

تحديد العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة في الجزائر باستخدام التحليل اللوجستي من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس

MICS6

Identify factors affecting eligible health care during childbirth in Algeria
using logistical analysis through the MICS6 cluster survey database

طا. با. عمار خوجة فاطمة¹ ، هاشم أمال²

¹ جامعة وهران 2 محمد بن أحمد (الجزائر). inamatita1975@gmail.com

² جامعة وهران 2 محمد بن أحمد (الجزائر). hachemamel1@yahoo.fr

تاريخ النشر: 2021/12/30

تاريخ القبول: 2021/12/06

تاريخ الاستلام: 2021/07/31

ملخص

رغم التراجع الملحوظ لوفيات الأمومة في الجزائر خلال السنوات الأخيرة من 117,4 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1999 إلى 48 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2020 (وزارة الصحة و السكان، 2021) نتيجة الجهود المبذولة لتحسين الرعاية الصحية للمرأة في سن الإنجاب، إلا أن هذه المعدلات تبقى بعيدة كل البعد عن أهداف الألفية الأخيرة. يهدف هذا المقال إلى تحديد أهم العوامل السوسيوديمغرافية والاقتصادية المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة للنساء الجزائريات في سن الإنجاب (15-49 سنة) أثناء الولادة، معتمدين على قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس لسنة 2018. بينت نتائج نموذج الانحدار اللوجستي أن هناك فوارق بين النساء من حيث الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة حسب مكان الإقامة والمنطقة الجغرافية والمستوى التعليمي والمعيشي للمرأة. فنساء الجنوب والهضاب العليا والمناطق الريفية أقل حضاً مقارنة بنساء الشمال والمناطق الحضرية، مما يساهم في تعميق الفوارق بين النساء وبالتالي يستوجب الأمر بذل الجهود للقضاء على هذه الفوارق ومنح رعاية صحية مؤهلة لكل امرأة خلال الولادة. كلمات مفتاحية: الرعاية الصحية التوليدية - الرعاية الصحية المؤهلة - وفاة الأمومة - التحليل اللوجستي.

Abstract

Despite a marked decline in maternal deaths in Algeria in recent years from 117.4 deaths per 100,000 live births in 1999 to 48 deaths per 100,000 live births in 2020 (Ministry of Health and Population, 2021) as a result of efforts to improve women's health care at reproductive age, these rates remain far from the goals of the last millennium.

This article aims to identify the most important socio-demographic and economic factors affecting qualified health care for Algerian women of childbearing age (15-49 years) during childbirth, relying on the 6th MIC Cluster Survey database for 2018.

The results of the logistics regression model showed that there are differences between women in terms of access to qualified health care during childbirth by place of residence, geographical area and educational and living level of women. Women in the South, upper highlands and rural areas are less motivated than women in the North and urban areas, which contributes to deepening the differences between women and therefore requires efforts to eliminate them and to grant qualified health care to every woman during childbirth..

Key words: Obstetric health care - qualified health care - maternal death - logistics analysis.

* المؤلف المرسل.

مقدمة:

تمثل كل من وفيات الأمهات والرضع مؤشرات هامة وأساسية لتقييم الوضعية الصحية لأي دولة من جهة ومستوى التطور من جهة أخرى. ولهذا اهتمت كل من المنظمة العالمية للصحة (OMS) والمنظمة العالمية للطفولة (UNICEF) وكذلك بعض المنظمات غير الحكومية (ONG) بالحد من هذه الظواهر عن طريق خفض معدلاتها خاصة في الدول النامية أين تسجل معدلات جد مرتفعة تفوق في بعض الأحيان 1000 وفاة لكل 100000 ولادة حية فيما يخص وفيات الأمومة (HACHEM, 2018, p.272)، حيث شكل الحد منها مصدر قلق كبير في العقود الأخيرة على المستوى الدولي، مما دفع الدول والمنظمات العالمية إلى عقد عدة مؤتمرات أولها مؤتمر نيروبي بكينيا عام 1987 حول الأمومة الآمنة، ثم المؤتمر الأول للأمم المتحدة لحقوق الطفل سنة 1990 بنيويورك، والمؤتمر الثالث في سبتمبر 2000 بنيويورك، الذي تم من خلاله إبرام معاهدة الألفية الإنمائية، والتي من أهدافها تحسين الوضع الصحي للأمهات، والرضع وتخفيض نسبة وفيات الأمهات بنسبة 75% بحلول سنة 2015، وذلك بتوفير الرعاية الصحية المؤهلة للنساء في سن الإنجاب.

وعلى الرغم أن العالم شهد تراجعا في معدلات الوفاة منذ 1990 يقدر تقريبا بـ 2.3% سنويا (OMS, 2019, p.1)، إلا أن مجموعة من الدول مازالت تسجل معدلات مرتفعة بعيدة كل البعد عن أهداف الألفية مثل خفض معدل وفيات الأمومة بنسبة 5.5% سنويا بحلول سنة 2015، وتسجيل صفر وفاة بحلول عام 2030 حسب الأهداف الرئيسية للمؤتمر الدولي الأخير للتنمية بنيروبي (12 و 14 نوفمبر 2019). كما تشير آخر إحصائيات المنظمة العالمية للصحة إلى أنه يوميا يتم تسجيل 808 وفاة امرأة في العالم بسبب مضاعفات الحمل والولادة (OMS, 2017, p.1)، معظمها في الدول النامية، وخصوصا إفريقيا ودول جنوب آسيا (99%)، ويمثل النزيف الدموي وارتفاع ضغط الدم والالتهابات والأسباب غير المباشرة من بين أهم الأسباب المؤدية إلى الوفاة والتي كان من الممكن تفاديها. إن خطر وفاة امرأة تعيش في بلد منخفض الدخل لأسباب تتعلق بالأمومة خلال حياتها يبلغ حوالي 130 مرة خطر وفاة امرأة تعيش في بلد مرتفع الدخل (OMS, 2017, p.2). لذا تعتبر وفيات الأمهات مؤشر صحي يظهر حجم الفجوات بين الدول، وبين الأغنياء والفقراء وكذلك داخل نفس البلد بين سكان الريف والحضر وغالبًا ما تكون مرتبطة بالمستوى الاجتماعي والاقتصادي ومستوى التعليم وعوامل أخرى.

