

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة
كلية العلوم الاجتماعية والإنسانية
قسم العلوم الاجتماعية



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي

ميدان: العلوم الاجتماعية

الشعبة: ديمغرافيا

التخصص: تخطيط سكاني

إعداد الطالبة: تامة هاجر

مذكرة بعنوان:

الاعتماد على الصحة للأم على وفيات الأطفال الرضعى

دراسة ميدانية على عينة من الأمهات في دائرتي تقرت و تماسين

تاريخ مناقشة البحث: 2013/06/10

لجنة المناقشة:

الأستاذ(ة): سواكري خديجة / أستاذ محاضر / رئيسا / جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

الأستاذ: طلباوي الحوسين / أستاذ محاضر / مشرفا ومقررا / جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

الأستاذة: بن نور صابرة / أستاذ محاضر / مناقشا / جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -

السنة الجامعية: 2013/2012

يارب

إن أعطيتني مالا لا تأخذ

سعادتي

وإن أعطيتني نجاحا لا تأخذ

تواضعي

وإن أعطيتني تواضعا لا تأخذ

اعتزازي بكرامتي.

بسم الله الرحمن الرحيم

((أفلم يسيروا في الأرض فتكون لهم قلوب

يعقلون بها أو آذان يسمعون بها فإنها لا تعمى

الآبصار ولكن تعمى القلوب التي في الصدور))

الآية: 46 من سورة الحج

شكر و تقدير

قال تعالى: ((... رب أوزعني أن أشكر نعمتك التي أنعمت علي وعلى والديا وأن أعمل صالحا ترضاه وأدخلني برحمتك في عبادك الصالحين.))

الآية 19 من سورة النمل.

نتوجه أولا وقبل كل شيء بالحمد لله رب العالمين الذي أنعم علينا وأكرمنا بفضله وعطائه بأن وفقنا وأمدنا بالقوة وألهمنا الصبر لإنجاز هذا العمل المتواضع.

كما نتوجه بالشكر الجزيل إلى الأستاذ المشرف ((طلباوي الحوسين)) على إشرافه المتميز الذي لم يخل علينا بنصائحه وتوجيهاته، ليس فقط في إنجاز هذا العمل وإنما طيلة مسارنا الدراسي خلال الفترة الجامعية كما نتوجه بالشكر إلى كل الأساتذة الذين لم ييخلوا في مد يد المساعدة لنا ونخص بالذكر ((الأستاذ طعبة عمر)) على توجيهاته القيمة، وكل من قدما لنا يد العون حتى بالقليل من قريب أو من بعيد .

هاجر تامة

فهرسة الدراسة

إهداء.....	
شكر و تقدير.....	
الفهرس.....	
فهرس الجداول.....	
فهرس الأشكال.....	
مقدمة	

I. الفصل التمهيدي :

1 الإشكالية.....	4
2 الفرضيات.....	6
3 أهداف الدراسة.....	6
4 أهمية الدراسة.....	7
5 أسباب اختيار الموضوع.....	7
6 تحديد المفاهيم.....	7
7 الدراسات السابقة.....	9
8 صعوبات الدراسة.....	15

II. الفصل الأول : الرعاية الصحية للأمومة

تمهيد.....	16
1- رعاية صحة للأمهات	17
2- الأمراض المرتبطة بالحمل.....	20
خلاصة.....	22

III. الفصل الثاني : وفيات الأطفال الرضع:

تمهيد.....	24
-البرامج الصحية الخاصة بخفض وفيات الرضع.....	25
1. برنامج مكافحة الإسهال	25
2. البرنامج الواسع للتلقيح.....	26
3. برنامج خاص بالتغذية	28

4. برنامج تباعد الولادات..... 29

31 خلاصة.

IV. الفصل الثالث: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

1. مصادر جمع البيانات 33

2. مجالات الدراسة..... 34

3. أدوات جمع البيانات..... 37

4. العينة..... 38

5. المنهج المتبع للدراسة..... 40

V. الفصل الرابع : تكوين الجداول مناقشتها

1. الخصائص العامة للحالات المدروسة 41

• تصنيف المبحوثات حسب مكان الإقامة..... 41

• تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي..... 42

• تصنيف المبحوثات حسب الحالة المهنية..... 43

• تصنيف المبحوثات حسب الحالة الزوجية..... 44

• تصنيف المبحوثات حسب الدخل الشهري..... 44

• تصنيف الأزواج حسب المستوى التعليمي..... 45

• تصنيف الأزواج حسب الدخل الشهري..... 46

• تصنيف الأزواج حسب الحالة المهنية..... 47

• تصنيف الأسر حسب نوع المسكن..... 48

2. مناقشة الفرضية الأولى :

• أثر المستوى التعليمي على المتابعة الصحية 50

• أثر المستوى التعليمي على نوع الرضاعة 52

• أثر المستوى التعليمي على إستعمال وسائل منع الحمل..... 54

• أثر المستوى التعليمي على تباعد سنوات الولادة..... 56

3. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

• أثر الدخل الشهري على المتابعة الصحية..... 59

• أثر الدخل الشهري على مكان الولادة..... 61

• أثر الحالة المهنية للمرأة على نوع الرضاعة..... 62

4. مناقشة الفرضية الثالثة:

• أثر سن الأمهات على المتابعة الصحية..... 66

• أثر سن الأمهات على نوع الولادة..... 67

• أثر المتابعة الصحية على عدد الأطفال..... 68

5. دور الزوج أثناء اجتياز المرأة مرحلة الحمل و الولادة وبعد الوضع..... 71

VI. الإستنتاجات العامة: 72

خاتمة

قائمة المراجع:

قائمة الملاحق:

ملخص الدراسة

مقدمة

تعتبر الصحة الإنجابية بما فيها صحة الأمومة من أهم التحديات التي تواجه الشعوب التي تسعى إلى ترقية و حماية الأمومة كأحد المنطلقات الهادفة إلى تنمية صحة الأم و الطفل، كما تعد شرطا ضروريا و أساسيا للتنمية الاجتماعية و الاقتصادية، وجاء هذا الإهتمام من أجل ترسيخ حقوق الصحة الإنجابية للمرأة منذ العقود الأخيرة التي شهدت جهودا مكثفة على مختلف الأصعدة و ذلك مع بداية انعقاد مؤتمر القاهرة الدولي حول السكان و التنمية في 1994 وما عقبه من المؤتمرات، لقد إنصب إهتمام كل هذه المؤتمرات حول صحة النساء في سن الإنجاب، حيث تم التركيز على هذه الشريحة في برامج أعمالها لكونها تتعرض في أجزاء كثيرة من أنحاء العالم إلى مضاعفات متصلة بالحمل و الولادة التي تعد من أهم أسباب الوفيات و الإعتلال، كما أن هناك حوالي 15 مليون من النساء أصرن بإعاقات مدى الحياة .ينتج عن هذه المضاعفات قرابة 03 ملايين أخرى أثناء الأسبوع الأول من الحياة مع العلم أن أكثر من 98% من هذه الوفيات تتواجد في البلدان النامية.

غير أن مرحلة الطفولة تعتبر حاسمة في تكوين الهرم السكاني، إذ يعتبر العمل من أجل الأطفال جزء لا يتجزأ من الحركة الاجتماعية و الاقتصادية، أكثر من ذلك يجب تأمين الحماية للأطفال من أهوال الأمراض الفتاكة، وتوفير الخدمات الأساسية التي تضمن بقاءهم وسلامتهم خاصة حديثي الولادة، بإعتبارهم أكثر عرضة للأمراض من حيث ضعف مناعتهم الطبيعية والتي قد تكون السبب في وفاتهم.

رغم هذا الإهتمام الواسع بالطفولة إلا أن وفيات الأطفال الرضع لا تزال إحدى المشاكل التي توليها الهيئات الرسمية إهتماما بالغا بغاية التقليل من حدتها، وقد إتجهت في هذا الإطار السياسة الصحية في الجزائر منذ 1980 لتحقيق مجموعة من الأهداف الصحية التي تتعلق أساسا بخفض معدلات وفيات الأطفال الرضع، حيث تركزت بمحمل التدخلات الصحية على توفير الخدمات الصحية الوقائية لمواجهة الأسباب الرئيسية المؤثرة في هذه الظاهرة، كإنتشار أمراض الإسهال؛ الأمراض المعدية؛ وأمراض سوء التغذية، ولتحسين هذه الوضعية إرتكز العمل على رعاية الأطفال و حمايتهم.

ويمكن منع حدوث هذه الوفيات و المشاكل الصحية من خلال تحسين إمكانية الحصول على الرعاية الصحية الكافية أثناء الحمل و الولادة وما بعد الولادة، بالإضافة الى دراسة العوامل الرئيسية المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال الرضع في الجزائر وتخفيض نسبتهم بالنسبة لكل 1000 ولادة حية.

لهذا تسعى دول العالم و الدول النامية على وجه الخصوص الى ترقية صحة الأمومة وخفض معدل وفيات الأطفال الرضع، وتوفير بيانات تفصيلية ومؤشرات دقيقة حول صحة الأم والطفل، وذلك عن طريق قيامها بالمسوحات حول صحة الأم والطفل خلال سنوات التسعينات بتمويل من جامعة الدول العربية، في إطار برنامج المشروع العربي لصحة الأم والطفل، وتلاه المشروع العربي لصحة الأسرة عام 1999، والجزائر من بين الدول التي إستفادت من هذا المشروع وذلك عام 2002.

ولتحقيق الرفاهية الصحية للأمومة والطفول وأهداف المؤتمرات المذكورة تحتاج المرأة أثناءها إلى أكبر قدر ممكن من الرعاية الصحية والطفل كذلك، والتي تعتبر حقا من حقوق الصحة الإنجابية، تلك الحقوق المعلن عنها من منظور الإسلام و التشريعات و القوانين و الدساتير و السياسات الصحية وكذا حقوق الإنسان العالمية.

وإدراكا لأهمية موضوع صحة الأمومة و الطفولة وما يترتب عن ذلك من تأثير على صحة الأسرة والمجتمع، تأتي هذه الرسالة كمحاولة لإبراز واقع الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل و الولادة والنفس وكذا ظاهرة وفيات الأطفال الرضع لأنه أولى إهتماما كبيرا لمكافحة هذه الظاهرة، وبالتالي معرفة التقدم الصحي الذي عرفته الجزائر في الآونة الأخيرة.

وتبعاً لذلك فقد إنقسمت الدراسة إلى فصل تمهيدي وفصلين نظريين وفصلين تطبيقيين يتبعه إستمارة البحث.

و كان في الفصل التمهيدي البناء المنهجي للدراسة، وتعرضنا فيه إلى تحديد مشكلة الدراسة وهي العمود الفقري لأي بحث؛ ثم التساؤلات و الفرضيات؛ وإهتممنا كذلك بتفسير أسباب إختيار الموضوع والهدف والأهمية من الدراسة، ثم تطرقنا إلى تحديد المفاهيم و الدراسات السابقة التي إهتمت بموضوع الدراسة.

أما الفصل الأول فقد إهتم بواقع الرعاية الصحية للأمومة والأمراض المرتبطة بالحمل بالإضافة إلى وفيات الأمهات والوفيات المخاضية.

والفصل الثاني فقد خصصناه للبرمج الصحية الخاصة بوفيات الأطفال الرضع وكذا أسباب هذه الوفيات في الجزائر وأثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديمقراطية في تفاقم ظاهرة وفيات الأطفال الرضع.

و بالنسبة للفصل الثالث فقد خصصناه لمجالات الدراسة (الجغرافي؛ البشري؛ و الزمني) بالإضافة إلى مصادر جمع البيانات النظرية و الميدانية، والعينة و أدوات جمع البيانات وكذا المنهج المتبع في الدراسة.

و الفصل الرابع والأخير تم من خلاله محاولة الإجابة على التساؤلات التي طرحت في الجانب النظري، بمعنى إثبات أو نفي الفرضيات التي على أساسها إنطلق البحث وذلك من خلال تحليل الجداول و تفسيرها.

وتنتهي الدراسة ببعض النتائج العامة التي توصلنا إليها مع دمج الملاحق و المراجع التي إعتمدنا عليها.

خطة الفصل الأول:

- 1 الإشكالية
- 2 المفرضيات
- 3 أهداف الدراسة
- 4 أهمية الدراسة
- 5 أسباب اختيار الموضوع
- 6 تحديد المفاهيم
- 7 الدراسات السابقة
- 8- صعوبات الدراسة

1. الإشكالية:

تعد مرحلة الولادة وما بعد الوضع من أهم المراحل التي تواجهها المرأة في حياتها الإنجابية، وقد اكتسب هذا الموضوع أهمية كبيرة خلال العشريتين الأخيرتين من قبل المختصين في المجال الطبي؛ النفسي الاجتماعي و الديمغرافي...، كما اختلفت أنماط معالجة هذا الموضوع باختلاف التخصصات، يرجع ذلك الإهتمام الى المكانة التي تحتلها المرأة في الأسرة و المجتمع، حيث تعددت أدوارها بالإضافة الى مسؤوليتها في البيت و رعاية الأسرة، وتوسع نشاطها أصبحت تؤدي أدوارا جديدة كرفع مستواها التعليمي وإقحامها في مجال العمل و مساهمتها في مختلف المجالات الاجتماعية، الاقتصادية و السياسية...

إن معايشة المرأة تجربة الحمل و الولادة و النفاس تختلف من امرأة الى أخرى باختلاف ظروفها الاجتماعية؛ الاقتصادية و الديمغرافية التي تحيط بها. وهي عمليات فسيولوجية طبيعية تمر بكل إمراة حامل، إلا أن الأم تتعرض لأخطار مضاعفات الحمل و الولادة قد تنجر عنها الوفاة ومع التقدم الكبير في خدمات القطاع الصحي و الأجهزة الطبية المتطورة أصبح باستطاعة الأطباء اكتشاف الأمراض مبكرا، وخطورة الحمل في ظروف معينة، كما أصبح من الممكن التحكم في سير الولادة وما بعدها، هذا ما يفسره الإقبال المتزايد للحوامل أثناء عملية الولادة الى الهياكل الصحية و بالأخص المستشفيات، حيث قدرت نسبة الولادات في المستشفى حسب نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة عام 2002 ب 80% مقابل 9% من الولادات في المنزل. و حسب التعداد العام للسكان و السكن سنة 2008 قدرت هذه النسبة 85% و 8.8% على التوالي و سنة 2012 قدرت ب 93% ولادة في المستشفى و 6.8% ولادة في المنزل.

هي وضعية تقارب تونس فمثلا قدرت الولادات في المستشفى حوالي 81.3% مقابل 9.7% ولادة تمت في المنزل سنة 2001. في حين تعرف سوريا عكس ذلك في نفس السنة حيث قدرت نسبة الولادات في المنزل 45% مقابل 26.1% من النساء وضعن مولودهن في المستشفى الحكومي.

و بالرغم من الإقبال المتزايد على الهياكل الصحية أثناء عملية الولادة في الجزائر، إلا أنه يلاحظ قلة المراقبة الطبية أثناء مرحلة الحمل وما بعدها حيث قدرت حوالي 19.3% من النساء الحوامل لم تتلقين أي فحص طبي سنة 2002. و حوالي 44% من النساء اللواتي أخذن على الأقل حقنة ضد التيتانوس خلال فترة الحمل.

أما عن الرعاية الصحية بعد الولادة تعرف نقصا كبيرا في الجزائر لدى أوساط الأمهات. حيث قدرت نسبة اللواتي لم تتلقين أي رعاية صحية بعد الولادة ب 67% سنة 2000 و 69.9% سنة 2002 وهي مرتفعة في الريف بنسبة 74.3% أما في الحضر 66.3% كما أنها بلغت حوالي 69.9% سنة 2008. قد تحدث إعاقة للحوامل أو الأطفال حديثي الولادة تصل الى الموت و السبب الرئيسي للوفاة هو مضاعفات الحمل و الولادة..، وبهذا قد يمثل الحمل و الولادة مشكلا صحيا للأم و الطفل فقد قدر

معدل وفيات الأمهات في الجزائر 117 لكل 100000 ولادة حية سنة 1999 و معدل وفيات الأطفال الرضع حوالي طفل. أما سنة 2000 فقد بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع حوالي 36 بالألف

إن اتجاه مستوى معدلات وفيات الأطفال الرضع ما هو الا انعكاس للاوضاع الاجتماعية و الاقتصادية تلخص في حدوث خلل اجتماعي و تعد في ظل هذه الظروف موجهاً أساسية للسلوك الاجابيل للمرأة حيث تساعد هذه العناصر الجديدة على عملية التكيف للأسرة و الأطفال مع هذه الظاهرة اما تأثيرها الاقتصادي فبرغم ارتفاع متوسط دخل الفرد في بعض البلدان العربية مثل الجزائر يقابله إرتفاع في معدلات وفيات الأطفال الرضع و يرجع ذلك أنه لا يعبر هذا المتوسط عن واقع توزيع الدخل بين الافراد خاصة مع التفاوت بين الطبقات الاجتماعية و الاقتصادية في هذه المجتمعات ومن هنا اصبحت ظاهرة وفيات الأطفال الرضع من بين المشكلات الصحية ذات الأولوية التي تحظى بإهتمام كبير في البرامج الصحية العامة و المؤتمرات و الندوات العلمية خاصة تلك التي تنظمها منظمة اليونيسف و منظمة الصحة العالمية ، و بالتالي في السياسات الصحية لبلدان العالم الثالث ، بما فيها الجزائر التي تعرف كم هائل من الولادات الحية مايقارب حوالي 25.3 % سنة 1995 وبالمقابل تفقد عدد كبير من مواليدها و هذا بين فئة 0-1 سنة كاملة من الحياة.

وإذا نظرنا الى ما وصلت إليه الإحصائيات في الجزائر حول صحة الأم والطفل فإننا نجد معدل وفيات الأطفال بها سنة 2011 هو 23.26 بالألف. و منه يبقى معدل وفيات الرضع مرتفع بالجزائر مرتفع بكثير عن الدول المتقدمة رغم أنه سجل تحسنا ملحوظا في العشرية الأخيرة كان يبلغ سنة 1997 حوالي 56.64 بالألف ووصل سنة 2009 إلى 26.26 بالألف.

لكن هذا التحسن في معدل وفيات الأطفال الرضع مقارنة بسنتي 1997 و 2000 بطيء. و لمحاربة هذه الظاهرة يجب أولا تفادي وفيات الأمهات و ذلك عن طريق توفير خدمات رعاية الأمومة عالية الجودة، من وقاية و متابعة طبية منتظمة أثناء مرحلة الحمل و الولادة وما بعدها بإعتبار ذلك حقا من حقوق المرأة وكذا مولودها.

رغم لمجهودات المبذولة من طرف الدولة في مجال الصحة الإنجابية. وإنشاء العديد من المراكز الصحية، ولجان مختصة لمتابعة ذلك. وكذا إعداد المشاريع و البرامج الصحية، ورغم تنفيذ مسوحات صحية ديمغرافية، وتوفير الخدمات الصحية لذلك وتواجد نسبة كبيرة من الولادات تحت إشراف طبي وذلك في الهياكل الصحية. إلا أنه مازال هناك الكثير مما يجب عمله من أجل تحقيق أمومة بدون خطر و تخفيض معدل وفيات الأطفال الرضع الى أدنى المستويات. هذا ما قادنا الى طرح تساؤلات حول عوامل تفاقم هذه الظاهرة و كيفية الحد منها و بقاء معدلات وفيات الرضع مرتفعة مقارنة بالدول المتقدمة. كما أن الدراسات في مثل هذه المواضيع بالذات التي تخص الصحة الإنجابية عديدة في المجال الطبي ولا يمكن التحلي عنها ومن الواجب مسايرتها و التعمق فيها ديمغرافيا قصد الوصول الى نتائج ناجحة ومنه نتساءل:

التساؤل الرئيسي: هل يؤثر مدى اقبال الأمهات على الخدمات الصحية أثناء الحمل و الولادة وما بعد الوضع على وفيات الأطفال الرضع؟.

التساؤلات الفرعية:

- هل يؤثر إقبال الأمهات على الخدمات الصحية تبعاً لمستواهن التعليمي على وفيات الأطفال الرضع؟.
 - هل يؤثر إقبال الأمهات على الخدمات الصحية تبعاً لمستواهن المعيشي على وفيات الأطفال الرضع؟.
 - هل يؤثر إقبال الأمهات على الخدمات الصحية تبعاً لإرتفاع سن المرأة وعدد أطفالها المنجبين على وفيات الأطفال الرضع؟.
 - هل يؤثر إقبال الأمهات على الخدمات الصحية تبعاً لمشاركة ودعم الزوج والأسرة و المجتمع على وفيات الأطفال الرضع؟.
- وللإجابة عن هذه التساؤلات قمنا بطرح مجموعة من الفرضيات هي:

2. الفرضيات:

- إقبال الأمهات على الخدمات الصحية كمياً (عدد المرات) وكيفياً تبعاً لمستواهن التعليمي يؤثر على وفيات الأطفال الرضع.
- إقبال الأمهات على الخدمات الصحية كمياً و كيفياً تبعاً لمستواهن المعيشي يؤثر على وفيات الأطفال الرضع.
- إقبال الأمهات على الخدمات الصحية تبعاً لإرتفاع سن المرأة و عدد أطفالها المنجبين يؤثر على وفيات الأطفال الرضع.
- إقبال الأمهات على الخدمات الصحية تبعاً لمشاركة الزوج ودعمه للأم يؤثر على وفيات الأطفال الرضع.

3. الأهداف:

1. التطلع على مدى تأثير العوامل السوسيو ديمغرافية للأمهات اللواتي أنجن طفلاً حياً منذ سنة 1998 ومدى الإقبال على الخدمات الصحية ثناء فترة الحمل والولادة و النفاس.
2. محاولة إبراز نمط متابعة النساء لمرحلة الحمل و الولادة وما بعدها وعلاقتها بالعوامل السوسيو ديمغرافية والإقتصادية.
3. التعرف على دور المرأة في جميع مراحلها الإنجابية وقدرتها على إتخاذ القرار في المشكلات الصحية لها و لطفلها.
4. إثراء المكتبات بمثل هذه المواضيع خاصة في مجال الديمغرافيا كجامعة ورقلة.
5. محاولة فهم أسباب قلة إقبال الحوامل على الخدمات الصحية و بالخصوص بعد الوضع، وكذا دوافع عدم انخفاض معدل وفيات الرضع مقارنة بالدول المتقدمة.

4. أهمية الدراسة:

1. انشاء قاعدة بيانات عن صحة الأمومة و وفيات الأطفال الرضع اعتماداً على نتائج المسح الجزائري لصحة الأسرة لعامي 2002 و 2006 وتدعيمه بدراسة معمقة.
2. تشجيع البحوث والمساهمة في اثراء موضوع رعاية الأمومة لأهمية الموضوع و حساسيته.
3. إتاحة الفرصة لوضعي السياسات السكانية في وضع استراتيجيات مناسبة لذلك و مراعات صحة الأم.
4. المساهمة في تحقيق أهداف مؤتمر القاهرة حول السكان و التنمية لعام 1994.

5. مساهمة الجزائر في تحقيق أحد أهم أهداف الألفية.
6. النتائج المتوصل إليها قد تشكل نقطة بداية للطلبة المهتمين بهذا النوع من البحوث.
7. إعطاء البحث أهمية اجتماعية أكثر منها طبية لأن الواقع عكس ذلك.

5. أسباب إختيار الموضوع:

1. السعي الى إيجاد تأثير العوامل الاجتماعية، الإقتصادية و الديمغرافية على وفيات الأطفال الرضع وكذا إقبال الحوامل على الخدمات الصحية أثناء مرحلة الحمل والولادة و النفاس.
2. تمثل وفيات الأطفال الرضع نسبة كبيرة من مجمل الوفيات العامة مقارنة بالدول المتقدمة، ما أدى الى محاولة معرفة مدى تأثير الخصائص الاجتماعية و الإقتصادية على وفيات الأطفال الرضع.
3. دراسة المرض و الوفاة لا تقتصر على الجانب الطبي فقط وإنما ترتبط بالجوانب الاجتماعية والإقتصادية ومدى تأثيرها على صحة الأم والطفل.
4. محاولة معرفة مدى فاعلية البرامج الصحية لمكافحة وفيات الأطفال الرضع في بلادنا.
5. الميل الشخصي للجوانب الصحية التي تخص المرأة و الطفل و العوامل العوامل المؤثرة فيها.
6. إعطاء الموضوع صبغة اجتماعية ديمغرافية لأنه لا يدرس فقط من الجانب الطبي.

6. تحديد المفاهيم:

الصحة: هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وهي فن الوقاية من المرض والإرتقاء بالصحة من خلال مجموعة من الجهود المنظمة من قبل المجتمع و تشمل العديد من المجالات والميادين.¹

الصحة الإنجابية: هي حالة من الرفاه الكاملة بدنيا و عقليا وإجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه و عملياته، وليست مجرد السلامة من المرض أو العجز.²

وهو مفهوم لا يزال حديث نسبيا ولا تزال الدراسات حوله محدودة. أولى اهتماما كبيرا له بعد إنعقاد مؤتمر القاهرة الدولي عام 1994 حول السكان و التنمية.

