

التباين الجغرافي في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية أثناء وبعد الولادة حسب المسح
العنقودي متعدد المؤشرات السادس MICS6 (2019)

The Geographical Disparities in Receiving Reproductive Healthcare during and after Childbirth Based on the Multiple Indicator Cluster Survey Database MICS6 (2019)

تاريخ النشر: 2025/10/28

تاريخ القبول: 2025/10/25

تاريخ الإرسال: 2025/07/18

دوس فاتح¹¹ مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس، جامعة باتنة 1، الجزائر،EMAIL: fateh.dous@univ-batna.dz

الملخص

تسعى هذه الورقة البحثية إلى الكشف عن الفوارق الجغرافية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية أثناء الولادة وبعدها انطلاقاً من التساؤل الإشكالي: هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية في الجزائر أثناء الولادة وبعدها؟

تهدف الدراسة إلى تحديد أهم المتغيرات التي يعزى إليها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين أقاليم البرمجة، وانطلاقاً من قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس MICS6 (2019)، واعتماداً على اختبار تحليل التباين الأحادي في اتجاه واحد One-way ANOVA، وبعد اختبار فرضيات الدراسة توصلنا إلى أن معظم الفروق الدالة إحصائياً كانت بين الأقاليم الشمالية وأقاليم الهضاب العليا والجنوب، وترجع إلى التباين في تلقي النساء في هذه الفترة للرعاية الصحية الإنجابية، حيث يلعب كل من المستوى التعليمي، منطقة الإقامة، الإقليم الجغرافي، المستوى المعيشي، مكان الولادة، الولادة القيصرية، عدد مرات العلاج، وعدد الفحوصات أثناء وبعد الولادة دوراً مهماً في تحديدها. الكلمات المفتاحية: الإقليم الجغرافي؛ الولادة؛ الرعاية الصحية الإنجابية؛ المسح العنقودي متعدد المؤشرات؛ التباين الجغرافي.

المؤلف المرسل: دوس فاتح، الإيميل: fateh.dous@univ-batna.dz

Abstract:

This paper aims to unveil the geographical disparities in receiving reproductive healthcare during and after childbirth, based on the problematic question: Are there statistically significant differences in receiving reproductive healthcare among the geographical regions in Algeria during and after childbirth?

This study is aimed at identifying the key contributing variables to the presence of statistically significant differences among programming regions. After the utilization of the Sixth Multiple Indicator Cluster Survey MICS6 (2019) database and the employment of the one-way ANOVA test, and following the testing of the hypotheses, the study concluded that most of the statistically significant differences were found between the Northern regions, the High Plateaus and the Southern regions. These differences are attributed to disparities in women's receiving reproductive healthcare during this period. The educational level, area of residence, geographical region, living standard, place of birth, caesarean section, number of treatment sessions, and number of examinations during and after childbirth are pivotal factors playing a crucial role in determining these disparities.

Keywords: Geographical Region; Childbirth, Reproductive Healthcare, Multiple Indicator Cluster Survey, Geographical Disparity.

1. مقدمة:

تعتبر الولادة مرحلة هامة من مراحل الإنجاب، ويتوقف نجاح هذه العملية الفيزيولوجية المعقدة على الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل، تحدث هذه العملية نتيجة تفاعل عدة عوامل بيولوجية وهرمونية وجسمية، وتعد جزءا من دورة الحياة الإنسانية، وتمثل النقطة الهامة في تطور الجنس البشري، وتصنف إلى نوعين رئيسيين: الولادة



الطبيعية وهي الأكثر شيوعاً لطريقة الوضع عند المرأة، والولادة القيصرية التي تعد استثناءً، وبالرغم من تراجع وفيات الأمهات في العالم منذ 1990 والذي يقدر بـ 2.3 % سنوياً (OMS, 2019, p. 1)، إلا أن مجموعة من الدول النامية لازالت تسجل معدلات مرتفعة وبعيدة كطل البعد عن الأهداف الإنمائية للألفية.

وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أنه يتم تسجيل 808 وفاة امرأة يومياً في العالم بسبب مضاعفات الحمل والولادة (OMS, 2017, p. 1) معظمها في الدول النامية، وبالأخص في دول إفريقيا وجنوب آسيا، ويمثل النزيف الدموي وارتفاع ضغط الدم والالتهابات والأسباب غير المباشرة من بين الأسباب غير المباشرة والمؤدية إلى الوفاة، ويعتبر مؤشر وفيات الأمهات مؤشراً صحياً يظهر حجم الفجوة بين الدول وكذا بين الأغنياء والفقراء، وكذلك داخل نفس البلد بين سكان الريف والحضر، وبين إقليم وآخر، وغالباً ما تكون مرتبطة بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي والتعليمي وعوامل أخرى.

الجزائر كغيرها من الدول، فبالرغم من تراجع عدد وفيات الأمومة خلال العشرية الأخيرة إلا أنها تبقى بعيدة كل البعد عن الأهداف الإنمائية للألفية، على الرغم من الجهود المبذولة في مجال صحة الأم والطفل وتحسين ظروف الولادة والرعاية الصحية للنساء الحوامل أثناء الحمل والولادة وبعدها وتطوير المنشآت الصحية. (271 مؤسسة للصحة الجوارية، 156 مؤسسة استشفائية و32 مجمع صحي لرعاية الأم والطفل). (MSPRH, Unicef, UNFPA, 2020, p. 1)

وبالرغم من تراجع عدد وفيات الأمهات في السنوات الأخيرة من 117.4 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1999 إلى 48 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2020 (MSPRH, 2020) حسب المسح الثاني والأخير لوزارة الصحة والسكان حول وفيات الأمومة الذي أجري سنة 2020. وتحدث أكثر من ثلثي الوفيات خلال 42 يوماً بعد الولادة وغالباً خلال 48 ساعة الأولى بعد الولادة، ومن أهم أسبابها نزيف الجهاز التناسلي، مضاعفات ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل والالتهابات، وذلك نتيجة عدة عوامل، منها الجغرافية، الصحية، الاقتصادية، الاجتماعية، والديمقراطية.

تباين نسب تلقي النساء للرعاية الصحية أثناء وبعد الولادة من منطقة لأخرى (ريف- حضر)، وكذا من إقليم لآخر حسب عدة متغيرات هامة نذكر منها: مكان الولادة، نوع الولادة، (طبيعية، قيصرية) الكادر الطبي المشرف على الولادة، الفحص الطبي بعد الولادة، المضاعفات التي تتعرض لها المرأة أثناء الولادة، فحص الأم بعد الولادة، عدد مرات الفحص بعد الولادة، والأعراض التي تظهر على المرأة بعد الولادة.

انطلاقاً من قاعدة البيانات للمسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019) سنحاول من خلال هذه الورقة البحثية الإجابة على التساؤل الإشكالي التالي:

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية في الجزائر أثناء وبعد الولادة؟
2. الفرضيات:

1- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير مكان الولادة.

2- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير الولادة القيصرية.

3- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير طبيعة برمجة العملية القيصرية.

4- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير المضاعفات التي تتعرض لها المرأة أثناء الولادة.

5- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير عدد الفحوصات بعد الولادة.

6- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير وقت أول فحص بعد الولادة.

3. مفاهيم الدراسة:

1.3 الولادة: الولادة عملية بيولوجية ونفسية، تشترك فيها أعضاء كثيرة في الجسم تساعد كلها على إخراج الجنين خارج جسم الأم بعدما كان جزءاً لا يتجزأ من جسم الأم طيلة 9

أشهر، قال الله تعالى: "وَاللَّهُ أَخْرَجَكُمْ مِّن بُطُونِ أُمَّهَاتِكُمْ لَا تَعْلَمُونَ شَيْئًا" [القرآن الكريم، سورة النحل: الآية 78].

عرفها لاروس (Larousse) في قاموسه: "الوضع الطبي بخروج الجنين والمشيمة عن طريق الممر الولادي، وذلك ابتداء من الشهر التاسع. (Drdomart, 1990, p. 9)

وتعرف أيضا بأنها: "الولادة التي يمكن تحديدها أولا ببدء الطلق، وهو تقلصات الرحم المتتابعة المصحوبة بالألام، وظهور إفرازات مخاطية ممزوجة بالدم تخرج من عنق الرحم، وانفجار الكيس الأمنيوسي، واندفاع ما فيه من السائل، و يتبع ذلك خروج الجنين وأغشية السائل الأمنيوسي من الرحم، وإطلاق الطفل صرخة الميلاد". (السيد، 2008، صفحة 80)

2.3 الولادة الطبيعية: هي أكثر أنواع الولادات شيوعا، وهي حدث طبيعي تتم بواسطة ولادة الجنين، و التخلص من الخلاصة والأغشية المحيطة به، وقد تتم بدون أي تدخل دوائي او استخدام أدوات طبيعية، وتحتاج إلى وقت بمعدل 6-8 ساعات من بدء الولادة، علما بأنت ودلاة السيدة البكرية تحتاج إلى وقت أطول من ولادة السيدة المتكررة. (درديش، 2011، صفحة 37)

3.3 الولادة القيصرية: هي توليد الجنين عن طريق فتح البطن أو الجزء السفلي من الرحم، و تستغرق مدتها (45-60 دقيقة)، وغالبا تتم ولادة طفل في أول (5-15 دقيقة)، و الوقت المتبقي يكون في إغلاق الفتح الموجود بالرحم و البطن. (Finger, 2003, p. 628)

4.3 الصحة: عرفت الصحة حسب منظمة الصحة العالمية سنة 1946 على أنها: "حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز". (World Health Organization, October 2006)

5.3 الصحة الإنجابية: عرفت الصحة الإنجابية حسب المؤتمر العالمي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة سنة 1994، على أنها: "الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بالجهاز التناسلي وعملياته، وليس فقط الخلو من الأمراض أو الإعاقة، وهي تعد جزءا أساسيا من الصحة العامة، تعكس المستوى الصحي للمرأة في سن الإنجاب". (الأمم المتحدة، 1995، صفحة 38)

كما عرفتها منظمة الصحة العالمية على أنها: "الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز، وتشمل الصحة الإنجابية أو الصحة الجنسية، العادات الشخصية الصحية بما في ذلك عملية الإنجاب والوظيفة الإنجابية وطريقتها في جميع مراحل الحياة، كما هي قدرة الإنسان على التمتع بحياة إنجابية مرضية وأمنة، والقدرة على إنجاب الأطفال، والحفاظ على صحة الأم والطفل". (سواكري، 2020، صفحة 22)

6.3 الرعاية الصحية الإنجابية:

تعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع حدوث مشاكل الصحة الإنجابية وحلها، وهي تشمل أيضا الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الطاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية المتعلقة بالإنجاب والأمراض الجنسية. (الأمم المتحدة، 2004، صفحة 2) ومن أهم عناصر الرعاية الصحية الإنجابية هي رعاية صحة الأمومة التي تتفرع بدورها إلى الرعاية قبل الحمل، الرعاية أثناء الحمل، الرعاية أثناء الولادة، وبعد الولادة. (الشريف، 2012)

7.3 الإقليم الجغرافي:

عرفه عادل عبد السلام في كتابه "الأقاليم الجغرافية السورية، بأنه: "وحدة جغرافية مكونة من جميع العناصر الجغرافية المميزة لإقليم، يميزها انسجامها وتناغمها تفاعلها من وحدة لأخرى أو من إقليم جغرافي لآخر". (عبد السلام، 1990، صفحة 6)

4. الدراسات السابقة:

1.4 دراسة بعنوان: "تحديد العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة في الجزائر باستخدام التحليل اللوجستي من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس MICS6". (عمار خوجة وهاشم، 2021)

هدفت هذه الدراسة إلى تحديد أهم العوامل السوسيو ديمغرافية والاقتصادية المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة للنساء الجزائريات في سن الإنجاب (15-49) سنة أثناء الولادة، معتمدين على قاعدة البيانات للمسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6.

خلصت الدراسة إلى أن هناك فوارق بين النساء من حيث الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة حسب مكان الإقامة، المنطقة الجغرافية، والمستوى التعليمي والمعيشي للمرأة، فنساء الجنوب والهضاب العليا والمناطق الريفية أقل حظا مقارنة بمناطق الشمال والمناطق الحضرية مما يساهم في تعميق الفوارق بين النساء.

2.4 دراسة بعنوان: "واقع الرعاية الصحية الإنجابية وفق معطيات مسح 2012-MICS4". (رحال و مصلي، 2020)

سعت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع الرعاية الصحية المتلقاة من طرف النساء خلال مرحلتي الحمل والولادة في الجزائر اعتمادا على بيانات أحدث مسح صحي ديموغرافي متوفر (MICS4-2012). هدفت الدراسة إلى 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.

خلصت الدراسة إلى أن هنالك تحسنا في أبعاد الرعاية الصحية الإنجابية بالنظر لبيانات PAPFAM-2002، وإلى أن القيام بأربع زيارات وأكثر إلى إطار طبي مؤهل هو البعد (رعاية الصحة الإنجابية) الذي تقابله أكبر نسبة من الفرص التي تحتاج إلى إعادة توزيع. كما وجد أن إقليم البرمجة يساهم بنسبة كبيرة في عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية، يليه مؤشر الثروة ثم المستوى التعليمي للأم.

