



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة البليدة 2 لونيبي علي
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم الاجتماع
تخصّص: علم السّكان



العنوان: بعض مؤشّرات الصّحة الإنجابيّة في الجزائر خلال الفترة
(2018-2006)

أطروحة مقدّمة لنيل درجة دكتوراه (ل.م.د) علم الاجتماع
تخصّص: علم السّكان

إشراف الأستاذ الدكتور:
أحمد درديش

إعداد الطّالب:
جهيد صيدون



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة لونيبي علي البلدية-2
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم: علم الاجتماع
تخصّص: علم السّكان



العنوان: بعض مؤشرات الصحّة الإنجابيّة في الجزائر خلال الفترة (2006-2018)

أطروحة مقدّمة لنيل درجة دكتوراه (ل.م.د) علم الاجتماع
تخصّص: علم السّكان

إعداد الطّالب:

صيدون جهيد

أمام لجنة المناقشة المشكّلة من:

اللقب والاسم	الرتبة	الجامعة الأصليّة	الصّفة
كرمبيط رشيدة	أستاذ التعليم العالي	جامعة البلدية 2 - لونيبي علي	رئيساً
دريش أحمد	أستاذ التعليم العالي	جامعة البلدية 2 - لونيبي علي	مشرفاً ومقرراً
بلعيدي محمد أمين	أستاذ محاضر أ	المدرسة العليا للتخطيط والإحصاء بالقلية	عضو مدعو
كويحل فاروق	أستاذ التعليم العالي	جامعة البلدية 2 - لونيبي علي	عضواً مناقشاً
زيدان محمد	أستاذ محاضر أ	جامعة البلدية 2 - لونيبي علي	عضواً مناقشاً
سالمي الجيالي	أستاذ التعليم العالي	جامعة البويرة	عضواً مناقشاً
عمران مصطفى	أستاذ التعليم العالي	جامعة خميس مليانة	عضواً مناقشاً

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

﴿ فَتَبَسَّمْ ضَاحِكًا مِّن قَوْلِهَا وَقَالَ
رَبِّ أَوْزِعْنِي أَنْ أَشْكُرَ نِعْمَتَكَ الَّتِي
أَنْعَمْتَ عَلَيَّ وَعَلَىٰ وَالِدَيَّ وَأَنْ أَعْمَلَ
صَالِحًا تَرْضَاهُ وَأَدْخِلْنِي بِرَحْمَتِكَ فِي
عِبَادِكَ الصَّالِحِينَ ﴾

سورة التَّمَلُّكِ الآية 19.

الإهداء

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا إِذَا قِيلَ لَكُمْ تَسَسَّخُوا فِي الْمَجَالِسِ فَافْسَحُوا يَفْسَحِ اللَّهُ لَكُمْ وَإِذَا قِيلَ
انشُرُوا فَاَنْشُرُوا يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنْكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ ﴿١١﴾
المجادلة / الآية 11.

أهدي عملي هذا إلى من كلَّه الله بالهبة والوقار، إلى من علَّمني العطاء بدون انتظار
إلى من أحمل اسمه بكل افتخار، أرجو من الله أن يمدَّ في عمرك لترى ثمارا قد حان قطافها
بعد طول انتظار، وستبقى كلماتك نجوما أهتدي بها اليوم وغدا وإلى الأبد، **والدي الغالي**
****محمد****

إلى من سهرت على تربيته، وعلَّمتني أن أكون أنا، وكان حنانها بلسم جراحي، إلى أغلى
الحبائب التي أعطتني ما تعطيه أحسن أم لابنها، إليك **إلى والدي الغالية** حورية****

إلى نعمة الله التي أتمتني أن لا تزول، إلى توأم روحي التي قدَّمت لي عمرها وصحَّتها من أجل
راحتي وسعاتي، لك مميَّ كلَّ الحبِّ والتقدير.. زوجتي الحبيبة **أمال**، وعائلتها الكريمة.

إلى من تربيت وعشت معهم أجمل أيام حياتي إخواني وأخواتي: **مصطفى، خالد، ليندة، نوال،**
سارة.. حفظهم الله ورعاهم.

إلى **عبد الرحمن تهاني** زوج أختي **ليندة**، وأبنائهم: **عبد السميع، أيمن، ماريًا سيرين**
حفظهم الله ورعاهم.

إلى **حياة زوجة أخي مصطفى** وابنها **الصغير محمد أمين**.

إلى **الاستاذ المشرف الأستاذ الدكتور: أحمد درديش**

إلى **أصدقائي الطلبة وزملائي** في العمل بوزارة المالية كلُّ باسمه ومقامه، إلى كل أساتذتي من
التعليم الابتدائي إلى التعليم العالي الذين لا أنسى فضلهم عليّ..
إلى كل هؤلاء أهدي عملي هذا.

****محمد صيرون****

شكر وتقدير

الحمدُ لله الَّذي فَضَّلنا بالعقل ومَكَّننا بالعلم، وجمَّنا بالفضيلة وأسعدنا بالهداية والتوفيق، والصلاة والسلام على أبرِّ الخلق سيِّدنا مُحَمَّد صلي الله عليه وسلّم، وما توفيقنا إلا بالله رب العالمين.

ولو أنّي أُوتيتُ كلَّ بِلَاغَةٍ وأفنيْتُ بحرَ النطقِ في النظم والنثر

لما كنتُ بعدَ القولِ إلا مُقصرًا ومُعترفًا بالعجزِ عن واجبِ الشكر

الشاعر الكويتي: محمود شوقي الأيوبي

إنَّ واجبَ الاعترافِ بالجميلِ يدعُوني وأنا أنهي إعدادَ هذا البحثِ، أن أتقدّم بأجمل عبارات الشكر والتقدير للأساتذة الأفاضل الذين تلقينا عنهم العلم والمعرفة والتوجيه، والذين رافقونا طيلة مرحلة البحث العلمي وعلى رأس هؤلاء الأساتذة، أستاذي الفاضل: أحمد درديش الذي قبل الإشراف على هذا البحث بصدر رحب، وكذا الأستاذ المشرف المساعد: بلعدي محمد أمين، اللذين لم يبخلا عليّ بإرشاداتهما وملاحظتهما القيّمة التي كان لها الأثر الفعّال في إنجاز هذا الجهد وهذا العمل.

أيضًا نتقدّم بالشكر الكبير والعرفان الجميل إلى رئيس جامعة لونيبي علي البليدة-2 وعميد كلية العلوم الاجتماعية، إلى كل أساتذتي الأفاضل، إلى رئيس وأعضاء مخبر الدراسات السكانية، الصحة والتنمية المستدامة في الجزائر، إلى رئيس لجنة التكوين في الدكتوراه، إلى رئيسة لجنة المناقشة والأعضاء المناقشين، إلى كل الطلبة وعمّال الجامعة.

إلى زملائي في الدفعة: يوسف الأقرع، طارق بن سليمان، مولاي دمانة، رابح صولة.

إلى كلّ عمّال وزارة المالية والمديرية العامّة للميزانية.

إلى زميلي ورفيقي الدكتور: فتحي عليان.

شكر خاص وتقدير كبير إلى الذين قدّموا لي المساعدة من توجيهات واقتراحات في الأطروحة، أختي العالية الدكتورة: فتيحة صيدون والدكتور: رضا مسعودي.

شكراً جزيلاً

الملخص:

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر، من خلال رصد تطوراتها الزمنية خلال الفترة 2006-2019 والوقوف على جملة التباينات والفوارق المكانية الإقليمية والولائية، بالإضافة إلى تقييم مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال استخدام التحليل القياسي المكاني وذلك على مرحلتين. ففي المرحلة الأولى تم تقييم كفاءة المراكز الصحية العمومية في مجال الصحة الإنجابية على مستوى ولايات الوطن باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات. أما في المرحلة الثانية فتتم دراسة أثر بعض المتغيرات المتعلقة بخدمات الصحة الإنجابية على كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية باستخدام تحليل الانحدار الخطي المتعدد، وهذا من أجل الوصول إلى صياغة نموذج مكاني أمثل يوضح جملة العلاقات والتأثيرات المكانية لهذه المؤشرات.

تم توظيف في هذه الدراسة المنهج الوصفي التحليلي لمتابعة التطورات الزمنية والتباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية على المستوى العالمي ودول إفريقيا والجزائر بطريقة كمية. كما تم تدعيمه بالمنهج الإحصائي المبني على الطرائق الكمية والقياسية لمعالجة وتحليل البيانات وتقديم تفسيرات واقعية لها. تم استخدام في هذه الدراسة مجموعة من البرامج الإحصائية والمتمثلة في: برنامج "TANAGRA.V.1.4.50" من أجل التحليل الإحصائي، وبرنامج "Philcarto.V.20" للتحليل الجغرافي وإنتاج الخرائط، وبرنامج "DEAP.V.2.1" لتحليل كفاءة المراكز الاستشفائية، وكذا برنامج "Eviews.V.12" للتحليل القياسي وبناء النموذج.

خلصت الدراسة إلى أن تحقيق أهداف الصحة الإنجابية عالمياً يسير ببطء، خاصة في إقليم إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى الذي يواجه تحديات جمّة، وارتفاعاً في معدلات الخصوبة والوفيات، رغم التحسّن النسبي في بعض الأقاليم. أمّا في الجزائر، فتُظهر المؤشرات تباينات مكانية واضحة، حيث تُعاني ولايات الجنوب ضعفاً شبه شامل في معظم مؤشرات الصحة الإنجابية، تليه ولايات الهضاب العليا بضعف في عدة مؤشرات، بينما تُسجّل الولايات الشمالية ضعفاً نسبياً في بعض المؤشرات مثل وفيات الأطفال والعنف ضدّ المرأة.

كما خلصت الدراسة كذلك على وجود تباين كبير بين الولايات في مستوى كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية بخصوص تعزيز مؤشرات الصحة الإنجابية، حيث حققت 12 ولاية كفاءة فنية وحجمية تامّة تتمثل في ولايات: البليدة، البويرة، تبسة، تلمسان، سيدي بلعباس، المدية، وهران، برج

بو عريريج، الطارف، خنشلة، عين الدفلى وعين تموشنت. بينما تعاني 23 ولاية من قصور في الكفاءة ممّا يؤثّر على جودة تقديم الرعاية الصحيّة الإيجابية.

أمّا بخصوص مُخرجات تحليل الانحدار الخطّي المتعدّد المستخدم لدراسة أثر بعض المتغيرات الكميّة المرتبطة بخدمات الرعاية الصحيّة الإيجابية على مؤشر كفاءة المراكز الاستشفائيّة الموزعة عبر الولايات، تبين أنّ متغير زيادة فُحوصات النساء والتّوليد يؤدي إلى انخفاض الكفاءة، بينما تسهم زيادة أسرة التّوليد وأجهزة التّصوير الطّبي في تحسينها، ويُعدّ تحسين استغلال الأسرة (معدّل التّدوير) وتطوير المراكز القائمة أكثر فاعليّة من إنشاء مراكز جديدة، مع التّأكيد على أنّ الاستثمار في تدريب وإعادة توزيع أطباء النساء والتّوليد أهمّ من زيادة العدد من أجل تحقيق الكفاءة.

الكلمات المفتاحية: الصّحة الإيجابية؛ مؤشّرات؛ التّحليل القياسيّ المكانيّ؛ كفاءة المراكز الاستشفائيّة؛ الجزائر.

قائمة المحتويات:

	أ-الإهداء .
	ب-الشكر والتقدير .
	ج-المُلخَص باللغة العربية .
	د-قائمة المحتويات .
	هـ-قائمة الجداول .
	و-قائمة الأشكال .
	ز-تعريف المختصرات .
أ-د	مقدمة
06	الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة
06	1.1. الإشكالية.....
10	2.1. فرضيات.....
11	3.1. أسباب اختبار الموضوع.....
11	4.1. أهمية البحث.....
12	5.1. أهداف الدراسة.....
12	6.1. تحديد المفاهيم.....
15	7.1. المنهجية المتبعة في الدراسة.....
17	8.1. مجال الدراسة.....
18	9.1. مصادر المعطيات المستخدمة والوسائل الإحصائية المتبعة.....
20	10.1. الدراسات السابقة.....
38	الفصل الثاني: الإطار النظري والمعرفي للصحة الإنجابية ومؤشراتها
38	تمهيد
39	1.2. ماهية الصحة الإنجابية، أهميتها ومقومات بلوغها
39	1.1.2. نشأة مصطلح الصحة الإنجابية.....
42	2.1.2. مفهوم الصحة الإنجابية.....
43	1.2.1.2. تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS).....
43	2.2.1.2. تعريف صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA).....
44	3.2.1.2. تعريف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994).....
44	3.1.2. أهمية الصحة الإنجابية وفتاتها المستهدفة.....
44	1.3.1.2. أهمية الصحة الإنجابية.....
46	2.3.1.2. الفئات المستهدفة بالصحة الإنجابية.....
46	4.1.2. مقومات الصحة الإنجابية.....
47	2.2. عناصر الصحة الإنجابية
50	1.2.2. تنظيم الأسرة.....
53	2.2.2. إدماج الرجل في الصحة الإنجابية.....
54	3.2.2. العقم.....
55	4.2.2. رعاية الشباب وتنقيتهم.....
55	5.2.2. الوقاية من أمراض الجهاز التناسلي والعدوى المنقولة جنسياً.....
58	6.2.2. الأمومة الآمنة.....
58	1.6.2.2. الرعاية الصحية أثناء الحمل.....
59	2.6.2.2. الرعاية الصحية أثناء الولادة.....
59	3.6.2.2. الرعاية الصحية بعد الولادة.....
61	7.2.2. العنف ضد المرأة.....
63	8.2.2. محاربة العادات والممارسات الضارة بالصحة الإنجابية.....

63	9.2.2. الإجهاض الآمن والرعاية ما بعده
65	10.2.2. الكشف المبكر لسرطان الجهاز التناسلي
66	3.2. مؤشرات الصحة الإنجابية
67	1.3.2. تصنيف مؤشرات الصحة الإنجابية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية
70	2.3.2. قياس مؤشرات الصحة الإنجابية
70	1.2.3.2. معدّلات وفيات الأمهات
73	2.2.3.2. معدّلات وفيات الأطفال
75	3.2.3.2. معدّلات الخصوبة والولادات
78	4.2.3.2. مؤشرات الأمومة الآمنة
81	5.2.3.2. مستويات وأنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة
83	6.2.3.2. المشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية
84	4.2. حقوق الصحة الإنجابية وتمكين المرأة
85	1.4.2. مفهوم حقوق الصحة الإنجابية
85	1.1.4.2. حقوق الصحة الإنجابية حسب المنظمة العالمية للصحة
86	2.1.4.2. حقوق الصحة الإنجابية حسب اتفاقية "سيداو" 1979
86	3.1.4.2. حقوق الصحة الإنجابية حسب مؤتمر "بكين" 1995
88	2.4.2. حقوق الصحة الإنجابية
88	1.2.4.2. الحق في المعلومات والمعرفة حول الصحة الإنجابية والجنسية
88	2.2.4.2. الحق في خدمات الصحة الإنجابية الجنسية
89	3.2.4.2. الحق في التمتع بالصحة الإنجابية والجنسية
90	4.2.4.2. الحق في الحياة والحرية والأمن
91	6.2.4.2. الحق في الخصوصية
91	7.2.4.2. الحق في المصير في مجال الإنجاب
92	8.2.4.2. الحق لجميع الأفراد في الحماية من الأمراض المتقلبة جنسيا
92	8.2.4.2. الحق في حماية المرأة من العنف
93	9.2.4.2. الحق في حماية المرأة من التمييز
94	10.2.4.2. الحق في الزواج وتكوين أسرة قائمة على رضا الطرفين
95	3.4.2. تمكين المرأة وعلاقته بحقوق الصحة الإنجابية
97	خلاصة الفصل
99	الفصل الثالث: واقع مؤشرات الصحة الإنجابية في العالم ودول إفريقيا
99	تمهيد
100	1.3. الصحة الإنجابية وأهداف التنمية المستدامة
100	1.1.3. مؤشرات الصحة الإنجابية المدرجة ضمن أهداف التنمية المستدامة
100	1.1.1.3. مفهوم التنمية المستدامة
102	2.1.1.3. أهداف التنمية المستدامة
103	2.1.3. علاقة مؤشرات الصحة الإنجابية بأهداف التنمية المستدامة
106	2.3. مستويات بلوغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة الإنجابية
107	1.2.3. واقع مؤشرات الصحة الإنجابية ضمن أهداف التنمية المستدامة
109	2.2.3. اتجاهات النمو السكاني العالمي
111	3.2.3. مستويات الخصوبة وزواج المراهقات
112	4.2.3. معدّلات وفيات الأمهات
114	5.2.3. معدّلات وفيات الرضع والأطفال الأقل من سن الخامسة
116	6.2.3. مستويات تنظيم الأسرة والمشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية
118	3.3. واقع مؤشرات الصحة الإنجابية في دول إفريقيا
118	1.3.3. السكان والنمو السكاني
121	2.3.3. مستويات الزواج والخصوبة

122	3.3.3. معدّلات وفيات الأطفال.....
125	4.3.3. معدّلات وفيات الأمّهات.....
128	5.3.3. مستويات استعمال وسائل تنظيم الأسرة.....
132	6.3.3. المشاكل الصحيّة المتعلقة بالإنجاب والصحة الجنسيّة.....
135	4.3. دراسة مؤشرات الصحة الإنجابيّة لدول إفريقيا باستخدام التحليل العنقودي.....
135	1.4.3. الطريفة والإجراءات.....
135	1.1.4.3. متغيّرات الدراسة.....
136	2.1.4.3. الأنموذج المستخدم.....
136	3.1.4.3. عينة الدراسة والمعالجة الإحصائيّة.....
137	2.4.3. نتائج الدراسة.....
137	1.2.4.3. نتائج طريقة المتوسطات K-Means.....
139	2.4.3.2. نتائج طريقة التّجميع الهرمية Hierarchical Cluster Analysis.....
144	3.2.4.3. نتائج طريقة التّجميع بتعظيم القيمة المتوقعة EM-Clustering.....
147	3.4.3. قراءة وتفسير النتائج.....
147	1.3.4.3. تفسير نتائج العناقيد.....
149	2.3.4.3. تفسير نتائج تحليل المكونات الرئيسيّة (PCA).....
151	خلاصة الفصل.....
153	الفصل الرابع: تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر.....
153	تمهيد.....
154	1.4. مراحل تطوّر النظام الصحيّ في الجزائر.....
154	1.1.4. المرحلة الاستعماريّة (1830-1962).....
155	2.1.4. مرحلة إدارة الأزمة الصحيّة (1962-1973).....
157	3.1.4. مرحلة الطبّ المجاني (1974-1982).....
158	4.1.4. مرحلة الطبّ الوقائي (1983-1990).....
159	5.1.4. مرحلة ليبراليّة العلاج (1991-2000).....
161	6.1.4. مرحلة الإصلاح وإعادة التّميّة (2001-2020).....
163	2.4. برامج الصحة الإنجابيّة والهيئات المكلفة بها.....
163	1.2.4. أهمّ البرامج الموجهة للصحة الإنجابيّة في الجزائر.....
163	1.1.2.4. برامج التّطعيم الشّامل بعد الاستقلال.....
164	2.1.2.4. برامج مجانيّة العلاج وتنظيم الأسرة 1967-1974.....
164	3.1.2.4. البرامج الوطنيّة للتّحكم في النمو السّكاني 1980-1988.....
165	4.1.2.4. برامج تعزيز الصحة الإنجابيّة 1990-1999.....
167	5.1.2.4. برامج تمويل خدمات منع الحمل والرعايّة الصحيّة 1995-2020.....
169	2.2.4. هيئات النظام الصحيّ المرتبطة بالصحة الإنجابيّة.....
169	1.2.2.4. الهيئات الصحيّة المركزيّة.....
171	2.2.2.4. الهيئات الصحيّة اللامركزيّة.....
173	3.4. المقوّمات الماديّة والبشريّة لقطاع الصحة في الجزائر.....
173	1.3.4. تطور الهياكل الصحيّة القاعدية.....
175	2.3.4. تطور الموارد البشريّة التّابعة لقطاع الصحة.....
178	4.4. تطوّر بعض مؤشرات الصحة الإنجابيّة في الجزائر.....
178	1.4.4. معدّلات وفيات الرّضع والأطفال دون سنّ الخامسة.....
183	2.4.4. معدّل وفيات الأمومة.....
186	3.4.4. الرّعاية الصحيّة أثناء الحمل.....
187	4.4.4. نسبة الأمّهات الحوامل المطمعات ضدّ التّيتانوس.....
189	5.4.4. الولادات التي تمّت برعاية أشخاص مدرّبين.....
194	6.4.4. الولادات التي تمّت بعملية قيصرية.....

195	7.4.4. الرعاية الصحيّة بعد الوضع
197	8.4.4. معدّل المواليد الأحياء لأمّهات صغيرات السنّ (15-19 سنة)
199	9.4.4. معدّل المواليد الأحياء لأمّهات كبيرات السنّ (35 سنة وأكثر)
203	10.4.4. الأمراض المنقولة جنسيا
214	11.4.4. معدّل استعمال وسائل منع الحمل
219	12.4.4. مستويات الإنفاق الحكومي على الصّحة
224	خلاصة الفصل
226	الفصل الخامس: التّباينات المكانية لمؤشّرات الصّحة الإنجابيّة في الجزائر
226	تمهيد
227	1.5 التّباينات المكانية لوفيات الأطفال والأمّهات
227	1.1.5 التّباينات المكانية لوفيات الأطفال
227	1.1.1.5 التّباينات المكانية لوفيات الأطفال حسب فضاءات البرمجة الإقليميّة
229	2.1.1.5 التّباينات المكانية لوفيات الأطفال حسب الولايات
231	2.1.5 التّباينات المكانية لوفيات الأمّهات
231	1.2.1.5 التّباينات المكانية لوفيات الأمّهات حسب الفضاءات الإقليميّة
232	2.2.1.5 التّباينات المكانية لوفيات الأمّهات حسب الولايات
234	3.2.1.5 التّباينات المكانية لوفيات الأمّهات حسب المراكز الاستشفائية العمومية
236	2.5 الفوارق المكانية لمستويات الخصوبة وتنظيم الأسرة
236	1.2.5 التّباين المكاني لمستويات الخصوبة والولادات
236	1.1.2.5 التّباين الإقليمي لخصوبة النّساء والمراهقات والخصوبة المبكرة
238	2.1.2.5 التّباين في مستوى الولادات والزيجات
240	3.1.2.5 التّباين الإقليمي للولادات القيصرية
242	2.2.4 الفوارق المكانية لتنظيم الأسرة والمشاكل المتعلقة بالصّحة الإنجابيّة
242	1.2.2.5 الفوارق المكانية لمستويات تنظيم الأسرة
246	2.2.2.5 التّوزيع المكاني للأمراض والمشاكل المرتبطة بالصّحة الإنجابيّة
252	3.5 التّوزيع المكاني للمقومات البشريّة والماديّة للصّحة الإنجابيّة
252	1.3.5 التّباين المكاني للمقومات الهيكلية لقطاع الصّحة
252	1.1.3.4 توزيع المقومات الهيكلية لقطاع الصّحة
253	2.1.3.5 مستويات تغطية الأسرة للمراكز الاستشفائية العموميّة
256	2.3.5 التّوزيع المكاني للمقومات البشريّة والماديّة لقطاع الصّحة
259	1.2.3.5 التّوزيع المكاني للإطارات الطبيّة في المراكز الاستشفائية العموميّة
259	2.2.3.5 التّوزيع المكاني للمعدّات والأجهزة الطبيّة في المراكز الاستشفائية
261	3.2.3.5 التّباين في توزيع ميزانيّة قطاع الصّحة
263	4.5 الفوارق المكانية لخدمات الرّعاية الصحيّة الإنجابيّة
263	1.4.5 التّباين المكاني لخدمات الرّعاية الصحيّة للحمل والولادة
264	1.1.4.5 تباين خدمات الرّعاية الصحيّة أثناء الحمل
265	2.1.4.5 تباين خدمات الرّعاية الصحيّة عند الولادة
267	3.1.4.5 تباين خدمات الرّعاية الصحيّة ما بعد الولادة
268	2.4.5 مستويات التّغطية بالتلقّجات
275	خلاصة الفصل
277	الفصل السادس: تقييم مؤشّرات الصّحة الإنجابيّة في الجزائر باستخدام التّحليل القياسي المكاني
277	تمهيد
279	1.6 تقييم أداء المراكز الاستشفائية العمومية في مجال الصّحة الإنجابيّة
278	1.1.6 مفهوم الأداء وتقييم الأداء
278	1.1.1.6 مفهوم الأداء

279	2.1.1.6. مفهوم تقييم الأداء
280	2.1.6. مفهوم تقييم الأداء في المراكز الاستشفائية وأهميته
280	1.2.1.6. مفهوم تقييم الأداء في المراكز الاستشفائية
282	2.2.1.6. أهمية تقييم الأداء في المراكز الاستشفائية
283	3.1.6. معايير قياس الأداء في المراكز الاستشفائية وصعوباته
283	1.3.1.6. معايير قياس الأداء في المراكز الاستشفائية
285	2.3.1.6. صعوبات قياس الأداء في المراكز الاستشفائية
286	2.6. مفاهيم تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA)
286	1.2.6. التّعريف بأسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA)
287	2.2.6. متطلبات تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات
287	1.2.2.6. خصائص تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات
288	2.2.2.6. شروط أسلوب تحليل مغلف البيانات
289	3.2.6. الصيغة الرياضية
291	3.6. تقييم كفاءة المراكز الاستشفائية الجزائرية في مجال الصحة الإنجابية
291	1.3.6. تحديد متغيرات النموذج والبيانات المستخدمة
291	1.1.3.6. تحديد متغيرات الدراسة
295	2.1.3.6. البيانات المستخدمة
295	2.3.6. طريقة وإجراءات تطبيق النموذج
295	1.2.3.6. تحديد العينة المدروسة
296	2.2.3.6. إجراءات تطبيق نموذج الدراسة
296	3.3.6. عرض نتائج النموذج وتحليلها
297	1.3.3.6. الدراسة الإحصائية لمتغيرات النموذج
299	2.3.3.6. نتائج تقييم الكفاءة الاجمالية وفق التوجيهين المدخلي والمخرجي
300	3.3.3.6. نتائج تقييم الكفاءة حسب الولايات
306	4.3.3.6. مستويات بلوغ الكفاءة الفنية للولايات غير كفوة
309	4.6. التحليل القياسي المكاني لمؤشرات الصحة الإنجابية
310	1.4.6. تحديد متغيرات النموذج والبيانات المستخدمة
310	1.1.4.6. تحديد متغيرات الدراسة
313	2.1.4.6. طريقة وإجراءات تطبيق النموذج
313	1.2.1.4.6. فرضيات النموذج
315	2.2.1.4.6. خطوات تطبيق النموذج
316	2.4.6. تقدير النموذج والتحليل الإحصائي للنتائج
316	1.2.4.6. تقدير النموذج
317	2.2.4.6. التحليل الإحصائي لنتائج التقدير
320	3.2.4.6. دراسة صلاحية النموذج
326	3.4.6. تفسير نتائج النموذج
331	الاستنتاج العام
339	خاتمة
344	قائمة المراجع
356	الملاحق
372	المُلخَص بالغة الأجنبية

قائمة الجداول:

الصفحة	عنوان الجدول
18	الجدول (1.1): التّقسيم الجغرافي للمناطق التي شملها مسح 2019.
19	الجدول (2.1): قائمة البرامج الإحصائية المستخدمة في الدّراسة.
33	الجدول (3.1): المقارنة بين الدّراسات السّابقة وتقييمها.
49	الجدول (1.2): عناصر الصّحة الإنجابية حسب مراحل العمر المختلفة.
50	الجدول (2.2): فوائد تنظيم الأسرة.
56	الجدول (3.2): أنواع العدوى المنقولة جنسياً.
60	الجدول (4.2): أهم مضاعفات الحمل والولادة المسببة لوفيات الأمهات.
62	الجدول (5.2): الآثار المترتبة على التعرض للعنف.
64	الجدول (6.2): مضاعفات الإجهاد على صحة الأم.
66	الجدول (7.2): أهم أنواع السرطانات التي تصيب النساء.
67	الجدول (8.2): مؤشرات الصحة الإنجابية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية.
69	الجدول (9.2): مكونات الصحة الإنجابية، حسب الأولوية لكل من IPPF، FNUAP، و OMS.
105	الجدول (1.3): أهم مؤشرات الصحة الإنجابية المدرجة ضمن أهداف التنمية المستدامة 2030.
108	الجدول (2.3): التّقدم المحرز في تحقيق بعض مؤشرات الصحة الإنجابية ضمن أهداف التنمية المستدامة.
110	الجدول (3.3): اتجاهات النمو السكاني حسب الأقاليم على المستوى العالمي.
116	الجدول (4.3): الطّلب على تنظيم الأسرة بالطّرائق الحديثة (فئة 15-45 سنة) لسنة 2024
133	الجدول (5.3): مستويات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في إفريقيا.
135	الجدول (6.3): قائمة المتغيرات المتخذة في الدّراسة.
137	الجدول (7.3): توزيع الدّول حسب العناقيد باستخدام طريقة المتوسطات K-Means.
138	الجدول (8.3): تحليل التّباین والمسافة داخل العناقيد حسب كل متغير.
140	الجدول (9.3): توزيع الحالات حسب العناقيد باستخدام طريقة HCA.
140	الجدول (10.3): الجذور الكامنة وقيمة التّباین الكلي المفسر للمتغيرات.
142	الجدول (11.3): قيم تشبع المتغيرات بالمحاور المستخلصة.
144	الجدول (12.3): توزيع الدّول حسب العناقيد باستخدام طريقة EM-Clustering.
145	الجدول (13.3): تحليل التّباین والمسافة داخل العناقيد حسب كل متغير.
170	الجدول (1.4): هياكل الدعم الصحي في الجزائر.
173	الجدول (2.4): تطوّر البنية الصحيّة (القطاع العام) خلال الفترة 1990-2020.
174	الجدول (3.4): تطوّر عدد المنشآت القاعدية الصحيّة خلال الفترة 1990-2020.
175	الجدول (4.4): تطوّر عدد الإطارات الطبيّة (القطاع العام والخاص) خلال الفترة 1990-2020.
176	الجدول (5.4): تطوّر الإطارات شبه الطبيّة (القطاع العام والخاص) خلال الفترة 1995-2020.
176	الجدول (6.4): تطوّر معدّل التّغطية الطبيّة (قطاع العام والخاص) خلال الفترة 1990-2020.

قائمة الجداول

180	الجدول (7.4): توزيع معدّلي وفيات الرّضع والأطفال دون سنّ الخامسة في الجزائر حسب بعض الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للأسرة.
186	الجدول (8.4): نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في سن الإنجاب (15-49 سنة) الحاصلات على رعاية صحية أثناء الحمل لولادات العامين الماضيين.
188	الجدول (9.4): نسبة السيدات غير العازبات في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي تلقين على الأقل جرعة واحدة ضد التيتانوس خلال حملهن الأخير خلال السنتين السابقتين للمسح
189	الجدول (10.4): نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) ممّن حظين برعاية صحية أثناء وضعهن لمواليد السنتين السابقتين للمسح.
191	الجدول (11.4): نسبة النساء في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) غير العازبات اللواتي تلقين رعاية طبية عند الولادة خلال العامين السابقتين للمسح، موزعة حسب مكان الوضع.
193	الجدول (12.4): توزيع نسب الرعاية الصحية عند الوضع في السنتين السابقتين للمسح للنساء (15-49 سنة) حسب طبيعة الشّخص القائم بعملية التوليد.
194	الجدول (13.4): نسبة النساء غير العازبات في سنّ الإنجاب اللواتي خضعن لعمليات قيصرية في ولادتهن الأخيرة خلال السنتين السابقتين للمسح.
196	جدول (14.4): نسب الحصول على الرعاية الصحية في مرحلة ما بعد الولادة للنساء في سنّ الإنجاب اللواتي وضعن خلال السنتين السابقتين للمسح.
198	الجدول (15.4): نسبة السيدات في السن 15-19 سنة اللواتي أصبحن أمّهات أو حوامل في مولودهن الأول.
200	الجدول (16.4): الخصوبة العمرية للأمّهات كبيرات السن (35 سنة وأكثر).
201	الجدول (17.4): توزيع النسوة للفئة العمرية من 35 الى 49 سنة حسب حالتهم الإنجابية وعدد الأطفال الأحياء، بناءً على بيانات من المسوحات الأخيرة.
204	الجدول (18.4): توزيع حسب السن لعدد حالات الإيدز في الجزائر للفترة 2000-2015.
205	الجدول (19.4): نسب النساء في سنّ الإنجاب اللواتي لديهنّ سابق معرفة بمرض الإيدز، موزعة وفقاً للخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية.
208	الجدول (20.4): نسبة النسوة في سنّ الإنجاب اللواتي يمتلكن معرفة دقيقة بطرق انتقال فيروس نقص المناعة المكتسب من الأم إلى الطّفل.
211	الجدول (21.4): نسبة النسوة في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) اللاتي يدركن أبرز الوسائل الوقائية من انتقال فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز.
213	الجدول (22.4): نسبة النسوة في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي يدركن موقع الفحص عن داء الإيدز.
215	الجدول (23.4): تغيّر نسب استخدام موانع الحمل لدى السيدات المرتبطات وقت المسح وضمن سن الإنجاب (15-49 سنة) تبعا للوسيلة المتبعة بين سنتي 1986-2019.
217	الجدول (24.4): نسبة النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي يستعملن وسائل منع الحمل.
241	الجدول (1.5): توزيع النساء اللواتي ولدن ولادة قيصرية حسب الأقاليم الجغرافية في الجزائر.
245	الجدول (2.5): توزيع حسب الأقاليم للاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة.
247	الجدول (3.5): توزيع عدد الحالات الإيجابية والحالات الجديدة للإيدز لسنة 2020.
248	الجدول (4.5): التوزيع الإقليمي لمعدل الإصابة ببعض الأمراض في الجزائر لسنة 2020.
264	الجدول (5.5): توزيع خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل حسب مساحة البرمجة الإقليمية.

قائمة الجداول

266	الجدول (6.5): توزيع خدمات الرعاية الصحيّة عند الولادة حسب مساحة البرمجة الإقليمية (%)
267	الجدول (7.5): توزيع خدمات الرعاية الصحيّة ما بعد الولادة حسب مساحة البرمجة الإقليمية
272	الجدول (8.5): المناطق الجغرافيّة التي عرفت مستويات حرجة في بعض مؤشرات الصحة الانجابية، لسنة 2020.
284	الجدول (1.6): معايير أداء المؤسسات الاستشفائيّة ومؤشرات قياسها.
292	الجدول (2.6): متغيرات الدّراسة تقييم كفاءة أداء المراكز الصحيّة في الولايات.
297	الجدول (3.6): بعض مقاييس الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدّراسة.
298	الجدول (4.6): درجة الارتباط بين المتغيرات.
299	الجدول (5.6): الكفاءة الفنيّة والحجميّة الإجمالية وفق التّوجّه المدخلى والمخرجي.
301	الجدول (6.6): قياس كفاءة الأنظمة الصحيّة للولايات وفق الأنموذج BCC-Outputs.
303	الجدول (7.6): قياس كفاءة الأنظمة الصحيّة للولايات وفق الأنموذج BCC-Inputs.
307	الجدول (8.6): أليات تحسين مؤشرات المدخلات والمخرجات لبلوغ درجات الكفاءة الفنيّة للولايات غير الكفؤة.
311	الجدول (9.6): متغيرات الدّراسة.
319	الجدول (10.6): نتائج معنوية معالم الأنموذج "اختبار ستودنت Student's T-Test".
320	الجدول (11.6): مصفوفة الارتباط للمتغيرات المستقلّة.

قائمة الأشكال:

الصفحة	عنوان الشكل
48	الشكل (1.2): عناصر الصحة الإنجابية.
52	الشكل (2.2): تقسيم وسائل تنظيم الأسرة.
102	الشكل (1.3): أهداف التنمية المستدامة 2030.
112	الشكل (2.3): تطوّر مستويات الخصوبة بين الأقاليم للنساء في سن المراهقة (15-19 سنة)
113	الشكل (3.3): مستويات خفض معدّل وفيات الأمّهات لسنة 2020 ضمن أهداف التنمية المستدامة
115	الشكل (4.3): تطوّر معدّل وفيات الأطفال الرضّع ودون 5 سنوات حسب الأقاليم.
119	الشكل (5.3): توزيع حجم السّكان في إفريقيا حسب الأقاليم.
120	الشكل (6.3): توزيع السّكان حسب كل دولة افريقية.
121	الشكل (7.3): ترتيب دول إفريقيا حسب معدّل الرّواج والخصوبة.
123	الشكل (8.3): توزيع وفيات الأطفال في إفريقيا حسب الأقاليم الجغرافية لسنة 2023.
124	الشكل (9.3): توزيع وفيات الأطفال الرضّع والأقل من خمسة سنوات حسب الدول لسنة 2023.
127	الشكل (10.3): توزيع معدّل وفيات الأمّهات في دول إفريقيا.
129	الشكل (11.3): نسبة الطّلب على استخدام وسائل منع الحمل الحديثة فئة (15-49 سنة).
130	الشكل (12.3): تنظيم الأسرة بوسائل منع الحمل الحديثة فئة (15-49 سنة).
133	الشكل (13.3): توزيع حسب الدول لمعدّل انتشار فيروس نقص المناعة البشري في إفريقيا.
139	الشكل (14.3): مخطط الشجرة العنقودي.
143	الشكل (15.3): تمثيل تشعب العناقيد على المحاور.
146	الشكل (16.3): تمثيل تشعب العناقيد على المحاور (طريقة تعظيم القيمة المتوقعة).
177	الشكل (1.4): تطوّر معدّل النّعيّة الطبيّة خلال الفترة 1990-2020.
178	الشكل (2.4): تطور معدّل وفيات الرّضع والأطفال دون سنّ الخامسة للفترة 1990-2020.
185	الشكل (3.4): تطور معدّل وفيات الأمّهات في الجزائر خلال الفترة 1989-2020
216	الشكل (4.4): تطوّر معدّل الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل للفترة 1986-2019.
222	الشكل (5.4): تطور ميزانية قطاع الصحة خلال الفترة 2006-2020.
223	الشكل (6.4): تطوّر الانفاق على القطاع الصحيّ خلال الفترة 2006-2020.
228	الشكل (1.5): توزيع معدل وفيات الرضّع والمواليد الأموات حسب الفئات الإقليمية.
229	الشكل (2.5): توزيع وفيات الأطفال والرضّع على المستوى الوطني.
232	الشكل (3.5): توزيع معدل وفيات الأمّهات حسب الفئات الإقليمية.
233	الشكل (4.5): التوزيع حسب الولايات لوفيات الأمّهات في المراكز الاستشفائية العموميّة.
235	الشكل (5.5): توزيع معدل وفيات الأمّهات حسب المراكز الاستشفائية العموميّة.
237	الشكل (6.5): التوزيع الإقليمي لمستوى خصوبة النساء والمراهقات والخصوبة المبكرة.
239	الشكل (7.5): توزيع الولادات الحيّة حسب الولايات.
243	الشكل (8.5): التباين الإقليمي لمعدل انتشار وسائل منع الحمل ومستوى تلبية احتياجات تنظيم الأسرة.
251	الشكل (9.5): توزيع حالات الاعتداء المسجّلة على النساء حسب الولاية لسنة 2020.
253	الشكل (10.5): توزيع المؤسسات الاستشفائية وعدد الأسرة لكل 1000 نسمة حسب الولايات.

قائمة الأشكال

254	الشكل (11.5): توزيع معدل تغطية وشغل الأسرة حسب الولايات.
255	الشكل (12.5): العلاقة بين التوزيع الجغرافي للسكان وكل من المراكز الاستشفائية والأسرة.
257	الشكل (13.5): توزيع الإطارات الطبيّة حسب مناطق البرمجة الإقليمية.
258	الشكل (14.5): توزيع الإطارات الطبيّة حسب الولايات.
259	الشكل (15.5): توزيع حسب الأقاليم للأجهزة الطبيّة التابعة لمؤسسات الاستشفائية العمومية.
260	الشكل (16.5): توزيع حسب الولايات للأجهزة الطبيّة التابعة لمؤسسات الاستشفائية العموميّة.
262	الشكل (17.5): ميزانية التجهيز لقطاع الصحة لسنة 2020 حسب الولايات
270	الشكل (18.5): توزيع نسبة تغطية اللقاح (ROR-DTC-BCG) حسب الولايات.
279	الشكل (1.6): عملية تقييم الأداء.
308	الشكل (2.6): توزيع الولايات حسب درجة الكفاءة الفنية للمراكز الصحية العمومية.
317	الشكل (3.6): تقدير الأنموذج بطريقة المربعات الصغرى (OLS).
320	الشكل (4.6): اختبار التباين المتضخم (VIF).
322	الشكل (5.6): نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء "Breusch-Godfrey Test".
323	الشكل (6.6): نتائج اختبار Breusch-Pagan لثبات تباين الأخطاء.
325	الشكل (7.6): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للبواقي "Jarque-Bera".

تعريف المختصرات:

المختصرات	تعريف المختصرات	الترجمة
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome	متلازمة نقص المناعة المكتسب
ANOVA	Analysis of Variance	تحليل التباين
CHU	Centre Hospitalier Universitaire	مركز استشفائي جامعي
DEAP	Data Envelopment Analysis Programme	برنامج تحليل مغلف البيانات
EH	Etablissement Hospitalier	مؤسسة استشفائية
EHS	Etablissement Hospitalier Spécialisé	مؤسسة استشفائية متخصصة
EHU	Etablissement Hospitalier Universitaire	مؤسسة استشفائية جامعية
EMC	Expectation Maximization Clustering	التجميع بتعظيم القيمة
EPH	Etablissement Public Hospitalier	مؤسسة عمومية استشفائية
HCA	Hierarchical Cluster Analysis	تحليل التجميع الهرمي
HIV	Human Immunodeficiency Virus	فيروس نقص المناعة البشري
INSP	Institut National de Santé Publique	المعهد الوطني للصحة العمومية
IPPF	International Planned Parenthood Federation	الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة
MICS	Multiple Indicator Cluster Survey	المسح العنقودي متعددة المؤشرات
OMS	Organisation mondiale de la Santé	منظمة الصحة العالمية
ONS	Office National des Statistiques	الديوان الوطني للإحصاءات
Polycliniques	Polycliniques	عيادة متعددة الخدمات
PRB	Population Reference Bureau	المكتب المرجعي للسكان
RH	Rhesus	الريزوس
SNAT	Schéma National d'Aménagement du Territoire	المخطط الوطني لتهيئة الإقليم
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences	الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية
UNFPA	United Nations Population Fund	صندوق الأمم المتحدة للسكان
UNICEF	United Nations Children's Fund	منظمة الأمم المتحدة للطفولة
WHO	World Health Organization	منظمة الصحة العالمية

مقدمة

مقدمة:

شهدت العقود الأخيرة تحولاً جذرياً في تحديد مفاهيم للصحة الإنجابية، حيث برز هذا المفهوم كأحد الركائز الأساسية للتنمية البشرية والمجتمعية في النصف الثاني من القرن الماضي، وبدأت بوادر الاهتمام به تحديداً مع انعقاد الندوات والمؤتمرات الدولية حول السكان التي نظمتها الأمم المتحدة، والتي تناولت قضايا مختلفة تتعلق بتطور مفاهيم الصحة الإنجابية للمرأة، لتتبلور فكرة تنظيم الأسرة في مؤتمر "معوقات تنظيم الأسرة" سنة 1950. ومع تزايد اهتمام المواثيق الدولية بحق المرأة في الصحة، تكرر مصطلح الصحة الإنجابية بشكله الشامل والمعاصر في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد في القاهرة سنة 1994. منذ ذلك الحين، توالى المؤتمرات والاتفاقيات الدولية بهدف متابعة وتقييم أهداف تنفيذ الأجندات والتوصيات المتعلقة ببرامج الصحة الإنجابية مؤكدة على أهميتها على الصعيد العالمي.

تطور مفهوم الصحة الإنجابية ليتجاوز الجانب الجسدي ليشمل أبعاداً متكاملة: الجنسية، النفسية، العقلية، الاجتماعية، والروحية، بالإضافة إلى الصحة المجتمعية. كما لم يعد يقتصر على النساء فقط، بل أصبح يشمل جميع الأفراد في سن الإنجاب من رجال ونساء، مراهقين وشباب، وحتى الأطفال بعد الولادة. يعكس هذا التوسع فهماً أعمق لترابط هذه الجوانب في تحقيق الرفاه الشامل للفرد والمجتمع.

ولضمان تحسين ومتابعة قضايا الصحة الإنجابية محلياً ودولياً، تم إدراجها ضمن أهداف التنمية المستدامة، مدعومة بمؤشرات قابلة للقياس لتقييم مستويات التقدم المحرز في البرامج الصحية العالمية، وتشمل رصد وفيات الأطفال والأمهات، الخصوبة، زواج المراهقات، النمو السكاني، وتنظيم الأسرة وتحقيق المساواة في الصحة الإنجابية وغيرها من الأهداف الأخرى.

علاوة على ذلك، أكّدت مخرجات جملة الاتفاقيات والمعاهدات الدوليّة على أهمية دراسة التباينات المكانية في مؤشرات الصّحة الإيجابية، كون أنّها تُسهم في الكشف عن الفجوات الجغرافيّة بخصوص خدمات الصّحة الإيجابية وتوزيع الموارد، ممّا يتيح تحديد المناطق الأكثر احتياجاً للتدخلات الصحيّة وتصميم برامج صحيّة مستهدفة، تمكّن صنّاع القرار بصياغة سياسات وبرامج صحيّة عادلة وفعّالة وأكثر إنصافاً، تضمن حق الجميع في الوصول إلى رعاية صحيّة إيجابية متكاملة.

كما تؤدّي نتائج المسوح الصحيّة العالميّة دوراً حيويّاً في تشخيص واقع صّحة الأمّهات والأطفال وتُظهر تبايناً صارخاً في مؤشرات الصّحة الإيجابية بين الدّول النّاميّة والمتقدّمة. ففي الواقع، لا تزال غالبية النّساء في إفريقيا يواجهن عقبات تحرمهن من حقوقهن الإيجابية الأساسيّة، وذلك راجع للقصور والضعف في الخدمات الصحيّة خاصة في المجتمعات الفقيرة. كما تُسهم العوامل الاجتماعيّة والثّقافيّة ونقص التّعليم والثّوعيّة في تقاوم مشاكل خطيرة مثل: ارتفاع وفيات الأمّهات والأطفال، تزايد نسب الحمل غير المرغوب فيه، مضاعفات الولادة، انتشار الأمراض المنقولة جنسياً كفيروس نقص المناعة البشري وغيرها من المشاكل الأخرى.

تبرز الجزائر وكغيرها من الدّول الإفريقيّة جانباً إيجابياً وآخر سلبياً في مستويات تحسين مؤشرات الصّحة الإيجابية، حيث حقّقت تقدّماً إيجابياً في تحسين بعض هذه مؤشرات، ممّا سمح لها من التّحقيق الجزئي لبعض أهداف الألفيّة المدرجة ضمن برنامج الأمم المتّحدة الإنمائي، بما في ذلك خفض وفيات الأمّهات والأطفال وتحسين الظروف الصحيّة، إلّا أنّها لا تزال تواجه تحديات كبيرة تضعها في منطقة الخطر مقارنة بالإحصاءات العالميّة، وتقف الفوارق الإقليميّة في مؤشرات الصّحة الإيجابية عائقاً رئيساً أمام التّوزيع العادل للموارد وتحسين أداء النّظام الصحيّ

وإعادة هيكلته مما يتطلب صياغة برامج وسياسات مستقبلية هادفة لتعزيز صحة الأم والطفل عبر كافة ربوع الوطن دون إقصاء.

ومن خلال هذا الطرح، تحدت معالم هذه الدراسة بموضوع مستوحى من القضايا الراهنة المتعلقة بصحة الأسرة بشكل عام والصحة الإنجابية بشكل خاص، تحت عنوان "بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر للفترة (2006-2019)"، وهذا استنادا على العديد من الدراسات السابقة التي أثيرت في هذا المجال. ولتحقيق فهم شامل ومتكامل للموضوع من جميع جوانبه النظرية والتطبيقية (التحليل الإحصائي، الكمي، والقياسي)، تم تقسيم الدراسة إلى ستة (06) فصول متوازنة ومتناسقة.

تم تخصيص الفصل الأول للإطار المنهجي العام للدراسة بطرح الإشكالية وصياغة الفرضيات وتحديد المنهج المعتمد وطرق التحليل المستخدمة. كما تطرقنا في الفصل الثاني إلى الإطار النظري والمعرفي للصحة الإنجابية بسرد مفاهيمها، عناصرها، مؤشراتها وكذا حقوقها ومتطلبات تمكين المرأة.

وبحكم الموقع الجغرافي للجزائر ضمن القارة الإفريقية التي تعاني معظم دولها من مستويات صحية متدنية، تم تخصيص الفصل الثالث من هذه الدراسة لتحليل واقع مؤشرات الصحة الإنجابية على المستويين العالمي والإفريقي، من خلال تحليل تباينات وتطور هذه المؤشرات عبر الأقاليم المختلفة وفي الدول الإفريقية على وجه الخصوص، وذلك بهدف رصد التقدم المحرز في هذا المجال. أما الفصل الرابع، قمنا بتسليط الضوء على تطور مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر خلال الفترة 2006-2019 من خلال تحليل تطور بعض المؤشرات، والوقوف على المقومات الصحية والإمكانات المادية والبشرية المخصصة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية في الجزائر.

وقبل الخوض في التحليل الكمي والقياسي لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر، خصصنا الفصل الخامس لإجراء تحليل إحصائي تمهيدي باستخدام الخرائط، وهذا لإبراز التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر، مما يتيح لنا فهماً أعمق للاختلافات على مستوى الأقاليم والولايات. أمّا الفصل السادس والأخير فقد خصصناه لتقييم مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر باستخدام التحليل القياسي المكاني.

الفصل الأول

الإطار المنهجيّ للدراسة

- 1.1. الإشكاليّة؛
- 2.1. فرضيات الدراسة؛
- 3.1. أسباب اختبار الموضوع؛
- 4.1. أهميّة البحث؛
- 5.1. أهداف الدراسة؛
- 6.1. تحديد المفاهيم؛
- 7.1. المنهجية المتّبعة في الدراسة؛
- 8.1. مجال الدراسة؛
- 9.1. مصادر المعطيات المستخدمة والوسائل الإحصائيّة المتّبعة؛
- 10.1. الدراسات السابقة.

1.1. الإشكالية:

النَّمْتع بالصحة من الضَّروريات الأساسيَّة لكلِّ إنسان، ويحقُّ لكلِّ فرد من المجتمع أن يتمتَّع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، وينطوي هذا الحقُّ على عدد من العناصر الأساسيَّة هي: التَّوافر، إمكانيَّة الوصول، الرضا، الجودة، المشاركة والمساءلة¹. كما يمثِّل حماية هذا الحقِّ دعماً لعدد من الحقوق الأخرى التي تحدَّد الصحة العامَّة، انطلاقاً من الحقِّ في الغذاء، الأمن وميَّاه الشَّرب المأمونة، والصَّرف الصحيِّ الملائم، مروراً بظروف العمل الصحيَّة وصولاً إلى تلقِّي خدمات الرِّعاية وغير ذلك من حقوق أخرى. كلُّ هذه الحقوق تتطلَّب نهجاً شاملاً تعتمد عليه الحكومات والمجتمعات لوضع سياسات صحيَّة فعَّالة تشمل شتى مجالات الحياة كالبيئة ومحيط العمل، تقشي الأمراض والأمراض المزمنة والعقليَّة، الحوادث والإعاقات، صحَّة الأسرة (الأمَّ والطفل) وغيرها.

فإذا كانت الأسرة هي البنيان الأساسيُّ للمجتمع، بل هي مجتمع مصغَّر في حدِّ ذاته مستقلٌّ وفعال ومؤثِّر على المجتمع بقدر ما يتأثَّر به، فالحالة الصحيَّة لأيِّ فرد ومدى استجابته للمرض يؤثِّران في صحَّة بقيَّة أفرادها الجسميَّة والنَّفسيَّة، فصحة الأسرة هي الأساس في صحَّة المجتمع. لذا فإنَّ الاهتمام بصحة الأسرة وتعزيز دورها بالنَّوعيَّة والخدمات الصحيَّة مسؤوليَّة اجتماعية أساسيَّة لضمان استمراريَّة الكائن البشريِّ والحفاظ على النَّسل والإنجاب.

يكتسي الإنجاب بوصفه ظاهرة إيجابيَّة وصبغة صحيَّة عالميَّة تتمحور بالدرجة الأولى حول صحَّة الأم، وصحة الطفل، وصحة المحيط، ومدى ارتباطها بمجموعة من العوامل المؤثرة فيها، ومن هذا المنطلق، تُعتبر الصِّحة الإيجابيَّة منهاجاً حياتياً متكاملأً، يتجاوز الفترات العمرية المحدودة ليشمل مختلف مراحل حياة الإنسان، وتأثيراتها المتداخلة على كلا الجنسين.

¹ القرار رقم 16/42 المؤرخ في 27 أكتوبر 2019، الصادر عن الجمعية العامة لمنظمة حقوق الانسان. الدورة (42). البند (03). جدول الأعمال. الأمم المتحدة. 2019.

الاطار المنهجي للدراسة

وفقاً لصندوق الأمم المتحدة للسكان، تُلقَى الصِّحَّةُ الإِنجابيَّةُ بظلالها على جودة حياة الفرد في مختلف مراحلها العمرية؛ إذ يمتد أثرها العميق ليشكل الحالة الصحية المستقبلية. ويتجلى ذلك بوضوح في قدرة الأفراد على مواجهة تحديات حيوية، مثل: تنظيم الأسرة، والوصول إلى الرعاية الوقائية من الأمراض المنقولة جنسياً، فضلاً عن أهمية التشخيص المبكر وعلاج أمراض الجهاز الإِنجابي¹.

تشير الإحصاءات الصَّادرة عن منظِّمة الصِّحَّة العالمية بخصوص الصِّحَّة الإِنجابيَّة على حدوث ما يقارب وفاة امرأة في كل دقيقتين في مرحلة الحمل، أو أثناء فترة الولادة، حيث توفيت حوالي 287 امرأة أثناء الحمل والولادة وبعدها وذلك لكلِّ مائة ألف ولادة حية سنة 2020. كما حدثت 95% من هذه الوفيات في البلدان المتوسطة والمنخفضة الدخل والتي كان من الممكن منع حدوثها. وشكَّلت كل من جنوب آسيا وإفريقيا جنوب الصحراء الكبرى نسبة 87% من إجمالي وفيات الأمهات على الصعيد العالمي لسنة 2020، أي ما يُقارب 253 حالة وفاة لكلِّ مائة ألف ولادة حية. حيث مثَّلت إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وحدها حوالي 70% من وفيات الأمهات (202 حالة وفاة لكلِّ مائة ألف ولادة حية)، في حين بلغت حصَّة جنوب آسيا بنحو 16% (74 حالة وفاة لكلِّ مائة ألف ولادة حية)².

كما تُشير إحصاءات التَّقرير المشترك حول وفيات الأطفال الصَّادر عن مجموعة البنك الدولي ومنظِّمة الصِّحَّة العالمية واليونيسف في سنة 2020 إلى وفاة ما يقارب 15 ألف طفل دون سن الخامسة كلِّ يوم في جميع أنحاء العالم، وبالرَّغم من انخفاض معدَّلات هذا المؤشِّر بأكثر من النِّصف خلال الفترة (1990-2018) انخفض من 12,5 مليون وفاة سنة 1990 إلى 5,2 مليون وفاة سنة

¹ United Nations Population Fund (UNFPA): "Sexual & reproductive health". <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>.

² منظمة الصحة العالمية (WHO). "وفيات الأمهات". تقرير صادر بتاريخ 22 فيفري 2023. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>

2018، إلا أنه لا يزال متمركزا في مناطق الدّول النّاميّة وبالخصوص دول إفريقيا، حيث يموت طفل واحد من بين كلّ ثلاث عشرة (13) طفلاً قبل بلوغه سنّ الخامسة، مقابل طفل واحد من بين كل مائة و تسع و تسعين (199) في البلدان مرتفعة الدّخل¹.

وإذا نظرنا إلى بعض المؤشرات المتعلقة بهذا المجال في الجزائر، وفقا لمعطيات المسح الوطني العنقودي المتعدّد المؤشرات لسنة 2019، فُدّر معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بـ 19 بالألف، (منها 16 بالألف في منطقة الحضر مقابل 22 بالألف في الرّيف)، وفُدّر معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة 26 بالألف، ويُعتبر هذا المؤشر مرتفعا مقارنة مع ذلك المسجّل في الدّول المتقدّمة. كما يعاني 3% تقريبا من هذه الفئة من الأطفال من النّحافة و10% تقريبا من قصّر القامة (التقرم)².

كما بيّنت معطيات نفس المسح أنّ 12,4% من النّساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) لم يتلقين أية رعاية صحيّة بعد الولادة (2,11% في منطقة الحضر مقابل 9,13% في الرّيف). أما بالنسبة للنّساء المتزوّجات في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللاتي استخدمن وسائل منع الحمل خلال فترة إجراء المسح (MICS6-2019) 53,6% بعد أن كانت 57,1% حسب معطيات المسح الرابع المنجز سنة 2012 (MICS4 2012-2013).

فُدّر معدّل وفيات الأمّهات في الجزائر 78 وفاة لكلّ 100 ألف ولادة حيّة سنة 2020، ويُعتبر هذا المعدّل مرتفعا مقارنة مع ما هو مسجّل في بعض الدّول العربيّة والدّول المتقدّمة، حيث قدّر هذا

¹ UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation : "Levels & Trends in Child Mortality". Report 2020. <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2023/01/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2022>.

² الديوان الوطني للإحصاء (ONS). المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات (MICS6-2019). الجزائر. 2019.

المؤشر بحوالي 7 وفيات لكل 100 ألف ولادة حيّة في الكويت و 8 وفيات لكل 100 ألف ولادة حيّة في كل من دولتي قطر وفرنسا و 5 وفيات لكل 100 ألف ولادة حيّة في كل من دولتي بلجيكا وإيطاليا و 3 وفيات لكل 100 ألف ولادة حيّة في دولة إسبانيا¹.

في سياق هذه المؤشرات، تبرز كذلك أهمية دراسة أداء الأنظمة الصحيّة ودورها المحوري في توفير الرعايّة الصحيّة الإنجابيّة. فبينما تُشير البيانات في الجزائر إلى تحسّن نسبيّ في بعض الجوانب، مثل انخفاض معدّل وفيات الأطفال، إلّا أنّ مؤشرات أخرى مثل وفيات الأمّهات، ورعايّة الأمومة لا تزال تعتبر مرتفعة وتتميّز بالتباينات المكانية. هذا الواقع، بالإضافة إلى باقي مؤشرات الصّحة الإنجابيّة الأخرى، يُثير تساؤلات حول مدى كفاءة المراكز الصحيّة وقدرتها على تقديم رعايّة صحيّة شاملة ومتكاملة في مجال الصّحة الإنجابيّة وكذا جودة الخدمات وتوفرها، بالإضافة إلى أن فعالية البرامج الصحيّة، تبقى عوامل حاسمة في تحقيق مستويات أفضل في هذا الجانب.

بناءً على ما تقدم من بيانات ومعطيات، تبلورت إشكالية دراستنا التي تهدف إلى تسليط الضوء على واقع مؤشرات الصّحة الإنجابيّة في الجزائر خلال الفترة 2006-2019، والتي سنقوم من خلالها بتحليل تأثير كل من البعد الزمّني والمكانيّ برصد تطوّراتها خلال هذه الفترة وكذا الفوارق الإقليميّة والولائيّة، بالإضافة إلى تقييم كفاءة المراكز الاستشفائية العموميّة، ومحاولة صياغة أنموذج مكانيّ أمثل لدراسة أثر بعض المتغيّرات المتعلّقة بخدمات الصّحة الإنجابيّة على كفاءة هذه المؤشرات. وتتجلى هذه الإشكاليّة من خلال طرح التّساؤلات التّالية:

- ما هو مستوى واتّجاهات مؤشرات الصّحة الإنجابيّة في الجزائر خلال الفترة (2006-2019)؟

¹ منظمة الصّحة العالميّة (WHO) وآخرون: "الاتّجاهات المتعلّقة بوفيات الأمّهات للفترة 2000-2020". ملخّص تنفيذي، ص07.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373079/9789240069275-ara>

- هل تتميز مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر بالتباينات المكانية؟
- ما مدى كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية في تحسين مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر؟
- ما هي أهم العوامل الصحية، ذات البعد المكاني، التي تؤثر على كفاءة خدمات الصحة الإنجابية في المراكز الاستشفائية العمومية في الجزائر؟

2.1. فرضيات الدراسة:

للإجابة على هذه التساؤلات قمنا بصياغة الفرضيات التالية:

- **الفرضية الأولى:** تشهد مستويات مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر خلال الفترة (2006-2019) تحسناً تدريجياً في بعض الجوانب، بينما تعاني جوانب أخرى من ركود أو استقرار دون تطور ملموس؛
- **الفرضية الثانية:** تُظهر مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر تباينات مكانية جلية، حيث تبرز فروقات ملحوظة من إقليم إلى آخر ومن ولاية إلى ولاية أخرى. هذا التباين يعكس بدوره عدم المساواة في الوصول إلى خدمات الصحة الإنجابية وتلقيها عبر مختلف أنحاء الوطن؛
- **الفرضية الثالثة:** تتباين كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية بين الولايات الجزائرية بشكل ملحوظ في تعزيز مؤشرات الصحة الإنجابية، فبعضها يحقق مستويات أداء عالية، بينما تعاني البعض الآخر من قصور يؤثر على جودة الرعاية الصحية الإنجابية؛
- **الفرضية الرابعة:** تتأثر كفاءة خدمات الصحة الإنجابية في المراكز الاستشفائية العمومية التابعة للولايات الجزائرية بشكل مباشر بمجموعة من العوامل الصحية، بما في ذلك: توفر الكوادر الطبية المتخصصة، كثافة الفحوصات الطبية، حداثة وتوفر التجهيزات والمعدات الطبية ومدى كفاية عدد الأسرة والمراكز المخصصة لأمراض النساء والتوليد.

3.1. أسباب اختيار الموضوع:

1.3.1. أسباب علمية:

تتمثل الأسباب العلمية في اختيارنا لهذا الموضوع في جملة المناهج والمفاهيم الحديثة في تحليل واقع المرأة، لإعطاء دفعة نوعية للصحة الإنجابية وصحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة والأطفال دون سن الخامسة والمراهقين خاصة مع تزايد الاهتمام المحلي والعالمي بدمج المرأة في مجال برامج التنمية والعائد الديمغرافي؛

2.3.1. أسباب عملية:

تتمثل الأسباب العملية لهذه الدراسة في جملة البيانات والمعلومات الواقعية عن المرأة واحتياجاتها في مجال الصحة الإنجابية، التي تسهم في وضع خطط وبرامج هادفة رامية إلى بناء مجتمعات أكثر صحة وإنصافاً وتحقيق التغطية الصحية الشاملة، فضلاً عن ضمان صحة ورفاه النساء والأطفال والمراهقين وتنمية المعارف.

4.1. أهمية البحث:

إنَّ إقبال أيِّ باحث لدراسة إشكالية موضوع ما ليس بالأمر العشوائي، وإنما يخفي وراءه مبرراً أو رغبة تجعله يهتم به وتتهياً له نفسيته، وقد يتعلَّق الأمر برغبة الباحث في التوسُّع في إحدى المواضيع أو بميوله الشخصي بما يتماشى مع تخصصه، أو غير ذلك.

وعليه، وككلِّ باحث يتوجَّه نحو القيام بدراسة معينة، ارتأينا أن نغوص في واقع المرأة الصحي الذي هو ركن أساسي في تفعيل مشاركتها في المجال العام وإدماجها في التنمية، وكون أنَّ الموضوع ذو اهتمام بالغ على المستوى المحلي والعالمي الذي يهدف إلى تقديم معطيات عن احتياجات المرأة

وقضاياها تجاه الصحة الإنجابية، حتى يمكن الاستفادة منها في خطط التنمية، أي إدماج قضايا المرأة في السياسات العامة والبرامج التنموية باعتبارها مكون أساسي لتلك السياسات والبرامج.

5.1. أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى:

- إبراز واقع الصحة الإنجابية في الجزائر والكشف عن العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية المحددة لها؛
- رصد مستويات واتجاهات مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر خلال الفترة (2006-2019) وتحديد جوانب التحسن أو الركود؛
- تحليل التباينات المكانية في مؤشرات الصحة الإنجابية بين الولايات والفضاءات الإقليمية المحددة ضمن المخطط الوطني لتهيئة الإقليم (SNAT)، بهدف رصد الفروقات الجوهرية وتحديد المناطق ذات الأولوية للتدخلات الحكومية الفعالة لتعزيز صحة الأم والطفل؛
- تقييم كفاءة أداء المراكز الاستشفائية العمومية في الولايات الجزائرية بخصوص تعزيز مؤشرات الصحة الإنجابية، وتحديد أسباب التباين في مستويات أدائها؛
- استنتاج أهم العوامل الصحية المؤثرة على كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية بخصوص خدمات الصحة الإنجابية عبر الولايات الجزائرية.

6.1. تحديد المفاهيم:

- الصحة: عرفت منظمة الصحة العالمية الصحة بأنها: "حالة متكاملة من السلامة الجسدية والنفسية والاجتماعية، وليست مجرد غياب المرض أو الإعاقة". كما عرفت الصحة العامة كذلك

الاطار المنهجي للدراسة

بأنها: "جزء لا يتجزأ من العملية الاجتماعية"¹. بينما يقصد بالمرض على أنه: "كل ما خرج بالكائن الحي عن حدّ الصّحة والاعتدال"، والمريض في اللّغة العربيّة هو من فسدت صحّته، فضعف، أو من به نقص وانحراف"².

■ **الإنجاب:** يُعرّف الإنجاب لغةً بأنه مصدر الفعل "أنجب"، ويُستخدم لوصف ولادة المرأة لمولود. أما اصطلاحاً، فتعني كلمة الإنجاب العدد الفعلي لحالات الولادة التي تسجل عند كل امرأة لأنّ الولادة هي الحدث البيولوجي الذي يتم فيه خروج الجنين مكتمل النمو من الرحم، ويُقال لغويّاً "ولدت" المرأة أو "أنجبت" كونهما يؤديان المعنى ذاته، وهو وضع الحمل سواء كان طفلاً واحداً أو أكثر وهكذا³.

■ **الصّحة الإنجابيّة:** عرّف برنامج عمل المؤتمر الدّولي للسّكان والتّميّة المنعقد في القاهرة (1994) والصادر عن هيئة الأمم المتّحدة بتاريخ 1995، الصّحة الإنجابيّة بأنّها: "حالة من الرفاه البدني والنفسي والاجتماعي التام في كافة الجوانب المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه، ولا تقتصر فحسب على غياب المرض أو العجز". وينطوي هذا المفهوم على حق الأفراد في التمتع بحياة جنسية آمنة ومرضية، وضمان قدرتهم على الإنجاب، مع تمتعهم بحرية القرار في تحديد توقيته وعدد مراته⁴.

¹ ولبر شرام: "أجهزة الإعلام والتنمية الوطنية". ترجمة محمد فتحي. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر. 1970، ص 157.

² نادية سعيد عيشور: "الوضعية الصحية للأسرة وعلاقتها بالسلوك الإنجابي، دراسة استطلاعية ببعض المراكز الصحية بمدينة سطيف". مجلة التغيير الاجتماعي. جامعة محمد خيضر بسكرة. العدد (2). فيفري 2017، ص 43.

³ مرام بنت منصور بن حمزة زاهد: "مفهوم الصّحة الإنجابيّة في الموائيق الدّوليّة". رسالة ماجستير. جامعة الإمام محمّد بن سعود-المملكة العربيّة السّعوديّة. كلية الشريعة بالرياض. قسم التّثافة الإسلاميّة. 2010.

⁴ التقرير الموجز للمؤتمر الدولي للسكان: "السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز)". إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية هيئة الأمم المتحدة-نيويورك. القرار رقم 1. الفصل الأول. المادة 94. 2002.

الاطار المنهجي للدراسة

- **الصحة الجنسية:** اعتمد تعريف الصحة الجنسية كجزء لا يتجزأ من الصحة الإيجابية خلال مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية (1994)، استناداً إلى تعريف منظمة الصحة العالمية الصادر سنة 1975. ويؤكد هذا المنظور أن الصحة الجنسية تشمل الأبعاد النفسية والاجتماعية والمواقف الشخصية، ولا تنحصر في الجانب الفسيولوجي فقط، بما يضمن للفرد الحق في الوصول إلى معلومات دقيقة وموثوقة، وحقه في اختبار حياة جنسية تتسم بالسعادة والأمان¹.
- **تنظيم الأسرة:** يُعرف تنظيم الأسرة بأنه قرار تشاركي يتخذه الزوجان بملء إرادتهما وبعيداً عن أي إكراه، من خلال استخدام وسائل مأمونة ومشروعة لتأجيل الحمل مؤقتاً بما لا يؤدي إلى العقم، حيث يهدف هذا النهج إلى تكييف الإنجاب مع الظروف الصحية والاقتصادية والاجتماعية للأسرة، تجسيدا لمبدأ الوالدية المسؤولة تجاه الأبناء والذات².
- **الرعاية الصحية:** تعرف الرعاية الصحية بأنها تشير إلى كافة العوامل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والسياسية التي تؤثر في صحة الفرد إلى جانب الرعاية الطبية عن طريق كافة الجهود التي تبنتها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض. كما أنها تركز على بعض المواصفات منها الشمولية: كونها شاملة لجميع فئات المجتمع، والاستمرارية: أي أنها مستدامة عبر الزمن، والنوعية: أي ذات جودة ترتقي إلى مستوى التحقيق³.
- **الأئومة الآمنة:** هي اهتمام المرأة ووعيها بالرعاية الصحية السليمة لها خلال جميع مراحل الحمل، الولادة وما بعد الولادة، ولكي يتحقق هذا المفهوم لابد من فهم الأمور التالية⁴:

¹ الشَّريف نهي: "دراسة قاعدية حول مواضيع ذات علاقة بالصحة الإنجابية والجنسية بين المراهقين والشباب في فلسطين". الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية. 2007، ص25.

² عبد الكريم علي الأنسي: "دليل الخطباء والمرشدين الوعاظ حول الصحة الإنجابية والسكان". الطبعة الثانية. صنعاء. أبريل 2011، ص69.

³ عبد المحي محمود صالح: "أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل". الإسكندرية-مصر: دار المعرفة الجامعية. 1999، ص09.

⁴ أحمد درديش: "الصحة الإنجابية في الجزائر". أطروحة دكتوراه. جامعة سعد دحلب البليدة. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم الاجتماع والديمغرافيا. 2011/2010، ص37.

- أن تنظيم الأسرة يساعد الأفراد والأزواج على تلقي المعلومات والخدمات التي تمكنهم من

التخطيط لتوقيت حالات الحمل؛

- تضمن الرعاية قبل الولادة بالوقاية من المضاعفات حيثما أمكن ذلك وتضمن الكشف المبكر

عن مضاعفات الحمل ومعالجتها بأسلوب سليم؛

- أهمية ضمان ولادة سليمة ونظيفة تحت أيادي ماهرة وبمعداتها اللازمة؛

- أن الرعاية اللازمة أثناء الحمل تضمن العلاج لحالات الحمل ذات الخطورة العالية وذات

مضاعفات جانبية.

▪ وسائل منع الحمل: هي وسائل تستخدم لمنع الحمل والانجاب، وهناك نوعان تتمثل في: الوسائل

التقليدية وتتمثل في الرضاعة الطبيعية، العزل الآمن، ووسائل حديثة وهي كثيرة تستخدم بالتقنية

ومن أهمها: اللولب، الحاجز المهبلي، الواقي الذكري، حبوب منع الحمل، الغرسات،

الحقن... الخ¹، والتي سيتم التطرق إليها في الجانب النظري.

7.1. المنهجية المتبعة في الدراسة:

نقوم في هذه الدراسة بإتباع نهج علمي متماسك يستند إلى خمسة (05) محاور رئيسة هي:

▪ التحليل الوصفي: يتضمن هذا الجزء التركيز المبدئي على الوصف التفصيلي لخصائص عينة

الدراسة والاستكشاف الدقيق للمؤشرات الرئيسية المتعلقة بالصحة الإنجابية. تهدف هذه الخطوة

الأولية إلى تقديم لمحة عامة عن التطورات والاتجاهات البارزة المستقاة من البيانات المتاحة

والمسوح الأخيرة، مما يوفر رؤية شاملة للموضوع محل البحث خلال الفترة (2006-2019)؛

¹ أحمد رجاء عبد الحميد رجب: "الصحة الإنجابية من منظور إسلامي". الرباط: المنظمة الإسلامية للتربية والعلوم والثقافة. 1998، ص75.

الاطار المنهجي للدراسة

- **المقارنة:** بعد الاستكشاف والوصف الدقيق للمعطيات تأتي مرحلة المقارنة المنهجية لمؤشرات الصحة الإنجابية حسب الولايات وحسب الفضاءات الإقليمية، وذلك قصد إبراز الفوارق الإقليمية المحتملة، وبالتالي تحديد المناطق الجغرافية التي تتطلب اهتماما خاصا وتدخّلات محدّدة؛
- **تصنيف المناطق:** تبرز مرحلة تصنيف المناطق بفرز الولايات والفضاءات الإقليمية الجزائرية استنادا إلى مؤشرات الصحة الإنجابية ومستوى كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية الملحقة بها، ممّا يتيح لنا تمييز المناطق ذات الأداء الجيد في الصحة الإنجابية عن تلك التي تستدعي تدخّلات ذات أولوية. يشكل هذا الإجراء أداة محورية لتخصيص الموارد وصياغة سياسات موجهة نحو الارتقاء بالصحة الإنجابية في الجزائر؛
- **إنشاء مؤشر كفاءة للمراكز الاستشفائية:** بعد إجراء دراسة المقارنة وتصنيف الولايات بخصوص مؤشرات الصحة الإنجابية، وبالاعتماد على نتائج تقييم أداء المؤسسات الاستشفائية العمومية عبر كافة ولايات الوطن، يتمّ استنتاج مؤشر الكفاءة لكل ولاية من أجل إجراء دراسة قياسية مكانية تهدف الى معرفة مدى فعالية تدخّل الدولة في تسخير الإمكانيات المادية والبشرية والصحية من أجل دعم متطلبات الصحة الإنجابية؛
- **التفسير:** من خلال هذه المرحلة نقوم بربط النتائج المستخلصة لتقديم تفسير معمق للفروقات الإقليمية المحدّدة من خلال استكشاف الأسباب الكامنة والعوامل المؤثرة وراء التباينات في مؤشرات الصحة الإنجابية، ومناقشة دلالات مؤشر الكفاءة للمراكز الاستشفائية وأهمّ العوامل الصحية المؤثرة فيه. ليتمّ في الأخير صياغة توصيات عملية وموجهة للمسؤولين وصنّاع القرار لتحسين هذا الجانب الهام من القطاع الصحي.

8.1. مجال الدراسة:

1.8.1. المجال الزمني:

نقوم في هذه الدراسة بحصر الإشكالية المدروسة في المجال الزمني (2006-2019) وذلك وفق ما تسمح به معطيات ثلاث مسوح العنقودية متعددة المؤشرات المنجزة في الجزائر وهي (MICS-3 لسنة 2006) و (MICS-4 لسنتي 2012-2013)، ثم آخر مسح (2018-2019)، الذي يُعتبر الخامس على المستوى الوطني والسادس على المستوى الدولي فهذا اختصر (Mics-6)، بالإضافة إلى البيانات المتاحة على مستوى الديوان الوطني للإحصاءات وبيانات وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات لسنة 2020، والتي ستكون محور دراستنا في تقييم أداء المراكز الاستشفائية العمومية في مجال الصحة الإنجابية على مستوى الولايات الجزائرية، وتمكّنا من صياغة نموذج قياسي مكاني لمؤشرات الصحة الإنجابية، يوضّح العلاقات والتأثيرات المكانية لهذه المؤشرات.

2.8.1. المجال الجغرافي:

نعتمد في دراستنا على (48) ولاية الموزعة عبر كافة ربوع الوطن قبل صدور التقسيم الجديد الذي يضم (58) ولاية وهذا من أجل التقيّد بالمجال الزمني للدراسة، بالإضافة إلى التقسيم الجغرافي المعتمد في المخطط الوطني لتهيئة الإقليم وتنميته (SNAT) الصادر عن وزارة التهيئة العمرانية والبيئة لسنة 2010، وفيه تمّ تقسيم الإقليم الجزائري إلى ثلاثة مناطق جغرافية وهي: شمال، هضاب عليا وجنوب. ثم تمّ تقسيم المناطق الجغرافية الثلاثة إلى (09) فضاءات، وذلك قصد الحصول على معلومات أكثر تفصيلا، حيث يلخّص الجدول أدناه هذا التوزيع كما يلي¹:

¹ القانون رقم 10-02 المؤرخ في 29 جوان 2010 المتضمن المصادقة على المخطط الوطني لتهيئة الإقليم. الجريدة الرسمية. العدد (61). 21 أكتوبر 2010، ص 3.

الجدول (1.1): التّقسيم الجغرافي للمناطق التي شملها مسح 2019

الولايات التابعة لكل فضاء	الفضاء الجهوي للبرمجة الإقليمية	المنطقة
الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، الشلف، عين الدفلة	شمال وسط	شمال
عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق اهراس، الطارف، قالمة	شمال شرق	
وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، غليزان، سيدي بلعباس، معسكر.	شمال غرب	
الجلفة، الأغواط، المسيلة.	هضاب عليا وسط	هضاب عليا
سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريّيج، أم البواقي، تبسة.	هضاب عليا شرق	
تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض.	هضاب عليا غرب	
بشار، تندوف، أدرار.	جنوب غرب	جنوب
غرداية، بسكرة، الواد، ورقلة.	جنوب شرق	
تامنراست، إليزي.	الجنوب الكبير	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على الجريدة الرّسميّة الصّادرة في 21 أكتوبر 2010، العدد 61.

تعدّ فضاءات البرمجة الإقليمية الفضاء الرّئيسي للتّخطيط الإقليمي الاستراتيجي، وكل فضاء يضمّ مجموعة من الولايات من مصلحتها الاشتراك في تجمّع إقليمي، بحيث تكون لها خصوصيات فيزيائية ووجهات إنمائية مماثلة أو متكاملة. كما لهذه الفضاءات أهداف مشتركة قصد زيادة فعالية المشاريع الحكوميّة عامّة والمشاريع المحليّة وكذا أصحاب المصالح الاجتماعيّة والاقتصاديّة.

9.1. مصادر المعطيات المستخدمة والوسائل الإحصائية المتّبعة:

1.9.1. مصادر المعطيات المستخدمة:

يعتمد هذا البحث في جانبه التّطبيقي على بيانات الدّيون الوطني لإحصاءات ووزارة الصّحة وإصلاح المستشفيات لسنة 2020، بالإضافة إلى معطيات المسوح العنقوديّة المتعدّدة المؤشّرات والمنجزة في الجزائر للسنوات (2006، 2013/2012، 2019/2018).

الاطار المنهجي للدراسة

تمّ تنفيذ هذه المسوح من قبل الديوان الوطني للإحصاء بالتعاون مع وزارة الصحة والسكان، وبالتنسيق مع هيئات اليونسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان ووحدة تنسيق نظام الأمم المتحدة في الجزائر وبدعم فني من المشروع العربي لصحة الأسرة (جامعة الدول العربية).

2.9.1. الوسائل الإحصائية المتبعة:

عند دراسة الظواهر المختلفة، لا نكتفي بوصفها كما هي في الواقع، بل لا بدّ من توظيف برامج لتسهيل دراسة الظواهر من زوايا عديدة، وتفسير علاقات التأثير والتأثر بين متغيرات الظاهرة. لهذا قمنا بتوظيف البرامج الإحصائية المبينة في الجدول (2.1) أدناه.

الجدول (2.1): قائمة البرامج الإحصائية المستخدمة في الدراسة.

البرنامج	أهدافه	سبب توظيفه
برنامج "تاناغرا" (TANAGRA) V : 1.4.50	هو برنامج يضمّ سلسلة واسعة من الخوارزميات المستخدمة في مجال الإحصاء الاستكشافي وتحليل ومعالجة البيانات، بالإضافة إلى الرسم التخطيطي متعدد الأبعاد الذي يسهّل رؤية أكبر قدر من البيانات بشكل تفاعلي. كما يساعد كذلك أصحاب القرار في اتخاذ القرارات الفوريّة	تمّ توظيف هذا البرنامج من أجل إجراء تحليل متعدد الأبعاد على بعض مؤشرات الصحة الإنجابية لدول إفريقيا باستخدام طريق التحليل العنقودي المتمثلة في: - طريقة المتوسطات K-Means ؛ - طريقة التجميع الهرمية Hierarchical Cluster Analysis ؛ - طريقة التجميع بتعظيم القيمة المتوقعة-EM-Clustering ؛ تهدف هذه الطريق إلى تصنيف الدول الإفريقية في مجموعات متجانسة لتحديد جملة التفاوتات في مؤشرات الصحة الإنجابية ورصد مستويات بلوغ أهداف التنمية المستدامة، بالإضافة إلى تحديد مراتب الجزائر منها.
برنامج "فيلكارتو" Philcarto.V20	هو برنامج متخصص في رسم الخرائط التي تركز على تمثيل توزيع الظواهر المختلفة (مثل السكان، الوفيات، انتشار	تمّ توظيف هذا البرنامج من أجل تحليل التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر، من خلال دمج قاعدة البيانات المتعلقة بهذه المؤشرات مع

<p>الخرائط والذي يمكننا من رصد التغيرات في توزيع الموارد الصحية وخدمات الرعاية الإنجابية على مستوى الأقاليم والولايات، وتحديد المناطق الأكثر احتياجًا للبرامج الصحية.</p>	<p>الأمراض، إلخ)، وذلك من خلال تحويل البيانات الإحصائية والجغرافية إلى تمثيلات بصرية سهلة الفهم على شكل خرائط.</p>	
<p>تم استخدام هذا البرنامج في دراسة بعض مقاييس الإحصاء الوصفي وكذا درجة الارتباط بين متغيرات الدراسة المتعلقة بتقييم أداء المراكز الصحية بخصوص مؤشرات الصحة الإنجابية.</p>	<p>وهو حزمة برمجية شائعة تستخدم على نطاق واسع في تحليل البيانات الإحصائية. يعتبر هذا البرنامج أداة أساسية للباحثين في مختلف المجالات، خاصة في العلوم الاجتماعية، والبحوث الصحية.</p>	<p>SPSS.v23</p>
<p>تم توظيف هذا البرنامج من أجل مقارنة وتقييم أداء المراكز الصحية العمومية في مجال الصحة الإنجابية على مستوى ولايات الوطن، من خلال استخدام مجموعة من المتغيرات المتعلقة بالصحة الإنجابية والتي تم توظيفها على شكل مدخلات ومخرجات لكل نظام صحي للولايات.</p>	<p>هو برنامج إحصائي يستخدم البرمجة الرياضية لإيجاد الكفاءة النسبية لجملة من الوحدات اتخاذ القرار من خلال توظيف مجموعة من المدخلات والمخرجات.</p>	<p>برنامج تحليل مغلف البيانات DEAP.V2.1</p>
<p>تم توظيف هذا البرنامج من أجل إجراء دراسة قياسية مكانية باستخدام نموذج الانحدار الخطي المتعدد، لتحليل أثر بعض العوامل الصحية على كفاءة خدمات الرعاية الصحية الإنجابية المقدمة في المراكز الاستشفائية العمومية.</p>	<p>هو برنامج إحصائي واقتصادي قياسي، يستخدم في مجالات الاقتصاد والمالية والعلوم الاجتماعية، يوفر مجموعة واسعة من أدوات التحليل القياسي لتقدير واختبار النماذج الإحصائية، مثل نماذج الانحدار.</p>	<p>Eviews.V12</p>

10.1. الدراسات السابقة:

لا تقتصر أهمية الدراسات السابقة على كونها نقطة انطلاق لأي بحث جديد، بل تكمن قيمتها الحقيقية في تمكين الباحث من فهم التطور التاريخي للموضوع، وتبسيط الضوء على الروايات غير المتأولة بما يكفي، وفتح آفاق جديدة أمامه، لتكون بذلك مفتاحًا لصياغة مقترحات جديدة.

1.10.1. تحليل أهداف الدراسات السابقة:

❖ الدراسة الأولى: "واقع الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر وفق معطيات مسح -MICS4

2012".¹

سعت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع الرعاية الصحية الإنجابية للنساء خلال مرحلتي الحمل والولادة في الجزائر بعد مرور عشرية كاملة على التقييم (بيانات المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002)، وذلك لتوضيح مدى التّقدم المحرز في إرساء مبدأ تكافؤ الفرص بين النساء في النّفاذ إلى خدمات الرّعاية الصحية الإنجابية، مع رصد العوامل والمعوقات الكامنة وراء استمرار مظاهر عدم المساواة في هذا المجال.

ولتحقيق هذه الغاية، تمّت صياغة التّساؤلات المحورية الآتية:

- هل لا تزال المتغيرات الديمغرافية والاجتماعية (مثل: سن الأم، مستواها التعليمي، ونطاق إقامتها) تنتج تمايزاً في جودة الرّعاية الصحية المقدّمة للمرأة أثناء فترتي الحمل والولادة؟
- ما هو مقدار المواكبة أو التأثير الذي يفرضه كل من: السن، والجغرافيا (منطقة الإقامة وإقليم البرمجة)، والمستوى التعليمي، ومؤشر الثروة في تعميق فجوة عدم المساواة في الوصول إلى الرّعاية الصحية؟

اعتمدت الدراسة في تحليلها على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشرات (2012) مع تبني منهجية تحليلية معتمدة لدى البنك الدولي تقوم على تطبيق "مؤشر الاختلاف" وحساب "المساهمات الحديثة" لكل عامل بناءً على منهج "شيبلي". وقد خلّصت الدراسة إلى وجود تحسنٍ ملموسٍ في

¹ هوارى رحال ورضوان مصلي: "واقع الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر وفق معطيات مسح -MICS4-2012". مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة باتنة 1. المجلد (21). العدد (2). 2020، ص 279-300.

مؤشرات الرعاية الصحيّة الإنجابيّة مقارنةً ببيانات مسح صحّة الأسرة (2002). ومع ذلك، أظهرت النتائج أن معيار القيام بأربع زيارات أو أكثر لإطار طبي مؤهل يمثل البعد الأكثر حاجةً لإعادة التوزيع العادل للفرص. كما كشف التحليل أن إقليم البرمجة يتصدّر العوامل المسهمة في عدم المساواة، يليه مؤشر الثروة، ثم المستوى التعليمي للأمم.

الدراسة الثانية: "التحليل المكاني لمؤشرات الصحّة الإنجابيّة في محافظات الفرات الأوسط

للفترة (1997-2013) وتأثيراتها المستقبلية"¹.

تمحورت مشكلة البحث الرئيسيّة التي طرحتها الدراسة حول مدى تأثير المستوى الاقتصاديّ والتعلّيميّ ووعي المرأة على صحّتها الإنجابيّة ومدى تأثيرها على الأمّ والطفّل والمجتمع في منطقة الدراسة. وللإجابة عن هذا السؤال، تمّ صياغة فرضيّة الدراسة والتي تمثّلت بمعرفة مدى وصول المرأة إلى استعمال وسائل منع الحمل وتنظيم الأسرة وتباين ذلك بين وحدة إدارية وأخرى، ومعرفة مدى تقديم الخدمات الصحيّة والتعلّيميّة، وكلّ ما يؤثّر على إتباع سياسات تنظيم الأسرة واختلاف تطبيقاتها من وحدة إداريّة لأخرى. وقد اعتمدت الباحثة على أسلوب التحليل الكميّ والإحصائيّ بالإضافة إلى الأسلوب الوصفيّ.

بيّنت الباحثة في أطروحتها أنّ للمرأة دور مهمّ في الحياة الاقتصاديّة والاجتماعيّة والسياسيّة ولضمان تمتّع المرأة بحقوقها الأساسيّة فيستلزم تقديم كافة الخدمات الصحيّة وخاصّة المتعلقة بالصحة الإنجابيّة وتنظيم الأسرة، وأنّ تقليل حالات الحمل غير المرغوب به يُساعد المرأة والأسرة للوصول لرغبتها لأنّ صحّة الأمّ تؤثر على صحّة الجنين على مرّ السنين التي يعيشها منذ خلقه جنينا في

¹ محمد حسين أبو العبرة: "التحليل المكاني لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظات الفرات الأوسط للفترة 1997-2013 وتأثيراتها المستقبلية"، أطروحة دكتوراه. جامعة الكوفة. كلية التربية للبنات. 2015.

رحم أمه وصولاً إلى الولادة وحتى بلوغه. وصحة الأمّ الإنجابية تؤثر على صحة الإنسان ليست فقط الجسدية وحتى الصحة النفسية، فكّما كانت الأمّ تتمتع بصحة جيّدة كلّما استطاعت أن تتجب أطفالاً أصحاء وتقوم بتربيتهم تربية ترتقي بالمستوى الصحي والاجتماعي والتربوي الجيد وترقية المجتمع. والصحة الإنجابية هي تحسين نوعيّة الحياة والعلاقات الشخصيّة.

خلّصت الدّراسة إلى ما يلي:

- تدني الوضع الاقتصادي لمعظم الأسر؛
- عدم توفّر خدمات كافية للصحة الإنجابية؛
- سوء معاملة الكثير من الكوادر الطبيّة؛
- تعرّض بعض الأمّهات لمعاملة قاسية أثناء الولادة؛
- تسجيل أخطاء طبيّة كثيرة دون وعي وإدراك بالمسؤوليّة؛
- تدني الوعي لكثير من النساء والأزواج بأهميّة الصحة الإنجابية؛
- عدم إجراء الفحوصات الطبيّة المضبوطة قبل الرّواج.

❖ الدّراسة الثّالثة: "التّحليل الجغرافي لمؤشّرات الصحة الإنجابية في محافظة كربلاء المقدّسة".¹

هدفت هذه الدّراسة إلى توضيح التّحليل الجغرافي لمؤشّرات الصحة الإنجابية في محافظة كربلاء المقدّسة، ومعرفة مدى توفّر الخدمات الصحة الإنجابية التي تضمن للنساء أجواء صحيّة مناسبة للحمل والولادة خالية من الأمراض وبالأخصّ النساء في سن (15-49) سنة في محافظة كربلاء المقدّسة لسنة 2020، ومعرفة الثّباين في خدمات الصحة الإنجابية على مستوى الوحدات

¹ سارة مسلم هادي النادر: "التحليل الجغرافي لمؤشّرات الصحة الإنجابية في محافظة كربلاء المقدّسة". رسالة ماجستير. جامعة كربلاء-العراق. كلية التربية للعلوم الإنسانية. قسم الجغرافية التطبيقية. 2022.

الاطار المنهجي للدراسة

الإدارية ومعرفة تأثير المستوى التعليمي والاقتصادي والاجتماعي على استخدام وسائل منع الحمل.

