

## الرعاية الصحية الانجابية عند النساء في الجزائر

## اعتمادا على معطيات المسح العنقودي السادس MICS6

*Reproductive health care among women in Algeria based on the data of the sixth cluster survey MICS6*

|                                 |                                                                               |                                                              |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|
| علم السكان-<br>السكان<br>والصحة | مخبر السكان والتنمية المستدامة LSP2D<br>جامعة وهران 2 محمد بن احمد- (الجزائر) | سنا بهلولي * Sana Bahlouli<br>Bahlouli.sana@univ-oran2.dz    |
| علم السكان                      | مخبر السكان والتنمية المستدامة LSP2D<br>جامعة وهران 2 محمد بن احمد- (الجزائر) | الوادي الطيب Louadi Tayeb<br>TayebLouadi.tayeb@univ-oran2.dz |

\*\*\*\*\*

تاريخ النشر: 2024/12/31

تاريخ القبول: 2024/12/23

تاريخ الإرسال: 2024/09/05

## ملخص:

تعتبر الصحة الانجابية جزءا مهما من الصحة العامة. تعمل المنظمات مثل صندوق الأمم المتحدة للسكان على تعزيز الصحة الإنجابية من خلال توفير وسائل منع الحمل، دعم السياسات التي تشجع على تنظيم الأسرة، ورغم الجهود الحكومية الموجهة للنساء في سن الانجاب للحد من معدل وفيات، الأمومة. إلا أن هذا المعدل لا يزال مرتفعا مقارنة بالأهداف الانمائية الثمانية للألفية.

في هذه الورقة البحثية تطرقنا إلى العوامل المؤثرة على الصحة الانجابية للمرأة في الجزائر بهدف تقليل وفيات الأمهات. توصلنا إلى أبرز الجهود التي تبذلها الدولة في هذا المجال. وفقا لمعطيات المسح العنقودي السادس، فإن العوامل الرئيسية التي تؤثر على حصول المرأة على الرعاية الصحية الانجابية تشمل المستوى التعليمي، الفوارق المعيشية والجغرافية بين المناطق الحضرية والريفية وكذلك الشمال والجنوب.

الكلمات المفتاحية: صحة؛ صحة إنجابية؛ رعاية صحية؛ وفيات، الأمومة؛ تنظيم الأسرة.

## :ABSTRACT

Reproductive health is an important part of public health. Organizations like the United Nations Population Fund work to promote reproductive health by providing contraceptives and supporting policies that encourage family planning. Despite government efforts directed at women of childbearing age to reduce maternal mortality rates, this rate remains high

\* المؤلف المراسل: sanabahlouli31@gmail.com

compared to the Millennium Development Goals. In this research paper, we addressed the factors influencing women's reproductive health in Algeria with the aim of reducing maternal mortality. We identified the main efforts being made by the state in this area. According to data from the sixth cluster survey, the key factors affecting women's access to reproductive healthcare include educational level, living disparities, and geographical differences between urban and rural areas, as well as between the north and south.

**Keywords:** Health; Reproductive Health; Healthcare; Maternal Mortality; Family Planning.

## 1. مقدمة:

تشمل الرعاية الصحية الإنجابية الحصول على خدمات تنظيم الأسرة الآمنة، والتي تعد حق أساسي من حقوق الإنسان. لها أهمية كبيرة بالنسبة لكلا الجنسين. كما تشمل الحصول على معلومات وخدمات تتعلق بصحة الأم والطفل، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا.

وقد اهتمت مجموعة من المؤتمرات العالمية بالصحة الإنجابية والرعاية الصحية وحثت على ضرورة الاهتمام بها للحد من وفيات الأمهات والذي وصل في الدول النامية إلى 1000 وفاة لكل 100000 ولادة حية (فاطمة وهاشم، 2021، ص 665) وحسب المؤتمر الدولي العالمي بوخاريسست عام 1974 والذي نص على ضرورة تحسين دور المرأة ودمجها الكامل في المجتمع. بالإضافة إلى المؤتمر الدولي للسكان في المكسيك عام 1984 الذي حث على إعطاء المرأة حقوقها المساوية للرجل في جميع مجالات الحياة. إضافة إلى مؤتمر نيروبي بكينيا عام 1987 الذي نص على نشر الوعي حول، الأمومة الآمنة، ونقص وفيات الأمهات وغيرها. (أحمد، 2011، ص 20)

تقدم وزارات الصحة في مختلف الدول خدمات رعاية الأمومة والطفولة والصحة الإنجابية للمواطنين، من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية. وتشمل هذه الخدمات المتابعة الطبية أثناء الحمل والولادة، وتنظيم الأسرة، والتثقيف الصحي المتعلق بالصحة الجنسية والإنجابية. وقد كرست الحكومات مجهودات كبرى للحفاظ على صحة الأم والطفل في العالم العربي الذي يسير نحو طريق التقدم، فقد جاء في مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية عام 1994 العمل على تنظيم الأسرة إضافة إلى تعليم النساء وحمايتهن

من أدوية الإجهاض الخطيرة، توفير أمومة آمنة والوقاية من الأمراض المنقولة جنسيا، الرعاية الصحية قبل الزواج وما إلى ذلك. (أحمد، 2011، صفحة 20)

في منطقة الدول العربية انخفض معدل وفيات الأمهات من 285 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية في عام 1990 إلى 162 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية على مدار عقدين حسب معطيات صندوق الأمم المتحدة للسكان، وقد حث المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وأهداف التنمية المستدامة إلى العمل على خفض المعدل العالمي لوفيات الأمومة إلى 70 وفاة لكل 100000 ولادة حية بحلول عام 2030. (UNFPA، 2024)

سعت الجزائر كغيرها من الدول على توفير الرعاية الصحية للأمهات ووسائل تنظيم الأسرة بهدف الاستخدام الأنسب لوسائل منع الحمل والوصول إلى الأهداف التنموية من جهة والعمل على خفض وفيات الأمهات، والذي يعتبر مؤشر صحي مهم يبين مدى تطور الدول.