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

عناصر الصحة الإنجابية:

¹ سلوى عثمان الصديقي: **مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية** المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002، ص25
² المنظمة الدولية لرعاية الأسرة : **الصحة و الحقوق الإنجابية للجميع**، نيويورك، 1996، ص10

1. تقديم الخدمات و التوعية فيما يتعلق بالأمومة (الرعاية قبل الولادة؛ وأثناءها وبعدها الوضع) ورعاية الطفل حديث الولادة بما في ذلك الرضاعة الطبيعية توفير الاحتياجات الغذائية للأم.
 2. المشورة والتثقيف والإتصال فيما يتعلق بتنظيم الأسرة.
 3. الوقاية من العقم وعلاجه.
 4. الوقاية من الإجهاض وعلاجه.
 5. الوقاية من إصابات الجهاز التناسلي ومعالجته مثل الأمراض المتنقلة جنسيا مثل الإيدز.
 6. الإعلام و التثقيف بشأن الصحة الجنسية والصحة الإنجابية و الوالدية.
 7. الوقاية و المكافحة من الأمراض النسائية المتصلة بالإنجاب.
 8. محاربة العادات التي تؤثر على الجهاز التناسلي مثل ختان الإناث.
 9. معالجة الحالات غير الطبيعية ما بعد الإنجاب مثل لين العظام.³
- الرعاية الصحية الإنجابية:** هي مجموعة من الأساليب و التدخلات و الخدمات التي تساهم في تحسين الصحة الإنجابية و الرفاهية من خلال الوقاية من الأمراض وحل مشاكل الصحة الإنجابية.⁴

وفيات الأطفال الرضع: يقصد به في علم السكان هو وفيات الرضع الذين لم يتجاوزوا العام الول من أعمارهم، و يحسب معدل وفيات الرضع بحصر وفياتهم في غضون سنة مسماة و نسبة عددها الى عدد المواليد الأحياء المسجلين في نفس السنة.⁵

7. الدراسات السابقة:

قبل أن نبدأ في استعراض أهم الدراسات التي تناولت موضوعنا ، نلفت انتباه القارئ إلى أن جل الدراسات التي تم جمعها ، نجدها مركزة في الميدان الطبي دون غيرها من المبادئ كعلم الاجتماع أو الديمغرافيا ، و كذلك نجدها في المسوحات الوطنية من نوع الديمغرافية . الصحة التي يتم إجراؤها على فترات زمنية دورية . و هذا من أجل تقييم الأوضاع الصحية ، و أهم المشاكل التي يعاني منها المجتمع ، التي يمكن بواسطة نتائجها وضع السياسات و إعداد البرامج والإستراتيجيات الصحية ، و من أهم الدراسات التي تطرقت الى الموضوع نذكر مايلي:

1-7 - تحقيق حول وفيات الأطفال في الجزائر عام 1985-1989 لقد نفذ هذا التحقيق كل من وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصاء ، حيث شمل المسح 45 ولاية ، و شملت العينة 25422 أسرة متكونة من 30437 عائلة نووية [أب

³ الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان: وثائق المنتدى الوطني لقيادات مؤسسات المجتمع المدني، المرجان للدعاية و الإعلان، صنعاء، 2001، ص39

⁴ الصلاحي أحمد عبد القهار وآخرون: دليل العاملين الصحيين حول الصحة و السكان، دار المجد للطباعة و النشر، اليمن، بدون سنة، ص24

⁵ Benoigautier; recherché social de la problematique la collecte des données, presse universitaire de quebec, Canada, 1984, p68-69

وأم وأطفال] ⁶. حيث تم استجواب الأمهات حول طرائق علاج الإسهال، وأهم إبتهاهن أمام حالة إصابة أطفالهن الذين ولدوا في 1985/01/01 بهذا الداء خلال فترة اسبوعين السابقين للمسح. كما إهتم التحقيق بجمع المعطيات حول ظاهرة وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخامسة من العمر خلال 1989/1985، وتم جمع المعطيات من 16 إلى 1989/12/21 كما تعرض التحقيق الى جمع المعطيات حول ظاهرة وفيات الأمهات، حيث تم إستخدام أسلوب الأخوات عن طرق إستجوابالمبحوثات فيما إذا كان لديهن أخوات متوفيات ما بين 15-49 سنة ما بين 1985/1/1 وتاريخ التحقيق.

وأهم نتائج هذا المسح، هو أنه من بين 30437 امرأة مستجوبة نجد تصريح 302 حالة وفاة منها 74 حالة وفاة مرتبطة بالأوممة و 192 حالة ناجمة عن أسباب أخرى، و 36 حالة لم يتم التعرف على أسبابها.

أما عن هدف هذا التحقيق بالنسبة لوفيات الأطفال الرضع هو الوصول بمعدل وفيات الأطفال الى مستوى 50% (أي تخفيض من معدل الوفيات الى النصف) دون أن يتجاوز هذا المعدل 80% عبر ولايات الوطن. ولتحقيق هذا المشروع كان يجب:

أ. تخفيض معدل وفيات الأطفال المرتبطة بالجفاف الناتج عن أمراض الإسهال.

ب. ضمان تغطية تحصينية ل80% من الأطفال قبل بلوغهم سنتين من العمر ضد الأمراض المعدية.

ت. تقديم خدمات تنظم الولادة على جميع المراكز الصحية.

ث. تقليص وفيات الأطفال حديثي الولادة.

ج. تخفيض نسبة وفيات الأطفال دون النة الى 40% اكل ولادة حية.

ح. مراقبة الوضع الغذائي للأطفال لمنع أي تدهور قد ينجم عن الأوضاع الإقتصادية الصحية.

خ. تخفيض نسبة سوء التغذية المرتفعة و المتوسطة لدى الأطفال ⁷.

ومن النتائج المحصل عليها ما يلي:

من خلال فترة التحقيق 1985-1989 نسبة التصريح للحالة المدنية كانت مقدرة بحوالي 96% للولادات و 73% للوفيات.

بالنسبة لتغذية الطفل فإن نسبة 64.5% من الأطفال الأحياء دون سنتين من العمر لهم رضاعة طبيعية بنسبة 38.6% و 25% رضاعة مزدوجة.

بالنسبة للرضاعة الطبيعية قدرت ب 82.6% للرضع في الأسبوع الأول من الحياة. و 17.4% الأطفال الرضع البالغين 18 شهرا فتبين من خلال التحقيق أنه يوجد إختلاف ملحوظ بين الجنسين ولكن فترة الرضاعة تنقص من الشمال الى الجنوب و من المناطق النائية الى المناطق المكتظة، ومن الأمهات غير المتعلمات الى الأمهات المتعلمات.

أما معدل الإنتشار لمرض الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للتحقيق قدر ب 11.3% ومعدل حدوث الإسهال قدر ب 7.8%.

⁶Minister de la sante et de la population. Direction de la prevention. 1992. P60

⁷Msp :unisef :**le programme de lutte contre la mortalite et la mortalite infantile(1985-1989) en algerie**. alger 1992

توصل التحقيق الى وجود 32945 ولادة حية و 10502 وفيات دون 5 سنوات فمعدل الوفيات قدر ب 41% للأطفال الرضع كما نلاحظ ارتفاع نسبة وفيات الذكور سنويا.

كما يبين التحقيق دور المستوى التعليمي للأمهات حيث أن هناك ارتفاع لوفيات الأطفال الرضع عند الأمهات غير المتعلقات و الواتي يسكن في المناطق النائية، أما الوفيات بعد المواليد المبكرة فقدرت ب 82.1% و الولادات الميتة ب 46.2% من وفيات الأطفال الرضع، ووفيات المواليد المبكرة الجدد قدرت ب 12.9% فخطورة الوفيات عند الرضيع تكون أكبر ب 5 مرات عند الأمهات اللواتي لديهم توأم.⁸

2.7. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992:

نظرا للإهتمام الذي يوليه موضوع صحة الم و الطفل، تم إجراء مسح على مستوى التراب الوطني سنة 1992، حيث قام بتنفيذه كل من وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصاء، و جامعة الدول العربية يهدف هذا المسح إلى : تحسين المستوى الصحي والإجتماعي للأم والطفل و ذلك من خلال توفير البيانات التالية :

- دراسة الظواهر الديمغرافية وإتجاهاتها من مصدر مستقل غير الإحصائيات الرسمية.
- تقسيم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة ، و إتجاهاتها .

—تحديدو دراسة المحددات المؤثرة على صحة الأم و ارتباطها بالخصوبة

— دراسة العلاقة بين الخصوبة و صحة الطفل

- دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة ، و أثرها على صحة الأم والطفل⁹. كما تسهم هذه الدراسة في تحسين الحالة الصحية الأم و الطفل من خلال إبراز أهم المشكلات و تحديد الأولويات، ورسم الخطط والسياسات، و إعداد البرامج الوطنية المرتبطة بصحة الأم و الطفل و من أجل تحقيق هذه الأهداف، تم إختيار عينة طبقية عنقودية متعددة المراحل، موزعة بين الريف والحضر، وقدر حجم العينة ب 6694 أسرة معيشية ، شملت 5881 إمراة [متزوجة، مطلقة، أرملة يقل عمرها عن 55 سنة] و 5288 طفلا دون الخامسة من العمر منهم 4125 عمرهم ما بين [0-1] سنة

وحسب التقرير النهائي، فقد تم مقابلة 6133 أسرة بنجاح يشمل 42842 فردا بمتوسط 07 أفراد لكل أسرة و تحاول تسليط الضؤ على أهم نتائج إستبيان صحة الأم و الطفل ، و من خلاله إتجهت الأسئلة إلى النساء الحوامل أو الأمهات اللواتي أنجبت على الأقل طفلا واحدا أثناء فترة الخمس سنوات السابقة للمسح ، أهم النتائج المتحصل عليها:

اهتم المسح بإبراز ظاهرة وفيات الأمهات، وذلك بإستخدام أسلوب للتقدير غير المباشر يعرف بإسم أسلوب الأخوات، وقدر من خلالها معدل وفيات الأمهات ب 215 لكل 100000 ولادة حية، منها 224 لكل 100000 ولادة حية في الريف مقابل 202 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية في الحضر.

⁸ نفس المرجع، ص 7-8

⁹ وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصاء، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992، ص 2

فيما يخص صحة الأمومة بما فيها الرعاية الصحية أثناء مرحلة الحمل وبعده، وأبرزت نتائج المسح أن أكثر من نصف النساء الحوامل أي 58% قد تلقين على الأقل كشفاً واحداً لمتابعة الحمل، وتتمركز عند النساء دون الـ 30 من العمر. وعند الحضرىات الأكثر تعليماً، واللواتي أنجن على الأقل طفلين، كما يرجع السبب الرئيسي لمتابعة الحمل الى مشاكل صحية و المقدرة بـ 54.6%. وقدرت المتابعة بصفة عادية بنسبة 54.5%، وتختلف هذه النسبة و العوامل الديمغرافية و الإجتماعية للأمهات.¹⁰

كما إتضح من خلال نتائج المسح أن أكثر من نصف المبحوثات 78.9% من النساء اللواتي لم تتلقين أي تطعيم ضد التيتانوس ونسبة 11% من النساء تلقين جرعة واحدة من التطعيم، والنسبة نفسها (11%) لجرعتين من التطعيم. و النساء اللواتي لم تقبلن على التطعيم هن النساء الكبيرات سناً (30 سنة فما فوق)، ريفيات بدون مستوى تعليمي قد أنجن عدد كبير من الأطفال.

وفيما يخص أهم المشكلات التي صادفتها النساء أثناء الحمل، فقد تبين من خلال نتائج المسح أن الصداع المستمر هو الأكثر إنتشاراً وذلك بنسبة 30.7%، ثم تليها تورم الأصابع والكواحل 14.6%، إرتفاع ضغط الدم بنسبة 8.6%، والزيغ 6.5%.¹¹

لقد سلط المسح الضوء على الرعاية الصحية أثناء الولادة لدى الأمهات اللواتي أنجن على الأقل طفلاً واحداً خلال فترة 5 سنوات سابقة للمسح، حيث إتضح من خلال النتائج أن 70.8% من المبحوثات قد وضعن مولودهن في مراكز طبية حكومية، و 22.5% في المنزل، و قدرت نسبة الولادة في المراكز الطبية الخاصة بـ 5.2%.¹²

كما قدرت نسبة الولادة التي حدثت خلال 5 سنوات سابقة على المسح بواسطة قابلة قانونية بـ 69.8%، و القابلة التقليدية 17.3% و الطبيب 6.7%.¹³

أما فيما يخص الرعاية الصحية بعد الولادة، فقد إتضح أن أكثر من النصف حوالي 79.7% من الولادات لم تتلق لها الأم أي رعاية صحية بعد الولادة، و حوالي 13.4% فقط من تلقين رعاية صحية من طرف الطبيب، وتكرزت هذه الأخيرة عند النساء الحضرىات 16.3% ذوات المستوى التعليمي الثانوي فأعلى 25.2%.¹⁴

أما فيما يخص وفيات الأطفال الرضع فقد اشارت نتائج المسح الى الإنخفاض الملحوظ في معدلات وفيات الرضع، حيث إنخفض هذا المعدل الى حوالي 120‰ في السبعينات و الى حوالي 44‰ في اوائل الثمانينات، وبالرغم من هذا الإنخفاض هناك تباينات واضحة بين الأطفال في احتمالات البقاء على قيد الحياة الصحية و الإجتماعية، إن هناك ضعف كبير في شبكة هياكل إستقبال أطفال الريف للعناية بهم. فهم يتلقون التطعيم الكامل ضد الأمراض السارية ، مدن الحضر التي يتوفر فيها الإعلام الذي يلعب

¹⁰ نفس المرجع، ص 164

¹¹ نفس المرجع، ص 174

¹² نفس المرجع، ص 178

¹³ نفس المرجع، ص 182

¹⁴ نفس المرجع، ص 187

دورا كبيرا في التوجيه، كذلك يعود هذا الاختلاف الى مكان الولادة بالنسبة للطفل الذي يجب أن يضمن وسط صحي مهياً طبياً، وهذا ما لا نجده في الريف.

كما يتضح من خلال نتائج المسح أن معدل وفيات الأطفال الرضع يتأثر بالخصائص الديمغرافية للأم (سن الم عند الإنجاب، وطول الفترة بين الولادات). فكلما قل سن الأم عن 20 سنة أو زاد عن 35 سنة يتعرض الطفل لإحتمالات وفاة متزايدة بصورة ملحوظة عن الاحتمالات التي يتعرض لها بقية الأطفال.¹⁵

أما الأعراض الرئيسية التي تسبق وفاة الطفل، فإننا نجد أن الولادة المبكرة؛ الحمى؛ وأمراض الجهاز التنفسي، أهم الأعراض التي تسبق الوفاة في الفئة العمرية من شهر الى 11 شهرا.

كما تبين من خلال النتائج أن الإصابة بالأمراض المعدية تكثر في المناطق الريفية خاصة الإسهال حيث تعرض حوالي 9% من الأطفال الذين أصيبوا بهذا المرض الى حالات جفاف خطيرة والتي تعتبر آفة حقيقية للصحة العمومية، بالنسبة لطرق الوقاية من هذه الأمراض و المتمثلة في التطعيم، فإنه حسب نتائج المسح حوالي 96% من الأطفال دون الخامسة، قد تلقوا نوع من التطعيم لكل من الأمراض السابقة للحد من وفيات الأطفال.

بالرغم من إرتفاع معدل التطعيم فإن عدم معرفة الأم بالأعمار المناسبة لتناول التطعيمات المختلفة يعد من أهم الأسباب المؤدية لعدم استكمال التطعيم الصحيح، حيث أن المستوى التعليمي للأم يلعب دورا هاما للحد من الوفيات الرضع خلاصة بيانات المسح تشير إلى إهتمام واضعي برامج السياسات الصحية إلى وضع برامج تؤدي إلى خفض أكثر لمعدل وفيات الأطفال و الرعاية الصحية الجيدة للأم و خاصة التركيز على تقليل التباين في معدلات وفيات الأطفال الرضع و الرعاية الصحية بين المناطق الريفية و الحضرية، إضافة إلى التحسين البيئة داخل المنزل و الأماكن المحيطة به حاليا كل هذه الخطوات تساعد على تقليل إنتشار الأمراض المعدية و نقص معدل وفيات الأطفال الرضع.¹⁶

7-3. التحقيق الوطني حول أهداف الألفية صحة الأم و الطفل 2000:

لقد قام بتنفيذ هذا التحقيق كل من وزارة الصحة و السكان، والمعهد الوطني للصحة العمومية، وهذا من أجل تقييم أكثر لصحة الأم و الطفل، وتم ذلك في شهر ماي 2000، وقدرت العينة ب 5247 أسرة، منها 47.4% في المناطق الحضرية ، و 52.6% في المناطق الريفية، كما تم إستجواب 5510 امرأة متزوجة عمرها ما بين (15-49) سنة.¹⁷

توصل التحقيق في مجال صحة الأمومة، بما فيها الرعاية الصحية قبل الولادة و بعدها، أحصي في هذا الجانب 3373 امرأة ما بين (15-49) سنة من العمر إما حامل أ أنجبت على الأقل خلال 5 سنوات سابقة على التحقيق، حيث يتضح

¹⁵ نفس المرجع، ص7

¹⁶ نفس المرجع، ص26-33

¹⁷Minister de la sante et la population , institut national de la sante publique , 2001, p37

وجود 79% من النساء إستفادت على الأقل من فحص طبي واحد قبل الولادة ، وتمركزت النسبة عند النساء دون 30 سنة من العمر 83%، قاطنات في المناطق الحضرية 81%.

كما إرتفعت نسبة الفحص الواحد على الأقل خلال 8 سنوات مقارنة مع تحقيق 1992، والتي قدرت ب 58% إرتفاعا مقدرا ب 21 نقطة.

أما فيما يخص مكان إجراء المتابعة قبل الولادة، فإتضح أن حوالي 54% منهم تابعن حملهن في المؤسسة الصحية الخاصة، 43% في المؤسسة الصحية التابعة للدولة، ولا يوجد فرق جوهري بين مكان المتابعة قبل الولادة و سنهن، و نمط السكن. بينما يلاحظ إرتفاعا ضعيفا فيما يخص الإقبال على المؤسسة الصحية الخاصة في المناطق الريفية 56% عنها في المناطق الحضرية 52%.¹⁸

أما عن مكان الولادة فتشير نتائج التحقيق الى أن 87% من النساء اللواتي وضعن حملهن خلال 5 سنوات سابقة على التحقيق، و كان ذلك في المنشآت الصحية الحكومية مقابل 5% في المنشآت الصحية الخاصة، و 8% في البيت. كما أن الإقبال على المنشآت الصحية الحكومية يرتبط بالسن، حيث تمركزت أكبر نسبة عند فئة أعمار 15-29 سنة ب 91% مقارنة مع النساء اللواتي يبلغ عمرهن 30-49 سنة بنسبة 85%. وللإشارة لم يأخذ هذا التحقيق بعين الاعتبار متغير المستوى التعليمي للنساء، وكذا عدد الأطفال المنجبين وهم على قيد الحياة.

أما عن الرعاية الصحية بعد الولادة فإن 32% من النساء اللواتي وضعن حملهن الأخير خلال 5 سنوات سابقة على التحقيق، قد تلقت على الأقل فحصا واحدا خلال 3 أشهر عقب الولادة. ما يمكن إستنتاجه من خلال نتائج التحقيق هو أن الفحص بعد الولادة قد عرف إرتفاعا بحوالي 12 نقطة مقارنة بتحقيق 1992 (20%)، لكن يبقى هذا الإرتفاع غير كاف علما أنهم مازال 67% من النساء لم تستفدن بعد من فحص بعد الولادة.¹⁹

8- صعوبات الدراسة:

- صعوبة تحديد عناصر الجانب النظري.
- صعوبة إسترجاع الإستمارات.
- ضيق الوقت الذي أنجزت فيه الدراسة.

¹⁸Ibid, p48-50

¹⁹Ibid,p50-51

الفصل الثاني:

1. رعاية صحة الأمهات

1.1. الرعاية أثناء الحمل

2.1. الرعاية أثناء الولادة

3.1. الرعاية بعد الولادة

4.1. جودة الرعاية و إستمراريتها

2. الأمراض المرتبطة بالحمل

1.2. المشكلات المتعلقة بالدورة الشهرية

2.2. المشكلات الصحية أثناء الحمل

3.2. إنتشار فقدان الحمل

4.2. هبوط الرحم

5.2. سلس البول

6.2. المشكلات الصحية أثناء الولادة

7.2. التعقيدات الصحية بعد الولادة

1. رعاية صحة الأمهات :

1.1.1. الرعاية أثناء الحمل :

تعتبر الرعاية الطبية أثناء الحمل من أفضل الآليات المخفضة لنسب وفيات الأمهات و حسب تقارير منظمة الصحة العالمية فهي تساهم أيضا في تخفيض وفيات حديثي الولادات و تقلل من نسب المواليد ناقصي الوزن، و من المعروف إن مضاعفات الحمل لدى المرأة هي نتيجة لحالتها الصحية قبل الحمل وسببا في حالة الاعتلال التي قد تصيبها بعد الحمل، و تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل من أفضل الفرص التي تتاح للام التي تقف على وضعها الصحي و تكتشف أحيانا مرضا أو أكثر لم تكن على العلم به من قبل و تقدر نسبة النساء الجزائريات اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن الأخير بـ 69.9 % سنة 2008²⁰. مما يدل على وعيهن بضرورة متابعة الحمل .

أشارت بيانات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002 إلى أن الأمهات صغيرات السن أكثر إقبالا على تلقي خدمات رعاية حمل . ثم تقل هذه النسبة تدريجيا و ربما يرجع ذلك إلى اكتساب الأمهات خبرة تراكمية مع زيادة عدد مرات حملهن.²¹

1.1.1.1. التطعيم ضد التيتانوس :

يعتبر تسمم التيتانوس من الأسباب الهامة التي تؤدي إلى وفيات الأمهات و الرضع حديثي الولادات ، هذا و يكتسب الطفل في أيامه الأولى مناعة ضد هذا التسمم من خلال الأم، لهذا يمكن تقليل إصابة الأمهات و الرضع حديثي الولادات إلى حد كبير من خلال تلقي الأمهات جرعات التطعيم اللازمة أثناء الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتها و تشير نتائج المسوحات لصحة الأسرة إلى تلقي أكثر من ثلث الأمهات في الجزائر جرعة واحدة أو أكثر من اللقاح ضد التيتانوس أثناء الحمل و هي نسبة تقدر بـ 43.9%²².

2.1.1. مؤشرات جودة الرعاية أثناء الحمل :

الأكثر أهمية من رعاية متابعة الحمل هو مستوى جودة هذه الرعاية، و قد حددت منظمة الصحة العالمية عددا من المؤشرات الدالة على جودة رعاية الحمل منها : توقيت بدء الرعاية . عدد مرات المتابعة ، الشخص الذي يقوم بتقديم الخدمة . تعتبر النساء الجزائريات أكثر حرصا على التردد في مصادر تقدير الرعاية الصحية بعد كل من النساء التونسيات و السوريات حيث تقدر نسبة النساء اللاتي تلقين رعاية الحمل أربع مرات على الأقل أثناء حملهن بالمولود الأخير حوالي 48.4% خلال مسح المشروع العربي لصحة الأسرة سنة 2008

أما عن الكشف أثناء الحمل عند الطبيب فقد قدرت نسبة بـ 50.2% حيث تعتبر متابعة الحمل المبكر وسيلة لعلاج أي مشكلات تتعرض لها الأم أو الجنين في بدايتها حتى لا يتفاقم أثرها حيث تقدر نسبة النساء الجزائريات الأكثر إقبالا على

²⁰ الديوان الوطني للإحصائيات جامعة الدول العربية ، المشروع العربي لصحة الأسرة للأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية و

الصحية لأفراد الأسرة العربية بين الواقع و التحديات .. 2008

²¹ ماجدة عبد الحميد و آخرون ، المؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة و السكان ، للظروف المعيشية و استخدام خدمات رعاية

الأمومة .. المجلد الثاني القاهرة . ص 227.228

²² الديوان الوطني للإحصاء، المرجع نفسه، ص 99

استخدام خدمات رعاية الأمومة مبكرا حوالي 74.8 % أما عن نسبة النساء اللاتي تمت ولادتهن في المنازل فقدت بـ 8.8 % أما نسبة النساء اللاتي عانين من مشاكل صحية أثناء حملهن فتقدر بحوالي 36.5 % سنة 2008 .

و يرجع عدم متابعة الرعاية الصحية أثناء الحمل لعدة أسباب منها : ارتفاع تكلفة الرعاية بالإضافة إلى عدم توفر القطاعات المختصة أو بعدها المكاني عن مكان الإقامة بالنسبة للمرأة الحامل.²³

2.1. الرعاية أثناء الولادة :

تعتبر الجزائر من بين الدول العربية التي تتقدم نحو تحقيق نسب عالية من الولادة بالمراكز الصحية أو تحت إشراف صادر طبي مؤهل . لكن هناك بعض الدول لا تزال نسب الولادة في المنازل فيها مرتفعة (كاليمن و المغرب) مع العلم أن الدولة الجزائرية وضعت أهدافها أما للقضاء على الولادات بالمنازل أو التقليل منها إلى ادني المستويات خاصة و أن هذا السلوك سوف يساهم في تحقيق احد الأهداف التنموية للألفية و الخاصة بتخفيض مستويات وفيات الأمهات .