3.4 دراسة بعنوان: "واقع الولادات القيصرية في الجزائر حسب المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2019". (صالي، 2022)

سلطت الدراسة الضوء على واقع الولادة القيصرية بعد تزايد معدلاتها المستمر في الجزائر، بناء على قاعدة البيانات للمسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019) من خلال إبراز أهم العوامل السوسيو ديمغرافية والاقتصادية التي تدفع إلى ارتفاع هذه المعدلات، وتوزيعها الجغرافي والإجراءات المتخذة للحد من هذه الظاهرة.

خلصت الدراسة إلى النتائج التالية:

- تزايد ملحوظ للولادات القيصرية في الجزائر خاصة مع بداية الألفية الحالية، في حدود 25 % حسب آخر مسح عنقودي متعدد المؤشرات 2019، وسببه:



- التكفل السبيء بالحوامل والمتابعة خلال فترة الحمل.
- اقتصار الفحوصات على الأشعة وقياس الوزن والضغط الدموي.
- قلة الخبرة للمشرفين على عملية الولادة، حيث لا تكلف القابلة والأخصائية نفسيهما توليد الحوامل بطريقة طبيعية مما يدفعهن للتوجه للولادة القيصرية.
- التوجه للقطاع الخاص أصبح ملفتا للانتباه مما يتطلب البحث و التدقيق في أسبابه.

- تكثيف الزيارات التفتيشية، وتقديم، إحصاءات للوزارة الوصية للمتابعة.

5. المنهج المتبع:

اعتمدنا في دراستنا على المنهجين الوصفي والتحليلي. فالمنهج الوصفي مناسب لوصف متغيرات الدراسة، وذلك من خلال استخراج الجداول البسيطة والمركبة والتعليق عليها، والتي تعتبر مقدمة لتحليل ظاهرة تلقي الرعاية الصحية الإنجابية أثناء وبعد الولادة. يعتبر كذلك المنهج التحليلي مهما في تحليل نتائج الاختبارات الإحصائية باعتماده على الأرقام العددية التي تبين تلقي الرعاية الصحية الإنجابية انطلاقا من قاعدة المعطيات للمسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).

6. عينة الدراسة:

تمثلت عينة الدراسة في فئة النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة، حيث بلغ عددهن في عينة الدراسة 37227 امرأة، وبلغ عدد النساء اللاتي جرى معهن التحقيق 35111 امرأة بنسبة قدرت بـ 94.3 %، وبلغ عدد النساء اللاتي أنجبن ولادة حية خلال السنتين السابقتين من المسح 5686 امرأة موزعات على سبعة أقاليم جغرافية هي: شمال وسط، شمال شرق، شمال غرب، الهضاب العليا وسط، الهضاب العليا شرق، الهضاب العليا غرب، والجنوب.

7. الوسائل الإحصائية:

انطلاقا من قاعدة البيانات للمسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019) بالاعتماد على البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS.V.23 استخدمنا اختبار تحليل التباين الأحادي One-way Anova وكذا اختبار "T" لعينتين مستقلتين للتحقق من



فرضيات الدراسة، ومهدف التحليل إلى بيان ما إذا كانت متوسطات المجموعات متساوية تقريبا وأن أي اختلاف بينها يعزى للصدفة، ويمكن توقعها أم أن المتوسطات مختلفة (غير متساوية والفروق بينها جوهرية ذات دلالة إحصائية).

8. الجانب التطبيقي:

1.8 توزيع نسب النساء حسب الكادر الطبي المشرف على عملية الولادة وفق أقاليم البرمجة:

الجدول رقم (1): توزيع نسب النساء حسب الكادر الطبي المشرف على عملية الولادة وفق أقاليم البرمجة:

عدد النساء	الكادر الطبي المشرف على عملية الولادة (2019) MICS6							الأقاليم الجغرافية
	آخرون	أباء/أصدقاء	قابلة تقليدية	طبيب عام	ممرض	قابلة	طبيب مختص	
1757	2.4	0.1	0.5	3.9	23.6	80.5	44.8	شمال وسط
797	1.8	0.1	0.1	0.4	7.4	81.3	37.9	شمال شرق
841	0.8	0.2	0.1	2.3	22.6	79.5	32.3	شمال غرب
474	1.5	0.2	3.4	3.4	22.6	84.6	21.3	الهضاب العليا وسط
845	0.1	0.2	0.2	1.3	15.5	78.5	32	الهضاب العليا شرق
271	00	00	0.4	2.2	21.4	87.8	21.8	الهضاب العليا غرب
700	0.9	1.9	2.1	2.4	28.6	84.7	21.4	الجنوب
5685	0.1	0.4	0.8	2.5	20.4	81.4	34.2	المجموع

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).

نلاحظ من خلال الجدول رقم (1) أن أكبر نسبة حازت عليها القابلة في الإشراف على الولادة، حيث قدرت نسبة إشرافها بـ 81.4 %، يليها الطبيب المختص بنسبة إشراف تقدر بـ 34.2 %، وكانت نسب الممرض والطبيب العام والقابلة التقليدية على التوالي: 20.4 %،

2.5 % و 0.8 % . لذا تعتبر الولادة تحت إشراف إطار طبي مؤهل ضرورية لتجنب الحمل مختلف العراقيل التي يمكن أن تصادفها أثناء الولادة.

2.8 توزيع النساء حسب مكان الولادة وفق أقاليم البرمجة:

الجدول رقم (2): توزيع نسب النساء المبحوثات حسب مكان الولادة وفق أقاليم البرمجة:

عدد النساء	مكان الولادة				الأقاليم الجغرافية
	مصححة خاصة	عيادة متعددة الخدمات	المستش في	البيت	
1755	5	2.6	22.9	0.2	شمال وسط
797	1.9	1.4	10.6	0	شمال شرق
841	1.2	2.1	11.3	0	شمال غرب
477	0.6	0.7	6.7	0.3	الهضاب العليا وسط
844	2.1	1.9	10.8	0.1	الهضاب العليا شرق
270	0.1	0.8	3.8	0.1	الهضاب العليا غرب
699	0.2	1.9	9.6	0.5	الجنوب
5681	11.1	11.5	75.8	1.2	المجموع

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

يتبين لنا من خلال الجدول أن أكبر نسبة لمكان الولادة حازت عليها المستشفى بنسبة تقدر بـ 75.8 %، ثم تليها العيادة متعددة الخدمات بنسبة تقدر بـ 11.5 %، وهي نسبة متقاربة مع نسبة العيادات الخاصة 11.1 %، في حين أن عدد الولادات بالبيت يكاد ينعدم، و قدرت نسبتها بـ 1.2 %، ويعد السبب في ذلك إلى وعي النساء في سن الإنجاب والمستوى التعليمي والثقافي الذي وصلت إليه النساء، والذي أدى بها إلى الولادة بأماكن تضمن الرعاية الصحية الكاملة لها ولمولودها.