والجزائر كغيرها من الدول تسجل معدلات مرتفعة لوفيات الأمومة رغم الانخفاض الملحوظ خلال العشرية الأخيرة، إلا أنها بعيدة كل البعد عن الأهداف التنموية، على الرغم من كل الجهود المبذولة منذ الاستقلال إلى يومنا هذا في مجال صحة الأم والطفل، بتحسين ظروف الولادة والرعاية الصحية للنساء الحوامل أثناء الحمل والولادة وبعدها في جميع أنحاء البلاد من خلال تطوير وبناء المنشآت الصحية (271 مؤسسة عمومية للصحة الجوارية و195 مؤسسة عمومية إستشفائية و32 مجمع صحي لرعاية الأم والطفل) (MSPRH, 2020, p.1). تشير الإحصائيات إلى انخفاض معدل وفيات الأمومة من 215 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1990 إلى 60.3 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2014 (HACHEM, 2018, p.272) وإلى 48,5 وفاة لكل 100000 ولادة حية حسب المسح الثاني والأخير لوزارة الصحة والسكان حول وفيات الأمومة الذي اجري سنة 2020 (MSPRH, 021). وتشير إحصائيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات إلى أن أكثر من ثلثي الوفيات تحدث خلال 42 يومًا بعد الولادة، وغالبًا خلال 48 ساعة الأولى بعد الولادة، ومن أهم أسبابها نزيف الأعضاء التناسلية ومضاعفات ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل والالتهابات وذلك نتيجة لعدة عوامل منها الجغرافية والصحية والاقتصادية والاجتماعية والديمقراطية، مما يمنع المرأة من الاستفادة من الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الحمل والولادة، كلها عقبات تحول الولادة التي هي حدث سعيد إلى حدث محزن وتعييس.

فرغم كل الإجراءات التي اتخذتها الجزائر للحد من وفيات الأمومة، ورغم أن 98,6% من النساء يلدن في المصالح الصحية (MICS6, 2019, p.179)، وأن 95,3% منهن قمن بالمعايدة الطبية على الأقل مرة واحدة خلال آخر حمل لهن (MICS6, 2019, p.164)، إلا أن معدلات وفيات الأمومة تبقى مرتفعة، وبالتالي النتائج غير كافية وبعيدة كل البعد عن الأهداف المسطرة.

وعلى ضوء ما سبق ذكره تأتي هذه الدراسة لتسليط الضوء على أهم العوامل التي تحد من حصول المرأة على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة في الجزائر، والاجابة على السؤال التالي:

ما هي العوامل المؤثرة في حصول المرأة الجزائرية على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة؟

فرضيات الدراسة حددت كما يلي:

- كلما ارتفع المستوى التعليمي او المستوى المعيشي للمرأة الريفية او الجنوبية يزيد استخدامها للرعاية الصحية التوليدية المؤهلة.
- المرأة الحضرية هي أكثر حظا من نظيرتها في المناطق الريفية في الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة.
- سن المرأة له تأثير على حصولها على الرعاية الصحية أثناء الولادة.

تهدف هذه الدراسة إلى:

- تحديد أهم العوامل التي تعيق النساء للوصول والحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة.
- تفسير العلاقة بين الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والعوامل السوسيوديمغرافية والاقتصادية والجغرافية من خلال بناء نموذج رياضي، مما يساعد في تحسين الخدمات الصحية الموجهة للنساء في سن الإنجاب، وبالتالي خفض معدلات وفيات الأمومة ووفيات الرضع.

لقد اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، من خلال استخدام الجداول التكرارية وبناء نموذج رياضي والذي يتمثل في الانحدار اللوجستي الثنائي، وذلك بعد فحص جودة توفيق البيانات. يتيح لنا المنهج الوصفي التعرف على خصائص النساء في سن الإنجاب، واختبار العلاقة بين الرعاية الصحية المؤهلة والمتغيرات السوسيوديمغرافية والاقتصادية والجغرافية. أما بالنسبة للمنهج التحليلي فقد استعينا بنموذج الانحدار اللوجستي الثنائي، وهو احد أساليب التحليل الإحصائي متعدد المتغيرات و الذي يتماشى وأهداف الدراسة. واتخذنا نسبة خطأ تساوي 5 %، نأخذ من خلالها القرار.