يعتبر المستوى التعليمي للزوجين و امتلاكهما للقرار داخل الأسرة من المحددات الهامة في القضاء على ظاهرة أو التقليل منها. و هنا يكون للحكومة دورا أساسيا في تسهيل تقديم الخدمات مجانا أو بتكلفة رمزية . و تركيز نظم نقل فاعلة و سريعة و توفير الإطارات المختصة و تامين برامج تثقيفية كبرى لتغيير العقلية التي لا تزال تقف حاجزا أمام تحول السلوك في هذا المجال في بعض المجتمعات و المناطق الريفية و البدوية خاصة ، و تقدر نسبة السيدات اللواتي وضعن مولودهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل أكثر من 77 %.²⁴

أما المعروف أن الإستراتيجية الأمومة الآمنة تعتمد على الشخص الذي يشرف و يساعد أثناء الولادة و كذلك المكان الذي تتم فيه حيث يؤثر نوع المكان على مدى توافر الإمكانيات اللازمة خاصة لمعالجة الحالات الطارئة و قد أظهرت المسوحات أن نسب الولادات التي تمت في المؤسسات الصحية عامة و خاصة بلغت الحد الأقصى كما أن نسبة النساء اللواتي عانين من أي مشكلة أثناء الولادة قدرت بـ 21.6 %

هناك اختلافات واضحة بين نسب الولادات في المنزل حسب المستوى التعليمي للمرأة إذ تنخفض نسبة الولادات في المنزل عند النساء الحاصلات على تعليم ثانوي على الأقل حيث قدرت النسبة بـ 2.1 % أما بالنسبة للنساء الأميات فتبلغ 15.5 %

3.1. الرعاية بعد الولادة :

تعتبر الرعاية ما بعد الولادة ضرورة لكل من الأم و الطفل خاصة الولادات التي تتم خارج المؤسسة الصحية . حيث تقدر نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية طبية بعد الولادة بالنسبة للطفل الأخير حوالي 36 % أما اللواتي لم تتلقين رعاية بعد الولادة حوالي 23.8 % و تقدر نسبة النساء اللواتي عانين من أي مشكلة صحية بعد الولادة بحوالي 23.5 %

و بالنسبة لأسباب عدم تلقي خدمات الرعاية بعد الولادة و قد تلّهن في بعد مكانهما أو عدم توفرها خاصة في المناطق الريفية.

²³ الديوان الوطني للإحصاء، مرجع سابق، ص 101

²⁴ المرجع نفسه، ص 102

4.1. جودة الرعاية و استمراريتها :

تعتبر جودة الرعاية الصحية أهم من متابعة الحمل و قد حددت منظمة الصحة العالمية مؤشرات تدل على جودة رعاية الحمل منها توقيت بدء الرعاية ، عدد مرات المتابعة الشخص الذي يقوم بتقديم الخدمة .

و تعتبر الرعاية جيدة و فعالة إذا توافرت فيها الشروط التالية :

- تلقي رعاية الحمل لدى الطبيب
 - القيام بأول زيارة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل
 - أن يكون عدد مرات متابعة الحمل على الأقل 4 مرات
 - أن تتم الولادة في مؤسسة صحية أي تحت إشراف كادر طبي مؤهل
- و تكون الرعاية غير جيدة إذا لم تتوفر احد هذه الشروط الأربعة

تقدر نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية جيدة لآخر مولود بـ 19 % حيث أنهما في الخضر تبلغ حوالي 22.9 % بينما في الريف تنخفض إلى 14.5 % و هذا سنة 2002.²⁵

يعتبر استمرار الأم في متابعة حملها و الاستعانة بكادر الطبي عند الولادة و تلقي الرعاية بعد الولادة و أثناء فترة النفاس من العوامل الرئيسية للحفاظ على حياة كل من الأم و الطفل لذا علينا الاهتمام بمعرفة مدى استمرار المتابعة و تلقي الرعاية الصحية خلال الحمل و عند و بعد الولادة .

²⁵آسيا شريف: واقع رعاية الأمومة، مذكرة دكتوراه، منشورة، جامعة الجزائر 2004، ص102

2. الأمراض و المشكلات الصحية المتعلقة بالحمل و الولادة (اعتلال الأمهات)

1.2. المشكلات المتعلقة بالدورة الشهرية :

تصاب النساء ببعض الاضطرابات في الدورة الشهرية و تبلغ نسبة السيدات في سن الإنجاب (15-49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج و غير الحوامل اللاتي مازلن يحضن 13 % و ذلك حسب نوع تعرضهن لأي مشكلة صحية متعلقة بالدورة الشهرية كازدياد نزيف الدورة عن 7 أيام و مصاحبتها لنزيف حاد أو عدم انتظامها . و هناك ارتفاع في مستوى تلقي العلاج للنساء اللواتي تعانين من هذه المشاكل حيث تقدر نسبتهن حوالي 36 % هذا ما تعكسه التكلفة المادية للعلاج حيث يتضح أنها في متناول الجميع تقريبا

2.2. المشكلات الصحية أثناء الحمل :

تتعرض السيدات أثناء الحمل لمشكلات صحية كالنزيف المهبلي و ارتفاع ضغط الدم و التورم في الوجه و الجسم و الصداع الشديد و آلام في البطن و ارتفاع في درجة الحرارة و الصعوبة في التنفس . و تبلغ نسبة السيدات اللاتي في سن الإنجاب و قد أنجبن مولودا حيا و عانين من أية مشكلات صحية من تلك المشكلات أثناء حملهن الأخير خمس سنوات قبل المشروع العربي الصحة الأسرة 2002 بـ 36.3 %

3.2. إنتشار فقدان الحمل :

يعتبر انتشار فقدان الحمل من العوامل المؤثرة على المستويات الخصوبة و التي تعتبر احد محددات النمو السكاني ، مما يستلزم التعرف على الأسباب المؤدية له و أهم العوامل المؤثرة فيه و المتمثلة فيما يلي :

- ارتفاع سن المرأة و تجاوزها سن 30 سنة
- البيئة التي تعيش فيها المرأة
- مستوى توفر الخدمات الصحية و سهولة الحصول عليها
- المستوى التعليمي للمرأة حيث انه من المعروف أن النساء الأقل تعليما بصفة عامة أكثر تعرضا لفقدان الحمل عند بقية النساء
- عدد مرات الولادة حيث أن كلما زاد عدد مرات الولادة ارتفع عدد مرات فقدان الحمل و تقدر نسبة النساء اللواتي فقدن حملا واحدا على الأقل سنة 2008 حوالي 22.9 %²⁶

4.2.هبوط الرحم :

يتعرض الجهاز الإنجابي للمرأة لإصابة بمجموعة من الأمراض و أسبابها متعددة منها تكرار الحمل و الولادة و أيضا التقدم في سن المرأة و من الأعراض التي قد تصاب بها المرأة بسبب تكرار الحمل و تعسر الولادة هو حدوث هبوط في الرحم بدرجات متفاوتة قد

²⁶ احمد عبد المنعم و منى السيد ، مراضة الأمهات في بعض الدول العربية . معهد البحوث و الدراسات البيئية، القاهرة 2008 ص

تزداد مع عدم العلاج و تعاني حوالي 7 % من نساء الجزائر من هذا المرض أو ما شابه حيث أن 6.5 % من النساء في سن الإنجاب تعانين من هبوط في الرحم.²⁷

5.2.سلس البول :

تعاني حوالي 9.3 % من السيدات في عمر الإنجاب (15-49) سنة اللاقي حملن حملا واحد على الأقل من سلس البول و قد يرجع الارتفاع النسبي للمصابات بهذا المرض إلى عدم الوعي بالإصابة و هو ما يطلق عليه المعانات الصامتة و هي المعاناة التي تشعر بها المرأة دون أن تدري أنها مصابة بهذا المرض.²⁸

6.2.المشكلات الصحية أثناء الولادة :

هناك تعقيدات طبية قد تحدث أثناء الولادة و تؤثر على الأم و المولود سلبا و قد تؤدي إلى حدوث وفاة منها استمرار الطلق لأكثر من 12 ساعة . الإصابة بالحمى و التشنجات ، النزيف المهبلي . و لكن يتم تفادي حدوث هذه التعقيدات يجب أن تتم الولادة في مؤسسة صحية حيث تتوفر الكوادر الطبية المؤهلة و الأدوات التي يتم استخدامها حيث تبلغ نسبة السيدات في عمر الإنجاب (15-49) سنة المتزوجات اللاقي عانين من تعقيدات صحية أثناء الولادة الأخيرة حوالي 21.6 % منها 20.7 % في الحضر و 22.4 في الريف.

7.2.التعقيدات الصحية بعد الولادة :

قد تعاني السيدات عقب الولادة مباشرة أو أثناء فترة النفاس من نزيف مهبلي أو انتفاخ و ألم في الساقين أو تعاني من إفرازات مهبلية كريهة الرائحة أو من آلام أسفل البطن مع حمى أو من آلام حادة أسفل أو أعلى الظهر مع حمى أو تعاني من آلام عند التبول أو انتفاخ الثدي مع حمى . و تبلغ نسبة السيدات في الفئة العمرية (15-49) سنة المتزوجات اللاقي أنجن مولودا حيا و عانين من أي مشكلات سابقة الذكر أثناء فترة النفاس (هي فترة الأسابيع الستة عقب الولادة) حوالي 23.4 % منها 23.6 % في الحضر و 23.3 % في الريف.²⁹

خاتمة :

²⁷نفس المرجع . ص 113

²⁸نفس المرجع , ص 114

²⁹نفس المرجع، ص 115-119

إن التحسن في المؤشرات الديموغرافية الصحية دليل على تحسين في المستوى الصحي للبلاد ، و يستلزم بدوره تحسين في الخدمات الصحية المقدمة للأمم و الطفل و كل هذا بفضل الخدمات الصحية المقدمة في مجال ترقية الأمومة و محاربة المشكلات الصحية أثناء الحمل و بعد الولادة و النفاس و وفيات الأمهات و الأطفال الرضع و حديثي الولادة حيث أن الدولة الجزائرية اعتبره عملية توفير الخدمات الصحية المتطورة مسؤولية أساسية .

خطة الفصل الثالث:

البرامج الصحية الخاصة بخفض وفيات الرضع

1. برنامج مكافحة الإسهال

2. البرنامج الواسع للتلقيح

3. برنامج خاص بالتغذية

4. برنامج تباعد الولادات

تمهيد :

تعتبر البرامج الصحية المسطرة من طرف الدولة بخفض معدلات الوفيات الأطفال الرضع احد الأهداف الأساسية الصحية و أحد إهتمامات وزارة الصحة و السكان بالتقليص الفعلي لوفيات الأطفال الرضع ، و من بين هذه الإجراءات كان برنامج مكافحة وفيات الأطفال لسنة 1984 إذ قدر عدد وفيات الأطفال لنفس السنة بـ 90 000 حالة وفات بينها 000 70 وفيات الأطفال اقل من سنة من العمر يعود سبب ذلك إلى وجود سياسة صحية واضحة إزاء هذه الوضعية في ميدان التنظيم الصحي إلا أنها لم تكن تحقق أهدافها نتيجة لعدم التنسيق و التعاون بين المسؤولين إضافة إلى نقص و عدم توفير الوسائل الأساسية و الإمكانيات كالمستشفيات و التجهيزات و نقص الإطارات المتخصصة و عدم وجود ثقافة صحية و نوعية موجهة للمواطنين و ابتداء من 30 ماي 1984 سطرت الدولة برنامجا قامت به وزارة الصحة و السكان لمساعدة صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) الذي استمر حتى عام 1990. الهدف الأساسي و العام لهذا البرامج هو الوصول بمعدل وفيات الأطفال الرضع إلى مستوى 50 % أي التخفيض في معدل الوفيات الى النصف دون أن يتجاوز هذا المعدل 80 % عبر ولايات الوطن³⁰ و لتحقيق هذا المشروع يجب :

- 1- تخفيض معدل وفيات الأطفال المرتبطة بالجفاف و نتيجة لإمراض الإسهال.
- 2- ضمان تغطية تحصينية بـ 80 % من الأطفال قبل بلوغهم سنتين من العمر ضد الأمراض المعدية.
- 3- ضمان مراقبة 50 % من الأمهات الحوامل و متابعة أخطار الحمل و التكفل بالولادات .
- 4- تخفيض شدة سوء التغذية و القضاء عليها.
- 5- تقليص وفيات الأطفال حديثي الولادة.
- 6- تخفيض الأمراض و الوفيات المرتبطة بالعدوى التنفسية ، و تخفيض شدة الإسهال بنسبة 25 % عند الأطفال .³¹

1- برنامج مكافحة أمراض الإسهال :

³⁰mostafakhiati: **quelle santé pour les algérienne** , collections universitaire , éditions Maghreb Alger 1990 p 44

³¹مصطفى عمور، **وفيات الأطفال الرضع (1-0) سنة تأثير العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية** رسالة ماجستير منشورة 2001 - جامعة الجزائر - ص 44 - 45

يعتبر الإسهال إحدى الأسباب المؤدية إلى وفات الأطفال في البلدان النامية ففي عام 1988 توصلت المنظمة العلمية للصحة إلى نتائج مفادها أن 13 مليون حالة أصيبت بالإسهال عند الأطفال الأقل من 5 سنوات في كل من آسيا وإفريقيا وأمريكا اللاتينية ، و 4 مليون طفل يموتون في كل سنة بسبب الإسهال .

اكتشفت مجموعة من الأبحاث عوامل حيوية تؤدي إلى الإسهال كما أكدت دراسات حديثة أن الجفاف الناتج³² عن الإسهال الحاد يمكن أن يعالج في كل فئات العمر بواسطة أملاح التيمية ، حيث قرابة الإسهال في أفقر بلدان العالم تعالج بهذه الطريقة من أجل تخفيض وفيات الأطفال و الجزائر تعرف انتشارا واسعا لهذا المرض فكل طفل اقل من 5 سنوات تجري دورتين لإسهال في السنة و حسب تحقيق سنة 1989 تبين أن الإسهال مسئول عن 18 % من وفيات الأطفال.³³ و تعتبر الفئة ما بين 0-1 سنة الفئة الأكثر إصابة و الأكثر تعرضا للوفيات بهذه السبب و من هنا البرنامج سنة 1984 حيث يرمي هذا البرنامج أساسا إلى التقليل الفعلي من حالات وفيات الرضع باستعمال أملاح التيمية و تفادي جفاف الطفل عن طريق التغذية في فترة الإسهال و من أهداف هذا البرنامج ما يلي :

- 1 -تقليل وفيات الناجمة عن الإسهال عند الأطفال الأقل من سنة إلى 50 % حتى سنة 1995
 - 2 -الوصول إلى استعمال أملاح إعادة التنمية من طرف الأمهات بنسبة 35 % سنة 1993 و 50 % سنة 1995 و 75 % سنة 2005
 - 3 -التمكن من التغذية الطفل في فترة الإسهال و الوصول إلى نسبة 95 % سنة 1995 بالنسبة لحليب الأم و الأطفال الذين سنهم 6 أشهر
- و تم تسطير هذا البرنامج على هدف رئيسي هو تقليل الحالات المعقدة للإسهال التي تؤدي إلى الوفاة حتما و للتقليل لوفيات تستعمل الوسائل التالية :

- التكفل الجيد بالحالات المصابة بالإسهال و الجفاف .
- تكوين وحدات خاصة بمحاربة الإسهال في المراكز الصحية ، العيادات ، المستشفيات
- استعمال أملاح إعادة التنمية في كل حالات الإسهال من طرف العاملين في القطاع الطبي و الشبه الطبي
- التوعية الاجتماعية الخاصة بالأمهات و كيفية مواجهة خطر الإسهال و تغذية أطفالهن في هذه الفترة

³²مصطفى عمور، نفس المرجع ، ص 46

و يهدف إنجاح البرنامج إلى :

- 1- تكوين أطباء مختصين في الميدان .
- 2- إنتاج أملاح إعادة التمثيل بنسبة 10 ملايين كيس في السنة .
- 3- إنتاج الوسائل الطبية .
- 4- توعية الأطباء و إعلامهم بالبرنامج .
- 5- إدخال البرنامج ضمن الدراسة الطبية .
- 6- التنسيق بين البرنامج الواسع للتلقيح و برنامج مكافحة الإسهال .³⁴

2-البرنامج الواسع للتطعيم :

تعد مسألة التلقيح من بين المواضيع الجديدة بالبحث و الدراسة لأنها تترتب عليها بعض الظروف في حياة الطفل كان الأطفال يموتون بالآلاف خاصة بعد اجتياح وباء الدفتيريا في بعض البلدان أما اليوم فقد طبق جميع الدول إجراءات التحصين و قد لا تتسنى ذلك الويل عند الآباء و الأمهات³⁵ عند وقاية الطفل من الأمراض التي تنشر العدوى لابد لنا أولاً من رفع قواه الدفاعية و تقوية عضامه و يتم ذلك عن طريق التغذية الصحية الشاملة و العناية السليمة لان ترويض بدن الطفل له أهمية كبيرة في تمتين جسمه و الوقوف في وجه الأمراض إلى جانب هذه التدابير ينبغي منع وصول هذه الأمراض إلى الطفل و ذلك يجعل جسمه قادراً على رفضها و عدم الاستسلام لها و يتم بلوغ هذا الهدف على طريق التحصين بالتطعيم و التلقيح و وقفا على أهمية العملية تعهدت بلدان العالم بتحقيق الهدف الذي أعلن في الأصل عام 1977 و المتمثل في التحصين الشامل للأطباء بحلول عام 1990.

ففي عام 1985 تم إصدار قانون يجبر على التلقيح ضد الحصبة و قامت الجزائر بإعداد 4 حملات استدرائية للتلقيح ، و نتيجة هذا أكثر من مليون طفل ملقح ضد الحصبة سنة 1985 .

³⁴ مصطفى عمرو ، ص 47

³⁵ لمجلس العربي للطفولة : أخبار الطفل العربي ، العدد الرابع مصر 2000 ص 60

كما كانت الجزائر صدارة الدول المشاركة مع منظمة اليونيسيف في لقاء قمة الطفولة المنعقد في أكتوبر 1990 حيث وقعت على وشروع التطعيم العلمي للطفولة و الذي يهدف إلى الوصول بنسب اكتمال التطعيم قبل إتمام عامه الأول إلى 90 % بحلول سنة 2000 .

و بهذا فان هدف البرنامج الأساسي هو العمل من اجل تقليل الأمراض التي تصيب الطفل و هي (السل ، الدفتيريا ، السعال الديكي ، الشلل ، الحصبة .³⁶

و بالإضافة إلى أهداف أخرى هي :

1 -القضاء على الشلل و مرض الكزاز :

- تحصين 80 % من النساء ضد الكزاز للأمهات الحوامل

- وضع برنامج للتلقيح في المناطق النائية

- القضاء على الكزاز في الولادات المبكرة

و من استراتيجيات هذا البرنامج :

- إنهاء تعميم نظام مراقبة المواليد

- تقليص معدل ترك التلقيح أو بصفة خاصة تكثيف التلقيح

- التخزين الجيد للقاح

- إنشاء رزنامة خاصة بالتلقيح

- تطوير البرنامج الواسعة للتلقيح

و يساهم الجهاز الإعلامي في تحقيق الأهداف الموجودة من برنامج التطعيم و يوصي هذا البرنامج على تناول التطعيمات

الأساسية حسب الجدول الزمني.³⁷

ومن هنا تبين أن الجزائر تعتبر من البلدان التي بلغت النسبة العالية للتلقيح .

³⁶ مصطفى عمور , مرجع سابق ص 60

³⁷ وزارة الصحة و السكان , الديوان الوطني للإحصائيات , الجامعة العربية , المسح الجزائري حول صحة الأسرة، 2002، ص 96

3-برنامج التغذية :

يعتبر مشكل سوء التغذية من المشاكل العالمية , فحسب تقدير المنظمة العالمية للتغذية 1.2 مليار نسمة يعانون من سوء التغذية في العالم , أي بمعدل شخص من كل خمسة أشخاص بما في ذلك 600 مليون طفل سنة 1995.³⁸

وتشكل حالات سوء التغذية عند فئة الأطفال مؤشرا هاما لتحديد الحالة الصحية لبلد معين , إذ أن انتشار حالات سوء التغذية عند هذه الفئة تؤدي بهم إلى خطر الوفاة , و ذلك لنقص المناعة الواقية من الأمراض .

إن الجزائر باعتبارها دولة من الدول النامية, و في إطار اهتمامات بتخفيض وفيات الأطفال الرضع , فقد جعلت من سوء التغذية مشكلا و سببا رئيسيا لوفيات الأطفال في هذه الفئة العمرية, بحيث على مر السنتين يحسن الوضع الغذائي للأطفال الجزائريين , ففي عام 1975 أوضح مسح ما يقارب عن 28.5% من الأطفال يعانون من سوء التغذية, مقابل 11.5 % سنة 1987, و يعتبر سوء التغذية الحاد أكثر انتشارا بين الأطفال بما تبين سوء التغذية الحاد أكثر انتشارا في المجتمعات المدنية منه في المناطق الريفية و هو أكبر عند الذكور منه عند الإناث, و يورد المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل معطيات الحالة الغذائية للطفل الجزائري

- 9.2 % من الأطفال يعانون نقص الوزن

- 18.1 % من الأطفال طولهم لا يتلاءم مع وزنهم

- 5.5 % من الأطفال يعانون من الجفاف

في عام 1985 تبنت الجزائر برنامجا يحمل في طياته أهدافا و استراتيجيات تهدف إلى التقليل الفعلي من حالات سوء التغذية و استعمال الرضاعة الطبيعية بالدرجة الأولى و تكمن أهدافه فيما يلي :

1- تخفيض حالات سوء التغذية الحادة عند الأطفال الأقل من 4 سنوات

2 - القضاء على سوء التغذية المختلة

3- تحسين الوضع الغذائي للنساء الحوامل والمرضعات

4- مراقبة الوضع الغذائي للأطفال لمنع أي تدهور قد ينجم عن الأوضاع الاقتصادية الصعبة

5- العمل على توفير المواد الغذائية الضرورية الوجهة للرضيع

³⁸الديوان الوطني للإحصائيات , الجامعة العربية , المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل, التقرير الأولي , الجزائر 1992

بالإضافة إلى هذه الأهداف هناك استراتيجيات يمكن ذكرها فيما يلي :

- توفير المواد الغذائية لمواجهة الأطفال

- توفير عنصر غذائي لفترة الفطام

كما تم استعمال و سائل في هذا البرنامج بإمكانها تحقيق هذه الأهداف و الإستراتيجية هي :

- مراقبة البرنامج فمن الدراسات الطبية .

- إدخال البرنامج في مراكز حماية الأمومة و الطفولة .

4 -برنامج تباعد الولادات :

يعتبر البرنامج الوطني لتباعد الولادات جزء لا يتجزأ من البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال و الأمهات في الجزائر

عن طريق مراكز حماية الأمومة و الطفولة , كما عرفت الجزائر نسبة تزايد الولادات من أعلى النسب على الصعيد

العالمي سنة 1980 أكثر من 3 %³⁹ ففي سنة 1983 وضع برنامج يتضمن تدعيم مراكز حماية الأمومة و الطفولة

بهدف التحكم أكثر في الظاهرة من اجل الحفاظ على صحة الأم و الطفل و وقايتهم , و من المعروف أن كثرة الولادة

المتتالية تؤدي حتما على الضرر بصحة الأم و الطفل , و بالتالي أوصت الحكومة الجزائرية بالتنظيم العائلي من اجل

الحفاظ على صحة الأم و الطفل معا.⁴⁰

وفي سنوات ما بعد 1985 تبنت وزارة الصحة تميم و توسيع برنامج تنظيم الأسرة و تكثيف التوعية في هذا الميدان

, و حسب الإحصائيات فإن عدد الوحدات المخصصة لتنظيم الولادة قد بلغ 2300 وحدة موزعة على الصعيد

الوطني عام 1994 , و بالتالي حظيت هذه الظاهرة باهتمام كبير من طرف الدولة التي وفرت لها كل الوسائل اللازمة

لتنظيم الأسرة من مرافق و خدمات صحية متعددة , و لهذا الغرض هدفه الأساسي و أهم أهدافه ما يلي :

1 -مراقبة 40% من الزوجات

2 -مراقبة 70 % من حالات الحمل

3 -التمكن من تباعد الولادات بنسبة 100 %

4 -إعلام كل النساء بطرق تباعد الولادة

³⁹MSP , UNICEF : projet de lutte contre la mortalité infantile , Alger 1999 , p 13

⁴⁰مصطفى عمور , مرجع سابق ص51

5 -تحسين استغلال الأمهات لمراكز حماية الأمومة و الطفولة

ومن الإستراتيجية المتبعة :

1 -تأسيس مراكز حماية الأمومة و الطفولة في كل حي في المنطقة الحضرية و في كل بلدية من المنطقة الريفية .

2 -إنشاء في كل مجموعة سكنية مركز لحماية الأمومة و الطفولة

من الوسائل التي يمكن اتخاذها لتحقيق البرنامج⁴¹.