كما تتباين نسب الولادة من إقليم لآخر، فمثلا الولادة بالمستشفى نجد أن أكبر نسبة ولادة سجلت بإقليم شمال وسط بنسبة تقدر بـ 22.9 %، ونفس الشيء بالنسبة لمكان الولادة عيادة متعددة الخدمات بإقليم شمال وسط بنسبة تقدر بـ 2.6 %، في حين أن الولادات بالعيادات الخاصة كانت مرتفعة بإقليم شمال وسط بنسبة تقدر بـ 05 %،

وهذا لكون هذا الإقليم يتواجد به أكبر عدد من العيادات الخاصة، أما أقل نسبة فسجلت بالجنوب بنسبة تقدر بـ 0.2 % لانعدام مثل هذه الهياكل الصحية بالجنوب واللجوء للولادة بالمصححات الخاصة بالشمال أو بالهضاب العليا.

- اختبار الفرضية رقم 01 التي تنص على:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية في الجزائر تعزى لمتغير مكان الولادة.

- الاختبار الإحصائي:

باعتبار أن الأقاليم الجغرافية مستقلة عن بعضها البعض، وبالتالي نقوم باختبار الفروق بين هذه الأقاليم باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي في اتجاه واحد -One way ANOVA لدراسة هل توجد فروق بين الأقاليم الجغرافية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية تعزى لمتغير مكان الولادة.

الجدول رقم (3): نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير مكان الولادة:

مكان الولادة					
أقاليم البرمجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "F"	القيمة الإجمالية "Sig"	الدلالة الإحصائية
شمال وسط	23.10	6.410	19.551	0.00	دالة إحصائية
شمال شرق	22.49	3.911			
شمال غرب	22.05	3.398			
الهضاب العليا وسط	21.56	4.585			
الهضاب العليا شرق	22.68	4.793			
الهضاب العليا غرب	21.36	2.802			
الجنوب	21.08	4.295			
المجموع	22.34	4.985			

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).

يتبين من خلال الجدول أعلاه وحسب النتائج المحصل عليها أن قيمة فيشر المحسوبة "F" وردت قيمتها 19.551، كما رافقها مستوى دلالة إحصائية قيمته 0.00، والذي كان أقل من مستوى الدلالة المعنوية 0.05، وعليه نستنتج وجود فروق، وبالتالي نرفض الفرض الصفري H_0 ، و نقبل الفرض البديل H_1 الذي مفاده وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية في الجزائر تعزى لمتغير مكان الولادة.

ولمعرفة أي المجموعات توجد بينها فروق نقوم بالاختبار البعدي، حيث يتبين لنا أنه لا يوجد تجانس بين التباينات، ولتحديد مصدر الفروق نختار الاختبار البعدي T_2 J Tamhan:

الجدول رقم (4): نتائج اختبار المقارنات البعدية T_2 J Tamhan:

انتشار الرضاعة الطبيعية			مكان الولادة أقاليم البرمجة
الدلالة الإحصائية	القيمة الإحصائية "Sig"	الفرق بين المتوسطات	
دالة إحصائية	0.00	1.0151	شمال وسط- شمال غرب
دالة إحصائية	0.00	1.535	شمال وسط- الهضاب العليا وسط
دالة إحصائية	0.00	1.740	شمال وسط- الهضاب العليا غرب
دالة إحصائية	0.00	2.019	شمال وسط- الجنوب
دالة إحصائية	0.005	0.929	شمال شرق- الهضاب العليا وسط
دالة إحصائية	0.00	1.411	شمال شرق- الجنوب
دالة إحصائية	0.019	0.689	شمال غرب- الهضاب العليا غرب
دالة إحصائية	0.001	1.123	الهضاب العليا وسط- الهضاب العليا شرق
دالة إحصائية	0.02	0.638	الهضاب العليا شرق- شمال غرب
دالة إحصائية	0.00	1.606	الهضاب العليا شرق- الجنوب
دالة إحصائية	0.00	1.132	الهضاب العليا غرب- شمال شرق

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).



من خلال الجدول رقم (4) وجدنا أن هناك فروقا دالة إحصائية بين كل من شمال وسط والهضاب العليا وسط وغرب والجنوب، وكذلك بين منطقة شمال شرق والهضاب العليا وسط والجنوب، وبين مناطق الهضاب العليا الثلاث والجنوب، وهذا ما يمكننا من قبول الفرضية البحثية التي تبحث على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير مكان الولادة.

3.8 توزيع النساء حسب نسب الولادة القيصرية وفق أقاليم البرمجة:

الجدول رقم (5): توزيع نسب النساء حسب الولادة القيصرية وفق أقاليم البرمجة:

عدد النساء	الولادة القيصرية			الأقاليم الجغرافية
	لا يوجد %	لا %	نعم %	
1753	0.1	22.3	8.8	شمال وسط
797	00	9.9	4.2	شمال شرق
841	0.1	11.1	3.8	شمال غرب
457	00	6.8	1.4	الهضاب العليا وسط
841	00	10.8	4.1	الهضاب العليا شرق
269	00	9.8	0.9	الهضاب العليا غرب
669	00	9.8	2.1	الجنوب
5627	0.3	74.5	25.3	المجموع

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).
يتضح لنا من خلال الجدول رقم (5) أن نسبة الولادات القيصرية حسب الأقاليم الجغرافية قدرت بـ 25.3 %، حيث سجلت أعلى النسب بإقليم شمال وسط وشمال شرق بنسب تقدر على التوالي بـ 28.1 % و 30 %، وأقل نسبة سجلت بإقليم الجنوب وقدرت بـ 17.5 %، وإقليم الهضاب العليا وسط بنسبة تقدر بـ 16.6 %.

ويعود السبب في ارتفاع نسبة الولادات القيصرية وتباينها من إقليم لآخر هي اختيار المختصين للجراحة بدلا من الولادة الطبيعية خوفا من التعقيدات والمضاعفات التي تتبع الولادة الطبيعية، وكذا ربح المال والوقت خاصة في القطاع الخاص لأن الولادة

الطبيعية تأخذ الكثير من الوقت عكس العملية القيصرية، كما أن رغبة النساء في إجراء العملية القيصرية تفاديا للآلام المخاض والولادة، أما بالنسبة لانخفاضها في الجنوب فالسبب الرئيسي هو عدم وجود العيادات الخاصة التي تكثر بها مثل هذه الولادات، وكذا نقص الإطار الطبي المؤهل في القطاع العام، مما يستدعي اللجوء لإجراء مثل هذه العمليات بالशल أو الهضاب العليا.

- اختبار الفرضية رقم 02 التي تنص على:

توجد فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية في الجزائر ترجع لمتغير الولادة القيصرية.

- الاختبار الإحصائي:

نقوم باختبار الفروق بين هذه الأقاليم باستخدام اختبار تحليل التباين الأحادي في اتجاه واحد (ANOVA) لدراسة هل توجد فروق بين الأقاليم الجغرافية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية ترجع لمتغير الولادة القيصرية.

