

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة محمد لمين دباغين. سطيف 2
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية قسم: علم الاجتماع
الرقم التسلسلي:

رقم التسجيل:



أطروحة مقدمة ضمن متطلبات نيل شهادة دكتوراه علوم في فرع علم الاجتماع

تخصص: ديموغرافيا

بعنوان:

الخصوبة والصحة الإنجابية
- دراسة ميدانية في مدينة سطيف -

إعداد الطالبة:

نعيمة دودو

لجنة المناقشة:

الصفة	مؤسسة الانتساب	الرتبة	اسم ولقب الأستاذ
رئيسا	جامعة سطيف 2	استاذ محاضراً	د/ سعيد رشيدي
مشرفا ومقررا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضراً	د/ حياة طاهري
عضوا ممتحنا	جامعة باتنة	أستاذ محاضراً	د/ سهام عبد العزيز
عضوا ممتحنا	جامعة تيبازة	أستاذ محاضراً	د/ اسمهان بلعباسي
عضوا ممتحنا	جامعة سطيف 2	أستاذ محاضراً	د/ دهميش خليصة

السنة الجامعية: 2025/2024

الملخص:

تمحورت الدراسة الحالية حول مسألة الخصوبة وعلاقتها بالصحة الإنجابية للأمهات ، وعلى إثر ما سبق واستنادا إلى الكم المعرفي التراكمي وإلى المعطيات التي وظفتها الباحثة في الجانب النظري وذلك أنها تعمقت في عرض أهم المداخل التي عالجت مسألة الخصوبة وعلاقتها بالصحة الإنجابية ، كما تطرقت إلى محتويات ومكونات كلا من المتغير المستقل والتابع بمؤشراتهما المختلفة (المستوى التعليمي، الوعي الصحي، المستوى الاقتصادي والاجتماعي للمبحوثات وأيضا مستوى الرعاية الصحية المقدمة لهن وذلك لما لها من تأثيرات سلبية على الحالة الصحية للأمهات ، إضافة إلى ارتفاع الأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل الخطيرة والولادة المتعسرة نتيجة بعد اماكن الولادة وأيضا نقص الرعاية الصحية المقدمة خاصة في القطاع العام مما يتسبب في ارتفاع وفيات الامهات والأطفال حديثي الولادة.

الكلمات المفتاحية: الخصوبة، الصحة الانجابية.

Résumé:

The current study focused on the issue of fertility and its relationship to maternal reproductive health. Based on the above and based on the cumulative amount of knowledge and the data that the researcher employed in the theoretical aspect, she delved into presenting the most important approaches that addressed the issue of fertility and its relationship to reproductive health. She also addressed the contents and components of both the independent and dependent variables with their various indicators (educational level, health awareness, economic and social level of the respondents, and also the level of health care provided to them, due to their negative effects on the health status of mothers, in addition to the increase in chronic diseases and the increase in serious pregnancy complications and difficult childbirth due to the distance of birth places and also the lack of health care provided, especially in the public sector, which causes an increase in maternal and newborn mortality.

Keywords : fertility/ reproductive health.

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

إهداء

إلى من لا يمكن للكلمات أن توفي حقها إلى من لا يمكن للأرقام

أن تحصي فضائلهما إلى والدي العزيزين أدامهما الله لي

وإلى كل العائلة والأصدقاء .

والى قسم الديموغرافيا .

أهدي هذا العمل.

شكر وتقدير

الحمد لله الذي أنار لنا درب العلم والمعرفة وأعاننا على أداء هذا الواجب

ووفقنا إلى انجاز هذا العمل .

أتوجه بجزيل الشكر والامتنان إلى كل من ساعدني من قريب أو من بعيد على

انجاز هذا العمل وفي تذليل ما واجهته من صعوبات ، وأخص بالذكر الأستاذة

المشرفة الدكتورة " حياة طاهري " التي لم تبخل علي بتوجيهاتها ونصائحها القيمة

التي كانت عوناً لي في إتمام هذا البحث .

ولا يفوتني أن أشكر البروفيسور حفاظ الطاهر و الدكتورة سهام عبد العزيز على

دعمهما لي ، وتقديمهما المساعدة في انجاز هذا البحث .

الصفحة	فهرس المحتويات
أ - ب	المقدمة
	الفصل الأول: الإطار المفهومي والإجراءات المنهجية للدراسة
5	أولاً: الإطار المفاهيمي للدراسة
5	(1) إشكالية الدراسة
6	(2) فرضيات الدراسة
7	(3) أسباب اختيار الموضوع
7	(4) أهمية الدراسة
7	(5) أهداف الدراسة
8	(6) الدراسات السابقة
23	(7) مصادر الدراسة
28	(8) مفاهيم الدراسة
34	(9) المقاربة السوسيوديموغرافية
37	ثانياً: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية
37	(1) مناهج الدراسة
38	(2) مجالات الدراسة الميدانية
42	(3) إجراءات المعاينة
46	(4) أدوات جمع البيانات
48	(5) أساليب المعالجة للبيانات
	الفصل الثاني: واقع الخصوبة في الجزائر
44	تمهيد
45	أولاً - الوضعية الديمغرافية في الجزائر
45	(1) التركيبة السكانية
45	(2) تطور عدد سكان الجزائر (1962-2019)
47	(3) المواليذ
49	(4) النمو الطبيعي
50	(5) الوفيات
53	(6) الزواج
57	ثانياً: مستويات واتجاهات الخصوبة في الجزائر
57	(1) معدل الخصوبة العام (1966-2018)
58	(2) معدلات الخصوبة حسب فئات العمرية 1966-2019
59	(3) المؤشر التركيبي للخصوبة
61	ثالثاً: العوامل المتحكمة في الخصوبة
61	(1) العوامل المباشرة
61	1.1. العمر الأول عند الزواج
62	1.2. استعمال وسائل منع الحمل
63	1.3. الرضاعة
66	1.4. مدة الحياة الزوجية
67	(2) العوامل الغير مباشرة
67	2.1. المستوى التعليمي للمرأة
67	2.2. عمل المرأة

68	2.3. التحضر
69	3. العوامل الفيزيولوجية (العوامل الوسطية)
69	3.1. العوامل المؤثرة في التعرض للاتصال الجنسي
69	3.2. العوامل المؤثرة في التعرض للحمل
70	3.3. العوامل المؤثرة في الحمل والولادة التامة
	خلاصة
الفصل الثالث: الصحة الإنجابية ماهيتها، عناصرها، ومؤشراتها	
74	أولاً: ماهية الصحة الإنجابية
74	1) السياق التاريخي للصحة الإنجابية
78	2) أهداف الصحة الإنجابية
78	3) مبادئ الصحة الإنجابية
79	4) مكونات الصحة الإنجابية
84	5) مؤشرات الصحة الإنجابية
87	ثانياً: الصحة الإنجابية في الجزائر
87	1. البرامج والسياسات الصحية للحفاظ على صحة الأم والطفل
88	2. مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر
	خلاصة
الفصل الرابع: الدراسة الميدانية	
	تمهيد
107	أولاً: خصائص أفراد عينة البحث
117	ثانياً: عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية
117	1) عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية الخاصة بالوعي الصحي والحالة الصحية للأمهات
147	2) عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية الخاصة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والأمراض المزمنة ومضاعفات الحمل والولادة
196	3) عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية الخاصة بوفيات الأمهات والأطفال والرعاية الصحية المقدمة للأمهات
الفصل الخامس: نتائج الدراسة	
	تمهيد
234	أولاً- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فرضيات الدراسة
252	ثانياً- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة
263	ثالثاً- مناقشة النتائج الدراسة في ضوء الأطر النظرية
266	رابعاً - النتائج العامة
	خاتمة
	قائمة المصادر والمراجع
	الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور عدد سكان الجزائر 1962-2019	45
02	تطور معدلات المواليد في الجزائر (1962-2018)	48
03	تطور معدل النمو الطبيعي في الجزائر على المستوى الوطني 2000-2018	48
04	تطور عدد الوفيات والمعدل الخام للوفيات (%) (2000-2018)	51
05	نسب الحالة الزوجية للفئة العمرية من 15 سنة فما فوق في الجزائر	56
06	تطور المؤشر التركيبي للخصوبة (طفل/ امرأة) 2000-2018	60
07	تطور سن الزواج الأول في الجزائر حسب الجنس و التحقيقات الوطنية	61
08	نسب بعض العناصر الغذائية في حليب الأم	63
09	نسب الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية وقت إجراء مسح حول صحة الام والطفل 2002.	64
10	نسبة النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة اللواتي بدأن الرضاعة خلال السنتين الأخيرتين و اللاتي أرضعن أطفالهن حسب Mixc3 2006	65
11	مدة الزواج حسب تعداد 1998 و 2008	66
12	تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر	89
13	تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس (2001-2019)	91
14	تطور نسبة استعمال مختلف وسائل منع الحمل في الجزائر حسب التحقيقات الوطنية.	95
15	تطور عدد النساء المصابين بفيروس نقص المناعة في سن الانجاب 49-15 سنة	104
16	عمر الزوجين	107
17	سن المرأة عند الزواج حسب الموطن الأصلي للزوجة	108
18	الحالة العائلية للزوجات حسب مدة الزواج	109
19	المستوى التعليمي للزوجين	110
20	مهنة الزوجين	111
21	مكان الإقامة الحالية حسب الموطن الأصلي للزوجين	112
22	وضعية السكن الحالي حسب مكان الإقامة	113
23	التجهيزات المتوفرة في السكن حسب وضعيه الحالية	114
24	عدد الأبناء حسب جنسهم	115
25	رأي المبحوثات في تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية حسب مستواهن التعليمي	118
26	رأي المبحوثات في تأثير المستوى التعليمي للزوج على حالتها الصحية حسب مستواهن التعليمي	119
27	رأي المبحوثات في كيفية تأثير المستوى التعليمي للزوج على الحالة الصحية للمرأة حسب مستواهن التعليمي	120
28	رأي المبحوثات في تأثير المعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة حسب	122

فهرس الجداول

	حالتهم العائلية	
123	رأي المبحوثات في الجوانب التي تؤثر فيها المعاملة السيئة للزوج على زوجته حسب حالتهم العائلية	29
124	رأي المبحوثات في مساعدة متابعة البرامج الإعلامية في المحافظة على حالتهم الصحية حسب مستواهم التعليمي	30
125	نوع البرامج المتبعة من قبل المبحوثات حسب مستواهم التعليمي	31
126	رأي المبحوثات في مدى تأثير المستوى التعليمي للمرأة في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية حسب مستواهم التعليمي	32
128	مصدر اطلاع المبحوثات على المعلومات الطبية حسب مستواهم التعليمي	33
129	مدى اعتماد المبحوثات على المعلومات الطبية التي يطالعونها في حل مشكلة صحية ما حسب مستواهم التعليمي	34
131	كيف ساعدت المعلومات الطبية التي تطالعها المبحوثات حسب مستواهم التعليمي	35
132	معرفة المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات) حسب مستواهم التعليمي	36
133	مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة حسب مستواهم التعليمي	37
135	بداية استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل حسب سنهن عند الزواج	38
137	الوسيلة التي تستخدمها المبحوثات للمباعدة بين الولادات حسب العدد الإجمالي لأطفالهن	39
139	أثر استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل على حالتهم الصحية حسب نوع الوسيلة المستخدمة	40
140	نوع الأثر الناتج عن استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل على حالتهم الصحية حسب نوع الوسيلة المستخدمة	41
142	من بيده القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب المستوى التعليمي لأزواجهن	42
144	تأثير كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواج المبحوثات على حالتهم النفسية والجسدية حسب المستوى التعليمي للزوج	43
145	الآثار النفسية والجسدية على المبحوثات بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن حسب المستوى التعليمي للزوج	44
147	رأي المبحوثات في تأثير تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية على كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة حسب مستواهم التعليم	45
149	ترتيب المبحوثات لدرجة تأثير الظروف الاقتصادية والاجتماعية على الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة	46
151	رأي المبحوثات في أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة حسب مستواهم التعليم	47
153	معاونة المبحوثات من مرض مزمن قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج	48

فهرس الجداول

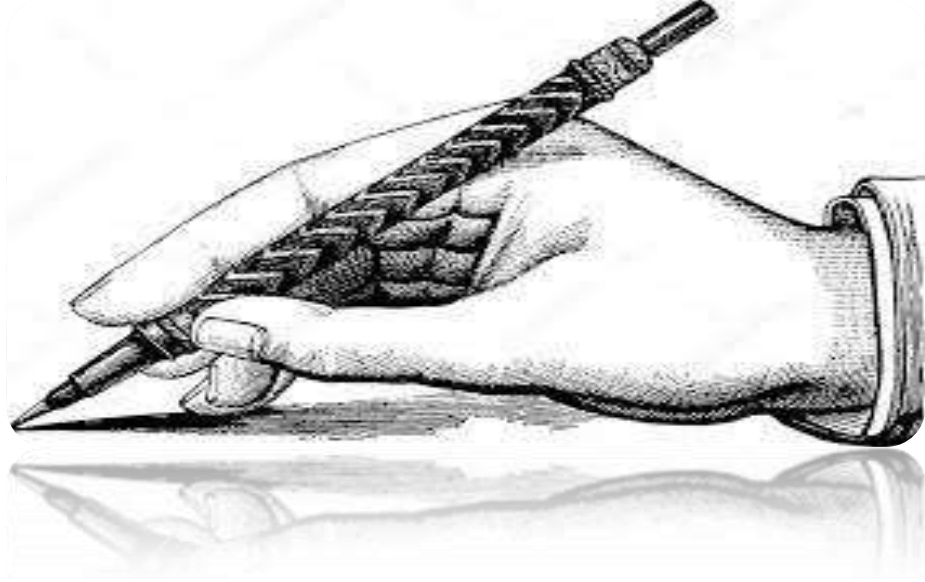
154	نوع المرض المزمن الذي تعاني منه المبحوثات قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج	أ-49
156	نوع المرض المزمن الذي تعاني منه المبحوثات قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج	ب-49
157	نوع المرض المزمن الذي تعاني منه المبحوثات قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج	ج-49
159	متى ظهر المرض المزمن لدى المبحوثات حسب سنهن عند الزواج	50
160	سبب معاناة المبحوثات من الأمراض المزمنة حسب سنهن عند الزواج	51
161	وجود أثر للمرض المزمن سلبي على الإنجاب لدى المبحوثات حسب مدة زواجهن	52
162	طبيعة أثر المرض المزمن سلبي على الإنجاب لدى المبحوثات حسب مدة زواجهن	53
164	متى تم أول حمل للمبحوثات حسب سنهن عند الزواج	54
166	سبب تأخر الإنجاب لدى المبحوثات حسب سنهن عند الزواج	55
169	معانات المبحوثات من مضاعفات الحمل الأول حسب زمن أول حمل	56
172	تلقي المبحوثات لأي نصيحة أ وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب مستواهن التعليمي	57
173	مصدر تلقي المبحوثات لنصائح أو علاج حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب مستواهن التعليمي	58
175	سبب عدم سعي المبحوثات إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب مستواهن التعليمي	59
177	أخذ المبحوثات لحقنة لتحسين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول حسب مستواهن التعليمي	60
178	عدد ولادات المبحوثات بعملية قيصرية حسب العدد الإجمالي لأطفالهن	61
180	سبب إجراء المبحوثات لولادات بعملية قيصرية حسب العدد الإجمالي لأطفالهن	62
181	مكان إجراء المبحوثات لولادات بعملية قيصرية في حسب مهنة أزواجهن	63
183	تقييم المبحوثات لتكاليف الولادات بعملية قيصرية حسب مهنة أزواجهن	64
185	تأثيرات إجراء المبحوثات لولادات بعملية قيصرية على حالتهم الصحية حسب عدد الولادات القيصرية	65
187	سبب تعرض المبحوثات لإجهاض تلقائي حسب مهنتهن	66
189	رغبة لمبحوثات في الإنجاب مرة أخرى بعد الإجهاض التلقائي حسب عدد أبنائهن	67
190	سبب برغبة لمبحوثات في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي حسب عدد أبنائهن	68
192	نوع الرضاعة المستعملة من قبل المبحوثات حسب مهنتهن	69
194	سبب استعمال المبحوثات لحليب الأطفال في الرضاعة حسب مهنتهن	70
196	رأي المبحوثات في كون وفيات الأمهات والأطفال راجع إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات حسب مستواهن التعليمي	71
198	رأي المبحوثات في سبب وفيات الأمهات والأطفال حسب مستواهن التعليمي	72

فهرس الجداول

200	وجود للمبحوثات ولادات ميتة قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن	73
202	عدد الولادات الميتة للمبحوثات قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن	74
204	سبب الولادات الميتة للمبحوثات قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن	75
205	عرض المبحوثات نفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة	76
207	طريقة الكشف عند المبحوثات عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة	77
208	سبب عدم عرض المبحوثات نفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة	78
210	الدافع وراء عرض المبحوثات نفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة	79
211	فترة بدأ المبحوثات في تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير حسب عدد أطفالهن	80
213	رضا المبحوثات عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل حسب عدد أطفالهن	81
214	سبب عدم رضا المبحوثات عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل حسب عدد أطفالهن	82
216	تقييم المبحوثات لمعاملة الأطباء والقابلات بمستشفى الأم والطفل حسب عدد أطفالهن	83
217	الحالة الصحية للمبحوثات بعد تلقي الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة حسب سنهن الحالي	84
218	تفكير المبحوثات في خفض الولادات حسب عدد أطفالهن	85
219	إجراء المبحوثات لفحص على الثديين حسب مستواهن التعليمي	86
221	سبب قيام المبحوثات بإجراء الفحص على الثديين حسب مستواهن التعليمي	87
222	إجراء المبحوثات لمسحة مهبلية حسب مستواهن التعليمي	88
223	سبب قيام المبحوثات بإجراء المسحة مهبلية حسب مستواهن التعليمي	89
224	تقييم المبحوثات لحالتهن الصحية بعد إنجاب آخر مولود حسب عدد أطفالهن	90
225	رأي المبحوثات في تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهن الإنجابية حسب مستواهن التعليمي	91
227	رأي المبحوثات في كيفية تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهن الإنجابية حسب مستواهن التعليمي	92
230	رأي المبحوثات في أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام حسب مستواهن التعليمي	93

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
52	تطور معدل وفيات الأطفال الرضع (%) حسب الجنس للفترة 2008-2016.	01
53	تطور أمل الحياة عند الجنسين (1990-2019)	02
54	تطور عدد حالات الزواج والمعدل الخام للزواجية على المستوى الوطني 2000-2019	03
55	معدل الخام للزواج خلال الفترة الممتدة من 2000-2019.	04
57	تطور معدل الخصوبة العام في الجزائر ما بين 1966-2018	05
59	تطور معدلات الخصوبة حسب فئات السن ما بين (1970-2012)	06
92	تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر حسب التحقيقات الوطنية	07
94	نسبة استعمال وسائل منع الحمل في مختلف التحقيقات حسب سن المرأة	08
96	نسبة استخدام وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة	09
97	تطور استعمال موانع الحمل حسب المستوى التعليمي للمرأة	10
98	نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال	11
99	تطور مؤشر الرعاية الصحية أثناء الحمل في الجزائر (%)	12
100	تطور مؤشر الرعاية الصحية أثناء الولادة في الجزائر (%)	13
101	تطور مؤشر الرعاية الصحية بعد الولادة في الجزائر (%)	14
102	نسبة الولادات التي تمت برعاية أشخاص مدربين	15



مقدمة

تعد مسألة الخصوبة والصحة الإنجابية من الركائز الأساسية للصحة العامة والتنمية المستدامة حيث تؤثر بشكل مباشر على النمو السكاني، واستقرار الأسر وتحسين نوعية الحياة وذلك من أجل ضمان صحة الإنسان ورفاهيته. حيث تعكس قضية الخصوبة قدرة الأفراد والأزواج على الإنجاب، وهي تتأثر بالعديد من العوامل البيولوجية والاجتماعية والنفسية والبيئية. أما الصحة الإنجابية هي حالة من الرفاه البدني والنفسي والاجتماعي الكامل في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته، وليس مجرد غياب المرض أو العجز.

يعتبر الإنجاب من نعم الله التي أنعم بها على الإنسان، فيه تكون سعادة الإنسان في الدنيا والآخرة، وهو وظيفة فطرية أوجدها الله في كل الكائنات الحية ووسيلة لحفظ النوع واستمراره في الحياة، ويرتبط الإنجاب عند الإنسان بالكثير من الدلالات العاطفية والنفسية والاجتماعية وبقدر ما هو غريزة فقط عند الكائنات الحية الأخرى، فإن الإنسان يتميز فيه وهو أنه يملك الإرادة والقدرة على التحكم في ممارسته حتى لا يصبح غريزة بدون ضوابط، تحدث في مرحلة العمر المناسبة ونضوج الجسم والأعضاء التناسلية لدى الرجل والمرأة تغيرات جسمانية وهرمونية، تمكن كل من الجنسين إنتاج خلايا الإنجاب وهي الحيوانات المنوية عند الرجل والبويضة عند المرأة وعند الجماع يلتقي الحيوان المنوي بالبويضة فيتم التلقيح ويتشكل الجنين وينمو في جسم المرأة. وتعتمد الخصوبة على عدة عوامل منها العمر والصحة العامة، والعوامل الوراثية، ونمط الحياة، والتغذية، إضافة إلى تأثير بعض الحالات الصحية مثل متلازمة تكيس المبايض، وانسداد قنوات فالوب لدى النساء، وانخفاض عدد الحيوانات المنوية أو ضعف حركتها لدى الرجال كما أن العوامل البيئية والتعرض للمواد الكيميائية الضارة قد تؤثر على القدرة الإنجابية.

إن الصحة الإنجابية لها مدلول أوسع وأشمل من الصحة البدنية والعقلية، لأن كلمة إنجاب تعني إنتاج أطفال أصحاء بدنيا وعقليا واجتماعيا، وصحة الفرد في طفولته تؤثر في حالته الصحية في زمن المراهقة، وعند زواجه وإنجاب، وتتضمن الصحة الإنجابية مجموعة واسعة من الخدمات الطبية والتوعية التي تهدف إلى تحسين صحة الأفراد وضمان قدرتهم على اتخاذ قرارات مستنيرة فيما يتعلق بالإنجاب. حيث تشمل هذا الخدمات الثقيف الجنسي، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا، ورعاية الأمهات قبل وأثناء وبعد الولادة، وعلاج مشكلات العقم، وتوفير وسائل تنظيم الأسرة المناسبة التي تمكن الأزواج من التخطيط لحياتهم الإنجابية بطريقة صحية ومستدامة.

وترى الباحثة أنه لا يمكن الفصل بين متغير الخصوبة وبين الصحة الإنجابية والبدنية والعقلية والاجتماعية، فكل جانب من هذه الجوانب يؤثر ويتأثر في الآخر، ولا يمكن تحقيق أحدهما بدون الآخر. وتأخذ الصحة الإنجابية أهميتها من تنوع مجالاتها وخدماتها، فلها خدمات في مجال تنظيم الأسرة وتثقيفها، كذلك لها خدمات في مجال الأمومة الآمنة وصحة الطفل، وقد نالت الصحة الإنجابية مكانة خاصة في الوقت الراهن وذلك من أجل الارتقاء بمستوى الوعي الصحي، باعتباره مدخل وقائي لمعظم مشكلات الصحة الإنجابية.

وقسمت الباحثة الدراسة الحالية إلى جزئين الجزء النظري وتناولت فيه ثلاثة فصول نظرية، حيث تطرقت في الفصل الأول إلى الإشكالية، فرضيات الدراسة، أسباب وأهمية الدراسة، الأهداف، مفاهيم الدراسة، كما قامت بعرض العديد من الدراسات السابقة الأجنبية والمحلية المشابهة والمختلفة وتقييمها ونقدها وطريقة توظيفها والاستفادة منها، كما أدرجت الباحثة مقارنة سوسيو ديمغرافية لموضوع الدراسة في إطار التراث النظري. أما الفصل الثاني المعنون بواقع الخصوبة في الجزائر والذي تناولت فيه ثلاث عناصر رئيسية بدءاً بالوضعية الديمغرافية في الجزائر ضمن عناصر متسلسلة لتوضيح أهم المتغيرات الديمغرافية وتطوراتها المستمرة، أما العنصر الثاني تطرقت فيه إلى مستويات واتجاهات الخصوبة في الجزائر من خلال التطرق إلى أهم تطورات التي حدثت في معدلات الخصوبة، في حين تناولنا في العنصر الثالث العوامل المتحكمة فيها

وجاء الفصل الثالث بعنوان: الصحة الإنجابية والتي تناولنا فيه عنصرين الأول بعنوان ماهية الصحة الإنجابية والذي كان فيه ماهية الصحة الإنجابية من خلال استعراض السياق التاريخي للصحة الإنجابية والتطرق إلى أهم المؤتمرات الدولية التي تناولت الصحة الإنجابية ثم تحديد أهداف ومبادئ الصحة الإنجابية، وكذا التعرف على أهم مكونات ومؤشرات الصحة الإنجابية، في حين تناولنا في العنصر الثاني الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال التعرف على أهم البرامج والسياسات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل، ثم تحليل لأهم مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر.

*أما الجزء الميداني تناولنا فيه فصلين الفصل الأول كان حول الدراسة الميدانية من خلال عرض خصائص أفراد عينة البحث وكذا عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية، أما الفصل الثاني فكان حول نتائج التي توصلنا إليها من خلال الدراسة الميدانية فقمنا بمناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات، و في ضوء الدراسات السابقة، و ثم في ضوء الأطر النظرية، وأخيراً عرض النتائج العامة لهذه الدراسة.

الفصل الأول: الإطار المفاهيمي والمنهجي للدراسة

أولاً: الإطار المفاهيمي للدراسة

1. الإشكالية
2. فرضيات الدراسة
3. أسباب اختيار موضوع الدراسة
4. أهمية الدراسة
5. أهداف الدراسة
6. مفاهيم الدراسة
7. الدراسات السابقة
8. مصادر الدراسة
9. مقارنة سوسيوديمغرافية.

ثانياً: الإجراءات المنهجية للدراسة

- 1-1 مناهج الدراسة
- 2-1 مجالات الدراسة الميدانية
- 2-1-1 المجال المكاني للدراسة
- 2-2 المجال البشري للدراسة
- 2-3 المجال الزمني للدراسة
- 3-1 إجراءات المعاينة
- 3-1-1 مجتمع الدراسة
- 3-2-1 عينة الدراسة وطريقة اختيارها
- 4-1 أدوات جمع البيانات
- 5-1 أساليب المعالجة للبيانات

خلاصة

أولاً- الإطار المفاهيمي للدراسة

1. إشكالية الدراسة:

تحظى القضايا الصحية المرتبطة بالإيجاب باهتمام واسع النطاق، نظراً لأهميتها في تعزيز صحة الأفراد، لاسيما الأمهات والأطفال الذين يُعتبرون من الفئات الأكثر عرضة للمخاطر الصحية. وقد أولت الحكومات والمؤسسات الصحية اهتماماً متزايداً بهذا المجال، خاصة في المجتمعات النامية التي تعاني من محدودية الخدمات الصحية وضعف الوعي المجتمعي. ومع تطور مفهوم الوقاية الصحية، انتقل الاهتمام من مجرد تقديم خدمات الأمومة والطفولة إلى تبني مفهوم أشمل للصحة الإنجابية، الذي لا يقتصر على الوقاية والعلاج، بل يشمل تعزيز حقوق الأفراد في الرعاية الصحية الإنجابية، وفقاً لما أقره المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة عام 1994. ويمثل مفهوم الصحة الإنجابية إطاراً متكاملًا يتناول الجوانب الصحية والمرضية المرتبطة بالتكاثر البشري، ويركز على آليات الوقاية والعلاج، إلى جانب كونه ركيزة أساسية في تحقيق التنمية البشرية والعدالة الاجتماعية. فهو لا يقتصر على تنظيم الأسرة، بل يتسع ليشمل الرعاية الصحية قبل الزواج، وعلاج العقم، والوقاية من الإجهاض، والتصدي للأمراض المنقولة جنسياً، مثل متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) وسرطانات الجهاز التناسلي، مما يعكس ارتباط الصحة الإنجابية بأبعاد اجتماعية واقتصادية وثقافية متعددة. والصحة الإنجابية ليس مرادفاً لتنظيم الأسرة، لكنه مدخل جديد لصحة المرأة وهو أوسع من تنظيم الأسرة أو الأمومة الآمنة، لهذا أطلق مؤخرًا عليه أيضاً مدخل دورة الحياة، فهو يشمل كافة جوانب الصحة كالرعاية الصحية قبل الزواج وعلاج العقم والوقاية من الإجهاض ومعالجة عواقبه، والوقاية وعلاج الأمراض المتنقلة جنسياً بما في ذلك متلازمة نقص المناعة المكتسبة (الإيدز) وسرطان الثدي وسرطان الجهاز التناسلي وخاصة سرطان عنق الرحم.

تعتبر مرحلة الإنجاب هي من أهم المراحل التي تتعرض لمخاطر الصحة الإنجابية، فالمرأة الحامل المعتلة الصحة تكون ضعيفة الجسم ومعرضة لأخطار متعددة تهدد صحتها وصحة جنينها، والمصابة بأحد الأمراض المتنقلة جنسياً تكون معرضة للإصابة بالعقم واضطرابات صحية أخرى، كما أن الإنتان النفاسي الذي يحدث للسيدات التي ولدت حديثاً وتنقصها الرعاية الصحية قد يهدد حياتها أو يترك أثراً بالغة السوء على صحتها، وقد تتعرض المرأة غير المستعملة لوسائل منع الحمل لحمل لا ترغب فيه مما يؤدي بها إلى البحث عن طرق لإنهائه، وقد تؤدي بنفسها إلى الهلاك وبأسرتها إلى الشقاء. ويمكن تجنب هذه المخاطر عن طريق توعية الأمهات بكافة الموضوعات المرتبطة بصحتهن الإنجابية والتي على ضوءها تتكون لديهن

اتجاهات و سلوكيات ايجابية نحوها. وفي هذا السياق تبرز أهمية البحث في العوامل المؤثرة على الصحة الإيجابية، لا سيما العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية، والتي قد تلعب دورًا حاسمًا في تشكيل السلوكيات والاتجاهات الصحية لدى الأفراد. ومن هنا تسعى هذه الدراسة إلى الإجابة عن التساؤل الرئيسي التالي: إلى أي مدى تؤثر العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية على الصحة الإيجابية للأمهات؟

وللتحقق من صحة هذا التساؤل، سيتم تحليل المتغيرات ذات الصلة من خلال تفكيك العلاقة بين العوامل المستقلة والتابعة إلى مؤشرات إحصائية دقيقة، بهدف الوصول إلى فهم معمق لطبيعة هذه التأثيرات وأبعادها المختلفة.

التساؤلات الفرعية:

1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الحالة الصحية للأمهات تعزى للمتغيرات السوسيو ديمغرافية؟

2- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأمهات إلى وزيادة معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة؟

3- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غياب المتابعة الطبية المتخصصة خلال الحمل وارتفاع معدلات مضاعفات الوضع ووفيات الامهات.؟

4- فرضيات الدراسة: قصد الدراسة العلمية والموضوعية للموضوع الموسوم ب الخصوبة والصحة الإيجابية في الجزائر وخاصة بعد التزايد الكبير والانتشار الواسع للعيادات الخاصة بأمراض النساء والتوليد في ولاية سطيف تمت صياغة الفرضية العامة كما يلي:

➤ الفرضية العامة: تؤثر العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية على الصحة الإيجابية للأمهات. ويندرج تحت هذه الفرضية العامة طرح الفرضيات الفرعية التالية:

• الفرضية الفرعية الأولى: توجد فروق ذات دلالة إحصائية في الحالة الصحية للأمهات تعزى للمتغيرات السوسيو ديمغرافية.

• الفرضية الفرعية الثانية: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأمهات إلى وزيادة معدلات الإصابة بالأمراض المزمنة

• الفرضية الفرعية الثالثة: توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين غياب المتابعة الطبية المتخصصة خلال الحمل وارتفاع معدلات مضاعفات الوضع ووفيات الامهات.

2. أسباب اختيار موضوع الدراسة: هناك عدة أسباب ذاتية وموضوعية تحكمت في اختيار الباحثة لهذا الموضوع وهي كالآتي :

• الاهتمام الشخصي بالمواضيع التي تهتم بالخصوبة والصحة الإنجابية وخاصة أنها من المواضيع الحساسة التي باتت تؤرق صحة السكان عامة وصحة المرأة خاصة .

• الاهتمام المتزايد للرأي العام العالمي بمسألة الصحة الإنجابية وخاصة أن هناك العديد من المؤتمرات التي تطرقت لها في مضامينها وقوانينها وموادها كمؤتمر السكان والتنمية بالقاهرة 1994 ومؤتمر بكين 1995.

• والسبب الرئيسي لاختيار هذا الموضوع هو ملاحظة الانتشار الواسع والكبير لعيادات أمراض النساء ومصحات التوليد الخاصة وتوطنها بوسط مدينة سطيف، وأيضاً نتيجة للتوافد الكبير للنساء من كل الولايات إلى هذه العيادات يومياً بأعداد هائلة وذلك بسبب حسن الاستقبال والتشخيص المتميز لبعض أمراض النساء من أجل الحفاظ على صحتهم الإنجابية ومتابعة مراحل الحمل حفاظاً على صحتهم وصحة الجنين بغية إنجاب أطفال أصحاء مستقبلاً.

3. أهمية الدراسة: تأتي أهمية هذه الدراسة انطلاقاً من أهمية الدراسات الأكاديمية والتحقيقات المنجزة في الجزائر حول الخصوبة والصحة الإنجابية وعقد المؤتمرات العالمية كمؤتمر السكان والتنمية بالقاهرة 1994 ومؤتمر بكين 1995 إلى كونها الأولى التي ستدرس المتغيرات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على الصحة الإنجابية والخصوبة في ولاية سطيف.

- توفير قاعدة من البيانات والمعلومات المتعلقة بالخصوبة في ولاية سطيف.
- توضيح الاختلافات لمستويات الخصوبة وتأثيرها على تدهور الصحة الإنجابية للأمهات.
- حاجة الدولة الجزائرية لمثل هذه الدراسات لتوضيح المتغيرات المؤثرة في الخصوبة والصحة الإنجابية من أجل وضع خطط التنمية في المستقبل.

4. أهداف الدراسة: تسعى الباحثة من خلال الدراسة الحالية التوصل إلى تحقيق الأهداف التالية:

- ✓ التعرف على أهم العوامل الثقافية والاقتصادية والاجتماعية وعلاقتها بتدهور الصحة الإنجابية للأمهات بمدينة سطيف.
- ✓ التعرف على مستوى الوعي الصحي لدى الأمهات وعلاقته بتدهور حالتهم الصحية عامة وصحتهم الإنجابية خاصة.

- ✓ تقصي بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية وعلاقتها بكثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة المضاعفات الخطيرة للحمل والولادة.
 - ✓ التعرف على مستويات الرعاية الصحية المقدمة للأمهات (قبل، أثناء، وبعد الولادة) وعلاقتها بوفيات الأمهات والأطفال (وخاصة وفيات الرضع وحديثي الولادة).
 - ✓ الكشف على بعض الأمراض المزمنة التي تعاني منها الأمهات قبل وبعد الإنجاب لتتبع أهم الآثار الجانبية التي تحدثها على صحتها الإنجابية من جهة، وعلى صحة أطفالهن من جهة أخرى.
 - ✓ التعرف على أسباب وفيات الأمهات والأطفال في مدينة سطيف من خلال قياس رأي الأمهات حول أسباب حدوث تلك الوفيات في القطاع العام "مستشفى الأم والطفل قديما وحديثا".
5. الدراسات السابقة: تعد الدراسات السابقة من أهم المرجعيات التي يعتمد عليها الباحث في تحديد ما تتميز بها دراسته عن غيرها من الدراسات الأخرى، وبالنظر لأهمية موضوع الدراسة الراهن اعتمدت الباحثة على عدة دراسات أجنبية وعربية تطرقت في عناوينها ومضامينها لمتغيرات الدراسة الحالية وعليه تم الاستعانة بها من خلال تلخيصها وتقييمها ونقدها وطريقة توظيفها في الدراسة مع مراعاة السياق التاريخي لعرضها ضمن الدراسة الحالية.

5.1. الدراسات الأجنبية:

الدراسة الأولى: من طرف الأمم المتحدة (1984) بعنوان: **العوامل الاقتصادية والاجتماعية وأثرها على الخصوبة في بعض البلدان المتقدمة سنة 1983** حيث قامت الأمم المتحدة بالتعاون مع السوق الأوروبية المشتركة والهيئة العالمية المتخصصة في دراسة الخصوبة (WFS) بدراسة الخصوبة التفصيلية ومدى تأثيرها بالعوامل الاقتصادية في بعض البلدان المتقدمة منها الأوروبية ودول شمال أمريكا. حيث هدفت هذه الدراسة إلى هو معرفة مدى أثر العوامل الاقتصادية والاجتماعية في تخفيض الخصوبة في تلك البلدان وحددت المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية بالمستوى التعليمي للمرأة محل الإقامة (ريف وحضر)، المستوى التعليمي للزوج، وظيفة الزوج، ومنصبه في الوظيفة. وتوصلت نتائج الدراسة إلى انه هناك علاقة عكسية بين الخصوبة والمستوى التعليمي للمرأة خاصة في كل من تشكوسلوفاكيا، هولندا، النرويج، بولونيا، الولايات المتحدة الأمريكية، فعلى سبيل المثال إذا أخذنا هذا البلد الأخير نجد أن معامل الارتباط بين مستوى الخصوبة والمستوى التعليمي ينخفض حسب المستويات التالية للمرأة على الترتيب: ما قبل الابتدائي، ابتدائي ثانوي، ثانوي فما فوق (2,70-2,77-1,99-1,75)، أي كلما كان المستوى التعليمي للمرأة عاليا كلما كانت خصوبتها منخفضة، كما بينت الدراسة أن مستوى الخصوبة في

الريف مرتفع بنسبة كبيرة عن مستوى الخصوبة في الحضر، وأن خصوبة المرأة التي تشتغل وتنقطع عن العمل منخفضة إذا ما قارناها بخصوبة المرأة التي لم تشتغل أبداً قبل الزواج أو أثناء مدة الزواج. (International conférence in population 1984، 1983، صفحة 201).

6.2 الدراسات العربية :

الدراسة الأولى: من إعداد الباحثة شذى محمد علي (2003) بعنوان "وعي المراهقات حول الصحة الإنجابية في مدينة بغداد". والهدف من هذه الدراسة هو تحديد مستوى وعي المراهقات فيما يتعلق بالصحة الإنجابية في مدينة بغداد، وهي دراسة مقطعية أجريت لغرض تحديد مستوى وعي المراهقات فيما يتعلق بالصحة الإنجابية، حيث اختيرت 180 مراهقة في عمر 12-18 سنة من جنس مدارس ثانوية من قطاع مدينة الصدر في بغداد، وقد جمعت العينة بطريقة المقابلة المباشرة باستخدام استبانة معدة لجمع المعلومات الاجتماعية و الديمغرافية ومستوى الوعي الخاصة بالصحة الإنجابية، وتوصلت الباحثة إلى النتائج التالية: أن نسبة أعلى من البنات (47,7%) أعمارهن بين (17-18 سنة) و(54,5%) في الصف الرابع الإعدادي وأن الدراسة الابتدائية هي الخلفية العلمية للأمهات (40,5%) منهم وأن (41,6%) من العينة من عائلة كبيرة الحجم التلفاز والانترنت كان المصدر الأول للمعلومات عند (40,9%) لقد سجلت الدراسة أن (45,5%) من العينة لديهم وعي جيد فيما يخص الدورة الحوضية وكذلك التغيرات الجسمية عند البلوغ عند (51,1%) منهم، كما سجل البحث تدني الوعي للعينة فيما يخص كل من المشاكل النسائية (45,6%) ومرض الإيدز (60,5%). (Mohamed Ali، 2003).

الدراسة الثانية: من إنجاز الباحثة: ختام حسين تميم (2004) بعنوان: العلاقة المتبادلة بين الصحة الإنجابية والوضع الاقتصادي والاجتماعي في سوريا، وهي دراسة ميدانية شملت على 1200 شاب وشابة تتراوح أعمارهم ما بين 15 و39 سنة بشكل عشوائي. وكان الهدف من اجراء هذه الدراسة هو :

- ✓ التعرف على مدى معرفة الشباب وآرائه في موضوعات تتعلق بالصحة الإنجابية كتنظيم الأسرة، الزواج المبكر، توقيت الحمل، الصحة الجنسية، الأمومة الآمنة والإجهاض غير المأمون.
- ✓ دور العوامل السكانية والاجتماعية في تحديد مصادر المعرفة لدى الشباب.
- ✓ قياس المعرفة لدى الشباب بالمعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية.

✓ إلقاء الضوء على بعض المشكلات الاجتماعية، الاقتصادية، التربوية والصحية التي يتعرض لها الشباب، بهدف الإحاطة بهذه المشكلات ووضع الحلول المناسبة لها.

✓ إبراز دور العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية في سوريا.

✓ إبراز أهم العوامل التي تعيق الصحة الإنجابية والإحاطة بها، وإلقاء الضوء على آثار تدني دخل الفرد.

وطرحت الباحثة في إشكاليتهما التساؤل التالي: هل الوضع الاجتماعي والتربوي والاقتصادي يؤثر على الصحة الإنجابية؟ وكانت فرضيات الدراسة كما يلي:

• توجد علاقة ذات دلالة بين الصحة الإنجابية والوضع الاجتماعي والتربوي.

• توجد علاقة ذات دلالة بين الصحة الإنجابية والوضع الاقتصادي.

نتائج الدراسة:

➤ تسجيل تحسن ملحوظ في انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع إلا أنه مازال مرتفعا إذا ما قيس بما هو عليه في العديد من الدول العربية والأجنبية (23 في الألف)، وهذا ينطبق أيضا على معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (28 في الألف).

➤ تراجع معدل الولادات (30 في الألف سنة 2001) إلا أنه مازال مرتفعا مقارنة مع الدول العربية والأوروبية.

➤ انخفاض معدل وفيات الأمومة إلى 280 لكل 100.000 ولادة حية سنة 2001.

➤ تجاوزت نسبة العزاب 50% فهي نسبة مرتفعة جدا ومرتبطة بشكل واضح.

➤ الظروف الاقتصادية الصعبة التي يعاني منها المواطن وارتفاع تكلفة المعيشة.

➤ نسبة التمييز بين الذكور والإناث مرتفعة 54% ولا يزال هناك تمييز في تعلم الذكور والإناث سيما في المناطق الريفية.

➤ ارتفاع في نسبة الأطفال الذين يعانون من انخفاض في الوزن أثناء الولادة (19,5%).

➤ بلغت نسبة الأمهات اللواتي توفيت بسبب الحمل والولادة 15% في حين تم تسجيل 13% من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية و12% يعانون من التقزم.

➤ 28% من النساء ليست لديهن فكرة عن تنظيم الأسرة و42% تعتبر بأن تنظيم الأسرة مفيد للأسرة.

➤ يعرف 71% من المبحوثين بأن الفحص الطبي قبل الزواج ضروري و87% يعرفون بأن الأمراض قد تنتقل بواسطة الجهاز التناسلي في حين 61% من النسوة لا يعرفن ما هو مرض الزهري.

➤ وجود علاقة وطيدة بين مقدار الدخل والمتغيرات الأخرى، وتبين بأنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة والرجل كلما كانت لهما معرفة أكبر بموضوعات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية وبأسباب وفيات الأطفال ومستوى أفضل بالإجهاض و مخاطره. (تميم، 2004).

✚ الدراسة الثالثة: للباحثين عبد الغفار فرج المنفي وجمال محمد أندير (2017) بعنوان "دراسة العوامل الاجتماعية و الاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في ليبيا باستخدام الانحدار المتعدد، وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة تراجع معدلات الخصوبة ومعرفة العوامل الاجتماعية والاقتصادية المسببة لهذا التراجع، وحجم الآثار المترتبة عليه مستقبلا، إذا استمر بالوتيرة نفسها. وقد طرح الباحثين تساؤل الإشكالية كما يلي: ما هي الأهمية النسبية للعوامل الاجتماعية والاقتصادية و الديموغرافية في تحديد الاختلافات في عدد الولادات الحية في ليبيا؟ أما الفرضية الرئيسية فهي: يوجد أثر جوهري ذو دلالة إحصائية للعوامل الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية في مستوى الخصوبة السكانية في ليبيا

الفرضيات الفرعية:

- تأثير السلوك الإيجابي للنساء الليبيات بمستويات تعليمهن وبمستوى تعليم أزواجهن.
- تأثير خصوبة النساء الليبيات بالعمر عند الزواج الأول، لما للعمر أهمية في تحديد طول المدة التي تعيشها المرأة داخل حياتها الزوجية .
- مدى تأثير الخصوبة بمشاركة المرأة في قوة العمل، فتؤدي هذه المشاركة أو الانشغال بمواصلة الدراسة إلى انخفاض مستويات إنجابهن.
- تتأثر الخصوبة بمدى استعمال وسائل تنظيم الأسرة، فتنخفض نسبيا عندما تلجأ المرأة إلى استخدام وسائل تنظيم الأسرة.
- تتأثر الخصوبة بالمستوى المعيشي للأسرة، إذ من المتوقع انخفاض معدل الخصوبة كلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة.

واعتمدت الدراسة على عينة المسح الليبي لصحة الأسر 2008 التي حجمها 11920 امرأة متزوجة أو سبق لها الزواج، واستخدام الباحثين أسلوب الانحدار المتعدد Analysis Multiple Regression لتقدير نموذج متعدد المتغيرات، ليوضح العلاقة بين مجموعة المتغيرات المستقلة وتأثيرها على المتغير التابع .

ولقد توصلت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن مستوى الخصوبة السكانية في ليبيا يتأثر بمجموعة من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية و الديمغرافية ومن أهم هذه المتغيرات هي عدد الأطفال الذين يعيشون مع المرأة، حيث كشفت نتائج هذه الدراسة وجود اثر ايجابي ذي دلالة إحصائية لمتغير عدد الأطفال الذين يعيشون مع المرأة في مستوى الخصوبة السكانية في ليبيا، وقد أظهرت النتائج أن مستوى الخصوبة يرتفع كلما ارتفع عدد الأطفال الذين يعيشون مع المرأة (الأسرة الممتدة).
- أن متغير عمر المرأة عند الزواج له اثر جوهري في الخصوبة السكانية في ليبيا، حيث أن مستوى الخصوبة ينخفض بارتفاع هذا المتغير بشكل واضح وذي دلالة إحصائية.
- بينت هذه الدراسة أن العمر عند الزواج له تأثير عكسي على مدة الحياة الزوجية، وبالتالي تؤثر تأثيرا كبيرا في مستوى الخصوبة؛ فالحياة الزوجية طويلة تمكن الزوجة من إنجاب عدد كبير من الأطفال مقارنة بالحياة الزوجية القصيرة.
- كما كشفت هذه الدراسة أهميه متغير الوضع الاقتصادي للأسرة في التأثير على مستوى الخصوبة السكانية في ليبيا، حيث بينت النتائج انه كلما كان الوضع الاقتصادي للأسرة مرتفعا كلما ارتفع مستوى الخصوبة، وقد يعزى السبب لقدرة الأسرة ذات الوضع الاقتصادي المرتفع على تحمل تكاليف تربيته الأبناء.
- أن هناك فروق جوهريه ذات دلالة إحصائية في مستوى الخصوبة السكانية في اختلاف استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث بينت الدراسة أن الانخفاض في مستويات الخصوبة في ليبيا، وكذلك في جميع مناطق ليبيا المختلفة يعود جزء منهم بسبب استخدام وسائل تنظيم الأسرة فقد وجد أن النساء اللاتي يستعملن وسائل تنظيم الأسرة مستوى خصوبتهن اقل من النساء اللاتي يستعملن الوسائل.
- كشفت نتائج هذه الدراسة أهمية متغيري الحالة التعليمية للمرأة والحالة التعليمية للزوج، فقط تبين أن الإنجاب يرتبط بمستوى تعليم المرأة، وكذلك مستوى تعليم زوجها حيث يزداد انخفاض إنجاب المرأة المتعلمة مع ارتفاع مستوى تعليمها، فالمرأة التي لم تحظى بنصيب وافر من التعليم تنجب في المتوسط عددا أكثر مما تنجبه المرأة المتعلمة، وكذلك ينخفض مستوى الخصوبة للمرأة بارتفاع المستوى التعليمي لزوجها.

- كما بينت نتائج هذه الدراسة العلاقة بين مدة الرضاعة الطبيعية ومستوى الخصوبة السكانية في ليبيا. (فرج المنفي واندير، 2017)

6.3 الدراسات المحلية:

➤ الدراسة الأولى: للباحث عيسى دلندا (2004) بعنوان "تغير السلوك الإيجابي في الجزائر" حيث

هدفت الدراسة إلى معرفة العلاقة بين التطور الذي عرفه المجتمع الجزائري من الناحية الاقتصادية والاجتماعية والتغير الذي طرأ على السلوك الديمغرافي، وركز الباحث على مؤشرات معينة لمتغير التطور الاجتماعي والاقتصادي وهي: (حتمية التعليم و مجانيته-توفير السكن - توفير مرافق الحياة -مناصب العمل). وجاءت فرضيات الدراسة:

- إن اهتمام الفتيات بالتعليم والإصرار على مواصلته قد أدى إلى تأخر سن الزواج وبالتالي التقليل من الإنجاب وهذه الوضعية تختلف حسب الوسطين الحضري والريفي.
 - إن تطور المجتمع اجتماعيا واقتصاديا أدى إلى تغير السلوك الإيجابي.
- وتوصل الباحث إلى أهم النتائج التالية:

➤ عرفت الأسرة الجزائرية المعاصرة تحولا ديمغرافيا حيث تغيرت من أسرة ممتدة إلى أسرة نووية تضم ثلاثة أو أربعة أطفال على الأكثر.

➤ توصل الباحث إلى وجود علاقة بين درجة تعلم الزوجة والسلوك الإيجابي، فكلما ارتفعت درجة التعليم لديها كلما قل عدد الأطفال، وتحقق هذه العلاقة في الوسط الحضري بشكل أكبر من الوسط الريفي.

➤ تغير سن الزواج حيث أصبح يتراوح بين (20-31 سنة) لدى الذكور و(24-28 سنة) لدى الإناث، وهذا يفسر بإصرار الفتيات على مواصلة التعليم وحصول الذكور على عمل.

➤ إن تحسين الحياة الاجتماعية والاقتصادية أدى إلى زيادة الإنجاب، فقد توصل الباحث إلى أن السياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر بعد الاستقلال مباشرة ساعدت على زيادة عدد المواليد والتقليل من وفيات الرضع وبالتالي ارتفاع نسبة الإنجاب، ونلمس هذه السياسة في عدة مؤشرات مثل (توفير مرافق الحياة، تخفيض نسبة الأمية، تقليل الوفيات تحسين ظروف السكن ومتطلبات الحياة). (Delenda, 2004)

➤ الدراسة الثانية: من إعداد الباحث أحمد درديش (2011) بعنوان "الصحة الإيجابية في الجزائر

"وتهدف هذه الدراسة إلى معرفة مدى وعي المرأة واهتمامها بقضايا الصحة الإيجابية والمشاكل التي تواجهها، والتعرف على جوانب الصحة الإيجابية للأمهات واتجاهاتها. وكذا دراسة مستويات الرعاية

الصحية للمرأة وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية ،والكشف عن الأمراض المتعلقة بالإنجاب التي تعاني منها الأمهات. وتمحورت إشكالية الباحث حول: ما هي العوامل المحددة للرعاية الصحية الإيجابية للأمهات في الجزائر؟ وقد اندرج ضمن هذا التساؤل تساؤلات فرعية كمايلي:

- هل لجوء المرأة إلى المراكز الصحية لطلب الرعاية الصحية الإيجابية يرجع إلى وعيها بأهمية هذه الرعاية أو مرتبط بحالتها الصحية؟

- هل مستوى تلقي الرعاية الصحية الإيجابية مرتبط بالمستوى التعليمي للمرأة؟

- هل تؤثر التكلفة الاقتصادية للوسيلة أو الخدمة الصحية على مستوى تلقي الأمهات للرعاية الصحية الإيجابية؟ وجاءت فرضيات الدراسة كمايلي:

الفرضية الرئيسية: التحسن المسجل في مستوى تلقي الرعاية الصحية الإيجابية خلال الفترة 1992-2002 يرجع إلى عوامل عديدة تمثل وفرة الوسائل والخدمات الصحية المقدمة أهم العوامل المؤثرة الفرضيات الجزئية:

- لجوء المرأة إلى المراكز الصحية لطلب الرعاية الصحية الإيجابية مرتبط بظروفها الصحية
- مستوى تلقي الرعاية الصحية الإيجابية لا يرتبط بالمستوى التعليمي للمرأة.
- يرتبط مستوى تلقي الرعاية الصحية الإيجابية من قبل الأمهات بالتكلفة الاقتصادية للوسيلة أو الخدمة الصحية المقدمة لهن

اعتمد الباحث في دراسته على ثلاثة مناهج وهي المنهج الإحصائي، المنهج الوصفي التحليلي وأخيرا المنهج الاستنباطي، وكان مجال دراسته هو المسح الوطني حول صحة الأم والطفل 1992 والمسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 .

ومن ابرز نتائج المتوصل إليها مايلي:

- كشفت هذه الدراسة عن وجود قصور في مستوى معرفه السيدات بالأمراض المتنقلة جنسيا وبطرق انتقالها(مرض السيلان والزهري) و الوقاية منها (مرض الايدز)خاصة بين النساء الأميات. فمعطيات مسح صحة الأسرة لسنة 2002 بينت بان 20.9% من النساء الأميات لا تعرفن أي طريقه للوقاية من مرض الايدز في حين كل النساء اللواتي حصلنا على مستوى ثانوي أو أعلى تعرفن على الأقل طريقه من طرق الوقاية

- كما تبين من خلال معطيات نفس المسح وجود فوارق جوهريه في مستوى الوعي بالأمراض المتنقل، جنسيا بين مختلف مناطق البلاد فمثلا نسبه الوعي بمرض الايدز بلغت 91.6% في بعض ولايات

الغرب الجزائري كولاية سيدي بلعباس وتلمسان في حين لم تتجاوز هذه النسبة 43.1% في ولاية الجلفة.

- يعتبر التأكد من الحامل والمضاعفات الصحية أهم الأسباب التي جعلت النساء الحوامل يلجان إلى المؤسسات الطبية لطلب الرعاية الصحية خلال فترة الحمل وبالمقابل مثل عدم التعرض للنساء إلى مشاكل صحية السبب الرئيسي الذي جعلهن لا يترددن على المراكز الصحية لتلقي الرعاية الصحية خلال وبعد فترة الحمل.

- تختلف كذلك مؤشرات الصحة الإنجابية بتباين المستوى التعليمي للمرأة فالنساء اللواتي حصلنا على مستوى تعليمي مرتفع أكثر وعيا ومعرفة بالأمراض المتنقلة جنسيا كما أن معدل استعمال وسائل تنظيم الأسرة ومستوى تلقي الرعاية الصحية يرتفعان مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة. مثلا الفارق في نسبة المتابعة الصحية أثناء الحمل بين النساء الأميات والنساء اللواتي حصلنا على مستوى ثانوي وأعلى بلغ 38.3 نقطة سنة 1992 و 29.7 نقطة سنة 2002 وقدر الفارق في نسبة المتابعة الصحية بعد الوضع بين هاتين الفئتين من النساء 20.4 نقاط سنة 1992 و 34.2 نقاط سنة 2002 إضافة إلى ذلك أظهرت معطيات المسح بان النساء المتعلمات اقل إنجابا وقل لجوء إلى زواج الأقارب هذه المعطيات تبين بان المستوى التعليمي للمرأة يعتبر من العوامل المؤثرة على صحة المرأة الإنجابية (درديش، 2011)

الدراسة الثالثة: من إنجاز الباحثة خديجة سواكراي (2017) بعنوان " واقع الصحة الإنجابية للنسوة الفئة (15-49 سنة) بمنطقة الجنوب بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات mics - 3" هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع الصحة الإنجابية لنسوة الفئة العمرية 15-49 سنة بمنطقة الجنوب من خلال معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، واعتمدت الباحثة في دراستها على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 حيث استهدف المسح النساء ما بين 15-49 سنة والأطفال الأقل من 5 سنوات حيث بلغ حجم العينة 578 توزعت على 17 منطقة عبر التراب الوطني بمعدل 51 عنقود في كل منطقة. جرى التحقيق مع 43642 امرأة من بين 47641 امرأة مستهدفة أي بنسبة استجابة قدرت بحوالي 91.6% وتوصلت الباحثة إلى جملة من النتائج من بينها مايلي:

● منطقة الجنوب ليست بعيدة عن الإطار العام فيما يخص تقديم خدمات رعاية الحوامل . 86.5 % من النسوة الفئة العمرية 15-49 سنة قمن بفحص واحد على الأقل أثناء الحمل من قبل مستخدمين مؤهلين (طبيب- ممرضة/قابلة).

- بلغت نسبة عملية الكشف أثناء الحمل عند الطبيب لنسوة الجنوب 58.7% ، أعلى نسبة سجلت بالمنطقة الفرعية 41 (68%)، بمتوسط قدر بـ 3.83 زيارة خلال فترة الحمل كلها. وترتفع النسبة بارتفاع المستوى التعليمي للأم أين سجلت 86.36% عند ذوات المستوى الجامعي؛
- بلغت نسبة النسوة المتزوجات واللات يولدن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح وقمن بفحص واحد على الأقل خلال الثلث الأول من فترة الحمل 64.2% . نسبة النسوة اللاتي ولدن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح في البيت بمنطقة الجنوب 10,1% وهي ثلاث أضعاف المجموع العام (3,86%)؛ أعلا النسب ارتبطت بنسوة الفئات العمرية الصغرى 15-19 سنة 16,66% والمتقدمة ، وبالريف عنها في الحضر (خمس النسوة) وبالنسوة اللاتي ليس لديهن مستوى تعليمي خاصة، إذ تمثل أكثر؛ من الخمس، وسجلنا أعلا معدل بولاية إليزي 28.57% . (سواكري، 2017)

الدراسة الرابعة: من انجاز الباحثين هوارى رحال و رضوان مصلي (2020) بعنوان: " واقع الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر وفق معطيات مسح MICS4-2012 " لقد سعت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع الرعاية الصحية المتلقاة من طرف النساء خلال مرحلتي الحمل والولادة في الجزائر اعتمادا على بيانات مسح صحي ديموغرافي MICS4-2012 من أجل معرفة إذا ما كانت هنالك فوارق في فرص استفادة النساء من الرعاية الصحية الإنجابية بالنظر إلى عوامل السن، منطقة الإقامة، مؤشر الثروة، مستوى تعليم المرأة وإقليم البرمجة. وقد طرح الباحثين التساؤلات التالية: هل لا تزال متغيرات مثل سن الأم ، المستوى التعليمي للأم ومنطقة الإقامة تنتج فروقا في الرعاية الصحية المقدمة للمرأة خلال فترة الحمل والولادة؟؛ ما مقدار مساهمة كل من عامل السن، منطقة الإقامة، إقليم البرمجة، مستوى تعليم المرأة ومؤشر الثروة في عدم المساواة في فرص الوصول للرعاية الصحية الإنجابية؟ وتوصلت الدراسة إلى أن هنالك تحسنا في أبعاد الرعاية الصحية الإنجابية بالنظر لبيانات PAPFAM-2002 ، وإلى أن القيام بأربع زيارات و أكثر إلى إطار طبي مؤهل هو البعد (رعاية الصحة الإنجابية) الذي تقابله أكبر نسبة من الفرص التي تحتاج إلى إعادة توزيع. كما وجدنا أن إقليم البرمجة يساهم بنسبة كبيرة في عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية، يليه مؤشر الثروة ثم المستوى التعليمي للأم . (رحال ومصلي، 2020).

الدراسة الخامسة: من إعداد الباحث صديق خوجة خالد (2020) بعنوان: "الخصوبة في الجزائر بين الانخفاض والارتفاع دراسة تحليلية". وكان هدف الباحث من خلال هذا المقال هو معرفة أسباب ارتفاع الخصوبة في الجزائر في مطلع القرن الحالي بعد أن عرف انخفاضا ملموسا خلال

أواخر القرن الماضي إذ قارب مؤشر الخصوبة مستوى التجديد 2,1 طفل لكل امرأة و إن تقل إلى 3 أطفال خلال سنة 2019. وطرح الباحث التساؤل التالي: ما هو سبب الارتفاع في عدد المواليد مطلع القرن الحالي؟ وهل يتواصل هذا الارتفاع أم أنه عارض فقط؟ وقد وضع الباحث أربعة فرضيات للدراسة وهي:

- إن تراكم عدد حالات الزواج، أي زواج عدد كبير من النساء في نفس الفترة مع لحاق نساء من جيل الثمانينات إلى سن الزواج قد يؤدي إلى ارتفاع في الولادات.
 - انخفاض في سن الزواج يمكنه أن يكون سببا في عودة ارتفاع مستوى الخصوبة.
 - يمكن أن نرجع الارتفاع في الولادات إلى تراجع في استعمال موانع الحمل وذلك منذ سنة 2006.
 - من المحتمل أن تكون التغيرات الهيكلية للتركيبة السكانية لها أثر في عودة ارتفاع الخصوبة.
- ومن ابرز النتائج المتوصل إليها: تبين أن ارتفاع الخصوبة في الجزائر ما هو إلا عارض وهذا ما يظهر من خلال الانخفاض الملاحظ في مستوى الخصوبة ابتداء من سنة 2017 مع عودة انخفاض المداخيل النفطية وتراجع سياسة الدعم للبرامج الاجتماعية المختلفة، وهو وضع قد يصعب من خلاله الزواج، وإنجاب الأطفال يصبح أكثر تكلفة. (صديق خوجة، 2020)

الدراسة السادسة: للباحثة بن زايد ريم (2021) بعنوان: "الخصوبة في الجزائر تطورها والعوامل المؤثرة فيها من 1962 إلى 2017" حيث هدفت الباحثة من خلال هذا المقال إلى استعراض أهم التطورات التي شهدتها الخصوبة في الجزائر من الاستقلال وإلى يومنا هذا، وأهم العوامل المؤثرة فيها و الناتجة عن التغيرات الهامة التي شهدتها البلاد في شتى المجالات، والتي كان لها بالغ التأثير على السلوك الإنجابي ومسار النمو السكاني، وذلك من خلال وصف وتحليل مختلف المعطيات الإحصائية المتعلقة بذلك. وطرحت الباحثة تساؤلا على النحو التالي: ما هي أهم التطورات التي شهدتها الخصوبة في الجزائر من 1962 إلى 2017؟ وما هي أهم العوامل المؤثرة فيها؟ لتجيب على هذا التساؤل بوضع الفرضيات التالية:

- بدأت مستويات الخصوبة في الانخفاض بعد تبني الجزائر لبرنامج التحكم في النمو السكاني في الثمانينات، من أجل تحسين فعالية التنمية و تلبية حاجات السكان.
 - التحولات المختلفة التي شهدتها البلاد في المجال الاقتصادي والاجتماعي و السياسي و الثقافي كان له بالغ التأثير على السلوك الإنجابي للمرأة و خصوبتها.
- توصلت الباحثة من خلال دراستها هذه إلى النتائج التالية:

➤ لقد شهدت الجزائر نموا سكانيا سريعا بعد فترة الاستقلال، تعود أسبابه إلى زيادة في المواليد وارتفاع معدلات الخصوبة الراجعة إلى الزواج المبكر و عد استخدام وسائل منع الحمل بشكل واسع نظر التزايد السكاني الكبير الذي شهدته البلاد بعد الاستقلال بادرت الدولة إلى تبني برنامج التحكم في النمو السكاني لتفادي عرقلة النمو الديموغرافي للمستقبل المسار التنموي في البلاد، وقد كان لهذا البرنامج تأثير كبير على اتجاهات الخصوبة والنمو السكاني ككل ، إضافة أيضا إلى التغيرات الاجتماعية و الاقتصادية التي كان لها تأثير أيضا، فقد انخفض المؤشر التركيبي للخصوبة من 1970 إلى 1985 بطفل ين للمرأة الواحدة، ومن 1985 إلى 2000 انخفض بفارق أربعة أطفال للمرأة الواحدة.

➤ هناك مجموعة من العوامل لعبت دور التأثير على اتجاهات الخصوبة في الجزائر، منها عوامل مباشرة المتمثلة في وسائل منع الحمل، العمر الأول عند الزواج، وعوامل أخرى لعبت دورا غير مباشر وتمثل كل من تعليم المرأة ودخولها ميدان الشغل ومكان الإقامة.

➤ شهدت الخصوبة في الجزائر تطورا و تغيرات كبيرة من الاستقلال وإلى يومنا هذا، و هذا حسب الظروف وحسب السياسات المتبعة في البلاد و التي قد يكون لها تأثير على السلوك الديموغرافي ومسار النمو السكاني ككل. (بن زايد، 2021)

الدراسة السابعة: من إعداد الباحثة طویل شهرزاد (2022) بعنوان "تباين السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافية في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات" تهدف هذه الدراسة التحليلية الإحصائية ، إلى معرفة الاختلاف عند نساء العينة المدروسة بين المناطق الجغرافية في المميزات الاجتماعية و الاقتصادية للنساء ، في توقيت بداية الحياة الإنجابية في المسار الإنجابي لهن، وفي نهاية الحياة الإنجابية لديهن، حيث استخدمت الباحثة اختبار ANOVA لتحليل التباين الأحادي من أجل اختبار الفروق بين متوسطات مختلف المتغيرات الكمية المرتبطة لسلوك الإنجابي للنساء التي ترجع إلى متغير المنطقة الجغرافية. ولقد سعت الباحثة من خلال هذه الدراسة للإجابة على التساؤل الرئيسي التالي: ما مدى اختلاف المميزات الاجتماعية و الاقتصادية و اختلاف السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافية لدى النساء من هذا الجيل؟

الأستئلة فرعية:

- ما هي الخصائص الاجتماعية و الاقتصادية للنساء و الميزة لكل منطقة جغرافية؟
- ما هو السلوك الإنجابي المميز لكل منطقة جغرافية؟.

• هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات السلوك الإنجابي ترجع إلى اختلاف المنطقة الجغرافية؟

• ما مدى تأثير المنطقة الجغرافية على مؤشرات السلوك الإنجابي للنساء؟

وجاءت الفرضيات البحثية العامة كالتالي:

✓ تتفاوت الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للنساء باختلاف المناطق الجغرافية.

✓ يختلف السلوك الإنجابي باختلاف المستوى الاجتماعي والاقتصادي للنساء بكل منطقة.

✓ توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشرات السلوك الإنجابي ترجع لمتغير المنطقة الجغرافية

✓ يختلف تأثير المنطقة الجغرافية باختلاف المؤشر الخاص بالسلوك الإنجابي للنساء.

توصل الباحثة إلى النتائج التالية:

➤ الهضاب العليا غرب تميزت بأعلى نسبة للنساء الريفيات وللنساء من الطبقة الفقيرة وللنساء اللواتي سبق لهن استعمال موانع الحمل، وأعلى متوسط سن المرأة عند آخر ولادة، وأدنى نسبة ممن تعرضن للإجهاض التلقائي.

➤ منطقة الجنوب تميزت بأدنى نسبة من نساء المناطق الريفية، ومن اللواتي لم يسبق لهن الإنجاب، ومن اللواتي سبق لهن استعمال موانع الحمل، أعلى متوسط سن المرأة عند آخر ولادة، وأعلى متوسط عدد مواليد.

➤ الفروق ذات الدلالة الإحصائية ارتبطت بالمؤشرات التي تتأثر مباشرة بالعوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمرأة كعوامل يمكن أن تساعد على الإنجاب ويمكن أن تمنعه أو تؤخره.

➤ لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى متغير المنطقة الجغرافية في عدد مرات الحمل التي لم تنتهي بولادة حية و بعدد الأطفال المتوفين لكل امرأة وهي مؤشرات للسلوك الإنجابي التي لا ترتبط ارتباطا مباشرا بالعوامل المساعدة أو الكابحة للخصوبة.

➤ أكثر الفروق ذات الدلالة الإحصائية كانت بين المناطق الشمالية و مختلف مناطق الهضاب وبين المناطق الشمالية و منطقة الجنوب وأن حجم أثر المنطقة الجغرافية على المؤشرات التي شهدت فروق ذات دلالة إحصائية متوسط في عدد المواليد الأحياء والمدة بين أول وآخر إنجاب وقليل في باقي المتغيرات. (طويل، 2022)

➤ **دراسة الثامنة:** وكانت للباحثين أمال هاشم ونوال لعشيدي (2023) بعنوان "الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية لسنة 2018"، وكان الهدف من إجراء هذه

الدراسة هو تحديد الفوارق الموجودة في مستوى خدمات الصحة بين مختلف ولايات الجزائر، وكذا تحليل إحصائيات سنة 2018 لاستخراج الولايات التي تعاني من نقائص الإمكانيات المادية منها والبشرية. وأهم النتائج المتوصل إليها أن الفوارق في الهياكل الصحية والموارد المادية والبشرية بين ولايات الجزائر يولد عنها ضغطا شديدا في الولايات الكبرى مما يؤدي إلى تدني مستوى تقديم الخدمات الصحية، وكذا تعثر سكان الولايات التي تعاني من عدم المساواة في تلقي حقهم الكامل في الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية. (لعشيشي و هاشم، 2023).

نقد وتقييم:

أ- أوجه الاختلاف: تظهر أوجه اختلاف الدراسة الحالية مع الدراسات السابقة التي تم عرضها في نقاط وزوايا عدة وهي:

✚ اختلافها من ناحية الموضوع: وإذا رجعنا إلى الدراسة الأجنبية الأولى نجدها اعتمدت على العوامل الاقتصادية والاجتماعية فقط وأثرها على الخصوبة في الدول المتقدمة دون تفصيل في بعض المتغيرات المهمة، وأيضا باقي الدراسات العربية والمحلية الأخرى التي تناولت في أغلبها مواضيع جديدة ولكنها تمس جوانب مختلفة وأبعاد متعددة لمسألة الخصوبة أو الصحة الإنجابية، وبذلك اعتمدها الباحثة كدراسات سابقة لاقتراح موضوع جديد ليكون موضوع الساعة وخاصة أننا في زمن يواكب التطورات التكنولوجية المستجدة وظهور وانتشار الأمراض الوبائية ليتم طرح موضوع الخصوبة والصحة الإنجابية دراسة ميدانية بولاية سطيف وهما وجهان لعملة واحدة وهي الصحة. وارتأت الباحثة إلى الأخذ بالمنهج التكاملي في معالجة هذين المتغيرين من كافة جوانبهما وذلك من خلال تفكيك المتغير المستقل-الخصوبة- إلى مؤشرات ذات دلالة وربطها بمؤشرات تخص المتغير التابع - الصحة الإنجابية- للتعرف على مدى تأثير وتأثر كل واحد بالآخر.

✚ اختلافها من ناحية الطرح نجد أغلب الدراسات السابقة ركزت على بعض العوامل فقط دون الأخرى في تحليلاتها لأثر تلك العوامل على أحد المتغيرات - الخصوبة أو الصحة الإنجابية- في حين الدراسة الحالية اعتمدت على الطرح والتحليل المفصل والتعمق في بعض التفاصيل الدقيقة في مراحل حساسة من عمر النساء، وهي المرض ومتابعة مضاعفات الحمل والولادة لدى الأمهات بين فئات مختلفة من خلال تقصي بعض المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية وعلاقتها بكثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة المضاعفات الخطيرة للحمل والولادة. وكذلك التعرف على مستويات الرعاية الصحية المقدمة للأمهات (قبل، أثناء، وبعد الولادة) وعلاقتها بوفيات الأمهات والأطفال (وخاصة وفيات الرضع وحديثي الولادة). ومحاولة الكشف على بعض الأمراض المزمنة التي تعاني منها الأمهات

قبل وبعد الإنجاب لتتبع أهم الآثار الجانبية التي تحدثها على صحتهم الإنجابية من جهة، وعلى صحة أطفالهن من جهة أخرى. والتعرف على أسباب وفيات الأمهات والأطفال في مدينة سطييف من خلال قياس رأي الأمهات حول أسباب حدوث تلك الوفيات في القطاع العام "مستشفى الأم والطفل قديما وحديثا".

✚ اختلافها من ناحية المجال المكاني و الزماني والمداخل النظرية التي تم من خلالها التطرق للموضوع بالرغم من أن الدراسات السابقة التي تم عرضها تتقاطع مع الدراسة الراهنة من حيث تركيزها وتأكيدا على أهمية خفض الخصوبة وتأكيد الفوارق في الهياكل الصحية والموارد المادية والبشرية بين ولايات الجزائر يولد عنها ضغطا شديدا في الولايات الكبرى مما يؤدي إلى تدني مستوى تقديم الخدمات الصحية، وكذا تعثر سكان الولايات التي تعاني من عدم المساواة في تلقي حقهم الكامل في الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية وخاصة ولايات الجنوب والمناطق النائية. إلا أن الدراسة الراهنة توصلت إلى أن مسألة خفض الخصوبة وتحسين الصحة الإنجابية للنساء يقتضي تظافر جهود الدولة مع مؤسساتها والأفراد وخاصة النساء من خلال وضع برامج تحسيسية، وتكثيف الحملات التوعوية حول ضرورة استخدام وسائل منع الحمل باستمرار من أجل رفع وعيمهن الصحي بهدف المحافظة على صحة الأم والطفل معا، وينبغي على الدولة دعم المرأة في كافة المجالات بغية تحقيق التنمية الصحية مستقبلا. والحفاظ على صحة النساء عامة وصحتهم الإنجابية خاصة. أما فيما يخص نتائج مقال الباحثين هواري رحال ومصلي رضوان 2020 بعنوان: "واقع الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر وفق معطيات مسح MICS4-2012 وما توصلنا إليه في مقالهما إلى أن هنالك تحسنا في أبعاد الرعاية الصحية الإنجابية بالنظر لبيانات-PAPFAM 2002، وإلى أن القيام بأربع زيارات و أكثر إلى إطار طبي مؤهل هو البعد (رعاية الصحة الإنجابية) الذي تقابله أكبر نسبة من الفرص التي تحتاج إلى إعادة توزيع. كما وجدنا أن إقليم البرمجة يساهم بنسبة كبيرة في عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية ، يليه مؤشر الثروة ثم المستوى التعليمي للأمر. ويظهر اختلاف الدراسة الحالية حول هذا المقال على أنه لا تزال هناك فجوة واضحة في حصول النساء على رعاية صحية إنجابية وخدمات صحية في المستوى، وهو ما يستدعي تدخل الجهات الرسمية من أجل إيجاد حلول سريعة لمثل هذه العقبات التي من شأنها أن تؤثر على صحة الأجيال المستقبلية عامة وعلى صحة الأمهات والأطفال خاصة.

ب- أوجه التشابه: تتشابه الدراسة الحالية مع مضمون الدراسة العربية الثانية للباحثة ختام تميم حسين حول العلاقة المتبادلة بين الصحة الإنجابية والوضع الاق والاج في سوريا وخاصة في

طرح أهدافها حول - دور العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية في سوريا. وأيضا إبراز أهم العوامل التي تعيق الصحة الإنجابية والإحاطة بها، وإلقاء الضوء على آثار تدني دخل الفرد. وتتشابه الدراسة الحالية مع الدراسة المحلية الثالثة للباحث أحمد درديش بعنوان الصحة الإنجابية في الجزائر "في صياغة الأهداف حول معرفة مدى وعي المرأة واهتمامها بقضايا الصحة الإنجابية والمشاكل التي تواجهها، والتعرف على جوانب الصحة الإنجابية للأمهات واتجاهاتها. وكذا دراسة مستويات الرعاية الصحية للمرأة وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية، والكشف عن الأمراض المتعلقة بالإنجاب التي تعاني منها الأمهات.

ج- الاستفادة من الدراسة: استفادت الباحثة من خلال الدراسات السابقة في بناء الإطار النظري للدراسة وصياغة الإشكالية و الأهداف وإثراء الجانب النظري، وكذا الاطلاع على الجانب المنهجي لها ومحاولة اختيار أدوات ومنهج تلائم دراستها واعتماد الأساليب الإحصائية في معالجة البيانات وتحليلها في سياق التخصص، كما استفادت من قائمة المراجع المذكورة في كل دراسة والتي ساعدتها في التوجه نحو مراجع أجنبية وترجمتها والاطلاع على الدوريات والمقالات و النشريات الجديدة.

6. مصادر الدراسة:

6.1. التحقيق السوسيوديمغرافي حول تصرفات وآراء الأزواج 1970:مس هذا التحقيق عينة في النساء المتزوجات في سن الخصوبة 15-49 سنة، إذ بلغ عددهن 3953 امرأة من الوسط الحضري، و4508 من الوسط الريفي، لمعرفة آرائهن وتصرفاتهن تجاه الخصوبة وتنظيم النسل.

6.2. التحقيق الجزائري حول الخصوبة 1986م:تم إجراء المسح الوطني الجزائري من قبل المركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان (CENEAP)، ولقد سمح هذا المسح بوضع برنامج وطني للتحكم في النمو الديموغرافي، يركز على قاعدة علمية متطورة من أجل توضيح خصائص تنظيم الأسرة في الجزائر، وبدأ العمل يوم 7 سبتمبر 1986، وللمسح الجزائري حول الخصوبة عدة أهداف فهو يعطينا نظرة حول ظاهرة الخصوبة ويبرز اتجاهاتها وتطورها والعوامل الاجتماعية و الديموغرافية التي تتحكم فيها:دراسة ظاهرة الزواجية، واستخدام موانع الحمل، قياس مميزات الخصوبة، استغلال العلاقة بين وفيات الأطفال الرضع والخصوبة، إظهار مميزات النموذج العائلي، تحليل المدة الفاصلة للتناسل وذلك بقياس المؤشرات التالية (الرضاعة، موانع الحمل، التعقيم). (C.E.N.E.A.P, 1988, pp. 1-24). لقد اعتمد في سحب عينة هذا التحقيق على

الجدول الإجمالية للبلديات الخاصة بتعداد 1977 واشتملت 3 مناطق هي: المنطقة الوسطى وضمت 2142 أسرة معيشية و1901 امرأة. المنطقة الشرقية وضمن 1812 أسرة معيشية و1605 امرأة. المنطقة الغربية وضمت 1414 أسرة معيشية و1928 امرأة. وفي هذا التحقيق استعملت استمارتين الأولى خاصة بالأسرة المعيشية والثانية بالمرأة (عميرة، 2017، صفحة 148).

6.3. المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992: تم انجاز هذا المسح في إطار المشروع العربي

حول الطفولة PAPCHILD الذي حققته السكريتارية العامة لجامعة الدول العربية بدعم مادي من AGFUND، صندوق الأمم المتحدة للسكان FNUAP، منظمة الصحة العالمية OMS، منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF، و مديرية الإحصائيات التابعة لهيئة الأمم المتحدة وتم تحقيقه من طرف الديوان الوطني للإحصائيات بمساهمة وزارة الصحة والسكان، والمشروع الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل هو جزء من المشروع العربي للنهوض بالطفولة الذي يهدف إلى توفير بيانات تفصيلية عن العوامل البيولوجية و الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والبيئية التي يؤثر على صحة الأم والطفل، وذلك بناء على قرارات وتوصيات مجلس وزراء العرب، ومجلس وزراء الشؤون الاجتماعية والعمل العرب، قد تفيد هذه البيانات في بناء قاعدة أساسية وتقييم البرامج الوقائية بشكل عام وما يتعلق منها بصحة الأم والطفل. (ONS, 1992) واستعمل فيه العينة الطبقية والعنقودية والمتعددة المراحل. حيث تكونت العينة الرئيسية من 485 وحدة معاينة أولية وحوالي 1410 وحدة معاينة ثانوية، هذه الوحدات وزعت على 4 طبقات رئيسية وهي:

- التجمعات الحضرية التي يزيد عدد سكانها حسب تعداد 1987 عن 100 ألف نسمة.
- تجمعات يتراوح عدد سكانها ما بين 50-100 ألف نسمة.
- التجمعات الحضرية التي يقل عدد سكانها عن 50 ألف نسمة. طريقة التجمعات الريفية.

شملت عينة المسح عينة جزئية تم سحبها من العينة الرئيسية، فكان عدد وحدات المعاينة الأولية حوالي 257 وحدة، وعدد وحدات المعاينة الثانوية، مناطق العدد 353 موزعة على الطبقات الأربعة المذكورة سابقا، ثم في المرحلة الأخيرة من العينة اختيرت عينة من الأسر باحتمال اختيار أسرة من بين 7 أسر وذلك للحصول على 20 أسرة من كل وحدة معاينة ثانوية في الحضر وحوالي 13 أسرة من كل وحدة معاينة في الريف. ولقد شملت الدراسة على حوالي 6694 أسرة معيشية و5881 امرأة متزوجة أو مطلقة أو أرملة وعمرها أقل من 55 سنة و5288 طفل دون سن الخامسة من العمر مقيمون مع أسرهم بصفة معتادة. وقد استعملت في هذا التحقيق خمس استمارات خاصة بالأسرة المعيشية استمارة خاصة بمميزات السكن، استمارة خاصة بحة الطفل، استمارة خاصة بصحة الأم واستمارة خاصة بخصائص

السكان المحليين، أما نسبة الاستجابة في الميدان فكانت كالتالي: %90 بالنسبة لاستبيان صحة الأم، و %96 بالنسبة لاستبيان صحة الطفل (وزارة الصحة والسكان، 1994).

6.4. المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002: قامت جامعة الدول العربية بتنفيذ المشروع العربي لصحة الأسرة، ويهدف هذا المشروع إلى تمكين وزارات الصحة والشؤون الاجتماعية، والتعليم، والشباب والرياضة، والمرأة والأسرة والتضامن، وغيرها من الجهات الوظيفية والدولية ذات العلاقة من الحصول على معلومات ذات مصداقية عالية وتتسم بالشمولية والتكامل وبصورة أكثر تحديدا فإن هذا المشروع كان يهدف إلى:

- السماح للسلطات بإعداد معلومات أساسية لمتابعة وتقييم سياسات الصحة السكانية .
- تحسين وضبط البرامج الصحية وخاصة الصحة الإنجابية ، عن طريق تحديث وإثراء قاعدة المعطيات المتوفرة.
- إعداد وسائل ضرورية لوضع سياسة إقليمية للسكان فمخطط العينة يتضمن تمثيلا على المستوى الإقليمي لأغلب المتغيرات والمستوى المحلي لبعضها .
- إعداد مؤشرات للمقارنة مع الدول العربية الأخرى ، وتقييم الجهود المتعلقة بمجال الصحة السكانية

تم هذا المسح بالاشتراك مع الديوان الوطني للإحصائيات وكذا وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على عينة مكونة من 19233 أسرة معيشية واستعملت فيه خمسة استمارات وهي: استبيان الصحة الإنجابية، استبيان صحة الأسرة المعيشية، استبيان حول النساء بعد سن الإنجاب، استبيان حول السكان الشباب 15-29 سنة، استبيان حول السكان المسنين 60 سنة وما فوق. تكونت قاعدة المعاينة في هذا المسح من كافة الأسر العادية التي تم إحصائها في التعداد العام للسكان والسكن لسنة 1998، واستخدمت فيه العينة المتعددة المراحل كما يلي:

المستوى الأول: سحبت فيه الوحدات الأولية وضمت المقاطعات التي بلغ عددها 510 مقاطعة.

المستوى الثاني: وتم فيه سحب الوحدات الثانوية والمتمثلة في الأسر بمعدل 20 أسرة في كل مقاطعة بالنسبة للعينة الرئيسية، بهدف تحديد المؤشرات الديموغرافية والصحية و40 أسرة بالنسبة للعينة الموسعة لقياس وفيات الأطفال الرضع. وبالتالي بلغ عدد الوحدات الثانوية أو الأسر في المجموع 10200 أسرة بالنسبة للعينة الرئيسية و20400 بالنسبة للعينة الموسعة. ولقد تمت الإجابة على 19233 استمارة على المستوى الوطني أي بمعدل 93,5%. (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2004)، ولأول مرة في هذا التحقيق تم التطرق إلى مسألة كبار السن وكذا النساء في سن اليأس في الجزائر وبتوسيع عينة المسح

إلى 17 منطقة جغرافية بعدما اقتصر في التحقيقات السابقة على 5 مناطق، كما انفرد هذا التحقيق عن غيره بإنجاز دراسات معمقة حول محددات وفيات الرضع، ودراسة حول الزواجية، ودراسة حول الخصوبة، ودراسة حول كبار السن، ودراسة حول الشباب العزاب (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2007، الصفحات 1-2). وقد عممت النتائج على مستوى المناطق الـ 17 التي سحبت منها العينة بعد إعادة التوزيع انطلاقاً من توزيع السكان المقدر من الإسقاطات السكانية لسنة 2002 المعتمدة على نتائج تعداد 1998 ومعطيات التسجيل الحيوي، وتمت عملية جمع بيانات المسح الجزائري لصحة الأسرة خلال الفترة ما بين سبتمبر ونوفمبر 2002 وبلغت نسبة استيفاء السر المعيشية 93.5%، واستبيانات الصحة الإنجابية 96.1% واستبيانات الشباب 93.0% (ONS، 2002).

6.5. المسح العنقودي الثالث المتعدد المؤشرات MIC53 2006: يعتبر هذا المسح من أهم المسوحات إذ يزودنا بمعلومات إحصائية حول الأطفال والنساء، وهو ضروري لتقييم ومتابعة التغيرات التي تنتجها سياسة الانفتاح خاصة بما تعلق بالظروف الاقتصادية والاجتماعية للدولة. تم انجازه سنة 2006 مع دعم تقني ومادي لـ UNICEF، ومنظمة هيئة الأمم المتحدة، UNFPA و ONUSIDA. قام الديوان الوطني للإحصائيات بإعداد هذا المسح MICS3 في إطار بروتوكول تم توقيعه بين الحكومة الجزائرية ووزارة الصحة وإصلاح المستشفيات ومكتب الـ UNICEF في الجزائر، ويهدف هذا المسح إلى:

- إعداد معلومات ضرورية للعمل بها ومتابعة وتقييم السياسات المتعلقة بالأطفال والنساء.
- تحديث وإثراء قاعدة المعطيات المتوفرة، وتخصيص مؤشرات من أجل المقارنة مع الدول الأخرى وتقييم المجهودات المبذولة لتحسين وضعية هاتين الشريحتين من السكان.
- متابعة تحقيق الأهداف من أجل التطوير، حيث أن 20 على 48 مؤشر يضمن أن هذه الأهداف محققة.

تم إجراء هذا التحقيق باستخدام العينة الطبقية وكان ذلك على مرحلتين:

- المرحلة الأولى: وتم فيها سحب وحدات المعاينة الأولية وتكونت من 34 عنقودا.
- المرحلة الثانية: تم سحب وحدات المعاينة الثانوية/الأسر والتي بلغ عددها 51 أسرة في كل عنقود مختار وهذا بناء على قوائم الأسر المصنفة على شكل عناقيد والتي صممت خلال تعداد 1998 بعدما تم تحديثها. ولقد تم تقسيم التراب الوطني في هذا التحقيق إلى 4 مناطق فرعية وهي:
- المنطقة الصحية للوسط: وبلغ فيها عدد المناطق الفرعية 5 وعدد عناقيد 170، وبلغ بذلك عدد الأسر المستوجبة 8670.

- المنطقة الصحية للغرب: وبلغ فيها عدد المناطق الفرعية 4 وعدد عناقيدها 136، وبلغ عدد الأسر المستوجبة فيها 6936.
- المنطقة الصحية للشرق: وبلغ فيها عدد المناطق الفرعية 5 وعدد عناقيدها 170، وبلغ عدد الأسر المستوجبة فيها 8670.
- المنطقة الصحية للجنوب: وبلغ فيها عدد المناطق الفرعية 3 وعدد عناقيدها 120، وبلغ عدد الأسر المستوجبة فيها 5202.