- توفير مبالغ مالية لتحقيق هدف تباعد الولادات
- توفير دفتر صحي لكل حامل و لكل طفل
- نشر مجلات تخص الإعلام عن تباعد الولادات و ذلك لمن يهتمهم الأمر

ومن نتائج هذا البرنامج الخاص بتباعد الولادات , قام مركز وطني للدراسات و التحاليل من اجل التخطيط

بتحقيق وطني عام 1991 م وتوصل إلى أن أحسن سن للزواج بالنسبة للبنات هو ما بين 21 - 25 سنة و

للذكور 26 - 30 سنة و بالنسبة لعدد الأطفال المرغوبين فيهم 4 أطفال يتباعد في الولادات , 91.799 %

يستعملن وسائل منع الحمل , و 8.3 % يرفضن

استعمالها.⁴²

خلاصة:

⁴¹ibid, p 16-17

⁴²CENEAP : islam législation et démographie en algerie 1997, p 109

يرتبط المستوى الصحي للأفراد بصفة عامة و الأطفال الرضع بصفة خاصة ارتباطا وثيقا بتوفير وسائل الأساسية و الإمكانيات

الضرورية لذلك ، كالمستشفيات ، الأطباء ، الوسائل الطبية الأجهزة

كما تعكس لنا ظاهرة الوفيات هذا المستوى الصحي فخلال السنوات العشر الماضية مقارنة بهذه السنوات الحالية نلاحظ أن هناك

تزايد في عدد المستشفيات و المراكز الصحية و كذا الفريق الطبي

كما نجد أن المعدل العام للوفيات يواصل انخفاض المستمر حيث قدر سنة 2011 بـ 4.41 % بالمقابل نجد أن معدل وفيات

الأطفال الرضع اخذ هو كذلك في انخفاض حيث قدر بـ 23.1 % لنفس السنة منها

12.6 % وفيات الإناث الرضع و 24.6 % وفيات الذكور الرضع .

خطة الفصل الرابع:

1. مصادر جمع البيانات الميدانية

2. مجالات الدراسة :

أ. المجال الجغرافي

ب. مجتمع الدراسة

ت. المجال الزمني

3. أدوات جمع البيانات

4. العينة

5. المنهج المتبع في الدراسة

1. مصادر جمع المادة العلمية الميدانية:

ميدان الدراسة هو عبارة عن مجموعة من المبحوثات اللواتي يختزن قصديا لتوفر شروط موضوع

الدراسة فيهن في كل من دائرتي تفرت وتماسين في جميع بلدياتهما.

ولهذا لقد فرضت علينا طبيعة الدراسة من خلال هذه العينة إستخدام الملاحظة ،

الإستبيان والإستماراة المقابلة. كوننا لا نستطيع فهم ديناميات المعطيات الإجتماعية. وإستخدامنا الإستبيان

لأن هذا الهدف منه هو ترجمة البحث العلمي الى أسئلة معينة وهو من أهم وأدق طرق البحث في

العلوم الإجتماعية. وتمت تعبئة الإستماراة من قبل المبحوثات في الدائرتين، متحرين على أن تكون نسبة

الإستجابة عالية. كون الإستبيان أسئلته مباشرة ملائمة للبحث موضوع الدراسة من حيث

مساعدتنا على التحكم في ظروف إجراء البحث والإقتصاد في الوقت وعدم تضيقه.

2. مجالات الدراسة:

أ. المجال المكاني:

أجريت هذه الدراسة في كل من دائرتي تقرت و تماسين، هذه الأخيرة التي كانت تابعة إداريا لدائرة تقرت الكبرى قبل اخر تقسيم إداري سنة 1991 حيث كانت الدراسة في كافة بلديات الدائرتين وهي: بلدية النزلة؛ تقرت؛ تبسبست؛ الزاوية العابدية؛ تماسين وبلدية بلدة عمر.

دائرة تماسين:

تعد دائرة تماسين إحدى دوائر ولاية ورقلة، وتضم بلديتي تماسين و بلدة عمر وهي إحدى المجالات الهامة في تفاعلات المكونات الفضائية لولاية ورقلة بفضل طرقات ولاتية و الطريق الوطني رقم 3. يبعد مقر دائرة تماسين عن مقر ولاية ورقلة ب150 كلم. يبعد مقر دائرة تماسين عن مقر دائرة تقرت ب10 كلم. وعن الجزائر العاصمة ب650 كلم.

تقع دائرة تماسين داخل حوض وادي ريغ وأحد مكوناته الأساسية خاصة من الناحية الحضارية و التاريخية (قصر تماسين؛ و الزاوية التيجانية) و تتواجد في الحدود الجنوبية لوادي ريغ ضمن رواق طبيعي يربط بين الشمال و الجنوب عند إلتقاء وادي ميه و وادي أعرعار، بين خطي طول $5^{\circ}54'$ و $6^{\circ}18'$ شرقا وخطي عرض 32° و 55° و 33° شمالا وتربع على مساحة 550 كلم. يحدها من الشمال دائرة تقرت ومن الجنوب دائرتي الحجيرة و الطيبات و من الغرب دائرة الحجيرة و من الشرق دائرتي تقرت و الطيبات. وحسب إحصائيات 2011 في التقرير السنوي لولاية ورقلة فقد بلغ عدد سكانها 34607 ن بكثافة سكانية قدرت ب63 ن/كلم.

تتميز دائرة تماسين بكونها ذات طابع صحراوي وأرضية منبسطة بها كثبان رملية تتخللها النخيل وتتميز بمناخ حار وجاف صيفا وبارد شتاءا مع هبوب عواصف و رياح خاصة في فصل الربيع.

دائرة تقرت:

تعد دائرة تقرت الكبرى أكبر دائرة على مستوى تراب ولاية ورقلة من حيث عدد البلديات فيها وعدد السكان. حيث أنها كانت تضم قبل التقسيم الإداري لسنة 1991 كل من دائرة تماسين ودائرة الطيبات ودائرة تقرت ودائرة المقارين وتدعى إداريا بدائرة تقرت الكبرى.

تقع دائر تقرت شمال الجنوب الشرقي للعاصمة، يحدها من الشمال دائرة المقارين، ومن الجنوب دائرة تماسين، ومن الشرق دائرة الحجيرة، ومن الغرب دائرة الطيبات. وتتوزع على مساحة تقدر ب404 كلم

ب. مجتمع الدراسة:

بلغ عدد سكان بلدية تقرت حوالي 147077 نسمة، أما دائرة تماسين فكان عدد سكانها أقل من ربع عدد سكان دائرة تقرت حيث قدر بـ 34607 نسمة. وقد كان مجتمع الدراسة في كل من دائرتي تقرت و تماسين هو 51380 أم و 11755 أم على التوالي وقد قسم مجتمع الدراسة في كلا الدائرتين حسب البلديات فكان التقسيم كالتالي:

❖ دائرة تقرت:

- بلدية النزلة: 17706 أم
- بلدية تقرت: 14725 أم
- بلدية تبسبست: 12281 أم
- بلدية الزاوية العابدية: 6668 أم

❖ دائرة تماسين:

- بلدية تماسين: 6913 أم
- بلدية بلدة عمر: 4842 أم.

ولقد تبين أن جميع بلديات دائرة تقرت هي بلديات حضرية، أما البلديتين التابعتين لدائرة تماسين بلديتين ريفيتين. وهذا حسب مديرية التخطيط والميزانية لولاية ورقلة.

ج.المجال الزمني:

دام البحث الميداني (الدراسة الإستطلاعية+مألاً للإستمارات النهائية+التحليل والتبويب) مدة شهرين ونصف.

➤ المرحلة الإستطلاعية: (2013/03/12 إلى 2013/04/16)

تركز فيها الجهد حول جمع المادة العلمية الخاصة بالدراسة الميدانية مثل معرفة عدد مجتمع الدراسة الخاص بكل بلدية وكذلك جس نبض رؤية المجتمع حول الإشكالية المطروحة (الرعاية الصحية للأم وأثرها على وفيات الأطفال الرضع). وذلك من خلال فتح أكثر من نقاش واسع مع مختلف الفئات العمرية للأمهات اللواتي هن موضوع الدراسة. وكذلك الفتيات العازبات ووجهة نظرهن في الرعاية الصحية الحالية لأنهن أمهات المستقبل وحتى بعض القابلات والممرضات في القطاع المعني بالدراسة. وبعدها تحليل المعطيات المستقاة من الميدان و تقييمهما.

➤ المرحل الثانية: (2013/04/23 إلى 2013/05/09):

تمثل هذه المرحلة في توزيع الإستمارة و التي إستغرقت حوالي شهر تقريبا، حيث تم فيها النزول الى ميدان الدراسة المتمثل في زيارة الأمهات في المنازل بالإضافة الى زيارة عدد من المراكز التربوية كمتوسطة الشهيد تجيني محمد و ثانوية عين الصحراء-النزلة- تقرت، وكذلك المؤسسة العمومية للصحة الجوارية بتقرت وبعض المصالح الإدارية في

مكان الدراسة وتوزيع الإستمارات على النساء اللواتي تمثلهن عينة الدراسة. بإستمارة مقننة مشتملة على أسئلة مغلقة وأخرى مفتوحة وكان تركيز الباحثة على نقطتين أساسيتين هما:

- التأكيد لمن على أهمية البحث بالنسبة لمن أولا وصحة أطفالهن، وكذلك الى القطاع الصحي لتحسين الخدمات المقدمة للأم والطفل مستقبلا إذا كان هناك شيء من التقصير.

- تزكية الباحث لديهم على السرية التامة للمعلومات والأمانة العلمية والأخلاقية.

➤ المرحلة الثالثة: (من 2013/05/06 الى 2013/ 05 / 20):

spss ثم

تمثلت في تفرغ الاستمارات التي تم استرجاعها من المبحوثات عن طريق البرنامج الإحصائي

تحليل بياناتها وتبويبها وتفسيرها للتوصل الى نتائج الدراسة الميدانية.

3. أدوات جمع البيانات:

إن نجاح البحث في تحقيق أهدافه يتوقف على الإختيار الرشيد لأنسب الأدوات الملائمة للحصول على البيانات، و الجهد الذي يبذله الباحث في تمحيص هذه الأدوات وتنقيحها، وجعلها على أعلى مستوى من الكفاءة، معنى ذلك أنه من الضروري أن تتحقق درجة معينة من الثقة في البيانات التي يحصل عليها عن طريق الأدوات. ومن بين الأدوات المستخدمة في هذا البحث ما يلي:

■ الملاحظة: حيث تعتبر وسيلة هامة من وسائل جمع البيانات، و تعرف على أنها "المشاهدة الدقيقة لظاهرة ما مع الإستعانة بأساليب البحث و الدراسة، التي تتلائم مع طبيعة هذه الظاهرة".⁴⁴ وقد تم إستخدام هذه الأداة لملاحظة مدى إهتمام الدولة والأم في حد ذاتها بالرعاية الصحية للأم والطفل و الخدمات المقدمة لهم في المجال الصحي. وكذا ملاحظة الخصائص المتعلقة بها ومن كل جوانبها للإستفادة منها في تحليل البيانات الميدانية وإعطاء صورة أوضح عن هذه العناصر المهمة.

■ إستمارة المقابلة:

يعرفها وليام جون بول هات بأنها "مجموعة من الأسئلة التي توجه وتتملأ الإجابة عنها من موقف مواجهة شخصية مباشرة مع شخص آخر".⁴⁵ وقد إعتدنا على هذه الأداة لأن العينة تضم فئة من الأميين وذوات المستوى التعليمي المنخفض، مما يحول دون فهم أسئلة الإستمارة إذا كانت إستبياناً. يهدف الإستبيان في دراستنا هذه الى معرفة الخصائص الإجتماعية و الإقتصادية و الديمغرافية التي تؤثر على الرعاية الصحية للأم ووفيات الأطفال الرضعلى حد السواء. ويعتمد الإستقصاء على إستمارة إستبيان في جمع المعلومات وهي عبارة عن شكل مطبوع يحتوي على مجموعة من الأسئلة الموجهة الى عينة الأفراد حول موضوع الدراسة.

وصف الإستبيان:

إحتوي الإستبيان على 43 سؤال وقد تنوعت هذه الأسئلة كالتالي:

- 1-أسئلة مفتوحة: تجيب عليها المبحوثة كما تشاء(إجابة حرة) حرية الإجابة للمبحوثة.
- 2-أسئلة مغلقة: هي أسئلة تعتمد على فئات أو خيارات تساعد على تقديم إجابات محددة مسبقاً.

⁴³ زيدان عبد الباقي: قواعد البحث الإجتماعي، مطبعة السعادة، طبعة 2، القاهرة، بدون سنة، ص 452

⁴⁴ غريب محمد السيد أحمد: تصميم البحث الإجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر 1986، ص 268

⁴⁵ جعفر عبد الأمير حسن: أثر التفكك في جنوح الأحداث دار المعرفة الجامعية، طبعة 1، بيروت، بدون سنة، ص 11

3- أسئلة مفتوحة مغلقة: وهو نوع وسطي يعتمد على الأسئلة المفتوحة والمغلقة في نفس الوقت وهو إقترح مجموعة من الأجوبة من قبل الباحث و يترك للمبحوث الحرية في الاختيار وحرية الإجابة أيضا إذا كانت الاختيارات لا تتماشى مع إجابة المبحوثة.

وكانت الأسئلة موزعة على 4 محاور رئيسية التي تشكل بدورها مراحل عملية الإقناع.(أنظر الإستبيان في الملحق)

وهي كالتالي:

- 1- المحور الأول: بيانات شخصية للمبحوثة.
- 2- المحور الثاني: الرعاية الصحية أثناء الحمل.
- 3- المحور الثالث: الرعاية الصحية أثناء الولادة.
- 4- المحور الرابع: الرعاية الصحية بعد الولادة(الوضع).⁴⁶

4. العينة:

يشير مصطلح العينة في علم الإحصاء الى نسبة من العدد الكلي للحالات، تتوفر فيها خاصية أو عدة خصائص معينة، وتتكون العينة من عدد محدود من الحالات المختارة في قطاعات مجتمع معين لدراستها، وجدير بالذكر أن معظم الأبحاث السوسولوجية تتعامل مع عينات أكثر مما تقوم بدراسة العدد الكلي للسكان. وفي هذا الصدد تصبح التعميمات القائمة على بيانات العينة قابلة للتطبيق على المجتمع الكلي للسكان الذي سحبت منه.⁴⁷

/ تعريف العينة:

هي جزء عيني حسي من جماعة مختارة للدراسة وتكون العينة صالحة إحصائيا بقدر ما تمثل المجال المدروس الى أبعد حد تقديري ممكن.⁴⁸

كما تعرف على أنها مجتمع الدراسة الذي تجمع منه البيانات الميدانية، وهي تعتب جزء من

الكلي.⁴⁹

ولقد تعددت طرق إختيار العينة، وبالتالي فإن عينة هذه الدراسة تدخل ضمن العينة القصدية التي تقوم على الإختيار القصدي من قبل الباحث للمبحوثين إستنادا الى أهداف البحث للمجتمع الكلي بإختلافاته و تنوعه.⁵⁰

⁴⁶ محمد عبد الحميد: تحليل المحتوى في بحوث الإعلام، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1997، ص91

⁴⁷ فضيل دليو وعلي غربي وآخرون: أسس المنهجية في العلوم الإجتماعية، منشورات جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر 1999، ص141

⁴⁸ خليل أحمد خليل : معجم المصطلحات الإجتماعية، دار الفكر اللبناني، طبعة1، بيروت، 1995، ص390

⁴⁹ رشيد زرواتي: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الإجتماعية، دار هومة للطبع، طبعة1، الجزائر، 2002

⁵⁰ زكي أحمد عزمي : الأسلوب الإحصائي وإستخداماته في الرأي العام للإعلام دار الفكر العربي، طبعة1، بدون سنة، ص142

ب. إختيار العينة:

نظرا لشساعة ولاية ورقلة كان من الصعب علينا إختيار الدوائر وقد تم إختيار دائرة تقرت بحكم أنها مقر السكن، ودائرة تماسين بحكم قربها من دائرة تقرت.

تتكون العينة من مجموعة من الأمهات في سن الإنجاب أي ما بين (15-49 سنة) والمنجبات فعلا لطفلين فأكثر أثناء إجراء الدراسة في جميع أحياء البلديات التابعة إداريا لدائرتي تقرت و تماسين المعنيات بالدراسة سواء كانت الأمهات عاملات أو مكاثات في البيت.

ت. طريقة تحديد حجم العينة:

يتكون مجتمع الدراسة في كل من دائرتي تقرت و تماسين من 63135 امرأة في سن الإنجاب (15-49 سنة) وقد انجبن فعلا. وقد كان عددهن 51380 في دائرة تقرت و 11755 في دائرة تماسين، وقد حددنا حجم العينة ب 120 مبحوثة وهو ما يمثل قرابة 500/1 من مجموع نساء الدائرتين وقد تم توزيع هذه العينة على الدائرتين حسب نسبة تمثيل الدائرة في المجموع الطريقة كالاتي بالنسبة لحجم عينة كل دائرة:

$$98 = 120 * \frac{51380}{63135} \text{ بالنسبة لحجم عينة دائرة تقرت.}$$

$$22 = 120 * \frac{11755}{63135} \text{ بالنسبة لحجم عينة دائرة تماسين.}$$

أما حجم العينة بالنسبة لكل بلدية تابعة لكل من الدائرتين فقد كان حسب مجتمع الدراسة الموجود فيها وقد كان مجتمع الدراسة لكل بلدية كالاتي:

14725 - بلدية تقرت - بلدية الزاوية العابدية 6668

17706 - بلدية النزلة - بلدية تماسين 6913

12281 - بلدية تبسبست - بلدية بلدة عمر 4842

ومثال عن بلدية النزلة قمنا بإختيار حجم العينة المكونة منها كما يلي:

وبهذا فإن عدد المبحوثات من هذه البلدية هو $34 = 98 * \frac{17706}{51380}$ وبالنسبة للبلديات المتبقية المشتملة على موضوع الدراسة.

دائرة تقرت		دائرة تماسين	
البلدية	حجم العينة	البلدية	حجم العينة
تقرت	28	تماسين	13

09	بلدة عمر	34	النزلة
		23	تبسبت
		13	الزاوية العابدية

ولم نسترجع إلا 114 إستمارة من بين 120 من الأمهات المبحوثات

ث. وحدة قياس العينة:

هي الوحدة التي تقاس بها العينة، وهن النساء اللواتي يبلغن من العمر (15-49 سنة) أي في سن الإنجاب و اللواتي سبق لهن الإنجاب و اللواتي ينجبن فعلا هذا ما تمثله وحدة العينة.

5. المنهج المتبع:

اقتضت هذه الدراسة على استعمال أكثر من منهج.

لقد إعتمدنا في دراستنا على المنهج الوصفي، لكونه المنهج الأكثر ملائمة لموضوع البحث ويمكن تعريف المنهج على أنه "أحد أشكال التحليل و التفسير العلمي المنظم، لوصف ظاهرة معينة أو مشكلة محددة، وتصويرها كمياً أو عن طريق جمع بيانات و معلومات مقننة عن الظاهرة أو المشكلة، وتصنيفها وتحليلها وإخضاعها للدراسة الدقيقة.⁵¹

المنهج التحليلي و الاحصائي :

كما استخدمنا المنهج التحليلي و الاحصائي كذلك و يعود ذلك لطبيعة الموضوع الذي يعتمد على الارقام العددية التي تبين تحليل الإستمارات كمياً أي بلغة الأرقام لأن هذه الأنواع من البحوث تكون دراستها كمية كيفية.

⁵¹ سامي ملحم : مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر، طبعة 1، عمان، الأردن، 2000، ص 324

خطة الفصل الرابع:

6. الخصائص العامة للحالات المدروسة

- تصنيف المبحوثات حسب مكان الإقامة
- تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي
- تصنيف المبحوثات حسب الحالة المهنية
- تصنيف المبحوثات حسب الحالة الزوجية
- تصنيف المبحوثات حسب الدخل الشهري
- تصنيف الأزواج حسب المستوى التعليمي
- تصنيف الأزواج حسب الدخل الشهري
- تصنيف الأزواج حسب الحالة المهنية
- تصنيف الأسر حسب نوع المسكن

7. مناقشة الفرضية الجزئية الأولى:

- أثر المستوى التعليمي على المتابعة الصحية
- أثر المستوى التعليمي على نوع الرضاعة
- أثر المستوى التعليمي على إستعمال وسائل منع الحمل
- أثر المستوى التعليمي على تباعد سنوات الولادة

8. مناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

- أثر الدخل الشهري على المتابعة الصحية
- أثر الدخل الشهري على مكان الولادة
- أثر الحالة المهنية للمرأة على نوع الرضاعة

9. مناقشة الفرضية الثالثة:

- أثر سن الأمهات على المتابعة الصحية
- أثر سن الأمهات على نوع الولادة
- أثر المتابعة الصحية على عدد الأطفال

10. دور الزوج أثناء إجتياز المرأة مرحلة الحمل و الولادة وبعد الوضع

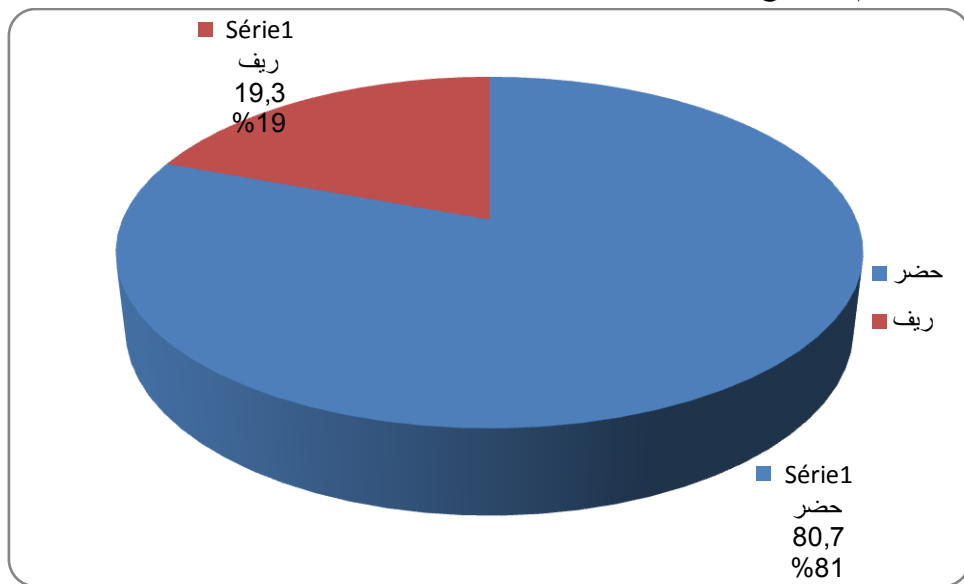
VII. الإستنتاجات العامة:

1. الخصائص العامة للحالات المدروسة:

الجدول رقم (1): توزيع الأمهات حسب مكان الإقامة

النسبة %	التكرار	مكان الإقامة
80,7	92	حضر
19,3	22	ريف
100	114	المجموع

الشكل رقم (1): توزيع الأمهات حسب مكان الإقامة

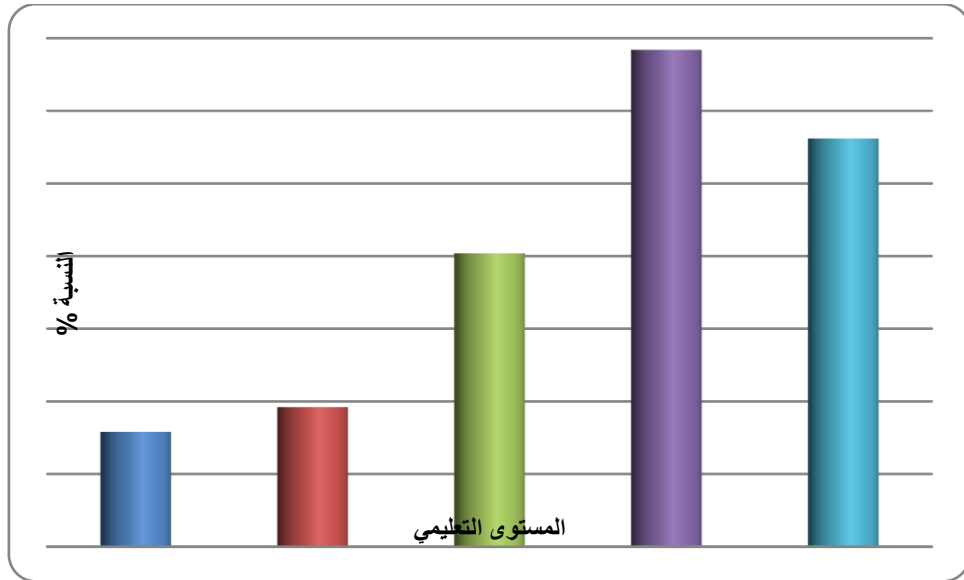


يظهر الجدول أن معظم المبحوثات يقمن في المناطق الحضرية بنسبة تمثل 80.7 %. أما المبحوثات اللواتي يقمن في المناطق الريفية فقدردت نسبتهن بـ 19.3 % فقط و ذلك حسب التقسيم العلمي لعينة الدراسة و حسب عدد سكان كل من المناطق الحضرية و المناطق الريفية.