الجدول رقم (6): نتائج اختبار التباين الأحادي (ANOVA) تبعا لمتغير الولادة القيصرية:

الولادة القيصرية					
أقاليم البرمجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "F"	القيمة الإجمالية "Sig"	الدلالة الإحصائية
شمال وسط	1.74	0.618	5.962	0.00	دالة إحصائية
شمال شرق	1.72	0.585			
شمال غرب	1.77	0.601			
الهضاب العليا وسط	1.84	0.414			
الهضاب العليا شرق	1.74	0.515			
الهضاب العليا غرب	1.83	0.545			
الجنوب	1.85	0.578			
المجموع	1.77	0.575			

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).



نلاحظ من خلال الجدول (6) حسب النتائج المتحصل عليها قيمة فيشر المحسوبة "F" كانت 5.962، كما ارفقها مستوى دلالة إحصائية قيمته 0.00، والذي كان أقل من مستوى الدلالة المعنوية 0.05، ونستنتج وجود فروق، وبالتالي نرفض الفرض الصفري H_0 ، ونقبل الفرض البديل H_1 الذي مفاده وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير الولادة القيصرية. ولتحديد أي المجموعات (الأقاليم) توجد بينها فروق نقوم بالاختبار البعدي T2 ل Tamhan لتحديد مصدر الفروق.

الجدول (7): نتائج اختبار المقارنات البعدية T2 ل Tamhan:

الولادة القيصرية أقاليم البرمجة	الفرق بين المتوسطات	القيمة الإحصائية "Sig"	الدلالة الإحصائية
شمال وسط- الهضاب العليا وسط	0.097	0.002	دالة إحصائية
شمال وسط- الجنوب	0.109	0.001	دالة إحصائية
شمال شرق- الهضاب العليا وسط	0.120	0.001	دالة إحصائية
شمال شرق- الجنوب	0.132	0.00	دالة إحصائية
الهضاب العليا وسط- الهضاب العليا شرق	0.103	0.002	دالة إحصائية
الهضاب العليا شرق- الجنوب	0.115	0.001	دالة إحصائية

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019). من خلال الجدول (7) يتبين لنا وجود فروق دالة إحصائية بين مناطق الشمال وسط وشرق والهضاب العليا وسط والجنوب، وكذا بين الهضاب العليا وسط والهضاب العليا شرق، وهذا ما يثبت صحة الفرضية البحثية التي مفادها وجود فروق ذات دلالة إحصائية بين الأقاليم الجغرافية في الجزائر ترجع لمتغير الولادة القيصرية.

4.8 توزيع النساء اللاتي كانت ولادتهن قيصرية حسب برمجتها وفق أقاليم البرمجة:
الجدول رقم (8): توزيع نسب النساء اللاتي كانت ولادتهن قيصرية حسب برمجتها وفق أقاليم البرمجة:

عدد النساء	الولادة القيصرية حسب برمجتها (مستعجلة أو مبرمجة)			الأقاليم الجغرافية
	لا تدري	مبرمجة	مستعجلة	
493	0.3	57.1	42.5	شمال وسط
248	00	62.3	37.2	شمال شرق
214	0.3	72.9	27.1	شمال غرب
76	00	48	52	الهضاب العليا وسط
230	00	53.9	16.1	الهضاب العليا شرق
50	00	60	40	الهضاب العليا غرب
118	00	55.9	11.1	الجنوب
1420	0.3	59.3	40.5	المجموع

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).
نلاحظ من خلال الجدول (8) أن النساء اللواتي كانت ولادتهن حية خلال السنتين اللتين سبقتا المسح وولادتهن قيصرية أن طبيعة الولادة التي كانت "مبرمجة" هي الأعلى بنسبة قدرت بـ 59.3 %، وهي نسبة مرتفعة تليها الولادة القيصرية في حالة "مستعجلة" بنسبة تقدر بـ 40.5 %.

أما فيما يخص توزيع طبيعة الولادات حسب الأقاليم الجغرافية فنلاحظ أن إقليم الهضاب العليا وسط والهضاب العليا شرق سجلا أعلى نسب من الولادات القيصرية في حالة "مستعجلة" بنسب تقدر بـ 52 % و 46.1 % على التوالي، وأن أقل نسبة كانت بإقليم شمال غرب بنسبة تقدر بـ 52 %، كما نلاحظ أن أعلى نسبة للولادات القيصرية "مبرمجة" كانت بإقليم شمال غرب بنسبة تقدر بـ 72.9 %، يليها إقليم شمال شرق بنسبة تقدر بـ 62.3 %، وكانت أقل نسبة للعمليات القيصرية المبرمجة بإقليم الهضاب العليا وسط بنسبة تقدر بـ 48 %.

- اختبار الفرضية رقم 03 التي تنص على:

توجد فوارق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير طبيعة برمجة العملية القيصرية.

- الاختبار الإحصائي:

الجدول رقم (9): نتائج اختبار التباين الأحادي ANOVA تبعا لمتغير طبيعة برمجة الولادة

القيصرية:

طبيعة برمجة الولادة القيصرية					
أقاليم البرمجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "F"	القيمة الإجمالية "Sig"	الدلالة الإحصائية
شمال وسط	1.60	0.647	2.671	0.01	دالة إحصائية
شمال شرق	1.65	0.636			
شمال غرب	1.73	0.447			
الهضاب العليا وسط	1.51	0.716			
الهضاب العليا شرق	1.54	0.500			
الهضاب العليا غرب	1.61	0.149			
الجنوب	1.56	0.498			
المجموع	1.61	0.586			

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019). من الجدول وحسب النتائج المبينة أعلاه قيمة فيشر المحسوبة "F" كانت 2.671، رافقها مستوى دلالة إحصائية قيمته 0.01 أقل من مستوى الدلالة المعنوية 0.05، وهو دال إحصائي، وعليه نرفض الفرض الصفري H_0 ، ونقبل الفرض البديل H_1 الذي ينص على وجود فروق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير طبيعة برمجة العملية القيصرية. ولتحديد أي الأقاليم التي توجد بينها فروق، وبما أنه لا يوجد تجانس للتباين، ولتحديد مصدر الفروق نقوم بالاختبار البعدي باستخدام اختبار Tamhan L T2، فنتحصل على النتائج التالية:



الجدول رقم (10): نتائج الاختبار البعدي Tamhan J T2 (برمجة الولادة القيصرية):

برمجة الولادة القيصرية	الفرق بين المتوسطات	القيمة الإحصائية "Sig"	الدالة الإحصائية
أقاليم البرمجة			
شمال وسط- شمال غرب	0.130	0.04	دالة إحصائية
شمال غرب- الهضاب العليا شرق	0.187	0.01	دالة إحصائية

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).

الفروق الدالة إحصائياً لطبقة برمجة الولادة القيصرية (مستعجلة- مبرمجة) كانت بين أقاليم شمال وسط وشمال غرب، وشمال غرب والهضاب العليا شرق لأن أكبر نسبة من الولادات القيصرية تكون بها ما يثبت صحة الفرضية بوجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير طبيعة برمجة الولادة القيصرية.