وبهذا بلغ حجم العينة في كل هذا التحقيق 29478 أسرة معيشية بنسبة استجابة 98,4% و47612 امرأة بنسبة استجابة 96% و14963 طفل بنسبة استجابة 97,6%. ولقد اعتمد في حساب حجم العينة على متغير نسبة الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص القامة، بما أنه متغير بشكل أصغر نسبة مقارنة بالمتغيرات الأخرى المقاسة (ONS, 2006).

6.6. المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات MICS-42013-2012: لمتابعة وقياس التقدم المحرز نحو التحقيق الأهداف التنموية في الجزائر ومن أجل المتابعة المنتظمة لأوضاع الأطفال والنساء، قامت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المنظمة العالمية للطفولة L'unicef وصندوق الأمم المتحدة L'unfja، بإنجاز 4 مسوح عنقودية الأول MICS1 سنة 1995 والثاني MICS2 سنة 2000، والثالث MICS3 سنة 2006 والرابع MICS4 وكان ذلك سنة 2013-2012. اعتمد في هذا التحقيق على قاعدة متكونة من عدد الأسر المعيشية المتحصل عليها من آخر تعداد عام للسكان والسكن سنة 2008، وفيه تم سحب العينة على مرحلتين وهما:

المرحلة الأولى: وتم فيها سحب وحدات المعاينة الأولية للمقاطعات.

المرحلة الثانية: تم فيها سحب وحدات المعاينة الثانوية/الأسر والتي بلغ عددها 25 أسرة في كل عنقود مختار مع العلم أن عدد العناقيد حدد بـ 160 لكل منطقة، وبهذا بلغ عدد العناقيد في العينة 1120 من مجموع 41871 عنقود في تعداد 2008-767 عنقود في المناطق الحضرية و353 عنقود في المناطق الريفية. وبلغ حجم العينة في هذا التحقيق كالاتي:

- عدد الأسر المعيشية 28000 أسرة بمعدل استجابة قدر بـ 98,4%.
- عدد النساء 41184 امرأة بنسبة استجابة 93,6%.
- و15140 طفل من 0-4 سنوات.

واستعمل في هذا التحقيق ثلاث أنواع من الاستثمارات: استثمارة الأسر المعيشية، استثمارة النساء ما بين 15-49 سنة واستثمارة الأطفال الأقل من 5 سنوات (Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, 2015, p. 37)

7. مفاهيم الدراسة:

7.1. الخصوبة: (Fécondité):

أ- اللغة: الخصب و تعني كثرة الكلاً والعشب في مكان ما، ومنه تربة خصيبة وذهن خصيب. مشتقة من كلمة خصب (بكسر الخاء) أي كثرة العشب و الكلا، والبلد الخصيب أي كثير الخير والخصب (الفيروز، 1978، صفحة 62)

ب- اصطلاحاً: الخصوبة في علم الأحياء تعني القدرة على الحمل وتهيؤ البويضة للتلقيح عكس العقم (عبد الهادي البدو، 2009، صفحة 175)،

ويعرف رولان بريساً على أنها "قدرة الرجل و المرأة على المشاركة في إنتاج النسل ويقابلها العقم وقد يكون فسيولوجياً أو اختيارياً، وكما تعبر عن مدى إنتاج المواليد فعلاً، سواء كان ذلك بالنسبة لفرد أو بالنسبة لمجموعة أفراد. (Pressat, 1979, p. 31).

ج- التعريف الإجرائي للخصوبة: هي عدد الأطفال الأحياء الذين يمكن أن ينجمهما الزوجين وهي خصوبة مقصودة وموجهة، قد تقف عند طفل واحد، أو هي القدرة على إنجاب الأطفال وتراوح بين 15-49 سنة بالنسبة للإناث.

8-1-1- الخصوبة البشرية: هي العملية المعقدة المسؤولة عن الاستمرار الحيوي للمجتمع وهي تشكل ناحية أساسية في الدراسات السكانية. وتعرف خصوبة المرأة على أنها قدرة المرأة على الإنجاب إذا توافرت لها الظروف الطبيعية. (أسيا، 2015، صفحة 87).

8-1-2- الخصوبة البيولوجية: وتعني القدرة على إنجاب الأطفال الأحياء، سواء تزوجت المرأة أم لم تتزوج والتي تعني الاتجاه المضاد للعقم ولا تعني بالضرورة وجود إنتاج فعلي من المواليد. (رشوان، 2001، صفحة 12)

8-1-3- الخصوبة الفعلية: والخصوبة في الاستخدام الديموغرافي الحديث تتعلق بالمعدل الفعلي للمواليد فخصوبة امرأة ما تعني عدد الأطفال المولودين من قبلها ويمكن أن نقسم الخصوبة الفعلية إلى قسمين (خلف غنام وصالح قدوري، 2017، صفحة 146)

■ الخصوبة الطبيعية: تعني السلوك الإنجابي دون اللجوء إلى استخدام وسائل منع الحمل أو الإجهاض المتعمد ولا وسيلة من وسائل تنظيم المواليد الإرادي (Nation-Unies, Apres la

(contraception, 1985)، ويعرفها رولان بريسّا: "بأنها خصوبة المرأة المتزوجة في غياب استعمال وسائل منع الحمل والإجهاض العمدي" (Pressat, 1979, p. 79)، هذا التعريف يبعد حالات الخصوبة التي تتدخل فيها الرغبة في تباعد الولادات أو تحديدها، وذلك باللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل، ولكن لا يبعد استعمال الرضاعة الطبيعية.

■ الخصوبة الموجهة: تعني الخصوبة الموجهة السلوك الإنجابي في مجتمع يمارس بصفة فعالة وسائل منع الحمل، فالخصوبة الموجهة إذن تعني بها الخصوبة التي تتحكم فيها المرأة أو الزوجين معا وذلك باللجوء إلى استعمال وسائل منع الحمل، ويعرفها رولان بريسّا بأنها خصوبة المرأة (أو الزوجين) التي تستعمل وسائل منع الحمل بهدف تحديد أو تنظيم الولادات (Pressat, 1979, p. 77) 7.2. الإنجاب:

أ- لغة: الإنجاب مصدر للفعل أنجب يقال: نجب، ينجب، أنجبت المرأة منجبة ومنجاب أي ولدت النجباء، و نسوة مناجيب، وكذلك الرجل يقال: أنجب الرجل والمرأة إذا ولدا نجيبا أي كريما (jacobs & Aswanson, 2004, p. 371).

ب- اصطلاحا: معنى الإنجاب من الممكن أن يطلق: العدد الفعلي للولادات

7.3. إخصاب: هو طاقة الإنجاب الفيسيولوجية الكامنة عند النساء في شعب معين، ويقاس على أساس أعلى معدل لإنجاب الأطفال أمكن تسجيله عند من هن في سن الإنجاب (محمد وآخرون، 2013، صفحة 258)

7.4. الأسرة المخصاب: من ولدت ولو طفلا، بعكس الأسرة العقيم التي لم تنجب.

7.5. خصوبة الزوجين: هي عدد أطفالهما الذين يولدون أحياء، وهي خصوبة مقصودة أو مخططة، وقد تقف عند طفل واحد.

7.6. سن الإنجاب: (Âge de reproduction): سن الإنجاب هو فترة من حياة المرأة تكون فيها قادرة على الإنجاب، وتبدأ هذه الفترة من (15 سنة-49 سنة) أي من سن البلوغ الذي يكون عادة بعد سن الثانية عشر أو أكثر وذلك حسب طبيعة المناخ في كل بلد وتمتد إلى غاية سن اليأس الذي يبدأ بعد الخامسة والأربعين.

7.7. مقاييس الخصوبة: تقاس خصوبة السكان بعدة مقاييس حسابية، تختلف فيما بينها، تبعا للعمليات الإحصائية المتبعة للحصول عليها، كما أن لكل منها مزاياه وعيوبه سواء من حيث سهولة الحصول عليه، أو من حيث الدلالة التي يبرزها، ومن أهم هذه المقاييس ما يلي:

✚ **معدل المواليد الخام (CBR) Crude Birth Rate:** هو عبارة عن النسبة بين عدد المواليد الأحياء في السنة إلى إجمالي عدد السكان في منتصف السنة لمنطقة جغرافية معينة، وهو أكثر مقاييس الخصوبة شيوعاً. وقد سمي هذا المعدل بالخام، لأنه يبين الظاهرة الحيوية إلى المجتمع ككل، دون النظر إلى التركيب السكاني المتباين من حيث العمر والنوع والنشاط والخصائص الديمغرافية الآخرة ونظراً لبساطته فإن له عيباً جوهرياً وهو أنه يمزج مجموعات سكانية كبيرة، تختلف الخصوبة فيما بينها اختلافاً واضحاً، ولا يميز بين طبقاتها المختلفة، ومدى تباينها بهذا العدد، ولكن له عدة مزايا من أهمها ما يلي:

- إن حسابه سهل، وبسيط ويسهل فهمه.
- يمكن إجراء حسابه سنوياً، طبقاً لنظام التسجيل.
- إنه يعتبر المؤشر المألوف لدى غالبية الناس.
- إنه المؤشر الوحيد الذي يجمع به كثير من الأفراد.
- إنه يبين مستوى الخصوبة المجتمع بأكمله على مستوى القطر والاقليم. (أحميدان الشواورة، 2014، الصفحات 355-357)

ويحسب معدل المواليد الخام على النحو التالي: فإنه يدل على المتوسط السنوي لعدد المواليد الأحياء لكل 1,000 نسمة. التي تم الحصول عليها عن طريق قسمة الولادات من الإثني عشر شهراً الماضية متوسط عدد السكان المقيمين من السنة $CBR = B / P * 1000$. (خواجه، 1985، صفحة 35)

✚ **معدل الخصوبة العام (GFR) General Fertility Rate:** هو عبارة عن النسبة، بين العدد السنوي للمواليد إلى جملة عدد الإناث اللاتي في سن الحمل، والتي تقع بين فئات العمر 15-49 سنة. والهدف من ذلك هو تحديد مقام المعدل إلى الإناث اللاتي هن في سن الحمل، وذلك باستبعاد جميع الذكور، ومجموعات أخرى من الإناث خارج فترة الحمل الطبيعية ويمكن صياغة المعدل إحصائياً كما يلي: $GFR = B / P_{F15-49}$

✚ **المؤشر التركيبي للخصوبة ("Indic Synthétique de Fécondité" ISF):** هو متوسط عدد المواليد الذين يمكن أن تنجبهم المرأة الواحدة طوال سنوات قدرتها على الإنجاب.

✚ **معدل الخصوبة العمرية النوعية العمرية (Fertility Age – Specific):** ويطلق عليه أيضاً، معدل الإنجاب التفصيلي حسب العمر، يعتبر معدل الخصوبة العمرية النوعية الخاصة من أهم المؤشرات المستخدمة في قياس مستوى الخصوبة وأكثرها دقة وخصوصاً عند توافر بيانات

دقيقة عن المواليد الأحياء خلال العام موزعة حسب عمر الأم عند الولادة وتوزيع السكان حسب نفس الفئات العمرية، وذلك لأنه يأخذ بعين الاعتبار التركيب العمري للإناث، ومن ثمة تقدر مستوى الخصب لكل فئة عمرية للنساء، وهو يعطينا عدد الولادات السنوية لكل ألف امرأة في كل فئات معينة. (يونس حمادي، 2010، صفحة 131).

ويصاغ كالتالي:

$$\text{معدل الخصوبة النوعية العمرية} = \frac{\text{عدد مواليد أحياء للنساء اللاتي هن في سن الحمل في فئة عمرية خلال السنة}}{1000 \times \text{عدد الإناث في نفس الفئة العمرية في نفس السنة}}$$

➤ **معدل الخصوبة الكلي (TFR) Total fertility rate:** وهو مجموع معدلات الخصوبة العمرية و يمثل عدد الأطفال الذين يمكن ولادتهم من تطبق عليها معدلات الخصوبة العمرية السائدة لمراحل العمر في سن الخصوبة (15-49 سنة). ويحسب بضرب معدل كل فئة في خمسة وجمع حواصل الضرب لجميع الفئات.

➤ **معدل التكاثر الإجمالي (GRR) Gross reproduction rate:** هو مجموع معدلات المواليد الخاصة بالعمر محسوبة للمواليد الإناث فقط، وهو حالة خاصة لمعدل الخصوبة الكلية إذ يقيس التكاثر الإجمالي مجموع المواليد الإناث فقط لدفعة من النساء، ويفترض هذا المعدل بان جميع الإناث سيبقون على قيد الحياة حتى نهاية سن الإنجاب (خواجة، 1985، صفحة 7).

➤ **معدل التكاثر الصافي (NRR) Net reproduction rate:** هو عبارة عن متوسط عدد الإناث اللاتي يمكن أن تنجبهن امرأة (أو مجموعة من النساء) إذا أمضت حياتها منذ ميلادها بما يتماشى مع معدلات الخصوبة الخاصة بالعمر. (أحميدان الشاورة، 2014، صفحة 362).

➤ **معدل الخصوبة المكتملة:** هو مقياس يوضح مجموع المواليد الأحياء لكل امرأة أو لكل 1000 امرأة ممن مررن بفترة الانسلال كلها، وبعبارة أخرى، فهو يدل على عدد الأطفال الذين سبق أن ولدتهم 1000 امرأة ما بين 45-49 سنة من العمر، أو بالنسبة إلى جميع الأعمار 45 سنة أو أكثر في تاريخ معين. (يونس حمادي، 2010، صفحة 134).

➤ **نسبة الأطفال للإناث (Child/Woman):** وهي عدد الأطفال تحت سن الخمس سنوات إلى كل ألف من النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة)، ويدعى أيضا بنسبة الخصوبة العامة أو نسبة الأطفال للنساء. الهدف من استخراج هذه النسبة هو معرفة معدل الخصوبة الذي يؤثر بدوره في الزيادة السنوية للسكان على تأمين الغذاء والملبس والمأوى والخدمات للأجيال الجديدة، واستطاعت

الدول المتقدمة أن تكبح جماح هذه المعدلات لتتفق مع مستوياتها المعيشية والصحية، وعدم الوصول إلى المجاعات، أو الأمراض والفقر والبطالة والتلوث...الخ. (أحميدان الشواورة، 2014، صفحة 362)

7.8. الصحة الإنجابية: (La Santé reproductive): قبل التطرق للمفهوم الصحة الإنجابية لابد من تقديم تعريف للصحة:

7.8.1. الصحة :

أ- الصحة لغة: حاله أو ملكة بها تصدر الأفعال عن موضعها سليمة (الشريف الجرجاني، 1983، صفحة 132).

ب- اصطلاحاً: عرفتها منظمه الصحة العالمية "حالة تمتع الفرد بكامل العافية البدنية، والعقلية والاجتماعية وليست مجرد خلوه من المرض أو العاهة (اللحام محمد هادي واخرون، 2007، صفحة 415)، قدم بركنز Perkins تعريفا للصحة على أنها "حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم من العوامل الضارة التي يتعرض لها، وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه". وتعرفها منظمة الصحة العالمية على أنها: "حالة السلامة والتحسّن الجسدي والاجتماعي والعقلي الكامل وليست مجرد غياب المرض أو العجز". (عبد المحي م.،، صفحة 17).

7.8.2. الصحة الإنجابية: وهي "حالة متكاملة من الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية، وليست تعبيراً عن غياب المرض فقط بكل الأحوال والأمور المتعلقة بالجهاز الإنجابي ووظائفه". (سبيتان، 2012، صفحة 104)، وعرفها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية سنة 1994: بأنها: "حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض أو الإعاقة، ولذلك تعني الصحة الإنجابية قدرة الناس على التمتع بحياة جنسية مرضية ومأمولة، وقدرتهم على الإنجاب، أو حرّيتهم في تقرير الإنجاب وموعده وتواتره، وهذا الشرط الأخير ضم على الرجل والمرأة في معرفة واستخدام أساليب تنظيم الأسرة مأمونة وفعالة ومقبولة في نظرهم، وأساليب تنظيم الخصوبة التي يختارونها والتي لا تتعارض مع القانون، وعلى الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تجتاز أمان فترة الحمل والولادة (الأمم المتحدة، 1995، صفحة 38).

- 7.8.3. تنظيم الولادات: يعرف "رولان بريس" تنظيم الولادات بأنه: "فعل مقصود من جانب الزوجين أو الأفراد لضبط عدد المواليد والمباعدة بينهم" (بريسا، 2007، صفحة 147)، ويستخدم مصطلح تنظيم الولادات مرادفا لمصطلحات أخرى مثل تنظيم الخصوبة. فتنظيم الولادات هو عملية يقررها الزوجان من أجل تحديد عدد الأولاد والتباعد بينهم، وذلك لإيجاد مناخ مناسب لأسرة متوازنة، قادرة على تنشئة وتربية الأولاد بشكل سليم.
- 7.8.4. الرعاية الصحية: ويشير هذا المفهوم إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية الاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية وعلى ذلك يدور هذا المفهوم حول كافة الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض (عبد المحي م.، 2001، صفحة 21).
- 7.8.5. الرعاية الصحية الإنجابية: تعرف على أنها مجموعة من الطرق والأساليب والخدمات التي تساهم في تحقيق الرفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية، وبذلك فهي تشمل الصحة الجنسية التي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية بين الزوجين، وليس مجرد تقديم الرعاية الطبية والمشورة فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض والعدوى التي تنتقل بسبب الاتصال الجنسي. (طاحون، 2010، صفحة 87).
- 7.8.6. الأمومة الآمنة: تعني التأكد من أن جميع النساء تلقين الرعاية الصحية اللازمة لتوفير الأمان والصحة أثناء الحمل والولادة.
- 7.8.7. تنظيم الأسرة: هي إرادة الزوجين في المباعدة بين ولادتهما، باستخدام وسيلة مشروعة ومأمونة لتأجيل الحمل ما يناسب ظروفهما الصحية والاجتماعية والاقتصادية وذلك في نطاق المسؤولية نحو أولادهما وأنفسهم. (جلي، 1984، صفحة 196).
- 7.8.8. الثقافة الصحية: تعني تقديم المعلومات والبيانات والحقائق التي ترتبط بالصحة والمرض لكافة المواطنين والهدف الأساسي منها هو الإرشاد والتوجيه والوصول إلى الوضع الذي يصبح فيه كل فرد على استعداد نفسي وعاطفي لأن يتجاوب مع الإرشادات الصحية (بهاء الدين، 1997، صفحة 22). وهي العملية التي بواسطتها ينعم الأفراد والجماعات كيفية حماية صحتهم وإدامتها والارتقاء بها واستردادها أو تصحيحها عند المرض، وهي عملية ذات أبعاد ذهنية ونفسية واجتماعية، وتهدف إلى الزيادة في قدرة الأفراد على اتخاذ قرارات سليمة تعود عليهم بالخير من أجل تغيير نمط سلوك الفرد والعائلة (الزغي، 2000، صفحة 34).

7.8.9. الوعي الصحي: هو مفهوم يقصد بهد إلمام الأفراد بالمعلومات والحقائق الصحية وأيضا إحساسهم بالمسؤولية نحو صحتهم وصحة غيرهم، وفي هذا الإطار يعتبر الوعي الصحي هو الممارسة الصحية عن قصد نتيجة الفهم والاختناع، ويعني الوعي الصحي أيضا أن تتحول الممارسات الصحية إلى عادات تمارس بلا شعور أو تفكير. بمعنى آخر الوعي الصحي هو الهدف الذي يجب أن نسعى إليه ونتوصل إليه لأن تبقى المعلومات الصحية لثقافة صحية فقط (سلامة، 1997، صفحة 22)

7.8.10. وسائل منع الحمل: وتعني مجموعة الطرق التي تؤدي إلى توقيف الولادات وهذه الوسائل تنقسم إلى وسائل مادية وغير مادية وأن هذا المفهوم اقتبس من الإنجليزية منذ 1960 وهو طريقة لمنع الحمل لتعيين مجموعة الوسائل التي تعمل على تجنب الحمل (دريد، 2007، صفحة 26).

9- المقاربة السوسيوديموغرافية :

إن التطور العلمي في الدراسات الديمغرافية وتنوع اتجاهاتها، كانت اللبنة الأولى لظهور الاجتهادات النظرية لعلماء السكان محاولة تطبيق وتطوير النظرية الديمغرافية أو الاجتهاد في التوصل إلى تصورات نظرية أخرى لتفسير الظواهر السكانية، وتعتمد كل دراسة أو بحث علمي على نظرية تساعد الباحث في معالجة الظاهرة التي هو بصدد دراستها حتى تكتسب الطابع العلمي، ولقد تعددت النظريات والدراسات العلمية في مجال الخصوبة السكانية (البياني، 2011، صفحة 91)، وقد صيغت عدة نظريات حول موضوع الخصوبة لذا اعتمدنا في مقاربتنا السوسيوديمغرافية على الدراسات الحديثة في هذا الاتجاه والتي سنذكر منها مايلي:

9.1. نظرية إسترلين (Esterlin 1985): تعتبر من أهم النظريات المفسرة لسلوك الإنجابي ، وبهذا الصدد فقد اقترح إسترلين إطاراً نظرياً هاماً ضمن فيه ميول الأفراد و اتجاهاتهم، بخصوص عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم أو الطلب عليهم، وتستند على ثلاثة عناصر رئيسية وهي :

- الطلب على الأطفال: حيث يشير إلى عنصر الخيار الشخصي، ويمثل مفهوم حجم الأسرة المثالي المرغوب من قبل الوالدين.
- عدد الأطفال الأحياء الباقيين على قيد الحياة، ويشير بنفس الوقت إلى مفهوم الخصوبة الفعلية.
- تكلفة تحديد الخصوبة: ويمثل الاتجاه نحو استخدام موانع الحمل والقرارات المتعلقة بعدد الأطفال المرغوب بإنجابهم. (كرادشة والمصاروة، 2010، صفحة 493).

ويرى العالم إيسترلين أن هناك بعض المتغيرات المركبة التي تبدو هامة إلى إحداث التحول الديمغرافي أو الانتقال الديمغرافي إلى ظروف إنجاب حديثة، تلك التغيرات تضمنت الابتكارات العلمية في مجالات الصحة والعناية الطبية التامة، فضلا عن التطور الثقافي والعلمي، والتحضر والخصوبة، ونمو المستوى المعيشي أو الدخل القومي، وأخيرا ظهور برامج تنظيم الأسرة التي لعبت دورا مؤثرا في السلوك الإنجابي، ويمكن الإشارة إلى أن التحضر والتحديث يؤثر على الطلب على الأطفال، وعدد الأطفال منهم، وعلى تكلفة وسائل تحديد النسل (البياني، 2011، صفحة 93)، ولقد جمع إيسترلن بين الأسس الاقتصادية والاجتماعية والثقافية و البيولوجية المحددة لمستوى الإنجاب مستند إلى عدد من الأفكار الأساسية أهمها:

يحدد عدد الأطفال الأحياء الذين يتم إنجابهم بمقارنة حافز الحد من الإنجاب مع تكلفته (النفسية أو المادية أو التي تخص الزمن بالنسبة للنساء) وعندما يكون الحافز أكبر من التكلفة سيتم التحكم بالخصوبة والعكس بالعكس.

ويتوقف حافز الحد من الإنجاب على الفرق بين الطلب على الأطفال (يحدده مستوى الدخل المتاح و التكلفة وتفضيل الفرد) وعرضهم (يحدده بمعدلات الخصوبة الزوجية الطبيعية والنفاء والبقاء الأطفال أحياء حتى سن البلوغ) فإذا كان العرض أقل من الطلب فإن الحافز على الحد من الخصوبة متوفرة و العكس بالعكس. (فتحي علي محمد، عبد الموجود، وزين العابدين أحمد، 2020، صفحة 254)

9.2. نظرية جون سي كالدويل 1982 "تدفق الثروة" "Flow of Wealth": تستند نظرية كالدويل إلى الاعتقاد بأن الخصوبة سلوك اقتصادي عقلائي متضمن في الأهداف الاقتصادية المحددة اجتماعيا ومحدد بعوامل سيكولوجية وبيولوجية. (البياني، 2011، صفحة 92)، ولقد أرجع جون كالدويل ارتفاع مستويات الطلب على إنجاب الأطفال في المجتمعات الأقل تطورا إلى استمرار وجود نظام اجتماعي يعتمد على الأسرة الممتدة وسلطة كبار السن من الذكور فيها؛ إذ عادة ما يفضي هذا النظام -حسب منظور هذه النظرية- إلى أن يقدم الأبناء ما يكسبونهم ثروة إلى آباءهم، وما لم ينعكس اتجاه تدفق الثروة هذا، سيظل العائد المنتظر من الأطفال مرتفعا، وكذلك الطلب عليهم. وتؤكد نظرية تدفق الثروة هنا، أن اتجاه تدفق الثروة بين الآباء و الأبناء هو المحرك الأساسي لتغير نمط الطلب على الأطفال داخل الأسرة الزوجية ، فإذا كان اتجاه تدفق الثروة من الأبناء باتجاه الآباء، فإن مستوى الطلب على الأطفال سيكون مرتفعا، كون الأبناء سيشكلون فيما بعد منفعة وعائداً اقتصاديا للآباء لما يحققونه من عوائد مضافة إلى اقتصاديا تأسرهم، واجتماعيا باعتبارهم يمثلون مصدر للمساعدة في الزراعة وفي سوق العمل، كذلك مصدر ضمان في حالة عجز و

شيخوخة الوالدين (كرادشة والمصاروة، 2010، صفحة 493). يرى كالدويل أن المجتمعات الحديثة هي التي يتحقق داخلها انخفاض الخصوبة حيث يقل داخلها سلطة العائلة والعلاقات الأسرية ويتحول نظام الإنتاج إلى نظام اقتصادي عقلاني مما يؤدي إلى اتجاه تدفق الثروة المتجه من الآباء إلى الأبناء، و من ثم يأتي تأثير التنمية الاقتصادية الاجتماعية في إحداث التغير في نظام العائلة، وسلوك الإنجاب من خلال التحضر، والتعليم وارتفاع مكانة المرأة، والتقدم الصحي، وارتفاع الدخل الفردي، فبعد وصول التنمية الاقتصادية الاجتماعية في مستواها إلى حد معين، تبدأ عملية التغير في سلوك الإنجاب (خفض الخصوبة، فتتمثل العوامل التي لها تأثير على الإنجاب في الدول النامية في التركيب الوظيفي وخاصة خروج المرأة للعمل حيث يساعد على تأسيس عائلات صغيرة الحجم الأمر الذي يؤدي انخفاض الخصوبة، وبالتالي انخفاض نمو السكان. (فتحي علي محمد، عبد الموجود، وزين العابدين أحمد، 2020، صفحة 256).

9.3. نظرية فريدمان: لقد كان لفريدمان دورا في إثراء المعلومات الديمغرافية وربط المتغيرات السكانية بمتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية، سواء على المستوى الفردي أو المجتمعي فالتحليل على المستوى المجتمعي يوفر بيانات قابلة للاختبار الكمي، أما التحليل على المستوى الفردي فيساعد على تغيير السلوك وعلاقته بالمعايير الاجتماعية، فكلاهما يكمل الآخر في تفسير الظواهر الديمغرافية. (البياني، 2011، صفحة 95). وركز العالم فريدمان على عامل واحد من عناصر النمو السكاني ألا وهو عامل الخصوبة، حيث يرى أن معدلات الخصوبة هي العامل الذي يشكل المشكلة السكانية فمعدلات النمو في أي مجتمع تعتمد أساسا على مستويات الخصوبة والوفيات وتتأثر بدرجة ضئيلة بالهجرة الخارجية، وركز في تناوله لموضوع الخصوبة على متغيرين أساسيين هما: الطلب أو الرغبة في الأطفال من قبل الوالدين، وتبني وسائل تنظيم الأسرة، مؤكدا بدوره على أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية والاق في خصوبة السكان (البياني، 2011، صفحة 95)

9.4. نظرية ديفيز وبلاك (Davis and Black) 1956: وهي النظرية المعروفة بنظرية المتغيرات الوسطية، تعتبر أبحاث هذين العالمين من الأبحاث الرائدة في هذا المجال حيث قدما إطارا تحليليا وافيا بينا فيه إن كافة المتغيرات الاجتماعية أو الاقتصادية تؤثر على مستويات الخصوبة من خلال مجموعة من العوامل سميها ب (المتغيرات الوسطية للخصوبة) و ضمنها في إطار احتوى مجموعة من المتغيرات التي يمكن إن تؤثر في الخصوبة أو تبين الأسباب المباشرة التي تعمل على رفع مستوياتها أو حتى خفضها، كما أشارا إلى أن هذه المتغيرات موجودة في كافة المجتمعات كما تتأثر بمتغيرات أخرى ذات

صيغ اجتماعية أو اقتصادية مختلفة (كرادشة م.، 2009، صفحة 66). ولقد قسما المتغيرات الوسطية إلى :

- ✚ عوامل الاتصال الجنسي والتي تتمثل في العمر عند دخول الحياة الجنسية. العزوبية بين النساء. مدة الفترة الأخصائية المنقضية بين الأزواج الضائعة بسبب الطلاق أو الترميل... الخ.
- ✚ المتغيرات المؤثرة على الحمل واستخدام وسائل منع الحمل بأنواعها ووجود العقم أو غيره.
- ✚ المتغيرات المؤثرة على الولادة والإخصاب مثل وفيات الأجنة لأسباب إرادية أو غير إرادية.
- ✚ العوامل المؤثرة في التعرض إلى الاتصال الجنسي (ضمن نطاق الزواج) مثل: الامتناع الإرادي عن ممارسة الجنس وكذا الامتناع غير الإرادي عن ممارسة الجنس (سفر الزوج، مرضه، أو مرض الزوجة).

9.5. نظرية جون بونغارتس 1978 (Bongaarts): يبين الديموغرافي (جون بونغارتس) أن دراسة مستوى خصوبة السكان و تفسيراته تتطلب العمل على القياس المباشر للعوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في الخصوبة، كما ذكر أن العوامل التي تؤثر في الخصوبة ومستوياتها تمر عادة عبر العوامل البيولوجية والسلوكية وهي ما دعاها ب (المتغيرات التقريبية للخصوبة) (كرادشة م.، 2009، صفحة 69)، وسعى من خلاله –وبشكل دقيق وتفصيلي- إلى توضيح الطريقة والطبيعة التي تسلك من خلالها متغيرات المحيط وخصائص هل تؤثر في مستويات الطلب على الأطفال، وقد ضمن بونغارتس إطاره النظري هذا تأثير متغيرات ديموغرافية مختلفة و مباشرة في سلوك المرأة الإنجابي يمثل "استخدام موانع الحمل، وسن المرأة عند الزواج، والإرضاع الطبيعي ووفيات الأجنة الاختياري والتلقائي"، حيث نوه إلى أن هو من خلال هذه العوامل المباشرة تصل المرأة إلى ضبط وتنظيم سلوكه الإنجابي وإخضاعه لدالة المستهلك الرشيد، وقد ساعد هذا النموذج في تقديم معرفة دقيقة وتفصيلية لآلية تأثير المتغيرات الاجتماعية- الاقتصادية على مستويات الطلب والعرض من الأطفال، وبالتالي على تحقيق فهم أكثر لسلوك المرأة الإنجابي. (كرادشة والمصاروة، 2010، صفحة 501)

ثانيا: الإجراءات المنهجية للدراسة:

بعد عرض المعلومات ورصد الدراسات السابقة حول موضوع الدراسة، والتي تعتبر عملية أولية فقط، إذ أن إفادة الجانب النظري تكمن فقط في تأطير البحث الاجتماعي ورسم هندسته، أما جوهره وأساسه فهو العمل الميداني، هذا الأخير الذي يعتبر بحق عين البحث، وعلى أساس ذلك يعتبر الجانب الميداني ذا ثقل كبير في البحث، وهي ضرورة تدعو الباحث الديموغرافي إلى النزول إلى الميدان وإجراء دراستها الميدانية حول

موضوع بحثها ويتم ذلك وفق مراحل متسلسلة وهي: مرحلة البحث الاستطلاعي، وتحديد مناهج الدراسة ومجالاتها، وضبط أدوات جمع البيانات و التحكم في أساليب معالجة البيانات في الدراسات السابقة.

1. مناهج الدراسة: إن أي بحث علمي لا يمكن أن ينجز إلا إذا اعتمد على منهج دقيق، والذي يعرف على أنه تلك الكيفية أو الطريقة التي يتبعها الباحث في دراسة مشكلة بحثه وكذلك هو التنظيم الصحيح لسلسلة من الأفكار العديدة من أجل كشف حقيقة مجهولة لدى الباحث، ومن أجل البرهنة على حقيقة لا يعرفها الآخريين. ولقد اعتمدنا في دراستنا على:

1.1. المنهج الوصفي التحليلي: فهو يهتم بتصنيف المعلومات وتنظيمها وتحليلها، والتعميم عنها كما وكيفا، من أجل الوصول إلى استنتاجات وتعميمات. ويعتبر هذا المنهج هو الأنسب لهذه الدراسة حيث تم استخدامه في جمع المعلومات حول الخصوبة والصحة الإنجابية، ورصد البيانات حول مستوى الوعي الصحي وأهم العوامل الثقافية والاجتماعية والاقتصادية التي تؤثر على الصحة الإنجابية للأمهات في ولاية سطيف عامة ومدينة سطيف خاصة.

1.2. المنهج الإحصائي: و يتمثل في تطبيق المعادلات الرياضية على الظواهر المدروسة، وهو بذلك يعكس نتائج البحث العلمي في صورة رياضية بالأرقام البيانية أي بصورة كمية ويسهل عملية المقارنة. كما يهتم هذا المنهج بالعرض الإحصائي عن طريق استخدام برنامج spss، وينقسم هذا العرض إلى عرض جدولي بسيط الذي يبين النسب و التكرارات و عرض جدولي مركب الذي يبرز مدى أهمية التغيرات في ضوء الفرضيات المطروحة. وعليه استخدمت الباحثة هذا المنهج بغية الوصول إلى نتائج علمية من خلال التعامل مع معطيات مفصلة ونسب ذات دلالة إحصائية حتى تقترب من الموضوعية و الدقة في تقصي التأثير.

2. مجالات الدراسة الميدانية :

1.2. المجال المكاني للدراسة: اعتمدت الباحثة في الدراسة الميدانية على ثلاث عيادات التوليد الموجودة في حي 1014 بمدينة سطيف وهي عيادات (ناصرى إسماعيل، بن علاق هادية، معيزة توفيقية) وتم اختيار هذه العيادات بالذات نتيجة التوافد الكبير للأمهات من أجل المتابعة الصحية قبل وأثناء وبعد الوضع ، من أجل الكشف المبكر على أمراض الحمل والولادة وتجنب حدوث إجهاض مفاجئ ومراقبة نمو الجنين بصورة طبيعية.

2-2- المجال البشري للدراسة: تمثل المجال البشري لهذه الدراسة الأمهات المتزوجات الحوامل واللواتي لهن طفل فما أكثر، أو المطلقات أو الأرامل أو اللواتي هن في حالة انفصال شرط أن يكونوا حوامل أو لديهن طفل أو أكثر.

3-2- المجال الزمني للدراسة: إن الانطلاقة الحقيقية للدراسة الحالية كانت منذ اختيار الموضوع مع المشرف بعد مناقشته رسالة الماجستير تحت عنوان "تأثير عمل المرأة على معدلات الخصوبة" لتكون هذه الدراسة بمثابة حلقة وصل لما توصلت إليه الباحثة في فرضيتها الثالثة حول تدهور الحالة الصحية للنساء والذي ساهم في خفض معدلات الخصوبة، واعتبارها بداية تحليل لفكرة بحث جديدة هي البحث في موضوع الخصوبة والصحة الإنجابية للتعلم أكثر في أهم العوامل الاقتصادية والاجتماعية و الديمغرافية وتأثيرها على الصحة الإنجابية للأمهات، ولقد تم انجاز دراستنا كمايلي:

أ- فيما يخص الإطار النظري للدراسة فقد كان ذلك ابتداءً من 29 أكتوبر 2013 إلى غاية سبتمبر 2023.

ب- أما فيما يخص الجانب الميداني للدراسة فيمكن تقسيم مراحل إنجازها كما يلي:

➤ **المرحلة الأولى:** توجهت الباحثة يوم 26 نوفمبر 2018 إلى العيادات الخاصة بالتوليد بمدينة سطيف وبالضبط إلى حي 1014، وذلك من أجل الحصول على تصريح للقيام بالدراسة الميدانية في العيادات والمتمثلة في (ناصرى إسماعيل، بن علاق هادية، معيزة توفيقه)

➤ **المرحلة الثانية:** ابتداءً من يوم 10 جانفي 2019 إلى غاية 25 جانفي 2019 قامت الباحثة بإجراء زيارات استطلاعية للعيادات، التي تم اختيارها لإنجاز الجانب الميداني للدراسة الحالية.

➤ **المرحلة الثالثة:** في يوم 18 فيفري 2019 إعداد استمارة البحث بعد إخضاعها للتحكيم من قبل ثلاثة أساتذة والقيام بتعديلات علمها وضبطها نهائياً بشكل جيد، وابتداءً من يوم 01 أكتوبر 2018 إلى غاية 15 أكتوبر 2018 قامت الباحثة بتوزيع الاستمارة على أفراد عينة الدراسة حيث تم استرجاع 300 استمارة مملوءة بشكل صحيح بعدما قامت الباحثة بتوزيع 450 استمارة.

➤ **المرحلة الرابعة:** في يوم 2 جانفي 2020 قامت الباحثة في هذه المرحلة بتفريغ البيانات من أجل تحليلها واستخلاص النتائج النهائية.

3. إجراءات المعاينة:

3.1. مجتمع الدراسة: أجريت الدراسة على نساء المتوفدات على العيادات التي تم اختيارها، وقد تم اختيار العينة وفق شروط منهجية تفرضها الإشكالية وفرضيات البحث فطبيعة الموضوع فرضت عليها اختيار نوع معين من العينات هي العينة العرضية أو العمدية والتي يتم اختيار مفرداتها "على أساس تقدير وحكم الباحثة لأن الحالات التي تختارها قد تفي بغرض البحث الذي يطلق على هذا النموذج من نماذج العينة غير الاحتمالية، اسم العينة العرضية أو العمدية. والنساء اللواتي تم اختيارهن من أجل هذه الدراسة هن:

- النساء المتزوجات والمطلقات والأرامل ضمن الفئة العمرية: 15-49 سنة ولهن أطفال.
- النساء الحوامل اللاتي يتابعن مراحل الحمل باستمرار.
- النساء اللاتي يعانين من أمراض مزمنة وصعوبات الحمل والولادة الخطيرة.
- النساء اللاتي تعرضن لإجهاض وأجرين عمليات قيصرية في مرحلة الإنجاب.
- النساء اللاتي حدثت معهن وفيات أطفال قبل وأثناء وبعد الوضع.
- نساء حدثت لهن في العائلة وفيات أمهات أثناء أو بعد الوضع.

3.2. عينة الدراسة: قامت الباحثة باختيار مجتمع البحث هو أطباء اختصاصي أمراض النساء والتوليد بطريقة قصدية (عمدية)، وتم اختيار عينة من النساء الوافدات إلى أطباء نساء التوليد، حيث سمحت إدارة قسم علم اجتماع والديمغرافيا بترخيص أن تكون عينة الدراسة من ثلاث أطباء نساء التوليد بحي 1014، وذلك بعد خروج الباحثة إلى الميدان لتقصي إمكانية دراستها الميدانية بعد قيامها باستبيان تجريبي بعدد 80 استمارة في شهر فيفري 2018 لدى 3 أطباء نسائي التوليد: د/ ناصري، د/ معيزة، د/ بن علاق، حيث لاحظت توافد كبير للنساء.

المجتمع الأصلي للدراسة: يتكون من مجموع الأمهات (الحوامل واللواتي لديهن من طفل إلى أكثر، و ما بين 15-49 سنة والوافدات باستمرار إلى عيادات اختصاصي أطباء النساء والتوليد. والهدف من اختيار عينة الدراسة: من أجل تتبع النساء الحوامل أثناء زيارتهن المتكررة والتعرف على بعض الأمراض المزمنة وتقصي مضاعفات الحمل والولادة من خلال طرح أسئلة أثناء ملء الاستمارات، وعليه قررت الباحثة تطبيق دراستها لدى هؤلاء الأطباء نتيجة التوافد الكبير للنساء بشكل يومي على تلك العيادات.

الوحدة الإحصائية للدراسة: تتحدد تبعاً لطبيعة المجتمع الأصلي، أي أن الوحدة الإحصائية هي الأم الحامل أو التي لها من طفل فأكثر في الفئات العمرية [15-49 سنة].

4. أدوات جمع البيانات:

4.1. الاستمارة: اعتمدت الباحثة على تقنية الاستمارة التي تعرف على أنها تصميم فني لمجموعة من الأسئلة وتحتوي على إبراز نقاط الموضوع، وتقدم إلى عينة من المجتمع للإجابة عليها، ويجب أن تكون ممثلة لكافة الطبقات أو الطبقة التي يراد بحثها، والقاعدة التي يجب أن تكون لكل عينة من المجتمع فرصة الاختيار دون أن تكون تحيزاً أو تواطئاً لشخص دون آخر، أو لطبقة دون أخرى، بما أن الاستمارة هي الوسيلة العلمية التي تساعد الباحث على جمع الحقائق والمعلومات عن البحوث

خلال عملية المقابلة يجب أن تترجم أو تفسر أهداف البحث في أسئلة توضيحية وأن تجد للقضايا المطروحة أجوبة صادقة قابلة أن تحلل في إطار هدف البحث (Madeleine, 1996, p. 615).
وقد توزعت عبارات الاستمارة على عدة محاور جاءت كالآتي :

- ✓ المحور الأول: وشمل بيانات خاصة بالمعلومات الشخصية للأمهات واحتوى هذا المحور على 9 عبارات
- ✓ المحور الثاني: وشمل بيانات خاصة بالوعي الصحي والحالة الصحية للأمهات واحتوى هذا المحور على 11 عبارة .
- ✓ المحور الثالث: وشمل بيانات خاصة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والأمراض المزمنة ومضاعفات الحمل والولادة واحتوى هذا المحور على 13 عبارة .
- ✓ المحور الرابع: وشمل بيانات خاصة بوفيات الأمهات والأطفال والرعاية الصحية المقدمة للأمهات واحتوى هذا المحور على 14 عبارة.

خلاصة

بعدما تم عرضه في الفصل الأول ضمن إطار تصوري ومفاهيمي لمتغيرات الدراسة والتعرف على أهمية وأهداف الدراسة والإلمام بالدراسات السابقة الأجنبية والمحلية وطرح التساؤل الرئيسي للدراسة، وسوف تعالج الباحثة في الفصل الثاني البناء النظري للدراسة بدءاً بأهم المداخل النظرية المفسرة للخصوبة والصحة الإنجابية وعرض ما تتضمنه الخصوبة حول ماهيتها ومقاييسها والعوامل المؤثرة فيها.

الفصل الثاني: واقع الخصوبة في الجزائر

تمهيد

أولا - الوضعية الديمغرافية في الجزائر

1- تطور عدد سكان الجزائر (1962-2019)

2- التركيب العمري والنوعي

3- المواليد

4- الوفيات

5- الزواج

ثانيا : العوامل المتحكمة في الخصوبة

1. العوامل المباشرة

2. العوامل الغير مباشرة

3. العوامل الفيزيولوجية (العوامل الوسطية)

ثالثا: مستويات واتجاهات الخصوبة في الجزائر

1. معدل الخصوبة العام (1966-2018)

2. معدلات الخصوبة حسب فئات العمرية (1970-2018)

3. المؤشر التركيبي للخصوبة

خلاصة

تمهيد:

لقد شهدت الوضعية الديموغرافية في الجزائر تحولات كبيرة منذ الاستقلال ، حيث تميزت بمعدلات نمو سكاني مرتفعة نتيجة ارتفاع معدلات الخصوبة ، وانخفاض معدلات الوفيات وذلك بسبب تحسن الأوضاع الصحية والظروف الاجتماعية، والاقتصادية ، إلا انه مع بداية التسعينات القرن الماضي عرفت هذه المعدلات تراجعاً تدريجياً ، بسبب تبني الجزائر لسياسات تنظيم الأسرة ، وكذا تحسن المستوى التعليمي للمرأة وخروجها للعمل ، مما أدى إلى تأخير سن الزواج الأول ، إضافة إلى استعمال لوسائل منع الحمل أدى بشكل كل هذه العوامل ساهمت في تراجع وانخفاض معدلات الخصوبة ، ومن خلال هذا الفصل سنتطرق إلى الوضعية الديموغرافية في الجزائر بشكل عام ، ثم دراسة اتجاهات ومستويات الخصوبة .

أولا – الوضعية الديموغرافية في الجزائر

1- التركيبة السكانية: يلعب التركيب السكاني دورا مهما في المجتمع ومقياسا هاما وحساسا في الدراسات السكانية، "ودراسة التركيب السكاني في أي مجتمع لها أهمية كبيرة في تفسير وتوضيح تأثير بعض العمليات الديموغرافية الحيوية والهجرة على فئات السن المختلفة وعلى نسبة النوع في داخل المجتمع" (عبد الحى، 1985، صفحة 92). إن البنية السكانية للمجتمع الجزائري قد شهدت تغيرات، خاصة لدى الفئة العمرية الأقل من 15 سنة، وذلك كان نتيجة عوامل عدة، حيث نلاحظ أن الفئة العمرية الأقل من 15 سنة انتقلت نسبتها من 47.6% في تعداد 1966 إلى 28.1%، أي أنها تراجعت مقارنة بما كانت عليه بقرابة 20 نقطة، وعلى عكس ذلك ارتفعت نسبة الفئة العمرية (15-59)، من 44.5% سنة 1966 إلى 64.5% حسب تعداد سنة 2008، وهذا يعني أن النسبة التي ضاعت من حصة الفئة العمرية الأقل من 15 سنة أصبحت في الفئة العمرية الوسطى، مما يعني أن البنية السكانية لسكان الجزائر قد تغيرت، بالنسبة لفئة الشيوخ (أكثر من 60 سنة)، نلاحظ أن نسبتها كانت 7.9% سنة 1966 لتنتقل في تعداد 2008 إلى 7.4%، مع العلم أنها انخفضت خلال هذه الفترة إلى 5.7% سنة 1987، وهي آخذة في الارتفاع بسبب ارتفاع أمل الحياة. (طاهري، 2020، صفحة 55).

2- تطور عدد سكان الجزائر (1962-2019): عرف عدد السكان تطورا ملحوظا فهو في تزايد مستمر منذ الاستقلال إلى يومنا هذا، وأصبح يتضاعف في مدة زمنية قصيرة في غضون 23 سنة بعدما كان في الحقبة الاستعمارية يتضاعف خلال مدة 53 سنة، (Issad Fodil & Benzaid, 2016, p. 10)، فمن خلال تعدادات الأخيرة التي عرفتها الجزائر نلاحظ أن عدد السكان قد ارتفع من 23.050.731 نسمة سنة 1987 إلى 29.272.343 نسمة سنة 1998، بزيادة قدرت بـ 6 ملايين نسمة، وهذا رجع إلى تحسن الأوضاع السياسية والاقتصادية والاجتماعية للبلاد، والجدول التالي يوضح الزيادة المستمرة لعدد سكان الجزائر منذ الاستقلال إلى غاية 2018.

الجدول رقم 01: تطور عدد سكان الجزائر 1962-2019

عدد السكان بالملايين	السنوات	عدد السكان بالملايين	السنوات
30600	2001	10.23	1962
31040	2002	12.56	1967
34591	2008	17.10	1977
35268	2009	22.82	1987
35978	2010	25.022	1990
36717	2011	25643	1991
37.495	2012	26276	1992
38.3	*2013	27496	1994
39.1	**2014	28060	1995
39.1	***2015	28566	1996
40.8	***2016	29507	1998
41.7	****2017	29950	1999
42.2	2018*	30386	2000
43	2019		

Source :ONS. Données Démographiques,1984-1989,in bulletin statistiques courantes, n°15,Alger,1990,P 26

**ONS . "Démographie Algérienne" 2014,in Données statistiques ,P 20.

من خلال المعطيات الإحصائية للجدول أعلاه نلاحظ أنه هناك ارتفاع في عدد سكان الجزائر بعد فترة الاستقلال، حيث قدر بـ 10230000 نسمة سنة 1962 ليرتفع إلى 30386000 نسمة سنة 2000، أي خلال 38 سنة تميزت الزيادة بـ 20156000 نسمة، وهي زيادة معتبرة ولا يزال العدد في الارتفاع إلى غاية 2018 ليصل عددهم إلى 42200000 نسمة، ويتوقع "الديوان الوطني للإحصاء أن يصل عدد السكان في 1 جانفي 2019 إلى 43.0 مليون نسمة مقابل 42.2 مليون نسمة في 1 جانفي 2018 حسب الديوان الوطني للإحصاء"، ويفسر هذا الارتفاع في عدد سكان الجزائر إلى عدة عوامل اقتصادية واجتماعية التي ساعدت إلى حد كبير على زيادة السكان خاصة بما تعلق في تحسن المستوى المعيشي، وكذا تطور المنظومة الصحية، إضافة إلى تطور وسائل الإحصاء المستخدمة في عمليات الإحصاء العام للسكان مما ساعد على ضبط العدد الفعلي للسكان عما كان عليه في بداية الاستقلال. ليقدر عدد السكان حسب آخر تعداد بـ 34.080.030 نسمة بزيادة تفوق 5 ملايين نسمة بالنسبة لآخر تعداد، "وترجع هذه الزيادة البسيطة في السكان إلى انتشار استعمال وسائل منع الحمل وتأخر السن عند أول زواج " (عميرة، 2017، صفحة 58)

3- المواليد: لقد تميزت الجزائر بمستوى مرتفع في الولادات سنة 1970 ، واعتبرت من بين البلدان ذات المعدلات المرتفعة للولادة، حيث بلغ المعدل الخام للولادة في تلك السنة 48,3% ، بعد ست عشرة سنة من هذه السنة انخفض هذا المعدل إلى 32.4 % ، مقدرين قيمة هذا الانخفاض ب 15,9 نقطة. ويرجع هذا الانخفاض المعتبر إلى نسبة التراجع عن الإقبال على الزواج المقدرة ب 65 % ، ونسبة انخفاض الخصوبة الشرعية المقدرة ب 40 % (عطاري و منادلي، 2019، صفحة 82)، بينما شهدت العشر السنوات (1980-1990) تغيرات ملحوظة في الزيادة الديمغرافية، ويمكن تقسيم تلك التغيرات إلى مرحلتين، ففي النصف الأول من 1980 إلى 1985 ومع الزيادة المؤقتة للدخول وزيادة استهلاك الأسر، وصل عدد المواليد إلى أعلى مستوياته (أكثر من 845 ألف مولود حي سنة 1985)، ولكن مع الأزمة الاقتصادية التي شهدتها البلاد منذ النصف الثاني من الثمانينات وتأثيرها، حيث بلغ عدد المواليد الأحياء عام 1990 حوالي 759 ألف مولود حي، وهكذا فإن أول مظاهر انخفاض الخصوبة بدأت تظهر بعد النصف الثاني من الثمانينات، خاصة بعد وضع سياسة التباعد بين الولادات والتي طبقت مع بداية الثمانينات. والجدول التالي يوضح تطور معدلات المواليد في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1962 إلى غاية سنة 2019.

الجدول رقم 02: تطور معدلات المواليد في الجزائر (1962-2019)

السنوات	المواليد	المعدل‰	السنوات	المواليد	المعدل‰
1962	419000	45,90	1987	782336	34,64
1963	503000	52,10	1988	788961	33,90
1964	516577	50,10	1989	741636	30,70
1965	507448	47,00	1990	758533	31,00
1966	560177	50,50	1991	755459	30,10
1967	533630	50,10	1992	786050	30,40
1968	532492	47,70	1993	759978	28,60
1969	580421	49,80	1994	760337	28,00
1970	603376	50,20	1995	711000	25,30
1971	606074	48,40	1996	654000	22,90
1972	620646	47,70	1997	654000	22,5
1973	643831	47,60	1998	607000	21,3
1974	646801	46,50	*1999	594000	19,82
1975	667484	45,40	**2000	589000	19,36
1976	670603	45,40	2008	817000	23,62
1977	727532	45,00	2009	849000	24,07
1978	711961	46,40	2010	888000	24,68
1979	739515	44,00	2011	910000	24,78
1980	759673	43,90	2012	978000	26,08
1981	774973	41,00	2013	963000	25,14
1982	790581	40,60	2014	1014000	25,93
1983	812289	40,40	2015	1040000	26,03
1984	833110	40,20	***2017	1067000	26,12
1985	845381	39,50	2018	1038000	24,39
1986	764531	34,70	2019	1034000	23,80

المصدر: *وزارة الصحة والسكان: تقرير اللجنة الوطنية للسكان، 2000، ص 63

** <http://www.ons.dz/démographie.html>

*** [démographie.html](http://www.ons.dz/démographie.html) algérienne, 2019, N853, p p 6- 7-9

من خلال المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول يمكن تقسيم حركة المواليد في الجزائر إلى ثلاث مراحل أساسية، وكل مرحلة تتميز بظروفها الخاصة والتي أثرت في معدلات المواليد سواء بالارتفاع أو الانخفاض.

أ- المرحلة الأولى (1962-1985): تميزت هذه المرحلة بارتفاع شديد في معدل الولادات، حيث سجل أكبر معدل للمواليد سنة 1963 والذي يقدر ب 52,10%، كما سجلت خلال الفترة ما بين 1962-1975 معدلات متذبذبة ما بين 45% و 52%. كما سجل أكبر عدد من الولادات والذي قدر ب 800 ألف ولادة سنويا ما بين 1982-1985 لتعويض ما فقد في الحرب، وذلك من خلال ارتفاع معدلات الزواج وإعادة الزواج وانخفاض معدلات الطلاق. وبداية من سنة 1985 بدأ معدل المواليد نحو الانخفاض ليصل إلى 40%. "نتيجة السياسة السكانية التي تبنتها الدولة والمتمثلة في الاهتمام الرسمي والشامل بمسألة توجيه النمو الديموغرافي، والذي يركز في أساسه على مراكز توجيه المواطنين والاهتمام بالأمومة والطفولة، حيث عملت الحكومة على انشاء هياكل لتقديم خدمات تباعد الولادات" (عبد العزيز وبوعالية، 2109، صفحة 74)

ب- المرحلة الثانية (1986-2000): تميزت هذه المرحلة باستمرار الانخفاض في معدلات المواليد، حيث سجل 34,70% سنة 1986 مقارنة بسنة 1985، والذي قدر ب 39,50% أي بفارق 05 نقاط، وترجع أسباب ذلك الانخفاض في الاستمرار في الاستعمال المكثف لوسائل منع الحمل من خلال البرامج الصحية والإجراءات العملية التي اتبعتها الجزائر والمتمثلة في الاهتمام الرسمي والشامل بمسألة توجيه النمو الديموغرافي وإنشاء عدد كبير من المراكز لتقديم خدمات تباعد الولادات عبر كل ولايات الوطن.

ج- المرحلة الثالثة (2000-2019): تميزت هذه المرحلة بحدث هام خاصة بعد الانخفاض المسجل في المرحلة الثانية وبهذا تعتبر سنة 2000 منعرجا هاما لتغير وتيرة الولادات، حيث سجل معدل 19,36% في هذه السنة ليرتفع إلى 26,08% سنة 2012، وبقي متذبذبا بين 26% و 24% إلى غاية 2018 ويرجع ذلك لارتفاع معدلات الزواج المسجلة سنة 2000 ب 5,84% ليرتفع إلى 9,90% سنة 2012 (ONS, 2012) (2012). ولكنه عرف انخفاضا ملموسا في السنوات الأخيرة من 9,88% سنة 2014 إلى 7,79% سنة 2018 (ONS, 2018, p. 8)، ويفسر ذلك بتأخر سن الزواج بسبب تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية للمجتمع الجزائري (بطالة، أزمة سكن، غلاء المهر، ارتفاع المستوى التعليمي للذكور والإناث... الخ)، كلها مشكلات ساهمت في تراجع معدلات الزواج وانخفاضها باستمرار.

4- النمو الطبيعي: عرف النمو الطبيعي تراجعا ابتداء من سنة 1986 حيث سجل 2.5% سنة 1991 لينخفض إلى 1.97% سنة 1997 بعدما كان في سنة 1986 في حدود 2.74%، والجدول التالي يوضح تطور معدل النمو الطبيعي في الجزائر خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى غاية 2018

الجدول رقم 3 : تطور معدل النمو الطبيعي في الجزائر (1990 – 2018)

السنوات	معدل النمو الطبيعي %	السنوات	معدل النمو الطبيعي %
1990	2.49	2009	1.96
2000	1.48	2010	2.03
2001	1.55	2011	2.04
2002	1.53	2012	2.16
2003	1.58	2013	2.07
2004	1.63	2014	2.15
2005	1.69	2015	2.15
2006	1.78	2016	2.17
2007	1.86	**2017	2.09
2008	1.92	2018	1.99

Source : ONS . "Démographie Algérienne" 2016,in Données statistiques ,P 5.

قدر معدل النمو الطبيعي سنة 1990 بـ 2.49% لينخفض إلى 1,48% سنة 2000، وهذا بسبب الأزمة الأمنية التي شهدتها الجزائر خلال هذه الفترة والتي أثرت بشكل كبير على معدلات الخصوبة والمواليد، ومعدلات الزواج حيث انخفضت هذه المعدلات بشكل ملحوظ. ومع تحسن الأوضاع الأمنية وعودة الاستقرار للبلاد أخذ معدل النمو الطبيعي في الارتفاع من سنة إلى أخرى حيث قدر بـ 1.55% سنة 2001 ليصل إلى 2,17% سنة 2016 وهذا الارتفاع خلال الفترة (2000-2016) يرجع بالأساس إلى ارتفاع عدد الولادات المسجلة باستمرار وتزايد عدد حالات الزواج والإنجاب في سن مبكرة، وتحسن المستوى المعيشي والاجتماعي والاقتصادي للأسر الجزائرية وتراجع معدلات الوفيات بسبب تحسن المستوى الثقافي والصحي للأمهات والفرد الجزائري.

5- الوفيات: تعد الوفيات من أهم المؤشرات الصحية والتنموية، وهي تأتي في المرتبة الثانية من الأهمية بعد الخصوبة في تأثيرها بحجم السكان، وقد عرفت معدلات الوفيات في الجزائر تطورا خلال العقود الماضية، وهو ما يعكس التغيرات الديموغرافية والتطورات الصحية في المجتمع، وذلك من خلال معرفة معدل الخام للوفيات، معدل وفيات الأطفال الرضع، ومعدل وفيات الأمهات.

4.1 المعدل الخام للوفيات: شهد المعدل الخام للوفيات تراجع سريع حيث كان يقدر بـ 16,45‰ سنة 1970 لينخفض إلى 8,4‰ سنة 1985، ليواصل الانخفاض إلى 6.03‰ سنة 1990، ويعود هذا الانخفاض إلى تحسين الظروف المعيشية والصحية والتطبيق الفعلي للسياسة السكانية، ليشهد بعد ذلك ارتفاعا نسبيا في هذا المعدل سنوات 1992-1995 حيث

قدر بـ (6.16-6.43 %) ويعود السبب في ذلك إلى الأزمة الأمنية التي عاشتها الجزائر. والجدول التالي يوضح تطور عدد الوفيات والمعدل الخام للوفيات خلال الفترة من 2000 إلى غاية 2018.

الجدول رقم 04: تطور عدد الوفيات والمعدل الخام للوفيات (%)(2000-2020)

السنوات	عدد الوفيات	المعدل الخام للوفيات %	السنوات	عدد الوفيات	المعدل الخام للوفيات %
2000	140000	4,59	2009	159000	4,51
2001	141000	4,56	2010	157000	4,37
2002	138000	4,41	2011	162000	4,41
2003	145000	4,55	2012	170000	4,53
2004	141000	4,36	2013	168000	4,39
2005	147000	4,47	2014	174000	4,44
2006	144000	4,30	2015	183000	4,57
2007	149000	4,38	2016	180000	4,42
2008	153000	4,42	2017	190000	4,55
			2018	193000	4,53
			*2020	-	5.33

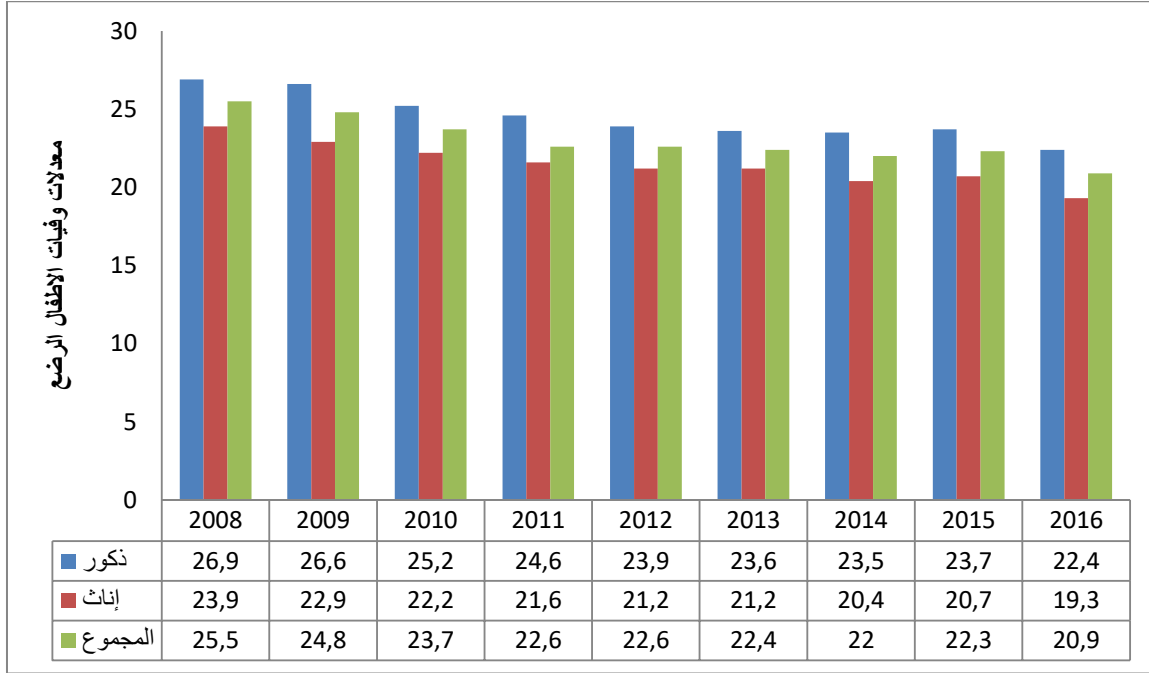
Source : Démographie algérienne, 2018, N 853, p p 6-7

*DEMOGRAPHIE ALGERIENNE, 2020, N949,p5.

قدر عدد الوفيات المسجلة سنة 2000 بـ 140000 حالة وفاة لتصل إلى 180000 حالة وفاة سنة 2016، أما بالنسبة للمعدل الخام للوفيات قدر بـ 4,59% سنة 2000 لينخفض إلى 4,42% لسنة 2016، أي بانخفاض قدر بـ 0,17 وهي نسبة ضئيلة، ويرجع السبب في ذلك الانخفاض إلى تطور القطاع الصحي وزيادة توفير الخدمات الصحية من أجل ضمان وحماية الأمومة والطفولة.

4.2 وفيات الأطفال الرضع: وصل معدل وفيات الرضع الى 22.4 % خلال سنة 2013، وقد عرف هذا المعدل انخفاضا بعد ذلك ليبلغ 20.9 % سنة 2016 (بنسبة 22.4 % لدى الذكور و 19.3 % لدى الإناث). و تزامن هذا التراجع مع ارتفاع نسبة الولادات، والتي أثرت بدورها إيجابا على مستويات وفيات الرضع وعلى الرغم من هذا الانخفاض الملحوظ إلى أن هذه الأرقام تعتبر مرتفعة نسبيا مقارنة بالمقاييس الدولية، ومقارنة ببلدان أخرى مجاورة. (شعوبي، 2019، صفحة 3)

الشكل رقم (01): تطور معدل وفيات الأطفال الرضع (%) حسب الجنس للفترة 2008-2016.



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على معطيات النشرة الإحصائية للديوان الوطني للإحصاء لسنة 2016 رقم 08

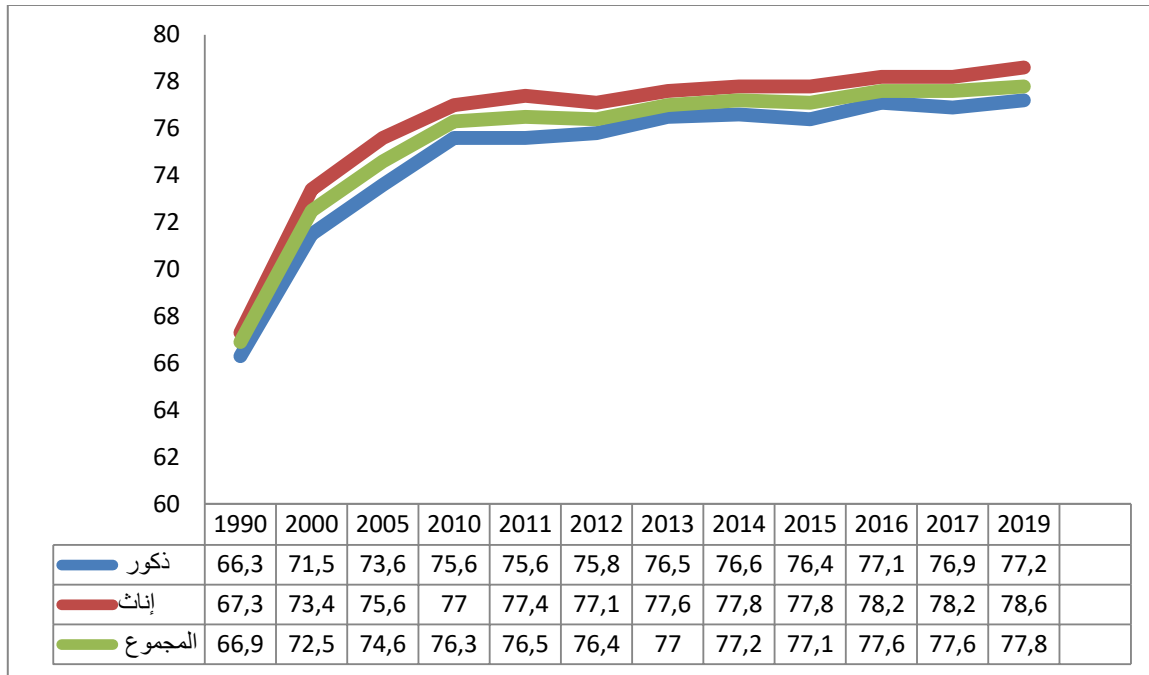
من خلال الجدول نلاحظ أن معدلات وفيات الأطفال عند الذكور مرتفعة مقارنة بوفيات الإناث في جميع السنوات فمثلا في سنة 2008 قدر المعدل بالنسبة للذكور ب 26.9 مقابل 23.9 %، وفي عام 2016 كانت 22.4 % للذكور مقابل 19.3 % للإناث وهذا راجع إلى عدت عوامل أهمها العامل البيولوجي باعتبار أن للإناث فرصة أكثر مما لدى الذكور لكي يعيشن ويتخطين السنة الأولى من العمر والتي تعتبر مرحلة حساسة إضافة إلى عوامل اجتماعية تؤثر على صحة الذكور بشكل كبير.

كما نلاحظ أن المعدل الإجمالي لوفيات الأطفال الرضع في انخفاض تدريجيا ومستمر فقد انخفض من 25.5 % سنة 2008 إلى 20.9 % سنة 2016، ويعكس هذا الانخفاض إلى جهود الدولة في تحسين الرعاية الصحية للأطفال الرضع من خلال تحسين خدمات الرعاية الصحية و التطعيمات.

4.3 أمل الحياة: يعرف أمل الحياة على أنه المؤشر الذي يعكس المستوى الصحي والاجتماعي والاقتصادي لأي بلد ، وهو بذلك أقوى مؤشر للأوضاع الصحية وبحسب من جداول الحياة التي تستخرج من التعدادات السكانية. (عمران، 1977، صفحة 232). وفي الجزائر عرف هذا المؤشر تطورا ملحوظا إذ "انتقل من 30 سنة تقريبا عام 1920 إلى 40 سنة في عام 1955 (Bedrouni, 2007, p. 66). أما فيما يخص التوقع للجنسين ففي سنة 1965 كان توقع الحياة عند الولادة عد الذكور 51.7 سنة، أما الإناث 51.12 سنة حيث كان الفارق جد ضئيل بين الجنسين " 0.5 " ليرتفع هذا الفارق ما بين الجنسين سنة 1979 حيث وصل إلى 1.19 سنة ثم 2.87 سنة 1982 ليبقى الفارق أكثر من سنة إلى غاية 1987 لكن نحو النقصان إلى غاية 0.66 سنة 1990 وهذه من ثمار التنمية التي عولت عليها سلطات ما بعد الاستقلال للنهوض بالدولة الجزائرية، أما ما حدث بداية من منتصف سنوات

الثمانينات هو الأزمة الاقتصادية التي جاء بها تدني سعر البترول وبعدها المديونية ما ازد الفارق بين الجنسين إلى أكثر من سنتين ليصل إلى أعلى ذروته سنة 1991 بفارق قدر ب3.9 : سنوات حيث قدر أمل الحياة عند الذكور ب66.8 : سنة أما الإناث 70.7 سنة وهذا ما يفسر بارتفاع الوفيات عند الذكور (الغول، 2018، صفحة 182)، والجدول التالي يوضح تطور أمل الحياة في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية سنة 2019.

الشكل رقم 02: تطور أمل الحياة عند الجنسين (1990-2019)



Source : ONS . "Démographie Algérienne" 2016,in Données statistiques ,P 7.

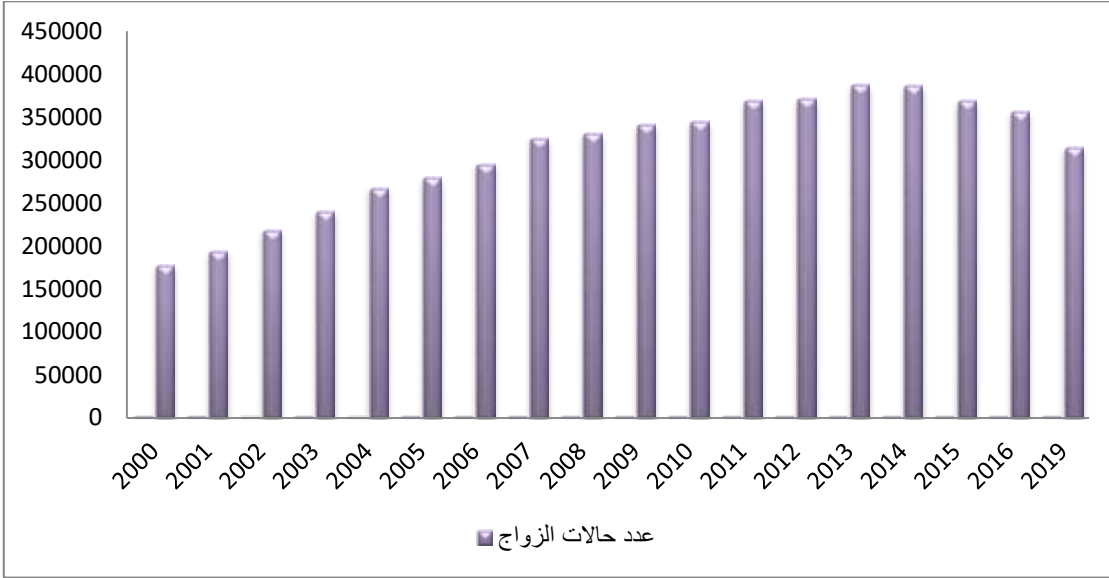
*ONS . "Démographie Algérienne 2017 ",in Données statistiques ,P 25.

من خلال الشكل نلاحظ أن أمل الحياة في الجزائر قد ارتفع بتحسين الأوضاع الصحية وتطبيق مجانية العلاج منذ سنة 1974. ففي هذه الفترة انتقل العمر المتوقع عند الولادة من 47 سنة ، سنة 1962 إلى 65.4 سنة 1987 ، ثم إلى 70.5 سنة ، سنة 2000. ليصل 77.2 سنة ، سنة 2014 76.6 سنة عند الرجال و77.8 سنة عند النساء " (عميرة، 2017، صفحة 110).

6- الزواج: الحالة الزوجية في الجزائر عرفت عدة تغيرات و ذلك حسب المراحل التي مرت بها، بعد أن كانت معدلات الزواج مرتفعة بين 1966 و 1986 انخفضت بين 1986 و 1998 من 55.2% إلى 30% لدى الذكور و من 57.2% إلى 32% لدى الإناث ثم تعود إلى الارتفاع سنة 2008 لتبلغ 48% لدى الذكور و 49.5% لدى الإناث، و يرجع الانخفاض السريع في عام 1998 إلى الأزمة السياسية و الاقتصادية التي شهدتها البلاد خلال مرحلة التسعينات، لتعود هذه المعدلات إلى الارتفاع السريع و

ذلك تعويض للزواج بعد عودة الاستقرار و الأمن. (النوي، 2020، صفحة 110) والشكل التالي يوضح تطور معدلات الزواج خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى غاية 2019

الشكل رقم 03: تطور عدد حالات الزواج والمعدل الخام للزواجية على المستوى الوطني 2000-2019



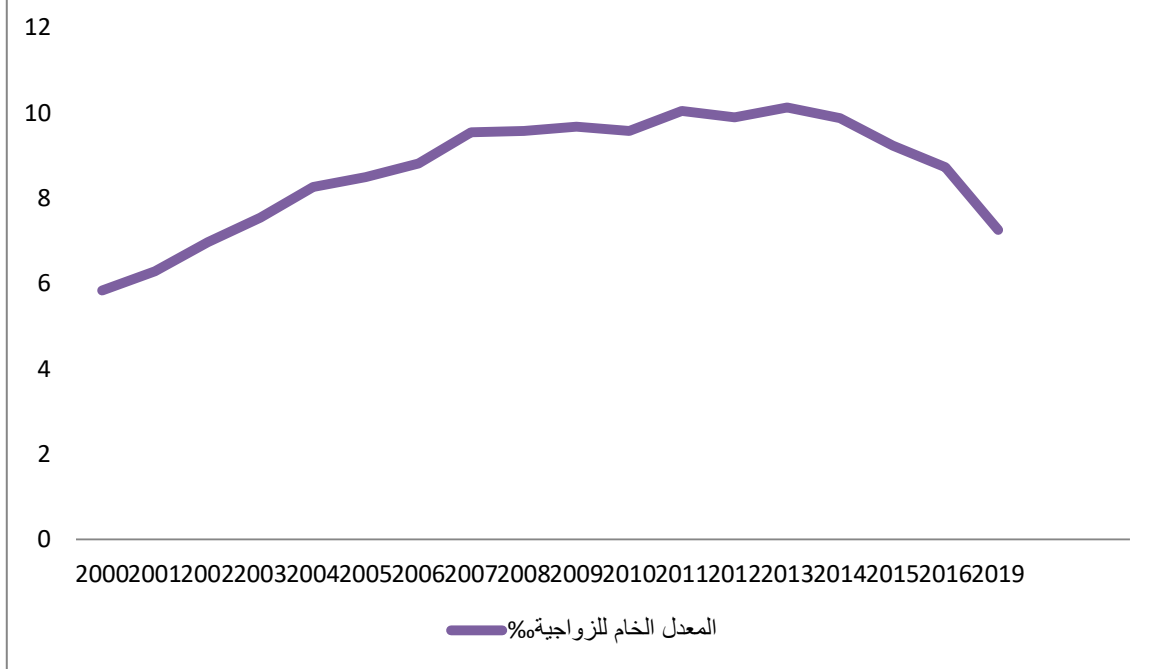
المصدر: من إعداد الباحثة بناء على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات 2019.

نلاحظ من خلال الشكل انه قدر عدد حالات الزواج المسجلة عرفت ارتفاعا فقد تم تسجيل 177548 حالة زواج سنة 2000، لتواصل الارتفاع بوتيرة مستمرة ليصل سنة 2008 إلى 331190 حالة زواج و 369031 حالة سنة 2011، وبقي هذا العدد مستقرا إلى غاية سنة 2014 بتسجيل 386422 حالة، لتشهد بعدها معدلات الزواج تراجعاً إلى 315000 حالة زواج سنة 2019، ويرجع ذلك إلى عدت عوامل كالعوامل الاقتصادية والمتمثلة في البطالة، مشكل السكن، إضافة إلى عوامل اجتماعية كتغير القيم وتأخير سن الزواج.

6-1- المعدل الخام للزواج: يعتبر المعدل الخام للزواج من أهم المؤشرات الديموغرافية التي تسمح لنا بتتبع وتحليل مختلف المراحل التي مرت بها، وهو يؤثر بشكل مباشر على معدل الخصوبة ونمو السكان، حيث اذا انخفض هذا المعدل فهو يؤدي بذلك الى انخفاض في عدد المواليد، وهذا ما يؤثر بطبيعة الحال على الهرم السكاني مستقبلا. ومن خلال تتبعنا لهذا المعدل نلاحظ أنه في سنوات السبعينات قد تم تسجيل 6.37% سنة 1970، ثم 6.7% سنة 1975، ليشهد تراجعا طفيفا في مطلع الثمانينات بتسجيل 6.65% سنة 1980، ثم يعاود هذا المعدل في الارتفاع سنة 1985 بتسجيله 9.44% " وهذا ربما راجع إلى مرحلة الاستقرار الاجتماعي والاقتصادي الذي ميز تلك الفترة، لكن مع بداية التسعينات انخفض معدل الزواج الخام بشكل ملحوظ بوصوله إلى النصف تقريبا مسجلا 5.97% سنة 1990 بسبب الازمة الاقتصادية التي شهدتها الجزائر في نهاية الثمانينات خاصة، ومخلفاتها على المستوى الاجتماعي والسياسي لبقى هذا المعدل في حدود 5

% خلال كل فترة التسعينات نتيجة عدم الاستقرار والوضعية الأمنية الصعبة التي عاشتها الجزائر واستمرار المشاكل الاقتصادية والاجتماعية (بلعجال و شعود، 2021، صفحة 114)، والجدول التالي يوضح تطور المعدل الخام للزواجية للفترة من 2000 الى غاية 2019

الشكل رقم 04: معدل الخام للزواج خلال الفترة الممتدة من 2000-2019.



المصدر: من اعداد الباحثة بناء على معطيات الديوان الوطني للإحصائيات 2019

من خلال الشكل نلاحظ أن لمعدل الخام للزواجية بدأ في الارتفاع مقارنة بما تم تسجيله في التسعينات حيث قدر بـ 6.29% سنة 2001 ليواصل الارتفاع بوتيرة مستمرة ليسجل 10.13% سنة 2013 وهو أعلى معدل سجلته الجزائر خلال هذه الفترة ويفسر ذلك بتحسّن المستوى المعيشي للفرد الجزائري في كافة المجالات الثقافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية من حيث توفير السكن والشغل وتطور القطاع الصحي وتوفر الخدمات الضرورية للفرد من أجل التنمية مستقبلاً، لكن بعد سنة 2013 اخذ معدل الخام للزواج بالانخفاض حيث قدر سنة 2014 بـ 9.88% ليواصل الانخفاض إلى 7.26% سنة 2019 ، ويمكن أن يرجع سبب هذا الانخفاض إلى الوضعية الاقتصادية والاجتماعية التي عاشتها الجزائر خلال هذه الفترة خاصة سنة 2019 التي شهدت حراك شعبي هذا الوضع السياسي جعل الكثيرين يؤجلون قرارات كبيرة من بينها الزواج إلى غاية أن تستقر الأوضاع، أيضا تبعات انخفاض أسعار النفط التي مست الجزائر على غرار باقي الدول مما أدى هذا إلى انخفاض القدرة الشرائية للمواطنين، وارتفاع في معدلات البطالة بين الشباب، وكذا تكاليف الزواج المرتفعة التي أصبحت عبئاً كبيراً على الشباب مما يدفعهم إلى تأجيل الزواج. إضافة إلى ذلك الأزمة الصحية التي شهدتها العالم والمتمثلة في جائحة كورونا (كوفيد19) وما خلفته من تبعات .

جدول رقم 05: نسب الحالة الزوجية للفئة العمرية من 15 سنة فما فوق في الجزائر

المجموع	أرمل	مطلق	متزوج(ة)	أعزب/عزباء		
100	1.6	0.8	45.3	43.2	ذكور (%)	1966
100	14.2	2.3	55.3	28.1	إناث (%)	
100	1.6	0.1	47.8	50.5	ذكور (%)	1977
100	12.3	0.6	50.2	37	إناث (%)	
100	0.8	0.5	53.4	45.3	ذكور (%)	1987
100	9.9	2.4	56.2	31.5	إناث (%)	
100	0.7	0.4	47.8	51.1	ذكور (%)	1998
100	7.9	2	49.6	40.5	إناث (%)	
100	0.61	0.4	47.4	51.1	ذكور (%)	2008
100	7.1	1.9	49.4	41.6	إناث (%)	

المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على معطيات تعداد الجزائر (1966-197-1987-1998-2008)

من خلال الشكل أعلاه والمتعلق بتطور نسب الحالة الزوجية للفئة العمرية من 15 سنة فما فوق في الجزائر حسب معطيات تعدادات التي أجريت في الجزائر نلاحظ أولا فيما يخص العزاب أن النسب تختلف من تعداد إلى آخر لكلا الجنسين فقد تم تسجيل نسبة 43.2 % عند الذكور و 28.1 % عند الإناث في تعداد 1966 لتعرف هذه الفئة ارتفاعا تدريجيا من تعداد إلى آخر لتسجل في آخر تعداد 2008 نسبة 51.1 % عند الذكور مقابل 41.6 %

في حين نلاحظ تراجع معدلات الزواج ابتداء من تعداد 1998 فقد تم تسجيل نسبة 47.8 % ذكور و 49.6 % إناث مقارنة بما تم تسجيله في تعداد 1987 (53.4 % للذكور، و 56.2 % للإناث)

ويمكن أن نرجع أسباب تراجع نسب الزواج وارتفاع نسب العزوبية إلى جملة من العوامل أهمها:

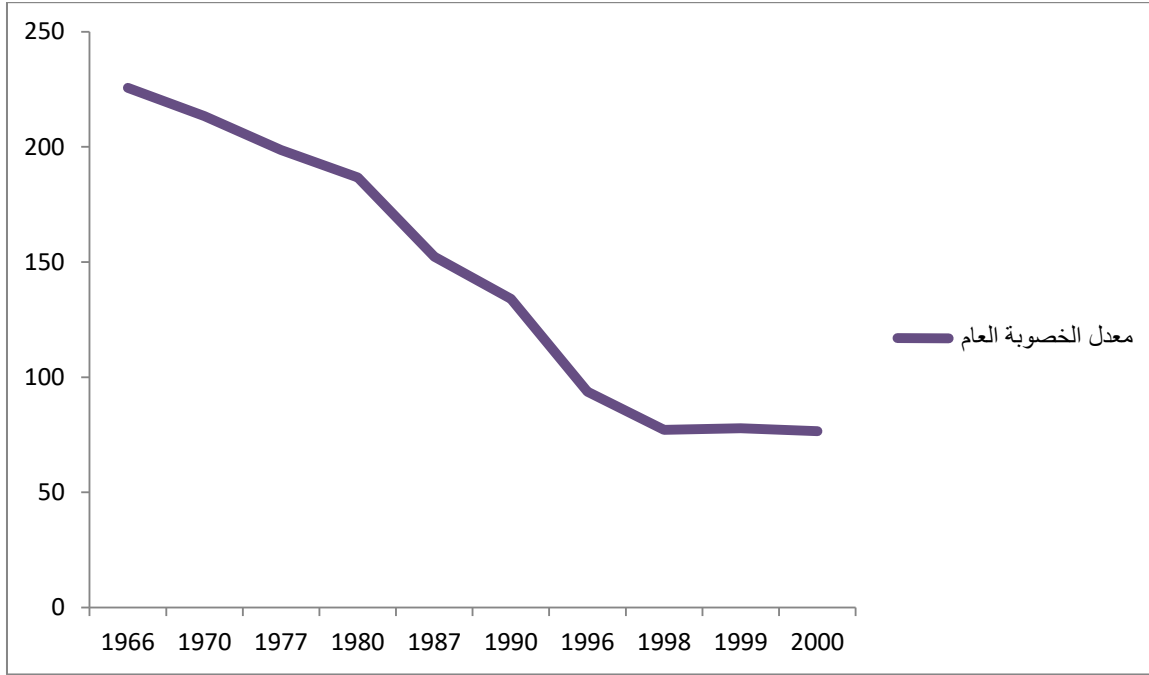
- ارتفاع مستويات التعليم عند الإناث، فكثيرا من النساء يفضلن متابعة دراستهم ودخولهن للسوق العمل على الارتباط، مما نتج عن ذلك ارتفاع سن الزواج الأول.
- ارتفاع تكاليف الزواج خاصة المهور وكذا ارتفاع معدلات البطالة بين الشباب الأمر الذي يجعل تأسيس أسرة تحديا كبيرا للشباب خاصة مع عدم توفر السكن مما ينتج عن ذلك تأخير الزواج.

ثانيا: مستويات واتجاهات الخصوبة في الجزائر

إن مستويات واتجاهات الخصوبة تعكس أهم التغيرات الديموغرافية التي حدثت في الجزائر على مر السنوات ومن خلال هذا العنصر سوف نتطرق إلى أهم معدلات الخصوبة وكيف تطورت هذه المعدلات.

1- معدل الخصوبة العام (1966-2018): لقد شهد معدل للخصوبة العام تطورا على مر السنوات خاصة بعد الاستقلال فقد لوحظ انه قد انخفض من % 225.62 سنة 1966 إلى % 198.63 سنة 1977 لينتقل إلى % 152.26 سنة 1987 لينخفض بعدها إلى % 77.11 سنة 1998

الشكل رقم(05): تطور معدل الخصوبة العام في الجزائر ما بين 1966-2018



المصدر: تقرير اللجنة الوطنية للسكان، 2000، ص63.

من خلال قراءتنا للشكل أعلاه نلاحظ أن معدل الخصوبة العام في الجزائر انخفاضا ملموسا، حيث انتقل من %225,62 سنة 1966 ليصل إلى % 198,63 سنة 1977، لينتقل إلى % 152,26 سنة 1987 لينخفض إلى % 77,11 سنة 1998 أي بفارق % 131,87.

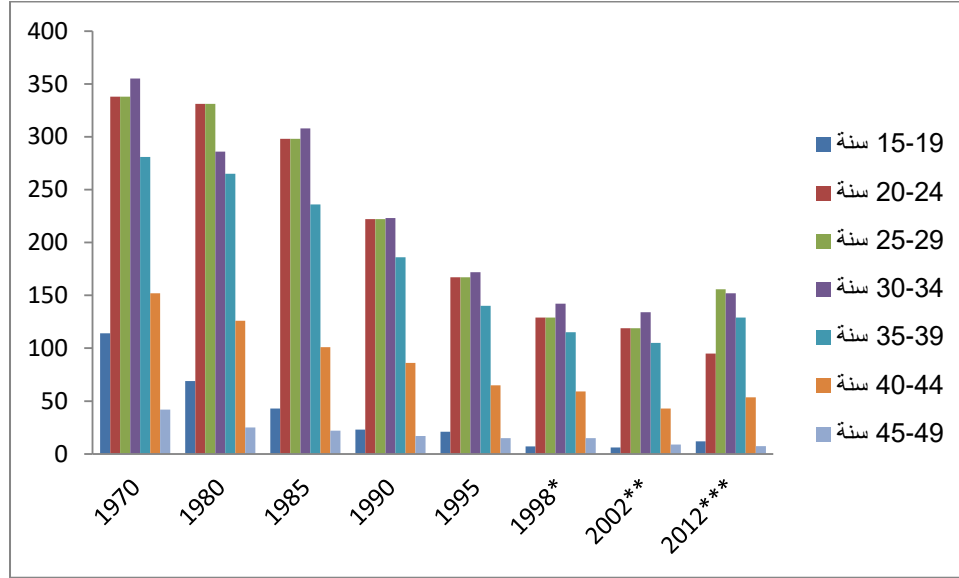
يرجع سبب هذا الانخفاض إلى جملة من العوامل أهمها:

- ارتفاع السن الأول للزواج عند النساء مما يؤدي ذلك إلى تقليص الفترة الإنجابية .
- ارتفاع المستوى التعليمي للفتيات ودخولهن للسوق العمل .
- تطبيق للسياسات تنظيم النسل والانتشار الواسع لوسائل منع الحمل .