حيث قدر عدد وفيات الأمهات في سنة 1999 بـ 215 وفاة لكل مئة ألف ولادة حية منها 202 وفاة لكل مئة ألف ولادة حية في الحضر مقابل 224 وفاة لكل مئة ألف ولادة حية في الريف. ثم استمر معدل الوفيات بالانخفاض حيث بلغ 177.4 وفاة لكل مئة ألف ولادة حية (أحمد، 2011، صفحة 20) منها كانت في فترة النفاس وأخرى خلال الحمل والولادة ومنها بعد الاجهاض، لكن ورغم هذا الانخفاض الملحوظ يبقى مرتفعا مقارنة مع ما جاء في الأهداف الانمائية للألفية. والتي سجلت 10 وفيات لكل مئة ألف ولادة حية خلال نفس السنة، كما تبقى الرعاية الصحية بعد الوضع ضعيفة خاصة في المناطق الريفية. فنسبة النساء التي لم تستفد من الرعاية بعد الولادة بلغت 74.3% في الريف مقابل 66.3% في الحضر ونسبة منها تكون فيها الولادات خارج المؤسسات الصحية (أحمد، 2011، صفحة 21).

بناء على ما تم ذكره وبالرغم من انخفاض معدل وفيات الامهات في الجزائر إلى أنه لا يزال مرتفعا مقارنة بالأهداف الانمائية للألفية. ومن هنا تأتي هذه الدراسة للإجابة على التساؤل التالي:

ما هي العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية للصحة الانجابية للمرأة في الجزائر؟

تهدف هذه الدراسة إلى:

- تحديد أهم البرامج التي ساهمت في تحسين الرعاية الصحية عند النساء بالجزائر.

- آثار التغيير الاجتماعي والديمقراطي على مستويات الرعاية الصحية لدى المرأة.
  - معرفة أهم العوامل التي تحدد تطور الرعاية الصحية الإنجابية عند النساء.
- الدراسات السابقة:**
- دراسة الباحثة خديجة سواكري سنة 2017 بعنوان واقع الصحة الإنجابية للنسوة لفئة (15-49 سنة) بمنطقة الجنوب بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات mics3 الصادرة عن مجلة العلوم الإنسانية الاجتماعية في جوان العدد 29 جامعة قاصدي مرباح (ورقلة الجزائر). وتناولت هذه الدراسة: واقع الصحة الإنجابية لنسوة الجنوب بناء على معطيات المسح mics3 الجزائر 2006، واعتمدت على المنهج الوصفي التحليلي، وتهدف إلى معرفة الواقع الفعلي والحقيقي للصحة الإنجابية للنسوة اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة بالجنوب الجزائري. وتوصلت إلى عدة نتائج أهمها: 89.7 من نسوة منطقة الجنوب أنجن مولودا حيا خلال السنتين السابقتين للمسح تحت إشراف كادر طبي مؤهل، كلما زاد المستوى التعليمي في الجنوب كلما زاد الفحص بعد الولادة، معظم نساء الجنوب التي ولدت ولادة حية كانت ولادة طبيعية. (خديجة، 2017)
  - دراسة الباحثة أمال ينون سنة 2017 بعنوان تحسين الصحة الإنجابية للمرأة ضمن أهداف الإنمائية الألفية - المرأة الجزائرية نموذجا- الصادرة في مجلة الدراسات في ديسمبر العدد 2، بجامعة محمد الصديق بن يحيى، جيجل الجزائر. وتناولت الدراسة الأهداف الإنمائية للألفية ودورها في تطور الصحة الإنجابية بخفض الوفيات وتنظيم الأسرة نتيجة تركيزها واهتمامها بالمرأة. وتشير إشكالية هذه الدراسة إلى ضعف اهتمام المرأة في المحافظة على صحتها في العالم بصفة عامة وفي الجزائر بصفة خاصة. وأهم نتائج هذه الدراسة ما يلي: الظروف في المناطق النائية والأرياف والامية من أكبر العراقيل التي حرمت المرأة من التمتع بصحتها الإنجابية، خطر الموت المبكر الذي يواجه الأمهات المراهقات خاصة في المناطق المنعزلة لعدم إدراكهن أبسط حقوقهن حتى في مجال اختيار الزوج، تأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية على صحة الأمهات، انخفاض معدل الوفيات في الجزائر بفضل تطور الولادات بناء على تطور مستويات الصحة الإنجابية. (أمال، 2017)
  - دراسة الباحثين عمار خوجة فاطمة وهاشم أمال سنة 2021 بعنوان تحديد العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة في الجزائر باستخدام التحليل

