم (8–33): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية..... 450

جدول رقم (8–34): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل..... 453

جدول رقم (8–35): قيم معاملات الانحدار 453

جدول رقم (8–36): توزيع المبحوثات الريفيات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالـة العوامل السوسيو اقتصادية 456

جدول رقم (8–37): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية 465

جدول رقم (8–38): توزيع المبحوثات الريفيات حسب إجراء الفحوصات الطبيـة بعد الولادة بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية 472

جدول رقم (9–1): توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية 482

جدول رقم (9–2): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية وعدد الولادات الحية 483

جدول رقم (9–3): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الحية 483

جدول رقم (9–4): توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية 485

جدول رقم (9–5): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية وعدد الولادات الميتة 486

جدول رقم (9–6): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الميتة 487

جدول رقم (9–7): توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية 489

جدول رقم (9–8): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية وعدد حالات السقط 490

جدول رقم (9–9): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات السقط 490

جدول رقم (9–10): توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية 492

جدول رقم (9–11): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية وعدد حالات الإجهاض 493

جدول رقم (9–12): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإجهاض 494

جدول رقم (9–13): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب نوع الولادة والعوامل الصحية..... 495

جدول رقم (9–14): توزيع المبحوثات الريفيات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة العوامل الصحية..... 500

جدول رقم (9–15): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة العوامل الصحية 502

جدول رقم (9–16): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول ارضاع آخر مولود بدلالة العوامل الصحية 507

جدول رقم (9–17): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة العوامل الصحية 512

جدول رقم (9–18): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى..... 513

جدول رقم (9–19): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى..... 514

جدول رقم (9–20): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه بدلالة العوامل الصحية 515

جدول رقم (9–21): توزيع المبحوثات الريفيات حول استعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل الصحية 521

جدول رقم (9–22): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول استعمال حبوب منع الحمل بدلالة العوامل الصحية... 526

جدول رقم (9–23): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل الصحية 531

جدول رقم (9–24): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل..... 532

جدول رقم (9–25): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل..... 532

جدول رقم (9–26): توزيع المبحوثات الريفيات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل الصحية 534

جدول رقم (9–27): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المتابعة الصحية للمـــرأة أثناء فترة الحمل بدلالة العـــوامل الصحية 539

جدول رقم (9–28): توزيع المبحوثات الريفيات حسب إجراء الفحوصـــات الطبية بعد الولادة بدلالة العـــوامل الصحية 544

قائمة الأشكال

شكل رقم (2–1): تطور المعدل الخام للولادات بالجزائر ما بين 1970 و2019 76

شكل رقم (2–2): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة بالجزائر ما بين 1970 و2019 78

شكل رقم (2–3): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مكان الإقامة بالجزائر ما بين 1970 و2019 79

شكل رقم (2–4): تطور معرفة مختلف وسائل منع الحمل في الجزائر بين 1968 و2006..... 81

شكل رقم (2–5): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل بين 1968 و2019..... 83

شكل رقم (2–6): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة بين 1968 و2019..... 86

شكل رقم (2–7): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب الإقليم الجغرافي ما بين 1986 و2019..... 88

شكل رقم (2–8): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي بين 1986 و2019 90

شكل رقم (2–9): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب العمر بين 1986 و2019..... 92

شكل رقم (2–10): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال بين 1986 و2019..... 94

شكل رقم (3–1): تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1992 و2016 102

شكل رقم (3–2): تطور السن المتوسط للولادة الأولى في الجزائر ما بين 1990 و2019..... 104

شكل رقم (3–3): تطور حالات فقد الحمل في الجزائر ما بين 1992 و2019..... 105

شكل رقم (3–4): المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل مرة واحدة على الأقل في الجزائر ما بين 1992 و2019 107

شكل رقم (3–5): تطور معدل الرعاية الصحية أثناء الولادة في الجزائر ما بين 1992 و2019 109

شكل رقم (3–6): تطور نسب تلقي النساء الحوامل الرعاية صحية بعد الولادة في الجزائر ما بين 1992 و2019.... 111

شكل رقم (3–7): تطور معدل الولادات القيصرية حسب مكان الإقامة ما بين 1992 و2019 112

شكل رقم (3–8): نسبة النساء اللاتي بدأن الرضاعة خلال الساعة الأولى بعد الولادة..... 116

شكل رقم (3–9): نسبة النساء اللاتي بدأن الرضاعة خلال اليوم الأول بعد الولادة 116

شكل رقم (3–10): نسبة الرضاعة الطبيعية الخالصة لدى الأطفال اللذين تتراوح أعمارهم بين 0 و6 أشهر ما بين 2000 و2019..... 118

شكل رقم (5–1): توزيع المبحوثات حسب السن 132

شكل رقم (5–2): توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول 133

شكل رقم (5–3): توزيع المبحوثات حسب مدة الزواج..... 134

شكل رقم (5–4): توزيع المبحوثات حسب السن الأول للأمومة 135

شكل رقم (5–5): توزيع المبحوثات حسب السن عند آخر ولادة 136

شكل رقم (5–6): توزيع المبحوثات حسب جنس المولود..... 137

شكل رقم (5–7): توزيع المبحوثات حسب رتبة المولود الأخير 138

شكل رقم (5–8): توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي 139

شكل رقم (5–9): توزيع المبحوثات حسب المستوى الثقافي..... 141

شكل رقم (5–10): توزيع المبحوثات حسب وسائل التثقيف 141

شكل رقم (5–11): توزيع المبحوثات حسب نوع الأسرة..... 143

شكل رقم (5–12): توزيع المبحوثات حسب عدد الأسر 143

شكل رقم (5–13): توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن..... 144

شكل رقم (5–14): توزيع المبحوثات حسب عدد الغرف في المسكن الواحد 145

شكل رقم (5–15): توزيع المبحوثات حسب بيئة المسكن..... 147

شكل رقم (5–16): توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية 148

شكل رقم (5–17): توزيع المبحوثات حسب مؤشر الثروة الخماسي 149

شكل رقم (5–18): توزيع المبحوثات حسب الأقاليم الجغرافية 150

شكل رقم (5–19): توزيع المبحوثات حسب الإصابة بالأمراض المزمنة..... 151

شكل رقم (5–20): توزيع المبحوثات المصابات حسب نوع أول مرض مزمن 152

شكل رقم (5–21): توزيع المبحوثات المصابات حسب السن عند تشخيص أول مرض مزمن..... 153

شكل رقم (5–22): توزيع الأمراض المزمنة بدلالة السن عند أول تشخيص 154

شكل رقم (5–23): توزيع المبحوثات المصابات حسب الإصابة بنوع ثانٍ من الأمراض المزمنة 155

شكل رقم (5–24): توزيع المبحوثات المصابات حسب النوع الثاني من الأمراض المزمنة 156

شكل رقم (5–25): توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات الحية 157

شكل رقم (5–26): توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات الميتة (الإملاص) 159

شكل رقم (5–27): توزيع المبحوثات حسب عدد حالات السقط 160

شكل رقم (5–28): توزيع المبحوثات حسب عدد حالات الإجهاض 161

شكل رقم (5–29): توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة 162

شكل رقم (5–30): توزيع المبحوثات حسب لحظة إجرائهن العملية القيصرية 163

شكل رقم (5–31): توزيع المبحوثات حسب نوع العملية القيصرية 164

شكل رقم (5–32): توزيع المبحوثات حسب مصدر اتخاذ قرار إجراء العملية القيصرية 164

شكل رقم (5–33): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول إرضاع آخر مولود لها 164

شكل رقم (5–34): توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين الولادة وأول لحظة إرضاع 165

شكل رقم (5–35): توزيع المبحوثات حسب نوع الرضاعة خلال الأيام الثلاثة الأولى 166

شكل رقم (5–36): توزيع المبحوثات حسب نوع المشروبات المضافة إلى حليب الأم 167

شكل رقم (5–37): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول استعمال وسائل منع الحمل 168

شكل رقم (5–38): توزيع المبحوثات حسب نوع وسائل منع الحمل المستعملة 170

شكل رقم (5–39): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول قرار استعمال وسائل منع الحمل 171

شكل رقم (5–40): توزيع المبحوثات حسب اختيارهن لوسيلة منع الحمل المستعملة 172

شكل رقم (5–41): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول سبب اختيار وسيلة منع الحمل المستعملة 174

شكل رقم (5–42): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول مصدر الحصول على وسيلة منع الحمل 175

شكل رقم (5–43): توزيع المبحوثات حسب الطرف الذي وصف وسيلة منع الحمل 177

شكل رقم (5–44): توزيع المبحوثات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل..... 177

شكل رقم (5–45): توزيع المبحوثات حسب حصولهن على معلومات عن الأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل..... 178

شكل رقم (5–46): توزيع المبحوثات حسب سبب عدم استعمال وسائل منع الحمل..... 180

شكل رقم (5–47): توزيع المبحوثات حسب قرار عدم استعمال وسائل منع الحمل 181

شكل رقم (5–48): توزيع المبحوثات حسب الرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل..... 182

شكل رقم (5–49): توزيع المبحوثات حسب نوع وسيلة منع الحمل المرغوب في استعمالها مستقبلا 184

شكل رقم (5–50): توزيع المبحوثات حسب الطرف المسؤول عن رعاية الصحة الإنجابية..... 184

شكل رقم (5–51): توزيع المبحوثات حسب متابعتهن لصحتهن أثناء فترة الحمل 186

شكل رقم (5–52): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساعد على الفحص أثناء فترة الحمل..... 187

شكل رقم (5–53): توزيع المبحوثات حسب عدد الاستشارات الطبية أثناء فترة الحمل 188

شكل رقم (5–54): توزيع المبحوثات حسب الفحوصات الطبية أثناء فترة الحمل..... 189

شكل رقم (5–55): توزيع المبحوثات حسب سبب أول اسشارة طبية أثناء فترة الحمل..... 191

شكل رقم (5–56): توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الحاصلة أثناء فترة الحمل 192

شكل رقم (5–57): توزيع المبحوثات حسب علاجهن للمضاعفات الناتجة عن الحمل..... 193

شكل رقم (5–58): توزيع المبحوثات حسب اسعافهن بسبب المضاعفات الناتجة عن الحمل..... 193

شكل رقم (5–59): توزيع المبحوثات حسب سبب عيادتهن لطبيب الأسنان 194

شكل رقم (5–60): توزيع المبحوثات حسب امتلاكهن وثيقة لتسجيل التطعيم 195

شكل رقم (5–61): توزيع المبحوثات حسب تلقيهن حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل..... 196

شكل رقم (5–62): توزيع المبحوثات حسب عدد مرات تلقي حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل 197

شكل رقم (5–63): توزيع المبحوثات حسب مكان الولادة..... 198

شكل رقم (5–64): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساعد أثناء الولادة..... 199

شكل رقم (5–65): توزيع المبحوثات حسب تعرضها لمضاعفات أثناء الولادة..... 200

شكل رقم (5–66): توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الحاصلة أثناء الولادة..... 201

شكل رقم (5–67): توزيع المبحوثات حسب الفحص الطبي بعد الولادة 202

شكل رقم (5–68): توزيع المبحوثات حسب عدد الفحوصات الطبية بعد الولادة..... 203

شكل رقم (5–69): توزيع المبحوثات حسب مكان الفحص الطبي بعد الولادة 204

شكل رقم (5–70): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساهم في الفحص الطبي 205

شكل رقم (5–71): توزيع المبحوثات حسب مضاعفات ما بعد الولادة..... 207

شكل رقم (5–72): توزيع المبحوثات حسب الرقابة الصحية بعد يومين من الولادة..... 208

شكل رقم (7–1): مدى ملائمة خط الانحدار للعلاقة بين عدد الولادات الحية والعوامل الديمغرافية..... 274

شكل رقم (7–2): مدى ملائمة خط الانحدار للعلاقة بين عدد حالات الإجهاض والعوامل الديمغرافية..... 288

شكل رقم (7–3): مدى ملائمة خط الانحدار للعلاقة بين المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى والعوامل الديمغرافية..... 316

شكل رقم (7–4): مدى ملائمة خط الانحدار للعلاقة بين السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والعوامل الديمغرافية..... 337

مقدمة

تعتبر المسألة السكانية من أبرز التحديات المتنامية التي لطالما واجهتها البشرية في العالم بأسره، حيث تعود جذور هذه المسألة إلى القرن الثامن عشر مع بداية الثورة الصناعية، التي تعكست إيجابًا على مختلف المجالات الصحية، ممّا أدى إلى انخفاض معدلات الوفيات وارتفاع معدلات المواليد، والذي نتج عنه نمو سكاني هائل، الأمر الذي أثار قلق العديد من المفكرين والفلاسفة، حيث تمّ تناول هذه المسألة كموضوع نقاش ربطه البعض بالفقر والجوع والحروب، نتيجة لآثاره المترتبة التي قد تشكل ضغوطات على الموارد الطبيعية والنمو الاقتصادي، وتساهم في تدهور البيئة وتفاقم المشكلات الاجتماعية، إذ حذّر مالتوس Malthus –في مقاله الشهير الصادر سنة 1789– من القنبلة البيئية والاجتماعية الموقوتة المترتبة عن الزيادة السكانية غير المنضبطة، وأشار إلى أنّ النمو السكاني المستمر قد يجرّد الأرض من مواردها ويساهم في زيادة عدد الفقراء في العالم بعد نهاية الحرب العالمية الثانية وظهور العالم الثالث خلال فترة ما بعد الاستعمار، من جهة، في حين تناوله البعض الآخر من الجانب الإيجابي على أنه فرصة للتنمية والتقدم من جهة أخرى. واستمر النقاش حول هذه القضية إلى غاية منتصف ستينات القرن العشرين أين استهدفت الوكالة الأمريكية للتنمية الدولية USAID –ضمن برامجها– التحكم في الخصوبة بتوجيه البرامج والدراسات السكانية نحو توفير موانع الحمل وقياس معدل استعمالها.

شكلت القضايا السكانية اهتماما واسعًا على النطاق الدولي، واختلفت الآراء والمواقف من مؤتمر لآخر، خاصة بعد انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بـ"**بوخارست سنة 1974**"، والذي أقرّ خطة عمل عالمية، أكّد –من خلالها– على أنّ السياسات والأهداف السكانية جزء لا يتجزّأ من سياسات التنمية الاجتماعية والاقتصادية، باعتبار المتغيرات السكانية والتنمية مترابطة ومتداخلة فيما بينها، كما دعا إلى توفير المعلومات وخدمات الصحة الإنجابية اللازمة لتمكين الأفراد من ممارسة حقوقهم –بكل حرية– في تحديد عدد أطفالهم والمباعدة بين ولاداتهم، ليأتي المؤتمر العالمي الثاني للسكان بـ "**مكسيكو عام 1984**" محاولا تقويم خطة العمل العالمية السابقة بتوسيع مفهوم السياسة السكانية، بغية تكريس المفهوم الشامل للسكان والتنمية والبيئة والعلاقة المتبادلة بينهما، ومع حلول عقد التسعينات انعقد المؤتمر العالمي الثالث للسكان بـ"**القاهرة عام 1994**" ليؤكّد على الروابط العديدة بين السكان والتنمية وعلى تلبية حاجات الأفراد لا على تحقيق أهداف ديمغرافية، وذلك بتوسيع مفهوم السياسة السكانية ليشمل السكان، التنمية، البيئة، الفقر وأنماط الإنتاج والاستهلاك والعلاقات المتبادلة بينهما، مع توسيع قاعدة المشاركة بين الجنسين وتمكين المرأة في مختلف المجالات الاقتصادية، الصحية والتعليم، بالإضافة إلى ضرورة اتباع الإطار الواسع للصحة الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة.

رغم كل المجهودات المبذولة في مجال السكان والتنمية إلاّ أنّ المجتمعات النامية لازالت تشهد –ليومنا هذا– صعوبات في مجال التمتع بالصحة الإنجابية، بما فيها رعاية الأمومة الآمنة، ممارسة الرضاعة الطبيعية، التخطيط العائلي أو ما يسمى بتنظيم الأسرة، من خلال المباعدة بين الولادات باستعمال وسائل منع الحمل، وغيرها من المتغيرات التي تعكس الوضع الصحي للأمهات باختلاف مستوياتهن الثقافية والاجتماعية، بالإضافة إلى قلة الوعي بمدى أهمية هذه الجوانب، والتي قد ترتبط –عمومًا– بتدني مستوى الخدمات الصحية باختلاف الأوساط المعيشية والمناطق السكنية.

باعتبار الجزائر إحدى الدول النامية، فإنّها –على غرار الكثير من الدول العربية– ما زالت تعاني لحدّ الساعة من نقص في العديد من الخدمات الصحية المتعلقة بمجال الصحة الإنجابية، الأمر الذي قد يساهم في تفاقم بعض الممارسات غير الصحية لدى الأمهات فيما يخص المباعدة بين الولادات واستعمال وسائل منع الحمل، الإجهاض غير الآمن، التوجه نحو الولادات القيصرية والابتعاد عن الولادات الطبيعية، ممارسة الرضاعة الطبيعية، والتي لها آثار إيجابية على صحة الأم والطفل معًا، وغيرها من المتغيرات التي يمكّن من قياس توجُّه السلوك الإنجابي لدى الأمهات.

لقد وضع الدور الإنجابي للنساء في قلب الكثير من الأعمال الأكاديمية التي سعت إلى وصف الحياة الاجتماعية للأسر في مختلف المجتمعات، وفي هذا الإطار، تمّ التسطير للمسوح العنقودية ذات المؤشرات المتعدّدة –كل خمس سنوات– بهدف الإحاطة بالظروف المعيشية التي تعكس الواقع الاجتماعي والصحي للأسر، بما فيها الأم والطفل، والتي تعمل على توفير قاعدة بيانات مهمّة لرصد مختلف الوقائع التي تسمح بحساب أهمّ المؤشرات المتعلقة بالسلوكيات الإنجابية، والتي تندرج تحت مفهوم الصحية الإنجابية، ما أنها تساهم في توسيع دائرة البحوث العلمية في مجال السكان والتنمية، وتمكين المسؤولين –عند اتخاذ القرارات– من صياغة برامج وسياسات قائمة على هدف تحسين الأوضاع الصحية للأمهات والأطفال معًا.

تعزّز هذه الدراسة مجال أبحاث متعدّدة متعلقة بالسلوك الإنجابي، اختلفت ميادين دراساتها باختلاف متغيرات الدراسة، محاولة منا إضافة قيمة جديدة لهذه الأعمال الأكاديمية، باتخاذ المجتمع الريفي في الجزائر وُجهة للبحث في طياته، واعتمدنا، لهذا الغرض، "**السلوك الإنجابي لدى المرأة الريفية في الجزائر**" كعنوان للدراسة، استنادًا إلى بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات mics6 والذي يحمل طبعته الخامسة على مستوى الوطن الجزائر، المنجز خلال سنة 2018-2019.

قُسِّمت هذه الدراسة إلى جانبين أساسيين؛ الأول النظري، يشمل ثلاثة فصول، بدأناها بالإشارة إلى **الإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة،** خلال عرض مختلف الدراسات السابقة والمشابهة التي تناولت موضوع البحث والمقاربة النظرية

للموضوع، والتي حاولنا –استنادًا إليها– توضيح مختلف جوانب إشكالية الدراسة، فرضيات العمل وأهدافه، بالإضافة إلى المفاهيم والمصطلحات المعتمد عليها لإنجاز هذا البحث؛

انتقلنا في "**الفصل الثاني**" إلى تسليط الضوء على مختلف المراحل التي مرّت بها السياسة السكانية في الجزائر، ودراسة انعكاساتها على مختلف التطورات التي شهدها معدّل الولادات، والإتجاهات التي حذت نحوها مستويات الخصوبة على المستوى الوطني، بالإضافة إلى أحد أهم محدّدات اللخصوبة والذي يتمثل في استعمال وسائل منع الحمل، من خلال دراسة تطور استعمال هذه الوسائل عبر كامل التراب الوطني؛

وحاولنا –"**الفصل الثالث**" توضيح رصد أهمّ محطات السياسة الصحية في الجزائر، من خلال دراسة بعض مؤشرات الصحة الإنجابية، باعتبارها تشمل عنصر رعاية الأمومة على المستوى الوطني، بدءًا بتطور معدل وفيات الأمهات، ومرورًا بالرعاية الصحية للمرأة طول فترة حملها إلى غاية لحظة الولادة وحتى بعد الوضع، بالإضافة إلى جانب الوفيات الرحمية الذي يشمل الإجهاض بنوعيه؛ التلقائي والطي، والمواليد الميتة، ثم انتقلنا إلى دراسة تطور ظاهرة الولادات القيصرية في الجزائر، باعتبارها إحدى عناصر السلوك الإنجابي المساهمة في تحديد الصحة الإنجابية للمرأة، وفي الأخير تناولنا الحديث عن الرضاعة الطبيعية، من خلال رصد واقع هذه الممارسة وتطوره في الوطن؛

أمّا عن **الجانب التطبيقي**، والذي حاولنا –من خلاله– دراسة العوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي للمرأة الريفية بالجزائر، من خلال إدراج ستتة فصول أخرى، بدأناها بـ"**الفصل الرابع**"، الذي يوضّح الإجراءات المنهجية للدراسة التطبيقية، اعتمادًا على مصادر جمع البيانات والمتمثلة في المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 توضيح المجتمع المستهدف بالدراسة وعينة البحث، بالإضافة إلى تحديد مجالات المكانية والزمنية للدراسة الميدانية، المنهج والبرامج الإحصائية المستخدمة، ومختلف الصعوبات التي واجهتنا أثناء إجراء هذه الدراسة التطبيقية؛

وحاولنا في "**الفصل الخامس**" وصف مختلف خصائص الأمهات عينة الدراسة؛ من خلال توضيح الخصائص الديمغرافية، الثقافية، الاجتماعية، الاقتصادية، الجغرافية، والصحية بالإضافة إلى رصد مستوى الخصوبة لديهن، نوع الولادات التي تعرضت لها، ممارسة الرضاعة الطبيعية، استعمال وسائل منع الحمل والمتابعة الصحية للمرأة الحامل؛

لننتقل من خلال "**الفصل السادس**"، إلى البحث في الفروق الموجودة بين السلوك الإنجابي للأمهات الريفيات الجزائريات باختلاف التقسيمات الجغرافية –المعتمدة على الأقاليم السبعة– عبر كل التراب الوطني؛

وتفصيلا لذلك حاولنا في "**الفصل السابع**" البحث في تأثير العوامل الديمغرافية على السلوك الإنجابي للمرأة الريفية، بالتركيز على بعض المتغيرات الديمغرافية التي يمكن أن تساهم في ذلك ،كالسن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، مدة الزواج وغيرها؛

ثمّ حاولنا من خلال "**الفصل الثامن**" تركيز البحث في تأثير العوامل السوسيو اقتصادية على السلوك الإنجابي للمرأة الريفية، من خلال تحديد بعض العوامل المعرفية، كالمستوى التعليمي للأم، المستوى الثقافي، والإشارة إلى بعض العوامل الاجتماعية كنوع الأسرة وبيئة المسكن الذي تقطنه المرأة الريفية، ثم رصد أثر بعض العوامل الاقتصادية كالحالة الفردية للأم، ومستواها المعيشي من خلال مؤشر الثروة الخماسي؛

وفي الأخير حاولنا، واعتماداً على "**الفصل التاسع**" حاولنا دراسة تأثير العوامل الصحية للمرأة الريفية في سلوكها الإنجابي، من خلال حالتها المرضية المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن أو عدم الإصابة، بالإضافة إلى سن تشخيص المرض.

واختتمنا بحثنا هذا بخاتمة تشمل مختلف النتائج المحصل عليها، وقائمة لأهم المصادر والمراجع المعتمدة لإنجاز الجانب النظري للدراسة، كما أرفقنا هذا العمل بقائمة ملاحق تضمّ مختلف المخرجات التي ساعدتنا في تحقيق الجانب التطبيقي للدراسة.

الجانب النظري

الفصل الأول

الإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة

I. الإشكالية:

اهتم الباحثون الديمغرافيون وعلماء الاجتماع الريفي بدراسة المرأة الريفية، وذلك لأن تغير أدوار المرأة وأنشطتها تعتبر من القضايا الرئيسية التي يهتم بها علم الاجتماع الريفي على المستويين المحلي والعالمي، الأمر الذي يرجع إلى التهميش الذي لطالما عاشته المرأة في مختلف المجالات، وقد اهتمت الأمم المتحدة بدراسة المرأة استجابة للاهتمام الدولي بموضوع المرأة، حيث بدأ مكتب العمل الدولي التابع للأمم المتحدة بنشر دورية سنة 1977 تحمل عنوان المرأة في العمل **Woman at work**، وشرع المتخصصون بهذا المكتب بالتخطيط لدراسات حول أنشطة المرأة ومشاركتها في الحياة الاجتماعية والاقتصادية في العالم الثالث، وقد تحدثت علياء شكري وزملاؤها في دراسة لها –عن المرأة في الريف والحضر– عن خطة العمل التي تبناها مكتب العمل الدولي، والتي تضمنت مشروع بحث كبير بدأ تنفيذه عام 1979 تحت عنوان **"أدوار المرأة والتغيرات الديمغرافية"**.

وبما أنّ الخصوبة تشكّل نطاقًا واسعًا للدراسات السكانية، لكونها أحد أهم عوامل النمو السكاني، والأكثر تأثيرًا في تغيّر حجم السكان وتركيبته، والتي تُعتبَر مرآة عاكسة للسلوك الإنجابي المتبنى من طرف الأزواج، باعتبارها عملية بيولوجية متداخلة والظروف المتباينة لأفراد المجتمع؛ الاجتماعية منها، الاقتصادية، الثقافية والصحية، باختلاف مجتمعاتهم ومناطقهم السكنية؛ حضرية كانت أو ريفية، فدراسة موضوع السلوك الإنجابي لابد أن تندرج تحت إطار ديمغرافي، خصوصًا أنّ هذا المفهوم انتقل من فكرة الوعي الإنجابي –الذي يهدف إلى حماية صحة الأم والطفل، في إطار برامج تسعى معظم الدول للوصول إليها– إلى فكرة مستحدثة تندرج تحت أهداف تنموية تمس مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية التي يتعرض لها العالم في الوقت الراهن.

هذا وقد شهدت الجزائر تزايدًا ملحوظًا في عدد سكانها خلال الفترة الممتدة بين الستينات والثمانينات، حيث انتقل عدد سكانها المقيمين من 12 مليون نسمة خلال سنة 1966 إلى 23 مليون نسمة عام 1987، بمعدّل نمو طبيعي قُدِّر بـ3,1%، وقد وصل عدد سكانها خلال سنة 1998 إلى حوالي 29,5 مليون نسمة بعدّل نمو طبيعي قدره 2,8%، ليرتفع إلى 34,7 سنة 2008 بعدّل زيادة سنوي قدّر بـ1,8%، واستمر عدد السكان المقيمين بالتزايد ليصل إلى 37,5 مليون نسمة سنة 2012، ليسجّل هذا العدد ضعف رقمه خلال 57 سنة –من تاريخ الاستقلال– بأربع مرات، لينتقل من 10 مليون نسمة سنة 1962 ليصل إلى قرابة 43,4 مليون نسمة خلال سنة 2019، حسب أرقام الديوان الوطني للإحصائيات.

عرفت الجزائر معدّلات نمو طبيعية، تُعتبَر من المعدّلات المرتفعة عالميًا، ترجع إلى الانخفاض المحسوس في معدلات الوفيات الذي انتقل بعشرة نقاط خلال 17 سنة، من 16,45‰ سنة 1970 إلى 6,97‰ سنة **1987**، نتيجة للتحسن الملموس

في المستوى المعيشي للأسرة الجزائرية، وإنجاز العديد من المرافق الصحية بالإضافة إلى تطبيق قرار مجانية العلاج واستمر في الانخفاض إلى 4,87‰ خلال عام 1998، ليعرف بعد ذلك تراجعًا طفيفًا وصل إلى 4,37‰، هذا من جهة، ومن جهة أخرى استمرار معدل الولادات في الارتفاع ليبلغ ذروته بـ50,16‰ سنة 1970، ويتناقص تدريجيًا ليبلغ 40,40‰ خلال سنة 1983، بعد تطبيق البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي، ويتضاءل شيئًا فشيئًا إلى غاية بلوغه 21,02‰ سنة 1998 و22,98‰ -كأدنى قيمة له- سنة 2007، غير أنه عاود الارتفاع ليصل إلى 25,93‰ حسب ما صرّح به الديوان الوطني للإحصائيات في مختلف منشوراته الإحصائية.

هذا الوضع يعكس خصوبة طبيعية في الجزائر، والتي قُدِّرَت بمؤشر تركيبي فاق 8 أطفال للمرأة الواحدة سنة 1970، والتي مثلها المجتمع الريفي بـ8,5 مقابل 7,3 طفل للمرأة الواحدة بالوسط الحضري، وبالرغم من الانخفاض الطفيف خلال فترة السبعينات، إلا أنّه ظل يعرف مستويات عالية تفوق 6 أطفال لكل امرأة إلى غاية سنة 1985، ممثلة بالوسط الريفي مرة أخرى بـ7,1 طفل لكل امرأة مقابل 4,5 طفل للمرأة الواحدة في الوسط الحضري، وترجع هذه الخصوبة العالية لعدم انتشار وسائل منع الحمل خلال هذا الفترة، والذي لم يتعدّ 8% سنة 1968 بـ4% فقط للوسط الريفي و35% خلال سنة 1986 بنسبة لم تتعدّ 30% للمجتمع الريفي، بالإضافة إلى الزواج المبكر، حيث قدّر متوسط السن عند الزواج الأول بـ19 سنة خلال عام 1970 بالنسبة للمرأة ، والذي وصل إلى 27,6 سنة خلال سنة 1998، هذا الوضع أدى بدوره إلى انخفاض محسوس في المؤشر التركيبي للخصوبة إلى 2,67 طفل للمرأة الواحدة سنة 1998، ليشهد تذبذبًا طفيفًا بين الارتفاع والانخفاض ليبلغ حوالي 2,81 سنة 2008 و3,03 سنة 2014.

يعتبر هذا الوضع مؤشرا دالاً على تغيّر السلوك الإنجابي للمرأة الجزائرية، والعوامل التي ساهمت في إحداث هذا التغيير كثيرة ومتعددة، من الصعب حصرها جيمعًا، لذا ارتأينا التركيز على بعض هذه العوامل التي لعبت دورا أساسيا في انخفاض مستوى الخصوبة في الجزائر، فقد شكلت الدراسات السكانية -في الآونة الأخيرة- حيزًا واسعًا لدراسة الصحة الإنجابية والسلوك الإنجابي، نجد تركيزًا كبيرًا في هذا المجال عبر مختلف الملتقيات والندوات الدولية، لاسيما أن العالم يعيش زمن العولمة، كما لا يمكن استثناء الجزائر من هذا الحيز، فالمرأة الجزائرية -بمعايشتها لظروف الحياة- عرفت هي الأخرى تغييراً جذرياً في سلوكها الإنجابي بحكم تعلمها ووعيها بصحتها الإنجابية وخروجها إلى ميدان العمل ممّا ألزمها بضرورة تنظيم نسلها.

في ظل التغيرات الاقتصادية والاجتماعية التي شهدها العالم –عامة– والجزائر –خاصة– تظهر عدة عوامل محددة للسلوك الإنجابي للمرأة الجزائرية اليوم، فقد فاقت نسبة النساء الجزائريات المستعملات لوسائل منع الحمل 64% عام 2000، بنسب متقاربة قُدِّرت بـ62,9% و64,8% للوسطين الريفي والحضري على التوالي، وقدّرت بـ61% من مجمل النساء البالغات سن الإنجاب –حسب الأرقام التي قدمتها وزارة الصحة والسكان سنة 2006، بنسبة 62,5% للحضر مقابل 59,9% للريف، فأمام هذا الوضع حاولنا –من خلال هذه الدراسة– الإحاطة بأهم عناصر السلوك الإنجابي للمرأة الريفية بالجزائر، وأهم العوامل التي توجّهها، اعتماداً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات المنجز خلال سنة 2019، من خلال طرحنا للتساؤل التالي:.

- ✓ **ما هي العوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي للمرأة الريفية في الجزائر بناء على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2019؟**

وحتى نتمكن من تقديم إشكال البحث –انطلاقا من التساؤل العام للدراسة– حاولنا تبسيط الرؤيا، من خلال تحديد بعض العوامل التي قد تؤثر في السلوك الإنجابي للمرأة الريفية الجزائرية، بطرح التساؤلات الفرعية التالية:

1. ما مستوى الخصوبة لدى المرأة الريفية في الجزائر؟
2. هل تؤثر العوامل الجغرافية للمرأة الريفية في الجزائر في سلوكها الإنجابي؟
3. هل تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في الجزائر في سلوكها الإنجابي؟
4. هل تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في الجزائر في سلوكها الإنجابي؟
5. هل تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في الجزائر في سلوكها الإنجابي؟

II. فرضيات البحث:

تمثل الفرضية إجابة مقترحة لسؤال البحث، وهي عبارة عن تصريح يوضح –في جملة أو أكثر– علاقة قائمة بين حدين أو أكثر، وهي أيضًا عبارة عن تنبؤ لما سنكتشفه في الواقع[1]، كما تُعدّ الأداة الرئيسية التي تجعل البحث يأخذ وجهة علمية فعلا، فهي –بذلك– تمثل اتجاها تفسيريًا يتبناه الباحث بهدف اكتشاف الأسباب الكامنة وراء حدوث الظواهر، والتي –من خلالها– يمكن للباحث بناء النموذج التحليلي للظاهرة محل دراسته. ومحاولةً منَّا لرصد واقع الخصوبة واتجاهاته داخل المجتمع الريفي الجزائري، وأهمّ محدّدات السلوك الإنجابي في هذا المجتمع، اعتمدنا على بعض الفرضيات التي ضمّت عدّة مؤشرات للدراسة، أهمّها:

1. يرتفع مستوى الخصوبة لدى المرأة الريفية في الجزائر.
2. تؤثر العوامل الجغرافية للمرأة الريفية في الجزائر في سلوكها الإنجابي.
3. تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في الجزائر في سلوكها الإنجابي.
4. تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في الجزائر في سلوكها الإنجابي.
5. تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في الجزائر في سلوكها الإنجابي.

III. أهمية وأسباب اختيار الموضوع:

جسدت السياسات السكانية –منذ ظهورها لأول مرة كمفهوم من خلال المؤتمرات العالمية– المدخل الأساسي لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية للسكان، وهي بذلك تشكل جملة من التدابير المباشرة وغير المباشرة، بقصد التأثير الكمي والنوعي على السلوك الديمغرافي، وخصائصه الاجتماعية والاقتصادية، بغية إحداث توازن بين المتطلبات السكانية والتنمية المستدامة، ولتحقيق هذه الأهداف نصت مختلف المؤتمرات الدولية على ضمان حقوق الانسان وتنمية الموارد البشرية، الإنصاف والمساواة بين الجنسين، تمكين المرأة من خلال توفير التعليم والخدمات الصحية وتشجيعها على تنمية مهاراتها المهنية، محاولة خفض معدلات وفيات الرضع والأطفال والأمهات وكذا إتاحة المجال لتنظيم الأسرة وفق ما يتماشى ورغباتها في الإنجاب.

تكمن أهمية الموضوع في محاولة تفسير منحى السلوك الإنجابي الذي تحذوه المرأة الريفية الجزائرية كونها عنصرا مهما من المجتمع الجزائري، من خلال دراسة مدى تأثير مستواها الاجتماعي والاقتصادي على سلوكها الإنجابي وما مدى تفاعلها مع سياسة

(1)– موريس أنجرس، **منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية**، تدريبات عملية، ترجمة صحراوي بوزيد، بوشرف كمال، سبعون سعيد، الجزائر، دار القصبة للنشر، 2006، ص 150–151.

تنظيم النسل عبر مختلف التقسيمات الجغرافية في الوطن، ولعلّ أهمية هذا الموضوع، تجسّدت عنها مجموعة من الأسباب التي دفعتنا لاختياره كغرض للدراسة والتعمّق في خباياه، خاصة لدى مجتمع تسوده العادات والمعتقدات والقيم التقليدية، وعليه يمكننا تحديد بعض هذه الأسباب في النقاط التالية:

- ✓ الرغبة في تناول موضوع تنظيم الأسرة داخل المجتمع الريفي في ظل العادات والتقاليد التي تسوده، والبحث في أهمّ المحدّدات التي توجه تغيرات السلوك الإنجابي بعيدًا عن الوسط الحضري؛
- ✓ نقص الدراسات الديمغرافية التي تعالج موضوع الإنجاب داخل المجتمع الريفي، بحكم أن معظم الدراسات الموجودة عالجت موضوع تنظيم الأسرة أو التخطيط العائلي على المستوى الوطني إجمالا، والعديد منها ذو طابع سوسيولوجي تناول المجتمع الريفي من ناحية القيم والثقافات السائدة والعلاقات التفاعلية بين أفراده؛
- ✓ حاجة المجتمع الريفي الجزائري إلى الدراسات الديمغرافية المعمقة للعديد من الظواهر الديمغرافية، والتي تساعد على تسطير برامج إنمائية، خاصة في مجال تنظيم الأسرة؛
- ✓ توفر المادة العلمية الكافية لتحقيق الدراسة، من كتب، منشورات إحصائية ودراسات تعين على رصد واقع مختلف المتغيرات المرتبطة بموضوع البحث.

IV. أهداف الدراسة:

يمكن تحديد أهمّ الأهداف المرجوة من هذه الدراسة في مجموعة من العناصر، تتمثل في:

1. تحديد مستوى الخصوبة في الريف الجزائري؛
2. معرفة نوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية على مولودها؛
3. معرفة نوع الولادة السائد في الريف الجزائري وأهم أسبابه؛
4. تحديد وسائل منع الحمل المستعملة من طرف المرأة في الريف الجزائري؛
5. معرفة أسباب لجوء المرأة –في الريف الجزائري– لنوع معيّن من وسائل منع الحمل دون الآخر؛
6. معرفة الرغبة المستقبلية للمرأة الريفية في استعمال وسائل منع الحمل وأسباب ذلك؛
7. تحديد مدى وعي المرأة –في الريف الجزائري– بضرورة رعاية صحتها الإنجابية؛

V. تحديد المفاهيم:

لابدّ للباحث من تحديد إجرائي لمفاهيم بحثه، تجسّد في التصوّر النظري لكل متغير وطريقة قياسه، بهدف التحكم في الموضوع المراد دراسته وضبطه، وعليه تتحدّد متغيرات بحثنا هذا بالمفاهيم التالية:

1. الخصوبة:

عرف الخصوبة على أنها قدرة الرجل والمرأة على المشاركة في إنتاج النسل ويقابلها العقم، وقد يكون فيزيولوجيا أو اختياريا، كما تعبر عن مدى إنتاج المواليد فعلا، سواء كان ذلك بالنسبة لفرد أو مجموعة من الأفراد.(1)

كما يقصد بالخصوبة الانجاز بين التوالد والإنجاب، والخصوبة تمثل واحدة من مظاهر السلوك الإنجابي، وذلك لأنها تدل على عدد الأطفال الذين أنجبتهم المرأة خلال فترة خصوبتها التي تتراوح مابين 15- 49 من عمرها.(2)

ويشير أيضاً هذا المصطلح إلى عدد الأ د الذين يمكن للمرأة إنجابهم خلال مرحلة الخصوبة (15-50 سنة)، أما خصوبة الزوجين فهي تتمثل في عدد أطفالهما الذين ولدوا، والخصوبة قد تكون مخططة مقصودة أو غير مخططة، فالأسرة الخصبة هي التي تنجب الأطفال، بعكس الأسرة العقيمة التي لا تنجب طفلاً، أي أن المرأة المتزوجة تعتبر ولودة أو خصبة إذا وضعت طفلاً حياً، أما خصوبة السكان فهي تعني العدد التكراري أو المعدل الإجمالي للأطفال الأحياء الذين يولدون في الأسر داخل سكان المجتمع أو شريحة اجتماعية أخرى، وعادة يستخدم إصطلاح الإنجاب الفعلي ديمغرافيًا للتعبير عن خصوبة المرأة أو خصوبة المجتمع.(3)

الخصوبة ليست عملية بيولوجية فقط وإنما تتأثر بعدة عوامل خارجية بالمجتمع، لذلك الخصوبة لا يمكن اعتبارها متغيرا مستقلا بذاته ولكنها تتأثر وترتبط بالظروف الاجتماعية والاقتصادية والعادات والتقاليد، ا أن الظروف الصحية في المجتمع لها تأثيرات عديدة على الخصوبة.(4)

كما يعرف رولان بريسا الخصوبة على أنها: "ظاهرة تتعلق بالولادات الحية للمرأة، للزوجين، أو للرجل"

«Phénomène en rapport avec les naissances vivantes considérées du poit de vue de la femme, du couple ou, très exeptionnelement, de l'homme».(1)

(1)-أحمد زكي بدوي،**معجم مصطلح العلوم الاجتماعية**، مكتبة لبنان، بيروت، 1978.

(2)- اسماعيل بن السيد خليل كتبخان، **أسس علم إجتماع**، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة، 1431-2010، ص 403.

(3)- منصور الراوي، **سكان الوطن العربي، دراسة تحليلية في المشكلات الديمغرافية**، الطبعة الأولى، بيت الحكمة، بغداد، 2002، ص 156.

(4)-المرجع نفسه، ص 403.

التعريف الإجرائي للخصوبة:

نقصد بالخصوبة –في دراستنا– عدد الولادات الحية للمرأة الواحدة، وكذا عدد حالات الحمل، بما فيها الولادات الميتة، عدد حالات السقط والإجهاض التي تعرضت لها.

2. الإجهاض:

يعرف الإجهاض بانتهاء الحمل بخروج الجنين أو نزعه من الرحم قبل اكتمال نموه، ويمكن للإجهاض أن يحدث عفويًا بسبب مضاعفات أثناء الحمل فيسمى الإجهاض التلقائي، وقد يكون مقصودًا ومفتعلا ويسمى الإجهاض المتعمد".[2]

ويعرف الإجهاض المتعمد بالإجهاض الطبي، حيث وصفه ورلان بريسا بالإجهاض العلاجي، ويتم إجراؤه بهدف حماية حياة أو صحة الأم، ويتمّ لأغراض طبية محضة.

«Avortement thérapeutique, pratiqué dans le but de préserver la vie ou la santé de femme…Dans les faits, par avortement thérapeutique on entend une intervention pratiquée pour des raisons médicales très restreintes…»[3]

3. الإجهاض التلقائي (السقط):

الإجهاض التلقائي هو إسقاط الحمل دون سبب واضح أو فعل مقصود قبل الأسبوع العشرين، وتحدث معظم حالاته خلال الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل، أي الأسابيع الـ 13 الأولى تقريبًا، بسبب عدم نمو الجنين نموًا طبيعيًا، ويمكن أن يتجسّد في شكل نزيف مهبلي مصحوبًا بألم أو تشنج في منطقة الحوض أو أسفل الظهر وضربات متسارعة للقلب.[4]

«Avortement spontané; avortement survenu sans action délibérée de la femme ou d'un autre personne. On parle parfois de fausse couche».[5]

4. الولادة الميتة (الإملاص):

يُعرَّف الإملاص بأنه ولادة طفل دون أن تظهر عليه علامات حياة بعد عتبة محددة، عادة ما ترتبط بعمر الجنين أو وزنه، ويساعد تحديد التعريف بـ 28 أسبوعاً أو أكثر في المقارنة الدولية بين مستويات الإملاص، إلا أنه يستثني حالات الإملاص التي

(1)-Roland PRESSAT, **Dictionnaire de Démographie**, Presse Universitaire de France, 1ère édition, Paris, 1979, p 75.

(2)– ندى جميل اسماعيل، **أمراض العقم والحمل والولادة**، المركز الثقافي للطباعة والنشر والترجمة والتوزيع، الطبعة الأولى، 2016، ص 30.

(3)-Roland PRESSAT, **Dictionnaire de Démographie**, Op.cit, p 16.

(4)-http://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298, Consulté le 22/07/2024, à 03h44.

(5)-Roland PRESSAT, **Dictionnaire de Démographie**,Op.cit, p 15.

تحدث في عمر أبكر للجنين، وبالتالي، ونظراً لأن الإبلاغ عن حالات الإملاص يظل أقل من عدد الحالات التي تحدث بالفعل، فإن العبء الحقيقي للإملاص أعلى في الواقع.[1]

«Mortinaissance; expultion ou extraction de l'utérus d'un produit de conception sans vie, après une certaine durée de gestation ou dépassant un certain poids, voire une certaine taille. Les normes retenues en matière de durée de gestation, de poids ou de taille sont celles avancées pour définir l'avortement, ces normes représentant cette fois des limites à dépasser, ce qui permet de considérer les produits de conception correspondants comme viables».[2]

5. الولادة القيصرية:

تعرف الولادة القيصرية على أنها نوع من أنواع الولادة غير الطبيعية، وفيها يقوم الجراح بعملية جراحية، حيث يتم شق البطن والرحم لاستخراج الجنين عند تعذّر الولادة طبيعية. ويقوم بإجرائها جراح متخصص وهو "جراح التوليد"، وهي إجراء جراحي يُستخدَم لإحضار الأطفال إلى العالم عن طريق إحداث شق أو أكثر في منطقة البطن والرحم تحت التخذير، ويُعتبَر هذا النوع من الولادة طريقة بديلة إذا كانت الولادة الطبيعية غير ممكنة أو خطرة على حياة الأم أو الطفل، وتُعتبَر الولادة القيصرية إجراءً آمنًا وشائعًا يتمّ استخدامه في العديد من الحالات المختلفة، حيث يمكن إجراؤها عند الطلب بدون سبب طبي.[3]

يعرف الولادة القيصرية على أنها إجراء جراحي يمكن أن يقي –على نحو فعال– من وفيات الأمهات وحديثي الولادة عند استخدامه لدواعي طبية.[4]

الولادة القيصرية هي إجراء جراحي يستخدم لولادة الطفل من خلال شقوق في البطن والرحم، وقد يتم التخطيط لإجراء ولادة قيصرية في وقت مبكر إذا كانت تعاني من مضاعفات الحمل أو كانت قد خضعت لعملية ولادة قيصرية، ومع ذلك في كثير من الأحيان لا تصبح الحاجة إلى ولادة قيصرية لأول مرة واضحة حتى يبدأ المخاض.[5]

من خلال التعريفات السابقة يمكننا تعريف الولادة القيصرية على أنها عملية جراحية تتمّ عن طريق شق بطن الأم ورحمها لإخراج الجنين بدلا من خروجه من المهبل أي الولادة الطبيعية، وقد يتم التخطيط لها مسبقا بالتحضير لولادة قيصرية مبرمجة (غير

(1)-http://www.unicef.org/ar, Consulté le 22/07/2024, à 04h13.
(2)-Roland PRESSAT, **Dictionnaire de Démographie**, Op.cit, p 132.
(3)- Finger C: **Caesarean section rates skyrocket in Brazil. Many women are opting for Caesareans in belief that is a pratical solution**, National Library of medicine. Maryland., Vol 362, N°9384, August 2003, p 628.
(4)-World Health Organisation: **Recommendation on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section**, Geneva, Switzerland, 2018.
(5)- http://www.mayoclinic.org/ar/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655, Consulté le 22/07/2024, à 04h00.

عاجلة) لأسباب تتعلق بالأم؛ تنتج عن خوف الأم من الولادة الطبيعية، أو تعرّضها لولادة قيصرية سابقة، أو ارتفاع سن الأم عند الولادة خاصة ولادة البكر، أو تعرض الأم لمشاكل صحية كإصابتها بأحد الأمراض المزمنة (ارتفاع ضغط الدم أو سكري الحمل)، أو لأسباب متعلقة بصحة الجنين كالتفاف الحبل السري حول عنقه، أو كبر حجمه، أو زيادة مدة الحمل لمدة تفوق 42 أسبوعًا، كما قد يتمّ اللجوء إليها إذا أثناء تعسر الولادة الطبيعية بسبب ضيق حوض الرحم أو حدوث تعقيدات تهدّد حياة الأم، كتعرّضها لنزيف شديد أثناء الولادة.

6. الرضاعة الطبيعية:

تعتبر الرضاعة الطبيعية عملية فيزيولوجية وسيكولوجية لكل من الوليد والأم، فالوليد اعتاد في مرحلة ما قبل الولادة أن يحصل على غذائه بطريقة سهلة وأن يعيش في الرحم في جو مستقر وهادئ، ولكن انفصاله عن الأم يفقده التكيف الوثيق ويدفعه لتكيف جيد مع ظروف أخرى جديدة[1]. ويقصَد بها إرضاع المولود من لبن الأم عن طريق حلمة الثدي بالتبادل، ولبن الأم هو الذي يطلق عليه الرضاعة الطبيعية ولونه قريب من اللون الأبيض[2].

تختلف مدة الرضاعة اختلافا كبيرا باختلاف قدرة الطفل على الامتصاص، حيث يرضع الطفل في مواعيد ثابتة لا تتغير من يوم لآخر، فيعطى الثدي بالتناوب حوالي 6 مرات خلال 24 ساعة أي بمعدل رضعة كل 4 ساعات، وقد يزيد عدد الرضعات بحسب الرضيع، وعند الانتهاء من الرضاعة تحمل الأم طفلها عموديا على كتفها وتضربه ضربا خفيفا على ظهره حتى يتجشه ويخرج ما ابتلعه من الهواء[3]. كما أنّ للرضاعة الطبيعية فوائد وأهمية كبيرة للأم والطفل معًا، فلبن الأم يحتوي على كل المواد الغذائية اللازمة للنمو العقلي والجسمي السليم للطفل، وهي تساعد الأم على فقدان الوزن الزائد الذي اكتسبته خلال فترة الحمل، وتساهم في ارجاع الرحم لمكانه وحجمه الأصلي، و تحمي الأم من سرطان الثدي والرحم، حسب ما أثبتته بعض الدراسات العلمية.

وقد عرّفت منظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للطفولة اليونيسيف عدّة مقاييس للتغذية الملائمة حسب سن الطفل، فبالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و5 أشهر تُعدُّ الرضاعة الطبيعية الخالصة هي التغذية الملائمة، أما الأطفال البالغة أعمارهم بين 6 و8 أشهر فتُعتبَر تغذيتهم ملائمة إذا كانت تتكون من لبن الأم ومواد تكميلية (صلبة أو نصف صلبة)

(1)- سامي عريف، **علم النفس التطوري**، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 1974، ص65.

(2)- محمد رفعت، **الطفل**، عز الدين للطباعة والنشر، لبنان، 1992، ص180.

(3)- أنور حافظ عبد الحليم، **الاتجاهات الحديثة في تربية الطفل**، مؤسسة جامعة الشباب، 2008، ص 76.

مرتين في اليوم على الأقل، أمّا بالنسبة للأطفال من 9 إلى 11 شهرًا فتغذيتهم تُعدُّ ملائمة إذا كانت تتكون من حليب الأم ومواد تكميلية ثلاث مرات في اليوم.(1)

1.6. الرضاعة الطبيعة الحصرية:

نقصد بالرضاعة الطبيعية الحصرية (الخالصة)، تغذية الأطفال من لبن الأم الخالص، الفيتامينات، المواد المعدنية أو الأدوية، ويُحسَب معدّلها بقسمة عدد الأطفال الرضع البالغين من العمر ما بين 0 و6 أشهر الأولى على مجموع الرضع في نفس السن.(2)

تعريف إجرائي للرضاعة الطبيعية الحصرية:

تمثل تغذية المولود على لبن الأم الخالص فقط، دون أي سوائل أو إضافات أخرى –بالإضافة إلى حليب الأمّ– وهذا خلال الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة.

2.6. الرضاعة الطبيعية غير الحصرية:

تتمّ بتزويد الرضيع بسوائل متنوعة –إضافة إلى حليب الأم– كتلقيه حليبًا آخر غير حليب الأم، ماء ومحلول مركب من ماء وعناصر أخرى، عصير الفواكه، أدوية موصوفة وتغذية سائلة.(3)

7. السلوك الانجابي:

يمثل السلوك –في الدراسات الاجتماعية– سلسلة من المواقف والتفاعل بين الإنسان وبيئته(4)، أيّ فعل يستجيب به الكائن الحي برمته لموقف ما، استجابة واضحة للعيان، وتكون عضلية أو عقلية أو هما معًا، ويترتب عن هذه الاستجابة لَفْظ السلوك، كما يميّز بين السلوك الصريح أو الظاهر والسلوك المسلك الذي يطلق عليه هذا الاسم عندما يتخذ السلوك صفة الخلفية أو يتسم بالتوجيه، وقد قد يكون السلوك فطريًا يشترك بين جميع أفراد النوع، كما قد يكون مكتسبًا، متعلقًا بفرد واحد ولا يشمل حتمًا جميع أفراد النوع الواحد.(5)

(1)-http//: unicef.org/arabic/nutrition_43606.html, consulté le 28/2020 à 12h47.
(2)-MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIER, UNFPA, UNICEF: **Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2019,** Rapport final des résultats, Algérie, Décembre, 2020, p 45.
(3)-Idem, p 45.
(4)–أحمد زكي بدوي ، **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية**، مكتبة لبنان، بيروت، 1977، ص 111.
(5)– المرجع نفسه، ص 39 .

يضمّ مفهوم السلوك الإنجابي –إضافة إلى مجمل العوامل الاجتماعية– حيزًا واسعًا من العناصر الديمغرافية ليشمل السن عند الزواج وإنجاب الطفل الأول، الفترة بين الطفل الأول والذي يليه، عدد الأطفال الذكور والإناث، عدد الوفيات، حجم الأسرة، عدد مرات الزواج، وكذلك نوعية الأطفال إناثًا وذكورًا، والعدد المفضل منهم، والاتجاه نحو تنظيم الأسرة...[1]

وبذلك يمكن تعريف السلوك الإنجابي على أنّه جملة من القرارات التي يتخذها الزوجان، تجاه عملية الإنجاب، بتحديد الفترة الزمنية بين مختلف ولاداتهما، أخذًا بعين الاعتبار الظروف الأسرية؛ الصحية، الاجتماعية والاقتصادية، وذلك من خلال تجنب حالات الحمل عالية الخطورة، والتي يمثلها الحمل المبكّر والمتأخر والحمول المتلاحقة.

8. تنظيم الأسرة:

يشير مفهوم تنظيم الأسرة إلى التخطيط العائلي «Planification familiale»، أو «Planification des naissances»، الذي يُعرّفه القاموس الديمغرافي لـ"رولان بريسا"على أنه: "التصميم أو التنظيم العائلي أو التحكم في عدد الولادات باستخدام وسائل منع الحمل الحديثة".

Constitution de la descendance selon certains normes d'espacement et de dimension finale. Ce n'est qu'avec les méthodes modernes de contraception que la planification des naissances peut être pleinement réalisées par les couples sans recourir à l'avortement provoqué».[2]

وقد اُستعملت عبارات أخرى –في هذا الشأن– مثل الوصول إلى تنظيم النسل عن طريق استخدام الوسائل المختلفة لمنع الحمل. إذًا فالتخطيط العائلي يمثل عملية منع الحمل لفترة زمنية معينة باستعمال وسائل منع الحمل من طرف أحد الزوجين أو كلاهما معًا.

9. وسائل منع الحمل:

تعرف وسائل منع الحمل بأنها طرق تستعمل للوقاية من الحمل، وتستعاد الخصوبة بعد التوقف عن استعمالها، وعلى العكس من ذلك، فإن التعقيم يشكل طريقة نهائية لمنع الحمل، وهناك طرق مختلفة من وسائل منع الحمل يمكن لكل امرأة اختيار الأنسب لها، بعد التعرف عليها، تحت إشراف طبي.[3]

(1)– علي عبد الرزاق جلبي، **علم اجتماع السكان**، دار النهضة العربية، بيروت، ص 199.

(2)-Roland PRESSAT, **Dictionnaire de Démographie**, Op.cit. p 151.

(3)-http://www.institutobernabeu.com/ar/contraception-preventing-pregnancy/,consulté le 31/07/2024, à 20h51.

1.9. منع الحمل:

هو فعل مقصود من جانب الزوجين للحيلولة دون حدوث الحمل، وهناك عدة وسائل لمنع الحمل، إلى أن فعاليتها نسبية يتم تقديرها اعتمادًا على مقاييس متعدّدة، كما يجب التفرقة بين إنهاء الحمل بإجهاض عمدي من جهة ومنع الحمل من جهة أخرى، مع أن كليهما يُعدّ بمثابة وسيلة لتحديد النسل وتنظيم الأسرة أو ضبط الخصوبة الأسرية.(1)

يعبر منع الحمل عن "تقنية يتمّ –من خلالها– منع حدوث الحمل أثناء االعلاقة الجنسية، باستخدام وسائل منع الحمل".

«Pratique ayant pour but d'empêcher que les rapports sexuels aboutissent à une conception».(2)

تنقسم وسائل منع الحمل إلى قسمين؛ تقليدية وأخرى حديثة، وتتعدد أشكالها وتتنوع، فمنها ما يخص النساء فقط، ومنها المتعلق بالرجال على وجه الخصوص، ومنها المشترك بين الزوجين.

تعددت وسائل منع الحمل على مر العصور، ابتداء من العزل والقذف الخارجي، إلى استغلال فترتي الأمان أو العد خلال الدورة الشهرية للمرأة، إلى الوسائل الحديثة التي عرفت تطوّرًا كبيرًا وأصبحت تحقق هدفها بنسب مرضية. وقد ضاعف ازدياد الوعي والثقافة العامة لدى الأزواج والرغبة في التنظيم عملية الإنجاب من إقبال الأسرة على البحث عن أفضل وسائل منع الحمل واستخدامها، إما بعد الزواج مباشرة وإما لخلق فترة زمنية مناسبة بين الولادات، وتتنوع هذه الطرق إلى:

2.9. وسائل تقليدية:

أ. **الرضاعة الطبيعية:** إذ تعد الرضاعة الممتدة وسيلة غير مباشرة لمنع الحمل، خاصة إذا اعتمد الرضيع اعتمادًا كاملا على لبن الأم، حيث أن إرضاع المولود مباشرة بعد الولادة لفترة طويلة ومنتظمة من شأنه حماية الأم من حالة حمل جديدة حتى مرحلة الفطام.

ب. **فترة الأمان:** تعتمد هذه الطريقة على الحساب وتحديد فترة الخصوبة للمرأة والامتناع عن الاتصال الجنسي خلال هذه الفترة(3). ويجدر بالذكر أن هذه الطريقة لمنع الحمل غير مضمونة تماما ونسبة فشلها تكون عالية.

(1)–مصطفى خلف عبد الجواد، **علم اجتماع السكان**، الطبعة الثانية، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013، ص356.

(2)-Roland PRESSAT, **Dictionnaire de Démographie**, Op.cit, p 32.

(3)– يونس حمادي علي، **مبادئ علم الديمغرافية**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2010، ص159.

ج. **العزل (القذف الخارجي)**: وهو الجماع المقطوع، يتم بسحب القضيب قبل حدوث القذف و إفراز السائل المنوي خارج الرحم. (1)

3.9. وسائل حديثة:

أ. **الطرق الكيميائية (الهرمونات)**: فهي إما حبوب أو حقن تحتوي على هرمون الأستروجين والبروجسترون، ويتم أخذها إمّا لمدة شهر أو ستة أشهر، وتقدَّر نسبة نجاحها بـ 99%.

✓ **الأقراص**: وهي عبارة عن حبوب معروفة وواسعة الانتشار، ظهرت لأول مرة سنة 1956، واستعمالها سهل ومضمون وغير خطيرة إذ استعملت بالشروط المطلوبة، تحتوي على الاستروجين والبروجسترون، وتتكون من 21 قرصا؛ حيث يبدأ استعمالها من اليوم الخامس للحيض، ويتمّ التوقف لمدة سبعة أيّام، وتكمن وظيفتها في منع عملية الإباضة عن طريق كبح إفراز fsh وlh، ممّا يساهم في تغيّر مخاطة الرحم وتضييق النخامة العنقية، وبالتالي منع التعشيش والإخصاب، علما بأن هذه الأقراص يُمنَع الإقدام على استعمالها دون استشارة الطبيب المختص، وذلك تفاديا لبعض الأخطار التي قد تصيب المرأة.

وتكون هذه الحبوب ممنوعة على النساء المصابات بالأمراض القلبية، الأوعية الدموية، داء السكري، دراء السمنة، أمراض الكبد، أمراض السرطان، الأعصاب والأمراض العقلية.(2)

✓ **الحقن**: وهي عبارة عن مركب هرموني يحقن في العضل مباشرة بعد انتهاء من موعد الدورة الشهرية، أو بعد الولادة بستة أسابيع، فيمتنع الحمل بسببها لمدة ثلاثة أشهر متوالية، فإذا رغبت المرأة [illegible] حقنة أخرى، فيمنع الحمل لمدة ثلاثة أشهر أخرى، وهذه الطريقة قد تسبب عدة عراقيل، وقد لا تلائم كل النساء، ولهذا ينصح استعمالها بموافقة الطبيب المختص.(3)

✓ **البويضات الذائبة (التحاميل)**: تُستعمَل قبل الجماع بمدة زمنية قدرها 30 دقيقة، وتدخل داخل المهبل فتذوب التحميلة تحت تأثير حرارة الجسم، وهي تحتوي على مواد قاتلة للمني.(4)

(1)-يونس حمادي علي، **مبادئ علم الديمغرافية**، مرجع سابق، ص 159.

(2)- سبيرو فاخوري، **تنظيم الحمل بالوسائل الحديثة**، مطابع أوقستا تكنوغرافيا، لبنان، 1996، ص 184.

(3)- المرجع نفسه، ص 185.

(4)-ABDEL AZIZE BOUISRI:**La cotraception et la pratique de la contraception**, ESTEM, Paris, 2002, p451.

ب. طرق ميكانيكية: تشمل مجموعة من الآليات التي تمنع حدوث الحمل بدون هرمونات، ويتمّ ذلك باستخدامها على الجهاز التناسلي مباشرة، نذكر منها:

✓ **اللولب المانع:** هو أداة من البلاستيك والنحاس يضعه الطبيب داخل تجويف الرحم ويمنع مرور الحيوانات المنوية وتستبدل كل ثلاث أو خمس سنوات. (1)

✓ **الواقي الذكري:** هو وسيلة حاجزيه لمنع الحمل، مصنوع من المطاط أو البلاستيك الرقيق جدًّا، عند تركيبه بشكل صحيح يعمل الواقي الذكري على وقف الحيوانات المنوية من دخول المهبل، يوضع على القضيب المنتصب قبل أي اتصال بالأعضاء التناسلية.(2) يُعرَف بالقبعة الإنجليزية، وهي قبعة واقية من الحمل ومن الأمراض الزهرية، وهو عبارة عن كيس بلاستيكي شفاف، يبلغ طوله ما بين 18 إلى 20 سنتيمتر، وقطره 3,5 سنتيمتر، يتميّز بالمرونة الشديدة، كما يوجد واقي يتميّز باللزوجة، مغطى بمادة هلامية ضدّ الحساسية(3)، وقد نصح الأطباء باستعماله خلال السنوات الأخيرة كونه يساهم في الوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيًا كالسيدا.(4)

✓ **الواقي الأنثوي:** هذا غمد البلاستيك اللين الذي يغطي المهبل والمنطقة الخارجية المحاذية ويعمل من خلال وقف الحيوانات دخول المهبل.(5)

ج. التعقيم: وهو المنع النهائي لحدوث الحمل، يخص الجنسين معًا، ويتمثل في إجراء عملية جراحية لمنع الحمل، ولا يتمّ اللجوء إليها إلا عند عزوم الزوجين معًا على عدم الإنجاب مرة أخرى، وهي تشمل:

✓ **ربط قناة فالوب:** حيث يتمّ قطع قناتي الرحم وربطهما من خلال وضع عقدة على كل خرطوم من طرف طبيب مختص لمنع إلقاء الأمشاج، وبالتالي منع التخصيب، وتحتاج هذه العملية من ستة إلى أربعة أيام للبقاء في المستشفى.(6)

---

(1)- حسام سليمان سيد، **محددات استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين النساء الفلسطينيات بكلية التربية**، جامعة القدس المفتوحة قطاع غزة، فلسطين، 2010-2011.

(2)- خدمة ليفربول لتعزيز الصحة، **دليل لمنع الحمل**، 2012، ص7.

(3)- سبيرو فاخوري، **تنظيم الحمل بالوسائل الحديثة**، مرجع سابق، ص 140.

(4)-NADIA BELAAGOUEG: **Dix années de contraception orale**, thèse pour obtenir du doctorat en médecine, université de Constantine, Algérie, 1982, p 11.

(5)-خدمة ليفربول لتعزيز الصحة، **دليل لمنع الحمل**، مرجع سابق، ص7.

(6)- HERVELE BRAS: **Planification familiale et promotion de la santé- une requise historique**, (SNMPMI), Paris, 1998, p 25.

ربط القناتين القاذفتين: بالنسبة للرجل فإنّ العملية تتمثل في قطع الحبلين المنويين وبطهما من خلال وضع عقدة على ، قناة قاذفة بعد فتح كيس الصفن لمنع الحيوانات المنوية من مغادرة الخصيتين، وهذا يصبح المني حاليًا من الحيوانات المنوية، وتستغرق هذه العملية حوال عشرون دقيقة، وتتمّ تحت تأثير مخدر موضعي، ولا تحتاج للبقاء بالمستشفى.[1]

10. السياسة السكانية:

رفها الديمغرافي رولان بريسا بأنها: " ، القرارات التي تتخذها السلطة العامة بهدف التأثير في النمو السكاني"[2]، كما مثلت السياسة السكانية: "كل ما تتخذه الدولة من إجراءات أوتسنه من قوانين للتأثير على خصائص السكان ولتوجيهها حسب ما ترتئيه أو حسب ما ورد في خطة التنمية، والسياسة السكانية لا تقتصر على تشجيع نمو السكان أو العكس ورفع مستوى الخصائص السكانية وهيكل القوى العاملة وتنظيم الهجرة وتدفق العمالة من الخارج، وكذا العمل على تحسين ظروف السكان وتضييق الفجوة الاقتصادية والاجتماعية بين سكان الريف والحضر".[3]

لد عرفتها الأمم المتحدة على أنها: " رامت حكومية بشكل قوانين وأنظمة وبرامج، تهدف إلى محاولة التأثير في العوامل الثلاثة للتغير السكاني؛ المواليد، الوفيات والهجرة ، كوسيلة لتعزيز التنمية الاجتماعية والاقتصادية".[4]

11. السياسة الصحية:

لعرّف السياسة الصحية على أنها: "مجال دراسي يحتوي على مجالات عديدة، يحلل أثر السلطة على المجتمع وصحة ، والسياسات الصحية هي الخطط التي توضع لتوفير رعاية صحية جيدة للأفراد في كل المجتمعات، حيث أنّ المؤسسات السياسية هي التي تهتم بالمؤسسات الصحية والأمر هنا سياس، فالخطط يتم تسليمها للدولة وهي المسؤولة عن تنفيذها وتنظيمها في البيئة الصحية، ويعتبر كل من يعمل في مجال الطب على وسيط بين السياسة والمجتمع، حيث يمكنه الاعتراض على سياسيات الحكومة الصحية ومحاولة توصيل صوت الآخرين".[5]

(1)-HERVELE BRAS: **Planification familiale et promotion de la santé- une requise historique**, (SNMPMI), Op.cit, p 25.

(2)-ROLAND PRESSAT: **Dictionnaire Démographique**, Op.cit, p 151.

(3)-عوض حنفي، **المشكلة السكانية وتحديات الحياة**، الطبعة الأولى، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1997، ص 183.

(4)- الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، **نشرة الإحصاءات الحيوية للمنطقة**، بيروت، العدد الخامس، 2003، ص 4.

(5)-http://artic.nl7za.com/question-and-answer/مفهوم-السياسة-الصحية-وأبرز-الأمثلة-عليها/,consulté le15/08/2024,à 04h28.

يمكن تعريف الصسياسة الصحية بأنه:"تعبير عن الأأهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية، وترتيب الأولويات بين هذه الأهداف والإتجاهات"[1]

وهي عبارة عن:"مجموعة من العلاقات المترابطة والمتكاملة من القرارات والنشاطات التي تشكل جزءاً من استراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية".[2]

من خلال هذه التعاريف يمكن تعريف السياسة الصحية بأنها: "مجموعة من القرارات الحكومية في المجال الصحي، يُعبَّر عنها من خلال الخطابات الرسمية والوثائق الدستورية، ويتم تنفيذها من قبل أعلى سلطة في الدولة؛ تمثلها غالبًا وزارة الصحة، وهي لا تنحصر في مجال العلاج بل هي جزء من السياسة التنموية الاجتماعية والاقتصادية الشاملة، والتي تهدف أساسًا إلى تحسين نوعية الحياة".

12. الصحة الإنجابية:

تعرف الصحة الإنجابية –حسب المنظمة العالمية للصحة– بأنها: "حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليس مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة، ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية مرضية وآمنة، وقدرتهم على الإنجاب، وحريتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، ويشمل هذا الشرط الأخير ضمنا على حق الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الخصوبة التي يختارانها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكّن المرأة من اجتياز فترة الحمل والولادة بأمان، وتتيح للزوجين أفضل الفرص لإنجاب وليد متمع بالصحة. [3]

1.12 الرعاية الصحية الانجابية:

تماشيًا مع تعريف الصحة الإنجابية –سالف الذكر– تعرّف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها مجموعة من الطرق والأساليب والخدمات التي تساهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع حدوث مشاكل الصحة الإنجابية وحلها، وهي –أيضًا– تشمل

(1)– منظمة الصحة العالمية، **طب المجتمع**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 1999، ص 43.

(2)–صلاح محمود دياب، **إدارة خدمات الرعاية الصحية**، ناشرون وموزعون، دار الفكر، عمان، 2009، ص 216.

(3)– الأمم المتحدة، **تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة**، 5–13 سبتمبر 1994، نيويورك 1995، الفقرة 2–7، ص38.

الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية، لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي[1].

2.12. رعاية الأمومة:

تمثل إحدى عناصر الصحة الإنجابية، بما فيها **الرعاية الصحية للمرأة الحامل**؛ والتي تتمثل في الوصول الأم والجنين إلى تمام الحمل بسلام من خلال الفحوص الدورية التي تركز على تثقيف الحامل بما يخص كافة التغيرات المتعلقة بالحمل والرضاعة، بالإضافة إلى الفحص الطبي الشامل الذي يهدف إلى كشف الحمول عالية الخطورة وإزالتها عند الزوم لتلقى الرعاية الصحية اللازمة[2]، بالإضافة إلى **رعاية الولادة**؛ والتي تعبّر عن انتهاء مرحلة الحمل وخروج المولود إلى الحياة، وهي مرحلة تشهد فيها الأم الكثير من المعاناة وتحتاج -بذلك- لعناية صحية لائقة بوضعها الصحي، ممّا يساهم في التقليل من وفيات الأمهات أثناء الولادة.وتستمر الرعاية إلى غاية مرحلة **ما بعد الولادة**؛ حيث أن رعاية ما بعد الولادة – المقدمة خلال الـ24 ساعة الأولى من الولادة، وفي اليوم الثالث بعد الولادة، ثم في الأسبوعين الثاني والسادس – لا تقل أهمية عن رعاية ما قبل الولادة، إذ يمكن للمرأة [illegible] تصاب بالنزيف أوتعفن الدم أواضطرابات ارتفاع ضغط الدم بعد مغادرتها للمركز الصحي. كما يكون الأطفال حديثي الولادة في غاية الضعف بعد الولادة مباشرة، لذا يوصي صندوق الأمم المتحدة للسكان بشدة بزيارات المتابعة من قبل العاملين الصحيين لتقييم صحة كل من الأم والطفل في فترة ما بعد الولادة.[3]

تعريف إجرائي للصحة الإنجابية:

يتحدّد في جانب رعاية الأمومة، من حيث سلوك المبحوثة المعتد في متابعتها لصحتها خلال فترتي الحمل وما بعد الوضع، من خلال إجرائها للفحوصات اللازمة.

13. مفهوم الريف:

لا يمكن التطرق لمفهوم الريف دون الحديث عن المجتمع الريفي والمجتمع الحضري، ويُعتبَر ابن خلدون (1332-1406م) أول عالم اجتماع عربي ميّز بين المجتمع الريفي والحضري، وذلك في الباب الثاني من مقدمته المشهورة، ودرس العوامل

(1)-الأمم المتحدة، **تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة**،مرجع سابق، ص38.

(2)- المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية السورية، سوريا، 2001-2002 ،ص121

(3)- https://arabstates.unfpa.org/ar/ar/صحة-الأم , consulté le 27/08/2024, à 18h30.

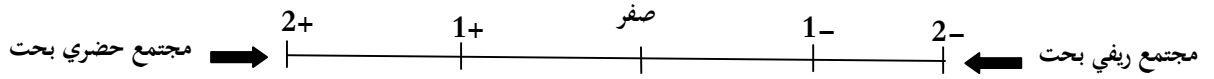
الاجتماعية التي تنشئ كل من المجتمعين كما لاحظها في عصره، ومن ذلك يقول أن البادية (الريف) أقدم من الحضر، إذ هو ينظر إليها كما ننظر نحن إلى المجتمع الريفي.[1]

د حدّد خصائص هذا المجتمع –الذي أطلق عليه اسم البداوة– وعرفه بقوله أنّ: "أهل البدو ممّن يقومون بأعمال الغرس والزراعة والقيام على الحيوان من الغنم والبقر والنحل...".[2]

ويُعتبَر الريف –عند علماء الاجتماع– بأنه: "تلك المناطق الزراعية التي يعيش فيها الفلاح ويمارس الزراعة كمهنة رئيسية، بالإضافة إلى تلك الحرف الأخرى مثل الرعي، تربية الحيوان، تصنيع منتجات الألبان وبيع الصناعات الريفية مثل صناعة الفخار والحصير والنسيج اليدوي ..."[3]

ويمثل الريف –عادة– مجموعة المناطق المحيطة بالمدن، ويمتاز بالمناطق الطبيعية والزراعية، كما يعدّ أحد أهم الظواهر التي تساهم في التقليل من حدة التلوث البيئي، الذي لطالما عانت منه المدن الصناعية –على وجه الخصوص. ويتميّز الريف بقلة الكثافة السكانية، والتوزيع المشتت لعدد السكان في الكيلومتر المربع، ويعيش في حالة تبعية دائمة للمدينة في مختلف الخدمات الأساسية؛ من تعليم، صحة وترفيه، حيث يتميّز –هذا الأخير– بالعزلة، وأفراده بالأمية وعدم معرفة القراءة والكتابة والتجانس أو التشابه الثقافي والبيولوجي والحراك الاجتماعي، الأمر الذي يشجع على الهجرة الريفية الحضرية.

وفي محاولات تهدف إلى التفريق بين الريف والمدينة، استخدم **ليكرت Likert** متصلا متدرجًا بين المجتمعين، معتمدًا على متغير المهنة في التصنيف، يوضحه المخطط التالي:[4]



✓ (–2) تمثل مجتمع ريفي خالص، نسبة السكان الذين يشتغلون بالزراعة متئة في المائة؛

✓ (–1) تمثل نسبة التريف به خمسة وسبعون في المائة، أي نسبة التحضر فيها 25%، وهم من تركوا مهنة الزراعة واتجهوا إلى مهن أخرى تجارية وإدارية وخدماتية وصناعية؛

(1)–فؤاد بن غضبان، **علم الاجتماع الحضري**، دار الرضوان للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 1435هـ – 2014م، ص 62.
(2)–عبد الحمن ابن خلدون، **المقدمة**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، 2007، ص 134.
(3)–محمد عاطف غيث، **دراسات في علم الاجتماع القروي**، دار المعارف، الإسكندرية، مصر، 1986، ص 94.
(4)–فؤاد بن غضبان، **علم الاجتماع الحضري**، مرجع سابق، ص 62.

✓ الصفر يشير إلى مجتمع نسبة الريفيين والحضريين فيه متساوية وهي 50% أي نصف السكان يمتهنون الزراعة، والنصف الآخر الأعمال غير الزراعية؛

✓ (+1) يشير إلى مجتمع غالبيته حضريون يمتهنون مهنًا خاصة بالمدينة أي بنسبة 75%؛

✓ (+2) يمثل مجتمع حضري 100% سكانه يشتغلون بمهن غير زراعية.

وقد انحصر تعريف الديوان الوطني للإحصائيات للريف الجزائري ضمن مفهوم "**الشبه ريفي**"، على أن لا تقل كثافته عن 3000 نسمة، وأن 50% من سكانه يمتهنون مهنًا غير زراعية، وأن تكون المنطقة مزودة بمختلف شبكات المياه الصالحة للشرب، الكهرباء، وشبكات صرف المياه الملوثة.

Le semi rural est défini selon les critères suivants:

- ✓ Seuil minimum d'habitants fixé à 3000;
- ✓ Nombres d'occupés égal à 500 dont au moins 50% d'entre eux exercent des activités non agricole;
- ✓ Le raccordement obligatoire aux réseaux AEP, Electricité, Assainissement).

Les agglomération restant sont désignées sous l'appellation de «rurale agglomérée».[1]

14. العوامل الجغرافية:

جملة من العوامل الطبيعية (المناخ، التضاريس، التربة، موارد المياه، الموارد الطبيعية)، والبشرية (اتجاهات النمو السكاني، الحرفة السائدة، المواصلات – الحروب والمشكلات السياسية)، المؤثرة التي تعمل بشكل منفصل أو متصل في تحديد نمط توزيع السكان، وفي الغالب تتداخل هذه العوامل فيما بينها بشكل مترابط في رسم الصورة النهائية لهذا التوزيع.[2]

تعريف إجرائي للعوامل الجغرافية: هي مجموعة من الأقاليم التي توضح توزيع السكان عبر التراب الوطني، والتي صُنّفت إلى سبعة أقاليم أساسية، تمّ تجميعها في ثلاثة أقاليم مهمة، تمثلت في الإقليم الشمالي، الهضاب العليا والجنوب.

(1)-ONS:**Recensement Générale de la Population et de l'Habitat 2008**, **ARMATURE URBAINE**, Collection Statistique N°163/2011, Série S: Statistique Sociale, Septembre 2011, p 129.
(2)-http://almerja.net/reading.php?idm=161229, consulté le 31/07/2024, à 21h14.

15. العوامل الديمغرافية:

بيانات ديموغرافية تحمل معلومات حول مجموعات من الأشخاص وفقًا لسمات معينة مثل العمر، الجنس، مكان الإقامة، ويمكن أن يشمل العوامل الاجتماعية والاقتصادية مثل المهنة، الحالة الأسرية أو الدخل.(1)

تعريف إجرائي للعوامل الديمغرافية: هي جملة من المتغيرات التي تعكس خصائص المبحوثة، والمتمثلة في السن، السن عند الزواج الأول، مدة الزواج، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، جنس المولود ورتبته.

16. العوامل السوسيو اقتصادية:

تعرف بالحالة الاجتماعية الاقتصادية (Socioeconomic status) ، وهي مجموع القياس الاقتصادي والاجتماعي المشترك من خبرة الشخص في العمل أو موقف الفرد أو الأسرة الاقتصادي والاجتماعي بالنسبة للآخرين على أساس الدخل والتعليم والوظيفة.(2)

تعريف إجرائي للعوامل السوسيو اقتصادية: هي جملة من المتغيرات التي تعكس الوضع الثقافي، الاجتماعي والاقتصادي للمبحوثة، والمتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، نوع المسكن، الحالة الفردية (الحالة المهنية) والمستوى المعيشي (يقاس من خلال مؤشر الثروة الخماسي).

17. العوامل الصحية:

الحالة الصحية للشخص، والتي تحدد من خلال الصفات البيولوجية مثل تركيبته الوراثية، ونوعية البيئة المادية والنفسية والاجتماعية التي يعيش فيها، وسلوكياته وتصرفاته الشخصية، بالإضافة إلى ما يتوفر له من رعاية صحية وطبية لأغراض الوقاية أو التشخيص والعلاج.(3)

تعريف إجرائي للعوامل الصحية: هي جملة من المتغيرات التي تعكس الوضع الصحي للمبحوثة، والمتمثلة في الحالة المرضية للمبحوثة –من حيث إصابتها بالأمراض المزمنة أو عدم إصابتها– بالإضافة إلى سنها عند تشخيص المرض المزمن.

(1)-http://www.questionpro.com/blog/ar/البيانات-الديموغرافية-ما-هي-وكيفية-ال/ , consulté le 31/07/2024, à 21h21.

(2)-http://ar.wikipedia.org/wiki/حالة_اجتماعية_اقتصادية , consulté le 02/08/2024, à 05h04.

(3)-http://www.aletihad.ae/wejhatarticle/59094/, consulté le 01/08/2024, à 12h28.

VI. الدراسات السابقة:

للدراسات اللسابقة أهمية علمية ومنهجية، فهي تساعد الباحث العلمي على التعرف أكثر على موضوع بحثه، من خلال إطلاعه على مختلف المناهج والوسائل التي استعملها الباحثون السابقون في معالجة مواضيعهم، فهي تمثل كل الدراسات والأبحاث والأطروحات والرسائل الجامعية التي تناولت نفس الظاهرة التي يتناولها الباحث[1]، ويُشترَط في الدراسات أن يكون لها موضوع وهدف ونتائج، أمّا إذا وُجِدَت فرضيات البحث والعينة والمنهج والأدوات، تصبح حينها أكثر تفصيلا ودقة[2]، ومن خلال النتائج التي توصلت إليها يمكن للباحث مقارنتها ببحثه حتى تكتمل المعارف والمكتسبات العلمية المتعلقة بموضوع البحث.

ومن هذا المنطلق، سنحاول إدراج أهم الدراسات التي تخدم موضوع بحثنا، والتي اعتمدناها كمراجع توضح مختلف المراحل التي مرت بها هذا الدراسة، من بينها:

الدراسة الأولى:

دراسة من إعداد عميرة جويدة، تحت عنوان "**المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي**"، دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضى على زواجهن 5-10 سنوات، وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع الديمغرافي بجامعة الجزائر خلال السنة الجامعية 2004-2005.

هدفت هذه الدراسة إلى البحث عن مدى وجود التخطيط أو المشروع الإنجابي لدى المرأة الجزائرية، وفي حالة وجوده فعلا، حاولت البحث في العوامل الاجتماعية المؤثرة فيه، من خلال دراسة وعي وقناعة المرأة الجزائرية بهذا المشروع قبل أو بعد الزواج، بالإضافة إلى العوامل المحيطة بها كالأسرة التي تنتمي إليها، المنطقة السكنية التي تقطنها، بالإضافة ووضعها الاقتصادي والاجتماعي.

اعتمدت هذه الدراسة المنهج الكمي، والذي تمّ تطبيقه على عينة قصدية وطنية حجمها 1259 امرأة في سن الإنجاب (15-49 سنة)، متزوجة ومقيمة بالوطن، قد مضى على زواجها ما بين 5 إلى 10 سنوات وقد أنجبت على الأقل ولادة حية واحدة، بحيث انقسمت هذه الدراسة إلى مرحلة استطلاعية ت ما بين نهاية شهر ديسمبر 2001 وبداية شهر جانفي 2002 في كل من ولاية الجزائر وبومرداس، تلتها مرحلة تطبيقية استغرقت مدة انجازها حوالي ستة أشهر، امتدت من تاريخ 23 فيفري إلى 25 أوت من سنة 2002، ، واعتمدت -لتحقيقها- على تقنية الاستمارة بالمقابلة التي احتوت 79 سؤالا موزعة

(1)- بلقاسم سلاطنية و حسان الجلاني ، **منهجية العلوم الاجتماعية**، دار الهدى، الجزائر، 2004، ص 113.

(2)- رشيد رزواتي، **تدريبات على منهجية البحث العلمي في علم الاجتماع**، جامعة المسيلة، الجزائو، 2002، ص 91.

على أربعة محاور تخدم موضوع البحث، وقد تراوح عدد الاستمارات المملوءة ما بين 40 إلى 60 استمارة في الأسبوع، ضف إلى ذلك فترة البحث الببليوغرافي التي سبقت مرحلة العمل الميداني، بهدف التقرب أكثر من الموضوع وتفكيك عناصره، والتي شملت مكتبة قسم علم الاجتماع، المكتبة الوطنية والجامعية، المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي CNES، مركز البحوث الاجتماعية والاقتصادية CREAD، المركز الوطني للدراسات والتحاليل الخاصة بالتخطيط CENEAP، وغيرها من المصادر، حيث استغرقت هذه المرحلة حوالي ثلاث سنوات.

خلصت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج، يمكن تلخيصها في وجود جملة من العوامل الاجتماعية، الاقتصادية، نية، والصحية المتداخلة فيما بينها، سواء متعلقة بالمرأة أو مرتبطة بالظروف المحيطة بها، والتي اشتركت مع بعضها البعض لتشكّل العوامل الحقيقية الدافعة لوجود وتطبيق المشروع الإنجابي الخاص والمشترك، كما أن تطبيقها تجاوز العوامل الاجتماعية والثقافية إلى العوامل الاقتصادية التي كان لها الدور الفعال في توجيه السلوك الإنجابي للمرأة الجزائرية.

ساهمت هذه الدراسة في تزويدنا ببعض العوامل التي توجه السلوك الإنجابي للمرأة الجزائرية، الأمر الذي ساعدنا في ضبط بعض جوانب الإطار النظري والتطبيقي، من خلال توجيهنا نحو تفكيك مفهوم السلوك الإنجابي، وبعض العوامل المؤثر فيه، وبذلك التقرب أكثر من موضوع دراساتنا.

الدراسة الثانية:

دراسة من إعداد سي الطيب فاطمة الزهراء، تحت عنوان **"معارف ومواقف الفتاة تجاه الصحة الإنجابية"**، دراسة على عينة من الشابات القاطنات بالجزائر العاصمة، وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي بجامعة الجزائر-2، خلال السنة الجامعية 2010-2011.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على الأبعاد الثقافية والاجتماعية للفتاة الجزائرية المرتبطة بالصحة الإنجابية، من خلال تشخيص معارفها ومواقفها تجاه بعض أبعاد الصحة الإنجابية المتعلقة بمظاهر البلوغ، المسائل الجنسية، تنظيم الأسرة قضايا الزواج والإنجاب، والأمراض المنقولة جنسيًا، بما فيها مرض السيدا.

اعتمدت الباحثة على عينة كرة الثلج التي ساعدتها للوصول إلى عينة حجمها 500 شابة قاطنة بالجزائر العاصمة، بالغة من العمر ما بين 15-29 سنة، مقسمة إلى ثلاثة حصص؛ الأولى تتكون من 158 فتاة بالغة من العمر ما بين 15-19 سنة، والثانية تحوي 166 فتاة بالغة ما بين 20-24 سنة، والثالثة تضم 176 شابة تبلغ ما بين 25-29 سنة.

وقد انقسمت هذه الدراسة إلى مرحلة استطلاعية تمّ انجازها خلال شهر جوان من سنة 2008، من خلال توزيع مجموعة من الاستمارات على طلبة السنة الأولى الملتحقين بالمدرسة العليا للأساتذة ببوزريعة، تلتها مرحلة تطبيقية استغرقت مدة انجازها أربعة أشهر، امتدت من تاريخ 10 مارس إلى غاية 10 جوان من سنة 2009، بحيث اعتمدت –في تحقيقها– على أداة الاستمارة التي احتوت 77 سؤالا موزعة على أربعة محاور ذات صلة بموضوع البحث، وقد تمّ توزيع الاستمارات بالاستعانة بطالبات جامعيات وفتيات من معارف الباحثة لتسهيل إيصالها ضمن مختلف المحيطات العائلية، الدراسية والمهنية.

خلصت هذه الدراسة إلى مجموعة من النتائج، مفادها أنّ الشابة الجزائرية تمتلك معارفًا تجاه العناصر الأساسية للصحة الإنجابية، والتي تشمل الصحة الجنسية بما فيها علامات البلوغ، الإنجاب، تنظيم الأسرة والأمراض الجنسية المعدية بما فيها السيدا، بحيث تختلف هذه المعارف باختلاف مستوياتهن التعليمية، حالتهن الفردية ومراكزهن الاجتماعية.

ساعدتنا هذه الدراسة على الالمام ببعض عناصر الصحة الانجابية، التي تشكل أحد جوانب دراستنا، من خلال ضبط بعض الجوانب التي تتيح لنا عملية توجيه الإطار النظري والتطبيقي لموضوع بحثنا.

الدراسة الثالثة:

دراسة من إعداد دردیش أحمد، تحت عنوان "**الصحة الإنجابية في الجزائر**"، وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع بجامعة سعد دحلب بالبليدة، خلال شهر جانفي 2011.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التعرف مختلف جوانب الصحة الإنجابية للأمهات واتجاهاتها، من خلال تسليط الضوء على الجانب المعرفي للأمهات ووعيهن بقضايا الصحة الإنجابية والمشاكل التي تواجهها، وتحديد بعض العوامل المحدّدة للصحة الإنجابية لدى الأمهات، من خلال دراسة مستويات الرعاية الصحية لديهن وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية والديمغرافية، بالإضافة إلى الكشف عن الأمراض التي تعاني منها الأمهات بسبب الإنجاب.

طبق الباحث ثلاثة مناهج؛ المنهج الوصفي، التحليلي والمنهج الاستنباطي على معطيات تخص النساء غير العازبات في سن الإنجاب (15-49 سنة) من المسح الوطني حول صحة الأم والطفل المنجز خلال سنة 1992، شملت عينة حجمها 5024 امرأة، ومعطيات المسح الجزائري لصحة الأسرة لسنة 2002، والتي شملت عينة حجمها 7399 امرأة.

خلصت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج مفادها أنّ المجتمع الجزائري لازال يعاني من بعض الظواهر التي تنعكس سلبًا على صحة الأمهات كزواج الأقارب والإنجاب المكثف، خصوصًا لدى النساء الأميات والمقيمات في المناطق الريفية، بالإضافة إلى

تدني مستوى الرعاية الصحية بعد الولادة وضعف المستوى الم في بالأمراض المنقولة جنسيًا، الأمر الذي يمكن تفسيره بتدني مستوى التثقيف الصحي في مجال الصحة الإنجابية، خاصة في الأرياف أين تتحمل المرأة التبعات الاقتصادية للخدمات الصحية، المتعلقة بمصاريف التنقل بسبب البعد الجغرافي عن مراكز تقديم الخدمات.

ساعدتنا هذه الدراسة في ضبط بعض خطوات الجانب النظري، بتوجيهنا نحو بعض المسوح الوطنية التي تزودنا بالإحصائيات اللازمة حول مختلف مؤشرات الخصوبة، ورعاية الأمومة خلال فترة التسعينات وبداية الألفية الثانية.

الدراسة الرابعة:

دراسة من إعداد بن بعطوش أحمد عبد الحكيم، تحت عنوان "التخطيط العائلي وتأثيره على القيم الاجتماعية في الأسرة الريفية"، دراسة ميدانية بقرية تيفران بلدية سفيان ولاية باتنة، وهي أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع العائلي بجامعة الحاج لخضر –باتنة– خلال السنة الجامعي 2013-2014م/1434-1435هـ.

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة التعرف على أهم الميكانيزمات التي يؤثر –من خلالها– التخطيط العائلي على بعض القيم الاجتماعية في الأسرة الريفية الجزائرية، ومحاولة فهم قابلية المجتمع الريفي الجزائري للبقاء والتطور عبر البنى الثقافية والذهنية، الناتجة عن تأثير القضايا المتعلقة التخطيط العائلي ومتغيراته.

اتبعت هذه الدراسة المنهج الوصفي، والذي شمل كل سكان قرية تيفران الريفية التابعة إقليميًا لبلدية سفيان دائرة نقاوس ولاية باتنة، وبالغ عدده حوالي 1938، والمقدَّر عدد أسرها بـ331 أسرة بين النووية والممتدة خلال سنة 2012، بحيث انقسمت هذه الدراسة إلى مرحلة استطلاعية بدأت منذ اختيار الموضوع إلى غاية بداية شهر جوان 2013، والتي اعتمدت –في تحقيقها– على أداتي الملاحظة ابسيطة والمنظمة والمقابلة الحرة غير المقننة، ومرحلة تطبيقية استغرقت مدة انجازها 49 يومًا، امتدت منذ 16 جوان 2013 إلى غاية 03 أوت 2018، اعتمدت –خلالها– على أداة الاستمارة التي احتوت 44 سؤالا موزعة على خمسة محاور ذات صلة بمشكلة البحث، وقد تمّ استرجاع 323 استمارة في نهاية البحث لتعذّر الوصول إلى ثمانية أسرة لأسباب تنوّعت بين الوفاة، الهجرة والرفض، بالإضافة إلى الوثائق والسجلات التي تزود الدراسة بالإحصائيات اللازمة.

خلصت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج، مفادها أن التخطيط العائلي يؤثر على بعض القيم الاجتماعية في الأسرة الريفية الجزائرية، بحيث يؤثر –جزئيًا– على قيمة الزيادة في الإنجاب والإكثار منه، من خلال عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة الريفية، وهو بذلك يقلل من حدة قيمة الرغبة في إنجاب الذكور وتفضيلهم على الإناث، في ظل اتنشار واستمرار نظام الأسرة

الأبوية في المجتمع الريفي، كما يغيِّر من نظام تقسيم العمل الاجتماعي السائد داخل الأسرة الريفية، من خلال تغيّر دور ومكانة المرأة الريفية،بالإضافة إلى ذلك، فإنّ التخطيط العائلي يساعد على تربية الأولاد، من خلال رفع كفاءتهم ومقدرتهم على تحمل المسؤوليات والقيام بالواجبات التي يحتاجها المجتمع الريفي.

ساهمت هذه الدراسة في .نا ببعض القيم السائدة في المجتمع الريفي الجزائري، خاصة خاصة قيمة الإكثار من الإنجاب، بالإضافة إلى المساعدة في ضبط بعض خطوات الجانب النظري، بتوجيهنا نحو مختلف التعاريف التي تحوم نحو مفهوم الريف وبعض جوانب المقاربة النظرية لموضوع دراساتنا.

VII. المقاربة النظرية:

يهتم علم الديمغرافيا بدراسة التركيب السكاني للمجتمع، والذي يشمل النمو الديمغرافي بمختلف عوامله المتمثلة في الولادات، الوفيات والهجرة، إضافة إلى توزيع السكان حسب الحالة الاجتماعية، النوع، الديانة والنشاطات الاقتصادية وغيرها، وممّا لا شك فيه أن عالم الديمغرافيا –عند شروعه بدراسة وتحليل التركيب السكاني للمجتمع الريفي– يلجأ إلى دراسات عالم الاجتماع الريفي حتى يتسنى له فهم بيعة المجتمع الريفي، لأن الظواهر الديمغرافية لا يمكن فهمها بمنأى عن السياق الاجتماعي الذي يشكلها، كما أنّ عالم الاجتماع الريفي يستعين –هو الآخر– بالدراسات الديمغرافية عندما يشرع في تحليل أو دراسة أي ظاهرة ديمغرافية في المجتمع الريفي.

تشمل النظرية الاجتماعية ميدانًا هامًا من ميادين العلوم الانسانية التي تنشغل بدراسة جانب أو أكثر من جوانب الحياة الانسانية، والتي تهتم بالتأثير المباشر وغير المباشر للبيئة الاجتماعية، الاقتصادية، التكنولوجية وغيرها على الأفعال الاجتماعية للأفراد التي تشكل الظواهر الاجتماعية.

تحتاج المقاربة الأولية لمسألة التخطيط العائلي في تمع الريفي إلى منهجية سوسيوديمغرافية تساعد في تحديد العوامل المحددة للسلوك الإنجابي للمرأة الريفية، إذ أنّ محاولة الخوض في أدبيات سوسيولوجيا السلوك الإنجابي للأسرة تستوجب نظرة إلى الأسرة باعتبارها جماعة اجتماعية تُشكّل تفاعل مجموعة من الهويات باختلاف خصائصهم الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية والديمغرافية، فالأسرة عبارة عن وحدة اجتماعية صغيرة تتكون من الزوج والزوجة وأولادهما غير المتزوجين وأحيانًا المتزوجون كما هو الحال في الأسرة لمتدة، وهذه الأسر لها وظائف محدّدة ترتبط بالمجتمع ومؤسساته الاجتماعية المختلفة[1]، وهي –بذلك– تمثل

(1)–علي الحوات، **مبادئ علم الاجتماع**، دار الكتب الوطنية، 1995، ص 288.

مجموعة من الأفراد الذين تربطهم علاقات قرابة تجعلهم يتأثرون ببعضهم البعض في مختلف السلوكيات والقضايا الاجتماعية، ولعلّ السلوك الإنجابي يُعتبر إحدى هذه القضايا التي تتأثر بصفات وخصائص الأسرة الاجتماعية، الاقتصادية والديمغرافية، وباعتبار أنّ المجتمع الريفي يقوم على علاقات صلة الدم والقرابة والمعيشة المشتركة والتجاور المكاني في حيز ضيق، وهو يتكوّن من أسرة واحدة كبيرة أو عدة أسر ترجع إلى أصل واحد[1]، والتي يُعتبَر أحد أهم وظائفها إشباع الحاجات البيولوجية مثل الطعام، الشراب، الإنجاب وغيرها، ضف إلى ذلك أنّ البناء الاجتماعي في البيئة الفيزيقية يتميّز بارتفاع كبير في معدّل المواليد وارتفاع في معدّل الوفيات.[2]

وباعتبار النمو السكاني أحد أهم الظواهر الديمغرافية التي شغلت فكر علماء السكان منذ القدم، لما لها من تأثير على مستوى التنمية، فقد ظهرت عدة نظريات سكانية تسعى للبحث في طبيعة العلاقة بين المتغيرات الديمغرافية والاقتصادية، والتي انقسمت إلى نظريات طبيعية –على رأسها العالم الاقتصادي **روبرت مالثوس Robert Malthus**– (1766-1834) والفيلسوف البريطاني **هربرت سبنسر** (1820-1903)، مفادها أنّ المتحكّم الرئيسي بالنمو السكاني هو طبيعة الإنسان نفسه وطبيعة العالم الذي يعيش فيه، وأنّ قدرة الانسان للسيطرة على هذا النمو هي قدرة محدودة، وفي هذا الصدد حاول رواد هذه النظريات إيجاد قانون للنمو السكاني يُمكِن –من خلاله– معرفة أحداث الماضي، وتوقع ما سيحدث في المستقبل، غير أنّ هذه القوانين أكّدت عدم تدخل الانسان والقيم الانسانية في اتجاهات هذا النمو، حيث أنّ الأول حاول الحد من التزايد السكاني – الذي في نظره يتزايد وفق متتالية هندسية أسرع من الوتيرة الحسابية التي تتزايد وفقها الموارد الغذائية– باستعمال الموانع الوقائية مزوف عن الزواج، نشر التعليم وتوعية المجتمع بضرورة التقليل من الإنجاب ومنع المعونات على الفقراء حتى يتم التقيل من التناسل لديهم، أمّا سبنسر ففي رأيه أن الانسان كلما ارتقى في السلم الاجتماعي قلّ إنجابه، وهذا ما سنحاول دراسته تحت إطار تأثير مؤشر الثروة الخماسي –كعامل سوسيو اقتصادي– في مستوى الخصوبة لدى المرأة الريفية، إضافة إلى باقي عناصر السلوك الإنجابي، والتي من أهمها استعمال وسائل تنظيم الأسرة، غير أنّه اعترف –من جهة أخرى– أن وفرة الغذاء وجودته تزيد من القدرة على التناسل، مثلما يحدث في المجتمع الريفي الذي نحن بصدد دراسته.

ونظريات أخرى اجتماعية، من أهم روادها الفيلسوف وعالم الاقتصاد السياسي الألماني **كارل ماركس** (1818-1883)، وصاحبه **فردريك انجلز** (1820-1895)، الباحث الانجليزي **ألكسندر كارسوندرز** (1886)، **آرسين ديمون**

(1)–فؤاد بن غضبان، **علم الاجتماع الحضري**، مرجع سابق، ص 64.
(2)–المرجع نفسه، ص 65.

وعالم الاجتماع الأمركي **كنجزلي ديفيز** (1908-1997)، والتي جمع بينها اعتقاد مفاده أنّ النمو السكاني لا يفسره قانون طبيعي ثابت، وإنما يخضع إلى ظروف الاجتماعية المحيطة بأفراد المجتمع، وأضاف إلى ذلك **كنجلزي** إمكانية التحكم في السلوك الإنجابي وتوجيه الخصوب باستعمال وسائل منع الحمل؛ الطبيعية منها والاصطناعية، وقوانين تخدم هذا الغرض، ويُعتبَر هذا الرأي جانبًا مساعدًا يخدم موضوع بحثنا داخل المجتمع الريفي الجزائري.

وجاءت نظرية الانتقالية الديمغرافية سنة 1929 كخلاصة لدراسة أنجزها وارين تومبسون Warren Thompson، بتجميع بيانات عن المتغيرات الديمغرافية لبعض دول أوروبا، أشار -من خلالها- لأول مرة إلى وجود نظام ديمغرافي يسمح بتحديد مراحل ديمغرافية توضح العلاقة بين معدّل الولادات ومعدّل الوفيات وما ينتج عنهما من تأثير يوجه منحى النمو السكاني خلال فترة زمنية معينة، ويقصد بالتحول الديمغرافي الانتقال من نظام تقليدي للتوازن الديمغرافي، حيث تكون معدلات الولادات والوفيات في مستويات أعلى، مروراً بزيادة سكانية نتيجة لانخفاض الوفيات، إلى نظام عصري للتوازن الديمغرافي تكون فيه معدلات الولادات والوفيات في مستويات أدنى، ث أنّ هذه النظرية لم توافق آراء مالتوس، إذ أنها مثلت نظرية عالمية تناولت الحديث عن تغير الخصوبة السكانية بفعل العوامل الاجتماعية، وهو ما يطابق دراسة تأثير بعض الجوانب السوسيو ديمغرافية على إتجاه الخصوبة في الريف الجزائري.

يُعتبَر تنظيم الأسرة وتوجيه السلوك الإنجابي -من خلال استعمال وسائل منع الحمل- من المواضيع التي لها علاقة مباشرة بالصحة الإنجابية، الأمر الذي له تأثير مباشر على حجم الأسرة وحجم السكان بصفة عامة، حيث أن فكرة منع الحمل -في حدّ ذاتها- ليست جديدة النشأة، فقد مورست منذ القدم تقنيات قديمة لتجنُّب حدوث الحمل، حيث أُتّخذ العزل -المتمثل في قذف مني الرجل خارج رحم المرأة عن الجماع- الرضاعة الطبيعية الممتدة- والتي تسمح بالتقليل من فرصة الحمل طول فترة الرضاعة- وكذا فترة الأمان -والتي تتمثل في الامتناع عن الجماع طول فترة الإخصاب، ومع تطور العلوم الطبية، بدأت محاولات اختراع سائل لمنع الحمل، من بينها الحاجب الأنثوي، الذي يوضع على الجهاز التناسلي للمرأة بهدف منع مرور الحيوانات المنوية إلى داخل الرحم، وتوالت الاختراعات مع بداية فترة الستينات، حيث ظهرت حبوب منع الحمل، اللولب وغيرها من وسائل منع الحمل الفعالة والأقل ضرراً على صحة الأم.

إن المقاربة حسب الفضاء الطبيعي وغير الطبيعي استعملت لفهم الفضاء الريفي، حيث لطالما تميّزت الحياة الاجتماعية في الوسط الريفي بالتعقيد والتركيب في مختلف أبعاده الاجتماعية والثقافية، والمجتمع الجزائري -بدوره- يتميّز بالتنوع الثقافي، ورغم

الظروف الصعبة التي عاشها خلال العشريتين الأخيرتين (من جفاف، نقص في الاستثمارات وانعدام الأمن) إلا أنه حافظ على حيويته، حيث أشارت الإحصائيات لسنة 2005 أنّ عدد السكان قدّر بـ13 مليون نسمة، أي ما يعادل 40% من مجموع السكان مقابل 12,2 مليون سنة 1998[1]، ويرجع ذلك إلى تحسّن الظروف الأمنية والمعيشية في الوسط الريفي، ممّا ساهم في ارتفاع متوسط مؤشر التنمية المستدامة بـ19%، حيث انتقل من 0,3 سنة 1998 إلى 0,5 في نهاية سنة 2005[2]، الأمر الذي يعكس تطور المجتمع الريفي الجزائري وفقًا **لنظرية المتصل الريفي–الحضري** الذي يمثل نموذجًا يقوم على وجود تدرج مستمر بين المجتمعات في درجة التريّف أو التحضّر، وباعتبار المرأة نصف المجتمع، هدفت مختلف برامج التنمية إلى النهوض بالمرأة الريفية وتعليمها وتثقيفها ومحو أميتها حتى تشارك الرجل في مختلف مناحي الحياة[3]، الوضع الذي يصاحبه –حسب نظرية المتصل الريفي–الحضري سابقة الذكر– اختلافات وفروق في أنماط السلوك، وهذه الفروق يمكن حصرها –إجمالا– في تلك التي تحدّث عنها "سوروكين" و"زيمرمان" والتي تعكس بعض الخصائص الاجتماعية والسكانية والثقافية كالفروق في البناء المهني، التدرج الاجتماعي، طابع العلاقات الاجتماعية، نوعية وسائل الضبط الاجتماعي، التساند الوظيفي وغيرها[4]، الأمر الذي قد يساعد في تحقيق الدراسة الحالية من خلال تسليط الضوء علة تأثير هذا التغير في الجوانب الاجتماعية على السلوك الإنجابي للمرأة في الريف الجزائري.

(1)–فؤاد بن غضبان، **علم الاجتماع الحضري**، مرجع سابق، ص 150.

(2)–المرجع نفسه، ص 151.

(3)–كمال التابعي، **مقدمة في علم الاجتماع الريفي**، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، القاهرة، مصر، ص 70.

(4)–فؤاد بن غضبان، **علم الاجتماع الحضري**، مرجع سابق، ص 88.

الفصل الثاني

الخصوبة وتنظيم الأسرة في الجزائر

تمهيد:

يتأثر مستوى الخصوبة ومختلف باهاتها بعدّة عوامل؛ ديمغرافية منها، ثقافية، اجتماعية واقتصادية، و يعكس واقعها مدى فاعلية مفهوم تنظيم الأسرة الذي اندرج استعماله في الجزائر تحت إطار التخطيط العائلي في نهاية الستينات من القرن الماضي، والذي سعى إلى الرقي بصحة الأم والطفل معًا، ثمّ توسّع هذا المفهوم ضمن برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي PNMCD، وهو برنامج تبنّته الحكومة منذ شهر فيفري 1983، تمّ – خلاله– التسطير لثلاثة أهداف أساسية، تضمّنت تطوير المنشآت الأساسية وضبط الجانب المادي لنجاح البرنامج المسطّر، الاهتمام بالجانب التوعوي والتربوي للوصول إلى تقبّل إرادي لفكرة التنظيم العائلي من طرف أفراد المجتمع، وتوسيع ذلك إلى المناطق الريفية، بهدف توجيه السلوك الإنجابي للأسر الجزائرية قصد التحكّم في الخصوبة، بالإضافة إلى السعي نحو تحقيق دراسات وأبحاث لمعرفة الأسباب التي أدّت إلى النمو الديمغرافي السريع وعلاقته بالتطور الاجتماعي والاقتصادي للمجتمع.

سنحاول –من خلال هذا الفصل– تسليط الضوء على مختلف المؤشرات التي تعكس وضعية الخصوبة في الجزائر بعد الاستقلال، بالإضافة إلى أهم المراحل التي مرّت بها السياسة السكانية في البلد بهدف تنظيم الأسرة، ومن ثمّ محاولة رصد مختلف التطورات التي شهدها واقع وسائل منع الحمل، من معرفة بهذه الوسائل، استخداماتها –من خلال الممارسات الحالية– وكل ما يشير لها من متغيرات، وكذا أهم الأسباب التي تحول دون استعمالها.

I. السياسة السكانية في الجزائر:

تُعدّ السياسات السكانية إحدى السياسات القومية التي تضعها الدولة ضمن اهتماماتها بهدف توجيه الواقع السكاني، حيث أنّ المسألة السكانية أخذت حيِّزًا واسعًا في مختلف المؤتمرات الدولية للسكان، في إطار الأهداف المسطرة لتوجيه الخصوبة ومختلف المؤشرات التي تؤثر في مسار النمو السكاني.

1. مراحل السياسة السكانية في الجزائر:

لم تكن الجزائر مهتمة ببرامج التخطيط العائلي قبل الاستقلال بسبب الخسائر البشرية الكبيرة التي عرفتها أثناء حرب التحرير الوطنية، بالإضافة إلى أن موضوع تباعد الولادات لم يكن مطروحًا بوضوح حتى على المستوى العالمي، ولم تكن وسائل منع الحمل معرّفة ومحدّدة بدقة للاستعمال من طرف الأسر. وباعتبار السياسة السكانية جزءًا لا يتجزأ من السياسة الوطنية التي تهدف لتحقيق التنمية الاقتصادية والاجتماعية، من خلال تسطير جملة من البرامج التي تصبو إلى التحكم في النمو الديمغرافي –في إطار تنظيم الأسرة– والذي يندرج تحت مفهوم تنظيم النسل وتباعد الولادات، فقد كان الرئيس الراحل هواري بومدين من الأوائل الذين نادوا بترسيخ سياسة سكانية –في مختلف خطاباته– قائمة على الاهتمام بقضايا التنظيم العائلي، بعد الاستقلال، وعليه يمكن القول أن السياسة السكانية في الجزائر قد مرّت بعدّة مراحل تماشت والمؤتمرات السكانية التي لطالما سعت وراء فكرة تنظيم الولادات حفاظًا على صحة الأم والطفل معًا، يمكن تلخيصها بالإشارة إلى أربعة فترات زمنية مهمة كالآتي:

1.1. المرحلة الأولى (1966–1980):

شملت هذه المرحلة النقاش السياسي حول إمكانية إدراج المسألة السكانية، حيث سجلت الجزائر –خلال هذه المرحلة– أعلى معدلات النمو الطبيعي في العالم، والذي وصل إلى 3,39% سنة 1966[1]، الوضع الذي أثار اهتمام المسؤولين وحرك عجلة الأعمال نحو التخطيط العائلي، من خلال نشر مقالات في الصحف الوطنية –كبداية أولية– كما تمّ إجراء العديد من اللقاءات تخص الموضوع، منها:

– مؤتمر الاتحاد الوطني للنساء الجزائريات المنعقد سنة 1966 بحضور الرئيس الراحل هواري بومدين، والذي تمّ –من خلاله– التسطير لمشروع التخطيط العائلي بالمطالبة بتسهيل الحصول على وسائل تنظيم الأسرة بهدف حماية صحة الأم والطفل معًا؛

(1)-Houcine AOURAGH: **L'économie Algérienne et l'épreuve de la démographie**, CEPED, Paris, 1996, p51.

- دراسة أجرتها الجمعية الجزائرية للبحوث الديمغرافية والاجتماعية **A.A.R.D.E.S** ، والتي توصلت إلى أنّ 44,5% من النساء يعرفن على الأقل وسيلة واحدة لتنظيم النسل في الوسط الحضري، مقابل 15% فقط من النساء في الوسط الريفي.[1]

- إنشاء أول مركز للتخطيط العائلي سنة 1967 بالمستشفى الجامعي مصطفى باشا بالجزائر العاصمة تحت رعاية الأمم المتحدة للصحة[2]، كما تم الإعلان رسميًا - التشاور مع المجلس الإسلامي الأعلى- عن أول فتوى حول مسألة تنظيم الأسرة في الجزائر.

- فتح مركزين آخرين في كل من قسنطينة ووهران سنة 1969[3]، بهدف توسيع دائرة الرعاية الصحية للأم أثناء فترة الحمل وحتى الولادة، وكذا للطفل منذ ولادته حتى بلوغه السنة السادسة من عمره، وهذا الخصوص فقد عبر الرئيس الراحل هواري بومدين عن موقفه تجاه تنظيم الأسرة في خطابه الذي ألقاه يوم 20 جوان 1969 بمدينة عنابة -أثناء تدشين المركب الصناعي بالحجار- أين قال: "... **إننا لا نقبل الحلول المغلوطة مثل التحكم في الولادات، الذي يعني القضاء على الصعوبات عوض إيجاد الحلول المناسبة، وإننا نفضل حلولا إيجابية وناجحة أي إيجاد مواقع شغل للراشدين، بناء مدارس للأطفال وتوفير مرافق اجتماعية أفضل للجميع**"[4]، والملاحظ أنّ المشكل السكاني لم يتوقف عند المستوى الوطني، فقد كانت الجزائر حاضرة على المستوى الدولي -من خلال المؤتمر الدولي ببوخارست سنة 1974، أين نادت بضرورة التسطير لسياسة سكانية من خلال تنمية الشعوب، على لسان ممثلها بحري قائلا:**"أنّ أفضل موانع الحمل هي التنمية"** «La meilleure pilule c'est le développement».[5]

أمّا سنة 1978 فقد تمت مناقشة السياسة السكانية من خلال تقييم الآجال التي يمكن خلالها تلبية احتياجات السكان الأساسية، والمتمثلة في الصحة، السكن والتعليم وغيرها، والتي تمّ التطرق لها في إحصاء 1966.

(1)-Abdelkader HAMMOUCHE et Abderrahmane HAMOUDI: **L'accouchement aujourd'hui, comprendre votre enfant avant et après la naissance**, édition imp. Moderne, Alger, 1984, p 78.
(2)-Mostafa KHIATI: **Démographie et population**, OPU, Ben Aknoune, Alger, 1996, p.63.
(3)-علي قواوسي، **السياسة السكانية في الجزائر -نشأتها وتطورها 1962-1994**، الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة -إقليم العالم العربي- لندن، بريطانيا، 1994، ص 12.
(4)- المرجع نفسه، ص 12.
(5)-ALFRED SAUVY: **L'Europe submerge (sud-nord- dans 30 ans)**, dunod, Paris, 1987, p 210.

2.1. المرحلة الثانية (1980–1989):

وهي مرحلة تنقسم إلى فترتين مهميتين؛ المخطط الخماسي الأول (1980-1984) والمخطط الخماسي الثاني (1985-1989):

أمّا المخطط الخماسي الأول (1980-1984)، فقد أصرّت خلاله اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير على ضرورة تطبيق برنامج التخطيط العائلي، والذي كان مسيّرًا من طرف المكتب الجهوي لحماية الأم والطفل **PCPNI** سنة 1980، من خلال 260 مركزًا موزعين عبر كامل التراب الوطني[1]، والذي اعتبر القابلة المفتاح الأساسي لتحقيق أهداف هذا البرنامج -بعد فترة من التربص- كونها أقرب عنصر للنساء اللاتي يزاولن عيادة مراكز الأمومة والطفولة من خلال ترسيخ عنصر الثقة في نفوس النساء حتى يسهل لديهن الحديث حول موضوع تباعد الولادات واستعمال وسائل منع الحمل.

أمّا سنة 1983 فقد تمّ تبني السياسة السكانية من خلال اعتماد برنامج وطني للتحكم في النمو الديمغرافي **PNMCD** بتاريخ: 20 فيفري 1983 والذي ارتكز حول ثلاثة محاور أساسية، هدفت إلى تطوير الدراسات والأبحاث حول العوامل المؤثرة في الإنجاب، تطوير أنشطة المباعدة بين الولادات، وتطوير أنشطة الإعلام والتحسيس والتربية في مجال تنظيم الأسرة[2]، أُسنِدَت خلالها مهام الإعلام، التربية والتوعية وجميع الخدمات الطبية والاجتماعية للهياكل المعنية، الأمر الذي ساهم في نشر الوعي العميق بالمشكل الديمغرافي على الصعيد السياسي، والذي أُعتبِر مرحلة انطلاق الأعمال الأولى على المستوى الوطني لتحقيق التكافؤ بين وتيرتي النمو الديمغرافي والاقتصادي.[3]، ليتمّ التأييد على الصعيد الدولي خلال الندوة العالمية للسكان سنة 1984 من طرف عدة خبراء جزائريين في الإحصاء، التخطيط والصحة بالإضافة إلى ممثلين في الشؤون الخارجية، للمخطط العالمي حول السكان.

أمّا خلال المخطط الخماسي الثاني (1985-1989) فقد شهدت هذه المرحلة انهيارًا في أسعار البترول إلى 12,8 مليار دولار سنة 1985 والذي مسّ 98% من مداخيل الدولة، ليستمر في الإنخفاض إلى 8,3 مليار دولار سنة 1986 ليمس حوالي 80% من مداخيل البلاد[4] وازدياد المشاكل الحقيقية المتصلة بعملية تطبيق وتنفيذ السياسة السكانية، لذلك أولى هذا المخطط اهتمامًا كبيرًا بضرورة التصدي لتزايد الاحتياجات الاجتماعية بالسعي وراء تحقيق التنمية الاقتصادية والسهر على

(1)-Malika LAADJALI: **Espacements des naissances sous le tiers monde, L'expérience Algérienne**, OPU, 1983, p118.
(2)-MINISTERE DE LA SANTÉ ET LES AFFAIRES SOCIALES, DIRECTION DE LA PREVENTION, **Seminaries National D'évaluation Du Programme De Maitrise De La Croissance Démographique,** Sidi Fredj, 21-23 mai 1991, Alger, p 5.
(3)- حزب جبهة التحرير الوطني، **التخطيط والتنمية**، تقييم مخططات تنمية الجزائر، الجزء الأول، 19 سبتمبر، 1983، ص 19.
(4)-Houcine AOURAGH: **L'économie Algérienne et l'épreuve de la démographie**,Op.cit , p11.

حماية المرأة والطفل تحت إطار سياسة صحية شاملة، مع توفير كافة الموارد البشرية والمادية اللازمة لانجاح برنامج وطني لتنظيم النسل قائم على الاختيار الحر للأسرة وتخطيط المواليد على أساس الرضا الفردي والجماعي [1]، وقد منحت هذه السايسة أولوية خاصة للدولة للتكفل بالطلب الاجتماعي بشكل لا يؤثر على البناء الأسري من كل النواحي، وبذلك قامت بتوفير صيغة سكنية غير قابلة للتوسيع بنموذج HLM عبر كامل التراب الوطني، مما يساهم في تحرير الزوجين من تقوذ الأسرة الممتدة ومساعدتهما في بر استراتيجية خاصة بهما من جهة، والاحساس بأهمية التخطيط العائلي ضمن هذا الفضاء المنزلي من جهة أخرى، الأمر الذي يمكن اعتباره مؤشراً للرقي الاجتماعي، ودليلا على الانتقال من القطاع التقليدي نحو المجتمع العصري.[2] وقد جاء الميثاق الوطني لسنة 1986 كمحدّد قاطع لظاهرة النمو السكاني، من خلال ما صرّح به: "...**إنّ معدّ النمو الديمغرافي العالي يعرقل إمكانيات التحسن الكمي المطلوب إذ يجعل مشكلة التوازن بين الحاجات الحالية والمستقبلية أكثر تعقيداً ويحُول دون التحسن النوعي الذي يُعدّ مفتاح التقدم الاقتصادي والاجتماعي**" [3]، حيث اعتُبِر معدل الزيادة السنوية للسنة المذكورة آنفًا، والذي قدّر بـ2,73%، مرتفعًا بالنسبة للظروف التي تتوفر عليها الجزائر آنذاك، ومحاوَلةً لمعالجة هذا الأمر تم شن حملة كبيرة تهدف للتحكم في معدل النمو الطبيعي للسكان عن طريق تنظيم النسل بنشر مراكز حماية الأمومة والطفولة والتنظيم العائلي موزعة عبر كل التراب الوطني، بعد حصول الجزائر على مساعدات دولية قدّرت بـ200 ألف دولار أمريكي سنويًا من طرف صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية **FNUAP** ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للطفولة **UNICEF**، موجهة لتأسيس المراكز وتوفير موانع الحمل وتكوين الموظفين المختصين بهذه المراكز عبر كامل القطر الوطني [4]، مندرجة ضمن الإطار التنظيمي للبرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي **PNMCD** المتضمن لقرار الجمعية الجزائرية للتخطيط العائلي **AAPF** بتاريخ 10 نوفمبر 1987 بتوزيع 1955 مركزًا عبر كامل التراب الوطني سنة 1988، والتي هدفت أيضا إلى حماية الصحة الجسمية والعقلية للأم والطفل، وضع وسائل منع الحمل الفعالة والعصرية في متناول السكان بالتنسيق مع مصالح الصحة، تشجيع وتحسين وموافقة التشريع على أمور التخطيط العائلي، كما شجعت على ضرورة تحقيق دراسات وبحوث متعلقة بالخصوبة وتطبيق

(1)- حزب جبهة التحرير الوطني، **المخطط الخماسي الثاني**، تقرير عام لوزارة التخطيط، الجزائر، 1985، ص 11.

(2)-Abdelghani GUEND: **Discours politique, Discours religieux, et transition de la fécondité en Algérie**, harmatta, Paris, 1992, p-p 523-524.

(3)- الميثاق الوطني، الجزائر، 1986، ص 174.

(4)-S.N.M.P.M.I: XXIV Collogue: **Planification Familiale et promotion de la santé**, 27-28, Novembre 1998, Paris, p 25.

التخطيط العائلي [1]، بالموازة مع إصدار مرسوم رقم 88-52 في شهر مارس 1988 الذي يقضي بإنشاء لجنة وطنية لحماية الأسرة.

3.1. المرحلة الثالثة (1990-1996):

تميزت هذه المرحلة باحتجاب السياسة السكانية بسبب التوتر الذي عاشته الجزائر إثر الإصلاحات السياسية والاقتصادية والاجتماعية بعد سنة 1988، والتي عرفتها الدولة بسبب الضغوطات الناجمة عن صندوق النقد الدولي بعد ارتفاع الدين الخارجي إلى 25 دولار، الأمر الذي انعكس سلبًا بالتأخر في إنجاز المشاريع الموجهة للمجال الصحي والتعليمي[2]، ورغم ذلك تمّ استحداث لجنة وطنية لتباعد الولادات خلال شهر جوان 1990، ليتمّ بعد ذلك عقد **ملتقى عربي للتنظيم العائلي** - تحت رعاية الجمعية الجزائرية للتخطيط العائلي- بين 18 و22 جانفي 1990، هدف إلى وضع تقرير شامل لحركة التنظيم العائلي في الوطن العربي، بالتطرق لأبعاد الجمعيات في هذا السياق، وتبادل الخبرات الميدانية بين البلدان العربية[3]، مع استحداث لجنة طبية وطنية لتباعد الولادات خلال شهر جوان 1990 [4].

أمّا سنة 1991 فقد تمّ انعقاد **ملتقى وطني للتحكم في النمو الديمغرافي**، كمبادرة ارتكزت على مبدأ انخراط كافة وسائط برنامج التخطيط العائلي بالتوافق مع قيمنا الإسلامية، الاجتماعية والثقافية، لبرز نتائج مشجعة تتعلق بهذا البرنامج، تخص تنظيم الأسرة، حيث سجل انخفاض في نسبة النمو الطبيعي إلى 2,47% سنة 1989، بعد أن قدّرت بـ3,18% خلال سنة 1983.[5]

وبعد سنة 1992 تأسست وزارة الصحة والسكان، ليرجع البرنامج للمناقشة العلنية من جديد، غير أنّ الاصلاحات السياسية والاقتصادية التي عرفتها الجزائر آنذاك شكلت عائقًا أمام السير الحسن للبرنامج، أمّا خلال سنة 1994 فقد ظهرت توجهات جديدة للسياسة السكانية، والتي تعدّت مفهوم التخطيط العائلي إلى مفهوم الصحة الإنجابية الذي ظهر في الجزائر بالموازة

(1)-COMMITE NATIONALE DE LA SANTE REPRODUCTIVE ET PLANIFICATION FAMILIALE: **Protocole D'intervention En Santé Reproductive-Planification Familial À L'usage Des Personnels Prestataires**, 1997, pp 11-13.

(2)-علي قواسمي، **السياسة السكانية في الجزائر -نشأتها وتطورها 1962-1994**، مرجع سابق، ص 27.

(3)-أحمد عبد الحكيم بن بعطوش، **التخطيط العائلي وتأثيره على القيم الاجتماعية في الأسرة الريفية**، دراسة ميدانية بقرية تيفران، بلدية سفيان، ولاية باتنة، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع العائلي، جامعة الحاج لخضر- باتنة، 2013-2014، ص 74.

(4)-MINISTERE DE LA SANTÉ ET LES AFFAIRES SOCIALES, DIRECTION DE LA PREVENTION, Op.cit,, p 5.

(5)-Idem, p 15.

مع إنشاء لجنة وطنية للصحة الإنجابية والتخطيط العائلي سنة 1995[1]، ضمنت الدولة –من خلالها– دورها التنظيمي للتسيير والمساعدة للأخذ بمبدأ الانخراط الإرادي في التخطيط العائلي، من خلال الحث والتوعية وليس الإجبار.

4.1. المرحلة الرابعة (ما بعد 1996):

شملت الإصلاحات الكبرى، فخلال سنة 1996 برزت لجنة وطنية للسكان وبدأت بالعمل، لتنجم عنها لجان ولائية، بحيث تميزت هذه المرحلة بانخفاض معدّل الزيادة السنوي إلى 1,69% سنة 1996 بسبب تدهور المستوى المعيشي للأسر وتدني القدرة الشرائية للمواطن خلال فترة التسعينات التي واكبت مرحلة العشرية السوداء، ممّا أدى بالأسر إلى التوجه نحو التقليل من عدد الولادات، خصوصًا بعد توفير عيادات متعدّدة خاصة بالأمومة، وخلال سنة 1997 تمّ إدراج السياسة السكانية ضمن استراتيجية التنمية الشاملة والمستدامة، بإدخالها ضمن اهتمامات متعددة القطاعات تتكون من القطاعات الاقتصادية، الاجتماعية والثقافية لتحفيز الدراسات والبحوث الخاصة بالسكان، حيث صـ[illegible] المجلس الشعبي الوطني يوم 17 أوت لنفس السنة ببرنامج حكومي نصّ خلاله علة أنّ: "**التخطيط العائلي سيظل مقياسًا معتبرًا لكل حركة تنموية وطنية بما في ذلك مجال الصحة العمومية، إذ أنّ منحنى النمو الديمغرافي يعّرض التكفل بالتنمية وتلبية الحاجات المتزايدة لضغط شديد ومتواصل**"[2]، هذا وقد استمرت نسبة الزيادة السنوية في الانخفاض إلى 1,48% خلال سنة 2000، الأمر الذي يمكن ارجاعه إلى توفر وسائل منع الحمل في السوق الجزائرية، ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة وكذا دمجها في عالم الشغل، ممّا أدى بها إلى التأخر في الزواج والذي ينعكس بدوره على مستوى الخصوبة في الجزائر، وفي سنة 2001 تمّ مراجعة الجهاز التنظيمي لوزارة الصحة والسكان بنيابة مديرية الدراسات والتحليلات للسكان، الأمر الذي نجم عنه تقرير حول الاتجاهات الديمغرافية لآفاق 2010.

أمّا سنة 2002 فقد خلالها الإقرار بضرورة إنشاء لجان للسكان داخل الولايات بنِيّة التشاور والتنسيق مع ممثلين من الدولة ومن المجتمع المدني وتعميم السياسة السكانية على المستوى الولائي بمختلف القطاعات، مع الأخذ بعين الاعتبار الأهداف المسطرة على المستوى الوطني والخصوصيات المحلية، بهدف تحسين نوعية المعطيات وتفعيل الدور الإعلامي والتربوي، ليتمّ بعد ذلك إجراء المسح الجزائري لصحة الأسرة EASF من طرف الديوان الوطني للإحصاء بمساهمة وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بالتعاون مع جامعة الدول العربية –في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة– بمشاركة برنامج الخليج العربي، وبدعم من منظمة الأمم المتحدة الإنمائية، وصندوق الأمم المتحدة للسكان FNUAP، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة UNICEF، ومنظمة الصحة

(1)- منشورات الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، الرؤية لعام 2000، **المضي قدمًا بعد مؤتمري القاهرة وبكين**، لندن، ص 80.

(2)- وزارة الصحة والسكان، **قرار 121**، المؤرخ بتاريخ 21 نوفمبر 1995.

العالمية OMS، والاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، والمنظمة الإسلامية للعلوم الطبية، وصندوق الأوبيك للتنمية، واللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، وقسم الإحصاء بالأمم المتحدة[1]، حيث أسفرت نتائج هذا المسح الوطني –الذي شمل 20 ألف أسرة موزعة عبر كل التراب الوطني– عن الانتشار الواسع لمفهوم التخطيط العائلي وتطبيق برنامجه، أين أشارت أهم النتائج إلى تقارب الأسرة الريفية والحضرية في نسب استعمال وسائل منع الحمل، والتي قدّرت بـ54% و59%[2]على التوالي، ورغم هذا فإنّ معدّل الزيادة السنوي عاد للارتفاع بوتيرة بطيئة ليصل إلى 1,58% و1,69% خلال سنتي 2003 و2005 على التوالي.

II. وضعية الخصوبة في الجزائر:

تعتبر الخصوبة من أهم الظواهر السكانية التي تؤثر في ديناميكية السكان، والتي عرفت في الجزائر أعلى المعدلات خلال فترة السبعينات، حيث فاق المؤشر التركيبي للخصوبة آنذك سبعة أطفال للمرأة الواحدة، ليشهد بعد ذلك تذبذبات بين الانخفاض والارتفاع مجدّدا خلال السنوات الأخيرة، فهي –بذلك– شكلت حيّزًا واسعًا من مجالات الدراسات السكانية. سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة لف التغيرات التي شهدتها مستويات الخصوبة باختلاف مؤشراتها، خلال الفترة الممتدة ما بين 1970 و2019، اعتمادًا على البيانات المتوفرة لدى الدراسة الوطنية الإحصائية للسكان لسنة 1970 والمسوح الوطنية التي تمّ تحقيقها منذ سنة 1986 إلى غاية 2019.

1. تطور معدل الولادات في الجزائر بين 1970 و2019:

يعرف المعدّل الخام للولادات TBN بالعلاقة بين عدد المواليد الأحياء في سنة معينة ومتوسط عدد السكان للسنة المعنية، أو هو حاصل قسمة عدد المواليد الأحياء لفترة زمنية معينة على متوسط عدد السكان خلال الفترة الزمنية المعنية.

«Le taux brut de natalité, appelé encore simplement taux de natalité, … rapport des naissances vivantes d'une années à la population moyenne de cette année et, plus généralement, rapport des naissances vivantes d'une période au nombre correspondant de personnes-années durant la période».[3]

(1)-أحمد عبد الحكيم بن بعطوش، **التخطيط العائلي وتأثيره على القيم الاجتماعية في الأسرة الريفية**، مرجع سابق، ص 76.

(2)-MINISTÈRE DE LA SANTÉ, OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES, LIGUES DES ÉTATS ARABES, **Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002**, rapport principal, Juillet 2004, pp 118-132.

(3)-Roland PRESSAT, **Dictionnaire de Démographie**, Op.cit, p 245.

ويُحسَب معدّل الولادات الخام وفق العلاقة التالية:

$$\text{معدل المواليد الخام} = \frac{\text{عدد مواليد السنة}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 1000$$

يمثل الجدول رقم (2-1) تطور معدّل الولادات الخام بالجزائر بعد الاستقلال من خلال الفترة الممتدة ما بين 1970 و2019.

جدول رقم (2-1): تطور المعدل الخام للولادات بالجزائر ما بين 1970 و2019.

السنة	1970	1986	1992	2002	2007	2008	2011	2012	2013	2014	2019
TBN‰	48,3	32,4	30,4	19,68	22,98	23,62	24,78	26,08	25,14	25,93	24,4

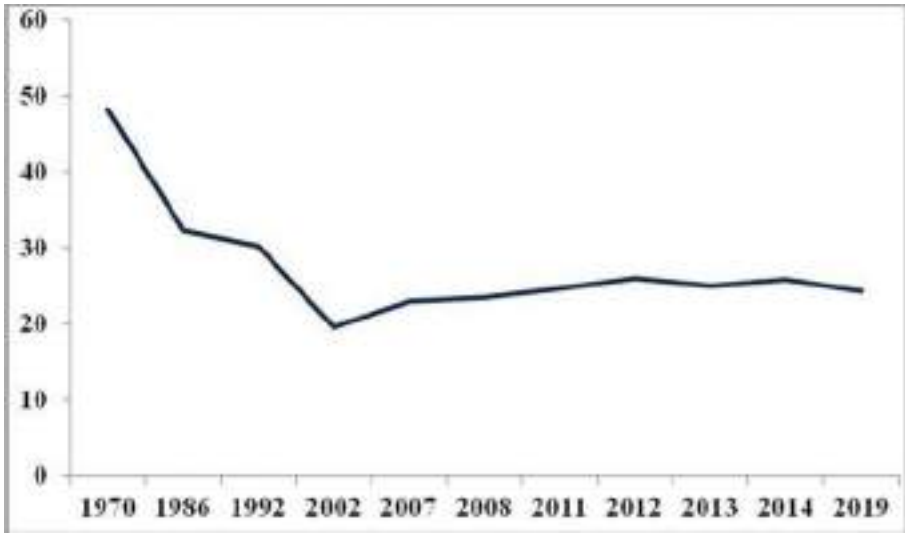
Source: INSP 1970, ENAF 1986, EASME 1992, PAPFAM 2002, MICS3-2006, MICS4-2012/2013, MICS6-2019.

سجلت الجزائر أعلى مستويات الولادة خلال سنة 1970، حيث قُدّر معدّل المعدّل الخام للولادات بـ48,3‰، واُعتُبِرت -بذلك- من بين البلدان النامية ذات المعدّلات المرتفعة، وانخفض هذا المعدّل بقيمة 15,9 نقطة خلال فترة الثمانينات، ليصل إلى 32,4‰ سنة 1986، بحيث عرفت معدلات الولادة خلال هذه الفترة انخفاضا واضحا، ففي سنة 1992 قدر معدل المواليد بـ30,4‰ لينخفض بمعدّل 11,04 نقطة حتى يصل إلى 19,36‰ سنة 2002، ويرجع هذا الانخفاض إلى ارتفاع معدّل استعمال وسائل منع الحمل وانخفاض عدد الزيجات المسجلة في نفس المرحلة الديمغرافية المتزامنة فترة العشرية السوداء التي عرفتها الجزائر، إلا أنه عاود الارتفاع بوتيرة بطيئة خلال سنة 2007، واستمر هذا الارتفاع بفارق ثلاث نقاط، ليبلغ أقصاه سنة 2012 بقيمة 26,08‰، ويمكن تفسير هذه الزيادة بتضاعف عدد الزيجات خلال هذه الفترة، بالمقارنة مع فترة التسعينات[1]، الناتجة عن تحسن الأوضاع الاقتصادية للشباب وانخفاض معدلات البطالة، ممّا سهل على الشباب الزواج وتكوين الأسرة[2]، والشكل البياني رقم (2-1) يوضح هذا التطور خلال الفترة الممتدة ما بين 1970 و2019.

(1)- الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002**، الجزائر، جويلية 2004.

(2)-نصيرة شيخ، محمد بدروني، **دور المحدّدات في عودة ارتفاع الخصوبة في الجزائر حسب مسحي 2002 و2012-2013**، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، العدد 15، جويلية 2018.

شكل رقم (2–1): تطور المعدل الخام للولادات بالجزائر ما بين 1970 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2–1).

2. تطور المؤشر التركيبي للخصوبة في الجزائر ما بين 1970 و2019:

يمثل المعدل العام للخصوبة العلاقة بين عدد الولادات الحية لسنة مدنية معينة ومتوسط عدد النساء في سن الإنجاب لنفس السنة.

«Rapport des naissances vivantes durant une période, généralement l'année, à l'effectif convenable de femmes».[1]

وهو بذلك، يمثل مؤشرًا أكثر دقة من معدّل الولادات الخام، ويسمح بمقارنة مستوى الولادات بين الدول باختلاف تعداداتهم[2]، ويحسب على النحو التالي:

$$\text{المعدل العام للخصوبة} = \frac{\text{عدد المواليد في السنة}}{\text{عدد النساء في سن الإنجاب في منتصف السنة}} \times 1000$$

ويعرف المؤشر التركيبي للخصوبة **L'indice synthétique de la fécondité** بأنه عدد الأطفال للمرأة الواحدة خلال فترة خصوبتها، تحدّدها معدلات الخصوبة حسب السن خلال فترة زمنية معينة.

(1)-Roland PRESSAT, **Dictionnaire de démographie**, Op.cit, p 254.
(2)-Christophe VANDESCHRICK: **Analyse démographique**, Collection population et développement,, n°1, Académia-Bruylant/ L'Armatant, Louvain-la-Neuve, Paris, 1995, p 55.

«L'ISF est le nombre d'enfant mis au monde par une femme si durant sa vie féconde elle devait être soumise à une fécondité particulière décrites par ces taux de fécondité par âges».(1)

كما أنه يمثل أسهل وأفضل طريقة لدراسة اتجاه ومستوى معدلات الخصوبة من خلال إتباع تغيرات المؤشر التركيبي للخصوبة العامة، إذ أنه أقوى تعبيرا عن مستوى الخصوبة من معدل المواليد الخام، ولا يحتاج إلى تصحيح التركيب العمري للمجموعة، ويستعمل عند المقارنة بين مجموعات تختلف تركيباتها العمرية، والمفروض أن المعدل 2,1 طفلا لكل امرأة أي بحوالي طفلين هو المعدل اللازم لثبات نمو السكان، فإذا زاد عنه ذلك زاد عدد السكان وإذا قل عن ذلك نقص عدد السكان.(2)

والجدول رقم (2-2) يمثل تطور المؤشر التركيبي للخصوبة بالجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 1970 و2019.

جدول رقم (2-2): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة بالجزائر ما بين 1970 و2019.

السنة	1970	1986	1992	2002	2008	2009	2011	2012	2013	2015	2019
ISF	8,35	6,3	4,4	2,4	2,81	2,84	2,87	2,4	2,93	3,1	2,8

Source: INSP 1970, ENAF 1986, EASME 1992, PAPFAM 2002, MICS3-2006, MICS4-2012/2013- ONS, Démographie Algérienne 2015, n°740, p3- MICS6-2019.

عرفت الخصوبة في الجزائر أعلى المعدّلات خلال فترة السبعينات، حيث قُدِّر المؤشر التركيبي للخصوبة سنة 1970 بـ8,35 طف للمرأة الواحدة، الأمر الذي نتج عنه انفجار ديمغرافي امتد منذ الاستقلال إلى غاية بداية فترة الثمانينات، ليشهد بعد ذلك انخفاضًا طفيفًا أين بلغ حوالي 6,3 طفل للمرأة الواحدة خلال سنة 1986، واستمر هذا المؤشر في الانخفاض ليصل إلى حوالي أربعة أطفال خلال فترة التسعينات، حيث قُدِّر بـ 4,4 طفل للمرأة الواحدة سنة 1992، إذ يمكن تفسير هذا الانخفاض بتعميم استعمال وسائل منع الحمل، حيث ارتفعت نسبة استعمال هذه الوسائل بحوالي 42,7 نقطة، لتنتقل من 8% سنة 1968 إلى 50,7% سنة 1992، بالإضافة إلى تراجع السن عند الزواج الأول لكلا الجنسين بسبب الظروف المعيشية الصعبة التي سادت الجزائر آنذاك، حيث بلغ سنة 1998 حوالي 27,6 و31,3(3) للإناث والذكور على التوالي، بعدما قُدّر بـ18,3 و23,8 على التوالي خلال سنة 1966، واستمر في الانخفاض ليصل إلى 2,4 سنة 2002، وهو ما يقارب المعدّل الذي يضمن تجديد الأجيال والمقدر بـ2,1 طفل للمرأة الواحدة، ليعرف بعد ذلك تذبذبًا بين الارتفاع والانخفاض، ليرتفع قليلا إلى 2,81 و2,87 طفل لكل امرأة سنة 2008 و2011 على التوالي، وينخفض إلى 2,4 طفل لكل امرأة سنة 2012، ويعود

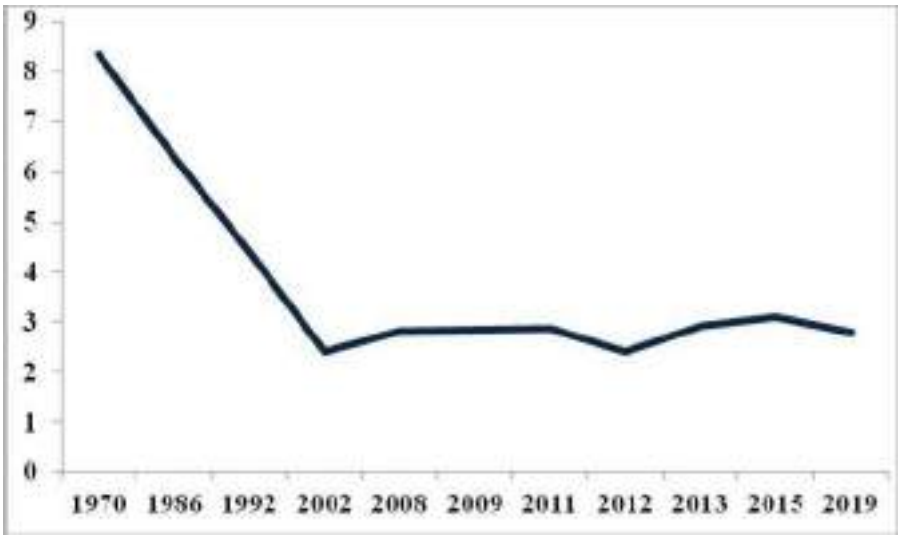
(1)-Christophe VANDESCHRICK: **Analyse démographique**, Op.cit, , p 62.

(2)-عبد الرحيم عمران، **سكان العالم العربي حاضرا و مستقبلا**، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988.

(3)- CNES: **Rapport National sur le développement Humain**, 2006, p 63.

إلى الارتفاع تدريجيًا ليبلغ أعلى قيمة له سنة 2015 ب3,1 طفل لكل امرأة، والشكل البياني رقم (2-2) يوضح هذا التطور خلال الفترة الممتدة ما بين 1970 و2019.

شكل رقم (2-2): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة بالجزائر ما بين 1970 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2-2).

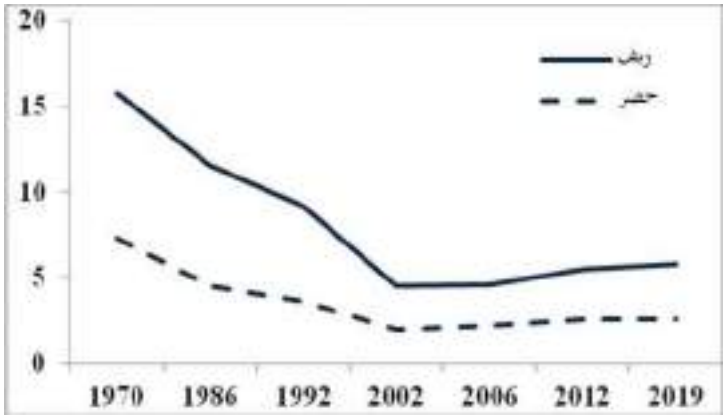
أمّا عن تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مكان الإقامة، فيتضح لنا -من خلال الجدول رقم (2-3)- أنّ عدد الأطفال للمرأة الواحدة يرتفع لدى المرأة الريفية -عمومًا- منه لدى المرأة في الوسط الحضري، كما أنه يرتفع في كلا الوسطين بعد الاستقلال، حيث قُدِّر سنة 1970 بـ8,5 و7,3 في المنطقة الريفية والحضرية على التوالي، وعرف خلال فترة الثمانينات انخفاضًا ملحوظًا في الوسط الحضري ليصل إلى 4,5 طفل للمرأة الواحدة، بفارق يقارب ثلاثة أطفال مع الوسط الريفي أين شهد هذا المؤشر تراجعًا طفيفًا قدّر بـ7,1 طفل لكل امرأة، واستمر المؤشر في التراجع ليبلغ 3,6 في الوسط الحضري مقابل 5,6 في الوسط الريفي سنة 1992، هذا الانخفاض الذي يمكن تفسيره بتزايد معدّل استعمال وسائل منع الحمل، والذي بلغ 57,5% و44,1% في الوسطين على التوالي، غير أنه بلغ أدنى قيمة له سنة 2002 بما يعادل طفلين للمرأة الواحدة في المنطقة الحضرية، وهو قيمة أدنى من المعدّل الذي يضمن تجديد الأجيال -أين بلغ معدّل استعمال موانع الحمل حوالي 59%- مقابل 2,5 طفل للمرأة الواحدة في الريف، ثم يعاود الارتفاع من جديد ليبلغ 2,6 طفل لكل امرأة سنتي 2012 و2019 في الوسط الحضري، بعد ضمانه لتجديد الأجيال سنة 2006 أين قدر بـ2,19 طفل للمرأة الواحدة. وبالمقابل عرف هذا المؤشر ارتفاعا طفيفًا -هو الآخر- في الريف ليبلغ 2,9 و3,2 طفل للمرأة الواحدة خلال سنتي 2012 و2019 على التوالي.

جدول رقم (2–3): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مكان الإقامة بالجزائر ما بين 1970 و2019.

السنوات / مكان الإقامة	1970	1986	1992	2002	2006	2012	2019
حضر	7,3	4,5	3,6	2	2,19	2,6	2,6
ريف	8,5	7,1	5,6	2,5	2,38	2,9	3,2

Source: INSP 1970, ENAF 1986, EASME 1992, PAPFAM 2002, MICS3-2006, MICS4-2012/2013, MICS6-2019.

شكل رقم (2–3): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة حسب مكان الإقامة بالجزائر ما بين 1970 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2-3).

والشكل رقم (2-3) يوضح أهم التغيرات التي طرأت على المؤشر التركيبي للخصوبة في كل من الوسطين الريفي والحضري، خلال الفترة الممتدة ما بين 1970 و2019.

III. تطور واقع منع الحمل في الجزائر:

يعتبر منع الحمل من المواضيع المهمة للصحة الإنجابية، التي تهدف إلى تنظيم الأسرة، الأمر الذي ينعكس على صحة الأم وطفلها على حدّ سواء، كون أن الولادات المتكررة والمتقاربة تستنزف صحة الأم وتعرضها ومولودها لأخطار صحية كثيرة، كما قد تعرضهما للوفاة، من هنا حاولنا رصد واقع معرفة الأمهات بوسائل منع الحمل التي تساعدهن في تنظيم ولاداتهن –من جهة– وتطور استعمالاتها من جهة أخرى.

1. معرفة وسائل منع الحمل لدى النساء في سن الإنجاب:

تُعدّ المعرفة بوسائل منع الحمل شرطًا أساسيًا في عملية اتخاذ القرار بشأن تنظيم الولادات، كما أنّ اختيار أو تحديد نوع الوسيلة التي ستُعتمَد لهذا الغرض يوجب على أحد الزوجين أو كلاهما معًا الإحاطة بأساليب ووسائل منع الحمل، ولو بوسيلة واحدة على الأقل، كما تمكّن المعرفة بوسائل منع الحمل المختلفة المرأة من اختيار إحدى هذه الوسائل بمعيّة الطبيب النسائي أو القابلة حتى تتمكّن من استعمالها وفق ما يناسب ظروفها المختلفة؛ الصحية، الاجتماعية والاقتصادية، والجدول رقم (2-4)

يوضح تطور المعرفة بوسائل منع الحمل المختلفة إبّان فترة الاستقلال إلى غاية تاريخ إجراء المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS3 المنجز خلال سنة 2006.