وفي هذا المجال صاغت الباحثة مجموعة من التساؤلات وهي كالآتي:

- هل تتسم ممارسات الصحة الإنجابية بالتفاوت تبعاً للوحدات الإدارية والبيئية المختلفة؟
 - ما مدى تأثير المستويين التعليمي والاقتصادي للمرأة على ممارسات استخدام وسائل منع الحمل؟
 - إلى أي حد تساهم العوامل الاجتماعية في تشكيل واقع الصحة الإنجابية للمرأة؟
 - هل توجد علاقة ذات دلالة بين ممارسات الصحة الإنجابية ومعدلات وفيات الأمهات والأطفال؟
- تمّ هذا البحث على عينة عشوائية حجمها 1560 استمارة، وزّعت على النساء المتروجات في منطقة البحث منها 1102 أسرة في المُدن و 458 أسرة في الريف محلّ الدّراسة، واحتوت على 43 سؤالاً اشتملت على جوانب متعدّدة منها بيئة السّكن والجوانب الاقتصادية والاجتماعية والصحية. وقسّمت منطقة البحث إلى سبع وحدات إدارية. كما اعتمد البحث على بيانات الجهاز المركزي للإحصاء غير المنشورة.

تمّ الاعتماد على المنهج الوصفيّ التحليلي واستخدام بعض المعادلات الإحصائية والأساليب الكمية لغرض استخراج حجم العينة والنمو السكاني، فضلاً عن استخدام الأساليب الكمية المتمثلة ببرنامج SPSS 19، فضلاً عن الإفادة من بعض المقاييس الإحصائية كمعامل الارتباط الرتبي ومعامل ارتباط بيرسون.

توصّل البحث إلى استنتاجات عدّة نذكر من أهمّها:

- محدودية توفّر خدمات الصحة الإنجابية الكافية، مما يؤدي إلى إغفال الرعاية الصحية اللازمة

للنساء وتعرضهن لمخاطر صحية متعددة؛

- عدم استكمال الجرعات التحصينية من اللقاحات بشكل كافٍ خلال فترة الحمل؛

الاطار المنهجي للدراسة

- هناك علاقة عكسيّة بين المستوى التّعليميّ والإنجاب، أي كلّما زاد المستوى التّعليمي قلّ الإنجاب؛
- عدد أطفال المرأة العاملة أقلّ مقارنة مع المرأة غير العاملة (رَبَّة البيت)، وإنّ المرأة العاملة أكثر استخداماً لموانع الحمل من المرأة غير العاملة؛
- تدني الوضع الاقتصادي للمرأة يجعل أغلب النّساء لا يستعملن وسائل منع الحمل وهذا يؤدّي إلى كثرة الولادات وقلة المدد بين حمل وآخر.
- أرفقت الاستنتاجات بجملة من التّوصيَّات نذكر من أهمّها:
- يجب على وزارة الصّحة المبادرة بتطوير الخدمات الصّحية المقدّمة للسكان في المحافظة، عبر إنشاء مستشفيات حكومية متكاملة في كل ناحية تفتقر إليها؛
- العمل على توسيع نطاق خدمات الرعاية الصحيّة الأوليّة المتعلقة بصحة الأم، مع إيلاء أولوية قصوى للمناطق الريفية البعيدة؛
- التصدي لظاهرة زواج القاصرات لما لها من آثار سلبية خطيرة على الأمهات صغيرات السن، وذلك عبر تكثيف البرامج الإعلامية التّوعوية لنشر المفاهيم السليمة حول الصّحة الإنجابيّة وتنقيف الأسر بمخاطر هذا الزواج، وتشجيع المرأة على مواصلة تعليمها ممّا للتّعليم من دور كبير في تمكين النّساء من السّيّطرة على حياتهن وصحّتهن وهذا بدوره يقلّل نسب زواج المبكر ويقلّل من الولادات المبكرة؛
- يجب على الكوادر الطبيّة المختصّة بعدم تشجيع والسّماح للأمّهات لإجراء العمليّات القيصريّة إلّا للضرّورة القصوى والحالات الحرجة وليس لمجرد رغبة شخصيّة من قبل الأمّهات.

❖ الدّراسة الرّابعة: "تباين السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافيّة في الجزائر من خلال قاعدة

بيانات المسح الوطني العنقودي السادس متعدّد المؤشّرات"¹

تسعى هذه الدراسة إلى استكشاف وتحليل التّباينات الجغرافيّة لدى النّساء المتزوجات (الفئة العمرية 45-49 سنة)، وذلك بالتركيز على خصائصهن الاجتماعيّة والاقتصاديّة وسلوكهن الإنجابي عبر مختلف مراحل حياتهن، بالاعتماد على بيانات المسح العنقودي متعدّد المؤشّرات (MICS6) وقد تمحورت إشكالية البحث حول التساؤلات الآتية:

• ما مدى تباين الميزات الاجتماعيّة والاقتصاديّة والسلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافيّة لهذا الجيل من النّساء؟

• ما هي الخصائص الاجتماعيّة والاقتصاديّة والإنجابية المميزة لكل منطقة جغرافيّة على حدى؟

• هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مؤشّرات السلوك الإنجابي تُعزى لمتغير المنطقة الجغرافية؟ وما هو حجم تأثير هذا المتغير؟

كشفت الدراسة عن تباينات جوهرية في المؤشّرات الديمغرافية والاجتماعية بين المناطق،

وتتلخص فيما يلي:

- **منطقة الهضاب العليا (الوسط):** برزت كأعلى المناطق تسجيلاً للمؤشّرات المحفّزة للخصوبة

المرتفعة، حيث شهدت أدنى مستويات التّعليم (ثانوي وجامعي) وأقل معدلات اشتغال النّساء. كما

سجلت أبكر سن للزواج والإنجاب، وأطول فترة زمنية بين الولادة الأولى والأخيرة، مما أدى بتسجيل

أعلى متوسط لعدد المواليد، وأعلى نسب لوفيات المواليد أو الحمل التي لم تنته بولادات حية.

¹ شهر زاد طويل: "تباين السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافية في الجزائر من خلل قاعدة بيانات المسح الوطني العنقودي السادس متعدّد المؤشّرات". مجلة المعيار. جامعة تلمسان. المجلد (13). العدد(1). 2020، ص 218-238.

الاطار المنهجي للدراسة

- **منطقة الشمال الغربي:** مثلت هذه المنطقة النقيض تماماً لمنطقة الهضاب العليا وسط، حيث سجلت أدنى المستويات في كافة مؤشرات الخصوبة المرتفعة؛
- **منطقة الشمال (الوسط):** تميزت بخصائص عصرية، إذ سجلت أعلى نسبة للنساء العاملات، وأعلى معدل لاستخدام موانع الحمل، مع انخفاض ملحوظ في نسبة النساء من الطبقات الفقيرة. وانعكس ذلك في تقليص المدّة بين أول وآخر إنجاب، وانخفاض متوسط عدد المواليد؛
- **منطقة الشمال الشرقي:** انفردت بأعلى المستويات التعليمية (تعليم ثانوي وعالي)، وأعلى متوسط لسن الزواج وبداية الإنجاب، وكذا سن الشروع في استخدام وسائل تنظيم الأسرة. كما سجلت أعلى نسبة للنساء اللواتي لم يسبق لهن الإنجاب، وأدنى متوسط لعدد المواليد؛
- **منطقة الجنوب:** اتّسمت بخصوصية ديمغرافية، فهي الأقل من حيث نسبة سكان الريف، والأقل في معدلات العقم الطبيعي (اللواتي لم ينجبن قط) واستخدام الموانع. في المقابل، سجلت سنّاً متأخرة عند آخر ولادة، مما رفع متوسط عدد المواليد الإجمالي.
- خلصت الدراسة إلى أن الفروق ذات الدلالة الإحصائية ارتبطت بشكل مباشر بالمؤشرات المتأثرة بالعوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للمرأة، والتي تعمل ككوابح أو محفزات للإنجاب. كما تتركز معظم الفروق الجوهرية بين المناطق الشمالية من جهة، ومناطق الهضاب العليا والجنوب من جهة أخرى. وقد تبين أن المنطقة الجغرافية تؤثر بقوة على عدد المواليد الأحياء، وبدرجة أقل على المدّة الفاصلة بين أول وآخر إنجاب، ويظل التباين في السلوك الإنجابي مرهوناً بمدى توفّر العوامل الهيكلية المشجعة على الإنجاب، مع بقاء منطقة الهضاب العليا وسط كأكثر المناطق دفعاً باتجاه الخصوبة المرتفعة.

الاطار المنهجي للدراسة

❖ الدراسة الخامسة: "قياس أداء المؤسسات الاستشفائية الجزائرية باستخدام البرمجة الرياضية"¹.

هدفت هذه الدراسة إلى قياس كفاءة الخدمات الصحية على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) مع صياغة التحسينات اللازمة لهذه الكفاءة، وذلك باستخدام أحد أهم الأساليب المستخدمة في البرمجة الرياضية والتمثل في أسلوب تحليل مغلف البيانات بانتهاج طريقة عوائد الحجم المتغيرة (VRS) بالتوجيهين المدخلي والمخرجي لسنة 2017، وبالاعتماد على المتغيرات المتمثلة في ثلاثة مدخلات (عدد الأطباء، عدد الممرضين، وعدد عدد الأسرة) وكلها مرغوبة، ومخرجين (عدد المرضى الداخليين وعدد الوفيات)، الأول مرغوب والثاني غير مرغوب، تم إنشاء الأنموذج المطلوب.

كما أجريت الدراسة على (200) مؤسسة عمومية استشفائية، حيث أظهرت النتائج على حصول 11,45% من مجموع عينة الدراسة على الكفاءة التامة أي ما يعادل (23) مؤسسة عمومية استشفائية، وذلك بالتوجه المخرجي وهي النتائج نفسها بالتوجه المدخلي، كما أظهرت على حصول 80% و 62% على التوالي من المؤسسات العمومية الاستشفائية على مستوى عالٍ من الكفاءة التقنية بالتوجه المخرجي مقارنة بالتوجه المدخلي. كما أثبتت مقارنة ترتيب الفئات بخصوص متوسط درجة الكفاءة أنّ أكبر متوسط كفاءة كان للفئة -ج- في كلا من التوجهين، أمّا من خلال دراسة المتغيرات البيئية المحددة للكفاءة التقنية تمّ توظيف نموذج (Tobit)، حيث أظهرت النتائج أنّ كلّ من المتغيرات خبرة المسير، حجم المؤسسة والمنطقة الجغرافية كلّها معنوية ولها تأثير إيجابي على الكفاءة ماعدا متغير عمر المؤسسة الذي أثبت غير معنوي في كلا التوجهين.

¹ طالع جميلة: "قياس أداء المؤسسات الاستشفائية الجزائرية باستخدام البرمجة الرياضية". أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 03. كلية العلوم الاقتصادية تخصص الطرق الأمثلة في الاقتصاد. 2022/2021.

❖ الدراسة السادسة: دراسة عامر إيمان وصوار يوسف، "تقييم كفاءة أداء المؤسسات الجزائرية

باستخدام تحليل مغلف البيانات-دراسة حالة المستشفيات العمومية الجزائرية"¹.

تهدف هذه الدراسة إلى تقييم كفاءة أداء المؤسسات الاستشفائية (EH) والمؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) الجزائرية، من خلال تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA) باستخدام نموذج غلة الحجم المتغيرة (VRS) وذو التوجيه المخرجي.

اعتمدت الدراسة على متغيرات رأس المال والعمل كمداخلات رئيسية للعمليات الاستشفائية، بينما تم اختيار متغيرات عدد الفحوصات، أيام الاستشفاء، متوسط مدة الإقامة، معدل الإشغال، ونسبة إشغال الأسرة كمخرجات لتقييم الأداء. استخدم برنامج DEAP_2.1 لتحليل البيانات المستخلصة من الكتاب الإحصائي السنوي للفترة (2011-2015)، حيث تم اتخاذ جميع المؤسسات الاستشفائية (EH) والمؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) المسجلة لدى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات خلال الفترة المدروسة.

أظهرت النتائج تبايناً في درجات الكفاءة بين مختلف المؤسسات الاستشفائية، حيث بلغ متوسط كفاءتها النسبية 83,26% وتشير هذه النسبة إلى أن المؤسسات تستخدم مدخلاتها الحالية (العمل ورأس المال) لتحقيق نسبة 83,26% فقط من أقصى ما يمكنها إنتاجه من المخرجات. وبالتالي، يتوجب على هذه المستشفيات زيادة مخرجاتها بنسبة 16,74% بنفس القدر من المدخلات للوصول إلى الكفاءة التامة.

¹ عامر إيمان وصوار يوسف: "تقييم كفاءة أداء المؤسسات الجزائرية باستخدام تحليل مغلف البيانات-دراسة حالة المستشفيات العمومية الجزائرية". المجلة المغاربية لإدارة المنظمات. جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان. المجلد (2). العدد (1). 2017، ص ص 127-140.

❖ الدراسة السابعة: دراسة نوال لعشيشي وآمال هاشم: "الفوارق المكانية في توزيع الخدمات

الصحية في مجال الصحة الإنجابية لسنة 2018"¹.

تهدف هذه الدراسة الى الكشف عن الفوارق الجغرافية في مستويات خدمات الصحة الإنجابية بين الولايات الجزائرية بالإضافة الى تحديد أسباب هذا التفاوت، مثل النقص في الإمكانيات المادية والبشرية (مثل عدد الأطباء والمؤسسات الصحية المتخصصة) وإبراز تأثير ذلك على جودة الخدمات. اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي لتحديد النقائص في الإمكانيات المادية والبشرية التي تؤثر على هذه الخدمات. واستخدمت الباحثتان التحليل الاحصائي لبيانات وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات لسنة 2018 لمعرفة توزيع الأطباء والمراكز الصحية المتخصصة على مستوى الولايات، ومقارنة ذلك بمدى تغطية الخدمات الصحية الإنجابية في كل ولاية.

أظهرت الدراسة أن هناك فوارق كبيرة في توزيع الخدمات الصحية في الجزائر، مما أدى إلى عدم المساواة في تقديم الخدمات الصحية الإنجابية بين الولايات. كما خلصت الدراسة كذلك الى:

- عدم توفر أغلب الولايات التي تقع في الجنوب الجزائري على عيادات خاصة؛
- وجود تفاوت في عدد الأطباء المختصين بين مختلف الولايات؛
- من بين 48 ولاية تحتوي 10 منها فقط على مراكز استشفائية جامعية مع غياب هذا النوع من الهياكل في ولايات الجنوب ونظرا لطبيعة المناخ السائد في جنوب الجزائر واتساعه وبعد الولايات يصعب على سكانها الوصول إلى الخدمات الصحية اللازمة؛

¹ نوال لعشيشي وآمال هاشم: "الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية لسنة 2018". مجلة أبعاد. جامعة وهران.2. المجلد (10). العدد (01). 2023.

- لا تحقق المؤسسات الاستشفائية المختصة في طب النساء تغطية صحية شاملة حيث أنها لا تستطيع تلبية احتياجات الصحة المتعلقة بالصحة الإنجابية؛
- أدت الفوارق في توزيع الأطباء والهيكل إلى تشكيل ضغط على مختلف الموارد (الهيكل والأطباء) وخاصة تلك المتوفرة في المناطق الشمالية مما أدى إلى تدني وضعف مستوى الخدمات.

❖ **الدراسة الثامنة: دراسة خديجة سواكري: "تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15-49 سنة بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006"¹.**

هدفت هذه الدراسة الى تحليل العوامل التي تؤثر على الصحة الإنجابية في الجزائر بالاعتماد على بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2006 الذي شمل عينة قدرها 43 642 امرأة، وذلك من أجل فهم واقع الصحة الإنجابية لدى النساء الجزائريات في الفئة العمرية من 15 إلى 49 سنة.

استخدمت الدراسة المنهج الإحصائي والوصفي التحليلي بالاعتماد على البرامج الإحصائية المتمثلة في: برنامج "SAS" لبناء الجداول الإحصائية البسيطة والمركبة، وبرنامج "EXCEL" لحساب النسب ورسم المخططات البيانية، وكذا برنامج "SPSS" لإجراء اختبارات الاستقلالية والارتباط. توصلت الدراسة إلى عدة نتائج رئيسية أهمها:

- قدر عدد النسوة الاتي شملهن المسح بـ 43642 امرأة، بمتوسط عمر يقدر بـ 29,17 سنة؛

¹ خديجة سواكري: "تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15-49 سنة بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006". أطروحة دكتوراه. جامعة باتنة1. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم الاجتماع والديمغرافيا.

الاطار المنهجي للدراسة

- هناك إقبال على خدمات الصحة الإنجابية من طرف النساء الجزائريات وأن وعيهن الصحي حول أهمية هذه الخدمات يزداد أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة؛
- بلغ متوسط عدد الولادات عند النساء المتزوجات 3,3 لكل امرأة؛
- غطي القطاع الصحي نسبة 95% من مجموع الولادات للسنتين السابقتين للمسح 2019 مقارنة بـ 89% سنة 2002؛
- 9.3% من إجمالي الولادات التي حصلت في السنتين السابقتين للمسح أجريت في البيوت، 1.1% منها كانت في المناطق الحضرية و 7% في الريف و 1.1% بالمناطق الجنوبية؛
- كانت 95% من الولايات تحت إشراف طبي مؤهل ووصلت الولايات الطبيعية نسبة 90%؛
- تراجعت نسبة الحاجة غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة بحوالي 14 نقطة مقارنة بمسح 2002 والذي قدر بـ 10.8. مما يدل على التحسن في توفر خدمات تنظيم الأسرة؛
- بلغت الحاجة غير الملباة بغرض المباشرة بين الولادات 4.6% مقابل 6.2% عند الراغبات في التوقف عن الإنجاب.

2.10.1. المقارنة بين الدراسات وتقييمها:

بناءً على استعراض وتحليل الدراسات السابقة ذات الصلة بموضوع البحث، قمنا بتحديد الفجوة المعرفية التي لم تعالجها هذه الأبحاث، والوقوف عند النقاط التي تستدعي مزيداً من الاستكشاف والتعمق. ولتسهيل هذا التقييم، لُخِّصت هذه الدراسات في جدول مقارنة (الجدول 3.1)، مما سمح لنا برسم خريطة طريق واضحة لدراستنا الحالية.

الجدول (3.1): المقارنة بين الدراسات السابقة وتقييمها

الدراسة	الهدف	تحليل ومعالجة البيانات	استنتاج نتائج الدراسة	تقييم الزوايا غير مدروسة
الدراسة الأولى: هوارى رحال 2020	تسليط الضوء على واقع الرعاية الصحية الإنجابية للنساء خلال مرحلتي الحمل والولادة في الجزائر وفق معطيات مسح MICS4- 2012	تم استخدام بيانات المسح العنقودي لسنة 2012، بتطبيق مؤشر الاختلاف وحساب المساهمات الحديثة بتحليل "شيبلي".	كشفت الدراسة عن تحسن في أبعاد الرعاية الصحية الإنجابية مقارنة ببيانات 2002. ووجدت أن أكبر فرصة لإعادة توزيع الرعاية الصحية الإنجابية تكمن في زيارات ما قبل الولادة (أربع زيارات فأكثر). كما تبين أن الثباين الإقليمي هو المساهم الأكبر في عدم المساواة في الحصول على هذه الرعاية، يليه الوضع الاقتصادي ومستوى تعليم الأم.	تناولت الدراسة متغيرات مثل "إقليم البرمجة"، "مؤشر الثروة"، و"المستوى التعليمي للأم" كعوامل مساهمة في عدم المساواة في الرعاية الصحية الإنجابية. ومع ذلك، لم تبحث الدراسة في الدور الذي تلعبه السياسات الصحية الوطنية، بما في ذلك آليات تخصيص الموارد وإدارة النظام الصحي، في إحداث هذه الثباينات أو معالجتها. عدم رصد ما إذا كانت السياسات الحكومية تسهم في خلق هذه الفروقات الإقليمية.
الدراسة الثانية: محمد حسين أبو العبرة 2015	التحليل المكاني لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظات الفرات الأوسط للفترة 1997-2013 وتأثيراتها المستقبلية.	تم هذا البحث على عينة عشوائية حجمها 1300 من الأمهات فئة (15-49 سنة). وتمّ توفير الاعتماد على برنامج SPSS.	خلصت الدراسة إلى أن الصحة الإنجابية في المنطقة تتأثر سلباً عوامل عدة رئيسية، منها تدني الوضع الاقتصادي للأسر ونقص الخدمات الصحية المتاحة. كما أبرزت الدراسة وجود سوء معاملة وأخطاء طبية من قبل الكوادر أثناء الولادة، بالإضافة إلى ضعف الوعي بأهمية الصحة الإنجابية لدى النساء والأزواج، وعدم كفاية الفحوصات الطبية قبل الزواج.	أشارت الدراسة إلى وجود قصور في تقديم الرعاية الصحية والمعاملة والأخطاء الطبية، لم تربط هذه المشاكل مباشرة بالثباينات الجغرافية في جودة الخدمات. هل هذه المشاكل أكثر انتشاراً في وحدات إدارية معينة؟ وما هي العوامل المحددة التي تسهم في تدني الجودة في تلك الأماكن (كفاية الإطارات الطبية، المعدات...)?

الاطار المنهجي للدراسة

الدراسة	الهدف	تحليل ومعالجة البيانات	استنتاج نتائج الدراسة	تقييم الزوايا غير المدروسة
الدراسة الثالثة: سارة مسلم هادي النادر 2022	تحليل مؤشرات الصحة الإنجابية جغرافياً في محافظة كربلاء المقدسة لعام 2020 (تحديد التباين في خدمات الصحة الإنجابية بين الوحدات الإدارية).	تمّ هذا البحث على عينة عشوائية حجمها 1560 من النساء المتزوجات، وتمّ توظيف بالاعتماد على برنامج SPSS	خلصت الدراسة إلى أن نقص خدمات الصحة الإنجابية وتلقي اللقاحات الكافية في كربلاء يؤثر سلباً على صحة النساء. كما وجد علاقة عكسية بين التعليم والإنجاب، فالنساء المتعلّقات والعاملات لديهن عدد أطفال أقلّ ويستخدمن موانع الحمل أكثر. في المقابل، يؤدي تدني الوضع الاقتصادي إلى قلة استخدام موانع الحمل وزيادة الولادات المتتالية.	- ركّزت الدراسة على مدى توفر خدمات الرعاية الصحية الإنجابية، ولكنها لم تتناول جودة هذه الخدمات المقدمة من طرف المراكز الصحية؛ - لم تربط الدراسة بشكل مباشر بين الفروقات في الإمكانيات التي توفرها الدولة لتحسين خدمات الصحة الإنجابية بين الوحدات الإدارية المختلفة وتأثيرها على التباين الجغرافي في مؤشرات الصحة الإنجابية.
الدراسة الرابعة: شهر زاد طویل 2020	معرفة الفروق ومدى الاختلاف بين المناطق الجغرافية لدى النساء المتزوجات من فئة 45-49 سنة في أهمّ الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، وفي السلوك الإنجابي	تمّ استخدام بيانات المسح العنقودي السادس MICS6 لسنة 2019 بالاعتماد على برنامج SPSS	أظهرت النتائج أنّ معظم الفروقات الإحصائية الدالة كانت بين المناطق الشمالية ومناطق الهضاب العليا والجنوب. تبين أنّ للمنطقة الجغرافية تأثيراً أكبر على عدد المواليد الأحياء، يليه تأثير أقلّ على المدّة بين أول وآخر إنجاب. كما ارتبط اختلاف السلوك الإنجابي بين هذه المناطق بتباين مستوى العوامل المشجّعة أو المثبّطة للإنجاب. ولوحظ أنّ مناطق الهضاب العليا الوسطى تميّزت بأعلى المؤشرات التي تدعم ارتفاع الخصوبة فيها.	- ركّزت الدراسة على وصف الفروق وتحديد المناطق التي تتميز بخصائص معينة، دون التعمق بشكل كافٍ في الأسباب الجذرية لهذه الاختلافات. - لم يتمّ تحليل التباينات على مستوى كل ولاية، واكتفت بالتوزيع حسب الأقاليم الجغرافية التي تمّ تحديدها.

الاطار المنهجي للدراسة

الدراسة	الهدف	تحليل ومعالجة البيانات	استنتاج نتائج الدراسة	تقييم الزوايا غير المدروسة
الدراسة الخامسة: طالب جميلة 2021- 2022	قياس كفاءة الخدمات الصحية على مستوى المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) مع صياغة التحسينات اللازمة لهذه الكفاءة	أجريت الدراسة على 200 مؤسسة عمومية استشفائية، باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA).	كشفت النتائج أن 11.45% من المستشفيات الحكومية (23 مؤسسة) حققت كفاءة تامة بالتوجيهين المخرجي والمدخلي. كما أظهرت 80% من المستشفيات كفاءة تقنية عالية بالتوجه المخرجي مقابل 62% بالمدخلي. كما بين تحليل المتغيرات البيئية أن متغير خبرة المدير، حجم المؤسسة، والمنطقة الجغرافية تؤثر إيجاباً ومعنوياً على الكفاءة.	- اقتصرت الدراسة على تحليل كفاءة المؤسسات العمومية الاستشفائية بشكل عام، ولم تتخذ الولايات أو المناطق الجغرافية كوحدات إدارية. هذا الجانب مهم لأن توزيع الموارد المادية والبشرية من قبل الدولة يتم غالباً على مستوى الولايات. وعليه، فإن تحديد هذه المناطق بشكل دقيق من شأنه أن يوجه جهود التحسين بكفاءة وفعالية أكبر. - كما اكتفت الدراسة كذلك بتسليط الضوء على دراسة كفاءة المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) واغفلت باقي المراكز الصحية الأخرى المتمثلة في المؤسسات الاستشفائية (EH)، المراكز والمؤسسات الاستشفائية الجامعية (CHU) (EHU)، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) والمؤسسات الاستشفائية متعددة الخدمات.
الدراسة السادسة: عامر إيمان وصوار يوسف 2017	تقييم كفاءة أداء المؤسسات الاستشفائية (EH) والمؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) الجزائرية.	أجريت الدراسة على جميع المؤسسات الاستشفائية (EH) و (EPH)، باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA).	أظهرت الدراسة تبايناً في كفاءة المستشفيات، حيث بلغ متوسط كفاءتها 83.26%، مما يعني أنها لا تستغل كامل إمكاناتها. ولتحقيق الكفاءة التامة، يجب على هذه المستشفيات زيادة مخرجاتها بنسبة 16.74% باستخدام نفس المدخلات الحالية.	لم تبحث الدراسة في آليات التخصيص الحكومي للميزانيات والموارد، وتأثير توزيعها بين المؤسسات أو الولايات، على تباين درجات الكفاءة. إضافة إلى ذلك، فإن دمج مؤشرات نوعية مثل معدل المرضى، ووفيات الأمهات والأطفال كمخرجات كان سيعزز الدراسة، حيث أن الكفاءة وحدها لا تعكس بالضرورة جودة الخدمات المقدمة.

الاطار المنهجي للدراسة

الدراسة	الهدف	تحليل ومعالجة البيانات	استنتاج نتائج الدراسة	تقييم الزوايا غير المدروسة
الدراسة السابعة: نوال لعشيشي وآمال هاشم 2018	الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية لسنة 2018	تم توظيف التحليل الاحصائي لبيانات وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات لسنة 2018.	خلصت الدراسة الى وجود نقص في المرافق الصحية في أغلب الولايات الجنوبية وتفاوتات في توزيع الكوادر الطبية المتخصصة بين الولايات. وكذا نقص المراكز المتخصصة أدى الى صعوبة الوصول للخدمات الصحية خاصة بالولايات الجنوبية. كما أدت هذه الفوارق في التوزيع إلى ضغط على الموارد وتدهور مستوى خدمات الصحة الإنجابية.	رغم أهمية هذه الدراسة في تسليط الضوء على مشكلة الفوارق الصحية، إلا أنها لم تتناول بعض الجوانب الاجتماعية والاقتصادية، حيث لم يتم دراسة تأثير الوضع الاجتماعي والاقتصادي للسكان في كل ولاية على استخدامهم للخدمات الصحية الإنجابية، بالإضافة الى مستوى الوعي لدى النساء وأفراد المجتمع بأهمية الصحة الإنجابية وكيفية الوصول إلى الخدمات المتاحة.
الدراسة الثامنة: دراسة خديجة سواكري 2019	تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15-49 سنة بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006	أجريت الدراسة على بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2006 الذي شمل عينة قدرها 642 43 امرأة، باستخدام برامج SAS و EXCEL و SPSS.	خلصت الدراسة الى أنه يوجد تحسن في مؤشرات الصحة الإنجابية بالجزائر مقارنة بالمسوح السابقة، فهناك إقبال متزايد من النساء على خدمات الصحة الإنجابية، وزيادة في الوعي بأهمية هذه الخدمات. كما ارتفعت نسبة التغطية الصحية الإنجابية وارتفاع نسبة الولادات تحت إشراف طبي مؤهل وتحسن في توفر خدمات تنظيم الأسرة.	ركزت الدراسة على تحليل البيانات الإجمالية، ولكنها لم تتعمق في تحليل الفوارق الإقليمية بين الأقاليم وبين الولايات بشكل مفصل، خاصة فيما يتعلق بتوزيع الخدمات الصحية والامكانيات المادية والبشرية المسخرة لخدمات الصحة الإنجابية؛ كما ركزت الدراسة كذلك على المؤشرات الكمية (مثل نسبة التغطية)، ولكنها لم تتناول مؤشرات الأداء وجودة الخدمات المقدمة أو مدى رضا النساء عنها.

الفصل الثاني

الإطار النظري والمعرفي للصحة الإيجابية ومؤشراتها

1.2. ماهية الصحة الإيجابية، أهميتها ومقومات بلوغها؛

2.2. عناصر الصحة الإيجابية؛

3.2. مؤشرات الصحة الإيجابية؛

4.2. حقوق الصحة الإيجابية وتمكين المرأة.

تمهيد:

تعدُّ الصِّحةُ الإيجابيةُ جزءًا أساسيًا من الصِّحةِ العامَّةِ، وتعكس مدى الرفاهيةِ الصحيَّةِ للأفراد في مرحلة الإنجاب، فهي ليست مرتبطة بالوقاية من الأمراض المتعلقة بالجهاز التَّناسلي وعملياته فقط، بل تشمل أيضًا سلامة الأفراد البدنيَّة والعقليَّة والاجتماعيَّة، وقدرتهم على التَّمتع بحياة جنسيَّة مرضيَّة وآمنة، وحرّيتهم في اتِّخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب، إضافة إلى الحق في الحصول على خدمات الصِّحةِ الإيجابيَّة.

سنحاول في هذا الفصل التطرُّق إلى الإطار النَّظري والمعرفي للصِّحةِ الإيجابيَّة، وذلك من خلال إبراز مفاهيم الصِّحةِ الإيجابيَّة ونشأتها وأهميتها، ثمَّ التَّطرُّق إلى مختلف عناصرها ومؤشرات قياسها، وفي الأخير نتطرَّق إلى مجمل الحقوق المرتبطة بالصِّحةِ الإيجابيَّة وتمكين المرأة.

1.2. ماهية الصحة الإيجابية، أهميتها ومقومات بلوغها.

1.1.2. نشأة مصطلح الصحة الإيجابية:

على الرغم من أن مصطلح الصحة الإيجابية لم يتبلور بمفهومه المعاصر، إلا أن جذوره كانت حاضرة في الأجنـدات الدولية والطبية منذ مطلع الخمسينيات، حيث أولت الأمم المتحدة اهتماماً لتأثير النمو السكاني على عملية التنمية مما جعلها تركز على قضايا المرأة ومعوّقات تنظيم الأسرة، وتزايد هذا الاهتمام بفكرة التحكم في الخصوبة من خلال برامج تنظيم الأسرة، التي سرعان ما تطوّرت لتصبح مرادفة لبرامج السكان. إلا أنّها لم تكن كافية للتطرق إلى كافة جوانب الصحة الإيجابية.

نظّمت الأمم المتحدة في النصف الثاني من القرن الماضي عدة ندوات ومؤتمرات دولية حول السكان، تناولت أموراً تتعلّق بمفاهيم تطور الصحة الإيجابية لدى المرأة، اختلفت من حيث أهميتها وطبيعتها، وهذا انطلاقاً من تبلور فكرة تنظيم الأسرة في مؤتمر "معوّقات تنظيم الأسرة في سنة 1950 بالأمم المتحدة إلى غاية تجسيد مصطلح الصحة الإيجابية بشكله المعروف اليوم من خلال مؤتمر التنمية والسكان المنعقد بالقاهرة سنة 1994، ثمّ توالى بعدها مؤتمرات متابعة وتقييم أهداف تنفيذ الأجنـدة والتوصيات المتعلقة ببرامج الصحة الإيجابية والتي كان آخرها في مؤتمر بكين +15 في سنة 2010 بنيويورك. وعليه تمّ تلخيص جهود الأمم المتحدة في مجال الصحة الإيجابية للفترة الممتدة بين (1950-2010) كما يلي¹:

▪ المرحلة المبكرة (قبل ظهور مفهوم الصحة الإيجابية بشكل واضح): وتشمل معظم المؤتمرات

المنعقدة خلال الفترة (1950-1992) وتتمثّل في:

¹ مرام بنت منصور بن حمزة زاهد: "مفهوم الصحة الإيجابية في المواثيق الدولية". رسالة ماجستير. جامعة الإمام محمد بن سعود-المملكة العربية السعودية. كلية الشريعة بالرياض. قسم الثقافة الإسلامية. 2010. ص18.

- مؤتمر "معوقات تنظيم الأسرة سنة 1950: انعقد بالأمم المتحدة وفيه تمّ التّركيز على المرأة ومعوقات تنظيم الأسرة، لكنّه لم يحقّق تقدّمًا كبيرًا؛
- العهد الدّوليّ للحقوق الاقتصاديّة والاجتماعيّة والثقافيّة سنة 1966: انعقد بمدينة نيويورك، الولايات المتّحدة الأمريكيّة وأوصى بحماية الأمومة والطفولة وتحسين الخدمات الصحيّة بما فيها تنظيم الأسرة؛
- الإعلان العالمي لحقوق الإنسان سنة 1968: انعقد بالأمم المتحدة وفيه تمّ وضع الأسرة والمرأة كقضايا عالميّة وأكّد على حق الفرد في اختيار الحياة بحريّة، ويعتبر البذرة الأولى لمفهوم الصّحة الإنجابيّة؛
- المؤتمر العالميّ الأوّل للسكان سنة 1974: انعقد في بوخارست برومانيا وتطرق إلى تحديد النّسل، وفيات الأمّهات، الخصوبة، والمساواة بين الجنسين، واعتمد خطة عمل عالميّة؛
- مؤتمر المكسيك سنة 1975: ركّز هذا المؤتمر على رفع التمييز ضد المرأة، حرّيّة الإجهاض، الحرّيّة الجنسيّة للمراهقين والأطفال، وتنظيم الأسرة، وأوصى بتوسيع الحقوق الإنجابيّة؛
- اتفاقية سيداو "القضاء على جميع أشكال التمييز ضدّ المرأة" سنة 1979: انعقد بالأمم المتّحدة حيث تمّ التأكيد على المساواة بين الجنسين وحرّيّة المرأة في اتّخاذ قرارات بشأن عدد الأطفال؛
- المؤتمر العالمي الثالث للمرأة لسنة 1980: انعقد في "كوبنهاجن" بالدنمارك وفيه تمّ متابعة جهود تقدم قضايا المرأة؛

- المؤتمر الدولي للسكان لسنة 1984: انعقد في المكسيك ودعا إلى منح المرأة حقوقها القانونية، رفع سنّ الزواج، تشجيع تأخر الإنجاب، ومشاركة الأب، والتتقيف الجنسي للمراهقين، والإقرار بالعلاقات الجنسية خارج نطاق الأسرة، وأوصي بتوسيع قضايا الصحة الإنجابية؛
- مؤتمر "استراتيجيات التطلع إلى الأمام من أجل تقدّم المرأة" لسنة 1985: انعقد في "تيروبي" بكينيا وفيه تمّ مراجعة وتقييم عقد الأمم المتّحدة للمرأة ومتابعة التقدّم في قضايا الصحة الإنجابية؛
- المؤتمر العالمي للبيئة والتنمية لسنة 1992: انعقد في "ريو دي جانيرو" بالبرازيل وأكّد على حق النساء في التّحكّم في الإنجاب وربط الصحة الإنجابية بالتنمية المستدامة.
- مرحلة إرساء مفهوم الصحة الإنجابية: يضمّ المؤتمر التأسيسي لمفهوم الصحة الإنجابية بالقاهرة لسنة 1994، ومؤتمر بكين لسنة 1995 وهي المرحلة التي بادرت بظهور مفهوم الصحة الإنجابية بشكل واضح وأوسع.
- مؤتمر القاهرة للسكان والتنمية لسنة 1994: انعقد في القاهرة بمصر وهو النقطة الفاصلة في طرح مفهوم الصحة الإنجابية والقضايا المتعلقة بالجنس؛
- مؤتمر "المساواة والتنمية والسّلم" لسنة 1995: انعقد في "بكين" بالصّين وتناول الحرّية الجنسيّة، تأخير الزّواج المبكر، نشر وسائل منع الحمل، الإجهاض الآمن، والثّقافة الجنسيّة المبكرة، وتميز بجرّاته على القيم الأخلاقيّة.
- مرحلة المتابعة والتقييم: وهي المرحلة التي باشرت بوضع أهداف الصحة الإنجابية وتقييمها، وتضمّ:

- مؤتمر بكين +5 "المؤتمر الدولي للسكان والتنمية" لسنة 2000: انعقد في "نيويورك" بالولايات المتحدة الأمريكية، وفيه تمّ تقييم النّقد المحرز في تحقيق أهداف "بكين" وحدد أولويات مستقبلية في مجالات الصحة الإيجابية، وصحة المراهقين، والإجهاض الآمن، والإيدز، والتثقيف الجنسي؛
- المؤتمر الأول الخاص بالأطفال والشباب لسنة 2002: انعقد في "نيويورك" بالولايات المتحدة الأمريكية، وفيه تمّ التركيز على حقوق الأطفال والشباب في الصحة الإيجابية، ودعا إلى حرية الإجهاض للفتيات وتعزيز التربية الجنسية؛
- مؤتمر بكين +10 لسنة 2005: انعقد في "نيويورك" بالولايات المتحدة الأمريكية، وفيه تمّ متابعة وتقييم أهداف بكين +5، ودعا إلى ضمان تمتع المرأة بصحتها وتعزيز الصحة الإيجابية وتوفير خدمات ميسورة التكلفة؛
- مؤتمر بكين +15 لسنة 2010: انعقد في "نيويورك" بالولايات المتحدة الأمريكية، وفيه تمّ متابعة وتقييم أهداف بكين وتمّ مراجعة تنفيذ الأجندة والتوصيات المتعلقة بحياة المرأة المختلفة.

2.1.2. مفهوم الصحة الإيجابية:

في البداية، كان ينظر إلى الصحة الإيجابية بشكل أساسي على أنها جملة البرامج المتعلقة بتنظيم الأسرة وتحديد النسل، إلا أنّ هذا المفهوم تطوّر ليشمل نطاقاً أوسع من المشكلات التي تؤثر على الصحة الإيجابية لكل من المرأة والرجل، حيث ظهرت مفاهيم متعدّدة تركّز على الرعاية الفرديّة المتخصّصة بصحة الأمّ والطفل وفئات أخرى مثل المراهقين.

عرّف "أبو الحمائل 2010" الصحة الإنجابية على أنها: " بلوغ الفرد حالة من الرفاه الكامل من الناحية الجسمية والعقلية والاجتماعية، وخلوه من العيوب والأمراض المرتبطة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته بحيث يكون قادرا على ممارسة حياة جنسية وإنجابية آمنة ومسؤولة"¹.

كما عرّفها "البغدادي 2008" بأنها: "هي منظومة متكاملة من الآليات والخدمات التي تتجاوز حدود العلاج الطبي التقليدي، فهي تهدف إلى تعزيز الصحة الجنسية والارتقاء بجودة الحياة وبناء علاقات إنسانية سليمة، عوضاً عن الاقتصار على الاستشارات الطبية المتعلقة بالإنجاب أو الوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً"².

1.2.1.2. تعريف منظمة الصحة العالمية (OMS):

تعرف منظمة الصحة العالمية الصحة الإنجابية بأنها: "ليست مجرد غياب المرض أو الاعتلال فقط، وإنما تعني كذلك الشعور بالرفاه الشامل والتكامل أو الوضع الحسن والجيد في القوى العقلية والفيزيقية والاجتماعية. كما أنها: "حالة من التحسن العقلي والجسمي والنفسي والاجتماعي الكامل، وليس مجرد غياب الأمراض أو العلل". وتعريفها أيضا: "حالة من الكفاية والسلامة الجسمية الكاملة والشاملة، وليست مجرد خلوه من المرض أو العجز"³.

2.2.1.2. تعريف صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA):

عرّف صندوق الأمم المتحدة للسكان الصحة الإنجابية بأنها "قدرة المرأة في قضاء سنوات إنجابها وما بعدها بكرامة وأمان، وأن تملك هي إرادتها في الحمل والإنجاب الناجحين وبعيدا عن مخاطر الأمراض التي تصيب النساء". كما عرّفها كذلك بأنها "الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي الشامل

¹ دليلة عزيزي وبلخيري سليمة: "واقع الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري". مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة العربي التبسي تبسة. العدد (15). المجلد (2). 2022، ص ص 237-252.

² محمد البغدادي: "محو الأمية لتنمية الأبعاد المتضمنة لدى رغبات بعض قرى صعيد مصر". مجلة كلية التربية. العدد (8). 2008، ص 10.

³ فضيلة غرايبيّة: "دور الصحة في تنمية المجتمع قراءة سوسولوجية بمدينة تبسة، أطروحة دكتوراه. جامعة باجي مختار عنابة-الجزائر. كلية الآداب واللغات والعلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم الاجتماع. 2015/2016، ص 32.

لمتطلبات الإنجاب وسلامة الجهاز التناسلي، وتضم عناصر الأمومة الآمنة المرضية، حرية اتخاذ قرارات الإنجاب وتوقيته وعدده، الحصول على معلومات ووسائل منع حمل آمنة وفعالة وميسورة التكلفة، والحماية من العدوى المنقولة جنسياً¹.

3.2.1.2. تعريف المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994):

يُعتبر التعريف الذي وضعه المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد في القاهرة سنة 1994 أول تعريف شامل للصحة الإيجابية، حيث عرّفها على أنها "حالة الرفاه الكامل البدني والعقلي والاجتماعي في جميع الجوانب المرتبطة بالجهاز التناسلي وعملياته ووظائفه، وليست مجرد السلامة من الأمراض والإعاقة". وعليه، أولى هذا المؤتمر اهتماماً كبيراً بمفهوم تنظيم الأسرة، وكشف عن وجود خلافات فكرية عميقة تتعلق بقضايا السكان والتنمية. وقد أسفرت هذه النقاشات في النهاية عن شعار يؤكد على أن التنمية الشاملة هي أفضل وسيلة لتحقيق تنظيم الأسرة بشكل فعال ومستدام². بناءً على استعراضنا للتعريفات السابقة، يمكننا تعريف الصحة الإيجابية بأنها حالة من السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية التي تشمل جميع الأفراد في مختلف مراحل حياتهم، وتتضمن تحقيق مستوى صحي جيد للجهاز التناسلي وعملياته ووظائفه الحيوية، بما يضمن عملية إنجاب صحية وآمنة.

3.1.2. أهمية الصحة الإيجابية وفئاتها المستهدفة:

1.3.1.2. أهمية الصحة الإيجابية:

تعدّ الصحة الإيجابية للمرأة أمراً أساسياً لتمكينها من التمتع بالقدر الأمثل للصحة خلال مختلف مراحل عمرها، بدءاً من فترة مراهقتها وصولاً إلى سنواتها المتقدمة. فالرعاية الجيدة للصحة الإيجابية

¹ محروس الشيشيني عزت فهم: "أثر العوامل السكانية والاجتماعية على معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإيجابية في مصر". أطروحة دكتوراه. جامعة القاهرة-مصر. معهد الدراسات والبحوث الإحصائية. قسم الإحصاء الحيوي والسكاني. 2000، ص24.

² هيئة الأمم المتحدة. تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة. نيويورك. 1994، ص25.

منذ الطفولة كالنظام الغذائي المتوازن والمتابعة الطبيّة المستمرة تساعد على النمو والحماية من الإصابة بالأمراض الخطيرة التي قد تؤذي حياتها. كما أنّ استمرار هذه الرعاية في السّنوات اللاحقة من عمرها خاصّة في فترة المراهقة بما تمرُّ به من تغييرات جسميّة ونفسية¹.

إنّ حصول المرأة على هذه الرعاية الصحيّة في جميع مراحل حياتها باستجابة فعّالة يمكنها من فهم احتياجاتها واحتياجات أسرتها بشكل أفضل، ممّا يسهم في تحقيق نوعيّة حياة جيّدة لها. كما أنّ سلامة المولود وتمتّعه بصحة جيّدة يعتمد بشكل كبير على خلق الأمّ من الأمراض المتعلّقة بالإنجاب، وعلى قدرة الأم على الاستفادة بشكل فعّال من الرعاية الصحيّة المذكورة، بالإضافة إلى قدرة المجتمعات على توفير هذه الرعاية. وتبرز أهميّة الصحة الإنجابيّة من خلال ما يأتي²:

- ✓ تحقيق أعلى مستويات الأمان الصحي للنساء طوال رحلة الأمومة (حماً وولادة ورعاية)؛
- ✓ تفعيل خيار التنظيم الإنجابي الواعي والمستند إلى استشارات طبية موثوقة؛
- ✓ تقديم الدعم العلاجي لحالات العقم، لضمان حق الزوجين في تكوين أسرة؛
- ✓ التركيز على جودة المخرجات الإنجابيّة عبر تأمين ولادة مولود سليم معافى؛
- ✓ إرساء قواعد الممارسة الجنسيّة المسؤولة والأمنة بين الشريكين؛
- ✓ استئصال الممارسات السلبية والعادات التي تشكل خطراً على الصحة العامة والإنجابية؛
- ✓ تعدد الصحة الإنجابيّة حقاً أساسياً من حقوق الإنسان، وهي مكفولة بموجب القانون الدولي؛
- ✓ للصحة الإنجابيّة دورٌ محوريٌّ في تقليل معدلات الأمراض والوفيات، وبالتالي زيادة متوسط العمر المتوقع للسكان.

¹ خديجة موسى علاوين: "الصحة الإنجابية للمرأة في برامج التلفزيون الأردني". رسالة ماجستير. الجامعة الأردنية. كلية الدراسات العليا. 2002، ص19.

² الأنسي عبد الكريم علي: "دليل الخطباء والمرشدين الوعاظ حول الصحة الإنجابية والسكان". الطبعة الثانية. اليمن: الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان. 2011، ص20.

2.3.1.2. الفئات المستهدفة بالصحة الإيجابية:

لا تقتصر الصحة الإيجابية على فئة واحدة فقط، بل تشمل مراحل مختلفة تبدأ قبل الولادة، وقد حددت الفئات المستهدفة بما يلي¹:

- **الرجل والمرأة في سن الإنجاب:** يعمل الاستهداف على رفع المستوى الصحيّ لهما، ومحاولة إشراك الرجال في برامج تنظيم الأسرة؛
- **المراهقين والشباب:** يهدف الاستهداف إلى تحنيبهم السلوكيات الضارة التي قد تؤدي إلى أضرار تهدد صحتهم الحالية والمستقبلية، ورفع الوعي لديهم ليتحمّلوا مسؤولياتهم الصحية المستقبلية؛
- **النساء ما بعد سن الإنجاب:** تفعيل استراتيجيات الوقاية من الأمراض المرتبطة بالجهاز التناسلي، مع تعزيز برامج الكشف المبكر لتسهيل التدخل العلاجي والتدبير الصحي الفعّال؛
- **الطفل ما بعد فترة الولادة:** يهدف الاستهداف إلى الحفاظ على صحته وبقائه وحمايته ونمائه.

4.1.2. مقومات الصحة الإيجابية:

تشير كلمة "مقومات" إلى الرّكائز الأساسية التي يعتمد عليها وجود الشيء، بحيث يختفي بغياب أيّ منها، وفي هذا السياق، تتمثل هذه المقومات في مجمل جوانب الصحة التي يتكامل وجودها ليشكّل المستوى الصحي المعروف بالصحة الإيجابية، وهي كالتالي²:

- **الصحة الجسدية:** هي القدرة على أداء وظائف الجسم الفيزيولوجية بكفاءة، أي حالة مثالية من اللياقة البدنية؛

¹ سارة مسلم هادي: "التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإيجابية في محافظة كربلاء المقدسة". رسالة ماجستير. جامعة كربلاء-العراق. كلية العلوم الإنسانية. قسم الجغرافية التطبيقية. 2022، ص22.

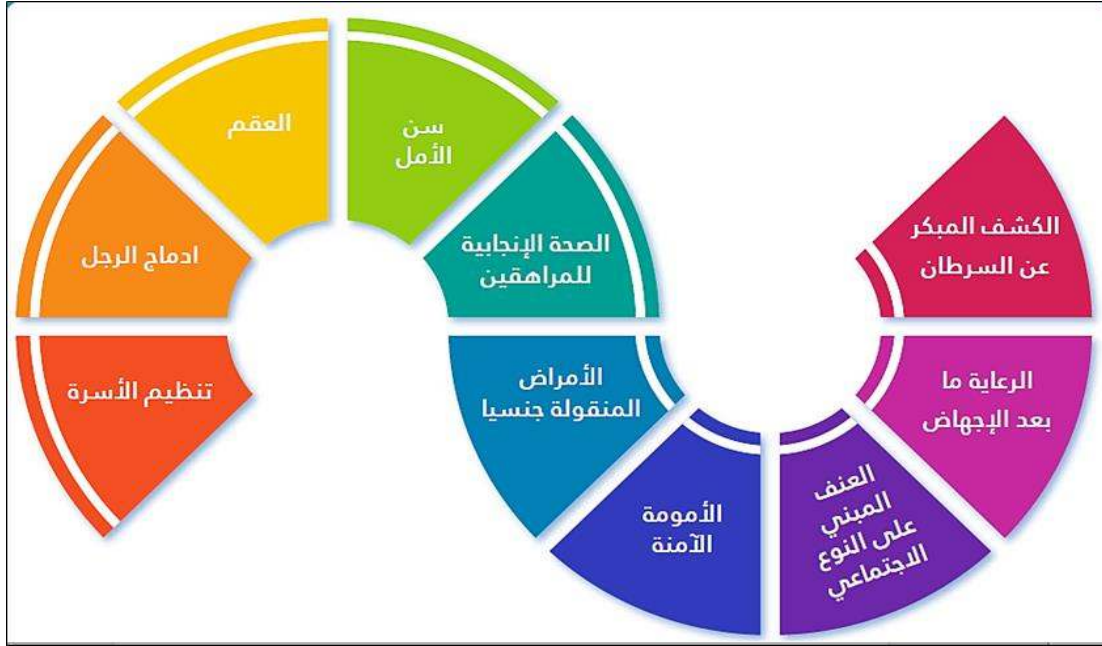
² عبد الكريم الأنسي: " دليل الخطباء والمرشدين الوعاظ حول الصحة الإيجابية والسكان ". المصدر المذكور سابقاً، ص21.

- **الصحة الجنسية:** تمثل حالة من التّكامل بين الأبعاد العضوية والنفسية والاجتماعية للكيان الجنسي للإنسان، بما يسهم في إثراء الشخصية وتعميق روابط التواصل العاطفي والإنساني؛
- **الصحة النفسيّة:** هي الكفاءة في إدراك المشاعر الذاتيّة والتعبير عنها باتزان، والتمتّع بحالة من الاستقرار الداخلي والرضا، بعيداً عن جميع أشكال الاضطراب أو الضغوط النفسية الحادة؛
- **الصحة العقليّة:** تعكس جودة العمليات الذهنية، والقدرة على التفكير المنطقي السليم، وتحمل المسؤولية، بالإضافة إلى الكفاءة في اتخاذ القرارات وحسم الخيارات الشخصية؛
- **الصحة الاجتماعيّة:** تتمثل في المهارة بإنشاء وتطوير روابط إيجابية مستدامة مع المحيط الاجتماعي، والقدرة على التواصل الفعّال والمثمر مع الآخرين؛
- **الصحة الروحيّة:** هي سلامة المعتقدات والممارسات الدينيّة السليمة لتحقيق السّلام الداخلي والمجمعي، مع تجنب التّطرّف الذي يمنع الرّواج والإنجاب بدعوى التفرغ للعبادة؛
- **الصحة المجتمعيّة:** تشمل العلاقة المتوازنة مع البيئة المحيطة من قوانين وأنظمة ومواد وأشخاص، مع التأكيد على عدم وجود سياسات قمعيّة تحدّ من النّسل أو الحقوق الإيجابيّة للأفراد.

2.2. عناصر الصحة الإيجابية

عند التأمل في مفهوم الصحة الإيجابية نجد أنّه يدعو إلى أن يعيش كلّ الأفراد من الجنسين حياة جنسيّة مرضيّة. فالصحة الإيجابية بعناصرها تمثل جزءاً لا يتجزأ من الصحة العامّة، فأبي خلل في عناصر الصحة العامّة للفرد يؤثّر بشكل مباشر على عناصر الصحة الإيجابية. فالإنسان وحدة متكاملة من الجوانب البدنيّة والنفسية، وأي قصور في عنصر منها يؤثّر على الجوانب الأخرى. كما يتّضح من خلال الشّكل (1.2)، الذي يلخّص لنا عناصر الصحة الإيجابية التي تبدو أنّها مترابطة ومتداخلة فيما بينها، حيث أنّ بلوغ كل عنصر منها يعتبر تحقيق جزء من الصحة

الإيجابية. كما أنّ دعم الصّحة الإيجابية طوال دورة الحياة يتطلّب تعزيز برامجها الواسعة من تثقيف وتوعيّة، وتنظيم الأسرة، والرعاية الصحيّة في جميع مراحلها. بالإضافة إلى الوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًا، وخدمات التّشخيص المبكر والعلاج لأمراض الصّحة الإيجابية وغيرها.



الشكل (1.2): عناصر الصّحة الإيجابية

المصدر: دليل مواد التّوعية والتثقيف حول الصّحة الإيجابية والجنسيّة والعنف المبني على النوع الاجتماعي، منصة المعرفة للصّحة الإيجابية والجنسيّة، الأردن، ص16.

ومن جهة أخرى، فإنّ الصّحة الإيجابية تهتم الأفراد من جميع الأعمار، بدءًا من الطفولة وحتى الشيخوخة. فالصّحة الإيجابية في أي مرحلة عمريّة تؤثر بشكل كبير على الصّحة العامّة في المراحل اللاحقة. لذا، فإنّ عناصرها تكون مرتبطة حسب المراحل العمريّة للأفراد، فمن الصّورتي دعم هذه العناصر من خلال بعث البرامج المتخصّصة لمعالجة التّحدّيات المختلفة التي يواجهها الأفراد في كل مرحلة من مراحل حياتهم. وعليه تمّ توزيع هذه العناصر حسب المراحل العمريّة في الجدول (1.2).

الجدول (1.2): عناصر الصحة الإيجابية حسب مراحل العمر المختلفة

المرحلة العمرية	مكونات الصحة الإيجابية
مرحلة الطفولة	<ul style="list-style-type: none"> - الرضاعة الطبيعية؛ - التغذية المتوازنة والسليمة؛ - تطعيم الأطفال والتلقيحات؛ - متابعة تطور الطفل ونموه؛ - متابعة الحالة الصحية والنفسية للطفل؛ - الحد من العنف المنزلي؛ - تعليم الأطفال الأنماط الصحية السليمة.
مرحلة المراهقة	<ul style="list-style-type: none"> - التحضير لمرحلة المراهقة؛ - التغيرات الاجتماعية والفسولوجية والنفسية في مرحلة البلوغ؛ - المشكلات الصحية المتعلقة بالبلوغ مثل تأخر البلوغ، الدورة الشهرية، تكيس المبايض وغيرها؛ - التوعية الصحية والمشورة حول قضايا الصحة الإيجابية والجنسية؛ - الأنماط الصحية السليمة والسلوكيات غير السليمة لدى المراهقين؛ - الأمراض المنقولة جنسيا والايذز؛ - العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الجنسي.
مرحلة الزواج والحمل والإنجاب	<ul style="list-style-type: none"> - الفحص الطبي والمشورة للمقبلين على الزواج؛ - الحد من زواج الأقارب؛ - الأمومة الآمنة: الحمل والولادة الطبيعية والنفس؛ - مشكلات ومضاعفات متعلقة بالحمل والولادة؛ - الحمل عالي الخطورة (الحمل المبكر، الحمل المتأخر، الحمل المتقارب، الحمل المتكرر)؛ - رعاية ما قبل وما بعد الولادة؛ - تنظيم الأسرة؛ - العقم وضعف الخصوبة والإجهاض الآمن؛ - الأمراض المنقولة جنسيا (ومنهما الايدز)؛ - الاكتشاف المبكر للأورام (الثدي، الجهاز الإنجابي)؛ - الصحة الجنسية (البرود، المتعة، العنف الجنسي)؛ - العنف المبني على النوع الاجتماعي والعنف الأسري.
ما بعد الإنجاب (سن الأمل)	<ul style="list-style-type: none"> - المشورة عن التغيرات الفسيولوجية وانقطاع الدورة الشهرية وعلاج الأعراض المصاحبة لها؛ - الأنماط الصحية والسليمة مثل ممارسة الرياضة والتغذية السليمة؛ - الصحة الجنسية والصحة النفسية؛ - أمراض الجهاز الإنجابي (الالتهابات المهبلية، التهابات الحوض)؛ - الاكتشاف المبكر للأورام (الثدي، الجهاز الإنجابي)؛ - هشاشة العظام.

المصدر: الدليل الإرشادي للتوعية الصحية المتعلقة بتنظيم الأسرة وسرطان الثدي ودعم الرضاعة الطبيعية -برنامج سرطان الثدي الأردني 2021.

1.2.2. تنظيم الأسرة:

يعرّف تنظيم الأسرة، حسب مؤتمر القاهرة لسنة 1994، بأنه: "تمكين الأزواج والأفراد من أن يقرّروا بحريّة وبروح من المسؤوليّة عدد أطفالهم والمباعدة بين الولادات، والحصول على المعلومات والوسائل اللّازمة للقيّام بذلك وكفالة اختيارات مدروسة وإتاحة طائفة كاملة من الوسائل المأمونة والفعّالة¹.

كما يعرّف بأنه: "النهج القائم على التخطيط الزمني المسبق للإنجاب، لضمان وجود فواصل زمنية آمنة بين الأحمال باستخدام وسائل تنظيم الحمل المناسبة، ويهدف هذا الإجراء الاختياري إلى تحقيق الرّغبة في عدد الأبناء وتوقيت ولادتهم، بما يكفل الحماية الصحية للأم والطفل وبقيهما من المخاطر التي يمكن تفاديها"².

إنّ إتّباع أسس ومبادئ تنظيم الأسرة لها فوائد على جميع أفراد الأسرة والمجتمع، ويمكن تلخيصها في الجدول (2.2) أدناه.

الجدول (2.2): فوائد تنظيم الأسرة.

فوائد لمصلحة المجتمع	فوائد لمصلحة العائلة	فوائد لمصلحة الطفل	فوائد لمصلحة الأم
زيادة فرصة التّمنية الاقتصادية وتحسين الوضع الاقتصاديّ والحدّ من الفقر.	تحسين نوعيّة الحياة والرّفاهيّة لأفراد الأسرة.	تخفيض معدّل وفيات الأطفال حديثي الولادة، ووفيات الأطفال قبل الولادة.	تخفيض مخاطر وفاة الأمهات.
حماية البيئة من خلال تحقيق التّوازن بين الموارد الطّبيعيّة وعدد السّكان.	توفير الجو النّفسي الملائم لنموّ الطّفل في بيئة اجتماعيّة وصحيّة ونفسيّة متوازنة.	تخفيض معدّل تشوّه المواليد وذوي الأوزان المتدنيّة.	تقليل مخاطر الصحيّة نتيجة الأحمال المتقاربة والمتكرّرة، وخاصّة في المراحل العمريّة الصّغيرة جداً أو الكبيرة جداً.

¹ محمود حسين: "الأسرة ومشكلاتها". بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر. 1971، ص303.
² ربا السيد محمد أبو كميل: "مستوى الوعي بمفهوم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة". رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية غزة-فلسطين. كلية الدراسات العليا. 2011، ص48.

تخفيض الطلب على الخدمات العامة مثل السكن والماء والطاقة، والتعليم، والخدمات الصحية والاجتماعية.	التقليل من المجهود الجسدي والذهني لأولياء الأمور في تربية أبنائهم وتخفيض الأعباء الاقتصادية عن كاهل العائلة.	تخفيض معدل التثوهات الخلقيّة والتخلف العقليّ.	المحافظة على صحّة الأم الجسديّة والنفسية من خلال المبادعة بين الأحمال.
زيادة نمو معدل الدخل القومي للفرد.	ربح الوقت الكافي وتمكين العائلة من المشاركة في الأنشطة الاجتماعية والثقافية والاقتصادية.	تحسين نمو وتطوير الأطفال من النواحي الجسميّة، والعقليّة، والفكريّة، والصحيّة.	تخفيض نسبة الأحمال ذات المستوى المرتفع من الخطورة.

المصدر: فيهيمي رودي فرزاة، أنثونرد لوري، "الصحة الإيجابية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: دليل إعلاميين"، المكتب المرجعي للسكان (PRB)، 2008، ص 43.

كما تُبنى الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة على المبادئ الأساسية التالية¹:

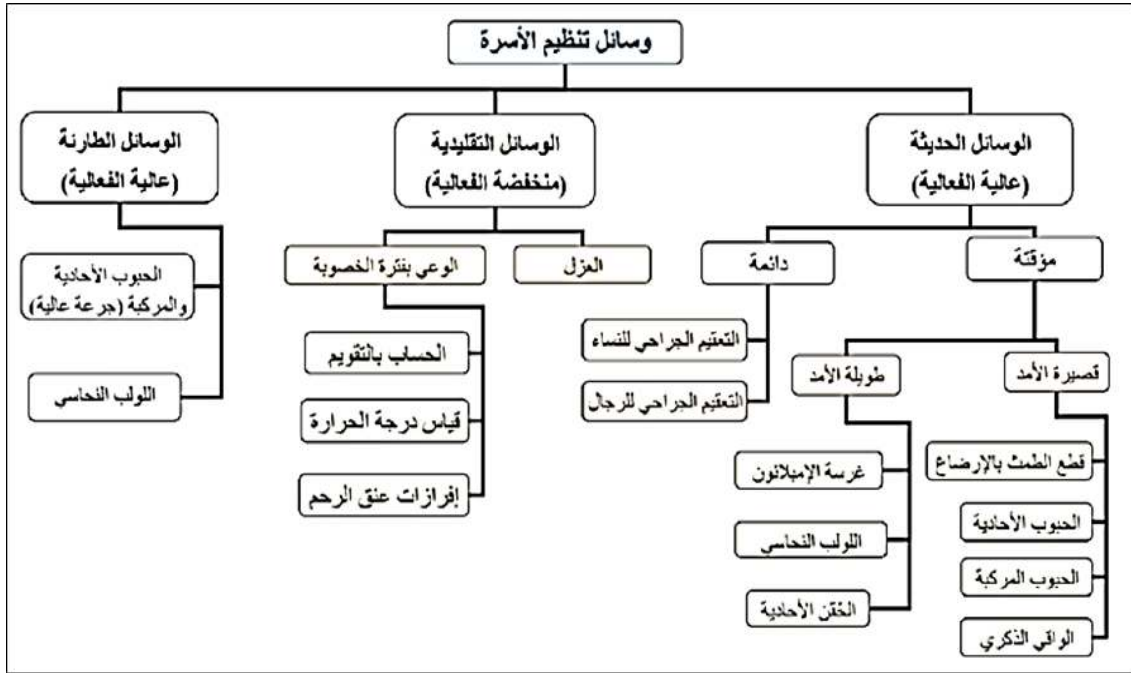
- ✓ قرار الإنجاب هو قرار مشترك بين الزوجين فقط؛
- ✓ الموعد المناسب للإنجاب هو ما يتلاءم مع وضع الأسرة الصحي، والاجتماعي، والاقتصادي؛
- ✓ المعلومة الصحيحة والمشورة الفعّالة من قبل مقدمي خدمات تنظيم الأسرة؛
- ✓ المبادعة الصحية بين الأحمال هي ثلاث سنوات على الأقل؛
- ✓ استخدام وسائل تنظيم الأسرة الحديثة التي تمثل الأداة الأكثر أماناً وفاعلية لتحقيق الغايات المرجوة من التخطيط.

تستخدم موانع الحمل لتنظيم الإنجاب لإدارة العملية الإنجابية بوعي، سواء لتجنّب الأحمال غير المخطط لها أو لضمان فترات تباعد زمنية كافية بين ولادة وأخرى. وتتفرع هذه الوسائل إلى عدة

تصنيفات تقنية وعلاجية كما هو مبين في الشكل (2.2)².

¹ فيهيمي رودي فرزاة، أنثونرد لوري: "الصحة الإيجابية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: دليل إعلاميين". واشنطن العاصمة-الولايات المتحدة الأمريكية. المكتب المرجعي للسكان (PRB). 2008، ص 41.

² المصدر نفسه، ص 24.



الشكل (2.2): تقسيم وسائل تنظيم الأسرة

المصدر: فيهيمي رودي فرزاة، أنثونرد لوري، "الصحة الإنجابية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: دليل إعلاميين"، المكتب المرجعي للسكان (PRB)، 2008، ص 24.

- **الوسائل التقليدية:** تعتمد على سلوك الزوجين وتشتمل: القذف خارج المهبل، فترة الأمان (الامتناع الجنسي المؤقت)، الامتناع الجنسي في فترة الأربعين يوماً بعد الولادة (فترة النفاس)،

قياس درجة الحرارة وإفرازات عنق الرحم؛

- **الوسائل الحديثة:** تعتمد على منتجات وخدمات طبية منها الدائمة كالتعقيم، ومنها المؤقتة

كحبوب منع الحمل الأحادية والمركبة والتي تحتوي على هرمون الإستروجين أو البروجيستيرون

أو الاثنين معاً، اللؤلؤ الرحمية (اللؤلؤ)، حقن منع الحمل، الخرزات (الكبسولات تحت الجلد)،

الواقى الذكري والأنثوي، وسائل موضعية أخرى منها الحاجز المهبلي، الحبوب الرغوية. ومن

بين هذه الوسائل منها من تعدد طائفة وتعتبر ذات فعالية منها الحبوب الأحادية واللؤلؤ

النحاسي. وبخصوص تفصيل هذه الوسائل حسب مدة استخدامها (طويلة وقصيرة الأمد) فهي

مبيّنة في الملحق رقم (01).

2.2.2. إدماج الرجل في الصحة الإيجابية:

عند تناول قضايا الصحة الإيجابية، لا يمكن بحالٍ من الأحوال إغفال الدور المحوري للرجل، الذي تقع على عاتقه مسؤولية كبيرة في تحقيق هذه القضايا، ففي أغلب الأحيان يمتلك الرجل زمام القرار النهائي، أو يشكل في أدنى الحالات، قوة ضاغطة ومؤثرة في اتخاذه.

بناءً على ذلك، يصبح لزاماً أن يتسلح الرجل بوعيٍ معرفيٍّ شامل، يغطي جوانب حيوية: بدءاً بالأمراض المرتبطة بالإنجاب، وصولاً إلى الفهم الدقيق لوسائل تنظيم الأسرة الحديثة، ومعرفة مراكز تقديم خدمات الصحة الإيجابية وكيفية الوصول إليها. فالرجل له دور كبير في مجال الصحة، وبدونه لن يكون من الممكن الوصول إليها وتأمينها، حيث أن أكثر الأسباب التي تذكرها السيدات حول عدم استخدامهن لوسائل تنظيم النسل هو معارضة الأزواج¹. ولقد أكد المؤتمر الدولي للتنمية والسكان الذي عقد في القاهرة سنة 1994 على أن الصحة الإيجابية تُعد حقاً أصيلاً ومستحقاً للمرأة والرجل على حد سواء، ولا يمكن بلوغ مستويات المعافاة الإيجابية المنشودة ما لم تتوافر للزوجين القدرة على الحوار المشترك حول الشؤون الصحية، واتخاذ القرارات المتعلقة بها في إطار من التفاهم والتكامل². بالنظر إلى النفوذ الذي يمارسه الرجال في توجيه قرارات زوجاتهم، تصبح مساندة الرجل للمرأة ركيزة جوهرية في بلوغ المعافاة الإيجابية. ولا بد لهذه المساندة أن تتخذ طابعاً شمولياً، يمتد عبر كافة المراحل العمرية للمرأة، بدءاً من مرحلة الطفولة وصولاً إلى ما بعد سن الإنجاب. كما يمكن الوصول لمستوى عالٍ من مشاركة الرجل في الصحة الإيجابية عن طريق إبراز دوره الأساسي عبر وسائل الإعلام المسموعة والمرئية وإشراكه في مختلف البرامج التثقيفية حول مواضيع الصحة الإيجابية³.

¹ المنسي صالحة: "مشاركة الرجل في قضايا الصحة الإيجابية في الضفة الغربية". مجلة آفاق. المجلد (2). العدد (6 و7). 2000، ص 231-252.

² بدح وآخرون: "الثقافة الصحية". عمان: دار النشر والتوزيع والطباعة. 2009، ص 231.

³ حبش وآخرون: "الدليل الإعلامي حول مواضيع الصحة الإيجابية". إشراف وزارة الصحة وصندوق الأمم المتحدة للسكان. نابلس. 1999، ص 29.

3.2.2. العقم:

يعدُّ العقم من المشكلات التي تؤثر على الصحة الإنجابية وكذا العلاقة الجنسية واستقرار الحياة الزوجية، خاصة عندما يكون هناك اختلاف بين الزوجين في الرغبة في الإنجاب. فالعقم يعتبر من أكبر مهددات الحياة الزوجية بالانفصال أو على الأقل بتعدد الزواج. وقد يؤثر أيضا على الوظيفة الجنسية، ويصيب الزوجة بشكل خاص لأسباب عضوية أو نفسية بالإحباط واليأس والحسرة والحد وتوتر الأعصاب. وللعقم أسباب متعددة نذكر منها¹:

- الأسباب العضوية: تتركز أساسا بوجود خلل أو تشوه في أعضاء الجهاز التناسلي، وقد يتدخل العامل النفسي عندما يكون الجهاز التناسلي سليما، فتظهر بعض أشكال التثبيط في عملية التبويض، وهي ظاهرة لا يمكن كشفها بالوسائل الطبية الحديثة؛
- اعتقال الفرج أو المهبل: هو تشنج وتقلص لا إرادي للعضلة القابضة للمهبل، ويعتبر هذا العرض من طرف المرأة "تعبيرا لغويا جسديا" لوجود تناقض أساسي بين الرغبة الجنسية ورفض العلاقة الجنسية المطلوبة، ناتج عن القلق الدائم والخوف بدون سبب واضح؛
- أمراض الرحم: قد يؤدي وجود خلل في تكوين الرحم منذ مرحلة التكوين الجنيني، مثل نقص نموه أو ضموره، إلى عدم قدرة الحيوانات المنوية على الوصول إلى البويضة، مما يسبب مشكلة في الدورة الشهرية ويمنع الحمل؛
- أسباب مكتسبة: منها إصابة النخاع الشوكي، وكسر الحوض، وداء السكري؛
- عوامل بيئية: يتناول البيئة الأسرية وتنظيم الأسرة بين الأبناء أو بين الزوجين؛

¹ بلعباس نادية وميلود دواجي بو عبد الله: "العقم عند المرأة وأثره على صحة علاقتها الجنسية: دراسة عيادية لحالة واحدة-ولاية غليزان". مجلة الحوار الثقافي. المجلد (11). العدد (01). 2022، ص ص321-339.

- العوامل النفسية: قد يكون العقم نفسي المنشأ، أي عمقاً وظيفياً ويحتاج إلى علاج نفسي، فبعض الانفعالات كالخوف الشديد، تلقي الصدمات النفسية، ظروف النشأة أثناء الطفولة والتأثر النفسي الداخلي، قد تؤدي إلى خلل في الهرمونات الجنسية تؤثر على وظائف الجهاز التناسلي.

4.2.2. رعاية الشباب وتثقيفهم:

تكتسب فترة الشباب والمراهقة أهمية كبيرة عند تصميم برامج الصحة الإنجابية، نظراً لما تتضمنه هذه المرحلة الحيوية من تحولات جسدية ونضج بيولوجي وجنسي لدى المراهقين، مما يتطلب توفير رعاية صحية جنسية شاملة تمكنهم من اتخاذ قرارات مسؤولة وتثقيفهم حول الجوانب المختلفة للعلاقات الجنسية ومخاطرها المحتملة¹.

تتضمن برامج التثقيف في توعية الشباب بخدمات تنظيم الأسرة ووسائل منع الحمل، مثل الحبوب والواقيات الذكرية، وذلك لحمايتهم من الحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة جنسياً، وعلى رأسها الإيدز. كما أن تقديم برامج التثقيف يكون بسريّة وخصوصية تامة، لذلك، دعمت هيئة الأمم المتحدة الحكومات إلى تضمين برامج التثقيف في المناهج الدراسية لجميع المراحل التعليمية، وذلك لحمايتهم من العلاقات الجنسية الخطرة التي قد تؤدي إلى الحمل غير المرغوب فيه والأمراض المنقولة جنسياً².

5.2.2. الوقاية من أمراض الجهاز التناسلي والعدوى المنقولة جنسياً:

تعتبر أمراض الجهاز التناسلي والعدوى المنقولة جنسياً أو كما يعرف بالأمراض التناسلية، مجموعة الأمراض التي تصيب الرجال والنساء وتؤثر على الأعضاء التناسلية من خلال العدوى التي

¹ ناصر حسن: "الصحة التناسلية النسائية المفهوم والوقاية والعلاج". دمشق-سوريا: دار ابن النفيس للنشر والتوزيع. 2002، ص35.

² نادية حجاب وكميليا الصلح: "عالم جدير بالأطفال دراسة حول واقع الطفولة في الدول العربية". الطبعة الأولى. مصر: دار الشروق. 2005، ص22.

تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، بما في ذلك الجماع المهبلّي، الجماع الفمويّ وملامسة الأعضاء التناسليّة المصابة، التي يمكن أن تسبّب بمجموعة واسعة من المشاكل الصحيّة، بدءًا من أعراض خفيفة، وصولًا إلى مضاعفات خطيرة طويلة الأمد¹. تضمّ هذه العدوى أربعة أنواع كما هو مبين في الجدول (3.2):

الجدول (3.2): أنواع العدوى المنقولة جنسيًا

نوع العدوى	أمثلة على أنواع الأمراض
العدوى التي تؤثر على الجهاز التناسليّ	السيلان (Gonorrhea) والكلاميديا (Chlamydia): يحدثان عن طريق عدوى بكتيرية شائعة تصيب الرجال والنساء وتؤثر على الأعضاء التناسليّة والمستقيم والحلق عن طريق الاتصال الجنسيّ.
العدوى التي تصيب الجهاز التناسليّ للسيدات	نتيجة عن خلل في البكتيريا الطبيعيّة ولا تنتقل عن طريق الممارسة الجنسيّة، مثل: - التهاب المهبل البكتيري (vaginosis Bacterial): هو حالة شائعة تصيب النساء، حيث يرتبط بتغيّر في التوازن الطبيعيّ للبكتيريا المهبلية؛ - عدوى الخمائر (Yeast Infection): هي عدوى فطرية شائعة تصيب الأعضاء التناسليّة الخارجيّة للمرأة، بسبب فرط نمو نوع من الفطريات تسمى المبيضات البيضاء.
العدوى المتقلّبة عن طريق الجنس	تؤثر هذه العدوى على أجزاء أخرى من الجسم بالإضافة إلى الجهاز التناسلي، مثل: - عدوى الزهري (Syphilis): هو عدوى بكتيرية خطيرة تنتقل عن طريق الاتصال الجنسيّ، وإذا لم يتم علاجه، يمكن أن يؤدي إلى تلف دائم في القلب والدماغ والأعصاب والأعضاء الأخرى. - الهربس (Herpes): عدوى فيروسية شائعة تسببها عائلة فيروسات الهربس البسيط HSV، ينتقل عن طريق الاتصال المباشر بالجلد أو الأغشية المخاطية المصابة بالفيروس أو حتّى من الأمّ إلى الجنين - فيروس نقص المناعة (HIV): هو فيروس يهاجم جهاز المناعة في الجسم، ينتقل من شخص مصاب إلى آخر عن طريق سوائل الجسم، بما في ذلك الدم، السائل المنوي، الإفرازات المهبلية، حليب الثدي.
العدوى المتقلّبة عن طريق المضاعفات الطبيّة	هي العدوى التي تصيب الجهاز التناسلي للمرأة الناتجة عن مضاعفات لإجراءات طبيّة أو عمليّات جراحية، مثل الولادة أو الإجهاض أو تركيب اللولب أو العمليّات الجراحية للأمراض النساء والتوليد.

المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على مرجع فتيحة تركي وأوشامالهورترا، "الدليل الطبيّ لتقديم خدمات الصّحة الإنجابية والجنسيّة، ط2004، ص ص301-309.

¹ فتيحة تركي وأوشامالهورترا: "الدليل الطبيّ لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية". الطبعة الأولى. لندن - المملكة المتحدة: الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. 2004، ص301.

تُشكّل الوقاية من العدوى المنقولة جنسياً، وفي مقدمتها فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز)، ركناً أساسياً من أركان الصحة الإنجابية، لما لهذه الأمراض من تداعيات خطيرة على الحياة الإنجابية لكلا الجنسين وتسبب العقم ومضاعفات جهازية أخرى. وفي هذا السياق، قاد صندوق الأمم المتحدة لسكان جهوداً رائدة لتعزيز الوقاية، عبر إرساء روابط استراتيجية تدمج بين برامج مكافحة الإيدز ومنظومة الصحة الإنجابية الشاملة. وكان الهدف الأساسي هو حماية الأمهات الحوامل من الإصابة بالفيروس ومنع انتقاله إلى الأطفال¹.

تري منظمة الصحة العالمية أن توعية المجتمع بخدمات الصحة الإنجابية أمر ضروري للحد من انتشار الإيدز والأمراض المنقولة جنسياً الأخرى، وحثت الحكومات على تعزيز برامج التوعية الجنسية الآمنة، وتوفير خدمات الصحة الإنجابية في جميع المرافق الصحية، وضمان حصول المراهقات على المعلومات والخدمات الصحية الإنجابية الشاملة من خلال عيادات الأمومة وتنظيم الأسرة. كما أكدت أيضاً على ضرورة حماية حقوق المصابين من التمييز وتوفير الخدمات والاستشارات المناسبة لهم، بالإضافة إلى اتخاذ الإجراءات اللازمة للتقليل من حدة انتشار هذه الأمراض لا سيما من خلال²:

- ✓ التشخيص المبكر للأمراض المنقولة جنسياً والعلاج الفوري لها؛
- ✓ توفير الخدمات والاستشارات الشاملة حول الصحة الجنسية؛
- ✓ القضاء على العنف القائم على النوع الاجتماعي وتحقيق المساواة بين الجنسين؛
- ✓ وضع استراتيجيات لتتبع الإصابات وإحالة المرضى إلى مراكز العلاج؛
- ✓ توعية الأفراد بطرق انتقال الأمراض المنقولة جنسياً وكيفية الوقاية منها؛

¹ صندوق الأمم المتحدة للسكان: "استعراض البرنامج المشترك بين الأقطار لصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2000-2003". الدورة الأولى العادية لسنة 2004. 23-30 جانفي 2004، ص3.

² Susan Armstrong: "Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS Related Services". World Health Organization (WHO). 2009, pp3-4.

6.2.2. الأمومة الآمنة:

الأمومة الآمنة هي مفهوم شامل يضمُّ الرعاية الصحية التي يجب أن تحصل عليها المرأة قبل الحمل وأثناءه وبعد الولادة لضمان سلامتها وسلامة جنينها ومولودها، وتشمل هذه الرعاية مختلف الأساليب والطرق والخدمات التي تُسهم في الصحة الإنجابية والرّفاه من خلال منع وحل مشاكل الصحة الإنجابية. كما تشمل كذلك الصحة الجنسية التي تهدف إلى تحسين نوعية الحياة لدى الأمّهات والعلاقات الشخصية¹.

1.6.2.2. الرعاية الصحية أثناء الحمل:

تُعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل نهجٌ محدثٌ يهدف لضمان مستوى صحيّ آمنٍ للأُمّ والطفّل على طول فترة الحمل. كما يركّز على جودة استشارات ما قبل الولادة، حيث تستخدم في معرفة التّوزيع الجيّد والعادل في تقديم الرعاية الصحية للأمّهات أثناء الحمل، واكتشاف المشاكل والمضاعفات التي قد تؤثّر سلباً على الولادات.

ويمكن تعريف الرعاية أثناء الحمل على أنّها الرعاية التي يقدّمها متخصصون مؤهّلون للنساء والمراهقات الحوامل لضمان أفضل الظروف الصحية للأُمّ والطفّل أثناء الحمل، وتشمل هذه الرعاية²:

- فحوصات أساسية: قياس الوزن والطول وضغط الدّم والحرارة والنبض؛
- فحوصات جسدية شاملة: فحص القلب والصّدر والثدي والغدة الدرقيّة والسّاقين؛
- فحص الحمل: تحديد حجم الرّحم، ومعرفة وضع وحركة الجنين، والاستماع إلى نبض قلبه؛
- فحوصات الدّم والبول: تحليل البول ونسبة الهيموجلوبين وتحديد فصيلة الدّم وعامل "الريزوس RH"؛

¹ هيئة الأمم المتحدة. تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة. 5-13 سبتمبر 1994. نيويورك. 1995.
² World Health Organization (WHO): "Recommandations de l'WHO concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive". ISBN 978-92-4-254991-1. 2017. p180.

- التّطعيمات: تحديد حاجة الأم لتطعيم "توكسيد التيتانوس" مع تطعيمات أخرى حسب الحالة؛
- التّوعية الصحيّة: تقديم النّصائح والمعلومات والإرشادات الصحيّة اللاّزمة للحامل.

2.6.2.2. الرعاية الصحيّة أثناء الولادة:

في فترة الحمل الأخيرة، تحديداً بدءاً من الشهر السّابع، يستعد الزّوجان بتجهيز للولادة الآمنة والصّحيحة وغالباً ما تكون في المستشفى تحت رعاية طبيّة متخصصة، حيث تحتاج الأمّهات في هذه الفترة إلى رعاية صحيّة متخصصة في المستشفيات بتوفير لهم بيئة مناسبة لضمان ولادة سليمة وآمنة دون أيّ مضاعفات تهدّد صحتّها أو صحّة جنينها. في المقابل، تحمل الولادة خارج المستشفى، مثل الولادة في المنزل، مخاطر ومضاعفات خاصّة إذا لم يكن هناك تجهيز كافٍ، وقد تؤدي إلى خطر على حياة الأمّ والجنين كالنزيف الشّديد أو المضاعفات التي تستدعي تدخلاً طبياً فورياً¹.

3.6.2.2. الرعاية الصحيّة بعد الولادة:

تعرف الفترة التي تلي الولادة بمرحلة النفاس، وهي مرحلة بالغة الأهميّة لتلقّي كلّ من الأمّ والطفّل الرّعاية الصحيّة والفحوصات الطبيّة المنتظمة، سواء في المراكز الصحيّة العامّة أو الخاصّة، حيث يحرص الطّاقم الطّبيّ المتخصّص سواء الأطباء، القابلات، الممرّضون على متابعة الأمّ للكشف المبكر عن أيّ مضاعفات ما بعد الولادة، وتشخيص حالة المولود، وتنظيم جدول التّطعيم والفحوصات اللاّزمة. كما يقوم الطّاقم الطّبيّ بدور حيويّ في تزويد الأمّهات بالمعلومات الصّوريّة، خاصّة فيما يتعلّق بتوفير بيئة نظيفة، وأهميّة الرّضاعة الطبيعيّة، والتّغذية المتوازنة، وضمان جودة المياه، والحصول على الرّاحة الكافيّة، وممارسة الرّياضة، والاستخدام السّليم والأمن للأدويّة ووسائل منع الحمل².

¹ خديجة موسى علاوين: "الصحة الإنجابية والصحة الإنجابية للمرأة في برامج التلفزيون الأردني". المرجع المذكور سابقاً، ص20.

² زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: "الرعاية الصحيّة الأوليّة". الطبعة الأولى. عمان-الأردن: دار المسيرة. 2009، ص44.

كما تؤكد هيئة الأمم المتحدة على ضرورة تلقي الأمهات للرعاية الصحية في كافة فترات الحمل وبعده، وكذلك المعلومات عن خدمات تنظيم الأسرة وذلك لضمان بقائهن على قيد الحياة، وتقادي جميع المشاكل والمضاعفات المسببة في ارتفاع معدلات وفيات الأمهات، وتتلخص أهم هذه المضاعفات، حسب ما نصت عليه هيئة الأمم المتحدة، في الجدول (4.2) أدناه¹:

الجدول (4.2): أهم مضاعفات الحمل والولادة المسببة لوفيات الأمهات.

المضاعفات	الأسباب
النزيف الحاد	يحدث نتيجة عوامل عدة، منها: ضعف انقباضات الرحم، آلام المخاض، العمليات الجراحية، التخدير، الأورام، والتاريخ السابق للولادات المتكررة. خاصة النساء اللاتي أنجبن من 04 إلى 05 مرات، حيث تكون عضلات رحمهن أكثر تمدداً وضعفاً. يتسبب في وفاة ما بين 20% إلى 35% من الحالات.
ارتفاع ضغط دم الحامل أو الارتجاج	يعتبر حالة خطيرة تصيب بعض النساء الحوامل، يتميز بوجود بروتين زائد في البول نتيجة لضعف وظائف الكلى، وقد يرافقه بتورم في الجسم. تبدأ هذه الحالة عادةً بعد الأسبوع 20 من الحمل، وإذا لم يتم علاجها بسرعة، فقد تؤدي إلى مضاعفات خطيرة للأم والجنين، مثل ارتفاع مستويات بعض المواد في الدم والتشنجات العنيفة ويؤدي إلى وفيات الأمهات بنسبة 15%.
تمزق الرحم	يعد تمزق الرحم من المضاعفات الخطيرة التي قد تحدث أثناء الولادة، وتسهم عوامل عدة في زيادة خطر حدوثه، منها: سوء التغذية المزمن والزواج المبكر بالإضافة إلى المخاض الطويل، حيث تؤدي إلى عدم اكتمال نمو حوض المرأة، مما يزيد من خطر عدم توافقه مع حجم رأس الجنين.
خمج وعدوى النفاس	بعد الولادة أو الإجهاض، تحدث تغيرات كبيرة في منطقة الحوض، حيث يتوسع الرحم بشكل ملحوظ مما يجعل المنطقة أكثر عرضة للعدوى، وقد تتراكم بقايا الأنسجة والدم داخل الرحم لتوفر بيئة مثالية لنمو البكتيريا والجراثيم في الجهاز التناسلي، مما يؤدي إلى التهابات خطيرة وحمى حادة.
التهاب الكبد الفيروسي	يحدث نتيجة لضعف الجهاز المناعي للمرأة نتيجة الحمل، مما يزيد من خطر الإصابة بالفيروسات التي تنتقل عن طريق سوائل الجسم مثل السائل المنوي والإفرازات المهبلية واللعب لتهاجم الكبد وتحدث تدهور سريع في الصحة وزيادة خطر الوفاة.
فقر الدم	هو حالة تنخفض فيها مستويات الهيموغلوبين في الدم عن المعدل الطبيعي (110 غ/لتر) وذلك بسبب زيادة حاجة الجسم للحديد والعناصر الغذائية الأخرى لدعم نمو الجنين. كما يمكن أن تسهم عوامل أخرى في تفاقمه مثل: الإجهاض غير الآمن، الملاريا، أمراض الخلايا البكتيري، الطفيليات المعوية، وبعض الأمراض المزمنة.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مرجع: - هديل القزاز (2006)، "أسئلة وأجوبة حول قضايا الصحة الإنجابية؛"

- موقع صندوق الأمم المتحدة الإنمائي للمرأة <http://www.unfpa.org>

¹ هديل القزاز: "أسئلة وأجوبة حول قضايا الصحة الإنجابية". الطبعة الثانية. القدس-فلسطين: ناديا للنشر والتوزيع والطباعة. 2006، ص17.

7.2.2. العنف ضدّ المرأة:

يعرّف العنف ضدّ المرأة بأنّه: "أيّ فعل عنيف قائم على أساس الجنس ينجم عنه أو يحتمل أن ينجم عنه أذى ومعاناة جسميه أو جنسيه أو نفسيه للمرأة بما في ذلك التّهديد باقتراف هذا الفعل أو الإكراه أو الحرمان التّعسفي من الحرّيّة سواء أوقع ذلك في الحياة العامّة أو الخاصّة". كما اعتمدت الجمعية العامّة للأمم المتّحدة سنة 1993 إعلان القضاء على العنف ضدّ المرأة، الذي تُعرّف بأنّه: "أيّ فعل عنيف يستهدف الجنس الأنثويّ، ويترتّب عليه أو يُحتمل أن يترتّب عليه أضرار أو معاناة جسديّة أو جنسيّة أو نفسيّة للمرأة، بما في ذلك التّهديد بمثل هذه الأفعال، أو الإكراه أو الحرمان التّعسفي من الحرّيّة، سواء كان ذلك في الحياة العامّة أو الخاصّة"¹.

إنّ التّهديد الذي يقع على المرأة سواء بالضرب أو التلويح بالطلاق أو الحرمان من حضانة الأبناء أو الهجر وترك الأسرة تترك آثارا نفسيّة على المرأة ممّا يعوق دورها في الحياة بشكل عام. كما تتعرّض المرأة في الأسرة المفكّكة خصوصا إلى العنف بمختلف أنواعه وتعتبر في بعض الأسر من الفئات المهمّشة اجتماعيا، إذ أنّها لا دور لها سواء داخل أسرتها أو خارجها.

كما أنّ العنف ضدّ المرأة لا يتّخذ شكلا واحدا أو صورة واحدة، وإنّما قد تتعدّد أشكاله وأنواعه

وصوره، فقد تُواجه المرأة شكلا من العنف أو تواجه أنواعا عدّة منه في وقت واحد، وتتمثّل في²:

- **العنف اللفظي (النّفسي):** يعدّ من أخطر أنواع العنف على الصّحة النّفسيّة للمرأة، حيث يُلحق بها أضرار نفسيّة عميقة من خلال الإهانات والشتائم والتّحقير، دون ترك آثار جسديّة ملموسة؛
- **العنف الجسدي:** يتضمّن استخدام القوّة الجسديّة لإلحاق الأذى بالمرأة، سواءً بالأيدي أو الأرجل أو أيّ أداة أخرى، ممّا يترك آثارا واضحة على جسدها؛

¹ تقرير هيئة الأمم المتحدة: "اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو-Cidaw)". صندوق الأمم المتحدة للإسكان. 2000، ص03.