- ولقد استمر هذا الانخفاض حتى سنة 2000، بعدها بدأ المعدل في الارتفاع التدريجي إلى أن وصل إلى معدل قدره 87.65%، و يرجع ذلك إلى زيادة عدد المواليد ابتداء من سنة 2000. ويرجع ذلك إلى زيادة نسب الزواج بين الشباب. (طاهري، 2020، صفحة 73)

2. معدلات الخصوبة حسب فئات العمرية (1970-2018): لقد عرفت جميع الفئات العمرية من النساء انخفاضا واضحا في معدلات الخصوبة العامة كما هو موضح في الجدول التالي:

الشكل رقم(6): تطور معدلات الخصوبة حسب فئات السن ما بين (1970-2012)



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على معطيات ديوان الوطني للإحصائيات، و المسح الوطني PAPFAM لسنة 2002، وتعداد السكان 1998،

شهدت الخصوبة انخفاضا مستمرا حيث مس جميع الفئات العمرية من النساء، وسجل أكبر انخفاض في الفئة العمرية 19-15 سنة حيث سجل 114% سنة 1970 لينخفض إلى 6% سنة 2002، ويرجع هذا الانخفاض إلى ارتفاع سن الزواج عند النساء، حيث يساهم تأخر سن الزواج بقدر كبير في تفسير انخفاض الخصوبة العامة الذي مس جميع فئات السن و بصفة أخص النسوة الأقل من 25 سنة، وبالتالي تقلص الفترة الإنجابية لديها خاصة الفئة العمرية (15-19 سنة)، و بسببه قفز معدل الخصوبة الأكثر ارتفاعا الذي كان يسجل عند فئة السن 29-25 سنة إلى فئة السن 30-34 سنة" (Kouaouci, 1992, p. 49)، بينما لوحظ ارتفاع المعدلات 338%، 388%، 355% على التوالي لدى الفئات [24-20]، [29-25]، [34-30] سنة، وذلك سنة 1970 لتتخفض إلى 94,9%، 155,7%، 151,9% على التوالي سنة 2012، و ذلك راجع إلى توافقها مع ارتفاع معدلات الزواج في تلك الأعمار، كما ساهمت التحولات الاجتماعية التي يعيشها المجتمع كعمل المرأة خارج البيت وارتفاع المستوى التعليمي لديها، والاستخدام الواسع لوسائل منع الحمل من انخفاض الخصوبة في الأعمار الأقل من 25 سنة وارتفاعها في باقي الفئات العمرية التي سبق ذكرها. أما الفئة [45-49 سنة] تم تسجيل معدلات

منخفضة للخصوبة منتقلة من 42% سنة 1970 إلى 9% سنة 2002 لتتخفض بعد ذلك إلى 7,4% سنة 2012. وذلك يعود إلى أسباب بيولوجية أين تقل فيها احتمالات إنجاب الأطفال. ثم تعود في الارتفاع في السنوات الأخيرة لتصل إلى 9,0% سنة 2017، و ذلك بسبب إقبال نساء هذه الفئة على الزواج. (بوهراوه وعمرأوي، 2018، صفحة 212)

3. المؤشر التركيبي للخصوبة: إن أفضل وأسهل طريقة لدراسة اتجاه ومستوى معدلات الخصوبة هو إتباع تغيرات المؤشر التركيبي للخصوبة، حيث يعرف هذا المؤشر بأنه عدد ولادات المرأة أثناء فترة الإنجاب (15-49 سنة) بافتراض بقائها على قيد الحياة طول هذه الفترة وتعرضها لمعدلات الخصوبة حسب العمر، فهذا المؤشر أقوى تعبيراً عن مستوى الخصوبة من معدل المواليد الخام، والمفروض أن المعدل 2.1 طفل لكل امرأة أي بحوالي طفلين هو المعدل اللازم لثبات نمو السكان، فإذا زاد عن ذلك زاد عدد السكان وإذا قل عن ذلك نقص عدد السكان. (بن صديق، 2022، صفحة 744). بلغ مؤشر التركيبي للخصوبة العامة في الجزائر سنة 1970 حوالي 8.36 طفلاً لكل امرأة بعد أن كان 6.94 طفلاً لكل امرأة سنة 1964، وبعد السنة 1970 عرف هذا الأخير انخفاضاً مستمراً حيث سجلنا 7.41 و 5.35 و 4.4 و 2.4 طفلاً لكل امرأة في السنوات 1977-1986-1992-2000 على التوالي. (عبد العزيز وبوعالية، 2109، صفحة 77). وهذا الانخفاض العام في مؤشر التركيبي للخصوبة راجع إلى عدت عوامل نذكر منها:

- يرتبط بشكل حصري في الانخفاض النسبي في الخصوبة بين الشبابات دون سن 25 سنة، لا سيما في العشرية السوداء نتيجة تدهور الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية وغياب الأمن مما أدى إلى تأخير وتأجيل الزيجات وارتفاع متوسط العمر للإنجاب، (دامس وحفاظ، 2023، صفحة 368)،
- تعميم استخدام وسائل منع الحمل من طرف الزوجين التقليدية منها والحديثة هي من الأسباب الأساسية في تخفيض معدلات الإنجاب، حيث عرفت موانع الحمل مع بداية سنوات السبعينات انطلاقة حقيقية، فتطورها وانتشارها كان سبباً في فتح مختلف مراكز حماية الأمومة والطفولة، وقد فاق عددها 7 مراكز خلال عام 1974 إلى 2000. (بن صديق، 2022، صفحة 745). ومن خلال الجدول التالي سنتعرف على تطور المؤشر التركيبي خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى غاية سنة 2018.

الجدول رقم(6): تطور المؤشر التركيبي للخصوبة (طفل/ امرأة) 2000-2020

السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة (طفل/ امرأة)	السنوات	المؤشر التركيبي للخصوبة (طفل/ امرأة)
2000	2,40	2010	2,87
2002	2,48	2011	2,87
2005	2,56	2014	3,03
2006	2,27	2015	3,1
2008	2,81	2016	3,1
2009	2,84	2017	3,1
2012	3,02	2018	3,1
2013	2,93	*2020	2,9

Source : MSPRH Données Etat civil.. 2018

*DEMOGRAPHIE ALGERIENNE 2020, N 0 949,p5.

من خلال الجدول نلاحظ أن معدل المؤشر التركيبي للخصوبة واصل الانخفاض بـ 2,40 طفل لكل امرأة سنة 2000 ليصل إلى 2,81 طفل لكل امرأة سنة 2008 ليعاود الارتفاع حيث قدر بـ 3,1 طفل لكل امرأة، سنوات 2016-2017-2018 لينخفض سنة 2020 إلى 2.9 طفل لكل امرأة. ويفسر ذلك بتحسين المستوى الصحي للفرد الجزائري واقتناعه بإنجاب عدد أقل عبر فترات متباعدة من أجل الحفاظ على صحة الأمهات من جهة، وتوفير الرعاية الكافية لكل طفل حتى بلوغه سن معين في ظروف حسنة وملائمة. "في حين أن الزيادة التي حدثت خاصة بعد 2005 تعود إلى ارتفاع معدل الخصوبة بين النساء في الفئة العمرية 30-40 سنة، إضافة إلى ولادات الأجيال التي قامت بتأجيل الأمومة وهي طفرة مواليد السبعينات والثمانينات، كما عرفت فيها الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية نوعا من التحسن مما أدى إلى الزيادة في معدل الخصوبة وتمثل النساء في سن الإنجاب 25.3% من إجمالي السكان الجزائريين و 51.4% من إجمالي السكان الإناث سنة 2019 وفق ما ورد في تقرير المسح العنقودي 2019". (دامس و حفاظ، 2023، صفحة 368)

ثالثا:العوامل المؤثرة في الخصوبة:

تعد الخصوبة من أهم الظواهر الديمغرافية التي تؤثر في هيكل السكان بالتزايد، كما يؤثر فيه الوفيات بالتناقص، وإذا كانت الظواهر الديمغرافية تتأثر بصفة عامة بمجموعة من العوامل المتشابكة التي لا يمكن الفصل بينها، واعتبار أحدهما العامل الأوحدهم في التأثير فيها فإن الخصوبة تعد من الظواهر المهمة التي أولها الباحثون عناية كبيرة في دراستها وتحليلها وتوضيح العوامل المتشابكة والمعقدة التي تؤثر فيها وتتأثر بها، وهناك عدد كبير من العوامل التي تؤثر في الخصوبة منها:

4. العوامل المباشرة:

3.1 **العمر الأول عند الزواج:** يعتبر متوسط سن الزواج في المجتمع المؤشر الوحيد الذي نقيس به تأخر أو تقدم سن الزواج ويتأثر هذا المؤشر بجملة من المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، كما يعرف تباينا بين الأوساط الريفية والحضرية، كما يمكن ان يتباين بين الذكور والإناث (اولاد سالم و طعبة، 2021، صفحة 31)، ويشكل الزواج الإطار الوحيد للإنجاب في المجتمعات العربية ككل، وبالتالي فإن الخصوبة والزواج يشكلان ظاهرتين متلازمتين. (بن زايد، 2021، صفحة 81)، وهو يعتبر مؤشرا رئيسا لقياس معدلات الخصوبة، حيث له علاقة وطيدة بفترة الإنجاب أي أن ارتفاع سن الزواج يؤدي إلى تناقص وانخفاض معدلات الخصوبة. كما يعد عمر الفتاة عند زواجها الأول في سن مبكرة نسبيا من المتغيرات الهامة في تفسير تباينات الخصوبة ومعرفة محدداتها، ومؤشرا حيويا على مدى ارتفاع مستويات الخصوبة داخل المجتمع (سليمان عيد، 2010، صفحة 149).

الجدول رقم 07: تطور سن الزواج الأول في الجزائر حسب الجنس و التحقيقات الوطنية

السنة	المتوسط		الفارق
	ذكور	اناث	
1970	24.4	19.3	5.1
1986	27.6	23.8	3.8
1992	30.2	25.8	4.4
2002	33.0	29.6	3.4
2006	33.5	29.8	3.7
2019	33.9	27.1	6.8

المصدر: المسح الوطني حول صحة الأم والطفل 1992

المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002

المسح المتعدد المؤشرات Mics3 2006 - Mics6 2019

الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) 2017، ص 25

من خلال ملاحظتنا للجدول أعلاه نلاحظ أن سن الزواج الأول قد سجل مستويات مرتفعة من خلال التحقيقات التي أجريت في الجزائر فبعدما سجل 24.4 سنة للذكور مقابل سنة 19.3 بالنسبة للإناث سنة 1970 اخذ سن الزواج الأول في الارتفاع حيث بلغ 27.6 سنة للذكور و 23.8 سنة للإناث سنة 1986 ليواصل ارتفاعه ليصل سنة 2019 إلى ما يقارب 33.9 سنة للذكور و 27.1 سنة للإناث. وهذا التراجع في سن الزواج راجع إلى ارتفاع معدل العزوبة في عامة السكان، حيث ارتفعت نسبة العزوبة عند الذكور ب 4 أضعاف حيث انتقلت من 19.5 % سنة 1966 إلى 85.3 % سنة 2002 وهذا الارتفاع

مس الفئة العمرية (25-29 سنة أما بالنسبة للإناث فقد ارتفعت العزوبة في الفئة العمرية (20-24 سنة) بسبب تعلم المرأة ودخولها إلى ميدان الشغل. (بن زايد، 2021، صفحة 82).

"ويمثل فارق السن بين الزوجين مؤشرا ديموغرافيا هاما نظرا لارتباطه بسوق الزوجية من جهة والاختيار الزوجي من جهة أخرى، والتغير الحاصل في هذا الفارق يعني التغير في الكثير من التقاليد والقيم الاجتماعية وهو أداة لتقييم عدم التوازن بين الجنسين في سوق الزوجية، فعادة الأجيال القديمة هي من عرفت فوارق شاسعة بين الزوجين نظرا لمكانة الرجل وأهمية هذا الفارق اجتماعيا (راشدي و ابراهيم، 2021، صفحة 103). ولقد تراجع الفرق بين متوسط سن الزواج الأول للجنسين (11 سنة بالنسبة للنساء و أكثر من 09 سنوات للرجال منذ 1966)، الشيء الذي يعكس التغيرات العميقة التي شهدتها المجتمع، و يعتبر ذلك أحد العوامل التي ساهمت في التقليل المحسوس من مستويات الإنجاب، وذلك نتيجة نمط الحياة و العادات و التقاليد التي كانت سائدة في العائلات التقليدية، و خاصة بالنسبة للإناث بالتبكير في تزويجهن، عكس ما هو عليه الوضع الآن، و بالأخص مع ارتفاع المستوى التعليمي وإمكانية بلوغ مستويات عليا في هذا المجال" (صالي، 2016، صفحة 67).

1.2. استعمال وسائل منع الحمل: إن الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل هو من أهم المحددات المباشرة لمستويات الخصوبة، وهي تعني مجموعة من الطرق التي تؤدي إلى توقيف الولادات، وتنقسم إلى طرق مادية وطرق غير مادية. (بن زايد، 2021، صفحة 82)، وتعد هذه الوسائل من أهم الخيارات الديموغرافية التي يهتم بها الباحثون لدراستها فمعرفة كيفية حصول السيدات على وسائل تنظيم النسل يكشف لنا عن مدى فعالية مصادر حصولهن عليها، لقد أصبح استعمال وسائل منع الحمل من الممارسات الاجتماعية معترف بها وواسعة الانتشار في الجزائر، وقد قامت الجمعية الجزائرية للبحوث الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية سنة 1968 بتحديد نسبة استعمال وسائل منع الحمل بـ 8% من مجموع النساء المتزوجات في سن الإنجاب. (AARDES, 1970, p. 81). لترتفع هذه النسبة إلى 1.4% من النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة المتزوجات حاليا يستعملن وسيلة من وسائل تنظيم النسل. وتجدر الإشارة إلى أن الحبوب تبقى الوسيلة الأكثر تفضيلا من طرف النساء بغض النظر عن وسط اقامتهن. (ONS, 2006, p. 125). و من خلال مختلف التحقيقات التي أجريت في الجزائر لوحظ أن نسبة استعمال وسائل منع الحمل في ارتفاع مستمر، حيث انتقلت نسبة الاستعمال من 8% في سنة 1970 إلى 25% في سنة 1984، ثم إلى 36% في سنة 1986 لتصل إلى 50.9% في سنة 1992 ويتواصل هذا الارتفاع ليستقر في حدود 56.9% في سنة 1995" (المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، 1998، صفحة 24).

3.3. الرضاعة: تعتبر الرضاعة الطبيعية أحسن وأفضل وأفيد وأسلم طريقة لتغذية الطفل حديث الولادة. حيث أثبتت الدراسات العلمية أن حليب (لبن) الأم يمثل أفضل مغذي للطفل الرضيع لكونه يحتوي على كل ما يحتاجه الطفل من عناصر مغذية أساسية ومصادر للطاقة، فهو يحتوي على أغلب المغذيات الضرورية للنمو لكنه يفتقر لبعض العناصر والمتمثلة في "الحديد و فيتامين (د) ، فيتامين (ج)". فحسب الدراسات التي أجريت حول موضوع الرضاعة الطبيعية للأطفال الرضع فإنه لا يجب التخلي عن إرضاع الطفل خصوصا في عمر أقل من سنة. (السيد يوسف، 2006، صفحة 69)

الجدول رقم 08: نسب بعض العناصر الغذائية في حليب الأم

العنصر	نسبته في حليب الأم %	العنصر	نسبته في حليب الأم %
الماء	87.6	كالسيوم	0.024
البروتين	1.1	مغنيزيوم	0.004
دهون	3.8	حديد	0.021
بوتاسيوم	0.055	فيتامين أ	50
صوديوم	0.015	فيتامين د	1-0.4
فيتامين ج	4.3	فيتامين ك	0.26
السعرات الحرارية في 100 مل			

المصدر: تقرير اليونسيف، الرضاعة الطبيعية. 2004.

نلاحظ أن حليب الأم غني جدا بالعناصر الغذائية المهمة لطفل الرضيع فهو يحتوي على نسبة 87.6 % من الماء و 3.8 % من الدهون 0.055 %، و 0.015 % الصوديوم، إضافة إلى مجموعة من الفيتامينات المهمة للنمو مثل (فيتامين ج 4.3 %، فيتامين أ 50 %، فيتامين د 1-0.4 %، فيتامين ك 0.26 %). وتعتبر الرضاعة الطبيعية مانعا للحمل إذا كان غذاء الطفل يعتمد عليه اعتمادا كبيرا حيث أن عملية المص تنبه الغدد النخامية لتفرز هرمون يدر اللبن في الثدي ويثبط الغدد النخامية التي تقلل من هرمون الغدد النخامية لتفرز البويضة. (الغول، 2020، صفحة 34).

وتشير مختلف التحقيقات في الجزائر أن الرضاعة الطبيعية كانت تنتشر على نطاق واسع وتبدأ منذ الساعات الأولى لميلاد الطفل حيث بلغت المدة المتوسطة للرضاعة في سنة 1970 بـ 13.4 شهرا - 11.3 شهرا في المناطق الحضرية و 14.4 شهرا في المناطق الريفية في حين بلغت في تحقيق 1986 شهرا 11.6 - 14.6 شهرا في المناطق الحضرية و 15.7 شهرا في المناطق الريفية، وفي المسح العنقودي الثالث المتعدد المؤشرات لسنة 2006 تم إرضاع ثمانية من كل عشرة أطفال (80.4%) خلال 24 ساعة من

الولادة في حين أن أقل من طفل واحد من كل طفلين (49.5%) تلقوا رضاعة طبيعية في أقل من ساعة تعد هذه النتيجة هي الأكثر أهمية لأن نسبة الأطفال الذين تم إرضاعهم رضاعة طبيعية حصرية خلال الأشهر الثلاثة الأولى (03) ليست سوى 10.4%. لقد انخفضت هذه النسبة بمرور الوقت ، بمعنى أنها كانت 15.9 % في عام 2000. وسيستفيد برنامج الرضاعة الطبيعية من تعزيزه لعكس هذا الاتجاه في السنوات المقبلة. (MICS3, 2006, p. 178).

جدول رقم (09):نسب الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية وقت إجراء مسح حول صحة الام والطفل 2002.

عمر الطفل	مكان الإقامة			المجموع
	ريفي	حضري	أنثى	
-أكثر من 3 أشهر	92.9	78.5	90.2	86.8
-3-5 أشهر	75.4	57.4	66.2	68.6
-6-8 أشهر	61.2	44.7	50.8	52.9
-9-11 أشهر	58.1	42.2	54.5	51.3
-12-14 أشهر	43.1	42.9	40.4	43.0
-15-17 أشهر	44.3	27.3	41.0	36.5
-18-20 أشهر	33.1	28.0	27.2	30.8
-21-23 أشهر	14.9	16.1	14.1	15.5
-24-29 أشهر	12.4	8.0	9.4	10.6
- أقل أو يساوي 30 شهر	1.4	1.0	0.9	1.2
المجموع	22.4	17.1	19.2	20.1

Source: M.S.P et ONS : Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, Rapport principal», LEA , 1992 , p103.

من خلال الجدول أعلاه نلاحظ أن نسب الأطفال الذين تم إرضاعهم طبيعيا في مختلف الفئات العمرية تتناقص مع زيادة العمر، وهذا يشير إلى أن الأطفال الرضع في الأشهر الأولى هم الأكثر من من تلقوا الرضاعة الطبيعية مقارنة بالآخرين.

كما تشير الإحصائيات حسب مكان الإقامة أن الأطفال في الريف هم الأكثر تلقيا للرضاعة الطبيعية مقارنة بالحضر، يمكن أن يرجع السبب إلى التقاليد حيث المرأة الريفية تفضل الرضاعة الطبيعية في حين يوجد تفاوت بين الجنسين فالإناث هن أكثر من يتلقين الرضاعة الطبيعية مقارنة بالذكور. ويمكننا القول أن العوامل الاجتماعية، و الاقتصادية مثل: الدخل، المستوى التعليمي، وكذا العوامل الثقافية من بين أهم العوامل التي تؤثر على قرار أو مدة الرضاعة الطبيعية .

جدول رقم 10: نسبة النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة اللواتي بدأن الرضاعة خلال السنتين الأخيرتين و

اللاتي أرضعن أطفالهن حسب 2006 Mixc3

المنطقة	نسبة النساء الاتي بدأن الرضاعة خلال الساعة الأولى بعد الولادة	نسبة النساء الاتي بدأن الرضاعة خلال اليوم الأول من الولادة	نسبة النساء الاتي ولدن ولادة حية خلال الساعة السنتين السابقتين على المسح
المنطقة الوسط	39.4	81.5	1861
الشرق	51.0	78.9	1713
الغرب	54.2	76.3	1273
الجنوب	64.1	88.4	714
الإقامة حضرية	46.1	78.3	2953
ريفية	53.4	82.7	2608
عدد الشهور منذ الولادة			
أقل من 6 أشهر	48.9	80.1	1286
6-11 شهر	50.4	80.0	1537
12-23 شهر	49.4	80.7	2735
المستوى التعليمي للأم			
دون مستوى الابتدائي	55.9	83.7	1542
المتوسط	53.3	81.6	1057
الثانوي	46.5	79.4	1406
الثانوي	45.3	8.37	1230
العالي	35.8	72.8	326

المصدر: المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 ص 71.

يبين الجدول أعلاه ان نسبة الأطفال الذين ارضعوا رضاعة طبيعية خلال الساعة الأولى بعد الولادة 49,5% خلال اليوم الأول بعد الولادة كما يوجد الاختلاف من ناحية الجهات اقل نسبة سجلت في وسط البلاد 39,4%، وأكثر نسبة بالجنوب 64,1%، و نرى وعي لدى الأمهات دون مستوى من ناحية الرضاعة في الساعة الأولى بعد الولادة بنسبه 55,9% مقارنة بالأمهات اللواتي يملكن مستوى عالي 35,8% وهناك تبيان من حيث مكان الإقامة بالنسبة للمناطق الريفية 53,4% اما المناطق الحضرية 46,1%، وبالنسبة للأسر الأكثر غنى 40% والأكثر فقرا 58,7% من خلال نتائج المسح فان الرضاعة الطبيعية في تراجع مستمر خاصة عند النساء الحضاريات ذوات المستوى التعليمي العالي.

3.4. مدة الحياة الزوجية: نقصد بمدة الزواج المدة التي تقضيها المرأة مع زوجها دون انفصال ، وخاصة ضمن فترة الإنجاب (15- 49 سنة)، إذ أن هذه المدة تؤثر على بشكل كبير على عدد الأطفال المنجبين لها. فهي علاقة طردية بمعنى كلما كانت مدة الحياة الزوجية طويلة كلما كان عدد الأطفال أكثر. (طاهري، 2020، صفحة 88).

الجدول رقم(11): مدة الزواج حسب تعداد 1998 و 2008

مدة الزواج	1-0 سنة	2-3 سنوات	4-5 سنوات	6-10 سنوات	11-15 سنوات	أكثر من 16 سنة
تعداد 1998	8.4	17.5	12.6	25.2	17.5	18.9
تعداد 2008	11.3	23.1	15.2	22.3	14.4	13.5

المصدر: تعداد 1998- تعداد 2008

بناء على معطيات الجدول أعلاه نلاحظ أن مدة الزواج من 0 إلى غاية 5 أن نسبة قد ارتفعت في تعداد 2008 مقارنة على ما كانت عليه في تعداد 1998 فمثلا النسبة ارتفعت من 8.4% إلى 11.3% عند مدة الزواج (1-0 سنة) ، ومن 12.6% إلى 15.2% عند المدة (4-5 سنوات) في تعداد 2008 ، ويمكن أن يعود سبب هذا الارتفاع إلى ارتفاع عدد الزيجات التي حدثت في تعداد 2008، في حين انخفضت نسب مدة الزواج من 6 إلى أكثر من 16 سنة في تعداد 2008 مقارنة بنسب تعداد 1998 ، ويرجع السبب في ذلك إلى تغير الاتجاهات الاجتماعية ، و الظروف الاقتصادية التي تؤثر على استقرار الزواج وارتفاع نسب الطلاق الذي هو في تزايد مستمر .

2. العوامل غير مباشرة:

2.1. المستوى التعليمي للمرأة: لقد أكدت أغلبية الدراسات على أهمية التعليم وخاصة تعليم الفتاه، وتشير الدراسات أن المتغيرات التعليمية تؤثر بصفة هامة على الخصوبة من خلال عمر الزواج- الإجهاض- فترة الأمان بعد الولادة وطرق استعمال موانع الحمل، فالمرأة المتعلمة تشارك بفعالية في صنع القرار داخل الأسرة، وخاصة منها القرارات المتعلقة بالصحة الإنجابية وذلك لأن التعليم يمكنها بقدرات تفاوضية لا تكسبها المرأة الغير المتعلمة. (بن زايد، 2021، صفحة 84). وفي دراسة استقصائية للخصوبة في الجزائر تمثل المتغيرات الأساسية والرئيسية لتحديد مستويات الخصوبة في التعليم فهو الأكثر "تميزاً متبوعاً بالدخل أو المهنة أو الإقامة في المناطق الحضرية او الريفية ، العمر عند الزواج وأيضاً بعض المواقف العامة المتعلقة بنشاط الإناث (طاهري، 2020، صفحة 89). وأجمع الديمغرافيون أنّ المستوى التعليمي يؤثر في تخفيض خصوبة المرأة؛ أي كلما كان المستوى التربوي للمرأة أو للرجل عاليا كلما انخفضت الخصوبة، وذكر ليون تابا LEON TABAH في هذا الشأن: " من المعروف أنّ هناك علاقة عكسية بين الخصوبة في المجتمعات والمستوى التعليمي للمرأة أو للقرين...، لقد بينت كل الدراسات والمسوح التي أجريت حتى يومنا

هذا بأنه كلما كان المستوى التعليمي عاليا كلما كانت الخصوبة منخفضة سواء تعلق الأمر بالبلدان المتقدمة أو ببلدان العالم الثالث. (عطاري و منادلي، 2019، صفحة 85). فيما يخص مؤشرات التعليم في الجزائر فقد ارتفعت نسبة التمدرس من 92.33 % سنة 1985 إلى 93.04 % سنة 2000 عند الذكور، أما الإناث فقد ارتفع من 72.25 % إلى 88.16 % سنة 2000 حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات، وقد اختيرت فترة 1985 – 2000 كونها فترة ولادة الأفراد خلال فترة الدراسة وخاصة فئة الإناث، حيث إن الإناث البالغات 15 سنة وهي بداية الخصوبة هن من مواليد 1985 (دلاندة و طلباوي، 2017، صفحة 141)

2.2. عمل المرأة: تشهد نسبة مساهمة النساء في الحياة الاقتصادية تزايدا مستمرا، بحيث أصبح عمل المرأة جزء لا يتجزأ من عملية التنمية، فمشاركة المرأة في الحياة الاقتصادية تفرض عليها واجبات أخرى غير إنجاب الأطفال، فبحكم الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية السائدة فهي مضطرة للتحديد التي ستنجبهم في المستقبل بهدف تحقيق تكييف مع هذه الأوضاع، فمشاركة المرأة اقتصاديا له أثر كبير على سلوكها الإنجابي، فالمرأة العاملة لها عدد أقل من أطفال مقارنة بالمرأة الغير العاملة. (بن زايد، 2021، صفحة 84). لكن من الصعب تتبع التغيرات من مصدر إلى آخر، والسبب في ذلك تغير طرق الملاحظة من بين جميع العمليات الإحصائية، وعلى سبيل المثال نجد في مسح 1970 المعلومات التي جمعت عن عمل المرأة شملت فقط المرأة غير عازب والساكنة في المناطق الحضرية أما تعداد 1987 المعلومة الوحيدة التي بثت فيها في هذا الشأن هي المواليد الأحياء المصرح بهم وحسب الوضعية الشخصية، والنتائج التي توصلت إليها المسحيين الأخيرين EASME 1992 و EASF 2002 لم يعالج إطلاقا هذه المسألة حيث أن مسح 1992 تطرق إلى المرأة العازب على غرار مسح 1970. (الغول، 2020، صفحة 96)، ولقد بلغت نسبة اليد العاملة النسائية 1.8 % وفي سنة 1989 بلغ عدد النساء المتزوجات اللاتي يعملن 33.1 %، وتجاوزت 54.2 % عام 1996، وقد بلغت نسبة النساء المشتغلات سنة 2000 في الحضر 62.1 %، حيث أن اليد العاملة النسوية ارتفعت من 625 ألف عاملة سنة 1996 إلى مليون و 400 ألف سنة 2005 لتقارب المليونين سنة 2008 ففي قطاع العام بلغت الموظفات 49 %، قطاع الصحة 54 % و 73 % صيادلة الجزائر نساء، القضاء 34 %، المحاماة 40 %، الفلاحة 11 %، فانشغال المرأة بالحياة العملية في محاولة منها لإثبات قدراتها وتحقيق ذاتها جعلها تنسى حياتها الشخصية و ينصرف تفكيرها عن الزواج والاستقرار وحتى بالنسبة للمتزوجات فهن لا ينجبن أكثر " (بن الشين و تهامي، 2015، صفحة 161).

2.3. التحضر: هي إحدى العمليات الاجتماعية والتي يتم من خلالها الانتقال من بيئة ريفية بسيطة إلى بيئة حضرية معقدة الخصائص بحثا فيها محاولات التكيف والاكتمال التدريبي لأنماط الحياة الحضرية. « ويعتبر مكان الإقامة كعامل غير مباشر يؤثر على خصوبة المرأة، فالمرأة في الحضر تتميز بنمط حياة مغاير تماما عن نظيرتها في الريف فالمرأة في الحضر، مما يدفع بالمرأة إلى تحكّم في سلوكها الإيجابي بما يتوافق مع حياتها، فجل الدراسات السكانية تظهر على أن هناك تباين في الخصوبة حسب مناطق الإقامة فالمرأة في المناطق الحضرية تتميز بخصوبة أقل عن المرأة الريفية . (بن زايد، 2021، صفحة 84). وشهدت الجزائر هذه الديناميكية السكانية (التحضر) منذ الاستقلال إذ ساهم النزوح الريفي في إحداث تحول ديمغرافي كبير و قد كان سكان الجزائر في معظمهم ريفيين سنة 1962 وهذه الميزة بقيت كذلك سنة 1966 رغم النزوح الريفي الذي ميز السنوات الأولى من الاستقلال . إن معدل التحضر الوطني الذي قدر ب % 25 سنة 1954 ولم يبلغ % 31,4 إلا سنة 1966 ولم تصنف ضمن البلديات الحضرية سوى 95 بلدية ثم انتقل معدل التحضر إلى % 40 سنة 1977 فألى % 50 سنة 1987 أما سنة 1998 فقد بلغ % 58,30 وفي نفس الفترة تضاعف عدد التجمعات السكانية من 95 وحدة سنة 1966 ثم إلى 211 وحدة سنة 1977 فألى 477 وحدة سنة 1987 ليصل إلى 579 تجمع سنة 1998 في حين أن عدد السكان سنة 1998 الذين يقطنون التجمعات الحضرية الرئيسية بلغ % 66 ، و % 15 في التجمعات الثانوية بينما 19 % يسكن بالمنطقة المبعثرة وبلغت هذه النسب % 70 (عبد العزيز، 2019، صفحة 91). إن علاقة التحضر والخصوبة علاقة طردية عكسية. وتظهر لنا هذه العكسية عند المقارنة ما بين خصوبة المرأة الحضرية كالريفية في بداية السبعينيات 1970 كانت خصوبة المرأة الحضرية تقدر ب 7.3 طفل/امرأة اقل منها بالنسبة للمرأة الريفية 8.5 طفل /امرأة حيث أن الفارق بينهما لم يتعدى 0.1 طفل للمرأة ليتضاعف هذا الفارق بين الواسطين الاجتماعيين في سنوات الثمانينيات الى 2.6 طفل لكل امرأة، وبعد 6 سنوات بناء على معطيات مسح 1992 لوحظ أن معدل الخصوبة واصل على نفس الوتيرة والاتجاه في الانخفاض إلا أنه بقي محافظا على نفس الفارق بين الواسطين الريفي والحضري والمقدر بـ 2.5 طفل لكل امرأة ليتقلص هذا الفارق بداية الألفية الثانية سنة 2000 الى 0.5 طفل وهذا ما يفسر بتقلص الهوة ما بين الواسطين في الظروف المعيشية سواء اقتصاديا أو اجتماعيا بسبب المشاريع التنموية (الغول، 2020، صفحة 95).

3. العوامل الفيزيولوجية (العوامل الوسطية للخصوبة): ونقصد بالعوامل الفيزيولوجية العوامل

البيولوجية والطبيعية التي تؤثر على قدرة الفرد على الإنجاب وهي تشمل مايلي :

3.1. العوامل المؤثرة في التعرض للاتصال الجنسي:

أ- العوامل المؤثرة في الزواج والطلاق خلال فترة الإنجاب: هناك مجموعة من العوامل التي

تؤثر على الزواج والطلاق خلال فترة الإنجاب وتشمل مايلي :

✓ العمر عند الزواج الأول.

✓ العزوف المستمر عن الزواج.

✓ طول فترة الانسلاال المنصرفة بعد الزيجات أو بينها وذلك حين ينتهي الزواج بالطلاق أو

الانفصال أو موت أحد الزوجين.

ب- العوامل التي تؤثر في الانفصال الجنسي أثناء الزواج:

✓ التقشف الجنسي الإرادي.

✓ التقشف الجنسي اللإرادي (بسبب عجز جنسي والمرض والانفصال).

✓ تكرار الاتصال الجنسي (باستثناء التقشف الجنسي). (يونس حمادي، 2010، الصفحات

152-153)

3.2. العوامل المؤثرة في التعرض للحمل:

✓ الخصوبة، عدم الإخصاب اللارادي (العقم).

✓ استعمال أو عدم استعمال موانع الحمل.

✓ القدرة على الإنسال أو عدمه لأسباب اختيارية كالتعقيم أو العلاج الطبي. (الغول، 2020،

صفحة 37)

3.3. العوامل المؤثرة في الحمل والولادة التامة:

✓ وفيات الأجنة لأسباب لا إرادية.

✓ وفيات الأجنة لأسباب اختيارية كالإجهاد المقصود (يونس حمادي، 2010، صفحة 153)

خلاصة

تطرقت الباحثة في هذا الفصل إلى الوضعية الديمغرافية في الجزائر من حيث تطور مؤشراتها الديمغرافية منذ الاستقلال إلى غاية 2019 ، كما أنها فصلت في عرض محتويات المتغير المستقل (الخصوبة) من حيث مستويات واتجاهات الخصوبة في الجزائر وكذا العوامل المتحكمة فيها .

الفصل الثالث: الصحة الإنجابية ماهيتها، عناصرها، ومؤشراتها

تمهيد

أولاً: ماهية الصحة الإنجابية

1. النشأة التاريخية للصحة الإنجابية
2. أهداف الصحة الإنجابية
3. مبادئ الصحة الإنجابية
4. الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية
5. مؤشرات الصحة الإنجابية

ثانياً: الصحة الإنجابية للمرأة (الأمهات)

1. أهمية الصحة الإنجابية للمرأة
2. التزامات الدول بتوفير خدمات الصحة الإنجابية
3. خدمات الصحة الإنجابية للمرأة:

ثالثاً: الصحة الإنجابية في الجزائر

1. البرامج والسياسات الصحية للحفاظ على صحة الأم والطفل:
2. المؤشرات الصحة الإنجابية

خلاصة

تمهيد:

إن مفهوم الصحة الإنجابية يشتمل على المشاكل الصحية والأمراض التي تصاحب التناسل البشري، وتناول صحة الإنجاب يعني بالدرجة الأولى كيفية مواجهة هذه المشاكل والتخلص منها أو معالجتها، كما أن برامج الصحة الإنجابية لا تعني فقط الوقاية من الأمراض ومعالجتها أو مجرد تنظيم الأسرة للحد من الإنجاب، بل هي أبعد من ذلك حيث تعتبر جزءاً من التنمية البشرية اللازمة لتضيق مبادئ العدل والمساواة، فالحماية ضد الأمراض يهدف تحقيق متطلبات الوظائف البشرية الأساسية للتناسل والإنجاب ليست مجرد تحدي طبي أو تكنولوجي، ولكن لها جوانب اجتماعية و سياسية وتنموية رئيسية. وتناولت الباحثة في هذا الفصل ماهية الصحة الإنجابية والفئات المستهدفة بها وأهدافها وأهميتها بالنسبة للمرأة، وحدد عناصرها ومؤشراتها والمراحل المختلفة التي تمر بها والمبادئ التي تركز عليها والعوامل المؤثرة فيها، ويحاول التعرف على أهم الحقوق الإنجابية وواجبات الحكومات إزاء كفالة تمتع المرأة بتلك الحقوق.

أولاً: ماهية الصحة الإنجابية:

1. السياق التاريخي للصحة الإنجابية:

لم يكن مفهوم الصحة الإنجابية معروفاً في السابق كما هو الآن، ولكنه كان متواجداً بشكل ضمني في سياق المؤتمرات التي عقدت قبل مؤتمر التنمية والسكان عام 1994 والذي ظهر فيه مفهوم الصحة الإنجابية بشكله المعروف اليوم. فلو تتبعنا المؤتمرات والاتفاقيات التي عقدت نجد أن المفهوم الأول بدأ في عام 1948 بالإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والذي جعل من موضوع الأسرة قضية عالمية (الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المؤرخ في 1948/12/10). كما نجد المفهوم الأولي للصحة الإنجابية متمثلاً ببرامج تنظيم الأسرة، إلا أن المفهوم الحالي لها أصبح يهتم بمشاكل الصحة الإنجابية بطريقة متكاملة وشاملة للرجل والمرأة، وشمل هذا المفهوم العناية الفردية المتأنية بصحة المرأة، وضم المفهوم أيضاً العناية ببعض الفئات التي لم تتلقى عناية وخدمات سابقاً مثل المراهقين. ويشمل المفهوم مشاكل المرأة الصحية خلال فترة حياتها كاملة و ليس فقط فترة الإنجاب، واهتم بالمشورة كجزء هام في خدمات الصحة الإنجابية، واهتمام بتحسين نوعية الخدمات في كل مجالات الصحة الإنجابية. (لعفريت، 2020، صفحة 38). ظهرت مفاهيم الصحة الإنجابية للمرة الأولى في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة في عام 1994 من قبل الأمم المتحدة حيث استفادة باهتمام كبير من طرف المشاركين، باعتباره "طريقة المستقبل وبرنامج جيد لبرامج تنظيم الأسرة المحدودة. (kadi, 2013, p. 9). إن الإجماع على تعريف الصحة الإنجابية عام 1994 في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية يعتبر خطوة هامة للبدء بترجمة توجهاته نحو خدمات تقدم في هذا المجال، وقد عرفت الصحة الإنجابية بأنها: "حالة متكاملة من الصحة الجسدية والعقلية والاجتماعية، وليست تعبيراً عن غياب المرض فقط بكل الأحوال والأمور المتعلقة بالجهاز الإنجابي ووظائفه". (سبيتان، 2012، صفحة 104) ومن المؤتمرات التي اهتمت بموضوع الحقوق الإنجابية للمرأة المؤتمرات التالية:

1.1 المؤتمر العالمي الأول للسكان في رومانيا عام 1974: وقد اعتمدت في هذا المؤتمر خطة عمل عالمية جاء

فيها:

- الدعوة إلى تحسين دور المرأة ودمجها الكامل في المجتمع.
 - الدعوة إلى مساواة المرأة بالرجل.
 - الدعوة إلى تحديد النسل، وتخفيض المرأة لمستوى خصوبتها. (منظمة الصحة العالمية، 2018)
- ### 1.2 المؤتمر الدولي المعني بالسكان في المكسيك عام 1984: وقد جاء في هذا المؤتمر الدعوة إلى:

- إعطاء المرأة حقوقها المساوية لحقوق الرجل في جميع مجالات الحياة.
- رفع سن الزواج، وتشجيع التأخر في الإنجاب.

- إشراك الأب في الأعباء المنزلية، وإشراك المرأة في المسؤولية على الأسرة.
 - الإقرار بالأشكال المختلفة والمتعددة للأسرة.
 - الدعوة إلى التثقيف الجنسي للمراهقين والمراهقات.
 - الإقرار بالعلاقات الجنسية خارج نطاق الأسرة. (International Women's Health Coalition, 1991)
- 1.3. مؤتمر نيروبي 1987: انعقد مؤتمر نيروبي للأمم المتحدة عام 1987 الذي خرج بتوصيات كان من أبرزها ضرورة نشر الوعي حول الأمومة الآمنة، وذلك لخفض معدلات وفيات الأمهات، وتقليص نسب إصابتهن بالأمراض، حيث قرر المؤتمر حث الدول على العمل على خفض وفيات الأمهات بنسبة 50% بحلول عام 2000 من خلال اعتماد الاستراتيجيات التالية:
- إنشاء لجان وطنية للأمومة الآمنة متعددة الأطراف .
 - وضع سياسات وطنية لتفعيل برامج الأمومة الآمنة .
 - العناية بالتدريب الخاص بالكوادر الصحية.
 - تقوية الدعم السياسي والمادي لمشاريع الأمومة.
 - توفير خدمات الطوارئ الجيدة أثناء الحمل والولادة .
 - العناية بالطفل الوليد وتوفير الإمكانيات اللازمة . (صندوق الأمم المتحدة للسكان، 1995)
- 1.4. مؤتمر السكان والتنمية القاهرة 1994: عقد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (ICPD) في المدة من 5 إلى 13 سبتمبر 1994 تحت رعاية الأمم المتحدة. كان المؤتمر الدولي للسكان والتنمية أكبر مؤتمر حكومي دولي معني بالسكان والتنمية على الإطلاق، حيث شاركت فيه 179 حكومة وحوالي 11000 مشارك مسجل من الحكومات ووكالات الأمم المتحدة المتخصصة والمنظمات الحكومية الدولية والمنظمات غير الحكومية ووسائل الإعلام. حيث كان الاهتمام والمشاركة من جانب المجتمع المدني غير مسبوق. شاركت أكثر من 180 دولة في المؤتمر الذي تم فيه اعتماد برنامج عمل جديد كدليل للعمل الوطني والدولي في مجال السكان والتنمية على مدى السنوات العشرين القادمة. ركز برنامج العمل الجديد هذا على العلاقة الوطيدة بين السكان والتنمية وركز على تلبية احتياجات الأفراد في إطار معايير حقوق الإنسان المعترف بها عالميا بدلا من مجرد تلبية الأهداف الديمغرافية. ويمثل اعتماد هذا البرنامج مرحلة جديدة من الالتزام والتصميم لإدماج قضايا السكان بشكل فعال في مقترحات التنمية الاجتماعية والاقتصادية وتحقيق حياة أفضل لجميع الأفراد بما في ذلك الأجيال القادمة. (منظمة الأمم المتحدة، 1994)، وجاء أول حديث صريح عن الهدف القائم على ضمان حصول كافة الأفراد على المعلومات والخدمات المتعلقة بالصحة الجنسية والإنجابية في هذا المؤتمر تحت رعاية

الأمم المتحدة. إن "الحصول العام على خدمات الصحة الإنجابية" هو الآن هدف من الأهداف الإنمائية للألفية التي حددها قادة العالم عام 2000 من أجل الحد من الفقر والارتقاء بالمستويات المعيشية في البلدان النامية. ويقصد بالحصول العام أن كل من يحتاج إلى الخدمات يستطيع الحصول عليها. وتتمثل الجوانب الأساسية الخمسة للصحة الجنسية والإنجابية في:

- تحسين أنواع الرعاية: رعاية الحمل، وأثناء الولادة، وما بعد الولادة، ورعاية المولود.
- تقديم خدمات لتنظيم الأسرة تتسم بالجودة العالية والطواعية، بما في ذلك خدمات العقم.
- القضاء على عمليات الإجهاض غير الآمنة.
- مكافحة الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية، والأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي من جراء أسباب آخر، وسرطان عنق الرحم، ومشاكل أمراض النساء الأخرى.
- التشجيع على الصحة الجنسية.

ليس من الممكن أن يحقق القطاع الصحي وحده تحسينات كبيرة في مجال الصحة الجنسية والإنجابية؛ فكثيراً ما تتداخل الجهود التي يبذلها مع الجهود المبذولة في ميادين أخرى كالتعليم، والتخفيف من حدة الفقر، والارتقاء بقدرة المرأة على الحصول على حقوقها والمزيد من الفرص. وتستطيع البحوث متعددة التخصصات أن تستطلع الصلات التي تربط ما بين الصحة الجنسية والإنجابية والنواحي الأخرى من الحياة، والتي يدخل الفقر في إطارها (فهيبي، لوري، و خليل، 2008، صفحة 5). وقد عمل المؤتمر على توسيع الموضوعات والتوجهات حيال الصحة الإنجابية، ووضع تقرير المؤتمر أساساً للعمل أهدافاً وإجراءات شكلت مواضيع مثل: السكان، النمو الاقتصادي، التنمية، التعليم، المساواة بين الجنسين، والأسرة وأدوارها حقوقها، وفيما يخص الصحة الإنجابية شملت الموضوعات الصحة الإنجابية والحقوق الإنجابية، تنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، والنشاط الجنسي البشري والعلاقات بين الجنسين، والمراهقين بالإضافة إلى الرعاية الصحية وبقاء الطفل وصحته وصحة المرأة والأمومة السليمة. (حواء، 2001، صفحة 9)، وقد توصل ممثلوا المؤتمر إلى إجماع على الأهداف النوعية والكمية الأربعة التالية:

- الثقافة العالمية: الثقافة العالمية المبدئية في جميع البلدان بحلول عام 2015. وحث البلدان على تأمين وصول أكثر للنساء إلى مستوى الثقافة الثانوية والعليا علاوة على التدريب المهني والتقني.
 - تخفيض وفيات الرضع والأطفال: على الدول أن تجاهد لتخفيض معدل وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلث أو بحوالي 50 إلى 70 وفاة لكل ألف شخص بحلول عام 2000. وعلى جميع الدول بحلول عام 2015 أن تحقق معدلا أدناه 35 وفاة لكل ألف ولادة ومعدلا للأطفال دون سن الخامسة يكون 45 كحد أدنى لكل ألف.
 - تخفيض وفيات الأمهات: يجب تحقيق انخفاض بمقدار النصف لمستويات عام 1990 بحلول عام 2000 ونصف ذلك بحلول عام 2015. كما يجب الحد من التفاوت في معدلات وفيات الأمهات بين البلدان وبين المناطق الجغرافية والمجموعات الاقتصادية الاجتماعية إضافة إلى المجموعات العرقية.
 - إمكانية الحصول على خدمات الصحة الجنسية والتناسلية بما فيها تحديد النسل: استشارة تخطيط العائلة والعناية ما قبل الولادة والولادة الآمنة علاوة على العناية ما بعد الولادة والمنع والمعالجة المناسبة للعقم ومنع الإجهاض وإدارة نتائجه ومعالجة عدوى المنطقة التناسلية والأمراض المنقولة جنسيا وغيرها من شروط الصحة التناسلية. إضافة إلى الثقافة والمشورة المناسبة حول النشاط الجنسي الإنساني والصحة التناسلية والأبوة المسؤولة. كما يجب تيسير الحصول على الخدمات المتعلقة بفيروس نقص المناعة البشرية المكتسب الإيدز(وسرطان الثدي والعقم والولادة والتثبيط الفعال للتشويه التناسلي النسائي الختان). (الأمم المتحدة، 1995، الصفحات 56-58).
- 1.5. مؤتمر بكين 1995:مُثل المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، الذي عقد في بكين، نقطة تحول مهمة في جدول الأعمال العالمي للمساواة بين الجنسين. كان إعلان ومنهاج عمل بيجين، اللذان اعتمدهما 189 دولة بالإجماع، جدول أعمال لتمكين المرأة ويعتبر الآن وثيقة السياسة العالمية الرئيسية المعنية بالمساواة بين الجنسين. وقد حددت أهدافًا وإجراءات إستراتيجية للنهوض بالمرأة وتحقيق المساواة بين الجنسين في 12 مجال اهتمام بالغ الأهمية، بني مؤتمر بيجين على الاتفاقات السياسية التي تم التوصل إليها في المؤتمرات العالمية الثلاثة السابقة حول المرأة، ودمج خمسة عقود من التقدم القانوني الذي يهدف إلى ضمان المساواة بين المرأة والرجل في القانون والممارسة. حضر أكثر من 17000 مشارك في المفاوضات، بما في ذلك 6000 مندوب حكومي، إلى جانب أكثر من 4000 من ممثلي المنظمات غير الحكومية المعتمدين، وحشد من موظفي الخدمة المدنية الدوليين وحوالي 4000 فرد من ممثلي وسائل الإعلام. كما استقطب منتدى المنظمات غير الحكومية الموازي الذي عقد في هوايرو بالقرب من بكين حوالي 30 ألف مشارك، (منظمة الصحة العالمية، 1995)، لقد حث مؤتمر بكين حول المشاركة على تكثيف الجهود من اجل تبيان أهمية

الصحة العامة والغذاء الجيد والتوعية حول المخاطر الصحية والمشاكل الأخرى المتعلقة بالحمل المبكر. وتماشيا مع هذه التوصيات تم تحديد مؤشرات خاصة لقياس مدى تمتع مجتمع ما بصحة جيدة فإضافة إلى سوء التغذية عند الفتيان والفتيات الذين يبلغون من العمر ثلاث سنوات أو اقل هناك أيضا عوامل أخرى تشير إلى صحة المرأة الإنجابية.

2. أهداف الصحة الإنجابية: تهدف الصحة الإنجابية إلى تحسين نوعية الحياة و العلاقات الشخصية. وهي ليست مجرد تقديم المشورة و الرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي ويمكننا تحقيق الصحة الإنجابية من خلال تقديم الرعاية الصحية للنساء في عمرهن الإنجابي سعيا للوصول إلى تمام الصحة الجسدية والعقلية والحفاظ على ظروف اجتماعية ملائمة. (Sonia & Rahim, 1991, p. 498). ومن ابرز الأهداف الإنجابية نذكر منها مايلي:

- اختيار نوع السلوك الذي يساعد على تجنب الإصابة بالأمراض قبل الزواج وأثناء الحمل وبعد الولادة.
- اكتساب المعلومات المرتبطة بالصحة والغذاء و الحمل والأمومة الآمنة وكذلك الأمراض التي تصيب الأجهزة التناسلية .
- تكوين الاتجاهات المناسبة نحو القضايا والمشكلات الصحية الإنجابية.
- اتخاذ قرارات الصحية الملائمة للحفاظ على الحياة والوقاية من الأمراض. (تمزوت، 2019، صفحة 91)
- خفض وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمومة الناتجة عن الحمل والولادة.
- تحسين الاستفادة من الرعاية الصحية الإنجابية ومكافحة الأمراض الجنسية المعدية وخفض معدلات المرض لدى النساء في سن الإنجاب.
- ممارسة العلاقة الجنسية بين الزوجين بأمان ومسؤولية.
- إتاحة وسائل تنظيم الأسرة لكل من يرغب فيها وبأفضل الطرق المناسبة.
- رفع مستوى التغطية الخاصة بالرعاية الصحية للحوامل وتنظيم الأسرة في المراكز الصحية.
- الوقاية من الإجهاض والعقم عند الزوجين.
- توفير الخدمات الأساسية والرعاية الطبية قبل وأثناء الحمل والولادة وبعدها بحيث تصبح شاملة وسهلة المنال.
- تطوير قدرات و تنمية مهارات جميع العاملين في مجال تقديم خدمات الصحة الإنجابية.
- توصيل المعلومات وخدمات الصحة الإنجابية ذات الجودة إلى الفئات المحرومة في المناطق النائية خاصة للمراهقين و الشباب. (درديش، 2011، صفحة 49)

3. مبادئ الصحة الإنجابية: نالت موضوعات الصحة الإنجابية في القمة الأخيرة اهتماماً كبيراً، ودعا ذلك إلى وضع مجموعة من المبادئ والخطوات في هذا الإطار ومن هذه المبادئ نذكر ما يلي:

الأفراد لهم حق التحكم في خدمات الصحة الإنجابية واتخاذ القرارات دون تدخل أو إكراه. وهذا المبدأ يدعم توفير خدمات تنظيم الأسرة، وكذلك الحد من الزواج بالإكراه، ومن العنف الجنسي ونقل الأمراض المنقولة جنسياً مثل: فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، وغيره من الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي.

الحق في عدم التمييز واحترام النوع الاجتماعي، ويتطلب ذلك من الحكومات توفير الرعاية الصحية للجميع (النساء والرجال والمراهقين)، ويعني ذلك أن خدمات الصحة الإنجابية ينبغي أن تكون في متناول جميع الفئات بمن فيهم المراهقين، النساء الغير متزوجات والسكان الأصليين والمهاجرين بما فيهم اللاجئين.

من أجل تحقيق حقوق الأشخاص في الحياة والصحة اضطرت الحكومات لجعل خدمات الصحة الإنجابية شاملة ومتاحة، والعمل على إزالة الحواجز على الرعاية. وهذا المبدأ يهدف إلى الحد من وفيات الأمهات، والوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، وعلى الدول تخصيص الميزانيات وتنفيذ السياسات لتحقيق الصحة الإنجابية للجميع. (أحمد والعفريت، 2016، صفحة 7)

4. مكونات الصحة الإنجابية: لا تقتصر الصحة الإنجابية على فئة محددة ولكنها تبدأ من قبل الولادة، فلقد حددت الفئات المستهدفة ما يلي:

4.1. مرحلة الطفولة: الطفل ما بعد فترة الولادة للحفاظ على صحته وبقائه وحمايته ونمائه. (النادر، 2022، صفحة 22)

4.2. المراهقين والشباب: المراهقة هي مرحلة حيوية في نمو الفردي إذ تشكل فيها صله الفرد وتكوينه ثقافي وينضج من الناحية البيولوجية والجنسية ويبدأ تطوره النفس والاجتماعي، كما أنها فترة انتقال تدريجي من مرحلة الطفولة إلى مرحلة جديدة يحس فيها الفتى أو الفتاة أن هذه المرحلة مختلفة بسبب التغيرات التي تنشأ على تكوينه الجسدية، وقد يصعب ملاحظه هذا التغيير إلا انه شيئاً فشيئاً تتضح التغيرات الجسمية والانفعالية والنفسية (عزيزي وبلخيري، 2022، صفحة 281).

4.3. الأمومة الآمنة: ونقصد بها ضمان صحة وسلامة الأم والطفل أثناء الحمل و الولادة وبعد الولادة ويشمل ذلك توفير الرعاية الصحية المناسبة. وقد عرفت الرعاية الصحية الإنجابية بأنها: "مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية و الرفاه من خلال منع حدوث مشاكل الصحة الإنجابية وحلها، وهي تشمل أيضاً الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات

الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية المتعلقة بالإنجاب والأمراض الجنسية (لعفريت، 2020، صفحة 46) كما تعتبر برامج الرعاية الصحية للأمهات والأطفال من أهم البرامج التي تقوم بها المجتمعات النامية نظرا لأنها من الفئات الحساسة التي تتأثر بالظروف البيئية المحيطة. كما أن الأمهات في مرحلة الحمل والرضاعة تمر بمراحل تغيير وظيفية تتطلب الرعاية والعناية والإلتفات إلى ظواهر مرضية. لهذا تعبر المتابعة الطبية للحامل عن مدى انتشار الوعي بالصحة الإنجابية. ويشتمل مصطلح الأمومة الآمنة على:

أ- الحصول على الرعاية الأساسية في طب التوليد.

ب- الرعاية الصحية أثناء الولادة والنفاس.

ج- توفير والتدريب على وسائل تنظيم الأسرة.

د- تنظيم الولادات.

هـ- الحماية من الأمراض المنقولة جنسيا.

و- تقديم الرعاية بعد الإجهاض وتوفيرها لجميع الأمهات (حلي محمد، 2019، صفحة 86)

وتعتبر المتابعة الصحية للأم الحامل قبل الولادة وبعد الولادة من الأولويات الأساسية للحد من وفيات الأمهات، فقد أكدت المنظمة العالمية للصحة أن الرعاية الصحية للحامل أثناء فترة الحمل وبعدها تلعب دور كبير في الحد من وفيات الأمهات والرضع، فمثلا عن تقليل مخاطر الولادة المبكرة وقللة الوزن إضافة إلى هذا فإن هذه الرعاية تسمح لمقدمي الخدمات الصحية بمعرفة كل المعلومات المتعلقة بصحة المرأة الحامل من تاريخ الطبي، وتقدير الموعد المحتمل للولادة، وسبل التغذية والرعاية الصحية السليمة، أما فيما يتعلق بالمتابعة الصحية بعد الولادة لا تزال نوعا ما قليلة، حيث تقدر نسبة النساء اللواتي يقمن بالمتابعة الصحية بعد فترة الولادة بـ 30% منهم 36% في المراكز الحضرية مقابل 23.9% في المناطق الريفية. (عزيزي وبلخيري، 2022، صفحة 246)

4.4. تنظيم الأسرة: لقد كان تنظيم الأسرة عنصرا رئيسيا منذ أمد بعيد في السياسات والبرامج السكانية وهو جزء لا يتجزأ من الصحة الإنجابية. فهو يمكن الأزواج والأفراد من إعمال حقهم الأساسي في أن يقرروا بحرية وبمسؤولية عدد أطفالهم والفترة الزمنية الفاصلة بينهم وتوقيت إنجابهم وهو حق تقرر بشكل راسخ في مؤتمر الأمم المتحدة المعني بالسكان المنعقد في عام 1974 وتؤكد في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد عام 1994 ونظرا لأن تنظيم الأسرة يمكن الأزواج والأفراد من التحكم في العملية الإنجابية لذلك فهو أساسي لجودة حياتهم. وفي الواقع فقد اتضح على نطاق واسع أن صحة المرأة وصحة الطفل تتعرض لمخاطر عالية إذا حدث الحمل في سن مبكرة للغاية أو متأخرة للغاية أو لمرات كثيرة للغاية أو متقاربة للغاية من بعضها البعض. (الأمم المتحدة، 2002، صفحة 37). إذن فان تنظيم الأسرة لا يعني فقط استعمال وسائل

منع الحمل للحد من حجم الأسرة ، وإنما يعني أيضا إدارة الخصوبة وتحسين الصحة الإنجابية، وبفضل توفير وتطوير التقنيات الحديثة لمنع الحمل وتميزها كأداة فعالة للصحة العامة، تمكن العديد من الأسر من تجنب حمل غير مرغوب فيه، أو غير متوافق مع احتياجات الأسرة أو حمل غير آمن (سي الطيب، صفحة 101). كما تعني بمساعدة كل أسرة لإقامة موازنة بين دخلها وحاجات أفرادها، وذلك عن طريق التحكم في الفترة بين ولادة وأخرى، ويعني كذلك العناية بصحة الأم والطفل وذلك بالتباعد زمنيا بين كل مولود وآخر. (دريد، 2007، صفحة 24). وتعكس الصحة الإنجابية بشكل أساسي المستوى الصحي للمرأة ، ومن ثمة فإن الجهود المبذولة لتحسين واقع الصحة الإنجابية سوف يؤثر بشكل فعال في صحتها ورفاهيتها وقد اعتمدت الصحة الإنجابية بما فيها تنظيم الأسرة كإحدى الاستراتيجيات الأساسية ضمن مقترح الاستراتيجية الوطنية للسكان ، إذ تبقى برامج تنظيم الأسرة إحدى الركائز الأساسية للصحة الإنجابية.

4.5. الحاجة غير الملباة لتنظيم الأسرة: وهي النساء اللاتي يرغبن في التوقف عن الإنجاب ولكن لا يستخدمن وسائل تنظيم الأسرة يشار لهن بأنهن يعانين من احتياجات غير ملباة لتنظيم الأسرة. على الرغم من النمو السريع الذي حدث مؤخرا في استخدام وسائل منع الحمل، تشير مجموعة متنوعة من الشواهد إلى أن المشاكل المتعلقة بمحدودية اختيار الوسائل فضلا عن الاحتياجات العالية غير الملباة من خدمات تنظيم الأسرة لا تزال واسعة الانتشار في البلدان النامية. ففي عدد كبير من البلدان يصل إلى الثلث يعزى إلى طريقة واحدة، عادة التعقيم أو الأقراص، نسبة النصف على الأقل من جميع الوسائل المستخدمة لمنع الحمل. وفي الوقت نفسه، يعرب نحو 20% من الأزواج في البلدان النامية (ما عدا الصين) عن رغبتهم في المباشرة بين الولادات أو تحديد عدد أسرهم ولكنهم لا يستخدمون بعد أي وسيلة لمنع الحمل. والحاجة إلى تنظيم الأسرة التي لم تتم تلبيةها عن طريق استخدام وسائل منع الحمل هي أعلى بوضوح في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، حيث تعاني في المتوسط ٢٤ في المائة من النساء المتزوجات حاليا من عدم تلبية احتياجات في مجال تنظيم الأسرة بالمقارنة بنحو 18% في شمال أفريقيا وآسيا وأمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي. (الأمم المتحدة ، 2002، صفحة 48). ولقد شهدت الحاجة غير الملباة للنساء المتزوجات وغير المتزوجات انخفاضا بالنسبة لجميع الأقاليم دون استثناء أين بلغت عالميا 12% عام 2015 مقابل 64 % عام 1990، وهذا ما يعكس حجم الجهود التي بذلت في جميع الدول من أجل تحسين الصحة الإنجابية للمرأة" (ينون، 2017، صفحة 76).

4.6. الإجهاد: رغم أن قضية الإجهاد كانت من أكثر القضايا الأخلاقية المثارة في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية لعام 1994 ، إلا أنه كان هناك توافق في الآراء فيما بين الحكومات بشأن الرأي القائل بأن الإجهاد غير المأمون هو شاغل صحي جماهيري رئيسي وبشأن الالتزام بمعالجة الآثار الصحية الناجمة عن الإجهاد

غير المأمون. وتقليل اللجوء إلى الإجهاض عن طريق توسيع وتحسين خدمات تنظيم الأسرة كجزء لا يتجزأ من التزامها بصحة المرأة . (الامم المتحدة ، 2002 ، صفحة 54)، والإجهاض هو عدم اكتمال الحمل لدى المرأة ويموت الجنين وتتعرض المرأة لعملية تسمى الإجهاض فهو إلقاء المرأة جنينها قبل اكتمال مدة الحمل سواء كان حيا ثم مات أو وضعته ميتا دون أن يعيش، وسواء كان ذلك الإلقاء بفعل منها أو من غيرها. (عزيزي و بلخيري، 2022، صفحة 283)، إذن الإجهاض هو الذي يحدث من تلقاء نفسه، وغالبا ما يكون في الثلاثة أشهر الأولى من الحمل، وقد لا يكون هناك سبب واضح لحدوثه، وتبدأ أعراضه بنزول الدم من المهبل بسبب انفصال جزء من الجنين عن جدار الرحم، وقد يتوقف نزول الدم من تلقاء نفسه ويستمر الحمل طبيعيا ولا يكون هناك أي تأثير على الجنين أو تكوينه، وفي حالات أخرى يستمر النزيف، ويبدأ الرحم في الانقباض لطرده ما بداخله، وهنا تشعر المرأة بالآلام أسفل البطن شبيهة بالآلام الدورة، وقد يتم طرح محصول الحمل الكامل، فيتوقف النزيف وتختفي تقلصات الرحم وينغلق عنق الرحم وتزول أعراض الحمل، وهذا ما يسمى بالإجهاض الكامل، وأحيانا لا يستطيع الرحم إخراج كل ما يحتويه ويستمر النزيف وهذه الحالة تسمى بالإجهاض غير كامل والتي تستدعي التدخل الجراحي فورا وهو ما يسمى بالتنظيف لاستخراج ما تبقى . (درديش، 2011، صفحة 98).

ويعتبر الإجهاض من الوسائل الهامة في الإقلال من عدد السكان غير أن هناك صعوبة بالغة في تحديد حالات الإجهاض بدقة، ويرجع ذلك إلى أن دول كثيرة تعتبرها منافية للقانون ونصت على عقوبة صارمة لمن يقوم به، لذلك نجد أن أغلب عمليات الإجهاض في الدول العربية تحدث في الخفاء سواء أكان هذا الحمل شرعي أو غير شرعي .و"تؤكد تقارير الأمم المتحدة و منظمة الصحة العالمية أن الإجهاض غير القانوني من أكبر التحديات التي تواجهه صحة المرأة حيث يمثل حوالي 3% من نسبة وفيات الإجهاض. و من أهم متطلبات الأمومة أن يكون الإجهاض حق من حقوق المرأة حتى تتمكن من التخلص من الحمل غير المرغوب فيه في أي وقت حسب قرارها وفي الوقت الذي تحدده بنفسها. و الإجهاض من هذا النوع هو الناتج من الحمل غير الشرعي خارج إطار الزوجية و الذي يجري بطرق غير صحية. أما المسموح به ما كان فيه ضرر بصحة الأم. (عوض الله فضل المولى محمد، 2007).

والإجهاض غير المأمون هو إجراء لإنهاء حمل غير مرغوب فيه إما بواسطة أشخاص يفتقرون إلى المهارات اللازمة أو في بيئة تفتقر إلى الحد الأدنى من المعايير الطبية أو كليهما وتشير التقديرات إلى احتياج ما بين 10 و 50% من كافة النساء اللاتي أجريهن عمليات إجهاض غير مأمونة للعناية الطبية بسبب مضاعفات الإجهاض. ووفقا لتقديرات منظمة الصحة العالمية للفترة 1995-2000 فقد أسفرت عمليات الإجهاض غير المأمونة عن وفاة 78000 أم سنويا تقريبا، وحدثت مئات الألوف من حالات الإعاقة، التي وقعت الأغلبية العظمى منها في البلدان النامية وهكذا، فإنه على صعيد العالم، ربما ترجع وفاة أم واحدة من بين ٨ أمهات

إلى مضاعفات متصلة بالإجهاض. وعلى المستوى الإقليمي، تتراوح معدلات الوفيات المتصلة بالإجهاض بين وفاة أم واحدة من كل 8 أمهات في أفريقيا وآسيا، ووفاة أم واحدة من كل 6 أمهات في أوروبا، ووفاة أم واحدة بين كل 5 أمهات في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (الأمم المتحدة، 2002، صفحة 68).

4.7. الصحة الجنسية: الحياة الجنسية الصحية جزء حيوي من الصحة الإنجابية، حيث أنها تتبع سيطرة المرء على جسمه والاختيار المسؤول في العلاقات الجنسية. وتتصل الحياة الجنسية الصحية بالصحة الإنجابية بثلاث طرق وهي:

1. افتقاد الحياة الجنسية الصحية ويتمثل في العنف والإكراه الجنسي، فقد تكون له آثار صحية خطيرة بما في ذلك الحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة جنسياً.

2. الخبرة و الإكراه الجنسي خلال الطفولة قد يؤديان لمشكلات جنسية وسلوكيات خطيرة عند النضج.

3. الصحة الجنسية جانب أساسي من الصحة، والتي يتضمن تعريفها السلامة العاطفية والعقلية. (أحمد و العفريت، 2016، صفحة 8)

و تُعتبر مكافحة الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك الإيدز، جزءاً أساسياً من الصحة الإنجابية، إذ تؤثر هذه الأمراض على خصوبة الرجال والنساء، وقد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة مثل العقم. ويمكن الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً بالطرق التالية:

- الكشف المبكر والعلاج الفوري.
- توفير خدمات المشورة حول الصحة الجنسية.
- التوعية بطرق انتقال العدوى وأساليب الوقاية.
- معالجة أي خلل في توازن القوة بين الجنسين، ومكافحة العنف القائم على النوع الاجتماعي. (درديش، 2011، صفحة 94).

5. مؤشرات الصحة الإنجابية:

5.1. نسبة استخدام وسائل منع الحمل: يقدر هذا المؤشر نسبة النساء اللواتي لديهن إلمام بإحدى طرق تنظيم الولادات، ويعرفن أحد المصادر التي يمكن لهن الحصول منها على وسائل منع الحمل، فالمعلومات المتعلقة بالمصدر لها صلة أكبر بوسائل منع الحمل الطبية والعازلة وبوسائل الامتناع الدوري عن ممارسة الجنس. (عزيزي وبلخيري، 2022، صفحة 247)، وتشير الدراسات الاستقصائية الديموغرافية والصحية إلى أن استخدام موانع الحمل يزيد مع ارتفاع تعليم النساء في جميع البلدان، كما انه يرتبط بالمكانة الاجتماعية والحالة العملية والرغبة في الأبناء الذكور، فضلاً على الحالة الصحية للنساء (يونس حمادي، 2010، صفحة 155). ولقد شهدت نسبة النساء اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل انخفاضاً ملحوظاً بالنسبة لأقاليم العالم المختلفة

(باستثناء إقليم أفريقيا- جنوب الصحراء الكبرى) على مدار 25 سنة، وبقيت بعض الأقاليم محافظة على نفس النسبة على غرار أوقيانوسيا 29% فيما انخفضت النسبة بشكل كبير عالميا من (55%) سنة 1990 إلى (15%) سنة 2015 (ينون، 2017، صفحة 76)، ويعتمد معظم مستخدمي وسائل منع الحمل على الوسائل الحديثة. ويعزى إلى الطرق الحديثة نسبة 90% من استعمال وسائل منع الحمل على نطاق العالم. وهناك ثلاث طرق تستهدف النساء هي الأكثر شيوعا بوجه خاص: تعقيم الإناث والوسائل الرحمية لمنع الحمل والأقراص التي يجري تناولها عن طريق الفم. ويعزى إلى هذه الطرق الثلاث 69% من استخدام وسائل منع الحمل في أرجاء العالم، و 74% من المناطق الأقل تقدما. وفي المتوسط، يتساوى تقريبا شيوع استعمال وسائل منع الحمل في المناطق الأكثر تقدما مع المناطق الأقل تقدما: إذ يبلغ 59% في المائة في المناطق الأكثر تقدما و 55 في المائة في المناطق الأقل تقدما، أي أن تزيد نسبة استخدام الطرق الحديثة من وسائل منع الحمل في المناطق الأقل تقدما عنها في المناطق الأكثر تقدما. (الأمم المتحدة، 2002، صفحة 43).

5.2. نسبة وفيات الأمهات: يعتبر مؤشر وفيات الأمهات المؤشر الأساسي والرئيسي لقياس الحالة الصحية للنساء في مختلف البلدان، وفي داخل القطاعات الاجتماعية المختلفة في البلد الواحد. ويقاس هذا المؤشر بعدد حالات وفاة النساء لكل مائة ألف ولادة حية، وتتحكم في وفيات الأمهات عدة عوامل نذكر منها عوامل مرتبطة بالحمل والولادة وفترة النفاس والمضاعفات المرتبطة بها. وعند النظر في معدلات وفيات الأمهات لابد من ذكر حقيقتين الأولى تتمثل في أن الوفاة هي أسوأ النتائج الصحية المحتملة، وتتمثل الثانية في أنه من الممكن تجنب معظم أسباب وفيات الأمهات. يستخدم هذا المؤشر في عدة مجالات نذكر منها:

- تحسين جودة الرعاية الصحية للحوامل وخدمات التوليد؛
 - تحسين جودة وممارسات خدمات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية؛
 - التخطيط لبرامج التثقيف الصحي للمرأة. (لعفريت، 2020، صفحة 45).
- وتشير التقديرات العالمية الأخيرة إلى وفاة 515000 امرأة نتيجة أسباب ومضاعفات متصلة بالحمل سنويا، وتحدث معظمها في بلدان العالم النامي. وأثناء التسعينات، وضع عدد من المؤتمرات الدولية أهدافا من أجل تقليل عدد وفيات الأمهات. وكذلك أيد هذا الهدف 149 رئيس دولة بمؤتمر قمة الأمم المتحدة للألفية المنعقد في عام 2000، ويشير توافق الآراء العالمي الذي لم يسبق له نظير إلى الأهمية التي تضفيها الحكومات والأوساط الإنمائية والصحية الدولية لصحة المرأة وأطفالها، ويخلق زخما إضافيا للاهتمام بالرصد الدقيق للتقدم المحرز في إنجاز هذا الهدف في كل بلد على حدة وفي جميع أنحاء العالم. (الأمم المتحدة، 2002، صفحة 71)، وقد شهدت فرص بقاء الأم تحسنا كبيرا منذ اعتماد الأهداف الإنمائية للألفية. فقد انخفض معدل الوفيات النفاسية بنسبة 45% على المستوى العالمي خلال الفترة 1990-2013 من 380 حالة وفاة نفاسية في كل

100000 مولود حي إلى 210 حالة. وقد تراجعت معدل الوفيات النفاسية في جميع أقاليم العالم مع تفاوت النسبة من إقليم إلى آخر حيث سجل إقليم أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى تحسنا ضعيفا أين بقي المعدل مرتفعا (510) حالة وفاة مقارنة ب (990) حالة وفاة عام 1990، فيما سجل إقليم القوقاز وآسيا الوسطى أفضل معدل بـ 32 حالة وفاة مقارنة بمعدل (95) حالة وفاة عام 1990 (بنون، 2017، صفحة 74).

5.3. معدل وفيات الرضع: يعتبر معدل وفيات الأطفال الرضع مؤشرا للرعاية التي توليها الدولة والأم للأطفال لحمايتهم والمحافظة عليهم أصحاء، "وهو عدد وفيات الأطفال الأقل من سنة لكل ألف من الولادات الحية في السنة، ويعتبر هذا المعدل دليل هام على صحة ومستوى معيشة الأفراد بصفة عامة، وفعالية برامج العناية بالأم والطفل بصفة خاصة. تعود وفيات الأطفال الرضع إلى عدة أسباب نذكر من أهمها: وزن المولود، عمر الأم، عدد الولادات وارتفاع الخصوبة، تدني الوضع الاجتماعي والاقتصادي، عوامل بيئية، نوعية العناية الصحية وتوفرها. (لعفريت، 2020، صفحة 45)

5.4. معدل وفيات الأطفال دون السن الخامسة: تعتبر منظمة اليونيسيف معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات أحد أهم المؤشرات التي تعبر عن صحة المجتمع، حيث يعبر هذا المعدل عن احتمال الوفاة خلال المدة الزمنية الممتدة بين الولادة إلى غاية إكمال السنة الخامسة بالضبط من العمر والنتائج يضرب في ألف. "وهو عدد وفيات الأطفال في سن (0-5)، وتنقسم إلى قسمين وفيات الأطفال الرضع من (0-1) والأطفال الصغار من (1-4)، ويعكس هذا المعدل تأثير الأمراض وغيرها من أسباب الوفاة على الأطفال الرضع، حيث تكون نسبة الوفاة مرتفعة في سن 0-1 سنة. (لعفريت، 2020، صفحة 45).

5.5. نسبة الأمهات الحوامل المطعمات ضد التيتانوس: يعتبر تطعيم الأمهات ضد التيتانوس من الخدمات التي تقدم للأمهات أثناء فترة الحمل، وذلك لمنع تعرض أطفالهن حديثي الولادة للوفاة، ويحسب هذا المؤشر بقسمة عدد المواليد التي تلقت أمهاتهم جرعة واحدة أو أكثر من حقن التيتانوس خلال فترة الحمل إلى إجمالي عدد المواليد خلال نفس الفترة. (عزيزي وبلخيري، 2022، صفحة 246).

5.6. نسبة الولادات التي تمت بعملية قيصرية: يكشف هذا المؤشر عن مدى حدوث مشاكل صحية للأم وقت الولادة، ويحسب بقسمة عدد المواليد التي تمت بعملية قيصرية إلى إجمالي عدد الولادات. (أحمد و العفريت، 2016، صفحة 11)

ثانيا: الصحة الإنجابية في الجزائر

تشهد الصحة الإنجابية في الجزائر تحسنا ملحوظا على مر السنوات في تبذل مجهودات كبيرة لتحسينها، وذلك من خلال السياسات والبرامج التي اتخذتها الجزائر من اجل تعزيز الرعاية الصحية وتنظيم الأسرة، وعلى الرغم من الانجازات المنجزة في السنوات الأخيرة، إلا أنها مازالت تواجه بعض التحديات

1. البرامج والسياسات الصحية للحفاظ على صحة الأم والطفل:

تعتبر الصحة الإنجابية وحماية الأمومة والطفولة من بين الملفات الأساسية والاولويات الوطنية لوزارة الصحة والسكان ولهذا تم إدراجها ضمن أهداف سياسة الصحة العمومية، من خلال التخطيط العائلي الخاص بحماية الأم ومتابعة صحة النساء الحوامل قبل وبعد الولادة، والكشف المبكر للأمراض المتنقلة جنسيا أو السرطانات خاصة سرطان الثدي وعنق الرحم (بن صديق، 2022، صفحة 747). ونظرا لذلك فقد ظهرت فكرة خلق مركز التخطيط العائلي من طرف السلطة في جويلية 1967 في مستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة، "حيث كان معدل عدد الأطفال بالنسبة للمرأة الجزائرية قد وصل إلى 8.1 سنة 1970، في سنة 1969 تم فتح مراكز أخرى في كل من وهران و قسنطينة، لكنها سرعان ما توقفت بعد سنتين من العمل ولم تعرف نشاطا إلا بعد المصادقة على برنامج تباعد الولادات في 1974، والذي طبق سنة 1980، وكان مسيرا من قبل المكتب الجهوي لحماية الام والطفل، وقد بلغ عدد المراكز 260 مركزا منتشرا في القطر الجزائري (Bultin, 2000, p. 15)

أنشأ وزير الصحة آنذاك "اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة في 21 نوفمبر 1995

وهي مؤلفة من أطباء وممثلين عن المجتمع المدني، وهدفها تحسين الصحة الإنجابية، والتشجيع على الانضمام إلى تنظيم الأسرة، كما تم تمديد التعاون مع صندوق الأمم المتحدة للسكان إلى غاية 1997، وقد انتهت الاتفاقية معه عام 1993 م، وكان من ثمار التعاون معه إنشاء مصنع لحبوب منع الحمل (الدايم، 1966، صفحة 110)، وقد كان تمويل وسائل منع الحمل على حساب ميزانية الضمان الاجتماعي خلال سنوات الثمانينات وعلى حساب قروض مخططة بصفة انتقائية خلال الفترة 1989-1994، أصبحت تمويل على حساب ميزانية التسيير لوزارة الصحة ابتداء من سنة 1994 موزعة على ميزانيات القطاعات الصحية، وتجدر الإشارة إلى أن خدمات وسائل منع الحمل تمنح مجانا في الهياكل العمومية للصحة، وتعوض بنسبة 100% من طرف الضمان الاجتماعي عندما تقدم من طرف الخواص، وذلك لأحكام المرسوم رقم 88-209 المؤرخ في 18 أكتوبر 1988. (درديش، 2011، صفحة 124).

ويُعد تمكين المرأة من الصحة وبخاصة الصحة الإنجابية مطلباً أساسياً من طرف الاتفاقيات الدولية، إذ هو السبيل الوحيد حتى تساهم كما الرجل في خدمة البلاد والعباد من خلال خوض غمار الحياة ومشاركتها في المجالات السياسية والاقتصادية والاجتماعية. لذلك أقر المشرع الجزائري للمرأة نصوصا خاصة يضمن لها حصولها على خدمات الصحة الإنجابية، من خلال قانون الصحة رقم 18-11. كما توجد نصوص في تشريعات

العمل تكفل حق المرأة العاملة في الصحة.. (لبانجي وغجاتي، 2023، صفحة 12)، وكان تعديل قانون حماية الصحة وترقيتها رقم 05-85 بالقانون رقم 11-18 تحت تأثير ضغوطات المنظمات الدولية الحكومية والغير حكومية على المشرع الجزائري، وذلك من أجل إعمال جميع جوانب الحق في الصحة لذلك نجده أضاف بعض البنود فيما يخص الصحة الإنجابية للمرأة لم تكن من قبل. وذلك من خلال إدخال تحسينات فيما يتعلق بمبدأ المساواة في الحصول على الرعاية الصحية، وعدم التمييز، ومبدأ الموافقة الواعية في الإجراءات الطبية، والوقاية من الأمراض، وصحة المراهقين، بالإضافة إلى وضع أسس لإجراء عمليات الإجهاض بشكل قانوني. (لبانجي وغجاتي، 2023، صفحة 12)

إن وضع وتنفيذ السياسات والبرامج المتعلقة بالصحة الإنجابية ينعكس على صحة الأفراد. فالخدمات الصحية التي توفرها الدولة سيكون لها آثارا فعالة اتجاه الصحة الإنجابية للأفراد، فلا يمكن الوقاية من المشاكل المتعلقة بالإنجاب أو علاجها أو الحد منها من غير توفر خدمات صحية ذات جودة عالية، تم التخطيط لها بعناية لتلبي الحاجات الصحية للفئات المختلفة دون عناء كبير. وتعتبر البحوث والدراسات في مجالات الصحة الإنجابية التي تقوم بها الدولة من خلال مؤسساتها ومراكزها البحثية المختلفة، من الأدوات الهامة في وضع السياسات والبرامج وتقييم الخدمات المختلفة في توفير البيانات عن جميع جوانب الصحة الإنجابية (أحمد والعفريت، 2016، صفحة 16)

2. مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

تعتبر المؤشرات الصحية من الأدوات الأساسية التي تساعد في تقييم الوضع الصحي للبلاد وكذا معرفة مدى جودة الخدمات المقدمة في هذا المجال، والجزائر تولي اهتماما كبيرا بهذه المؤشرات من خلال العمل على تحسين الوصول الى الخدمات في المناطق النائية، وتقليل معدلات وفيات الأمهات والأطفال الرضع... الخ، و فيما يلي سنستعرض أهم مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر :

1. وفيات الأمهات: حسب التصنيف العالمي لوفيات الأمهات نجد أن الجزائر مصنفة في المعدل المتوسط وضمن الدول التي يقدر معدل وفيات الأمهات بها ما بين 20-99 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية"، أما بخصوص أهم العوامل المسببة لوفيات الأمهات في الجزائر فهي متعددة نذكر منها ليس على سبيل الحصر، الوفيات المرتبطة بالولادة كالنزيف الحاد، ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل، تمزق المبيض، حالات العدوى، وعوامل أخرى على غرار عمر الأم، تقارب فترات الولادة، نقص المتابعة خلال فترات الولادة. (صيدون ودرديش، 2024، صفحة 89)، وتبقى ظاهرة وفيات الأمهات ظاهرة يصعب قياسها في غياب نظام موثوق لجميع الوفيات وتصنيفها حسب الأسباب، وتعد معدلات وفيات الأمهات خلال الحمل و الولادة و الاربعةين يوما التي تلي الولادة عالية نسبياً بـ 300 حالة وفاة لكل 100000 ولادة سنة 1975، وكشف مسح أجري عام 1999 أن

وفيات الأمهات عند النفاس بلغت 117.4 حالة لكل 100000 ولادة (ONS, Algerian Demography, in Statistical, 2007). ونستعرض من خلال الجدول التالي أهم إحصائيات معدلات لوفيات الأمهات :

الجدول رقم 12: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر

السنة	معدل % وفيات الأمهات	السنة	معدل % وفيات الأمهات
*1999	114.4	2013	69.90
*2005	110	2014	60.30
**2006	92.60	2015	60.50
2007	88.90	2016	57.70
2008	85.20	2017	56.20
2009	81.40	2018	55.00
2010	76.90	2019	48.50
2011	73.90	2020	47.40
2012	70.30		

المصدر: * تقرير الأمم المتحدة حول: الأهداف الإنمائية للألفية نيويورك جوان 2013 ص 31.

** تقارير المسوح العنقودية متعددة المؤشرات MICS خلال السنوات 2012، 2006-2013، و 2018-2019.

سجلت الجزائر تحسنا واضح في معدلات وفيات الأمهات من عام إلى آخر، حيث انخفض المعدل من 114% إلى 47.40% خلال الفترة الممتدة ما بين 1999 و 2020 لكن رغم هذا لا تزال الجزائر بعيدة عن المعدلات المسجلة على الأقل على المستوى العربي، حيث سجلت بعض البلدان العربية معدلات اقل من 10 وفاة لكل 100 ألف ولادة، ولقد اعتمدت الجزائر للحد من وفيات الأمهات على برنامج الوطني لما حول الولادة المعتمد سنة 2005 والذي يقوم على أساسا على:

- العمل على تكتيف المراقبة للقضاء ومحاربة الأمراض المنتشرة أثناء مرحلة الحمل، خاصة السكري، الضغط الدموي
- تكتيف المراقبة في مرحلة الولادة بغرض الحد من الوفيات المتعلقة بالمضاعفات النزيف. تحسين ظروف الولادة وذلك بتهيئة قاعات الولادة وفق المعايير المعتمدة.
- الانطلاق في مخطط واسع لإنجاز هياكل قاعدية خاصة بصحة الأم والطفل موزعة عبر كافة مناطق الوطن أو ما يسمى بالمؤسسات الإستشفائية المتخصصة، بعدد 32 مؤسسة، و للإشارة فان 24 مؤسسة من هذه الأخيرة هي قيد الخدمة حالي (Algérie, 2019). ولقد تم اعتماد إجراءات أخرى من شأنها أن تسرع في عملية الحد من وفيات الأمهات وتتمثل فيما يلي :

✓ اعتماد التصريح الإجباري لوفيات الأمهات وذلك سنة 2013.

✓ التحقيق في وفيات الأمهات بغرض تحليل العوامل والآليات التي أفضت الى الوفاة، والبحث عن السبب الفعلي، وتحسين نوعية الخدمات الطبية المقدمة وهذا كان سنة 2014.

✓ كما تم اعتماد انطلاقا من 2015 البرنامج الوطني المسرع للحد من وفيات الأمهات للفترة 2015-2019 والذي يندرج ضمن مبادرة افريقية تسمى

compagne pour l'accélération de la réduction de la mortalité maternelle en Afrique (CARMMA) (Algerian, 2016)

مع كل هذه الإجراءات المتخذة من قبل الجزائر الا أنه تبقى معدلات الوفيات للأمهات مرتفعا بالرغم من أن 98.6% من النساء يلدن في المصالح الصحية، وأن 95.3% منهن قمن بالمعايدة الطبية على الأقل مرة واحدة خلال آخر حمل لهن . (عمار خوجة وهاشم، 2021، صفحة 666)

2. وفيات الأطفال الرضع: تعتبر وفيات الرضع أحد أهم المؤشرات التي تدل على درجه نمو بلد ما ذلك لان هذه الظاهرة مرتبطة ارتباطا وثيقا بالحالة الصحية السائدة في المجتمع والإمكانيات الصحية المتاحة للسكان وكان مستوى معيشتهم كما يدل هذا المؤشر على مدى نجاح سياسة الصحة والسكان المتبعة من طرف السلطات العمومية، وتولى السلطات الجزائرية عناية خاصة لصحة الأطفال في مجالات الوقاية ومتابعة الحالة الصحية للطفولة ومحاربة الفقر والمشاكل الناجمة عن سوء التغذية وأثارها على الحالة الصحية للسكان بصفة عامة والأطفال بصفة خاصة. ولقد شهد معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر انخفاضا محسوسا مقارنة بما كان عليه بعد الاستقلال، حيث "انخفض من 174 ‰ سنة 1966 إلى 32.5 ‰ سنة 2003 ثم إلى 22.00 ‰ سنة 2014، رغم الانخفاض الطفيف نسبيا في حجم الولادات الحية إلا أن معدل وفيات الرضع شهد شبه استقرار حيث انتقل من 20.9 ‰ إلى 21.0 ‰ بين سنتي 2016 و 2017 ، أما حسب الجنس فبلغ 22.6 ‰ لدى الذكور و 19.3 ‰ لدى الإناث (ONS, 2017, p. 25)

الجدول رقم 13: تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس (2001-2019)

الوفيات	السنوات	2001	2005	2010	2015	2019
معدل وفيات الأطفال الرضع ‰		37.5	30.4	23.7	22.3	21.0
إناث ‰		35.9	28.2	22.2	20.7	19.4
ذكور ‰		38.9	32.4	25.2	23.7	22.5
وفيات الأطفال الرضع.		22455	21334	21046	23150	21030

Source : ONS .démographie algérienne 2019.