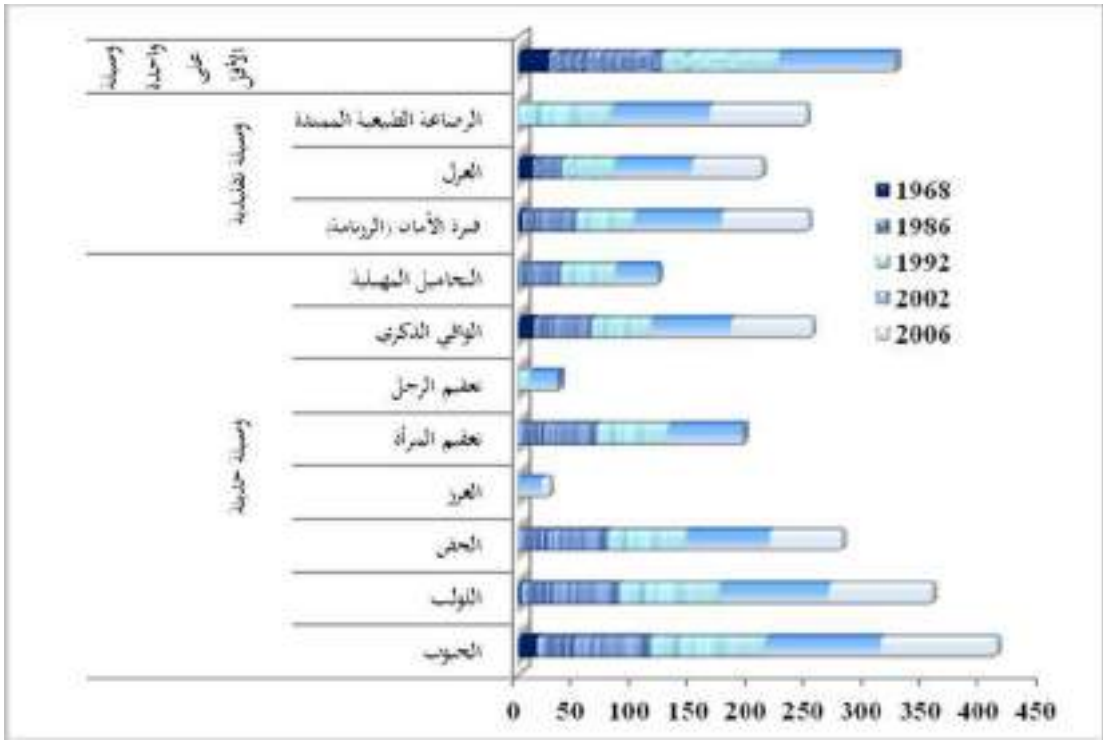
جدول رقم (2–4): تطور معرفة وسائل منع الحمل في الجزائر لدى النساء في سن الإنجاب بين 1968 و2006.

السنة / المعرفة بالوسيلة	1968	1986	1992	2002	2006
الحبوب	16,5	97,7	98,3	99,9	99,1
اللولب	3,0	84,3	86,1	94,2	88,5
الحقن	-	77,3	67,5	71,6	62,2
الغرس	-	-	-	20,5	6,7
تعقيم المرأة	-	68,3	60,5	63,7	-
تعقيم الرجل	-	-	9,6	24,6	-
الواقي الذكري	14,0	50,3	49,8	69,3	69,5
التحاميل المهبلية	0,5	37,1	45,8	37,4	-
فترة الأمان (الرزنامة)	4,3	45,8	49,7	76,0	73,6
العزل	13,0	25,5	44,1	67,6	59,7
الرضاعة الطبيعية الممتدة	-	-	80,0	85,0	82,8
وسيلة واحدة على الأقل	26,5	98,0	99,2	99,9	-

Source: -1968 et 1986: Nadia ATTOUT , Rachid BENKHELIL, **L'espacement des naissances causes de refus ou d'abondons de la contraception**, CeNeAP, Algérie, 1998, p 15.
-EASF 2002, MICS3 Algérie 2006.

أشارت مختلف الدراسات إلى أن مستوى المعرفة بوسائل منع الحمل عرف تطوراً ملحوظًا في السنوات الأخيرة مقارنة بأواخر الستينات، حيث أن 26,5% فقط من النساء غير العازبات وفي سن الإنجاب يعرفن وسيلة منع حمل واحدة على الأقل سنة 1968، وارتفعت بقرابة 72 نقطة سنة 1986 لتصل إلى 98%، واستمرت في الارتفاع حتى سنة 1992، أين قُدّرت بـ99,2%، لتشهد بعد ذلك ارتفاعًا طفيفًا قُدِّرَ بـ99,9% خلال سنة 2002 وهذا يتضح لنا تعميم المعرفة بوسائل منع الحمل بفضل السياسة السكانية التي انتهجتها الحكومة الجزائرية خلال فترة الثمانينات، والتي قامت –من خلالها– بتوسيع دائرة تنظيم الأسرة، وذلك بإنشاء عدة مراكز لحماية الأمومة والطفولة عبر كل أنحاء التراب الوطني، والتي ساهمت –بدورها– في توعية النساء بضرورة اللجوء لوسائل تنظيم الأسرة من أجل تباعد الولادات حفظًا على صحتهن وصحة أطفالهن –من جهة– وتوفير المساعدة لهن من أجل الحصول على هذه الوسائل، من جهة أخرى.

شكل رقم (2–4): تطور معرفة مختلف وسائل منع الحمل في الجزائر بين 1968 و2006.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2–4).

عرفت حبوب منع الحمل أعلى المعدلات، وبذلك تصدرت قائمة وسائل تنظيم الأسرة منذ الستينات، حيث مثلت نسبة المعرفة بها حوالي 16,5%، ممّا يدل على أنّ حبوب منع الحمل من الوسائل التي كانت توصف من طرف الطبيب النسائي منذ فترة الستينات، وبفضل الدعاية الإعلامية لهذا النوع من الوسائل، في إطار سياسة سكانية وطنية تهدف إلى تنظيم النسل، عرفت حبوب منع الحمل قفزة نوعية بمقدار 81 نقطة لتصل إلى 97,7% خلال سنة 1986، ثم عرفت هذه النسبة نموًّا بطيئًا بعد فترة التسعينات، حيث قُدِّرت بـ98,3% سنة 1992، لتصل إلى 99,9% و99,1% خلال سنتي 2002 و2006 على التوالي، ويليها اللولب الرحمي الذي مثلته نسبة 3,0% فقط خلال سنة 1968 بسبب قلة انتشار هذا النوع من الوسائل خلال فترة الستينات، غير أنه –ومع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة– عرف ارتفاعًا مذهلا في معدل المعرفة به بحوالي 81 نقطة، ليصل إلى 84,3% سنة 1986 و86,1% سنة 1992، واستمر في الارتفاع إلى غاية 94,2% سنة 2002 و88,5% خلال عام 2006.

وقد عرف استعمال الحقن معدلات مهمة، وقد تمركز هذا النوع من الوسائل في المرتبة الثالثة بمعدّل معرفة قُدِّر بـ77,3% سنة 1986، غير أنه شهد انخفاضًا نسبيًا بقرابة 10 نقاط، بمتوسط قدرُه حوالي 67,1% خلال الفترة الممتدة بين سنة 1992 و2006، ويرجع هذا الانخفاض إلى منع هذه الحقن بعد فترة السبعينات لأسباب صحية، أمّا الواقي الذكري فيأتي

في المرتبة الرابعة –من حيث المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة– والذي قُدِّرَت نسبة المعرفة باستعماله بـ14,0% سنة 1968، هذه الأخيرة التي عرفت ارتفاعًا ملحوظًا ليصل إلى 50,3% و49,8% خلال سنتي 1986 و1992 على التوالي، واستمرت في الارتفاع بقرابة 20 نقطة لتصل إلى 69,3% و69,5% خلال سنتي 2002 و2006 على التوالي.

أمّا الوسائل الطبيعية، والتي تعتبر من بين الوسائل التقليدية فقد عرفت تطورًا ملحوظًا إلا أنه سجلت نسب معرفة متقاربة، حيث عرف العزل –باعتباره من أقدم الوسائل في تنظيم الأسرة– نسبة 13,0% سنة 1968، لتتضاعف بعد ذلك خلال سنة 1986 بنسبة 25,5%، واستمرت في الارتفاع بقرابة 20 نقطة، حيث قُدّرت بـ44,1% سنة 1992 لتسجّل نسبة 67,6% خلال عام 2002 و59,7% سنة 2006، في حين سجلت الرزنامة أو فترة الأمان نسبة معرفة ضئيلة قدرت بـ4,3% سنة 1968، باعتبارها طريقة تعتمد على الحساب والمعرفة الدقيقة بالدورة الشهرية وفترة الإخصاب، غير أنها شهدت ارتفاعًا بـ45 نقطة خلال فترة التسعينات حيث سجلت 45,8% سنة 1986، لتسجل نسبة 49,7% خلال سنة 1992، واستمرت في الارتفاع إلى غاية 76,0% و73,6% سنتي 2002 و2006 على التوالي. وفيما يتعلق بالرضاعة فإنها لم تُعرف كوسيلة منع الحمل إلا خلال سنة 1992 –رغم اعتمادها لدى الكثير من النساء منذ القدم– بنسبة مهمة قُدّرت بـ80,0%، لترتفع قليلا إلى نسبة 85,0% سنة 2002 و82,8% خلال سنة 2006.

2. تطور استعمال وسائل منع الحمل:

شهدت الجزائر –على غرار باقي دول العالم– انتشارًا واسعًا في استعمال وسائل منع الحمل خلال السنوات الأخيرة، يمكن القول أنها أصبحت جزءاً لا يتجزأ من اهتمامات الأسرة الجزائرية في إطار سلوكياتها المتعلقة بالإنجاب، والجدول رقم (2–5) يوضح تطوّر استعمال هذه الوسائل خلال الفترة الممتدة ما بين سنة 1968 و2019.

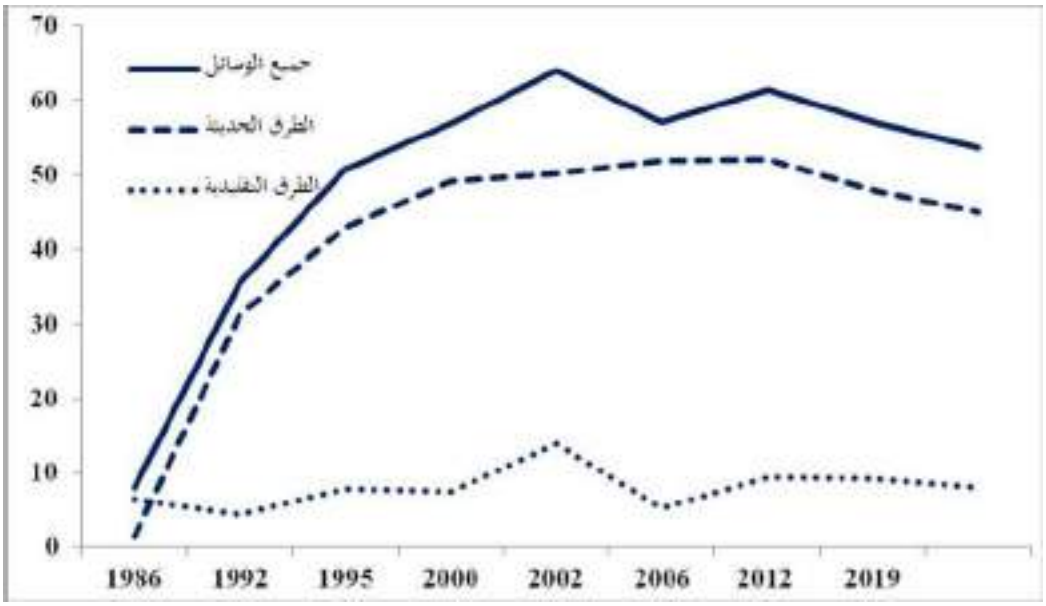
جدول رقم (2–5): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر خلال الفترة الممتدة بين 1968 و2019.

السنة / معدل الاستعمال	1968	1986	1992	1995	2000	2002	2006	2012	2019
جميع الوسائل	8,0	35,5	50,7	56,9	64,0	57,0	61,4	57,1	53,6
الطرق الحديثة	1,5	31,1	42,9	49,0	50,1	51,8	52,0	47,9	44,9
الطرق التقليدية	6,5	4,4	7,8	7,5	13,9	5,2	9,4	9,2	8,1

Source: - 1968, 1986, 1992 et 1995: Nadia ATTOUT , Rachid BENKHELIL: Op. Cit, p 23.
- EDG 2000, EASF 2002, MICS3 Algérie 2006, MICS4,Algérie 2012-2013, MICS6, Algérie 2019.

عرف معدّل استعمال وسائل منع الحمل ارتفاعًا ملحوظًا منذ بداية الستينات من القرن العشرين، لينتقل من 8% سنة 1968 إلى 50,7% سنة 1992، ما يعادل 6 مرات الوضع الذي شهده خلال فترة الاستقلال، واستمرت هذه الزيادة إلى 64% سنة 2000، لتنخفض قليلا سنة 2002، حيث قدّرت بـ57%، الأمر الذي يمكن تفسيره بتراجع استخدام الطرق التقليدية لمنع الحمل، والتي انخفضت من 13,9% سنة 2000 إلى 5,2% خلال سنة 2002، مقابل ارتفاع لمعدّل استعمال وسائل منع الحمل الحديثة الذي انتقل من 50,1%إلى 51,8% خلال السنتين الأخيرتين. كما شهد هذا المعدّل إنخفاضًا طفيفًا بمقدار 4 نقاط، ليصل إلى 61,4% خلال سنة 2006، ويستمر هذا الإنخفاض بمقدار يقارب 8 نقاط ليصل إلى 53,6% سنة 2019، الوضع الذي يمكن تأويله بتراجع معدّل استعمال الطرق الحديثة لتنظيم الأسرة من 52,0% إلى 44,9% خلال السنتين الأخيرتن، كما هو موضح في الشكل البياني رقم (2-2).

شكل رقم (2-5): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل بين 1968 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2-5).

3. تطور استعمال موانع الحمل حسب الوسيلة:

ساهمت السياسة السكانية في رفع مستوى اللجوء إلى وسائل تنظيم الأسرة، من خلال توفيرها في السوق الجزائرية، بهدف تخفيض الخصوبة والتقليص من حجم الأسر، غير أنّ تعميم هذه الوسائل لابدّ أن يسفِر عن استعمال البعض منها بمعدّلات متفاوتة، والجدول التالي يوضّح معدلات استعمال وسائل منع الحمل باختلاف أنواعها خلال فترة الثمانينات إلى غاية المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 لسنة 2019.

جدول رقم (2–6): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر بين 1986 و2019.

السنة / نوع الوسيلة	1986	1992	1995	2000	2002	2006	2012	2019
الحبوب	26,1	38,7	43,4	44,3	46,8	45,9	43,0	39,0
اللولب	2,1	2,4	4,1	4,3	3,1	2,3	2,2	2,4
الحقن	0,6	0,2	0,004	–	–	–	0,1	0,0
الغرس	–	–	–	–	–	–	0,2	0,3
تعقيم المرأة	–	–	–	–	–	–	0,5	0,4
تعقيم الرجل	–	–	–	–	–	–	0,0	0,1
الواقي الذكري	0,5	0,7	0,8	1,5	–	2,3	1,9	2,3
مجموع الطرق الحديثة	**31,1**	**42,9**	**51,7**	**52,0**	**51,8**	**52**	**47,9**	**44,9**
فترة الأمان (الرزنامة)	0,6	1,7	2,4	4,9	2,2	4,1	3,9	5,1
العزل	3,1	1,8	0,6	3,5	1,7	3,3	3,7	2,8
الرضاعة الطبيعية الممتدة	–	4,0	4,4	4,9	0,9	1,9	1,6	0,7
مجموع الطرق التقليدية	**4,4**	**7,8**	**5,1**	**9,4**	**5,2**	**9,4**	**9,2**	**8,1**

Source:-ENAF1986, EASME 1992, **1995:** Nadia ATTOUT , Rachid BENKHELIL: Op.Cit, p 23.
- EDG 2000, EASF 2002, MICS3 Algérie 2006, MICS4,Algérie 2012-2013, MICS6, Algérie 2019.

عرفت حبوب منع الحمل أعلى معدلات الاستعمال من طرف النساء، حيث فاقت 40% منذ سنة 1995 إلى غاية 2012 لتنخفض قليلا سنة 2019 إلى 39,0%، في حين لم تتجاوز 26,1% سنة 1986 و38,7% خلال سنة 1992. ونجد بالمقابل استعمال ضعيف للولب الرحمي رغم توفره والتشجيع على استعماله من طرف الدولة، حيث تراوحت نسبة استعماله بين 2,1% كأدنى حدّ سنة 1986 و4,3% كأقصى قيمة سنة 2000، لينخفض من جديد إلى 2,2% و2,4% خلال سنتي 2012 و2019، ويمكن تفسير هذا المعدّل الضئيل إلى خطورة هذه الوسيلة التي تغرس داخل رحم المرأة، والتي يمكن أن تشكل خطرًا على صحتها الإنجابية في حال سوء استخدامها من طرف الأخصائي النسائي، بالإضافة إلى صعوبة استعمالها بالمقارنة مع حبوب منع الحمل، ممّا يشجع النساء للجوء إليها دون غيرها.

ومثّلت بقية الوسائل نسبًا جدّ ضعيفة تكاد تنعدم، حيث سجل استعمال الحقن أعلى معدّل سنة 1986 قُدّر بـ0,6%، واستمر في الإنخفاض ليسجل 0,1% سنة 2012 وانعدمت نسب استعمالها سنة 2019 حسب نتائج آخر مسح عنقودي متعدّد المؤشرات، ويمكن تفسير هذه النسب الضئيلة –رغم ارتفاع معدل المعرفة بها– بمنع هذه الحقن المانعة للحمل بعد

سنوات السبعينات لخطورتها على الصحة الإنجابية للمرأة ، أمّا الواقي الذكري ، فقد عرف هو الآخر نسبًا ضعيفة والذي قُدِّرَت بـ0,5% سنة 1986، كأدنى قيمة غير أنها عرفت ارتفاعًا طفيفًا وصل إلى 2,3% بين سنتي 2006 و2019.

أمّا الوسائل التقليدية، فقد سجلت هي الأخرى نسب استعمال ضعيفة ومتقاربة، حيث عرف العزل ارتفاعًا طفيفًا بين سنتي 1986 و2000، لينتقل من 3,1% إلى 3,5%، غير أنه عرف انخفاضا طفيطًا سنة 2002 إلى 1,7% ليعيد الارتفاع منذ 2006 إلى 2012، ليسجل بذلك 3,3% و3,7% كأقصى قيمة خلال الستة الأخيرة، إلا أنها سجل انخفاضًا جديدًا سنة 2019 بنسبة 2,8%، كما سجلت فترة الأمان أو الرزنامة –هي الأخرى– معدلات استعمال ضعيفة تراوحت بين 0,6% كأدنى نسبة و5,1% كأقصى قيمة لها، أمّا عن الرضاعة الممتدة فالملاحَظ تراجع مستمر في معدّل اعتمادها كوسيلة لتنظيم الأسرة، باعتبار نسب مصداقيتها ضعيفة، تتطلب ممارسة مستمرة للرضاعة دون انقطاع، وقد سجلت بهذا 4,9% كأعلى معدّل لها سنة 2000، أما اتجاه هذه الممارسة حذا نحو الإنخفاض المستمر ليصل إلى 1,6% و0,7% خلال سنتي 2012 و2019 على التوالي.

4. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة:

إنّ توفر وسائل منع الحمل على مستوى المراكز الصحية لحماية الأمومة والطفولة أو في السوق الجزائرية –عمومًا– غير كافٍ لتعميم استعمالها، بل يمكن لعوامل أخرى أن تتدخل في تحديد حجم الأسرة وتنظيمه، ويعتبر مكان الإقامة إحدى هذه المحدّدات التي يمكن لها أن توجه استعمال وسائل منع الحمل لدى الأزواج، ومن خلال الجدول رقم (2–7) سنحاول تسليط الضوء على تطور استعمال هذه الوسائل حسب مكان الإقامة.

جدول رقم (2–7): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة بين 1968 و2019.

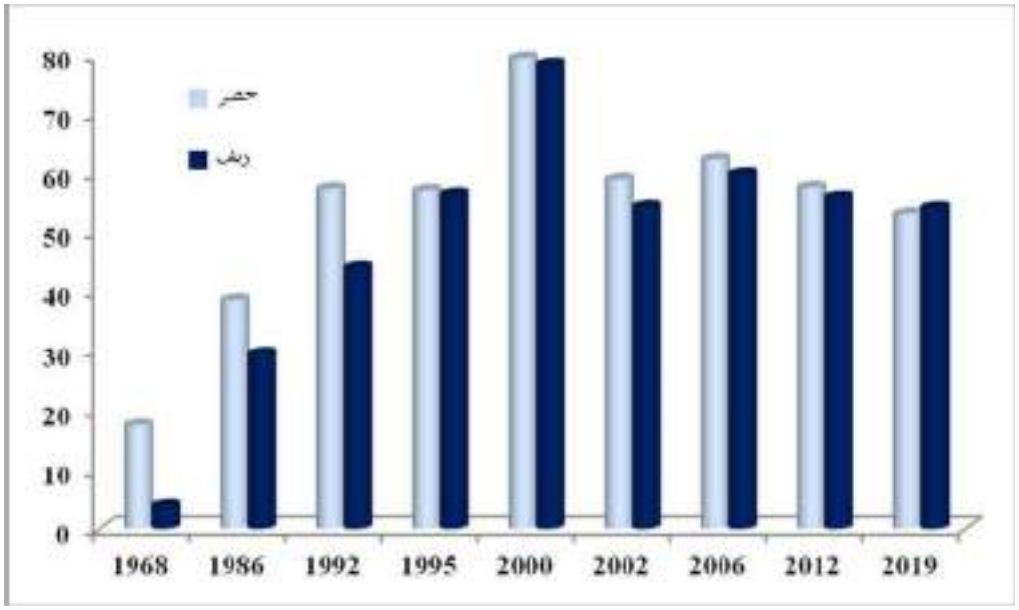
السنة / مكان الإقامة	1968	1986	1992	1995	2000	2002	2006	2012	2019
حضر	17,5	38,6	57,5	57,2	64,8	59,0	62,5	57,7	53,2
ريف	4,0	29,6	44,1	56,6	62,9	54,4	59,9	56,1	54,2
المجموع	8,0	35,5	50,7	56,9	64,0	57,0	61,4	57,1	53,6

Source:-ENAF1986, EASME 1992, 1968 et **1995:** Nadia ATTOUT ,Rachid BENKHELIL: Op.Cit, p 29.
- EDG 2000, EASF 2002, MICS3 Algérie 2006, MICS4,Algérie 2012-2013, MICS6, Algérie 2019.

عرف استعمال وسائل تنظيم الأسرة أعلى المعدلات في المناطق الحضرية أكثر منه في المناطق الريفية، فخلال فترة الستينات مثّلت النساء الحضريات الأغلبية الساحقة بـ17,5% سنة 1968، في حين لم تسجل النساء الريفيات سوى 4% من

مجمل معدل الاستعمال لوسائل منع الحمل بفارق يقارب 13 نقطة بين المنطقتين، وقد عرف هذا الفارق تقلُّصًا ملحوظًا بمرور الزمن، حيث شهد تنظيم النسل تزايدًا مستمرًا في الوسط الحضري بما يقارب 21 نقطة خلال فترة الثمانينات ليصل إلى 38,6% سنة 1986 مقابل 29,6% للوسط الريفي بفارق 9 نقاط بين المنطقتين. استمر معدل الاستعمال في التزايد خلال فترة التسعينات لكلا المنطقتين لينتقل من 57,5% إلى 64,8% بالوسط الحضري بين سنتي 1992 و2000 على التوالي، والموازاة يلاحظ تلقص الفارق بين المنطقتين، حيث يلاحظ أيضًا تزايد في استعمال وسائل منع الحمل بالمنطقة الريفية التي التحقت بالمنطقة الحضرية، لينتقل معدل الاستعمال بها من 44,1% إلى 62,9% خلال نفس الفترة، بفارق وصل إلى نقطة واحدة فقط عام 2000 وقرابة نقطتين سنة 2012، حيث سجلت 57,7% بالوسط الحضري مقابل 56,1% بالوسط الريفي، والملاحظ -من خلال هذه المعدّلات- أن مفهوم تنظيم الأسرة قد توسع خلال السنوات الأخيرة عبر كامل التراب الوطني، ناهيك عن وسط الإقامة ريفيًا كان أم حضريًا، حتى أن معدّل استعمال موانع الحمل بالوسط الريفي قد فاق المعدّل المسجّل بالوسط الحضري بنقطة واحدة، حيث تمّ تسجيل نسبة استخدام قُدّرَت بـ54,2% مقابل 53,2% على التوالي بالمنطقتين سابقتي الذكر.

شكل رقم (2-6): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة بين 1968 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2-7).

5. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب الإقليم الجغرافي:

يساهم توزيع معدلات استعمال وسائل تنظيم الأسرة حسب التقسيم الجغرافي للأقاليم؛ وسط، شرق، غرب وجنوب، في إمكانية رصد مستوى انتشار واستخدام هذه الوسائل عبر مختلف أقطار الوطن، والتي تختلف باختلاف عادات وتقاليد كل منطقة، بالإضافة إلى توزيع الخدمات الصحية خاصة بين مناطق الشمال والجنوب الجزائري.

جدول رقم (2–8): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب الإقليم الجغرافي بين 1986 و2019.

السنة / مكان الإقامة	1986	1992	1995	2000	2002	2006	2012	2019
الوسط	44,4	49,3	56,2	64,8	57,0	63,6	*55,1	*52,5
الشرق	33,3	47,1	56,1	66,4	56,7	59,2	*58,3	*55,1
الغرب	46,9	56,9	63,0	65,5	63,4	64,9	*57,5	*54,9
الجنوب	-	48,6	48,2	51,5	52,5	52,5	49,2	45,6
المجموع	35,5	50,7	56,9	64,0	57,0	61,4	57,1	53,6

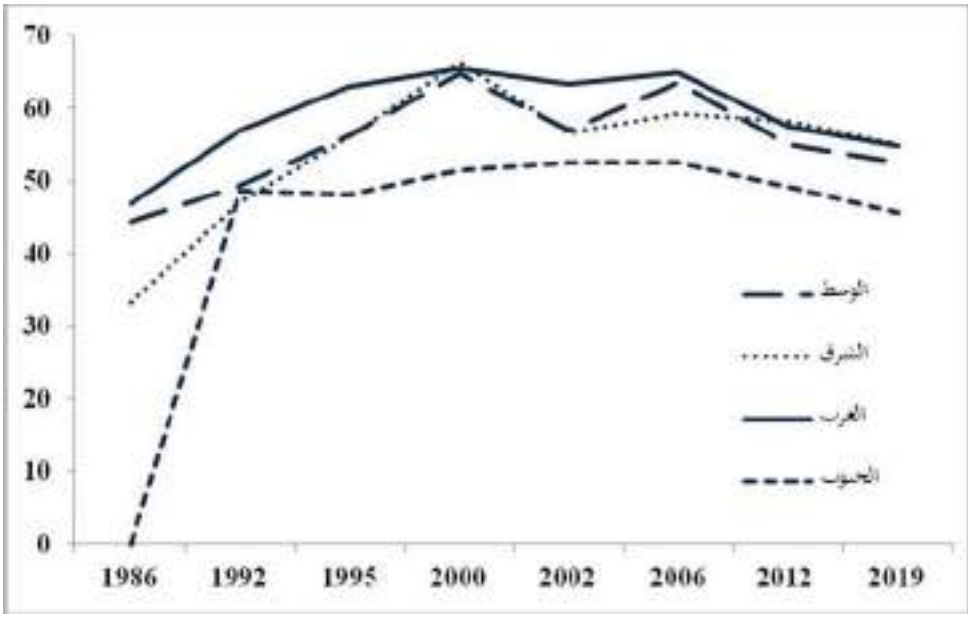
Source:-ENAF1986, EASME 1992, **1995:** Nadia ATTOUT , Rachid BENKHELIL: Op.Cit, p 23.
- EDG 2000, EASF 2002, MICS3 Algérie 2006, MICS4,Algérie 2012-2013, MICS6, Algérie 2019.

* محسوب بناء على متوسط استعمال وسائل منع الحمل لدى الإقليم الجغرافي الشمالي والهضاب العليا للسنوات المعنية.

تشير بيانات الجدول رقم (2–8) لوجود فوارق في مستوى اللجوء إلى استخدام وسائل منع الحمل عبر مختلف المناطق الجغرافية للوطن، حيث سُجِّلَت أعلى المعدلات –عمومًا– في منطقة شرق الوطن بنسبة زيادة قدّرت بحوالي 23 نقطة بين سنتي 1986 و2002، لتنتقل من 33,3% عام 1986 إلى 47,1% خلال سنة 1992، لتستمر هذه الزيادة لتسجل 56,7% خلال سنة 2002، تليها منطقة الغرب الجزائري بزيادة قُدّرَت بـ16 نقطة خلال نفس الفترة، ليسجل معدل الاستعمال 46,9% سنة 1986، ليرتفع بعد ذلك إلى 56,9% سنة 1992 و63,4% خلال سنة 2002، ثمّ منطقة الوسط التي عرفت نسبة زيادة قدّرت بحوالي 11 نقطة، لتشهد نسبة استعمال وسائل تنظيم الأسرة ارتفاعًا تدريجيًا من 44,4% سنة 1986 إلى 49,3% خلال سنة 1992، ليستمر هذا المعدّل في الزيادة إلى 57,0% عام 2002، أمّا منطقة الجنوب فلم تؤخذ بعين الاعتبار إلا خلال سنة 1992، أين سجّلت أدنى مستويات الاستعمال لوسائل منع الحمل بنسبة 48,6% خلال السنة الأخيرة لتسجل بعد ذلك ارتفاعًا طفيفًا إلى 52,5% سنة 2002 بنسبة زيادة قدّرت بقرابة 4 نقاط فقط. وخلال الفترة الممتدة بين سنتي 2002 و2019 عرفت معظم مناطق الوطن ارتفاعًا طفيفًا إلى غاية سنة 2006، لتشهد بعد ذلك تراجعًا طفيفًا حيث

سجّل الغرب الجزائري أعلى معدلات الاستعمال سنة 2006 بـ64,9%، لتنخفض تدريجيًا بنسبة 10% لتصل إلى 54,9% سنة 2019، تليه منطقة الوسط التي سجّلت حوالي 63,6% سنة 2006، لتنخفض تدريجيًا بنسبة 11,1% وبذلك سجلت معدل استعمال قدر بـ52,5% سنة 2019، وتأتي منطقة الشرق في المرتبة الثالثة بنسبة استعمال قدرت بـ59,2%خلال سنة 2006 لتنتقل إلى 55,1% عام 2019ا أما الجنوب فقد غرف كالعادة أضعف معدلات الاستخدام والتي قدرت بـ52,5% لتنخفض تدريجيًا إلى 45,6% خلال سنة 2019.

شكل رقم (2–7): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب الإقليم الجغرافي



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2–8).

6. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي:

أُعتُبِر المستوى التعليمي للمرأة الجزائرية -في الماضي- المحدّد الأساسي لاستعمال وسائل منع الحمل إلى غاية بداية فترة التسعينات، حيث اختصت المرأة المتعلمة فقط باستعمال هذه الوسائل بعد الاستقلال، ومن خلال بيانات الجدول رقم (2-9) يتضح لنا تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي بين 1986 و2019.

جدول رقم (2-9): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي بين 1986 و2019.

السنة / المستوى التعليمي	1986	1992	2002	2006	2012	2019
بدون مستوى	28,0	43,9	52,9	57,2	52,4	49,4
ابتدائي	50,2	60,4	59,8	62,1	57,1	53,4
متوسط	48,4	62,4	62,9	62,2	58,7	54,3
ثانوي فأكثر	53,0	55,8	58,3	65,0*	57,7*	54,2*
المجموع	35,5	50,7	57,0	61,4	57,1	53,6

Source:-ENAF1986, EASME 1992, EASF 2002, MICS3 Algérie 2006, MICS4,Algérie 2012-2013, MICS6, Algérie 2019.

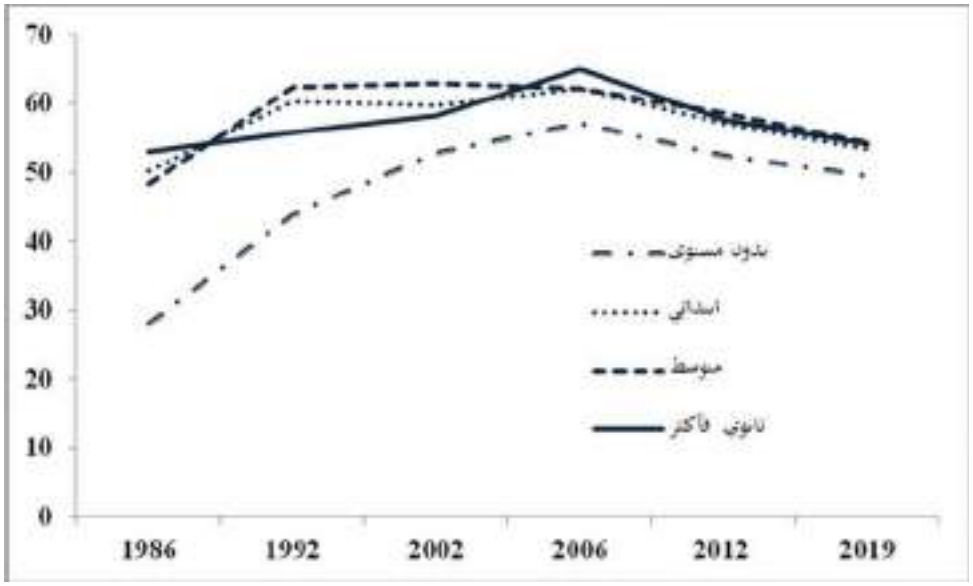
*محسوب بناء على متوسط استعمال وسائل منع الحمل لدى المستويين الثانوي والجامعي للسنوات المعنية.

سجّل معدّل استعمال وسائل منع الحمل 28% خلال سنة 1986 لدى النساء غير المتعلمات، وقد عرف هذا المعدّل ارتفاعًا ملحوظًا بما يقارب 16 نقطة، حيث سجل 43,9% سنة 1992 لينتقل إلى 57,2% -كأعلى قيمة له- سنة 2006، بفارق يقارب 13 نقطة، غير أنه عرف انخفاضًا طفيفًا ليسجّل 52,4% و49,4% خلال سنتي 2012 و2019 على التوالي، ورغم ذلك يبقى معدّل الاستعمال لدى النساء غير المتعلمات العامل الأكثر تأثيراً في المعدل العام للاستعمال.

عرف معدل الاستعمال لدى الأمهات ذوات المستوى الابتدائي -هو الآخر- ارتفاعًا طفيفًا من 50,2% سنة 1986 إلى 60,4% سنة 1992 و62,1% خلال سنة 2006، أما المستوى المتوسط فقد سجّل قيمة 48,4% خلال سنة 1986 ليرتفع إلى 62,4% سنة 1992 و62,9% -كأقصى قيمة له- خلال سنة 2002، وقد حافظ على هذا المستوى رغم انخفاضه بوتيرة بطيئة وضئيلة وصلت إلى 54,3% سنة 2019. هذا وقد عرفت هذه الوسائل -لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي فأكثر- معدل استعمال قدّر بـ53% سنة 1986، ليرتفع إلى 58,3% سنة 2002 و65% -كأعلى قيمة- خلال سنة 2006، وقد عرف -هو الآخر- تناقصًا ضئيلا وبوتيرة بطيئة، حيث سجّل نسبة 57,7% و54,2% سنة 2012 و2019 على التوالي.

يلاحظ –من خلال هذه النسب– أنّ الفروق بين مختلف المستويات في استعمال وسائل تنظيم الأسرة كانت واضحة فقط خلال فترة الثمانينات بفارق 22 نقطة بين المرأة غير المتعلمة والمتعلمة لحد المستوى الابتدائي سنة 1986، لكنها بدأت تتقلص شيئًا فشيئًا مع مرور الزمن لتصل إلى حدود 4 نقاط فقط سنة 2019، الأمر الذي يعكس مدى مساهمة معدل الاستعمال لدى المرأة غير المتعلمة في رفع مستوى استعمال وسائل منع الحمل على المستوى الوطني.

شكل رقم (2–8): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي بين 1986 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2–9).

7. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب أعمار النساء:

تلجأ النساء في سن الإنجاب إلى استعمال وسائل منع الحمل لتنظيم نسلهن، غير أنّ هذا الاستعمال قد يختلف من فئة لأخرى بحسب السن، والجدول رقم (2-10) يوضح تطور استخدام وسائل منع الحمل حسب الفئات العمرية خلال الفترة الممتدة من سنة 1986 إلى غاية 2019.

جدول رقم (2-10): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب العمر بين 1986 و2019.

السنة / الفئات العمرية	1986	1992	1995	2000	2002	2006	2012	2019
19-15	17,1	26,4	43,5	57,6	26,2	20	28,7	30,4
24-20	26,8	39,6	52,3	60,5	41,1	43,2	45,2	44,0
29-25	36,5	52,7	62,4	69,3	56,7	58,1	55,8	52,9
34-30	40,3	56,1	63,8	72,8	61,3	67,0	62,4	56,9
39-35	44,7	56,4	63,1	71,2	66,4	69,1	67,0	60,3
44-40	42,2	52,2	53,8	62,3	59,8	68,9	63,5	57,7
49-45	23,9	38,9	33,5	38,6	45,1	49,0	42,5	43,1
المجموع	35,5	50,7	56,9	64,0	57,0	61,4	57,1	53,6

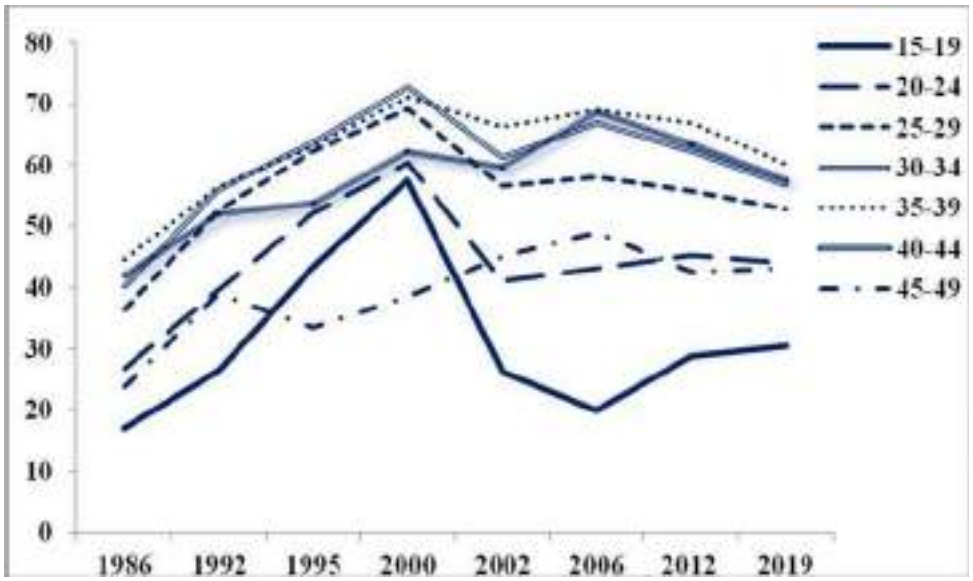
Source:-ENAF1986, EASME 1992, **1995:** Nadia ATTOUT , Rachid BENKHELIL: Op.Cit, p 23.
- EDG 2000, EASF 2002, MICS3 Algérie 2006, MICS4,Algérie 2012-2013, MICS6, Algérie 2019.

تُعتبَر ممارسة تباعد الولادات من خلال استعمال وسائل تنظيم الأسرة سلوكًا يمس مختلف الفئات العمرية ولكن بنسب متفاوتة، حيث يلاحَظ -بحسب بيانات الجدول رقم (2-7)- انخفاض معدل الاستعمال لدى النساء في بداية أعمارهن، ليرتفع مع تقدم العمر إلى غاية الفئة العمرية 35-39 سنة، باستثناء الفترة الممتدة بين سنتي 1995 و2000 أين سُجّلت أعلى النسب في الاستعمال لدى الفئة العمرية 30-34 سنة بحوالي 63,8% إلى 72,3% على التوالي، لتنخفض تدريجيًا خلال السنوات اللاحقة لتسجّل معدّل استعمال قُدّر بـ56,9% سنة 2019. وتسجّل أضعف النسب لدى النساء في سن 45-49 سنة بحوالي 23,9% سنة 1986 و49% كأقصى قيمة سنة 2006، لتنخفض مرة أخرى إلى 43,1% سنة 2019، وتبقى هذه النسب ضعيفة بالمقارنة مع باقي الفئات العمرية لكون المرأة قد بلغت أواخر مراحلها الإنجابية واقتربت بذلك من سن اليأس.

كما نلاحظ أن استعمال وسائل منع الحمل مس أيضًا النساء في بداية مرحلة الخصوبة، حيث سجلت الفئة العمرية الأقل من 20 سنة 17,1% كأضعف نسبة سنة 1986، وارتفعت تدريجيًا بحوالي 40 نقطة، بلغ ذروتها عام 2000

بـ57,6%، وشهدت بعدها تذبذبًا بين الانخفاض والارتفاع، حيث انخفضت بقرابة 38 نقطة، لتسجل حوالي 20% سنة 2006، غير أن هذا المعدل عاود الارتفاع تدريجيًا بقرابة 10 نقاط، ليصل إلى 30,4% سنة 2019.

شكل رقم (2–9): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب العمر بين 1986 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2–10).

8. تطور استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال:

يمثل عدد الأطفال الذين تنجبهم المرأة أحد أهم المتغيرات التي تتحكم في استعمال موانع الحمل بغرض المباعدة بين الولادات، والجدول رقم (2–11) يوضح تطور استخدام وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال خلال الفترة الممتدة بين سنتي 1986 و2019.

جدول رقم (2–11): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال بين 1986 و2019.

السنة / عدد الأطفال	1986	1992	2002	2006	2012	2019
0	–	4,3	4,6	2,9	2,8	3,2
1	26,0	39,9	51,8	55,2	55,3	37,9
2	36,3	58,1	65,7	69,8	66,1	52,0
3	41,0	54,2	67,1	73,9	71,6	52,6
4 وأكثر	41,2	*58,7	*64,5	69,6	66,0	53,5
المجموع	35,5	50,7	57,0	61,4	57,1	53,6

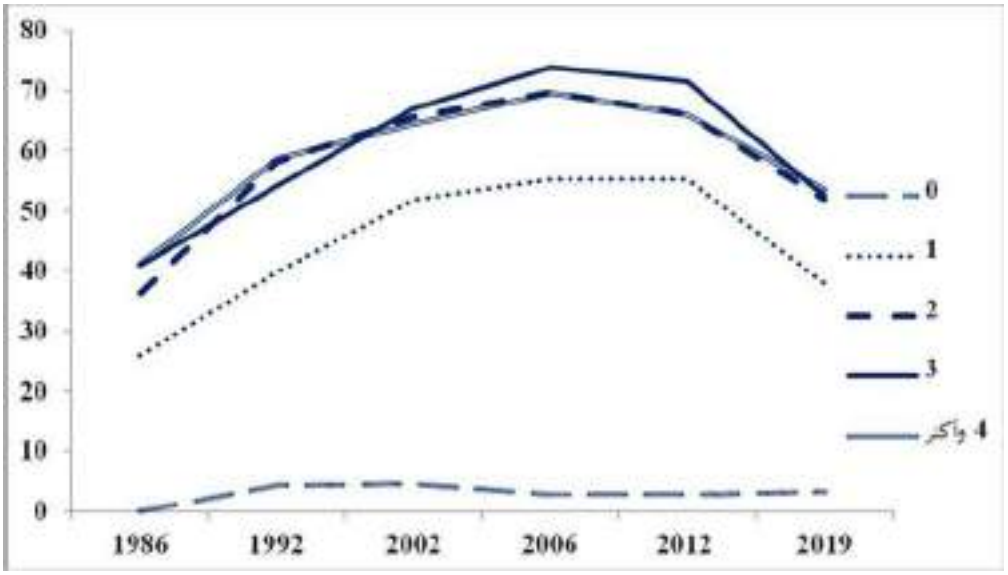
Source:-ENAF1986, EASME 1992, EASF 2002, MICS3 Algérie 2006, MICS4,Algérie 2012-2013, MICS6, Algérie 2019.

*محسوب بناء على متوسط استعمال وسائل منع الحمل لدى الأمهات اللاتي أنجبن 4 ولادات وأكثر للسنوات المعنية.

يتّضح لنا –من خلال بيانات الجدول رقم (2–8)– أنّ نسبة استعمال وسائل تنظيم الأسرة تتزايد –عمومًا– بتزايد عدد الأطفال، غير أنّ بعض النساء في سن الإنجاب يلجأن إلى استعمال وسائل منع الحمل قبل إنجاب المولود الأول بنسبة فاقت 4% خلال سنة 1992، والتي ارتفعت لتبلغ ذروتها سنة 2002 بـ4,6%، غير أن هذه النسبة بدأت في التراجع حيث تراوحت بين 2,8% كأدنى قيمة سنة 2012 و3,2% خلال سنة 2019، ويمكن تفسير هذه النسب بتعرّض بعض الأمهات –في بداية الحياة الزوجية– إلى حالة إسقاط أو إجهاض طبي نتيجة لبعض التعقيدات أو قلة خبرة الأم عند أول حمل لها، والتي تستوجب على الأم استعمال وسائل منع الحمل حتى تستعيد عافيتها، وبفضل تحسن الوضع الصحي للأمهات –من خلال توسيع شبكة مراكز الأمومة والطفولة عبر كافة أقطار التراب الوطني– الأمر الذي الذي يساهم في التقليل من حدة هذه الظاهرة وبالتالي تراجع نسب استعمال موانع الحمل قبل إنجاب أول مولود.

سُجِّلَت أعلى المعدّلات لدى النساء اللاتي أنجبن 3 أطفال بنسبة 41% سنة 1986 لترتفع تدريجيًا بقرابة 30 نقطة، حيث قُدّر معدل الاستعمال بـ73,9% سنة 2006 كأقصى قيمة، ليعود للإنخفاض تدريجيًا لغاية 71,6% سنة 2012 و52,6% سنة 2019. تليها فئة الأمهات اللاتي أنجبن 4 أطفال فأكثر –وباعتبارها الفئة التي اقتربت من سن اليأس– فقد سجلت نسبة مهمة قُدّرَت بـ41% سنة 1986، لترتفع إلى 69,6% خلال سنة 2006، وتنخفض بعد ذلك إلى 53,5% سنة 2019، تأتي فئة الأمهات اللاتي أنجبن طفلين في المرتبة الموالية لاستعمال وسائل منع الحمل بنسبة 36,3% سنة 1986، لترتفع هي الأخرى لتسجل أعلى قيمة لها بحوالي 69,8% سنة 2006، ثم تعاود الإنخفاض إلى 52% عام 2019، أمّا الفئة التي أنجبت طفلا واحدًا فقد مثلتها أضعف النسب بـ26% عام 1986، وقد عرفت هذه النسبة ارتفاعًا ملحوظًا بفارق 29 نقطة لتصل إلى 55,3% سنة 2012 بحكم أن هذه المجموعة لا تزال ترغب في الإنجاب، فإنها –بذلك– تلجأ إلى استعمال وسائل منع الحمل للمباعدة بين الولادات لكن بوتيرة أقل من نظيراتها.

شكل رقم (2–10): تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال بين 1986 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (2–11).

9. الامتناع عن استعمال وسائل منع الحمل:

تعتبر وسائل منع الحمل من العوامل المهمة لتنظيم الأسرة، كما أنّ الامتناع عن استخدامها يشكل أحد الاهتمامات الرئيسية لبرامج تنظيم الولادات، حيث تختلف هذه الأسباب باختلاف الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأسر، فخلال مرحلة الاستقلال مثل العامل الديني السبب الرئيسي للامتناع عن استعمال موانع الحمل، إذ أنّه خلال سنة 1968 تمّ تسجيل 89% من النساء اللاتي صرّحن أنّ الدين الاسلامي يعارض تنظيم النسل. أمّا خلال فترة الثمانينات فقد مثلت الرغبة في إنجاب الأطفال السبب الرئيسي للامتناع عن استعمال وسائل منع الحمل، يلها اعتراض الزوج ثمّ الأسباب الصحية، في حين مثل العامل الديني آخر أسباب الامتناع بنسبة 6%.

خلال سنة 1992 مثل العقم وانقطاع الدورة الشهرية السبب الرئيسي للعزوف عن استخدام وسائل بنسبة 22,7%، تلاه الخوف من الآثار الجانبية بنسبة 15,7%، وصرحت 9,3% من النساء بعزوفها عن استعمال هذه الوسائل لرغبتها في إنجاب المزيد من الأطفال، في حين 11,4% امتنعن عن الاستعمال بسبب معارضة الزوج، واحتل العامل الديني المرتبة الخامسة بنسبة 7,1%، والذي كان غالبًا في الوسط الريفي –بحكم محافظة المنطقة– بنسبة 8,4% مقابل 5,1% في الوسط الحضري، كما قد صرحت حوالي 4,9% من السيدات بصعوبة اقتناء وسائل منع الحمل بسبب نقص التغطية بوسائل منع الحمل في بداية التسعينات.

خلال سنة 2002 مثلت الرغبة في الإنجاب والخوف من الآثار الجانبية لوسائل منع الحمل الأسباب الرئيسية للامتناع عن استعمالها، بحسب ما صرّحت به 30% من السيدات في سن الإنجاب، تليها دخول المرأة مرحلة سن اليأس بنسبة 13,1%، في حين أن صعوبة اقتناء هذه الوسائل احتلت المرتبة الثالثة بـ12,2%.

احتلت رغبة النساء في الإنجاب المرتبة الأولى حتى سنة 2006 بنسبة 36,1%، يليها انقطاع الدورة الشهرية والعقم بنسبة 17,6% و10% على التوالي، في حين تراجع الخوف من الآثار الجانبية من استعمال وسائل منع الحمل إلى 4,7%، وكذا معارضة الزوج إلى 1,6%، كما صرّحت الأقلية فقط من النساء بصعوبة اقتناء هذه الوسائل بنسبة 1,3%، حتى أنها أصبحت متوفرة على مستوى السوق الوطني.

ارتفعت نسبة النساء الممتنعات عن استعمال وسائل منع الحمل إلى 59,7% سنة 2019 بسبب رغبتهن في إنجاب المزيد من الأطفال، في حين مثل السبب الديني نسبة ضئيلة قُدّرت بـ7,3% فقط مقابل 4,1% بسبب معارضة الزوج، بالإضافة إلى بلوغهن مرحلة سن اليأس، غير أن الصعوبات في اقتناء هذه الوسائل مثلت نسبة 2,8% من مجمل أسباب الامتناع، وسجلت نسبة الامتناع بسبب الخوف من الآثار الجانبية والعقم حوالي 0,7% و0,9 على التوالي.

خلاصة الفصل:

اتضح لنا –من خلال هذا الفصل– التراجع الكبير في المؤشر التركيبي للخصوبة خلال السنوات الأخيرة من 8 أطفال للمرأة الواحدة ليصل إلى متوسط عدد أطفال قدّر بحوالي طفلين خلال العشرية الأخيرة، الوضع الذي يعود لعدّة عوامل تتنوّع بين مباشرة وأخرى غير مباشرة، كتعليم المرأة الذي يلعب دوراً في تأخير سن الزواج الذي تراجع إلى حوالي 27,6 سنة للإناث و31,3 سنة للذكور عام 1998، بعدما كان يقدّر بـ18,3 سنة و23,8 سنة للإناث والذكور على التوالي عام 1966، إضافة إلى تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل، الذي انتقل من 8% بعد الاستقلال إلى 64% عام 2000 بنسبة 62,9% للريف وحده، ممّا يعكس مدى نجاح السياسة السكانية المنتهجة لتوجيه الخصوبة والتقليل منها وفق البرامج المسطرة التي تهدف بالدرجة الأولى إلى الحفاظ على صحة الأم والطفل معًا، وتحسين المستوى المعيشي للأسر الجزائرية.

الفصل الثالث

مؤشرات الصحة الإنجابية

في الجزائر

تمهيد:

أولت الجزائر اهتماما كبيرا بمجال الصحة والسكان، خاصة المرأة باعتبارها أساس بناء مجتمع سليم، فقد ركّزت جهوداً جمّة للرقي بجوانب الصحة الإنجابية على المستوى الوطني، فالتمتع بالصحة الإنجابية والجنسية يُعتبر من الأمور الضرورية لكل فرد ن المجتمع ولتنميته على مختلف الأصعدة؛ الاقتصادية منها والاجتماعية، وتعتبر الرعاية الصحية للمرأة الحامل أحد المؤشرات المهمة التي لطالما سعت الدولة لتحسين مستواها،لما لها من آثار ايجابية تساهم في تقدم وازدهار الوضع الصحي للمجتمع بشكل عام، من خلال التقليل من حدة وفيات الأمهات ووفيات الرضع.

تشمل المتابعة الصحية للمرأة الحامل الرعاية الصحية للأم عدة مراحل؛ تضمّ فترة ما قبل الحمل، مرحلة الحمل، ظروف الولادة ومرحلة ما بعد مابعد الولادة، حيث أن الرعاية قبل الحمل تشمل تهيئة الأم لعملية الحمل والأنجاب، التي تجنبها الكثير من الاخطار التي قد تواجهها في هذه الفترة، أمّا الرعاية الصحية للأم أثناء فترة الحمل وما بعد الولادة، فتعتبر الوسيلة الفعالة لحماية الأم من المضاعفات التي يمكن أن تعترضها بسبب الحمل والولادة والنفاس

من خلال هذا الفصل سنحاول تسليط الضوء على أهم المراحل التي مرت بها السياسة الصحية بالجزائر وأهم نتائجها التي تنعكس على الوضع الصحي للمرأة في الجزائر، من خلال مجموعة من المؤشرات التي تسمح برصد واقع الصحة الإنجابية، ولعل أهمها تطور وفيات الأمهات، الوفيات الرحمية، الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل، أثناء الولادة وما بعد الولادة، تطور الولادة القيصرية والرضاعة الطبيعية.

I. واقع السياسة الصحية في الجزائر:

اهتمت الحكومة الجزائرية بتنمية القطاع الصحي على غرار القطاعات الأخرى، واعتمدت لأجل ذلك وضع قواعد أساسية تهدف لحماية الفرد من كل ما قد يصيبه من مخاطر صحية ويقلل من فاعليته داخل المجتمع، من خلال توفير الحق في العلاج والرعاية الصحية، طبقًا لما نصّت عليه مختلف المواثيق والدساتير، وقد مرّت السياسة الصحية في الجزائر بعدّة تحوّلات تزامن والقرارات سياسية والأزمات الاقتصادية التي مرت بها البلاد، من خلالها يمكن تقسيم المراحل التي مرت بها السياسة الصحية إلى ثلاثة مراحل أساسية:

1. المرحلة الأولى (مرحلة بعد الاستقلال):

ورثت الجزائر –بعد الاستقلال– وضعية صحية مزرية، لعل أبرزها تجلى في الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين بما يقارب 2200 طبيب و2700 ممرض وممرضة، ونتيجة لهذا الوضع المتردي، قارب عدد وفيات الأطفال حوالي 200 وفاة لكلّ 1000 ولادة، وقد تميّز القطاع الصحي بنقص فادح في الإطارات الصحية الوطنية من أطباء وعاملين وتقنيين، حيث بلغ عدد الأطباء بالنسبة لعدد السكان في تلك الفترة حوالي 8 أطباء لكل 100.000 ساكن، كما بلغ عدد الصيادلة حوالي 30 صيدلي و30 طبيب أسنان، بسبب افتقار رؤوس الأموال الموجهة للاستثمار في الجانب الصحي، والتي بلغت ما يعادل 6,65% فقط من الميزانية العامة للدولة.

كما تميّز النظام الصحي الموجود آنذاك بسوء توزيع المراكز والمؤسسات الصحية، والتي تمركزت أساسا بالمدن الكبرى، من خلال عيادات تشرف عليها البلديات ومراكز الطب المدرسي النفسي تحث إشراف وزارة التربية والتعليم، بالإضافة إلى الطب الخاص الذي يشرف عليه حوالي 600 طبيب يعملون في عيادات خاصة[1]، وقد تميّزت هذه المرحلة بمحدودية الخيارات وضعف الوسائل المتوفرة.

2. المرحلة الثانية من 1965 إلى 1979:

أوجب الوضع المتردي للقطاع الصحي على الحكومة إعادة إنعاش البنايات والهياكل التي خلفها الاستعمار[2]، فكان من الضروري أن تلجأ إلى الاستعانة بإطارات عديدة من الدول الأخرى بالتوازي مع سياسة تكوين إطارات طبية وطنية من خلال

(1)– نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، دار كتامة للكتاب، الجزائر 2007، ص69.

(2)– تقرير منظمة الصحة والتنمية المستدامة، جينيف، 2001، ص11.

إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1964، وإنشاء بعض الهياكل القاعدية بين سنتي 1967 و1969، كما وضعت البرامج الأولى لمحاربة الأمراض والتكفل بالطب المجاني للأطفال من طرف الدولة من خلال المرسوم رقم 69-96 المؤرخ في 09 جويلية 1969 القاضي بإلزامية التلقيحات ومجانيتها وعلاج الأطفال مجانيًا من قبل الدولة سواء على مستوى مراكز حماية الطفولة أو في إطار الطب المدرسي[1]، وتتابعت هذه الجهود مع قرار "الصحة للجميع" بعد مناقشة قضايا الصحة العالمية في ندوة **ألمانا** بكازاخستان والذي نجم عنه بروز الأمر الرئاسي للطب المجاني من خلال المرسوم رقم 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973 والمتعلق بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية.[2]

وخلال سنة 1975 تمّ تبني البرمجة الصحية للدولة وإنشاء القطاعات الصحية العمومية والصحة الفرعية، هذا وأكّد الميثاق الوطني لسنة 1976 ى حق المواطن في الطب المجاني، بدعم من دستور 1976 الذي نص على هذا الحق في المادة 67، كما تمّ إصلاح التعليم الجامعي للأطباء والصيادلة وجراحي الأسنان ووضع برامج تهدف لتكوين الأطباء بتوفير فرص تكوينية تسمح برفع الكفاءة المهنية، من أجل الوصول لتغطية صحية جيدة تشمل طبيبًا لكل 1000 مواطن، إضافة لهذا تمّ إنشاء مراكز صحية للطفولة، والتسطير لقرارات وزارية ومراسيم تحمي الطفولة وتقدم لها الدعم والرعاية خاصة بتقديم العلاج الطبي المجاني.

3. المرحلة الثالثة من 1980 إلى 1990:

شهدت الصحة في هذه الفترة تطورا ملحوظا حيث أصبح من السهل اكتشاف الأمراض في مراحلها المبكرة، الأمر الذي يوضحه التناقص الواضح في معدلات الوفيات، كما أصبح باستطاعة المرضى الاستفادة من العلاج في الخارج حيث استفاد حوالي 40000 مريض سنة 1983 من منحة العلاج في الخارج، إضافة إلى التطور الذي عرفه قطاع الصحة الذي أصبح يحوي 1147 مركزاً صحيًا سنة 1986[3]، وقد تميزت هذه المرحلة بإقرار مبدأ مجانية العلاج، وكان هذا القرار متعلقًا أساسًا بإنشاء قانون الطب المجاني كخطوة أولية في طريق إعطاء فعالية أكثر للقطاع الصحي وتوحيد نظامه ككلّ، ومع ارتفاع أسعار البترول، تمّ وضع برامج صحية لها ارتباط وثيق بالمشكلات الاجتماعية والاقتصادية، وذلك بتسخير كافة الوسائل والإجراءات لحماية الصحة وترقيتها وتعميم صيغة المجانية للمنظومة الصحية الوطنية، اتضحت من خلال تكفل الدولة بتمويل السياسة الصحية مع صناديق

(1)- حسين عبد الواحد الشاعر، **الطب الاجتماعي والأمراض المهنية**، الدار القومية للطباعة والنشر، القاهرة، ص22.

(2)- المرجع نفسه، ص 22.

(3)- نور الدين حاروش، **إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية**، دار كتامة للكتاب، الجزائر، 2007، ص 81.

الضمان الاجتماعي طبقًا للقانون 83-11 المؤرخ في 02 جويلية 1983، كما تمّ منح الاستقلالية التامة للمراكز الاستشفائية بعيدًا عن القطاعات الصحية الأخرى، بموجب قانون 86-25 المؤرخ في 11 فيفري 1986، وإنشاء مدرسة وطنية للصحة العمومية بموجب المرسوم التنفيذي 89-11 المؤرخ في 07 فيفري 1989والذي منح للمدرسة صفة المؤسسة العمومية ذات الطابع الإداري.[1]

4. المرحلة الرابعة ما بعد 1990:

تميزت هذه المرحلة بتراكم المشاكل التي تبلورت منذ نهاية الثمانينات، والتي أدت إلى إعادة هيكلة تدريجية للنظام الصحي -رغم إدخال مسار التكييف مع التطور الاجتماعي والاقتصادي للوطن- وتُرجِم هذا الأخير بصدور المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997، المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية وتنظيم سيرها، وبهذا قُسِّمت المؤسسات الصحية العمومية -عبر كافة التراب الوطني- إلى مراكز استشفائية جامعية، قطاعات ومؤسسات استشفائية متخصصة، كما تميزت هذه المرحلة بتسمية جديدة للوزارة المسؤولة عن الخدمات الصحية بالجزائر بداية من شهر جوان 2002 تحت اسم "وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات"، كما تمّ صدور المرسوم التنفيذي رقم07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 الذي هدف إلى إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وتسييرها.

(1)- بن لوصيف زين الدين، تسيير المؤسسات الصحية العمومية الجزائرية في ظل المتغيرات المعاصرة، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية، العدد الأول، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير، جامعة سكيكدة، ديسمبر 2003، ص 140.

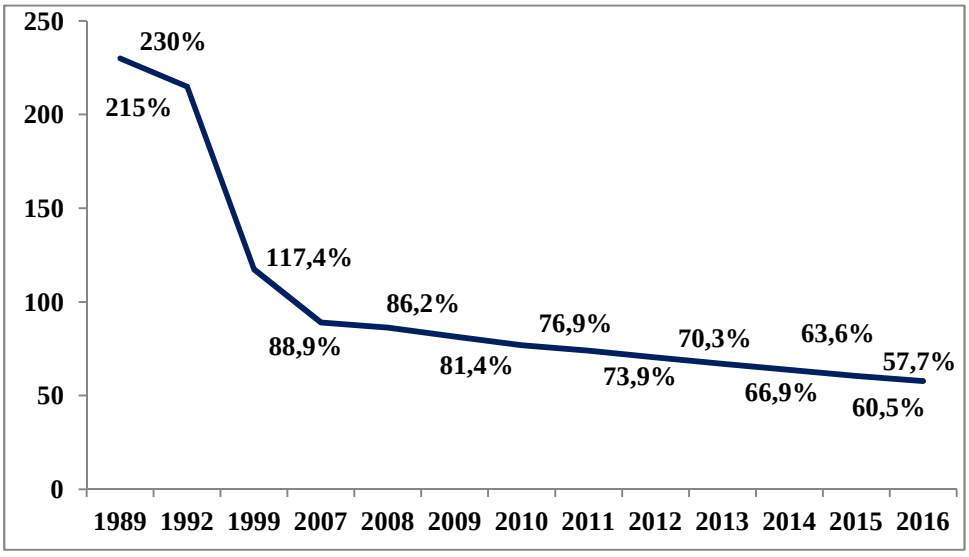
II. واقع الصحة الإنجابية في الجزائر:

يمكن اعتبار المؤشرات الصحية أدواتًا تسمح بتقييم الوضع الصحي للسكان –خاصة جانب الصحة الإنجابية– وذلك من خلال تقدير مختلف الاحتياجات الصحية، ورصد فعالية تنفيذ البرامج ذات الصلة بالصحة الانجابية على مختلف الأصعدة، والتي تسمح بترقية المجتمع، خاصة ما يتعلق بالحمل والولادة، لذلك فقد بذلت الجزائر مجهودات معتبرة للدفع –من خلالها–إلى تحسين ظروف الصحة العمومية، خاصة ما تعلق منها بصحة الأمهات والأطفال تحت إطار برنامج مكافحة وفيات الأمهات والأطفال الرضع والتخطيط العائلي.

1. تطور وفيات الأمهات:

شكّلت حماية صحة الأم والطفل أحد أهداف السياسة الصحية العمومية في الجزائر، باعتبار معدل وفيات الأمهات مؤشرا مهما وأساسيا لقياس مستوى التنمية المحققة في كل بلد، ونعني بوفيات الأمهات وفاة كلّ امرأة أثناء فترة الحمل أو خلال 42 يوم من فترة انتهاء الحمل[1]،ويعرفها رولان بريسا على أنها وفيات الأمهات المتعلقة بظروف الحمل، الولادة وتبعاتها[2] بصرف النظر عن مكان ومدة الحمل، والشكل رقم (3–1) يوضح مختلف التطورات التي شهدها معدل وفيات الأمهات خلال الفترة الممتدة ما بين 1992 و2016.

شكل رقم (3–1): تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1992 و2016.



Source: -MIMI 1989, PAPCHILD 1992, INSP 1999, Gouvernement Algérien: **Objectifs du millénaire pour le Développement**, Rapport national 2000-2015, Juin, p 80, Ministère de la santé, de la population et des réformes hospitalières, direction de la population: **Situation démographique et sanitaire**, Juillet 2017, p 13.

(1)- معطيات منظمة الدول العربية بالمشاركة مع منظمة الأمم المتحدة، **مواجهة وفيات الأمهات ومراضتهن في الدول العربية**، 2005، ص 26.

(2)-PRESSAT Roland: **Dictionnaire de démographie**, Op.cit, p 130.

عرفت فترة الثمانينات أعلى معدّل لوفيات الأمهات، حيث قُدِّر بحوالي 230 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي سنة 1989، وقد عرف تراجعًا ملحوظًا بحوالي 113 نقطة خلال عشرة سنوات ليصل إلى 117 حالة خلال سنة 1999، واستمر بالانخفاض بمقدار 31 نقطة ليصل إلى 86 وفاة لكل 100 ألف مولود حي سنة 2008، ويرجع هذا الانخفاض الواضح لوفيات الأمهات إلى مجهودات والأعمال التي حققتها الجزائر في إطار الأهداف الإنمائية التي سعت من خلالها إلى تحسين الصحة العمومية بشكل عام وصحة الأمهات على وجه الخصوص، وذلك بانشاء العديد من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في صحة الأم والطفل وزيادة تأطير الأخصائيين من أطباء مختصين في التوليد وطب النساء والقابلات، وتحسين شروط متابعة الحمل والولادة ومختلف البرامج والسياسات التي تهدف إلى رعاية صحة الأمهات والتقليل من وفياتهن، واستمرت هذه النسبة في التراجع إلى 70 حالة وفاة سنة 2012، لغاية تسجيل 60 وفاة خلال سنة 2015 و58 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية سنة 2016.

2. تطور السن المتوسط للولادة الأولى:

يمثل عمر الأم أثناء الحمل والولادة أحد أهم العوامل التي تؤثر على صحتها وقدرتها على تحمل فترة الحمل، فحسب مختلف الدراسات التي أجرتها المنظمة العالمية للصحة، ثبت أن أحسن عمر للمرأة عند الولادة ينحصر خلال عقد العشرينات، لأن بلوغ المرأة أكثر من 35 سنة، يزيد احتمال تعرضها للإصابة بمضاعفات صحية أثناء الحمل، كسكري الحمل، ارتفاع ضغط الدم، انخفاض المشيمة، ممّا يؤدي إلى الولادة المبكرة في بعض الحالات، وقد يعرِّض الأم للخطر أثناء الولادة. والجدول رقم (3-1) يوضح تطور عمر الأمهات عند الولادة الأولى خلال الفترة الممتدة ما بين 1990 و2019.

جدول رقم (3-1): تطور السن المتوسط للولادة الأولى في الجزائر ما بين 1990 و2019.

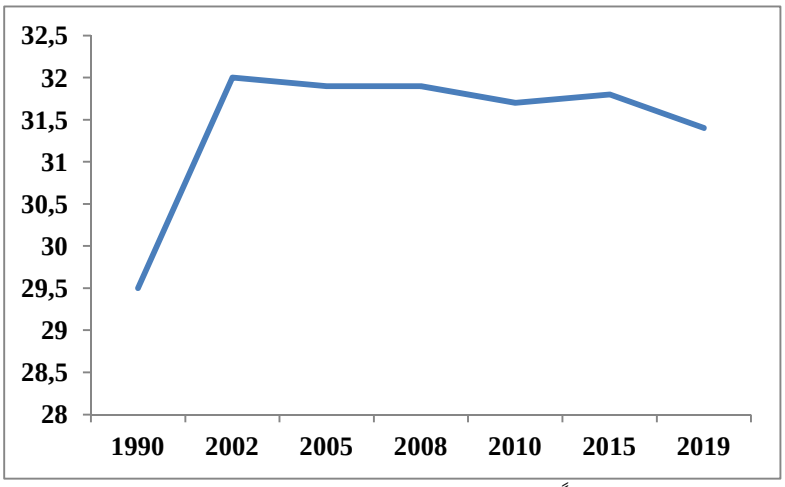
السنوات	1990	2002	2005	2008	2010	2011	2015	2019
السن المتوسط للولادة الأولى	29,5	32	31,9	31,9	31,7	31,6	31,8	31,4

Source : -Ministère de santé et de population et reforme hospitalière.
-ONS, Démographie Algérienne 2015,n°740, p3.
-ONS, Démographie Algérienne 2019,n°890, p3.

قدّر السن المتوسط للولادة الأولى في الجزائر بـ29,5 سنة 1990، وقد عرف ارتفاعًا ملموسًا بثلاث نقاط خلال 12 سنة ليبلغ 32 سنة خلال سنة 2002 -كأقصى قيـــمة له- ويمكن تفسير هذا الارتفاع بتأخر سن الزواج لدى الإناث الذي

انتقل من 18 سنة خلال فترة الاستقلال إلى 27,6 سنة سنة 1998 و29,3[1] سنة 2008، ورغم هذا فإنّ السن المتزسط للولادة الأولى عرف انخفاضًا طفيـفًا ليصل إلى 31,9 خلال سنة 2008، واستمر هذا الانخفاض بوتيرةبطيئة، ليسجل قيمة 31,7 و31,6 خلال سنتي 2010 و2011، وأدنى قيمة له قدّرت بـ31,4 خلال سنة 2019، والشكل رقم (3-2) يوضح تطور السن عند الولادة الأولى بالجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 1990 و2019.

شكل رقم (3-2): تطور السن المتوسط للولادة الأولى في الجزائر ما بين 1990 و2019.



المصدر: منجز اعتمادًا على بيانات الجدول رقم (3-1).

3. تطور حالات فقد الحمل في الجزائر:

يُقصَد بفقد الحمل كل حمل لم ينته بمولود حي، وتعكس ظاهرة فقد الحمل مستوى صحة المرأة، والتي تتأثر بدورها بعدة عوامل؛ بيولوجية منها تخص خصوبتها، وأخرى تتعلق بخلفيتها كسنها عند الزواج الأول أو متابعتها لحملها وغيرها، وتؤثر الوفيات الرحمية باختلاف أنواعها؛ السقط، الإجهاض أو الولادة الميتة تأثيرًا مباشرًا على صحة المرأة عمومًا وصحتها الإنجابية خصوصًا، والتي أثبتت الدراسات أن تكرارها يشكل خطرًا على صحتها ويزيد من مخاطر إصابتها بالأمراض، ويعتبر هذا الوضع مشكلة صحية خاصة لدى السيدات اللاتي لم تنجبن من قبل، كما أنّ تراكم عدد الحالات قد يؤدي بها إلى الوفاة، وقد اهتمت مختلف التحقيقات الوطنية بدراسة هذا الجانب باختلاف خلفيات الأمهات.

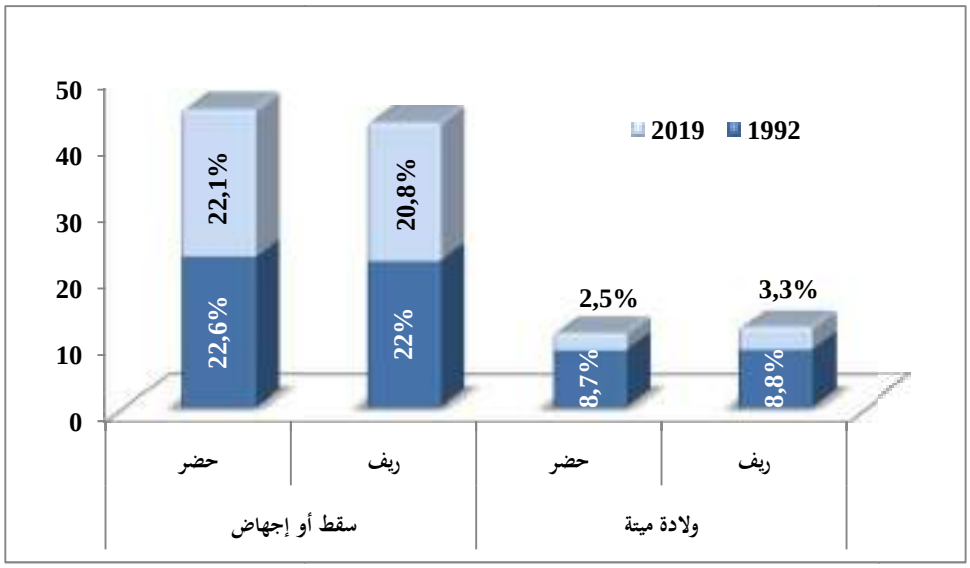
بلغت نسبة النساء اللاتي تعرضن لولادة ميتة 8,3% سنة 1992، وهي تتقارب بين الوسطين بنسبة 8,8% و8,7% في الريف والحضر على التوالي، في حين بلغت نسبة السقط والإجهاض معًا حوالي 22,3% بمعدلات متقاربة -هي

(1)-LOUADI Tayeb:**Les déterminants des la baisse de la fécondité en Algérie**, Revue des Sciences Humaines, Université Mohamed Khider Biskra, N°24, Mars 2012, pp 43-61.

الأخرى- قدّرت بـ22% في الريف مقابل 22,6% في الوسط الحضري، حيث أنّ 25% من حالات الإجهاض حدثت في الشهر الرابع أو بعده، وهي ترتفع قليلا في الحضر بـ26% عنها في الريف بـ23%. [1]

وقد عرفت النساء اللاتي تعرضن لفقد الحمل تراجعًا سنة 2019 - بعدما قُدّرَت بـ22,9% سنة 2002- إلى 20,5%، بنسبة 20,9%[2] في الوسط الحضري مقابل 19,8% في الوسط الريفي، وقد قسِّمت نسبة فقد الحمل لسنة 2019 بين 15,8% للسقط بـ16,5% للحضر و14,6% في الريف، في حين قدرت نسبة النساء اللاتي تعرضن للإجهاض بـ5,8% بـ5,6% في الوسط الحضري مقابل 6,2% في الوسط الريفي، وبلغت نسبة الولادات الميتة حوالي 2,8% مقسمة بين 2,5% و3,3% في الوسطين الريفي والحضري على التوالي، والشكل رقم (3-3) يوضح الفروق التي شهدتها حالات فقد الحمل بين سنتي 1992 و2019.

شكل رقم (3-3): تطور حالات فقد الحمل في الجزائر ما بين 1992 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992 والمسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS 2019.

4. رعاية الأمومة:

تلقى رعاية الأمومة والطفولة اهتمامًا بالغًا عند وضع الإستراتيجيات الوطنية للتنمية البشرية، حيث تولي وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات اهتماما خاصا ببرامج رعاية الأم والطفل التي تهدف -من خلالها- إلى العناية بصحة الإناث في مرحلة الإنجاب (15-49سنة)، والأطفال تحت الخمس سنوات، وهي تتضمن الخدمات الصحية المقدمة للأمهات خلال فترة

(1)- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، الجزائر، 1994، ص234.

(2)- وزارة الصحة والسكان، **المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS 2019**، الجزائر، 2020، ص 140.

الحمل، أثناء الوضع وبعد الولادة، كما تقدم هذه الخدمات ضمن المراكز المتخصصة برعاية الأمومة. ومن خلال هذا العنصر، سنحاول تسليط الضوء على مختلف الخطات التي شهدتها الرعاية الصحية للأمهات في الجزائر، من خلال المراحل الثلاث المذكورة أنفًا.

1.4. المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل الولادة:

تعتبر المتابعة الصحية للمرأة أثناء حملها فرصة لكشف المشاكل الصحية المحتمل أن تصاحب الحمل والمضاعفات التي قد تترتب عنه، مما يساعد في التقليل من حدتها منها ومن تفاقمها، ويتم فحص الحمل خلال ثلاث فترات، تسمى كل فترة بالثلث؛ حيث أنّ الثلث الأول يتمّ خلال أول 12 أسبوعا من الحمل، الثلث الثاني يتمّ خلال 13 إلى 27 أسبوعًا، والثلث الثالث والأخير يشمل الأسابيع الأخيرة، وهي تمتد بين 28 إلى 40 أسبوعًا، كل ثلث لديه خصائص مختلفة ونقاط مختلفة تحتاج إلى عناية[1]، وإلى أن يحين موعد الولادة، يقوم الأخصائي –طبيبًا كان أو قابلة– بمراقبة وزن الأم وضغط دمها، وعلى الأم مراجعة الطبيب أو التسجيل في أحد مراكز الامومة لإجراء فحوصات دورية منتظمة حفاظًا على صحتها وصحة جنينها، وقد أكدت المنظمة العالمية للصحة أن الرعاية الصحية للمرأة الحامل أثناء فترة الحمل وبعدها تلعب دورًا كبيراً في التقليل من وفيات الأمهات والرضع، فضلا عن تقليل مخاطر الولادة المبكرة[2]. والجدول التالي يزودنا ببعض الأرقام المتعلقة بالمتابعة الصحية للمرأة الجزائرية أثناء فترة الحمل خلال الفترة الممتدة ما بين 1992 و2019.

جدول رقم (3–2): المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل مرة واحدة على الأقل في الجزائر ما بين 1992 و2019.

السنوات / مكان الإقامة	1992	2002	2006	2012	2019
حضر	69,9	87,3	94,4	95,6	95,9
ريف	47,4	72,4	85,7	92,5	94,4
المجموع	57,5	81	90,3	92,7	95,3

Source : EASME1992, p153, EASF2002, p78, MICS3/2006, p124, MICS4/2012-2013, p135, MICS2019, p 164

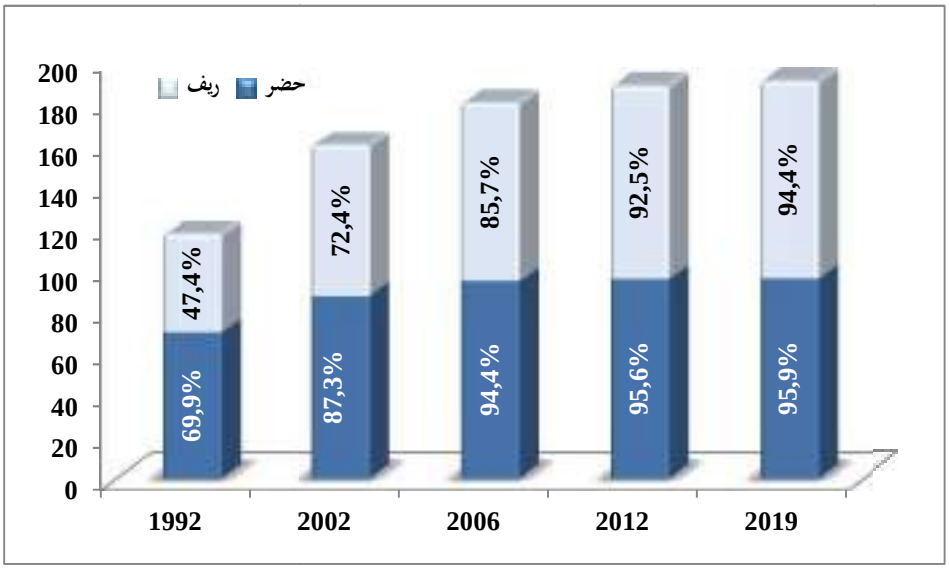
(1)-http://www.kastipmerkezi.com.tr/ar/الإدارات/أمراض-النساء-والتوليد/دليل-تتبع-الحمل-والحمل-الصحي/, consulté le 23/08/2024, à 03h13.

(2)– منظمة الصحة العالمية، **التوليد في طب الأسرة**، دليل إرشادي ليونز بول 2006، ص 10.

شهدت نسب المتابعة الصحية للمرأة الحامل –أثناء فترة الحمل– تحسنًا ملحوظًا، حيث انتقلت بـ23 نقطة خلال 12 سنة، من 58% سنة 1992 إلى 81% سنة 2002، ويمكن تفسير هذا التحسن بتوسّع برنامج التكفّل بالمرأة الحامل، وتنظيم الطب الخاص بالتوليد خلال فترة الحمل، الولادة وما بعدها، إضافة إلى زيادة الوعي الصحي لدى الأمهات بضرورة متابعة صحتهن أثناء فترة الحمل، واستمرت هذه الزيادة بحوالي تسع نقاط، حيث سجّلت 90,3% خلال سنة 2006، لتسجل بعدها معدلات زيادة بوتيرة بطيئة قُدّرت بـ92,7% و95,3% خلال سنة 2012 و2019 على التوالي.

عرفت المتابعة الصحية في الريف –عمومًا– أضعف المعدلات مقارنة مع الوسط الحضري، خاصة خلال فترة التسعينات، حيث أنّ معدّل المتابعة لم يبلغ حتى نصف الأمهات الريفيات بـ47,4%، بفارق 22 نقطة مع الوسط الحضري الذي سجل 69,9% سنة 1992، وتقلص هذا الفارق إلى 15 نقطة بـ72,4% في الريف مقابل 87,3% للحضر، واستمر هذا الفارق بالتقلص إلى أن تقاربت النسب سنة 2019، أين سجلت المتابعة الصحية حوالي 94,4% و95,9% في الوسطين الريفي والحضري على التوالي. والشكل رقم (3–4) يوضح تطور نسب المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل في الجزائر، خلال الفترة الممتدة ما بين 1992 و2019.

شكل رقم (3–4): المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل مرة واحدة على الأقل في الجزائر ما بين 1992 و2019.



المصدر: منجز اعتمادًا على بيانات الجدول رقم (3–2).

2.3. الرعاية الصحية عند الولادة:

تُعتبر الولادة مرحلة انتهاء الحمل، حيث يخرج الطفل من رحم الأم عن طريق المهبل، وعند اقتراب موعد الولادة قد تتعرض الأم لبعض الإشارات التي تدل على انتهاء الحمل وبدأ الولادة، حيث يمكنها أن تشعر بتحرك الطفل إلى أسفل الحوض، وحدوث بعض التغيرات في عنق الرحم، وتأطير الولادة من طرف مختصين في التوليد ومزودين بكل المعدّات الطبية اللازمة لذلك يساعد في احتمال أن تتمّ عملية الولادة بصورة آمنة، والجدول رقم (3-3) يوضح تطور معدل الرعاية الصحية عند الولادة في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 1992 و2019، بحسب المكان الذي تمّت فيه الولادة.

جدول رقم (3-3): تطور معدل الرعاية الصحية عند الولادة في الجزائر ما بين 1992 و2019.

السنة / مكان الإقامة	1992			2002			2012			2019		
	قطاع عام	قطاع خاص	البيت	قطاع عام	قطاع خاص	البيت	قطاع عام	قطاع خاص	البيت	قطاع عام	قطاع خاص	البيت
حضر	78,3	7,8	12,4	89,9	5,3	4,1	87,3	10,5	0,9	85,6	13,3	0,8
ريف	64,9	3,1	30,4	82,5	1,5	14,6	89,7	5,7	2,1	89,3	8,9	1,8
المجموع	70,8	5,2	22,5	86,6	3,6	8,8	88,2	8,6	1,3	87,2	11,4	1,2

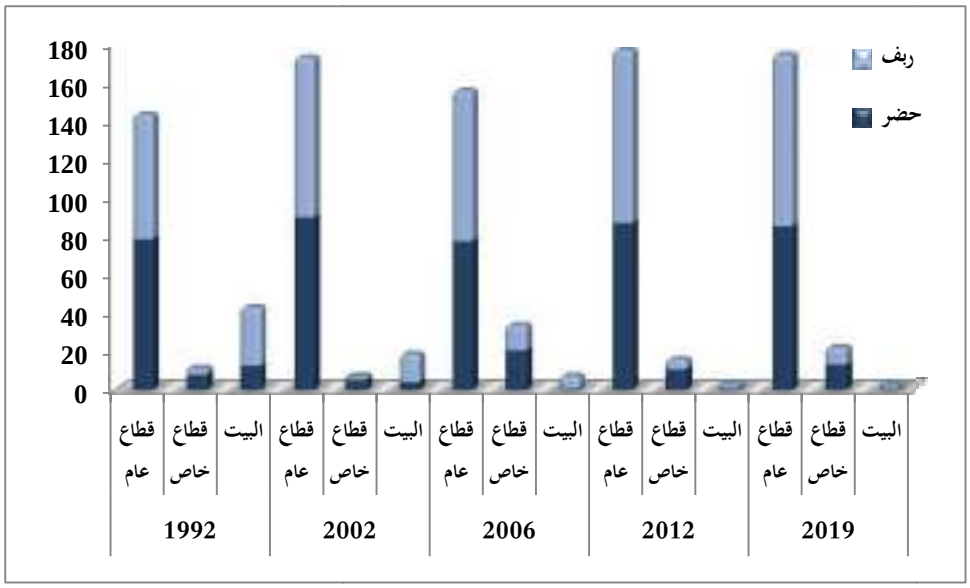
Source : EASME1992, p178, EASF2002, p85, p124, MICS4/2012-2013, p135, MICS2019, p 164.

شهد معدل الرعاية الصحية عند الولادة -في المنشآت الصحية التابعة للحكومة- تحسنًا ملحوظًا، حيث انتقلت من 70,8% سنة 1992 إلى 86,6% سنة 2002 بفارق يعادل 16 نقطة خلال 10 سنوات، واستمر هذا التحسن بوتيرة بطيئة ليبلغ 88,2% و87,2% خلال سنتي 2012 و2019 على التوالي.

وقد مثلت هذه المعدلات -في الغالب- بالوسط الحضري بنسبة 78,3% مقابل 64,9% في الريف خلال سنة 1992 -بفارق 13 نقطة بين المنطقتين- ليسجل حوالي 89,9% مقابل 82,5% في الوسطين الحضري والريفي على التوالي خلال سنة 2002 -بفارق 7 نقاط، وهو تحسن يُحسَب لصالح المنطقة الريفية، ممّا يعكس تحسن الوضع الصحي للمرأة الريفية تزامنًا مع الإصلاحات التي سعت لتحقيقها الدولة في المجال الصحي، خاصة في مجال رعاية الأمومة، وعرف هذا المعدل تزايدًا ملحوظًا، حيث ارتفع في الوسط الريفي بفارق نقطتين سنة 2012 -بمعدل 89,7% مقابل 87,3% للوسط الحضري- وفارق أربعة نقاط سنة 2019، ويفسَّر هذا التراجع في الوسط الحضري، بارتفارع معدل الرعاية عند الولادة بالقطاع الخاص، الذي انتقل بحوالي ستة نقاط، حيث قدّر بـ13,3% سنة 2019 بعدما كان 7,8% خلال سنة 1992.

بالمقابل عرف معدّل الولادات في البيت تراجعًا كبيراً بين سنتي 1992 و2019، حيث تراجع بـ21 نقطة، لينتقل من 22,5% إلى 1,2% على التوالي؛ خاصة في الريف الجزائري، أين تراجع معدل الولادات في البيت بحوالي 29 نقطة بين السنتين المذكورتين سابقًا، حيث انتقل من 30,4% سنة 1992 بفارق 18 نقطة بينه وبين الوسط الحضري –الذي كشف عن معدلّ قدره 12,4%– ليشهد انخفاضًا ملحوظًا بعد ذلك بمعدل النصف، وصل من خلاله إلى 14,6% سنة 2002، مقابل 4,1% فقط للوسط الحضري، ويكمن تفسير هذا التراجع في معدلات الولادة في البيت بزيادة وعي الأمهات الناتج عن السياسة الصحية التي انتشرت على نطاق واسع، من خلال تثقيف الأمهات بضرورة اللجوء إلى القطاع الصحي لمتابعة الحمل حتى لحظة الولادة وما بعدها، وكون أنّ القطاع الصحي يسمح برعاية حالات الحمل الخطرة وانقاذ حياة الأم والرضيع بفضل الخدمات المتوفرة والتدخلات الطبية اللازمة في حالات الوضع المتعسر، واستمر هذا الانخفاض إلى غاية 1,8% بالوسط الريفي مقابل قيمة تكاد تنعدم، قُدِّرت بـ 0,8%بالوسط الحضري خلال سنة 2019، والشكل البياني رقم (3–5) يوضح تطور معدّلات الرعاية الصحية عند الولادة حسب مكان الولادة في الجزائر بالمقارنة بين المنطقتين السكنيتين الريفية والحضرية، خلال الفترة الممتدة ما بين 1992 و2019.

شكل رقم (3–5): تطور معدل الرعاية الصحية عند الولادة في الجزائر ما بين 1992 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (3–3).

3.4. الرعاية الصحية بعد الولادة:

تسمى الأسابيع الستة التالية للحمل وولادة الطفل بفترة ما بعد الولادة، والتي يعود خلالها جسم الأم إلى حالته السابقة للحمل، فخلال هذه الفترة يمكن للأم أن تتوقع حدوث بعض التغيرات الجسدية أو أعراض، التي غالبًا ما تكون خفيفةً ومؤقتة، لذا وجب عليها الخضوع لخطة رعاية صحية بإعداد برنامج للمتابعة في العيادة أو من خلال زياراتٍ منزليَّة، فهي ترتبط بمختلف الإجراءات الوقائية والعلاجية اللازمة للمحافظة على صحة الأم والطفل معًا، بالإضافة إلى الرعاية غير الطبية، التي تشمل نوعية الغذاء الذي تتناوله الأم خلال فترة الرضاعة، ومن خلال الجدول رقم (3-4) سنحاول إلقاء نظرة حول تطور نسب تلقي النساء الحوامل الرعاية صحية بعد الولادة في الجزائر ما بين 1992 و2019 بالمقارنة بين الوسطين الحضري والريفي.

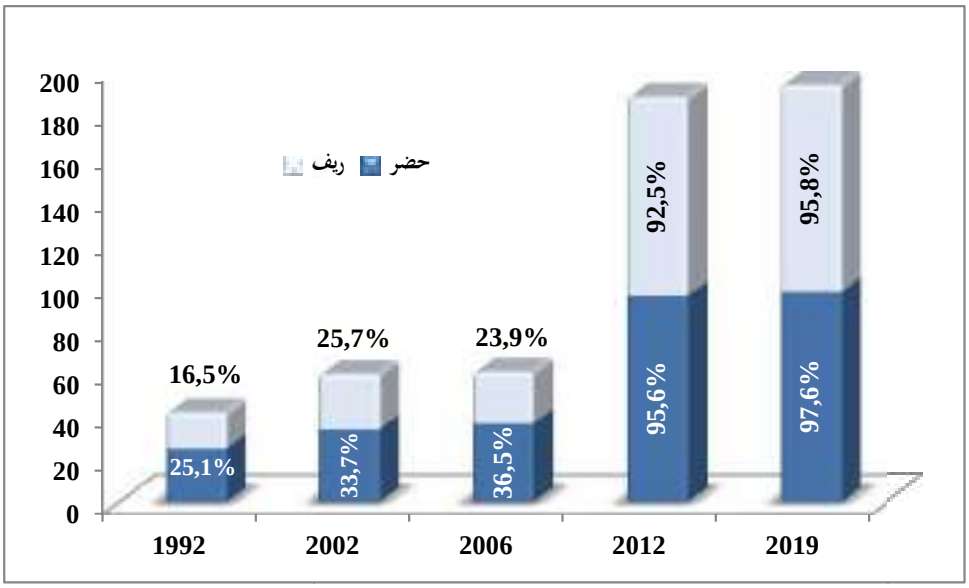
الجدول رقم (3-4):تطور نسب تلقي النساء الحوامل الرعاية صحية بعد الولادة في الجزائر ما بين 1992 و2019.

السنة	1992	2002	2006	2012	2019
حضر	25,1	33,7	36,5	95,6	97,6
ريف	16,5	25,7	23,9	92,5	95,8
المجموع	**20,3**	**30,1**	**30,6**	**94,4**	**96,8**

Source : EASME1992, p187, EASF2002, p87, MICS3/2006, p124, MICS4/2012-2013, p136, MICS2019, p 164

يتضح لنا -من خلال قيم الجدول السابق- تدني نسبة تلقي الرعاية الصحية عقب الولادة سنة 1992 بصورة نسبية، حيث قُدّرَت بـ20,3%، ويتضح هذا التدني أكثر في الريف عنه في الوسط الحضري، بنسبة 16,5% و25,1% على التوالي، غير أن هذا الوضع تغيّر للأحسن، حيث عرفت نسب الرعاية الصحية بعد الوضع تزايدًا ملحوظًا بفارق 10 نقاط حتى سنة 2006 أين قدّرت بـ30,6%، بفارق 13 نقطة بين الوسطين لصالح الوسط الريفي الذي سجلّ نسبة قدرها 36,5% مقابل 23,9% للوسط الريفي، غير أن هذه النسبة عرفت تقدّمًا ملحوظًا بـ64 نقطة، حيث سجلت قيمة قدرها 94,4% سنة 2012، بنسب متقاربة قدّرت بـ92,5% و95,6% للوسطين الريفي والحضري على التوالي، ويمكن إرجاع هذا التحسن إلى تركيز الحكومة -ضمن برامجها الصحية- على تشجيع النساء الحوامل وبذل الجهود بتقديم النصح لهن بضرورة استخدام الرعاية الصحية، وتوضيح مدى فائدة ذلك على صحتهن وصحة أطفالهن، هذا التحسن الذي استمر إلى غاية سنة 2019 أين تمّ تسجيل 96,8%، بنسبة 95,8% و97,6% في الوسطين الريفي والحضري على التوالي، والشكل رقم (3-6) يوضح هذا التطور خلال الفترة الممدة ما بين 1992 و2019.

شكل رقم (3–6): تطور نسب تلقي النساء الحوامل الرعاية صحية بعد الولادة في الجزائر ما بين 1992 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (3–4).

III. مستوى الولادات القيصرية في الجزائر:

ت الجزائر، شأنها شأن العديد من الدول، ارتفاعًا ملحوظًا في معدلات الولادات القيصرية خلال العقود الأخيرة،

إلا أن عملية رصد واقع هذه الظاهرة في شكل أرقام –تحدِّد تطوّرها عبر الزمن– قد مثَّل أحد الصعوبات في دراسة هذا الجانب، ومن خلال الجدول رقم (3–5) يتوضح لنا مختلف التغيرات التي طرأت على معدل الولادات القيصرية في الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين 1992 و2019.

جدول رقم (3–5): تطور معدل الولادات القيصرية ما بين 1992 و2019.

السنوات	1992	2002	2006	20012	2019
حضر	6,9	6,4	9	17,8	26,7
ريف	5,7	4,8	5,7	13,2	22,7
المجموع	**6,3**	**5,7**	**8,0**	**16,2**	***24,9**

المصدر: –وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، الجزائر، 1994، ص 163.

– وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS3**، الجزائر، 2006، ص 138.

– وزارة الصحة والسكان، **المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS 2012–2013**، الجزائر، 2015، ص 9.

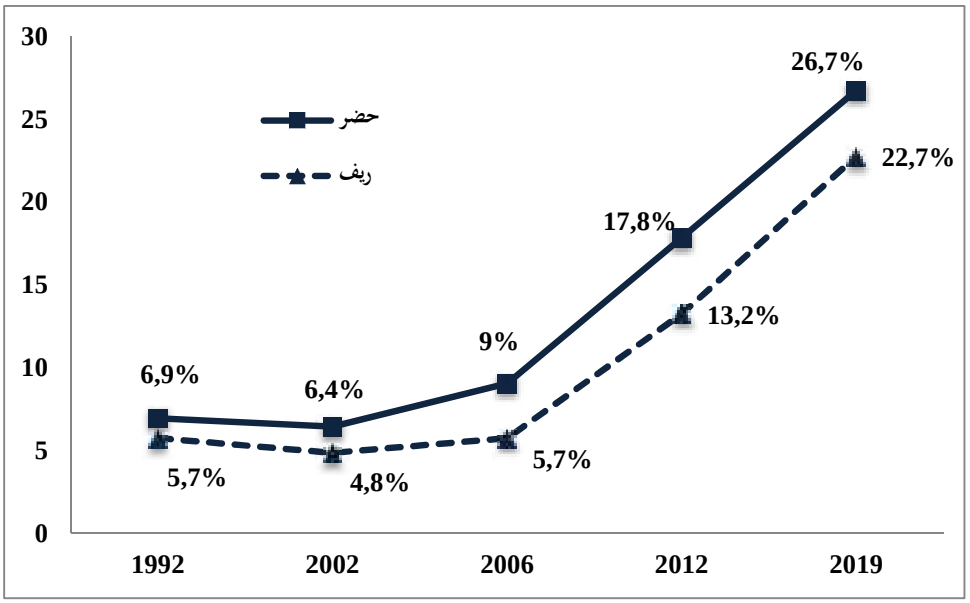
– وزارة الصحة والسكان، **المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS 2019**، الجزائر، 2020، ص 186.

* محسوب بناء على بيانات MICS2019 ص 186–187 كالآتي:

(عدد النساء اللاتي تعرضن لولادة قيصرية للفئة المعنية/مجمل النساء في سن الإنجاب للفئة المعنية)×100= (5868/1420)×100

وكون أن هذا النوع من العمليات لم يكن متاحًا إلا لحاجة طبية، فقد تضاربت اللإحصائيات لينتقل معدّل الولادات القيصرية من 6% سنة 1992 بنسبة 6,9% في الوسط الحضري مقابل 5,7% في الوسط الريفي، وارتفعت هذه النسبة إلى 8% سنة 2006 بنسبة 9% في الوسط الحضري مقابل 5,7% في الوسط الحضري، وتضاعف هذا المعدّل ليصل إلى 16% خلال سنة 2012-2013 بنسبة 17,8% في الحضر و13,2% في الريف، ويستمر في الارتفاع ليقدّر بـ24,9% خلال سنة 2019، حيث قدّرت نسبتها بـ26,6% في الحضر و22,5% في المنطقة الريفية، والشكل البياني رقم (3-7) يوضح هذا التطور.

شكل رقم (3-7): تطور معدل الولادات القيصرية حسب مكان الإقامة ما بين 1992 و2019.



المصدر: منجز بناء على بيانات الجدول رقم (3-5).

IV. واقع الرضاعة الطبيعية في الجزائر:

دعمًا لممارسة الرضاعة الطبيعية، وحفاظًا على صحة الأم والطفل معًا، سعت دومًا منظمة الأمم المتحدة وشركاؤها كاليونيسيف إلى تشجيع هذا السلوك الطبيعي من خلال تنظيم تظاهرات توعوية كالأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية، تدعو من خلالها الأمهات إلى إرضاع أطفالهن طبيعيًا رغم العديد من الصعوبات التي تواجهها الأمّ في بداية الأمر كالشعور بالألم في الحلمتين والخوف من عدم توفُّر كمية كافية من اللبن لإشباع رضيعها، وتُشجّع المرافق الصحيّة التي تؤيد الرضاعة الطبيعية من خلال توفير مستشارين مدربين لتحفيز الأمهات الجديدات على الرضاعة الطبيعية وتقديم الرعاية اللازمة للأمهات والأطفال حديثي الولادة.

تشجيع ودعم الرضاعة الطبيعية قدّمت منظمة الصحة العالمية –بالاشتراك مع اليونيسيف– بيانًا مشتركا للعالم سنة 1989، سطّرت خلاله خطة تتضمن عشر خطوات تبرز أهمية دور خدمات الأمومة، بالإضافة إلى إعلان إينوتشينتي في عام 1990 والذي دعا العالم لتنفيذ جميع الخطوات العشرة لكل ولادة بحلول عام 1995. وبعد عشرين عاما، أكثر من 152 بلدا أصبح لديها مستشفيات صديقة للأطفال.[1] وفي نفس السياق تمّ الاحتفال للمرة الأولى بالأسبوع العالمي للرضاعة عام 1992 تشجيع الرضاعة الطبيعية طيلة الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل. ولهذا العرض تقدم المنظمة الدعم للبلدان في مجال تنفيذ هذه المدونة من خلال الاهتمام بتغذية الأمهات والرضّع وصغار الأطفال والتي تصبو إلى رفع المعدلات العالمية للرضاعة الطبيعية الخالصة لمدة ستة أشهر إلى نسبة 50% على الأقل بحلول عام 2025.

1. تطور نسبة الرضاعة الطبيعية في الجزائر:

تعتبر الرضاعة الطبيعية المصدر الأساسي لتغذية الطفل خلال السنتين الأولتين من عمره ووقايته من مختلف الأمراض، فرغم كل الخطط والاستراتيجيات المتبعة من أجل تشجيع هذا السلوك الطبيعي، إلاّ أنّه قد عرف تراجعًا ملحوظًا خلال السنوات الأخيرة، حيث أظهرت نتائج المسح الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002، أن نسبة المواليد الذين تمّ إرضاعهم من الثدي بلغت 93%، إلا أن الدارس للإحصائيات المتعلقة بالرضاعة يلاحظ تراجعا ملحوظا في متوسط مدة الرضاعة الطبيعية بالجزائر الذي قُدِّر بـ 14,4 شهرا حسب أول تحقيق لسنة 1986، لينخفض إلى 12,5 شهرا سنة 1992[2]، بما يعادل تراجعًا بمدّة شهرين خلال ستّ سنوات، ثم يعود للارتفاع خلال سنة 2002 ليصل إلى 14,9 شهرا[3]،وقد قدرت أقل نسبة للإرضاع بـ 61,2% عند فئة النساء البالغات من العمر بين 40 و45 سنة، كما أن معظم الأمهات يقمن بإرضاع أولادهن مباشرة بعد الولادة، خاصة الأمهات الأصغر سنا، ونسبة ضئيلة من الأمهات يرضعن أولادهن بعد مرور 3 إلى 6 ساعات، هذه النسبة متقاربة بالنسبة للجنسين، وتختلف نسبة الإرضاع مباشرة بعد الولادة حسب رتبة المولود، حيث قُدِّرت نسبة الإرضاع لذوي الرتبة الأولى بـ42,5%، كما تكون نسبة الإرضاع مباشرة أقل من الرتب الأخيرة.

(1)-منظمة الصحة العالمية، **الرضاعة الطبيعية: بلد واحد فقط من أصل 5 بلدان ينفذ بالكامل مدونة منظمة الصحة العالمية بشأن بدائل لبن الأم**، who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_breastfeeding_week_20130730/ar/، النشر: 2013/07/30 تاريخ الإطلاع: 2020/11/23، الساعة 15h30.

(2)- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل**، الجزائر، 1994، ص117.

(3)- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح الجزائري حول صحة الأسرة**، الجزائر، 2004، ص54.

هذا وتختلف هذه النسبة أيضا حسب مكان الإقامة، فنسبة الأمهات اللاتي يرضعن أولادهن مباشرة بعد الولادة أعلى بالريف منه بالوسط الحضري، حيث قدرت بـ 55,9% في الريف و 54,9% في الحضر. أما المستوى التعليمي للأم فقد سجل أثرًا واضحًا لأن الأمهات منذ القدم يعتمدن على الرضاعة الطبيعية، أما الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي ورغم إدراكهن لأهمية الرضاعة إلا أن التغير السريع لنمط الحياة عند المرأة الجزائرية، وإلى جانب دخولها لميدان العمل قد أثر سلبا على نسبة الرضاعة، ولهذا فإن نسبة الرضاعة قد تراجعت عند هذه الفئة، حيث أن مولودا واحدا من بين اثنين يتلقى الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى منذ ولادته، في حين لا يتلقى 93% من الأطفال رضاعة طبيعية خلال 6 أشهر الأولى[1]. أما فيما يتعلق بالأسباب الرئيسية التي دفعت ببعض الأمهات للتخلي عن الرضاعة الطبيعية فقد تمثلت غالبًا في عدم كفاية حليب الأم أو انعدامه لدى 38,9% لدى النساء في الوسط الحضري و43,3% في الوسط الريفي.

وقد تمّ التصريح خلال الأسبوع العالمي للرضاعة من قِبَل نائب المدير المكلف بصحة الأم والطفل بوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات –والذي أقرّته المنظمة العالمية للصحة ما بين 11 و17 نوفمبر 2018– عن تراجع معدّل الرضاعة الطبيعية في المجتمع الجزائري إلى ما يعادل نسبة 46,7% فقط من الأمهات اللواتي تُواصلن رضاعة أطفالهن إلى غاية بلوغهم السنة الأولى من العمر، وقد أوصت المنظمة الأممية بضرورة مواصلة ذلك إلى غاية بلوغ الطفل حولين كاملين، كما كشفت –استنادا إلى دراسة قامت بها الوزارة– بأن نسبة 49,5% من الأمهات ترضعن الصبي أقل من ساعة بعد الوضع، مشددة على ضرورة العودة إلى الطريقة التقليدية للجدات والمتمثلة في مواصلة الرضاعة إلى غاية بلوغ الطفل السنتين من عمره وذلك حفاظا على نموه الطبيعي ووقايته من جميع الأمراض الخطيرة التي تحوم حوله، وضرورة تقديم الثدي للرضيع منذ الوهلة الأولى للولادة نظرا للفوائد التي تحملها القطرات الأولى للبن الأم والتي تعدّ أحسن لقاح يلازم الطفل طوال حياته.

وفي إطار مختلف التغيرات التي عرفتها الجزائر بعد الاستقلال، والتي مسّت كافة جوانب الحياة؛ الاجتماعية منها والاقتصادية، أدّت إلى تغير في نمط الحياة بالتالي السلوكات داخل الأسرة، ومنها الرضاعة الطبيعة. وقد نجد أن خروج المرأة –على سبيل المثال– إلى ميدان العمل، أدّى بها إلى التخلي عن واجبها كأم مرضعة والاستعانة ببدائل لبن الأم ومختلف أنواع ألبان الرضع التجارية التي يسعى لتوفيرها مختلف موظفي الرعاية الصحية. هذا وقد تمّت الإشارة –خلال نفس الأسبوع– إلى أنّ تراجع الرضاعة الطبيعية بالجزائر يعود إلى الحياة العصرية وعمل المرأة وعدم تخصيص مدة كافية لها في إطار أوقات العمل لهذه العملية، وتمّت

(1)- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية الوقاية، **الرضاعة الطبيعية**، 2008 ، ص 8.

الدعوة إلى ضرورة تمديد عطلة الأمومة للمرضعة لتمكينها من البقاء إلى جانب صبيها خلال الأشهر الأولى من حياته، والتي تعتبر مرحلة مهمة جدا من حياة الإنسان.

وبغية التطرق لواقع الرضاعة الطبيعية عبر مختلف النتائج المحصل عليها من المسوحات، سنحاول في البداية إلقاء نظرة حول تغير نسب الأطفال عند تعرفهم لأول مرة على ثدي الأم.

2. بدء الرضاعة من الثدي:

تحرص اليونيسيف على التأكيد حول ضرورة إرضاع المولود الجديد خلال الساعة الأولى التي تلي ولادته، إلا أن نسبة الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية في هذه الساعة لم تتعدّ 49,5% سنة 2006 لتتراجع إلى نسبة 35,7% سنة 2012، حيث تتركز هذه النسب في الغالب في الوسط الريفي بنسبة 53,4% وتنخفض خصوصًا عند الأمهات ذوات المستوى العالي بنسبة 35,8% سنة 2006، وهي تتكرز أيضا في الريف بنسبة 36,2% سنة 2012 وترتفع لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي بنسبة 43,3% وأقل نسبة سُجلت عند الأمهات ذوات المستوى العالي بـ 29,9%، وتقاربت النسب خلال سنة 2019 بين الوسطين الريفي والحضري بمعدل 87%، وسجلت أضعف نسبة حلال هذه السنة لدى الأمهات الجامعيات بـ29,3%، تليها الأمهات ذوات المستوى الثانوي بـ31,3% في حين أن أعلى نسبة عرفتها الأمهات غير المتعلمات بحوالي 37,2%.

أمّا نسبة الأطفال الذين تلقوا الرضاعة الطبيعية خلال اليوم الأول بعد الولادة فقد بلغت 80,4% سنة 2006 بنسبة عالية في الريف قُدِّرت بـ 82,7%، والتي عرفت انخفاضًا ملحوظًا قدّر بـ66,1% سنة 2019 وهي –على غير العادة– نسبة أدنى منه النسبة في الوسط الحضري والتي بلغت 66,3%، وارتفعت هذه النسبة سنة 2006 لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي وذوات المستوى الابتدائي بنسبة 83,7% و81,6% على التوالي، وتراجعت النسب إلى 75,7% و72,8% على التوالي خلال سنة 2012، مسجلة أدنى قيمة لها لدى الأمهات ذوات المستوى الجامعي بنسبة 63,3%، يلها المستوى الثانوي بنسبة 69,2%، هذه النسبة الأخيرة عرفت تراجعًا إلى 71,4% خلال سنة 2019 لدى الأمهات غير المتعلمات، لكنها تبقى تتصدرّ المستويات التعليمية مقابل 62,4% لدى الأمهات الجامعيات كأدنى قيمة لها.

والجدول التالي يلخص أهم النتائج المتعلقة بنسب النساء اللاتي بدأن رضاعة أطفالهن خلال الساعة الأولى التالية للولادة وخلال اليوم الأول للولادة في الفترة الممتدة بين 2006 و2019.

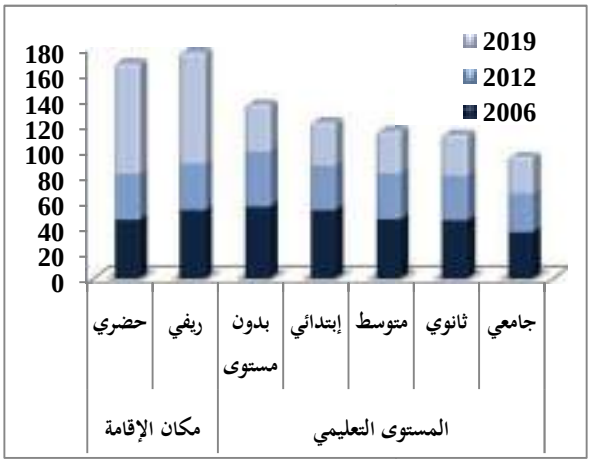
جدول رقم (3–6): نسبة النساء في الفئة العمرية 15–49 سنة اللواتي ولدن ولادة حية خلال السنتين الأخيرتين واللاتي أرضعن أطفالهن خلال الساعة الأولى أو خلال اليوم الأول بعد الولادة.

	نسبة النساء اللاتي بدأن الرضاعة خلال الساعة الأولى بعد الولادة			نسبة النساء اللاتي بدأن الرضاعة خلال اليوم الأول بعد الرضاعة		
	2006	2012	2019	2006	2012	2019
مكان الإقامة						
حضر	46,1	35,4	32,3	78,3	69,8	66,3
ريف	53,4	36,2	33,6	82,7	71,9	66,1
المستوى التعليمي						
بدون مستوى	55,9	43,3	37,2	83,7	75,7	71,4
إبتدائي	53,3	34,4	34,6	81,6	72,8	67,1
متوسط	46,5	35,3	33,7	79,4	70,6	66,5
ثانوي	45,3	34,8	31,9	78,3	69,2	66,3
جامعي	35,8	29,9	29,3	72,8	63,3	62,4
المجموع	**49,5**	**35,7**	**32,9**	**80,4**	**70,6**	**66,2**

المصدر: – وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، **المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS3**، الجزائر، 2006.
– وزارة الصحة والسكان، **المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS 2012–2013**، الجزائر، 2015.
– وزارة الصحة والسكان، **المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS 2019**، الجزائر، 2020.

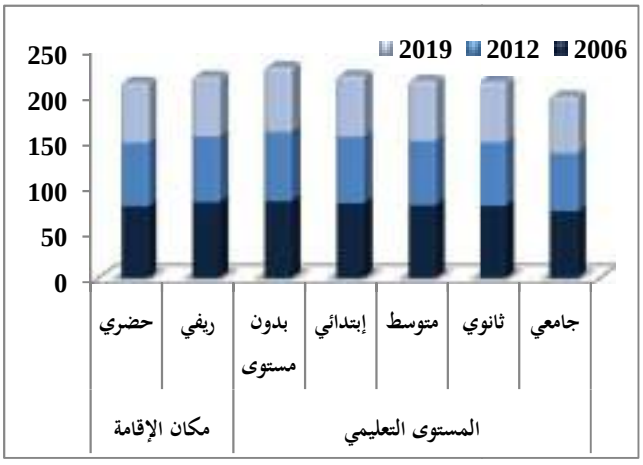
والشكلان المواليان يوضحان تغير نسبة النساء اللاتي أرضعن أطفالهن خلال الساعة الأولى أو خلال اليوم الأول بعد الولادة حسب مكان الإقامة والمستوى التعليمي للأمهات، في الفترة الممتدة بين 2006 و2019.

شكل رقم (3–8): نسبة النساء اللاتي بدأن الرضاعة خلال الساعة الأولى بعد الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول (01).

شكل رقم (3–9): نسبة النساء اللاتي بدأن الرضاعة خلال اليوم الأول بعد الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (01).

2. الرضاعة الطبيعية الخالصة خلال 6 أشهر الأولى من العمر:

تُعزِّز أحدثُ البحوث العلمية الرضاعةَ الطبيعية الخالصة بوصفها ممارسةً تمتلك القدرة الكامنة على تفادي ما نسبته 13% على الأقل من جميع وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة في الدول النامية، أو ما يعادل إنقاذ حياة أكثر من مليون طفل سنوياً. وبذلك تبقى الرضاعةُ الطبيعية الخالصة التدخلَ الوقائي الوحيد الأكثر فعّالية وتأثيراً. وعلاوة على ذلك، تُبيّن الأدلة أنّ الرضاعة الطبيعية خلال الشهر الأول من حياة الطفل بمقدورها تجنّب ما نسبته 55 إلى 87% من وفيات حديثي الولادة، حسبما ورد في سلسلة مجلة "لانسيت" الطبية لبقاء حديثي الولادة على قيد الحياة.[1]

ومع ذلك، فإن أقل من 40 % من الأطفال الرضع دون سنّ ستة أشهر في دول العالم النامي يرضعون رضاعة طبيعية خالصة، وحوالي 39 %من الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 20 و23 شهراً يرضعون رضاعة طبيعية مستمرة [2]، إضافة إلى هذا فإن مستوى التقدم في هذه الممارسة في العالم العربي يقل عن المستوى الذي حققته جميع الدول النامية معاً أي بنسبة 38%.[3]

هذا وقد بلغت نسبة الرضاعة الطبيعية الخالصة –في الجزائر– لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 0 و6 أشهر حوالي 81,8% سنة 2000، وقد شهدت إنخفاضًا واضحًا سنة 2006 لتصل إلى 6,9% بنسبة 7,2% في الريف مقابل 6,7% في الوسط الحضري، لتعرف ارتفاعًا طفيفًا قدِّر بـ 25,7% سنة 2012 بنسبة 25,3% في الوسط الحضري و26,4% في الريف، واستمر بالارتفاع ليبلغ 28,7% سنة 2019 بنسبة 27,7% و 29,3% في الوسطين الريفي والحضري على التوالي.

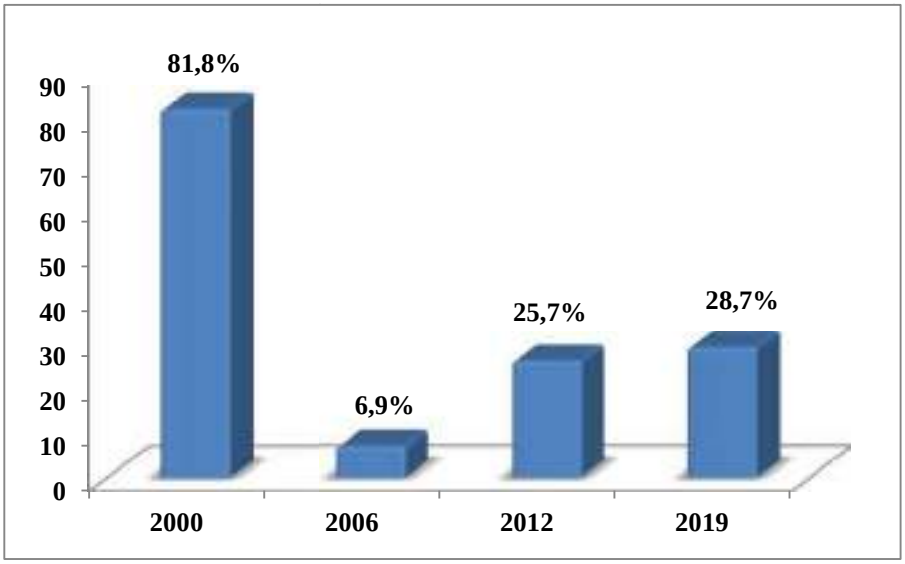
والشكل التالي يوضح تغير نسبة الرضاعة الخالصة خلال الفترة الممتدة بين 2000 و2019 من خلال نتائج المسوح الوطنية متعدّدة المؤشرات Mics2، Mics3-2006 ، Mics4(2012-2013) وMICS6-2019.

(1)- الأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية– 2008، **صحيفة الحقائق الإقليمية – منطقة الشرق الأوسط وشمال إفريقيا**، آخر تحديث لهذه الوثيقة كان بتاريخ: 17 يوليو/ تموز 2008 باستخدام البيانات والمعلومات الواردة من المركز الرئيسي لمنظمة اليونيسف في نيويورك/ قسم السياسات والتخطيط / التغذية، unicef.org/arabic/media/files/MENA_FACT_SHEET_WBW2008_Arabic_final_sj.pdf، ، ص1.

(2)- الأسبوع العالمي للرضاعة الطبيعية، مرجع سابق، ص 1.

(3)-https://www.middle-east-online.com/العربيات يمتنعن عن الرضاعة#off-canvas, consulté le 23/11/2020, à 11h15.

شكل رقم (3–10): نسبة الرضاعة الطبيعية الخالصة لدى الأطفال اللذين تتراوح أعمارهم بين 0 و6 أشهر مابين 2000 و2019.



المصدر: منجز بناءً على بيانات المسحين الوطنيين متعدّدي المؤشرات Mics3-2006، (Mics4 (2012-2013 وMics6-2019، والمصدر التالي:

- Ministère de la Santé, de la Population, Institut National de Santé Publique, Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie santé mère et enfant EDG Algérie 2000, Mics2, Alger 2001, p 66.

- Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière, Enquête par grappes à indicateurs multiples MICS 2019, Décembre 2020, p 261.

خلاصة الفصل:

اتضح لنا –من خلال هذا الفصل– التراجع الكبير في معدّل وفيات الأمهات خلال السنوات الأخيرة، بالمقارنة مع فترة الثمانينات، أين قُدِّر بحوالي 230 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حي سنة 1989، مقابل 86 وفاة لكل 100 ألف مولود حي سنة 2008، واستمرت هذه النسبة في التراجع إلى 58 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية سنة 2016، ممّا يعكس مدى فاعلية السياسة الصحية والمجهودات التي بذلتها الجزائر بهدف تنمية المرأة وتحسين الصحة العمومية بشكل عام وصحة الأمهات على وجه خاص، بالإضافة إلى تحسين شروط الرعاية الصحية للمرأة الحامل، من بداية الحمل إلى غاية مرحلة ما بعد الوضع، حيث شهدت نسب المتابعة الصحية للمرأة الحامل –أثناء فترة الحمل– تحسنًا ملحوظًا، والتي انتقلت بـ37 نقطة خلال 27 سنة، من حوالي 58% سنة 1992 إلى 95,3% خلال سنة 2019، الأمر الذي انعكس إيجابًا على حالات الحمل لدى الأمهات، حيث تراجعت نسبة فقد الحمل من 22,3% سنة 1992 إلى 20,5% خلال سنة 2019.

غير أن الولادات القيصرية، والتي لم تكن متاحة إلا لحاجة طبية، قد شهدت ارتفاعًا ملموسًا خلال السنوات الأخيرة، حيث تضاعف معدل الولادات القيصرية بقرابة أربعة أضعاف، لينتقل من 6% سنة 1992 –بنسبة 6,9% في الوسط الحضري مقابل 5,7% في الوسط الريفي– ليصل إلى 24,9% خلال سنة 2019، حيث قدّرت نسبتها بـ26,6% في الحضر و22,5% في المنطقة الريفية.

كما بيّن لنا أن مستوى الرضاعة الطبيعية عرف تراجعًا مهمًّا خاصّة خلال الساعة الأولى التي تلي الولادة، والتي تُعتَبر مهمّة لصحة الرضيع من الناحية المناعية وتأثيرها المباشر على نموه الفيزيولوجي، حيث تراجعت من 49,5% سنة 2006 إلى 35,7% سنة 2012.

الجانب التطبيقي

العوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي للمرأة الريفية

الفصل الرابع

الإجراءات المنهجية للدراسة

تمهيد:

تطرقنا في الفصول السابقة إلى الجانب النظري للدراسة، والذي ضم الإطار المنهجي والمفاهيمي لها، وحاولنا –من خلاله– عكس تطور بعض مؤشرات السلوك الإنجابي عبر كامل التراب الوطني، كما يعتبر الجانب الميداني مرحلة هامة لجمع البيانات، وذلك بالإشارة إلى مصادر جمع البيانات، عرض مجالات الدراسة؛ المكانية والزمنية، مجتمع البحث، عينة الدراسة، بالإضافة إلى مختلف الأساليب الإحصائية المستخدمة لعرض البيانات المحصل عليها، وصولا إلى الاختبارات المناسبة لتحليل فرضيات العمل بغرض الإجابة على التساؤلات الفرعية للتساؤل الرئيسي، حتى نتمكن من توضيح العلاقة بين مختلف العوامل الديمغرافية والسوسيو اقتصادية وبعض مكونات السلوك الإنجابي للمرأة الريفية بالجزائر، من خلال معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات بالجزائر لسنة 2018-2019.

I. مصادر جمع البيانات:

اعتمدنا في هذه الدراسة على مصدر أساسي من مصادر جمع البيانات الديمغرافية، والمتمثل في المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2018-2019، والذي يضم قاعدة بيانات مهمة على مستوى الوطن العربي، ناهيك عن البلد الذي تخصه الدراسة والمتمثل في الجزائر.

1. المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS:

يُعَدّ هذا المسح -في طبعته السادسة- في سلسلة المسوح العنقودية متعدّدة المؤشرات (MICS)، ويُعتبَر المسح العنقودي متعدد المؤشرات مسحا أسريا، وهو ناتج عن التعاون المشترك بين وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والديوان الوطني للإحصائيات من جهة، واليونيسيف بمشاركة صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA وبرنامج الأمم المتحدة لمكافحة السيدا ووحدة تنسيق نظام الأمم المتحدة في الجزائر من جهة أخرى، وبعدم فني من المشروع العربي لصحة الأسرة بجامعة الدول العربية.

يهدف قياس التقدم المحرز في سياق الأهداف المسطرة نحو تحقيق التنمية، وذلك ضمن قرارات القمة العالمية للطفولة المنعقدة بنيويورك في شهر سبتمبر 1990، تمّ تجسيد سلسلة من المسوحات العنقودية -من قبل منظمة اليونيسيف- انطلق العمل بها خلال الدورة الأولى MICS1 خلال سنة 1995، والدورة الثانية MICS2 سنة 2000 -أين تمّ العمل على تطويره، ليأتي المسح العنقودي في دورته الثالثة MICS3 المنجز خلال سنة 2006 كأداة لقياس مدى التقدم الذي تمّ إنجازه في مجال التنمية -اعتمادا على الأهداف التنموية المنبثقة عن قمة الألفية المنعقدة خلال سبتمبر 2000 والدورة غير العادية للجمعية العامة للأمم المتحدة من أجل الطفولة خلال شهر ماي 2002، وذلك من خلال المتابعة المنتظمة لأوضاع الأطفال والنساء والأسر عبر مختلف مناطق الوطن؛ حضرية وريفية، وباختلاف التقسيمات الإقليمية؛ الشمال الأوسط، الشرقي والغربي، الهضاب العليا الوسطى، الشرقية والغربية، والجنوب الجزائري، والتي تزودنا بمختلف مختلف البيانات التي تعكس المستويات المعيشية للأسر، من أمراض مزمنة، إعاقة، صحة الأطفال ونموهم، تعليمهم وحمايتهم، الزواج، الخصوبة، تنظيم الأسرة، وغيرها من مجالات الصحة الإنجابية. وتستمر سلسلة هذه المسوحات لنفس الأهداف من خلال المسح العنقودي في دورته الرابعة MICS4 المنجز خلال 2012-2013.

وفي نفس الإطار يأتي المسح العنقودي MICS6 في طبعته السادسة -عمومًا وطبعته الخامسة على المستوى الوطني- المنجز خلال سنة 2018-2019 كجزء من الجولة العالمية للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات، والذي قامت الجزائر بتحقيقه،

من طرف وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، بدعم تقني ومالي من اليونيسيف UNICEF ومساهمة مالية من صندوق ألمم المتحدة للسكان، بخلال الفترة التي امتدّت من يوم 25 ديسمبر 2018 إلى غاية 29 أفريل 2019. يهدف هذا التحقيق بدوره -على غرار المسوح السابقة- إلى إنتاج إحصاءات دقيقة عن حالة الأطفال، النساء والأسر المعيشية عبر مستوى التراب الوطني، وفقا للمناطق السكنية الحضرية والريفية، وتبعا للتقسيم الإقليمي، سابق الذكر، وكذا الخصائص الاجتماعية، الديمغرافية، والاقتصادية لأفراد الأسر، بالإضافة إلى الظروف المعيشية للسكان في مختلف المجالات التنموية المتعلقة بالصحة، التعليم والحماية، وفيروس نقص المناعة البشرية، لينتقل عدد المؤشرات المعنية بالمسح من 28 مؤشر، خلال أول مسح، إلى قرابة 200 مؤشر خلال المسح الأخير MICS6، من بينها 26 مؤشر يساهم في تتبّع ما تمّ تحقيقه من بين 10 إلى 17 هدف للتنمية المستدامة ODD.

خلال هذا المسح العنقودي -في طبعته السادسة- تمّ استخدام المقابلات الشخصية بمساعدة الحاسوب، في إطار ما سُمّي بنظام CAPI، حيث تمّ الاعتماد على الأجهزة اللوحية بدل الاستبيان الورقي التقليدي بغرض جمع المعطيات المحصل عليها، وهو ما يُعتبَر الأول من نوعه بالجزائر، هذا النظام ساهم في تسريع فعاليات جمع البيانات ومعالجتها وتحسين جودتها، بالإضافة إلى تقليص تكلفة تحقيق هذا المسح.

2. مجتمع الدراسة:

يتمثل مجتمع الدراسة في مجموعة الأمهات الريفيات بالجزائر، المتزوجات واللاتي أنجبن -على الأقل- مرة واحدة، ولهذا الغرض تمّ تكوين ملف البحث من خلال دمج مجموعة من الملفات الخاصة بقاعدة البيانات الموجودة ضمن المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6، المنجز خلال سنة 2018-2019، والمتمثلة في:

- ✓ **ملف المرأة wm**: والذي ساعدنا في استخراج كل المتغيرات المتعلقة بخصائص الديمغرافية للمبحوثة (مثل السن الأول للأمومة، نوع الولادة، استعمال وسائل تنظيم الأسرة ورعاية صحتها الإنجابية)، الاجتماعية (مثل المستوى التعليمي والمستوى الثقافي)، والاقتصادية (مثل الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي)؛
- ✓ **ملف الطفل ch**: والذي زوّدنا بمختلف المتغيرات المتعلقة بممارسة الرضاعة الطبيعة من طرف المبحوثة؛
- ✓ **ملف الولادات bh**: والذي ساعدنا في الحصول على مختلف المتغيرات المتعلقة بآخر ولادة حية للمبحوثة (مثل رتبة المولود، وجنسه)؛

✓ **ملف السكن hh**: والذي -من خلاله- تمّ استخراج كل المتغيرات الاجتماعية المتعلقة بخصائص المسكن الذي تقطنه المبحوثة بالإضافة إلى نوع الأسرة الذي تنتمي إليه؛

✓ **ملف الأسرة hl**: والذي قمنا -من خلاله- باستخراج بعض المتغيرات المتعلقة بالجانب الصحي للمبحوثة؛

يمثل حجم مجتمع البحث -على المستوى الوطني- بـ 17125 **مبحوثة، تمثل 61,3%** منها نسبة الأمهات في **الوسط الحضري، مقابل 38,7%** في الوسط الريفي، وقد شملت الدراسة جميع الأقاليم الجغرافية، والتي تضم:

أ. مستوى مناطق الشمال:

– **منطقة البرمجة الإقليمية (الشمال الأوسط): تضم 10 ولايات، وتشمل كل من الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة،** البويرة، المدية،تيزي وزو، بجاية، **الشلف وعين الدفلى؛**

– **منطقة البرمجة الإقليمية (الشمال الشرقي): تضم 8 ولايات، وتشمل كل من عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق أهراس، الطارف وقالمة؛**

– **منطقة البرمجة الإقليمية (الشمال الغربي): تضم 7 ولايات، وتشمل كل من وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، سيدي بلعباس، معسكر وغيلزان؛**

ب. مستوى مناطق الهضاب العليا:

– **منطقة البرمجة الإقليمية (الهضاب العليا الوسطى): تضم 3 ولايات، وتشمل كل من الجلفة، الأغواط ومسيلة؛**

– **منطقة البرمجة الإقليمية (الهضاب العليا الشرقية): تضم 6 ولايات، وتشمل كل من سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريريج، أم البواقي وتبسة؛**

– **منطقة البرمجة الإقليمية (الهضاب العليا الغربية): تضم 5ولايات، وتشمل كل من تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة والبيض؛**

ج. مستوى مناطق الجنوب:

– **منطقة البرمجة الإقليمية (الجنوب): تضم 9 ولايات، وتشمل كل من غرداية، ورقلة، بسكرة، الوادي، بشار، تندوف، أدرار، تمنراست وإليزي.**

3. عينة البحث:

تعرّف العينة على أنها عدد محدود من المفردات التي سوف يتعامل معها الباحث منهجيا ويشترط فيها أن تكون ممثلة مجتمع من الخصائص والسمات، فالعينة هي جزء من المجتمع أو نسبة من أفراد المجتمع الأصلي، ثم تعميم نتائج الدراسة على مع كله ووحدات العينة تكون أحياء، أو شوارع أو مدن[1]. هي تلك المجموعة من العناصر أو الوحدات التي يتم استخراجها من مجتمع البحث ويجرى عليها الاختبار أو التحقق.[2]

وبما أنّ البحث الجاري يهتم بدراسة السلوك الإنجابي لدى الفئة النسوية، فقد اخترنا توفير الصفات التالية في المبحوثات عينة الدراسة:

- ✓ أن تكون المبحوثة متزوجة؛ حيث توافق الخيار الأول للسؤال المتعلق بالزواج، أي MA1=1؛
- ✓ أن تكون المبحوثة قد أنجبت من قبل؛ حيث توافق الخيار الأول للسؤال المتعلق بالإنجاب من قبل، أي CM1=1.

وباعتبار أن هذه الدراسة ستحاول البحث في العوامل التي تتحكم في السلوك الإنجابي للمرأة الريفية، فإنّنا قد أضفنا شرطًا آخر للعمل، يتمثل في:

- ✓ أن تكون المبحوثة ريفية؛ حيث توافق الخيار الثاني للمتغير مكان الإقامة، أي HH6=2.

بالتالي فقد تمّ اختيار العينة بناءً على بيانات المسح العنقودي MICS6 المنجز خلال سنة 2018-2019 وفقًا للشروط الآتية: **HH6=2 & MA1=1 &CM1=1**

وبناءً على هذه الشروط، فإنّ عينة البحث سوف تمثلها مجموعة من الأمهات الريفات بالوطن الجزائر، بمختلف تقسيماته الجغرافية السبعة، والتي مثلت قرابة 38,7% من مجتمع الدراسة، وتمثلت بعينة عشوائية من المبحوثات المتزوجات المنجبات في الريف الجزائري، والتي ستضم 6628 مبحوثة عبر كامل التراب الوطني، حيث تشترك عناصر هذه العينة العشوائية في لجوئها إلى عامل الصدفة[3].

(1)- سمير محمد حسن، **دراسات في مناهج البحث العلمي بحوث الإعلام**، الطبعة الأولى، دار عالم الكتب، القاهرة، 2006، ص291.
(2)- سبعون سعيد، **الدليل المنهجي في إعداد المذكرات والرسائل الجامعية في علم الاجتماع**، دار القصبة للنشر، الجزائر، 2012، ص 135.
(3)- موريس أنجرس، مرجع سابق، ص 301.

II. مجالات الدراسة الميدانية:

تتمثل مجالات الدراسة في الحدود المكانية والزمنية التي تمّت -خلالها- **الدراسة الميدانية، ويمكن تلخيصها فيما يلي:**

1. المجال المكاني:

خدّد المجال المكاني في هذه الدراسة بالريف الجزائري على مستوى الوطن، بأقاليمه السبعة المذكورة، ضمن بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2018-2019.

2. المجال الزمني:

يقصد بالمجال الزمني للبحث الفترة التي قضاها الباحث في إجراء الدراسة الميدانية، **بدءًا** من إعداد الإطار المنهجي وجمع البيانات وتحليلها وصولا إلى النتائج والتوصيات[1].

وبما أنّ موضوع دراستنا يهدف إلى دراسة السلوك الإنجابي للمرأة الريفية **بالجزائر، واعتمادًا على البيانات المزودة من طرف المسح العنقودي MICS6 لسنة 2019، فقد** تمّ حصر الإطار الزمني للبحث في **كل ما يتعلق بالولادات وتنظيمها،** بالإضافة إلى كيفية رعاية الأم الريفية لصحتها الإنجابية، إنطلاقًا من آخر ولادة لها تمّت خلال السنتين الأخيرتين **السابقتين** للمسح.

III. المنهج المستخدم:

يعرف المنهج على أنه"الطريق أو الأسلوب أو الكيفية التي يصل بها الباحث أو العالم إلى نتائج."[2].

وبما أن موضوع دراستنا يتناول البحث في السلوك الإنجابي **لدى المرأة الريفية،** بالتطرق إلى الحديث عن مستوى الخصوبة لديها، ع الولادة الذي تعرضت له خلال مختلف ولاداتها، وخصوصًا الولادة الأخيرة، ممارستها للرضاعة الطبيعية، استعمالها **لوسائل منع الحمل بغية تنظيم نسلها، ومتابعتها لصحتها الإنجابية،** من خلال التطرق إلى مدى متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، وكذا بعد فترة الولادة، **فقد تطلّب منا الأمر استخدام:**

(1)- عبد الهادي أحمد الجوهري، علي عبد الرزاق ابراهيم، **مدخل إلى المناهج وتصميم البحوث الإجتماعية**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص238-239.

(2)- رشيد زرواتي، **البحث العلمي في العلوم الإجتماعية**، الجزائر، دار الكتاب الحديث، 2004، ص34.

1. المنهج الوصفي:

يُعرّف المنهج الوصفي على أنه: "منهج يعتمد على دراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا ويعبر عنها كيفيا أو كميا".[1]

2. المنهج التحليلي:

الذي يسعى إلى تصوير الواقع المدروس والكشف عن العلاقات الموجودة بين مختلف الظواهر، والتي يمكن عن طريقها التنبؤ بتطور هذه الظواهر، ويقوم هذا المنهج -كما قال فان دالين– على مايلي:

- ✓ فحص الموقف أو المشكلة بعناية؛
- ✓ تحديد المشكلة والفرضيات؛
- ✓ تنظيم طرق جمع المعطيات والمعلومات؛
- ✓ اختيار وسائل وأدوات جمع البيانات المناسبة؛
- ✓ القيام بملاحظة دقيقة ومنظمة ووصف نتائجها بدقة وموضوعية؛
- ✓ تحليل النتائج وتقديمها بلغة واضحة ومفهومة[2].

IV. البرامج الاحصائية المستخدمة:

تمت معالجة بيانات الدراسة الميدانية باستخدام البرنامج الإحصائي (SPSS) نسخة 25؛ ولتحليل النتائج واختبار الفرضيات من أجل قياس التأثير بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة، استخدمنا مجموعة من الاختبارات الإحصائية التي تلائم طبيعة المتغيرات وفرضيات الدراسة،والتي تمثلت في إختبار كاي مربع، معاملات الارتباط بيرسون وسبيرمان، بالإضافة إلى أسلوب الانحدار الخطي واللوجستي الثنائي الاستجابة، وذلك من أجل تأكيد صحة الفرضيات أو نفيها. لتتمّ ذلك عملية تصنيف الجداول الإحصائية إلى بسيطة، تبين توزيع متغيرات الدراسة حسب النسب المئوية والتكرارات، وأخرى مركبة توضح العلاقة بين مختلف المتغيرات المدروسة.

(1)- ناهدة عبد زيد الدليمي، **أسس وقواعد البحث العلمي**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2016 م- 1437هـ، ص82.

(2)- محمد يوسف مصطفى القاضي، **مناهج البحوث وكتابتها**، دار المريخ للنشر، الرياض المملكة العربية السعودية 1399هـ- 1979، ص107.

V. صعوبات الدراسة:

نظرا لطبيعة الموضوع المتداخلة، والتي تربط بين عدة جوانب للمبحوثة؛ الاجتماعية منها، الثقافية والصحية، فقد واجهتنا جملة من الصعوبات أثناء التحضير لهذا العمل، نذكر منها:

- ✓ التقيد بالمتغيرات الموجودة على مستوى قاعدة البيانات للمسح العنقودي MICS6، رغم إمكانية الحصول على بيانات إضافية تساهم في توضيح مسار العمل خارج نتائج المسوح؛
- ✓ عدم دقة بيانات المسح، ممّا يظطرنا إلى التعامل مع هذه الإحصائيات بأساليب غير مباشرة للحصول على نتائج توضح طبيعة العلاقات الموجودة بين مختلف متغيرات الدراسة؛
- ✓ قلة الدراسات الديمغرافية المشابهة -في إطار ما توصلنا إليه خلال البحث- والتي تتناول موضوع الدراسة.

الفصل الخامس

خصائص عينة الدراسة

تمهيد:

سنحاول –من خلال هذا الفصل– تسليط الضوء على خصائص العينة موضوع الدراسة، بحيث نستهلّ الوصف بالإشارة إلى الخصائص الديمغرافية للأمهات المبحوثات، لننتقل بعدها للحديث عن الخصائص الثقافية التي تحدّد الجانب المعرفي للأمهات، ثمّ الخصائص الاجتماعية كنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية ونمط المسكن الذي تقطنه، وبعدها قمنا حاولنا دراسة الخصائص الاقتصادية التي تعكس المستوى المعيشي لهذه المرأة، بالإضافة إلى الخصائص الجغرافية، والتي تمثلت بالأقاليم السبعة المقسمة عبر كامل التراب الوطني، والعوامل والصحية –من خلال التركيز على متغيرات الأمراض المزمنة، هذا من جهة.

ومن جهة أخرى سنحاول وصف بعض المتغيرات المهمة للمفهوم الأساسي للدراسة، المتمثل في السلوك الإنجابي، من خلال رصد مستوى الخصوبة لدى المرأة الريفية، نوع الولادات السائدة في المجتمع الريفي بالجزائر، بالإضافة إلى بعض المتغيرات التي تتحكم في الولادات القيصرية بهذا المجتمع، ثم ننتقل للحديث عن مستوى الرضاعة الطبيعية مختلف الظروف المحيطة بها، ومن ثم التطرّق لتنظيم الأسرة كمفهوم واسع يشمل استعمال وسائل منع الحمل، وختامًا لهذا الفصل سوف نحاول إلقاء نظرة حول مستوى المتابعة الصحية للمرأة الحامل خلال فترة حملها، أثناء الوضع، وكذا الرعاية الصحية بعد الولادة باعتبارها فترات حاسمة للحفاظ على صحة الأم والطفل معًا.

I. الخصائص الديمغرافية:

سنحاول –من حلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب أعمارهن المصرّح بها أثناء إجراء المسح العنقودي متعدّد المؤشرات، أعمارهن عند الزواج الأول لهن ومدة الزواج لكل مبحوثة.

1. توزيع المبحوثات حسب السن:

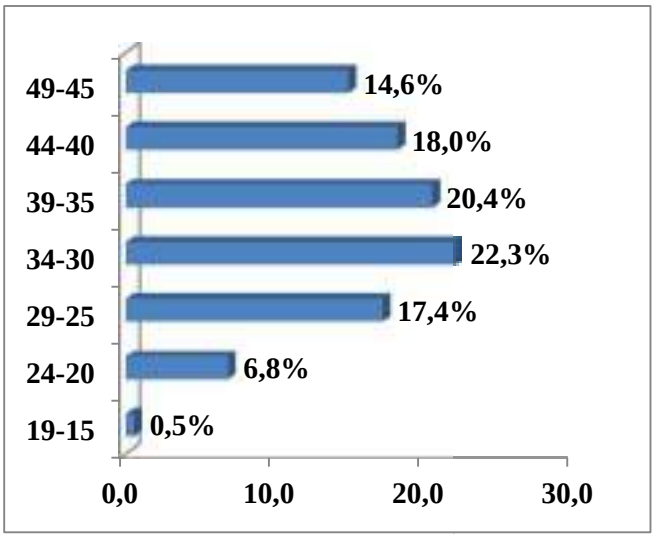
يمثل الجدول رقم (5–1) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب السن أثناء إجراء المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–1):توزيع المبحوثات حسب السن.

الفئات العمرية	التكرارات	النسب المئوية %
19-15	34	0,5
24-20	450	6,8
29-25	1154	17,4
34-30	1479	22,3
39-35	1354	20,4
44-40	1191	18,0
49-45	965	14,6
المجموع	**6628**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–1):توزيع المبحوثات حسب السن.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–1).

صرّحت مجموعة النساء الريفيات في سن الإنجاب (15–49 سنة) بالعينة المدروسة والمقدّرة بـ 6628 مرأة ريفية، بأعمارهن أثناء إجراء المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6، والتي تتراوح بين 17 و49 سنة، وحسب التصريحات فقد قُدِّر السن المتوسط للأمهات المستجوبات بحوالي 35,46 سنة بانحراف 7,49 سنة بين المبحوثات، كما يجدر بالإشارة إلى أن 50% منهن تبلغن 35 سنة وأنّ أكثرهن تبلغ حوالي 31 سنة من العمر بنسبة 4,7% من مجمل النساء الريفيات في العينة المدروسة.

وقد تراوحت أعمار أغلبية المبحوثات ما بين 30 و39 سنة بنسبة 22,3% للفئة العمرية 30–34 سنة و20,4% للفئة العمرية 35–39 سنة، تليهما الفئتان العمريتان 40–44 سنة و25–29 سنة بنسبة 18,0% و17,4% على التوالي،

بينما سُجِّلت نسبة 14,6% عند الفئة العمرية 45-49 سنة، وأدنى نسبة فقد سُجِّلت عند الفئتين العمريتين 20-24 سنة و15-19 سنة بـ 6,8% و0,5% على التوالي، كما هو موضح في الشكل البياني.

2. توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول:

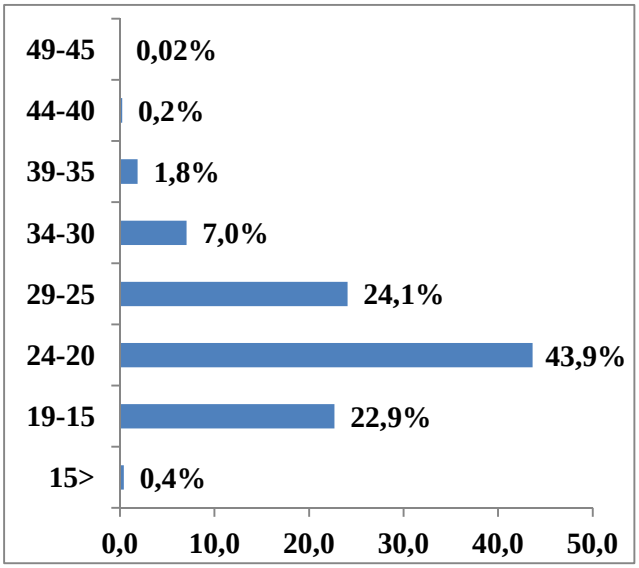
يمثل الجدول رقم (5-2) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب السن المصرَّح به من طرف المبحوثات حول أعمارهن عند الزواج الأول، وهذا من خلال بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5-2): توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول.

الفئات العمرية	التكرارات	النسب المئوية %
15>	24	0,4
19-15	1453	22,5
24-20	2834	43,9
29-25	1559	24,1
34-30	453	7,0
39-35	115	1,8
44-40	15	0,2
49-45	1	0,02
المجموع	**6455**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-2): توزيع المبحوثات حسب السن عند الزواج الأول.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-2).

صرّحت 6455 مرأة ريفية بسنها عند زواجها الأول أي بنسبة 97,4% من مجمل عينة النساء الريفيات، وحسب التصريحات فإن أعمارهن عند الزواج الأول تراوحت بين 12 و45 سنة بمتوسط قُدِّر بحوالي 23,13 سنة، بانحراف 4,56 سنة بينهن، هذا وقد صرّحت 50% من النساء الريفيات في هذا المسح العنقودي أن عرفن الزواج لأول مرّة في سن 22 سنة وأنّ أكثرهن تزوجن في سن 19 سنة بنسبة 9,8% من مجمل النساء الريفيات في العينة المدروسة.

يتّضح -من خلال الجدول رقم (5-2) والشكل البياني المرافق له- أن أغلبية نساء العينة عرفن الزواج لأول مرة ما بين 20 و24 بنسبة 43,9%، وتليها الفئتان العمريتان 25-29 سنة و15-19 سنة بنسبة 24,1% و22,5% على التوالي من حجم العينة، في حين تزوجت نسبة 07% منهن لأول مرة عند الفئة العمرية 30-34 سنة، وسُجِّلَت أدنى النسب عند

الأعمار الأقل من 15 سنة بنسبة 0,4% والسن 40 سنة فما فوق بنسبة 0,2% و0,02% على التوالي بالنسبة للفئتين العمريتين 40-44 سنة و45-49 سنة.

3. توزيع المبحوثات حسب مدة الزواج:

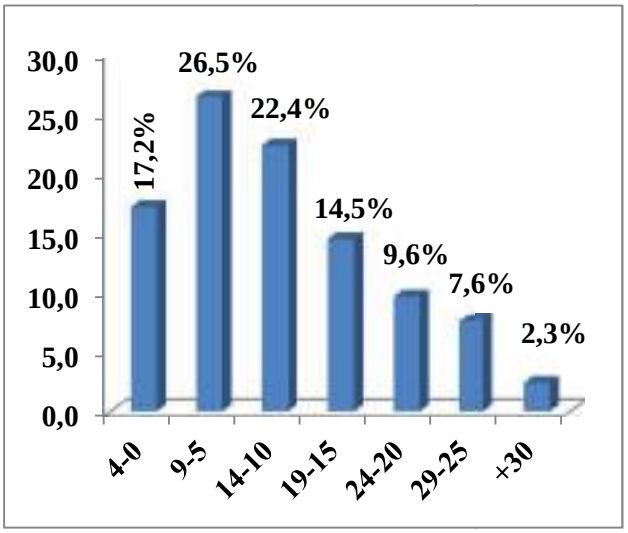
يمثل الجدول رقم (5-3) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب مدة الزواج، والتي تم حسابها من خلال الفارق بين أعمار المبحوثات عند الزواج الأول وأعمارهن عند تاريخ إجراء المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5-3): توزيع المبحوثات حسب مدة الزواج.

الفئات العمرية	التكرارات	النسب المئوية %
4-0	1109	17,2
9-5	1708	26,5
14-10	1444	22,4
19-15	934	14,5
24-20	620	9,6
29-25	490	7,6
+30	149	2,3
المجموع	**6455**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-3): توزيع المبحوثات حسب مدة الزواج.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-3).

يتضح -من خلال حساب مدة الزواج للمبحوثات- أنها تراوحت بين 0 سنة بالنسبة للمتزوجات حديثا -بالمقارنة مع تاريخ إجراء المسح العنقودي MICS6- و36 سنة، وحسب النتائج المحصل عليها، فإن المدة المتوسطة للزواج قُدِّرت بحوالي 12,28 سنة بانحراف 7,79 سنة بين المبحوثات، هذا وقد صرّحت 50% من النساء أقل عرفن مدة زواج قُدِّرت بـ 11 سنة وأنّ أكثرهن عشن حوالي 4 سنوات من الحياة الزوجية بنسبة 5,8% من مجمل النساء الريفيات في العينة.

يتبيّن -من خلال الجدول رقم (5-3) والشكل البياني المرافق له- أن أغلبية نساء العينة عرفن حياة زوجية تراوحت بين 5 و9 سنوات بنسبة 26,5%، وتأتي في المرتبة الموالية نسبة النساء اللاتي عشن حياة زوجية تراوحت بين 10 و14 سنة بنسبة 22,4%، وبعدها تتوالى المدتان المحصورتان بين 0-4 سنوات و15-19 سنة بنسبة 17,2% و14,5% على التوالي،

والأقلية من نساء العينة عرفت الزواج لمدة تنحصر بين 20-24 سنة و25-29 سنة بنسبة 9,6% و7,6% على التوالي، وسُجِّلت أدنى قيمة عند المبحوثات اللاتي عشن 30 سنة فأكثر في الحياة الزوجية بنسبة 2,3%.