5.8 توزيع النساء حسب المضاعفات التي يتعرضن لها أثناء الولادة وفق أقاليم البرمجة
الجدول رقم (11): توزيع نسب النساء حسب المضاعفات التي يتعرضن لها أثناء الولادة وفق أقاليم البرمجة:

المضاعفات التي تتعرض لها النساء أثناء الولادة								الأقاليم الجغرافية
نزيف دموي		ارتفاع الضغط الدموي		مخاض طويل لأكثر من 12 ساعة		حالة صدمة		
نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	لا	
24.7	69.1	6.3	87.4	31.6	62.1	7.5	86	شمال وسط
47.6	52.4	9.5	90.5	17.5	82.5	8.1	91.9	شمال شرق
42.3	57.7	15.9	84.1	19.1	81.9	22.4	77.6	شمال غرب
36	60	08	88	20.8	75	34.8	60.9	الهضاب العليا وسط
47.7	50	00	97.7	27.9	69.8	20.9	76.7	الهضاب العليا شرق
41.7	58.3	18.2	81.8	10	90	20	80	الهضاب العليا غرب
40	57.1	5.7	91.4	20.6	76.5	29.4	67.6	الجنوب
37.7	59.5	8.4	88.8	23.9	73.2	17.6	79.5	المجموع

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).

أكبر نسبة هي للنساء اللاتي يتعرضن لمضاعفات النزيف الدموي 37.7 %، يليها التعرض لمضاعفات المخاض الطويل لأكثر من 12 ساعة 23.9 %، فحالة صدمة 17.6 %.



أقل نسبة كانت لمضاعفات ارتفاع الضغط الدموي 8.4 %، لذا فالسبب الأول لأغلب وفيات الأمهات أثناء الولادة هو النزيف الدموي. كما تباينت هذه النسب بين الأقاليم الجغرافية بأكبر نسبة للنزيف الدموي بإقليم شمال شرق والهضاب العليا شرق بـ 47.6 % و 47.7 % تواليها، وأضعف نسبة بإقليم شمال وسط 24.7 %، والسبب هو المتابعة الصحية للنساء في الحمل، الكادر الطبي المؤهل والرعاية الصحية الإنجابية أثناء الولادة.

- اختبار الفرضية رقم 04 التي تنص على:

توجد فوارق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية في الجزائر ترجع لمتغير المضاعفات التي تتعرض لها النساء أثناء الولادة.

- الاختبار الإحصائي:

بما أن مؤشر النزيف الدموي يعتبر أكبر نسبة للمضاعفات التي تتعرض لها النساء أثناء الولادة فسنقوم باختباره للكشف عن وجود فوارق بين الأقاليم الجغرافية. الجدول رقم (12): نتائج اختبار التباين الأحادي ANOVA (النزيف الدموي أثناء الولادة):

النزيف الدموي أثناء الولادة					أقاليم البرمجة
المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "F"	القيمة الإجمالية "Sig"	الدلالة الإحصائية	
2.18	1.799	2.261	0.03	دالة إحصائية	شمال وسط
1.53	0.505				شمال شرق
1.58	0.493				شمال غرب
1.77	1.182				الهضاب العليا وسط
1.69	1.261				الهضاب العليا شرق
1.57	0.517				الهضاب العليا غرب
1.87	1.504				الجنوب
1.81	1.292				المجموع

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019). من الجدول وحسب النتائج المبينة أن قيمة فيشر المحسوبة "F" كانت 2.261، رافقها مستوى دلالة إحصائية قيمته 0.03، وهو أقل من مستوى الدلالة المعنوية 0.05.

وهو دال إحصائيا. وعليه نرفض الفرض الصفري، ونقبل الفرض البديل الذي يفيد بوجود فوارق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية في الجزائر يرجع لمتغير المضاعفات التي تتعرض لها المرأة أثناء الولادة. ولتحديد مصدر الفروق بين الأقاليم الجغرافية ومعرفة أي المجموعات توجد بينها فروق نقوم بالاختبار البعدي Tamhan J T2، ونلخص النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم (13): نتائج الاختبار البعدي Tamhan J T2 (الزيف الدموي أثناء الولادة):

الزيف الدموي أثناء الولادة	الفرق بين المتوسطات	القيمة الإحصائية "Sig"	الدالة الإحصائية
شمال وسط- شمال شرق	0.651	0.02	دالة إحصائية
شمال وسط- شمال غرب	0.604	0.04	دالة إحصائية

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019). الفروق الدالة إحصائيا لمتغير الزيف الدموي أثناء الولادة كانت بين أقاليم شمال وسط، شمال شرق وشمال غرب. ومنه تحقق نسبي فقط لفرضية وجود فوارق ذات دلالة إحصائية بين الأقاليم الجغرافية تعود لمتغير المضاعفات التي تتعرض لها المرأة أثناء الولادة.

6.8 توزيع النساء حسب عدد مرات تلقي علاج بعد الولادة وفق أقاليم البرمجة:

الجدول (14): توزيع نسب النساء حسب عدد مرات تلقي علاج بعد الولادة وفق أقاليم

البرمجة:

عدد النساء	عدد مرات العلاج بعد الولادة		الأقاليم الجغرافية
	أكثر من مرة	مرة واحدة	
542	32.5	67.5	شمال وسط
244	40.7	58.5	شمال شرق
217	27.6	72.4	شمال غرب
95	26.3	73.7	الهضاب العليا وسط
201	19.8	79.7	الهضاب العليا شرق
70	29.4	70.6	الهضاب العليا غرب
136	33.8	66.2	الجنوب
1471	31.1	68.7	المجموع

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).

نلاحظ من خلال الجدول (14) أن مجموع المبحوثات اللاتي صرحن حول هذا السؤال بلغ عددهن 1471 من مجموع المبحوثات البالغ عددهن 5682، وبالتالي بلغ عدد المفردات المفقودات 4211 مفردة.

يتبين من الجدول أن معظم المبحوثات تلقين العلاج بعد الولادة لمرة واحدة بنسبة 68.7 %، في حين بلغت نسبة اللاتي تلقين العلاج لأكثر من مرة 31.1 %، وهذا يعكس وعي النساء بضرورة تلقي العلاج بعد الولادة للحيلولة دون وقوع مضاعفات أو تفاقمها خاصة خلال 42 يوما بعد الولادة، حيث تعتبر هذه الفترة حرجة، وقد تؤدي إلى وقوع وفيات نتيجة مضاعفات عملية الولادة سواء طبيعية أو قيصرية.

- اختبار الفرضية رقم 05 التي تنص على:

توجد فوارق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير عدد المرات التي تلقت فيها المرأة العلاج بعد الولادة.