² إدريس عزلم: "العنف الأسري وانعكاساته على المرأة في المجتمع العربي". عمان-الأردن: المجلة الثقافية. 2000، ص35.

- **العنف الجنسي:** يشمل إجبار المرأة على ممارسة الجنس دون رضاها، أو استخدام القوة والسلطة لإخضاعها لرغبات جنسية غير مرغوب فيها.

- **العنف الصحي:** يتضمّن فرض ظروف صحية غير مناسبة على المرأة، مثل إجبارها على الحمل المتكرر أو منعها من تنظيم النسل أو حرمانها من الرعاية الصحية والتغذية السليمة.

وهناك أنواع أخرى من العنف الموجّه ضدّ النساء في مختلف المجتمعات ولم يذكر إلا ضمن الظواهر أو المشكلات التي تواجهها المرأة، مثل زنا المحارم، الاغتصاب، هتك العرض وغيرها¹.
يمتدُّ تأثير العنف ليشمل كافة جوانب حياة النساء والأمّهات، ولا يقتصر عليهن فحسب، بل يخلف أيضًا آثارًا سلبية تطلّ أسرتهن ومجتمعاتهن، ومن بين هذه الآثار ما تمّ تلخيصه في الجدول (5.2).

الجدول (5.2): الآثار المترتبة على التعرّض للعنف.

الآثار الاجتماعية والاقتصادية	آثار نفسية	آثار صحية انجابية	آثار صحية جسدية غير مهددة للحياة	آثار صحية جسدية مهددة للحياة
- وصمة العار الاجتماعية - الرفض من المجتمع والعزلة - زيادة عدم المساواة بين الجنسين	- إجهاد ما بعد الصدمة (PTSD) - الاكتئاب - القلق والخوف - الغضب والإحساس بالعار	- الحمل غير المرغوب فيه - الإجهاض غير المأمون - الأمراض المنقولة جنسيا - بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز	- جسدية حادة: - إصابات جسدية وجروح - التعرض للأمراض والعدوى	- القتل - الانتحار
- فقدان الدور في المجتمع (على سبيل المثال: كسب الدخل ورعاية الأطفال) - خطر إعادة الإيداء - زيادة الفقر	- انعدام الأمن، وكراهية الذات، ولوم الذات - اضطرابات نفسية - الأفكار الانتحارية، والسلوك الانتحاري	- اضطرابات الطمث - مضاعفات الحمل - الاضطرابات الجنسية	- جسدية مزمنة الإعاقة - الالتهابات المزمنة - الألم المزمن - مشاكل الجهاز الهضمي - اضطرابات الأكل والنوم - الكحول/تعاطي المخدرات	- وفيات الأمّهات - وفيات الرضع - وفيات مرتبطة بانتقال مرض الإيدز

المصدر: دليل مواد التوعية والتثقيف حول الصحة الإيجابية والجنسية والعنف المبني على النوع الاجتماعي، منصّة المعرفة للصحة الإيجابية والجنسية، الأردن، ص 100.

¹ إيهاب عبد اللطيف: "جرائم العرض". القاهرة-مصر: المركز القومي للإصدارات القانونية. 2006، ص 60.

8.2.2. محاربة العادات والممارسات الضارة بالصحة الإنجابية:

تطرقت هيئة الأمم المتحدة لموضوع العادات والممارسات الضارة بالصحة الإنجابية في تقريرها الصادر سنة 2010 حول إنهاء تشويه الأعضاء التناسلية للإناث، حيث عرفت أنها بأنها: "مجموع الممارسات والتقاليد والأعراف والسلوكيات الاجتماعية التي تؤثر سلباً على الصحة الجنسية والإنجابية للأفراد، وخاصة النساء والفتيات، التي غالباً ما تكون متجذرة في الأعراف الثقافية والاجتماعية، ويمكن أن يكون لها عواقب وخيمة على الصحة الجسدية والنفسية والاجتماعية"¹.

وهناك أنواع عدّة من الممارسات الضارة بالصحة الإنجابية، حسب هذا التقرير، تشويه الأعضاء التناسلية للإناث (ختان الإناث)، الذي يعتمد على إزالة جزئية أو كلية للأعضاء التناسلية الأنثوية الخارجية لأسباب غير طبية، الزواج المبكر وزواج الأطفال، الولادة المبكرة والمتكررة، تفضيل جنس المولود، العنف الجنسي بكل أشكاله، عدم الحصول على خدمات تنظيم الأسرة، الممارسات التقليدية الضارة المتعلقة بالولادة وما بعد الولادة وغيرها من الممارسات الضارة الأخرى.

9.2.2. الإجهاض الآمن والرعاية ما بعده:

الإجهاض يمثل مشكلة صحية عالمية كبرى، حيث يعتبر من الأسباب الرئيسة لارتفاع معدلات وفيات الأمهات. ففي الحالات التي يتم فيها الإجهاض في ظروف غير آمنة، يكون مسؤولاً عن وفاة ما بين ثلث ونصف الأمهات المتوفيات².

يقصد بالإجهاض على أنه إنهاء الحمل قبل أن يصبح الجنين قادراً على البقاء حياً خارج الرحم، أي قبل أن يكون الجنين قابلاً للحياة. كما يحدث إمّا بشكل طبيعى تلقائياً، ويعرف بالإسقاط،

¹ تقرير هيئة الأمم المتحدة: "إنهاء تشويه الأعضاء التناسلية للإناث". لجنة وضع المرأة. الدورة 54 و55. مارس 2010، ص25.

² توفيق اسماعيل وآخرون: "الصحة الإنجابية في سورية". سوريا: لجنة التنسيق البرنامج الوطني لتحفيز السكاني والبرنامج الفرعي للصحة الإنجابية، بدون سنة، ص25.

أو بشكل مقصود عن طريق تدخّل خارجي، ويُعرف بالإجهاض المتعمّد. أمّا الإجهاض الآمن هو إنهاء الحمل غير المرغوب فيه بشكل قانوني وآمن، تحت إشراف طبي وفي مكان مجهّز لهذه العمليّة. ويحدث غالبا الحمل دون رغبة عند بعض النساء والمراهقات وإذا أردن الإجهاض، قد يواجهن صعوبات تدفعهن إلى اللجوء إلى طرق غير آمنة¹.

كما للإجهاض غير الآمن مخاطر صحيّة كبيرة، خاصّة إذا كان غير قانوني أو مقيّدًا أو غير متاح بسهولة للمراهقات لأنّهن أقلّ قدرة في الحصول على المعلومات والخدمات الصحيّة اللازمّة والسريّة، وتأمين وسائل النّقل والمال اللازم للإجهاض الآمن. لذلك، تدعو منظّمة الصحة العالميّة إلى إزالة جميع العوائق التي تحول دون توفير الإجهاض الآمن للمراهقات، واتّخاذ خطوات لضمان قدرتهن على إنهاء الحمل بأمان، من خلال تغيير القوانين المقيّدة للإجهاض، وتوفير خدمات الإجهاض الآمن في المستشفيات والعيّادات الطّبيّة، وذلك لحماية حياة الفتيات ويضمن حصولهن على خدمات صحيّة إنجابيّة جيّدة بعده².

كما أن للإجهاض عدة مضاعفات التي قد تشكّل خطرا على صحّة الأمّ، نذكر منها³:

الجدول (6.2): مضاعفات الإجهاض على صحّة الأمّ.

المضاعفات	الوصف
النزيف	يكون عادةً خفيفاً وقد يستمرُّ لأيام عدّة، وأحياناً يكون شديداً وفي هذه الحالة تحتاج الحامل إلى نقل الدّم، وقد يتطلّب الأمر إجراء عمليّة جراحية لإيقاف النزيف.
الالتهاب	قد تؤدي عملية الإجهاض إلى حدوث التهابات في الجهاز التناسلي، كالتهاب الجدار الداخلي للرحم والتهاب الأنابيب أو المبيضين، وهذه الحالات تتطلّب العلاج بالمضادّات الحيويّة.

¹ رولان بريسا: "معجم علم السكان". ترجمة مصطفى خلف عبد الجواد. القاهرة-مصر: مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية. 2007، ص51.

² تقرير منظّمة الصحة العالميّة (WHO): "المرأة والصحة بيانات اليوم وبرنامج الغد". سويسرا. 2009، ص5.

³ عماد الدين تنوخي وآخرون: "التوليد وأمراض النساء". الجزء الثاني، دمشق-سوريا: منشورات جامعة. 2006، ص81.

يحدث من خلال استعمال آلة خلال إتمام الإجهاض، فالرحم يكون طرياً ويسهل إحداث الثقب فيه. فإذا حدث ذلك فإنه يحدث نزيفاً أو التهاباً، كما قد يؤدي إلى إصابة أعضاء أخرى كالمثانة مثلاً، وفي هذه الحالة يكون النزيف شديداً مما يستدعي جراحة مستعجلة.	ثقب في الرحم
يحدث نتيجة توسع عنق الرحم بعنف، مما يؤدي إلى ضعفه في أداء دوره حيث يصبح غير قادر على حمل الطفل حتى تنتهي فترة الحمل كاملة.	تمزق عنق الرحم
يحدث انسداد داخل الرحم بسبب الإصابة بالالتهابات أو إذا أُجري نزع الحمل بعنف مما يقلل من فرص حدوث الحمل ويؤثر على خصوبة المرأة.	الخصوبة
تحدث حساسية الدم إذا كانت المرأة ذات فصيلة دم سلبية وزوجها ذو فصيلة دم إيجابية، فقد يكون الجنين الناتج عن الحمل إيجابي الدم أيضاً. وفي هذه الحالة، يمكن أن يتسبب الإجهاض في تكوين أجسام مضادة في دم الأم التي يمكن أن تهاجم الجنين الجديد إذا كان إيجابي الدم، مما يعرض حياته للخطر قبل الولادة.	حساسية الدم
قد تحدث عملية الإجهاض متاعب نفسية واكتئاب لدى المرأة قد تستمر لعدة سنوات.	متاعب نفسية

المصدر: عماد الدين تنوخي وآخرون، "التوليد وأمراض النساء"، الجزء الثاني، منشورات جامعة دمشق، سورية، 2006.

10.2.2. الكشف المبكر لسرطان الجهاز التناسلي:

يُعتبر الكشف المبكر لسرطان الجهاز التناسلي أو الكشف عن التغيرات الخلوية التي قد تدل على الإصابة به من بين الأنظمة الرئيسية المستخدمة في الطب على المستوى العالمي، وتم إدراج هذا النظام في الرعاية الصحية منذ القدم وأسهم في خفض ملحوظ في نسبة المضاعفات والوفيات الناتجة عن هذه الأمراض، ويطبق بشكل خاص على النساء الأكثر عرضة للإصابة به، نذكر منها¹:

- النساء البالغات 40 سنة وأكثر؛

- تكرار حدوث المرض في العائلة؛

¹ زكريا الشیخة: "أمراض النساء: الأعراض والوقاية والعلاج". الطبعة الأولى. القاهرة-مصر: مركز الأهرام للترجمة والنشر. 2001، 169.

- ارتفاع ضغط الدّم والسّمنة ومرض السّكر حيث أنّ سرطان الغشاء المبطن للرّحم ترتفع نسبة حدوثه في هذه الحالات؛
- تكرار الولادة وتعدد الأزواج والزّواج المبكر يزيد نسبة حدوث سرطان عنق الرحم؛
- يتم احتياطا إذا كانت المرأة مستمرّة في العلاج بالهرمونات الأنثويّة التّعويضيّة ولمدّة طويلة.

جدول (7.2): أهم أنواع السرطانات التي تصيب النّساء .

نوع السرطان	التّعريف
سرطان عنق الرحم	أكثر أنواع السرطانات شيوعا، يصيب عنق الرحم، وهو الجزء السفلي من الرّحم الذي يتّصل بالمهبل، حيث يتمّ الكشف عن 60 % من حالاته مبكرا ويكون قابل للشفاء .
سرطان الغشاء المبطن للرحم	سرطان ينشأ في الغشاء المخاطي الذي يبطن الرحم، يصيب فئة النساء بين 50-60 سنة، وتكون الإصابة به أكبر لدى النساء اللّاتي لم يتزوجن أو لم ينجبن وذوات مرض السكري وضغط الدم.
سرطان المبيض	سرطان يصيب المبيضين، وهما الغدتان التناسليتان الأنثويتان اللتان تنتجان البويضات، وهو من أخطر سرطانات الجهاز التناسلي، يصيب بالدرجة الأولى النّساء اللّاتي لم يتزوجن وذوات اضطرابات الدّورة الشّهريّة.
سرطان الثدي	سرطان يصيب أنسجة الثدي، يمكن الكشف عنه مبكرا من خلال الفحص المستمر والذّاتي للكشف عن أي ورم مهما كان صغيرا. كما يصيب النّساء في سن اليأس والنساء اللّاتي لم يحملن أو ذوات الحمل بعد سن الثلاثين .

المصدر: موقع منظمة الصّحة العالميّة

<https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>

3.2. مؤشرات الصّحة الإنجابيّة

تمثل مؤشرات الصّحة الإنجابيّة مجموعة شاملة من الإجراءات والتدابير التي تُستخدم لتقييم الوضع الصحيّ الإنجابيّ للمجتمع من خلال جمع وتحليل البيانات الكميّة والنّوعيّة، بهدف تحديد المشكلات والتّحديات القائمة لتصميم وتنفيذ برامج صحيّة موجّهة أساسا لبلوغ الرعايّة الصحيّة

الشاملة، التوعوية والتثقيف الإنجابي، حقوق وتنظيم الأسرة، صحة الأم والطفل، ومكافحة الأمراض المنقولة جنسياً والسلوكيات الضارة وغيرها من الجوانب الأخرى.

1.3.2. تصنيف مؤشرات الصحة الإنجابية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية:

اقترحت منظمة الصحة العالمية قائمة موجزة لمؤشرات الصحة الإنجابية والتي تلزم من خلالها، كافة الهيئات الوطنية والعالمية للصحة الإنجابية، بإتباع نهج إحصائي موحد لتحقيق أهداف التنمية الصحية على المستوى العالمي، وتتلخص هذه القائمة في المؤشرات التالية¹:

الجدول (8.2): مؤشرات الصحة الإنجابية وفقاً لمنظمة الصحة العالمية.

الرقم	المؤشر	التعريف
01	مؤشر الخصوبة الإجمالي	إجمالي عدد الأطفال المولودين خلال حياة امرأة كانت تمر بسنوات الإنجاب مع الالتزام بمعدل الخصوبة حسب العمر للسنة المعنية.
02	انتشار وسائل منع الحمل	النسبة المئوية للنساء في سن الإنجاب (15-49 عاماً) اللاتي يستخدمن، أو يستخدم شريكهن، وسيلة لمنع الحمل في وقت معين.
03	نسبة وفيات الأمهات	عدد وفيات الأمهات سنوياً لكل 100 ألف مولود حي. أما معدل وفيات الأمهات هو عدد وفيات الأمهات سنوياً لكل 100 ألف امرأة في سن الإنجاب، ويعكس كلاً من خطر الوفاة بين النساء الحوامل والنساء اللاتي كن حوامل مؤخراً ونسبة جميع النساء الحوامل في سنة معينة.
04	انتشار الرعاية السابقة للولادة	نسبة النساء الحوامل اللاتي استقذن مرة واحدة على الأقل من الرعاية السابقة للولادة التي يقدمها طاقم طبي مؤهل (باستثناء القابلات التقليديات المدربات أو غير المدربات).
05	الولادات بإشراف طاقم طبي	الولادات الحية التي تتم عند طاقم طبي مؤهل باستثناء القابلات التقليديات المدربات أو غير المدربات.
06	توافر الرعاية التوليدية الأساسية الضرورية	عدد المؤسسات الصحية التي تتوفر بها خدمات رعاية توليدية أساسية ضرورية 500 ألف نسمة. وتشمل هذه الرعاية أساساً في: تقديم المضادات الحيوية عن طريق الحقن والأدوية المحفزة لتقلصات الرحم أثناء الولادة لمنع أو مكافحة التزيف بعد الولادة، المهدئات لتسليم الحمل (التشنج)، والاستخراج اليدوي للمشيمة والبقايا غير المطروحة، بالإضافة إلى الشفط اليدوي (رعاية الإجهاض) واستخدام المحجم التوليدي.

¹ R. J. Cook, BDickens, M.F.Fathalla : "Santé de la reproduction et droits humains". Paris : Masson. 2005, p477.

عدد المؤسسات الصحيّة التي تتوفّر بها خدمات رعاية توليديّة أساسيّة كاملة لكل 500 ألف نسمة. وتشمل: الرعاية التوليدية الأساسيّة الصّوريّة، بالإضافة إلى الجراحة التوليدية (الولادة القيصرية)، والتّخدير ونقل الدّم.	توافر الرّعاية التّوليدية الأساسيّة الكاملة	07
عدد وفيات الفترة المحيطة بالولادة لكل 1000 ولادة إجمالية. تمثل وفيات الفترة المحيطة بالولادة وفيات الأجنة التي تحدث قرب نهاية الحمل (من 22 أسبوعًا كاملًا من الحمل) أو أثناء الولادة، أو وفيات المواليد الجدد التي تحدث خلال الأيام السبعة الأولى من الولادة.	معدل وفيات الفترة المحيطة بالولادة	08
نسبة المواليد الجدد الذين يعانون من نقص الوزن (أقل من 2500 غرام عند الولادة).	انتشار نقص الوزن عند الولادة	09
نسبة النّساء الحوامل اللّائي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 عامًا واللّائي يراجعن خدمات الصّحة قبل الولادة وتم اكتشاف وجود مرض الزهري لديهن عن طريق تحليل الدّم.	انتشار تشخيص مرض الزهري لدى النّساء الحوامل	10
نسبة النّساء في سن الإنجاب (15-49 عامًا) اللّائي كشف تحليل مستوى الهيموجلوبين لديهن عن إصابتهن بفقر الدّم (تركيز الهيموجلوبين أقل من 110 غ/لتر لدى النّساء الحوامل و120 غ/لتر لغير الحوامل).	انتشار فقر الدّم لدى النّساء	11
نسبة جميع الحالات التي تمّ قبولها في نقاط تقديم خدمات التّوليد وأمراض النّساء في المستشفيات والتي تنتج عن إجهاض تلقائي أو مستحدث، ولكن تستبعد حالات الإنهاء الطوعي المخطط للحمل.	حالات القبول في خدمات التّوليد أو أمراض النّساء بسبب الإجهاض	12
نسبة النّساء اللّائي أبلغن عن تعرضهن لتشويه الأعضاء التّناسليّة الأنثويّة.	حالات تشويه الأعضاء التّناسليّة الأنثويّة	13
نسبة النّساء في سن الإنجاب (15-49 عامًا) القادرات على الحمل (النّساء اللّائي لسن حوامل ولا يستخدمن أي وسيلة لمنع الحمل ولا يُرضعن) واللّائي صرّحن بأنهنّ يحاولن الحمل لمُدّة عامين أو أكثر.	انتشار العقم لدى النّساء	14
نسبة الرّجال الذين تتراوح أعمارهم بين 15 و49 عامًا والذين أبلغوا عن نوبات التهاب الإحليل خلال الـ 12 شهرًا الماضيّة.	معدل الإصابة المبلغ عنه لالتهاب الإحليل لدى الرّجال	15
نسبة النّساء الحوامل اللّائي تتراوح أعمارهن بين 15 و24 عامًا واللّائي يراجعن خدمات الصّحة قبل الولادة وتمّ اكتشاف وجود فيروس نقص المناعة البشريّة لديهن عن طريق تحليل الدّم.	انتشار فيروس نقص المناعة البشريّة لدى النّساء الحوامل	16
نسبة جميع المستجيبين الذين تمكنوا من تحديد الطّرق الرّئيسيّة الثلاثة لمنع انتقال فيروس نقص المناعة البشريّة عن طريق الاتصال الجنسي والدّم.	مستوى المعرفة لتقنيات الوقاية من عدوى فيروس نقص المناعة البشريّة	17

Source: R. J. COOK, B.M.DICKENS, M.F.FATHALLA. (2005). Santé de la reproduction et droits humains, Masson, Paris, 2005, p 477.

كشفت مقارنة مكونات الصحة الإنجابية بين ثلاثة هيئات دولية، والمتمثلة في كل من صندوق الأمم المتحدة عن اختلافات في الأولويات لمكونات الصحة الإنجابية بين كل هيئة وأخرى، كما هو مبين في الجدول (9.2) أدناه.

الجدول (9.2): مكونات الصحة الإنجابية، حسب الأولوية لكل من FNUAP، IPPF و OMS:

صندوق الأمم المتحدة للسكان (FNUAP)	الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF)	منظمة الصحة العالمية (OMS)
1 تنظيم الأسرة: المعلومات والخدمات	1 العلاقات بين الزوجين	1 الاحتياجات غير الملباة للأزواج في مجال تنظيم الأسرة
2 رعاية الأمهات	2 حالات الحمل غير المرغوب فيه	2 عقم الأزواج
3 الإجهاض	3 وفيات الأمهات	3 الإجهاض غير الآمن
4 الالتهابات التناسلية	4 الأمراض المنقولة جنسياً (بما في ذلك الإيدز)	4 وفيات الأمهات
5 العقم	5 الإجهاض غير الآمن	5 مرض الأمهات
6 الصحة الإنجابية للمرأة	6 العقم	6 المواليد الجدد ذوي الوزن المنخفض
7 تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية	7 العنف ضد المرأة	7 وفيات الرضع
	8 الشباب الفقراء/المهمشون	8 الأمراض المنقولة جنسياً
	9 أخرى	9 تشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية

Source : Lachichi Nawel, "La santé reproductive en Algérie", thèse doctorat des Sciences En Démographie, Faculté des Sciences sociales- Université d'Oran 2, 2021-2022, P18.

بالنسبة لمنظمة الصحة العالمية (OMS)، يعتبر تنظيم الأسرة والوقاية من وفيات الأمهات والرّضّع والوقاية من الأمراض المنقولة جنسياً وعلاجها أموراً ذات أولوية. وعند النظر في مكونات الصحة الإنجابية، ندرك حجم التّحديات التي يجب على مخططيّ الصحة مواجهتها، وعلى المستوى العمليّ، تبدو المهمة صعبة. حيث يحدّد الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF) حالات الحمل غير المرغوب فيه، أي تنظيم الأسرة الذي يشمل الإعلام والتثقيف والاتّصال، باعتباره جوهر الأساس. كما يوضح صندوق الأمم المتحدة للسكان (FNUAP) أنّ المكونات الثلاثة الأولى يجب أن تشكل أساس الصحة الإنجابية، بينما يعتبر تنظيم الأسرة مركزياً ولكنّه غير كافٍ، وفيما يتعلّق بالعقم والصحة الإنجابية للمرأة، تشير هذه المنظمة إلى أنّ الوقاية هي الهدف المنشود وليس العلاج.

2.3.2. قياس مؤشرات الصحة الإنجابية:

تتنوع مؤشرات الصحة الإنجابية التي يمكن قياسها بتنوع المجالات التي يتم تقييمها وكذلك الأهداف المراد تحقيقها. ويمكن استخدام هذه المؤشرات لمتابعة التقدم في تحسين الصحة الإنجابية على المستويات المحلية والإقليمية والدولية.

1.2.3.2. معدلات وفيات الأمهات:

يمكن تعريف وفاة الأم على أنها وفاة المرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوماً بعد انتهائه، بسبب مضاعفات متعلقة بالحمل أو تقاوم حالة صحية بسبب الحمل. كما أن هذا التعريف لا يشمل الوفيات الناتجة عن حوادث أو أسباب أخرى غير مرتبطة بالحمل¹. وقد عرّف "رولان بريسا (2007)" وفيات الأمهات بأنها: "الوفيات الناتجة عن أسباب مرتبطة بالحمل والولادة أو النفاس"². كما تنقسم هذه الوفيات، حسب الأسباب، إلى نوعين: وفيات مباشرة، ناتجة عن مضاعفات الحمل والولادة، ووفيات غير مباشرة، ناتجة عن تقاوم حالات صحية موجودة بسبب الحمل³.

ومن خلال المؤتمر العاشر للتصنيف الدولي للأمراض، ظهرت مفاهيم أوسع لوفيات الأمهات والمتمثلة في⁴:

¹ Fortney, J.A et al. : "Implication des définitions de la CIM 10 relative aux décès au cours de la grossesse et de la prééclampsie". Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales. 43(4). 1990. P48-246.

² رولان بريسا: "معجم علم السكان". ترجمة مصطفى خلف عبد الجواد. القاهرة-مصر: مطبوعات مركز البحوث الدراسات الاجتماعية. 2007، ص225.

³ World Health Organization (WHO): "International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems". 9th revision. Volume 11. World Health Organization. Geneva. 1978.

⁴ WHO. UNICEF. World Bank and UNDESA: "Trends in maternal mortality 2000 to 2020". 2020. p04.

• **الوفيات المرتبطة بالحمل:** وهي وفاة المرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوماً بعد انتهائه، بغض النظر عن سبب الوفاة؛

• **وفيات الأمهات المتأخرة:** وهي وفاة المرأة بسبب مضاعفات الحمل والولادة، سواء كانت مباشرة أو غير مباشرة، بعد 42 يوماً من الولادة وحتى عام واحد بعد انتهاء الحمل.

من الصعب تسجيل وفيات الأمهات بدقة، خاصة في الأماكن التي لا تتوفر بها سجلات مدنيّة ذات بيانات موثوقة، كما أنّ تحديد أسباب الوفاة قد يكون صعباً، خاصة أثناء الحمل. ومع ذلك، هناك مقاييس مختلفة مستخدمة في رصد وفيات الأمهات، ومن بين هذه القياس نجد:

1.1.2.3.2. معدّل وفيات الأمهات:

يعبر هذا المعدّل عن عدد النساء اللّاتي يتوفين أثناء الحمل، أو خلال (42 يوماً) بعد انتهائه، بسبب مضاعفات متعلّقة بالحمل أو تقاوم حالة صحيّة بسبب الحمل ولا يشمل ذلك الوفيات الناتجة عن حوادث أو أسباب طارئة أخرى. يتمّ حساب هذا المعدل لكل (100 ألف مولود) حيّ، وذلك بقسمة عدد وفيات الأمهات على عدد المواليد الأحياء في نفس الفترة الزمّنيّة، ويتطلّب قياس هذا المعدل معلومات دقيقة حول الحالة الصحية للحمل وتوقيت وفاة الأم، سواء كان أثناء الحمل أو خلال الولادة أو في فترة 42 يوماً بعد انتهاء الحمل¹. ويحسب كما يلي:

$$\text{معدل وفيات الأمهات} = \frac{\text{عدد وفيات خلال الأمهات الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة في السنة}t}{\text{عدد المواليد الأحياء في نفس السنة}t} \times 100.000$$

2.1.2.3.2. نسبة وفيات الأمهات:

يمثل هذا المؤشّر خطر الوفاة المرتبط بالحمل والولادة، ويتمّ حسابه بقسمة عدد وفيات الأمهات خلال سنة معيّنة على متوسط عدد النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) في نفس الفترة. يستخدم

¹ تقرير هيئة الأمم المتحدة: "مؤشرات معدة في رصد الأهداف الإنمائية الألفية". صندوق الأمم المتحدة لبرامج السكان وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية-شعبة الإحصاء. نيويورك. 2003.

هذا المؤشر لتقدير خطر وفيات الأمهات بسبب مضاعفات الحمل والولادة، ويمكن التعبير عنه بالمعادلة التالية¹:

$$\text{نسبة وفيات الأمهات} = 1000 \times \frac{\text{عدد وفيات الأمهات في السنة } t}{\text{عدد النساء من 15 الى 49 سنة في نفس السنة } t}$$

3.1.2.3.2. معدل الوفيات أثناء الولادة:

يمثل هذا المؤشر نسبة وفيات الأمهات الناتجة عن مضاعفات الولادة إلى إجمالي وفيات النساء في سن الإنجاب (15-49 عاماً)، وبعبارة أخرى، هو النسبة بين عدد الوفيات بسبب مضاعفات الولادة وعدد حالات وفيات الأمهات. ويتم حسابه بالمعادلة التالية²:

$$\text{معدل الوفيات} = 1000 \times \frac{\text{عدد وفيات الأمهات في السنة } t}{\text{عدد وفيات النساء من 15 الى 49 سنة في نفس السنة } t}$$

4.1.2.3.2. احتمال وفاة الأمهات في جميع مراحل الحياة:

يمثل هذا المؤشر احتمال وفاة الأمهات خلال فترة حياتهم الإنجابية بسبب مضاعفات الحمل والولادة. يأخذ المؤشر في الاعتبار ثلاثة عوامل رئيسية: خطر الوفاة بسبب مضاعفات الحمل والولادة، واحتمال حدوث الحمل، والخطر المتراكم مع كل حمل طيلة فترة الإنجاب³.

¹ دعاء عبد الحميد سمير زيدان الجميلي: "التباين المكاني لوفيات الأمهات في محافظة الأنبار خلال 1997-2019". رسالة ماجستير. جامعة الأنبار-العراق. كلية التربية للبنات. قسم الجغرافيا. 2021/2020، ص 53.

² Kenneth Hill : "Mesurer la mortalité maternelle à partir du recensement : Guide pour les utilisateurs potentiels". North Carolina 27516, USA, Manuel séries N°4: Mesure évaluation Carolina population center. University of north Carolina at Chapel Hill. 2001, p3.

³ Sakho Papa : "Note marginalisation et enclavement en Afrique de l'Ouest, (l'espace des trois frontières)". Sénégalais-Espace. Population société-UST Lille-France. 2005. pp163-168.

2.2.3.2. معدلات وفيات الأطفال:

يُعتبر معدّل وفيات الأطفال من بين المؤشّرات المهمّة حيث يمثّل دليل أساسي على المستوى الصحيّ والمعيشيّ للأفراد بصفة عامّة، ويشمل هذا المؤشّر المعدلات التالية:

1.2.2.3.2. معدّل وفيات الرضّع (Infant mortality):

يقيس هذا المؤشّر عدد الأطفال الذين يموتون قبل بلوغهم السنّة الأولى من العمر، ولا يقصد بالرضّع هنا مدّة الرضاعة الطّبيعيّة، بل الأطفال الذين لم يتجاوزوا عامهم الأول ويعتمدون بشكل أساسي على الحليب في تغذيتهم. كما يعتبر هذا المعدّل مؤشراً هاماً لصحة المجتمع، فهو يعكس مستوى التطور الاجتماعي والاقتصادي والثقافي للمجتمعات. كما تعتبره منظمة الأمم المتّحدة أحد المقاييس الرئيّسة للتنميّة البشريّة¹.

يرتبط هذا المعدّل بعوامل عدّة منها وزن الطفل عند الولادة، المستوى المعيشيّ والاقتصاديّ للأسرة، عمر الأمّ، معدل الخصوبة، البيئة ومستوى الرعاية الصحيّة وتوفرها، ويحسب كما يلي:

$$\text{معدل وفيات الأطفال الرضّع} = \frac{\text{عدد حالات وفيات بعمر الأطفال أقل من سنة}}{\text{عدد المواليد الأحياء خلال السنة نفسها}} \times 1.000$$

2.2.2.3.2. معدل وفيات الرضّع حديثي الولادة (Mortality Neonatal):

يقيس هذا المؤشّر عدد وفيات الأطفال خلال الأربعة الأسابيع الأولى من حياتهم (من الولادة إلى غاية 28 يوماً). يعتبر هذا المؤشّر مهماً جداً لأنّ معظم وفيات الأطفال تحدث في هذه الفترة المبكرة، حيث تمثل حوالي ثلثي وفيات الأطفال بشكل عام. يرتبط هذا المؤشّر بعوامل عدّة، منها: عوامل داخلية كالعيوب الخلقية والتركيّب الفيزيولوجي والجسدي للطفل، وعوامل ديموغرافيّة كعمر

¹ عماد مطير الشمري: "الجغرافية السكانية أسس وتطبيقات". الطبعة الأولى. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع. 2012، ص119.

الأمّ عند الولادة، ترتيب الطّفل في الأسرة وظروف الولادة، ويحسب هذا المؤشّر حسب المعادلة التالية¹:

$$\text{معدل وفيات الرضع حديثي الولادة} = \frac{\text{عدد الوفيات في عمر أقل من 28 يوماً لسنة ما ومنطقة ما}}{\text{اجمالي المواليد الأحياء لنفس السنة ونفس المنطقة}} \times 1.000$$

3.2.2.3.2. معدّل وفيات الرضّع المتأخّرة (Mortality Post neonatal):

يقيس هذا المؤشّر عدد وفيات الأطفال الذين يموتون بين اليوم الثامن والعشرين (28) من الولادة وعمر السنّة الواحدة خلال سنة معيّنة، وترتبط معظم أسباب هذه الوفيات بجملة العوامل الخارجية مثل: الفقر ونقص الخدمات الصحيّة، التلوث البيئيّ وتغيرات درجات الحرارة، سوء التّغذية ونقص الميّه النّظيفة وسوء السّكن، انتشار الأمراض والأوبئة، ويحسب كما يلي²:

$$\text{معدّل وفيات الرضّع المتأخّرة} = \frac{\text{عدد الوفيات في عمر أكبر من 28 يوماً وأقل من سنة واحدة لسنة ما ومنطقة ما}}{\text{اجمالي المواليد الأحياء لنفس السنة ونفس المنطقة}} \times 1.000$$

4.2.2.3.2. معدّل وفيات الأطفال الأقل من خمسة سنوات (Under-five mortality rate):

يقيس هذا المؤشّر عدد وفيات الأطفال الذين يموتون بين الولادة وعمر الخمس سنوات، أي أنّه يقيس عدد وفيات الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين صفر وأربع سنوات كاملة في بلد معين خلال سنة معيّنة، مقارنةً بإجمالي عدد المواليد الأحياء في ذلك البلد خلال نفس الفترة³. يُعزى هذا المؤشّر إلى جملة من العوامل المتداخلة، فمن ناحية طبيّة، تبرز الأمراض المسببة للوفاة كالإسهال الحاد، والملاريا، والتّهابات الرئة، والتشوهات الخلقية، فضلاً عن تعقيدات الولادة المبكرة. ومن ناحية أخرى، تنسب لمتغيرات سياقية أوسع تشمل الظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية المحيطة.

¹ صادق جعفر إبراهيم وأسامة حميد مجيد: "التباين المكاني لوفيات الأطفال الرضع في محافظة البصرة للمدة (1997-2009)". مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية. المجلد (1). العدد (38). 2013، صص 237-261.

² تقرير هيئة الأمم المتحدة: "المعجم الديمغرافي المتعدد اللغات". الإصدار 9. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. بغداد: السفر العربي. 1981، صص 79.

³ Sabeur Chouiref, M.: "La situation de la mortalité maternelle en Algérie entre 1962-2019". Humanization Journal for Researches and Studies. 13(2). 2022. P260-274.

3.2.3.2. معدلات الخصوبة والولادات:

1.3.2.3.2. معدلات الخصوبة:

تكتسب دراسة الخصوبة وتتبع التغيرات التي تطرأ عليها في المجتمعات أهمية بالغة، فهي لا تمثل فقط الأساس في فهم النمو السكاني، بل ترتبط أيضاً بعلاقة تبادلية وثيقة بالصحة الإنجابية للأُمّهات. فعلى الرغم من أنّ مصطلح الخصوبة يستخدم غالباً للتعبير عن حالات الولادة الفعلية التي ينتج عنها مواليد أحياء للنساء، إلا أنّ علماء السكان يفرّقون بين مفهومين أساسيين: الإنجاب (أو النسل)، الذي يمثل نسبة المواليد للنساء في سنّ الحمل، والخصوبة الحيويّة، التي تشير إلى القدرة البيولوجية للمرأة على الحمل والإنجاب بغضّ النظر عن حالتها الاجتماعية (متزوجة أم لا) أو تعرّضها للإجهاد، وهي بذلك تختلف عن حالة العقم¹. وتوجد أدوات قياس متنوّعة للخصوبة، تصنّف بشكل رئيسي حسب المدّة، حيث تقيس المواليد خلال فترة زمنية محددة (عادةً سنة واحدة)، وحسب المجموعة، حيث تقيس المواليد التي تتجها مجموعة معيّنة من النساء، ومن بين هذه المقاييس نذكر:

- **معدّل المواليد الخام:** يعدّ من أكثر مقاييس الخصوبة شيوعاً، يطلق عليه "الخام" لأنه يعكس معدّل المواليد للمجتمع ككلّ دون مراعاة الاختلافات في التّركيب السكاني (العمر، النوع، النشاط، الخصائص الديموغرافية)، وعلى الرغم من سهولة حسابه، إلا أنّ عيبه الرئيسيّ يكمن في جمعه بين مجموعات سكانية ذات خصوبة متباينة بشكل كبير وعدم تمييزه بين طبقاتها المختلفة، ويحسب حسب المعادلة التالية²:

¹ علي عبد الرزاق جبلي: "علم اجتماع السكان". المجلد السابع. عمان-الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. 2019، ص181.

² حسين عبد الرحمان رشوان: "السكان من منظور علم الاجتماع". الطبعة الثانية. الإسكندرية-مصر: المكتب الجامعي الحديث. 2006، ص14.

$$\text{معدل المواليد الخام} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء خلال السنة}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 1.000$$

- **معدّل الخصوبة العام:** هو نسبة عدد المواليد الأحياء خلال سنة معينة إلى عدد النساء في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) في تلك السنّة. يهدف هذا المقياس إلى تحديد معدّل الإنجاب لدى النساء القادرات على الحمل، وذلك باستبعاد الذكور والإناث خارج سن الإنجاب، ويحسب حسب المعادلة التالية¹:

$$\text{معدل الخصوبة العام} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء خلال السنة}}{\text{عدد النساء في سن الإنجاب 15 - 49 سنة}} \times 1.000$$

- **معدّل الخصوبة الشرعيّة:** هو مقياس يهدف إلى تحديد مستوى الإنجاب بين النساء المتزوجات في سنّ الإنجاب (15 و 49 سنة)، ويحسب عن طريق قسمة عدد المواليد الأحياء لأمّهات متزوجات خلال سنة معينة على عدد النساء المتزوجات في سن الإنجاب في منتصف تلك السنّة، حسب المعادلة التالية²:

$$\text{معدل الخصوبة الشرعية} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء خلال السنة لأمّهات متزوجات}}{\text{عدد النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب 15 - 49 سنة}} \times 1.000$$

- **معدّلات الخصوبة الخاصّة بفئة عمريّة معينة:** تعتبر من أدقّ مقاييس الخصوبة، حيث تتطلّب بيانات مفصّلة عن عدد المواليد حسب عمر الأمّ وتوزيع السكّان حسب العمر والنوع. يقيس هذا المعدل عدد المواليد الأحياء سنوياً لكلّ ألف امرأة في سن محدّدة، ويحسب كالتّالي³:

¹ جون كلارك ومحمد شوقي إبراهيم: "جغرافيا السكان". الرياض: دار المريخ. 1984، ص 231.
² إلياس سالم ومحمد بدروني: "استعمال نموذج Lee-Carter لتقدير الخصوبة في الجزائر والتنبؤ بمعدلاتها خلال الفترة (2019-2039)". مجلة آفاق علم الاجتماع. جامعة البليدة 2. المجلد (13). العدد (1). 2023، ص ص 228-263.
³ كامل بكري وآخرون: "الموارد واقتصادياتها". بيروت: دار النهضة العربية. 1986، ص 318.

$$\text{معدل الخصوبة العمرية} = \frac{\text{عدد المواليد الأحياء لأمهات في فئة عمرية معينة خلال السنة}}{\text{عدد النساء في سن الانجاب في نفس الفئة العمرية في منتصف السنة}} \times 1.000$$

2.3.2.3.2. معدل المواليد الأحياء لأمهات صغيرات السن (15-19 سنة):

يمثل هذا المؤشر عبء الخصوبة على الشابات، فهو معدّل سنويّ بالنسبة لجميع النساء اللواتي ينتمين إلى الفئة العمرية (15-49 سنة)، وبالتالي لا يعكس تماما مدى خصوبة المرأة أثناء فترة شبابها. وهذا المؤشر يشير إلى المتوسط السنوي لعدد الولادات الأحياء لكل امرأة سنويا لذلك من الممكن ضربه في خمسة لتقريب عدد الولادات لكل (1000 امرأة) في أواخر سنوات مراهقتهن. هذا المؤشر لا يتضمّن الأبعاد الكاملة للحمل أثناء فترة المراهقة، وذلك لأنّ الأطفال الذين يولدون أحياء هم وحدهم الذين يشملهم الإحصاء، ولا يتضمّن المؤشر من يولدون موتى وعمليات الإجهاض العفوي والمتعمّد¹.

3.3.2.3.2. معدل المواليد الأحياء لأمهات كبيرات السن (35 سنة وأكثر):

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية يعتبر عمر المرأة دوراً هاماً في صحّة الحمل والولادة، حيث يمثّل سن العشرين هو الأفضل للحمل. أمّا النساء الحوامل فوق سن الثلاثين، فهن أكثر عرضة لمشاكل صحية مثل السكري وارتفاع ضغط الدّم وانخفاض المشيمة والولادة المبكرة، بالإضافة إلى أمراض مزمنة أخرى قد تؤثر سلباً على الحمل والولادة².

ويمثّل مؤشّر معدّل المواليد الأحياء لأمهات كبيرات السن (35 سنة وأكثر) عدد المواليد الأحياء للأمهات في العمر (35 سنة وأكثر) خلال فترة زمنية معيّنة لكل 1000 من الأمهات في

¹ أحمد درديش ومسعودة العفريت: "ماهية الصحة الإنجابية والعوامل المحددة لها". مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية. جامعة البليدة 2. المجلد (9). العدد (3). صص 91-107

² بن زايد ريم وفضيل عبد الكريم: "واقع الصحة الانجابية للمرأة في الجزائر، مقارنة مع بلدان المغرب العربي تونس والمغرب". مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. المجلد (8). العدد (23). 2016، صص 167-176.

نفس العمر والفترة، ويستخدم في معرفة اتجاه ومقارنة معدّلات الإنجاب بالنسبة للعمر من أجل إعداد البرامج التوعّية بمخاطر الولادة في سن متأخرة بالنسبة للأمّ والطفّل¹.

4.3.2.3.2. نسبة الولادات التي تمّت بعملية قيصرية:

تعدّ الولادة القيصرية مؤشّر بالغ الأهمّيّة لتقدير مستوى الرعاية التوليدية التي تتلقاها الأمّهات، حيث لها دورٌ محوريٌّ في خفض معدّلات وفياتهن النّاجمة عن صعوبات الولادة، فهي تمثّل خياراً آمناً وموثوقاً به إلى حد كبير مقارنة بالولادة الطّبيعيّة. كما يكشف هذا المؤشّر عن مدى حدوث مشاكل صحيّة للأمّ وقت الولادة، ويسمح بتقييم خدمات مصلحة التّوليد لدى المراكز الصحيّة، ويحسب بقسمة عدد المواليد التي تمّت بعملية قيصرية إلى إجمالي عدد الولادات².

4.2.3.2. مؤشّرات الأمومة الآمنة:

تعتبر رعاية الأمومة للصحيّة الإنجابيّة مجموع الخدمات الصحيّة التي تهدف إلى تحسين الصّحة الإنجابيّة والرّفاهيّة للنساء الحوامل والأمّهات، بالإضافة إلى جودة الرعاية المقدّمة لهن قبل وأثناء وبعد الحمل والولادة، والوقاية من مشاكل الصّحة الإنجابيّة وعلاجها، وتتضمّن عدة مقاييس تتوزع حسب فترة تلقي الأمّهات لهذه الخدمات³.

1.4.2.3.2. الرّعاية الصحيّة أثناء الحمل:

تُعتبر الرّعاية الصحيّة أثناء الحمل من المؤشّرات التي تستخدم في معرفة التّوزيع الجيّد والعادل في تقديم الرّعاية الصحيّة للسيدات أثناء الحمل واكتشاف المشاكل التي قد تؤثر على الولادات، ومن بين هذه المؤشّرات نجد:

¹ أحمد درديش ومسعودة العفريت: "ماهية الصحة الإنجابية والعوامل المحددة لها". المصدر المذكور سابقاً، ص 11.
² سهام عبد العزيز: "الخصائص السوسيوديموغرافية للولادة القيصرية في الجزائر". مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية. جامعة محمد لمين دباغين سطيف 2. المجلد (6)، العدد (2). 2023، ص ص 35-44.
³ تقرير هيئة الأمم المتحدة، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة. 5-13 سبتمبر 1994، ص 55.

■ نسبة الزيارات ما قبل الولادة:

يُقاس هذا المؤشر بنسبة النساء المتزوجات اللاتي تلقين رعاية صحيّة مرّة واحدة على الأقل خلال حملهن الأخير من طرف كوادر طبيّة خلال السّنوات الخمس التي سبقت إجراء المسح. يعدّ هذا المعدل مؤشراً مهماً لصحة الأم، خاصّة عندما يصعب الحصول على معلومات تفصيليّة حول الأمراض التي تصيب الأمّهات. كما تهدف هذه الزيارات إلى علاج أيّ أمراض أو مضاعفات قد تحدث أثناء الحمل، الوقاية من وفيات الأمّهات والأجنّة، تعزيز صحّة الأمّ والطفل، ويحسب كما يلي¹:

$$\text{نسبة الرعاية قبل الولادة} = \frac{\text{إجمالي عدد النساء المتزوجات اللاتي لديهن طفل واحد على الأقل} \times 100}{\text{عدد النساء المتزوجات اللاتي تلقين رعاية قبل الولادة مرة واحدة على الأقل خلال حملهن الأخير الذي أسفر عن ولادة حية خلال السنوات الخمس الماضية}}$$

■ نسبة الأمّهات الحوامل المطعمات ضد التيتانوس:

يُعتبر التيتانوس مرض خطير يسبّب وفيات للأمّهات والمواليد، حيث يحصل الأطفال حديثو الولادة على مناعة ضد التيتانوس من أمّهاتهم. ولذلك، فإنّ تطعيم الأمّهات أثناء الحمل هي وسيلة فعّالة لحماية الأمّهات والمواليد حديثي الولادة من هذا المرض، ويحسب هذا المؤشر كما يلي²:

$$\text{نسبة الحوامل المطعمات ضد التيتانوس} = \frac{\text{عدد المواليد التي تلقت أمهاتهم جرعة أو أكثر من التيتانوس خلال فترة الحمل}}{\text{إجمالي عدد المواليد الأحياء خلال نفس السنة}} \times 1000$$

2.4.2.3.2. الرعايّة الصحيّة أثناء الولادة:

تعدّ مؤشرات الرعايّة الصحيّة التي تتلقاها الأمّهات الحوامل في المراكز الاستشفائيّة أثناء الولادة من المعايير الأساسيّة لتقييم عدد الولادات التي تجري في بيئة مناسبة تضمّن إنجاباً سليماً وولادة آمنة تحت إشراف طبيّ متخصص. ومن بين هذه المؤشرات الهامّة نذكر:

¹ نوال بن عمار: "أمراض ووفيات الأمّهات في الجزائر ما بين 1975-2008". أطروحة دكتوراه. جامعة باتنة 01. كلية العلوم الإنسانيّة والاجتماعيّة. قسم علم الاجتماع والديمقراطية. 2018/2017، ص73.
² أحمد درديش ومسعودة العفريت: "ماهية الصحة الإنجابية والعوامل المحددة لها". المصدر المذكور سابقاً، ص10.

■ مكان الولادة:

مكان الولادة مهم جدًا لتقليل مخاطر الوفيات والأمراض للأم والطفل. ففي المرافق الطبية، يتلقى الاثنان رعاية صحية مناسبة قبل الولادة وبعدها مباشرة. هذا يساعد على تحديد طبيعة الولادة والحالة الصحية للأم والمولود، وإجراء الفحوصات اللازمة لتجنب أي مضاعفات أو التهابات. كما يُعدّ هذا المؤشر بالغ الأهمية، حيث يهدف إلى تقليل وفيات الأمهات والمواليد، ضمان ولادة آمنة، مقياس لجودة النظام الصحي وكذا توفير الرعاية المناسبة بعد الولادة. يُحسب معدل الولادات التي تتم في المراكز الاستشفائية بقسمة عدد الولادات التي جرت في المراكز الصحية (سواء كانت عامة أو خاصة) على إجمالي عدد الولادات التي تمت خلال فترة زمنية محددة، ثم يُضرب الناتج في 100. كما يلي¹:

$$\text{معدل الولادات في المراكز الاستشفائية} = \frac{\text{عدد الولادات التي تمت في المراكز الصحية}}{\text{الولادات اجمالي عدد إجمالي}} \times 100$$

■ الولادات التي تتم تحت إشراف طبي:

يعتمد هذا المؤشر على قياس نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف طواقم طبية مؤهلة، (الأخصائيين أو الممارسين العاميين أو القابلات الماهرات)، ممن يمتلكون الكفاءة اللازمة لإدارة الولادات الطبيعية، والقدرة على التشخيص المبكر للمضاعفات التي قد تطرأ أثناء الولادة. يحسب هذا المؤشر بقسمة عدد المواليد التي تمّت تحت إشراف طبيّ إلى إجمالي عدد المواليد. ويستخدم لمعرفة مدى انتشار العادات الصحيّة والمساعدة الطبيّة السليمة أثناء الولادة، والتي تقلّل من

¹ WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UN-Population Division: " Trends in maternal mortality 2000 to 2017". Estimates by Geneva: World Health Organization. 2019. P53.

مخاطر المضاعفات والعدوى لكل من الأمّ والطفل، كما تستخدم في إعداد البرامج الصحية التثقيفية لتأكيد نظام الرعاية الصحية للحوامل¹.

$$\text{معدل الولادات بمساعدة كادر طبي} = \frac{\text{عدد المواليد التي تمت بمصلحة الولادات خلال سنة معينة}}{1000 \times \text{اجمالي عدد المواليد المسجلين في الحالة المدنية لنفس السنة}}$$

3.4.2.3.2. الرعاية الصحية بعد الولادة:

تعتبر المؤشرات التي تقاس بعد الولادة مهمة جدًا لأنّ هذه الفترة حاسمة لصحة الأمّ والطفل، فهي تساعد في متابعة مستوى الرعاية المنتظمة التي يحصل عليها كلّ منهما في المراكز الصحية المختلفة وتحت إشراف الأطباء. وتقاس هذه المرحلة بعدة مؤشرات منها:

▪ نسبة زيارات الأمهات ما بعد الولادة:

يُقاس معدّل زيارات ما بعد الولادة بنسبة النساء المتزوجات اللاتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة من كوادر طبيّة خلال آخر ولادة حيّة لهنّ، ويعدّ هذا المعدّل مؤشرًا مهمًا لصحة الأمّ. وتهدف هذه الزيارات إلى علاج أي أمراض أو مضاعفات قد تحدث بعد الولادة وكذا الوقاية من أمراض ووفيات الأمهات².

5.2.3.2. مستويات وأنماط استخدام وسائل تنظيم الأسرة:

يُعبّر تنظيم الأسرة عن سياسة البلد وتوجّهاته في تنظيم النسل، حيث يهدف إلى تحديد عدد المواليد الأحياء لدى المرأة أو المباعدة بينهم وفقًا لاختيارها أو رغبتها. كما يضمّ مؤشرات عدّة كميّة ونوعيّة رئيسية نذكر منها³:

¹ دليلة عزيزي وسليمة بلخيري: "واقع الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري"، المصدر المذكور سابقا، ص241.

² نوال بن عمار: "أمراض ووفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1975-2008". المصدر المذكور سابقا، ص73.

³ Lachich iNawel : "La santé reproductive en Algérie". Thèse Doctorat. Université d'Oran2. Faculté des Sciences sociales et Démographie. 2021/2022, P19.

1.5.2.3.2. نسبة المعرفة بوسائل منع الحمل:

يُعبّر هذا المؤشر عن نسبة النساء (أو النساء المتزوجات حالياً) اللاتي يعرفن وسيلة أو وسائل

عدّة لمنع الحمل في وقت المسح. ويحسب كما يلي:

$$100 \times \frac{\text{عدد النساء و/أو النساء المتزوجات حالياً اللاتي يعرفن وسيلة أو عدة وسائل لمنع الحمل}}{\text{عدد النساء و/أو النساء المتزوجات حالياً}} = \text{نسبة المعرفة بوسائل منع الحمل}$$

2.5.2.3.2. نسبة المستخدمات لوسائل منع الحمل:

يقيس هذا المؤشر نسبة النساء أو النساء المتزوجات حالياً اللاتي يستخدمن وسيلة أو وسائل عدّة

لمنع الحمل في وقت المسح. ويحسب حسب المعادلة التالية:

$$100 \times \frac{\text{عدد النساء و/أو النساء المتزوجات حالياً اللاتي يستخدمن وسيلة أو عدة وسائل لمنع الحمل}}{\text{عدد النساء و/أو النساء المتزوجات حالياً}} = \text{نسبة استخدام وسائل منع الحمل}$$

3.5.2.3.2. الفجوة بين المعرفة والممارسة بوسائل منع الحمل:

يتمّ قياس مؤشّر الفجوة بين المعرفة والممارسة بوسائل منع الحمل من خلال الفرق بين نسبة

النساء اللاتي يستخدمن وسائل منع الحمل ونسبة النساء اللاتي يعرفنها. كما هو مشار إليه في

المعادلة التالية:

$$100 \times \frac{\text{عدد النساء اللاتي يعرفن وسيلة لمنع الحمل} - \text{عدد النساء اللاتي يستخدمنها}}{\text{عدد النساء فئة (15 - 49 سنة)}} = \text{الفجوة بين المعرفة والممارسة لوسائل الحمل}$$

4.5.2.3.2. نسبة الاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة:

هي نسبة النساء المتزوجات والقادرات على الإنجاب اللاتي لا يستخدمن أيّ وسيلة لمنع الحمل

في وقت المقابلة، ويرغبن إمّا في تأخير الحمل التّالي لمدة عامين على الأقل أو عدم الإنجاب

مجدداً. وهنا نميّز بين نوعين من الاحتياجات:

✓ الاحتياجات غير الملابة للمباعدة بين الولادات: والتي تتعلّق بالنساء الحوامل اللّائي لم يحدث حملهن في الوقت المرغوب فيه، والنساء في فترة انقطاع الطّمث اللّائي لم تحدث ولادتهن الأخيرة في الوقت المرغوب فيه، والنساء اللّائي لسن حوامل ولا في فترة انقطاع الطّمث ولا يستخدمن وسيلة لمنع الحمل وأعلن أنهن يرغبن في الانتظار عامين أو أكثر قبل حملهن التالي.

✓ الاحتياجات غير الملابة لتحديد النسل: تتعلّق بالنساء الحوامل اللّائي لم يكن حملهن مرغوبًا فيه، والنساء في فترة انقطاع الطّمث اللّائي لم تكن ولادتهن الأخيرة مرغوبة، والنساء اللّائي لسن حوامل ولا في فترة انقطاع الطّمث ولا يستخدمن وسيلة لمنع الحمل وأعلن أنهن لا يرغبن في إنجاب المزيد من الأطفال. كما يتم استبعاد النساء في فترة انقطاع الطّمث أو في فترة العقم.

6.2.3.2. المشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية:

- تتعدّد المشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية حسب العوامل المتسببة وحسب نوع العدوى وكذا الأعراض المصاحبة لها، ومن بين هذه المشاكل نجد¹:
- مشكلات صحيّة متعلّقة بالجهاز الإنجابيّ مثل الأورام والأمراض المنقولة جنسيا كالإصابة بالإيدز وغيرها؛
 - مشكلات صحيّة ترتبط بالأنماط الصحيّة غير السليمة والعادات الضارّة كظاهرة ختان الإناث، زواج الأطفال، الإجهاض غير الآمن ومسببات العقم وغيرها؛
 - مشكلات صحيّة متعلّقة بالبلوغ (البلوغ المبكر والمتأخر)؛
 - مشكلات متعلّقة باضطرابات هرمونيّة مثل اضطراب الدّورة الشّهريّة وتكيّس المبيض ومضاعفات الحمل مثل الولادة المبكرة والنزيف وتعرّس الولادة.

¹ منصة المعرفة للصحة الإنجابية والجنسية بمشاركة معهد العناية بصحة الأسرة والمجلس الأعلى للسكان: دليل مواد التوعية والتثقيف حول الصحة الإنجابية والجنسية والعنف المبني على النوع الاجتماعي". الأردن، ص 57.

كما تتعدّد طرق قياس مؤشرات المشاكل المتعلقة بالصحة الإيجابية، سواء كانت عدوى أو

مرض، كما يلي¹:

▪ **انتشار المرض (Prevalence):** هو عدد حالات مرض معين أو الأشخاص الذين يعانون من

هذا المرض أو أي أحداث مرضية أخرى الموجودة في مجموعة سكانية معينة في وقت معين

دون التمييز بين الحالات الجديدة والقديمة. وينقسم معدّل الانتشار إلى نوعين:

✓ **معدّل الانتشار النقطي (Point Prevalence Rate):** هو تناسب الأفراد المصابين بالمرض

في مجتمع معين معرض للخطر وذلك في نقطة محدّدة من الزمن؛

✓ **معدّل الانتشار في دورة (Period Prevalence Rate):** هو تناسب الأفراد المصابين

بالمرض في مجتمع معين معرض للخطر وذلك خلال مدة زمنية محدّدة على سبيل المثال معدّل

الانتشار السنوي المنتقلة جنسياً أو معدّل الانتشار طوال العمر.

▪ **وقوع المرض (Incidence):** هو عدد الحالات الجديدة لمرض معين أو الأشخاص الذين

يعانون من هذا المرض للمرة الأولى في مجموعة سكانية محدّدة وخلال فترة زمنية محدّدة،

وينقسم بدوره إلى نوعين:

✓ **معدّل الوقوع التراكمي (Cumulative Incidence Rate):** هو عدد الحالات الجديدة

للمرض والتي تحدث خلال مدّة زمنية محدّدة في مجتمع معرض للخطر وذلك في بداية الفترة.

✓ **كثافة الوقوع (Incidence Density):** هو عدد الحالات المرضية الجديدة والتي تحدث

خلال مدّة زمنية محدّدة في مجتمع معرض للخطر وذلك خلال كل فترة خطر.

¹ نوال بن عمار: "أمراض ووفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1975-2008". المصدر المذكور سابقاً، ص45.

4.2. حقوق الصحة الإيجابية وتمكين المرأة:

تم الاعتراف بحق الإنسان في الصحة في المواثيق الدولية والإقليمية لحقوق الإنسان، كمنظمة حقوق الإنسان والمعهد الدولي للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية والميثاق الأفريقي، حيث تم تأكيد حق كل شخص، دون تمييز، في التمتع بأعلى مستوى من الرعاية الصحية البدنية والعقلية. كما أدرك المجتمع الدولي أن المرأة تمر بفترات صحية وببيولوجية هامة تتطلب حماية إضافية مستمرة، خاصة بعد تسجيل حالات وفاة عديدة للنساء بسبب مضاعفات الحمل والولادة ونقص المتابعة الصحية¹.

1.4.2. مفهوم حقوق الصحة الإيجابية:

يعكس مصطلح "الحقوق" في سياق الصحة الإيجابية فكرة أن النساء يمتلكن استحقاقات محددة يجب الاعتراف بها وحمايتها. فمصطلح "الحق" له دلالات قانونية وأخلاقية، فهو يشير إلى شيء مضمون بموجب القانون، ويعبر عن أهميته لكرامة وسلامة الأفراد أو الجماعات. وقد سعت الحركات النسوية لسنوات عديدة لإدراج قضايا الجسد ضمن الحقوق الصحية والإيجابية. وقد تحقق ذلك جزئياً من خلال المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي عقد في القاهرة عام 1994، حيث اعتمدت الوثيقة النهائية للمؤتمر النهج الحقوقي في مجال الصحة الإيجابية.

1.1.4.2. حقوق الصحة الإيجابية حسب المنظمة العالمية للصحة:

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية، تشير الصحة الإيجابية إلى حالة من الرفاهية الجسدية والعقلية والاجتماعية الكاملة في كل ما يتعلق بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته. وهي لا تقتصر على مجرد غياب المرض أو الإعاقة. كما تشمل كذلك قدرة الأفراد على التمتع بحياة جنسية صحية وآمنة،

¹ تقرير هيئة الأمم المتحدة. المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة. 5-13 سبتمبر 1994، ص 38.

وقدرتهم على الإنجاب، وحرّيتهم في اتخاذ القرارات المتعلقة بالإنجاب وتوقيته. بناءً على ذلك، فإنّ الحقوق الصحيّة للمرأة لا تشمل فقط حقّها في السّلامة البدنيّة والنفسيّة، بل تتمثّل في حقّ التّمتّع بصحّة جنسيّة وإنجابيّة جيّدة، اتّخاذ قرارات حرّة ومسؤولة بشأن الإنجاب، الحصول على خدمات تنظيم الأسرة الآمنة والفعّالة، الحصول على رعاية صحيّة جيّدة أثناء الحمل والولادة¹.

2.1.4.2. حقوق الصّحة الإنجابيّة حسب اتفاقية "سيداو" (1979):

تعرف هذه الاتّفاقيّة باسم "اتّفاقيّة القضاء على جميع أشكال التّمييز ضد المرأة"، حيث قامت لجنة الأمم المتّحدة المعنيّة بالمرأة سنة 1979 في إعداد وثيقة دوليّة لحقوق المرأة، وذلك نتيجة لجهود نساء العالم للمطالبة بالمساواة مع الرجل وإنهاء التّمييز ضدّهن. تمّ اعتماد هذه الوثيقة من قبل الجمعيّة العامّة للأمم المتّحدة، ودخلت حيز التّنفّذ بعدما عُرضت على الدّول للتوقيع سنة 1981. كما تؤكد هذه الاتّفاقيّة على مبدأ المساواة بين الجنسين، وتدعو إلى إنهاء التّمييز ضدّ المرأة في جميع المجالات، مثل التّعليم والزّواج والعمل والصّحة الإنجابيّة. تعد الاتّفاقيّة كذلك بأنّها ملزمة للدّول التي تصادق عليها، ممّا يجعلها أهمّ معاهدة دوليّة لحقوق المرأة حتى الآن².

3.1.4.2. حقوق الصّحة الإنجابيّة حسب مؤتمر "بكين" (1995):

وفقاً لتعريف مؤتمر بكين سنة 1995، فإنّ صحّة المرأة تتجاوز مجرد غياب المرض أو الإعاقة، لتشمل جوانبها العاطفيّة والاجتماعيّة والبدنيّة، وتتأثّر بالسّياق الاجتماعي والسياسي والاقتصاديّ الذي تعيش فيه، بالإضافة إلى تكوينها البيولوجي الفريد. ويؤكد التّعريف كذلك، على

¹ منظمة الصحة العالمية (WHO): "تعريف الصحة الإنجابية الذي وافقت عليه منظمة الأمم المتحدة في مؤتمر السكان والتنمية". القاهرة. 1994.

² هند مطاري: "اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وانعكاساتها على القانون الداخلي". رسالة ماجستير. المركز الجامعي العقيد أكلي محند أولحاج البويرة. 2010/2011، ص06.

حقّ المرأة في التمتع بأعلى مستويات الصحة البدنية والعقلية الممكنة، باعتبار ذلك حقاً أساسياً لا بد منه لضمان رفاهيتها وقدرتها على المشاركة الفعّالة في جميع جوانب الحياة¹.

كما أشار هذا المؤتمر لحقوق الصحة الإيجابية في تقريره البند رقم (ج) من الفصل الرابع في أن تتحكّم وأن تبت بحرية ومسؤولية في المسائل المتّصلة بحياتها الجنسيّة، بما في ذلك صحّتها الجنسيّة والإيجابية، وذلك دون إكراه أو تمييز أو عنف. وعلاقات المساواة بين الرّجال والنساء في مسألتها العلاقات الجنسيّة والإيجاب، بما في ذلك الاحترام الكامل للسلامة الماديّة للفرد، تتطلّب الاحترام المتبادل والقبول وتقاسم المسؤولية عن نتائج السلوك الجنسيّ. كما أشار إلى بعض هذه الحقوق في بعض أجزاء أخرى من الوثيقة. وتضمّنت البنود من 95 إلى 100 الحقوق الإيجابية والتي نلخصها فيما يلي:

- حقّ الأزواج والأفراد في اتّخاذ قرارات حرّة ومسؤولة بشأن الإنجاب: يشمل ذلك تحديد عدد الأطفال، والتّباعد الزّمنيّ بينهم، وتوقيت الإنجاب؛
- الحقّ في الحصول على المعلومات والوسائل اللّازمة لاتّخاذ هذه القرارات: يتضمّن ذلك خدمات تنظيم الأسرة والتّثقيف الصّحيّ؛
- الحقّ في بلوغ أعلى مستوى ممكن من الصحة الجنسيّة والإيجابية: يشمل ذلك الحصول على الرعايّة الصحيّة المناسبة؛
- الحقّ في اتّخاذ القرارات المتعلّقة بالإنجاب دون تمييز أو إكراه أو عنف: يشدّد على أهميّة المساواة واحترام حقوق الإنسان.

¹ تقرير هيئة الأمم المتحدة: "المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة". البند 95 مؤتمر بيكين. 4 إلى 15 سبتمبر 1995، ص43.

2.4.2. حقوق الصحة الإنجابية:

جاء بالمواثيق والاتفاقات الدولية الخاصة بحقوق الإنسان وكذا دعوات المؤتمرات العالمية،

إلى ضرورة احترام حقوق الصحة الإنجابية على المستوى العالمي، ومن بين هذه الحقوق نجد:

1.2.4.2. الحق في المعلومات والمعرفة حول الصحة الإنجابية والجنسية:

تمثل المعرفة وتوفير المعلومات العنصر الأساسي في تمكين الأفراد من اتخاذ قرارات صحيحة

بشأن صحتهم الإنجابية، حيث تعتبر المعرفة حقاً أساسياً من حقوق الإنسان. كما يجب على

الحكومات توفير المعلومات الواضحة والمحدثة والمفهومة المتعلقة بالصحة الإنجابية لجميع الأفراد.

وقد أكدت توصيات مؤتمر السكان والتنمية سنة 1994 على أهمية توفير معلومات حول الصحة

الجنسية والإنجابية، وكيفية الوقاية من الأمراض، والتثقيف الصحي المستمر¹. كما أوصى كذلك

بضرورة توفير خدمات صحية ونفسية تمكن الأفراد من ممارسة حياتهم الجنسية بأمان ومسؤولية.

وقد حثّ الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة ضمن الخطة الإستراتيجية للصحة الإنجابية لسنة 2000،

الحكومات على ضرورة احترام الحقوق الأساسية للأفراد في اتخاذ قرارات حرة ومستتيرة بشأن صحتهم

الجنسية والإنجابية وتوفير معلومات وخدمات محترمة ومتاحة للجميع.

2.2.4.2. الحق في خدمات الصحة الإنجابية والجنسية:

أكد مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية سنة 1994 على أهمية تمكين النساء من اتخاذ

قرارات بشأن صحتهن الإنجابية، ويتطلب ذلك توفير خدمات صحية آمنة وشاملة، خاصة للفئات

الأكثر عرضة للخطر مثل الشباب والمراهقين. ودعا المؤتمر الحكومات إلى توفير مجموعة واسعة

¹ تقرير هيئة الأمم المتحدة (UN): "تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة". 5-13 سبتمبر 1994. نيويورك، 1995، ص 39.

من خدمات الصحة الإنجابية والجنسية، بما في ذلك وسائل تنظيم الأسرة، وضمان توفرها وسهولة الوصول إليها وفهمها من قبل الجميع¹.

ويعتبر حصول الأمهات على رعاية صحية جيدة حقًا أساسيا لها، وهو أمر حيوي لتقليل وفياتهن. وقد أكد الخبراء أن تحقيق هذا الهدف يتطلب توفير رعاية صحية شاملة للنساء قبل الولادة وأثناءها وبعدها، بما في ذلك الرعاية المستعجلة خلال المضاعفات عند الولادة، وتوفير قابلات مدرّبات لتقديم المشورة والمساعدة. كما يعتبر تنظيم الأسرة حقًا أساسيا وأحد الحقوق الإنجابية المكرّسة دوليا، ويشمل الحق في معرفة تأثير تنظيم الأسرة على صحة الأم والطفل والأسرة، والحق في الحصول على معلومات حول وسائل تنظيم الأسرة الآمنة والفعّالة.

3.2.4.2. الحق في التمتع بالصحة الإنجابية والجنسية:

يؤكد برنامج عمل مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية على حق كل إنسان في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية. كما حثّ كافة الدول باتخاذ الإجراءات اللازمة لضمان حصول الجميع على خدمات الرعاية الصحية دون أيّ إقصاء أو إكراه، بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة. كما ينصّ القانون الدولي على حق كل شخص في التمتع بأعلى مستوى ممكن من الصحة البدنية والعقلية، حيث دعت لجنة الأمم المتحدة للحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية الحكومات إلى توفير خدمات الرعاية الصحية، التي تتضمن أربعة عناصر أساسية: توفير الخدمات، وقبولها، وجودتها، وسهولة الوصول إليها، وتشمل سهولة الوصول أربعة أبعاد: عدم التمييز، والوصول المادي، والتكلفة المعقولة، والحصول على المعلومات².

¹ تركي وأوشامالهورا. المصدر المذكور سابقا، ص14.

² تقرير هيئة الأمم المتحدة (UN): "تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة". 5-13 سبتمبر 1994. نيويورك. 1995، ص11.

ومن جهة أخرى، فإنَّ عدم توفُّر الرعاية الصحيَّة خاصَّة فئة النِّساء فسيعرضهن لخطر التَّأخُّر في العلاج بسبب نقص المَعَدَّات أو عدم توفُّرها. كما أنَّ ارتفاع تكاليف الخدمات الصحيَّة، وعدم ملاءمتها ثقافيًّا أو عمريًّا، وسوء جودة التَّدريب الطَّبيِّ، والتَّمييز، وعدم احترام الخصوصيَّة، وسوء المرافق، وساعات العمل غير المناسبة، كلُّها عوامل تمنع النِّساء من الحصول على الرِّعايَّة الصحيَّة الإنجابيَّة الجيِّدة كمَّا ونوعا، ممَّا يزيد من ارتفاع احتمال وفيات الأمَّهات.

4.2.4.2. الحق في الحياة والحرية والأمن:

يعتبر الإنجاب هدفا نبيلًا للحفاظ على استمرار الحياة، لكنَّه للأسف لا يحظى بالدَّعم الكافي. فالنِّساء لا زلن يتحملن عبءًا كبيرًا بسبب مضاعفات الحمل والولادة، ممَّا يعرِّض حياتهن لخطر الموت. وعليه وكون أنَّ الحياة تعتبر بمثابة أبسط حقٍّ من حقوق الإنسان، فإنَّ وفيات الأمَّهات أثناء الحمل والولادة تنتهك هذا الحقَّ، وذلك نظرا لإمكانيَّة إنقاذ حياتهنَّ من خلال توفير رعاية صحيَّة إنجابيَّة جيِّدة. فحقَّ المرأة في الحياة يعتمد في حصولها على رعاية صحيَّة إنجابيَّة عاليَّة الجودة، وعدم تعرُّضها للتَّمييز، وتمتُّعها بالاستقلاليَّة في اتِّخاذ قراراتها الإنجابيَّة وعدم تعرُّضها للتَّمييز أو الإقصاء والتَّهميش. ولتحقيق ذلك، يجب على الحكومات اتِّخاذ جملة من التَّدابير، أهمُّها¹:

- منع وفيات الأمَّهات والرِّضَع التي يمكن تجنُّبها؛
- مكافحة التَّمييز ضدَّ النِّساء الذي يؤدي إلى الوفاة المبكرة؛
- توفير المعلومات والوسائل اللازمَة للوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًّا، بما في ذلك الإيدز؛
- القضاء على العنف ضدَّ المرأة؛
- تمكين الأفراد من اتِّخاذ قرارات إنجابيَّة حرَّة ومسؤولة.

¹ صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): "حالة سكان العالم 1998، الأجيال الجديدة". نيويورك، 1998، ص26.

6.2.4.2. الحق في الخصوصية:

لكل شخص الحق في عدم التدخل في حياته الخاصة بشكل غير قانوني. ويُعتبر هذا الحق مكفول بموجب القانون الدولي، وتحديدًا في الفقرة (1-17) من المعاهدة الدولية للحقوق المدنية والسياسية لسنة 1966¹. كما يؤكد مؤتمر القاهرة الدولي للسكان والتنمية لسنة 1994 على أهمية احترام خصوصية الأفراد وسريّة معلوماتهم والاحترام والرّضا الواعي في خدمات الصّحة الإيجابية والجنسيّة، مع مراعاة القيم الثقافيّة والدينيّة. وبناءً على ذلك، يحقّ لكل فرد الحصول على خدمات الرعايةّ الجنسيّة والإيجابية بسريّة تامّة، والتعبير عن اتّجاهه الجنسيّ بأمان، واختيار خياراته الإيجابية بحريّة².

7.2.4.2. الحق في المصير في مجال الإنجاب:

أكد مؤتمر القاهرة الدوليّ للسكان والتنمية على حقّ الأزواج والأفراد في اتّخاذ قرارات حرّة ومسؤولة بشأن عدد الأطفال والتّباعدين بينهم، والحقّ في الحرّيّة والخصوصيّة والحياة الأسريّة والحصول على المعلومات والوسائل اللاّزمة لتحقيق ذلك، ودعا كذلك الحكومات إلى مراقبة وتقييم خدمات تنظيم الأسرة لمنع أيّ إساءات³. كما تنصّ المادّة 16 من اتّفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضدّ المرأة، على حقّ المرأة في تحديد عدد أطفالها والفترة الزّمنيّة بينهم وضرورة توفير المعلومات والتّثقيف والوسائل التي تمكّن المرأة من ممارسة هذا الحقّ. ولتحقيق ذلك، يجب على الحكومات

¹ مركز الحقوق الإيجابية (CRR): "البقاء على قيد الحياة بعد الحمل والولادة: حق من حقوق الإنسان". نيويورك، 2005، ص 05.

² المصدر نفسه، ص 13.

³ هيئة الأمم المتحدة: "تقرير المؤتمر الدولي لسكان والتنمية بالقاهرة". المصدر المذكور سابقاً، ص 12.

ضمان توفير خدمات تنظيم الأسرة بما يتوافق مع حقوق الإنسان والمعايير الأخلاقية، وتزويد الأفراد بالمعلومات الكاملة التي تمكنهم من اختيار واستخدام وسائل تنظيم الأسرة بشكل صحيح¹.

8.2.4.2. الحق لجميع الأفراد في الحماية من الأمراض المتنقلة جنسيا:

لكل شخص الحق في الحماية من الأمراض المنقولة جنسياً، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز). وقد نصّ مؤتمر القاهرة الدوليّ للسكان والتنمية لسنة 1994 على ضرورة أن تضع الحكومات سياسات لحماية حقوق المصابين بهذه الأمراض، والقضاء على التمييز ضدهم وضدّ عائلاتهم. كما دعا المؤتمر الحكومات إلى توفير خدمات الكشف عن الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية مع ضمان السرية التامة².

8.2.4.2. الحق في حماية المرأة من العنف:

تطرق المؤتمر العالميّ لحقوق الإنسان على أهمية العمل من أجل القضاء على العنف ضدّ المرأة في الحياة العامة والخاصة، وتبنّت جميع الدول هذا المبدأ في برنامج عمل المؤتمر الدوليّ للسكان والتنمية (1994)، الذي نصّ على ضرورة "تعزيز المساواة والإنصاف بين الجنسين وتمكين المرأة والقضاء على العنف ضدّ المرأة بجميع أشكاله وكفالة قدرة المرأة على السيطرة على خصوبتها". كما يعتبر العنف ضدّ النساء من أبرز النتائج الوحشية لعدم المساواة الاقتصادية والاجتماعية والسياسية والثقافية بين الرجل والمرأة.

وقد أكدّ القرار الصادر عن المؤتمر العالمي الرابع للمرأة في بكين سنة 1995 إلى أنّ العنف ضدّ النساء، بغضّ النظر عن نوعه (الجندي)، انتهاكاً لحقوق الإنسان وعائقاً أمام تمتّع المرأة بكامل

¹ هيئة الأمم المتحدة (UN): "اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة". الملحق رقم 46. نيويورك، 1979، ص 193.

² مركز الحقوق الإنجابية (CRR): "البقاء على قيد الحياة بعد الحمل والولادة: حق من حقوق الإنسان". المصدر المذكور سابقاً، ص 09.

حقوقها الإنسانيّة. لذلك، طالبت الدّول باتّخاذ إجراءات لمنع العنف ضدّ المرأة والقضاء عليه من خلال تبني إستراتيجيّة ثلاثيّة الأهداف تتمثّل في¹:

- اتّخاذ تدابير متكاملة لمنع العنف ضدّ المرأة والقضاء عليه؛
- دراسة أسباب العنف وعواقبه وفعاليّة التدابير الوقائيّة؛
- القضاء على الاتّجار بالمرأة وإجبارها على الإنجاب ومساعدة ضحايا العنف النّاتج عن البغاء والاتّجار.

ومن عواقب العنف ضدّ المرأة على صحتّها الإيجابية نجد الإجهاض البدنيّ، والحمل غير المرغوب، والإجهاض العفوي وغير المأمون والوفاة في فترة النّفاس، وسقوط الأجنّة أو ولادة ميّنة، وتأخّر الرّعايّة في المرحلة المحيطة بالولادة، والمخاض السّابق لأوانه والولادة المتعسّرة، وإصابة الأجنّة وانخفاض وزن المواليد، والاضطرابات النّفسيّة كالقلق والاكتئاب. كما تواجه النّساء اللّواتي يتعرّضن للمعاملة السيّئة أيضًا مخاطر أعلى للإصابة بعدوى الأمراض المنقّلة جنسيًا بما فيه فيروس نقص المناعة البشريّة².

9.2.4.2. الحقّ في حماية المرأة من التّمييز:

وفقًا لاتفاقيّة القضاء على جميع أشكال التّمييز ضدّ المرأة (1979)، يشمل 'التّمييز ضدّ المرأة' أيّ فعل أو ممارسة تقوم على أساس الجنس وتؤدي إلى التّفرقة أو الاستبعاد أو التّقييد. ويهدف هذا التّمييز أو ينتج عنه إعاقة أو منع الاعتراف بحقوق الإنسان والحريّات الأساسيّة للمرأة أو ممارستها في مختلف جوانب الحياة، سواء كانت سياسيّة، اقتصاديّة، اجتماعيّة، ثقافيّة، مدنيّة أو غيرها³.

¹ راضي حنان: "الحماية القانونية للمرأة من العنف في القانون الجزائري". رسالة ماجستير. جامعة وهران. كلية الحقوق والعلوم السياسيّة. تخصص قانون الأسرة وحقوق الطفل. 2012/2013، ص56.

² أحمد درديش: "الحقوق الإيجابية للمرأة". مجلة الآداب والعلوم الاجتماعيّة. جامعة البليدة2. المجلد (5). العدد (1). 2012، ص ص115-133.

³ هيئة الأمم المتحدة (UN): "تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة". المصدر المذكور سابقًا، ص11.

تلزم هذه الاتفاقيّة الحكومات باتّخاذ خطوات عمليّة للقضاء على جميع أشكال التمييز ضدّ المرأة خاصّة منهن الأكثر عرضة للخطر في مسائل الصحة الجنسيّة والإنجابيّة، واللواتي يعانين من الفقر أو المقيّعات في المناطق الريفيّة والنائيّة، من خلال تغيير الأفكار الاجتماعيّة والثّقافيّة المتحيّزة حول أدوار الجنسين، وحماية المرأة من التمييز القائم على الجنس أو الوضع الاقتصاديّ أو الموقع الجغرافي خاصّة في المناطق الريفيّة. كما تشدّد الاتفاقيّة بشكل خاصّ على ضرورة ضمان حصول النساء في المناطق الريفيّة على الرعايّة الصحيّة المناسبة وخدمات تنظيم الأسرة¹.

10.2.4.2. الحقّ في الزّواج وتكوين أسرة قائمة على رضا الطرفين:

يُعتبر الزّواج حقًا أساسيا من الحقوق الإنجابيّة، ويهدف إلى تمكين الأفراد من بناء أسر قويّة و متماسكة يتمتّع أفرادها بأعلى مستويات الصحة الممكنة، ويبدأ ذلك بقرار الوالدين بشأن إنجاب الأطفال، ويرتبط هذا الحقّ بحريّة اختيار عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم وتوقيتهم، ممّا يعني أن للزّواج الحقّ في تكوين أسرهم الصّغيرة بالعدد الذي يروونه مناسباً².

واستنادًا بالإعلان العالميّ لحقوق الإنسان وبرنامج عمل مؤتمر السّكان والتنمية (1994)، فإنّ الحقّ في الزّواج وتكوين أسرة يتطلّب قرارًا واعيًا بالوقت المناسب من قبل الزّوجين، وأن يقوم الزّواج على الرضا الحر والمساواة بين الطرفين خارج عن الضّغوط الاجتماعيّة التي تحوّل دون ذلك. كما أنّ منهاج عمل بكين يدعو الحكومات على ضرورة سنّ وتنفيذ قوانين تضمن عدم إتمام الزّواج إلّا بالرضا الحر والكامل من الطرفين المقبلين على الزّواج. كما تتضمن هذه القوانين تحديد الحدّ الأدنى لسنّ الرّشد والحدّ الأدنى لسنّ الزّواج، مع التأكيد على تطبيق هذه القوانين بصرامة ورفع

¹ مركز الحقوق الإنجابية (CRR): "البقاء على قيد الحياة بعد الحمل والولادة: حق من حقوق الإنسان". المصدر

المذكور سابقا، ص 09.

² المصدر نفسه، ص 25.

الحد الأدنى لسن الزواج عند الضرورة ونقادي زواج الأقارب الذي يحمل تأثيراً صحياً سلبياً للغاية على الأبناء، وذلك بزيادة احتمالية ظهور الأمراض الوراثية التي قد تكون موجودة بشكل متحدي لدى الأبوين القريبين¹.

3.4.2. تمكين المرأة وعلاقته بحقوق الصحة الإيجابية:

يعرّف التمكين على أنه عملية تزويد الأفراد والجماعات بالقدرات والموارد اللازمة للمشاركة الفعّالة في جميع جوانب الحياة الاقتصادية والاجتماعية، وإحداث تغيير إيجابي في مجتمعاتهم². وأكد إعلان بكين سنة 1995 على أهمية تمكين المرأة وتعزيز دورها في المجتمع، بما في ذلك حقها في حرية التفكير، والدين، والمعتقد. ويقصد بتمكين المرأة أي منحها المزيد من القوة والقدرة على التحكم في حياتها والمشاركة الفعّالة في جميع جوانب المجتمع، وليس فقط داخل المنزل. كما يجب أن تكون مشاركتها ذات قيمة وتأثير.

لا يمكن تحقيق المساواة بين الجنسين وتمكين النساء والفتيات دون ضمان حقوقهن في الصحة الجنسية والإيجابية. فالحياة الصحية الكريمة والمشاركة الفعّالة في المجتمع والاقتصاد والسياسة، لا يمكن أن تتحقق للنساء والفتيات إلا بتوفير خدمات صحية جيدة وتوعّية وتعليم، وتهبئة الظروف التي تمكنهن من الحصول على حقوقهن الإيجابية والجنسية.

تعدّ الخدمات المتعلقة بالحقوق والصحة الجنسية والإيجابية أساسية لتمكين النساء والفتيات، فهي تضمن لهن حياة صحية كريمة، وتساعدهن على مواجهة العنف والتمييز، وتفتح لهن فرصاً متساوية في التعليم والعمل والمشاركة في المجتمع.

¹ هيئة الأمم المتحدة (UN): "تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة". المصدر المذكور سابقاً، ص40.

² صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): "حالة سكان العالم 1998، الأجيال الجديدة". المصدر المذكور سابقاً، ص26.

حظيت قضايا المرأة وصحتها باهتمام كبير خلال العقود الأخيرة، وأصبحت محوراً رئيسياً للنقاش على المستويات العالمية والوطنية والمحلية، وقد انعكس هذا الاهتمام في العديد من المؤتمرات والاتفاقيات الدولية، مثل الاتفاقيتين رقم 03 سنة 1919 ورقم 103 في سنة 1952 المتعلقين بحماية الأمومة، حيث تولي المنظمات والهيئات الدولية اهتماماً خاصاً بصحة الأمهات، وتعمل على تقديم برامج ومساعدات صحية ومالية للدول النامية التي تعاني من ضعف في الرعاية الصحية المقدّمة للنساء¹.

إنّ المساواة بين الرجل والمرأة هي حقّ أساسي من حقوق الإنسان، ولا يمكن تحقيق هذه المساواة بشكل كامل إلا إذا تمتّع الجميع بحقوقهم الجنسية والإنجابية، ولكي نحدث تغييراً حقيقياً في العلاقات بين الجنسين، يجب أن نغيّر الأسس التي تقوم عليها هذه العلاقات. كما يجب أن تتمكّن النساء والفتيات من العيش بأمان دون عنف، وأن يحصلوا على نفس الفرص والموارد التي يحصل عليها الرجال والفتيان. ولتحقيق ذلك يجب توفير خدمات صحية جيّدة، ومعلومات صحيحة، وتعليم جيّد، وظروف اجتماعية مناسبة، والتمتع بصحة جنسية وإنجابية جيّدة، وأن تحصل على جميع حقوقها في هذا المجال. وعليه فالتّمكن يعني بشكل أساسي القدرة على اتّخاذ القرارات والمشاركة الفعّالة في الأمور التي تؤثر على حياة الشّخص. ولا يمكن للمرأة أن تحقّق ذلك إلا إذا كانت تتمتع بصحة جيّدة. فالصحة هي أساس القوّة التي تحتاجها المرأة لتنتقل من حالة الضعف إلى حالة التّمكن الحقيقي².

¹ مركز الحقوق الإنجابية (CRR): "البقاء على قيد الحياة بعد الحمل والولادة: حق من حقوق الإنسان". المصدر

المذكور سابقاً، ص13.

² المصدر نفسه، ص09.

خلاصة الفصل:

في هذا الفصل، استعرضنا بعمق الإطار النظري والمعرفي للصحة الإيجابية ومؤشراتها المتعددة، والذي يمثل أساسًا نظريًا شاملاً لفهم تعقيدات وتحديات الصحة الإيجابية، مما يمهد الطريق لتحليل أعمق للتباينات المكانية في الفصول اللاحقة. بدأنا هذا الفصل بتعريف ماهية الصحة الإيجابية، مبرزين أهميتها ومقومات بلوغها، ثم انتقلنا إلى تفصيل عناصر الصحة الإيجابية والتي تشمل تنظيم الأسرة، رعاية الأمومة الآمنة، صحة الشباب، والوقاية من الأمراض المنقولة جنسيًا، وغيرها. بعد ذلك، تناولنا مؤشرات الصحة الإيجابية الرئيسية التي تُستخدم لتقييم التقدم المحرز في هذا المجال على مختلف المستويات. وأخيرًا، سلطنا الضوء على حقوق الصحة الإيجابية وتمكين المرأة، مؤكدين على الدور المحوري الذي تلعبه هذه الحقوق في تحقيق العدالة الصحية والمساواة بين الجنسين.

الفصل الثالث

واقع مؤشرات الصحة الإيجابية في العالم ودول إفريقيا

- 1.3. الصحة الإيجابية وأهداف التنمية المستدامة؛
- 2.3. مستويات بلوغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة الإيجابية؛
- 3.3. واقع مؤشرات الصحة الإيجابية في دول إفريقيا؛
- 4.3. دراسة مؤشرات الصحة الإيجابية لدول إفريقيا باستخدام التحليل

العنقودي.

تمهيد:

تماشياً مع أهداف التنمية المستدامة (2030)، تؤكد هيئة الأمم المتحدة على أهمية ضمان بقاء الصحة الإنجابية في قلب عملية التنمية على مستوى العالم ودمجها في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية، نظراً لارتباطها الوثيق بينها وبين حقوق الإنسان والتنمية المستدامة، وكذلك إيماناً بأهميتها في ضمان حصول الجميع على خدمات صحية إنجابية سليمة وآمنة خالية من العنف والتمييز.

كما اعتبر الميثاق الإفريقي لحقوق الإنسان والشعوب المتعلق بحقوق المرأة في إفريقيا المنعقد في أنغولا سنة 2014، (المادة 14 من بروتوكول مابوتو)¹، على أنها الأداة القانونية الرئيسية لحماية حقوق المرأة في إفريقيا، فقد ألزم الاتحاد الإفريقي ودول الأطراف باتخاذ جميع التدابير المناسبة لحماية الحقوق الإنجابية للمرأة والسعي نحو بلوغ مستويات جيدة لأهداف التنمية المستدامة.

من خلال هذا الفصل سنحاول إبراز واقع مؤشرات الصحة الإنجابية على المستوى العالمي والإفريقي من خلال تحليل تباينات وتطور هذه المؤشرات حسب الأقاليم وحسب الدول الإفريقية لرصد التقدم المحرز لمؤشرات الصحة الإنجابية المدرجة في أجندة أهداف التنمية المستدامة 2030.

كما سنقوم كذلك بإجراء تحليل متعدد الأبعاد لأهم مؤشرات الصحة الإنجابية في إفريقيا باستخدام التحليل العنقودي الذي نسعى من خلاله بتصنيف الدول الإفريقية في مجموعات متجانسة لتحديد أوجه التفاوت وإبراز نقاط الضعف والقوة، مع رصد الدول التي تستدعي تدخلات استعجالية في تبني خطط استراتيجية شاملة لتعزيز تماسك الأسر ودعم الصحة الإنجابية، لا سيما تلك المتعلقة بضمن صحة الأمومة والطفولة، مستوى تلقي الرعاية الصحية، حماية حقوق ومتطلبات تنظيم الأسرة، مكافحة الأمراض المنقولة جنسيا والسلوكيات الضارة والحد من تزايد وفيات الأمهات والأطفال.

¹ Articles n°14.1 et n°14.2 "Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique". Observations Générales N°2.

1.3. الصحة الإنجابية وأهداف التنمية المستدامة:

لقد تبنت منظمة الأمم المتحدة، من خلال أجندة أهداف التنمية المستدامة، جملة مؤشرات الصحة الإنجابية، كركيزة أساسية لضمان حياة إنجابية صحية على المستوى العالمي، وتمحورت أساساً في ثلاثة (03) أهداف من بين سبعة عشر (17) هدفاً، ويتضمن كل هدف جملة من المؤشرات القابلة للقياس، ويتطلب على كل دولة بلوغها في مطلع 2030، وتتمثل الأهداف الثلاثة في: الهدف الثاني المتمثل في ضمان احتياجات التغذية للأطفال والمراهقات والنساء المرضعات والحوامل، والهدف الثالث المتعلق بضمان الصحة الجيدة والرّفاه، والهدف الخامس المتمثل في ضمان المساواة بين الجنسين.

1.1.3. مؤشرات الصحة الإنجابية المدرجة ضمن أهداف التنمية المستدامة:

تعتبر مؤشرات الصحة الإنجابية جزء من أهداف التنمية المستدامة، حيث تشمل مجالات عدة تصب في مجملها في تكوين أسرة متماسكة تتمتع بحياة صحية آمنة، كما ترتبط هذه المؤشرات فيما بينها حسب الزّمان والمكان وحسب الهدف المراد بلوغه ومدى تلقي الرعاية الصحية والتّقيف الصحي، التّكفل بحقوق ومتطلّبات تنظيم الأسرة، صحّة الأمومة والطفولة بالإضافة إلى مكافحة الأمراض المنقولة جنسيا والسلوكيات الضّارة.