4. توزيع المبحوثات حسب السن الأول للأمومة:

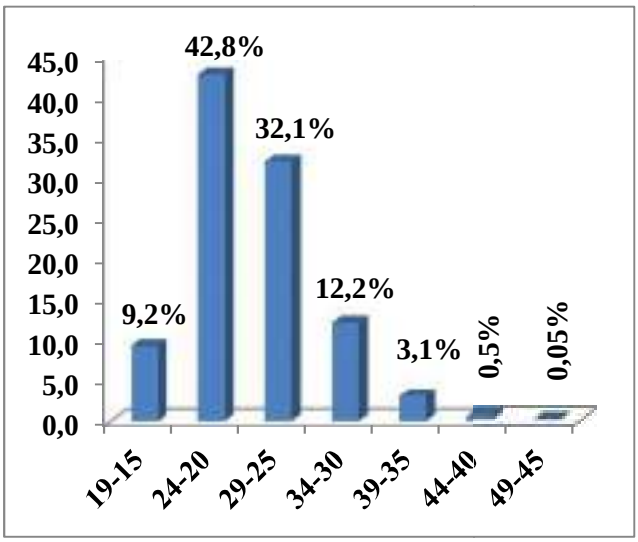
يمثل الجدول رقم (5-4) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب أعمارهن عند أول ولادة لهن، والذي تمّ حسابه من خلال الفارق بين تواريخ ميلاد الأمهات وتواريخ ميلاد الولادات الأولى للمبحوثات.

جدول رقم (5-4): توزيع المبحوثات حسب السن الأول للأمومة.

الفئات العمرية	التكرارات	النسب المئوية %
19-15	613	9,2
24-20	2835	42,8
29-25	2127	32,1
34-30	808	12,2
39-35	205	3,1
44-40	36	0,5
49-45	3	0,05
المجموع	**6626**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-4): توزيع المبحوثات حسب السن الأول للأمومة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-4).

يتضح -من خلال تصريحات الأمهات حول تواريخ ميلادهن وتواريخ ولاداتهن الأولى- أنّ 6626 مرأة ريفية قد تمّ رصد سنها عند أول ولادة لها بنسبة 99,97% من مجمل عينة النساء الريفيات، والذي تراوح بين 15 و47 سنة بسن متوسط للأمومة الأولى قدِّر بحوالي 24,92 سنة بانحراف 4,59 سنة بينهن، كما يتضح أن 50% من مجمل النساء الريفيات في هذا المسح قد أنجبن لأول مرة عند السن 24 سنة وأنّ أكثرهن عرفن الأمومة لأول مرة في سن 23 سنة بنسبة 10,2% من مجمل نساء العينة.

يتّضح -من خلال الجدول رقم (5-4) والشكل البياني المرافق له- أن أغلبية نساء العينة عرفن الأمومة لأول مرة ما بين 20 و24 بنسبة 42,8%، تليها الفئة العمرية 25-29 سنة بنسبة 32,1%، تتبعها الفئتان العمريتان 30-34 سنة

و15-19 سنة بنسبة 12,2% و9,2% على التوالي، وعرفت الأقلية الأمومة لأول مرة ما بين 35 و49 سنة بنسبة 3,1%، 0,5% و0,05% من مجمل نساء العينة بالنسبة للفئات العمرية 35-39 سنة، 40-44 سنة و45-49 سنة على التوالي.

5. توزيع المبحوثات حسب السن عند آخر ولادة:

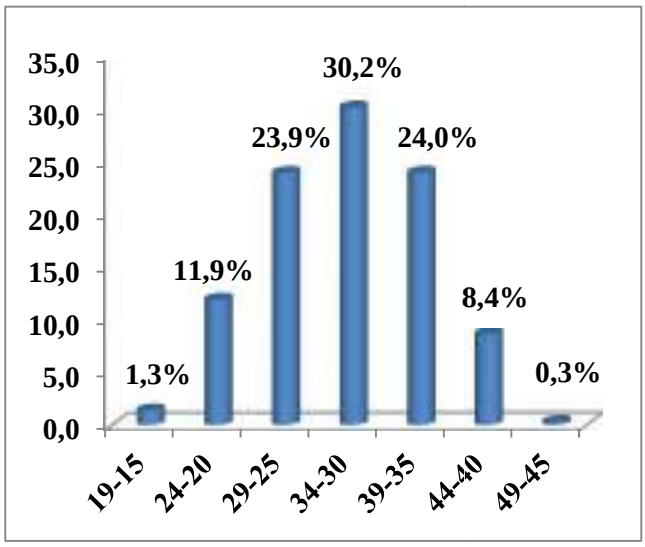
يمثل الجدول رقم (5-5) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب أعمارهن عند آخر ولادة لهن، والذي تمّ حسابه من خلال الفارق بين تواريخ ميلاد الأمهات وتواريخ ميلاد الولادات الأخيرة للمبحوثات.

جدول رقم (5-5): توزيع المبحوثات حسب السن عند آخر ولادة.

الفئات العمرية	التكرارات	النسب المئوية %
19-15	87	1,3
24-20	789	11,9
29-25	1586	23,9
34-30	1998	30,2
39-35	1587	24,0
44-40	558	8,4
49-45	19	0,3
المجموع	**6624**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-5): توزيع المبحوثات حسب السن عند آخر ولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-5).

يبدو -من خلال تصريحات الأمهات حول تواريخ ميلادهن وتواريخ ولاداتهن الأخيرة- أنّ 6624 مرأة ريفية قد تمّ رصد سنها عند آخر ولادة لها بنسبة 99,9% من مجمل نساء العينة، والذي يتراوح بين 16 و48 سنة، بسن متوسط للولادات الأخيرة قُدِّر بحوالي 31,54 سنة بانحراف 5,81 سنة بين أعمار الأمهات، كما يتضح أن 50% من مجمل النساء الريفيات في هذه العينة قد أنجبن لآخر مرة عند السن 32 سنة وأنّ أكثرهن توقفن عن الإنجاب عند السن 28 سنة بنسبة 6,2% من مجمل نساء العينة.

يتّضح -من خلال الجدول رقم (5-5) والشكل البياني المرافق له- أن أغلبية نساء العينة أنجبن لآخر مرة ما بين 30 و34 سنة بنسبة 30,2%، تليها الفئتان العمريتان 35-39 سنة و25-29 سنة بنسبة 24,0% و23,9% على

التوالي، وتأتي الفئة العمرية 20-24 سنة في المرتبة الموالية ممثلة بنسبة 11,9%، هذا وقد عرفت الأقلية الأمومة لآخر مرة في سن أقل من 20 سنة نسبة 1,3%، وبعد سن الأربعين بنسبة 8,4% و0,3% كأدنى قيمة عند الفئتين العمريتين 40-44 سنة و45-49 سنة على التوالي.

6. توزيع المبحوثات حسب جنس المولود:

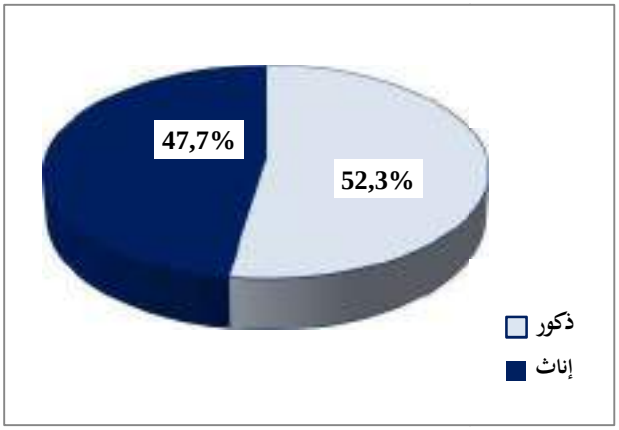
يمثل الجدول رقم (5-6) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب جنس المولود الجديد والذي يمثل جنس آخر مولود لكل مبحوثة قبل إجراء المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5-6): توزيع المبحوثات حسب جنس المولود.

الجنس	التكرارات	النسب المئوية %
ذكور	3469	52,3
إناث	3159	47,7
المجموع	**6628**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-6): توزيع المبحوثات حسب جنس المولود.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-6).

صرّحت أكثر من نصف المبحوثات في عينة الدراسة -ما يعادل 3469 مبحوثة- بأنها قد أنجبت مولودًا ذكرًا كآخر ولادة لها بنسبة 52,3%، في حين صرّحت بقية المبحوثات -المقدّرة بـ 3159 مبحوثة- بأنها قد رُزِقَت بأنثى كآخر ولادة، بنسبة 47,7%.

7. توزيع المبحوثات حسب رتبة المولود:

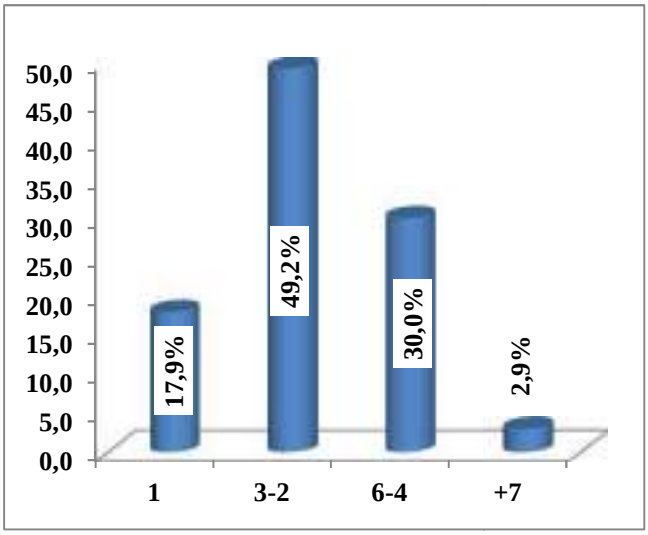
يمثل الجدول رقم (5-7) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب رتبة المولود، والتي تمثل مرتبة آخر مولود لكل مبحوثة من بين كل الولادات،بحسب البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5-7): توزيع المبحوثات حسب رتبة المولود الأخير.

الفئات العمرية	التكرارات	النسب المئوية %
1	1150	17,9
3-2	3153	49,2
6-4	1925	30,0
+7	185	2,9
المجموع	**6413**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-7): توزيع المبحوثات حسب رتبة المولود الأخير.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-7).

صرّحت 6413 مبحوثة بعدد أطفالهابنسبة 96,8% من مجمل النساء الريفيات عينة الدراسة، والذي يتراوح بين مولود واحد و12 مولوداً، بعدد متوسط للولادات قُدِّر بحوالي 2,99 مولود بانحراف 1,56 مولود بين الأمهات، كما أن 50% من مجمل المبحوثات قد أنجبت أكثر من ثلاث ولادات، وأنّ أكثرهن أنجبت حوالي 3 ولادات بنسبة 25,1%من مجمل نساء العينة.

يتّضح -من خلال الجدول رقم (5-7) والشكل البياني المرافق له- أن أغلبية نساء العينة أنجبن ما بين ولادتين إلى ثلاث ولادات بنسبة 49,2%، تليها فئة النساء اللاتي أنجبن بين 4-6 ولادات بنسبة 30%، أمّا الفئة التي أنجبت ولادة واحدة فقد تمثّلت بنسبة 17,9% من مجموع المبحوثات، والأقلية من أنجبت من 7 ولادات فأكثر بنسبة 2,9%.

II. الخصائص الثقافية:

العامل الثقافي عنصرا مهما في دراسة أي سلوك في المجتمع، بما فيه السلوك الإنجابي الذي يتناول مستوى خصوبة المبحوثات وكيفية توجيهها. سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب عاملين أساسيين يتمثلان في المستوى التعليمي للأم والمستوى الثقافي لها، من خلال قاعدة بينات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6.

1. توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي:

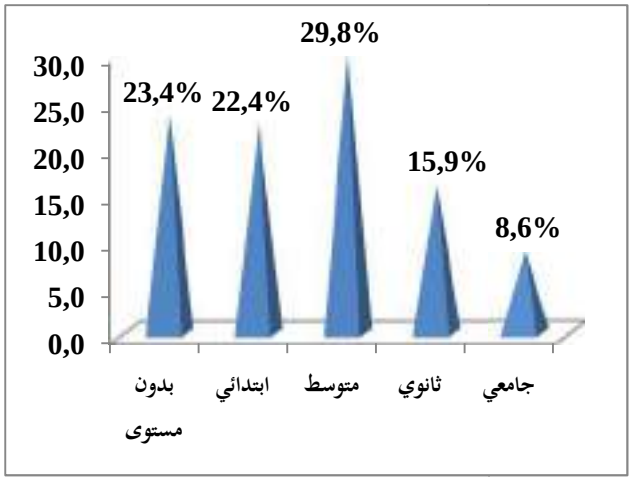
يمثل الجدول رقم (5–8) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي وفق البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–8):توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي.

المستوى التعليمي	التكرارات	النسب المئوية %
بدون مستوى	1548	23,4
ابتدائي	1483	22,4
متوسط	1976	29,8
ثانوي	1051	15,9
جامعي	568	8,6
المجموع	**6626**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–8):توزيع المبحوثات حسب المستوى التعليمي.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–8).

صرّحت معظم المبحوثات في العينة بمستواهن الدراسي، الذي تمثَّل بنسبة النساء ذوات المستوى التعليمي المتوسط بالدرجة الأولى بنسبة 29,8%، تليها نسبة النساء اللاتي ليس لديهن مستوى تعليمي بـ 23,4% واللاتي تمدرسن إلى غاية المستوى التعليمي الإبتدائي بنسبة 22,4%. أما المستوى التعليمي الثانوي فقد تمثّل بنسبة 15,9%، وعرف المستوى الجامعي أقل نسبة قُدِّرت بـ 8,6% من مجمل النساء الريفيات في العينة المدروسة.

2. توزيع المبحوثات حسب المستوى الثقافي:

يمثل الشكلان رقم (5-9) ورقم (5-10) توزيع المبحوثات حسب المستوى الثقافي بدلالة إحدى وسائل التثقيف المعمول بها في المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

تنوعت وسائل التثقيف المذكورة في المسح العنقودي MICS6، لذا قمنا بحصر مفهوم التثقيف ضمن ثلاث نقاط أساسية قد تساعد –في نظرنا– على تثقيف الفرد، وقد تمثلت في قراءة الجريدة؛ والتي تُعتبَر من وسائل التثقيف التقليدية والناجعة، واستعمال الحاسوب والأنترنت اللذان أصبحا ضرورة حتمية لا غنى عنها لنيل العلم والمعرفة وبالتالي المساعدة على رفع مستوى الثقافة لدى الفرد في المجتمع.

لحساب المستوى الثقافي أعدنا ترميز المتغيرات التالية:

- **MT1** والذي يشير إلى قراءة المبحوثة للجريدة من عدمها؛
- **MT4** والذي يشير إلى استعمال المبحوثة للحاسوب أو عدمه؛
- **MT9** والذي يشير إلى استعمال المبحوثة للأنترنت أو لا.

قمنا بإعادة تسمية المتغيرات السابقة الذكر –الموجودة في ملف النساء **wm**– إلى متغيرات جديدة تحمل الأسماء التالية: الجريدة، الحاسوب والأنترنت على التوالي، ثم أعدنا ترميز خياراتها كما يلي:

✓ **متغير "الجريدة"**: بحيث حوّلنا الرموز 1، 2 و3 –والتي تشير كلها إلى أن المبحوثة تقرأ الجريدة ولو مرة واحدة على الأقل أسبوعيًا–وأشرنا إليها بالرمز "0" الموافق للخيار "تقرأ". أمّا الخيار الأول –والذي يشير إلى أن المبحوثة لا تقرأ الجريدة مطلقًا تحت الرمز "0"، فقد قمنا بإعادة ترميزه بالرمز "1" والذي يوافق الخيار "لا تقرأ".

✓ **المتغيران "الحاسوب" و"الأنترنت"**: يحملان الخيارين "نعم" بالرمز "1" و"لا" بالرمز "2" لاستعمال الحاسوب أو الأنترنت، وبهدف اتباع نفس الترميز الخاص بالمتغير السابق "الجريدة"، فقد قمنا بإعطاء الرمز "0" للخيار "تستعمل" والرمز "1" للخيار "لا تستعمل".

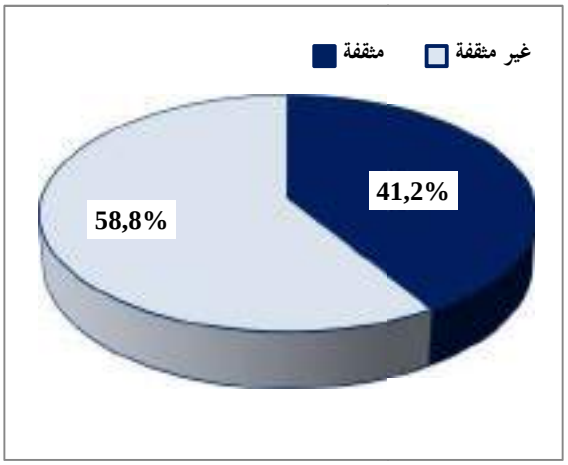
وبغرض حساب المتغير الجديد الذي يحمل اسم "المستوى الثقافي":

✓ قمنا بوضع شروط تتمثل في كون المبحوثة تقرأ الجريدة أو تستعمل الحاسوب أو تستعمل الأنترنت حتى نتمكن من إعطائها التصنيف "مثقفة" والذي يحمل الرمز "1" أو إعطائها التصنيف "غير مثقفة" والذي يحمل الرمز "0".

✓ تمّت عملية التصفية وفق الشروط التالية:

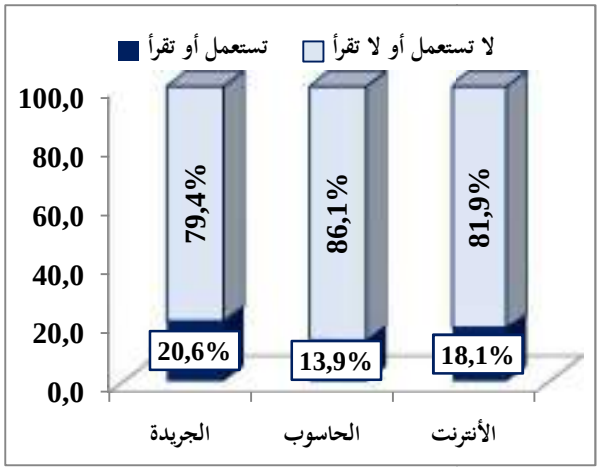
0=الأنترنت or 0=الحاسوب or 0=الجريدة = المستوى الثقافي

شكل رقم (5–9):توزيع المبحوثات حسب المستوى الثقافي.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

شكل رقم (5–10):توزيع المبحوثات حسب وسائل التثقيف.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

يظهر جليًا -من خلال الشكل رقم (5–9)- أن أغلبية النساء الريفيات بالعينة غير مثقفات، حيث مُثِّلت هذه الفئة (غير المثقفة) بنسبة تفوق نصف حجم العينة بحوالي 58,8%، وتُمثَّل هذه النسبة في المرتبة الأولى بنسبة 86,1% من المبحوثات اللاتي لا يستعملن الحاسوب، تليها 81,9% ممن لا يستعملن الأنترنت، ثمّ 79,4% من نساء العينة اللاتي لا يقرأن الجريدة،كما هو موضح في الشكل رقم (5–10). في حين تمثَّل الفئة المثقفة بحوالي 41,2% من نساء العينة، ممثلة بـ 20,6% ممّن يطالعن الجريدة، تليها النساء اللاتي يستعملن الحاسوب بنسبة 13,9%، ثمّ 18,1% بالنسبة للمبحوثات اللاتي لا يستعملن الأنترنت.

III. الخصائص الاجتماعية:

لـ الظروف الاجتماعية دورًا مهمًّا في توجيه السلوك الإنجابي للمرأة، فهي قد تساهم في زيادة أو تناقص وتيرة الإنجاب، لذا سنحاول –من خلال هذا العنصر– تسليط الضوء على بعض الخصائص الاجتماعية التي تخص المبحوثات بهدف دراسة أثرها على السلوك الإنجابي لهن، والتي حاولنا تلخيصها –بحسب بيانات المسح العنقودي MICS6 في نوع الأسرة، نوع المسكن وعدد الغرف في المسكن الواحد.

1. توزيع المبحوثات حسب نوع الأسرة:

يمثل الشكلان رقم (5–11) ورقم (5–12) توزيع المبحوثات حسب نوع الأسرة، والتي قسمناها إلى أسرة نووية وأخرى ممتدة؛ أما النوع الأول فيحتوي على أسرة واحدة، والنوع الثاني فيحتوي على أسرتين فأكثر معالتين تحت سقف واحد، وهذا بحسب النتائج المحصّل عليها من قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

لحساب عدد الأسر النووية والممتدة أعدنا ترميز المتغير التالي:

- **HC0B** الموجود ضمن ملف الأسرة **hh**، والذي يبحث عن عدد الأسرة التي تعيش ضمن نفس المسكن.

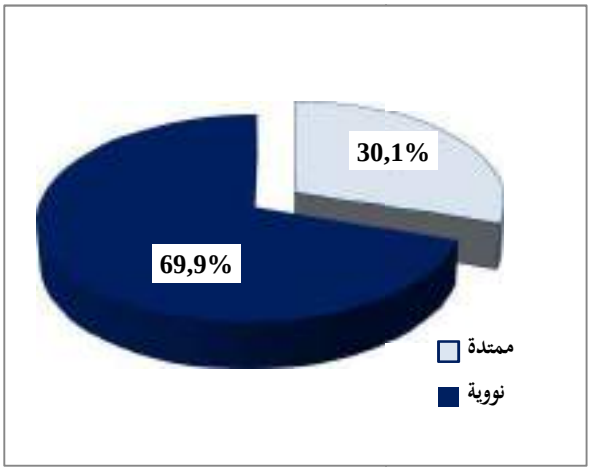
قمنا بإعادة تسمية هذا المتغير تحت اسم "عدد الأسر في المسكن الواحد"، ثمّ أعدنا تفيئة قيمه –بناءً على القيم الموجودة– كما يلي:

- ✓ القيمة 1 للأسرة الواحدة، الفئة 2–3 (أسرتين إلى ثلاث أسر)، والقيمة 4 + (أربعة أسر فأكثر)

وبغرض حساب المتغير الجديد الذي يحمل اسم "نوع الأسرة"، قمنا بجمع القيم المفيئة إلى الخيارات الآتية:

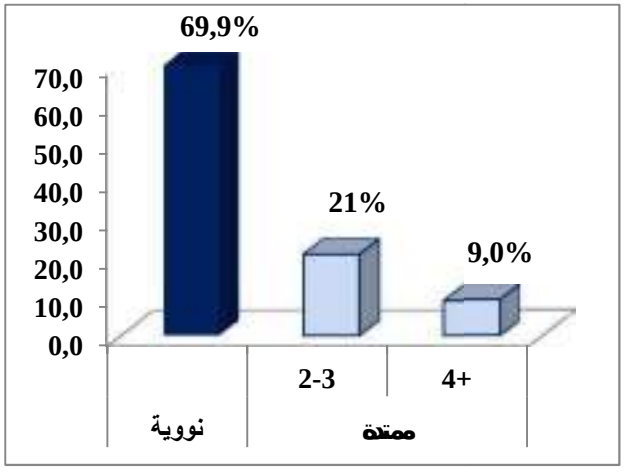
- ✓ **"أسرة نووية"**: بحيث تحوي أسرة واحدة، قمنا بإعطائها الرمز "1"؛
- ✓ **"أسرة ممتدة"**: تحوي أسرتين فأكثر، قمنا بإعطائها الرمز "0".

شكل رقم (5–11):توزيع المبحوثات حسب نوع الأسرة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

شكل رقم (5–12):توزيع المبحوثات حسب عدد الأسر.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

صرّحت حوالي 92,9% من المبحوثات في عينة الدراسة بعدد الأسر التي تقاسمها العيش في نفس المسكن، والتي تراوحت –حسب نتائج المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6– بين أسرة واحدة وثلاثون أسرة، هذه الأخيرة التي مثّلت نسبة 0,1% من مجمل الإحابات المصرّح بها، والتي قد تتواجد بالمساكن التقليدية. كما تبيّن من النتائج أنّ متوسط عدد الأسر المتواجدة في نفس المسكن قُدِّر بحوالي 1,73 أسرة بانحراف 1,76 أسرة بين المساكن، وأنّ أغلبية الأسر تحوي أسرة واحدة (أسرة نووية) بنسبة 69,9% حسب تصريحات المبحوثات في العينة.

قُدّر عدد الأسر الممتدة بحوالي 1850 أسرة بنسبة 30,1% من مجمل التصريحات، حيث أكثر من نصف هذه الأسر يُمثّل بالمساكن التي تحوي بين أسرتين إلى ثلاثة أسر بما يعادل 21% و9% للمساكن التي تحوي أربعة أسر فأكثر من مجمل تصريحات المبحوثات في العينة.

2. توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن:

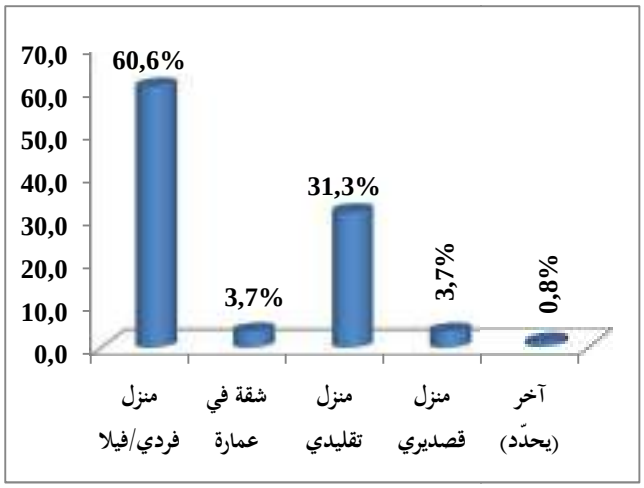
يمثل الجدول رقم (5-9) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن وفق البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5-9):توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن.

نوع المسكن	التكرارات	النسب المئوية %
منزل فردي/فيلا	3728	60,6
شقة في عمارة	228	3,7
منزل تقليدي	1925	31,3
منزل قصديري	226	3,7
آخر (يحدّد)	48	0,8
المجموع	**6155**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-13):توزيع المبحوثات حسب نوع المسكن.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-9).

صرّحت معظم المبحوثات في العينة المدروسة بأنهن يسكن في مساكن فردية بنسبة 60,6%، تليها الفئة التي تقطن بالمنازل التقليدية نسبة 31,3%، في حين تعادلت نسبة النساء اللاتي يسكن في شقة ومنزل قصديري بـ 3,7% والأقلية فقط تسكن في أنواع أخرى من المساكن، قدِّرت بـ 0,8% من مجمل الإجابات المصرّح بها.

3. توزيع المبحوثات حسب عدد الغرف في المسكن الواحد:

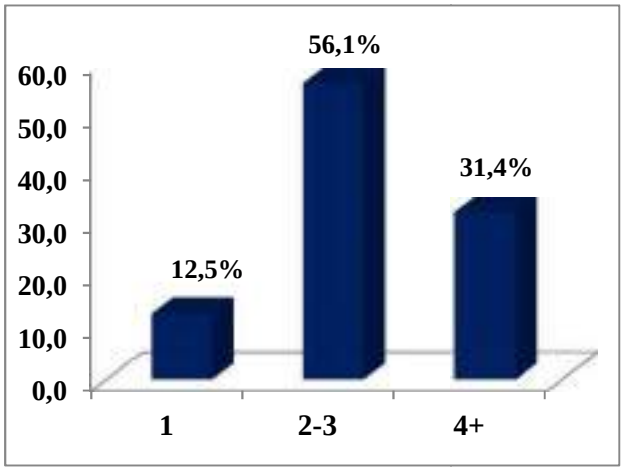
يمثل الجدول رقم (5-10) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب عدد الغرف في المسكن الواحد، وهذا بحسب البيانات المحصّل عليها من قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5-10):توزيع المبحوثات حسب عدد الغرف في المسكن الواحد.

عدد الغرف	التكرارات	النسب المئوية %
1	767	12,5
2-3	3453	56,1
4+	1936	31,4
المجموع	**6155**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-14):توزيع المبحوثات حسب عدد عدد الغرف في المسكن الواحد.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-10).

صرّحت معظم المبحوثات في عينة الدراسة بأعداد غرف المساكن التي تعيش فيها، والتي تراوحت -حسب نتائج المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6- بين غرفة واحدة و55 غرفة، هذه الأخيرة يمكن أن يكون في المنازل التقليدية التي تحوي مجموعة كبيرة من الأسر. وتبيّن من النتائج أنّ متوسط عدد الغرف في نفس المسكن قُدِّر بحوالي 3,09 غرفة بانحراف 1,58 غرفة بين المساكن، وأنّ أغلبية المساكن التي تعيش فيها المبحوثات تحوي ثلاثة غرف بنسبة 35,8% حسب تصريحات المبحوثات.

صرّحت أغلبية النساء [illegible] تحوي بين غرفتين إلى ثلاثة غرف بنسبة 56,1% من المبحوثات، تليها الفئة التي تعيش في بيوت تحوي من 4 غرف فأكثر بنسبة 31,4%، وتبقى الأقلية للمبحوثات اللاتي يعشن في منازل تحوي غرفة واحدة بنسبة 12,5% من مجمل التصريحات.

4. توزيع المبحوثات حسب بيئة المسكن:

يمثل الجدول رقم (5-11) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب بيئة المسكن، وفق البيانات المحصّل عليها من قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019، والتي قسمناها إلى بيئة ملائمة وأخرى غير ملائمة. لتحديد هذه البيئة، أعدنا ترميز المتغيرين التاليين الموجودين ضمن ملف الأسرة **hh**:

- **WS0A** والذي يبحث عن احتواء المسكن على شبكة المياه الصالحة للشرب، حيث أعدنا ترميز بدائله -بناء على البدائل الموجودة- إلى الخيارين 1 والذي يوافق "نعم"، والخيار 2 والذي اوافق "لا"؛
- **WS11** والذي يبحث عن احتواء المسكن على شبكة الصرف الصحي؛ حيث أعدنا ترميز بدائله -بناء على البدائل الموجودة- إلى الخيارين 1 والذي يوافق "نعم"، والخيار 2 والذي اوافق "لا"؛

بالإضافة إلى المتغيرين **HC8** الذي يبحث في احتواء المسكن على نظام كهرباء والذي بدوره يحتوي على بديلين 1يوافق القيمة "نعم، و2 يوافق القيمة "لا"، و**HC7** الذي يبحث في احتواء المسكن على نظام تدفئة والذي يتمثل في مدفأة غاز، ويحتوي على نفس البدائل السابقة (1يوافق القيمة "نعم"، و2 يوافق القيمة "لا").

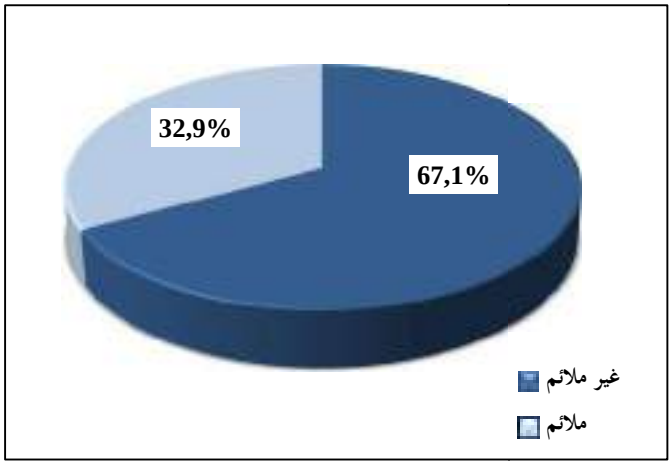
وبغرض حساب المتغير الجديد الذي يحمل اسم "بيئة المسكن"، قمنا بجمع القيم التي تحمل الرمز 1 فقط التي توافق الخيار "نعم"، بحيث نحصل على القيمة "ملائم" للمسكن، وترميزها بـ"1"، و"غير ملائم"، في حالة نقص إحدى المتغيرات السابقة الذكر، ترميزها بـ"0".

جدول رقم (5–11):توزيع المبحوثات حسب بيئة المسكن.

بيئة المسكن	التكرارات	النسب المئوية %
ملائم	2052	32,9
غير ملائم	4187	67,1
المجموع	**6240**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–15):توزيع المبحوثات حسب بيئة المسكن.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–11).

صرّحت 94,1% من نساء العينة، ما يوافق 6240 مبحوثة، ببيئة المسكن –من حيث احتوائه على مستلزمات الحياة الضرورية– حيث يتضح أن أقلية المساكن الريفية ذات بيئة ملائمة للسكن بنسبة 32,9%، حيث أن أغلبها ما يقدّر بنسبة 99,4% يحتوي على الكهرباء، 72% منها يحتوي على شبكة المياه الصالحة للشرب، 61,6% مسكن يتوفر على شبكة الصرف الصحي، و58,7% يحتوي على مدفأة غاز.

في حين أن أكثر من نصف المساكن في الريف الجزائري ذات بيئة غير ملائمة للسكن بنسبة 67,1% من المساكن الريفية، إذ أنّ 41,3% من هذه المساكن لا يحتوي على مدفأة غاز، 38% منها لا يتوفر على شبكة الصرف الصحي، 28% مسكن غير مربوط بشبكة المياه الصالحة للشرب، و0,6% فقط لا تحتوي على الكهرباء.

IV. الخصائص الاقتصادية:

يعتبر العامل الاقتصادي عاملا مهمًّا في دراسة توجيه السلوك الإنجابي لدى الأسر والأمهات على وجه الخصوص، في هذا العنصر، سنحاول إلقاء نظرة حول توزيع المبحوثات حسب متغيرين أساسيين يتمثلان في الحالة الفردية للمبحوثة ومؤشر الثروة الخماسي.

1. توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية:

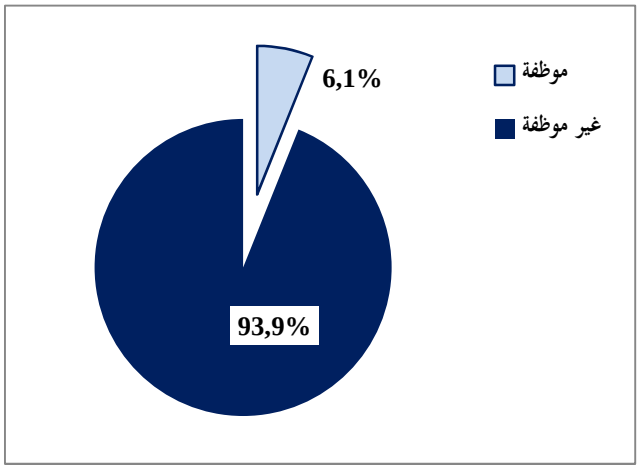
يمثل الجدول رقم (5-12) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية، بحسب البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5-12):توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية.

الحالة الفردية	التكرارات	النسب المئوية %
موظفة	402	6,1
غير موظفة	6226	93,9
المجموع	**6628**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-16):توزيع المبحوثات حسب الحالة الفردية.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-12).

صرّحت معظم النساء في عينة الدراسة بأنهن غير موظفات بنسبة 93,9% والأقلية فقط ممن يمارسن العمل خارج البيت بنسبة 6,1%، الأمر الذي يعكس كون المجتمع الريفي مجتمعًا تقليديًا لا يشجع المرأة على العمل خارج البيت، والذي بدوره قد ينعكس على المستوى المعيشي للأسرة خاصة في الوقت الراهن الذي يشهد تزايدًا ملحوظًا في مختلف الأسعار الخدمات الاجتماعية والاقتصادية.

2. توزيع المبحوثات حسب مؤشر الثروة الخماسي:

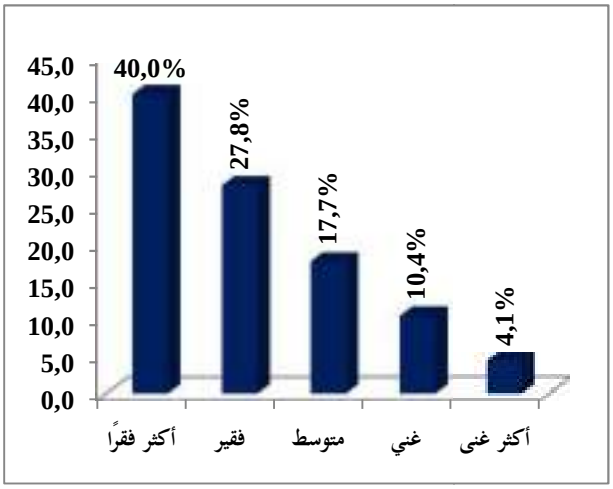
يمثل الجدول رقم (5-13) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب مؤشر الثروة الخماسي، بحسب البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5-13):توزيع المبحوثات حسب مؤشر الثروة الخماسي.

مؤشر الثروة	التكرارات	النسب المئوية %
أكثر فقرًا	2654	40,0
فقير	1843	27,8
متوسط	1170	17,7
غني	686	10,4
أكثر غنى	274	4,1
المجموع	**6628**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-17):توزيع المبحوثات حسب مؤشر الثروة الخماسي.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-13).

يعتبر مؤشر الثروة من المؤشرات المهمة التي تعكس حقيقة الواقع المعيشي للفرد في المجتمع، بحيث يؤخذ -في حسابه- عدّة مؤشرات اقتصادية منها واجتماعية، ليتم في الأخير الحصول على قيم سالبة وأخرى موجبة، وبعد حصرها في مجالات مختلفة، تمّ اقتراح عدّة تصنيفات تعكس -إلى حدٍّ بعيد- مختلف الظروف المعيشية التي يمرُّ بها الأفراد في المجتمع، كما يلي:

- ✓ **الأفقر أو الاكثر فقرًا**: حيث حصرت درجة مؤشره في المجال من 5,21826- إلى 0,72632-؛
- ✓ **الفقير**:حيث حصرت درجة مؤشره في المجال من 0,72631- إلى 0,08209-؛
- ✓ **المتوسط**:حيث حصرت درجة مؤشره في المجال من 0,08208- إلى 0,39308؛
- ✓ **الغني**: حيث حصرت درجة مؤشره في المجال من 0,39309 إلى 0,84698؛
- ✓ **الأكثر غنى**: أو الغني جدا حيث حصرت درجة مؤشره في المجال 0,84702 إلى 1,66837 [1]

(1)- The DSH wealth index,DSH Comparative reports 6,UN,page 1,2004.

يبدو –من خلال تصريحات المبحوثات– أنّ أكثر من نصف العينة تعيش ظروف الفقر، حيث أنّ 40% منهن تعيش الحالة المعيشية الأكثر فقرًا، و27,8% منهن تعيش حالة الفقر، تليها الحالة المعيشية المتوسطة بنسبة 17,7% من مجمل المبحوثات، أمّا حالة الغنى فقد سُجِّلت عند 10,4% منهن و4,1% فقط سُجِّلت عند الحالات الأكثر غنى.

V. الخصائص الجغرافية:

يمكن للعوامل الجغرافية أن توضّح فروقات في مختلف السلوكات البشرية، بما فيها السلوك الإنجابي، وبما أنّ هذا البحث يدور حول السلوك الإنجابي عند المرأة في الريف الجزائري، فإنّنا –من خلال هذا العنصر– سنحاول دراسة توزيع المبحوثات حسب الأقاليم كعامل جغرافي محدِّد لهذا السلوك الديمغرافي.

1. توزيع المبحوثات حسب الأقاليم الجغرافية:

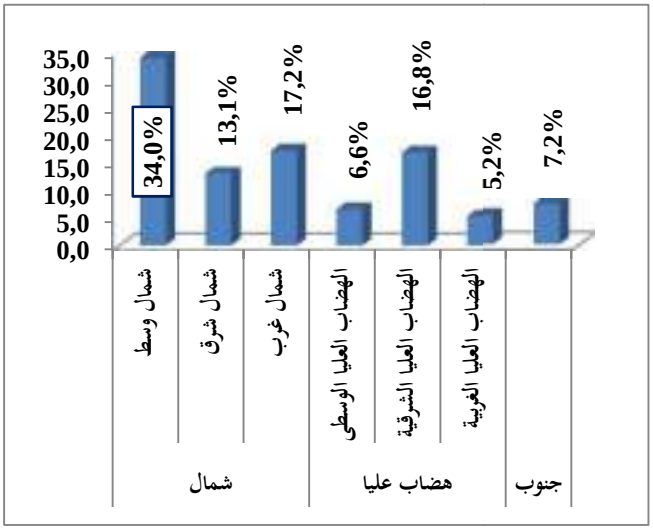
بما أنّ موضوع البحث يضمّ عينة من النساء في الريف الجزائري، بناءً على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019، فإنّنا سنحاول –في هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب الأقاليم الجغرافية، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–14) والشكل المرافق له.

جدول رقم (5–14):توزيع المبحوثات حسب الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية	التكرارات	النسب المئوية %
شمال	4256	64,2
هضاب عليا	1897	28,6
جنوب	474	7,2
المجموع	**6628**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–18):توزيع المبحوثات حسب الأقاليم الجغرافية.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

تتمركز النساء الريفيات في عينة الدراسة بالشمال الجزائري بنسبة 64,2%، خاصة بالشمال الأوسط بنسبة 34%، يليه الشمال الغربي بنسبة 17,2% والشمال الشرقي بنسبة 13,1%. وتأتي الهضاب العليا في المرتبة الثانية من حيث تمركز

المبحوثات الريفيات بنسبة 28,6%، وبالهضاب العليا الشرقية بالخصوص بنسبة 16,8%، تليها الهضاب العليا الوسطى والغربية بنسبة 6,6% و5,2% على التوالي، أمّا الجنوب فقد مثّل أقل نسبة من نساء الريف الجزائري بـ 7,2%.

VI. الخصائص الصحية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– البحث في أنواع الأمراض المزمنة التي تعاني منها المبحوثات في عينة الدراسة، بالإضافة إلى أعمارهن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة.

1. توزيع المبحوثات حسب الإصابة بالأمراض المزمنة:

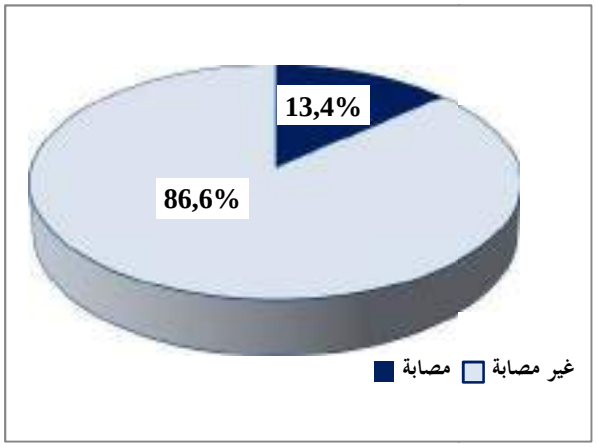
الجدول رقم (5–15) والشكل المرافق له يوضحان توزيع المبحوثات حسب الإصابة بالأمراض المزمنة، بالاعتماد على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6، المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5–15):توزيع المبحوثات حسب الإصابة بالأمراض المزمنة.

الإصابة بالمرض المزمن	التكرارات	النسب المئوية %
مصابة	888	13,4
غير مصابة	5728	86,6
المجموع	**6617**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–19):توزيع المبحوثات حسب الإصابة بالأمراض المزمنة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–15).

صرّحت 99,8% من المبحوثات في العينة المدروسة بوضعها الصحي تجاه الإصابة بمرض مزمن، حيث أنّ أكثر من نصف العينة أي 5728 مبحوثة، ما يعادل 86,6% من مجمل المبحوثات صرّحن بعد إصابتهن بأي مرض مزمن، والأقلية الممثلة بـ 888 مبحوثة، ما يعادل 13,4% من نساء العينة صرّحن بإصابتهن بمرض مزمن.

2. توزيع المبحوثات المصابات حسب نوع أول مرض مزمن:

يمثل الجدول رقم (5-16) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات المصابات حسب نوع أول مرض مزمن أصيبت به، بحسب بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

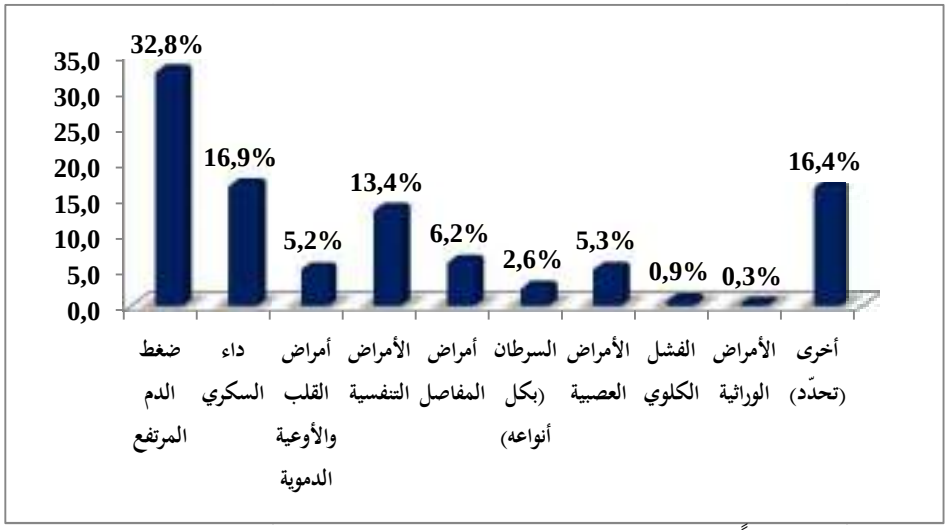
جدول رقم (5-16):توزيع المبحوثات المصابات حسب نوع أول مرض مزمن.

نوع المرض المزمن	ضغط الدم المرتفع	داء السكري	أمراض القلب والأوعية الدموية	الأمراض التنفسية	أمراض المفاصل	السرطان	الأمراض العصبية	الفشل الكلوي	الأمراض الوراثية	أخرى (تحدّد)	المجموع
التكرارات	291	151	46	119	55	23	47	8	2	145	**888**
النسب المئوية %	32,8	16,9	5,2	13,4	6,2	2,6	5,3	0,9	0,3	16,4	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

صرّحت 86,6% من مجمل المبحوثات في عينة الدراسة بأول مرض مزمن أُصيبَت به، ما يوافق 888 مبحوثة، حيث أنّ أكبر نسبة سُجِّلَت عند المصابات بضغط الدم المرتفع بحوالي 32,8% من مجموع المبحوثات، تليها نسبة المصابات بداء السكري والأمراض التنفسية بـ 16,9% و13,4% على التوالي، وتتقارب نسب الإصابة بأمراض المفاصل، الأمراض العصبية وأمراض القلب والشرايين، حيث قُدِّرت بـ 6,2%، 5,3% و5,2% على التوالي، وسُجِّلت أقل النسب عند المبحوثات المصابات بالسرطان، الفشل الكلوي والأمراض الوراثية بحوالي 2,6%، 0,9% و0,3% على التوالي.

شكل رقم (5-20):توزيع المبحوثات المصابات حسب نوع أول مرض مزمن.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-16).

3. توزيع المبحوثات المصابات حسب السن عند تشخيص أول مرض مزمن:

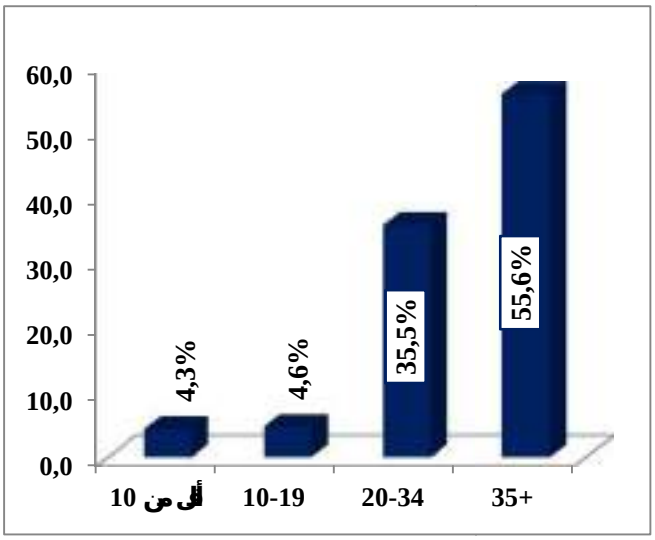
يمثل الجدول رقم (5-17) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات المصابات حسب السن عند تشخيص أول مرض مزمن أصيبت به، بحسب بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5-17): توزيع المبحوثات المصابات حسب السن عند تشخيص أول مرض مزمن.

السن عند تشخيص أول مرض مزمن	التكرارات	النسب المئوية %
أقل من 10	38	4,3
19-10	41	4,6
34-20	312	35,5
+35	488	55,6
المجموع	**879**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-21):توزيع المبحوثات المصابات حسب السن عند تشخيص أول مرض مزمن.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-17).

صرّحت مجموعة النساء الريفيات المصابات بأول مرض مزمن بأعمارهن عند تشخيص المرض، والتي تتراوح بين 0 و78 سنة، وحسب التصريحات فقد قُدِّر السن المتوسط عند تشخيص أول مرض مزمن بحوالي 33,95 سنة بانحراف 11,49 سنة بين المبحوثات المصابات، كما تجدر بالإشارة إلى أن 50% منهن شخصن المرض عند السن 35 سنة، وأنّ أكثرهن شخصن المرض لأول مرة عند بلوغهن 40 سنة من العمر بنسبة 7,4% من مجمل النساء المصابات بمرض مزمن في عينة الدراسة.

قمنا بتفيئة أعمار المبحوثات عند تشخيصهن لأول مرض مزمن إلى فئة الأطفال المحصورة عن الفئة العمرية أقل من 10 سنوات، وفئة الشباب صغار السن عند السن 10-19 سنة، وفئة الشباب بين 20-34 سنة، وفئة الكهول وكبار السن عند العمر 35 سنة فأكثر، حيث أنّ أكثر من نصف المبحوثات المصابات بأول مرض مزمن تمّ تشخيص المرض لديهن عند السن 35 سنة فأكثر بنسبة 55,6%، تليها الفئة العمرية 20-34 سنة بنسبة 35,5%، وتمّ تشخيص المرض المزمن عند باقي الفئات العمرية بنسب أقل قُدِّرت بـ 4,6% و4,3% عند الفئتين العمريتين 10-19 وأقل من 10 سنوات على التوالي، كما هو موضح في الشكل البياني رقم (5-21).

وبغرض معرفة أكثر عن الأمراض المزمنة –تشخيصًا لأول مرة من طرف المبحوثات– حاولنا دراسة توزيع الأمراض المزمنة بدلالة سن المبحوثات المصابات عند أول تشخيص لهن كما هو موضح في الجدول رقم والشكل البياني المرافق له.

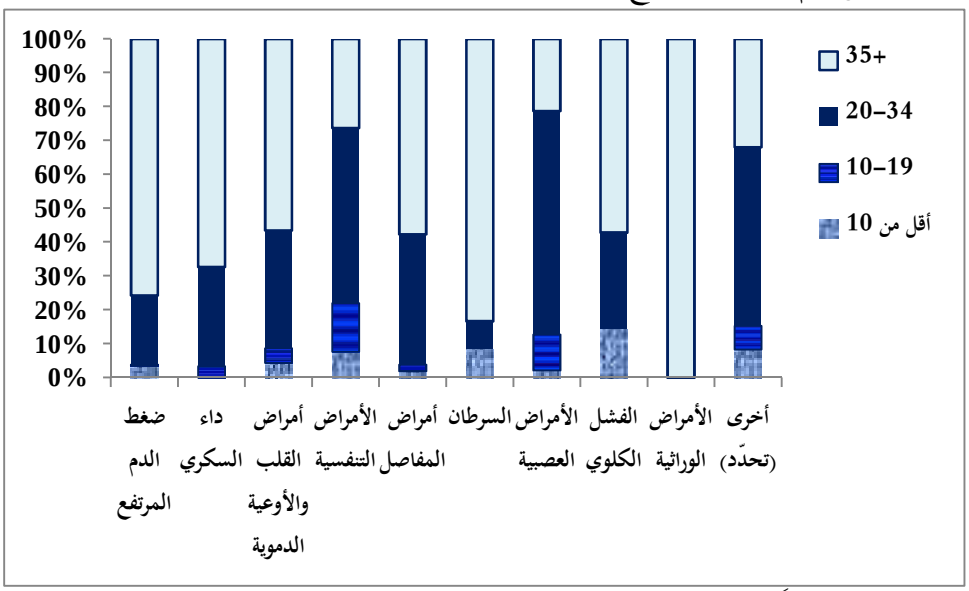
جدول رقم (5–18): توزيع الأمراض المزمنة بدلالة السن عند أول تشخيص.

أول مرض مزمن / الفئات العمرية	ضغط الدم المرتفع	داء السكري	أمراض القلب والأوعية الدموية	الأمراض التنفسية	أمراض المفاصل	السرطان	الأمراض العصبية	الفشل الكلوي	الأمراض الوراثية	أخرى (تحدّد)	المجموع
أقل من 10	10	0	2	9	1	2	1	1	0	12	38
10-19	1	5	2	17	1	0	5	0	0	10	41
20-34	59	44	16	61	20	2	31	2	0	76	311
35+	218	101	26	31	30	20	10	4	2	47	489
المجموع	**288**	**150**	**46**	**118**	**52**	**24**	**47**	**7**	**2**	**145**	**879**

المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

يتضح من الجدول رقم(18) أن أكثر الأمراض المزمنة تشخيصًا عند السن 35 سنة فأكثر ينحصر عند أمراض ضغط الدم المرتفع وداء السكري بالدرجة الأولى بنسبة 44,67%، 20,70% على التوالي، تليها الأمراض التنفسية وأمراض المفاصل بنسبة 6,4% و6,15% على التوالي.

شكل رقم (5–22):توزيع الأمراض المزمنة بدلالة السن عند أول تشخيص.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–18).

أمّا الفئة الثانية الأكثر تشخيصًا للأمراض المزمنة والتي تمثّل فئة الشباب عند الفئة العمرية 20-34 سنة، فقد شهدت تسجيل أكبر النسب عند التشخيص لدى المبحوثات المصابات بالأمراض التنفسية وارتفاع ضغط الدم بالدرجة الأولى بنسبة 19,6% و19% على التوالي، يليها داء السكري والأمراض العصبية بنسبة 14,1% و10%.

4. توزيع المبحوثات المصابات حسب الإصابة بنوعٍ ثانٍ من الأمراض المزمنة:

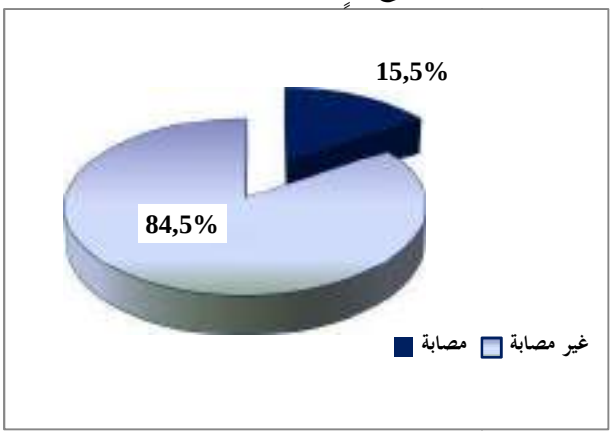
يمثل الجدول رقم (5-19) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات المصابات بمرض مزمن حسب إصابتهن بنوع ثانٍ من الأمراض المزمنة، بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5-19):توزيع المبحوثات المصابات حسب الإصابة بنوعٍ ثانٍ من الأمراض المزمنة.

الإصابة بالمرض المزمن	التكرارات	النسب المئوية %
مصابة	138	15,5
غير مصابة	750	84,5
المجموع	**888**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-23):توزيع المبحوثات المصابات حسب الإصابة بنوعٍ ثانٍ من الأمراض المزمنة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-19).

قُدِّر عدد المبحوثات المصابات بمرض مزمن بـ 888 مبحوثة، ما يعادل 86,6% من حجم العينة المدروسة، في حين صرّحت 138 مبحوثة منهن فقط بإصابتهن بمرض مزمن ثانٍ بنسبة 15,5% من مجمل المبحوثات المصابات، وصرّحت الأغلبية الساحقة -والتي قُدِّرت بـ 750 مصابة بمرض مزمن- بعد إصابتها بنوع آخر من الأمراض المزمنة، ما يعادل 84,5% من مجموع المبحوثات المصابات.

5. توزيع المبحوثات المصابات حسب النوع الثاني من الأمراض المزمنة:

يمثل الجدول رقم (5-20) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات المصابات حسب النوع الثاني من الأمراض المزمنة، بحسب بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

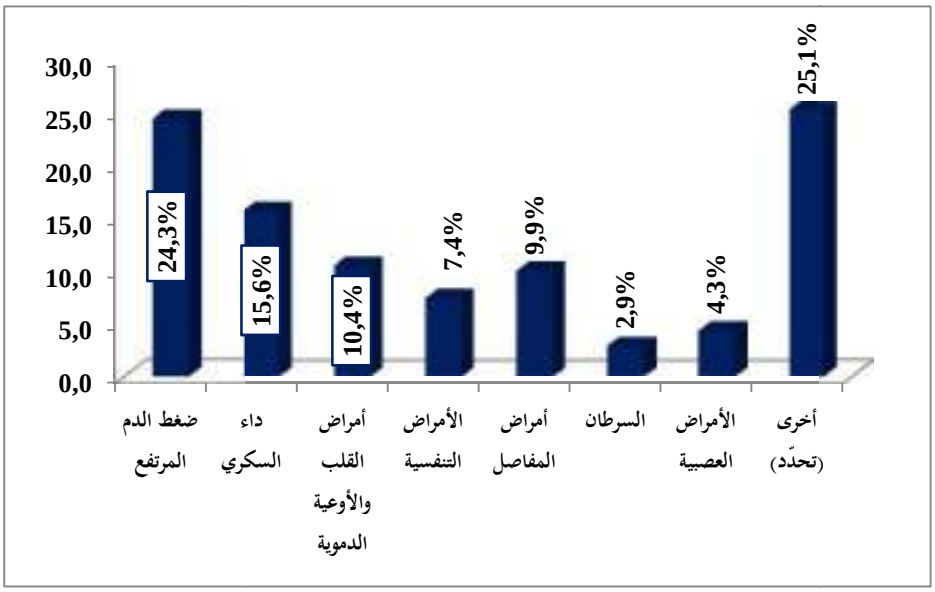
جدول رقم (5-20):توزيع المبحوثات المصابات بمرض أول حسب النوع الثاني من الأمراض المزمنة.

نوع المرض المزمن	ضغط الدم المرتفع	داء السكري	أمراض القلب والأوعية الدموية	الأمراض التنفسية	أمراض المفاصل	السرطان	الأمراض العصبية	أخرى (تحدّد)	المجموع
التكرارات	34	22	14	10	14	4	6	35	**138**
النسب المئوية %	24,3	15,6	10,4	7,4	9,9	2,9	4,3	25,1	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

صرّحت 138 مصابة بمرض مزمن بإصابتها بمرض مزمن ثانٍ، أين نجد أنّ أغلبية الإصابات بالنوع الثاني من الأمراض المزمنة تنحصر عند المبحوثات المصابات بارتفاع ضغط الدم بنسبة 24,3% بالدرجة الأولى، والسكري بنسبة 15,6% بالدرجة الثانية، تليه أمراض القلب والشرايين، أمراض المفاصل والأمراض التنفسية بنسبة 10,4% و9,9% و7,4% على التوالي. وأقل الإصابات سُجِّلَت عند المبحوثات المصابات بالأمراض العصبية والسرطان بنسبة 4,3% و2,9% على التوالي.

شكل رقم (5-24):توزيع المبحوثات المصابات حسب النوع الثاني من الأمراض المزمنة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-20).

VII. السلوك الإنجابي:

1. الخصوبة:

تمثّل الخصوبة متوسط عدد الأطفال للمرأة الواحدة، لذا سنحاول –من خلال هذا العنصر– رصد عدد الولادات الحية لكل مبحوثة، عدد ولاداتها الميتة، ما يُطلق عليه بمصطلح الإملاص، وكذا عدد حالات اسقاطها للجنين وعدد حالات الإجهاض التي تعرّضت لها كل مبحوثة.

1.1. عدد الولادات الحية:

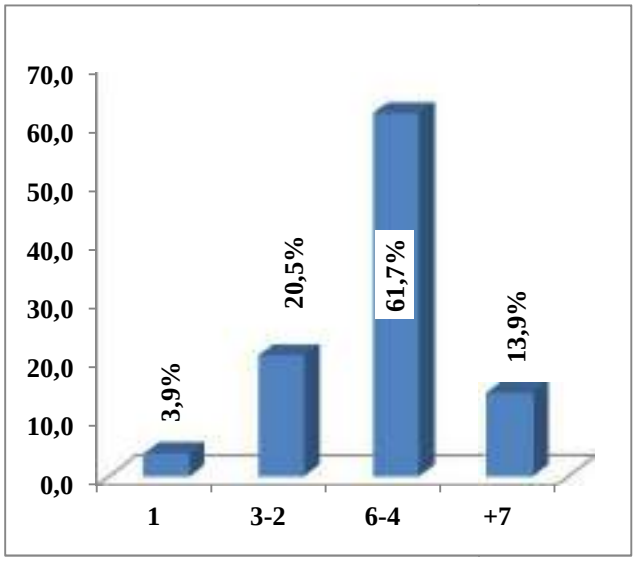
يمثل الجدول رقم (5–21) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب عدد ولاداتها الحية، والتي تمثل عدد ولادات كل مبحوثة التي بقيت على قيد الحياة من بين كل الولادات؛ ذكرًا كانت أم أنثى، تعيش معها في نفس المسكن أو في مسكن آخر، وهذا وفق ما تحصلنا عليه من بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5–21): توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات الحية.

عدد الولادات الحيــة	التكرارات	النسب المئوية %
1	18	3,9
3-2	97	20,5
6-4	290	61,7
+7	65	13,9
المجموع	**470**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–25): توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات الحية.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–21).

تحصّلنا على عدد الولادات الحية لكل مبحوثة من خلال جمع أربع متغيرات أساسية، يشير كلّ متغيّر منها إلى نوع معيّن من الولادات، وهي كالآتي:

CM3 والذي يمثل عدد الولادات الحية من جنس الذكور والذين يعيشون مع المبحوثة؛

CM4 والذي يمثل عدد الولادات الحية من جنس الإناث واللاتي يعشن مع المبحوثة؛

CM6 والذي يمثل عدد الولادات الحية من جنس الذكور والذين لا يعيشون مع المبحوثة؛

CM7 والذي يمثل عدد الولادات الحية من جنس الإناث واللاتي لا يعشن مع المبحوثة.

صرّحت حوالي 7,1% من مجمل النساء الريفيات في العينة عدد ولاداتها الحية، ما يعادل 470 مبحوثة، والذي يتراوح بين مولود واحد و11 مولودًا حيًا، بعدد متوسط للولادات الحية قُدِّر بحوالي 4,60 مولود، بانحراف 1,73 مولود حيّ بين الأمهات، كما أن 50% من مجمل المبحوثات قد أنجبت حوالي أربع ولادات حية، وأنّ أغلبهن أنجبت 4 ولادات حية بنسبة 26,2%من مجمل النساء اللاتي أنجبن ولادات حية.

يبدو -من خلال الجدول رقم (5-21) والشكل البياني المرافق له- أن أغلبية نساء العينة اللاتي أنجبن ولادات حية، رُزِقن بين 4-6 ولادات حية بنسبة 61,7%، تليها فئة النساء اللاتي أنجبن بين 2-3 ولادات حية بنسبة 20,5%، والفئة التي أنجبت من 7 ولادات حية فأكثر بنسبة 13,9%، وأقل نسبة فقد تمثّلت بالفئة التي أنجبت ولادة حية واحدة بنسبة 3,9% من مجمل المبحوثات اللاتي أنجبن ولادات حية.

2.1. عدد الولادات الميتة (الإملاص):

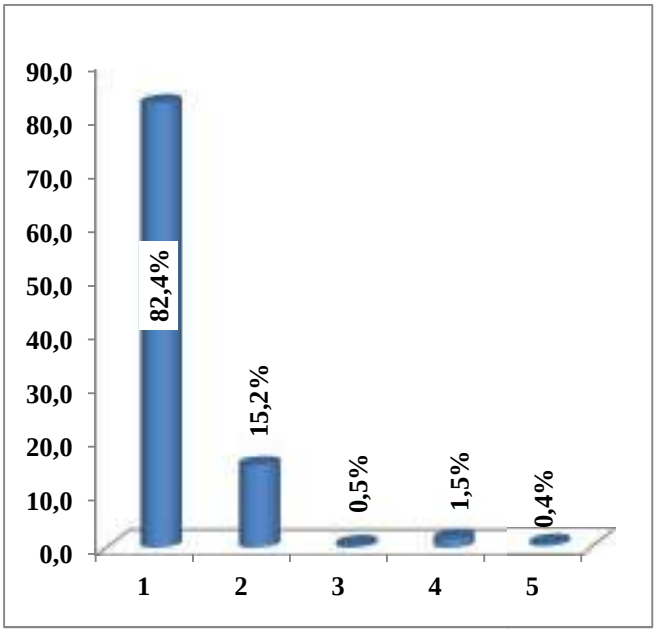
يمثل الجدول رقم (5-22) الموالي توزيع المبحوثات حسب عدد ولاداتها الميتة والتي تُعرَف بحالات الإملاص؛ وهي الحالة التي يولد فيها الجنين ميّتًا، بحسب البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5-22): توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات الميتة (الإملاص).

عدد الولادات الميتة (الإملاص)	التكرارات	النسب المئوية %
1	186	82,4
2	34	15,2
3	1	0,5
4	3	1,5
5	1	0,4
المجموع	226	100

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-26): توزيع المبحوثات حسب عدد الولادات الميتة (الإملاص).



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-22).

صرّحت حوالي 3,4% من مجمل نساء العينة، ما يعادل 226 مبحوثة بعدد ولاداتها الميتة، والذي يتراوح بين ولادة واحدة إلى 5 ولادات ميتة، بعدد متوسط للولادات الميتة قُدِّر بحوالي 1,22 ولادة، بانحراف 0,56 ولادة ميتة بين الأمهات، ونشير إلى أن 50% من مجمل المبحوثات المعنيات قد أنجبن حوالي ولادة ميتة واحدة، وأنّ أكثرهن أنجبت ولادة ميتة واحدة بنسبة 82,4% من مجمل المبحوثات اللاتي تعرضن لحالة الإملاص، تليها فئة النساء اللاتي أنجبن ولادتين ميتتين بنسبة 15,2%، والأقلية من المبحوثات المعنيات أنجبن مابين 3، 4 إلى 5 ولادات ميتة بنسبة 0,5%، 1,5% و0,4% على التوالي من بين المبحوثات اللاتي تعرضن لحالة الإملاص.

3.1. عدد حالات السقط:

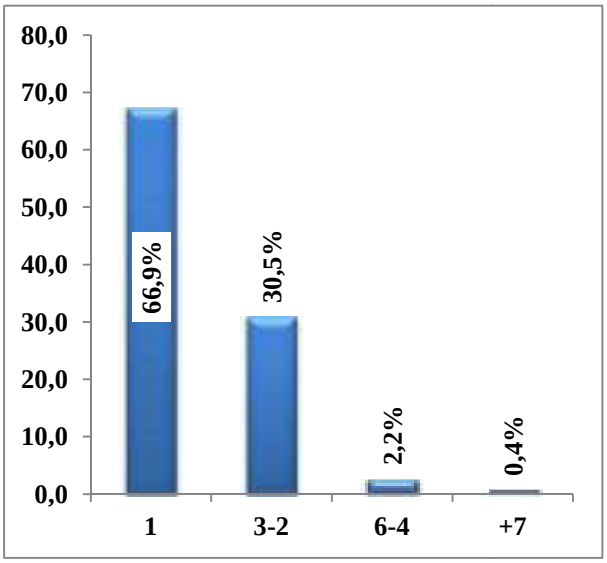
يمثل الجدول رقم (5-23) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب عدد حالات إسقاط الجنين التي تعرّضت لها، وهذا بحسب بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5-23): توزيع المبحوثات حسب عدد حالات السقط.

عدد حالات السقط	التكرارات	النسب المئوية %
1	676	66,9
3-2	307	30,5
6-4	22	2,2
+7	4	0,4
المجموع	**1010**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-27): توزيع المبحوثات حسب عدد حالات السقط.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-23).

صرّحت حوالي 15,2% من مجمل نساء العينة، ما يعادل 1010 مبحوثة بعدد حالات السقط التي تعرّضت لها، والتي تراوحت بين حالة واحدة و8 حالات إسقاط للجنين، بعدد متوسط قُدِّر بحوالي 1,50 حالة إسقاط، بانحراف 0,87 حالة بين الأمهات المعنيات، في حين تعرّضت 50% منهن لحوالي حالة إسقاط لجنين، وأنّ معظمهن أسقطت جنينًا واحدًا بنسبة 66,9% من مجمل الأمهات المعنيات، تليها فئة النساء اللاتي أسقطن بين 2-3 أجنّة بنسبة 30,5%، والأقلية منهن من تعرّضت لحالة إسقاط بين أربع أجنة فأكثر بنسبة 2,2% و0,4% لمن أسقطت بين 4-6 و7 أجنة فأكثر على التوالي.

4.1. عدد حالات الإجهاض:

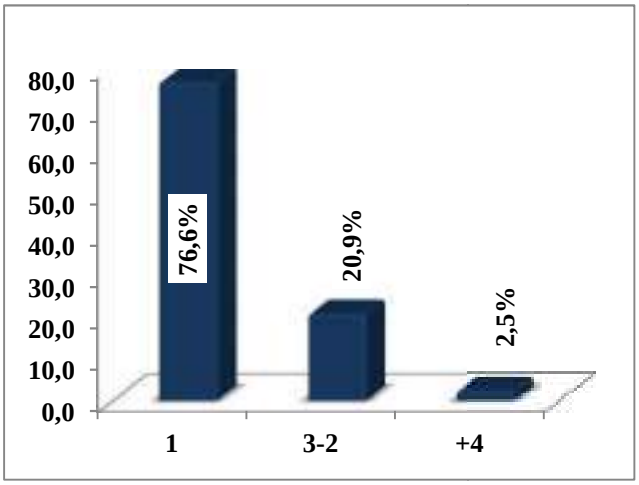
يمثل الجدول رقم (5-24) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب عدد حالات الإجهاض التي تعرّضت لها الأمهات الريفيات في العينة المدروسة، بحسب البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5-24): توزيع المبحوثات حسب عدد حالات الإجهاض.

عدد حالات الإجهاض	التكرارات	النسب المئوية %
1	348	76,6
3-2	95	20,9
+4	11	2,5
المجموع	**455**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-28): توزيع المبحوثات حسب عدد حالات الإجهاض.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-24).

صرّحت حوالي 6,9% من مجمل نساء العينة، ما يعادل 455 مبحوثة بعدد حالات الإجهاض التي تعرّضت لها، والتي تراوحت بين حالة واحدة و7 حالات إجهاض، بعدد متوسط قُدِّر بحوالي 1,36 حالة، وفارق 0,80 حالة إجهاض بين الأمهات المعنيات،ونشير إلى أنّ 50% من منهن تعرّضت لحوالي حالة إجهاض، وأنّ أكثرهن أجهضت جنينًا واحدًا بنسبة 76,6% من مجمل المبحوثات اللاتي تعرضن للإجهاض، تليها فئة النساء اللاتي أجهضن بين مرتين إلى ثلاث مرّات بنسبة 20,9، والأقلية منهن تعرّضت لأربع حالات إجهاض فأكثر بنسبة 2,5% من مجمل النساء المعنيات.

2. الولادات القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– التطرق إلى عدد الولادات القيصرية التي تعرّضت لها كل مبحوثة، لحظة اتخاذ القرار بإجراء العملية القيصرية، أنواعها، وكذا أهمّ مصدر لاتخاذ هذا النوع من القرارات.

1.2. نوع الولادة:

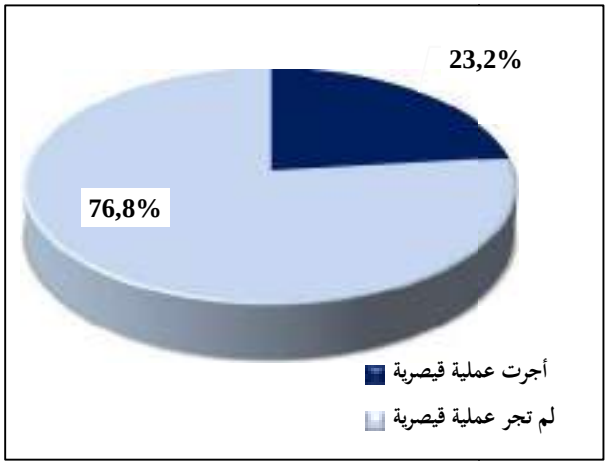
يمثل الجدول رقم (5–25) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب نزع الولادة الذي شهدته المرأة الريفية، اعتمادًا على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–25): توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة.

نوع الولادة	التكرارات	النسب المئوية %
أجرت عملية قيصرية	554	23,2
لم تجر عملية قيصرية	1831	76,8
المجموع	**2385**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–29): توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–25).

صرّحت 36% من المبحوثات في العينة بإجاباتهن حول إجراء عملية قيصرية أو عدمها، ما يوافق 2385 مرأة ريفية، حيث أنّ أغلبية النساء المبحوثات أجبن بعدم تعرضهن لولادة قيصرية بنسبة 76,8%، ما يوافق 1831 مبحوثة، في حين صرّحت الأقلية الممثلة بنسبة 23,2% من مجموع المبحوثات بأنهن تعرّضن لولادة قيصرية، ما يوافق 554 مبحوثة، ممّا يعكس الجانب الصحي وقوة التركيبة الفيزيولوجية للمرأة الريفية، والذي يظهر في كثرة الولادات الطبيعية.

2.2. قرار إجراء العملية القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب القرار الذي أدّى إلى إجراء العملية القيصرية، بالتطرق إلى لحظة إجراء هذه العملية، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–26) والشكل المرافق له، ثمّ التطرّق إلى نوع العملية

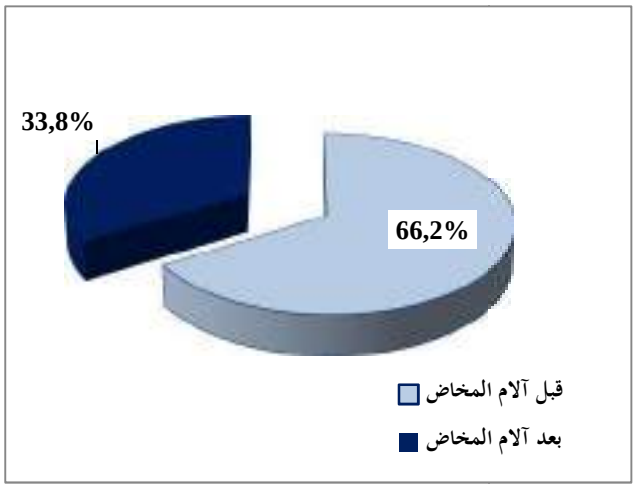
القيصرية –من حيث برمجتها أو عدمه– ومن ثمّ محاولة رصد مصدر القرار باتخاذ هذا النوع من العمليات، وهذ بالاعتماد على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–26): توزيع المبحوثات حسب لحظة إجرائهن العملية القيصرية.

لحظة إجراء العملية القيصرية	التكرارات	النسب المئوية %
قبل آلام المخاض	363	66,2
بعد آلام المخاض	185	33,8
المجموع	**548**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–30): توزيع المبحوثات حسب لحظة إجرائهن العملية القيصرية.

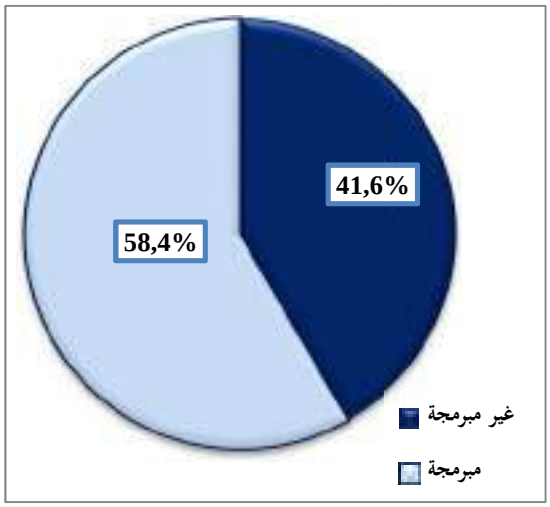


المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–26).

صرّحت 99% الأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية بإجاباتهن حول لحظة إجراء هذا العملية، ما يوافق 548 مرأة ريفية، حيث أن أكثر من نصف المبحوثات المعنيات –المقدّرة بـ 365 مبحوثة– صرّحن بأنهن تعرضن لها قبل آلام المخاض، ما يعادل نسبة 66,2%، في حين أنّ القِلّة منهن –المقدّرة بـ 185 مبحوثة– أجرين هذه العملية بعد آلام المخاض، بنسبة 33,8% من مجمل العمليات القيصرية.

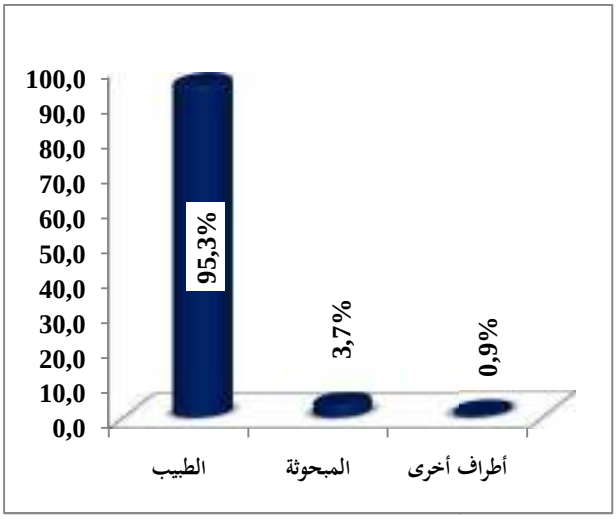
كما قد صرّحت 58,4% من مجموع هذه الفئة أنهن تعرضن لعملية قيصرية مبرمجة، ما يوافق 320 مبحوثة، ونسبة 41,6% منهن قد تعرضت لعملية قيصرية غير مبرمجة، ما يوافق 228 أم ريفية، والشكل البياني رقم (5–31) يوضح ذلك. بالإضافة إلى هذا فإنّ 58,7% من الأمهات المعنيات قد أدلين بتصريحاتهن حول مصدر إجراء العملية القيصرية، ما يوافق 325 مبحوثة، حيث أنّ معظم العمليات القيصرية تمّ إجراؤها بقرار من الطبيب –حسب ما صرّحت به 95,3% من المبحوثات المعنيات بالعملية، ما يوافق 310 مرأة ريفية، ونسبة قليلة من العمليات تمّ إجراؤها بطلب من المبحوثة أو أطراف أخرى، قُدِّرت بـ 3,7% و0,9% على التوالي، كما هو موضح في الشكل البياني رقم (5–32).

شكل رقم (5-31): توزيع المبحوثات حسب نوع العملية القيصرية.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

شكل رقم (5-32): توزيع المبحوثات حسب مصدر اتخاذ قرار إجراء العملية القيصرية.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

3. الرضاعة:

1.3. إرضاع المولود:

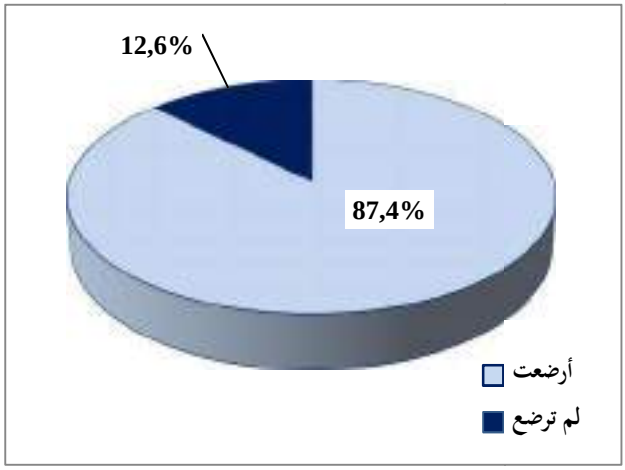
سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول إرضاع آخر مولود لها، كما هو موضّح في الجدول رقم (5-27) والشكل المرافق له، وفقًا للبيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5-27): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول إرضاع آخر مولود لها.

إرضاع المولود	التكرارات	النسب المئوية %
أرضعت	2121	87,4
لم ترضع	306	12,6
المجموع	**2427**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-33): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول إرضاع آخر مولود لها.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-27).

صرّحت 36,6% من مجمل نساء العينة –ما يعادل 2427 مبحوثة– بإجاباتهن حول إرضاع آخر مواليدهن، حيث أنّ معظمهن –ما يعادل 2121 مبحوثة– قامت بإرضاع آخر مولود لها، بنسبة 87,4%، والأقلية الممثلة بـ 306 مبحوثة لم تقم بإرضاع مولودها، بنسبة 12,6% من مجمل الإجابات المصرّح بها.

2.3. المدة الفاصلة بين الولادة وأول لحظة إرضاع:

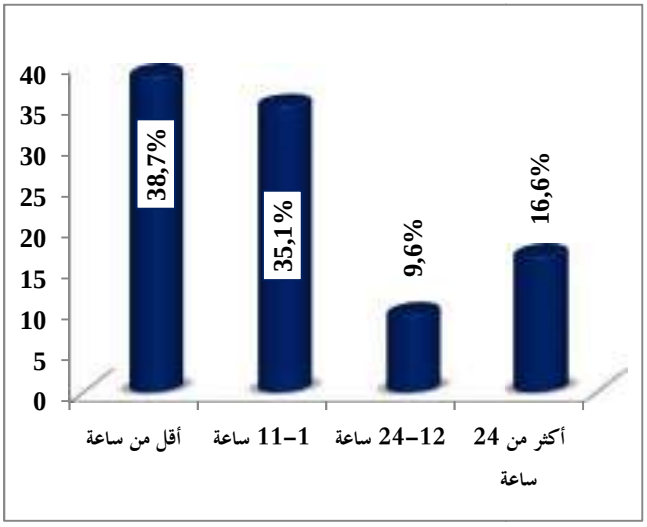
سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن بالمدة الزمنية الفاصلة بين لحظة الولادة وأول لحظة للإرضاع، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–28) والشكل البياني المرافق له، اعتماداً على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–28): توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين الولادة وأول لحظة إرضاع.

المدة الزمنية	التكرارات	النسب المئوية %
أقل من ساعة	820	38,7
1-11 ساعة	743	35,1
12-24 ساعة	203	9,6
أكثر من 24 ساعة	351	16,6
المجموع	**2118**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–34): توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين الولادة وأول لحظة إرضاع.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–28).

صرّحت 99,9% من الأمهات المرضعات، ما يوافق 2118 مبحوثة، بالمدة الزمنية الفاصلة بين لحظة ولادة آخر مواليدهن وأول لحظة لإرضاعهم، والتي تنوعت بين الرضاعة المباشرة بعد لحظة الولادة و20 يومًا بعد الولادة. وحسب التصريحات فقد قُدِّرت المدة الزمنية المتوسطة لأول لحظة للرضاعة بحوالي 17 ساعة، بانحراف زمني يقارب يومين بين المبحوثات، كما تجدر بالإشارة إلى أن 50% منهن أرضعت مولودها لأول مرة بعد ساعة من الولادة، وأنّ أكثرهن أرضعن مواليدهن لأول مرة مباشرة بعد لحظة الولادة بنسبة 38,7% من مجمل التصريحات ما يوافق 820 أما ريفية. تليها نسبة الأمهات اللاتي أرضعن مواليدهن لأول مرة خلال مدة زمنية تراوحت بين ساعة إلى 11 ساعة، والتي قدّرت بـ 35,1% من مجمل الإجابات المصرّح بها، ما يوافق

743 مبحوثة. تأتي نسبة الأمهات اللاتي أرضعن مواليدهن لأول مرة في مدة زمنية فاقت 24 ساعة، في المرتبة الموالية والتي قدّرت بـ 16,6% من مجمل التصريحات، ما يوافق 351 مبحوثة، والأقلية منهن أرضعن مواليدهن لأول مرة خلال مدة زمنية تراوحت بين 12 و24 ساعة بنسبة 16,6% ما يوافق 203 مبحوثة.

3.3. نوع الرضاعة:

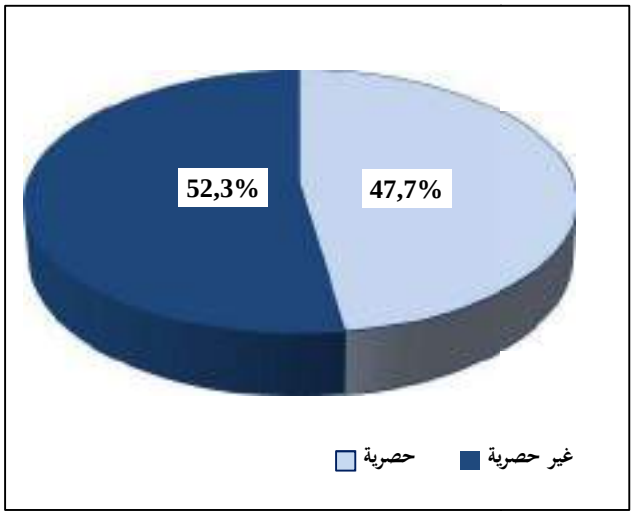
سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول إرضاعهن لآخر مواليدهن رضاعة حصرية بدون أي إضافات أو إعطاء المولود عناصر أخرى بالإضافة إلى حليب الأمّ، وهذا خلال الأيام الثلاثة الأولى بعد الولادة، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–29) والشكل المرافق له، بناءً على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–29): توزيع المبحوثات حسب نوع الرضاعة خلال الأيام الثلاثة الأولى.

نوع الرضاعة	التكرارات	النسب المئوية %
حصرية	1012	47,7
غير حصرية	1109	52,3
المجموع	**2121**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–35): توزيع المبحوثات حسب نوع الرضاعة خلال الأيام الثلاثة الأولى.

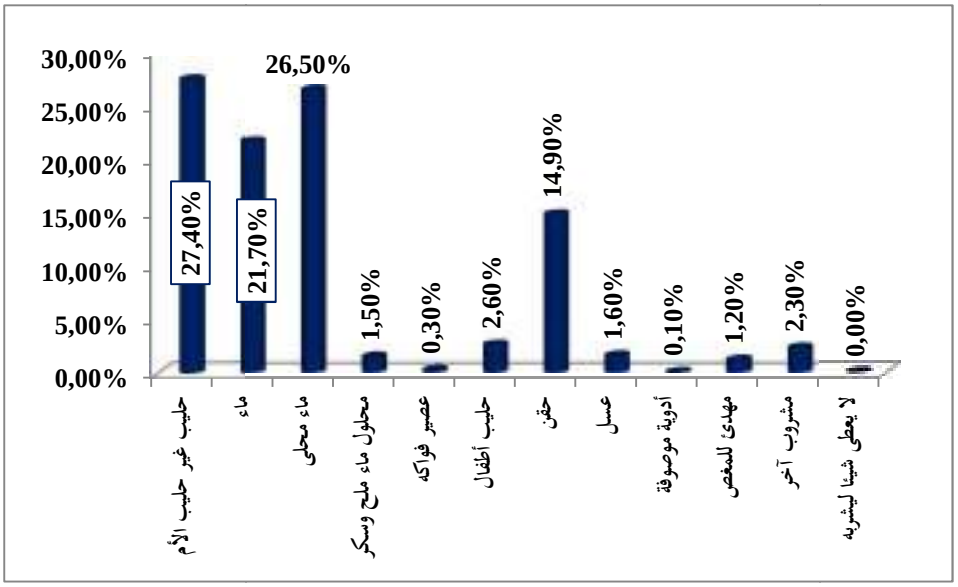


المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–29).

صرّحت 47,7% من المبحوثات المرضعات بأنهن أرضعن آخر ولادتهن رضاعة حصرية، ما يوافق 1012 أمّا ريفية، في حين أنّ أكثر من نصف المبحوثات المعنيات قد اعتمدن الرضاعة غير الحصرية بنسبة 52,3%، ما يوافق 1109 أمّا ريفية، حيث صرّحت أغلبية النساء المعنيات بأنهن–بالإضافة إلى حليب الأم– يسقين أطفالهن حليبًا آخر غير حليب الأم وماء محلى بالسكر كمشروب إضافي بنسبة 27,4% و26,5%، ما يوافق 423 و409 أمّا ريفية على التوالي، تليها نسبة الأمهات اللاتي يعطين أطفالهن الماء والحقن، والتي قُدِّرت بـ 21,7% و14,9%، ما يوافق 335 و230 مبحوثة على التوالي، وتقاربت النسب

لدى الأمهات اللاتي يسقين أطفالهن حليب أطفال، عسل، محلول مركب من ماء، ملح وسكر، ومهدئ للمغص والتي قدِّرت بـ 2,6%، 1,6%، 1,5% و1,2% على التوالي، ومثلت الأقلية بنسبة الأمهات اللاتي يسقين أطفالهن عصير الفواكه وأدوية موصوفة، والتي قُدِّرت بـ 0,3% و0,1% على التوالي، أما باقي المشروبات فقد نالت نسبة 2,3% من مجمل الإجابات المصرّح بها، كما هو موضح في الشكل البياني رقم (5-36).

شكل رقم (5-36): توزيع المبحوثات حسب نوع المشروبات المضافة إلى حليب الأم.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

4. تنظيم الأسرة:

تعدّ وسائل منع الحمل أهم عنصر لتنظيم النسل داخل الأسرة، لذا ارتأينا –من خلال هذا الجانب– محاولة دراسة توزيع مبحوثات العينة اللاتي تتوفر فيهن الشروط التالية: ♦ أن المبحوثة تكون متزوجة (وهو شرط متوفر في خصائص العينة)؛

♦ أن لا تكون حاملا.

لذا قمنا بتصفية العينة المدروسة وفق الخاصية التالية: **CP1=2**

1.4. استعمال وسائل منع الحمل:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن المتعلقة باستعمال وسائل منع الحمل؛ من تصريحات ووسائل مستعملة، والأسباب التي دفعت بالمبحوثات لإختيار وسيلة منع الحمل دون الأخرى، ومصادر مختلفة ساهمت في المعرفة بهذه الوسائل، وغيرها من المتغيرات، وهذا بالاعتماد على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

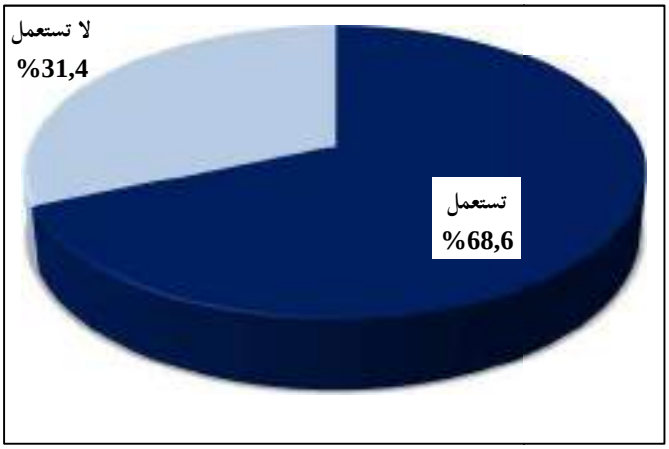
يوضح الجدول رقم (5–30) والشكل المرافق له، توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن المتعلقة باستعمال وسائل منع الحمل.

جدول رقم (5–30): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول استعمال وسائل منع الحمل.

استعمال وسائل منع الحمل	التكرارات	النسب المئوية %
تستعمل	3920	68,6
لا تستعمل	1791	31,4
المجموع	**5712**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–37): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول استعمال وسائل منع الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–30).

صرّحت 5712 مبحوثة– بإجاباتهن حول استعمال وسائل منع الحمل، حيث أنّ معظمهن –ما يعادل 3920 أنثى ريفية– تستعمل وسائل منع الحمل لتنظيم نسلها، بنسبة 68,6%، والأقلية الممثلة بـ 1791 مبحوثة صرّحت بعدم استعمالها لاستعمال لوسائل منع الحمل، بنسبة 31,4% من مجمل الإجابات المصرَّح بها.

1.1.4. نوع وسائل منع الحمل المستعملة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن المتعلقة بأنواع وسائل منع الحمل المستعملة، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–31)، وفقا للبيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

لهذا الغرض أضفنا شرطًا آخر لعينة الدراسة يتمثل في كون المبحوثة تستعمل وسائل منع الحمل لتنظيم نسلها، وعليه أجرينا تصفية وفقًا للشروط التالية: **CP1=2 & CP2=1**

جدول رقم (5–31): توزيع المبحوثات حسب نوع وسائل منع الحمل المستعملة.

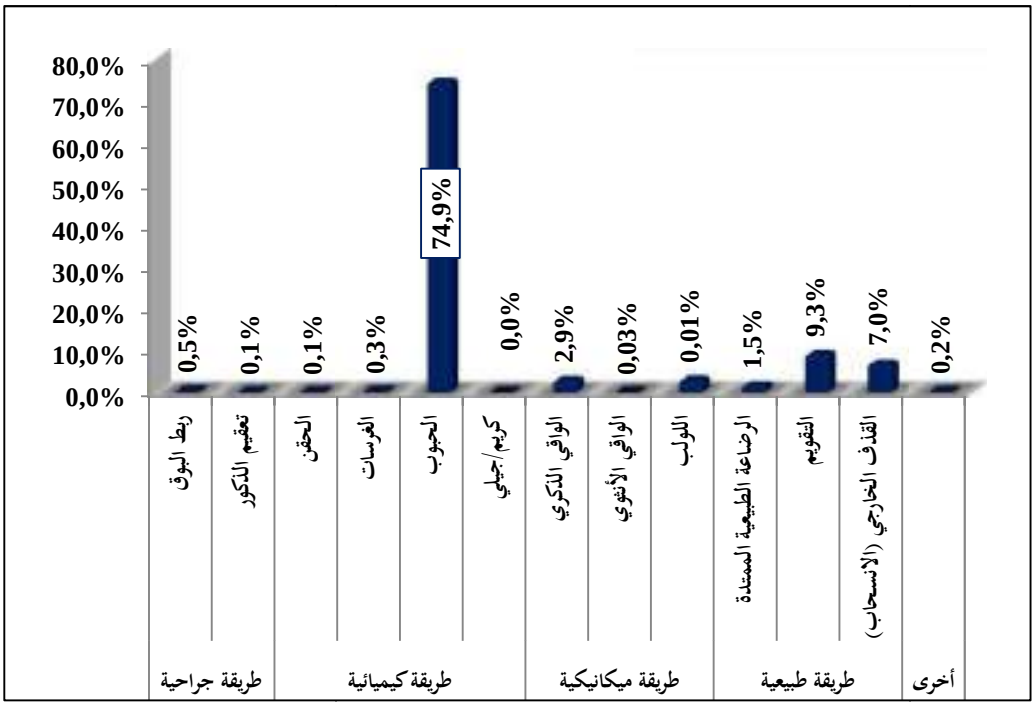
نوع الوسيلة	طريقة جراحية		طريقة كيميائية				أخرى
	ربط البوق	تعقيم الذكور	الحقن	الغرسات	الحبوب	كريم/جيلي	
التكرارات	19	4	6	13	3032	0	8
النسب المئوية %	0,5	0,1	0,1	0,3	74,9	0,01	0,2
نوع الوسيلة	طريقة ميكانيكية			طريقة طبيعية			المجموع
	الواقي الذكري	الواقي الأنثوي	اللولب	الرضاعة الطبيعية الممتدة	التقويم	القذف الخارجي	
التكرارات	119	1	125	62	375	283	**4048**
النسب المئوية %	2,9	0	3,1	1,5	9,3	7	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

صرّحت 99,1% من مجمل المبحوثات اللاتي أجبن باستعمالهن وسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة، ما يوافق 3884 مبحوثة، حيث أنّ معظمهن –ما يعادل 3032 أنثى ريفية– صرّحت باستعمالها الحبوب كوسيلة كيميائية لتنظيم نسلها، بنسبة 74,9% من مجمل الإجابات المصرّح بها، تليها نسبة الأمهات اللاتي اعتمدن التقويم والقذف الخارجي كطرق طبيعية بنسبة 9,3% و7,0%، ما يوافق 375 و283 أنثى ريفية على التوالي، ويأتي اللولب والواقي الذكري في المرتبة الموالية كطرق ميكانيكية بنسبة 3,1% و2,9%، ما يوافق 125 و119 أنثى ريفية على التوالي، ثمّ تليها الرضاعة الطبيعية الممتدّة بنسبة 1,5% ما يوافق 62 مبحوثة، ونالت باقي الوسائل نسبًا قليلة ومتقاربة والتي تراوحت بين 0,01% كأدنى نسبة لدى الأمهات اللاتي استخدمن

الكريم الذي يُستعمل كمبيد للحيوانات المنوية، و0,5% لدى الأمهات اللاتي اعتمدن طريقة ربط البوق، كما هو موضّح في الشكل البياني رقم (5-38).

شكل رقم (5-38): توزيع المبحوثات حسب نوع وسائل منع الحمل المستعملة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-31).

2.1.4. قرار استعمال وسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة:

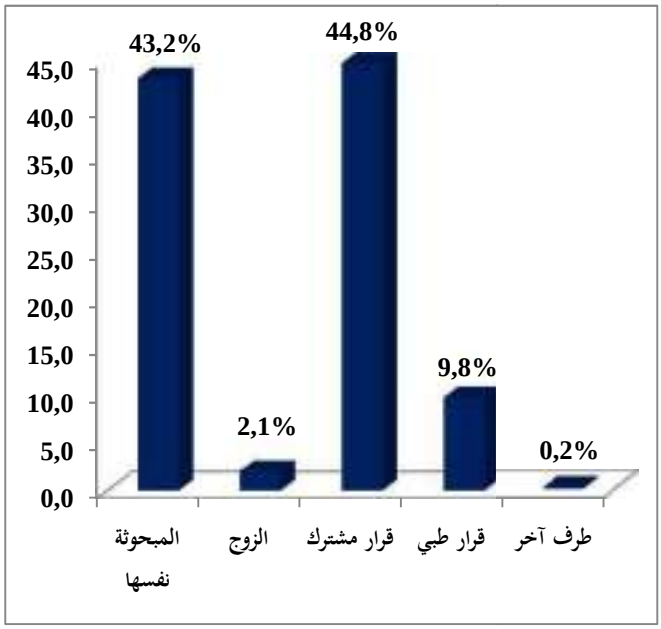
سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول الطرف المسؤول عن اتخاذ قرار استعمال وسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–32) والشكل المرافق له، اعتمادًا على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–32): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول قرار استعمال وسائل منع الحمل.

القرار	التكرارات	النسب المئوية %
المبحوثة نفسها	1680	43,2
الزوج	80	2,1
قرار مشترك	1740	44,8
قرار طبي	380	9,8
طرف آخر	7	0,2
المجموع	**3886**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–39): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول قرار استعمال وسائل منع الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–32).

صرّحت 99,1% من المبحوثات اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل –ما يوافق 3886 مبحوثة– بإجاباتهن حول الطرف المسؤول عن قرار استعمال استعمال وسائل منع الحمل بهدف تنظيم الأسرة، حيث أنّ معظمهن –ما يعادل 1740 أمًا ريفية– تسعمل وسائل منع الحمل لتنظيم نسلها بقرار مشترك بينها وبين الزوج، بنسبة 44,8% من الإجابات المصرّح بها، تليها نسبة الأمهات اللاتي صرّحن بأنّ قرار استعمال وسائل منع الحمل هو قرار شخصي بحت يعود للمبحوثة نفسها، والمقدّر بـ 43,2%، ما يوافق 1680 مبحوثة. يأتي القرار الطبي في المرتبة التالية بنسبة 9,8%، ما يوافق 380 أمّا ريفية، ومثلت الأقلية بقرار الزوج في استعمال وسائل منع الحمل بنسبة 2,1%، ممثلة بـ 80 مبحوثة فقط، وأطراف أخرى بنسبة 0,2% من مجمل الإجابات المصرّح بها.

3.1.4. اختيار وسيلة منع الحمل المستعملة:

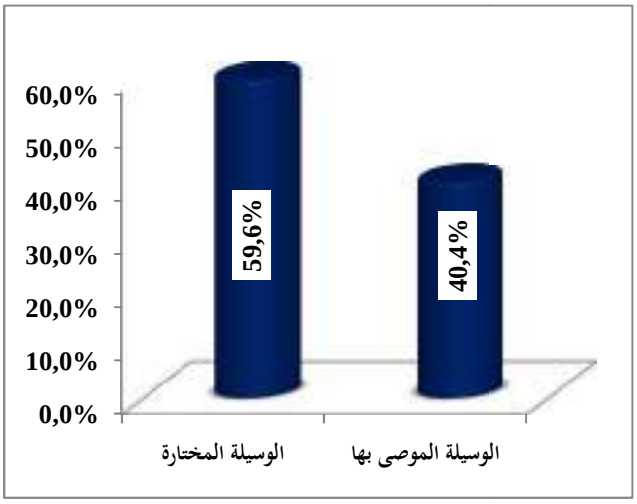
سنحاول –من خلال هذا العنصر- دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول اختيار وسيلة منع الحمل المستعملة –ما إذا هذا هذا الاختيار يرجع إلى أحد الأطراف المستعملة للوسيلة أو موصى به من أطراف أخرى، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–33)، والشكل البياني المرافق له، وفقا للبيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–33): توزيع المبحوثات حسب اختيارهن لوسيلة منع الحمل المستعملة.

اختيار الوسيلة	التكرارات	النسب المئوية %
الوسيلة المختارة	2674	59,6
الوسيلة الموصى بها	1812	40,4
المجموع	**4486**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–40): توزيع المبحوثات حسب اختيارهن لوسيلة منع الحمل المستعملة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

صرّحت 98,7% من المبحوثات اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل –ما يوافق 3871 مبحوثة– بإجاباتهن حول اختيار وسيلة منع الحمل المستعملة، حيث أنّ 59,6% من المبحوثات المعنيات قد صرّحت بأن وسيلة منع الحمل المستعملة هي وسيلة مختارة، ما يوافق 2674 أنثا ريفية، في حين صرّحت 40,4% منهن أنها تستعمل وسيلة منع حمل موصى بها من قبل، ما يوافق 1812 مبحوثة.

4.1.4. سبب اختيار وسيلة منع الحمل المستعملة لتنظيم الأسرة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول سبب اختيار وسيلة منع الحمل دون الأخرى، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–34)، وفقا للبيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

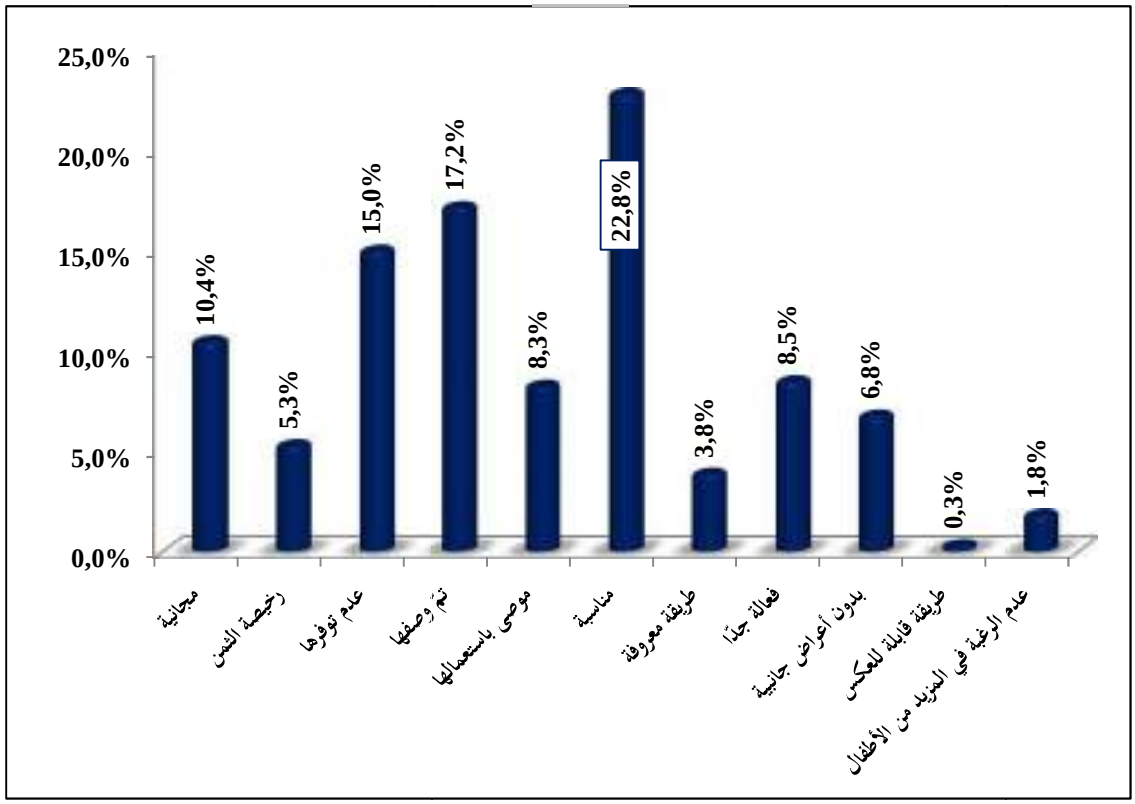
جدول رقم (5–34): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول سبب اختيار وسيلة منع الحمل المستعملة.

السبب	مجانية	رخيصة الثمن	عدم توفرها	تمّ وصفها	موصى باستعمالها	مناسبة	طريقة معروفة	فعالة جدّا	بدون أعراض جانبية	طريقة قابلة للعكس	عدم الرغبة في المزيد من الأطفال	المجموع
التكرارات	549	277	787	902	434	1199	202	446	356	13	93	**5257**
النسب المئوية %	10,4	5,3	15,0	17,2	8,3	22,8	3,8	8,5	6,8	0,3	1,8	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

صرّحت أغلبية المبحوثات المعنيات –ما يعادل 1199 أمّا ريفية– صرّحت بأنّ اختيارها لوسيلة منع الحمل التي تستعملها لتنظيم الأسرة يرجع لكونها مناسبة لها، بنسبة 22,8% من الإجابات المصرّح بها، تليها نسبة الأمهات اللاتي صرّحن بأنّ الوسيلة المستعملة قد تمّ وصفها، بنسبة 17,2%، ما يوافق 902 مبحوثة، في حين صرّحت 549 مبحوثة بأنّ اختيارهن يرجع لكونها مجانية بنسبة 10,4%. وتقاربت النسب لدى باقي الأمهات بين عدم الرغبة في المزيد من الأطفال بنسبة 1,8% كأدنى قيمة و 8,5% كأقصى قيمة، وصرّحت الأقلية منهن باختيارها للوسيلة لكونها طريقة قابلة للعكس بنسبة 0,3% من مجمل الإجابات المصرّح بها، ما يوافق 13 أمّا فقط، كما يوضّحه الشكل البياني رقم (5–41).

شكل رقم (5–41): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول سبب اختيار وسيلة منع الحمل المستعملة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–34).

5.1.4. مصدر الحصول على وسيلة منع الحمل المستعملة لتنظيم الأسرة:

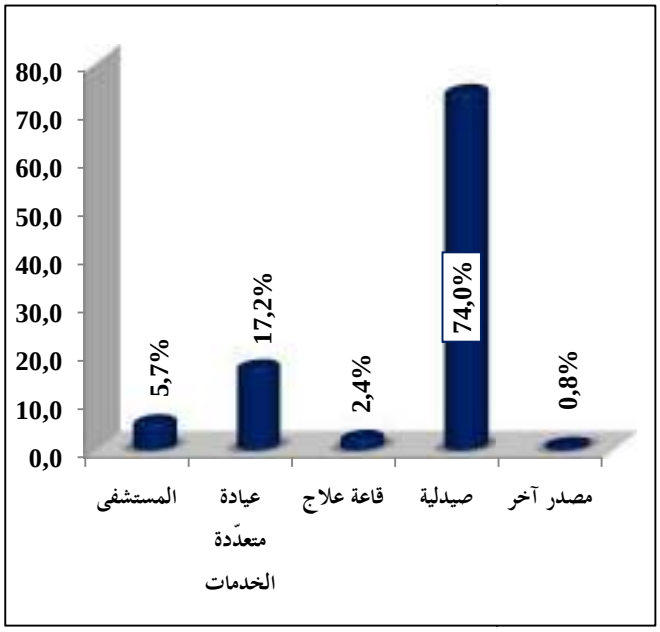
سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول مصدر الحصول على وسيلة منع الحمل المستعملة لتنظيم الأسرة، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–35) والشكل البياني المرافق له، اعتمادا على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–35): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول مصدر الحصول على وسيلة منع الحمل.

المصدر	التكرارات	النسب المئوية %
المستشفى	186	5,7
عيادة متعدّدة الخدمات	561	17,2
قاعة علاج	78	2,4
صيدلية	2416	74,0
مصدر آخر	25	0,8
المجموع	**3266**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–42): توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول مصدر الحصول على وسيلة منع الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–35).

صرّحت 83,3% من المبحوثات اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل –ما يوافق 3266 مبحوثة– بإجاباتهن حول مصدر الحصول على وسيلة منع الحمل المستعملة لتنظيم الأسرة، إذ تبيّن أنّ المصدر الأول تمثّل في الصيدلية بنسبة 74% حسب ما صرّحت به 2416 أمّا ريفية، يليه العيادة متعدّدة الخدمات بنسبة 17,2%، حسب ما صرّحت به 561 مبحوثة، ثمّ المستشفى بنسبة 5,7%، حسب تصريح 186 أمّا ريفية، ومثلت الأقلية بنسبة الأمهات اللاتي يحصلن على هذه الوسائل من المستشفى ومصدر آخر بنسبة 4,7% و0,8% من مجمل الإجابات المصرّح بها.

6.1.4. الطرف الذي وصف وسيلة منع الحمل المستعملة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر- دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول الطرف الذي قام بوصف وسيلة منع الحمل المستعملة لتنظيم الأسرة، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–36) والشكل البياني المرافق له، اعتمادا على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–36): توزيع المبحوثات حسب الطرف الذي وصف وسيلة منع الحمل.

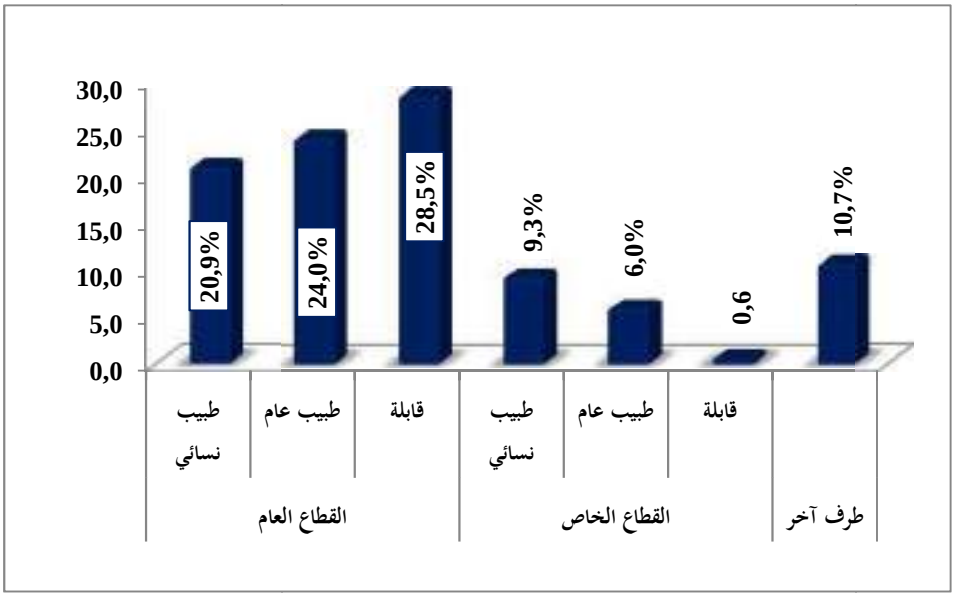
الطرف الذي وصف الوسيلة	قطاع عام			قطاع خاص			طرف آخر	المجموع
	طبيب نسائي	طبيب عام	قابلة	طبيب نسائي	طبيب عام	قابلة		
التكرارات	685	786	934	304	195	20	350	**5257**
النسب المئوية %	20,9	24,0	28,5	9,3	6,0	0,6	10,7	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

صرّحت 83,5% من المبحوثات اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل –ما يوافق 5257 مبحوثة– بإجاباتهن حول الطرف الذي قام بوصف وسيلة منع الحمل التي استعملتها كل مبحوثة، حيث تبيّن أنّ الطرف الرئيسي يتمثّل في القطاع العام بنسبة 73,4% حسب ما صرّحت به 2406 أمّا ريفية، ونجد أنّ أغلبية النساء –اللاتي عدن هذا القطاع– تلقين التوجيه من طرف القابلة بنسبة 28,5%، حسب تصريح 934 مبحوثة، يليها الطبيب العام بنسبة 24% حسب ما صرّحت به حوالي 786 مبحوثة، ويتبعه الطبيب النسائي بنسبة 20,9% حسب إجابات 685 مبحوثة معنية.

يأتي القطاع الخاص في المرتبة الثانية بنسبة 15,9%، حسب ما صرّحت به 519 مبحوثة، حيث صرّحت أغلبية النساء في هذا القطاع باتباعهن لإرشادات الطبيب النسائي بنسبة 9,3%، حسب تصريح 304 مبحوثة، يليه الطبيب العام بنسبة 6,0%، حسب ما صرّحت به 195 أمّا ريفية، تتبعه القابلة بنسبة 0,6% حسب الإجابات المصرّح بها لدى 20 أمّا فقط، وتبقى الأطراف الأخرى ممثلة بأقل نسبة والتي قُدِّرت بـ 10,7%، حسب تصريح 350 أمّا ريفية.

شكل رقم (5–43): توزيع المبحوثات حسب الطرف الذي وصف وسيلة منع الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

7.1.4. السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل:

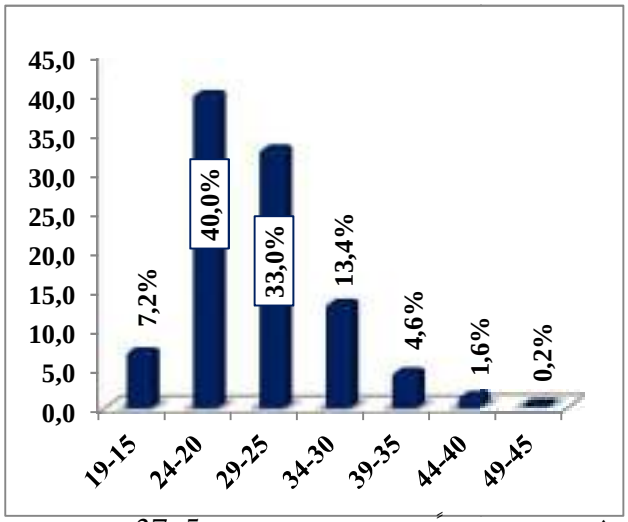
سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب [illegible] بأعمارهن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل المستعملة لتنظيم الأسرة، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–37) والشكل البياني المرافق له، وفقًا للبيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–37): توزيع المبحوثات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

الفئات العمرية	التكرارات	النسب المئوية %
19-15	281	7,2
24-20	1559	40,0
29-25	1287	33,0
34-30	520	13,4
39-35	180	4,6
44-40	61	1,6
49-45	7	0,2
المجموع	**3895**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–44): توزيع المبحوثات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–37).

صرّحت 99,4% من الأمهات اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل، ما يوافق 3895 مرأة ريفية، بأعمارهن عند أول استعمال لهذه الوسائل، والتي تتراوح بين 15 و47 سنة. وحسب التصريحات فقد قُدِّر السن المتوسط للأمهات عند استعمال وسائل منع الحمل لأول مرة بحوالي 25,63 سنة بانحراف 5,089 سنة بين المبحوثات، كما تجدر بالإشارة إلى أن 50% منهن استعملت هذه الوسائل لأول مرة في سن 25 سنة وأنّ أكثرهن استعملتها في سن 23 سنة من العمر بنسبة 9,2% من مجمل التصريحات.

وقد تراوحت أعمار أغلبية المبحوثات عند أول استعمال لوسائل منع الحمل ما بين 20 و24 سنة بنسبة 40% للفئة العمرية 20-24 سنة، ما يوافق 1559 مبحوثة، و33% للفئة العمرية 25-29 سنة، ما يوافق 1287 مبحوثة، تليهما الفئة العمرية 30-34 سنة بنسبة 13,4%، ما يوافق 520 مبحوثة بينما سُجِّلت نسبة 7,2% عند الفئة العمرية 15-19 سنة و4,6% عند الفئة العمرية 35-39 سنة، ما يوافق 281 و180 مبحوثة على التوالي، وأدنى النسب فقد سُجِّلت عند الفئتين العمريتين 40-44 سنة و45-49 سنة بـ 1,6% و0,2% على التوالي، كما هو موضح في الشكل البياني.

8.1.4. الحصول على معلومات عن الأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل:

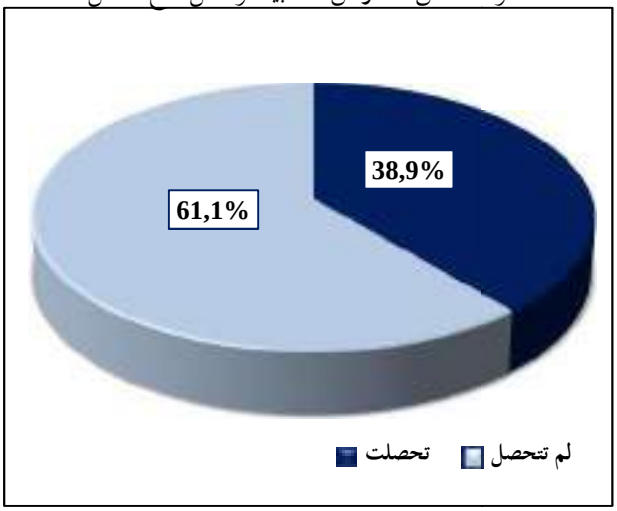
سنحاول -من خلال هذا العنصر- دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن حول حصولهن على معلومات متعلقة بالأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل، كما هو موضّح في الجدول رقم (5-38) والشكل البياني المرافق له، بناءً على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5-38): توزيع المبحوثات حسب حصولهن على معلومات عن الأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل.

الحصول على معلومات	التكرارات	النسب المئوية %
تحصلت	1516	38,9
لم تتحصل	2380	61,1
المجموع	**3897**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-45): توزيع المبحوثات حسب حصولهن على معلومات عن الأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-38).

صرّحت 99,4% من المبحوثات اللاتي يستعملن وسائل منع الحمل –ما يوافق 3897 مبحوثة– بإجابتهن حول حصولهن على معلومات عن الأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل، حيث أنّ معظمهن صرّحن بعدم حصولهن على هذا النوع من المعلومات، بنسبة 61,1% من المبحوثات المعنيات، ما يوافق 2380 أنثى ريفية، في حين صرّحت 38,9% منهن أنهن تحصلن على معلومات تتعلق بالأعراض الجانبية لوسائل منع الحمل، ما يوافق 1516 مبحوثة.

2.4. عدم استعمال وسائل منع الحمل:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات اللاتي لصرّحن بعدم استعمالهن بوسائل منع الحمل، وذلك بالتطرق إلى الأسباب ومصدر هذا النوع من القرارات التي تتعلق بتنظيم الأسرة، بالاعتماد على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

لهذا الغرض حاولنا تصفية عينة الدراسة وفق ما يتماشى مع هذا الجانب، بالتالي فقد وجب على كل مبحوثة في العينة أن تتوفر على الشروط التالية:

- ✓ أن تكون متزوجة؛
- ✓ أن لا تستعمل وسائل منع الحمل.

وعليه أجرينا تصفية وفقًا للشروط التالية:

CP0=1 & CP2=2

1.2.4. سبب عدم استعمال وسائل منع الحمل:

الجدول رقم (5–39) يوضّح توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن حول الأسباب المتعلقة بعدم استعمال وسائل منع الحمل.

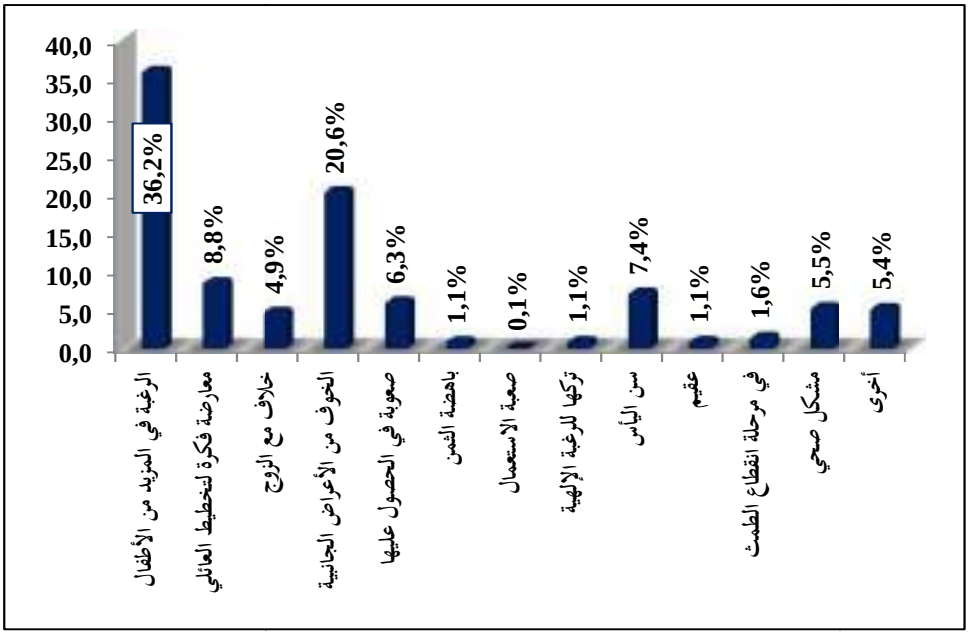
جدول رقم (5–39): توزيع المبحوثات حسب سبب عدم استعمال وسائل منع الحمل.

السبب	الرغبة في المزيد من الأطفال	معارضة فكرة التخطيط العائلي	خلاف مع الزوج	الخوف من الأعراض الجانبية	صعوبة في الحصول عليها	باهضة الثمن	أخرى
التكرارات	355	87	48	202	61	10	53
النسب المئوية %	36,2	8,8	4,9	20,6	6,3	1,1	5,4
السبب	صعبة الاستعمال	تركها للرغبة الإلهية	سن اليأس	عقيم	في مرحلة انقطاع الطمث	مشكل صحي	**المجموع**
التكرارات	1	11	72	11	16	54	**982**
النسب المئوية %	0,1	1,1	7,4	1,1	1,6	5,5	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

صرّحت 53,7% من مجمل المبحوثات اللاتي أجبن بعدم استعمالهن وسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة –ما يوافق 982 مبحوثة– بالأسباب التي حالت دون استعمالها لهذه الوسائل، حيث أنّ معظمهن –ما يعادل 355 أنثى ريفية– صرّحت بعدم استعمالها لوسائل منع الحمل لرغبتها في المزيد من الأطفال بنسبة 36,2% من مجمل الإجابات المصرّح بها، تليها نسبة الأمهات اللاتي صرّحن بخوفهن من الأعراض الجانبية بنسبة 20,6% –ما يوافق 202 أنثى ريفية، وتأتي معارضة فكرة التخطيط العائلي بنسبة 8,8% –ما يوافق 87 مبحوثة– في المرتبة الموالية، تليها نسبة الأمهات اللاتي بلغن سن اليأس، والتي قُدِّرت بـ 7,4% من مجمل الإجابات المصرّح بها –ما يوافق 72 مبحوثة– والصعوبة في الحصول على هذه الوسائل بنسبة بنسبة 6,3% –ما يوافق 61 مبحوثة، وتقاربت النسب بين مَن يعانين مِن مشاكل صحية أول لديهن خلافات مع أزواجهن بنسبة 5,5% و4,9%، ما وافق 53 و48 مبحوثة على التوالي. ونالت باقي الأسباب نسبًا قليلة ومتقاربة والتي تراوحت بين 0,1% كأدنى نسبة لدى الأمهات اللاتي تلقين صعوبة في استعمال وسائل منع الحمل، و1,6% لدى الأمهات اللاتي صرّحن بأنّهن في مرحلة انقطاع الطمث، كما هو موضّح في الشكل البياني رقم (5–46).

شكل رقم (5–46): توزيع المبحوثات حسب سبب عدم استعمال وسائل منع الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–39).

2.2.4. قرار عدم استعمال وسائل منع الحمل:

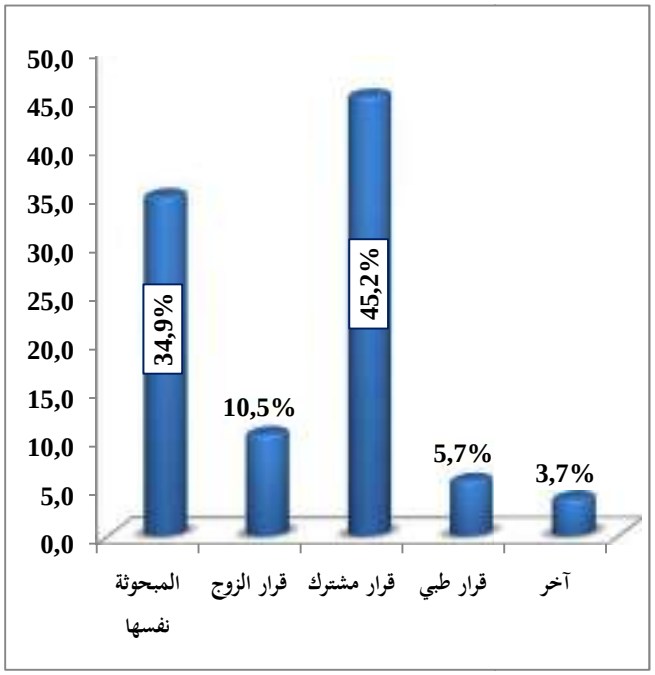
سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن المتعلقة بقرار عدم استعمال وسائل منع الحمل، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–40)، وفقًا للبيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–40): توزيع المبحوثات حسب قرار عدم استعمال وسائل منع الحمل.

القرار	التكرارات	النسب المئوية %
المبحوثة نفسها	284	34,9
قرار الزوج	85	10,5
قرار مشترك	368	45,2
قرار طبي	47	5,7
آخر	30	3,7
المجموع	**814**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–47): توزيع المبحوثات حسب قرار عدم استعمال وسائل منع الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–40).

صرّحت 44,6% من المبحوثات اللاتي لا يستعملن وسائل منع الحمل –ما يوافق 814 مبحوثة– بإجاباتهن حول قرار عدم استعمال هذه الوسائل، حيث صرّحت أغلبية الأمهات بنسبة 45,2% –ما يوافق 368 أمّا ريفية– بأنه قرار مشترك بين الزوجين، تليه مجموعة الأمهات اللاتي صرّحن بأنه قرار شخصي بنسبة 34,9%، حسب ما صرّحت به 284 مبحوثة، ثمّ قرار الزوج بنسبة 10,5%، حسب تصريح 85 أمّا ريفية، والأقلية فقط ممن صرّحن بأنه قرار طبي أو يرجع لأطراف أخرى بنسبة 5,7% و3,7% من مجمل الإجابات المصرّح بها.

3.2.4. استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا:

سنحاول –من خلال هذا العنصر- دراسة توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن فيما يخص الاستعمال المستقبلي لوسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة، بالتطرق إلى رغبة المبحوثات في ذلك وكذا نوع الوسيلة المرغوب في استعمالها.

أ. الرغبة في استعمال وسائل منع الحمل:

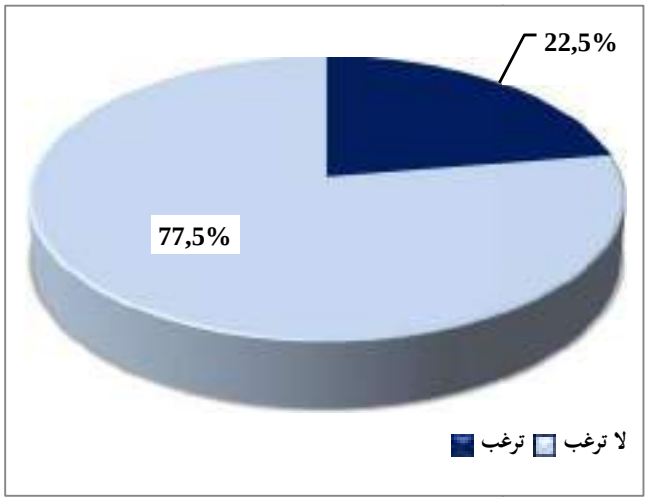
يمثل الجدول رقم (5–41) والشكل البياني المرافق له دراسة توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن فيما يتعلق بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل، وفقا للبيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–41): توزيع المبحوثات حسب الرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل.

الرغبة	التكرارات	النسب المئوية %
ترغب	184	22,5
لا ترغب	635	77,5
المجموع	**819**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–48): توزيع المبحوثات حسب الرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–41).

صرّحت 44,8% من المبحوثات اللاتي لا يستعملن وسائل منع الحمل –ما يوافق 819 مبحوثة– بإجاباتهن حول رغبتهن المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل، حيث أنّ أغلبهن صرّحن بعدم الرغبة في استعمالها بنسبة 77,5% من المبحوثات المعنيات، ما يوافق 635 أنثى بينما، في حين صرّحت الأقلية فقط والتي متثلت بنسبة 22,5% من مجمل الإجابات أنها ترغب في استعمال هذه الوسائل لتنظيم الأسرة، ما يوافق 184 مبحوثة.

ب. نوع وسيلة منع الحمل المرغوب في استعمالها مستقبلا:

يمثل الجدول رقم (5-42) دراسة توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن المتعلقة بوسيلة منع الحمل المرغوب في استعمالها مستقبلا، وفقا للبيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

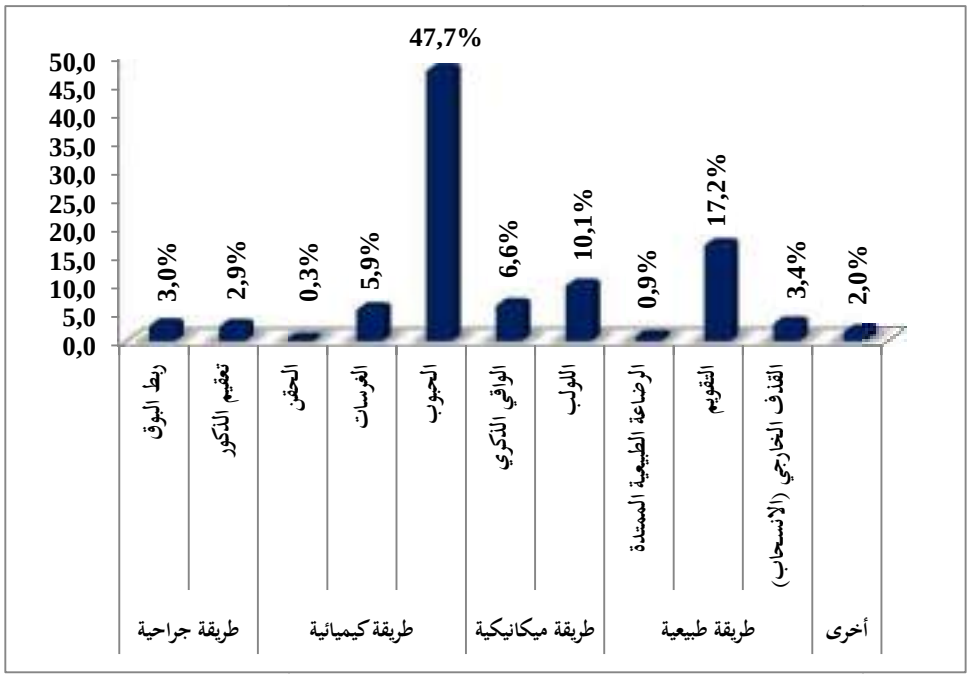
جدول رقم (5-42): توزيع المبحوثات حسب نوع وسيلة منع الحمل المرغوب في استعمالها مستقبلا.

نوع الوسيلة	طريقة جراحية		طريقة كيميائية			طريقة ميكانيكية		طريقة طبيعية			أخرى	المجموع
	ربط البوق	تعقيم الذكور	الحقن	الغرسات	الحبوب	الواقي الذكري	اللولب	الرضاعة الطبيعية الممتدة	التقويم	القذف الخارجي (الانسحاب)		
التكرارات	6	5	0	11	87	12	19	2	31	6	4	**183**
النسب المئوية %	3,0	2,9	0,3	5,9	47,4	6,6	10,1	0,9	17,0	3,4	2,0	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

صرّحت 99,4% من مجمل المبحوثات اللاتي أجبن بعدم استعمالهن وسائل منع الحمل، بنوع الوسيلة المرغوب في استعمالها مستقبلا، ما يوافق 183 مبحوثة، حيث أنّ معظمهن -ما يعادل 87 أنثى ريفية- صرّحت برغبتها في استعمالها الحبوب المانعة للحمل كوسيلة كيميائية لتنظيم نسلها، بنسبة 47,4% من مجمل الإجابات المصرّح بها، يليها التقويم واللولب بنسبة 17,2% و10,1%، ما يوافق 31 و19 أنثى ريفية على التوالي، ويأتي الواقي الذكري والغرسات في المرتبة الموالية بنسبة 6,6% و5,9%، ما يوافق 12 و11 مبحوثة على التوالي، ونال القذف الخارجي، ربط البوق، وتعقيم الذكور نسبًا متقاربة، قُدِّرت بـ 3,4%، 3,0% و2,9% على التوالي من مجمل الإجابات المصرّح بها، أمّا الرضاعة الطبيعية الممتدّة والحقن فقد نالت أضعف النسب والتي قُدِّرت بـ 0,9% و0,3% كأدنى نسبة، ونالت الوسائل الأخرى نسبة 2,0% من مجمل التصريحات، كما هو موضّح في الشكل البياني رقم (5-49).

شكل رقم (5–49): توزيع المبحوثات حسب نوع وسيلة منع الحمل المرغوب في استعمالها مستقبلا.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–42).

3.4. الطرف المسؤول عن رعاية الصحة الإنجابية:

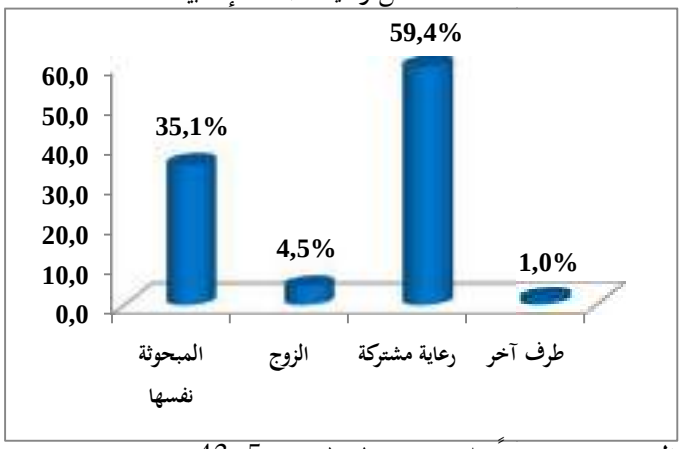
سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات عينة الدراسة حسب خصائص المتعلقة بالطرف المسؤول عن رعاية الصحة الإنجابية داخل الأسرة، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–43) والشكل البياني المرافق له، وفقًا للبيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

جدول رقم (5–43): توزيع المبحوثات حسب الطرف المسؤول عن رعاية الصحة الإنجابية.

الطرف المسؤول	التكرارات	النسب المئوية %
المبحوثة نفسها	2250	35,1
الزوج	289	4,5
رعاية مشتركة	3814	59,4
طرف آخر	64	1,0
المجموع	**6418**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–50): توزيع المبحوثات حسب الطرف المسؤول عن رعاية الصحة الإنجابية.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–43).

صرّحت 96,8% من مبحوثات العينة –ما يوافق 4618 أمّا ريفية– بإجاباتهن حول الطرف المسؤول عن رعاية الصحة الإنجابية داخل الأسرة، حيث صرّحت أغلب الأمهات بنسبة 59,4% –ما يوافق 3814 مبحوثة– بالرعاية المشتركة بين الزوجين، تليها مجموعة الأمهات اللاتي صرّحن بالرعاية الشخصية بنسبة 35,1%، حسب ما صرّحت به 2250 مبحوثة، ثمّ رعاية الزوج بنسبة 4,5%، حسب تصريح 289 أمّا ريفية، والأقلية فقط ممن صرّحن بأن الرعاية الصحة الإنجابية ترجع لأطراف أخرى 1,0% من مجمل الإجابات المصرّح بها. وفي العنصر الموالي سنحاول تسليط الضوء على هذا الجانب من الرعاية عبر كل مراحل الأمومة.

5. المتابعة الصحية للمرأة الحامل:

تُعتبَر الرعاية الصحية للأم –أثناء فترة الحمل، أثناء الولادة وما بعد الولادة– عنصرًا مهمًا من عناصر الصحة الإنجابية، والذي يندرج تحت عنوان رعاية الأمومة، هذه الأخيرة تنعكس بدورها على صحة المولود. وبهدف رصد الواقع الصحي للمرأة الحامل في الريف الجزائري، سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات حسب متابعتهن لصحتهن الإنجابية أثناء فترة الحمل، أثناء الولادة وما بعد الولادة، بناءً على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6، المنجز خلال عام 2019.

1.5. المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل:

تعدّ فترة الحمل مرحلة حساسة من حياة كل أمّ، وتلعب الرعاية الصحية خلال هذه الفترة دورا مهمًا في الحفاظ على صحة الأم وجنينها معًا، لذا سنحاول –من خلال هذا العنصر– رصد واقع الرعاية الصحية للأمهات أثناء فترة الحمل، بالتطرق إلى أهم الأطراف التي ساعدت على الفحص خلال هذه الفترة، عدد الزيارات قبل الولادة، التحاليل الطبية، وختلف المضاعفات التي عرفتها الأمّ طيلة فتة حملها.

1.1.5. المتابعة الصحية:

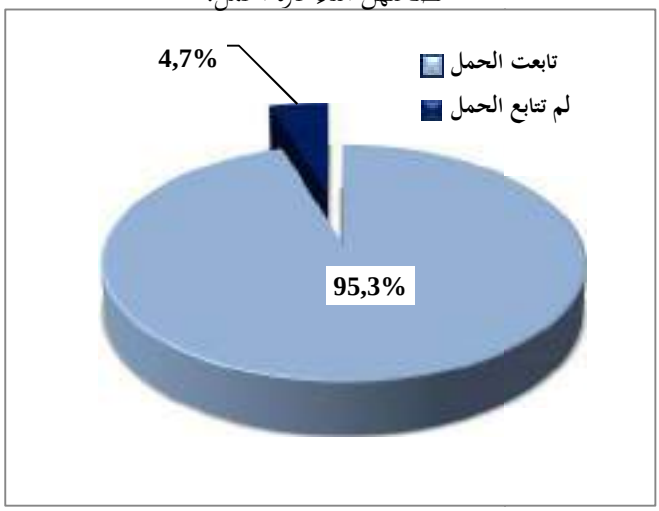
يوضّح الجدول رقم (5–44) والشكل المرافق له تصريحات المبحوثات حول متابعتهن لصحتهن أثناء فترة الحمل.

جدول رقم (5–44): توزيع المبحوثات حسب متابعتهن لصحتهن أثناء فترة الحمل.

متابعة الحمل	التكرارات	النسب المئوية %
تابعت الحمل	2325	95,3
لم تتابع الحمل	114	4,7
المجموع	**2439**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5–51): توزيع المبحوثات حسب متابعتهن لصحتهن أثناء فترة الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–44).

صرّحت 2439 مبحوثة بإجاباتهن حول متابعة صحتهن أثناء فترة الحمل، بنسبة 36,8% من مجمل مبحوثات العينة، حيث أنّ أغلبهن –ما يعادل 2325 مبحوثة– تابعت صحتها أثناء فترة الحمل، بنسبة 95,3%، والقلة من المبحوثات لم يجرين أي متابعة صحية أثناء فترة الحمل، والمقدّرة بـ 114 مبحوثة، بنسبة 4,7% من مجمل الإجابات المصرّح بها.

2.1.5. الطرف المساعد على الفحص أثناء فترة الحمل:

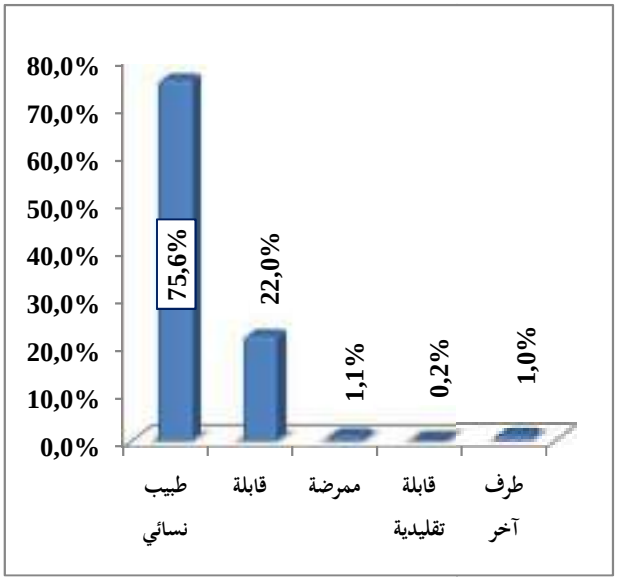
يمثل الجدول رقم (5–45) والشكل البياني رقم (5–.) توزيع المبحوثات حسب الطرف المساعد على الفحص أثناءَ فترة الحمل، بناءً على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5–45): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساعد على الفحص أثناء فترة الحمل.

الطرف المساعد على الفحص	التكرارات	النسب المئوية %
طبيب نسائي	2206	75,6
قابلة	643	22,0
ممرضة	32	1,1
قابلة تقليدية	6	0,2
طرف آخر	30	1,0
المجموع	**2917**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5–52): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساعد على الفحص أثناء فترة الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–45).

صرّحت 2206 مبحوثة بمتابعتها الصحية أثناء الحمل لدى طبيب نسائي، بنسبة 75,6%، تليها فئة النساء اللاتي تابعن صحتهن لدى القابلة، والتي قُدِّرت بـ 643 مبحوثة بنسبة 22%، في حين نالت الممرضة، القابلة والأطراف الأخرى أقل النسبة، ممثلة بـ 1,1%، 0,2% و1,0% على التوالي، كما هو موضّح في الشكل البياني رقم (5–51).

3.1.5. عدد الاستشارات الطبية أثناء فترة الحمل:

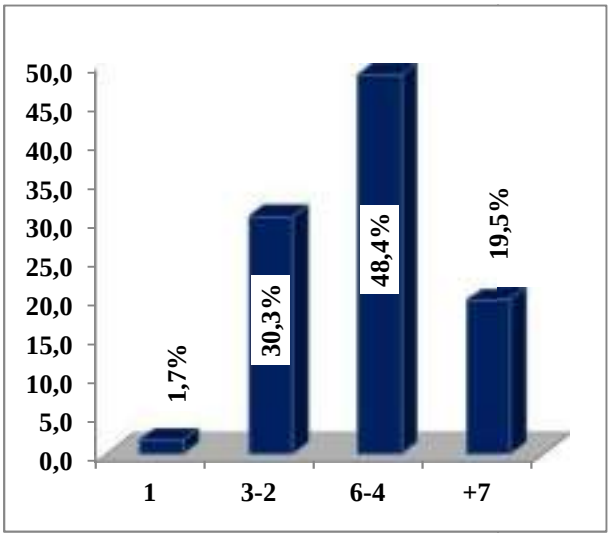
يمثل الجدول رقم (5-46) والشكل المرافق له توزيع المبحوثات حسب عدد الاستشارات الطبية التي أجرتها المبحوثات خلال فترة الحمل، وهذا بالاعتماد على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5-46): توزيع المبحوثات حسب عدد الاستشارات الطبية أثناء فترة الحمل.

عدد الاستشارات	التكرارات	النسب المئوية %
1	41	1,7
3-2	704	30,3
6-4	1126	48,4
+7	455	19,5
المجموع	**2325**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

شكل رقم (5-53): توزيع المبحوثات حسب عدد الاستشارات الطبية أثناء فترة الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-46).

صرّحت حوالي 35,1% من مجمل نساء العينة بعدد استشاراتهن الطبية أثناء فترة الحمل، ما يعادل 2325 مبحوثة، والتي تراوحت بين زيارة واحدة و18 زيارة لنيل الاستشارة الطبية، بمتوسط قدره 4,87 زيارة طبية، وفارق 2,25 استشارة طبية بين المبحوثات المعنيات، كما أنّ 50% منهن تابعت صحتها أثناء فترة الحمل حوالي أربع مرات، وأنّ الأكثرية منهن أجرت ثلاث زيارات طبية بنسبة 23,5% من مجمل المبحوثات المعنيات.

يجدر بالذكر أنّ أغلبية المبحوثات أجرين أكثر من زيارتين طبيتين، حيث نجد أن قرابة نصف المبحوثات المعنيات – مايعادل 1126 مبحوثة- تابعن صحتهن بين 4-6 مرات خلال فترة الحمل بنسبة 48,4%، و704 مبحوثة استشارت طبيا ما بين مرتين إلى 3 مرات بنسبة 30,3%، تليها الفئة التي أجرت من 7 زيارات طبية فأكثر بنسبة 19,5% والتي قُدِّر عددها بـ 455 مبحوثة، والقلة من النساء المعنيات أجرين زيارة طبية واحدة بنسبة 1,7%، ما يعادل 41 مبحوثة فقط.

4.1.5. إجراء الفحوصات الطبية:

تلعب الفحوصات الطبية دورًا مهمًا في الحفاظ على صحة الأم وجنينها معًا، لذا سنحاول -من خلال هذا العنصر- رصد واقع الأمهات الريفيات حول التزامهن بإجراء مختلف الفحوصات والتحاليل الطبية أثناء فترة الحمل، كما هو موضّح في الجدول رقم (5-47)، اعتمادًا على قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

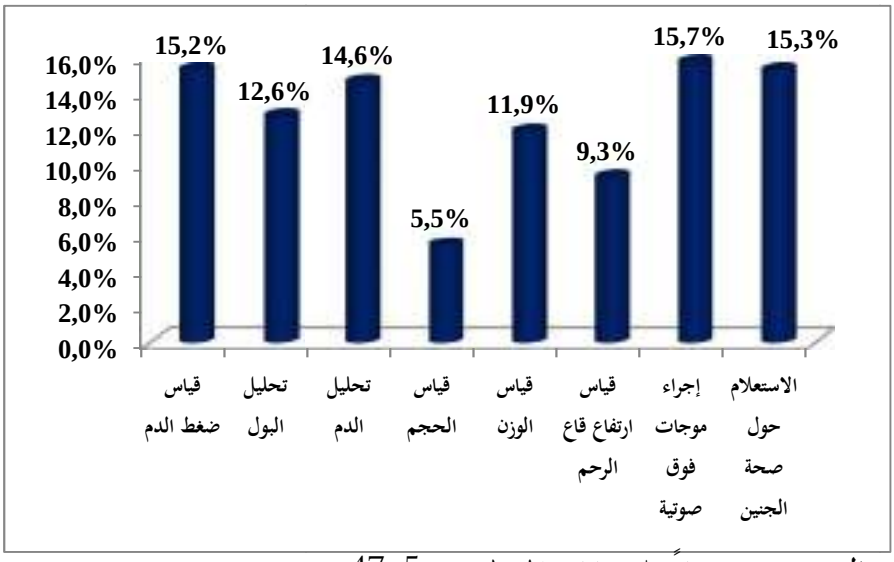
جدول رقم (5-47): توزيع المبحوثات حسب الفحوصات الطبية أثناء فترة الحمل.

الفحوصات الطبية	قياس ضغط الدم	تحليل البول	تحليل الدم	قياس الحجم	قياس الوزن	قياس ارتفاع قاع الرحم	إجراء موجات فوق صوتية	الاستعلام حول صحة الجنين	المجموع
التكرارات	2207	1835	2126	794	1726	1345	2282	2221	**14536**
النسب المئوية %	15,2	12,6	14,6	5,5	11,9	9,3	15,7	15,3	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

صرّحت معظم الأمهات الريفيات في عينة البحث بإجرائهن لمختلف الفحوصات والتحاليل اللازمة أثناء فترة الحمل، حيث تقاربت النسب بين الأمهات اللاتي أجرين موجات فوق صوتية للحمل واللاتي قُدِّرن بـ 2282 مبحوثة، والأمهات اللاتي أجرين فحصًا ليستعلمن حول صحة الجنين والمقدّرة بـ 2212 مبحوثة، وكذا فحص قياس ضغط الدم بـ 2207 أم ريفية، والتي مُثِّلت بالنسب 15,7%، 15,3% و15,2% على التوالي من مجمل الإجابات المصرّح بها، كما هو موضّح في الشكل البياني رقم (5-54).