- الاختبار الإحصائي:

الجدول رقم (15): نتائج اختبار التباين الأحادي ANOVA (عدد الفحوصات بعد الولادة):

عدد الفحوصات بعد الولادة					أقاليم البرمجة
الدالة الإحصائية	القيمة الإجمالية "Sig"	قيمة "F"	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	
دالة إحصائية	0.00	4.211	0.468	1.32	شمال وسط
			0.862	1.48	شمال شرق
			0.448	1.28	شمال غرب
			0.444	1.27	الهضاب العليا وسط
			0.600	1.23	الهضاب العليا شرق
			0.908	1.37	الهضاب العليا غرب
			0.475	1.34	الجنوب
			0.584	1.33	المجموع

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).

نلاحظ من خلال الجدول رقم (15) أعلاه وحسب النتائج المبينة أن قيمة فيشر المحسوبة "F" كانت 4.211 رافقها مستوى دلالة إحصائية قيمتها 0.00، وهو أقل من مستوى الدلالة المعنوية 0.05، وبالتالي فهي دالة إحصائياً. وعليه نرفض الفرض الصفري، ونقبل الفرض البديل الذي يؤكد بوجود فوارق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير عدد المرات التي تلقت فيها المرأة العلاج بعد الولادة. ولمعرفة مصدر الفروق بين الأقاليم الجغرافية أي معرفة أي المجموعات توجد بينها فروق، وبما أن التباين غير متجانس نقوم بالاختبار البعدي Tamhan J T2، ونلخص النتائج في الجدول التالي:

الجدول رقم (16): نتائج الاختبار البعدي Tamhan J T2 (عدد الفحوصات بعد الولادة):

عدد الفحوصات بعد الولادة أقاليم البرمجة	الفرق بين المتوسطات	القيمة الإحصائية "Sig"	الدلالة الإحصائية
شمال شرق- شمال غرب	0.200	0.03	دالة إحصائية
شمال شرق- الهضاب العليا شرق	0.249	0.008	دالة إحصائية

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019). نلاحظ من خلال الجدول رقم (16) أن الفروق الدالة إحصائياً بالنسبة لعدد الفحوصات بعد الولادة كانت فقط في إقليم شمال شرق وإقليمي شمال غرب والهضاب العليا شرق. وبالتالي تحقق نسبي لفرضية وجود فروق دالة إحصائية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير عدد المرات التي تلقت فيها المرأة العلاج بعد الولادة. يعود السبب في ذلك هو وعي المبحوثات بضرورة المتابعة الصحية بعد الولادة، حيث ساهم المستوى التعليمي والثقافي للمرأة في القضاء على التباينات بين الأقاليم خاصة بالنسبة لضرورة تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بعد الولادة، وهو ما يترجمه تلقي المرأة للعلاج أكثر من مرة بعد الولادة.

7.8 توزيع النساء حسب وقت أول فحص بعد الولادة وفق أقاليم البرمجة:

الجدول رقم (17): توزيع النساء حسب وقت أول فحص بعد الولادة وفق أقاليم البرمجة:

عدد النساء	وقت أول فحص بعد الولادة			الأقاليم الجغرافية
	أسابيع	أيام	ساعات	
531	45.4	47.8	6.8	شمال وسط
245	51	32.2	16.7	شمال شرق
209	42.1	46.9	10	شمال غرب
94	39.4	50	9.6	الهضاب العليا وسط
198	38.7	43.7	16.6	الهضاب العليا شرق
33	27.3	54.5	15.2	الهضاب العليا غرب
135	48.9	43.7	5.9	الجنوب
1445	44.6	44.4	10.5	المجموع

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 (2019).
 نلاحظ من خلال الجدول (17) أن نسبة أول فحص بعد الولادة كانت بنسبة أكبر خلال الأسابيع الأولى بعد الولادة بنسبة تقدر بـ 44.6 % لتليها نسبة الفحص بعد أيام بنسبة 44.4 %، أما نسبة الفحص خلال الساعات الأولى التي تلي الولادة فكانت ضعيفة وقدرت نسبتها بـ 10.5 %، وبمقارنة هذه النتائج مع نتائج المسح العنقودي MICS4 (2012-2013) نجد أن نسبة الفحص خلال الأيام الأولى بعد الولادة انخفضت، حيث بلغت نسبتها في (2012-2013) من 87.5 % إلى 44.6 % وهو ما يقارب حوالي 50 %، ويرجع السبب في ذلك إلى الرعاية الصحية الإنجابية خلال فترة الحمل، مما يؤدي إلى انخفاض نسب المضاعفات أثناء الولادة، وبالتالي تنخفض نسبة الفحوصات بعد الولادة، كذلك وعي الأمهات بضرورة إجراء فحوصات بعد الولادة خلال الأيام الأولى وكذا الأسابيع الأولى التي تلي عملية الولادة، وبالتالي توزعت نسب الفحوصات بينها بنسب متساوية بلغت على التوالي 44.6 % و 44.4 % للوقاية من المضاعفات التي تحدث في فترة الولادة، وخاصة خلال 42 يوما بعد الولادة.

- اختبار الفرضية رقم 06 التي تنص على:



توجد فوارق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير وقت أول فحص بعد الولادة.
- الاختبار الإحصائي:

الجدول رقم (18): نتائج اختبار التباين الأحادي في اتجاه واحد (ANOVA):

وقت أول فحص بعد الولادة					
أقاليم البرمجة	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	قيمة "F"	القيمة الإجمالية "Sig"	الدلالة الإحصائية
شمال وسط	2.39	0.612	1.163	0.324	دالة إحصائية
شمال شرق	2.34	0.750			
شمال غرب	2.38	0.891			
الهضاب العليا وسط	2.35	0.364			
الهضاب العليا شرق	2.29	0.953			
الهضاب العليا غرب	2.36	1.406			
الجنوب	2.52	0.960			
المجموع	2.37	0.907			

المصدر: إعداد الباحث بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) (2019).
نلاحظ من خلال الجدول (18) أعلاه وحسب النتائج المبينة أن قيمة فيشر المحسوبة "F" كانت 1.163 رافقها مستوى دلالة إحصائية قيمته 0.324 أكبر من مستوى الدلالة المعنوية 0.05، وبالتالي فهي غير دالة إحصائية، وعليه نقبل الفرض الصفري الذي مفاده لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغير وقت أول فحص بعد الولادة، ومنه نستنتج أنه لا توجد فروق في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين أقاليم البرمجة ترجع لوقت أول فحص بعد الولادة، وهذا راجع لمدى الوعي الذي وصلت إليه النساء بضرورة تلقي فحوصات بعد الولادة لتفادي المضاعفات التي تنجر عن التأخير في الفحص، وهذا بالنسبة لجميع أقاليم البرمجة، عكس ما كان سائدا خلال المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4) (2012-2013).