يمثل الجدول تطورا في معدلات الوفيات في الجزائر خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2019 أين نلاحظ أن المعدلات تراجعت بشكل كبير مقارنة بالسنوات الأولى إذ قدرت عدد حالات الوفيات بـ 22455 حالة وفاة

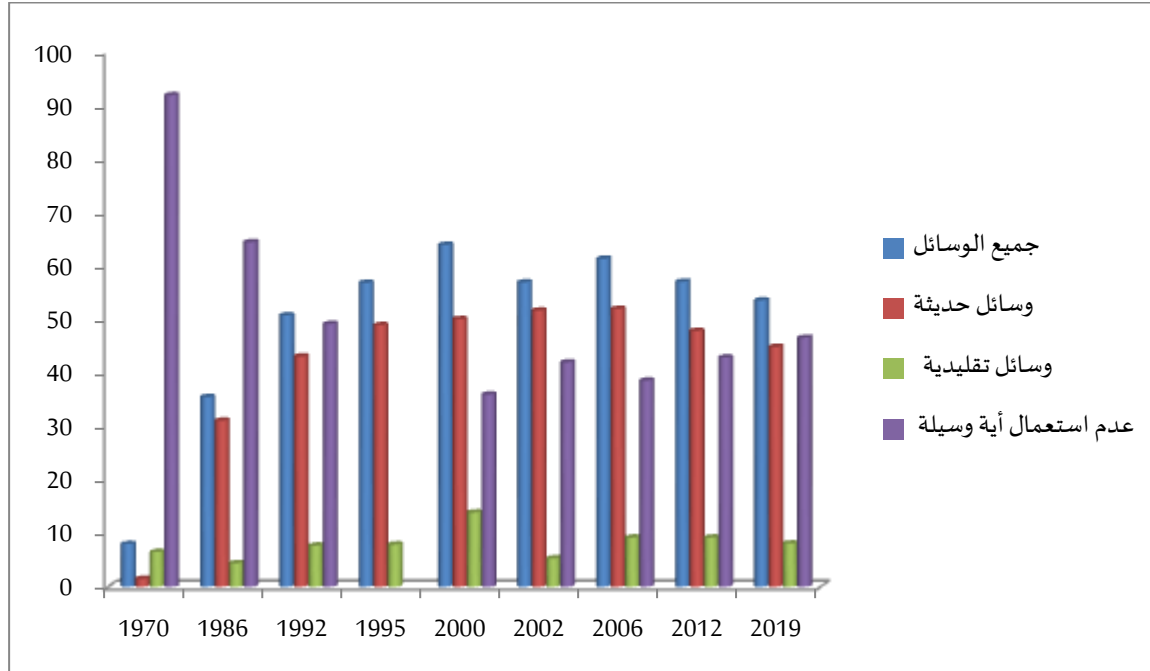
للأطفال الرضع (بمعدل 37.5%) سنة 2001، لتتخفف إلى 21030 حالة وفاة بمعدل (21%) سنة 2019، و 18% سنة 2020. ويرجع هذا التحسن إلى جهود الدولة في تعزيز الرعاية الصحية الأولية، من خلال تقديم برامج التطعيم، وكذا تحسين خدمات الرعاية الصحية.

وحسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS 2012-2013) فإن أغلب الوفيات تحدث في السنة الأولى من عمر الطفل بنسبة 86 %، وتتغير معدلات وفيات الرضع والأطفال بحسب المستوى التعليمي للأم فكلما كانت الأم ذات مستوى تعليمي مرتفع كلما انخفضت وفيات الرضع والأطفال الأقل من 5 سنوات، وقدر احتمال الوفاة عند الأطفال الرضع بـ 26 وفاة لكل 1000 ولادة حية بالنسبة للأمهات اللائي لا يملكن أي مستوى تعليمي، بينما قدر بـ 19 وفاة لكل 1000 ولادة حية للأمهات ذات مستوى تعليمي لصف الثانوي فما فوق. وفيما يخص احتمال الوفاة يكون أكبر مرتين بالنسبة للأطفال الذين يعيشون في أماكن فقيرة 31% مقارنة بأولئك الذين يعيشون في الأماكن الأكثر غنى 18% (ONSM, MSPRH, 2012, p. 176). ويرجع هذا الانخفاض في المعدلات إلى نتيجة التحسن الصحي والتطور في قطاع الصحة، كما نلاحظ من خلال الجدول ارتفاع في الوفيات الذكور مقارنة بالإناث على مدى السنوات وذلك يعود للتركيبية الجينية للطفل. ومن بين الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال الرضع الاختناق فنقص الأكسجين أثناء الولادة أو المضاعفات أثناء المخاض يمكن أن يؤدي إلى وفاة الرضيع، أيضا نجد العيوب الخلقية مثل في القلب أو الجهاز العصبي أو غيرها من الأعضاء تعد من بين أسباب الوفيات، غياب الرعاية الصحية سواء تعلق بالوعي الصحي لدى الأمهات أو الخدمات الطبية المقدمة للأمهات. إضافة إلى الإصابة بسرطان الأطفال تحت سن 5 سنوات

3. تطور معدل استعمال وسائل منع الحمل : يعد انتشار وسائل تنظيم الأسرة، واستجابة هذه الوسائل أحد العوامل الوسيطة المؤثرة في الخصوبة بشكل مباشر، ولكن تختلف درجة قبوله أو الاعتماد عليه من مجتمع إلى آخر، "وكذا المعرفة بوسائل تنظيم الأسرة شرط أساسي للجوء الأزواج لاستخدامها، وتعتبر المعرفة الواسعة والمعممة لهذه الوسائل من أهم الخطوات المحققة منذ انطلاق البرنامج الوطني للتحكم في النمو السكاني. ويشير تقرير الخصوبة العالمي (2003) إلى حدوث زيادة هائلة في استعمال وسائل تنظيم الأسرة على مستوى العالم بين صفوف النساء المتزوجات وصلت إلى 52% في التسعينات، وفي حالة البلدان النامية وصلت تلك النسبة إلى 40%. (طاهري، 2020، صفحة 96). ولقد بدأ استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر خلال الستينيات من القرن الماضي بوتيرة جد بطيئة وذلك لعدم توفرها آنذاك مثلما هو عليه اليوم، وكذلك لم تكن الحاجة إليها ضرورية و كان استعمالها منحصرًا في المناطق الحضرية وبعض العائلات ذات مستوى اجتماعي مرتفع. (صديق خوجة ولعمامرة محامد، 2022، صفحة 97) إلا أنها عرفت

تطورا ملحوظا ابتداء من سنوات التسعينات وهذا ما سنوضحه من خلال مختلف التحقيقات التي أجريت في الجزائر

الشكل رقم 07: تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر حسب التحقيقات الوطنية



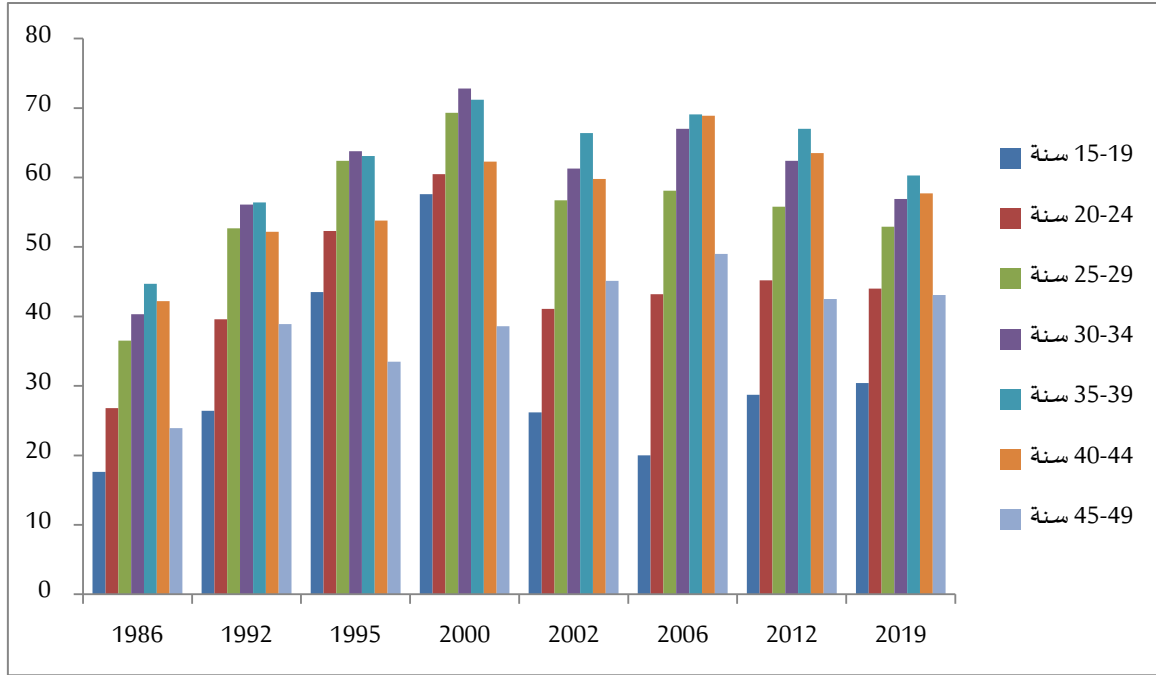
المصدر: من إعداد الباحثة بناء على معطيات المسح الوطني EASME 1992 -- و EASF, 2002 و MICS4.2019 و MICS3 2006.

من خلال الشكل نلاحظ أن نسبة استعمال وسائل منع الحمل في ارتفاع مستمر اذا انتقلت نسبة الاستعمال من 8% في سنة 1970، ثم إلى 35% في سنة 1986 لتصل إلى 50.9% في سنة 1992 ويتواصل هذا الارتفاع إلى غاية 2000 بتسجيل 64%، ولقد عرفت نسبة استخدام وسائل منع الحمل خلال الفترة 2012 إلى 2019 تراجعاً ملحوظاً حسب تحقيقات الوطنية إذ قدرت نسبة الاستخدام سنة 2012-2013 بـ 57.1%، و 53.6% سنة 2019، ويمكن أن يعود سبب هذا التراجع إلى ارتفاع معدلات تأخر سن الزواج الأول، رغم هذا الانخفاض في مستوى استعمال لوسائل منع الحمل إلا أنه لم ينزل عن نصف عدد الأمهات اللواتي تتراوح أعمارهن من 15 إلى 49 سنة. يمكن تفسير هذا الانتشار في استخدام وسائل منع الحمل بوعي السكان على ضرورة المباشرة بين الولادات وكذلك وفرة الوسائل الخاصة بذلك في السوق الجزائرية وخاصة حبوب منع الحمل التي أصبحت توزع بالمجان عن طريق مراكز رعاية الأمومة والطفولة. كما أن المستوى التعليمي للمرأة ووضعها الاجتماعي بصفة عامة تعتبر أيضاً من بين العوامل التي تلعب دوراً هاماً في تحديد واختيار حجم الأسرة المناسب وبالتالي في تنظيم الأسرة (صديق خوجة و لعمامرة محامد، 2022، صفحة 101). في حين عرفت الوسائل التقليدية والحديثة في بداية السبعينات نسبة استعمال ضئيلة مقارنة بعدم استعمال أية وسيلة (92%)، لترتفع نسبة استعمال الوسائل الحديثة بداية من

1986 أين وصلت النسبة إلى 31.1% سنة 1986، لتواصل الارتفاع لتبلغ 52% سنة 2006، وهذا بفضل السياسة السكانية التي انتهجتها الجزائر في هذه الفترة من أجل تشجيع على الاستعمال لوسائل منع الحمل للتحكم في النمو الديموغرافي. إلا أنها عرفت تراجعاً بداية من سنة 2012 بتسجيل 47.9% و 44.9% سنة 2019 وهذا راجع إلى تراجع سن الزواج، وكذا تعويض الحياة الإنجابية للنساء المتزوجات في سن متأخرة.

3.1. استعمال وسائل منع الحمل حسب الفئات العمرية: يتزايد استخدام وسائل منع الحمل مع تقدم عمر النساء في سن الإنجاب، ويمس جميع الأعمار بنسب متفاوتة، فالمراهقات أقل عرضة لاستخدام وسائل منع الحمل من الكبار في السن. تبدأ نسبة ممارسة موانع الحمل في الارتفاع تدريجياً كلما تقدمنا في السن لتصل إلى الذروة لدى السيدات اللاتي تتراوح أعمارهن بين 35 و 39 سنة ثم تنخفض مرة أخرى بالنسبة للسيدات الكيبريات في السن.

الشكل رقم 08: نسبة استعمال وسائل منع الحمل في مختلف التحقيقات حسب سن المرأة



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على معطيات المسح الوطني EASME 1992 -- و EASF, 2002 و MICS4.2019 و MICS3 2006.

نلاحظ من خلال الشكل أن نسب استخدام وسائل منع الحمل حسب الفئات العمرية مرتفع عند الفئات العمرية الأكثر خصوبة أي من 30-45 سنة، وتلجأ النساء في هذه الفئة العمرية لاستعمال وسائل منع العمل لتنظيم الأسرة، لأن خصوبتهن تكون مرتفعة في هذا العمر، مما يجعل عدد الأطفال المنجبين مرتفع لذا تلجأ النساء إلى استعمال وسائل منع الحمل للحد من هذه الزيادة.

• في حين سجلنا نسب منخفضة عند الفئة العمرية (15-19 سنة) وهذا بسبب بداية الحياة الزوجية ورغبتهم في الإنجاب مما يجعل معدل انتشار موانع الحمل منخفض في هذه الفئة، إلا أننا سجلنا ارتفاع معدل الاستعمال في المسح

الوطني لسنة 2019 أين قدر بـ 30.4% مقارنة بالسنوات الماضية، وهذا يعكس أن الفئات الشابة تتحكم في خصوبتهن، وكذا تأجيل الحمل من أجل الاستقرار المهني والعائلي.

- أما الفئات العمرية الأكثر من 45 سنة فتعرف استعمالا منخفضا لوسائل منع الحمل، وهذا راجع إلى انخفاض الخصوبة والقدرة على الإنجاب إضافة إلى تجنب الحمل لأسباب صحية، حيث تزداد مخاطر الصحة للنساء
- 3.2. أنواع وسائل منع الحمل المستخدمة في الجزائر: لقد تعددت وسائل منع الحمل على مر العصور، ابتداء من العزل إلى استغلال فترتي الأمان أو العد في الدورة الشهرية للمرأة، إلى الوسائل الحديثة التي تطورت بشكل كبير وأصبحت تحقق هدفها بنسبة تصل إلى 100%.

الجدول رقم (14): تطور نسبة استعمال مختلف وسائل منع الحمل في الجزائر حسب التحقيقات الوطنية.

نوع الوسيلة	1986	1992	2002	2006	2013-2012	2019
حبوب	26,4	28,7	45,5	45,9	43	39
اللولب	2,1	2,4	3	2,3	2,2	2,4
الواقى	0,5	0,7	1,2	2,3	1,9	2,1
وسائل أخرى	2,1	1,3	1,1	1,4	0,7	1,4
مجموع الوسائل الحديثة	31,1	43,1	50,8	52	47,9	44,9
العزل	3,1	1,7	1,7	3,3	3,7	2,8
الرضاعة	-	4,1	0,9	1,9	1,6	0,7
فترة الأمان	1	1,6	2,2	4,1	3,9	5,1
مجموع الوسائل التقليدية	4,4	7,7	5,4	9,4	9,2	8,1

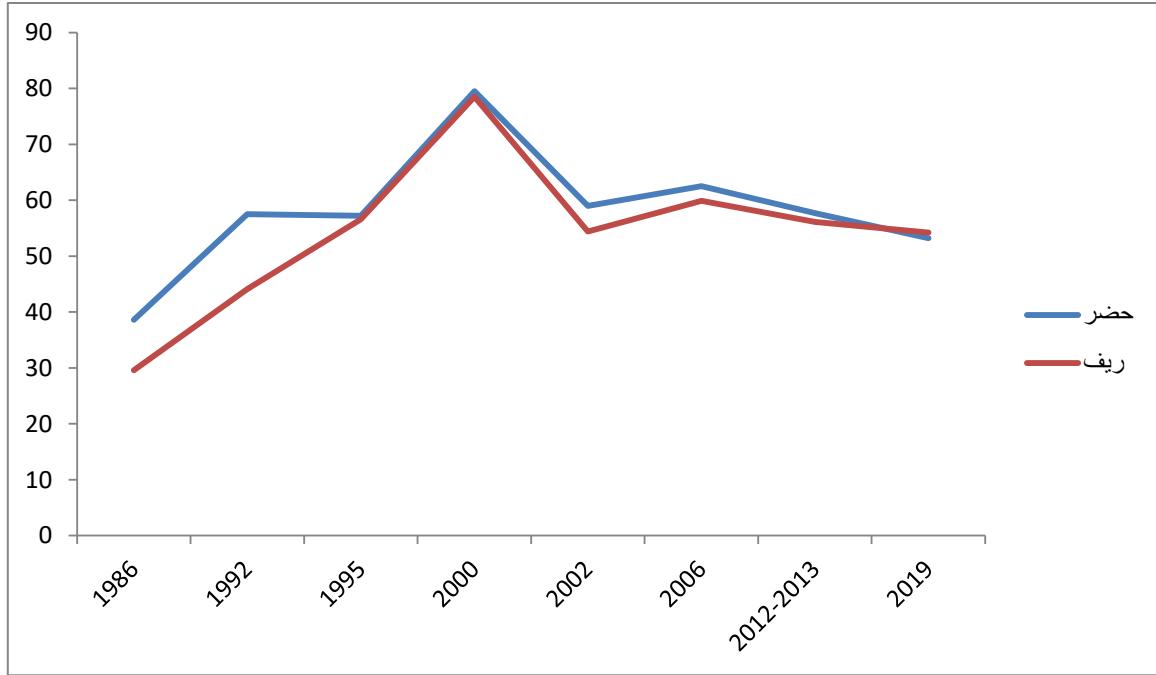
Source : ENAF 1986,PAPCHAD 1992.PAPFEM 2002.P125. MICS 3. 2006 . P126 . (MICS) 2012-2013 ,ALGERIE 2015 ,P 132.

بناء على معطيات الجدول أعلاه نلاحظ أن معدل استخدام وسائل منع الحمل قدر بـ 50,9% بالنسبة لكل الوسائل سنة 1992 ليرتفع إلى 57,1% سنة 2013-2014، ويرجع ذلك إلى سهولة الوصول إليها وحصول النساء عليها من مراكز صحية مجانية، بالإضافة إلى استخدام الوسائل الطبيعية كالرضاعة والعزل ومنع الحمل بطرق تقليدية (أعشاب)، أما بالنسبة للوسائل الحديثة قدر استخدامها بـ 43,1% سنة 1992 ليرتفع إلى 47,9% سنة 2013-2014، ويرجع ذلك إلى ارتفاع الوعي الصحي لدى الأمهات والأزواج بإتباع الوسائل الحديثة لما لها من إيجابيات في الحفاظ على صحة الأمهات، وأيضا لفعاليتها لمدة سنوات (كاللولب...)

أما بخصوص الوسائل الأكثر استخداما نجد أن حبوب منع الحمل هي الأكثر استخداما فقد قدرت نسبتها بـ 26.4 سنة 1986 لتصل إلى 45.9 سنة 2006، لتتراجع نسبة استخدام حبوب منع الحمل إلى 39 سنة 2019 أما اللولب الرحمي فتبقى نسبة استخدامه جد ضئيلة حيث تراوحت هذه النسب ما بين 2.1-2.4 خلال الفترة (1986-2019)، ويرجع سبب في عدم الإقبال الكبير لاستخدام هذه الوسيلة إلى أن المرأة مازالت غير متقبلة بإدخال جسم غريب في رحمها إذ انه يعتبر أحيانا غير مقبولا نفسيا في بعض المجتمعات

3.3. استخدام وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة: أثبتت مجمل الدراسات الديموغرافية وجود علاقة وطيدة بين الوسط السكاني حضر أو ريف الذي تقطن به المرأة أي الأسرة المنتمية إليها المرأة، بحيث تتميز النسوة القاطنات بالريف بخصوبة أعلى من النسوة القاطنات بالحضر كما أن الخصوبة ترتبط كذلك باستعمال وسائل منع الحمل (طبعة، 2018، صفحة 60)

الشكل رقم 09: نسبة استخدام وسائل منع الحمل حسب مكان الإقامة

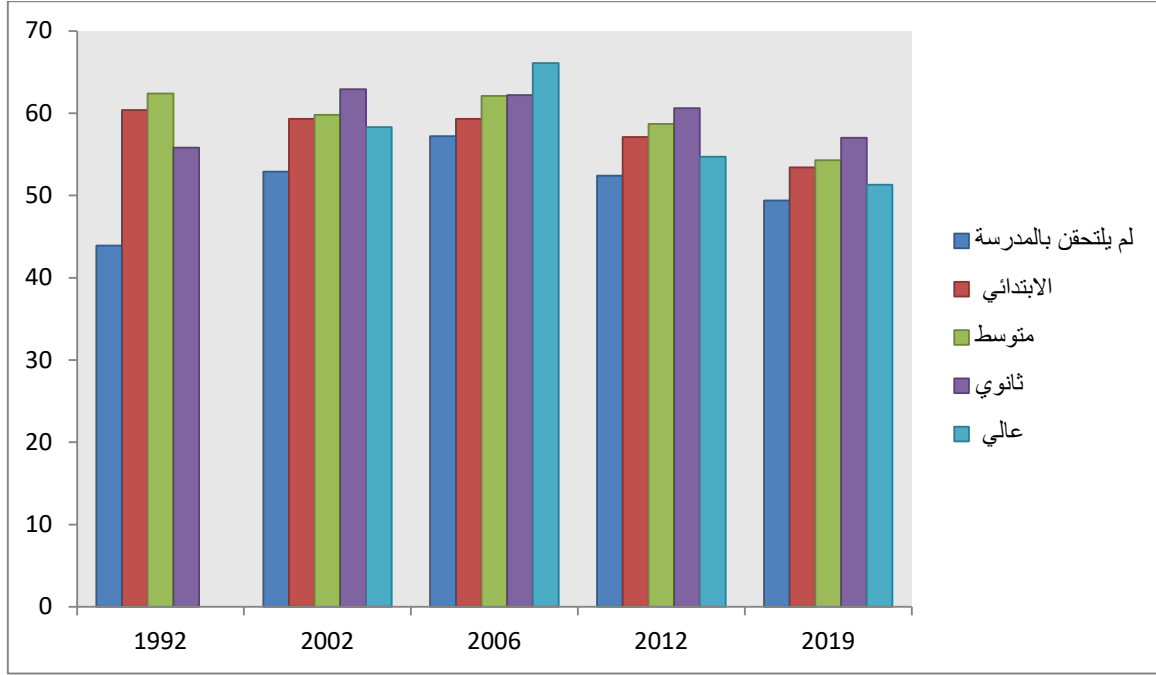


المصدر: من إعداد الباحثة بناء على معطيات (EDG, Algérie, 2000) ; (EASF, Algérie, 2002) MICS3, Algérie, 2006) ; (MICS4, Algérie, 2012-2013) (MICS6, Algérie, 2019).

نلاحظ أن نسبة استعمال وسائل منع الحمل عرفت ارتفاعا بوتيرة مستمرة في كلا الوسطين، و أيضا لا يوجد فارق كبير في استخدام وسائل منع الحمل بين الوسط الحضري والريفي في الوسط الحضري وصلت نسبة النساء إلى 44.5% والرجال 64% من الرجال يعرفون على الأقل وسيلة واحدة لتنظيم النسل ويستخدمونها أما في الوسط الريفي فإن النسبة تنخفض لتصل إلى 15% من النساء و 30% بالنسبة للرجال وقد لوحظ أن الرغبة في تنظيم النسل تظهر بشكل كبير عند تحسين مستوى المعيشة، وارتفاع مستوى التعليم، (Bultin, 2000, p. 15).

3.4. تطور استعمال موانع الحمل حسب المستوى التعليمي للمرأة: يعتبر المستوى التعليمي، لاسيما لدى المرأة، من أهم المحددات وسائل منع الحمل حيث كلما زاد المستوى التعليمي للزوجين كلما زاد وعيها بمزايا تنظيم النسل وبالتالي ارتفاع نسبة استعمال وسائل منع الحمل، لكن عند المستويات التعليمية العليا تصبح هذه العلاقة غير صحيحة (قادري ومصلي، 2023، صفحة 111).

الشكل رقم(10):تطور استعمال موانع الحمل حسب المستوى التعليمي للمرأة



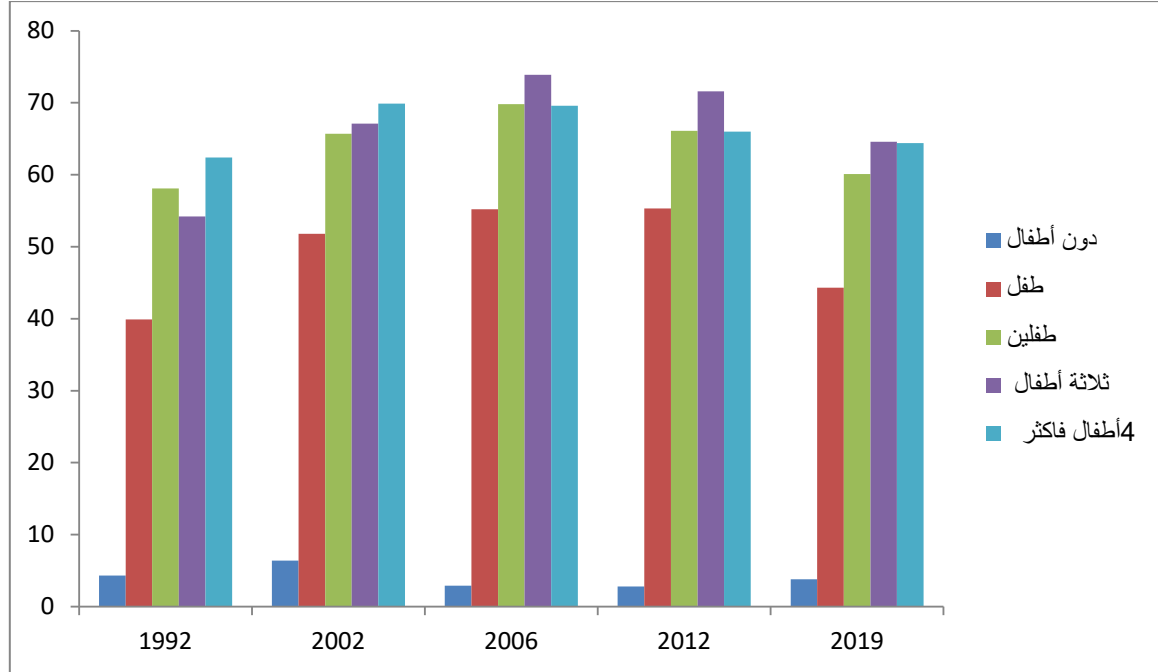
المصدر: من إعداد الباحثة بناء على معطيات MICS6 2019 PAPCHAD 1992, PAPFAM2002, MICS3 2006

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن نسب استعمال وسائل منع الحمل في تراجع سواء كان عند المرأة المتعلمة أو غير متعلمة مقارنة بما كانت عليه النسب في سنوات التسعينات، فمن خلال معطيات المسوح نجد أن نسب الاستعمال عند اللواتي لم يلتحقن بالمدرسة في ارتفاع فقد حققت أعلى نسبة سنة 2006 بنسبة 57.2% لتشهد بعد ذلك انخفاضا بـ 49.4% سنة 2019. أما اللواتي لديهن مستوى يتراوح ما بين ابتدائي و ثانوي فلهن نسب متقاربة ومرتفعة الى غاية مسح 2006 لتتخفف بدورها في مسح 2019.

أما النساء ذات مستوى تعليمي عالي نجد أن النسبة قد قدرت في المسح 2006 بـ 66.1%، ليشهد بعدها انخفاضا في المسحيين المواليين (2012-2019) بتسجيل نسبة 54.7% و 51.3%، وهي نسب اذا تم مقارنتها مع المستويات الأخرى نجدها منخفضة بمقارنة بنظيراتها ويمكن ان نفسر هذا الانخفاض إلى تأخر سن الزواج الأول لهذه الفئة، وبالتالي يمكن القول إن المستوى التعليمي لم يصبح المحدد الأساسي لاستعمال وسائل منع الحمل بل تدخل عوامل أخرى.

5.3. تطور نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال: يعتبر عدد الأطفال المنجيين من العوامل المؤثرة في استخدام وسائل منع الحمل، "فغالبا ما تلجأ المرأة إلى وسائل منع الحمل من اجل تباعد الولادات بحيث تترك مجالا زمنيا بين كل ولادة وأخرى وهذا ما نعبر عنه بالتخطيط العائلي، فبالرغم من أن المرأة المتزوجة لم تنجب بعد إلا أنها تلجأ إلى استخدام وسائل منع الحمل ولكن بنسب ضعيفة جدا مقارنة باللواتي أنجبن أطفالا". (صديق خوجة ولعمامرة محامد، 2022، صفحة 104)

الشكل رقم 11: نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال



المصدر: من إعداد الباحثة بناء على معطيات MICS6 2019 PAPCHAD 1992, PAPFAM2002, MICS3 2006

نلاحظ أن نسبة استعمال وسائل منع الحمل حسب عدد الأطفال يختلف حسب المسوحات الوطنية، حيث تبقى نسبة الاستعمال عند نساء اللواتي ليس لديهن أطفال منخفضة فقد تراوحت نسبة الاستعمال ما بين 2.8% و6.4% حسب المسوحات الوطنية.

يرجع ذلك إلى أن النساء حديثي الزواج يرغبن في تأخير الإنجاب لكي يتسنى للزوجين التمتع بالحياة بدون أطفال، كما يمكن أن يكون السبب هو التقارب أكثر بين الزوجان إذا كانا غريبان عن بعضهما البعض، فلا ينجبان الأطفال منذ البداية ويؤخران ذلك حتى تتوطد العلاقة بينهما، وذلك إن حدث طلاق فمن الأفضل أن يكون بدون أطفال (صديق خوجة ولعمامرة محامد، 2022، صفحة 104).

في حين أن نسبة الاستعمال ترتفع بمجرد إنجاب الطفل الأول فقد بلغت النسبة 55.3% خلال المسح 2012 لتتخفف إلى 44.3% في المسح الأخير.

أما فيما يتعلق بالنساء اللواتي أنجبن طفلين فقد كانت النسب مرتفعة إذ تم تسجيل 69.8% خلال مسح 2006، إلا أنها انخفضت في المسح الأخير بتسجيل 60.1%، في حين عرفت النساء اللواتي أنجبن 3 أطفال تسجيل معدلات

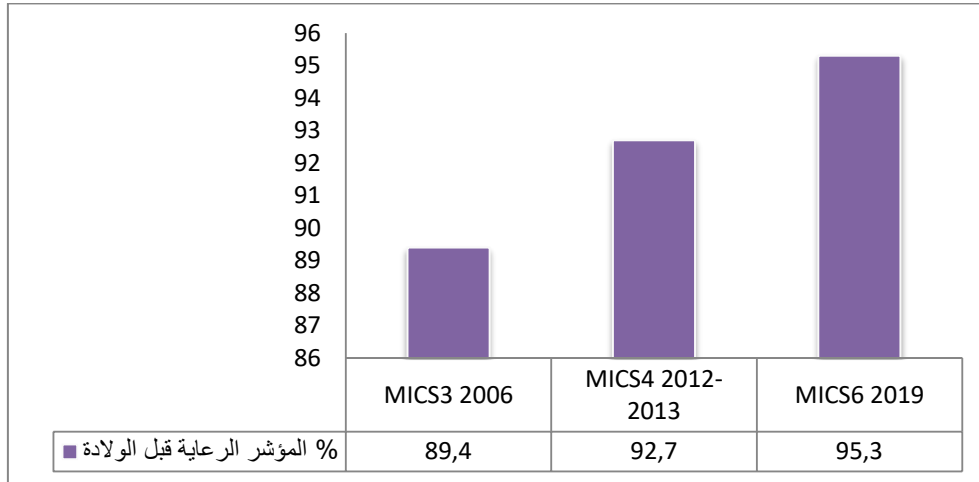
جد مرتفعة حيث تخطت 70% خلال المسحيين 2006 و2012 بتسجيل (73.9% و 71.6%) على التوالي، أما في المسح الأخير فقد انخفضت النسبة إلى 64.6%

أما النساء اللواتي أنجن 4 أطفال فأكثر فهي الأخرى نسبها مرتفعة يمكن تفسير ذلك بعدم الإنجاب أو الخوف من حمل غير مرغوب فيه على استعمال وسائل منع الحمل مرتبط بحدوث ولادة سابقة بحيث ينتشر الاستعمال بشكل أكبر وسط اللواتي لديهن عدد كبير من الأطفال. كما يتأثر استعمال موانع الحمل طردا بعدد الأطفال الأحياء ومستوى تعليم المرأة ومهنة الزوج واستقلالية المرأة، أما بالنسبة لتحديد عدد الأطفال المرغوب فيهم فإن أغلبية الأزواج اليوم وبنسبة 61% على المستوى العالمي يتحكمون في عدد الأطفال باستعمال وسيلة من وسائل منع الحمل مهما كان نوعها حديثة أو تقليدية وهو ما يعرف بالخصوبة الموجهة. (قادري و مصلي، 2023، صفحة 111)

4. خدمات الرعاية الصحية الإنجابية: تعتبر خدمات الرعاية الصحية والجنسية ذات الجودة العالية ضرورية من أجل الفرد والمجتمع، وقد شهدت الجزائر بعد الاستقلال تقدما ملحوظا في هذا المجال من خلال بناء نظام صحي شامل يهدف إلى توفير خدمات تنظيم الأسرة و الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة .

4.1 الرعاية الصحية قبل الولادة: عرفت المتابعة الصحية للمرأة الحامل في الجزائر تحسنا منتظما منذ تسعينيات القرن الماضي، حيث ارتفعت نسبة النساء الحوامل اللاتي حصلن على استشارة صحية قبل الولادة على الأقل مرة واحدة من 58% عام 1992 إلى 81% عام 2002 لترتفع إلى 92.7%

الشكل رقم 12: تطور مؤشر الرعاية الصحية أثناء الحمل في الجزائر (%)



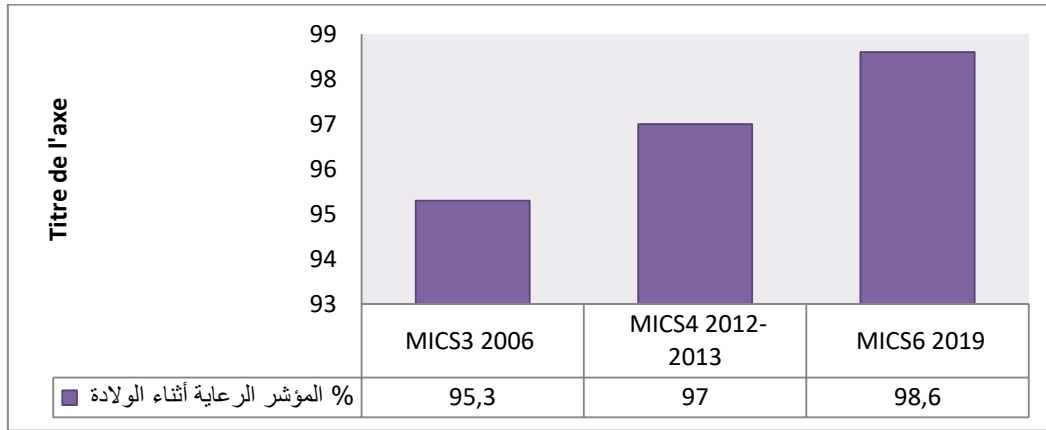
المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على المسح الوطني المتعدد المؤشرات MICS3 MICS4 MICS6

من خلال الشكل أعلاه نلاحظ أن الرعاية الصحية أثناء الحمل في الجزائر يشهد ارتفاعا فقد بلغت نسبة 89.4%، خلال مسح MICS3 سنة 2006، لتشهد ارتفاعا بعدا في مسح MICS4 2012 بنسبة 92.7 لتصل إلى 95.3% خلال المسح 2019، "ويفسر هذا بسعي السلطات العمومية في تحسين برامج الصحة الإنجابية من خلال إنشاء مراكز

جديدة خاصة بمصلحة طب النساء والتوليد وتجهيزها بمختلف التجهيزات الطبية المتخصصة " (صيدون و درديش، 2024، صفحة 90)

4.1. الرعاية الصحية أثناء الولادة: وهي الرعاية الصحية التي تتلقاها الأمهات الحوامل في المراكز الإستشفائية خلال فترة الولادة، وذلك بتوفير الظروف الملائمة للام لغرض الإنجاب السليم وضمان تحقيق ولادة آمنة خالية من أي مضاعفات قد تلحق الضرر بالأم والجنين، وذلك تحت إشراف طبي، أما إذا كان الخيار بالولادة بعيدا عن المستشفى كالبيوت فلها أخطارها ومضاعفاتها خاصة إذا لم تكن التهيئة لها جيدة وتعرض حياة الأم والجنين للخطر في حالة نزيف حاد أو المضاعفات التي تحتاج التدخل الطبي المستعجل. (صيدون و درديش، 2024، صفحة 85)

الشكل رقم 13: تطور مؤشر الرعاية الصحية أثناء الولادة في الجزائر (%)

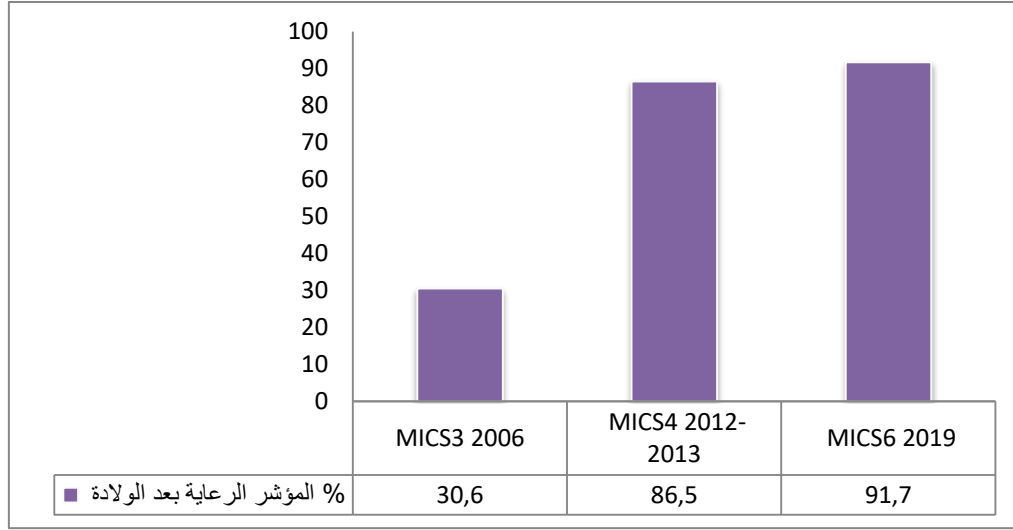


المصدر: من اعداد الباحثة بالاعتماد على المسح الوطني المتعدد المؤشرات MICS3 MICS4 MICS6

من خلال الجدول نلاحظ أن الرعاية الصحية أثناء الولادة عرفت ارتفاعا في المؤشر من خلال التحقيقات الوطنية، حيث بلغت في مسح 2003 نسبة 95.3 %، لتعرف بعدها ارتفاعا خلال مسح 2012 بنسبة 97 %، لتصل إلى 98.6 سنة 2019 بفارق قدره 3.3% "وحسب معطيات المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019 فان كل نساء الشمال تحصلن على الرعاية الصحية، أما فيما يخص المناطق الأخرى فنجد نساء الجنوب والهضاب العليا وسط هن اللواتي لم يحصلن على الرعاية الصحية بنسب أكبر من نساء الهضاب العليا شرق وغرب، ويرجع هذا لعدة عوامل في مقدمتها التوزيع غير العادل للهيكل والكوادر الصحية عبر التراب الوطني، حيث نجد 80% منها متواجدة في الشمال الجزائري، في حين ولايات الهضاب العليا والجنوب تشكو من نقص كبير، إضافة إلى صعوبة مناخ هذه المناطق خاصة في فصل الشتاء، وأثبت اختبار كاي مربع أن العلاقة بين المنطقة الجغرافية والحصول على الرعاية الصحية عند الولادة ذات دلالة إحصائية (05) (p<. (عمارخوجة وهاشم، 2021، صفحة 675).

4.3. الرعاية الصحية بعد الولادة: وهي الفترة ما بعد الولادة هي الأسابيع الستة الأولى بعد الولادة، وخلالها تواجه الأمهات كثيرا من المشاكل الصحية ذات العلاقة بالولادة. وكثير من المضاعفات التي تهدد حياة الأمهات. وعلاوة على ذلك فإن حوالي ثلثي وفيات الأمهات تحدث بعد الولادة، لذلك أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول كل أم على خدمات الرعاية الصحية لما بعد الولادة خلال أول 24 ساعة وقبل نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة وبعد ستة أسابيع من الولادة، إذ تعد الرعاية لما بعد الولادة من المكونات الأساسية للأمومة الآمنة لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات والرضع و ضمان الصحة البدنية و العقلية و رفاهة الأمهات (سواكري، 2017، صفحة 115).

الشكل رقم 14: تطور مؤشر الرعاية الصحية بعد الولادة في الجزائر



المصدر: من إعداد الباحثة بالاعتماد على المسح الوطني المتعدد المؤشرات MICS3 MICS4 MICS6

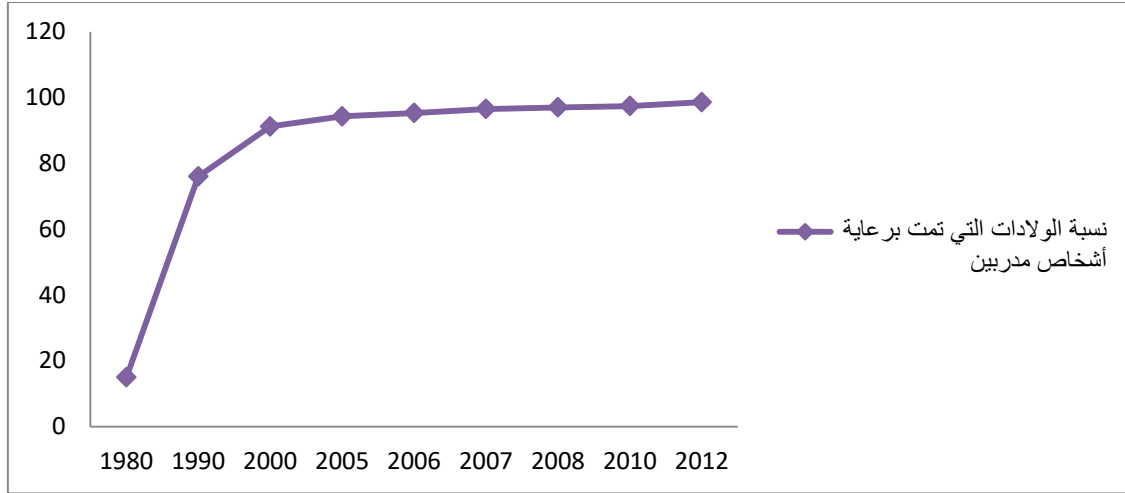
نلاحظ من خلال هذا الجدول أن مؤشر الرعاية الصحية بعد الولادة عرف ارتفاعا ملحوظا فبعد أن سجلت نسبة 30.6% في المسح MICS3 2006 ارتفعت هذه النسبة إلى 86.5% و 91.7% حسب المسحين MICS4 2012-2013 و MICS6 2019 على التوالي.

ويرجع السبب في هذا الارتفاع إلى المتابعة الطبية للأمهات بعد الولادة والكشف المبكر لبعض المضاعفات خاصة النزيف، إضافة إلى ارتفاع نسبة الولادات في المستشفيات والعيادات الخاصة الأمر الذي يسهل من متابعة الأمهات بعد الولادة من خلال تقديم الفحوصات أو الإرشادات الصحية.

4.2. نسبة الولادات التي تمت برعاية أشخاص مدربين: إن الولادات التي تتم تحت إشراف

أخصائيين لها دور كبير في الحد من وفيات الأمهات و الأطفال ، و تفادي أخطار الولادة و العناية بحالتهم الصحية أثناء الولادة و بعدها.

الشكل رقم 15: نسبة الولادات التي تمت برعاية أشخاص مدربين



Source:OMS, statistiques sanitaire mondiale 2013.

les donnes de rapport national sur les OMD 2010 Algérie

4.3. الرضاعة الطبيعية: تعتبر الرضاعة من الوسائل المهمة لمنع الحمل على مدى قرون خاصة إذا كان غذاء الرضيع معتمدا عليها اعتمادا كاملا. وهي تمنع الحمل لأن عملية المص تؤدي إلى تنبيه الغدة النخامية الخلفية لتفرز هرمون البرولاكتين الذي يدر اللبن من الثدي وفي نفس الوقت يثبط الغدة النخامية الأمامية التي تؤدي إلى قلة هرمونات الغدة التناسلية ولا تفرز البويضات، وللرضاعة فوائد عديدة وهي:

- لبن الأم معقم بينما الألبان الجاهزة غير معقمة.
 - لبن الأم مركب يفي بحاجات الرضيع الإنسانية.
 - اللبأ وهو الإفراز الذي يفرز بعد الولادة مباشرة به مواد مناعية ضد الأمراض وهذا ما لا يتوفر في الألبان الأخرى.
 - نمو الأطفال الذين يرضعون من أمهاتهم أسرع من نمو الأطفال الذين يرضعون من القوارير.
 - أن عملية الرضاعة تزيد من إفرازات هرمون الاوكسيتوسن الذي يساعد في عودة الرحم إلى حجمه ووضعته الطبيعي فيمنع بذلك نزع الرحم وحى النفاس.
 - أن عملية الرضاعة تؤدي إلى إشباع غريزة الأمومة لديها و تعطي الطفل دفق من الحنان والحب الذي يحتاج إليهما لينمو سويا نفسيا. (عوض الله فضل المولى محمد، 2007، صفحة 19)،
- ويعتبر قصر فترة الرضاعة في الدول النامية قد يؤدي إلى فترات متباعدة أقصر ويؤدي إلى زيادة حجم الأسرة، ما لم يكن هناك استخدام متزايد لوسائل منع الحمل (بدح، 2008، صفحة 250).
- وحسب معطيات الخاصة بالمسح الوطني لصحة الأم والطفل لسنة 1992 كانت تقدر نسبة الأطفال الذين تلقوا الرضاعة في الساعات الأولى من الولادة ب 60 %، ليصل إلى 49.5 % في تحقيق الميداني متعدد المؤشرات MICS

لسنة 2006 ، ليصبح 36% مع 2012- 2013 حسب معطيات التحقيق الميداني متعدد المؤشرات فالإرضاع الطبيعي في انخفاض مستمر عما كان عليه فقد قدر معدل التغيير من 1992 إلى غاية الفترة 2012-2013 بـ 40 % وهذا راجع إلى عزوف معظم الأمهات عن الإرضاع الطبيعي وهذا حسب الظروف التي تميز كل أم عن الأخرى، إضافة إلى استخدام مختلف الطرق لتنظيم النسل عما كان عليه في السابق (بن زايد، 2021، صفحة 83)

4.4. الأمراض المنتقلة جنسيا: من متطلبات نجاح الصحة الانجابية هي تجنب انتقال الأمراض الانتقالية من الرجل للمرأة وبالعكس، وتعرف الأمراض الانتقالية بأنها مجموعة من الأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي وغيرها من الطرق التي تصيب الأجهزة التناسلية في الرجل والمرأة و الأجهزة الأخرى ميل الجهاز الهضمي وجهاز المناعة، وقد تسبب الموت احيانا، وتتراوح بين كونها عارضه سهلة العلاج او مزمنة يصعب علاجها، وتعد الأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس من الأمراض التي تؤثر على الشخص المصاب وعلى نسله أيضا هذه الأمراض إما تكون أمراض بكتيرية مثل مرض السيلان ، ومرض الزهري الذي يعد أيضا مرضا بكتيري ، و التهاب الكبد الوبائي الذي يعد من الأمراض الفيروسية، وكذلك الايدز (عبد الله، 2009، صفحة 30). لقد كان لظهور فيروس نقص المناعة البشرية والإيدز أثره في تزايد الحاجة إلى ضرورة مراقبة الأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي. فثمة علاقة متبادلة قوية بين الأمراض المعدية التقليدية المنقولة بالاتصال الجنسي وانتقال فيروس نقص المناعة البشرية. وقد تبين أن تلك الأمراض، سواء ما يسبب منها القروح أو لا يسببها، تزيد من مخاطر انتقال فيروس نقص المناعة البشرية عن طريق الاتصال الجنسي. كما أن عدوى فيروس نقص المناعة البشرية تعقد عملية التصدي للأمراض المعدية المنقولة عن طريق الاتصال الجنسي من قبيل قروح الجهاز التناسلي وزوائد الجهاز التناسلي و حلاً الجهاز التناسلي. (الامم المتحدة ، 2002 ، صفحة 85). ومنذ اكتشاف أولى الإصابات بداء السيدا في الجزائر سنة 1985 ، عرف هذا المرض نموا مستمرا، فبتاريخ 31 ديسمبر 1990 كان عدد الأشخاص المصابين بهذا المرض 68 حالة، منها 32 حالة تم تسجيلها خلال سنة 1990 لوحدها، و على مدار العشريتين الأخيرتين تضاعف عدد حالات الإصابة بمرض الايدز بنحو 77 مرة ، ليبلغ 5209 حالة بتاريخ 31 ديسمبر 2009 ، منها 1028 مصاب و 4181 حامل فيروس نقص المناعة البشرية. (بن زايد وعبد الكريم، 2016، صفحة 174).

الجدول رقم 15: تطور عدد النساء المصابات بفيروس نقص المناعة في سن الانجاب 15-49 سنة

2007	2005	2004	2002	2000	1990	عدد النساء المصابات بفيروس نقص المناعة في سن الانجاب 15-49 سنة
244	205	683	329	248	192	

Source : Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière : Direction de la prévention

يظهر لنا الجدول أعلاه تطور عدد النساء المصابات بفيروس نقص المناعة في سن الانجاب 15-49 سنة أن عدد النساء المصابات بفيروس نقص المناعة البشرية خلال الفترة الممتدة ما بين 1990-2007 في تزايد مستمر حيث تم تسجيل 192 سنة 1990 لتسجل أكبر عدد من المصابات بـ 683 حالة سنة 2004، وقد تكون هذا الارتفاع راجع الى حملات الكشف المبكرة أو انتشار أوسع لهذا المرض. لتشهد بعدها انخفاضا نسبيا بتسجيل 244 حالة سنة 2007 ويمكن أن نرجع السبب في ذلك إلى زيادة الوعي بهذا المرض، ويبقى السبب الرئيسي للانتقال هذا الفيروس هو العلاقات الجنسية غير شرعية، وكذا قلة الوعي بهذا الفيروس وكيفية الوقاية منه بسبب حساسية الموضوع فهو يعتبر من طابوهات في المجتمع الجزائري، مما يدفع العديد من النساء إلى تجنب الكشف عن إصابتهن، مما يزيد من ارتفاع الحالات بسبب العدوى .

خلاصة:

بعد استعراض الفصل يتضح أن الصحة الانجابية جزء أساسي من الصحة العامة، ولها تأثير مباشر على التنمية الاجتماعية والاقتصادية، وهي لا تقتصر على القدرة على الانجاب فحسب، بل تشمل جميع الجوانب المتعلقة بالجهاز التناسلي، وأن تحسينها يتطلب جهودا متكاملة تشمل التوعية، بما في ذلك الوقاية والعلاج والتخطيط الاسري، والحصول على المعلومات والخدمات الصحية المناسبة.

الفصل الرابع: الدراسة الميدانية

تمهيد

أولاً: خصائص أفراد عينة البحث

ثانياً: عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية

1. عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية الخاصة بالوعي الصحي

والحالة الصحية للأمهات:

2. عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية الخاصة بالظروف الاقتصادية

والاجتماعية والأمراض المزمنة ومضاعفات الحمل والولادة

3. عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية الخاصة بوفيات الأمهات

والأطفال والرعاية الصحية المقدمة للأمهات

خلاصة

أولاً: خصائص أفراد عينة البحث:

الجدول رقم (16): عمر الزوجين

المجموع	العمر						تكرار	
	60 سنة فأكثر	من 50 إلى 59 سنة	من 40 إلى 49 سنة	من 30 إلى 39 سنة	من 20 إلى 29 سنة	أقل من 20 سنة		
300	00	00	86	142	71	1	تكرار	الزوجة
100	00	00	28,7	47,3	23,7	0,3	%	
300	1	54	122	107	16	00	تكرار	الزوج
100	0,3	18,0	40,7	35,7	5,3	00	%	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يتراوح سنهن من 30 إلى 39 سنة وتقدر بـ(47,3%)، وتليها نسبة (28,7%) من اللواتي يتراوح سنهن من 40 إلى 49 سنة، ثم نسبة (23,7%) ممن يتراوح سنهن من 20 إلى 29 سنة، في حين تم تسجيل نسبة (0,3%) فقط من المبحوثات اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة، في المقابل لم يتم تسجيل أية مبحوثة يفوق سنها عن 50 سنة. أما عن أزواج المبحوثات فمعظمهم يتراوح سنهن من 40 إلى 49 سنة وتقدر نسبتهن بـ(40,7%)، وتليها نسبة (35,7%) من اللواتي يتراوح سن أزواجهن من 30 إلى 39 سنة، ثم نسبة (18,0%) ممن يتراوح سنهن من 50 إلى 59 سنة، في حين تم تسجيل نسبة (5,3%) فقط من المبحوثات اللواتي يتراوح سن أزواجهن من 20 إلى 29 سنة، ثم نسبة (0,3%) فقط ممن يفوق سن أزواجهن عن 60 سنة، في المقابل لم يتم تسجيل أية زوج يقل سنهن عن 20 سنة. ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يتراوح سنهن من 30 إلى 39 سنة مقابل تراوح سن أزواجهن من 40 إلى 49 سنة. وهي نتيجة منطقية نظراً لما تسود من عقليات أن يكون الزوج أكبر سناً من المرأة في الغالب.

الجدول رقم (16): سن المرأة عند الزواج حسب الموطن الأصلي للزوجة

المجموع	سن المرأة عند الزواج						تكرار	النسبة %	
	أقل من 20 سنة	من 20 إلى 24 سنة	من 25 إلى 29 سنة	من 30 إلى 34 سنة	من 35 إلى 39 سنة	40 سنة فأكثر			
200	22	85	68	21	4	0	تكرار	الموطن الأصلي للزوجة	
%100	11,0%	42,5%	34,0%	10,5%	2,0%	0,0%	النسبة %		
73	12	33	22	5	0	1	تكرار	شبه حضري	
%100	16,4%	45,2%	30,1%	6,8%	0,0%	1,4%	النسبة %		
27	3	13	5	6	0	0	تكرار	ريفي	
%100	11,1%	48,1%	18,5%	22,2%	0,0%	0,0%	النسبة %		
300	37	131	95	32	4	1	تكرار	المجموع	
%100	12,3%	43,7%	31,7%	10,7%	1,3%	0,3%	النسبة %		

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن سنهن قبل الزواج كان يراوح من 20 إلى 24 سنة وتقدر بـ (43,7%)، خاصة اللواتي كن يقمن قبل الزواج في الوسط الريفي بنسبة (48,1%) والمقيمات في الوسط الشبه الحضري بنسبة (45,2%). وتليها نسبة (31,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سنهن قبل الزواج كان يراوح من 25 إلى 29 سنة، خاصة اللواتي كن يقمن قبل الزواج في الوسط الحضري بنسبة (34,0%).

في حين سجلت نسبة (12,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سنهن قبل كان الزواج أقل من 20 سنة، خاصة اللواتي كن يقمن قبل الزواج في الوسط الشبه الحضري بنسبة (16,4%). مقابل نسبة (10,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سنهن قبل الزواج كان يراوح من 30 إلى 34 سنة، خاصة اللواتي كن يقمن قبل الزواج في الوسط الريفي بنسبة (22,2%). أما نسبة (1,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سنهن قبل الزواج كان يراوح من 35 إلى 39 سنة، خاصة اللواتي كن يقمن قبل الزواج في الوسط الحضري بنسبة (2,0%). وتليها نسبة (0,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سنهن قبل الزواج كان 40 سنة فأكثر، خاصة اللواتي كن يقمن قبل الزواج في الوسط الشبه الحضري بنسبة (1,4%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية سنهن قبل الزواج كان يراوح من 20 إلى 24 سنة خاصة اللواتي كن يقمن قبل الزواج في الوسط الريفي وبدرجة أقل المقيمات في الوسط الشبه الحضري. وهذا ما فسرتة الباحثة بمدى تأثير الموطن الأصلي للزوجات على قرار سن الزواج خاصة لدى النساء من أصول حضرية بسبب إكمال الدراسة من جهة والولوج إلى عالم الشغل من جهة أخرى، عكس اللواتي من أصول ريفية والذي يتم منعهن من مزاوله الدراسة إلى

أطوار عليا وبسبب تقاليد وعادات تلك الأسر الريفية مما يحتمن على بناتهن الزواج في سن مبكرة دون أخذ مشورتهن.

الجدول رقم(18): الحالة العائلية للزوجات حسب مدة الزواج

المجموع	الحالة العائلية			تكرار	أقل من 05 سنوات	مدة الزواج
	مطلقة	في حالة انفصال	متزوجة			
58	2	1	55	تكرار	النسبة %	
%100	3,4	1,7	94,8			
85	4	4	77	تكرار	النسبة %	من 05 إلى 09 سنوات
%100	4,7	4,7	90,6			
75	3	3	69	تكرار	النسبة %	من 10 إلى 14 سنة
%100	4,0	4,0	92,0			
82	2	3	77	تكرار	النسبة %	15 سنة فأكثر
%100	2,4	3,7	93,9			
300	11	11	278	تكرار	النسبة %	المجموع
%100	3,7%	3,7%	92,7%			

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات متزوجات ويعشن مع أزواجهن وذلك بنسبة (92.7%) خاصة اللواتي تقل مدة زواجهن عن 05 سنوات قدرت بنسبة (94.8%) واللواتي تفوق مدة زواجهن 15 سنة فأكثر بنسبة (93.9%). في حين سجلت نسبة (3.7%) ممن يتواجدن حالياً في حالة انفصال خاصة اللواتي تتراوح مدة زواجهن من 05 إلى 09 سنوات بنسبة (4.7%) واللواتي تتراوح مدة زواجهن من 10 إلى 14 بنسبة (4.0%). أما المبحوثات المطلقات فتقدر نسبتهن بـ (3.7%) فقط خاصة اللواتي تتراوح مدة زواجهن من 05 إلى 09 سنوات بنسبة (4.7%) واللواتي تتراوح مدة زواجهن من 10 إلى 14 بنسبة (4.0%). وعليه يمكن القول أن: بالتقريب كل المبحوثات متزوجات ويعشن مع أزواجهن خاصة اللواتي تقل مدة زواجهن عن 05 سنوات أو تفوق عن 15 سنة، في حين هناك عدد قليل جداً ممن هن في حالة انفصال أو طلاق خاصة اللواتي تتراوح مدة زواجهن من 05 إلى 14 سنة. ويعود ذلك إلى أن تلك المتزوجات يعشن في جو أسري يسوده التفاهم ولديهم أطفال كبار.

الجدول رقم (19): المستوى التعليمي للزوجين

المجموع	المستوى التعليمي				تكرار	الزوجة
	جامعي	ثانوي	متوسط	ابتدائي		
300	109	102	65	24		
100	36,3	34,0	21,7	8,0	%	
300	98	92	79	31		الزوج
100	32,7	30,7	26,3	10,3	%	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات مستواهن التعليمي جامعي وتقدر بـ(36,3%)، وتليها نسبة (34,0%) من اللواتي مستواهن التعليمي ثانوي، ثم نسبة (21,7%) ممن مستواهن التعليمي متوسط، في حين تم تسجيل نسبة (8,0%) فقط من المبحوثات اللواتي مستواهن التعليمي ابتدائي. أما عن أزواج المبحوثات فأكثر نسبة منهم أيضا ذوي مستوى تعليمي جامعي وتقدر بـ(32,7%)، وتليها نسبة (30,7%) من اللواتي أزواجهن ذوي مستوى تعليمي ثانوي، ثم نسبة (26,3%) ممن المستوى التعليمي لأزواجهن متوسط، في حين تم تسجيل نسبة (10,3%) فقط من المبحوثات اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الابتدائي.

مما سبق يمكن القول أن: أكثر ثلث الأمهات محل الدراسة الميدانية لديهن مستوى تعليمي جامعي أو ثانوي مقابل وجود بالتقريب ثلث أزواجهن ذوي مستوى تعليمي جامعي وثنانوي أيضا. ويشير هذا إلى أن أغلب الأسر الجزائرية أصبحت أكثر وعيا حول أهمية تعليم بناتهن عبر الأطوار المختلفة، والسماح لهن بالخروج للعمل تحقيقا لذواتهن من جهة ومساعدة أسرهن في تحمل تكاليف المعيشة وتلبية كل احتياجاتهن المتزايدة يوما بعد يوم، خاصة في ظل الظروف الراهنة المعروفة بغلاء الأسعار ومتطلبات المعيشة، وأيضا التحاق الشباب بأطوار التعليم المختلفة وخاصة التعليم الجامعي من أجل الحصول على فرصة عمل وأيضا إكمال الدراسات العليا بما يؤهلهم لنيل مناصب عليا في الدولة. أما بالنسبة لمن توقفوا عند مستوى متوسط أو ثانوي فهذا يجعلهم يفكرون في ممارسة أعمال حرة أو التوجه إلى متابعة تكوين مهني آخر لاكتساب حرفة معينة والحصول على شهادة معترف بها حتى يتم تسجيلهم ضمن طالبي العمل مستقبلا.

الجدول رقم (20): مهنة الزوجين

المجموع	متقاعد	أعمال حرة	المهنة					
			لدى	عامل (ة) الخواص	موظف (ة)	مأكنة	بطل (بالبيت)	
300	00	17		27	83		173	تكرار
100	00	5,7		9,0	27,7		57,7	%
300	5	69		118	97		11	تكرار
100	1,7	23,0		39,3	32,3		3,7	%

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات مأكنات بالبيت وتقدر نسبتهم ب(57,7%)، وتليها نسبة (27,7%) من الموظفات، ثم نسبة (9,0%) ممن يعملن لدى الخواص، في حين تم تسجيل نسبة (5,7%) فقط من المبحوثات اللواتي لديهن أعمال حرة. في المقابل لم يتم تسجيل أية مبحوثة متقاعدة. أما عن أزواج المبحوثات فأكبر نسبة منهم يعملون لدى الخواص وتقدر ب(39,3%)، وتليها نسبة (32,3%) من اللواتي يشتغل أزواجهن كموظف حكومي، ثم نسبة (23,0%) ممن يشتغل في الأعمال الحرة، في حين تم تسجيل نسبة (3,7%) فقط من المبحوثات اللواتي لا يعمل أزواجهن، ثم نسبة (1,7%) من الأزواج المتقاعدين. ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عماكنات في البيت في حين أكثر من ثلثي أزواجهن عمال لدى الخواص أو موظفين حكوميين وعليه يمكن القول بأن أغلب أزواج المبحوثات يعملن بالقطاع الخاص ولدى الوظيف العمومي وأعمال حرة، وهذا ما يساعدهم على تلبية كل احتياجات أسرهم دون التفكير في السماح لزوجاتهم للخروج للعمل أو طلب المعونة منهن في تسديد مصاريف الأسرة. في حين وجدت أن أغلب الزوجات مأكنات بالبيت وذلك رغبة منهن في البداية أو بسبب طلب ذلك من أزواجهن لأنهم من الطبقة الغنية، أما بالنسبة للموظفات والعاملات لدى القطاع الخاص واللواتي يمارسن أعمال حرة صرحن عن حبهن للعمل من أجل تأكيد ذواتهن وأيضاً من أجل مساعدة أزواجهن في حالة الكراء أو تسديد ديون سابقة أو التعاون من أجل شراء مسكن جديد وتسديد مستحقات الدروس الخصوصية للأطفالهن والادخار للمستقبل.

جدول رقم (21): مكان الإقامة الحالية حسب الموطن الأصلي للزوجين

مكان الإقامة الحالية					
المجموع	ريفي	شبه حضري	حضري	تكرار	
300	27	73	200	تكرار	الموطن الأصلي للزوجة
%100	9,0	24,3	66,7	%	
300	25	72	203	تكرار	الموطن الأصلي للزوج
%100	8,3	24,0	67,7	%	
300	19	58	223	تكرار	مكان الإقامة الحالية للزوجين
%100	6,3	19,3	74,3	%	

يوضح هذا الجدول أن معظم أسر المبحوثات يقمن حالياً في الوسط الحضري وتقدر نسبتهن بـ(74,3%)، في حين سجلت نسبة (19,3%) من أسر المبحوثات يقمن حالياً في الوسط شبه حضري، أما الأسر المقيمة حالياً في الوسط الريفي فيمثلن فقط نسبة (6,3%). أما الموطن الأصلي للزوجات فمعظم الزوجات كن يقمن في الوسط الحضري وتقدر نسبتهن بـ(66,7%)، في حين سجلت نسبة (24,3%) من الزوجات اللواتي كن يقمن في الوسط شبه حضري، أما الزوجات اللواتي كن يقمن في الوسط الريفي فيمثلن فقط نسبة (9,0%).

وأما بالنسبة للموطن الأصلي للزوج فنجد معظم الأزواج كانوا يقيمون في الوسط الحضري وتقدر نسبتهن بـ(67,7%)، في حين سجلت نسبة (24,0%) من الأزواج الذين كانوا يقيمون في الوسط شبه حضري، أما الأزواج الذين كانوا يقيمون في الوسط الريفي فيمثلون فقط نسبة (8,3%).

ومما سبق يمكن القول بأن: بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يقمن حالياً في الوسط الحضري، وأكثر من ثلثهن كان الموطن الأصلي لهن ولأزواجهن هو الوسط الحضري. وهذا يؤكد تقارب الأوساط المعيشية بين أفراد المجتمع الجزائري ليكونوا أسراً جزائرية متلاحمة في عاداتها وتقاليدها، وذلك من خلال النسب سالفة الذكر وتفضيل اغلب الزوجين العيش في الوسط الحضري لما له من مزايا في توفر مناخ جيد وفرص عمل وقرب المواصلات وتوفير الخدمات اللازمة للسكان.

الجدول رقم (22): وضعية السكن الحالي حسب مكان الإقامة

المجموع	وضعية السكن الحالي						تكرار	النسبة %	مكان الإقامة الحالية
	أخرى (وظيفي...)	كراء	ساكن مجانا	مع أهل الزوجة	مع أهل الزوج	ملكية خاصة			
223	2	38	5	8	72	98	تكرار	حضري	مكان الإقامة الحالية
%100	0,9	17,0	2,2	3,6	32,3	43,9	النسبة %		
58	0	4	5	3	17	29	تكرار	شبه حضري	مكان الإقامة الحالية
%100	0,0	6,9	8,6	5,2	29,3	50,0	النسبة %		
19	0	4	0	0	6	9	تكرار	ريفي	مكان الإقامة الحالية
%100	0,0	21,1	0,0	0,0	31,6	47,4	النسبة %		
300	2	46	10	11	95	136	تكرار		المجموع
%100	0,7	15,3	3,3	3,7	31,7	45,3	النسبة %		

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يقمن في سكن مستقل ملك لأسرتهم النووية وتقدر ب(45,3%)، خاصة المقيمات في الوسط الشبه الحضري بنسبة (50,0%) والمقيمات في الوسط الريفي بنسبة (47,4%). في حين سجلت نسبة (31,7%) من المبحوثات اللواتي يقمن في سكن مع أهل الزوج، خاصة المقيمات في الوسط الحضري بنسبة (32,3%). أما نسبة (15,3%) من المبحوثات اللواتي يقمن في سكن يتم كراؤه، خاصة المقيمات في الوسط الحضري بنسبة (17,0%) والمقيمات في الوسط الريفي بنسبة (21,1%). مقابل نسبة (3,7%) من المبحوثات اللواتي يقمن في سكن مع أهلهم، خاصة المقيمات في الوسط الشبه الحضري بنسبة (5,2%). وتلها نسبة (3,3%) من المبحوثات اللواتي يقمن في سكن مجاني، خاصة المقيمات في الوسط الشبه الحضري بنسبة (8,6%). وأما نسبة (0,7%) من المبحوثات اللواتي يقمن بطريقة أخرى مثل السكن الوظيفي، خاصة المقيمات في الوسط الحضري بنسبة (0,9%).

ومما سبق يمكن القول أن بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يقمن في سكن مستقل ملك لأسرتهم النووية خاصة المقيمات في الوسط الشبه الحضري والوسط الريفي. ويمكن تفسير ذلك بلجوء أسر المبحوثات إلى الوسط الشبه حضري والريفي بنسبة أكبر مقارنة بالحضر لسهولة الحصول على سكن خاص وبسعر ملائم عكس ما نلاحظه من غلاء أسعار السكنات بالحضر والمدن، وهذا يرجع سبب سكن البعض مع أهل الزوج إلى ضعف مستوى دخل الزوج وعدم تمكنه من الحصول على سكن خاص من جهة أو بسبب أن أزواج بعض المبحوثات هم المسؤولون على تلبية كل احتياجات والديهم وأخواتهم خاصة في حالة وفاة والد الزوج. أما الذين يقيمون في بيوت مستأجرة فبسبب كثرة الخلافات مع أهل الزوج وضيق السكن خاصة في العمارات من جهة، وبسبب عدم غلاء سعر الكراء من جهة

وقرب مكان إقامتهم من أهل الزوج أو الزوجة من جهة أخرى. وأيضا بالنسبة للكراء بالحضر رغم غلائه ولكن لظروف خاصة بعمل الزوجين وقرب المواصلات من جهة وتوفير أماكن الخدمات التعليمية والصحية والتربوية لأولادهم. أما بالنسبة للمبحوثات اللواتي يقمن مع أهل الزوجة فبسبب حدوث مشاكل مع أهل الزوج أو طلب أهل الزوجة من زوج ابنتهم الإقامة عندهم إلى غاية حصوله على مسكن خاص. وأما الساكنات مجانا وخاصة في الوسط الحضري وشبه الحضري لأن أصحاب المنازل طلبن منهن ذلك بسبب غيابهن المطول عن المنزل وخاصة المغتربين عن البلاد شرط الحفاظ على ممتلكاتهن

جدول رقم (23): التجهيزات المتوفرة في السكن حسب وضعيه الحالية

المجموع	تجهيزات المسكن					تكرار	ملكية خاصة	وضعية السكن الحالي
	هاتف أرضي	جهاز حاسوب	مكيف	آلة غسيل	الثلاجة			
548	72	92	120	130	134	تكرار	ملكية خاصة	وضعية السكن الحالي
%100	13,1	16,8	21,9	23,7	24,5	النسبة%		
323	24	36	84	87	92	تكرار	مع أهل الزوج	
%100	7,4	11,1	26,0	26,9	28,5	النسبة%		
31	3	5	7	8	8	تكرار	مع أهل الزوجة	
%100	9,7	16,1	22,6	25,8	25,8	النسبة%		
35	2	5	8	10	10	تكرار	ساكن مجانا	
%100	5,7	14,3	22,9	28,6	28,6	النسبة%		
141	6	11	34	45	45	تكرار	كراء	
%100	4,3	7,8	24,1	31,9	31,9	النسبة%		
4	0	1	0	1	2	تكرار	أخرى (وظيفي...)	
%100	0,0	25,0	0,0	25,0	50,0	النسبة%		
1082	107	150	253	281	291	تكرار	المجموع	
%100	09.9	13.8	23.4	26	26.9	النسبة%		

* عدد الاجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على توفر الثلاجة في المسكن وتقدر ب(26.9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على توفر الثلاجة في المسكن، خاصة المقيمت بطريقتة أخرى كالمسكن الوظيفي بنسبة (50,0%) المستأجرات بنسبة (31,9%). وتلها نسبة نسبة (26%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على توفر آلة الغسل في المسكن، خاصة المستأجرات بنسبة (31,9%) والمقيمت مجانا بنسبة (28,6%). في حين سجلت نسبة (23.4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على توفر مكيف الهواء في المسكن، خاصة المقيمت مع الزوج بنسبة (26,0%) المستأجرات بنسبة (24,1%). مقابل نسبة (13.8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على توفر جهاز الحاسوب في المسكن، خاصة بطريقتة أخرى

كالسكن الوظيفي بنسبة (25,0%) والمالكات لسكناتهن بنسبة (16,8%). أما نسبة (09,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على توفر الهاتف الأرضي في المسكن، خاصة المالكات لسكناتهن بنسبة (13,1%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في اجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن وضعية سكنهن الحالي حول الأجهزة المتوفرة في المسكن بين الثلاجة وآلة الغسل والمكيف الهوائي حتى جهاز الحاسوب. فمعظم السكنات تتوفر على كافة التجهيزات وخاصة الثلاجة من أجل حفظ الأطعمة من التلف، وآلة الغسيل والمكيف بسبب ارتفاع درجة الحرارة وامتلاك جهاز الحاسوب والهاتف الأرضي لاستخدام شبكة الانترنت للتواصل مع أفراد عائلاتهم خارج الوطن عبر مواقع التواصل الاجتماعي.

الجدول رقم (24) : عدد الأبناء حسب جنسهم

عدد الأبناء							
المجموع	أربعة أبناء فأكثر	ثلاثة أبناء	ابنين	ابن واحد	دون أبناء		
300	1	25	82	138	54	تكرار	ذكور
%100	0,3	8,3	27,3	46,0	18,0	النسبة %	
300	6	16	71	142	65	تكرار	إناث
%100	2,0	5,3	23,7	47,3	21,7	النسبة %	
600	07	41	153	280	119	تكرار	المجموع
%100	01.2	06.8	25.5	46.7	19.8	النسبة %	

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من أسر المبحوثات لديها ابن واحد فقط وتقدر بـ(46,7%)، في حين سجلت نسبة (25,5%) من أسر المبحوثات التي لديها ابنين، أما الأسر دون أبناء فتمثل نسبة (19,8%)، مقابل نسبة (06,8%) من الأسر التي لديها ثلاث أبناء، وأصغر نسبة (01,2%) من الأسر لديها أربع أبناء فأكثر. أما عدد الأبناء الذكور في أسر الزوجات فمعظم الأسر لديها ابن واحد ذكر فقط وتقدر نسبتهم بـ(46,0%)، في حين سجلت نسبة (27,3%) من أسر المبحوثات التي لديها ابنين ذكور، أما الأسر دون أبناء ذكور فتمثل نسبة (18,0%)، مقابل نسبة (8,3%) من الأسر التي لديها ثلاث أبناء ذكور، وأصغر نسبة (0,3%) من الأسر لديها أربع أبناء ذكور فأكثر.

أما عدد الأبناء الإناث في أسر الزوجات فمعظم الأسر لديها بنت واحد فقط وتقدر نسبتهم بـ (47,3%)، في حين سجلت نسبة (23,7%) من أسر المبحوثات التي لديها بنتين، أما الأسر دون بنات فتمثل نسبة (21,7%)، مقابل نسبة (5,3%) من الأسر التي لديها ثلاث بنات، وأصغر نسبة (2,0%) من الأسر لديها أربع بنات فأكثر.

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية لديها ابن واحد فقط إما ذكرا أو أنثى. ويرجع ذلك إلى تأخر سن الزواج أو تأخر الإنجاب بعد الزواج مباشرة بسبب تناول وسائل منع الحمل قبل الزواج أو بعده، أو بسبب تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية (الفقر، بطالة الزوج أو مرضه، أو ضيق السكن)، وفي الغالب تدهور صحة الزوجة وخاصة إذا تزوجت في سن مبكرة (إجهاض متكرر، وإصابتها بفقر الدم)، أو تأخر سن الزواج مما يتسبب في مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة وخاصة بعد سن الأربعين.

قراءة تحليلية واستنتاج جزئي لمحتوى جداول المحور الأول: من خلال استعراضنا للجداول توصلت الدراسة الميدانية الى مايلي:

- أنه بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية سنهن قبل الزواج كان يراوح من 20 إلى 24 سنة خاصة اللواتي كن يقمن قبل الزواج في الوسط الريفي وبدرجة أقل المقيمات في الوسط الشبه الحضري.
- وأن بالتقريب كل المبحوثات متزوجات ويعشن مع أزواجهن خاصة اللواتي تقل مدة زواجهن عن 05 سنوات أو تفوق عن 15 سنة، في حين هناك عدد قليل جدا ممن هن في حالة انفصال أو طلاق خاصة اللواتي تتراوح مدة زواجهن من 05 إلى 14 سنة.
- وأن أكثر ثلث الأمهات محل الدراسة الميدانية لديهن مستوى تعليمي جامعي أو ثانوي مقابل وجود بالتقريب ثلث أزواجهن ذوي مستوى تعليمي جامعي وثنائوي أيضا.
- وأن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر ماكنهن في البيت في حين أكثر من ثلثي أزواجهن عمال لدى الخواص أو موظفين حكوميين.
- وأن بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يقمن حاليا في الوسط الحضري، وأكثر من ثلثهن كان الموطن الأصلي لهن ولأزواجهن هو الوسط الحضري.
- وأن بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يقمن في سكن مستقل ملك لأسرتهم النووية خاصة المقيمات في الوسط الشبه الحضري والوسط الريفي.
- وأن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن وضعية سكنهن الحالي حول الأجهزة المتوفرة في المسكن بين الثلاجة وآلة الغسل والمكيف الهوائي حتى جهاز الحاسوب.
- وأن بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية لديها ابن واحد فقط إما ذكرا أو أنثى.

ثانيا: عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية:

1- عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية الخاصة بالوعي الصحي والحالة الصحية للأمهات:

جدول رقم(25): رأي المبحوثات في تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية حسب مستواهن التعليمي

المجموع	الإجابة				
	لا	نعم			
24	9	15	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	37,5	62,5	النسبة %		
65	6	59	تكرار	متوسط	
%100	9,2	90,8	النسبة %		
102	6	96	تكرار	ثانوي	
%100	5,9	94,1	النسبة %		
109	15	94	تكرار	جامعي	
%100	13,8	86,2	النسبة %		
300	36	264	تكرار	المجموع	
%100	12,0	88,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
دال (توجد فروق)	0,05	0,00	03	19,18	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية وتقدر نسبتهن ب(88,0%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (94,1%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (90,8%). مقابل نسبة (12,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على المستوى التعليمي للمرأة لا يؤثر على حالتها الصحية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (37,5%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (13,8%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي والمتوسط. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة ب(19,18) وهي دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية لصالح متوسطات المستوى التعليمي. ويعود ذلك إلى أن الزوجات المتعلمات إلى حد ما يمكنهن الحفاظ على صحتهم نتيجة اطلاعهم الدائم على طرق حماية أنفسهن والمتابعة المستمرة لحالتهم الصحية وإتباع التدابير الوقائية والإرشادات الطبية. عكس اللواتي ينفين وجود علاقة بين المستوى التعليمي والحالة الصحية للزوجة وهذا راجع لمعارفهن السابقة لأهم سبل الوقاية والعلاج بالأعشاب ووعيمهن لكيفية المحافظة على صحتهم دون الذهاب للطبيب وتناول الأغذية الصحية المتنوعة (خضروات، ألياف وغيرها من الأغذية الصحية)

على صحتهم الذهاب للطبيب وتناول الأغذية الصحية المتنوعة (خضروات، ألياف،... الخ).

جدول رقم(25): رأي المبحوثات في تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية حسب مستواهن التعليمي

المجموع	في حالة الإجابة بـ "نعم" هل يساعدها ذلك			تكرار	النسبة %	المستوى التعليمي للزوجة
	تلقى معلومات كافية للحفاظ على صحتها	سهولة التعامل مع الأمراض وطرق علاجها	اكتساب ثقافة صحية			
23	8	7	8	تكرار		المستوى التعليمي للزوجة
100	34,8	30,4	34,8	النسبة %		
90	11	33	46	تكرار		متوسط
100	12,2	36,7	51,1	النسبة %		
154	30	51	73	تكرار		ثانوي
100	19,5	33,1	47,4	النسبة %		
159	35	44	80	تكرار		جامعي
100	22,0	27,7	50,3	النسبة %		
426	84	135	207	تكرار		المجموع
100	19,7	31,7	48,6	النسبة %		
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,20	06	8,42	

* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات والتي قدرت بـ (48,6%) يؤكدن على أن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر على حالتها الصحية من خلال اكتسابها للثقافة الصحية خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط والجامعي بنسبة (51,1%-50,3%) على التوالي. في حين سجلت نسبة (31,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر على حالتها الصحية من خلال سهولة تعاملها مع الأمراض وطرق علاجها، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (36,7%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (33,1%). أما نسبة (19,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر على حالتها الصحية من خلال تلقيه المعلومات كافية للحفاظ على صحتها، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (34,8%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (22,0%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول كيفية تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية بين اكتسابها للثقافة الصحية وسهولة تعاملها مع الأمراض وطرق علاجها وتلقين معلومات كافية للحفاظ على صحتها بغض النظر عن مستواهن التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ (8,42) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,20)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير

المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية حسب مستواهن التعليمي. ويفسر ذلك بأن أغلب المتعلّمات (متوسط، ثانوي، جامعي) لديهن ثقافة صحية تؤهلن للتعامل مع الأمراض وطرق معالجتها وأحيانا اللجوء إلى التداوي بالأعشاب التقليدية لما لها من فائدة في القضاء على بعض الأمراض كالحصى واليرقان (الصفير) وضغط الدم.

جدول رقم (26): رأي المبحوثات في تأثير المستوى التعليمي للزوج على حالتهم الصحية حسب مستواهن التعليمي

المجموع	هل يؤثر المستوى التعليمي للزوج على حالتك الصحية؟		تكرار	النسبة %	المستوى التعليمي للزوج
	لا	نعم			
31	7	24	تكرار		ابتدائي
100	22,6	77,4	النسبة %		
79	30	49	تكرار		متوسط
100	38,0	62,0	النسبة %		
92	49	43	تكرار		ثانوي
100	53,3	46,7	النسبة %		
98	76	22	تكرار		جامعي
100	77,6	22,4	النسبة %		
300	162	138	تكرار		المجموع
100	54,0	46,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
دال (توجد فروق)	0,05	0,00	03	42,39	

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن المستوى التعليمي للزوج لا يؤثر على حالتهم الصحية وتقدر نسبتهم بـ (54,0%)، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (77,6%). مقابل نسبة (46,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المستوى التعليمي للزوج يؤثر على حالتهم الصحية، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (77,4%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (62,0%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية المستوى التعليمي للزوج لا يؤثر على حالتهم الصحية خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الجامعي.

وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ (42,39) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المستوى التعليمي للزوج على حالتهم الصحية لصالح اللواتي أزواجهن متعلمين.

ويرجع ذلك أساسا إلى أن أغلب المبحوثات صرحن بأنهن قادرات على اتخاذ قراراتهن الصحية بشكل مستقل مثل زيارة الطبيب أو إتباع نمط حياة صحي . وأيضا دور الزوجة في اتخاذ قرارات صحيحة وخاصة إذا كانت متعلمة وواعية صحيا، فقد تعوض أي نقص في معرفة الزوج مما يقلل من تأثير تعليمه. ولكن في بعض الأحيان قد يكون لمستوى تعليم الزوج تأثير غير مباشر مثل تحسين الوعي الصحي للأسرة، ودعم قرارات صحية أفضل، لكنه ليس العامل الوحيد المحدد لصحة الزوجة.

جدول رقم (27): رأي المبحوثات في كيفية تأثير المستوى التعليمي للزوج على الحالة الصحية للمرأة حسب

مستواهن التعليمي

المجموع	في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف ذلك؟					
	التخوف من عدم الإنجاب والعقم المؤقت	أخذ الدواء دون الوصفة	عدم السماح لك بالذهاب إلى طبيب النساء			
28	3	15	10	تكرار		المستوى التعليمي للزوج
%100	10,7	53,6	35,7	النسبة %	ابتدائي	
56	5	28	23	تكرار		متوسط
%100	8,9	50,0	41,1	النسبة %	ثانوي	
50	6	27	17	تكرار		جامعي
%100	12,0	54,0	34,0	النسبة %	تكرار	
35	10	15	10	تكرار		المجموع
%100	28,6	42,9	28,6	النسبة %	تكرار	
169	24	85	60	تكرار		المجموع
%100	14.2	50.3	35.5	النسبة %	تكرار	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,22	06	8,17	

* عدد الإجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع المجيبين بنعم فقط.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن المستوى التعليمي للزوج يؤثر على حالتهم الصحية من خلال عدم السماح لهن بأخذ الدواء دون الوصفة وتقدر نسبتهن بـ(50.3%)، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (54,0%) وذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (53,6%). في حين سجلت نسبة (35.5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المستوى التعليمي للزوج يؤثر على حالتهم الصحية من خلال عدم السماح لهن بالذهاب إلى طبيب النساء، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (41,1%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (35,7%).

أما نسبة (14.2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المستوى التعليمي للزوج يؤثر على حالتهن الصحية من خلال التخوف من عدم إنجابهن والعقم المؤقت، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (28,6%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول تأثير المستوى التعليمي للزوج على حالتهن الصحية من خلال معارضتهن لأخذهن الدواء دون الوصفة وعدم السماح لهن بالذهاب إلى طبيب النساء والتخوف من عدم إنجابهن والعقم المؤقت بغض النظر عن المستوى التعليمي لأزواجهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة كاس المقدرة ب(8,17) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,22)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المستوى التعليمي للزوج على حالتهن الصحية حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.

ويرجع ذلك أساساً إلى المعتقدات الثقافية والاجتماعية للأسرة، فالأزواج ذوو التعليم المحدود قد يكونون أكثر تمسكاً بعادات تمنع المرأة من التوجه للطبيب، خصوصاً إذا كان الطبيب رجلاً. وعلى العكس من ذلك إذا كان الزوج المتعلم غالباً ما يكون أكثر مرونة في قبول الرعاية الطبية الحديثة مقارنة بمن يعتمد على الموروثات التقليدية فقط. وأيضاً مسألة السيطرة في اتخاذ القرار بين الزوجين حيث يمكن للأزواج أقل تعليماً أكثر تحكماً في قرارات الزوجة الصحية، عكس الزوج المتعلم غالباً ما يكون أكثر تقبلاً لمشاركة القرار الطبي مع زوجته/ مما يساهم في تحسين صحتها. ويرجع أيضاً إلى أن أغلب الأزواج ذو مستوى اقتصادي ضعيف ولديهن أفكار سابقة بأنه يمكن الشفاء بأخذ الدواء دون وصفة أو الظروف المحيطة بالأسرة لا تسمح بزيارة الطبيب واللجوء إلى التداوي بالأعشاب. وفي المقابل الإجابات التي تؤكد بأن طريقة تأثير المستوى التعليمي للزوج على حالتهن الصحية هي التخوف من عدم الإنجاب والعقم المؤقت فأغلب الأزواج عندهم تخوف شديد من اكتشاف أن العقم لديهم أو أسباب نفسية أو مرضية تخصهم كسرطان البروستات وغيرها. ونستنتج مما سبق أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج زادت فرص حصول الزوجة على رعاية صحية أفضل، وذلك من خلال تقليل المعارضة لاستخدام الأدوية الموصوفة طبيًا وتشجيعها على الذهاب للطبيب عند الحاجة. أما الأزواج الأقل تعليماً فقد يكونون أكثر عرضة لمنع زوجاتهم من زيارة الأطباء أو استخدام الأدوية بطريقة غير صحيحة، مما يؤثر سلباً على صحة الأمهات.