شكل رقم (5-54): توزيع المبحوثات حسب الفحوصات الطبية أثناء فترة الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-47).

تأتي التحاليل الطبية في المرتبة التالية، والممثلة بالأمهات اللاتي أجرين تحليل الدم بـ 2126 مبحوثة، تحليل البول بـ 1835 وقياس الوزن بـ 1726 أم ريفية بنسبة 14,6%، 12,6% و11,9% على التوالي، أمّا باقي الفحوصات فقد تمثّلت بأقل النسب عند المبحوثات اللاتي أجرين فحصًا لقياس ارتفاع قاع الرحم بـ 1345 أمّ وفحصًا لقياس الحجم بـ 794 والمقدّرة بـ 9,3% و5,5% على التوالي.

5.1.5. سبب أول استشارة طبية أثناء فترة الحمل:

يمثل الجدول رقم (5-48) توزيع المبحوثات حسب سبب أول استشارة طبية أجرتها المبحوثات خلال فترة الحمل، اعتمادًا على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

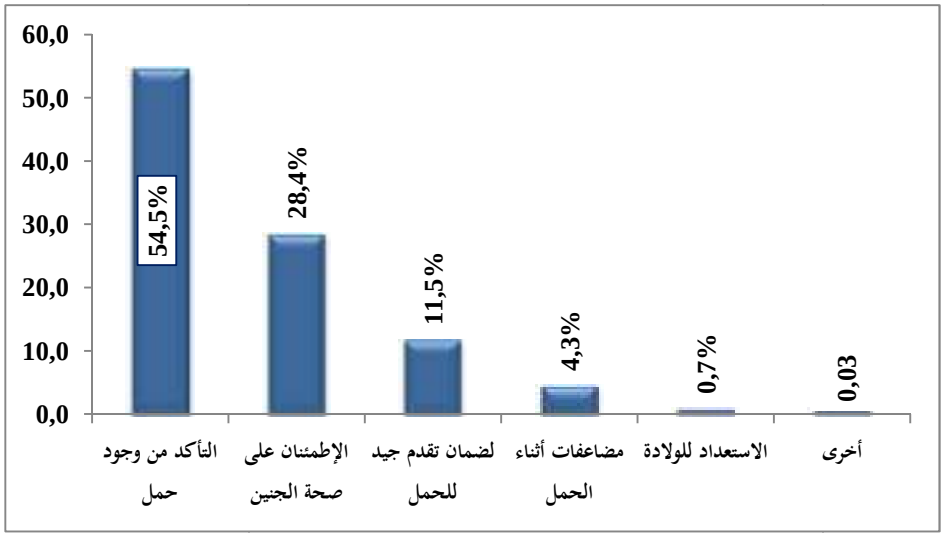
جدول رقم (5-48): توزيع المبحوثات حسب سبب أول اسشارة طبية أثناء فترة الحمل.

سبب أول استشارة طبية	التأكد من وجود حمل	الإطمئنان على صحة الجنين	لضمان تقدم جيد للحمل	مضاعفات أثناء الحمل	الاستعداد للولادة	أخرى	المجموع
التكرارات	1267	659	267	100	16	0,7	**2325**
النسب المئوية %	54,5	28,4	11,5	4,3	0,7	0,03	**100**

مصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019.

صرّحت قرابة نصف المبحوثات والمقدَّرة بـ 1267 مبحوثة بمتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل بهدف التأكد من وجود حمل، بنسبة 54,5%، تليها مجموعة الأمهات اللاتي أجرين استشارة طبية خلال فترة الحمل للاطمئنان على صحة الجنين، والتي قُدّرت بـ 659 مبحوثة، ما يعادل 28,4% من مجمل المبحوثات اللاتي أجرين متابعة صحية لحملهن. ونجد حوالي 267 أمّ قد تابعت حملها لضمان تقدّم جيّد للحمل بنسبة 11,5%، ونسبة 4,3% من الأمهات صرّحن بأنّ سبب أول استشارة طبية أثناء فترة الحمل يرجع لحدوث مضاعفات، ما يوافق 100 مبحوثة، ونالت باقي الأسباب أقل النسب بـ 0,7% لدى الأمهات اللاتي تابعن حملهن بهدف الاستعداد للولادة. أو لأسباب أخرى، كما هو موضح في الشكل البياني رقم (5-55).

شكل رقم (5–55): توزيع المبحوثات حسب سبب أول اسشارة أثناء فترة طبية.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–48).

6.1.5. المضاعفات الحاصلة أثناء فترة الحمل:

يمكن أن يعترض الحمل بعض المضاعفات بسبب ظروف معينة قد تشهدها الأم أثناء فترة حملها، والتي بدورها قد تؤثر على صحتها وصحة جنينها معًا، وبهدف رصد مختلف هذه التعقيدات، سنحاول –من خلال هذا العنصر– عرض توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الحاصلة أثناء فترة الحمل، كما هو موضّح في الجدول رقم (5–49) والشكل البياني المرافق له، وهذا بالاعتماد على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

جدول رقم (5–49): توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الحاصلة أثناء فترة الحمل.

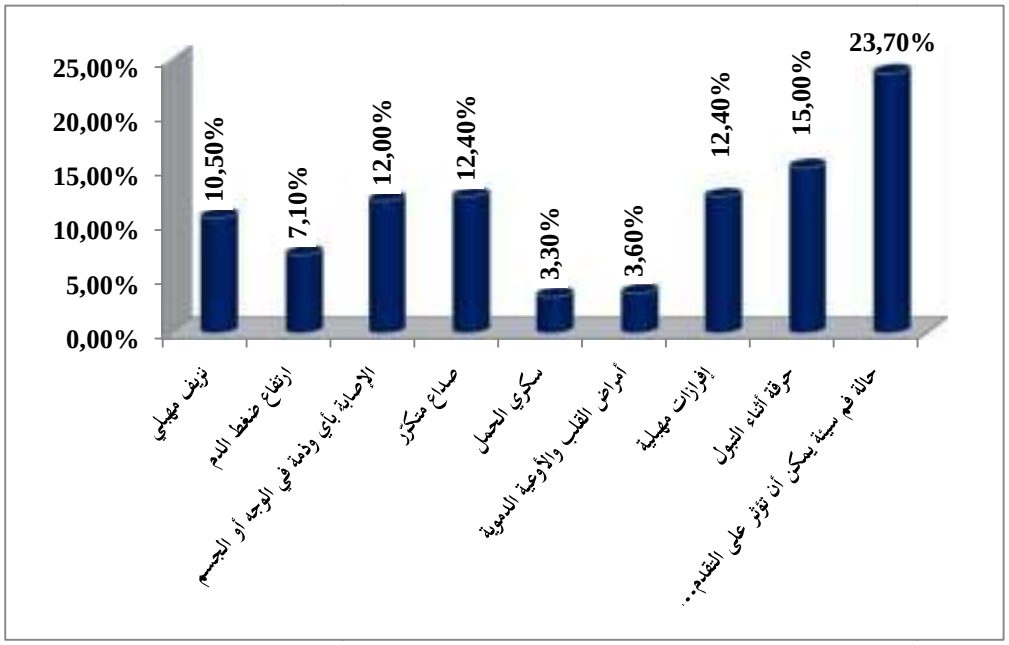
مضاعفات الحمل	نزيف مهبلي	ارتفاع ضغط الدم	الإصابة بأي وذمة في الوجه أو الجسم	صداع متكرّر	سكري الحمل	أمراض القلب والأوعية الدموية	إفرازات مهبلية	حرقة أثناء التبول	حالة فم سيئة يمكن أن تؤثر على التقدم الجيد للحمل	المجموع
التكرارات	30	20	34	35	9	10	35	43	68	**286**
النسب المئوية %	10,5	7,1	12	12,4	3,3	3,6	12,4	15	23,7	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

صرّحت 95,5% من نساء العينة اللاتي تابعن صحتهن أثناء فترة الحمل بتعرّضهن لمضاعفات مختلفة أثناء فترة الحمل -ما يعادل 96 أمّ ريفية- حيث أنّ الأغلبية السائدة من الأمهات عرفن حالة صحية سيئة للفم يمكن أن تؤثر على التقدّم الجيد للحمل، قُدِّرت بـ 68 مبحوثة بنسبة 23,7% من مجمل الإجابات المصرّح بها، تليها الأمهات اللاتي تعرّضن لمشكل الحرقة أثناء التبول بـ 43 أمّ بنسبة 15%، وقد تقاربت النسب لدى الأمهات اللاتي تعرضن لإفرازات مهبلية وحالة صداع متكّر بنسبة 12,4% ما يوافق 35 أمّ ريفية، وإصابة بوذمة في الوجه أو الجسم، قُدِّرت بـ 34 أمّ، بنسبة 12% من مجمل التصريحات.

ويجدر بالذكر أن 30 أمّا تعرّضت لحالة نزيف مهبلي و20 أمّا تعرّضت لحالة ارتفاع ضغط الدّم بنسبة 10,5% و7,1% على التوالي، والأقلية من المبحوثات أُصِبن بأمراض القلب والأوعية الدموية وسكري الحمل بنسبة 3,6% و3,3% على التوالي من مجمل الإجابات المصرّح بها، كما هو مبيّن في الشكل البياني رقم (5-56).

شكل رقم (5-56): توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الحاصلة أثناء فترة الحمل.

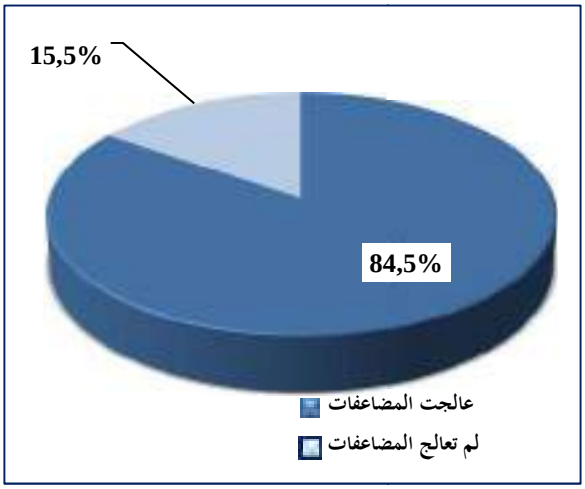


المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-49).

7.1.5. علاج المضاعفات الناتجة عن الحمل:

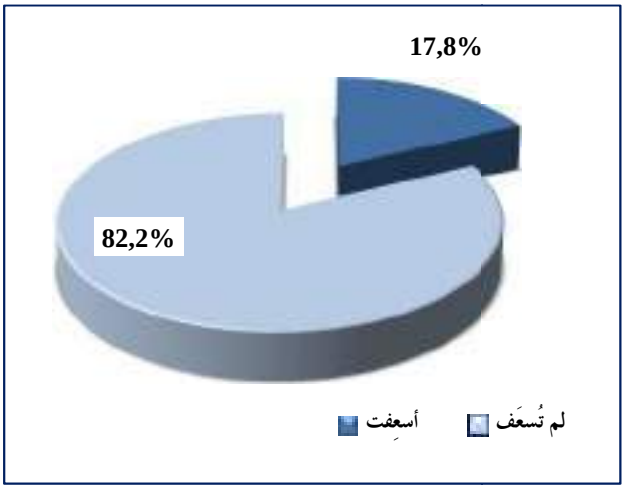
كما صرّحت 80,22% من نساء العينة اللاتي تعرضن لمضاعفات أثناء فترة الحمل بإجاباتهن حول تلقيهن العلاج، ما يوافق 81 مبحوثة، حيث أن أكثرهن قد عالجن هذه المضاعفات بحوالي 84,5%، ما يعادل 68 مبحوثة، في حين أنّ القلة فقط منهن لم تتلق العلاج بنسبة 15,5% من مجمل النساء المعنيات، ما يوافق 12 أمّا ريفية، كما يوضّحه الشكل البياني رقم (5-56)، الذي يمثل توزيع المبحوثات اللاتي خضعن لعلاج المضاعفات الناتجة عن الحمل، غير أنّ أغلبهن لم يتمّ اسعافها للعلاج بنسبة 82,2% مقابل 17,8% ممن تمّ اسعافهن لتلقي العلاج لهذه المضاعفات، كما هو موضّح في الشكل البياني رقم (5-57)، الذي يبيّن توزيع المبحوثات حسب اسعافهن بسبب المضاعفات الناتجة عن الحمل.

شكل رقم (5-57): توزيع المبحوثات حسب علاجهن للمضاعفات الناتجة عن الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

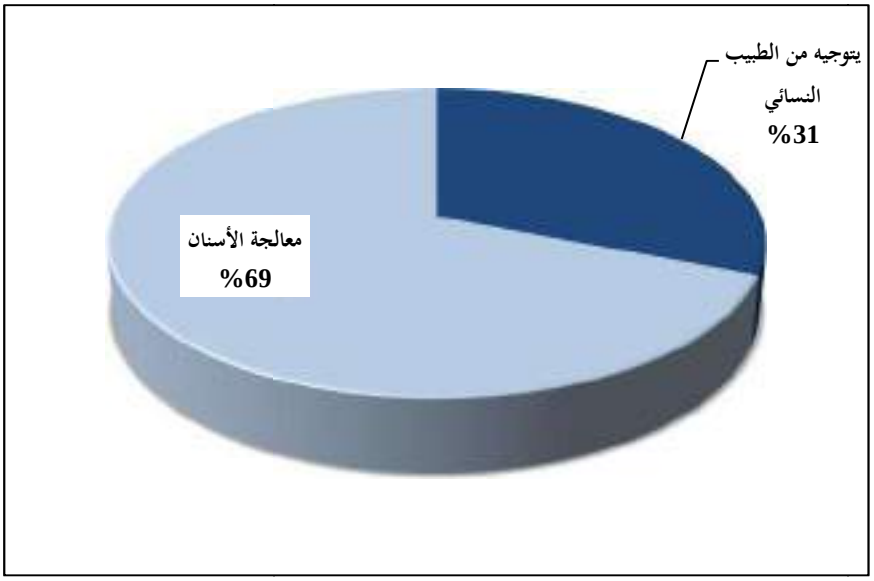
شكل رقم (5-58): توزيع المبحوثات حسب اسعافهن بسبب المضاعفات الناتجة عن الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

وقد صرّحت حوالي 75,6% من المبحوثات اللاتي عدن طبيب الأسنان خلال فترة الحمل- والمقدّرة بـ 361 مبحوثة- بإجاباتهن حول سبب استشارة طبيب أسنان، ما يوافق 273 أمّا ريفية، حيث أنّ أغلبية المبحوثات عدن طبيب الأسنان من أجل تلقي علاج للأسنان بنسبة 69% من الإجابات المصرّح بها، ما يوافق 235 أمّا، في حين صرّحت 31% من المبحوثات، ما يوافق 106 أمّا ريفية، أنّها قامت بزيارة طبيب الأسنان بتوجيه من الطبيب النسائي المختص، كما هو موضح في الشكل البياني رقم (5-58).

شكل رقم (5–58): توزيع المبحوثات حسب سبب عيادتهن لطبيب الأسنان.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الملحق رقم (01).

8.1.5. تلقي التطعيم أثناء فترة الحمل:

تمثل حقنة التيتانوس أحد أهم التطعيمات التي يمكن للمرأة أن تتلقاها أثناء فترة حملها بهدف حمايتها وحماية جنينها، لذا يجب على الأم -في هذه المرحلة من حياتها- أن تتوفر على وثيقة لتسجيل مختلف التطعيمات التي قد تتعرّض لها. لهذا الغرض سنحاول -من خلال هذا العنصر- عرض توزيع المبحوثات حسب حصولهن على هذه الوثيقة وكذا تلقيهن لحقنة التيتانوس على مستوى الكتف أو الذراع وعدد مرا الحقن التي تلقتها طيلة فترة حملها، بالإضافة إلى أهم الأسباب التي أدّت بها إلى تلقي هذه الحقنة، وهذا بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

أ. امتلاك وثيقة لتسجيل التطعيم:

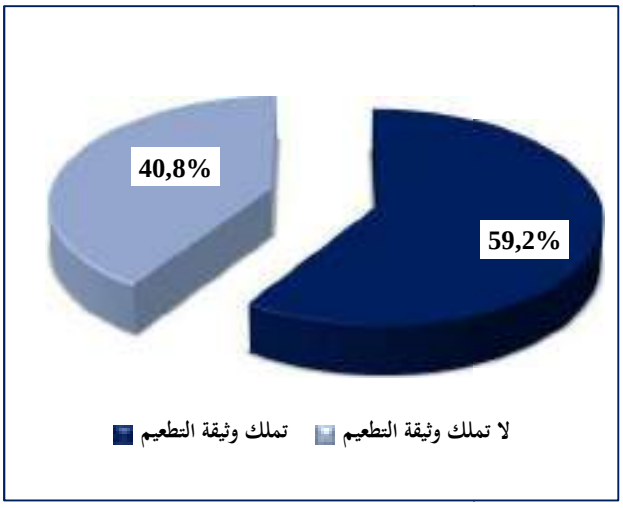
يوضح الجدول رقم (5-50) والشكل المرافق له، توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن بامتلاك وثيقة لتسجيل التطعيم اثناء فترة الحمل.

جدول رقم (5-50): توزيع المبحوثات حسب امتلاكهن وثيقة لتسجيل التطعيم.

امتلاك وثيقة لتسجيل التطعيم	التكرارات	النسب المئوية %
تملك وثيقة التطعيم	1437	59,2
لا تملك وثيقة التطعيم	991	40,8
المجموع	**2428**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5-60): توزيع المبحوثات حسب امتلاكهن وثيقة لتسجيل التطعيم.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-50).

صرّحت حوالي 36,6% من المبحوثات بإجاباتهن حول امتلاكهن وثيقة لتسجيل التطعيم، حيث أنّ أغلبية المبحوثات، والمقدّرة بـ 1437 مبحوثة، صرّحت بامتلاكها وثيقة لتسجيل التطعيم، ما يعادل 59,2% من مجمل التصريحات، في حين صرّحت 991 مبحوثة، مايعادل 40,8% من مجمل التصريحات، بعدم امتلاكها لهذه الوثيقة.

ب. تلقي حقنة التيتانوس:

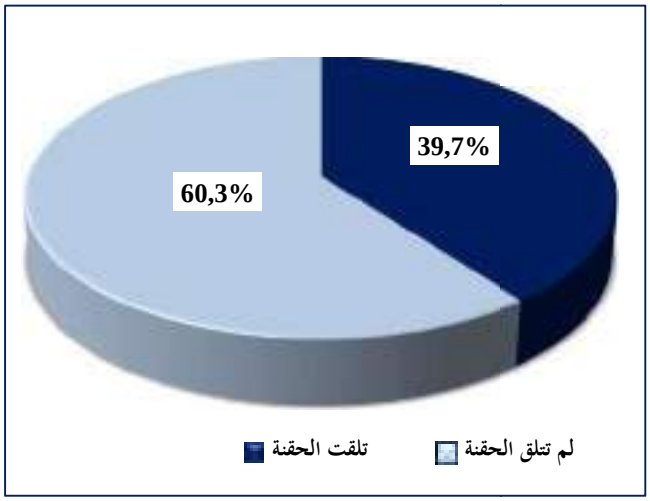
يوضح الجدول رقم (5-51) والشكل المرافق له، توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن بتلقي حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل.

جدول رقم (5-51): توزيع المبحوثات حسب تلقيهن حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل.

تلقي حقنة التيتانوس	التكرارات	النسب المئوية %
تلقت الحقنة	963	39,7
لم تتلق الحقنة	1465	60,3
المجموع	**2428**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5-61): توزيع المبحوثات حسب تلقيهن حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-51).

صرّحت القلة من النساء المبحوثات بتلقيهن لحقنة التيتانوس في الذراع أو الكتف لحماية الجنين من الإصابة بالتيتانوس، بنسبة 39,7% من مجمل التصريحات، في حين صرّحت أغلب الأمهات المستجوبات، والمقدرة بـ 1465 مبحوثة، بعد تلقيها لهذه الحقنة، ما يعادل نسبة 60,3% من مجمل التصريحات، ممّا قد يعكس عدم وعي الأمهات الريفيات في الجزائر بأهمية هذه الحقنة لحماية جنينها من الإصابة بالتيتانوس، أو عدم كفاية الإمدادات الطبية لهذه المناطق من الوطن لحماية الأمهات والأطفال معًا من هذا المرض. والجدول رقم (5-52) والشكل البياني المرافق له، يوضحان عدد مرات حقنة التي تلقتها كل مبحوثة خلال فترة حملها.

ج. عدد مرات تلقي حقنة التيتانوس:

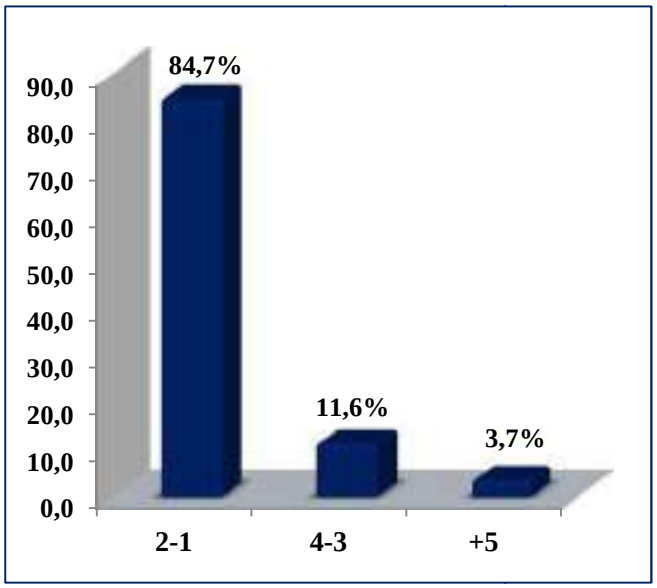
يوضح الجدول رقم (5-52) الشكل المرافق له، توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن بعدد مرات تلقيهن حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل.

جدول رقم (5-52): توزيع المبحوثات حسب عدد مرات تلقي حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل.

عدد مرات الحقنة	التكرارات	النسب المئوية %
2-1	816	84,7
4-3	111	11,6
+5	36	3,7
المجموع	**963**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5-62): توزيع المبحوثات حسب عدد مرات تلقي حقنة التيتانوس أثناء فترة الحمل.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-52).

صرّحت 963 مرأة ريفية، ما يعادل 14,5% من مجمل نساء العينة، بعدد مرات تلقي حقنة ضدّ التيتانوس أثناء فترة الحمل، وحسب التصريحات، فإن عدد مرات الحقن التي تلقتها المبحوثات تراوح بين حقنة واحدة إلى سبعة حقن للمبحوثة، بمتوسط قُدِّر بـ 1,82 حقنة، بانحراف 0,99 حقنة بين المبحوثات، هذا وقد صرّحت 50% من الأمهات أنهن تلقين حقنتين ضدّ التيتانوس بنسبة 40,8%، وأنّ أكثرهن تلقين حقنة واحدة ضدّ التيتانوس بنسبة 43,9% من مجمل التصريحات.

يتّضح -من خلال الجدول رقم (5-52) والشكل البياني المرافق له- أن أغلبية الأمهات تلقين بين حقنة واحدة إلى حقنتين ضدّ التيتانوس أثناء فترة الحمل، بنسبة 84,7% من مجمل التصريحات، تليها فئة الأمهات اللاتي تلقين بين 3 و4 حقن ضدّ التيتانوس، بنسبة 11,6%، وسُجِّلت أقل نسبة لدى الأمهات اللاتي تلقين من 5 حقن ضدّ التيتانوس فأكثر، بنسبة 3,7% من مجمل الإجابات المصرّح بها.

2.5. ظروف الولادة:

تختلف ظروف الولادة من مبحوثة لأخرى، بحسب وضعها الاجتماعي أو الصحي خلال فترة الحمل أو لحظة الولادة، بالإضافة إلى الطرف الذي ساهم في مساعدة كل مبحوثة على الولادة، وكذا المكان الذي تمّت فيه ولادة الجنين. سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة توزيع المبحوثات بحسب مختف الظروف التي تعرّضت لها المبحوثة أثناء ولادة طفلها الأخير، وفق البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6، المنجز حلال عام 2019.

1.2.5. مكان الولادة:

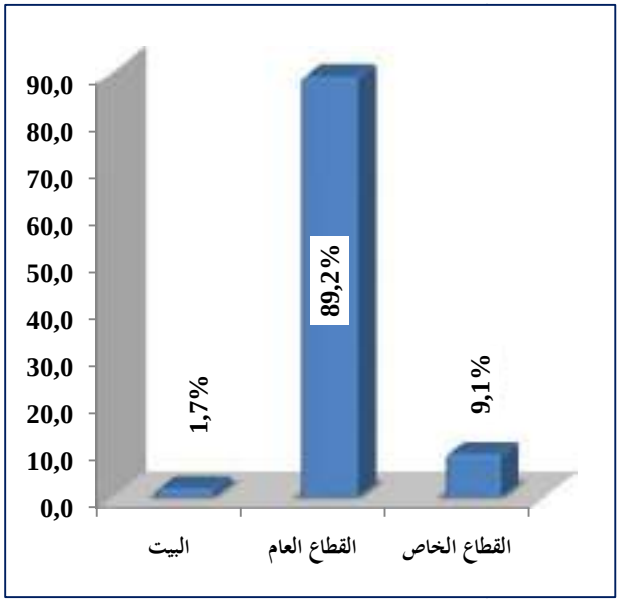
يمثل الجدول رقم (5–53) والشكل البياني رقم (5–63) توزيع المبحوثات حسب مكان ولادة آخر مولود لكل مبحوثة، والذي تمّ تقسيمه إلى ثلاثة أماكن رئيسية، تمثّلت في القطاع العام، القطاع الخاص والبيت.

جدول رقم (5–53): توزيع المبحوثات حسب مكان الولادة.

مكان الولادة	التكرارات	النسب المئوية %
البيت	41	1,7
القطاع العام	2167	89,2
القطاع الخاص	221	9,1
المجموع	2429	100

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5–63): توزيع المبحوثات حسب مكان الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–53).

صرّحت 36,6% من نساء العينة، ما يعادل 2429 أنّا ريفية بمكان ولادتها، حيث أنّ أغلبهن ، ما قُدِّر بـ 2167 أمّا قد أنجبن آخر مولود لهن بالقطاع العام، بنسبة 89,2%، يليه القطاع الخاص الذي لقي إقبال 221 أنّا للولادة فيه، بنسبة 9,1%، في حين صرّحت الأقلية الممثلة بـ 11 أنّا ريفية بمكان إقامتها حيث أنّ أغلبهن آخر مولود بالبيت بنسبة 1,7% من مجمل التصريحات.

2.2.5. الطرف المساعد أثناء الولادة:

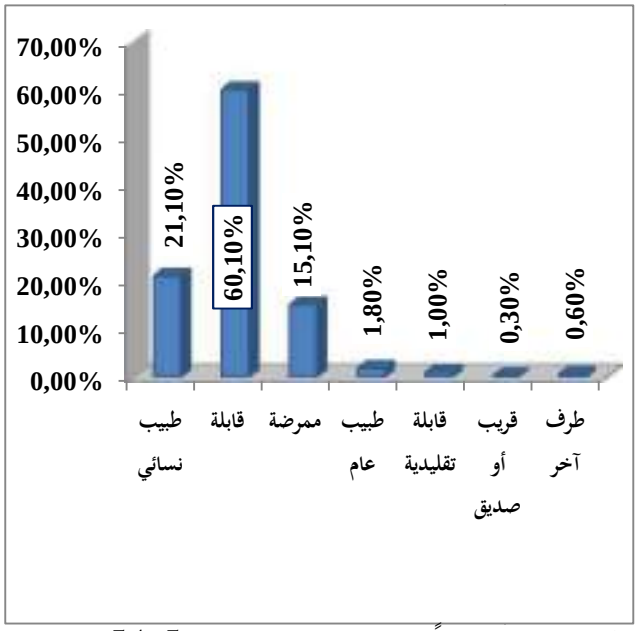
يمثل الجدول رقم (5-54) والشكل البياني رقم (5-64) توزيع المبحوثات حسب الطرف الذي ساعدها أثناء ولادتها لطفلها، أي من ساعدها أثناء ولادتها من أقارب أو أصدقاء أوغير ذلك من المساعدات الانسانية.

جدول رقم (5-54): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساعد أثناء الولادة.

الطرف المساعد أثناء الولادة	التكرارات	النسب المئوية %
طبيب نسائي	707	21,10
قابلة	2016	60,10
ممرضة	507	15,10
طبيب عام	60	1,80
قابلة تقليدية	32	1,00
قريب أو صديق	9	0,30
طرف آخر	22	0,60
المجموع	**3353**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5-64): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساعد أثناء الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-54).

صرّحت أكثر من نصف المبحوثات، والمقدّرة بحوالي 60,10% من الإجابات المصرّح بها، ما يعادل 2016 أمّا ريفية بأنها شهدت ولادتها الأخيرة تحت إشراف قابلة. بها نسبة الأمهات اللاتي شهدن آخر ولاداتهن تحت إشراف طبيب نسائي، بنسبة 21,10% من الإجابات المصرّح بها، ما يعادل 707 أمّا ريفية، وتأتي الممرضة في المرتبة الموالية، ممثلة بحوالي 15,10% من مجمل التصريحات، ما يوافق 507 مبحوثة. وتقاربت النسب لدى الأمهات اللاتي عرفن آخر ولادة تحت إشراف طبيب عام وقابلة تقليدية بنسبة 1,80% و1% على التوالي من مجمل الإجابات، ما يوافق 60 أمّا و32 أمّا على التوالي، في حين شهدت أقلية من الأمهات آخر ولاداتهن على يد قريب أو صديق أو طرف آخر بنسبة 0,30% و0,60% على التوالي.

3.2.5. المضاعفات الحاصلة أثناء الولادة:

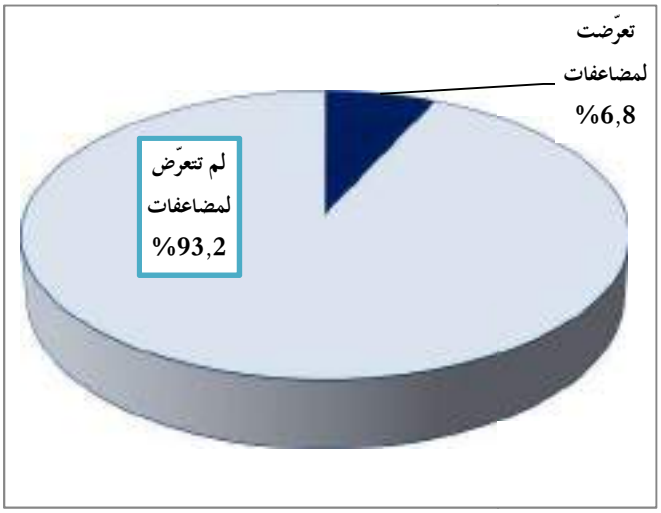
تعرض الأم لبعض التعقيدات أثناء ولادها لجنينها، مما قد يؤثر على صحتها وصحة مولودها أو كليهما معًا، لذا سنحاول –من خلال البيانات الموضحة في الجدول رقم (5–55) والشكل البياني رقم (5–65)– دراسة توزيع المبحوثات حسب التصريحات المقدمة بشأن تعرضهن لمضاعفات أثناء الولادة.

جدول رقم (5–55): توزيع المبحوثات حسب تعرضها لمضاعفات أثناء الولادة.

المضاعفات	التكرارات	النسب المئوية %
تعرّضت لمضاعفات	125	6,8
لم تتعرّض لمضاعفات	1708	93,2
المجموع	**1834**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5–65): توزيع المبحوثات حسب تعرضها لمضاعفات أثناء الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–55).

صرّحت حوالي 27,7% من المبحوثات في العينة بإجاباتهن حول تعرضهن لمضاعفات أثناء ولادتهن لآخر مولود والتي توافق 1834 أنثى ريفية، حيث صرّحت الأغلبية والمقدّرة بـ 1708 أنثى بعدم تعرّضها لأي مضاعفات أثناء الولادة، بنسبة 93,2%، في حين صرّحت الأقلية والمقدّرة بـ 125 من المبحوثات بإجاباتهن حول تعرضهن لمضاعفات أثناء ولادتهن لآخر مولود، بنسبة 6,8% من مجمل الإجابات المصرّح بها. وفي العنصر الموالي سنحاول إلقاء نظرة حول مختلف المضاعفات التي عرفتها المبحوثات أثناء وضعها لآخر مولود لها.

4.2.5. المضاعفات الحاصلة أثناء الولادة:

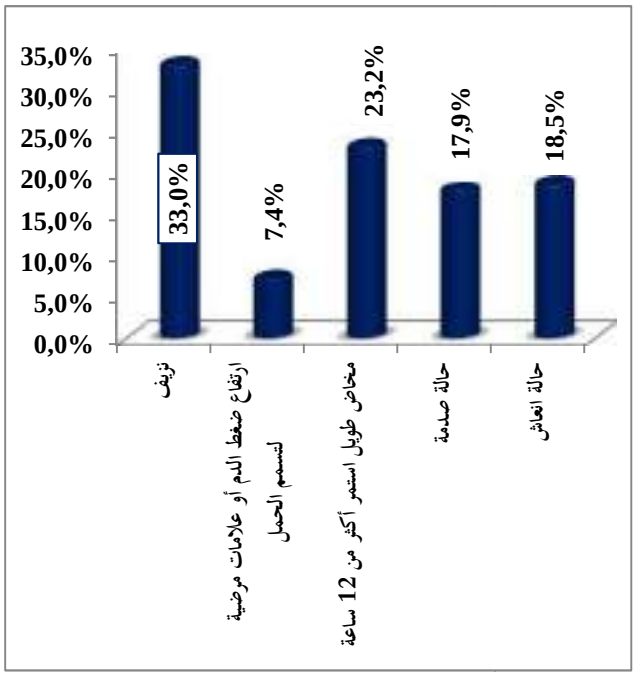
يمثل الجدول رقم (5-56) والشكل البياني رقم (5-66) توزيع المبحوثات حسب المضاعفات التي تعرّضت لها كل مبحوثة أثناء الولادة.

جدول رقم (5-56): توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الحاصلة أثناء الولادة.

مضاعفات الولادة	التكرارات	النسب المئوية %
نزيف	33	33,0
ارتفاع ضغط الدم أو علامات مرضية لتسمم الحمل	8	7,4
مخاض طويل استمر أكثر من 12 ساعة	23	23,2
حالة صدمة	18	17,9
حالة انعاش	19	18,5
المجموع	**101**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5-66): توزيع المبحوثات حسب المضاعفات الحاصلة أثناء الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-56).

صرّحت حوالي 81,0% من المبحوثات اللاتي تعرّضن لمضاعفات أثناء ولادتهن لآخر مولود، ما يوافق 101 أمًا ريفية، كما هو موضّح في الجدول أعلاه، حيث أنّ أغلبهن تعرّضن لنزيف أثناء الولادة، بنسبة 33% من مجمل الإجابات المصرّح بها، ما يعادل 33 مبحوثة، تليها نسبة الأمهات اللاتي تعرّضن لحالة مخاض طويل استمر أكثر من 12 ساعة، والمقدَّرة بـ 23,2% من مجمل التصريحات، والتي تعادل 23 مبحوثة، وتتقارب النسب بين الأمهات اللاتي تعرّضن لحالة انعاش وحالة صدمة والتي قُدِّرت بـ 18,5% و17,9%، والتي توافق 19 أمًا و18 أمًا على التوالي، في حين تعرّضت الأقلية من المبحوثات إلى حالة ارتفاع ضغط الدم أو علامات مرضية لتسمّم الحمل بنسبة 7,4% من مجمل التصريحات، ما يعادل 8 أمهات فقط.

3.5. المتابعة الصحية للأم بعد الولادة:

تلعب المتابعة الصحية للأم بعد الولادة دورًا مهمًّا في الحفاظ على صحتها وبالتالي ضمان رعاية جيدة لطفلها، لذا فعلى الأم إجراء بعض الفحوصات الطبية التي تساعدها على حماية نفسها من مختلف التعقيدات التي قد تطرأ عليها بعد الولادة، وبالتالي المحافظة على صحتها عمومًا وصحتها الإنجابية على وجه الخصوص. سنحاول –من خلال هذا العنصر– التطرّق لإجابات المبحوثات فيما يتعلق بتلقيهن فحوصا طبية بعد الولادة وكذا تعرضهن لتعقيدات مست بالجانب الصحي لهن وغيرها من الجوانب التي تمسّ صحة المرأة بعد الولادة، من خلال البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

1.3.5. الفحص الطبي لصحة الأم بعد الولادة:

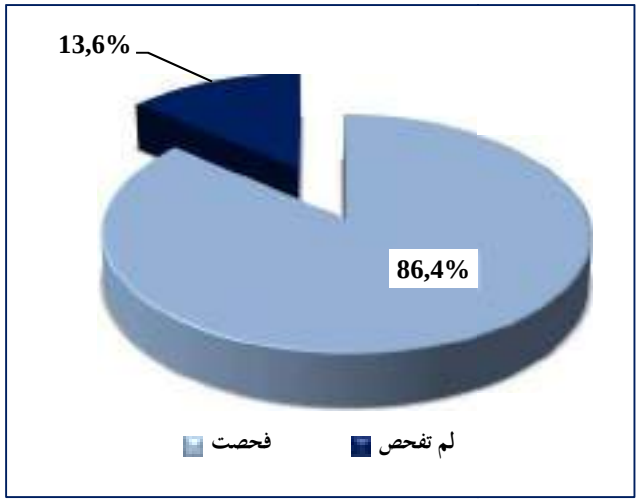
يمثل الجدول رقم (5–57) والشكل البياني رقم (5–67) توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن حول إجرائهن لفحوصات طبية بعد الولادة.

جدول رقم (5–57): توزيع المبحوثات حسب الفحص الطبي بعد الولادة.

الفحص الطبي	التكرارات	النسب المئوية %
فحصت	2059	86,4
لم تفحص	324	13,6
المجموع	**2383**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5–67): توزيع المبحوثات حسب الفحص الطبي بعد الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–57).

صرّحت 35,9% من مبحوثات العينة بتلقين حول إجرائهن لفحوصات طبية بعد الولادة، ما يعادل 2383 مبحوثة، حيث صرّحت الأغلبية الممثلة بـ 2059 أنّا ريفية بإجرائها لفحص طبي بعد ولادتها آخر مولود لها، بنسبة 86,4%، في حين صرّحت الأقلية منهن والممثلة بـ 324 أنّا ريفية لم إجرائها أي فحص طبي بعد ولادتها الأخيرة، بنسبة 13,6% من مجمل الإجابات المصرّح بها.

2.3.5. عدد الفحوصات الطبية بعد الولادة:

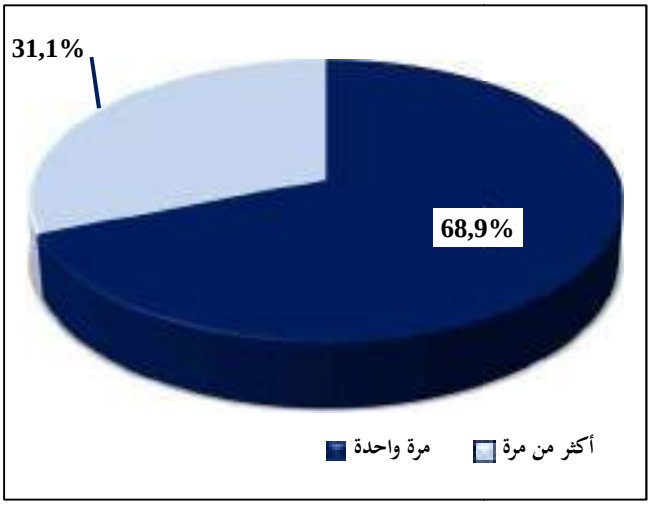
يمثل الجدول رقم (5-58) والشكل البياني رقم (5-68) توزيع المبحوثات حسب عدد الفحوصات الطبية التي أجرتها بعد ولادتها آخر مولود لها.

جدول رقم (5-58): توزيع المبحوثات حسب عدد الفحوصات الطبية بعد الولادة.

عدد الفحوصات	التكرارات	النسب المئوية %
مرة واحدة	363	68,9
أكثر من مرة	164	31,1
المجموع	**527**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5-68): توزيع المبحوثات حسب عدد الفحوصات الطبية بعد الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-58).

صرّحت 25,6% من المبحوثات اللاتي أجرين فحوصات طبية بعد ولادة آخر مولود لهن -ما يوافق 527 مبحوثة- بعدد الفحوصات الطبية التي أجرتها، حيث أن أكثر من نصف الأمهات المعنيات، ما يعادل 363 مبحوثة صرّحن بأنهن أجرين فحصًا طبيًا لمرّة واحدة، بنسبة 68,9%، في حين صرّحت الأقلية الممثلة بـ 164 أمًا ريفية بإجرائها لفحوصات طبية أكثر من مرة بعد ولادتها آخر مولود، بنسبة 31,1% من مجمل الإجابات المصرّح بها.

3.3.5. مكان الفحص الطبي بعد الولادة:

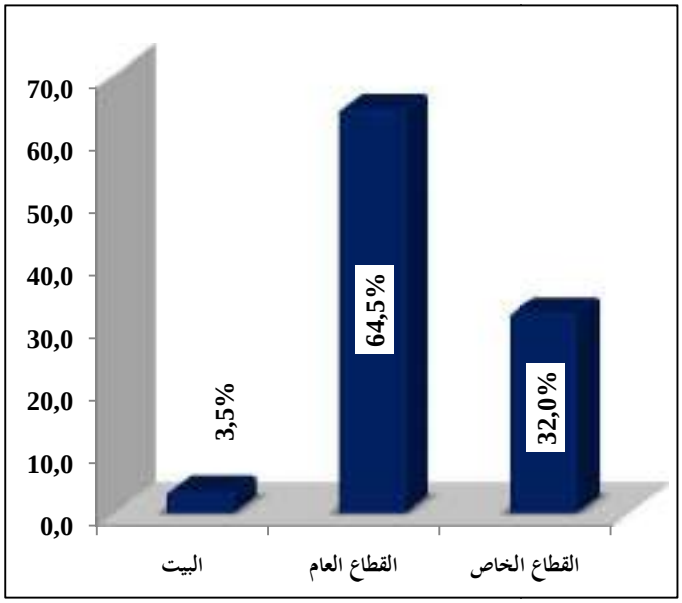
يمثل الجدول رقم (59) والشكل البياني رقم (5-69) توزيع المبحوثات حسب مكان الفحص الطبي بعد آخر ولادة لهن.

جدول رقم (5-59): توزيع المبحوثات حسب مكان الفحص الطبي بعد الولادة.

مكان الفحص الطبي	التكرارات	النسب المئوية %
البيت	18	3,5
القطاع العام	335	64,5
القطاع الخاص	166	32,0
المجموع	**519**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5-69): توزيع المبحوثات حسب مكان الفحص الطبي بعد الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-59).

صرّحت 25,2% من المبحوثات اللاتي أجرين فحوصات طبية بعد ولادة آخر مولود لهن-ما يوافق 519 أمّا ريفية- بالمكان الذي أجرت فيه الفحص الطبي الولادة، حيث أن أكثرهن، ما يوافق 335 مبحوثة صرّحن بأنّ أجرين الفحص الطبي بالقطاع العام، بنسبة 64,5%، تليها نسبة الأمهات اللاتي أجرين الفحص الطبي بعد الولادة بالقطاع الخاص، والمقدرة بـ 32%، والتي توافق 166 مبحوثة، في حين صرّحت الأقلية بإجرائهن للفحص الطبي في البيت بنسبة 3,5% من مجمل التصريحات، ما يعادل 18 أمّا ريفية فقط.

4.3.5. الطرف المساهم في الفحص الطبي بعد الولادة:

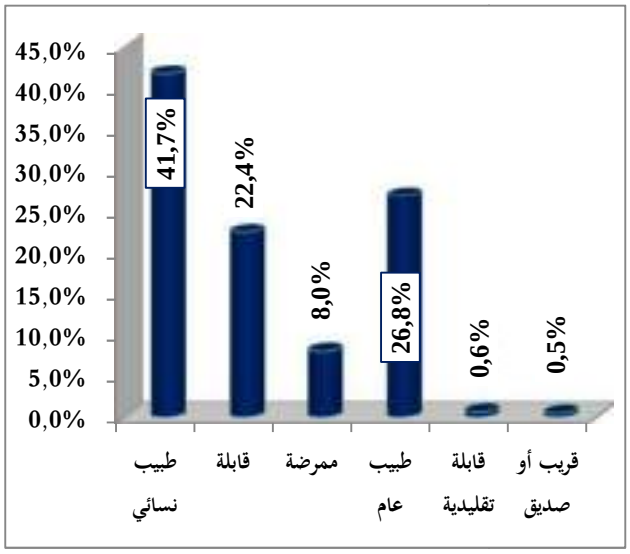
يمثل الجدول رقم (5-60) والشكل البياني رقم (5-70) توزيع المبحوثات حسب الطرف الذي ساهم في إجراء الفحص الطبي بعد ولادة آخر طفل، أو طرف مساعد آخر.

جدول رقم (5-60): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساهم في الفحص الطبي.

الطرف المساهم في الفحص الطبي	التكرارات	النسب المئوية %
طبيب نسائي	260	41,7
قابلة	140	22,4
ممرضة	50	8,0
طبيب عام	167	26,8
قابلة تقليدية	4	0,6
قريب أو صديق	3	0,5
المجموع	**624**	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

شكل رقم (5-70): توزيع المبحوثات حسب الطرف المساهم في الفحص الطبي.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-60).

صرّحت 24,9% من المبحوثات اللاتي تابعن صحتهن بعد الولادة بإجاباتهن فيما يتعلق بالطرف الذي ساهم في فحصهن طبيًا بعد آخر ولاداتهن، ما يوافق 513 أمًا ريفية، حيث تبيّن أنّ أغلبية المبحوثات -ما يعادل 260 مبحوثة- أجرت الفحوصات الطبية بعد الولادة لدى الطبيب النسائي، بنسبة 41,7% من مجمل الإجابات المصرّح بها، تليها نسبة الأمهات اللاتي تابعن صحتهن لدى الطبيب العام والقابلة بنسبة 26,8% و22,4%، ما يوافق 167 أمًا و140 أمًا على التوالي، والقلة من الأمهات -المقدرة بـ 50 أمًا- من تابعن صحتهن لدى الممرضة، بنسبة 8,0%، وتتقارب النسب لمن لجأن إلى القابلة التقليدية أو أحد الأقارب أو الأصدقاء، والتي قُدِّرت بـ 0,6% و0,5% على التوالي.

5.3.5. مضاعفات ما بعد الولادة:

يمثل الجدول رقم (5-61) توزيع المبحوثات حسب تعقيدات التي عرفنها بعد آخر ولاداتهن.

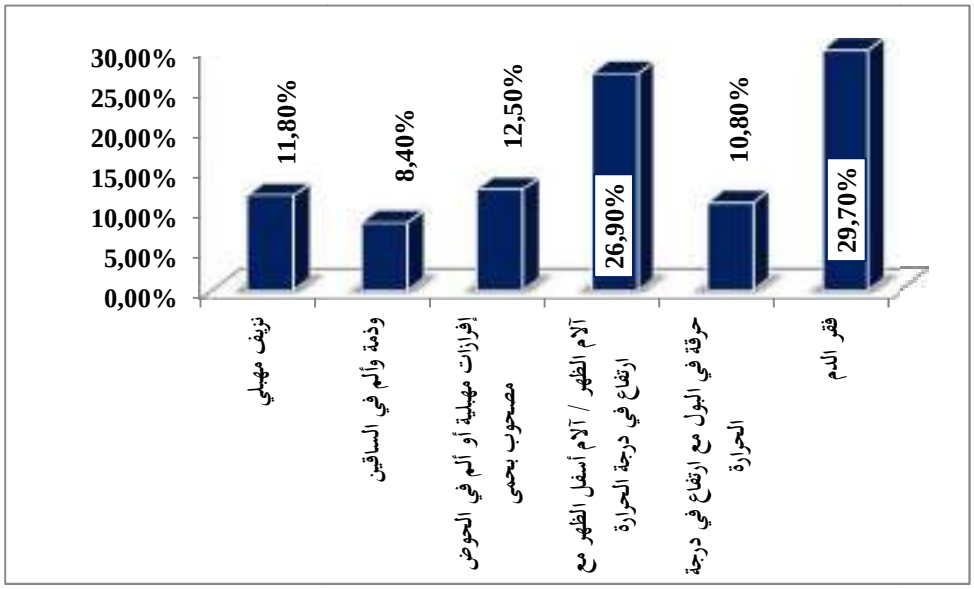
جدول رقم (5-61): توزيع المبحوثات حسب مضاعفات ما بعد الولادة.

المضاعفات	نزيف مهبلي	وذمة وألم في الساقين	إفرازات مهبلية أو ألم في الحوض مصحوب بحمى	آلام الظهر / آلام أسفل الظهر مع ارتفاع في درجة الحرارة	حرقة أثناء التبول مع ارتفاع في درجة الحرارة	فقر الدم	المجموع
التكرارات	131	93	139	298	120	329	**1110**
النسب المئوية %	11,80	8,40	12,50	26,90	10,80	29,70	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

صرّحت 30,3% من المبحوثات اللاتي تابعن صحتهن بعد الولادة بإجاباتهن فيما المضاعفات التي شهدنها بعد آخر ولاداتهن، ما يوافق 426 أمًا ريفية، حيث تبيّن أنّ أغلبية المبحوثات -ما يعادل 329 مبحوثة- تعرّضت لحالة فقر الدم، بنسبة 29,7% من مجمل الإجابات المصرّح بها، تليها نسبة الأمهات اللاتي تعرّضن لآلام على مستوى الظهر مع ارتفاع في درجة الحرارة والمقدرة بـ 26,9%، ما يوافق 298 مبحوثة، وتتقارب النسب لدى الأمهات اللاتي تعرّضن لإفرازات مهبلية وآلام في الحوض مصحوبة بحمى، الأمهات اللاتي تعرضن لنزيف مهبلي، وكذا الأمهات اللاتي تعرّضن لحرقة أثناء التبول مع ارتفاع في درجة الحرارة بـ 12,5%، 11,8% و10,8% من مجمل التصريحات، ما يوافق 139، 131، و120 مبحوثة على التوالي، والقلة فقط منهن من تعرضن لوذمة وألم في الساقين بنسبة 8,4% من مجمل الإجابات المصرّح بها، ما يوافق 93 مبحوثة فقط، كما هو موضح في الشكل البياني رقم (5-71).

شكل رقم (5–71): توزيع المبحوثات حسب مضاعفات ما بعد الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5–61).

6.3.5. الرقابة الصحية بعد الولادة:

يمثل الجدول رقم (5–62) توزيع المبحوثات حسب الرقابة الصحية التي تلقتها كل مبحوثة بعد يومين من آخر ولادة لها.

جدول رقم (5–62): توزيع المبحوثات حسب الرقابة الصحية بعد يومين من الولادة.

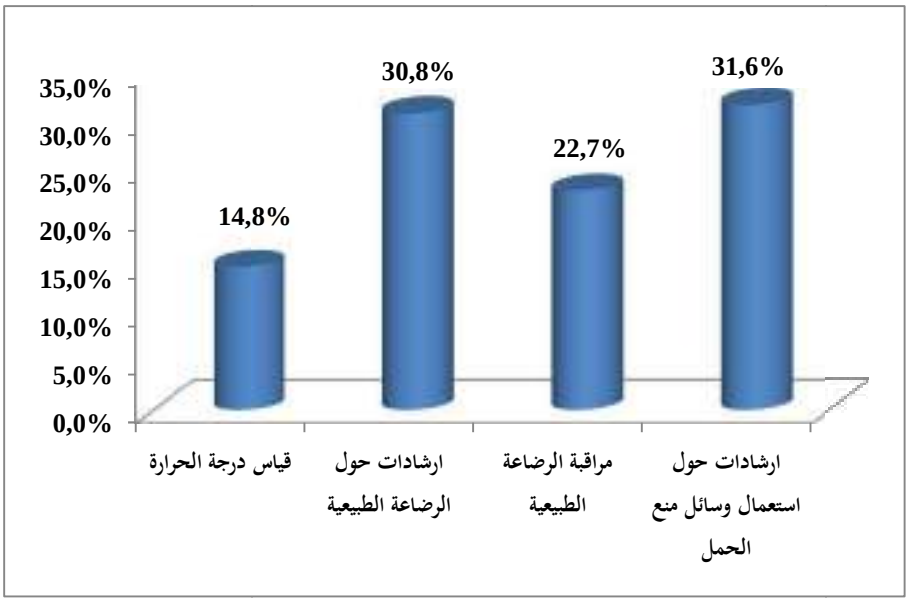
الرقابة الصحية بعد يومين من الولادة	قياس درجة الحرارة	ارشادات حول الرضاعة الطبيعية	مراقبة الرضاعة الطبيعية	ارشادات حول استعمال وسائل منع الحمل	المجموع
التكرارات	493	1023	756	1051	**3323**
النسب المئوية %	14,8	30,8	22,7	31,6	**100**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

صرّحت 71,7% من المبحوثات اللاتي تابعن صحتهن بعد الولادة بإجاباتهن فيما يتعلق بنوع الرقابة الصحية التي تلقينها بعد يومين من آخر ولاداتهن، ما يوافق 1476 أمًا ريفية، حيث تبيّن أنّ أغلبية المبحوثات –ما يعادل 1051 مبحوثة– تلقين ارشادات حول استعمال وسائل الحمل من طرف العاملة الصحية، بنسبة 31,6% من مجمل الإجابات المصرّح بها، تليها نسبة الأمهات اللاتي تلقين ارشادات حول الرضاعة الطبيعية بنسبة 30,8%، ما يوافق 1023 أمًا، حيث صرّحت 756 أمًا بأنها شهدت مراقبة للرضاعة الطبيعية من طرف العاملة الصحية، بنسبة 22,7% ثم تأتي نسبة الأمهات اللاتي صرّحن بأنهن

تلقين رقابة صحية فيما يتعلّق بقياس درجة الحرارة بنسبة 14,8%، ما يوافق 493 مبحوثة، كما هو موضّح في الشكل البياني رقم (5-72).

شكل رقم (5-72): توزيع المبحوثات حسب الرقابة الصحية بعد يومين من الولادة.



المصدر: منجز بناءً على بيانات الجدول رقم (5-62).

خلاصة الفصل:

اهتمت هذه الدراسة بالبحث في مختلف العوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي للمرأة الريفية في الجزائر –اعتمادًا على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019، باتخاذ عينة الدراسة مجموعة الأمهات الريفيات في سن الإنجاب (15–49 سنة)، واللاتي أنجبن مرة واحدة على الأقل، حتى تتمكن من رصد مختلف الوقائع المتعلقة بمستوى الولادات لديها، بما فيها الخصوبة، الولادات القيصرية، الرضاعة الطبيعية، تنظيم الأسرة، وكذا رعايتها لصحتها الإنجابية.

تبيَّن –من خلال عينة البحث التي تضم 6628 امرأة ريفية– أن معظم النساء في هذا المجتمع عرفن الزواج لأول مرّة في سن قُدِّر بمتوسط 23,13 سنة، ليصل السن الأول للأمومة إلى 24,92 سنة مقابل 31,54 سنة كسن متوسط لآخر ولادة عرفتها هذه الأم كما أن هذا المجتمع عكس لنا كثرة الولادات، حيث أنّ 61,7% من مجمل المبحوثات قد أنجبت بين 4–6 ولادات، كما تميّز بقلة الولادات القيصرية والتي قدّرت بـ23,2% مقابل 76,8% للولادات الطبيعية.

بالحديث عن الرضاعة الطبيعية، تبيّن لنا أن المرأة الريفية في الجزائر هي أمّ مرضعة بنسبة 87,4%، حيث أنّ 73,8% من الأمهات أرضعن ولادهن في مدة أقل من 12 ساعة، غير أنّ الرضاعة الحصرية –الخالصة والخالية من أي إضافات لحليب الأم– قدّرت بـ47,7%، مقابل 52,3% للرضاعة غير الحرصية، إذ أنّ 27,4% من الأمهات تضفن حليبًا آخر إلى لبن الأم و26,5% يسقين أولادهن ماء المحلى، في حين أنّ 21,7% يقسن ولادهن ماء صافيا.

وبما أنّ وسائل منع الحمل تُعَدّ من أهم عناصر تنظيم الأسرة، فقد تبيّن لنا أنّ أكثر من نصف الأمهات في العينة يستعملن هذه الوسائل بنسبة 68,6%، حيث أنّ 74,9% منهن تميل لاستعمال حبوب منع الحمل لكونها مناسبة لمثل هذه الظروف، حسب ما صرّحت به 22,8% من المبحوثات، كما مثلت الصيدلية المصدر الأساسي للحصول عليها بنسبة 74%، كون أنّ استعمال هذه الوسائل يندرج تحت مكونات الصحة الإنجابية التي لطالما احتاجت إلى تشريع، نظرًا لخطورة إقتنائها خارج الإطار المنصوص عليه شرعًا. وفي هذا السياق المتعلق بجانب الصحة الإنجابية، فقد اتضح لنا أن أغلب الأمهات الريفيات في الجزائر يسهرن على المتابعة الصحية للحمل بنسبة 95,3% لدى طبيب نسائي –حسب ما صرّحت به 75,6% من المبحوثات– و22% لدى قابلة، كما أن معظم الولادات تمّت على مستوى القطاع العام بنسبة 89,2%، تحت إشراف قابلة بنسبة 60,10%، والملاحظ انخفاض نسبة المتابعة الصحية بعد وضع المولود إلى 86,4% –من خلال إجراء بعض الفحوصات اللازمة– ممّا يعكس قلة وعي المرأة الريفية بمدى أهميتها حفاظًا على صحتها وصحة مواليدها اللاحقة.

الفصل السادس

الأقاليم الجغرافية والسلوك الإنجابي

تمهيد:

تتمثل العوامل الجغرافية في مجموعة الظروف الطبيعية –بما فيها المناخ، التضاريس، الموارد المائية وغيرها– والتي تؤثر على الحياة البشرية من عدة جوانب، التي تتلخص في النمط المعيشي للأفراد، فهي تلعب دورًا حاسمًا في توجيه بعض السلوكات، ومنها السلوكات الديمغرافية، الممكن حصرها –من خلال هذا الفصل– في مستوى الخصوبة، نوع الولادة الذي قد تتعرض لها الأم، ومجمل الظروف المحيطة به، بالإضافة إلى نوع الرضاعة الذي تمارسه الأم على آخر مولود لها، كما أنّ هذه الجوانب تلزمنا بالبحث في مدى تنظيم الأم لولاداتها وأهم الوسائل التي تعتمدها لذلك، ورعايتها لصحتها الإنجابية من خلال متابعتها لصحتها أثناء فترة الحمل وبعد الولادة.

إن الحديث عن العوامل الجغرافية يقودنا إلى البحث في مكان إقامة الأفراد، من حيث نوعية الوسط –ريفيًا كان أو حضريًا– بالإضافة إلى الإقليم الجغرافي الذي ينتمي إليه الفرد، والذي يميّزه عن بقية الأقاليم من خلال عدة سلوكيات. وبما أنّنا بصدد دراسة السلوك الإنجابي لدى المرأة الريفية، فإنّنا سنحاول –من خلال هذا الفصل– إلقاء الضوء على المرأة الريفية من خلال الأقاليم الثلاثة التي تمّ تجميعها من أصل سبعة أقاليم جغرافية، والمتمثلة في إقليم الشمال الهضاب العليا والجنوب الجزائري، وهذا اعتمادًا على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

I. تأثير الأقاليم الجغرافية في الخصوبة:

سنتطرق –في هذا الجانب من البحث– إلى دراسة أثر الأقاليم الجغرافية في مستوى الخصوبة لدى المرأة الريفية الجزائرية، من حيث عدد الولادات الحية، عدد الولادات الميتة (الإملاص)، عدد حالات السقط وعدد حالات الإجهاض.

1. تأثير الأقاليم الجغرافية في عدد الولادات الحية:

يلعب التقسيم الجغرافي دورًا مهمًّا في توجيه عدّة سلوكات بشرية، باعتبار أنّ لكل منطقة جغرافية سلوكيات معينة في مختلف الميادين تجعل لها مظهرا اجتماعيًا خاصًّا –بما فيه السلوكات الديمغرافية– يميّزها عن غيرها من المناطق، لذا سنحاول –في هذا العنصر– دراسة تأثير هذا التقسيم الجغرافي في عدد الولادات الحية للمرأة الريفية.

1.1. توزيع عدد الولادات الحية حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية:

يبيّن الجدول رقم (6–1) توزيع عدد الولادات الحية حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية، حيث يتّضح لنا –من خلال نتائج هذا الجدول والملحق رقم (4–1) أن أغلبية المبحوثات لديهن ولادات حية بين 4–6 ولادات، حيث بلغت نسبة هذا الحجم 61,8%، ما يوافق 290 ولادة، متمركزة في منطقة الهضاب العليا بنسبة 67,6%، والتي تمثلها الهضاب العليا الغربية بـ70%، وتأتي بعدها الهضاب العليا الوسطى بنسبة 66,7% ثم الهضاب العليا الشرقية بـ66,2%. تليها منطقة الشمال بنسبة 59,7%، والتي تمثلها منطقة الشمال الشرقي –على وجه الخصوص– بنسبة 65,4%، ثمّ الشمال الأوسط بـ60,1% ثمّ الشمال الغربي بنسبة 54,9%، في حين مثل الجنوب أقل النسب في عدد الولادات الحية والتي قُدّرت بـ56,7%.

تأتي فئة النساء اللاتي أنجبن ما بين 2–3 ولادات حية في المرتبة الموالية بنسبة تصل إلى 20,5%، ممثلة بمنطقة الشمال بنسبة 26%، حيث تتمركز –خصوصًا– في الشمال الغربي بنسبة 30,8%، ثم الشمال الأوسط بنسبة 25,3%، وتأتي بعدها منطقة الشمال الشرقي بـ19,2%، وتليها منطقة الهضاب العليا بنسبة 12,2%، ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الغربية بنسبة 20% والهضاب العليال الشرقية بـ14,3%، في حين سُجّلت أضعف النسب لدى الهضاب العليا الوسطى والجنوب بـ3% و3,3% على التوالي.

تأتي فئة الأمهات اللاتي أنجبن أكثر من 7 ولادات حية في المرتبة اللاحقة بنسبة 14%، ممثلة بمنطقة الجنوب بنسبة 30% ومنطقة الهضاب العليا بنسبة 19,4%، حيث تمركزت –في الغالب– في الهضاب العليا الوسطى بـ30,3%، وتليها منطقتي الهضاب العليا الشرقية والغربية بـ18,2% و10% على التوالي، في حين سُجّلت أضعف نسبة في السمال بنسبة 9,7%

ممثلة بمنطقة الشمال الأوسط بنسبة 10,8%، تليها منطقتي الشمال الشرقي والشمال الغربي بـ9,6% و8,8% على التوالي، الأمر الذي يعكس ارتفاع عدد الولادات كلما اتجهنا جنوباً.

جدول رقم (6–1): توزيع عدد الولادات الحية حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية.

الأقاليم الجغرافية		عدد الولادات الحية				المجموع
		1	3-2	6-4	+7	
شمال	التكرارات	14	78	179	29	300
	النسب المئوية %	4,7%	26,0%	59,7%	9,7%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	1	17	94	27	139
	النسب المئوية %	0,7%	12,2%	67,6%	19,4%	100,0%
جنوب	التكرارات	3	1	17	9	30
	النسب المئوية %	10,0%	3,3%	56,7%	30,0%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**18**	**96**	**290**	**65**	**469**
	النسب المئوية %	**3,8%**	**20,5%**	**61,8%**	**14%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

وأخيرا نجد فئة النساء اللاتي أنجبن ولادة حية واحدة بأقل النسب والتي قُدّرت بـ3,8%، ممثلة بمنطقة الجنوب بنسبة 10%، تليها منطقة الشمال بنسبة 4,7% وخصوصًا الشمال الشرقي بنسبة 5,8%، والشمال الغربي بـ5,5%، أمّا منطقة الهضاب العليا فقد سجّلت أضعف النسب، والتي قدّرت بـ0,7% من مجمل الأمهات اللاتي أنجبن ولادة حية واحدة.

2.1. علاقة الأقاليم الجغرافية بالولادات الحية للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها. وبما أنّ المتغير المستقل (الأقاليم الجغرافية) والمتمثل في ثلاثة أقاليم؛ الشمال، الهضاب العليا والجنوب، عبارة عن متغير كيفي اسمي ذو ثلاث بدائل، والمتغير التابع (عدد الولادات الحية)، عبارة عن متغير كمي، تمّت تفيئته حتى يسهل العمل للبحث في إمكانية وجود علاقة بين المتغير المستقل سالف الذكر وعدد الولادات الحية للمرأة الريفية، باستعمال اختبار كاي مربع، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد فروق ذات دلالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية تعزى إلى الإقليم الجغرافي.

H1 : توجد فروق ذات دلالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية تعزى إلى الإقليم الجغرافي.

جدول رقم (6–2): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية وعدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	34,086[a]	6	**0,000**	,000[b]	0,000	0,000
Rapport de vraisemblance	36,373	6	0,000	,000[b]	0,000	0,000
Test exact de Fisher	34,903			,000[b]	0,000	0,000
Association linéaire par linéaire	19,612[c]	1	0,000	,000[b]	0,000	0,000
N d'observations valides	469					

بما أنّ sig=0,000، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا نفي الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بوجود فروق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية تعزى إلى الإقليم الجغرافي.

يمثل الجدول رقم (6–3) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير عدد الولادات الحية والأقاليم الجغرافية المتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا والجنوب.

جدول رقم (6–3): قيم معاملات الانحدار

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	2,535	,080		31,864	,000
	الأقاليم الجغرافية	-,225	,051	,198	4,382	,000

a. Variable dépendante : عدد الولادات الحية

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 2,535 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار مبدئيًا:

$$y = a - bx$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية: $y = 2{,}535 - 0{,}225x$

حيث يمثل: ♦x: المتغير المستقل الأقاليم الجغرافية؛ ♦y: المتغير التابع (عدد الولادات الحية).

أي أنّ: عدد الولادات الحية = 2,535 − 0,225 الأقاليم الجغرافية

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (6-3) ما يلي:

✓ أنه كلما انتقلنا من إقليم الشمال إلى الهضاب العليا ومن الهضاب العليا إلى الجنوب كلما انخفض عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية في الجزائر.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في عدد الولادات الحية لديها.

2. تأثير الأقاليم الجغرافية في عدد الولادات الميتة (الإملاص):

سنحاول -في هذا العنصر- دراسة تأثير الأقاليم الجغرافية المذكورة سابقا والمتمثلة في الشمال، الهضاب العليا والجنوب، في عدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

1.2. توزيع عدد الولادات الميتة حسب الأقاليم الجغرافية:

يتّضح لنا -من خلال نتائج الجدول رقم (6-4) الذي يمثل توزيع عدد الولادات الميتة حسب الأقاليم الجغرافية والملحق رقم (4-2) أن أغلبية المبحوثات تعرضن لحالة إملاص واحدة بنسبة 82,6%، ما يوافق 186 حالة تليها نسبة اللاتي لديهن بين 2-3 ولادات ميتة بنسبة 15,6%، واقل نسبة هي للواتي لديهن 4 حالات املاص وأكثر حيث سجلن 1,8%.

جدول رقم (6-4): توزيع عدد الولادات الميتة حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية.

الأقاليم الجغرافية		عدد الولادات الميتة			المجموع
		1	3-2	+4	
شمال	التكرارات	109	14	3	126
	النسب المئوية %	86,5%	11,1%	2,4%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	57	16	0	73
	النسب المئوية %	78,1%	21,9%	0,0%	100,0%
جنوب	التكرارات	19	5	1	25
	النسب المئوية %	76,0%	20,0%	4,0%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**185**	**35**	**4**	**224**
	النسب المئوية %	**82,6%**	**15,6%**	**1,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

توزيع نسب الولادات الميتة حسب مختلف الأقاليم الجغرافية لا يختلف في الترتيب عن توزيع المجموع العام حيث نجد أن نسب النسوة اللاتي لديهن ولادة ميتة واحد هي الغالبة في جميع الأقاليم وتتجاوز ثلاثة ارباع، فقد بلغت هذه النسبة 86,5%، ممثلة بإقليم الشمال الشرقي، بنسبة 96,7%، في حين تتقارب النسب في الشمال الأوسط والشمال الغربي بـ83,6% و83,3% على التوالي. يأتي إقليم الهضاب العليا في المرتبة الموالية بنسبة 78,1%، ممثلا بمنطقة الهضاب العليا الوسطى بـ95% ثم الهضاب العليا الشرقية والغربية بـ71,7% و71,4% على التوالي، ثم إقليم الجنوب بنسبة 76%.

تأتي في المرتبة الثانية فئة الأمهات اللاتي تعرضن لما بين 2-3 حالات إملاص، والتي بلغت 11,1% في إقليم الشمال -متمركزة في منطقة الشمال الأوسط بنسبة 16,4%- و21,9% في إقليم الهضاب العليا -ممثلا بمنطقتي الهضاب العليا الغربية والشرقية بـ28,6% و28,3% على التوالي- في حين سجل الجنوب أضعف النسب والتي قدّرت بـ20%.

كما احتلت الأمهات الاتي تعرضن لأكبر عدد من حالات الإملاص -4 حالات وأكثر- المرتبة الثالثة، حيث سجلت هذه الفئة أضعف النسب إذ لم تتجاوز 2,4% في الشمال و4% في الجنوب، أما في إقليم الهضاب العليا فقد كانت منعدمة.

إن هذا التشابه في ترتيب النسب في جميع الأقاليم يوحي بالاستقلالية بين الولادة الميتة والأقاليم الجغرافية وعدم ارتباط هذه الحوادث بالظروف الإقليمية لكون الظاهرة تتعلق بالجانب الفيزيولوجي أكثر من المحيط الخارجي فهي تعالج ضمن اسباب الوفاة الداخلية التي يصعب التحكم فيها على عكس الحوادث المتعلقة بالأسباب الخارجية والتي يمكن ان يكون للإقليم الجغرافي والظروف المناخية دخل فيها.

2.2. علاقة الأقاليم الجغرافية بالولادات الميتة للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها. وبما أنّ المتغير المستقل (الأقاليم الجغرافية) عبارة عن متغير كيفي، والمتغير التابع (عدد الولادات الميتة) عبارة عن متغير كمي تمّت تفيئته وتحويله إلى متغير كيفي رتبي حتى يسهل االعمل للبحث في إمكانية وجود علاقة بين هذين المتغيرين بتوظيف اختبار كاي مربع، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد فروق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية ترجع إلى الإقليم الجغرافي.

H1: توجد فروق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية ترجع إلى الإقليم الجغرافي.

جدول رقم (6–5): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية وعدد الولادات الميتة.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	6,585[a]	4	**0,160**	,165[b]	0,158	0,172
Rapport de vraisemblance	7,640	4	0,106	,123[b]	0,117	0,130
Test exact de Fisher	7,012			,109[b]	0,103	0,115
Association linéaire par linéaire	2,019[c]	1	0,155	,176[b]	0,168	0,183
N d'observations valides	224					

بما أنّ sig=0,160، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية ترجع إلى الإقليم الجغرافي.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية لا تؤثر في عدد الولادات الميتة لديها.

3. تأثير الأقاليم الجغرافية في عدد حالات السقط:

سنحاول –من خلال هذا العنصر–دراسة تأثير بعض الأقاليم الجغرافية في تغير عدد حالات السقط التي تعرضت لها المرأة الريفية في الجزائر، من خلال ثلاث أقاليم سالفة الذكر؛ شمال، هاب عليا وجنوب.

1.3. توزيع عدد حالات السقط حسب الأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من الجدول رقم (6–6) الذي يمثل توزيع عدد حالات السقط حسب الأقاليم الجغرافية للأم الريفية، والملحق رقم (4–3) أن أغلبية المبحوثات تعرضن لحالة إسقاط واحدة بنسبة 66,8%، تليها نسبة النسوة اللاتي تعرضن لحالتين او ثلاث حالات والتي قدّرت بـ30,4%، ثم الفئة التي تعرضت لما بين 4–6 حالات اسقاط بنسبة 2,3%، في حين مثلت نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لـ 7 حالات وأكثر مهملة ولم تتجاوز 0,4%.

جدول رقم (6–6): توزيع عدد حالات السقط حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية.

الأقاليم الجغرافية		عدد حالات السقط				المجموع
		1	3-2	6-4	+7	
شمال	التكرارات	423	209	12	3	647
	النسب المئوية %	65,4%	32,3%	1,9%	0,5%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	204	77	6	1	288
	النسب المئوية %	70,8%	26,7%	2,1%	0,3%	100,0%
جنوب	التكرارات	48	21	5	0	74
	النسب المئوية %	64,8%	28,4%	6,8%	0,0%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**675**	**307**	**23**	**4**	**1009**
	النسب المئوية %	**66,8%**	**30,4%**	**2,3%**	**0,4%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

يتبيّن من الجدول رقم (6–6) الذي يمثل توزيع عدد حالات السقط حسب الأقاليم الجغرافية للأم الريفية، ان الامر لا يختلف عن توزيع عدد خالات الاملاص حسب الأقاليم الجغرافية لكون الظاهرتين متشابهتان ولا يخضعان لارادة المرأة في معظم الحالات وهذا ما جعل التوزيع النسبي لعدد حالات السقط متشابه بين مختلف الأقاليم، فمهما كان الإقليم الجغرافي الذي تقطنه الأم الريفية، فان أكبر نسب السقط كانت لدى المبحوثات اللاتي تعرضن لحالة اسقاط واحدة، حيث بلغت في إقليم الشمال 65,4% –ممثلة في الغالب بنمطقتي الشمال الأوسط والشرقي بـ66% و65,5% على التوالي– و70,8% في إقليم الهضاب العليا –ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الغربية والشرقية بـ77,4% و73,3% على التوالي– ثم إقليم الجنوب بنسبة 64,8%.

تأتي –في المرتبة الثانية– فئة الأمهات اللاتي تعرضن لما بين 2–3 حالات إسقاط، حيث سجل في إقليم الشمال 32,3% –ممثلة بنمطقة الشمال الأوسط بنسبة 33,4%– ونسبة 26,7% في إقليم الهضاب العليا –ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الوسطى بنسبة 32,5%، تليها الهضاب العليا الشرقية والغربية بـ25% و22,6% على التوالي– وأخيرا إقليم الجنوب بنسبة 28,4%. أما المرتبة الثالثة فكانت الأمهات اللاتي تعرضن لما بين 4–6 حالات اسقاط، والتي بلغت 1,9% في الشمال –ممثلة بمنطقة الشمال الغربي بنسبة 4,1%– و2,1% في الهضاب العليا –ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الوسطى بنسبة 3,9%– لترتفع قليلا في إقليم الجنوب وتسجل 6,8% وهي أهم نسبة لدى هذه الفئة، وفي الأخير نجد فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ7 حالات اسقاط وأكثر والتي كانت نسبتها نسبها كانت مهملة في جميع الأقاليم.

2.3. علاقة الأقاليم الجغرافية بعدد حالات السقط لدى المرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية وعدد حالات السقط التي تعرضت لها. وبما أنّ المتغير المستقل (الأقاليم الجغرافية) عبارة عن متغير كيفي، والمتغير التابع (عدد الولادات الميتة) عبارة عن متغير كمي تمّت تفيئته وتحويله إلى متغير كيفي رتبي حتى يسهل العمل للبحث في إمكانية وجود علاقة بين هذين المتغيرين، وذلك بتوظيف اختبار كاي مربع، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد فروق دالة إحصائيًا في عدد حالات السقط لدى المرأة الريفية ترجع إلى الإقليم الجغرافي.

H1: توجد فروق دالة إحصائيًا في عدد حالات السقط لدى المرأة الريفية ترجع إلى الإقليم الجغرافي.

جدول رقم (6–7): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية وعدد حالات السقط.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	10,529[a]	6	**0,104**	,099[b]	0,093	0,105
Rapport de vraisemblance	8,620	6	0,196	,210[b]	0,202	0,218
Test exact de Fisher	8,943			,138[b]	0,131	0,145
Association linéaire par linéaire	,116[c]	1	0,733	,752[b]	0,743	0,760
N d'observations valides	1009					

بما أنّ sig=0,104 0,05 وهي أكبر من والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا أنّ نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية التي تنفي وجود فروق دالة إحصائيًا في عدد حالات السقط التي تعرّضت لها المرأة الريفية ترجع إلى الإقليم الجغرافي.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية لا تؤثر في عدد حالات السقط لديها.

4. تأثير الأقاليم الجغرافية في عدد حالات الإجهاض:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير الأقاليم الجغرافية في التغيرات التي تطرأ على عدد حالات الإجهاض التي قد تتعرض لها الأم الريفية في الجزائر، من خلال ثلاث أقاليم سالفة الذكر؛ شمال، هضاب عليا وجنوب.

1.4. توزيع عدد حالات الإجهاض حسب الأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من الجدول رقم (6–8) –الذي يمثل توزيع عدد حالات الإجهاض حسب الأقاليم الجغرافية للأم الريفية–والملحق رقم (4–4) أن أغلبية المبحوثات تعرضن لحالة إجهاض واحدة بنسبة 76,5% تليها اللاتي تعرضن لحالتين او ثلاث حالات بنسبة 20,9% وتبقى نسبة 2,6% للنسوة اللاتي تعرضن لأربع حالات وأكثر.

جدول رقم (6–8): توزيع عدد حالات الإجهاض حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية.

الأقاليم الجغرافية		عدد حالات الإجهاض			المجموع
		1	3-2	+4	
شمال	التكرارات	230	50	4	284
	النسب المئوية %	81,0%	17,6%	1,4%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	78	36	4	118
	النسب المئوية %	66,1%	30,5%	3,4%	100,0%
جنوب	التكرارات	40	9	4	53
	النسب المئوية %	75,5%	17,0%	7,5%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**348**	**95**	**12**	**455**
	النسب المئوية %	**76,5%**	**20,9%**	**2,6%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

توزيع عدد حالات الإجهاض حسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية، يوضح أن أكبر نسبة لدى الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض واحدة كانت عند القاطنات في الشمال، حيث قدرت بنسبة 81% –ممثلة بمنطقتي الشمال الشرقي والأوسط بـ81,3% و81,2% على التوالي– تليها فئة الأمهات القاطنات بالجنوب بنسبة 75,5%، ثم فئة القاطنات بالهضاب العليا بنسبة 66,1% –متمركز بمنطقة الهضاب العليا الغربية بنسبة 83,3%، تليها منطقة الهضاب العليا الوسطى بـ69,2%.

بالنسبة لفئة الأمهات اللاتي تعرضن لما بين 2–3 حالات إجهاض، فقد سُجّلت أكبر النسب لديهن بالهضاب العليا بـ30,5% –ممثلة بالهضاب العليا الشرقية بنسبة 35,1% ثمّ الهضاب العليا الوسطى بنسبة 26,9%، وأضعف نسبة سُجّلت بالهضاب العليا الغربية، حيث قُدّرت بـ8,3%، تليها نسبة الشمال بـ17,6% –ممثلة في الغالب بمنطقتي الشمال الغربي والشرقي

بـ20% و18,8% على التوالي- ثم إقليم الجنوب بنسبة 17%. في حين أن أكبر نسبة للمبحوثات اللاتي تعرضن لأربع حالات إجهاض وأكثر سُجّلت لدى الأمهات الجنوبيات بـ7,5%، ثم عند القاطنات بالهضاب العليا بنسبة 3,4%، وأخيرا عند الشماليات بنسبة 1,4%، علما أن نسبة المتعرضات لحالة اجهاض واحدة كانت الاعلى في جميع الأقاليم تلتها نسبة المتعرضات لحالتين او ثلاثة واقل النسب كانت عند المتعرضات لأربع حالات وأكثر مهما كان الإقليم الجغرافي.

2.4. علاقة الأقاليم الجغرافية بعدد حالات الإجهاض للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها. وبما أنّ المتغير المستقل (الأقاليم الجغرافية) عبارة عن متغير كيفي، والمتغير التابع (عدد الولادات الميتة) عبارة عن متغير كمي تمّت تفيئته وتحويله إلى متغير كيفي رتبي حتى يسهل االعمل للبحث في إمكانية وجود علاقة بين هذين المتغيرين، وذلك بتوظيف اختبار كاي مربع، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد فروق دالة إحصائيًا في عدد حالات الإجهاض لدى المرأة الريفية ترجع إلى الإقليم الجغرافي.

H1: توجد فروق دالة إحصائيًا في عدد حالات الإجهاض لدى المرأة الريفية ترجع إلى الإقليم الجغرافي.

جدول رقم (6–9): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية وعدد حالات الإجهاض.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	16,230[a]	4	**0,003**	,004[b]	0,003	0,006
Rapport de vraisemblance	14,424	4	0,006	,007[b]	0,006	0,009
Test exact de Fisher	15,136			,004[b]	0,002	0,005
Association linéaire par linéaire	6,962[c]	1	0,008	,009[b]	0,007	0,011
N d'observations valides	455					

بما أنّ sig=0,003، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّ فإنّه يمكننا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق دالة إحصائيًا في عدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية في الجزائر تعزى إلى الإقليم الجغرافي.

يمثل الجدول رقم (6-10) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير عدد حالات الإجهاض والأقاليم الجغرافية المتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا والجنوب.

جدول رقم (6-10): قيم معاملات الانحدار.

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	1,129	,054		20,846	,000
	الأقاليم الجغرافية	,087	,033	,123	2,630	,009

a. Variable dépendante : عدد حالات الإجهاض

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 1,129 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار ميدانيًا:

$$y = a + bx$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 1{,}129 + 0{,}087x$$

حيث يمثل: ♦x: المتغير المستقل الأقاليم الجغرافية؛ ♦y: المتغير التابع (عدد حالات الإجهاض).

أي أنّ:

عدد حالات الإجهاض = 1,129 + 0,087 الأقاليم الجغرافية

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (6-10) ما يلي:

✓ أنه كلما انتقلنا من إقليم الشمال إلى الهضاب العليا ومن الهضاب العليا إلى الجنوب كلما ارتفع عدد حالات الإجهاض لدى المرأة الريفية في الجزائر.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في عدد حالات الإجهاض التي يمكن أن تتعرض لها.

✓ كخلاصة يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في خصوبتها من حيث عدد ولاداتها الحية وعدد حالات الإجهاض التي يمكن أن تتعرض لها.

II. تأثير الأقاليم الجغرافية في الولادات القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر–دراسة تأثير الأقاليم الجغرافية –المتمثلة في الإقليم الشمالي، الهضاب العليا والجنوب– في مختلف العوامل المحيطة بالولادات القيصرية التي قد تتعرض لها الأم الريفية في الجزائر.

1. تأثير الأقاليم الجغرافية في نوع الولادة:

1.1. توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6–11) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع الولادة الذي تعرضت له بدلالة الأقاليم الجغرافية–والملحق رقم (4–5) –الذي يمثل توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن المتعلقة بإجرائهن لعملية قيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية، أن أغلبية المبحوثات لم يجرين عملية قيصرية 76,8%، ما يوافق 1830 مبحوثة، مقابل 23,2% ممن خضعن لعملية قيصرية أثناء الولادة.

جدول رقم (6–11): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب نوع الولادة والأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		العملية القيصرية		المجموع
		أجرت عملية قيصرية	لم تجر عملية قيصرية	
شمال	التكرارات	386	1147	1533
	النسب المئوية %	25,2%	74,8%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	130	518	648
	النسب المئوية %	20,1%	79,9%	100,0%
جنوب	التكرارات	37	165	202
	النسب المئوية %	18,3%	81,7%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**553**	**1830**	**2383**
	النسب المئوية %	**23,2%**	**76,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

رغم كون أغلب الأمهات لم يجرين عملية قيصرية في جميع الأقاليم الجغرافية، إلا أن توزيع المبحوثات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية –حسب مختلف الأقاليم– يوضح أن العمليات القيصرية أكثر انتشارا في إقليم الشمال وتنخفض هذه العمليات كلما اتجهنا جنوبا، فمن خلال التوزيع النسبي نجد أن أكبر نسبة لدى الأمهات اللاتي أجرين عملية قيصرية كانت في إقليم الشمال، حيث قدّرت بـ25,2%، ممثلة –خصوصًا– بالشمال الشرقي بنسبة 29,1%، مقابل 74,8% ممن لم يجرين عملية قيصرية –ممثلة بالشمال الغربي بنسبة 80,9%– في هذا الإقليم، ويأتي في المرتبة الثانية إقليم الهضاب العليا، والذي قُدّرت به نسبة الخاضعات للعملية القيصرية 20,1%، ممثلة –في الغالب بمنطقة الهضاب العليا الشرقية– بنسبة 23%، مقابل 79,9%

ممن لم يخضعن لها، ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الوسطى بنسبة 85,9%، وكانت ظاهرة إجراء العمليات القيصرية أقل انتشاراً في إقليم الجنوب، إذ لم تتجاوز نسبة الخاضعات لها 18,3% مقابل 81,7% من الجنوبيات ممن لم يجرين عملية قيصرية اثناء الولادة. إن الانتشار الواسع للعمليات القيصرية عند القاطنات في الشمال مقارنة بالهضاب العليا والجنوب يمكن إرجاعه إلى تفضيل الشماليات لهذا النوع من الولادة، وهذا ما توضحه الجداول اللاحقة الخاصة بنوع العملية القيصرية ولحظة إجراء العملية، وذلك لاعتقادهن أنها أكثر أمانا خاصة مع كثرة المستشفيات ومصالح الأمومة المتطورة مقارنة بالجنوب الجزائري.

2.1. علاقة الأقاليم الجغرافية باحتمال تعرض المرأة الريفية للولادة القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية واحتمال تعرضها للولادة القيصرية، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بتعرض الأمهات الريفيات للولادة القيصرية، والذي يُستعمَل في حالة ما إذ كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات السالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال تعرض المرأة الريفية للعملية القيصرية أثناء الولادة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية.

H1: تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية.

وللتحقق من وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية واحتمال تعرضها للولادة القيصرية، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2118	36,2
	Observations manquantes	3733	63,8
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	5851

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 36,2% من حجم العينة والمقدرة بـ 2118 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرّحن بإجاباتهن المتعلقة بتعرضهن لولادة قيصرية أو عدمه.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا	0
نعم	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بتعرضهن للولادة القيصرية و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم تعرضهن للولادة القيصرية.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			الولادة القيصرية		Pourcentage correct
			نعم	لا	
Pas 0	الولادة القيصرية	نعم	0	554	,0
		لا	0	1831	100,0
	Pourcentage global				76,8

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنّف 76,8% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الولادات القيصرية، ما عدا السؤال المتعلق بتعرض الأمهات للعملية القيصرية، فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرارًا هي التي أجابت بـ"لا" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بـ"نعم"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	1,195	,048	607,685	1	,000	3,305

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للأقاليم الجغرافية المتمثلة في الإقليم الشمالي، الهضاب العليا والجنوب خارج المعادلة، ونظرا لأنها دالة إحصائيًا أي أن sig=0,001 وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables الأقاليم الجغرافية	11,179	1	,001
	Statistiques générales	11,179	1	,001

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 2573,615، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 0,5% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى الأقاليم الجغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 0,7% من التفسير للأقاليم الجغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	2573,615[a]	,005	,007

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال الأقاليم الجغرافية سالفة الذكر، نلاحظ أن النموذج لم يتغيّر وأنّه صنّف 76,9% من القيم بشكل صحيح.

Table de classification[a]

Observé			Prévisions الولادة القيصرية		Pourcentage correct
			نعم	لا	
Pas 1	الولادة القيصرية	نعم	0	554	,0
		لا	0	1831	100,0
	Pourcentage global				76,8

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الأقاليم الجغرافية	,084	,025	11,119	1	,001	1,087
	Constante	,949	,087	119,978	1	,000	2,583

a. Introduction des variables au pas 1 : الأقاليم الجغرافية.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية: $Log\left(\frac{p}{1-p}\right) = 0,949 + 0,084$

حيث: ♦ x: الأقاليم الجغرافية؛ ♦ $\mathrm{Log}(\frac{p}{1-p})$ احتمال التعرض لولادة قيصرية.

بما أن sig = 0,001 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فإنه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية، حيث كلما انتقلنا من الإقليم الشمالي إلى الهضاب العليان ومن الهضاب العليا إلى إقليم الجنوب كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,084، وبالتالي يرتفع احتمال تعرضها للولادة القيصرية بـ 1,087 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال تعرضها للولادة القيصرية.

2. تأثير الأقاليم الجغرافية في لحظة إجراء العملية القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في الجزائر–المذكورة سابقًا والمتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا والجنوب– في لحظة إجراء العملية القيصرية.

1.2. توزيع المبحوثات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية والأقاليم الجغرافية:

يبيّن الجدول رقم (6–12) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية والملحق رقم (4–6) –الذي يمثل توزيع المبحوثات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية ،أن أغلبية الامهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية قد اتخذن قرار إجرائها قبل آلام المخاض بنسبة 65,9%، مقابل 34,1% ممّن شهدن إجراء العملية بعد شعورهن بآلام المخاض.

جدول رقم (6–12): توزيع المبحوثات الريفيات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		لحظة إجراء العملية القيصرية		المجموع
		قبل آلام المخاض	بعد آلام المخاض	
شمال	التكرارات	264	118	382
	النسب المئوية %	69,1%	30,9%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	79	55	134
	النسب المئوية %	59,0%	41,0%	100,0%
جنوب	التكرارات	22	16	38
	النسب المئوية %	57,9%	42,1%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**365**	**189**	**554**
	النسب المئوية %	**65,9%**	**34,1%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

نلاحظ –عند توزيع الأمهات الخاضعات للعملية القيصرية حسب مختلف الأقاليم– أن معظمهن قررن اجراء العملية قبل شعورهن بآلام المخاض في جميع الأقاليم الجغرافية، غير أن نسب المبحوثات اللاتي اتخذن القرار قبل الام المخاض تنخفض كلما اتجهنا جنوبا، وفي المقابل ترتفع نسب اللاتي قررن إجراء العملية بعد آلام المخاض، ففي إقليم الشمال قُدّرت نسبة القرار قبل الألم بـ69,1% –ممثلة بمنطقتي الشمال الشرقي والغربي بنسبة 71,2% و70,1% على التوالي– مقابل 30,9% للقرار بعد آلام المخاض –ممثلة خصوصًا بالشمال الأوسط بنسبة 32,2%– لتنخفض نسبة متخذات القرار قبل الألم إلى 59% في إقليم الهضاب العليا –ممثلة بالهضاب العليا الشرقية والغربية بنسبة 59,1%– في مقابل ارتفاع نسبة متخذات القرار بعد آلام المخاض إلى 41% –ممثلة في الغالب بنمطقة الهضاب العليا الوسطى بنسبة 41,7%– في حين سجّلَت بإقليم الجنوب أدنى نسبة لمتخذات قرار العملية قبل آلام المخاض، والتي قُدّرت بـ75,9% مقابل أعلى نسبة لمتخذات القرار بعد الام المخاضن والتي قُدّرت بـ42,1%.

2.2. علاقة الأقاليم الجغرافية بلحظة إجراء العملية القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية. لذا سنحاول توظيف اختبار khi^2 بين هذين المتغيرين –سالفي الذكر–واللذين يمثلان متغيرين اسميين، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذين المتغيرين، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية لديها.

H1: توجد علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية لديها.

جدول رقم (6–13): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية ولحظة إجراء العملية القيصرية.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	5,710[a]	2	**0,058**	,059[b]	0,054	0,063
Rapport de vraisemblance	5,625	2	0,060	,060[b]	0,056	0,065
Test exact de Fisher	5,746			,056[b]	0,051	0,060
Association linéaire par linéaire	5,075[c]	1	0,024	,027[b]	0,024	0,030
N d'observations valides	554					

يتبيّن من الجدول السابق الذي يوضح اختبار كاف مربع، أنّ قيمة الدلالة المعنوية sig=0,058، أي مستوى دلالة أقل من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، من هنا يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية التي تنفي وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية ولحظة إجراء العملية القيصرية، إن كان قبل أو بعد آلام المخاض.

ممّا سبق يمكننا رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري القائل بعدم وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية ولحظة إجراء العملية القيصرية.

3. تأثير الأقاليم الجغرافية في نوع العملية القيصرية:

سنحاول من خلال هذا العنصر–دراسة تأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في الجزائر–سالفة الذكر في احتمال التعرض لعملية قيصرية غير مبرمجة.

1.3. توزيع المبحوثات حسب نوع العملية القيصرية والأقاليم الجغرافية:

يبيّن الجدول رقم (6–14) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية والملحق رقم (4–7) –الذي يمثل توزيع المبحوثات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية، أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية كانت العملية مبرمجة بنسبة 58,3%، أمّا اللاتي كانت عمليات القيصرية غير مبرمجة فقد بلغت نسبتهن 41,7%، وهذا ما يدل على تفضيل الأمهات الريفيات للولادة القيصرية عن الولادة الطبيعية، ما يفسر ارتفاع نسبة المبحوثات اللاتي أجرين عملية قيصرية في الجدول (6–11) السابق.

جدول رقم (6–14): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		نوع العملية القيصرية		المجموع
		مبرمجة	غير مبرمجة	
شمال	التكرارات	240	141	381
	النسب المئوية %	63,0%	37,0%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	62	68	130
	النسب المئوية %	47,7%	52,3%	100,0%
جنوب	التكرارات	18	20	38
	النسب المئوية %	47,4%	52,6%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**320**	**229**	**549**
	النسب المئوية %	**58,3%**	**41,7%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

العمليات القيصرية المبرمجة كانت أكثر انتشارا في إقليم الشمال الجزائري، حيث قاربت النسبة الثلثين بـ63% –متمركزة بالشمال الأوسط خصوصًا بنسبة 63,5%، تليها منطقة الشمال الشرقي بنسبة 62,7% ثمّ الشمال الغربي بـ61,8%– مقابل 37% في نسبة العمليات القيصرية غير المبرمجة، ممثلة في الغالب بالشمال الغربي بنسبة 38,2%. على خلاف ذلك فإن القاطنات في إقليم الهضاب العليا وإقليم الجنوب فإن ولاداتهن القيصرية لم تكن مبرمجة، بل أن العمليات القيصرية غير المبرمجة أو التي اضطررن إلى إجرائها، كانت هي الغالبة، فقد بلغت نسبتها في إقليم الهضاب العليا 52,3% –ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الوسطى خصوصًا بنسبة 62,5%، وسجلت أدنى نسبة بمنطقة الهضاب العليا الغربية بنسبة 42,9%– مقابل 47,7% من العمليات القيصرية المبرمجة –ممثلة بالهضاب العليا الغربية بـ57,1% مقابل أدنى نسبة سُجّلت بمنطقة الهضاب العليا الوسطى والتي قدّرت بـ37,5%. كما لوحظ الأمر نفسه في إقليم الجنوب، أين قُدّرت نسبة الأمهات اللاتي خضعن لعملية قيصرية غير مبرمجة بـ52,6% مقابل 47,4 ممن أجرين عملية مبرمجة.

2.3. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية بنوع العملية القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ونوع العملية القيصرية التي تعرضت له خلال إنجابها لآخر مولود لها –إن كانت مبرمجة أو غير مبرمجة– لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بنوع العملية القيصرية، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي ي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بنوع العملية القيصرية الذي تعرضت لها المرأة الريفية عند ولادة آخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

H1: تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

وللتحقق من وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ونوع العملية القيصرية الذي تعرضت له، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	426	7,3
	Observations manquantes	5425	92,7
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 92,7% من حجم العينة والمقدرة بـ 426 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بنوع العملية القيصرية الذي تعرضت له أثناء ولادة آخر مولود لها (مبرمجا أو غير مبرمج).

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
مبرمجة	0
غير مبرمجة	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بنوع العملية القيصرية غير المبرمج و0 للأمهات اللاتي صرحن بنوع العملية القيصرية المبرمج.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			نوع العملية القيصرية		Pourcentage correct
			غير مبرمجة	مبرمجة	
Pas 0	نوع العملية القيصرية	غير مبرمجة	0	228	,0
		مبرمجة	0	320	100,0
Pourcentage global					58,4

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 58,4% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع العملية القيصرية، ما عدا السؤال المتعلق بنوع لية الذي تعرضت له الأم الريفية، فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بالعملية "المبرمجة" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بالعملية "غير المبرمجة"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	,338	,087	15,227	1	,000	1,402

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للأقاليم الجغرافية المتمثلة في الإقليم الشمالي، الهضاب العليا والجنوب الجزائري، ونظرا لأنها دالة إحصائيا أي أن sig=0,003، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables الأقاليم الجغرافية	8,624	1	,003
	Statistiques générales	8,624	1	,003

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الثالثة بقيمة 736,274، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 1,6% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى الأقاليم الجغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 2,1% من التفسير للأقاليم الجغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	736,274a	,016	,021

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 3, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال الأقاليم الجغرافية الثلاثة والمتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا والجنوب، نلاحظ أن النموذج عرف تغيراً طفيفًا إلى النسبة 58,2%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			نوع العملية القيصرية		
	Observé		غير مبرمجة	مبرمجة	Pourcentage correct
Pas 1	نوع العملية القيصرية	غير مبرمجة	29	199	12,7
		مبرمجة	30	290	90,6
	Pourcentage global				58,2

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الأقاليم الجغرافية	-,130	,045	8,517	1	,004	,878
	Constante	,705	,154	20,950	1	,000	2,024

a. Introduction des variables au pas 1 : الأقاليم الجغرافية.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = 0{,}705 - 0{,}130x$$

حيث: ♦ x: الأقاليم الجغرافية؛

♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ احتمال التعرض لعملية قيصرية غير مبرمجة.

بما أن sig = 0,004 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تثبت تأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في نوع العملية القيصرية الذي تعرضت له، حيث كلما انتقلنا من إقليم الشمال إلى الهضاب العليا، ومن الهضاب العليا إلى إقليم الجنوب كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,130، وبالتالي ينخفض احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة بـ 0,878 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في الولادات القيصرية لديها.**

III. تأثير الأقاليم الجغرافية في الرضاعة الطبيعية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير الأقاليم الجغرافية –المتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا وإقليم الجنوب– في احتمال إرضاع المولود الأخير، المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى ونوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية في الجزائر على آخر مواليدها.

1. تأثير الأقاليم الجغرافية في إرضاع المولود الأخير:

1.1. توزيع المبحوثات حسب احتمال ارضاع المولود الأخير والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6–15) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب احتمال ارضاع المولود الأخير بدلالة الأقاليم الجغرافية والملحق رقم (4–8) –الذي يمثل توزيع المبحوثات حسب ارضاع آخر مولود بدلالة الأقاليم الجغرافية، عموما فإن نسبة إرضاع المولود الأخير كانت مرتفعة بالمقارنة مع عدم الإرضاع في جميع الأقاليم بنسبة 87,4% مقابل 12,6% على التوالي.

جدول رقم (6–15): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول ارضاع آخر مولود بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		ارضاع المولود		المجموع
		أرضعت	لم ترضع	
شمال	التكرارات	1312	227	1539
	النسب المئوية %	85,3%	14,7%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	615	56	671
	النسب المئوية %	91,7%	8,3%	100,0%
جنوب	التكرارات	194	23	217
	النسب المئوية %	89,4%	10,6%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**2121**	**306**	**2427**
	النسب المئوية %	**87,4%**	**12,6%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

كما سُجّلَت أعلى نسبة ارضاع للمولود الأخير لدى فئة المبحوثات اللاتي يقطن في إقليم الهضاب العليا، حيث مثلت نسبة الارضاع لديهن 91,7%، ممثلة بمنطقتي الهضاب العليا الوسطى والشرقية بنسبة 93% و91,6% على التوالي، فيما قُدّرَت نسبة غير المرضعات بـ8,3%، ممثلة بأعلى نسبة لدى منطقة الهضاب العليا الغربية بنسبة 10,3%، يليها إقليم الجنوب حيث قدرت نسبة الارضاع به بـ89,4% مقابل 10,6% ممن لم يرضعن آخر مواليدهن، في حين سجّلَت أقل نسبة إرضاع لدى القاطنات بإقليم الشمال، إذ بلغت حوالي 85,3%، ممثلة –غالبًا– بمنطقتي الشمال الشرقي والشمال الأوسط بـ87%

و85,9% على التوالي، وسُجّلت اعف نسبة بمنطقة الشمال الغربي بـ82,3%، مقابل 14,7% لفئة الأمهات غير المرضعات بهذا الإقليم،ممثلة –في الغالب– بمنطقة الشمال الغربي بنسبة 17,7%، تليها منطقة الشمال الأوسط بـ14,1% والشمال الشرقي أين سُجّلت أضعف نسبة، ويمكن تفسير انخفاض نسب الرضاعة في هذا الإقليم بارتفاع نسبة العاملات به مقارنة مع بقية الأقاليم الجغرافية، ممّا يصعب عليهنممارسة الرضاعة لعدم توفر الوقت اللازم لذلك، بالإضافة إلى العادات والتقاليد الموجودة في إقليم الهضاب العليا وإقليم الجنوب والتي تشجع على الرضاعة مقارنة مع الشمال.

2.5. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية بإرضاع المولود الأخير:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية واحتمال إرضاعها لمولودها الأخير، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بإرضاع المولود، والذي يُستعمَل في حالة ما إذ كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال إرضاع المرأة الريفية لآخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال إرضاعها للمولود.

H1: تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال إرضاعها للمولود.

وللتحقق من وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية واحتمال إرضاعها لآخر مولود لها، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية، بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2182	37,3
	Observations manquantes	3669	62,7
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	5851

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 37,3% من حجم العينة والمقدرة بـ 2182 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بإرضاع آخر مواليدهن.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا	0
نعم	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بإرضاع آخر مواليدهن و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم الإرضاع.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions: إرضاع المولود		Pourcentage correct
			نعم	لا	
Pas 0	إرضاع المولود	نعم	2121	0	100,0
		لا	306	0	,0
Pourcentage global					87,4

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 87,4% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الرضاعة، ما عدا السؤال المتعلق بإرضاع المولود الأخير من طرف الأم الريفية ، النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بـ"نعم" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بـ "لا"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-1,937	,061	1002,370	1	,000	,144

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للأقاليم الجغرافية المتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا والجنوب، خارج المعادلة، ونظرا لأنها دالة إحصائيا أي أن sig=0,000، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الأقاليم الجغرافية	12,203	1	,000
	Statistiques générales		12,203	1	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الانحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الخامسة بقيمة 1824,839، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 0,5% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى الأقاليم الجغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 01% من التفسير للأقاليم الجغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1824,839a	,005	,010

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 5, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال الأقاليم الجغرافية -سالفة الذكر- نلاحظ أن النموذج لم يتغير واحتفظ بنفس القيم بنسبة 87,4%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
	Observé		إرضاع المولود		Pourcentage correct
			نعم	لا	
Pas 1	إرضاع المولود	نعم	2121	0	100,0
		لا	306	0	,0
	Pourcentage global				87,4

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الأقاليم الجغرافية	,365	,105	12,017	1	,001	,694
	Constante	-1,426	,155	85,025	1	,000	,240

a. Introduction des variables au pas 1 : الأقاليم الجغرافية.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية: $Log\left(\frac{p}{1-p}\right) = 1{,}426 + 0{,}365$

حيث: ♦ x: الأقاليم الجغرافية؛ ♦ $Log(\frac{p}{1-p})$ إرضاع المولود الأخير.

بما أن sig = 0,001 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في إرضاع المولود الأخير، حيث كلما انتقلنا من إقليم الشمال إلى الهضاب العليا ومن الهضاب العليا إلى الجنوب كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,365، وبالتالي يرتفع احتمال ارضاعها لآخر مولود لها بـ 0,694 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال ارضاعها لآخر مولود لها.

2. تأثير الأقاليم الجغرافية في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى:

1.2. توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6-16) والملحق رقم (4-9) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة الأقاليم الجغرافية- أن المدة الفاصلة بين لحظة ولادة المولود الأخير وأوّل رضعة تلقاها -عموما- لم تتجاوز الساعة الواحدة، حيث قُدّرَت بـ38,8%، تليها نسبة الأمهات اللاتي أرضعن أولادهن خلال فترة امتدت مابين ساعة إلى 11 ساعة بعد الولادة، والتي قدّرت بـ35%، ثم فئة الأمهات اللاتي أرضعن أولادهن بعد مرور 24 ساعة وأكثر بنسبة 16,5%، وفي الأخير الفئة التي أرضعت أولادها خلال فترة امتدت مابين 12 إلى 24 ساعة من الولادة بنسبة 9,6% .

جدول رقم (6-16): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى				المجموع
		< 1 ساعة	1-11 ساعة	12-24 ساعة	24 ساعة +	
شمال	التكرارات	498	426	141	250	1315
	النسب المئوية %	37,9%	32,4%	10,7%	19,0%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	258	229	43	87	617
	النسب المئوية %	41,8%	37,1%	7,0%	14,1%	100,0%
جنوب	التكرارات	69	89	21	14	193
	النسب المئوية %	35,8%	46,1%	10,9%	7,3%	100,0%
المجموع	التكرارات	**825**	**744**	**205**	**351**	**2125**
	النسب المئوية %	**38,8%**	**35,0%**	**9,6%**	**16,5%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

نلاحظ –من خلال توزيع المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى حسب مختلف الأقاليم– نفس الترتيب السابق في كل الأقاليم الجغرافية ما عدا منطقة الجنوب، حيث أنّ نسبة الرضاعة لأقل من ساعة كانت هي الغالبة أين سجلنا 41,8% بالهضاب العليا، ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الوسطى بنسبة 46,8% ومنطقة الهضاب العليا الشرقية بـ40,1%، تليها 37,9% في إقليم الشمال، ممثلا –غالبا– بمنطقتي الشمال الأوسط والشمال الغربي بنسبة 39% و37,2% على التوالي، ثم منطقة الجنوب بنسبة 35,8%.

تليها فئة المرضعات خلال الفترة الممتدة ما بين 1–11 ساعة التي ترتفع بالجنوب الجزائري بنسبة 46,1%، ثم منطقة الهضاب العليا بنسبة 37,1%، ممثلة –في الغالب– بنمطقة الهضاب العليا الغربية بنسبة 41,9%، ويأتي إقليي الشمال في المرتبة اللاحقة بنسبة 32,4%، ممثلا بمنطقتي الشمال الغربي والالأوسط بنسبة 38,2% و33% على التوالي، ثم نسب الرضاعة بعد مرور 24 ساعة وأكثر من الولادة، والتي بلغت 19% في الشمال، متمركزة بالشمال الشرقي بنسبة 30,8%، و14,1% في الهضاب العليا، ممثلة –غالبًا– بمنطقة الهضاب العليا الشرقية بنسبة 16,8%، تليها منطقة الهضاب العليا الغربية بـ12,4%، في حين سُجّلت أدنى نسبة بإقليم الجنوب، والتي قدّرت بـ7,3%.

وأخيرا أقل النسب والتي سُجّلت لدى فئة المرضعات خلال الفترة الممتدة ما بين 12–24 ساعة أين تم تسجيل ما نسبته 10,9% بالجنوب الجزائري كأقصى قيمة و10,7% بإقليم الشمال، ممثلا بمنطقة الشمال الأوسط بنسبة 12,7%، و7% في إقليم الهضاب العليا، بنسب متقاربة تراوحت بين 7,5% بالهضاب العليا الوسطى و6,7% بالهضاب العليا الغربية كأدنى نسبة.

نلاحظ –من خلال المقارنة بين الأقاليم المختلفة– أنّ الترتيب في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بإقليم الجنوب كان مختلفا عن بقية الأقاليم، حيث سجلت أعلى النسب للرضاعة خلال الفترة الممتدة ما بين 1–11ساعة بـ46,1%، تلتها نسبة الرضاعة بعد أقل من ساعة 35,8%، ثم نسبة الرضاعة ما بين 12–24 ساعة بنسبة 10,9%، وأقل النسب سُجّلَت لدى المرضعات بعد مرور 24 ساعة وأكثر، وبذلك يتضح لنا أن الرضاعة قبل انتهاء الساعة الأولى بعد الولادة كانت الأضعف في الجنوب، وقد يرجع ذلك إلى عادات السكان الذين يفضلون تقديم أشياء أخرى قبل الحليب كعصارة التمر –مثلا– وهو ما يؤخر الرضاعة إلى ما فوق الساعة.

2.2. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية بالمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى. وبما أنّ المتغير المستقل (الأقاليم الجغرافية) عبارة عن متغير كيفي اسمي، والمتغير التابع (المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى) بدوره عبارة عن متغير كيفي رتيب (بعدما تمّت تفيئته وتحويله من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين هذين المتغيرين سالفي الذكر للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بينهما، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

H1: توجد علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

جدول رقم (6–17): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	35,972[a]	6	**0,000**	,000[b]	0,000	0,000
Rapport de vraisemblance	38,382	6	0,000	,000[b]	0,000	0,000
Test exact de Fisher	37,697			,000[b]	0,000	0,000
Association linéaire par linéaire	13,675[c]	1	0,000	,000[b]	0,000	0,000
N d'observations valides	2125					

بما أنّ sig=0,000، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّ فإنّه يمكننا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة القائلة بوجود فروق دالة إحصائيًا في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى تعزى إلى الإقليم الجغرافي للمرأة الريفية.

يمثل الجدول رقم (6–18) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى والأقاليم الجغرافية المتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا والجنوب.

جدول رقم (6–18): قيم معاملات الانحدار.

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	2,230	,057		39,263	,000
	الأقاليم الجغرافية	-,130	,035	-,080	-3,682	,000

a. Variable dépendante : المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 2,230 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار مبدئيًا:

$$y = a + bx$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 2{,}230 - 0{,}130x$$

حيث يمثل: ♦x: المتغير المستقل الأقاليم الجغرافية؛

♦y: المتغير التابع (المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى).

أي أنّ:

المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى $= 2{,}230 - 0{,}130$الأقاليم الجغرافية

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (6–18) ما يلي:

✓ أنه كلما انتقلنا من إقليم الشمال إلى الهضاب العليا ومن الهضاب العليا إلى الجنوب كلما انخفضت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لدى المرأة الريفية في الجزائر.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لآخر مولود لها.

3. تأثير الأقاليم الجغرافية في نوع الرضاعة:

1.1. توزيع المبحوثات حسب نوع الرضاعة والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6–19) والملحق رقم (4–10) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع الرضاعة التي تلقاها المولود الأخير بدلالة الأقاليم الجغرافية– أن أغلبية المبحوثات قمن بإرضاع آخر مواليدهن رضاعة غير حصرية بنسبة 52,2% بينما بلغت نسبة الرضاعة الحصرية حوالي 47,8%.

جدول رقم (6–19): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		نوع الرضاعة		المجموع
		غير حصرية	حصرية	
شمال	التكرارات	623	699	1322
	النسب المئوية %	47,1%	52,9%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	365	256	621
	النسب المئوية %	58,8%	41,2%	100,0%
جنوب	التكرارات	129	68	197
	النسب المئوية %	65,5%	34,5%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**1117**	**1023**	**2140**
	النسب المئوية %	**52,2%**	**47,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

بالنظر إلى توزيع نوع الرضاعة عبر مختلف الأقاليم، نجد أن الرضاعة الحصرية تنتشر أكثر في إقليم الشمال، أين بلغت نسبتها 52,9%، ممثلة بمنطقتي الشمال الأوسط والغربي بنسبة 57,6% و55,9% على التوالي، مقابل 47,1% للرضاعة غير الحصرية، متمركزة في منطقة الشمال الشرقي بنسبة 60,8%. وتنخفض نسبة الرضاعة الحصرية كلما اتجهنا جنوبا، ففي إقليم الهضاب العليا بلغت نسبتها 41,2%، ممثلة –في الأغلب– بمنطقة الهضاب العليا الغربية بنسبة 49,5%، تليها منطقتي الهضاب العليا الوسطى والشرقية بنسبة 40,2% و39% على التوالي، في حين قُدّرتا نسبة الرضاعة غير الحصرية بـ58,8% بهذا الإقليم، ممثلة بمنطقتي الهضاب العليا الشرقية والوسطى بـ61% و59,8% على التوالي.

سجل إقليم الجنوب أقل نسبة للنساء المرضعات حصريا، حيث لم تتجاوز 34,5% لترتفع في المقابل نسبة النسوة المرضعات رضاعة غير حصرية، ليسجل الإقليم أعلى نسبة قدّرت بـ65,5%، ويرجع ذلك إلى قلة الوعي بضرورة الرضاعة الحصرية أو عدم المعرفة بشروطها فقد يُقدِمون على إعطاء الماء وبعض السوائل إلى مواليدهن ظنًّا منهن أن ذلك لا يؤثر على نوع الرضاعة، ممّا يؤدّي إلى ضعف نسبة الرضاعة الحصرية بهذا الإقليم.

2.3. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية بنوع الرضاعة:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ونوع الرضاعة الذي تمارسه على آخر مولود لها –ما إذا كانت حصرية تكتفي –خالية من إي إضافات إلى لبن الأم الصافي– أو غير حصرية –تحتوي على موادّ أخرى غير لبن الأم– لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بنوع الرضاعة، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ فيه النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة

المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بنوع الرضاعة الذي تمارسه المرأة الريفية على آخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

H1: تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

وللتحقق من وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ونوع الرضاعة، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	1959	33,5
	Observations manquantes	3892	66,5
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 33,5% من حجم العينة والمقدرة بـ 1959 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بنوع الرضاعة الذي تمارسنه (حصريا أو غير حصري).

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
غير حصرية	0
حصرية	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بنوع الرضاعة الحصري و0 للأمهات اللاتي صرحن بنوع الرضاعة غير الحصري.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions: نوع الرضاعة حصرية	Prévisions: نوع الرضاعة غير حصرية	Pourcentage correct
Pas 0	نوع الرضاعة	حصرية	0	1022	,0
		غير حصرية	0	1118	100,0
Pourcentage global					52,2

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 52,2% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الرضاعة، ما عدا السؤال المتعلق بنوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية، فإن النموذج يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بالرضاعة "غير الحصرية" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بالرضاعة "الحصرية"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-,089	,043	4,260	1	,039	,915

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للأقاليم الجغرافية–سالفة الذكر– خارج المعادلة، ونظرا لأنها دالة إحصائيًا أي أن sig=0,000، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الأقاليم الجغرافية	37,855	1	,000
	Statistiques générales		37,855	1	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2– بحيث توقف النموذج عند الدورة الثالثة بقيمة 2923,997، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 1,8% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى الأقاليم الجغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة

R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 2,4% من التفسير للأقاليم الجغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	2923,997[a]	,018	,024

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 3, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال الأقاليم الجغرافية الثلاث، نلاحظ أن النموذج عرف تغيراً طفيفًا، حيث أضاف 699 مبحوثة لجهة الرضاعة "الحصرية" بدل الرضاعة "غير الحصرية"، لتتغيّر النسبة إلى 55,7%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			نوع الرضاعة		
	Observé		حصرية	غير حصرية	Pourcentage correct
Pas 1	نوع الرضاعة	حصرية	699	324	68,4
		غير حصرية	623	494	44,2
	Pourcentage global				55,7

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الأقاليم الجغرافية	,414	,068	37,189	1	,000	,661
	Constante	,518	,108	23,008	1	,000	1,679

a. Introduction des variables au pas 1 : الأقاليم الجغرافية.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right) = 0{,}518 + 0{,}414x$$

حيث: ♦ x: الأقاليم الجغرافية؛ ♦ $\text{Log}\left(\frac{p}{1-p}\right)$ نوع الرضاعة.

بما أن sig = 0,000 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بتأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في نوع الرضاعة الذي تمارسه، حيث كلما انتقلنا

من إقليم الشمال إلى الهضاب العليا، ومن الهضاب العليا إلى إقليم الجنوب كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,414، وبالتالي يرتفع احتمال ارضاعها رضاعة حصرية بـ 0,661 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في الرضاعة الطبيعية لديها.**

IV. تأثير الأقاليم الجغرافية في تنظيم الأسرة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية –المتمثلة في الأقاليم الثلاثة؛ الشمال، الهضاب العليا والجنوب– في استعمال وسائل منع الحمل، نوع الوسيلة التي تستعملها في تنظيم أسرتها، بالإضافة إلى سنها عند أول استعمال لهذه الوسائل.

1. تأثير الأقاليم الجغرافية في استعمال وسائل منع الحمل:

1.1. توزيع المبحوثات حسب استعمال وسائل منع الحمل والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6–20) والملحق رقم (4–11) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب استعمالها لوسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية– أن أغلبية المبحوثات يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة 68,2%، مقابل 31,8% لدى الأمهات غير المستعملات لموانع الحمل، كما يتبين –من خلال الجدول– أن نسبة الاستعمال لهذه الوسائل هي الغالبة مقارنة بنسبة عدم الاستعمال في جميع الأقاليم الجغرافية.

جدول رقم (6–20): توزيع المبحوثات الريفيات حسب استعمال وسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		استعمال وسائل منع الحمل		المجموع
		تستعمل	لا تستعمل	
شمال	التكرارات	2588	1138	3726
	النسب المئوية %	69,5%	30,5%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	1126	517	1643
	النسب المئوية %	68,5%	31,5%	100,0%
جنوب	التكرارات	221	176	397
	النسب المئوية %	55,7%	44,3%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**3935**	**1831**	**5766**
	النسب المئوية %	**68,2%**	**31,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

يلاحظ تباين بين الأقاليم في استعمال وسائل منع الحمل من حيث شدة الاستعمال، حيث تنخفض كلما اتجهنا جنوبا، فبعد أن قُدّرَت نسبة الأمهات المستعملات لوسائل منع الحمل بـ69,5% في إقليم الشمال، ممثلة بمنطقتي الشمال الأوسط والشرقي بنسبة 68,3% و66,2% على التوالي، مقابل 30,5% لدى المبحوثات غير المستعملات، والتي قدّرت بنسبة 33,8% بالشمال الشرقي كأقصى قيمة والشمال الغربي بنسبة 25,7% كأدنى قيمة بهذا الإقليم، انخفضت نسبة الاستعمال إلى 68,5% في إقليم الهضاب العليا -متمركزة في منطقة الهضاب العليا الشرقية بنسبة 71,2%- مقابل 31,5% لعدم استعمال موانع الحمل-ممثلة بمنطقتي الهضاب العليا الغربية والشرقية بنسبة 35,9% و34,9% على التوالي- لتنخفض أكثر وتسجل أدنى قيمة في إقليم الجنوب، حيث لم تتجاوز نسبة استعمال وسائل منع الحمل 55,7% مقابل 44,3 لدى فية المبحوثات غير المستعملات.

2.1. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية باستعمال وسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية واستعمالها لوسائل منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص باستعمال وسائل منع الحمل، والذي يُستعمَل في حالة ما إذ كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويعتبر المتغير التابع المتوقع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول -اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6- اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باستعمال المرأة الريفية لوسائل منع الحمل لتنظيم أسرتها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في استعمال وسائل منع الحمل.

H1: تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في استعمال وسائل منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية واستعمالها لوسائل منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	5072	86,7
	Observations manquantes	779	13,3
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	,0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 86,7% من حجم العينة والمقدرة بـ 5072 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة باستعمال وسائل منع الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا تستعمل	0
تستعمل	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن باستعمال وسائل منع الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم استعمالها.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions: استعمال وسائل منع الحمل		Pourcentage correct
			تستعمل	لا تستعمل	
Pas 0	استعمال وسائل منع الحمل	تستعمل	3934	0	100,0
		لا تستعمل	1831	0	,0
Pourcentage global					68,2

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 68,2% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع وسائل منع الحمل، ما عدا السؤال المتعلق باستعمال وسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "تستعمل" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لا تستعمل"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-,765	,028	730,852	1	,000	,465

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة الجغرافية المتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا والجنوب خارج المعادلة، ونظرا لأنها دالة إحصائيا أي sig=0,000، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الأقاليم الجغرافية	19,100	1	,000
	Statistiques générales		19,100	1	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الثالثة بقيمة 7189,045، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 0,3% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى الأقاليم الجغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 0,5% من التفسير للأقاليم الجغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	7189,045[a]	,003	,005

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 3, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال الأقاليم الجغرافية الثلاثن والمتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا وإقليم الجنوب، نلاحظ أن النموذج لم يتغيّر واحتفظ بالنسبة 68,2%.

Table de classification[a]

Observé			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل		Pourcentage correct
			تستعمل	لا تستعمل	
Pas 1	استعمال وسائل منع الحمل	تستعمل	3934	0	100,0
		لا تستعمل	1831	0	,0
Pourcentage global					68,2

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الأقاليم الجغرافية	-,196	,045	19,022	1	,000	1,216
	Constante	1,046	,071	217,600	1	,000	,351

a. Introduction des variables au pas 1 : الأقاليم الجغرافية.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = 1{,}046 - 0{,}196x$$

حيث: ♦ x: الأقاليم الجغرافية؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ استعمال وسائل منع الحمل.

بما أن sig = 0,000، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة القائلة بتأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في استعمالها لوسائل منع الحمل، حيث كلما انتقلنا من إقليم الشمال إلى الهضاب العليا، ومن الهضاب العليا إلى الإقليم الجنوبي كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,196، وبالتالي ينخفض احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل بـ 1,216 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل.

2. تأثير الأقاليم الجغرافية في وسيلة منع الحمل المستعملة:

بما أنّ معظم المبحوثات صرّحن باستعمال حبوب منع الحمل، فإنّنا قمنا باختيار هذه الأخيرة كوسيلة منع حمل مثلى ليتم اختبار احتمال استعمالها بدلالة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية.

1.2. توزيع المبحوثات حسب احتمال استعمال حبوب منع الحمل والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6-21) والملحق رقم (4-12) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب استعمال حبوب منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية- أن أغلبية المبحوثات صرحن باستعمال الحبوب كوسيلة منع الحمل واعتبارها الوسيلة المثلى، فقد تجاوزت نسبة استعمال الحبوب 99% في جميع الأقاليم، بل بلغت نسبة التمام في إقليم الجنوب، والواضح عدم وجود تباين بين الأقاليم في استعمال الحبوب كوسيلة منع الحمل، وأن معظم الأمهات يعتبرها الوسيلة المثلى لهذا الغرض مهما كان الإقليم الذي تقطنه.

جدول رقم (6–21): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب استعمال حبوب منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		استعمال حبوب منع الحمل		المجموع
		تستعمل	لا تستعمل	
شمال	التكرارات	1970	3	1973
	النسب المئوية %	99,8%	0,2%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	946	1	947
	النسب المئوية %	99,9%	0,1%	100,0%
جنوب	التكرارات	149	0	149
	النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**3065**	**4**	**3069**
	النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.2. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية باستعمال حبوب منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لحبوب منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص باستعمال حبوب منع الحمل، والذي يُستعمَل في حالة ما إذ كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال استعمال حبوب منع الحمل بهدف تنظيم الأسرة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل.

H1: تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لحبوب منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا تستعمل	0
تستعمل	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 0 للمبحوثات اللاتي صرحن بعدم استعمالهن لحبوب منع الحمل و1 للأمهات اللاتي صرّحن باستعمال حبوب منع الحمل.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي الذي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الأقاليم الجغرافية	-,540	1,118	,234	1	,629	,583
	Constante	-6,049	1,498	16,304	1	,000	,002

a. Introduction des variables au pas 1 : الأقاليم الجغرافية.

بما أن قيمة الدلالة sig=0,629، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنه يمكننا رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري القائل بعدم تأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل لتنظيم أسرتها.

3. تأثير الأقاليم الجغرافية في السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل:

1.3. توزيع المبحوثات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6-22) والملحق رقم (4-13) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية- أن أغلبية المبحوثات استعملن وسيلة منع الحمل لأول مرة في العمر ما بين 20-29 سنة باعتبار هذه الفئة هي فئة الزواج الأنسب للمرأة، فقد بلغت نسبة الاستعمال لأول مرة لدى هذه الفئة حوالي 73,1%، تليها الفئة العمرية 30-39 سنة، حيث بلغت 18,4%، وتنخفض لدى الفئة العمرية الأقل من 20 سنة لتسجل نسبة 7%، وهذا راجع إلى قلة المتزوجات في هذا العمر المبكر، في حين سُجّلَت أقل قيمة لدى الفئة العمرية 40 سنة وأكثر، وهو أمر طبيعي كون هذا العمر يعبر عن مرحلة اليأس لدى البعض من الأمهات، وبالتالي لا ضرورة لاستعمال وسائل منع الحمل أو قد يرجع الأمر لكون بعض المبحوثات قد تزوجن في سن متأخرة ولا ترغب في استعمال وسيلة منع الحمل رغبة في الانجاب.

جدول رقم (6–22): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل				المجموع
		20>	29-20	39-30	+40	
شمال	التكرارات	208	2483	662	54	3407
	النسب المئوية %	6,1%	72,9%	19,4%	1,6%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	138	1131	251	21	1541
	النسب المئوية %	9,0%	73,4%	16,3%	1,4%	100,0%
جنوب	التكرارات	23	238	55	5	321
	النسب المئوية %	7,2%	74,1%	17,1%	1,6%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**369**	**3852**	**968**	**80**	**5269**
	النسب المئوية %	**7,0%**	**73,1%**	**18,4%**	**1,5%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

التباين في توزيع المبحوثات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بين مختلف الأقاليم الجغرافية لم يكن واضحًا بشكل كبير، فجل المبحوثات استعملن موانع الحمل لأول مرة في الفئة العمرية 20–29 سنة في جميع الأقاليم، حيث تراوحت النسب بين 72,9% كأقل قيمة في الشمال –ممثلة بمنطقة الشمال الأوسط بنسبة 76,4%– لتنتقل إلى 73,4% بالهضاب العليا –ممثلة بمنطقتي الهضاب العليا الوسطى والشرقية بنسبة 75,9% و73,6% على التوالي– و74,1% كأعلى قيمة في الجنوب، ونلاحظ أن الفارق لم يكن كبيرا وهو في حدود 1% بين إقليمي الشمال والجنوب.

لا يختلف الأمر كثيرا بالنسبة للفئة العمرية 30–39 سنة، والتي احتلت المرتبة الثانية في استعمال وسائل منع الحمل لأول مرة، حيث سُجّلَت أعلى قيمة بإقليم الشمال بنسبة 19,4% –ممثلة بمنطقة الشمال الشرقي بنسبة 26,6%– لتنتقل إلى 17,1% بإقليم الجنوب و16,3% كأدنى قيمة بإقليم الهضاب العليا، ويمكن تفسير أهمية هذه النسب في الشمال بتأخر سن الزواج لدى المرأة في هذا الإقليم مقارنة بالهضاب العليا والجنوب.

تأتي الفئة العمرية أقل من 20 سنة في المرتبة الثالثة من حيث الاستعمال الأول لوسائل منع الحمل، حيث سُجّلَت أعلى نسبة لدى هذه الفئة بإقليم الهضاب العليا بـ9% –ممثلة بمنطقتي الهضاب العليا الوسطى والغربية بنسبة 13,5% و10,3% على التوالي– لتنتقل إلى 7,2% بإقليم الجنوب، ثمّ 6,1% كأدنى نسبة بإقليم الشمال –ممثلة بمنطقة الشمال الغربي بنسبة 11,9%– بفارق يقارب 3% بين الشمال والهضاب العليا، ويمكن تفسير ضعف القيم المسجلة في الشمال –بالنسبة لهذا العمر– إلى انخفاض نسبة الزواج المبكر لدى النساء في هذا الإقليم مقارنة بالهضاب العليا والجنوب.

أما الفئة العمرية 40 سنة وأكثر، فلم يظهر لنا وجود تباين يذكر بين مختلف الأقاليم –فيما يخص الاستعمال الأول لوسائل منع الحمل– حيث سجلت نسبة 1,6% بالإقليم الجنوبي والشمالي على حدٍّ سواء، هذا الأخير الذي مثلته منطقة الشمال الأوسط بنسبة 1,8%، لتنتقل إلى 1,4% بالهضاب العليا، ممثلة بمنطقة الهضاب العليا بنسبة 2,3% كأقصى قيمة بين كل المناطق الجغرافية.

2.3. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية بالسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل لتنظيم الأسرة. وبما أنّ المتغير المستقل (الأقاليم الجغرافية) عبارة عن متغير كيفي اسمي، والمتغير التابع (السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل) عبارة عن متغير كيفي رتبي –بعدما تمّت تفيئته وتحويله من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي– فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين هذين المتغيرين سالفي الذكر، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بينهما، والجدول رقم (6–23) يوضح اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين أعمار المبحوثات عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والمتغير المستقل المتمثل في الأقاليم الجغرافية، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية وسنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

H1: توجد علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية وسنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

جدول رقم (6–23): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين أعمار المبحوثات عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والأقاليم الجغرافية.

Tests du khi-carré

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
				Signification	95% Intervalle de confiance	
					Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	27,474[a]	12	**0,007**	,009[b]	0,007	0,010
Rapport de vraisemblance	27,178	12	0,007	,007[b]	0,005	0,009
Test exact de Fisher	28,005			,003[b]	0,002	0,004
Association linéaire par linéaire	9,194[c]	1	0,002	,003[b]	0,002	0,004
N d'observations valides	3908					

بما أنّ sig=0,007، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّ فإنّه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بوجود علاقة بين أعمار الأمهات الريفيات عند أول استعمال لوسائل والأقاليم الجغرافية الجغرافية.

يمثل الجدول رقم (6-24) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير أعمار الأمهات عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والأقاليم الجغرافية المتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا والجنوب.

جدول رقم (6-24): قيم معاملات الانحدار

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	2,855	,043		66,399	,000
	الأقاليم الجغرافية	,086	,028	-,048	-3,021	,003

a. Variable dépendante : السن عند أول استعمال لوسيلة منع الحمل

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 2,855 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار مبدئيًا:

$$y = a + bx$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 2{,}855 + 0{,}086x$$

حيث يمثل: ♦x: المتغير المستقل الأقاليم الجغرافية؛

♦y: المتغير التابع (السن عند أول استعمال لوسيلة منع الحمل).

أي أنّ:

السن عند أول استعمال لوسيلة منع الحمل = −2,855 + 0,08 الأقاليم الجغرافية

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (6-24) ما يلي:

✓ أنه كلما انتقلنا من إقليم الشمال إلى الهضاب العليا ومن الهضاب العليا إلى الجنوب كلما ارتفع سن المرأة الريفية عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في سنها عند أول استعمال لوسيلة منع الحمل.

4. تأثير الأقاليم الجغرافية في الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل:

1.4. توزيع المبحوثات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6-25) والملحق رقم (4-15) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب رغباتهن المستقبلية باستعمال لوسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية- أن أغلبية المبحوثات لا ترغبن في استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا بنسبة 75,7%، مقابل 24,3% ممن صرّحن برغبتهن في استعمالها مستقبلا.

يتضح لنا -من خلال المقارنة بين مختلف الأقاليم الجغرافية- أن الرغبة في استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا تنخفض كلما اتجهنا جنوبا، وفي المقابل ترتفع نسبة عدم الرغبة في الاستعمال مستقبلا، ففي إقليم الشمال قُدّرَت نسبة المبحوثات الراغبات في استعمال موانع الحمل مستقبلا بـ29,1%، ممثلة بمنطقتي الشمال الشرقي والأوسط بنسبة 32,1% و31,4% على التوالي، لتنخفض هذه النسبة بإقليم الهضاب العليا إلى 16%، ممثلة بمنطقتي الهضاب العليا الشرقية والغربية بنسبة 23,3% و16,1% على التوالي، لتواصل الانخفاض إلى نسبة 14,3% بإقليم الجنوب.

بالمقابل، فقد سجلنا نسبة 70,9% لدى المبحوثات اللاتي لا يرغبن في استعمال هذه الوسائل مستقبلا بإقليم الشمال، ممثلة بمنطقة الشمال الغربي بنسبة 80,3%، لترتفع هذه النسبة إلى 84% بالهضاب العليا، ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الوسطى بنسبة 95,8% كأقصى قيمة بين كل المناطق الجغرافية، تليها الهضاب العليا الغربية بـ83,9%، في حين سجلت نسبة 85,7% بالجنوب الجزائري.

جدول رقم (6-25): توزيع المبحوثات الريفيات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		الرغبة باستعمال وسائل منع الحمل		المجموع
		ترغب	لا ترغب	
شمال	التكرارات	192	468	660
	النسب المئوية %	29,1%	70,9%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	40	210	250
	النسب المئوية %	16,0%	84,0%	100,0%
جنوب	التكرارات	16	96	112
	النسب المئوية %	14,3%	85,7%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**248**	**774**	**1022**
	النسب المئوية %	**24,3%**	**75,7%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.1. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية برغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ورغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بالرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم و الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في تسببهما.

ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص برغبة المرأة الريفية المستقبلية باستعمالها لوسائل منع الحمل، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

H1: تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ورغبتها باستعمال وسائل منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا ترغب	0
ترغب	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم الرغبة في استعمالها مستقبلا.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الأقاليم الجغرافية	,890	,709	1,576	1	,209	2,434
	Constante	-2,721	1,195	5,185	1	,023	,066

a. Introduction des variables au pas 1 : الأقاليم الجغرافية.

بما أن sig=0,209، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري الذي ينفي تأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية لا تؤثر في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

- ✓ **كخلاصة يمكننا القول أن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في تنظيمها لأسرتها، من حيث احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل، وخاصة حبوب منع الحمل، بالإضافة غلى سن الأم عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.**

V. تأثير الأقاليم الجغرافية في المتابعة الصحية للمرأة الحامل :

سنحاول –من خلال هذا العنصر دراسة تأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية –المتمثلة في الأقاليم الثلاثة؛ الشمال، الهضاب العليا والجنوب في المتابعة الصحية للمرأة الحامل خلال فترتين مهمتين؛ الأولى أثناء فترة الحمل والثانية بعد الولادة.

1. تأثير الأقاليم الجغرافية في المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل:

1.1. توزيع المبحوثات حسب المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6-26) والملحق رقم (4-16) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب متابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية– أن أغلبية المبحوثات صرّحن بمتابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل، والتي بلغت حوالي 95,3% مقابل 4,7% من المبحوثات اللاتي لم يتابعن صحتهن خلال هذه الفترة.

جدول رقم (6–26): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل		المجموع
		لم تتابع	تابعت	
شمال	التكرارات	51	1497	1548
	النسب المئوية %	3,3%	96,7%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	49	624	673
	النسب المئوية %	7,3%	92,7%	100,0%
جنوب	التكرارات	14	204	218
	النسب المئوية %	6,4%	93,6%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**114**	**2325**	**2439**
	النسب المئوية %	**4,7%**	**95,3%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

يتضح لنا أن نسب المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل هي الغالبة في جميع الأقاليم مع تفاوت وتباين قليل بينها، جيث سُجّلت أعلى نسبة في المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل لدى المبحوثات القاطنات في إقليم الشمال، والتي قُدّرت بـ96,7%، ممثلة بمنطقتي الشمال الشرقي والأوسط بنسبة 98% و97,4% على التوالي، ويأتي في المرتبة الثانية إقليم الجنوب أين سُجّلَت نسبة 93,6%، في حين سُجّلَت أقل نسبة في المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل بإقليم الهضاب العليا، والتي قُدّرَت بـ92,7%، ممثلة بأقصى قيمة لدى منطقة الهضاب العليا الشرقية بنسبة 96,5%.

بالمقابل فإنّ أقل نسبة في عدم المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل سُجّلت بالشمال الجزائري بنسبة 3,3%، وهي ترتفع بذا الإقليم بمنطقة الشمال الغربي بنسبة 6,3% وتسجل أدنى قيمة بالشمال الشرقي بنسبة 2%، وترتفع هذه النسبة لتصل إلى 6,4% بمنطقة الجنوب، ز7,3% بالهضاب العليا، ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الغربية بنسبة 15,4% كأعلى قيمة بين كل المناطق الجغرافية.

2.1. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية بمتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بالمتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بالمتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

H1: تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2192	37,5
	Observations manquantes	3659	62,5
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 37,5% من حجم العينة والمقدرة بـ 2192 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بمتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لم تتابع	0
تابعت	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بمتابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم متابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

			Prévisions		
			المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل		
	Observé		لم تتابع	تابعت	Pourcentage correct
Pas 0	المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل	لم تتابع	0	114	,0
		تابعت	0	2325	100,0
	Pourcentage global				95,3

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 95,3% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع المتابعة الصحية للمرأة الريفية، ما عدا السؤال المتعلق بالمتابعة الصحية أثناء فترة الحمل إن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر

تكرار هي التي أجابت بأنها "تابعت" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لم تتابع"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	3,015	,096	987,988	1	,000	20,385

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للأقاليم الجغرافية الثلاث، ونظرا لأنها دالة إحصائيا أي sig=0,000، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables الأقاليم الجغرافية	13,250	1	,000
	Statistiques générales	13,250	1	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة السادسة بقيمة 909,134، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 0,5% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى الأقاليم الجغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 1,6% من التفسير للأقاليم الجغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	909,134[a]	,005	,016

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 6, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال الأقاليم الجغرافية الثلاثة والمتمثلة في إقليم الشمال، الهضاب العليا والجنوب، نلاحظ أن النموذج لم يتغير واحتفظ بنسبة 95,3%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل		
	Observé		لم تتابع	تابعت	Pourcentage correct
Pas 1	المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل	لم تتابع	0	114	,0
		تابعت	0	2325	100,0
	Pourcentage global				95,3

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الأقاليم الجغرافية	-0,466	0,130	12,877	1	0,000	0,627
	Constante	3,738	0,236	251,327	1	0,000	42,033

a. Introduction des variables au pas 1 : الأقاليم الجغرافية.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = 3{,}738 - 0{,}466x$$

حيث: ♦ x: الأقاليم الجغرافية؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل.

بما أن sig = 0,000، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فإنه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بتأثير الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، حيث كلما انتقلنا من إقليم الشمال إلى الهضاب العليا ومن الهضاب العليا إلى الجنوب كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,466، وبالتالي تنخفض متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل بـ 0,627 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

2. تأثير الأقاليم الجغرافية في المتابعة الصحية للمرأة بعد الولادة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية المؤثرة في متبعتها الصحية بعد الولادة، من خلال البحث في احتمال إجرائها للفحوصات طبية بعد الولادة.

1.2. توزيع المبحوثات حسب متابعتهن الصحية بعد الولادة والأقاليم الجغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (6-27) والملحق رقم (4-17) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب إجرائهن للفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة الأقاليم الجغرافية– أن نسب المتابعة الصحية بعد الولادة أقل من نسب المتابعة أثناء فترة الحمل، فبعد أن كانت تفوق 95% خلال الحمل انخفضت إلى 86,4% بعد الولادة، ومع ذلك فإن أغلبية المبحوثات قمن بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة بعد الولادة، في حين لم تتجاوز نسبة المبحوثات اللاتي لم يجرين الفحوصات بعد الولادة 13,6%. ويمكن ارجاع ارتفاع نسب المتابعة أثناء الحمل مقارنة بنسب الفحوصات بعد الولادة إلى خوف الأمهات على أجنتهن في تلك الفترة ورغبتهن في إنجاب مواليد بصحة جيدة.

جدول رقم (6–27): توزيع المبحوثات الريفيات حسب إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة		المجموع
		لم تفحص	فحصت	
شمال	التكرارات	208	1325	1533
	النسب المئوية %	13,6%	86,4%	100,0%
هضاب عليا	التكرارات	86	562	648
	النسب المئوية %	13,3%	86,7%	100,0%
جنوب	التكرارات	30	172	202
	النسب المئوية %	14,9%	85,1%	100,0%
المجموع	التكرارات	324	2059	2383
	النسب المئوية %	13,6%	86,4%	100,0%

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

التباين القليل بين الأقاليم الذي كان موجود في توزيع نسب المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل ينخفض بعض الشيء في توزيع إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة، حيث نلاحظ تقاربًا في نسبة المبحوثات اللاتي أجرين الفحوصات الطبية بعد الولادة بإختلاف الأقاليم الجغرافية، إلا أنها تتباين نوعًا ما داخل المناطق المختلفة للأقاليم، حيث قدرت نسبة الأمهات اللاتي أجرين الفحوصات بـ86,7% بالهضاب العليا، ممثلة بمنطقة الهضاب العليا الغربية بنسبة 90,4%، لتنخفض قليلا إلى نسبة 86,4%

بإقليم الشمال، ممثلا منطقة الشمال الشرقي بنسبة 94,6% كأقصى قيمة بين المناطق الجغرافية، في حين سُجّلَت أدنى نسبة للفحوصاب الطبية بإقليم الجنوب بنسبة 85,1%.

بالمقابل فقد سجلت نسبة 14,6% بجنوب الجزائر بالنسبة للمبحوثات اللاتي لم يجرين الفحوصات الطبية اللازمة بعد الولادة، لتنتقل إلى 13,6% بالشمال، ممثلا بمنطقة الشمال الغربي بنسبة 17,2%، و13,3% بالهضاب العليا، ممثلة بمنطقتي الهضاب العليا الوسطى والشرقية بنسبة 14,7% و13,7% على التوالي، هذا التباين الطفيف في النسب قد يقودنا إلى القول بعدم وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية ومتابعة الأم الريفية في الجزائر لصحتها بعد الولادة من خلال اجراء الفحوصات الطبية اللازمة بعد الولادة.

2.1. علاقة الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية بالمتابعة الصحية بعد الولادة:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية بعد الولادة، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بإجرائها للفحوصات الطبية بعد الولادة، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بالمتابعة الصحية بعد الولادة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية بعد الولادة.

H1: تؤثر الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية بعد الولادة.

وللتحقق من وجود علاقة بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية متابعتها الصحية بعد الولادة، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لم تفحص	0
فحصت	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الأقاليم الجغرافية	-0,028	0,092	0,095	1	0,757	0,972
	Constante	1,891	0,146	167,445	1	0,000	6,625

a. Introduction des variables au pas 1 : الأقاليم الجغرافية.

بما أن sig=0,757، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فإنه يمكننا رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود تأثير للأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في إجرائها للفحوصات بعد الولادة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية لا تؤثر في احتمال إجرائها للفحوصات الطبية وبالتالي متابعتها الصحية بعد الولادة.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الريفية اثناء فترة حملها فقط، ممّا يعكس قلة وعيها بضرورة رعاية صحتها الإنجابية بعد الولادة –من خلال مختلف الفحوصات اللازم اتباعها– حفاظا على صحتها وعلى صحة مولودها.**

خلاصة الفصل:

يظهر جليًا –من خلال هذا الفصل– أن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تؤثر في سلوكها الإنجابي في جوانب مختلفة، فهي تؤثر في خصوبتها من حيث عدد ولاداتها الحية وعدد حالات الإجهاض التي يمكن أن تتعرض لها، في حين أنها لا تؤثر في عدد الولادات الميتة لديها، وكذا عدد حالات السقط لديها.

فيما يتعلق بالولادات القيصرية، فقد اتّضح لنا وجود فروق في مستواها بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية من حيث احتمال تعرضها لولادة قيصرية من جهة، ومن جهة أخرى احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة، بينما لم تتضح هذه الفروق بين الأقاليم في قرارها لإجراء العملية القيصرية.

أمّا عن الرضاعة الطبيعية، فقد تبيّن لنا وجود الفروق بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في مستواها من حيث احتمال ارضاعها لآخر مولود لها، كما في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لآخر مولود، بالإضافة إلى نوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية واحتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

وفيما يخصّ تنظيم الأسرة، فإن الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية تتباين من حيث احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل، وخاصة حبوب منع الحمل، بالإضافة إلى سن الأم عند أول استعمال لوسائل منع الحمل، غير أنّه لم يتّضح لنا تأثيرها في رغبة الأم المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

وكما تبيّن لنا التأثير الواضح للأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية في المتابعة الصحية، وبالتحديد أثناء فترة الحمل فقط، بينما لا يوجد لها أثر في احتمال إجرائها للفحوصات الطبية وبالتالي متابعتها الصحية بعد الولادة، الأمر الذي يعكس قلة وعيها بأهمية هذه المرحلة من الصحة الإنجابية، وذلك بإجراء بعض الفحوصات اللازمة حماية لها ولطفلها، كما لولاداتها اللاحقة.

الفصل السابع

العوامل الديمغرافية والسلوك الإنجابي

تمهيد:

تختلف العوامل المحدّدة للسلوك الإنجابي لدى المرأة الريفية في الجزائر؛ فهذه الأخيرة عرفت اليوم عدّة تغييرات من حيث المستوى الثقافي والاقتصادي وغيرهما من مجالات الحياة، مما ساهم في تغيّر سلوكها الإنجابي بطريقة أو بأخرى، لذا سنحاول –من خلال هذه الدراسة– بحث مختلف محدّدات السلوك الإنجابي للمرأة الريفية الجزائرية، من حيث الخصوبة، الولادات القيصرية، الرضاعة الطبيعية، تنظيم الأسرة ورعاية الأمومة، بناءً على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

يهدف هذا العنصر إلى البحث في أثر العوامل الديمغرافية المحدّدة للسلوك الإنجابي لدى المرأة الريفية في الجزائر، والمتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، وغيرها من المتغيرات الديمغرافية التي قد تؤثر بشكل أو بآخر في مستوى الخصوبة لديها، بالإضافة إلى نوع الولادة، تنظيم أسرتها وكذا رعاية صحتها الإنجابية أثناء فترة الحمل وبعد الولادة.

I. تأثير العوامل الديمغرافية في الخصوبة:

سنتطرق –في هذا الجانب من البحث– إلى دراسة أثر العوامل الديمغرافية في مستوى الخصوبة لدى المرأة الريفية الجزائرية، من حيث عدد الولادات الحية، عدد الولادات الميتة (الإملاص)، عدد حالات السقط وعدد حالات الإجهاض.

1. تأثير العوامل الديمغرافية في عدد الولادات الحية:

يلعب السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ومدة الزواج دورًا مهمًّا في توجيه عدّة سلوكات ديمغرافية، لذا سنحاول –في هذا العنصر– دراسة تأثير هذه المتغيرات الديمغرافية في عدد الولادات الحية للمرأة الريفية.

1.1. توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية:

يبيّن الجدول رقم (7–1) توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية، حيث يتّضح لنا –من خلال نتائج هذا الجدول والملحق رقم (02) الذي يوضّح توزيع عدد الولادات الحية حسب السن عند الزواج الأول– أن أغلبية المبحوثات اللاتي لديهن ولادات حية تتمثل بفئة الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في السن 15–29 سنة بنسبة 92,7% من مجمل الأمهات الريفيات في الجزائر، ما يوافق 421 أمًا ريفية، خصوصًا اللاتي تزوجن لأول مرة بين السن 15–19 سنة بنسبة 49,1%، حيث أنّ معظم الأمهات المتزوجات في هذا السن لأول مرة، لديهن بين 4–6 ولادات حية بنسبة 32,8% و7,7% منهن لديهن 7 ولادات حية فأكثر، و5,7% أنجبن بين 2 و3 ولادات حية. تأتي الفئة العمرية 20–24 سنة في المرتبة الثانية بنسبة 34,4%، تمثلها نسبة الأمهات اللاتي أنجبن بين 4–6 ولادات حية والتي قدِّرت بـ 23,8%، والأمهات اللاتي أنجبن بين 2–3 ولادات حية بنسبة 7,7% من مجمل الأمهات اللاتي تزوجن في هذا السن لأول مرة. تليها الفئة العمرية 25–29 سنة بنسبة 9,3%، ممثلة بالأمهات اللاتي أنجبن بين 2–3 و4–6 ولادات حية بنسبة 4,6% و3,7% على التوالي. تليها فئة الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في السن 30–39 سنة بنسبة 4,8%، ممثلة بالفئة العمرية 30–34 سنة بنسبة 4,2% والتي تمثلت بفئة الأمهات اللاتي أنجبن بين 2–3 ولادات حية بنسبة 2,4%. والأقلية منهن ممن تزوجن لأول مرة عند السن 35–39 سنة فأكثر بنسبة 0,7%. و0,2% للفئتين العمريتين 35–39 و40–44 سنة على التوالي، والفئة العمرية الصغرى –الأقل من 15 سنة– بنسبة 2,2%، ويرجع هذا الأمر لضعف التركيبة الجسمية للأمهات عند الزواج في السن الصغيرة، الأمر الذي لا يسمح لهن بالحفاظ على مواليدهن الأحياء في هذا السن، والاستهلاك الجسماني عند الفئات العمرية الكبرى، الأمر الذي لا يسمح للأمهات بكثرة المواليد الأحياء في هذا العمر المتقدّم.