الجدول رقم(2):توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي :

النسبة %	التكرارات	المستوى التعليمي
7,9	9	بدون مستوى
9,6	11	إبتدائي
20,2	23	متوسط
34,2	39	ثانوي
28,1	32	جامعي
100	114	المجموع

الشكل رقم(2):توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي



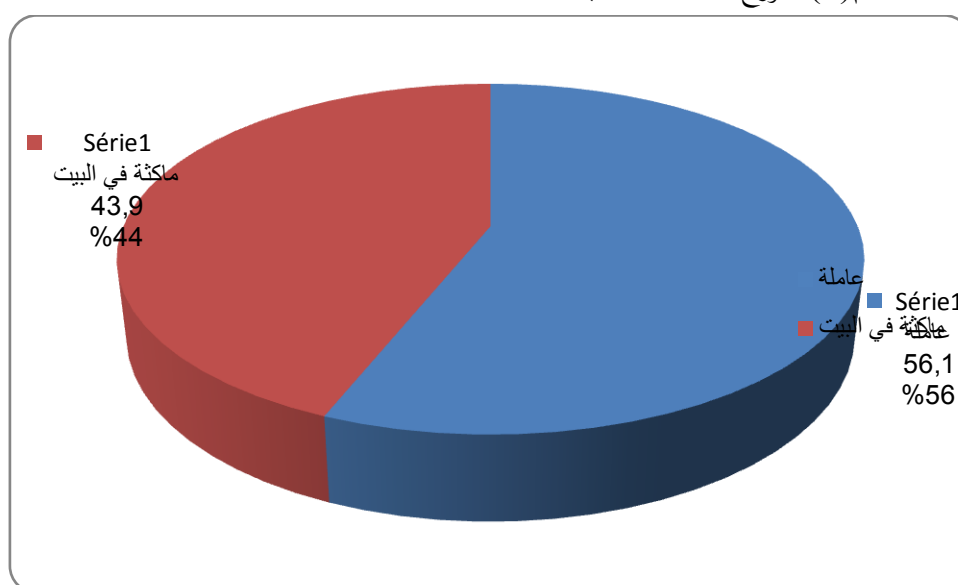
يتجلى لنا من خلال الجدول أن الفئة الأولى من المستجويات هي الفئة التي لم تلتحق بالدراسة أصلاً . إذ تنتمي إلى هذه المجموعة كل الأمهات اللواتي لم تعرفن القراءة والكتابة والتي تمثل نسبة 7.9 %، أما المجموعة الثانية فتمثل اللاتي التحقن بالمدرسة ولهن مستويات تعليمية مختلفة. هناك من توقفن عن الدراسة في المستوى الابتدائي بنسبة قدرت بـ 9.6% وترتفع النسبة عند الأمهات اللاتي لديهن مستوى متوسط مقدرة بـ 20.2 % وترتفع أكثر بالنسبة للأمهات اللاتي لديهن مستوى ثانوي بـ 34.2 % والمستوى الجامعي بنسبة 28.1 % .

و نستنتج من الجدول أن أغلبية الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي ثم الجامعي، فهذا يدل على أن المستوى التعليمي بالنسبة للمرأة قد ارتفع و مازال في ارتفاع بسبب الفرص المتاحة للمرأة في مجال التعليم و إعطاءها الحق في الفرص المتكافئة و المساواة بين الجنسين.

الجدول رقم (3): توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية :

الحالة المهنية	التكرارات	النسبة %
عاملة	64	56,1
مأكنة في البيت	50	43,9
المجموع	114	100,0

الشكل رقم (3): توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية :



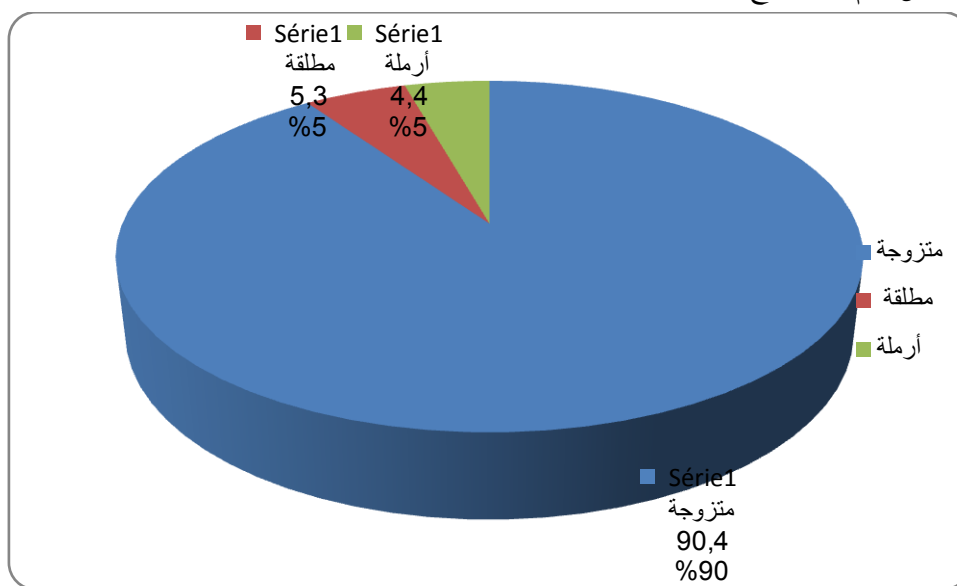
يبرز الجدول الموضح أن من بين 114 أم مستجوبة هناك 64 منهن تعمل و ذلك بنسبة 56.1 % أما البقية لا تمارسن أي نشاط مهني و ذلك بنسبة 43.9 % أي (50 من بين 114).

و من بين أنواع المهن الممارسة للأمهات العاملات في عينة الدراسة هناك (طبية , قابلة , صيدلانية , ممرضة , عاملة نظافة , معلمة , أستاذة ...) فهي مزيج من الوظائف المتنوعة . أما الأمهات المأكنات بالبيت فمعظمهن يمتحن حرف يدوية كالخياطة , صنع الحلويات , الطرز و أعمال تقليدية أخرى .

الجدول رقم(4): توزيع الأمهات حسب الحالة الزوجية :

الحالة الزوجية	التكرارات	النسبة
متزوجة	103	90,4
مطلقة	6	5,3
أرملة	5	4,4
المجموع	114	100

الشكل رقم(4): توزيع الأمهات حسب الحالة الزوجية :

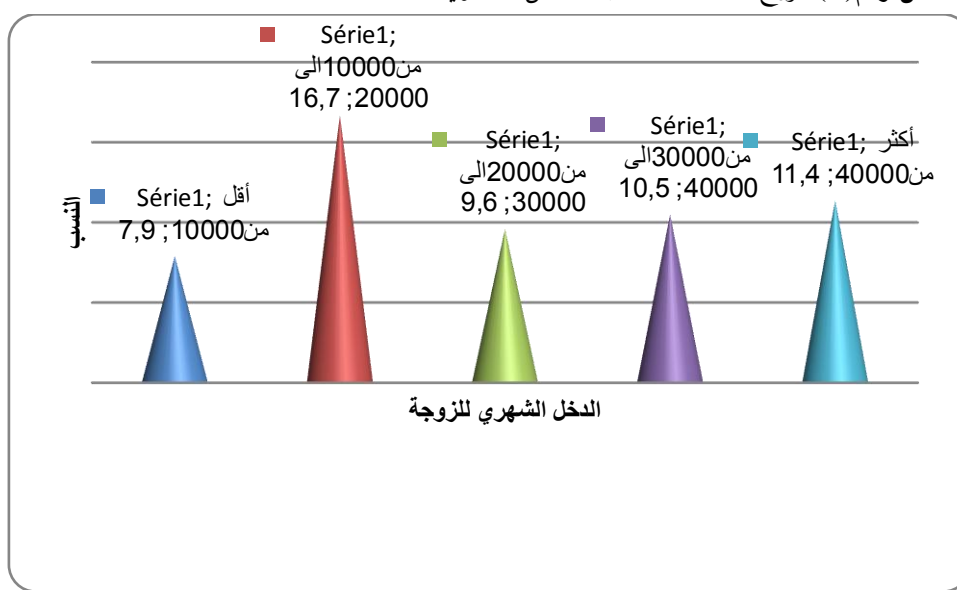


يوضح الجدول أن أغلبية الأمهات المستجوبات متزوجات و ذلك بنسبة 90.4 % , فيما تمثل المطلقات نسبة 5.3 % , و الأرامل 4.4 % أما الأمهات العازبات غير موجودات ضمن العينة و لا يدخلن فيها.

جدول رقم (5): توزيع الأمهات حسب الدخل الشهري :

الدخل الشهري	التكرار	النسبة %
أقل من 10000	9	7,9
من 10000 إلى 20000	19	16,7
من 20000 إلى 30000	11	9,6
من 30000 إلى 40000	12	10,5
أكثر من 40000	13	11,4
المجموع	64	56,1

الشكل رقم(5):توزيع الأمهات حسب الدخل الشهري



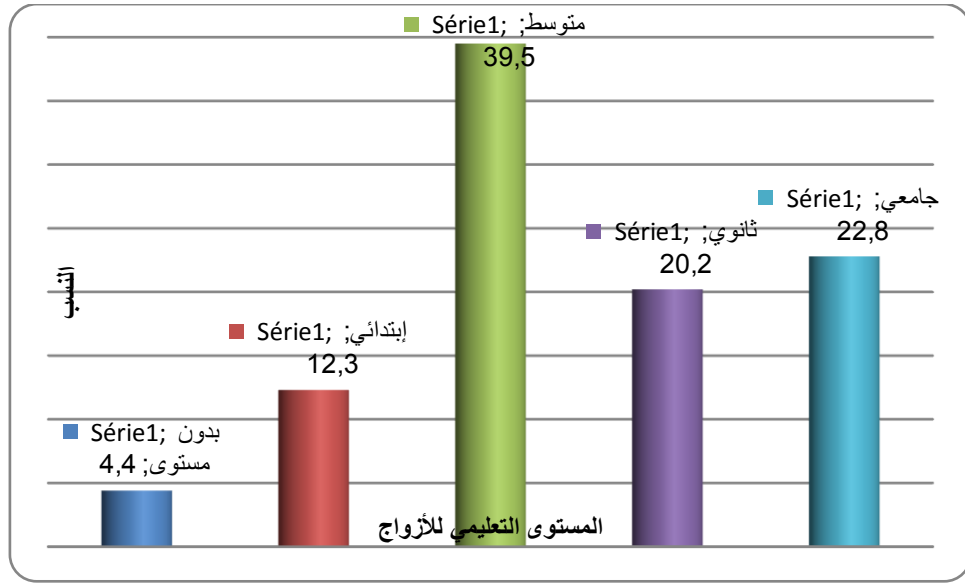
مما سبق الذكر يبين الجدول أن نسبة الأمهات العاملات قدرت بـ 56.1 % بالنسبة لـ 64 أم مستجوبة .

احتلت الصدارة فئة الأمهات اللاتي يتقاضين دخل شهري ما بين 10000 دج إلى 20000 دج بنسبة 17.5% , تليها فئة الأمهات اللاتي يتقاضين من 30000 دج إلى 40000 دج بنسبة 11.4% ونفس النسبة لفئة الأمهات اللاتي يتقاضين أكثر من 40000 دج , و في المرتبة الثالثة فئة اللاتي يتقاضين من 20000 إلى 30000 بنسبة 9.6% و ذيل الترتيب كان من نصيب فئة اللاتي يتقاضين أدنى دخل شهري أقل من 10000 بنسبة 7.9% , و معظم أمهات هذه الفئة عاملات بصفة مؤقتة و ليست دائمة (كالإدماج المهني , و عقود ما قبل التشغيل ..) وقد تكون من عاملات هاته الفئة ذوات المستوى التعليمي العالي إلا أنها لم تتحصل بعد على منصب شغل ملائم و دائم .

-الجدول رقم(6): توزيع الأزواج حسب المستوى التعليمي :

النسبة %	التكرارات	المستوى التعليمي
4,4	5	بدون مستوى
12,3	14	إبتدائي
39,5	45	متوسط
20,2	23	ثانوي
22,8	26	جامعي
100,0	114	المجموع

الشكل رقم(6): توزيع الأزواج حسب المستوى التعليمي



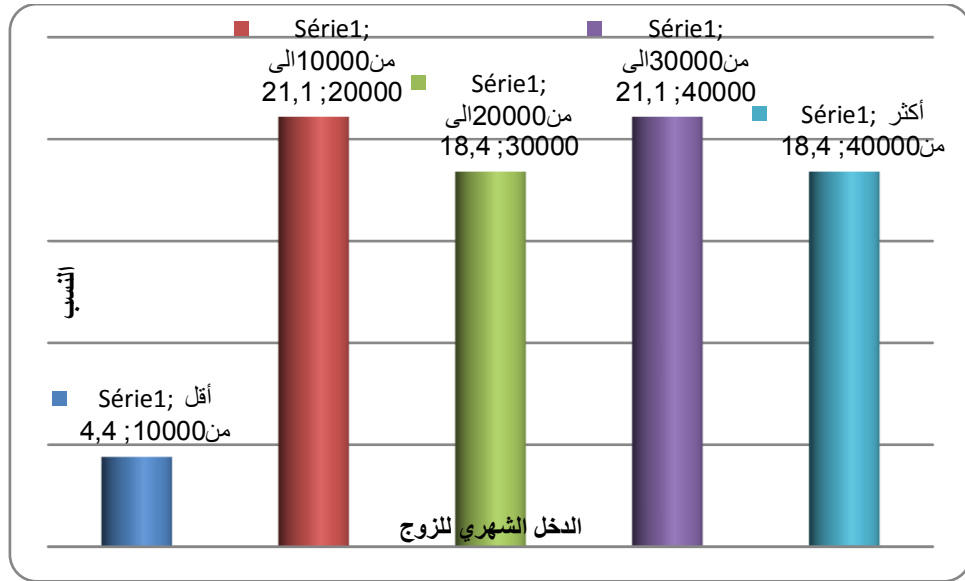
يبرز الجدول الموافق أن أغلبية الأزواج ينتمون إلى مستوى تعليمي متوسط بنسبة مقدرة 39.5% تليها الفئة الثانية الذين ينتمون إلى المستوى التعليمي جامعي بنسبة 22.8% ثم فئة التعليم الثانوي بنسبة 20.2 % ، و تحتل المرتبتين الآخريتين كل من مستوى التعليم الابتدائي بنسبة 12.3 % و الأزواج الذين بدون مستوى و لم يلتحقوا بمقاعد الدراسة أبدا في حياتهم بأدنى نسبة مقدرة بـ 4.4 %

وهناك يتضح أن المستوى التعليمي للرجل أخذ في الارتفاع كذلك يرجع سبب ذلك إلى وعي الفرد و المجتمع بقيمة العلم ، فوائده و أهميته . و أن أي منصب مرموق فيصل له الزوج هو بفضل العلم لا غير فبه يرقى المجتمع و يزدهر و يأخذ منحى آخر في حياة المواطنين على حد السواء.

-الجدول رقم(7): توزيع الأزواج حسب الدخل الشهري:

الدخل الشهري	التكرارات	النسبة %
أقل من 10000	5	4,4
من 10000 إلى 20000	24	21,1
من 20000 إلى 30000	21	18,4
من 30000 إلى 40000	24	21,1
أكثر من 40000	21	18,4
المجموع	95	83,3

الشكل رقم(7): توزيع الأزواج حسب الدخل الشهري

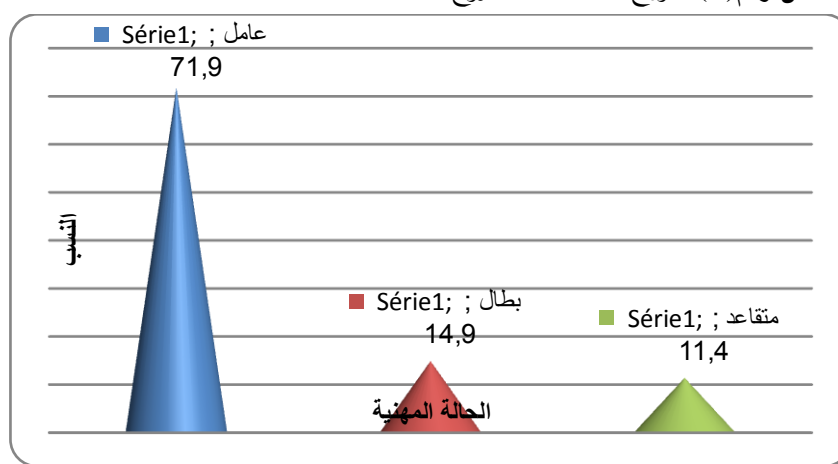


يبين الجدول أن المرتبة الأولى و احتلتها فئة الأزواج الذين يتقاضون دخل شهري ما بين 30000 إلى 40000 و الفئة ما بين 10000 إلى 20000 بنفس النسبة مقدرة بـ 21.1 % تليها فئة الأزواج الذين يتقاضون أكثر من 40000 دج بنسبة تبلغ 18.4 % . حيث وصلت فئة الذين يتقاضون أدنى دخل شهري و التي تمثل أقل من 10000 دج بنسبة 4.4 % , حيث يتبين أن أعمال هذه الفئة ليست لديهم مؤهلات علمية و لا وظائف دائمة حيث ظهر لنا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للفرد كانت فرص العمل أكثر و مستوى الدخل أعلى و أرفع , ما يضمن حياة كريمة تناسب الوضع الحالي و القدرة الشرائية للمجتمع .

-الجدول رقم (8): توزيع الحالة المهنية للزوج:

الحالة المهنية	التكرار	النسبة %
عامل	84	71,9
بطل	17	14,9
متقاعد	13	11,4
المجموع	114	100,0

الشكل رقم(8): توزيع الحالة المهنية للزوج

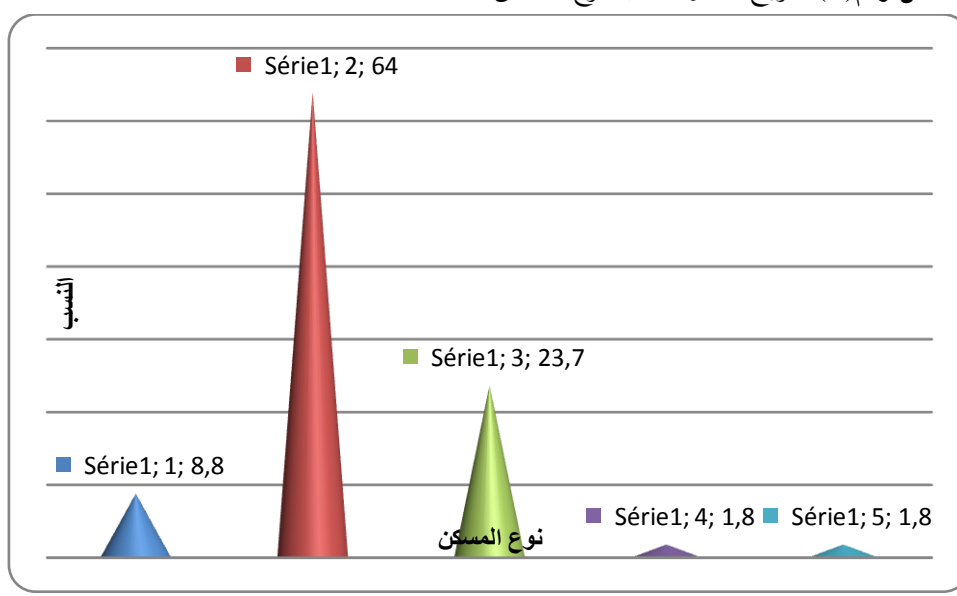


يوضح الجدول أنه من بين أزواج المبحوثات هناك 84 مبحوثة زوجها يعمل ممثلة بنسبة 71.1 % بينما نسبة بطالين و 11.4% متقاعدين.

-الجدول رقم(9): توزيع الأسر حسب نوع المسكن :

نوع المسكن	التكرار	النسبة %
فيلا	10	8,8
حوش	73	64,0
شقة	27	23,7
بيت قصديري	2	1,8
أخرى	2	1,8
المجموع	114	100,0

الشكل رقم(9): توزيع الأسر حسب نوع المسكن



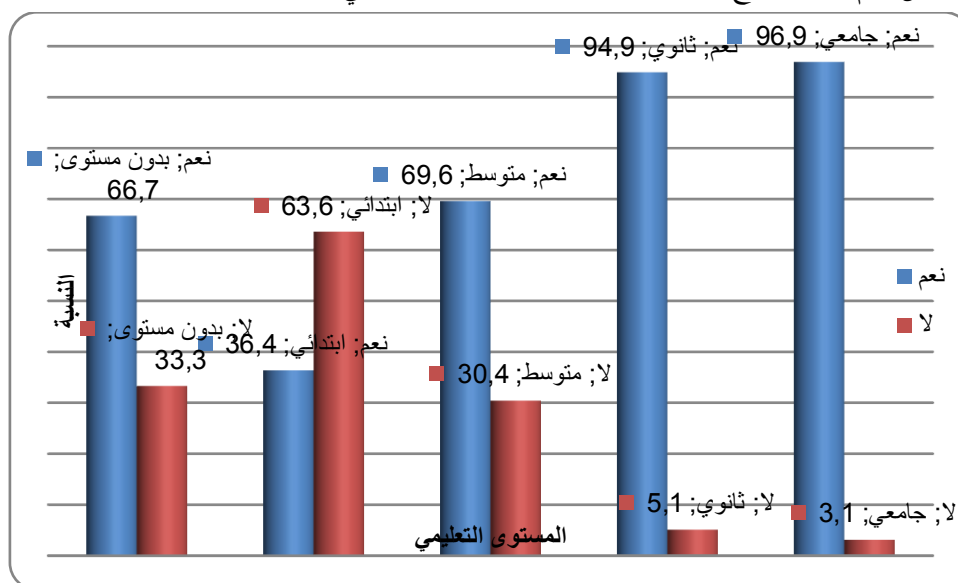
من بين 114 أسرة هناك 73 أسرة ممثلة 64% يسكنون في حوش به مسكن و باقي الأسر مقسمة منها 23.7 % يسكنون في شقة و 8.8 % يسكنون في فيلا و 1.8 % يسكنون في بيت قصديري و نفس النسبة بالنسبة للإجابة المعبرة عن أخرى و لكن عند سؤالنا ما هي لا توجد لدينا إجابة .

2. مناقشة و تحليل الفرضية الجزئية الأولى

-الجدول رقم (10): توزيع المتابعة الصحية حسب المستوى التعليمي للزوجة:

المتابعة الصحية	نعم		لا		النسبة	المجموع
	النسبة	لا	النسبة	لا		
بدون مستوى	6	66,7	3	33,3		9
ابتدائي	4	36,4	7	63,6		11
متوسط	16	69,6	7	30,4		23
ثانوي	37	94,9	2	5,1		39
جامعي	31	96,9	1	3,1		32
المجموع	94	82,5	20	17,5		114

الشكل رقم (10): توزيع المتابعة الصحية حسب المستوى التعليمي للزوجة:



لقد تبين من خلال الجدول رقم (16) أن أكثر من ثلاثة أرباع المبحوثات قد تابعن حملهن و ذلك بنسبة 82.5 % بالمقابل هناك 17.5 % لم يتابعن حملهن .

ومن خلال العلاقة المرتبطة بين المستوى التعليمي للأمهات و المتابعة الصحية أثناء الحمل وجدنا أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي و المتابعة الصحية , بحيث ترتفع نسبة المتابعة الصحية بارتفاع المستوى التعليمي للأمهات , و قد انتقلت من 6.4 % عند الأمهات اللواتي لم تتحصلن على أي قسط من التعليم إلى 4.3 % للأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي ربما يكون تراجع المتابعة عند الفئة الثانية يرجع إلى بعض المعارف و المهارات متحصل عليها من المدرسة الابتدائية , ثم تأخذ النسبة ترتفع تدريجيا إلى أن تصل إلى 39.4 % ذوات المستوى التعليمي الثانوي و 33 % لذوات المستوى الجامعي .

و يشير نفس الجدول إلى وجود علاقات طردية بين المستوى التعليمي و المتابعة الصحية , حيث أن كلما ارتفع المستوى التعليمي تنخفض عدم المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل , حيث تنتقل النسبة من 15 % للأمهات اللواتي بدون مستوى تعليمي و ترتفع بين المستويين الابتدائي و المتوسط لتبلغ 35 % ثم تنخفض انخفاضاً كبيراً لذوات المستوى التعليمي الجامعي و تبلغ نسبة 5 %.

ان سبب عدم متابعة الأمهات حملهن يرجع إلى عدم تلقيهن أي مشكلة أثناء الحمل بنسبة 78.1 % و كذا تعد مرات الحمل خلال حياتهن حيث بلغ متوسط عدد مرات الحمل عند المبحوثات 4.37 حمل كما أنه توجد نسبة 21.1 % من الأمهات أصبن بمرض أثناء الحمل ومن هذه الأمراض فقر الدم و ارتفاع ضغط الدم عند معظم الأمهات اللواتي أصبن بمرض أثناء الحمل أما بقية الأمراض فتمثلت في الحساسية الجلدية , انسداد العروق , البواسير , انخفاض السكر في الدم , الربو , نقص الحديد , و مرض الأسنان... كما أن أسباب عدم المتابعة الصحية قد ترجع لبعد المراكز الصحية , و عدم وجود وقت كافي في المتابعة , أضف إلى ذلك عدم إدراك أهميتها بالنسبة للأمهات .

أما الأمهات اللواتي تابعن حملهن و هي الأغلبية الساحقة للمبحوثات اتضح أنهن كن يترددن من 1 – 3 مرات , و ذلك من اجل الكشف عن تطورات الجنين و ذلك (40 من 114) بنسبة تقدر بـ 35.08 % و المت ترددات من 4 – 6 مرات (67 من 114) بنسبة تقدر بـ 58.77 % و المت ترددات من 7 مرات فأكثر يمثلن (10 من 114) بنسبة 8.77 % .