جدول رقم (28): رأي المبحوثات في تأثير المعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة حسب حالتهم العائلية

المجموع	هل تؤثر المعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة؟		تكرار	متزوجة	الحالة العائلية
	لا	نعم			
278	45	233	تكرار		
%100	16,2	83,8	النسبة%		
11	0	11	تكرار	في حالة انفصال	
%100	0,0	100	النسبة%		
11	2	9	تكرار	مطلقة	
%100	18,2	81,8	النسبة%		
300	47	253	تكرار		المجموع
%100	15,7	84,3	النسبة%		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,34	02	2,15	

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن المعاملة السيئة للزوج تؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية للمرأة وتقدر نسبتهم بـ(84,3%)، نجد منهن كل المنفصلات عن أزواجهن بنسبة (100%). مقابل نسبة (15,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المعاملة السيئة للزوج لا تؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية للمرأة، خاصة المطلقات بنسبة (18,2%) واللواتي يعشن مع أزواجهن بنسبة (16,2%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن حالتهم العائلية يؤكدن على أن المعاملة السيئة للزوج تؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية للمرأة. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ(2,15) وهي غير دالة عند درجات الحرية (02) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,34)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة حسب حالتهم العائلية. ويرجع ذلك إلى عدم التفاهم بين الزوجين وتدخل أهل الزوج في الغالب أو بسبب تماطل الزوج عن أداء واجباته اتجاه زوجته أو بسبب عدم تفهم الزوجة لظروف زوجها أو لأسباب أخرى. وبذلل فإن معاملة الزوجة تؤثر بشكل مباشر على الصحة النفسية والجسدية للمرأة وخاصة في حالة الإهمال العاطفي، القسوة، التجاهل أو الإهانة فقد يؤدي إلى مشكلات نفسية خطيرة كالقلق والتوتر المستمر بسبب عدم الشعور بالأمان وعدم التقدير، والاكتئاب وانخفاض الثقة بالنفس واضطرابات النوم والعزلة الاجتماعية كأن تفقد الرغبة في التفاعل مع الآخرين بسبب سوء المعاملة.

جدول رقم(29): رأي المبحوثات في الجوانب التي تؤثر فيها المعاملة السيئة للزوج على زوجته حسب

حالتهم العائلية

المجموع	إذا كانت الإجابة بنعم، ما هي؟					
	كثرة الخلافات الزوجية	الحرمان العاطفي	العنف الجسدي			
322	206	63	53	تكرار	متزوجة	الحالة العائلية
%100	64,0	19,6	16,5	النسبة%		
23	10	7	6	تكرار	في حالة انفصال	مطلقة
%100	43,5	30,4	26,1	النسبة%		
16	9	1	6	تكرار		المجموع
%100	56,3	6,3	37,5	النسبة%		
361	225	71	65	تكرار		قيمة كا ²
%100	62.3	19.7	18	النسبة%		
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,06	04	9,00	

* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن المعاملة السيئة للزوج تؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية للمرأة من خلال كثرة الخلافات الزوجية وتقدر نسبتهن ب(62.3%)، خاصة اللواتي يعشن مع أزواجهن نسبة (64,0%). في حين سجلت نسبة (19.7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المعاملة السيئة للزوج تؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية للمرأة من خلال الحرمان العاطفي، خاصة المنفصلات عن أزواجهن بنسبة (30,4%). أما نسبة (18%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المعاملة السيئة للزوج تؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية للمرأة من خلال العنف الجسدي، خاصة المطلقات بنسبة (37,5%) والمنفصلات عن أزواجهن بنسبة (26,1%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن حالتهم العائلية يؤكدن على أن المعاملة السيئة للزوج تؤثر سلبا على الصحة النفسية والجسدية للمرأة من خلال كثرة الخلافات الزوجية.

وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة ب(9,00) وهي غير دالة عند درجات الحرية (04) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,06)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول التأثير السلبي للمعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة من خلال كثرة الخلافات الزوجية حسب حالتهم العائلية.

ويعود ذلك إلى فارق السن الكبير أو إكراه أهل الفتاة لزوجها من الأقارب أو شخص معين دون أخذ مشورتها أو ندهور المستوى الاجتماعي والاقتصادي للزوج وخاصة في حالة السكن مع أهل الزوج أو تسديد تكاليف الكراء الباهظة أو بطالة الزوج أو تدخل أهل الزوج في علاقة الزوجين وأحيانا بسبب الخيانة الزوجية من إحدى الطرفين. وأيضا يتجسد التأثير السلبي لكثرة الخلافات حسب الحالة العائلية من خلال المرأة التي لديها أطفال تشعر بالقلق المستمر والضغط العصبي الناتج عن تربية الأطفال وسط مشاكل الزوجية. والإرهاق المزمن والآلام في الظهر والعضلات بسبب الإجهاد العاطفي والجسدي. والمرأة المتزوجة حديثا تشعر بالإحباط والندم على الزواج، فقدان الثقة بالنفس. واضطرابات النوم وفقدان أو زيادة الوزن بسبب التوتر. والمرأة في أسرة ممتدة تشعر بالتوتر والقلق والشعور بالضغط من تحمل المسؤوليات المتعددة، والإحساس بالعزلة إذا لم تجد دعما من الأسرة. وتظل الخلافات أمر طبيعي بين الأزواج ولكن إذا أصبحت دائمة ومؤذية، فقد تؤدي إلى أضرار نفسية وجسدية خطيرة تحتاج إلى تدخل لحماية المرأة من آثارها السلبية.

جدول رقم (30): رأي المبحوثات في مساعدة متابعة البرامج الإعلامية في المحافظة على حالتهم الصحية حسب

مستواهن التعليمي

المجموع	هل تساعدك متابعة البرامج الإعلامية في المحافظة على حالتك الصحية؟		المجموع	المتوسط	النسبة %
	لا	نعم			
24	5	19	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
100	20,8	79,2	النسبة %	متوسط	
65	5	60	تكرار	ثانوي	
100	7,7	92,3	النسبة %	جامعي	
102	8	94	تكرار	المجموع	
100	7,8	92,2	النسبة %		
109	6	103	تكرار		
100	5,5	94,5	النسبة %		
300	24	276	تكرار		
100	8,0	92,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,09	03	6,30	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن متابعة البرامج الإعلامية يساعدهن في المحافظة على حالتهم الصحية بنسبة (92,0%)، خاصة عند ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (94,5%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (92,3%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (92,2%). مقابل نسبة (8,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن متابعة البرامج الإعلامية لا

يساعدهن في المحافظة على حالتهم الصحية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (20,8%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن متابعة البرامج الإعلامية يساعدهن في المحافظة على حالتهم الصحية بغض النظر عن مستواهن التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة كآ² المقدرة ب(6,30) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,09)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول مساعدة متابعة البرامج الإعلامية في المحافظة على حالتهم الصحية حسب مستواهن التعليمي. ويعود ذلك إلى التأثير النفسي والسلبي لبعض محتويات البرامج الإعلامية التي قد تثير القلق والتوتر لدى الأمهات بدلا من تقديم حلول عملية، وأيضا الجلوس لفترات طويلة لمتابعة تلك البرامج والتي تقلل من النشاط البدني، مما يؤثر على الصحة، وفكرة الاختلاف بين النظرية و التطبيق حتى لو قدمت البرامج نصائح جيدة، قد يكون من الصعب على الأمهات تطبيقها في حياتهن بسبب ضغوط العمل والأسرة. وفي حالة المعلومات غير موثوقة لان بعض البرامج قد تقد نصائح صحية غير دقيقة أو غير مستندة إلى مصادر علمية موثوقة مما قد يؤدي إلى ممارسات خاطئة.

جدول رقم (31): نوع البرامج المتبعة من قبل المبحوثات حسب مستواهن التعليمي

المجموع	في حالة الإجابة ب"نعم"، حددي نوع البرامج			تكرار	المستوى التعليمي للزوجة
	برامج صحية	برامج دينية	برامج تثقيفية		
30	11	11	8	تكرار	ابتدائي
%100	36,7	36,7	26,7	النسبة %	
101	47	24	30	تكرار	متوسط
%100	46,5	23,8	29,7	النسبة %	
174	76	32	66	تكرار	ثانوي
%100	43,7	18,4	37,9	النسبة %	
200	87	43	70	تكرار	جامعي
%100	43,5	21,5	35,0	النسبة %	
505	221	110	174	تكرار	المجموع
%100	43,8	31,8	34,4	النسبة %	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كآ ²
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,36	06	6,50

* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أنهن يتبعن البرامج الصحية وتقدر ب(43,8%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (46,5%)، في حين سجلت نسبة (34,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أنهن يتبعن البرامج التثقيفية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (37,9%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (35,0%).

أما نسبة (31,8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أنهن يتبعن البرامج الدينية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (36,7%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول البرامج التي يتبعنهن بين البرامج الصحية والتثقيفية والدينية بغض النظر عن مستواهن التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(6,50) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,36)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول أنواع البرامج المتبعة حسب مستواهن التعليمي. وهذا ما فسرتة الباحثة بمدى أهمية تلك البرامج في تزويد النساء بالنصائح والإرشادات الطبية التي يطبقونها في حياتهم اليومية داخل المنازل وخارجها، وذلك بهدف المحافظة على صحتهم وصحة أبنائهم وأسره من خلال الوقاية المستمرة (النظافة الشخصية، التعقيم، الفحص الدوري كل ثلاثة أشهر... الخ).

جدول رقم (32): رأي المبحوثات في مدى تأثير المستوى التعليمي للمرأة في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية

حسب مستواهن التعليمي

المجموع	حسب رأيك، هل يؤثر المستوى التعليمي للمرأة في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية؟				
	لا	نعم			
24	4	20	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	16,7	83,3	النسبة %		
65	2	63	تكرار	متوسط	
%100	3,1	96,9	النسبة %		
102	5	97	تكرار	ثانوي	
%100	4,9	95,1	النسبة %		
109	1	108	تكرار	جامعي	
%100	0,9	99,1	النسبة %		
300	12	288	تكرار	المجموع	
%100	4,0	96,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة χ^2	
دال (توجد فروق)	0,05	0,00	03	13,08	

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية وتقدر نسبتهم ب(96,0%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (99,1%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (96,9%). مقابل نسبة (0,9%) من المبحوثات اللواتي

يؤكد على أن المستوى التعليمي للمرأة لا يؤثر في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (16,7%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (4,9%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي والمتوسط. وما يؤكد ذلك هي قيمة كآ² المقدرة ب(13,08) وهي دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المستوى التعليمي للمرأة في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية لصالح ذوي المستوى التعليمي الجامعي والمتوسط. وذلك بنسبة أكبر لدى المبحوثات ذو المستوى التعليمي الجامعي والمتوسط والثانوي وهذا ما فسرتة الباحثة من خلال قراءتها النظرية على ضرورة تحصيل المرأة لمستويات تعليمية لا بأس بها لكي تؤهلها للاطلاع المستمر والواعي بأهمية المعلومات الطبية (الوقائية والعلاجية) وممارستها في حياتها اليومية من أجل المحافظة على صحتها وصحة أبنائها وأسرتها. وأيضا يتوضح تأثير المستوى التعليمي للنساء من خلال زيادة الوعي الصحي لان النساء المتعلمات يمتلكن قدرة أكبر على متابعة المعلومات الصحية من مصادر موثوقة وفهم نصائح الأطباء والبرامج الصحية. وأيضا تحسين اتخاذ قرارات صحية وزيادة التفاعل مع وسائل الإعلام الصحية. مع العلم أن النساء المتعلمات يملن لاستخدام الانترنت ومتابعة المواقع الطبية الموثوقة للحصول على النصائح الصحية والإخبار المستجدة في مجال الصحة.

جدول رقم (33): مصدر اطلاع المبحوثات على المعلومات الطبية حسب مستواهن التعليمي

المجموع	في حالة الإجابة بـ "نعم"، من أين تطلعين على المعلومات الطبية				تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
	الأطباء	مواقع التواصل الاجتماعي	المواقع الصحية	وسائل الاتصال والإعلام			
26	18	0	6	2	تكرار		
%100	69,2	0,0	23,1	7,7	النسبة %		
98	50	14	12	22	تكرار	متوسط	
%100	51,0	14,3	12,2	22,4	النسبة %		
183	75	27	38	43	تكرار	ثانوي	
%100	41,0	14,8	20,8	23,5	النسبة %		
201	73	31	41	56	تكرار	جامعي	
%100	36,3	15,4	20,4	27,9	النسبة %		
508	216	72	97	123	تكرار		المجموع
%100	42.5	14.2	19.1	24.2	النسبة %		
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية			قيمة كا ²
	دال (توجد فروق)	0,05	0,02	09			19,16

* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن الأطباء هم مصدر اطلاعهن على المعلومات الطبية وتقدر بـ (42.5%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (69,2%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (51,0%). في حين سجلت نسبة (24.2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن وسائل الاتصال والإعلام هي مصدر اطلاعهن على المعلومات الطبية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (27,9%). وتليها نسبة (19.1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المواقع الصحية هي مصدر اطلاعهن على المعلومات الطبية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (23,1%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (20,8%). أما نسبة (14.2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مواقع التواصل الاجتماعي هي مصدر اطلاعهن على المعلومات الطبية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (15,4%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (14,8%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن الأطباء هم مصدر اطلاعهن على المعلومات الطبية خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط.

وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ (19,16) وهي دالة عند درجات الحرية (09) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,02)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول كون الأطباء هم مصدر اطلاعهن على المعلومات الطبية لصالح ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط.

ويرجع ذلك إلى أن طريقة الحصول على المعلومات الطبية حسب المستوى التعليمي لأفراد العينة تتم عبر مصادر متنوعة (وسائل الاتصال والإعلام، المواقع الصحية، مواقع التواصل الاجتماعي، الأطباء) وتباين حسب قدرة النساء على فهم المحتوى. فإن الغالبية العظمى من النساء وخاصة ذو المستوى التعليمي الثانوي والجامعي تلجا إلى الأطباء والمتخصصين في المجال الطبي للحصول على المعلومات الطبية التي تفيدها في المحافظة على صحتها وصحة أبنائها وأسرتها وأحيانا تقديم نصائح لأقربائها وعائلتها الممتدة. وعلى العكس من ذلك نجد ذو المستوى الابتدائي والمتوسط في الغالب يلجان إلى مصادر مبسطة كمقاطع الفيديو التوعوية والمقالات التي تشرح المفاهيم الصحية الأساسية بلغة سهلة. مثل المواقع العامة أو مواقع الجمعيات الصحية المحلية.

جدول رقم (34): مدى اعتماد المبحوثات على المعلومات الطبية التي يطالعهن في حل مشكلة صحية ما حسب

مستواهن التعليمي

المجموع	بعد اطلاعك على المعلومات الطبية، هل اعتمدت عليها في حل مشكلة صحية ما؟				
	لا	نعم			
24	6	18	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	25,0	75,0	النسبة %		
65	5	60	تكرار	متوسط	
%100	7,7	92,3	النسبة %		
102	16	86	تكرار	ثانوي	
%100	15,7	84,3	النسبة %		
109	14	95	تكرار	جامعي	
%100	12,8	87,2	النسبة %		
300	41	259	تكرار	المجموع	
%100	13,7	86,3	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,17	03	4,99	

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على اعتمادهن على المعلومات الطبية التي يطالعهن في حل مشكلة صحية ما وتقدر نسبتهن بـ(86,3%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط الثانوي الجامعي بنسبة (92,3%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (87,2%). مقابل نسبة (13,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم اعتمادهن على المعلومات الطبية التي يطالعهن في حل مشكلة صحية ما، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (25,0%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (15,7%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على اعتمادهن على المعلومات الطبية التي يطالعهن في حل مشكلة صحية ما بغض النظر عن مستواه التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة ب(4,99) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,17)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول اعتمادهن على المعلومات الطبية التي يطالعهن في حل مشكلة صحية ما حسب مستواه التعليمي. وهذا ما فسرتة الباحثة أن أغلب النساء تعتمد على المعلومات الطبية التي يطالعهن لحل مشاكل صحية بشكل متفاوت بناء على مستواه التعليمي. فالمرأة ذات المستوى التعليمي المرتفع قد تكون أكثر قدرة على تقييم المعلومات الطبية بشكل نقدي وفهم المصادر الموثوقة من غيرها. كما أن التعليم العالي قد يعزز قدرتهن على استخدام مصادر طبية معترف بها أو استشارة محترفين صحيين عند الحاجة. وعلى العكس من ذلك نجد النساء ذات المستوى التعليمي المنخفض فقد يكن أكثر عرضة للاعتماد على المعلومات الطبية غير دقيقة أو غير موثوقة من الانترنت أو المصادر غير المتخصصة، مما قد يؤدي إلى اتخاذ قرارات صحية غير سليمة. وهنا لابد من زيادة الوعي الصحي وتوفير التدريب على كيفية الوصول للمعلومات الطبية الموثوقة مما يساعد النساء في اتخاذ قرارات صحية أفضل بغض النظر عن مستواه التعليمي.

جدول رقم(35): كيف ساعدت المعلومات الطبية التي تطالعهن المبحوثات حسب مستواه التعليمي

المجموع	في حالة الإجابة ب"نعم": كيف كان ذلك؟			تكرار	النسبة%	المستوى التعليمي للزوجة
	معا	اكتشاف نوع المرض والوقاية من تطوره	توجهك إلى طبيب مختص			
18	2	5	11	تكرار	الابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	11,1%	27,8	61,1	النسبة%	المتوسط	
60	3	9	48	تكرار	المتوسط	
%100	5,0%	15,0	80,0	النسبة%	المتوسط	
86	9	11	66	تكرار	ثانوي	
%100	10,5%	12,8	76,7	النسبة%	ثانوي	
95	7	16	72	تكرار	جامعي	
%100	7,4%	16,8	75,8	النسبة%	جامعي	
259	21	41	197	تكرار	المجموع	
%100	8,1%	15,8	76,1	النسبة%	المجموع	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,61	06	4,43	

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن المعلومات الطبية التي يطالعهن تساعدهن في التوجه إلى طبيب مختص وتقدر نسبتهم ب(76,1%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة

(80,0%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (76,7%). في حين سجلت نسبة (15,8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المعلومات الطبية التي يطالعهن تساعدهن في اكتشاف نوع المرض والوقاية من تطوره، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (27,8%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (16,8%). أما نسبة (8,1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن المعلومات الطبية التي يطالعهن تساعدهن في كل من التوجه إلى طبيب مختص وفي اكتشاف نوع المرض والوقاية من تطوره، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (11,1%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (10,5%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن المعلومات الطبية التي يطالعهن تساعدهن في التوجه إلى طبيب مختص بغض النظر عن مستواه التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة ب(4,43) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,61)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول مساعدة المعلومات الطبية التي يطالعهن في التوجه إلى طبيب مختص حسب مستواه التعليمي.

وهذا ما فسرتة الباحثة بأن للمستوى التعليمي للزوجات تأثير كبير في اطلاعهن على المعلومات الطبية والتي بدورها تساعدهن في حل بعض المشكلات الصحية (ضغط الدم، داء السكري، مرض القلب، الجهاز التنفسي... الخ) من خلال التوجه إلى طبيب مختص من أجل الفحص الدوري كل ثلاثة أشهر وإجراء تحاليل طبية للتأكد من سلامة الشخص، أما اللواتي أجبن بأن اطلاعهن على المعلومات الطبية تساعدهن في اكتشاف نوع المرض والوقاية من تطوره وخاصة في حالة الشك وظهور بعض أعراض المرض كالحمى والإسهال المفاجئ.

جدول رقم (36): معرفة المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات) حسب مستواهن

التعليمي

المجموع	هل سبق لك وأن سمعت عن تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات)؟		تكرار	النسبة %	المستوى التعليمي للزوجة
	لا	نعم			
24	4	20	تكرار		المستوى التعليمي للزوجة
%100	16,7	83,3	النسبة %		
65	1	64	تكرار		
%100	1,5	98,5	النسبة %		
102	9	93	تكرار		
%100	8,8	91,2	النسبة %		
109	10	99	تكرار		
%100	9,2	90,8	النسبة %		
300	24	276	تكرار		المجموع
%100	8,0	92,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,09	03	6,43	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على معرفتهن بمسألة تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات) وتقدر نسبتهن بـ (92,0%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (98,5%). مقابل نسبة (8,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم معرفتهن بمسألة تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (16,7%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (9,2%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على معرفتهن بمسألة تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات) بغض النظر عن مستواهن التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ (6,43) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,09)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول معرفتهن بمسألة تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات) حسب مستواهن التعليمي. وهذا ما فسرتة الباحثة على أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة زادت قدرتها على اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتها الإنجابية مما يؤدي بدوره إلى زيادة الوعي بضرورة استخدام وسائل تنظيم الأسرة وأيضا تحسين صحة الأم والطفل فالنساء المتعلمات يملن إلى إنجاب عدد أقل من الأطفال، مما يقلل مخاطر المضاعفات الصحية. كما يحقق لها الاستقلالية الاقتصادية فالتعليم يفتح أمام المرأة فرص عمل، مما يجعلها أكثر قدرة على التخطيط الأسري وفقا لإمكاناتها المادية وأيضا خفض الزواج المبكر، حيث كلما

ارتفع مستوى تعليم المرأة تأخر سن الزواج، مما ينعكس إيجاباً على تقليل عدد الولادات وتحسين صحة الأسرة.

جدول رقم(37): مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة حسب مستواهن التعليمي

المجموع	في حالة الإجابة بـ "نعم": من أين سمعت بذلك						
	الأصدقاء	الأقارب	وسائل الإعلام	الطبيب المعالج	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
29	1	14	1	13	تكرار		
%100	3,4%	48,3%	3,4%	44,8%	النسبة %		
102	5	45	8	44	تكرار	متوسط	
%100	4,9%	44,1%	7,8%	43,1%	النسبة %		
164	21	62	26	55	تكرار	ثانوي	
%100	12,8%	37,8%	15,9%	33,5%	النسبة %		
195	29	61	42	63	تكرار	جامعي	
%100	14,9%	31,3%	21,5%	32,3%	النسبة %		
490	56	182	77	175	تكرار	المجموع	
%100	11.5%	37.1%	15.7%	35.7%	النسبة %		
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²		
	دال (توجد فروق)	0,05	0,00	09	25,94		
* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.							

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة هم الأقارب بتقدير (37.1%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (48,3%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (44,1%). وتلهم نسبة (35.7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة هو الطبيب المعالج، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (44,8%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (43,1%). في حين سجلت نسبة (15.7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة هي وسائل الإعلام، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (21,5%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (15,9%). أما نسبة (11.5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة هم الأصدقاء، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (14,9%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (12,8%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من ثلث الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة هم الأقارب أو الطبيب المعالج خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ (25,94) وهي دالة عند درجات الحرية (09) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات الأمهات حول

كون مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة هم الأقارب أو الطبيب المعالج لصالح ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط.

وهو ما فسرتة الباحثة على أن مصدر سماع المرأة لمسألة تنظيم الأسرة يعتمد على مستواها التعليمي، حيث تؤثر العوامل التعليمية على كيفية وصول المعلومات إليها وفهمها. وتشير العديد من الدراسات إلى أن النساء ذوات المستويات التعليمية المختلفة يحصلن على معلومات تنظيم الأسرة من مصادر متنوعة (الانترنت، وسائل التواصل الاجتماعي، المؤسسات الصحية، المجتمع والتواصل الشخصي، البرامج التوعوية والمنظمات غير الحكومية).

** ويرجع ذلك أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة زادت احتمالية اعتمادها على مصادر موثوقة، مثل الأطباء والمصادر الرقمية، بينما تعتمد النساء الأقل تعليماً بشكل أكبر على وسائل الإعلام التقليدية والتواصل الشخصي من خلال تلقي المشورة من الأقارب والأمهات والأصدقاء.

جدول رقم (38): بداية استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل حسب سنهن عند الزواج

المجموع	منذ متى بدأت تستخدمين وسائل منع الحمل؟					تكرار	أقل من 20 سنة	سن المرأة عند الزواج
	لا تستعملها	بعد الحمل الثالث	بعد الحمل الثاني	بعد الحمل الأول	بعد الزواج مباشرة			
37	1	0	3	28	5	تكرار	أقل من 20 سنة	سن المرأة عند الزواج
%100	2,7	0,0	8,1	75,7	13,5	النسبة%		
131	5	5	25	88	8	تكرار	من 20 إلى 24 سنة	
%100	3,8	3,8	19,1	67,2	6,1	النسبة%		
95	4	3	16	62	10	تكرار	من 25 إلى 29 سنة	
%100	4,2	3,2	16,8	65,3	10,5	النسبة%		
32	4	0	3	21	4	تكرار	من 30 إلى 34 سنة	
%100	12,5	0,0	9,4	65,6	12,5	النسبة%		
4	0	0	0	3	1	تكرار	من 35 إلى 39 سنة	
%100	0,0	0,0	0,0	75,0	25,0	النسبة%		
1	0	0	0	1	0	تكرار	40 سنة فأكثر	
%100	0,0	0,0	0,0	100	0,0	النسبة%		
300	14	8	47	203	28	تكرار	المجموع	
%100	4,7%	2,7%	15,7%	67,7%	9,3%	النسبة%		
		القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		قيمة ك ²	
		غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,70	20		16,13	

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على استخدامهن لوسائل منع الحمل بعد الحمل الأول وتقدر نسبتهن بـ(67,7%)، نجد منهن كاللواتي سنهن 40 سنة فأكثر بنسبة (100%) واللواتي يقل سنهن

عن 20 سنة بنسبة (75,7%) في حين سجلت نسبة (15,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على استخدامهن لوسائل منع الحمل بعد الحمل الثاني، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (19,1%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (16,8%). مقابل نسبة (9,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على استخدامهن لوسائل منع الحمل بعد الزواج مباشرة، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 35 إلى 39 سنة بنسبة (25,0%) واللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (12,5%). أما نسبة (4,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم استخدامهن لوسائل منع الحمل منذ الزواج، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (12,5%) في حين نسبة (2,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على استخدامهن لوسائل منع الحمل بعد الحمل الثالث، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (3,8%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (3,2%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على استخدامهن لوسائل منع الحمل بعد الحمل الأول بغض النظر عن سنهن عند الزواج. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة بـ (16,13) وهي غير دالة عند درجات الحرية (20) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,70)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول استخدامهن لوسائل منع الحمل بعد الحمل الأول حسب سنهن عند الزواج.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن بداية استخدام المرأة لوسائل منع الحمل يعتمد على عوامل عديدة: منها سن الزواج، التخطيط الأسري، الحالة الصحية. وأ النساء المتزوجات في سن مبكرة أقل من 20 سنة غالبا لا يبدأن باستخدام وسائل منع الحمل بعد الزواج مباشرة، وخاصة في المجتمعات التي تفضل الإنجاب المبكر. ولكن نجد بعضهن يلجأن إلى بعض الوسائل مثل الحبوب أو الواقي الذكري بعد الطفل الأول. بينما النساء المتزوجات بين 20 و30 سنة هي الأكثر استخداما لتلك الوسائل، خصوصا إذا كانت لديهن خطط التأجيل أو المباشرة بين الولادات. تشمل الوسائل الشائعة الحبوب، اللولب، الحقن الهرمونية. في حين أن فئة النساء بعد 30 سنة فما أكبر يكون لديهن تصور واضح عن عدد الأطفال المرغوب فيه، مما يزيد استخدام وسائل منع الحمل طويلة الأمد مثل اللولب وحتى الوسائل الدائمة مثل ربط الأنابيب.

ويرجع ذلك إلى اختلاف نمط الاستخدام حسب العوامل الثقافية والاقتصادية والاجتماعية والتعليمية، في الغالب تميل كل النساء المتعلمات والمستقلات اقتصاديا إلى استخدام وسائل منع الحمل بانتظام مقارنة بغيرهن من النساء.

جدول رقم(39): الوسيلة التي تستخدمها المبحوثات للمباعدة بين الولادات حسب العدد الإجمالي لأطفالهن

المجموع	ما هي الوسيلة التي تستخدمها للمباعدة بين ولاداتك؟								
	الطريقة الطبيعية	الواقي الذكري	الرضاعة الطبيعية	اللؤلؤ	الحقن	الحبوب			
63	7	3	1	1	3	48	تكرار	طفل واحد	العدد الإجمالي للأطفال
%100	11,1	4,8	1,6	1,6	4,8	76,2	النسبة%		
85	9	3	6	3	1	63	تكرار	طفلين	
%100	10,6	3,5	7,1	3,5	1,2	74,1	النسبة%		
86	4	4	2	1	4	71	تكرار	ثلاثة أطفال	
%100	4,7	4,7	2,3	1,2	4,7	82,6	النسبة%		
52	4	0	3	3	0	42	تكرار	أربعة أطفال فأكثر	
%100	7,7	0,0	5,8	5,8	0,0	80,8	النسبة%		
286	24	10	12	8	8	224	تكرار	المجموع	
%100	8,4	3,5	4,2	2,8	2,8	78,3	النسبة%		
		القرار	مستوى الخطأ		مستوى الدلالة		درجات الحرية		قيمة ك ²
غير دال (لا توجد فروق)		0,05		0,36		15		16,24	

* عدد الاجابات أصغر من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي يستعملن وسائل منع الحمل فقط.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على استخدامهن للحبوب كالوسيلة للمباعدة بين الولادات وتقدر نسبتهن ب(78,3%)، خاصة اللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (82,6%) واللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (80,8%). في حين سجلت نسبة (8,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على استخدامهن للطريقة الطبيعية أي العزل كالوسيلة للمباعدة بين الولادات، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (11,1%) واللواتي لديهن ابنتين بنسبة (10,6 %). وتلها نسبة (4,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على استخدامهن للرضاعة الطبيعية كالوسيلة للمباعدة بين الولادات، خاصة اللواتي لديهن ابنتين بنسبة (7,1%) واللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (5,8 %). مقابل نسبة (3,5 %) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على استخدام أزواجهن للواقي الذكري كالوسيلة للمباعدة بين الولادات، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (4,8%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (4,7%). في حين سجلت نسبة (2,8 %) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على استخدامهن للحقن كالوسيلة للمباعدة بين الولادات، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (4,8%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (4,7%). أما نسبة (2,8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على استخدامهن للؤلؤ كالوسيلة للمباعدة بين الولادات، خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (5,8) واللواتي لديهن ابنتين فأكثر بنسبة (3,5%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على استخدامهن للحبوب كالوسيلة للمباعدة بين الولادات بغض النظر عن عدد أبنائهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(16,24) وهي غير دالة عند درجات الحرية (15) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,36)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول استخدامهن للحبوب كالوسيلة للمباعدة بين الولادات حسب عدد أبنائهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن المباعدة بين الولادات تستخدم وسائل منع الحمل بناء على فعاليتها ومدى ملاءمتها للمرأة ومن بين الوسائل الهرمونية: حبوب منع الحمل، الحقن الهرمونية واللولب الهرموني وهناك وسائل غير هرمونية كاللولب النحاسي والواقي الذكري أو الأثوي والطرق الطبيعية ^{**} ويرجع ذلك إلى أن هناك عوامل تؤثر على العدد الإجمالي للأطفال، حيث نجد أن وسائل منع الحمل وزيادة الوعي الصحي يساعدان في تقليل عدد الأطفال لكل أسرة في المجتمعات التي تشجع على تنظيم الأسرة يكون متوسط أقل مقارنة بالمناطق التي تفتقر إلى وسائل منع الحمل أو الوعي الكافي بها وغالبا ما يكون العدد المثالي للأبناء مرتبطا بالعوامل الاقتصادية والاجتماعية والتعليمية، حيث تميل الأسر المتعلمة إلى إنجاب عدد أقل من الأطفال مع تركيز أكبر على جودة التربية والتعلي

جدول رقم(40): أثر استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل على حالتهم الصحية حسب نوع الوسيلة

المستخدمة

المجموع	هل استخدامك لتلك الوسيلة له أثر على حالتك الصحية؟		تكرار	النسبة %	نوع الوسيلة
	لا	نعم			
224	27	197	تكرار		الحبوب
100%	12,1	87,9	النسبة %		
8	1	7	تكرار		الحقن
100%	12,5	87,5	النسبة %		
8	1	7	تكرار		اللولب
100%	12,5	87,5	النسبة %		
12	11	1	تكرار		الرضاعة الطبيعية
100%	91,7	8,3	النسبة %		
10	10	0	تكرار		الواقي الذكري
100%	100,0	0,0	النسبة %		
24	23	1	تكرار		الطريقة الطبيعية
100%	95,8	4,2	النسبة %		
286	73	213	تكرار		المجموع
100%	25,5	74,5	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة χ^2	
دال (توجد فروق)	0,05	0,00	05	142,01	

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على وجود آثار لاستخدامهن وسائل منع الحمل على حالتهن الصحية وتقدر نسبتهن بـ(74,5%)، خاصة اللواتي يستخدمن الحبوب كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (87,9 %) واللواتي يستخدمن كل من الحقن واللولب كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (87,5 %) .مقابل نسبة (25,5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم وجود آثار لاستخدامهن وسائل منع الحمل على حالتهن الصحية، نجد منهن كل اللواتي يستخدمن أزواجهن الواقي الذكري كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (100,0 %) واللواتي يستخدمن الطريقة الطبيعية (العزل) كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (95,8 %) واللواتي يستخدمن الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (91,7%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على وجود آثار لاستخدامهن وسائل منع الحمل على حالتهن الصحية، خاصة اللواتي يستخدمن الحبوب وكذا اللواتي يستخدمن الحقن واللولب. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة بـ(142,01) وهي دالة عند درجات الحرية (05) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول وجود آثار لاستخدامهن وسائل منع الحمل على حالتهن الصحية لصالح اللواتي يستخدمن الحبوب كوسيلة لمنع الحمل وكذا اللواتي يستخدمن الحقن واللولب.

ويرجع ذلك إلى أن بعض وسائل منع الحمل كالحبوب واللولب والواقي الذكري والحاجز والحقن الهرمونية لها فوائد صحية مثل تنظيم الدورة الشهرية وتقليل مخاطر بعض الأمراض، وهناك وسائل أخرى قد تسبب آثارا جانبية مثل التقلبات الهرمونية واضطرابات الدورة الشهرية والحساسية وزيادة تقلصات الرحم وحدوث نزيف غير منتظم في الأشهر الأولى واحتمال الإصابة بالعدوى أو انزلاق اللولب من مكانه. وهنا ينبغي اختيار الوسيلة المناسبة والتي تعتمد على معايير معينة كالعمر، الحالة الصحية للمرأة، نمط الحياة، التخطيط الإنجابي. ومن الأفضل استشارة الطبيب لاختيار الوسيلة الأكثر أمانا وملاءمة لكل امرأة.

جدول رقم(41): نوع الأثر الناتج عن استخدام المبحوثات لوسائل منع الحمل على حالتهم الصحية حسب نوع الوسيلة المستخدمة

المجموع	*في حالة الإجابة ب"نعم": كيف ذلك؟				تكرار	النسبة %	نوع الوسيلة
	تدهور الحالة الصحية	سمنة مفرطة	توتر وقلق مستمر	عقم دائم أو مؤقت			
372	71	118	173	10	تكرار		نوع الوسيلة
100%	19,1	31,7	46,5	2,7	النسبة %		
8	2	1	3	2	تكرار		
100%	25,0	12,5	37,5	25,0	النسبة %		
12	6	2	4	0	تكرار		
100%	50,0	16,7	33,3	0,0	النسبة %		
1	1	0	0	0	تكرار		
100%	100	0,0	0,0	0,0	النسبة %		
0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	تكرار		
0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	النسبة %		
1	0	1	0	0	تكرار		
100%	0,0	100	0,0	0,0	النسبة %		
394	80	122	180	12	تكرار		المجموع
100%	20,3	31,0	45,7	3,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²			
دال (توجد فروق)	0,05	0,00	12	27,22			

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن استخدامهن لوسائل منع الحمل أثار سلبي على حالتهم الصحية من خلال تعرضهن للقلق والتوتر المستمر وتقدر ب(45,7%)، خاصة اللواتي يستخدمن الحبوب كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (46,5%). وتليها نسبة (31,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن استخدامهن لوسائل منع الحمل أثار سلبي على حالتهم الصحية من خلال تعرضهن للسمنة المفرطة، نجد منهن كل اللواتي يستخدمن الطريقة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (100%) واللواتي اللواتي يستخدمن الحبوب كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (31,7%). في حين سجلت نسبة (20,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن استخدامهن لوسائل منع الحمل أثار سلبي على حالتهم الصحية من خلال تدهور حالتهم الصحية، نجد منهن كل اللواتي يستخدمن الرضاعة الطبيعية كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (100%) واللواتي اللواتي يستخدمن اللولب كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (50,0%) واللواتي اللواتي يستخدمن الحقن كوسيلة لمنع الحمل بنسبة (25,0%).

أما نسبة (3,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن استخدامهن لوسائل منع الحمل أثار سلبي على حالتهم الصحية من خلال عقم دائم أو مؤقت، خاصة اللواتي يستخدمن الحقن كوسيلة لمنع الحمل

بنسبة (25,0%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن استخدامهن لوسائل منع الحمل أثر سلبا على حالتهم الصحية من خلال تعرضهن للقلق والتوتر المستمر خاصة اللواتي يستخدمن الحبوب. وما يؤكد ذلك هي قيمة كاس² المقدرة ب(27,22) وهي دالة عند درجات الحرية (12) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات الأمهات حول تأثير استخدامهن لوسائل منع الحمل سلبا على حالتهم الصحية من خلال تعرضهن للقلق والتوتر المستمر لصالح اللواتي يستخدمن الحبوب. ويرجع ذلك إلى أن استخدام وسائل منع الحمل الهرمونية كالحبوب واللولب الهرموني والواقي الذكري والحجاب الحاجز و الاسفنجية المهبلية رغم فوائدها الصحية إلا أن هناك آثار جانبية للحبوب محتملة كاضطرابات الدورة الشهرية وخاصة في الأشهر الأولى وشعور بالصداع والغثيان وتقلبات مزاجية وزيادة في الوزن وزيادة خطر الجلطات الدموية وخاصة من لديهن تاريخ عائلي للجلطات، وأيضا هناك آثار لاستخدام اللولب النحاسي والهرموني والواقي الذكري مثل تقلصات الرحم وألم الحوض خاصة بعد التركيب واللولب النحاسي يزيد من كمية النزيف وألم الدورة الشهرية في الأشهر الأولى واحتمال حدوث التهابات أو طرد اللولب من الرحم في بعض الحالات النادرة، واحتمال حدوث حساسية تجاه مادة اللاتكس في الواقي الذكري أو الانثوي، واحتمالية حدوث التهابات مهبلية أو تهيج بسبب استخدام مبيدات الحيوانات المنوية.

جدول رقم(42): من بيده القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب المستوى التعليمي لأزواجهن

المجموع	في اعتقادك، من يكون بيده القرار النهائي في الاستخدام أو عدمه لوسائل تنظيم الأسرة؟			تكرار	النسبة%	المستوى التعليمي للزوج
	معا	الزوجة	الزوج			
31	7	12	12	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوج
%100	22,6	38,7	38,7	النسبة%	متوسط	
79	12	38	29	تكرار	ثانوي	
%100	15,2	48,1	36,7	النسبة%	جامعي	
92	24	35	33	تكرار	المجموع	
%100	26,1	38,0	35,9	النسبة%		
98	14	48	36	تكرار		
%100	14,3	49,0	36,7	النسبة%		
300	57	133	110	تكرار		
%100	19,0	44,3	36,7	النسبة%		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كاس ²		
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,40	06	6,21		

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بيد الزوجة وتقدر ب(44,3%)، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (49,0%) واللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (48,1%). مقابل نسبة (36,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بيد الزوج، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (38,7%). أما نسبة (19,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة يكون بالتشاور بين الزوج والزوجة، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (26,1%) واللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (22,6%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول مصدر القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين الزوجة والزوج بغض النظر عن المستوى التعليمي لأزواجهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة ب(6,21) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,40)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول مصدر القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن مصدر القرار النهائي في استخدام وسائل منع الحمل يمكن أن يتأثر بعدة عوامل من بينها المستوى التعليمي للزوج. وأنه توجد علاقة بين مستوى تعليم الزوج ومصدر اتخاذ القرار بشأن تنظيم الأسرة. وفي الغالب قد يكون القرار مشتركاً لكن مع تأثير أكبر للزوج خاصة إذا كان هو المصدر الرئيسي للدخل. ويظل استخدام وسائل منع الحمل الحديثة أكثر انتشاراً عند الأزواج ذوو المستوى التعليمي المتوسط. كما قد يكون القرار بيد الزوج وحده خاصة في المجتمعات التي تسود فيها الأعراف التقليدية والأبوية. وهنا يكون وعي أقل حول وسائل منع الحمل وفوائدها، مما يتم الاعتماد على طرق طبيعية أو عد استخدام أية وسيلة كما أن للضغوط الاجتماعية والدينية دور أكبر في التأثير على قرار الزوجين لصالح الزوج.

ويرجع ذلك إلى أن الأزواج ذوو المستوى التعليمي العالي غالباً ما يكون القرار مشتركاً بين الزوجين حيث يزداد الوعي الصحي والمعرفة حول أهمية تنظيم الأسرة. وأثبتت نتائج الجدول رقم 42 أنه قد يكون للزوجة دور أكثر استقلالية في اختيار الوسيلة المناسبة لها، مع تفهم ودعم من الزوج. ويكون هناك اعتماد أكبر على الوسائل الطبية الحديثة بناء على استشارات صحية علمية. وهنا نستنتج أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للزوج زادت فرص اتخاذ قرار مشترك حول وسائل منع الحمل، وقل التأثير القسري لطرف واحد على الآخر.

جدول رقم(43): تأثير كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواج المبحوثات على حالتهن النفسية والجسدية حسب

المستوى التعليمي للزوج

المجموع	في حالة الإجابة بأن القرار يكون بيد الزوج، هل أثر ذلك على حالتك النفسية والجسدية؟		تكرار	النسبة %	
	لا	نعم			
12	4	8	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوج
%100	33,3	66,7	النسبة %	متوسط	
29	7	22	تكرار	ثانوي	
%100	24,1	75,9	النسبة %	جامعي	
33	9	24	تكرار		
%100	27,3	72,7	النسبة %		
36	9	27	تكرار		
%100	25,0	75,0	النسبة %		
110	29	81	تكرار	المجموع	
%100	26,4	73,6	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,07	03	6,83	

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن يؤثر على حالتهن النفسية والجسدية وتقدر نسبتهن بـ(73,6%)، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (75,9%) واللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (75,0%). مقابل نسبة (26,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن لا يؤثر على حالتهن النفسية والجسدية، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (33,3%) واللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (27,3%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن يؤثر على حالتهن النفسية والجسدية بغض النظر عن المستوى التعليمي لأزواجهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن قرار تنظيم الأسرة يعتبر من القرارات المهمة التي تتأثر بالعوامل العديدة مثل المستوى التعليمي للزوج وهناك عدة جوانب نفسية وجسدية للمرأة قد تتأثر بناء على هذا القرار. علما أنه كلما ارتفع مستوى تعليم الزوج زاد تفهمه لدور المرأة في قرارات تنظيم الأسرة مما ينعكس إيجابيا على صحتها النفسية والجسدية، ولذلك من المهم تعزيز التوعية والتعليم لكلا الزوجين حول أهمية المشاركة في اتخاذ القرارات السليمة للأسرة.

** ويرجع ذلك إلى أن هناك تأثيرات نفسية وجسدية على المرأة كالحمل المتكرر دون فواصل مناسبة قد يؤدي إلى فقر الدم، هشاشة العظام، ضعف الجسم، المضاعفات الخطيرة أثناء الوضع. وأيضا

استخدام وسائل منع الحمل دون إشراف طبي قد يسبب آثارا جانبية خطيرة. والإرهاق الجسدي الناتج عن العناية بالأطفال المتقاربين في العمر. أما عن التأثيرات النفسية كالعور بعدم الاستقلالية قد يؤدي إلى التوتر والقلق والاكتئاب. والضغط المجتمعي والأسري قد يزيد من إحساس المرأة بالعجز عن تقرير مصيرها. وفي الغالب قد يؤدي التوتر المستمر إلى مشاكل أسرية حتى عنف زوجي.

جدول رقم(44): الأثار النفسية والجسدية على المبحوثات بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن حسب المستوى التعليمي للزوج

المجموع	كيف ذلك:				إرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر	عدم إكمال الدراسة	ترهل وضعف جسدي	إرهاق نفسي وجسدي	المجموع
	إرهاق نفسي وجسدي	ترهل وضعف جسدي	عدم إكمال الدراسة	إرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر					
8	1	3	0	4	تكرار	ابتدائي			المستوى التعليمي للزوج
%100	12,5	37,5	0,0	50,0	النسبة %				
22	4	6	4	8	تكرار	متوسط			
%100	18,2	27,3	18,2	36,4	النسبة %				
24	4	7	3	10	تكرار	ثانوي			
%100	16,7	29,2	12,5	41,7	النسبة %				
27	7	10	6	4	تكرار	جامعي			
%100	25,9	37,0	22,2	14,8	النسبة %				
81	16	26	13	26	تكرار	المجموع			
%100	19,8	32,1	16,0	32,1	النسبة %				
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²				
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,66	09	6,70				

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على تعرضهن لإرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر كآثار نفسية وجسدية بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن وتقدر بـ(32,1%)، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (50,0%) واللواتي أزواجهن المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (41,7%). وذات النسبة أي (32,1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لترهل وضعف جسدي كآثار نفسية وجسدية بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (37,5%) واللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (37,0%). في حين سجلت نسبة (19,8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لإرهاق نفسي وجسدي كآثار نفسية وجسدية بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (25,9%).

أما نسبة (16,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لعدم إكمال الدراسة كأثار نفسية وجسدية بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن، خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (22,2%) واللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (18,2%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلث الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تعرضهن لإرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر ولترهل وضعف جسدي كأثار نفسية وجسدية بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن بغض النظر عن المستوى التعليمي لأزواجهن.

وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدره ب(6,70) وهي غير دالة عند درجات الحرية (09) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,66)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تعرضهن لإرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر ولترهل وضعف جسدي كأثار نفسية وجسدية بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن قرار تنظيم الأسرة يؤثر بشكل كبير على نفسية وجسد المرأة وخاصة إذا كان القرار بيد الرجل وحده، و يتوضح ذلك التأثير بطرق مختلفة بناء على مدى تفهم الرجل لاحتياجاتها ورغباتها، وطبيعة العلاقة بينهما. لإرهاق نفسي

** ويرجع ذلك أساسا إلى التأثيرات النفسية المحتملة كالشعور بالعجز وفقدان السيطرة وهنا تشعر المرأة بأنها لا تمتلك حق التصرف في جسدها أو مستقبلها الإنجابي، مما قد يولد إحساسا بالضعف أو التبعية. وذلك يؤدي إلى الإحباط والغضب خاصة إذا كانت لديها رغبة مختلفة عن رغبة الرجل. وأيضا الشعور بالقلق والتوتر والخوف من الضغوط الاجتماعية أو العائلية التي قد تفرض عليها قبول قرار الرجل دون مناقشة. والإحساس بالتهميش من خلال عدم إشراك الزوجة في هذا القرار والذي يشعرها أنها غير مهمة أو أن رأيها لا يحترم، مما قد يؤثر على ثقتها بنفسها وعلاقتها بالرجل. وشعورها بالحزن والاكتئاب و الحزن إذا كانت المرأة غير راضية عن القرار ولكنها مضطرة للقبول به فقد يؤدي ذلك إلى مشاعر الحزن وحتى الاكتئاب خاصة إذا كان يؤثر على صحتها النفسية والجسدية.

2. عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية الخاصة بالظروف الاقتصادية والاجتماعية والأمراض المزمنة ومضاعفات الحمل والولادة:

سيتم عرض وتحليل بيانات المحور الثاني من الاستمارة والذي تم تفكيك المتغير المستقل (الظروف الاق والاج) في شكل مؤشرات لها دلالة توضيحية للتأثير الذي تحدثه على مؤشرات المتغير التابع (الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة) كالتالي:
جدول رقم(45): رأي المبحوثات في تأثير تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية على كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة حسب مستواهن التعليم

المجموع	في اعتقادك، هل تؤدي تدهور الظروف الاق والاج إلى كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة؟				
	لا	نعم			
24	9	15	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	37,5	62,5	النسبة%		
65	12	53	تكرار	متوسط	
%100	18,5	81,5	النسبة%		
102	20	82	تكرار	ثانوي	
%100	19,6	80,4	النسبة%		
109	26	83	تكرار	جامعي	
%100	23,9	76,1	النسبة%		
300	67	233	تكرار	المجموع	
%100	22,3	77,7	النسبة%		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,22	03	4,32	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية يؤثر على كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل و الولادة وتقدر نسبتهن بـ(77,7%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (81,5%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (80,4%).مقابل نسبة (22,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية لا يؤثر على كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (37,5%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (23,9%).ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية يؤثر على كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة بغض النظر عن مستواهن التعليمي.

وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(4,32) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,22)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية على كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة حسب مستواهن التعليمي.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن الظروف الاقتصادية والاجتماعية لها تأثير مباشر على زيادة معدلات الأمراض المزمنة وزيادة المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة. بسبب الفقر وقلة الوعي الصحي وعدم توفر الرعاية الطبية وسوء التغذية والتي تعتبر من أهم العوامل التي تؤثر على صحة المرأة والجنين.

** ويرجع ذلك إلى أن الأشخاص الذين يعانون من ضعف اقتصادي قد لا يتمكنون من الحصول على غذاء صحي متوازن، مما يزيد من خطر الإصابة بأمراض: السكري، ارتفاع ضغط الدم، وأمراض القلب. كما أن نقص الوعي يؤدي إلى إتباع عادات غير صحية، مثل استهلاك الأطعمة المعالجة والمشبعة بالدهون والسكريات. كما أن النساء اللاتي يعشن في أسر غير مستقرة يزيد من التوتر، والذي يرتبط بزيادة هرمون الكورتيزون مما يرفع خطر الإصابة بأمراض القلب، سكتات دماغية واضطرابات المناعة. والاكئاب والقلق الناتجان عن الظروف الاجتماعية الصعبة يمكن أن يزيدا من خطر الإصابة بالأمراض المزمنة بسبب ضعف العناية بالصحة وعدم الالتزام بالعلاج. وأيضا قلة فرص الحصول على الرعاية الصحية بسبب أنها باهظة الثمن أو غير متوفرة مما يؤدي إلى عدم الكشف المبكر عن الأمراض المزمنة، وغياب الفحوصات الوقائية يؤدي إلى تفاقم الامراض مثل: السرطان، الفشل الكلوي، ارتفاع ضغط الدم. وفيما يخص ارتفاع مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة بسبب سوء التغذية ونقص الفيتامينات وقلة الغذاء الصحي أثناء الحمل تؤدي إلى فقر الدم ونقص الكالسيوم وارتفاع ضغط الدم الحلمي، مما يزيد من خطر الولادة المبكرة أو تأخر نمو الجنين. كما أن نقص حمض الفوليك يؤدي إلى عيوب خلقية في الأجنة، وقلة الرعاية الطبية أثناء الحمل فالنساء اللواتي يسكن في المناطق الفقيرة قد لا يتمكن من زيارة الطبيب بانتظام أثناء الحمل، مما يؤدي إلى عدم اكتشاف مشكلات مثل سكري الحمل أو تسمم الحمل مبكرا. كما أن عدم توفر الولادات الآمنة يزيد من خطر نزيف الولادة، التهابات ما بعد الولادة، أو الولادة القيصرية الطارئة. وأيضا مسألة الإجهاد والتوتر حيث أن الإجهاد المزمن قد يؤثر على توازن الهرمونات مما يؤدي إلى مشكلات مثل تأخر الحمل أو اضطرابات الدورة الشهرية.

جدول رقم (46): ترتيب المبحوثات لدرجة تأثير الظروف الاقتصادية والاجتماعية على الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة

الرتبة	المجموع	رتبة التأثير										
		غير مرتب	الرتبة السابعة	الرتبة السادسة	الرتبة الخامسة	الرتبة الرابعة	الرتبة الثالثة	الرتبة الثانية	الرتبة الأولى			
01	300	92	3	6	14	21	32	59	73	تكرار	انخفاض الدخل	الظروف
	%100	30,7	1,0	2,0	4,7	7,0	10,7	19,7	24,3	%		
04	300	106	5	26	31	47	27	23	35	تكرار	عدم عمل أحد الزوجين	
	%100	35,3	1,7	8,7	10,3	15,7	9,0	7,7	11,7	النسبة%		
05	300	108	36	36	44	18	16	25	17	تكرار	مرض أحد الزوجين	
	%100	36,0	12,0	12,0	14,7	6,0	5,3	8,3	5,7	النسبة%		
03	300	115	17	33	33	32	36	16	18	تكرار	ضيق المسكن ونقص التهوية الجيدة	
	%100	38,3	5,7	11,0	11,0	10,7	12,0	5,3	6,0	النسبة%		
07	300	128	63	24	21	31	14	3	16	تكرار	تسديد تكاليف الكراء	
	%100	42,7	21,0	8,0	7,0	10,3	4,7	1,0	5,3	النسبة%		
02	300	78	6	10	15	22	59	58	52	تكرار	غلاء المعيشة	
	%100	26,0	2,0	3,3	5,0	7,3	19,7	19,3	17,3	النسبة%		
06	300	82	31	26	28	34	37	40	22	تكرار	تزايد احتياجات الأطفال	
	%100	27,3	10,3	8,7	9,3	11,3	12,3	13,3	7,3	النسبة%		
//	2100	709	161	161	186	205	221	224	233	تكرار	المجموع	
	100,0%	33,8	7,7	7,7	8,9	9,8	10,5	10,7	11,1	النسبة%		
			القرار	مستوى الخطأ		مستوى الدلالة		درجات الحرية		قيمة كا ²		
			دال (توجد فروق)	0,05		0,00		42		437,01		
* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.												

يبين هذا الجدول أن المبحوثات يؤكدن على أنتدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية يؤثر على الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة وهذا التأثير يختلف من ظرف لآخر، فيأتي انخفاض الدخل في المرتبة الأولى بنسبة (24,3%)، ثم في المرتبة الثانية غلاء المعيشة بنسبة (19,3%)، ويليه ضيق المسكن ونقص التهوية الجيدة في المرتبة الثالثة بنسبة (12,0%) وتلها في المرتبة الرابعة عدم عمل أحد الزوجين بنسبة (15,7%)، ومرض أحد الزوجين في المرتبة الخامسة بنسبة (14,7%)، وفي المرتبة السادسة تزايد احتياجات الأطفال بنسبة (8,7%)، وفي المرتبة السابعة تسديد تكاليف الكراء بنسبة (21,0%).

ومما سبق يمكن القول أن: تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية يؤثر على الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة خاصة ما يتعلق بانخفاض الدخل وغلاء المعيشة وكذا ضيق المسكن ونقص التهوية الجيدة وعدم عمل أو مرض أحد الزوجين مع تزايد احتياجات الأطفال وغلاء تكاليف الكراء بالنسبة للأسرة التي لا تمتلك المسكن. وما يؤكد ذلك هي قيمة كآ² المقدرة ب(437,01) وهي دالة عند درجات الحرية (42) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تأثير تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية على الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة لصالح التأثير الطبي ولانخفاض الدخل وغلاء المعيشة. ويرجع ذلك إلى أن انخفاض الدخل يؤثر بشكل مباشر على صحة السكان ومن ثمة الصحة الإنجابية، حيث يؤدي إلى زيادة الأمراض المزمنة عند النساء بسبب سوء التغذية وقلّة الرعاية الطبية، كما يزيد من مضاعفات الحمل والولادة نتيجة نقص التغذية والضغط النفسي وغياب الرعاية الصحية. مع العلم أن تحسين الدخل أو توفير دعم صحي واجتماعي يمكن أن يقلل من هذه المخاطر بشكل كبير.

جدول رقم(47): رأي المبحوثات في أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة حسب

مستواهن التعليم

المجموع	ما هي أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة؟									
	الربو	التهاب الجهاز التناسلي	التهاب المعدة	ارتفاع ضغط الدم	داء السكري	مرض القلب	مرض الكلى			
85	7	15	13	22	16	6	6	ت	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	8,2%	17,6%	15,3%	25,9%	18,8%	7,1%	7,1%	%		
177	11	36	32	53	31	7	7	ت	متوسط	
%100	6,2%	20,3%	18,1%	29,9%	17,5%	4,0%	4,0%	%		
292	11	57	57	87	48	20	12	ت	ثانوي	
%100	3,8%	19,5%	19,5%	29,8%	16,4%	6,8%	4,1%	%		
321	16	78	55	97	54	14	7	ت	جامعي	
%100	5,0%	24,3%	17,1%	30,2%	16,8%	4,4%	2,2%	%		
875	45	186	157	259	149	47	32	ت		المجموع
%100	5.1%	21.3%	17.9%	29.6%	17%	05.4%	03.7%	%		
		القرار	مستوى الخطأ		مستوى الدلالة		درجات الحرية	قيمة كا ²		
		غير دال (لا توجد فروق)	0,05		0,67		18	14,74		
* عدد الاجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.										

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن ارتفاع ضغط الدم من أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة وتقدر بـ(29.6%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (30,2%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (29,9%). وتليها نسبة (21.3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أنالتهاب الجهاز التناسلي من أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (24,3%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (20,3%). في حين سجلت نسبة (17.9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أنالتهاب المعدة من أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (19,5%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (18,1%). أما نسبة (17%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أنداء السكري من أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (18,8%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (17,5%). مقابل نسبة (05.4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أنمرض القلب من أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة، ونسبة (05.1%) مرض الربو ونسبة (03.7%) مرض الكلى.

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة بين ارتفاع ضغط الدم والتهاب الجهاز التناسلي والتهاب المعدة وداء السكر بغض النظر عن مستواهن التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدره بـ (14,74) وهي غير دالة عند درجات الحرية (18) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,67)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة حسب مستواهن التعليمي.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن الأمراض التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة تختلف حسب العديد من العوامل منها المستوى التعليمي عادة ما يكون للمستوى التعليمي دور في الوعي الصحي، الوقاية، والاكتشاف المبكر للأمراض. وفيما يلي نوضح بعض الأمراض التي تصيب النساء عامة كسرطان الثدي، سرطان عنق الرحم، هشاشة العظام، أمراض القلب والشرايين، السكري، الاكتئاب والقلق. وهناك أمراض خاصة بين الأمهات الحوامل وهي: فقر الدم، ارتفاع ضغط الدم وتسمم الدم، عدوى المسالك البولية، نقص التغذية وسوء الامتصاص.

ويرجع ذلك إلى أن النساء أكثر وعياً بأهمية الفحوصات الدورية والتغذية السليمة وممارسة الرياضة مما يقلل من خطر الإصابة بالأمراض المزمنة. وهذا التحليل ينطبق على النساء ذوات المستوى التعليمي المرتفع. وعلى العكس من ذلك نجد أن هناك وعي صحي متوسط لكن بعض العادات الغذائية الخاطئة قد تستمر مما تساهم في زيادة الأمراض المزمنة. وهذا نجده عند النساء ذات المستوى التعليمي المتوسط. وغالبا ما يكون هناك نقص في الوعي الصحي، مما يزيد من خطر الإصابة بالأمراض نتيجة سوء التغذية، عدم المتابعة الطبية، أو التأخر في التشخيص. وبذلك نستنتج أن التوعية والتعليم يلعبان دورا حاسما في تحسين صحة النساء وتقليل معدلات الإصابة بالأمراض وهذه هي إحدى بنود تحقيق التنمية المستدامة مستقبلا.

جدول رقم(48): معاناة المبحوثات من مرض مزمن قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج

المجموع	هل كنت تعانين من مرض مزمن قبل الإنجاب؟				
	لا	نعم			
37	29	8	تكرار	أقل من 20 سنة	سن المرأة عند الزواج
%100	78,4	21,6	النسبة%		
131	102	29	تكرار	من 20 إلى 24 سنة	
%100	77,9	22,1	النسبة%		
95	71	24	تكرار	من 25 إلى 29 سنة	
%100	74,7	25,3	النسبة%		
32	23	9	تكرار	من 30 إلى 34 سنة	
%100	71,9	28,1	النسبة%		
4	3	1	تكرار	من 35 إلى 39 سنة	
%100	75,0	25,0	النسبة%		
1	0	1	تكرار	40 سنة فأكثر	
%100	0,0	100	النسبة%		
300	228	72	تكرار	المجموع	
%100	76,0	24,0	النسبة%		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,56	05	3,91	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على عدم معاناتهن من مرض مزمن قبل الإنجاب وتقدر نسبتهن بـ(76,0%)، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (78,4%) واللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (77,9%). مقابل نسبة (24,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من مرض مزمن قبل الإنجاب، نجد منهن كل خاصة اللواتي يفوق سنهن 40 سنة بنسبة (100%) واللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (28,1%)، واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة واللواتي يتراوح سنهن من 35 إلى 39 سنة بنسبة (25,0%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية لم يعانين من مرض مزمن قبل الإنجاب بغض النظر عن سنهن عند الزواج. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ(3,91) وهي غير دالة عند درجات الحرية (05) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,56)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول معاناة الأمهات من مرض مزمن قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن معاناة المرأة من مرض مزمن قد تؤثر على حياتها الزوجية بشكل عام، حتى قبل الحمل. ومن تلك الأمراض السكري، ارتفاع ضغط الدم، أو الأمراض المناعية قد تتطلب إدارة طبية خاصة مما قد يؤثر على الصحة النفسية والجسدية للمرأة.

** ويرجع ذلك إلى أنه يمكن أن تعاني بعض النساء من أمراض مزمنة قبل الحمل مثل السكري، ارتفاع ضغط الدم، أمراض القلب، أو اضطرابات الغدة الدرقية. هذه الأمراض قد تؤثر على الحمل وصحة الأم والطفل والجنين. ومن المهم أن تتم مراقبة الحالات المزمنة قبل وأثناء الحمل لضمان أفضل رعاية صحية لكل من الأم والطفل.

جدول رقم (49- أ): نوع المرض المزمن الذي تعاني منه المبحوثات قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج

في حالة الإجابة بـ "نعم"، حدد نوع المرض؟							
مرض المفاصل	مرض السكري	مرض الربو	مرض القلب	مرض الغدة الدرقية			
1	1	0	0	3	تكرار	أقل من 20 سنة	سن المرأة عند الزواج
12,5%	12,5	0,0	0,0	37,5	النسبة%		
2	3	3	3	8	تكرار	20 - 24 سنة	
6,9%	10,3	10,3	10,3	27,6	النسبة%		
0	1	3	6	5	تكرار	25 - 29 سنة	
0,0%	4,2	12,5	25,0	20,8	النسبة%		
2	0	0	1	4	تكرار	30 - 34 سنة	
22,2%	0,0	0,0	11,1	44,4	النسبة%		
0	0	1	0	0	تكرار	35 - 39 سنة	
0,0%	0,0	100	0,0	0,0	النسبة%		
0	0	0	0	1	تكرار	40 سنة فأكثر	
0,0%	0,0	0,0	0,0	100	النسبة%		
5	5	7	10	21	تكرار	المجموع	
6,9	6,9	9,7	13,9	29,2	النسبة%		

نظرا لوجود عدة أمراض مزمنة تصيب النساء الحوامل تم تقسيم الجدول رقم (35) إلى ثلاثة أجزاء

يبين هذا الجدول الذي يبين الأمراض المزمنة التي من الممكن أن تصيب الحوامل بدرجة كبيرة أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على تعرضهن لمرض الغدة الدرقية قبل الإنجاب وتقدر بـ (29,2%)، نجد منهن كل اللواتي يفوق سنهن 40 سنة بنسبة (100%) واللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (44,4%). وتلهمها نسبة (13,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لمرض القلب قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (25,0%). في حين سجلت نسبة (9,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لمرض الربو قبل الإنجاب، نجد منهن كل اللواتي يتراوح سنهن من 35 إلى 39 سنة بنسبة (100%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (12,5%). مقابل

نسبة (6,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لمرض السكري قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (12,5 %) واللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (10,3%). أما ذات النسبة أي (6,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لمرض المفاصل قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (12,5%). ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في الأمراض التي أصابت الأمهات محل الدراسة الميدانية قبل الإنجاب بغض النظر عن سنهن عند الزواج بين مرض الغدة الدرقية ومرض القلب وبدرجة أقل مرض الربو ومرض السكري ومرض المفاصل.

وهذا ما فسرتة الباحثة بأن النساء اللواتي يعانين من أمراض مزمنة قبل الحمل قد يواجهن تحديات صحية معينة تعتمد على نوع المرض وسن الزواج، وهناك بعض الأمراض المزمنة التي من الممكن أن تصيب الحوامل بدرجة كبيرة أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على تعرضهن لمرض الغدة الدرقية ويليه مرض القلب ثم الأمراض الأخرى كالربو والسكري ومرض التهاب المفاصل وذلك بدرجة أقل . ويرجع ذلك إلى أن الزواج في سن متأخرة قد يرافقه بعض التحديات الصحية المتعلقة بالحمل مثل زيادة احتمالية الإصابة بالأمراض المزمنة سائلة الذكر، أو قد يكون الحمل في سن مبكرة مرتبطا بمشاكل صحية أقل بشكل عام ، لكن توجد هناك استثناءات خاصة.

جدول رقم(49-ب): نوع المرض المزمن الذي تعاني منه المبحوثات قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج

في حالة الإجابة بـ "نعم"، حدد نوع المرض؟							
مرض ضغط الدم	مرض الحساسية	مرض الشقيقة	مرض الكلى	مرض الحكة المزمنة			
1	0	0	2	0	تكرار	أقل من 20 سنة	سن المرأة عند الزواج
12,5%	0,0	0,0	25,0	0,0	النسبة %		
1	3	1	0	2	تكرار	24 - 20 سنة	
3,4%	10,3	3,4	0,0	6,9	النسبة %		
1	0	2	2	1	تكرار	29 - 25 سنة	
4,2%	0,0	8,3	8,3	4,2	النسبة %		
0	0	1	0	1	تكرار	34 - 30 سنة	
0,0%	0,0	11,1	0,0	11,1	النسبة %		
0	0	0	0	0	تكرار	39 - 35 سنة	
0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	النسبة %		
0	0	0	0	0	تكرار	40 سنة فأكثر	
0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0	النسبة %		
4	3	4	4	4	تكرار	المجموع	
4,2%	4,2%	5,6%	5,6%	5,6%	النسبة %		

نظرا لوجود عدة أمراض مزمنة تصيب النساء الحوامل تم تقسيم الجدول رقم (35) إلى ثلاثة أجزاء

يوضح هذا الجدول الذي يبين الأمراض المزمنة التي من الممكن أن تصيب الحوامل بدرجة ضئيلة أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على تعرضهن لمرض الحكة المزمنة قبل الإنجاب وتقدر بـ(5,6%)، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (11,1%) واللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (6,9%). ونفس النسبة أي (5,6%) من المبحوثات يؤكدن على تعرضهن لمرض الكلى قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (25,0%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (8,3%). ونفس النسبة أيضا أي (5,6%) من المبحوثات يؤكدن على تعرضهن لمرض الشقيقة قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (11,1%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (8,3%). مقابل نسبة (4,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لمرض الحساسية قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (10,3%). ونفس النسبة أيضا أي (4,2%) من المبحوثات يؤكدن على تعرضهن لمرض ضغط الدم قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (12,5%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في الأمراض التي أصابت الأمهات محل الدراسة الميدانية قبل الانجاب بغض النظر عن سنهن عند الزواج بين مرض الحكة المزمنة ومرض الكلى ومرض الشقيقة ومرض الحساسية ومرض ضغط الدم، ولكن يبقى احتمال إصابتهن ضئيل جدا.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن هناك أمراض مزمنة تعاني منها المرأة قبل الإنجاب حسب العمر عند الزواج، حيث تلعب العوامل الوراثية ونمط الحياة والتاريخ الصحي دورا كبيرا في احتمالية الإصابة بهذه الأمراض. ويرجع ذلك إلى كثرة انتشار الأمراض المزمنة بين فئات العمر المختلفة وخاصة الحكمة المزمنة ومرض الكلى ومرض الشقيقة ومرض الحساسية ومرض ضغط الدم ويبقى احتمال إصابتهم به ضئيلة إلى حد ما، ولكن تلك الأمراض أصبحت تمس وبشدة فئات الأعمار من 30 سنة فما فوق وذلك بسبب تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية وأيضا العوامل الوراثية التي تلعب دورا في ذلك وهنا ينبغي التدخل السريع كم طرف الدولة ومؤسساتها من أجل حماية السكان عامة والنساء والأطفال خاصة لان هذا الأخير هو محور الأجيال المستقبلية.

جدول رقم (49-ج): نوع المرض المزمن الذي تعاني منه المبحوثات قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج

المجموع	في حالة الإجابة بـ "نعم"، حدد نوع المرض؟					مرض فقر الدم	تكرار	أقل من 20 سنة	سن المرأة عند الزواج
	مرض التهاب الجهاز التناسلي	مرض الزونا	مرض الإسهال	مرض المعدة	مرض فقر الدم				
8	0	0	0	0	0	0	تكرار	أقل من 20 سنة	سن المرأة عند الزواج
%100	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	النسبة%		
29	0	1	1	0	1	1	تكرار	20 - 24 سنة	
%100	0,0%	3,4%	3,4%	0,0%	3,4%	3,4%	النسبة%		
24	1	0	0	1	1	1	تكرار	25 - 29 سنة	
%100	4,2%	0,0%	0,0%	4,2%	4,2%	4,2%	النسبة%		
9	0	0	0	0	0	0	تكرار	30 - 34 سنة	
%100	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	النسبة%		
1	0	0	0	0	0	0	تكرار	35 - 39 سنة	
%100	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	النسبة%		
1	0	0	0	0	0	0	تكرار	40 سنة فأكثر	
%100	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	النسبة%		
72	1	1	1	1	2	2	تكرار	المجموع	
%100	1,4%	1,4%	1,4%	1,4%	2,8%	2,8%	النسبة%		
		القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²			
		غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,96	70	49,58			
* تم حساب اختبار ك ² من خلال الثلاث جداول السابقة الخاصة بالأمراض التي تصيب الحوامل.									
* عدد الإجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي يعانين من أمراض مزمنة فقط.									

نلاحظ من خلال هذا الجدول الذي يبين الأمراض المزمنة التي من الممكن أن تصيب الحوامل بدرجة ضئيلة جدا أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على تعرضهن لمرض فقر الدم قبل الإنجاب وتقدر

ب(2,8%)، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (4,2%) واللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (3,4%). وتليها نسبة (1,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لمرض المعدة قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (4,2%). في حين سجلت نفس النسبة (1,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على تعرضهن لمرض الإسهال قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (3,4%). ونفس النسبة أيضا (1,4%) من المبحوثات يؤكدن على تعرضهن لمرض التهاب الجهاز التناسلي قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (4,2%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في الأمراض التي أصابت الأمهات محل الدراسة الميدانية قبل الإنجاب بغض النظر عن سنهن عند الزواج بين مرض فقر الدم ومرض المعدة ومرض الإسهال ومرض الزونا ومرض التهاب الجهاز التناسلي، لكن تبقى احتمال إصابتهن ضئيل جدا. ومن خلال الجداول الثلاثة السابقة يمكن التأكيد على: تنوع الأمراض التي أصابت الأمهات محل الدراسة الميدانية قبل الإنجاب بغض النظر عن سنهن عند الزواج بين مرض الغدة الدرقية ومرض القلب وبدرجة أقل مرض الربو ومرض السكري ومرض المفاصل، وبدرجة ضئيلة مرض الحكمة المزمدة ومرض الكلى ومرض الشقيقة ومرض الحساسية ومرض ضغط الدم، وبدرجة ضئيلة مرض فقر الدم ومرض المعدة ومرض الإسهال ومرض الزونا ومرض التهاب الجهاز التناسلي. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(49,58) وهي غير دالة عند درجات الحرية (70) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,96)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تنوع الأمراض التي أصابت الأمهات حسب سنهن عند الزواج.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن هناك تنوع في الأمراض التي أصابت الأمهات قبل الإنجاب بغض النظر عن سنهن عند الزواج بين مرض فقر الدم ومرض المعدة ومرض الإسهال ومرض الزونا ومرض التهاب الجهاز التناسلي، لكن تبقى احتمال إصابتهن ضئيل جدا. ويرجع ذلك إلى أن السن عند الزواج له تأثير كبير على نوعية الأمراض المزمنة التي تؤثر على الحمل. ومن المهم للمرأة في جميع الأعمار أن تهتم بصحتها العامة وتتابع فحوصات طبية منتظمة. وهنا ينبغي التوعية والعلاج المبكر يمكن أن يحدا من تأثير هذه الأمراض على صحة المرأة والجنين أثناء الحمل.

جدول رقم(50): متى ظهر المرض المزمن لدى المبحوثات حسب سنهن عند الزواج

المجموع	ومنذ متى				
	بعد الإنجاب	قبل الإنجاب	قبل الزواج		
8	2	1	5	تكرار	أقل من 20 سنة
%100	25,0	12,5	62,5	النسبة %	
29	5	5	19	تكرار	20 - 24 سنة
%100	17,2	17,2	65,5	النسبة %	
24	3	3	18	تكرار	25 - 29 سنة
%100	12,5	12,5	75,0	النسبة %	
9	0	3	6	تكرار	30 - 34 سنة
%100	0,0	33,3	66,7	النسبة %	
1	0	0	1	تكرار	35 - 39 سنة
%100	0,0	0,0	100	النسبة %	
1	0	0	1	تكرار	40 سنة فأكثر
%100	0,0	0,0	100	النسبة %	
72	10	12	50	تكرار	المجموع
%100	13,9	16,7	69,4	النسبة %	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,87	10	5,18

* عدد الاجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي يعانين من أمراض مزمنة فقط.

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن مرضهن المزمن ظهر قبل الزواج وتقدر نسبتهن بـ(69,4%)، نجد منهن كل اللواتي يفوق سنهن 35 سنة بنسبة (100%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (75,0%). في حين سجلت نسبة (16,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مرضهن المزمن ظهر قبل الإنجاب، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 بنسبة (33,3%) واللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (17,2%). مقابل نسبة (13,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مرضهن المزمن ظهر بعد الإنجاب، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (25,0%) واللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (17,2%). ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن مرضهن المزمن ظهر قبل الزواج بغض النظر عن سنهن عند الزواج. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة بـ(5,18) وهي غير دالة عند درجات الحرية (10) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,87)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول ظهور مرضهن المزمن قبل الزواج حسب سنهن عند الزواج.

وهذا ما فسرتة الباحثة من خلال دراستها الإحصائية والتحليلية على أن هناك عوامل مؤثرة من حيث عدم وجود فروق بين ظهور الأمراض المزمنة قبل الزواج وسن زوجها وأهم تلك العوامل ما طرحته

كفرضية ثانية حول تدهور المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة والذي يؤدي إلى ظهور الأمراض المزمنة ومن ثمة زيادة مضاعفات الحمل والولادة العسيرة. ويرجع ذلك إلى أنه لا توجد علاقة واضحة بين توقيت الزواج والإصابة بالأمراض المزمنة قبل الزواج وهذا قد يكون بسبب عوامل وراثية، ونمط الحياة، والعادات الغذائية، ومستوى الرعاية الصحية التي تتلقاها النساء.

جدول رقم(51): سبب معاناة المبحوثات من الأمراض المزمنة حسب سنهن عند الزواج

المجموع	إلى ماذا يرجع سبب مرضك؟				تكرار	أقل من 20 سنة	سن المرأة عند الزواج
	أخرى	تدهور الظروف الاجتماعية	تدهور الظروف الاقتصادية	عامل وراثي			
8	0	2	2	4	تكرار	20 سنة	سن المرأة عند الزواج
%100	0,0	25,0	25,0	50,0	النسبة%	20 - 24 سنة	
29	3	1	3	22	تكرار	24 - 29 سنة	
%100	10,3	3,4	10,3	75,9	النسبة%	29 - 30 سنة	
24	2	3	2	17	تكرار	30 - 34 سنة	
%100	8,3	12,5	8,3	70,8	النسبة%	34 - 35 سنة	
9	1	1	0	7	تكرار	35 - 39 سنة	
%100	11,1	11,1	0,0	77,8	النسبة%	39 - 40 سنة	
1	0	0	0	1	تكرار	40 سنة فأكثر	
%100	0,0	0,0	0,0	100	النسبة%	المجموع	
1	0	0	0	1	تكرار	المجموع	
%100	0,0	0,0	0,0	100	النسبة%	المجموع	
72	6	7	7	52	تكرار	قيمة كا ²	
%100	8,3	9,7	9,7	72,2	النسبة%	8,46	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية			
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,90	15			

* عدد الاجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي يعانين من أمراض مزمنة فقط.

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن سبب معاناتهن من الأمراض المزمنة هو العامل الوراثي وتقدر نسبتهم ب(72,2%)، نجد منهم اللواتي يفوق سنهن 35 سنة بنسبة (100%) واللواتي يتراوح سنهن من 35 إلى 39 سنة بنسبة (77,8%). في حين سجلت نسبة (9,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب معاناتهن من الأمراض المزمنة هو تدهور الظروف الاقتصادية، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (25,0%) واللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (10,3%). ونفس النسبة (9,7%) من المبحوثات يؤكدن على أن سبب معاناتهن من الأمراض المزمنة هو تدهور الظروف الاجتماعية، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (25,0%) واللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (11,1%). أما نسبة (8,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب

معاناتهن من الأمراض المزمنة هو أسباب أخرى، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (11,1%) واللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (10,3%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب معاناتهن من الأمراض المزمنة هو العامل الوراثي بغض النظر عن سنهن عند الزواج. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة بـ (8,46) وهي غير دالة عند درجات الحرية (15) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,90)، مما يعني أنه لا توجد فروق في اجابات الأمهات حول كون العامل الوراثي هو سبب معاناتهن من الأمراض المزمنة حسب سنهن عند الزواج.

** وهذا ما فسرتة الباحثة على أن أغلب الأمهات يؤكدن على أن سبب معاناتهن من الأمراض المزمنة هو العامل الوراثي بغض النظر عن سنهن عند الزواج، ويرجع ذلك إلى أن هناك عوامل وراثية، ونمط الحياة، والعادات الغذائية، ومستوى الرعاية الصحية التي تتلقاها النساء هي من بين العوامل التي تؤثر بشكل كبير على كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة لأفراد العينة ومن ثمة زيادة مضاعفات الحمل والولادات المتعسرة.

جدول رقم(52): وجود أثر للمرض المزمن سلبي على الإنجاب لدى المبحوثات حسب مدة زواجهن

المجموع	هل أثر ذلك المرض سلبي على الإنجاب لديك؟				
	لا	نعم			
9	5	4	تكرار	أقل من 05 سنوات	مدة الزواج
100%	55,6	44,4	النسبة %		
15	5	10	تكرار	من 05 إلى 09 سنوات	
100%	33,3	66,7	النسبة %		
22	5	17	تكرار	من 10 إلى 14 سنة	
100%	22,7	77,3	النسبة %		
26	3	23	تكرار	15 سنة فأكثر	
100%	11,5	88,5	النسبة %		
72	18	54	تكرار	المجموع	
100%	25,0	75,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة χ^2	
دال (توجد فروق)	0,05	0,05	03	7,61	

* عدد الإجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي يعانين من أمراض مزمنة فقط.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن للمرض المزمن أثر سلبي على إنجابهن وتقدر نسبتهن بـ (75,0%)، خاصة اللواتي مدة زواجهن 15 سنة فأكثر بنسبة (88,5%) واللواتي تتراوح مدة زواجهن من 10 إلى 14 سنة بنسبة (77,3%). مقابل نسبة (25,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن

على أنه لا يوجد أي أثر سلبي للمرض المزمن على إنجابهم، خاصة اللواتي تقل مدة زواجهن عن 05 سنوات بنسبة (55,6%) واللواتي تتراوح مدة زواجهن من 05 إلى 09 سنة بنسبة (33,3%). ومما سبق يمكن القول أن: ثلاثة أرباع كل هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكد على أن للمرض المزمن أثر سلبي على إنجابهم، خاصة اللواتي تفوق أو تساوي مدة زواجهن 10 سنوات. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة بـ(7,61) وهي دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,05)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول التأثير السلبي للمرض المزمن على إنجابهم لصالح اللواتي تفوق أو تساوي مدة زواجهن 10 سنوات. وهذا ما فسرتة الباحثة على أن هناك تأثير سلبي للمرض المزمن على الإنجاب حسب مدة الزواج، ويعتمد ذلك التأثير على نوعية المرض ومدى تأثيره على الصحة الإنجابية، ويرجع ذلك إلى أن بعض الأمراض المزمنة مثل ارتفاع ضغط الدم أو السمنة قد تزيد من صعوبة الحمل مع مرور الوقت، وتتراكم تأثيرات المرض مثل ضعف التبويض عند النساء وانخفاض عدد الحيوانات المنوية عند الرجال مع زيادة مدة الزواج، وأيضا المضاعفات المحتملة مثل الإجهاض المتكرر أو الولادة المبكرة، قد تزداد مع طول المرض .

جدول رقم(53): طبيعة أثر المرض المزمن سلبا على الإنجاب لدى المبحوثات حسب مدة زواجهن

المجموع	في حالة الإجابة بنعم، كيف ذلك؟					تكرار	أقل من 05 سنوات	مدة الزواج
	العقم المؤقت	إنجاب طفل مريض	موت الجنين في الأشهر الأولى من الحمل	وفاة الطفل بعد الولادة مباشرة	أخرى			
4	0	0	2	1	1	تكرار	05	المجموع
%100	0,0	0,0	50,0	25,0	25,0	النسبة%	سنوات	
10	2	2	1	3	2	تكرار	05 إلى 09	
%100	20,0	20,0	10,0	30,0	20,0	النسبة%	سنوات	
17	7	2	4	3	1	تكرار	10 إلى 14	
%100	41,2	11,8	23,5	17,6	5,9	النسبة%	سنة	
23	8	2	5	5	3	تكرار	15	
%100	34,8	8,7	21,7	21,7	13,0	النسبة%	فأكثر	
54	17	6	12	12	7	تكرار		
%100	31,5	11,1	22,2	22,2	13,0	النسبة%		
	درجات الحرية	مستوى الدلالة	مستوى الخطأ	القرار	قيمة ك ²			
	12	0,81	0,05	غير دال (لا توجد فروق)	7,56			

* عدد الإجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي يعانين من أمراض مزمنة فقط.

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن مرضهن المزمن أثر على إنجابهن من خلال إصابتهن بالعقم المؤقت وتقدر بـ(31,5%)، خاصة اللواتي تتراوح مدة زواجهن من 10 إلى 14 سنة بنسبة (41,2%) واللواتي مدة زواجهن 15 سنة فأكثر بنسبة (34,8%). في حين سجلت نسبة (22,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مرضهن المزمن أثر على إنجابهن من خلال موت الجنين في الأشهر الأولى من الحمل، خاصة اللواتي تقل مدة زواجهن عن 05 سنوات بنسبة (50,0%) واللواتي تتراوح مدة زواجهن من 10 إلى 14 سنة بنسبة (23,5%). وسجلت نفس النسبة أيضا نسبة (22,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مرضهن المزمن أثر على إنجابهن من خلال وفاة الطفل بعد الولادة مباشرة، خاصة اللواتي تتراوح مدة زواجهن من 05 إلى 09 سنة بنسبة (30,0%) واللواتي تقل مدة زواجهن عن 05 سنوات بنسبة (25,0%).

مقابل نسبة (13,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مرضهن المزمن أثر على إنجابهن من خلال ظهور عدة أمراض لم تكن من قبل، خاصة اللواتي تقل مدة زواجهن عن 05 سنوات بنسبة (25,0%) واللواتي تتراوح مدة زواجهن من 05 إلى 09 سنة بنسبة (20,0%). أما نسبة (11,1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مرضهن المزمن أثر على إنجابهن من خلال إنجاب طفل مريض، خاصة اللواتي من 05 إلى 09 سنة بنسبة (20,0%) واللواتي تتراوح مدة زواجهن من 10 إلى 14 سنة بنسبة (11,8%). ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مدة زواجهن حول الأثر السلبي للمرض المزمن على إنجابهن من خلال إصابتهن بالعقم المؤقت أو موت الجنين فيا لأشهر الأولى من الحمل أو وفاة الطفل بعد الولادة مباشرة أو إنجاب طفل مريض. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة بـ(7,56) وهي غير دالة عند درجات الحرية (12) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,81)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول الأثر السلبي للمرض المزمن على إنجابهن حسب مدة زواجهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة بعدم تأثير مدة الزواج ربما يكون تأثير المرض المزمن على الإنجاب غير مرتبط بمدة الزواج، وإنما بعوامل أخرى مثل نوع المرض شدته أو وقت تشخيصه. وأيضا مسألة التكيف مع المرض من خلال العلاج أو تغيير نمط العيش مما يقلل من تأثيره على الإنجاب. ويرجع ذلك أساسا إلى أنه قد تختلف تأثيرات المرض من امرأة لأخرى مما يجعل العلاقة بين مدة الزواج والتأثير على الإنجاب غير واضحة في إجابتهن. وأيضا فكرة الدعم الأسري والرعاية والتدخلات الطبية والتي تلعب دورا في تقليل الأثر السلبي للمرض على الإنجاب بغض النظر عن مدة الزواج.

جدول رقم(54): متى تم أول حمل للمبحوثات حسب سنهن عند الزواج

المجموع	متى تم لكي أو الحمل؟											
	04سنوات فأكثر	بعد 03 سنوات	بعد سنتين	بعد سنة واحدة	بعد الزواج مباشرة				ت	أقل من 20 سنة	من 20 إلى 24سنة	من 25 إلى 29سنة
37	0	2	8	15	12	ت	أقل من 20 سنة					
%100	0,0%	5,4%	21,6%	40,5%	32,4%	%						
131	5	1	12	39	74	ت	من 20 إلى 24سنة					
%100	3,8%	0,8%	9,2%	29,8%	56,5%	%						
95	0	4	7	32	52	ت	من 25 إلى 29سنة					
%100	0,0%	4,2%	7,4%	33,7%	54,7%	%						
32	0	0	4	13	15	ت	من 30 إلى 34سنة					
%100	0,0%	0,0%	12,5%	40,6%	46,9%	%						
4	0	0	0	4	0	ت	من 35 إلى 39سنة					
%100	0,0%	0,0%	0,0%	%100	0,0%	%						
1	0	0	0	1	0	ت	40سنة فأكثر					
%100	0,0%	0,0%	0,0%	%100	0,0%	%						
300	5	7	31	104	153	ت	المجموع					
%100	1,7%	2,3%	10,3%	34,7%	51,0%	%						
		القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كآ ²						
		دال (توجد فروق)	0,05	0,04	20	31,81						

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن تملك أول حمل كان بعد الزواج مباشرة وتقدر نسبتهن بـ(51,0%)، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (56,5%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (54,7%) في حين سجلت نسبة (34,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن تملك أول حمل كان بعد سنة من الزواج، نجد منهن كل اللواتي يفوق سنهن 35 سنة بنسبة (100%) واللواتي يتراوح سنهن من 35 إلى 39 سنة بنسبة (40,6%).

وتليها نسبة (10,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن تملك أول حمل كان بعد سنتين من الزواج، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (21,6%) واللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (12,5%).مقابل نسبة (2,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن تملك أول حمل كان بعد ثلاث سنوات من الزواج، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (5,4%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (4,2%).أما نسبة (1,7%) فقط من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن تملك أول حمل كان بعد أربع سنوات أو أكثر من الزواج، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (3,8%).ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تملكهن لأول حمل بعد الزواج مباشرة خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 29 سنة.

وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(31,81) وهي دالة عند درجات الحرية (20) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,04)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات الأمهات حول تملكهن لأول حمل بعد الزواج مباشرة لصالح اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 29 سنة.