9. الخاتمة:

تعد الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل شرطا أساسيا ومهما لتفادي المضاعفات أثناء الولادة وبعدها، كون هذه الأخيرة المتسبب الأكبر لوفيات الأمهات، كما تلعب الرعاية الصحية الإنجابية أثناء الولادة وبعدها الدور الأكبر للوقاية من المضاعفات التي تتعرض لها المرأة أثناء هذه العملية البيولوجية المعقدة التي تنتهي بإخراج كائن حي خارج جسم المرأة بعدما كان جزء لا يتجزأ منه، ويتم ذلك بطريقتين هما: الولادة الطبيعية التي تتم بدون تدخل دوائي أو استخدام أدوات طبية، والولادة القيصرية التي يتم من خلالها إخراج الجنين عن طريق فتح للبطن أو الجزء السفلي من الرحم، وتستغرق مدتها من 45 إلى 60 دقيقة عكس الولادة الطبيعية.

والجائز كغيرها من الدول أولت اهتماما كبيرا لتحقيق أهداف الألفية، إلا أنها لا تزال بعيدة كل البعد عن الأهداف التنموية بالرغم من الجهود المبذولة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا في مجال صحة الأم والطفل، وتحسين ظروف الولادة والرعاية الصحية للنساء والحوامل أثناء الحمل والولادة وبعدها في جميع أنحاء البلاد من خلال تطوير المنشآت الصحية.

وبالرغم من النتائج المحققة غلا أنه لا تزال هناك فوارق في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية أثناء الولادة وبعدها، وحاولنا من خلال هذه الورقة البحثية الكشف عن الأقاليم التي توجد بينها فروق ذات دلالة إحصائية ترجع لعدة متغيرات خاصة بالرعاية الصحية أثناء الولادة وبعدها، وتوصلنا إلى النتائج التالية:

- هناك فوارق بين النساء من حيث الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة حسب مكان الإقامة، المنطقة الجغرافية، المستوى التعليمي، والمستوى المعيشي للمرأة، فنساء الجنوب والهضاب العليا والمناطق الريفية أقل حظا مقارنة بنساء الشمال والمناطق الحضرية.

- حصول المرأة على مستوى تعليمي مرتفع أو مستوى معيشي جيد يزيد من فرصتها في الحصول على رعاية توليدية مؤهلة.

- توجد فوارق ذات دلالة إحصائية في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين الأقاليم الجغرافية تعزى لمتغيرات: مكان الولادة، الولادة القيصرية، برمجة الولادة القيصرية، المضاعفات التي تتعرض لها المرأة، النزيف الدموي، عدد مرات العلاج، وعدد الفحوصات أثناء الولادة وبعدها.

- معظم الفروق الدالة إحصائيا كانت بين الأقاليم الشمالية وخاصة إقليم شمال وسط والهضاب العليا وإقليم الجنوب.

ومن بين التوصيات التي تساهم في القضاء على هذه الفوارق الجغرافية نذكر:

- ضرورة رقمنة قطاع الصحة للقضاء على أهم النقائص التي تعاني منها بعض الأقاليم كإقليم الجنوب.

- إعادة توزيع الهياكل الصحية والكوادر الطبية بشكل متساو بين جميع الأقاليم الجغرافية السبعة.

- إلزامية المتابعة الصحية قبل وأثناء وبعد فترة الحمل لتجنب المضاعفات التي تنجر عن ذلك.

- ردع الممارسات التعسفية للقطاع الخاص و مراقبته.

- استحداث فروع جهوية تعنى بصحة الأم و الطفل.

- النظر في الأخطار الناجمة عن تباين تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم.

10. قائمة المراجع:

- الأمم المتحدة. (1995). تقرير المؤتمر الدولي للسكان و التنمية (القاهرة، مصر 5- 13 سبتمبر 1994). نيويورك: الأمم المتحدة.

- الأمم المتحدة. (2004). إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان، السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز)، التقرير الموجز. نيويورك: الأمم المتحدة.



- البهي السيد فؤاد. (2008). الأسس النفسية للنمو من الطفولة إلى الشيخوخة. القاهرة، مصر: دار الفكر العربي.
- درديش أحمد. (2011). الصحة الإنجابية في الجزائر، أطروحة دكتوراه في علم الاجتماع. الجزائر: كلية العلوم الاجتماعية، جامعة البليدة.
- رحال هواري، و مصلي رضوان. (2020). واقع الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر وفق معطيات مسح 2012- MICS4. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الحاج لخضر، باتنة 1، الجزائر، المجلد 21، (العدد 2)، الصفحات (279-300).
- سواكري خديجة. (2020). تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة (15-49) سنة بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، أطروحة دكتوراه علوم، تخصص ديمغرافيا. باتنة 1، الجزائر: جامعة الحاج لخضر.
- الشريف آسيا. (2012). واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية، من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة. صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات دورية، علمية متخصصة محكمة، المشروع العربي لصحة الأسرة، المجلد 05، (العدد 13)، الصفحات (42-81).
- صالي محمد. (2022). واقع الولادات القيصرية في الجزائر حسب المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019. مجلة آفاق فكرية، جامعة سيدي بلعباس، الجزائر، المجلد 10، (العدد 2)، (263-285).
- عبد السلام عادل. (1990). الأقاليم الجغرافية السورية. دمشق، سوريا: مطبعة الاتحاد.
- عمار خوجة فاطمة، و هاشم آمال. (2021). تحديد العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة في الجزائر باستخدام التحليل اللوجستي من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس MICS-6. مجلة آفاق فكرية، جامعة سيدي بلعباس، المجلد 09، (العدد 03)، الصفحات (664-682).
- Drdomart, d. (1990). *Nouveau Larousse Medicale*. Paris, France: Librairie Larousse.

- Finger, C. (2003). *Caesarean Section Rates Skyrocket in Brazil. Many Women are Opting for Caesareans in the Belief that it is a Practical Solution*, Vol 362. N09384 August. USA: National Library of Medicine- National Center for Biotechnology Information.
- MSPRH, Unicef, UNFPA. (2020). *Enquête par grappes à indicateurs multiples [MICS6] 2019*. Algérie.
- MSPRH. (2021). *Le Taux de la Mortalité Maternelle en Algérie. (En ligne)*. Disponible sur: <https://www.aps.dz/Santé-Science-Technologie/113922>. Consulté le: 13 Avril 2025.
- OMS. (2017). *Raapport de l'Organisation Mondiale de la Santé. Données et Statistiques de l'OMS, (En ligne)*. Base de Données. Disponible sur: <https://www.who.int/gho/Fr>.
- OMS. (2019). *Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme, de l'Enfant et de l'Adoliscient (2016- 2030)*. (En ligne), Disponible sur: A72/30Stratégie Mondiale pour la Santé de la Femme de l'Enfant et de l'Adoliscient (2016- 2030) (Who-int).
- World Health Organization. (October 2006). *Documents Fondamentaux Supplément à la Quarante- Cinquième Edition*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