جدول رقم (7–1): توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية.

العوامل الديمغرافية			عدد الولادات الحية				المجموع
			1	3-2	6-4	+7	
سن الأم عند الزواج الأول	<15	التكرارات	0	0	5	5	10
		النسب المئوية %	0,0%	0,0%	1,1%	1,1%	2,2%
	29-15	التكرارات	11	82	274	54	421
		النسب المئوية %	2,4%	18,1%	60,4%	11,9%	92,7%
	39-30	التكرارات	6	12	3	1	22
		النسب المئوية %	1,3%	2,6%	0,7%	0,2%	4,8%
	+40	التكرارات	1	0	0	0	1
		النسب المئوية %	0,2%	0,0%	0,0%	0,0%	0,2%
	المجموع	التكرارات	18	94	282	60	454
		النسب المئوية %	4,0%	20,7%	62,1%	13,2%	100%
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	11	80	288	65	444
		النسب المئوية %	2,3%	17,0%	61,3%	13,8%	94,5%
	39-30	التكرارات	6	16	2	0	24
		النسب المئوية %	1,3%	3,4%	0,4%	0,0%	5,1%
	+40	التكرارات	1	1	0	0	2
		النسب المئوية %	0,2%	0,2%	0,0%	0,0%	0,4%
	المجموع	التكرارات	18	97	290	65	470
		النسب المئوية %	3,8%	20,6%	61,7%	13,8%	100%
مدة الزواج	9-0	التكرارات	18	24	3	0	45
		النسب المئوية %	4,0%	5,3%	0,7%	0,0%	10,0%
	19-10	التكرارات	0	30	24	2	56
		النسب المئوية %	0,0%	6,6%	5,3%	0,4%	12,4%
	29-20	التكرارات	0	24	201	30	255
		النسب المئوية %	0,0%	5,3%	44,5%	6,6%	56,4%
	+30	التكرارات	0	17	52	27	96
		النسب المئوية %	0,0%	3,8%	11,5%	6,0%	21,2%
	المجموع	التكرارات	18	95	280	59	452
		النسب المئوية %	4,0%	21,0%	61,9%	13,1%	100%

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

كما يتّضح لنا –من خلال نفس الجدول والملحق رقم (02) الذي يوضّح توزيع عدد الولادات الحية حسب السن الأول للأمومة– أن أغلبية المبحوثات اللاتي لديهن ولادات حية أنجبن لأول مرة بين 15–29 سنة بنسبة 94,5% من مجمل الأمهات الريفيات في الجزائر، ممثلة بالفئة العمرية 20–24 سنة بنسبة 48,9%، حيث أنّ معظم الأمهات اللاتي أنجبن في هذا السن، لديهن بين 4–6 ولادات حية بنسبة 35,1% و7,4% منهن أنجبن بين 2–3 ولادات حية، و5,1% لديهن بين 7–11 ولادات حية. تأتي الفئة العمرية 15–19 سنة في المرتبة الثانية بنسبة 33%، تمثلها نسبة الأمهات اللاتي أنجبن بين 4–6 ولادات حية والتي قدّرت بـ 20,9%، والأمهات اللاتي أنجبن بين 7–11 ولادات حية بنسبة 7,9% من مجمل الأمهات اللاتي أنجبن في هذا السن لأول مرة. تليها الفئة العمرية 25–29 سنة بنسبة 12,6%، ممثلة بالأمهات اللاتي أنجبن بين 2–3 و4–6 ولادات حية بنسبة 5,5% و5,3% على التوالي.

أمّا الفئات العمرية الكبرى فقد نالت أقل النسب من حيث عدد الولادات الحية، والممثلة بالفئة العمرية 30–34 سنة بنسبة 3,6% ممثلة بالأمهات اللاتي أنجبن بين 2–3 ولادات حية بنسبة 3,2%، والفئتين العمريتين 35–39 و40–44 سنة بنسبة 1,5% و0,4% على التوالي، الأمر الذي يمكن أن يُفسّر بتعب الأمهات في هذه السن المتقدمة من العمر، والذي يرجع للاستهلاك الفيزيولوجي للجسم، ممّا يحول دون كثرة المواليد الأحياء.

ويتبيّن –من خلال نفس الجدول رقم (7–1) والملحق رقم (01) الذي يوضّح توزيع عدد الولادات الحية حسب مدة زواج المرأة الريفية في الجزائر، حيث يتّضح لنا أن أغلبية المبحوثات اللاتي عشن أكثر من عشرين سنة في إطار الزواج، لديهن أكثر عدد من الولادات الحية بنسبة 56,4% من مجمل الأمهات الريفيات في الجزائر، إذ قدرت نسبة الولادات الحية لدى الأمهات اللاتي عشن فترة زواج تتراوح بين 25–29 سنة بـ 34,9%، ممثلة بنسبة الأمهات اللاتي أنجبن بين 4–6 ولادات حية والتي قدّرت بـ 27,4%، تليها نسبة الأمهات اللاتي عرفن الزواج لمدة تتراوح بين 20–24 سنة و30 سنة فأكثر بنسبة 21,2% لكلتا الفئتين، تمثلهما نسبة الأمهات اللاتي أنجبن بين 4–6 ولادات حية والتي قدّرت بـ 17% و11,5% على التوالي.

أمّا فئة الأمهات اللاتي عشن حياة زوجية لمدة زمنية أقل من 20 سنة، فقد عرفت أقل النسب من حيث عدد الولادات الحية بنسبة 12,4% للفئة التي عاشت حياة زوجية لمدة 10–19 سنة، حيث سُجّلت نسبة 7,1% لدى النساء اللاتي عشن لمدة 10–14 سنة زواج ، ممثلة بنسبة الأمهات اللاتي أنجبن بين 2–3 و4–6 ولادات حية والمقدرة بـ 4% و2,9% على

التوالي، تليها نسبة الأمهات التي عرفن الزواج لمدة 15-19 سنة والمقدرة بـ 5,7%، ممثلة بنسبة الأمهات اللاتي أنجبن بين 2-3 و4-6 ولادات حية، والتي قدّرت بـ 2,6% لكلتا الفئتين.

وأدنى النسب سجّلت لدى الأمهات اللاتي عشن في كنف الزواج لمدة 0-9 سنوات بنسبة 10%، وخاصة اللاتي عرفن الحياة الزوجية لمدة 0-4 و5-9 سنوات بنسبة 5,5% و4,4% على التوالي، والممثلة بنسبة الأمهات اللاتي أنجبن بين 2-3 ولادات حية والتي قدّرت بـ 2,4% و2,9% على التوالي.

2.1. علاقة العوامل الديمغرافية بالولادات الحية للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الديمغرافية) والمتمثل في سن المرأة عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ومدة زواج هذه المرأة، عبارة عن متغيرات كمية، والمتغير التابع (عدد الولادات الحية) بدوره عبارة عن متغير كمي، فإننا سنحاول توظيف الانحدار الخطي المتعدّد بين مجموعة المتغيرات المستقلة سالفة الذكر وعدد الولادات الحية للمرأة الريفية للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات. والجدول رقم (7-2) يوضح الارتباط الخطي بين عدد الولادات الحية للمرأة الريفية والمتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ومدة الزواج، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها.

جدول رقم (7-2): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ومدة الزواج وعدد الولادات الحية).

Corrélations					
		عدد الولادات الحية	السن عند الزواج الأول	السن الأول للأمومة	مدة الزواج
Corrélation de Pearson	عدد الولادات الحية	1,000	-,486	-,523	,589
	السن عند الزواج الأول	-,486	1,000	,894	-,714
	السن الأول للأمومة	-,523	,894	1,000	-,657
	مدة الزواج	,589	-,714	-,657	1,000
Sig. (unilatéral)	عدد الولادات الحية	.	,000	,000	,000
	السن عند الزواج الأول	,000	.	,000	,000
	السن الأول للأمومة	,000	,000	.	,000
	مدة الزواج	,000	,000	,000	.
N	عدد الولادات الحية	453	453	453	453
	السن عند الزواج الأول	453	453	453	453
	السن الأول للأمومة	453	453	453	453
	مدة الزواج	453	453	453	453

يتبيّن من الجدول السابق الذي يوضح مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار، أنّ مجمل هذه الارتباطات دالة إحصائيًا التي قدّرت بـ 0,000 أي مستوى دلالة أقل من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، حيث أنّ أعلى قيمة لمعامل الارتباط سجّلت بين مدة الزواج وعدد الولادات الحية للمرأة الريفية بقيمة 0,589 (أي أنه كلما ارتفعت مدة الزواج كلما ارتفع عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية)، وقدّرت قيمة هذا المعامل بين سن الأم عند الزواج الأول وعدد ولاداتها الحية بـ 0,486- (، أنه كلما ارتفع سن الأم عند الزواج الأول كلما انخفض عدد ولاداتها الحية)، في حين قدّرت قيمته بـ 0,523- بين السن الأول للأمومة وعدد الولادات الحية (أي أنه كلما ارتفع السن الأول للأمومة كلما انخفض عدد الولادات الحية).

جدول رقم (7–3): معامل الارتباط الخطي المتعدد بين العوامل الديمغرافية وعدد الولادات الحية.

Récapitulatif des modèles[b]

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	,622[a]	,387	,383	1,351	,387	94,518	3	448	,000

a. Prédicteurs : (Constante), السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ، مدة الزواج
b. Variable dépendante : عدد الولادات الحية

يتّضح من الجدول رقم(7–3) أنّ قيمة معامل الارتباط الخطي بين المتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ومدة الزواج والمتغير التابع المتمثل في عدد الولادات الحية، قدّرَت بـ 0,622، أي أنّ هناك ارتباط طردي قوي بين المتغيرات، ومدى الدقة في تقدير المتغير التابع هي (0,387) بمعنى أن 38,7% من تغير عدد الولادات الحية يعود لتغيرات العوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ومدة الزواج، والنسبة المتبقية 61,3% ترجع لعوامل أخرى.

أ. تباين خط الانحدار لتطور عدد الولادات الحية وتطور السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ومدة الزواج:

يوضح الجدول التالي تحليل خط الانحدار، حيث يدرس مدى ملائمة خط انحدار المعطيات وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: خط الانحدار يلائم المعطيات المقدمة.

H1: خط الانحدار لا يلائم المعطيات المقدمة.

جدول رقم (7–4): قيم تباين خط الانحدار لمتغيرات الدراسة (تحليل التباين الأحادي)

ANOVA[a]

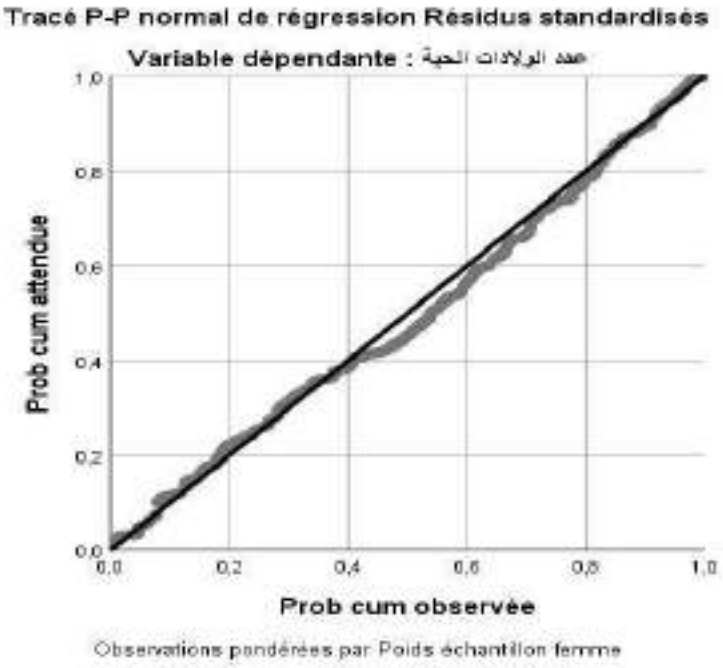
Modèle		Somme des carrés	Ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	517,596	3	172,532	94,518	,000[b]
	de student	819,504	449	1,825		
	Total	1337,100	452			

a. Variable dépendante : عدد الولادات الحية
b. Prédicteurs : (Constante), السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، مدة الزواج

من نتائج الجدول رقم (7-4) نجد ما يلي:

- مجموع مربعات الانحدار يساوي 517,596، مجموع مربعات البواقي هو 819,504 وجموع المربعات الكلي يساوي 1337,100؛
- درجة حرية الانحدار هي 3 ودرجة حرية البواقي هي 449؛
- معدل مربعات الانحدار هو 172,532، ومعدل مربعات البواقي هو 1,825؛
- قيمة اختبار تحليل التباين لخط الانحدار هو 94,518؛
- مستوى دلالة الاختبار 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة الإحصائية 0,05، لذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرض البديل القائل بأن خط الانحدار يلائم المعطيات، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

شكل رقم (7-1): مدى ملائمة خط الانحدار للعلاقة بين عدد الولادات الحية والعوامل الديمغرافية.



ب. دراسة معاملات خط الانحدار:

يمثل الجدول رقم (7-5) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير عدد الولادات الحية والعوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، ومدة الزواج.

جدول رقم (7-5): قيم معاملات الانحدار

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF
1	(Constante)	4,086	,664		6,151	,000					
	السن عند الزواج الأول	,083	,035	,210	2,367	,018	-,486	,111	,087	,173	5,786
	السن الأول للأمومة	-,164	,034	-,397	-4,810	,000	-,523	-,221	-,178	,200	4,989
	مدة الزواج	,101	,011	,478	9,052	,000	,589	,393	,334	,489	2,046

a. Variable dépendante: عدد الولادات الحية

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 4,086 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار ميدانيًا:

$$y = a + b_1x_1 + b_2\,x_2 + b_3\,x_3$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 4{,}086 + 0{,}083x_1 - 0{,}164x_2 + 0{,}101x_3$$

حيث يمثل: ♦ x_1: المتغير المستقل الأول السن عند الزواج الأول. ♦ x_2: المتغير المستقل الثاني السن الأول للأمومة.

♦ x_3: المتغير المستقل الثالث مدة الزواج. ♦ y: المتغير التابع (عدد الولادات الحية).

عدد الولادات الحية $= 4{,}086 + 0{,}083$ السن عند الزواج الأول $- 0{,}164$ السن الأول للأمومة $+ 0{,}101$ مدة الزواج

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (7-5) ما يلي:

✓ أن الزيادة في سن الأم عند الزواج الأول ولو بقيمة 1 ستزيد عدد الولادات الحية بـ 0,083 وحدة، وبما أنّ قيمة sig=0,018 وهي أقل من 0,05 يعني أن تغيرات سن الأم عند الزواج الأول تؤثر في تغير عدد الولادات الحية لديها.

✓ أن الزيادة في السن الأول للأمومة ولو بقيمة 1 سينقص عدد الولادات الحية بـ 0,164 وحدة، وبما أنّ قيمة sig=0,000 وهي أقل من 0,05 يعني أنّ تغيرات سن الأم عند الولادة الأولى تؤثر في تغير عدد الولادات الحية لديها.

✓ أن الزيادة في مدة الزواج ولو بقيمة 1 ستزيد عدد الولادات الحية بـ 0,101 وحدة، وبما أنّ قيمة sig=0,000 وهي أقل من 0,05 يعني أن تغيرات مدة الزواج تؤثر في تغير عدد الولادات الحية لديها.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في عدد الولادات الحية لديها.

2. تأثير العوامل الديمغرافية في عدد الولادات الميتة (الإملاص):

سنحاول –في هذا العنصر– دراسة تأثير المتغيرات الديمغرافية المذكورة سابقا والمتمثلة في سن الأم الريفية عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة في عدد الولادات الميتة لديها.

1.2. توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل الديمغرافية:

يتّضح لنا –من خلال نتائج الجدول رقم (7–6) الذي يمثل توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل الديمغرافية والملحق رقم (02) الذي يمثل توزيع عدد الولادات الميتة حسب السن عند الزواج الأول للمرأة الريفية– أن أغلبية المبحوثات اللاتي لديهن ولادات ميتة تزوجن لأول مرة بين 15–29 سنة بنسبة 91,8%، ما يوافق 202 أنثى ريفية، ممثلة بفئة الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة بين 20–24سنة، حيث تعرّضت هذه الفئة إلى أكبر عدد من الولادات الميتة بنسبة 39,50% من مجمل الأمهات الريفيات في الجزائر، والتي تمثلت –غالبًا– بنسبة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة ، والتي قُدِّرت بـ 32,70%، تليها الأمهات اللاتي تعرضن لولادتين ميتتين بنسبة 6,40%. أمّا الفئة التي تزوجت لأول مرة بين 15–19 سنة فقد تمثلت بنسبة 32,70%، ممثلة –هي الأخرى– بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة بنسبة 27,30%، تليها –بنسبة ضئيلة– فئة الأمهات اللاتي تعرضن لولادتين ميتتين بنسبة 4,10%. ويمكن تفسير ارتفاع عدد الولادات الميتة في هذه السن بضعف التركيبة الفيزيولوجية للأمهات في هذا السن المبكر ونقص الخبرة لرعاية أفضل بصحتهن، الأمر الذي ينعكس على صحة الجنين وبالتالي الحفاظ عليه أو وفاته. تأتي الفئة العمرية 25–29 سنة في المرتبة الموالية بنسبة 19,10%، ممثلة بالأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة بنسبة 16,40%، تليها فئة الأمهات اللاتي تعرضن لولادتين ميتتين بنسبة ضئيلة قدّرت بـ 6,40%. وعرفت الفئات العمرية التي فاقت الثلاثين سنة من العمر أقل النسب من الولادات الميتة، بنسبة 7,7% للفئة التي تزوجت لأول مرة في السن 30–39سنة، والتي قدّرت بـ 7,30% و0,90% لدى فئات الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في السن 30–34 سنة و35–39 سنة على التوالي، والتي تمثلت –غالبًا– بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة بنسبة 5,50% و0,90% لكلتا الفئتين على التوالي، ونسبة و0,50% للفئة التي تزوجت في السن 40 سنة فأكثر، والتي مثلتها –هي الأخرى– فئة الأمهات اللاتي أنجبن ولادة ميتة واحدة –في الغالب– بنسبة 0,50%.

جدول رقم (7–6): توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية.

العوامل الديمغرافية			عدد الولادات الميتة					المجموع
			1	2	3	4	5	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	0	0	0	0	0	0
		النسب المئوية %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	29-15	التكرارات	168	29	1	3	1	202
		النسب المئوية %	76,4%	13,2%	0,5%	1,4%	0,5%	91,8%
	39-30	التكرارات	13	4	0	0	0	17
		النسب المئوية %	5,9%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
	+40	التكرارات	1	0	0	0	0	1
		النسب المئوية %	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
	المجموع	**التكرارات**	**182**	**33**	**1**	**3**	**1**	**220**
		النسب المئوية %	**82,7%**	**15,0%**	**0,5%**	**1,4%**	**0,5%**	**100%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	153	26	1	3	1	184
		النسب المئوية %	68,0%	11,6%	0,4%	1,3%	0,4%	81,8%
	39-30	التكرارات	32	8	0	0	0	40
		النسب المئوية %	14,2%	3,6%	0,0%	0,0%	0,0%	17,8%
	+40	التكرارات	1	0	0	0	0	1
		النسب المئوية %	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
	المجموع	**التكرارات**	**186**	**34**	**1**	**3**	**1**	**225**
		النسب المئوية %	**82,7%**	**15,1%**	**0,4%**	**1,3%**	**0,4%**	**100%**
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	0	0	0	0	0	0
		النسب المئوية %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	29-20	التكرارات	41	6	0	2	1	50
		النسب المئوية %	18,2%	2,7%	0,0%	0,9%	0,4%	22,2%
	39-30	التكرارات	125	22	0	0	0	147
		النسب المئوية %	55,6%	9,8%	0,0%	0,0%	0,0%	65,3%
	+40	التكرارات	20	6	1	1	0	28
		النسب المئوية %	8,9%	2,7%	0,4%	0,4%	0,0%	12,4%
	المجموع	**التكرارات**	**186**	**34**	**1**	**3**	**1**	**225**
		النسب المئوية %	**82,7%**	**15,1%**	**0,4%**	**1,3%**	**0,4%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

ويتّضح لنا –من خلال نتائج الجدول رقم (7–6) الذي يمثّل توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية، والملحق رقم (02) الذي يمثل الذي يمثّل توزيع عدد الولادات الميتة حسب السن الأول للأمومة لدى هذه المرأة– أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لولادات ميتة أنجبن لأول مرة في السن 15–29 سنة بنسبة 81,8% من مجمل الأمهات

الريفيات في الجزائر، ما يوافق 184 أمّا ريفية، ممثلة بفئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في السن 20-24 سنة بنسبة 42,2%، هذه الفئة من الأمهات تمثلها -غالبًا- نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة ، والتي قُدِّرت بـ 33,3%، تليها نسبة ضئيلة لفئة الأمهات اللاتي تعرضن لولادتين ميتتين بنسبة 8%.

تأتي الفئة التي عرفت الأمومة لأول مرة في السن 25-29 سنة في المرتبة الموالية بنسبة 30,2%، ممثلة -أيضًا- بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة بنسبة 26,2%، تليها -بنسبة ضعيفة- فئة الأمهات اللاتي تعرضن لولادتين ميتتين قدّرت بـ 3,6% من مجمل الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في هذا السن.

وقد عرفت الفئات العمرية التي فاقت سن الثلاثين أضعف النسب من الولادات الميتة بنسبة 17,8%، ما يوافق 40 أمّا ريفية، والتي قدّرت بـ 13,3%، 4% و0,4% للأمهات اللاتي عرفن الأمومة لأول مرة في السن 30-34 سنة، 35-39 سنة ومن أنجبن لأول مرة في السن 40 فأكثر سنة على التوالي، والتي تمثلت -غالبًا- بفئات الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة بنسبة 10,2%، 4% و0,4% على التوالي.

ويتّضح لنا -من خلال نتائج نفس الجدول والملحق رقم (02) الذي يمثل الذي يمثّل توزيع عدد الولادات الميتة حسب سن الأم عند آخر ولادة -أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لولادات ميتة أنجبن لآخر مرة ما بين السن 30-39 سنة بنسبة 65,3% من مجمل الأمهات الريفيات في الجزائر، ما يوافق 147 أمّا ريفية، ممثلة بفئة الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 30-34 سنة بنسبة 32,9%، واللاتي أنجبن في السن 35-39 سنة بنسبة 32,4%، هاتين الفئتين من الأمهات تمثلهما -غالبًا- نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة ، والتي قُدِّرت بـ 27,6% و28% على التوالي.تأتي الفئة التي عرفت الأمومة لآخر مرة في السن 20-29 سنة في المرتبة الموالية بنسبة 22,2%، ممثلة -أيضًا- بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة بنسبة 18,2%، تليها -بنسبة ضئيلة- فئة الأمهات اللاتي تعرضن لولادتين ميتتين قدّرت بـ 2,7% من مجمل الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في هذا السن. وقد عرفت الفئات العمرية التي فاقت سن االأربعين أضعف النسب من الولادات الميتة بنسبة 12,4%، ما يوافق 28 أمّا ريفية، والتي قدّرت بـ 11,1% و1,3% للأمهات اللاتي عرفن الأمومة لآخر مرة في السن 40-44 سنة و35-39 سنة على التوالي.

2.2. علاقة العوامل الديمغرافية بالولادات الميتة للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الديمغرافية) والمتمثل في سن المرأة عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة والسن عند آخر ولادة، عبارة عن متغيرات كمية، والمتغير التابع (عدد الولادات الميتة) بدوره عبارة عن متغير كمي، فإننا سنحاول توظيف الانحدار الخطي المتعدّد بين مجموعة المتغيرات المستقلة السالفة الذكر وعدد الولادات الميتة للمرأة الريفية للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (7-7) يوضح الارتباط الخطي بين عدد الولادات الميتة للمرأة الريفية والتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ;والسن عند آخر ولادة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

جدول رقم (7-7): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة والسن عند آخر ولادة) وعدد الولادات الميتة.

Corrélations

		عدد الولادات الميتة	السن عند الزواج الأول	السن الأول للأمومة	السن عند آخر ولادة
Corrélation de Pearson	عدد الولادات الميتة	1,000	-,091	-,071	-,028
	السن عند الزواج الأول	-,091	1,000	,943	,402
	السن الأول للأمومة	-,071	,943	1,000	,369
	السن عند آخر ولادة	-,028	,402	,369	1,000
Sig. (unilatéral)	عدد الولادات الميتة	.	,089	,147	,338
	السن عند الزواج الأول	,089	.	,000	,000
	السن الأول للأمومة	,147	,000	.	,000
	السن عند آخر ولادة	,338	,000	,000	.
N	عدد الولادات الميتة	221	221	221	221
	السن عند الزواج الأول	221	221	221	221
	السن الأول للأمومة	221	221	221	221
	السن عند آخر ولادة	221	221	221	221

يتبيّن من الجدول السابق الذي يوضح مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار، أنّ مستوى الدلالة الإحصائية قدّر بقيمة 0,089 و0,147، في حين قدّرت قيمته بـ 0,338 بين سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة وسن الأم عند آخر ولادة على التوالي وعدد ولاداتها الميتة، وهي في مجملها أكبر من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، أي أن المتغيرات المستقلة المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة والسن عند آخر ولادة، لا تؤثر في عدد الولادات الميتة للمرأة الريفية.

لذا يمكننا رفض الفرضية البديلة القائلة بوجود علاقة بين المتغيرات الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها وقبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية وعدد الولادات الميتة للمرأة الريفية.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية لا تؤثر في عدد الولادات الميتة لديها.

3. تأثير العوامل الديمغرافية في عدد حالات السقط:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير بعض العوامل الديمغرافية في تغير عدد حالات السقط لدى المرأة الريفية في الجزائر، والتي سنختصرها في سن الأم عند الزواج الأول وسنها عند الولادة الأولى.

1.3. توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل الديمغرافية:

يتبيّن من الجدول رقم (7–8) الذي يمثل توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل الديمغرافية للأم الريفية، والملحق رقم (02) –الذي يمثل توزيع عدد حالات السقط حسب السن عند الزواج الأول للمرأة الريفية– أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط تزوجن لأول مرة في سن أقل من 25 سنة، بنسبة 40,50% لدى الأمهات اللاتي تزوجن عند السن 20–24 سنة، ممثلة بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة بنسبة 27,20% واللاتي تعرضن لحالتي إسقاط إلى ثلاث حالات، بنسبة 12,10%، تليها فئة الأمهات اللاتي تزوجن في السن 15–19 سنة بنسبة 26,60%، ممثلة –هي الأخرى– بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة بنسبة 17,50% واللاتي تعرضن لـ2–3 حالات إسقاط بنسبة 8,80%. ويمكن تفسير ارتفاع حالات السقط التي تعرضت لها الأمهات في هذا السن إلى ضعف التركيبة الفيزيولوجية لدى الأمهات صغيرات السن ونقص الخبرة لديهن، ممّا قد يعرضهن لمثل هذه الحالات.

تأتي فئة الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في السن 25-29 سنة في المرتبة الموالية بنسبة 21,30%، ممثلة بنسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة والتي قُدِّرت بـ 15,20%، تليها فئة الأمهات اللاتي تعرضن لحالتي إسقاط إلى 3 حالات بنسبة 5,50%.

أمّا فئة الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في سن تفوق 30 سنة، فنلاحظ أنه كلما تقدمت المرأة في العمر كلما قل عدد حالات السقط لديها، حيث سجّلت نسبة 8,90% لدى المتزوجات في السن 30-34 سنة، ونسبة 2,10% لدى المتزوجات في السن 35-39 سنة، ونسبة 0,20% لدى فئة الأمهات المتزوجات في السن 40-44 سنة، وقد تمثّلت هذه النسب -غالبا- بفئات الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة نسبة 5,10%، 1,60% و0,10% على التوالي. ويكمن تفسير هذا التراجع في عدد حالات السقط مع تزايد سن الأمهات بتزايد الخبرة فيما يخص الرعاية الصحية للأم، الأمر الذي ينعكس على صحة الجنين وبالتالي التقليل من حالة التعرض لإسقاطه.

جدول رقم (7-8): توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية.

العوامل الديمغرافية			عدد حالات السقط				المجموع
			1	3-2	6-4	7+	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	1	0	0	0	1
		النسب المئوية %	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
	29-15	التكرارات	589	260	18	3	870
		النسب المئوية %	60,0%	26,5%	1,8%	0,3%	88,6%
	39-30	التكرارات	65	40	2	1	108
		النسب المئوية %	6,6%	4,1%	0,2%	0,1%	11,0%
	+40	التكرارات	2	1	0	0	3
		النسب المئوية %	0,2%	0,1%	0,0%	0,0%	0,3%
	المجموع	**التكرارات**	**657**	**301**	**20**	**4**	**982**
		النسب المئوية %	**66,9%**	**30,7%**	**2,0%**	**0,4%**	**100%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	553	242	18	3	816
		النسب المئوية %	54,8%	24,0%	1,8%	0,3%	80,8%
	39-30	التكرارات	118	65	4	1	188
		النسب المئوية %	11,7%	6,4%	0,4%	0,1%	18,6%
	+40	التكرارات	5	1	0	0	6
		النسب المئوية %	0,5%	0,1%	0,0%	0,0%	0,6%
	المجموع	**التكرارات**	**676**	**308**	**22**	**4**	**1010**
		النسب المئوية %	**66,9%**	**30,5%**	**2,2%**	**0,4%**	**100%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

ويتبيّن من الجدول رقم (7-8) الذي يمثل توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل الديمغرافية للأم الريفية، والملحق رقم (02) -الذي يمثل توزيع عدد حالات السقط حسب السن الأول للأمومة- أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط قد أنجبن لأول مرة في السن 20-24 سنة بنسبة 41,9%، ممثلة بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة بنسبة 28,3% واللاتي تعرضن لحالتي إسقاط إلى ثلاث حالات، بنسبة 12,6%، تليها فئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في السن 25-29 سنة بنسبة 28,1%، ممثلة -هي الأخرى- بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة بنسبة 18,7% واللاتي تعرضن لـ 2-3 حالات إسقاط بنسبة 8,4%. ويمكن تفسير هذا الارتفاع في حالات السقط بضعف التركيبة الفيزيولوجية لدى الأمهات في هذا السن المبكر ونقص الخبرة لديهن لرعاية صحتهن، والذي ينعكس على صحة الجنين وبعرضه-بالتالي- إلى السقط.

تأتي فئة الأمهات اللاتي عرفن الأمومة لأول مرة في السن 30-34 سنة في المرتبة الموالية، بنسبة 13,3%، ممثلة بنسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة والتي قُدِّرت بـ 8,9%، تليها فئة الأمهات اللاتي تعرضن لحالتي إسقاط إلى ثلاث حالات بنسبة 4%.

وسُجِّلت أضعف النسب لدى فئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن تفوق 35 سنة، بحيث كلما تقدمت المرأة في العمر كلما قل عدد حالات السقط لديها، أين سجّلت نسبة 5,4% لدى الأمهات اللاتي عرفن الأمومة لأول مرة في السن 35-39 سنة، ونسبة 0,5% لدى الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في السن 40-44 سنة، ونسبة 0,1% لدى فئة الأمهات اللاتي عرفن الأمومة لأول مرة في السن 45-49 سنة، وقد تمثّلت هذه النسب -عموما- بفئات الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة نسبة 2,8%، 0,4% و0,1% على التوالي. ويكمن تفسير هذا التراجع في عدد حالات السقط مع تزايد سن الأمهات باكتمال النمو الجسماني للأمهات بالإضافة إلى اكتساب الخبرة المتعلقة بصحة الأم، والذي ينعكس -بدوره- على صحة الأم والجنين معًا، ما ينتج عنه التقليل من حالات التعرض للإسقاط.

2.3. علاقة العوامل الديمغرافية بعدد حالات السقط لدى المرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد حالات السقط لديها، وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الديمغرافية) والمتمثل في سن المرأة عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة، وهي عبارة عن متغيرات كمية، والمتغير التابع (عدد حالات السقط) بدوره عبارة عن متغير كمي، فإننا سنحاول توظيف الانحدار الخطي المتعدّد

بين مجموعة المتغيرات المستقلة سالفة الذكر وعدد حالات السقط لدى المرأة الريفية للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات. والجدول رقم (7-9) يوضح الارتباط الخطي بين عدد حالات السقط لدى المرأة الريفية والمتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد حالات السقط لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد حالات السقط لديها.

جدول رقم (7-9): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة وعدد حالات السقط).

Corrélations				
		عدد حالات السقط	السن عند الزواج الأول	السن الأول للأمومة
Corrélation de Pearson	عدد حالات السقط	1,000	,036	,045
	السن عند الزواج الأول	,036	1,000	,956
	السن الأول للأمومة	,045	,956	1,000
Sig. (unilatéral)	عدد حالات السقط	.	,132	,077
	السن عند الزواج الأول	,132	.	,000
	السن الأول للأمومة	,077	,000	.
N	عدد حالات السقط	983	983	983
	السن عند الزواج الأول	983	983	983
	السن الأول للأمومة	983	983	983

يتبيّن من الجدول السابق الذي يوضح مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار، أنّ مستوى الدلالة الإحصائية بين سن الأم عند الزواج الأول وعدد حالات السقط لديها قدّر بـ 0,132، في حين قدّر بقيمة 0,077 بين السن الأول للأمومة وعدد حالات السقط التي تعرّضت لها، وهي في مجملها ذات دلالة أكبر من احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية والمقدّر بـ 0,05، أي أن المتغيرين المستقلين المتمثلين في سن الأم عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة لا يؤثران في عدد حالات السقط.

من هنا يمكننا رفض الفرضية البديلة القائلة بوجود علاقة بين المتغيرات الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد حالات السقط لديها وقبول الفرض الصفري الذي ينفي وجود هذه العلاقة بين العوامل الديمغرافية وعدد حالات السقط لديها.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية لا تؤثر في عدد حالات السقط لديها.

4. تأثير العوامل الديمغرافية في عدد حالات الإجهاض:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الديمغرافية –المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول وسن الأم عند الولادة الأولى– في التغيرات التي تطرأ على عدد حالات الإجهاض التي قد تتعرض لها الأم الريفية في الجزائر.

1.4. توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل الديمغرافية:

يتبيّن من الجدول رقم (7–10) –الذي يمثل توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل الديمغرافية للأم الريفية– والملحق رقم (02) –الذي يمثل توزيع عدد حالات الإجهاض حسب السن عند الزواج الأول للمرأة الريفية– أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض قد تزوجن في سن أقل 25 سنة، حيث أنّ فئة الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في السن 20–24 سنة تعرضن لأكثر حالات من الإجهاض بنسبة 43,5%، ممثلة –في الغالب– بالفئة التي تعرضت لحالة إجهاض واحدة بنسبة 32,1%، تليها الفئة التي تعرضت لحالتي إجهاض إلى ثلاث حالات بنسبة 9,9% والأقلية منهن تعرضت لأربع حالات إجهاض وأكثر بنسبة 1,6%.

تأتي فئة الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة بين السن 15–19 سنة في المرتبة الموالية بنسبة 28,5%، ممثلة بنسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض واحدة والتي قدّرت بـ 22,9%، تليها نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لـ 2–3 حالات إجهاض والتي قُدّرت بـ 5,2%، وأضعف نسبة سجّلت لدى الأمهات اللاتي تعرضن لأربع حالات إجهاض فأكثر والتي قدّرت بـ 0,4% من مجمل النساء المتزوجات في هذا السن. ويمكن تفسير هذا الارتفاع في عدد حالات الإجهاض –في هذا السن المبكر– بنقص الخبرة فيما يتعلق بالرعاية الصحية للأم، الأمر الذي ينعكس على صحة الجنين وبالتالي قد يعرّضه للإجهاض.

تأتي فئة الأمهات اللاتي تزوجن في السن 25–29 سنة في المرتبة الثالثة –بعد الفئات الصغرى– من حيث عدد حالات الإجهاض، بنسبة 19,1% ممثلة بالفئة التي تعرضت لحالة إجهاض واحدة بنسبة 15,7%، تليها الفئة التي تعرضت لحالتي إجهاض إلى 3 حالات بنسبة 2,7%، وأضعف نسبة سجّلت لدى الفئة التي تعرضت لأربع حالات إجهاض فأكثر بنسبة 0,7%.

وسجلت أقل حالات الإجهاض لدى الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة عند السن 30 سنة فأكثر بنسبة 5,2% و3,4% للفئتين العمريتين 30–34 و35–39 سنة على التوالي، ممثلتين بالفئة التي تعرضت لحالة إجهاض واحدة بنسبة

3,4% و2,7% على التوالي، أمّا الفئة العمرية 40-44 فقد سجلت أضعف عدد من حيث حالات الإجهاض بنسبة 0,4%.

جدول رقم (7-10): توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية.

العوامل الديمغرافية			عدد حالات الإجهاض			المجموع
			1	3-2	+4	
السن عند الزواج الأول	29-15	التكرارات	316	80	11	407
		النسب المئوية %	70,7%	17,9%	2,5%	91,1%
	39-30	التكرارات	27	11	0	38
		النسب المئوية %	6,0%	2,5%	0,0%	8,5%
	+40	التكرارات	1	1	0	2
		النسب المئوية %	0,2%	0,2%	0,0%	0,4%
	المجموع	**التكرارات**	**344**	**92**	**11**	**447**
		النسب المئوية %	**77,0%**	**20,6%**	**2,5%**	**100%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	292	73	9	374
		النسب المئوية %	64,2%	16,0%	2,0%	82,2%
	39-30	التكرارات	54	18	2	74
		النسب المئوية %	11,9%	4,0%	0,4%	16,3%
	+40	التكرارات	3	4	0	7
		النسب المئوية %	0,7%	0,9%	0,0%	1,5%
	المجموع	**التكرارات**	**349**	**95**	**11**	**455**
		النسب المئوية %	**76,7%**	**20,9%**	**2,4%**	**100%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

ويتضح من خلال الجدول رقم (7-10) -الذي يمثل توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية، والملحق رقم (02) -الذي يمثل توزيع عدد حالات الإجهاض حسب السن الأول للأمومة للمرأة الريفية- أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض قد أنجبن لأول مرة في السن 20-24 سنة بنسبة 47,8%، ممثلة -غالبا- بالفئة التي تعرضت لحالة إجهاض واحدة بنسبة 36,4% ، تليها الفئة التي تعرضت لحالتي إجهاض إلى ثلاث حالات بنسبة 9,9% والأقلية منهن تعرضت لأربع حالات إجهاض وأكثر بنسبة 1,6% من مجمل الأمهات اللاتي عرفن الأمومة لأول مرة في هذا السن المبكر، والذي لا يسمح للأم باكتساب المعارف الكافية لرعاية صحتها وحماية جنينها من التعرّض للإجهاض.

تليها الفئة التي عرفت الأمومة لأول مرة في السن 25-29 سنة بنسبة 25,2%، ممثلة بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض واحدة والتي قدّرت بنسبة 19,1%، تليها فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ 2-3 حالات إجهاض والتي قُدّرت بنسبة 5,7%.

تأتي بعدها الفئة التي أنجبت لأول مرة عند السن 30-34 سنة بنسبة 11,8%، ممثلة -هي الأخرى- بفئة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض واحدة بنسبة 8,3% واللاتي تعرضن لـ 2-3 حالات إجهاض بنسبة 3,1% من مجمل الأمهات اللات يأنجبن لأول مرة في هذا السن.

وأضعف النسب سجّلت لدى الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة عن السن 35-39 سنة والسن 40-44 سنة والتي قدّرت بـ 4,4% و1,5% على التوالي، والتي تمثلت يفئة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض واحدة بنسبة 3,5% و0,7% على التوالي، وكذا فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ 2-3 حالات إجهاض بنسبة 0,9% للفئتين معًا.

2.4. علاقة العوامل الديمغرافية بعدد حالات الإجهاض للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض لديها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الديمغرافية) والمتمثل في سن المرأة عند الزواج الأول، السن الأول لأمومة هذه المرأة، عبارة عن متغيرات كمية، والمتغير التابع (عدد حالات الإجهاض) بدوره عبارة عن متغير كمي، فإننا سنحاول توظيف الانحدار الخطي المتعدّد بين مجموعة المتغيرات المستقلة سالفة الذكر وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (7-11) يوضح الارتباط الخطي بين عدد حالات الإجهاض لدى المرأة الريفية والمتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض لديها.

جدول رقم (7–11): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة وعدد حالات الإجهاض).

Corrélations				
		عدد حالات الإجهاض	السن عند الزواج الأول	السن الأول للأمومة
Corrélation de Pearson	عدد حالات الإجهاض	1,000	,013	,084
	السن عند الزواج الأول	,013	1,000	,955
	السن الأول للأمومة	,084	,955	1,000
Sig. (unilatéral)	عدد حالات الإجهاض	.	,393	,039
	السن عند الزواج الأول	,393	.	,000
	السن الأول للأمومة	,039	,000	.
N	عدد حالات الإجهاض	446	446	446
	السن عند الزواج الأول	446	446	446
	السن الأول للأمومة	446	446	446

يبيّن الجدول السابق –الذي يوضح مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار– وجود ارتباط دال احصائيًا بين السن الأول للأمومة وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها الأم الريفية بقيمة 0,039، وهي ذات مستوى دلالة أقل من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، حيث قدّرت قيمة معامل الارتباط بـ 0,084 (أي أنه كلما ارتفع السن الأول للأمومة كلما ارتفع عدد حالات الاجهاض التي تتعرض لها المرأة الريفية). في حين أنّ الارتباط بين سن الأم عند الزواج الأول وعدد حالات الإجهاض غير دال احصائيًا، عند مستوى دلالة 0,393 وهو أكبر من مستوى الدلالة المسموح به في العلوم الاجتماعية 0,05لديها.

جدول رقم (7–12): معامل الارتباط الخطي المتعدد بين العوامل الديمغرافية وعدد حالات الإجهاض.

Récapitulatif des modèles[b]									
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	,242[a]	,059	,054	,781	,059	13,778	2	443	,000

a. Prédicteurs : (Constante), السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة

b. Variable dépendante : عدد حالات الإجهاض

يتّضح من الجدول رقم(..) أنّ قيمة معامل الارتباط الخطي بين المتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة والمتغير التابع المتمثل في عدد حالات الإجهاض، قدّرَت بـ 0,242، أي أنّ هناك ارتباط طردي ضعيف

بين المتغيرات، ومدى الدقة في تقدير المتغير التابع هي (0,059) بمعنى أن 5,9% من تغير عدد حالات الإجهاض يعود لتغيرات العوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة، والنسبة المتبقية 94,1% ترجع لعوامل أخرى.

أ. تباين خط الانحدار لتطور عدد حالات الإجهاض وتطور السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة:

يوضح الجدول التالي تحليل خط الانحدار، حيث يدرس مدى ملائمة خط انحدار المعطيات وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: خط الانحدار يلائم المعطيات المقدمة.

H1: خط الانحدار لا يلائم المعطيات المقدمة.

جدول رقم (7–13): قيم تباين خط الانحدار لمتغيرات الدراسة (تحليل التباين الأحادي)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	16,830	2	8,415	13,778	,000b
	de student	270,622	443	,611		
	Total	287,452	445			

a. Variable dépendante : عدد حالات الإجهاض

b. Prédicteurs : (Constante), السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة

من نتائج الجدول رقم (7–13) نجد ما يلي:

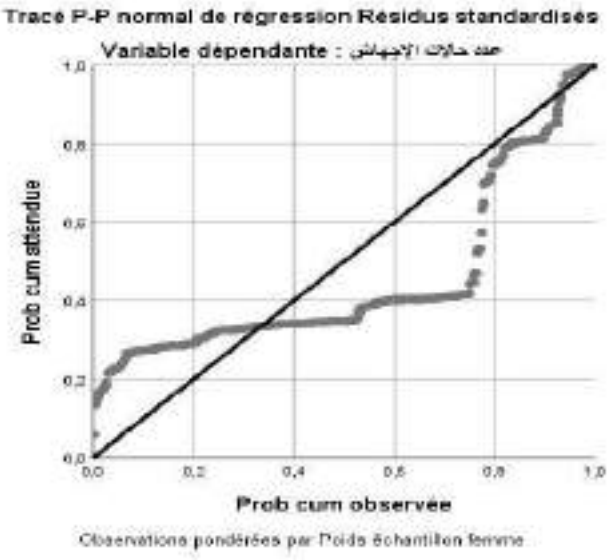
– مجموع مربعات الانحدار يساوي 16,830، مجموع مربعات البواقي هو 270,622 ومجموع المربعات الكلي يساوي 287,452؛

– درجة حرية الانحدار هي 2 ودرجة حرية البواقي هي 443؛

– معدل مربعات الانحدار هو 8,415، ومعدل مربعات البواقي هو 0,611؛

– قيمة اختبار تحليل التباين لخط الانحدار هو 13,778؛

– مستوى دلالة الاختبار 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة الإحصائية 0,05، لذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرض البديل القائل بأن خط الانحدار يلائم المعطيات، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:



شكل رقم (7–2): مدى ملائمة خط الانحدار للعلاقة بين عدد حالات الإجهاض والعوامل الديمغرافية.

ب. دراسة معاملات خط الانحدار:

يمثل الجدول رقم (7-14) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير عدد حالات الإجهاض والعوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة.

جدول رقم (7-14): قيم معاملات الانحدار

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF
1	(Constante)	,954	,187		5,100	,000					
	السن الأول للأمومة	,131	,025	,819	5,242	,000	,084	,242	,242	,087	11,482

a. Variable dépendante: عدد حالات الإجهاض

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 0,954 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار مبدئيًا:

$$y = a + b_x$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 0{,}954 + 0{,}131_x$$

حيث يمثل: ♦ x: المتغير المستقل المتمثل في السن الأول للأمومة. ♦ y: المتغير التابع (عدد حالات الإجهاض).

عدد حالات الإجهاض = 0,954 + 0,131 السن الأول للأمومة

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (7-14) ما يلي:

✓ أن الزيادة في السن الأول للأمومة ولو بقيمة 1 ستزيد عدد حالات الإجهاض بـ 0,131 وحدة، وبما أنّ قيمة sig=0,000 وهي أقل من 0,05 يعني أن تغيرات السن الأول للأمومة للمرأة الريفية تؤثر في تغير عدد حالات الإجهاض لديها.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في عدد حالات الإجهاض لديها.

✓ كخلاصة يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في خصوبتها من حيث عدد ولاداتها الحية وعدد حالات الإجهاض التي يمكن أن تتعرض لها.

II. تأثير العوامل الديمغرافية في الولادات القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الديمغرافية –المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند الولادة الأخيرة ورتبة المولود الأخير– في الولادات القيصرية التي قد تتعرض لها الأم الريفية في الجزائر.

1. تأثير العوامل الديمغرافية في نوع الولادة:

1.1. توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7-15) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع الولادة الذي تعرضت له بدلالة العوامل الديمغرافية– و الملحق رقم (02) –الذي يمثل توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن المتعلقة بإجرائهن لعملية قيصرية بدلالة السن عند الزواج الأول، أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لولادة قيصرية قد تزوجن لأول مرة في السن 15-29 سنة بنسبة 20,2%، ما يوافق 471 أمّا ريفية، ممثلة بفئة الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في السن 20-24 سنة بنسبة 9,6% من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بتعرضهن لعملية قيصرية، ما يوافق 223 أمّا ريفية، تليها الفئة التي تزوجت لأول مرة في السن 25-29 سنة بنسبة 6,2%، ما يوافق 144 مرأة ريفية، ثم الفئة التي عرفت الزواج لأول مرة في السن 15-19 سنة بنسبة 4,5%، ما يوافق 104 أمّا.

أمّا الفئات العمرية الكبرى، التي تفوق الثلاثين سنة من العمر، فهي تشهد تراجعًا في عدد الولادات القيصرية مع التقدّم في العمر بنسبة 2,9% للفئة التي تزوجت في السن 30-39 سنة، ممثلة بنسبة 2,3% و0,6% لدى الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في السن 30-34 سنة، 35-39 سنة على التوالي، و0,2% بالنسبة للأمهات اللاتي عرفن الزواج لأول مرة في السن 40سنة فأكثر، حيث يمكن تفسير هذا التراجع بتزايد الخبرة لدى الأمهات مع التقدم في العمر، بالإضافة إلى احتمال تناقص عدد الولادات في هذا السن المتقدم وبالتالي عدد الولادات القيصرية.

وسُجِّلت أضعف قيمة للولادات القيصرية لدى الأمهات اللاتي تزوجن في سن أقل من 15 سنة، قُدِّرت بـ 0,04%، الأمر الذي يمكن تفسيره بقلة الولادات في هذا السن المبكر، وبالتالي قلة عدد الولادات القيصرية.

جدول رقم (7–15): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب نوع الولادة والعوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			العملية القيصرية		المجموع
			أجرت عملية قيصرية	لم تجر عملية قيصرية	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	1	2	3
		النسب المئوية %	0,04%	0,1%	0,1%
	29-15	التكرارات	471	1648	2119
		النسب المئوية %	20,2%	70,8%	91,0%
	39-30	التكرارات	68	131	199
		النسب المئوية %	2,9%	5,6%	8,5%
	+40	التكرارات	5	3	8
		النسب المئوية %	0,2%	0,1%	0,3%
	المجموع	**التكرارات**	**545**	**1784**	**2329**
		النسب المئوية %	**23,4%**	**76,6%**	**100%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	420	1566	1986
		النسب المئوية %	17,6%	65,7%	83,3%
	39-30	التكرارات	127	262	389
		النسب المئوية %	5,3%	11,0%	16,3%
	+40	التكرارات	7	3	10
		النسب المئوية %	0,3%	0,1%	0,4%
	المجموع	**التكرارات**	**554**	**1831**	**2385**
		النسب المئوية %	**23,2%**	**76,8%**	**100%**
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	6	33	39
		النسب المئوية %	0,3%	1,4%	1,6%
	29-20	التكرارات	242	819	1061
		النسب المئوية %	10,2%	34,4%	44,5%
	39-30	التكرارات	265	861	1126
		النسب المئوية %	11,1%	36,1%	47,2%
	+40	التكرارات	40	118	158
		النسب المئوية %	1,7%	4,9%	6,6%
	المجموع	**التكرارات**	**553**	**1831**	**2384**
		النسب المئوية %	**23,2%**	**76,8%**	**100%**
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	173	463	636
		النسب المئوية %	7,3%	19,5%	26,8%
	3-2	التكرارات	275	896	1171
		النسب المئوية %	11,6%	37,8%	49,4%
	6-4	التكرارات	99	421	520
		النسب المئوية %	4,2%	17,8%	21,9%
	+7	التكرارات	2	41	43
		النسب المئوية %	0,1%	1,7%	1,8%
	المجموع	**التكرارات**	**549**	**1821**	**2370**
		النسب المئوية %	**23,2%**	**76,8%**	**100%**

ويتبيّن من خلال نتائج نفس الجدول والملحق رقم (02) -الذي يمثل توزيع المبحوثات حسب تصريحاتهن حول تعرضهن لعملية قيصرية بدلالة السن الأول للأمومة، أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لولادة قيصرية قد أنجبن لأول مرة في السن 15-29 سنة بنسبة 17,6%، ما يوافق 420 أمّا ريفية، ممثلة بالفئة التي عرفت الأمومة لأول مرة في السن 25-29 سنة و20-24 سنة بنسبة 8,2% و 8,1% على التوالي من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بتعرضهن لعملية قيصرية، ما يوافق 196 و194 أمّا ريفية على التوالي. تليها الفئة التي أنجبت لأول مرة في السن 30-39 سنة بنسبة 5,3%، ممثلة بالفئة العمرية 30-34 سنة بنسبة 4,1%، ما يوافق 97 مرأة ريفية. وقد شهدت الفئة العمرية الصغرى -التي أنجبت لأول مرة في السن 15-19 سنة- نسبة قليلة، قُدّرت بـ 1,3%، ما يوافق 30 أمّا ريفية فقط، حيث يمكن تفسير هذه النسبة بقلة احتمال الولادات في هذا السن المبكر، وبالتالي قلة احتمال التعرض للولادات القيصرية. أمّا الفئات العمرية الكبرى فتشهد -هي الأخرى- تراجعًا في عدد الولادات القيصرية كلما ارتفع سن الأم عند أول ولادة لها، حيث سجّلت نسبة 1,3% و1,7% لدى الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في السن 35-39 سنة و السن 40 سنة فأكثر على التوالي، حيث يمكن تفسير هذا التراجع في عدد الولادات القيصرية بالاستعداد الجسماني للأمهات لولادة طبيعية بسبب اتساع عنق الرحم، الأمر الذي يساعد في تيسير الولادة والتالي التقليل من احتمال التعرض لولادة قيصرية، أو إلى تزايد خبرة الأمهات -مع التقدم في العمر- في مجال الولادة والرعاية بصحتهن الإنجابية، بالإضافة إلى احتمال تناقص عدد الولادات وبالتالي عدد الولادات القيصرية.

كما يتضح لنا من الملحق رقم (02) الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب تصريحاتهن حول تعرضهن لعملية قيصرية بدلالة السن عند آخر ولادة، بالإضافة إلى الجدول رقم (7-15) الذي يمثل توزيع المبحوثات حسب إجاباتهن المتعلقة بتعرضهن لعملية قيصرية أثناء الولادة بدلالة العوامل الديمغرافية، أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لولادة قيصرية، قد أنجبن لآخر مرة في السن 30-39 سنة بنسبة 11,1%، ما يوافق 265 أمّا ريفية، ممثلة بنسبة 6,9%، للفئة التي أنجبت لآخر مرة في السن 30-34 سنة و4,3% للفئة التي أنجبت في السن 35-39 سنة. تليها فئة الأمهات اللاتي عرفن الأمومة لآخر مرة في السن 20-29 سنة بنسبة 10,2%، ما يوافق 242 أمّا، ممثلة بنسبة 6,3% و3,8% للفئة التي أنجبت في السن 25-29 سنة و20-24 سنة على التوالي من مجمل الأمهات اللاتي تعرضن لولادة قيصرية. وتراجع عدد الولادات القيصرية مع التقدم في عمر الأم عند آخر ولادة، أين سجّلت نسبة 1,7% عند الفئة التي أنجبت لآخر مرة في السن 40 سنة فأكثر، وقد سجّلت أضعف النسب لدى الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة عند السن 45-49 سنة، والتي قدّرت بـ 0,2%. ويمكن تفسير

هذا التراجع بتزايد خبرة الأمهات في مجال التوليد مع التقدم في العمر، ممّا يحول دون الولادة القيصرية، أو لقلة احتمال حدوث الحمل –في هذا السن المتقدّم– وبالتالي حدوث ولادات قليلة ومنها الولادات القيصرية.

ويتضح لنا –من خلال نفس الجدول رقم (7–15) أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن للولادة القيصرية –المقدّرة بنسبة 23,2% من مجمل التصريحات– قد أجرت هذه العملية أثناء ولادتها للمولود الثاني والثالث بنسبة 11,6%، ما يوافق 275 مبحوثة من أصل 549 أم ريفية، تليها فئة الأمهات اللاتي أنجبن مولودهن الأول بنسبة 7,3%، ما يوافق 173 مبحوثة. ويمكن إرجاع هذا الارتفاع في عدد الولادات القيصرية عند الولادات إلى عدم الاستعداد الجسماني للأمهات للولادة الطبيعية، بالإضافة إلى نقص الخبرة في مجال الولادة –خاصة الولادة الأولى– ممّا يعسر الولادة الطبيعية ويؤدي حتما لإجراء العملية القيصرية لاستخراج المولود. يتناقص عدد العمليات القيصرية مع تزايد رتبة المولود، حيث أن الأمهات اللاتي أنجبن مواليدهن بين 4–6 لم يشهدن سوى نسبة ضئيلة من الولادات القيصرية والممثلة بـ 4,2%، ما يوافق 99 أما ريفية، والأمهات اللاتي أنجبن من 7 مواليد فأكثر، فقد عرفن أضعف نسبة من حيث عدد الولادات القيصرية والتي قدّرت بـ 0,1%. ويمكن تفسير هذا التراجع في عدد الولادات القيصرية مع تزايد رتبة المولود بالاستعداد الفيزيولوجي للأمهات لولادة قوية، قد ترجع لاتساع في عنق الرحم الذي ينتج من كثرة الولادة، والذي قد يساعد في تسهيل الولادة الطبيعة على الأم، بالإضافة إلى الخبرة المعرفية في مجال التوليد، التي تكتسبها الأمه مع زيادة مواليدها.

2.1. علاقة العوامل الديمغرافية باحتمال تعرض المرأة الريفية للولادة القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية واحتمال تعرضها للولادة القيصرية، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بتعرض الأمهات الريفيات للولادة القيصرية كبديل للانحدار الخطي، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل ـ أي حالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات السالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال تعرض المرأة الريفية للعملية القيصرية أثناء الولادة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية.

H1: تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية واحتمال تعرضها للولادة القيصرية، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2011	34,4
	Observations manquantes	3840	65,6
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	,0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 34,4% من حجم العينة والمقدرة بـ 2011 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بتعرضهن لولادة قيصرية أو عدمه.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا	0
نعم	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بتعرضهن للولادة القيصرية و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم تعرضهن للولادة القيصرية.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			الولادة القيصرية		Pourcentage correct
			لا	نعم	
Pas 0	الولادة القيصرية	لا	541	0	,0
		نعم	1773	0	100,0
Pourcentage global					76,6

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 76,6% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الولادات القيصرية، ما عدا السؤال المتلق بتعرض الأمهات للعملية القيصرية أثناء الولادة، فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت ب "لا" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها ب"نعم"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	1,187	,049	584,161	1	,000	3,278

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير خارج المعادلة، ونظرا لأن البعض منها دال إحصائيًا أي أن sig=0,000 وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، (السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ورتبة المولد الأخير)، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، في حين يمكن استبعاد سن الأم عند آخر ولادة من النموذج لأنه غير دال إحصائيًا لأن sig=0,379 وهي أكبر من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	السن عند الزواج الأول	14,756	1	,000
		السن الأول للأمومة	30,468	1	,000
		سن الأم عند آخر ولادة	,774	1	,379
		رتبة المولود الأخير	20,112	1	,000
	Statistiques générales		62,497	4	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الثالثة بقيمة 2456,054، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 26% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الديمغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة

R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 39% من التفسير للعوامل الديمغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	2486,313[a]	,013	,019
2	2467,882[a]	,021	,031
3	2456,054[a]	,026	,039

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الديمغرافية والمتمثلة في متغير السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير، نلاحظ أن النموذج عرف تغيراً طفيفًا إلى النسبة 76,9%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			الولادة القيصرية		
	Observé		نعم	لا	Pourcentage correct
Pas 1	الولادة القيصرية	نعم	0	541	,0
		لا	0	1773	100,0
	Pourcentage global				76,6
Pas 2	الولادة القيصرية	نعم	8	533	1,5
		لا	3	1770	99,8
	Pourcentage global				76,8
Pas 3	الولادة القيصرية	نعم	9	531	1,7
		لا	3	1770	99,8
	Pourcentage global				76,9

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	السن الأول للأمومة	-,060	,011	29,929	1	,000	,942
	Constante	2,728	,289	89,057	1	,000	15,307
Pas 2[b]	السن عند الزواج الأول	,152	,037	16,667	1	,000	1,164
	السن الأول للأمومة	-,204	,037	30,171	1	,000	,815
	Constante	2,820	,293	92,764	1	,000	16,784
Pas 3[c]	السن عند الزواج الأول	,145	,037	15,060	1	,000	1,156
	السن الأول للأمومة	-,191	,038	25,925	1	,000	,826
	رتبة المولود الأخير	,127	,038	11,347	1	,001	1,136
	Constante	2,330	,324	51,732	1	,000	10,273

a. Introduction des variables au pas 1 : السن الأول للأمومة.

b. Introduction des variables au pas 2 : السن عند الزواج الأول.

c. Introduction des variables au pas 3 : رتبة المولود الأخير.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = 2{,}330 + 0{,}145x_1 - 0{,}191x_2 + 0{,}127x_3$$

حيث: ♦ x_1: السن عند الزواج الأول؛ ♦ x_2: السن الأول للأمومة؛ ♦ x_3: رتبة المولود الأخير؛

♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ احتمال التعرض لولادة قيصرية.

بما أن sig = 0,000 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية، حيث كلما ارتفع سن الأم عند الزواج الأول بسنة واحدة كلما زاد احتمال تعرضها للولادة القيصرية بـ 1,156 مرة، وكلما ارتفع السن الأول للأمومة بسنة واحدة كلما قل احتمال تعرضها للولادة القيصرية بـ 0,826 مرة، وكلما ارتفعت رتبة المولود الأخير برتبة واحدة كلما زاد احتمال تعرضها للولادة القيصرية بـ 1,136 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال تعرضها للولادة القيصرية.

2. تأثير العوامل الديمغرافية في لحظة إجراء العملية القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في الجزائر–المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند الولادة الأخيرة، رتبة المولود الأخير ومدة الزواج– في لحظة إجراء العملية القيصرية.

1.2. توزيع المبحوثات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية والعوامل الديمغرافية:

يبيّن الجدول رقم (7–16) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة العوامل الديمغرافية –المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة– أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية قد شهدنها قبل آلام المخاض بنسبة 70,6% من مجمل الأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في السن 30–39 سنة، ما يوافق 48 أمّا ريفية، والقلة منهن شهدت ولادة قيصرية بعد آلام المخاض، بنسبة 29,4%، تليها الفئة العمرية 15–29 سنة بنسبة 65%، ما يوافق 306 أمّا ريفية تزوجت لأول مرة في هذا السن، قد تعرضت لعملية قيصرية قبل آلام المخاض، ونسبة 35% فقط منهن من عرفت ولادة قيصرية بعد آلام المخاض. أمّا فئة الأمهات اللاتي تزوجن في سن صغيرة –أقل من 14 سنة– والفئة

التي تزوجت في سن كبيرة –أكثر من 40 سنة– فالملاحظ أنّ جلّهن قد تعرضن لعملية قيصرية قبل آلام المخاض، والأمر قد يرجع إلى كون الأمهات الصغيرات تفضلن –في بعض الأحيان– اللجوء إلى العملية القيصرية من خلال برمجتها مع الطبيب المختص في التوليد، بسبب قلة الخبرة أو لضعف التركيبة الفيزيولوجية للأم في هذا السن المبكر، والتي تمنعها من ولادة طبيعية، أمّا بالنسبة للأم التي عرفت الزواج لأول مرة في سن 40 سنة فأكثر، فتعرضها للولادة القيصرية قد ينجم عن تصلب في عنق الرحم، الأمر الذي يعسر عليها ولادة طبيعية، وبالتالي قد تضطر إلى برمجة موعد للعملية القيصرية.

بالنسبة للسن الأول للأمومة، فهو الآخر يشهد نسبًا عالية لدى الأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية قبل آلام المخاض، وعرفن الأمومة لأول مرة في السن 30–39 سنة بنسبة 71,9% ما يوافق 92 أمًا ريفية، والقلة منهن من شهدت عملية قيصرية بعد آلام المخاض بنسبة 28,1% ما يوافق 36 أمًا ريفية. تأتي الفئة العمرية 15–29 سنة في المرتبة الموالية ممثلة بنسبة 63,5% لدى الأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية قبل آلام المخاض، ما يوافق 266 أمًا ريفية عرفت الأمومة لأول مرة في هذا السن، ونسبة 36,5% فقط منهن من تعرضت لولادة قيصرية بعد آلام المخاض، ما يوافق 153 أمًا ريفية. وفيما يخص الفئة العمرية 40 سنة فأكثر، فقد عرفت معظم الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في هذا السن ولادة قيصرية قبل آلام المخاض.

ويبيّن نفس الجدول أن أكبر نسبة للأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية قبل المخاض سُجِّلت لدى الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 30–39 سنة و40 سنة فأكثر بنسبة 72,6% و70,7% على التوالي، وتقاربت النسب لدى الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 15–19 سنة و20–29 سنة بنسبة 50% و58,2% على التوالي، وسجِّلت نسب 50% و41,8% على التوالي بالنسبة للأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية بعد آلام المخاض الأمر الذي يمكن تفسيره بكون الأمهات في هذا السن لديهن القدرة على الولادة الطبيعية، غير أن التعقيدات التي يمكن أن تتعرض لها الأم أثناء الولادة بدورها قد توجه الولادة من طبيعية إلى قيصرية.

فيما يخص رتبة المولود الأخير، فيظهر –من خلال نفس الجدول– أن أكبر النسب لدى الأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية قبل آلام المخاض، سُجِّلت عند ولادة المولود الثاني إلى الثالث بنسبة 68,6% لرتبة المولود ونسبة 63,4% عند ولادة المولود الأول، وتتراجع هذه السنب بتزايد رتبة المولود الأخير لتصل إلى 61,6% عند ولادة المولود الرابع إلى السادس، و50% لدى الأمهات عند إنجابهن للمولود السابع وأكثر، ممّا يمكن تفسيره بالاستهلاك الجسماني للأم وبالتالي صعوبة الولادة الطبيعية، وضرورة اللجوء إلى قرار العملية القيصرية قبل بداية آلام المخاض بالتنسيق مع المختص في التوليد.

يمكن لمدة الزواج أن تمثل أحد المتغيرات التي تتحكم في لحظة إجراء العملية القيصرية، والملاحظ أن نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية قبل آلام المخاض تتزايد بتزايد مدة الزواج، لأن هذه الأخيرة يمكن لها أن تتحكم في عدد الولادات لكل امرأة، وبالتالي القدرة الفيزيولوجية على الإنجاب التي تتراجع بتزايد عدد المواليد، فقد سُجِّلت نسبة 62,9% لدى الأمهات اللاتي عشن حياة زوجية لمدة أقل من 10 سنوات، لترتفع هذ النسبة إلى 74,6% عند الأمهات اللاتي عشن بين 10-19 سنة من الزواج، ونسبة 90,9% بالنسبة للأمهات الريفيات ممن عرفن حياة زوجية دامت أكثر من 20 سنة.

جدول رقم (7-16): توزيع المبحوثات الريفيات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			لحظة إجراء العملية القيصرية		المجموع
			قبل آلام المخاض	بعد آلام المخاض	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	1	0	1
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	29-15	التكرارات	306	165	471
		النسب المئوية %	65,0%	35,0%	100,0%
	39-30	التكرارات	48	20	68
		النسب المئوية %	70,6%	29,4%	100,0%
	+40	التكرارات	5	0	5
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**360**	**185**	**545**
		النسب المئوية %	**66,1%**	**33,9%**	**100,0%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	266	153	419
		النسب المئوية %	63,5%	36,5%	100,0%
	39-30	التكرارات	92	36	128
		النسب المئوية %	71,9%	28,1%	100,0%
	+40	التكرارات	7	0	7
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**365**	**189**	**554**
		النسب المئوية %	**65,9%**	**34,1%**	**100,0%**
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	3	3	6
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	29-20	التكرارات	142	102	244
		النسب المئوية %	58,2%	41,8%	100,0%
	39-30	التكرارات	191	72	263
		النسب المئوية %	72,6%	27,4%	100,0%
	+40	التكرارات	29	12	41
		النسب المئوية %	70,7%	29,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**365**	**189**	**554**
		النسب المئوية %	**65,9%**	**34,1%**	**100,0%**
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	111	64	175
		النسب المئوية %	63,4%	36,6%	100,0%
	3-2	التكرارات	188	86	274

		النسب المئوية %	68,6%	31,4%	100,0%
	6-4	التكرارات	61	38	99
		النسب المئوية %	61,6%	38,4%	100,0%
	+7	التكرارات	1	1	2
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**361**	**189**	**550**
		النسب المئوية %	**65,6%**	**34,4%**	**100,0%**
مدة الزواج	9-0	التكرارات	264	156	420
		النسب المئوية %	62,9%	37,1%	100,0%
	19-10	التكرارات	85	29	114
		النسب المئوية %	74,6%	25,4%	100,0%
	+20	التكرارات	10	1	11
		النسب المئوية %	90,9%	9,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**359**	**186**	**545**
		النسب المئوية %	**65,9%**	**34,1%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.2. علاقة العوامل الديمغرافية بلحظة إجراء العملية القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية. لذا سنحاول توظيف اختبار khi^2 بين مجموعة المتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير ومدة الزواج، بعدما تمت تفيئتها لتتحول من متغيرات كمية إلى متغيرات رتبية، من جهة والمتغير التابع المتمثل في لحظة إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية، والذي يمثل متغيرا اسميا ذو بديلين (إجراء العملية القيصرية قبل أو بعد آلام المخاض)، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية لديها.

Tests du khi-carré

		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					Signification	95% Intervalle de confiance	
						Limite inférieure	Limite supérieure
السن عند الزواج الأول	khi-carré de Pearson	21,097[a]	6	,002	,001[b]	,001	,002
السن الأول للأمومة	khi-carré de Pearson	34,778[a]	6	,000	.[b]	.[b]	.[b]
السن عند آخر ولادة	khi-carré de Pearson	32,801[a]	6	,000	,000[b]	,000	,000
رتبة المولود الأخير	khi-carré de Pearson	2,381[a]	3	,497	,489[b]	,479	,499
مدة الزواج	khi-carré de Pearson	8,796[a]	5	,117	.[b]	.[b]	.[b]

يتبيّن من الجدول السابق الذي يوضح اختبار كاف مربع، أنّ مجمل هذه الارتباطات دالة إحصائيًا، حيث قدرت قيمة sig بـ 0,000 بين السن الأول للأمومة والسن عند آخر ولادة (كمتغيرات مستقلة) من جهة، و0,002 بين سن الأم عند الزواج الأول من جهة أخرى وقرار إجرائها للعملية القيصرية، أي مستوى دلالة أقل من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، من هنا يمكن القول بوجود علاقة بين هذه المتغيرات المستقلة سالفة الذكر ولحظة إجراء العملية القيصرية، إن كان قبل أو بعد آلام المخاض.

ممّا سبق يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بوجود علاقة بين العوامل الديمغرافية ولحظة إجراء العملية القيصرية.

3. تأثير العوامل الديمغرافية في نوع العملية القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في الجزائر–المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند الولادة الأخيرة ورتبة المولود الأخير– في احتمال التعرض لعملية قيصرية غير مبرمجة.

1.3. توزيع المبحوثات حسب نوع العملية القيصرية والعوامل الديمغرافية:

يبيّن الجدول رقم (7–17) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع العملية القيصرية بدلالة العوامل الديمغرافية –المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة– أن أغلبية المبحوثات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية غير مبرمجة قد تزوجن لأول مرة في السن 15–29 سنة بنسبة 43,2%، ما يوافق 201 امرأة ريفية، تليها الفئة التي تزوجت في السن 30–39 سنة بنسبة 32,4%، ما يوافق 22 امرأة ريفية، وبالمقابل فإن فئة الأمهات اللاتي خططن لعملية قيصرية مبرمجة تمثل –هي الأخرى– بالفئتين 15–29 سنة و30–39 سنة بنسبة 56,8% و67,6% على التوالي، ممّا يعكس ميول المرأة الريفية في هذا السن إلى برمجة العملية القيصرية مع مختص التوليد لأسباب عديدة، منها الخوف من آلام المخاض، الشعور بالتعب –خاصة لدى الفئة العمرية التي تفوق الثلاثين سنة من العمر.

وتشهد نفس الفئات العمرية –فيما يخص السن الأول للأمومة– ميولا نحو العمليات القيصرية المبرمجة، ممثلة بنسبة عالية عند الأمهات اللاتي عرفن الأمومة لأول مرة في السن 30–39 سنة بنسبة 64,6%، تليه الفئة العمرية 15–29 سنة بنسبة 55,7% ما يوافق 231 امرأة ريفية، في حين تمثّل هذه الفئة الأخيرة بنسبة أعلى من سابقتها –فيما يخص العمليات القيصرية

غير المبرمجة- حيث قدّرت بـ 44,3% ما يوافق 184 أمّا ريفية، ونسبة 35,4% للفئة التي أنجبت لأول مرة في السن 30-39 سنة. أمّا الفئات العمرية الطرفية -الصغرى والكبرى- فقد عرفت معظمها عمليات قيصرية مبرمجة بالنسبة للأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة في سن أقل من 15 سنة، وكذا بالنسبة للأمهات اللاتي تزوجن لأول مرة أو عرفن الأمومة لأول مرة في السن 40 سنة فأكثر.

ويبيّن نفس الجدول أن أكبر نسبة للأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية غير مبرمجة سُجِّلت لدى الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 15-19 سنة بنسبة 85,7%، تليها فئة الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 20-29 سنة بنسبة 53,3% ما يوافق 129 امرأة ريفية، وسجِّلت نسبة 33,1% و20% على التوالي بالنسبة للأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية غير مبرمجة لولادة آخر مواليدهن في السن 30-39 و40 سنة فما فوق. في حين سهدت هاتين الفئتين الأخيرتين أعلى النسب فيما يخص العمليات القيصرية المبرمجة بنسبة 66,9% و80% على التوالي، الأمر الذي يمكن تفسيره بكون الأمهات في هذا السن تتراجع لديهن القدرة على الولادة الطبيعية، ممّا يقود الأم في هذا العمر المتأخر إلى برمجة موعد لولادة قيصرية مع الطبيب المختص تفاديا لأي مضاعفات قد تحصل لها أثناء الولادة.

يمكن أن تلعب رتبة المولود الأخير دورا في نوع العملية القيصرية الذي قد تتعرض له الأم، فيظهر -من خلال نفس الجدول- أن أكبر النسب لدى الأمهات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية مبرمجة، سُجِّلت عند ولادة مولودين فأكثر بنسبة 65,9% لرتبة المولود الثاني والثالث، و64,6% عند ولادة المولود الرابع إلى السادس، و50% لدى الأمهات عند إنجابهن للمولود السابع وأكثر، في حين أنّ أقل النسب من العمليات القيصرية المبرمجة سجّلت لدى الأمهات اللاتي أنجبن المولود الأول بقيمة 42,8%، ما يقابلها 57,2% من الأمهات، أي أن أكثر من نصف النساء الريفيات اللاتي تعرضن لعملية قيصرية غير مبرمجة عند ولادة أول مولود، ما يوافق 99 أما ريفية، والأمر قد يرجع إلى قلة خبرة المرأة عند الولادة الأولى، ممّا قد يعرضها تعقيدات أثناء الولادة الطبيعية،وبالتالي خضوعها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

جدول رقم (7–17): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			نوع العملية القيصرية		المجموع
			مبرمجة	غير مبرمجة	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	1	0	1
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	29-15	التكرارات	264	201	465
		النسب المئوية %	56,8%	43,2%	100,0%
	39-30	التكرارات	46	22	68
		النسب المئوية %	67,6%	32,4%	100,0%
	+40	التكرارات	5	0	5
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**316**	**223**	**539**
		النسب المئوية %	**58,6%**	**41,4%**	**100,0%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	231	184	415
		النسب المئوية %	55,7%	44,3%	100,0%
	39-30	التكرارات	82	45	127
		النسب المئوية %	64,6%	35,4%	100,0%
	+40	التكرارات	7	0	7
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**320**	**229**	**549**
		النسب المئوية %	**58,3%**	**41,7%**	**100,0%**
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	1	6	7
		النسب المئوية %	14,3%	85,7%	100,0%
	29-20	التكرارات	113	129	242
		النسب المئوية %	46,7%	53,3%	100,0%
	39-30	التكرارات	174	86	260
		النسب المئوية %	66,9%	33,1%	100,0%
	+40	التكرارات	32	8	40
		النسب المئوية %	80,0%	20,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**320**	**229**	**549**
		النسب المئوية %	**58,3%**	**41,7%**	**100,0%**
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	74	99	173
		النسب المئوية %	42,8%	57,2%	100,0%
	3-2	التكرارات	178	92	270
		النسب المئوية %	65,9%	34,1%	100,0%
	6-4	التكرارات	64	35	99
		النسب المئوية %	64,6%	35,4%	100,0%
	+7	التكرارات	1	1	2
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**317**	**227**	**544**
		النسب المئوية %	**58,3%**	**41,7%**	**100,0%**

2.3. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية بنوع العملية القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ونوع العملية القيصرية الذي تعرضت له خلال إنجابها لآخر مولود لها –إن كانت مبرمجة أو غير مبرمجة– لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بنوع العملية القيصرية، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي ب، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بنوع العملية القيصرية الذي تعرضت لها المرأة الريفية عند ولادة آخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

H1: تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ونوع العملية القيصرية الذي تعرضت له، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	411	95,6
	Observations manquantes	19	4,4
	Total	430	100,0
Observations non sélectionnées		0	,0
Total		430	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 95,6% من حجم العينة والمقدرة بـ 411 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرّحن بإجاباتهن المتعلقة بنوع العملية القيصرية الذي تعرضت له أثناء ولادة آخر مولود لها (مبرمجا أو غير مبرمج).

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
غير مبرمجة	1
مبرمجة	0

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بنوع العملية القيصرية غير المبرمج و0 للأمهات اللاتي صرحن بنوع العملية القيصرية المبرمج.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			نوع العملية القيصرية		Pourcentage correct
			غير مبرمجة	مبرمجة	
Pas 0	نوع العملية القيصرية	غير مبرمجة	0	222	,0
		مبرمجة	0	313	100,0
	Pourcentage global				58,5

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 58,5% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع العملية القيصرية، ما عدا السؤال المتعلق بنوع العملية الذي تعرضت له الرئيسية، فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بالعملية "المبرمجة" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بالعملية "غير المبرمجة"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	,344	,088	15,360	1	,000	1,410

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير خارج المعادلة، ونظرا لأنها –في مجملها– دالة إحصائيا أي أن sig=0,002 للسن عند الزواج الأول و sig=0,000 لباقي المتغيرات المستقلة (السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة

ورتبة المولد الأخير)، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	السن عند الزواج الأول	10,071	1	,002
		السن الأول للأمومة	16,349	1	,000
		سن الأم عند آخر ولادة	42,945	1	,000
		رتبة المولود الأخير	17,836	1	,000
	Statistiques générales		47,515	4	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 676,114، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 09% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الديمغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R- deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 12,1% من التفسير للعوامل الديمغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	676,114[a]	,090	,121

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الديمغرافية والمتمثلة في متغير السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير، نلاحظ أن النموذج عرف تغيراً طفيفًا إلى النسبة 67,1%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			نوع العملية القيصرية		
	Observé		غير مبرمجة	مبرمجة	Pourcentage correct
Pas 1	نوع العملية القيصرية	غير مبرمجة	106	116	47,7
		مبرمجة	60	253	80,8
	Pourcentage global				67,1

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	السن عند الزواج الأول	-,116	,060	3,757	1	,053	,890
	السن الأول للأمومة	,123	,068	3,280	1	,070	1,131
	السن عند آخر ولادة	,084	,036	5,382	1	,020	1,088
	رتبة المولود الأخير	,247	,225	1,206	1	,272	1,281
	Constante	-3,061	,624	24,032	1	,000	,047

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = -3{,}061 + 0{,}084_x$$

حيث: ♦ *x*: السن عند آخر ولادة؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ احتمال التعرض لعملية قيصرية غير مبرمجة.

بما أن sig = 0,020 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في نوع العملية القيصرية الذي تعرضت له، حيث كلما ارتفع سن الأم عند آخر ولادة بسنة واحدة كلما ارتفع احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة بـ 1,088 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في الولادات القيصرية لديها.**

III. تأثير العوامل الديمغرافية في الرضاعة الطبيعية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الديمغرافية –المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند الولادة الأخيرة ورتبة المولود الأخير– في احتمال إرضاع هذا المولود، المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى ونوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية في الجزائر.

1. تأثير العوامل الديمغرافية في إرضاع المولود الأخير:

1.1. توزيع المبحوثات حسب احتمال ارضاع المولود الأخير والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7–18) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب احتمال ارضاع المولود الأخير بدلالة العوامل الديمغرافية– أن أغلبية المبحوثات اللاتي قمن بإرضاع آخر مواليدهن قد تزوجن لأول مرة في السن 15–29 سنة بنسبة 87,4%، ما يوافق 1878 أمّا ريفية، تليها الفئة التي تزوجت لأول مرة في السن 30–39 سنة بنسبة 86,8%، ما يوافق 177 امرأة ريفية، ثم الفئة التي عرفت الزواج لأول مرة في السن 40 سنة فأكثر بنسبة 75%، ما يوافق 06 أمّهات من

مجمل الأمهات المرضعات. أمّا الفئة العمرية الصغرى –التي تقل عن 15 سنة من العمر– فهي تعرف أقل نسبة من المرضعات والتي قدّرت بـ 66,7%، ممّا يمكن تفسيره بكون هاتين الفئتين العمريتين الأخيرتين قد تعرفان أقل عدد من الولادات وبالتالي أقل احتمالا لإرضاع مواليدهن.

فيما يخص السن الأول للأمومة، فالملاحظ أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن بإرضاع آخر مواليدهن، قد أنجبن لأول مرة في السن أقل من 40 سنة، ممثلة بالفئة التي عرفت الأمومة لأول مرة في السن 30–39 سنة والسن 15–29 سنة بنسبة 88,1% و87,3% على التوالي، أمّا فئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن تفوق الأربعين فقد سجلت أقل نسبة قدّرت بـ 80%، الأمر الذي يمكن تفسيره بتراجع احتمال الحمل والولادة، وبالتالي فرصة الرضاعة لدى المرأة في هذا السن المتأخر من العمر.

وبالنسبة للأمهات اللاتي عرفن الأمومة لآخر مرة، فالملاحظ أنّ أغلبية المبحوثات اللاتي قمن بإرضاع آخر مولود، قد سجّلت عند الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 15–19 سنة والسن 30–39 سنة بنسبة 90,2%، وتتقارب النسب لدى الفئة التي أنجبت في السن 20–29 سنة و40 سنة فما فأكثر بنسبة 84,6% و85,7% على التوالي. ويمكن تفسير ارتفاع نسب المرضعات في مختلف الفئات العمرية بكون زيادة الخبرة لدى الأم المرضعة بتزايد عدد مواليدها –من حيث العناية بصحتها الإنجابية– وبالتالي الحصول على المعرفة اللازمة في كل ما يتعلق بالرضاعة.

ومن خلال رتبة المولود الأخير، يتضح لنا أن أغلبية المبحوثات قمن بإرضاع آخر مواليدهن باختلاف رتبة هذا المولود، كما يلاحظ تزايد في نسبة الرضاعة مع زيادة رتبة المولود الأخير، حيث انتقلت من بنسبة 83,3% من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بأن المولود الأول هو آخر مولود أنجبنه، ما يوافق 535 أمّا ريفية، لترتفع هذه النسبة إلى 87,8% أثناء ولادة المولود الثاني والثالث، ما يوافق 1046 مبحوثة، تليها فئة الأمهات اللاتي أنجبن بين 4 إلى 6 مواليد بنسبة 90,7%، ومن أنجبت 7 مواليد فأكثر بنسبة 95,7%. ويمكن إرجاع هذا الارتفاع في نسب الأمهات المرضعات إلى تزايد الخبرة لدى المرأة في مجال الولادة بتزايد رتبة المولود، خاصة بعد المولود الثاني، ممّا يسمح لها بالحصول على العناية الجسدية والنفسية التي تسمح لها بأن ترضع مولودها على أكمل وجه.

جدول رقم (7–18): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول ارضاع آخر مولود بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			ارضاع المولود		المجموع
			أرضعت	لم ترضع	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	2	1	3
		النسب المئوية %	66,7%	33,3%	100,0%
	29-15	التكرارات	1878	271	2149
		النسب المئوية %	87,4%	12,6%	100,0%
	39-30	التكرارات	177	27	204
		النسب المئوية %	86,8%	13,2%	100,0%
	+40	التكرارات	6	2	8
		النسب المئوية %	75,0%	25,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	2063	301	2364
		النسب المئوية %	87,3%	12,7%	100,0%
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	1766	257	2023
		النسب المئوية %	87,3%	12,7%	100,0%
	39-30	التكرارات	347	47	394
		النسب المئوية %	88,1%	11,9%	100,0%
	+40	التكرارات	8	2	10
		النسب المئوية %	80,0%	20,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	2121	306	2427
		النسب المئوية %	87,4%	12,6%	100,0%
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	37	4	41
		النسب المئوية %	90,2%	9,8%	100,0%
	29-20	التكرارات	909	166	1075
		النسب المئوية %	84,6%	15,4%	100,0%
	39-30	التكرارات	1035	113	1148
		النسب المئوية %	90,2%	9,8%	100,0%
	+40	التكرارات	138	23	161
		النسب المئوية %	85,7%	14,3%	100,0%
	المجموع	التكرارات	2119	306	2425
		النسب المئوية %	87,4%	12,6%	100,0%
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	535	107	642
		النسب المئوية %	83,3%	16,7%	100,0%
	3-2	التكرارات	1046	146	1192
		النسب المئوية %	87,8%	12,2%	100,0%
	6-4	التكرارات	480	49	529
		النسب المئوية %	90,7%	9,3%	100,0%
	+7	التكرارات	45	2	47
		النسب المئوية %	95,7%	4,3%	100,0%
	المجموع	التكرارات	2106	304	2410
		النسب المئوية %	87,4%	12,6%	100,0%

2.5. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية بإرضاع المولود الأخير:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية واحتمال إرضاعها لمولودها الأخير، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بإرضاع المولود، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير تابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال إرضاع المرأة الريفية لآخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال إرضاعها للمولود.

H1: تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال إرضاعها للمولود.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية واحتمال إرضاعها لآخر مولود لها، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا	0
نعم	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 0 للمبحوثات اللاتي صرحن بعدم إرضاعهن للمولود و1 للأمهات اللاتي قمن بإرضاع آخر مواليدهن.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي الذي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	السن عند الزواج الأول	,000	,045	,000	1	,997	1,000
	السن الأول للأمومة	,018	,050	,129	1	,720	1,018
	السن عند آخر ولادة	-,028	,026	1,180	1	,277	,973
	رتبة المولود الأخير	-,226	,159	2,013	1	,156	,798
	Constante	-1,128	,424	7,076	1	,008	,324

a. Introduction des variables au pas 1: السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير.

بما أن قيمة الدلالة sig –في مجملها– أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنه يمكننا رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري القائل بعدم تأثير العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال ارضاعها لآخر مولود لها.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية لا تؤثر في احتمال ارضاعها لآخر مولود لها.

2. تأثير العوامل الديمغرافية في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى:

1.2. توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7–19) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة العوامل الديمغرافية– أن أغلبية المبحوثات اللاتي قمن بإرضاع آخر مواليدهن للمرة الأولى بعد لحظة الولادة، في مدة لم تتجاوز الساعة الواحدة، قد تزوجن لأول مرة في السن 15–29 سنة بنسبة 39,4%، ما يوافق 741 أما ريفية، تليها الفئة التي تزوجت لأول مرة في السن 30–39 سنة بنسبة 33,9%، ثم الفئة التي عرفت الزواج لأول مرة في السن 40 سنة فأكثر بنسبة ضئيلة قدّرت بـ 16,7%، في حين سُجِّلت أكبر نسبة للأمهات الريفيات اللاتي أرضعن مواليدهن لأول مرة خلال مدة تراوحت بين ساعة واحدة إلى 12 ساعة، لدى المبحوثات اللاتي تزوجن لأول مرة في سن 40 سنة فأكثر، بنسبة 50%، هذه النسبة المرتفعة يمكن تفسيرها بكون الأم في هذا السن قد تتعسر لديها الولادة الطبيعية فتضطر لإجراء ولادة قيصرية ممّا يصعب عليها عملية الإرضاع في الساعة الأولى، وبالتالي يتأخر إلى ما بعد ذلك، تليها الفئة التي تزوجت في السن 15–29 سنة بنسبة 34,9%، وأقل نسبة سجّلت لدى الأمهات اللاتي عرفن الزواج لأول مرة في السن 30–39 سنة والتي قدّرت بـ 28,8%. أمّا فئة المبحوثات اللاتي مارسن الرضاعة خلال فترة تجاوزت 12 ساعة، فقد سجّلت لدى الفئة التي عرفت الزواج لأول مرة في السن 30–39 سنة بنسبة 13,9% –كأعلى نسبة– لمن أرضعن خلال الفترة من 12–24 ساعة، ونسبة 23,7% و33,3% لمن أرضعن خلال مدة فاقت 24 ساعة للفئة التي تزوجت لأول مرة في السن 30–39 سنة وسن الأربعية فأكثر على التوالي.

بالنسبة للسن الأول للأمومة، فالملاحظ أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن بإرضاع آخر مواليدهن لأول مرة خلال الساعة الأولى، قد أنجبن لأول مرة في السن أقل من 40 سنة، ممثلة بالفئة التي عرفت الأمومة لأول مرة في السن 15–29 سنة والسن 30–39 سنة بنسبة 39,9% و34,1% على التوالي، أمّا فئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن تفوق الأربعين

فقد سجلت أقل نسبة قدّرت بـ 12,5%، وبالمقابل ترتفع هذه النسبة عند هذه الفئة الأخيرة فيما يخص الأمهات اللاتي أرضعن خلال فترة تراوحت بين ساعة واحدة إلى 12 ساعة، حيث قدّرت بـ 37,5% و50% -كأعلى نسبة- لدى المبحوثات اللاتي مارسن الرضاعة في زمن فاق 24 ساعة.

فيما يخص سن الأم عند آخر ولادة، فالملاحظ أنّ أغلبية المبحوثات اللاتي قمن بإرضاع آخر مولود في زمن لم يتعدّ الساعة الواحدة، قد سجّلت عند الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 15-19 سنة بنسبة 43,2% ، تليها الفئة التي أنجبت في السن 30-39 سنة بنسبة 41,4%، وسجّلت أضعف نسبة لدى الأمهات المرضعات الاتي أنجبن في السن 20-29 سنة، حيث قدّرت بـ 35,8%. أمّا فئة المبحوثات اللاتي مارسن الرضاعة خلال مدة تراوحت بين الساعة الواحدة و12 ساعة، فقد عرفن نسباً متقاربة تراوحت بين 33,4% كأدنى قيمة و36,7% كأعلى قيمة لدى المبحوثات اللاتي أنجبن آخر مواليدهن خلال السن 30-39 سنة والسن 20-29 سنة.وتقاربت النسب لدى الفئات التي أرضعت في زمن فاق 12 ساعة، حيث سجّلت أضعف قيمة لدى الأمهات التي عرفن إنجاب آخر مواليدهن في السن 30-39 سنة بالنسبة للأمهات اللاتي مارسن الرضاعة خلال مدة تراوحت بين 12 و24 ساعة و17,4% بالنسبة للأمهات اللاتي شهدن إنجاب آخر مواليدهن في السن 40 سنة فأكثر، بالنسبة للأمهات اللاتي مارسن الرضاعة في مدة فاقت 24 ساعة بعد الولادة. ويمكن تفسير ارتفاع نسب المرضعات خلال الساعة الأولى من الولادة بتزايد خبرة الأم مع تزايد عدد مواليدها ممذا يؤثر على صحتها الإنجابية وبالتالي درايتها بكل أمور الولادة والرضاعة.

ويتضح لنا هذا الأمر من خلال رتبة المولود الأخير، حيث أن أغلبية المبحوثات ترتفع نسب المبحوثات اللاتي قمن بإرضاع آخر مواليدهن باختلاف رتبة هذا المولود، خلال الساعة الأولى بعد الميلاد، حيث سجّلت نسبة 41,2% لدى الأمهات اللاتي مارسن الرضاعة بعد إنجابهن للمولود الثاني، ونسبة 50% لدى الأمهات اللاتي أنجبن للمولود السابع. كما يلاحظ تقارب في نسبة الرضاعة -التي تتراوح بين ساعة واحدة إلى 12 ساعة- مع زيادة رتبة المولود الأخير، حيث سجلت نسبة 32% -كأدنى نسبة- من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بإنجاب أربعة مواليد إلى 6 مواليد، ما يوافق 154 أمّا ريفية، و40,9% لدى الفئة التي صرّحت بإنجاب أكثر من سبعة مواليد. وأضعف النسب سجّلت لدى الأمهات اللاتي قمن بإرضاع مواليدهن خلال مدة فاقت 12 ساعة، حيث سجّلت نسبة 2,3% -كأدنى قيمة-لدى المبحوثات اللاتي صرّحن بممارسة الرضاعة في مدة تراوحت بين 12 إلى 24 ساعة وقد أنجبت مولودها السابع فأكثر، ونسبة 22,8% لدى الأمهات اللاتي صرّحن بممارسة

الرضاعة بعد 24 ساعة من الولادة لدى المبحوثات اللاتي صرّحن بإنجاب المولود الأول كآخر مواليدهن. ويمكن تفسير هذا الارتفاع في نسب الأمهات المرضعات خلال الساعة الأولى من الولادة إلى تزايد الخبرة لدى المرأة في مجال الولادة بتزايد رتبة المولود، خاصة بعد المولود الثاني، ممّا يمكنها من إرضاع مولودها في الزمن اللازم.

جدول رقم (7–19): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى				المجموع
			أقل من ساعة	1–11 ساعة	12–24 ساعة	أكثر من 24 ساعة	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	0	1	0	0	1
		النسب المئوية %	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	29-15	التكرارات	741	658	180	304	1883
		النسب المئوية %	39,4%	34,9%	9,6%	16,1%	100,0%
	39-30	التكرارات	60	51	24	42	177
		النسب المئوية %	33,9%	28,8%	13,6%	23,7%	100,0%
	+40	التكرارات	1	3	0	2	6
		النسب المئوية %	16,7%	50,0%	0,0%	33,3%	100,0%
	المجموع	التكرارات	802	713	204	348	2067
		النسب المئوية %	38,8%	34,5%	9,9%	16,8%	100,0%
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	706	624	167	274	1771
		النسب المئوية %	39,9%	35,2%	9,4%	15,5%	100,0%
	39-30	التكرارات	118	117	38	73	346
		النسب المئوية %	34,1%	33,8%	11,0%	21,1%	100,0%
	+40	التكرارات	1	3	0	4	8
		النسب المئوية %	12,5%	37,5%	0,0%	50,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	825	744	205	351	2125
		النسب المئوية %	38,8%	35,0%	9,6%	16,5%	100,0%
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	16	13	6	2	37
		النسب المئوية %	43,2%	35,1%	16,2%	5,4%	100,0%
	29-20	التكرارات	328	336	100	151	915
		النسب المئوية %	35,8%	36,7%	10,9%	16,5%	100,0%
	39-30	التكرارات	428	346	86	175	1035
		النسب المئوية %	41,4%	33,4%	8,3%	16,9%	100,0%
	+40	التكرارات	52	49	13	24	138
		النسب المئوية %	37,7%	35,5%	9,4%	17,4%	100,0%
	المجموع	التكرارات	824	744	205	352	2125
		النسب المئوية %	38,8%	35,0%	9,6%	16,6%	100,0%
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	143	192	81	123	539
		النسب المئوية %	26,5%	35,6%	15,0%	22,8%	100,0%
	3-2	التكرارات	431	372	82	160	1045
		النسب المئوية %	41,2%	35,6%	7,8%	15,3%	100,0%

	6-4	التكرارات	225	154	38	65	482
		النسب المئوية %	46,7%	32,0%	7,9%	13,5%	100,0%
	+7	التكرارات	22	18	1	3	44
		النسب المئوية %	50,0%	40,9%	2,3%	6,8%	100,0%
	المجموع	التكرارات	821	736	202	351	2110
		النسب المئوية %	38,9%	34,9%	9,6%	16,6%	100,0%

2.2. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية بالمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الديمغرافية) والمتمثل في سن المرأة عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير، عبارة عن متغيرات كمية، والمتغير التابع (المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى) بدوره عبارة عن متغير كمي، فإننا سنحاول توظيف الانحدار الخطي المتعدّد بين مجموعة المتغيرات المستقلة سالفة الذكر والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (7-20) يوضح الارتباط الخطي بين المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى والمتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

H1: توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

جدول رقم (7–20): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى).

Corrélations						
		المدة الفاصلة بين الولادة والرضعة الولى	السن عند الزواج الأول	السن الأول للأمومة	السن عند آخر ولادة	رتبة المولود الأخير
Corrélation de Pearson	المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى	1,000	,073	,085	,016	-,072
	السن عند الزواج الأول	,073	1,000	,951	,531	-,115
	السن الأول للأمومة	,085	,951	1,000	,545	-,140
	السن عند آخر ولادة	,016	,531	,545	1,000	,617
	رتبة المولود الأخير	-,072	-,115	-,140	,617	1,000
Sig. (unilatéral)	المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى	.	,000	,000	,232	,001
	السن عند الزواج الأول	,000	.	,000	,000	,000
	السن الأول للأمومة	,000	,000	.	,000	,000
	السن عند آخر ولادة	,232	,000	,000	.	,000
	رتبة المولود الأخير	,001	,000	,000	,000	.
N	المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى	2052	2052	2052	2052	2052
	السن عند الزواج الأول	2052	2052	2052	2052	2052
	السن الأول للأمومة	2052	2052	2052	2052	2052
	السن عند آخر ولادة	2052	2052	2052	2052	2052
	رتبة المولود الأخير	2052	2052	2052	2052	2052

يتبيّن من الجدول السابق الذي يوضح مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار، أنّ مجمل هذه الارتباطات دالة إحصائيا التي قدّرت بـ 0,000 (السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة) و0,001 (رتبة المولود الأخير) أي مستوى دلالة أقل من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، حيث أنّ أعلى قيمة لمعامل الارتباط سجّلت بين السن الأول للأمومة والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بقيمة 0,085 (أي أنه كلما ارتفع سن الأم عند الولادة الأولى كلما ارتفعت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى)، وقدّرت قيمة هذا المعامل بين سن الأم عند الزواج الأول والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بقيمة 0,073 (أي أنه كلما ارتفع سن الأم عند الزواج الأول كلما ارتفعت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى)، في حين قدّرت قيمته بـ 0,072- بين رتبة المولود الأخير وهذه المدة (أي أنه كلما ارتفعت رتبة المولود الأخير كلما انخفضت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى).

جدول رقم (7–21): معامل الارتباط الخطي المتعدد بين العوامل الديمغرافية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

Récapitulatif des modèles[b]

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	,110[a]	,012	,010	43,70635	,012	6,250	4	2047	,000

a. Prédicteurs : (Constante), السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير

b. Variable dépendante: المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى

يتّضح من الجدول رقم(21) أنّ قيمة معامل الارتباط الخطي بين المتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير والمتغير التابع المتمثل في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى ، قدّرَت بـ 0,110، أي أنّ هناك ارتباط طردي ضعيف بين المتغيرات، ومدى الدقة في تقدير المتغير التابع هي (0,012) بمعنى أن 01,2% من تغير المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى يعود لتغيرات العوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ورتبة المولود الأخير، والنسبة المتبقية 98,8% ترجع لعوامل أخرى.

أ. تباين خط الانحدار لتطور المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى وتطور العوامل الديمغرافية:

يوضح الجدول التالي تحليل خط الانحدار، حيث يدرس مدى ملائمة خط انحدار المعطيات وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: خط الانحدار يلائم المعطيات المقدمة.

H1: خط الانحدار لا يلائم المعطيات المقدمة.

جدول رقم (7–22): قيم تباين خط الانحدار لمتغيرات الدراسة (تحليل التباين الأحادي)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	47758,932	4	11939,733	6,250	,000[b]
	de student	3910866,896	2047	1910,245		
	Total	3958625,828	2051			

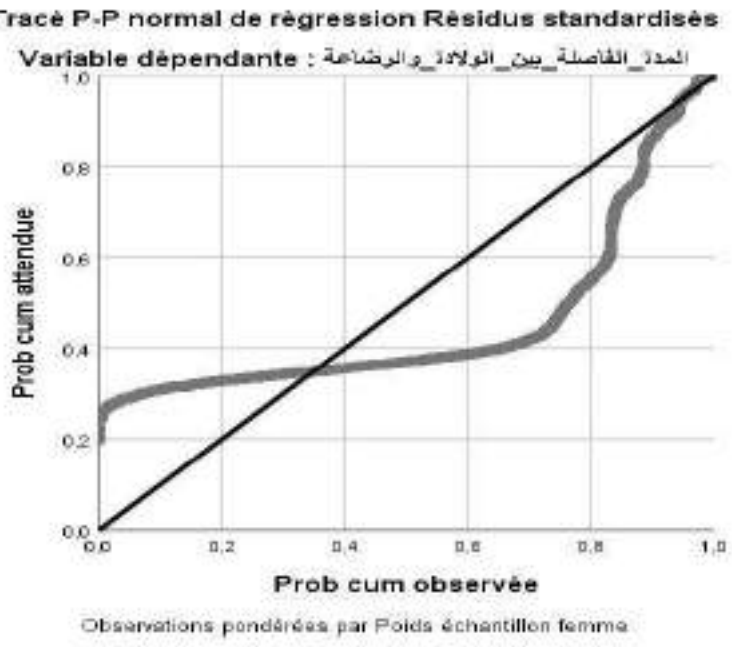
a. Variable dépendante : المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى

b. Prédicteurs : (Constante), السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير

من نتائج الجدول رقم (7–22) نجد ما يلي:

- مجموع مربعات الانحدار يساوي 47758,932، مجموع مربعات البواقي هو 3910866,896 وجموع المربعات الكلي يساوي 3958625,828؛
- درجة حرية الانحدار هي 4 ودرجة حرية البواقي هي 2047؛
- معدل مربعات الانحدار هو 11939,733، ومعدل مربعات البواقي هو 1910,245؛
- قيمة اختبار تحليل التباين لخط الانحدار هو 6,250؛
- مستوى دلالة الاختبار 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة الإحصائية 0,05، لذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرض البديل القائل بأن خط الانحدار يلائم المعطيات، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

شكل رقم (7–3): مدى ملائمة خط الانحدار للعلاقة بين المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى والعوامل الديمغرافية.



ب. دراسة معاملات خط الانحدار:

يمثل الجدول رقم (7-23) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير المدة الفاصلة بين الولادة والرضعة الأولى والعوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير.

جدول رقم (7-23): قيم معاملات الانحدار

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF
1	(Constante)	6,559	6,716		,977	,329					
	السن عند الزواج الأول	-,646	,725	-,064	-,891	,373	,073	-,020	-,020	,095	10,525
	السن الأول للأمومة	,989	,787	,098	1,257	,209	,085	,028	,028	,080	12,518
	السن عند آخر ولادة	,462	,363	,061	1,271	,204	,016	,028	,028	,213	4,703
	رتبة المولود الأخير	-6,038	2,359	-,103	-2,560	,011	-,072	-,056	-,056	,296	3,378

a. Variable dépendante: المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 6,559 والذي يمثل قيمة B. فتصبح معادلة الانحدار مبدئيًا:

$$y = a + b_x$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 6{,}559 - 6{,}038_x$$

حيث يمثل: ♦x: المتغير المستقل رتبة المولود الأخير. ♦y: المتغير التابع (المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى).

المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى = 6,559 − 6,038 رتبة المولود الأخير

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (7-23) ما يلي:

✓ أن الزيادة في رتبة المولود الأخير ولو بقيمة 1 ستنقص المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بـ 6,038 وحدة، وبما أنّ قيمة sig=0, 011 وهي أقل من 0,05 يعني أنّ تغيرات المولود الأخير تؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لدى المرأة الريفية.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لآخر مولود لها.

3. تأثير العوامل الديمغرافية في نوع الرضاعة:

1.1. توزيع المبحوثات حسب نوع الرضاعة والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7-24) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه على مولودها الأخير بدلالة العوامل الديمغرافية- أن أغلبية المبحوثات اللاتي قمن بإرضاع آخر مواليدهن رضاعة حصرية – لا إضافة فيها إلى لبن الأم الصافي- قد تزوجن لأول مرة في سن تفوق 15 سنة، حيث نلاحظ أنّ نسبة الرضاعة الحصرية تتزايد بتزايد سن الأم عند الزواج الأول، أين سجّلت النسب 48,3%، 45,2%، ونسبة 50% من مجمل الأمهات المرضعات، لدى فئة الأمهات اللاتي عرفن الزواج لأول مرة في السن 15-29 سنة، 30-39 سنة و40 سنة فأكثر. أمّا الفئة العمرية الصغرى – التي تقل عن 15 سنة من العمر- فهي تعرف تمارس رضاعة غير حصرية في الغالب، الأمر الذي يمكن تفسيره بكون هاته الفئة من الأمهات قد تعرفان أقل عدد من المواليد، وبالتالي أقل احتمالا لإرضاع مواليدهن خاصة الرضاعة الحصرية التي تتطلب رعاية صحية للأم ومعرفة مسبقة بأهميتها للطفل والأم معًا والتي تق بطبيعة الحال لدى الأمهات في السن الصغيرة، أين تكون التركيبة الجسمية للمرأة لم تشهد نموها الكامل في بعض النواحي الخاصة بالولادة والرضاعة.

فيما يخص السن الأول للأمومة، فالملاحظ أن أغلبية المبحوثات قد صرّحن بإرضاع آخر مواليدهن رضاعة غير حصرية، والتي تتزايد بتزايد سن الأم عند أول ولادة، أين سجّلت 51,1%، 55,6% و62,5% لدى الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة خلال الأعمار 15-29 سنة، 30-39 سنة و40 سنة فأكثر على التوالي، وبالمقابل تتراجع نسب الأمهات المرضعات رضاعة حصرية خالية من أي إضافات، حيث سجّلت 48,5%، 44,4% ونسبة 37,5% على التوالي لدى الفئات العمرية سالفة الذكر، ممّا يمكن أن يفسّر بتراجع قدرة المرأة على تحمل مشقات الولادة والرضاعة، وبالتالي فرصة اللجوء إلى الرضاعة غير الحصرية مع التقدم في العمر.

ونلاحظ أنّ أكثر من نصف المبحوثات اللاتي أنجبن آخر مواليدهن في السن 15-19 سنة قد مارسن رضاعة حصرية بنسبة 54,1%، وتتقارب النسب لدى باقي الفئات العمرية والتي أنجبت آخر مولد لها في السن 20-29 سنة، 30-39 سنة و40 سنة فما فأكثر بنسبة 45,8%، 48,8% ونسبة 51,4% على التوالي، وبالمقابل سجّلت نسب مرتفعة للرضاعة غير الحصرية قدّرت بـ 54,2%، 51,2% ونسبة 48,6% لدى الفئات السابقة على التوالي، الأمر الذي يمكن تفسيره بضعف التركيبة الجسمانية للأم مع تزايد العمر والتي قد تؤثر على قدرتها في تحمل متاعب الرضاعة الحصرية.

أمّا عن رتبة المولود الأخير، فالملاحظ أن الرضاعة الحصرية ترتفع لدى الأمهات اللاتي أنجبن أكثر من 6 مواليد، حيث سجّلت نسبة 51,9% لدى الأمهات اللاتي أنجبن ما بين 4-6 مواليد، ونسبة 69,6% لدة فئة الأمهات اللاتي أنجبن 7 مواليد فأكثر،كهذ الأخير التي تقابلها نسبة ضئيلة من الأمهات اللاتي يمارسن رضاعة غير حصرية، والتي قدّرت بـ 30,4%، ما يوافق 14 أمّا ريفية فقط.

كما يلاحظ ارتفاع في نسبة الرضاعة غير الحصرية لدى الأمهات اللاتي أنجبن مولودًا واحدًا، أين سجّلت نسبة 57,7%، ما يوافق 313 أمّا ريفية، في حين تقابلها نسبة 42,3%، ما يوافق 229 أمّا ريفية فقط تقوم بارضاع آخر مولود لها رضاعة حصرية. وقدّرت نسبة الرضاعة غير الحصرية بنسبة 52,2% لدى الأمهات اللاتي أنجبن بين 2-3 مواليد، ما يوافق 551 امرأة ريفية، والتي تقابلها نسبة 47,8% للأمهات اللاتي يمارسن رضاعة حصرية على ولاداتهن الأخيرة، ما يوافق 504 أمّا ريفية. ويمكن تفسير هذا الارتفاع في نسب الأمهات المرضعات رضاعة غير حصرية لدى الولادات الأولى، الثانية والثالثة إلى نقص خبرة المرأة في مجال الولادة الذي يزيد بتزايد رتبة المولود، والذي ينعكس بالضرورة على نوع الرضاعة الذي تمارسه الأم على مولودها.

جدول رقم (7-24): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			نوع الرضاعة		المجموع
			غير حصرية	حصرية	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	2	0	2
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	29-15	التكرارات	981	916	1897
		النسب المئوية %	51,7%	48,3%	100,0%
	39-30	التكرارات	97	80	177
		النسب المئوية %	54,8%	45,2%	100,0%
	+40	التكرارات	3	3	6
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	1083	999	2082
		النسب المئوية %	52,0%	48,0%	100,0%
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	920	865	1785
		النسب المئوية %	51,5%	48,5%	100,0%
	39-30	التكرارات	193	154	347
		النسب المئوية %	55,6%	44,4%	100,0%
	+40	التكرارات	5	3	8
		النسب المئوية %	62,5%	37,5%	100,0%
	المجموع	التكرارات	1118	1022	2140

		النسب المئوية %	52,2%	47,8%	100,0%
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	17	20	37
		النسب المئوية %	45,9%	54,1%	100,0%
	29-20	التكرارات	499	422	921
		النسب المئوية %	54,2%	45,8%	100,0%
	39-30	التكرارات	533	509	1042
		النسب المئوية %	51,2%	48,8%	100,0%
	+40	التكرارات	67	71	138
		النسب المئوية %	48,6%	51,4%	100,0%
	المجموع	التكرارات	1116	1022	2138
		النسب المئوية %	52,2%	47,8%	100,0%
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	313	229	542
		النسب المئوية %	57,7%	42,3%	100,0%
	3-2	التكرارات	551	504	1055
		النسب المئوية %	52,2%	47,8%	100,0%
	6-4	التكرارات	233	251	484
		النسب المئوية %	48,1%	51,9%	100,0%
	+7	التكرارات	14	32	46
		النسب المئوية %	30,4%	69,6%	100,0%
	المجموع	التكرارات	1111	1016	2127
		النسب المئوية %	52,2%	47,8%	100,0%

2.3. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية بنوع الرضاعة:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ونوع الرضاعة الذي تمارسه على آخر مولود لها –ما إذا كانت حصرية تكتفي –من خلالها بإرضاع مولودها لبنها الصافي– أو غير حصرية –فتدخل فيها موادًا أخرى غير لبن الأم– لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بنوع الرضاعة، الذي يُستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بنوع الرضاعة الذي تمارسه المرأة الريفية على آخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

H1: تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ونوع الرضاعة، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	1824	94,1
	Observations manquantes	114	5,9
	Total	1938	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		1938	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 94,1% من حجم العينة والمقدرة بـ 1824 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بنوع الرضاعة الذي تمارسنه (حصريا أو غير حصري).

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
غير حصرية	0
حصرية	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بنوع الرضاعة الحصري و0 للأمهات اللاتي صرحن بنوع الرضاعة غير الحصري.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			نوع الرضاعة		Pourcentage correct
			حصرية	غير حصرية	
Pas 0	نوع الرضاعة	حصرية	0	992	,0
		غير حصرية	0	1074	100,0
	Pourcentage global				52,0

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 52,0% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الرضاعة، ما عدا السؤال المتعلق بنوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية، فإن النموذج سوف لا للمتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بالرضاعة "غير الحصرية" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم

إجابتها بالرضاعة "الحصرية"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	,079	,044	3,245	1	,072	1,083

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير خارج المعادلة، ونظرا لأن بعض منها دال إحصائيًا أي أن sig=0,010، sig=0,008 و sig=0,000 وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، (السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ورتبة المولد الأخير)، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، في حين يمكن استبعاد سن الأم عند آخر ولادة من النموذج لأنه غير دال إحصائيًا لأن sig=0,253 وهي أكبر من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	السن عند الزواج الأول	6,619	1	,010
		السن الأول للأمومة	7,053	1	,008
		سن الأم عند آخر ولادة	1,309	1	,253
		رتبة المولود الأخير	17,960	1	,000
	Statistiques générales		62,497	22,535	4

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الثالثة بقيمة 2839,348، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 01,1% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الديمغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 01,5% من التفسير للعوامل الديمغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	2839,048[a]	,011	,015

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 3, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الديمغرافية والمتمثلة في متغير السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير، نلاحظ أن النموذج عرف تغيراً طفيفًا نلاحظ أن النموذج قد عرف تغيّرًا طفيفا، حيث أضاف 373 مبحوثة لجهة الرضاعة "الحصرية" بدل الرضاعة "غير الحصرية"، لتتغيّر النسبة إلى النسبة 55,2%.

Table de classification[a]

Prévisions

Observé			نوع الرضاعة: حصرية	نوع الرضاعة: غير حصرية	Pourcentage correct
Pas 1	نوع الرضاعة	حصرية	373	620	37,5
		غير حصرية	306	768	71,5
Pourcentage global					55,2

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	السن عند الزواج الأول	,013	,033	,152	1	,696	1,013
	السن الأول للأمومة	,005	,036	,017	1	,896	1,005
	السن عند آخر ولادة	,005	,017	,101	1	,751	1,005
	رتبة المولود الأخير	-,263	,108	5,886	1	,015	,769
	Constante	,021	,309	,005	1	,946	1,021

a. Introduction des variables au pas 1 : السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = 0,021 - 0,263_x$$

حيث: ♦ x: رتبة المولود الأخير؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ نوع الرضاعة.

بما أن sig = 0,015 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في نوع الرضاعة الذي تمارسه، حيث كلما ارتفعت رتبة المولود بدرجة واحدة كلما انخفض احتمال ارضاعها رضاعة حصرية بـ 0,769 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في الرضاعة الطبيعية لديها.**

IV. تأثير العوامل الديمغرافية في تنظيم الأسرة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية –المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند الولادة الأخيرة ورتبة المولود الأخير– في استعمال وسائل منع الحمل، نوع الوسيلة التي تستعملها في تنظيم أسرتها، بالإضافة إلى سنها عند أول استعمال لهذه الوسائل.

1. تأثير العوامل الديمغرافية في استعمال وسائل منع الحمل:

1.1. توزيع المبحوثات حسب استعمال وسائل منع الحمل والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7–25) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب استعمالها لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية– أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال وسائل منع الحمل قد تزوجن لأول مرة في سن أقل من 30 سنة، ممثلة بالفئة التي تزوجت في السن 15–29 سنة بنسبة 70%، ما يوافق 3520 أمّا ريفية، تليها الفئة التي تزوجت لأول مرة في السن أقل من 15 سنة بنسبة 68,2%، ثم الفئة التي عرفت الزواج لأول مرة في السن 30–39 سنة بنسبة 58,8%، ما يوافق 296 أمّا ريفية. أمّا الفئة العمرية الكبرى –التي تفوق 40 سنة من العمر– فهي تعرف أقل نسبة والتي قدّرت بـ36,4%، ممّا يمكن تفسيره بكون هذه الفئة العمرية الأخيرة قد تعرفان أقل عدد من الولادات وبالتالي أقل استعمالا لوسائل منع الحمل، في حين أن الفئة الصغرى –الأقل من 15 سنة– تستحوذ على مجال زمني واسع من الخصوبة، ممّا يفسر لجوءها بكثرة إلى استعمال وسائل منع الحمل حتى تتمكن من تنظيم أسرتها.

أمّا السن الأول للأمومة، فالملاحظ أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال وسائل منع الحمل، قد أنجبن لأول مرة في السن أقل من 40 سنة، ممثلة بالفئة التي عرفت الأمومة لأول مرة في السن 15–29 سنة والسن 30–39 سنة بنسبة 70,2% و61,5% على التوالي، ما يوافق 3369 و541 أمّا ريفية على التوالي، أمّا فئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن تفوق الأربعين فقد سجلت أضعف نسبة قدّرت بـ 34,4%، الأمر الذي يمكن تفسيره بتراجع فرصة الحمل والولادة، وبالتالي قلة اللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل في هذا العمر المتأخر.

فيما يخص الأمهات اللاتي عرفن الأمومة لآخر مرة، فالملاحظ أنّ أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال وسائل منع الحمل، قد سجّلت عند الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 15–19 سنة والسن 20–29 سنة بنسبة 79,7%

و72,9% على التوالي، تليها الفئة التي أنجبت في السن 30-39 سنة و40 سنة فما فأكثر بنسبة 6,8% و63,2% على التوالي.

ومن خلال رتبة المولود الأخير، يتضح لنا أن نسبة المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال وسائل منع الحمل تتزايد مع زيادة رتبة المولود الأخير، حيث انتقلت من بنسبة 61% من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بأن المولود الأول هو آخر مولود أنجبنه، ما يوافق 561 أمّا ريفية، لترتفع هذه النسبة إلى 71,9% أثناء ولادة المولود الثاني والثالث، ما يوافق 2014 مبحوثة،وسجلت نسبة 69,1% لدى فئة الأمهات اللاتي أنجبن بين 4 إلى 6 مواليد، ونسبة 53% للفئة التي أنجبت 7 مواليد فأكثر.

ويمكن تفسير ارتفاع نسب استعمال وسائل منع الحمل في مختلف الفئات العمرية، بزيادة الوعي لدى المرأة الريفية -مع ارتفاع سنها عن آخر ولادة لها وارتفاع رتبة آخر مولود لها- بضرورة الحفاظ على صحتها الإنجابية عن طريق تنظيم نسلها.

جدول رقم (7-25): توزيع المبحوثات الريفيات حسب استعمال وسائل منع الحمل والعوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			استعمال وسائل منع الحمل		المجموع
			تستعمل	لا تستعمل	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	15	7	22
		النسب المئوية %	68,2%	31,8%	100,0%
	29-15	التكرارات	3520	1510	5030
		النسب المئوية %	70,0%	30,0%	100,0%
	39-30	التكرارات	296	207	503
		النسب المئوية %	58,8%	41,2%	100,0%
	+40	التكرارات	4	7	11
		النسب المئوية %	36,4%	63,6%	100,0%
	المجموع	التكرارات	3835	1731	5566
		النسب المئوية %	68,9%	31,1%	100,0%
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	3369	1431	4800
		النسب المئوية %	70,2%	29,8%	100,0%
	39-30	التكرارات	541	339	880
		النسب المئوية %	61,5%	38,5%	100,0%
	+40	التكرارات	11	21	32
		النسب المئوية %	34,4%	65,6%	100,0%
	المجموع	التكرارات	3921	1791	5712
		النسب المئوية %	68,6%	31,4%	100,0%
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	47	12	59
		النسب المئوية %	79,7%	20,3%	100,0%
	29-20	التكرارات	1397	519	1916
		النسب المئوية %	72,9%	27,1%	100,0%

	39-30	التكرارات	2126	1059	3185
		النسب المئوية %	66,8%	33,2%	100,0%
	+40	التكرارات	347	202	549
		النسب المئوية %	63,2%	36,8%	100,0%
	المجموع	التكرارات	3917	1792	5709
		النسب المئوية %	68,6%	31,4%	100,0%
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	561	358	919
		النسب المئوية %	61,0%	39,0%	100,0%
	3-2	التكرارات	2014	789	2803
		النسب المئوية %	71,9%	28,1%	100,0%
	6-4	التكرارات	1249	558	1807
		النسب المئوية %	69,1%	30,9%	100,0%
	+7	التكرارات	97	86	183
		النسب المئوية %	53,0%	47,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	1,7%	1,5%	3,2%
		النسب المئوية %	3921	1791	5712

2.1. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية باستعمال وسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية واستعمالها لوسائل منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص باستعمال وسائل منع الحمل، والذي نستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بحدف التبو بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول – اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باستعمال المرأة الريفية لوسائل منع الحمل لتنظيم أسرتها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في استعمال وسائل منع الحمل.

H1: تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في استعمال وسائل منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية واستعمالها لوسائل منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	4777	95,0
	Observations manquantes	254	5,0
	Total	5031	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5031	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 95% من حجم العينة والمقدرة بـ 4777 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة باستعمال وسائل منع الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا تستعمل	0
تستعمل	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن باستعمال وسائل منع الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم استعمالها.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل		Pourcentage correct
			تستعمل	لا تستعمل	
Pas 0	استعمال وسائل منع الحمل	تستعمل	3832	0	100,0
		لا تستعمل	1729	0	,0
	Pourcentage global				68,9

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 68,9% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع وسائل منع الحمل، ما عدا السؤال المتعلق باستعمال وسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "تستعمل" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا

الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لا تستعمل"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-,796	,029	754,089	1	,000	,451

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير خارج المعادلة، ونظرا لأن أغلبها غير دال إحصائيا أي sig=0,000 وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، (السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة والسن عند آخر ولادة)، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، في حين يمكن استبعاد رتبة المولود الأخير من النموذج لأنه غير دال إحصائيا لأن sig=0,353 وهي أكبر من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	السن عند الزواج الأول	17,521	1	,000
		السن الأول للأمومة	34,944	1	,000
		سن الأم عند آخر ولادة	35,635	1	,000
		رتبة المولود الأخير	,863	1	,353
	Statistiques générales		83,340	4	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 6811,562، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 01,5% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الديمغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 02,1% من التفسير للعوامل الديمغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	6811,562[a]	,015	,021

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الديمغرافية والمتمثلة في متغير السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير، نلاحظ أن النموذج عرف تغيراً طفيفًا إلى النسبة 69,2%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل		
	Observé		تستعمل	لا تستعمل	Pourcentage correct
Pas 1	استعمال وسائل منع الحمل	تستعمل	3825	7	99,8
		لا تستعمل	1707	23	1,3
	Pourcentage global				69,2

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	السن عند الزواج الأول	-,077	,019	16,676	1	,000	,926
	السن الأول للأمومة	,067	,020	11,350	1	,001	1,070
	السن عند آخر ولادة	,054	,010	32,668	1	,000	1,056
	رتبة المولود الأخير	-,283	,070	16,400	1	,000	,753
	Constante	-1,816	,214	72,034	1	,000	,163

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = -1{,}816 - 0{,}077_{x1} + 0{,}067_{x2} + 0{,}054_{x3} - 0{,}283_{x4}$$

حيث: ♦ x_1: السن عند الزواج الأول؛ ♦ x_2: السن الأول للأمومة؛ ♦ x_3: السن عند آخر ولادة؛

♦ x_4: رتبة المولود الأخير؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ استعمال وسائل منع الحمل.

بما أن sig = 0,000 (بالنسبة للسن عند الزواج الأول، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير)، و sig=0,001 (السن الأول للأمومة)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في استعمالها لوسائل منع الحمل، حيث كلما ارتفع السن عند الزواج الأول للمرأة الريفية بسنة واحدة كلما انخفض احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل بـ 0,926 مرة، وكلما ارتفع السن الأول للأمومة بسنة واحدة كلما ارتفع احتمال استعمال وسائل منع الحمل بـ 1,070 مرة، وكلما ارتفع السن عند آخر

ولادة كلما ارتفع احتمال استعمال وسائل منع الحمل بـ 1,056 مرة، في حين أنه كلما ارتفعت رتبة المولود بدرجة واحدة كلما انخفض احتمال استعمال وسائل منع الحمل بـ 0,753 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل.

2. تأثير العوامل الديمغرافية في وسيلة منع الحمل المستعملة:

نظرا لأن حبوب منع الحمل تمّ استعمالها بكثرة -حسب ما صرّحت به 74,9% من المبحوثات في عينة الدراسة، فقد قمنا باختيارها كوسيلة منع الحمل ليتم اختبار احتمال استعمالها بدلالة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية.

1.2. توزيع المبحوثات حسب استعمال حبوب منع الحمل والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7-26) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب استعمالهن لحبوب منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية- أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال هذه الأخيرة كوسيلة لتنظيم الأسرة، قد تزوجن لأول مرة في سن أقل من 40 سنة، ممثلة بالفئة التي تزوجت في السن 15-29 سنة بنسبة 99,9%، ما يوافق 2713 أنثى ريفية، والفئة التي تزوجت لأول مرة في السن أقل من 15 سنة بنسبة 92,9%، في حين أن جلّ الفئة التي عرفت الزواج لأول مرة في السن 30-39 سنة قد صرّحت باستعمالها لحبوب منع الحمل، ما يوافق 233 أنثى ريفية. أمّا الفئة العمرية الكبرى -التي تفوق 40 سنة من العمر- فقد صرّحت الأقلية باستعمالها لهذه الأخيرة، ممثلة في امرأتين ريفيتين فقط، ممّا يمكن تفسيره بكون هذه الفئة العمرية الأخيرة قد تعرفن أقل عدد من الولادات وبالتالي أقل استعمالا لحبوب منع الحمل كوسيلة لتنظيم أسرهن.

بالنسبة للسن الأول للأمومة، فالملاحظ أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال حبوب منع الحمل، قد أنجبن لأول مرة في السن 15-29 سنة بنسبة 99,8%، ما يوافق 2642 أمّا ريفية، في حين أنّ جل الأمهات اللاتي عرفن الأمومة لأول مرة في السن 30-39 سنة صرحن باستعمال هذه الأخيرة لتنظيم أسرهن، ما يوافق 381 أنثى ريفية، أمّا فئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن تفوق الأربعين فقد مثلتها الأقلية من الأمهات بـ 09 أمهات فقط، الأمر الذي يمكن تفسيره بتراجع فرصة الحمل والولادة، وبالتالي انخفاض عدد الأمهات اللاتي يلجأن إلى استعمال حبوب منع الحمل في هذه السن المتأخرة.

فيما يخص الأمهات اللاتي عرفن الأمومة لآخر مرة، فالملاحظ أنّ أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال حبوب منع الحمل، قد سجّلت عند الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 20-29 سنة والسن 30-39 سنة، ممثلة بـ 1153

و1562 أمّا ريفية على التوالي، تليها الفئة التي أنجبت في السن 40 سنة فما فأكثر ممثلة بـ 272 أمّا ريفية، في حين أن الأقلية منهن مثلتها الفئة التي أنجبت آخر مولود لها في السن 15–19 سنة، والتي قدّرت بـ 44 مبحوثة.

ومن خلال رتبة المولود الأخير، يتضح لنا أن نسبة المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال حبوب منع الحمل ترتفع مع زيادة رتبة المولود الأخير، حيث مثلتها 354 مبحوثة صرّحن بأن المولود الأول هو آخر مولود أنجبنه، ليرتفع عدد الأمهات إلى 1560 مبحوثة أثناء ولادة المولود الثاني والثالث، و951 مبحوثة أنجبت بين 4 إلى 6 مواليد، وأقل عدد من الأمهات سُجّل لدى الفئة التي أنجبت 7 مواليد فأكثر والذي قُدّر بـ 68 مبحوثة فقط.

ويمكن تفسير ارتفاع نسب استعمال حبوب منع الحمل في مختلف الفئات العمرية، بزيادة الوعي لدى المرأة الريفية بضرورة تنظيم نسلها –بتزايد سنها عن آخر ولادة لها وتزايد رتبة آخر مولود لها– بالإضافة إلى سهولة استعمال هذه الوسيلة وتوفرها لدى الصيدليات ومختلف مصالح رعاية الأمومة.

جدول رقم (7–26): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول استعمال حبوب منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			استعمال حبوب منع الحمل		المجموع
			تستعمل	لا تستعمل	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	13	1	14
		النسب المئوية %	92,9%	7,1%	100,0%
	29-15	التكرارات	2713	3	2716
		النسب المئوية %	99,9%	0,1%	100,0%
	39-30	التكرارات	233	0	233
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	+40	التكرارات	2	0	2
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**2961**	**4**	**2965**
		النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	2642	4	2646
		النسب المئوية %	99,8%	0,2%	100,0%
	39-30	التكرارات	381	0	381
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	+40	التكرارات	9	0	9
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**3032**	**4**	**3036**
		النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	44	0	44
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	29-20	التكرارات	1153	0	1153

		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	39-30	التكرارات	1562	3	1565
		النسب المئوية %	99,8%	0,2%	100,0%
	+40	التكرارات	272	0	272
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**3031**	**3**	**3034**
		النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	453	0	453
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	3-2	التكرارات	1560	2	1562
		النسب المئوية %	99,9%	0,1%	100,0%
	6-4	التكرارات	951	2	953
		النسب المئوية %	99,8%	0,2%	100,0%
	+7	التكرارات	68	0	68
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**3032**	**4**	**3036**
		النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**

2.2. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية باستعمال حبوب منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لحبوب منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص باستعمال حبوب منع الحمل الذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال استعمال حبوب منع الحمل بهدف تنظيم الأسرة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل.

H1: تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لحبوب منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا تستعمل	0
تستعمل	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 0 للمبحوثات اللاتي صرحن بعدم استعمالهن لحبوب منع الحمل و1 للأمهات اللاتي صرّحن باستعمال حبوب منع الحمل.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي الذي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	السن عند الزواج الأول	-,153	,362	,178	1	,673	,858
	السن الأول للأمومة	,001	,362	,000	1	,997	1,001
	السن عند آخر ولادة	,209	,157	1,776	1	,183	1,233
	رتبة المولود الأخير	-,686	1,309	,275	1	,600	,503
	Constante	-8,676	4,601	3,557	1	,059	,000

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير.

بما أن قيمة الدلالة sig –في مجملها– أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنه يمكننا رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري القائل بعدم تأثير العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل لتنظيم أسرتها.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية لا تؤثر في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل لتنظيم أسرتها.

3. تأثير العوامل الديمغرافية في السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل:

1.3. توزيع المبحوثات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7-27) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية– أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال وسائل منع الحمل قد تزوجن لأول مرة في سن أقل من 30 سنة، ممثلة بالفئة التي تزوجت في السن 15-29 سنة بنسبة 70%، ما يوافق 3520 أنثى ريفية، تليها الفئة التي تزوجت لأول مرة في السن أقل من 15 سنة بنسبة 68,2%، ثم الفئة التي عرفت الزواج لأول مرة في السن 30-39 سنة بنسبة 58,8%، ما يوافق 296 أنثى ريفية. أمّا الفئة العمرية الكبرى –التي تفوق 40 سنة من العمر– فهي تعرف أقل نسبة والتي قدّرت بـ36,4%، ممّا يمكن تفسيره بكون هذه الفئة العمرية الأخيرة قد تعرفان أقل عدد من الولادات وبالتالي أقل

استعمالا لوسائل منع الحمل، في حين أن الفئة الصغرى –الأقل من 15 سنة– تستحوذ على مجال زمني واسع من الخصوبة، ممّا يفسر لجوءها بكثرة إلى استعمال وسائل منع الحمل حتى تتمكن من تنظيم أسرتها.

أمّا السن الأول للأمومة، فالملاحظ أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن باستعمال وسائل منع الحمل، قد أنجبن لأول مرة في السن أقل من 40 سنة، ممثلة بالفئة التي عرفت الأمومة لأول مرة في السن 15–29 سنة والسن 30–39 سنة بنسبة 70,2% و61,5% على التوالي، ما يوافق 3369 و541 أمّا ريفية على التوالي، أمّا فئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن تفوق الأربعين فقد سجلت أضعف نسبة قدّرت بـ 34,4%، الأمر الذي يمكن تفسيره بتراجع فرصة الحمل والولادة، وبالتالي قلة اللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل في هذا العمر المتأخر.

جدول رقم (7–27): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل				المجموع
			20>	29-20	39-30	+40	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	2	10	2	0	14
		النسب المئوية %	14,3%	71,4%	14,3%	0,0%	100,0%
	29-15	التكرارات	270	2755	427	45	3497
		النسب المئوية %	7,7%	78,8%	12,2%	1,3%	100,0%
	39-30	التكرارات	1	28	249	18	296
		النسب المئوية %	0,3%	9,5%	84,1%	6,1%	100,0%
	+40	التكرارات	0	0	0	4	4
		النسب المئوية %	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**273**	**2793**	**678**	**67**	**3811**
		النسب المئوية %	**7,2%**	**73,3%**	**17,8%**	**1,8%**	**100,0%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	281	2756	273	39	3349
		النسب المئوية %	8,4%	82,3%	8,2%	1,2%	100,0%
	39-30	التكرارات	0	90	427	18	535
		النسب المئوية %	0,0%	16,8%	79,8%	3,4%	100,0%
	+40	التكرارات	0	0	0	10	10
		النسب المئوية %	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**281**	**2846**	**700**	**67**	**3894**
		النسب المئوية %	**7,2%**	**73,1%**	**18,0%**	**1,7%**	**100,0%**

2.3. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية بالسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل لتظيم الأسسرة. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الديمغرافية) والمتمثل في سن المرأة عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة، عبارة عن متغيرات كمية، والمتغير التابع (السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل) بدوره عبارة عن متغير كمي، فإننا سنحاول توظيف الانحدار الخطي المتعدّد بين مجموعة المتغيرات المستقلة سالفة الذكر وسن المبحوثات عند أول استعمال لوسائل منع الحمل للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (7-28) يوضح الارتباط الخطي بين لأعمار المبحوثات عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والمتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وسنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

H1: توجد علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية وسنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

جدول رقم (7–28): مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار (العوامل الديمغرافية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل).

		السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل	السن عند الزواج الأول	السن الأول للأمومة
Corrélation de Pearson	السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل	1,000	,687	,700
	السن عند الزواج الأول	,687	1,000	,953
	السن الأول للأمومة	,700	,953	1,000
Sig. (unilatéral)	السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل	.	,000	,000
	السن عند الزواج الأول	,000	.	,000
	السن الأول للأمومة	,000	,000	.
N	السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل	3813	3813	3813
	السن عند الزواج الأول	3813	3813	3813
	السن الأول للأمومة	3813	3813	3813

يتبيّن من الجدول السابق الذي يوضح مصفوفة الارتباط الخطي المتعدّد بين متغيرات نموذج الانحدار، أنّ مجمل هذه ارتباطات دالة إحصائيا التي قدّرت بـ 0,000 (السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة) أي مستوى دلالة أقل من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، حيث أنّ أعلى قيمة لمعامل الارتباط سجّلت بين السن الأول للأمومة والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بقيمة 0,700 (أي أنه كلما ارتفع سن الأم عند الولادة الأولى كلما

ارتفع سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل)، وقدّرت قيمة هذا المعامل بين سن الأم عند الزواج الأول والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بقيمة 0,687 (أي أنه كلما ارتفع سن الأم عند الزواج الأول كلما ارتفع سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل).

جدول رقم (7–29): معامل الارتباط الخطي المتعدد بين العوامل الديمغرافية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

Récapitulatif des modèles[b]									
Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation	Modifier les statistiques				
					Variation de R-deux	Variation de F	ddl1	ddl2	Sig. Variation de F
1	,703[a]	,494	,494	3,619	,494	1859,033	2	3809	,000

a. Prédicteurs : (Constante), السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة

b. Variable dépendante : السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل

يتّضح من الجدول رقم(7–29) أنّ قيمة معامل الارتباط الخطي بين المتغيرات المستقلة المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة والمتغير التابع المتمثل في السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل ، قدّرَت بـ 0,703، أي أنّ هناك ارتباط طردي قوي بين المتغيرات، ومدى الدقة في تقدير المتغير التابع هي (0,494) بمعنى أن 49,4% من تغير السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل يعود لتغيرات العوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة ، والنسبة المتبقية 50,6% ترجع لعوامل أخرى.

أ. تباين خط الانحدار لتطور السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل وتطور العوامل الديمغرافية:

يوضح الجدول التالي تحليل خط الانحدار، حيث يدرس مدى ملائمة خط انحدار المعطيات وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: خط الانحدار يلائم المعطيات المقدمة.

H1: خط الانحدار لا يلائم المعطيات المقدمة.

جدول رقم (7–30): قيم تباين خط الانحدار لمتغيرات الدراسة (تحليل التباين الأحادي)

ANOVA[a]

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	48690,258	2	24345,129	1859,033	,000[b]
	de student	49893,640	3810	13,096		
	Total	98583,898	3812			

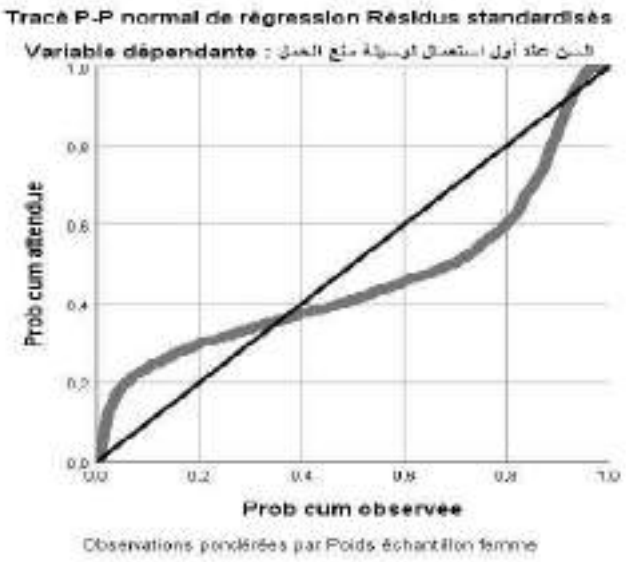
a. Variable dépendante : السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل

b. Prédicteurs : (Constante), السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة

من نتائج الجدول رقم (7-30) نجد ما يلي:

- مجموع مربعات الانحدار يساوي 48690,258، مجموع مربعات البواقي هو 49893,640 ومجموع المربعات الكلي يساوي 98583,898؛
- درجة حرية الانحدار هي 2 ودرجة حرية البواقي هي 3810؛
- معدل مربعات الانحدار هو 24345,129، ومعدل مربعات البواقي هو 13,096؛
- قيمة اختبار تحليل التباين لخط الانحدار هو 1859,033؛
- مستوى دلالة الاختبار 0,000 وهي أقل من مستوى الدلالة الإحصائية 0,05، لذا نرفض الفرضية الصفرية ونقبل الفرض البديل القائل بأن خط الانحدار يلائم المعطيات، والشكل البياني التالي يوضح ذلك:

شكل رقم (7-4): مدى ملائمة خط الانحدار للعلاقة بين السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والعوامل الديمغرافية.



ب. دراسة معاملات خط الانحدار:

يمثل الجدول رقم (7-31) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والعوامل الديمغرافية المتمثلة في السن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة.

جدول رقم (7-31): قيم معاملات الانحدار

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.	Corrélations			Statistiques de colinéarité	
		B	Erreur standard	Bêta			Corrélation simple	Partielle	Partielle	Tolérance	VIF
1	(Constante)	5,356	,344		15,553	,000					
	السن عند الزواج الأول	,251	,045	,214	5,608	,000	,687	,090	,065	,091	11,007
	السن الأول للأمومة	,587	,045	,495	12,954	,000	,700	,205	,149	,091	11,007

a. Variable dépendante: السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 5,356 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار مبدئيًا:

$$y = a + b_{x1} + b_{x2}$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 5{,}356 + 0{,}251_{x1} + 0{,}587_{x2}$$

حيث يمثل: ♦ x_1: المتغير المستقل السن عند الزواج الأول؛ ♦ x_2: السن الأول للأمومة

♦y: المتغير التابع (السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل).

السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل = 0,251 + 5,356 السن عند الزواج الأول+ 0,587 السن الأول للأمومة

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (7-31) ما يلي:

✓ أن الزيادة في السن عند الزواج الأول ولو بقيمة 1 ستزيد السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بـ 0,251 وحدة، وبما أنّ قيمة sig=0, 000 وهي أقل من 0,05 يعني أنّ تغيرات السن عند الزواج الأول تؤثر في السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية؛

✓ أن الزيادة في السن الأول للأمومة ولو بقيمة 1 ستزيد السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بـ 0,587 وحدة، وبما أنّ قيمة sig=0, 000 وهي أقل من 0,05 يعني أنّ تغيرات السن الأول للأمومة تؤثر في السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

4. تأثير العوامل الديمغرافية في الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل:

1.4. توزيع المبحوثات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7-32) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب رغباتهن المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية- أن الرغبة المستقبلية في استعمال موانع الحمل ضعيفة جدا، حيث أنّ غالبية المبحوثات، ما يقارب 76% من مجموع العام لا يرغبن في استعمال موانع الحمل مستقبلا، مقابل 24% من مجمل المبحوثات اللاتي يرغبن في استعمالها مستقبلا، وعند توزيع هذه النسب حسب مختلف المؤشرات الديمغرافية نجد أنّه:

فيما يخص التوزيع حسب مؤشر السن عند الزواج الاول؛ مهما كان سن الزواج الأول فإن نسبة المبحوثات اللاتي صرّحن بعدم الرغبة في الاستعمال المستقبلي لوسائل منع الحمل كانت الغالبة، حيث قُدِّرت بـ 81,8% لدى المبحوثات المتزوجات لأول مرة في العمر أقل من 15 سنة مقابل 18,2% ممن يرغبن في استعمالها مستقبلا، وبلغت نسبة [illegible] بعدم الرغبة 75,1% لدى المتزوجات في الفئة العمرية 15-29 سنة مقابل 24,9% للراغبات في الاستعمال، ولا تختلف هذه النسب كثيرا لدى فئة المتزوجات لأول مرة في السن 30-39 سنة، حيث قدّرت نسبة عدم الرغبة في الاستعمال بـ 76,5% مقابل 23,5% للرغبة في الاستعمال، أما الفئة الاخيرة، فنلاحظ فيها ارتفاع نسبة عدم الرغبة في استعمال هذه الوسائل إلى 85,7% مقابل 14,3% بالنسبة للراغبات في الاستعمال المستقبلي.

الملاحظ أن نسب عدم الرغبة في الاستعمال المستقبلي ترتفع لدى الفئتين أقل من 15 سنة والفئة 40 وأكثر، وهذا بسبب حداثة الزواج لدى الفئة الأولى وبالتالي رغبة المبحوثات في انجاب الأطفال تجعلهن لا يرغبن في استعمال وسائل منع الحمل، أما لدى الفئة الأخير فإن الزواج المتأخر والرغبة في الإنجاب، بالتالي الأمومة المتأخرة يمكن أن تفسّر ارتفاع نسبة عدم الرغبة في استعمال موانع الحمل مستقبلا.

التوزيع حسب مؤشر السن الأول للأمومة لا يختلف عن التوزيع حسب مؤشر السن الأول للزواج، إذ أن معظم المبحوثات لا يرغبن في استعمال موانع الحمل مستقبلا مهما كان السن الأول لأمومتهن، حيث بلغت نسبة عدم الرغبة في الاستعمال 75,8% مقابل 24,2% للراغبات في الاستعمال لدى فئة المبحوثات اللاتي عرفن الأمومة الأولى في سن 15-29 سنة، ونفس الأمر بالنسبة للواتي أنجبن لأول مرة في السن 30-39 سنة إذ بلغت نسبة عدم الرغبة لديهن في استعمال موانع الحمل مستقبلا 74,3% مقابل 25,7% بالنسبة للراغبات في الاستعمال، وترتفع نسبة عدم الرغبة في الاستعمال إلى 90% مقابل 10% للراغبات في الاستعمال لدى الفئة الأخير للأمومة الأولى البالغة منم العمر 40 سنة وأكثر.

فيما يخص التوزيع حسب مؤشر السن عند آخر ولادة، نلاحظ أنه كلما ارتفع هذا السن ارتفعت معه نسبة عدم الرغبة في الاستعمال المستقبلي لموانع الحمل وتنخفض في المقابل نسبة الراغبات في الاستعمال، حيث سجلت نسبة عدم الرغبة 50% لدى الفئة 15-19 مقابل نفس النسبة للراغبات في الاستعمال، لترتفع نسبة عدم الرغبة إلى 70% مقابل 30% للراغبات في استعمال موانع الحمل لدى الفئة العمرية 20-29 سنة، ثم إلى 78,7% مقابل 21,3% لدى فئة المبحوثات اللاتي عرفن

الأمومة الأخيرة في السن 30-39، تبلغ ذروتها لدى الفئة الأخيرة 40 سنة وأكثر حيث ارتفعت نسبة عدم الرغبة في الاستعمال إلى 84,2% مقابل 15,8% للراغبات في الاستعمال المستقبلي لوسائل منع الحمل.

أخيرا التوزيع حسب مؤشر رتبة المولود الأخير؛ يتضح الانخفاض في عدد المبحوثات اللاتي لا يرغبن في استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا كلما ارتفعت رتبة المولود الأخير، حيث قدّر عددهن بـ 219 مبحوثة، ما يوافق 70,4% عند الرتبة 1 مقابل 29,6% ممن يرغبن بالاستعمال من أصل 311 أمّ ريفية، وينخفض هذا العدد إلى 206 مبحوثة صرّحت بعد الرغبة في الساتعمال المستقبلي في استعمال موانع الحمل، ما يوافق نسبة 83,1% لدى الأمهات الريفيات اللاتي أنجبن بين 4-6 مواليد مقابل 16,9% من أصل 248 مبحوثة، وينخفض هذا العدد إلى 30 مبحوثة، ما يوافق نسبة 85,7% ممّن صرحن بعدم الرغبة في الاستعمال لدى الأمهات اللاتي بلغ مولودهن الأخير الرتبة 7 وأكثر مقابل 14,3% للراغبات في الاستعمال المستقبلي لموانع الحمل من أصل 35 أم ريفية.

جدول رقم (7-32): توزيع المبحوثات الريفيات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			الرغبة باستعمال وسائل منع الحمل		المجموع
			لا ترغب	ترغب	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	9	2	11
		النسب المئوية %	81,8%	18,2%	100,0%
	29-15	التكرارات	632	209	841
		النسب المئوية %	75,1%	24,9%	100,0%
	39-30	التكرارات	114	35	149
		النسب المئوية %	76,5%	23,5%	100,0%
	+40	التكرارات	18	3	21
		النسب المئوية %	85,7%	14,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**773**	**249**	**1022**
		النسب المئوية %	**75,6%**	**24,4%**	**100,0%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	588	188	776
		النسب المئوية %	75,8%	24,2%	100,0%
	39-30	التكرارات	168	58	226
		النسب المئوية %	74,3%	25,7%	100,0%
	+40	التكرارات	18	2	20
		النسب المئوية %	90,0%	10,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**774**	**248**	**1022**
		النسب المئوية %	**75,7%**	**24,3%**	**100,0%**
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	5	5	10
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	29-20	التكرارات	261	112	373

		النسب المئوية %	70,0%	30,0%	100,0%
	39-30	التكرارات	428	116	544
		النسب المئوية %	78,7%	21,3%	100,0%
	+40	التكرارات	80	15	95
		النسب المئوية %	84,2%	15,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**774**	**248**	**1022**
		النسب المئوية %	**75,7%**	**24,3%**	**100,0%**
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	219	92	311
		النسب المئوية %	70,4%	29,6%	100,0%
	3-2	التكرارات	318	110	428
		النسب المئوية %	74,3%	25,7%	100,0%
	6-4	التكرارات	206	42	248
		النسب المئوية %	83,1%	16,9%	100,0%
	+7	التكرارات	30	5	35
		النسب المئوية %	85,7%	14,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**773**	**249**	**1022**
		النسب المئوية %	**75,6%**	**24,4%**	**100,0%**

2.1. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية برغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ورغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بالرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو ا ـل بحدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص برغبة المرأة الريفية المستقبلية باستعمالها لوسائل منع الحمل، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

H1: تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ورغبتها باستعمال وسائل منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	717	41,7
	Observations manquantes	1002	58,3
	Total	1719	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		1719	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 41,7% من حجم العينة والمقدرة بـ 1719 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا ترغب	0
ترغب	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم الرغبة في استعمالها مستقبلا.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا		Pourcentage correct
			ترغب	لا ترغب	
Pas 0	استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا	ترغب	0	609	100,0
		لا ترغب	0	179	,0
	Pourcentage global				77,3

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 77,3% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع وسائل منع الحمل، ما عدا السؤال المتعلق بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية ، النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "لا ترغب" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة،

وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "ترغب"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	Ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-1,225	,085	207,587	1	,000	,294

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير خارج المعادلة، ونظرا لأن بعضها دال إحصائيا أي sig=0,000 و sig=0,009، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، (السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير على التوالي)، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	السن عند الزواج الأول	,070	1	,791
		السن الأول للأمومة	,402	1	,526
		سن الأم عند آخر ولادة	15,246	1	,000
		رتبة المولود الأخير	6,733	1	,009
	Statistiques générales		22,817	4	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 819,756، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 03,1% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الديمغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 04,7% من التفسير للعوامل الديمغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	819,756[a]	,031	,047

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الديمغرافية والمتمثلة في متغير السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير، نلاحظ أن النموذج عرف تغيراً طفيفًا إلى النسبة 77,2%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا		
	Observé		ترغب	لا ترغب	Pourcentage correct
Pas 1	استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا	ترغب	1	609	99,9
		لا ترغب	0	179	,0
	Pourcentage global				77,2

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	السن عند الزواج الأول	,116	,049	5,557	1	,018	1,123
	السن الأول للأمومة	-,055	,056	,959	1	,328	,947
	السن عند آخر ولادة	-,093	,032	8,376	1	,004	,911
	رتبة المولود الأخير	,127	,207	,377	1	,539	1,135
	Constante	,076	,574	,018	1	,894	1,079

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = -0{,}076 + 0{,}116_{x1} - 0{,}093_{x2}$$

حيث: ♦ x_1: السن عند الزواج الأول؛ ♦ x_2: السن عند آخر ولادة؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

بما أن sig = 0,018 (بالنسبة للسن عند الزواج الأول)، و0,004=sig (السن عند آخر ولادة)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، حيث كلما ارتفع السن عند الزواج الأول للمرأة الريفية بسنة واحدة كلما زادت رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بـ 1,123 مرة، وكلما ارتفع السن عند آخر ولادة بسنة واحدة كلما تراجعت رغبتها في احتمال استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا بـ 0,911 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

✓ كخلاصة يمكننا القول أن العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في تنظيمها لأسرتها.