اللوجستي من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس، الصادرة بمجلة آفاق فكرية في ديسمبر 2021 العدد 3، بسيدي بلعباس الجزائر، وتناولت اشكالية هذه الدراسة العوامل المؤثرة في حصول المرأة على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة. ومن أهم نتائج هذه الدراسة أن هناك فروق في حصول المرأة على رعاية صحية أثناء الولادة خاصة في الجنوب والهضاب العليا والمناطق الريفية، كما أن المستوى التعليمي والمعيشي يؤثر على تطور الرعاية الصحية أثناء الولادة. جاءت هذه الدراسة لتقييم الرعاية الصحية لدى المرأة وبالتحديد أثناء الولادة فقط. (فاطمة وهاشم، 2021)

#### منهج الدراسة:

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي الذي هو أحد المناهج العلمية المهمة في البحوث، والذي يقوم على وصف ظاهرة معينة أو موضوع محدد. مما يتيح لنا فرصة التعرف على الرعاية الصحية الانجابية وأهدافها عند النساء، ومعرفة اهم الجهود المبذولة في تحسين الرعاية الصحية الانجابية والخصائص التي تميز المرأة في سن الانجاب ومن ثم الاعتماد على نتائج المسح العنقودي السادس الذي تم اجراءه في الجزائر عام 2019 من قبل مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات كجزء من البرنامج العالمي للمسوح، لمعرفة أهم العوامل التي تتحكم في تطور الرعاية الصحية الانجابية في الجزائر.

## 2. الرعاية الصحية الانجابية لدى المرأة:

### 1.2 مفهوم الرعاية الصحية الانجابية لدى المرأة:

الرعاية الصحية الإنجابية لدى المرأة هي مجموعة من الخدمات التي توفرها الدولة لصالح صحة مواطناتها سواء في القطاع العام أو الخاص. وتشمل هذه الخدمات توعية النساء وإرشادهم صحيا، ووضع الحلول المناسبة للسيطرة والقضاء على المشاكل الصحية لديهن كالحمل من وفيات الأمهات والابهاض وسرطان الرحم وعنق الرحم. وتوفير الوسائل اللازمة لتنظيم الأسرة للمرأة، وتسهيل الوصول إلى الخدمات الصحية المناسبة والتي تمكن المرأة من الحصول على الرعاية الصحية الآمنة خلال فترة الحمل والولادة. (خديجة، 2017، ص111)

### 2.2. أهداف الرعاية الصحية الإنجابية:

تحتاج الرعاية الصحية الإنجابية للمرأة الى مجموعة من العوامل تسعى لتحقيقها:

- الحفاظ على صحة النساء الحوامل وضمان حقوقها في التمتع بخدمات الرعاية الصحية.
- خفض وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمومة .
- الاستفادة من الرعاية الصحية الإنجابية ومكافحة الأمراض الجنسية التي تمس المرأة.
- الوقاية من الأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية عند الأطفال.
- الكشف المبكر وعلاج سرطان الثدي والرحم وعنق الرحم عند النساء. (خديجة، 2017، ص111)

### 3.2. أهمية الرعاية الصحية الإنجابية عند النساء:

تعتبر الصحة الإنجابية نقطة مهمة تمس كل فئات المجتمع كما تؤثر وتتأثر من سلوك كل فرد. إن أهمية الصحة الإنجابية تكمن في الحفاظ على المرأة في سن الإنجاب ورفع المستوى الصحي لها والوقاية من الأمراض التي تتعلق بالجهاز التناسلي لدى المرأة بعد الإنجاب والعمل على الحفاظ على صحة الطفل بعد الولادة. كما أن الحفاظ على صحة المرأة نقطة مهمة في المجتمع فكلما تمتعت المرأة بصحة جيدة كلما زاد تحصيلها، بالإضافة إلى رفع الوعي لدى الشابات لتجنب السلوكيات الضارة التي تؤدي إلى أخطار تهدد صحتهم الحالية. (أحمد، 2011، ص36)

### 3. البرامج المعتمدة في الجزائر:

ومن بين البرامج المعتمدة في تحسين مستوى الرعاية الصحية الإنجابية نذكر ما يلي:

1.3 برامج تنظيم الأسرة:

#### 1.1.3 وسائل التنظيم العائلي وعدد الأطفال:

الجدول(1): ممارسة وسائل التنظيم العائلي وفقا لعدد الأطفال

| عدد الأولاد | 2002 | 2006 | 2012-13 |
|-------------|------|------|---------|
| 0           | 4.6  | 2.9  | 3.1     |
| 1           | 51.8 | 55.2 | 55.3    |
| 2           | 65.7 | 69.8 | 66.2    |
| 3           | 67.1 | 73.9 | 71.6    |
| 4 وما فوق   | 64.5 | 69.6 | 66.0    |
| المجموع     | 57.0 | 61.4 | 57.2    |

المصدر: والي عمار، 2020، 18

يعد تنظيم الأسرة في الجزائر من أهم العوامل التي ساهمت في تخفيض معدلات الخصوبة من جهة، والحفاظ على الأم من جهة أخرى. من خلال الجدول الموضح أعلاه نلاحظ ممارسة وسائل التنظيم العائلي ضعيفة بالنسبة للنساء اللاتي لم ينجبن. حوالي 60% من النساء لا تلجأ للتنظيم العائلي إلا بعد إنجاب الطفل الأول، أما بالنسبة للنساء التي يتعدى عدد أطفالها الاثنين فهي تستخدم وسائل منع الحمل بنسبة 69% تقريبا، كما نجد أن نسبة استخدام وسائل منع الحمل ارتفعت مع مرور السنوات.