اعتمدنا في هذه الدراسة على قاعدة بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات السادس لسنة 2018 (MICS6)، والتي ضمت خمس ملفات (النساء في سن الإنجاب، الأسر، الأطفال ما بين 5 و 17 سنة والأطفال الأقل من خمس سنوات واختبار جودة المياه). وللتأكد من فرضيات

الدراسة اعتمدنا على ملفين فقط هما: ملف البيانات الموجه للنساء في سن الإنجاب وملف البيانات الموجه للأسر لاستكمال المعلومات الناقصة في الملف الأول حسب ما تتطلبه هذه الدراسة، وبالتالي شمل الملف الخاص بالنساء في سن الإنجاب 37227 إمراة ما بين 15-49 سنة، موزعين على 24 ولاية جزائرية التي مسح المسح العنقودي السادس. وبما أن دراستنا هذه تخص فقط النساء اللواتي لديهن ولادة أو أكثر خلال السنتين التي سبقت المسح أي اللواتي أنجن ما بين 2016-2017، قمنا إذا بتصفية الملف الأول وذلك بحذف بيانات النساء العازيات واللواتي لم ينجبن، واعتمدنا فقط على النساء اللواتي لديهن مولود حي وكذلك حذف المفردات ذات البيانات الناقصة حسب ما يتطلبه تحليل الانحدار اللوجستي، وبالتالي قدرت عينة الدراسة بـ 4146 امرأة.

1. متغيرات الدراسة:

في بادئ الأمر سوف نعرض متغيرات الدراسة ثم نناقش جودة البيانات المستخدمة في هذه الدراسة.

1.1. المتغير التابع:

يتمثل في "الحصول على الرعاية الصحية التوليدية المؤهلة للمرأة"، وهو متغير نوعي ثنائي التفرع أي يحمل صفتين: "1" نعم "هناك رعاية صحية مؤهلة" و"0" لا "لم تكن هناك رعاية صحية مؤهلة". وقد تم إنشاء هذا المتغير عن طريق المعلومات المتوفرة في قاعدة البيانات حول الولوج الصحي والرعاية الصحية من خلال توحيد الإجابات عن السؤال الموجه للمرأة: "من ساعدك عند ولادة طفلك الأخير؟"، حيث كانت الإجابات المقترحة على النحو التالي:

- مساعدة من طرف طبيب مختص (شخص مؤهل)
- مساعدة من طرف طبيب عام (شخص مؤهل)
- مساعدة من طرف قابلة (شخص مؤهل)
- مساعدة من طرف ممرض (ة) (شخص مؤهل)
- مساعدة من طرف قابلة تقليدية (شخص غير مؤهل)
- مساعدة من شخص من العائلة أو صديق (شخص غير مؤهل)
- آخر (شخص غير مؤهل)

- لا أحد (شخص غير مؤهل)

واستخدم برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) الطبعة 22 وذلك بجمع الإجابات للأشخاص المؤهلين على أن المرأة حظيت برعاية صحية مؤهلة وتم ترميزها بـ "نعم". أما بالنسبة للإجابات بالأشخاص غير المؤهلين أي أن المرأة لم تحظى برعاية صحية مؤهلة فتم جمعها ورمزت بـ "لا".

2.1. المتغيرات المستقلة:

بعد تحديد أهم المتغيرات المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة للمرأة أثناء الولادة، واعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات السادس 2018، استخرجنا مجموعة من المتغيرات لها ارتباط وتأثير على المتغير التابع للدراسة، منها متغيرات كمية كالسن وعدد الأطفال في الأسرة، ومتغيرات نوعية كالمستوى المعيشي للمرأة، المستوى الدراسي، مكان الإقامة، الإصابة بمرض مزمن والمنطقة الجغرافية.

2. تقييم جودة البيانات:

تعتبر هذه العملية من أهم الخطوات قبل البدء في أي تحليل إحصائي، حيث تسمح بتقدير التماسك الداخلي والخارجي للبيانات، فمن المعروف أن دقة النتائج تتطلب جودة عالية للبيانات، وهذا معناه أن نسبة عدم الإجابة يجب أن تكون أقل من 10%.

ومن أجل تقييم جودة بيانات هذه الدراسة قمنا بحساب نسبة عدم الإجابة لكل متغيرات الدراسة فكانت النتائج جيدة لمعظم المتغيرات ما عدى بالنسبة لمتغير "الإصابة بمرض مزمن"، حيث قدرت نسبة عدم الإجابة بـ 26,5% وهي تفوق النسبة المعمول بها. وبالتالي لتطبيق التحليل اللوجستي قمنا بتصفية ملف بيانات الدراسة وحذف القيم المفقودة بما أنها تتعدى 10% وهذا راجع لما يتطلبه التحليل.

3. نموذج الانحدار اللوجستي:

1.3. مفهوم نموذج الانحدار اللوجستي:

عامة يعرف تحليل الانحدار على انه نموذج يقوم بتحليل و تفسير العلاقات التي تربط المتغير التابع مع المتغير المستقل أو المتغيرات المستقلة عن طريق معادلة رياضية إما خطية وهنا يكون الانحدار خطي أو غير خطية وبالتالي يكون الانحدار غير خطي (هاشم وشحرور،

2020، ص.6)، وبعد تحديد شكل العلاقة يتم تقدير معالم النموذج التي تمثل مقدار تأثير المتغير التابع بالمتغيرات المستقلة (المفسرة) ويكون ذلك إما للتفسير أو للتنبؤ حسب ما تتطلبه أهداف الدراسة.

الانحدار اللوجستي نوع من أنواع الانحدار، يكون فيه المتغير التابع متغير اسمي، يمكن أن يأخذ قيمتين (الانحدار اللوجستي الثنائي) أو يأخذ أكثر من قيمتين (الانحدار اللوجستي المتعدد) (TUFFERY, 2010, p. 115)، إلا أنه في التحليل اللوجستي لا يكون الهدف هو تفسير التغير في قيم المتغير التابع ولكن احتمال حدوث أو عدم حدوث الظاهرة المدروسة. وبالتالي فإن التحليل اللوجستي الثنائي يعمل على تحليل البيانات وتوضيح العلاقة بين متغير الاستجابة (المتغير التابع) (Y) والذي يكون ثنائي الإجابة أي يأخذ قيمتين (0) و(1)، بحيث عند وقوع الحدث $Y=1$ وعند عدم وقوع الحدث $Y=0$ (رباب عبد الرضا، 2019، ص. 547) والمتغير المستقل أو مجموعة من المتغيرات المستقلة (X_k) حيث $K=(1, 2, 3, \dots, n)$.