1.1.1.3. مفهوم التنمية المستدامة:

شهد عام 1992 ميلاد رؤية جديدة للعلاقة بين الإنسان وبيئته، وذلك في مؤتمر "قمة الأرض" الذي انعقد في "ريو دي جانيرو" بالبرازيل، الذي تمّ من خلاله التأكيد على ضرورة تحقيق التنمية المستدامة كركيزة أساسية لضمان رفاهية الأجيال الحالية والمستقبلية.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

وتمَّ الخروج بمفهوم للتنمية المستدامة في اختتام هذا المؤتمر بأنها "الهدف الذي يمكن تحقيقه لجميع شعوب العالم، بغض النظر على الإقليم المحلي أو الوطني أو الدولي. كما تهدف إلى دمج الشواغل الاجتماعية والاقتصادية والبيئية وتحقيق التوازن بين الدول في سبيل تلبية احتياجات الأفراد، وذلك لضمان استدامة الحياة البشرية على هذا الكوكب. كما أقرَّ المؤتمر كذلك بأنَّ دمج الأبعاد الاجتماعية والاقتصادية والبيئية، وتحقيق توازنها يتطلب رؤية جديدة عن طريقة العمل والعيش واتخاذ القرارات"¹.

كما تمَّ تعريف التنمية المستدامة على أنها "تلبية احتياجات الأجيال الحاضرة دون الإضرار بقدرة الأجيال القادمة على الوفاء باحتياجاتها"². وتمَّ تعريفها أيضا على أنها تنمية حقيقية متواصلة ومستمرّة غايتها الإنسان، تؤكد على إحداث التوازن بين البيئة بأبعادها السياسية والاجتماعية والاقتصادية بما يُسهم في تنمية الموارد الطبيعية، وتمكين وتنمية الموارد البشرية، وإحداث تحولات في القاعدة الصناعية والتنمية على أساس علمي مخطّط وفق استراتيجية محدّدة لتلبية احتياجات الحاضر والمستقبل والإبقاء على الخصوصية الحضارية للمجتمعات³.

كما أنّ أهمية التنمية المستدامة لا تقتصر فقط على تقليص الفجوة بين الدول، بل تتعدّها لتشمل تعزيز الاستقلال الاقتصادي، والحفاظ على البيئة، وبناء مجتمعات عادلة، وتحسين مستوى التعليم والصحة، ورفع الدخل القومي، ممّا يُسهم في تحقيق رفاهية الإنسان وتنمية المجتمعات.

¹ تقرير مؤتمر الأمم المتحدة (UN): "قرارات المؤتمر المعني بالبيئة والتنمية المستدامة"، المجلد الأول، نيويورك-الأمم المتحدة، 1992، ص45.

<https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n92/836/53/img/n9283653.pdf>

² عبد الله بن عبد الرحمان البريدي: "التنمية المستدامة مدخل تكاملي لمفاهيم الاستدامة وتطبيقاتها مع التركيز على العالم العربي". السعودية: دار العبيكان للنشر. 2015، ص51.

³ مدحت أبو النصر وياسمين مدحت محمد: "التنمية المستدامة مفهومها أبعادها مؤشراتها". مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر. 2017، ص81.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

2.1.1.3. أهداف التنمية المستدامة:

تعتبر أهداف التنمية المستدامة خطة عمل دولية تبنتها جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة سنة 2015 مدتها 15 عاما إلى غاية 2030، وهي دعوة عالمية من أجل الكوكب لاتخاذ إجراءات للقضاء على الفقر وحماية الكوكب وتحسين نوعية الحياة للجميع في كل مكان.

تضم أهداف التنمية المستدامة شبكة مترابطة من الأهداف (17 هدفا)، إذ يتوقف تحقيق أي هدف منها بتحقيق بقية الغايات، حيث تُواجه تلك الغايات جملة الصعوبات الدولية، لا سيما منها تلك المتصلة بالعوز والغذاء والصحة وفوارق العدالة والمساواة وتدهور البيئة والأمن والنزاهة¹.

وتتلخص هذه الأهداف كما هو مبين في الشكل (1.3).



الشكل (1.3): أهداف التنمية المستدامة 2030

المصدر: منظمة الأمم المتحدة، "خطة التنمية المستدامة"، 2018.

تهدف هذه الأهداف إلى إنهاء الفقر والجوع في كل أنحاء العالم، وتحقيق الصحة والرفاه والتعليم الجيد، والمساواة بين الجنسين، وتوفير المياه النظيفة والصرف الصحي، وطاقات مستدامة

¹ منظمة الأمم المتحدة، "خطة الألفية للتنمية المستدامة"، 2018.

بأسعار ميسرة، وتعزيز النمو الاقتصادي وضمان العمل اللائق، ودعم الابتكار والبنية التحتية، وتقليص الفوارق، وبناء مدن ذكية ومستدامة، وترشيد الاستهلاك والإنتاج، وحماية البيئة والمناخ، والحياة البحرية والبرية، وإرساء قيم السلام والعدالة والمؤسسات القوية، وتفعيل الشراكات العالمية وتبادل الخبرات.

كما يتم قياس بلوغ هذه الأهداف من خلال مؤشرات أهداف التنمية المستدامة التي يبلغ عددها (231) مؤشراً، ويحتوي كل هدف أكثر من مؤشر لقياسه، وتمثل هذه المؤشرات كأدوات تستخدمها الحكومات ومنظمة الأمم المتحدة لقياس التقدم المحرز في تحقيق أهداف التنمية المستدامة، وتشخيص الثباينات في كل من مستويات التنفيذ والبيانات المقدمة¹.

2.1.3. علاقة مؤشرات الصحة الإنجابية بأهداف التنمية المستدامة:

تتميز أهداف أجندة التنمية المستدامة لسنة 2030 بدمجها وربطها للأبعاد الثلاثة للتنمية المستدامة المتمثلة في المجالات الثلاثة: الاجتماعي والاقتصادي والبيئي، حيث ركزت على الجانب الاجتماعي بشقه الصحي، حيث تنظر الخطة الجديدة على أن الصحة ليست مجرد هدف في حد ذاته فحسب وإنما هي مُسهم رئيسي في أهداف التنمية المستدامة بحيث يتأثر ببقية الأهداف والغايات الأخرى، حيث تحتل الصحة مكاناً جوهرياً ضمن هذه الأجندة وتم تخصيص لها هدفاً شاملاً وهو الهدف رقم (03) الذي يضم 13 غاية تكفل الأولويات الصحية بالإضافة إلى

¹ أكاديمية الامارات الدبلوماسية وشبكة الأمم المتحدة لحلول التنمية المستدامة، "تقرير مؤشر ولوحات متابعة أهداف التنمية المستدامة في المنطقة العربية للعام 2019".

https://www.agda.ac.ae/docs/default-source/Publications/eda-sdsn_2019-arab-region-sdg-index-report_en.pdf?sfvrsn=cb2b6d3b_4

واقع مؤشرات الصحة الإنجابية في العالم ودول أفريقيا

العديد من الغايات الأخرى. وبهذا الهدف يكون قد تمّ ادراج جزء من متطلبات الصحة الإنجابية

ضمن هذه الخطة التي تتلخّص أساسا في الغايات التالية¹:

- خفض معدّلات وفيات الرضع والأطفال الأقل من خمس سنوات ووفيات الأمّهات؛
- ضمان الإنجاب الآمن والأمومة الآمنة وصحة المواليد والأطفال؛
- وضع نهاية للأوبئة والأمراض المعدية الأمراض غير السارية والأمراض المنقولة جنسيا وعبر المياه وضمان الصحة العقلية البدنية للأُمّ؛
- ضمان التغطية الصحية الشاملة وإمكانية الحصول والوصول على خدمات الرعاية الصحية وتعزيز النظم الصحية؛

إضافة إلى الهدف الثالث الذي يركّز بصورة جليّة على المجال الصحيّ الذي يستفاد منه في التّقدم المحرز صوب تحقيق الأهداف الأخرى، فقد تمّ تعزيز الصحة الإنجابية بهدف آخر وهو الهدف الخامس المتعلّق بالمساواة بين الجنسين، وعليه فإنّ الحد من عدم المساواة داخل البلدان وفيما بينها قد أقرّ بصراحة كهدف رئيسي في حدّ ذاته، وتندرج ضمنه غايات الصحة الإنجابية المتمثلة أساسا في²:

- كفالة الوصول الشامل لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، ونشر الوعي بتنظيم الأسرة، وتوفير كافة الوسائل الحديثة اللازمة لتلبية احتياجات الأفراد؛

¹ تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO): "مكانة الصحة الإنجابية في خطة التنمية المستدامة لسنة 2030". تقرير الأمانة العامة. الفقرة 22. أبريل 2015. ص05.

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/251440/B138_14-ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y

² تقرير منظمة الصحة العالمية (WHO): "مكانة الصحة الإنجابية في خطة التنمية المستدامة لسنة 2030". المصدر المذكور سابقا. الفقرة 20، ص04.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

- إنهاء كافة أشكال العنف والتّمييز بحق النّساء والفتيات، واجتثاث كافة العادات الصّارّة كزواج القصر أو الإكراه عليه، والزواج المبكر ومكافحة ظاهرة ختان الإناث وتشويه الأعضاء التناسليّة.

على غرار الهدفين المذكورين سابقاً، تمّ دعم الصّحة الإنجابيّة بهدف ثالث وهو الهدف رقم (02) في ترتيب أهداف التّميّة المستدامة المتعلّق بالقضاء على الجوع والذي يهدف أساساً، من جانب الصّحة الإنجابيّة، إلى وضع نهاية لجميع أشكال سوء التّغذية، بما في ذلك توقّف النّمو والهزال لدى الأطفال، واحتياجات التّغذية للمراهقات والنّساء الحوامل والمرضعات.

في هذا الصدد سنقوم بالتركيز على القضايا التي تخدم الصّحة الإنجابيّة بالبحث عن أهمّ مؤشرات الصّحة الإنجابيّة المدرجة ضمن هذه الأهداف، والتي ترصد لنا حجم التقدم المحرز في سبيل ضمان حقوق الصّحة الإنجابيّة، وبالتالي تحقيق جزء هام من التّميّة والتي تتلخّص في الجدول (1.3) أدناه.

الجدول (1.3): أهمّ مؤشرات الصّحة الإنجابيّة المدرجة ضمن أهداف التّميّة المستدامة 2030.

الرقم	تسمية الهدف	أهمّ المؤشرات	المقصد مطلع 2030
02	القضاء على الجوع	<ul style="list-style-type: none"> • معدل انتشار سوء التّغذية لدى الأطفال والحوامل؛ • معدل انتشار الهزال لدى الأطفال؛ • معدل انتشار السمنة. 	وضع نهاية لجميع أشكال سوء التّغذية، بما في ذلك توقّف النّمو والهزال لدى الأطفال، الاحتياجات التّغذوية للمراهقات والنّساء الحوامل والمرضعات
03	الصّحة الجيدة والرفاه	<ul style="list-style-type: none"> • معدل وفيات الرضّع؛ • معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة. 	العمل على إنهاء وفيات المواليد والأطفال تحت الخامسة الممكن تجنبها بحلول 2030، عبر استهداف خفض وفيات الرضّع على الأقل إلى 12 وفاة في كل 1000 مولود حيّ، وخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة على الأقل إلى 25 وفاة لكل 1000 مولود حيّ.
		<ul style="list-style-type: none"> • معدل وفيات الأمّهات. 	تقليص المعدل العالمي لوفيات الأمّهات بحيث لا يتجاوز 70 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حية.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

استئصال أوبئة الإيدز والسل والملاريا والأمراض المدارية، ومواجهة الالتهاب الكبدي الوبائي والأمراض المنقولة جنسيا وعبر المياه وكافة الأمراض المعدية الأخرى.	• معدلات انتشار والإصابة بالأمراض (السل، فيروس نقص المناعة البشرية، الملاريا، الالتهاب الكبدي، الأمراض المنقولة جنسيا وعبر المياه...).		
إرساء التغطية الصحية الشاملة، وضمان الأمان المالي والوصول لخدمات الرعاية الأساسية المتميزة وإمكانية حصول الجميع ودون تمييز على الأدوية واللقاحات الجيدة والفعالة والميسورة التكلفة.	• مؤشر التغطية الصحية الشاملة (UHC)؛ • الولادات التي تتم تحت إشراف طاقم طبيّ ماهر؛ • مؤشر الرفاهية الذاتية.		
تعزيز الابتكار والبحث العلمي في مجال اللقاحات والأدوية لكافة الأمراض بأنواعها خاصة في البلدان النامية.	• الرضع الناجون الذين تلقوا لقاحين موصى بهما من قبل منظمة الصحة العالمية		
ضمان وصول كافة الأفراد لخدمات الصحة الجنسية والإنجابية، وتأمين التوعية بتنظيم الأسرة، وإدماج الصحة الإنجابية في الاستراتيجيات والبرامج الوطنية.	• تلبية الطلب على تنظيم الأسرة بالطرق الحديثة • نسبة متوسط سنوات التعليم لدى الإناث • معدّل الخصوبة	المساواة بين الجنسين	05
لقضاء على كافة أشكال العنف والتمييز ضد النساء والفتيات، والقضاء على جميع الممارسات الضارة والتعسفية مثل زواج القاصرات والزواج الإجمالي وعمليات ختان الإناث.	• معدّل العنف الجسدي والجنسي ضدّ المرأة؛ • معدّل زواج الأطفال؛ • معدّل زواج القصر.		

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على أهداف التنمية المستدامة 2023.

2.3. مستويات بلوغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة الإنجابية:

يُعتبر تحسين مؤشرات الصحة الإنجابية مكسبا لبلوغ غايات وأهداف التنمية المستدامة،

لكن تختلف وتيرة التّقدم المحرز في تحسين مؤشرات الصحة الإنجابية بين مجموعات البلدان على

المستوى العالمي ومن إقليم لآخر، وعليه سنحاول في هذا الجزء إبراز مستويات بلوغ أهداف التنمية

المستدامة المتعلقة بالصحة الإنجابية على المستوى العالمي.

1.2.3. واقع مؤشرات الصحة الإنجابية ضمن أهداف التنمية المستدامة:

حسب التقرير الأخير الصادر عن هيئة الأمم المتحدة في شهر جوان 2024، المتعلق بدراسة وتتبع وتصنيف أداء جميع الدول الأعضاء في الأمم المتحدة بشأن تطبيق أهداف التنمية المستدامة على المستوى العالمي، الذي أقرت من خلاله بفشل العالم في الوفاء بوعوده تجاه تحقيق هاته الأهداف في ظل قرب انتهاء آجال تطبيقه (06 سنوات متبقية). كما كشف هذا التقرير أن 16% فقط من هذه الأهداف تسير حالياً نحو الطريق الصحيح بينما 50% منها يبرز تقدماً محدوداً. أمّا الثلث الآخر متوقف تماماً أو في ركود مستمر¹.

كما أكد التقرير كذلك أن العالم ليس على المسار الصحيح لتحقيق الهدف الثالث من خطة التنمية المستدامة لسنة 2030 المتعلق بضمان تمتع الجميع بأنماط عيش صحية وضمان الرفاهية لجميع الأعمار، مما يتطلب بضرورة تغيير المسار في تحقيق التغطية الصحية الشاملة ومعالجة التفاوتات في تلقي الرعاية والخدمات الصحية، وتعزيز النظم الصحية والوقاية من انتشار الأمراض وعلاجها².

وعليه، ونظراً لتواجد غالبية مؤشرات الصحة الإنجابية ضمن الهدف الثالث، فإن مستويات تحقيق الأهداف تبقى بطيئة أو خارج المسار خاصة في الدول الفقيرة التي تشهد صراعات وعدم استقرار. من خلال هذا التقرير سنحاول إبراز مستوى التقدم المحرز في تحقيق أهم مؤشرات

¹ Jeffrey D. Sachs, Guillaume L. and Grayson F: "Sustainable development report 2024- the SDGs and the UN summit of the future". Dublin-Ireland: published by Dublin University Press. 2024, P10.

² تقرير هيئة الأمم المتحدة (UN): 'دراسة وضعية تقدم تطبيق أهداف التنمية المستدامة على المستوى العالمي'. شهر جوان 2024، ص18.

https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2024/SDG_Report_2024_Press_Release_AR.pdf

واقع مؤشرات الصحة الإنجابية في العالم ودول أفريقيا

الصحة الإنجابية على المستوى العالمي والمدرجة في الأهداف الثلاثة (الهدف الثاني، الثالث

والخامس)، ضمن أهداف التنمية المستدامة 2030، والتي تمّ تلخيصها في الجدول رقم (2.3).

الجدول (2.3): التّقدم المحرز في تحقيق بعض مؤشرات الصحة الإنجابية ضمن أهداف التنمية المستدامة.

المؤشر	سنة الرصد	التوزيع حسب الأقاليم مقارنة بسنة الانطلاق 2015				
		أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	أمريكا اللاتينية	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى	شرق وجنوب آسيا
الهدف رقم 02: القضاء على الجوع						
انتشار نقص التغذية (%)	2021	↓21,627	↓8,28	→9,763	→6,06	→9,58
انتشار الهزال لدى الأطفال دون سن 5 سنوات (%)	2021	→6,669	↓5,58	↓6,121	↓3,84	↓9,67
انتشار السمنة لدى الأطفال دون سن 5 سنوات (%)	2022	↓11,021	↓28,24	↓32,311	↓24,37	→8,98
الهدف رقم 03: الصحة الجيدة والرفاه						
معدل وفيات الأمهات (لكل 100 ألف مولود حي)	2020	→491,25	→90,39	↑47,39	↑43,03	↑80,64
معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (لكل 1000 مولود حي)	2022	→26,04	↑9,37	↑10,174	↑7,83	↑12,62
معدل وفيات الأطفال دون 5 سنوات (لكل 1000 مولود)	2022	↗67,93	↑16,27	↑17,768	↑14,15	↑21,51
معدل الإصابة بالسل (لكل 100 ألف نسمة)	2022	↗208,25	→55,34	↗25,864	→68,55	↗180,45
الإصابات الجديدة بفيروس نقص المناعة البشرية (لكل 1000 من السكان غير المصابين، لجميع الأعمار)	2022	↑0,69	↑0,20	→0,034	↑0,06	↑0,06
متوسط العمر المتوقع عند الولادة (بالسنوات)	2021	→60,24	↓72,18	↓72,539	↓69,78	↓71,90
معدل خصوبة المراهقات 15-19 سنة (ولادة لكل 1000 أنثى)	2023	↑95,90	↓48,27	↓35,003	↑24,51	↑18,02
الولادات التي تتم تحت إشراف طاقم طبي ماهر (%)	2022	↓69,56	→94,42	↓94,547	↗95,65	↗91,55
الرضع الناجون الذين تلقوا لقاحين موصى بهما من قبل منظمة الصحة العالمية (%)	2022	→69,14	↓79,41	→89,31	↑89,52	↑93,08
مؤشر التغطية الصحية الشاملة (UHC) (من 0 إلى 100)	2021	→42,93	→76,08	↗68,12	↗72,49	↗67,55
الرفاهية الذاتية (من 0 إلى 100)	2023	→4,371	→6,23	↓4,818	↓5,32	↗5,36
الهدف رقم 05: المساواة بين الجنسين						
تلبية الطلب على تنظيم الأسرة بالطرق الحديثة (%) من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن بين 15 إلى 45 سنة	2024	→49,25	↑81,66	→66,61	→63,84	↑80,02
نسبة متوسط سنوات التعليم لدى الإناث (%)	2022	→69,78	↑101,22	↗90,2	→92,13	↗82,59
<ul style="list-style-type: none"> ■ نحو تحقيق الهدف؛ ■ لا تزال هناك بعض التحديات؛ ■ تحديات كبيرة؛ ■ بعيدة عن تحقيق الهدف. 			<ul style="list-style-type: none"> ↑ : على المسار الصحيح؛ ↗ : متزايدة بشكل معتدل؛ → : ركود؛ ↓ : متناقص. 			

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على معطيات أهداف التنمية المستدامة ومؤتمر الأمم المتحدة للمستقبل، "تقرير تقييم أهداف التنمية المستدامة 2024"، شبكة حلول التنمية المستدامة، دار جامعة دبلن للنشر، باريس 2024.

نرى من خلال الجدول أن تحقيق أهداف التنمية المتعلقة بالصحة الإنجابية لا يزال تحديًا طويل الأمد، فهي تسير بوتيرة جد بطيئة، حيث نلاحظ أنه لا تزال هناك تحديات على المستوى العالمي في تحسين مؤشرات الصحة الإنجابية من أجل تحقيق تطلعات أهداف التنمية المستدامة. أمّا بخصوص توزيع هذه المؤشرات حسب الأقاليم، فنلاحظ أنّ كلّ من إقليم أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى، وإقليم الشرق الأوسط، وشمال أفريقيا، فبالرغم من وجود ركود واستقرار في بعض مؤشرات الصحة الإنجابية التي تواجهها تحديات كبيرة كانتشار السمّنة لدى الأطفال، معدل الإصابة بالنّسل، الرعاية الصحيّة، وسائل تنظيم الأسرة والمستوى التعليمي للمرأة إلّا أنّها على المسار الصحيح وتسير بوتيرة جيدة نحو تحقيق الأهداف.

أمّا إقليم أمريكا اللاتينية فبالرغم من تحقيقها لبعض هذه المؤشرات على غرار خفض معدلات وفيات الأطفال الرضع والأقل من (05) سنوات، والرّفْع من نسبة التّعليم لدى المرأة، وتوفير وسائل تنظيم النّسل، وتحقيق الرفاهية الدّائية للأفراد إلّا أنّها لا تزال تواجهها تحديات كبيرة في باقي المؤشرات ذات الأهمية البالغة. وعلى النقيض من ذلك، اتّسعت الفجوة بين متوسط أداء أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة الانجابية في العالم وأداء إقليم إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، منذ سنة 2015، حيث نرى أغلبية مؤشرات الصحة الإنجابية تعاني ركودا وهي بعيدة عن تحقيق الأهداف، وهذا ما يضعها في دائرة الخطر.

2.2.3. اتجاهات النمو السكاني العالمي:

قبل النّطرق لرصد واقع أهم مؤشرات الصحة الإنجابية ضمن أهداف التنمية المستدامة، سنقوم بتقديم لمحة عن حجم السّكان والنّمو السكاني على المستوى العالمي، وذلك للارتباط الوثيق بينه وبين مستويات الخصوبة والإنجاب.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

الجدول (3.3): اتجاهات النمو السكاني حسب الأقاليم على المستوى العالمي.

العمر المتوقع للإناث عند الولادة	معدل المواليد الخام لكل 1000 نسمة	معدل النمو السكاني %	إجمالي السكان (بالآلاف)			الإقليم	
			الإجمالي	الإناث	الذكور		
64,1	8,1	33,1	2,56	1 212 229	607 922	604 307	إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
76,2	5,2	20,5	1,56	572 507	278 211	294 296	شمال إفريقيا وغرب آسيا
73,6	6,4	18,4	1,05	2 123 893	1 038 704	1 085 190	وسط وجنوب آسيا
80,0	8,1	8,8	0,05	2 350 146	1 164 029	1 186 117	شرق وجنوب شرق آسيا
78,6	6,6	14,2	0,70	658 892	334 555	324 337	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
70,6	6,5	23,7	1,60	13 939	6 810	7 129	أوقيانوسيا
85,4	7,0	11,5	0,96	31 624	15 931	15 693	أستراليا ونيوزيلندا
82,4	10,3	9,2	0,18	1 128 506	576 222	552 284	أوروبا وأمريكا الشمالية
75,9	7,6	16,3	0,87	8 091 735	4 022 383	4 069 352	العالم

المصدر: من إعداد الطَّالِب بالاعتماد على معطيات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان الأمم المتحدة، 2023.

يشهد العالم زيادة كبيرة في حجم السكان، حيث ارتفع عدد سكان العالم بأكثر من ثلاثة

أضعاف منذ منتصف القرن العشرين، فحسب إحصاءات منظمة الأمم المتحدة لسنة 2023 التي

قدرت حجم السكان العالمي إلى 8,091 مليار نسمة بمعدل نمو يصل إلى 0,87% بعد ما كان

يقدر بنحو 2,5 مليار نسمة سنة 1950، وارتفع منذ سنة 2010 بمليار نسمة. كما تتوقع أن

يواصل هذا الارتفاع بنحو 2 مليار نسمة بحلول سنة 2050، ليصل إلى 9,7 مليار نسمة. كما

شهد معدل المواليد الخام ارتفاعا كبيرا بلغ 16,3 ولادة لكل 1000 نسمة مقارنة بمعدل الوفيات

حيث بلغ 7,6 وفاة لكل 1000 نسمة.

أمَّا بخصوص التوزيع حسب الأقاليم، فقد سجّل كل من إقليم شرق وجنوب شرق آسيا

وإقليم وسط وجنوب آسيا ارتفاعا كبيرا في عدد السكان يصل على التوالي إلى 2,3 و 2,1 مليار

نسمة. كما شهد إقليم إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى أكبر معدل في نمو السكان يصل إلى 2,56% بعدد سكان قدره 1,2 مليار نسمة، وبأكبر معدّل للمواليد الخام يصل إلى 33,1 ولادة لكل 1000 نسمة.

كما يرجع النمو السكاني المطرد على المستوى العالمي إلى تطوّر الدول في جميع المجالات على غرار الصحة وانخفاض معدّلات الفقر في العالم، والانخفاض الكبير في معدّلات وفيات الأطفال والرّضع والأمّهات، فساهمت في ارتفاع في متوسط الأعمار المتوقّعة عند الولادة، حيث بلغ العمر المتوقّع للإناث عند الولادة سنة 2023 إلى 75,9. وعلى الرّغم من انخفاض مستويات الخصوبة الإجمالي نسبياً، إلا أنّها لم تنخفض بنفس وتيرة انخفاض الوفيات. كما ارتفع كذلك عدد النّساء في سن الإنجاب الذي سيسهم في ارتفاع نسبيّ في المواليد.

3.2.3. مستويات الخصوبة وزواج المراهقات:

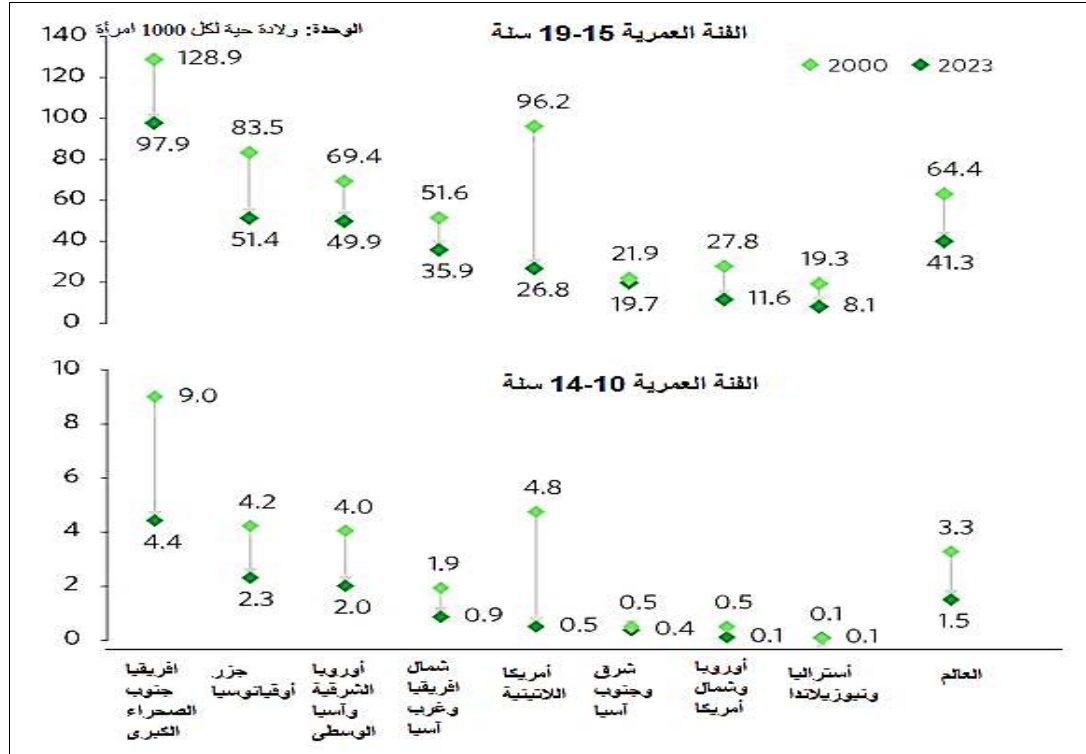
شهد معدّل الخصوبة للنّساء في سنّ المراهقة (15-19 سنة) انخفاضا ملحوظا سنة 2023 حيث وصل إلى 41,3 ولادة لكل 1000 امرأة، مقابل 47,2 سنة 2015 و 64,5 سنة 2000. أمّا بالنسبة للفتيات في سنّ (10-14 سنة)، انخفض المعدّل هو الآخر من 3,3 ولادة لكل 1000 فتاة في سنة 2000 إلى 1,8 سنة 2015 و 1,5 في 2023 ومع ذلك، فإنّ ما يقارب 13,1 مليون طفل، أي ما يعادل حوالي 10% من إجمالي عدد المواليد، وُلدوا من أمّهات في سنّ المراهقة وهذا سنة 2023¹.

¹ World Health Organization (WHO): "The Sustainable Development Goals Report 2024". United Nations publication issued by the Department of Economic and Social Affairs (DESA). 2024, P12.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

أمّا بخصوص توزيع معدّل الخصوبة للنساء في سنّ المراهقة (15-19 سنة) حسب الأقاليم

في العالم، فهي مبينة في الشّكل (2.3) أدناه.



الشّكل (2.3): تطوّر مستويات الخصوبة بين الأقاليم للنساء في سنّ المراهقة (15-19 سنة)

المصدر: تقرير أهداف التّمنية المستدامة 2024، منظمة الصّحة العالميّة، ص 12.

نلاحظ من خلال الشّكل (2.3) أنّ إقليم أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى شهد أكبر انخفاض

في معدّلات الخصوبة في سنّ المراهقة بين عامي 2000 و2023، حيث انخفضت بنسبة

72% في الفئة العمريّة (15-19) وبنسبة 90% في الفئة العمريّة (10-14). ولا تزال إفريقيا

جنوب الصّحراء الكبرى تحتفظ بأعلى المعدّلات العالميّة، حيث بلغت 97,9 ولادة حيّة لكل 1000

امرأة في سنّ (15-19)، و4,4 ولادة حيّة لكل 1000 فتاة في سنّ (10-14) في سنة 2023.

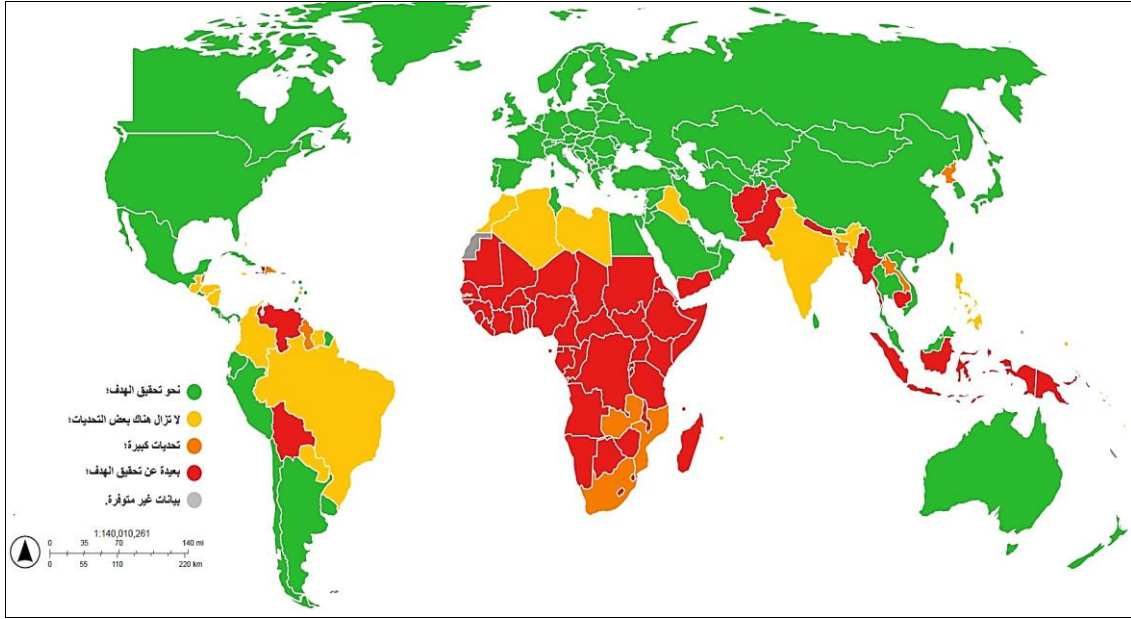
4.2.3. معدّلات وفيات الأمّهات:

سجّلت الفترة الممتدّة ما بين 2015 و2023 انخفاضا طفيفا في معدّل وفيات الأمّهات

العالميّة، حيث انتقل من 227 إلى 223 وفاة لكلّ 100 ألف ولادة حيّة، ويفوق هذا المعدّل أكثر

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

من ثلاثة مرّات المعدل الواجب بلوغه ضمن الهدف رقم (03) من أهداف التّميّة المستدامة سنة 2030، المتمثّل في خفض معدّل وفيات الأمّهات إلى 70 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية. وسيطلب بلوغ هذا الهدف، حسب إحصاءات منظمة الصّحة العالميّة، تحقيق معدّل تخفيض سنويّ قدره 11,6%¹.



الشكل (3.3): مستويات خفض معدّل وفيات الأمّهات لسنة 2020 ضمن أهداف التّميّة المستدامة

المصدر: تقرير منظمة الصّحة العالميّة لسنة 2023 المتعلقة بمدى التّقدم المحرز في تحقيق أهداف التّميّة المستدامة-هدف خفض وفيات الأمّهات.

تمثّل إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وآسيا الجنوبيّة نسبة 87 % من المعدّل العالميّ لوفيات الأمّهات لسنة 2023. وفي سنة 2020، كانت نسبة الوفيات في البلدان ذات الدّخل المنخفض بمعدّل 430 وفاة لكلّ 100 ألف ولادة حيّة مقارنة بـ 13 وفاة لكلّ 100 ألف ولادة حيّة في البلدان ذات الدّخل المرتفع. وكان متوسّط نسبة الوفيات في الدّول الهشّة 551 في سنة 2020 أي أكثر من ضعف المتوسّط العالميّ.

¹ إحصاءات منظمة الصّحة العالميّة (WHO) لسنة 2023 المتاحة على الموقع:

[https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births))

في ظلّ هذه الوضعيّة ولبلوغ تحقيق الهدف مطلع 2030 يجب خفض معدّل وفيات الأمّهات بمعدّل انخفاض سنويّ قدره 11,6% في الفترة الممتدة بين 2023 و2030. كما يتطلّب ذلك جملة من التّحدّيات على غرار خفض معدّل وفيات النّفاسيّة عن طريق المتابعة الدّائمة من طرف الأطّقم الطّبيّة الماهرة عالمياً، تحسين جودة الرّعاية الصّحيّة للأمّهات خلال مراحل الحمل والولاد وبعدها، حيث تُسهم في إنقاذ حياة ما يصل إلى 1 مليون مولود جديد و 150 ألف أمّ سنويّاً. إنّ الواقع يبيّن عكس ذلك، فقد حدث نحو 18 مليون ولادة دون مساعدة ماهرة في عام 2023، وفي إفريقيا جنوب الصّحراء الكبرى حضر 73% فقط من الولادات طاقم طبيّ ماهر في سنة 2023 ويمثّل أدنى معدّل على مستوى العالبيّ مقارنة بدول شرق وجنوب شرق آسيا التي حقّقت معدلاً بلغ 96%.

5.2.3. معدّلات وفيات الرضّع والأطفال أقلّ من سنّ الخامسة:

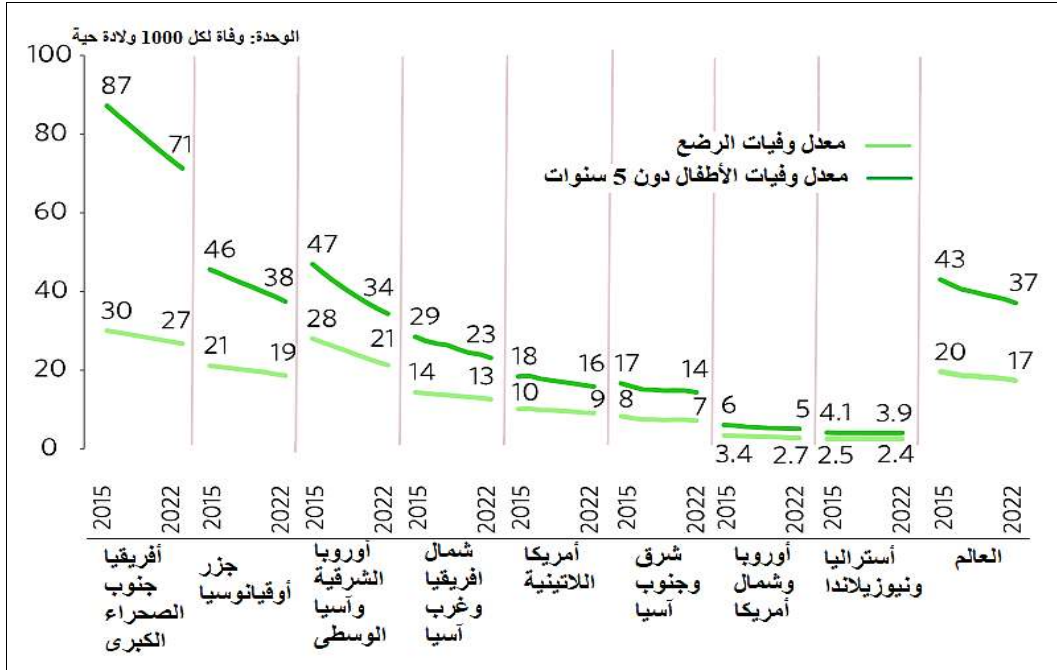
حسب إحصاءات منظّمة الصّحة العالبيّة الواردة في تقرير أهداف التّمتيّة المستدامة لسنة 2024 فإنّ وفيات الأطفال دون الخامسة وصلت إلى أدنى مستوى تاريخيّ لها، حيث بلغت على مستوى العالم 4,9 مليون وفاة سنة 2022، بانخفاض من 9,9 مليون وفاة سنة 2000 و 6 مليون وفاة سنة 2015، وحدث حوالي نصف هذه الوفيات 2,3 مليون خلال الفترة المحيطة بالولادة وما بعدها (28 يوم الأولى من الحياة)¹.

كما شهد كلّ من معدليّ وفيات الرضّع والأطفال دون 5 سنوات انخفاض ملحوظ سنة 2022 وهذا عبر جميع أقاليم العالم كما هو مبين في الشّكل رقم (4.3)، حيث بلغ معدّل وفيات الأطفال دون الخامسة 37 وفاة لكلّ 1000 مولود حيّ، وتمّ تسجيل وفيات الرضّع بمعدل 17 وفاة

¹ World Health Organization (WHO): "The Sustainable Development Goals Report 2024". Ibid, P12.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

لكل 1000 مولود حيّ، وهو انخفاض بنسبة 50% و44% لكل من المعدلين على الترتيب منذ سنة 2000.



الشكل (4.3): تطوّر معدّل وفيات الأطفال الرضّع ودون 5 سنوات حسب الأقاليم.

المصدر: تقرير أهداف التنمية المستدامة 2024، منظمة الصحة العالمية، ص 13.

كما نلاحظ من خلال الشكل كذلك أنّ إقليم إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى قد حقّق أعلى انخفاض لمعدّل وفيات الأطفال دون الخامسة وذلك في الفترة الممتدّة بين (2015-2022) بانخفاض سنوي قدره 2,3 وفاة لكل 1000 مولود حيّ.

أمّا بخصوص بلوغ الهدف مطلع 2030 بخفض وفيات الرضّع على الأقل إلى 12 وفاة في كل 1000 مولود حيّ، وخفض وفيات الأطفال دون سنّ الخامسة على الأقل إلى 25 وفاة لكل 1000 مولود حيّ، فنلاحظ كلا من إقليم جزر أوقيانوسيا وأوروبا الشرقية وآسيا الوسطى لم تصل إلى تحقيق الهدف بعد لكنّها في طريق تحقيقه إذا حافظت على نفس وتيرة الانخفاض. أمّا إقليم إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فبالرغم من هذا الانخفاض المحسوس إلا أنّ هذا المعدّل لا يزال بعيد عن تحقيق الهدف مطلع 2030، وهذا ما يستدعي تدخّلات مستعجلة في تكثيف برامج

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

خفض مستويات وفيات الأطفال، خاصة إذا استمرت الاتجاهات الحالية بحلول 2030، فمن المتوقع أن يموت 35 مليون طفل قبل بلوغهم سن الخامسة، أما إذا حقق جميع البلدان هدف وفيات الأطفال دون الخامسة، فيمكن إنقاذ حوالي 9 ملايين حياة.

6.2.3. مستويات تنظيم الأسرة والمشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية:

يعتبر مؤشر تنظيم الأسرة من المؤشرات الأساسية للصحة الإنجابية وهو مدرج ضمن الغاية رقم (07) للهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة والتي تمثل نسبة تلبية الطلب على تنظيم الأسرة بالطرق الحديثة لفئة النساء المتراوحة أعمارهن بين (15-49) سنة، فحسب آخر الإحصاءات الواردة في تقرير منظمة الصحة العالمية لسنة 2014 المتعلق بتقدم تنفيذ أهداف التنمية المستدامة¹، شهد هذا المؤشر زيادة طفيفة في الفترة (2015-2024)، حيث انتقلت من 76,5% الى 77,6% وهذا ما يعادل زيادة قدرها 75 مليون امرأة تم تلبية حاجتهن باستخدام الطرق الحديثة، وتعتبر هذه النسبة قليلة نوعا ما بحيث لا تزال أمامها تحديات في تحقيق الهدف. أما عن توزيع هذه النسب حسب الأقاليم فهي مبيّنة في الجدول (4.3).

الجدول (4.3): الطلب على تنظيم الأسرة بالطرق الحديثة (فئة 15-45 سنة) لسنة 2024.

مستوى تحقيق الهدف	اتجاه التغير مقارنة بسنة 2015	نسبة تلبية الطلب على تنظيم الأسرة بالطرق الحديثة %	الإقليم
■ نحو تحقيق الهدف	↑ على المسار الصحيح	80	شرق وجنوب آسيا
■ تحديات كبيرة	→ ركود	63,8	أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى
■ نحو تحقيق الهدف	↑ على المسار الصحيح	81,7	أمريكا اللاتينية والبحر الكاريبي
■ تحديات كبيرة	→ ركود	66,6	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا
■ بعيدة عن تحقيق الهدف	→ ركود	49,7	أوقيانوسيا
■ بعيدة عن تحقيق الهدف	→ ركود	49,3	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
■ تحديات كبيرة	→ ركود	77,6	العالم

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات أهداف التنمية المستدامة ومؤتمر الأمم المتحدة للمستقبل، "تقرير تقييم أهداف التنمية المستدامة 2024"، شبكة حلول التنمية المستدامة، دار جامعة دبلن للنشر، باريس 2024.

¹ تقرير هيئة الأمم المتحدة (UN): "التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة"، المجلس الاقتصادي والاجتماعي. الأمانة العامة. جوان 2024، ص ص 13-14.

نلاحظ كل من إقليمي شرق وجنوب آسيا وإقليم أمريكا اللاتينية يحتويان على نسبة مرتفعة في تلبية الطلب على تنظيم الأسرة بالطرق الحديثة وهي على المسار الصحيح نحو تحقيق الهدف. أما بخصوص إقليمي أوروبا الشرقية وآسيا الوسطى وإقليم الشرق الأوسط وشمال إفريقيا فيحتويان على نسب تحت المعدل العالمي تتراوح ما بين 63% إلى 66% وهي الأخرى في ركود وتواجهها تحديات كبيرة، وعلى النقيض من ذلك فإن إقليمي أوقيانوسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى فهما بعيدان عن تحقيق الهدف المنشود.

أما عن المشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية فهي متعددة نذكر منها لا على سبيل الحصر، وذلك كما ورد في التقرير الأخير لهيئة الأمم المتحدة المتعلق بالتقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة لسنة 2024:

- **الممارسات الضارة:** شهد تحقيق الغاية المتعلقة بمعدلات انتشار الممارسات الضارة مثل العنف ضد المرأة وتشويه الأعضاء التناسلية للإناث، انخفاض محسوس على المستوى العالمي، إلا أنها لا تزال قائمة ولا زال العنف ضد المرأة مسيطرا في بعض الدول، كما أن العديد من النساء يفتقرن إلى السيطرة على صحتهم الإنجابية، كما تشير تقديرات 2024 إلى أكثر من 230 مليون فتاة قد تعرضن لتشويه الأعضاء التناسلية الأنثوية؛
- **زواج الأطفال والمراهقات:** بالرغم من انخفاض معدلات زواج الأطفال والمراهقات على المستوى العالمي إلا أن هذه الوتيرة غير كافية لبلوغ الهدف مطلع 2030، حيث تم تسجيل حوالي 640 مليون فتاة تزوجت قبل سن 18 في سنة 2023 ويتمركز ثلث هذا العدد في دولة الهند، كما تم تقادي حدوث 68 مليون حالة زواج الأطفال في نفس السنة؛

- الأمراض المعدية والمنقولة جنسيا: لوحظ تقدّم متفاوت في تحقيق هذه الغاية المتمثلة في القضاء على الأمراض المعدية والمنقولة جنسيا، حيث تمّ تسجيل ما يقارب 1,3 مليون إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشري سنة 2023، منها 53% فئة النساء والمراهقات، حيث سجّل انخفاض قدره 27% مقارنة بسنة 2015، مع ذلك لا يزال يودي بحياة الأشخاص، حيث توفي نحو 630 ألف شخص بسبب هذا الداء.

كما تمّ تسجيل 7,5 مليون إصابة بداء السلّ سنة 2022 وهو أعلى مستوى منذ سنة 1995، وتمّ تسجيل زيادة كبيرة في عدد الإصابات بداء الملاريا على المستوى العالمي، حيث وصل إلى 249 مليون حالة سنة 2022 مقارنة بـ 233 مليون حالة سنة 2019.

3.3. واقع مؤشرات الصحة الإنجابية في دول أفريقيا.

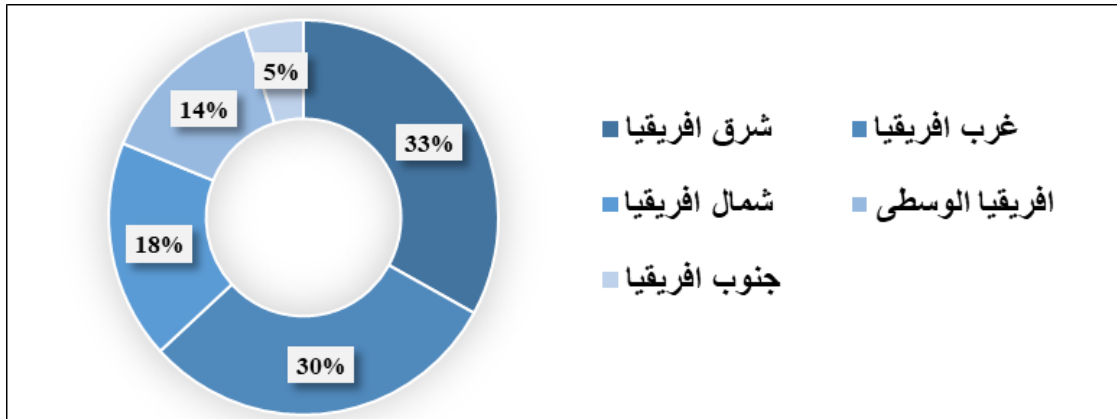
لا تزال قارة إفريقيا محلّ اهتمام الطالبيين الخبراء حول التطورات المخيفة لمؤشرات الصحة الإنجابية، فبالرغم من حجم التخصيصات المالية والجهود المبذولة لإعادة هيكلة المنظومة الصحية وتعداد المنشآت القاعدية عبر مختلف الأقاليم الجغرافية للقارة، في سبيل خفض معدلات وفيات الأطفال والأمهات والرفع من المستوى الصحي، بغية تحقيق الهدف الخامس ضمن خطة التنمية المستدامة لسنة 2030، إلا أنّ الشواهد الواقعية والإحصاءات الحديثة لهذه المؤشرات كشفت حجم الفجوة العالمية ورصدت جملة التحدّيات كبيرة التي تواجهها.

1.3.3. السكان والنمو السكاني:

وفقا لإحصاءات هيئة الأمم المتحدة لسنة 2023، بلغ عدد سكان إفريقيا 1,480 مليار نسمة، حيث يمثل 18,3% من إجمالي سكان العالم وبهذا العدد تحتل إفريقيا المرتبة الثانية بين أقاليم العالم من حيث عدد السكان، حيث وصلت كثافة السكان في أفريقيا (50 نسمة/كلم²)، كما

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

تحتلّ القارة الإفريقيّة المرتبة الأولى من حيث ارتفاع المواليد والزيادة الطّبيعيّة، حيث بلغ معدل المواليد 33 لكلّ 1000 ألف من السّكان وبلغت الزّيادة الطّبيعية 25 لكلّ 1000 من السّكان. كما تتوقّع منظمة الأمم المتّحدة أن يتضاعف عدد سكان إفريقيا بحلول سنة 2050 لتشهد زيادة سريعة حتى لو انخفضت مستويات الخصوبة بنسبة كبيرة في المستقبل القريب. ويتوزّع حجم سكانها حسب الأقاليم الجغرافية كما هو موضّح في الشّكل (5.3).

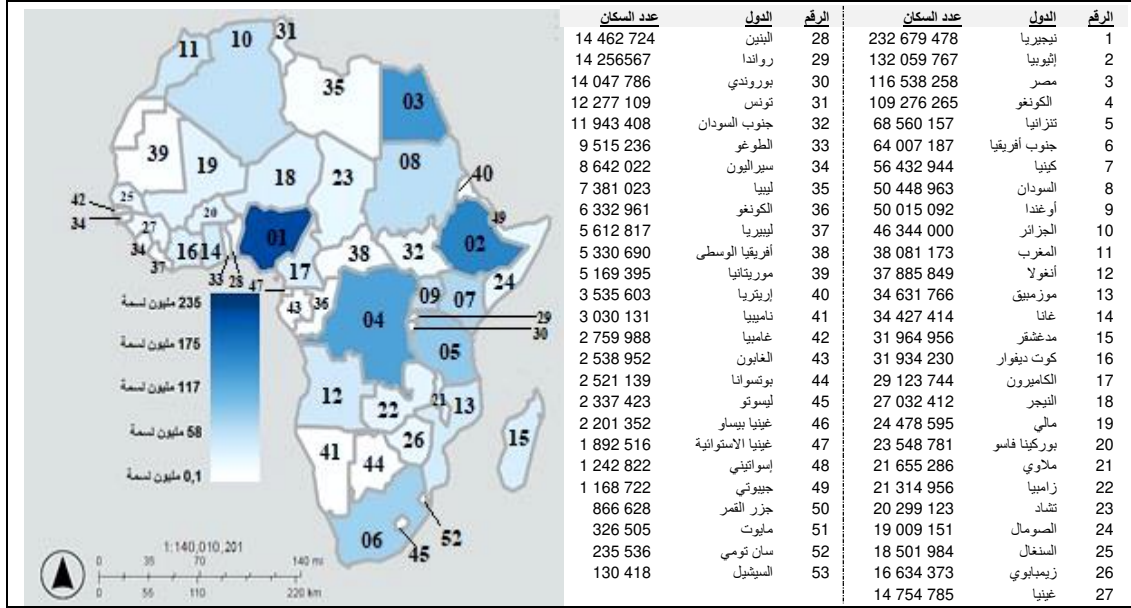


الشّكل (5.3): توزيع حجم السّكان في إفريقيا حسب الأقاليم.

المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على معطيات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعيّة، شعبة السّكان الأمم المتّحدة، 2023.

يعتبر شرق إفريقيا أكبر اقليم في القارة الإفريقيّة من حيث السكان بـ 487,85 مليون نسمة بنسبة 33% من سكان إفريقيا ويضمّ ثمانية عشر (18 دولة)، يليها إقليم غرب إفريقيا بعدد سكان قدره 446,04 مليون نسمة بنسبة 30% ويضمّ ستة عشر (16 دولة)، يليها إقليم شمال إفريقيا بنسبة 18% 268,54 مليون نسمة ويضمّ خمسة دول وهي: الجزائر، مصر، ليبيا، المغرب، السودان وتونس، ثمّ إقليم إفريقيا الوسطى بنسبة 14% (206,13 مليون نسمة)، وفي الأخير جنوب إفريقيا بنسبة 5% (72,19 مليون نسمة) ويضمّ خمسة دول: بوتسوانا، ليسوتو، ناميبيا، جنوب إفريقيا وإيتسوانيا.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا



الشكل (6.3): توزيع السكان حسب كل دولة إفريقية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان الأمم المتحدة، 2023.

أمّا توزيع حجم السكان حسب كل دولة إفريقية فنلاحظ من خلال الشكل (6.3) أنّ نيجيريا تمثل أكبر بلد من حيث عدد السكان حيث وصل حجم السكان بها 232,6 مليون نسمة، تليها إثيوبيا 132 مليون نسمة، وفي حين تحتل مصر المرتبة الثالثة بـ 116,5 مليون نسمة، ثمّ جمهورية الكونغو الديمقراطية بـ 109,2 مليون نسمة.

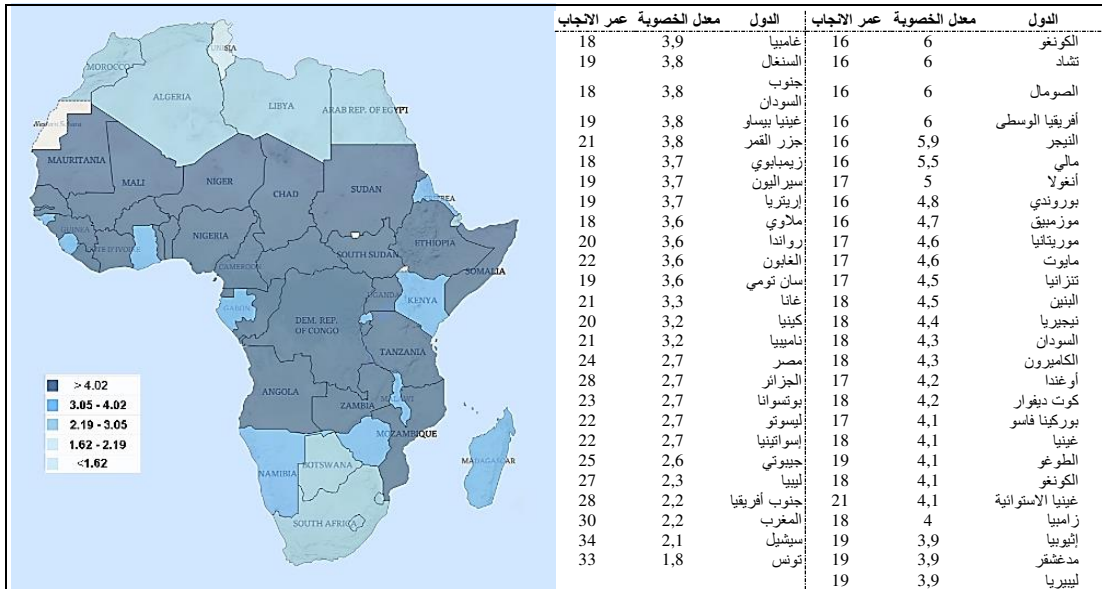
أمّا دول تنزانيا، جنوب أفريقيا، كينيا، السودان، أوغندا والجزائر فليها حجم سكان يتراوح ما بين 35 الى 68 مليون نسمة، وتضمّ كلّ من دول: المغرب، أنغولا، الموزمبيق، غانا، مدغشقر، كوت ديفوار، الكاميرون والنيجر، حجم سكاني ما بين 27 الى 38 مليون نسمة، وتحتوي 21 دولة إفريقية على عدد سكان يقل على 10 مليون نسمة على غرار: الطوغو، سيراليون، ليبيا، موريتانيا، ناميبيا، غامبيا، ليسوتو، وجيبوتي، وتحتوي كل من جزر القمر، مايوت، سان تومي والسيشيل على عدد سكان يقل عن مليون نسمة.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

أمّا بخصوص أهمّ العوامل المساعدة في ارتفاع عدد السُكّان في إفريقيا فهي عديدة منها استقرار الأوضاع السّياسية وارتفاع مؤشّر الأمن والتّطور الاقتصادي السّريع لبعض الدول الإفريقية الذي ساعد على زيادة الخدمات الصحيّة الحديثة ومحاربة انتشار الأمراض والأوبئة. بالإضافة إلى ارتفاع معدّل الخصوبة الذي يتراوح ما بين (4 الى 6) أطفال لكلّ امرأة في غالبية الدّول الإفريقيّة.

2.3.3. مستويات الزّواج والخصوبة:

تشهد قارة إفريقيا معدّل خصوبة جدّ مرتفع سنة 2023 يصل الى 4,1 مولود لكلّ امرأة، ويعتبر هذا المعدّل جد مرتفع مقارنة بالمعدّل العالميّ الذي وصل إلى 2,3 مولود/امرأة، ويرتفع هذا المعدّل في دول وسط إفريقيا بمتوسّط 5,51 مولود/امرأة، ويعرف كل من إقليمي غرب وشرق إفريقيا معدّل خصوبة يصل إلى 4,44 و 4,11 مولود/امرأة على التّوالي. أمّا شمال وجنوب إفريقيا فسجلا معدّلا يتراوح ما بين 2,30 و 2,95 مولود/امرأة.



الشكل (7.3): ترتيب دول إفريقيا حسب معدّل الزّواج والخصوبة.

المصدر: من إعداد الطّالِب بالاعتماد على معطيات إدارة الشُّؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السُّكّان الأمم المتّحدة، 2023.

تظهر خارطة البيانات في الشكل (7.3) أربعة دول إفريقيّة أعلى معدّل خصوبة في العالم والمتمثلة في جمهورية الكونغو الديمقراطية، تشاد، الصومال وجمهورية إفريقيا الوسطى بمعدّل يصل إلى 06 أطفال لكلّ امرأة، حيث شهد هذا المعدّل انخفاضا عن الرّقم القياسي المسجّل في النّيجر سنتي 2021 و2022 بمعدّل 6,8 طفل لكلّ امرأة.

سجّلت كلّ من النّيجر ومالي معدلات خصوبة وصلت إلى 5,9 و 5,5 و 5 طفل لكلّ امرأة على التوالي كما سجّلت سبعة عشر (17) دولة إفريقية على معدل يتراوح ما بين 4 إلى 4,9 طفل/امرأة على غرار دولة بوروندي، موزمبيق، موريتانيا، تنزانيا، نيجيريا، أوغندا، كوت ديفوار، الطوغو، الكونغو، زامبيا، في حين سجّلت ثمانية عشر (18) دولة معدل بين 3,2 إلى 3,9 طفل/امرأة، وحقّقت دول شمال وجنوب إفريقيا وعددها إحدى عشر (11) دولة أقلّ معدّل خصوبة يتراوح ما بين 1,8 الى 2,7 طفل/امرأة كالجائر، مصر، بوتسوانا، ليسوتو، جيبوتي، ليبيا، جنوب إفريقيا، المغرب، السيشيل، إسواتينيا وتونس.

وتعود أسباب ارتفاع معدّل الخصوبة في دول إفريقيا إلى عوامل عدّة رئيسية منها: نقص التّعليم لدى النّساء الإفريقيات الذي أدّى دوره إلى نقص الوعي بأهميّة تنظيم الأسرة، ضعف الوصول إلى وسائل منع الحمل وعدم توفرها، الاحتياجات الاقتصادية والاجتماعية، لوجود الأطفال كقوة عاملة ضرورية وداعمة للأسرة، ضعف خدمات القطاع الصحيّ، ارتفاع معدّل زواج المراهقات وانتشار تعدّد الزوجات، المعتقدات الثقافيّة والدينيّة التي تشجّع على إنجاب عدد كبير من الأطفال كجزء من المعتقدات الدينيّة.

3.3.3. معدّلات وفيات الأطفال: يُعتبر معدّل وفيات الأطفال مؤشرا هاما، يبرز من خلاله

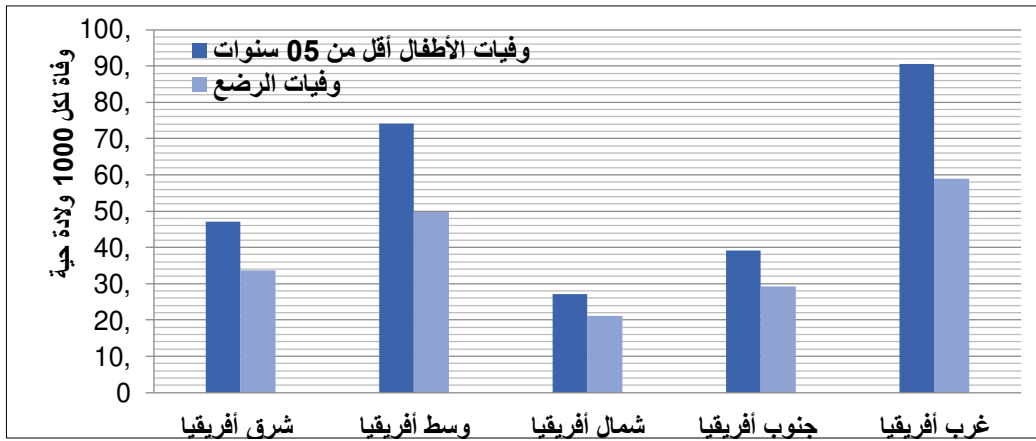
المستوى الصحيّ القائم في أي دولة، لأنّه يعكس وبصورة مباشرة لمدى التّطور الاجتماعيّ

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

والاقتصادي والثقافي فيها، كما تعتبره منظمة الأمم المتحدة أحد المقاييس الهامة لمؤشر التنمية البشرية¹.

يشير التقرير الذي أعدته مجموعة الأمم المتحدة مشتركة بين الوكالات حول مستويات واتجاهات معدّل وفيات الأطفال حسب منطقة هدف التنمية المستدامة (1990-2022) إلى انخفاض طفيف في معدّل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في إفريقيا لسنة 2023 مقارنة بسنة 2022 حيث انتقل من 64,49 وفاة لكل ألف ولادة حيّة إلى 63,28 وفاة لكل ألف ولادة حيّة. أمّا وفيات الرضع فهو الآخر شهد انخفاضا محسوسا هو الآخر في نفس الفترة، حيث انتقل من 44,17% إلى 43,11%.

مقارنة مع المعدّل العالمي فهو جدّ مرتفع، حيث يصل معدّل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات حول العالم إلى 36,15%. أمّا معدّل وفيات الرضع فقد وصل إلى 26,72% على المستوى العالم. ومن خلال رصد التوزيع الجغرافي الإقليمي لهاذين المؤشرين، لمعرفة الإقليم الأكثر تضررا بوفيات الأطفال، تمّ تمثيل البيانات كما هو موضّح في الشّكل (8.3).



الشّكل (8.3): توزيع وفيات الأطفال في إفريقيا حسب الأقاليم الجغرافية لسنة 2023

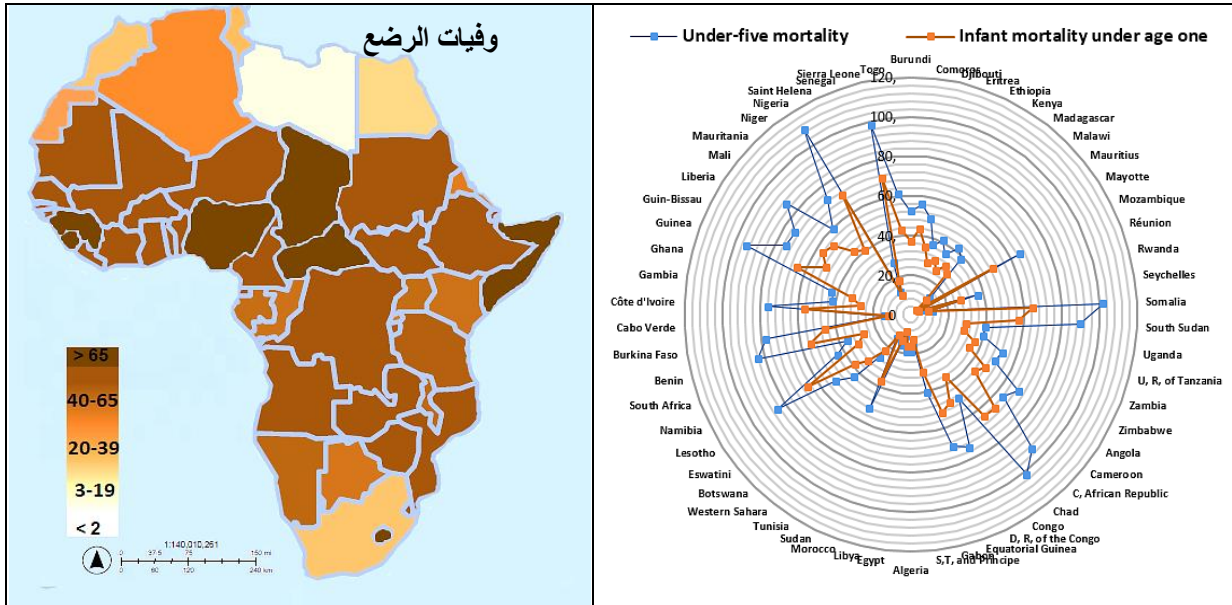
المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على بيانات برنامج الأمم المتحدة الإنمائي لسنة 2023

¹ United Nations: "Programme of Action of the International Conference on Population and Development". Department for Economic and Social Information and Policy Analysis. Volume 1. Cairo. 1994,

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

نلاحظ من خلال الشَّكل (8.3) أنَّ وفيات الأطفال تتركز بشكل كبير غرب إفريقيا، حيث وصلت وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات إلى أقصى مستوياتها بمعدَّل 90,6%، وتمَّ تسجيل معدَّل 58,9% بالنسبة لوفيات الرضَّع، تأتي بالدرجَّة الثَّانية دول إفريقيا الوسطى بمعدَّل وفيات أقل من 5 سنوات ومعدَّل وفيات الرضَّع على الترتيب 74,1% و 49,7%. ثمَّ تأتي دول شرق إفريقيا بنسب متقاربة مع دول جنوب إفريقيا حيثُ تمَّ تسجيل معدَّل وفيات أقل من 5 سنوات لكلِّ منهما 47,02% و 39,2% على التَّوالي. أمَّا دول شمل إفريقيا، فقد سجَّلت معدَّلات وفيات الأطفال منخفضة نسبيا وصلت إلى 27,17% و 21,07% لكلِّ من وفيات أقل من 5 سنوات ووفيات الرضَّع على الترتيب.

أمَّا بخصوص توزيع الوفيات حسب الدُّول فهو موضَّح في الشَّكل (9.3) كما يلي:



الشَّكل (9.3): توزيع وفيات الأطفال الرضَّع والأقل من خمسة سنوات حسب الدُّول لسنة 2023.

المصدر: من إعداد الطَّالِب بالاعتماد على معطيات إدارة الشُّؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان الأمم المتحدة، 2023.

احتلَّت نيجيريا أعلى معدلات وفيات الأطفال والرضَّع بأقاليم القارة الإفريقيَّة حيث سجَّلت معدَّل

قياسي لوفيات الرضَّع 70,82%، ومعدَّل وفيات أقل من 5 سنوات يصل إلى 109,28%. ثمَّ تأتي

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

كل من دول سيراليون، ليسوتو، جمهورية وسط إفريقيا، غينيا، تشاد، الصومال، بمعدل وفيات الرضع يصل إلى 65% وبمعدل وفيات أقل من 5 سنوات يتراوح ما بين 85% و 102%.

يتقارب هذين المعدلين لكل من الدول جنوب إفريقيا، كوديفوار، ليبيريا، بنين، مالي، غينيا الاستوائية، المزمبيق، الكونغو، أنغولا، بوركينا فاسو، الكامرون، موريتانيا، الطوغو والنيجر، حيث سجّلت معدل وفيات الرضع يتراوح ما بين 40% إلى 57%، ومعدّل وفيات أقل من 5 سنوات ما بين (58-94%). أمّا فيما يخص بالدول التي سجّلت معدّلات منخفضة فهي كل من دول ليبيا، السيشل، جزر الموريس، جزر الرأس الأخضر، تونس، المغرب، الجزائر ومصر، حيث سجّلت معدّلات وفيات الأطفال تتراوح ما بين 8,9% إلى 18,9%.

4.3.3. معدّلات وفيات الأمّهات:

تماشياً مع تحقيق الغاية رقم (3-1) من أهداف التّميّة المستدامة 2030، أصدرت منظمة الصحة العالمية بياناً توافقياً بشأن إنهاء وفيات الأمّهات لإبراز الحاجة إلى زيادة تغطية الرعاية الصحية الجيدة للأمّهات، وتحسين قدرة المرأة على اتخاذ قراراتها الخاصة بشأن صحتها الجنسيّة والإنجابيّة¹.

ومن بين العوامل التي حالت دون تحقيق تقدّم حقيقيّ نحو تحقيق أهداف التّميّة المستدامة في إفريقيا، بما في ذلك الغايات المتعلقة بخفض وفيات الأمّهات هي الأوضاع الإنسانيّة الهشّة، وحالات النزاع وما بعد النزاع والكوارث، ووفقاً لمؤسّر الدول الهشّة الصادر عن صندوق السّلام لسنة 2023، كانت عشرة (10) بلدان، في حالة تنبيه مرتفعة للغاية وهي: بوركينا فاسو، اليمن، الصومال، جنوب السودان، سورية، جمهورية الكونغو الديمقراطيّة، جمهورية إفريقيا الوسطى، تشاد، السودان

¹ United Nations: "World Population Prospects". Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2022a). 2022.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

وأفغانستان¹. حيث كانت من بين الأسباب في ارتفاع نسب وفيات الأمهات في هذه البلدان حيث بلغ متوسط نسبة وفيات الأمهات في الدول الهشة (حالة التنبيه المرتفعة للغاية) 551 حالة وفاة لكل 100 ألف مولود حيّ أي أكثر من ضعف المتوسط العالمي.

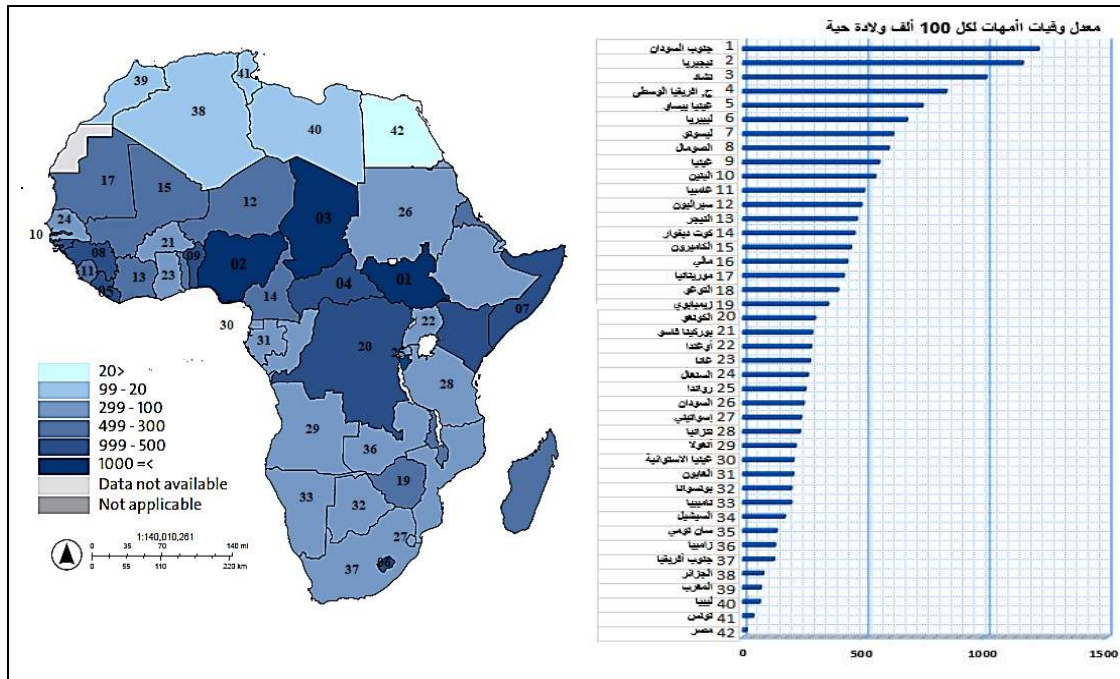
وحسب التقرير الصادر عن منظمة الصحة العالمية ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) لسنة المتعلق بالاتجاهات المتعلقة بوفيات الأمهات للفترة ما بين (2000-2020) فقد شهدت دولة نيجيريا ارتفاعا رهيبا في عدد وفيات الأمهات حيث تصدرت ترتيب الدول الإفريقية، حيث شكّلت أكثر من ربع جميع وفيات الأمهات في العالم بنسبة 28,5% أي ما يقرب من 82 ألف حالة وفاة سنة 2020².

أما بالنسبة لإحصاءات منظمة الأمم المتحدة لسنة 2023³، قدرّت النسبة العالمية لوفيات الأمهات بـ 232 وفاة لكل 100 ألف مولود حيّ، وانخفضت مقارنة بسنة 2000 بنسبة 35,1% على مدى 23 سنة. ومن خلال رصدنا لهذا المؤشر على مستوى قارة إفريقيا تبين أنه هناك تباينات كبيرة في بقاء الأمهات على قيد الحياة بين هذه الدول، فمقارنة بباقي الأقاليم في العالم نجد إقليم إفريقيا وجنوب الصحراء الكبرى الإقليم الذي شهدت نسبة وفيات الأمهات مرتفعة للغاية حيث قدرّت نحو 532 حالة وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة حيث تمثل هذه النسبة 68% من الوفيات حول العالم وتتوزع هذه النسبة الإقليم كما يلي: (744) غرب إفريقيا و(529) وسط إفريقيا و(338) شرق إفريقيا و(147) في جنوب إفريقيا.

¹ United Nations: "World Contraceptive". Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2022b). 2022.

² Bradley, S. E. and others: "Revising Unmet Need for Family Planning". Maryland in United States of America. DHS Analytical Studies N°25 Calverton. ICF International. 2012.

³ Wang, C.: "History of the Chinese Family Planning program: 1970–2010, Contraception". an international reproductive health journal. 85(6). 2012, pp 563-569. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.10.013>.



الشكل (10.3): توزيع معدل وفيات الأمهات في دول إفريقيا.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان الأمم المتحدة، 2023.

وبالنظر إلى توزيع الوفيات حسب الدول نجد أن كلا من جنوب السودان ونيجيريا قد شهدت معدل وفيات الأمهات جُد مرتفع حيث وصل على التوالي: 1118 و 1153 حالة وفاة للأمهات لكل 100 ألف ولادة حية، كما شهدت بعض الدول كذلك معدلا مرتفعا يتراوح ما بين 500 و 1000 وفاة وهي: تشاد، إفريقيا الوسطى، غينيا بيساو، ليبيريا، ليسوتو، الصومال، غينيا، البنين وغامبيا. كما سجّلت 22 دولة إفريقية معدل وفيات الأمهات يتراوح ما بين (200 إلى 300) وفاة لكل 100 ألف ولادة حية تقع معظمها في وسط وجنوب إفريقيا على غرار سيراليون، النيجر، مالي، الطوغو، زيمبابوي، الكونغو، بوركينافاسو، غانا، السنغال، رواندا، السودان، تانزانيا وأنغولا. أمّا الدول التي شهدت معدلا منخفضا نسبيا، وذلك حسب التصنيف العالمي لوفيات الأمهات والتي يقدر معدل وفيات الأمهات بها ما بين 20-99 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية، فهي تتمثل في كل من: الجزائر، المغرب، تونس، مصر وليبيا.

5.3.3. مستويات استعمال وسائل تنظيم الأسرة:

يُعتبر الحصول على تنظيم الأسرة الآمن حقًا أساسيًا من حقوق الإنسان، حيث يكتسب تنظيم الأسرة أهمية محورية بالنسبة إلى المساواة بين الجنسين، وهو عامل مهم في تحقيق العائد الديمغرافي والنمو الاقتصادي، حيث تمّ تأكيده في المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المعتمد من طرف (179) دولة والمنعقد في القاهرة سنة 1994. كما تمّ التأكيد عليه في جدول أعماله ضمن أهداف التنمية المستدامة مطلع 2030، حيث يشدّد على المساواة في الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية، بما في ذلك تنظيم الأسرة والصحة الجنسية التي من شأنها أن تمكّن جميع الأزواج والأفراد من التمتع بالحق الأساسي في تقرير عدد أطفالهم والفترات الفاصل بينهم بحرية ومسؤولية، إضافة إلى إمكانية الوصول إلى أساليب تنظيم الأسرة الآمنة والفعّالة والمتاحة والمقبولة¹.

ويتّم رصد التّقدم المحرز نحو تحقيق هذا الهدف على الصّعيد العالمي من خلال المؤشّر (رقم 3.7.1 "نسبة النساء في سنّ الإنجاب 15-49 سنة اللواتي يتّم تلبية حاجتهنّ لتنظيم الأسرة باستخدام وسائل منع الحمل الحديثة")². حيث أظهرت نتائج الدراسات وجود علاقة عكسية عامة بين الخصوبة واستخدام وسائل منع الحمل داخل البلدان، ولكن هذه العلاقة يمكن أن تختلف تبعاً

¹ Warren, C. Robinson and John, A. R.; "The Global Family Planning Revolution: The Emergence of Thailand's National Family Planning Program". The International Bank for Reconstruction and Development. the World Bank. 2007. <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/233c6c1b-7d93-5c45-8939-0c7a09427574/content>.

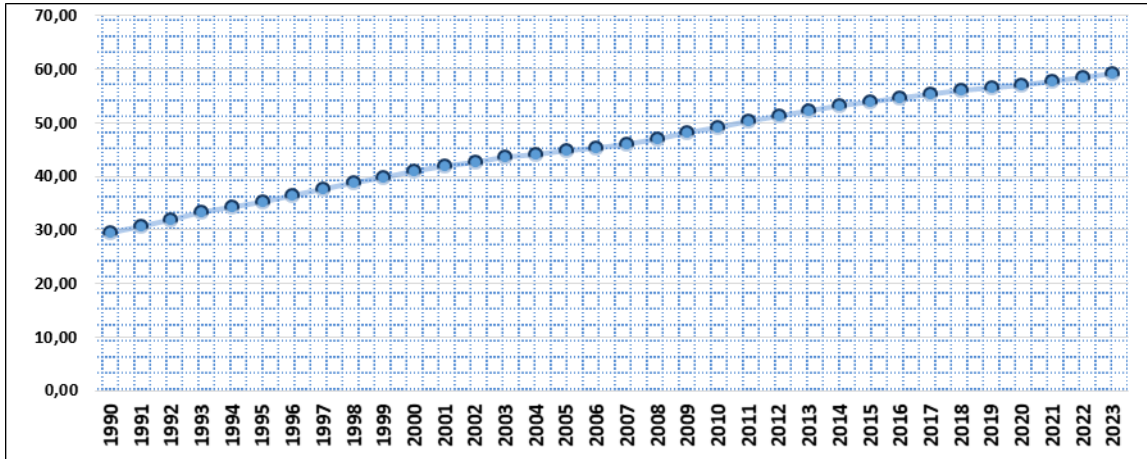
² Report from UNICEF: "The latest Levels and Trends in Child Mortality". UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. 2018.

واقع مؤشرات الصحة الإنجابية في العالم ودول إفريقيا

لمزيج من وسائل منع الحمل التي تستخدمها النساء، ووقوع الإجهاض، وأنماط الزواج والنشاط الجنسي، فضلا عن مختلف العوامل الأخرى الاقتصادية والاجتماعية¹.

ويُعتبر مؤشر الحاجة غير الملبّاة لتنظيم الأسرة، كذلك عن النسبة المئوية للنساء الخصبات اللّاتي يرغبن في وقف أو تأجيل الإنجاب، ولكن اللّاتي لا يستخدمن أي وسيلة من وسائل منع الحمل. كما تُعتبر المرأة أيضًا لديها حاجة غير مُلبّاة إذا كانت حاملاً وقت جمع البيانات، لكنّها أفادت بأن الحمل غير مرغوب فيه². وهو مؤشر يقيس الفجوة بين نوايا المرأة الإنجابية وسلوكها المتعلّق بمنع الحمل، على مستوى السّكان.

حسب الإحصاءات الأخيرة لسنة 2023، تستخدم على الصّعيد العالميّ 77% من النساء اللّواتي يرغبن في تجنّب الحمل وسائل منع الحمل الحديثة، حيث تمثّل دول إفريقيا وجنوب الصّحراء أدنى هذه النسبة 56% مقارنة بالمناطق الأخرى. كما تتوزّع نسبة 37% منها في شمال إفريقيا.



الشكل (11.3): نسبة الطّلب على استخدام وسائل منع الحمل الحديثة فئة (15-49 سنة)

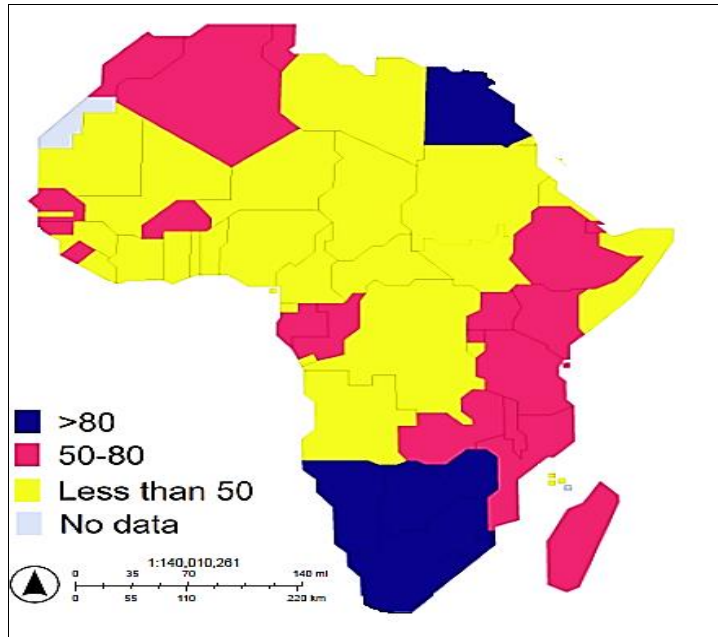
المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على معطيات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السّكان الأمم المتحدة، مؤشرات تنظيم الأسرة 2023.

¹ United Nations summit: "Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development". Resolution adopted by the General Assembly. 2015. <https://digitallibrary.un.org/record/3923923>

² Bassey, E.: "Report en fragile states index". Annual report. Assessment directed by Woodburn, D. 2023. https://fragilestatesindex.org/wp-content/uploads/2023/06/FSI-2023-Report_final.pdf.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

ولرصد تطوّر هذا المؤشّر فقد شهدت جميع دول إفريقيا ارتفاع متزايد وذلك خلال الفترة ما بين (1990-2023)، حيث سجّلت إفريقيا وجنوب الصحراء وشمال إفريقيا أكبر زيادة في نسبة تلبية الطّلب على تنظيم الأسرة من خلال الوسائل الحديثة على مستوى العالم، حيث ارتفعت من 29,5% سنة 1990 إلى 59,2% سنة 2023. أمّا توزيع هذا المؤشّر حسب الدّول فهو مبين في الشّكل (12.3).



الشّكل (12.3): تنظيم الأسرة بوسائل منع الحمل الحديثة
فئة (15-49 سنة).

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السّكان الأمم المتّحدة، مؤشرات تنظيم الأسرة 2023.

نلاحظ من خلال الشّكل (12.3) أنّ نسبة النّساء في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي يلّين حاجتهن إلى تنظيم الأسرة بوسائل منع الحمل الحديثة قد فاق (80%) في كلّ من دول جنوب إفريقيا، ناميبيا، بوتسوانا، مصر، زيمبابوي، ليسوتو واسواتيني. كما توجد (22) دولة أفريقيّة أقلّ من نصف النّساء اللّاتي يحتجن إلى تنظيم الأسرة تلبية حاجتهن بطرق حديثة، منها سبعة (07) دول في شمال إفريقيا وهي: الجزائر، تونس، المغرب، السنغال، سيراليون، بوركينا فاسو،

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

الغابون، الكونغو، إثيوبيا، أوغندا، زمبيا، المزمبيق، تانزانيا، كينيا، رواندا، الكونغو الديمقراطية، البورندي، مالاوي وغينيا، فهي تسجل معدّلاً يتراوح ما بين (60-80%). أمّا باقي الدّول فهي تعرف معدّلاً أقلّ من 50%.

أمّا بخصوص استخدام الطّرائق الأخرى مثل تعقيم الذّكور، واللّولب الرّحمي، والطّرائق التّقليديّة فقد شهدت انخفاضاً طفيفاً في الاستخدام على مستوى العالم بنسبة 2%، ولم تتغيّر بمرور الوقت، لكن تأثّرت بشكل كبير بالجهود المبكرة لإدخال وسائل منع الحمل الحديثة، من خلال برامج تنظيم الأسرة مثل تلك الموجودة في شمال إفريقيا كالأجهزة داخل الرّحم كطريقة عكسيّة مفضّلة¹. بالرّغم من هذا الانخفاض الطّفيف للطّرائق التّقليديّة إلّا أنّها لا يزال استخدامها بكثرة خاصّة من خلال البرنامج الوطني لتنظيم الأسرة المعلن عنه في تايلاندا، الذي شهد قبولاً واسعاً في استخدام اللّولب الرّحمي والواقى الذّكري والحبوب والحقن الهرموني عن طريق السّماح للقابلات المساعدات بتوزيعها في وقت مبكر ممّا أدّى إلى زيادة سريعة في استخدامها².

تمثّل حبوب منع الحمل الحصّة الأكبر من استخدام وسائل منع الحمل، ويكثر استخدامها في شمال إفريقيا، حيث يتجاوز 70% من الاستخدام الكلي في الجزائر والمغرب. ويشكّل الواقى الذّكري أكثر من 30% من الاستخدام في الغابون بنسبة 61%، وتمثّل الحقن القابلة للحقن أعلى حصّة من استخدام وسائل منع الحمل بنسبة 50% أو أكثر من الاستخدام الكلي في كلّ من إثيوبيا وليبيريا ومالاوي وزامبيا. أمّا اللّقاحات المضادّة للحمل، فهي أكثر وسائل منع الحمل استخداماً في خمس دول، تقع جميعها في إفريقيا جنوب الصّحراء.

¹ WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division: "Trends in maternal mortality 2000 to 2020". Executive summary" 2021.

² World Health Organization (WHO): "monitoring Health for the SDGS, sustainable development goals". World Health Statistics. 2023.

6.3.3. المشاكل الصحيّة المتعلّقة بالإنجاب والصحة الجنسيّة:

تُعتبر الصحة الجنسيّة ركنا أساسيًا من أركان مؤشرات الصحة الإنجابيّة، وهي كذلك رمز للصحة الشاملة والسعادة الأسريّة، حيث تسعى جميع الشعوب لبلوغه في سبيل تعزيز ممارسات جنسيّة آمنة ومسؤولة في بيئة خالية من الإكراه والتّمييز، وذلك عن طريق سنّ برامج التّوعيّة والتّثقيف الجنسيّ الشّامل، وتسهيل الوصول إلى خدمات الرّعاية الصحيّة الجنسيّة، والعمل على مكافحة الأمراض المنقولة جنسيًا مثل: نقص المناعة البشريّة، والسّرطانات، والعقم، والممارسات الضّارة كتشويه الأعضاء التناسلية الأنثويّة، والحمل غير المرغوب فيه والعنف ضدّ المرأة.

حسب تقرير الاتحاد الإفريقيّ الصّادر عن هيئة الأمم المتّحدة المتعلّق بتمكين المرأة الإفريقيّة من فيروس نقص المناعة البشريّ (الإيدز)¹، فإنّ الأمراض المتّصلة بالإيدز في دول إفريقيا لا تزال أحد أهم الأسباب الرّئيسيّة لوفاة النّساء في سنّ الإنجاب، حيث يمثّل نسبة 63,9% من المصابين بهذا الفيروس في إفريقيا هم من فئة النّساء وتشكّل 60% من الإصابات الجديدة بين البالغين سنّ 15 سنة فما فوق، أي فئة المراهقات الإفريقيّات يمثّلن أكثر من ضعف عدد المصابين بفيروس نقص المناعة البشريّة، أي بإجمالي عدد إصابات يصل إلى 1,9 مليون إصابة، وهذا ما يدلّ على وقوع أكثر من 4600 إصابة جديدة بفيروس نقص المناعة البشريّة أسبوعيا بين المراهقات في إفريقيا. وعليه فإنّه يمكن أن يرتفع احتمال حصولهن على الفيروس عن ضعف احتمال إصابة أقرانهن من الذّكور.

¹ تقرير الاتحاد الإفريقيّ الصّادر عن هيئة الأمم المتّحدة: "تمكين المرأة الإفريقيّة من فيروس نقص المناعة البشريّ (الإيدز)". أديس أبابا-أثيوبيا. 2023.

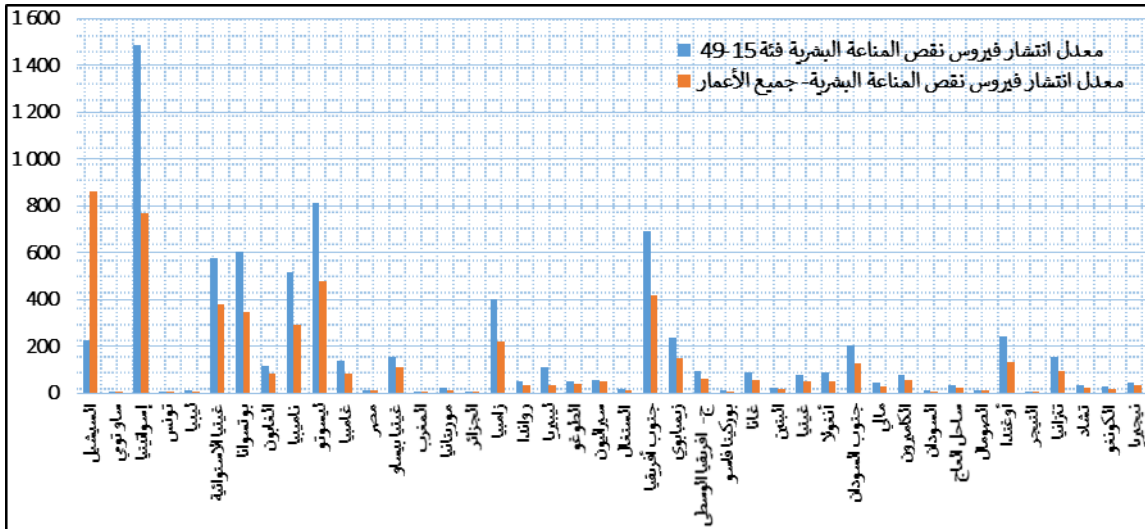
واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

الجدول (5.3): مستويات الإصابة بفيروس نقص المناعة البشري في إفريقيا.