### 2.1.3 وسائل التنظيم العائلي والمستوى التعليمي:

الجدول (2): ممارسة وسائل التنظيم العائلي وفقا للمستوى العلمي

| مستوى التعليم | 2002 | 2006 | 2013_2012 |
|---------------|------|------|-----------|
| دون مستوى     | 52.9 | 57.2 | 52.3      |
| ابتدائي       | 59.8 | 62.1 | 57.1      |
| متوسط         | 62.9 | 62.2 | 58.8      |
| ثانوي         | 58.3 | 66.9 | 60.6      |
| عالي          | 58.3 | 62.9 | 54.7      |
| المجموع       | 57.0 | 61.4 | 57.2      |

المصدر: والي عمار، 2020، 18

أظهرت نتائج الجدول أعلاه أن النساء التي لم تتلقى تعليما أقل استعمالا لوسائل منع الحمل مقارنة باللاتي لهن مستوى تعليمي حيث ارتفعت هذه النسبة من 52.9% إلى 58.3%.

كلما زاد المستوى التعليمي للمرأة كلما زاد استخدام وسائل منع الحمل. كما نلاحظ ارتفاع نسبة ممارسة وسائل التنظيم العائلي في 2006 مقارنة بـ 2002، لينخفض نسبيا في 2012-2013 كنتيجة لطول فترة تعليم المرأة، وبالتالي تأخر سن زواجها وانخفاض خصوبتها، وهذا ما أكدته دراسة المحددات العامة للخصوبة في الجزائر من خلال المسح العنقودي الرابع متعدد المؤشرات 2012-2013. بأنه يزيد متوسط سن الزواج كلما زاد المستوى الدراسي (الدين، مسعي، والعباسي، 2024)

### 2.3 برامج صحة الأم والطفل:

الحكومة الجزائرية طبقت برامج وسياسات وقائية وعلاجية لمكافحة وفيات الأطفال والأمهات، وتوفير الرعاية والخدمات اللازمة لهم. هذا يشمل الفحوصات الدورية للأطفال والفحوصات المدرسية والفحوصات قبل الزواج. (علي وزينب فاصولي، 2023)

بشكل عام، تولي الجزائر اهتماما كبيرا بتحسين الرعاية الصحية الإنجابية من خلال مجموعة من البرامج نذكر منها برنامج تباعد الولادات سنة 1983، البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة 2006-2009، بالإضافة إلى البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة 2016-2020، تهدف هذه البرامج إلى زيادة الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة، ومعالجة التفاوتات الجغرافية، وتعزيز صحة الأمهات والأطفال. (علي وزينب فاصولي، 2023، ص 25)

### 4. خدمات الرعاية الصحية الانجابية:

#### 1.4 تنظيم الولادات:

جدول (3): تطور معدلات المواليد الاجمالية (1970- 2018)

| المعدل الخام<br>للولادات<br>(‰) | السنة | المعدل الخام<br>للولادات<br>(‰) | السنة | المعدل الخام<br>للولادات<br>(‰) | السنة |
|---------------------------------|-------|---------------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| 24.7                            | 2010  | 20.0                            | 2001  | 50.2                            | 1970  |
| 24.8                            | 2011  | 19.7                            | 2002  | 46.0                            | 1975  |
| 26.1                            | 2012  | 20.4                            | 2003  | 43.9                            | 1980  |
| 25.1                            | 2013  | 20.7                            | 2004  | 39.5                            | 1985  |
| 25.9                            | 2014  | 21.4                            | 2005  | 30.9                            | 1990  |
| 26.0                            | 2015  | 22.1                            | 2006  | 25.3                            | 1995  |
| 26.1                            | 2016  | 23.0                            | 2007  | 20.6                            | 1998  |
| 25.4                            | 2017  | 23.6                            | 2008  | 19.8                            | 1999  |
| 24.4                            | 2018  | 24.1                            | 2009  | 19.4                            | 2000  |

المصدر: بيانات الحالة المدنية- الديوان الوطني للإحصاء من 1970 الى 2018

يعتبر تنظيم الولادات وسيلة مهمة لتحقيق التوازن داخل الاسرة سواء من الناحية الفكرية أو الاقتصادية، فمن خلال الجدول أعلاه نلاحظ ان الجزائر في السبعينات تميزت

بمعدل ولادة مرتفعا، قد يرجع إلى تحسن المستوى المعيشي، ثم ينخفض تدريجيا ليصل الى ادنى معدل في التسعينات، ثم يرتفع بسبب عدة عوامل من بينها ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة وخروجها للعمل، وبالتالي ارتفاع المستوى الثقافي لها خاصة فيما تعلق بالصحة الانجابية أو الجنسية. وهذا أكدته نتائج دراسة أحمد درديش حول الصحة الانجابية في الجزائر حيث النساء ذات المستوى التعليمي المرتفع أكثر وعيا حول الأمراض المنتقلة جنسيا وأكثر استعمالا لوسائل تنظيم الأسرة. (أحمد، 2011، ص243)

#### 2.4. وفيات الأمهات:

جدول (4): تطور معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية

| السنة                                   | 1962 | 1989 | 1992 | 1999 | 2006 | 2014 | 2015  |
|-----------------------------------------|------|------|------|------|------|------|-------|
| معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية | 500  | 230  | 215  | 117  | 88   | 60   | 57, 5 |

Source: Louadi-Tayeb, 2020,74

يمثل الجدول أعلاه تطور معدل وفيات الأمهات لكل مئة ألف ولادة حية من 1962 إلى سنة 2015. والذي يعتبر مؤشر صحي مهم يبين الفرق بين الدول النامية والدول المتقدمة، حيث نلاحظ أن عدد وفيات الأمهات سنة 1989 بلغ 230 وفاة لكل 100000 ليصل عام 2006 إلى 88 وفاة لكل 100000 ولادة حية. ثم 60 % سنة 2014. نلاحظ أن خلال العشر سنوات الأخيرة انخفض معدل الوفيات إلى النصف تقريبا دلالة على الجهود المبذولة من طرف الحكومات لأجل تطور مستوى الرعاية الصحية ولازالت هذه النسبة تنخفض إلى الوقت الحالي.