وبالتالي بالنسبة للمتغير التابع Y ثنائي الإجابة (1-0) تكون P احتمال وقوع الحدث (الحصول على الرعاية الصحية التوليدية المؤهلة) و $1-p$ احتمال عدم وقوعه (عدم الحصول على الرعاية التوليدية المؤهلة) (هاشم وشحرور، 2020، ص. 214).

وتكتب معادلة الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة بالشكل التالي:

$$\text{Log} (P/1-P)=b_0+b_1 X_1+b_2 X_2+b_3 X_3+\dots+b_n X_n$$

حيث أن:

Y تمثل المتغير التابع ثنائي الإجابة

b_0 تمثل الحد الثابت في معادلة الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة

يمثل المقدار $P/(1-P)$ نسبة الترجيح (Ratio Odds) والتي يعتمد عليها في تفسير معالم النموذج وذلك حسب نوع المتغير المفسر المستقل.

X_k تمثل المتغيرات المستقلة

4. تقديم نتائج الدراسة:

1.4. خصائص العينة:

1.1.4. الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والسن:

جدول 1

توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة و سن المرأة عند آخر ولادة.

المجموع (%)	لا	نعم	الرعاية الصحية عند الولادة السن عند آخر ولادة
4.4	0.1	4.3	أقل من 20 سنة
74.0	1.0	73.0	34-20
21.6	0.3	21.3	من 35 سنة فأكثر
100	1.4	98.6	المجموع

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6

من خلال مخرجات الجدول رقم 1 نلاحظ أن أغلبية النساء حصلن على المساعدة الطبية أثناء الولادة (98.6%). وبينت نتائج كاي مربع أنه لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة و سن المرأة حيث $p > 0.05$.

2.1.4. الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والإصابة بمرض مزمن

تشير الدراسات في مجال الطب عامة إلى وجود علاقة قوية بين الإصابة بمرض مزمن والرعاية الصحية عند الولادة. فحسب معطيات الجدول رقم 2، 98.7 % من النساء المصابات بمرض مزمن تحصلن على الرعاية الصحية عند الولادة، فمن المعروف أن هذه الفئة من النساء تكون في حاجة ماسة لمتابعة صحية خاصة من بداية الحمل إلى غاية الولادة، حتى انه يطلق عليها اسم "الأمومة عالية الخطورة". بينت نتائج اختبار كاي تربيع من خلال تطبيقه على بيانات الدراسة أنه لا يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الإصابة بمرض مزمن والحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة ($P > 0.05$). وبالتالي هذا يعني انه لا يجب تعميم فرضية أن الإصابة بأحد الأمراض المزمنة يؤثر على الرعاية الصحية المؤهلة، إذا هذين المتغيرين (الإصابة بمرض مزمن و الرعاية الصحية المؤهلة) غير مرتبطين حسب بيانات المسح العنقودي السادس.

جدول 2

توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة والإصابة بمرض مزمن

المجموع (%)	لا	نعم	الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة الإصابة بمرض مزمن
22.1	0.3	21.8	نعم
77.8	1.0	76.8	لا
0.1	0	0.1	لا أعلم
100	1.3	98.7	المجموع (%)

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على المسح العنقودي السادس MICS6

3.1.4. الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والمستوى التعليمي للمرأة :

بينت نتائج اختبار كاي تربيع وجود علاقة ذات دلالة إحصائية بين الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة والمستوى الدراسي للمرأة ($p < 0.05$). حيث تشير نتائج الجدول رقم 3 أن النساء الجامعيات حصلن كلهن على الرعاية الصحية أثناء الولادة، وتؤول هذه النسبة إلى الانخفاض كلما انخفض المستوى التعليمي للمرأة لتصل إلى 0,7% عند النساء بدون مستوى، مما يدل على أن للتعليم دور أساسي في التأثير على سلوكيات الأفراد وخاصة النساء.

جدول 3

توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة والمستوى الدراسي للمرأة.

المجموع (%)	لا	نعم	الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة المستوى التعليمي للمرأة
14.4	0.7	13.4	بدون مستوى
15.2	0.3	14.9	ابتدائي
30.9	0.2	30.7	متوسط
22.6	0.1	22.5	ثانوي
17.2	0	17.1	جامعي
100	1.3	98.7	المجموع (%)

المصدر: من إعداد الباحث اعتماداً على المسح العنقودي السادس MICS6

4.1.4. الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والمستوى المعيشي للمرأة

جدول رقم 4

توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة والمستوى المعيشي للمرأة.