فئة البالغين وكبار السن 14 سنة وأكثر		فئة الشباب المراهقين 15-24 سنة		الحالات
ذكور	إناث	ذكور	إناث	
9 000	15 100	850	1 900	عدد الإصابات بالفيروس
340	510	94	240	الحالات الجديدة
230	220	180	180	الوفيات المرتبطة بالإيدز

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان الأمم المتحدة، مؤشرات تنظيم الأسرة 2023.

أما من خلال رصدنا لمعدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية حسب كل دولة إفريقية كما هو مبين في الشكل (13.3) نلاحظ أنّ دولة اتسوانيا تحتل المرتبة الأولى إفريقيا في انتشار هذا الفيروس بمعدل انتشار بين الفئة (15-45 سنة) يصل إلى 1 488 إصابة لكل 100 ألف شخص معافى وبمعدل 765 إصابة لكل 100 ألف شخص لجميع الأعمار، حيث يضع هذا المعدل دولة اتسوانيا في دائرة الخطر وهذا مقارنة بالمعدل العالمي 482 إصابة لكل 100 ألف شخص لجميع الأعمار.



الشكل (13.3): توزيع الدول حسب معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشري في إفريقيا

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان الأمم المتحدة، 2023.

كما نلاحظ كذلك معدلات مرتفعة للدول التي تقع في وسط وجنوب إفريقيا على غرار دول ليسوتو، جنوب إفريقيا، بوتسوانا، غينيا الاستوائية، زامبيا، أوغندا والسيشل بمعدلات انتشار للفئة العمرية (15-49) سنة (810، 690، 603، 577، 400، 240، 225 إصابة لكل 100 ألف شخص معافى) على التوالي. أمّا دول شمال إفريقيا فشهدت معدلات منخفضة لانتشار الفيروس تتراوح ما بين (02 إلى 20) إصابة لكل 100 ألف شخص سواء للفئة ما بين (15-49 سنة) أو جميع الأعمار.

كما تشهد إفريقيا أعلى عدد من الولادات لدى فئة النساء في سن (15-19)، حيث وصل إلى 99 ولادة لكل 1000 أنثى مراهقة، وهو معدّل مرتفع مقارنة بالمعدل العالمي الذي بلغ 44 ولادة لكل 1000 أنثى مراهقة، حيث عرفت جمهورية إفريقيا الوسطى أعلى معدل ولادة في سنّ المراهقة بلغ أنثى 229 ولادة لكل 1000، بينما سجّلت الجزائر أدنى معدّل بـ 9 ولادات لكل 1000 أنثى، وهذا ما يؤدي بالكثير من المراهقات لخطر الإصابة بمضاعفات أثناء الحمل وكذلك لوفيات الرضّع¹.

أمّا بخصوص مؤشر المساواة بين الجنسين، فحسب نشرة المعلومات لمنظمة الصحة العالمية حول الصحة الجنسية والإنجابية، تتعرض تقريباً 37% من النساء المتزوجات فئة (15-49 سنة) في المنطقة الأفريقية للعنف الجسدي أو الجنسي أو كليهما من قبل شريك حالي أو سابق في حياتهن، وتمثّل أعلى من النسبة العالمية البالغة 30%، واحتلت غينيا الاستوائية أعلى نسبة في المنطقة الأفريقية بنسبة 44%².

¹ World Health Organization (WHO): "Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets". Department of Reproductive Health and Research. 2023. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/. [Online]

² World Health Organization (WHO): "Sexual and reproductive Health fact sheet". Department of Reproductive Health and Research. 2023, P05.

4.3. دراسة مؤشرات الصحة الإنجابية لدول إفريقيا باستخدام التحليل العنقودي

تطرقنا فيما سبق تحليل وصفي عن واقع الصحة الإنجابية في دول إفريقيا، ونلجأ الآن إلى تحليل هذه المؤشرات باستخدام التحليل العنقودي، وذلك باستخدام ثلاثة (03) طرائق رئيسية تتمثل في طريقة المتوسطات K-Means، طريقة التجميع الهرمية Hierarchical Cluster Analysis وطريقة التجميع بتعظيم القيمة المتوقعة EM-Clustering، كون أنها تساعدنا في معرفة شدة وتجاه العلاقة الارتباطية بين هذه المؤشرات، كما أنها تبين لنا كذلك أهمية كل مؤشر منها ومدى تأثيره على الصحة الإنجابية للدول الإفريقية.

1.4.3. الطريقة والإجراءات:

1.1.4.3. متغيرات الدراسة:

تمّ تحديد جملة من المتغيرات المتعلقة بالصحة الإنجابية والتي نلخصها كما يلي:

الجدول (6.3): قائمة المتغيرات المتخذة في الدراسة

المتغيرات	الرقم	المتغيرات	الرقم	المتغيرات	الرقم
الأطباء (لكل 1000 شخص)	17	المواليد الخام	09	عدد السكان	01
مؤشر التغطية الصحية الشاملة	18	معدل وفيات الرضع	10	الولادات	02
انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV) للفئة من 15 إلى 49 سنة	19	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	11	معدل المواليد	03
معدل فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب	20	معدل الخصوبة الإجمالي	12	معدل الخصوبة	04
معدل انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (HIV)، جميع الأعمار	21	العمر المتوقع (نساء)	13	الوفيات	05
معدل انتشار الإيدز، الإجمالي	22	الوفاة بسبب الأمراض المعدية، وظروف الأمومة، والفترة المحيطة بالولادة	14	معدل الوفيات	06
		نصيب الفرد من الإنفاق الصحي	15	العمر المتوقع	07
		وفيات الأمهات	16	وفيات الرضع	08

المصدر: من إعداد الطالب.

أما بخصوص البيانات المتعلقة بهذه المتغيرات فهي مبينة في الملحق رقم (02).

2.1.4.3. الأنموذج المستخدم:

سنوظف في هذه الدراسة التحليلي العنقودي الذي يُعتبر أسلوباً إحصائياً يضم جملة من الطرائق الرياضيّة التي تمكّننا من تشكيل بيانات متعدّدة المتغيرات في شكل مجموعات (عناقيد) والهدف منها هو تكوين مجموع المشاهدات ذات الخصائص غير المتجانسة في الأصل إلى مجموعات متماثلة ومتشابهة¹.

كذلك، يُعتبر هذا التحليل تقنية إحصائية ملائمة لاستكشاف الهيكل الأساسي لمجموع البيانات، بحيث تعمل على خفض عدد الحالات والمشاهدات، وتصنيفها إلى مشاهدات ذات التشابه وفقاً لبعض المعايير المناسبة، دون اللجوء إلى معرفة مسبقة لعضوية المجموعات أو عددها، وذلك بالاعتماد على خوارزميات دمج البيانات²

من خلال هذا الطرح، سنقوم بتوظيف الطرائق العنقودية التالية:

- طريقة المتوسطات K-Means؛
- طريقة التجميع الهرمي Hierarchical Cluster Analysis؛
- طريقة التجميع بتعظيم القيمة المتوقعة EM-Clustering؛

3.1.4.3. عينة الدراسة والمعالجة الإحصائية:

تمّ الاعتماد في هذه الدراسة على آخر البيانات حول أهمّ المؤشرات المتعلقة بالصحة الإنجابية

لدول إفريقيا (42 دولة)، حيث تمّ تجميعها من قسم السكان-هيئة الأمم المتحدة لسنة (2023).

¹ Romesburg, H.C.: "Cluster Analysis for Researchers". North Carolina-United States of America: Lulu Press. 2004, P128.

² Ramdeen, K. and Yim, O.: "Hierarchical Cluster Analysis: Comparison of Three Linkage Measures and Application to Psychological Data. The Quantitative Methods for Psychology. 11(1). 2015, PP 08-21.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

تمَّ استخدام الطرائق المذكورة سابقاً بالاعتماد على برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50)، وهو برنامج يضمُّ سلسلة واسعة من الخوارزميات المستخدمة في مجال الإحصاء الاستكشافي وتحليل ومعالجة البيانات، بالإضافة إلى الرِّسم التَّخطيطي المتعدّد الأبعاد الذي يسهّل رؤية أكبر قدر من البيانات بشكل تفاعلي. كما يساعد كذلك أصحاب القرار في اتِّخاذ القرارات الفوريّة.

2.4.3. نتائج الدراسة:

1.2.4.3. نتائج طريقة المتوسّطات K-Means:

تمَّ تطبيق هذه الطّريقة كون أنّها تتطلّب معرفة مسبقة لعدد العناقيد التي يتمُّ من خلالها تجميع عدد الحالات، وباعتبار عدد الدُّول المقترحة للدراسة (42 دولة افريقية) تمَّ تحديد عدد العناقيد إلى أربعة $K=4$ ، فكانت النّتائج مبيّنة كالآتي:

الجدول (7.3): توزيع الدُّول حسب العناقيد باستخدام طريقة المتوسّطات K-Means

عدد العناقيد		04
عدد المراحل		05
معامل الارتباط R		0,9402
العناقيد	عدد الدول	الدول
العنفود الأوّل	4	جنوب أفريقيا، جمهورية الكونغو الديمقراطية، مصر وتنزانيا.
العنفود الثّاني	1	نيجيريا
العنفود الثّالث	26	بنين، بوتسوانا، جمهورية افريقيا الوسطى، لیتسوانيا، الغابون، غامبيا، غينيا، غينيا بيساو، غينيا الاستوائية، ليسوتو، ليبيريا، ليبيا، موريتانيا، ناميبيا، رواندا، سان تومي وبرينسيبي، السنغال، سيشيل، سيراليون، الصومال، السودان، تشاد، توغو، تونس، زامبيا وزيمبابوي.
العنفود الرّابع	11	الجزائر، أنغولا، بوركينا فاسو، الكاميرون، ساحل العاج، غانا، مالي، المغرب، النيجر وأوغندا.

المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

من خلال تطبيق هذه الطّريقة كما هو ملاحظ تمَّ تأكيد الحصول على أربعة (04) عناقيد متجانسة من حيث المتغيّرات المستخدمة، وذلك عبر (05) مراحل من التّجميع، كما نلاحظ كذلك أنّ معامل الارتباط (R) يشير إلى وجود ارتباط قوي داخل المجموعات ممّا يفسّر على مدى تشابه الدُّول

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

داخل كل مجموعة. أمّا نتائج تحليل التباين والمسافة داخل العناقيد حسب كل متغير فهي موزعة كما هو مبين في الجدول (7.3).

الجدول (8.3): تحليل التباين والمسافة داخل العناقيد حسب كل متغير.

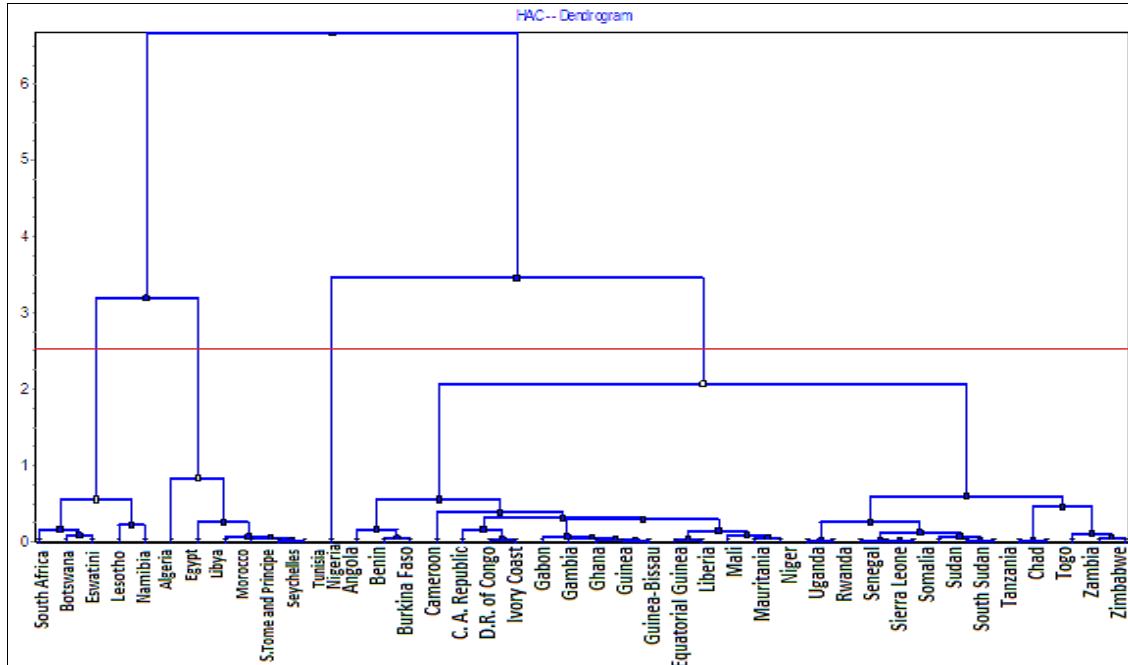
المتغيرات	متوسط المسافة داخل العناقيد				الاختبار الإحصائي	
	العنقود الرابع	العنقود الثالث	العنقود الثاني	العنقود الأول	الاحتمال	قيمة فيشر (F)
السكان	34746582	8306068	223804640	85708002	0,000	199,214
الولادات	1092571,55	215887,65	8109136,00	2553009,50	0,000	126,365
الوفيات	180587,18	60210,35	2747861,00	451077,25	0,000	221,361
مؤشر التغطية الصحية الشاملة	3148,18	1313,19	82000,00	7330,00	0,000	198,277
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	41,83	44,47	87,36	25,72	0,010	2,219
وفيات الرضع (معدل)	37,91	41,31	70,82	27,18	0,016	1,827
العمر المتوقع (النساء)	64,26	62,69	50,85	65,92	0,021	1,597
وفيات الرضع	37,91	41,35	70,82	30,32	0,023	1,485
وفيات الأمهات	1,38	5,58	1,30	5,90	0,032	1,201
معدل الوفيات	7,03	8,16	12,28	7,84	0,074	2,499
معدل الخصوبة الإجمالي	4,36	2,98	5,06	3,95	0,075	2,491
معدل انتشار الإيدز، الإجمالي	42,26	39,48	55,10	35,03	0,277	1,337
متوسط العمر المتوقع	65,07	62,95	53,87	65,48	0,280	1,327
معدل انتشار الإيدز جميع الأعمار	0,33	1,63	0,34	1,36	0,325	1,195
معدل الخصوبة	4,36	3,88	5,06	3,45	0,360	1,104
معدل انتشار الإيدز (15 إلى 49 سنة)	0,55	2,32	0,44	2,20	0,378	1,058
المواليد الخام	32,35	29,41	36,22	26,45	0,441	0,918
انتشار فقر الدم (نساء)	47,64	48,00	38,00	56,50	0,495	0,813
أسباب الوفاة	44,83	46,50	65,21	38,96	0,564	0,690
نصيب الفرد من الإنفاق الصحي	78,46	140,55	69,76	175,28	0,585	0,655
معدل المواليد	32,36	29,41	36,22	29,35	0,642	0,564
الأطباء (لكل 1000 شخص)	0,40	0,41	0,38	0,48	0,996	0,019

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

يُبين الجدول (7.3) تحليل التباين لكل متغير من المتغيرات المدروسة باستخدام مجموعة العناقيد، حيث يشير الاختبار الاحصائي ANOVA إلى مستوى الدلالة لكل من المتغيرات عدد السكان، الولادات، الوفيات، مؤشر التغطية الصحية الشاملة، معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة، وفيات الرضع (معدل)، العمر المتوقع (النساء)، وفيات الرضع، وفيات الأمهات، حيث نجدها دالة عند مستوى دلالة (0.05) مما يدل على أنها متغيرات مهمة في تصنيف الدول على العناقيد، بينما نجد باقي المتغيرات لم تكن دالة إحصائياً، مما يدل على أن هذه المتغيرات لم تسهم بشكل كبير في ترتيب الدول في العناقيد باستخدام هذه الطريقة.

2.2.4.3. نتائج طريقة التجميع الهرميّة Hierarchical Cluster Analysis:

قمنا باستخدام البيانات التي تغطي (42 دولة) وعليه فإنّ خوارزمية الشجرة العنقوديّة (HCA) مناسبة لتقدير عدد العناقيد، حيثُ قمنا باستخدام التكتل التسلسلي الهرميّ الذي يبدأ مع اعتبار كلّ حالة على حدى في عناقيد مستقلة، ثم يتمّ دمج العناقيد المتشابهة مع بعضها البعض ويمكننا اختيار عدد العناقيد التي تحقّق أعلى ارتفاع في شجرة العناقيد التسلسليّة. ومن خلال تطبيق هذه الطريفة كانت النتائج كما هو مبين في الشكل (14.3).



الشكل (14.3): مخطّط الشجرة العنقودي.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

بالنظر إلى الشكل رقم (14.3) نلاحظ أنّ كلّ دولة تتكتّل مع نفسها لذلك لدينا (42 تكتلاً)، وإذا قمنا بتحريك الخطوات من الأسفل إلى الأعلى وصولاً إلى حل لا يوجد فيه الكثير من العناقيد مع القليل من الملاحظات، وعليه يمكننا أن نلاحظ بداية دمج الدُول في مجموعات متجانسة، حيث نجد (05) مجموعات وذلك عند ارتفاع = 1. أمّا إذا انتقلنا إلى ارتفاع = 2 و 3 فيتمّ دمج مجموعتين ليصبح لدينا 04 مجموعات موزعة حسب الجدول (9.3).

الجدول (9.3): توزيع الحالات حسب العناقيد باستخدام طريقة HCA

العناقيد	عدد الدُول	الدُول
العنفود الأوّل	1	نيجيريا
العنفود الثّاني	29	أنغولا، بنين، بوركينافاسو، الكاميرون، جمهورية افريقيا الوسطى، جمهورية الكونغو الديمقراطية، ساحل العاج، الجابون، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا بيساو، غينيا الاستوائية، ليبيريا، مالي، موريتانيا، النيجر، أوغندا، رواندا، السنغال، سيراليون، الصومال، السودان، جنوب السودان، تنزانيا، تشاد، توجو، زامبيا وزيمبابوي.
العنفود الثّالث	05	جنوب أفريقيا، بوتسوانا، إيسواتينيا، ليسوتو وناميبيا.
العنفود الرّابع	07	الجزائر، مصر، ليبيا، المغرب، سان تومي وبرينسيبي، سيشيل وتونس.

المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

ولمعرفة طبيعة العلاقة بين المتغيّرات وعدد الحالات المدروسة قمنا باستخدام التحليل العاملي

(PCA) الذي يمكّننا من معرفة المؤشّرات الأكثر تأثيرا على مستوى الصّحة الإنجابية لدول إفريقيا،

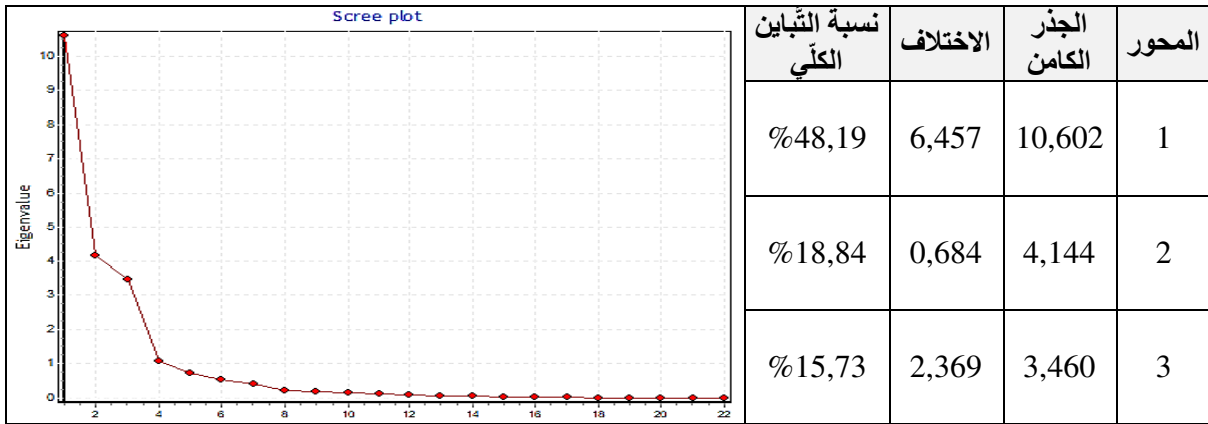
وذلك باستخراج الجذور الكامنة للمتغيّرات وكذا مستوى تشبعها بالعناقيد.

1.2.2.4.3. إيجاد الجذور الكامنة لمصفوفة الارتباط بين المتغيّرات:

نقوم باستخراج القيم الخاصّة لمصفوفة ارتباط العوامل الأساسية أيّ الجذور الكامنة لمصفوفة

الارتباط وقيمة ما يفسّره كلّ عامل من التّباین الكلي للمتغيّرات المدروسة.

الجدول (10.3): الجذور الكامنة وقيمة التّباین الكلي المفسّر للمتغيّرات.



المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

تُعبّر الجذور الكامنة عن مجموع إسهامات كل المتغيرات على عامل من عوامل المصفوفة كلا على حدى، وتمثل العوامل الأولى هي ذات الجذر الكامن الأكبر ممّا يليها.

ولاستخلاص العوامل الأوليّة التي يتمّ بموجبها تفسير هذه المتغيرات لجأنا من أجل الدقّة إلى

المعايير الآتية:

- مؤشّر **Kaiser**: حسب هذا المؤشّر فإنّه يتمّ الاحتفاظ بالعوامل التي يكون جذرها الكامن أكبر من الواحد (1)، وعليه ومن خلال الجدول (10.3) نلاحظ أنّ الجذور الثلاثة الأولى الكامنة أكبر من القيمة (2) وبالتالي يتمّ الاحتفاظ بهذه العوامل والاستغناء عن باقي العوامل الأخرى؛
- مؤشّر **Kattle**: يعتمد هذا المؤشّر على الطريقة البيانيّة في تحديد العوامل الأوليّة، ومن خلال الشّكل الذي يبيّن الجذور الكامنة لجميع المتغيرات نلاحظ أنّ العوامل الثلاثة الأولى تقع جذورها الكامنة في المنطقة شديدة الانحدار وفوق الجزء المستقرّ، ممّا يدلّ على وجوب الاحتفاظ بهما والاستغناء على باقي العوامل الأخرى.

وطبقا لهذه المؤشّرات يتمّ استخلاص العوامل الأوليّة التّاليّة:

- العامل الأوّل له أكبر جذر كامن ويساوي 10,60 ويفسّر نسبة 48,19% من التّباين الكليّ لمتغيرات الصحة الإنجابيّة؛

- الجذر الكامن للعامل الثّاني يساوي 4,14 ويفسّر 18,84% من التّباين الكليّ لمتغيرات الصحة الإنجابيّة؛

- الجذر الكامن الثّالث يساوي 3,46 ويفسّر ما نسبته 15,73% من التّباين الكليّ لهذه المتغيرات، وعليه نقوم بتفسير غالبية المتغيرات في ثلاثة عوامل الأولى بنسبة تباين كليّ 82,76% من

التّباين الكليّ للمتغيرات المدروسة، وهي نسبة مرتفعة وكافية لتلخيص مجمل المتغيرات في عوامل محدّدة.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

أمّا من خلال المخطّط الذي يبيّن مؤشّر نسبة التّبّايّن المفسّر باعتباره المعيار الذي يعتمد على أكبر قيمة للجذر الكامن وكذا أكبر نسبة للتّبّايّن الكليّ المفسّر لجميع المتغيّرات المدروسة، فإنّ القيمة الكبرى التي يمكن أن يأخذها مجموع الجذور الثلاثة، تمثّل ما قيمته أن يفسرها التّبّايّن الكليّ لمتغيّرات الصّحة الإنجابيّة تقدّر بـ 11,95 بنسبة تباين كليّة للعوامل تقدّر بـ 82,76%.

2.2.2.4.3. تشبّعات كل من المتغيّرات والعناقد بالمحاور المستخلصة:

تعتبر قيم التّشبّعات بالمحاور الممثّلة سابقا بمثابة معاملات ارتباط بينها، أي كلّما زاد قيمة التّشبع بالمحور الأساسيّ الخاصّ به كلّما كان المتغيّر أو العنقود أكثر وضوحا وتفسيرا، ومن خلال الجدول أدناه نلاحظ تشبّع المتغيّرات بالمحاور كما يلي.

الجدول (11.3): قيم تشبّع المتغيّرات بالمحاور المستخلصة.

المحور الثاني		المحور الأول	
المتغيّرات	المتغيّرات	المتغيّرات	قيمة التّشبع
-0,855	معدّل انتشار الإيدز (15 إلى 49 سنة)	0,921	مؤشّر التّغطية الصحيّة الشّاملة
-0,843	معدّل انتشار الإيدز، الإجمالي	-0,903	أسباب الوفاة
-0,775	معدّل انتشار الإيدز جميع الأعمار	-0,898	معدّل المواليد
المحور الثالث		-0,898	الولادات
		-0,896	وفيات الأطفال دون 05 سنوات
المتغيّرات	المتغيّرات	0,889	العمر المتوقّع (النساء)
0,864	الوفيات	-0,883	وفيات الرضّع
0,828	السكان	-0,875	وفيات الرضّع (معدّل)
-0,814	وفيات الأمهات	-0,866	معدّل الخصوبة الإجمالي
0,797	المواليد الخام	0,826	متوسّط العمر المتوقّع
		0,789	الأطباء (لكل 1000 شخص)
		0,714	نصيب الفرد من الإنفاق الصحي

المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

يحمل المحور الأوّل متغيّرات تحتوي على مستوى تشبّعات مرتفعة مرتبة وفق الأهميّة في

تفسير التّبّايّن الكليّ، وعليه يمكن القول أنّ لهذا المؤشّر الأثر الكبير في تحديد وتفسير مستوى

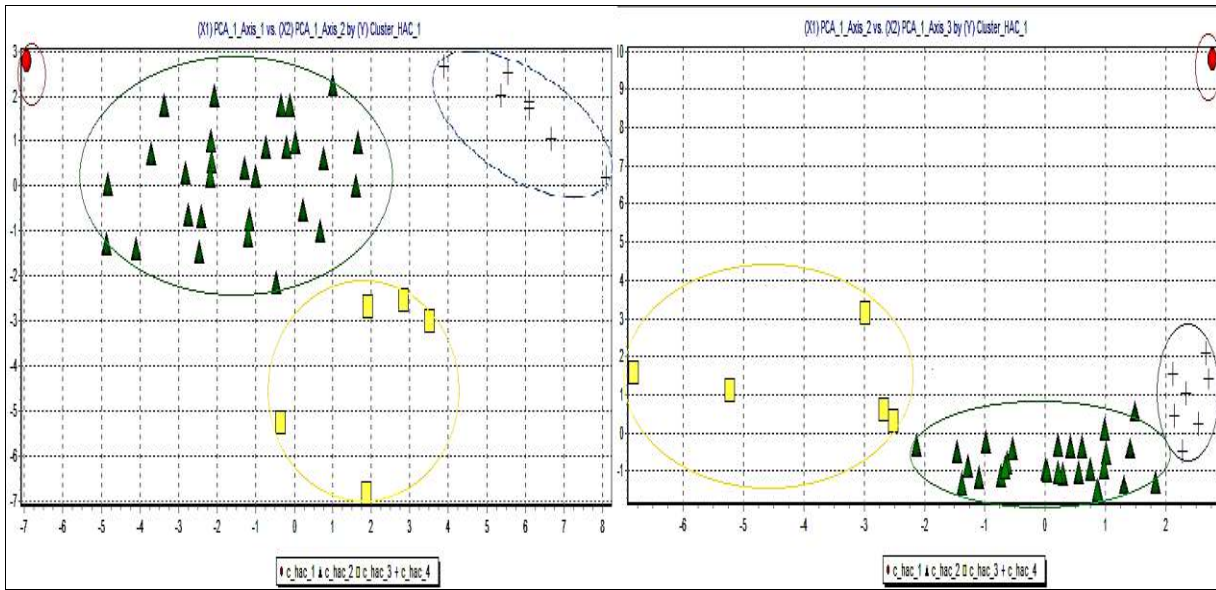
واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

الصحة الإنجابية بشكل مهم حيث يضم كل المتغيرات المتعلقة بوفيات الأطفال بالإضافة إلى المتغيرات المتعلقة بالرعاية الصحية.

أما المحور الثاني فيضم المتغيرات التي تفسر مدى انتشار الإيدز وهو مؤشر مهم في تفسير مستوى الصحة الإنجابية للدول.

يرتبط المحور الثالث بشكل كبير بالمتغيرات التي تضم حجم السكان والوفيات والمواليد الخام بالإضافة إلى وفيات الأمهات.

أما دراسة الارتباط بين المحاور الأساسية والعناقد المستخرجة بطريقة التسلسلي الهرمي HCA، قمنا بالتمثيل البياني لتشعبات العناقد بالمحاور كما هو مبين في الشكل (15.3).



الشكل (15.3): تمثيل تشعب العناقد على المحاور.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

نلاحظ أنّ العنقود الأول الذي يضم دولة وحيدة (نيجيريا) مرتبط ارتباطاً سلبياً قوياً بالمحور الأول، وارتباط موجب قوي بالمحور الثالث، ويحتوي على مستوى عالٍ من التشعب، ويضم العنقود الثالث خمس (05) دول يرتبط ارتباطاً سالباً قوياً بالمحور الثاني، ويضم العنقود الرابع سبع (07)

دول ترتبط ارتباطا كبيرا موجبا بالمحور الأول، أمّا العنقود الثاني فهو يضم باقي الدول الإفريقية (29) دولة ترتبط ارتباطا سلبيا بالمحور الأول.

3.2.4.3. نتائج طريقة التجميع بتعظيم القيمة المتوقعة EM-Clustering:

على عكس طريقة التجميع بالمتوسّطات (K-Means)، التي تستخدم قيم متوسّطات العناقيد كمركز لها. فإنّ هذه الطريقة تتميز بالمرونة في تحديد مراكز العناقيد وذلك لاتباعها التوزيع الطبيعي (Gaussian Distribution)، وعليه فإنّ وصف شكل المجموعات يعتمد على مدخلين هما: المتوسط (Mean) والانحراف المعياري (Standard Deviation) ومنه فإنّ القيود المفروضة تقل.

قمنا بتطبيق نفس الخطوات المتبّعة في طريقة المتوسّطات K-Means مع تحديد عدد العناقيد إلى أربعة $K=4$ ، فكانت النتائج كما يلي:

الجدول (12.3): توزيع الدول حسب العناقيد باستخدام طريقة EM-Clustering

عدد العناقيد	04
عدد المراحل	05
معامل الارتباط R	0,893
العناقيد	عدد الدول
العنقود الأول	06
العنقود الثاني	14
العنقود الثالث	06
العنقود الرابع	16

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

من خلال تطبيق هذه الطريقة كما هو ملاحظ في الجدول (12.3) تم تأكيد الحصول على أربع (04) عناقيد متجانسة من حيث المتغيرات المستخدمة وذلك عبر خمس (05) مراحل من التجميع، كما نلاحظ كذلك أن معامل الارتباط (R) يشير إلى وجود ارتباط قوي داخل المجموعات مما يفسر على مدى تشابه الدول داخل كل مجموعة.

أما نتائج تحليل التباين والمسافة داخل العناقيد حسب كل متغير فهي موزعة كما هو مبين في الجدول أدناه.

الجدول (13.3): تحليل التباين والمسافة داخل العناقيد حسب كل متغير.

متوسط المسافة داخل العناقيد				الاختبار الإحصائي		المتغيرات
العنقود الرابع	العنقود الثالث	العنقود الثاني	العنقود الأول	الاحتمال (F)	قيمة فيشر (F)	
31,2	24,4	37,5	17,5	0,000	44,139	معدل المواليد
6,7	10,0	9,4	5,8	0,000	18,700	معدل الوفيات
64,7	60,0	58,9	74,8	0,000	39,570	متوسط العمر المتوقع
34,6	41,5	57,6	12,7	0,000	27,538	وفيات الرضع
31,2	24,4	36,6	17,5	0,000	38,262	الولادات
34,6	41,3	56,7	12,7	0,000	24,161	وفيات الرضع (معدل)
34,4	42,7	67,0	10,4	0,000	32,473	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة
4,0	3,0	5,0	2,4	0,000	29,480	معدل الخصوبة
64,0	60,9	57,8	75,5	0,000	39,751	العمر المتوقع (النساء)
48,2	44,9	58,5	10,4	0,000	84,935	أسباب الوفاة
66,5	299,1	44,2	301,9	0,000	17,977	نصيب الفرد من الإنفاق الصحي
1,2	7,8	0,5	0,4	0,000	36,325	معدل انتشار الإيدز (15 إلى 49 سنة)
47,4	57,3	36,9	69,5	0,000	48,525	مؤشر التغطية الصحية الشاملة
3,2	17,4	1,2	2,2	0,000	26,613	معدل انتشار الإيدز، الإجمالي
0,2	0,5	0,1	1,5	0,000	42,885	الأطباء (لكل 1000 شخص)
0,7	4,5	0,4	1,5	0,000	12,172	معدل انتشار الإيدز جميع الأعمار
40,0	31,9	48,3	29,8	0,000	12,071	انتشار فقر الدم (نساء)
3,4	2,6	4,4	2,4	0,025	3,472	معدل الخصوبة الإجمالي
1849,9	379,8	10457,1	302,5	4030,	1,747	وفيات الأمهات
628070,6	225666,2	1447205,8	714755,3	0,259	1,395	المواليد الخام
20182457,1	11824971,8	39665735,6	35936232,5	0,405	0,996	السكان
115147,4	125021,7	319801,6	172397,7	0,613	0,610	الوفيات

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

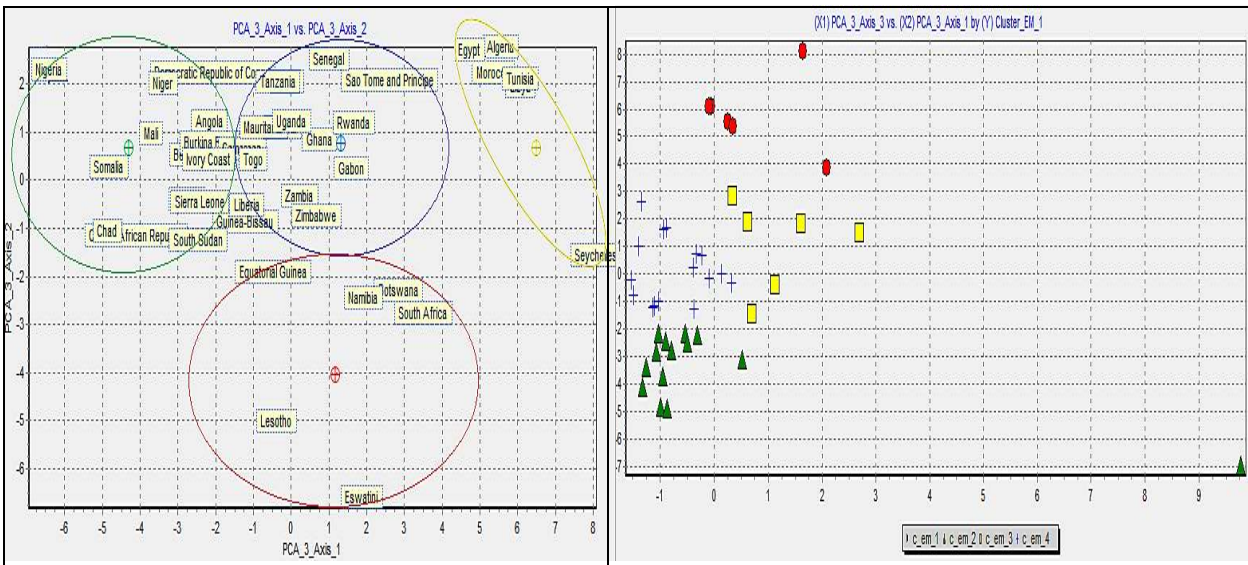
يبين الجدول (13.3) تحليل التباين لكل متغير من المتغيرات المدروسة باستخدام مجموعة

العناقيد، حيث يشير الاختبار الإحصائي ANOVA إلى مستوى الدلالة لغالبية المتغيرات (18)

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

متغيرًا)، حيث نجدها دالة عند مستوى دلالة (0.05)، مما يدل على أنها متغيرات مهمة تسهم بشكل كبير في تصنيف الدول إلى العناقيد، بينما نجد باقي المتغيرات والمتمثلة في المواليد الخام، عدد السكان والوفيات الإجمالي، حيث لم تكن دالة إحصائياً، مما يدل على أن هذه المتغيرات لم تسهم بشكل كبير في ترتيب الدول في العناقيد باستخدام هذه الطريقة.

ولمعرفة طبيعة العلاقة بين المتغيرات وعدد الحالات المدروسة، قمنا بتوظيف التحليل العاملي بنفس الطريقة المستخدمة في التجميع الهرمي (HCA)، حيث اكتفينا بدراسة الارتباط بين المحاور الأساسية والعناقيد المستخرجة عن طريق التمثيل البياني لتشعبات العناقيد بالمحاور كما هو مبين في الشكل (16.3).



الشكل (16.3): تمثيل تشعب العناقيد على المحاور (طريقة تعظيم القيمة المتوقعة).

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج تناغرا (TANAGRA 1.4.50).

من خلال تحليلنا لتمثيل تشعب العناقيد بالمحاور المستخرجة بطريقة التحليل العاملي للمتغيرات المدروسة نلاحظ العنقود الأول الذي يضم ست (06) دول يرتبط ارتباطاً قوياً موجبا بالمحور الأول، أما العنقود الثاني فهو مرتبط ارتباطاً قوياً موجبا بالمحور الثاني، وارتباطاً قوياً سالبا بالمحور الثالث ويضم (14) دولة، في حين نجد العنقود الثالث ويضم ست (06) دول وهو مرتبط ارتباطاً سلبياً

بالمحور الثاني وارتباطا موجبا بالمحور الثالث. أمّا العنقود الرابع يضم (16) دولة مرتبطة ارتباطا سلبيا بالمحور الأول.

3.4.3. قراءة وتفسير النتائج:

إنّ تحليل مؤشرات الصحة الإنجابية في إفريقيا يكشف عن تفاوتات كبيرة بين البلدان، ممّا يستدعي فهماً دقيقاً واستجابات سياسية متخصصة، إنّ تفسير العناقيد التي تمّ الحصول عليها من خلال استخدام طرائق التحليل العنقودي، والتّجميع يوفر نظرة شاملة على جملة التّحدّيات التي لا تزال قائمة عند غالبية الدول وكذا مستوى النّجاحات التي تمّ تحقيقها في بعض دول القارة.

1.3.4.3. تفسير نتائج العناقيد:

تتشابه نتائج كلّ من طريقة المتوسطات K-Means وطريقة التّجميع الهرمية Hierarchical Cluster Analysis بخصوص ترتيب الدول في كل عنقود فهي موزعة على التوالي (01، 26، 04 و 11) و (01، 29، 05، 07)، بخلاف نتائج طريقة التّجميع بتعظيم القيمة المتوقّعة EM-Clustering، التي تشير إلى توزيع مغاير للدول في كل عنقود (06، 14، 06، 16).

يمثّل العنقود الأول الذي تُهيمن عليه دولة نيجيريا على أزمة عميقة بخصوص الصحة الإنجابية، حيث تتصدّر الدول الإفريقية في مستوى وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة. كما سجّلت كذلك أعلى معدّل لوفيات الأمّهات خاصّة الوفيات بسبب الأمراض المعدية، وظروف الأمومة، وظروف الفترة المحيطة بالولادة. تفسّر هذه الوضعية بوجود فشل منهجي في تخطيط الرعاية الصحية المناسبة، وهذا ما تمّ تأكيده من طرف منظمة الصحة العالمية¹، على أنّ

¹ World Health Organization (WHO): "Reproductive Health Indicators in Africa". Global Health Observatory. Geneva. 2020.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

مزيج الفقر، وعدم الاستقرار السياسي وعدد السكان المطرد والبنية التحتية الصحية الهشة أدى إلى تفاقم معدلات الوفيات. ممّا جعل الدولة تدقّ ناقوس الخطر بإعادة تصميم السياسات الصحية لمعالجة المحددات الاجتماعية للصحة، وزيادة تعبئة الموارد للحدّ من ارتفاع وفيات الأمّهات والأطفال.

يمثل العنقود الثاني، حسب نتائج الدراسة، بمدى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، حيثُ يبرز مستوى الانتشار الكبير والتأثير المدمر لهذا الوباء على الصحة الإنجابية. كما يضمّ هذا العنقود الدول الواقعة جنوب إفريقيا على سبيل المثال، ليسوتو، التي تُعتبر واحدة من الدول التي تسجّل أعلى معدلات انتشار فيروس نقص المناعة البشرية في العالم. كما تطرّق إليه برنامج الأمم المتحدة في تقريره المتعلّق بتأثير الرعاية المتكاملة لفيروس نقص المناعة البشرية على نتائج الصحة الإنجابية لسنة 2021¹، بضرورة دمج رعاية فيروس نقص المناعة البشرية في خدمات الصحة الإنجابية لتحسين النتائج الصحية، ودعت إلى تكثيف برامج العلاج والوقاية المتكاملة لفيروس نقص المناعة البشرية التي يمكن من خلالها أن تقلّل من معدلات انتقال الفيروس وتحسّن نوعية حياة المرضى.

العنقود الثالث يشمل بلدان شمال إفريقيا بالإضافة إلى دول السيشل وسان تومي، حيث تعرف هذه الدول مستويات وفيات منخفضة ومؤشرات الصحة الإنجابية متقاربة، وذلك ما يفسّره ارتفاع مستويات خدمات الرعاية الصحية الإنجابية (المتابعة الصحية للأمّهات والإطار الطبي والمراكز الاستشفائية)، ويفسّر ذلك بحجم الاستثمارات المستدامة في البنية التحتية الصحية والتعليم.

¹ Global Fund: "Impact of Integrated HIV Care on Reproductive Health Outcomes. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria". Geneva. 2021.

واقع مؤشرات الصحة الانجابية في العالم ودول افريقيا

ومع ذلك، فإنّ هذه البلدان ليست بمعزل هي الأخرى عن جملة التّحدّيات الإفريقيّة. فالاختلافات بين الدّول التي لا نكاد نراها بواسطة المتوسّطات الإقليميّة، لا تزال قائمة. فعلى سبيل المثال، لا يزال الوصول إلى الرّعاية الصحيّة الإنجابيّة في المناطق الريفيّة مشكلة كبيرة رغم التّحسّن الملحوظ في مؤشرات الصحة الإنجابيّة الكليّة مثل الجزائر والمغرب ومصر¹. وهذا يشير إلى أنّ التّخطيط للسياسات الصحيّة يجب ألاّ تهدف إلى بلوغ معدلات وطنيّة جيّدة فحسب، بل أيضاً إلى ضمان توزيع عادل للخدمات بدون أي إقصاء.

يشمل العنقود الرّابع غالبية الدّول الواقعة في إفريقيا الوسطى وجنوب الصّحراء، حيث يكشف عن معدّلات جد مرتفعة لوفيات الرضّع والأمّهات، فضلاً عن معدّلات الخصوبة المرتفعة. كما يؤكّد هذا الوضع الحاجة إلى تدخلات متعدّدة الأوجه، على غرار مكافحة سوء التّغذية وتعزيز البنية التّحتيّة الصحيّة وتحسين تعليم المرأة. كما دعت منظمّة الأمم المتّحدة للطفولة (اليونيسف) في تقريرها لسنة 2021 حول مراجعة شاملة لصحة الأمّ والطفل في إفريقيا² بضرورة تركيز السياسات على تطوير الرّعاية الصحيّة الأوليّة والتّغذية والتّعليم لتحقيق تغيير دائم في مؤشرات الصحة الإنجابيّة.

2.3.4.3. تفسير نتائج تحليل المكونات الرّئيسيّة (PCA):

يوفّر تحليل المكونات الرّئيسيّة رؤى حاسمة حول متطلّبات الصحة الإنجابيّة. كما يسلّط الضوء للعامل الأوّل، حسب نتائج الدّراسة، على الصّورة الملحّة للوصول إلى خدمات الرّعاية الصحيّة في تقليل وفيات الرضّع، حيث تشير النّتائج أنّ زيادة الوصول إلى خدمات صحّة الأمّهات

¹ World Bank: "Rural Healthcare Access in North Africa: Challenges and Opportunities". Washington, D.C. World Bank Group. 2020.

² UNICEF: "Maternal and Child Health in Sub-Saharan Africa: A Comprehensive Review". United Nations Children's Fund. In New York-United States of America. 2021.

مرتبطة بانخفاض كبير في وفيات الرضع، وبالتالي فإن الاستثمار في الرعاية الصحية الأولية وصحة الأمهات أمر ضروري لتحسين النتائج الصحية¹.

أما العامل الثاني، والذي يشير إلى مدى انتشار فيروس نقص المناعة البشرية، الذي يبرز الحاجة الملحة إلى استراتيجيات شاملة ومتكاملة لمكافحة هذا الوباء، بالإضافة إلى تعزيز برامج الوقاية والعلاج وإدماجها في سياسات الصحة الإنجابية.

يرتبط العامل الثالث بالديناميكيات السكانية على غرار حجم السكان والوفيات والمواليد الخام، حيث تُعتبر أهمية إدارة النمو السكاني ضمن متطلبات تحسين صحة الأمهات والأطفال، فمن خلال هذا العامل، يجب على البلدان ذات معدلات الخصوبة المرتفعة اعتماد سياسات تنظيم الأسرة والصحة الإنجابية للسيطرة على ديناميكية السكان وتحسين الظروف المعيشية².

¹ Okonofua, F. et al.: "Correlation between maternal healthcare access and infant mortality rates in Africa". The Lancet Global Health. 6(7). 2018. PP 750-760.

² Population Council: "Fertility Trends and Maternal Health: Implications for African Demographics". Population Council. In New York-United States of America. 2019.

خلاصة الفصل:

وخلاصةً لهذا الفصل الذي تناولنا فيه واقع الصحة الإنجابية على المستوى العالمي ودول إفريقيا، وهو فصل تمهيدي قبل التطرُق لدراسة بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر. فمن خلال هذا الفصل، تمّ التطرُق إلى مستويات بلوغ أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة الإنجابية على المستوى العالمي، كذلك وبحكم موقع الجزائر ضمن القارة التي تشهد مستويات جد متدنية لمؤشرات الصحة الإنجابية، تمّ اختيار هذه القارة لرصد وتحليل مؤشرات الصحة الإنجابية في دول إفريقيا.

كما تمّ إجراء التحليل العنقودي لهذه المؤشرات باستخدام ثلاث (03) طرائق رئيسية، مكّنتنا من معرفة شدة واتجاه العلاقة الارتباطية بين هذه المؤشرات، وتمّ تقسيم الدول الإفريقية في عناقيد متجانسة، تمّ تفسيرها حسب درجة ارتباط كل مؤشّر مع العوامل الأولية المستخلصة بطريقة تحليل المكونات الأساسية ومدى تأثيره على الصحة الإنجابية لهذه الدول.

كما تُظهر نتائج هذه الدراسة كذلك ضرورة تكييف نهج استراتيجي مستدام يضمن الرعاية للصحة الإنجابية ويراعي الخصائص الوطنية والإقليمية لهذه الدول، مع منح الأولوية القصوى للدول الأكثر ضعفاً، مع بعث دراسات معمّقة مستندة بالأدلة والإحصاءات الموثوقة لإيجاد الحلول وصياغة السياسات الصحية وتعزيز التدخّلات وسبل التعاون بين هذه الدول.

الفصل الرابع

تطور مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر (2006-2019)

1.4. التعريف بالنظام الصحي والخدمات الصحية؛

2.4. النظام الصحي في الجزائر ومراحل تطوره؛

3.4. برامج الصحة الإيجابية في الجزائر والهيئات المكلفة بها؛

4.4. تطور مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر.

تمهيد:

شهد واقع الصحة الإنجابية في الجزائر خلال السنوات الأخيرة تبايناً ملحوظاً في مؤشراتته، ممّا أنقل كاهل المخططات التنموية للدولة. فعلى الرغم من الموارد المالية الضخمة والجهود المبذولة لإعادة هيكلة المنظومة الصحية، وتوسيع شبكة المنشآت القاعدية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة في مختلف المناطق، بهدف خفض معدلات وفيات الأطفال والأمهات والارتقاء بالمستوى الصحي العام بما يتماشى والهدف الخامس من خطة التنمية المستدامة لسنة 2030، إلا أنّ المؤشرات الميدانية تكشف عن وجود فجوة حقيقية بين الأهداف المسطرة والواقع الملموس.

لذلك، ومن أجل فهم أعمق لهذه الديناميكيات، ارتأينا في هذا الفصل من الدراسة رصد تطورات أبرز مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر، بالإضافة إلى إلقاء الضوء على المراحل الرئيسية لتطور القطاع الصحي، مع إبراز مقوماته المادية والبشرية، بهدف تقييم الإنجازات المحققة وتحديد أوجه القصور التي لا تزال تعيق الارتقاء بخدمات رعاية الأمومة والطفولة في البلاد.

1.4. مراحل تطوّر النظام الصحيّ في الجزائر:

تعتمد صياغة برامج صحّيّة فعّالة على تقييم دقيق لإمكانات القطاع الصحيّ وتحديد مدى التّقدّم في تحسين المؤشّرات الصحيّة، وهو ما يتطلّب معرفة عميقة بالواقع الفعليّ للبلاد. في هذا السياق، بدأت الجزائر، منذ عدّة سنوات، في وضع برامج صحّيّة تتدرج ضمن مخطّطات خماسيّة، بهدف تلبية الاحتياجات الصحيّة للسّكان وتحقيق تغطية صحّيّة شاملة. وعليه يمكننا إبراز التّطور التّاريخيّ للنّظام الصحيّ الجزائري من خلال المراحل التّالية:

1.1.4. المرحلة الاستعماريّة (1830-1962)

اعتمدت السّياسة الصحيّة في الجزائر إبّان الفترة الاستعماريّة، بشكل أساسيّ على الجهاز الصحيّ العسكريّ الفرنسيّ، حيث كانت الخدمات الصحيّة تُقدّم بشكل رئيسي من قبل المصالح الصحيّة العسكريّة وكانت مهمّة الإسعاف موكلة للجيش. مع مرور الوقت، حاول المستعمرون جلب أطباء مدنيين وإنشاء مؤسّسات صحيّة ومستشفيات، لكنّها كانت في الغالب ذات طابع عسكريّ. ففي سنة 1850 تمّ إنشاء 13 مؤسّسة صحيّة، ثم ارتفع إلى 60 مؤسّسة سنة 1853.

أصبحت المستشفيات مختلطة، تُقدّم خدماتها للعسكريين والمدنيين على حد سواء وبحلول سنة 1885، وصل عدد الأطباء المدنيين إلى 81 طبيبياً. ومع ذلك، لم تكن هذه المؤسّسات تخدم جميع فئات المجتمع بالتساوي، بل كانت تقتصر على فئات معينة خاصّة منهم الأوروبيين، بينما كانت التّغطية الصحيّة للمواطنين الجزائريين ضعيفة للغاية، لا سيما في المناطق الريفيّة.¹

شهدت السّياسة الصحيّة بعدها بعض التّطورات، حيث أنشئت تنظيمات صحيّة سنة 1906 تحت اسم "نظام أطباء البلدية" بهدف علاج الفقراء وذوي الدّخل المحدود. كما أنشئت "عيادات

¹ أحمد درديش: "الصحة الإنجابية في الجزائر". المصدر المذكور سابقاً، ص112.

الأهالي"، ممّا يشير إلى وجود طب خاص بالمستعمر وآخر خاص بالمعمر. وفي سنة 1908، تمّ تطبيق القانون المؤرّخ في 15 فيفري 1902 المتعلّق بحماية الصّحة العامّة، وأُسّس معهد باستور في الجزائر العاصمة سنة 1910. كما أُقيمت سنة 1926 جمعيّة للممرّضات مسؤولة عن زيارة المرضى. وبعد سنة 1945، تطوّرت الأجهزة والمراكز الصحيّة، لكنها بقيت تُخدم بشكل أساسيّ الجيش الفرنسيّ، المعمرين، والجزائريين العاملين لديهم. أمّا بالنسبة للإنتاج الصيدلانيّ، كان توزيع واستيراد الأدوية يتم عبر الصيدليّة المركزيّة الجزائريّة (PCA).

بشكل عام، يمكن القول أنّ المساعدات الطبيّة في هذه المرحلة كانت محدودة وتخصّ فئة معيّنة من السّكان، وكان العلاج يقتصرُ على العسكريين الفرنسيين وعدد قليل من المدنيين الفرنسيين.

2.1.4. مرحلة إدارة الأزمة الصحيّة (1962-1973):

واجهت الجزائر بعد استقلالها تحديات صحيّة كبيرة، فبعد هجرة جماعيّة للأطباء والممرضين الفرنسيين ما يقارب 2200 طبيب و2700 ممرّضة، تُركت 144 مستشفى دون إدارة، وبقي أقلّ من 500 طبيب لرعاية حوالي 10.5 مليون نسمة¹. هذا الوضع المتردّي ورثته الجزائر مع نظام صحيّ كان متركّزاً في المدن الكبرى فقط وكن مقتصرًا على الطبّ العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرفُ عليها البلديات كما أنّ المساعدات الطبيّة كانت تقدّم بالمجان وكذا مراكز الطبّ المدرسيّ النّفسي التي تشرفُ عليها وزارة التربيّة والتّعليم².

كما تميّزت هذه المرحلة بمؤشرات صحيّة متدنّية كارتفاع معدّلات وفيات الأطفال والأمّهات بسبب الفقر وسوء النّغذية وانتشار الأوبئة مثل الإسهال والالتهابات التّنفسيّة، حيث بلغ معدّل وفيات

¹ علي محمد دحمان: "تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر". أطروحة دكتوراه. جامعة تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية. قسم التسيير. 2017، ص109.

² نور الدين حاروش: "الإدارة الصحيّة دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني". الجزائر: دار الأمة للطباعة والنشر والتوزيع. 2017، ص253.

الأطفال سنة 1965 الى 160%، وبلغ معدّل وفيات الأمّهات 500 وفاة لكل مائة ألف ولادة حيّة، ولم يتجاوز متوسط العمر 50 سنة نظرا لتدهور الحالة المعيشيّة وقلّة الإمكانيات¹. ولمواجهة الوضع الصحيّ المتأزم لجأت الجزائر لطلب المساعدة الدوّليّة من دول روسيا، الصّين، مصر، بلغاريا، رومانيا. كما حاولت وزارة الصّحة تحقيق هدفين رئيسيين وهما²: تقليل النّقاوت في توزيع الكوادر الصحيّة بين مختلف المناطق، والقضاء على الأمراض المعديّة لخفض الوفيات. ولتحقيق هذه الأهداف، طلبت الجزائر المساعدة الدوّليّة من دول مثل روسيا والصّين، واتّخذت إجراءات عدّة تنظيميّة مهمّة:

- 1963: إلزاميّة التّبليغ عن الأمراض المعديّة.
- 1964: إنشاء المعهد الوطني للصّحة العموميّة.
- 1966: إصدار قانون لتنظيم مهنتي الأطبّاء والصّيادلة، وإقرار إجباريّة اللّقاحات ومجانيتها.
- 1969: إقرار مجانيّة خدمات الأمومة والطّفولة، وتعميم النّطعيم ضدّ أمراض الأطفال.
- 1969-1970: إطلاق حملة وطنية للتّطعيم ضدّ السّل وشلل الأطفال.

ومن جهة أخرى، ساهمت المخطّطات التّنمويّة في دعم القطاع الصحيّ وتحسين الوضعيّة الصحيّة للسّكان. ففي المخطّط الثّلاثي الأوّل (1967-1969)، تمّ تخصيص موارد لإنشاء 10 مستشفيات و 109 عيادة صحيّة متعدّدة الخدمات، و 629 مركز صحيّ، وبحلول سنة 1972، تمّ إنجاز 07 من هذه المستشفيات. أمّا المخطّط الرّباعي الأوّل (1970-1973)، فقد ركّز على تجهيز

¹ حنان قوندي: "تقدير احتياجات الصحة الإيجابية لسكان في الجزائر باستخدام برنامج الطيف الديموغرافي Spectrum دراسة تحليلية بولاية باتنة". أطروحة دكتوراه. جامعة سطيف 2. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية.

قسم علم السكان والصحة، ص 120.

² نعيمة عيزل: "الممارسات العلاجية الشعبية في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية على عينة من ولايات الوطن". أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 2. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم الاجتماع والديموغرافيا. 2015، ص 125.

المؤسسات الصحيّة الجديدة حيث برمج 600 سرير إضافي، منها 200 سرير خصّص للمستشفيات الجامعيّة و100 عيادة متعدّدة الخدمات و 100 مركز صحي و10 مراكز للتّوليد ومجموعة من المخابر للنّظافة بالولايات.¹

على الرّغم من هذه الجهود التي ساهمت في التّغلب على العديد من المشاكل الموروثة، إلّا أنّ القطاع الصحيّ لم يحقّق نموًا كبيرًا يغطّي احتياجات جميع المرضى في مختلف أنحاء البلاد. ظلّ التّفاوت في التّغطية الصحيّة قائمًا، حيث كانت معظم الكوادر الطبيّة وشبه الطبيّة تفضّل العمل في مستشفيات المدن الكبرى ممّا نجم عنه تباين الرعايّة الصحيّة بين أقاليم الوطن.

3.1.4. مرحلة الطبّ المجاني (1974-1982):

خلال فترة السّبعينيات، شهدت الجزائر خطوات هامّة في مجال الصّحة العامّة، تهدف إلى توفير الرعايّة الصحيّة لجميع المواطنين، حيث نصّ دستور 1976 في المادّة 67 على حق كلّ مواطن في حماية صحّته، مؤكّدًا على أنّ هذا الحقّ مكفول من خلال خدمات صحيّة عامّة ومجانيّة وتوسيع نطاق الطبّ الوقائي². كما تعرّز هذا التّوجّه بقرارات جديدة صدرت عقب المؤتمر الرّابع لحزب جبهة التّحرير الوطني في ديسمبر 1970، ومن أبرز هذه القرارات كان اعتماد سياسة الطبّ المجانيّ في جميع المؤسسات الصحيّة العموميّة سنة 1974، بهدف ضمان العدالة في فرص العلاج وتحديد استراتيجيّة فعّالة للرعايّة الشّاملة³.

كذلك، لتحقيق هذه الأهداف، شهد المخطّط الرّباعي الثّاني (1974-1977) خطّة طموحة لزيادة البنية التحتية الصحيّة، شملت إنجاز 50 مستشفى، 160 عيادة متعدّدة الخدمات، 300 مركز

¹ المصدر نفسه، ص 126.

² نور الدين حاروش: "الإدارة الصحيّة دراسة مقارنة بين النظام الصحيّ الجزائري والأردني". المصدر المذكور سابقًا، ص 257.

³ جبهة التحرير الوطني: "الميثاق الوطني"، مصلحة الطباعة للمعهد الوطني الجزائري، 1976، ص 271.

صحي، و25 عيادة توليد. كما ركزت الخطّة على تطوير الموارد البشريّة من خلال إنشاء 12 مدرسة للتكوين الطبي بسعة 300 مقعد لكلّ منها، إلى جانب تأسيس مركب باستور لإنتاج الأمصال والمضادّات الحيويّة. هذه الجهود أسست لنظام صحيّ اشتراكي قائم على مبدأ الخدمة الوطنيّة للصحة¹.

4.1.4. مرحلة الطب الوقائي (1983-1990):

تميّزت هذه المرحلة، التي امتدّت من سنة 1983 إلى 1990، بتحدّيات اقتصادية وصحيّة كبيرة في الجزائر، فمن النّاحية الاقتصادية، أدّى هبوط أسعار النفط إلى أزمة اقتصادية حادّة أثّرت على كلّ القطاعات. أمّا صحياً، فقد ظهرت مجدداً بعض الأمراض الوبائيّة التي تنتقل عبر المياه، إلى جانب انتشار الأمراض المزمنة مثل السّكري، وأمراض القلب والجهاز التّنفسي. تعود هذه الأوضاع الصحيّة المتدهورة إلى عوامل عدّة، منها نقص النّظافة العامّة، وسوء حالة السّكن، واتّساع رقعة الفقر، بالإضافة إلى سوء التّغذية.

في ضلّ هذا الوضع، اتخذت الحكومة الجزائرية عدة إجراءات حاسمة. ففي سنة 1984، شنّت الحكومة حملة واسعة لمكافحة أمراض الإسهال، والسّل، والحصبية. وفي المؤتمر الاستثنائي "من أجل حياة أفضل"، تمّت المصادقة على المخطّط الخماسي الأوّل الذي تضمن توصيات مهمّة في المجال الصحيّ، شملت إعادة هيكلة النّظام التّعليميّ الطبي لتحسين جودة التّدريب والتّأطير²، وإعادة رسم الخريطة الصحيّة الوطنيّة في سنة 1986، وإعطاء الأولويّة للخدمة الصحيّة في خطط التّميّة، بالإضافة إلى وضع سياسات لتحسين الظروف المعيشيّة للأسر فيما يتعلّق بالسّكن والنّظافة.

¹ عمر خروبي بزارة: "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر". رسالة ماجستير. جامعة الجزائر-3. كلية العلوم السياسية والإعلام. 2011، ص43.

² القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها وإنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية.

وفي إطار سعيها لتحقيق "الصحة للجميع"، تبنت الجزائر سياسة الطب الوقائي بشكل موسع، حيث تم دمج برامج الطب الوقائي ضمن خطط التنمية بهدف خفض وفيات الأطفال بنسبة 50% بحلول سنة 1990، وذلك بالتعاون مع منظمة الصحة العالمية. كما تم إنشاء العديد من المؤسسات الاستشفائية بهدف تدريب وتأهيل عدد أكبر من الكوادر الطبية المتخصصة. وعلى صعيد الإنتاج الصيدلاني، أعيد تنظيم الصيدلية المركزية الجزائرية (PCA) في سنة 1983، وتم فصل وحدات إنتاج الأدوية عن وحدات التوزيع، مع إنشاء مؤسسات متخصصة مثل مؤسسة الإنتاج الصيدلاني (PHARMS)، ومؤسسة إنتاج الأدوية (SAIDAL)، والمؤسسة الوطنية للعتاد الصحي (ENEMEDI)¹.

5.1.4. مرحلة ليبرالية العلاج (1991-2000):

اتجهت السياسة الصحية خلال هذه الفترة نحو تعزيز القطاع الخاص وتطبيق نهج ليبرالي في العلاج، حيث ارتكز هذا التوجه على أربعة محاور أساسية: التكوين المكثف للكوادر الطبية، زيادة عدد المؤسسات والمراكز الصحية، الاستيراد الواسع للتكنولوجيا الطبية الحديثة، بالإضافة إلى دمج برامج الطب الوقائي ضمن خطط التنمية الصحية. كما شهدت هذه المرحلة تطورات بارزة تمثلت في إنشاء عدة مؤسسات صحية متخصصة لدعم القطاع، ومن أبرز هذه الإنجازات:²

- 1993: تأسيس المخبر الوطني لمراقبة الإنتاج الصيدلاني (LNCPP)؛

- 1994: إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات (PCH) لتزويد المؤسسات الصحية بالأدوية؛

- 1995: تأسيس الوكالة الوطنية للدم (ANS)؛

¹ نعيمة عيزل: "الممارسات العلاجية الشعبية في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية على عينة من ولايات الوطن". المصدر المذكور سابقا، ص 132.

² نور الدين حاروش: "الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني". المصدر المذكور سابقا، ص 290.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

- 1996: إقامة المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي (INPFP) المخصص للبحث في مجال تكوين الإطارات الشبه الطبي؛

- 1998: إنشاء المركز الوطني للتسمم (CNT) لدراسة وتقييم مخاطر التسمم.

إلى جانب ذلك، تمّ خلال هذه الفترة مراجعة شاملة لسياسة استيراد الأدوية ومراقبتها وتوزيعها، وإنشاء المجلس الوطني لأخلاقيات العلوم الطبيّة عام 1990. كما تمّ اعتماد اللامركزية في النشّاطات الصحيّة سنة 1996، حيث قُسمت البلاد إلى خمس مناطق صحيّة (الوسط، الشرق، الغرب، الجنوب الشرقي، والجنوب الغربي) تعمل بالتنسيق عبر مجالس صحيّة جهويّة. واستكمالاً لهذا النهج، تمّ تبني نظام جديد للمعهد الوطني للصحة العامّة (INSP) بإنشاء مراكز جهويّة في كلّ من الجزائر، وهران، قسنطينة، ورقلة، وبشار سنة 1997، بالإضافة إلى إنشاء ملحقات لمعهد باستور في وهران وقسنطينة في نفث السنّة. أمّا بحلول سنة 2000، شهدت البنية التحتيّة الصحيّة توسعاً كبيراً، حيث تمّ إنجاز عدد هائل من الهياكل، منها: 1252 مركزاً صحياً، و 497 عيادة متعدّدة الخدمات، و 3964 قاعة علاج، و 430 داراً للولادة¹. في ضلّ هذه الإنجازات تحسّنت المؤشّرات الصحيّة بشكل ملحوظ، حيث وصلت التغطية الصحيّة إلى 1,06 طبيب لكلّ ألف نسمة، و 1,58 صيدلي لكل 10 آلاف ساكن، و 2,69 جراح أسنان لكل 10 آلاف ساكن.

ومن جهة أخرى، وعلى الرّغم من هذه الإنجازات، واجهت المرحلة الليبرالية العديد من المشكلات والصّعوبات، أبرزها:

- عدم تلبية الطّلبات الصحيّة للسّكان، خاصّة فيما يتعلّق بالأمراض المزمنة مثل أمراض الكلى، القلب، والسّرطان؛

¹ الديوان الوطني للإحصائيات (ONS): "حوصلة احصائية 1962-2020". الجزائر. 2024، ص 149.

- عدم قدرة الهياكل الصحيّة على مواكبة التّطورات الطّبيّة الحديثة؛
- هجرة الأطباء ذوي الكفاءات العالّية إلى القطاع الخاص، وعدم استقرار الكوادر الصحيّة المسؤولة عن الرقابة والعلاج؛

- ارتفاع نسبة الأعطال في الأجهزة الطّبيّة وتكرار النّقص في الأدوية الأساسيّة.
- دفعت هذه التّحديات المسؤولين إلى إعادة صياغة السّياسة الصحيّة حول هدفين رئيسيين:
- ضمان الحقّ الدّستوري للمواطنين في الحماية الصحيّة والاستفادة من الخدمات الأساسيّة وبرامج الوقاية، وضمان وصولهم العاجل إلى مراكز العلاج.

6.1.4. مرحلة الإصلاح وإعادة التّمنّيّة (2001-2020):

شهدت المنظومة الصحيّة في الجزائر خلال هذه الفترة دفعة قويّة من أجل تحسين أدائها وإعادة النّظر في طرق تمويلها، حيث بدأ هذا التّوجه سنة 2002 عندما تغيّر اسم وزارة الصّحة والسّكان ليصبح "وزارة الصّحة والسّكان وإصلاح المستشفيات"، بهدف توسيع نطاق عملها وتحديث القطاع وتبني الوزارة سياسة إصلاح شاملة للمستشفيات تركز على مبدأ "الإصلاح من الداخل"، مع التّركيز على اللامركزيّة في التّمويل والإدارة. هذا النّهج سمح للمؤسّسات الصحيّة بإدارة نفسها بشكل مستقل، ممّا يضمن كفاءة أكبر في تقديم الخدمات.¹

في سنة 2008، تمّ تعديل الهيكل التّنظيمي للمنظومة الصحيّة بشكل جذري، بناءً على المرسوم التّنفيذي الصّادر في ماي 2007²، حيث قسّمت الخريطة الصحيّة الجديدة القطاعات التي تحتوي على مستشفيات إلى كيانين رئيسيين: المؤسّسة العموميّة الاستشفائيّة تضمّ المؤسّسات

¹ نور الدين حاروش: "الإدارة الصحيّة دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني". المصدر المذكور سابقاً، ص 290.

² حسين طاهري: "الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات وفي المستشفيات العامّة". الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر. 2002، ص 23.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

العموميّة الاستشفائيّة (EPH) والمؤسّسات الاستشفائيّة المتخصصة (EHS) والمراكز الاستشفائيّة الجامعيّة (CHU)، وهي مخصّصة للرعاية العلاجيّة، بالإضافة إلى المؤسّسة العموميّة للصحة الجواريّة وهي مسؤولة بشكل أساسي عن الرعاية الوقائيّة، وتضمّ قاعات العلاج في القرى والعيادات متعدّدة الخدمات في التجمّعات السكّنية، مع إلغاء المراكز الصحيّة السابّقة.

وقد مُنحت كلّ من هذه المؤسّسات استقلاليّة إداريّة وماليّة. فبينما يتمّ تمويل المؤسّسات العموميّة للصحة الجواريّة بشكل مباشر من الدّولة، حصلت المؤسّسات الاستشفائيّة على استقلاليّة في الميزانيّة والإدارة، وهو ما تعزّز بتوقيع عقود مع صندوق التأمّينات الاجتماعيّة.

من جهة أخرى، عرفت هذه الفترة تخصيص ميزانيات ضخمة لتعزيز البنية التحتيّة للقطاع الصحي وذلك في إطار برنامج دعم النّموا الاقتصادي بين سنتي 2001 و 2004، تمّ بناء 12 مستشفى بتكلفة قدرها 12,8 مليار دج. تلا ذلك برنامج تكميلي بين سنتي 2005 و 2009، والذي خصّص له 258,6 مليار دج لإنجاز 120 مستشفى و 25 هيكلًا صحيًا جواريًا¹. بالإضافة إلى ذلك، تمّ التّركيز على تنمية الموارد البشريّة من خلال توظيف كوادر جديدة في جميع التخصّصات وتكثيف عمليات التّكوين المستمر. أدّى هذا المسعى إلى زيادة معدّلات التّغطيّة للكوادر الطبيّة 1,56 طبيب في كل ألف ساكن و 2,52 صيدلي لكل 10 آلاف ساكن و 3,23 جراح أسنان في كل 10 آلاف ساكن وهذا سنة 2010، لترتفع إلى 1,89 طبيب في كل ألف ساكن و 3 صيدلي لكل 10 آلاف ساكن و 3,99 طبيب أسنان في كل 10 آلاف نسمة سنة 2020.

¹ عبد الإله خلاصي: "العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية للفترة 1990-2018". أطروحة دكتوراه. جامعة تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية. قسم علوم التسيير. 2020، ص 77.

بفضل هذه الاستثمارات والإصلاحات، نجحت الجزائر في التحكم في معظم الأمراض الوبائية والمعدية. إلا أنه في المقابل، شهدت هذه الفترة ارتفاعاً في الأمراض المزمنة مثل أمراض القلب والسكري وارتفاع ضغط الدم والسرطان. لمواجهة هذا التحدي، تمّ التركيز على التكوين المستمر للأطعم الطبية، واستقدام فرق طبية أجنبية متخصصة لإجراء العمليات والفحوصات المعقدة داخل البلاد، ممّا قلل من الحاجة إلى إرسال المرضى إلى الخارج.

2.4. برامج الصحة الإنجابية والهيئات المكلفة بها:

1.2.4. أهم البرامج الموجهة للصحة الإنجابية في الجزائر:

تتميز معظم البرامج المحلية المخصصة لصحة المرأة بكونها متعددة السنوات. تتفاوت مدة هذه البرامج حيث توجد برامج قصيرة المدى تمتد لسنتين، وأخرى متوسطة المدى قد تصل مدتها إلى ست سنوات. كما توجد برامج طويلة المدى قائمة منذ فترة طويلة وتخضع لعمليات تقييم دوري ومنتظم. ومن بين أهم هذه البرامج نجد:

1.1.2.4. برامج التطعيم الشامل بعد الاستقلال:

منذ استقلال الجزائر، كانت حماية صحة الأم والطفل هدفاً رئيسياً للصحة العامة خاصة بعد إبرام الاتفاقية الدولية لحماية الأمومة مع منظمة الصحة العالمية سنة 1962، وكذا الاتفاقية الفرنسية للضمان الاجتماعي سنة 1965¹. وعليه بدأت الجهود بتبني سياسات وقائية، حيث أصبح التطعيم ضد أمراض مثل السل والجدي والدفتريريا والكزاز وشلل الأطفال والسعال الديكي إلزامياً بحلول سنة

¹ حنان قوندي: "تقدير احتياجات الصحة الإنجابية لسكان في الجزائر باستخدام برنامج الطيف الديموغرافي Spectrum دراسة تحليلية بولاية باتنة". المرجع المذكور سابقاً، ص121.

1969. في نفس العام، تمّ إنشاء شبكة من مراكز حماية الأمومة والطفولة في جميع أنحاء البلاد، بهدف متابعة صحّة الأم والطفل من مرحلة الحمل وحتى سن السادسة للطفل.¹

2.1.2.4. برامج مجانيةّ العلاج وتنظيم الأسرة 1967-1974:

شهدت فترة السبعينيات تطورًا هامًا في خدمات تنظيم الأسرة. ففي عام 1967، افتتح أول مركز لتنظيم الولادات في مستشفى مصطفى باشا الجامعي بالجزائر العاصمة، ليرتفع عددها إلى 250 مركز سنة 1974، والتي تهدف إلى مراقبة الحمل والكشف عن أنواع الحمل العصبية المهددة لصحة الأمّ والجنين. ومع صدور الأمر رقم 73-65 في ديسمبر 1973 والمتعلّق بإنشاء الطبّ المجاني في قطاع الصحّة، والذي كرّس مبدأ مجانيّة العلاج، تمّ دمج خدمات منع الحمل في مراكز حماية الأمومة والطفولة. هذا الدمج سمح بتوحيد جهود الرعاية الصحيّة وتوفيرها من قبل نفس الفريق الطبيّ، ممّا سهّل على الأمّهات الحصول على متابعة شاملة للحمل والولادة والمباعدة بينها.² في سنة 1974، تمّ دمج سياسة منع الحمل في الخدمات الصحيّة الأساسيّة، ممّا أطلق البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة والمباعدة بين الولادات، بهدف تحسين صحّة الأمّ والطفل عبر الوقاية من حالات الحمل المتعدّدة والمتقاربة.

3.1.2.4. البرامج الوطنيّة للتّحكم في النّمّو السّكاني 1980-1988:

بحلول سنة 1980، وُضع أول برنامج للتّحكم في النّمّو الديموغرافي، وتمّ تطبيقه سنة 1983، حيث أسند إلى كتابة الدّولة للشؤون الاجتماعيّة، وركّز هذا البرنامج على ثلاثة محاور رئيسيّة:³

✓ تطوير البنية التحتيّة الصحيّة: إنشاء وتجهيز هياكل صحيّة لدعم خدمات تنظيم الأسرة؛

¹ دليلة عزيزي وسليمة بلخيري: "واقع الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري". المرجع المذكور سابقا، ص 239.

² المصدر نفسه، ص 240.

³ اللجنة الوطنية للسكان: "السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010". الجزائر. 2001، ص 29.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

✓ التوعية والإعلام: ترقية حملات إعلامية وتنقيفية لتشجيع السكان على استخدام وسائل تنظيم الأسرة، خصوصًا في المناطق الريفية؛

✓ البحث العلمي: تحسين المعرفة من خلال الدراسات والأبحاث حول عوامل الخصوبة والنمو السكاني.

تزامن هذا البرنامج كذلك مع البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال الذي أطلق في نفس السنة، والذي يهدف إلى تخفيض نسبة وفيات الأطفال إلى 50%، وتمّ بموجبه توسيع خدمات الصحة الإنجابية في كل أرجاء الوطن¹. وبين سنتي 1974 و 1983، تمّ افتتاح 440 مركزًا متخصصًا، وتوظيف 400 مختص من أطباء وقابلات، لتوفير خدمات منع الحمل². وفي سنة 1988، تمّ تطبيق برنامج "الصحة المحيطة بالولادة" بهدف تحسين ظروف الولادة وتقليل وفيات الأمهات والمواليد.

4.1.2.4. برامج تعزيز الصحة الإنجابية 1990-1999:

شهدت فترة التسعينيات تعزيزًا كبيرًا لأنشطة الصحة الإنجابية وذلك من خلال جملة من النصوص التنظيمية التي تضمن تقديم خدمات رعاية الأمومة والطفولة منها³:

✓ القانون 90-17 المتعلق بحماية الأمومة والطفولة وتخطيط الأسرة، ويهدف إلى ضمان خدمات متكاملة وشاملة للصحة الإنجابية، حيث تمّ وصف وسائل منع الحمل وتوفير مجموعة أوسع من هذه الوسائل ودمج خدماتها في مصالح التوليد وطب النساء بالمستشفيات؛

¹ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي (CNES): لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية. 1997، ص02.

² اللجنة الوطنية للسكان: "السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010". المصدر المذكور سابقًا. ص28.

³ حنان قوندي: "تقدير احتياجات الصحة الإنجابية للسكان في الجزائر باستخدام برنامج الطيف الديموغرافي Spectrum دراسة تحليلية بولاية باتنة". المرجع المذكور سابقًا، ص122.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

✓ المرسوم التنفيذي 91-110 المتعلق بالوضعيات الخاصة للقابات، ويعتبر إطاراً قانونياً يحدد مهام ودور القابات في تقديم خدمات الرعاية وجودة الصحة للنساء؛

✓ المرسوم التنفيذي رقم 00-205 المتعلق بإعادة تنظيم وزارة الصحة، حيث تم إنشاء مديرية متخصصة للصحة الإيجابية، وتم بعده إنشاء لجان ولأئية لمتابعة وفيات الأمهات والمواليد.

بعد انعقاد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة سنة 1994، عززت الحكومة مفهوم الصحة الإيجابية، وأنشأت اللجنة الوطنية للصحة الإيجابية والتخطيط العائلي. حيث توسعت الخدمات لتشمل علاج أمراض أخرى مثل العقم وسرطان الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة جنسياً.

وفي سنة 1997، أصبح تنظيم الأسرة جزءاً أساسياً من السياسات الوطنية الرامية للحد من النمو السكاني السريع، بهدف تخفيف الضغط على التنمية الاجتماعية. وشملت أهداف البرنامج في تلك الفترة:¹

✓ دعم هياكل التوليد، خصوصاً في المناطق الريفية، لتقليل وفيات الأطفال.

✓ تطوير مراكز التخطيط العائلي وتوفير وسائل تنظيم الأسرة.

✓ تكثيف حملات التوعية والإعلام.

تزامن هذا البرنامج كذلك مع إطلاق البرنامج الوطني الخاص بخفض وفيات المواليد الجدد الأمهات في سنة 1997، والذي ووزع عبر مختلف ولايات الوطن والذي يهدف إلى التحفيز على تباعد الولادات، ومتابعة الحمل في فترة ما قبل الولادة وتحسين ظروف الولادة وما بعدها ومتابعة صحة الأم والجنين.²

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH): "السكان والتنمية في الجزائر"، تقرير اللجنة الوطنية للسكان. الجزائر. 2002، ص35.

² زينب فاصولي: "الواقع الصحي للأمهات والأجنة في الجزائر-دراسة إحصائية تحليلية من التحقيقات الصحية الوطنية". مجلة دراسات إنسانية واجتماعية. جامعة وهران. المجلد (12). العدد (01). 2023، ص ص555-566.

وخلال الفترة الممتدة بين 1994 إلى 1999، توسّعت شبكة خدمات الصحة الإنجابية حيث تمّ بإدماج خدمات تنظيم الأسرة ضمن مصالح التّوليد وطب النساء على مستوى المؤسسات الاستشفائية العمومية، وتبعاً للقرارات الوزارية رقم 5 و 39 المؤرخة في 4 سبتمبر 1994 و 25 فيفري 1995 على التّوالي، تمّ إنشاء 363 مركزاً متخصصاً لتنظيم الأسرة في مختلف المستشفيات والمراكز الصحية عبر 48 ولاية. كما أولت الحكومة اهتماماً خاصاً للوقاية وعلاج سرطان عنق الرّحم، حيث تمّ إنشاء حوالي 100 مركز للكشف المبكر عن هذا المرض بين سنتي 1999 و2001.¹

هدف هذا البرنامج إلى إنشاء مراكز صحية متكاملة لتوفير خدمات الصحة الإنجابية مثل التّوليد، وطب النساء، والتّنظيم العائلي. يركز البرنامج بشكل خاصّ على سدّ الفجوة بين خدمات التّوليد وتنظيم الأسرة، وتقديم خدمات مخصّصة للأمّهات بعد الولادة. ولدعم هذه الخدمات، قامت الدّولة بتوفير برامج تدريب مستمرة للعاملين في القطاع الصحي. يغطي هذا التّدريب مجموعة من المهارات الأساسية، بما في ذلك إدارة البرامج، والتّخطيط، وإعداد الميزانيات. كما يشمل التّدريب على التّقنيات الطبية المتقدّمة مثل وصف وسائل منع الحمل وتركيب اللّولب، بالإضافة إلى تقنيات التّواصل مع المجتمع والكشف المبكر عن سرطان عنق الرّحم.²

5.1.2.4. برامج تمويل خدمات منع الحمل والرعاية الصحية 1995-2020:

فيما يخصّ تمويل وسائل منع الحمل، انتقل المصدر من ميزانية الضمان الاجتماعي إلى ميزانية وزارة الصحة ابتداءً من سنة 1994. ومنذ 1995، سمحت الصيدليّة المركزيّة للمستشفيات

¹ المصدر نفسه، ص 559.

² لعشيشي نوال وهاشم أمال: "الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية لسنة 2018". مجلة أبعاد. جامعة وهران 2. المجلد (10). العدد (01). 2023. ص ص 479-494.

بتنظيم توزيع هذه الوسائل. تُقدم خدمات منع الحمل مجاناً في المؤسسات الصحية الحكومية، ويتم تعويضها بنسبة 100% من قبل الضمان الاجتماعي عند تقديمها من قبل القطاع الخاص.

في سنة 2000، أطلقت الجزائر برنامج "الولادة بدون مخاطر" على المستوى الوطني، كما تعاونت مع منظمة اليونيسف على برنامج "بقاء وحماية وتطوير الطفل" بين سنتي 2002 و 2006. كما تمّ صياغة البرنامج الوطني المتعلق بتنظيم طب ما قبل الولادة وما بعدها وطب المواليد الجدد سنة 2006، حيث هدف هذا البرنامج إلى تحسين خدمات الرعاية الصحية بالمرأة الحامل خلال جميع فترات الحمل والولادة وما بعدها وكذا المواليد الجدد لتقليص معدلات وفيات الأمهات والأطفال بنسبة 5% إلى غاية سنة 2009¹. وتمّ وضع البرامج الوطنية للفترة المحيطة بالولادة ما بين 2006-2009 و 2016-2020 والتي تهدف إلى ضمان رعاية الثنائي الأم/الطفل حديث الولادة.

أمّا قانون الصحة الصادر سنة 2018، فقد حافظ على مبدأ الشمولية والمساواة في الحصول على العلاج. كما تبني القانون مفهوماً حديثاً للصحة يدمج والاقتصادية والوقائية، مع التركيز على أهمية التثقيف الصحي للمواطن الجزائري الأبعاد الاجتماعية. كما خصّص قسماً هاماً لتقييم جودة الرعاية الصحية.

وعليه، وخلال الفترة الممتدة من 1997 إلى 2023، تمّ فتح 37 مؤسسة استشفائية متخصصة للأم والطفل، منها 03 مؤسسات استشفائية متخصصة من 1997-2006 و 34 مؤسسة استشفائية متخصصة من 2006 إلى 2023.

¹ المرسوم التنفيذي رقم 05-438 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 والمتعلق بتنظيم وممارسة الرعاية الصحية في الفترة المحيطة بالولادة وطب الأطفال حديثي الولادة والتعليم رقم 004 لوزارة الصحة المتعلقة بتوحيد غرفة الولادة.

2.2.4. هيئات النظام الصحي المرتبطة بالصحة الإنجابية:

تتألف المنظومة الصحية في الجزائر من شبكة واسعة من الهيئات، بدءاً من المصالح المركزية، المديرّيات المحليّة والمجالس الاستشاريّة وصولاً إلى اللجان الوطنيّة والقطاعيّة المتخصّصة. حيث تعمل هذه الجهات مجتمعةً لضمان صحّة السّكان بشكل عام، بالإضافة إلى الاهتمام بتعزيز الصحّة الإنجابيّة وتوفير الرعايّة اللاّزمة لتحسين جودة الحياة للأفراد والأسر.

1.2.2.4. الهيئات الصحيّة المركزيّة:

- أ- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH): تعتبر وزارة الصحة الهيئة المركزيّة العليا المهتمة ببرامج السياسة الوطنيّة في مجال الصحة والسكان وهذا في إطار تطبيق السياسة العامّة للحكومة. كما تتولى بمتابعة ومراقبة تنفيذ هذه البرامج وتعرض نتائج عملها على الحكومة ومجلس الوزراء حسب الأشكال والكيفيات والآجال المقررة. تتركز أهم مهامها في¹:
- وضع السياسات: تخطيط وتطوير السياسات العامّة المتعلقة بالصحة والسكان؛
 - التنظيم والإدارة: تنظيم الرعاية الصحيّة، ومكافحة الأوبئة، وضمان جودة الخدمات الطبيّة؛
 - الإصلاح والتحسين: العمل على إصلاح المستشفيات والمؤسسات الصحيّة وتطويرها باستمرار؛
 - في مجال السكان: القيام بالدراسات الاستشرافيّة والتخطيط في مجال الديمغرافيا؛
 - التنسيق بين الشركاء: ترقية العلاقات بين هيئات الوزارة ومؤسسات الدولة وهيئات البحث العلمي والشركاء الاجتماعيين.

كما توجد مديرية مركزيّة تابعة للوزارة مكلفة ببرامج الصحة الإنجابية والتنظيم العائلي، ومن

بين مهامها²:

¹ المرسوم التنفيذي رقم 11-379 المؤرخ في 21 نوفمبر 2011 المحدد لصلاحيات وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

² المرسوم التنفيذي رقم 11-380 المؤرخ في 21 نوفمبر 2011 المتضمن تنظيم الإدارة المركزيّة لوزارة الصحة وإصلاح المستشفيات.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

- تحسين جودة خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وتسهيل الوصول إليها؛
- تطوير آليات لإدارة وتقييم برامج الصحة الإنجابية وتدعيم العلاقة مع التنظيم العائلي؛
- تحديد ومتابعة وتقييم البرامج الهادفة للكشف عن سرطان الأعضاء التناسلية، والعقم، وغيرها من قضايا الصحة الإنجابية خلال كل مراحل الحياة.

ب- هياكل الدّعم: تضم الوزارة عدة هيئات داعمة للصحة منها ما هو تحت وصايتها، نذكر أهمها في الجدول (1.4) أدناه:

الجدول (1.4): هياكل الدعم الصحي في الجزائر

المرجع	النشأة والمهام	الهيئة
المرسوم التّفيذي رقم 05-93 المؤرخ في 2 يناير 1993	تأسس سنة 1964، مهمته الرئيسية هي جمع ومعالجة المعلومات الصحيّة، المراقبة الوبائيّة، ومكافحة الأمراض والوقاية منها.	المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)
الأمر رقم 45-71 المؤرخ في 21 يوليو 1971	تأسس سنة 1971، يركز على مكافحة الأمراض المعدية والطّفيليات من خلال البحث، التحليل، الإنتاج الحيوي، والمراقبة الوبائية.	معهد باستور الجزائر (IPA)
المرسوم التّفيذي رقم 293-94 المؤرخ في 25 سبتمبر 1994	أنشئت سنة 1994، تهدف إلى تزويد المستشفيات بالأدوية والمستلزمات الطبيّة وضمان توفرها.	الصّيدلة المركزيّة للمستشفيات (PCH)
المرسوم التّفيذي رقم 258-09 المؤرخ في 11 أغسطس 2009	تأسست سنة 2009، مهمتها إدارة وتأمين الدم ومشتقاته على المستوى الوطني، بما في ذلك الجمع، التجهيز، والتوزيع، والتخزين.	الوكالة الوطنيّة للدم (ANS)
المرسوم التّفيذي رقم 89-11 المؤرخ في 7 فبراير 1989	تأسست سنة 1989، تهدف إلى تطوير التكوين في مجال الإدارة الاستشفائية.	المدرسة الوطنيّة للمناجمت وإدارة الصحة (ENMAS)
المرسوم التّفيذي رقم 525-21 المؤرخ في 26 ديسمبر 2021	تأسست سنة 2021، تتولى مهمة تسجيل واعتماد ومراقبة المواد الصيدلانية والمستلزمات الطبية.	الوكالة الوطنية للموارد الصيدلانية (ANRP)
المرسوم الرئاسي رقم 158-20 المؤرخ في 13 يونيو 2020	تأسست سنة 2020، تعمل على ضمان الأمن الصحي للسكان من خلال تقييم المخاطر الصحية وتنسيق أنشطة اليقظة الصحية.	الوكالة الوطنية للأمن الصحي (ANSS)
المرسوم التّفيذي رقم 148-96 المؤرخ في 27 أبريل 1996	أنشئ سنة 1996، يختص في ضمان جودة التعليم والتدريب في المهن الطبية المساعدة.	المعهد الوطني للبيداغوجي لتكوين شبه طبي (INPFP)
المرسوم التّفيذي رقم 192-98 المؤرخ في 3 يونيو 1998	تأسس سنة 1998، يهدف إلى ضمان سلامة استعمال الأدوية ومراقبة آثارها الجانبية بعد التسويق.	المركز الوطني لليقظة والسلامة الدوائية (CNPM)
المرسوم التّفيذي رقم 202-22 المؤرخ في 25 مايو 2022	تأسس عام 2003، يختص في الوقاية، التّشخيص، والعلاج من حالات التسمم، وتقديم الاستشارات الطبية في هذا المجال.	المركز الوطني لعلم السموم (CNT)

المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على الموقع الرسمي لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

[/https://sante.gov.dz/ar](https://sante.gov.dz/ar)

ج- الهيئات الاستشارية: على غرار الهياكل العمومية القائمة على دعم الصحة العمومية، هناك هيئات استشارية مركزية ولجان وطنية وطبية متكونة من أعضاء تقنيين متخصصين في رسم وتوجيه البرامج الصحية منها¹:

▪ المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي والبيئي (CNESE): تأسس سنة 1994، ثم تم إقرار تنظيمه بموجب المرسوم الرئاسي رقم 21-177 المؤرخ في 3 مايو 2021، مهمته الأساسية هي تقديم المشورة للحكومة في القضايا الاقتصادية، الاجتماعية، والصحية، بالإضافة إلى القضايا البيئية؛

▪ اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية والتخطيط العائلي: أنشئت بموجب القرار الوزاري رقم 121 سنة 1995، تعمل على تقييم وتحسين برامج الصحة الإنجابية من خلال دراسة مكوناتها، تحديد الصعوبات، واقتراح حلول لتحسين رعاية الأم والطفل؛

▪ اللجنة الوطنية لمكافحة الأمراض المنقولة جنسياً/الإيدز؛

▪ اللجنة الوطنية للسكان واللجان الولائية للسكان: تأسست بموجب المرسوم التنفيذي رقم 02-312 المؤرخ في 2 أكتوبر 2002، وهي لجان استشارية دائمة تهدف إلى تحديد السياسة الوطنية للسكان، وإعداد البرامج اللازمة للتحكم في النمو الديمغرافي وتطوير التنظيم العائلي.