#### 3.4 الولادات المسعفة وفحوص ما قبل الولادة:

الجدول (5): تطور معدل الفحوص قبل الولادة

| سنة المسح       | معدل الفحوص قبل الولادة (%) |
|-----------------|-----------------------------|
| EDG2000         | 32.0                        |
| MICS 32006      | 30.6                        |
| MICS42013- 2012 | 86.5                        |

المصدر: والي عمار، 2020، 09

بين الجدول التالي ارتفاع معدل الفحوص ما قبل الولادة من 32% الى 86.5% مما يدل على تلقي المرأة للرعاية الصحية بصفة أكبر مقارنة بالسنوات الماضية نتيجة تطبيق الحكومات للبرامج الصحية المذكورة سابقا كالبرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة.

#### 4.4. الولادات على يد طاقم صحي مؤهل:

الجدول(6):تطور نسبة الولادات التي يقوم بها طاقم صحي مؤهل

| السنة                                         | 2013 | 2006 | 2002 | 2000 | 1998 | 1995 | 1992 | 1977 |
|-----------------------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| نسبة الولادات التي يقوم بها طاقم صحي مؤهل (%) | 96.6 | 95.3 | 92.2 | 92   | 84   | 74   | 76   | 39   |

Source: Lachichi-Nawel, 2018

الاهتمام بالولادات التي تتم على يد طاقم صحي مؤهل تعتبر وسيلة من بين اهم الوسائل للقضاء على وفيات الأمومة الذي هو مؤشر صحي جد فعال. من خلال الجدول التالي نلاحظ أن نسبة الولادات على يد طاقم صحي مؤهل ارتفعت بنسبة كبيرة حيث بلغت عام 2013 نسبة 96.6% مقارنة بسنة 1977 مما أدى إلى خفض معدل وفيات الأطفال والحفاظ على صحة الأم وهذا ما أكدته نتائج دراسة سواكري خديجة حول واقع الصحة الانجابية للنسوة الفئة(15-49سنة) بمنطقة الجنوب بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات mics3. بحيث توصلت إلى أن نسبة نساء الجنوب التي ولدن ولادات حية خلال السنتين الأخيرتين من المسح كانت تحت إشراف طاقم طبي مؤهل. (سواكري، 2019، ص117)

#### 5.4 أثر الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية:

يعتبر سوء توزيع المرافق الصحية بين الشمال والجنوب أحد أسباب انخفاض مستوى الرعاية الصحية في الجزائر. حيث نجد انعدام المرافق الطبية الخاصة التي تقوم بخدمات طب النساء والتوليد في بعض ولايات الوطن كأدرار، تمنراست، البيض. إضافة إلى اختلاف توزيع الكوادر الطبية من منطقة لأخرى نذكر منها ولاية سعيدة حيث أشارت الاحصائيات إلى عدم توفر طبيب مختص على مستوى المنطقة، فالخدمات الصحية تلعب دورا أساسيا

في رفع مستوى الرعاية الصحية للفرد بما في ذلك الرعاية الصحية الانجابية. (نوال وهاشم، 2023)

6.4 العدد المثالي للأطفال والتفصيل حسب الجنس:

الجدول (7): العدد المثالي للأطفال حسب الجنس لفئة النساء التي تبلغ من (15-49 سنة)

| الوسط<br>الجنس | العدد الكلي<br>للأطفال | الذكور | الإناث |
|----------------|------------------------|--------|--------|
| الحضري         | 2، 3                   | 6، 1   | 5، 1   |
| الريفي         | 5، 3                   | 8، 1   | 7، 1   |
| المجموع        | 3، 3                   | 7، 1   | 6، 1   |

المصدر: المسح العنقودي السادس

الجدول يعرض متوسط العدد المثالي للأطفال حسب الجنس وفئة العمر للنساء 15-49 سنة في الوسط الحضري والريفي حيث يبين أن النساء في الوسط الريفي يعتبرن العدد المثالي للأطفال أعلى 3.5 طفلاً مقارنة بالنساء في الوسط الحضري 3.2 طفلاً. قد يُفسر ذلك بالعوامل الثقافية والاجتماعية التي تميل إلى تعزيز فكرة الأسر الكبيرة في الريف.

كما نلاحظ في كل من الوسطين الحضري والريفي، هناك توازن قريب بين العدد المثالي للذكور والإناث. ومع ذلك، يظهر أن النساء يفضلن الذكور قليلاً، حيث بلغ متوسط العدد المثالي للأطفال الذكور 1.7 طفلاً مقابل 1.6 للإناث.