المجموع (%)	لا	نعم	الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة المستوى المعيشي للمرأة
49.9	1.1	47.9	فقير
20.4	0.2	20.2	متوسط
30.5	0	30.5	غني
100	1.3	98.7	المجموع (%)

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6

حسب الجدول رقم 4، نلاحظ أن 98.7 % من النساء حصلن على الرعاية الصحية عند الولادة خلال آخر ولادة لهن، ولكن بفوارق حسب المستوى المعيشي، وقد أكدت نتائج اختبار كاي مربع على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية ($p < 0.05$) بين المستوى المعيشي للمرأة والحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة. حيث بينت معطيات الجدول رقم 5 أن نسبة النساء اللاتي لم تتحصل على الرعاية الصحية أثناء الولادة ترتفع مع انخفاض المستوى المعيشي، فالنساء الغنيات تحصلن كلهن على الرعاية الصحية، بينما 1,1% من النساء الفقيرات لم تتحصل على الرعاية الصحية، وهذا يعني أن النساء ذوات المستوى المعيشي المتدني يجدن صعوبة في الوصول إلى الرعاية الصحية التوليدية على الرغم من توفر العلاج المجاني في الجزائر، وبالتالي مازالت المرأة الفقيرة تواجه العراقيل للحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة، وقد أشار الباحث محمد مبدول في مجموعة من أبحاثه إلى أن الطبقة المتوسطة والغنية هي المستفيدة بالدرجة الأولى من الصحة العمومية المجانية (MEBTOUL, 2013, p. 63).

5.1.4. الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة وعدد الأطفال:

جدول رقم 5 توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية عند الولادة وعدد الأطفال.

عدد الأطفال	الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة	نعم	لا	المجموع (%)
طفل واحد	25.2	0.3	25.5	
2 طفل- 3 أطفال	47.4	0.6	48.0	
أكثر من ثلاثة أطفال	26.1	0.4	26.6	
المجموع (%)	98.7	1.3	100	

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6

نلاحظ من خلال معطيات الجدول رقم 5 أن 98,7% من النساء المبحوثين تحصلن على الرعاية الصحية أثناء الولادة على الرغم من اختلاف عدد أطفالهن من التجارب السابقة للولادة. وبين اختبار كاي مربع عدم وجود علاقة ذات دلالة إحصائية ($p > 0.05$) بين عدد الأطفال للمرأة والحصول على الرعاية الصحية التوليدية، وهذا يعني أن المرأة الجزائرية مهما كان عدد الأطفال لديها تتجه إلى المصالح التوليدية للولادة مما يدل على اهتمامها بحياتها وحياة جنينها.

6.1.4. الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة ومكان الإقامة:

أثبتت الدراسات في مجال الرعاية الصحية لكل من مبتول (MEBTOUL, 2017, p.6) وسياس سيكا (CISSE SIAKA, 2018, p.116) وندي فاتونقوم (Ndye FATOU NGOM, 2016, p. 96) على وجود علاقة بين مكان الإقامة والولوج للرعاية الصحية بصفة عامة والرعاية الصحية التوليدية بصفة خاصة. حسب معطيات الجدول رقم 6 نلاحظ أن 98,7% من النساء حصلن على الرعاية الصحية، ولكن بفوارق تصل تقريبا إلى الضعف حسب مكان الإقامة لصالح المناطق الحضرية (60,6% مقابل 38,1%). وبينت نتائج اختبار كاي تربيع على وجود علاقة ذات دلالة إحصائية ($p < 0.05$) بين مكان الإقامة والحصول على الرعاية الصحية التوليدية. كما أظهرت نتائج الدراسة (الجدول رقم 6) أن معظم النساء اللواتي لم يحصلن على المتابعة الصحية أثناء الولادة يقمن في المناطق الريفية، ويرجع تفسير هذا أولا إلى كون المرأة الحضرية أكثر وعيا بمخاطر الولادة خارج المصالح الصحية وثانيا بالى التوزيع غير المتساوي للكفاءات الطبية المؤهلة بين المنطقتين حتى إن وجدت الهياكل الصحية، وأخيرا تدخل العوامل الثقافية والاجتماعية، مما تحول دون استفادة المرأة الريفية من الرعاية الصحية التوليدية المؤهلة.

جدول رقم 6

توزيع العينة حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة ومكان الإقامة.

المجموع (%)	لا	نعم	الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة مكان الإقامة
60.9	0.3	60.6	حضري
39.1	1.0	38.1	ريفي
100	1.3	98.7	المجموع (%)

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6

7.1.4. الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة والمنطقة الجغرافية:

تتميز الجزائر بكبر مساحتها، والتي يمكن تقسيمها إلى ثلاثة مناطق جغرافية كبرى هي: منطقة الشمال، منطقة الهضاب العليا ومنطقة الجنوب، وتتميز كل منطقة بمناخ خاص بها والذي يلعب دورا كبيرا في عملية العرض والطلب في جميع المجالات لا سيما المجال الصحي.

من خلال معطيات الجدول رقم 7 نلاحظ أن 98.7% تحصلن على الرعاية الصحية، في حين 1.3% لم يحصلن على هذه الرعاية، وهي موزعة بين مناطق الهضاب العليا ومناطق الجنوب. فقد بين المسح العنقودي السادس أن كل نساء الشمال تحصلن على الرعاية الصحية. أما فيما يخص المناطق الأخرى فنجد نساء الجنوب و الهضاب العليا وسط هن اللواتي لم يحصلن على الرعاية الصحية بنسب اكبر من نساء الهضاب العليا شرق وغرب، ويرجع هذا لعدة عوامل في مقدمتها التوزيع غير العادل للهياكل 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 ($p < 0.05$).