حيث كشف لنا تحقيق المركز الوطني للدراسات و التحاليل من أجل التخطيط أن المتزوجات الصغيرات و المتعلقات هن أكثر تردد على متابعة حملهن . ضق إلى ذلك أنه من بين الأسباب التي تجل الأمهات يتابعن حملهن خلال 3 ثلاثيات هي الرعاية في تعويض نفقات الولادة من طرف الضمان الاجتماعي .

و سألن الأمهات عن الجهة المختارة من اجل المتابعة الصحية أثناء الحمل فتبين لنا هناك 50.9 % من الأمهات يفضلن طبيب مختص في طب النساء و التوليد مقابل 31.6 % من الأمهات يترددن على القابلات و هذا عند المتعلقات باختلاف أعمارهن.

دراسة إستدلالية للفرضية 1:

-إقبال الأمهات على الخدمات الصحية كميًا (عدد المرات) وكيفيًا تبعاً لمستواهن التعليمي يؤثر على وفيات الأطفال الرضع

-H0: لا توجد علاقة بين المتابعة الصحية والمستوى التعليمي.

-H0: توجد علاقة بين المتابعة الصحية والمستوى التعليمي.

الإختبار الإحصائي المناسب هو كاي التربيع لأنه يقيس المتغيرات النوعية.

جدول رقم (11): التكرارات الملاحظة

المجموع	لا	نعم	
9	3	6	بدون مستوى
11	7	4	إبتدائي
23	7	16	متوسط
39	2	37	ثانوي
32	1	31	جامعي
114	20	94	المجموع

من أجل العلاقة الرياضية:

$fe =$

جدول رقم (12) التكرارات المتوقعة:

لا	نعم	
1.75	7.4	بدون مستوى
1.92	9.07	إبتدائي
4.03	18.96	متوسط
6.48	32.15	ثانوي
5.61	26.38	جامعي

جدول رقم (13): نتائج كاي تربيع

0,27211646	1,27894737
2,83419865	13,3207337
0,46352468	2,17856598
0,7290895	3,42672065
0,80684257	3,79216009
29,1028996	المجموع

حساب درجة الحرية = (عدد الأسطر - 1) (عدد الأعمدة - 1) = 4

وباستعمال العلاقة: $k^2 = \sum \frac{(f_0 - fe)^2}{fe}$ نجد:

إتخاذ القرار:

عند مستوى الدلالة 5% نجد أن كاي التربيع الجدولي = 9.49

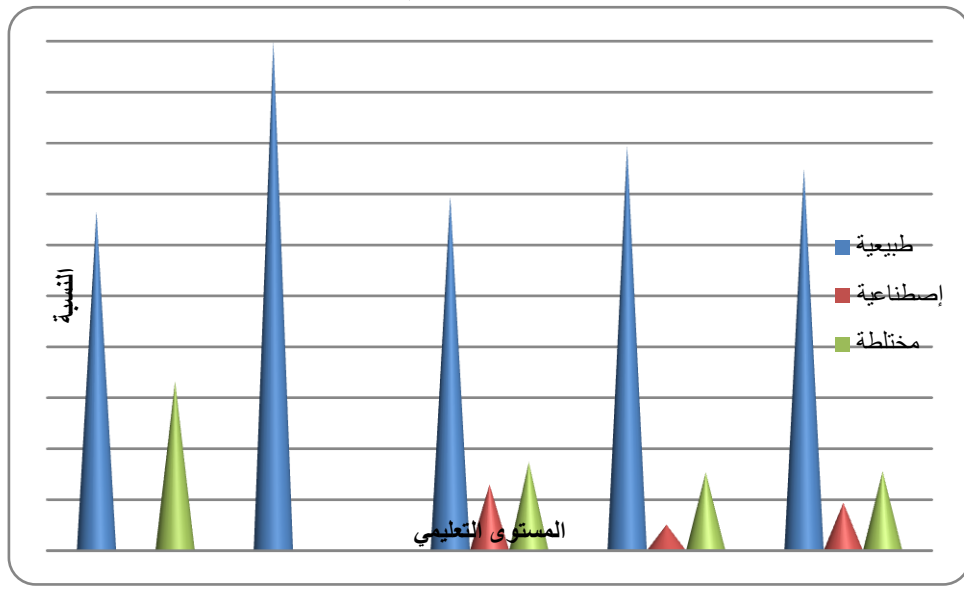
بما أن كاي تربيع المحسوب (29.10) أكبر من نظيره الجدولي (9.49) فإذا توجد علاقة بين

المستوى التعليمي للأم و المتابعة الصحية وهذا بنسبة ثقة 95%.

-الجدول رقم(14): توزيع نوع الرضاعة حسب المستوى التعليمي :

المجموع	نوع الرضاعة					طبيعية	
	النسبة	مختلطة	النسبة	إصطناعية	النسبة		
9	33,3	3	0,0	0	66,7	6	بدون مستوى
11	0,0	0	0,0	0	100,0	11	إبتدائي
23	17,4	4	13,0	3	69,6	16	متوسط
39	15,4	6	5,1	2	79,5	31	ثانوي
32	15,6	5	9,4	3	75,0	24	جامعي
114	15,8	18	7,0	8	77,2	88	المجموع

الشكل رقم 11: توزيع نوع الرضاعة على المستوى التعليمي



يشير الجدول إلى نمط الرضاعة الطبيعية يرتفع بارتفاع المستوى التعليمي , حيث أن الأمهات الأميات ترضعن أطفالهن رضاعة طبيعية بنسبة تقدر بـ 6.8 % و ترتفع في الرضاعة المختلطة بنسبة 16.7 % أما الرضاعة الاصطناعية فلم تسجل أي حالة

أما الأمهات ذوات المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة 12.5 % يرضعن أطفالهن طبيعيا أما الاصطناعية و المختلطة فلم تسجل أي حالة.

أما المستوى التعليمي المتوسط فأكثر, نجد نسبة عالية من الأمهات يستعملن النمط الأول (الرضاعة الطبيعية) بأعلى نسبة عند المستوى الثانوي (31 من 88) مقدرة بـ 35.2 % تليها نسبة 37.5 % بالنسبة للرضاعة الاصطناعية عبرت عن ذلك (3 من 8). أما الرضاعة المختلطة فترتفع عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي بنسبة 33.3 % و أدنى مستوياتها عند اللواتي ينعمن عندهن المستوى التعليمي أما ذوات المستوى الابتدائي فلا يمثلن أي امرأة في هذا النوع من الرضاعة .

ومنه نستطيع القول أن الأمهات ذوي المستوى التعليمي الضعيف (أمية + ابتدائية) تعتبر أكثر ارتباطا بالقيم و العادات و التقاليد . ذلك يتبين من خلال عدم استعمالهن للرضاعة الاصطناعية و المختلطة و ارتباطهن بالرضاعة الطبيعية . و كذلك ذوات المستوى التعليمي العالي أكثر و عيا بصحة الأم و الطفل لهذا نجدهن أكثر تمسكا بالرضاعة الطبيعية على عكس

الرضاعة الاصطناعية و المختلطة . أيضا هن وراعيات بأن الطفل عندما يصل إلى أشهر معينة تصبح الرضاعة الطبيعية غير كافية لتتنقل الفيتامينات و البروتينات .

كما تبين أن هناك حوالي 72.8 % من الأمهات ترضعن أطفالهن في الساعات الأولى من الولادة مقابل 25.4 % لا ترضعن في الساعات الأولى بإضافة إلى أن متوسط طول فترة الرضاعة هو 01 , 18 شهر و هذا يدل على انخفاض مدة الرضاعة تدريجيا لأنه حل محلها الحليب الاصطناعي .

كما اوضحت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002 أغلبية الأمهات ترضعن أطفالهن طبيعيا في الجزائر , و أن حوالي 60% من الأطفال بدؤوا الرضاعة خلال الست (6) ساعات الأولى من الحياة .

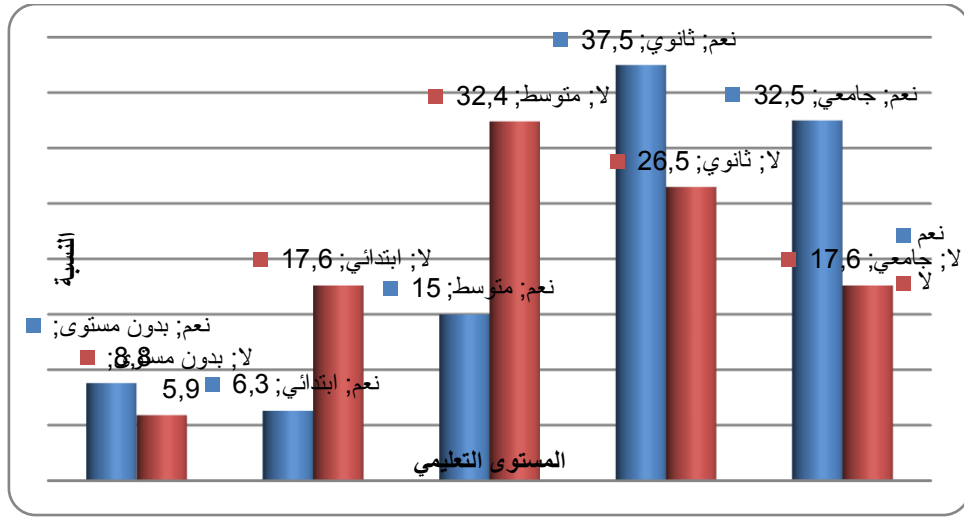
كما لاحظنا أن أكثر من نصف الأمهات المستجوبات لا يرغبن في الإنجاب بنسبة 53.5 % مقابل 46.5 % من الأمهات يرغبن في الإنجاب مستقبلا , و يرجع سبب عدم الرغبة في الإنجاب حسب تصريحاتهن إلى غلاء المعيشة , و عدم القدرة على تلبية حاجات أفراد الأسرة , و الاكتفاء بطفلين أو ثلاث كأكبر حد .

كما يعتبر ارتفاع عدم الرغبة في الإنجاب عند الأمهات ذوات المستوى الثانوي و الجامعي بانخفاض المستوى التعليمي . أما بالنسبة للوأي ينوين الإنجاب نجد أن سبب في ذلك هو رغبة إنجاب أطفال أحرين لتعويض الطفل المتوفي إن وجد أو إضافة أخ آخر إذا كانت لديها بنت من قبل أو العكس بنت أخرى إذا كان لديها ذكر . فنجد الرغبة في الإنجاب عند الأمهات المتعلّعات أكثر و ربما يرجع سبب ذلك إلى تأخرهن في الزواج بسبب التحصيل العلمي حيث ارتفع متوسط السن عند الزواج و تجاوز 22 سنة في عينة الدراسة معظمهن أنهن تعليمهن وهن متزوجات هذا ما قد يؤخر الإنجاب عندهن عكس غير المتعلّعات.

الجدول رقم (15): توزيع استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي :

المجموع	إستعمال وسائل منع الحمل				
	نعم	النسبة	لا	النسبة	
بدون مستوى	7	8,8	2	5,9	9
ابتدائي	5	6,3	6	17,6	11
متوسط	12	15,0	11	32,4	23
ثانوي	30	37,5	9	26,5	39
جامعي	26	32,5	6	17,6	32
المجموع	80	100,0	34	100,0	114

الشكل رقم(12): توزيع استعمال وسائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي



إن عامل التعليم للأمهات يلعب دورا هاما في تحديد عملية الإنجاب إذا توصلنا من خلال نتائج البحث أن أعلى نسبة للمبحوثات اللواتي لا يستعملن أي وسيلة لمنع الحمل هن ذوات المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 32.4% تليها المستوى الابتدائي و الجامعي بنفس النسبة المقدرة بـ 17.6 % و أدنى نسبة عند ذوات المستوى التعليمي المنعدم (بدون مستوى) بنسبة 5.9 % .

و قد تبين من خلال نتائج الدراسة أن معظم الأمهات اللواتي يرفضن استعمال وسائل منع الحمل بمحض إرادتهن و ليس لدى فقط من الضغوط الاجتماعية المحيط الأسري و الزوج . و يمكن حصر أسباب رفض استعمال وسائل منع الحمل إلى العوامل التالية:

- 1- الرغبة في الإنجاب لأن معظم الأمهات الراضات يردن إنجاب أطفال من جديد .
- 2- العامل الطبي : صرحت مجموعة من المبحوثات عدم قبولهن استعمال وسائل منع الحمل لمشاكل صحية.
- 3- و هو السن المتأخر بالنسبة للواتي وصلنا إلى سن اليأس كما يسمى عند الأطباء و يمثل الفئة (45-49) سنة , فإنهن لا يستعملن وسائل منع الحمل .

أما عن الأمهات اللواتي يعتبرن أن وسائل منع الحمل هي وسيلة ناجحة في تنظيم الأسرة و التباعد بين الولادات فقدرت أعلى نسبة عند المستويين الثانوي و الجامعي مقدرة بـ 37.5% و 32.5% على التوالي و تنخفض النسبة تدريجيا كلما انخفض المستوى التعليمي و أدنى نسبة تمثلها ذوات المستوى الابتدائي مقدرة بـ 6.3% .

تنقسم وسائل منع الحمل إلى عدة تقسيمات منها من قسمها إلى دوائية و ميكانيكية و منها من قسمها إلى طبيعية و كيميائية و منها من قسمها إلى تقليدية و حديثة و قد اعتمدنا على التقسيم الأخير في هذا البحث حيث تبين أن هنالك 57% من الأمهات المبحوثات يستعملن الوسائل الحديثة المتمثلة في الحبوب بنسبة 44.7% , اللولب بنسبة 11.4% و الإبر بنسبة 0.9% في حين صرحت مجموعة من الأمهات أنهن يستعملن الواقي الذكري , و كوسيلة لمنع الحمل خاصة بالرجل حيث تعتبر الحبوب أكثر الوسائل استعمالا لدى المبحوثات كونها الوحيدة التي تمثل نسبة عالية مقارنة مع الوسائل الأخرى و رغم فعاليتها إلا أنها قد تؤدي إلى انعكاسات سلبية على صحة الأم هذا ما يؤدي إلى لجوء بعضهن إلى الوسائل الأخرى .

كما تبين كذلك أن الطرق التقليدية لمنع الحمل مازالت سارية المفعول في وقتنا الحالي ولو بنسبة قليلة جدا حيث كانت أعلى نسبة عند الرضاعة مقدرة بـ 5.3% تليها طريقة العزل بـ 3.5% ثم الحساب 0.9% و وسائل أخرى كالقذف الخارجي ... بنسبة 1.8% .

حسب المبحوثات اللواتي يستخدمن الطرق التقليدية قالوا بأن الطرق الحديثة تعتبر صعبة و معقدة , و قد تؤدي إلى نتائج سلبية على صحة الأم .

ويتضح من خلال الجدول أن الغرض من استعمال وسائل مناعة الحمل يرجع إما للتباعد الولادات أو تعطيل الولادة و أسباب ذلك تختلف من مبحوثة إلى أخرى فمنها ما يعود لأسباب اجتماعية و أخرى صحية و يمكن تلخيص هذه الأسباب في :

- تفضيل بين الذكر و الأنثى في الإنجاب و الرغبة في إنجاب جنس دون آخر .
- من أجل صحة الأم .

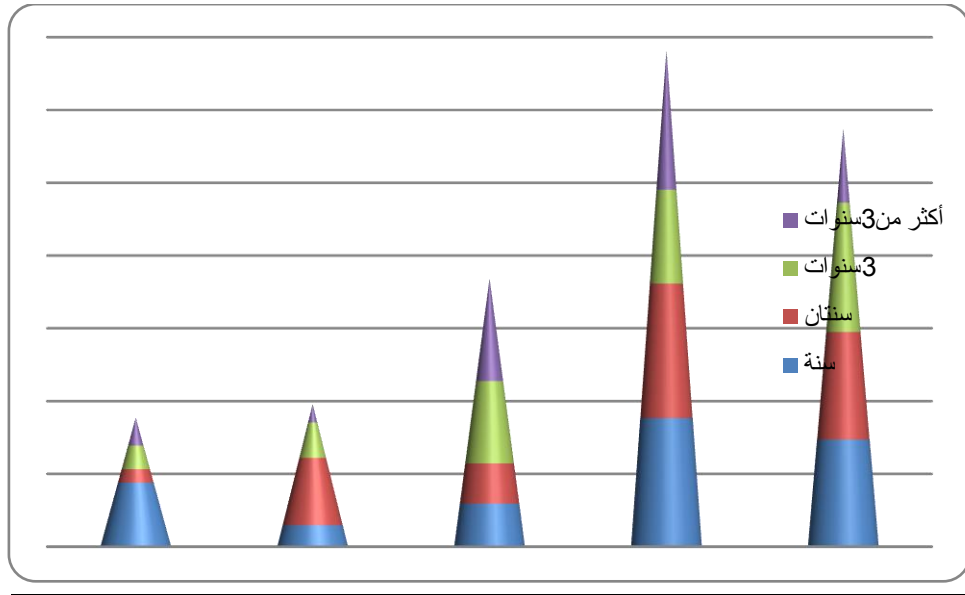
وهناك من تستعمل وسائل منع الحمل من أجل التحديد و السبب ذلك يعود إلى :

- عدم الرغبة في الإنجاب , وهذا ما أدلت به معظم المبحوثات لأن لديهن الكفاية من الأطفال .
- السن حيث غالبا ما تنوي المرأة أن تتوقف عن الإنجاب بسبب كبر سنها. فقد لوحظ أن أغلبية الأمهات مهتمات بهذا الأمر من المتعلمات ذوي المستوى التعليمي الثانوي و العالي و هنا يبرز أثر التعليم في تغير موقف المرأة و أفكارها المتعلقة بمختلف مجالات الحياة إذ ثبت علميا أنه كلما تقدمت المرأة في السن , كلما شكل الإنجاب خطورة عالية على صحة الأم و الجنين خاصة , و كذلك ترجع لأسباب صحية التي تعتبر من العوامل الرئيسية المؤثرة في عملية تحديد النسل , وقد ترغب المرأة في الإنجاب و لكن ظروفها الصحية لا تسمح

الجدول رقم (16) : توزيع تباعد سنوات الولادة حسب المستوى التعليمي :

تباعد سنوات الولادة								
سنة	النسبة	سنتان	النسبة	3سنوات	النسبة	أكثر من3سنوات	النسبة	المجموع
3	17,6	1	3,7	2	6,5	3	7,7	9
1	5,9	5	18,5	3	9,7	2	5,1	11
2	11,8	3	11,1	7	22,6	11	28,2	23
6	35,3	10	37,0	8	25,8	15	38,5	39
5	29,4	8	29,6	11	35,5	8	20,5	32
17	100	27	100	31	100	39	100,0	114

الشكل رقم(13): توزيع تباعد سنوات الولادة حسب المستوى التعليمي :



يبين الجدول أن للمستوى التعليمي أثر كبير في تباعد العمر بين الأبناء حيث قدرت نسبة اللواتي مدة التباعد بين أبناءهن سنة واحدة 35.5 % للأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي و 29.4 % لذوات المستوى الجامعي و تنخفض تدريجياً لتبلغ نسبة 5.9 % لذوات المستوى التعليمي الابتدائي .

أما فيما يخص مدو سنتين فقد تبين أن أعلى نسبة قدرت عند الأمهات ذوات المستوى التعليمي الثانوي بـ 37 % تليها ذوات المستوى التعليمي العالي بنسبة 29.6 % و تأخذ في الانخفاض لتصل لنسبة 3.7 % لذوات المستوى التعليمي المنعدم .

تبين أن المستوى التعليمي الجامعي أعلى نسبة مقدرة بـ 35.5 % في مدة المباشرة بين الولادة و المتمثلة في 3 سنوات يليه المستوى الثانوي بنسبة 25.8 % أي أن ينتقل تدريجياً بانخفاض إلى أن يصل إلى 6.5 % اللواتي لم تحصلن على أي قسط من التعليم .

يمثل المستوى الثانوي أعلى نسبة من حيث المباشرة بين الولادة لأكثر من 3 سنوات بنسبة 38.5 % يليه المتوسط و الجامعي بنسبة 28.2 % , 20.59 % على التوالي ليأخذ أدنى مستوى له بنسبة 7.7 % لذوات المستوى التعليمي الابتدائي .

ومنه يمكن أن نستنتج أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات ارتفعت بذلك مدة سنوات المباشرة بين الولادات لأن ارتفاع المستوى التعليمي يؤدي المرأة بالضرورة إلى العمل و لهذا لا تستطيع قادرة على الإنجاب كل سنة و ظروفها الحالية و المهنية هي التي تحدد لها عدد الأطفال المحدد و المدة الزمنية المعتبرة بين كل مولود و آخر . و بهذا تكون العلاقة بين المستوى التعليمي و المدة الزمنية اللازمة للتباعد بين الولادات علاقة طردية لأن هذه الأخيرة تعتبر علامات التحضر .

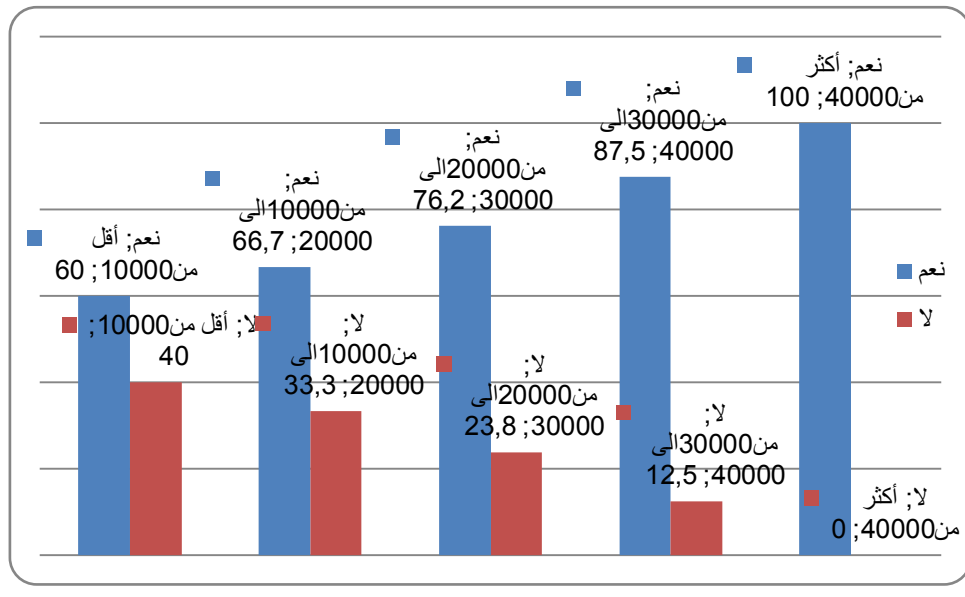
3. تحليل ومناقشة الفرضية الجزئية الثانية:

الجدول رقم (17): توزيع المتابعة الصحية حسب الدخل الشهري للزوج :

المتابعة الصحية

الدخل الشهري	نعم	النسبة	لا	النسبة	المجموع
أقل من 10000	3	60	2	40	5
من 10000 إلى 20000	16	66,7	8	33,3	24
من 20000 إلى 30000	16	76,2	5	23,8	21
من 30000 إلى 40000	21	87,5	3	12,5	24
أكثر من 40000	21	100	0	0	21
المجموع	77	81,1	18	18,9	95

الشكل رقم (14): توزيع المتابعة الصحية حسب الدخل الشهري للزوج



من خلال الجدول يتضح أن معظم المبحوثات تابعن حملهن في المصالح الصحية و ذلك بنسبة 81.05 % مقابل اللواتي لم يتابعن حملهن فقدرت نسبتهن بـ 18.94 % و لقد ربطنا الدخل الشهري كمتغير و المتابعة الصحية للأمهات أثناء فترة الحمل , فوجدنا أنه يوجد علاقة بين الدخل الشهري و المتابعة الصحية . بحيث تنتقل النسبة من 3.9 % عند اللواتي دخلهن الشهري اقل من 10000 دج ثم تعود إلى ارتفاع الحل الشهري الذي ينتمي إلى الفئة من 10000 دج إلى 20000 دج و الفئة من 20000 دج إلى 30000 دج بنفس النسبة المقدرة بـ 20.8 % ثم تواصل الارتفاع إلى أن تصل نسبة 27.3 % في الفئتين من 30000 إلى 40000 و أكثر من 40000 دج .

أما الأمهات اللواتي لم تتابعن حملهن أثناء فترة الحمل في المصالح الصحية حيث يشير الجدول إلى انخفاض نسبة المتابعة عند النساء المنتميات لفئة اقل من 10000 دج بنسبة 11.1 % ثم تأخذ في الارتفاع تدريجيا بدأ من الأمهات المنتميات لفئة الدخل الشهري من 30000 دج إلى 40000 دج بنسبة 16.7 % إلى أن تصل النسبة أعلى مستوياتها في الفئة من 10000 دج إلى 20000 دج و تبلغ 44.4 %

أما بالنسبة لفئة الدخل الشهري أكثر من 40000 دج فكل الأمهات المنتميات إليها يتابعن صحة حملهن.