و في الوسط الريفي، يلاحظ أن الفجوة بين العدد المثالي للذكور 1.8 والإناث 1.7 أكبر قليلاً مقارنة بالوسط الحضري 1.6 للذكور و1.5 للإناث. يعكس هذا التباين ربما تأثير الموروثات الثقافية أو الاقتصادية التي تعتبر من أبرز الدلائل الاستمولوجية للإنجاب، حيث يعتبر الذكور في الريف مصدراً أكبر للدعم الاقتصادي والعمل الزراعي.

و من خلال إجمالي المتوسط في الوسطين معا هو 3.3 طفلاً، مما يشير إلى أن النساء ضمن هذه الفئة العمرية يملن إلى تصور أسر متوسطة الحجم، مع ميل طفيف نحو تفضيل الذكور.

## 5. نتائج الدراسة:

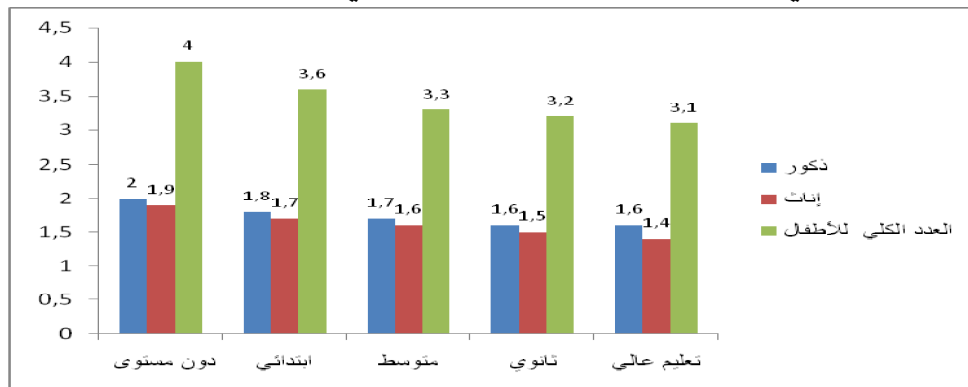
بناءً على ما تم التطرق إليه في الدراسات السابقة ونتيجة لهذه الدراسة تم التوصل إلى جملة من النتائج أهمها:

- تتلقى النساء الرعاية الصحية في كلا الوسطين الحضري والريفي.
- مستوى الرعاية الصحية للنساء متفاوت من منطقة لأخرى.
- كلما زاد المستوى التعليمي للمرأة كلما زاد حرصها على تلقي الرعاية الصحية قبل وأثناء وحتى بعد الانجاب، واستخدامها لوسائل منع الحمل.
- تطور خدمات الرعاية الصحية للنساء في الجزائر نظرا للمجهودات المبذولة من الحكومة للقضاء على وفيات الأمهات.
- المستوى المعيشي مؤشر مهم يؤثر على مستوى تلقي الرعاية الصحية لدى المرأة.
- من بين اهم البرامج المعتمدة من طرف الدولة برامج التنظيم الاسري، صحة الأم والطفل.

## مناقشة النتائج:

### 1.5 العدد المثالي للأطفال حسب المستوى التعليمي للمرأة:

المنحنى (1): العدد المثالي للأطفال حسب المستوى التعليمي لفئة النساء من (15-49 سنة)



المصدر: المسح العنقودي السادس

يمثل المنحنى (1) أن العدد المثالي للأطفال يتناقص تدريجياً مع ارتفاع المستوى التعليمي للنساء 49-15 سنة، حيث تفضل النساء غير المتعلّمات 4 أطفال مقابل 3.1 طفلاً للنساء ذوات التعليم العالي. كما تفضل النساء عدداً أكبر من الذكور مقارنة بالإناث في جميع المستويات، مع تقلص الفجوة بين الجنسين مع زيادة التعليم. يعكس هذا الاتجاه تأثير

التعليم في تعزيز الوعي بالتخطيط الأسري وتفضيل الأسر الصغيرة، مع تغيير النظرة التقليدية نحو العائلة الكبيرة، خاصة بين النساء المتعلّمات.

وكذلك قد يعكس دور التعليم في تعزيز الوعي الصحي والإنجابي. النساء ذوات التعليم العالي يفضلن أسراً أصغر، مما يدل على فهم أكبر لأهمية جودة الرعاية الصحية والإنجابية وتحدياتها، مثل الرعاية الطبية، التغذية، والتعليم.

2.5 معدل مواليد المراهقات ومعدل الخصوبة الكلي:

الجدول (8): معدل مواليد المراهقات للفئة (15-19 سنة)

| المؤشر التركيبي للخصوبة للنساء في سن الانجاب ICF | معدل مواليد المراهقات 19-15 سنة |     |
|--------------------------------------------------|---------------------------------|-----|
| 2.6                                              | 9.0                             | حضر |
| 3.2                                              | 17.5                            | ريف |

#### المصدر: المسح العنقودي السادس

من خلال الجدول التالي المستوحى من معطيات المسح العنقودي السادس نلاحظ أن المؤشر التركيبي للخصوبة لدى النساء في سن الانجاب في المناطق الريفية أكبر مما هو عليه في المناطق الحضرية بحيث بلغ 3.2 و 2.6 على الترتيب. كما أن معدل مواليد المراهقات في الريف أكبر مما هو عليه في الحضر بحوالي النصف قد يرجع ذلك إلى تأخر سن الزواج في المناطق الحضرية بسبب طول فترة تعليم المرأة وخروجها للعمل. وهذا ما أكدته نتائج دراسة الباحثة أمال ينون سنة 2017 بعنوان تحسين الصحة الإنجابية للمرأة ضمن أهداف الإنمائية الألفية – المرأة الجزائرية نموذجاً. حيث أن المناطق النائية والأرياف والأمية من أكبر العراقيل التي حرمت المرأة من التمتع بصحتها الإنجابية إضافة إلى خطر الموت المبكر الذي يواجه الأمهات المراهقات نتيجة الظروف الصحية السيئة في المناطق المنعزلة لعدم إدراكهن أبسط حقوقهن حتى في مجال اختيار الزوج. (آمال، 2017، ص 80)