جدول رقم 7

توزيع النساء حسب الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة والمنطقة الجغرافية

الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة	نعم	لا	المجموع (%)
منطقة الإقامة			
الشمال وسط	11.5	0	11.5
الشمال غرب	12.9	0	12.9
الشمال شرق	12.6	0	12.6
الهضاب العليا وسط	16.2	0.5	16.7
الهضاب العليا غرب	13.0	0.1	13.1
الهضاب العليا شرق	14.2	0.1	14.2
الجنوب	18.2	0.6	18.8
المجموع (%)	98.7	1.3	100

المصدر: من إعداد الباحثين اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6

5. بناء نموذج الانحدار اللوجستي ثنائي الإجابة:

كما سبق وأن ذكرنا سوف نعتمد على الانحدار اللوجستي الثنائي لدراسة العلاقة بين المتغير التابع ثنائي الإجابة والمتغيرات المفسرة وذلك من خلال بناء نموذج يفسر العلاقة الموجودة بين المتغيرات السوسيوديمغرافية والاقتصادية، والجغرافية (السن- مكان الإقامة- المنطقة الجغرافية- المستوى التعليمي- المستوى المعيشي- عدد الأطفال- الإصابة بمرض مزمن) ومتغير الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة.

1.5. نتائج التحليل اللوجستي:

بعد ما تم عرض العلاقة الموجودة بين المتغيرات المستقلة كل واحد على حدا مع المتغير التابع، يسمح لنا تحليل اللوجستي بمعرفة أي من هذه المتغيرات المستقلة أكثر تأثيراً على المتغير التابع الثنائي الصفة (0-1) أي الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة (1) وعدم الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة (0). بعد إدخال كل المتغيرات المستقلة في النموذج تبين أن العينة استخدمت كلياً 100% ويعتبر هذا التردد جيد جداً.

يوضح الجدول رقم 9 معالم النموذج الأمثل التي تحصلنا عليها في الدورة الخامسة وقيمها بالإضافة إلى الخطأ المعياري لكل معلمة وإحصائية Wald لكل معلمة مع عدد درجات الحرية ودلالاتها الإحصائية، ومن خلال نتائج هذا الجدول تبين عدم معنوية كل من سن المرأة عند الإنجاب وعدد الأطفال والإصابة بأحد الأمراض المزمنة، بينما تبين أن مكان الإقامة والمستوى التعليمي والمنطقة الجغرافية والمستوى المعيشي ذات معنوية وبالتالي لها تأثير على الحصول على الرعاية التوليدية المؤهلة. والأكثر تأثيراً هو المستوى التعليمي للمرأة ووسط الإقامة، فحقيقة إن الانتماء إلى الوسط الحضري يعطي إمكانية للوصول إلى الهياكل الصحية أكثر من الانتماء للوسط الريفي، فهناك نساء يقطعن مسافات طويلة من أجل الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة حفظاً على صحتهم وصحة جنينهن، كما أن ضعف المستوى المعيشي يؤثر على المرأة في حصولها على الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة. والملاحظ في نتائج التحليل اللوجستي أن أكثر المتغيرات تأثيراً على الوصول إلى الرعاية الصحية المؤهلة هو المستوى التعليمي يليه المنطقة الجغرافية، فكلما ارتفع مستوى تعليم المرأة كلما زاد وعيها وحرصها على صحتها. أما فيما يخص المنطقة الجغرافية فإن

توفر الهياكل الصحية والكوادر الطبية خاصة المؤهلين في أماكن معينة من البلاد يحول دون الحصول عليها من طرف بعض النساء ذوات الدخل الضعيف. وبالتالي تؤكد فرضيتنا القائلة أن الإقامة في منطقة حضرية يقدم مزايا للمرأة من حيث إمكانية الوصول إلى المصالح الصحية ذات خدمات توليدية مؤهلة مهما كان مستواها المعيشي.

جدول رقم 9

نتائج معالم النموذج بوجود المتغيرات المفسرة.

المتغيرات المفسرة	قيمة اللوجيت	الخطأ المعياري	Wald	درجة الحرية	مستوى الدلالة المحسوب	Exp(B) نسبة الرجحان	مجال الثقة 95 %	
							الأدنى	الأعلى
المستوى التعليمي	5,690	1,390	16,661	1	,000	1,766	1,344	2,320
المستوى المعيشي	0,664	0,307	4,679	1	,031	1,942	1,064	3,544
مكان الإقامة	-0,789	0,329	5,773	1	,016	0,454	0,238	0,865
المنطقة الجغرافية	-0,327	0,086	14,430	1	,000	0,721	0,609	0,854
الثابت	5,157	1,197	18,563	1	,000	173,666		

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6

وبالتالي يمكن كتابة معادلة الانحدار اللوجستي الثنائي للنموذج كالاتي :

$$\text{Log (Pi/(1-Pi))} = 0,569 + \text{مستوى الدراسي} - 0,789 \text{ المنطقة الجغرافية} - 0,327 \text{ المنطقة الجغرافية} + 5,157 \text{ +وسط الإقامة}$$

ويمكن ترتيب المتغيرات حسب درجة تأثيرها على المتغير التابع من خلال الجدول الآتي:

جدول رقم 10

ترتيب المتغيرات المفسرة حسب درجة تأثيرها على المتغير التابع

المرتبة	1	2	3	4
المتغير	المستوى التعليمي	مكان الإقامة	المنطقة الجغرافية	المستوى المعيشي

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على المسح العنقودي السادس MICS6

من خلال هذا الجدول يعتبر المستوى التعليمي الأكثر تأثيرا على المتغير التابع ويليهِ متغير مكان الإقامة ثم يأتي بعد ذلك كل من المنطقة الجغرافية و المستوى المعيشي.