** وهذا ما فسرتة الباحثة بعوامل عديدة تؤثر على توقيت أول حمل بعد الزواج وفقا للفئة العمرية وذكرت منها ما هو مهم كالوعي الصحي والتخطيط الانجابي وهنا تكون النساء في هذه الفئة العمرية أكثر وعيا بأمر الصحة الانجابية، ولديهن معرفة أفضل بتوقيت التبويض مما يساهم في فرص حدوث الحمل السريع بعد الزواج . والاستعداد البيولوجي والخصوبة حيث تكون النساء في هذه الفئة العمرية في ذروتها مما يزيد فرصة حدوث الحمل (قدرة المبايض على إنتاج البويضات في أفضل حالاتها) بسرعة بعد الزواج. وأيضا الضغوط الاجتماعية والثقافية في بعض المجتمعات يكون هناك توقعات قوية للإنجاب المبكر بعد الزواج وخاصة للنساء بين سن 20 و29 سنة. وأيضا قد يكون هناك اختلاف في الوعي أو الاستخدام الفعلي لوسائل تنظيم الاسرة بين الفئات العمرية المختلفة، مما يؤثر على سرعة حدوث الحمل. ويرجع ذلك إلى أن النساء بين 20-29 سنة لديهن أعلى احتمالية للحمل المبكر بعد الزواج بسبب ذروة الخصوبة، الضغوط الاجتماعية، الوعي الصحي، والاستعداد النفسي والاقتصادي. بينما النساء الأصغر أقل من 20 سنة قد يكن أقل وعيا بهذه الامور أو قد يكن غير مستعدات للحمل مباشرة، وقد يواجهن أحيانا تأخرا في الحمل لأسباب صحية واجتماعية، والنساء فوق 30 سنة قد يؤخرن الحمل لأسباب مهنية أو اقتصادية. والباحثة هنا ركزت على بعض المؤشرات الدالة (المستوى التعليمي ، الحالة الاجتماعية، نوع المنطقة ريف أو حضر) حتى تصل إلى تحليل معمق لفهم الفروق في إجابات الأمهات حول متى تم أول حمل بعد الزواج مباشرة لصالح اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 29 سنة.

جدول رقم(55): سبب تأخر الإنجاب لدى المبحوثات حسب سنهن عند الزواج

المجموع	في حالة تأخر الإنجاب لديك، ما هو سبب ذلك؟									
	تدهور الظروف الاجتماعية	تدهور الظروف الاقتصادية	تعانين سمنة مفرطة	مرض أحد الزوجين	عقم مؤقت	مرض نفسي	استعمال وسائل منع الحمل قبل الزواج			
20	3	3	3	2	7	0	2	تكرار	أقل من 20 سنة	سن المرأة عند الزواج
%100	15,0	15,0	15,0	10,0	35,0	0,0	10,0	النسبة %		
60	1	3	10	10	27	0	9	تكرار	20 - 24 سنة	
%100	1,7	5,0	16,7	16,7	45,0	0,0	15,0	النسبة %		
44	2	2	4	7	17	2	10	تكرار	25 - 29 سنة	
%100	4,5	4,5	9,1	15,9	38,6	4,5	22,7	النسبة %		
15	0	1	1	3	9	0	1	تكرار	30 - 34 سنة	
%100	0,0	6,7	6,7	20,0	60,0	0,0	6,7	النسبة %		
4	0	0	0	1	1	0	2	تكرار	35 - 39 سنة	
%100	0,0	0,0	0,0	25,0	25,0	0,0	50,0	النسبة %		
1	0	0	0	0	1	0	0	تكرار	4 سنة فأكثر	
%100	0,0	0,0	0,0	0,0	100	0,0	0,0	النسبة %		
144	6	9	18	23	62	2	24	تكرار	المجموع	
%100	04.2	06.3	12.5	16	43	01.4	16.6	النسبة %		
القرار			مستوى الخطأ		مستوى الدلالة		درجات الحرية		قيمة كآ ²	
غير دال (لا توجد فروق)			0,05		0,65		30		26,35	
* عدد الاجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع المتأخرين في الانجاب فقط.										

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن سبب تأخر إنجابهن هو العقم المؤقت وتقدر بـ (43%)، نجد منهن كل اللواتي يفوق سنهن 40 سنة بنسبة (100%) واللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (60,0%). في حين سجلت نسبة (16,6%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب تأخر إنجابهن هو استعمال وسائل منع الحمل قبل الزواج، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 35 إلى 39 سنة بنسبة (50,0%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (22,7%). وتلها نسبة (16%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب تأخر إنجابهن هو مرض أحد الزوجين، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 35 إلى 39 سنة بنسبة (25,0%) واللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 34 سنة بنسبة (20,0%). مقابل نسبة (12,5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب تأخر إنجابهن هو المعانات من السمنة المفرطة، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 24 سنة بنسبة (16,7%) واللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (15,0%). وتلها نسبة (06,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب تأخر إنجابهن هو تدهور الظروف الاقتصادية، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (15,0%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (6,7%).

أما نسبة (04,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب تأخر إنجابهن هو تدهور الظروف الاجتماعية، خاصة اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (15,0%) واللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (4,5%). وأخيرا نسبة (01,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب تأخر إنجابهن هو التعرض لمرض نفسي، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 25 إلى 29 سنة بنسبة (4,5%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب تأخر إنجابهن هو العقم المؤقت بغض النظر عن سنهن عند الزواج، وبدرجة أقل استعمال وسائل منع الحمل قبل الزواج وكذا مرض أحد الزوجين. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة بـ (26,35) وهي غير دالة عند درجات الحرية (30) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,65)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون سبب تأخر إنجابهن هو العقم المؤقت حسب سنهن عند الزواج.

وهذا ما فسرتة الباحثة بأن العمر عند الزواج ليس العامل الرئيسي في تحديد توقيت أول حمل بل هناك عوامل أخرى أكثر تأثيرا في ذلك وهي عوامل بيولوجية وصحية فبعض النساء يعانين من مشكلات صحية تؤثر على الإنجاب، بغض النظر عن العمر عند الزواج، وعوامل ثقافية واجتماعية قد يكون هناك اتفاق عام بين النساء على تأجيل الإنجاب في بداية الزواج بسبب الرغبة في التكيف مع الحياة الزوجية. وأيضا عوامل مهنية واقتصادية قد يكون التأخر في الإنجاب مرتبطا بالاستقرار المالي والوظيفي، وبعض النساء المتزوجات في أعمار مختلفة قد يشتركن في الرغبة في تحقيق أهداف معينة

قبل الإنجاب، مثل إكمال التعليم أو بناء حياة مهنية. يرجع ذلك إلى أن العمر عند الإنجاب لا يبدو مؤثرا بشكل واضح في تأخر الإنجاب فمن المحتمل أن تكون هناك عوامل أخرى أكثر تأثيرا مثل الظروف الصحية والاجتماعية والاقتصادية والتخطيط الأسري. وهنا نستنتج أن التأخر في الحمل لا يرتبط بشكل مباشر بالسن عند الزواج بل تتحكم فيه عوامل أخرى أكثر تأثيرا بدرجة كبيرة .

جدول رقم(56): معانات المبحوثات من مضاعفات الحمل الأول حسب زمن أول حمل

المجموع	خلال الحمل الأول، هل عانيت من إحدى المضاعفات الآتية؟													
	آلام في الظهر والمفاصل	ارتفاع درجة حرارة الجسم	أنيميا	تورم اليدين والرجلين	نزيف مهبلي	صعوبة في التنفس	ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم	سكري الحمل	صداع حاد	ألم في المعدة				
466	55	16	73	38	27	30	76	5	69	77	تكرار	بعد الزواج مباشرة	تملك أول حمل	
%100	11,8	3,4	15,7	8,2	5,8	6,4	16,3	1,1	14,8	16,5	النسبة%			
336	35	8	58	26	4	14	65	6	60	60	تكرار	بعد سنة واحدة		
%100	10,4	2,4	17,3	7,7	1,2	4,2	19,3	1,8	17,9	17,9	النسبة%			
107	15	4	16	10	4	5	18	6	17	12	تكرار	بعد سنتين		
%100	14,0	3,7	15,0	9,3	3,7	4,7	16,8	5,6	15,9	11,2	النسبة%			
23	2	0	4	3	0	3	2	0	4	5	تكرار	بعد 03 سنوات		
%100	8,7	0,0	17,4	13,0	0,0	13,0	8,7	0,0	17,4	21,7	النسبة%			
23	1	2	4	1	2	1	3	1	3	5	تكرار	04 سنوات فأكثر		
%100	4,3	8,7	17,4	4,3	8,7	4,3	13,0	4,3	13,0	21,7	النسبة%			
955	108	30	155	78	37	53	164	18	153	159	تكرار	المجموع		
%100	11.3	03.2	16.2	08.2	03.9	05.5	17.2	01.9	16	16.6	النسبة%			
القرار			مستوى الخطأ			مستوى الدلالة			درجات الحرية			قيمة ك ²		
غير دال (لا توجد فروق)			0,05			0,21			36			42,32		
* عدد الاجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.														

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على معاناتهن من ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم كمضاعفات الحمل الأول وتقدر بـ (17,2%)، خاصة اللواتي تملكن أول حمل بعد سنة واحدة من الزواج بنسبة (19,3%). وتليها نسبة (16,6%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من ألم في المعدة كمضاعفات الحمل الأول، خاصة اللواتي تملكن أول حمل بعد ثلاث أو أربع سنوات من الزواج بنسبة (21,7%). في حين سجلت نسبة (16,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من أنيميا كمضاعفات الحمل الأول، خاصة اللواتي تملكن أول حمل بعد ثلاث سنوات من الزواج بنسبة (17,4%) واللواتي تملكن أول حمل بعد سنة واحدة من الزواج بنسبة (17,3%). وتليها نسبة (16%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من صداع حاد كمضاعفات الحمل الأول، خاصة اللواتي تملكن أول حمل بعد سنة واحدة من الزواج بنسبة (17,9%) واللواتي تملكن أول حمل بعد ثلاث سنوات من الزواج بنسبة (17,4%). مقابل نسبة (11,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من آلام في الظهر والمفاصل كمضاعفات الحمل الأول، خاصة اللواتي تملكن أول حمل سنتين بعد من الزواج بنسبة (14,0%) واللواتي تملكن أول حمل بعد سنة واحدة من الزواج بنسبة (11,8%). وتليها نسبة (8,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من تورم اليدين والرجلين كمضاعفات الحمل الأول، خاصة اللواتي تملكن أول حمل بعد ثلاث سنوات من الزواج بنسبة (13,0%) واللواتي تملكن أول حمل بعد سنتين بعد من الزواج بنسبة (9,3%).

أما نسبة (5,5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من صعوبة في التنفس كمضاعفات الحمل الأول، خاصة اللواتي تملكن أول حمل بعد ثلاث سنوات من الزواج بنسبة (13,0%) واللواتي تملكن أول حمل بعد سنة واحدة من الزواج بنسبة (6,4%). وتليها نسبة (3,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من نزيف مهبلي كمضاعفات الحمل الأول، خاصة اللواتي تملكن أول حمل بعد أربعة سنوات من الزواج بنسبة (8,7%) واللواتي تملكن أول حمل بعد سنة واحدة من الزواج بنسبة (5,8%). في حين سجلت نسبة (3,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من ارتفاع درجة حرارة الجسم كمضاعفات الحمل الأول، خاصة اللواتي تملكن أول حمل بعد سنتين من الزواج بنسبة (8,7%).

وتليها نسبة (1,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على معاناتهن من سكري الحمل كمضاعفات الحمل الأول، خاصة اللواتي تملكن أول حمل بعد سنتين من الزواج بنسبة (5,6%) واللواتي تملكن أول حمل بعد أربع سنوات من الزواج بنسبة (4,3%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مدة تملك أول حمل حول المضاعفات المصاحبة للحمل الأول بين معاناتهن من ارتفاع أو انخفاض ضغط

الدم وألم في المعدة، أنيميا، صداع حاد، آلام في الظهر والمفاصل، تورم اليدين والرجلين، من صعوبة في التنفس، نزيف مهبل، ارتفاع درجة حرارة الجسم وسكري الحمل.

وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة ب(42,32) وهي غير دالة عند درجات الحرية (36) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,21)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول المضاعفات المصاحبة للحمل الأول حسب حصولهن على أول حمل.

** وهذا ما فسرتة الباحثة بأن توقيت الحمل (سواء حدث مباشرة بعد الزواج أو بعد فترة من التأخير) ليس عاملاً رئيسياً في حدوث المضاعفات، حيث توجد هناك عوامل أكثر تأثيراً مثل العوامل البيولوجية والصحية مع العلم أن مضاعفات الحمل قد تكون مرتبطة بالحالة الصحية للمرأة وليس بتوقيت الحمل بعد الزواج لأن بعض المبحوثات صرحن أنهن يعانين من بعض الأمراض كارتفاع ضغط الدم والسكري وضعف التغذية مما يزيد احتمالية ظهور المضاعفات بغض النظر عن توقيت الزواج، وأيضا هناك عوامل اجتماعية واقتصادية أي أن مستوى الرعاية الصحية المقدمة للمرأة أثناء الحمل قد يكون له تأثير أكبر على حدوث المضاعفات مقارنة بتوقيت حدوث الحمل وخاصة إذا كانت كل المبحوثات يتلقين رعاية صحية متشابهة فقد يقل احتمال وجود فروق واضحة في المضاعفات. وأيضا التوتر والقلق يؤثر على الحمل، لكنه بالضرورة ليس مرتبطاً بتوقيت حدوثه بعد الزواج. لأن بعض النساء قد يواجهن ضغطاً اجتماعياً أو نفسياً عند الحمل الأول، مما يؤدي إلى مضاعفات مشابهة بغض النظر عن توقيت الحمل. وأيضا إذا كانت خدمات الرعاية الصحية المقدمة للنساء المبحوثات جيدة ومتساوية، فمن المحتمل ألا تظهر فروق كبيرة في المضاعفات بين من حملن مباشرة بعد الزواج ومن تأخر حملهن.

** ويرجع ذلك إلى أنه من المحتمل أن العوامل الصحية، والاجتماعية والاقتصادية لها تأثير كبير على مضاعفات الحمل مقارنة بتوقيت حدوثه. وهنا اعتمدت الباحثة في دراستها على فرضيات ذات متغيرات هامة ومؤثرة كالحالة الصحية للنساء كمتغير تابع للوعي الصحي، في فرضيتها الأولى وأيضا العوامل الاجتماعية والاقتصادية من ثمة النفسية كمؤشر يؤدي لزيادة مضاعفات الحمل والولادة في فرضيتها الثانية، ومستوى الرعاية الطبية وتأثيرها على ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في فرضيتها الثالثة. وهذا كله من أجل معرفة العوامل الحقيقية المؤثرة على مضاعفات الحمل وعلى الصحة الإنجابية للنساء خاصة.

جدول رقم(57): تلقي المبحوثات لأي نصيحة أو علاج حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب مستواه

التعليمي

المجموع	هل تلقيت أي نصيحة أو علاج لهذه الأعراض المصاحبة للحمل؟				
	لا	نعم			
24	5	19	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	20,8	79,2	النسبة%		
65	12	53	تكرار	متوسط	
%100	18,5	81,5	النسبة%		
102	11	91	تكرار	ثانوي	
%100	10,8	89,2	النسبة%		
109	9	100	تكرار	جامعي	
%100	8,3	91,7	النسبة%		
300	37	263	تكرار	المجموع	
%100	12,3	87,7	النسبة%		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,12	03	5,76	

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل وتقدر نسبتهم بـ(87,7%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (91,7%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (89,2%). مقابل نسبة (12,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (20,8%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (18,5%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل بغض النظر عن مستواه التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ(5,76) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,12)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب مستواه التعليمي.

وهذا ما فسرتة الباحثة بأن هناك عدة عوامل مثل إتاحة الرعاية الصحية إذا كانت الخدمات الصحية متاحة للجميع بغض النظر عن المستوى التعليمي ، وأيضا دور الطاقم الطبي حيث يقدم الأطباء والممرضون النصائح والرعاية بشكل متساو للحوامل، والتوعية الصحية العامة التي قد تجعل جميع النساء بغض النظر عن تعليمهن يدركن أهمية متابعة الحمل والحصول على الرعاية الصحية. وهذا لا ينبغي ان تكون هناك فروق بناء على التعليم ، حيث تميل كل النساء الاكثر تعليما إلى البحث

عن معلومات طبية إضافية أو الحصول على رعاية متخصصة بشكل أسرع. ويرجع ذلك إلى أن كل المبحوثات في دراستنا الحالية يؤكدن على تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل بغض النظر عن مستواهن التعليمي. وذلك لما له من أهمية في المحافظة على صحتهن وأخذ العلاج مبكرا والحفاظ على صحة الجنين وأن تكون المتابعة مستمرة لتطور نمو الجنين حتى ولادته من أجل تفادي حدوث مشكلات صحية وتفاقمها وأيضا من أجل إنجاب أطفال أصحاء دون تشوه خلقي، لأن إنجاب طفل مشوه يسبب أثارا نفسية للأم والأسرة وأيضا يتطلب رعاية خاصة من الأم ومؤسسات الصحية في المجتمع.

جدول رقم(58): مصدر تلقي المبحوثات لنصائح أو علاج حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب مستواهن التعليمي

المجموع	في حالة الإجابة "نعم": من طرف من؟					
	أقارب	ممرضة أو قابلة مؤهلة	صيدلي	طبيب (ة) نسائي (ة)		
23	7	1	0	15	تكرار	المستوى التعليمي للزوجة
%100	30,4	4,3	0,0	65,2	النسبة%	
76	20	9	2	45	تكرار	المتوسط
%100	26,3	11,8	2,6	59,2	النسبة%	
117	26	1	4	86	تكرار	ثانوي
%100	22,2	0,9	3,4	73,5	النسبة%	
128	21	4	6	97	تكرار	جامعي
%100	16,4	3,1	4,7	75,8	النسبة%	
344	74	15	12	243	تكرار	المجموع
%100	21.5	04.4	03.5	70.6	النسبة%	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
	دال (توجد فروق)	0,05	0,01	06	20,35	

* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن مصدر تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل هو الطبيب (ة) النسائي (ة) وتقدر نسبتهم بـ(70.6%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (75,8%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (73,5%). في حين سجلت نسبة (21.5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مصدر تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل هم الأقارب خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (30,4%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (26,3%). أما نسبة (04.4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مصدر تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل هي ممرضة أو قابلة مؤهلة، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (11,8%). وتلهم نسبة (03.5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن مصدر

تلقيهم لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل هو الصيدلي، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (4,7%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن مصدر تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل هو الطبيب (ة) النسائي (ة) خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي والثانوي.

وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(20,35) وهي دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,01)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول لصالح المتعلمات ذوي المستوى التعليمي الجامعي والثانوي.

** وهذا ما فسرتة الباحثة على أنه يمكن للحامل تلقي النصائح والعلاج من مصادر متنوعة، ويعتمد ذلك على مدى موثوقية المصدر ومدى ملاءمته لمستواها التعليمي. وذكرت المصادر بالترتيب حسب اجابات المبحوثات الطبيب النسائي والذي تستند إليه الحوامل بمستوى تعليمي جامعي وثانوي ، في حين الأقارب تستند إليهم الحوامل بمستوى ابتدائي ومتوسط، وأما عن القابلة أو الممرضة المؤهلة تستند إليهم الحوامل من مستوى تعليمي متوسط، وكذلك الصيدلي تستند إليه الحوامل من مستوى تعليمي جامعي.

** ويرجع ذلك التفسير إلى أن كل حامل يمكنها اختيار المصدر الذي يناسب حسب مستواها التعليمي ولكن الأهم هو التحقق من أن المعلومات تأتي من جهات موثوقة. والأهم في ذلك هو تجنب مخاطر صحية للأم والطفل، وضمان صحة الام والجنين ومعرفة الأعراض الخطيرة التي تستدعي تدخل سريع مثل النزيف الشديد وقلّة حركة الجنين يساعد في التدخل الطبي المبكر. وتحسين نمط الحياة خلال الحمل، وتجنب العلاجات غير الآمنة كاستشارة الطبيب قبل تناول أي دواء أو مكمل غذائي يضمن سلامة العلاج وفعاليتة. والاستعداد للولادة وما بعدها لان الحصول على معلومات دقيقة حول الولادة وأنواعها (الطبيعية والقيصرية) يساعد في تقليل التوتر والخوف. ومعرفة كيفية العناية بالمولود الجديد، مثل الرضاعة الطبيعية و التطعيمات الأساسية، يسهل التكيف مع المرحلة الجديدة. وأيضا يجب التأكد من موثوقية المصدر كأن يكون تابعا لمؤسسة صحية رسمية أو طبيب مختص، ومراجعة أكثر من مصدر طبي للتأكد من صحة المعلومات ، وتجنب الاعتماد على نصائح غير المتخصصين أو التجارب الشخصية فقط .

جدول رقم(59): سبب عدم سعي المبحوثات إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب

مستواهن التعليمي

المجموع	في حالة الإجابة ب "لا": لماذا لم تسعي إلى تلقي استشارة طبية لتلك الأعراض؟						
	الزوج مشغول (ة)	التكلفة مرتفعة	الخدمة غير متوفرة	تكرار	النسبة %		
5	0	2	3	تكرار		المستوى التعليمي للزوجة	
%100	0,0	40,0	60,0	النسبة %	ابتدائي		
12	4	3	5	تكرار			
%100	33,3	25,0	41,7	النسبة %	متوسط		
11	2	3	6	تكرار			
%100	18,2	27,3	54,5	النسبة %	ثانوي		
9	1	3	5	تكرار			
%100	11,1	33,3	55,6	النسبة %	جامعي		
37	7	11	19	تكرار			المجموع
%100	18,9	29,7	51,4	النسبة %			
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²		
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,77	06	3,23		

* عدد الإجابات أصغر من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي لم يتلقين أية نصائح أو علاج حول الأعراض المصاحبة للحمل فقط.

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن سبب عدم سعيهن إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل كون الخدمة غير متوفرة وتقدر نسبتهم ب(51,4%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (60,0%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (55,6%). في حين سجلت نسبة (29,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب عدم سعيهن إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل كون التكلفة مرتفعة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (40,0%) وذوي المستوى التعليم الجامعي بنسبة (33,3%). أما نسبة (18,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب عدم سعيهن إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل كون الزوج (ة) مشغول، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (33,3%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب عدم سعيهن إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل كون الخدمة غير متوفرة بغض النظر عن مستواهن التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة ب(3,23) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,77)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات

الأمهات حول كون عدم توفر الخدمة سببا في عدم سعيهن إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب مستواهن التعليمي.

وهذا ما فسرتة الباحثة بأن المستوى التعليمي يعتبر العامل الحاسم في مدى وعي الحوامل بالحصول على استشارات طبية أثناء الحمل، وخاصة فيما يتعلق بالأمراض المصاحبة له. وفسرت ذلك من خلال عدة عوامل مرتبطة بالمستوى التعليمي منها: كالمعرفة الصحية والتثقيف الصحي لأن الأمهات ذوات المستويات التعليمية المنخفضة يفتقرن إلى المعرفة الكافية حول المخاطر الصحية المرتبطة بالحمل، مما يجعلهن أقل وعيا بأهمية المتابعة الطبية المنتظمة. والتعليم يعزز القدرة على استيعاب المعلومات الصحية مثل أهمية الفحوصات الدورية، والتحذيرات المتعلقة بالمضاعفات المحتملة للحمل، مما يساهم في اتخاذ قرارات واعية بشأن الرعاية الصحية. وقد تؤثر المستويات التعليمية المنخفضة على تبني بعض المعتقدات والخرافات التي تقلل من أهمية الاستشارات الطبية، مما يؤدي إلى تفضيل العلاجات المنزلية أو تأخير اللجوء إلى الرعاية الصحية. والأمهات الأكثر تعليما أكثر قدرة على البحث عن معلومات صحية من مصادر موثوقة مثل الانترنت أو المنشورات الطبية، مما يساهم في زيادة وعيهم بأهمية متابعة الحمل طبييا. والتعليم يحسن من مهارات التواصل مع مقدمي الرعاية الصحية، ما يساعد الأمهات على طرح الأسئلة المناسبة وفهم التوصيات الطبية بشكل أفضل مما يعزز من فرص تلقيهن الاستشارات اللازمة. ويرجع ذلك إلى أنه لا يعزى نقص الوعي لدى الأمهات بشأن الحصول على الاستشارات الطبية أثناء الحمل إلى محدودية الخدمات الصحية، بل يرتبط ذلك بشكل أساسي بمستواهن التعليمي.

جدول رقم(60): أخذ المبحوثات لحقنة لتحصين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول حسب

مستواهن التعليمي

المجموع	خلال استمرار الحمل الأول، هل أخذت حقنة لتحصين الجنين ضد التيتانوس؟				
	لا	نعم			
24	18	6	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	75,0	25,0	النسبة%		
65	32	33	تكرار	متوسط	
%100	49,2	50,8	النسبة%		
102	43	59	تكرار	ثانوي	
%100	42,2	57,8	النسبة%		
109	30	79	تكرار	جامعي	
%100	27,5	72,5	النسبة%		
300	123	177	تكرار		المجموع
%100	41,0	59,0	النسبة%		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
دال (توجد فروق)	0,05	0,00	03	21,53	

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أخذهن لحقنة لتحصين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول وتقدر نسبتهم ب(59,0%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (72,5%). مقابل نسبة (41,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم أخذهن لحقنة لتحصين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (75,0%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (49,2%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (42,2%). ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أخذهن لحقنة لتحصين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة ب(21,53) وهي دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات الأمهات حول أخذهن لحقنة لتحصين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول لصالح المتعلمات ذوي المستوى التعليمي الجامعي.

** وهذا ما فسرتة الباحثة بالوعي الصحي والمعرفة لان النساء ذوات المستوى التعليمي الأعلى أكثر وعيا بأهمية التطعيم ضد التيتانوس أثناء الحمل الأول ، مما يجعلهن أثر التزاما بذلك. وأيضا التفاعل مع الخدمات الصحية من خلال تواصل المرأة مع مراكز الرعاية الصحية والاستفادة من النصائح الطبية مما يزيد من احتمال تلقي اللقاح. وتختلف تصورات النساء حول اللقاح بناء على مستواهن التعليمي. وهنا يبرز دور تأثير التعليم على قرار أخذ لقاح التيتانوس.

** ويرجع ذلك إلى أن أكثر من نصف المبحوثات يؤكدن على أخذهن لحقنة لتحسين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي. وهذا يؤكد مدى وعي المبحوثات بأهمية لقاح التيتانوس للجنين بغية الحفاظ على صحته بناء على مستواه التعليمي .

جدول رقم(61): عدد ولادات المبحوثات بعملية قيصرية حسب العدد الإجمالي لأطفالهن

المجموع	إذا تملكين ولادات بعملية قيصرية، كم كان عددها؟						
	لمتتم	أربعة مرات	ثلاث مرات	مرتين	مرة واحدة		
67	32	0	0	2	33	تكرار	طفل واحد
%100	47,8	0,0	0,0	3,0	49,3	النسبة%	
92	52	2	0	10	28	تكرار	طفلين
%100	56,5	2,2	0,0	10,9	30,4	النسبة%	
88	36	2	2	6	42	تكرار	ثلاثة أطفال
%100	40,9	2,3	2,3	6,8	47,7	النسبة%	
53	22	1	4	5	21	تكرار	أربعة أطفال فأكثر
%100	41,5	1,9	7,5	9,4	39,6	النسبة%	
300	142	5	6	23	124	تكرار	المجموع
%100	47,3	1,7	2,0	7,7	41,3	النسبة%	
		القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		قيمة ك ²
		دال (توجد فروق)	0,05	0,02	12		23,63

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على عدم ولادتهن ولادة قيصرية من قبل وتقدر ب(47,3%)، خاصة اللواتي لديهن ابنين بنسبة (56,5%) واللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (47,8%) . وتليها نسبة (41,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على ولادتهن وولادة واحدة بعملية قيصرية، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (49,3%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (47,7%) . في حين سجلت نسبة (7,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على ولادتهن وولادتين بعملية قيصرية، خاصة اللواتي لديهن ابنين بنسبة (10,9%) واللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (9,4%) . مقابل نسبة (2,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على ولادتهن ثلاث ولادات بعملية قيصرية، خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (7,5%) . أما نسبة (1,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على ولادتهن أربعة ولادات بعملية قيصرية، خاصة اللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (2,3%) واللواتي لديهن ابنين بنسبة (2,2%) .

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على ولادتهن ولادة قيصرية من قبل خاصة اللواتي لديهن عدة أبناء.

وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(23,63) وهي دالة عند درجات الحرية (12) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,02)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات الأمهات حول الولادات القيصرية لصالح اللواتي لديهن عدة.

وهذا ما فسرتة الباحثة بوجود عوامل منها: الحالة الصحية مع تكرار الولادات القيصرية، قد تظهر مشكلات صحية تؤثر على رأي المرأة، مثل مشاكل التئام الجروح أو المضاعفات المحتملة في الحمل القادم، وكذلك التجربة الشخصية فالنساء اللواتي خضهن لأكثر من ولادة قيصرية قد يكن أكثر دراية بالمضاعفات والمخاطر والفوائد مقارنة بمن خضعن لها مرة واحدة فقط. وقد تتغير وجهات النظر لدى النساء مع تكرار الولادات، فقد تجد بعضهن أن الولادة القيصرية أسهل، بينما تجد أخريات أنها أصبحت أكثر تعقيدا مع كل مرة. التأثير الطبي والنفسي فالنساء اللاتي أجرين عمليات قيصرية قد يكون لديهن مشاعر مختلفة تجاه العملية، سواء كانت إيجابية (مثل الشعور بالأمان) أو سلبية (مثل الخوف من المضاعفات المستقبلية). وأيضا الدعم الاجتماعي والمعلومات المتاحة فالنساء اللواتي لديهن أكثر من طفل ربما يحصلن على معلومات وتجارب أكثر من غيرهن، مما يؤثر على آرائهن تجاه الولادات القيصرية. ويرجع ذلك إلى أن نصف المبحوثات يؤكدن على أنه كانت لهن ولادة قيصرية من قبل خاصة اللواتي لديهن عدة أطفال. وذلك لظروف صحية طارئة أو بسبب ضيق حوض الحامل أو كبر حجم الجنين خاصة في حالة الخوف على صحة الأم والطفل أو بطلب من الزوج بدرجة أقل.

جدول رقم(62): سبب إجراء المبحوثات لولادات بعملية قيصرية حسب العدد الإجمالي لأطفالهن

المجموع	ما هو سبب إجراؤها؟						
	الخوف على صحة الأم والطفل	طلب من الزوج	ضيق حوض الحامل	كبر حجم الجنين			
35	10	1	14	10	تكرار	طفل واحد	العدد الإجمالي للأطفال
%100	28,6	2,9	40,0	28,6	النسبة%		
40	9	0	17	14	تكرار	طفلين	
%100	22,5	0,0	42,5	35,0	النسبة%		
52	11	2	19	20	تكرار	ثلاثة أطفال	
%100	21,2	3,8	36,5	38,5	النسبة%		
31	9	2	6	14	تكرار	أربعة فأكثر	
%100	29,0	6,5	19,4	45,2	النسبة%		
158	39	5	56	58	تكرار	المجموع	
%100	24,7	3,2	35,4	36,7	النسبة%		
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة χ^2		
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,57	09	7,56		

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن سبب إجرائهن للولادة بالعملية القيصرية هو كبر حجم الجنين وتقدر بـ(36,7%)، خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (45,2%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (38,5%). وتليها نسبة (35,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب إجرائهن للولادة بالعملية القيصرية هو ضيق الحوض، خاصة اللواتي لديهن ابنين بنسبة (42,5%) واللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (40,0%). في حين سجلت نسبة (24,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن إجرائهن للولادة بالعملية القيصرية هو الخوف على صحة الأم والطفل، خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (29,0%) واللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (28,6%).

أما نسبة (3,2%) فقط من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب إجرائهن للولادة بالعملية القيصرية كان بطلب من الزوج، خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (6,5%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (3,8%). ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن عدد أبنائهن حول سبب إجرائهن للولادة بالعملية القيصرية بين كبر حجم الجنين وضيق الحوض وكذا الخوف على صحة الأم والطفل وبدرجة أقل بطلب من الزوج. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة بـ(7,56) وهي غير دالة عند درجات الحرية (09) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,57)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول سبب إجرائهن للولادة بالعملية القيصرية حسب عدد أبنائهن.

** وهذا ما فسرتة الباحثة بان هناك تنوع في إجابات المبحوثات واللاتي يؤكدن على أنهن كانت لهن ولادة قيصرية من قبل خاصة اللواتي لديهن عدة أطفال. وذلك بسبب كبر حجم الجنين أو ضيق حوض الحامل وأيضا لظروف صحية طارئة خاصة في حالة الخوف على صحة الأم والطفل أو بطلب من الزوج بدرجة أقل.

** ويرجع ذلك إلى تشابه الظروف الطبية وخاصة إذا كانت الولادات تتم في مستشفيات أو بيئات طبية تتبع بروتوكولات موحدة لإجراء العملية القيصرية، فقد لا يكون هناك اختلاف في أسباب إجرائها بين النساء. وقد تكون في بعض المجتمعات الولادة القيصرية اختيارا شائعا لأسباب ثقافية أو اجتماعية بغض النظر عن عدد الأطفال، مثل تجنب الألم أو تحديد موعد الولادة مسبقا. وأيضا عدم تأثير التجربة السابقة على السبب حتى لو كانت المرأة قد خضعت لعدة ولادات قيصرية، فقد يكون السبب الرئيسي لإجرائها متكررا (مثل ضيق الحوض أو ارتفاع ضغط الدم)، مما يؤدي إلى عدم وجود فروق في الأسباب.

جدول رقم(63): مكان إجراء المبحوثات لولادات بعملية قيصرية في حسب مهنة أزواجهن

المجموع	أين تم إجراء تلك العمليات القيصرية؟				
	القطاع الخاص	القطاع العام	تكرار	بطل	
3	1	2	النسبة%		مهنة الزوج
%100	33,3	66,7			
50	36	14	تكرار	موظف	
%100	72,0	28,0	النسبة%		
71	34	37	تكرار	عامل لدى	
%100	47,9	52,1	النسبة%	الخواص	
32	15	17	تكرار	أعمال حرة	
%100	46,9	53,1	النسبة%		
2	1	1	تكرار	متقاعد	
%100	50,0	50,0	النسبة%		
158	87	71	تكرار		المجموع
%100	55,1	44,9	النسبة%		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,06	04	8,73	

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن الولادات بعملية قيصرية أجريت في القطاع الخاص وتقدر نسبتهم بـ(55,1%)، خاصة اللواتي أزواجهن موظفين بنسبة (72,0%). مقابل نسبة (44,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن الولادات بعملية قيصرية أجريت في القطاع العام، خاصة أزواجهن بطالين بنسبة (66,7%) واللواتي أزواجهن يشتغلون في الأعمال الحرة بنسبة (53,1%) واللواتي أزواجهن يعملون لدى الخواص بنسبة (52,1%) واللواتي أزواجهن متقاعدين بنسبة (50,0%). ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن الولادات بعملية قيصرية أجريت في القطاع الخاص بغض النظر عن مهنة أزواجهن، وبالتقريب النصف الآخر أجريناها في القطاع العام.

وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ(8,73) وهي غير دالة عند درجات الحرية (04) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,06)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول مكان إجراء الولادات بعملية قيصرية حسب مهنة أزواجهن.

** وهذا ما فسرتة الباحثة بأن نصف المبحوثات يؤكدن على أن الولادات بعملية قيصرية أجريت في القطاع الخاص بغض النظر عن مهنة أزواجهن، وبالتقريب النصف الآخر أجريناها في القطاع العام وفسرت عدم وجود فروق واضحة في مكان الولادة حسب مهنة الزوج بسبب توفر خدمات صحية متشابهة لجميع الفئات في المنطقة التي أجري فيها البحث إضافة للعوامل الطبية التي تفرض الولادة في مستشفى معين بغض النظر عن القدرة المالية. ويرجع ذلك إلى تأثير مهنة الزوج على اختيار مكان

الولادة مثل الأطباء والمهندسين ورجال الأعمال تتيح للأسر خيار الولادة في المستشفيات أو العيادات الخاصة بسبب توفر التأمين الصحي الجيد أو القدرة المالية على تحمل التكاليف. وأيضاً قد تدفع الأسر لاختيار المستشفيات الحكومية أو المراكز الصحية حيث تكون التكاليف أقل أو مغطاة بالتأمين الحكومي. وفي بعض الوظائف مثل الوظائف العسكرية أو الحكومية قد يكون هناك مستشفيات مخصصة للعاملين وعائلاتهم، مما يؤثر على مكان إجراء الولادة. واستنتجت الباحثة أن عدم ارتباط مهنة الزوج مباشرة بقرار مكان الولادة وذلك قد يكون القرار بيد الزوجة أو بناء على نصيحة الطبيب.

جدول رقم(64): تقييم المبحوثات لتكاليف الولادات بعملية قيصرية حسب مهنة أزواجهن

المجموع	كيف ترين تكاليفها؟				
	عادية	باهظة	باهظة جدا		
1	0	0	1	تكرار	بطل
%100	0,0	0,0	100	النسبة %	
36	2	9	25	تكرار	موظف
%100	5,6	25,0	69,4	النسبة %	
34	0	2	32	تكرار	عامل لدى الخواص
%100	0,0	5,9	94,1	النسبة %	
15	1	6	8	تكرار	أعمال حرة
%100	6,7	40,0	53,3	النسبة %	
1	0	0	1	تكرار	متقاعد
%100	0,0	0,0	100	النسبة %	
87	3	17	67	تكرار	المجموع
%100	3,4	19,5	77,0	النسبة %	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,13	08	12,34

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن تكاليف الولادات بعملية قيصرية كانت باهظة جدا وتقدر نسبتهم بـ(77,0%)، نجد منهن كل اللواتي أزواجهن بطالين أو متقاعدين بنسبة (100%) واللواتي اللواتي أزواجهن يعملون لدى الخواص بنسبة (94,1%). في حين سجلت نسبة (19,5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن تكاليف الولادات بعملية قيصرية كانت باهظة، خاصة اللواتي أزواجهن يشتغلون في أعمال حرة بنسبة (40,0%) واللواتي أزواجهن موظفين بنسبة (25,0%). أما نسبة (3,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن تكاليف الولادات بعملية قيصرية كانت عادية، خاصة اللواتي أزواجهن يشتغلون في أعمال حرة بنسبة (6,7%) واللواتي أزواجهن موظفين بنسبة (5,6%). ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن تكاليف الولادات بعملية قيصرية كانت باهظة جدا بغض النظر عن

وظيفة أزواجهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(12,34) وهي غير دالة عند درجات الحرية (08) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,13)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول ارتفاع تكاليف الولادات بعملية قيصرية حسب وظيفة أزواجهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة بعدة عوامل كتوحيد تكاليف الولادة القيصرية قد تكون تكاليفها متقاربة بين مختلف الفئات الاجتماعية بسبب الدعم الحكومي أو التأمين الصحي الذي يغطي جزءا كبيرا من النفقات. وبعض المستشفيات سواء حكومية أو خاصة قد تعتمد على أسعارها موحدة أو فروقات بسيطة لا تؤثر بشكل كبير على آراء النساء. وإذا كانت بعض الوظائف تقدم تأميننا صحيا يغطي الولادة القيصرية مما يجعل التكلفة الفعلية المدفوعة من قبل الأسرة غير متأثرة بمهنة الزوج. وأيضا مسألة خيارات الولادة المحدودة حيث في بعض المناطق قد لا تكون هناك خيارات متعددة للولادة، مما يجبر الجميع على دفع تكاليف متقاربة بغض النظر عن مهنة الزوج. وبعض المستشفيات قد لا توفر بدائل أرخص، مما يجعل الجميع يشعرون بارتفاع التكاليف بنفس الدرجة. ويرجع ذلك إلى مستوى الدخل الأسري وليس فقط مهنة الزوج حتى لو كانت مستقرة، فإن إجمالي دخل الأسرة (بما في ذلك دخل الزوجة ان كانت تعمل) قد يؤثر على الشعور بارتفاع التكلفة. أما الأسر ذات الالتزامات المالية الكبيرة (مثل القروض أو المصاريف التعليمية) قد ترى تكاليف الولادة مرتفعة مقارنة بميزانيتهما. وأيضا مسألة التأمين الصحي ومدى تغطيته في حالة النساء اللواتي ليس لديهن تأمين صحي قد يشعرون بأن التكلفة باهظة جدا. وأيضا نوع المستشفى والخدمات المقدمة حيث أ الولادة في مستشفى خاص تكون مكلفة أكثر من المستشفى العام مما يؤثر على تقييم النساء للتكلفة. وأيضا المقارنة مع الولادات السابقة من حيث التكلفة وخاصة في ظل التضخم وارتفاع تكاليف الرعاية الصحية مع مرور الوقت قد يؤدي إلى غلاء الولادة مستقبلا. وبعض التكاليف مثل الأدوية والتحاليل ومتابعة ما بعد الولادة أو الحاجة إلى إقامة أطول بالمستشفى قد تجعل النساء يشعرن بأن التكلفة مرتفعة. وخاصة إذا كانت هناك مضاعفات خلال الولادة القيصرية، فقد تزداد المصاريف، مما يعزز هذا الشعور وخير مثال على هذا ولادة القيصرية التي تمت لأختي في 20ماي 2021 بمولودها الأول، أين لاحظ الطبيب كيس بجانب المولودة مما استدعى الزوج لإنقاذ الأم وأجرى عملية نزع الكيس ليؤخذ للتحليل. وذلك بعد إمضاء الزوج على الموافقة لان التكاليف سوف ترتفع.

جدول رقم(65): تأثيرات إجراء المبحوثات لولادات بعملية قيصرية على حالتين الصحية حسب عدد الولادات القيصرية

المجموع	كيف أثرت العمليات القيصرية على حالتك الصحية			تكرار	مرة واحدة	عدد الولادات القيصرية
	التباعد بين ولاداتي لفترة طويلة	عدم التفكير بالإنجاب مرة أخرى	تدهور حالتك الصحية			
164	70	36	58	تكرار		
%100	42,7	22,0	35,4	النسبة %		
28	13	1	14	تكرار	مرتين	
%100	46,4	3,6	50,0	النسبة %		
8	3	1	4	تكرار	ثلاث مرات	
%100	37,5	12,5	50,0	النسبة %		
6	0	1	5	تكرار	أربعة مرات	
%100	0,0	16,7	83,3	النسبة %		
2	2	0	0	تكرار	لمنتم	
%100	100	0,0	0,0	النسبة %		
208	88	39	81	تكرار	المجموع	
%100	42.3	18.8	38.9	النسبة %		
القرار		مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
غير دال (لا توجد فروق)		0,05	0,06	08	14,65	

* عدد الإجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي أجرين عملية قيصرية فقط.

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن الولادات بعملية قيصرية أثرت سلبا على حالتين الصحية من خلال التباعد بين ولاداتي لفترة طويلة وتقدر بـ(42.3%)، خاصة اللواتي لم يسبق لهن الولادة بعملية قيصرية بنسبة (100%) واللواتي ولدن بعملية قيصرية مرتين بنسبة (46,4%). في حين سجلت نسبة (38.9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن الولادات بعملية قيصرية أثرت سلبا على حالتين الصحية من خلال تدهور حالتين الصحية، خاصة اللواتي ولدن بعملية قيصرية أربعة مرات بنسبة (83,3%) واللواتي ولدن بعملية قيصرية مرتين أو ثلاثة بنسبة (50,0%). أما نسبة (18.8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن الولادات بعملية قيصرية أثرت سلبا على حالتين الصحية من خلال عدم تفكيرهن بالإنجاب مرة أخرى، خاصة اللواتي ولدن بعملية قيصرية مرة واحدة بنسبة (22,0%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن عدد ولاداتهن القيصرية يؤكدن على أن الولادات بعملية قيصرية أثرت سلبا على حالتين الصحية من خلال التباعد بين ولاداتي لفترة طويلة وتدهور حالتين الصحية وكذا عدم تفكيرهن بالإنجاب مرة أخرى. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة بـ(14,65) وهي غير دالة عند درجات الحرية (02) ومستوى

الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,06)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول آثار الولادات بعملية قيصرية على حالتهن الصحية حسب عدد ولاداتهن القيصرية. وهذا ما فسرتة الباحثة بتشابه الأعراض والمضاعفات بين الولادات فقد تكون الآثار الصحية للولادة القيصرية بغض النظر عن عدد العمليات التي خضعن لها مثل آلام الجروح، بطء التعافي، والتعب العام. وبعض الآثار الجانبية مثل التصاقات الرحم، ضعف عضلات البطن، أو آلام الظهر قد تظهر حتى بعد القيصرية الأولى، مما يجعل التجربة الصحية متقاربة بين النساء. التكيف مع آثار الولادة القيصرية فالنساء اللواتي خضعن لعدة عمليات قيصرية قد يكن أكثر تأقلماً مع الآثار الجانبية، مما يجعل تقييمهن لها مشابهاً لمن خضعن للعملية للمرة الأولى. وهناك بعض النساء قد يعتدن على الألم والتعب بعد الولادة القيصرية فلا يشعرن بفرق واضح مع تكرارها.

ويرجع ذلك إلى أن الولادات بعملية قيصرية أثرت سلباً على حالتهن الصحية من خلال عدم المباشرة بين ولاداتهن لفترة طويلة وتدهور حالتهن الصحية وكذا عدم تفكيرهن بالإنجاب مرة أخرى. وذلك لما تحمله الولادة القيصرية من مخاطر كالنزيف والالتهابات والتجلطات الدموية. مع تكرار العمليات القيصرية قد يزداد خطر حدوث مضاعفات في ضعف جدار الرحم أو مشاكل في المشيمة. وهذا ما أكدت نتيجة الجدول الحالي على أنها لم تجد فرقا واضحا بين النساء اللاتي خضعن لولادة قيصرية واحدة مقارنة بمن خضعن لعدة ولادات قيصرية من حيث التأثير الصحي العام. وأيضا أثبتت أنه لا توجد علاقة بين عدد العمليات القيصرية والحالة الصحية للمرأة، وقد يكون هذا بسبب تحسن تقنيات الجراحة والرعاية الطبية التي تقلل المخاطر مع كل ولادة جديدة. واستنتجت الباحثة أنه قد تختلف النتائج بناء على العينة المدروسة إضافة إلى تدخل العوامل الوراثية ونمط الحياة. وأن بعض الأطباء قد يوصون بعدد محدود من الولادات القيصرية بسبب المخاطر المحتملة. ومع ذلك فإن أغلب الدراسات تشير إلى أن التأثير الصحي العام قد لا يكون مختلفا بشكل كبير حسب عدد العمليات مما قد يؤثر على سياسات الرعاية الصحية.

جدول رقم(66): سبب تعرض المبحوثات لإجهاض تلقائي حسب مهنتهن

المجموع	في حالة تعرضك لإجهاض تلقائي، ما هو سبب ذلك؟					تكرار	ماكثة بالبيت	مهنة الزوجة
	لم تتعرض	تناول دواء دون وصفة	إرهاق جسدي أو نفسي	مشاكل بين الزوجين	عامل وراثي			
173	135	3	30	3	2	النسبة %		
%100	78,0	1,7	17,3	1,7	1,2	تكرار	موظفة	
83	64	2	12	4	1	النسبة %		
%100	77,1	2,4	14,5	4,8	1,2	تكرار	عاملة لدى الخواص	
27	21	0	3	3	0	النسبة %		
%100	77,8	0,0	11,1	11,1	0,0	تكرار	أعمال حرة	
17	13	0	3	1	0	النسبة %		
%100	76,5	0,0	17,6	5,9	0,0	تكرار		
300	233	5	48	11	3	النسبة %		
%100	77,7	1,7	16,0	3,7	1,0	تكرار		
القرار			مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²		
غير دال (لا توجد فروق)			0,05	0,73	12	8,66		

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على عدم تعرضهن لإجهاض تلقائي وتقدر نسبتهن بـ(77,7%)، خاصة الماكثات في البيت بنسبة (78,0%) والعاملات لدى الخواص بنسبة (77,8%).

في حين سجلت نسبة (16,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن إرهاق جسدي أو نفسي هو سبب تعرضهن لإجهاض تلقائي، خاصة المشتغلات في أعمال حرة بنسبة (17,6%) والماكثات في البيت بنسبة (17,3%). وتليها نسبة (3,7%) فقط من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن هو المشاكل مع الزوج سبب تعرضهن لإجهاض تلقائي، خاصة العاملات لدى الخواص بنسبة (11,1%) والمشتغلات في أعمال حرة بنسبة (5,9%). مقابل نسبة (1,7%) فقط من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن تناول دواء دون وصفة هو سبب تعرضهن لإجهاض تلقائي، خاصة الموظفات بنسبة (2,4%). أما نسبة (1,0%) فقط من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب تعرضهن لإجهاض تلقائي هو وراثي، خاصة الماكثات في البيت والموظفات بنسبة (1,2%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على عدم تعرضهن لإجهاض تلقائي بغض النظر عن مهنتهن، أما اللواتي تعرضن لإجهاض تلقائي فسببه الأساسي هو الإرهاق الجسدي أو النفسي وبدرجة أقل كل من المشاكل مع الزوج وتناول دواء دون او يرجع لعامل وراثي. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة بـ(8,66) وهي غير دالة عند درجات الحرية (12) ومستوى

الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,73)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول عدم تعرضهن لإجهاض تلقائي حسب مهنتهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة بتأثير عوامل كالصحة العامة، والعمر، والوراثة، ونمط الحياة. وهنا قد يكون للعوامل الصحية والوراثية والعادات الحياتية تأثير أكبر على خطر الاجهاض مقارنة بالمهنة. وأيضا وجود بيئات عمل محمية في بعض الدول والتي تضع قوانين تمنع التعرض لمخاطر تؤثر على الحمل في إطار تحسن ظروف العمل مثل تقليل ساعات العمل أو منع التعرض للمواد الضارة. وتوصلت بعض الدراسات إلى أن بعض المهن لها تأثير على خطر الإجهاض، مثل الأعمال التي تتطلب مجهودا بدنيا كبيرا، أو التعرض للمواد الكيميائية الضارة، أو ضغط العمل العالي مثل العمل في القوات الأمنية أو المهن الإدارية المرهقة، قد تساهم في اضطرابات هرمونية تزيد من خطر الإجهاض.

ويرجع ذلك إلى أن المهنة وحدها قد لا تكون العامل الرئيسي الذي يؤثر على الإجهاض التلقائي، بلي يجب النظر إلى العوامل الصحية والبيئية بشكل أوسع. وخاصة الإرهاق الجسدي و النفسي وخاصة في الوظائف التي تتطلب الوقوف لفترات طويلة أو رفع أوزان ثقيلة (مثل العمل في المصانع أو الضيافة أو التمريض) قد تزيد من خطر فقدان الحمل. والعاملات في مجال الرعاية الصحية، خاصة في المختبرات الطبية والأشعة، قد يتعرضن لمخاطر بيولوجية أو إشعاعية تزيد من خطر الإجهاض. وبدرجة أقل كل من المشاكل مع الزوج وتناول دواء دون وصفة أو لعامل وراثي.

جدول رقم(67): رغبة المبحوثات في الإنجاب مرة أخرى بعد الإجهاض التلقائي حسب عدد أبنائهن

المجموع	بعد الإجهاض هل كنت ترغبين في الإنجاب مرة أخرى؟		العدد لإجمالي للأطفال	العدد
	لا	نعم		
17	4	13	تكرار	طفل واحد
%100	23,5	76,5	النسبة%	
14	1	13	تكرار	طفلين
%100	7,1	92,9	النسبة%	
18	4	14	تكرار	ثلاثة أطفال
%100	22,2	77,8	النسبة%	
18	2	16	تكرار	أربعة أطفال فأكثر
%100	11,1	88,9	النسبة%	
67	11	56	تكرار	المجموع
%100	16,4	83,6	النسبة%	
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,51	03	2,31

* عدد الإجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي تعرضن لإجهاض تلقائي فقط.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي وتقدر نسبتهن بـ(83,6%)، خاصة اللواتي لديهن ابنين بنسبة (92,9%) واللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (88,9%). مقابل نسبة (16,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (23,5%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (22,2%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي بغض النظر عن عدد أبنائهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة بـ(2,31) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,51)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي حسب عدد أبنائهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة بعوامل نفسية كالرغبة السابقة في الإنجاب إذا كانت الأم تخطط للحمل قبل الإجهاض فقد تظل لديها نفس الرغبة في المحاولة مرة أخرى، بغض النظر عن عدد الأطفال الذين أنجبتهن سابقا وخاصة أن النساء بعد الإجهاض يشعرن بحزن شديد مما قد يزيد رغبتهن في تعويض الخسارة بالحمل مرة أخرى. بالإضافة إلى تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في بعض المجتمعات قد يكون هناك ضغط اجتماعي على المرأة لإنجاب عدد معين من الأطفال مما قد يؤثر على قرارها بعد الإجهاض. على عكس بعض المجتمعات قد تكون المرأة أكثر حرية في اتخاذ القرار بناء على حالتها النفسية والجسدية. وأيضا هناك عوامل طبية تؤثر على قرار الحمل مرة أخرى وخاصة إذا كان الإجهاض التلقائي ناتجا عن مشكلة صحية فقد تنصح المرأة بالانتظار أو تجنب الحمل لفترة معينة. وبعض النساء قد يواجهن صعوبة في الحمل بعد الإجهاض، مما قد يؤثر على رغبتهن في الحمل مرة أخرى. ويرجع ذلك إلى كون بعض النساء اللواتي لديهن أطفال قد يكون لديهن دافع أقل للإنجاب بعد الإجهاض، خاصة إذا كن يشعرن بالرضا عن عدد أطفالهن. ومع ذلك، لا يمكن اعتبار هذا قاعدة عامة، لأن كل امرأة تتفاعل مع الإجهاض بطريقتها الخاصة، بغض النظر عن عدد الأطفال الذين أنجبتهن.

جدول رقم(68): سبب رغبة المبحوثات في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي حسب عدد

أبنائهن

المجموع	في حالة الإجابة بـ"نعم"؛ ما سبب رغبتك؟					
	لإرضاء الأهل والأقارب	إنجاب العدد المفضل من الأطفال	الحفاظ على الرابطة الزوجية			
20	1	11	8	تكرار	طفل واحد	العدد الإجمالي للأطفال
%100	5,0	55,0	40,0	النسبة%		
17	2	12	3	تكرار	طفلين	
%100	11,8	70,6	17,6	النسبة%		
18	1	11	6	تكرار	ثلاثة أطفال	
%100	5,6	61,1	33,3	النسبة%		
20	1	13	6	تكرار	أربعة أطفال فأكثر	
%100	5,0	65,0	30,0	النسبة%		
75	5	47	23	تكرار	المجموع	
%100	06.6	62.7	30.7	النسبة%		
القرار		مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
غير دال (لا توجد فروق)		0,05	0,83	06	2,79	
* عدد الإجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع الراغبات في الإنجاب بعد الإجهاض فقط.						

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن سبب رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي هو إنجاب العدد المفضل من الأطفال وتقدر نسبتهن بـ (62.7%)، خاصة اللواتي لديهن ابنتين بنسبة (70,6%) واللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (65,0%). في حين سجلت نسبة (30,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي هو الحفاظ على الرابطة الزوجية، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد ابنتين ثلاثة أبناء أربعة أبناء فأكثر بنسبة (40,0%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (33,3%). أما نسبة (06.6%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي هو لإرضاء الأهل والأقارب، خاصة اللواتي لديهن ابنتين بنسبة (11,8%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي هو إنجاب العدد المفضل من الأطفال بغض النظر عن عدد أبنائهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة بـ (2,79) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,83)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون إنجاب العدد المفضل من الأطفال هو سبب رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي لصالح غير المتعلمات حسب عدد أبنائهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن هناك عامل أساسي مشترك بينهن هو الوصول إلى العدد الذي يشعرن بأنه مناسب أو مكتمل، وهناك عوامل إضافية آخر كالعمر كلما كانت المرأة أكبر سنا قد تشعر بضغط الوقت للحمل مرة أخرى. وبعض النساء يشعرن بالحزن بعد الإجهاض مما يجعلهن أكثر إصرارا على المحاولة مرة أخرى. ووجود شريك داعم وعائلة مشجعة قد يزيد الرغبة في المحاولة مجددا. ولأسباب طبية خاصة إذا كان الإجهاض ناتجا عن مشكلة قابلة للحل فقد يكون هناك دافع أكبر للمحاولة مجددا.

ويرجع ذلك إلى أن رغبة النساء في الإنجاب مرة أخرى بعد الإجهاض التلقائي قد تتأثر بعدد الأطفال الذين لديهن بالفعل في حالة نساء دون أطفال (الحمل الاول) يصبح لديهن دافع قوي من أجل تحقيق حلم الأمومة وأيضا الشعور بعدم الاكتمال العائلي والرغبة في إثبات القدرة على الحمل الناجح. وأيضا النساء اللواتي لديهن طفل واحد يشعرن برغبة في إعطاء طفلهم الأول أختا أو أختا، إضافة إلى النساء اللواتي لديهن أكثر من طفل. مع العلم أن الرغبة في الإنجاب مجددا تعتمد على ما إذا كن يشعرن بأن عائلتهن مكتملة أم لا بينما يقرر نساء أخريات بفكرة الاكتفاء بالعدد الحالي.

جدول رقم(69): نوع الرضاعة المستعملة من قبل المبحوثات حسب مهتهن

المجموع	ما نوع الرضاعة المستعملة لديك؟					
	معا	حليب الأطفال	رضاعة طبيعية			
173	33	27	113	تكرار	ماكنة بالبيت	مهنة الزوجة
%100	19,1	15,6	65,3	النسبة %		
83	24	18	41	تكرار	موظفة	
%100	28,9	21,7	49,4	النسبة %		
27	5	6	16	تكرار	عاملة لدى الخواص	
%100	18,5	22,2	59,3	النسبة %		
17	5	3	9	تكرار	أعمال حرة	
%100	29,4	17,6	52,9	النسبة %		
300	67	54	179	تكرار	المجموع	
%100	22,3	18,0	59,7	النسبة %		
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,32	06	6,95	

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أنهن يستعملن الرضاعة الطبيعية وتقدر نسبتهن بـ(59,7%)، خاصة الماكثات في البيت بنسبة (65,3%). في حين سجلت نسبة (22,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أنهن يستعملن الرضاعة الطبيعية مع حليب الأطفال، خاصة المشتغلات في الأعمال الحرة بنسبة (29,4%) والموظفات بنسبة (28,9%). أما نسبة (18,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن

على أنهم يستعملن حليب الأطفال، خاصة العاملات لدى الخواص بنسبة (22,2%) والموظفات بنسبة (21,7%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية كدن على أنهم يستعملن الرضاعة الطبيعية بغض النظر عن مهنتهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة بـ(6,95) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,32)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول استعمالهن للرضاعة الطبيعية حسب مهنتهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة بانتشار الوعي المتساوي بأهمية الرضاعة الطبيعية بغض النظر عن طبيعة عمل النساء. وأيضا دعم متشابه من بيئة العمل أو العائلة وخاصة إذا كانت بيئات العمل توفر تسهيلات متشابهة (إجازة الأمومة أو أماكن تخصص للرضاعة) فقد بقي تأثير المهنة على قرار الرضاعة. ويرجع ذلك إلى أن عدم تأثير المهنة بشكل مباشر على الرضاعة الطبيعية، فهذا يعني أن هناك عوامل أخرى مثل القوانين، الوعي الصحي، الوضع الصحي والدعم الأسري والاجتماعي أكثر تأثيرا من المهنة في تحديد استخدام الرضاعة الطبيعية وأيضا توفر بدائل أخرى وخاصة إذا توفرت وكانت متاحة وسهلة، فقد تعتمد النساء على خيارات مختلطة مثل الرضاعة الجزئية.

جدول رقم(70): سبب استعمال المبحوثات لحليب الأطفال في الرضاعة حسب مهنتهن

المجموع	في حالة استعمال حليب الأطفال، ما هو السبب في ذلك؟								
	حليب الأم لا يكفي	تشوه الثدي	الحفاظ على رشاقة جسمك	مرض نفسي للأم	انقطاع الحليب من الثدي				
60	17	2	0	3	38	تكرار	ماكثة	مهنة الزوجة	
%100	28,3	3,3	0,0	5,0	63,3	النسبة%	بالبيت		
42	8	0	9	0	25	تكرار	موظفة		
%100	19,0	0,0	21,4	0,0	59,5	النسبة%			
11	2	0	0	0	9	تكرار	عاملة لدى		
%100	18,2	0,0	0,0	0,0	81,8	النسبة%	الخواص		
8	2	0	1	0	5	تكرار	أعمال حرة		
%100	25,0	0,0	12,5	0,0	62,5	النسبة%			
121	29	2	10	3	77	تكرار			المجموع
%100	24,0	1,7	8,3	2,5	63,6	النسبة%			
القرار			مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		قيمة كا ²		
دال (توجد فروق)			0,05	0,04	12		21,67		
* عدد الإجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع المستعملات لحليب الأطفال في الرضاعة فقط.									

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن سبب استعمالهن لحليب الأطفال في الرضاعة هو انقطاع الحليب من الثدي وتقدر نسبتهم ب(63,6%)، خاصة المعاملات لدى الخواص بنسبة (81,8%). في حين سجلت نسبة (24,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب استعمالهن لحليب الأطفال في الرضاعة كون حليب الأم لا يكفي، خاصة الماكثات في البيت بنسبة (28,3%) والمشتغلات في الأعمال الحرة بنسبة (25,0%). مقابل نسبة (8,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب استعمالهن لحليب الأطفال في الرضاعة هو الحفاظ على رشاقة الجسم، خاصة الموظفات بنسبة (21,4%) والمشتغلات في الأعمال الحرة بنسبة (12,5%). وتلها نسبة (2,5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب استعمالهن لحليب الأطفال في الرضاعة هو التعرض لمرض نفسي، خاصة الماكثات في البيت بنسبة (5,0%). أما نسبة (1,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب استعمالهن لحليب الأطفال في الرضاعة هو وجود تشوه في الثدي، خاصة الماكثات في البيت بنسبة (3,3%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب استعمالهن لحليب الأطفال في الرضاعة هو انقطاع الحليب من الثدي خاصة المعاملات منهن لدى الخواص. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(21,67) وهي دالة عند درجات الحرية (12) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,04)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول كون سبب استعمالهن لحليب الأطفال في الرضاعة هو انقطاع الحليب من الثدي لصالح العاملات لدى الخواص.

وهذا ما فسرتة الباحثة بالتفاوت في إجابات الأمهات حول سبب استخدام حليب الأطفال المصطنع والذي يرجع لعوامل عديدة نذكرها كالتالي: الضغط النفسي والجسدي من خلال العمل في القطاع الخاص، وأيضا عدم توفر بيئة داعمة للرضاعة بعض أماكن العمل لا توفر تسهيلات للرضاعة ولا أوقات راحة كافية لشفط الحليب مما يجبر الأمهات على استخدام الحليب الاصطناعي. والخوف من نقص الحليب لذا يلجأن للحليب الاصطناعي كبديل. وأيضا تفاوت الوعي والمعلومات، والتأثيرات المجتمعية والعائلية. ويرجع ذلك إلى أن العمل في القطاع الخاص غالبا ما يكون متطلبا ويتطلب ساعات عمل طويلة، مما قد يؤدي إلى التوتر والإرهاق وهما عاملان قد يؤثران سلبا على إنتاج الحليب.

3. عرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية الخاصة بوفيات الأمهات والأطفال والرعاية الصحية المقدمة للأمهات: من خلال ما سيتم عرضه في الجداول التالية والتي تتضمن بيانات في صيغة مؤشرات حول متغير الرعاية الطبية للأمهات وكل ما يتعلق بها وربطه بمؤشرات حول وفيات الأمهات والأطفال من أجل قياس مدى تأثير تلك المؤشرات الخاصة بالمتغير المستقل (الرعاية الطبية) على المتغير التابع (وفيات الأمهات والأطفال) بغية التأكد من صحة الفرضية الثالثة التي مفادها كالآتي: نقص الرعاية الصحية للأمهات يؤدي إلى ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال.

جدول رقم (71): رأي المبحوثات في كون وفيات الأمهات والأطفال راجع إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة

للأمهات حسب مستواهن التعليمي

المجموع	حسب اعتقادك، هل ترجع وفيات الأمهات والأطفال إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات؟		تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
	لا	نعم			
24	2	22	تكرار	متوسط	
%100	8,3	91,7	النسبة %		
65	2	63	تكرار	ثانوي	
%100	3,1	96,9	النسبة %		
102	6	96	تكرار	جامعي	
%100	5,9	94,1	النسبة %		
109	8	101	تكرار	المجموع	
%100	7,3	92,7	النسبة %		
300	18	282	تكرار		
%100	6,0	94,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,66	03	1,56	

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن وفيات الأمهات والأطفال راجع إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات وتقدر نسبتهم ب(94,0%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (96,9%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (94,1%). مقابل نسبة (6,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن وفيات الأمهات والأطفال لا يعود إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (8,3%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (7,3%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن وفيات الأمهات والأطفال راجع إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات بغض النظر عن مستواهن التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة ب(1,56) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05)

بمستوى دلالة قدره (0,66)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون وفيات الأمهات والأطفال راجع إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات حسب مستواهن التعليمي. **وهذا ما فسرتة الباحثة على أن مستوى تعليم الأمهات لا يؤثر على آرائهن أو إجابتهن بشأن وفيات الأمهات والولادات. أي أن الأمهات بغض النظر عن مستواهن التعليمي (سواء كن متعلمات أو غير متعلمات)، يرين أن السبب الرئيسي لوفيات الأمهات أثناء الحمل أو الولادة هو نقص الرعاية الصحية المقدمة لهن. ويرجع ذلك إلى أن المشكلة ليست في وعي الأمهات أو فهمهن للأسباب، بل في جودة الخدمات الصحية المتاحة لهن. حتى لو كانت الأم متعلمة ، فإن قلة الرعاية الصحية قد تؤدي إلى نفس المخاطر التي تواجهها الأمهات الأقل تعليماً.

جدول رقم(72): رأي المبحوثات في سبب وفيات الأمهات والأطفال حسب مستواهن التعليمي

المجموع	في حالة الإجابة "نعم": ما سبب الوفاة؟								
	عدم المتابعة في حالات الخطر	نقص الوعي الصحي لدى الأمهات	بعد مكان الولادة	خطأ القابلات	مرض مزمن	مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة			
79	11	18	11	15	10	14	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	13,9	22,8	13,9	19,0	12,7	17,7	النسبة%		
237	35	39	41	43	38	41	تكرار	متوسط	
%100	14,8	16,5	17,3	18,1	16,0	17,3	النسبة%		
303	34	69	41	53	53	53	تكرار	ثانوي	
%100	11,2	22,8	13,5	17,5	17,5	17,5	النسبة%		
340	43	72	51	63	60	51	تكرار	جامعي	
%100	12,6	21,2	15,0	18,5	17,6	15,0	النسبة%		
959	123	198	144	174	161	159	تكرار	المجموع	
%100	12.8	20.6	15	18.2	16.8	16.6	النسبة%		
القرار		مستوى الخطأ		مستوى الدلالة		درجات الحرية		قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)		0,05		0,93		15		7,67	
* عدد الاجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.									

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن سبب وفيات الأمهات والأطفال هو نقص الوعي الصحي لدى الأمهات وتقدر ب(20.6%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والثانوي بنسبة (22,8%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (21,2%). وتلهم نسبة (18.2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب وفيات الأمهات والأطفال هو وقوع القابلات في أخطاء طبية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (19,0%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (18,5%). في حين سجلت نسبة (16.8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب وفيات الأمهات والأطفال هو تعرضهن لأمراض مزمنة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (17,6%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (17,5%). ثم نسبة (16.6%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب وفيات الأمهات والأطفال هو وقوع مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (17,7%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (17,5%).

مقابل نسبة (15%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب وفيات الأمهات والأطفال هو بعد مكان الولادة وعدم وصولهن في الوقت المناسب، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (17,3%). أما نسبة (12.8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب وفيات الأمهات والأطفال هو عدم المتابعة الحوامل في حالات الخطر، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (14,8%) وذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (13,9%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواهن التعليمي حول سبب وفيات الأمهات والأطفال بين نقص الوعي الصحي لدى الأمهات ووقوع القابلات في أخطاء طبية، تعرضهن لأمراض مزمنة، مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة، بعد مكان الولادة وعدم وصولهن في الوقت المناسب وعدم المتابعة الحوامل في حالات الخطر.

وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(7,67) وهي غير دالة عند درجات الحرية (15) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,93)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول سبب وفيات الأمهات والأطفال حسب مستواهن التعليمي.

وهذا ما فسرتة الباحثة على أن هناك عدم وجود وعي كاف بأسباب الوفاة الطبية: حتى الأمهات المتعلمات قد يعتمدن على المعلومات المتاحة في بيئتهن، والتي قد تكون محدودة وغير دقيقة. وأيضاً هناك تأثير عوامل ثقافية واجتماعية قد تكون هناك معتقدات أ تجارب متشابهة بين الأمهات تجعلهن يفسرن أسباب الوفاة بالطريقة نفسها. وأيضاً نقص الخدمات الصحية إذا كانت الرعاية الصحية ضعيفة في المجتمع ككل، فقد يكون التأثير متشابهة على جميع الأمهات، بغض النظر عن تعليمهن. وربما بسبب أنهن عشن تجربة مشتركة فقد تعاني جميع الأمهات سواء كن متعلمات أو لا من نفس

المشكلات الصحية أثناء الحمل والولادة، مثل نقص الرعاية الطبية أو التأخر في الحصول على العلاج. ويرجع ذلك إلى أن النساء الأقل تعليماً أكثر عرضة لمخاطر الولادة بسبب ضعف الوعي وقلة الوصول إلى الرعاية الصحية. وقلة الوعي بالصحة الإنجابية فقد لا تكون لديهن معلومات كافية عن رعاية الحمل والولادة. وتأخر طلب الرعاية الصحية بسبب نقص المعرفة أو العادات الاجتماعية، وزيادة الولادات غير المخططة مما يزيد من مخاطر الحمل المتكرر وسوء التغذية. وترجع الوفيات أيضاً إلى الفقر وقلة الوصول إلى المستشفيات، حيث تكون الرعاية الصحية غير متاحة أو مكلفة. وارتفاع معدلات الولادة المنزلية دون إشراف طبي مما يزيد من مضاعفات الولادة الخطيرة.

جدول رقم (73): وجود للمبحوثات ولادات ميتة قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن

المجموع	هل كانت لكي ولادات ميتة (قبل أو بعد الولادة)		تكرار	ماكنة بالبيت	مهنة الزوجة
	لا	نعم			
173	136	37	النسبة %		
%100	78,6	21,4			
83	63	20	تكرار	موظفة	
%100	75,9	24,1	النسبة %		
27	23	4	تكرار	عاملة لدى الخواص	
%100	85,2	14,8	النسبة %		
17	12	5	تكرار	أعمال حرة	
%100	70,6	29,4	النسبة %		
300	234	66	تكرار		المجموع
%100	78,0	22,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,65	03	1,60	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على عدم وجود ولادات ميتة قبل أو بعد ولادتهن وتقدر نسبتهن بـ (78,0%)، خاصة المعاملات لدى الخواص بنسبة (85,2%) والمالكات في البيت بنسبة (78,6%). مقابل نسبة (22,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على وجود ولادات ميتة قبل أو بعد ولادتهن، خاصة المشتغلات في الأعمال الحرة بنسبة (29,4%) والموظفات بنسبة (24,1%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على عدم وجود ولادات ميتة قبل أو بعد ولادتهن بغض النظر عن مهنتهن، ولكن هذا لا ينفي تسجيل أكثر من خمسين لديهن ولادات ميتة. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ (1,60) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,65)، مما يعني أنه لا توجد فروق في اجابات الأمهات حول عدم وجود ولادات ميتة قبل أو بعد ولادتهن لصالح غير المتعلمات حسب مهنتهن.

وهذا ما فسرتة الباحثة بأن عدم تأثير المهنة على حالات الولادة الميئة بين غير المتعلمات وهذا يعني أن نوع العمل الذي تمارسه المرأة غير المتعلمة (سواء كانت ربة بيت أو تشتغل في القطاع الخاص أو مهن أخرى) لا يؤثر بشكل واضح على احتمالية حدوث ولادة ميئة. وهناك عوامل صحية وبيئية مشتركة قد يكون هناك تشابه في الظروف المعيشية والرعاية الصحية التي تحصل عليها النساء غير المتعلمات، مما يجعل معدلات الولادة الميئة متقاربة بغض النظر عن المهنة. وسوء التغذية وعدم المتابعة الطبية أثناء الحمل والتعرض للإجهاد أو الظروف السيئة قد يكون لها تأثير أكبر من المهنة نفسها. وأيضا قلة الوعي الصحي والخدمات الطبية إذا كانت النساء غير المتعلمات لديهن وصول محدود إلى الرعاية الصحية قبل وأثناء الحمل، فقد يكون ذلك هو العامل الرئيسي وراء الولادات الميئة، وليس المهنة بحد ذاتها.

ويرجع ذلك إلى أن هناك جوانب أخرى تؤثر في حدوث الولادات الميئة بين النساء غير المتعلمات بغض النظر عن مهنتهن: كالعوامل الصحية مثل سوء التغذية والأمراض المزمنة وعد المتابعة الطبية من خلال قلة الفحوصات الدورية للحامل والتي تؤدي إلى عدم اكتشاف المشكلات الصحية مبكرا. وأيضا ترجع للعوامل البيئية كالتعرض لمخاطر بيئية مثل الفقر السكن غير الصحي، صعوبة الوصول للمستشفيات عند حدوث مضاعفات الولادة. وأيضا العوامل الاجتماعية والاقتصادية كقلة الوعي بحقوق الرعاية الصحية خاصة في حالة ظهور أعراض خطيرة والضغط النفسي والاجتماعي مثل التعرض للعنف الأسري أو الضغوط الاقتصادية، مما قد يؤثر سلبا على الحمل. وأيضا ترجع إلى ضعف جودة الخدمات الصحية من خلال عدم توفر الرعاية الطارئة في بعض المناطق قد لا تكون هناك مستشفيات مجهزة للتعامل مع حالات الحمل المعقدة، ونقص الكوادر الطبية المؤهلة خاصة في المناطق الريفية أو الفقيرة، مما يؤدي إلى تأخر التدخل الطبي عند الحاجة.

** النتيجة هنا بما أن الولادات الميئة لا تختلف بين النساء غير المتعلمات حسب مهنتهن، فهذا يعني أن العوامل الصحية والبيئية والاجتماعية تلعب الدور الأكبر وليس المهنة نفسها.

وبالتالي فإن تحسين الرعاية الصحية وزيادة التوعية الصحية وتوفير خدمات الحمل والولادة الجيدة يمكن أن يساعد في تقليل معدلات الولادات الميئة.

جدول رقم(74): عدد الولادات الميثة للمبحوثات قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن

المجموع	في حالة الإجابة بـ"نعم"، كم كان عددها؟			تكرار	النسبة %	
	ثلاث ولادات أو أكثر	ولادتين	ولادة واحدة			
37	1	7	29	تكرار	النسبة %	مهنة الزوجة
%100	2,7	18,9	78,4	تكرار	النسبة %	
20	1	4	15	تكرار	النسبة %	
%100	5,0	20,0	75,0	تكرار	النسبة %	
4	0	0	4	تكرار	النسبة %	
%100	0,0	0,0	100	تكرار	النسبة %	
5	0	1	4	تكرار	النسبة %	
%100	0,0	20,0	80,0	تكرار	النسبة %	
66	2	12	52	تكرار	النسبة %	المجموع
%100	3,0	18,2	78,8	تكرار	النسبة %	المجموع
القرار		مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)		0,05	0,95	06	1,59	
* عدد الإجابات أصغر من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي لديهن ولادات ميثة فقط.						

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على وجود ولادة واحدة ميثة قبل أو بعد الولادة وتقدر نسبتهن بـ(78,8%)، نجد منهن كل المعاملات لدى الخواص بنسبة (100%) والمشتغلات في الأعمال الحرة بنسبة (80,0%). في حين سجلت نسبة (18,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على وجود ولادتين ميثة قبل أو بعد الولادة، خاصة الماكثات في البيت الموظفات وكذا المشتغلات في الأعمال الحرة بنسبة (20,0%) والماكثات في البيت بنسبة (18,9%). أما نسبة (3,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على وجود ثلاث ولادات أو أكثر ميثة قبل أو بعد الولادة، خاصة الموظفات بنسبة (5,0%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية اللواتي لديهن ولادة ميثة قبل أو بعد الولادة يؤكدن على وجود ولادة واحدة فقط بغض النظر عن مهنتهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ(1,59) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,95)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول وجود ولادة واحدة ميثة قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن.

وتفسر الباحثة ذلك بأن مهنة الأم لا تؤثر بشكل ملحوظ على احتمالية حدوث ولادة ميثة. بل فسرت ذلك من خلال عوامل أخرى قد تلعب دورا في حدوث الولادات الميثة، مثل الظروف الصحية للأم، وجودة الرعاية الطبية المقدمة، والعوامل الاجتماعية والاقتصادية. وفقا لمنظمة الصحة العالمية. أن معظم وفيات الأمهات تحدث في البلدان المنخفضة والمتوسطة الدخل، وكان من الممكن منع معظمها من خلال توفير الرعاية الصحية المناسبة، ويرجع ذلك إلى أنه قد تؤثر الفترات الزمنية بين الولادات

على صحة الأم والجنين، حيث تشير الدراسات إلى أن الحمل بعد أقل من عام من الولادة قد يزيد من المخاطر الصحية، ولذلك ينصح بمراعاة هذه العوامل مجتمعة عند دراسة أسباب الولادات الميتة بالإضافة إلى مهنة الأم

جدول رقم(75): سبب الولادات الميتة للمبحوثات قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن

المجموع	ما هو سبب الوفاة؟					
	جفاف الماء المحيط بالجنين	انتقال مرض الأم إلى الجنين	ولادة قبل الأوان	عدم اكتمال أعضاء الجنين		
37	6	3	5	23	تكرار	ماكثة
%100	16,2	8,1	13,5	62,2	النسبة %	بالبيت
20	2	1	4	13	تكرار	موظفة
%100	10,0	5,0	20,0	65,0	النسبة %	
4	1	0	0	3	تكرار	عاملة لدى الخواص
%100	25,0	0,0	0,0	75,0	النسبة %	
5	0	0	1	4	تكرار	أعمال حرة
%100	0,0	0,0	20,0	80,0	النسبة %	
66	9	4	10	43	تكرار	المجموع
%100	13,6	6,1	15,2	65,2	النسبة %	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		قيمة كآ ²
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,93	09		3,61

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن سبب ولاداتهن الميتة قبل أو بعد الولادة هو عدم اكتمال أعضاء الجنين وتقدر نسبتهن بـ(65,2%)، خاصة المشتغلات في الأعمال الحرة بنسبة (80,0%) والمعاملات لدى الخواص بنسبة (75,0%) في حين سجلت نسبة (15,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب ولاداتهن الميتة قبل أو بعد الولادة هو ولادة قبل الأوان، خاصة الموظفات والمشتغلات في الأعمال الحرة بنسبة (20,0%) مقابل نسبة (13,6%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب ولاداتهن الميتة قبل أو بعد الولادة هو جفاف الماء المحيط بالجنين، خاصة المعاملات لدى الخواص بنسبة (25,0%) والماكثات في البيت بنسبة (16,2%) أما نسبة (6,1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب ولاداتهن الميتة قبل أو بعد الولادة هو انتقال مرض الأم إلى الجنين، خاصة الماكثات في البيت بنسبة (8,1%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب ولاداتهن الميتة قبل أو بعد الولادة هو عدم اكتمال أعضاء الجنين بغض النظر عن مهنتهن. وما يؤكد

ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(3,61) وهي غير دالة عند درجات الحرية (09) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,93)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون عدم اكتمال أعضاء الجنين هو السبب الرئيسي لولاداتهن الميتة قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن. وفسرت الباحثة ذلك بعدة أسباب متعددة ومعقدة وقد تشمل: مشاكل في المشيمة أو الحبل السري، واضطرابات وراثية أو تشوهات خلقية، أو إصابة الأم ببعض الالتهابات أو العدوى كالتهابات المهبلية والتهابات المسالك البولية لا تسبب الضرر للأم فقط لأنه إذا تم إهمالها قد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة مثل موت الجنين أو الولادة المبكرة، والمشاكل الصحية لدى الأم خاصة في حالة المعاناة من بعض الأمراض المزمنة كارتفاع ضغط الدم أو السكري، وفرط الغدة الدرقية. ويرجع ذلك إلى أنه لا يوجد سبب محدد لحدوث موت الجنين أو الاملاص، ولكن بعض الباحثين أشاروا إلى عدة مضاعفات قد تزيد من احتمالية حدوثه وأرجعوها إلى زيادة مضاعفات الولادة أو المخاض والحمل وتناول بعض الأدوية غير المرخصة وغير الآمنة للحامل، مثل الطلق المبكر (وهي الولادة التي تحدث قبل الأسبوع السابع والثلاثين من الحمل)، والحمل بتوأم. انفصال المشيمة عن الرحم والمشيمة هي الجزء الذي يزود الجنين بالأكسجين والمواد الغذائية من الأم عبر الحبل السري.

جدول رقم(76): عرض المبحوثات أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة

المجموع	خلال الحمل الأخير، هل عرضت نفسك للكشف عن الحمل؟				
	لا	نعم			
66	4	62	تكرار	نعم	امتلاك ولادات ميتة
100%	6,1	93,9	النسبة %		
234	23	211	تكرار	لا	المجموع
100%	9,8	90,2	النسبة %		
300	27	273	تكرار		قيمة χ^2
100%	9,0	91,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,34	01	0,89	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير وتقدر نسبتهن ب(91,0%)، خاصة اللواتي يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (93,9%). مقابل نسبة (9,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير، خاصة اللواتي لا يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (9,8%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير بغض النظر عن امتلاكهن لولادات ميتة. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة

ب(0,89) وهي غير دالة عند درجات الحرية (01) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,34)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة.

وفسرت الباحثة ذلك بسبب أن العينة المدروسة متجانسة في مستويات التعليم والوعي الصحي، مما جعل الأمهات يتبعن نفس السلوك. من حيث الوعي الصحي قد يكون لجميع الأمهات وعي بأهمية الفحص الطبي أثناء الحمل، سواء كانت لديهن تجربة سابقة لولادة ميتة أو لا. وهذا يشير إلى أن الرعاية الصحية أثناء الحمل تعتبر أمراً ضرورياً للجميع. وأيضاً هناك دور للنظام الصحي والإرشادات الطبية فإذا كانت هناك سياسات صحية تفرض أو تشجع بقوة الفحوصات الدورية للحمل، فقد تخضع جميع الأمهات لها دون تمييز بناء على تجاربهن السابقة. إضافة إلى المتابعة الطبية الروتينية فقد يكون الفحص أثناء الحمل ممارسة شائعة بين جميع النساء، بغض النظر عن تاريخ الحمل السابق، سواء كان لديهن تجارب إيجابية أو سلبية. والدور الكبير للدعم العائلي والاجتماعي فيمكن أن تساهم العائلة والمجتمع في تشجيع الأمهات على متابعة صحتهن أثناء الحمل، مما يؤدي إلى معدلات متساوية من الفحص بين النساء بغض النظر عن تجاربهن السابقة. ويرجع ذلك إلى أن التجربة السابقة لم تؤثر على القرار مما يعني أن وجود ولادة ميتة لم يدفع الأمهات إلى تغيير سلوكهن تجاه الفحص. وأيضاً من حيث التغطية الصحية الشاملة فقد يكون الفحص شاملاً ومتاحاً مما يقلل الفروق في معدلات الخضوع للكشف بين الأمهات اللاتي عانين من ولادات ميتة وغيرهن. وكذلك التدخل الطبي بعد الولادة الميتة وذلك أن الأمهات اللواتي تعرضن لولادة ميتة قد تلقين متابعة طبية بعد كل تجربة مما جعلهن على دراية بأهمية الفحوصات، ولكن هناك بعض الأمهات قد يكن بالفعل على نفس المستوى من الوعي ما أدى إلى عدم وجود فروق بين إجابات المبحوثات. إضافة إلى عدم وجود مخاوف إضافية تؤثر على السلوك الصحي ربما تكون بعض الأمهات اللواتي تعرضن لولادة ميتة قد أدركن أن الفحوصات السابقة لم تمنع النتيجة، وبالتالي لم يجعلها عاملاً مؤثراً في اتخاذ قرار الخضوع للفحص في الحمل التالي. ودور المجتمع والتقاليد في ذلك فقد يكون خضوع الحامل للفحوصات الطبية أمراً طبيعياً ومقبولاً بشمل عام، بغض النظر عن التجارب السابقة مما يفسر عدم وجود فرق بين المجموعتين.

وكنتيجة قد يكون السبب الرئيسي في عدم وجود فروق أن جميع الأمهات تقريباً خضعن للفحص أثناء الحمل الأخير وذلك بنسبة كبيرة (91,0%) بغض النظر عن وجود ولادات ميتة سابقة، بمعنى أن قرار الخضوع للكشف أثناء الحمل الأخير لا يتأثر بشكل مباشر بتجربة الولادة الميتة السابقة، بل تحكمه

عوامل أخرى مثل السياسات الصحية، الثقافة العامة، و الدعم الاجتماعي والبروتوكولات الطبية قد لعبت دورا في توحيد سلوك بين كل الأمهات.

جدول رقم(77): عرض المبحوثات نفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة

المجموع	في حالة الإجابة بـ"نعم"؛ لمن ذهبت للكشف عنك؟				تكرار	نعم	امتلاك ولادات ميتة
	مصحة متعددة الخدمات	مخبر التحاليل	مستشفى الأم والطفل	طبيب (ة) مختص (ة) بأمراض النساء والتوليد			
62	2	0	8	52	تكرار		
%100	3,2	0,0	12,9	83,9	النسبة %		
211	28	4	12	167	تكرار	لا	
%100	13,3	1,9	5,7	79,1	النسبة %		
273	30	4	20	219	تكرار		المجموع
%100	11,0	1,5	7,3	80,2	النسبة %		
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية			قيمة كا ²
	دال (توجد فروق)	0,05	0,02	03			9,11

* عدد الإجابات أصغر من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي عرضن أنفسهن للكشف عن الحمل فقط.

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى طبيب (ة) مختص (ة) بأمراض النساء والتوليد وتقدر نسبتهن بـ(80,2%)، خاصة اللواتي يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (83,9%). في حين سجلت نسبة (11,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى مصحة متعددة الخدمات، خاصة اللواتي لا يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (13,3%). مقابل نسبة (7,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى مستشفى الأم والطفل، خاصة اللواتي يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (12,9%). أما نسبة (1,5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى مخبر التحاليل، خاصة اللواتي لا يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (1,9%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية عرضن أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى طبيب (ة) مختص (ة) بأمراض النساء والتوليد، خاصة اللواتي يمتلكن ولادات ميتة من قبل، وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ(9,11) وهي دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,02)، مما يعني أن هناك فروق في اجابات الأمهات حول عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى طبيب (ة) مختص (ة) بأمراض النساء والتوليد لصالح اللواتي يمتلكن ولادات ميتة من قبل.

وفسرته الباحثة بعدة عوامل منها: مدى الوعي الصحي وهذا بسبب أن اغلب الامهات لديهن وعي بأمية الفحوصات الدورية أثناء الحمل، مما يجعلن أكثر التزاما بمراجعة الطبيب. والتأثير النفسي لبعض الأمهات اللواتي يشعرن بالقلق والخوف من مواجهة الأطباء خاصة إذا لم يحصلن على تفسير واضح لمشكلة الحمل السابق. والعوامل الاقتصادية والاجتماعية حيث أن بعض النساء يواجهن عوائق مالية أو اجتماعية تمنعهن من التوجه للطبيب بشكل منتظم، حتى بعد تجربة ولادة ميبة. أما عن الثقة في الرعاية الطبية خاصة إذا كانت تجربة الولادة السابقة ميبة، فقد تفقد بعض النساء الثقة في النظام الصحي، مما يؤثر على قرارهن بزيارة الطبيب في الحمل التالي. وأن أغلب الإجابات حول المتابعة الصحية تختلف تبعاً لهذه العوامل وغيرها، مما يبرز الحاجة إلى زيادة الوعي والدعم النفسي والاجتماعي للنساء بعد الولادات الميبة، ويرجع ذلك بالأساس إلى أن الفروق في إجابات الأمهات يمكن أن تعكس تفاعلاً معقداً بين العوامل الصحية والنفسية والاجتماعية والثقافية، مما يستدعي فما أعمق لتلك العوامل من أجل تعزيز المتابعة الطبية خلال الحمل.