3.5 تغطية رعاية ما قبل الولادة والوسط المعيشي (حضر/ريف):

الجدول (9): تغطية رعاية ما قبل الولادة في كلا الوسطين

| نسبة النساء التي اللواتي تحصلن على متابعة على الأقل مرة واحدة على يد أشخاص مختصين |       |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 95.9                                                                              | الحضر |
| 94.4                                                                              | الريف |

## المصدر: المسح العنقودي السادس

من خلال الجدول الموالي الموضح لتغطية الرعاية الصحية حسب معطيات المسح لسنة 2019، نلاحظ أن أغلب النساء تتلقى رعاية صحية أولية على يد الأطباء سواء في الحضر أو الريف، كما بلغت نسبة النساء اللاتي تلقين الرعاية الصحية الأولية على الأقل مرة واحدة من طرف مختصون في القطاع الصحي 95.9 % في الحضر و 94.4% في الريف وهذه النسبة مهمة مما يؤكد أن الرعاية الصحية في الجزائر نحو تطور مستمر. ومنه نجد أن أغلب النساء تتلقى رعاية صحية أولية كما أكدته نتائج الجدول 5 حول تطور معدل الفحوص قبل الولادة. حيث أكد أن ارتفاع معدل الفحوص ما قبل الولادة ارتفع إلى الضعف من 32% في سنة 2000 إلى 86.5% حسب معطيات المسح لسنة 2012-2013 إلى أكثر من 95% حسب المسح العنقودي لسنة 2019، وهذا ما يدل على تطور الخدمات الصحية وارتفاع الرعاية، نتيجة توفر الوسائل المادية والبشرية.

4.5 تغطية رعاية ما قبل الولادة والوسط الجغرافي للمرأة (شمال/جنوب):

الجدول (10): عدد النساء التي ولدن ولادات حية في العامين الماضيين حسب الموقع

## الجغرافي

| النسب المئوية | عدد النساء اللواتي<br>ولدن ولادات حية | الموقع الجغرافي   |
|---------------|---------------------------------------|-------------------|
|               | في العامين الماضيين                   |                   |
| 30.91%        | 1757                                  | مركز شمال         |
| 14.02%        | 797                                   | شمال شرق          |
| 14.79%        | 841                                   | شمال غرب          |
| 8.34%         | 474                                   | وسط الهضاب العليا |
| 14.86%        | 845                                   | شرق الهضاب العليا |
| 4.77%         | 271                                   | غرب الهضاب العليا |
| 12.31%        | 700                                   | الجنوب            |
| 100.00%       | 5685                                  | المجموع           |

المصدر: المسح العنقودي السادس

يشير الجدول (10) إلى توزيع عدد النساء اللواتي ولدن ولادات حية في العامين الماضيين حسب الموقع الجغرافي، حيث يتصدر مركز الشمال القائمة بـ 1757 حالة بنسبة أكبر قدرت بـ 30.91%، مما يعكس ارتفاع الكثافة السكانية وتوافر الخدمات الصحية في هذه المنطقة مقارنة بالمناطق الأخرى. تتفاوت الأرقام في باقي المواقع، مثل شمال شرق 797 وشمال غرب 841، بينما تسجل غرب الهضاب العليا العدد الأدنى بـ 271 حالة، مما يشير إلى تأثيرات التوزيع السكاني وتفاوت الوصول إلى الرعاية الصحية. أما الجنوب 700 حالة بنسبة 12.31%، فيبرز التحديات المرتبطة بالخدمات الصحية في المناطق النائية. قد توضح هذه البيانات بضرورة تعزيز الخدمات الصحة الإنجابية، خاصة في المناطق الأقل تغطية، لضمان الرعاية الشاملة للنساء والأطفال.

#### 5.5 المساعدة من قبل طاقم صحي مؤهل في الولادة والولادة القيصرية:

#### الجدول (11): الولادة من قبل طاقم صحي مؤهل والمستوى المعيشي

| الطاقم<br>المستوى المعيشي | أطباء | قابلات | ممرضين |
|---------------------------|-------|--------|--------|
| الفقر                     | 23.5  | 72.3   | 1.3    |
| المتوسط                   | 33.9  | 65.3   | 0.3    |
| الغني                     | 51.0  | 48.4   | 0.0    |
| المجموع                   | 34.4  | 64.0   | 0.4    |

#### المصدر: المسح العنقودي السادس

من خلال الجدول أعلاه المستوحى من معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6، بالنسبة للولادات الطبيعية نلاحظ أن نسبة 34.4% من النساء تمت ولادتهن على يد الأطباء، و 64.0% تمت عملية ولادتهن عن طريق القابلات، من جهة أخرى نلاحظ أن 0.4% تم توليدهن عن طريق ممرضات وتعتبر هذه النسبة جد ضئيلة، وعليه نجد أن حوالي 99% من النساء تمت ولادتهن عن طريق طاقم صحي مؤهل، بينما 1% تم توليدهن عن طريق أشخاص ليسوا ذوي خبرة، مما يدل تحسن القطاع الصحي ووفرة الوسائل البشرية، وهذا ما دفع بأغلب النساء الولادة على يد أشخاص ذوي خبرة على عكس الطبقة الاجتماعية الغنية والتي معظم ولاداتها تتم عن طريق الأطباء بنسبة 51% ثم القابلات بنسبة 48.4% لتنعدم عملية التوليد عن طريق الممرضين مما يدل على أن مستوى الرعاية