V. تأثير العوامل الديمغرافية في المتابعة الصحية للمرأة الحامل:

سنحاول –من خلال هذا الجانب– قياس أثر العوامل الديمغرافية في المتابعة الصحية للمرأة الحامل من خلال خطوتين مهمتين، تتمثلان في المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل وإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة.

1. تأثير العوامل الديمغرافية في المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية المؤثرة في احتمال متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

1.1. توزيع المبحوثات حسب المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7–33) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب متابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية– أن أغلبية المبحوثات اللاتي قمن بمتابعة صحتهن أثناء فترة الحمل، قد تزوجن لأول مرة في السن 15–29 سنة بنسبة 95,7%، ما يوافق 2069 أمّا ريفية، تليها الفئة التي تزوجت لأول مرة في السن 30–39 سنة بنسبة 96,6%، ما يوافق 197 أمّا ريفية، ثم الفئة التي عرفت الزواج لأول مرة في السن 40 سنة فأكثر بنسبة 96,6%، ما يوافق 08 أمّهات من مجمل الأمهات الريفيات اللاتي تزوجن في هذا السن. أمّا الفئة العمرية الصغرى –التي تقل عن 15 سنة من العمر– فهي تعرف أقل نسبة من الفحوصات االطبية بعد الولادة والتي قدّرت بـ 50,0%، ممّا يمكن تفسيره بكون هاتين الفئتين العمريتين الأخيرتين قد تعرفان أقل عدد من الولادات وبالتالي أقل احتمالا للمتابعة الصحية أثناء فترة الحمل.

بالنسبة للأمهات اللاتي عرفن الأمومة لأول مرة، فالملاحظ أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن بمتابعة صحتهن أثناء فترة الحمل، قد أنجبن لأول مرة في السن أقل من 40 سنة، ممثلة بالفئة التي أنجبت لأول مرة في السن 30–39 سنة والسن 15–29 سنة بنسبة 96,2%و95,2%على التوالي، أمّا فئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن تفوق الأربعين فقد سجلت بأقل عدد من الأمهات الريفيات، حيث قدّرت بـ 10 مبحوثات فقط ممن صرّحن بمتابعة صحتهن أثناء فترة الحمل، الأمر الذي يمكن تفسيره بتراجع فرصة الحمل والولادة، وبالتالي المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل في هذا السن المتأخر.

وفيما يخص السن عند آخر ولادة، فالملاحظ أنّ أغلبية المبحوثات اللاتي تابعن صحتهن أثناء فترة الحمل، قد سجّلت عند الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 20–29 سنة والسن 30–39 سنة بنسبة 96,9% **و**94,7% على التوالي، مايوافق 1046 و1093 أمّا ريفية، تليها نسبة 89,6% لدى الفئة التي أنجبت في السن 40 سنة فأكثر، مايوافق 146 أمّا ريفية، وتمثل الفئة التي أنجبت لآخر مرة في السن 15–19 سنة بنسبة 95,1%، ما يوافق 39 أمّا فقط. ويمكن تفسير ارتفاع

نسب المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل في مختلف الفئات العمرية بزيادة الوعي لدى الأم الريفية –مع ارتفاع عمرها عند الولادة الأخيرة– بضرورة رعاية صحتها الإنجابية، وبالتالي المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل.

من خلال رتبة المولود الأخير، يتضح لنا أن أغلبية المبحوثات تابعن صحتهن أثناء فترة الحمل باختلاف رتبة هذا المولود، كما يلاحظ تزايد في نسبة المتابعة الصحية مع زيادة رتبة المولود الأخير، حيث انتقلت من بنسبة 97,7%من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بأن المولود الأول هو آخر مولود أنجبنه، ما يوافق 626 أمّا ريفية، ونسبة 96,8% أثناء ولادة المولود الثاني والثالث، ما يوافق 1162 مبحوثة، تليها فئة الأمهات اللاتي أنجبن بين 4 إلى 6 مواليد بنسبة 91,0%، ومن أنجبت 7 مواليد فأكثر بنسبة 75,0%. ويمكن إرجاع هذا الارتفاع في نسب المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل إلى تزايد الوعي لدى المرأة بتزايد رتبة المولود، خاصة بعد المولود الثاني، ممّا يدفعها إلى العناية أكثر بصحتها وبالتالي إجراء كل الفحوصات الطبية اللازمة أثناء فترة الحمل.

جدول رقم (7–33): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل		المجموع
			لم تتابع	تابعت	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	1	1	2
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	29-15	التكرارات	92	2069	2161
		النسب المئوية %	4,3%	95,7%	100,0%
	39-30	التكرارات	7	197	204
		النسب المئوية %	3,4%	96,6%	100,0%
	+40	التكرارات	0	8	8
		النسب المئوية %	0%	100,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**100**	**2275**	**2375**
		النسب المئوية %	**4,2%**	**95,8%**	**100,0%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	98	1936	2034
		النسب المئوية %	4,8%	95,2%	100,0%
	39-30	التكرارات	15	379	394
		النسب المئوية %	3,8%	96,2%	100,0%
	+40	التكرارات	0	10	10
		النسب المئوية %	0,0%	100,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**113**	**2325**	**2438**
		النسب المئوية %	**4,6%**	**95,4%**	**100,0%**
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	2	39	41
		النسب المئوية %	4,9%	95,1%	100,0%
	29-20	التكرارات	34	1046	1080

		النسب المئوية %	3,1%	96,9%	100,0%
	39-30	التكرارات	61	1093	1154
		النسب المئوية %	5,3%	94,7%	100,0%
	+40	التكرارات	17	146	163
		النسب المئوية %	10,4%	89,6%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**114**	**2324**	**2438**
		النسب المئوية %	**4,7%**	**95,3%**	**100,0%**
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	15	626	641
		النسب المئوية %	2,3%	97,7%	100,0%
	3-2	التكرارات	38	1162	1200
		النسب المئوية %	3,2%	96,8%	100,0%
	6-4	التكرارات	48	486	534
		النسب المئوية %	9,0%	91,0%	100,0%
	+7	التكرارات	12	36	48
		النسب المئوية %	25,0%	75,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**113**	**2310**	**2423**
		النسب المئوية %	**4,7%**	**95,3%**	**100,0%**

2.1. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية بمتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بالمتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل الذي يُستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بالمتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

H1: تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2070	35,4
	Observations manquantes	3781	64,6
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 35,4% من حجم العينة والمقدرة بـ 2070 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بمتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لم تتابع	0
تابعت	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بمتابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم متابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل		Pourcentage correct
			لم تتابع	تابعت	
Pas 0	المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل	لم تتابع	0	99	,0
		تابعت	0	2260	100,0
	Pourcentage global				95,8

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 95,8% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع المتابعة الصحية للمرأة الريفية، ما عدا السؤال المتعلق بالمتابعة الصحية أثناء فترة الحمل إن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "تابعت" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية

رغم إجابتها بأنها "لم تتابع"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	3,127	,103	928,311	1	,000	22,802

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير خارج المعادلة، ونظرا لأن معظمها دال إحصائيا أي sig=0,001 (سن الأم عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة)، وsig=0,000 (السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير)، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، ، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	السن عند الزواج الأول	11,064	1	,001
		السن الأول للأمومة	10,622	1	,001
		سن الأم عند آخر ولادة	15,614	1	,000
		رتبة المولود الأخير	46,449	1	,000
	Statistiques générales		61,832	4	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة السادسة بقيمة 766,789، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 02,3% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الديمغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 07,9% من التفسير للعوامل الديمغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	766,789[a]	,023	,079

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 6, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الديمغرافية والمتمثلة في متغير السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير، نلاحظ أن النموذج لم يتغير وبقي بنسبة 95,8%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل		
	Observé		لم تتابع	تابعت	Pourcentage correct
Pas 1	المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل	لم تتابع	0	99	,0
		تابعت	0	2260	100,0
	Pourcentage global				95,8

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	السن عند الزواج الأول	,108	,076	2,012	1	,156	1,114
	السن الأول للأمومة	,008	,078	,011	1	,917	1,008
	السن عند آخر ولادة	-,064	,032	4,007	1	,045	,938
	رتبة المولود الأخير	-,471	,236	3,987	1	,046	,624
	Constante	3,500	,806	18,831	1	,000	33,104

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = 3{,}500 - 0{,}064_{x1} - 0{,}471_{x2}$$

حيث: ♦ x_1: السن عند آخر ولادة؛ ♦ x_2: رتبة المولود الأخير؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل.

بما أن sig = 0,045 (بالنسبة للسن عند آخر ولادة)، وsig=0,046 (رتبة المولود الأخير)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فإنه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، حيث كلما ارتفع سن المرأة الريفية عند آخر ولادة بسنة واحدة كلما تراجعت متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل بـ 0,938 مرة، وكلما ارتفعت رتبة المولود الأخير كلما تراجعت متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل بـ 0,624 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية –من حيث سنها عند آخر ولادة و رتبة المولود الأخير– تؤثر في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

2. تأثير العوامل الديمغرافية في المتابعة الصحية للمرأة بعد الولادة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية المؤثرة في احتمال إجرائهن لفحوصات طبية بعد الولادة.

1.2. توزيع المبحوثات حسب متابعتهن الصحية بعد الولادة والعوامل الديمغرافية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (7–34) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب إجرائهن للفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة العوامل الديمغرافية– أن أغلبية المبحوثات اللاتي قمن بإجراء االفحوصات الطبية بعد الولادة قد تزوجن لأول مرة في السن 15–29 سنة بنسبة 86,2% من مجمل 2115 أمّا ريفية تزوجت في هذا السن، ما يوافق 823 امرأة ريفية، تليها الفئة التي تزوجت لأول مرة في السن 30–39 سنة بنسبة 88,1%، ما يوافق 178 امرأة ريفية، ثم الفئة التي عرفت الزواج لأول مرة في السن 40 سنة فأكثر بنسبة 87,5%، ما يوافق 07 أمّهات من مجمل الأمهات الريفيات اللاتي تزوجن في هذا السن. أمّا الفئة العمرية الصغرى –التي تقل عن 15 سنة من العمر– فهي تعرف أقل نسبة من الفحوصات االطبية بعد الولادة والتي قدّرت بـ 50,0%، ممّا يمكن تفسيره بكون هاتين الفئتين العمريتين الأخيرتين قد تعرفان أقل عدد من الولادات وبالتالي أقل احتمالا لإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة.

فيما يخص السن الأول للأمومة، فالملاحظ أن أغلبية المبحوثات اللاتي صرّحن بإجرائهن لفحوصات طبية بعد الولادة، قد أنجبن لأول مرة في السن أقل من 40 سنة، ممثلة بالفئة التي عرفت الأمومة لأول مرة في السن 30–39 سنة والسن 15–29 سنة بنسبة 86,7%و86,4% على التوالي، أمّا فئة الأمهات اللاتي أنجبن لأول مرة في سن تفوق الأربعين فقد سجلت أقل نسبة قدّرت بـ 70%، الأمر الذي يمكن تفسيره بتراجع احتمال الحمل والولادة، وبالتالي فرصة إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة في هذا السن المتأخر من العمر.

وبالنسبة للأمهات اللاتي عرفن الأمومة لآخر مرة، فالملاحظ أنّ أغلبية المبحوثات اللاتي قمن بإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة، قد سجّلت عند الأمهات اللاتي أنجبن لآخر مرة في السن 20–29 سنة والسن 30–39 سنة بنسبة 85,2% و87,6% على التوالي، مايوافق 902 و985 أمّا ريفية، تليها نسبة 88% لدى الفئة التي أنجبت في السن 40 سنة فأكثر، ما يوافق 139 أمّا ريفية، وتمثل الفئة التي أنجبت لآخر مرة في السن 15–19 سنة بنسبة 79,5%، ما يوافق 31 أمّا فقط. ويمكن

تفسير ارتفاع نسب الفحوصات الطبية بعد الولادة في مختلف الفئات العمرية بزيادة الوعي لدى الأم الريفية تماشيا مع ارتفاع عمرها عند الولاة الأخيرة-من حيث العناية بصحتها الإنجابية- وبالتالي زيادة اقبالها على الفحوصات الطبية بعد الولادة.

ومن خلال رتبة المولود الأخير، يتضح لنا أن أغلبية المبحوثات قمنبإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة باختلاف رتبة هذا المولود، كما يلاحظ تزايد في نسبة الفحوصات مع زيادة رتبة المولود الأخير، حيث انتقلت من بنسبة 86,9% من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بأن المولود الأول هو آخر مولود أنجبنه، ما يوافق 552 أمّا ريفية، ونسبة 86,3% أثناء ولادة المولود الثاني والثالث، ما يوافق 1010 مبحوثة، تليها فئة الأمهات اللاتي أنجبن بين 4 إلى 6 مواليد بنسبة 87,3%، ومن أنجبت 7 مواليد فأكثر بنسبة 79,1%. ويمكن إرجاع هذا الارتفاع في نسب الفحوصات الطبية بعد الولادة إلى تزايد الوعي لدى المرأة في بتزايد رتبة المولود، خاصة بعد المولود الثاني، ممّا يدفعها إلى العناية أكثر بصحتها وبالتالي إجراء كل الفحوصات الطبية اللازمة بعد الولادة.

جدول رقم (7-34): توزيع المبحوثات الريفيات حسب إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة العوامل الديمغرافية.

العوامل الديمغرافية			الفحوصات الطبية بعد الولادة		المجموع
			لم تفحص	فحصت	
السن عند الزواج الأول	15>	التكرارات	1	1	2
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	29-15	التكرارات	292	1823	2115
		النسب المئوية %	13,8%	86,2%	100,0%
	39-30	التكرارات	24	178	202
		النسب المئوية %	11,9%	88,1%	100,0%
	+40	التكرارات	1	7	8
		النسب المئوية %	12,5%	87,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**318**	**2009**	**2327**
		النسب المئوية %	**13,7%**	**86,3%**	**100,0%**
السن الأول للأمومة	29-15	التكرارات	269	1713	1982
		النسب المئوية %	13,6%	86,4%	100,0%
	39-30	التكرارات	52	339	391
		النسب المئوية %	13,3%	86,7%	100,0%
	+40	التكرارات	3	7	10
		النسب المئوية %	30,0%	70,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**324**	**2059**	**2383**
		النسب المئوية %	**13,6%**	**86,4%**	**100,0%**
السن عند آخر ولادة	19-15	التكرارات	8	31	39
		النسب المئوية %	20,5%	79,5%	100,0%
	29-20	التكرارات	157	902	1059

		النسب المئوية %	14,8%	85,2%	100,0%
	39-30	التكرارات	140	985	1125
		النسب المئوية %	12,4%	87,6%	100,0%
	+40	التكرارات	19	139	158
		النسب المئوية %	12,0%	88,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**324**	**2057**	**2381**
		النسب المئوية %	**13,6%**	**86,4%**	**100,0%**
رتبة المولود الأخير	1	التكرارات	83	552	635
		النسب المئوية %	13,1%	86,9%	100,0%
	3-2	التكرارات	161	1010	1171
		النسب المئوية %	13,7%	86,3%	100,0%
	6-4	التكرارات	66	453	519
		النسب المئوية %	12,7%	87,3%	100,0%
	+7	التكرارات	9	34	43
		النسب المئوية %	20,9%	79,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**319**	**2049**	**2368**
		النسب المئوية %	**13,5%**	**86,5%**	**100,0%**

2.1. علاقة العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية بالمتابعة الصحية بعد الولادة:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية بعد الولادة، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بإجرائها للفحوصات الطبية بعد الولادة الذي يُستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بالمتابعة الصحية بعد الولادة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية بعد الولادة.

H1: تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية بعد الولادة.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية متابعتها الصحية بعد الولادة، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2007	34,3
	Observations manquantes	3844	65,7
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		1719	5851

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 34,3% من حجم العينة والمقدرة بـ 2007 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لم تفحص	0
فحصت	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			الفحوصات الطبية بعد الولادة		Pourcentage correct
			لم تفحص	فحصت	
Pas 0	الفحوصات الطبية بعد الولادة	لم تفحص	0	313	,0
		فحصت	0	1999	100,0
	Pourcentage global				86,5

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 86,5% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع المتابعة الصحية بعد الولادة، ما عدا السؤال المتعلق بإجراء المرأة الريفية للفحوصات الطبية بعد الولادة إن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "فحصت" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها

احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لم تفحص"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	1,854	,061	930,393	1	,000	6,388

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الديمغرافية المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير خارج المعادلة، ونظرا لأن بعضها دال إحصائيا أي sig=0,023 (السن عند الزواج الأول)، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، في حين يمكن استبعاد السن الأول للأمومة، سن الأم عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير من النموذج لأنها غير دالة إحصائيا.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	السن عند الزواج الأول	5,163	1	,023
		السن الأول للأمومة	,844	1	,358
		سن الأم عند آخر ولادة	3,122	1	,077
		رتبة المولود الأخير	,132	1	,717
	Statistiques générales		29,571	4	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الخامسة بقيمة 1803,634، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 01,3% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الديمغرافية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 02,3% من التفسير للعوامل الديمغرافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1803,634[a]	,013	,023

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 5, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الديمغرافية والمتمثلة في متغير السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير، نلاحظ أن النموذج عرف تغيراً طفيفًا إلى النسبة 86,6%، ومثلت 1,2% القيم المتبقية للمبحوثات اللاتي صرّحن بعدم إجرائهن للفحوصات الطبية بعد الولادة.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			الفحوصات الطبي بعد الولادة		
	Observé		لم تفحص	فحصت	Pourcentage correct
Pas 1	الفحوصات الطبية بعد الولادة	لم تفحص	4	309	1,2
		فحصت	0	1999	100,0
	Pourcentage global				86,6

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	السن عند الزواج الأول	,179	,041	19,419	1	,000	1,196
	السن الأول للأمومة	-,221	,046	22,783	1	,000	,802
	السن عند آخر ولادة	,074	,024	9,422	1	,002	1,077
	رتبة المولود الأخير	-,448	,151	8,755	1	,003	,639
	Constante	1,903	,426	20,000	1	,000	6,708

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، السن عند آخر ولادة، رتبة المولود الأخير.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = 1{,}903 + 0{,}179_{x1} - 0{,}221_{x2} + 0{,}074_{x3} - 0{,}448_{x4}$$

حيث: ♦ X_1: السن عند الزواج الأول؛ ♦ X_2: السن الأول للأمومة؛ ♦ X_3: السن عند آخر ولادة؛

♦ X_4: رتبة المولود الأخير؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة.

بما أن sig=0,000 (بالنسبة للسن عند الزواج الأول والسن الأول للأمومة)، وsig=0,002، وsig=0,003 (السن عند آخر ولادة ورتبة المولود الأخير على التوالي)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في إجرائها للفحوصات بعد الولادة، حيث كلما ارتفع السن عند الزواج الأول للمرأة الريفية بسنة واحدة كلما زاد احتمال إجرائها للفحوصات بعد الولادة بـ 1,196 مرة، وكلما ارتفع السن الأول للأمومة بسنة واحدة كلما انخفض احتمال إجرائها للفحوصات الطبية بـ 0,802 مرة، في

حين أنه كلما ارتفع سن المرأة الريفية عند آخر ولادة بسنة واحدة كلما تزايد احتمال إجرائها للفحوصات الطبية بـ 1,077 مرة، وكلما ارتفعت رتبة المولود الأخير كلما تراجع احتمال إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة بـ 0,639 **مرة**.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال إجرائها للفحوصات الطبية وبالتالي متابعتها الصحية بعد الولادة.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أن العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل.**

خلاصة الفصل:

يتّضح لنا –من خلال هذا الفصل– أن العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في سلوكها الإنجابي من خلال عدّة نقاط، حيث أنّ:

العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في خصوبتها من حيث عدد ولاداتها الحية وعدد حالات الإجهاض التي يمكن أن تتعرض لها، كما أنّ لها أثرا واضحًا في احتمال تعرضها للولادة القيصرية من حيث اتخاذ قرار وبرمجة وقت إجرائها –إن كان قبل أو بعد آلام المخاض– وتعرّض الأم الريفية لهذا النوع من العمليات فجأة وكونها عملية قيصرية غير مبرمجة؛

أمّا من جانب الرضاعة الطبيعية، فالملاحظ أنّ العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية تؤثر في الرضاعة الطبيعية لديها، ويتّضح هذا الأمر في أثر هذا العوامل في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لهذا المولود، بالإضافة إلى نوع الرضاعة الذي تتبعه، من حيث احتمال ارضاعها رضاعة حصرية؛

من جانب تنظيم الأسرة، تبيّن لنا تأثير العوامل الديمغرافية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل، وخاصة حبوب منع الحمل، كما أنّ لها الأثر الواضح في سنها عند أول استعمال لهذه الوسائل، الإضافة إلى رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل؛

وفي الأخير، وعن متابعة الأم الريفية لصحتها خلال الفترة المحيطة بحملها، فقد اتّضح لنا أثر هذه العوامل الديمغرافية – من حيث سنها عند آخر ولادة و رتبة المولود الأخير– في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، كما تؤثر في متابعتها الصحية بعد الولادة، من خلال أثرها في احتمال إجرائها للفحوصات الطبية التي تعقب الولادة، والتي تنعكس على صحتها وصحة مولودها.

الفصل الثامن

العوامل السوسيو اقتصادية والسلوك الإنجابي

تمهيد:

تشمل العوامل السوسيو اقتصادية العديد من الجوانب التي تؤثر في مختلف السلوكات البشرية كالسلوك الإنجابي، وهي بذلك تشكّل نسيجًا للمجتمع، ومن خلال فهم العلاقة الموجودة بين هذه العوامل والجانب الديمغرافي وكيفية تفاعلها مع بعضها البعض، يمساعد في تحليل عدة اتجاهات ديمغرافية، وتوجيه مختلف السياسات المتعلقة بالنمو السكاني بهدف تحقيق تنمية مستدامة في مختلف المجالات الاقتصادية والاجتماعية.

تضم العوامل السوسيو اقتصادية جانبًا معرفيًا، بما فيه المستوى التعليمي، الذي يعتبر عاملا مؤثرًا في تأخير سن الزواج وبالتالي تخفيض معدلات الإنجاب، بالإضافة إلى هذا فإن الجانب الثقافي –هو الآخر– له دور كبير في اتخاذ قرارت الأفراد حول مختلف الشؤون المتعلقة بالإنجاب.

كما يمكن للظروف الاقتصادية والمهنية أن تؤثر في مختلف الشؤون المتلعلقة بالإنجاب، حيث يمكن للبطالة وانعدام الاستقرار المادي أن يساهما في تأخير سن الزواج، الأمر الذي ينعكس على السلوك الإنجابي، من خلال تراجع نسب المواليد، والرعاية المتعلقة بالصحة الإنجابية، بالإضافة إلى أن الدخل المادي، والذي يمثل أحد الركائز الأساسية للمستوى المعيشي، من تحديات مالية تساهم في رفع أو خفض قدرة الفرد على تحمل تكاليف الإنجاب والرعاية الصحية، وتوفير مختلف وسائل الراحة للحصول على سكن ملائم للعيش والاستقرار ضمن ظروف أسرية تسمح للفرد بالتعبير عن ذاته، فإنه يلعب دورًا حاسمًا في العديد من القرارات التي قد يتخذها الفرد داخل الأسرة. لذا سنحاول –من خلال هذه الدراسة– بحث مختلف المحدّدات السوسيو اقتصادية للسلوك الإنجابي للمرأة الريفية الجزائرية، اعتمادًا على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019، والمتمثلة في المستوى التعليمي للأم، مستواها الثقافي، نوع الأسرة الذي تنتمي إليه، بالإضافة إلى نوع المسكن الذي تقطنه، وأخيراً حالتها الفردية ومستواها المعيشي، بالتطرق إلى مؤشر الثروة الخماسي، التي قد تؤثر بشكل أو بآخر في مستوى الخصوبة لديها، نوع الولادة، تنظيم أسرتها –من خلال استعمال موانع الحمل– وكذا رعايتها لصحتها الإنجابية خلال فترة الحمل وبعد الوضع.

I. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في الخصوبة:

سنتطرق –في هذا الجانب من البحث– إلى دراسة أثر العوامل السوسيواقتصادية، والتي تضم مجموعة من العوامل المعرفية –متمثلة في المستوى التعليمي للمرأة الريفية ومستواها الثقافي، والذي يعكس مجموعة من الجوانب التي تمس الوضعي الثقافي لدى المرأة– بالإضافة إلى البيئة الاجتماعية –متمثلة في نوع الأسرة الذي تنتمي إليه المبحوثة وبيئة المسكن الذي تقطنه– وكذا العوامل الاقتصادية التي يمكن أن تعكس جزءاً من المستوى المعشي للمرأة الريفية في الجزائر–متمثلة في الحالة الفردية للأم ومؤشر الثروة الخماسي– في مستوى الخصوبة لديها، من حيث عدد الولادات الحية الذي عرفته، عدد الولادات الميتة (الإملاص)، عدد حالات السقط وعدد حالات الإجهاض الذي تعرضت له.

1. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في عدد الولادات الحية:

بحب الجانب المعرفي للأم وبيئتها الاجتماعية والاقتصادية دورًا مهمًا في توجيه العديد من السلوكات الديمغرافية، لذا سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير هذه المتغيرات السوسيواقتصادية في عدد الولادات الحية الذي عرفته المرأة الريفية.

1.1. توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية:

يبيّن الجدول رقم (8-1) –الذي يوضّح توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل السوسيواقتصادية– بدءاً بالجانب المعرفي للأمهات وبالتحديد المستوى التعليمي، أن أغلبية المبحوثات اللاتي لديهن ولادات حية تمثلت بفئة الأمهات اللاتي أنجبن 4-6 ولادات حية بنسبة 61,6% من مجمل الأمهات الريفيات في الجزائر، ممثلة بفئة الأمهات بدون مستوى تعليمي بنسبة 68,7%، يليها المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط بـ64,7% و51,4% على التوالي، وتستمر في الانخفاض لتسجل 30,3% لدى المستوى التعليمي الثانوي، في حين عرف المستوى التعليمي الجامعي أدنى النسب، والتي قدرت بـ16,7%. تأتي الفئة التي أنجبت 2-3 ولادات حية في المرتبة اللاحقة بنسبة 20,4%، والتي تجسّدت بالمستوى التعليمي المتوسط والثانوي بنسبة 31,9% و27,3% على التوالي، لتنخفض إلى 23,3% لدى المستوى الابتدائي و14,5% لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، ثمّ تأتي الفئة التي عرفت 7 ولادات حية فأكثر بنسبة 14%، والتي ترتفع لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي بنسبة 16,7%، وتنعدم لدى المستوى التعليمي الجامعي، في حين سجلت أضعف نسبة لدى الأمهات اللاتي أنجبن ولادة حية واحدة بنسبة 4%، والتي تنعدم لدى الفئتين الأولتين، وترتفع بارتفاع المستوى التعليمي للأم، لتبلغ ذروتها لدى المستوى التعليمي الجامعي بنسبة 83,3%، ممّا يعكس انخفاض مستوى الولادات لدى الأمهات الجامعيات وتميّز المرأة الريفية بكثرة الولادات.

بالنسبة للمستوى الثقافي، نجد ارتفاع نسبة الولادات الحية لدى فئة المنجبات لـ4-6 ولادات حية بنسبة 52,6%، ممثلة بفئة الأمهات غير المثقفات بنسبة 58,1% مقابل 42,9% لدى الأمهات المثقفات، تليها الفئة المنجبة لـ2-3 ولادات بنسبة 26,3%، ممثلة بفئة الأمهات المثقفات بنسبة 29,9%، لتنخفض إلى 15,6% و11,7% لدى فئة الأمهات اللاتي أنجبن ولادة واحدة فقط و7 ولادات فأكثر على التوالي، في حين سجلت الأمهات غير المثقفات نسبة 24,3% لمن أنجبن 2-3 ولادات حية لتنخفض إلى 13,2% و4,4% لمن أنجبن 7 ولادات فأكثر وولادة واحدة على التوالي، هذا الوضع يعكس لنا انخفاض مستوى الولادات لدى المرأة المثقفة على عكس نظيرتها غير المثقفة.

بانتقالنا للجانب الاجتماعي، وفيما يتعلق بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية، فإننا نجد ارتفاعا في نسبة الأمهات اللاتي أنجبن 4-6 ولادات حية، والتي قُدّرت بـ65,6%، ممثلة بالأسرة الممتدة بنسبة 52,6%، تليها فئة الأمهات اللاتي أنجبن 2-3 ولادات حية بنسبة 26,3%، ثمّ الفئة المنجبة لـ7 ولادات فأكثر بنسبة 12,7%، وأخيراً فئة الأمهات اللاتي أنجبن ولادة واحدة بـ8,5% مقابل 10,8% لدى الأسرة النووية، هذه النسبة ترتفع لدى الأمهات اللاتي أنجبن 7 ولادات حية فأكثر لتصل إلى 19,3%، ثمّ 26,3% لدى المبحوثات اللاتي أنجبن 2-3 ات حية، لتبلغ ذروتها لدى الأمهات المنجبات لـ4-6 ولادات حية، والتي قدّرت بـ47%، الأمر الذي يعكس ارتفاع عدد الولادات الحية بالأسر الممتدة على عكس الأسر النووية، والذي قد يظهر لنا وجود علاقة بين عدد الولادات الحية للمرأة الريفية في الجزائر ونوع الأسرة الذي تنتمي إليه.

أما بالنسبة لبيئة المسكن الذي تقطنه المبحوثة، فيلاحَظ الوضع نفسه، حيث نجد ارتفاعا في نسبة الأمهات اللاتي أنجبن 4-6 ولادات حية بنسبة 57,6%، ممثلة بفئة الأمهات اللاتي يقطن في مساكن ذات بيئة ملائمة، والتي قدرت بـ64,5%، لتنخفض هذه النسبة إلى 19,4% لدى الأمهات اللاتي أنجبن 2-3 لادات حية، وهي ليست بعيدة عن نظيراتها القاطنات في مساكن ذات بيئة غير ملائمة، والتي قدّرت بنسبة 19,8%، لتستمر هذه النسب في الانخفاض إلى 14,8% في المسكن الملائم مقابل نظيرتها بـ14% في المسكن غير الملائم بالنسبة للأمهات اللاتي أنجبن 7 ولادات حية فأكثر، في حين سُجّلت أضعف النسب لدى الأمهات اللاتي أنجبن ولادة واحدة فقط بـ1,2% في البيئة الملائمة مقابل 3,9% في البيئة غير الملائمة. من خلال هذه النسب نلاحظ انخفاظ مستوى الولادات في البيئة السكنية الملائمة بالمقارنة مع نظيرتها غير الملائمة، هذه الأخيرة قد تعكس مستوى متدني من المعيشة والذي يتزامن -غالبا- مع ارتفاع عدد الولادات.

جدول رقم (8–1): توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية.

العوامل السوسيو اقتصادية			عدد الولادات الحية				المجموع
			1	3-2	6-4	+7	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	0	33	156	38	227
		النسب المئوية %	0,0%	14,5%	68,7%	16,7%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	0	31	86	16	133
		النسب المئوية %	0,0%	23,3%	64,7%	12,0%	100,0%
	متوسط	التكرارات	6	23	37	6	72
		النسب المئوية %	8,3%	31,9%	51,4%	8,3%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	8	9	10	6	33
		النسب المئوية %	24,2%	27,3%	30,3%	18,2%	100,0%
	جامعي	التكرارات	5	0	1	0	6
		النسب المئوية %	83,3%	0,0%	16,7%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**19**	**96**	**290**	**66**	**471**
		النسب المئوية %	**4,0%**	**20,4%**	**61,6%**	**14,0%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	6	33	79	18	136
		النسب المئوية %	4,4%	24,3%	58,1%	13,2%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	12	23	33	9	77
		النسب المئوية %	15,6%	29,9%	42,9%	11,7%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**18**	**56**	**112**	**27**	**213**
		النسب المئوية %	**8,5%**	**26,3%**	**52,6%**	**12,7%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	9	19	39	16	83
		النسب المئوية %	8,5%	26,3%	52,6%	12,7%	100,0%
	نووية	التكرارات	9	73	250	49	381
		النسب المئوية %	10,8%	22,9%	47,0%	19,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**18**	**92**	**289**	**65**	**464**
		النسب المئوية %	**2,4%**	**19,2%**	**65,6%**	**12,9%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	4	63	209	48	324
		النسب المئوية %	3,9%	19,8%	62,3%	14,0%	100,0%
	ملائم	التكرارات	14	28	80	17	139
		النسب المئوية %	1,2%	19,4%	64,5%	14,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**18**	**91**	**289**	**65**	**463**
		النسب المئوية %	**10,1%**	**20,1%**	**57,6%**	**12,2%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	5	5	4	0	14
		النسب المئوية %	35,7%	35,7%	28,6%	0,0%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	13	92	286	65	456
		النسب المئوية %	2,9%	20,2%	62,7%	14,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**18**	**97**	**290**	**65**	**470**
		النسب المئوية %	**3,8%**	**20,6%**	**61,7%**	**13,8%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	أكثر فقرا	التكرارات	2	36	135	22	195
		النسب المئوية %	1,0%	18,5%	69,2%	11,3%	100,0%

	فقير	التكرارات	3	30	61	29	123
		النسب المئوية %	2,4%	24,4%	49,6%	23,6%	100,0%
	متوسط	التكرارات	7	20	53	4	84
		النسب المئوية %	8,3%	23,8%	63,1%	4,8%	100,0%
	غني	التكرارات	2	4	30	10	46
		النسب المئوية %	4,35%	8,70%	65,22%	21,74%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	4	6	13	0	23
		النسب المئوية %	17,4%	26,1%	56,5%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**18**	**96**	**291**	**65**	**470**
		النسب المئوية %	**3,8%**	**20,4%**	**61,9%**	**13,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

إذا اتجهنا إلى الجانب الاقتصادي، وفيما يخص الحالة الفردية، فإننا نجد ارتفاع الولادات الحية لدى الأمهات غير الموظفات للاتي لديهن 4-6 ولادة حية بنسبة 62,7%، مقابل 28,6% لدى الأمهات الموظفات، في حين تفوق نسبة الأمهات اللاتي أنجبن 2-3 ولادات حية لدى هذه الفئة الأخيرة -والتي قدّرت بـ35,7%- نظيراتها غير الموظفات بنسبة 20,2%، أمّا نسبة الأمهات اللاتي أنجبن 7 ولادات فأكثر فهي ترتفع لدى المبحوثات غير الموظفات بنسبة 14,3% ونتعدم لدى الموظفات، وترتفع نسبة الأمهات اللاتي أنجبن ولادة واحدة لدى الموظفات بنسبة 35,7% مقابل 2,9% لدى المبحوثات غير الموظفات، الأمر الذي يعكس ارتفاع عدد الولادات لدى المبحوثات غير الموظفات وانخفاضه لدى الموظفات، ممّا يقودنا إلى القول بإمكانية تأثير الحالة الفردية للأم الريفية في عدد ولاداتها الحية.

وفيما يتعلق بمؤشر الثروة، نجد ارتفاع نسبة الأمهات اللاتي أنجبن 4-6 ولادة حية لدى المستوى الأكثر فقرًا، والتي قدرت بـ69,2%، في حين قدّرت بـ56,5% لدى الفئة الأكثر غنى، ونجد فئة الأمهات اللاتي أنجبن 2-3 ولادات حية ممثلة بالمستوى الأخير (الأكثر فقرًا) بنسبة 26,1% مقابل 18,5% لدى الفئة الأكثر فقرًا، أمّا الفئة التي أنجبت 7 ولادات فأكثر فقد مثلتها الفئة الفقيرة -كأقصى قيمة- بنسبة 23,6% في حين أنها متعلمة لدى الفئة الأكثر غنى، وتبقى الفئة الأقل قليلا وهي التي أنجبت ولادة حية واحدة فقط، ممثلة بالفئة الأكثر غنى بنسبة 17,4% مقابل 2,4% و1% لدى الفئتين الفقيرة والأكثر فقرًا على التوالي. هذا الوضع يعكس لنا ارتفاع عدد الولادات الحية لدى المستويات الفقيرة وانخفاضها لدى المستويات الغنية، ممّا يقودنا إلى القول بالدور الذي يمكن أن يلعبه مؤشر الثروة الخماسي في تحديد عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية الجزائرية.

2.1. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية بالولادات الحية للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل السوسيو اقتصادية) والمتمثل في المستوى التعليمي(عبارة عن متغير كيفي رتبي)، المستوى الثقافي، نوع الأسرة التي تنتمي إليها الأم الريفية، بيئة المسكن الذي يأويها، بالإضافة إلى حالتها الفردية (أو ما يسمى بالحالة المهنية) (عبارة عن متغيرات كيفية اسمية)، ومؤشر الثروة الخماسي (عبارة عن متغير كمي)، من جهة، ومن جهة أخرى المتغير التابع (عدد الولادات الحية) الذي بدوره عبارة عن متغير كمي.

وليسهل علينا البحث، بغية التأكّد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات –سالفة الذكر– وبما أنّ المتغير المستقل (المستوى التعليمي) عبارة عن متغير كيفي رتبي يحمل أكثر من ثلاثة بدائل، و المتغير التابع (عدد الولادات الحية) عبارة عن متغير كمي فإنّنا سنعتمد اختبار Anova لدراسة العلاقة بين هذين المتغيرين –سالفي الذكر– وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد فروق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية تعزى إلى مستواها التعليمي.

H1: توجد فروق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية تعزى إلى مستواها التعليمي.

الجدول التالي يوضّح نتائج اختبار Anova لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها، وفق الفرضيتين التاليتين:

جدول رقم (8–2): اختبار Anova لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية.

ANOVA

	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
Intergroupes	174,269	4	43,567	16,446	,000
Intragroupes	1231,868	466	2,649		
Total	1406,137	470			

بما أنّ sig=0,000، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بوجود فروق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية تعزى إلى مستواها التعليمي، بحيث أن متوسط عدد الأطفال لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي قُدّر بـ5,07 طفل للمرأة الواحدة، تليهم الأمهات ذات المستوى الابتدائي بمتوسط أطفال قُدّر بـ4,53 طفل للمرأة الواحدة، ثم مستوى التعليم المتوسط بـ4,04

طفل للمرأة الواحدة، لينخفض لدى المستوى الثانوي بـ3,45 طفل للمرأة الواحدة، أمّا الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي فهن الأقل خصوبة –من حيث عدد الولادات الحية– والتي قُدّرت بـ1,64 طفل للمرأة الواحدة، كما هو موضح في الجدول رقم (8–3).

جدول رقم (8–3): توزيع متوسط الولادات الحية حسب المستوى التعليمي للأمهات.

	N	Moyenne	Ecart type	Erreur standard	Intervalle de confiance à 95 % pour la moyenne		Minimum	Maximum
					Borne inférieure	Borne supérieure		
بدون مستوى	226	5,07	1,581	,105	4,86	5,28	2	11
ابتدائي	133	4,53	1,456	,126	4,28	4,78	2	9
متوسط	72	4,04	1,814	,214	3,62	4,47	1	9
ثانوي	32	3,45	2,158	,382	2,67	4,22	1	7
جامعي	7	1,64	1,331	,516	,36	2,92	1	4
Total	470	4,60	1,731	,080	4,44	4,76	1	11

✓ من جهة أخرى سنحاول توظيف اختبار T–test بين مجموعة المتغيرات الأخرى والمتمثلة في المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية للأم الريفية، باعتبارها متغيرات مستقلة وعدد الولادات الحية لديها (باعتبارها متغيراً تابعًا)، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها.

والجداول التالية توضح نتائج اختبار T–test لدراسة العلاقة بين عدد الولادات الحية للمرأة الريفية والعوامل السوسيو اقتصادية سالفة الذكر:

جدول رقم (8–4): اختبار T–test لدراسة العلاقة بين المستوى الثقافي للمرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية.

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
								Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Inférieur	Supérieur
Hypothèse de variances égales	0,72	**0,397**	1,99	212	**0,048**	0,52	0,261	0,005	1,035
Hypothèse de variances inégales			1,91	138,979	0,058	0,52	0,273	-0,019	1,06

بما أنّ sig لاختبار Leven تساوي 0,397 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنّنا نأخذ قيم السطر العلوي في الحسبان، أي sig(bélatéral)=0,048، وهي أصغر من 0,05، وبالتالي يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بوجود فروق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية تعزى إلى مستواها الثقافي، حيث قُدِّر متوسط عدد الولادات الحية لدى المرأة غير المثقفة بـ4,39 ولادة حية بفارق 1,726 بينها وبين باقي الولادات الحية، في حين قدّر بـ3,87 ولادة للمثقفات بفارق 2,013 بينها وبين باقي الولادات، كما هو موضح في الملحق رقم (03-01).

جدول رقم (8-5): اختبار اختبار T-test لدراسة العلاقة بين نوع أسرة المرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية.

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
Hypothèse de variances égales	16,874	**0,000**	-1,261	462	0,208	-0,262	0,208	-0,670	0,146
Hypothèse de variances inégales			-1,058	103,655	**0,292**	-0,262	0,248	-0,753	0,229

بما أنّ sig لاختبار Leven تساوي 0,000 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنّنا نأخذ قيم السطر السفلي في الحسبان، أي sig(bélatéral)=0,292، وهي أكبر من 0,05، وبالتالي يمكننا رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري القائل بعدم وجود فروق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية ترجع إلى نوع الأسرة الذي تنتمي إليه، في حين يظهر -من خلال المرحق رقم (03-01) ارتفاع عدد الولادات الحية في الأسر النووية بمتوسط قدره 4,67 بالمقارنة مع الأسر الممتدة أين قُدّر بـ4,41 ولادة حية، بالتالي فإن الفروق قد ترجع لمتغيرات أخرى وسيطية كالعوامل الصحية، سنحاول التحقق منها في العناصر اللاحقة.

جدول رقم (8-6): اختبار T-test لدراسة العلاقة بين بيئة مسكن المرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية.

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 %	
								Inférieur	Supérieur
Hypothèse de variances égales	2,424	**0,120**	2,700	461	**0,007**	0,468	0,173	0,128	0,809
Hypothèse de variances inégales			2,563	232,554	0,011	0,468	0,183	0,108	0,829

بما أنّ sig لاختبار Leven تساوي 0,120 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنّنا نأخذ قيم السطر العلوي في الحسبان، أي sig(bélatéral)=0,007، وهي أصغر من 0,05، وبالتالي يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بوجود فرق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية ترجع إلى بيئة المسكن الذي تقطنه، حيث قدّر بـ4,77 ولادة حية في البيئة غير الملائمة بانحراف معياري قدّر بـ1,638 ولادة حية، مقابل 4,30 ولادة في البيئة السكنية الملائمة بفارق 1,868 ولادة بينها ومتوسط الولادات الحية، كما يظهر لنا في الملحق رقم (03-01).

جدول رقم (8-7): اختبار T-test لدراسة العلاقة بين الحالة الفردية للمرأة الريفية وعدد ولاداتها الحية.

	Test de Levene sur l'égalité des variances		Test t pour égalité des moyennes						
	F	Sig.	t	ddl	Sig. (bilatéral)	Différence moyenne	Différence erreur standard	Intervalle de confiance de la différence à 95 % Inférieur	Supérieur
Hypothèse de variances égales	0,042	**0,838**	-3,929	468	**0,000**	-1,855	0,472	-2,784	-0,927
Hypothèse de variances inégales			-3,931	13,159	0,002	-1,855	0,472	-2,874	-0,837

بما أنّ sig لاختبار Leven تساوي 0,838 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنّنا نأخذ قيم السطر العلوي في الحسبان، أي sig(bélatéral)=0,000، وهي أصغر من 0,05، وبالتالي يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بوجود فرق دالة إحصائيًا في عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية تعزى إلى حالتها الفردية، حيث قدّر متوسط الولادات الحية بـ2,80 ولادة للموظفة، مقابل 4,65 ولادة حية لغير الموظفة، كما هو موضح في الملحق رقم (03-01).

✓ باعتبار المتغيرين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية متغيرين كميين، سنتخذ معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بينهما، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا يوجد ارتباط دال احصائيًا بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية.

H1: يوجد ارتباط دال احصائيًا بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية.

الجدول رقم (8–8) يمثل معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات لدى المرأة الريفية.

جدول رقم (8–8): معامل الارتباط بيرسون لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات لدى المرأة الريفية.

Corrélations

		Score de richesse combiné	عدد الولادات الحية
Score de richesse combiné	Corrélation de Pearson	1	-,129**
	Sig. (bilatérale)		**,005**
	N	6628	470
عدد الولادات الحية	Corrélation de Pearson	-,129**	1
	Sig. (bilatérale)	,005	
	N	470	470

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

بما أنّ sig=0,005، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذا نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل القائل بوجود ارتباط دال احصائيا بين مؤشر الثرو الخماسي وعدد الولادات الحية، ولدينا R=-0,129 أي أنّ الارتباط عكسي ضعيف، بحيث أنّه كلما زاد مؤشر الثروة الخماسي بدرجة واحدة كلما انخفض عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية.

جدول رقم (8–9): قيم معاملات الانحدار. (يحذف ويعاد فقط بمؤشر الثروة الخماسي)

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	T	Sig.
		B	Erreur standard	Bêta		
1	(Constante)	2,491	1,342		1,856	,006
	المستوى التعليمي	-,586	,151	-,292	-3,879	,000
	المستوى الثقافي	-,182	,264	-,048	-,692	,049
	نوع الأسرة (يحذف فليس له أثر)	,394	,306	,086	1,287	,200
	بيئة المسكن	-,227	,300	-,060	-,757	,045
	الحالة الفردية	-1,356	,610	-,153	-2,222	,027
	مؤشر الثروة الخماسي	-,213	,162	-,102	-1,317	,029

a. Variable dépendante : عدد الولادات الحية.

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 2,491 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار مبدئيا:

$$y = a - b_1 x_1 - b_2 x_2 - b_3 x_3 - b_4 x_4 - b_5 x_5$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 2{,}491 - 0{,}586x_1 - 0{,}182x_2 - 0{,}227x_3 - 1{,}356x_4 - 0{,}213x_5$$

حيث يمثل: ♦ x_1: المتغير المستقل الأول المستوى التعليمي؛ x_2: المتغير المستقل الثاني المستوى الثقافي؛

♦ x_3: المتغير المستقل الثالث بيئة المسكن ؛ ♦ x_4: المتغير المستقل الرابع الحالة لفردية؛

♦ X_5: المتغير المستقل الخامس مؤشر الثروة الخماسي؛

♦ y: المتغير التابع (عدد الولادات الحية).

أي أنّ:

عدد الولادات الحية $= 2{,}491 - 0{,}586$ المستوى التعليمي $- 0{,}182$ المستوى الثقافي

$- 0{,}227$ بيئة المسكن $- 1{,}356$ الحالة الفردية $- 0{,}213$ مؤشر الثروة الخماسي

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (8-9) ما يلي:

- ✓ أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة الريفية كلما انخفض عدد ولاداتها الحية؛
- ✓ أنه كلما ارتفع المستوى الثقافي للمرأة الريفية كلما انخفض عدد ولاداتها الحية؛
- ✓ أنه كلما تدهورت بيئة المسكن الذي تقطنه المرأة الريفية كلما ارتفع عدد ولاداتها الحية، بحيث أن حالة المزدرية للمسكن تعكس جزءاً من المستوى المعشي غير اللّائق للأسرة، والذي يتماشى بدوره مع زيادة عدد الأطفال وعدم التفكير بتنظيم الأسرة؛
- ✓ أنه كلما تحسنت الحالة الفردية للمرأة الريفية من غير موظفة إلى موظفة كلما انخفض عدد الولادات لديها؛
- ✓ أنه كلما ارتفعت نتيجة مؤشر الثروة الخماسي كلما انخفض عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في عدد ولاداتها الحية.

2. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في عدد الولادات الميتة (الإملاص):

سنحاول –في هذا العنصر– دراسة تأثير المتغيرات السوسيو اقتصادية المذكورة سابقا والمتمثلة في المستوى التعليمي للأمّ، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي في عدد الولادات الميتة لديها.

1.2. توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل السوسيو اقتصادية:

يتّضح لنا –من خلال نتائج الجدول رقم (8–10) –الذي يمثل توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل السوسيو اقتصادية– بدءاً بتناول الجانب المعرفي للأمهات وتحديدا مستواها التعليمي، أن أغلبية المبحوثات اللاتي لديهن ولادات ميتة واحدة بنسبة 82,7% من مجمل الأمهات الريفيات في الجزائر، ممثلة ب فئة الأمهات بدون مستوى تعليمي بنسبة 92,5%، يليها المستوى التعليمي المتوسط والثانوي بـ87,9%، في حين سجلت أعلى قيمة لدى المستوى التعليمي الجامعي، حيث يتضح لنا أن هذا المستوى عرف ولادة ميتة واحدة فقط ولم يشهد أكثر من ذلك. تأتي الفئة التي أنجبت 2–3 ولادات حية في المرتبة الثانية بنسبة 15,6%، والتي مثلها المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة 32,8%، يليه المتوسط والثانوي بنسبة 12,1%، لتنخفض إلى 6% –كأدنى قيمة– لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، وانعدمت لدى المستوى الجامعي، وفي المرتبة اللاحقة تأتي الفئة التي عرفت 4 ولادات ميتة فأكثر بنسبة 1,8%، والتي تجسّدت المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة 4,9%، في حين سجلت أضعف نسبة لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي بنسبة 1,5% وتنعدم لدى المستوى التعليمي الجامعي، ممّا يعكس لنا ارتفاع مستوى الولادات الميتة لدى الأمهات في المستويات التعليمية المتدنية وانخفاضها لدى الجامعيات، الأمر الذي يدفعنا إلى القول بوجود علاقة بين المستوى التعليمي للأم وعدد الولادات الميتة التي قد تشهدها.

بالنسبة للمستوى الثقافي، فإننا نجد ارتفاع نسبة الولادات الميتة لدى الفئة التي عرفت ولادة ميتة واحدة بنسبة 81,4%، ممثلة بفئة الأمهات غير المثقفات بنسبة 82,5% مقابل 79,2% لدى الأمهات المثقفات، تليها الفئة التي تعرضت لـ2–3 ولادات ميتة بنسبة 16,7%، ممثلة بفئة الأمهات المثقفات بنسبة 20,8%، لتنعدم لدى الأمهات اللاتي تعرضن لـ 4 ولادات ميتة فأكثر، مقابل 2,9% لدى الأمهات غير المثقفات –كأدنى قيمة– ممّا يعكس انخفاض مستوى الولادات الميتة لدى المرأة المثقفة بالمقارنة مع نظيرتها.

وفيما يخص الجانب الاجتماعي، وبالتحديد نوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية، فإننا نجد ارتفاعا في نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة بنسبة 82,7%، والتي مثلتها الأسرة النووية بنسبة 83,6% مقابل 76,4% لدى

الأسر الممتدة، تليها فئة الأمهات اللاتي شهدن 2-3 ولادات ميتة بنسبة 16,4%، ممثلة بالأسرة الممتدة بـ23,6% مقابل 13,9% لدى الأسرة النووية، لتنخفض هذه النسبة إلى 2,4% وتنعدم لدى نظيرتها الأسرة الممتدة، ويتضح لنا -من خلال هذه النسب- ارتفاع مستوى الولادات الميتة بالأسر الممتدة، والذي يقودنا للقول بوجود علاقة بين عدد الولادات الميتة للمرأة الريفية ونوع الأسرة الذي تنتمي إليه.

وبالنسبة لبيئة المسكن الذي تقطنه المبحوثة، فنلاحَظ الوضع نفسه، حيث نجد ارتفاعا في نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة بنسبة 82,7%، ممثلة بفئة الأمهات اللاتي يقطن في بيئة ملائمة، والتي قدرت بـ93% مقابل 79,1% لدى البيئة غير الملائمة، لتنخفض هذه نسبة إلى 18,4% لدى الأمهات اللاتي عرفن 2-3 ولادات ميتة في البيئة غير الملائمة مقابل 7% في البيئة الملائمة، هذه الأخيرة التي لم تعرف أكثر من هذا الحد في الولادات الميتة، في حين سجّلت نسبة 2,3% -كأدنى قيمة- في البيئة غير الملائمة لدى فئة الأمهات التي تعرضت لـ4 ولادات ميتة وأكثر. من خلال هذه النسب يمكننا ملاحظة ارتفاع مستوى الولادات الميتة في البيئة السكنية غير الملائمة بالمقارنة مع نظيرتها، ممّا يقودنا للتفكير في الدور الذي تلعبه البيئة السكنية في تحديد عدد اولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

إذا اتجهنا إلى الجانب الاقتصادي، وفيما يتعلق بالحالة الفردية، فإننا نجد ارتفاعا في الولادات الميتة لدى الأمهات غير الموظفات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة بنسبة 81,9%، لتنخفض لدى فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ2-3 ولادات ميتة، إلى 16,3% و1,9%لدى الأمهات اللاتي تعرضن لـ4 ولادات ميتة فأكثر، بالمقابل نجد أن كل الأمهات الموظفات قد شهدن ولادة ميتة واحدة فقط وتنعدم لدى باقي الفئات، الأمر الذي يعكس ارتفاع مستوى الولادات الميتة لدى المبحوثات غير الموظفات وانخفاضه لدى نظيراتها الموظفات، ممّا يقودنا إلى القول بإمكانية تأثير الحالة الفردية للأم الريفية في عدد ولاداتها الميتة.

وفيما يتعلق بالمستوى المعيشي، فنجد ارتفاعا في نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة لدى المستويين الفقير والأكثر فقرًا، بنسبة 85,9% و82,7% على التوالي، لتنخفض بارتفاع مؤشر الثروة الخماسي إلى 78,4% و77,8% لدى الفئتين المتوسطة والغنية على التاوالي، في حين سجلت مبحوثة واحدة فقط تعرضت لولادة ميتة واحدة، وتنعدم لدى باقي الحالات، ونجد فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ2-3 ولادات ميتة في المرتبة اللاحقة، ممثلة بالفئتين المتوسطة والغنية بنسبة 21,6% و22,2% على التوالي، وتنخفض لدى الفئتين الفقيرة والأكثر فقرًا بنسبة 11,3% و15,3% على التوالي، أمّا الفئة التي عرفت 4 ولادات ميتة فأكثر فقد مثلتها الفئتين الفقيرة والأكثر فقرًا بنسبة 2,8% و2% على التوالي، في حين تنعدم لدى

الفئتين الغنية والأكثر غنى. هذه النسب تعكس لنا ارتفاع مستوى الولادات الميتة لدى المستويات الفقيرة وانخفاضها لدى المستويات الغنية، ممّا يدفعنا للتفكير في الدور الذي يمكن أن يلعبه مؤشر الثروة الخماسي في تحديد عدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية الجزائرية.

جدول رقم (8–10): توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية.

العوامل السوسيو اقتصادية			عدد الولادات الميتة			المجموع
			1	3–2	+4	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	62	4	1	67
		النسب المئوية %	92,5%	6,0%	1,5%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	38	20	3	61
		النسب المئوية %	62,3%	32,8%	4,9%	100,0%
	متوسط	التكرارات	51	7	0	58
		النسب المئوية %	87,9%	12,1%	0,0%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	29	4	0	33
		النسب المئوية %	87,9%	12,1%	0,0%	100,0%
	جامعي	التكرارات	6	0	0	6
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**186**	**35**	**4**	**225**
		النسب المئوية %	**82,7%**	**15,6%**	**1,8%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	85	15	3	103
		النسب المئوية %	82,5%	14,6%	2,9%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	42	11	0	53
		النسب المئوية %	79,2%	20,8%	0,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**127**	**26**	**3**	**156**
		النسب المئوية %	**81,4%**	**16,7%**	**1,9%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	42	13	0	55
		النسب المئوية %	76,4%	23,6%	0,0%	100,0%
	نووية	التكرارات	138	23	4	165
		النسب المئوية %	83,6%	13,9%	2,4%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**180**	**36**	**4**	**220**
		النسب المئوية %	**81,8%**	**16,4%**	**1,8%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	129	30	4	163
		النسب المئوية %	79,1%	18,4%	2,5%	100,0%
	ملائم	التكرارات	53	4	0	57
		النسب المئوية %	93,0%	7,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**182**	**34**	**4**	**220**
		النسب المئوية %	**82,7%**	**15,5%**	**1,8%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	10	0	0	10
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%

	غير موظفة	التكرارات	176	35	4	215
		النسب المئوية %	81,9%	16,3%	1,9%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**186**	**35**	**4**	**225**
		النسب المئوية %	**82,7%**	**15,6%**	**1,8%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	أكثر فقرا	التكرارات	81	15	2	98
		النسب المئوية %	82,7%	15,3%	2,0%	100,0%
	فقير	التكرارات	61	8	2	71
		النسب المئوية %	85,9%	11,3%	2,8%	100,0%
	متوسط	التكرارات	29	8	0	37
		النسب المئوية %	78,4%	21,6%	0,0%	100,0%
	غني	التكرارات	14	4	0	18
		النسب المئوية %	77,8%	22,2%	0,0%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	1	0	0	1
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**186**	**35**	**4**	**225**
		النسب المئوية %	**82,7%**	**15,6%**	**1,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.2. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية بالولادات الميتة للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل السوسيو اقتصادية)، والمتمثل في المستوى التعليمي للمرأة (متغير كيفي رتيبي)، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية (عبارة عن متغيرات كيفية اسمية)، ونتيجة مؤشر الثروة الخماسي (عبارة عن متغير كمي تمّ تحويله إلى متغير كيفي رتبي بعد تفيئته)، والمتغير التابع (عدد الولادات الميتة) بدوره عبارة عن متغير كمي تمّ تحويله بعد تفيئته إلى متغير كيفي رتبي، فإننا سنحاول توظيف معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات الكيفية الرتبية من جهة، ومن جهة أخرى توظيف اختبار كاي مربع بين مجموعة المتغيرات الكيفية وعدد الولادات الميتة للمرأة الريفية للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

نظرا لإختلاف طبيعة المتغيرات المدروسة، سنحاول –في البداية– دراسة العلاقة بين المتغيرات الرتبية، بدءاً بالمستوى التعليمي وعدد الولادات الميتة التي تعرضت لها المرأة الريفية، بهدف إثبات وجودها أو عدمه، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

H1: توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

والجدول رقم (8-11) يوضح معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد الولادات الميتة للمرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8-11): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد الولادات الميتة.

Corrélations

			المستوى التعليمي	عدد الولادات الميتة
Rho de Spearman	المستوى التعليمي	Coefficient de corrélation	1,000	-,010
		Sig. (bilatéral)	.	**,888**
		N	6357	215
	عدد الولادات الميتة	Coefficient de corrélation	-,010	1,000
		Sig. (bilatéral)	**,888**	.
		N	215	215

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية sig=0,888، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

من جهة أخرى، سنحاول دراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الميتة التي تعرضت لها المرأة الريفية، بهدف إثبات وجودها أو عدمه، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

H1: توجد علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

والجدول رقم (8-12) يوضح معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الميتة للمرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8-12): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الميتة.

Corrélations

			مؤشر الثروة الخماسي	عدد الولادات الميتة
Rho de Spearman	مؤشر الثروة الخماسي	Coefficient de corrélation	1,000	,023
		Sig. (bilatéral)	.	**,741**
		N	215	215
	عدد الولادات الميتة	Coefficient de corrélation	,023	1,000
		Sig. (bilatéral)	**,741**	.
		N	215	6357

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية sig=0,741، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

والجدول رقم (8-13) يوضح اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المتمثلة في المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8-13): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) وعدد الولادات الميتة.

Tests du khi-carré

		Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					Signification	95% Intervalle de confiance	
						Limite inférieure	Limite supérieure
المستوى الثقافي	khi-carré de Pearson	2,395[a]	2	**0,302**	,313[b]	0,304	0,322
نوع الأسرة	khi-carré de Pearson	3,970[a]	2	**0,137**	,149[b]	0,142	0,156
بيئة المسكن	khi-carré de Pearson	5,920[a]	2	**0,052**	,056[b]	0,051	0,060
الحالة الفردية	khi-carré de Pearson	2,194[a]	2	**0,334**	,356[b]	0,347	0,365

المصدر: منجز بناء على الجداول رقم (02)، (03)، (04) و(05) في الملحق رقم (03).

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية لمعظم العوامل السوسيو اقتصادية -سالفة الذكر- أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود علاقة بين هذه العوامل السوسيو اقتصادية وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية لا تؤثر في عدد الولادات الميتة لديها.

3. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في عدد حالات السقط:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير بعض العوامل السوسيو اقتصادية سالفة الذكر في تغير عدد حالات السقط لدى المرأة الريفية في الجزائر، والمتمثلة في المستوى التعليمي للأم، مستواها الثقافي، نوع الأسرة الذي تنتمي إليه، بيئة المسكن الذي تقطنه، حالتها الفردية ومؤشر الثروة الخماسي.

1.3. توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من الجدول رقم (8–14) الذي يمثل توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل السوسيو اقتصادية للأم الريفية– فبعد تسليط الضوء على الجانب المعرفي وبالتحديد المستوى التعليمي للأمهات، نلاحظ أن أغلبية المبحوثات تعرضن لحالة إسقاط واحدة بنسبة 66,9% من مجمل الأمهات الريفيات في الجزائر، ممثلة بالمستوى التعليمي الجامعي بنسبة 70,8%، وتتراجع هذه النسبة بانخفاض المستوى التعليمي لتبلغ 69,4% لدى المستوى التعليمي المتوسط و64,6% –كأدنى قيمة– لدى فئة الأمهات بدون مستوى تعليمي. تأتي الفئة التي عرفت 2–3 حالة إسقاط في المرتبة الثانية بنسبة 30,5%، والتي مثلها المستوى التعليمي الابتدائي وفئة المبحوثات بدون مستوى تعليمي بنسبة 32,2% و32,1% على التوالي، لتنخفض إلى 29,2% لدى المستوى التعليمي الثانوي والجامعي، ثمّ تأتي الفئة التي تعرضت لـ 4–6 حالات إسقاط بنسبة 2,3%، أين تقاربت النسب بين المستويات التعليمية، والتي تراوحت بين 2% و2,7% لدى المستوى المتوسط والثانوي، في حين انعدمت لدى المستوى التعليمي الجامعي، وسُجّلت أضعف لدى الأمهات اللاتي تعرضن لـ7 حالات إسقاط فأكثر بنسبة 0,4%، والتي تجسّدت بالمستوى المتوسط وما دونه بنسب متقاربة تراوحت بين 0,4% و0,8% لدى المستوى المتوسط وفئة الأمهات بدون مستوى تعليمي، وتنعدم لدى المستوى التعليمي الثانوي والجامعي، هذه النسب تعكس لنا انخفاض عدد حالات السقط لدى المستوى التعليمي الثانوي والجامعي بالمقارنة مع المستوى المتوسط وما دونه.

بالنسبة للمستوى الثقافي، نجد ارتفاع نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة، والتي قُدّرت بـ68,7%، ممثلة بفئة الأمهات غير المثقفات بنسبة 70,5% مقابل 66,1% لدى المثقفات، تليها الفئة التي تعرضت لـ2–3 حالة إسقاط بنسبة 29,2%، ممثلة بفئة الأمهات المثقفات بنسبة 32,9% مقابل 26,6% لدى المبحوثات غير المثقفات، وتأتي فئة الأمهات اللاتي عرفن 4–6 حالات إسقاط بنسبة 1,9%، ممثلة بفئة الأمهات غير المثقفات بنسبة 2,5% مقابل 1% فقط لدى نظيراتها المثقفات، في حين سجلت أضعف النسب لدى الفئة التي تعرضت لـ7 حالات إسقاط فأكثر، والتي قدّرت

بـ0,3%، ممثلة بالفئة غير المثقفة بنسبة 0,5% وتنعدم لدى الفئة المثقفة، هذا الوضع يعكس لنا انخفاض عدد حالات السقط لدى المرأة المثقفة بالمقارنة مع نظيرتها غير المثقفة.

إذا انتقلنا إلى الجانب الاجتماعي، وبالحديث عن نوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية، فإننا نلاحظ نفس الوضع، حيث ترتفع نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة، والتي قُدّرت بـ66%، ممثلة بالأسرة النووية، مقابل 62,6% لدى الأسرة الممتدة، تليها فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ 2-3 حالات إسقاط بنسبة 31,2%، مجسّدة بالأسرة الممتدة بنسبة 35,6% مقابل 29,9% لدى الأسرة النووية، لتنخفض هذه النسبة إلى 2,5% مقابل 1,8% لنظيرتها الممتدة بالنسبة الأمهات اللاتي تعرضن لـ4-6 حالات إسقاط، ، في حين سجلت اضعف النسب لدى الفئة التي تعرضت لـ7 حالات إسقاط فأكثر بـ0,4%، والتي مثلتها الأسرة النووية بـ0,5% فقط ولتنعدم لدى الأسرة الممتدة. من خلال هذه النسب يتضح لنا ارتفاع عدد حالات السقط بالأسر الممتدة على عكس الأسر النووية، بحكم أن النوع الأول من الأسر قد يتطلب مجهودًا كبيرًا من المرأة لتسيير أ . البيت، والذي قد يعود على صحتها، مما يعرضها لتعقيدات صحية تؤدي بها إلى إسقاط الجنين، هذا الأمر الذي قد يعكس لنا وجود علاقة بين عدد حالات السقط ونوع الأسرة الذي تنتمي إليه المرأة الريفية.

أما عن البيئة السكنية للمبحوثة، فنلاحَظ نفس الوضع السابق، حيث نجد ارتفاعا في نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة بنسبة 65,8%، والتي مثلها المسكن غير الملائم بنسبة 66,2% مقابل 64,8% بالمسكن الملائم، لتنخفض هذه النسبة إلى 32,4% لدى الأمهات اللاتي تعرضن لـ 2-3 حالة إسقاط، وهي ليست بعيدة عن نظيرتها بالمساكن ذات البيئة غير ملائمة، والتي قدّرت بـ31%، وتستمر هذه النسبة في الإنخفاض لتسجل 2,4% لدى الأمهات اللاتي تعرضن لـ4-6 حالات إجهاض لكلا الفئتين، في حين سُجلت أضعف النسب لدى الأمهات اللاتي عرفن 7 حالات إسقاط فأكثر، بـ0,3% في البيئة الملائمة مقابل 0,5% في البيئة غير الملائمة. الملاحَظ -من خلال هذه النسب- ارتفاع عدد حالات السقط في البيئة السكنية غير ملائمة بالمقارنة مع نظيرتها الملائمة، باعتبار النمط الأول من المساكن قد تعكس مستوى منخفض للمعيشة وصعوبات لمواجهة ظروف الحياة، الأمر الذي يعود على الظروف الصحية للأم، وبالتالي قد يعرضها لحالات إسقاط كثيرة.

جدول رقم (8–14): توزيع عدد حالات السقط حسب العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية.

العوامل السوسيو اقتصادية			عدد حالات السقط				المجموع
			1	3-2	6-4	+7	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	153	76	6	2	237
		النسب المئوية %	64,6%	32,1%	2,5%	0,8%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	179	89	7	1	276
		النسب المئوية %	64,9%	32,2%	2,5%	0,4%	100,0%
	متوسط	التكرارات	172	70	5	1	248
		النسب المئوية %	69,4%	28,2%	2,0%	0,4%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	126	54	5	0	185
		النسب المئوية %	68,1%	29,2%	2,7%	0,0%	100,0%
	جامعي	التكرارات	46	19	0	0	65
		النسب المئوية %	70,8%	29,2%	0,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**676**	**308**	**23**	**4**	**1011**
		النسب المئوية %	**66,9%**	**30,5%**	**2,3%**	**0,4%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	310	117	11	2	440
		النسب المئوية %	70,5%	26,6%	2,5%	0,5%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	203	101	3	0	307
		النسب المئوية %	66,1%	32,9%	1,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**513**	**218**	**14**	**2**	**747**
		النسب المئوية %	**68,7%**	**29,2%**	**1,9%**	**0,3%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	137	78	4	0	219
		النسب المئوية %	62,6%	35,6%	1,8%	0,0%	100,0%
	نووية	التكرارات	489	218	18	4	729
		النسب المئوية %	67,1%	29,9%	2,5%	0,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**626**	**296**	**22**	**4**	**948**
		النسب المئوية %	**66,0%**	**31,2%**	**2,3%**	**0,4%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	440	206	16	3	665
		النسب المئوية %	66,2%	31,0%	2,4%	0,5%	100,0%
	ملائم	التكرارات	188	94	7	1	290
		النسب المئوية %	64,8%	32,4%	2,4%	0,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**628**	**300**	**23**	**4**	**955**
		النسب المئوية %	**65,8%**	**31,4%**	**2,4%**	**0,4%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	40	26	1	0	67
		النسب المئوية %	59,7%	38,8%	1,5%	0,0%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	635	282	22	4	943
		النسب المئوية %	67,3%	29,9%	2,3%	0,4%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**675**	**308**	**23**	**4**	**1010**
		النسب المئوية %	**66,8%**	**30,5%**	**2,3%**	**0,4%**	**100,0%**
مؤشر الثروة	أكثر فقرا	التكرارات	270	116	9	3	398

الخماسي		النسب المئوية %	67,8%	29,1%	2,3%	0,8%	100,0%
	فقير	التكرارات	190	89	6	0	285
		النسب المئوية %	66,7%	31,2%	2,1%	0,0%	100,0%
	متوسط	التكرارات	121	53	3	1	178
		النسب المئوية %	68,0%	29,8%	1,7%	0,6%	100,0%
	غني	التكرارات	62	40	4	0	106
		النسب المئوية %	58,5%	37,7%	3,8%	0,0%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	32	10	0	0	42
		النسب المئوية %	76,2%	23,8%	0,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**675**	**308**	**22**	**4**	**1009**
		النسب المئوية %	**66,9%**	**30,5%**	**2,2%**	**0,4%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

وباتجاهنا للجانب الاقتصادي، وبدءاً بالحالة الفردية للمبحوثة، فإننا نجد نجد ارتفاعا في نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة بنسبة 66,8%، والتي مثلتها فئة الأمهات غير الموظفات بنسبة 67,3% مقابل 59,7% لدى الموظفات، لتنخفض هذه النسب لدى الأمهات اللاتي تعرضن لـ2-3 حالة إسقاط، والتي قدّرت بـ38,8% لدى الموظفات مقابل 29,9% لدى نظيراتها غير الموظفات، وتأتي الفئة التي تعرضت لـ4-6 حالات إسقاط في المرتبة اللاحقة بنسبة 2,3% لدى المبحوثات غير الموظفات، مقابل 1,5% فقط لدى الموظفات، أمّا فئة الأمهات اللاتي شهدن 7 حالات إسقاط، فقد سجلت أضعف النسب، حيث قدّرت بـ0,4% ى المبحوثات غير الموظفات في حين تنعدم لدى نظيراتها الموظفات. هذه النسب تعكس لنا ارتفاع عدد حالات السقط لدى المبحوثات غير الموظفات وانخفاضه لدى الموظفات، الأمر الذي يمكن تفسيره بعدم تمكن الأم غير الموظفة من رعاية صحتها الإنجابية كما ينبغي، والذي قد يعرضها للمخاطر وبالتالي إسقاط جنينها، ممّا يدفعنا للقول بإمكانية وجود علاقة بين الحالة الفردية للأم الريفية وعدد حالات السقط التي يمكن أن تتعرض لها.

وفيما يتعلق بالمستوى المعيشي، فإنّنا نجد ارتفاعًا في نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة، بنسبة 66,9%، ممثلة بالفئة الأكثر غنى بنسبة 76,2%، مقابل 67,8% و66,7% لدى الفئتين الأكثر فقراً والفقيرة على التوالي، وتأتي فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ 2-3 حالات إسقاط في المرتبة الموالية بنسبة 30,5%، ممثلة بالمستويات الدنيا، حيث تراوحت بين 29,1% و31,2% لدى الفئة الأكثر فقراً والفقيرة على التوالي، في حين سجلت الفئة التي شهدت 4-6 حالات إسقاط أضعف النسب، والتي قدرت بـ2,3% لدى الفئة الأكثر فقراً، وتنعدم لدى الفئة الأكثر غنى، أمّا الفئة التي تعرضت لـ7 حالات إسقاط فأكثر فقد مثلتها الفئة الفقيرة -كأقصى قيمة- بنسبة 0,8%، و0,6% لدى الفئة المتوسطة، وتنعدم لدى باقي

الفئات. يعكس لنا هذا الوضع ارتفاع عدد حالات السقط التي يمكن للأم أن تتعرض لها بانخفاض المستوى المعيشي لأن هذا الأخير قد يلعب دورا في مدى رعاية الأم لصحتها الإنجابية، وبالتالي الحفاظ على جنينها من السقط.

2.3. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية بعدد حالات السقط لدى المرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد حالات السقط التي تعرضت لها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل السوسيو اقتصادية)، والمتمثل في المستوى التعليمي للمرأة ومؤشر الثروة الخماسي (عبارة عن متغيرين كيفيين رتيبين، هذا الأخير الذي تمّت تفيئته كما سلف الذكر)، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية (عبارة عن متغيرات كيفية اسمية)، والمتغير التابع (عدد حالات السقط) بدوره عبارة عن متغير كمي تمّ تحويله بعد تفيئته إلى متغير كيفي رتبي، فإننا سنحاول توظيف معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات الكيفية الرتبية من جهة، ومن جهة أخرى توظيف اختبار كاي مربع بين مجموعة المتغيرات الكيفية وعدد حالات السقط التي تعرضت لها المرأة الريفية للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد حالات السقط لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد حالات السقط لديها.

سنحاول –في في مرحلة أولية– دراسة العلاقة بين المتغيرات الرتبية، بدءاً بالمستوى التعليمي وعدد حالات السقط التي تعرضت لها المرأة الريفية، بهدف إثبات وجودها أو عدمه، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد حالات السقط التي تعرضت لها.

H1: توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد حالات السقط التي تعرضت لها.

والجدول رقم (8–15) يوضح معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد حالات السقط التي تعرضت لها المرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8–15): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد حالات السقط.

Corrélations

			المستوى التعليمي	عدد حالات السقط
Rho de Spearman	المستوى التعليمي	Coefficient de corrélation	1,000	-,052
		Sig. (bilatéral)	.	**,104**
		N	6357	969
	عدد حالات السقط	Coefficient de corrélation	-,052	1,000
		Sig. (bilatéral)	**,104**	.
		N	969	969

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية sig=0,104، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد حالات السقط التي تعضرت لها.

من جهة أخرى، سنحاول دراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات السقط التي تعرضت لها المرأة الريفية، بهدف إثبات وجودها أو عدمه، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات السقط التي تعرضت لها المرأة الريفية.

H1: توجد علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات السقط التي تعرضت لها المرأة الريفية.

والجدول رقم (8-16) يوضح معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات السقط التي تعرضت لها لمرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8-16): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات السقط.

Corrélations

			مؤشر الثروة الخماسي	عدد حالات السقط
Rho de Spearman	مؤشر الثروة الخماسي	Coefficient de corrélation	1,000	-,005
		Sig. (bilatéral)	.	**,877**
		N	969	969
	عدد حالات السقط	Coefficient de corrélation	-,005	1,000
		Sig. (bilatéral)	**,877**	.
		N	969	6357

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية sig=0,877، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات السقط التي تعرضت لها المرأة الريفية.

والجدول رقم (8-17) يوضح اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المتمثلة في المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8-17): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) وعدد حالات السقط.

Tests du khi-carré

		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					Signification	95% Intervalle de confiance	
						Limite inférieure	Limite supérieure
المستوى الثقافي	khi-carré de Pearson	6,592[a]	3	0,086	,073[b]	0,068	0,078
نوع الأسرة	khi-carré de Pearson	3,783[a]	3	0,286	,268[b]	0,259	0,277
بيئة المسكن	khi-carré de Pearson	,242[a]	3	0,971	,979[b]	0,976	0,982
الحالة الفردية	khi-carré de Pearson	2,649[a]	3	0,449	,411[b]	0,402	0,421

المصدر: منجز بناء على الجداول رقم (06)، (07)، (08) و(09) في الملحق رقم (03).

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية لمعظم العوامل السوسيو اقتصادية -سالفة الذكر- أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرض الصفري القائل بعدم وجود علاقة بين هذه العوامل السوسيو اقتصادية وعدد حالات السقط التي تعرضت لها المرأة الريفية.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية لا تؤثر في عدد حالات السقط لديها.

4. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في عدد حالات الإجهاض:

سنحاول -من خلال هذا العنصر- دراسة تأثير العوامل السوسيو اقتصادية -المتمثلة في المستوى التعليمي للمرأة، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي- في التغيرات التي تطرأ على عدد حالات الإجهاض التي قد تتعرض لها الأم الريفية في الجزائر.

1.4. توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من الجدول رقم (8-18) -الذي يمثل توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل السوسيو اقتصادية للأم الريفية- بدءًا بالجانب المعرفي للأمهات وتحديدا المستوى التعليمي، أن أغلبية المبحوثات تعرضن لحالة إجهاض واحدة بنسبة 76,7% من مجمل الأمهات الريفيات في الجزائر، ممثلة بالمستوى التعليمي الجامعي بنسبة 87,5%، يليها المستوى التعليمي الثانوي بـ80%، في حين سجلت قيم متقاربة بين المستوى التعليمي المتوسط وما دونه، حيث تراوحت بين 77,7% لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي و74,1% لدى المستوى التعليمي المتوسط -كأدنى قيمة- وتأتي الفئة التي تعرضت لـ2-3

حالات إجهاض في المرتبة الموالية بنسبة 21,1%، والتي مثلتها المستويات التعليمية المتوسطة والدنيا، حيث سجلت 24,5% – كأقصى قيمة– لدى المستوى التعليمي المتوسط، يليه الابتدائي بنسبة 20,8%، لتنخفض إلى 19,8% لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، واستمرت هذه النسبة في الانخفاض لتصل إلى 18,7% لدى المستوى التعليمي الثانوي، وسجلت أضعف قيمة لدى المستوى الجامعي بنسبة 12,5%. تأتي الفئة التي عرفت 4 حالات إجهاض فأكثر في المرتبة اللاحقة بنسبة 2,2%، والتي مثلها المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة 4,2%، وفئة الأمهات بدون مستوى بـ2,5%، في حين سجلت أضعف النسب لدى المستوى التعليمي المتوسط والثانوي بنسبة 1,4% و1,3% على التوالي، وانعدمت حالات الإجهاض لدى المستوى التعليمي الجامعي. هذا الوضع يعكس لنا ارتفاع عدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها الأم الريفية في المستويات التعليمية المنخفضة وتناقصها بزيادة المستوى التعليمي للأم، ممّا يدفعنا للقول بإمكانية وجود علاقة بين المستوى التعليمي للأم وعدد حالات الإجهاض التي قد تتعرض لها.

بالنسبة للمستوى الثقافي، نلاحظ نفس الوضع، حيث نجد ترتفع ترتفع حالات الإجهاض لدى الفئة التي عرفت حالة إجهاض واحدة بنسبة 75,1%، ممثلة بفئة الأمهات غير المثقفات بنسبة 77,7% مقابل 71,2% لدى نظيراتها المثقفات، تليها الفئة التي تعرضت لـ2–3 حالات إجهاض بنسبة 22,5%، ممثلة بفئة الأمهات المثقفات بنسبة 25,8% مقابل 20,2% لدى المبحوثات غير المثقفات، لتنتقل إلى 2,1% –كأدنى قيمة– مقابل 3% لدى الأمهات المثقفات اللاتي تعرضن لـ 4 حالات إجهاض فأكثر. هذا الوضع قد يعكس لنا وجود علاقة بين المستوى الثقافي للأمهات وعدد حالات الإجهاض التي يمكن أن تتعرض لها.

فيما يتعلق بالجانب الاجتماعي، وتحديدًا نوع الأسرة الذي تنتمي إليه المبحوثة، فإننا نجد ارتفاعا في نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض واحدة بنسبة 76,9%، والتي مثلتها الأسرة الممتدة بنسبة 81,9% مقابل 74,8% لدى الأسر النووية، تليها فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ 2–3 حالات إجهاض بنسبة 20,6%، ممثلة بالأسرة النووية بـ22% مقابل 17,3% لدى الأسرة الممتدة، لتنخفض هذه النسبة إلى 0,8% –كأدنى قيمة– مقابل 3,3% لدى نظيرتها النووية. يتضح لنا –من خلال هذه القيم– ارتفاع نسب الإجهاض داخل الأسر الممتدة، هذه الأخيرة يمكن لها أن تشكل عبئا على صحة الأم، وبالتالي أكثر احتمالا للتعرض لحالات الإجهاض، بالتالي يمكن التفكير بوجود علاقة بين عدد حالات الإجهاض الممكن أن تتعرض له المرأة الريفية ونوع الأسرة الذي تنتمي إليه.

وفيما يخص البيئة السكنية للمبحوثة، فإنّنا نلاحَظ الوضع نفسه، حيث يظهر لنا ارتفاع في نسبة الأمهات اللاتي تعرضن حالة إجها واحدة بنسبة 76,6%، ممثلة بفئة الأمهات القاطنات في بيئة غير ملائمة، والتي قدرت بـ77% مقابل 75,6% لدى البيئة غير الملائمة، لتنخفض هذه نسبة إلى 20,9% لدى الأمهات اللاتي عرفن 2-3 حالات إجهاض، ممثلة بـ24,4% في البيئة الملائمة مقابل 19,6% في البيئة غير الملائمة، هذه الأخيرة التي انخفضت إلى 3,5% لدى الأمهات اللاتي تعرضن لـ4 حالات إجهاض فأكثر، لتنعدم لدى نظيرتها. من خلال هذه النسب يمكننا ملاحظة انخفاض مستوى الإجهاض في البيئة السكنية الملائمة بالمقارنة مع البيئة غير الملائمة، هذه الأخيرة قد يكون لها أثر في تكوين تعقيدات من الجانب الصحي للأم، وبالتالي تعرضها لأكثر حالات من السقط بالمقارنة مع نظيرتها القاطنة في بيئة سكنية ملائمة.

جدول رقم (8-18): توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية.

العوامل السوسيو اقتصادية			عدد حالات الإجهاض			المجموع
			1	3-2	+4	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	94	24	3	121
		النسب المئوية %	77,7%	19,8%	2,5%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	72	20	4	96
		النسب المئوية %	75,0%	20,8%	4,2%	100,0%
	متوسط	التكرارات	109	36	2	147
		النسب المئوية %	74,1%	24,5%	1,4%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	60	14	1	75
		النسب المئوية %	80,0%	18,7%	1,3%	100,0%
	جامعي	التكرارات	14	2	0	16
		النسب المئوية %	87,5%	12,5%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**349**	**96**	**10**	**455**
		النسب المئوية %	**76,7%**	**21,1%**	**2,2%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	150	39	4	193
		النسب المئوية %	77,7%	20,2%	2,1%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	94	34	4	132
		النسب المئوية %	71,2%	25,8%	3,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**244**	**73**	**8**	**325**
		النسب المئوية %	**75,1%**	**22,5%**	**2,5%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	104	22	1	127
		النسب المئوية %	81,9%	17,3%	0,8%	100,0%
	نووية	التكرارات	228	67	10	305
		النسب المئوية %	74,8%	22,0%	3,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**332**	**89**	**11**	**432**
		النسب المئوية %	**76,9%**	**20,6%**	**2,5%**	**100,0%**

بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	244	62	11	317
		النسب المئوية %	77,0%	19,6%	3,5%	100,0%
	ملائم	التكرارات	90	29	0	119
		النسب المئوية %	75,6%	24,4%	0,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**334**	**91**	**11**	**436**
		النسب المئوية %	**76,6%**	**20,9%**	**2,5%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	14	5	0	19
		النسب المئوية %	73,7%	26,3%	0,0%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	335	90	11	436
		النسب المئوية %	76,8%	20,6%	2,5%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**349**	**95**	**11**	**455**
		النسب المئوية %	**76,7%**	**20,9%**	**2,4%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	أكثر فقرا	التكرارات	138	31	7	176
		النسب المئوية %	78,4%	17,6%	4,0%	100,0%
	فقير	التكرارات	102	33	0	135
		النسب المئوية %	75,6%	24,4%	0,0%	100,0%
	متوسط	التكرارات	64	18	0	82
		النسب المئوية %	78,0%	22,0%	0,0%	100,0%
	غني	التكرارات	39	2	3	44
		النسب المئوية %	88,6%	4,5%	6,8%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	6	11	0	17
		النسب المئوية %	35,3%	64,7%	0,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**349**	**95**	**10**	**454**
		النسب المئوية %	**76,9%**	**20,9%**	**2,2%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

إذا انتقلنا للجانب الاقتصادي، وبالخصوص الحالة الفردية، فإننا نجد ارتفاعا في نسبة الأمهات غير الموظفات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض واحدة بنسبة 76,8% مقابل 73,7% لدى الموظفات، لتنخفض لدى فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ2-3 حالات إجهاض إلى 26,3% و20,6% لدى الأمهات غير الموظفات، هذه الأخيرة التي سجلت 2,5% لدى الأمهات اللاتي تعرضن لـ4 حالات إجهاض فأكثر التي انعدمت لدى نظيراتها الموظفات، الأمر الذي يعكس انخفاض عدد حالات الإجهاض لدى المبحوثات الموظفات، وبالمقابل ارتفاعه لدى المبحوثات غير الموظفات، هذه الأخير التي قد لا تتمكن من رعاية صحتها الإنجابية -خصوصًا أثناء فترة الحمل- ممّا يعود عليها وعلى الجنين، والأمر الذي قد يؤدّي إلى إسقاطه في بعض الأحيان.

أمّا المستوى المستوى المعيشي، فمن خلال مؤشر الثروة الخماسي، نجد ارتفاعا في نسبة الأمهات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض واحدة لدى الغني بنسبة 88,6%ن بينما تتقارب النسب بين المستوى المتوسط ومادونه، حيث تراوحت بين 78,4%

لدى المستوى الأكثر فقراً و75,6% لدى المستوى الفقير، لتنخفض بارتفاع مؤشر الثروة الخماسي إلى 35,3% لدى الفئة الأكثر غنى، ونجد فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ2-3 حالات إجهاض في المرتبة الموالية، ممثلة بالفئتين المتوسطة والفقيرة بنسبة 22% و24,4% على التوالي، وتنخفض لدى الفئة الفقيرة بنسبة 17,6% و4,5% -كأدنى قيمة- لدى الفئة الغنية، في حين بلغت ذروتها لدى الفئة الأكثر غنى بـ64,7%، أمّا الفئة التي عرفت 4 حالات إجهاض فأكثر فقد مثلتها الفئتين الفقيرة والغنية بنسبة 4% و6,8% على التوالي، في حين تنعدم لدى باقي الفئات. بمقارنة الفئات الأكثر فقرا والأكثر غنى يمكننا التفكير في إمكانية وجود علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات الإجهاض التي يمكن أن تتعرض لها لدى المرأة الريفية الجزائرية.

2.4. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية بعدد حالات الإجهاض للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل السوسيو اقتصادية)، والمتمثل في المستوى التعليمي للمرأة ومؤشر الثروة الخماسي (عبارة عن متغيرين كيفيين رتيبيين)، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية (عبارة عن متغيرات كيفية اسمية)، والمتغير التابع (عدد الولادات الميتة) بدوره عبارة عن متغير كمي تمّ تحويله بعد تفيئته إلى متغير كيفي رتبي، فإننا سنحاول توظيف معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات الكيفية الرتبية من جهة، ومن جهة أخرى توظيف اختبار كاي مربع بين مجموعة المتغيرات الكيفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها لمرأة الريفية للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض لديها.
H1: توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض لديها.

ونظرا لإختلاف طبيعة المتغيرات المدروسة، سنحاول -بدايةً- دراسة العلاقة بين المتغيرات الرتبية، انطلاقًا من المستوى التعليمي وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية، بهدف إثبات وجودها أو عدمه، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها.
H1: توجد علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها.

والجدول رقم (8-18) يوضح معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8–19): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وعدد حالات الإجهاض.

Corrélations

			المستوى التعليمي	عدد حالات الإجهاض
Rho de Spearman	المستوى التعليمي	Coefficient de corrélation	1,000	-,025
		Sig. (bilatéral)	.	**,602**
		N	6357	435
	عدد حالات الإجهاض	Coefficient de corrélation	-,025	1,000
		Sig. (bilatéral)	**,602**	.
		N	435	435

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية sig=0,602، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود علاقة بين المستوى التعليمي للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي عرفتها.

من جهة أخرى، سنحاول دراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية، بهدف إثبات وجودها أو عدمه، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية.

H1: توجد علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية.

والجدول رقم (8–20) يوضح معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8–20): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات الإجهاض.

Corrélations

			مؤشر الثروة الخماسي	عدد حالات الإجهاض
Rho de Spearman	مؤشر الثروة الخماسي	Coefficient de corrélation	1,000	,029
		Sig. (bilatéral)	.	**,546**
		N	6357	435
	عدد حالات الإجهاض	Coefficient de corrélation	,029	1,000
		Sig. (bilatéral)	**,546**	.
		N	435	435

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية sig=0,546، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية.

والجدول رقم (8-21) يوضح اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المتمثلة في المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) وعدد حالات الإجهاض التي عرفتها المرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8–21): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) وعدد حالات الإجهاض.

Tests du khi-carré

		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					Signification	95% Intervalle de confiance	
						Limite inférieure	Limite supérieure
المستوى الثقافي	khi-carré de Pearson	1,809[a]	2	0,405	,408[b]	0,398	0,417
نوع الأسرة	khi-carré de Pearson	3,718[a]	2	0,156	,141[b]	0,134	0,148
بيئة المسكن	khi-carré de Pearson	5,109[a]	2	0,078	,066[b]	0,062	0,071
الحالة الفردية	khi-carré de Pearson	,784[a]	2	0,676	,791[b]	0,783	0,799

المصدر: منجز بناء على الجداول رقم (10)، (11)، (12) و(13) في الملحق رقم (03).

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية لمعظم العوامل السوسيو اقتصادية –سالفة الذكر– أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية البديلة وقبول الفرضية الصفرية القائلة بعدم وجود علاقة بين هذه العوامل السوسيو اقتصادية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها المرأة الريفية.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية لا تؤثر في عدد حالات الإجهاض لديها.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في خصوبتها من حيث عدد الولاداتا الحية التي يمكن أن تعرفها فقط.**

II. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في الولادات القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل السوسيو اقتصادية –المتمثلة في سن الأم عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة، سن الأم عند الولادة الأخيرة ورتبة المولود الأخير– في الولادات القيصرية التي قد تتعرض لها الأم الريفية في الجزائر.

1. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في نوع الولادة:

1.1. توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8–22) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع الولادة الذي تعرضت له بدلالة العوامل السوسيواقتصادية– أن أغلبية الأمهات لم يجريين عمليات قيصرية، فإذا ألقينا الضوء على الجانب المعرفي للأمهات، فإننّا نلاحظ –بدءاً بالمستوى التعليمي– نسبة 76,8% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 1830 أمّا ريفية، مقابل 23,2% ممن أجرين عمليات قيصرية، ما يوافق 554 أمّا ريفية، كما نلاحظ ارتفاع نسبة الأمهات اللاتي لم يجريين عمليات قيصرية لدى المستوى التعليمي المتوسط والثانوي بنسبة 75,5% و76% على التوالي، يليها المستوى التعليي الابتدائي وما دونه بـ81,7% و81,1% على التوالي، والتي مثلت أعلى النسب في الولادات الطبيعية، في حين سجّلت أضعف نسبة للولادات الطبيعية لدى المستوى التعليمي الجامعي بـ69,6% مقابل 30,4% للولادات القيصرية كأعلى قيمة، بينما عرفت المستويات التعليمية الدنيا –الابتدائي وبدون مستوى– أدنى النسبة في الولادات القيصريةن والتي قدّرت بـ18,3% و18,9% على التوالي، ممّا يعكس تزايد نسب العمليات القيصرية بتزايد المستوى التعليمي وبالتالي تراجع مستوى الولادات الطبيعية، الأمر الذي يمكن تفسيره برغبة الأمهات بولادة سهلة عن طريق إجراء العملية القيصرية كلما ارتفع مستواهن التعليمي، ظنًّا منهن بسهولة هذه العملية، في حين أنّ الأمهات ذوات المستويات التعليمية الدنيا –غالبًا– ما يفضلن الولادةالطبيعية وقد ينجبن في البيوت عوض مراكز التوليد، وذلك باحضار قابلة تقليدية للمنزل تساعد الأم الريفية على وضع مولودها.

فيما يتعلق بالمستوى الثقافي، نلاحظ نفس الوضع، فنسبة عدم اجراء العمليات القيصرية –والذي يعكس مستوى الولادات الطبيعية– ترتفع لدى الأمهات غير المثقفات بنسبة 79% مقابل 71,9% لدى الأمهات المثقفات، في حين ينخفض مستوى العمليات القيصرية لدى الأمهات غير المثقفات أين سجلت 21% مقابل 28,1% لدى المبحوثات المثقفات، ممّا

يعكس دور ثقافة الأم في نوع الولادة التي يمكن أن تتعرض له لوضع مولودها. من هنا يمكننا التفكير في أهمية الدور الذي قد تلعبه العوامل المعرفية للمرأة الريفية في نوع الولادة الذي قد تتعرض له الأم الريفية أثناء الولادة.

جدول رقم (8–22): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب نوع الولادة والعوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			العملية القيصرية		المجموع
			أجرت عملية قيصرية	لم تجر عملية قيصرية	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	67	287	354
		النسب المئوية %	18,9%	81,1%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	83	371	454
		النسب المئوية %	18,3%	81,7%	100,0%
	متوسط	التكرارات	190	587	777
		النسب المئوية %	24,5%	75,5%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	108	342	450
		النسب المئوية %	24,0%	76,0%	100,0%
	جامعي	التكرارات	106	243	349
		النسب المئوية %	30,4%	69,6%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**554**	**1830**	**2384**
		النسب المئوية %	**23,2%**	**76,8%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	233	877	1110
		النسب المئوية %	21,0%	79,0%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	256	655	911
		النسب المئوية %	28,1%	71,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**489**	**1532**	**2021**
		النسب المئوية %	**24,2%**	**75,8%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	195	561	756
		النسب المئوية %	25,8%	74,2%	100,0%
	نووية	التكرارات	288	1050	1338
		النسب المئوية %	21,5%	78,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**483**	**1611**	**2094**
		النسب المئوية %	**23,1%**	**76,9%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	309	1162	1471
		النسب المئوية %	21,0%	79,0%	100,0%
	ملائم	التكرارات	173	478	651
		النسب المئوية %	26,6%	73,4%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**482**	**1640**	**2122**
		النسب المئوية %	**22,7%**	**77,3%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	57	111	168
		النسب المئوية %	33,9%	66,1%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	497	1719	2216
		النسب المئوية %	22,4%	77,6%	100,0%

	المجموع	**التكرارات**	**554**	**1830**	**2384**
		النسب المئوية %	**23,2%**	**76,8%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	**أكثر فقرا**	**التكرارات**	153	786	939
		النسب المئوية %	16,3%	83,7%	100,0%
	فقير	**التكرارات**	203	512	715
		النسب المئوية %	28,4%	71,6%	100,0%
	متوسط	**التكرارات**	92	293	385
		النسب المئوية %	23,9%	76,1%	100,0%
	غني	**التكرارات**	73	169	242
		النسب المئوية %	30,2%	69,8%	100,0%
	أكثر غنى	**التكرارات**	33	70	103
		النسب المئوية %	32,0%	68,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**554**	**1830**	**2384**
		النسب المئوية %	**23,2%**	**76,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

من الناحية الاجتماعية، فإننا نلاحظ –بدءاً بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية– أنّ مستوى الولادات الطبيعية يرتفع لدى الأسر النووية بنسبة 78,5%، بالمقارنة مع الأسر الممتدة والتي قُدّرت بـ74,2%، في حين يرتفع مستوى العمليات القيصرية لدى هذه الأخيرة بنسبة 25,8% مقابل 21,5% لدى الأسر النوووية، هذا الأمر يمكن تفسيره بتعب الأم داخل الأسرة الكبيرة والذي قد يصعب عليها الولادة الطبيعية، وبالتالي لجوئها إلى العملية القيصرية لوضع مولودها.

وبانتقالنا للحديث عن البيئة السكنية للأم الريفية، فنلاحظ أنّ مستوى الولادات الطبيعية يرتفع في البيئة غير الملائمة، حيث سجّلت نسبة 79%، مقابل 73,4% لدى الأمهات القاطنات في بيئة سكنية ملائمة، في حين ترتفع نسبة العمليات القيصرية في هذه الأخيرة بنسبة 26,6% مقابل 21% لدى الأمهات في البيئة غير الملائمة. يمكن تفسير هذه النسب بكون البيئة السكنية الملائمة قد تدفع بالأم إلى الراحة الكثيرة، الأمر الذي يعيق توسع عنق الرحم –خاصة في الشهر الأخير من الحمل– ممّا يعسر عليها الولادة الطبيعيةن وبالتالي لجوئها إلى اجراء عملية قيصرية أثناء الولادة، هذا الأمر يدفعنا للتفكير بوجود علاقة بين العوامل الاجتماعية للمرأة الريفية ونوع الولادة الذي قد تعرض له الأم أثناء ولادتها.

فيما يخص الجانب الاقتصادي للمرأة الريفية، فالملاحَظ –بدءا بالحالة الفردية للأمهات– أنّ مستوى الولادات الطبيعية يرتفع لدى المبحوثات غير الموظفات بنسبة 77,6%، مقابل 66,1% لدى المبحوثات الموظفات، في حين سجلت هذه الفئة الأخيرة – الموظفة– نسبة 33,9% من الولادات القيصرية، مقابل 22,4% لنظيراتها غير الموظفات، ممّا يعكس صعوبة الوضع

لدى الأم العاملة، والذي ينتج عن تعبها المزدوج داخل وخارج البيت. من خلال هذه النسب يمكننا التفكير في وجود علاقة بين الحالة الفردية للأم الريفية ونوع الولادة الذي قد تتعرض له أثناء الوضع.

أمّا عن المستوى المعيشي –فمن خلال إلقائنا نظرة على مؤشر الثروة الخماسي– فنلاحظ أن أعلى نسبة للولادات الطبيعية سجّلت لدى المستوى الأكثر فقرا، والتي قدّرت بـ83,7%، وتتناقص بتراجع مؤشر الثروة الخماسي، لتصل إلى 76,1% و71,6% لدى الفئة المتوسطة والفقيرة على التوالي، واستمرت هذه النسبة في التراجع لتصل إلى 69,8% لدى الفئة الغنية، و68% لدى الفئات الأكثر غنى، ممّا يعكس تراجع مستوى الولادات الطبيعية مع تزايد مؤشر الثروة الخماسي، والعكس بالنسبة للولادات القيصرية أين سجلت أعلى نسبة بالمستوى الأكثر غني بـ32% والذي استمر في الانخفاض ليصل إلى 16,3% بالمستوى الأكثر فقرًا، هذا المر يدفعنا بالقول أنّ مؤشر الثروة الخماسي قد يلعب دورا في تحديد نوع الولادة الذي قد تتعرض له الأم الريفية أثناء وضع مولودها.

2.1. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية باحتمال تعرض المرأة الريفية للولادة القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية واحتمال تعرضها للولادة القيصرية، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بتعرض الأمهات الريفيات للولادة القيصرية، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات السالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال تعرض المرأة الريفية للعملية القيصرية أثناء الولادة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية.

H1: تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية واحتمال تعرضها للولادة القيصرية، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2118	36,2
	Observations manquantes	3733	63,8
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 36,2% من حجم العينة والمقدرة بـ 2118 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بتعرضهن لولادة قيصرية أو عدمه.

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بتعرضهن للولادة القيصرية و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم تعرضهن للولادة القيصرية.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا	0
نعم	1

يتعامل الانحدار اللوجستي مع المستويات التعليمية بطريقة تختلف عن بقية المتغيرات الأخرى غير فئوية الترتيب، فقد تمّت إعادة ترميز متغير المستوى التعليمي لأنه متغير ترتيبي فئوي، ولذلك فإنّه يفضَّل اختيار حالة مرجعية من حالات المستوى التعليمي، يتمّ قياس الحالات الأخرى معها، وباعتماد الطريقة الافتراضية في برنامج SPSS التي تأخذ الحالة المرجعية كآخر حالة من حالات المتغير الترتيبي، فقد تمّ اختيار المستوى التعليمي العالي، وعليه سوف يتم يتمّ مقارنته مع الفئات الجديدة التي اعتمها النموذج.

Codages des variables catégorielles

		Fréquence	Codage de paramètre (1)	(2)	(3)	(4)
المستوى التعليمي	بدون مستوى	467	1,000	,000	,000	,000
	ابتدائي	441	,000	1,000	,000	,000
	متوسط	641	,000	,000	1,000	,000
	ثانوي	336	,000	,000	,000	1,000
	جامعي	233	,000	,000	,000	,000

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions: الولادة القيصرية نعم	الولادة القيصرية لا	Pourcentage correct
Pas 0	الولادة القيصرية	نعم	0	554	,0
		لا	0	1831	100,0
Pourcentage global					76,8

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 76,8% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الولادات القيصرية، ما عدا السؤال المتلق الأمهات للعملية القيصرية أثناء الولادة، فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت ب "لا" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بـ"نعم"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	1,195	,048	607,685	1	,000	3,305

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل السوسيو ثقافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي خارج المعادلة، ونظرا لأن معظمها دال إحصائيا، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	المستوى التعليمي	8,081	4	,000
	بدون مستوى	,114	1	,038
	ابتدائي	3,267	1	,005
	متوسط	,140	1	,312
	ثانوي	,012	1	,680
	المستوى الثقافي	12,912	1	,000
	نوع الأسرة	,519	1	,033
	بيئة المسكن	2,502	1	,006
	الحالة الفردية	7,159	1	,001
	مؤشر الثروة الخماسي	19,434	1	,000
	Statistiques générales	28,459	9	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 1868,824، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 01,6% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل السوسيو اقتصادية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 02,4% من التفسير للعوامل السوسيو ثقافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1868,824[a]	,016	,024

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل السوسيو اقتصادية والمتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي، نلاحظ أن النموذج لم يتغير واحتفظ بالنسبة 76,8%.

Table de classification[a]

Observé			Prévisions: الولادة القيصرية		Pourcentage correct
			نعم	لا	
Pas 1	الولادة القيصرية	نعم	0	554	,0
		لا	0	1831	100,0
Pourcentage global					76,8

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	المستوى التعليمي			20,484	4	,000	
	بدون مستوى	-,623	,179	12,149	1	,000	,536
	ابتدائي	-,670	,168	15,810	1	,000	,512
	متوسط	-,295	,143	4,240	1	,039	,745
	ثانوي	-,323	,160	4,054	1	,044	,724
	المستوى الثقافي	-,250	,089	7,904	1	,005	,779
	نوع الأسرة	,400	,094	17,987	1	,000	1,492
	بيئة المسكن	,403	,199	4,090	1	,043	1,496
	الحالة الفردية	,572	,171	11,235	1	,001	1,772
	مؤشر الثروة الخماسي	,177	,057	9,713	1	,002	1,194
	Constante	-1,119	,431	26,739	1	,009	,327

a. Introduction des variables au pas 1: مؤشر الثروة الخماسي، الحالة الفردية، بيئة المسكن، نوع الأسرة، المستوى الثقافي، المستوى التعليمي.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = -1{,}119 - 0{,}623_{x_1^1} - 0{,}670_{x_1^2} - 0{,}295_{x_1^3} - 0{,}323_{x_1^4} - 0{,}250_{x2} +$$

$$0{,}400x3+0{,}403x4+0{,}572x5+0{,}177x6$$

حيث: ♦ X_1^1: الفئة التصنيفية الأولى للمستوى التعليمي للأم؛ ♦ X_1^2: الفئة التصنيفية الثانية للمستوى التعليمي للأم؛

♦ X_1^3: الفئة التصنيفية الثالثة للمستوى التعليمي للأم؛ ♦ X_1^4: الفئة التصنيفية الرابعة للمستوى التعليمي للأم؛

♦ X_2: المستوى الثقافي للأم؛ ♦ X_3: نوع الأسرة؛ ♦ X_4: بيئة المسكن؛

♦ X_5: الحالة الفردية للأم؛ ♦ X_6: مؤشر الثروة الخماسي؛

♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ احتمال التعرض لولادة قيصرية.

من خلال معلمات النموذج نلاحظ أنّ المعنوية للمستوى التعليمي دالة لأنها أصغر من 0,05 (أي sig=0,000)، ونلاحظ وجود دلالة احصائية لدى كل الفئات التصنيفية؛ الأولى، الثانية، الثالثة والرابعة في النموذج من الحالات المعتمدة للمقارنة بالفئة المرجعية، بالتالي قبول المستوى التعليمي كمؤثر في احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية، فكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الأولى من المستوى التعليمي (بدون مستوى) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,623، وعليه يمكن القول أنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية ينخفض بـ 0,536 مرة عن الفئة المرجعية، وهي فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثانية من المستوى التعليمي (ابتدائي) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,760، وعليه يمكن القول أنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية ينخفض بـ 0,512 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثالثة من المستوى التعليمي (متوسط) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,295، وعليه يمكن القول أنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية ينخفض بـ 0,745 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الرابعة من المستوى التعليمي (ثانوي) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,323، وعليه يمكن القول أنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية ينخفض بـ 0,724 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

أمّا بالنسبة للمستوى الثقافي فنلاحظ وجود علاقة عكسية بين احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية ومستواها الثقافي، حيث كلما انتقنا من المستوى "غير مثقفة" إلى المستوى "مثقفة" كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,520، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig = 0,005)، فإنّنا نستطيع القول بأنه كلما انتقلنا من المستوى "غير مثقفة" إلى المستوى "مثقفة" فإنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية ينخفض بـ 0,779 مرة.

أمّا بالنسبة لنوع الأسرة فنلاحظ وجود علاقة طردية بين احتمال تعرض الأم الريفية لولادة قيصرية ونوع الأسرة الذي تنتمي إليه، حيث كلما انتقنا من الأسرة "النووية" إلى الأسرة "الممتدة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,400، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig = 0,000)، فإنّنا نستطيع القول بأنه كلما انتقلنا من الأسرة "النووية" إلى الأسرة "الممتدة" فإنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية يرتفع بـ 1,492 مرة.

أمّا بالنسبة لبيئة المسكن فنلاحظ وجود علاقة طردية بينها وبين احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية، حيث كلما انتقنا من بيئة "غير ملائمة" إلى بيئة "ملائمة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,403، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig = 0,043)، فإنّنا نستطيع القول بأنه كلما انتقلنا من البيئة "غير ملائمة" إلى البيئة "ملائمة" فإنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية يرتفع بـ 1,496 مرة.

أمّا بالنسبة للحالة الفردية للأم فنلاحظ وجود علاقة طردية بينها وبين احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية، حيث كلما انتقنا من الحالة "غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,572، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig = 0,001)، فإنّنا نستطيع القول بأنه كلما انتقلنا من الحالة"غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" فإنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية يرتفع بـ 1,772 مرة.

بما أن مستوى الدلالة لمعنوية لمؤشر الثروة الحساسي دال إحصائيًا (sig=0,002)، فيمكننا القول أنه يلعب –هو الآخر– دوراً في احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية، فكلما ارفعت نتيجته بدرجة واحدة فإنّ مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح سوف ينخفض بـ 0,177، وعليه فإنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية ينخفض بـ 1,194 مرة كلما ارتفعت نتيجة مؤشر الثروة بدرجة واحدة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال تعرضها للولادة القيصرية.

2. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في لحظة إجراء العملية القيصرية:

سنحاول –في هذا العنصر– دراسة تأثير المتغيرات السوسيو اقتصادية المذكورة سابقا، والمتمثلة في المستوى التعليمي للأمّ، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي في لحظة إجراء العملية القيصرية.

1.2. توزيع المبحوثات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية والعوامل السوسيو اقتصادية:

يبيّن الجدول رقم (8–23) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة العوامل السوسيواقتصادية، بداية بتسليط الضوء على الجانب المعرفي للأمهات، فإننّا نلاحظ –بالنسبة للمستوى التعليمي– أن أغلبية الأمهات أجرين العملية القيصرية "قبل آلام المخاض" بنسبة 65,9% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 366 أمّا ريفية، مقابل 34,1% ممن أجرين العملية القيصرية "بعد آلام المخاض"، ما يوافق 189 أمّا ريفية. كما تراوحت نسبة العمليات القيصرية قبل آلام المخاض بين 62,1% و55% –كأدنى قيمة– لدى الأمهات بدون مستوى والحاصلات على المستوى التعليمي الثانوي، في حين لوحظ ارتفاع في هذه النسبة لدى المستوى التعليمي الجامعي بنسبة 67,9%، بالمقابل فإنّ العمليات القيصرية بعد آلام المخاض سجلت نسبًا تتراوح بين 21% و45% –كأقصى قيمة– لدى المستوى التعليمي الابتدائي والثانوي على التوالي، في حين سُجّلت 32,1% فقط لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي، ممّا يعكس لجوء الأمهات هذا المستوى اللتعليمي إلى لحظة إجراء العملية القيصرية قبل بلام المخاض خوفا من آلام الولادة الطبيعية، من هنا يمكننا القول بأهمية الدور الذي يلعبه المستوى التعليمي في لحظة إجراء العملية القيصرية لدى الأم الريفية.

فيما يتعلق بالمستوى الثقافي، فإنّنا نلاحظ أن العملية القيصرية التي تتم قبل آلام المخاض ترتفع لدى الأمهات المثقفات بنسبة 67,1% مقابل 66,5% لدى الأمهات غير المثقفات، في حين يرتفع مستوى العمليات القيصرية بعد آلام المخاض لدى هذه الفئة الأخيرة –غير المثقفة– والتي قُدِّرَت بـ33,5%، مقابل 32,9% من مجمل المبحوثات المثقفات، ممّا يعكس دور ثقافة الأم في لحظة إجراء العملية القيصرية لدى الأم الريفية.

أمّا من الناحية الاجتماعية، فنلاحظ –بدءًا بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية– أنّ لحظة إجراء العملية القيصرية قبل آلام المخاض يرتفع لدى الأسر النووية بنسبة 67,7%، بالمقارنة مع الأسر الممتدة أين قُدّرت نسبته بـ65,1%، في حين ترتفع نسبة العمليات القيصرية بعد آلام المخاض لدى هذا النوع الأخير عنه في الأسر النوووية، والتي قُدِّرَت بـ34,9% مقابل 32,3% على التوالي.

جدول رقم (8–23): توزيع المبحوثات الريفيات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			لحظة إجراء العملية القيصرية		المجموع
			قبل آلام المخاض	بعد آلام المخاض	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	41	25	66
		النسب المئوية %	62,1%	37,9%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	64	17	81
		النسب المئوية %	79,0%	21,0%	100,0%
	متوسط	التكرارات	127	63	190
		النسب المئوية %	66,8%	33,2%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	60	49	109
		النسب المئوية %	55,0%	45,0%	100,0%
	جامعي	التكرارات	74	35	109
		النسب المئوية %	67,9%	32,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**366**	**189**	**555**
		النسب المئوية %	**65,9%**	**34,1%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	153	77	230
		النسب المئوية %	66,5%	33,5%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	173	85	258
		النسب المئوية %	67,1%	32,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**326**	**162**	**488**
		النسب المئوية %	**66,8%**	**33,2%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	127	68	195
		النسب المئوية %	65,1%	34,9%	100,0%
	نووية	التكرارات	197	94	291
		النسب المئوية %	67,7%	32,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**324**	**162**	**486**
		النسب المئوية %	**66,7%**	**33,3%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	197	113	310
		النسب المئوية %	63,5%	36,5%	100,0%
	ملائم	التكرارات	125	50	175
		النسب المئوية %	71,4%	28,6%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**322**	**163**	**485**
		النسب المئوية %	**66,4%**	**33,6%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	46	11	57
		النسب المئوية %	80,7%	19,3%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	319	178	497
		النسب المئوية %	64,2%	35,8%	100,0%

	المجموع	**التكرارات**	**365**	**189**	**554**
		النسب المئوية %	**65,9%**	**34,1%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	**أكثر فقرا**	**التكرارات**	101	52	153
		النسب المئوية %	66,0%	34,0%	100,0%
	فقير	**التكرارات**	121	82	203
		النسب المئوية %	59,6%	40,4%	100,0%
	متوسط	**التكرارات**	63	26	89
		النسب المئوية %	70,8%	29,2%	100,0%
	غني	**التكرارات**	51	25	76
		النسب المئوية %	67,1%	32,9%	100,0%
	أكثر غنى	**التكرارات**	29	4	33
		النسب المئوية %	87,9%	12,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**365**	**189**	**554**
		النسب المئوية %	**65,9%**	**34,1%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

وفيما يخص بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، فنلاحظ أنّ نسبة العمليات القيصرية قبل آلام المخاض ترتفع في البيئة الملائمة، حيث سجّلت نسبة 71,4% مقابل 63,5% لدى الأمهات في البيئة غير الملائمة، في حين تنخفض نسبة العمليات القيصرية بعد آلام المخاض لدى الأمهات في البيئة الملائمة عن نظيراتها في البيئة غير الملائمة، والتي قُدِّرَت بـ28,6% مقابل 36,5% على التوالي.

أمّا عن الجانب الاقتصادي للمرأة الريفية، فالملاحَظ –بعد إلقاء الضوء على الحالة الفردية للأمهات– أنّ نسبة العمليات القيصرية قبل آلام المخاض ترتفع لدى الموظفات بنسبة 80,7% مقابل 64,2%لدى المبحوثات غير الموظفات، في حين سجلت هذه الفئة الأخيرة –غير الموظفة– نسبة 19,3%ن وهي اقل من النسبة التي سجلتها الفئة الموظفة، والتي قدذرت بـ35,8%، ممّا يعكس تعب المرأة العاملة، وبالتالي تخوفها من آلام المخاض، ممّا يؤدي بها إلى إجراء العملية القيصرية قبل تعرضها لهذا الألم. من خلال هذه النسب يمكن القول بوجود علاقة بين الحالة الفردية للأم الريفية وقرار إجرائها للعملية القيصرية.

وفيما يخص المستوى المعيشي، فنلاحظ أن أعلى نسبة للعمليات القيصرية قبل آلام المخاض سجّلت لدى المستوى الأكثر غنى، والتي قدّرت بـ87,9%، لتعرف هذه النسبة تراجعا ملحوظًا بتراجع مؤشر الثروة الخماسي، لتصل إلى 66% و59,6% لدى الفئتين الأكثر فقراً والفقيرة على التوالي، في حين سجّلت هذه الفئة الأخيرة أعلى نسبة العمليات القيصرية بعد آلام المخاض، والتي قُدّرت بـ40,4%، وعرفت هذه النسبة تراجعًا ملحوظًا بتزايد مستوى مؤشر الثروة الخماسي، لتصل إلى

12,1% –كأدنى قيمة– لدى الفئات الأكثر غنى، ممّا يدفعنا بالقول أنّ مؤشر الثروة الخماسي قد يلعب دورا في لحظة إجراء العملية القيصرية لدى الأم الريفية.

2.2. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية بلحظة إجراء العملية القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية. لذا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين مجموعة المتغيرات المستقلة المتمثلة في العوامل السوسيو اقتصادية، والتي تضم المستوى التعليمي للمرأة، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية (عبارة عن متغيرات كيفية)، ونتيجة مؤشر الثروة الخماسي (عبارة عن متغير كمي تمّ تحويله إلى متغير كيفي رتبي بعد تفيئته) من جهة، والمتغير التابع المتمثل في لحظة إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية، والذي يمثل متغيرا اسميا ذو بديلين (إجراء العملية القيصرية قبل أو بعد آلام المخاض)، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية لديها.

والجدول رقم (8-24) يوضح اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المتمثلة في المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) ولحظة إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8–24): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن والحالة الفردية) ولحظة إجراء العملية القيصرية.

		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
المستوى التعليمي	khi-carré de Pearson	13,046[a]	4	0,011
المستوى الثقافي	khi-carré de Pearson	,002[a]	1	0,967
نوع الأسرة	khi-carré de Pearson	,698[a]	1	0,403
بيئة المسكن	khi-carré de Pearson	3,985[a]	1	0,046
الحالة الفردية	khi-carré de Pearson	5,903[a]	1	0,015
مؤشر الثروة الخماسي	khi-carré de Pearson	12,380[a]	4	0,015

المصدر: منجز بناء على الجداول رقم (09)، (10)، (11)، (12)، (13) و(14) في الملحق رقم (03).

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية لبعض العوامل السوسيو اقتصادية sig=0,967 (المستوى الثقافي) وsig=0,403 (نوع الأسرة)، أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا القول بأنّ هذه العوامل –سالفة الذكر– لاتؤثر في لحظة إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية.

وبما أنّ sig=0,011 (المستوى التعليمي)، وsig=0,046 (بيئة المسكن)، وsig=0,015 (الحالة الفردية)، وsig=0,015 (مؤشر الثروة الخماسي)، وهي أقل من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا القول بأنّ هذه العوامل السوسيو اقتصادية –سالفة الذكر– تؤثر في لحظة إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية.

ممّا سبق يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بوجود علاقة

بين العوامل السوسيو اقتصادية ولحظة إجراء العملية القيصرية.

3. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في نوع العملية القيصرية:

سنحاول –في هذا العنصر– دراسة تأثير المتغيرات السوسيو اقتصادية المذكورة سابقا والمتمثلة في المستوى التعليمي للأمّ، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي في احتمال تعرض هذه لعملية قيصرية غير مبرمجة.

1.3. توزيع المبحوثات حسب نوع العملية القيصرية والعوامل السوسيو اقتصادية:

يبيّن الجدول رقم (8–25) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع العملية القيصرية بدلالة العوامل السوسيواقتصادية– إذا ألقينا الضوء على الجانب المعرفي للأمهات وبدءاً بمستواهن التعليمي– ارتفاع نسبة العمليات القيصرية "المبرمجة"، بنسبة 41,7% من مجمل المبحوثات في العينة، مقابل 58,3% ممن يجريين عملية قيصرية "غير مبرمجة"، كما يلاحَظ ارتفاع النوع الأول من العمليات القيصرية (المبرمجة) لدى مستوى التعليم المتوسط، والتي قُدّرت بـ65,3%، يليها المستوى التعليي الابتدائي وما دونه بنسبة 62,5% و63,1% على التوالي، أما المستوى التعليمي الثانوي والجامعي فقد سجلنا أضعف بنسبة، والتي قُدِّرت بـ49,1%، وبالمقابل ترتفع نسبة العمليات القيصرية "غير المبرمجة" لدى هذين المستويين التعليميين، والتي قدذرت بـ50,9%، في حين تنخفض هذه النسبة بانخفاض المستوى التعليمي للأمهات، فقد تمّ تسجيل ما بين 34,7% و36,9% موزعة بين المستوى التعليمي المتوسط وما دونه.

فيما يتعلق بالمستوى الثقافي، نلاحظ رتفاع العمليات القيصرية المبرمجة لدى الأمهات غير المثقفات بنسبة 61,7% مقابل 54,5% لدى الأمهات المثقفات، في حين ترتفع نسبة العمليات القيصرية غير المبرمجة لدى هذه الفئة الأخيرة –المثقفة–

والتي قُدِّرَت ب45,5% بالمقارنة مع نظيرتها غير المثقفة، والتي قدّرت ب38,3%، من هنا يمكننا التفكير في أهمية الدور الذي قد تلعبه العوامل الثقافية للمرأة الريفية في نوع العملية القيصرية الذي قد تلجأ إليه لوضع مولودها.

من الناحية الاجتماعية، نلاحظ –بعد تسليط الضوء على نوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية– أنّ العملية القيصرية المبرمجة ترتفع لدى الأسر الممتدة، حيث قُدّرت ب61%، بالمقارنة مع الأسر النووية، حيث سجلت نسبة 60,5%، في حين ترتفع نسبة عمليات القيصرية غير المبرمجة لدى هذا النوع الأخير من الأسر –النووية–، والتي قُدِّرَت ب39,5% مقابل 39% لدى الأسر الممتدة، هذا الوضع يمكن تفسيره باتكال الأم داخل الأسرة الكبيرة والذي قد يتسبب في تعرضها لبعض الأمراض المتعلقة بالحمل كارتفاع ضغط الدم أو سكر الحمل، ممّا يدفعها إلى اللجوء –بمعية الطبيب النسائي– إلى برمجة موعد للعملية القيصرية.

جدول رقم (8–25): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			نوع العملية القيصرية		المجموع
			مبرمجة	غير مبرمجة	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	41	24	65
		النسب المئوية %	63,1%	36,9%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	50	30	80
		النسب المئوية %	62,5%	37,5%	100,0%
	متوسط	التكرارات	124	66	190
		النسب المئوية %	65,3%	34,7%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	53	55	108
		النسب المئوية %	49,1%	50,9%	100,0%
	جامعي	التكرارات	52	54	106
		النسب المئوية %	49,1%	50,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**320**	**229**	**549**
		النسب المئوية %	**58,3%**	**41,7%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	140	87	227
		النسب المئوية %	61,7%	38,3%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	140	117	257
		النسب المئوية %	54,5%	45,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**280**	**204**	**484**
		النسب المئوية %	**57,9%**	**42,1%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	119	76	195
		النسب المئوية %	61,0%	39,0%	100,0%
	نووية	التكرارات	173	113	286
		النسب المئوية %	60,5%	39,5%	100,0%

	المجموع	**التكرارات**	**292**	**189**	**481**
		النسب المئوية %	**60,7%**	**39,3%**	**100,0%**
بيئة المسكن	**غير ملائم**	**التكرارات**	171	136	307
		النسب المئوية %	55,7%	44,3%	100,0%
	ملائم	**التكرارات**	113	59	172
		النسب المئوية %	65,7%	34,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**284**	**195**	**479**
		النسب المئوية %	**59,3%**	**40,7%**	**100,0%**
الحالة الفردية	**موظفة**	**التكرارات**	31	26	57
		النسب المئوية %	54,4%	45,6%	100,0%
	غير موظفة	**التكرارات**	289	203	492
		النسب المئوية %	58,7%	41,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**320**	**229**	**549**
		النسب المئوية %	**58,3%**	**41,7%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	**أكثر فقرا**	**التكرارات**	85	66	151
		النسب المئوية %	56,3%	43,7%	100,0%
	فقير	**التكرارات**	113	89	202
		النسب المئوية %	55,9%	44,1%	100,0%
	متوسط	**التكرارات**	53	36	89
		النسب المئوية %	59,6%	40,4%	100,0%
	غني	**التكرارات**	49	24	73
		النسب المئوية %	67,1%	32,9%	100,0%
	أكثر غنى	**التكرارات**	20	13	33
		النسب المئوية %	60,6%	39,4%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**320**	**228**	**548**
		النسب المئوية %	**58,4%**	**41,6%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

وبالحديث عن البيئة السكنية للأم الريفية، نلاحظ أنّ نسبة العمليات القيصرية المبرمجة ترتفع في البيئة الملائمة، أين سجلت نسبة 65,7% مقابل 55,7% لدى الأمهات اللاتي يقطن في بيئة سكنية غير ملائمة، في حين ترتفع نسبة العمليات القيصرية غير المبرمجة لدى الأمهات في هذه البيئة، والتي قُدِّرَت بـ44,3% مقابل 34,3% لدى الأمهات في البيئة الملائمة. يمكن تفسير هذه النسب بكون البيئة غير الملائمة للمسكن تعكس الفقر وتدني المستوى المعيشي، ممّا يدفع الأم إلى كثر الأعمال داخله، الأمر الذي قد يساهم إلى حدّ ما في فتح عنق الرحم، وبالتالي قلة لجوئها إلى إجراء العملية القيصرية وبالتحديد المبرمجة إلا لضرورة صحية.

أمّا عن الجانب الاقتصادي، فنلاحَظ –بداية مع الحالة الفردية للأمهات– أنّ مستوى العمليات القيصرية المبرمجة يرتفع لدى الأمهات غير الموظفات بنسبة 58,7%، مقابل 54,4% لدى المبحوثات الموظفات، والتي ترتفع بها نسبة العمليات غير المبرمجة بالمقارنة مع الفئة الأولى، بنسبة 45,6% و41,3% على التوالي، ممّا يعكس صعوبة الوضع على الأم الموظفة، والذي قد يعود سلبًا على صحتها أثناء الوضع، ممّا قد يضطر الطبيب النسائي إلى إخضاعها لولادة قيصرية غير مبرمجة مسبقًا.

وفيما يخص المستوى المعيشي، فنلاحظ أن أعلى نسبة في إجراء العملية القيصرية المبرمجة سجّل لدى المستوى الغني والأكثر غنى، بنسبة 67,1% و60,6% على التوالي، في حين سجلت الفئة المتوسطة وما دونها نسبًا تراوحت بين 59,6% و55,9% كأدنى قيمة لدى الفئة الفقيرة، هذه الأخيرة التي سجلت أعلى نسبة في العمليات القيصرية غير المبرمجة، والتي قدّرت بت44,1% مقابل 32,9% –كأدنى قيمة لدى الفئة الغنية.

2.3. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية بنوع العملية القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ونوع العملية قيصرية الذي تعرضت له خلال إنجابها لآخر مولود لها –إن كانت مبرمجة أو غير مبرمجة– لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بنوع العملية القيصرية، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي استجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بنوع العملية القيصرية الذي تعرضت له المرأة الريفية عند ولادة آخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها لعملية قيصرية مبرمجة.

H1: تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال احتمال تعرضها لعملية قيصرية مبرمجة.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ونوع العملية القيصرية الذي تعرضت له، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	358	83,3
	Observations manquantes	72	16,7
	Total	430	100,0
Observations non sélectionnées		0	,0
Total		430	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 83,3% من حجم العينة والمقدرة بـ 358 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرّحن بإجاباتهن المتعلقة بنوع العملية القيصرية الذي تعرضت له أثناء ولادة آخر مولود لها (مبرمجا أو غير مبرمج).

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
مبرمجة	0
غير مبرمجة	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بنوع العملية القيصرية غير المبرمج و0 للأمهات اللاتي صرحن بنوع العملية القيصرية المبرمج.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions: نوع العملية القيصرية – غير مبرمجة	Prévisions: نوع العملية القيصرية – مبرمجة	Pourcentage correct
Pas 0	نوع العملية القيصرية	غير مبرمجة	0	165	,0
		مبرمجة	0	242	100,0
	Pourcentage global				59,5

a. La constante est incluse dans le modèle.

b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 59,5% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع العملية القيصرية، ما عدا السؤال المتعلق بنوع الولادة الذي تعرضت له الأم الريفية، فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بالعملية "المبرمجة" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية

رغم إجابتها بالعملية "غير المبرمجة"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	,338	,087	15,227	1	,000	1,402

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل السوسيو ثقافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي خارج المعادلة، ونظرا لأن بعضها دال إحصائيا، حيث أن sig=0,033 (مستوى تعليمي متوسط)، وsig=0,043 (بيئة المسكن)، وهي أصغرمن 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، في حين يمكن استبعاد البقية من النموذج لأنّ مستوى الدلالة المعنوية لديها أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العوم الاجتماعية.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	المستوى التعليمي	11,058	4	,026
	بدون مستوى	,242	1	,623
	ابتدائي	,903	1	,342
	متوسط	4,569	1	,033
	ثانوي	3,496	1	,062
	المستوى الثقافي	2,455	1	,117
	نوع الأسرة	,000	1	,996
	بيئة المسكن	4,109	1	,043
	الحالة الفردية	,279	1	,597
	مؤشر الثروة الخماسي	1,372	1	,241
	Statistiques générales	30,284	9	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الثالثة بقيمة 532,257، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 4,1% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل السوسيو اقتصادية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 05,6% من التفسير للعوامل السوسيو ثقافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	532,257[a]	,041	,056

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 3, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل السوسيو اقتصادية والمتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي، نلاحظ أن النموذج قد عرف تغيّرًا طفيفا، حيث أضاف 47 مبحوثة لجهة العملية القيصرية "غير المبرمجة" بدل العملية "المبرمجة"، لتتغيّر النسبة إلى 65,2%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			نوع العملية القيصرية		Pourcentage correct
	Observé		غير مبرمجة	مبرمجة	
Pas 0	نوع العملية القيصرية	غير مبرمجة	47	117	90,0
		مبرمجة	24	218	28,8
	Pourcentage global				65,2

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	المستوى التعليمي			9,853	4	,043	
	بدون مستوى	-,634	,721	,773	1	,379	,530
	ابتدائي	-,834	,391	4,553	1	,033	,435
	متوسط	-,979	,342	8,205	1	,004	,376
	ثانوي	,311	,224	1,930	1	,165	1,364
	المستوى الثقافي	-,197	,216	,834	1	,361	,821
	نوع الأسرة	-,369	,246	2,260	1	,133	,691
	بيئة المسكن	,403	,199	4,090	1	,043	1,496
	الحالة الفردية	,034	,106	,100	1	,026	,967
	مؤشر الثروة الخماسي	,311	,224	1,930	1	,165	1,364
	Constante	,891	,784	24,675	1	,256	,410

a. Introduction des variables au pas 1: مؤشر الثروة الخماسي، الحالة الفردية، بيئة المسكن، نوع الأسرة، المستوى الثقافي، المستوى التعليمي.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = 0{,}891 - 0{,}834_{x_1^2} - 0{,}979_{x_1^3} + 0{,}403_{x2} + 0{,}034_{x3}$$

حيث: ♦ x_1^2: الفئة التصنيفية الثانية للمستوى التعليمي للأم؛ ♦ x_1^3: الفئة التصنيفية الثالثة للمستوى التعليمي للأم؛

♦ x_2: بيئة المسكن؛ ♦ x_3: الحالة الفردية للأم؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ احتمال التعرض لولادة قيصرية غير مبرمجة.

من خلال معلمات النموذج نلاحظ يته العامة للمستوى التعليمي دالة لأنها أصغر من 0,05 (أي sig=0,043)، ونلاحظ وجود دلالة احصائية لدى الفئتين التصنيفيتين الثانية والثالثة، الفئة التصنيفية الثالثة في النموذج، من الحالات المعتمدة للمقارنة بالفئة المرجعية، بالتالي قبول المستوى التعليمي كمؤثر في احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية غير مبرمجة، فكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثانية من المستوى التعليمي (ابتدائي) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,834، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,033)، فإنّه يمكن القول أنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية غير مبرمجة ينخفض بـ 0,435 مرة عن الفئة المرجعية، وهي فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثالثة من المستوى التعليمي (متوسط) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,979، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,004)، فإنّه يمكن القول أنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية غير مبرمجة ينخفض بـ 0,376 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

أمّا بالنسبة لبيئة المسكن فنلاحظ وجود علاقة طردية بينها وبين احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية غير مبرمجة، حيث كلما انتقنا من بيئة "غير ملائمة" إلى بيئة "ملائمة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,403، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,043)، فإنّنا نستطيع القول بأنه كلما انتقلنا من البيئة "غير ملائمة" إلى البيئة "ملائمة" فإنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية غير مبرمجة يرتفع بـ 1,496 مرة.

كما يمكن للحالة الفردية للأم أن تلعب دورًا احتمال تعرضها لولادة قيصرية غير مبرمجة، حيث نلاحظ وجود علاقة طردية بينهما، حيث كلما انتقنا من الحالة الفردية "غير موظفة" إلى الحالة الفردية "موظفة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,034، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,026)، فإنّه يمكننا القول بأنه كلما انتقلنا من الحالة الفردية "غير موظفة" إلى الحالة الفردية "موظفة" فإنّ احتمال تعرض الأم لولادة قيصرية غير مبرمجة يرتفع بـ 0,967 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

- ✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في الولادات القيصرية لديها.**

III. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في الرضاعة الطبيعية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل السوسيو اقتصادية –المتمثلة في المستوى التعليمي للأم الريفية ومستواها الثقافي كعوامل ثقافية، نوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم وبيئة المسكن الذي تقطنه كعوامل اجتماعية، بالإضافة إلى حالتها الفردية ومؤشر الثروة الخماسي كعوامل اقتصادية– في احتمال إرضاع هذا المولود، المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى ونوع الرضاعة الذي تمارسه هذه الأم الريفية في الجزائر.

1. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في إرضاع المولود الأخير:

1.1. توزيع المبحوثات حسب احتمال إرضاع المولود الأخير والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8-26) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب إرضاعهن للمولود الأخير بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية– بعد بتسليط الضوء على الجانب المعرفي للأمهات –بدءًا بالمستوى التعليمي– أن أغلبية الأمهات أرضعن مواليدهن الأخيرة، بنسبة 87,4% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 2120 أمّا ريفية، مقابل 12,6% ممن لم يرضعن ولادهن، ما يوافق 306 أمّا ريفية، كما يلاحظ ارتفاع نسبة الرضاعة لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، والتي قُدّرت بـ91,2%، في حين تتقارب نسب الرضاعة لدى المستويات التعليمية الابتدائية، المتوسطة والثانوية، حيث سُجّلت 86,4%، 87,8% و87,9% على التوالي، لتصل إلى أدنى قيمة لها بنسبة 83,9% لدى المستوى الجامعي، ممّا يعكس تناقص نسبة الرضاعة بتزايد المستوى التعليمي للأمهات.

بالمقابل ترتفع نسبة عدم الإرضاع بارتفاع المستوى التعليمي للأمهات، فقد تمّ تسجيل نسبة 16,8% لدى المستوى التعليمي الجامعي –كأقصى قيمة– وتنخفض بالتدريج لدى باقي المستويات التعليمية لتصل إلى 8,8% عند الأمهات بدون مستوى تعليمي كأدنى قيمة، من هنا يمكننا القول بأهمية الدور الذي يلعبه المستوى التعليمي في إرضاع الأم الريفية لمولودها.

فيما يخص المستوى الثقافي، يلاحَظ نفس الوضع، إذ ترتفع نسبة الرضاعة لدى الأمهات المثقفات بنسبة 88,2% مقابل 85,4% لدى الأمهات غير المثقفات، في حين ترتفع لدى هذه الفئة الأخيرة –غير المثقفة– والتي قُدِّرَت بـ14,6%، بالمقارنة مع المبحوثات المثقفات، حيث قدرت بـ11,8%، ممّا يعكس دور الثقافة لدى الأم في إرضاعها لمولودها. من هنا يمكننا القول أنّ العوامل الثقافية للمرأة الريفية قد تؤثر في احتمال إرضاعها لآخر مواليدها.

إلى اتجهنا إلى الجانب الاجتماعي، فإننا نلاحظ –بدءاً بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية– أنّ نسبة الرضاعة ترتفع لدى الأسر الممتدة بنسبة 88%، مقابل 87,5% لدى الأسر النووية، ويمكننا تفسير هذا الأمر بكون الأم قد تجد داخل الأسرة الكبيرة من يدعمها أكثر ويحفزها على إرضاع مولودها، خاصة من طرف الأمهات الكبيرات، في حين ترتفع نسبة عدم الإرضاع لدى هذا النوع الأخير من الأسر –النوووية–، والتي قُدِّرَت بـ12,3% مقابل 12% لدى الأسر الممتدة.

وبانتقالنا للحديث عن بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، فإننا نلاحظ أنّ نسبة الرضاعة ترتفع في البيئة غير الملائمة، حيث سجّلت نسبة 88,1%، مقابل 86,3% لدى الأمهات اللاتي يسكن في بيئة ملائمة، في حين ترتفع نسبة عدم الإرضاع في البيئة الملائمة، والتي قُدِّرَت بـ13,7% مقابل 11,9% لدى الأمهات اللاتي يقطن في بيئة غير ملائمة. ويمكن تفسير هذا الوضع بكون بيئة المسكن غير الملائمة تعكس مستوى الفقر وبالتالي تكون الأم عاجزة عن شراء الحليب الصناعي، ممّا يجبرها على إرضاع مولودها، من هنا يمكننا القول بوجود علاقة بين العوامل الاجتماعية للمرأة الريفية واحتمال إرضاعها لمولودها.

أمّا عن الجانب الاقتصادي للمرأة الريفية، فنلاحَظ –بتسليطنا للضوء على الحالة الفردية للأمهات– أنّ نسبة الرضاعة ترتفع لدى الأمهات غير الموظفات بنسبة 88,2%، مقابل 76,8% لدى الأمهات الموظفات، ممّا يعكس صعوبة التوفيق بين عمل الأم خارج البيت وواجبها بإرضاعها لمولودها، في حين صرّحت هذه الفئة الأخيرة –الموظفة– بنسبة 23,2% لعدم إرضاع المولود، مقابل 11,8% من فئة الأمهات غير الموظفات. من خلال الوضع يمكن القول بوجود علاقة بين الحالة الفردية للأم الريفية واحتمال إرضاعها لمولودها.

جدول رقم (8–26): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول ارضاع آخر مولود بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			إرضاع المولود		المجموع
			أرضعت	لم ترضع	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	343	33	376
		النسب المئوية %	91,2%	8,8%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	399	63	462
		النسب المئوية %	86,4%	13,6%	100,0%
	متوسط	التكرارات	685	95	780
		النسب المئوية %	87,8%	12,2%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	401	55	456
		النسب المئوية %	87,9%	12,1%	100,0%
	جامعي	التكرارات	292	59	351
		النسب المئوية %	83,2%	16,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**2120**	**305**	**2425**
		النسب المئوية %	**87,4%**	**12,6%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	962	164	1126
		النسب المئوية %	85,4%	14,6%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	808	108	916
		النسب المئوية %	88,2%	11,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**1770**	**272**	**2042**
		النسب المئوية %	**86,7%**	**13,3%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	674	92	766
		النسب المئوية %	88,0%	12,0%	100,0%
	نووية	التكرارات	1193	171	1364
		النسب المئوية %	87,5%	12,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**1867**	**263**	**2130**
		النسب المئوية %	**87,7%**	**12,3%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	1318	178	1496
		النسب المئوية %	88,1%	11,9%	100,0%
	ملائم	التكرارات	572	91	663
		النسب المئوية %	86,3%	13,7%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**1890**	**269**	**2159**
		النسب المئوية %	**87,5%**	**12,5%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	129	39	168
		النسب المئوية %	76,8%	23,2%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	1991	267	2258

		النسب المئوية %	88,2%	11,8%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**2120**	**306**	**2426**
		النسب المئوية %	**87,4%**	**12,6%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	أكثر فقرا	التكرارات	844	125	969
		النسب المئوية %	87,1%	12,9%	100,0%
	فقير	التكرارات	634	88	722
		النسب المئوية %	87,8%	12,2%	100,0%
	متوسط	التكرارات	341	47	388
		النسب المئوية %	87,9%	12,1%	100,0%
	غني	التكرارات	209	34	243
		النسب المئوية %	86,0%	14,0%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	92	12	104
		النسب المئوية %	88,5%	11,5%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**2120**	**306**	**2426**
		النسب المئوية %	**87,4%**	**12,6%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

وفيما يتعلق بالمستوى المعيشي –وباتخاذنا لمؤشر الثروة الخماسي كمرجع– فإننا نلاحظ أن أعلى نسبة في ممارسة الرضاعة قد سجّلت لدى المستوى الأكثر غنى، والتي قدّرت بـ88,5%، وتعرف تناقصا بتراجع مؤشر الثروة الخماسي، لتصل إلى 87,8% و87,1% لدى الفئة الفقيرة والأكثر فقرًا، في حين سجّلت الفئة الغنية أعلى نسبة في عدم الإرضاع، والتي قُدّرت بـ14%، وأدنى نسبة لها لدى المستوى الأكثر غنى بنسبة 11,5%، ممّا يدفعنا بالقول أنّ مؤشر الثروة الخماسي قد يلعب دورا في ممارسه الأم الريفية للرضاعة على مولودها.

2.5. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية بإرضاع المولود الأخير:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية واحتمال إرضاعها لمولودها الأخير، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بإرضاع المولود، والذي تتمثل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –

اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6- اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال إرضاع المرأة الريفية لآخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال إرضاعها للمولود.

H1: تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال إرضاعها للمولود.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية واحتمال إرضاعها لآخر مولود لها، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	1483	25,3
	Observations manquantes	4368	74,7
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 25,3% من حجم العينة والمقدرة بـ 1483 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بإرضاع آخر مواليدهن أو عدمه.

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 0 للمبحوثات اللاتي صرحن بعدم إرضاعهن للمولود و1 للأمهات اللاتي قمن بإرضاع آخر مواليدهن.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا	0
نعم	1

يتعامل الانحدار اللوجستي مع المستويات التعليمية بطريقة تختلف عن بقية المتغيرات الأخرى غير فئوية الترتيب، فقد تمّت إعادة ترميز متغير المستوى التعليمي لأنه متغير ترتيبي فئوي، ولذلك فإنّه يفضَّل اختيار حالة مرجعية من حالات المستوى التعليمي، يتمّ قياس الحالات الأخرى معها، وباعتماد الطريقة الافتراضية في برنامج SPSS التي تأخذ الحالة المرجعية كآخر حالة من حالات المتغير الترتيبي، فقد تمّ اختيار المستوى التعليمي العالي، وعليه سوف يتم مقارنته مع الفئات الجديدة التي اعتمها النموذج.

Codages des variables catégorielles

		Fréquence	Codage de paramètre			
			(1)	(2)	(3)	(4)
المستوى التعليمي	بدون مستوى	72	1,000	,000	,000	,000
	ابتدائي	353	,000	1,000	,000	,000
	متوسط	569	,000	,000	1,000	,000
	ثانوي	295	,000	,000	,000	1,000
	جامعي	194	,000	,000	,000	,000

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions إرضاع المولود		Pourcentage correct
			نعم	لا	
Pas 0	إرضاع المولود	نعم	1522	0	,0
		لا	230	0	100,0
Pourcentage global					86,9

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 86,9% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الرضاعة، ما عدا السؤال المتعلق بإرضاع المولود الأخير من طرف الأم الريفية . النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بـ"نعم" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بـ "لا"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-1,891	,071	713,507	1	,000	,151

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل السوسيو ثقافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي خارج المعادلة، ونظرا لأن معظمها أكبر من مستوى المعنوية 0,05 أي أنها غير دالة إحصائيا، بالتالي يمكن استبعادها من النموذج، ما عدا الحالة الفردية، حيث أنّ sig=0,000، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	المستوى التعليمي	8,576	4	,073
	بدون مستوى	1,179	1	,278
	ابتدائي	,362	1	,548
	متوسط	,100	1	,752
	ثانوي	3,260	1	,071
	المستوى الثقافي	,716	1	,397
	نوع الأسرة	,324	1	,569
	بيئة المسكن	2,964	1	,085
	الحالة الفردية	18,197	1	,000
	مؤشر الثروة الخماسي	,010	1	,919
	Statistiques générales	33,998	9	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الخامسة بقيمة 1329,292، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 01,8% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل السوسيو اقتصادية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 03,3% من التفسير للعوامل السوسيو ثقافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1329,292[a]	,018	,033

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 5, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل السوسيو اقتصادية والمتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي، نلاحظ أن النموذج لم يتغير واحتفظ بالنسبة 86,9%.

Table de classification[a]

Observé			Prévisions إرضاع المولود		Pourcentage correct
			نعم	لا	
Pas 1	إرضاع المولود	نعم	1522	0	,0
		لا	230	0	100,0
Pourcentage global					86,9

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	المستوى التعليمي			10,167	4	,038	
	بدون مستوى	-,893	,472	3,577	1	,059	,409
	ابتدائي	-,415	,218	3,613	1	,057	,660
	متوسط	-,559	,195	8,180	1	,004	,572
	ثانوي	-,511	,209	5,995	1	,014	,600
	المستوى الثقافي	-,396	,148	7,174	1	,007	,673
	نوع الأسرة	,046	,138	,109	1	,741	1,047
	بيئة المسكن	,358	,167	4,626	1	,031	1,431
	الحالة الفردية	-1,038	,266	15,176	1	,000	,354
	مؤشر الثروة الخماسي	-,127	,075	2,898	1	,089	,881
	Constante	-1,284	,184	48,956	1	,000	,277

a. Introduction des variables au pas 1: مؤشر الثروة الخماسي، الحالة الفردية، بيئة المسكن، نوع الأسرة، المستوى الثقافي، المستوى التعليمي.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = -1{,}284 - 0{,}559_{x_1^3} - 0{,}511_{x_1^4} - 0{,}396_{x2} + 0{,}358_{x3} - 1{,}038_{x_4}$$

حيث: ♦ x_1^3: الفئة التصنيفية الثالثة للمستوى التعليمي للأم؛ ♦ x_1^4: الفئة التصنيفية الرابعة للمستوى التعليمي للأم؛

♦ x_2: المستوى الثقافي للأم؛ ♦ x_3: بيئة المسكن؛ ♦ x_4: الحالة الفردية للأم؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ إرضاع المولود الأخير.

من خلال معلمات النموذج نلاحظ يته العامة للمستوى التعليمي دالة لأنها أصغر من 0,05 (أي sig=0,038)، ونلاحظ وجود دلالة احصائية لدى بعض الفئات التصنيفية؛ الثالثة والرابعة في النموذج من الحالات المعتمدة للمقارنة بالفئة المرجعية، بالتالي قبول المستوى التعليمي كمؤثر في احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها، فكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثالثة من المستوى التعليمي (متوسط) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,559، وعليه يمكن القول أنّ احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها ينخفض بـ 0,572 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الرابعة من المستوى التعليمي (ثانوي) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,511، وعليه يمكن القول أنّ احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها ينخفض بـ 0,600 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

أمّا بالنسبة للمستوى الثقافي فنلاحظ وجود علاقة عكسية بين احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها ومستواها الثقافي، حيث كلما انتقنا من المستوى "غير مثقفة" إلى المستوى "مثقفة" كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,396، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,007)، فإنّه يمكننا القول بأنه كلما انتقلنا من المستوى "غير مثقفة" إلى المستوى "مثقفة" فإنّ احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها ينخفض بـ 0,673 مرة.

أمّا بالنسبة لبيئة المسكن فنلاحظ وجود علاقة طردية بينها وبين احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها، حيث كلما انتقنا من بيئة "غير ملائمة" إلى بيئة "ملائمة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,358، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,031)، فإنّنا نستطيع القول بأنه كلما انتقلنا من البيئة "غير ملائمة" إلى البيئة "ملائمة" فإنّ احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها يرتفع بـ 1,431 مرة.

أمّا بالنسبة للحالة الفردية للأم فنلاحظ وجود علاقة عكسية بينها وبين احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها، حيث كلما انتقنا من الحالة "غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 1,038، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,000)، فإنّه يمكن القول بأنه كلما انتقلنا من الحالة"غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" فإنّ احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها ينخفض بـ 0,354 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر

في احتمال إرضاع الأم لآخر مولود لها.

2. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى:

1.2. توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8-27) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية- وبعد إلقاء نظرة حول الجانب المعرفي للأمهات، من حيث المستوى التعليمي، أن أغلبية الأمهات أرضعن مواليدهن الأخيرة في مدة أقل من ساعة واحدة بنسبة 38,8%، ممثلة بالمستوى التعليمي المتوسط وما دونه بنسب تراوحت ما بين 40,6% للمتوسط و41,1% لفئة المبحوثات بدون مستوى تعليمي، كأقصى قيمة، تليها فئة المرضعات خلال الفترة الممتدة بين 1-11 ساعة بنسبة 35% من مجمل المبحوثات في العينة، ممثلة هي الأخرى بفئة الأمهات بدون مستوى تعليمي بنسبة 39,1%، في حين سجلت أدنى قيمة لدى المستوى التعليمي الجامعي، وتأتي في المرتبة الموالية نسبة المرضعات خلال المدة من 24 ساعة فأكثر، والتي قدّرت بـ16,5%، والتي مثلها المستوى الجامعي بنسبة 22% مقابل أدنى قيمة لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، بنسبة 10,2%، وأخيراً الفئة المرضعة خلال المدة التي دامت بين 12-24 ساعة، بنسبة 9,6%، ممثلة بالمستوى التعليمي الجامعي بنسبة 10,5%، ممّا يعكس ارتفاع المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى للمولود بتزايد المستوى التعليمي للأمهات.

فيما يتعلق بالمستوى الثقافي، يلاحَظ الأمر نفسه، إذ ترتفع نسبة المرضعات في مدة أقل من ساعة واحدة بالمقارنة مع البقية، بنسبة 37,9%، ممثلة بالفئة غير المثقفة بنسبة 40,2% مقابل 35,1% لدى نظيرتها المثقفة، تليها الفئة المرضعة بين 1-11 ساعة، بنسبة قدرت بـ34,3%، ممثلة بفئة الأمهات غير المثقفات بنسبة 35,3% مقابل 33% لدى الأمهات المثقفات، في حين ترتفع نسبة المرضعات حلال الفترة الممتدة من 24 ساعة فأكثر لدى الفئة المثقفة بـ21,2% مقابل 15,3% لدى الأمهات غير المثقفات، وآخر فئة تمثلت في الأمهات المرضعات بين 12-24 ساعة، والتي قُدِّرَت بـ10,8% لدى المثقفات مقابل 9,1% لدى المبحوثات المثقفات، ممّا يعكس دور ثقافة الأم في تحديد المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى للمولود.

وفيما يخص الجانب الاجتماعي، فإننا نلاحظ -حسب نوع الأسرة الذي تنتمي إليه المبحوثة- أنّ نسبة الرضاعة ترتفع لدى الفئة المرضعة في مدة اقل من ساعة واحدة بنسبة 40,2%، ممثلة بالأسرة النووية بنسبة 41,9%، مقابل 36,6% لدى الأسر الممتدة، تليها نسبة المرضعات خلال الفترة 1-11 ساعة، والتي قدّرت بـ34,1%، ممثلة بالأسرة النووية -هي الأخرى-

بنسبة 35,3% مقابل 31,9% .ى نظيرتها الممتدة، في حين أن الفترة الممتدة من 24 ساعة فأكثر قد مثلتها السر الممتدة بنسبة 17,4% مقابل 15,4% لدى الأسر النووية، أمّا الفئة الأخيرة –المرضعة خلال الفترة 12–24 ساعة– فقد مثلتها –أيضًا– الأسرة الممتدة بنسبة 14% مقابل 7,4% لدى الأسرة النووية. يمكننا تفسير هذا الأمر بكون الأم –داخل الأسرة االممتدة– قد تلجأ إلى إعطاء مولودها سوائل أخرى غير لبن الأم نبعًا لتقاليد الأسرة الكبيرة، ممّا قد يساهم في تأخير الرضاعة لهذا المولود.

وإذا انتقالنا إلى بيئة المسكن، فإننا نلاحظ أنّ نسبة الرضاعة في المدة الأقل من ساعة واحدة تشابهت في البيئتين، حيث قدّرت بـ40,2% لكليهما، أمّ الفئة المرضعة خلال الفترة 1–11 ساعة فقد مثلتها البيئة غير الملائمة، أين سجّلت نسبة 36,2%، مقابل 29,9% لدى الأمهات القاطنات في بيئة سكنية ملائمة، في حين ترتفع نسبة المرضعات في الفترة الممتدة من 24 ساعة فأكثر بهذه البيئة –الملائمة– بنسبة 18,9% مقابل 14,5% لدى الأمهات اللاتي يسكن في بيئة غير ملائمة. ويمكن تفسير هذا الوضع بكون البيئة السكنية غير الملائمة تعكس مستوى أدنى من نظيرتها الملائمة، وبالتالي فإن الأم قد تكون غير قادرة على شراء الحليب الصناعي، ممّا يؤدي بها إلى إرضاع مولودها في فترات مبكرة على عكس الأم التي تسكن في البيئة الملائمة، والتي قد تتوفر لديها الأمكانيات لشراء الحليب الصناعي وبالتالي تأجيل الرضاعة لوقت متأخر.

أمّا عن الجانب الاقتصادي للمبحوثة، فنلاحَظ –حسب الحالة الفردية– أنّ نسبة الرضاعة في المدة القل من ساعة واحدة ترتفع لدى الأمهات غير الموظفات بنسبة 38,9%، مقابل 36,8% لدى الأمهات الموظفات، أمّا نسبة المرضعات خلال الفترة الممتدة بين 1–11 ساعة فقد تمثلت بنسبة الموظفات، والتي قدّرت بـ37,6% مقابل 34,8% لدى المبحوثات غير الموظفات، أمّا الفئة المرضعة بعد 24 ساعة فأكثر فقد مثلتها الفئة الموظفة –هي الأخرى– بنسبة 18,8% مقابل 16,4% لدى الأمهات غير الموظفات، ممّا يظهر وجود علاقة مبدئية بين الحالة الفردية للأم الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لمولودها.

وفيما يتعلق بالمستوى المعيشي فالملاحظ أن أعلى نسبة للفئة المرضعة خلال المدة الأقل من ساعة واحدة، مثلها المستوى الأكثر فقرًا بنسبة 43,5%، يليه المستوى المتوسط والفقير بـ39% و35,8% على التوالي، ويلاحَظ أنّ لفئة المرضعة خلال الفترة الممتدة من 1–11 ساعة، مثلتها الفئة الأكثر غنى بنسبة 37%، أمّا الفئة المرضعة خلال الفترة الممتدة من 24 ساعة

فأكثر فقد مثلها المستوى الغني والمتوسط بنسبة 23% و21,2% على التوالي، ممّا يدفعنا للتفكير في وجود علاقة بين مؤشر الثروة الخماسي والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى للمولود.

جدول رقم (8–27): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى				المجموع
			< 1 ساعة	1–11 ساعة	12–24 ساعة	24 ساعة +	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	141	134	33	35	343
		النسب المئوية %	41,1%	39,1%	9,6%	10,2%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	163	140	35	62	400
		النسب المئوية %	40,8%	35,0%	8,8%	15,5%	100,0%
	متوسط	التكرارات	278	221	71	114	684
		النسب المئوية %	40,6%	32,3%	10,4%	16,7%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	144	149	35	75	403
		النسب المئوية %	35,7%	37,0%	8,7%	18,6%	100,0%
	جامعي	التكرارات	99	100	31	65	295
		النسب المئوية %	33,6%	33,9%	10,5%	22,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**825**	**744**	**205**	**351**	**2125**
		النسب المئوية %	**38,8%**	**35,0%**	**9,6%**	**16,5%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	387	340	88	147	962
		النسب المئوية %	40,2%	35,3%	9,1%	15,3%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	285	268	88	172	813
		النسب المئوية %	35,1%	33,0%	10,8%	21,2%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**672**	**608**	**176**	**319**	**1775**
		النسب المئوية %	**37,9%**	**34,3%**	**9,9%**	**18,0%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	248	216	95	118	677
		النسب المئوية %	36,6%	31,9%	14,0%	17,4%	100,0%
	نووية	التكرارات	500	421	88	183	1192
		النسب المئوية %	41,9%	35,3%	7,4%	15,4%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**748**	**637**	**183**	**301**	**1869**
		النسب المئوية %	**40,0%**	**34,1%**	**9,8%**	**16,1%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	532	479	119	192	1322
		النسب المئوية %	40,2%	36,2%	9,0%	14,5%	100,0%
	ملائم	التكرارات	230	171	63	108	572
		النسب المئوية %	40,2%	29,9%	11,0%	18,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**762**	**650**	**182**	**300**	**1894**
		النسب المئوية %	**40,2%**	**34,3%**	**9,6%**	**15,8%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	49	50	9	25	133
		النسب المئوية %	36,8%	37,6%	6,8%	18,8%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	776	694	196	327	1993
		النسب المئوية %	38,9%	34,8%	9,8%	16,4%	100,0%

	المجموع	التكرارات	825	744	205	352	2126
		النسب المئوية %	38,8%	35,0%	9,6%	16,6%	100,0%
مؤشر الثروة الخماسي	أكثر فقرا	التكرارات	367	303	83	91	844
		النسب المئوية %	43,5%	35,9%	9,8%	10,8%	100,0%
	فقير	التكرارات	227	223	61	123	634
		النسب المئوية %	35,8%	35,2%	9,6%	19,4%	100,0%
	متوسط	التكرارات	134	112	25	73	344
		النسب المئوية %	39,0%	32,6%	7,3%	21,2%	100,0%
	غني	التكرارات	66	72	23	48	209
		النسب المئوية %	31,6%	34,4%	11,0%	23,0%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	30	34	13	15	92
		النسب المئوية %	32,6%	37,0%	14,1%	16,3%	100,0%
	المجموع	التكرارات	824	744	205	350	2123
		النسب المئوية %	38,8%	35,0%	9,7%	16,5%	100,0%

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.2. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية بالمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل السوسيو اقتصادية)، المتمثلة في المستوى التعليمي للأم، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة، عبارة عن متغيرات كيفية، والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لآخر مولود –التي تمثل المتغير التابع– عبارة عن متغير كمي تمّ تحويله إلى متغير كيفي رتبي بعد تفيئته.كما سبق الذكر، فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين المتغيرات –سالفة الذكر– للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

H1: توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

والجدول رقم (8–28) يوضح اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المتمثلة في المستوى التعليمي للأم، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة) والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لآخر مولود للمرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (8–28): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
المستوى التعليمي	khi-carré de Pearson	25,835[a]	12	,011
المستوى الثقافي	khi-carré de Pearson	14,345[a]	3	,002
نوع الأسرة	khi-carré de Pearson	24,445[a]	3	,000
بيئة المسكن	khi-carré de Pearson	11,407[a]	3	,010
الحالة الفردية	khi-carré de Pearson	2,656[a]	3	,048
مؤشر الثروة الخماسي	khi-carré de Pearson	45,406[a]	12	,000

المصدر: منجز بناء على بيانات الجداول رقم (20)، (21)، (22)، (23)، (24) و(25) في الملحق رقم (03).

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية لمعظم العوامل السوسيو اقتصادية –سالفة الذكر– أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة القائلة بوجود علاقة بين هذه العوامل السوسيو اقتصادية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لآخر مولود لدى المرأة الريفية.

يمثل الجدول رقم (8–29) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير المدة الفاصلة بين الولادة والرضعة الأولى والعوامل السوسيو اقتصادية، سالفة الذكر:

جدول رقم (8–29): قيم معاملات الانحدار

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés B	Erreur standard	Coefficients standardisés Bêta	T	Sig.
1	(Constante)	1,632	,273		5,988	,000
	المستوى التعليمي	,101	,030	,001	,038	,009
	المستوى الثقافي	,139	,062	,064	2,248	,025
	نوع الأسرة	-,125	,058	-,056	-2,167	,030
	بيئة المسكن	,049	,066	,021	,741	,045
	الحالة الفردية	,156	,120	,037	1,300	,019
	مؤشر الثروة الخماسي	,052	,028	,055	1,837	,006

a. Variable dépendante : المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 1,632 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار مبدئيًا:

$$y = a + b_1x_1 + b_2x_2 + b_3x_3 + b_4x_4 + b_5x_5 + b_6x_6$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 1{,}632 + 0{,}101x_1 + 0{,}139x_2 - 0{,}125x_3 + 0{,}049x_4 + 0{,}156x_5 + 0{,}052x_6$$

حيث يمثل: ♦x_1: المتغير المستقل الأول المستوى التعليمي؛ ♦x_2: المتغير المستقل الثاني المستوى الثقافي؛ ♦x_3: المتغير المستقل الثالث نوع الأسرة؛ ♦x_4: المتغير المستقل الرابع بيئة المسكن؛ ♦X_5: المتغير المستقل الخامس الحالة الفردية؛ ♦x_6: المتغير المستقل السادس مؤشر الثروة الخماسي؛ ♦y: المتغير التابع (المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى).

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (8-29) ما يلي:

✓ بما أنّ قيمة sig=0,101 وهي أقل من 0,05، فهذا يعني أنّ المستوى التعليمي يؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لدى المرأة الريفية، حيث أنّه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما ارتفعت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بـ 0,101 وحدة،؛

✓ وبما أنّ قيمة sig=0,025 وهي أقل من 0,05، فهذا يعني أنّ المستوى الثقافي يؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لدى المرأة الريفية، حيث أنّه كلما انتقلنا من مستوى ثقافي "غير مثقفة" إلى مستوى "مثقفة" كلما ارتفعت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بـ 0,139 وحدة،؛

✓ وبما أنّ قيمة sig=0,030 وهي أقل من 0,05، فهذا يعني أنّ نوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم يؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لدى المرأة الريفية، حيث أنّه كلما انتقلنا من أسرة "نووية" إلى أسرة "ممتدة" كلما انخفضت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بـ 0,125 وحدة،؛

✓ وبما أنّ قيمة sig=0,045 وهي أقل من 0,05، فهذا يعني أنّ بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية يؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لدى المرأة الريفية، حيث أنّه كلما انتقلنا من بيئة "غير ملائمة" إلى بيئة "ملائمة" كلما ارتفعت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بـ 0,049 وحدة،؛

✓ وبما أنّ قيمة sig=0,019 وهي أقل من 0,05، فهذا يعني أنّ الحالة الفردية للأم الريفية تؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لديها، حيث أنّه كلما انتقلنا من الحالة "غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" كلما ارتفعت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بـ 0,156 وحدة،؛

✓ وبما أنّ قيمة sig=0,006 وهي أقل من 0,05، فهذا يعني أنّ مؤشر الثروة الخماسي يؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لدى المرأة الريفية، حيث أنّه كلما ارتفع مؤشر الثروة الخماسي كلما ارتفعت المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بـ 0,052 وحدة،؛

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لآخر مولود لها.

3. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في نوع الرضاعة:

1.3. توزيع المبحوثات حسب نوع الرضاعة والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8-30) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه على مولودها الأخير بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية- أن أغلبية الأمهات يرضعن مواليدهن رضاعة "غير حصرية"-بدءاً بالجانب المعرفي للأمهات وتحديدًا المستوى التعليمي لهن- بنسبة 52,2% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 1117 أمّا ريفية، مقابل 47,8% ممن يرضعن رضاعة حصرية لا وجود لأي إضافات فيها، ما يوافق 1023 أمّا ريفية،كما يلاحظ ارتفاع في نسبة الرضاعة غير الحصرية لدى مستوى التعليم الجامعي، والتي قُدّرت بـ66,6%، يليها المستوى التعليي الثانوي بنسبة 53,6%، في حين تتقارب هذه النسب لدى المستويات التعليمية المتوسطة وما دونها، حيث سجلت 49,9% لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط، 48,1% و47,7% لدى المستوى التعليمي الابتدائي والأمهات بدون مستوى تعليمي على التوالي، ممّا يعكس تزايد نسبة الرضاعة غير الحصرية بتزايد المستوى التعليمي.

بالمقابل ترتفع نسبة الرضاعة الحصرية والخالصة من دون أي إضافات للبن الأم بانخفاض المستوى التعليمي للأمهات، فقد تمّ تسجيل نسبة 33,4% لدى المستوى التعليمي الجامعي -كأدنى قيمة- وترتفع لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي لتصل إلى 46,4%، وتنتقل إلى 50,1% و51,9% لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط والابتدائي على التوالي، وتستمر في الإنخفاض حتى 52,3% من مجمل الأمهات بدون مستوى تعليمي كأدنى قيمة، من هنا يمكننا القول بأهمية الدور الذي يلعبه المستوى التعليمي في نوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية على مولودها

وفيما يتعلق بالمستوى الثقافي، نلاحظ الأمر نفسه، فالرضاعة غير الحصرية ترتفع لدى الأمهات المثقفات بنسبة 57,2% مقابل 49,6% لدى الأمهات غير المثقفات، في حين ترتفع الرضاعة الحصرية والخالصة لدى هذه الفئة الأخيرة -غير المثقفة- والتي قُدِّرَت بـ50,4%، مقابل 42,8% من مجمل المبحوثات المثقفات، ممّا يعكس دور الثقافة لدى الأم في نوع الرضاعة الذي تمارسه على مولودها. من هنا يمكننا التفكير في أهمية الدور قد الذي قد تلعبه العوامل الثقافية للمرأة الريفية في نوع الرضاعة الذي تمارسه على آخر مواليدها.

من الناحية الاجتماعية، فإننا نلاحظ -بدءاً بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية- أنّ الرضاعة غير الحصرية ترتفع لدى الأسر الممتدة بنسبة 58,6%، بالمقارنة مع الأسر النووية، حيث قُدّرت بـ48,7%، هذا الأمر يمكن تفسيره بانشغال الأم

داخل الأسرة الكبيرة والذي يعيق دورها في إرضاع مولودها وبالتالي قد تضطر إلى تزويده بالحليب الصناعي ومن ثمّ عدم حصوله على رضاعة طبيعية خالصة، في حين ترتفع نسبة الرضاعة الحصرية لدى هذا النوع الأخير من الأسر –النووية–، والتي قُدِّرَت بـ51,3% مقابل 41,4% لدى الأسر الممتدة.

وإذا انتقلنا للحديث عن بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، فنلاحظ أنّ نسبة الرضاعة غير الحصرية ترتفع في البيئة الملائمة، حيث سجّلت نسبة 59,3%، مقابل 49,5% لدى الأمهات اللاتي يسكن في بيئة غير ملائمة، في حين ترتفع نسبة الرضاعة الحصرية والخالصة لدى الأمهات في البيئة غير الملائمة، والتي قُدِّرَت بـ50,5% مقابل 40,7% لدى الأمهات اللاتي يقطن في بيئة ملائمة. يمكن تفسير هذه النسب بكون البيئة غير الملائمة للمسكن تعكس الفقر والعوز وبالتالي اقتصار الأم الريفية على لبنها الخالص أثناء إرضاع مولودها دون اللجوء إلى إدراج إضافات أخرى، هذا الأمر يدفعنا للتفكير بوجود علاقة بين العوامل الاجتماعية للمرأة الريفية ونوع الرضاعة الذي تمارسه على مولودها.

أمّا عن الجانب الاقتصادي للمرأة الريفية، فالملاحَظ –إذا ألقينا الضوء على الحالة الفردية للأمهات– أنّ الرضاعة غير الحصرية ترتفع لدى الموظفات بنسبة 67,4%، مقابل 51,2% لدى المبحوثات غير الموظفات، ممّا يعكس صعوبة التوفيق بين عمل الأم خارج البيت وأداء واجبها الأسري تجاه مولودها. في حين صرّحت هذه الفئة الأخيرة –غير الموظفة– بنسبة 48,8% بممارسة الرضاعة الطبيعية بشكل حصري خالي من أي إضافات، مقابل 32,6% من فئة الأمهات الموظفات. من خلال هذه النسب يمكننا القول بوجود علاقة بين الحالة الفردية للأم الريفية ونوع الرضاعى الذي تمارسه على آخر مواليدها.

وإذا اتجهنا إلى المستوى المعيشي –من خلال إلقاء نظرة على مؤشر الثروة الخماسي– فنلاحظ أن أعلى نسبة في ممارسة الرضاعة غير الحصرية سجّلت لدى المستوى الأكثر غنى، والتي قدّرت بـ62%، وتتناقص بتراجع مؤشر الثروة الخماسي، لتصل إلى 57,8% لدى الفئة الفقيرة و42,9% لدى فئة الأمهات الأكثر فقرًا، في حين سجّلت هذه الفئة الأخيرة أعلى نسبة في ممارسة الرضاعة الخالصة، والتي قُدّرت بـ57,1%، وعرفت هذه النسبة تراجعًا ملحوظًا بتزايد مستوى مؤشر الثروة الخماسي، لتصل إلى 42,7% لدى الفئات الغنية و38% لدى المستوى الأكثر غنى، ممّا يدفعنا بالقول أنّ مؤشر الثروة الخماسي قد يلعب دورا في تحديد نوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية على مولودها.

جدول رقم (8–30): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			نوع الرضاعة		المجموع
			غير حصرية	حصرية	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	164	180	344
		النسب المئوية %	47,7%	52,3%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	195	210	405
		النسب المئوية %	48,1%	51,9%	100,0%
	متوسط	التكرارات	346	348	694
		النسب المئوية %	49,9%	50,1%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	215	186	401
		النسب المئوية %	53,6%	46,4%	100,0%
	جامعي	التكرارات	197	99	296
		النسب المئوية %	66,6%	33,4%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**1117**	**1023**	**2140**
		النسب المئوية %	**52,2%**	**47,8%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	483	491	974
		النسب المئوية %	49,6%	50,4%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	466	348	814
		النسب المئوية %	57,2%	42,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**949**	**839**	**1788**
		النسب المئوية %	**53,1%**	**46,9%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	397	281	678
		النسب المئوية %	58,6%	41,4%	100,0%
	نووية	التكرارات	587	619	1206
		النسب المئوية %	48,7%	51,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**984**	**900**	**1884**
		النسب المئوية %	**52,2%**	**47,8%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	660	673	1333
		النسب المئوية %	49,5%	50,5%	100,0%
	ملائم	التكرارات	341	234	575
		النسب المئوية %	59,3%	40,7%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**1001**	**907**	**1908**
		النسب المئوية %	**52,5%**	**47,5%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	87	42	129
		النسب المئوية %	67,4%	32,6%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	1030	980	2010
		النسب المئوية %	51,2%	48,8%	100,0%

	المجموع	**التكرارات**	**1117**	**1022**	**2139**
		النسب المئوية %	**52,2%**	**47,8%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	**أكثر فقرا**	**التكرارات**	367	488	855
		النسب المئوية %	42,9%	57,1%	100,0%
	فقير	**التكرارات**	369	269	638
		النسب المئوية %	57,8%	42,2%	100,0%
	متوسط	**التكرارات**	203	141	344
		النسب المئوية %	59,0%	41,0%	100,0%
	غني	**التكرارات**	121	90	211
		النسب المئوية %	57,3%	42,7%	100,0%
	أكثر غنى	**التكرارات**	57	35	92
		النسب المئوية %	62,0%	38,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**1117**	**1023**	**2140**
		النسب المئوية %	**52,2%**	**47,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.3. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية بنوع الرضاعة:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ونوع الرضاعة الذي تمارسه على آخر مولود لها –حصرية كانت، تكتفي من خلالها بإرضاع مولودها لبنها الخالص أو غير حصرية بإدخالها موادًا أخرى غير لبن الأم– لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بنوع الرضاعة، والذي نستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول – اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بنوع الرضاعة الذي تمارسه المرأة الريفية على آخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

H1: تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ونوع الرضاعة، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	1317	68,0
	Observations manquantes	621	32,0
	Total	1938	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		1938	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 68,0% من حجم العينة والمقدرة بـ 1317 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بنوع الرضاعة الذي تمارسنه (حصريا أو غير حصري).

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
غير حصرية	0
حصرية	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بنوع الرضاعة الحصري و0 للأمهات اللاتي صرحن بنوع الرضاعة غير الحصري.

يتعامل الانحدار اللوجستي مع المستويات التعليمية بطريقة تختلف عن بقية المتغيرات الأخرى غير فئوية الترتيب، فقد تمّت إعادة ترميز متغير المستوى التعليمي لأنه متغير ترتيبي فئوي، ولذلك فإنّه يفضَّل اختيار حالة مرجعية من حالات المستوى التعليمي، يتمّ قياس الحالات الأخرى معها، وباعتماد الطريقة الافتراضية في برنامج SPSS التي تأخذ الحالة المرجعية كآخر حالة من حالات المتغير الترتيبي، فقد تمّ اختيار المستوى التعليمي العالي، وعليه سوف يتم مقارنته مع الفئات الجديدة التي اعتمها النموذج.

Codages des variables catégorielles

		Fréquence	Codage de paramètre (1)	(2)	(3)	(4)
المستوى التعليمي	بدون مستوى	64	1,000	,000	,000	,000
	ابتدائي	312	,000	1,000	,000	,000
	متوسط	508	,000	,000	1,000	,000
	ثانوي	266	,000	,000	,000	1,000
	جامعي	167	,000	,000	,000	,000

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions: نوع الرضاعة حصرية	غير حصرية	Pourcentage correct
Pas 0	نوع الرضاعة	حصرية	0	709	,0
		غير حصرية	0	812	100,0
Pourcentage global					53,4

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 53,4% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الرضاعة، ما عدا السؤال المتعلق بنوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بالرضاعة "غير الحصرية" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بالرضاعة "الحصرية"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-,136	,051	6,954	1	,008	,873

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل السوسيو ثقافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي خارج المعادلة، ونظرا لأن معظمها دال إحصائيًا عند القيمة 0,05 التي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، ما عدا المستوى التعليمي الثانوي، والذي يمثل الفئة التصنيفية الرابعة، الذي قدّر مستوى الدلالة المعنوي عنده بـ 0,511 وهو أكبر من 0,05 التي تشمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، بالتالي يمكن استبعاده من النموذج.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	المستوى التعليمي	20,683	4	,000
	بدون مستوى	,488	1	,045
	ابتدائي	,142	1	,007
	متوسط	9,089	1	,003
	ثانوي	,432	1	,511
	المستوى الثقافي	7,638	1	,006
	نوع الأسرة	16,234	1	,000
	بيئة المسكن	14,377	1	,000
	الحالة الفردية	4,208	1	,040
	مؤشر الثروة الخماسي	25,550	1	,000
	Statistiques générales	57,154	9	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الثالثة بقيمة 2044,030، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 03,8% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل السوسيو اقتصادية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 05,0% من التفسير للعوامل السوسيو ثقافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	2044,030[a]	,038	,050

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 3, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل السوسيو اقتصادية والمتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي، نلاحظ أن النموذج قد عرف تغيّراً طفيفا، حيث أضاف 364 مبحوثة لجهة الرضاعة "الحصرية" بدل الرضاعة "غير الحصرية"، لتتغيّر النسبة إلى 58,8%.

Table de classification[a]

Observé			Prévisions		
			نوع الرضاعة		Pourcentage correct
			حصرية	غير حصرية	
Pas 1	نوع الرضاعة	حصرية	364	345	65,3
		غير حصرية	282	530	51,3
Pourcentage global					58,8

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	المستوى التعليمي			9,466	4	,045	
	بدون مستوى	,407	,338	1,448	1	,023	1,502
	ابتدائي	,343	,213	2,593	1	,011	1,409
	متوسط	,568	,194	8,526	1	,004	1,765
	ثانوي	,351	,198	3,139	1	,076	1,420
	المستوى الثقافي	-,048	,117	,171	1	,680	,953
	نوع الأسرة	,458	,110	17,302	1	,000	1,581
	بيئة المسكن	-,178	,125	2,030	1	,154	,837
	الحالة الفردية	-,109	,248	,195	1	,006	,896
	مؤشر الثروة الخماسي	-,175	,054	10,398	1	,001	,839
	Constante	-,147	,464	,100	1	,752	,864

a. Introduction des variables au pas 1: المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية، مؤشر الثروة الخماسي.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = -1{,}147 + 0{,}407_{x_1^1} + 0{,}343_{x_1^2} + 0{,}568_{x_1^3} + 0{,}458_{x2} - 0{,}109_{x3} - 0{,}147_{x_4}$$

حيث: ♦ X_1^1: الفئة التصنيفية الأولى للمستوى التعليمي للأم؛ ♦ X_1^2: الفئة التصنيفية الثانية للمستوى التعليمي للأم؛

♦ X_1^3: الفئة التصنيفية الثالثة للمستوى التعليمي للأم؛ ♦ X_2: نوع الأسرة؛ ♦ X_3: الحالة الفردية للأم؛

♦ X_4: مؤشر الثروة الخماسي؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ نوع الرضاعة.

من خلال معلمات النموذج نلاحظ أن بقية العامة للمستوى التعليمي دالة لأنها أصغر من 0,05 (أي sig=0,045)، ونلاحظ وجود دلالة احصائية لدى بعض الفئات التصنيفية؛ الأولى، الثانية والثالثة في النموذج من الحالات المعتمدة للمقارنة بالفئة المرجعية، بالتالي قبول المستوى التعليمي كمؤثر في احتمال إرضاع الأم رضاعة حصرية لآخر مولود لها، فكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الأولى من المستوى التعليمي (بدون مستوى) كلما ارتفع مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,407، وعليه يمكن القول أنّ احتمال إرضاع الأم رضاعة حصرية لآخر مولود لها يرتفع بـ 0,502 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمنثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثانية من المستوى التعليمي (ابتدائي) كلما ارتفع مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,343، وعليه يمكن القول أنّ احتمال إرضاع الأم رضاعة حصرية لآخر مولود لها يرتفع بـ 0,409 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمنثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثالثة من المستوى التعليمي (متوسط) كلما ارتفع مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,568، وعليه يمكن القول أنّ احتمال إرضاع الأم رضاعة حصرية لآخر مولود لها يرتفع بـ 1,765 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

أمّا بالنسبة لنوع الأسرة، فنلاحظ وجود علاقة طردية بين احتمال إرضاعها رضاعة حصرية لآخر مولود لها ونوع الأسرة الذي تنتمي إليه، حيث كلما انتقنا من الأسرة "النووية" إلى الأسرة "الممتدة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,458، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,000)، فإنّه يمكننا القول بأنه كلما انتقنا من الأسرة "النووية" إلى الأسرة "الممتدة" فإنّ أنّ احتمال إرضاع الأم رضاعة حصرية لآخر مولود لها يرتفع بـ 1,581 مرة.

أمّا بالنسبة للحالة الفردية للأم فنلاحظ وجود علاقة عكسية بينها وبين احتمال إرضاع الأم رضاعة حصرية لآخر مولود لها، حيث كلما انتقنا من الحالة "غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,109، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,006)، فإنّه يمكن القول بأنه كلما انتقلنا من الحالة"غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" فإنّ احتمال إرضاع الأم رضاعة حصرية لآخر مولود لها ينخفض بـ 0,896 مرة.

أمّا عن مؤشر الثروة الخماسين فمن المحتمل أن يكون له دور في تحديد نوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية في الجزائر، إذ نلاحظ وجود علاقة عكسية بينه وبين احتمال إرضاع الأم رضاعة حصرية لآخر مولود لها، بحيث كلما ارتفع مؤشر الثروة الخماسي درجة واحدة، كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,147، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,001)، فإنّه يمكن القول بأنه كلما ارتفع مؤشر الثروة الخماسي درجة واحدة فإنّ احتمال إرضاع الأم رضاعة حصرية لآخر مولود لها ينخفض بـ 0,839 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

- ✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في الرضاعة الطبيعية لديها.**

IV. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في تنظيم الأسرة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية –المتمثلة في المستوى التعليمي للأم، المستوى الثقافي، نوع الأسرة الذي تنتمي إليه، بيئة المسكن الذي تقطنه، حالتها الفردية ومؤشر الثروة الخماسي– في استعمال وسائل منع الحمل، نوع الوسيلة التي تستعملها في تنظيم أسرتها، بالإضافة إلى سنها عند أول استعمال لهذه الوسائل.

1. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في استعمال وسائل منع الحمل:

1.1. توزيع المبحوثات حسب استعمال وسائل منع الحمل والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8–31) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب استعمالها لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية– أن أغلبية الأمهات يستعملن وسائل منع الحمل لتنظيم ولادتهن–بدءاً بالمستوى التعليمي للأمهات، بنسبة 68,2% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 3935 أمّا ريفية، مقابل 31,8% ممن صرّحن بعدم استعمال وسائل منع الحملن ما يوافق 1832 أمّا ريفية،كما يلاحظ ارتفاع في نسبة استعمال موانع الحمل لدى مستويات التعليم الثانوية والجامعية، والتي قدرت بـ72,7% و72,1% على التوالي، وتنخفض هذه النسب بانخفاض المستوى التعليمي للأمهات، لتصل إلى 69,6% لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط، و62,2%من مجمل الأمهات بدون مستوى تعليمي كأدنى قيمة، بالمقابل سجّلت أعلى نسبة لعدم استعمال وسائل منع الحمل لدى هذه الفئة من الأمهات، والتي قُدّرت بـ37,8%، والتي تتناقص بزيادة المستوى التعليمي لهن، حيث قدّرت بـ27,3% و27,9% لدى المستوى التعليمي الثانوي والجامعي على التوالي.

فيما يتعلق بالمستوى الثقافي، نلاحظ أنّ نسبة استعمال وسائل منع الحمل ترتفع لدى الأمهات المثقفات، والتي قُدِّرَت بـ72,7%، مقابل 67,9% من مجمل المبحوثات غير المثقفات، في حين سجّلت نسبة 27,3% لدى المبحوثات المثقفات اللاتي صرّحن بعد استعمال وسائل منع الحمل، وهي أقل من نسبة الأمهات غير المثقفات، والتي قُدِّرَت بـ32,1%، ما يوافق 818 مبحوثة. من هنا يمكننا التفكير بأهمية الدور قد الذي تلعبه العوامل الثقافية للمرأة الريفية في استعمالها لوسائل منع الحمل.

بالنسبة للعوامل الاجتماعية، فإننا نلاحظ –بدءاً بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية– أنّ استعمال وسائل منع الحمل يرتفع لدى الأسر الممتدة بنسبة 72%، بالمقارنة مع الأسر النووية، حيث قُدّرت بـ66,3%، في حين ترتفع نسبة عدم الاستعمال لدى هذه الأسر، حيث قُدِّرَت بـ33,7% مقابل 28% لدى الأسر الممتدة.

وإذا اتجهنا للحديث عن بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، فنلاحظ أنّ نسبة استعمال وسائل منع الحمل ترتفع عند البيئة غير الملائمة، حيث سجّلت نسبة 68,2% ما يوافق 2473 مبحوثة، مقابل 67,5% لدى الأمهات اللاتي يسكن في بيئة ملائمة ما يوافق 1223 مبحوثة. في حين ترتفع نسبة عدم الاستعمال لدى الأمهات في البيئة الملائمة، والتي قُدِّرَت بـ32,5% مقابل 31,8% لدى الأمهات اللاتي يقطن في بيئة غير ملائمة، هذا الأمر يدفعنا للتفكير بعدم وجود علاقة للعوامل الاجتماعية للمرأة الريفية باستعمال وسائل منع الحمل.

أمّا عن الجانب الاقتصادي للمرأة الريفية، فالملاحَظ –بدءاً بالحالة الفردية للأمهات– أنّ كلا الصنفين يلجأ إلى استعمال وسائل منع الحمل لكن بنسب متفاوتة، حيث قدّرت نسبة 68,3% لدى الأمهات غير الموظفات ما يوافق 3714 مبحوثة، في حين قدّرت نسبة 67% لدى المبحوثات الموظفات ما يوافق 221 مبحوثة، هذه الفئة الأخيرة التي صرّحت بنسبة 33% بعدم استعمالها لوسائل منع الحمل، مقابل 31,7% من فئة الأمهات غير الموظفات. فرغم أهمية الدور الذي تلعبه المرأة الموظفة في بناء الأسرة بالإضافة إلى أهم أدوارها –والمتمثل في الأمومة– إلا أنّه تبيّن لنا –من خلال هذ النسب– عم تأثير الوضعية المهنية للمرأة الريفية في استعمالها لوسائل منع الحمل.

جدول رقم (8–31): توزيع المبحوثات الريفيات حول استعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			استعمال وسائل منع الحمل		المجموع
			تستعمل	لا تستعمل	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	850	517	1367
		النسب المئوية %	62,2%	37,8%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	886	413	1299
		النسب المئوية %	68,2%	31,8%	100,0%
	متوسط	التكرارات	1175	513	1688
		النسب المئوية %	69,6%	30,4%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	677	254	931
		النسب المئوية %	72,7%	27,3%	100,0%
	جامعي	التكرارات	347	135	482
		النسب المئوية %	72,1%	27,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**3935**	**1832**	**5767**
		النسب المئوية %	**68,2%**	**31,8%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	1733	818	2551
		النسب المئوية %	67,9%	32,1%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	1294	487	1781

		النسب المئوية %	72,7%	27,3%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**3027**	**1305**	**4332**
		النسب المئوية %	**69,9%**	**30,1%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	1131	440	1571
		النسب المئوية %	72,0%	28,0%	100,0%
	نووية	التكرارات	2529	1287	3816
		النسب المئوية %	66,3%	33,7%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**3660**	**1727**	**5387**
		النسب المئوية %	**67,9%**	**32,1%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	2473	1153	3626
		النسب المئوية %	68,2%	31,8%	100,0%
	ملائم	التكرارات	1223	588	1811
		النسب المئوية %	67,5%	32,5%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**3696**	**1741**	**5437**
		النسب المئوية %	**68,0%**	**32,0%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	221	109	330
		النسب المئوية %	67,0%	33,0%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	3714	1722	5436
		النسب المئوية %	68,3%	31,7%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**3935**	**1831**	**5766**
		النسب المئوية %	**68,2%**	**31,8%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	أكثر فقرا	التكرارات	1577	712	2289
		النسب المئوية %	68,9%	31,1%	100,0%
	فقير	التكرارات	1070	524	1594
		النسب المئوية %	67,1%	32,9%	100,0%
	متوسط	التكرارات	684	336	1020
		النسب المئوية %	67,1%	32,9%	100,0%
	غني	التكرارات	422	187	609
		النسب المئوية %	69,3%	30,7%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	182	73	255
		النسب المئوية %	71,4%	28,6%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**3935**	**1832**	**5767**
		النسب المئوية %	**68,2%**	**31,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

أمّا إذا انتقلنا إلى المستوى المعيشي، فنلاحظ أن نسبة استعمال هذه الوسائل ترتفع لدى المستويات الغنية، والتي قدّرت بـ69,3% لدى الفئة الغنية و71,4% لدى الفئة الأكثر غنى –كأقصى قيمة– في حين تتقارب النسب لدى بقية المستويات،

حيث سُجّلت 67,1% لدى الفئة المتوسطة والفقيرة و68,9% لدى الأمهات الأكثر فقراً. في حين عرفت الفئة الأكثر غنى أضعف نسبة في عدم الاستعمال، والتي قُدّرت بـ28,6% فت أعلى القيم لدى الفئات المتوسطة وما دونها والتي قدّرت بـ32,9% لدى المستوى المتوسط والفقير و31,1% لدى المستوى الأكثر فقراً، ممّا يدفعنا بالقول أنّ مؤشر الثروة الخماسي قد يلعب دورا في استعمال الأم الريفية لوسائل منع الحمل.

2.1. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية باستعمال وسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لوسائل منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص باستعمال وسائل منع الحمل، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باستعمال المرأة الريفية لوسائل منع الحمل بهدف تنظيم نسلها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في استعمال وسائل منع الحمل.

H1: تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في استعمال وسائل منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية واستعمالها لوسائل منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	3218	55,0
	Observations manquantes	2633	45,0
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 55,0% من حجم العينة والمقدرة بـ 3281 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة باستعمال وسائل منع الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا تستعمل	0
تستعمل	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن باستعمال وسائل منع الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم استعمالها.

يتعامل الانحدار اللوجستي مع المستويات التعليمية بطريقة تختلف عن بقية المتغيرات الأخرى غير فئوية الترتيب، فقد تمّت إعادة ترميز متغير المستوى التعليمي لأنه متغير ترتيبي فئوي، ولذلك فإنّه يفضَّل اختيار حالة مرجعية من حالات المستوى التعليمي، يتمّ قياس الحالات الأخرى معها، وباعتماد الطريقة الافتراضية في برنامج SPSS التي تأخذ الحالة المرجعية كآخر حالة من حالات المتغير الترتيبي، فقد تمّ اختيار المستوى التعليمي العالي، وعليه سوف يتم مقارنته مع الفئات الجديدة التي اعتمها النموذج.

Codages des variables catégorielles

		Fréquence	Codage de paramètre (1)	(2)	(3)	(4)
المستوى التعليمي	بدون مستوى	197	1,000	,000	,000	,000
	ابتدائي	877	,000	1,000	,000	,000
	متوسط	1230	,000	,000	1,000	,000
	ثانوي	619	,000	,000	,000	1,000
	جامعي	295	,000	,000	,000	,000

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل		Pourcentage correct
			تستعمل	لا تستعمل	
Pas 0	استعمال وسائل منع الحمل	تستعمل	2753	0	100,0
		لا تستعمل	1209	0	,0
	Pourcentage global				69,5

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 69,5% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع وسائل منع الحمل، ما عدا السؤال المتعلق باستعمال وسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية ن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "تستعمل" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لا تستعمل"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	,823	,035	569,260	1	,000	2,278

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل السوسيو ثقافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي خارج المعادلة، ونظرا لأن بعضها دال إحصائيًا عند القيمة 0,05 التي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، حيث أنّ sig=0,001 (بدون مستوى تعليمي)، والذي يمثل الفئة التصنيفية الأولى، sig=0,030 (مستوى ابتدائي)، والذي يمثل الفئة التصنيفية الثانية، sig=0,000 (المستوى الثقافي)، sig=0,000 (نوع الأسرة)، sig=0,047 (بيئة المسكن)، وsig=0,036 (الحالة الفردية)، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، ما عدا المستوى التعليمي المتوسط، ، والذي يمثل الفئة التصنيفية الثالثة، والمستوى التعليمي الثانوي، والذي يمثل الفئة التصنيفية الرابعة، أين قدّرت الدلالة المعنوي عندهما بـ 0,979 و0,064 على التوالي، ومؤشر الثروة الخماسي، حيث قدذرت بـ 0,367، وهي أكبر من 0,05 التي تثمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، بالتالي يمكن استبعادها من النموذج.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	المستوى التعليمي	17,670	4	,001
	بدون مستوى	10,958	1	,001
	ابتدائي	2,287	1	,030
	متوسط	,001	1	,979
	ثانوي	3,443	1	,064
	المستوى الثقافي	15,647	1	,000
	نوع الأسرة	13,268	1	,000
	بيئة المسكن	3,951	1	,047
	الحالة الفردية	2,383	1	,036
	مؤشر الثروة الخماسي	,814	1	,367
	Statistiques générales	50,254	9	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 4823,736، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 01,3% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل السوسيو اقتصادية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 01,8% من التفسير للعوامل السوسيو اقتصادية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	4823,736[a]	,013	,018

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل السوسيو اقتصادية والمتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي، نلاحظ أن النموذج قد عرف تغيّراً طفيفا، حيث أضاف 07 مبحوثات لجهة عدم استعمال وسائل منع الحمل "لا تستعمل" بدل "تستعمل"، لتتغيّر النسبة إلى 69,3%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل		
	Observé		تستعمل	لا تستعمل	Pourcentage correct
Pas 1	استعمال وسائل منع الحمل	تستعمل	2747	7	99,8
		لا تستعمل	1208	1	,1
	Pourcentage global				69,3

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	المستوى التعليمي			13,465	4	,009	
	بدون مستوى	-,702	,212	10,991	1	,001	,496
	ابتدائي	-,257	,152	2,871	1	,006	,773
	متوسط	-,206	,144	2,039	1	,153	,814
	ثانوي	-,092	,148	,391	1	,532	,912
	المستوى الثقافي	,290	,080	13,100	1	,000	1,337
	نوع الأسرة	-,242	,077	9,855	1	,002	,785
	بيئة المسكن	-,144	,080	3,220	1	,038	,866
	الحالة الفردية	,271	,148	3,330	1	,008	1,311
	مؤشر الثروة الخماسي	,042	,034	1,449	1	,029	,959
	Constante	,705	,290	5,891	1	,015	2,024

a. Introduction des variables au pas 1: مؤشر الثروة الخماسي، الحالة الفردية، بيئة المسكن، نوع الأسرة، المستوى الثقافي، المستوى التعليمي.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = 0,705 - 0,702_{x_1^1} - 0,257_{x_1^2} + 0,290_{x2} - 0,242_{x3} - 0,144_{x_4} + 0,271_{x_5} + 0,042_{x_6}$$

حيث: ♦ X_1^1: الفئة التصنيفية الأولى للمستوى التعليمي للأم؛ ♦ X_1^2: الفئة التصنيفية الثانية للمستوى التعليمي للأم؛

♦ X_2: المستوى الثقافي للأم؛ ♦ X_3: نوع الأسرة؛ ♦ X_4: بيئة المسكن؛ ♦ X_5: الحالة الفردية للأم؛

♦ X_6: مؤشر الثروة الخماسي؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ استعمال وسائل منع الحمل.

من خلال معلمات النموذج نلاحظ أنّ [illegible] أصغر من 0,05 (أي sig=0,009)، ونلاحظ وجود دلالة احصائية لدى بعض الفئات التصنيفية؛ الأولى والثانية في النموذج من الحالات المعتمدة للمقارنة بالفئة المرجعية، بالتالي قبول المستوى التعليمي كمؤثر في احتمال استعمال وسائل منع الحمل، فكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الأولى من المستوى التعليمي (بدون مستوى) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,702، وعليه يمكن القول أنّ احتمال استعمال وسائل منع الحمل ينخفض بـ 0,496 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثانية من المستوى التعليمي (ابتدائي) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,257، وعليه يمكن القول أنّ احتمال استعمال وسائل منع الحمل ينخفض بـ 0,773 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

أمّا بالنسبة للمستوى الثقافي، فنلاحظ وجود علاقة طردية بين احتمال استعمال وسائل منع الحمل والمستوى الثقافي للأم، حيث كلما انتقنا من المستوى "غير مثقفة" إلى المستوى "مثقفة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,290، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,000)، فإنّه يمكننا القول بأنه كلما انتقنا من المستوى "غير مثقفة" إلى المستوى "مثقفة" فإنّ احتمال استعمال وسائل منع الحمل يرتفع بـ 1,337 مرة.

أمّا بالنسبة لنوع الأسرة، فنلاحظ وجود علاقة عكسية بين احتمال استعمال وسائل منع الحمل ونوع الأسرة الذي تنتمي إليه، حيث كلما انتقنا من الأسرة "النووية" إلى الأسرة "الممتدة" كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,242، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,002)، فإنّه يمكننا القول بأنه كلما انتقنا من الأسرة "النووية" إلى الأسرة "الممتدة" فإنّ أنّ احتمال استعمال وسائل منع الحمل ينخفض بـ 0,785 مرة.

أمّا بالنسبة لبيئة المسكن، فنلاحظ وجود علاقة عكسية بين احتمال استعمال وسائل منع الحمل وبيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، حيث كلما انتقنا من بيئة "غير ملائمة" إلى بيئة "ملائمة" كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,144، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,038)، فإنّه يمكننا القول بأنه كلما انتقنا من بيئة "غير ملائمة" إلى بيئة "ملائمة" فإنّ أنّ احتمال استعمال وسائل منع الحمل ينخفض بـ 0,866 مرة.

أمّا عن الحالة الفردية للأم فنلاحظ وجود علاقة طردية بينها وبين احتمال استعمال وسائل منع الحمل، حيث كلما انتقنا من الحالة "غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,271، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,008)، فإنّه يمكن القول بأنه كلما انتقلنا من الحالة"غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" فإنّ احتمال استعمال وسائل منع الحمل يرتفع بـ 1,311 مرة.

أمّا عن مؤشر الثروة الخماسي، فمن المحتمل أن يلعب دوراً في احتمال استعمال وسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية، إذ نلاحظ وجود علاقة طردية بينه وبين احتمال استعمال وسائل منع الحمل، بحيث كلما ارتفع مؤشر الثروة الخماسي درجة واحدة، كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,042، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,029)، فإنّه يمكن القول بأنه كلما ارتفع مؤشر الثروة الخماسي درجة واحدة فإنّ احتمال استعمال وسائل منع الحمل يرتفع بـ 0,959 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر

في احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل.

2. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في وسيلة منع الحمل المستعملة:

حسب ما صرّحت به معظم المبحوثات في العينة، فإنّ حبوب منع الحمل تمثل أكثر وسائل تنظيم الأسرة المستعملة من طرف المرأة الريفية في الجزائر، لذا قمنا باختيارها كوسيلة مثلى ليتم اختبار احتمال استعمالها بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

1.2. توزيع المبحوثات حسب احتمال استعمال حبوب منع الحمل والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8-32) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب استعمالهن لحبوب منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية- أن أغلبية الأمهات يستعملن حبوب منع الحمل لتنظيم ولاداتهن -بدءاً بالجانب المعرفي للأمهات، ومن حيث مستواهن التعليمي- بنسبة 99,9% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 3044 أمّا ريفية، كما يلاحظ تقارب في نسبة استعمال حبوب منع الحمل من طرف الأمهات الريفيات في الجزائر باختلاف المستويات التعليمية لهن، فهي تنحصر بين 99,8% -كأدنى قيمة لها- لدى المستوى التعليمي المتوسط، 99,9% لدى المستوى التعليمي الابتدائي والأمهات بدون مستوى تعليمي، و100% لدى المستوى التعليمي الثانوي والجامعي.وكذلك الأمر بالنسبة للمستوى الثقافي، فإن نسب استعمال حبوب منع الحمل تبقى مرتفعة جدّا، وتتراوح بين 99,9% لدى الأمهات غير المثقفات كأدنى قيمة، و100% كأقصى قيمة لدى الأمهات المثقفات. ممّا يدفعنا بالقول بعدم وجود تأثير للعوامل الثقافية للمرأة الريفية في الجزائر على اختيارها لحبوب منع الحمل كوسيلة لتنظيم ولاداتها.

وفيما يخص العوامل الاجتماعية، فلا تلاحظ فروق في النسب -بدءاً بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية- حيث أنّ 99,8% من الأمهات في الاسر النووية تعتمد الحبوب كوسيلة لتنظيم ولاداتها، و100% منهن في الأسر الممتدة يعتمدنها لنفس الأغراض، وكذلك المر بالنسبة لبيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، فقد سُجّلت نسبة 100% و99,8% للبيئتين الملائمة وغير الملائمة على التوالي، ممّا يدفعنا للتفكير بعدم تأثير هذه العوامل في تنظيم الولادات لدى المرأة الريفية في الجزائر باستعمال حبوب منع الحمل.

تبقى نفس النسبة المرتفعة مسجلة فيما يتعلق بالعوامل الاقتصادية، فالملاحظ أنّه -باخلاف الحالة الفردية للأمهات- تتقارب النسب، والتي قدّرت بـ99,9% و100% لدى المبحوثات غير الموظفات والموظفات على التوالي، ونفسها سجّلت بالنسبة لمؤشر الثروة الخماسي، أين نجد 99,9% لدى المستويات المعيشية الفقيرة والأكثر فقرا، و100% لدى المستويات المتوسطة، الغنية والأكثر غنى. من هنا يمكننا القول بعدم تأثير العوامل الاقتصادية للأم الريفية في استعمالها لحبوب منع الحمل

بهدف تنظيم أسرها من حيث عدد ولاداتها. وعليه يمكننا التفكير بعدم وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية بالجزائر واستعمالها لحبوب منع الحمل.

جدول رقم (8–32): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول استعمال حبوب منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			استعمال حبوب منع الحمل		المجموع
			تستعمل	لا تستعمل	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	727	1	728
		النسب المئوية %	99,9%	0,1%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	697	1	698
		النسب المئوية %	99,9%	0,1%	100,0%
	متوسط	التكرارات	922	2	924
		النسب المئوية %	99,8%	0,2%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	471	0	471
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	جامعي	التكرارات	227	0	227
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**3044**	**4**	**3048**
		النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	1397	2	1399
		النسب المئوية %	99,9%	0,1%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	876	0	876
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**2273**	**2**	**2275**
		النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	912	0	912
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	نووية	التكرارات	1922	4	1926
		النسب المئوية %	99,8%	0,2%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**2834**	**4**	**2838**
		النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	2060	4	2064
		النسب المئوية %	99,8%	0,2%	100,0%
	ملائم	التكرارات	810	0	810
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	**2870**	**4**	**2874**
		النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**

144	0	144	التكرارات	موظفة	الحالة الفردية
100,0%	0,0%	100,0%	النسب المئوية %		
2904	3	2901	التكرارات	غير موظفة	
100,0%	0,1%	99,9%	النسب المئوية %		
3048	**3**	**3045**	التكرارات	المجموع	
100,0%	**0,1%**	**99,9%**	النسب المئوية %		
1386	2	1384	التكرارات	أكثر فقرا	مؤشر الثروة الخماسي
100,0%	0,1%	99,9%	النسب المئوية %		
844	1	843	التكرارات	فقير	
100,0%	0,1%	99,9%	النسب المئوية %		
461	0	461	التكرارات	متوسط	
100,0%	0,0%	100,0%	النسب المئوية %		
253	0	253	التكرارات	غني	
100,0%	0,0%	100,0%	النسب المئوية %		
104	0	104	التكرارات	أكثر غنى	
100,0%	0,0%	100,0%	النسب المئوية %		
3048	**3**	**3045**	التكرارات	المجموع	
100,0%	**0,1%**	**99,9%**	النسب المئوية %		

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.2. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية باستعمال حبوب منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لحبوب منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص باستعمال حبوب منع الحمل، والذي يُستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال استعمال حبوب منع الحمل بهدف تنظيم الأسرة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل.

H1: تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لحبوب منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	1732	51,7
	Observations manquantes	1619	48,3
	Total	3351	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		3351	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 51,7% من حجم العينة والمقدرة بـ 1732 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرّحن باستعمال حبوب منع الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا تستعمل	0
تستعمل	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 0 للمبحوثات اللاتي صرحن بعدم استعمالهن لحبوب منع الحمل و1 للأمهات اللاتي صرّحن باستعمال حبوب منع الحمل.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي الذي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	المستوى التعليمي			,632	4	,959	
	بدون مستوى	-,584	4608,699	,000	1	1,000	,558
	ابتدائي	-15,151	2170,707	,000	1	,994	,000
	متوسط	-16,442	2170,707	,000	1	,994	,000
	ثانوي	-1,613	2596,404	,000	1	1,000	,199
	المستوى الثقافي	1,645	2,318	,504	1	,478	5,182
	نوع الأسرة	-14,701	1284,099	,000	1	,991	,000
	بيئة المسكن	14,455	1205,369	,000	1	,990	1895792,938
	الحالة الفردية	4,546	2,380	3,649	1	,056	94,290
	مؤشر الثروة الخماسي	,389	,954	,166	1	,684	1,475
	Constante	26,515	2522,081	,000	1	,992	3275487,983

a. Introduction des variables au pas 1: مؤشر الثروة الخماسي، الحالة الفردية، بيئة المسكن، نوع الأسرة، المستوى الثقافي، المستوى التعليمي.

بما أن قيمة الدلالة sig –في مجملها– أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنه يمكننا أن نرفض الفرضية البديلة ونقبل الفرضية الصفرية التي تنفي وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لحبوب منع الحمل لتنظيم أسرتها.

3. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل:

1.3. توزيع المبحوثات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8-33) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية– أن أغلبية الأمهات بدأن في استعمال وسائل منع الحمل لأول مرة في الفئة العمرية 20–29 سنة –بدءاً بالمستوى التعليمي– بنسبة 73% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 2857 أم ريفية، تليها الفئة العمرية 30–39 سنة بنسبة 18% ما يوافق 705 مبحوثة، وتشهد الفئات الصغرى والكبرى –الأقل من 20 سنة و40 سنة فأكثر– أقل النسب، والتي قدّرت بـ 7,2% و1,7% على التوالي، هذا ويلاحَظ ارتفاع نسبة الأمهات اللاتي استعملن موانع الحمل لأول مرة في الفئة العمرية 20–29 سنة عند مختلف المستويات التعليمية بالمقارنةمع باقي الفئات العمرية، مع وجود تباين بينها في الفئة المذكورة سالفًا، حيث لوحظت أعلى نسبة لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي والجامعي، والتي قدرت بـ78% و76,4% على التوالي، وتعرف هذه النسب تراجعا ملحوظا بتراجع المستوى التعليمي، لتصل إلى 69,8% لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، و67,8% –كأدنى قيمة– لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي. في حين نجد أنّ أكثر فئة استعملت وسائل منع الحمل عند السن 30–39 سنةن تتمثل في الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي بنسبة 23,1%، ووتتقارب النسب فيما بينها لدى باقي المستويات التعليمية، حيث سجلت أضعف نسبة لدى المستوى المتوسط، والتي قدّرت بـ15,2%.

أمّا الفئتين الطرفيتين فتشهدان أضعف النسب، حيث تتراوح بين 4,3% كأدنى قيمة و10,2% لدى المستويين الثانوي والابتدائي على التوالي –بالنسبة لفئة الأمهات اللاتي استعملن وسائل منع الحمل لأول مرة في سن أقل من 20 سنة_ أمّا الفئة العمرية 40 سنة فأكثر، فقد تراوحت بين 0,6% لدى المستوى الجامعي كأدنى قيمة و3,5% لدى المستوى التعليمي الابتدائي كأقصى قيمة. هذا الأمر يدفعنا بالقول بإمكانية تأثير المستوى التعليمي للأمهات في أعمارهن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

وفيما يتعلق بالمستوى الثقافي، نلاحظ أنّ الأمهات المثقفات هن الأكثر استعمالا لوسائل منع الحمل في السن 20-29 سنة، بنسبة 77,3%، تليهن غير المثقفات بنسبة 72,9%، وتأتي نسبة الأمهات اللاتي استعملن وسائل منع الحمل لأول مرة في السن 30-39 سنة بنسب متقاربة بين فئتي الأمهات، والتي قدّرت بـ16,7% و17,7% للأمهات المثقفات وغير المثقفات على التوالي. أمّا فيما يخص الفئتين الطرفيتين فقد عرفن أضعف النسب، والتي مثلت بـ7,4% لدى فئة غير المثقفات – والتي يمكن تفسيرها بالزواج المبكر والذي يدعو إلى استعمال هذ الوسائل في هذا السن المبكر– ونسبة 5,7% لدى فئة المثقفات. وسجّلت أضعف النسب لدى الفئة العمرية 40 سنة فأكثر، حيث تراوحت بين 2,1% و0,3% للأمهات غير المثقفات وغير المثقفات على التوالي. والملاحظ من هذه النسب أنها ترتفع –في الغالب– لدى الأمهات غير المثقفات ممّا يعكس الدور قد الذي تلعبه العوامل الثقافية للمرأة الريفية في سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

وبالنسبة للعوامل الاجتماعية، فنلاحظ –بدءًا بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية– أنّ نسبة الأمهات اللاتي بدءن في استعمال وسائل منع الحمل لأول مرة ترتفع هي الأخرى لدى لدى الأسر النووية، بنسبة 72,8% ما يوافق 1827 مبحوثة، مقارنة بالأسر الممتدة، حيث قُدّرت بـ 71,3% ما يوافق 803 مبحوثة، الأمر الذي يمكن تفسيره بكون الأسر الممتدة تحفز على كثرة الولادات، وبالتالي تأجيل استعمال موانع الحمل إلى سن متأخر، حيث نلاحظ ارتفاع نسب الأمهات اللاتي استعملن هذه الوسائل في السن 30-39 سنة لدى الأسر الممتدة بنسبة 19% بالمقارنة مع الأسر النووية أين قُدّرت بـ18,1%. وتنخفض هذه النسب عند السن أقل من 20 سنة، حيث سُجّلت 8,5% لدى الأسر الممتدة و6,9% لدى الأسر النووية، في حين سُجّلت أضعف النسب عند السن 40 سنة فأكثر بـ 2,2% و1,2% لدى الأسر النووية والممتدة على التوالي.

جدول رقم (8–33): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل				المجموع
			20>	29-20	39-30	+40	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	69	588	169	16	842
		النسب المئوية %	8,2%	69,8%	20,1%	1,9%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	90	597	163	31	881
		النسب المئوية %	10,2%	67,8%	18,5%	3,5%	100,0%
	متوسط	التكرارات	94	879	177	15	1165
		النسب المئوية %	8,1%	75,5%	15,2%	1,3%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	29	528	116	4	677
		النسب المئوية %	4,3%	78,0%	17,1%	0,6%	100,0%
	جامعي	التكرارات	0	265	80	2	347
		النسب المئوية %	0,0%	76,4%	23,1%	0,6%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**282**	**2857**	**705**	**68**	**3912**
		النسب المئوية %	**7,2%**	**73,0%**	**18,0%**	**1,7%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	127	1255	304	36	1722
		النسب المئوية %	7,4%	72,9%	17,7%	2,1%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	74	995	215	4	1288
		النسب المئوية %	5,7%	77,3%	16,7%	0,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**201**	**2250**	**519**	**40**	**3010**
		النسب المئوية %	**6,7%**	**74,8%**	**17,2%**	**1,3%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	96	803	214	13	1126
		النسب المئوية %	8,5%	71,3%	19,0%	1,2%	100,0%
	نووية	التكرارات	173	1827	455	55	2510
		النسب المئوية %	6,9%	72,8%	18,1%	2,2%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**269**	**2630**	**669**	**68**	**3636**
		النسب المئوية %	**7,4%**	**72,3%**	**18,4%**	**1,9%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	203	1804	416	39	2462
		النسب المئوية %	8,2%	73,3%	16,9%	1,6%	100,0%
	ملائم	التكرارات	67	869	247	28	1211
		النسب المئوية %	5,5%	71,8%	20,4%	2,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**270**	**2673**	**663**	**67**	**3673**
		النسب المئوية %	**7,4%**	**72,8%**	**18,1%**	**1,8%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	3	151	62	1	217
		النسب المئوية %	1,4%	69,6%	28,6%	0,5%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	278	2706	641	67	3692
		النسب المئوية %	7,5%	73,3%	17,4%	1,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**281**	**2857**	**703**	**68**	**3909**
		النسب المئوية %	**7,2%**	**73,1%**	**18,0%**	**1,7%**	**100,0%**
مؤشر الثروة	أكثر فقرا	التكرارات	112	1157	269	34	1572

الخماسي		النسب المئوية %	7,1%	73,6%	17,1%	2,2%	100,0%
	فقير	التكرارات	83	761	205	17	1066
		النسب المئوية %	7,8%	71,4%	19,2%	1,6%	100,0%
	متوسط	التكرارات	55	473	139	7	674
		النسب المئوية %	8,2%	70,3%	20,5%	1,0%	100,0%
	غني	التكرارات	21	327	60	8	416
		النسب المئوية %	5,0%	78,6%	14,4%	1,9%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	11	138	32	3	184
		النسب المئوية %	6,0%	75,4%	17,5%	1,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**282**	**2856**	**705**	**69**	**3912**
		النسب المئوية %	**7,2%**	**73,0%**	**18,0%**	**1,7%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

وفيما يخص بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، فنلاحظ أنّ البيئة غير الملائمة قد تساعد في رفع السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل، حيث قُدّرت نسبة الأمهات اللاتي استعملن هذه الوسائل في السن 20-29 سنة بـ73,3% من مجمل الأمهات اللاتي يقطن بيئة غير ملائمة ما يوافق 1804 مبحوثة، مقابل 71,8% لدى الأمهات اللاتي يسكن في بيئة ملائمة، هذه الأخيرة التي تعرف نسبة أعلى من نظيرتها عند السن 30-39 سنة والتي قُدّرت بـ20,4%، مقابل 16,9% لدى الفئة التي تعيش في بيئة سكنية غير ملائمة. في حين تنخفض هذه النسب عند الفئة العمرية أقل من 20 سنة، حيث سُجّلت 8,2% لدى الأمهات اللاتي يعشن في بيئة غير ملائمة ما يوافق 203 مبحوثة، وهي أعلى من نظيرتها والتي قُدّرت بـ5,5% ما يوافق 67 مبحوثة تعيش في بيئة ملائمة، كما سُجّلت أضعف النسب عند السن 40 سنة فأكثر بـ 2,3% لدى المبحوثات اللاتي يعشن في بيئة ملائمة، مقابل 1,6% لدى الأمهات في البيئة السكنية غير الملائمة.

أمّا عن الجانب الاقتصادي، فالملاحَظ -بدءًا بالحالة الفردية للأمهات- ارتفاع نسبة المبحوثات غير الموظفات اللاتي استعملن وسائل منع الحمل لأول مرة في السن 20-29 سنة مقارنة بنظيراتها الموظفات، والتي قُدّرت بـ73,3% و69,6% على التوالي، ويلاحظ العكس بالنسبة للفئة العمرية 30-39 سنة، حيث قدّرت بـ17,4% لدى الأمهات غير الموظفات، وترتفع لدى المبحوثات الموظفات أين قُدّرَت بـ28,6%. وكذلك الأمر بالنسبة للفئة العمرية أقل من 20 سنة أين سجّلت 7,5% لدى المبحوثات غير الموظفات و1,4% لدى الموظفات، وأضعف النسب سجّلت لدى الفئة العمرية 40 سنة فأكثر، والتي قُدّرت بـ1,8% و0,5% لدى المبحوثات غير الموظفات والموظفات على التوالي.

بالنسبة للمستوى المعيشي، فنلاحظ ارتفاعًا ملموسًا في مؤشر الثروة الخماسي لدى المستويات الغنية في الفئة العمرية 20-29 سنة، والتي قدّرت بـ78,6% و75,4% لدى الفئات الغنية والأكثر غنى، في حين تفاوتت المستويات المتوسطة والفقيرة بنسب أقل من الأولى، والتي قُدّرت بـ70,3% لدى فئة الأمهات ذوات المستوى المعيشي المتوسط، 71,4% و73,6% لدى المستوى "الفقير" و"الأكثر فقرًا" على التوالي، ممّا يدفعنا بالقول أنّ مؤشر الثروة الخماسي قد يؤثر في سن الأم عند أول استعمال لوسائل منع الحمل. أمّا الفئات الطرفية، فهي تسجّل -كالعادة- أضعف النسب بالمقارنة مع باقي الفئات العمرية، فبالنسبة للفئة العمرية أقل من 20 سنة سجّلت نسب أعلى لدى المستويات المعيشية المتوسطة، الفقيرة، والأكثر فقرًا، والتي قُدّرَت بـ8,2%، 7,8% و7,1% على التوالي، أمّ الفئة العمرية 40 سنة فأكثر، فقد سجّلن نسبًا متقاربة أعلاها 2,2% والتي عرفها المستوى الميعيشي الأكثر فقرًا، وأدناها التي عرفها المستوى المعيشي الأكثر غنى، والتي قُدّرت بـ1,1%.

2.3. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية بالسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل السوسيو اقتصادية)، المتمثلة في المستوى التعليمي للأم، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة، عبارة عن متغيرات كيفية، والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل -الذي يمثل المتغير التابع- عبارة عن متغير كمي تمّ تحويله إلى متغير كيفي رتبي بعد تفيئته. كما سبق الذكر، فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين المتغيرات -سالفة الذكر- للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وسنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

H1: توجد علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وسنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

والجدول رقم (8-34) يوضح اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية (المتمثلة في المستوى التعليمي للأم، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة) وسن المرأة الريفية في الجزائر عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

جدول رقم (8–34): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
المستوى التعليمي	khi-carré de Pearson	380,633[a]	24	,000
المستوى الثقافي	khi-carré de Pearson	48,394[a]	6	,000
نوع الأسرة	khi-carré de Pearson	26,508[a]	6	,000
بيئة المسكن	khi-carré de Pearson	27,484[a]	6	,000
الحالة الفردية	khi-carré de Pearson	90,448[a]	6	,000
مؤشر الثروة الخماسي	khi-carré de Pearson	33,241[a]	24	,099

المصدر: منجز بناء على بيانات الجداول رقم (21)، (22)، (23)، (24)، (25) و(26) في الملحق رقن (03).

بما أنّ مستوى الدلالة المعنوية لمعظم العوامل السوسيو اقتصادية –سالفة الذكر– أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح بع في العلوم الاجتماعية، فإنّه يمكننا رفض الفرضية الصفرية وقبول الفرضية البديلة التي تثبت وجود علاقة بين هذه العوامل السوسيو اقتصادية سن المرأة الريفية عند أول استعمال لوسائل منع الحمل، ما عدا مؤشر الثروة الخماسي الذي قدّر مستوى الدلالة المعنوية عنده بـ 0,09، وهي أكبر من 0,05 التي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعيةن بالتالي ينفي وجود علاقة بينه وبين السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

يمثل الجدول رقم (8–35) قيم معاملات خط الانحدار للعلاقة بين تغير السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والعوامل السوسيو اقتصادية، سالفة الذكر:

جدول رقم (8–35): قيم معاملات الانحدار

Coefficients[a]

Modèle		Coefficients non standardisés B	Erreur standard	Coefficients standardisés Bêta	t	Sig.
1	(Constante)	3,273	,153		21,431	,000
	المستوى التعليمي	,072	,018	,073	4,038	,000
	المستوى الثقافي	-,092	,036	-,045	-2,589	,010
	نوع الأسرة	,084	,035	,039	2,405	,016
	بيئة المسكن	,129	,034	,062	3,783	,000
	الحالة الفردية	-,397	,068	-,101	-5,808	,000

a. Variable dépendante : السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل

يتضح من نتائج الجدول أنّ ثابت خط الانحدار يساوي 3,273 والذي يمثل قيمة B، فتصبح معادلة الانحدار مبدئيًا:

$$y = a + b_{1x1} + b_{2x2} + b_{3x3} + b_{4x4} + b_{5x5}$$

وبتعويض القيم نجد المعادلة التالية:

$$y = 3{,}273 + 0{,}072_{x1} - 0{,}092_{x2} + 0{,}084_{x3} + 0{,}129_{x4} - 0{,}397_{x5}$$

حيث يمثل: ♦ x_1: المتغير المستقل السمتوى التعليمي؛ ♦ x_2: المتغير المستقل المستوى الثقافي؛

♦ x_3: المتغير المستقل نوع الأسرة؛ ♦ x_4: المتغير المستقل بيئة المسكن؛ ♦ x_5 المتغير المستقل الحالة الفردية؛

♦ y: المتغير التابع (السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل).

نستنتج من معادلة الانحدار ونتائج الجدول رقم (8-35) ما يلي:

✓ بما أنّ قيمة sig=0,000 وهي أقل من 0,05، فهذا يعني أنّ المستوى التعليمي يؤثر في سن المرأة الريفية عند أول استعمال لوسائل منع الحمل، حيث أنّه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما ارتفع السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بـ 0,072 وحدة؛

✓ بالنسبة للمستوى الثقافي، فإنّ قيمة sig=0,010 وهي أقل من 0,05، فهذا يعني أنّ المستوى الثقافي للأم يؤثر في سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل، حيث أنّه كلما انتقلنا من مستوى ثقافي "غير مثقفة" إلى مستوى "مثقفة" كلما انخفض السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بـ 0,092 وحدة؛

✓ وبالنسبة لنوع الأسرة، فإنّ قيمة sig=0,016 وهي أقل من 0,05، وهذا يعني أنّ نوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم يؤثر في سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل، حيث أنّه كلما انتقلنا من أسرة "نووية" إلى أسرة "ممتدة" كلما ارتفع سن الأم عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بـ 0,084 وحدة؛

✓ وبالنسبة لبيئة المسكن، فإنّ قيمة sig=0,000 وهي أقل من 0,05، ممّا يعني أنّ بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية يؤثر في سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل ، حيث أنّه كلما انتقلنا من بيئة "غير ملائمة" إلى بيئة "ملائمة" كلما ارتفع سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بـ 0,129 وحدة؛

✓ أمّا فيما يخص الحالة الفردية فإنّ قيمة sig=0,000 وهي أقل من 0,05، أي أنّ الحالة الفردية للأم الريفية تؤثر في سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل، حيث أنّه كلما انتقلنا من الحالة "غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" كلما انخفض سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بـ 0,397 وحدة.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

4. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل:

1.4. توزيع المبحوثات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8-36) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب رغباتهن المستقبلية باستعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية- أن أغلبية الأمهات لا يرغبن في استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا-إذا بدأنا بالجانب المعرفي للأمهات، من حيث المستوى التعليمي- بنسبة 75,7% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 774 أم ريفية، كما يلاحظ ارتفاع نسبة الأمهات اللاتي لا يرغبن في استعمال موانع الحمل مستقبلا لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، والتي قدرت بـ83,8% -كأقصى قيمة- ما يوافق 238 مبحوثة بدون مستوى تعليمي، وتعرف هذه النسبة تراجعا ملحوظا بزيادة المستوى التعليمي، لتصل إلى 63,3% لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي، و49,4%من مجمل الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي كأدنى قيمة، ما يوافق 41 مبحوثة. في حين نجد أنّ أكثر من نصف المبحوثات ذوات المستوى التعليمي الجامعي لهن رغبة مستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل، ما يعادل نسبة 50,6%، وتتراجع هذه النسبة مع تراجع المستوى التعليمي للأم، لتصل إلى 16,2% من مجمل الأمهات بدون مستوى، و13,7% -كأدنى قيمة- لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي.

وفيما يتعلق بالمستوى الثقافي، فالملاحظ أنّ نسبة انعدام الرغبة في استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا ترتفع لدى الأمهات غير المثقفات، حيث قُدِّرَت بـ80,2%، ما يوافق 485 مبحوثة، وهي تفوق نسبة الأمهات المثقفات، والتي قُدِّرَت بـ59,9% من مجمل المبحوثات المثقفات، ما يوافق 288 مبحوثة. بالمقابل نجد أن نسبة مهمة من الأمهات المثقفات لديهن الرغبة في استعمال وسائل منع، والتي قُدِّرَت بـ 40,1% ما يوافق 136 مبحوثة، وهي تفوق نسبة الأمهات غير المثقفات، والتي قُدِّرَت بـ19,8%، ما يوافق 113 مبحوثة. من هنا يمكننا القول بالدور قد الذي تلعبه العوامل الثقافية للمرأة الريفية في الرغبة المستقبلية لاستعمال وسائل منع الحمل.

وبالنسبة للعوامل الاجتماعية، فنلاحظ -بدءاً بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية- أنّ عدم الرغبة في استعمال وسائل منع الحمل يرتفع لدى الأسر النووية، بنسبة الأمهات 80,2% ما يوافق 454 مبحوثة، بالمقارنة مع الأسر الممتدة، حيث قُدّرت بـ 73,6% ما يوافق 320 مبحوثة. في حين ترتفع رغبة الأمهات في استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا لدى الأسر

الممتدة، حيث قُدِّرَت بـ21,6% مقابل 19,8% لدى الأسر النووية، من هنا يظهر لنا مبدئيًا الدور الذي يلعبه نوع الأسرة في رغبة الأمهات الريفيات في استعمال وسائل منع الحمل لتنظيم ولاداتهن.

جدول رقم (8–36): توزيع المبحوثات الريفيات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			الرغبة باستعمال وسائل منع الحمل		المجموع
			لا ترغب	ترغب	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	238	46	284
		النسب المئوية %	83,8%	16,2%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	177	28	205
		النسب المئوية %	86,3%	13,7%	100,0%
	متوسط	التكرارات	230	81	311
		النسب المئوية %	74,0%	26,0%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	88	51	139
		النسب المئوية %	63,3%	36,7%	100,0%
	جامعي	التكرارات	41	42	83
		النسب المئوية %	49,4%	50,6%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**774**	**248**	**1022**
		النسب المئوية %	**75,7%**	**24,3%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	485	113	598
		النسب المئوية %	80,2%	19,8%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	288	136	424
		النسب المئوية %	59,9%	40,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**773**	**249**	**1022**
		النسب المئوية %	**75,6%**	**24,4%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	320	58	378
		النسب المئوية %	73,6%	26,4%	100,0%
	نووية	التكرارات	454	190	644
		النسب المئوية %	80,2%	19,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**774**	**248**	**1022**
		النسب المئوية %	**75,7%**	**24,3%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	514	142	656
		النسب المئوية %	78,4%	21,6%	100,0%
	ملائم	التكرارات	260	106	366
		النسب المئوية %	75,9%	24,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**774**	**248**	**1022**
		النسب المئوية %	**75,7%**	**24,3%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	41	28	69
		النسب المئوية %	59,4%	40,6%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	733	220	953

		النسب المئوية %	76,9%	23,1%	100,0%
	المجموع	التكرارات	774	248	1022
		النسب المئوية %	75,7%	24,3%	100,0%
مؤشر الثروة الخماسي	أكثر فقرا	التكرارات	351	107	458
		النسب المئوية %	76,6%	23,4%	100,0%
	فقير	التكرارات	209	68	277
		النسب المئوية %	75,5%	24,5%	100,0%
	متوسط	التكرارات	111	42	153
		النسب المئوية %	72,5%	27,5%	100,0%
	غني	التكرارات	79	16	95
		النسب المئوية %	83,2%	16,8%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	24	14	38
		النسب المئوية %	63,2%	36,8%	100,0%
	المجموع	التكرارات	774	248	1022
		النسب المئوية %	75,7%	24,3%	100,0%

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

أمّا عن بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، فنلاحظ أنّ البيئة غير الملائمة تساهم نوعًا ما في انعدام رغبة الأمهات في استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا، حيث قُدِّرَت نسبة الأمهات اللاتي لا يرغبن في استعمالها بـ 78,4% في بيئة غير ملائمة ما يوافق 514 مبحوثة، مقابل 75,9% لدى الأمهات اللاتي يسكن في بيئة ملائمة ما يوافق 260 مبحوثة. في حين تزداد الرغبة في استعمال وسائل منع الحمل لدى الأمهات في البيئة الملائمة، والتي قُدِّرَت بـ24,1% مقابل 21,6% لدى الأمهات اللاتي يقطن في بيئة غير ملائمة، ممّا يدفعنا للتفكير بوجود أثر للعوامل الاجتماعية في رغبة الأمهات الريفيات في استعمال وسائل منع الحمل.

فيما يخص العوامل الاقتصادية، فالملاحَظ –بدءًا بالحالة الفردية للأمهات– أين نسب الأمهات حول رغبتهن المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل، حيث قدّرت بـ76,9% لدى الأمهات غير الموظفات، في حين قدّرت بـ59,4% لدى المبحوثات الموظفات، حيث أنّ استعمال وسائل منع الحمل قد يساعد الأم الموظفة في تنظيم ولاداتها وبالتالي يزيد قدرتها على العمل، لذا نجد ارتفاعا ملحوظًا في نسبة الموظفات اللاتي يرغبن باستعمال وسائل منع الحمل، حيث قدّرت بـ40,6%، مقابل نسبة غير الموظفات، والتي قدّرت بـ23,1%، ممّا يدفعنا للقول بالدور الذي تلعبه الحالة الفردية للأم في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

بالنسبة لمؤشر الثروة الخماسي، فنلاحظ ارتفاعًا ملموسًا في نسبة الأمهات اللاتي ليس لديهن رغبة باستعمال وسائل منع الحمل لدى المستويات الغنية، والتي قدّرت بـ83,2%، في حين تقاربت النسب لدى المستويات المتوسطة والفقيرة بـ72,5% لدى الأمهات اللاتي يعشن في مستوى متوسط، 76,6% و75,5% لدى المستوى "الفقير" و"الأكثر فقرًا" على التوالي، ممّا يدفعنا بالقول أنّ مؤشر الثروة الخماسي قد يؤثر في رغبة الأم الريفية –مستقبلا– باستعمال وسائل منع الحمل.

2.1. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية برغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ورغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بالرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ النجاح أو الفشل كهدف الشيء بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص برغبة المرأة الريفية المستقبلية باستعمالها لوسائل منع الحمل، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

H1: تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ورغبتها باستعمال وسائل منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	566	9,7
	Observations manquantes	5285	90,3
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 09,7% من حجم العينة والمقدرة بـ 566 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا ترغب	0
ترغب	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم الرغبة في استعمالها مستقبلا.

يتعامل الانحدار اللوجستي مع المستويات التعليمية بطريقة تختلف عن بقية المتغيرات الأخرى غير فئوية الترتيب، فقد تمّت إعادة ترميز متغير المستوى التعليمي لأنه متغير ترتيبي فئوي، ولذلك فإنّه يفضَّل اختيار حالة مرجعية من حالات المستوى التعليمي، يتمّ قياس الحالات الأخرى معها، وباعتماد الطريقة الافتراضية في برنامج SPSS التي تأخذ الحالة المرجعية كآخر حالة من حالات المتغير الترتيبي، فقد تمّ اختيار المستوى التعليمي العالي، وعليه سوف يتم مقارنته مع الفئات الجديدة التي اعتمها النموذج.

Codages des variables catégorielles

		Fréquence	Codage de paramètre (1)	(2)	(3)	(4)
المستوى التعليمي	بدون مستوى	51	1,000	,000	,000	,000
	ابتدائي	154	,000	1,000	,000	,000
	متوسط	215	,000	,000	1,000	,000
	ثانوي	96	,000	,000	,000	1,000
	جامعي	50	,000	,000	,000	,000

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions: استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا ترغب	لا ترغب	Pourcentage correct
Pas 0	استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا	ترغب	0	165	,0
		لا ترغب	0	493	100,0
Pourcentage global					74,9

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 74,9% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع وسائل منع الحمل، ما عدا السؤال المتعلق بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية ، النموذج سوف يتبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "لا ترغب" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "ترغب"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-1,093	,090	147,951	1	,000	,335

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل السوسيو ثقافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي خارج المعادلة، ونظرا لأن بعضها دال إحصائيا عند القيمة 0,05 التي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، اي sig= 0,000 (مستوى ابتدائي) والتي تمثل الفئة التصنيفية الثانية، وsig=0,012 (مستوى ثانوي) والتي تمثل الفئة التصنيفية الرابعة، وsig=0,000 (المستوى الثقافي)، وsig=0,011 (نوع الأسرة)، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، ما عدا الفئة التصنيفية الأولى من المستوى التعليمي، والتي تمثلها فئة الأمهات "بدون مستوى"، والمستوى "متوسط" والذي يمثل الفئة التصنيفية الثالثة، أين قدّر مستوى الدلالة المعنوي عندهما بـ 0,484 و0,687 على التوالي، بالإضافة إلى بيئة المسكن، الحالة الفردية للأم ومؤشر الثروة، حيث قدّرت الدلالة المعنوي عندها بـ 0,487، 0,491 و0,423 على التوالي، وهي أكبر من 0,05 التي تثمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، بالتالي يمكن استبعادها من النموذج.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	المستوى التعليمي	28,497	4	,000
	بدون مستوى	,489	1	,484
	ابتدائي	14,712	1	,000
	متوسط	,162	1	,687
	ثانوي	6,306	1	,012
	المستوى الثقافي	22,861	1	,000
	نوع الأسرة	6,478	1	,011
	بيئة المسكن	,483	1	,487
	الحالة الفردية	,474	1	,491
	مؤشر الثروة الخماسي	,643	1	,423
	Statistiques générales	49,523	9	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الخامسة بقيمة 692,157، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 07,3% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل السوسيو اقتصادية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 10,7% من التفسير للعوامل السوسيو اقتصادية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	692,157[a]	,073	,107

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 5, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل السوسيو اقتصادية والمتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي، نلاحظ أن النموذج قد عرف تغيّرًا طفيفا، حيث أضاف 16 مبحوثة لجهة الإجابة بـ "ترغب" بدل الإجابة بـ "لا ترغب"، وأضاف إليها إحتياطًا 14 مبحوثة رغم إجابتها بـ "لا ترغب"، لتتغيّر النسبة قليلا إلى 75,3%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا		
	Observé		ترغب	لا ترغب	Pourcentage correct
Pas 1	استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا	ترغب	16	149	9,8
		لا ترغب	14	479	97,2
	Pourcentage global				75,3

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	المستوى التعليمي			15,603	4	,004	
	بدون مستوى	-1,034	,562	3,385	1	,066	,355
	ابتدائي	-1,421	,402	12,491	1	,000	,241
	متوسط	-,902	,341	6,991	1	,008	,406
	ثانوي	-,486	,361	1,811	1	,178	,615
	المستوى الثقافي	,740	,213	12,071	1	,001	2,095
	نوع الأسرة	-,329	,203	2,617	1	,106	,720
	بيئة المسكن	,321	,214	2,258	1	,133	1,378
	الحالة الفردية	,279	,363	,594	1	,041	1,322
	مؤشر الثروة الخماسي	-,242	,101	5,761	1	,016	,785
	Constante	-,489	,758	,416	1	,519	,613

a. Introduction des variables au pas 1 :مؤشر الثروة الخماسي، الحالة الفردية، بيئة المسكن، نوع الأسرة، المستوى الثقافي، المستوى التعليمي.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = -0,489 - 1,421_{x_1^2} - 0,902_{x_1^3} + 0,740_{x2} + 0,279_{x3} - 0,242_{x_4}$$

حيث: ♦ X_1^2: الفئة التصنيفية الثانية للمستوى التعليمي للأم؛ ♦ X_1^3: الفئة التصنيفية الثالثة للمستوى التعليمي للأم؛

♦ X_2: المستوى الثقافي للأم؛ ♦ X_3: الحالة الفردية للأم؛ ♦ X_4: مؤشر الثروة الخماسي؛

♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

من خلال معلمات النموذج نلاحظ أنّ المتغيرة العامة للمستوى التعليمي دالة لأنها أصغر من 0,05 (أي sig=0,004)، ونلاحظ وجود دلالة احصائية لدى بعض الفئات التصنيفية؛ الثانية والثالثة في النموذج من الحالات المعتمدة للمقارنة بالفئة المرجعية، بالتالي قبول المستوى التعليمي كمؤثر في احتمال استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا من طرف الأم الريفية في الجزائر، فكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثانية من المستوى التعليمي (ابتدائي) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 1,421، وعليه يمكن القول أنّ الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل تنخفض بـ 0,355 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثالثة من المستوى التعليمي (متوسط) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 0,902، وعليه يمكن القول أنّ الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل تنخفض بـ 0,241 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

بالنسبة للمستوى الثقافي، فنلاحظ وجود علاقة طردية بين المستوى الثقافي للأم ورغبتها المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل، حيث كلما انتقنا من مستوى "غير مثقفة" إلى مستوى "مثقفة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,740، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,001)، فإنّه يمكننا القول بأنه كلما انتقنا من مستوى "غير مثقفة" إلى مستوى "مثقفة" فإنّ أنّ رغبة الأم المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل ترتفع بـ 2,095 مرة.

وبالنسبة للحالة الفردية للأم فنلاحظ وجود علاقة طردية بينها وبين رغبتها المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل، حيث كلما انتقنا من الحالة "غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,279، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,041)، فإنّه يمكن القول بأنه كلما انتقلنا من الحالة"غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" فإنّ رغبة الأم في استعمال وسائل منع الحمل ترتفع بـ 1,322 مرة.

أمّا عن مؤشر الثروة الخماسين فمن المحتمل أن يؤثر في الرغبة المستقبلية للأم باستعمال وسائل منع الحمل، إذ نلاحظ وجود علاقة عكسية بينه وبين رغبة الأم في استعمال وسائل منع الحمل، بحيث كلما ارتفع مؤشر الثروة الخماسي درجة واحدة، كلما انخفض مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,242، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig=0,016)، فإنّه يمكن القول بأنه كلما ارتفع مؤشر الثروة الخماسي درجة واحدة فإنّ رغبة الأم الريفية باستعمال وسائل منع الحمل تنخفض بـ 0,785 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في تنظيمها لأسرتها.**

V. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في المتابعة الصحية للمرأة الحامل:

سنحاول –من خلال هذا الجانب– دراسة تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في عنصرين مهمين من الصحة الإنجابية للمرأة، وهما المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل، ومتابعتها الصحية بعد الولادة:

1. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل:

1.1. توزيع المبحوثات حسب المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8–37) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب متابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية– أن أغلبية الأمهات تابعن صحتهن أثناء فترة الحمل –بدءًا بالجانب المعرفي للأمهات، من حيث مستواهن التعليمي– بنسبة 95,3% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 2324 أم ريفية، في حين تُلاحَظ أضعف نسبة لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، والتي قُدِّرَت بـ 86,2%ن ما يوافق 326 أمًا ريفية، وتتقارب النسب لدى الأمهات اللاتي صرّحن بالمتابعة الصحية أثناء فترة الحمل في باقي المستويات التعليمية، إذ تتراوح بين 95,2% و96,8% لدة الأمهات في المستوى الإبتدائي والثانوي على التوالي، وسُجِّلت أعلى نسبة لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي، والتي قُدِّرَت بـ 99,1% ما يوافق 348 مبحوثة. في حين نجد أنّ الأقلية من المبحوثات لم يتابعن صحتهن أثناء فترة الحمل، حيث سجّلَت نسبة 13,8% كأقصى قيمة لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، لتتناقص هذه النسبة مع تزايد المستوى التعليمي، لتصل إلى 0,9% لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي.

أمّا بالنسبة للمستوى الثقافي، فالملاحظ أنّ نسبة الأمهات النثقفات اللاتي صرّحن بمتابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل- والتي قُدِّرَت بـ98,3%- تفوق نسبة الأمهات غير المثقفات، والتي قُدِّرَت بـ95,8% من مجمل المبحوثات غير المثقفات. بالمقابل نجد أن نسبة عدم المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل- ترتفع لدى الأمهات غير المثقفات بالمقارنة مع الأمهات المثقفات، بنسبة 4,2% و1,7% على التوالي، من هنا قد يمكننا القول أنّ العوامل الثقافية للمرأة الريفية تلعب دوراً في المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل.

بالنسبة للعوامل الاجتماعية، نلاحظ -بدءاً بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية- أنّ نسبة الأمهات اللاتي صرّحن بمتابعتهن لصحتهن أثناء فترة الحمل ترتفع لدى الأسر الممتدة، حيث قُدِّرَت بـ95,4%، مقابل 96,6% لدى الأسر النووية، الأمر الذي يمكن أن يُفَسَّر بارتفاع الوضعي داخل الأسر الممتدة، حيث يمكن للأم الإطلاع على بعض الجوانب المتعلقة بالصحة الإنجابية ن نظيراتها داخل هذا النوع من الأسر، وبالتالي يتّضح لنا الدور الذي قد يلعبه نوع الأسرة في المتابعة الصحية للأم الريفية.

أمّا عن بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، فنلاحظ أنّ البيئة الملائمة قد تساعد الأم على المتبعة الصحية أثناء فترة الحمل، حيث قُدِّرَت نسبة الأمهات اللاتي صرّحن بمتابعة الحمل بـ96,6% في بيئة مسكن ملائمة، مقابل 94,2% لدى الأمهات اللاتي يسكن في بيئة غير ملائمة، في المقابل نجد أنّ نسبة عدم متابعة الحمل لدى الأمهات في البيئة غير الملائمة أعلى منه في البيئة الملائمة، والتي قُدِّرَت بـ5,8% مقابل 3,4% على التوالي، ممّا يدفعنا بالتفكير في أهمية الدور الذي تلعبه العوامل الاجتماعية في المتابعة الصحية للمرأة الريفية أثناء فترة الحمل.

وفيما يخص العوامل الاقتصادية، فالملاحَظ -بدءاً بالحالة الفردية للأمهات- ارتفاع نسبة المتابعة الصحية لدى الأمهات الموظفات بالمقارنة مع الأمهات الموظفات، والتي قُدّرَت بـ 97,6% لدى الموظفات و95,2% لدى المبحوثات غير الموظفات، في حين ترتفع نسبة عم متابعة الحمل النسب لدى الأمهات غير الموظفات، مقارنة مع الموظفات، والتي قدرت بـ 4,8% و2,4% على التوالي.

أمّا بالنسبة لمؤشر الثروة الخماسي، فنلاحظ ارتفاعًا ملموسًا في نسبة الأمهات في جانب المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل كلما ارتفعنا درجة واحدة في سلم المؤشر، حيث انتقلت من نسبة 92,2% لدى المستوى "أكثر فقرًا" كأدنى حدّ، لتصل إلى

98,8% لدى الأمهات الغنيات، في أن معظم المبحوثات اللاتي ينتمين إلى السلم "أكثر غنى" قد صرّحن بالمتابعة الصحية، ممّا قد يعكس لنا الدور الذي يلعبه مؤشر الثروة الخماسي في المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل للمرأة الريفية.

جدول رقم (8–37): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل		المجموع
			لم تتابع	تابعت	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	52	326	378
		النسب المئوية %	13,8%	86,2%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	22	440	462
		النسب المئوية %	4,8%	95,2%	100,0%
	متوسط	التكرارات	22	758	780
		النسب المئوية %	2,8%	97,2%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	15	451	466
		النسب المئوية %	3,2%	96,8%	100,0%
	جامعي	التكرارات	3	348	351
		النسب المئوية %	0,9%	99,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**114**	**2324**	**2438**
		النسب المئوية %	**4,7%**	**95,3%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	47	1083	1130
		النسب المئوية %	4,2%	95,8%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	16	906	922
		النسب المئوية %	1,7%	98,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**63**	**1989**	**2052**
		النسب المئوية %	**3,1%**	**96,9%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	35	734	769
		النسب المئوية %	4,6%	95,4%	100,0%
	نووية	التكرارات	72	1301	1373
		النسب المئوية %	5,2%	94,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**107**	**2035**	**2142**
		النسب المئوية %	**5,0%**	**95,0%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	87	1415	1502
		النسب المئوية %	5,8%	94,2%	100,0%
	ملائم	التكرارات	23	648	671
		النسب المئوية %	3,4%	96,6%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**110**	**2063**	**2173**
		النسب المئوية %	**5,1%**	**94,9%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	4	164	168
		النسب المئوية %	2,4%	97,6%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	110	2160	2270
		النسب المئوية %	4,8%	95,2%	100,0%

	المجموع	التكرارات	114	2324	2438
		النسب المئوية %	4,7%	95,3%	100,0%
مؤشر الثروة الخماسي	أكثر فقرا	التكرارات	76	894	970
		النسب المئوية %	7,8%	92,2%	100,0%
	فقير	التكرارات	19	711	730
		النسب المئوية %	2,6%	97,4%	100,0%
	متوسط	التكرارات	15	374	389
		النسب المئوية %	3,9%	96,1%	100,0%
	غني	التكرارات	3	243	246
		النسب المئوية %	1,2%	98,8%	100,0%
	أكثر غنى	التكرارات	0	103	103
		النسب المئوية %	0,0%	100,0%	100,0%
	المجموع	التكرارات	113	2325	2438
		النسب المئوية %	4,6%	95,4%	100,0%

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.1. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية بمتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بالمتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بالمتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

H1: تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2192	37,5
	Observations manquantes	3659	62,5
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 37,5% من حجم العينة والمقدرة بـ 2192 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بمتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

يشير الجدول التالي إلى أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بمتابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم متابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لم تتابع	0
تابعت	1

يتعامل الانحدار اللوجستي مع المستويات التعليمية بطريقة تختلف عن بقية المتغيرات الأخرى غير فئوية الترتيب، فقد تمّت إعادة ترميز متغير المستوى التعليمي لأنه متغير ترتيبي فئوي، ولذلك فإنّه يفضَّل اختيار حالة مرجعية من حالات المستوى التعليمي، يتمّ قياس الحالات الأخرى معها، وباعتماد الطريقة الافتراضية في برنامج SPSS التي تأخذ الحالة المرجعية كآخلا حالة من حالات المتغير الترتيبي، فقد تمّ اختيار المستوى التعليمي العالي، وعليه سوف يتم يتمّ مقارنته مع الفئات الجديدة التي اعتمها النموذج.

Codages des variables catégorielles

		Fréquence	Codage de paramètre (1)	(2)	(3)	(4)
المستوى التعليمي	بدون مستوى	501	1,000	,000	,000	,000
	ابتدائي	459	,000	1,000	,000	,000
	متوسط	647	,000	,000	1,000	,000
	ثانوي	349	,000	,000	,000	1,000
	جامعي	236	,000	,000	,000	,000

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل		Pourcentage correct
			لم تتابع	تابعت	
Pas 0	المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل	لم تتابع	0	114	,0
		تابعت	0	2325	100,0
	Pourcentage global				95,3

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 95,3% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع المتابعة الصحية للمرأة الريفية، ما عدا السؤال

المتعلق بالمتابعة الصحية أثناء فترة الحمل إن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "تابعت" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لم تتابع"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	3,015	,096	987,988	1	,000	20,385

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل السوسيو ثقافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي خارج المعادلة، ونظرا لأن معظمها دال، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	المستوى التعليمي	88,028	4	,000
	بدون مستوى	81,405	1	,000
	ابتدائي	,002	1	,965
	متوسط	8,693	1	,003
	ثانوي	2,619	1	,106
	المستوى الثقافي	9,641	1	,002
	نوع الأسرة	,712	1	,399
	بيئة المسكن	5,812	1	,016
	الحالة الفردية	3,745	1	,053
	مؤشر الثروة الخماسي	74,932	1	,000
	Statistiques générales	180,483	9	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة السابعة بقيمة 849,078، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 02,9% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل السوسيو اقتصادية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 09,3% من التفسير للعوامل السوسيو ثقافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	849,078[a]	,029	,093

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 7, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل السوسيو اقتصادية والمتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي، نلاحظ أن النموذج لم يتغير وبقي بنسبة 95,3%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل		
	Observé		لم تتابع	تابعت	Pourcentage correct
Pas 1	المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل	لم تتابع	0	114	,0
		تابعت	0	2325	100,0
	Pourcentage global				95,3

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	المستوى التعليمي			69,283	4	,000	
	بدون مستوى	-2,855	,583	23,957	1	,000	,058
	ابتدائي	-1,691	,605	7,814	1	,005	,184
	متوسط	-1,165	,604	3,722	1	,054	,312
	ثانوي	-1,305	,621	4,413	1	,036	,271
	المستوى الثقافي	,878	,291	9,088	1	,003	2,405
	نوع الأسرة	-,118	,217	0,298	1	,585	,888
	بيئة المسكن	-,210	,264	0,636	1	,425	,810
	الحالة الفردية	-,639	,666	0,921	1	,337	,528
	مؤشر الثروة الخماسي	,885	,113	61,399	1	,000	2,422
	Constante	5,219	1,327	15,470	1	,000	18,759

a. Introduction des variables au pas 1: مؤشر الثروة الخماسي، الحالة الفردية، بيئة المسكن، نوع الأسرة، المستوى الثقافي، المستوى التعليمي.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = 5{,}219 - 2{,}855_{x_1^1} - 1{,}691_{x_1^2} + 0{,}878_{x2} + 0{,}885_{x_3}$$

حيث: ♦ X_1^1: الفئة التصنيفية الأولى للمستوى التعليمي للأم؛ ♦ X_1^2: الفئة التصنيفية الثانية للمستوى التعليمي للأم؛

♦ X_2: المستوى الثقافي للأم؛ ♦ X_3: مؤشر الثروة الخماسي؛

♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل.

من خلال معلمات النموذج نلاحظ أنّ المعنويته العامة للمستوى التعليمي دالة لأنها أصغر من 0,05 (أي sig=0,000)، ونلاحظ وجود دلالة احصائية لدى الفئتين التصنيفيتين الأولى والثانية في النموذج من الحالات المعتمدة للمقارنة بالفئة المرجعية، بالتالي قبول المستوى التعليمي كمؤثر في متابعة المرأة الريفية لصحتها أثناء فترة الحمل، فكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الأولى من المستوى التعليمي (بدون مستوى) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 2,855، وعليه يمكن القول أنّ احتمال متابعة الأم لصحتها أثناء فترة الحمل ينخفض بـ 0,058 مرة عن الفئة المرجعية، وهي فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

وكلما كانت الأم تنتمي إلى الفئة الثانية من المستوى التعليمي (ابتدائي) كلما انخفض مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح بـ 1,691، وعليه يمكن القول أنّ احتمال متابعة الأم لصحتها أثناء فترة الحمل ينخفض بـ 0,184 مرة عن الفئة المرجعية، والمتمنثلة في فئة الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي.

أمّا بالنسبة للمستوى الثقافي فنلاحظ وجود علاقة طردية بين المتابعة الصحية للمرأة الريفية أثناء فترة حملها ومستواها الثقافي، حيث كلما انتقنا من المستوى "غير مثقفة" إلى المستوى "مثقفة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,878، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig = 0,003)، فإنّنا نستطيع القول بأنه كلما انتقلنا من المستوى "غير مثقفة" إلى المستوى "مثقفة" فإنّ احتمال متابعة الأم لصحتها أثناء فترة الحمل يزيد بـ 2,405 مرة.

وبما أن مستوى الدلالة المعنوية لمؤشر الثروة الخماسي دال إحصائيًا (sig=0,000)، فيمكننا القول أنه يلعب –هو الآخر– دورًا في احتمال متابعة الأم الريفية لصحتها أثناء فترة الحمل، فكلما ارفعت نتيجته بدرجة واحدة فإنّ مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح سوف يرتفع بـ 0,885، وعليه فإنّ احتمال متابعة الأم لصحتها أثناء فترة الحمل يرتفع بـ 2,422 مرة كلما ارتفعت نتيجة مؤشر الثروة بدرجة واحدة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية –من حيث مستواها التعليمي، مستواها الثقافي ومؤشر الثروة الخماسي– تؤثر في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

2. تأثير العوامل السوسيو اقتصادية في المتابعة الصحية للمرأة بعد الولادة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية المؤثرة في احتمال إجرائهن للفحوصات الطبية بعد الولادة.

1.2. توزيع المبحوثات حسب متابعتهن الصحية بعد الولادة والعوامل السوسيو اقتصادية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (8–38) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب إجرائهن للفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية– أن أغلبية الأمهات قمن بإجراء الفحوصات اللازمة بعد الولادة –إذا اتجهنا إلى الجانب المعرفي للأمهات من حيث المستوى التعليمي لهن– بنسبة 86,4% من مجمل المبحوثات في العينة، ما يوافق 2059 أم ريفية، في حين تتقارب النسب لدى الأمهات اللاتي قمن بإجراء هذه الفحوصات بين مختلف المستويات التعليمية، إذ تتراوح بين 85,7% من مجمل الأمهات بدون مستوى تعليمي، ما يوافق 305 مبحوثة، لتصل إلى 88,2% من مجمل الأمهات ذوات المستوى التعليمي الجامعي. في حين نجد أنّ الأقلية من المبحوثات لم يجرين أي فحص طبي بعد الولادة، حيث تتراوح نسبتهن بين 14,3% لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، 15,6% كأقصى قيمة لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي و11,8% لدى المستوى التعليمي الجامعي.

أمّا بالنسبة للمستوى الثقافي، فالملاحظ أنّ نسبة الأمهات المثقفات اللاتي أجرين الفحوصات الطبية بعد الولادة –والتي قُدِّرَت بـ 87%– تفوق نسبة الأمهات غير المثقفات، والتي قُدِّرَت بـ 86,1% من مجمل المبحوثات غير المثقفات. بالمقابل نجد أن نسبة الأمهات غير المثقفات اللاتي لم يجرين فحوصات طبية –والتي قُدِّرَت بـ 13,9%– تفوق نسبة الأمهات المثقفات اللاتي أجرين الفحوصات، والتي قُدِّرَت بـ 13% من مجمل المحوثات المثقفات.

من هنا قد يمكننا القول بالدور الذي تلعبه العوامل الثقافية للمرأة الريفية –بما فيها المستوى التعليم– في المتابعة الصحية بعد الولادة، من خلال إجراء الفحوصات الطبية اللازمة.

بالنسبة للعوامل الاجتماعية، نلاحظ –بدءًا بنوع الأسرة الذي تنتمي إليه الأم الريفية– أنّ نسبة الأمهات اللاتي أجرين الفحوصات ترتفع لدى الأسر النووية، حيث قُدِّرَت بـ 87,1% ما يوافق 1166 مبحوثة، مقابل 84,2% لدى الأسر الممتدة ما يوافق 633 مبحوثة. هذا وترتفع نسبة الأمهات اللاتي لم يجرين الفحوصات اللازمة لدى السر الممتدة، حيث قُدِّرَت

بـ15,8% مقابل 12,9% لدى الأسر النووية، من هنا يظهر لنا مبدئيا الدور الذي يلعبه نوع الأسرة في المتابعة الصحية للأم الريفية.

جدول رقم (8–38): توزيع المبحوثات الريفيات حسب إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية.

العوامل السوسيو اقتصادية			الفحوصات الطبية بعد الولادة		المجموع
			لم تفحص	فحصت	
المستوى التعليمي	بدون مستوى	التكرارات	51	305	356
		النسب المئوية %	14,3%	85,7%	100,0%
	ابتدائي	التكرارات	53	401	454
		النسب المئوية %	11,7%	88,3%	100,0%
	متوسط	التكرارات	110	666	776
		النسب المئوية %	14,2%	85,8%	100,0%
	ثانوي	التكرارات	70	380	450
		النسب المئوية %	15,6%	84,4%	100,0%
	جامعي	التكرارات	41	307	348
		النسب المئوية %	11,8%	88,2%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**325**	**2059**	**2384**
		النسب المئوية %	**13,6%**	**86,4%**	**100,0%**
المستوى الثقافي	غير مثقفة	التكرارات	154	954	1108
		النسب المئوية %	13,9%	86,1%	100,0%
	مثقفة	التكرارات	118	792	910
		النسب المئوية %	13,0%	87,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**272**	**1746**	**2018**
		النسب المئوية %	**13,5%**	**86,5%**	**100,0%**
نوع الأسرة	ممتدة	التكرارات	119	633	752
		النسب المئوية %	15,8%	84,2%	100,0%
	نووية	التكرارات	173	1166	1339
		النسب المئوية %	12,9%	87,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**292**	**1799**	**2091**
		النسب المئوية %	**14,0%**	**86,0%**	**100,0%**
بيئة المسكن	غير ملائم	التكرارات	231	1239	1470
		النسب المئوية %	15,7%	84,3%	100,0%
	ملائم	التكرارات	70	580	650
		النسب المئوية %	10,8%	89,2%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**301**	**1819**	**2120**
		النسب المئوية %	**14,2%**	**85,8%**	**100,0%**
الحالة الفردية	موظفة	التكرارات	26	142	168
		النسب المئوية %	15,5%	84,5%	100,0%
	غير موظفة	التكرارات	298	1917	2215
		النسب المئوية %	13,5%	86,5%	100,0%

	المجموع	**التكرارات**	**324**	**2059**	**2383**
		النسب المئوية %	**13,6%**	**86,4%**	**100,0%**
مؤشر الثروة الخماسي	**أكثر فقرا**	**التكرارات**	158	783	941
		النسب المئوية %	16,8%	83,2%	100,0%
	فقير	**التكرارات**	85	627	712
		النسب المئوية %	11,9%	88,1%	100,0%
	متوسط	**التكرارات**	49	335	384
		النسب المئوية %	12,8%	87,2%	100,0%
	غني	**التكرارات**	25	217	242
		النسب المئوية %	10,3%	89,7%	100,0%
	أكثر غنى	**التكرارات**	7	97	104
		النسب المئوية %	6,7%	93,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**324**	**2059**	**2383**
		النسب المئوية %	**13,6%**	**86,4%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

وفيما يخص بيئة المسكن الذي تقطنه الأم الريفية، نلاحظ أنّ البيئة الملائمة تساعد الأم على إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة، حيث قُدِّرَت نسبة الأمهات اللاتي أجرين الفحوصات الطبية بـ 89,2% في بيئة مسكن ملائمة، مقابل 84,3% لدى الأمهات اللاتي يسكن في بيئة غير ملائمة، في المقابل ترتفع نسبة عدم إجراء الفحوصات الطبية لدى الأمهات في البيئة غير الملائمة، والتي قُدِّرَت بـ15,7% مقابل 10,8% لدى الأمهات اللاتي يقطن في بيئة ملائمة، هذا الأمر يدفعنا بالتفكير في أهمية الدور الذي تلعبه العوامل الاجتماعية في المتابعة الصحية للمرأة الريفية بعد الولادة.

أمّا عن العوامل الاقتصادية، فالملاحَظ –بدءًا بالحالة الفردية للأمهات– تقارب النسب لدى الأمهات اللاتي أجرين الفحوصات الطبية اللازمة، حيث تراوحت بين 84,5% لدى الموظفات و86,5% لدى المبحوثات غير الموظفات، كما تقاربت هذه النسب لدى الأمهات اللاتي لم يجرين الفحوصات اللازمة، حيث تراوحت بين 13,5% لدى المبحوثات غير الموظفات و15,5% لدى الموظفات.

بالنسبة لمؤشر الثروة الخماسي، فنلاحظ ارتفاعًا ملموسًا في نسبة الأمهات اللاتي أجرين الفحوصات الطبية الزمة بعد الولادة كلما ارتفعنا درجة واحدة في سلم المؤشر، حيث انتقلت من نسبة 83,2% لدى المستوى "أكثر فقرًا" كأدنى حدّ إلى النسبة 89,7% لدى المستوى "غني"، لتنتقل إلى 93,3% –كأقصى حدّ– لدى المستوى "أكثر غنى"، ممّا قد يعكس لنا الدور الذي يلعبه مؤشر الثروة الخماسي في المتابعة الصحية بعد الولادة للمرأة الريفية.

2.1. علاقة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية بالمتابعة الصحية بعد الولادة:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية بعد الولادة، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بإجرائها للفحوصات الطبية بعد الولادة، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل للتنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بالمتابعة الصحية بعد الولادة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية بعد الولادة.

H1: تؤثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية بعد الولادة.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية متابعتها الصحية بعد الولادة، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2114	36,1
	Observations manquantes	3737	63,9
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 36,1% من حجم العينة والمقدرة بـ 2114 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة.

يشير الجدول التالي إلى أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لم تفحص	0
فحصت	1

يتعامل الانحدار اللوجستي مع المستويات التعليمية بطريقة تختلف عن بقية المتغيرات الأخرى غير فئوية الترتيب، فقد تمّت إعادة ترميز متغير المستوى التعليمي لأنه متغير ترتيبي فئوي، ولذلك فإنّه يفضَّل اختيار حالة مرجعية من حالات المستوى التعليمي، يتمّ قياس الحالات الأخرى معها، وباعتماد الطريقة الافتراضية في برنامج SPSS التي تأخذ الحالة المرجعية كآخلا حالة من حالات المتغير الترتيبي، فقد تمّ اختيار المستوى التعليمي العالي، وعليه سوف يتم يتمّ مقارنته مع الفئات الجديدة التي اعتمها النموذج.

Codages des variables catégorielles

		Fréquence	Codage de paramètre			
			(1)	(2)	(3)	(4)
المستوى التعليمي	بدون مستوى	466	1,000	,000	,000	,000
	ابتدائي	441	,000	1,000	,000	,000
	متوسط	640	,000	,000	1,000	,000
	ثانوي	335	,000	,000	,000	1,000
	جامعي	232	,000	,000	,000	,000

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			الفحص الطبي بعد الولادة		Pourcentage correct
			لم تفحص	فحصت	
Pas 0	الفحص الطبي بعد الولادة	لم تفحص	0	324	,0
		فحصت	0	2059	100,0
	Pourcentage global				86,4

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 86,4% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع المتابعة الصحية للمرأة الريفية، ما عدا السؤال المتعلق بإجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة ، النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "فحصت" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لم تفحص"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	1,850	,060	957,388	1	,000	6,359

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل السوسيو ثقافية المتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي خارج المعادلة، ونظرا لأن البعض منها دال، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables bsentes de l'équation

		Score	ddl	Sig.
Pas 0	المستوى التعليمي	4,387	4	,356
	بدون مستوى	,221	1	,638
	ابتدائي	1,874	1	,171
	متوسط	,290	1	,590
	ثانوي	1,731	1	,188
	المستوى الثقافي	,347	1	,556
	نوع الأسرة	3,037	1	,081
	بيئة المسكن	9,399	1	,002
	الحالة الفردية	1,833	1	,176
	مؤشر الثروة الخماسي	8,352	1	,004
	Statistiques générales	19,189	9	,001

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الخامسة بقيمة 1666,229، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 0,9% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل السوسيو اقتصادية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 01,7% من التفسير للعوامل السوسيو ثقافية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1666,229[a]	,009	,017

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 5, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل السوسيو اقتصادية والمتمثلة في المستوى التعليمي، المستوى الثقافي، نوع الأسرة، بيئة المسكن، الحالة الفردية ومؤشر الثروة الخماسي، نلاحظ أن النموذج لم يتغير وبقي بنسبة 95,3%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			الفحص الطبي بعد الولادة		
	Observé		لم تفحص	فحصت	Pourcentage correct
Pas 1	الفحص الطبي بعد الولادة	لم تفحص	0	324	,0
		فحصت	0	2059	100,0
	Pourcentage global				86,4

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	المستوى التعليمي			4,368	4	,359	
	بدون مستوى	- ,239	,225	1,126	1	,289	,788
	ابتدائي	,007	,222	,001	1	,975	1,007
	متوسط	- ,219	,196	1,246	1	,264	,803
	ثانوي	- ,328	,212	2,394	1	,122	,721
	المستوى الثقافي	,077	,131	,347	1	,556	1,081
	نوع الأسرة	,220	,129	2,879	1	,090	1,246
	بيئة المسكن	,354	,162	4,795	1	,090	1,246
	الحالة الفردية	,479	,233	4,225	1	,040	1,615
	مؤشر الثروة الخماسي	,156	,080	3,849	1	,050	1,169
	Constante	2,023	,167	16,930	1	,000	7,562

a. Introduction des variables au pas 1: المستوى التعليمي، المسكن، نوع الأسرة، المستوى الثقافي، بيئة المسكن، الحالة الفردية، مؤشر الثروة الخماسي.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = 2{,}023 + 0{,}479_{x_1} + 0{,}156_{x_2}$$

حيث: ♦ x_1: الحالة الفردية للأم؛ ♦ x_2: نتيجة مؤشر الثروة الخماسي؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$: الفحص الطبي بعد الولادة.

من خلال معلمات النموذج نلاحظ وجود علاقة بين المتابعة الصحية للمرأة الريفية بعد الولادة وحالتها الفردية، حيث كلما انتقلنا من حالة "غير موظفة" إلى حالة "موظفة" كلما ارتفع مقدار لوغاريتم الترجيح بـ 0,479، وبما أنّ العلاقة دالة معنويًا عند مستوى 0,05 (أي sig = 0,040)، فإنّنا نستطيع القول بأنه كلما انتقلنا من الحالة "غير موظفة" إلى الحالة "موظفة" فإنّ احتمال إجراء الأم لفحوصات ما بعد الولادة يزيد بـ 1,615 مرة.

وفيما يخص مؤشر الثروة الخماسي –وبما أن مستوى الدلالة المعنوية لديه– دال إحصائيًا (sig=0,050)، فيمكننا القول بأنّ له دور في احتمال متابعة الأم الريفية لصحتها بعد الولادة، فكلما ارتفعت نتيجته بدرجة واحدة فإنّ مقدار لوغاريتم نسبة الترجيح سوف يرتفع بـ 0,156، وعليه فإنّ احتمال إجراء الفحوصات الطبية بعد الحمل يرتفع بـ 1,169 مرة كلما ارتفعت نتيجة مؤشر الثروة بدرجة واحدة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية وخاصة الاقتصادية منها –من حيث الحالة الفردية للأم ومؤشر الثروة الخماسي– تؤثر في متابعتها الصحية بعد الولادة.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في متابعتها الصحية.**

خلاصة الفصل:

يظهر جليًا -من خلال هذا الفصل- أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في سلوكها الإنجابي من عدة نواحي، يمكن تلخيصها في مجموعة من النقاط، حيث يبدو أنّ:

العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في خصوبتها من حيث عدد الولادات الحية التي يمكن أن تعرفها فقط، كما أنّ لها الأثر الواضح في احتمال تعرض الأم للولادات القيصرية، بالإضافة إلى توقيت برمجتها واتخاذ قرار إجرائها إن كان قبل أو بعد آلام المخاض.

كما اتضح لنا -من خلال هذا البحث- أنّ العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في الرضاعة الطبيعية لديها، فهي تؤثر في احتمال إرضاعها لآخر مولود لها، كما تلعب دورا في تحديد المدة الفاصلة بين لحظة الولادة وأول رضعة لهذا المولود، واحتمال ارضاعها رضاعة حصرية خالصة لا تحوي أي إضافات.

أمّا عن تنظيم الأسرة، فقد تبيّن لنا أن العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل، بالإضافة إلى سنها عند أول استعمال لهذه الوسائل، كما أنها تؤثر في الرغبة المستقبلية للأم باستعمال وسائل منع الحمل؛

وأخيراً، بالحديث عن المتابعة الصحية، فقد اتضح لنا أثر العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية -من حيث مستواها التعليمي، مستواها الثقافي ومؤشر الثروة الخماسي في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، كما تؤثر -خصوصًا من الناحية الاقتصادية- من حيث الحالة الفردية للأم ومؤشر الثروة الخماسي، في متابعتها الصحية بعد الولادة، بإجراء مختلف الفحوصات اللازمة التي تعود على صحتها وصحة مواليدها اللاحقة.

الفصل التاسع

العوامل الصحية والسلوك الإنجابي

تمهيد:

تتنوع العوامل الصحية بين أمراض وراثية وأخرى معدية أو غير معدية –والتي تندرج تحتها الأمراض المزمنة والمكناة بأمراض العصر أو الأمراض السارية– هذه الأخيرة تشكل جزءا مهمّا من اهتمامات الأطباء والباحثين في مختلف أقطار العالم نظرا لخطورتها على صحة الإنسان، حيث أنها قد تهلك بحياته إذا لم تُكتشَف وتُعالَج في وقت مبكّر، وعرفت في الآونة الأخيرة ارتفاعًا ملحوظًا، إذ تتسبب سنويا في قرابة 36 مليون وفاة عالميا، وتحدث 80% من الوفيات في البلدان الفقيرة والنامية، حيث أنّ تسعة ملايين من وفيات الأمراض المزمنة تقل أعمارهم عن 60 سنة بنسبة 90% في هذه الدول–حسب ما صرّحت به منظمة الصحة العالمية سنة 2023.

وقد عرفت هذه الأمراض ارتفاعً ملحوظًا في الجزائر، لتنتقل من 11,4% سنة 2002 إلى نسبة 14,2% سنة 2012، ليستمر هذا التزايد إلى نسبة 20% سنة 2019 –حسب ما صرّحت به مختلف المسوح الوطنية من إحصائيات.

كما أنّ لهذه الأمراض أثرًا واضحًا على صحة الإنسان، فمن المحتمل أن يكون لها أثرًا على صحة الأمهات لكون الأم المصدر الرئيسي للإنجاب داخل المجتمع، وبدورها الركيزة الأساسية للحفاظ على صحته، لذا سنحاول –من خلال هذا الجانب البحث في مختلف المحدّدات الصحية للسلوك الإنجابي لدى المرأة الريفية الجزائرية، والمتمثلة في الحالة المرضية للأم –من حيث إصابتها بالأمراض المزمنة أو عدم إصابتها– بالإضافة إلى سنها عند تشخيص المرض المزمن، والتي قد تؤثر بشكل أو بآخر في مستوى الخصوبة لديها، ممارستها للرضاعة الطبيعية، احتمال تعرضها للولادة القيصرية، تنظيم أسرها –من خلال دراسة احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل ونوع الوسيلة المستعملة، وغيرها من المتغيرات المتعلقة بالتخطيط العائلي– وكذا رعاية صحتها الإنجابية أثناء فترة الحمل وبعد الولادة، بناءً على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

I. تأثير العوامل الصحية في الخصوبة:

سنحاول –من خلال هذا الجانب من البحث– التطرق لدراسة تأثير العوامل الصحية –المتمثلة في الحالة المرضية للمرأة الريفية الجزائرية من حيث إصابتها بمرض مزمن أو عدم إصابتها بالمرض والسن عند تشخيص المرض المزمن– في مستوى الخصوبة لديها، من حيث عدد ولاداتها الحية، عدد الولادات الميتة (الإملاص)، عدد حالات الإسقاط وعدد حالات الإجهاض.

1. تأثير العوامل الصحية في عدد الولادات الحية:

تلعب الحالة المرضية للأم، من حيث إصابتها بالأمراض المزمنة باختلاف أنواعها، ناهيك عن سنها أثناء الإصابة، وغيرها من الأمراض –وراثية كانت أو معدية أو غير ذلك– دورًا مهمًا في توجيه عدّة سلوكات ديمغرافية، لذا سنحاول –في هذا العنصر– دراسة تأثير هذه المتغيرات الصحية –سالفة الذكر– في عدد الولادات الحية للمرأة الريفية.

1.1. توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية:

يبيّن الجدول رقم (9-1) توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية، حيث يتّضح لنا –من خلال نتائج هذا الجدول – أن أغلبية المبحوثات لديهن بين 4-6 ولادات حية بنسبة 61,8%، ممثلة بفئة الأمهات غير المصابات بمرض مزمن، بنسبة 62,3%، ما يوافق 197 مبحوثة، مقابل 60,8% من مجمل المبحوثات المصابات، ما يوافق 93 مبحوثة، تليها الفئة التي أنجبت 2-3 ولادات حية بنسبة 20,5%، ممثلة بفئة الأمهات المصابات بنسبة 22,2%، ما يوافق 34 مبحوثة، مقابل 62 مبحوثة غير مصابة والممثلة بنسبة 19,6% من مجمل الأمهات غير المصابات، ثم تأتي الفئة التي أنجبت 7 ولادات حية فأكثر بنسبة 13,9%، ممثلة بـ39 مبحوثة غير مصابة مقابل 26 مبحوثة مصابة بمرض مزمن، ما يوافق 17% و12,3% على التوالي، ، وسجلت أضعف النسب لدى فئة الأمهات اللاتي أنجبن ولادة حية واحدة فقط، والتي قدرت بـ3,8%، والتي مثلتها فئة الأمهات غير المصابات بنسبة 5,7%.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، يلاحظ أنّ فئة الأمهات المصابات اللاتي أنجبن بين 4-6 ولادة حية تمثلت بالفئة التي شخصت المرض لأول مرة في السن 35 سنة فأكثر بنسبة 62,4% ما يوافق 74 مبحوثة مصابة، تليها 55,2% من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بسن تشخيص المرض ما بين 20-34 سنة، ثم الفئة التي شخصت المرض في السن 10-19 سنة بنسبة 33,3%، في حين سجلت مبحوثتين فقط ممن شخصن المرض عند العمر أقل من 10 سنوات.

جدول رقم (9–1): توزيع عدد الولادات الحية حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية.

العوامل الصحية			عدد الولادات الحية				المجموع
			1	3-2	6-4	+7	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	0	34	93	26	153
		النسب المئوية %	0,0%	22,2%	60,8%	17,0%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	18	62	197	39	316
		النسب المئوية %	5,7%	19,6%	62,3%	12,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**18**	**96**	**290**	**65**	**469**
		النسب المئوية %	**3,8%**	**20,5%**	**61,8%**	**13,9%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	0	0	2	0	2
		النسب المئوية %	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	19–10	التكرارات	0	2	1	0	3
		النسب المئوية %	0,0%	66,7%	33,3%	0,0%	100,0%
	34–20	التكرارات	0	10	16	3	29
		النسب المئوية %	0,0%	34,5%	55,2%	10,3%	100,0%
	+35	التكرارات	0	22	74	23	119
		النسب المئوية %	0,0%	18,8%	62,4%	18,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**0**	**34**	**93**	**26**	**153**
		النسب المئوية %	**0,0%**	**22,2%**	**60,8%**	**17,0%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

تأتي فئة الأمهات اللاتي أنجبن بين 2–3 ولادات حية في المرتبة اللاحقة بنسبة 22,2%، ممثلة بالفئة التي شخصت المرض عند السن 10–19 سنة بنسبة 66,7%، مقابل 34,5% ممّن صرّحن بسن التشخيص ما بين 20–34 سنة، و18,8% ما يوافق 22 مبحوثة مصابة صرحت بسن التشخيص عند العمر 35 سنة فأكثر، هذا الفارق في النسبة قد يشير إلى إمكانية تأثير التشخيص المبكّر للمرض المزمن في عدد الولادات الحية للمبحوثات.

تأتي في المرتبة الموالية فئة المبحوثات اللاتي أنجبن 7 ولادات حية فأكثر بنسبة 17%، ممثلة بالفئة التي شخصت المرض في سن 35 سنة فأكثر بنسبة 18,8%، مقابل 10,3% من مجمل المبحوثات المصابات اللاتي قمنن بتشخيص المرض في السن 20–34 سنة، لتنعدم لدى باقي الفئات العمرية.

2.1. علاقة العوامل الصحية بالولادات الحية للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الصحية) والمتمثل في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، عبارة عن متغيرات كيفية (بعدما تمت تفيئة هذا الأخير ليتحول من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، والمتغير التابع (عدد الولادات الحية)

بدوره عبارة عن متغير كيفي (بعدما تمت تقيئته هو الآخر وتحويله من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين المتغيرات الكيفية (الإصابة بمرض مزمن وعدد الولادات الحية) من جهة، ومن جهة أخرى نستعمل معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات الرتبية (السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الحية)، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (9-2) يوضح العلاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها.

H1: توجد علاقة بين بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها.

جدول رقم (9–2): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية وعدد الولادات الحية.

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	10,706a	3	,013	,012b	,010	,014
Rapport de vraisemblance	16,148	3	,001	,002b	,001	,003
Test exact de Fisher	13,068			,005b	,004	,006
Association linéaire par linéaire	3,902c	1	,048	,054b	,049	,058
N d'observations valides	469					

بما أنّ sig=0,013 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكننا أن نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل القائل وجود علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد الولادات الحية.

✓ من جهة أخرى سنحاول دراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الحية باستخدام معامل الارتباط سبيرمان، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الحية.

H1: توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الحية.

جدول رقم (9–3): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الحية.

Corrélations

			السن عند تشخيص المرض المزمن	عدد الولادات الحية
Rho de Spearman	السن عند تشخيص المرض المزمن	Coefficient de corrélation	1,000	,161
		Sig. (bilatéral)	.	,051
		N	858	148
	عدد الولادات الحية	Coefficient de corrélation	,161	1,000
		Sig. (bilatéral)	,051	.
		N	148	459

بما أنّ sig=0,051 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكن أن نقبل الفرض الصفري القائل بعد وجود ارتباط بين السن عند تشخيص المرض المزمن لدى المرأة الريفية وعدد الولادات الحية لديها.

يمكننا تلخيص العلاقة الموجودة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية و وعدد الولادات الحية لديها في معادلة الانحدار التالية:

$$y = 3,066 - 0,126_x$$

حيث: ♦ y: عدد الولادات الحية؛ ♦ x: الإصابة بمرض مزمن.

أي أنه كلما انتقلنا من الحالة المرضية "غير مصابة" إلى الحالة المرضية " مصابة" كلما انخفض عدد الولادات الحية لدى المرأة الريفية في الجزائر.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في عدد الولادات الحية لديها.

2. تأثير العوامل الصحية في عدد الولادات الميتة (الإملاص):

سنحاول –في هذا العنصر– دراسة تأثير المتغيرات الصحية المذكورة سابقا –المتمثلة في الحالة المرضية للمرأة الريفية الجزائرية من حيث إصابتها بمرض مزمن أو عدم إصابتها بالمرض والسن عند تشخيص المرض المزمن– في عدد الولادات الميتة لديها.

1.2. توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل الصحية:

يتّضح لنا –من خلال نتائج الجدول رقم (9-4) –الذي يمثل توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية– أن أغلبية المبحوثات تعرضن لولادة ميتة واحدة فقط، بنسبة .86,1%، ممثلة بفئة الأمهات المصابات بمرض مزمن بنسبة 84,9%، مقابل 81,6% من مجمل المبحوثات غير المصابات، تليها الفئة التي تعرضت لـ2-3 ولادات ميتة بنسبة 9,7%، ممثلة بفئة الأمهات غير المصابات بنسبة 17,8%، ما يوافق 27 مبحوثة، مقابل 8 مبحوثات مصابة، والممثلة بنسبة 11% من مجمل الأمهات المصابات، وسجلت أضعف النسب لدى الفئة التي شهدت 4 ولادات ميتة فأكثر، والتي قدّرت بـ1,8%، ممثلة بـ3 مبحوثات مصابات مقابل مبحوثة واحدة مصابة بمرض مزمن، ما يوافق 4,1% و0,7% على التوالي.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، يلاحظ أنّ فئة الأمهات المصابات اللاتي تعرضن لولادة ميتة واحدة فقط تمثلت بالفئة التي شخصت المرض لأول مرة في السن 35 سنة فأكثر بنسبة 85,7% ما يوافق 36 مبحوثة مصابة، تليها

33,3% من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بسن تشخيص المرض عند العمر أقل من 10 سنوات، في حين أن الفئتين العمريتين 10-19 سنة و20-34 سنة، عرفتا ولادة ميتة واحدة فقط، ولم تشهد أكثر من ذلك.

تأتي فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ2-3 ولادات ميتة في المرتبة الثانية بنسبة 11%، ممثلة بالفئة التي شخصت المرض عند العمر أقل من 10 سنوات بنسبة 66,7%، مقابل 7,1% ممّن صرّحن بسن التشخيص 35 سنة فأكثر، في حين تنعدم لدى باقي الفئات العمرية، وتأتي في المرتبة الموالية فئة المبحوثات اللاتي تعرضن لـ4 ولادات ميتة فأكثر بأقل النسب، والتي قدّرتبـ4,1%، ممثلة بالفئة التي شخصت المرض في سن 35 سنة فأكثر بنسبة 7,1%، لتنعدم لدى باقي الفئات العمرية. من خلال هذه النسب، يمكن استبعاد دور سن المبحوثة عند تشخيص المرض المزمن في تحديد عدد الولادات الميتة الممكن أن تتعرض لها، والذي يمكن أن يفسَّر بعوامل أخرى وسيطية.

جدول رقم (9-4): توزيع عدد الولادات الميتة حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية.

العوامل الصحية			عدد الولادات الميتة			المجموع
			1	3-2	+4	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	62	8	3	73
		النسب المئوية %	84,9%	11,0%	4,1%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	124	27	1	152
		النسب المئوية %	81,6%	17,8%	0,7%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**186**	**35**	**4**	**225**
		النسب المئوية %	**82,7%**	**15,6%**	**1,8%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	2	4	0	6
		النسب المئوية %	33,3%	66,7%	0,0%	100,0%
	19-10	التكرارات	3	0	0	3
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	34-20	التكرارات	21	0	0	21
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	35+	التكرارات	36	4	3	43
		النسب المئوية %	85,7%	7,1%	7,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**62**	**8**	**3**	**73**
		النسب المئوية %	**84,9%**	**11,0%**	**4,1%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.2. علاقة العوامل الصحية بالولادات الميتة للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الصحية) والمتمثل في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، عبارة عن متغيرات كيفية (بعدما تمت تفيئة هذا الأخير ليتحول من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، والمتغير التابع (عدد الولادات الميتة) بدوره عبارة عن متغير كيفي (بعدما تمت تقيئته هو الآخر وتحويله من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين المتغيرات الكيفية (الإصابة بمرض مزمن وعدد الولادات الميتة) من جهة، ومن جهة أخرى نستعمل معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات الرتبية (السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الميتة)، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (9-5) يوضح العلاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة ، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

H1: توجد علاقة بين بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

جدول رقم (9-5): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية وعدد الولادات الميتة.

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
			Signification asymptotique (bilatérale)		95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl		Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	8,507[a]	4	,046	,037[b]	,033	,041
Rapport de vraisemblance	9,695	4	,075	,040[b]	,036	,044
Test exact de Fisher	7,475			,056[b]	,051	,060
Association linéaire par linéaire	,078[c]	1	,779	,805[b]	,797	,813
N d'observations valides	225					

بما أنّ sig=0,046 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكننا أن نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل القائل وجود علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

✓ من جهة أخرى سنحاول دراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الميتة باستخدام معامل الارتباط سبيرمان، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الميتة.

H1: توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الميتة.

جدول رقم (9–6): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد الولادات الميتة.

Corrélations

			السن عند تشخيص المرض المزمن	عدد الولادات الميتة
Rho de Spearman	السن عند تشخيص المرض المزمن	Coefficient de corrélation	1,000	-,165
		Sig. (bilatéral)	.	,173
		N	858	70
	عدد الولادات الميتة	Coefficient de corrélation	-,165	1,000
		Sig. (bilatéral)	,173	.
		N	70	215

بما أنّ sig=0,173 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكن أن نقبل الفرض الصفري القائل بعد وجود ارتباط بين السن عند تشخيص المرض المزمن لدى المرأة الريفية وعدد الولادات الميتة لديها.

يمكننا تلخيص العلاقة الموجودة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية و وعدد الولادات الميتة لديها في معادلة الانحدار التالية:

$$y = 1{,}210 + 0{,}009_x$$

حيث: ♦ y: عدد الولادات الميتة؛ ♦ x: الإصابة بمرض مزمن.

أي أنه كلما انتقلنا من الحالة المرضية "غير مصابة" إلى الحالة المرضية " مصابة" كلما ارتفع عدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية في الجزائر.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في عدد الولادات الميتة لديها.

3. تأثير العوامل الصحية في عدد حالات الإسقاط:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير بعض العوامل الصحية في تغير عدد حالات الإسقاط لدى المرأة الريفية في الجزائر، والتي سنختصرها في الحالة المرضية للمرأة الريفية (والمتمثلة في الإصابة برمض مزمن أو عدم الإصابة) بالإضافة إلى سن الأم عند تشخيص المرض المزمن.

1.3. توزيع عدد حالات الإسقاط حسب العوامل الصحية:

يتبيّن من الجدول رقم (9–7) –الذي يمثل توزيع عدد حالات الإسقاط حسب العوامل الصحية للأم الريفية– أن أغلبية المبحوثات لديهن حالة إسقاط واحدة بنسبة 67%، ممثلة بفئة الأمهات المصابات بنسبة 70,3% مقابل 66,3% من مجمل الأمهات غير المصابات، تليها الفئة التي تعرضت لـ2–3 حالات إسقاط بنسبة 30,4%، ممثلة بالفئة غير المصابة بنسبة 30,9%، ما يوافق 258 مبحوثة، مقابل 49 مبحوثة مصابة والممثلة بنسبة 28% من مجمل الأمهات المصابات، ثم تأتي الفئة التي تعرّضت لـ4–6 حالات إسقاط بنسبة 2,2%، ممثلة بفئة الأمهات غير المصابات بمرض مزمن، بنسبة 2,4%، ما يوافق 20 مبحوثة، مقابل 1,1% من مجمل المبحوثات المصابات، ما يوافق مبحوثتين فقط، وسجلت أضعف النسب لدى فئة الأمهات اللاتي تعرضت لـ7 حالات إسقاط فأكثر بنسبة 0,4%، ممثلة بـ0,6% و0,4% لدى الفئتين المصابة وغير المصابة على التوالي.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، يلاحظ أنّ فئة الأمهات المصابات اللاتي تعرضن لحالة إسقاط واحدة تمثلت بالفئة التي شخصت المرض ما بين 20–34 سنة و35 سنة فأكثر بنسبة 73,1% و71,3% على التوالي، تأتي فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ2–3 حالات إسقاط في المرتبة اللاحقة بنسبة 28%، ممثلة بالفئة التي شخصت المرض عند السن 10–19 سنة بنسبة 50%، مقابل 27,7% و26,9% لدى العمر 35 سنة فأكثر، والفئة العمرية 20–34 سنة على التوالي، و22,2% لدى الفئة التي صرحت بسن التشخيص عند العمر أقل من 10 سنوات.

تأتي في المرتبة الموالية فئة المبحوثات اللاتي تعرضن لـ4–6 حالات إسقاط بنسبة 1,1%، بالإضافة لمن عرفن 7 حالات إسقاط فأكثر بنسبة 0,6%، ممثّلة بالفئة التي شخصت المرض لأول مرة في السن أقل من 10سنوات لدى الفئة الأولى بنسبة 11,1%، وتنعدم عند باقي الفئات.

جدول رقم (9–7): توزيع عدد حالات الإسقاط حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية.

العوامل الصحية			عدد حالات الإسقاط				المجموع
			1	3-2	6-4	+7	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	123	49	2	1	175
		النسب المئوية %	70,3%	28,0%	1,1%	0,6%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	553	258	20	3	834
		النسب المئوية %	66,3%	30,9%	2,4%	0,4%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**676**	**307**	**22**	**4**	**1009**
		النسب المئوية %	**67,0%**	**30,4%**	**2,2%**	**0,4%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	8	3	2	0	13
		النسب المئوية %	66,7%	22,2%	11,1%	0,0%	100,0%
	19–10	التكرارات	5	5	0	0	10
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	34–20	التكرارات	38	14	0	0	52
		النسب المئوية %	73,1%	26,9%	0,0%	0,0%	100,0%
	35+	التكرارات	72	27	0	1	100
		النسب المئوية %	71,3%	27,7%	0,0%	1,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**123**	**49**	**2**	**1**	**175**
		النسب المئوية %	**70,3%**	**28,0%**	**1,1%**	**0,6%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.3. علاقة العوامل الصحية بعدد حالات الإسقاط لدى المرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية وعدد حالات الإسقاط التي تعرضت لها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الصحية) والمتمثل في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، عبارة عن متغيرات كيفية (بعدما تمت تفيئة هذا الأخير ليتحول من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، والمتغير التابع (عدد حالات الإسقاط) بدوره عبارة عن متغير كيفي (بعدما تمت تقيئته هو الآخر وتحويله من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين المتغيرات الكيفية (الإصابة بمرض مزمن وعدد حالات الإسقاط) من جهة، ومن جهة أخرى نستعمل معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات الرتبية (السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإسقاط)، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (9–8) يوضح العلاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد حالات الاسقاط، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد حالات الاسقاط.

H1: توجد علاقة بين بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد حالات الاسقاط.

جدول رقم (9–8): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية وعدد حالات الاسقاط.

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
			Signification asymptotique (bilatérale)		95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl		Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	1,960a	3	,581	,569b	,559	,579
Rapport de vraisemblance	2,127	3	,546	,626b	,617	,636
Test exact de Fisher	2,079			,508b	,498	,518
Association linéaire par linéaire	1,123c	1	,289	,322b	,313	,331
N d'observations valides	1009					

بما أنّ sig=0,581 وهي اكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكننا أن نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري القائل بعدم وجود علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد حالات الإسقاط التي تعرضت لها.

✓ من جهة أخرى سنحاول دراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإسقاط باستخدام معامل الارتباط سبيرمان، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإسقاط.

H1: توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإسقاط.

جدول رقم (9–9): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإسقاط.

Corrélations

			السن عند تشخيص المرض المزمن	عدد حالات الإسقاط
Rho de Spearman	السن عند تشخيص المرض المزمن	Coefficient de corrélation	1,000	-,094
		Sig. (bilatéral)	.	,526
		N	858	169
	عدد حالات الإسقاط	Coefficient de corrélation	-,094	1,000
		Sig. (bilatéral)	,526	.
		N	169	969

بما أنّ sig=0,094 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكن أن نقبل الفرض الصفري القائل بعدم وجود ارتباط بين السن عند تشخيص المرض المزمن لدى المرأة الريفية وعدد حالات الإسقاط التي تعرضت لها.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن العوامل الصحية للمرأة الريفية لا تؤثر في عدد حالات الاسقاط لديها.

4. تأثير العوامل الصحية في عدد حالات الإجهاض:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الصحية والمتمثلة في المتغيرات سالفة الذكر (الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص الإصابة بالمرض المزمن في التغيرات التي تطرأ على عدد حالات الإجهاض التي قد تتعرض لها الأم الريفية في الجزائر.

1.4. توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل الصحية:

يتبيّن من الجدول رقم (9–10) –الذي يمثل توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل الصحية للأم الريفية– أن أغلبية المبحوثات تعرضن لحالة إجهاض واحدة بنسبة 76,7%، ممثلة بفئة الأمهات المصابات بمرض مزمن بنسبة 76,9%، مقابل 76,6% من مجمل المبحوثات غير المصابات، تليها الفئة التي تعرضت لـ2–3 حالات إجهاض بنسبة 20,9%، ممثلة بفئة الأمهات غير المصابات بنسبة 21,4%، ما يوافق 78 مبحوثات، مقابل 17 مبحوثة مصابة، والممثلة بنسبة 18,7% من مجمل الأمهات المصابات، وسجلت أضعف النسب لدى الفئة التي شهدت 4 حالات إجهاض فأكثر، والتي قدّرت بـ2,4%، ممثلة بـ4,4% من مجمل المبحوثات مصابات، مقابل 1,9% من مجمل الأمهات المصابات.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، فيلاحَظ أنّ فئة الأمهات المصابات اللاتي تعرضن لحالة إجهاض واحدة فقط، مثلتها الفئة التي شخصت المرض لأول مرة في السن 35 سنة فأكثر بنسبة 81,3% ما يوافق 52 مبحوثة مصابة، تليها 73,3% من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بسن تشخيص المرض ما بين 20–34 سنة، وسجلت أضعف نسبة عند العمر أقل من 10 سنوات، والتي قدّرت بـ28,6%، في حين أن الفئةالعمرية 10–19 سنة لم تعرف سوى حالة إجهاض واحدة فقط، ولم تسجل أي حالة لدى باقي الفئات.

تأتي فئة الأمهات اللاتي تعرضن لـ2-3 حالة إجهاض في المرتبة الثانية بنسبة 18,7%، ممثلة بالفئة التي شخصت المرض ما بين 20-34 سنة بنسبة 26,7%، مقابل 18,8%ممّن صرّحن بسن التشخيص عند العمر 35 سنة فأكثر، تليها الفئة العمرية أقل من 10 سنوات بنسبة 14,3%، وتأتي في المرتبة الموالية فئة المبحوثات اللاتي تعرضن لـ4 حالات إجهاض فأكثر بأضعف النسب، والتي قدّرت بـ4,4%، ممثلة بالفئة العمرية الأقل من 10 سنوات بنسبة 57,1%، لتنعدم لدى باقي الفئات العمرية. من خلال هذه النسب، يمكننا القول بعدم وجود علاقة بين سن المبحوثة عند تشخيص المرض المزمن وتحديد عدد حالات الإجهاض الممكن أن تتعرض لها.

جدول رقم (9-10): توزيع عدد حالات الإجهاض حسب العوامل الصحية للمرأة الريفية.

العوامل الصحية			عدد حالات الإجهاض			المجموع
			1	3-2	+4	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	70	17	4	91
		النسب المئوية %	76,9%	18,7%	4,4%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	279	78	7	364
		النسب المئوية %	76,6%	21,4%	1,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**349**	**95**	**11**	**455**
		النسب المئوية %	**76,7%**	**20,9%**	**2,4%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	2	1	4	7
		النسب المئوية %	28,6%	14,3%	57,1%	100,0%
	19-10	التكرارات	3	0	0	3
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	0,0%	100,0%
	34-20	التكرارات	11	4	0	15
		النسب المئوية %	73,3%	26,7%	0,0%	100,0%
	+35	التكرارات	54	12	0	66
		النسب المئوية %	81,3%	18,8%	0,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**70**	**17**	**4**	**91**
		النسب المئوية %	**76,9%**	**18,7%**	**4,4%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.4. علاقة العوامل الصحية بعدد حالات الإجهاض للمرأة الريفية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الصحية) والمتمثل في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، عبارة عن متغيرات كيفية (بعدما تمت تفيئة هذا الأخير ليتحول من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، والمتغير التابع (عدد حالات

الإجهاض) بدوره عبارة عن متغير كيفي (بعدما تمت تقيئته هو الآخر وتحويله من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين المتغيرات الكيفية (الإصابة بمرض مزمن وعدد حالات الإجهاض) من جهة، ومن جهة أخرى نستعمل معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات الرتبية (السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإجهاض)، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (9-11) يوضح العلاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها.

H1: توجد علاقة بين بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها.

جدول رقم (9-11): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية وعدد حالات الإجهاض.

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	2,105a	2	,349	,353b	,343	,362
Rapport de vraisemblance	1,850	2	,397	,397b	,387	,406
Test exact de Fisher	2,197			,335b	,326	,344
Association linéaire par linéaire	,147c	1	,702	,720b	,711	,729
N d'observations valides	455					

بما أنّ sig=0, 349 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكننا أن نرفض الفرض البديل ونقبل الفرض الصفري القائل بعدم وجود علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها.

✓ من جهة أخرى سنحاول دراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها باستخدام معامل الارتباط سبيرمان، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها.

H1: توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها.

جدول رقم (9–12): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن وعدد حالات الإجهاض.

Corrélations

			السن عند تشخيص المرض المزمن	عدد حالات الإجهاض
Rho de Spearman	السن عند تشخيص المرض المزمن	Coefficient de corrélation	1,000	,274
		Sig. (bilatéral)	.	**,110**
		N	858	85
	عدد حالات الإجهاض	Coefficient de corrélation	,274	1,000
		Sig. (bilatéral)	**,110**	.
		N	85	435

بما أنّ sig=0,110 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكن أن نقبل الفرض الصفري القائل بعدم وجود ارتباط بين السن عند تشخيص المرض المزمن لدى المرأة الريفية وعدد حالات الإجهاض التي تعرضت لها.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن العوامل الصحية للمرأة الريفية لا تؤثر في عدد حالات الإجهاض لديها.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في خصوبتها من حيث عدد ولاداتها الحية وعدد الولادات الميتة لديها.**

II. تأثير العوامل الصحية في الولادات القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الصحية –المتمثلة في الحالة المرضية للأم –من حيث إصابتها بمرض مزمن أو عدم إصابتها– والسن عند تشخيص المرض المزمن في الولادات القيصرية التي قد تتعرض لها الأم الريفية في الجزائر.

1. تأثير العوامل الصحية في نوع الولادة:

1.1. توزيع المبحوثات حسب نوع الولادة والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9–13) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع الولادة الذي تعرضت له بدلالة العوامل الصحية– أن أغلبية المبحوثات لم يجرين عملية قيصرية وأنجبن بطريقة طبيعية، بنسبة 76,7%، ما يوافق 1823 مبحوثة، مقابل 23,3% ممّن أجرين ولادات قيصرية لإنجاب آخر مواليدهن، ما يوافق 554 مبحوثة.

نلاحظ –عمومًا– ارتفاع مستوى الولادات الطبيعية لدى المبحوثات الريفيات غير المصابات بمرض مزمن، والذي قدّر بنسبة 77%، ما يوافق 1719 مبحوثة، مقابل 72,2% من مجمل المبحوثات المصابات، ما يوافق 104 مبحوثة، في حين

قُدّرَت نسبة الأمهات اللاتي أجرت عمليات قيصرية بـ27,8% من مجمل الأمهات المصابات، مقابل 23% من مجمل الأمهات غير المصابات.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، يلاحظ أن فئة الأمهات اللاتي أنجبن عن طريق العملية القيصرية، مثلتها فئة المصابات اللاتي شخّصن المرض في السن أقل من 10 سنوات بنسبة 50%، مقابل 50% لدى المبحوثات المصابات اللاتي أنجبن بطريقة طبيعية، تليها الفئة التي صرّحت بالتشخيص ما بين 20-34سنة بنسبة 31,9% مقابل 68,1% من الولادات الطبيعية، وتنخفض نسبة الولادات القيصرية لدى الأمهات اللاتي صرّحن بتشخيص المرض في السن 35 سنة فأكثر إلى 24,1% مقابل 75,9% من الولادات الطبيعية، وسجلت أضعف نسبة لهذا النوع من العمليات لدى الفئة التي صرّحت بتشخيص المرض في الفئة العمرية 10-19 سنة بنسبة 15,4% مقابل 84,6% للولادات الطبيعية. هذا الفارق بين النسب قد يشير إلى إمكانية تأثير التشخيص المبكّر للمرض المزمن في نوع الولادة الذي تتعرض له الأم، وبالتالي قلة عدد الولادات القيصرية.

جدول رقم (9-13): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب نوع الولادة والعوامل الصحية.

العوامل الصحية			العملية القيصرية		المجموع
			أجرت عملية قيصرية	لم تجر عملية قيصرية	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	41	104	145
		النسب المئوية %	27,8%	72,2%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	513	1719	2232
		النسب المئوية %	23,0%	77,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**554**	**1823**	**2378**
		النسب المئوية %	**23,3%**	**76,7%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	3	2	5
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	19-10	التكرارات	2	11	13
		النسب المئوية %	15,4%	84,6%	100,0%
	34-20	التكرارات	22	47	69
		النسب المئوية %	31,9%	68,1%	100,0%
	35+	التكرارات	14	44	58
		النسب المئوية %	24,1%	75,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**41**	**104**	**145**
		النسب المئوية %	**27,8%**	**72,2%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.1. علاقة العوامل الصحية باحتمال تعرض المرأة الريفية للولادة القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية واحتمال تعرضها للولادة القيصرية، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بتعرض الأمهات الريفيات للولادة القيصرية، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات السالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال تعرض المرأة الريفية للعملية القيصرية أثناء الولادة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية.