جدول رقم(78): سبب عدم عرض المبحوثات أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن

لولادات ميبة

المجموع	في حالة الإجابة "لا"، لماذا؟					
	التكلفة مرتفعة	لديها خبرة سابقة	الزوج مشغول	عدم وجود متاعب صحية		
4	2	0	1	1	تكرار	نعم
%100	50,0	0,0	25,0	25,0	النسبة %	امتلاك ولادات ميبة
23	8	3	10	2	تكرار	لا
%100	34,8	13,0	43,5	8,7	النسبة %	المجموع
27	10	3	11	3	تكرار	
%100	37,0	11,1	40,7	11,1	النسبة %	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		قيمة ك ²
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,60	03		1,83
* عدد الإجابات أصغر من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي لم يعرضن أنفسهن للكشف عن الحمل فقط.						

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن سبب عدم عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير هو انشغال الزوج وتقدر ب(40,7%)، خاصة اللواتي لا يملكن ولادات ميبة بنسبة (43,5%). وتليها نسبة (37,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب عدم عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير هو ارتفاع تكلفة الكشف، خاصة اللواتي يملكن ولادات ميبة بنسبة (50,0%). في حين سجلت نسبة (11,1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب عدم عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير هو عدم ظهور متاعب صحية، خاصة اللواتي يملكن ولادات ميبة

بنسبة (25,0%) وبنفس النسبة (11,1%) من المبحوثات يؤكدن على أن سبب عدم عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير هو وجود خبرة سابقة حول الحمل والولادة، خاصة اللواتي لا يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (13,0%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول سبب عدم عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير بغض النظر عن امتلاكهن لولادات ميتة بين انشغال الزوج وارتفاع تكلفة الكشف وبدرجة أقل عدم ظهور متاعب صحية مع اكتسابها لخبرة سابقة حول الحمل والولادة. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة بـ (1,83) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,60)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تنوع أسباب عدم عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة.

وفسرته الباحثة بأسباب عديدة كانشغال الزوج بدرجة كبيرة في الغالب وأيضا شعور الأمهات بعدم الحاجة للفحص فقد يعتقد أنهن يعرفن ما يجب عليهن فعله بناء على تجربة سابقة. وأيضا الظروف المالية من حيث عدم القدرة على تحمل تكاليف الفحوصات أو المواصلات للوصول للعيادة. والضغط العائلي أو الثقافية بعض النساء قد يتعرضن لضغوط اجتماعية تقلل من أهمية الفحوصات أو تحثهن على عدم القلق. أو تجربة سيئة مع الأطباء فقد تتجنب بعض النساء الفحوصات بسبب التعامل غير اللائق من طرف الأطباء. والخوف من تكرار التجربة لأن بعض الأمهات يشعرن بالقلق الشديد من فقدان الحمل مرة أخرى، مما يجعلهن يتجنبن الفحوصات. وبعض النساء يفضلن تأجيل الفحص لتجنب التعلق بالحمل الجديد خوفا من فقدته. والخوف من الإجراءات الطبية كالخوف من الإبر والفحوصات المتعمقة.

ويرجع ذلك إلى أن جميع الأمهات اللواتي فقدن حملا سابقا قد مررن بتجربة نفسية مؤلمة، مما يجعل استجاباتهن متشابهة من حيث الخوف والقلق والتردد في الفحوصات. وأن الشعور بالحزن والصدمة قد يدفعهن لتجنب الكشف بغض النظر عن اختلافاتهن الفردية. وهناك عوامل طبية وصحية متشابهة مثل تكرار المضاعفات السابقة أو عدم وجود حلول فعالة تمنع حدوث المشكلة مجددا. ويرجع ذلك إلى أنه يمكن أن يكون التشابه في ردود الأمهات ناتجا عن العوامل النفسية، الطبية، الثقافية، والاجتماعية التي تؤثر عليهن بطرق متشابهة. فبعض الأمهات قد يفضلن إخفاء الأسباب الحقيقية مثل العوامل المالية والثقافية، وذكر أسباب طبية أو نفسية فقط، وأيضا تأثير المعتقدات المجتمعية.

جدول رقم(79): الدافع وراء عرض المبحوثات أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة

المجموع	ما هو الدافع الذي أدى بك للكشف خلال الحمل الأخير					تكرار	نعم	امتلاك ولادات ميتة
	كان لديك مشكل صحي سابق	للتأكد من سلامة الجنين	كشف روتيني	لضمان حمل صحي	للتأكد من الحمل			
138	12	38	14	45	29	تكرار	نعم	امتلاك ولادات ميتة
%100	8,7	27,5	10,1	32,6	21,0	النسبة %		
472	23	136	59	142	112	تكرار	لا	ميتة
%100	4,9	28,8	12,5	30,1	23,7	النسبة %		
610	35	174	73	187	141	تكرار	المجموع	ميتة
%100	05.7	28.5	12	30.7	23.1	النسبة %		
القرار		مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		قيمة كا ²		
غير دال (لا توجد فروق)		0,05	0,42	04		3,83		
* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.								

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن الدافع وراء عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير هو ضمان حمل صحي وتقدر بـ (30.7%)، خاصة اللواتي يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (32,6%). وتليها نسبة (28.5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن الدافع وراء عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير هو للتأكد من سلامة الجنين، خاصة اللواتي لا يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (28,8%). في حين سجلت نسبة (23.1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن الدافع وراء عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير هو للتأكد من الحمل، خاصة اللواتي لا يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (23,7%). مقابل نسبة (12%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن الدافع وراء عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير هو كشف روتيني، خاصة اللواتي لا يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (12,5%). أما نسبة (05.7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن الدافع وراء عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير هو ظهور مشكلات صحية سابقة، خاصة اللواتي يمتلكن ولادات ميتة بنسبة (8,7%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول الدافع وراء عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير بغض النظر عن امتلاكهن لولادات ميتة بين ضمان حمل صحي و التأكد من سلامة الجنين، التأكد من الحمل، كشف روتيني وظهور مشكلات صحية سابقة. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ (3,83) وهي غير دالة عند درجات الحرية (04) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,42)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تنوع الدوافع وراء عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة.

وفسرت الباحثة ذلك بعوامل مؤثرة على الكشف مثل التوعية الصحية، نصائح الأطباء والتقاليد الاجتماعية، تلعب دورا مماثلا لجميع الأمهات، مما يقلل من الفروق بينهن. وأيضا قد يكون الدافع وراء الكشف عن الحمل متشابهها بين جميع الأمهات، مثل الحرص على صحة الجنين، المتابعة الطبية المنتظمة، أو الحصول على الرعاية المناسبة، بغض النظر عن تاريخ الولادات السابقة.

** ويرجع ذلك إلى عدم تأثر القرار بالتجربة السابقة، فقد لا تكون تجربة الولادة الميئة السابقة عاملا حاسما في تغيير سلوك الأمهات تجاه الكشف عن الحمل، إما بسبب توافر معلومات طبية كافية أو بسبب عدم الربط المباشر بين التجربة السابقة والحمل الحالي. وأيضا تأثير العوامل النفسية والتقبل فقد تكون الأمهات اللواتي مررن بتجربة ولادة ميئة أكثر وعيا بالمخاطر، لكن هذا لا يعني بالضرورة أن دوافعهن للكشف تختلف، فقد يكون الشعور بالمسؤولية تجاه الحمل حاضرا لدى جميع الأمهات بنفس الدرجة.

جدول رقم(80): فترة بدأ المبحوثات في تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير حسب عدد أطفالهن

المجموع	منذ متى بدأت تتلقين الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير			تكرار	العدد الإجمالي للأطفال
	أشهر الأخرى	أشهر الثانية	أشهر الأولى		
47	0	6	41	تكرار	طفل واحد
100,0%	0,0	12,8	87,2	النسبة%	
90	2	19	69	تكرار	طفلين
100,0%	2,2	21,1	76,7	النسبة%	
85	0	20	65	تكرار	ثلاثة أطفال
100,0%	0,0	23,5	76,5	النسبة%	
51	0	13	38	تكرار	أربعة أطفال فأكثر
100,0%	0,0	25,5	74,5	النسبة%	
273	2	58	213	تكرار	المجموع
100,0%	0,7	21,2	78,0	النسبة%	
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,32	06	6,93	

* عدد الإجابات أصغر من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي عرضن نفسهن للكشف عن الحمل فقط.

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن فترة بدأ تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير كانت خلال الثلاثة أشهر الأولى وتقدر نسبتهن ب(78,0%)، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (87,2%). في حين سجلت نسبة (21,2%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن فترة بدأ تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير كانت خلال الثلاثة أشهر الثانية، خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (25,5%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (23,5%). أما نسبة (0,7%) من المبحوثات اللواتي

يؤكد على أن فترة بدأ تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير كانت خلال الثلاثة أشهر الأخيرة، خاصة اللواتي لديهن ابنين بنسبة (2,2%). ومما سبق يمكن القول أن: أكثر ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكد على أن فترة بدأ تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير كانت خلال الثلاثة أشهر الأولى بغض النظر عن عدد أبنائهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(6,93) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,32)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول بدأ تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير خلال الثلاثة أشهر الأولى حسب عدد أبنائهن.

وفسرت الباحثة ذلك على أنه توجد عوامل قد تؤثر على بدء الرعاية الصحية للحمل مثل: الخبرة السابقة في الحمل والولادة. ومستوى الوعي الصحي حيث أن الأمهات الأكثر تعليماً قد يكن أكثر وعياً بأهمية الرعاية المبكرة، إضافة إلى توفر الخدمات الصحية وسهولة الوصول إليها، العوامل الاجتماعية والاقتصادية مثل القدرة المالية قد تؤثر على الوصول إلى الخدمات الصحية. الدعم الأسري والاجتماعي وجود شريك أو عائلة داعمة يشجع على المتابعة الطبية.

** ويرجع ذلك إلى تقييم صحة الأم والجنين حيث يساعد الفحص المبكر في تحديد مشكلات صحية قد تؤثر على الحمل، مثل السكري أو ارتفاع ضغط الدم. وأيضاً متابعة نمو الجنين للتأكد من السير الطبيعي للحمل من خلال الفحوصات الأولية كالسونار واختبارات الدم. إضافة إلى تقليل المخاطر والمضاعفات والاكتشاف المبكر لأي مشاكل لاتخاذ إجراءات مناسبة. ودور التثقيف الصحي والتغذية حيث تقد الرعاية الصحية المبكرة نصائح حول التغذية السليمة، وأخذ الفيتامينات: مثل حمض الفوليك، والعادات الصحية المهمة. وأهمية التخطيط والمتابعة المستمرة حيث يساعد الطبيب الأم على وضع خطة متابعة مناسبة بناء على حالتها الصحية وحالات حملا السابقة.

** وخلص القول أن حتى لو كانت الأم قد أنجبت من قبل، فإن كل حمل يكون فريداً، مما يجعل الرعاية المبكرة ضرورية لضمان صحة الأم والطفل.

جدول رقم(81): رضا المبحوثات عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل حسب عدد أطفالهن

المجموع	أثناء تلقيك للرعاية الصحية بمستشفى الأم والطفل، هل كنت راضية عن الخدمات المقدمة؟		تكرار	طفل واحد	العدد الإجمالي للأطفال
	غير راضية	راضية			
67	44	23	تكرار		
%100	65,7	34,3	النسبة%		
92	72	20	ت	طفلين	
%100	78,3	21,7	النسبة%		
88	66	22	تكرار	ثلاثة	
%100	75,0	25,0	النسبة%	أطفال	
53	38	15	تكرار	أربعة	
%100	71,7	28,3	النسبة%	أطفال فأكثر	
300	220	80	تكرار		المجموع
%100	73,3	26,7	النسبة%		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,34	03	3,35	

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على عدم رضاهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل وتقدر نسبتهن ب(73,3%)، خاصة اللواتي لديهن ابنين بنسبة (78,3%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (75,0%).مقابل نسبة (26,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على رضاهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (34,3%) واللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (28,3%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على عدم رضاهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل بغض النظر عن عدد أبنائهن.وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة ب(3,35) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,34)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول عدم رضاهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل حسب عدد أبنائهن.

** وفسرت الباحثة ذلك انطلاقا من ثبات مستوى الخدمة فقد يكون مستوى الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل متشابهة لجميع الأمهات، بغض النظر عن خبرتهن السابقة في الولادة ورعاية الأطفال. وأيضا تشابه توقعات الأمهات من الخدمات والرعاية الطبية متقاربة، سواء كن لأول مرة أو لديهن أكثر من طفل. إضافة لعوامل أخرى أكثر تأثيرا ربما يكون عدم الرضا مرتبطا بعوامل أخرى مثل جدودة الرعاية، وتعامل الطاقم الطبي، مدة الانتظار، أو الإمكانيات المتاحة بالمستشفى وليس بعدد

الأطفال. وعدم وجود خبرة سابقة كمؤثر قوي. ويرجع ذلك أن الأمهات بغض النظر عن عدد أطفالهن أبدين نفس المستوى من عدم الرضا، فهذا يرجع إلى أن هناك عوامل أخرى أكثر تأثيراً على تقييم الخدمات الصحية، مثل جودة الرعاية الصحية المقدمة والتي تشمل كفاءة الأطباء والممرضات، وتوفر الأدوية ونظافة المستشفى. ومؤشر وقت الانتظار فقد يكون عاملاً رئيسياً لعدم الرضا، والتواصل مع الطاقم الطبي، وخاصة في حالة ضعف في التواصل أو قلة الاهتمام بشكاوي الأمهات، فقد يؤثر على الرضا العام للجميع. والبيئة العامة لمستشفى الأم والطفل كالازدحام ومستوى النظافة وتوفر الأسرة ووجود التسهيلات اللازمة للأمهات بعد الولادة.

** وكخلاصة لذلك أن عدم وجود فروق بين الأمهات في مستويات الرضا قد يكون دليلاً واضحاً على أن هناك مشكلة نظامية في المستشفى كتنقص الموارد وسوء الإدارة أو عدم كفاية الكوادر الطبية مما يجعل الفئات التي تعاني بغض النظر عن خبرتها السابقة في التعامل مع الخدمات الصحية. وهنا من أجل تحسين الرضا يتطلب على الدولة تحسين جودة الخدمات بشكل عام، وليس فقط لفئة معينة من الأمهات.

جدول رقم(82): سبب عدم رضا المبحوثات عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل حسب عدد

أطفالهن

المجموع	في حالة الإجابة بـ "غير راضية"، لماذا؟					
	عدم وجود النظافة	سوء المعاملة	تدهور الخدمات المقدم	الكشف غير كامل وسريع		
133	26	39	33	35	تكرار	ابن واحد
%100	19,5	29,3	24,8	26,3	النسبة%	
213	40	64	60	49	تكرار	ابنتين
%100	18,8	30,0	28,2	23,0	النسبة%	
210	41	57	55	57	تكرار	ثلاثة أبناء
%100	19,5	27,1	26,2	27,1	النسبة%	
115	19	34	32	30	تكرار	أربعة فأكثر
%100	16,5	29,6	27,8	26,1	النسبة%	
671	126	194	180	171	تكرار	المجموع
%100	18,8	28,9	26,8	25,5	النسبة%	
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		قيمة ك ²
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,99	09		1,97

* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن سبب عدم رضهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل هو سوء المعاملة وتقدر بـ(28.9%)، خاصة اللواتي لديهن

ابنين بنسبة (30,0%) واللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (29,6%). وتليها نسبة (26,8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب عدم رضهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل هو تدهور الخدمات المقدمة، خاصة اللواتي لديهن ابنين بنسبة (28,2%) واللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (27,8%). في حين سجلت نسبة (25,5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب عدم رضهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل هو كون الكشف غير كامل وسريع، خاصة اللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (27,1%) واللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (26,3%). أما نسبة (18,8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب عدم رضهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل هو عدم وجود النظافة، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد أو ثلاثة أبناء بنسبة (19,5%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول سبب عدم رضهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل بغض النظر عن عدد أبنائهن بين سوء المعاملة وتدهور الخدمات المقدمة، كون الكشف غير كامل وسريع وغياب النظافة. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدره ب(1,97) وهي غير دالة عند درجات الحرية (09) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,99)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تنوع أسباب عدم رضهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل حسب عدد أبنائهن.

** وفسرت الباحثة ذلك من خلال عوامل أكثر تأثيراً كسوء المعاملة والذي يؤثر بشكل مباشر على تجربة الأمهات ويجعل تقييمهن للخدمات سلبياً بغض النظر عن عدد الاطفال، وأيضا عامل تدهور الخدمات والذي يشمل في الغالب نقص الادوية، وتأخر الاستجابة للحالات الطارئة، قلة عدد الأطباء والمرضين والقابلات، وضعف الاجهزة الطبية. وقد يكون هذا العامل الأكثر تأثيراً على الانطباع العام عن المستشفى. وأيضا شكاوي الأمهات المتكررة.

** ويرجع ذلك إلى أن العوامل المؤثرة على الرضا مثل سوء المعاملة وغياب النظافة وتدهور الخدمات تؤثر بشكل متساو. وهذه العوامل تتعلق بجودة الرعاية الصحية نفسها، وليس بتجربة الأم الشخصية بناء على عدد أطفالها. ولذلك فإن تقييم الأمهات للخدمات يظل متشابهاً بغض النظر عن عدد المرات خضوعهن للتجربة.

جدول رقم(83): تقييم المبحوثات لمعاملة الأطباء والقابلات بمستشفى الأم والطفل حسب عدد أطفالهن

المجموع	كيف ترين المعاملة من طرف الأطباء والقابلات؟			تكرار	طفل واحد	العدد الإجمالي للأطفال
	سيئة	متوسطة	جيدة			
67	19	40	8			
%100	28,4	59,7	11,9	النسبة %		
92	30	54	8	تكرار	طفلين	
%100	32,6	58,7	8,7	النسبة %		
88	29	53	6	تكرار	ثلاثة أطفال	
%100	33,0	60,2	6,8	النسبة %		
53	19	29	5	تكرار	أربعة أطفال	
%100	35,8	54,7	9,4	النسبة %	فأكثر	
300	97	176	27	تكرار		المجموع
%100	32,3	58,7	9,0	النسبة %		
	القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		قيمة كا ²
	غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,93	06		1,86

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن معاملة الأطباء والقابلات لهن بمستشفى الأم والطفل كانت متوسطة تقدر نسبتهن ب(58,7%)، خاصة اللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (60,2%) واللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (59,7%). في حين سجلت نسبة (32,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن معاملة الأطباء والقابلات لهن بمستشفى الأم والطفل كانت سيئة، خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (35,8%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (33,0%). أما نسبة (9,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن معاملة الأطباء والقابلات لهن بمستشفى الأم والطفل كانت جيدة، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (11,9%) واللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (9,4%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن معاملة الأطباء والقابلات لهن بمستشفى الأم والطفل كانت متوسطة بغض النظر عن عدد أبنائهن.

وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة ب(1,86) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره 0,93 مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون معاملة الأطباء والقابلات لهن بمستشفى الأم والطفل متوسطة حسب عدد أبنائهن.

** وفسرت الباحثة ذلك أن جميع الأمهات سواء كان لديهن طفل أو أكثر يتعرضن لنفس بيئة العمل داخل المستشفى، حيث تكون معايير المعاملة موحدة من قبل الأطباء والقابلات. وأيضا تجربة الأم لا تغير سلوك الطاقم الطبي بغض النظر عن عدد الأطفال، وذلك أن الأطباء والقابلات لا يميزون بين الأمهات بل يتعاملون وفقا لنظام العمل وظروف المستشفى. فإذا كان هناك ضغط عمل وقلة كوادر أو سوء إدارة فإن جميع الأمهات سيتأثرن بنفس الطريقة. ويرجع ذلك أساسا إلى أنه تظل معاملة الأطباء

والقابلات متشابهة لجميع الأمهات لأن العوامل المؤثرة فيما تتعلق ببيئة العمل، وسياسات المستشفى، وظروف الطاقم الطبي، وليس بعدد الأبناء أ خبرة الأم في الولادة.

جدول رقم(84): الحالة الصحية للمبحوثات بعد تلقي الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة حسب سنهن الحالي

المجموع	كيف هي صحتك بعد تلقيك الرعاية الصحية أثناء و بعد الولادة؟			تكرار	أقل من 20 سنة	السن الحالي للزوجة
	سيئة	متوسطة	جيدة			
1	0	1	0	تكرار	من 20 إلى 29 سنة	السن الحالي للزوجة
%100	0,0	100	0,0	النسبة%		
71	10	43	18	تكرار	من 30 إلى 39 سنة	السن الحالي للزوجة
%100	14,1	60,6	25,4	النسبة%		
142	20	106	16	تكرار	من 40 إلى 49 سنة	السن الحالي للزوجة
%100	14,1	74,6	11,3	النسبة%		
86	13	60	13	تكرار	المجموع	قيمة ك ²
%100	15,1	69,8	15,1	النسبة%		
300	43	210	47	تكرار	المجموع	قيمة ك ²
%100	14,3	70,0	15,7	النسبة%		
القرار		مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	7,83	
غير دال (لا توجد فروق)		0,05	0,25	06		

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد تلقي الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة متوسطة وتقدر نسبتهن ب(70,0%)، نجد منهن كل اللواتي يقل سنهن عن 20 سنة بنسبة (100%) واللواتي يتراوح سنهن من 30 إلى 39 سنة بنسبة (74,6%) في حين سجلت نسبة (15,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد تلقي الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة جيدة، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 20 إلى 29 سنة بنسبة (25,4%) أما نسبة (14,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد تلقي الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة سيئة، خاصة اللواتي يتراوح سنهن من 40 إلى 49 سنة بنسبة (15,1%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد تلقي الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة متوسطة بغض النظر عن سنهن. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة ب(7,83) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,25)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول حالتهن الصحية المتوسطة بعد تلقي الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة حسب سنهن.

** وفسرت الباحثة ذلك بكفاءة الرعاية الصحية في حالة تقديم النظام الصحي رعاية متكافئة لجميع الأمهات، مما يقلل من تأثير العمر على النتائج الصحية. وأيضا التكيف البيولوجي للجسم كأن يكون

الجسم قادرا على التعافي بطريقة متشابهة بين الفئات العمرية عند توفر الرعاية المناسبة، وهذا يعني أن العمر ليس عاملا حاسما عند توافر الظروف الصحية الجيدة. إضافة للعوامل الاجتماعية والسلوكية، فقد تكون أنماط الحياة والعادات الصحية متشابهة بين الامهات، مما يقلل من تأثير العمر على الصحة بعد الولادة.

** ويرجع ذلك في عدم وجود فروق في الاجابات إلى فعالية البرامج الصحية الوقائية والتوعوية والتي تستهدف جميع الامهات. وهنا يتوجب على مسؤولي قطاع الصحة المساهمة في ضمان عدم وجود فجوات صحية بين الامهات من مختلف الاعمار وتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص في الرعاية الصحية وأيضا العمل على تحسين تقنيات الرعاية أثناء الحمل والولادة من أجل توحيد النتائج الصحية بين الفئات العمرية المختلفة.

جدول رقم(85): تفكير المبحوثات في خفض الولادات حسب عدد أطفالهن

المجموع	هل فكرت يوما في خفض الولادات؟				
	لا	نعم			
67	41	26	تكرار	طفل واحد	العدد الإجمالي للأطفال
%100	61,2	38,8	النسبة %		
92	20	72	تكرار	طفلين	
%100	21,7	78,3	النسبة %		
88	11	77	تكرار	ثلاثة أطفال	
%100	12,5	87,5	النسبة %		
53	4	49	تكرار	أربعة أطفال فأكثر	
%100	7,5	92,5	النسبة %		
300	76	224	تكرار	المجموع	
%100	25,3	74,7	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
دال (توجد فروق)	0,05	0,00	03	62,70	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على تفكيرهن في خفض الولادات وتقدر نسبتهن ب(74,7%)، خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (92,5%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (87,5%) واللواتي لديهن ابنتين بنسبة (78,3%). مقابل نسبة (25,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم تفكيرهن في خفض الولادات، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (61,2%). ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تفكيرهن في خفض الولادات خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر واللواتي لديهن ثلاثة أبناء ثم اللواتي لديهن ابنتين. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة ب(62,70) وهي دالة عند درجات الحرية (02) ومستوى الخطأ

(0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تفكيرهن في خفض الولادات لصالح اللواتي لديهن من طفلين فأكثر.

وفسرت الباحثة ذلك بالتأثير الثقافي المجتمعي حيث أن إنجاب عدد أكبر من الأطفال ينظر إليه على أن أمر ايجابي، وقد تتردد النساء في تأييد خفض الولادات بسبب العادات والتقاليد. والتوعية الصحية وتنظيم الأسرة، حيث أن قلة الوعي بوسائل تنظيم الأسرة أو المخاوف المرتبطة بها قد تجعل بعض النساء أكثر تحفظاً تجاه الفكرة. إضافة للوضع الاقتصادي والاجتماعي فالنساء ذات الدخل المحدود قد يدعمن خفض الولادات بسبب الأعباء الاقتصادية المرتبطة بتربية عدد أكبر من الأطفال. ويرجع ذلك إلى عوامل اجتماعية واقتصادية وثقافية فالنساء اللواتي لديهن طفلان أو أكثر يكن أكثر وعياً بتحديات تربية الأطفال، مثل الجد البدني والنفسي والتكاليف المالية، مما يجعلهن أكثر ميلاً لتأييد خفض الولادات، وأيضاً بعض المجتمعات تشجع على التخطيط الأسري قد يكون هناك قبول أكبر لهذه الفكرة خاصة بين النساء اللواتي لديهن أكثر من طفلين. أما بالنسبة للمرحلة العمرية والعمر فالنساء أكبر سناً واللواتي أكملن تكوين أسرهن قد يكن أكثر دعماً لخفض الولادات مقارنة بالشابات اللاتي مازلن يخططن لإنجاب المزيد من الأطفال. وتظل الفروق في الإجابات ناتجة عن اختلاف التجارب الشخصية، و التأثيرات الاقتصادية والوعي الثقافي والصحي مما يؤدي إلى تباين في الآراء حول خفض الولادات.

جدول رقم(86): إجراء المبحوثات لفحص على الثديين حسب مستواهن التعليمي

المجموع	هل قمت بإجراء فحص على الثديين؟		تكرار	المتوسط	المستوى التعليمي للزوجة
	لا	نعم			
24	18	6	تكرار	المتوسط	المستوى التعليمي للزوجة
%100	75,0%	25,0%	النسبة %		
65	51	14	تكرار	المتوسط	
%100	78,5%	21,5%	النسبة %		
102	70	32	تكرار	ثانوي	
%100	68,6%	31,4%	النسبة %		
109	72	37	تكرار	جامعي	
%100	66,1%	33,9%	النسبة %		
300	211	89	تكرار	المجموع	
%100	70,3%	29,7%	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,33	03	3,40	

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على إجرائهن لفحص على الثديين وتقدر نسبتهن بـ(70,3%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (78,5%) وذوي المستوى التعليمي الابتدائي

بنسبة (75,0%) مقابل نسبة (29,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم إجرائهن لفحص على الثديين، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (33,9%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (31,4%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلاثة أرباع كل هناك تنوع من الأهمية محل الدراسة الميدانية يؤكدن على إجرائهن فحص على الثديين بغض النظر عن مستواه التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(3,40) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,33)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأهمية حول إجرائهن لفحص على الثديين حسب مستواه التعليمي.

وفسرت الباحثة ذلك بأن العوامل الاجتماعية والثقافية قد تلعب دورا أكبر من التعليم في تحديد سلوكيات الصحة الوقائية، مما يجعل الأهمية بغض النظر عن مستواه التعليمي يتخذ قرارات متشابهة بشأن الفحص. وأيضا سهولة الوصول إلى الخدمات الصحية حيث كلما كانت الفحوصات متاحة ومجانا وبتكلفة منخفضة فقد يكون ذلك قد ساهم في تقليل تأثير المستوى التعليمي على اتخاذ القرار بشأن الفحص. ويرجع ذلك أيضا إلى تأثير الإعلام والبرامج الصحية فانتشار المعلومات الصحية على وسائل الاتصال والإعلام تجعل الأهمية على دراية متشابهة بأهمية الفحص، بغض النظر عن مستواه التعليمي. وهناك دوافع شخصية أو تجارب سابقة، قد يكون لدى الأهمية تجارب شخصية أو حالات مرضية في العائلة دفعتهم لإجراء الفحص بغض النظر عن مستواه التعليمي. إضافة إلى الجود التوعوية واسعة النطاق حول أهمية فحص الثدي تصل إلى جميع الفئات التعليمية، مما يؤدي إلى مستوى متقارب من المعرفة والسلوك الصحي بينهم.

جدول رقم (87): سبب قيام المبحوثات بإجراء الفحص على الثديين حسب مستواهن التعليمي

المجموع	ما سبب قيامك بذلك الفحص؟			تكرار	المستوى التعليمي للزوجة
	التخوف من سرطان الثدي	وجود تليف بالثدي	للتأكد من سلامة الثدي		
7	2	2	3	تكرار	ابتدائي
%100	28,6	28,6	42,9	النسبة%	
18	6	5	7	تكرار	متوسط
%100	33,3	27,8	38,9	النسبة%	
44	15	10	19	تكرار	ثانوي
%100	34,1	22,7	43,2	النسبة%	
46	9	9	28	تكرار	جامعي
%100	19,6	19,6	60,9	النسبة%	
115	32	26	57	تكرار	المجموع
%100	27,8	22,6	49,6	النسبة%	
القرار		مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²
غير دال (لا توجد فروق)		0,05	0,61	06	4,48
* عدد الإجابات أقل من حجم العينة لأنه يتم التعامل مع اللواتي أجرين فحص للثديين فقط.					

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن سبب قيامهن بإجراء الفحص على الثديين هو التأكد من سلامة الثدي وتقدر ب(49.6%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (60,9%). في حين سجلت نسبة (27.8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب قيامهن بإجراء الفحص على الثديين هو التخوف من سرطان الثدي، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (34,1%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (33,3%). أما نسبة (22.6%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب قيامهن بإجراء الفحص على الثديين هو وجود تليف بالثدي، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (28,6%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (27,8%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواهن التعليمي حول سبب قيامهن بإجراء الفحص على الثديين بين التأكد من سلامة الثدي والتخوف من سرطان الثدي ووجود تليف بالثدي. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة ب(4,48) وهي غير دالة عند درجات الحرية (06) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,61)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول سبب قيامهن بإجراء الفحص على الثديين حسب مستواهن التعليمي.

وفسرت الباحثة ذلك بوجود وعي مشترك بأمية الفحص بسبب الحملات التوعوية أو تجارب شخصية أو مجتمعية، إضافة إلى الدافع الصحي العام كالاطمئنان على الصحة ووجود أعراض معينة بغض النظر عن التعليم والتأثير الإعلامي والطبي له تأثير متساو على كل الأمهات، مما يؤدي إلى تشابه

الأسباب التي تدفعن للفحص. ويرجع ذلك أيضا إلى عدم تأثر القرار بالتعليم فقد تكون دوافع إجراء الفحص غير مرتبطة بمستوى التعليم بل بمخاوف صحية شخصية، تاريخ عائلي للإصابة، أو توصيات طبية. وسهولة الوصول إلى الفحص خاصة إذا كانت الخدمات الطبية متاحة لجميع الفئات، فقد لا يكون للمستوى التعليمي تأثير كبير على سبب اتخاذ القرار بإجراء الفحص.

جدول رقم(88): إجراء المبحوثات لمسحة مهبلية حسب مستواهن التعليمي

المجموع	هل قمت بإجراء مسحة مهبلية؟		تكرار	المتوسط	المستوى التعليمي للزوجة
	لا	نعم			
24	16	8	تكرار	المتوسط	المستوى التعليمي للزوجة
%100	66,7	33,3	النسبة %		
65	51	14	تكرار	المتوسط	
%100	78,5	21,5	النسبة %		ثانوي
102	80	22	تكرار	المتوسط	
%100	78,4	21,6	النسبة %		جامعي
109	77	32	تكرار	المتوسط	
%100	70,6	29,4	النسبة %		المجموع
300	224	76	تكرار	المتوسط	
%100	74,7	25,3	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,39	03	3,00	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على إجرائهن لمسحة مهبلية وتقدر نسبتهن بـ(74,7%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (78,5%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (78,4%). مقابل نسبة (25,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم إجرائهن لمسحة مهبلية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (33,3%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (29,4%).

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على إجرائهن لمسحة مهبلية بغض النظر عن مستواهن التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ(3,00) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,39)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول إجرائهن لمسحة مهبلية حسب مستواهن التعليمي.

وفسرت الباحثة ذلك بالتأثير المجتمعي والثقافي فقد تكون هناك عوامل ثقافية واجتماعية تؤثر على قرار الأمهات بإجراء الفحص أكثر من المستوى التعليمي مثل تجارب الأمهات الأخريات أو بعض العادات الصحية السائدة، وخاصة إذا كانت المسحة المهبلية متاحة بشكل مجاني أو منخفضة التكلفة، ولا يكون للمستوى التعليمي تأثير على قرار الأمهات بإجرائها. ويرجع ذلك أيضا إلى دوافع

صحية شخصية قد يكون اتخاذ القرار بإجراء مسحة مهبلية بناء على وجود أعراض معينة مثل الحمل أو توصية من الطبيب، وهي عوامل متعددة لا تعتمد على المستوى التعليمي. إضافة إلى مصادر المعلومات المتعددة حول أهمية إجراء المسحة المهبلية كالإعلام والحملات التوعوية والتجارب الشخصية مما يقلل من تأثير التعليم على القرار.

جدول رقم (89): سبب قيام المبحوثات بإجراء المسحة مهبلية حسب مستواهن التعليمي

المجموع	ما سبب قيامك بذلك؟				
	الوقاية من سرطان عنق الرحم	نزيف مهبلي حاد			
8	3	5	37,5	62,5	تكرار
%100					النسبة %
14	9	5	64,3	35,7	تكرار
%100					النسبة %
22	16	6	72,7	27,3	تكرار
%100					النسبة %
32	24	8	75,0	25,0	تكرار
%100					النسبة %
76	52	24	68,4	31,6	تكرار
%100					النسبة %
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة كا ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,21	03	4,48	

يبين هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أنسب قيامهن بإجراء المسحة مهبلية هو الوقاية من سرطان عنق الرحم وتقدر نسبتهم بـ (68,4%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (75,0%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (72,7%). مقابل نسبة (31,6%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن سبب قيامهن بإجراء المسحة مهبلية هو تعرضهن لنزيف مهبلي حاد، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (62,5%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (35,7%).

ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواهن التعليمي يؤكدن على أن سبب قيامهن بإجراء المسحة مهبلية هو الوقاية من سرطان عنق الرحم وبالتقريب الثلث كان بسبب تعرضهن لنزيف مهبلي حاد. وما يؤكد ذلك هي قيمة كا² المقدرة بـ (4,48) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,21)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول سبب قيامهن بإجراء المسحة مهبلية حسب مستواهن التعليمي.

وفسرت الباحثة ذلك بعدم ارتباط السبب بالمستوى التعليمي فقد تكون الدوافع وراء إجراء المسحة مثل الأعراض أو الحمل عوامل موضوعية لا تتأثر بمستوى التعليم. إضافة إلى التوصيات الطبية التي ينصح بها الأطباء والمراكز الصحية فقد يقدمون نفس التوصيات لجميع الأمهات مما يؤدي إلى تشابه الدوافع لإجراء المسحة المهبلية.

ويرجع ذلك إلى أن معظم النساء يعتمدن على توصيات الأطباء أكثر من معرفتهن الشخصية، لذا قد تكون قراراتهن متشابهة حتى لو كان مستوى التعليم مختلفا. إضافة إلى أن المسحة المهبلية تجري لعدة أسباب طبية محددة، مثل الكشف عن العدوى، متابعة الحمل، أو فحص السرطان، وهذه الاحتياجات لا تختلف باختلاف مستوى التعليم.

بما أن المسحة المهبلية تجري لأسباب طبية محددة، وتوصي بها الأنظمة الصحية لكل النساء، وأن قرار إجرائها لا يعتمد بالضرورة على المستوى التعليمي، بل الحاجة الصحية والإرشادات الطبية التي تتلقاها المرأة. وأن توفر الخدمات الصحية وحملات التوعية يساهمان في تقليل الفجوات بين الفئات المختلفة للأمهات مما يؤدي إلى تشابه إجابات متشابهة حول أسباب إجراء الفحص.

جدول رقم(90): تقييم المبحوثات لحالتهن الصحية بعد إنجاب آخر مولود حسب عدد أطفالهن

المجموع	كيف ترين صحتك بعد إنجاب آخر مولود؟			تكرار	العدد الإجمالي للأطفال
	سيئة	متوسطة	جيدة		
67	2	33	32	تكرار	طفل واحد
%100	3,0	49,3	47,8	النسبة%	
92	7	56	29	تكرار	طفلين
%100	7,6	60,9	31,5	النسبة%	
88	17	56	15	تكرار	ثلاثة أطفال
%100	19,3	63,6	17,0	النسبة%	
53	11	30	12	تكرار	أربعة أطفال فأكثر
%100	20,8	56,6	22,6	النسبة%	
300	37	175	88	تكرار	المجموع
%100	12,3	58,3	29,3	النسبة%	
القرار		مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²
دال (توجد فروق)		0,05	0,00	06	27,68

يوضح هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد إنجاب آخر مولود متوسطة وتقدر نسبتهن بـ(58,3%)، خاصة اللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (63,6%) واللواتي لديهن ابنتين بنسبة (60,9%). في حين سجلت نسبة (29,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد إنجاب آخر مولود جيدة، خاصة اللواتي لديهن ابن واحد بنسبة (47,8%) واللواتي لديهن

ابنين بنسبة (31,5%). أما نسبة (12,3%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد إنجاب آخر مولود سيئة، خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر بنسبة (20,8%) واللواتي لديهن ثلاثة أبناء بنسبة (19,3%). ومما سبق يمكن القول أن: أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد إنجاب آخر مولود متوسطة خاصة اللواتي لديهن ثلاثة أبناء واللواتي لديهن ابنين.

وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة ب(27,68) وهي دالة عند درجات الحرية (02) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,00)، مما يعني أن هناك توجد فروق في إجابات الأمهات حول حالتهن الصحية المتوسطة بعد إنجاب آخر مولود لصالح اللواتي لديهن ثلاثة أبناء واللواتي لديهن ابنين.

وفسرت ذلك بسبب الحمل والولادة المتكررة، والتي قد تؤثر بشكل أكبر على صحة الأم، خاصة إذا كانت الفترات بين الولادات متقاربة وقصيرة والإجهاد البدني بسبب رعاية ثلاث أطفال وقد تكون أكثر إرهاقا من رعاية طفلين مما قد ينعكس على الصحة العامة للأم.

** ويرجع ذلك إلى الفوارق الاجتماعية والاقتصادية وذلك أن الوضع المعيشي له دور في التأثير على صحة الأمهات، وأن تربية عدد أكبر من الأطفال قد تزيد من الضغوط المالية والنفسية.

جدول رقم(91): رأي المبحوثات في تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهن الإيجابية حسب

مستواهن التعليمي

المجموع	حسب رأيك، هل يؤثر نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهن الإيجابية؟				
	لا يؤثر	يؤثر			
24	0	24	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	0,0	100	النسبة %		
65	1	64	تكرار	متوسط	
%100	1,5	98,5	النسبة %		
102	5	97	تكرار	ثانوي	
%100	4,9	95,1	النسبة %		
109	3	106	تكرار	جامعي	
%100	2,8	97,2	النسبة %		
300	9	291	تكرار	المجموع	
%100	3,0	97,0	النسبة %		
القرار	مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية	قيمة ك ²	
غير دال (لا توجد فروق)	0,05	0,47	03	2,51	

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن معظم المبحوثات يؤكدن على تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهن الإيجابية وتقدر نسبتهن ب(97,0%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي

الابتدائي بنسبة (100%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (98,5%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (97,2%). مقابل نسبة (3,0%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على عدم تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهن الإيجابية، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (4,9%)

ومما سبق يمكن القول أن: بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهن الإيجابية بغض النظر عن مستواه التعليمي. وما يؤكد ذلك هي قيمة χ^2 المقدرة ب(2,51) وهي غير دالة عند درجات الحرية (03) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (،)، مما يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهن الإيجابية حسب مستواه التعليمي. وفسرت ذلك بمدى وعي المجتمع وخاصة النساء بأهمية التوعية المستمرة حول الرعاية الصحية عبر مختلف الفئات التعليمية مما يؤدي إلى إجابات متقاربة. وأيضاً مدى توفر خدمات صحية متساوية في بعض الدول وذلك حسب ما تقدمه السياسات الصحية من رعاية موحدة لجميع الأمهات بغض النظر عن مستواه التعليمي مما يقلل الفجوة بين الفئات. وأن تأثير العوامل الاقتصادية يكون أكثر من التعليم خاصة في طريقة الحصول على جودة الرعاية الصحية.

ويرجع ذلك في الغالب إلى اختلاف الوعي الصحي بسبب الفروق الشخصية و الثقافة الصحية ودرجة الوصول إلى المعلومات من مصادر أخرى. وفي بعض المجتمعات لا يكون مستوى التعليم هو المحدد الأساسي لجودة الرعاية الصحية، بل تلعب العائلة والمجتمع دوراً رئيسياً في توفير الدعم والمعلومات. إضافة إلى أن بعض الأمهات بغض النظر عن مستواه التعليمي قد يطورن استراتيجيات للتكيف مع نقص الرعاية الصحية، مثل الاعتماد على تجارب الآخرين أو المعلومات المتاحة عبر وسائل الإعلام. وهناك تدخل لدور السياسات الصحية العامة المتبعة وخاصة إذا كانت الدولة توفر برامج رعاية صحية شاملة تستهدف جميع الأمهات بغض النظر عن مستواه التعليمي فقد يقل التأثير المتوقع لمؤشر التعليم على جودة الرعاية الصحية.

جدول رقم(92): رأي المبحوثات في كيفية تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهن الإنجابية حسب مستواهن التعليمي

المجموع	في حالة "يؤثر". كيف ذلك؟							
	تشوه الجهاز التناسلي للأمهات	وفيات الأطفال قبل أو أثناء أو بعد الولادة	اعتلال الصحة الإنجابية للأمهات	وفيات الأمهات قبل أو أثناء أو بعد الولادة	تدهور الحالة الصحية للأمهات			
82	12	17	14	19	20	تكرار	ابتدائي	المستوى التعليمي للزوجة
%100	14,6	20,7	17,1	23,2	24,4	النسبة%		
226	39	51	36	49	51	تكرار	متوسط	
%100	17,3	22,6	15,9	21,7	22,6	النسبة%		
309	42	72	40	69	86	تكرار	ثانوي	
%100	13,6	23,3	12,9	22,3	27,8	النسبة%		
352	51	81	54	76	90	تكرار	جامعي	
%100	14,5	23,0	15,3	21,6	25,6	النسبة%		
969	144	221	144	213	247	تكرار	المجموع	
%100	14.9	22.8	14.9	21.9	25.5	النسبة%		
القرار		مستوى الخطأ	مستوى الدلالة	درجات الحرية		قيمة كا ²		
غير دال (لا توجد فروق)		0,05	0,97	12		4,27		
* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.								

يبين هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات يؤثر على الصحة الإيجابية من خلال تدهور الحالة الصحية للأمهات وتقدر بـ(25,5%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (27,8%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (25,6%). وتلها نسبة (22,8%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات يؤثر على الصحة الإيجابية من خلال وفيات الأطفال قبل أو أثناء أو بعد الولادة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (23,3%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (23,0%). في حين سجلت نسبة (21,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات يؤثر على الصحة الإيجابية من خلال وفيات الأمهات قبل أو أثناء أو بعد الولادة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (23,2%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (22,3%). مقابل نسبة (14,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات يؤثر على الصحة الإيجابية من خلال اعتلال الصحة الإيجابية للأمهات، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (17,1%) وذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (15,9%).

وذات نسبة أيضا أي (14,9%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات يؤثر على الصحة الإيجابية من خلال تشوه الجهاز التناسلي للأمهات، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (17,3%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواه التعليمي حول تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على الصحة الإيجابية للأمهات بين تدهور الحالة الصحية للأمهات ووفيات الأطفال و الأمهات قبل أو أثناء أو بعد الولادة، اعتلال الصحة الإيجابية للأمهات وتشوه الجهاز التناسلي للأمهات. وما يؤكد ذلك هي قيمة ك² المقدرة بـ(4,27) وهي غير دالة عند درجات الحرية (12) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,97)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على الصحة الإيجابية للأمهات حسب مستواه التعليمي.

وفسرت ذلك على أن تأثير نقص الرعاية الصحية على الصحة الإيجابية واضح جدا بحيث تشعر به كل الأمهات بغض النظر عن مستواه التعليمي. وقد يكون السبب أن معظم الأمهات يواجهن نفس الظروف الصحية السيئة، وبالتالي لديهن تجارب متشابهة. وأيضا هناك تدخل للعوامل الثقافية والمجتمعية والتي تلعب دورا أكبر من التعليم في تشكيل الوعي لدى الأمهات حول تأثير نقص الرعاية الصحية.

ويرجع ذلك إلى أن التأخير في الحصول على الرعاية الصحية المناسبة يؤدي إلى مضاعفات خطيرة أثناء الحمل والولادة، مما يرفع من معدلات وفيات الأمهات والأطفال. وهنا يظهر أن ضعف النظام الصحي يشكل عاملا حاسما لا يستطيع حتى المستوى التعليمي المرتفع تجاوزه، إذ تؤثر غياب الخدمات الأساسية على الجميع بنفس الحجم. وأن عدم الكشف المبكر عن الأمراض التناسلية أو الالتهابات غير المعالجة بسبب نقص الخدمات الصحية يؤدي إلى مشكلات مثل التهابات متكررة، والتصاقات، وحتى تشوهات قد تؤثر على الخصوبة. وهنا يتبين أن النتائج السلبية على الصحة الإنجابية غالبا ما تكون نتيجة مباشرة لضعف جودة الرعاية الصحية وليس فقط إلى عوامل معرفية مثل التعليم. وعلى الرغم من أن التعليم عادة يعزز من الوعي الصحي إلا أن بعض الدراسات السابقة وجدت أن البيئات التي يعاني فيها المجتمع من نقص واضح في الخدمات الصحية لا يكون للمعرفة المكتسبة تأثير كبير على النتائج الصحية حتى وإن كانت الأمهات متعلمات ولديهم وعي بالخاطر الصحية، وأن غياب الرعاية الطبية الملائمة يظل عاملا مؤثرا بشكل كبير. كما أن الظروف البيئية والاجتماعية السائدة في مناطق ضعف الخدمات الصحية تجعل مشكلة نقص الرعاية الصحية مشتركة بين مختلف الفئات. في مثل هذا البيئات تتعرض جميع الأمهات لنفس المخاطر الصحية، مما يؤدي إلى إجماع في الآراء والتجارب بين الأمهات بغض النظر عن مستواهن التعليمي.

وخلاصة ذلك أن نقص الرعاية الصحية يؤدي إلى تدهور الحالة الصحية، وارتفاع وفيات الأمهات والأطفال وحدوث تشوهات الجهاز التناسلي بشكل يؤثر على الجميع على حد سواء. في بيئات نقص الخدمات الصحية، حيث يصبح التعليم عاملا أقل تأثيرا مقارنة بعوامل النظام الصحي وظروف البنية التحتية المجتمعية. وبالتالي فإن تحسين خدمات الرعاية الصحية وتوفيرها للجميع يمثل خطوة أساسية لتقليل المخاطر الصحية بالحمل والولادة.

جدول رقم 93: رأي المبحوثات في أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام حسب مستواهن التعليمي

المجموع	حسب رأيك، ما هي أهم أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام							تكرار	المستوى التعليمي للزوجة
	الأخطاء الطبية المتكررة	عدم المراقبة المستمرة للحالات الخطيرة	عدم توفر التجهيزات الحديثة داخل القطاع العام	نقص أطباء التوليد	نقص التأطير الجيد للأطباء والقابلات	غياب النظافة	بعد أماكن التوليد		
124	23	23	16	19	16	14	13	124	المستوى التعليمي للزوجة
%100	18,5	18,5	12,9	15,3	12,9	11,3	10,5	%100	الزوجة
353	62	56	46	51	48	47	43	353	الزوجة
%100	17,6	15,9	13,0	14,4	13,6	13,3	12,2	%100	الزوجة
507	97	80	71	79	68	64	48	507	الزوجة
%100	19,1	15,8	14,0	15,6	13,4	12,6	9,5	%100	الزوجة
540	93	87	73	85	83	69	50	540	الزوجة
%100	17,2	16,1	13,5	15,7	15,4	12,8	9,3	%100	الزوجة
1524	275	246	206	234	215	194	154	1524	المجموع
%100	18,1	16,1	13,5	15,4	14,1	12,7	10,1	%100	المجموع
قيمة كا ²		درجات الحرية		مستوى الدلالة		مستوى الخطأ		القرار	
4,93		18		0,99		0,05		غير دال (لا توجد فروق)	

* عدد الإجابات أكبر من حجم العينة لأن هناك من المبحوثين من اختار أكثر من إجابة واحدة.

يوضح هذا الجدول أن أكبر نسبة من المبحوثات يؤكدن على أن أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام هي الأخطاء الطبية المتكررة وتقدر ب(18.1%)، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (19,1%) وذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (18,5%)، وتليها نسبة (16,1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام هو عدم المراقبة المستمرة للحالات الخطيرة، خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (18,5%)، في حين سجلت نسبة (15,4%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام هو نقص أطباء التوليد، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (15,7%) وذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (15,6%)، وتليها نسبة (14,1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام هو نقص التأطير الجيد للأطباء والقابلات، خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (15,4%)، مقابل نسبة (13,5%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام هو عدم توفر التجهيزات الحديثة داخل القطاع العام، خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي بنسبة (14,0%)

(%) وتليها نسبة (12,7%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام هو غياب النظافة، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (13,3%) وذوي المستوى التعليمي الجامعي بنسبة (12,8%).

أما نسبة (10,1%) من المبحوثات اللواتي يؤكدن على أن أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام هو بعد أماكن التوليد، خاصة ذوي المستوى التعليمي المتوسط بنسبة (12,2%) وذوي المستوى التعليمي الابتدائي بنسبة (10,5%).

ومما سبق يمكن القول أن: هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواهن التعليمي حول أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام بين الأخطاء الطبية المتكررة وعدم المراقبة المستمرة للحالات الخطيرة، نقص أطباء التوليد، عدم توفر التجهيزات الحديثة داخل القطاع العام، غياب النظافة و بعد أماكن التوليد..

وما يؤكد ذلك هي قيمة كالمقدرة ب(4,93) وهي غير دالة عند درجات الحرية (18) ومستوى الخطأ (0,05) بمستوى دلالة قدره (0,99)، مما يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام حسب مستواهن التعليمي.

وفسرت ذلك بأنه قد يكون لدى الأمهات تجارب متشابهة مع القطاع الصحي العام بغض النظر عن مستواهن التعليمي، مما يجعلهن يدركن نفس المشكلات و يعطين إجابات متشابهة. ويمكن أن يكون السبب الرئيسي لارتفاع الوفيات مرتبطا بمشكلات هيكلية في القطاع الصحي العام مثل نقص الكوادر الطبية من أطباء وقابلات مؤهلات، وضعف التجهيزات، وتأخر الرعاية، ونهي عوامل يلاحظها الجميع بغض النظر عن تعليمهم. وربما تكون الحملات التوعوية والبرامج الإعلامية قد جعلت جميع الأمهات على دراية متقاربة بالأسباب، مما أدى إلى إجابات متشابهة.

ويرجع ذلك إلى أن الخدمات الصحية العامة غالبا ما تقدم نفس مستوى الرعاية لجميع الأفراد، بغض النظر عن مستواهم التعليمي، مما يجعل المشكلات التي يواجهونها متشابهة. وأن الأمهات يتعرضن لنفس الظروف الصحية أثناء الحمل والولادة داخل المستشفيات والمراكز الصحية العامة، مما يؤدي إلى إدراك موحد للأسباب المؤثرة في ارتفاع الوفيات. وتأثير العوامل الهيكلية في النظام الصحي وخاصة من حيث ضعف البنية التحتية للمرافق الصحية مثل نقص الأجهزة الطبية الحديثة وعدم توفر الأدوية اللازمة، ونقص الكوادر الطبية المؤهلة مما يؤدي إلى تقديم خدمات أقل جودة للجميع. ومشكل الازدحام في القطاع العام مما يؤدي إلى تأخير تقديم الرعاية الطبية وزيادة احتمالات المضاعفات الخطيرة أثناء الحمل والولادة، ويرجع ذلك أيضا إلى الفقر و الظروف الاجتماعية حتى الأمهات المتعلمات وقد لا يتمكن من الذهاب إلى المستشفيات العامة بسبب ظروفهن الاقتصادية، مما يجعلهن يواجهن نفس التحديات وبالتالي يرجع عدم وجود فروق في الإجابات إلى أن المشكلات التي تؤدي إلى

ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال مرتبطة أكثر بالنظام الصحي والعوامل الاقتصادية والاجتماعية وليس بمستوى تعليم الأمهات فقط.

الفصل الخامس: نتائج الدراسة

تمهيد

أولاً-مناقشة نتائج الدراسة في ضوء فرضيات الدراسة

ثانياً-مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة

ثالثاً-مناقشة النتائج الدراسة في ضوء الأطر النظرية

رابعاً -النتائج العام

أولاً - مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات:

أ- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الأولى: والتي مفادها "غياب أو نقص الوعي الصحي للأمهات يزيد من تدهور صحتهم الإنجابية"; تؤكد نتائج الدراسة الميدانية على:

✓ أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية خاصة ذوي المستوى التعليمي الثانوي والمتوسط، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية لصالح متوسطات المستوى التعليمي.

✓ كما توصلت الدراسة أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول كيفية تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية بين اكتسابها للثقافة الصحية وسهولة تعاملها مع الأمراض وطرق علاجها وتلقيهن لمعلومات كافية للحفاظ على صحتها بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية حسب مستواهن التعليمي.

✓ كما بينت الدراسة أن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية المستوى التعليمي للزوج لا يؤثر على حالتهم الصحية خاصة اللواتي أزواجهن ذوي المستوى التعليمي الجامعي، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المستوى التعليمي للزوج على حالتهم الصحية لصالح اللواتي أزواجهن متعلمين.

✓ كما كشفت الدراسة أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول تأثير المستوى التعليمي للزوج على حالتهم الصحية من خلال معارضتهم لأخذهن الدواء دون الوصفة وعدم السماح لهن بالذهاب إلى طبيب النساء والتخوف من عدم إنجابهن والعقم المؤقت بغض النظر عن المستوى التعليمي لأزواجهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المستوى التعليمي للزوج على حالتهم الصحية حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.

✓ كما توصلت الدراسة أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن حالتهم العائلية يؤكدن على أن المعاملة السيئة للزوج تؤثر سلباً على الصحة النفسية والجسدية للمرأة، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة حسب حالتهم العائلية.

✓ أن بالتقريب ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن حالتهم العائلية يؤكدن على أن المعاملة السيئة للزوج تؤثر سلباً على الصحة النفسية والجسدية للمرأة من خلال كثرة الخلافات الزوجية، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول التأثير السلبي للمعاملة السيئة

- للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة من خلال كثرة الخلافات الزوجية حسب حالتهم العائلية.
- ✓ كما كشفت الدراسة أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن متابعة البرامج الإعلامية يساعدهن في المحافظة على حالتهم الصحية بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول مساعدة متابعة البرامج الإعلامية في المحافظة على حالتهم الصحية حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ كما بينت أنه هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول البرامج التي يتبعنهن بين البرامج الصحية والثقافية والدينية بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول نوع البرامج المتبعة حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي والمتوسط، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المستوى التعليمي للمرأة في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية لصالح ذوي المستوى التعليمي الجامعي والمتوسط.
- ✓ أن بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن الأطباء هم مصدر اطلاعهن على المعلومات الطبية خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول كون الأطباء هم مصدر اطلاعهن على المعلومات الطبية لصالح ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط.
- ✓ أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على اعتمادهن على المعلومات الطبية التي يطالعونها في حل مشكلة صحية ما بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول اعتمادهن على المعلومات الطبية التي يطالعونها في حل مشكلة صحية ما حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ أن أكثر من ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن المعلومات الطبية التي يطالعنها تساعدهن في التوجه إلى طبيب مختص بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول مساعدة المعلومات الطبية التي يطالعنها في التوجه إلى طبيب مختص حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على معرفتهن بمسألة تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات) بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق

- في إجابات الأمهات حول معرفتهن بمسألة تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات) حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ أن أكثر من ثلث الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة هم الأقارب أو الطبيب المعالج خاصة ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول كون مصدر سماع المبحوثات بمسألة تنظيم الأسرة هم الأقارب أو الطبيب المعالج لصالح ذوي المستوى التعليمي الابتدائي والمتوسط.
- ✓ أن أكثر ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على استخدامهن لوسائل منع الحمل بعد الحمل الأول بغض النظر عن سنهن عند الزواج، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول استخدامهن لوسائل منع الحمل بعد الحمل الأول حسب سنهن عند الزواج.
- ✓ أن أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على استخدامهن للحبوب كوسيلة للمباعدة بين الولادات بغض النظر عن عدد أبنائهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول استخدامهن للحبوب كوسيلة للمباعدة بين الولادات حسب عدد أبنائهن.
- ✓ أن بالتقريب ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على وجود آثار لاستخدامهن وسائل منع الحمل على حالتهن الصحية، خاصة اللواتي يستخدمن الحبوب وكذا اللواتي يستخدمن الحقن واللولب، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول وجود آثار لاستخدامهن وسائل منع الحمل على حالتهن الصحية لصالح اللواتي يستخدمن الحبوب كوسيلة لمنع الحمل وكذا اللواتي يستخدمن الحقن واللولب.
- ✓ أن بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن استخدامهن لوسائل منع الحمل أثر سلبا على حالتهن الصحية من خلال تعرضهن للقلق والتوتر المستمر خاصة اللواتي يستخدمن الحبوب، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تأثير استخدامهن لوسائل منع الحمل سلبا على حالتهن الصحية من خلال تعرضهن للقلق والتوتر المستمر لصالح اللواتي يستخدمن الحبوب.
- ✓ أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول مصدر القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة بين الزوجة والزوج بغض النظر عن المستوى التعليمي لأزواجهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول مصدر القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.
- ✓ أن بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن يؤثر على حالتهن النفسية والجسدية بغض النظر عن المستوى التعليمي لأزواجهن،

وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن يؤثر على حالتهم النفسية والجسدية حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.

✓ أن بالتقريب ثلث الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تعرضهن لإرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر ولترهل وضعف جسدي كأثار نفسية وجسدية بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن بغض النظر عن المستوى التعليمي لأزواجهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تعرضهن لإرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر ولترهل وضعف جسدي كأثار نفسية وجسدية بسبب كون قرار تنظيم الأسرة بيد أزواجهن حسب المستوى التعليمي لأزواجهن.

وبعد استعراضنا للبيانات الميدانية، وبناءً على هذه النتائج التي وصلت إليها الدراسة،

+ أن المستوى التعليمي للمرأة يؤثر على حالتها الصحية خاصة في اكتسابها للثقافة الصحية وسهولة تعاملها مع الأمراض وطرق علاجها وتلقيهن لمعلومات كافية للحفاظ على صحتها، في المقابل التأثير القليل للمستوى التعليمي للزوج على حالتهم الصحية خاصة ما يتعلق بعارضتهم لأخذهم الدواء دون الوصفة وعدم السماح لهن بالذهاب إلى طبيب النساء والتخوف من عدم إنجابهن والعقم المؤقت، يضاف إلى ذلك التأثير السلبي للمعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة حسب حالتهم العائلية من خلال كثرة الخلافات الزوجية.

+ كما أن متابعة البرامج الإعلامية الصحية والتثقيفية والدينية يساعد الأمهات في المحافظة على حالتهم الصحية، فمستواهن التعليمي يساهم في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية والتي تساعد في حل مشكلاتهن الصحية من خلال التوجه إلى الطبيب (ة) المختص (ة)، وهو ما ساعدهم على معرفة بمسألة تنظيم الأسرة من الأقارب أو الطبيب المعالج، مما جعل الأمهات يستخدمن وسائل منع الحمل بعد الحمل الأول خاصة الحبوب كالوسيلة للمباعدة بين الولادات رغم وجود آثار على حالتهم الصحية والمتعلقة أساساً بتعرضهن للقلق والتوتر المستمر الناتجة عن استخدام الحبوب، هذا رغم كون القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة هو تفاهم الزوجين باعتبار ارتباط هذا القرار بيد الأزواج يؤثر على حالتهم النفسية والجسدية ويجعلهن عرضة لإرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر ولترهل وضعف جسدي.

إذا غياب أو نقص الوعي الصحي للأمهات يزيد بدرجة كبيرة من تدهور صحتهم الإنجابية وعليه فالفرضية الجزئية الأولى محقق بدرجة عالية؛ وبالتالي قبولها.

ب- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية الثانية: والتي مفادها "انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأمهات يزيد من إصابتهن بالأمراض المزمنة وبالتالي مخاطر مضاعفات الحمل"؛ تشير نتائج الدراسة الميدانية التي تم عرضها الى :

✓ توصلت الدراسة إلى أن أكثر من ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية يؤثر على كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة بغض النظر عن مستواه التعليمي، وهذا يعنى أنه لا توجد فروق في اجابات الأمهات حول تأثير تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية على كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة حسب مستواه التعليمي.

✓ وفي نفس السياق فقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية يؤثر على الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة خاصة ما يتعلق بانخفاض الدخل وغلاء المعيشة وكذا ضيق المسكن ونقص التهوية الجيدة وعدم عمل أو مرض أحد الزوجين مع تزايد احتياجات الأطفال وغلاء تكاليف الكراء بالنسبة للأسرة التي لا تمتلك المسكن، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تأثير تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية على الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة لصالح التأثير الكبير لانخفاض الدخل وغلاء المعيشة.

✓ كما بينت أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة بين ارتفاع ضغط الدم والتهاب الجهاز التناسلي والتهاب المعدة وداء السكر بغض النظر عن مستواه التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة حسب مستواه التعليمي.

✓ توصلت أيضا ان أكثر ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية لم يعانين من مرض مزمن قبل الإنجاب بغض النظر عن سنهن عند الزواج، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول معاناة الأمهات من مرض مزمن قبل الإنجاب حسب سنهن عند الزواج.

✓ أكدت هذه الدراسة أن هناك تنوع في الأمراض التي أصابت الأمهات محل الدراسة الميدانية قبل الإنجاب بغض النظر عن سنهن عند الزواج بين مرض الغدة الدرقية ومرض القلب وبدرجة أقل مرض الربو ومرض السكري ومرض المفاصل، وبدرجة ضئيلة مرض الحكة المزمنة ومرض الكلى ومرض الشقيقة ومرض الحساسية ومرض ضغط الدم، وبدرجة ضئيلة مرض فقر الدم ومرض

- المعدة ومرض الإسهال ومرض الزونا ومرض التهاب الجهاز التناسلي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تنوع الأمراض التي أصابت الأمهات حسب سنهن عند الزواج.
- ✓ كذلك أكدت الدراسة أن أكثر من ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن مرضهن المزمّن ظهر قبل الزواج بغض النظر عن سنهن عند الزواج، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول ظهور مرضهن المزمّن قبل الزواج حسب سنهن عند الزواج.
- ✓ كذلك توصلت نتائج هذه الدراسة أن بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب معاناتهن من الأمراض المزمنة هو العامل الوراثي بغض النظر عن سنهن عند الزواج، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون العامل الوراثي هو سبب معاناتهن من الأمراض المزمنة حسب سنهن عند الزواج.
- ✓ بينت أيضا أن ثلاثة أرباع كل هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن للمرض المزمّن أثر سلبي على إنجابهن، خاصة اللواتي تفوق أو تساوي مدة زواجهن سنوات، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول التأثير السلبي للمرض المزمّن على إنجابهن لصالح اللواتي تفوق أو تساوي مدة زواجهن سنوات.
- ✓ توصلت أيضا أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مدة زواجهن حول الأثر السلبي للمرض المزمّن على إنجابهن من خلال إصابتهن بالعقم المؤقت أو موت الجنين في الأشهر الأولى من الحمل أو وفاة الطفل بعد الولادة مباشرة أو إنجاب طفل مريض، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول الأثر السلبي للمرض المزمّن على إنجابهن حسب مدة زواجهن.
- ✓ كما كشفت الدراسة أن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على امتلاكهن لأول حمل بعد الزواج مباشرة خاصة اللواتي يتراوح سنهن من إلى سنة، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول امتلاكهن لأول حمل بعد الزواج مباشرة لصالح اللواتي يتراوح سنهن من إلى سنة.
- ✓ بينت نتائج الدراسة أن بالتقريب نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب تأخر إنجابهن هو العقم المؤقت بغض النظر عن سنهن عند الزواج، وبدرجة أقل استعمال وسائل منع الحمل قبل الزواج وكذا مرض احد الزوجين، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون سبب تأخر إنجابهن هو العقم المؤقت حسب سنهن عند الزواج.
- ✓ كما توصلت الدراسة إلى أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مدة تملك أول حمل حول المضاعفات المصاحبة للحمل الأول بين معاناتهن من ارتفاع أو

انخفاض ضغط الدم وألم في المعدة، أنيميا، صداع حاد، آلام في الظهر والمفاصل، تورم اليدين والرجلين، من صعوبة في التنفس، نزيف مهبل، ارتفاع درجة حرارة الجسم وسكري الحمل، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول المضاعفات المصاحبة للحمل الأول حسب تملكهن أول حمل.

✓ أكدت هذه الدراسة أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعنى أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب مستواهن التعليمي.

✓ توصلت أيضا إلى أن بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن مصدر تلقيهن لنصائح وعلاج حول الأعراض المصاحبة للحمل هو الطبيب (ة) النسائي (ة) خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي والثانوي، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول لصالح المتعلمات ذوي المستوى التعليمي الجامعي والثانوي.

✓ كما توصلت إلى أن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب عدم سعيهن إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل كون الخدمة غير متوفرة بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون عدم توفر الخدمة سببا في عدم سعيهن إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل حسب مستواهن التعليمي.

✓ بينت الدراسة أن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أخذهن لحقنة لتحصين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول خاصة ذوي المستوى التعليمي الجامعي، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول أخذهن لحقنة لتحصين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول لصالح المتعلمات ذوي المستوى التعليمي الجامعي.

✓ كذلك أكدت الدراسة أن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على عدم ولادتهن ولادة قيصرية من قبل خاصة اللواتي لديهن عدة أبناء، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول الولادات القيصرية لصالح اللواتي لديهن عدة أبناء.

✓ وفي نفس السياق فقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن عدد أبنائهن حول سبب إجرائهن للولادة بالعملية القيصرية بين كبر حجم الجنين وضيق الحوض وكذا الخوف على صحة الأم والطفل وبدرجة أقل بطلب من

- الزوج، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول سبب إجرائهن للولادة بالعملية القيصريّة حسب عدد أبنائهن.
- ✓ كذلك أكدت الدراسة أن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكّدن على أن الولادات بعملية قيصرية أجريت في القطاع الخاص بغض النظر عن مهنة أزواجهن، وبالتقريب النصف الآخر أجريتها في القطاع العام، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول مكان إجراء الولادات بعملية قيصرية حسب مهنة أزواجهن.
- ✓ بينت الدراسة أن أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكّدن على أن تكاليف الولادات بعملية قيصرية كانت باهظة جدا بغض النظر عن وظيفة أزواجهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول ارتفاع تكاليف الولادات بعملية قيصرية حسب وظيفة أزواجهن.
- ✓ توصلت الدراسة إلى أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن عدد ولاداتهن القيصرية يؤكّدن على أن الولادات بعملية قيصرية أثرت سلبا على حالتهن الصحية من خلال التباعد بين ولادات لفترة طويلة وتدهور حالتهن الصحية وكذا عدم تفكيرهن بالإنجاب مرة أخرى، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول آثار الولادات بعملية قيصرية على حالتهن الصحية حسب عدد ولاداتهن القيصرية.
- ✓ كذلك توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن أكثر ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكّدن على عدم تعرضهن لإجهاض تلقائي بغض النظر عن مهنتهن، أما اللواتي تعرضن لإجهاض تلقائي فسببه الأساسي هو الإرهاق الجسدي أو النفسي وبدرجة أقل كل من المشاكل مع الزوج وتناول دواء دون استشارة الطبيب أو يرجع لعامل وراثي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول عدم تعرضهن لإجهاض تلقائي حسب مهنتهن.
- ✓ وفي نفس السياق فقد توصلت نتائج الدراسة إلى أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكّدن على رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي بغض النظر عن عدد أبنائهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي حسب عدد أبنائهن.
- ✓ توصلت الدراسة أن بالتقريب ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكّدن على أن سبب رغبتهن في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي هو إنجاب العدد المفضل من الأطفال بغض النظر عن عدد أبنائهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون إنجاب العدد

المفضل من الأطفال هو سبب رغبتهم في الإنجاب مرة أخرى بعد عملية الإجهاض التلقائي لصالح غير المتعلمات حسب عدد أبنائهن.

✓ بينت الدراسة أن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية أكدن على أنهن يستعملن الرضاعة الطبيعية بغض النظر عن مهنتهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول استعمالهن للرضاعة الطبيعية حسب مهنتهن.

✓ وفي نفس السياق أثبتت نتائج الدراسة أن بالتقريب ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب استعمالهن لحليب الأطفال في الرضاعة هو انقطاع الحليب من الثدي خاصة العاملات منهن لدى الخواص، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول كون سبب استعمالهن لحليب الأطفال في الرضاعة هو انقطاع الحليب من الثدي لصالح العاملات لدى الخواص.

بعد استعراضنا للبيانات الميدانية وبناء على هذه النتائج التي توصلنا إليها يتبين أن تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية لأسرة المرأة كانهخفاض الدخل وغلاء المعيشة، وكذا ضيق المسكن ونقص التهوية الجيدة وعدم عمل أو مرض أحد الزوجين مع تزايد احتياجات الأطفال وغلاء تكاليف الكراء بالنسبة للأسرة التي لا تمتلك المسكن يؤثر على كثرة إصابتها بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة، لذا نجدهن أكثر عرضة للأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة من ارتفاع ضغط الدم والتهاب الجهاز التناسلي والتهاب المعدة وداء السكر، هذا رغم وجود بعض الأمهات تصاب بمثل هذه الأمراض قبل الزواج وأحيانا قبل الإنجاب مثل مرض الغدة الدرقية ومرض القلب وبدرجة أقل مرض الربو ومرض السكري ومرض المفاصل، وبدرجة ضئيلة مرض الحكة المزمنة ومرض الكلى ومرض الشقيقة ومرض الحساسية ومرض ضغط الدم، وبدرجة ضئيلة مرض فقر الدم ومرض المعدة ومرض الإسهال ومرض الزونا ومرض التهاب الجهاز التناسلي، ويرجع سبب هذه الأمراض المزمنة إلى العامل الوراثي بالدرجة الأولى، وكل تلك الأمراض المزمنة تؤثر سلبيًا دون شك على إنجازهن من خلال إصابتهم بالعقم المؤقت أو موت الجنين في الأشهر الأولى من الحمل أو وفاة الطفل بعد الولادة مباشرة أو إنجاب طفل مريض

كما تؤكد الأمهات محل الدراسة الميدانية على امتلاكهن لأول حمل بعد الزواج مباشرة مع تسجيل تأخر الحمل لدى البعض منهن بسبب العقم المؤقت وبدرجة أقل استعمال وسائل منع الحمل قبل الزواج، وكذا مرض أحد الزوجين، فرغم تلقي معظم الأمهات لبعض النصائح من الطبيب (ة) النسائي (ة) حول الأعراض المصاحبة للحمل الأول وأخذهن لحقنة لتحسين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول إلا أنه عادة ما يصاحب الحمل الأول عدة مضاعفات مثل ارتفاع أو

انخفاض ضغط الدم وألم في المعدة، أنيميا، صداع حاد، آلام في الظهر والمفاصل، تورم اليدين والرجلين، صعوبة في التنفس، نزيف مهبل، ارتفاع درجة حرارة الجسم وسكري الحمل، أما اللواتي لم يسعين إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل فكان سببه عدم توفر الخدمة.

أما عن الولادات القيصرية فمعظم الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على ولادتهن ولادة قيصرية من قبل بسبب كبر حجم الجنين وضيق الحوض وكذا الخوف على صحة الأم والطفل وبدرجة أقل بطلب من الزوج، وأن هذه الولادات أجريت في القطاع الخاص رغم كون تكاليفها باهظة جدا، فهذه الولادات بعملية قيصرية أثرت سلبا على حالتهن الصحية من خلال التباعد بين ولادتي لفترة طويلة وتدهور حالتهن الصحية وكذا عدم تفكيرهن بالإنجاب مرة أخرى، في المقابل لم تسجل إلا القليل من الأمهات اللواتي تعرضن لإجهاض تلقائي ورغم ذلك لازلن راغبات في الإنجاب مرة أخرى بعد تلك العملية من أجل إنجاب العدد المفضل من الأطفال، وعن نوع الرضاعة المستعملة من الأمهات فعادة ما تكون طبيعية إلا اللواتي انقطع الحليب من ثديهن فيستعملن حليب الأطفال. إذا انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأمهات يزيد بدرجة كبيرة من إصابتهن بالأمراض المزمنة وبالتالي مخاطر مضاعفات الحمل، وعليه فالفرضية الجزئية الثانية محقق بدرجة عالية؛ وبالتالي قبولها.

ج- مناقشة نتائج الدراسة الميدانية في ضوء الفرضية الثالثة: والتي مفادها "نقصت الرعاية الصحية للأمهات يزيد من مضاعفات الحمل والولادة وبالتالي ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال الرضع"؛ تؤكد نتائج الدراسة الميدانية:

✓ توصلت الدراسة أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن وفيات الأمهات والأطفال راجع إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات بغض النظر عن مستواه التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون وفيات الأمهات والأطفال راجع إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات حسب مستواه التعليمي.

✓ كما بينت الدراسة أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواه التعليمي حول سبب وفيات الأمهات والأطفال بيننقص الوعي الصحي لدى الأمهات ووقوع القابلات في أخطاء طبية، تعرضن لأمراض مزمنة، مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة، بعد مكان الولادة وعدم وصولهن في الوقت المناسب وعدم المتابعة الحوامل في حالات الخطر، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول سبب وفيات الأمهات والأطفال حسب مستواه التعليمي.

- ✓ كما كشفت الدراسة أن أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على عدم وجود ولادات ميتة قبل أو بعد ولادتهن بغض النظر عن مهنتهن، ولكن هذا لا ينفي تسجيل أكثر من خمسين لديهن ولادات ميتة، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول عدم وجود ولادات ميتة قبل أو بعد ولادتهن لصالح غير المتعلمات حسب مهنتهن.
- ✓ كما توصلت الدراسة أن أكثر من ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية اللواتي لديهن ولادة ميتة قبل أو بعد الولادة يؤكدن على وجود ولادة واحدة فقط بغض النظر عن مهنتهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول وجود ولادة واحدة ميتة قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن.
- ✓ بينت نتائج الدراسة أن بالتقريب ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن سبب ولادتهن الميتة قبل أو بعد الولادة هو عدم اكتمال أعضاء الجنين بغض النظر عن مهنتهن، وهذا يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون عدم اكتمال أعضاء الجنين هو سبب الرئيسي لولادتهن الميتة قبل أو بعد الولادة حسب مهنتهن.
- ✓ كما توصلت الدراسة إلى أنه بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير بغض النظر عن امتلاكهن لولادات ميتة، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة.
- ✓ توصلت الدراسة أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية عرضن أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى طبيب (ة) مختص (ة) بأمراض النساء والتوليد، خاصة اللواتي يمتلكن ولادات ميتة من قبل، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى طبيب (ة) مختص (ة) بأمراض النساء والتوليد لصالح اللواتي يمتلكن ولادات ميتة من قبل.
- ✓ كما توصلت الدراسة أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول سبب عدم عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير بغض النظر عن امتلاكهن لولادات ميتة بين انشغال الزوج وارتفاع تكلفة الكشف وبدرجة أقل عدم ظهور متاعب صحية مع اكتسابها لخبرة سابقة حول الحمل والولادة، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تنوع أسباب عدم عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ميتة.
- ✓ وفي نفس السياق فقد توصلت نتائج هذه الدراسة إلى أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول الدافع وراء عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير بغض النظر عن

- امتلاكهن لولادات ممتدة بين ضمان حمل صحي والتأكد من سلامة الجنين، التأكد من الحمل، كشف روتيني وظهور مشكلات صحية سابقة، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تنوع الدوافع وراء عرض أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير حسب امتلاكهن لولادات ممتدة.
- ✓ توصلت الدراسة إلى أن أكثر ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن فترة بدأ تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير كانت خلال الثلاثة أشهر الأولى بغض النظر عن عدد أبنائهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول بدأ تلقي الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير خلال الثلاثة أشهر الأولى حسب عدد أبنائهن.
- ✓ كما توصلت إلى أنه بالتقريب ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على عدم رضاهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل بغض النظر عن عدد أبنائهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول عدم رضاهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل حسب عدد أبنائهن.
- ✓ كما توصلت الدراسة أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية حول سبب عدم رضهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل بغض النظر عن عدد أبنائهن بين سوء المعاملة وتدهور الخدمات المقدمة، كون الكشف غير كامل وسريع وغياب النظافة، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تنوع أسباب عدم رضهن عن الخدمات المقدمة بمستشفى الأم والطفل حسب عدد أبنائهن.
- ✓ بينت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن معاملة الأطباء والقابلات لهن بمستشفى الأم والطفل كانت متوسطة بغض النظر عن عدد أبنائهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول كون معاملة الأطباء والقابلات لهن بمستشفى الأم والطفل متوسطة حسب عدد أبنائهن.
- ✓ كما بينت أن بالتقريب ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد تلقي الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة متوسطة بغض النظر عن سنهن، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول حالتهن الصحية المتوسطة بعد تلقي الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة حسب سنهن.
- ✓ توصلت نتائج الدراسة إلى أن بالتقريب ثلاثة أرباع الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تفكيرهن في خفض الولادات خاصة اللواتي لديهن أربعة أبناء فأكثر واللواتي لديهن ثلاثة أبناء ثم اللواتي لديهن ابنين، وهذا يعني أن هناك فروق في إجابات الأمهات حول تفكيرهن في خفض الولادات لصالح اللواتي لديهن من ابنتين فأكثر.

- ✓ كما توصلت أن بالتقريب ثلاثة أرباع كل هناك تنوع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على إجرائهن لفحص على الشديين بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول إجرائهن لفحص الشديين حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ وفي نفس السياق فقد توصلت نتائج هذه الدراسة أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواهن التعليمي حول سبب قيامهن بإجراء الفحص على الشديين بين التأكد من سلامة الثدي والتخوف من سرطان الثدي ووجود تليف بالثدي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول سبب قيامهن بإجراء الفحص على الشديين حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ توصلت نتائج الدراسة إلى أن بالتقريب ثلاثة أرباع من الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على إجرائهن لمسحة مهبلية بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول إجرائهن لمسحة مهبلية حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ وفي نفس السياق أكدت الدراسة أن أكثر من ثلثي الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواهن التعليمي يؤكدن على أن سبب قيامهن بإجراء المسحة مهبلية هو الوقاية من سرطان عنق الرحم وبالتقريب الثلث كان بسبب تعرضهن لتزيف مهبلي حاد، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول سبب قيامهن بإجراء المسحة مهبلية حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ كما توصلت نتائج الدراسة أن أكثر من نصف الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على أن حالتهن الصحية بعد إنجاب آخر مولود متوسطة خاصة اللواتي لديهن ثلاثة أبناء واللواتي لديهن ابنتين، وهذا يعني أن هناك توجد فروق في إجابات الأمهات حول حالتهن الصحية المتوسطة بعد إنجاب آخر مولود لصالح اللواتي لديهن ثلاثة أبناء واللواتي لديهن ابنتين.
- ✓ كذلك توصلت نتائج الدراسة أن بالتقريب كل الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهم الإنجابية بغض النظر عن مستواهن التعليمي، وهذا يعني أن هناك أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهم الإنجابية حسب مستواهن التعليمي.
- ✓ توصلت الدراسة إلى أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواهن التعليمي حول تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على الصحة الإنجابية للأمهات بين تدهور الحالة الصحية للأمهات ووفيات الأطفال والأمهات قبل أو أثناء أو بعد الولادة، اعتلال الصحة الإنجابية للأمهات وتشوه الجهاز التناسلي للأمهات، وهذا يعني أنه لا

توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على الصحة الإيجابية للأمهات حسب مستواهن التعليمي.

✓ بينت نتائج الدراسة أن هناك تنوع في إجابات الأمهات محل الدراسة الميدانية بغض النظر عن مستواهن التعليمي حول أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام بين الأخطاء الطبية المتكررة وعدم المراقبة المستمرة للحالات الخطيرة، نقص أطباء التوليد، عدم توفر التجهيزات الحديثة داخل القطاع العام، غياب النظافة وبعد أماكن التوليد، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام حسب مستواهن التعليمي.

ومما سبق يتبين أن التقريب ثلث الأمهات محل الدراسة الميدانية لديهن ولادة واحدة ميتة على الأقل، وأن وفيات الأمهات والأطفال راجع أساساً إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات من نقص الوعي الصحي لدى الأمهات ووقوع القابلات في أخطاء طبية، كذلك تعرضهن للأمراض مزمنة، وأيضاً مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة، بعد مكان الولادة وعدم وصولهن في الوقت المناسب، وعدم المتابعة الحوامل في حالات الخطر، أما عن السبب المباشر للولادة الميتة قبل أو بعد الولادة هو عدم اكتمال أعضاء الجنين، وهذا ما جعل الأمهات يعرضن أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى طبيب (ة) مختص (ة) بأمراض النساء والتوليد لضمان حمل صحي والتأكد من سلامة الجنين أو للتأكد من الحمل أو للكشف الروتيني للجنين أو بسبب ظهور مشكلات صحية سابقة، وعادة ما تبدأ عملية تلقي الرعاية الصحية خلال الثلاثة أشهر الأولى.

أما فيما يتعلق عن مستشفى الأم والطفل فمعظم الأمهات غير راضيات عن الخدمات التي يقدمها بسبب سوء المعاملة وتدهور الخدمات المقدمة، كون الكشف غير كامل وسريع وغياب النظافة، وفي نفس الوقت حالتهن الصحية بعد تلقي الرعاية أثناء وبعد ولادة آخر مولود متوسطة، وهو ما يدفعهن للتفكير في خفض الولادات، وإجراء فحص على الثديين من أجل التأكد من سلامتها من سرطان الثدي ووجود تليف بالثدي مع إجراء مسحة مهبلية للوقاية من سرطان عنق الرحم أو لتعرضهن لتزيف مهبلي حاد.

فنقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات يؤثر على صحتهن الإيجابية خاصة ما يتعلق بتدهور الحالة الصحية للأمهات ووفيات الأطفال والأمهات قبل أو أثناء أو بعد الولادة، اعتلال الصحة الإيجابية للأمهات وتشوه الجهاز التناسلي للأمهات، يضاف إلى ذلك ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام بسبب الأخطاء الطبية المتكررة وعدم المراقبة المستمرة للحالات الخطيرة، نقص أطباء التوليد، عدم توفر التجهيزات الحديثة داخل القطاع العام، غياب النظافة وبعد أماكن التوليد.

إذا نقصت الرعاية الصحية للأمهات يزيد من مضاعفات الحمل والولادة وبالتالي ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال الرضع، وعليه فالفرضية الجزئية الثالثة محقق بدرجة عالية؛ وبالتالي قبولها.

د- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضية العامة:

والتي مفادها "تؤثر العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على الصحة الإنجابية للأمهات"؛ وتأسيساً على ما سبق وبعد المعالجة الإحصائية للبيانات المتحصل عليها أثبتت الدراسة الميدانية أن :

✚ غياب أو نقص الوعي الصحي للأمهات يزيد من تدهور صحتهن الإنجابية، خاصة ما يتعلق بتأثير التعليمي للمرأة على حالتها الصحية خاصة في اكتسابها للثقافة الصحية وسهولة تعاملها مع الأمراض وطرق علاجها وتلقينهم لمعلومات كافية للحفاظ على صحتها، في المقابل التأثير القليل للمستوى التعليمي للزوج على حالتها الصحية خاصة ما يتعلق بعارضتهم لأخذهم الدواء دون الوصفة وعدم السماح لهن بالذهاب إلى طبيب النساء والتخوف من عدم إنجابهن والعقم المؤقت، يضاف إلى ذلك التأثير السلبي للمعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة، وهذا يعني أنه لا توجد فروق في إجابات الأمهات حول تأثير المعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة حسب حالتها العائلية من خلال كثرة الخلافات الزوجية.

✚ كما كشفت الدراسة أن متابعة البرامج الإعلامية الصحية والتثقيفية والدينية يساعد الأمهات في المحافظة على حالتها الصحية، فمستواهن التعليمي يساهم في اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية والتي تساعد في حل مشكلاتهن الصحية من خلال التوجه إلى الطبيب (ة) المختص (ة)، وهو ما ساعدهم على معرفة بمسألة تنظيم الأسرة من الأقارب أو الطبيب المعالج، مما جعل الأمهات يستخدمن وسائل منع الحمل بعد الحمل الأول خاصة الحبوب كالوسيلة للمباعدة بين الولادات رغم وجود آثار على حالتها الصحية والمتعلقة أساساً بتعرضهن للقلق والتوتر المستمر الناتجة عن استخدام الحبوب، هذا رغم كون القرار النهائي في الاستخدام وسائل تنظيم الأسرة هو تفاهم الزوجين باعتبار ارتباط هذا القرار بيد الأزواج يؤثر على حالتها النفسية والجسدية ويجعلهن عرضة لإرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر ولتدهور وضعف جسدي.

✚ و أثبتت أن انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأمهات يزيد من إصابتهن بالأمراض المزمنة وبالتالي مخاطر مضاعفات الحمل، خاصة ما يتعلق بتدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية لأسرة المرأة كارتفاع الدخل وغلاء المعيشة وكذا ضيق المسكن ونقص التهوية الجيدة وعدم عمل أو مرض أحد الزوجين مع تزايد احتياجات الأطفال وغلاء تكاليف الكراء بالنسبة للأسرة التي لا تمتلك المسكن يؤثر على كثرة إصابتها بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة،

لذا نجدهن أكثر عرضة للأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة من ارتفاع ضغط الدم والتهاب الجهاز التناسلي والتهاب المعدة وداء السكر، هذا رغم وجود بعض الأمهات تصاب بمثل هذه الأمراض قبل الزواج وأحيانا قبل الإنجاب مثل مرض الغدة الدرقية ومرض القلب وبدرجة أقل مرض الربو ومرض السكري ومرض المفاصل، وبدرجة ضئيلة مرض الحكة المزمنة ومرض الكلى ومرض الشقيقة ومرض الحساسية ومرض ضغط الدم، وبدرجة ضئيلة مرض فقر الدم ومرض المعدة ومرض الإسهال ومرض الزونا ومرض التهاب الجهاز التناسلي، ويرجع سبب هذه الأمراض المزمنة إلى العامل الوراثي بالدرجة الأولى، وكل تلك الأمراض المزمنة تؤثر سلبا دون شك على إنجابهن من خلال إصابتهن بالعقم المؤقت أو موت الجنين في الأشهر الأولى من الحمل أو وفاة الطفل بعد الولادة مباشرة أو إنجاب طفل مريض.