تجدر الإشارة إلى أن الأمهات اللاتي لم تتابعن حملهن يرجع السبب في ذلك حسب تصريح بعضهن إلى الظروف المالية الصحية و في هذا الصدد تشير نتائج الدراسة أن الظروف الاجتماعية و ثقافة المجتمع التقليدي هي الأخرى لها نصيب في ذلك , إذ صرحت لنا إحدى المبحوثات نظرا للظروف العائلية التي لا تمكنها من الخروج من البيت بمفردها للقيام بالمتابعة الصحية لأن تقليد الأسرة تفرض على المرأة عدم الخروج إلا مع أحد أفراد العائلة أو زوجها فقط بالإضافة إلى أنها تقطن في منطقة ريفية.

جدول رقم(18): قيمة كاي مربع

Tests du Khi-deux

	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	10,559 ^a	4	,032
Rapport de vraisemblance	13,817	4	,008
Nombre d'observations valides	95		

إتخاذ القرار:

عند مستوى الدلالة 5% ودرجة الحرية 4 نجد أن كاي تربيع الجدولي =9.48 بما أن كاي تربيع المحسوب (10.55) أكبر من نظيره الجدولي (9.48) فإنه توجد هناك علاقة بين الدخل الشهري للزوج و المتابعة الصحية.

جدول رقم(19): قيمة المعامل كرامر:

	Valeur	Signification approximée
Nominal par Nominal Phi	,333	,032
V de Cramer	,333	,032
Nombre d'observations valides	95	

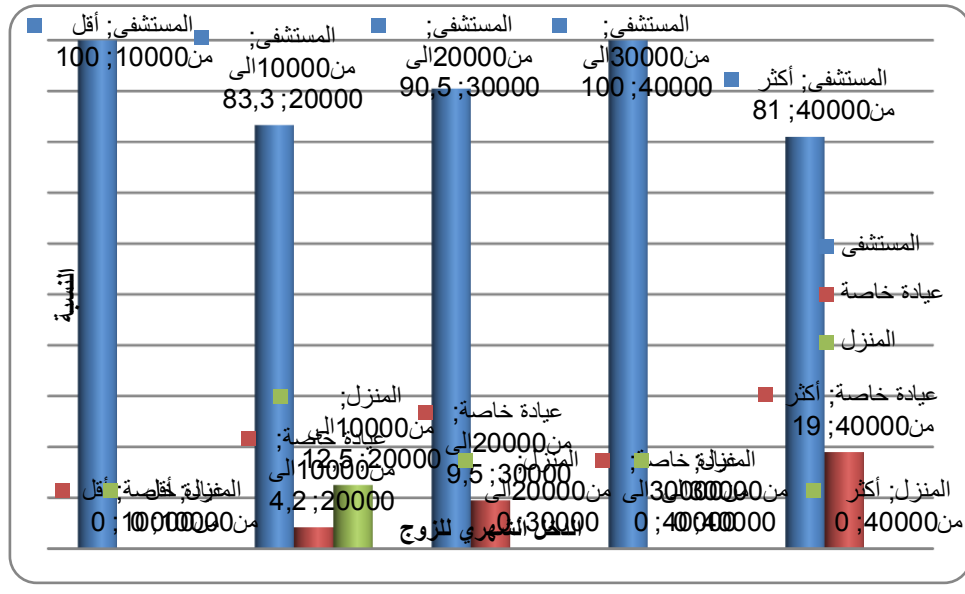
بما أن قيمة كرامر هي 0.33 فإن العلاقة طردية بقوة إرتباط متوسط بين الدخل الشهري والمتابعة الصحية.

نستنتج من خلال هذا الجدول أن الظروف المالية الصحية و الظروف المعيشية هي التي تترك الأمهات لا يتبعن حملهن.

الجدول رقم (20): توزيع المتابعة الصحية حسب الدخل الشهري للزوج و مكان الولادة :

الدخل الشهري	مكان الولادة						المجموع
	المستشفى	النسبة	عيادة خاصة	النسبة	المنزل	النسبة	
أقل من 10000	5	100,0	0	0,0	0	0,0	5
من 10000 إلى 20000	20	83,3	1	4,2	3	12,5	24
من 20000 إلى 30000	19	90,5	2	9,5	0	0,0	21
من 30000 إلى 40000	24	100,0	0	0,0	0	0,0	24
أكثر من 40000	17	81,0	4	19,0	0	0,0	21
المجموع	85	89,5	7	7,4	3	3,2	95

الشكل رقم (15): توزيع المتابعة الصحية حسب الدخل الشهري للزوج و مكان الولادة :



يتبين لنا من خلال الجدول أن هناك علاقة طردية ما بين الدخل الشهري للزوج و مكان الولادة , حيث يتضح أنه كلما انخفض الدخل الشهري تلجأ الأمهات إلى المستشفى , وكلما ارتفع الدخل الشهري تلجأ الأمهات إلى العيادات الخاصة و العمومية .

إذ نجد أن هناك 28.2 % من الأمهات ذوي الدخل من 30000 دج إلى 40000 دج يلدن في المستشفى وهي أكبر نسبة . تليها فئة ذوي الدخل الشهري من 10000 دج إلى 20000 دج بنسبة 23.5 % لتصل لأدنى مستوياتها و تبلغ 5.9 % عند فئة الدخل أقل من 10000 دج . بالإضافة إلى هذا نجد ذوي الدخل أكثر 40000 دج هي أكثر نسبة عند الأمهات اللواتي وضعن مولودهن في العيادات الخاصة بنسبة 57.1 % ثم تنخفض هذه النسبة بانخفاض الدخل الشهري لتمثل الفئتين من 20000 دج إلى 30000 دج ومن 10000 دج إلى 20000 دج بنسب قدرت بـ 28.6 % و 14.3 % على التوالي . أما بالنسبة للولادات في المنزل فتمثله فئة واحدة من الدخل الشهري و هي من 10000 دج إلى 20000 دج بنسبة قدرت بـ 12.5 % بت (3 من 95) .

و يمكن تفسير لجوء هؤلاء الأمهات إلى المستشفيات عوضا من العيادات الخاصة إلى الظروف المالية الصعبة أي انخفاض الراتب الشهري لأزواجهن من ناحية وكذا مجانية العلاج في القطاع الصحي من جهة أخرى .

رغم كل هذا فإن بعض الأمهات صرحوا بأنهن واجهوا مشاكل أثناء عملية الوضع منها صعوبة الولادة , تمزق في الرحم , ارتفاع ضغط الدم بصفة مفاجئة , نزيف , كبر حجم الجنين , صعوبة في فتح عنق الرحم بالإضافة إلى فقدان سائل أبيض قبل الوضع ب 25 يوم زد على ذلك في الولادة الطبيعية عدم خروج الجنين فاضطرت المرأة إلى القيصرية و قد صرحت مجموعة من الأمهات إلى عدم الرعاية الجيدة من طرف القابلة و إهمال الممرضات المناوبات و عن الفرق بين ولادة الذكر و ولادة الأنثى فقد أجمعت الأمهات على أن في الذكر يكون الألم مستمر أما في الأنثى يكون الألم متقطع وبهذا تكون ولادة الأنثى أسهل .

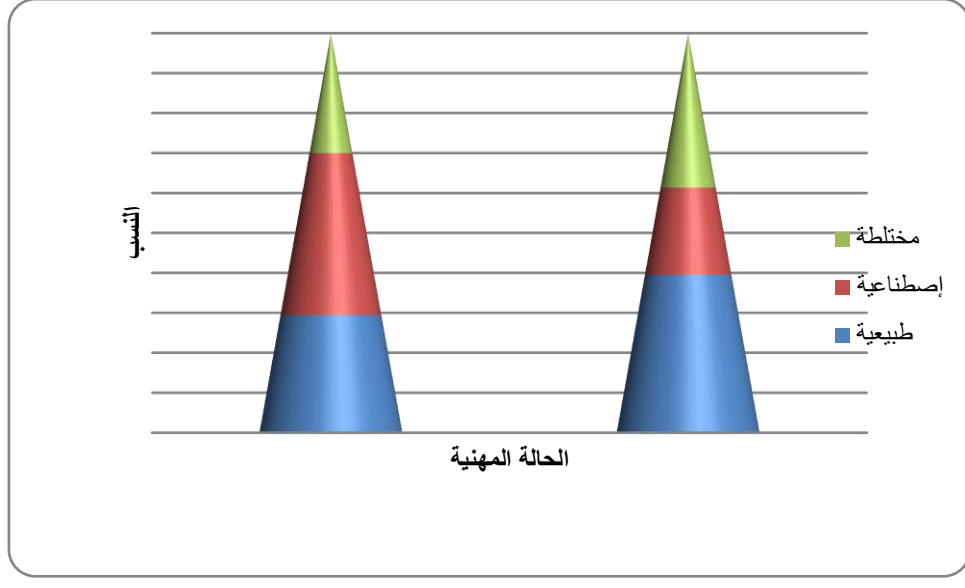
وعن الفرق بين ولادة الذكر و ولادة الأنثى فهناك الأغلبية الساحقة تقول بأنه لا يوجد فرق بنسبة 64 % أما نسبة اللواتي وجدوا أن هناك فرق بين ولادة الذكر و ولادة الأنثى فقدت نسبتها ب 21.1 % و أجمعت الأمهات على أن في الذكر يكون الألم مستمر و حاد جدا أما في الأنثى يكون الألم متقطع و ميسر نوعا ما إلا أن (2 من 24) اللواتي قلن أن هناك فرق في الولادة صرحوا عكس نظيراتهم .

أما ما يفوق نسبة 14.9 % من الأمهات أي ما يمثلن (17 من 114) من المبحوثات لم يكن لديهن أي رأي عن الفرق في ولادة الذكر و الأنثى وسبب ذلك هو أن كل مبحوثة إما أن يكون كل أطفالها ذكور فلم تجرب ولادة الأنثى أو العكس كل أطفالها إناث فلم تجري ولادة الذكر لهذا تعسرت عليهن الإجابة.

الجدول رقم(21):توزيع المتابعة الصحية حسب الحالة المهنية للمرأة و نوع الرضاعة :

المجموع	نوع الرضاعة					
	طبيعية	النسب	إصطناعية	النسب	مختلطة	النسب
عاملة	48	54,5	6	75	10	55,6
مأكنة في البيت	40	45,5	2	25	8	44,4
المجموع	88	100	8	100	18	100

الشكل رقم(16):توزيع المتابعة الصحية حسب الحالة المهنية للمرأة و نوع الرضاعة



من خلال نتائج الدراسة ربط الحالة المهنية للام و نوعية الرضاعة ففي الأول تبين من خلال الجدول أن الرضاعة الطبيعية أقل استعمالا عند الأمهات المكثات في البيت بنسبة 45.5 % عن الأمهات العاملات و المقدرة بنسبة 54.5 % و قد يعود سبب ذلك إلى أن (64 من 1144) من مبحوثات العينة عاملات أي بنسبة 56.14 % .

أما نمط الرضاعة الاصطناعية فنجد أكبر نسبة عند الأمهات العاملات حيث قدرت بـ 75% بالمقابل نجد نسب أقل عند الأمهات اللواتي لا يمارسن أي نشاط مهني حيث قدرت بـ 25 % ومن العوامل المفسرة لذلك أن الأمهات العاملات عند نهاية عطلة الأمومة يتوجهن إلى الرضاعة الاصطناعية لأن الأمهات عند عودتهن إلى المنزل تكون مرهقة نظرا لعملها طيلة اليوم , و لأنهن لا يمكن الوقت الكافي لتأدية هذا النوع من الرضاعة (الطبيعية) , فعند عودتها إلى المنزل يجب أن تر على حاجيات زوجها في كل شيء حتى لو كان ذلك على حساب نفسها .

و نجد الرضاعة المختلطة أكثر استعمالا عند الأمهات اللواتي يمارسن نشاط مهني , حيث قدرت بـ 55.6 % و هذا راجع لتعب المرأة أو الأم عند عودتها المنزل فهي لا تعوض الرضاعة الضائعة و يمكن بالإضافة إلى سبب آخر هو قصر عطلة الأمومة , و بعد مكان العمل عن المنزل , فحث إذا أعطيت لها رخصة للخروج ساعتين في اليوم لكي ترضع صغيرها فهي غير كافية و هذا بسبب عدم توفر وسائل النقل , و بالمقابل نجد نسبة ضئيلة عند الأمهات اللواتي لا يمارسن نشاط مهني فقدرت بـ 44.4 % . و لا نستطيع تنافي تلك النسب في نمط الرضاعة الاصطناعية و المختلطة عند الأمهات اللواتي لا يمارسن أي نشاط مهني يرجع ذلك إلى الأسباب الصحية و النفسية , و ذلك حسب تصريحات بعض الأمهات المبحوثات و يمكننا أن نظيف دلالة أخرى توصلنا إليها من خلال البحث و القابلات مع الأمهات , هو أن الطفل الذي يرضع من الثدي يقيد الأم و لا تكون لها فرصة للخروج بحرية , و أيضا لا تعرف وقت الراحة بسبب الطلب المستمر للإرضاع خاصة في الشهور الأولى من الحياة .

نستنتج أن المستوى التعليمي للأمهات يمنح لهن الفرصة للعمل , و أن جل الأمهات بعد عطلة الأمومة , يتوجهن إلى الرضاعة الاصطناعية و الرضاعة المختلطة , بمعنى إعطائهن للحليب الطبيعي متواجد بنسبة ضئيلة رغم أنهن يدركن أن للرضاعة الطبيعية محاسن و فوائد صحية كبيرة .

فكون الأم تعمل خارج البيت , أدى هذا إلى تعويض حليب الأم بالحليب الاصطناعي , لأن عند عودتها إلى المنزل تكون مرهقة نظرا لعملها طيلة اليوم , و المرأة العاملة لا تملك الوقت الكافي لتأدية واجبها اتجاه رضيعها , و هذا يؤدي إلى نقص مدة الرضاعة و تقليلها إلى النصف أو أقل .

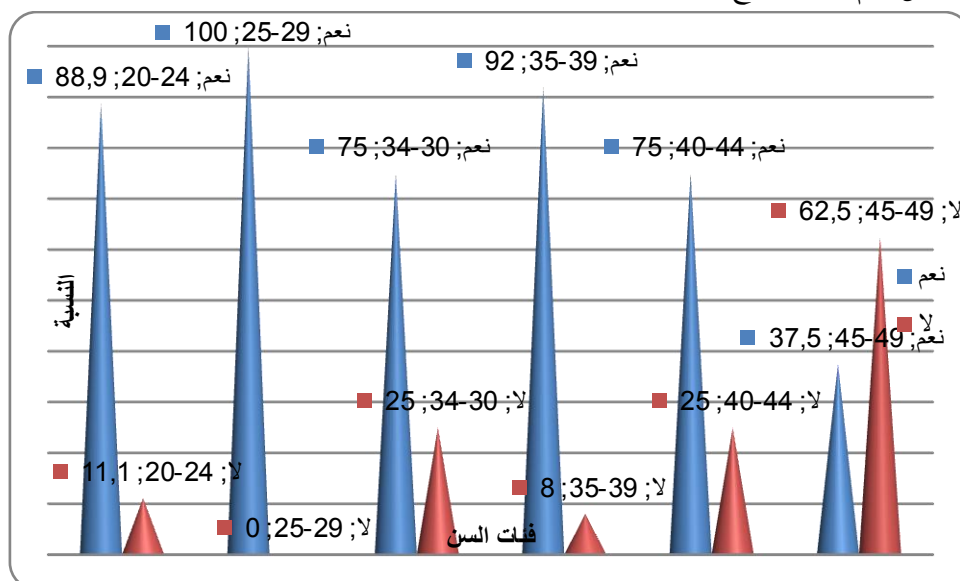
أما الأمهات الماكثات بالبيت لا تمارسن كلهن الرضاعة الطبيعية بل تلجأ إلى الرضاعة الاصطناعية , و هذا نظرا لوجود عوامل نفسية و اجتماعية و مرضية تؤدي بالأم إلى استعمال بدائل لحليبها.

4. تحليل و مناقشة الفرضية الجزئية الثالثة:

الجدول رقم(22) : توزيع المتابعة الصحية للأمهات حسب الفئات العمرية :

الفئة العمرية	المتابعة الصحية			المجموع
	نعم	النسبة	لا	النسبة
24-20	8	88,9	1	11,1
29-25	24	100	0	0
30-34	24	75	8	25
39-35	23	92	2	8
44-40	12	75	4	25
49-45	3	37,5	5	62,5
المجموع	94		20	114

الشكل رقم(17): توزيع المتابعة الصحية للأمهات حسب الفئات العمرية



يظهر المنحنى البياني المحدد لتأثير سن الأمهات المبحوثات على عملية المتابعة الصحية للحمل و المستخرج من الجدول (22) إن الأمهات يمتلكن خبرة في متابعة حملهن على العموم حيث أنها تنطلق من 25.5 % عند الأمهات اللواتي ينتمين إلى الفئة العمرية (29-25) و (34-30) ثم تبدأ في الانخفاض تدريجيا ابتداء من الفئة العمرية (35-39) بنسبة قدرت بـ 24.5 % ثم الفئة العمرية (40-44) المقدرة نسبتها 12.8 % إلى أن تصل أدناها بنسبة 3.2 % عند أمهات الفئة العمرية (49-45) حيث يرجع انخفاض المتابعة تدريجيا كلما ارتفع سن الأمهات هو الخبرة الكافية التي يمتلكها كبرياء السن من الأمهات.

أما الأمهات اللواتي أجنبن بدون متابعة صحية للحمل قدرت نسبتهن بـ 40 % عند الفئة (30-34) سنة ثم تنخفض تدريجيا لتصل إلى حدود 5 % عند الفئة العمرية (20-24) سنة و هذا راجع لنقص الخبرة و التجربة المتعلقة بالحمل.

دراسة إستدلالية للفرضية3:

جدول رقم(23): نتيجة إختباركرامر:

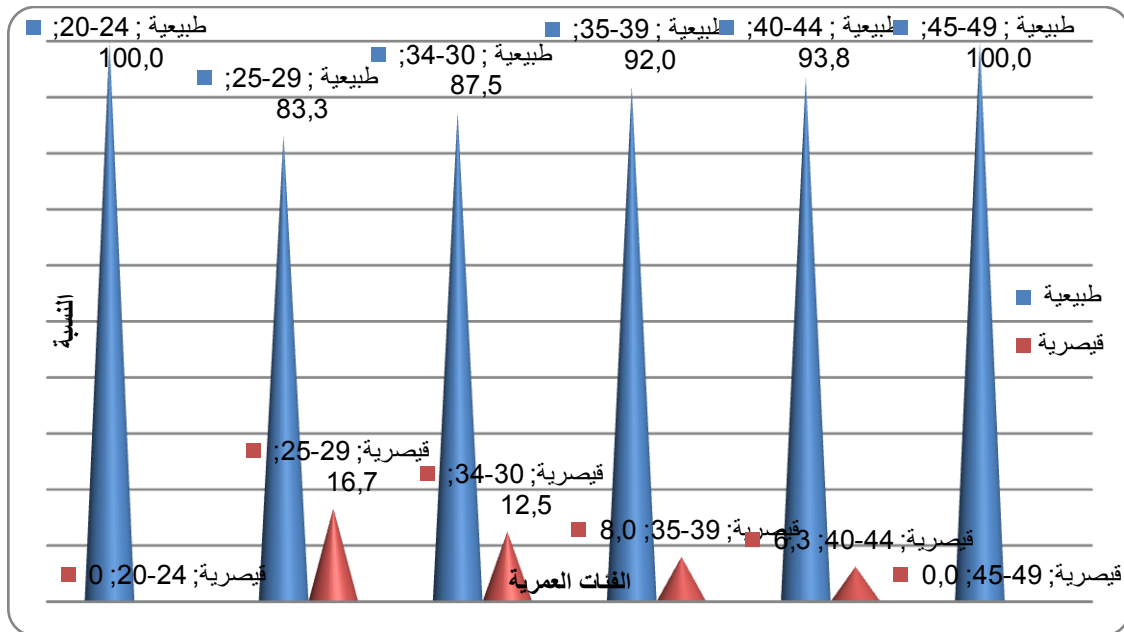
مستوى المعنوية	نتيجة إختباركرامر		
0,001	0,4184296	Phi	قيمة كاي مربع
0,001	0,4184296	V de Cramer	قيمة كرامر
	114		مجموع العينة

بما أن قيمة إختباركرامر تقدر ب0.41 فإن العلاقة ذات إرتباط متوسط بين الفئات العمرية للأمهات و المتابعة الصحية.

الجدول رقم(24):توزيع المتابعة الصحية حسب سن الأمهات و نوع الولادة:

الفئة العمرية	نوع الولادة				المجموع
	طبيعية	النسبة	قيصرية	النسبة	
24-20	9	100,0	0	0	9
29-25	20	83,3	4	16,7	24
30-34	28	87,5	4	12,5	32
39-35	23	92,0	2	8,0	25
44-40	15	93,8	1	6,3	16
49-45	8	100,0	0	0,0	8
المجموع	103	100	11	100	114

الشكل (18):توزيع نوع الولادة حسب الفئات العمرية للأمهات:



يوضح الجدول المقابل أن معظم الولادات كانت طبيعية بنسبة 90.4 % و قد قدرت أكبر نسبة ب 27.2 % عند الأمهات اللواتي ينتمين الفئة العمرية (34-30) تليها الفئة (35-39) بنسبة 22.3 % لتواصل انخفاضها تدريجيا ما بين فئات الأعمار إلى أن تصل إلى 7.8 % في الفئة العمرية (49-45) هذا ما يقابله 9.6 % من الأمهات اللواتي تم توليدهن بعمليات قيصرية متركزة بالدرجة الأولى في الفئتين العمريتين (29-25) و (34-30) سنة و ذلك بنسبة 36.4 % تليهما

الفئة (35-39) سنة بنسبة 18.2% و ينعدم هذا النوع من الولادة عند الفئتين العمريتين الحديتين الأولى 20-24 سنة و الأخيرة 45-49 سنة

و هناك ما يقارب نسبة 93 % ولادات تمت في الموعد أي بعد 9 أشهر من الحمل و 4.4 % ولادات تمت قبل الموعد منها مناسبة 3.5 % قبل الموعد بشهر واحد و 0.9 % قبل الموعد بشهرين . أما عن الولادات التي تمت بعد الموعد فهي تقدر بـ 2.6 % و هي بعد الموعد بشهر واحد فقط .

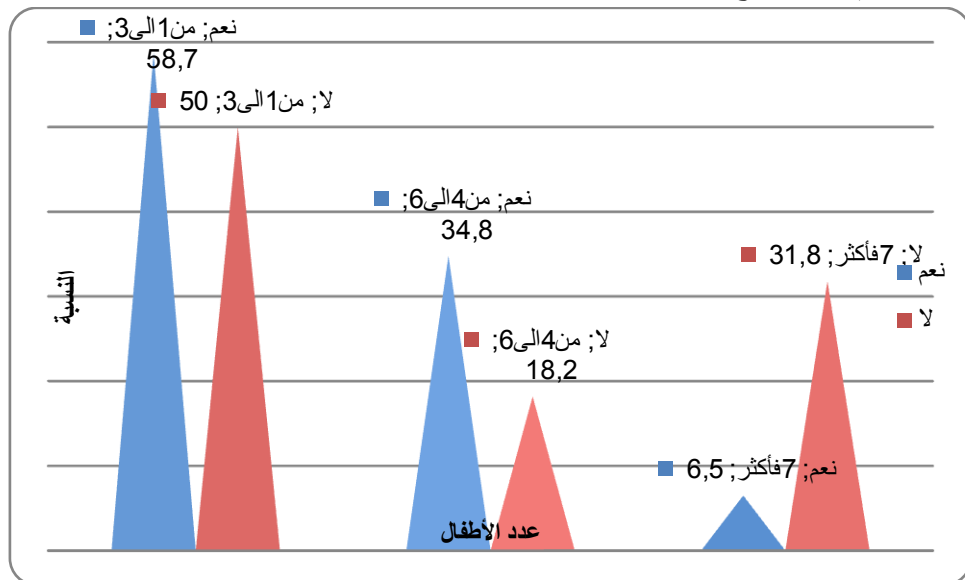
هناك 20.2 % من الأمهات المنجبات واجهن مشاكل أثناء عملية الوضع ما يقابله 78.9 % من المستويات لم تواجه أي مشكل أثناء الوضع ربما يرجع إجراء هذا النوع من الولادة عند تعسر خروج الجنين أو حدوث مضاعفات أخرى أثناء الولادة ما يضطر القابلة أو الممرضة إلى إجراء عملية قيصرية للام . و قد يرجع سبب تعسر خروج الجنين إلى الإرهاق الذي تواجهه الأم في حياتها اليومية سواء كان سبب العمل أو غيره داخل البيت أو خارجه

أما عن انعدام هذا النوع من الولادات عند الأمهات (45-49) سنة فقد يكون كثرة مرات الولادة بالإضافة إلى إن معظم الأمهات لا ينجبن أطفال في مثل هذا السن و كانت معظم الولادات القيصرية هي عبارة عن ولادة أولى للام هذا ما قد يعرضها للخوف من الإنجاب و بالتالي التباعد الكبير في السن ما بين أطفالهن . حيث أن المدة القانونية الطبيعية بعد كل ولادة قيصرية هي أكثر من 03 سنوات حتى تستطيع المرأة استعادة صحتها و قوتها و الإنجاب من جديد و هذا دليل على مراعاة الظروف الطبيعية و الصحة للمرأة و العناية بالطفل

الجدول رقم(25):توزيع المتابعة الصحية حسب عددالأطفال :

عدد الأطفال	المتابعة الصحية				المجموع
	نعم	النسبة	لا	النسبة	
من 1 إلى 3	54	58,7	11	50	65
من 4 إلى 6	32	34,8	4	18,2	36
7 فأكثر	6	6,5	7	31,8	13
المجموع	92	100	22	100	114

الشكل رقم(19): توزيع المتابعة الصحية حسب عددالأطفال



يتجلى لنا من خلال الجدول أن الاتجاه العام متجه نحو المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل وعدد أطفالهن يتجه نحو المتابعة بنسبة 58.7 % تركزت عند الأمهات اللواتي لديهن من طفل إلى 3 أطفال , تليها الأمهات اللاتي لديهن من 4 إلى 6 أطفال متابعة صحية بنسبة 34.8 % ثم نسبة تقدر بـ 6.5 % كأدنى نسبة تمثلها الأمهات اللواتي تابعن حملهن طبيا و لديهن 7 أطفال فأكثر .