H1: تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية واحتمال تعرضها للولادة القيصرية، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2113	36,1
	Observations manquantes	3738	63,9
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	,0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 36,1% من حجم العينة والمقدرة بـ 2113 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرّحن بإجاباتهن المتعلقة بتعرضهن لولادة قيصرية أو عدمه.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا	0
نعم	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بتعرضهن للولادة القيصرية و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم تعرضهن للولادة القيصرية.

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			الولادة القيصرية		Pourcentage correct
			لا	نعم	
Pas 0	الولادة القيصرية	لا	0	1823	100,0
		نعم	0	554	,0
	Pourcentage global				76,7

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 76,7% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الولادات القيصرية، ما عدا السؤال المتلق بتعرض الأمهات للعملية القيصرية أثناء الولادة، ف نموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت ب "لا" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بـ"نعم"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-1,192	,049	603,107	1	,000	,304

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الصحية المتمثلة في إصابة الأم بمرض مزمن وسنها عند التشخيص الأول للمرض خارج المعادلة، ونظرا لأن بعض منها دال إحصائيًا أي أن sig=0,017 وهي أقل من القيمة 0,05 التي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، (الإصابة بمرض مزمن)، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، في حين يمكن استبعاد سن الأم عند تشخيص المرض المزمن النموذج لأنه غير دال إحصائيًا لأن sig=0,622 وهي أكبر من 0,05 والتي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الإصابة بمرض مزمن	1,859	1	,017
		السن عند تشخيص المرض المزمن	,243	1	,622
	Statistiques générales		1,786	1	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 2578,486، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 26% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الصحية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 0,1% من التفسير للعوامل الصحية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	2578,486[a]	,001	,001

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الصحية والمتمثلة في متغير الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض، نلاحظ أن النموذج لم يتغير، أي أنّ التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 76,7% من الإجابات بشكل صحيح.

Table de classification[a]

Observé			Prévisions		
			الولادة القيصرية		Pourcentage correct
			لا	نعم	
Pas 1	الولادة القيصرية	لا	0	1823	100,0
		نعم	0	554	,0
	Pourcentage global				76,7

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الإصابة بمرض مزمن	,261	,192	1,849	1	,017	,770
	السن عند تشخيص المرض	- ,522	,868	,361	1	,548	,594
	Constante	- ,686	,374	3,368	1	,066	,503

a. Introduction des variables au pas 1 : السن عند تشخيص المرض، الإصابة بمرض مزمن.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = -0,686 + 0,261x$$

حيث: ♦ x: الإصابة بمرض مزمن؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ احتمال التعرض لولادة قيصرية.

بما أن sig = 0,017 (الإصابة بمرض مزمن)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فإنه يمكننا القول أن الحالة المرضية للأم الريفية تؤثر عكسا في احتمال تعرضها للولادة القيرصرية، حيث أنه كلما انتقلنا من حالة غير مصابة بمرض مزمن إلى حالة مصابة كلما ارتفع احتمال تعرضها للولادة القيصرية بـ 0,770 مرة.

بما أن sig = 0,548 (السن عند تشخيص المرض)، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فإنه يمكننا القول أن هذا الأخير لا يؤثر في احتمال تعرض الأم الريفية للولادة القيصرية.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية –من حيث حالتها المرضية– تؤثر في احتمال تعرضها للولادة القيصرية.

2. تأثير العوامل الصحية في لحظة إجراء العملية القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الصحية للمرأة الريفية في الجزائر–المتمثلة في حالتها المرضية وكذا سنها عند التخيص الأول للمرض المزمن– في لحظة إجراء العملية القيصرية.

1.2. توزيع المبحوثات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية والعوامل الصحية:

يبيّن الجدول رقم (9-14) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة العوامل الصحية– أن أغلبية المبحوثات خضعن للعملية القيصرية قبل آلام المخاض بنسبة 65,9% مقابل 34,1% ممّن خضعن لها بعد الآلام.

ونلاحظ ارتفاع مستوى العمليات القيصرية قبل آلام المخاض لدى المبحوثات الريفيات غير المصابات بمرض مزمن، والذي قدّر بـ66,5% مقابل 33,5% ممّن أجرينها بعد آلام المخاض، في حين قدّرت نسبة العمليات القيصرية قبل الآلام لدى المبحوثات المصابات بـ57,5% مقابل 42,5% لدى فئة المبحوثات اللاتي خضعن لها بعد آلام المخاض.

بالنسبة للسن عند التشخيص الأول للمرض المزمن ، فإنّنا نلاحظ أنّ الفئة الأولى مُثلت بالسن 20-34 سنة بنسبة 59,1%، تليها فئة المبحوثات اللاتي شخصن المرض عند العمر 35 سنة فأكثر بنسبة 57,1%، لتنخفض إلى 50% لدى الفئة التي صرّحت بتشخيص المرض ما بين 10-19 سنة، في حين لم تسجل أي حالة من الولادات القيصرية لدى المبحوثات التي شخصن المرض في السن أقل من 10 سنوات، ونجد بالمقابل أن كل 50% من الولادات القيصرية جرت بعد آلام المخاض لدى الفئة التي شخصت المرض في السن 10-19 سنة مقابل 42,9% لمن صرّحن بسن التشخيص عند العمر 35 سنة فأكثر، و40,9% لدى الفئة العمرية 20-34 سنة.

جدول رقم (9–14): توزيع المبحوثات الريفيات حسب لحظة إجراء العملية القيصرية بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			لحظة إجراء العملية القيصرية		المجموع
			قبل آلام المخاض	بعد آلام المخاض	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	23	17	40
		النسب المئوية %	57,5%	42,5%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	342	172	514
		النسب المئوية %	66,5%	33,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**365**	**189**	**554**
		النسب المئوية %	**65,9%**	**34,1%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	0	1	1
		النسب المئوية %	0,0%	100,0%	100,0%
	19–10	التكرارات	1	1	2
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	34–20	التكرارات	14	9	23
		النسب المئوية %	59,1%	40,9%	100,0%
	+35	التكرارات	8	6	14
		النسب المئوية %	57,1%	42,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**23**	**17**	**40**
		النسب المئوية %	**57,5%**	**42,5%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.2. علاقة العوامل الصحية بلحظة إجراء العملية القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية. لذا سنحاول توظيف اختبار khi^2 بين مجموعة المتغيرات المستقلة المتمثلة في الحالة المرضية للأم حول إصابتها بمرض مزمن أو عدم الإصابة والسن عند تشخيص المرض المزمن،– هذا الأخير الذي تمت تفيئته ليتحول من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي– من جهة والمتغير التابع المتمثل في لحظة إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية،و–الذي يمثل متغيرا اسميا ذو بديلين (إجراء العملية القيصرية قبل أو بعد آلام المخاض)– للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية لديها.

H1: توجد علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ولحظة إجراء العملية القيصرية لديها.

Tests du khi-carré

		Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
الإصابة بمرض مزمن	khi-carré de Pearson	13,48[a]	1	,024
السن عند تشخيص المرض المزمن	khi-carré de Pearson	1,395[a]	3	,707

يتبيّن من الجدول السابق الذي يوضح اختبار كاف مربع، أنّه دال إحصائيًا بالنسبة لمتغير الإصابة بمرض مزمن، حيث قدرت قيمة sig بـ 0,024 بين هذا الأخير ولحظة إجراء الأم الريفية للعملية القيصرية، أي مستوى دلالة أقل من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، في حين قدّرت قيمة sig بـ 0,707 وهي أكبر من 0,05 (احتمال الخطأ)، من هنا يمكن القول بوجود علاقة بين الحالة المرضية للأم –والمتمثلة في إصابتها بمر ض مزمن أو عدم الإصابة– ولحظة إجراء العملية القيصرية –إن كان قبل أو بعد آلام المخاض– وعدم وجود علاقة بين هذا المتغير الأخير والسن عند تشخيص المرض المزمن.

ممّا سبق يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بوجود علاقة بين

العوامل الصحية –من حيث الحالة المرضية– ولحظة إجراء العملية القيصرية.

3. تأثير العوامل الصحية في نوع العملية القيصرية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الصحية للمرأة الريفية في الجزائر–المتمثلة في حالتها المرضية من حيث إصابتها بمرض مزمن أو عدمه– والسن عند تشخيص المرض المزمن في احتمال التعرض لعملية قيصرية غير مبرمجة.

1.3. توزيع المبحوثات حسب نوع العملية القيصرية والعوامل الصحية:

يبيّن الجدول رقم (9-15) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع العملية القيصرية بدلالة العوامل الصحية– أن أغلبية المبحوثات تعرضن لولادات قيصرية مبرمجة بنسبة 58,3%، مقابل 41,7% للمبحوثات اللاتي تعرضن لولادات قيصرية غير مبرمجة. عمومًا، نلاحظ ارتفاع نسبة الولادات القيصرية المبرمجة لدى المبحوثات الريفيات غير المصابات بمرض مزمن، والتي قدّرت بـ58,5%، مقابل 41,5% للعمليات القيصرية غير المبرمجة، في حين قدّرت نسبة العمليات القيصرية غير المبرمجة بـ56,1% لدى المبحوثات المصابات بمرض مزمن، مقابل 43,9% للولادات القيصرية غير المبرمجة، هذه الأخيرة التي ترتفع عن نظيرتها لدى المبحوثات غير المصابات.

جدول رقم (9–15): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			نوع العملية القيصرية		المجموع
			مبرمجة	غير مبرمجة	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	23	18	41
		النسب المئوية %	56,1%	43,9%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	297	211	508
		النسب المئوية %	58,5%	41,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**320**	**229**	**549**
		النسب المئوية %	**58,3%**	**41,7%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	0	1	1
		النسب المئوية %	0,0%	100,0%	100,0%
	19–10	التكرارات	1	1	2
		النسب المئوية %	50,0%	50,0%	100,0%
	34–20	التكرارات	14	10	24
		النسب المئوية %	59,1%	40,9%	100,0%
	35+	التكرارات	8	6	14
		النسب المئوية %	57,1%	42,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**23**	**18**	**41**
		النسب المئوية %	**56,1%**	**43,9%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

وبالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن، فالملاحظ هنا أيضًا- ارتفاع مستوى العمليات القيصرية المبرمجة بنسبة 56,1%، ممثلة بالفئة العمرية 20-34 سنة بنسبة 59,1%، تليها فئة الأمهات اللاتي صرّحن بسن تشخيص المرض عند العمر 35 سنة فأكثر بنسبة 57,1% من مجمل الأمهات اللاتي أجرين عمليات قيصرية مبرمجة، ثم الفئة العمرية 10-19 سنة بنسبة 50% والتي مثلتها مبحوثة واحدة فقط، لتنعدم لدى المبحوثات اللاتي شخصن المرض في سن أقل من 10 سنوات، بالمقابل قُدّرت نسبة الولادات القيصرية غير المبرمجة بـ43,9%، ممثلة بالفئة العمرية 10-19 سنة بنسبة 50%، تليها الفئة التي شخصت المرض ما بين 20-34 سنة بنسبة " 40,9%، ثم فئة المبحوثات اللاتي شخصن المرض عند العمر 35 سنة فأكثر بنسبة 42,9%، ولا نجد سوى مبحوثة واحدة فقط تعرضت لولادة قيصرية غير مبرمجة ممّن شخصن المرض في سن مبكرة تقل عن العشر سنوات، من خلال هذه النسب يمكننا ملاحظة ارتفاع مستوى العمليات القيصرية المبرمجة لدى الأعمار المتأخرة، حيث يفوق نصف حجم المصابات في هذه الأعمار، الأمر الذي قد يؤدي بالطبيب النسائي إلى برمجة موعد للعملية -لخطورة الوضع الصحي- وبالتالي تخفيض احتمال تعرض المصابة لعملية قيصرية مفاجئة، وحمايتها من أي تعقيدات قد تحدث أثناء الولادة

الطبيعية، من هنا بمكننا التفكير في إمكانية تأثير التشخيص المبكّر للمرض المزمن في إمكانية تعرض المبحوثة لولادة قيصرية غير مبرمجة.

2.3. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية بنوع العملية القيصرية:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ونوع العملية القيصرية التي تعرضت له خلال إنجابها لأخر مولود لها –إن كانت مبرمجة أو غير مبرمجة– لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بنوع العملية القيصرية، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي ب، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بنوع العملية القيصرية الذي تعرضت لها المرأة الريفية عند ولادة آخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

H1: تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ونوع العملية القيصرية الذي تعرضت له، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	425	98,8
	Observations manquantes	5	1,2
	Total	430	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		430	430

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 98,8% من حجم العينة والمقدرة بـ 425 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرّحن بإجاباتهن المتعلقة بنوع العملية القيصرية الذي تعرضت له أثناء ولادة آخر مولود لها (مبرمجا أو غير مبرمج).

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
مبرمجة	0
غير مبرمجة	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بنوع العملية القيصرية غير المبرمج و0 للأمهات اللاتي صرحن بنوع العملية القيصرية المبرمج.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			نوع العملية القيصرية		Pourcentage correct
			غير مبرمجة	مبرمجة	
Pas 0	نوع العملية القيصرية	غير مبرمجة	0	228	100,0
		مبرمجة	0	320	,0
	Pourcentage global				58,4

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 58,4% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع العملية القيصرية، ما عدا السؤال المتعلق بنوع ية الذي تعرضت له الأم الريفية، فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بالعملية "المبرمجة" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بالعملية "غير المبرمجة"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-,337	,087	15,153	1	,000	,714

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الصحية المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن أو عدم الإصابة خارج المعادلة، ونظرا لأن الحالة المرضية للأم دالة إحصائيا أي أن sig=0,008 (الإصابة بمرض مزمن أو عدم الإصابة)، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الإصابة بمرض مزمن	15,091	1	,008
		السن عند تشخيص المرض المزمن	,630	1	,427
	Statistiques générales		6,350	2	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 54,702، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 1,6% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الصحية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R- deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 2,1% من التفسير للعوامل الصحية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	54,702[a]	,016	,021

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الصحية والمتمثلة في متغير الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض، نلاحظ أن النموذج لم يتغير، أي أنّ التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 58,4% من الإجابات بشكل صحيح.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			نوع العملية القيصرية		
	Observé		غير مبرمجة	مبرمجة	Pourcentage correct
Pas 1	نوع العملية القيصرية	غير مبرمجة	0	228	100,0
		مبرمجة	0	320	,0
	Pourcentage global				58,4

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الإصابة بمرض مزمن	,180	,330	,059	1	,008	,923
	السن عند تشخيص المرض المزمن	-,023	,030	,618	1	,432	,977
	Constante	,182	,641	,081	1	,041	1,554

a. Introduction des variables au pas 1: السن عند تشخيص المرض المزمن، الإصابة بمرض مزمن.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = 0,182 + 0,180_x$$

حيث: ♦ x: الإصابة بمرض مزمن؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ احتمال التعرض لعملية قيصرية غير مبرمجة.

بما أن sig = 0,008 (الإصابة بمرض مزمن)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فإنه يمكننا القول أن الحالة المرضية للأم الريفية تؤثر عكسا في احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة، حيث أنه كلما انتقلنا من حالة غير مصابة بمرض مزمن إلى حالة مصابة كلما ارتفع احتمال تعرضها لولادة قيصرية غير مبرمجة بـ 0,923 مرة.

وبما أن sig = 0,432 (السن عند تشخيص المرض)، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فإنه يمكننا القول أن هذا الأخير لا يؤثر في احتمال تعرض الأم الريفية لولادة قيصرية غير مبرمجة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر –من حيث حالتها المرضية– في احتمال تعرضها لولادة قيصرية غير مبرمجة.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في الولادات القيصرية لديها.**

III. تأثير العوامل الصحية في الرضاعة الطبيعية:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الصحية –المتمثلة في الحالة المرضية للأم –المتمثلة في احتمال إصابتها بمرض مزمن من عدمه– والسن عند تشخيص المرض المزمن في احتمال إرضاع المولود الأخير، المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى ونوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية في الجزائر.

1. تأثير العوامل الصحية في إرضاع المولود الأخير:

1.1. توزيع المبحوثات حسب احتمال ارضاع المولود الأخير والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9–16) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب احتمال ارضاع المولود الأخير بدلالة العوامل الصحية– أن أغلبية المبحوثات قمن بإرضاع آخر مواليدهن، بنسبة 87,6%، ما يوافق 2119 مبحوثة، مقابل 12,4% ممن لن يرضعن مواليدهن، مايوافق 300 مبحوثة.

كما نلاحظ أنّ نسبة الأمهات المرضعات ترتفع لدى الأمهات غير المصابات بنسبة 88,1%، ما يوافق 2003 مبحوثة، مقابل 80,6% لدى الأمهات المصابات، ما يوافق 116 مبحوثة، في حين قُدِّرَت نسبة الأمهات غير المرضعات

بـ19,4% لدى المصابات، مقابل 11,9% للأمهات غير المصابات. من خلال هذه النتائج يتضح لنا ارتفاع نسبة المرضعات غير المصابات بالمقارنة مع المصابات بمرض مزمن، ممّا يدفعنا بالتفكير في أهمية الدور الذي قد تلعبه الحالة المرضية للأم في مستوى الرضاعة لدى الأم الريفية.

وبالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن، فنلاحظ أنّ فئة المرضعات تمثلت بالفئة العمرية 20-34 سنة بنسبة 82,9%، مقابل 81,4% من مجمل الأمهات اللاتي صرّحن بسن تشخيص المرض عند العمر 35 سنة فأكثر، تليها الفئة العمرية 10-19 سنة بنسبة 58,3%، في حين أن جل الأمهات اللاتي شخصن المرض في السن أقل من 10 سنوات قد أرضعن مواليدهن. بالمقابل مُثِّلت قُدّرت نسبة الأمهات غير المرضعات بـ19,4%، ممثلة بالفئة العمرية 10-19 سنة بنسبة 41,7%، لتنخفض إلى 18,6% و17,1% لدى الفئة العمرية 20-34 سنة والفئة التي شخصت المرض عند العمر 35 سنة فما فوق. هذا الفارق في النسبة قد يشير إلى إمكانية تأثير التشخيص المبكّر للمرض المزمن في احتمال إرضاع المولود الأخير للمرأة الريفية في الجزائر.

جدول رقم (9-16): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول ارضاع آخر مولود بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			ارضاع المولود		المجموع
			أرضعت	لم ترضع	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	116	29	145
		النسب المئوية %	80,6%	19,4%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	2003	271	2274
		النسب المئوية %	88,1%	11,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**2119**	**300**	**2419**
		النسب المئوية %	**87,6%**	**12,4%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	3	0	3
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	19-10	التكرارات	7	5	12
		النسب المئوية %	58,3%	41,7%	100,0%
	34-20	التكرارات	58	12	70
		النسب المئوية %	82,9%	17,1%	100,0%
	35+	التكرارات	48	11	59
		النسب المئوية %	81,4%	18,6%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**116**	**29**	**145**
		النسب المئوية %	**80,6%**	**19,4%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.5. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية بإرضاع المولود الأخير:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية واحتمال إرضاعها لمولودها الأخير، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بإرضاع المولود، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التا [illegible] بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال إرضاع المرأة الريفية لآخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال إرضاعها للمولود.

H1: تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال إرضاعها للمولود.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية واحتمال إرضاعها لآخر مولود لها، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2176	37,2
	Observations manquantes	3675	62,8
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	5851

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 37,2% من حجم العينة والمقدرة بـ 2176 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرّحن بإجاباتهن المتعلقة بإرضاع آخر مواليدهن.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا	0
نعم	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بإرضاع آخر مواليدهن و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم الإرضاع.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			إرضاع المولود		Pourcentage correct
			نعم	لا	
Pas 0	إرضاع المولود	نعم	2119	0	100,0
		لا	299	0	,0
	Pourcentage global				87,6

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 87,6% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الرضاعة، ما عدا السؤال المتعلق بإرضاع آخر مولود من طرف الأم الريفية : النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بـ"نعم" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بـ "لا"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-1,958	,062	1004,605	1	,000	,141

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الصحية المتمثلة في الحالة المرضية للأم –الإصابة برمض مزمن أو عدم الإصابة– والسن عند تشخيص المرض المزمن خارج المعادلة، ونظرا لأن بعض منها دال إحصائيًا أي أن sig=0,010، sig=0,008 و sig=0,000 وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، (السن عند الزواج الأول، السن الأول للأمومة ورتبة المولد الأخير)، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، في حين يمكن استبعاد سن الأم عند آخر ولادة من النموذج لأنه غير دال إحصائيًا لأن sig=0,253 وهي أكبر من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الإصابة بمرض مزمن	7,785	1	,005
		السن عند تشخيص المرض المزمن	,767	1	,381
	Statistiques générales		8,576	1	2

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الثالثة بقيمة 1803,251، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 0,3% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الصحية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 0,5% من التفسير للعوامل الصحية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1803,251[a]	,003	,005

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 3, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الصحية والمتمثلة في متغير الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، نلاحظ أن النموذج لم يتغير واحتفظ بنفس القيم بنسبة 87,6%.

Table de classification[a]

Observé			Prévisions: إرضاع المولود نعم	Prévisions: إرضاع المولود لا	Pourcentage correct
Pas 1	إرضاع المولود	نعم	2119	620	100,0
		لا	299	768	,0
Pourcentage global					87,6

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الإصابة بمرض مزمن	-,602	,219	7,579	1	,006	,548
	السن عند تشخيص المرض المزمن	,013	,015	,762	1	,383	1,014
	Constante	-1,842	,564	10,669	1	,059	,450

a. Introduction des variables au pas 1: السن عند تشخيص المرض المزمن، الإصابة بمرض مزمن.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = -1{,}842 - 0{,}602_x$$

حيث: ♦ x: الإصابة بمرض مزمن؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ إرضاع المولود الأخير.

بما أن sig = 0,006 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في إرضاع المولود الأخير، حيث كلما انتقلنا من حالة "غير مصابة" إلى "مصابة" كلما تراجع احتمال ارضاعها لآخر مولود لها بـ 0,548 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر –من حيث الحالة المرضية– في احتمال ارضاعها لآخر مولود لها.

2. تأثير العوامل الصحية في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى:

1.2. توزيع المبحوثات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9-17) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة العوامل الصحية– أن أغلبية المبحوثات قمن بإرضاع آخر مواليدهن للمرة الأولى بعد لحظة الولادة، في مدة لم تتجاوز الساعة الواحدة بنسبة 38,9% ما يوافق 825 مبحوثة، تليها الفئة التي أرضعت لأول مرة خلال فترة تراوحت بين 1-11 ساعة بنسبة 35% ما يوافق 742 مبحوثة، في حين مثلت الفئة المرضعة لمدة تفوق 12 ساعة الأقلية بنسبة 9,7% للمرضعات بين 12-24 ساعة و16,5% للمرضعات بين خلال مدة فاقت 24 ساعة.

نلاحظ –عمومًا– ارتفاع مستوى الرضاعة خلال الفترات التي دامت أقل من 24 ساعة لدى المبحوثات الريفيات غير المصابات بمرض مزمن، بنسبة 39% لدى المرضعات خلال المدة التي دامت أقل من ساعة واحدة، مقابل 36,2% من مجمل المبحوثات المصابات، ما يوافق 783 مبحوثة، تليها نسبة الأمهات المرضعات خلال الفترة التي تراوحت بين 1-11 ساعة بنسبة 35,2% من مجمل الأمهات غير المصابات، 30,2% من مجمل الأمهات المصابات، ومثلت الفئة المرضعة خلال 12-24 ساعة أقل نسبة قُدِّرت بـ9,7% لدى المصابات و8,6% لدى المبحوثات المصابات. أمّا فئة الأمهات اللاتي أرضعن مواليدهن خلال فترة دامت أكثر من 24 ساعة فقد مُثّلت بالمصابات بمرض مزمن بنسبة 25% مقابل 16% لدى المبحوثات غير

المصابات، ممّا يشير إلى احتمال تأثير الإصابة بمرض مزمن في قدرة الأم على إرضاع مولودها منذ لحظة الولادة، حتى بعد مضي 24 ساعة.

جدول رقم (9–17): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى				المجموع
			أقل من ساعة	1–11 ساعة	12–24 ساعة	أكثر من 24 ساعة	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	42	35	10	29	116
		النسب المئوية %	36,2%	30,2%	8,6%	25,0%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	783	707	195	322	2007
		النسب المئوية %	39,0%	35,2%	9,7%	16,0%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**825**	**742**	**205**	**351**	**2123**
		النسب المئوية %	**38,9%**	**35,0%**	**9,7%**	**16,5%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	0	1	0	2	3
		النسب المئوية %	0,0%	33,3%	0,0%	66,7%	100,0%
	19–10	التكرارات	1	6	0	1	8
		النسب المئوية %	14,3%	71,4%	0,0%	14,3%	100,0%
	34–20	التكرارات	23	10	5	20	58
		النسب المئوية %	39,0%	18,6%	8,5%	33,9%	100,0%
	35+	التكرارات	18	17	5	7	47
		النسب المئوية %	38,3%	36,2%	10,6%	14,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**42**	**35**	**10**	**29**	**116**
		النسب المئوية %	**36,2%**	**30,2%**	**8,6%**	**25,0%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، فإنّنا نلاحظ أن فئة الأمهات اللاتي أرضعن لأول مرة خلال مدة دامت أقل من ساعة واحدة تمثلت بالفئة التي صرّحت بالسن 20–34 سنة و35 سنة فأكثر بنسبة 39% و38,3% على التوالي، تليها فئة الأمهات اللاتي أرضعن خلال المدة التي دامت بين 1–11 ساعة بنسبة 30,2%، ممثلة بفئة المبحوثات اللاتي شخصن المرض في السن 10–19 سنة بنسبة 71,4%، والفئتين الطرفيتين –35 سنة فأكثر والأقل من 10 سنوات– بنسبة 36,2% و33,3% على التوالي، في حين مثلت الفئة العمرية 20–34 سنة أقل نسبة قُدّرت بـ18,6%. تأتي الفئة المرضعة لأول مرة لمدة دامت أكثر من 24 ساعة في المرتبة اللاحقة بنسبة 25%، ممثلة بالفئة التي شخصت المرض المزمن لأول مرة عند عمر أقل من 10 سنوات بنسبة 66,7%، والفئة العمرية 20–34 سنة بنسبة 33,9%، في حين سُجِّلَت أقل النسب لدى الفئات العمرية 10–19 سنة والأكثر من 35 سنة، والتي قُدِّرَت بـ14,3 و14,9% على التوالي، وتأتي في المرتبة الأخيرة فئة

المبحوثات المرضعات خلال المدة التي تراوحت بين 12-24 ساعة بنسبة 8,6%، ممثلة بالفئتين العمريتين الأخيرتين 20-34 سنة والأكثر من 35 سنة بنسبة 8,5%و 10,6% على التوالي.

2.2. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية بالمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الصحية) والمتمثل في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، عبارة عن متغيرات كيفية (بعدما تمت تفيئة هذا الأخير ليتحول من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، والمتغير التابع (المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى) بدوره عبارة عن متغير كيفي (بعدما تمت تقيئته هو الآخر من متغير كمي إلى متغير كيفي رتبي)، فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين المتغيرات الكيفية (الإصابة بمرض مزمن والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى) من جهة، ومن جهة أخرى نستعمل معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات الرتبية (السن عند تشخيص المرض المزمن والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى)، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (9-18) يوضح العلاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

H1: توجد علاقة بين بين الحالة المرضية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

جدول رقم (9-18): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	6,480[a]	3	,090	,089[b]	,083	,094
Rapport de vraisemblance	5,841	3	,120	,119[b]	,113	,125
Test exact de Fisher	5,941			,110[b]	,104	,116
Association linéaire par linéaire	3,686[c]	1	,055	,053[b]	,048	,057
N d'observations valides	2123					

بما أنّ sig=0,090 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكن أن نقبل الفرض الصفري القائل بعد وجود علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

✓ من جهة أخرى سنحاول دراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى باستخدام معامل الارتباط سبيرمان، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

H1: توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

جدول رقم (9–19): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

Corrélations

			السن عند تشخيص المرض المزمن	المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى
Rho de Spearman	السن عند تشخيص المرض المزمن	Coefficient de corrélation	1,000	-,156
		Sig. (bilatéral)	.	,100
		N	858	113
	المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى	Coefficient de corrélation	-,156	1,000
		Sig. (bilatéral)	,100	.
		N	113	2037

بما أنّ sig=0,100 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكن أن نقبل الفرض الصفري القائل بعد وجود ارتباط بين السن عند تشخيص المرض المزمن لدى المرأة الريفية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية غير محققة، أي أن العوامل الصحية للمرأة الريفية لا تؤثر في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لآخر مولود لها.

3. تأثير العوامل الصحية في نوع الرضاعة:

1.1. توزيع المبحوثات حسب نوع الرضاعة والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9–20) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه على مولودها الأخير بدلالة العوامل الصحية– أن أغلبية المبحوثات يرضعن آخر مواليدهن رضاعة غير حصرية بنسبة 52,2% ما يوافق 1116 مبحوثة، ممثلة بفئة الأمهات غير المصابات بنسبة 52,5% مقابل 47,4% لدى الأمهات المصابات، في حين تمثلت الرضاعة الحصرية –خالية من أي إضافة إلى لبن الأم الصافي– بنسبة أقل من سابقتها قُدِّرَت بـ47,8% ما يوافق 1021 مبحوثة، ممثلة بفئة الأمهات المصابات بمرض مزمن، بنسبة 52,6% مقابل 47,5% لدى المبحوثات الريفيات غير المصابات في الجزائر.

وبالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، فنلاحظ أنّ فئة الأمهات اللاتي صرّحن بالرضاعة الحصرية –التي تتخلو من أي إضافات لحليب الأم– تمثلت بالفئتين العمريتين 20–34 سنة والأكثر من 35 سنة بنسبة 56,9% و51,1% على التوالي، تليها الفئة التي شخصت المرض في السن 10–19 سنة بنسبة 42,9% و33,3% لدى الفئة التي صرحت بالسن أقل من 10 سنوات.

أمّا الرضاعة غير الحصرية فقد مثلتها نسبة 47%، وهي ترتفع لدى الأمهات اللاتي شخصن المرض المزمن في السن أقل من 10 سنوات بنسبة 66,7%، مقابل 57,1% لدى الفئة العمرية 10–19 سنة، وسُجِّلت 43,1% و48,9% لدى الفئتين الأخيرتين 20–34 سنة و35 سنة وأكثر على التوالي.

جدول رقم (9–20): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			نوع الرضاعة		المجموع
			غير حصرية	حصرية	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	55	61	116
		النسب المئوية %	47,4%	52,6%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	1061	960	2021
		النسب المئوية %	52,5%	47,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**1116**	**1021**	**2137**
		النسب المئوية %	**52,2%**	**47,8%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	2	1	3
		النسب المئوية %	66,7%	33,3%	100,0%
	19–10	التكرارات	4	3	7
		النسب المئوية %	57,1%	42,9%	100,0%
	34–20	التكرارات	26	33	59
		النسب المئوية %	43,1%	56,9%	100,0%
	35+	التكرارات	23	24	47
		النسب المئوية %	48,9%	51,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**55**	**61**	**116**
		النسب المئوية %	**47,4%**	**52,6%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.3. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية بنوع الرضاعة:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية –المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن– ونوع الرضاعة الذي تمارسه هذه الأم على آخر مولود لها –حصرية أو غير حصرية– لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بنوع الرضاعة، والذي يُستعمَل في

الة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بحدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموع من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بنوع الرضاعة الذي تمارسه المرأة الريفية على آخر مولود لها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

H1: تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ونوع الرضاعة، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية المتعلقة بالمرحلة الصفرية والتي تتضمن النموذج القاعدي والمرحلة الأولى التي تتضمن تقييم نموذج الانحدار:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	1955	33,4
	Observations manquantes	3896	66,6
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 33,4% من حجم العينة والمقدرة بـ 1955 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بنوع الرضاعة الذي تمارسنه (حصريا أو غير حصري).

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
غير حصرية	0
حصرية	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بنوع الرضاعة الحصري و0 للأمهات اللاتي صرحن بنوع الرضاعة غير الحصري.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			نوع الرضاعة		Pourcentage correct
			حصرية	غير حصرية	
Pas 0	نوع الرضاعة	حصرية	0	1022	,0
		غير حصرية	0	1116	100,0
	Pourcentage global				52,0

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 52,2% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع الرضاعة، ما عدا السؤال المتعلق بنوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، بما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بالرضاعة "غير الحصرية" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بالرضاعة "الحصرية"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-,089	,043	4,209	1	,040	,915

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الصحية –المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن– خارج المعادلة، ونظرا لأن بعض منها دال إحصائيا أي أن sig=0,027، sig=0,008 (الإصابة بمرض مزمن)، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، في حين يمكن استبعاد السن عند تشخيص المرض المزمن النموذج لأنه غير دال إحصائيا لأن sig=0,745 وهي أكبر من 0,05 والذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الإصابة بمرض مزمن	1,214	1	,027
		السن عند تشخيص المرض المزمن	,106	1	,745
	Statistiques générales		,542	1	,908

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الثالثة بقيمة 159,802، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 0,1% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الصحية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 0,1% من التفسير للعوامل الصحية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	159,802[a]	,001	,001

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 3, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الصحية والمتمثلة في متغير الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، نلاحظ أن النموذج عرف تغيراً طفيفًا إلى النسبة 54,9%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			نوع الرضاعة		
	Observé		حصرية	غير حصرية	Pourcentage correct
Pas 1	نوع الرضاعة	حصرية	59	2	96,6
		غير حصرية	50	5	8,6
	Pourcentage global				54,9

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الإصابة بمرض مزمن	-,210	,191	1,210	1	,027	,810
	السن عند تشخيص المرض المزمن	,005	,016	,106	1	,745	1,005
	Constante	,320	,374	,731	1	,392	1,377

a. Introduction des variables au pas 1 : السن عند تشخيص المرض المزمن، الإصابة بمرض مزمن.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = 0{,}320 - 0{,}210_x$$

حيث: ♦ *x*: الإصابة بمرض مزمن؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ نوع الرضاعة.

بما أن sig = 0,027 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في نوع الرضاعة الذي تمارسه، حيث كلما انتقلنا من الحالة المرضية "غير مصابة" إلى "مصابة" كلما انخفض احتمال ارضاعها رضاعة حصرية بـ 0,810 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال ارضاعها رضاعة حصرية.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في الرضاعة الطبيعية لديها.**

IV. تأثير العوامل الصحية في تنظيم الأسرة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الصحية للمرأة الريفية –المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن– في استعمال وسائل منع الحمل، نوع الوسيلة التي تستعملها في تنظيم أسرتها، بالإضافة إلى سنها عند أول استعمال لهذه الوسائل.

1. تأثير العوامل الصحية في استعمال وسائل منع الحمل:

1.1. توزيع المبحوثات حسب استعمال وسائل منع الحمل والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9-21) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب استعمالها لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل الصحية– أن أغلبية المبحوثات يستعملن وسائل منع الحمل بنسبة 61,3%، ما يوافق 3927 مبحوثة، ممثلة بفئة الأمهات غير المصابات بنسبة 69,4% مقابل 61,3% لدى الأمهات المصابات، في حين تمثلت نسبة عدم الاستعمال بأقل قيمة من سابقتها، بحيث قُدِّرَت بـ31,8% ما يوافق 1829 مبحوثة، ممثلة بفئة الأمهات المصابات بمرض مزمن، بنسبة 38,7% مقابل 30,6% لدى المبحوثات الريفيات غير المصابات في الجزائر.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، فنلاحظ أنّ فئة الأمهات المستعملات لوسائل منع الحمل تتمثل بالفئة التي شخصت المرض في السن 10-19 سنة بنسبة 87,8%، تليها الفئة العمرية 20-34 سنة الفئة الأقل من 10 سنوات بنسبة 69,4% و62,1% على التوالي، وسُجِّلت أدنى نسبة لدى الفئة 35 سنة فأكثر بـ54,1%.

أمّا عدم استعمال وسائل منع الحمل فقد تمثّل بنسبة 38,7%، وهي ترتفع لدى الأمهات اللاتي شخصن المرض المزمن في السن 35 سنة فأكثر بنسبة 45,9%، مقابل 37,9% لدى الفئة الأقل من 10 سنوات، و30,6% لدى الفئة العمرية 20-34 سنة، وسُجِّلت أضعف نسبة لدى الفئة التي شخصت المرض عند السن 10-19 سنة، والتي قُدّرت بـ12,2%.

جدول رقم (9–21): توزيع المبحوثات الريفيات حول استعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			استعمال وسائل منع الحمل		المجموع
			تستعمل	لا تستعمل	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	501	316	817
		النسب المئوية %	61,3%	38,7%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	3426	1513	4939
		النسب المئوية %	69,4%	30,6%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**3927**	**1829**	**5756**
		النسب المئوية %	**68,2%**	**31,8%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	19	12	31
		النسب المئوية %	62,1%	37,9%	100,0%
	19–10	التكرارات	37	6	43
		النسب المئوية %	87,8%	12,2%	100,0%
	34–20	التكرارات	198	88	286
		النسب المئوية %	69,4%	30,6%	100,0%
	35+	التكرارات	247	210	457
		النسب المئوية %	54,1%	45,9%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**501**	**316**	**817**
		النسب المئوية %	**61,3%**	**38,7%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.1. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية باستعمال وسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية واستعمالها لوسائل منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص باستعمال وسائل منع الحمل، والذي تستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بحدف التبو بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول – اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باستعمال المرأة الريفية لوسائل منع الحمل لتنظيم أسرها، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في استعمال وسائل منع الحمل.

H1: تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في استعمال وسائل منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية واستعمالها لوسائل منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	5062	86,5
	Observations manquantes	789	13,5
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 86,5% من حجم العينة والمقدرة بـ 5062 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة باستعمال وسائل منع الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا تستعمل	0
تستعمل	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن باستعمال وسائل منع الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم استعمالها.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل		Pourcentage correct
			تستعمل	لا تستعمل	
Pas 0	استعمال وسائل منع الحمل	تستعمل	3927	0	100,0
		لا تستعمل	1829	0	,0
	Pourcentage global				68,2

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 68,2% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع وسائل منع الحمل، ما عدا السؤال المتعلق باستعمال وسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة

الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "تستعمل" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لا تستعمل"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-,794	,028	728,087	1	,000	,466

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الصحية المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن خارج المعادلة، ونظرا لأن عليها منها دال إحصائيًا أي sig=0,000 و sig=0,001 وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية (الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن على التوالي)، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الإصابة بمرض مزمن	21,127	1	,000
		السن عند تشخيص المرض المزمن	11,797	1	,001
	Statistiques générales		32,370	1	,001

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 1067,327، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 01,5% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الصحية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 02,0% من التفسير للعوامل الصحية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1067,327[a]	,015	,020

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الصحية والمتمثلة في متغير الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، لم يتغير واحتفظ بنفس القيم أي أن 68,2% من الإجابات صنفت بشكل صحيح.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل		
	Observé		تستعمل	لا تستعمل	Pourcentage correct
Pas 1	استعمال وسائل منع الحمل	تستعمل	3927	0	100,0
		لا تستعمل	1829	0	,0
	Pourcentage global				68,2

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الإصابة بمرض مزمن	,358	,078	20,980	1	,000	,699
	السن عند تشخيص المرض المزمن	,023	,007	11,554	1	,001	1,023
	Constante	-1,262	,248	25,967	1	,000	,283

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند تشخيص المرض المزمن، الإصابة بمرض مزمن.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = -1{,}262 + 0{,}358_{x1} + 0{,}023_{x2}$$

حيث: ♦ x_1: الإصابة بمرض مزمن؛ ♦ x_2: السن عند تشخيص المرض المزمن؛

♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ استعمال وسائل منع الحمل.

بما أن sig = 0,000 (بالنسبة للإصابة بمرض مزمن)، و sig=0,001 (السن عند تشخيص المرض المزمن)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بتأثير العوامل الصحية للمرأة الريفية في استعمالها لوسائل منع الحمل، حيث كلما انتقلنا من الحالة المرضية "غير مصابة" إلى الحالة المرضية "مصابة" كلما ارتفع احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل بـ 0,699 مرة، وكلما ارتفع السن عند تشخيص المرض المزمن بسنة واحدة كلما ارتفع احتمال استعمال وسائل منع الحمل بـ 1,023 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل.

2. تأثير العوامل الصحية في وسيلة منع الحمل المستعملة:

نظرا لأن حبوب منع الحمل تستعمل بكثرة -حسب ما صرّحت به أغلبية المبحوثات في العينة- فقد تمّ اختيارها كوسيلة منع الحمل المثالية ليتم اختبار احتمال استعمالها بدلالة العوامل الصحية للمرأة الريفية.

1.2. توزيع المبحوثات حسب احتمال استعمال حبوب منع الحمل والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9-22) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب احتمال استعمال حبوب منع الحمل بدلالة العوامل الصحية- أن أغلبية المبحوثات يستعملن حبوب منع الحمل بنسبة 99,9%، ما يوافق 3043 مبحوثة، ممثلة بنسبة 99,6% لدى المبحوثات غير المصابات و99,5% لدى الأمهات المصابات، في حين تمثلت نسبة عدم الاستعمال بأضعف قيمة من سابقتها، والتي قُدِّرَت بـ0,04% ما يوافق 3 مبحوثات فقط، ممثلة بفئة الأمهات المصابات بمرض مزمن، بنسبة 0,5% مقابل 0,04% لدى المبحوثات الريفيات غير المصابات في الجزائر.

أمّا عن السن عند تشخيص المرض المزمن، فنلاحظ أنّ فئة الأمهات المستعملات لحبوب منع الحمل تمثلت بالفئتين العمريتين الأقل من 10 سنوات والفئة التي صرّحت بسن التشخيص عند 10-19 سنة بنسبة 100%، في حين تقاربت النسب لدى الفئتين 20-34 سنة والفئة 35 سنة فأكثر بـ99,4% و99,5% على التوالي.

وفيما يخص عدم استعمال حبوب منع الحمل فقد سجلت نسب ضعيفة جدا، قدّرت بـ0,6% و0,5% لدى الفئتين العمريتين 20-34 سنة والفئة التي شخصت المرض في السن 35 سنة فأكثر على التوالي، وانعدمت لدى الفئتين 10-19 سنة والفئة الأقل من 10 سنوات، هذه النسب تدل على أن استعمال حبوب منع الحمل يمس مختلف الشرائح العمرية دون استثناء.

جدول رقم (9–22): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حول استعمال حبوب منع الحمل بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			استعمال حبوب منع الحمل		المجموع
			تستعمل	لا تستعمل	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	399	2	401
		النسب المئوية %	99,5%	0,5%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	2644	1	2645
		النسب المئوية %	99,6%	0,04%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**3043**	**3**	**3046**
		النسب المئوية %	**99,9%**	**0,1%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	12	0	12
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	19–10	التكرارات	30	0	30
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	34–20	التكرارات	163	1	164
		النسب المئوية %	99,4%	0,6%	100,0%
	35+	التكرارات	194	1	195
		النسب المئوية %	99,5%	0,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**399**	**2**	**401**
		النسب المئوية %	**99,5%**	**0,5%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.2. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية باستعمال حبوب منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لحبوب منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص باستعمال حبوب منع

ل، والذي يُستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص باحتمال استعمال حبوب منع الحمل بهدف تنظيم الأسرة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل.

H1: تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية واحتمال استعمالها لحبوب منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2731	81,5
	Observations manquantes	620	18,5
	Total	3351	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		3351	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 81,5% من حجم العينة والمقدرة بـ 2731 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة باستعمال حبوب منع الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا تستعمل	0
تستعمل	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن باستعمال حبوب منع الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم استعمالها.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			استعمال حبوب منع الحمل		Pourcentage correct
			تستعمل	لا تستعمل	
Pas 0	استعمال حبوب منع الحمل	تستعمل	3043	0	100,0
		لا تستعمل	4	0	,0
	Pourcentage global				99,9

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 99,9% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع وسائل منع الحمل، ما عدا السؤال المتعلق باستعمال حبوب لحمل لدى المرأة الريفية، فإن النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة

أكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "تستعمل" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لا تستعمل"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-6,763	,534	160,637	1	,000	,001

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الصحية المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن خارج المعادلة، ونظرا لأن بعضها دال إحصائيًا أي sig=0,011 (بالنسبة للإصابة بمرض مزمن)، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الإصابة بمرض مزمن	6,537	1	,011
		السن عند تشخيص المرض المزمن	,089	1	,765
	Statistiques générales		4,106	1	,001

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 50,489، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 0,1% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الصحية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R- deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 07,6% من التفسير للعوامل الصحية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	50,489[a]	,001	,076

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الصحية والمتمثلة في متغير الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، لم يتغير واحتفظ بنفس القيم أي أن 99,9% من الإجابات صنفت بشكل صحيح.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			استعمال حبوب منع الحمل		
	Observé		تستعمل	لا تستعمل	Pourcentage correct
Pas 1	استعمال حبوب منع الحمل	تستعمل	3043	0	100,0
		لا تستعمل	4	0	,0
	Pourcentage global				99,9

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الإصابة بمرض مزمن	2,265	1,087	4,345	1	,037	,104
	السن عند تشخيص المرض المزمن	-,018	,060	,090	1	,765	,982
	Constante	-4,675	1,966	5,655	1	,017	,050

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند تشخيص المرض المزمن، الإصابة بمرض مزمن.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-p}) = -4{,}675 + 2{,}265_x$$

حيث: ♦ x: الإصابة بمرض مزمن؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-p})$ استعمال حبوب منع الحمل.

بما أن sig = 0,037 (بالنسبة للإصابة بمرض مزمن)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بتأثير العوامل الصحية للمرأة الريفية في استعمالها لحبوب منع الحمل، حيث كلما انتقلنا من الحالة المرضية "مصابة" إلى الحالة المرضية "غير مصابة" كلما انخفض احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل بـ 0,104 مرة، في حين أن sig=0,765 (بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن)، وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، لذا يمكننا استبعاد هذا المتغير من النموذج.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل.

3. تأثير العوامل الصحية في السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل:

1.3. توزيع المبحوثات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9-23) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل الصحية- أن أغلبية المبحوثات استعملن وسائل منع الحمل لأول مرة في السن 20-29 سنة بنسبة 73,1% ما يوافق 2850 مبحوثة، ممثلة بفئة الأمهات غير المصابات بنسبة 73,6% مقابل 69,5% لدى المصابات بمرض مزمن، تليها الفئة التي صرّحت بالاستعمال في السن 30-39 سنة بنسبة 18% ما يوافق 702 مبحوثة، أين سُجِّل تقارب في السب قُدِر بـ17,3% و18,1% لدى المبحوثات المصابات وغير المصابات على التوالي،في حين مثلت الفئة التي استعملت موانع الحمل لأول مرة عند السن أقل من 20 سنة الأقلية بنسبة 7,2%، حيث سُجِّلت نسبة 7,2% للحالتين المرضيتين على حدٍّ سواء، وسُجِّلَت أضعف نسبة لدى الفئة 40 سنة فأكثر، والتي قُدِّرَت بـ1,7%، والتي مثلتها الفئة المصابة بـ6% مقابل 1,1% لدى الفئة غير المصابة.

وبالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، فإنّنا نلاحظ أن فئة الأمهات اللاتي استعملن وسائل منع الحمل لأول مرة عند السن 20-29 سنة تمثلت بالفئة التي صرّحت بسن التشخيص في سن أقل من 10 سنوات والفئة العمرية 20-34 سنة بنسبة 78,9% و73,3% على التوالي ثمّ الفئتين اللاتان شخصتا المرض في السن 35 سنة فأكثر و10-19 سنة بنسبة 66,3% و63,9% على التوالي. تليها فئة الأمهات اللاتي موانع الحمل خلال السن 30-39 سنة بنسبة 17,3%، والتي مثلتها فئة المبحوثات اللاتي شخصن المرض في السن 35 سنة فأكثر بنسبة 22%، وتأتي الفئتان العمريتان 10-19 سنة و20-34 سنة في المرتبتين اللاحقيتنين بـ11,1% و13,3% على التوالي، في حين سجّلت الفئة التي شخصت المرض في سن أقل من 10 سنواتأضعف نسبة قُدِّرت بـ5,3%.

تأتي الفئتان المستعملتان لهذه الوسائل في سن أقل من 20 سنة والسن 35 سنة فأكثر في المرتبين التاليتين بنسب متقاربة قُدِّرَت بـ7,2% و6% على التوالي، ممثلتين بالفئتين التان شخصتا المرض المزمن لأول مرة عند العمر 10-19 سنة بنسبة 16,7% لدى الفئة الأولى و8,3% لدى الفئة الأخيرة، وأضعف النسب سُجِّلت لدى الأمهات اللاتي شخصن المرض في هاتين الفئتين قُدِرت بـ5,3% من مجمل الأمهات اللاتي استعملن وسائل منع الحمل في سن 40 سنة فأكثر.

جدول رقم (9–23): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل				المجموع
			20>	29-20	39-30	+40	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	36	346	86	30	498
		النسب المئوية %	7,2%	69,5%	17,3%	6,0%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	245	2504	616	38	3403
		النسب المئوية %	7,2%	73,6%	18,1%	1,1%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**281**	**2850**	**702**	**68**	**3901**
		النسب المئوية %	**7,2%**	**73,1%**	**18,0%**	**1,7%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	2	15	1	1	19
		النسب المئوية %	10,5%	78,9%	5,3%	5,3%	100,0%
	19–10	التكرارات	6	23	5	3	37
		النسب المئوية %	16,7%	63,9%	11,1%	8,3%	100,0%
	34–20	التكرارات	12	144	26	13	196
		النسب المئوية %	6,2%	73,3%	13,3%	7,2%	100,0%
	35+	التكرارات	16	164	54	13	247
		النسب المئوية %	6,5%	66,3%	22,0%	5,3%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**36**	**346**	**86**	**30**	**498**
		النسب المئوية %	**7,2%**	**69,5%**	**17,3%**	**6,0%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.3. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية بالسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل لتظيم الأسرة. وبما أنّ المتغير المستقل (العوامل الصحية) والمتمثل في الحالة المرضية (الإصابة بمرض مزمن)، وهي عبارة عن متغير كيفي، والسن عند تشخيص المرض المزمن وهو عبارة عن متغير كمي وأصبح متغيرا كيفيا رتبيا بعد ما تمّت تفيئته، فإنّنا سنستخدم من جهة، والمتغير التابع (السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل) بدوره عبارة عن متغير كمي والذي تحوّل بدوره إلى متغير كيفي رتبي بعدما تمّت تفيئته، فإننا سنحاول توظيف اختبار كاي مربع بين المتغيرات الكيفية (الإصابة بمرض مزمن و السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل) من جهة، ومن جهة أخرى نستعمل معامل الارتباط سبيرمان بين المتغيرات الرتبية (السن عند تشخيص المرض المزمن والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل)، للتأكد من وجود علاقة أو عدمها بين هذه المتغيرات.

والجدول رقم (9-24) يوضح العلاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

H1: توجد علاقة بين بين الحالة المرضية للمرأة الريفية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

جدول رقم (9-24): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة المرضية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	61,189[a]	3	,000	,000[b]	,000	,000
Rapport de vraisemblance	41,744	3	,000	,000[b]	,000	,000
Test exact de Fisher	42,478			,000[b]	,000	,000
Association linéaire par linéaire	11,553[c]	1	,001	,001[b]	,000	,002
N d'observations valides	3901					

بما أنّ sig=0,000 وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكن أن نرفض الفرض الصفري ونقبل الفرض البديل القائل بوجود علاقة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

✓ من جهة أخرى سنحاول دراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل باستخدام معامل الارتباط سبيرمان، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

H1: توجد علاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

جدول رقم (9-25): معامل الارتباط سبيرمان لدراسة العلاقة بين السن عند تشخيص المرض المزمن والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

Corrélations

			السن عند تشخيص المرض المزمن	السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل
Rho de Spearman	السن عند تشخيص المرض المزمن	Coefficient de corrélation	1,000	,088
		Sig. (bilatéral)	.	,054
		N	487	485
	السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل	Coefficient de corrélation	,088	1,000
		Sig. (bilatéral)	,054	.
		N	485	3770

بما أنّ sig=0,054 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، إذن يمكن أن نقبل الفرض الصفري القائل بعد وجود ارتباط بين السن عند تشخيص المرض المزمن لدى المرأة الريفية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

يمكننا تلخيص العلاقة الموجودة بين الحالة المرضية للمرأة الريفية وسنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل في معادلة الانحدار التالية:

$$y = 26,833 - 0,654_x$$

حيث: ♦ y: السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل؛ ♦ x: الإصابة بمرض مزمن.

أي أنه كلما انتقلنا من الحالة المرضية "غير مصابة" إلى الحالة المرضية "مصابة" كلما تراجع سن المرأة الريفية عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

بناءً على ما سبق نستنتج أنّ الفرضية محققة، أي أن العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

4. تأثير العوامل الصحية في الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل:

1.4. توزيع المبحوثات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9-26) -الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب رغباتهن المستقبلية باستعمال لوسائل منع الحمل بدلالة العوامل الصحية- أن أغلبية المبحوثات لا ترغبن باستعمال وسائل منع الحمل بنسبة 75,7%، ما يوافق 772 مبحوثة، ممثلة بفئة الأمهات المصابات بنسبة 87,5% مقابل 74,2% لدى الأمهات غير المصابات، في حين صرّحت 24,3% ما يوافق 248 مبحوثة برغبتها في استعمال هذه الوسائل، ممثلة بفئة الأمهات غير المصابات بمرض مزمن، بنسبة 25,8% مقابل 12,5% لدى المبحوثات الريفيات المصابات في الجزائر.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، فنلاحظ أنّ فئة الأمهات غير الراغبات في استعمال وسائل منع الحمل تمثلت بجل الأمهات اللاتي شخصن المرض في سن أقل من 10 سنوات والفئة العمرية 10-19 سنة، وسُجِّلَت نسبة 91,2% لدى الفئة التي صرّحت بتشخيص المرض في سن 35 سنة فأكثر، في حين صرّحت 82% من الأمهات غير الراغبات باستعمال هذه الوسائل بتشخيصها للمرض المزمن عند العمر 20-34 سنة.

أمّا فئة الأمهات اللاتي ترغبن باستعمال وسائل منع الحمل مستقبلا فقد تمثّلت بالفئة التي شخصت المرض المزمن عن العمر 20–34 سنة بنسبة 18%، تليها الفئة التي قامت بالتشخيص في السن 35 سنة فأكثر بنسبة 8,8%، وتنعدم لدى الفئتين الأولتين؛ الأقل من 10 سنوات والفئة التي شخصت المرض عند السن 10–19 سنة.

جدول رقم (9–26): توزيع المبحوثات الريفيات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			الرغبة باستعمال وسائل منع الحمل		المجموع
			لا ترغب	ترغب	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	98	14	112
		النسب المئوية %	87,5%	12,5%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	674	234	908
		النسب المئوية %	74,2%	25,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**772**	**248**	**1020**
		النسب المئوية %	**75,7%**	**24,3%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	2	0	2
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	19–10	التكرارات	3	0	3
		النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
	34–20	التكرارات	41	9	50
		النسب المئوية %	82,0%	18,0%	100,0%
	35+	التكرارات	52	5	57
		النسب المئوية %	91,2%	8,8%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**98**	**14**	**112**
		النسب المئوية %	**87,5%**	**12,5%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.1. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية برغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ورغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بالرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، والذي يُستعمَل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم و الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في تسببهما.

ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتمادًا على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص برغبة المرأة الريفية المستقبلية باستعمالها لوسائل منع الحمل، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

H1: تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ورغبتها باستعمال وسائل منع الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	974	16,6
	Observations manquantes	4877	83,4
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 16,6% من حجم العينة والمقدرة بـ 974 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لا ترغب	0
ترغب	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم الرغبة في استعمالها مستقبلا.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا		Pourcentage correct
			لا ترغب	ترغب	
Pas 0	استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا	لا ترغب	772	0	100,0
		ترغب	248	0	,0
	Pourcentage global				75,7

a. La constante est incluse dans le modèle.
b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 75,7% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع وسائل منع الحمل، ما عدا السؤال المتعلق بالرغبة المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل لدى المرأة الريفية ، النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "لا ترغب" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "ترغب"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-1,137	,073	242,247	1	,000	,321

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الصحية المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن خارج المعادلة، ونظرا لأن بعضها دال إحصائيا أي sig=0,002 (الإصابة بمرض مزمن)، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه، ويتم استبعاد السن عند تشخيص المرض المزمن من النموذج لأن sig=0,908 وهي أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الإصابة بمرض مزمن	9,303	1	,002
		السن عند تشخيص المرض المزمن	,013	1	,908
	Statistiques générales		10,539	1	,001

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة الرابعة بقيمة 1120,140، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 01,0% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الصحية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 01,5% من التفسير للعوامل الصحية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1120,140a	,010	,015

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 4, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الصحية والمتمثلة في متغير الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن، نلاحظ أن النموذج لم يتغير واحتفظ بنفس القيم أي 75,7% من الإجابات تم تصنيفها بشكل صحيح.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا		
	Observé		لا ترغب	ترغب	Pourcentage correct
Pas 1	استعمال وسائل منع الحمل مستقبلا	لا ترغب	772	0	100,0
		ترغب	248	0	,0
	Pourcentage global				75,7

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الإصابة بمرض مزمن	,873	,294	8,814	1	,003	2,394
	السن عند تشخيص المرض المزمن	-,003	,027	,013	1	,908	,997
	Constante	-2,806	,573	23,956	1	,000	,060

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند تشخيص المرض المزمن، الإصابة بمرض مزمن.

من خلال الجدول السابق، تم استخراج المعادلة التالية:

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = -2{,}806 + 0{,}873_{x1}$$

حيث: ♦ x_1: الإصابة بمرض مزمن؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل.

بما أن sig = 0,003 (بالنسبة للإصابة بمرض مزمن)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فانه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بأنه تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل، حيث كلما انتقلنا من الحالة المرضية "غير مصابة"إلى "مصابة" كلما زادت رغبتها المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بـ 2,394 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في رغبتها المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل.

✓ **كخلاصة يمكننا القول أن العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في تنظيمها لأسرتها.**

V. تأثير العوامل الصحية في المتابعة الصحية للمرأة الحامل:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة تأثير العوامل الصحية للمرأة الريفية –المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص المرض المزمن– في مرحلتين مهمتين من صحة المرأة الحامل والمتمثلة في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، بالإضافة إلى فترة ما بعد الولادة.

1. تأثير العوامل الصحية في المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل:

1.1. توزيع المبحوثات حسب المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9–27) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب متابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل بدلالة العوامل الصحية– أن أغلبية المبحوثات تتابع حالتها الصحية أثناء فترة الحمل بنسبة 95,4%، ما يوافق 2318 مبحوثة، ممثلة بفئة الأمهات غير المصابات بنسبة 95,5% مقابل 93,8% لدى الأمهات المصابات، في حين تمثلت نسبة عدم المتابعة الصحية بأقل قيمة من الأولى، والتي قُدِّرَت بـ4,6% ما يوافق 112مبحوثة، ممثلة بفئة الأمهات المصابات بمرض مزمن، بنسبة 6,2% مقابل 4,5% لدى المبحوثات الريفيات غير المصابات في الجزائر.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، فنلاحظ أنّ فئة الأمهات اللاتي صرّحن بالمتابعة الصحية أثناء فترة الحمل، تمثلت بالفئة التي شخصت المرض في السن 20–34 سنة بنسبة 95,7%، تليها الفئتان اللاتان صرحتا بتشخيص المرض عند العمر 35 سنة فأكثر و10–19 سنة بنسبة 93,2% و91,7% على التوالي. وسُجِّلت أدنى نسبة لدى الفئة التي شخصت المرض المزمن عند السن أقل من 10 سنوات بـ66,7%.

أمّا عدم المتابعة الصحية فقد تمثّل بنسبة 6,2%، وهي ترتفع لدى الأمهات اللاتي شخصن المرض المزمن في سن أقل من 10 سنوات بنسبة 33,3%، تليها الفئة العمرية 10–19 سنة بنسبة 8,3%، لتنخفض عند السن 35 سنة فأكثر بنسبة 6,8%، مقابل أضعف نسبة والتي قُدِّرت بـ4,3% لدى الفئة العمرية 20–34 سنة.

جدول رقم (9–27): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل		المجموع
			لم تتابع	تابعت	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	9	136	145
		النسب المئوية %	6,2%	93,8%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	103	2182	2285
		النسب المئوية %	4,5%	95,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**112**	**2318**	**2430**
		النسب المئوية %	**4,6%**	**95,4%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	1	3	4
		النسب المئوية %	33,3%	66,7%	100,0%
	19-10	التكرارات	1	11	12
		النسب المئوية %	8,3%	91,7%	100,0%
	34-20	التكرارات	3	67	70
		النسب المئوية %	4,3%	95,7%	100,0%
	+35	التكرارات	4	55	59
		النسب المئوية %	6,8%	93,2%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**9**	**136**	**145**
		النسب المئوية %	**6,2%**	**93,8%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.1. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية بمتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بالمتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل الذي يُستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بالمتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

H1: تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Récapitulatif de traitement des observations

Observations non pondérées[a]		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	2109	36,0
	Observations manquantes	3742	64,0
	Total	5851	100,0
Observations non sélectionnées		0	,0
Total		5851	100,0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

توضح المخرجة السابقة أن نسبة 36,0% من حجم العينة والمقدرة بـ 2109 مبحوثة سيتم اختبارها في هذا النموذج، والتي تمثل نسبة الأمهات الريفيات اللاتي صرحن بإجاباتهن المتعلقة بمتابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

Codage de variable dépendante

Valeur d'origine	Valeur interne
لم تتابع	0
تابعت	1

يشير الجدول السابق أن برنامج spss احتفظ بنفس القيم المستخدمة في ترميز متغير الاستجابة أي 1 للمبحوثات اللاتي صرحن بمتابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل و0 للأمهات اللاتي صرحن بعدم متابعتهن الصحية أثناء فترة الحمل.

بعد إدخال المتغيرات وبعد استخراج معلمات النموذج تحصلنا على المخرج التالي:

المرحلة الصفرية: النموذج القاعدي [BLOC 0]

Table de classification[a,b]

Observé			Prévisions		
			المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل		Pourcentage correct
			لم تتابع	تابعت	
Pas 0	المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل	لم تتابع	0	9	,0
		تابعت	0	135	100,0
	Pourcentage global				93,7

a. La constante est incluse dans le modèle.

b. La valeur de coupe est ,500

يبين جدول الترتيب السابق أن التنبؤ تمّ بناء على الفئة أكثر تكرار في الإجابة على متغير الاستجابة أي أنه صنف 93,7% من الإجابات بشكل صحيح، ففي غياب أي معطيات أخرى عن واقع المتابعة الصحية للمرأة الحامل، ما عدا السؤال

المتعلق بمتابعة المرأة الريفية لصحتها أثناء فترة الحمل ، النموذج سوف يتنبأ بهذا المتغير التابع دون أي متغير مستقل، وبما أن الفئة الأكثر تكرار هي التي أجابت بأنها "تابعت" فإن النموذج قد اعتمدها في هذه الحالة في قيمه المتوقعة، وأضاف إليها احتياطا الفئة المتبقية رغم إجابتها بأنها "لم تتابع"، وهو ما يظهر بوضوح في جدول متغيرات المعادلة، بحيث اعتُمد الثابت بدون وجود أية متغيرات أخرى ضمن النموذج.

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	2,697	,342	62,101	1	,000	14,841

يعرض الجدول التالي قيمة إحصائية الدرجة للعوامل الصحية المتمثلة في الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص أول مرض مزمن خارج المعادلة، ونظرا لأن مظهما دال إحصائيا أي sig=0,046 و sig=0,024 بالنسبة للإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص أول مرض مزمن على التوالي، وهي أقل من 0,05 الذي يمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فمن المحتمل أن تساعد في تحسين النموذج بعد أن يتم إدخالها ضمنه.

Variables absentes de l'équation

			Score	ddl	Sig.
Pas 0	Variables	الإصابة بمرض مزمن	,029	1	,046
		السن عند تشخيص أول مرض مزمن	1,479	1	,024
	Statistiques générales		14,923	1	,000

المرحلة الأولى: تقييم دلالة نموذج الإنحدار (Bloc1)

يمثل جدول ملخص النموذج قيم مشتق سالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم 2- بحيث توقف النموذج عند الدورة السادسة بقيمة 66,586، وهي أقل قيمة ممكنة في النموذج لأن الفارق في التغيير أصبح أقل من 0,001، أي أن 01,0% من القوة التفسيرية يمكن إرجاعها إلى العوامل الصحية والتي تمّ قبولها في النموذج قبل التحسين، لذلك جاءت إحصاءة R-deux de Nagelkerke لتلعب دور المحسن في القوة التفسيرية للنموذج، حيث وصلت إلى 02,5% من التفسير للعوامل الصحية التي تمّ إدخالها في النموذج قيد الإنشاء.

Récapitulatif des modèles

Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	66,586[a]	,010	,025

a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 6, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à ,001.

بعد إدخال العوامل الصحية والمتمثلة في متغير الإصابة بمرض مزمن والسن عند تشخيص أول مرض مزمن، نلاحظ أن النموذج لم يتغير وبقي بنسبة 93,7%.

Table de classification[a]

			Prévisions		
			المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل		
	Observé		لم تتابع	تابعت	Pourcentage correct
Pas 1	المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل	لم تتابع	0	9	,0
		تابعت	0	135	100,0
	Pourcentage global				93,7

a. La valeur de coupe est ,500

الجدول التالي يمثل معلمة النموذج:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الإصابة بمر مزمن	,029	,024	1,458	1	,027	1,972
	السن عند تشخيص أول مرض مزمن	,336	,453	,550	1	0,54	1,399
	Constante	1,621	1,457	1,237	1	,000	5,057

a. Introduction des variables au pas 1 : السن عند تشخيص أول مرض مزمن، الإصابة بمرض مزمن.

$$\text{Log}(\frac{p}{1-P}) = 1{,}621 + 0{,}029_x$$

حيث: ♦ x_1: الإصابة بمرض مزمن؛ ♦ $\text{Log}(\frac{p}{1-P})$ المتابعة الصحية أثناء فترة الحمل.

بما أن sig=0,027 (بالنسبة لمتغير الإصابة بمرض مزمن)، وهي أصغر من 0,05 والتي تمثل الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية فإنه يمكننا رفض الفرض الصفري وقبول الفرض البديل القائل بتأثير العوامل الصحية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، حيث كلما انتقلنا من حالة مرضية غير مصابة مصابة إلى مصابة بمرض مزمن كلما ارتفع احتمال متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل بـ 1,972 مرة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل.

2. تأثير العوامل الصحية في المتابعة الصحية للمرأة بعد الولادة:

سنحاول –من خلال هذا العنصر– دراسة العوامل الصحية للمرأة الريفية المؤثرة في احتمال إجرائهن لفحوصات طبية بعد الولادة.

1.2. توزيع المبحوثات حسب متابعتهن الصحية بعد الولادة والعوامل الصحية:

يتبيّن من خلال الجدول رقم (9–28) –الذي يمثل توزيع المبحوثات الريفيات في الجزائر حسب إجرائهن للفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة العوامل الصحية– أن أغلبية المبحوثات جرين الفحوصات اللازمة بهدف المتابعة الصحية بعد الولادة بنسبة 86,4%، ما يوافق 2318 مبحوثة، بنسب متقاربة بين الفئتين قُدِّرت بـ86,4% و86,1% لدى الأمهات غير المصابات والمصابات على التوالي، وقُدِّرَت بالمقابل 13,6% لدى الأمهات اللاتي صرّحن بعدم إجراء الفحوصات بـ13,9% لدى الأمهات المصابات بمرض مزمن، و13,6% لدى المبحوثات الريفيات غير المصابات في الجزائر.

بالنسبة للسن عند تشخيص المرض المزمن لأول مرة، فنلاحظ أنّ فئة الأمهات اللاتي صرّحن بإجراء الفحوصات، تمثلت بالفئة التي شخصت المرض عند العمر 35 سنة فأكثر بنسبة 91,5%، تليها الفئتان العمريتان 20–34 سنة بنسبة 81,4%، و10–19 سنة بنسبة 76,9%. في حين أنّ جلّ الأمهات اللاتي شخصن المرض المزمن في سن أقل 10 سنوات قد أجرين الفحوصات اللازمة بعد الولادة حفاظًا على صحتهن.

أمّا عدم إجراء الفحوصات فقد تمثّل بنسبة 13,9%، وهي ترتفع لدى الأمهات اللاتي شخصن المرض المزمن خلال 10–19 سنة بنسبة 23,1%، تليها الفئة العمرية 20–34 سنة بـ18,6%، وسُجِّلت أضعف نسبة لدى الأمهات اللاتي شخصن المرض في سن 35 سنة فأكثر بنسبة 8,5%، وانعدمت عند الفئة التي شخصت المرض المزمن في سن أقل من 10 سنوات.

جدول رقم (9–28): توزيع المبحوثات الريفيات حسب إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة العوامل الصحية.

العوامل الصحية			الفحوصات الطبية بعد الولادة		المجموع
			لم تفحص	فحصت	
الإصابة بمرض مزمن	مصابة	التكرارات	20	125	145
		النسب المئوية %	13,9%	86,1%	100,0%
	غير مصابة	التكرارات	303	1927	2230
		النسب المئوية %	13,6%	86,4%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**323**	**2052**	**2375**
		النسب المئوية %	**13,6%**	**86,4%**	**100,0%**
السن عند تشخيص المرض المزمن	**10>**	التكرارات	0	3	3
		النسب المئوية %	0,0%	100,0%	100,0%
	19-10	التكرارات	3	10	13
		النسب المئوية %	23,1%	76,9%	100,0%
	34-20	التكرارات	13	57	70
		النسب المئوية %	18,6%	81,4%	100,0%
	+35	التكرارات	6	53	59
		النسب المئوية %	8,5%	91,5%	100,0%
	المجموع	**التكرارات**	**20**	**125**	**145**
		النسب المئوية %	**13,9%**	**86,1%**	**100,0%**

المصدر: منجز بناءً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال عام 2019.

2.1. علاقة العوامل الصحية للمرأة الريفية بالمتابعة الصحية بعد الولادة:

إنّ التحليل الوصفي لما سبق عرضه لا يكفي لدراسة العلاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية ومتابعتها الصحية بعد الولادة، لذا سوف نلجأ لاستخدام الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في السؤال الخاص بإجرائها للفحوصات الطبية بعد

دة، والذي يُستعمل في حالة ما إذا كان المتغير التابع ثنائي الاستجابة اسمي أو ترتيبي، ويأخذ قيم النجاح أو الفشل بهدف التنبؤ بحالة المتغير التابع، بعد إدخال مجموعة من المتغيرات المستقلة التي يمكن أن تؤثر في نسبتيهما. ويُعتبَر المتغير التابع المتوقّع دالة لاحتمال موضوع معيّن في واحدة من الفئات. من خلال استعمال الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، وباستعمال برنامج spss، سنحاول –اعتماداً على المعطيات الخام للمسح العنقودي MICS6– اختبار المتغيرات سالفة الذكر لرسم النموذج الخاص بالمتابعة الصحية بعد الولادة، وفق الفرضيتين التاليتين:

H0: لا تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية بعد الولادة.

H1: تؤثر العوامل الصحية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية بعد الولادة.

وللتحقق من وجود علاقة بين العوامل الصحية للمرأة الريفية متابعتها الصحية بعد الولادة، وبعد تطبيق برنامج spss، تحصلنا على المخرجات التالية:

Variables de l'équation

		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1[a]	الإصابة بمرض مزمن	,042	,247	,029	1	,865	1,043
	السن عند تشخيص أول مرض مزمن	,493	,321	2,357	1	,125	1,637
	Constante	,240	1,025	,055	1	,815	1,271

a. Introduction des variables au pas 1 :السن عند تشخيص أول مرض مزمن، الإصابة بمرض مزمن.

بما أن قيمة الدلالة sig –في مجملها– أكبر من 0,05 والتي تمثل احتمال الخطأ المسموح به في العلوم الاجتماعية، فإنه يمكننا رفض الفرض البديل وقبول الفرض الصفري القائل بعدم تأثير العوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال إجرائهن للفحوصات الطبية بعد الولادة.

ممّا سبق يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية لا تؤثر في احتمال إجرائها للفحوصات الطبية وبالتالي متابعتها الصحية بعد الولادة.

- ✓ **كخلاصة يمكننا القول أن العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل أثناء فترة حملها فقط ولا تؤثر في متابعتها الصحية بعد الولادة، ممّا يعكس قلة وعيها بمدى مراعاتها لصحتها الإنجابية والتي قد تنعكس حتى على ولاداتها اللاحقة.**

خلاصة الفصل:

يظهر جليًا -من خلال هذا الفصل- أن العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في سلوكها الإنجابي من عدّة نواحي، فهي تلعب دورا في تحديد خصوبتها من حيث عدد ولاداتها الحية والميتة، ولا تؤثر في عدد حالات الإسقاط والإجهاض التي قد تتعرض لها، وهذا ما اتضح لنا بعد دراسة العلاقة بين العوامل الصحية -المتمثلة في الحالة المرضية للأم، من حيث إصابتها بمرض مزمن أو عدم الإصابة به- وكذا سنها عند تشخيص المرض، وقد تبيّن لنا أن العامل الأكثر تأثيرا تلخّص في متغير "الإصابة بالمرض المزمن" فقط، وأنّ "السن عند تشخيص الإصابة بالمرض" لم يكن له التأثير الواضح، هذا من جهة.

من جهة أخرى، اتّضح لنا إمكانية وجود علاقة بين العوامل الصحية -سالفة الذكر- والولادات القيصرية لدى المرأة الريفية في الجزائر، حيث يمكننا القول أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية -من حيث حالتها المرضية- تؤثر في احتمال تعرضها للولادة القيصرية، بالإضافة إلى لحظة إجراء هذه العملية القيصرية، وكذا نوع العملية القيصرية -من حيث احتمالي تعرّضها لولادة قيصرية غير مبرمجة.

بالنسبة لممارسة الرضاعة الطبيعية من طرف الأم الريفية في الجزائر، فقد اتضح لنا إمكانية وجود علاقة بين العوامل الصحية للأم واحتمال ارضاعها لآخر مولود لها، واحتمال ارضاعها رضاعة حصرية خالية من أي إضافات، بينما لا يوجد أي أثر لهذه العوامل الصحية في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى لآخر مولود لها.

أمّا فيما يخص تنظيم الأسرة، فقد اتّضح لنا وجود تأثير للعوامل الصحية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل، بالإضافة إلى احتمال استعمالها لحبوب منع الحمل وكذا سنها عند أول استعمال لوسائل منع الحمل، ورغبتها المستقبلية في استعمال وسائل منع الحمل، لنخلص في الأخير إلى أن العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في تنظيمها لأسرتها.

وفيما يتعلّق برعاية الأمومة -من جانب رعاية الصحة الإنجابية- فقد توضّح لدينا أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل أثناء فترة حملها فقط، ولا تؤثر في احتمال إجرائها للفحوصات الطبية، وبالتالي متابعتها الصحية بعد الولادة، ممّا يعكس قلة وعيها بمدى مراعاتها لصحتها الإنجابية والتي قد تنعكس حتى على ولاداتها اللاحقة.

خاتمة عامة

حاولت هذه الدراسة البحث في مختلف العوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي للمرأة الريفية في الجزائر، اعتمادًا على البيانات المحصّل عليها من المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز خلال سنة 2019، حيث كوّنت عينة الدراسة مجموعة من الأمهات الريفيات في سن الإنجاب (15-49 سنة)، بغية رصد مختلف الوقائع المتعلقة بالسلوك الإنجابي لديها، وضمّت هذه العينة حوالي 6628 مبحوثة متزوجة، أنجبت على الأقل مرة واحدة.

اتضح لنا -من خلال دراسة هذه العينة- أن متوسط السن عند الزواج الأول لدى المرأة الريفية بالجزائر قُدِّر بقرابة 23,13 سنة، الأمر الذي ينعكس على سنها عند الولادة الأولى، حيث وصل إلى 24,92 سنة، في حين قُدِّر متوسط السن عند آخر ولادة لديها بـ31,54 سنة، كما يعكس لنا كذلك المجتمع خصوبة المرأة الريفية، حيث أنجبت 61,7% من إجمالي المبحوثات ما بين 4-6 ولادات حية، كما تميّزت هذه المرأة بطبيعة ولاداتها بنسبة 76,8% مقابل 23,2% فقط للولادات القيصرية.

فيما يتعلق بالعوامل المؤثرة في السلوك الإنجابي لدى هذه المرأة، تبيّن لنا وجود فروق دالة إحصائيًا في مستوى الخصوبة بين مختلف الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية، حيث عدد ولاداتها الحية وعدد حالات الإجهاض التي يمكن أن تتعرض لها، واتضحت هذه الفروق من خلال تأثير العوامل الديمغرافية لهذه الأم، العوامل السوسيو اقتصادية، بالإضافة إلى العوامل الصحية للمرأة الريفية، التي لعبت دورا مهمًا في تحديد خصوبتها من حيث عدد ولاداتها الحية ولميتة، في حين أنها لم تؤثر في عدد حالات الإسقاط والإجهاض لديها، الأمر الذي اتضح لنا بعد دراسة العلاقة بين العوامل الصحية -المتمثلة في الحالة المرضية للأم وسنها عند تشخيص المرض- إذ تمكّنا من تلخيص العامل الأكثر تأثيرا في متغير "الإصابة بالمرض المزمن" فقط، في حين لم يبدو التأثير الواضح للسن عند تشخيص الإصابة بالمرض.

كما بدت لنا -بوضوح- الفروق الدالة إحصائيًا في مستوى الولادات القيصرية بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية من حيث احتمال تعرضها لولادة قيصرية من جهة، ومن جهة أخرى احتمال تعرضها لعملية قيصرية غير مبرمجة، بينما لم تتضح هذه الفروق بين الأقاليم في قرارها لإجراء العملية القيصرية، والأمر الذي يفسره تأثير العوامل -سالفة الذكر- إلا أنّ هذه المحدّدات؛ الديمغرافية منها والسوسيو اقتصادية لم يظهر لها أثر في قرار إجرائها -إن كان قبل أو بعد آلام المخاض، غير أنه اتّضح لنا إمكانية وجود علاقة بين العوامل الصحية والولادات القيصرية لدى المرأة الريفية في الجزائر، -من حيث حالتها المرضية- في احتمال

تعرضها للولادة القيصرية، بالإضافة إلى قرار إجراء هذه العملية القيصرية –إن كان قبل أو بعد آلام المخاض–، وكذا نوع العملية القيصرية –من حيث احتمال تعرّضها لولادة قيصرية غير مبرمجة.

فيما يخص الرضاعة الطبيعية، فقد تبيّن لنا أن المرأة الريفية في الجزائر تتميّز بممارستها للرضاعة الطبيعية بنسبة 87,4%، حيث أنّ أكثر من قرابة ثلاثة أرباع الأمهات الريفيات في العينة المدروسة أرضعن ولادهن خلال مدة لم تتجاوز 12 ساعة، بنسبة 73,8%، أين قُدّرت نسبة المرضعات في مدة زمنية أقل من ساعة واحدة بـ38,7%، مقابل 16,6% فقط للأمهات المرضعات بعد 24 ساعة، إلّا أنّ الرضاعة الحصرية والخالية من أي إضافات للبن الأم الصافي تمثّلت بـ47,7%، في حين قُدّرت نسبة الرضاعة غير الحصرية بـ52,3%، أين تبيّن لنا أنّ قرابة نصف الأمهات، ما يعادل 48,2% من المبحوثات يسقين أولادهن ما بين الماء والماء المحلى، و27,4% من الأمهات يرضعن ولادهن حليبًا آخر بالإضافة إلى حليب الأم.

وقد اتّضح لنا وجود فروق في مستوى ممارسة الرضاعة الطبيعية –بنوعيها– بين الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية من حيث احتمال ارضاعها لآخر ولادة لها، كما في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة وأول رضعة، بالإضافة إلى نوع الرضاعة الذي تمارسه الأم الريفية، والذي يعكسه احتمال ارضاعها رضاعة حصرية، وتفسَر هذه الفروق بتأثير بعض العوامل الديمغرافية والسوسيو اقتصادية للمرأة الريفية، كما اتضح لنا إمكانية تأثير بعض العوامل الصحية للأم في مستوى الرضاعة الطبيعية من حيث احتمال الارضاع ونوع الرضاعة الذي تمارسه، في حين لم يثبت أي أثر لهذه العوامل الصحية في المدة الفاصلة بين لحظة الولادة وأول رضعة للمولود.

وباعتبار وسائل منع الحمل من أهمّ عناصر تنظيم الأسرة، فقد تبيّن لنا –من خلال هذه الدراسة– أنّ قرابة ثلثي أمهات العينة يستعملن هذه الوسائل بنسبة 68,6%، خصوصًا حبوب منع الحمل التي ثُبت استعمالها من طرف74,9% من الأمهات لكونها مناسبة لمثل هذه الأغراض، بحسب ما أدلت به 22,8% من المبحوثات، حيث تمّ اختيار الوسيلة المستعملة من طرف 95,6% من الأمهات، بناءً على توجيه القطاع العام بنسبة 73,4% والذي مثلته القابلة بـ28,5% والطبيب العام بـ24% مقابل 20,9% لطبيب النسائي، في حين يرجع قرار الاستعمال بنسب متقاربة بين الشريكين المعنيين قُدّرت بـ44,8% وقرار المبحوثة نفسها بنسبة 43,2%، هذا وقد مثلت الصيدلية المصدر الأساسي للحصول عليها بنسبة 74% مقابل 17,2% من الأمهات اللاتي تحصلن عليها من العيادات متعدّدة الخدمات، كون أنّ استعمال هذه الوسائل يندرج تحت مكونات الصحة الإنجابية التي لطالما احتاجت إلى تشريع، نظرًا لخطورة إقتنائها خارج الإطار المنصوص عليه شرعًا.

وعلى غرار المتغيرات السابقة فإنّ تنظيم الأسرة يتباين باختلاف الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية، حيث يمكن تفسير هذه الوضع بتأثير مختلف العوامل الديمغرافية، السوسيو اقتصادية والصحية للمرأة الريفية في احتمال استعمالها لوسائل منع الحمل، وكذا سنها عند أول استعمال لهذه الوسائل، بالإضافة إلى الوسيلة المستعملة، المتمثلة في حبوب منع الحمل، والرغبة في استعمالها مستقبلا.

وفي نفس السياق يعكس عنصر رعاية الأمومة جانبًا مهمًّا من جوانب الصحة الإنجابية، فقد اتضح لنا أن رعاية هذا العنصر تمثلت يشارك فيها الطرفان بنسبة 59,4%، في حين تتحمل 35,1% من الأمهات مسؤولية رعاية كل ما يتعلق بالخصوبة كونها الطرف الأكثر احساسًا بهذا الموضوع، من إنجاب، وضع المولود، رضاعة وغيرها، كما أن أغلب الأمهات الريفيات في الجزائر يسهرن على المتابعة الصحية للحمل بنسبة 95,3% لدى الطبيب النسائي، حسب ما أدلت به 75,6% من الأمهات، و22% لدى القابلات، بمعدّل قدره 4,87 استشارة طبية لمختلف الأطراف الطبية والشبه طبية، كما أن معظم الأمهات قمن بوضع مواليدهن على مستوى القطاع العام بنسبة 89,2%، تحت إشراف القابلة بنسبة 60,10% باعتبارها الطرف الأقرب من الأمهات خاصة على مستوى مراكز التوليد، والطبيب النسائي بنسبة 21,10%، وبمعونة الممرضات بنسبة 15,10%، لكن الأمر الملاحَظ –بعد وضع المولود– هو انخفاض نسبة المتابعة الصحية –من خلال إجراء بعض الفحوصات اللازمة– لتصل 86,4%، وإجراء فحص طبي واحد من طرف 68,9% من الأمهات، كما أن الفحوصات اللازمة تمّ إجراؤها على مستوى القطاع العام –غالبًا– بنسبة 64,5% من الأمهات المبحوثات، لدى طبيب نسائي بنسبة 41,7% و26,8% لدى طبيب عام، لتصل إلى 22,4% لدى القابلات، هذا الإنخفاض في مستوى المتابعة الصحية بعد الولادة يعكس قلة وعي المرأة الريفية بمدى أهمية هذه الفحوصات حفاظًا على صحتها وصحة مواليدها اللاحقة.

وتبيّن لنا –من خلال هذا البحث– وجود تباين في مستوى الرعاية الصحية للأم خلال الفترة الممتدة من بداية الحمل وتنتهي بوضع المولود بحسب الأقاليم الجغرافية للمرأة الريفية، وتنعكس هذه الفروق بسبب الأثر الواضح للعوامل الديمغرافية والسوسيو اقتصادية للمرأة الريفية في متابعتها الصحية أثناء فترة الحمل، وفي متابعتها الصحية بعد الولادة، بإجراء مختلف الفحوصات اللازمة بعد وضع المولود، في حين تبيّن لنا أنّ العوامل الصحية للمرأة الريفية تؤثر في المتابعة الصحية للمرأة الحامل أثناء فترة حملها فقط، ولا تؤثر في احتمال إجرائها للفحوصات الطبية، وبالتالي متابعتها الصحية بعد الوضع، الأمر الذي يعكس قلة وعي هذه الأم الريفية بمدى مراعاتها لصحتها الإنجابية والتي تعود على صحتها وصحة مواليدها اللاحقة.

قائمة المصادر والمراجع

♦ المراجع باللغة العربية:

✓ **القواميس والمعاجم:**

- أحمد زكي بدوي، **معجم مصطلح العلوم الاجتماعية**، مكتبة لبنان، بيروت، 1978.

✓ **الكتب:**

- اسماعيل بن السيد خليل كتبخان، **أسس علم إجتماع**، خوارزم العلمية للنشر والتوزيع، الطبعة الثالثة، 1431-2010.
- بلقاسم سلاطنية و حسان الجلاني، **منهجية العلوم الاجتماعية**، دار الهدى، الجزائر، 2004.
- رشيد رزواتي ، **تدريبات على منهجية البحث العلمي في علم الاجتماع**، جامعة المسيلة، الجزائر، 2002.
- سامي عريف، **علم النفس التطوري**، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان، 1974.
- سبيرو فاخوري، **تنظيم الحمل بالوسائل الحديثة**، مطابع أوقستا تكنوغرافيا، لبنان، 1996.
- صلاح محمود دياب، **إدارة خدمات الرعاية الصحية**، ناشرون وموزعون، دار الفكر، عمان، 2009.
- عبد الحليم أنور حافظ، **الاتجاهات الحديثة في تربية الطفل**، مؤسسة جامعة الشباب، 2008.
- عبد الحمن ابن خلدون، **المقدمة**، دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع، لبنان، 2007.
- عبد الرحيم عمران، **سكان العالم العربي حاضرا و مستقبلا**، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك، 1988.
- علي الحوات، **مبادئ علم الاجتماع**، دار الكتب الوطنية، 1995.
- علي عبد الرزاق جلبي، **علم اجتماع السكان**، دار النهضة العربية، بيروت.
- علي قواوسي، **السياسة السكانية في الجزائر –نشأتها وتطورها 1962–1994**، الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة –إقليم العالم العربي– لندن، بريطانيا، 1994.
- عوض حنفي، **المشكلة السكانية وتحديات الحياة**، الطبعة الأولى، الدار الجامعية، الإسكندرية، 1997.
- فؤاد بن غضبان، **علم الاجتماع الحضري**، دار الرضوان للنشر والتوزيع، الطبعة الأولى، 1435هـ ـ 2014م.
- كمال التابعي، **مقدمة في علم الاجتماع الريفي**، الدار الدولية للاستثمارات الثقافية، القاهرة، مصر.
- محمد رفعت، **الطفل**، عز الدين للطباعة والنشر، لبنان، 1992.
- محمد عاطف غيث، **دراسات في علم الاجتماع القروي**، دار المعارف، الإسكندرية، مصر، 1986.
- مصطفى خلف عبد الجواد، **علم اجتماع السكان**، الطبعة الثانية، دار الميسرة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2013.
- منصور الراوي، **سكان الوطن العربي، دراسة تحليلية في المشكلات الديمغرافية**، الطبعة الأولى، بيت الحكمة، بغداد، 2002.
- موريس أنجرس، **منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية**، تدريبات عملية، ترجمة بوزيد صحراوي، كمال بوشرف، سعيد سبعون، الجزائر، دار القصبة للنشر، 2006.
- ناهدة عبد زيد الدليمي، **أسس وقواعد البحث العلمي**، الطبعة الأولى، دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، 2016 م– 1437هـ.
- ندى جميل اسماعيل، **أمراض العقم والحمل والولادة**، المركز الثقافي للطباعة والنشر والترجمة والتوزيع، الطبعة الأولى، 2016.
- يونس حمادي علي، **مبادئ علم الديمغرافية**، دار وائل للنشر والتوزيع، عمان، الطبعة الأولى، 2010.

✓ **الرسائل الجامعية:**

- أحمد دردیش، **الصحة الإنجابية في الجزائر**، رسالة دكتوراه في علم الاجتماع، جامعة سعد دحلب، البليدة، جانفي 2011.

- أحمد عبد الحكيم بن بعطوش، **التخطيط العائلي وتأثيره على القيم الاجتماعية في الأسرة الريفية**، دراسة ميدانية بقرية تيفران بلدية سفيان ولاية باتنة، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع العائلي، جامعة الحاج لخضر – باتنة، السنة الجامعية 2013-2014 م/1434-1435هـ.

- جويدة عميرة، **المشروع الإنجابي بين الوعي والسلوك الحقيقي**، دراسة ميدانية على عينة من النساء الجزائريات مضى على زواجهن 5-10 سنوات، أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع الديمغرافي، جامعة الجزائر، السنة الجامعية 2004-2005.

- فاطمة الزهراء سي الطيب، **معارف ومواقف الفتاة تجاه الصحة الإنجابية**، دراسة على عينة من الشابات القاطنات بالجزائر العاصمة، ملخص لنيل شهادة دكتوراه في علم الاجتماع الديمغرافي، جامعة الجزائر 2، السنة الجامعية 2010-2011.

✓ **المجلات والدوريات:**

- حسام سليمان سيد، **محددات استعمال وسائل تنظيم الأسرة بين النساء الفلسطينيات بكلية التربية**، جامعة القدس المفتوحة قطاع غزة، فلسطين، 2010-2011.

- شيخ نصيرة، بدروني محمد، **دور المحدّدات في عودة ارتفاع الخصوبة في الجزائر حسب مسحي 2002 و2012-2013**، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، العدد 15، جويلية 2018.

✓ **المنشورات والمواثيق:**

- الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، **نشرة الإحصاءات الحيوية للمنطقة**، بيروت، العدد الخامس، 2003.

- الأمم المتحدة، **تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة**، 5-13 سبتمبر 1994، نيويورك 1995.

- حزب جبهة التحرير الوطني، **التخطيط والتنمية**، تقييم مخططات تنمية الجزائر، الجزء الأول، 19 سبتمبر، 1983.

- حزب جبهة التحرير الوطني، **المخطط الخماسي الثاني**، تقرير عام لوزارة التخطيط، الجزائر، 1985.

- خدمة ليفربول لتعزيز الصحة، **دليل لمنع الحمل**، 2012.

- الديوان الوطني للإحصائيات، وزارة الصحة والسكان، جامعة الدول العربية، **المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002**، الجزائر، جويلية 2004.

- المكتب المركزي للإحصاء، جامعة الدول العربية السورية، سوريا، 2001-2002.

- منشورات الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة، الرؤية لعام 2000، **المضي قدمًا بعد مؤتمري القاهرة وبكين**، لندن.

- منظمة الصحة العالمية، **طب المجتمع**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، 1999.

- وزارة الصحة والسكان، **قرار 121**، المؤرخ بتاريخ 21 نوفمبر 1995.

♦ المراجع باللغة الأجنبية:

✓ القواميس والمعاجم باللغة الفرنسية:

- Roland PRESSAT, **Dictionnaire de Démographie**, Presse Universitaire de France, 1ère édition, Paris, 1979.

✓ الكتب باللغة الفرنسية:

- ABDEL AZIZE BOUISRI:**La cotraception et la pratique de la contraception**, ESTEM, Paris, 2002.
- Abdelghani GUEND: **Discours politique, Discours religieux, et transition de la fécondité en Algérie**, harmatta, Paris, 1992.
- Abdelkader HAMMOUCHE et Abderrahmane HAMOUDI: **L'accouchement aujourd'hui, comprendre votre enfant avant et après la naissance**, édition imp. Moderne, Alger, 1984.
- ALFRED SAUVY: **L'Europe submerge (sud-nord- dans 30 ans)**, dunod, Paris, 1987.
- Christophe VANDESCHRICK: **Analyse démographique**, Collection population et développement,, n°1, Académia-Bruylant/ L'Armatant, Louvain-la-Neuve, Paris, 1995.

- HERVELE BRAS: **Planification familiale et promotion de la santé- une requise historique**, (SNMPMI), Paris, 1998.
- Houcine AOURAGH: **L'économie Algérienne et l'épreuve de la démographie**, CEPED, Paris, 1996.
- Malika LAADJALI: **Espacements des naissances sous le tiers monde, L'expérience Algérienne**, OPU, 1983.
- Mostafa KHIATI: **Démographie et population**, OPU, Ben Aknoune, Alger, 1996.

✓ الرسائل الجامعية باللغة الفرنسية:

- NADIA BELAAGOUEG: **Dix années de contraception orale**, thèse pour obtenir du doctorat en medecine, université de Constantine, Algérie, 1982.
-

✓ منشورات ومواثيق باللغة الفرنسية:

- CNES: **Rapport National sur le développement Humain**, 2006.
- COMMITE NATIONALE DE LA SANTE REPRODUCTIVE ET PLANIFICATION FAMILIALE: **Protocole D'intervention En Santé Reproductive-Planification Familial À L'usage Des Personnels Prestataires**, 1997.
- MINISTERE DE LA SANTÉ ET LES AFFAIRES SOCIALES, DIRECTION DE LA PREVENTION, **Seminaries National D'évaluation Du Programme De Maitrise De La Croissance Démographique,** Sidi Fredj, 21-23 mai 1991, Alger.
- MINISTERE DE LA SANTE, DE LA POPULATION ET DE LA REFORME HOSPITALIER, UNFPA, UNICEF: **Enquête par grappes à indicateurs multiples, MICS 2019,** Rapport final des résultats, Algérie, Décembre, 2020.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ, OFFICE NATIONAL DES STATISTIQUES, LIGUES DES ÉTATS ARABES, **Enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002**, rapport principal, Juillet 2004.
- ONS:**Recensement Générale de la Population et de l'Habitat 2008**, **ARMATURE URBAINE**, Collection Statistique N°163/2011, Série S: Statistique Sociale, Septembre 2011.
- S.N.M.P.M.I: XXIV Collogue: **Planification Familiale et promotion de la santé**, 27-28, Novembre 1998, Paris.

✓ **منشورات ومواثيق باللغة الإنجليزية:**

- Finger C: **Caesarean section rates skyrocket in Brazil. Many women are opting for Caesareans in belief that is a pratical solution**, National Library of medicine. Maryland., Vol 362, N°9384, August 2003.
- UN, The DSH wealth index,DSH Comparative reports 6, 2004.
- World Health Organisation: **Recommendation on non-clinical interventions to reduce unnecessary caesarean section**, Geneva, Switzerland, 2018.

♦ **مواقع الأنترنت:**

- http://www.mayoclinic.org/ar/tests-procedures/c-section/about/pac-20393655, Consulté le 22/07/2024, à 04h00.
- http://www.mayoclinic.org/ar/diseases-conditions/pregnancy-loss-miscarriage/symptoms-causes/syc-20354298, Consulté le 22/07/2024, à 03h44.
- http://www.institutobernabeu.com/ar/contraception-preventing-pregnancy/,consulté le 31/07/2024, à 20h51.
- http://artic.nl7za.com/question-and-answer/مفهوم-السياسة-الصحية-وأبرز-الأمثلة-عليها/,consulté le 15/08/2024,à 04h28.
- http://arabstates.unfpa.org/ar/ar/صحة-الأم , consulté le 27/08/2024, à 18h30.
- http://www.questionpro.com/blog/ar/ البيانات-الديموغرافية-ما-هي-وكيفية-ال/ , consulté le 31/07/2024, à 21h21.
- http://ar.wikipedia.org/wiki/حالة_اجتماعية_اقتصادية , consulté le 02/08/2024, à 05h04.
- http://www.aletihad.ae/wejhatarticle/59094/, consulté le 01/08/2024, à 12h28.
- http://almerja.net/reading.php?idm=161229, consulté le 31/07/2024, à 21h14.
- unicef.org/arabic/nutrition_43606.html, consulté le 28/2020 à 12h47.
- http://www.unicef.org/ar, Consulté le 22/07/2024, à 04h13.

الملاحق

ملحق رقم (01):

المستوى الثقافي

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير مثقفة	2864	43,2	58,8	58,8
	مثقفة	2006	30,3	41,2	100,0
	المجموع	4870	73,5	100,0	
	القيم الناقصة	1758	26,5		
المجموع		6628	100,0		

الجريدة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	تقرأ	995	15,0	20,6	20,6
	لا تقرأ	3836	57,9	79,4	100,0
	المجموع	4831	72,9	100,0	
	القيم الناقصة	1797	27,1		
	المجموع	6628	100,0		

الحاسوب

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	تستعمل	889	13,4	13,9	13,9
	لا تستعمل	5524	83,4	86,1	100,0
	المجموع	6413	96,8	100,0	
	القيم الناقصة	215	3,2		
المجموع		6628	100,0		

الأنترنت

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	تستعمل	1127	17,0	18,1	18,1
	لا تستعمل	5097	76,9	81,9	100,0
	المجموع	6224	93,9	100,0	
	القيم الناقصة	403	6,1		
المجموع		6628	100,0		

عدد الأسر في المسكن الواحد

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	1	4305	65,0	69,9	69,9
	2-3	1293	19,5	21,0	91,0
	4+	557	8,4	9,0	100,0
	المجموع	6155	92,9	100,0	
	القيم الناقصة	473	7,1		
المجموع		6628	100,0		

نوع الأسرة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	ممتدة	1850	27,9	30,1	30,1
	نووية	4305	65,0	69,9	100,0
	المجموع	6155	92,9	100,0	
	القيم الناقصة	473	7,1		
المجموع		6628	100,0		

الأقاليم الجغرافية

			Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	شمال	الشمال الأوسط	2251	34,0	34,0	34,0
		الشمال الشرقي	866	13,1	13,1	47,0
		الشمال الغربي	1140	17,2	17,2	64,2
	هضاب عليا	الهضاب العليا الوسطى	438	6,6	6,6	70,8
		الهضاب العليا الشرقية	1116	16,8	16,8	87,7
		الهضاب العليا الغربية	343	5,2	5,2	92,8
	جنوب	الجنوب	474	7,2	7,2	100,0
		المجموع	6628	100,0	100,0	

الإصابة بمرض مزمن

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	888	13,4	13,4	13,4
	لا	5728	86,4	86,6	100,0
	المجموع	6617	99,8	100,0	
	القيم الناقصة	11	,2		
	المجموع	6628	100,0		

أول نوع من الأمراض المزمنة

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
	ضغط الدم المرتفع	291	4,4	32,8	32,8
	داء السكري	151	2,3	16,9	49,7
	أمراض القلب والأوعية الدموية	46	,7	5,2	55,0
	الأمراض التنفسية	119	1,8	13,4	68,3
	أمراض المفاصل	55	,8	6,2	74,6
	السرطان	23	,4	2,6	77,2
	الأمراض العصبية	47	,7	5,3	82,5
	الفشل الكلوي	8	,1	,9	83,4
	الأمراض الوراثية	2	,0	,3	83,6
	أخرى (تحدّد)	145	2,2	16,4	100,0
	المجموع	888	13,4	100,0	
valide	القيم الناقصة	5739	86,6		
	المجموع	6628	100,0		

السن عند تشخيص أول مرض مزمن

			ضغط الدم المرتفع	داء السكي	أمراض القلب والأوعية الدموية	الأمراض التنفسية	أمراض المفاصل	السرطان	الأمراض العصبية	القصور الكلوي	أمراض وراثية	أخرى	
عند السن أول تشخيص مزمن	<10	التكرارات	10	0	2	9	1	2	1	1	0	12	38
		%النسب المئوية	26,3%	0,0%	5,3%	23,7%	2,6%	5,3%	2,6%	2,6%	0,0%	31,6 %	100,0%
	10-19	التكرارات	1	5	2	17	1	0	5	0	0	10	41
		%النسب المئوية	2,4%	12,2 %	4,9%	41,5%	2,4%	0,0%	12,2%	0,0%	0,0%	24,4 %	100,0%
	20-34	التكرارات	59	44	16	61	20	2	31	2	0	76	311
		%النسب المئوية	19,0%	14,1 %	5,1%	19,6%	6,4%	0,6%	10,0%	0,6%	0,0%	24,4 %	100,0%
	35+	التكرارات	218	101	26	31	30	20	10	4	2	46	488
		%النسب المئوية	44,7%	20,7 %	5,3%	6,4%	6,1%	4,1%	2,0%	0,8%	0,4%	9,4%	100,0%

المجموع	التكرارات	288	150	46	118	52	24	47	7	2	144	878
	%النسب المئوية	32,8%	17,1 %	5,2%	13,4%	5,9%	2,7%	5,4%	0,8%	0,2%	16,4 %	100,0%

نوع العملية القيصرية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	غير مبرمجة	228	41,2	41,6	41,6
	مبرمجة	320	57,8	58,4	100,0
	المجموع	548	99,0	100,0	
	القيم الناقصة	5	1,0		
المجموع		554	100,0		

مصدر قرار إجراء العملية القيصرية

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	الطبيب	310	55,9	95,3	95,3
	المبحوثة	12	2,2	3,7	99,1
	أطراف أخرى	3	,5	,9	100,0
	المجموع	325	58,7	100,0	
	القيم الناقصة	229	41,3		
المجموع		554	100,0		

مشروبات إضافية

		Réponses		Pourcentage d'observations
		N	Pourcentage	
مشروبات إضافية	حليب غير حليب الأم	423	27,4%	38,2%
	ماء	335	21,7%	30,2%
	ماء محلى	409	26,5%	36,9%
	محلول ماء ملح وسكر	24	1,5%	2,1%
	عصير فواكه	4	0,3%	0,4%
	حليب أطفال	40	2,6%	3,6%
	حقن	230	14,9%	20,7%
	عسل	24	1,6%	2,2%
	أدوية موصوفة	2	0,1%	0,1%
	مهدئ للمغص	19	1,2%	1,7%
	مشروب آخر	36	2,3%	3,3%
	لا يعطى شيئا ليشربه	0	0,0%	0,0%
المجموع		1546	100,0%	139,5%

معالجة المضاعفات الناتجة عن الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	نعم	68	67,8	84,5	84,5
	لا	12	12,4	15,5	100,0
	المجموع	81	80,2	100,0	
	القيم الناقصة	20	19,8		
المجموع		100	100,0		

اسعاف بسبب مضاعفات الحمل

		Fréquence	Pourcentage	Pourcentage valide	Pourcentage cumulé
Valide	أسعفت	14	14,3	17,8	17,8
	لم تسعف	66	65,9	82,2	100,0
	المجموع	81	80,2	100,0	
	القيم الناقصة	20	19,8		
المجموع		100	100,0		

عيادة طبيب الأسنان

	Observations					
	Valide		Manquant		Total	
	N	Pourcentage	N	Pourcentage	N	Pourcentage
عيادة طبيب الأسنان	273	75,6%	88	24,4%	361	100,0%

أسباب عيادة طبيب الأسنان

	Réponses		Pourcentage d'observations	
		N	Pourcentage	
الأسباب	يتوجيه من الطبيب النسائي	106	31,0%	38,7%
	معالجة الأسنان	235	69,0%	86,2%
	المجموع	341	100,0%	124,9%

ملحق رقم (02):

جدول رقم (01): توزيع عدد الولادات الميتة بدلالة سن الأم عند الزواج الأول.

السن عند الزواج الأول		عدد الولادات الميتة (الإملاص)					المجموع
		1	2	3	4	5	
15>	التكرارات	0	0	0	0	0	0
	النسب المئوية %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
15-19	التكرارات	60	9	0	2	1	72
	النسب المئوية %	27,3%	4,1%	0,0%	0,9%	0,5%	32,7%
20-24	التكرارات	72	14	1	0	0	87
	النسب المئوية %	32,7%	6,4%	0,5%	0,0%	0,0%	39,5%
25-29	التكرارات	36	6	0	0	0	42
	النسب المئوية %	16,4%	2,7%	0,0%	0,0%	0,0%	19,1%
30-34	التكرارات	12	4	0	0	0	16
	النسب المئوية %	5,5%	1,8%	0,0%	0,0%	0,0%	7,3%
35-39	التكرارات	2	0	0	0	0	2
	النسب المئوية %	0,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,9%
40-44	التكرارات	1	0	0	0	0	1
	النسب المئوية %	0,5%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,5%
المجموع	**التكرارات**	**183**	**33**	**1**	**2**	**1**	**220**
	النسب المئوية %	**83,2%**	**15,0%**	**0,5%**	**0,9%**	**0,5%**	**100%**

جدول رقم (02): توزيع عدد الولادات الميتة حسب السن الأول للأمومة.

السن الأول للأمومة		عدد الولادات الميتة (الإملاص)					المجموع
		1	2	3	4	5	
19-15	التكرارات	19	1	0	2	0	22
	النسب المئوية %	8,4%	0,4%	0,0%	0,9%	0,0%	9,8%
24-20	التكرارات	75	18	0	1	1	95
	النسب المئوية %	33,3%	8,0%	0,0%	0,4%	0,4%	42,2%
29-25	التكرارات	59	8	1	0	0	68
	النسب المئوية %	26,2%	3,6%	0,4%	0,0%	0,0%	30,2%
34-30	التكرارات	23	7	0	0	0	30

	النسب المئوية %	10,2%	3,1%	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%
39-35	التكرارات	9	0	0	0	0	9
	النسب المئوية %	4,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%
44-40	التكرارات	1	0	0	0	0	1
	النسب المئوية %	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,4%
المجموع	التكرارات	**186**	**34**	**1**	**3**	**1**	**225**
	النسب المئوية %	**82,7%**	**15,1%**	**0,4%**	**1,3%**	**0,4%**	**100%**

جدول رقم (03): توزيع عدد الولادات الميتة حسب سن الأم عند آخر ولادة.

السن عند آخر ولادة		عدد الولادات الميتة (الإملاص)					المجموع
		1	**2**	**3**	**4**	**5**	
15-19	التكرارات	0	0	0	0	0	0
	النسب المئوية %	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
20-24	التكرارات	8	1	0	0	0	9
	النسب المئوية %	3,6%	0,4%	0,0%	0,0%	0,0%	4,0%
25-29	التكرارات	33	5	0	2	1	41
	النسب المئوية %	14,7%	2,2%	0,0%	0,9%	0,4%	18,2%
30-34	التكرارات	62	12	0	0	0	74
	النسب المئوية %	27,6%	5,3%	0,0%	0,0%	0,0%	32,9%
35-39	التكرارات	63	10	0	0	0	73
	النسب المئوية %	28,0%	4,4%	0,0%	0,0%	0,0%	32,4%
40-44	التكرارات	17	6	1	1	0	25
	النسب المئوية %	7,6%	2,7%	0,4%	0,4%	0,0%	11,1%
45-49	التكرارات	3	0	0	0	0	3
	النسب المئوية %	1,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	1,3%
المجموع	التكرارات	**186**	**34**	**1**	**3**	**1**	**225**
	النسب المئوية %	**82,7%**	**15,1%**	**0,4%**	**1,3%**	**0,4%**	**100%**

جدول رقم (04): توزيع عدد حالات الإسقاط حسب سن الأم عند الزواج الأول.

سن الأم عند الزواج الأول		عدد حالات الاسقاط				المجموع
		1	**3-2**	**6-4**	**+7**	
15>	التكرارات	1	0	0	0	1
	النسب المئوية %	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
15-19	التكرارات	172	87	2	1	262
	النسب المئوية %	17,5%	8,8%	0,2%	0,1%	26,6%
20-24	التكرارات	268	119	10	2	399
	النسب المئوية %	27,2%	12,1%	1,0%	0,2%	40,5%
25-29	التكرارات	150	54	6	0	210
	النسب المئوية %	15,2%	5,5%	0,6%	0,0%	21,3%
30-34	التكرارات	50	35	2	1	88
	النسب المئوية %	5,1%	3,6%	0,2%	0,1%	8,9%
35-39	التكرارات	16	5	0	0	21
	النسب المئوية %	1,6%	0,5%	0,0%	0,0%	2,1%

40-44	التكرارات	1	1	0	0	2
	النسب المئوية %	0,1%	0,1%	0,0%	0,0%	0,2%
49-45	التكرارات	1	0	0	0	1
	النسب المئوية %	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
المجموع	**التكرارات**	**659**	**301**	**20**	**4**	**984**
	النسب المئوية %	**67,00%**	**30,60%**	**2,00%**	**0,40%**	**100%**

جدول رقم (05): توزيع عدد حالات الإسقاط بدلالة السن الأول للأمومة.

السن الأول للأمومة		عدد حالات الإسقاط				المجموع
		1	3-2	6-4	7+	
19-15	التكرارات	78	29	1	0	108
	النسب المئوية %	7,7%	2,9%	0,1%	0,0%	10,7%
24-20	التكرارات	286	127	8	2	423
	النسب المئوية %	28,3%	12,6%	0,8%	0,2%	41,9%
29-25	التكرارات	189	85	9	1	284
	النسب المئوية %	18,7%	8,4%	0,9%	0,1%	28,1%
34-30	التكرارات	90	40	4	0	134
	النسب المئوية %	8,9%	4,0%	0,4%	0,0%	13,3%
39-35	التكرارات	28	26	0	1	55
	النسب المئوية %	2,8%	2,6%	0,0%	0,1%	5,4%
44-40	التكرارات	4	1	0	0	5
	النسب المئوية %	0,4%	0,1%	0,0%	0,0%	0,5%
49-45	التكرارات	1	0	0	0	1
	النسب المئوية %	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
المجموع	**التكرارات**	**676**	**308**	**22**	**4**	**1010**
	النسب المئوية %	**66,9%**	**30,5%**	**2,2%**	**0,4%**	**100%**

جدول رقم (06): توزيع عدد حالات الإجهاض بدلالة سن الأم عند الزواج الأول.

سن الأم عند الزواج الأول		عدد حالات الإجهاض			المجموع
		1	3-2	4+	
19-15	التكرارات	102	23	2	127
	النسب المئوية %	22,9%	5,2%	0,4%	28,5%
24-20	التكرارات	143	44	7	194
	النسب المئوية %	32,1%	9,9%	1,6%	43,5%
29-25	التكرارات	70	12	3	85
	النسب المئوية %	15,7%	2,7%	0,7%	19,1%
34-30	التكرارات	15	8	0	23
	النسب المئوية %	3,4%	1,8%	0,0%	5,2%
39-35	التكرارات	12	3	0	15
	النسب المئوية %	2,7%	0,7%	0,0%	3,4%
44-40	التكرارات	1	1	0	2

	النسب المئوية %	0,2%	0,2%	0,0%	0,4%
المجموع	التكرارات	**343**	**91**	**12**	**446**
	النسب المئوية %	**76,9%**	**20,4%**	**2,7%**	**100%**

جدول رقم (07): توزيع عدد حالات الإجهاض حسب السن الأول للأمومة.

السن الأول للأمومة		عدد حالات الإجهاض			المجموع
		1	3-2	+4	
19-15	التكرارات	39	3	0	42
	النسب المئوية %	8,6%	0,7%	0,0%	9,2%
24-20	التكرارات	166	45	7	218
	النسب المئوية %	36,4%	9,9%	1,5%	47,8%
29-25	التكرارات	87	26	2	115
	النسب المئوية %	19,1%	5,7%	0,4%	25,2%
34-30	التكرارات	38	14	2	54
	النسب المئوية %	8,3%	3,1%	0,4%	11,8%
39-35	التكرارات	16	4	0	20
	النسب المئوية %	3,5%	0,9%	0,0%	4,4%
44-40	التكرارات	3	4	0	7
	النسب المئوية %	0,7%	0,9%	0,0%	1,5%
المجموع	التكرارات	**349**	**96**	**11**	**456**
	النسب المئوية %	**76,5%**	**21,1%**	**2,4%**	**100%**

جدول رقم (08): توزيع المبحوثات حسب إجرائهن لعملية قيصرية وسن الأم عند الزواج الأول.

السن عند الزواج الأول		العملية القيصرية		المجموع
		أجرت عملية قيصرية	لم تجر عملية قيصرية	
<15	التكرارات	1	2	3
	النسب المئوية %	0,04%	0,1%	0,1%
19-15	التكرارات	104	347	451
	النسب المئوية %	4,5%	14,9%	19,4%
24-20	التكرارات	223	789	1012
	النسب المئوية %	9,6%	33,9%	43,4%
29-25	التكرارات	144	512	656
	النسب المئوية %	6,2%	22,0%	28,2%
34-30	التكرارات	54	114	168
	النسب المئوية %	2,3%	4,9%	7,2%
39-35	التكرارات	15	17	32
	النسب المئوية %	0,6%	0,7%	1,4%
44-40	التكرارات	5	3	8
	النسب المئوية %	0,2%	0,1%	0,3%

المجموع	التكرارات	546	1784	2330
	النسب المئوية %	23,4%	76,6%	100%

جدول رقم (09): توزيع المبحوثات حسب إجرائهن لعملية قيصرية والسن الأول للأمومة.

السن الأول للأمومة		العملية القيصرية		المجموع
		أجرت عملية قيصرية	لم تجر عملية قيصرية	
15-19	التكرارات	30	131	161
	النسب المئوية %	1,3%	5,5%	6,8%
20-24	التكرارات	194	753	947
	النسب المئوية %	8,1%	31,6%	39,7%
25-29	التكرارات	196	682	878
	النسب المئوية %	8,2%	28,6%	36,8%
30-34	التكرارات	97	224	321
	النسب المئوية %	4,1%	9,4%	13,5%
35-39	التكرارات	30	38	68
	النسب المئوية %	1,3%	1,6%	2,9%
40-44	التكرارات	7	3	10
	النسب المئوية %	0,3%	0,1%	0,4%
45-49	التكرارات	0	0	0
	النسب المئوية %	0,0%	0,0%	0,0%
المجموع	التكرارات	554	1831	2385
	النسب المئوية %	23,2%	76,8%	100%

جدول رقم (10): توزيع المبحوثات حسب إجرائهن لعملية قيصرية والسن عند آخر ولادة.

سن الأم عند آخر ولادة		العملية القيصرية		المجموع
		أجرت عملية قيصرية	لم تجر عملية قيصرية	
15-19	التكرارات	6	33	39
	النسب المئوية %	0,3%	1,4%	1,6%
20-24	التكرارات	91	306	397
	النسب المئوية %	3,8%	12,8%	16,6%
25-29	التكرارات	151	513	664
	النسب المئوية %	6,3%	21,5%	27,8%
30-34	التكرارات	164	551	715
	النسب المئوية %	6,9%	23,1%	30,0%
35-39	التكرارات	102	310	412
	النسب المئوية %	4,3%	13,0%	17,3%
40-44	التكرارات	36	114	150
	النسب المئوية %	1,5%	4,8%	6,3%
45-49	التكرارات	5	4	9
	النسب المئوية %	0,2%	0,2%	0,4%
المجموع	التكرارات	555	1831	2386
	النسب المئوية %	23,3%	76,7%	100,0%

ملحق رقم (03):

جدول رقم (01):توزيع متوسط الولادات الحية بدلالة العوامل السوسيو اقتصادية للمرأة الريفية.

العوامل السوسيو اقتصادية		N	Moyenne	Ecart type	Moyenne erreur standard
المستوى الثقافي	غير مثقفة	137	4,39	1,726	0,148
	مثقفة	77	3,87	2,013	0,229
نوع الأسرة	ممتدة	83	4,41	2,127	0,233
	نووية	380	4,67	1,613	0,083
بيئة المسكن	غير ملائم	324	4,77	1,638	0,091
	ملائم	139	4,30	1,868	0,159
الحالة الفردية	موظفة	13	2,80	1,704	0,465
	غير موظفة	457	4,65	1,705	0,080

جدول رقم (02): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين المستوى الثقافي وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale) Signification	95% Intervalle de confiance Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	2,395[a]	2	,302	,313[b]	,304	,322
Rapport de vraisemblance	3,316	2	,191	,249[b]	,241	,258
Test exact de Fisher	1,966			,339[b]	,330	,348
Association linéaire par linéaire	,002[c]	1	,962	1,000[b]	1,000	1,000
N d'observations valides	156					

جدول رقم (03): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين نوع الأسرة وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale) Signification	95% Intervalle de confiance Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	3,970[a]	2	,137	,149[b]	,142	,156
Rapport de vraisemblance	4,757	2	,093	,107[b]	,101	,113
Test exact de Fisher	3,384			,163[b]	,156	,171
Association linéaire par linéaire	,492[c]	1	,483	,603[b]	,593	,612
N d'observations valides	220					

جدول رقم (04): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين بيئة المسكن وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. Monte Carlo (bilatérale) Signification	95% Intervalle de confiance Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	5,920[a]	2	,052	,056[b]	,051	,060
Rapport de vraisemblance	7,520	2	,023	,025[b]	,022	,028
Test exact de Fisher	5,446			,055[b]	,050	,059
Association linéaire par linéaire	5,850[c]	1	,016	,020[b]	,017	,023
N d'observations valides	220					

جدول رقم (05): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة الفردية وعدد الولادات الميتة لدى المرأة الريفية.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	2,194[a]	2	,334	,356[b]	,347	,365
Rapport de vraisemblance	3,903	2	,142	,242[b]	,233	,250
Test exact de Fisher	1,785			,475[b]	,465	,485
Association linéaire par linéaire	2,001[c]	1	,157	,274[b]	,265	,282
N d'observations valides	225					

جدول رقم (06): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين المستوى الثقافي وعدد حالات الإسقاط لدى المرأة الريفية.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	6,592[a]	3	,086	,073[b]	,068	,078
Rapport de vraisemblance	7,484	3	,058	,065[b]	,060	,069
Test exact de Fisher	6,084			,083[b]	,077	,088
Association linéaire par linéaire	,235[c]	1	,628	,671[b]	,662	,680
N d'observations valides	747					

جدول رقم (07): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين نوع الأسرة وعدد حالات الإسقاط لدى المرأة الريفية.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	3,783[a]	3	,286	,268[b]	,259	,277
Rapport de vraisemblance	4,653	3	,199	,218[b]	,210	,226
Test exact de Fisher	3,075			,331[b]	,322	,340
Association linéaire par linéaire	,426[c]	1	,514	,526[b]	,516	,536
N d'observations valides	948					

جدول رقم (08): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين بيئة المسكن وعدد حالات الإسقاط لدى المرأة الريفية.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	,242[a]	3	,971	,979[b]	,976	,982
Rapport de vraisemblance	,244	3	,970	,979[b]	,976	,982
Test exact de Fisher	,339			,963[b]	,959	,966
Association linéaire par linéaire	,084[c]	1	,772	,804[b]	,796	,812
N d'observations valides	955					

جدول رقم (09): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة الفردية وعدد حالات الإسقاط لدى المرأة الريفية.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	2,649[a]	3	,449	,411[b]	,402	,421
Rapport de vraisemblance	2,838	3	,417	,438[b]	,428	,448
Test exact de Fisher	2,284			,471[b]	,461	,481
Association linéaire par linéaire	,736[c]	1	,391	,417[b]	,407	,427
N d'observations valides	1010					

جدول رقم (10): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين المستوى الثقافي وعدد حالات الإجهاض.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	1,809[a]	2	,405	,408[b]	,398	,417
Rapport de vraisemblance	1,793	2	,408	,419[b]	,410	,429
Test exact de Fisher	1,912			,383[b]	,373	,393
Association linéaire par linéaire	1,756[c]	1	,185	,218[b]	,210	,226

N d'observations valides	325					

جدول رقم (11): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين نوع الأسرة وعدد حالات الإجهاض.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	3,718[a]	2	,156	,141[b]	,134	,148
Rapport de vraisemblance	4,267	2	,118	,118[b]	,112	,124
Test exact de Fisher	3,445			,176[b]	,169	,184
Association linéaire par linéaire	3,428[c]	1	,064	,069[b]	,064	,074
N d'observations valides	432					

جدول رقم (12): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين بيئة المسكن وعدد حالات الإجهاض.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	5,109[a]	2	,078	,066b	,062	,071
Rapport de vraisemblance	7,962	2	,019	,025b	,022	,028
Test exact de Fisher	5,432			,060b	,055	,065
Association linéaire par linéaire	,161[c]	1	,688	,744b	,736	,753
N d'observations valides	436					

جدول رقم (13): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة الفردية وعدد حالات الإجهاض.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	,784[a]	2	,676	,791[b]	,783	,799
Rapport de vraisemblance	1,222	2	,543	,674[b]	,665	,683
Test exact de Fisher	,423			,732[b]	,723	,740
Association linéaire par linéaire	,003[c]	1	,956	1,000[b]	1,000	1,000
N d'observations valides	455					

جدول رقم (14): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي وقرار إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	13,046[a]	4	,011	,010[b]	,008	,012
Rapport de vraisemblance	13,218	4	,010	,010[b]	,008	,011
Test exact de Fisher	13,039			,010[b]	,008	,012
Association linéaire par linéaire	,628[c]	1	,428	,457[b]	,447	,467
N d'observations valides	549					

جدول رقم (15): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين المستوى الثقافي وقرار إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية.

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	,002[a]	1	,967	1,000	,522	
Correction pour continuité[b]	,000	1	1,000			
Rapport de vraisemblance	,002	1	,967	1,000	,522	
Test exact de Fisher				1,000	,522	
Association linéaire par linéaire	,002[d]	1	,967	1,000	,522	,077
N d'observations valides	485					

جدول رقم (16): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين نوع الأسرة وقرار إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية.

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	,698[a]	1	,403	,429	,230	

Correction pour continuité[b]	,543	1	,461			
Rapport de vraisemblance	,696	1	,404	,429	,230	
Test exact de Fisher				,429	,230	
Association linéaire par linéaire	,697[d]	1	,404	,429	,230	,056
N d'observations valides	480					

جدول رقم (17): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين بيئة المسكن وقرار إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية.

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	3,985[a]	1	,046	,054	,028	
Correction pour continuité[b]	3,591	1	,058			
Rapport de vraisemblance	4,048	1	,044	,054	,028	
Test exact de Fisher				,054	,028	
Association linéaire par linéaire	3,977[d]	1	,046	,054	,028	,011
N d'observations valides	478					

جدول رقم (18): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة الفردية وقرار إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية.

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Sig. exacte (bilatérale)	Sig. exacte (unilatérale)	Point de probabilité :
khi-carré de Pearson	5,903[a]	1	,015	,017	,009	
Correction pour continuité[b]	5,205	1	,023			
Rapport de vraisemblance	6,426	1	,011	,017	,009	
Test exact de Fisher				,017	,009	
Association linéaire par linéaire	5,892[d]	1	,015	,017	,009	,006
N d'observations valides	549					

جدول رقم (19): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي وقرار إجراء العملية القيصرية لدى المرأة الريفية.

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	12,380[a]	4	,015	,014[b]	,012	,016
Rapport de vraisemblance	13,579	4	,009	,008[b]	,006	,009
Test exact de Fisher	12,838			,011[b]	,009	,013
Association linéaire par linéaire	5,507[c]	1	,019	,019[b]	,017	,022
N d'observations valides	548					

جدول رقم (20): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	25,835[a]	12	,011	,011[b]	,009	,013
Rapport de vraisemblance	26,705	12	,009	,009[b]	,007	,011
Test exact de Fisher	26,538			,009[b]	,007	,011
Association linéaire par linéaire	17,194[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	2117					

جدول رقم (21): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين المستوى الثقافي والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

				Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	14,345[a]	3	,002	,002[b]	,001	,003
Rapport de vraisemblance	14,316	3	,003	,003[b]	,002	,003

Test exact de Fisher	14,306			,002[b]	,001	,003
Association linéaire par linéaire	13,766[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	1768					

جدول رقم (22): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين نوع الأسرة والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	24,445[a]	3	,000	,000[b]	,000	,000
Rapport de vraisemblance	23,698	3	,000	,000[b]	,000	,000
Test exact de Fisher	23,746			,000[b]	,000	,000
Association linéaire par linéaire	10,260[c]	1	,001	,001[b]	,001	,002
N d'observations valides	1863					

جدول رقم (23): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين بيئة المسكن والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	11,407[a]	3	,010	,010[b]	,008	,012
Rapport de vraisemblance	11,342	3	,010	,011[b]	,009	,013
Test exact de Fisher	11,426			,010[b]	,008	,012
Association linéaire par linéaire	4,025[c]	1	,045	,043[b]	,039	,047
N d'observations valides	1889					

جدول رقم (24): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة الفردية والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	2,656[a]	3	,0ذ48	,450[b]	,440	,460
Rapport de vraisemblance	2,722	3	,436	,445[b]	,435	,455
Test exact de Fisher	2,591			,460[b]	,450	,469
Association linéaire par linéaire	,545[c]	1	,460	,475[b]	,466	,485
N d'observations valides	2118					

جدول رقم (25): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي والمدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	45,406[a]	12	,000	,000[b]	,000	,000
Rapport de vraisemblance	46,608	12	,000	,000[b]	,000	,000
Test exact de Fisher	46,880			,000[b]	,000	,000
Association linéaire par linéaire	24,318[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	2117					

جدول رقم (26): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين المستوى التعليمي والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	380,633[a]	24	,000	,000[b]	,000	,000
Rapport de vraisemblance	419,353	24	,000	,000[b]	,000	,000
Test exact de Fisher	406,684			,000[b]	,000	,000

Association linéaire par linéaire	8,200[c]	1	,004	,004[b]	,002	,005
N d'observations valides	5268					

جدول رقم (27): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين المستوى الثقافي والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	48,394[a]	6	,000	,000[b]	,000	,000
Rapport de vraisemblance	52,951	6	,000	,000[b]	,000	,000
Test exact de Fisher	49,945			,000[b]	,000	,000
Association linéaire par linéaire	,200[c]	1	,654	,657[b]	,647	,666
N d'observations valides	4051					

جدول رقم (28): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين نوع الأسرة والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	26,508[a]	6	,000	,000[b]	,000	,000
Rapport de vraisemblance	28,887	6	,000	,000[b]	,000	,000
Test exact de Fisher	26,379			,000[b]	,000	,000
Association linéaire par linéaire	1,649[c]	1	,199	,197[b]	,189	,204
N d'observations valides	4934					

جدول رقم (29): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين بيئة المسكن والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	27,484[a]	6	,000	,000[b]	,000	,000
Rapport de vraisemblance	27,238	6	,000	,000[b]	,000	,001
Test exact de Fisher	27,268			,000[b]	,000	,000
Association linéaire par linéaire	22,325[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	4981					

جدول رقم (30): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين الحالة الفردية والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	90,448[a]	6	,000	,000[b]	,000	,000
Rapport de vraisemblance	97,414	6	,000	,000[b]	,000	,000
Test exact de Fisher	93,920			,000[b]	,000	,000
Association linéaire par linéaire	43,847[c]	1	,000	,000[b]	,000	,000
N d'observations valides	5270					

جدول رقم (31): اختبار كاي مربع لدراسة العلاقة بين مؤشر الثروة الخماسي والسن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل.

			Signification asymptotique	Sig. Monte Carlo (bilatérale)		
					95% Intervalle de confiance	
	Valeur	ddl	(bilatérale)	Signification	Limite inférieure	Limite supérieure
khi-carré de Pearson	33,241[a]	24	,099	,097[b]	,092	,103
Rapport de vraisemblance	33,328	24	,097	,106[b]	,100	,112
Test exact de Fisher	32,323			,091[b]	,085	,096
Association linéaire par linéaire	,002[c]	1	,967	,968[b]	,965	,972
N d'observations valides	5268					

ملحق رقم (04):

جدول رقم (01): توزيع عدد الولادات الحية بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		عدد الولادات الحية				المجموع
		1	3-2	6-4	+7	
الشمال الأوسط	التكرارات	6	40	95	17	158
	النسب المئوية %	3,8%	25,3%	60,1%	10,8%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	3	10	34	5	52
	النسب المئوية %	5,8%	19,2%	65,4%	9,6%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	5	28	50	8	91
	النسب المئوية %	5,5%	30,8%	54,9%	8,8%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	0	1	22	10	33
	النسب المئوية %	0,0%	3,0%	66,7%	30,3%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	1	11	51	14	77
	النسب المئوية %	1,3%	14,3%	66,2%	18,2%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	0	6	21	3	30
	النسب المئوية %	0,0%	20,0%	70,0%	10,0%	100,0%
الجنوب	التكرارات	3	1	17	9	30
	النسب المئوية %	10,0%	3,3%	56,7%	30,0%	100,0%
المجموع	**التكرارات**	**18**	**97**	**290**	**66**	**471**
	النسب المئوية %	**3,8%**	**20,6%**	**61,6%**	**14,0%**	**100,0%**

جدول رقم (02): توزيع عدد الولادات الميتة بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		عدد الولادات الميتة			المجموع
		1	3-2	+4	
الشمال الأوسط	التكرارات	61	12	0	73
	النسب المئوية %	83,6%	16,4%	0,0%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	29	1	0	30
	النسب المئوية %	96,7%	3,3%	0,0%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	20	1	3	24
	النسب المئوية %	83,3%	4,2%	12,5%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	19	1	0	20
	النسب المئوية %	95,0%	5,0%	0,0%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	33	13	0	46
	النسب المئوية %	71,7%	28,3%	0,0%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	5	2	0	7
	النسب المئوية %	71,4%	28,6%	0,0%	100,0%
الجنوب	التكرارات	19	5	1	25
	النسب المئوية %	76,0%	20,0%	4,0%	100,0%
المجموع	التكرارات	186	35	4	225
	النسب المئوية %	82,6%	15,6%	1,8%	100,0%

جدول رقم (03): توزيع عدد حالات الاسقاط بدلالة الأقاليم الجغرافية.

		عدد حالات الإسقاط				المجموع
		1	3-2	6-4	+7	
الشمال الأوسط	التكرارات	221	112	2	0	335
	النسب المئوية %	66,0%	33,4%	0,6%	0,0%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	110	53	4	1	168
	النسب المئوية %	65,5%	31,5%	2,4%	0,6%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	92	44	6	3	145
	النسب المئوية %	63,4%	30,3%	4,1%	2,1%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	48	25	3	1	77
	النسب المئوية %	62,3%	32,5%	3,9%	1,3%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	132	45	3	0	180
	النسب المئوية %	73,3%	25,0%	1,7%	0,0%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	24	7	0	0	31
	النسب المئوية %	77,4%	22,6%	0,0%	0,0%	100,0%
الجنوب	التكرارات	48	21	5	0	74
	النسب المئوية %	64,8%	28,4%	6,8%	0,0%	100,0%
المجموع	التكرارات	675	307	23	5	1010
	النسب المئوية %	66,8%	30,4%	2,3%	0,5%	100,0%

جدول رقم (04): توزيع عدد حالات الإجهاض بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		عدد حالات الإجهاض			المجموع
		1	3-2	+4	
الشمال الأوسط	التكرارات	155	32	4	191
	النسب المئوية %	81,2%	16,8%	2,1%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	40	10	1	51
	النسب المئوية %	81,3%	18,8%	0,0%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	36	9	0	45
	النسب المئوية %	80,0%	20,0%	0,0%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	18	7	1	26
	النسب المئوية %	69,2%	26,9%	3,8%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	49	27	1	77
	النسب المئوية %	63,6%	35,1%	1,3%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	10	1	1	12
	النسب المئوية %	83,3%	8,3%	8,3%	100,0%
الجنوب	التكرارات	40	9	4	53
	النسب المئوية %	75,5%	17,0%	7,5%	100,0%
المجموع	التكرارات	348	95	12	455
	النسب المئوية %	76,5%	20,9%	2,6%	100,0%

جدول رقم (05): توزيع تصريحات المبحوثات الريفيات حسب نوع الولادة والأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		العملية القيصرية		المجموع
		أجرت عملية قيصرية	لم تجر عملية قيصرية	
الشمال الأوسط	التكرارات	213	600	813
	النسب المئوية %	26,2%	73,8%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	103	251	354
	النسب المئوية %	29,1%	70,9%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	70	296	366
	النسب المئوية %	19,1%	80,9%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	24	146	170
	النسب المئوية %	14,1%	85,9%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	83	280	363
	النسب المئوية %	23,0%	77,0%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	23	92	115
	النسب المئوية %	20,0%	80,0%	100,0%
الجنوب	التكرارات	37	165	202
	النسب المئوية %	18,3%	81,7%	100,0%
المجموع	التكرارات	553	1830	2383
	النسب المئوية %	23,2%	76,8%	100,0%

جدول رقم (06): توزيع المبحوثات الريفيات حسب قرار إجراء العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		قرار إجراء العملية القيصرية		المجموع
		قبل آلام المخاض	بعد آلام المخاض	
الشمال الأوسط	التكرارات	143	68	211
	النسب المئوية %	67,8%	32,2%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	74	30	104
	النسب المئوية %	71,2%	28,8%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	47	20	67
	النسب المئوية %	70,1%	29,9%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	14	10	24
	النسب المئوية %	58,3%	41,7%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	52	36	88
	النسب المئوية %	59,1%	40,9%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	13	9	22
	النسب المئوية %	59,1%	40,9%	100,0%
الجنوب	التكرارات	22	16	38
	النسب المئوية %	57,9%	42,1%	100,0%
المجموع	التكرارات	365	189	554
	النسب المئوية %	65,9%	34,1%	100,0%

جدول رقم (07): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع العملية القيصرية بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		نوع العملية القيصرية		المجموع
		مبرمجة	غير مبرمجة	
الشمال الأوسط	التكرارات	134	77	211
	النسب المئوية %	63,5%	36,5%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	64	38	102
	النسب المئوية %	62,7%	37,3%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	42	26	68
	النسب المئوية %	61,8%	38,2%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	9	15	24
	النسب المئوية %	37,5%	62,5%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	40	43	83
	النسب المئوية %	48,2%	51,8%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	12	9	21
	النسب المئوية %	57,1%	42,9%	100,0%
الجنوب	التكرارات	18	20	38
	النسب المئوية %	47,4%	52,6%	100,0%
المجموع	التكرارات	319	228	547
	النسب المئوية %	58,3%	41,7%	100,0%

جدول رقم (08): توزيع المبحوثات الريفيات حسب ارضاع آخر مولود بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		ارضاع المولود		المجموع
		أرضعت	لم ترضع	
الشمال الأوسط	التكرارات	703	115	818
	النسب المئوية %	85,9%	14,1%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	308	46	354
	النسب المئوية %	87,0%	13,0%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	302	65	367
	النسب المئوية %	82,3%	17,7%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	173	13	186
	النسب المئوية %	93,0%	7,0%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	337	31	368
	النسب المئوية %	91,6%	8,4%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	105	12	117
	النسب المئوية %	89,7%	10,3%	100,0%
الجنوب	التكرارات	194	23	217
	النسب المئوية %	89,4%	10,6%	100,0%
المجموع	التكرارات	2122	305	2427
	النسب المئوية %	87,4%	12,6%	100,0%

جدول رقم (09): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		المدة الفاصلة بين لحظة الولادة والرضعة الأولى				المجموع
		< 1 ساعة	1–11 ساعة	12–24 ساعة	24 ساعة +	
الشمال الأوسط	التكرارات	275	233	90	108	706
	النسب المئوية %	39,0%	33,0%	12,7%	15,3%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	111	78	24	95	308
	النسب المئوية %	36,0%	25,3%	7,8%	30,8%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	112	115	27	47	301
	النسب المئوية %	37,2%	38,2%	9,0%	15,6%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	81	63	13	16	173
	النسب المئوية %	46,8%	36,4%	7,5%	9,2%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	136	122	24	57	339
	النسب المئوية %	40,1%	36,0%	7,1%	16,8%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	41	44	7	13	105
	النسب المئوية %	39,0%	41,9%	6,7%	12,4%	100,0%
الجنوب	التكرارات	69	89	21	14	193
	النسب المئوية %	35,8%	46,1%	10,9%	7,3%	100,0%
المجموع	التكرارات	825	744	206	350	2125
	النسب المئوية %	38,8%	35,0%	9,7%	16,5%	100,0%

جدول رقم (10): توزيع المبحوثات الريفيات حسب نوع الرضاعة الذي تمارسه بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		نوع الرضاعة		المجموع
		غير حصرية	حصرية	
الشمال الأوسط	التكرارات	299	406	705
	النسب المئوية %	42,4%	57,6%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	189	122	311
	النسب المئوية %	60,8%	39,2%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	135	171	306
	النسب المئوية %	44,1%	55,9%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	104	70	174
	النسب المئوية %	59,8%	40,2%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	208	133	341
	النسب المئوية %	61,0%	39,0%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	54	53	107
	النسب المئوية %	50,5%	49,5%	100,0%
الجنوب	التكرارات	129	68	197
	النسب المئوية %	65,5%	34,5%	100,0%
المجموع	التكرارات	1118	1023	2141
	النسب المئوية %	52,2%	47,8%	100,0%

جدول رقم (11): توزيع المبحوثات الريفيات حسب استعمال وسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		استعمال وسائل منع الحمل		المجموع
		تستعمل	لا تستعمل	
الشمال الأوسط	التكرارات	1340	623	1963
	النسب المئوية %	68,3%	31,7%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	505	258	763
	النسب المئوية %	66,2%	33,8%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	744	257	1001
	النسب المئوية %	74,3%	25,7%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	235	126	361
	النسب المئوية %	65,1%	34,9%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	700	283	983
	النسب المئوية %	71,2%	28,8%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	191	107	298
	النسب المئوية %	64,1%	35,9%	100,0%
الجنوب	التكرارات	221	176	397
	النسب المئوية %	55,7%	44,3%	100,0%
المجموع	التكرارات	3935	1831	5766
	النسب المئوية %	68,3%	31,7%	100,0%

جدول رقم (12): توزيع المبحوثات الريفيات حسب استعمال حبوب منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		استعمال حبوب منع الحمل		المجموع
		تستعمل	لا تستعمل	
الشمال الأوسط	التكرارات	921	1	922
	النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	361	1	362
	النسب المئوية %	99,7%	0,3%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	688	1	689
	النسب المئوية %	99,9%	0,1%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	220	0	220
	النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	546	0	546
	النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	180	1	181
	النسب المئوية %	99,4%	0,6%	100,0%
الجنوب	التكرارات	149	0	149
	النسب المئوية %	100,0%	0,0%	100,0%
المجموع	التكرارات	3065	4	3069
	النسب المئوية %	99,9%	0,1%	100,0%

جدول رقم (13): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل				المجموع
		20>	29-20	39-30	+40	
الشمال الأوسط	التكرارات	76	1350	308	31	1765
	النسب المئوية %	4,3%	76,4%	17,5%	1,8%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	19	482	185	9	695
	النسب المئوية %	2,7%	69,4%	26,6%	1,3%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	113	652	168	14	947
	النسب المئوية %	11,9%	68,8%	17,7%	1,5%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	46	258	32	4	340
	النسب المئوية %	13,5%	75,9%	9,4%	1,2%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	65	690	171	12	938
	النسب المئوية %	6,9%	73,6%	18,2%	1,3%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	27	183	47	6	263
	النسب المئوية %	10,3%	69,6%	17,9%	2,3%	100,0%
الجنوب	التكرارات	23	238	55	5	321
	النسب المئوية %	7,2%	74,1%	17,1%	1,6%	100,0%
المجموع	التكرارات	369	3852	968	80	5269
	النسب المئوية %	7,0%	73,1%	18,3%	1,5%	100,0%

جدول رقم (14): توزيع المبحوثات الريفيات حسب السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		السن عند أول استعمال لوسائل منع الحمل							المجموع
		20>	24-20	29-25	34-30	39-35	44-40	+45	
الشمال الأوسط	التكرارات	76	692	658	239	70	29	2	1766
	النسب المئوية %	4,3%	39,2%	37,3%	13,5%	4,0%	1,6%	0,1%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	19	213	269	135	50	7	2	695
	النسب المئوية %	2,7%	30,6%	38,7%	19,4%	7,2%	1,0%	0,3%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	113	387	264	129	40	14	0	947
	النسب المئوية %	11,9%	40,9%	27,9%	13,6%	4,2%	1,5%	0,0%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	46	166	92	21	11	3	0	339
	النسب المئوية %	13,6%	49,0%	27,1%	6,2%	3,2%	0,9%	0,0%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	65	416	274	125	46	10	2	938
	النسب المئوية %	6,9%	44,3%	29,2%	13,3%	4,9%	1,1%	0,2%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	27	107	76	34	14	6	0	264
	النسب المئوية %	10,2%	40,5%	28,8%	12,9%	5,3%	2,3%	0,0%	100,0%
الجنوب	التكرارات	23	125	113	40	15	3	2	321
	النسب المئوية %	7,2%	38,9%	35,2%	12,5%	4,7%	0,9%	0,6%	100,0%
المجموع	التكرارات	369	2106	1746	723	246	72	8	5270
	النسب المئوية %	7,0%	40,0%	33,1%	13,7%	4,7%	1,4%	0,2%	100,0%

جدول رقم (15): توزيع المبحوثات الريفيات حسب الرغبة المستقبلية باستعمال وسائل منع الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		الرغبة باستعمال وسائل منع الحمل		المجموع
		ترغب	لا ترغب	
الشمال الأوسط	التكرارات	122	267	389
	النسب المئوية %	31,4%	68,6%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	43	91	134
	النسب المئوية %	32,1%	67,9%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	27	110	137
	النسب المئوية %	19,7%	80,3%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	3	69	72
	النسب المئوية %	4,2%	95,8%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	27	89	116
	النسب المئوية %	23,3%	76,7%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	10	52	62
	النسب المئوية %	16,1%	83,9%	100,0%
الجنوب	التكرارات	16	96	112
	النسب المئوية %	14,3%	85,7%	100,0%
المجموع	التكرارات	248	774	1022
	النسب المئوية %	24,3%	75,7%	100,0%

جدول رقم (16): توزيع المبحوثات الريفيات حسب المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		المتابعة الصحية للمرأة أثناء فترة الحمل		المجموع
		لم تتابع	تابعت	
الشمال الأوسط	التكرارات	21	803	824
	النسب المئوية %	2,6%	97,4%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	7	349	356
	النسب المئوية %	2,0%	98,0%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	23	345	368
	النسب المئوية %	6,3%	93,8%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	18	168	186
	النسب المئوية %	9,7%	90,3%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	13	357	370
	النسب المئوية %	3,5%	96,5%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	18	99	117
	النسب المئوية %	15,4%	84,6%	100,0%
الجنوب	التكرارات	14	204	218
	النسب المئوية %	6,4%	93,6%	100,0%
المجموع	التكرارات	114	2325	2439
	النسب المئوية %	4,7%	95,3%	100,0%

جدول رقم (17): توزيع المبحوثات الريفيات حسب إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة بدلالة الأقاليم الجغرافية.

الأقاليم الجغرافية		إجراء الفحوصات الطبية بعد الولادة		المجموع
		لم تفحص	فحصت	
الشمال الأوسط	التكرارات	125	690	815
	النسب المئوية %	15,3%	84,7%	100,0%
الشمال الشرقي	التكرارات	19	332	351
	النسب المئوية %	5,4%	94,6%	100,0%
الشمال الغربي	التكرارات	63	303	366
	النسب المئوية %	17,2%	82,8%	100,0%
الهضاب العليا الوسطى	التكرارات	25	145	170
	النسب المئوية %	14,7%	85,3%	100,0%
الهضاب العليا الشرقية	التكرارات	50	315	365
	النسب المئوية %	13,7%	86,3%	100,0%
الهضاب العليا الغربية	التكرارات	11	103	114
	النسب المئوية %	9,6%	90,4%	100,0%
الجنوب	التكرارات	30	172	202
	النسب المئوية %	14,9%	85,1%	100,0%
المجموع	التكرارات	323	2060	2383
	النسب المئوية %	13,6%	86,4%	100,0%

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى البحث في خبايا المجتمع الريفي الجزائري، للكشف عن أهم محدّدات السلوك الإنجابي للمرأة الريفية، ولهذا الغرض تمّ تطبيق المنهج الوصفي والتحليلي على عينة وطنية من الأمهات في سن الإنجاب (15-49 سنة)، تضم 6628 أمّا ريفية متزوجة، وأنجبت ولادة واحدة -على الأقل- خلال فترة خصوبتها، اعتماداً على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات MICS6 المنجز بالجزائر خلال سنة 2019، محاولة استخلاص نتائج تمكّننا من إثبات أو نفي فرضيات العمل.

بيّنت نتائج الدراسة أن متوسط السن عند الزواج الأول لدى المرأة الريفية بالجزائر قُدِّر بقرابة 23,13 سنة، ممّا ينعكس على سنها عند الولادة الأولى، الذي قُدِّر بـ24,92 سنة، كما يتضح لنا -في هذا البحث- مدى خصوبة المرأة الريفية لدى 61,7% من إجمالي المبحوثات اللاتي أنجبن ما بين 4 إلى 6 لادات حية، كما تميّزت هذه المرأة بطبيعة ولاداتها بنسبة 76,8% مقابل 23,2% فقط للولادات القيصرية، إضافةً إلى أنّ أن المرأة الريفية في الجزائر تتميز امرأة مرضعة بنسبة 87,4%، حيث أنّ أكثر من قرابة ثلاثة أرباع الأمهات الريفيات في العينة المدروسة أرضعن ولاداتهن خلال مدة لم تتجاوز 12 ساعة، بنسبة 73,8%.

كما أشارت الدراسة إلى أن السلوك الإنجابي للمرأة الريفية بالجزائر يتأثر بعدة عوامل محيطة بها؛ جغرافية كانت، ديمغرافية، سوسيو اقتصادية أوصحية، وباعتبار أن وسائل منع الحمل من أهم عناصر التخطيط العائلي، فقد تبين لنا -من خلال هذه الدراسة- أنّ قرابة ثلثي أمهات العينة يلجأن لهذه الوسائل بنسبة 68,6%، خاصة حبوب منع الحمل التي ثُبت استعمالها من طرف74,9% من الأمهات.

الكلمات المفتاحية: ، الخصوبة، الولادة القيصرية، الرضاعة الطبيعية، تنظيم الأسرة، وسائل منع الحمل، السياسة السكانية، السياسة الصحية، الصحة الإنجابية، الريف، الجزائر.

Summary:

This study aimed to explore the intricacies of rural Algerian society in order to uncover the main determinants of reproductive behavior among rural women. For this purpose, a descriptive and analytical approach was applied to a national sample of mothers of reproductive age (15-49 years), comprising 6.628 married rural mothers who had at least one live birth during their reproductive period, based on data from the Multiple Indicator Cluster Survey (MICS6) conducted in Algeria in 2019.

The goal was to derive results that would allow us to confirm or refute working hypotheses. The study results indicated that the average age at first marriage for rural women in Algeria was approximately 23,13 years, which reflects on their age at first birth, estimated at 24,92 years. The research also highlights that around 61,7% of the surveyed women gave birth to between 4 to 6 live births. Furthermore, these women predominantly experienced vaginal deliveries, accounting for 76,8%, compared to only 23,2% for cesarean deliveries. Additionally, rural women in Algeria are characterized as breastfeeding mothers at a rate of 87,4%, with nearly three-quarters of the rural mothers in the studied sample breastfeeding their births within a period not exceeding 12 hours, at a rate of 73,8%. The study also indicated that the reproductive behavior of rural women in Algeria is influenced by several surrounding factors, including geographic, demographic, socio-economic, or health-related.

Considering that contraceptive methods are among the most significant elements of family planning, this study revealed that nearly two-thirds of the mothers in the sample resort to these methods, at a rate of 68,6%, particularly oral contraceptive pills, which were reported to be used by 74,9% of the mothers.

Keywords: Fertility, Cesarean delivery, Breastfeeding, Family planning, Contraceptive methods, Population policy, Health policy, Reproductive health, Rural, Algeria.