2.2.2.4. الهيئات الصحية اللامركزية: تتمثل في المجالس الإقليمية والمديريات التنفيذية الولائية.

✓ المجلس الجهوي للصحة (CRS): تم إنشاؤه سنة 1995 وهو جهاز استشاري يقوم بالتنسيق بين القطاعات بما في ذلك الجمعيات من أجل توجيه النشاط الصحي تبعاً للحالة الوبائية واقتراح البرامج الصحية على المستوى الإقليمي؛

¹ الموقع الرسمي للأمانة العامة للحكومة (SGG): <https://www.joradp.dz/HAR/Index.htm>

✓ **المرصد الإقليمي للصحة (ORS):** عددها 05 مرافق تابعة للمعهد الوطني للصحة العمومية مهمتها البحث والتدريب وحماية وتعزيز الصحة العمومية ومكافحة الأمراض للمنطقة؛

✓ **مديريات الصحة والسكان (DSP):** موزعة حسب عدد ولايات الوطن، تأسست سنة 1994، ثم أعيدت هيكلتها سنة 1997، تقوم بتنفيذ البرامج القطاعية الموجهة للولاية. كما تم دمج برامج التحكم في النمو الديموغرافي مع برامج الصحة الإنجابية والتخطيط العائلي وأسفر ذلك عن إنشاء مكاتب مخصصة لتقديم خدمات الصحة الإنجابية.

3.2.2.4. الهيئات الصحية المحلية: وتتمثل في مختلف المؤسسات والمراكز الصحية التي تنشط

على المستوى المحلي، وتضم (03) أصناف مقسمة حسب معايير النشاط وهي:

- **المراكز الاستشفائية الجامعية¹ (EHU):** هي مؤسسات عامة تتميز بطابعها الخاص، وتتمتع باستقلالية مالية، تخضع لوصاية مزدوجة إدارية من قبل وزير الصحة، وببداغوجية من قبل وزير التعليم العالي. يتمثل دورها بالجمع بين تقديم العلاج المتخصص رفيع المستوى وتطبيق سياسات التكوين والبحث العلمي؛
- **المؤسسات الاستشفائية المتخصصة² (EHS):** هي مؤسسات عامة ذات طابع إداري، تتمتع باستقلالية مالية وشخصية معنوية. يتم إنشاؤها بمرسوم تنفيذي وتوضع تحت وصاية الوالي. تتميز بتركيزها على تخصص طبي محدد يظهر في اسمها؛
- **المؤسسات العمومية الاستشفائية³:** وتضم المؤسسات العمومية للصحة الجوارية، العيادات متعددة الخدمات، قاعات العلاج.

أما بخصوص توزيع هذه المؤسسات حسب الولايات فهي مبينة في الملحق رقم (04).

¹ المرسوم الرئاسي رقم 270-03 المؤرخ في 13 أوالمتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وتسييرها، لا سيما المواد 2،3،4 منه.

² المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وسيرها وتنظيمها، لا سيما المادتين 3 و 4 منه.

³ المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها. المادتين 3،2، ص 10.

3.4. المقومات المادية والبشرية لقطاع الصحة في الجزائر:

1.3.4. تطور الهياكل الصحية القاعدية:

عرفت الجزائر تطورا ملحوظا في الارتقاء بالخدمات الصحية للمواطن، وذلك من خلال زيادة عدد المستشفيات والوحدات والمراكز الصحية وعدد الأسرة والكوادر الطبية، والجدول (2.4) يبين تطور البنية الصحية خلال الفترة 1990-2020.

الجدول (2.4): تطوّر البنية الصحية (القطاع العام) خلال الفترة 1990-2020

السنوات							الهياكل الصحية
2020	2015	2010	2005	2000	1995	1990	
336	300	276	278	268	251	284	عدد المستشفيات
1748	1659	1491	517	497	471	510	عيادات متعددة الخدمات
-	-	-	1277	1252	1152	1309	المراكز الصحية
6160	5762	5350	4533	3964	4174	3344	قاعات العلاج
70478	64762	61779	-	54618	54213	60124	عدد أسرة المستشفيات
694	414	629	-	430	489	-	مراكز الأمومة

المصدر: - الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2020.

- Ministère de la Santé، Situation Démographique et Sanitaire (2000-2024)،
Juillet 2024.

يظهر من خلال معطيات الجدول (2.4) بأن عدد الهياكل الصحية عرف ارتفاعا كبيرا خلال الفترة 1990-2020، فعدد المستشفيات ارتفع من 284 مستشفى سنة 1990 إلى 300 مستشفى سنة 2015 ثم إلى 336 مستشفى سنة 2020. كما ارتفع عدد العيادات المتعددة الخدمات من 510 عيادة سنة 1990 إلى 1748 عيادة سنة 2020. وتجدر الإشارة إلى أن هذه الفترة عرفت إنشاء العديد من قاعات العلاج، حيث ارتفع عددها من 3344 قاعة سنة 1990 إلى 5350 قاعة سنة 2010 ثم إلى 6160 قاعة سنة 2020، وبالتالي ارتفع عدد أسرة المستشفيات من 60124

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

سرير سنة 1990 إلى 70478 سريرا سنة 2020، أي بنسبة 17%. أمّا بخصوص مراكز الأمومة، فبعد أن كان عددها 489 مركزا سنة 1995 انخفض إلى 430 مركزا سنة 2000، وذلك بسبب غلق الكثير منها نتيجة المشاكل الأمنية التي مرّت بها البلاد في سنوات التسعينات، كما صنّفت هذه المراكز إلى مراكز الولادة الملحقة بعيادة متعدّدة الاختصاصات وبمركز صحي ومراكز الولادة المستقلة التي تتوفّر على 20 إلى 30 سريرا. ارتفع هذا العدد سنة 2020 إلى 694 مركزا أي بنسبة 54% في ظرف عشرين (20) سنة.

وبشكل عام تشير هذه المعطيات إلى التّحسن الملحوظ في عدد الهياكل الصحيّة خلال الفترة 1990-2020، وارتفاع عدد هذه الهياكل قد يكون إيجابيا في مجمله ولكن لا يمكن التّكهن بأنّ هذه الزيادة يرافقها بالضرورة تحسّنا في نوعيّة الخدمات المقدّمة.

ويتناول الجدول (3.4) تطوّر عدد المؤسّسات والمراكز الصحيّة العامّة والمنشآت الصحيّة المتخصصة خلال الفترة 1990-2020.

الجدول (3.4): تطوّر عدد المنشآت القاعدية الصحيّة خلال الفترة 1990-2020.

السنوات							المنشآت القاعدية الصحيّة
2020	2015	2010	2005	2000	1995	1990	
232	209	198	232	224	202	-	المؤسّسات الصحيّة العمومية
09	09	04	-	-	-	-	المؤسّسات الصحيّة
15	15	13	13	13	28	-	المراكز الصحيّة الجامعية
01	01	01	01	-	-	-	المؤسّسات الصحيّة الجامعية
88	75	64	32	31	21	-	المنشآت الصحيّة المتخصصة
345	309	280	278	268	251	-	المجموع

المصدر: - الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2020.

- Ministère de la Santé، Situation Démographique et Sanitaire (2000 - 2024)،
Juillet 2024.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

نلاحظ من خلال معطيات الجدول بأن عدد المنشآت القاعدية الصحية ارتفع من 251 مؤسسة سنة 1995 إلى 345 مؤسسة سنة 2020، وبلغ عدد المراكز الصحية الجامعية 15 مركز سنة 2020 بعد أن كان هذا العدد 13 قطاعا سنة 2000، وارتفع عدد المنشآت الصحية المتخصصة من 21 منشأة سنة 1995 إلى 88 منشأة سنة 2020. كما توجد كذلك على مستوى المراكز الصحية الجامعية أو القطاعات الصحية مراكز حماية الأمومة والطفولة، وهذه المراكز تقوم بنشاط تنظيم الأسرة والتي كانت تعرف في السابق بمراكز صحة الإنجاب والتنظيم العائلي.

2.3.4. تطور الموارد البشرية التابعة لقطاع الصحة:

شهد عدد الإطارات الطبية هو الآخر ارتفاعا ملحوظا وذلك بسبب زيادة عدد المنشآت الطبية والمرافق الصحية وتوسع خدماتها. فبالنظر إلى الجدول (4.4) الذي يبين تطور الإطارات الطبية خلال الفترة 1990-2020 أن عدد الأطباء ارتفع من 23550 طبيبا سنة 1990 إلى 56209 طبيب سنة 2010 ثم 83713 طبيبا سنة 2020. كما ارتفع عدد أطباء الأسنان من 7199 طبيب سنة 1990 إلى 15745 طبيب سنة 2020، وتزايد عدد الصيادلة من 2134 صيدليا سنة 1990 إلى 13273 صيدليا سنة 2020.

الجدول (4.4): تطوّر عدد الإطارات الطبية (القطاع العام والخاص) خلال الفترة 1990-2020

السنوات							الإطارات الطبية
2020	2015	2010	2005	2000	1995	1990	
83713	73431 *(40402)	56209 *(28819)	32009	32337	27137 *(8202)	23550	أطباء
15745	13645	11633	9277	8197	8056	7199	أطباء أسنان
13273	11475	9 081	6567	4814	3691	2134	صيادلة
112731	98551	76923	47853	45348	39064	32883	المجموع
							(*) أطباء مختصين

المصدر: - الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2020.

- Ministère de la Santé، Situation Démographique et Sanitaire (2000 - 2024)،

Juillet 2024.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

أمّا بالنظر في معطيات الجدول (4.4) الذي يتناول تطوّر عدد الإطارات شبه الطبيّة (القطاع العام والخاص) خلال الفترة 1995-2020، نلاحظ كذلك بأنّ هذه الفئة عرفت تطورا مستمرا وملحوظا، حيث ارتفع العدد الإجمالي لهذه الاطارات من 85082 إطارا سنة 1995 إلى 140301 إطارا سنة 2010 ثمّ إلى 157804 إطارا سنة 2020، أي بنسبة 85% خلال هذه الفترة. هذا الارتفاع ناتج بشكل أساسي من ارتفاع عدد التّقنيون (تقنيون سامون وتقنيون في الصحة)، حيث ارتفع عددهم من 67289 سنة 1995 إلى 101299 سنة 2020.

الجدول (5.4): تطور الإطارات شبه الطبيّة (القطاع العام والخاص) خلال الفترة 1995-2020

السنوات						الإطارات شبه الطبيّة
2020	2015	2010	2005	2000	1995	
101299	96388	91129	80901	75769	67289	تقنيون
56505	25588	13172	9877	11243	17793	مساعد علاج
157804	121976	104301	90778	87012	85082	المجموع

المصدر: - الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2020.

- Ministère de la Santé، Situation Démographique et Sanitaire (2000 - 2024)،
Juillet 2024.

هذه الأرقام تعكس دور الحكومة الجزائرية في توفير الخدمات الصحيّة العامّة للمواطنين

ويُتّضح ذلك أكثر من خلال تطور معدّل التّغطيّة الطبيّة خلال الفترة 1990-2020 كما هو مبين

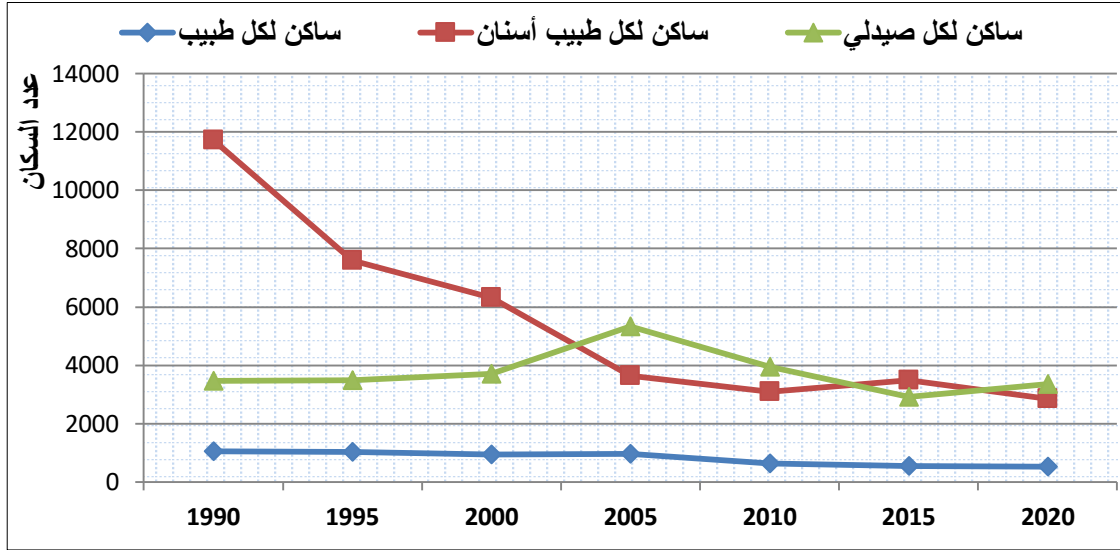
في الجدول (6.4) والشّكل (1.4).

الجدول (6.4): تطور معدّل التّغطيّة الطبيّة (القطاع العام والخاص) خلال الفترة 1990-2020

السنوات							عدد السكان لكل:
2020	2015	2010	2005	2000	1995	1990	
528	544	640	969	941	1027	1063	طبيب
2861	3483	3093	3646	6318	7602	11725	طبيب أسنان
3351	2929	3962	5339	3711	3483	3476	صيدلي

المصدر: - الديوان الوطني للإحصاء، حوصلة إحصائية 1962-2020.

- Ministère de la Santé، Situation Démographique et Sanitaire (2000 - 2024)،
Juillet 2024.



شكل (1.4): تطوّر معدّل التّغطّيّة الطبيّة خلال الفترة 1990-2020.

المصدر: من اعداد الطالب بناء على معطيات الجدول (6.4).

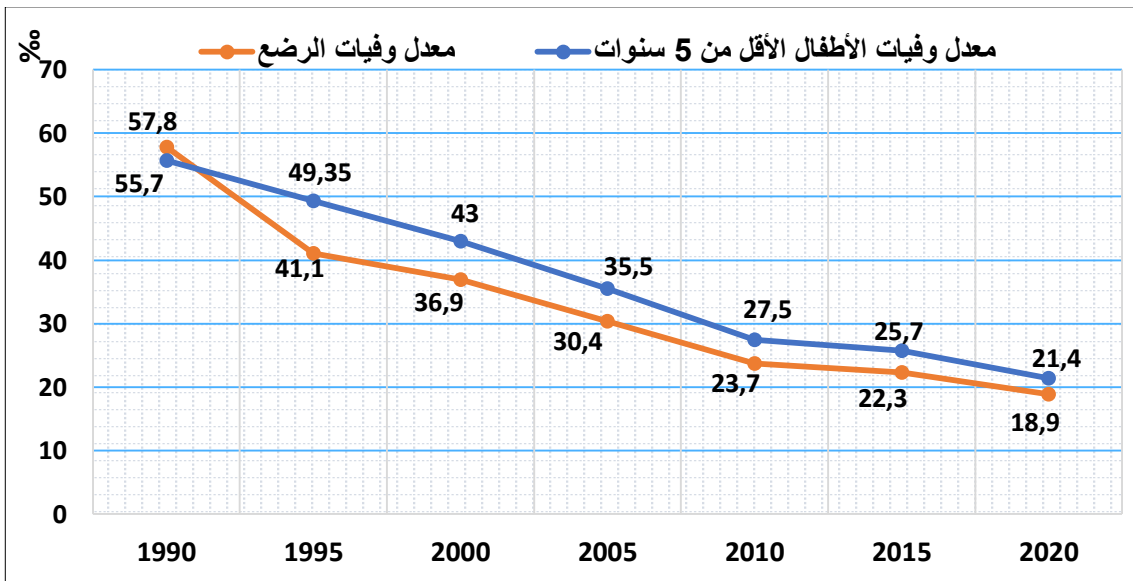
نلاحظ من خلال معطيات الجدول والشكل أنّ معدّل التّغطّيّة الطبيّة عرف تحسنا ملحوظا خلال الفترة 1990-2020. فعدد السّكان لكل طبيب الذي بلغ 1063 سنة 1990 انخفض إلى 640 ساكن لكل طبيب سنة 2010، وإلى 528 ساكن لكل طبيب سنة 2020. وانخفض كذلك عدد السّكان لكل طبيب أسنان من 11725 سنة 1990 إلى 2861 ساكن لكل طبيب أسنان سنة 2020. أمّا عدد السّكان لكل صيدلي فبلغ 3476 سنة 1990 ثمّ انخفض بدوره إلى 3351 ساكن لكل صيدلي سنة 2020.

على الرّغم من جهود الدّولة المستمرّة لتطوير وتحسين قطاع الصّحة والارتقاء بجودة الخدمات المقدّمة، إلّا أنّ بعض المراكز الصحيّة لا تزال تواجه تحديات في تقديم خدمات الرعايّة، خاصّة في مجال الصّحة الإيجابية. يُعزى هذا الضّعف إلى عوامل متعدّدة، منها النقص في التّجهيزات والمعدّات الصّوريّة، بالإضافة إلى قلة الإطار الطبيّة والفنيّة المتخصّصة وضعف توزيعها، ممّا أدّى إلى ظهور فروقات واضحة في مستويات الرعايّة الصحيّة بين المناطق والولايات المختلفة.

4.4. تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر:

1.4.4. معدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة:

شهدت معدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة في الجزائر انخفاضا تدريجيا منذ الاستقلال إلى غاية اليوم وهذا بفعل جملة البرامج الوقائية وكذا السياسات الصحية المنتهجة، وهذا ما نلاحظه من خلال الشكل (2.4).



الشكل (2.4): تطور معدّل وفيات الرضع والأطفال دون سنّ الخامسة للفترة 1990-2020. المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات الديوان الوطني للإحصاء، ديموغرافية الجزائر رقم: 305، 375 و 779 يظهر من خلال الشكل رقم أنّ معدّل وفيات الرضع في الجزائر عرف انخفاضا واضحا ومستمرا خلال الفترة 1990-2020. فبعد أنّ كان 57,8% سنة 1990 انخفض إلى 36,9% سنة 2000 ثمّ إلى 23,7% سنة 2010 ثمّ بلغ 18,9% سنة 2020. قدر هذا الانخفاض في هذه الفترة بنسبة 67% بمعدّل انخفاض سنوي يقارب 1,3%. ويعود هذا التّحسن إلى الجهود الحكوميّة المكثّفة في تطوير برامج الرعاية الصحيّة، خاصة تلك المتعلّقة بالأمومة والطفولة.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

يمكن تلخيص أسباب وفيات الرضع في الجزائر في مجموعتين رئيسيتين: عوامل داخلية وعوامل خارجية، حيث تشمل الأسباب الداخلية جملة المضاعفات المرتبطة بالولادة والتشوهات الخلقية، في حين تتضمن الأسباب الخارجية على سوء التغذية، تلوث المياه، والتعرض للجراثيم والأمراض المعدية، بالإضافة إلى الظروف المناخية القاسية مثل الارتفاع أو الانخفاض الشديد في درجات الحرارة. كما تسهم عوامل أخرى في زيادة هذه المعدلات، مثل نقص الرعاية الصحية المناسبة والظروف المعيشية غير الصحية.¹

بالتوازي مع منحنى انخفاض وفيات الرضع، سجّل منحنى معدّل وفيات الأطفال دون سن الخامسة هو الآخر انخفاضاً مستمراً على طول هذه الفترة 1990-2020. فبعد أن كان 55,7% سنة 1990 انخفض إلى 49,3% سنة 1995 ثمّ انخفض من 43% سنة 2000 إلى 27,5% سنة 2010 ثمّ بلغ 21,3% سنة 2020. قدر هذا الانخفاض خلال هذه الفترة بنسبة 61,5% بمعدّل انخفاض سنوي يقارب 1,14%. يعزى هذا التحسن إلى تبني الدولة لبرامج فعّالة، مثل حملات التطعيم، مكافحة الأمراض الشائعة مثل الإسهال والأمراض التنفسية، برامج التغذية، برامج التنظيم العائلي.

على الرّغم من الانخفاض الملحوظ في معدّلات وفيات الأطفال في الجزائر، إلاّ أنّها لا تزال أعلى بكثير مقارنة بالمعدّلات المسجّلة في الدول المتقدّمة التي تصل إلى 2% فقط مثل السويد، اليابان، النرويج وسنغافورة. هذا التّفاوت يشير إلى أنّ هناك حجم التّحديات والجهود لتحسين الرعاية الصحية والظروف المعيشية من أجل الوصول إلى مستويات أفضل.

¹ محمد سويقان وحمزة شريف علي: "الأسباب الداخلية والخارجية لوفيات الأطفال الرضع في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2012". مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. المجلد (12). العدد (2). 2020، ص ص 497-506.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

أمّا بالنسبة لتطور هذه المعدّلات حسب بعض الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للأسرة، تمّ تلخيص هذه الخصائص من خلال البيانات المتاحة لمسحي 2013/2012 و 2019 كما هو مبين في الجدول (7.4) أدناه.

الجدول (7.4): توزيع معدّلي وفيات الرّضع والأطفال دون سنّ الخامسة في الجزائر حسب بعض الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للأسرة

مسح 2019 (%)		مسح 2013-2012 (%)		المسح	
معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات الرضع	توزيع المعدل	
21,3	18,9	24,1	21,4	المعدل	
16	14	21,7	18,8	الحضر	مكان الإقامة
22	21	27,7	25,3	الريف	
19	17	25,3	23	ذكر	الجنس
18	16	22,7	19,7	أنثى	
23	21	29,9	25,6	بدون تعليم	تعليم الأم
26	24	24,5	22,8	تعليم ابتدائي	
18	16	22,7	20	تعليم متوسط	
15	13,5	21,6	19,3	ثانوي وأكثر	
26	23	34,9	31,3	الفقيرة	مؤشر الثروة
16	14	21,4	17,7	الثانوية	
18	16	20,7	18,2	المتوسطة	
20	15	20,8	20,3	الربع	
14	14	20,5	17,5	الغنية	
39	35	12,7	12,7	أقل من 20 سنة	سن الأم عند الولادة
17	15	22	20,1	من 20 الى 34 سنة	
24	21	31,9	28,9	من 35 الى 49 سنة	
20	18	24,9	22,5	الأول	ترتيب المولود
16	14	20,8	17,5	من 2-3	
24	21	28,6	27,2	من 4-6	
28	20	33,2	27,7	فوق 7	
22	20	28,7	25,8	أقل من سنتين	مجال الولادة المقبلة
14	13	23	20	بعد (02) سنتين	
18	15	21,2	14,9	بعد ثلاثة (03) سنوات	
20	17	20,7	18,5	بعد أكثر من 04 سنوات	

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنتي 2013/2012 و 2019.

يشير تحليل مقارن لبيانات وفيات الأطفال في الجزائر، بناءً على آخر مسحين المشار إليها في الجدول (7.4)، إلى وجود علاقة بين الخصائص الاجتماعية والاقتصادية للأسرة ومعدّلات وفيات الأطفال، ويمكن تفسيرها كما يلي:

- **حسب مكان الإقامة:** نلاحظ في كلا المسحين معدّلات وفيات الرّضع والأطفال دون سنّ الخامسة أعلى في المناطق الرّيفيّة مقارنةً بالمناطق الحضرية، ففي مسح 2012-2023، بلغت وفيات الرّضع ووفيات دون سنّ الخامسة في الريف 25,3% و 27,7% على التّرتيب، مقابل 18,8% و 21,7% في الحضر، ثمّ انخفضت في مسح 2019 حيث بلغ هذين المعدّلين في الريف 21% و 22% مقابل 14% و 16% في الحضر. يعودُ هذا الفرق إلى تأثير عدة عوامل مرتبطة بالأم كظروفها الاجتماعية والاقتصادية وصحّتها الإنجابية قبل وبعد الولادة والتي تتباين حسب مكان الإقامة. ومن جهة أخرى يعتبر متغيّر الجنس عامل مهم كذلك في تباين معدّلات وفيات الأطفال، حيث أنّ معدّلات وفيات الذّكور أعلى منه بالنسبة للإناث في كلا المسحين؛
- **حسب تعليم الأم:** نلاحظ من خلال الجدول أنّه كلّما زاد مستوى تعليم الأم، انخفضت معدّلات وفيات الرّضع والأطفال. حيث سجّلت الأمّهات اللّواتي لا يملكن تعليمًا أعلى معدّلات وفيات لأطفال في كلا المسحين، حيث بلغ معدّلي وفيات الرّضع ووفيات الأطفال دون سنّ الخامسة لدى أطفال الأمّهات غير المتعلّقات 25,6% و 29,9% على التّوالي بالنسبة لمسح 2013. أمّا بالنسبة لمسح 2019 فبلغ هذين المعدّلين على التّرتيب 21% و 23%. في حين نلاحظ انخفاضًا واضحًا في معدّلات وفيات الأطفال بين الأمّهات ذوات التّعليم الثّانوي وأكثر، حيث بلغ معدّلي وفيات الرّضع ووفيات الأطفال دون سنّ الخامسة لدى هذه الفئة 19,3% و 21,6%

على التوالي بالنسبة لمسح 2013، مقابل 13,5% و 15% بالنسبة لمسح 2019، ممّا يشير إلى أنّ زيادة الوعي وحسن الرعاية الصحيّة للرّضع والأطفال مرتبط بارتفاع مستوى تعليم الأمّهات؛

- **حسب ثروة الأسرة:** على الرّغم من انخفاض معدّلات الوفيات بشكل عام، إلاّ أنّ الفجوة بين الأسر الفقيرة والغنيّة لا تزال كبيرة، ممّا يشير إلى أنّ عدم المساواة الاقتصاديّة تلعب دورًا محوريًا في صحّة الطّفل، حيث سجّلت الأسر الفقيرة أعلى معدّلات لوفيات الرّضع والأطفال دون سنّ الخامسة، حيث وصلت على التّرتيب 31,3% و 34,9% خلال مسح 2013 لتتخفّض إلى 23% و 26% في مسح 2019، في المقابل سجّلت الأسر الغنيّة في مسح 2013 معدّلات وفيات الرّضع ودون سنّ الخامسة 17,5% و 20,5% على التّرتيب، مقابل 14% لكلّ منهما في مسح 2019.

يعزى هذا التّباين في معاناة الأسر ذات الدّخل المنخفض من انتشار أكبر للأمراض المعديّة نتيجة لظروف السّكن المكتنّظ وغير الصحيّة. بالإضافة إلى ذلك، يحدّ الوضع الماديّ من قدرتها على توفير الرعاية الطّبيّة اللازمّة واستشارة الأطباء المتخصّصين، مثل أطباء الأطفال. هذا النقص في الرعاية الصحيّة، إلى جانب الظروف المعيشيّة الصّعبة، يرفع من خطر وفاة الأطفال الرّضع في الأسر الفقيرة مقارنةً بالأسر الغنيّة التي تتمتع بفرص وصول أفضل للخدمات الطّبيّة؛

- **عمر الأم عند الولادة:** تُظهر البيانات من المسحين الأخيرين انخفاضًا ملحوظًا في وفيات الأطفال حسب عمر الأم عند الولادة، وهو ما يُعزى جزئيًا إلى زيادة وعي الأمّهات. ومع ذلك، هناك تباين واضح حسب العمر، حيث تواجه الأمّهات الأصغر سنًا (أقل من 20 عامًا) والأكبر سنًا (35-49 سنة) معدّلات وفيات أعلى لأطفالهن مقارنةً بالأمّهات في الفئة العمريّة المتوسطة (20-34 سنة). يمكن تفسير ذلك بأنّ الأمّهات الأصغر سنًا يفتقرن إلى الخبرة والمعرفة الكافية بالرعاية

الصحية للأطفال، كما تزيد من احتمالية ولادة هاته الفئة أطفال بوزن منخفض مما يجعلهم أكثر عرضة لخطر الوفاة، في حين قد تواجه الأمهات الأكبر سنًا تحديات بخصوص العدد الكبير للأطفال وتقارب الفترة الفاصلة بين الولادات، بالإضافة إلى مستواهن التعليمي، خاصة إذا ما تزوجن في سن مبكر، كما تزيد احتمالية ولادة أطفال مصابين بمتلازمة داون أو أمراض أخرى؛

▪ **ترتيب المولود ومجال الولادة المقبلة:** تعتبر رتبة الولادة عاملاً مهماً يؤثر على وفيات الأطفال، خاصة حديثي الولادة، فغالبًا ما ترتفع معدلات الوفيات عند المولود الأول بسبب قلة خبرة الأم في بداية حياتها الإنجابية. كما قد يرتبط أيضًا بمشاكل صحية مثل الولادة المبكرة أو انخفاض وزن المولود عند الولادة، والتي تزيد من مخاطر الوفاة. فمن خلال البيانات نلاحظ ارتفاع معدلات الوفيات في المولود الأول وكذا المولود السابع في كلا المسحين وهذا راجع من جهة إلى قلة تجربة الأمهات ومعارفهن بالرعاية الصحية للمولود الأول في بداية حياتها الإنجابية، كما يمكن أن يكون بسبب ولادة قبل الأوان أو بالوزن الضعيف للمولود، ومن جهة أخرى يبقى عدد مرات الولادة، تدهور صحة الأمهات ذوات العدد الكبير من الأطفال وكذا المدة الفاصلة بين المواليد هي عوامل تزيد من احتمالية وفيات الأطفال بالنسبة للرتب المتأخرة.

2.4.4 معدل وفيات الأمومة:

تعتبر مضاعفات الحمل والولادة من الأسباب الرئيسية للوفاة والإعاقة بالنسبة للنساء في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) في معظم البلدان النامية. ولتخفيض نسبة وفيات الأمهات يجب العمل على توفير رعاية أفضل وتيسير الوصول إليها، حيث أنّ الخدمات العالية التكلفة ليست في متناول المرأة الفقيرة سواء قبل الولادة أو أثناءها. فالمرأة الفقيرة في أي بلد أكثر عرضة للموت أثناء الولادة

من المرأة الغنيّة، ومعدّل الوفيات في فترة النفاس مؤشراً يبين قدرة المرأة على الوصول إلى الموارد والرعاية.

تواجه المرأة الحامل في البلدان النامية خطر الموت أثناء الولادة أكبر ممّا تواجهه نظيرتها في البلدان المتقدمة بمقدار يتراوح بين 80 و 600 مرة¹. فكّما قلّ دخل المرأة قلّ سعيها للحصول على الرعاية الصحيّة السّابقة للولادة، إضافة إلى ذلك تحدّد القيود المفروضة على هذه المرأة من وصولها إلى هذه الرعاية.

تبقى معدّلات وفيات الأمّهات في الجزائر صعبة القياس وذلك نظراً لغياب جهاز موثوق به لجمع المعطيات الخاصّة بالوفيات حسب السّبب. فالتّسبب المسجّلة في الأوساط الاستشفائيّة غير دقيقة وذلك بسبب نقص التّصريحات أو عدم صحّتها، وتسجل الوفيات التي تحدث في المنزل أو حتى في المصالح الصحيّة الصّغيرة على أنّها وفيات طبيعية. يستعرض الشكل (3.4) مسار التّغير في معدّلات وفيات الأمّهات (محسوبة لكل 100 ألف ولادة حيّة) بالجزائر، للفترة الممتدّة من 1989 إلى 2020.

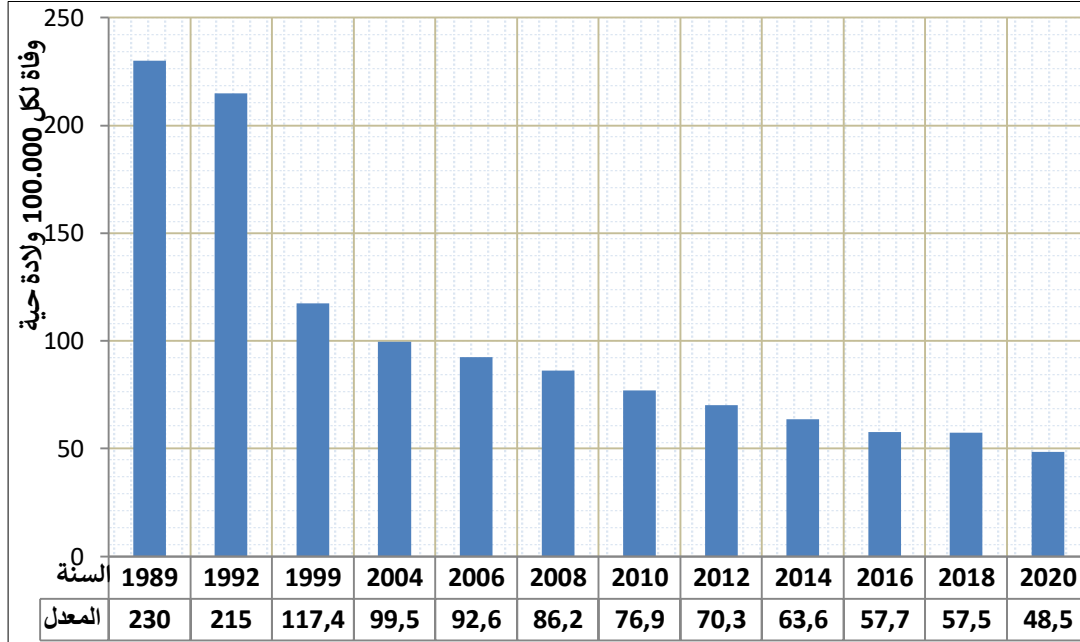
تم تسجيل سنة 1989 معدّل وفيات بلغ 230 حالة لكل 100 ألف ولادة حيّة، ليتراجع هذا الرقم بحلول سنة 1992 إلى 215 وفاة، مع وجود تفاوت بين الوسط الحضري (202 وفاة) والوسط الريفي (224 وفاة) وفقاً لنتائج تحقيق صحّة الأمّ والطفّل المنجز في هذه السنة.

ومن أجل تدعيم برنامج مكافحة وفيات الأمّهات أُجري مسحاً شاملاً لوفيات النّساء في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) سنة 1999 قصد الكشف عن وفيات الأمّهات، وقدرت خلاله قيمة هذا المؤشّر بمعدّل 117,4 وفاة لكلّ مائة ألف ولادة حيّة. وكشف هذا المسح عن وجود فوارق هامّة في

¹ عبد الله عطوي: "السكان والتنمية البشرية". بيروت-لبنان: دار النهضة العربية. 2004، ص 559.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

معدّل وفيات الأمّهات بين مناطق البلاد، فعلى سبيل المثال قدر هذا المؤشّر بحوالي 50 وفاة لكل مائة ألف ولادة حيّة في منطقة الوسط و200 وفاة لكل مائة ألف ولادة حيّة في منطقة الجنوب.¹



الشكل (3.4): تطور معدّل وفيات الأمّهات في الجزائر خلال الفترة 1989-2020

المصدر: - تقديرات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، مديرية السكان؛
- 1992: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل؛ - 1999: مسح وفيات الأمّهات.

استمرّ معدّل وفيات الأمّهات في الانخفاض التّدرّجي خلال الفترة 2004-2020، حيث بلغ 99.5 وفاة لكل مائة ألف ولادة حيّة سنة 2004 ثم انخفض إلى 70.3 وفاة لكل مائة ألف ولادة حيّة سنة 2012 ثمّ إلى 48.5 وفاة لكل مائة ألف ولادة حيّة سنة 2020، أي بنسبة انخفاض تقارب 79% منذ 1989 بمتوسط انخفاض سنويّ قدره 2,5%. هذه النّسب تعكس المجهودات المبذولة من قبل الحكومة لتقليل من هذه الظّاهرة، قصد تمكن كل الأمّهات من الحصول على خدمات الصّحة الإيجابية المطلوبة ذات النّوعيّة الجيّدة.

¹ وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH): "السياسة الوطنية للسكان آفاق 2010". تقرير اللجنة الوطنية للسكان. الجزائر. 2001. ص13.

3.4.4. الرعاية الصحية أثناء الحمل:

يُعدُّ مؤشر الرقابة الطبيّة على الحمل مرآةً تعكس مستوى الوعي بالصحة الإنجابية ومدى التزام الدّول بتطوير مجال الرعاية الصحية للأمهات، حيث تُستخدم نسبة النساء الحاصلات على الرعايّة لتشخيص المشكلات الصحيّة مبكراً وتأمين عمليّة الولادة كمؤشر هام لمعرفة مستويات انتشار الرعايّة الصحيّة للأمهات والكشف عن المشاكل المرتبطة بها.

يتناول الجدول (8.4) نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية صحيّة أثناء الحمل حسب بعض المتغيّرات كالمستوى التّعليمي للمرأة وسنّها ومكان إقامتها، حيث يتّضح أنّ هذا المؤشر شهد تطورا ملحوظا خلال الفترة 2006-2019 حيث ارتفع من 89,4% سنة 2006 إلى 92,7% سنة 2013 ثم إلى 95,3% سنة 2019.

خصّ هذا التطور أكثر النساء المقيّمات في المناطق الريفية (84,6% سنة 2006 مقابل 94,4% سنة 2019)، ومنطقة الجنوب (86,5% سنة 2006 مقابل 95,2% سنة 2019)، والنساء غير المتعلّّقات (77% سنة 2006 مقابل 86,9% سنة 2019)، والنساء للفئة العمريّة 15-19 سنة (81,7% سنة 2006 مقابل 95,2% سنة 2019) والنساء الذين ينتمين إلى أسرة فقيرة حسب مؤشر الثروة (75,9% سنة 2006 مقابل 92,2% سنة 2019).

الجدول (8.4): نسبة النساء اللواتي سبق لهن الزواج في سن الإنجاب (15-49 سنة) الحاصلات على رعاية صحية أثناء الحمل لولادات العاميين الماضيين.

خصائص المبحوثة	مسح 2006 (%)	مسح 2012/2013 (%)	مسح 2019 (%)
مكان الإقامة	حضر	93.8	95.9
	ريف	84.6	94.4
منطقة السكن	وسط	95.3	97.4
	شرق	88.9	95.8
	غرب	88.8	90.3
	جنوب	86.5	95.2

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

86.9	87.2	77.0	غير متعلمات	المستوى التعليمي
95.4	92.1	90.4	ابتدائي	
96.2	93.7	94.3	متوسط	
95.9	94.1	96.4	ثانوي	
97.5	96.1	97.6	جامعي	
95.2	94.1	81.7	19-15	فئات الأعمار
95.8	93.4	91.6	34-20	
93.9	90.5	84.9	49-35	
92.2	87.8	75.9	الأفقر	مؤشر الثروة
96.3	93.3	89.4	الفقير	
95.7	92.8	92.9	المتوسط	
95.6	95.0	94.7	الغني	
97.5	96.1	97.8	الأغني	
95.3	92.7	89.4	المجموع	

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات للسنوات 2006، 2013/2012، 2019.

يتباين مستوى الرعاية الصحية للأمهات أثناء الحمل حسب خصائص المرأة، فالنساء المقيمت في الحضر أكثر تردداً على المراكز الصحية لتلقي الرعاية أثناء الحمل مقارنة مع المقيمت في الريف، لكن تقلصت الفجوة بينهما من 9.1 نقاط إلى 1.5 نقطة. كما أنّ النساء المتعلّقات يتفوقن عن مثيلتهن غير المتعلّقات. ونتيجة زيادة وعي الأمهات الريفيات بأهمية الرعاية الصحية أثناء الحمل تقلصت الفجوة بينهما وبين النساء اللاتي لهن مستوى عالي من 20.6 نقطة سنة 2006 إلى 10.6 نقاط سنة 2019. ويجب الإشارة إلى أنّ النساء فئة 15-19 سنة أصبحن يتابعن حملهن بنسبة تقرب مثيلتهن في فئة السن 20-34 سنة حيث بلغ الفارق 0.6 نقطة سنة 2019 بعد أن كانت 10 نقاط تقريبا سنة 2006. كما سجّلت أكبر نسبة متابعة عند النساء اللواتي تنتمين إلى أسر غنيّة حسب مؤشر الثروة، فالفارق بينهما وبين النساء اللواتي تنتمين إلى أسر ذات مؤشر ثروة أفقر بلغ 22 نقطة تقريبا سنة 2006 ثمّ تقلص هذا الفارق إلى 5.3 نقاط.

4.4.4. نسبة الأمهات الحوامل المتعلمات ضدّ التيتانوس:

يتم حقن السيدات الحوامل بلقاح التيتانوس كإجراء وقائي ضدّ "التيتانوس الوليدي" الناتج عن تلوث الحبل السري بعد الولادة، وهو المسبب الرئيس لوفيات الأطفال الرضع، وتُقاس نسبة التغطية

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

بهذا اللقاح من خلال قسمة عدد الولادات للأمهات الملقّحات بجرعة فأكثر على إجمالي المواليد الإجمالي في فترة زمنية محدّدة. والجدول (9.4) يعرض لنا نسب الحوامل اللواتي تلقين تطعّما ضد التّيتانوس.

الجدول (9.4): نسبة السيّدات غير العازبات في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي تلقين على الأقل جرعة واحدة ضد التّيتانوس خلال حملهن الأخير خلال السّنّتين السّابقتين للمسح

خصائص المبحوثة	مسح 2006 (%)	مسح 2013/2012 (%)	مسح 2019 (%)
المستوى التعليمي			
أمية	36.6	46.0	31.3
ابتدائي	51.2	54.2	43.8
متوسط	55.7	59.8	46.7
ثانوي	55.8	60.0	48.7
عالي	60.8	65.0	53.1
مكان الإقامة			
حضر	55.1	60.0	45.6
ريف	44.9	53.0	47.4
المجموع	50.3	57.2	46.4

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات للسنوات 2006، 2013/2012، 2019.

يشير الجدول (9.4) إلى أنّ نسبة السيّدات اللواتي تلقين تطعّما ضدّ التّيتانوس خلال حملهن الأخير، ارتفعت من 50.3% سنة 2006 إلى 57.2% سنة 2013 ثم انخفضت إلى 46.4 سنة 2019. كما تتباين نسب التّطعيم ضد التّيتانوس باختلاف المستوى التعليمي للسيّدات ومكان إقامتهن، فبلغت ذروتها عند النسوة ذوات المستوى العالي (60.8%، 65%، 53.1% خلال السنوات 2006، 2013 و2019 على التّرتيب) وعند النسوة المقيّمات في الحضر (55.1% سنة 2006 و60% سنة 2013)، بينما في سنة 2019 فاقت النسبة المسجّلة في الرّيف عن تلك المسجّلة في الحضر (47.4% مقابل 45.6% على التّرتيب). بلغ الفارق بين النسوة الأميّات والنسوة ذوات المستوى

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

العالي 24.2 نقطة (36.6% مقابل 60.8% على الترتيب) سنة 2006 وتقلص هذا الفارق إلى 21.8 نقطة (31.3% مقابل 53.1% على الترتيب) سنة 2019.

إنَّ نسب التَّطعيم ضدَّ التَّيتانوس المبيَّنة في الجدول غير مرضيَّة، فهذا يستدعي توعيَّة أكثر للنِّساء الحوامل بضرورة وأهميَّة هذا التَّطعيم وذلك لتجنُّب حدوث الوفيات النَّاتجة عن هذا المرض.

5.4.4. الولادات التي تمَّت برعاية أشخاص مدربين:

توجُّه الأمَّهات الحوامل إلى مراكز التَّوليد العموميَّة أو الخاصَّة وتوجُّه في الحالات الخطيرة إلى المصالح المتخصِّصة المتوفرة على الأجهزة اللَّازمة والضَّروريَّة والأيدي المدربيَّة والمؤهَّلة بهدف تحقيق ولادة آمنة أي توفير الطُّروف الملائمة للأُمَّ لتلد طفلا سليما بدون أي مضاعفات.

الجدول (10.4): نسبة النِّساء اللواتي سبق لهن الزواج في سنِّ الإنجاب (15-49 سنة) ممَّن حظين برعاية صحيَّة أثناء وضعهن لمواليد السنَّتين السَّابقتين للمسح.

خصائص المبحوثة	مسح 2006 (%)	مسح 2013/2012 (%)	مسح 2019 (%)
مكان الإقامة	حضر	97.8	98.9
	ريف	94.8	98.1
منطقة السكن	وسط	97.9	98.4
	شرق	97.4	99.6
	غرب	96.1	99.6
	جنوب	91.2	95.2
المستوى التعليمي	غير متعلّقات	94.0	94.8
	ابتدائي	95.7	98.1
	متوسط	97.2	99.2
	ثانوي	97.2	98.9
	جامعي	98.8	99.6
فئات الأعمار	19-15	95.8	96.3
	34-20	96.8	98.7
	49-35	96.4	98.6
مؤشر الثروة	الأفقر	94.6	96.8
	الفقير	96.6	99.1
	المتوسط	96.4	99.3
	الغني	97.3	99.1
	الأغني	98.7	99.0
المجموع	95.3	96.6	98.6

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات للسنوات 2006، 2013/2012، 2019.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

عرفت نسبة الرعاية الصحية عند الوضع تطورا خلال الفترة 2006-2019 حيث انتقلت من 95.3% سنة 2006 إلى 96.6% سنة 2013 ثم إلى 98.6% سنة 2019. خصّ هذا الارتفاع خاصّة النساء المقيّعات في الريف والنساء في منطقة الجنوب والنساء غير المتعلّقات والنساء في فئة السنّ 15-19 سنة والنساء اللواتي ينتمين إلى أسر ذات مؤشر ثروة الأقر حيث انتقلت نسبة الرعاية من 91.8%، 89.7%، 88%، 84.6% و 87.9% على التوالي سنة 2006 إلى 98.1%، 95.2%، 94.8%، 96.3% و 96.8% على التوالي سنة 2019.

يتوقف تحقيق الولادة الآمنة على نوعية الرعاية التي تتلقاها الحامل عند الولادة سواء بالنسبة للشخص المختص أو المكان، والتي من أهم شروطها توافر الإمكانيات والتجهيزات الطبيّة الضرويّة كأجهزة المسح الضوئي المختلفة التي تسمح بمعالجة جميع الحالات لا سيما الصعبة منها. واختيار مكان الولادة يتحدّد بمدى جودة الرعاية الصحيّة التي تتوقّع المرأة الحامل أن تتلقاها وبوفرته ومدى توقع صعوبات أو مشاكل صحيّة تصاحب عمليّة الولادة وبتكلفة الخدمات المقدّمة.

تشير معطيات الجدول (11.4) إلى أنّ 88.2% من ولادات السنّتين السابقتين للمسح تمت في مؤسسة صحيّة و 8.6% تمّت في مؤسسة صحيّة خاصّة سنة 2006، بلغت هاتين النسبتين 87.8% و 11.4% على التوالي سنة 2019. في حين لم تتجاوز نسبة الولادات التي تمّت في المنزل 1.3% سنة 2006 و 1.2% سنة 2019.

الجدول (11.4): نسبة النساء في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) غير العازبات اللواتي تلقين رعاية طبيّة عند الولادة خلال العامين السّابقين للمسح، موزّعة حسب مكان الوضع

مسح 2019 (%)					مسح 2013/2012 (%)					خصائص المبحوثة	
المجموع	غير ميين	البيت	مصحة خاصة	مصحة عامة	المجموع	غير ميين	البيت	مصحة خاصة	مصحة عامة		
100	0.3	0.8	13.3	85.6	100	1.3	0.9	10.5	87.3	حضر	مكان الإقامة
100	0.1	1.8	8.9	89.3	100	2.6	2.1	5.7	89.7	ريف	
100	0.2	1.4	14.4	84.0	100	1.0	0.6	9.5	88.9	وسط	منطقة السكن
100	0.0	0.4	13.9	85.7	100	1.8	0.7	11.9	85.6	شرق	
100	0.0	0.4	7.6	92.0	100	2.9	1.1	6.1	89.9	غرب	
100	0.3	4.5	1.9	93.3	100	2.9	5.8	2.8	88.5	جنوب	
100	0.2	5.0	3.6	91.2	100	2.5	3.5	4.0	90.1	غير متعلّقات	المستوى التعليمي
100	0.0	1.9	7.6	90.5	100	1.4	1.5	6.0	91.0	ابتدائي	
100	0.3	0.5	8.4	90.8	100	1.8	1.0	8.0	89.2	متوسط	
100	0.3	0.9	14.3	84.5	100	2.1	0.8	9.5	87.6	ثانوي	
100	0.2	0.2	19.4	80.2	100	1.1	0.1	18.5	80.3	جامعي	
100	0.0	3.7	2.8	93.5	100	1.7	2.5	11.6	84.2	19-15	فئات الأعمار
100	0.2	1.1	12.0	86.7	100	1.7	1.2	8.3	88.8	34-20	
100	0.1	1.4	10.5	88.0	100	2.1	1.7	9.4	86.8	49-35	
100	0.1	3.1	5.5	91.3	100	2.1	2.5	4.4	91.0	أفقر	مؤشر الثروة
100	0.0	0.8	7.5	91.6	100	1.9	1.5	5.5	91.2	الفقر	
100	0.0	0.7	10.2	89.1	100	2.6	1.1	8.0	88.3	المتوسط	
100	0.6	0.3	13.0	86.1	100	1.4	1.0	9.2	88.4	الغني	
100	0.0	0.9	26.0	73.1	100	1.0	0.4	18.5	80.2	الأغني	
100	0.2	1.2	11.4	87.2	100	1.8	1.3	8.6	88.2	المجموع	

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات للسنوات 2006، 2013/2012، 2019.

تشير بيانات الجدول عدم وجود اختلافات كبيرة في نسب الرعاية الصحيّة عند الوضع باختلاف خصائص المرأة. فالنساء غير المتعلّقات والنساء الصّغيرات في السنّ والنساء اللّاتي ينتمين إلى أسر ذات مؤشر ثروة أفقر هن الأكثر تردداً على المستشفيات والمراكز الصحيّة العامّة لإجراء عمليّة الوضع. بينما النساء المقيّعات في الحضر والنساء في منطقة الوسط والشرق والنساء ذوات المستوى الثّانوي أو العالي والنساء اللّاتي ينتمين إلى أسر ذات مؤشر ثروة أغني هن الأكثر تردداً على المصحّات الخاصّة. أمّا النّسب الأعلى للوضع في المنزل سجّلت بين النساء في منطقة الجنوب والنساء غير المتعلّقات والنساء في فئة 15-19 سنة والنساء اللّاتي ينتمين إلى أسر فقيرة.

يتضح من خلال هذه البيانات كذلك، أن أغلبية السيدات الحوامل وضعن في المستشفيات لأنها أفضل مكان لتقديم الرعاية اللازمة، حيث تضم الأطباء المتخصصين والأطباء الممارسين العموميين المهرة أو التقنيين في المستوى المتوسط والذين يتمتعون بالمهارات المناسبة، ويمكنهم التعامل مع الأمهات اللواتي يعانين من مشاكل معقدة تفوق قدرة مقدمي المستوى الأول من الرعاية. بينما عملية الوضع في المصحات الخاصة مسّت النساء اللاتي لهن مستوى معيشي أحسن وبالتالي بإمكانهن تسديد تكاليف الخدمات المقدّمة لهن عند عملية الوضع. أمّا عملية الوضع في المنزل عرفت انخفاضا كبيرا بسبب التوعية والتّحسيس بأهميّة الوضع في مؤسسة صحيّة وتجنب مخاطر ومضاعفات الولادة.

أمّا عن المؤهل الطّبي المشرف على الولادة، فالجدول (12.4) يعرض بيانات حول الشّخص الذي أشرف على الولادة. ففي سنة 2013، تمت 26.4% من المواليد تحت إشراف الطبيب و69.9% على يد قابلة مؤهّلة. رُصد سنة 2019 تزايد في الاعتماد على الأطباء المختصّين للإشراف على الولادات، مقابل تراجع في النسبة التي كانت تتم تحت إشراف القابلات المؤهّلات، حيث بلغت هذه النسب 34.3% و64% على التّرتيب. مس هذا التّغير جميع النّساء وفي كل الفئات المذكورة في الجدول (12.4) أدناه.

الجدول (12.4): توزيع نسب الرعايَّة الصحيَّة عند الوضع في السَّنَين السَّابقتين للمسح للنِّساء (15-49 سنة) حسب طبيعة الشَّخص القائم بعملية التوليد

مسح 2019 (%)				مسح 2013/2012 (%)				خصائص المبحوثة			
المجموع	غير مبيّن	أخرى	قابلة	طبيب	المجموع	غير مبيّن	أخرى			قابلة	طبيب
100	0.2	0.8	60.8	38.2	100	0.1	2.2	67.2	30.5	حضر	مكان الإقامة
100	0.0	2.5	68.2	29.4	100	0.0	5.2	74.0	20.9	ريف	
100	0.2	1.2	58.6	40.0	100	0.1	1.9	66.5	31.5	وسط	منطقة السكن
100	0.0	0.3	64.7	34.9	100	0.0	3.2	70.2	27.1	شرق	
100	0.0	1.3	68.2	30.5	100	0.0	3.9	72.5	23.6	غرب	
100	0.2	5.0	73.2	21.6	100	0.0	8.7	77.2	14.0	جنوب	
100	0.0	6.2	70.2	23.6	100	0.0	6.0	80.3	13.7	غير متعلّقات	المستوى التعليمي
100	0.0	2.4	68.7	29.0	100	0.0	4.3	69.6	26.1	ابتدائي	
100	0.3	0.6	66.1	33.0	100	0.0	2.8	71.4	25.8	متوسط	
100	0.2	0.8	62.2	36.8	100	0.2	2.6	67.0	30.3	ثانوي	
100	0.0	0.3	56.5	43.2	100	0.0	1.2	58.0	40.9	جامعي	
100	0.0	4.3	75.3	20.4	100	0.0	4.3	72.6	23.2	19-15	فئات الأعمار
100	0.2	1.2	64.3	34.3	100	0.1	3.1	70.1	26.6	34-20	
100	0.0	1.7	62.5	35.8	100	0.0	3.6	69.1	27.3	49-35	
100	0.1	4.1	72.3	23.5	100	0.0	5.4	73.7	20.9	الأفقر	مؤشر الثروة
100	0.0	0.9	67.3	31.8	100	0.0	3.4	71.9	24.7	الفقر	
100	0.0	0.8	65.3	33.9	100	0.2	3.3	70.6	25.9	المتوسط	
100	0.6	0.3	60.9	38.2	100	0.0	2.6	69.3	28.0	الغني	
100	0.1	0.5	48.4	51.0	100	0.0	1.2	62.0	36.7	الأغنى	
100	0.2	1.5	64.0	34.3	100	0.1	3.3	69.9	26.4	المجموع	

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنتي 2013/2012، 2019.

تتباين نسبة الولادات التي تمّت تحت إشراف طبيب أو قابلة مؤهّلة باختلاف خصائص المرأة، حيث ترتفع نسبة الولادات التي تمّت تحت إشراف طبيب بين الأمّهات المقيّعات في الحضر والنساء في منطقة الوسط والنساء اللّاتي لهن مستوى ثانوي أو جامعي والنساء اللّاتي ينتمين إلى أسر ذات مؤشر ثروة غني أو الأغنى. وفي المقابل تبرز نسبة الولادات تحت إشراف القابلات بشكل أكبر لدى سكّان الرّيف، والجنوب، والسيدات غير المتعلّقات، والفئات العمريّة الصّغيرة (15-19 سنة)، بالإضافة إلى الأسر ذات المستوى الاقتصادي الضّعيف.

6.4.4. الولادات التي تمّت بعملية قيصرية:

تشير معطيات المسح العنقودي المتعدّد المؤشرات لسنتي 2013/2012، 2019 على أنّ نسبة الولادات التي تمّت عن طريق إجراء عملية قيصرية ارتفعت من 16% سنة 2013 إلى 24.8% سنة 2019، حيث يشمل هذا الارتفاع مختلف أقاليم الوطن. أمّا بخصوص توزيع هذه النسب حسب خصائص المبحوثة فهي مبينة في الجدول (13.4) أدناه.

الجدول (13.4): نسبة النساء غير العازبات في سنّ الإنجاب اللواتي خضعن لعمليات قيصرية في ولادتهن الأخيرة خلال السنتين السابقتين للمسح.

مسح 2019 (%)	مسح 2013/2012 (%)	خصائص المبحوثة	
26.6	17.8	حضر	مكان الإقامة
22.5	13.2	ريف	
22.8	16.0	وسط	منطقة السكن
28.4	17.5	شرق	
23.4	17.3	غرب	
17.1	10.1	جنوب	
18.0	8.4	غير متعلّقات	المستوى التعليمي
21.3	14.8	ابتدائي	
24.3	14.4	متوسط	
26.6	18.9	ثانوي	
29.8	26.3	جامعي	
18.4	12.0	19-15	فئات الأعمار
24.4	15.4	34-20	
26.5	18.1	49-35	
16.9	13.2	آلافقر	مؤشر الثروة
26.4	15.9	الفقير	
24.2	15.6	المتوسط	
26.2	15.1	الغني	
33.8	21.1	الأغني	
24.8	16.0	المجموع	

المصدر: المسح العنقودي المتعدّد المؤشرات لسنتي 2013/2012، 2019.

تتباين نسب الولادات التي تمت بعملية قيصرية حسب خصائص المرأة. ترتفع هذه النسبة بين النساء المقيمات في الريف حيث بلغت 17.8% سنة 2013 و 26.6% سنة 2019 مقابل 13.2% و 22.5% على التوالي بين الريفيات. كما سجلت أكبر نسبة في منطقة الشرق حيث بلغت 17.5% سنة 2013 و 28.4% سنة 2019 وأقل نسبة سجلت في منطقة الجنوب حيث بلغت 10.1% و 17.1% على التوالي. كما أنّ هذه النسبة لم تتجاوز 8.4% سنة 2013 و 18% سنة 2019 بين النساء غير المتعلّقات مقابل 26.3% و 29.85% على التوالي بين النساء ذات المستوى الجامعي. بلغ الفارق بين هاتين الفئتين من النساء 17.9 نقاط سنة 2013 وتقلص هذا الفارق إلى 11.8 نقاط سنة 2019. وحسب متغيّر السنّ نلاحظ بأنّ نسبة الولادات التي تمت بعملية قيصرية ترتفع أكبر بين النساء الكيبرات في السنّ حيث بلغت 18.1% سنة 2013 و 26.5% سنة 2019 مقابل 12% و 18.4% على الترتيب بين النساء في فئة السن 15-19 سنة كون هذه الفئة مازالت في بداية الإنجاب وبالتالي فهن يفضلن الولادة الطبيعيّة. وبالنسبة لمتغيّر الثروة تبين بأنّ أعلى نسبة سجلت بين النساء في الأسر ذات مؤشر ثرة الأغنى حيث بلغت 21.1% سنة 2013 و 33.8% سنة 2019 مقابل 13.2% و 16.95% على التوالي بين النساء في الأسر ذات مؤشر ثرة الأفقر. بلغ الفارق 7.9 نقاط سنة 2013 ثم ارتفع إلى 16.9 نقاط سنة 2019.

يعكس التطور الملحوظ في هذا المؤشر، التطور في مجال الجراحة الطبيّة، ولكنّه قد يشير أيضاً إلى تدهور صحة المرأة أو قد يكون مدفوعاً بدوافع تجارية تستغل رغبة الأمّهات في تجنب الولادة الطبيعيّة.

7.4.4. الرعاية الصحيّة بعد الوضع:

تشير معطيات ثلاث المسوح العنقوديّة متعدّد المؤشّرات الأخيرة إلى أنّ نسبة الرعاية بعد الوضع عرفت تطورا كبيرا خلال الفترة 2006-2019، فبعد أن كانت 30.6% سنة 2006 ارتفعت

إلى 86.5% سنة 2013 ثمّ إلى 87.6% سنة 2019، أيّ ازداد بثلاثة أضعاف تقريبا. تتباين هذه النسبة حسب بعض خصائص المبحوثة كما هو مبين في الجدول (14.4).

جدول (14.4): نسب الحصول على الرعايَّة الصحيَّة في مرحلة ما بعد الولادة للنساء في سنّ الإنجاب اللواتي وُضعن خلال السنتين السَّابقتين للمسح

مسح 2019%	مسح 2013/2012%	مسح 2006%	خصائص المبحوثة	
88.8	-	36.5	حضر	مكان الإقامة
86.1	-	23.9	ريف	
79.5	86.1	33.0	وسط	منطقة السكن
91.2	88.9	30.4	شرق	
84.6	85.5	31.2	غرب	
84.7	82.6	24.0	جنوب	
85.5	82.4	18.5	غير متعلّقات	المستوى التعليمي
87.2	86.6	27.3	ابتدائي	
86.7	87.4	31.5	متوسط	
87.1	87.4	42.5	ثانوي	
91.0	87.6	50.0	جامعي	
80.4	85.8	36.0	19-15	فئات الأعمار
87.3	87.3	33.2	34-20	
89.1	84.1	25.0	49-35	
83.9	84.1	18.2	أفقر	مؤشر الثروة
86.1	84.7	27.1	الفقير	
88.6	84.4	29.2	المتوسط	
90.4	90.0	35.4	الغني	
90.8	90.4	47.6	الأغني	
87.6	86.5	30.6	المجموع	

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات للسنوات 2006، 2013/2012، 2019.

مس النّطور الحاصل في نسبة الرعايَّة الصحيَّة بعد الوضع خلال الفترة 2006-2019 كل

النساء في جميع الفئات، وأكبر تطور سجّل بين النساء غير المتعلّقات والذي بلغ 67 نقطة (18.5%)

سنة 2006 مقابل 85.5% سنة 2019) والنساء اللاتي ينتمين إلى أسر ذات مؤشّر ثروة الأفقر

بحوالي 66 نقطة (18.2% سنة 2006 مقابل 83.9% سنة 2019) والنساء في فئة السن 35-

49 سنة بأكثر من 64 نقطة (25% سنة 2006 مقابل 89.1% سنة 2019) والنساء المقيمات في الريف بأكثر من 62 نقطة (23.9% سنة 2006 مقابل 86.1% سنة 2019).

يرجع هذا الارتفاع إلى تحسيس النساء بأهمية هذه الرعاية في تحقيق صحة جيدة للأمّ والطفل معاً، وكذلك إلى توفير الخدمات والبرامج والمرافق المعنوية بالصحة العامة كالمستشفيات والمراكز الصحية والعيادات وغيرها من الهياكل الصحية، تحت تأطير أطباء مدربين وتوفير المعدات الطبية.

8.4.4. معدّل المواليد الأحياء للأمّهات صغيرات السنّ (15-19 سنة):

يكون الحمل السليم أو الأقل خطورة في مرحلة تصل فيها المرأة إلى النضج الجسماني والنفسي، والحمل الأول بشكل عام له متاعبه وأخطاره. فالنضج الجنسي والوصول إلى مرحلة التبويض والحيض ليس مؤشراً سليماً لبدء الإنجاب، بل يجب أن تصل المرأة إلى الاستعداد الجسماني والنفسي الكامل للإنجاب، أي أنّ تصل كل أعضاء الجسم إلى مرحلة الاستقرار أي أن يكتمل نموها حتى تكون قادرة على تحمل مسؤولية الإنجاب وخاصة أعضاء الجهاز التناسلي.¹

بناء على تقارير منظمة الصحة العالمية، فإنّ أكثر الفترات أماناً في حياة المرأة لإنجاب الأطفال تنحصر بين 20 و30 سنة. وتوصّلت الدراسات إلى أنّه بعد عامين من بداية الطمث يظل للفتاة الفرصة لينمو حوضها بمعدل يتراوح بين 2% و9% وأن يزداد طولها بمعدل 1%، وتحدث أكثر حالات الولادة المتعسرة نتيجة لعدم التناسب بين حجم رأس الطفل وحوض الأم.²

إنّ حدوث الحمل والولادة في سن مبكرة (أقل من 20 سنة) قد يعرض الأمّ والطفل إلى مخاطر صحية كثيرة نذكر منها الإجهاض، الولادة المبكرة، تسمم الحمل، التهابات الجهاز البولي، فقر الدم،

¹ محمد حسن محمد المعمرى وآخرون: "مفاهيم السياسة السكانية والصحة الإنجابية من منظور شرعي". اليمن: المعهد العالي للتوجيه والإرشاد. 1991، ص53.

² شاهد طوبيا وآخرون: "المرأة العربية: لمحة عن التنوع والتغيير". القاهرة-مصر: دار النخيل للنشر. 1995، ص25.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

الولادة المتعسرة، قصور المشيمة، نقص وزن المولود وموت الجنين في أثناء الولادة. ولهذا نجد أن احتمال وفاة الأم الأصغر من 20 سنة في أثناء الحمل والولادة يزيد من مرتين إلى خمس مرات عن الأمهات في سن 20 إلى 30 سنة، وأن وفيات أطفال الأمهات الأقل من 20 سنة خلال فترات الحمل والولادة وما بعدها تصل إلى ثلاث أضعاف وفيات أطفال الأمهات فئة 20 إلى 30 سنة.¹ إن الإنجاب دون السن العشرين له اعتبارات صحية كبيرة، فالأمهات في هذه الفئة من العمر تكون عرضة لمخاطر الأمراض والوفاة بدرجة أكبر من النساء الأكبر سناً، وتكون المخاطر الصحية التي يتعرض لها أطفالهن أكبر. والجدول (15.4) يعرض لنا نسب السيدات في فئة العمر 15-19 سنة اللواتي أصبحن أمهات أو حوامل في مولودهن الأول. حيث تشير معطيات هذا الجدول إلى أن 1.9% من النساء في فئة السن 15-19 سنة بدأت حياتهن الإنجابية (1.1% أمهات و0.8% حوامل في مولودهن الأول) سنة 2013، وارتفعت هذه النسبة إلى 2.3% (1.3% أمهات و0.9% حوامل في مولودهن الأول) سنة 2019.

الجدول (15.4): نسبة السيدات في السن 15-19 سنة اللواتي أصبحن أمهات أو حوامل في مولودهن الأول

مسح 2019%			مسح 2013/2012%			خصائص المبحوثة	
المجموع	حوامل في مولودهن الأول	أمهات	المجموع	حوامل في مولودهن الأول	أمهات		
1.4	0.5	0.9	1.4	0.5	0.9	حضر	مكان الإقامة
3.7	1.7	2.0	2.8	1.3	0.4	ريف	
1.6	0.7	0.9	1.2	0.7	0.5	وسط	منطقة السكن
0.9	0.3	0.6	1.7	0.7	1.0	شرق	
4.3	2.1	2.2	3.6	1.5	2.1	غرب	
3.7	1.1	2.6	2.4	1.1	1.2	جنوب	
11.7	2.8	8.9	7.8	0.9	6.9	غير متعلمات	المستوى التعليمي
9.8	3.2	6.6	10.3	5.0	5.3	ابتدائي	

¹ صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): "حالة سكان العالم 1998، الأجيال الجديدة". نيويورك-الولايات المتحدة الأمريكية. 1998، ص 27.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

4.3	1.5	2.9	2.0	0.8	1.1	متوسط	
1.0	0.7	0.2	0.9	0.4	0.5	ثانوي	
0.2	0.0	0.2	0.1	0.1	0.0	جامعي	
4.2	2.0	2.2	2.6	1.3	1.3	الآفقر	مؤشر الثروة
3.1	0.7	2.4	2.2	0.9	1.3	الفقير	
2.4	1.2	1.3	2.1	1.0	1.1	المتوسط	
1.3	0.6	0.7	1.9	0.8	1.1	الغني	
0.6	0.3	0.3	0.6	0.0	0.6	الأغني	
2.3	0.9	1.3	1.9	0.8	1.1	المجموع	

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات للسنوات 2006، 2013/2012، 2019.

تتباين هذه النسب حسب خصائص المرأة، فأكبر نسبة سُجّلت بين النساء ذوات المستوى الابتدائي حيث بلغت 10.3% تليها النساء غير المتعلّقات بنسبة 7.8% سنة 2013، وبلغت هاتين النسبتين 9.8% و 11.7% على التوالي سنة 2019.

تشير هذه المعطيات كذلك إلى وجود نسبة ضعيفة من النساء في فئة السن (15-19 سنة) اللواتي أصبحن حوامل أو أمّهات، وهذا ناتج عن ارتفاع مستوى وعيهن بخطورة الإنجاب في سن مبكر. أكّدت مخرجات مؤتمر القاهرة الدولي للسكان (1994) في الفقرة 7-46 منه، وبدعم من المجتمع الدولي، على ضرورة حماية حقوق المراهقين في التربيّة الصحية وتقديم المعلومات الكافية خاصة منها المتعلقة بالصحة الجنسيّة والإنجابيّة، والعمل على تقليل حالات الحمل غير المخطط له والأمراض المنقولة جنسياً.¹

9.4.4. معدل المواليد الأحياء لأمّهات كبيرات السن (35 سنة وأكثر):

1.9.4.4 الخصوبة العمريّة للفئات العمريّة من 35 الى 49 سنة:

بالاعتماد على معدّل الخصوبة العمريّة الذي يعبر عن متوسط عدد الأطفال لكل امرأة، قمنا من خلال الجدول (16.4) من معرفة تحديد الفئات الأكثر خصوبة للأمّهات كبيرات السن.

¹ المصدر نفسه، ص28.

الجدول (16.4): الخصوبة العمرية للأمهات كبيرات السن (35 سنة وأكثر)

مسح 2019	مسح 2013/2012	مسح 2006	مسح 2002	2000	1995	1990	خصائص المبحوثة
126,6	114	108,9	102	105	146	187	39-35
46,9	44	47,7	40	43	41	-	44-40
5,9	7	2,3	8	9	-	-	49-45
2,8	2,7	2,27	2,2	2,15	2,45	4,2	ISF (طفل/امرأة)

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على التقارير النهائية للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات.

يظهر الجدول انخفاضا كبيرا في المؤشر التركيبي للخصوبة (ISF) في الجزائر، حيث تراجع من 4.2 طفل لكل امرأة في عام 1990 إلى 2.8 طفل في عام 2019. هذا الانخفاض يعكس تغييرا جذريا في نمط الخصوبة، مما يشير إلى أن المؤشر يقترب من مستوى الإحلال، الذي يتراوح بين 2.1 و 2.4 طفل لكل امرأة. ويعني ذلك أن عدد المواليد أصبح قريبا من العدد المطلوب للحفاظ على ثبات حجم السكان. صاحب هذا التغيير تغير في مستويات الخصوبة العمرية لفئات كبيرات في السن، حيث نلاحظ:

- **الفئة العمرية 35-39 سنة:** تُعد هذه الفئة العمرية الأكثر خصوبة بين الأمهات كبيرات السن، حيث تمثل 70% من إجمالي الخصوبة في هذه المجموعة. شهدت معدلات الخصوبة لدى هذه الفئة انخفاضا ملحوظا، حيث تراجعت من 187 طفل لكل امرأة سنة 1990 إلى 102 سنة 2002. يعكس هذا التراجع التغيرات الاجتماعية والاقتصادية التي شهدتها الجزائر خلال فترة التسعينيات. ومع ذلك، عاود هذا المؤشر الارتفاع تدريجيا ليبلغ 126.6 في مسح عام 2019 ويعود ذلك إلى عدة عوامل، أهمها عودة الاستقرار والأمان في البلاد. كما يشير كذلك للعدد المتزايد للنساء اللاتي يؤجلن الإنجاب إلى سن متأخرة (بعد 35 عامًا)، وهو ما قد يعود إلى عوامل مثل تأخر سن الزواج أو رغبة المرأة في إكمال تعليمها أو مسيرتها المهنية أولاً؛

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

- **الفئة العمرية 40-44 سنة:** تمثل هذه الفئة 25% من إجمالي الخصوبة من بين فئات الأمهات كبيرات السن، انخفضت معدلات الخصوبة لهذه الفئة من 41 طفل لكل 1000 امرأة سنة 1995 إلى 40 سنة 2002، ثم عادت للارتفاع بشكل طفيف لتصل إلى 46.9 سنة 2019.
- **الفئة العمرية 45-49 سنة:** تشكل هذه الفئة 5% من إجمالي الخصوبة من بين فئات الأمهات كبيرات السن، تتميز هذه الفئة بمعدلات خصوبة جد منخفضة وثابتة نسبياً على مر السنوات، ويعود ذلك إلى العديد من العوامل منها: التغيرات البيولوجية الطبيعية للأمهات واقتراب اقتراب سن اليأس بالإضافة إلى العوامل الاجتماعية كتفضيل الأمهات على الإنجاب في سن مبكرة واكتفائهن بتربية أبنائهن الأكبر سناً.

2.9.4.4. إنجاب الأمهات كبيرات السن للفئة العمرية من 35 إلى 49 سنة:

من خلال الجدول (16.4) سنحاول معرفة تطور الحالة الإنجابية وعدد الأطفال الأحياء للأمهات كبيرات في السن من 35 إلى 49 سنة، وذلك خلال ثلاث (03) مسوح الأخيرة.

الجدول (17.4): توزيع النسوة للفئة العمرية من 35 إلى 49 سنة حسب حالتهم الإنجابية

وعدد الأطفال الأحياء، بناءً على بيانات من المسوحات الأخيرة

مسح 2019 (%)			مسح 2012/2013 (%)			مسح 2006 (%)			المسح
49-45	44-40	39-35	49-45	44-40	39-35	49-45	44-40	39-35	الفئة العمرية
3297	3569	3877	3597	4231	4865	3003	3788	3956	مجموع نساء العينة
92,38	94,46	94,36							توزيع النساء حسب سابق لها الإنجاب
7,62	5,54	5,64							حالة الإنجاب لم تتجب من قبل
9,1	6,8	6,8	6,4	5,4	6,0	3,6	4	5,2	0
4,7	4,4	7,5	3,4	3,9	6,5	2,1	3,4	5,5	1
10,3	12,1	18,5	8,2	9,9	16,0	6,1	7,6	13,4	2
20,2	25,2	31,2	14,7	19,8	27,8	9,2	14,4	24,3	3
55,8	51,5	36	60,3	61,1	43,9	64,7	70,6	51,7	4 فأكثر
98,28	84,46	68,14	0,81	8,63	20,55	2,03	15,34	30,49	وضع مولود أو لم تضع أي مولود
1,72	15,54	31,86	99,19	91,37	79,45	97,07	84,66	69,51	أكثر خلال سنتين وضعت مولود أو قبل تاريخ المسح أكثر

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على التقارير النهائية للمسوح العنقودية متعددة المؤشرات.

- يمكن تلخيص من خلال الجدول عدة نقاط حسب الحالة، كما يلي:
- **التوزيع حسب حالة الإنجاب:** نلاحظ أن غالبية النساء سن 35-49 سنة قد سبق لهن الإنجاب، تزداد نسبة النساء اللواتي سبق لهن الإنجاب في الفئة العمرية 35-44، حيث تصل إلى 94% مقابل 92% في الفئة العمرية 45-49 سنة. أما نسبة النساء اللواتي لم يسبق لهن الإنجاب فهي ضئيلة جدًا، وتتراوح بين 5% في الفئة العمرية 35-44 سنة و 7% في الفئة العمرية 45-49 سنة هذا التفاوت قد يعود إلى أسباب بيولوجية وديمغرافية كالنّقد في السن وتأخير الزواج أو تفضيل عدم الإنجاب لدى بعض النساء؛
 - **التوزيع حسب عدد الأطفال الأحياء:** يُظهر الجدول ارتفاعًا في نسبة النساء اللاتي يمتلكن من طفل واحد إلى ثلاثة أطفال عبر المُسوحات المختلفة، وهو ما يشير إلى تحوّل في تفضيلات الأسر. في المقابل، وعلى الرّغم من أنّ غالبية النساء في الفئات العمرية المذكورة لا يزلن يمتلكن أربعة أطفال أو أكثر، فإنّ هذه النسبة في انخفاض مستمر. كانت ذروة هذه النسبة لدى الفئة العمرية 45-49 سنة في مسح 2006 حيث بلغت 70.6%، لكنّها انخفضت إلى 61.1% سنة 2013، واستمر الانخفاض إلى 51.5% سنة 2019. يعكس هذا التّغير تحوّلًا واضحًا في نمط الإنجاب نحو تفضيل الأسر الأصغر حجمًا.
 - **التوزيع حسب الولادات الحديثة:** تُظهر البيانات المتعلقة بالولادات التي حدثت خلال السنتين السابقتين لمسح 2019 أنّ هناك تغييرًا جذريًا في نمط الإنجاب لدى النساء، حيث كانت الغالبية العظمى من النساء في الفئة العمرية 45-49 سنة قد أنجبن مولودًا واحدًا أو أكثر، وتشير النسب المرتفعة، التي وصلت إلى 97.07% في مسح 2006 و 99.19% في مسح 2013، إلى أنّ العديد من النساء كن يلدن في سن متقدّمة (بين 43 و 47 عامًا)، ممّا يعرضهن لمخاطر صحيّة

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

أعلى. أما في مسح 2019 انخفضت هذه النسبة بشكل حاد في جميع الفئات العمرية المتقدمة. بلغت نسبة الولادات الحديثة 1.72% في الفئة العمرية 45-49 سنة، و15.54% في الفئة العمرية 40-44 سنة، و31.86% في الفئة العمرية 35-39 سنة. يعكس هذا الانخفاض الأخير تحولاً في نمط الإنجاب، حيث أصبح عدد أقل من النساء ينجبن في سن متقدمة، وهو ما قد يعود إلى الوعي المتزايد بالمخاطر الصحية المرتبطة بالولادة في سن متأخرة، بالإضافة إلى انتشار وسائل منع الحمل وتغير الأولويات الاجتماعية.

10.4.4. الأمراض المنتقلة جنسياً:

سنتطرق إلى هذه العناصر إلى تطور عدد حالات هذا المرض حسب آخر الإحصاءات المصرح بها من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، بالإضافة إلى معرفة مستويات وعي الأفراد بهذا المرض وبطرق انتقاله والوقاية منه من خلال المعطيات الواردة في المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنتي 2012/2013 و2019.

1.10.4.4. تطوّر عدد حالات مرض الإيدز في الجزائر:

لا بد من التّويه بدايةً بأن إحصاءات الإصابة بمرض الإيدز تقتصر على الحالات المكتشفة أو المبلّغ عنها، فهي لا تعكس بصورة قطعية الواقع الفعلي لانتشار هذا المرض، ولا سيّما أن من سماته اختفاء الأعراض فور حدوث العدوى، وقد يتطلّب ظهورها حيناً زمنياً يمتدّ لعدّة سنوات. ورغم ذلك، فإن المعطيات الرّسمية تظلّ مؤشراً جوهرياً يعكس طبيعة الوضع الوبائي الخاص بهذا المرض. عرفت الجزائر تسجيل أول حالة إصابة بمرض الإيدز سنة 1985، ليدخل المرض بعدها مرحلة الانتشار. حيث قُدّر عدد المصابين بـ 1533 حالة سنة 2000، ثم ارتفعت الحصيلة بشكل مطرد لتصل إلى 6037 حالة سنة 2010، ثم بلغت 1031 حالة سنة 2016، كما هو موضح في بيانات الجدول (17.4).

الجدول (18.4): توزيع حسب السن لعدد حالات الإيدز في الجزائر للفترة 2000-2015.

فئات السن	2000	2002	2004	2005	2008	2010	2012	2014	2016
15-24 سنة	99	124	156	173	297	420	524	569	-
25 سنة وأكثر	1434	1737	2207	2435	4095	5617	6985	8534	-
المجموع	1533	1861	2363	2608	4392	6037	7509	9103	1031

Source : Objectifs du Millénaire pour le Développement, Rapport National 2000 – 2015

تبين إحصاءات الجدول أن عدد المصابين من فئة الشباب في فئة السن 15-24 سنة بلغت 99 حالة بنسبة 6.5% من مجموع المصابين عام 2000، ثم زاد هذا الرقم تصاعديا ليتوقف عند 569 حالة سنة 2014 بنسبة 6.2%. وهذا يؤكد أن معظم إصابات مرض الإيدز تتركز لدى الأفراد الذين تبلغ أعمارهم 25 سنة وأكثر، كون هذه الشريحة أكثر تعرضا لسبل انتقال العدوى كتعاطي المخدرات وممارسة العلاقات الجنسية غير الشرعية. وبذلك فإن تقليل نسبة انتشار المرض يستوجب توعية الشباب بطرق الوقاية من المرض حيث أن الشباب هم النشطين جنسيا والأكثر ميلا لتعاطي المخدرات.

2.10.4.4. مستوى وعي النسوة في سن الإنجاب (15-49 سنة) بمرض الإيدز:

للحصول على معلومات عن مدى انتشار المعرفة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز، تم سؤال النسوة اللاتي في سن الإنجاب 15-49 سنة في مسحي 2012-2013 و2019 عما إذا كن قد سمعن عن المرض. كما تم سؤال السيدات اللاتي يعرفن المرض أسئلة إضافية عن طرق الحماية والتي تتضمن ما إذا كان من الممكن خفض فرصة الإصابة بفيروس الإيدز عن طريق ممارسة الجنس مع شخص واحد غير مصاب، استخدام الواقي الذكري في كل مرة وقت ممارسة الجنس.

■ مستوى المعرفة بالمرض:

يتناول الجدول (18.4) نسبة النسوة في سن الإنجاب (15-49 سنة) اللاتي سمعن بمرض

الإيدز حسب مكان إقامة المرأة ومستواها التعليمي وسنها ومؤشر الثروة.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

تبيّن بيانات مسح 2013/2012 أنّ 84.9% من إجمالي النساء المتزوجات وفي سنّ الإنجاب (15-49 سنة) لديهنّ معرفة بمرض الإيدز. تراجعت هذه النسبة لتصل 77.6% وفق نتائج مسح 2019. ويظهر اختلاف هاتين النسبتين تبعاً للمستوى التعليمي للمرأة والبيئة السكنية والسنّ ومؤشّر الثروة.

الجدول (19.4): نسب النساء في سنّ الإنجاب اللواتي لديهنّ سابق معرفة بمرض الإيدز، موزعة وفقاً للخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية.

مسح 2019		مسح 2013/2012		خصائص المبحوثة
عدد النساء	النسبة (%)	عدد النساء	النسبة (%)	
مكان الإقامة				
22337	81.3	24558	89.3	حضر
12774	71.0	13989	77.2	ريف
المستوى التعليمي				
3730	41.3	5557	56.3	أمية
4277	60.8	5640	73.7	الابتدائي
9462	75.6	11110	87.6	المتوسط
9303	86.2	10173	95.4	الثانوي
8330	95.1	6066	98.9	العالي
فئات السن				
9996	80.6	12913	87.5	24-15
5494	82.6	6891	87.7	29-25
10658	77.2	10915	84.7	39-30
8962	71.6	7828	78.4	49-40
مؤشر الثروة				
6890	63.5	7615	70.3	أكثر فقرا
6865	71.8	7537	82.3	فقير
7008	79.2	7726	86.3	متوسط
7060	83.7	7798	90.5	غني
7288	88.8	7871	94.6	أكثر غني
35111	77.6	38547	84.9	المجموع

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنتي 2013/2012، 2019.

تزداد نسبة الوعي بمرض الإيدز لدى النساء القاطنات بالمدن مقارنةً بالنساء في الأرياف، إذ سجّلت هذه النسبة 89.3% بالمجتمع الحضري مقابل 77.2% بالمجتمع الريفيّ وفق نتائج مسح 2013/2012. كما تم تسجيل 81.3% مقابل 71% على الترتيب وفق معطيات مسح 2019.

يرتبط مدى الإدراك بمرض الإيدز بالتّحصيل التّعليمي للمرأة، إذ يتجلى الوعي بوضوح بين النسوة الأكثر تعلّمًا مقابل اللواتي لم يلتحقن بالتعليم أو الأقل دراسة. حيث وصلت النسبة 98.9% بين الجامعيات مقابل 56.3% لدى النساء غير المتعلّقات على الترتيب وذلك لمسح 2013/2012. وقد قُدرت هاتان النسبتان بـ 95.1% مقابل 41.3% على الترتيب في مسح 2019. وعموما نقول بأن مستوى الوعي بالإيدز يزداد كلما ارتفع المستوى التّعليمي للمرأة.

أما بخصوص عامل العمر، يظهر أن الإلمام بالمرض يتركز لدى فئات النساء الشابات، إذ بلغت 87.7% ضمن الفئة العمرية 25-29 سنة مقابل 78.4% للفئة 40-49 سنة وهذا في مسح 2013/2012، ثم صارت النسبتان 82.6% مقابل 71.6% على التوالي في مسح 2019. كما تُبين أرقام الجدول كذلك أن معرفة الإيدز تتعاطم لدى النساء اللواتي يمتلكن أعلى مؤشر للثروة، حيث بلغت 94.6% مقابل 70.3% للنساء في أدنى مستوى اقتصادي حسب مسح 2013/2012، بينما بلغت هاته النسب 88.8% مقابل 63.5% على الترتيب بالنسبة لمسح 2019.

إن هذه الإحصائيات تستوجب تكثيف برامج التّوعية والتّحسيس للتعريف بالأمراض الجنسيّة وأخطارها، لا سيما وسط النساء بدون مستويات تعليمية وسكان المناطق الريفية المعزولة وذوات بغية النهوض بمستوى المعرفة الصحية بهذه الأمراض.

▪ المعرفة بنقل العدوى من الأم إلى الطفل:

إذا كانت الأم الحامل مصابة بفيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز قد تنتقل العدوى من الأم الحامل المصابة إلى طفلها أثناء الحمل عبر المشيمة، أو أثناء الولادة عند اختلاط الدم، أو لاحقاً من خلال الرضاعة الطبيعيّة. إذا لم تتلق الأم أي علاج، فإنّ احتماليّة انتقال العدوى إلى الجنين تصل إلى 25%. كما يتم تشخيص معظم النساء المصابات بالفيروس قبل أو أثناء الحمل، مما يتيح للأطباء اتّخاذ التدابير اللازمة لمنع انتقال العدوى. وقد أدّت هذه التّدخلات الطبيّة إلى انخفاض كبير في معدّلات إصابة الأطفال بالفيروس، رغم زيادة عدد النساء الحوامل المصابات به.

من جهة أخرى، يُولد الأطفال لأُمَّهات مصابات بالفيروس بأجسام مضادّة في دمائهم، لكن هذه الأجسام لا تعني إصابتهم بالعدوى وتختفي تدريجياً مع الوقت. لذلك، لا يمكن تأكيد خلو الطفل من الفيروس بشكل قاطع إلاّ بعد بلوغه عمر 18 شهراً. ومن أجل قياس مستوى إدراك السيدات لسبل انتقال الإيدز من الأم لجنينها، جرى استطلاع رأي المبحوثات في المسحين حول إمكانيّة انتقال الفيروس المسبب للمرض خلال فترة الحمل، أو عند الوضع أو عبر الرضاعة الطبيعيّة، والنتائج المحقّقة موصّحة في الجدول (19.4).

الجدول (20.4): نسبة النسوة في سنّ الإنجاب اللواتي يمتلكن معرفة دقيقة بطرق انتقال

فيروس نقص المناعة المكتسب من الأمّ إلى الطفل.

مسح 2019					مسح 2013/2012					خصائص المبحوثة
نسبة النسوة (%) اللاتي يعرفن بأن فيروس الإيدز يمكن أن ينتقل:										
من الأم إلى الطفل:				من الأم إلى الطفل	من الأم إلى الطفل:				من الأم إلى الطفل	
أثناء الحمل	عند الولادة	أثناء الرضاعة	الطرق الثلاثة		أثناء الحمل	عند الولادة	أثناء الرضاعة	الطرق الثلاثة		
مكان الإقامة										
52.3	50.4	56.2	60.2	26.5	40.6	53.5	56.8	71.1	79.2	حضر
22.1	45.5	45.8	52.1	22.1	35.6	46.5	47.1	59.2	65.6	ريف

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

المستوى التعليمي										
19.7	24.8	23.9	27.4	11.7	24.5	33.1	30.8	39.1	43.7	أمية
29.4	37.1	37.3	41.8	15.8	31.4	43.1	41.0	53.6	60.3	الابتدائي
37.4	47.0	48.6	54.1	19.9	38.7	52.2	52.9	66.9	75.4	المتوسط
43.2	53.9	58.0	64.4	26.9	44.4	57.7	61.2	78.1	85.9	الثانوي
50.4	61.0	71.0	74.1	38.8	49.7	63.1	73.0	85.0	93.6	العالي
فئات السن										
41.7	52.5	53.9	58.4	27.2	40.3	53.3	54.2	69.0	77.0	24-15
41.8	52.3	56.4	60.6	28.7	40.2	53.4	55.8	68.9	76.9	29-25
39.2	47.8	52.9	57.6	23.3	37.9	50.1	52.6	66.4	73.7	39-30
34.7	42.9	47.6	53.5	21.8	36.3	46.3	50.6	61.7	68.1	49-40
مؤشر الثروة										
33.5	41.6	41.6	46.9	19.3	32.3	43.0	41.9	53.4	59.4	أكثر فقرا
35.8	45.1	46.5	52.2	26.6	38.0	50.2	49.8	63.5	70.1	فقير
39.6	49.5	51.5	57.1	24.5	40.5	52.2	54.4	68.3	75.4	متوسط
40.2	50.2	56.6	61.7	26.8	40.6	54.8	56.7	71.3	80.0	غني
46.2	56.1	64.9	67.7	32.7	42.4	54.6	63.3	76.8	85.7	أكثر غني
39.2	48.6	52.4	53.7	24.9	38.8	51.0	53.3	66.8	74.2	المجموع

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنتي 2012/2013، 2019.

يظهر الجدول أن 74.2% من السيدات يدركن أن فيروس الإيدز ينتقل من الأم إلى الطفل تبعا لنتائج مسح 2013/2012 وتراجعت هذه النسبة إلى 24.9% في مسح 2019. وتزداد هذه النسبة لدى النسوة القاطنات في الأوساط الحضرية والنسوة دون 30 سنة والنسوة اللاتي بلغن مستوى تعليمي ثانوي فأكثر والنسوة اللاتي يتبعن لمؤشر ثروة ذو مستوى غني أو أكثر. وصلت نسبة النسوة اللاتي يعرفن أن فيروس الإيدز قد ينتقل من الأم إلى الطفل وقت الحمل، أو الولادة أو خلال الرضاعة الطبيعية 66.8%، 53.3% و 51.0% على التوالي في مسح 2013/2012 و 53.7%، 52.4% و 48.6% في مسح 2019. وتقل هذه النسب لدى النسوة المقيمات في الأرياف والنسوة دون تعليم واللاتي يملكن مستوى ابتدائي والنسوة في سن 30 سنة فأكثر والنسوة اللاتي ينتمين إلى أقل مستوى لمؤشر الثروة. وبلغت نسبة النسوة اللاتي أحطن بالطرق

الثلاث المذكورة تخصّ انتقال فيروس الإيدز من الأم للطفل 38.8% وفق بيانات مسح 2013/2012 ثم ارتفعت لتبلغ 39.2% وفق بيانات مسح 2019.

إن النسب الموضّحة في الجدول تبيّن حجم نقص الوعي والثّقافة المتعلّقة بطرق انتقال فيروس مرض الإيدز من الأم للطفل، وهذا يستوجب توعية الأمهات وبثّ المعرفة بينهن عن مرض الإيدز وطرق عدواه وبالتالي سبل الوقاية منه لاسيما في الأرياف وفئة النسوة اللّاتي لم يدخلن المدرسة والأقلّ تعليما وفئة النساء الكبيرات في السنّ

▪ مستوى الوعي بطرق الوقاية من المرض:

تعدّ الوقاية والفحص المبكرّ وعلاج الأمراض المنقولة جنسيًا، بما فيها متلازمة نقص المناعة البشريّة المكتسب (الإيدز)، من أبرز ركائز الصّحة الإنجابيّة. فهذه الأمراض تؤثر بقوة على المسار الإنجابي لكلا الجنسين، فهي تؤدي لحالات العقم وتصيب أجهزة الجسم الأخرى بأعراض وأمراض متنوعة. وفي هذا الصدد قدم صندوق الأمم المتحدة للسكان إنجازات كبيرة في مواجهة هذه الأمراض، لاسيما فيروس نقص المناعة البشريّة (الإيدز)، وسعى لترسيخ الوقاية وربطها مع برامج الصّحة الإنجابيّة. وكان المحرّك الرئيس في وقاية الحوامل من التّقاط الفيروس، وذلك ضمن المساعي المبذولة لمنع انتقال المرض من الأم للطفل. كما ركّز على الدّور الهام للشباب في دعم جهود الوقاية، وعلى لزوم فهم احتياجات الأفراد وصياغة البرامج المخصّصة لذلك¹.