كما يوضح نفس الجدول أن 50 % من المبحوثات لم يتابعن حملهن طبيا و لديهن من طفل واحد إلى 3 أطفال ثم تبدأ النسبة في الانخفاض تدريجيا حيث تقدر بـ 31.8 % عند الأمهات اللواتي لم يتابعن حملهن طبيا أثناء فترة الحمل و اللواتي لديهن أكثر من 7 أطفال , و أدنى نسبة مثله الأمهات اللواتي ينحصر عدد أطفالهن بين 4 و 6 أطفال بنسبة مقدرة بـ 18.2 % .

إذا نستنتج أن هناك علاقة طردية بين المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل و عدد أطفالهن , حيث كلما زاد عدد الأطفال انخفضت المتابعة من طرف الأمهات , أما بالنسبة للعلاقة بين عدم المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل و عدد أطفالهن فنجدها عكسية , أي كلما انخفض عدد الأطفال للأمهات , كلما زادت المتابعة الصحية أثناء الحمل للأمهات المستجوبات . و يمكن تفسير ذلك أن الأمهات اللواتي لديهن أول حمل فإنهن يتابعن حملهن خوفا من مخاطر الحمل و الوضع و الكشف عن تطورات الجنين أثناء فترة الحمل , و هذا السلامة الولادة سواء على صحة الأم و الطفل لأن الأمهات ليست لهن الخبرة الكافية ومع ارتفاع عدد الأطفال تصبح الأمهات أكثر خبرة , و بالتالي تشير الدراسات في هذا العدد التي قامت بها وزارة الصحة و السكان حول صحة الأسرة (الأم و الطفل) لسنة 2002 أن عدد المتابعة أو ضعف العناية بالحمل هما العائقين أمام تقليص وفيات الأمهات و وفيات حديثي الولادة .

5. دور الزوج أثناء اجتياز المرأة مرحلة الحمل و الولادة و بعد الوضع:

صرحت المستجوبات حول دور أزواجهن أثناء فترة الحمل و الولادة و بعد الوضع (النفاس) , فكانت إجابة الغالبية العظمى من الأمهات المستجوبات انه دور ايجابي فعال, حيث انه يتمثل في الرعاية الصحية الكاملة الشاملة للام و الطفل بالإضافة إلى الرعاية النفسية و الاجتماعية و المادية لكل من الأم و الطفل

كما صرح بعضهم الآخر بضرورة مساعدة الزوج زوجته في الأعمال المنزلية خاصة و إن كانت تقطن هي و زوجها و الأولاد بمفردهم, لأنه إذا كانت تسكن مع عائلة الزوج فيقومون بمساعدتها ناهيك عن الدعم المادي و المعنوي الذي يجب على الزوج أن يقدمه للمرأة, و السهر على راحتها مع مراعاة ظروفها من كل الجوانب وعدم المبالغة و الإكثار في الطلبات التي لا تنتهي و عدم تعريض الزوجة للقلق.

أما عن دوره بعد الولادة فيكون بالمساعدة في تربية الأطفال و العناية بهم وعدم ترك كل ما يتعلق بهم على عاتق الأم وهنا أكدت الأمهات أن على الزوج أن يكون له دور مميز لأنه القدوة و الحذوة

فيما يخص بعض الزوجات أو القلة القليلة منهن فلا يوجد لأزواجهن أي دور و هذا بسبب غيابهم أما لظروف العمل أو أشياء أخرى لا نعلمها ولم ترضى الأمهات التصريح بها و قالت البيوت أسرار

هناك أزواج كان دورهم سلبي تجاه الزوجة أثناء فترة الحمل و الولادة و بعد الوضع كذلك هذا بسبب الزوجة في ذلك الوقت كانت مطلقة فصرحت الأمهات أن رعاية الزوج كانت غير كافية لا للام و لا للطفل, بالإضافة إلى الإهمال و اللامبالاة هذا إما قد يؤثر سلبا على الطفل عندما يكبر يصبح ناقما على أبيه بسبب هذه التصرفات

الإستنتاجات العامة:

ما يمكن إستنباطه من خلال نتائج التحقيق أن متغير

التعليم لعب دورا كبيرا في مدى متابعة الأمهات لحملهن تجاه صحة الرضع و الظروف المحاطة بهم، فيما يخص متابعة الحمل فإنها تختلف من أم إلى أخرى ، و هذا بسبب المستوى التعليمي، فقد لاحظنا أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي كمؤشر هام و المتابعة، بحيث كلما إرتفع المستوى التعليمي للأمهات زادت متابعة الحمل، و كلما إنخفض المستوى التعليمي قلت المتابعة وإنعدمت، لقد إتضح أن نسبة 82.5% يتابعن الحمل في حين 17.5% لم يخضعن للمتابعة كما لاحظنا أن نسبة 50.9% من الأمهات اللواتي تابعن حملهن يفضلن الذهاب إلى الطبيب المختص في حين 31.6% يفضلن الذهاب إلى القابلات. كما أفادت الدراسة أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي وعدد الأطفال ، و خروج المرأة إلى العمل و التعليم جعلها أكثر إدراكا لأهمية تنظيم النسل في حين نجد ان معظم الأمهات غير المتعلّمات أو ذات مستوى تعليمي محدود لديهن أكثر من 5 أطفال.

إذن متغير المستوى التعليمي يلعب دورا كبيرا في كل المراحل إبتداء من ساعة الحمل الى الوضع و الرضاعة، فخرج المرأة الى العمل مكنها من التحرر وبالتالي تبني سلوكيات حضارية و منها إستبدال الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الإصطناعية و هذا بإستعمال القنينة والتي تعتبر أسهل وسيلة في نظر الأم العاملة متجاهلة دور حليب الأم على صحة الرضيع، في حين تفضل الامهات غير المتعلّمات أو اللواتي تعليمهن محدود الرضاعة الطبيعية ويعود هذا الإختيار الى الوسط العائلي الذي يؤثر تأثيرا مباشرا على تجاهلن نحو الرضاعة الطبيعية.

كما أدلت بعض الشواهد أن الرغبة في الإنجاب مرتبطة بمتغير التعليم، حيث تبين أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما كانت الحاجة الى الإنجاب أكثر والعكس، ويعود إنخفاض رغبة الأمهات غير المتعلّمات في الإنجاب الى أنهن كبيرات في السن أو لديهن عدد كافي من الأطفال، في حين سبب رغبة الأمهات المتعلّمات في الإنجاب يعود الى أنهن إستغرقت وقتا كبيرا في التحصيل العلمي أدى الى تأخر زواجهن.

كما أثر المستوى التعليمي في استعمال وسائل منع الحمل، بحيث أن أغلب الرافضات هن ذوات مستوى تعليمي محدود وبالتالي كلما إرتفع المستوى التعليمي كلما إنخفضت نسبة الرافضات لإستعمال وسائل منع الحمل.

عموما يبدو أن الفرضية الأولى تحققت حيث نلاحظ أن المستوى التعليمي للأمهات ووعيهن تجاه صحة الرضيع يقلل من وفيات الأطفال الرضع.

كما لاحظنا تنوع كبير في مكان سكن الأمهات فمنهن من تسكن في فيلا بنسبة 8.8% والحوشبه منزل 64%. و شقة 23.7% و بيت قصديري 1.8%.

نجد أن أغلبية الأمهات يتراوح دخل أزواجهن ما بين 10000 دج الى 20000 دج وكذا 30000 دج الى 40000 دج وذلك بالنسبة نفسها وهي 21.1% . كما أن هناك بطالين بنسبة 14.9% و متقاعدین بنسبة 11.4%.

لقد إتضح أن هناك علاقة بين الدخل الشهري للأسرة و المتابعة الصحية للأمهات اثناء الحمل. فالأمهات اللواتي تابعن حملهن ودخل زوجهن أكثر من 40000 دج بلغت نسبتهن 100% أما اللواتي تابعن حملهن ودخل زوجهن أقل من 10000 دج قدرت نسبتهن ب 60%. أما اللواتي لم يتابعن حملهن وأزواجهن يتقاضون ما بين 30000 الى 40000 دج بنسبة 12.5%.

أما فيما يخص ظروف الولادة فنجد ان أغلبية الولادات تمت في وسط صحي حيث ترتفع النسبة كلما إنخفض سن الأمهات حيث أنهن يلجأن للولادة في وسط صحي خوفا من المخاطر التي قد تنجم عن الولادة في البيت.

لقد إتضح أن هناك علاقة عكسية بين عدد الأطفال و المتابعة الصحية أثناء الحمل، كلما إرتفع عدد الأطفال قلت المتابعة الصحية، حيث أن 58.7% من الأمهات اللواتي لديهن من من طفل الى 3 اطفال يتابعن حملهن.

كما إتضح أن معظم الولادات كانت طبيعية وهناك (11 من 114) مبحوثة فقط تمت ولادتها قيصرية، حيث أن القيصرية عند الأمهات اللواتي ينتمين الى الفئة العمرية (25-29) و (30-34 سنة) وذلك بنسبة 16.7% و 12.5% على التوالي.

خاتمة

في ضوء النتائج التي توصلنا إليها من واقع الدراسة الكمية، لاتزال رعاية الأمومة أثناء الحمل وبعده بحاجة الى المزيد من التحسن و تنمية الوعي الصحي، وذلك على الرغم من أن 4/5 من النساء قد تابعن حملهن بانتظام، أكثر من نصفهن تابعن في القطاع الخاص، وكان سبب ذلك توفر خدمات صحة الأمومة بما فيها تواجد الأطباء المختصين في أمراض النساء، الإستقبال الجيد و النظافة.

إضافة الى ذلك تبين قلة الوعي بمخاطر الحمل وبالخصوص عند النساء المنجبات لطفلين فقط، حيث يأتي الوعي بعد مروره بحمل عالي الخطورة على إثره تكن حرصات على صحتهن وصحة جنينهن.

كما برز تأثير كل من التعليم و الدخل الشهري و سن المبحوثة وعدد الأطفال على المتابعة الصحية أثناء الحمل والولادة والنفاس، لأنه يؤدي الى التثقيف الصحي هذا ما قد يجنب صحة المرأة والطفل من التعقيدات الصحية التي قد تؤدي الى الوفاة. وكما هو معروف فالجزائر من بين دول العالم النامي التي تعاني من بعض هذه المشاكل إلا أن نتائج الإحصائيات الأخيرة تبين أن جميع المنظمات المهتمة بصحة الأم والطفل كمنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة بذلت مجهودات معتبرة لمكافحة هذه الظاهرة الى جانب المجهودات المبذولة من طرف الهيئات الوطنية في البلاد كوزارة الصحة و السكان.

ويمكن أن نستخلص أن الجزائر متجهة اليوم نحو مكافحة وفيات الأمهات و وفيات ماحول الولادة (الداخلية) كون أن الوفيات الخارجية تراجعت بشكل ملحوظ إذ أصبح السبب الرئيسي لمعظم وفيات الأطفال الرضع هي الأسباب الداخلية المتعلقة بالحمل و الولادة، لذلك ينبغي على السلطات العمومية مواصلة المجهودات من أجل مكافحة هذه الظاهرة للوصول الى مرتبة الدول المتطورة، ضمن قائمة المجتمعات المتحضرة.

قائمة المراجع:

أ. المصادر:

-القرآن الكريم

ب. المراجع العربية:

1. قائمة الكتب:

1. احمد عبد المنعم و منى السيد ، مراضة الأمهات في بعض الدول العربية . معهد البحوث و الدراسات البيئية، القاهرة 2008.
2. الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان: وثائق المنتدى الوطني لقيادات مؤسسات المجتمع المدني، المرجان للدعاية و الإعلان، صنعاء، 2001
3. الديوان الوطني للإحصائيات جامعة الدول العربية ، المشروع العربي لصحة الأسرة ، للأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية و الصحية لأفراد الأسرة العربية بين الواقع و التحديات .. 2008
4. الصلاحي أحمد عبد القهار وآخرون: دليل العاملين الصحيين حول الصحة و السكان، دار المجد للطباعة و النشر، اليمن، بدون سنة.
5. لمجلس العربي للطفولة : أخبار الطفل العربي ، العدد الرابع مصر 2000.
6. المنظمة الدولية لرعاية الأسرة : الصحة و الحقوق الإنجابية للجميع، نيويورك، 1996.
7. جعفر عبد الأمير حسن: أثر التفكك في جنوح الأحداث، دار المعرفة الجامعية، طبعة 1، بيروت، بدون سنة،
8. رشيد زرواتي: تدريبات على منهجية البحث العلمي في العلوم الاجتماعية، دارهومة للطبع، طبعة 1، الجزائر، 2002.
9. زكي أحمد عزمي : الأسلوب الإحصائي وإستخداماته في الرأي العام للإعلام، دار الفكر العربي، طبعة 1، بدون سنة.
10. زيدان عبد الباقي: قواعد البحث الاجتماعي، مطبعة السعادة، طبعة 2، القاهرة، بدون سنة،
11. سامي ملحم : مناهج البحث العلمي في التربية وعلم النفس، دار المسيرة للنشر، طبعة 1، عمان، الأردن، 2000،
12. سلوى عثمان الصديقي: مدخل في الصحة العامة و الرعاية الصحية، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 2002.
13. غريب محمد السيد أحمد: تصميم البحث الاجتماعي، دار المعرفة الجامعية، مصر، 1986.
14. فضيل دليو وعلي غربي وآخرون: أسس المنهجية في العلوم الاجتماعية، منشورات جامعة منتوري قسنطينة، الجزائر 1999.

15. ماجدة عبد الحميد و آخرون ، المؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة و السكان ، للظروف المعيشية و استخدام خدمات رعاية الأمومة .. المجلد الثاني القاهرة.

16. محمد عبد الحميد: تحليل المحتوى في بحوث الإعلام، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1997.

II. قائمة القواميس:

¹ خليل أحمد خليل : معجم المصطلحات الإجتماعية، دار الفكر اللبناني، طبعة 1، بيروت، 1995.

III. قائمة المجلات والوثائق و المنشورات:

1. وزارة الصحة و السكان ، الديوان الوطني للإحصائيات ، الجامعة العربية ، المسح الجزائري حول صحة الأسرة، 2002

2. وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصاء، جامعة الدول العربية: المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، 1992.

IV. قائمة الرسائل الجامعية:

1. آسيا شريف: واقع رعاية الأمومة، مذكرة دكتوراه، منشورة، جامعة الجزائر 2004،

2. مصطفى عمور، وفيات الأطفال الرضع (0-1) سنة تأثير العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية رسالة ماجستير منشورة 2001 – جامعة الجزائر ..

ت. المراجع الأجنبية:

1. Benoigautier; recherché social de la problematique la collecte des données, presse universitair. de quebec, Canada, 1984

CENEAP : islam législation et démographie en algerie 1997

3. Minister de la sante et de la population. Direction de la prevention. 1992.

4. Minister de la sante et la population , institut national de la sante publique , 2001

5. mostafakhiati: quelle santé pour les algérienne , collections universitaire , éditions Maghreb Alger 1990

6. Msp :unisef :le programme de lutte contre le mortalite et la mortalite infantile (1985-1989) en algerie .alger 1992

7. MSP , UNICEF : projet de lutte contre la mortalité infantile , Alger 1999

8. ons.(office national des statistiques).donnée statistique.demographique algerienne, 2008, alger

9. ons.(office national des statistiques).donnée statistique.demographique algerienne n554, alger, 2009

10. ons.(office national des statistiques).donnée statistique.demographique algerienne 2010, alger

11. ons.(office national des statistiques).donnée statistique.demographique algerienne
n600,alger2011

12. ons.(office national des statistiques).donnée statistique.demographique de wergla,n527,
wergla, 2011

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي
جامعة قاصدي مرباح - ورقلة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية
تخصص ديمغرافيا

استمارة

عزيزاتي السيدات:

إن هذه الاستمارة تدخل في إطار إجراء بحث علمي لتحضير رسالة مكملة لنيل
شهادة ماستر 2

بعنوان الرعاية الصحية للأم وتأثيرها على وفيات الأطفال الرضع،
وأن هذه المعلومات ستؤخذ بهدف البحث العلمي لا لأي غرض آخر.

فالرجاء منكم مساعدتنا لإنجاز هذه الدراسة بالإجابة على الأسئلة بدقة
ووضوح بوضع علامة (x) في الخانة المناسبة.

(أ) البيانات الشخصية :

1- السن

19-15 ☐ ، 24-20 ☐ ، 29-25 ☐ ، 34-30 ☐ ،
35 سنة فأكثر

2- المستوى التعليمي :

بدون مستوى ☐ ، ابتدائي ☐ ، متوسط ☐ ، ثانوي ☐ ،
جامعي ☐

3- الحالة الزوجية :

متزوجة ☐ ، مطلقة ☐ ، أرملة ☐

4- العمر عند الزواج الأول

5- الحالة المهنية :

عاملة مأكثة بالبيت

6- الدخل الشهري:

اقل من 10000 ، من 10000 إلى 20000
من 20000 إلى 30000 ، من 30000 إلى 40000 , اكثر من
40000

7- المستوى التعليمي للزوج :

ون مستوى ، ابتدائي ، متوسط ، ثانوي
، جامعي

8- الحالة المهنية للزوج :

عامل ، بطل

9- نوع المسكن

فيلا ، حوش ، شقة ، بيت قصديري ، آخر ،
ما هي؟.....

10- الدخل الشهري للزوج:

10000 ، من 20000

من 20000 إلى 30000 ، من 30000 إلى 40000 ، أكثر من 40000

ب) الرعاية الصحية أثناء الحمل

11- عدد الأطفال الأحياء: ذكور ، إناث

12- عدد مرات الحمل

13- ماهي المدة الزمنية بين الولادتين الأخيرتين :

سنة ، سنتان ، 3 سنوات ، أكثر من 3 سنوات

14- هل سبق و إن اجهضتي : نعم ، لا

15- هل لديك أطفال ولدوا متوفين : نعم ، لا

إذا كان نعم كم عددهم

16- هل تلقيت متابعة صحية خلال الحمل الأخير : نعم ، لا

إذا كانت الإجابة نعم هل كانت المتابعة من طرف :

طبيب مختص ، قابلة ، ممرضة ، شخص آخر

17- هل كان سبب المتابعة : عادي اضطراري

18- ما هو عدد الزيارات الطبية خلال الحمل الأول

19- ما هو عدد الزيارات الطبية خلال الحمل الأخير

20- هل أصبت بمرض أثناء الحمل : نعم ، لا إذا كان نعم ما هو؟.....

و هل تلقيت العلاج نعم ☐ ، لا ☐

21- هل تعرفين طرق العلاج عند إصابتك ببعض المضاعفات أثناء الحمل مثل (صداع حاد ، الأنيميا ، ارتفاع ضغط الدم ، تورم الوجه أو الأرجل) نعم ☐ ، لا ☐ إذا كانت الإجابة نعم فما هي الطرق؟

22- هل كنت راضية عن الخدمات المقدمة لكى أثناء فترة الحمل مثل النظافة الاستقبال نعم ☐ ، لا ☐

ج (الرعاية الصحية أثناء الولادة :

23- أين تمت عملية ولادة حملك الأخير المستشفى ☐ ، عيادة خاصة ☐ ، المنزل ☐

24- ما هو نوع الولادة : طبيعية ☐ ، قيصرية ☐

25- الولادة كانت: قبل الموعد ☐ ، في الموعد ☐ بعد الموعد ☐

إذا كان قبل أو بعد حددي المدة بالشهر : قبل ☐ شهر ، بعد ☐ شهر

26- هل واجهت مشاكل أثناء عملية الوضع : نعم ☐ لا ☐ إذا كانت الإجابة نعم ما هي؟

27- ما هو جنس المولود : ذكر ☐ ، أنثى ☐

28- هل هناك فرق بين ولادة الذكر و ولادة الأنثى نعم ☐ ، لا ☐ ولماذا؟

29- هل كان وزن طفلك الأخير:

أقل من 2.5 كلغ ، من 2.5 إلى 3 كلغ

من 3 إلى 3.5 كلغ ، أكثر من 3.5 كلغ

30- هل قمت بالتطعيمات اللازمة لمولودك : نعم ، لا

31- هل بقي المولود حي أم توفي : حي ، توفي

* إذا كان بقي على قيد الحياة :

32- هل تعرض مولودك لمشكل صحي مباشرة بعد الولادة ادخله المستشفى : نعم ، لا

إذا كانت الإجابة نعم اذكرى الأسباب ؟

33- هل أصيب الطفل بأمراض : نعم ، لا إذا كانت الإجابة نعم ما هي ؟

سعال ، حمى ، إسهال ، أخرى ما هي ؟

34- هل كانت الرضاعة في الساعات الأولى من الولادة : نعم ، لا

35- ما هو نوع الرضاعة : طبيعية صطناعية ، مختلطة

إذا كانت الرضاعة اصطناعية ما هو سبب ذلك ؟
.....

36- ما هي مدة الرضاعة ؟

* إذا كان توفي :

37- هل توفي أثناء الوضع أم كيف ؟
.....

38- كم كان عمر طفلك عندما توفي: ساعات بعد الوضع ، أيام ،
أشهر

د)الرعاية الصحية بعد الوضع :

39- هل تنوين الإنجاب مرة أخرى : نعم ، لا

40- هل تستعملين وسيلة لمنع الحمل : نعم ، لا

إذا كانت الإجابة نعم هل هي : تقليدية ، حديثة
إذا كانت حديثة هل هي:

حبوب ، اللولب ، الإبر ، آخر ،
اذكريها.....

إذا كانت تقليدية هل تعتمدين في ذلك عن الرضاعة:نعم ، لا
إذا كانت الإجابة لا
لماذا؟
.....

41- من يتخذ القرار بخصوص عدد الأطفال اختيار وسيلة منع الحمل ، إنجاب طفل آخر ،
تنظيم الولادات

أنت ، الزوج ، آخر يذكر

42- هل أنت راضية عن المقرر : نعم ☐ ، لا ☐ ولماذا ؟
.....

ما هو دور الزوج أثناء اجتياز المرأة مرحلة الحمل و الولادة و بعد الوضع ؟

.....
.....

ملخص:

أصبحت رعاية الأمومة من أهم أوجه إهتمام البرامج الصحية خلال العقد الماضي، حيث يعتبر الفحص الطبي المبكر والمنتظم خلال فترة الحمل والولادة وما بعدها (النفاس) على يد مقدم خدمة طبية مختص مدرب على جانب كبير من الأهمية في الحالة الصحية للسيدات خلال جميع مراحل حياتهن الإنجابية.

حيث تهدف الدراسة الى التعرف على دور المرأة في جميع مراحل حياتها الإنجابية وقدرتها على إتخاذ القرار في المشكلات الصحية لها ولطفلها. بالإضافة الى محاولة فهم أسباب قلة إقبال الأمهات على الخدمات الصحية وبالأخص بعد الوضع، وكذا دوافع عدم إنخفاض معدل وفيات الرضع مقارنة بالدول المتقدمة.

وفي هذا الصدد تمت الدراسة الميدانية بتوزيع إستمارات من 4 محاور رئيسية للأمهات المنجبات لطفلين فأكثر في كل من دائرتي تقرت و تماسين، حيث توصلنا الى النتائج التالية:

- كلما إرتفع المستوى التعليمي للأم زاد عدد متابعاتها الصحية.
- توجد علاقة طردية بين المستوى المعيشي للأسرة و المتابعة الصحية.
- كلما إرتفع سن الأم وعدد أطفالها المنجبين قلت المتابعة الصحية والعكس.

Reumé :

Devenu la protection de la maternité des aspects les plus importants des programmes de santé intéressantes cours de dernière decennie, où lexamanmedicalprécose et régulière pendant la grossesse et à laccouchement et au-dela par lentraineur de médecin spécialiste du fournisseur de services d'une grande importance dans l'état de santé des femme à travers toutes les etapes de leur vie reproductive.

Cette etude vise à identifier le role des femme dans toutes les étapes de leur vie et leur capacité de reproduction de la prise de décision dans les problèmes de santé pour elle et son enfant, en plus de tenter de comprendre les raisons de l'absence de services de santé maternelle de la demande et en particulier après la naissance, ainsi que les motifs de non-faible taux de mortalité infantile par rapportt aux pays développés.

A cet égard, une étude de terrain a été distribué formes de 4grands axes pour les mères qui sont nés deux et plus dans chacune des « touggourt et tmachine » d'où nous venons aux conclusions suivantes :

- plus le niveau d'éducation de la mère augmente le nombre de fois où un suivi sanitaire.
- àgematernalélevè et le nombre d'enfants que j'ai dit suivi sanitaire et vice verca.