2.5. تفسير نسبة الرجحان (Exp(B)):

- بالنسبة للمستوى التعليمي: احتل متغير المستوى التعليمي المرتبة الأولى من حيث التأثير على المتغير التابع. فاحتمال الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة يزيد بحوالي مرتين (1,766) عندما يزيد المستوى التعليمي بدرجة واحدة.
- مكان الإقامة: احتمال الحصول على الرعاية الصحية التوليدية المؤهلة يزيد بأكثر من النصف (0,721) عندما يزيد مكان الإقامة بدرجة واحدة .
- المنطقة الجغرافية: يزيد احتمال الحصول على الرعاية الصحية التوليدية المؤهلة 0,454 باقل من النصف (0,454) عندما تزيد المنطقة الجغرافية بدرجة واحدة.
- بالنسبة للمستوى المعيشي: فاحتمال الحصول على الرعاية الصحية أثناء الولادة يزيد تقريبا مرتين (1,942) عندما يزيد المستوى المعيشي بدرجة واحدة.

خاتمة:

هدفت هذه الدراسة الى تحديد العوامل المؤثرة على الحصول على الرعاية التوليدية المؤهلة عند النساء في سن الإنجاب في الجزائر، فرغم التراجع المسجل في معدلات وفيات الأمومة نتيجة الجهود المبذولة تبقى هذه المعدلات مرتفعة شيئا ما مقارنة بالأهداف التنموية المسطرة حيث أن معظمها يحدث أثناء أو مباشرة بعد الولادة.

أظهرت نتائج الدراسة أن هناك فوارق بين النساء من حيث الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة حسب مكان الإقامة والمنطقة الجغرافية والمستوى التعليمي والمعيشي للمرأة. فنساء الجنوب والهضاب العليا والمناطق الريفية اقل حضا مقارنة بنساء الشمال والمناطق الحضرية. كما أن حصول المرأة على مستوى تعليمي مرتفع أو مستوى معيشي جيد يزيد من فرصتها في الحصول على رعاية توليدية مؤهلة.

من خلال هذا يجب أن تتحد الجهود من خلال وضع إستراتيجية جديدة للحد من هذه الفوارق وكذلك توعية النساء بأهمية الرعاية الصحية المؤهلة في كل مراحل الحمل من أجل القضاء على وفيات الأمومة من جهة وتحسين صحة الأم والرضيع من جهة أخرى.

الملاحق:

الملحق 1 : نتيجة كاي تربيع بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة و الإصابة بالأمراض المزمنة -

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,142 ^a	2	,932
Rapport de vraisemblance	,207	2	,902
Association linéaire par linéaire	,131	1	,718
Nombre d'observations valides	4146		

a. 2 cellules (33,3%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de ,07.

المصدر: مخرجات SPSS

الملحق 2 : نتيجة كاي تربيع بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة و المستوى التعليمي للمرأة -

Tests du Khi-deux			
	Valeur	Ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	64,407 ^a	4	,000
Rapport de vraisemblance	50,216	4	,000
Association linéaire par linéaire	47,631	1	,000
Nombre d'observations valides	4146		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 7,75.

المصدر: مخرجات SPSS

الملحق 3 : نتيجة كاي تربيع بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة و المستوى المعيشي -

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	30,680 ^a	2	,000
Rapport de vraisemblance	36,504	2	,000
Association linéaire par linéaire	29,274	1	,000
Nombre d'observations valides	4146		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 11,22.

المصدر: مخرجات SPSS

الملحق 4 : نتيجة كاي تربيع بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة ومكان الإقامة -

Tests du Khi-deux					
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification exacte (bilatérale)	Signification exacte (unilatérale)
Khi-deux de Pearson	26,561 ^a	1	,000		
Correction pour la continuité ^b	25,147	1	,000		
Rapport de vraisemblance	25,978	1	,000		
Test exact de Fisher				,000	,000
Association linéaire par linéaire	26,555	1	,000		
Nombre d'observations valides	4146				

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 21,48.

b. Calculé uniquement pour un tableau 2x2

المصدر: مخرجات SPSS

الملحق 5 : نتيجة كاي تربيع بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة و منطقة الإقامة -

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	50,458 ^a	6	,000
Rapport de vraisemblance	52,337	6	,000
Association linéaire par linéaire	16,692	1	,000
Nombre d'observations valides	4146		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 6,34.

المصدر: مخرجات SPSS

الملحق 6 : نتيجة كاي تربيع بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة و عدد الأطفال -

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	1,092 ^a	2	,579
Rapport de vraisemblance	1,045	2	,593
Association linéaire par linéaire	,687	1	,407
Nombre d'observations valides	4146		

a. 0 cellules (,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 14,01.

المصدر: مخرجات SPSS

الملحق 7 : نتيجة كاي تربيع بين الحصول على الرعاية الصحية المؤهلة و سن ولادة آخر طفل -

Tests du Khi-deux			
	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)
Khi-deux de Pearson	,157 ^a	2	,925
Rapport de vraisemblance	,147	2	,929
Association linéaire par linéaire	,018	1	,893
Nombre d'observations valides	4145		

a. 1 cellules (16,7%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 2,41.