يمكن تقليص مستويات مرض الإيدز والأمراض الأخرى المنقولة جنسيًا عبر:

✓ التّشخيص المبكرّ لهذه الأمراض ومداواتها؛

✓ تأمين الخدمات والمشورة في القضايا المرتبطة بالصّحة الجنسيّة؛

¹ صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): "استعراض البرنامج المشترك بين الأقطار لصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2000-2003". الدورة الأولى العادية لعام 2004. 23 إلى 30 جانفي 2004، ص3.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

- ✓ إنهاء التبّان في موازين القوى بين النساء والرجال والعنف الممارس على أساس الجنس؛
- ✓ بناء استراتيجيات لتتبع الإصابات وتوجيه الأشخاص المصابين بالمرض إلى مراكز تلقي العلاج؛
- ✓ تثقيف الأفراد بطرق انتشار المرض والوقاية منه، ويمكن اختصار هذه الطرائق في النقاط الآتية:
 - التوقّف عن الاتّصال الجنسيّ غير المشروع؛
 - التوقّف عن نقل الدم الملوّث وفحص الدم قبل منحه للمحتاج؛
 - تجنّب استعمال الحقن غير المعقّمة والإبر وكافة الأدوات الملوثة بفيروس الإيدز؛
 - التوقّف عن استعمال الحاجيات الشخصية للفرد المصاب بالفيروس كشفرة الحلاقة وفرشاة الأسنان؛

- استخدام الواقي الذكري أو الأنتوي عند الارتياح في الإصابة.

ومن خلال الجدول (20.4) نستعرض نسبة النسوة في سن الإنجاب اللّاتي يدركن أبرز الوسائل

الوقائية من انتقال فيروس الإيدز تبعا لبيئة إقامة المرأة ومستواها التعليمي وسنها ومؤشر الثروة.

الجدول (21.4): نسبة النسوة في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) اللّاتي يدركن أبرز الوسائل

الوقائية من انتقال فيروس نقص المناعة المكتسبة/الإيدز

مسح 2019%				مسح 2013/2012%				خصائص المبحوثة
عدد النساء	تعرف الوسيلتين	استعمال الواقي الذكري	ممارسة الجنس مع شخص واحد غير مصاب	عدد النساء	تعرف الوسيلتين	استعمال الواقي الذكري	ممارسة الجنس مع شخص واحد غير مصاب	
مكان الإقامة								
22337	47.5	52.1	66.5	24558	50.5	53.6	75.8	حضر
12774	37.1	41.6	55.2	13989	38.3	40.9	62.4	ريف
المستوى التعليمي								
3730	17.1	19.9	29.2	5557	23.0	24.7	40.9	أمية
4277	29.9	33.2	44.9	5640	32.2	34.8	57.1	الابتدائي
9462	39.8	44.5	59.0	11110	45.1	47.6	73.2	المتوسط
9303	48.0	53.0	69.7	10173	54.2	57.7	81.9	الثانوي
8330	62.4	67.6	82.0	6066	68.0	72.4	89.0	العالى

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

فئات السن								
9996	43.1	47.8	64.3	12913	43.7	46.7	71.5	24-15
5494	48.9	53.7	67.6	6891	50.3	53.3	74.1	29-25
10658	43.9	48.8	62.1	10915	47.7	50.8	72.1	39-30
8962	41.0	44.8	57.4	7828	43.9	46.5	65.7	49-40
مؤشر الثروة								
6890	31.8	36.5	47.3	7615	31.5	33.9	54.2	أكثر فقرا
6865	37.3	41.8	56.0	7537	41.5	44.1	68.3	فقير
7008	43.8	47.8	64.2	7726	45.9	48.8	72.1	متوسط
7060	48.0	52.5	68.5	7798	50.2	53.4	76.6	غني
7288	56.7	61.8	75.0	7871	60.4	64.0	83.0	أكثر غنى
35111	43.7	48.2	62.4	38547	46.0	49.0	71.0	المجموع

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنتي 2013/2012، 2019.

نلاحظ من خلال بيانات الجدول (20.4) أن الاكتفاء بشريك واحد سليم يمثل أكثر سبل الحماية من داء الإيدز شيوعا، يتبعه استعمال الواقي الذكري، فمن خلال مسح 2013/2012 أكدت نسبة 71% من النساء أن الاكتفاء بشريك واحد سليم يعد وسيلة من وسائل الحماية من داء الإيدز، وأشارت نسبة 49% لأهمية استعمال الواقي الذكري كسبيل للحماية من العدوى عند إصابة أحد الطرفين، ولم تتخط نسبة النساء اللاتي يدركن الوصيلتين 46%. ومن خلال مسح 2019 صرحت 62.4% بالوسيلة الأولى و48.2% بالوسيلة الثالثة، ولم تتخط نسبة النساء اللاتي يدركن الوصيلتين نسبة 43.7%.

يتفاوت حجم الوعي بسبل الحماية من داء الإيدز تبعا لموقع السكن والمستوى التعليمي للمرأة وعمرها، إذ نسبة الوعي تزداد لدى النساء القاطنات في المدن والنساء اللاتي بلغن مستوى تعليمي مرتفع والنساء في شريحة العمر 25-29 سنة والنساء اللاتي يتبعن لأعلى تصنيف لمؤشر الثروة، وتقل لدى النساء القاطنات في الريف والنساء غير المتعلمات، بالإضافة الى النساء المتقدمات في السن والنساء اللاتي يتبعن لأدنى تصنيف لمؤشر الثروة.

فمثلا لو نظرنا لأرقام مسح 2019، نلاحظ أن نسبة النساء اللاتي ذكرن أن الاكتفاء بشريك واحد سليم يعد وسيلة من وسائل الحماية من داء الإيدز تزداد في المحيط الحضري حيث وصلت 66.5% مقابل 55.2% في المحيط الريفي، كما وصلت هذه النسبة 82% لدى النساء اللاتي تحصلن على مستوى تعليمي جامعي و75% لدى النساء اللاتي يتبعن لأعلى تصنيف لمؤشر الثروة، مقابل 29.2% لدى النساء بدون تعليم و47.3% لدى النساء اللاتي يتبعن لأدنى تصنيف لمؤشر الثروة، فالفارق في حجم الوعي بين تلك الشرائح من النساء شاسع.

ولتقليل تفشي هذا الفيروس يلزم تثقيف الأشخاص وتعريفهم به وغيره من العلل المنقولة جنسيا وسبل العدوى والحماية منها. كما أن الثقاوت المرصود بين النساء القاطنات في الريف والقاطنات في المدن، وبين النساء المتعلّمات والأميّات يتطلّب ردم الفارق بين تلك الفئات عبر التوعيّة والتّحسيس باتباع شتى السبل الممكنة كأجهزة الإعلام والتّعليم والاتّصال، ونيل المعرفة التي تعد الركيزة الأولى للاستفادة من الرّعاية الصحيّة وتقادي العوائق الصحيّة والحماية من العلل المنقولة جنسيا.

▪ معرفة مواقع الفحص عن داء الإيدز:

تحتوي الجزائر وحدات عدّة متاحة للفحص السريّ والمجاني عن داء الإيدز موزّعة عبر مختلف ولايات البلاد منها وحدة عنابة، تمنراست، وهران، ووحدتي الجزائر العاصمة في مستشفى القطار والمستشفى العسكري لعين النعجة.

تبين بيانات الجدول (21.4) أن 17.1% فقط من النساء المشمولات يدركن موقع الفحص عن داء الإيدز عام 2013/2012 ووصلت هذه النسبة 25.7% في مسح 2019. تزداد هذه النسبة لدى النسوة القاطنات في البيئات الحضريّة والنسوة اللواتي بلغن مستوى تعليمي ثانوي فأكثر والنسوة في شريحة السن 25-29 سنة والنساء اللاتي يتبعن لدرجات أعلى لمؤشر الثروة.

الجدول (22.4): نسبة النسوة في سنّ الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي يدركن موقع الفحص عن داء الإيدز

عدد النساء	مسح 2019		عدد النساء	مسح 2013/2012		خصائص المبحوثة
	نسبة النساء اللواتي:			نسبة النساء اللواتي:		
	يعرفن مكان الكشف	قمن بالكشف عن مرض الإيدز		يعرفن مكان الكشف	قمن بالكشف عن مرض الإيدز	
مكان الإقامة						
22337	11.7	29.6	24558	6.3	20.2	حضر
12774	7.7	18.8	13989	3.6	11.6	ريف
المستوى التعليمي						
3730	4.1	8.2	5557	2.4	6.9	أمية
4277	6.1	12.8	5640	2.7	9.0	الابتدائي
9462	9.3	20.9	11110	4.5	13.5	المتوسط
9303	9.6	26.4	10173	5.8	19.9	الثانوي
8330	16.9	44.8	6066	11.3	36.0	العالي
فئات السن						
9996	5.2	23.5	12913	4.5	16.1	24-15
5494	15.2	32.7	6891	7.7	21.3	29-25
10658	13.9	27.9	10915	6.1	17.2	39-30
8962	8.6	21.1	7828	3.7	15.0	49-40
مؤشر الثروة						
6890	7.6	16.3	7615	3.5	10.7	أكثر فقرا
6865	8.8	20.4	7537	3.5	12.1	فقير
7008	9.3	23.8	7726	4.9	15.1	متوسط
7060	10.9	29.0	7798	5.6	18.8	غني
7288	14.4	38.2	7871	9.0	28.5	أكثر غنى
35111	10.3	25.7	38547	5.3	17.1	المجموع

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنتي 2013/2012، 2019.

أما فيما يخص فئة النساء اللاتي خضعن لفحص داء الإيدز، يتّضح من خلال معطيات الجدول بأن تلك الفئة لم تتعدّ 5.3% ضمن مسح 2013/2012. تشهد ارتفاع طفيف لتصل إلى 10.3% في مسح 2019. وهذه النسب لا تتباين بشدة تبعا لموقع السكن أو العمر أو الدرجة التعليمية للسيدة أو مؤشر الثروة.

قد يعود تدني هذه النسب كون مصابي الإيدز يواجهون ضغوطا مجتمعية، لذا يؤثر أغلب من يعاني العلة التوارى أو التخفي عن أسرهم مما يدفع الكثير لرفض الذهاب نحو وحدات الفحص رغم سرية ومجانية التحليل ليظل الدور رئيسا لمراكز التبرع بالدم حيث تظهر فيها تلك الفئة من الحالات.

11.4.4. معدل استعمال وسائل منع الحمل:

1.11.4.4. تطوّر معدّل الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل:

يُعدّ التّوجه الحالي لوسائل تنظيم النسل من الركائز الجوهرية للخصوبة ومن المعايير الأساسية المستخدمة لقياس أداء خطط وبرامج الصّحة السكّانية.

جرى تقدير مؤشر استخدام وسائل منع الحمل الموضح بجدول (22.4) من خلال قسمة إجمالي عدد الزيجات في سن الإنجاب (15-49 سنة) وقت اجراء المسح المستخدم لطرق وسائل منع الحمل، وضمنها عقم النساء وكذا الرّضاعة الطبيعيّة الطويلة، على جملة النّساء المتزوّجات وقت الرّصد.

تظهر بيانات الجدول (22.4) تغيير نسبة اعتماد طرق منع الحمل تبعا للوسيلة المتبعة خلال الفترة 1986-2019. فحينما بلغت نسبة الاستعمال 35.5% سنة 1986 لترتفع الى 61.4% سنة 2006 ثمّ عادت للانخفاض نحو 53.6% سنة 2019، إذ لم يصنف المقياس المعدّ في سنة 1986 نمط الرّضاعة الطبيعيّة كأداة لتأخير الحمل أو مبادعة الفترات.

أمّا عن نوع الوسائل المستخدمة خلال الفترة 1986-2019، نلاحظ بأنّ استخدام وسائل منع الحمل في الجزائر يقوم أساسا على استخدام الحبوب، فنسبة مستخدميها بلغت 26.1% سنة 1986 ثم ارتفعت إلى 46.8% سنة 2002 ثم انخفضت لتصل إلى 39% سنة 2019، وبذلك احتلت هذه الوسيلة المرتبة الأولى بنسبة 82.1% من مجموع الوسائل المستخدمة سنة 2002،

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

وبلغت هذه النسبة 72.8% سنة 2019. كما عرف معدّل استخدام اللّولب ارتفاعا طفيفا خلال نفس الفترة، فبعد أن كان معدّل استخدامه 2.1% سنة 1986 ارتفع إلى 3.1% سنة 2002 ثمّ انخفض إلى 2.4% سنة 2019. بالمقابل تقلّص معدّل استعمال السّبل التّقليديّة خلال الفترة 1992 إلى 2019، فبعد وصول مستوى استعمالها 7.7% سنة 1992 تراجع لنسبة 5.1% سنة 2002 ليشهد ارتفاعا مجدّدا لنحو 8.1% سنة 2019. ويعزى ذلك لتدهور حصة الرّضاعة الطّبيعيّة الممتدة من قدر 4% سنة 1992 نحو عتبة 0.7% سنة 2019 تحديدا.

الجدول (23.4): تغيّر نسب استخدام موانع الحمل لدى السيدات المرتبطات وقت المسح وضمن

سن الإنجاب (15-49 سنة) تبعا للوسيلة المتّبعة بين سنتي 1986-2019.

معدل استخدام وسائل منع الحمل							نوع الوسيلة
مسح 2019	مسح 2013/2012	مسح 2006	مسح 2002	مسح 1995	مسح 1992	مسح 1986	
39.0	43.0	45.9	46.8	43.4	38.7	26.1	الحبوب
2.4	2.2	2.3	3.1	4.1	2.4	2.1	اللؤلّب
2.1	1.9	2.3	-	0.8	0.7	0.5	الواقى
-	-	-	-	0.04	0.2	0.6	الحقن
1.4	0.8	1.4	1.8	0.3	0.9	1.5	طرق أخرى حديثة
44.9	47.9	52.0	51.7	49.0	42.9	31.1	طرق حديثة
0.7	1.6	1.9	0.9	4.4	4.0	-	الرضاعة الطبيعية
5.1	3.9	4.1	2.2	2.4	1.7	0.6	فترة الأمان
2.8	3.7	3.3	1.7	0.6	1.8	3.1	العزل
3.5	0.9	0.1	0.7	0.1	0.2	0.7	طرق أخرى تقليدية
8.1	9.2	9.4	5.1	7.5	7.7	4.4	طرق تقليدية
-	-	-	0.2	-	0.1	-	غير مبيّن
53.6	57.1	61.4	57.0	56.5	50.7	35.5	المجموع

المصدر: - مسح سنة 1986 حول الخصوبة. - مسح منتصف العشريّة سنة 1995 حول صحة الأم والطفل.

- مسح سنة 1992 حول صحة الأم والطفل. - مسح سنة 2002 لصحة الأسرة.

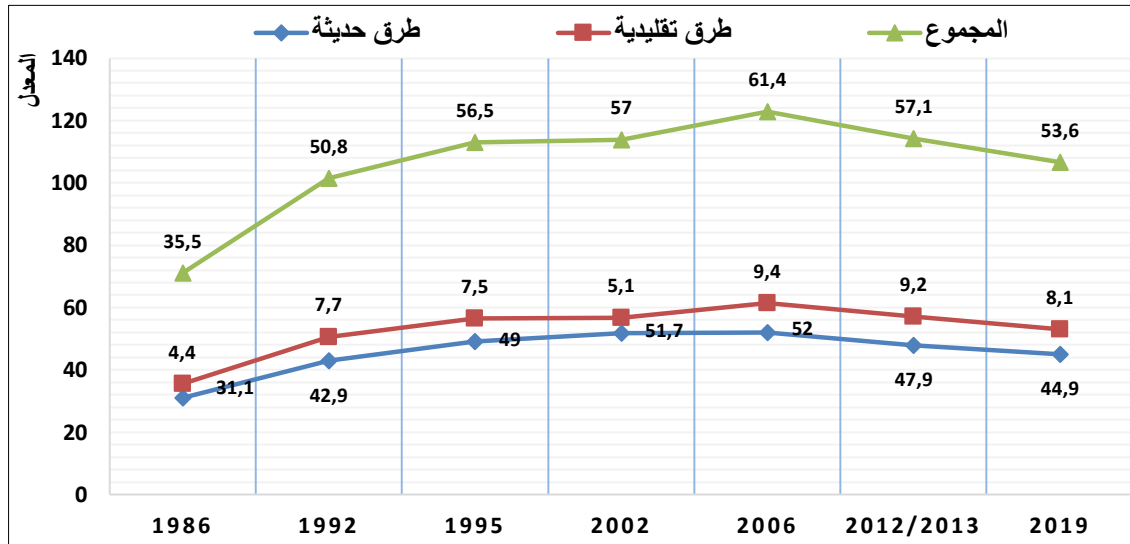
-المسح العنقودي المتعدد المؤشرات للسنوات الثلاثة الأخيرة 2006، 2013/2012، 2019.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

عموما سجل مستوى استخدام وسائل منع الحمل ارتفاعا مستمرا خلال الفترة 1986-2006

ليعرف بعد ذلك انخفاضا خلال الفترة 2006-2019. والشكل (4.4) يبين التطور الحاصل في

معدّل الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل خلال الفترة المذكورة.



الشكل (4.4): تطوّر معدّل الاستخدام الحالي لوسائل منع الحمل للفترة 2019-1986

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على مختلف المسوح المنجزة منذ 1996 الى غاية 2019.

رغم الارتفاع الذي عرفه معدّل استعمال وسائل منع الحمل، فإنّه لم يصل إلى المستوى المنتظر

من قبل الحكومة التي دعت إلى رفع نسبة استخدام وسائل منع الحمل الحديثة (اللؤلّب، الحقن

والغرز)، حيث أنّ معدّل استخدام اللؤلّب لم يتجاوز 2.4% خلال سنة 2019. كما تبقر طريقة

الحبوب الوسيلة الأكثر تفضيلا عند غالبية النساء، حيث بلغت نسبة استعمالها 39% في حين

تستخدم النساء طرق الوسائل الحديثة الأخرى بما فيها الحقن والغرسات الهرمونيّة بنسبة تصل 1.4%

خلال نفس السّنة.

2.11.4.4. الاستعمال الحالي لوسائل منع الحمل حسب المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية:

تشير بيانات الجدول (23.4) إلى أنّ طرائق منع الحمل الحديثة الأكثر استعمالا مهما كان

متغيّر المراقبة. تتقارب نسبة الاستعمال بين النسوة المستعملات المقيمات في الريف والمقيمات في

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

الحضر. بلغ الفارق 1.6 نقطة لصالح المقيّمات في الحضر سنة 2013، وقدّر هذا الفارق 1.1 نقطة لكن لصالح المقيّمات في الريف سنة 2019. وهذا يبيّن مدى وعي النسوة الريفيّات بأهميّة تنظيم الأسرة.

نسبة استخدام وسائل منع الحمل ترتفع أكثر بين النساء المتعلّقات وذلك مهما كان نوع الوسيلة المستخدمة (حديثة أو تقليدية). فمثلا الفرق في نسبة الاستخدام بين النساء الأميّات واللواتي لديهن مستوى ثانوي بلغ 8.2 نقاط (60.6% لدى النسوة اللواتي حصلن على مستوى ثانوي و52.4% لدى الأميّات) سنة 2013 ثم تقلّص إلى 7.6 نقاط (57% مقابل 49.4% على التوالي) سنة 2019. ويجب الإشارة إلى أنّ النسوة ذوات المستوى العالي سجلن نسب استعمال أقل مقارنة مع باقي النساء المتعلّقات في المستويات الأخرى، وقد يعود ذلك أن النسوة في هذه الفئة كبيرات في السن وقد يكن قد حقّقن عدد الأطفال المرغوب في إنجابهم أو هن في سن اليأس.

الجدول (24.4): نسبة النساء المتزوجات وفي سن الإنجاب (15-49 سنة) اللواتي

يستعملن وسائل منع الحمل

مسح 2019		مسح 2013/2012			خصائص المبحوثة	
أية طريقة	طرق تقليدية	طرق حديثة	أية طريقة	طرق تقليدية		طرق حديثة
مكان الإقامة						
53.2	8.7	43.9	57.7	9.6	48.1	حضر
54.2	7.1	46.6	56.1	8.7	47.5	ريف
المستوى التعليمي						
49.4	3.9	44.5	52.4	6.5	45.9	أمية
53.4	7.1	45.6	57.1	8.8	48.3	الابتدائي
54.3	8.2	45.5	58.7	9.4	49.3	المتوسط
57.0	10.6	46.0	60.6	11.2	49.4	الثانوي
51.3	9.1	41.8	54.7	11.3	43.3	العالي
فئات السن						
30.4	2.0	28.4	28.7	1.7	27.0	19-15
44.0	3.1	40.5	45.2	6.1	39.1	24-20
52.9	5.5	47.0	55.8	8.6	47.2	29-25
56.9	8.2	48.0	62.4	9.3	53.1	34-30

تطور بعض مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

60.3	9.5	50.2	67.0	11.1	55.9	39-35
57.7	9.7	47.2	63.5	10.7	52.8	44-40
43.1	9.2	33.1	42.5	8.5	34.0	49-45
عدد الأطفال الأحياء						
3.8	0.3	3.2	2.8	0.3	2.5	0
44.3	5.5	37.9	55.3	8.8	46.5	1
60.1	7.3	52.0	66.1	11.4	54.8	2
64.6	11.5	52.6	71.6	11.1	60.5	3
64.4	10.3	53.5	66.0	10.7	55.3	+4
53.6	8.1	44.9	57.1	9.2	47.9	المجموع

المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنتي 2012/2013، 2019.

ترتفع نسبة استخدام وسائل منع الحمل مع ارتفاع عمر المرأة وتبلغ ذروتها بين النساء في فئة العمر 39-35 سنة ثم تتخف بين النساء في الفئتين المواليتين. فأقل نسبة سجلت بين النساء في فئة العمر 19-15 سنة حيث بلغت 28.7% سنة 2013 و 30.4% سنة 2019، في حين سجلت أكبر نسبة بين النساء في فئة العمر 39-35 سنة حيث بلغت 67% سنة 2013 و 60.3% سنة 2019. فالزوجة في الأعوام الأولى من مدة الزواج تسعى نحو بناء أسرة أو ولادة مولود بكر، ولتؤكد أيضاً مدى طاقتها على الانجاب وذاك مما يوضح اعتماد وسائل ضد الحمل بنسبة ضئيلة لدى إناث الشريحة العمرية الصغيرة. في حين أن تراجع نسب التطبيق وسط النساء الكبيرات في العمر (45-49 سنة) مقارنة بغيرهن الأقل سنًا (25-44 سنة) يعود لكون الوصول لسن اليأس بات قريباً من النسوة ضمن هذه الفترة.

كما يرتفع معدّل الاستعمال مع ارتفاع عدد الأطفال الأحياء، باستثناء النساء اللواتي لهن 4 أطفال وأكثر. فهذه الفئة من النساء يستخدمن وسائل منع الحمل بنسبة أقل من تلك المسجلة بين النساء اللواتي لهن 3 أطفال (66% مقابل 71.6% على التوالي سنة 2013 و 64.4% مقابل 64.6% سنة 2019). وقد يرجع ذلك إلى أنّ أعمار هذه الفئة من النساء تقارب سن اليأس وبالتالي لا ترى ضرورة لاستعمال وسائل منع الحمل.

12.4.4. مستويات الإنفاق الحكومي على الصحة:

يُعد إصلاح قطاع الرعاية الصحية تحديًا كبيرًا، حيث يواجه تحقيق التوازن بين توفير رعاية صحية بأسعار معقولة وضمان عدم إرهاق الميزانيات الحكومية. وللتغلب على هذه الضغوط، يمكن للدول تبني خيارات إصلاح متنوعة. تُظهر تجارب الاقتصادات المتقدمة أن الجمع بين ضوابط الميزانية الصارمة والإصلاحات التي تعزز كفاءة النظام يساعد في الحفاظ على جودة الرعاية الصحية مع السيطرة على الإنفاق العام.

شهدت الجزائر منذ الاستقلال عدة خطط وبرامج تنموية طموحة تندرج ضمن المخططات الخماسية المبرمجة من طرف الحكومة، كان آخرها برنامج الإنعاش الاقتصادي (2011-2014) الذي خصصت له الدولة مبالغ ضخمة، تتمثل في:

✓ **برنامج دعم الإنعاش الاقتصادي (2001-2004):** تم تخصيص هذا البرنامج لإنشاء الهياكل القاعدية للصحة لتلبية احتياجات السكان من الرعاية الصحية، حيث خُصص له 14.7 مليار دج، حيث تم إنجاز حوالي 545 مشروعًا صحيًا، بمتوسط 136 مشروعًا سنويًا¹.

✓ **البرنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009):** يهدف هذا البرنامج إلى استكمال الإطار التحفيزي للاستثمار في الصحة وعصرنة هياكله الأساسية من خلال تحسين استقبال المرضى، دعم خدمات الطوارئ، وتوفير العلاجات المتخصصة التي كانت تستوجب التحويل للخارج. كما ركز البرنامج على تحسين إدارة المستشفيات، حيث تم حشد ما يقارب 85 مليار دج لقطاع

¹ عمر عبو وهودة عبو: "جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق تنمية منتظمة". مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية تنمية الجزائر. 2013، ص 07.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

الصحة، أي ما يعادل 4% من إجمالي ميزانية البرنامج الأخرى. كما تم تخصيص مبالغ إضافية لتنمية القطاع الصحي في مناطق الجنوب والهضاب العليا¹.

✓ برنامج التنمية الخماسي (2010-2014): يهدف هذا البرنامج الى استكمال المشاريع الكبرى السابقة لقطاع الصحة وإطلاق مشاريع جديدة ضخمة، بالإضافة الى تطوير ودعم البحث العلمي في الصحة، حُصص له 619 مليار دج. أثمر عن إنجاز 17 مستشفى، 45 مركزًا متخصصًا، 377 عيادة متعددة التخصصات، وأكثر من 1000 قاعة علاج.

أما بالنسبة لتطور ميزانية قطاع الصحة في الجزائر، فقد شهدت هذه الأخيرة تطورا ملحوظا في السنوات الأخيرة وهذا ما يعكس حجم الجهود من طرف الدولة في سبيل ضمان استمرارية تقديم الخدمات الصحيّة والارتقاء بالقطاع

يتضمن الانفاق الصحي في الجزائر شقين من الانفاق التسيير والتجهيز²:

■ **نفقات التسيير:** هي الميزانية التشغيلية المخصصة لتسيير الأنشطة اليومية للمصالح الصحيّة، سواء كانت مركزية (كالوزارة) أو لامركزية (كالمديريات الولائية والمؤسسات الصحيّة). تشمل هذه النفقات مجموعة واسعة من البنود الأساسية لضمان استمرارية الخدمات الصحيّة، مثل:

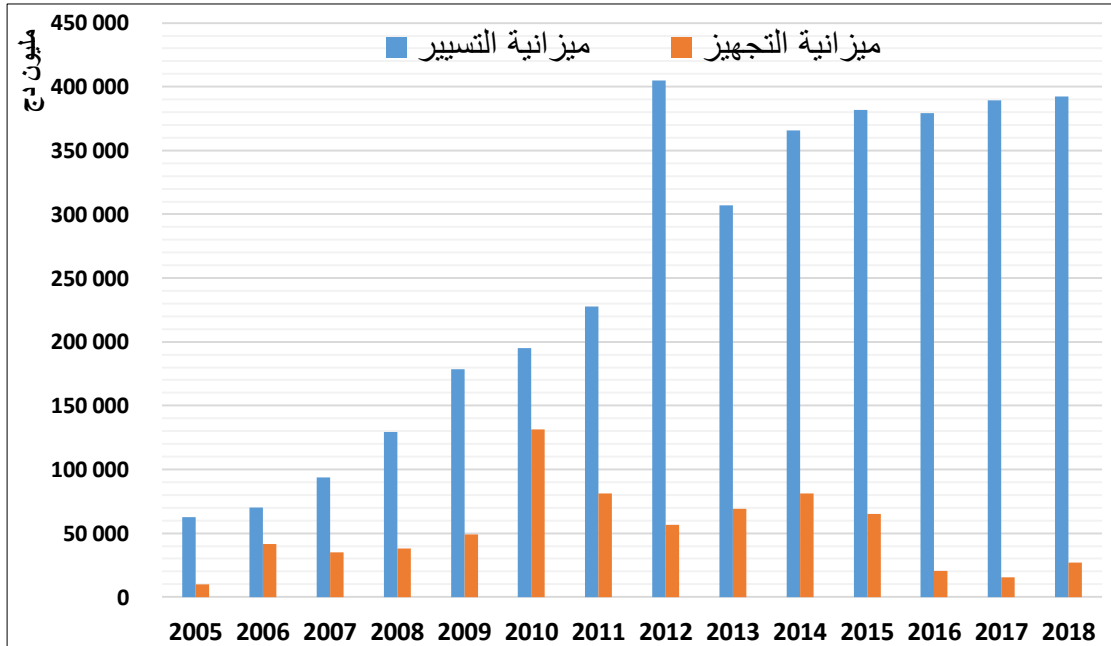
- نفقات المستخدمين: وتغطي رواتب وأجور العاملين في القطاع؛
- نفقات الأدوات وتسيير المصالح: تشمل تكاليف الأجهزة واللوازم الضرورية للعمليات الإدارية والطبيّة؛

- الصيانة والإصلاح: ميزانية مخصصة لأعمال صيانة المرافق والمعدات؛
- الخدمات المباشرة: وتتضمن نفقات التغذية، التكوين المستمر، وشراء الأدوية والمعدات الطبيّة؛

¹ بيان اجتماع مجلس الوزراء بتاريخ 24 ماي 2010 المتعلق ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014، ص 02
² وزارة المالية-المديرية العامة للميزانية: "المشروع التمهيدي لقانون المالية لسنة 2020". 2021، ص 318.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

- الدعم الاجتماعي: مخصصات مالية للمساهمة في الخدمات الاجتماعية ودعم الفئات المحرومة.
- نفقات التجهيز: هي النفقات الرأسمالية الموجهة للاستثمار في البنية التحتية للقطاع الصحي. تهدف هذه النفقات إلى إنشاء وتطوير الهياكل الصحية والمرافق التابعة للقطاع، وتتكوّن من ثلاثة أقسام رئيسية:
 - نفقات الهياكل الصحية الأساسية: تشمل المبالغ المخصصة لبناء المستشفيات، العيادات، والمراكز الصحية؛
 - نفقات الهياكل الإدارية: وتُخصّص لإنشاء وتجهيز المباني الإدارية مثل المديريات الصحية؛
 - نفقات التكوين: وتشمل تكاليف بناء المعاهد المتخصصة في التكوين الطبي وشبه الطبي، ومدارس الصحة العمومية، لضمان تطوير الكفاءات البشرية في القطاع.



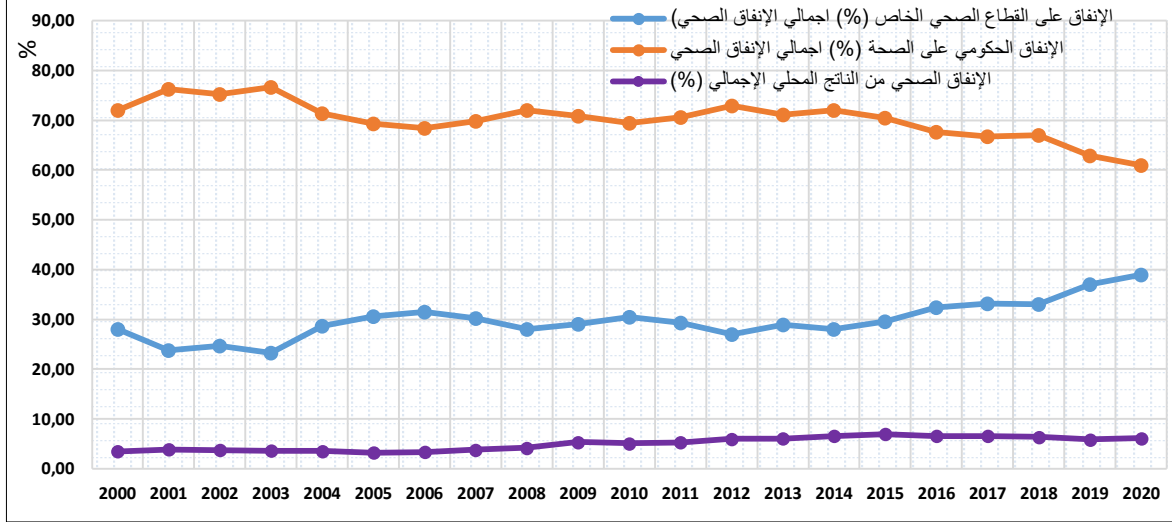
الشكل (5.4): تطور ميزانية قطاع الصحة خلال الفترة 2006-2020.

شهدت ميزانية التجهيز تذبذبا خلال الفترة الممتدة بين 2006 الى 2020،

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

أما من خلال رصد تطور حصة الإنفاق الصحي العام والخاص من إجمالي الإنفاق الصحي

فقد تم تلخيصه في الشكل (6.4) المشار إليه أدناه.



الشكل (6.4): تطوّر الإنفاق على القطاع الصحي خلال الفترة 2006-2020.

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على بيانات البنك الدولي لسنة 2020 المتاحة عبر الموقع:

[/https://data.albankaldawli.org](https://data.albankaldawli.org)

نلاحظ من خلال الشكل (6.4) أنه بين سنتي 2000 و 2020، شهد الإنفاق على القطاع

الصحي في الجزائر تحولاً ملحوظاً. فقد انخفضت حصة الإنفاق الحكومي من إجمالي الإنفاق الصحي

من حوالي 72% في سنة 2000 إلى 61% في سنة 2020. في المقابل، ارتفع الإنفاق الخاص

بشكل لافت، ممّا يعكس تزايد اعتماد الافراد على الدّفع المباشر من جيوبهم للحصول على الرعاية

الصحية. كما شهد نسبة الإنفاق الصحي من الناتج المحلي الإجمالي في الجزائر ارتفاعاً بشكل

مستمر بين سنتي 2000 و 2012، حيث زادت من 3.49% إلى 6%. بعد ذلك، استقرت هذه

النسبة حتى سنة 2020.

كما يُعزى هذا التحوّل إلى عوامل عدّة، أهمّها:

- تأثرت الميزانية الحكومية بتقلبات أسعار النفط بعد سنة 2014، ممّا أدى إلى تقليص الإنفاق

العام، بما في ذلك الإنفاق على الصحة.

تطور بعض مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

- استهدفت الحكومة ترشيد الإنفاق الصحي، مما أثار على حصتها الإجمالية.
 - شهدت هذه الفترة زيادة في عدد المستشفيات والعيادات الخاصة، التي تقدم خدمات علاجية متطورة بالرغم من التكاليف المرتفعة
 - تراجع جودة الخدمات في القطاع العام الأفراد مما دفعهم إلى البحث عن بدائل في القطاع الخاص.
 - ساهم انتشار الأمراض المزمنة في زيادة الأعباء المالية على الأفراد، خاصة وأن التأمينات الاجتماعية لا تغطي كافة تكاليف العلاج.
- على الرغم من الجهود الحكومية الكبيرة لرفع جودة الخدمات الصحية، لا يزال القطاع يواجه عدة تحديات. فالمشكلة لا تكمن في قلة الموارد المالية، بل في سوء الإدارة وضعف التسيير، مما يؤثر سلباً على جودة الخدمات وعدالة توزيعها. كما أن تحسين هذا الوضع يتوقف على الاستخدام الأمثل للموارد الصحية المتاحة وبكفاءة أكبر وحسن التوزيع بين الاقطاعات والإدارات المحلية، إضافة الى تكثيف توعية الأفراد وتنقيفهم حول كيفية الوقاية من الأمراض، مما يساعدهم على تحديد مشاكلهم الصحية وحلها بأنفسهم.

خلاصة الفصل:

شهد النظام الصحي في الجزائر تحولاً كبيراً عبر مراحل تاريخية، فبعد هيمنة النظام الاستعماري ونقص الموارد بعد الاستقلال، أرسى البلد أسس الطب المجاني والطب الوقائي في سبعينيات وثمانينيات القرن الماضي. وفي التسعينيات، ظهر القطاع الخاص، ثم شهدت الألفية الجديدة إصلاحات شاملة بهدف تحسين البنية التحتية واللامركزية، مما أدى إلى تحسن ملحوظ في التغطية الصحية على الرغم من التحديات المستمرة.

كما عرفت مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر تطوراً ملحوظاً في العقود الأخيرة، مدعومة بإصلاحات في النظام الصحي وجهود حكومية لتعزيز خدمات رعاية الأمومة والطفولة. وقد انعكس هذا التطور في انخفاض كبير بمعدلات وفيات الأطفال والأمهات، وتحسن في خدمات متابعة الحمل والولادة، وزيادة في نسبة الولادات تحت إشراف متخصصين.

ومع ذلك، لا تزال هناك تحديات واضحة. فبالرغم من التقدم العام، لا تزال هناك فوارق بين الفئات المختلفة. فنساء الريف والجنوب، وغير المتعلقات، والمنتميات لأسر فقيرة، ما زلن يواجهن تحديات في الوصول إلى الخدمات مقارنة بمثيلتهن في الحضر واللواتي يمتلكن مستوى تعليمي وثروة أعلى. كما أن أنماط الإنجاب قد تغيرت، مع اتجاه واضح نحو الأسر الأصغر، ولكن لا يزال هناك ضعف في الوعي بالأمراض المنقولة جنسياً مثل الإيدز، بالإضافة إلى انخفاض في معدلات استخدام وسائل منع الحمل الحديثة، والاعتماد بشكل كبير على الوسائل التقليدية.

الفصل الخامس

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

- 1.5. التباينات المكانية لوفيات الأطفال والأمهات؛
- 2.5. الفوارق المكانية لمستويات الخصوبة وتنظيم الأسرة؛
- 3.5. التوزيع المكاني للمقومات البشرية والمادية للصحة الإيجابية؛
- 4.5. الفوارق المكانية لخدمات الرعاية الصحية الإيجابية.

تمهيد:

إنّ تركيز الخدمات الصحيّة في مواقع جغرافيّة محدّدة ينتج عنه عدم الإنصاف وإقصاء فئات كبيرة من السّكان من حقوقهم في الوصول إليها، ممّا يخلّ بالتّوزيع العادل في تقديم هذه الخدمات. ولقد أثبتت الكثير من الدّراسات بوجود علاقة إيجابيّة وطيدة بين المستوى الصحيّ للسّكان ومدى توزيع الخدمات الصحيّة، أي أنّ ضمان تحسن المستوى الصحيّ للسّكان مرهون بالتّوزيع الجغرافيّ العادل والمدروس لمواقع هذه الخدمات من حيث مؤشرات عدّة على غرار تركز الكثافة السّكانيّة، توزيع المنشآت القاعدية الصحيّة، توزيع التّجهيزات والأطعم الطبيّة وغيرها¹.

تتيح لنا دراسة التّباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية فهماً أعمق للتّباينات في توزيع الموارد الصحيّة وخدمات الرعاية الإنجابية على مستوى الأقاليم والولايات، ممّا يُساعد على تحديد المناطق الأكثر احتياجاً وتصميم برامج تدخّل أكثر فعالية تهدف لخفض من معدلات وفيات الأمّهات والأطفال وانتشار الأمراض.

وعليه سنقوم في هذا الفصل بتحليل التّباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر، بدءاً من وفيات الأطفال والأمّهات، مستويات الخصوبة وتنظيم الأسرة، الأمراض المنقولة جنسياً وصولاً إلى خدمات الرّعاية الصحيّة، وذلك بهدف تقديم نظرة عن قرب في تقييم الاحتياجات الصحيّة الإقليميّة.

¹ المومني صدقي: "التخطيط الإقليمي وأثره على الأداء الكلي للمرافق والخدمات العامة، دراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة". العدد 6. عمان: مؤتة للبحوث والدراسات. 1994، ص 32.

1.5. التباينات المكانية لوفيات الأطفال والأمهات.

إنّ دراسة وفهم التباينات المكانية الإقليمية والولائية لوفيات الأطفال والأمهات في الجزائر يمكننا من تحديد حجم الفجوات الصحيّة ورصد أوجه القصور والتفوّق في رسم السياسات الهادفة لمعالجة جملة العوامل المتدخلة الاجتماعيّة والاقتصاديّة والديمغرافيّة التي تؤثر على صحّة الأمّ والطفّل.

وعليه، سنقوم في هذا الجزء بإبراز الفوارق الإقليمية والولائية لوفيات الأطفال والأمهات ومحاولة تحديد المناطق التي تشهد عدد كبير من هذه الوفيات، ممّا يمكن من إعادة توجيه الجهود الوطنيّة الرامية إلى تعزيز التّدخلات وتحسين الرّعاية الصحيّة.

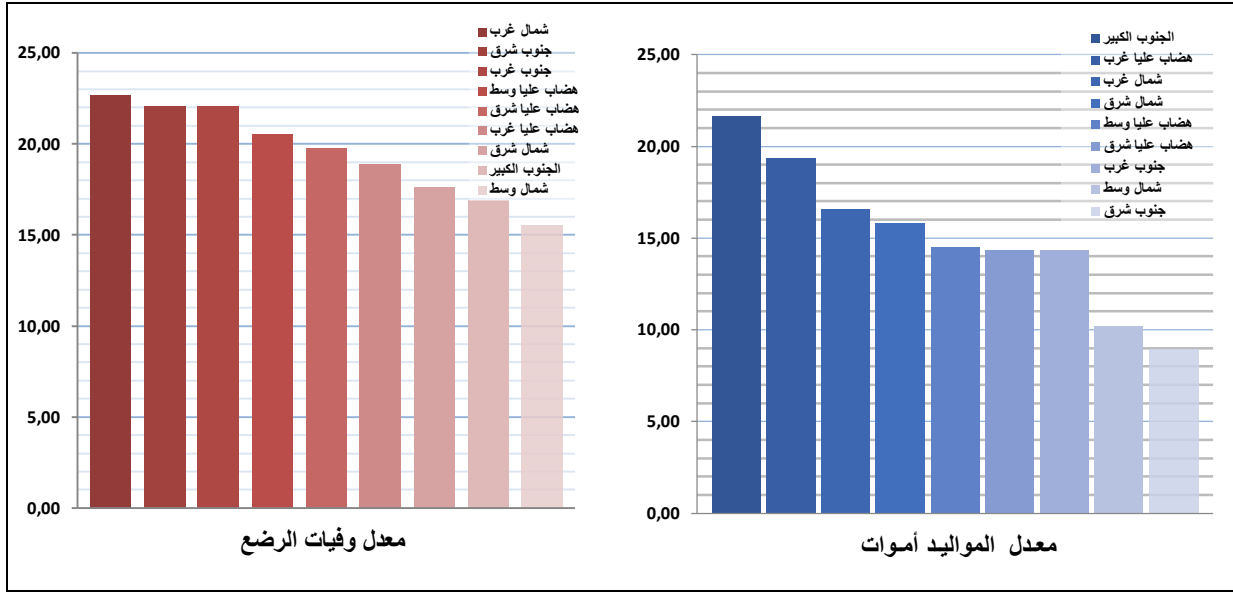
1.1.5. التباينات المكانية لوفيات الأطفال:

يحظى مؤشّر وفيات الأطفال أهميّة بالغة بين الدّول كونه يعدّ مؤشّرا من مؤشّرات تقدّم الدّول أو تخلفها، حيث تمثّل فئة الأطفال قاعدة الهرم السكاني، وعليه فإنّ انخفاض معدّل وفيات الرضّع يؤدّي بالضرورة إلى انخفاض معدّل الوفيات بشكل عام. في هذا الصدد وحتى يتسنى للباحثين الديمغرافيين من فهم التغيّرات الحاصلة لهذا المؤشّر كان لزاما من رصد التباينات المكانية والإقليمية لوفيات الأطفال.

1.1.1.5. التباينات المكانية لوفيات الأطفال حسب فضاءات البرمجة الإقليمية:

يتميّز مؤشّر وفيات الأطفال في الجزائر بالتباين من إقليم لآخر ويتضح ذلك من خلال الإحصاءات الصّادرة عن الديوان الوطني للإحصاءات لسنة 2020 كما هو مبين في الشّكل (1.5).

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر



الشكل (1.5): توزيع معدّل وفيات الرضع والمواليد الأموات حسب الفضاءات الإقليمية.

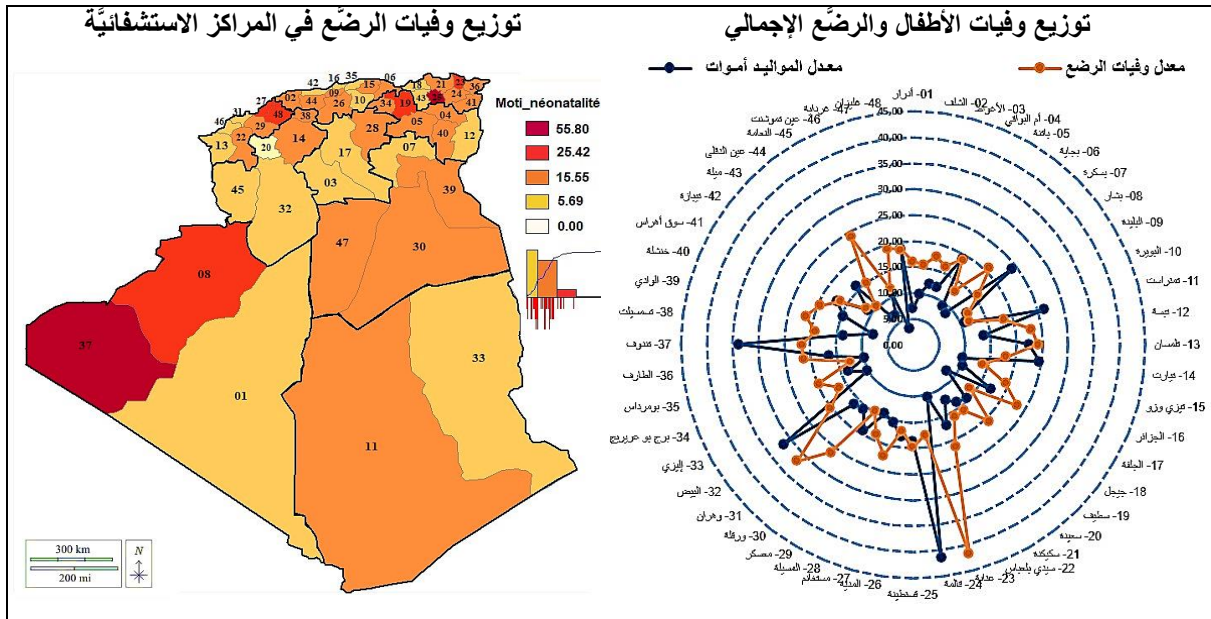
المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات الديوان الوطني للإحصاءات، ديمغرافيا الجزائر 2020.
<https://www.ons.dz/IMG/pdf/Demographie%20Algerienne2020.pdf>

نلاحظ من خلال الشكل (1.5) وجود تباين واضح لمعدّل وفيات الأطفال بين الأقاليم، حيث تمّ تسجيل أعلى معدّل للمواليد أموات بالجزائر في إقليم الجنوب الكبير حيث وصل إلى 21,65 وفاة لكل 1000 ولادة، ثمّ تأتي منطقة الهضاب العليا بمعدّل 19,35 وفاة لكل 1000 ولادة. كما يتقارب كل من أقاليم الشمال (الغربي والشرقي)، وسط وشرق الهضاب العليا والجنوب الغربي حيث تسجّل معدّلات تتراوح ما بين 14,34 إلى 16,56 وفاة لكل 1000 ولادة، وسجل كل من إقليمي شمال وسط وجنوب شرق معدّلين 10,21 و 8,96 وفاة لكل 1000 ولادة على التوالي.

أمّا بخصوص وفيات الرضع فهي متقاربة نوعا ما بين مختلف الأقاليم، حيث تمّ تسجيل معدّل 22 وفاة لكل 1000 ولادة حيّة في كلّ من أقاليم الشمال الغربي الجنوب الشرقي والغربي، وسجّلت أربعة أقاليم (شرق وسط-غرب الهضاب العليا-الشمال الشرقي-الجنوب الكبير) معدّلات تتراوح ما بين 17 إلى 20 وفاة لكل 1000 ولادة حيّة. أمّا إقليم شمال وسط فقد سجل أقلّ معدّل بلغ 15,5 وفاة لكل 1000 ولادة حيّة.

2.1.1.5. التباينات المكانية لوفيات الأطفال حسب الولايات:

عند دراستنا للتباينات المكانية لوفيات الأطفال حسب الولايات، قمنا باستخدام الإحصاءات المسجلة على المستوى الوطني لهذا المؤشر لسنة 2020 الصادرة عن الديوان الوطني للإحصاء، وكذا إحصاءات وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات والمسجلة على مستوى المراكز الاستشفائية العمومية فقط، كما هو موضَّح في الشكل (2.5).



الشكل (2.5): توزيع وفيات الأطفال والرضع على المستوى الوطني

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات الديوان الوطني للإحصاء ووزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، لسنة 2020 واستخدام برنامج الخرائط Philcarto.20.

نلاحظ تقريبا في البيانات المسجلة على المستوى الوطني (المبيّنة في المنحنى) وتلك المسجلة على مستوى المراكز الاستشفائية العمومية (الخريطة)، كما تبين وجود فوارق كبيرة لمعدلات وفيات الأطفال بين الولايات. وحسب معطيات الديوان الوطني للإحصاء سجّلت ولاية عنّابة أكبر معدل لوفيات الرضع وصل إلى 41,74 وفاة لكل 1000 ولادة حيّة تليها كلّ من ولايات وهران وورقلة بمعدلي 31,72 و 26,17 وفاة لكل 1000 ألف ولادة حيّة على التوالي. كما سجّلت خمس (05) ولايات معدل ما بين 22 و 24 وفاة لكل 1000 ألف ولادة حيّة على غرار ولاية تلمسان، النعامة،

الجلفة، تبسة، مستغانم. كما سجّلت ولايات تندوف، الطارف، الوادي وسيدي بلعباس معدّل قدره 21 وفاة لكلّ 1000 ألف ولادة حيّة. أمّا باقي الولايات سجّلت معدّل أدنى من 20 وفاة لكلّ 1000 ألف ولادة حيّة. في حين تمّ رصد معدّل أقل من 13 وفاة لكلّ 1000 ولادة حيّة في كل من ولايات بومرداس، البليدة، البويرة، عين تموشنت، تبازة وميلة.

أمّا بخصوص معدّل المواليد الأموات، فقد سجّلت ولاية قالمة أعلى معدّل قدر بـ 41,3 وفاة لكلّ 1000 ألف ولادة، ثمّ تليها كل من ولاية تندوف، البيض، تمنراست، تيارت، بشار وتلمسان حيث سجّلت معدّلات على الترتيب: (33,92 - 31,57 - 26,17 - 24,69 - 23,91 - 22,42 وفاة) لكل 1000 ألف ولادة حيّة. كما سجّلت (13 ولاية) معدّل يتراوح ما بين (15 - 19 وفاة) لكلّ 1000 ألف ولادة حيّة على غرار كل من ولاية باتنة، معسكر، قسنطينة، غليزان، المدية، الجلقة، سوق أهراس، سيدي بلعباس، الطارف، وهران، ميلة، ورقلة ومستغانم. كما سجّلت (17 ولاية) معدّل ما بين (10-14 وفاة) لكلّ 1000 ألف ولادة حيّة، في حين سجّلت (11 ولاية) معدّل أقل من 10 وفاة لكلّ 1000 ألف ولادة حيّة، وتتمثّل في كل من: ولاية تيزي وزو، الشلف، بومرداس، بجاية، بسكرة، جيجل، الوادي، أدرار، عين الدفلى، النعامة وغرداية.

ولعلّ بين أهمّ الأسباب المؤدّية إلى هذه الفوارق بين الولايات يعود إلى نقص المراكز الاستشفائية العموميّة و/أو بعدها عن المجمّعات السكانية لبعض الولايات الجنوبيّة، نقص الإمكانيات الماديّة والبشريّة كالإطارات الطبيّة، اكتظاظ الأسرة ونقص المعدّات الطبيّة، عدم تساوي الفرص في تقديم البرامج الصحيّة. بالإضافة إلى جملة العوامل الأخرى المتدخلة كالعوامل الديمغرافية والاقتصاديّة والاجتماعيّة والبيئيّة¹.

¹ فضيلة شعوبي: "الاختلافات الزمنية والمكانية لمعدلات وفيات الرضع في الجزائر"، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. المجلد (11). العدد (04). 2019، ص ص 01-10.

2.1.5. التباينات المكانية لوفيات الأمهات:

يشهد مؤشر وفيات الأمهات في الجزائر نقصا كبيرا في البيانات المرصودة وذلك لأسباب عدّة منها غياب الإحصاءات وعدم تحيينها، إغفال الوفيات التي تتم في المنازل وعدم تسجيل الأسباب الحقيقيّة وراء هذه الوفيات، خاصّة في المناطق الجنوبيّة المنعزلة، بالإضافة إلى صعوبة تنبؤ أسباب الوفيات وتوزيعها على المستوى المحلي والإقليمي. وعليه سنقتصر في هذا الجزء بدراسة التباينات لوفيات الأمهات التي تمّ تسجيلها في المراكز الاستشفائية العموميّة على المستوى الوطني وهذا استنادا بإحصاءات وزارة الصّحة وإصلاح المستشفيات لسنة 2020.

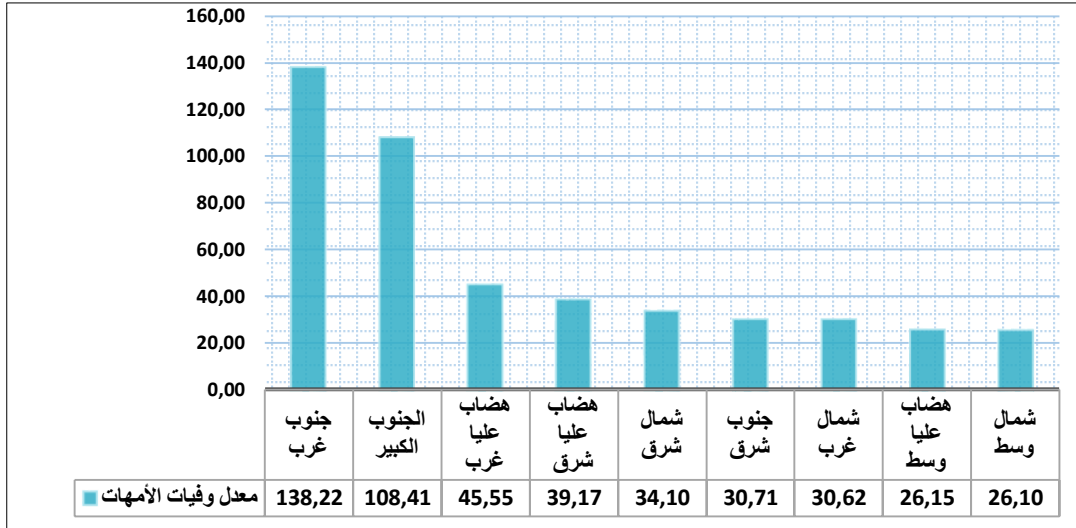
1.2.1.5. التباينات المكانية لوفيات الأمهات حسب الفئات الإقليمية:

تشير التّصنيفات العالميّة الصّادرة عن منظمة الصّحة العالميّة لسنة 2023، إلى أنّ الجزائر تصنف ضمن النّطاق المتوسّط لمعدّلات وفيات الأمهات، والذي يتراوح بين (20 و 99 حالة وفاة) لكلّ 100 ألف ولادة حيّة¹، حيث شهد انخفاض مستمرّ انتقل من 99.5 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية سنة 2004 إلى 48.5 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية في سنة 2020، أي بنسبة انخفاض تقارب 51% بمتوسط انخفاض سنوي قدره 3,18%. هذه النسب تعكس المجهودات المبذولة من قبل الدولة لتقليل من هذه الظاهرة تماشيا مع خطة الألفية 2030 للتنمية المستدامة.

فبالرّغم من هذا الانخفاض المحسوس إلّا أنّه لا يزال يتميّز بتباينات إقليمية كبيرة، ونظرا لغياب التوزيع الإقليمي للمعدل الوطني، اكتفينا برصد توزيع معدل وفيات الأمهات التي تمّ تسجيلها في المراكز الاستشفائية العموميّة كما هو موضّح الشّكل (3.5).

¹ World Health Organization (WHO): "Monitoring Health for the SDGs, sustainable development goals". World Health statistics. 2023.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر



الشكل (3.5): توزيع معدّل وفيات الأمهات حسب الفضاءات الإقليمية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة، الإحصاءات الصحية 2020.

حسب إحصاءات وزارة الصحة لسنة 2020، تمّ تسجيل معدّل وفيات الأمهات بالمراكز

الاستشفائية العمومية على المستوى الوطني يقدر بحوالي 35,46 وفاة لكلّ 100 ألف ولادة حيّة.

ومن خلال ملاحظتنا للتوزيع الإقليمي لهذا المعدّل نجد أنّ إقليم الجنوب الغربي شهد أعلى معدّل

حيث بلغ 138,2 وفاة لكلّ ألف ولادة حيّة ثم يليه إقليم الجنوب الكبير بمعدّل 108,4 وفاة لكلّ ألف

ولادة حيّة. كما شهد إقليم الهضاب العليا غرب معدّل 45,5 وفاة لكلّ 1000 ألف ولادة حيّة، في

حين شهدت باقي الأقاليم معدّلات متقاربة تتمثّل كل من إقليم هضاب عليا شرق (39,17 وفاة لكلّ

ألف ولادة حيّة)، شمال شرق (34,10 وفاة لكلّ ألف ولادة حيّة)، جنوب شرق (30,71 وفاة لكلّ

ألف ولادة حيّة)، شمال غرب (30,62 وفاة لكلّ ألف ولادة حيّة)، هضاب عليا وسط (26,15 وفاة

لكل ألف ولادة حيّة) وشمال وسط (26,10 وفاة لكلّ ألف ولادة حيّة).

2.2.1.5. التباينات المكانية لوفيات الأمهات حسب الولايات:

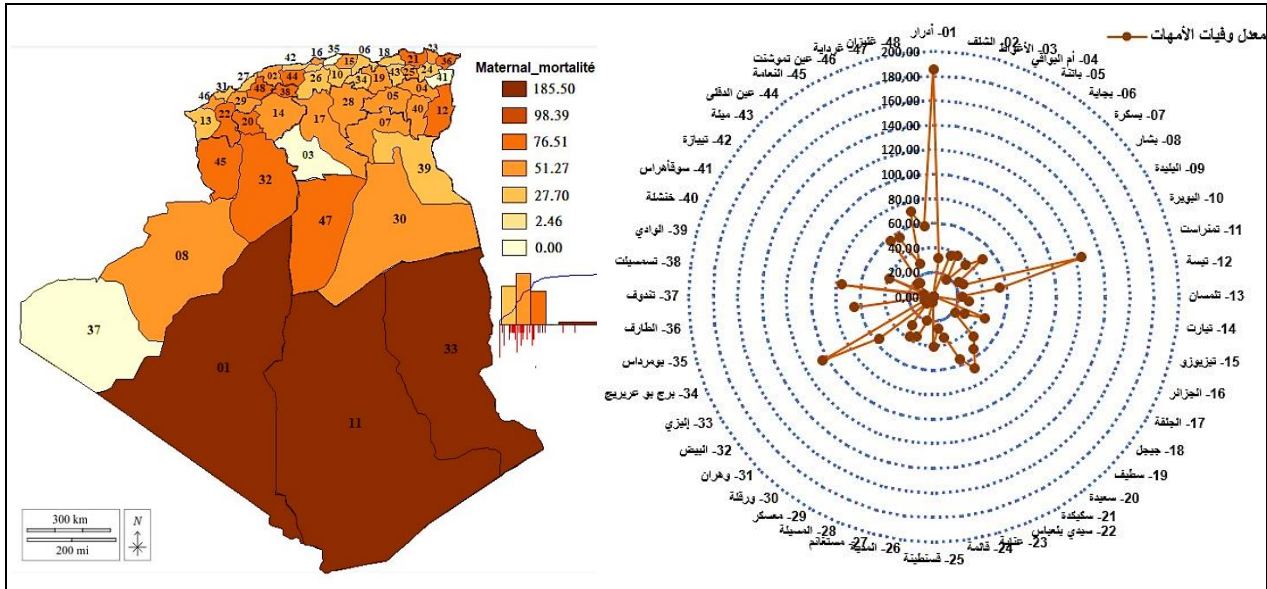
تعتبر دراسة التباين المكاني لوفيات الأمهات حسب الولايات من المؤشرات المهمة التي تساعد

على رصد مدى تلقي الأمهات للخدمات والرعاية الصحية وكذا تقييم فعالية وأداء المؤسسات

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

الاستشفائية العمومية، مع تحديد الحاجيات الأساسية بدقة لكل ولاية بخصوص الجانب الصحي والإنجابي للأمهات.

ومن خلال ملاحظتنا للمعدّل الوطني لوفيات الأمهات في المراكز الاستشفائية العمومية والذي قدر بحوالي 35,46 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة، نجد أنّه يتميّز بالتباين بين الولايات حيث تمّ رصد فارق قدره 150,04 بين المعدّل الوطني وأكبر معدّل لوفيات الأمهات في الجزائر الذي تمّ رصده في ولاية أدرار (185,5 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة). وعليه ارتأينا دراسة تباين هذا المؤشر بين الولايات وتمّ توضيحه في الشّكل (4.5).



الشّكل (4.5): التّوزيع حسب الولايات لوفيات الأمهات في المراكز الاستشفائية العمومية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، الإحصاءات الصحية 2020.

نلاحظ من خلال الشّكل (4.5) أنّ ولاية أدرار سجّلت أكبر معدّل وفيات للأمهات على مستوى

المؤسّسات العمومية الاستشفائية بمعدّل قدره 185,5 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة، وهو معدّل جدّ

مرتفع مقارنة بالمعدّل المسجّل وطنيا، كما سجّلت كذلك ولايتي تمنراست واليزي معدّلي 124,88

و104,8 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة على التوالي، وسجّلت (09) ولايات معدّلات تتراوح ما بين

(55 و 71 وفاة) لكل 100 ألف ولادة حيّة وتتمثّل في كلّ من ولاية تيسمسيلت (75,76 وفاة لكل

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

100 ألف ولادة حيّة)، غرادية (71,63 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة)، سكيكدة (67,55 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة)، الطارف (65,12 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة)، غليزان وعين الدفلى (57 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة) البيض، النعامة وسيدي بلعباس (55 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة). كما سجّلت (11 ولاية) معدل أقلّ من 55 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة وأكبر من المعدّل الوطني وهي كل من ولاية تبسة، سعيدة، بشار، سطيف، الجزائر، قسنطينة، خنشلة، باتنة، معسكر، بسكرة وأم البواقي. وسجّلت (04 ولايات) معدّل أقلّ من 10 وهي كل من ولاية الوادي، برج بوعريّج، وهران والمدية، في حين تمّ رصد (05 ولايات) لم تسجّل بها أي وفيات للأمّهات في المراكز الاستشفائية العموميّة وتتمثّل في كل من ولايات: تيزي وزو، الأغواط، بومرداس، سوق أهراس وتندوف.

أمّا بخصوص أهمّ العوامل التي أدت إلى تباين هذا المعدّل بين الولايات والمسجّل في المراكز الاستشفائية العموميّة هو نقص المرافق الصحيّة في الولايات التي تعاني ارتفاعا في هذا المعدّل، المستوى التعليمي للأمّهات ونقص النّظافة بخصوص متطلّبات الرّعاية الصحيّة في مختلف مراحل الحمل والولادة على غرار التّغذية والنّظافة ومعرفة أسباب الوفيات أثناء الولادة كالنّزيف المهبلّي، ضغط الدم وتمزّق المبيض، بالإضافة إلى جملة العوامل الديمغرافية الأخرى كسنّ الأمّ والخصوبة المبكرة وتقارب الولادات¹.

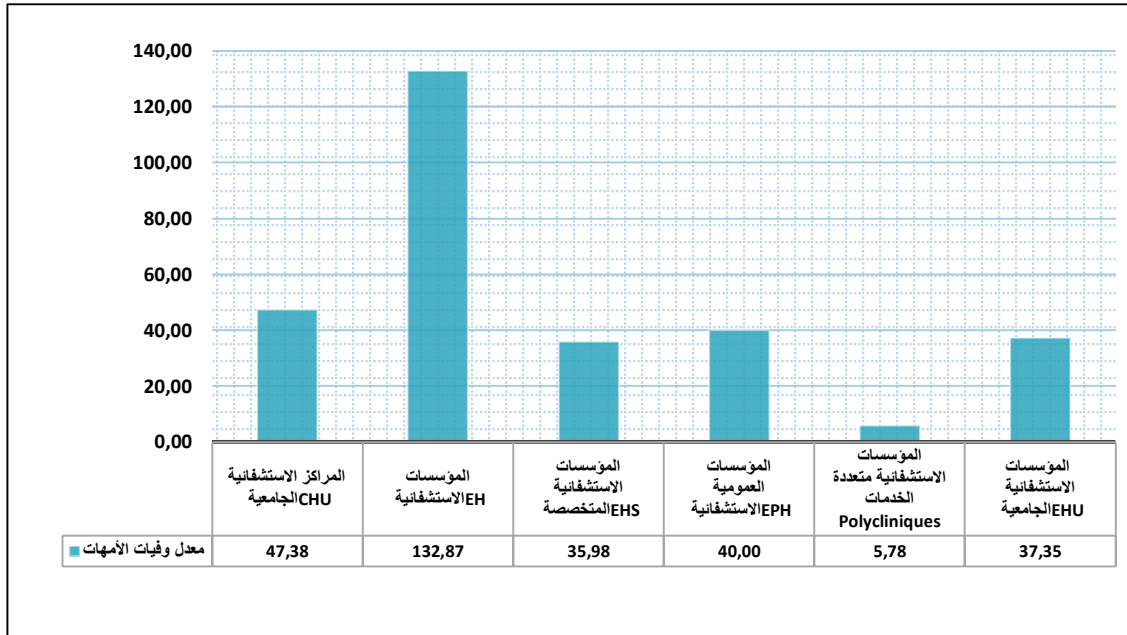
3.2.1.5. التباينات المكانية لوفيات الأمّهات حسب المراكز الاستشفائية العموميّة:

إنّ دراسة تباين وفيات الأمّهات حسب المراكز الاستشفائية العموميّة يسمح لنا من معرفة مستويات تحسين الرّعاية الصحيّة العموميّة بشكل عام، وكذا صحّة الأمّ بشكل خاص. كما يساعد

¹ سميرة قوندي: "قراءة سوسولوجية لمعدلات وفيات الأمّهات والأطفال في الجزائر". مجلة دراسات إنسانية واجتماعية. جامعة وهران. المجلد (2)، العدد (1). 2024، ص ص 391-412.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

في تقييم أداء هذه المؤسسات من خلال إبراز نسبة التغطية الصحية، مستويات الرعاية الصحية وضمان المتابعة المستمرة للأمهات خلال فترات الحمل والولادة، بالإضافة إلى قدرة استيعاب المراكز الاستشفائية وكفاءة الإطارات الطبية وغيرها. وعليه فإن الشكل (5.5) يبين لنا توزيع معدّل وفيات الأمهات في الجزائر حسب تسجيلات المراكز الاستشفائية العمومية على المستوى الوطني.



الشكل (5.5): توزيع معدّل وفيات الأمهات حسب المراكز الاستشفائية العمومية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، لسنة 2020.

نلاحظ من خلال الشكل (5.5) أنّ معدّل وفيات الأمهات مرتفع على مستوى المؤسسات

الاستشفائية (EH) والمؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH) بمعدّل يقدر على الترتيب 132,87

و40 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة، ثم تأتي المراكز والمؤسسات الاستشفائية الجامعية (CHU-

EHU) بمعدّل على الترتيب 47,38 و37,35 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة. في حين سجّلت

المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) معدّل 35,98، لتأتي في الأخير المؤسسات

الاستشفائية متعددة الخدمات (Polycliniques) بمعدّل 5,78 وفاة لكل 100 ألف ولادة حيّة.

2.5. الفوارق المكانية لمستويات الخصوبة وتنظيم الأسرة

إنّ دراسة الفوارق المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر، لا سيما منها الخصوبة والولادات ومستويات تنظيم الأسرة تمكن من تحديد حجم الاختلالات والنقص في توجيه البرامج المنشودة من طرف الدولة في سبيل النهوض بالقطاع الصحي، والمتمثلة أساسا في الإمكانيات المادية والبشرية المسخّرة كالهياكل الاستشفائية، مراكز وعيادات الأمومة والطفولة، الإطارات الطبية والأخصائيين والقابلات وغيرها.

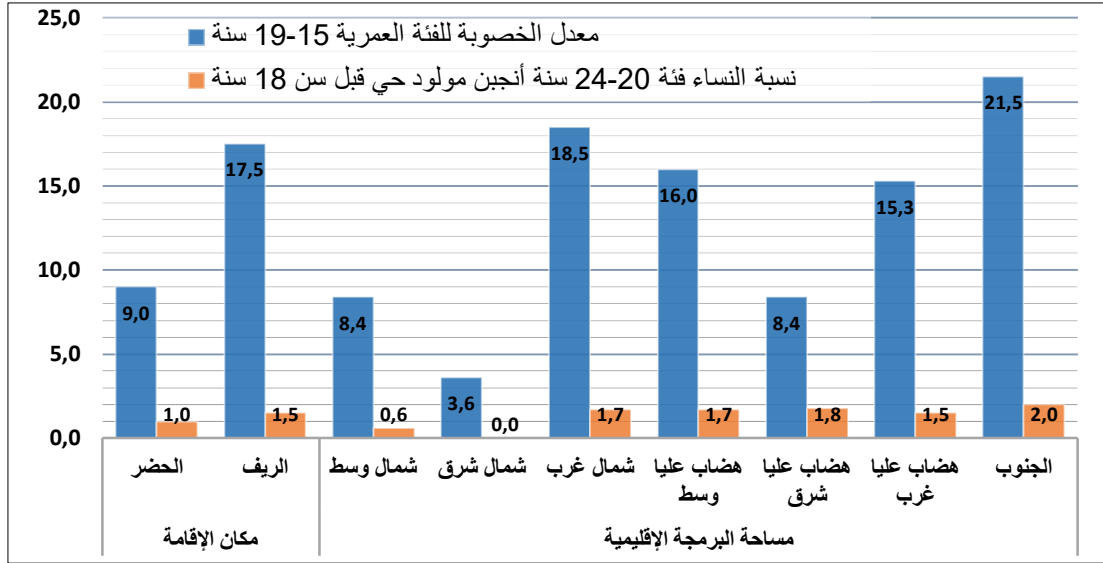
1.2.5. التباين المكاني لمستويات الخصوبة والولادات:

يُعتبر مؤشري الخصوبة والولادات من بين أهمّ الظواهر الديمغرافية التي لها علاقة مباشرة بصحة المرأة والطفل، حيث يعكسان مستويات الجهود المبذولة من طرف الدول في سبيل تحسين الصحة الإنجابية. وعليه أصبح من الضروري دراسة مستويات التباين الإقليمي لوضع خطط البرامج الصحية.

1.1.2.5. التباين الإقليمي لخصوبة النساء والمراهقات والخصوبة المبكرة:

سجّلت الجزائر حسب إحصاءات الديوان الوطني للإحصاءات لسنة 2020، أقلّ معدّل للخصوبة الكلي منذ ست (06) سنوات، حيث وصل إلى 2,9 طفلا لكل امرأة. كما أظهرت نتائج المسح العنقودي الأخير المنجز في الجزائر لسنة 2019، تباينات في مستوى الخصوبة بالنسبة لفئة المراهقات، حيث يؤثر مكان الإقامة بشكل مباشر ومتفاوت، حيث يرتفع معدّل الخصوبة الكلي في هذه الفئة في منطقة الزّيف ليصل إلى 1,5 طفل/امرأة، بينما يصل إلى طفل واحد /1 لكل امرأة في منطقة الحضرة، ويتّضح ذلك من خلال الشّكل (6.5). أمّا بالنسبة للخصوبة المبكرة فهي تشهد مستويات مرتفعة في الوسط الزّيفي، حيث بلغت نسبة النساء في الفئة (20-24 سنة) اللّاتي أنجبن مولودا حيّا قبل سن 18 سنة إلى 17,5%، وتقلّ هذه النسبة في الوسط الحضري حيث بلغت 9%.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر



الشكل (6.5): التوزيع الإقليمي لمستوى خصوبة النساء والمراهقات والخصوبة المبكرة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات المسح العنقودي المنجز في الجزائر لسنة 2020.

أمّا تمثيل مستويات الخصوبة المبكرة للمراهقات حسب الأقاليم الجغرافية يسمح لنا بتمييز ثلاث أقطاب لها وهي: القطب الأول معدّل خصوبة مرتفع للفئة (15-19 سنة) يتراوح بين (1,8 إلى 2 أطفال للمرأة)، وهو معدّل يقترب من معدّل الخصوبة الكلي الطبيعي المقدّر بحوالي (2,9 طفل لكل امرأة)، ويضمّ كل من إقليمي هضاب عليا شرق وإقليم الجنوب. أمّا القطب الثاني فيتميّز بمعدّل خصوبة لنفس الفئة يتراوح بين (1,5 إلى 1,7 طفلا للمرأة)، ويشمل كل من أقاليم هضاب عليا غرب، هضاب عليا وسط وشمال غرب. أمّا القطب الثالث فيتميّز بمعدّل خصوبة منخفض يتراوح بين (0 إلى 0,6 طفلا للمرأة)، ويضمّ كل من إقليمي شمال شرق وشمال وسط.

أمّا بالنسبة للخصوبة المبكرة أي فئة النساء (20-24 سنة) اللاتي أنجبن مولودا حيا قبل سن 18 سنة، فنلاحظ أنّها تتركّز بشكل كبير في كل من إقليمي الجنوب وشمال غرب بنسبة 21,5% و 18,5% على التوالي، ثمّ بنسبة أقلّ في كل من إقليمي الهضاب العليا غرب والهضاب العليا وسط بنسبة على التوالي 16% و 15,3%. في حين سجّل إقليمي الهضاب العليا شرق وشمال وسط أدنى نسبة بلغت 8,4% لكل منهما.

2.1.2.5. التباين في مستوى الولادات والزيجات:

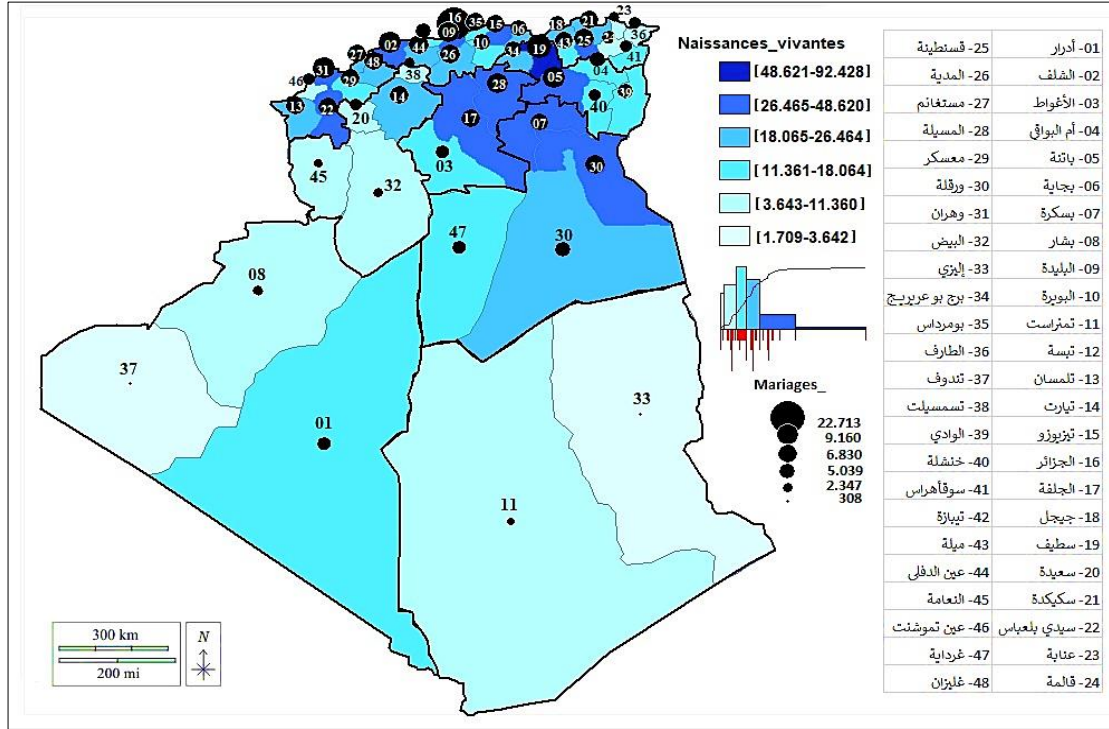
حسب إحصاءات الديوان الوطني للإحصاءات، تميّزت سنة 2020 ولأول مرّة منذ سنة 2014 بتراجع كبير في عدد الزيجات، حيث تمّ تسجيل 283 ألف عقد زواج خلال هذه السنّة، أي بانخفاض نسبته أكثر من 10% مقارنة بعام 2019، ونتيجة لذلك استمر معدّل الزّواج الخام في الانخفاض من 7,26% إلى 6,41%، وهو ما يعادل المستوى المسجّل في بداية الألفيّة الجديدة.

مع استمرار انخفاض عدد الزيجات المستمر، شهد عدد الولادات هو الآخر انخفاضا مستمرا منذ سنة 2014 لتصل تحت عتبة المليون، أي بمجموع 992 ألف ولادة حيّة منها نسبة 76,18% تمّت في المراكز الاستشفائية العموميّة أي ما يقارب 755 805 ولادة حيّة. أدّى هذا الانخفاض المستمر في عدد الولادات إلى انخفاض معدّل المواليد الخام من 23,8% إلى 22,42% بين سنتي (2019 و2020).

كما تظهر الإحصاءات حسب الجنس أنّ نسبة الذكورة وصلت إلى 105 ذكر لكلّ 100 أنثى¹. وعليه ولمعرفة توزيع الولادات الحيّة والزيجات، حسب الولايات والأقاليم، قمنا برسم الخارطة المبيّنة في الشّكل (7.5) أدناه.

¹ الديوان الوطني للإحصاءات (ONS): "ديمغرافيا الجزائر لسنة 2020".
<https://www.ons.dz/IMG/pdf/Demographie%20Algerienne2020.pdf>

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر



الشكل (7.5): توزيع الولادات الحيّة حسب الولايات

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات الديوان الوطني للإحصاءات لسنة 2020 واستخدام برنامج الخرائط Philcarto.20

نلاحظ من خلال الخارطة أن عدد الولادات الحيّة مرتبط بعدد حالات الزيجات حيث كلما ارتفع عدد الزيجات زاد عدد الولادات الحيّة. كما نلاحظ كذلك ارتفاع عدد الولادات في المناطق الشماليّة أكبر من المناطق الجنوبية، وبشكل كبير في الأقاليم شمال شرق وشمال وسط، بالإضافة إلى منطقة الهضاب العليا (شرق ووسط)، على غرار ولايتي سطيف والجزائر العاصمة اللتان سجّلتا أكبر عدد للولادات الحيّة والتي وصلت إلى 92,43 و48,62 ألف ولادة حيّة على التوالي، يقابله (22,71 و12,01 ألف حالة زواج) على التوالي. كما تمّ تسجيل عدد ولادات حيّة وعدد زيجات على الترتيب في كل من ولايات باتنة (34,84 ألف ولادة حيّة و9,53 ألف حالة زواج)، الجلفة (33,62 ألف ولادة حيّة و7,23 ألف حالة زواج)، الشلف (32,17 ألف ولادة حيّة و9,99 حالة زواج ألف)، قسنطينة (31,82 ألف ولادة حيّة و8 آلاف حالة زواج)، البلدية (31,75 ألف ولادة حيّة و8,47 ألف حالة زواج).

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

أمّا المناطق التي عرفت أدنى مستويات للولادات وكذا حالات الرّواج فهي تتمركز في كل من أقاليم الجنوب الكبير، هضاب عليا غرب وجنوب غرب، حيث تمّ تسجيل بعض الولايات منها عدد ولادات حيّة وعدد زواجات على الترتيب كما يلي: تمنراست (9,26 ألف ولادة حيّة و1,43 ألف حالة زواج)، تيسمسيلت (9,01 ألف ولادة حيّة و2,88 ألف حالة زواج)، بشار (8,49 ألف ولادة حيّة و2,64 ألف حالة زواج)، البيض (8,16 ألف ولادة حية و2,34 ألف حالة زواج)، النعامة (6,4 ألف ولادة حيّة و1,62 ألف حالة زواج)، اليزي (2,29 ألف ولادة حيّة و0,35 ألف حالة زواج)، تندوف (1,7 ألف ولادة حيّة و0,3 ألف حالة زواج).

ومن بين العوامل التي أدت إلى انخفاض معدّل الزواج لسنة 2020 هو تأثير الجائحة الذي قد يكون قد أسهم جزئيا في هذا الانخفاض، كذلك فإنّ استمرار تراجع الرّواج يعزّز فرضية أن تغير التركيبة السكانية، لا سيما تراجع عدد الشّباب بين فئة (20 و 34 عامًا) وهي الفئة العمريّة التي تشهد 80% من الرّيجات، حيث شهدت هذه الفئة العمريّة انخفاضا ملحوظا في عدد أفرادها منذ سنة 2015، حيث انخفضت من 10.99 مليون إلى 10.42 مليون نسمة في سنة 2020. وحسب تقرير الديوان الوطني للإحصاءات فإنّه مع استمرار تراجع هذه الفئة في السّنوات القادمة، وفي غياب عوامل أخرى من المتوقّع أن يستمرّ انخفاض عدد الرّيجات حتّى الفترة ما بين 2025 و2030، وهذا ما يؤدّي إلى انخفاض في معدّل المواليد في نفس الاتجاه.

3.1.2.5. التّباين الإقليمي للولادات القيصريّة:

حسب المسح العنقودي متعدّد المؤشّرات المنجز في الجزائر لسنة 2019، شهدت الولادات التي تتمّ بعملية قيصرية في الجزائر ارتفاعا ملحوظا، حيث وصلت إلى نسبة 25% من الولادات الكليّة مقارنة بالمسح الرّابع لسنتي 2012-2013 التي بلغت 16% من الولادات الإجمالية، وتعتبر هذه النسبة مرتفعة مقارنة بتلك المصرّح بها في تقرير منظمة الصحة العالميّة التي تُعتبر أي زيادة

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

عن 10% للولادات القيصرية، فهي لا ترتبط بمستويات تخفيض وفيات الأمهات والأطفال. أمّا بخصوص توزيع هذه الزيادة حسب أقاليم البرمجة الإقليمية فهي مبينة في الجدول رقم (1.5) أدناه.

الجدول (1.5): توزيع النساء اللواتي ولدن ولادة قيصرية حسب الأقاليم الجغرافية في الجزائر

فضاء البرمجة الإقليمية EPT							تعيين الحالات
الجنوب	هضاب عليا غرب	هضاب عليا شرق	هضاب عليا وسط	شمال غرب	شمال شرق	شمال وسط	
الولادات التي تمت بعملية قيصرية خلال السنتين الأخيرتين للفئة العمرية 15-49 سنة							
17,1	18,6	27,2	16	25	29,8	27,8	نسبة النساء اللاتي كانت آخر ولادتهن حية خلال السنتين الأخيرتين بعملية قيصرية
مكان الولادة بمولود حي بعملية قيصرية							
48,5	-	13,5	5	0,8	0,2	0,0	القطاع العام
30,5	-	10,3	4,6	1,3	0,4	0,6	القطاع الخاص
6,7	-	1,8	0,8	0,2	0,2	0,1	السكن
4,5	-	2	2	1	0,7	1,1	أخرى
5,3	-	2,1	1,2	0,4	0,2	0,3	مفقود
طبيعة الولادة القيصرية							
43,7	37,8	46	52	26,8	37,3	42,2	عملية قيصرية طارئة
55,8	58,2	53,6	46,9	70,8	61,9	56,2	عملية قيصرية مخطط لها
96,4	92,5	93,9	99	93,5	94,9	100	عملية قيصرية مخطط لها قررها الطبيب

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات المسح العنقودي المنجز في الجزائر لسنة 2019.

نلاحظ من خلال الجدول أنّ أعلى النسب للولادات التي تتم بعملية قيصرية تتمركز في إقليم

الشمال (شرق، وسط وغرب) بالإضافة إلى إقليم هضاب عليا شرق حيث سجّلت معدّل يتراوح بين

25% و 29.8%، وأقلّ نسبة سجّلت في الجنوب بنسبة 17,1%. ومن بين أسباب ارتفاعها في هذه

الأقاليم تعود بالدرجة الكبيرة إلى الثقافة المحلية المنتشرة في الوسط الحضري والجانب الاقتصادي

والمستوى التعليمي للنساء بالإضافة إلى توزيع البنى التحتية الصحية. أمّا التوزيع حسب مكان حدوث

الولادات القيصرية، فنلاحظ أنّ المعدّلات مرتفعة في القطاع الخاص مقارنة بالقطاع العام، ثمّ بدرجة

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

أقل في مقر السّكن وهذا راجع لقرارات الشّخصيّة للنّساء وذلك أسباب عدّة منها: الراحة، الوقت، السّرعة وسهولة العمليّة. بالإضافة إلى تقادي الآم المخاض والولادة والمضاعفات.

أمّا بخصوص طبيعة الولادات القيصرية نلاحظ أنّ المعدّلات مرتفعة في العمليات القيصرية المخطّط لها بقرار من الطّبيب، وهي متقاربة في جميع الأقاليم بنسبة تتراوح بين 93,5% إلى 100%، ثم تأتي العمليّات القيصرية المخطّط لها، حيث يشهد إقليمي شمال (غرب وشرق) معدّلات مرتفعة قدرت بحوالي 70,8% و 61,9% على التّوالي. وأخيرا العمليّات القيصرية الطّارئة التي تحدث نتيجة مضاعفات الولادة، حيث ترتفع هذه النّسبة في كلّ من أقاليم الهضاب العليا (وسط وشرق) وكذا إقليم الجنوب.

2.2.4. الفوارق المكانية لتنظيم الأسرة والمشاكل المتعلقة بالصحة الإنجابية:

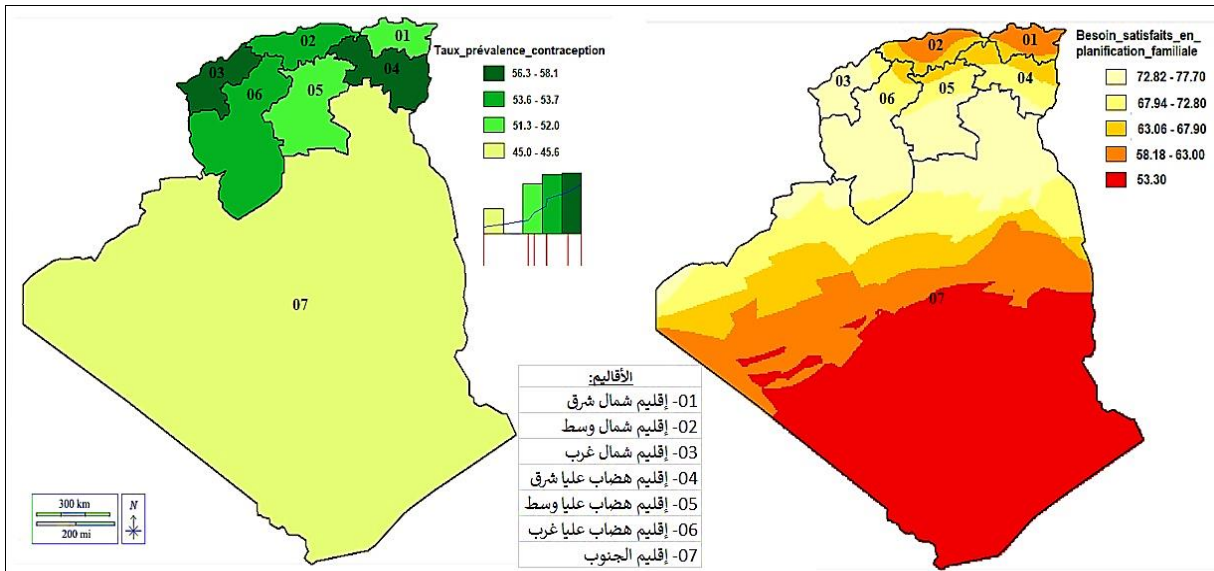
تمثّل الفوارق المكانية في الوصول إلى خدمات تنظيم الأسرة والرعاية الصحيّة الإنجابية تحديًا كبيرًا يواجه العديد من المجتمعات، فهي ليست مجرد أرقام إحصائية، بل تمثل انعكاسا لواقع يعاني منه ملايين الأفراد، خاصّة النّساء في المناطق النّائية والمهمّشة. كما تؤثر هذه الفوارق بشكل مباشر على صحّة الأمّهات والرّضع، وتحدّ من التّناميّة المستدامة وذلك بخلق تباينات في معدّلات الخصوبة والوفيات.

1.2.2.5. الفوارق المكانية لمستويات تنظيم الأسرة:

إنّ دراسة التّباين المكاني في استخدام وسائل منع الحمل ومستويات الاحتياجات غير الملباة للأسرة يمكّننا من استنتاج جملة التّباينات الإقليميّة والمحليّة في تحسين صحّة الأمّهات والرّضع والتي تعود إلى مجموعة متداخلة ومتراكبة من العوامل الديمغرافية والاجتماعيّة والاقتصاديّة والثّقافية والجغرافيّة.

1.1.2.2.5. التباين الإقليمي لمعدّل انتشار وسائل منع الحمل:

تطوّر انتشار وسائل منع الحمل عبر العصور وتعدّدت وسائلها انطلاقاً من العزل والقذف الخارجي وكذا العدّ الشهري، وفترة الأمان وصولاً إلى الوسائل الحديثة التي بلغ استعمالها 100% في بعض المجتمعات¹. كما شهد استخدام هذه الوسائل في الجزائر ارتفاعاً ملحوظاً ما بين (1986-2006) بمقدار 26 نقطة بعد عشرين (20) سنة وذلك راجع أساساً إلى ثقافة الأزواج والرغبة في تنظيم الإنجاب من طرف الأزواج. واستناداً لنتائج المسوح الثلاثة الأخيرة المنجزة في الجزائر، شهد هذا المؤشر انخفاضاً مستمراً قدره 7,8 نقاط لمدة ثمانية (08) سنوات، حيث بلغ 61,4% سنة 2006 و57,1% خلال مسح 2013، ليصل إلى نسبة 53,6% من إجمالي النساء اللواتي شملهن مسح 2019. ويفسر هذا التراجع أساساً إلى تأخر سن الزواج الأوّل الذي لا يزال مستمراً، وارتفاع ظاهرة العمق. أمّا بخصوص انتشار استعمال وسائل منع الحمل عبر مختلف مناطق الوطن، فتوزيعها غير عادي، حيث قمنا بتمثيلها وفق الأقاليم كما هو مبين الشكل (8.5) أدناه.