كما تؤكد الأمهات محل الدراسة الميدانية على تملكهن لأول حمل بعد الزواج مباشرة مع تسجيل تأخر الحمل لدى البعض منهن بسبب العقم المؤقت وبدرجة أقل استعمال وسائل منع الحمل قبل الزواج وكذا مرض أحد الزوجين، فرغم تلقي معظم الأمهات لبعض النصائح من الطبيب (ة) النسائي (ة) حول الأعراض المصاحبة للحمل الأول وأخذهن لحقنة لتحسين الجنين ضد التيتانوس خلال استمرار الحمل الأول إلا أنه عادة ما يصاحب الحمل الأول عدة مضاعفات مثل ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم وألم في المعدة، أنيميا، صداع حاد، آلام في الظهر والمفاصل، تورم اليدين والرجلين، من صعوبة في التنفس، نزيف مهبل، ارتفاع درجة حرارة الجسم وسكري الحمل، أما اللواتي لم يسعين إلى تلقي استشارة طبية حول الأعراض المصاحبة للحمل فكان سببه عدم توفر الخدمة.

أما عن الولادات القيصرية فمعظم الأمهات محل الدراسة الميدانية يؤكدن على ولادتهن ولادة قيصرية من قبل بسبب كبر حجم الجنين وضيق الحوض وكذا الخوف على صحة الأم والطفل وبدرجة أقل بطلب من الزوج، وأن هذه الولادات أجريت في القطاع الخاص رغم كون تكاليفها باهظة جدا، فهذه الولادات بعملية قيصرية أثرت سلبا على حالتهن الصحية من خلال التباعد بين ولادتي لفترة طويلة وتدهور حالتهن الصحية وكذا عدم تفكيرهن بالإنجاب مرة أخرى، في المقابل لم تسجل إلا القليل من الأمهات اللواتي تعرضهن لإجهاد تلقائي ورغم ذلك لازلن راغبات في الإنجاب مرة أخرى بعد تلك العملية من أجل إنجاب العدد المفضل من الأطفال، وعن نوع الرضاعة المستعملة من الأمهات فعادة ما تكون طبيعية إلا اللواتي انقطع الحليب من ثديهن فيستعملن حليب الأطفال.

وأن نقصت الرعاية الصحية للأمهات يزيد من مضاعفات الحمل والولادة وبالتالي ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال الرضع، خاصة ما يتعلق بكون بالتقريب ثلث الأمهات محل الدراسة الميدانية لديهن ولادة واحدة ميتة على الأقل، وأن وفيات الأمهات والأطفال راجع أساساً إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات من نقص الوعي الصحي لدى الأمهات ووقوع القابلات في أخطاء طبية، تعرضهن للأمراض مزمنة، مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة، بعد مكان الولادة وعدم وصولهن في الوقت المناسب وعدم المتابعة الحوامل في حالات الخطر، أما عن السبب المباشر للولادة الميتة قبل أو بعد الولادة هو عدم اكتمال أعضاء الجنين، وهذا ما جعل الأمهات يعرضن أنفسهن للكشف عن الحمل الأخير لدى طبيب (ة) مختص (ة) بأمراض النساء والتوليد لضمان حمل صحي والتأكد من سلامة الجنين أو للتأكد من الحمل أو للكشف الروتيني للجنين أو بسبب ظهور مشكلات صحية سابقة، وعادة ما تبدأ عملية تلقي الرعاية الصحية خلال الثلاثة أشهر الأولى. وعن مستشفى الأم والطفل فمعظم الأمهات غير راضيات عن الخدمات التي يقدمها بسبب سوء المعاملة وتدهور الخدمات المقدمة، كون الكشف غير كامل وسريع وغياب النظافة، وفي نفس الوقت حالتهن الصحية بعد تلقي الرعاية أثناء وبعد ولادة آخر مولود متوسطة، وهو ما يدفعهن للتفكير في خفض الولادات، وإجراء فحص على الثديين من أجل التأكد من سلامتهن من سرطان الثدي ووجود تليف بالثدي مع إجراء مسحة مهبلية للوقاية من سرطان عنق الرحم أو لتعرضهن لنزيف مهبلي حاد.

فنقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات يؤثر على صحتهن الإنجابية خاصة ما يتعلق بتدهور الحالة الصحية للأمهات ووفيات الأطفال والأمهات قبل أو أثناء أو بعد الولادة، اعتلال الصحة الإنجابية للأمهات وتشوه الجهاز التناسلي للأمهات، يضاف إلى ذلك ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام بسبب الأخطاء الطبية المتكررة وعدم المراقبة المستمرة للحالات الخطيرة، نقص أطباء التوليد، عدم توفر التجهيزات الحديثة داخل القطاع العام، غياب النظافة وبعد أماكن التوليد. ومما سبق يتبين أن غياب أو نقص الوعي الصحي للأمهات يزيد من تدهور صحتهن الإنجابية، وانخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي لأسر الأمهات يزيد من إصابتهن بالأمراض المزمنة وبالتالي مخاطر مضاعفات الحمل

كما أن نقص الرعاية الصحية للأمهات يزيد من مضاعفات الحمل والولادة وبالتالي ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال الرضع. إذا العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية تؤثر بدرجة كبيرة على الصحة الإنجابية للأمهات، وعليه فالفرضية الجزئية العامة محقق بدرجة عالية؛ وبالتالي قبولها.

ثانيا- مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسات السابقة: بعد استعراض نتائج الدراسة الميدانية، ومناقشتها في ضوء الفرضية العامة التي انطلقت منها الدراسة والفرضيات الجزئية المفسرة لها، سنحاول في هذا المقام تأصيل هذه النتائج، ومقارنتها في ضوء الدراسات السابقة التي تناولت الخصوبة والصحة الإنجابية كمايلي:

1. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة الأولى العربية: للباحثة شذى محمد علي بعنوان وعي المراهقات حول الصحة الإنجابية في مدينة بغداد، وقد أفضت نتائج دراستها إلى أن هناك:

- نسبة أعلى من البنات (47,7%) أعمارهن بين (17-18 سنة) و(54,5%) في الصف الرابع الإعدادي وأن الدراسة الابتدائية هي الخلفية العلمية للأمهات (40,5%) منهم
- وأن (41,6%) من العينة من عائلة كبيرة الحجم.
- نوصل إلى أن التلفاز والانترنت كانا المصدر الأول للمعلومات عند (40,9%)
- وسجلت الدراسة أن (45,5%) من العينة لديهم وعي جيد فيما يخص الدورة الحيضية وكذلك التغيرات الجسمية عند البلوغ عند (51,1%) منهم.
- كما سجل البحث تدني الوعي للعينة فيما يخص كل من المشاكل النسائية (45,6%) ومرض الإيدز (60,5%)

وقد تتفق دراستنا الحالية مع هذه الدراسة في أن وسائل الإعلام والاتصال هي المصدر الرئيسي في الحصول على المعلومات حول الصحة الانجابية، كما تتفق معها في مسألة تدني الوعي لدى أفراد العينة فيما يخص المشاكل النسائية. ومنه يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها حول تدني مستوى الوعي لدى المبحوثات حول بعض المسائل الصحية وأيضا طرق الحصول على المعلومات حول الصحة الانجابية وبعض المشاكل الانجابية ومرض الايدز.

2. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة العربية الثانية: للباحثة: ختام حسين تميم بعنوان:

"العلاقة المتبادلة بين الصحة الإنجابية والوضع الاقتصادي والاجتماعي في سوريا" وقد كانت هذه الدراسة تعالج القضايا التالية معرفة الشباب وآرائه في موضوعات تتعلق بالصحة الإنجابية كتنظيم الأسرة، الزواج المبكر، توقيت الحمل، الصحة الجنسية، الأمومة الآمنة والإجهاض غير المأمون، وأيضا دور العوامل السكانية والاجتماعية في تحديد مصادر المعرفة لدى الشباب. وقياس المعرفة لدى الشباب بالمعلومات المتعلقة بالصحة الإنجابية. وإلقاء الضوء على بعض المشكلات الاجتماعية، الاقتصادية، التربوية والصحية التي يتعرض لها الشباب، بهدف الإحاطة بهذه المشكلات ووضع الحلول المناسبة لها. وكذلك إبراز دور العوامل الاجتماعية والاقتصادية والصحية في عملية التنمية الاجتماعية والاقتصادية في سوريا. وتوضيح أهم العوامل التي تعيق

الصحة الإنجابية والإحاطة بها، وإلقاء الضوء على آثار تدني دخل الفرد. وقد توصلت الباحثة للنتائج التالية:

- أظهرت هذه الدراسة أنه تسجيل تحسن ملحوظ في انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع إلا أنه مازال مرتفعا إذا ما قيس بما هو عليه في العديد من الدول العربية والأجنبية (23 في الألف)، وهذا ينطبق أيضا على معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة (28 في الألف).
 - تراجع معدل الولادات (30 في الألف سنة 2001) إلا أنه مازال مرتفعا مقارنة مع الدول العربية والأوروبية.
 - انخفاض معدل وفيات الأمومة إلى 280 لكل 100.000 ولادة حية سنة 2001
 - تجاوزت نسبة العزاب 50% فهي نسبة مرتفعة جدا ومرتبطة بشكل واضح.
 - الظروف الاقتصادية الصعبة التي يعاني منها المواطن وارتفاع تكلفة المعيشة.
 - نسبة التمييز بين الذكور والإناث مرتفعة 54% ولا يزال هناك تمييز في تعلم الذكور والإناث سيما في المناطق الريفية.
 - ارتفاع في نسبة الأطفال الذين يعانون من انخفاض في الوزن أثناء الولادة (5,19%).
 - بلغت نسبة الأمهات اللواتي توفيت بسبب الحمل والولادة 15% في حين تم تسجيل 13% من الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية و12% يعانون من التقزم.
 - يعرف 71% من المبحوثين بأن الفحص الطبي قبل الزواج ضروري و87% يعرفون بأن الأمراض قد تنتقل بواسطة الجهاز التناسلي في حين 61% من النسوة لا يعرفن ما هو مرض الزهري.
- و تتفق دراستنا الحالية مع هذه الدراسة في النقاط التالية: على أن غالبية المبحوثات ظروفهن الاقتصادية والاجتماعية صعبة جدا، ووجود علاقة وطيدة بين الدخل ومتغيرات أخرى، وتتفقان أيضا في أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للمرأة والرجل كلما كانت لهما معرفة أكبر بموضوعات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية وبأسباب وفيات الامهات والأطفال ومستوى أفضل للإجهاض. ومنه يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها حول نقص الوعي الصحي و تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية للمبحوثات ومستوى دخل أسرهن وعلاقته بالحالة الصحية لهن، وأيضا المستوى التعليمي للزوجين وعلاقته بمعرفة مسألة تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية وبأسباب وفيات الأمهات والأطفال ومستوى أفضل للإجهاض، وعدم تلبية احتياجاتهن الكافية من الرعاية الصحية بسبب بعد مراكز الرعاية من جهة ونقص خدماتها المقدمة بصورة عامة.

3. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة العربية الثالثة: للباحثين عبد الغفار فرج المنفي وجمال محمد أندير بعنوان " دراسة العوامل الاجتماعية و الاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في ليبيا باستخدام الانحدار المتعدد" وقد توصلت دراستهما إلى النتائج التالية:
- أن مستوى الخصوبة السكانية في ليبيا يتأثر بمجموعة من المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية و الديمغرافية ومن أهم هذه المتغيرات هي عدد الأطفال الذين يعيشون مع المرأة، حيث كشفت نتائج هذه الدراسة وجود اثر ايجابي ذي دلالة إحصائية لمتغير عدد الأطفال الذين يعيشون مع المرأة في مستوى الخصوبة السكانية في ليبيا، وقد أظهرت النتائج أن مستوى الخصوبة يرتفع كلما ارتفع عدد الأطفال الذين يعيشون مع المرأة (الأسرة الممتدة).
 - أن متغير عمر المرأة عند الزواج له اثر جوهري في الخصوبة السكانية في ليبيا، حيث أن مستوى الخصوبة ينخفض بارتفاع هذا المتغير بشكل واضح وذي دلالة إحصائية.
 - بينت هذه الدراسة أن العمر عند الزواج له تأثير عكسي على مدة الحياة الزوجية، وبالتالي تؤثر تأثيرا كبيرا في مستوى الخصوبة؛ فالحياة الزوجية طويلة تمكن الزوجة من إنجاب عدد كبير من الأطفال مقارنة بالحياة الزوجية القصيرة.
 - كما كشفت هذه الدراسة أهميه متغير الوضع الاقتصادي للأسرة في التأثير على مستوى الخصوبة السكانية في ليبيا، حيث بينت النتائج انه كلما كان الوضع الاقتصادي للأسرة مرتفعا كلما ارتفع مستوى الخصوبة، وقد يعزى السبب لقدرة الأسرة ذات الوضع الاقتصادي المرتفع على تحمل تكاليف تربيته الأبناء.
 - أن هناك فروق جوهريه ذات دلالة إحصائية في مستوى الخصوبة السكانية في اختلاف استخدام وسائل تنظيم الأسرة، حيث بينت الدراسة أن الانخفاض في مستويات الخصوبة في ليبيا، وكذلك في جميع مناطق ليبيا المختلفة يعود جزء منهم بسبب استخدام وسائل تنظيم الأسرة فقد وجد أن النساء اللاتي يستعملن وسائل تنظيم الأسرة مستوى خصوبتهن اقل من النساء اللاتي يستعملن الوسائل.
 - كشفت نتائج هذه الدراسة أهمية متغيري الحالة التعليمية للمرأة والحالة التعليمية للزوج، فقط تبين أن الإنجاب يرتبط بمستوى تعليم المرأة، وكذلك مستوى تعليم زوجها حيث يزداد انخفاض إنجاب المرأة المتعلمة مع ارتفاع مستوى تعليمها، فالمرأة التي لم تحظى بنصيب وافر من التعليم تنجب في المتوسط عددا أكثر مما تنجبه المرأة المتعلمة، وكذلك ينخفض مستوى الخصوبة للمرأة بارتفاع المستوى التعليمي لزوجها.

• كما بينت نتائج هذه الدراسة العلاقة بين مدة الرضاغة الطبيعية ومستوى الخصوبة السكانية في ليبيا.

و تتفق دراستنا الحالية مع هذه الدراسة على أن أهمية متغير الحالة التعليمية للمرأة وللزوج لهما تأثير على الخصوبة ، فقط تبين أن الإنجاب يرتبط بمستوى تعليم المرأة، وكذلك مستوى تعليم زوجها حيث يزداد انخفاض إنجاب المرأة المتعلمة مع ارتفاع مستوى تعليمها، فالمرأة التي لم تحظى بنصيب وافر من التعليم تنجب في المتوسط عددا أكثر مما تنجبه المرأة المتعلمة، وكذلك ينخفض مستوى الخصوبة للمرأة بارتفاع المستوى التعليمي لزوجها. وأيضا أهميه متغير الوضع الاقتصادي للأسرة في التأثير على مستوى الخصوبة السكانية. وأن هناك فروق جوهريه ذات دلالة إحصائية في مستوى الخصوبة السكانية في اختلاف استخدام وسائل تنظيم الأسرة. ومنه يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها حول تأثير العوامل الثقافية كالمستوى التعليمي للزوجة والزوج وأيضا مستوى الوعي الصحي لدى المبحوثات والظروف الاقتصادية والاجتماعية للمبحوثات وأسرههم ومدى تأثيرها على الإصابة ببعض الأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل والولادة المتعسرة لدى المبحوثات. وأن هناك فروق جوهريه ذات دلالة إحصائية في مستوى الخصوبة السكانية في اختلاف استخدام وسائل تنظيم الأسرة. أن العمر عند الزواج له تأثير عكسي على مدة الحياة الزوجية، وبالتالي تؤثر تأثيرا كبيرا في مستوى الخصوبة، فالحياة الزوجية الطويلة تمكن الزوجة من إنجاب عدد كبير من الأطفال مقارنة بالحياة الزوجية القصيرة.

4. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة المحلية الأولى للباحث عيسى دلندة بعنوان "تغير

السلوك الإنجابي في الجزائر" وتوصل الباحث إلى النتائج التالية:

- عرفت الأسرة الجزائرية المعاصرة تحولا ديمغرافيا حيث تغيرت من أسرة ممتدة إلى أسرة نوية تضم ثلاثة أو أربعة أطفال على الأكثر.
 - توصل الباحث إلى وجود علاقة بين درجة تعلم الزوجة والسلوك الإنجابي، فكلما ارتفعت درجة التعليم لديها كلما قل عدد الأطفال، وتحقق هذه العلاقة في الوسط الحضري بشكل أكبر من الوسط الريفي.
 - تغير سن الزواج حيث أصبح يتراوح بين (20-31 سنة) لدى الذكور و(24-28 سنة) لدى الإناث، وهذا يفسر بإصرار الفتيات على مواصلة التعليم وحصول الذكور على عمل.
- وقد تتفق دراستنا الحالية مع هذه الدراسة حول فكرة وجود علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة والسلوك الإنجابي، فكلما ارتفع مستواها التعليمي قل عدد أطفالها، وتحقق هذه العلاقة في الوسط الحضري بشكل أكبر من الوسط الريفي. وتتفقان أيضا على أن تحسين الحياة الاجتماعية

والاقتصادية يؤدي إلى زيادة الإنجاب، فقد توصل الباحثان إلى أن السياسة التنموية التي اتبعتها الجزائر بعد الاستقلال مباشرة ساعدت على زيادة عدد المواليد والتقليل من وفيات الرضع وبالتالي ارتفاع نسبة الإنجاب، ونلمس هذه السياسة في عدة مؤشرات مثل (توفير مرافق الحياة، تخفيض نسبة الأمية، تقليل الوفيات تحسين ظروف السكن ومتطلبات الحياة).

يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها أن الجزائر اتبعت سياسة تنمية واضحة بعد الاستقلال مما ساهم في ارتفاع الخصوبة وهذه الأخيرة التي تدفع إلى تقليل وفيات الرضع، ويتضح ذلك في العديد من المؤشرات كتوفير مرافق الحياة، وتخفيض نسبة الأمية وتحسين ظروف السكن وتوفير الاحتياجات الرئيسية للسكان.

✚ ووجود علاقة بين المستوى التعليمي للزوجة والسلوك الإنجابي، فكلما ارتفع مستواها التعليمي

قل عدد أطفالها، وتحقق هذه العلاقة في الوسط الحضري بشكل أكبر من الوسط الريفي.

3_ مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة المحلية الثانية للباحث أحمد درديش بعنوان "الصحة الإنجابية في الجزائر" ومن ابرز نتائج المتوصل إليها مايلي:

- كشفت هذه الدراسة عن وجود قصور في مستوى معرفه السيدات بالأمراض المتنقلة جنسيا وبطرق انتقالها(مرض السيلان والزهري) والوقاية منها (مرض الايدز) خاصة بين النساء الأميات. فمعطيات مسح صحة الأسرة لسنة 2002 بينت بان 20.9% من النساء الأميات لا تعرفن أي طريقه للوقاية من مرض الايدز في حين كل النساء اللواتي حصلنا على مستوى ثانوي أو أعلى تعرفن على الأقل طريقه من طرق الوقاية.
- كما تبين من خلال معطيات نفس المسح وجود فوارق جوهريه في مستوى الوعي بالأمراض المتنقل، جنسيا بين مختلف مناطق البلاد فمثلا نسبه الوعي بمرض الايدز بلغت 91.6% في بعض ولايات الغرب الجزائري كولاية سيدي بلعباس وتلمسان في حين لم تتجاوز هذه النسبة 43.1% في ولاية الجلفة.
- يعتبر التأكد من الحامل والمضاعفات الصحية أهم الأسباب التي جعلت النساء الحوامل يلجان الى المؤسسات الطبية لطلب الرعاية الصحية خلال فتره الحمل وبالمقابل مثل عدم التعرض للنساء إلى مشاكل صحية السبب الرئيسي الذي جعلهن لا يترددن على المراكز الصحية لتلقي الرعاية الصحية خلال وبعد فتره الحمل.

و تتفق دراستنا الحالية مع هذه الدراسة على أن التأكد من الحمل والمضاعفات الصحية من أهم الأسباب التي جعلت النساء الحوامل يلجان إلى المؤسسات الطبية لطلب الرعاية الصحية خلال فتره الحمل وبالمقابل مثل عدم التعرض للنساء إلى مشاكل صحية السبب الرئيسي الذي جعلهن لا يترددن

على المراكز الصحية لتلقي الرعاية الصحية خلال وبعد فترة الحمل، ويتفقان أيضا على أن معدل استعمال وسائل تنظيم الأسرة ومستوى تلقي الرعاية الصحية يرتفعان مع ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة. وتوصلا إلى أن النساء المتعلمات اقل إنجابا وقل لجوء إلى زواج الأقارب هذه المعطيات تبين بان المستوى التعليمي للمرأة يعتبر من العوامل المؤثرة على صحة المرأة الإنجابية، ومنه يمكن القول بأن الدراساتين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها كالآتي:

معرفة مدى وعي المرأة واهتمامها بقضايا الصحة الإنجابية والمشاكل التي تواجهها، والتعرف على جوانب الصحة الإنجابية للأمهات واتجاهاتها. وكذا دراسة مستويات الرعاية الصحية للمرأة وعلاقتها ببعض المتغيرات الاجتماعية و الديموغرافية، والكشف عن الأمراض المتعلقة بالإنجاب التي تعاني منها الأمهات، وأيضا ركزت الباحثة في دراستها الحالية على غياب الرعاية الطبية المتخصصة للحوامل وعلاقتها بارتفاع مخاطر الوضع لدى الأمهات وارتفاع وفيات الأمهات والأطفال.

4_ مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة المحلية الثالثة للباحثة خديجة سواكراي بعنوان " واقع الصحة الإنجابية للنسوة الفئة (15-49 سنة) بمنطقة الجنوب بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات، وتوصلت الباحثة إلى جملة من النتائج من بينها مايلي:

- منطقة الجنوب ليست بعيدة عن الإطار العام في ما يخص تقديم خدمات رعاية الحوامل % . 86.5 من النسوة الفئة العمرية (15-49 سنة) قمن بفحص واحد على الأقل أثناء الحمل من قبل مستخدمين مؤهلين (طبيب- ممرضة/ قابلة).
- بلغت نسبة عملية الكشف أثناء الحمل عند الطبيب لنسوة الجنوب 58.7%، أعلى نسبة سجلت بالمنطقة الفرعية 41 (68%)، بمتوسط قدره 3.83 زيارة خلال فترة الحمل كلها، وترتفع النسبة بارتفاع المستوى التعليمي للأم أين سجلت 86.36% عند ذوات المستوى الجامعي؛
- بلغت نسبة النسوة المتزوجات واللاتي ولدن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح وقمن بفحص واحد على الأقل خلال الثلث الأول من فترة الحمل 64.2% نسبة النسوة اللاتي ولدن ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح في البيت بمنطقة الجنوب % 10,1 وهي ثلاث أضعاف المجموع العام (3,86%)؛ أعلا النسب ارتبطت بنسوة الفئات العمرية الصغرى 15-19 سنة 16,66% و المتقدمة ، وبالريف عنها في الحضر (خمس النسوة) و بالنسوة اللاتي ليس لديهن مستوى تعليمي خاصة، إذ تمثل أكثر من الخمس ، وسجلنا أعلى معدل بولاية إليزي 28.57%.
- و تتفق دراستنا الحالية مع هذه الدراسة في النقاط التالية: هو دراسة واقع الصحة الإنجابية لنسوة الفئة العمرية 15-49 سنة في الجزائر ولكن الباحثة أجرت دراستها بمنطقة الجنوب، أما الباحثة في الدراسة الحالية اختارت منطقة الشرق هي ولاية سطيف وذلك نتيجة التوافد الكبير

للسكان إليها وارتفاع عدد العيادات والمصحات الخاصة بالتوليد بها، وهذا ما أصبح يشكل عقبة في تقديم الخدمات الطبية بالشكل المقبول. ومنه يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها كالآتي:

- تختلف عدد مرات الفحص أثناء الحمل من قبل مؤهلين (طبيب، ممرضة، قابلة) بين ولايات الوطن وذلك حسب المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، وأيضا بسبب بعد مراكز الرعاية الطبية عن السكان.

5. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة المحلية الخامسة: للباحثين هواري رحال و رضوان مصلي بعنوان: " واقع الرعاية الصحية الإيجابية في الجزائر وفق معطيات مسح MICS4-2012، وقد توصلا في دراستهما إلى النتيجة التالية:

- أن هنالك تحسنا في أبعاد الرعاية الصحية الإيجابية بالنظر لبيانات PAPFAM-2002، وإلى أن القيام بأربع زيارات وأكثر إلى إطار طبي مؤهل هو البعد (رعاية الصحة الإيجابية) الذي تقابله أكبر نسبة من الفرص التي تحتاج إلى إعادة توزيع.

- كما وجدا أن إقليم البرمجة يساهم بنسبة كبيرة في عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية الإيجابية، يليه مؤشر الثروة ثم المستوى التعليمي للأمم.

و تتفق دراستنا الحالية مع دراستهما على أن هناك عدم مساواة في توزيع الخدمات الصحية عبر ولايات الوطن مما يعيق الحصول على رعاية صحية إيجابية للأمهات، وأيضا المستوى التعليمي للمبحوثات له دور في الحصول على الرعاية الصحية وتدني مستوى الدخل وتدهور الظروف الاقتصادية للمبحوثات وأسرههم قد يعيق حصولهم على رعاية صحية كافية. ومنه يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها حول:

العديد من المتغيرات التي تؤثر وبشدة على الرعاية الصحية الإيجابية في الجزائر وخاصة متغير المستوى التعليمي والظروف الاقتصادية والاجتماعية للمبحوثات ومدى بعد مراكز الرعاية الصحية الإيجابية من جهة و وتدني مستوى الخدمات المقدمة داخل تلك المراكز من جهة أخرى وهذا ما اعتمده الباحثة في دراستها الراهنة حول نقص الرعاية الصحية وعلاقته بزيادة ارتفاع وفيات الأمومة ووفيات الأطفال حديثي الولادة. في فرضيتها الثالثة.

6. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة المحلية السادسة: للباحث صديق خوجة خالد بعنوان: " الخصوبة في الجزائر بين الانخفاض والارتفاع دراسة تحليلية وقد توصلت دراسته إلى أن ارتفاع الخصوبة في الجزائر ما هو إلا عارض وهذا ما يظهر من خلال الانخفاض الملاحظ في مستوى الخصوبة ابتداء من سنة 2017 مع عودة انخفاض المداخل النفطية وتراجع سياسة

الدعم للبرامج الاجتماعية المختلفة، وهو وضع قد يصعب من خلاله الزواج ، وإنجاب الأطفال يصبح أكثر تكلفة. وتتفق دراستنا الحالية مع دراسته في أن الأزمة التي حلت بالجزائر في 2017 من انخفاض المداخيل النفطية وتراجع سياسة الدعم للبرامج الاجتماعية والصحية المختلفة وهذا ما ساهم بدوره في تراجع معدلات الزواج وإنجاب الأطفال لأنه أصبح أكثر كلفة لكل أسرة قد تنجب طفل إضافي. وهنا الباحثة أدرجت عدة متغيرات في دراستها الراهنة من أجل التأكد من صحة علاقة تلك المتغيرات بتدهور الحالة الصحية للأمهات وأيضا تدهور الظروف الاقتصادية والاجتماعية لأسرهن والتي باتت تؤثر سلبا وتساهم في زيادة ارتفاع الأمراض المزمنة وتفاقم مضاعفات الحمل والولادة المتعسرة لدى الأمهات وبسبب نقص الرعاية الصحية وبعد مراكز التوليد مما ساهم في ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال. ومنه يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها كالآتي: تراجع معدلات الزواج ومنه انخفاض الخصوبة وأيضا هذين العاملين بدورهما يساهمان في تحسين الصحة الإنجابية للنساء وخفض وفيات الأمهات والأطفال وهذين المؤشرين اللذان يعتبران من بنود تحقيق التنمية المستدامة مستقبلا.

7. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة المحلية السابعة: للباحثة بن زايد ريم بعنوان: "الخصوبة في الجزائر تطورها والعوامل المؤثرة فيها من 1962 إلى 2017" وقد توصلت الباحثة للنتائج التالية:

- شهدت الجزائر نموا سكانيا سريعا بعد فترة الاستقلال ، تعود أسبابه إلى زيادة في المواليد وارتفاع معدلات الخصوبة الراجعة إلى الزواج المبكر وعدم استخدام وسائل منع الحمل بشكل واسع.
- نظرا لتزايد السكاني الكبير الذي شهدته البلاد بعد الاستقلال بادرت الدولة إلى تبني برنامج التحكم في النمو السكاني لتفادي عرقلة النمو الديموغرافي للمستقبل المسار الت نمو يفي البلاد، وقد كان لهذا البرنامج تأثير كبير على اتجاهات الخصوبة و النمو السكاني ككل، إضافة أيضا إلى التغيرات الاجتماعية و الاقتصادية التي كان لها تأثير أيضا، فقد انخفض المؤشر التركيبي للخصوبة من 1970 إلى 1985 بطفلين للمرأة الواحدة، ومن 1985 إلى 2000 انخفض بفارق أربعة أطفال للمرأة الواحدة.
- هناك مجموعة من العوامل لعبت دور التأثير على اتجاهات الخصوبة في الجزائر، منها عوامل مباشرة المتمثلة في وسائل منع الحمل، العمر الأول عند الزواج، وعوامل أخرى لعبت دورا غير مباشر وتمثل كل من تعليم المرأة ودخولها ميدان الشغل ومكان الإقامة.

• شهدت الخصوبة في الجزائر تطورا وتغيرات كبيرة من الاستقلال وإلى يومنا هذا، وهذا حسب الظروف وحسب السياسات المتبعة في البلاد والتي قد يكون لها تأثير على السلوك الديموغرافي ومسار النمو السكاني ككل.

و تتفق دراستنا الحالية مع دراستها حول أن هناك العديد من العوامل لها تأثير كبير على اتجاهات الخصوبة في الجزائر، حيث ركزت الباحثتين على عوامل مباشرة وغير مباشرة في جملها ساهمت في خفض معدلات الخصوبة من جهة و كانت سببا واضحا في تدهور الصحة الإنجابية للمبحوثات وخاصة ما أكدته الدراسة الحالية من خلال تأكيد صحة فرضياتها.

ومنه يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها كالآتي:

متابعة التطورات والتغيرات الكبيرة التي شهدتها الخصوبة من الاستقلال إلى يومنا هذا، وذلك استنادا إلى الظروف والسياسات المتبعة في البلاد والتي بدورها تؤثر على السلوكيات الديمغرافية من ارتفاع أو انخفاض لمعدلات الخصوبة والزواج والطلاق وحالات الانفصال، كما توضح أهم العوامل المباشرة وغير المباشرة التي تؤثر على الخصوبة من جهة والصحة الإنجابية من جهة أخرى.

8. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة المحلية الثامنة: للباحث طويل شهرزاد بعنوان "

تباين السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافية في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات، وقد توصلت الباحثة للنتائج التالية:

• الهضاب العليا غرب تميزت بأعلى نسبة للنساء الريفيات و للنساء من الطبقة الفقيرة و للنساء اللواتي سبق لهن استعمال موانع الحمل، وأعلى متوسط سن المرأة عند آخر ولادة ، وأدنى نسبة ممن تعرضن للإجهاض التلقائي.

• منطقة الجنوب تميزت بأدنى نسبة من نساء المناطق الريفية ، ومن اللواتي لم يسبق لهن الإنجاب، ومن اللواتي سبق لهن استعمال موانع الحمل، أعلى متوسط سن المرأة عند آخر ولادة، وأعلى متوسط عدد مواليد.

• الفروق ذات الدلالة الإحصائية ارتبطت بالمؤشرات التي تتأثر مباشرة بالعوامل الديمغرافية ، والاجتماعية و الاقتصادية للمرأة كعوامل يمكن أن تساعد على الإنجاب ويمكن أن تمنعه أو تؤخره.

• لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية ترجع إلى متغير المنطقة الجغرافية في عدد مرات الحمل التي لم تنتهي بولادة حية و بعدد الأطفال المتوفين لكل امرأة وهي مؤشرات للسلوك الإنجابي التي لا ترتبط ارتباطا مباشرا بالعوامل المساعدة أو الكابحة للخصوبة.

أكثر الفروق ذات الدلالة الإحصائية كانت بين المناطق الشمالية و مختلف من أطفال هضاب وبين المناطق الشمالية و منطقة الجنوب وأن حجم أثر المنطقة الجغرافية على المؤشرات التي شهدت فروق ذات دلالة إحصائية متوسط في عدد المواليد الأحياء والمدة بين أول وآخر إنجاب وقليل في باقي المتغيرات. و تتفق دراستنا الحالية مع دراستها في النقاط التالية: في معرفة الاختلاف عند المبحوثات بين المناطق الجغرافية من حيث المميزات الاجتماعية و الاقتصادية للنساء، في توقيت بداية الحياة الإنجابية في المسار الإنجابي لهن، وفي نهاية الحياة الإنجابية لديهن. وأيضا الفروق ذات الدلالة الإحصائية ارتبطت بالمؤشرات التي تتأثر مباشرة بالعوامل الديمغرافية، و الاجتماعية و الاقتصادية للمرأة كعوامل يمكن أن تساعد على الإنجاب ويمكن أن تمنعه أو تؤخره. ومنه يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليها كالآتي:

- تأكيد وجود فروق ذات دلالة إحصائية ارتبطت بالمؤشرات التي تتأثر مباشرة بالعوامل الديمغرافية، و الاجتماعية والاقتصادية للمرأة كعوامل يمكن أن تساعد على الإنجاب ويمكن أن تمنعه أو تؤخره. وأيضا توضيح أهمية العوامل والمميزات الاجتماعية والاقتصادية التي تسهم في اختلاف السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافية لدى النساء من هذا الجيل.
9. مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الدراسة المحلية التاسعة: للباحثين أمال هاشم ونوال لعشيشي بعنوان "الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية لسنة 2018" وأهم النتائج المتوصل إليها:

- أن الفوارق في الهياكل الصحية والموارد المادية والبشرية بين ولايات الجزائر يولد عنها ضغطا شديدا في الولايات الكبرى مما يؤدي إلى تدني مستوى تقديم الخدمات الصحية.
- تعثر سكان الولايات التي تعاني من عدم المساواة في تلقي حقهم الكامل في الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية.

و تتفق دراستنا الحالية مع دراستها في أن مسألة التوزيع غير العادل في الهياكل الصحية والموارد المادية والبشرية بين ولايات الجزائر يولد عنها ضغطا شديدا في الولايات الكبرى مما يؤدي إلى تدني مستوى تقديم الخدمات الصحية، وهو ما تناولته الدراسة الحالية في فرضيتها الثالثة حول نقص الرعاية الصحية وعلاقتها بارتفاع وفيات الأمهات والأطفال، وأيضا تعثر سكان الولايات التي تعاني من عدم المساواة في تلقي حقهم الكامل في الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية والحصول على رعاية صحية مقبولة ووجود فجوة بين ولايات الوطن من حيث تلبية الاحتياجات الصحية للسكان.

ومنه يمكن القول بأن الدراستين تشتركان في بعض النتائج المتوصل إليه اكالاتي:
تحديد الفوارق الموجودة في مستوى خدمات الصحة بين مختلف ولايات الجزائر وهذا ما تطرقت إليه الباحثة في فرضيتها الثالثة حول نقص الرعاية الصحية وعلاقتها بارتفاع وفيات الأمهات والأطفال، وأيضا في الدراسة الحالية التي سعت إلى معرفة أهم العوامل التي تؤثر على الخصوبة والصحة الإنجابية، وذلك من خلال تقصي بعض الأمراض المزمنة التي تعاني منها المبحوثات وأمراض الحمل والولادة المتعسرة والتعرف على أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام.

ثالثا- نتائج الدراسة في ضوء الأطر النظرية

إن النتائج المتحصل عليها من خلال دراستنا الميدانية تتقارب نتائجها مع ما توصلت إليه النظريات المعتمدة والتي كانت جزءا هاما في دراستنا، إذ تعتبر هذه النظريات بمثابة المسار المرجعي الذي نحتكم إليه علميا، حيث اهتم كل منها بتفسير موضوع الخصوبة من جوانب عديدة، وذلك من خلال تفسير الأسباب والعوامل المتكيفة في ارتفاع أو انخفاض الخصوبة ومدى تأثيرها بتلك العوامل وتأثيرها على مسألة الصحة الإنجابية وخاصة ما يتعلق بالحالة الصحية للنساء وكثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وأيضا ارتفاع مضاعفات الحمل الخطيرة ونقص الرعاية الطبية مما يتسبب في ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال، وهذه الأخيرة التي باتت تؤرق المجتمعات وأصبحت موضوع الساعة وإحدى بنود أهداف التنمية المستدامة.

من نتائج الدراسة الحالية أن غياب أو نقص الوعي الصحي للأمهات يزيد بدرجة كبيرة من تدهور صحتهم الإنجابية. وتتوافق هذه النتيجة مع ما اقترحتته نظرية استرلين ونظرية كالدويل في اقتراحاتهما بنظرة اقتصادية حول أهم المتغيرات المؤثرة في الخصوبة وأيضا فكرة تدفق الثروة التي اقترحا كالدويل استنادا إلى أن الخصوبة سلوك اقتصادي عقلائي متضمن في محتواه الأهداف الاقتصادية المحددة اجتماعيا ومحددة بعوامل سيكولوجية وبيولوجية. وما يمكن أن تسببه تلك المتغيرات والعوامل في تدهور الحالة الصحية للأمهات. فنجد أن نظرية استرلين اقترحت إطارا نظريا هاما ضمن فيه ميول الأفراد واتجاهاتهم، بخصوص عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم أو الطلب عليهم وتستند في ذلك على ثلاث عناصر رئيسية: الطلب على الأطفال، عدد الأطفال الأحياء، تكلفة تحديد الخصوبة. وإضافة بعض المتغيرات المركبة والتي تبدو هامة في إحداث التحول الديمغرافي إلى ظروف إنجاب حديثة. تلك التغيرات تضمنت الابتكارات العلمية في مجالات الصحة والعناية الطبية التامة فضلا عن التطور الثقافي والعلمي والتحضر والخصوبة ونمو المستوى المعيشي أو الدخل القومي.

وهنا يمكن القول أن استرلين جمع بين الأسس الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والبيولوجية المحددة لمستوى الإنجاب. انطلاقا من عدة أفكار أساسية كأن يحدد عدد الأطفال الأحياء إذ أين يتم إنجابهم بمقارنة حافز الحد من الإنجاب مع تكلفته (النفسية أ المادية أو التي تخص الزمن بالنسبة

للنساء)، وعندما يكون الحافز أكبر من التكلفة سيتم التحكم في الخصوبة. ويتوقف حافز الحد من الإنجاب على الفرق بين الطلب على الأطفال (يحدده مستوى الدخل المتاح و التكلفة و تفضيل الفرد) و عرضهم يحدده بمعدلات الخصوبة الزوجية الطبيعية والفناء وبقاء الأطفال أحياء حتى سن البلوغ) فإذا كان العرض أقل من الطلب فإن الحافز على الحد من الخصوبة متوفرة و العكس بالعكس.

كما نجد أن نظرية كالدويل حول تدفق الثروة تستند إلى الاعتقاد بأن الخصوبة سلوك اقتصادي عقلاي متضمن في الأهداف الاقتصادية المحددة اجتماعيا ومحدد بعوامل سيكولوجية وبيولوجية. وقد ارجع كالدويل ارتفاع مستويات الطلب على إنجاب الأطفال في المجتمعات الأقل تطورا إلى استمرار وجود نظام اجتماعي يعتمد على الأسرة الممتدة وسلطة كبار السن من الذكور فيها، إذ عادة ما يفضي هذا النظام -حسب منظور هذه النظرية- إلى أن يقدم الأبناء ما يكسبونه من ثروة إلى آبائهم، و ما لم ينعكس اتجاه تدفق الثروة هذا ، سيظل العائد المنتظر من الأطفال منتفعا، وكذلك الطلب عليهم. و تؤكد نظرية تدفق الثروة هنا ، أن اتجاهات دفع الثروة بين الآباء و الأبناء هو المحرك الأساسي لتغير نمط الطلب على الأطفال داخل الأسرة الزوجية ، فإذا كان اتجاه تدفق الثروة من الأبناء باتجاه الآباء ، فان مستوى الطلب على الأطفال سيكون مرتفعا ،كون الأبناء سيشكلون فيما بعد منفعة وعائدا اقتصاديا للآباء لما يحققونه من عوائد مضافة إلى اقتصاديات أسرهم، و اجتماعياً باعتبارهما يمثلون مصدر المساعدة في الزراعة وفي سوق العمل، كذلك مصدر ضمان في حالة عجز و شيخوخة الوالد.

يرى كالدويل أن المجتمعات الحديثة هي التي يتحقق داخلها انخفاض الخصوبة حيث يقل داخلها سلطة العائلة و العلاقات الأسرية ويتحول نظام الإنتاج إلى نظام اقتصادي عقلاي مما يؤدي إلى اتجاه تدفق الثروة المتجه من الآباء إلى الأبناء ، ومن ثم يأتي تأثير التنمية الاقتصادية الاجتماعية في إحداث التغير في نظام العائلة، وسلوك الإنجاب من خلال التحضر، والتعليم وارتفاع مكانة المرأة، والتقدم الصحي، وارتفاع الدخل الفردي، فبعد وصول التنمية الاقتصادية الاجتماعية في مستواها إلى حد معين، تبدأ عملية التغير في سلوك الإنجاب (خفض الخصوبة، فتتمثل العوامل التي لها تأثير على الإنجاب في الدول النامية في التركيب الوظيفي و خاصة خروج المرأة للعمل حيث يساعد على تأسيس عائلات صغيرة الحجم الأمر الذي يؤدي إلى انخفاض الخصوبة وبالتالي انخفاض نمو السكان.

كما أن نتائج الفرضية الثانية حول أن انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأهات يزيد بدرجة كبيرة من إصابتهم بالأمراض المزمنة وبالتالي مخاطر مضاعفات الحمل. تتوافق إلى حد بعيد مع تحليلات وتفسيرات نظرية فريدمان حول تفسير الخصوبة وعلاقتها بالطلب أو الرغبة في الأطفال من قبل الوالدين، وتبني وسائل تنظيم الأسرة وأيضا تتوافق مع نظرية ديفز وبلاك في تحليلاتهما وتفسيراتهما بربط الخصوبة بكافة المتغيرات الاجتماعية أو الاقتصادية والتي تؤثر على

مستوياتها من خلال مجموعة من العوامل سميها ب (المتغيرات الوسطية للخصوبة) و ضمنها في إطار احتوى مجموعة من المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في الخصوبة أو تبين الأسباب المباشرة التي تعمل على رفع مستوياتها أو حتى خفضها. نجد أن نظرية فريدمان في تحليلاتها لها دور في إثراء المعلومات الديمغرافية وربط المتغيرات السكانية بمتغيرات اجتماعية وثقافية واقتصادية، سواء على المستوى الفردي أو المجتمعي فالتحليل على المستوى المجتمعي يوفر بيانات قابلة للاختبار الكمي، أما التحليل على المستوى الفردي فيساعد على تغيير السلوك وعلاقته بالمعايير الاجتماعية، فكلاهما يكمل الآخر في تفسير الظواهر الديمغرافية. وركز العالم فريدمان على عامل واحد من عناصر النمو السكاني ألا وهو عامل الخصوبة، حيث يرى أن معدلات الخصوبة هي العامل الذي يشكل المشكلة السكانية فمعدلات النمو في أي مجتمع تعتمد أساسا على مستويات الخصوبة والوفيات وتتأثر بدرجة ضئيلة بالهجرة الخارجية، وركز في تناوله لموضوع الخصوبة على متغيرين أساسيين هما: الطلب أو الرغبة في الأطفال من قبل الوالدين، وتبني وسائل تنظيم الأسرة، مؤكدا بدوره على أهمية العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية في خصوبة السكان.

نظرية ديفيز وبلاك: وهي النظرية المعروفة بنظرية المتغيرات الوسطية، تعتبر أبحاث هذين العالمين من الأبحاث الرائدة في هذا المجال حيث قدما إطارا تحليليا وافيا بينا فيه أن كافة المتغيرات الاجتماعية أو الاقتصادية تؤثر على مستويات الخصوبة من خلال مجموعة من العوامل سميها ب (المتغيرات الوسطية للخصوبة) و ضمنها في إطار احتوى مجموعة من المتغيرات التي يمكن أن تؤثر في الخصوبة أو تبين الأسباب المباشرة التي تعمل على رفع مستوياتها أو حتى خفضها، كما أشارا إلى أن هذه المتغيرات موجودة في كافة المجتمعات كما تتأثر بمتغيرات أخرى ذات صبغ اجتماعية أو اقتصادية مختلفة. وقد قسما المتغيرات الوسطية إلى : عوامل الاتصال الجنسي والتي تتمثل في العمر عند دخول الحياة الجنسية. العزوبية بين النساء. مدة الفترة الاخصابية المنقضية بين الأزواج الضائعة بسبب الطلاق أو الترميل... الخ المتغيرات المؤثرة على الحمل واستخدام وسائل منع الحمل بأنواعها و وجود العقم أو غيره. المتغيرات المؤثرة على الولادة والإخصاب مثل وفيات الأجنة لأسباب إرادية أو غير إرادية.العوامل المؤثرة في التعرض إلى الاتصال الجنسي (ضمن نطاق الزواج) مثل: الامتناع الإرادي عن ممارسة الجنس وكذا الامتناع غير الإرادي عن ممارسة الجنس (سفر الزوج، مرضه، أو مرض الزوجة).ما أكدته الدراسة الحالية في نتائجها ما إن نقصت الرعاية الصحية للأمهات يزيد بدرجة كبيرة من مضاعفات الحمل والولادة وبالتالي ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال الرضع. وهذه النتيجة تتوافق

مع الطرح الذي وضعته نظرية جون بونغارتس حول تأثير المتغيرات الديمغرافية المباشرة في سلوك المرأة الإنجابي (استخدام موانع الحمل، سن المرأة عند الزواج، الرضاع الطبيعي، وفيات الاجنة الاختياري والتلقائي)

نجد أن نظرية جون بونغارتس تؤكد على أن دراسة مستوى خصوبة السكان و تفسيراتها تتطلب العمل على القياس المباشر للعوامل الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في الخصوبة، كما ذكر أن العوامل التي تؤثر في الخصوبة و مستوياتها تمر عادة عبر العوامل البيولوجية و السلوكية و هي ما دعاها ب (المتغيرات التقريبية للخصوبة) وسعى من خلاله وبشكل دقيق و تفصيلي إلى توضيح الطريقة و الطبيعة التي تسلك من خلالها متغيرات المحيط وخصائصه لتؤثر في مستويات الطلب على الأطفال، وقد ضمن بونغارتس إطاره النظري هذا تأثير متغيرات ديموغرافية مختلفة و مباشرة في سلوك المرأة الإنجابي مثل "استخدام موانع الحمل، و سن المرأة عند الزواج ، والإرضاع الطبيعي ووفيات الأجنة الاختياري والتلقائي"، حيث نوه إلى أنه ومن خلال هذه العوامل المباشرة تصل المرأة إلى ضبط وتنظيم سلوكها الإنجابي وإخضاعه لدالة المستهلك الرشيد، وقد ساعد هذا النموذج في تقديم معرفة دقيقة وتفصيلية لآلية تأثير المتغيرات الاجتماعية-الاقتصادية على مستويات الطلب والعرض من الأطفال، وبالتالي على تحقيق فهم أكثر لسلوك المرأة الإنجابي.

رابعاً- النتائج العامة للدراسة:

بعد تحليل وإثراء متغيرات البحث نظرياً، وتطبيق الاستبيان على وبعد جمع البيانات وعرضها ومعالجتها إحصائياً ومناقشة نتائج الدراسة ومقارنتها مع الدراسات السابقة ذات العلاقة توصلنا في حدود عينة الدراسة إلى استنتاج ما يلي:

➤ أن العوامل الثقافية والاقتصادية والاجتماعية تؤثر على الصحة الإنجابية.

➤ توصلت الدراسة أن غياب أو نقص الوعي الصحي للأمهات يزيد بدرجة كبيرة من تدهور صحتهم الإنجابية.

➤ أثبتت الدراسة أن انخفاض المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأمهات يزيد بدرجة كبيرة من إصابتهم بالأمراض المزمنة وبالتالي مخاطر مضاعفات الحمل.

➤ كما أكدت الدراسة وأن نقصت الرعاية الصحية للأمهات يزيد بدرجة كبيرة من مضاعفات الحمل والولادة وبالتالي ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال الرضع.

خاتمة

تعد دراسة الخصوبة والصحة الإنجابية من الجوانب الأساسية للصحة العامة حيث تلعب دورا محوريا في تحسين جودة حياة الأفراد وتعزيز التنمية المجتمعية. من خلال البحث في معدلات الخصوبة واستخدام وسائل تنظيم الأسرة، والعوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية والتي من خلالها يمكن وضع سياسات وبرامج صحية أكثر كفاءة لمواجهة التحديات المرتبطة بالإنجاب والوفيات المرتبطة به. وفي ظل التطورات الطبية والتكنولوجية التي نشهدها اليوم، أصبحت العلاقة بين الخصوبة والصحة الإنجابية أكثر وضوحا وتأثيرا في تحقيق الأهداف الصحية والإنمائية. وذلك أن صحة النساء في عمر الإنجاب أو الخصوبة (بين 15-49 سنة) لاتهم النساء وحدهن لأنها تؤثر أيضا في صحة ونمو الجيل اللاحق. وكثير من التحديات والمشكلات الصحية التي تواجه الأمهات مثل تعقيدات الحمل والولادة، المخاض المتعسر، الولادة المبكرة والمتعسرة، الإجهاض حيث تؤكد نتائج الدراسة الراهنة في هذا المجال على أهمية توفير رعاية صحية متكاملة للأمهات و الأطفال وضمان الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، والتوعية بأهمية الفحوصات الدورية أثناء الحمل، كما أن تحسين جودة الخدمات الصحية، خاصة في المناطق الأقل حظا، يمكن أن يسهم في خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال وتحسين صحة الأسر، وتعزيز الوعي بالصحة الإنجابية.

وبشكل عام فإن الاهتمام بالخصوبة والصحة الإنجابية لا يقتصر فقط على الجانب الطبي، بل يشمل أيضا الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، حيث أن توفير بيئة داعمة للصحة الإنجابية يسهم في بناء مجتمعات صحية ومستقرة، ويعزز حقوق الأفراد في الحصول على حياة إنجابية سليمة وأمنة.

وفي الختام فإن الاستثمار في قضية الخصوبة والصحة الإنجابية لا ينعكس على صحة الأفراد بل يمتد أثره ليشمل التنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث تسهم المجتمعات التي تتمتع بصحة إنجابية جيدة في تحقيق معدلات تنمية أعلى واستقرار أكبر، لذلك فإن تعزيز الصحة الإنجابية من خلال تحسين الخدمات الصحية، ودعم الأبحاث، وتوفير و التعليم والتوعية، يعد ضرورة لضمان مستقبل أكثر صحة وازدهارا للأجيال القادمة. وتبقى الحاجة ملحة إلى تكامل الجهود بين الحكومات والمنظمات الصحية والمجتمع لضمان تحقيق صحة إنجابية أفضل، مما يسهم في تحقيق تنمية مستدامة واستقرار اجتماعي طويل الأمد.

قائمة المصادر والمراجع

1. المراجع باللغة العربية :

الكتب:

1. أحمد محمد واخرون بدح. (2008). الثقافة الصحية. دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان.
2. جويدة عميرة. (2017). احصاءات السكان في الجزائر، (الإصدار الأول). دار عالم الافكار، الجزائر
3. عبد الرحيم عبد الله. (2009). كل ما تحتاج معرفته عن الأمراض المنقولة جنسيا، (الإصدار الأول). دار الشروق، القاهرة، مصر .
4. عبد الله الدايم. (1966). التخطيط التربوي، أصوله وأساليبه الفنية وتطبيقاته في البلاد العربية (الإصدار الأول). دار العلم للملايين.
5. عبد المنعم عبد الحى. (1985). علم السكان الأسس النظرية والأبعاد الاجتماعية. المكتب الجامعي الحديث، القاهرة.
6. علي العكروف. (2016). الخصائص الاجتماعية والديمغرافية وعلاقتها بحقوق الإنجاب عند المرأة، (الإصدار الأول). دار الأيام للنشر والتوزيع، عمان.
7. علي بن محمد بن علي الزين الشريف الجرجاني. (1983). معجم التعريفات، (الإصدار 01، المجلد الأول باب الصاد). دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
8. علي سالم أحميدان الشواورة. (2014). علم السكان وتضخم المدن، (الإصدار 01). دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
9. اللحام محمد هادي واخرون. (2007). قاموس عربي-عربي، دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان
10. محمد حسن الزغبي. (2000). الموجز في الصحة العامة، (الإصدار 01). مطبعة الأمن العام، عمان، الأردن.
11. عبد الرحيم عمران. (1977). سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا. صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك.
12. أبادي الفيروز. (1978). القاموس المحيط، (الإصدار 01).، دار الفكر، بيروت، لبنان.
13. الشريف أسيا. (2015). الظواهر الديمغرافية، (الإصدار 02). ديوان المطبوعات الجامعية.
14. حسين عبد الحميد رشوان. (2001). السكان من منظور علم الاجتماع. المكتبة الجامعية الأزرايطية، الاسكندرية، مصر.
15. خليل عبد الهادي البدو. (2009). علم الاجتماع السكاني، (الاصدار الأول). دار حامد للنشر والتوزيع.
16. عبد الرحمان محمد، و وآخرون. (2013). المعجم الشامل لترجمة المصطلحات، علم الاجتماع وعلم النفس الاجتماعي، (الإصدار الأول). دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.
17. خالد زهدي خواجه. (1985). محاضرات في إحصاءات الخصوبة. المعهد العربي لتدريب والبحوث الإحصائية، بغداد.
18. علي سالم أحميدان الشواورة. (2014). علم السكان وتضخم المدن، (الإصدار 01). دار صفاء للنشر والتوزيع، عمان، الأردن.
19. علي يونس حمادي. (2010). مبادئ علم الديموغرافية (الإصدار 01). دار وائل للنشر عمان، الأردن.
20. اللحام محمد هادي واخرون. (2007). قاموس عربي-عربي (الإصدار 01). دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.
21. رولان بريسا. (2007). معجم علم السكان، ترجمة مصطفى خلف عبد الجواد. القاهرة. مصر.
22. سمير ذياب سبيتان. (2012). الجغرافيا البشرية. ط1. عمان: دار الجنادرية للنشر والتوزيع.
23. علي بن محمد بن علي الزين الشريف الجرجاني. (1983). معجم التعريفات (الإصدار 01). دار الكتب العلمية، بيروت، لبنان.

24. محمود حسن صالح عبد المحي. (2001). الصحة العامة وصحة المجتمع "الابعد الاجتماعية والثقافية". دار المعرفة الجامعية الاسكندرية، مصر.
25. بهاء الدين إبراهيم سلامة. (1997). الصحة والتربية الصحية. دار الفكر العربي، القاهرة، مصر.
26. زكريا طاحون. (2010). السكانية إلى أين (اجتماعيا، امنيا، بيئيا ودينيا). القاهرة: المكتب العربي للبحوث والبيئة.
27. علي عبد الرزاق جلي. (1984). علم اجتماع السكان. دار المعارف، القاهرة، مصر.
28. محمد حسن الزغبى. (2000). الموجز في الصحة العامة، (الإصدار 01). مطبعة الأمن العام، عمان، الاردن.
29. محمود حسن صالح عبد المحي. (2001). الصحة العامة وصحة المجتمع "الابعد الاجتماعية والثقافية". دار المعرفة الجامعية الاسكندرية، مصر.
30. فراس عباس فاضل البياني. (2011). الاتجاهات النظرية الحديثة في علم اجتماع السكان. جامعة الموصل: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
31. هدى حواء. (2001). مؤشرات لأولويات الاعلام والتثقيف والاتصال في الصحة الإنجابية. وزارة الشؤون الاجتماعية للجمهورية اللبنانية، ، صندوق الأمم المتحدة للسكان في لبنان .
32. فرزانه رودى فهيمي، أشفورد لوري، و كريمة خليل. (2008). تطوير البحوث لإثراء سياسات الصحة الإنجابية في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا ، المكتب المرجعي للسكان. ص ص 1-8.

المقالات العلمية:

33. اسحاق قادري، و رضوان مصلي. (2023). مستويات واتجاهات وسائل منع الحمل في الجزائر خلال الفترة 1970-2019. مجلة الفكر ، المجلد 7 (العدد2)، ص ص 106-128.
34. أمال ينون. (2017). تحسين الصحة الإنجابية للمرأة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية-المرأة الجزائرية نموذجاً-. مجلة دراسات ، ص ص 69-83.
35. جهيد صيدون، و أحمد درديش. (2024). استخدام التحليل العملي في تفسير أهم المؤشرات الصحية الانجابية في الجزائر خلال الفترة 2006-2020. مجلة آفاق علم الاجتماع ، المجلد 14 (العدد2)، ص ص 80-103.
36. خالد صديق خوجة، و يحي لععمارة محامد. (2022). منع الحمل في الجزائر: دراسة وصفية تحليلية من خلال المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات الأخيرة (2006 ، 2012 / 2013 ، 2018 / 2019). الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية ، المجلد 14 (العدد 2)، ص ص 96-106.
37. خضرة راشدي، و سامية ابراهيم. (2021). دراسة ديموغرافية للزواجية ومحدداتها في الجزائر، مجلة افاق لعلم الاجتماع، الجزائر ، المجلد 11 (العدد 1).
38. درديش أحمد، و مسعودة العفريت. (2016). ماهية الصحة الإنجابية والعوامل المحددة لها. مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية (العدد16)، ص ص 1-19.
39. دليلة عزيزي، و سليمة بلخيري. (2022). الصحة الانجابية للمرأة في الجزائر (علاقة أم-طفل). مجلة الرسالة للدراسات والبحوث الانسانية ، المجلد 7 (العدد2)، ص ص 278-295.
40. دليلة عزيزي، و سليمة بلخيري. (2022). واقع الصحة الانجابية للمرأة في المجتمع الجزائري. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية ، المجلد 15 (العدد02)، ص ص 237-252.
41. ريم بن زايد. (2021). الخصوبة في الجزائر تطورها والعوامل المؤثرة فيها من 1962 الى 2017. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، ، المجلد 13 (العدد02).

42. ريم بن زايد، و فضيل عبد الكريم. (2016). واقع الصحة الانجابية للمرأة في الجزائر مقارنة مع بلدان المغرب العربي "تونس والمغرب". مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية ، ص ص 167-176.
43. أحمد خلف غنام، و أسماء صالح قدوري. (2017). الخصوبة في العراق مقاييسها ومحدداتها. مجلة تكريت للعلوم الصرفة، العراق.
44. زوييدة بن صديق. (2022). تطور المنظومة الصحية وتأثيرها على الخصوبة النسوية في الجزائر---قراءة سوسيواحصائية ما بين 1949/2019. مجلة روافد للدراسات والأبحاث العلمية في العلوم الاجتماعية والإنسانية ، المجلد 6 (العدد 3)، ص ص 730-750.
45. منير كرادشة، و عيسى المصاروة. (2010, 03 01). الفكر الاقتصادي ونظريات الخصوبة البشرية:مقاربة نظرية. أبحاث البرموك "سلسلة العلوم الانسانية والاجتماعية" ، ص ص 490-509.
46. أمال فتحي علي مجدين، أحمد كمال عبد الموجود، وأحمد زين العابدين أحمد. (2020). بعض الآراء النظرية المفسرة للسكان -قراءة سوسيولوجية. المجلة العلمية لكلية الآداب-جامعة أسيوط ، المجلد 24 (العدد 76)، ص ص 241-260.
47. ابراهيم عطاري، و محمد منادلي. (2019). تحليل اتجاهات الخصوبة الحديثة في الجزائر. الأكاديمية للدراسات الاجتماعية والإنسانية ، المجلد 12 (العدد 01)، ص ص 79-91.
48. عيسى دلاندة، و الحسين طلباوي. (2017). أثر النمو الاقتصادي ،معدلات التمدن والتغطية الصحية على الولادات في الجزائر. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية (العدد 29).
49. أحمد بن الشين، و محمد تهايمي. (2015). واقع الخصوبة في الجزائر " دراسة ميدانية على عينة من النساء بعيادة الحكيم سعدان - قسم الولادة -بالأغواط 1. مجلة العلوم الاجتماعية، (05).
50. سهام عبد العزيز، و شهرةزاد بوعالية. (2109). اتجاهات ومستويات الخصوبة في الجزائر. مجلة مفاهيم للدراسات الفلسفية والانسانية المعقدة (العدد 5)، ص ص 22-82.
51. عبد الحكيم الغول. (2018). مل الحياة (E_0) ومظاهرها تحسنه في الجزائر. مجلة أفاق علمية ، المجلد 10 (العدد 2)، ص ص 177-198.
52. عماد لبانجي، و فؤاد غجاتي. (1 جوان، 2023). سياسة تمكين الصحة الانجابية للمرأة بين المواثيق الدولية والتشريع الجزائري. الملتقى الوطني حول: الحقوق الصحية والانجابية للمرأة على الصعيدين الدولي والوطني .
53. عمر طعية. (2018). تراجع الإقبال على استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر، أهم العوامل المسببة . مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية (العدد 33)، ص ص 55-66.
54. فاطمة الزهراء سي الطيب. الشباب والصحة الإنجابية في الدول العربية. دراسات اجتماعية (العدد 8)، ص ص 99-108.
55. فاطمة عمار خوجة، و أمال هاشم. (2021). تحديد العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة في الجزائر باستخدام التحليل اللوجستي من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس MICS6. أفاق فكرية، سيدي بلعباس، الجزائر ، المجلد 9 (العدد 03)، ص ص 664-682.
56. فريد دامس، و الطاهر حفاظ. (2023). الدينامية السكانية في الجزائر آفاق 2050 وأهم الانعكاسات الاقتصادية والاجتماعية. المجلة الجزائرية للأمن الانساني، الجزائر ، المجلد 08 (العدد 01).
57. فضيلة شعوبي. (2019). الاختلافات الزمنية و المكانية لمعدلات وفيات الرضع في الجزائر. (04/11). مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية ، المجلد 4 (العدد 11).

58. فوزية بلعجال، و كريم سعدو. (2021). تطور الزوجية في الجزائر وتأثيرها على الخصوبة. مجلة التمكين الاجتماعي، المجلد 3 (العدد1)، ص ص 112-123.
59. محمد كمال السيد يوسف. (2006). مزايا وفوائد الرضاعة الطبيعية. مجلة أسيوط للدراسات البيئية (العدد30).
60. نسيمة اولاد سالم، و عمر طعبة. (2021). واقع سن الزواج الأول في الجزائر من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 4 2013-2012 MICS، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13 (العدد 4).
61. عزالدين بوهراوه، و صلاح الدين عمراوي. (2018). النمو الديموغرافي وتحولاته في الجزائر. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 5 (العدد10)، ص ص 205-214
62. عبد الغفار فرج المنفي، و جمال محمد اندير. (2017). دراسة العوامل الاجتماعية والاقتصادية المؤثرة على خصوبة المرأة في ليبيا باستخدام الانداز المتعدد. مجلة دراسات الاقتصاد والأعمال، 06 (01)، ص ص 107-130.
63. خديجة سواكري. (2017). واقع الصحة الإنجابية للنسوة الفئة (15-49 سنة) بمنطقة الجنوب بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية (العدد 29)، ص ص 107-118.
64. هوارى رحال، و رضوان مصلي. (2020). واقع الرعاية الصحية الانجابية في الجزائر وفق معطيات مسح MICS4- 2012. مجلة العلوم الاجتماعية والانسانية، المجلد 21 (العدد02)، ص ص 279-300.
65. خالد صديق خوجة. (2020). الخصوبة في الجزائر بين الانخفاض والارتفاع دراسة تحليلية. مجلة الحوار الثقافي، المجلد 10 (العدد1).
66. ريم بن زايد. (2021). الخصوبة في الجزائر تطورها والعوامل المؤثرة فيها من 1962 الى 2017. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13 (العدد02).
67. سارة مسلم هادي النادر. (2022). التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة كربلاء المقدسة. كلية التربية للعلوم الانسانية، جامعة كربلاء، العراق.
68. شهرزاد طويل. (2022). تباين السلوك الانجابي بين المناطق الجغرافية في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات. مجلة المعيار، المجلد 13 (العدد01).
69. نوال لعشيشي، و أمال هاشم. (2023). الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الانجابية في الجزائر لسنة 2018. مجلة أبعاد، المجلد 10 (العدد 01)، 479-494.
70. حسام سليمان عيد. (2010). بعض محددات خصوبة المرأة الفلسطينية في قطاع غزة. مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية، 07 (02).
71. ريم بن زايد. (2021). الخصوبة في الجزائر "تطورها والعوامل المؤثرة فيها" من 1962 الى 2017. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 13 (العدد02)، ص ص 73-86.
72. نسيمة اولاد سالم، و عمر طعبة. (2021). واقع سن الزواج الأول في الجزائر من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 4 2013-2012 MICS، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 13 (العدد 4).

المذكرات:

73. إجلال عوض الله فضل المولى محمد. (2007). إتجاهات الخصوبة البشرية بولاية شمال دارفور- دراسة حالة محلية الفاشر في الفترة ما بين 1993 - 2005 . دكتوراه في الجغرافيا . كلية الدراسات العليا، كلية الآداب ، قسم الجغرافيا، جامعة الخرطوم، السودان.
74. أحمد درديش. (2011). الصحة الإنجابية في الجزائر. دكتوراه علوم . البليدة، جامعة سعد دحلب البليدة 2: كلية الآداب والعلوم الاجتماعية.
75. فاطمة النوي. (2020). انتقال الزواج والخصوبة في الجزائر وكندا. دكتوراه علوم في الديموغرافيا . كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، جامعة باتنة 1.
76. كاميليا حلبي محمد. (2019). المواثيق الدولية وأثرها في هدم الأسرة بداية من تأسيس منظمة الأمم المتحدة عام 1945 وحتى مطلع عام 2019. دكتوراه علوم، . كلية الشريعة والدراسات الإسلامية، قسم الدراسات الإسلامية، شعبة الدراسات الأسرة،، جامعة طرابلس ، لبنان.
77. لعفريت مسعودة. (2020). آراء واتجاهات الشباب الجامعي حول بعض جوانب الصحة الإنجابية - دراسة ميدانية بجامعة سطيف 1 وسطيف 2. دكتوراه علوم . كلية العلوم الانسانية والاجتماعية، البليدة: جامعة سعد دحلب البليدة 2.
78. ختام حسين تميم. (2004). العلاقة المتبادلة بين الصحة الإنجابية والوضع الاقتصادي والاجتماعي في سوريا، دكتوراه في الاقتصاد من مركز الدراسات السكانية،. جامعة دمشق، سوريا، كلية الاقتصاد.
79. فطيمة دريد. (2007). النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية "دراسة للتنظيم العائلي للأسرة الجزائرية"،. دكتوراه الدولة في علم الاجتماع التنمية . جامعة قسنطينة.الجزائر.
80. حياة طاهري. (2020). تقدير الخصوبة في الجزائر باستخدام تقنيات التقدير غير المباشر خلال الفترة ما بين 1987-2006. دكتوراه علوم في الديموغرافيا . جامعة باتنة 1، الجزائر.
81. محمد صالي. (2016). تأثير البنية السكانية والتنمية الاقتصادية على تطور الشغل في الجزائر. دكتوراه علوم في الديموغرافيا . كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران، الجزائر.
82. عبد الحكيم الغول. (2020). العوامل الاقليمية والسوسيو اقتصادية المؤثرة على سلوك المرأة الانجابي في الجنوب الجزائري. دكتوراه علوم في الديموغرافيا . كلية العلوم الاجتماعية، جامعة وهران 2، الجزائر.
83. سهام عبد العزيز. (2019). تقدير الهجرة الداخلية في الجزائر بين 1987 - 2008. دكتوراه علوم في الديموغرافيا . كلية العلوم الانسانية والاجتماعية ، جامعة باتنة ، الجزائر.
84. بلحول تمزوت. (2019). الفقر وتأثيره على السلوك الانجابي في الجزائر. أطروحة دكتوراه . جامعة وهران 2، الجزائر.

الوثائق والسجلات

85. الأمم المتحدة . (2002). السكان والحقوق الإنجابية والصحة الانجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/متلازمة نقص المناعة المكتسب (الايدز). ادارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية شعبة السكان.
86. الأمم المتحدة. (1995). تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة، 5-13 سبتمبر 1994،. نيويورك.
87. وثيقة مؤتمر السكان والتنمية، رؤية شرعية، كتاب الأمة 1996 الدوحة، قطر
88. وزارة الصحة والسكان. (1994). المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، التقرير الرئيسي، الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر ، ص ص 3-6.

89. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. (2004). المسح الجزائري حول صحة الأسرة، التقرير الرئيسي، الديوان الوطني للإحصائيات، الجزائر. ص ص 10-11.
90. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات. (2007). المسح الجزائري حول صحة الأسرة، دراسة معمقة، الديوان الوطني للإحصائيات. الجزائر.

II. المراجع الأجنبية

91. AARDES. (1970). Enquete socio-démographique, la regulation des naissance, vol5. Alger.
92. Mohamed Ali, S. (2003). Adolescent girls' awareness about reproductive health in Baghdad". Iraqi National Journal of Nursing Specialities , vol26 (2).
93. Algerian, G. (2016). Millenium Objectives for development national report 2000-2015. Algeria.
94. Bedrouni, M. (2007). «LA DEMOGRAPHIE REGIONALE EN ALGERIE: ANALYSES COMPARATIVES» . THESE DE DOCTORAT D'ETAT. Blida.
95. Bultin, M. (. (2000). Population et sociétés, Maghreb, la chute irrésistible de la fécondite. N 359 . Paris.
96. C.E.N.E.A.P. (1988). Enquête nationale sur la Fécondité (ENAF) :. Rapport principal : Version 1, Alger.
97. Pressat, R. (1979). Dictionnaire de démographie, PVF
98. Kouaouci, A. (1992). femmes, familles et contraception. CENEAP – FNUAP.
99. Sonia, M., & Rahim, A. (1991). Hepatitis B Infection in Sanaa City, Republic of Yemen, Prevalence Among Pregnancy Women & Maternal-Fetal Transmission. The Journal of the Egyptian Public Health ,Association , Vol. LXVL (No. 5,6), PP: 492-503.
100. International conférence in population 1984 "fertility ma family" socio economic determinants in some developed countries Newdelhi United nations, Port two chapter
101. International Women's Health Coalition. (1991). Reproductive Tract Infections In Women in the Third World, National & International Report of a Meeting at the Bellagio Study and Conference ,Center Lake Como. Italy.
102. Issad Fodil, F., & Benzaid, R. (2016). Evolution de la croissance démographique et urbaine en Algérie ACTES DE. LA JOURNEE D'ETUDE SUR LA REPRISE DE LA NATALITE DEPUIS 2002 . UNIVERSITE D'ORAN.
103. Madeleine, G. (1996). Méthodes des sociales (éd. 10eme édition). Sallaz, Paris.
104. MICS3 .(2006) .National survey with multiple indicators monitoring of the situation of children and women MICS3 .ALGERIA.
105. Ministère de la santé, de la population et de la reforme hospitalière. (2015). Enquête par grappes a indicateurs (MICS) 2012-2013. Alger.
106. Nation-Unies, Apres la contraception 1985 Dissipers les rumeurs sur la Fécondité ultérieur, population report serie j, n°28, Ed, Anglaise
107. ONS 1991 Annuaire statistique de l'Algérie, N 15, Alger,
108. ONS .(2017) .Algerian Demography in Statistical من الاسترداد من [http:// www. Ons.dz](http://www.Ons.dz)
109. ONS .(2002) .Enquête Algérienne sur la santé de la Famille (PAPFAM .:(Rapport principal, Algérie.
110. ONS, 1992, Enquête Algérienne sur la Santé De La Mère Et De L'enfan (PAPCHILD) Rapport Principal, Algérie
111. ONS. (2006). Enquête nationale à indicateurs multiples : suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 2006. Algérie,.
112. ONSM, MSPRH. (2012). National survey with multiple indicators monitoring of the situation of children and women MICS4. Algeria.
113. Rapport national volontaire Algérie. (2019). progression de la mise en oeuvre des ODD. Retrieved from <https://amb-algerie.fr/wp-content/uploads/>

114. Delenda, A. (2004). Rôle de développement social et économique dans le changement des comportements démographiques en Algérie. thèse de doctorat en démographie . département université d'Oran.
115. kadi, a. (2013). santé reproductive et pauvreté en Algérie. thèse en vue l'obtention l'obtention du titre de docteur en démographie . Algérie, Université d'ORAN.
116. jacobs, s., & Aswanson, D. (2004). The Methods and materials of Démography. Unted states of America: Elsevier Academic Press.
117. ONS. (2018). Démographie algérienne , N 853.
118. ONS. (2012). Données Etat civil. algérienne .

المواقع الالكترونية:

119. منظمة الصحة العالمية. (2018). الصحة الانجابية. تم الاسترداد من <https://www.who.int/ar/home/searchresults?indexCatalogue=genericsearchindex1&searchQuery=%D8%A7%D9%84%D8%B5%D8%AD%D8%A9%20%D8%A7%D9%84%D8%A7%D9%86%D8%AC%D8%A7%D8%A8%D9%8A%D8%A9&wordsMode=AnyWord>
120. منظمة الأمم المتحدة،. (5-13 سبتمبر، 1994). المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة، مصر. تم الاسترداد من <https://www.un.org/ar/conferences/population/cairo1994>
121. أسرار. (بلا تاريخ). تم الاسترداد من <https://archive.mugtama.com/cgi-sys/suspendedpage.cgi>
122. صندوق الأمم المتحدة للسكان. (1995). تم الاسترداد من <https://www.un.org/ar/conferences/population>
123. منظمة الأمم المتحدة،. (5-13 سبتمبر، 1994). المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة، مصر. تم الاسترداد من <https://www.un.org/ar/conferences/population/cairo1994>
124. منظمة الصحة العالمية. (1995). المرأة والمساواة بين الجنسين. تم الاسترداد من <https://www.un.org/ar/conferences/women>
125. Algérie, R. n. (2019). *progression de la mise en oeuvre des ODD*. Récupéré sur <https://amb-algerie.fr/wp-content/uploads/>
126. ONS. (2017). *Algerian Demography in Statistical*. Récupéré sur <http://www.Ons.dz>

الملاحق

جامعة محمد المنين دباغين – سطيف 02-
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع
والديمغرافيا
استبيان حول بحث:
الخصوبة والصحة الإنجابية
- دراسة ميدانية بولاية سطيف-

الخصوبة والصحة الإنجابية

-دراسة ميدانية بولاية سطيف-

من إعداد الطالبة: دودو نعيمة

هذه البيانات سرية، يرجى مساعدة الطالبة من أجل الحصول على معلومات مفيدة لخدمة البحث
العلمي.

2019/2018

المحور الأول: البيانات الشخصية

1/ السن الحالي للزوجة: - سن المرأة عند الزواج

السن الحالي للزوج: - مدة الزواج:

2/ الحالة العائلية:

متزوجة في حالة انفصال مطلقة

3/ المستوى التعليمي للزوجة:

ابتدائي: متوسط ثانوي جامعي

-المستوى التعليمي للزوج:

ابتدائي: متوسط: ثانوي: جامعي:

4/ مهنة الزوجة:

مهنة الزوج:

5/ المواطن الأصلي للزوجة: حضري شبه حضري ريفي

-المواطن الأصلي للزوج:

حضري شبه حضري ريفي

6/ مكان الإقامة الحالي:

حضري شبه حضري ريفي

7/ وضعية السكن الحالي:

ملكية خاصة مع أهل الزوج مع أهل الزوجة

ساكن مجاناً كراء

أخرى:

8/ تجهيزات المسكن:

ثلاجة آلة غسيل مكيف جهاز حاسوب هاتف أرضي.

9/ العدد الإجمالي للأطفال: عدد الذكور عدد الإناث

المحور الثاني: الوعي الصحي والحالة الصحية للأمهات:

10/ في اعتقادك، هل يؤثر المستوى التعليمي للمرأة على حالتها الصحية؟

نعم لا

*في حالة الإجابة بـ "نعم" هل يساعدها ذلك في:

- اكتساب ثقافة صحية -سهولة التعامل مع الأمراض وطرق علاجها

- تلقي معلومات كافية للحفاظ على صحتها

أخرى:

11/ هل يؤثر المستوى التعليمي للزوج على حالتك الصحية؟ نعم لا

• في حالة الإجابة بـ "نعم"، كيف ذلك؟

- عدم السماح لك بالذهاب إلى طبيب النساء
- أخذ الدواء دون الوصفة - التخوف من عدم الإنجاب والعقم المؤقت

أخرى

12/ حسب رأيك، هل تؤثر المعاملة السيئة للزوج على الصحة النفسية والجسدية للمرأة؟

نعم لا

* إذا كانت الإجابة بنعم، ماهي الجوانب التي تؤثر فيها؟

- العنف الجسدي - الحرمان العاطفي - كثرة الخلافات الزوجية

أخرى

13/ هل تساعدك متابعة البرامج الإعلامية في المحافظة على حالتك الصحية؟

نعم لا

في حالة الإجابة بـ "نعم"، حددي نوع البرامج المفضلة لديك:

- برامج تثقيفية
- برامج دينية - برامج صحية

أخرى

14/ حسب رأيك، هل يؤثر المستوى التعليمي للمرأة على اطلاعها أكثر على المعلومات الطبية؟

نعم لا

* في حالة الإجابة بـ "نعم"، من أين تطلعين على تلك المعلومات؟

- وسائل الاتصال والإعلام - المواقع الصحية
- مواقع التواصل الاجتماعي - الأطباء

أخرى

15/ بعد اطلاعك على المعلومات الطبية، هل اعتمدت عليها في حل مشكلة صحية ما؟

نعم لا

* في حالة الإجابة بـ "نعم": كيف كان ذلك؟

- توجهك إلى طبيب مختص - اكتشاف نوع المرض والوقاية من تطوره

أخرى

16/ هل سبق لك وأن سمعت عن تنظيم الأسرة (المباعدة بين الولادات)؟

نعم لا

* في حالة الإجابة بـ "نعم": من أين سمعت بذلك؟

- الطبيب المعالج - وسائل الإعلام - الأقارب - الأصدقاء

أخرى

17/ منذ متى بدأت تستخدمين وسائل منع الحمل؟

بعد الزواج مباشرة بعد الحمل الأول بعد الحمل الثاني بعد الحمل الثالث

18/ ماهي الوسيلة التي تستخدمينها للمباعدة بين ولاداتك؟

الحبوب الحقن اللولب
 الرضاعة الطبيعية الواقي الذكري الطريقة الطبيعية

أخرى

19/ هل استخدامك لتلك الوسيلة له أثر على حالتك الصحية؟

نعم لا

* في حالة الإجابة بـ "نعم": كيف ذلك؟

- عقم دائم أو مؤقت - توتر وقلق مستمر
- سمنة مفرطة - تدهور الحالة الصحية

أخرى

20/ في اعتقادك، من يكون بيده القرار النهائي في الاستخدام أو عدمه لوسائل تنظيم الأسرة؟

الزوج - الزوجة

• في حالة الإجابة بأن القرار يكون بيد الزوج، هل أثر ذلك على حالتك النفسية والجسدية؟

نعم لا

كيف ذلك:

- إرهاق نفسي من الإنجاب المتكرر - عدم إكمال الدراسة
- ترهل وضعف جسدي

المحور الثالث: الظروف الاقتصادية والاجتماعية والأمراض المزمنة ومضاعفات الحمل والولادة:

21/ في اعتقادك، هل تؤدي تدهور الظروف الاق والاج إلى كثرة الإصابة بالأمراض المزمنة وزيادة مضاعفات الحمل

والولادة؟

نعم لا

* في حالة الإجابة بـ "نعم": حددي أثرتلك الظروف الاق والاج بالترتيب [1.....7]

- انخفاض الدخل - عدم عمل أحد الزوجين - مرض أحد الزوجين
- ضيق المسكن ونقص التهوية الجيدة - تسديد تكاليف الكراء
- غلاء المعيشة - تزايد احتياجات الأطفال

22/ ماهي أهم الأمراض المزمنة التي تصيب النساء عامة والحوامل خاصة؟

- مرض الكلى - مرض القلب - داء السكري - ارتفاع ضغط الدم
- التهاب المعدة- التهاب الجهاز التناسلي - الربو

23/ هل كنت تعانين من مرض مزمن قبل الإنجاب؟ نعم لا

*في حالة الإجابة بـ "نعم":

إلى ماذا يرجع سبب مرضك؟- عامل وراثي - تدهور الظروف الاقتصادية
- تدهور الظروف الاجتماعية

أخرى

24/ هل أثر ذلك المرض سلبي على الإنجاب لديك؟ نعم لا

في حالة الإجابة نعم، كيف ذلك؟

- عدم الإنجاب - العقم المؤقت
- إنجاب طفل مريض - موت الجنين في الأشهر الأولى من الحمل
- وفاة الطفل بعد الولادة مباشرة

- أخرى

25/ متى تم لك أول حمل؟

- بعد الزواج مباشرة - بعد سنة واحدة - بعد سنتين
- بعد 03 سنوات - بعد 04 سنوات - لم يتم الحمل

في حالة تأخر الإنجاب لديك، ما هو سبب ذلك؟

- استعمال وسائل منع الحمل

- قبل الزواج - مرض نفسي - عقم مؤقت
- مرض أحد الزوجين - تعانين سمنة مفرطة
- تدهور الظروف الاقتصادية - تدهور الظروف الاجتماعية

- أخرى

26- خلال الحمل الأول، هل عانيت من إحدى المضاعفات التالية؟

- ألم في المعدة - صداع حاد - سكري الحمل
- ارتفاع أو انخفاض ضغط الدم - صعوبة في التنفس - نزيف مهبل
- تورم اليدين والرجلين - أنيميا - ارتفاع درجة حرارة الجسم
- آلام في الظهر والمفاصل

- أخرى

27/ هل تلقيت أي نصيحة أو علاج لهذه الأعراض المصاحبة للحمل؟ نعم لا

*في حالة الإجابة بـ "نعم": من طرف من؟

- طبيب نسائي - صيدلي
- ممرضة أو قابلة مؤهلة - أقارب

- أخرى

*في حالة الإجابة بـ "لا": لماذا لم تسعي إلى تلقي استشارة طبية لتلك الأعراض؟

- الخدمة غير متوفرة -التكلفة مرتفعة -الزوج (ة) مشغول
- أخرى

28/ خلال استمرار الحمل الأول، هل أخذت حقنة لتحصين الجنين ضد التيتانوس؟

نعم لا

29/ إذا تمت لك ولادات بعملية قيصرية، كم كان عددها؟

أ) ما هو سبب إجراؤها؟

- كبر حجم الجنين - ضيق حوض الحامل
- طلب من الزوج - الخوف على صحة الأم والطفل

ب) أين تم إجراء تلك العمليات القيصرية؟

- القطاع العام - القطاع الخاص

ج) كيف ترين تكاليفها؟

باهظة جدا باهظة عادية

30/ كيف أثرت العمليات القيصرية على حالتك الصحية؟

- تدهور حالتك الصحية - عدم التفكير بالإنجاب مرة أخرى

- التباعد بين ولاداتي لفترة طويلة

- أخرى

31/ في حالة تعرضك لإجهاد تلقائي، ما هو سبب ذلك؟

- عامل وراثي

- مشاكل بين الزوجين - إرهاق جسدي أو نفسي - تناول دواء دون وصفة

- أخرى

32/ بعد الإجهاد، هل كنت ترغيبين في الإنجاب مرة أخرى؟ نعم لا

*في حالة الإجابة بـ "نعم": ما سبب رغبتك؟

- الحفاظ على الرابطة الزوجية
- إنجاب العدد المفضل من الأطفال - لإرضاء الأهل والأقارب

33/ ما نوع الرضاعة المستعملة لديك؟

رضاعة طبيعية حليب الأطفال معا

*في حالة استعمالك لحليب الأطفال، ما هو السبب في ذلك؟

- انقطاع الحليب من الثدي - مرضي نفسي للأم

- الحفاظ على رشاقة جسمك - تشوه الثدي

- حليب الأم لا يكفي

المحور الرابع: وفيات الأمهات والأطفال والرعاية الصحية المقدمة للأمهات

34/ حسب اعتقادك، هل ترجع وفيات الأمهات والأطفال إلى نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات؟

نعم لا

* في حالة الإجابة بـ "نعم": ما سبب الوفاة؟

- مضاعفات الحمل والولادة الخطيرة
- مرض مزمن - خطأ القابلات
- نقص الوعي الصحي لدى الأمهات - عدم المتابعة في حالات الخطر
- بعد مكان الولادة
- أخرى

35/ هل كانت لك ولادات ميتة (قبل أو بعد الولادة

نعم لا

* في حالة الإجابة بـ "نعم"، كم كان عددها؟

* ما هو سبب الوفاة؟

- عدم اكتمال أعضاء الجنين - ولادة قبل الأوان
- انتقال مرض الأم إلى الجنين - جفاف الماء المحيط بالجنين
- أخرى

36/ خلال الحمل الأخير، هل عرضت نفسك للكشف عن الحمل؟ نعم لا

* في حالة الإجابة بـ "نعم": لمن ذهبت للكشف عنك؟

- طبيب مختص بأمراض النساء والتوليد - مستشفى الأم والطفل
- مخبر التحاليل - مصحة متعددة الخدمات

* في حالة الإجابة بـ "لا": لماذا؟

- عدم وجود متاعب صحية - الزوج مشغول
- لديها خبرة سابقة - التكلفة مرتفعة
- أخرى

37/ ما هو الدافع الذي أدى بك للكشف خلال الحمل الأخير؟

- للتأكد من الحمل - لضمان حمل صحي - كشف روتيني
- للتأكد من سلامة الجنين - كان لديك مشكل صحي سابق

38/ منذ متى بدأت تتلقين الرعاية الصحية أثناء الحمل الأخير؟

03 أشهر الأولى 03 أشهر الثانية 03 أشهر الأخيرة

39/ أثناء تلقيك للرعاية الصحية بمستشفى الأم والطفل، هل كنت راضية عن الخدمات المقدمة؟

راضية غير راضية

* في حالة الإجابة بـ "غير راضية"، لماذا؟

- الكشف غير كامل وسريع
- تدهور الخدمات المقدمة - سوء المعاملة - عدم وجود النظافة
أخرى

40/ كيف ترين المعاملة من طرف الأطباء والقابلات؟

جيدة متوسطة سيئة

41/ كيف هي صحتك بعد تلقيك الرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة؟

جيدة متوسطة سيئة

42- هل فكرت يوما في خفض الولادات؟ نعم لا

43/ هل قمت بإجراء فحص على الثديين؟ نعم لا

* ما سبب قيامك بذلك الفحص؟

- للتأكد من سلامة الثدي - وجود تليف بالثدي

- التخوف من سرطان الثدي

44/ هل قمت بإجراء مسحة مهبلية؟ نعم لا

* ما سبب قيامك بذلك؟- نزيف مهبل حاد - الوقاية من سرطان عنق الرحم

45/ كيف ترين صحتك بعد إنجاب آخر مولود؟

جيدة متوسطة سيئة

46/ حسب رأيك، هل يؤثر نقص الرعاية الصحية المقدمة للأمهات على صحتهم الإنجابية؟

يؤثر لا يؤثر

* في حالة "يؤثر"، كيف ذلك؟

تدهور الحالة الصحية للأمهات

-وفيات الأمهات قبل أو أثناء أو بعد الولادة -اعتلال الصحة الإنجابية للأمهات

-وفيات الأطفال قبل أو أثناء أو بعد الولادة-تشوه الجهاز التناسلي للأمهات

- أخرى

47/ حسب رأيك، ما هي أهم أسباب ارتفاع وفيات الأمهات والأطفال في القطاع العام؟

-الأخطاء الطبية المتكررة -عدم المراقبة المستمرة للحالات الخطيرة
-عدم توفر التجهيزات الحديثة داخل القطاع العام -نقص أطباء التوليد
-نقص التأطير الجيد للأطباء والقابلات -عدم وجود النظافة
-بعد أماكن التوليد.