المصدر: مخرجات SPSS

قائمة المصادر والمراجع:

1. اهندار، عبد الحق و محمد، الأسعد والمحمد ميوسي. (2020). إشكالية الولوج للمرافق الصحية بالمدن الكبرى والمتوسطة بالمغرب حالة مدن: بني ملال والفيقيه وبن صالح وسوق السبت. مجلة "التخطيط العمراني والمجالي"، المركز الديمقراطي العربي، ألمانيا، العدد 3، المجلد 1، ص. ص. 102-124.
2. بن زايد، ريم و فضيل، عبد الكريم. (2016). واقع الصحة الإنجابية في الجزائر مقارنة مع بلدان المغرب العربي تونس و المغرب. مجلة "العلوم الإنسانية والاجتماعية"، ورقلة، جامعة قاصدي مرباح، مجلد 8، رقم 23/ ص. ص. 167-176، على الرابط: <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/39014>
3. بن زبطة، أحيدة. (2007). الرعاية الصحية للفرد في الفقه الإسلامي، رسالة دكتوراه في العلوم الإسلامية، كلية العلوم الإسلامية، جامعة الجزائر.
4. رباب عبد الرضا صالح البكري، سارة عادل مظلوم الرديني. (2019). استعمال طريقة بيز والطرائق الكلاسيكية في تقدير المعلمات: أنموذج الانحدار اللوجستي الثنائي. مجلة "العلوم الاقتصادية والإدارية"، العراق، جامعة بغداد، المجلد 25، العدد 113، ص. ص. 543 – 556.
5. سواكري، خديجة. (2017). واقع الصحة الإنجابية للنسوة الفئة (15-49) سنة بمنطقة الجنوب بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS3. مجلة "العلوم الاجتماعية والإنسانية"، ورقلة، جامعة قاصدي مرباح، العدد 29، ص. ص. 107-118.
6. محمد أمين دعيش ومحمد ساري. (2017). نموذج الانحدار اللوجستي مفهومه، خصائصه وتطبيقاته. مع مثال تطبيق الانحدار اللوجستي ثنائي الحدين على برنامج SPSS. مجلة "السراج في التربية وقضايا المجتمع"، الجزائر، العدد الأول، المجلد 1، مارس 2017، ص. ص. 124-133، على الرابط: <https://www.asjp.cerist.dz/en/article/65846>
7. هاشم، أمال وشحور، رشيد. (2020). تحديد العوامل المؤثرة على الإصابة بالأمراض المزمنة باستخدام تحليل الانحدار اللوجستي الثنائي. مجلة "دراسات ديمغرافية"، الجزائر: جامعة وهران 2، وهران، العدد 1، ص. ص. 209-233.
8. CISSE, Siaka. (2018). Inégalités de recours aux soins de santé maternelle à l'aune des capacités: le cas du Mali. Thèse de doctorat, Université Genève, no. SdS 96
9. URN : urn:nbn:ch:unige-1072213. DOI : 10.13097/archive-ouverte/unige:107221
10. HACHEM, Amel.(2018). Les contraintes socio-économiques et culturelles d'accès aux soins reproductifs chez les femmes en Algérie. Revue « El bahith », Ouergla, Université de kasdi Merbah, Algérie. URL : <https://revues.univ-ouargla.dz/index.php/number-21-september-2018/5193-9>
11. Mebtoul, Mohamed. (2004). Logiques des acteurs sociaux et système de santé en Algérie. Revue "Correspondances", 75, juin 200/février 2004, Tunis : IRMC.

12. MEBTOUL, Mohamed (dir). (2013). Etude sur la qualité des services de santé reproductives en Algérie. Soutenue par CREDES, juin 2013.
13. MEBTOUL, Mohammed et al.(2017). Grossesse et accouchement: Les logiques sociales des responsables, du personnel de santé et des femmes (Algérie). "Face à face", [En ligne], 14 | 2017, mis en ligne le 24 juin 2017, consulté le 30 juillet 2021. URL : <http://journals.openedition.org/faceaface/1149>.
14. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière .UNFPA,UNICEF. (2019). Rapport final des résultats: Enquete par grappes à indicateurs multiples MICS6.
15. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. (2021). Le taux de mortalité maternelle en Algérie. [En ligne]. Disponible sur: <https://www.aps.dz/sante-science-technologie/113922> (Consulté 13Avril 2021).
16. NGOM, Ndeye Fatou. (2016). L'assistance médicale à l'accouchement au Sénégal. thèse de Doctorat, Université de Bordeaux, France.
17. NKURUNZIZA, Médiatrice. (2014). Analyse du recours aux soins Obstétricaux au Burundi: Déterminants et motivations. Thèse de Doctorat, Université Catholique de Louvain, Belgique. DOI: https://doi.org/10.1787/gov_glance-2017-83-fr -OMS (2019) mortalité maternelle.
18. OCDE. (2017). L'accessibilité financière et géographique des soins de santé. Dans Government at a Glance 2017, Éditions OCDE, Paris. Sur: https://doi.org/10.1787/gov_glance-2017-en
19. OMS. (2017). Rapport Organisation Mondiale de la Santé, Données et statistiques de l'OMS, [en ligne] . Base de données. Disponible sur: <https://www.who.int/gho/fr>
20. OMS. (2019). Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent (2016-2030). [en ligne] . Disponible sur: [A72/30 Stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent \(2016-2030\) \(who.int\)](https://www.who.int/publications/m/item/global-strategy-on-women's-health-and-the-family-2016-2030)
21. TUFFERY, Stéphane.(2010). Data mining et statistique décisionnelle: l'intelligence des données. Edit. TECHNIP, Paris, France.
22. Unicef Algérie, Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière. (2015-2019). Plan National de reduction de la Mortalité Maternelle. Algérie. Sur: [https://www.unicef.org](https://www.unicef.org/unicef.org.algeria) › unicef.org.algeria › files

كيفية الاستشهاد بهذا المقال وفق نظام توثيق الجمعية الأمريكية لعلم النفس APA الإصدار السابع (7):

عمار خوجة فاطمة، هاشم أمال. (2021). تحديد العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة في الجزائر باستخدام التحليل اللوجستي من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس MICS6. آفاق فكرية، سيدي بلعباس (الجزائر)، 9 (3)، 682-664 : رابط المجلة

<https://www.asjp.cerist.dz/en/PresentationRevue/396>