الصحية يختلف بين مختلف طبقات المجتمع أثناء عملية التوليد. وهذا ما أكدته نتائج الجدول 6 حول تطور نسبة الولادات التي يقوم بها طاقم صحي مؤهل، حيث إدارة الطاقم الصحي المؤهل في تقدم منذ 1977 حيث سجلت 39%، ثم 96.6% سنة 2013 واستخلصت هذه النتيجة من خلال معطيات المسح الرابع، لتبلغ حوالي 99% من خلال معطيات مسح 2019.

### خاتمة:

عرفت الصحة الإنجابية في الجزائر تطورا كبيرا خصوصا في السنوات الأخيرة، وتطرقنا من خلال هذه الدراسة لمعرفة الأسباب التي تعيق المرأة في التمتع بالرعاية الصحية الانجابية بالرغم من التطور الملحوظ في مستوى الرعاية الصحية الانجابية والجهود المبذولة من طرف الحكومات كبرامج التنظيم الأسري من استعمال موانع الحمل وغيرها، صحة الأم والطفل وبرامج التطعيم. وقد توصلنا إلى جملة من العوامل المؤثرة في الرعاية الصحية الانجابية في الجزائر لأهمها الفروق الجغرافية بين الوسط الحضري والوسط الريفي ومناطق الشمال ومناطق الجنوب وهذا ما يدل على أن مستوى الرعاية الصحية لا ينتشر بصفة متساوية بين مختلف مناطق الوطن على الرغم من انتشار الوعي بين النساء في مختلف المناطق. بالإضافة إلى المستوى المعيشي الذي يزيد فرصة المرأة للولادة على يد أشخاص مؤهلين، والعامل الاجتماعي كزواج المراهقات خاصة في المناطق الريفية. والمستوى التعليمي الذي يزيد من حرصها على تلقي الرعاية قبل الولادة وحتى بعدها. وبالتالي للقضاء على وفيات الأمهات بنسبة أكبر يتوجب الحد من الفوارق الجغرافية والقضاء على الأمية التي تعيق مستوى الرعاية الصحية وتزيد من نسبة وفيات الأمهات، إضافة إلى تثقيف المرأة الحامل بضرورة الرعاية الصحية سواء باحترام الزيارات الطبية أثناء الحمل والحرص على التلقيح الازم أثناء فترة الحمل والاهتمام بالمتابعة الصحية حتى بعد الإنجاب.

### قائمة المراجع:

#### المراجع باللغة العربية:

- آمال بنون، (2017) "تحسين الصحة الانجابية للمرأة ضمن الأهداف الانمائية للألفية- المرأة الجزائرية نموذجاً- مجلة دراسات، جامعة الصديق بن يحيى جيجل الجزائر، ص 69-83.
- بن زايد ريم، فضيل عبد الكريم (2016) "واقع الصحة الانجابية للمرأة في الجزائر" (23) جامعة وهران 2، ص 167-176.
- خديجة سواكري (2017)، "واقع الصحة الانجابية للنسوة الفئة 15-49 سنة بمنطقة الجنوب بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات mics-3، مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية 29، ص 479-494.

- درديش، (2011). "الصحة الإنجابية في الجزائر" البلدية: جامعة سعد دحلب.
- سواكري، (2017). "واقع الصحة الإنجابية للنسوة الفئة (15-49) سنة بمنطقة الجنوب بناء. مجلة العلوم الانسانية والاجتماعية"، الصفحات 118-107.
- شميني علي، زينب فاصولي(2023)، "البرامج الصحية ودورها في خفض وفيات الرضع والأطفال"، مجلة الأسرة والمجتمع 11، (8) ص 19-34.
- عمار خوجة، هاشم، (2021)، "تحديد العوامل المؤثرة على الرعاية الصحية المؤهلة أثناء الولادة في الجزائر باستخدام التحليل اللوجستي من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي السادس". افاق فكرية، 665.
- لعشيشي نوال، هاشم أمال(2023)، "الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الانجابية 2018"مجلة أبعاد 10، (1) ص 479-494.
- محمود مصباح عبد الرحمان وآخرون(2012)"السلوك الانجابي للمرأة الريفية تحت بعض الثقافات الفردية في مركز مطوبس بمحافظة كفر الشيخ: طبيعته ومحدداته، جامعة منصوره3، (8) ص 1134-1115
- وصيف وآخرون(2024). المحددات العامة للخصوبة في الجزائر من خلال المسح العنقودي الرابع متعدد المؤشرات 2012-2013. مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، ص 35-46

#### المواقع الالكترونية:

تاريخ الاطلاع: 2024/07/05. <https://arabstates.unfpa.org>. (2024). صحة الأم. UNFPA

#### المراجع الأجنبية:

- Nawel, L. (2018). La sante de la reproduction en Algérie. *EL TOURATH REVIEW*, pp. 1-17.
- Tayeb, L. (2020). Esquisse du phénomène de la mortalité maternelle. Etudes dermographiques. pp. 71-81.