الشكل (8.5): التباين الإقليمي لمعدّل انتشار وسائل منع الحمل ومستوى تلبية احتياجات تنظيم الأسرة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات المسح العنقودي لسنة 2019 واستخدام برنامج الخرائط Philcarto.20

¹ نوال بن عمار: "أمراض ووفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1975-2008". أطروحة دكتوراه. جامعة باتنة 01-الجزائر. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم الاجتماع والديموغرافيا. 2018، ص 171.

نلاحظ من خلال الخريطين أنّ معدّل انتشار وسائل منع الحمل يتركّز في كلّ من إقليم هضاب عليا شرق والشمال الغربي بمعدّل 58,1% و 56,3% على التّوالي، وسجّل كلّ من إقليم شمال وسط وإقليم هضاب عليا غرب معدل 53,7% و 53,6% على التّوالي، وبدرجة أقلّ سجّل إقليم شمال شرق و هضاب عليا وسط معدل 52% و 51,3% على التّوالي. أمّا إقليم الجنوب فشهد معدل انتشار ضعيف وصل إلى 45,6. كما يفسّر هذا المعدّل بمدى تلبية احتياجات تنظيم الأسرة، حيث نجد أنّ الأقاليم التي شهدت معدّلا منخفضا في انتشار وسائل منع الحمل تعاني نقصا في تلبية احتياجات تنظيم الأسرة على غرار أقاليم الجنوب، شمال شرق وشمال وسط، حيث عرفت معدّلات تلبية احتياجات الأسرة على التّوالي 53,3% و 60,3% و 60,6%. وعليه فإنّ هذه الأقاليم تتطلّب الزيادة في تلبية احتياجات تنظيم الأسرة في المراكز الاستشفائية بالإضافة إلى تكثيف البرامج التوعوية في استخدامها السليم.

2.1.2.2.5. التّباين في طرائق استعمال وسائل تنظيم الأسرة والاحتياجات غير الملباة:

على غرار الانخفاض المستمر الملاحظ على مؤشّر الاستعمال الحالي لوسائل تنظيم الأسرة في الجزائر خلال الفترة الممتدّة بين (2006-2019)، شهد مؤشّر الاحتياجات غير الملباة المتعلقة بتنظيم الأسرة هو الآخر انخفاضا مستمرا، حيث بلغ 24,6% سنة 1992 لينخفض إلى 10,8% سنة 2006، وبعدها استمر في الانخفاض خلال المسح 2012-2013 ليصل إلى 7%¹. أمّا بالنسبة لمسح 2019 عرف ارتفاعا ملحوظا ليصبح 14,1%. وعليه سنبيّن من خلال الجدول رقم 2.5 توزيع هاذين المؤشّرين حسب المنطقة الجغرافية.

¹ أحمد شماني: "واقع تنظيم الأسرة في الجزائر حسب المسح الوطني العنقودي متعدّد المؤشّرات لسنة 2019". مجلة الباحث في العلوم الإنسانيّة والاجتماعيّة. المجلّد (14). العدد (01). 2022، ص ص 443-462.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

الجدول (2.5): توزيع حسب الأقاليم للاحتياجات غير الملباة في مجال تنظيم الأسرة

مكان الإقامة		فضاء البرمجة الإقليمية EPT							الوسيلة والاستعمال
الوسط الريفي	الوسط الحضري	الجنوب	الهضاب غرب	الهضاب شرق	الهضاب وسط	شمال غرب	شمال شرق	شمال وسط	
1- الوسيلة التقليدية الحالية المستعملة لتنظيم الأسرة									
5,78	5,23	8,38	7,43	2,87	1,44	4,69	1,22	4,80	الزنامة
4,48	3,81	6,68	4,71	0,50	1,05	3,80	0,29	6,72	العزل
0,74	0,90	0,22	0,62	1,44	0,38	0,79	1,24	2,05	إطالة فترة الرضاعة
0,26	0,11	0,40	0,24	0,06	0,03	0,04	0,09	0,17	أخرى
11,00	9,94	15,28	12,76	4,81	2,87	9,28	2,75	13,57	المجموع
2- الوسيلة الحديثة الحالية المستعملة لتنظيم الأسرة									
37,33	42,03	34,23	34,97	48,77	46,33	43,28	48,78	28,36	الحبوب
2,80	1,75	3,65	1,61	1,02	1,23	3,26	1,11	1,79	اللؤلؤ
2,44	1,60	2,81	2,98	1,08	0,39	2,20	0,32	2,46	الواقى الذكري
0,43	0,25	0,33	0,53	0,39	0,14	0,40	0,41	0,21	ربط الأنايبب الرحمية
0,38	0,18	0,41	0,16	0,37	0,43	0,17	0,20	0,14	الغرز
0,08	0,02	0,00	0,17	0,04	0,00	0,04	0,03	0,18	الواقى الأنثوي
0,05	0,08	0,12	0,00	0,00	0,06	0,00	0,07	0,15	الحقن
0,08	0,05	0,12	0,11	0,03	0,00	0,05	0,00	0,04	التعقيم للرجال
0,01	0,00	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	0,03	0,00	الحاجز
0,01	0,01	0,00	0,02	0,03	0,00	0,00	0,00	0,03	المهزم
43,61	45,97	41,67	40,58	51,73	48,61	49,4	50,9	33,36	المجموع
3- الاحتياجات غير الملباة المرتبطة بتنظيم الأسرة									
6,25	5,13	10,29	5,26	4,36	5,42	4,11	4,59	5,95	لغرض المباشرة بين الولادات
3,67	4,24	4,74	3,78	3,13	2,52	4,40	3,56	4,57	لغرض التوقف عن الإنجاب
9,91	9,37	15,03	9,04	7,49	7,94	8,51	8,15	10,52	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات المسح العنقودي المنجز في الجزائر لسنة 2019.

نلاحظ من خلال مؤشر الوسيلة الحالية المستعملة في تنظيم الأسرة أن غالبية النساء يستخدمن

الوسائل الحديثة بنسبة 44,4%، وكانت أكبر نسبة متمركزة في الوسط الحضري بنسبة 45,97%

مقابل 43,61% في الريف، وهذا راجع للمستوى التعليمي للنساء. كما سجل كل من إقليم شمال

شرق وهضاب عليا شرق أكبر نسبة بين الأقاليم الأخرى تقدر على التوالي 51,73% و 50,9%

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

وهما الإقليمين اللذين يعرفان مستويات مرتفعة للولادات. كما تشكّل وسيلة الحبوب أعلى نسبة استخدام كون أنّها ذات سهولة في الاستعمال والأكثر انتشارا خاصة في الوسط الحضري.

كما تجدر الإشارة أنّ استعمال الوسيلة التقليدية لتنظيم الأسرة تتركز في الوسط الريفي بنسبة 11% مقابل 9,9% في الوسط الحضري، وشهد كلّ من إقليمي الجنوب وشمال وسط أعلى نسب لاستعمال هذه الوسائل بلغت 15,28% و 13,57% على الترتيب، وتمثّل وسيلتي الرّزنامة، والعزل أكثر الوسائل التقليدية المستخدمة خاصة في أقاليم الجنوب 8,38% و 6,68%، هضاب غرب 7,43% و 4,71% وشمال وسط 4,8% و 6,72% على التوالي.

أمّا بخصوص مؤشّر الاحتياجات غير الملباة، فنلاحظ أنّه لا توجد فرواق كبيرة بالنسبة لمكان الإقامة حيث بلغت النسبة 9,91% في الرّيف مقابل 9,37% في الحضر، لكن تختلف كثيرا حسب الأقاليم، حيث سجّل إقليم الجنوب أكبر نسبة لهذا المؤشّر والذي بلغ 15,03% موزعة حسب الغرض كما يلي: 10,29% لغرض المباحدة بين الولادات و 4,74% لغرض التّوقف عن الإنجاب. ويفسّر ذلك للخصوبة المبكرة للمراهقات للفئة (15-19 سنة) وضرورة المباحدة بين الولادات، فيما سجّل كل من إقليمي شمال وسط وهضاب غرب نسبة 10,52% و 9,04% على التوالي.

2.2.2.5. التوزيع المكاني للأمراض والمشاكل المرتبطة بالصحة الإنجابية:

إنّ دراسة التوزيع المكاني للأمراض والمشاكل المرتبطة بالصحة الإنجابية يعدّ أمراً بالغ الأهمية، حيث يُسهم بشكل كبير في فهم أسباب انتشار هذه الأمراض لاسيما منها المنتقلة جنسيا كمرض الإيدز وتحديد المناطق الأكثر عرضة لها، ممّا يتيح وضع خطط وبرامج فعّالة لمجابهتها والوقاية منها.

1.2.2.2.5. توزيع الأمراض المنتقلة جنسيا:

حسب بيانات المعهد الوطني للصحة العمومية والصادرة عن مخبر معهد باسْتور المكلف بمتابعة انتشار فيروس نقص المناعة البشري (الإيدز). تمّ رصد انخفاض في عدد الحالات الإيجابية لسنة 2020 مقارنة بسنة 2019، حيث انتقل من 848 حالة إلى 473 حالة سنة 2020، كما تمّ تسجيل 44 حالة جديدة للإيدز خلال نفس السنة¹، وتتوزع هذه الحالات حسب المناطق الإقليمية كما هو مبين في الجدول (3.5).

الجدول (3.5): توزيع عدد الحالات الإيجابية والحالات الجديدة للإيدز لسنة 2020.

المجموع	إقليم جنوب	إقليم شرق	إقليم وسط	إقليم غرب	الأقاليم الحالات
473*	53	63	183	166	عدد الحالات الإيجابية
44	02	04	25	13	عدد الحالات الجديدة
(*) (08) إصابات إيجابية من جنسيات أجنبية					

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات المعهد الوطني للصحة العمومية لسنة 2020.

يظهر التوزيع الإقليمي لعدد الحالات الإيجابية للإصابة بفيروس الإيدز أنّ إقليم الوسط سجّل أكبر عدد والذي بلغ 183 حالة، يليها الإقليم الغربي بـ 166 حالة، ثمّ المنطقة الشرقية بـ 63 حالة والمنطقة الجنوبية بـ 53 حالة، وأخيراً 8 حالات من جنسيات أجنبية. كما أنّه لم يتمّ تحديد طريقة العدوى في 68% من هذه الحالات أي 322 حالة. أمّا الطرائق المختلفة للعدوى التي تمّ تحديدها كما يلي: 124 حالة عن طريق علاقات جنسية غير المحمية، 11 حالة انتقلت من الأم إلى الطفل، 09 حالات عن طريق علاقات جنسية ثنائية الجنس، 05 حالات عن طريق تعاطي المخدرات بالحقن وحالتين (02) عن طريق نقل الدّم.

¹ Institut National de Santé Publique (INSP): "Relevé Epidémiologique Mensuel-situation épidémiologique de l'année 2020".

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

أمّا بخصوص الحالات الجديدة وعددها 44 حالة، تمّ رصد معظمها في إقليم وسط (25 حالة) ولا سيما ولاية المدية (7 حالات)، تليها إقليم غرب (13 حالة)، إقليم شرق (04 حالات)، ثم أخيرا إقليم الجنوب (02 حالات). وتمثّل العلاقات الجنسية غير المحميّة هي الأكثر ارتباطاً بالعدوى (26 حالة)، أمّا بقيّة الحالات فهي انتقل من الأم إلى الطّفل حيث تمثّل 75% من هذه الحالات في الفئة العمرية التي تتراوح أعمارهم ما بين (25 و40 سنة).

2.2.2.2.5. معدلات الإصابة بالأمراض ذات التّصريح الإلزامي:

على غرار الأمراض المتقلّبة جنسيا هناك أمراض لها تأثير مباشر كذلك على الصّحة الإنجابية والتي تتعكس سلبا على الحياة الصحيّة لكلّ من الأمّهات والأطفال على غرار الأمراض المتقلّبة عبر الميّه والتهاب الكبد الفيروسي بكلّ أنواعه، شلل الأطفال، الحصبة الألمانية وغيرها. ومن خلال إحصاءات المعهد الوطني للصّحة العموميّة تمّ توزيع معدّل الإصابة ببعض الأمراض ذات التّصريح الإلزامي حسب الأقاليم كما هو مبين في الجدول (4.5) أدناه.

الجدول (4.5): التّوزيع الإقليمي لمعدّل الإصابة ببعض الأمراض في الجزائر لسنة 2020.

الوحدة: حالة/100.000 ساكن.

بكتيريا المسببة للحمى المالطية BRU	أمراض الشريان التاجي L.C	تشوه الخلايا DYS	التهاب السحايا MGTE	التهاب الكبد الفيروسي HV	التيفونيد TYP	الحصبة الألمانية ROU	شلل الأطفال POLIO	منطقة البرمجة الإقليمي EPT
4,55	2,56	3,42	0,85	103,05	0,00	19,64	0,28	الجنوب الكبير
27,11	119,75	0,65	9,65	17,03	0,06	1,89	0,37	جنوب شرق
8,03	19,12	7,07	2,39	27,53	0,00	1,34	0,00	جنوب غرب
2,51	0,54	0,33	3,25	12,50	0,05	1,12	0,42	شمال شرق
5,40	0,39	0,07	3,15	7,87	0,08	0,82	0,39	شمال غرب
2,06	4,18	0,17	2,63	3,07	0,00	0,26	0,29	شمال وسط
36,03	37,20	0,10	6,54	10,10	0,11	2,13	0,54	هضاب عليا شرق
64,79	55,12	0,08	3,65	9,63	0,00	0,50	0,93	هضاب عليا غرب
194,33	60,18	0,00	1,20	3,08	0,08	0,34	0,00	هضاب عليا وسط
29,69	24,23	0,37	3,78	8,98	0,05	1,06	0,37	المجموع

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات المعهد الوطني للصّحة العموميّة لسنة 2020.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

تميّزت سنة 2020 بتوزيع متباين في معدّل الإصابة بالأمراض من إقليم لآخر وحسب الولايات. انخفضت معدّلات الإصابة بالأمراض المنقولة عبر المياه بأكثر من النّصف، حيث تراجع من 29,85 إلى 11,64 حالة لكل 100.000 نسمة. حيث شهد معدّل الإصابة بحمى التيفوئيد، من 0,05 حالة لكل 100.000 نسمة، أي ما يعادل 21 حالة مسجّلة في سنة 2020، كما تمّ تسجيل 2726 حالة إصابة بالمalaria على المستوى الوطني والنّاجم عن طفيليات "فيفاكس ومالاري" المتقلّبة عبر المياه، حيث سجّلت ولاية تمنراست أعلى عدد من هذه الحالات بنسبة 83,7%، تليها ولاية أدرار بنسبة 7,44%.

شهد مرض شلل الأطفال معدّل إصابة قدر بحوالي 0,37 حالة لكل 100.000 نسمة، حيث يعرف هذا المرض انتشارا في فئة الأطفال أقلّ من خمسة سنوات وكذا فئة الشّباب (20-29 سنة). كما يشير التّقرير إلى تسجيل معدّل لمرض التهاب الكبد الفيروسي بكلّ أصنافه (أ، ب، ج) خلال سنة 2020 يصل إلى 8,98 حالة لكل 100,000 نسمة، حيث شهد هذا المعدّل ارتفاعا كبيرا في أقاليم الجنوب الكبير بمعدّل 103,05 حالة لكل 100,000 نسمة أي في ولايتي تمنراست واليزي بمعدّل 118,82 و60,26 حالة لكل 100,000 نسمة على التّرتيب، بالإضافة إلى كلّ من إقليمي جنوب غرب (27,53 حالة لكل 100,000 نسمة)، جنوب شرق (17,03 حالة لكل 100,000 نسمة) على غرار ولايات بشار (48.26 حالة لكل 100,000 نسمة)، أدرار (19.55 حالة لكل 100,000 نسمة)، ورقلة (19.24 حالة لكل 100,000 نسمة) والوادي (18.35 حالة لكل 100,000 نسمة).

كذلك عرف معدّل الإصابة بالحصبة انخفاضا شديدا مقارنة سنة 2019، حيث انخفض من 37,74 إلى 1,06 حالة لكل 100.000 نسمة. أمّا الإصابات فتمّ تسجيلها في إقليم الجنوب الكبير بمعدّل 19,64 حالة لكل 100,000 نسمة أي في كلّ من ولايتي اليزي (28,55 حالة لكل

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

100,000 نسمة) وتمنرست (16,36 حالة لكل 100,000 نسمة). كما أنّ الفئة الأكثر عرضة لهذا الداء هي فئة الأطفال الأقلّ من خمسة سنوات بمعدّل 4,95 حالة لكلّ 100.000 نسمة.

كما شهدت سنة 2020 زيادة في حدوث الأمراض المتقلّبة عن طريق الحيوانات، وهذه الزيادة مرتبطة مباشرة بزيادة حدوث المرضين اللذين يهيمنان على مجموعة هذه الأمراض وهي المتقلّبة عن تربيّة الماشيّة على غرار مرض البروسيللا 54,6% والليشمانيا الجلدية 44,6%، حيثُ سجل إقليم هضاب عليا وسط أعلى معدّل بـ 194,33 حالة لكلّ 100.000 نسمة أي في كلّ من ولايات المسيلة (229,37 حالة لكل 100,000 نسمة)، الأغواط (152,42 حالة لكل 100,000 نسمة) والجلفة (185,07 حالة لكل 100,000 نسمة) وهي الولايات التي تعرف تربيّة المواشي بشكل كبير، بالإضافة إلى إقليمي هضاب عليا شرق وهضاب عليا غرب وبالتّحديد في ولايات تبسة (158,46 حالة لكل 100,000 نسمة)، البيض (151,20 حالة لكل 100,000 نسمة) والنعام (180,07 حالة لكل 100,000 نسمة). وسجّلت أعلى معدلات الإصابة لدى البالغين والمراهقين بمعدّل 18,17 حالة لكل 100.000 نسمة بين الفئة العمريّة (20-29 سنة).

3.2.2.2.5. مستويات العنف ضدّ المرأة:

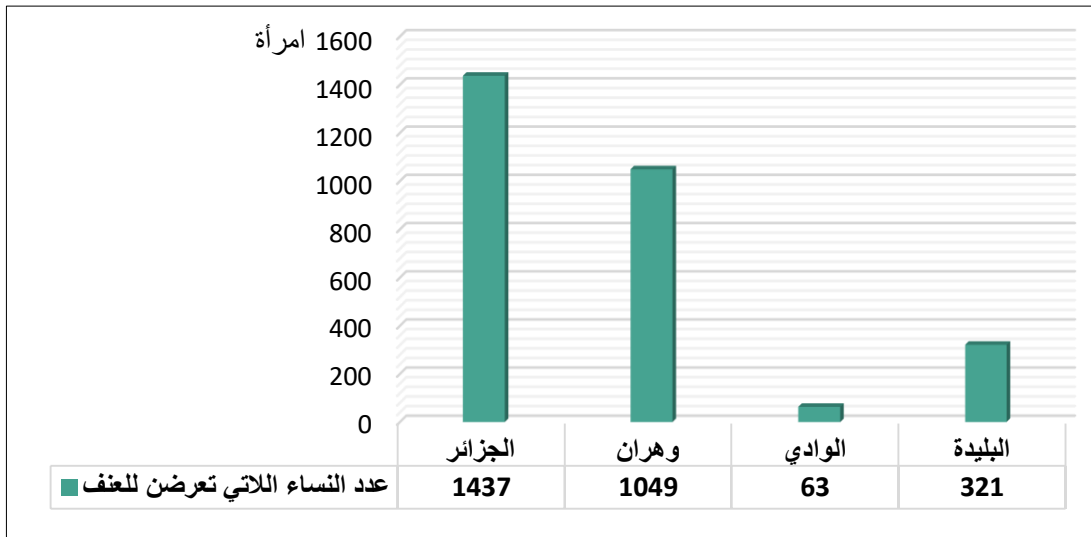
يمثّل العنف ضدّ المرأة، خاصّة الممارس من طرف العشير أو العنف الجنسي إحدى المشكلات الصحيّة الكبرى المستديمة وأحد انتهاكات حقوق الإنسان التي تتمتع بها المرأة، وذلك لحجم الأضرار المهدّدة لحياة الأمّهات والأطفال. كما أنّه من أهم العوامل المؤثّرة في الصّحة البدنيّة والنّفسيّة والإنجابيّة للمرأة والعديد من المشاكل الصحيّة الأخرى على غرار الاكتئاب، الاضطرابات النّفسيّة، الحمل غير المخطّط له، الأمراض المنقولة جنسيا.

أجريت دراسة بهذا الخصوص في الجزائر من طرف المعهد الوطني للصّحة العموميّة في إطار برنامج العنف ضدّ المرأة في الجزائر لسنة 2020، الذي يسلّط الصّوء في مدى انتشار العنف

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

ضدّ المرأة في الجزائر والكشف عن طبيعة هذا العنف وآثاره على الضحايا، حيث شملت هذه الدراسة أربع (04) ولايات جزائرية وهي وهران، الجزائر، البليدة، المدية والوادي.

اعتمدت هذه الدراسة على التّسجيلات المستمرة خلال الفترة الممتدة من 01 جانفي 2020 إلى 31 ديسمبر 2020 من خلال قضايا النساء ضحايا العنف اللّاتي اشترطن خدمات الطبّ الشرعي وأمراض النساء والطّوارئ في مستشفيات الولايات الخمس المذكورة، حيث تمّ تسجيل 2870 امرأة تعرضن للعنف كما هو مبين في الشكل (9.3).



الشكل (9.5): توزيع حالات الاعتداء المسجلة على النساء حسب الولاية لسنة 2020.

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على بيانات المعهد الوطني للصحة العمومية لسنة 2020.

نلاحظ من خلال الشكل أنّ ولاية الجزائر سجّلت أكبر عدد لحالات العنف ضدّ المرأة والمسجلة على مستوى خدمات الطبّ الشرعي وأمراض النساء والطّوارئ في المراكز الاستشفائية العمومية لسنة 2020، بـ 1437 حالة أي بنسبة 50%، ثمّ تليها ولاية وهران بـ 1049 حالة بنسبة 37%. أمّا ولاية البليدة فسجلت 321 حالة تعرّض للعنف أي بنسبة 11% ثم تأتي في الأخير ولاية الوادي بـ 63 حالة أي بنسبة 2%.

3.5. التوزيع المكاني للمقومات البشرية والمادية للصحة الإنجابية

في ظل التحدّيات التي يفرضها النمو السكاني السريع، تسعى الجزائر إلى تحقيق تغطية صحيّة شاملة لكافة المواطنين من خلال إحداث استراتيجيات صحيّة فعّالة تعتمد على التوزيع العادل للموارد وتوفير خدمات صحيّة عالية الجودة، ويتطلّب ذلك تخصيص ميزانيات كافية لإنشاء هياكل صحيّة جديدة وتكوين الكفاءات الطبيّة اللازّمة. في هذا السياق، سنقوم في هذا الجزء بتحليل توزيع المقومات الصحيّة على المستويين الإقليمي والمحليّ بهدف تقييم مدى تحقيق التوازن وتحديد المناطق التي تحتاج إلى تدخّلات إضافية.

1.3.5. التباين المكاني للمقومات الهيكلية لقطاع الصحة:

يُعتبر التوزيع الجغرافيّ العادل والمنصف للهياكل الصحيّة عنصرا حاسما لضمان حصول جميع المواطنين على خدمات صحيّة ذات جودة عالية، خاصّة الرعاية الصحيّة الإنجابية التي تُسهم في خفض معدّلات وفيات الأمّهات والأطفال والسّيطرة على الأمراض المعدية.

1.1.3.4 توزيع المقومات الهيكلية لقطاع الصحة:

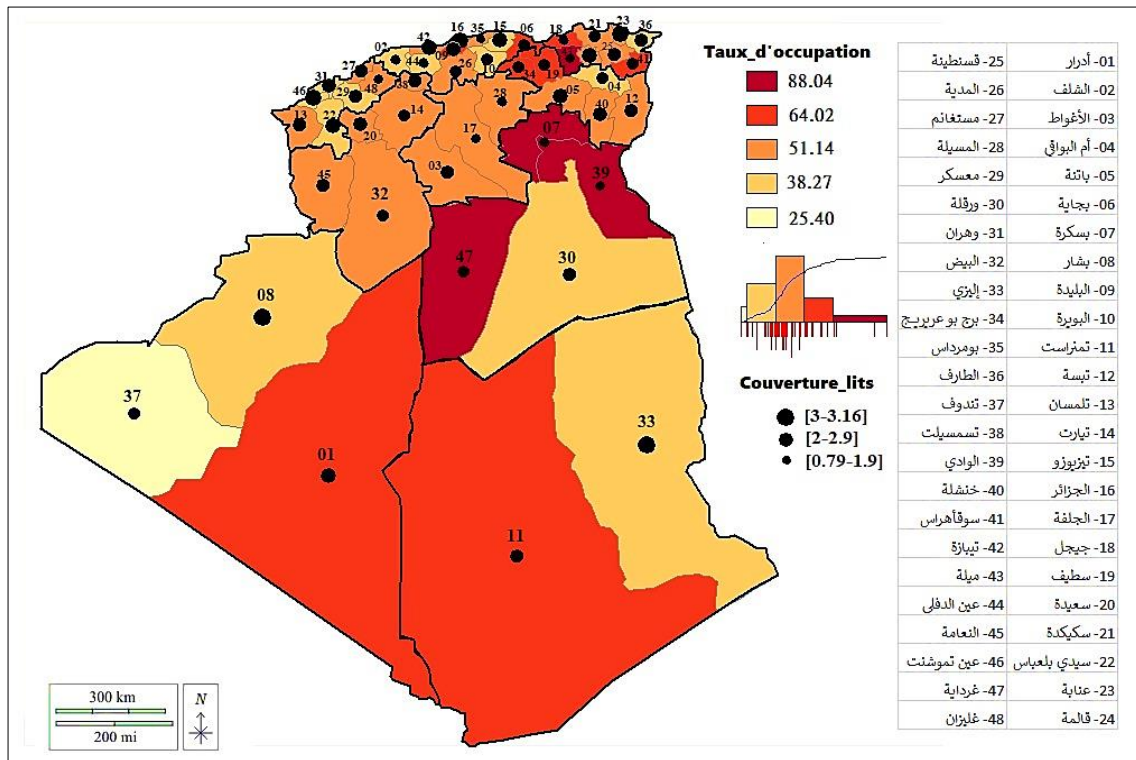
تضمّ الجزائر منشآت قاعدية صحيّة هامة تتوزّع بين مراكز ومؤسسات استشفائية ومراكز الأمومة وكذا قاعات العلاج، بإجمالي 336 منشأة صحيّة تتوزّع بين المراكز الاستشفائية الجامعية والمؤسسات الاستشفائية الكبرى. كما تحتوي كذلك على 1748 مؤسسة استشفائية متعدّدة الخدمات (Polyclinique) وعلى 6160 قاعة علاج، بالإضافة إلى 964 مركز للأمومة. تتوزّع المؤسسات الاستشفائية 2084 مؤسسة وكذا عدد الأسرة لكل 1000 نسمة حسب الولايات كما هو مبين في الشكّل (10.5) أدناه.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

سرير لكل 1000 نسمة، حيث حَقَّقت ولايتي بشار واليزي أعلى معدّل بـ 3,16 و 2,9 سرير لكل 1000 نسمة على التّوالي، وهذا راجع لعدد السُّكان المنخفض لكلّ من الولايتين. كما تمّ تسجيل معدّل أقلّ من واحد (01) سرير لكلّ 1000 نسمة في كلّ من ولايتي الوادي وبومرداس وهو معدّل منخفض مقارنة بالمعدّل المتوسّط بين الولايات والمقدر بـ 1,7 سرير لكلّ 1000 نسمة.

2.1.3.5 مستويات تغطية الأسرة للمراكز الاستشفائية العموميّة:

إنّ معرفة معدّل تغطية الأسرة للمراكز الاستشفائية العموميّة له أهميّة بالغة في رصد مستويات تحسن خدمات الرعاية الصحيّة الإنجابيّة، كما له علاقة وطيدة بمعدّل شغل الأسرة، وهو مؤشّر يثبت وجود الاكتظاظ وقدرة استيعاب المرضى من عدمه. وعليه تمّ توزيع هذين المعدلين حسب الولايات كما هو مبين في الشّكل (11.5).



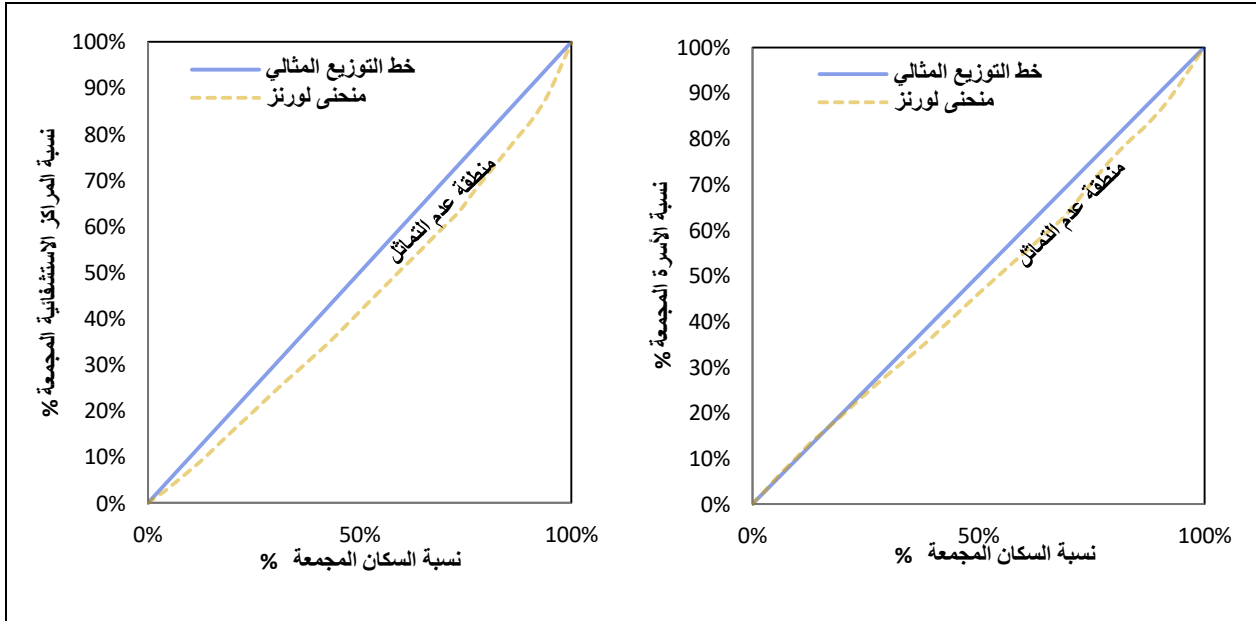
الشّكل (11.5): توزيع معدّل تغطية وشغل الأسرة حسب الولايات

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات وزارة الصحّة لسنة 2020 واستخدام برنامج الخرائط Philcarto.20

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

نلاحظ من خلال الشكل (11.5) أنّ الولايات التي تحتوي على مؤشر تغطية الأسرة يتراوح ما بين 0,79 و1,9 سرير لكل 1000 نسمة لديها معدّل شغل الأسرة مرتفع حيث يتراوح ما بين 45% إلى 88,04%، ويشمل كلا من الولايات: بومرداس، الوادي، غليزان، ميلّة، الجلفة، المسيلة، جيجل، بسكرة، المدية، سوق أهراس، غرداية، تيارت وبرج بوعريّج، بجاية وسطيف. وهذا ما يفسّر وجود نقص في تغطية الأسرة في المراكز الاستشفائية لهذه الولايات يتبعه نوع من الاكتظاظ وهذا ما يؤثّر سلبا على تلقي خدمات الرعاية الصحيّة.

ولدراسة العلاقة بين التوزيع الجغرافي للسكان وتغطية المراكز الاستشفائية والأسرة قمنا بتوظيف منحى "لورنز" الذي يبيّن لنا حجم الفجوة في تغطية المراكز الاستشفائية وعدد الأسرة حسب التوزيع النسبي للسكان، تمّ رصد هذه العلاقة كما هو مبين في الشكل (12.5).



الشكل (12.5): العلاقة بين التوزيع الجغرافي للسكان وكلّ من المراكز الاستشفائية والأسرة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة، الإحصاءات الصحيّة 2020.

نلاحظ من خلال الشكل الذي يبيّن العلاقة بين التوزيع النسبي للسكان والمستشفيات ابتعاد منحى لورنز عن خط التماثل، ممّا يدلّ على وجود نوع من التباين المكانيّ في توزيع المراكز

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

الاستشفائية على الولايات. كما قدرت قيمة معامل جيني بـ 0,38 والتي تعبر عن مساحة المنطقة المحصورة بين منحنى لورنز وخط التماثل وهو ما يبين بعدم التوازن في توزيع عدد المراكز الاستشفائية العمومية وعدد السكان بين الولايات.

أمّا من خلال تحليل الشكل المتعلق بالتوزيع النسبي للسكان وعدد الأسرة، نلاحظ قرب منحنى لورنز من خط التوزيع المثالي ممّا يدلّ على اقتراب التوزيع النسبي للسكان والأسرة إلى التوزيع العادل والمثالي بين الولايات، هذا ما يؤكده معامل جيني الذي بلغ 0,14 أي أنّ نسبة مساحة منطقة عدم التوازن النسبي بلغت 14%، وعليه نقول بأنّ التوزيع النسبي بين السكان وعدد الأسرة يتجه إلى تحقيق العدالة بين الولايات.

2.3.5. التوزيع المكاني للمقومات البشرية والمادية لقطاع الصحة:

إنّ توفير خدمات الرعاية الصحية والتي تتطلب تخصيص ميزانيات كافية وتدريب كوادر طبية مؤهلة، وتوزيع الخدمات بناءً على مؤشرات ديموغرافية وصحية، هو أمر بالغ الأهمية لخفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال والسيطرة على الأمراض المعدية، وتحسين الصحة الإنجابية بشكل عام.

1.2.3.5. التوزيع المكاني للإطارات الطبية في المراكز الاستشفائية العمومية:

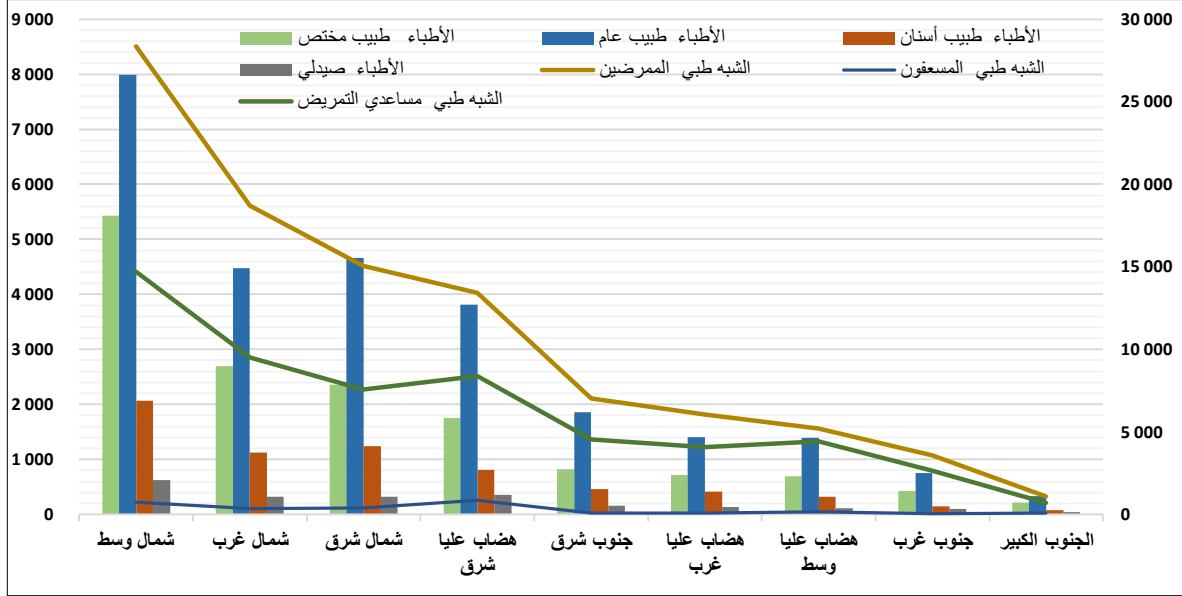
يضمّ قطاع الصحة في الجزائر إمكانات بشرية هامة خاصة في الأسلاك التقنية التابعة للقطاع العمومي والموزعة عبر كافة المراكز الاستشفائية العمومية، حيث تقسم إلى فئتين وهما: فئة الإطارات الطبية التي تضم طاقم الأطباء العامون والمتخصصون، بالإضافة إلى أطباء الأسنان والصيادلة. أمّا الفئة الثانية تشمل الطاقم شبه الطبي الذي يضمّ الممرضين والمسعفون ومساعدى التمريض.

ولمعرفة مدى التوزيع المتمثل لهذه الإطارات لرصد مستويات تقديم خدمات الرعاية الصحية وتحقيق التغطية الصحية عبر مختلف مناطق الوطن، قمنا بتوزيعها حسب مناطق البرمجة الإقليمية

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

وكذا حسب الولايات كما هو مبين في الشكّلين (10.5) و (11.5) وذلك اعتمادا على معطيات

قطاع الصحة لسنة 2020.



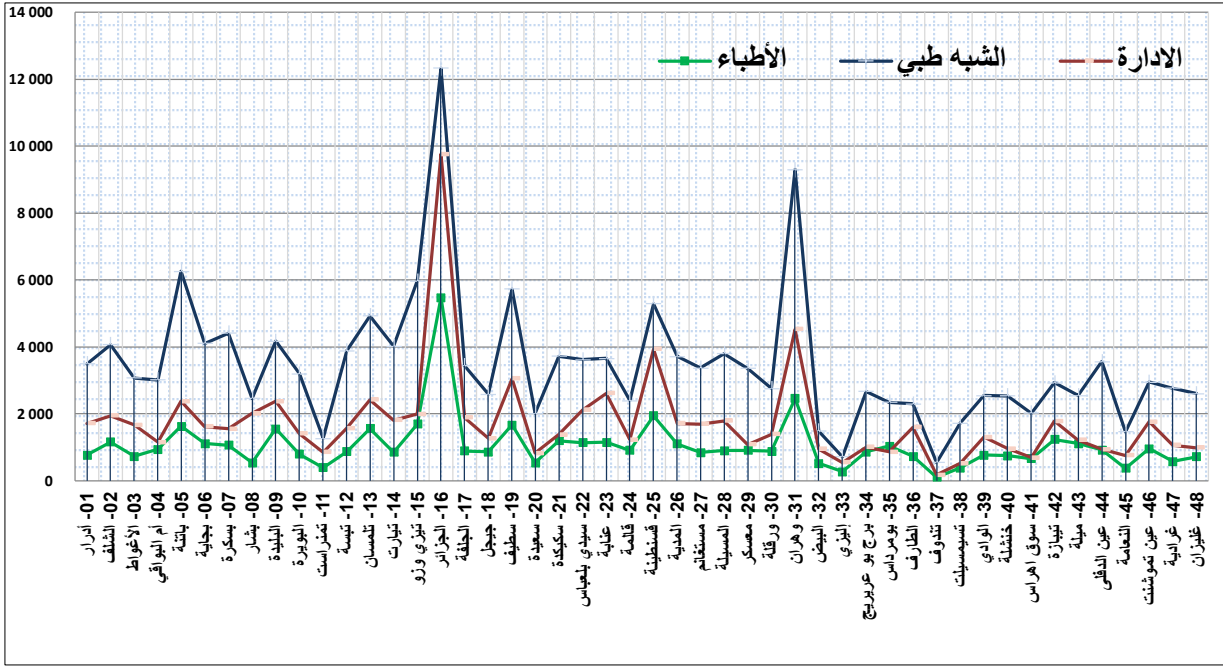
الشكّل (13.5): توزيع الإطارات الطبيّة حسب مناطق البرمجة الإقليمية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة، الإحصاءات الصحيّة 2020.

نلاحظ من خلال الشكّل أنّ الإقليم الشمالي (شرق وغرب ووسط) وكذا هضاب عليا شرق، تحتوي على أكبر عدد من الإطارات الطبيّة موزعة عبر المراكز الاستشفائيّة العموميّة التابعة لها، حيث يحتوي إقليم شمال وسط على أكبر حصّة من هذه الموارد البشريّة الطبيّة أي بنسبة 28,7% لمختلف الأسلاك التّقنيّة، ويحتوي إقليم جنوب شرق بنسبة 7,2% من هذه الإطارات، أمّا إقليمي جنوب غرب والجنوب الكبير فيحتويان على أقلّ عدد للإطارات الطبيّة أي بنسبة 3,6% و 1,2% على التوالي من إجمالي الأسلاك الطبيّة التّقنيّة للمراكز الاستشفائيّة العموميّة.

أمّا من خلال إعادة توزيع هذه المعطيات حسب الولايات ارتأينا تمثيلها حسب فئة الأطباء والشبه الطبي وكذا الموظّفين الإداريين التابعين لقطاع الصحة العموميّة، كما هو مبين في الشكّل (14.5) أدناه.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر



الشكل (14.5): توزيع الإطارات الطبية حسب الولايات

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات وزارة الصحة، الإحصاءات الصحية 2020.

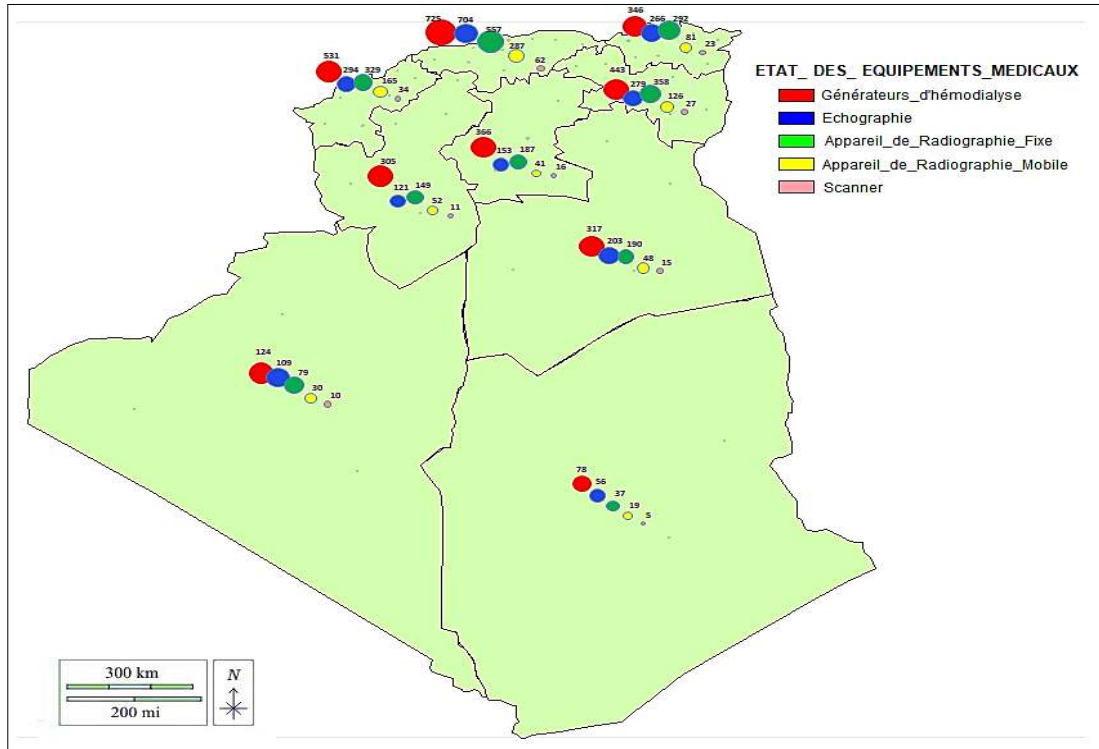
نلاحظ من خلال الشكل أنّ ولاية الجزائر تضم أكبر نسبة في توزيع الإطارات الطبية في المراكز الاستشفائية العمومية، حيث تضم ما يقارب 28 ألف موظف في قطاع الصحة بين إداريين وطبيين أي بنسبة 9,1% من إجمالي إطارات قطاع الصحة العمومية، منها 5477 سلك الأطباء و12339 سلك الشبه طبي، ثمّ تليها الولايات الكبرى الأخرى على غرار وهران، تيزي وزو، قسنطينة، سطيف، باتنة وتلمسان، حيث تضم عدد كبير من الموارد البشرية في قطاع الصحة أي بنسب تتوزع على الترتيب: (5,4% و3,7% و3,2% و3,5% و3,4% و3%) بين إداريين وممتهني الصحة. كما يظهر الشكل كذلك أربع (04) ولايات تحتوي على أقل عدد من الإطارات البشرية في قطاع الصحة أي بنسبة أقل من 1% من إجمالي الإطارات على المستوى الوطني وتتمثل في كل من ولايات تمنراست (0,8%) ولايتي تيسمسيلت والنعامة (0,9%)، ولاية إليزي (0,5%) وتندوف (0,3%).

وعليه تبين وجود تباينات واضحة في توزيع هذه الإطارات والتي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار من خلال إعادة نشر وتوزيع المناصب اعتمادا على الاحتياجات الحقيقية للتغطية الصحية لكل ولاية

وإقليم، أخذنا بعين الاعتبار جملة المؤشرات المتدخلة في ذلك على غرار مستويات التَّئمِيَّة المحليَّة ومعدلات الوفيات وانتشار الأمراض والأوبئة وكذا التَّوْزيع الإقليمي للسُّكان.

2.2.3.5. التَّوْزيع المكاني للمعدَّات والأجهزة الطبيَّة في المراكز الاستشفائيَّة:

تمتلك الجزائر إمكانات هامة في قطاع الصِّحَّة العموميَّة، تضمُّ جملة المعدَّات والأجهزة الطبيَّة المتطوِّرة التي تعزِّز فعالية وأداء نظامها الصحيِّ. فحسب إحصاءات وزارة الصِّحَّة وإصلاح المستشفيات لسنة 2020، تحتوي الجزائر على 8690 جهاز طبيٍّ موزَّعة على كافة المراكز الاستشفائيَّة العموميَّة على مستوى الوطن وتتمثَّل هذه الأجهزة في 3252 مولد غسيل الكلى، 2185 ماسح ضوئي بالموجات فوق الصوتيَّة، 2178 جهاز الأشعة السينية الثَّابته، 849 جهاز الأشعة السينيَّة المحمول، 203 جهاز الماسح الضوئي، 23 جهاز الرنين المغناطيسي. تتوزَّع هذه الأجهزة حسب فضاءات البرمجة الإقليميَّة كما هو مبين في الشَّكل (15.5).

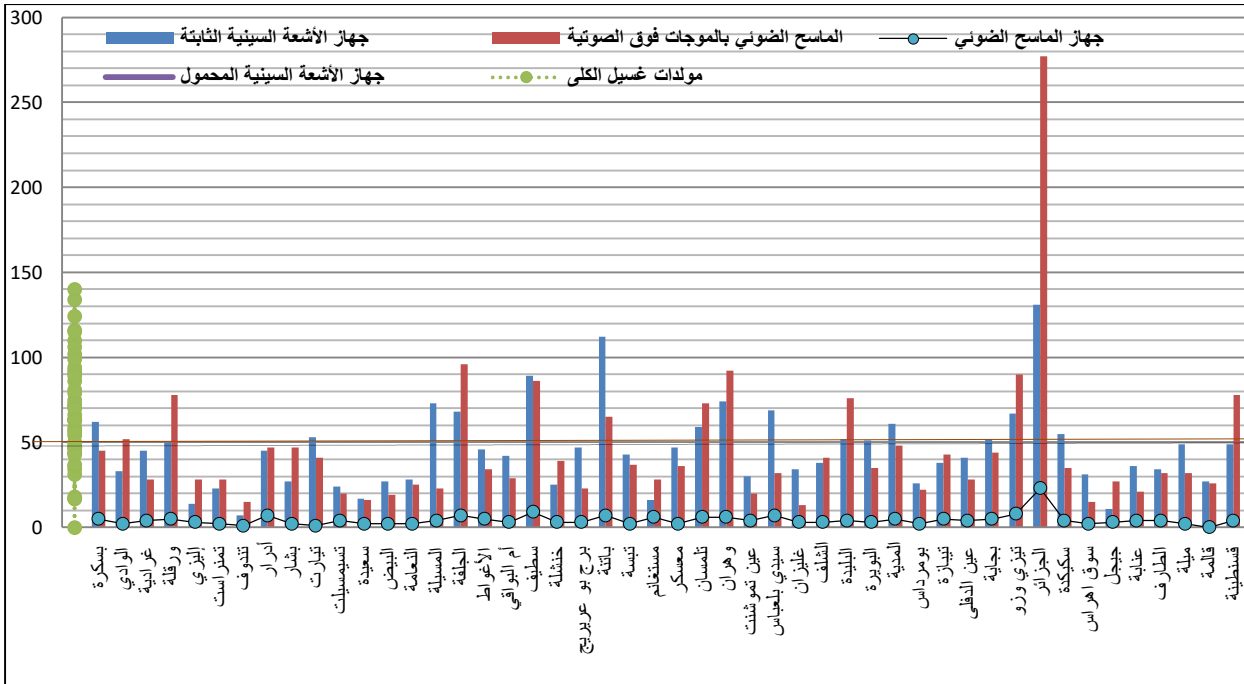


الشَّكل (15.5): توزيع حسب الأقاليم للأجهزة الطبيَّة التَّابِعة للمؤسَّسات الاستشفائيَّة العموميَّة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات وزارة الصِّحَّة لسنة 2020 واستخدام برنامج الخرائط

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

نلاحظ من خلال الشكل (15.5) أنّ نسبة 27% من الأجهزة الطبيّة العموميّة 2347 جهاز متركزة في إقليم شمال وسط حيث يمتلك 725 مولّد غسيل الكلى، و704 جهاز الماسح الضوئي بالموجات فوق الصّوتيّة، بالإضافة إلى 12 جهاز الرنين المغناطيسي من أصل 23 جهازا على المستوى الوطني و 844 بين جهاز الأشعة السينيّة الثابت والمحمول. أمّا إقليمي شمال غرب وهضاب عليا شرق يمتلكان نسبة أجهزة (15,5% و 14,2%) (1356 و 1237 جهاز) على الترتيب، ويضمّ إقليم شمال شرق على 1010 جهاز أي بنسبة 11,6%، وتحتوي أقاليم هضاب عليا وسط على 764 جهاز، إقليم جنوب شرق على 774 جهاز، إقليم هضاب عليا غرب على 638 جهاز. في حين نلاحظ أنّ كلاً من إقليمي جنوب غرب والجنوب الكبير تحتويان على أدنى نسبة للأجهزة الطبيّة، بحث بلغت على التوالي (352 و 195) جهاز أي بنسبة (4,0% و 2,2%)، بالإضافة إلى انعدام أجهزة الرنين المغناطيسي بها. أمّا من خلال توزيع هذه الأجهزة حسب ولايات الوطن نجد هناك تباينات كبيرة كما هو مبين في الشكل (16.5) المبيّن أدناه.



الشكل (16.5): توزيع حسب الولايات للأجهزة الطبيّة التابعة لمؤسسات الاستشفائيّة العموميّة

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات وزارة الصحّة، الإحصاءات الصحيّة 2020.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

نلاحظ من خلال الشكل (16.5) وجود تباين نسبي بين الولايات بخصوص عدد الأجهزة الطبية المتوفرة على مستوى المراكز الاستشفائية العمومية، حيث تضم 21 ولاية على عدد فوق المتوسط لكل صنف من أصناف الأجهزة الطبية وتتمثل هذه الولايات في كل من الجزائر، سطيف، تيزي وزو، باتنة، سيدي بلعباس، الجلفة، وهران، تلمسان، المدية، بجاية، ورقلة، الأغواط، تيارت، قسنطينة، معسكر، تيارت، المسيلة، البويرة، بسكرة والوادي. تحتل ولاية الجزائر المرتبة الأولى وطنيا من حيث الأجهزة الطبية بنسبة 8%، حيث تمتلك 666 جهاز، منها 277 جهاز الماسح الضوئي بالموجات فوق الصوتية، إضافة إلى 07 أجهزة للرنين المغناطيسي من بين 23 جهاز عبر موزعة الوطن.

في حين نجد (15 ولاية) تضم 1546 جهاز طبي أي بنسبة 17,8% من إجمالي الأجهزة الطبية الموزعة عبر الوطن وتتمثل هذه الولايات في كل من عنابة، عين تموشنت، جيجل، الطارف، غليزان، تيسمسيلت، النعامة، البيض، قالمة، إليزي، سوق اهراس، تمنراست، بومرداس، سعيدة وتندوف.

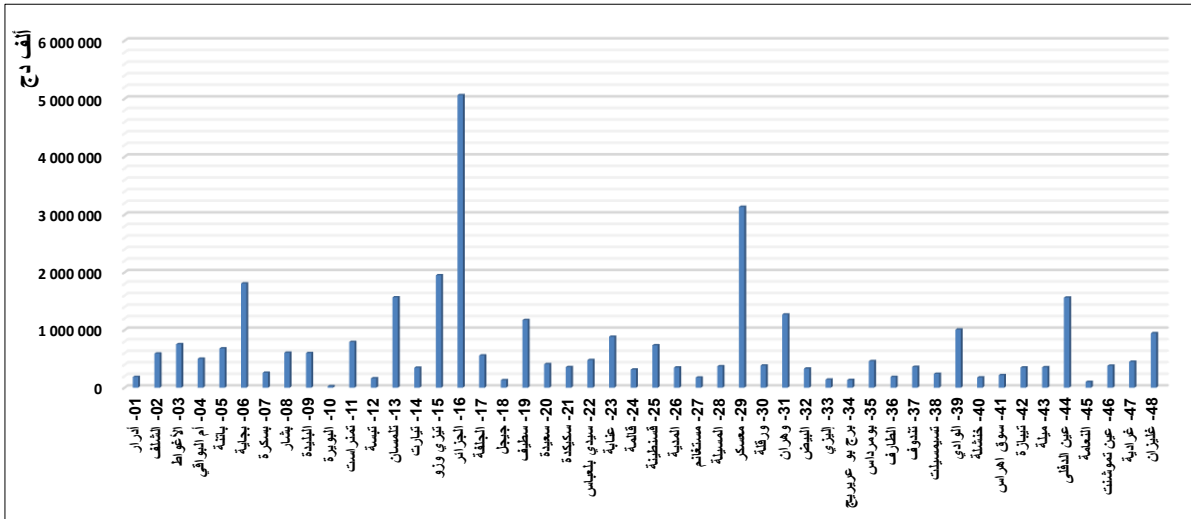
3.2.3.5. التباين في توزيع ميزانية قطاع الصحة:

يُعتبر مؤشر الانفاق الحكومي على قطاع الصحة من بين المؤشرات المهمة التي تعكس مدى تقدّم وارتقاء الدول في هذا الجانب، فإنّ عملية تخصيص ميزانية كافية ومستدامة لقطاع الصحة قائمة على أساس عادل ومنصف بين مختلف المناطق البلد، يعتبر الغاية التي يسعى لها كل بلد من أجل تحسين مستويات تقديم خدمات الرعاية الصحية بشكل عام، وله أهمية بالغة خاصة في مجال الصحة الإنجابية. تنقسم ميزانية قطاع الصحة إلى قسمين رئيسيين وهما:

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

- ميزانية التسيير: وهي مجموع التخصيصات المالية الموجّهة لتغطية النفقات الاجبارية والمكررة اللازمة لضمان سير المؤسسات والمراكز الصحية وتتضمن: الرواتب والأجور ونفقات تدريب الكوادر الطبية المتخصصة، نفقات تسيير المصالح، اقتناء أدوات وأثاث المكتب والوراقة وغيرها؛
- ميزانية التجهيز: وهي مجموع التخصيصات المالية الموجّهة لتقديم الخدمات الصحية بانتظام، وتتضمن النفقات الاستثمارية (إنجاز وإعادة تأهيل المراكز والمؤسسات الطبية العمومية)، اقتناء وتجديد التجهيزات والمعدات الطبية (أجهزة الكشف الطبي الاشعاعي، حاضنات الأطفال، غرف العمليات المجهزة للولادات الآمنة...)، اقتناء الأدوية والمستلزمات الأساسية وتجديد حاضرة سيارات الإسعاف... الخ.

وحسب قانون المالية لسنة 2020، بلغت ميزانية التسيير المخصصة لقطاع الصحة في الجزائر 408,282 مليار دج. أما ميزانية التجهيز بلغت 33,99 مليار دج¹. ونظرا لغياب المعطيات من أجل رصد توزيع هذه الميزانية حسب ولايات الوطن، اقتصرنا فقط على ميزانية التجهيز كما هو مبين في الشكل (17.5).



الشكل (17.5): توزيع ميزانية التجهيز لقطاع الصحة لسنة 2020 حسب الولايات.

المصدر: المديرية العامة للميزانية-وزارة المالية.

¹ الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية رقم 81 الصادرة بتاريخ 30 ديسمبر 2019، ص 52.

يُظهر الشكل (17.5) تبايناً واضحاً وملحوظاً في توزيع ميزانيّة التّجهيز المخصّصة لقطاع الصّحة لسنة 2020 عبر ولايات الوطن، حيث يعكس هذا التّباين فروقات جوهريّة في حجم الاستثمار الموجّه لتطوير البنية التحتيّة والمعدّات الطبيّة بين مختلف الولايات. على سبيل المثال تحصّلت ولاية الجزائر العاصمة على أعلى ميزانيّة بمبلغ قدره 5,06 مليار دج ثمّ تليها ولاية معسكر بمبلغ 3,13 مليار دج. كما تحصّلت كلّ من الولايات: تيزي وزو، بجاية، تلمسان عين الدفلى وهران سطيف والوادي على ميزانيّة تجهيز تتراوح بين (1 مليار إلى 1,9 مليار دج). في حين تحصّلت (10 ولايات) على ميزانيّة تجهيز أقلّ من 200 مليون دج، وتضمّ كل م ولايات أدرار، الطارف، خنشلة، مستغانم، تبسة، اليزي، برج بوعريّج، جيجل، البيض والبويرة. أمّا بقية الولايات (29 ولاية) تحصّلت على ميزانيّة تجهيز تتراوح مبلغها بين (220 إلى 950 مليون دج).

4.5. الفوارق المكانية لخدمات الرّعاية الصحيّة الإنجابيّة

تُعتبر الرّعاية الصحيّة الإنجابيّة حقاً أساسياً من حقوق الإنسان، وهي تمثّل مجموعة من الخدمات الصحيّة التي تغطّي جوانب مختلفة لصحة الأمّ والطفّل، بدءاً من تنظيم الأسرة وحتى الرّعاية أثناء الحمل والولادة. ومع ذلك، فإنّ الوصول إلى هذه الخدمات يختلف بشكل كبير من مكان لآخر، ممّا يخلق فوارق مكانيّة تؤثر سلباً على صحة ورفاهية العديد من الأفراد والمجتمعات.

1.4.5. التّباين المكاني لخدمات الرّعاية الصحيّة للحمل والولادة:

إنّ الرّعاية الصحيّة المقدّمة للأمّ والطفّل ركيزة أساسيّة في التّميّة المستدامة، وسعيها منها في تحقيق هذه الأهداف، تسعى الجزائر جاهدة في سبيل ضمان صحة الأمّ والطفّل وتحقيق التّوازن في تحسين الرّعاية الصحيّة الإنجابيّة، وذلك من خلال توفير خدمات صحيّة شاملة ومتاحة لجميع الأمّهات في مختلف مراحل الحمل والولادة.

1.1.4.5. تباين خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل:

تمثل الرعاية الصحية خلال فترة الحمل من بين الآليات التي تهدف إلى خفض معدلات وفيات الأمهات والأطفال حديثي الولادة، بالإضافة إلى التقليل من نسبة الولادات ناقصي الوزن. وعليه فإنّ الرعاية الصحية في هذه المرحلة بما تحمله من استشارات وتحاليل وفحوصات طبية وغيرها من أهمّ الفرص للأمهات لتفادي المضاعفات والاعتلال أثناء الحمل إلى غاية وقوفها في حالة صحية جيّدة¹.

الجدول (5.5): توزيع خدمات الرعاية الصحية أثناء الحمل حسب مساحة البرمجة الإقليمية

نسبة النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة اللاتي ولدن آخر مولود حي له خلال السنتين الأخيرتين								الفئة
مساحة البرمجة الإقليمية							المؤشر	الحالة
الجنوب	هضاب عليا غرب	هضاب عليا شرق	هضاب عليا وسط	شمال غرب	شمال شرق	شمال وسط		
النساء اللاتي قمن بثلاث زيارات أو أكثر قبل الولادة خلال:								استشارات أثناء الحمل
9,8	7,9	13,6	12,2	10,7	12,7	17,2	- الثلث الأول من الحمل	
11,3	10,1	18,1	13,1	9,8	16	17,2	- الثلث الثاني من الحمل	
19	12,1	28,9	20,7	19,5	29,3	26,5	- الثلث الثالث من الحمل	
النساء اللاتي تمت متابعتهم خلال حملهن الأخير:								المتابعة أثناء الحمل
95,2	88,7	97,3	93,6	90,8	94,3	98,4	- مرة واحدة على الأقل من قبل موظفي الرعاية الصحية المؤهلين	
63,9	47,2	71,7	61	58,9	77,8	78,8	- 4 مرات على الأقل من قبل أي موظف/خدمة صحية	
10	6,9	17,8	12,6	9,2	14,5	16,6	- 8 مرات على الأقل من قبل أي موظف/خدمة صحية	
76,5	59,5	83,4	55,6	53,1	92,2	76,5	خضعت لاختبار ضغط الدم، وأعطيت عينات من البول والدم خلال حملهن الأخير	
44,5	34,1	60,3	36,4	54	42,4	46,8	تعرضن لمضاعفات واحدة على الأقل أثناء الحمل	المضاعفات أثناء الحمل

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات المسح العنقودي المنجز في الجزائر لسنة 2019

¹ نوال بن عمار: "أمراض ووفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1975-2008". المصدر المذكور سابقا، ص93.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

اعتمادا على معطيات الجدول (5.5) والذي من خلاله تمّ تلخيص بعض مؤشرات المسح العنقودي المتعلقة بخدمات الرعاية الصحيّة للنساء خلال فترة الحمل وتوزيعها حسب مساحة البرمجة الإقليمية. تشمل هذه البيانات فئة النساء (15-49 سنة) اللّاتي ولدن آخر مولود حيّ لهن خلال السنتين الأخيرتين، حيث نلاحظ نسبة منخفضة للنساء اللّاتي قمن بثلاث زيارات أو أكثر قبل الولادة سواء كانت الزيارات في الثلث الأول أو الثاني أو الثالث، وهذا في كلّ من إقليمي شمال غرب والهضاب العليا غرب وبدرجة أقلّ إقليم الجنوب مقارنة بباقي الأقاليم.

كذلك بخصوص المتابعة أثناء الحمل، فنلاحظ كلّ من أقاليم شمال غرب، الهضاب العليا وسط والهضاب العليا غرب تتميز بنسب منخفضة للنساء اللّاتي تمّت متابعتهم خلال حملهن الأخير من طرف موظفيّ الرعاية الصحيّة المؤهلين. أمّا عن المضاعفات أثناء الولادة، فنلاحظ أنّ أكبر نسبة للنساء اللّاتي تعرّضن لمضاعفات واحدة على الأقلّ أثناء الحمل حدثت في إقليم هضاب عليا شرق بنسبة 60,3% ثمّ بدرجة أقلّ كل من إقليميّ شمال غرب وشمال وسط بنسبة 54% و 46,8% على التوالي.

2.1.4.5. تباين خدمات الرعايّة الصحيّة عند الولادة:

تعتبر توفّر الرعايّة الصحيّة اللازمّة أثناء الولادة من أهمّ الرّكائز الأساسيّة التي تهدف إلى تعزيز الأمومة الآمنة، وعنصرا فعّالا من عناصر الرعايّة الصحيّة الإنجابيّة، إذ يهدف إلى ضمان توفير المزيد من الأمان والسّلامة والصحة لكلّ من الأمّ وجنينها.

تمثّل فترة الولادة من أصعب الفترات التي تمرّ بها الأمّهات، حيث تولي جميع المراكز الاستشفائيّة الأهميّة الكبرى لهذه المرحلة وذلك من خلال تحضير وتنظيم الأمّهات قبل الولادة من الناحيّة النفسيّة والاجتماعيّة والفيزيقيّة والتدابير الوقائيّة وكذا الرعايّة الصحيّة. وعليه فإنّ الحرص

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

على الولادة في المراكز الاستشفائية ويتوقَّر إشراف طبيّ متخصص يؤمّن أساليب الرعايَّة والعناية بالأُمّهات والأطفال والحرص على الولادة الجيِّدة والآمنة.

الجدول (6.5): توزيع خدمات الرعايَّة الصحيَّة عند الولادة حسب مساحة البرمجة الإقليمِيَّة (%).

الحالة	شمال وسط	شمال شرق	شمال غرب	هضاب عليا وسط	هضاب عليا شرق	هضاب عليا غرب	الجنوب
الولادة في المراكز الصحية	99,1	99,7	99,9	96	99,4	98,8	95,2
الاستشارة الطبية قبل الولادة	76,5	92,2	53,1	55,6	83,4	59,5	76,5
المساعدة الماهرة أثناء الولادة	99,2	99,7	99,9	96,6	99,6	99,4	96

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات المسح العنقودي المنجز في الجزائر لسنة 2019

تُشير معظم البحوث والدراسات التي أُنجزت في الجزائر على أنّ نسبة الولادات التي تتمُّ في المراكز الصحيَّة وتحت إشراف إطارات طبيَّة مؤهَّلة يعرف ارتفاعا ملحوظا، حيث انتقل من 77% إلى 98,4%، وهذا تبعا للأهداف التي سنَّتها الدَّولة للقضاء على الولادات في المنازل أو التقليل منها خاصَّة وأنَّ تحسين هذا المؤشِّر يُسهم بشكل كبير في تحقيق أهداف الألفيَّة الراميَّة إلى تخفيض معدَّل وفيات الأُمّهات¹.

فمن خلال الجدول رقم (6.5) نلاحظ أنّ جميع الأقاليم تحتوي على نسبة مرتفعة للولادات التي تتمُّ في المراكز الصحيَّة، حيث تتراوح هذه النسبة بين 98,8% و 99,9%، ماعدا إقليم الهضاب العليا وسط وإقليم الجنوب فهي منخفضة نوعا ما، حيث تقدر بـ 96% و 95,2% على الترتيب. كما يشهد الإشراف الطَّبي أثناء الولادة من طرف أخصائيين ماهرين نفس التوزيع حيث شهد جميع الأقاليم نسبة مرتفعة لهذا المؤشِّر، تتراوح بين 99,2% و 99,9%، ماعدا إقليم الهضاب العليا وسط وإقليم الجنوب فهي منخفضة نوعا ما، حيث تقدر بـ 96,6% و 96% على الترتيب.

¹ محمد علي دحمان: "تقييم نفقات الصحة والتعليم". رسالة ماجستير. جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية. قسم العلوم الاقتصادية. 2011، ص44.

3.1.4.5. تباين خدمات الرعاية الصحية ما بعد الولادة:

تمثل مرحلة الرعاية الصحية بعد الولادة من المراحل المهمة والضرورية لكل من الأمهات والمواليد خاصة الولادات التي تتم خارج المراكز الصحية. كما شهدت هذه المرحلة أدنى مستويات لها في الفترة الممتدة ما بين (2001-2006)، وبالرغم من انخفاض تكاليف خدمات الرعاية الصحية إلا أن نسبة الأمهات اللاتي يتلقين رعاية صحية بعد الولادة 30% فقط. كما نسبة الأمهات اللاتي يستفدن من هذه الرعاية في هذه المرحلة لا يتجاوز 24% فقط¹.

أمّا من خلال معطيات المسح العنقودي لسنة 2019 فقد عرفت مستويات الرعاية الصحية بعد الولادة تطورا ملحوظا إلا أنه يتميز بالتباين بين الأقاليم وهذا ما يبيّنه الجدول (7.5) أدناه.

الجدول (7.5): توزيع خدمات الرعاية الصحية ما بعد الولادة حسب مساحة البرمجة الإقليمية

نسبة النساء في الفئة العمرية 15-49 سنة اللاتي ولدن آخر مولود حي خلال السنتين الأخيرتين							الفئة	
مساحة البرمجة الإقليمية							المؤشر	
الجنوب	هضاب عليا غرب	هضاب عليا شرق	هضاب عليا وسط	شمال غرب	شمال شرق	شمال وسط		
84,7	88,8	89,3	86,4	83,2	93,4	87,7	فحص صحّة الأم بعد الولادة بعد ولادة	
النسبة المئوية للأمهات اللاتي تلقين استشارات طبية:							محتوى استشارات ما بعد الولادة	
39,9	39,3	42,9	33,1	52	51,5	59,3		بشأن منع الحمل أثناء رعاية ما بعد الولادة
48,1	47,2	52,4	35,5	63,9	58	64,7		بشأن التطعيم
52,4	38,9	39	41,7	44,3	41	56,2	بشأن الرضاعة الطبيعية	
النسبة المئوية للأمهات اللاتي تعرضن لمضاعفات ما بعد الولادة:							مضاعفات ما بعد الولادة	
31,8	27	32,3	16,2	38,8	22,5	32,4		مرة واحدة على الأقل
27,1	29,4	24,5	21,5	23,2	23,6	27,9		مرة واحد على الأقل خلال الـ 6 ساعات التالية للولادة
87,6	91	88,3	90,8	94,8	86,8	96	نسبة النساء اللاتي يقين في منشأة صحية لمدة 12 ساعة أو أكثر	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على معطيات المسح العنقودي المنجز في الجزائر لسنة 2019

¹ نوال بن عمار: "أمراض ووفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1975-2008". المصدر المذكور سابقا، ص95.

يمثل الجدول (7.5) توزيع مؤشّر الرعاية الصحيّة ما بعد الولادة لفئة النّساء (15-49 سنة)

اللاتّي ولدن آخر مولود حيّ خلال السّنّتين الأخيرتين حسب الأقاليم، حيث تمّ ترتيبه كما يلي:

- **تلقيّ الفحص الطّبيّ بعد الولادة:** شهدت كلّ من أقاليم شمال شرق، الهضاب العليا شرق والهضاب

العليا غرب نسبا مرتفعة للنّساء اللّاتي خضعن لفحص صحيّ بعد الولادة مباشرة أو في غضون

يومين بعد الولادة، بينما إقليميّ شمال غرب والجنوب شهدا نسبا منخفضة نوعا ما؛

- **محتوى استشارات ما بعد الولادة:** نلاحظ نسبا مرتفعة في تلقيّ الاستشارات الطّبيّة بخصوص

منع الحمل أثناء رعاية ما بعد الولادة وكذا التّطعيم في الأقاليم الثلاثة للشّمال ومنخفضة نسبيا

في إقليم الهضاب العليا وسط. أمّا بخصوص الاستشارات بشأن الرّضاعة الطّبيعيّة فهي مرتفعة

في إقليم الجنوب وشمال وسط؛

- **مضاعفات ما بعد الولادة:** ترتفع نسبة المضاعفات ما بعد الولادة سواء كانت مرّة واحدة على

الأقلّ أو مرّة واحدة خلال ستة (06) ساعات التّالية للولادة في خمسة أقاليم المتمثلة في: شمال

وسط وغرب، الهضاب العليا شرق وغرب وإقليم الجنوب؛

- **المكوث في المراكز الصحيّة بعد الولادة:** شهدت ثلاثة أقاليم نسبا منخفضة للنّساء اللّاتي بقين

في منشأة صحيّة لمدة (12) ساعة أو أكثر تتمثّل في إقليم شمال شرق، الهضاب العليا شرق

وإقليم الجنوب.

2.4.5. مستويات التّغطيّة بالتّلقّيات:

تمثّل التّغطيّة باللّقاحات عمليّة تحصين السّكان ضدّ الأمراض المستهدفة التي من شأنها أن

تتسبّب في ارتفاع وفيات وانتشار الأمراض وظهور الإعاقات، والأهمّ من ذلك تفشي الأوبئة، حيث

شهدت عملية التّغطيّة باللّقاحات في الجزائر تطوّرا ملحوظا منذ ستينيات القرن الماضي، حيث تمّ

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

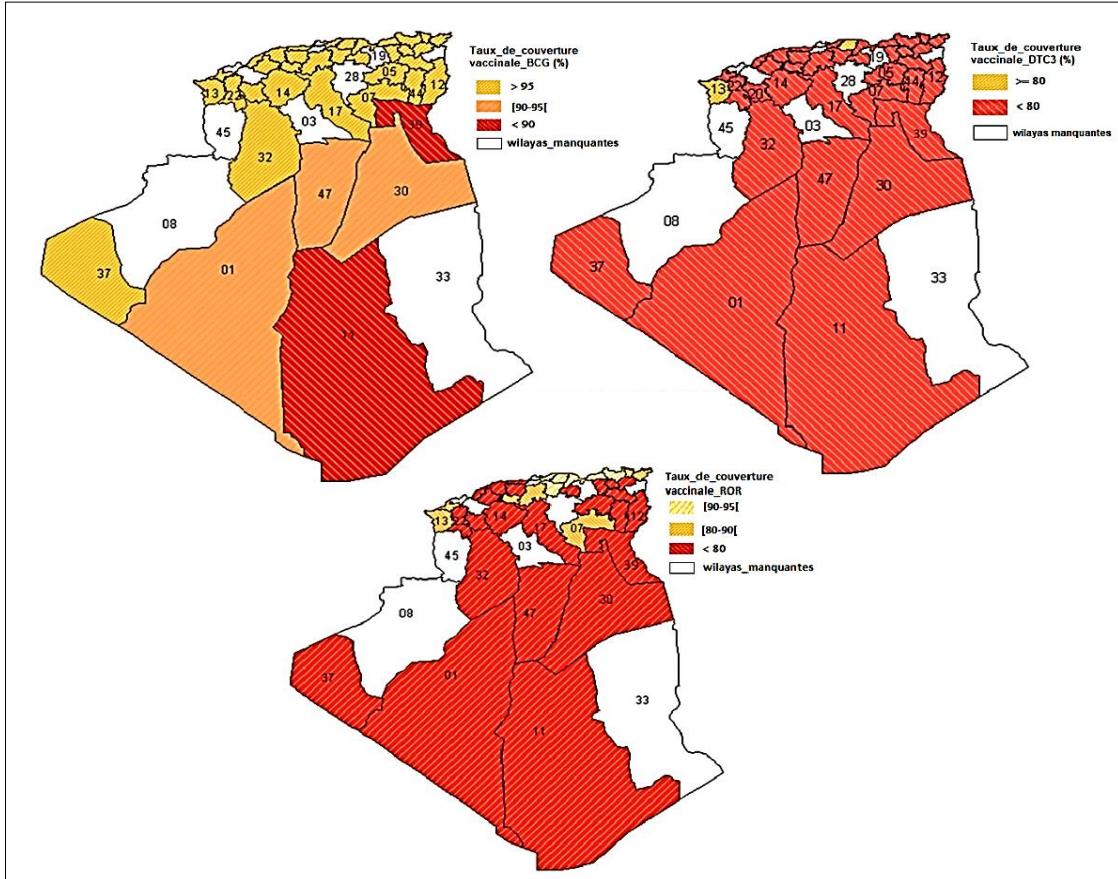
إطلاق برنامج وطني للتلقيح الذي بدوره أسهم بشكل كبير في انخفاض حدوث هذه الأمراض على غرار التيتانوس الوليدي والأمومي وتمّ القضاء على أخرى كالجدري وشلل الأطفال.

يُعتبر مؤشر التغطية باللقاحات من المؤشرات المهمة في تقييم مدى تحكم الدولة في ضمان الرعاية الصحية خاصة الأمهات والأطفال والحدّ من انتشار الأمراض، حيث يتمّ تقدير هذا المعدّل في الجزائر بناء على بيانات التلقيحات الدورية المقدّمة من طرف مصالح الصحة العمومية في الربع الأخير من كل سنة.

وحسب التقرير الصادر عن المعهد الوطني للصحة العمومية لسنة 2020¹ المتضمّن إحصاءات التغطية التلقيحية الشاملة لـ (37 ولاية) من أصل (48 ولاية)، بلغت نسبة التلقيح الإجمالية بلقاح (BCG) المقدّم للرّضيع فور ولادته في المستشفى لحمايته من مرض السلّ 98,2%، في حين بلغ معدّل التغطية بلقاح (DTC3) 58,8%، وهو لقاح ضدّ أمراض الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي. أمّا لقاح (ROR) فوصلت نسبة التغطية به 76,9% وهو لقاح ضدّ أمراض الحصبة، الجدري والحصبة الألمانية. أمّا توزيع هذه النسب حسب الولايات فهو مبين في الشكل (17.5).

¹ Institut National de Santé Publique (INSP), "Relevé Épidémiologique Mensuel-situation épidémiologique de l'année 2020" ibid.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر



الشكل (17.5): توزيع نسبة تغطية اللقاح (ROR-DTC-BCG) حسب الولايات.

المصدر: المعهد الوطني للصحة العمومية، معدّل تغطية التّقاحات الشّاملة لسنة 2020.

إنّ عدد الولايات التي لم تقدّم تقاريرها حول تغطية التّقاح هو (11 ولاية) والمتمثلة في كل من ولاية الأغواط، بشار، البليدة، الجزائر، سطيف، المسيلة، معسكر، وهران، إيزي، سوق أهراس والنعام.

بخصوص تلقيح (BCG) سجّلت الولايات الجنوبية على غرار ولايات أدرار، ورقلة، غرداية، الوادي وتمنراست نسبة تغطية تلقيح أقل من 95%، وهذا راجع أساسا إلى طبيعة المناطق التي تسود فيها الحياة البدوية ممّا يصعب الوصول إليها بالخدمات الصحيّة، كما تنتشر فيها ظاهرة الولادات المنزليّة بشكل كبير. كما أعلنت باقي الولايات وعددها (32 ولاية) عن تحقيق نسبة تغطية تلقيح تساوي أو تفوق 95%.

أمّا بخصوص التلقيح (DTC3) المقدم في سنّ (12 شهراً) والهدف من هذا البرنامج هو تحقيق نسبة تغطية باللقاح تبلغ 95% على مستوى الوطني و 90% على الأقل على مستوى الولاية. إلا أنّ هذا الهدف لم يتحقّق بعد، حيث قدّمت (37 ولاية) نسبة تلقيح أقلّ من 80% وسجّلت ولايتي تيزي وزو وتلمسان نسبة تتراوح بين 80% و 89%. وبالتالي، فإنّ نسبة التغطية الحالية بهذا اللقاح غير كافية.

في حين فإنّ لقاح (ROR2) الجرعة الثانية الذي يقمّ في عمر (11 شهراً)، نجد أنّ (06 ولايات) حققت الهدف في تغطية هذا اللقاح أي ما يعادل 16% من إجمالي الولايات: بجاية، البويرة، تيزي وزو، جيجل، سكيكدة وبومرداس بنسبة تتراوح ما بين (90% و 94%). كما سجّلت (07 ولايات) نسبة تغطية تتراوح ما بين (80% و 89) تتمثّل في كلّ من: ولاية بسكرة، تلمسان، عنابة، المدية، الطرف، تيسمسيلت وعين تموشنت. أمّا باقي الولايات وعددها (24 ولاية) حققت نسبة تغطية أقل من 80%. وعليه نقول بأنّ معدّل التغطية بالجرعة الثانية من لقاح الحصبة لا يزال غير كافٍ.

ومن بين أهمّ العراقيل التي تحول دون بلوغ تغطية شاملة للتلقيحات تعود بشكل أساسي إلى

جملة المشاكل التالية:

- سوء التنظيم وإدارة عملية التطعيم؛
- المواقع الجغرافية الصعبة؛
- التخلي عن المتابعة وعدم استكمال جرعات التلقيح؛
- سوء تقدير الاحتياجات الحقيقية للقاح ونقص التوفير؛
- نقص تدريب مقدمي خدمات التلقيح، بالإضافة إلى الظروف الاجتماعية والاقتصادية للأسر وصعوبة التوعية والتواصل مع السكان.

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر

من خلال ما تمّ رصده من جملة التباينات المكانية لبعض مؤشرات الصحة الإيجابية في

الجزائر، تمّ تلخيص، في الجدول (8.5) المناطق الجغرافية (الولايات ومنطقة البرمجة الاقليمي) التي

عرفت مستويات حرجة في بعض هذه المؤشرات، وذلك لسنة 2020.

الجدول (8.5): المناطق الجغرافية التي عرفت مستويات حرجة في بعض مؤشرات الصحة الإيجابية، لسنة 2020.

المجال	المؤشر	مجال المؤشر (أدنى-أكبر قيمة)	المناطق الجغرافية التي تعاني الضعف في المؤشر	المتوسط بين الولايات
وفيات الأمهات والأطفال	معدّل المواليد الأموات (المراكز الاستشفائية)	[54,8 - 2,5]	تمنراست، الجزائر، الجلفة، إليزي، تندوف	28,3
	معدّل وفيات حديثي الولادة (المراكز الاستشفائية)	[58,8 - 0,0]	بشار، قسنطينة، مستغانم، تندوف	36,1
	معدّل وفيات الأمهات (المراكز الاستشفائية)	[185,5 - 0,0]	أدرار، تمنراست، سكيكدة، إليزي، الطارف، تيمسبيلت، غرداية	99,3
	معدّل المواليد أموات الإجمالي	[41,3 - 3,26]	باتنة، بشار، تمنراست، تلمسان، تيارت، قالمة، قسنطينة، معسكر، البيض، تندوف، غليزان	25,4
	معدّل وفيات الرضع الإجمالي	[41,7 - 10,2]	تبسة، تلمسان، الجلفة، عنابة، ورقلة، وهران، النعامة	24,3
الخصوبة	معدّل خصوبة المراهقات فئة 15-19 سنة	[21,5 - 3,6]	شمال غرب، الجنوب	20,0
	الخصوبة المبكرة [الانجاب قبل سن 18 سنة]	[2,0 - 0,0]	هضاب عليا شرق، الجنوب	1,9
وسائل تنظيم الأسرة	معدّل استخدام وسائل منع الحمل	[58,1 - 45,6]	شمال شرق، ضاب عليا وسط، الجنوب	49,6
	تلبية احتياجات تنظيم الأسرة	[77,7 - 53,3]	شمال وسط، شمال شرق، الجنوب	58,1
الأمراض ذات التصريح الإلزامي والمنقولة جنسيا	عدد الحالات الإيجابية للإيدز	[166 - 53]	إقليمي الغرب والوسط	174,5
	عدد الحالات الجديدة للإيدز	[25 - 2]		19,0
	التيفويد TYP	[0,43 - 0,0]	سطيف، تلمسان، عين تموشنت	0,3
	تشوّه الخلايا DYS	[9,0 - 0,0]	أدرار، بشار، تمنراست، بومرداس، الطارف، الوادي	4,6
	فيروس التهاب الكبد HV	[118,8 - 0,18]	بشار، تمنراست، قالمة، إليزي	71,6
	شلل الأطفال POLIO	[1,7 - 0,0]	سعيدة، قالمة، ورقلة، البيض	1,3
	الحصبة الألمانية الأطفال ROU	[28,5 - 0,0]	باتنة، تمنراست، تبسة، جيجل، ورقلة، إليزي	10,6
	التهاب السحايا MGTE	[16,3 - 0,0]	المدية، ورقلة، برج بو عريبيج، الوادي	12,9
	مرض الشريان التاجي L.C	[249,6 - 0,0]	بسكرة، تبسة، المسيلة، البيض، النعامة، غرداية	176,7
	بكتيريا الحمى المالطية BRU	[229,3 - 0,0]	الأغواط، تبسة، الجلفة، المسيلة، البيض، النعامة	176,1
مشاكل الصحة الإيجابية	عدد النساء اللاتي تعرضن للعنف	[1437 - 63]	الجزائر وهران	1243,0
	آخر ولادة بعملية قيصرية فئة 15-49 سنة	[29,8 - 16,0]	شمال وسط، شمال شرق، هضاب عليا شرق	28,3
	نسبة العمليات القيصرية الطارئة	[26,8 - 52,0]	هضاب عليا [وسط وشرق]	49,0

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

12,2	شمال غرب، هضاب عليا غرب، الجنوب	[20,3 - 10,0]	نسبة زيارات الأمهات قبل الولادة	الرعاية الصحية أثناء الحمل
53,1	شمال غرب، هضاب عليا وسط، هضاب عليا غرب	[60,3 - 34,1]	نسبة متابعة الحمل الأخير	
57,2	شمال غرب، هضاب عليا شرق	[69,7 - 50,5]	نسبة المضاعفات أثناء الحمل	
95,6	هضاب عليا وسط، الجنوب	[99,9 - 95,2]	نسبة الولادة في المراكز الصحية	الرعاية الصحية عند الولادة
56,1	شمال غرب، هضاب عليا وسط وهضاب عليا غرب	[92,2 - 53,1]	نسبة الاستشارات الطبية قبل الولادة	
96,3	هضاب عليا وسط، الجنوب	[99,9 - 96,0]	نسبة المساعدة الماهرة أثناء الولادة	
84,8	شمال غرب، هضاب عليا وسط، الجنوب	[93,4 - 83,2]	نسبة الفحص الطبي للأم بعد الولادة	الرعاية الصحية ما بعد الولادة
41,1	هضاب عليا [وسط، غرب وشرق]	[60,0 - 36,7]	نسبة الاستشارات ما بعد الولادة	
87,6	شمال شرق، هضاب عليا شرق، الجنوب	[96,0 - 86,8]	نسبة الإقامة بعد الولادة في مؤسسة صحية	
< 95%	أدرار، ورقلة، غرداية، الوادي وتمنراست	/	نسبة التغطية بلقاح [BCG]	نسبة التغطية بالتلقيحات
< 80%	37 ولاية: الجنوب، هضاب عليا [شرق وغرب]، شمال [شرق وغرب]	/	نسبة التغطية بلقاح [DTC3]	
< 80%	24 ولاية: الجنوب، هضاب عليا [شرق وغرب]	/	نسبة التغطية بلقاح [ROR2]	

المصدر: من إعداد الطالب.

يمكن القول أنّ الأقاليم الجنوبية والهضاب العليا تواجه تحديات صحية كبيرة ومتعددة، تتطلب تدخّلات مستهدفة لتحسين مؤشرات صحّة الأمّ والطفل، وخدمات تنظيم الأسرة، ومكافحة الأمراض، والرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد الولادة، بالإضافة إلى تعزيز التغطية بالتلقيحات.

فمن خلال قراءتنا لبيانات الجدول (8.5)، نلاحظ وجود ضعف في عدة مؤشرات صحية عبر مناطق مختلفة من الوطن، حيث تتصدّر منطقة الجنوب قائمة الأقاليم التي تعاني من ضعف شبه شامل في غالبية المؤشرات المدروسة، بما في ذلك معدّلات وفيات الأمهات والأطفال، خصوبة المراهقات، الخصوبة المبكرة، استخدام وسائل منع الحمل وتلبية احتياجات تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى ضعف في نسبة الولادة في المراكز الصحية والمساعدة الماهرة أثناء الولادة، الفحص الطبي للأم بعد الولادة، الإقامة بعد الولادة في المؤسسات الصحية، ونسب التغطية باللقاحات. تشمل هذه الولايات: تمنراست، إليزي، تندوف، بشار، أدرار، غرداية، ورقلة، الوادي.

كما تظهر مناطق الهضاب العليا (الشرقية والوسطى والغربية) ضعفاً في العديد من المؤشرات، مثل الخصوبة المبكرة، معدّل استخدام وسائل منع الحمل، نسبة العمليات القيصرية الطارئة، خدمات

التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر

الرعاية الصحية الإنجابية خلال فترات الحمل والولادة، التغطية باللقاحات. وتشمل هذه الولايات: الجلفة، تيسمسيلت، باتنة، تيارت، تبسة، النعامة، سطيف، سعيدة، البيض برج بو عرييج، المسيلة، الأغواط.

أما بخصوص الولايات الشمالية فهي تظهر ضعفاً في بعض المؤشرات، معدّل وفيات الأطفال، معدّل استخدام وسائل منع الحمل، نسب حالات العنف ضد المرأة، خدمات الرعاية الصحية الإنجابية خلال فترات الحمل والولادة خاصة الشمالي الغربي. تشمل هذه الولايات: الجزائر، مستغانم، سكيكدة، الطارف، تلمسان، قالمة، معسكر، غليزان، قسنطينة، عنابة، وهران، عين تموشنت، بومرداس، جيجل والمدية.

خلاصة الفصل:

تناول هذا الفصل دراسة معمقة للتباينات المكانية في مؤشرات الصحة الإنجابية عبر مختلف مناطق الجزائر، مركزاً على عدة محاور رئيسية وهي تحليل التباينات المكانية لوفيات الأطفال والأمهات لفهم توزيعها الجغرافي وأسبابها، رصد الفوارق المكانية لمستويات الخصوبة وتنظيم الأسرة للكشف عن التحديات في هذا الجانب. كما أن هذا الفصل لم يغفل عن تحليل التوزيع المكاني للمقومات البشرية والمادية للصحة الإنجابية، وهو ما يعكس مدى توفر الموارد اللازمة لتحسين خدمات الرعاية الصحية الانجابية. أخيراً، تم تسليط الضوء على الفوارق المكانية لخدمات الرعاية الصحية الإنجابية لتقييم فعالية الخدمات المقدمة.

خلص تحليل هذا الفصل إلى وجود فروقات وتباينات كبيرة في مؤشرات الصحة الإنجابية بين الولايات والمناطق البرمجة الإقليمية، والتي تُشير إلى الحاجة الماسة لوضع استراتيجيات وبرامج صحية فعالة موجهة لمعالجة هذه التباينات المكانية. كما يجب أن تستند هذه الاستراتيجيات الى دراسات جغرافية معمقة وبيانات موثوقة، من أجل ضمان توزيع عادل للموارد والخدمات الصحية الإنجابية عبر جميع أقاليم الوطن.

الفصل السادس

تقييم مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر باستخدام التحليل القياسي المكاني

1.6. الأداء وتقييم الكفاءة في المراكز الاستشفائية؛

2.6. فهم أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA)؛

3.6. تقييم كفاءة المراكز الاستشفائية الجزائرية في مجال الصحة الإيجابية؛

4.6. التحليل القياسي المكاني لمؤشرات الصحة الإيجابية.

تمهيد:

تُعتبر الصحة من أبرز المؤشرات التي تعكس مستوى التنمية الاجتماعية والاقتصادية لأي مجتمع، فالصحة الجيدة لأفراده تمثل صورة مباشرة لمدى التطور والتقدم المحرز في مختلف قطاعات المجتمع، وتبرز ضمن هذه المؤشرات، مؤشرات الصحة الإنجابية التي تحظى باهتمام بالغ في معظم دول العالم، ويتجسد ذلك في تطوير مؤسسات متخصصة في رعاية الأمومة والطفولة والسعي النؤوب لتقديم خدمات صحية إنجابية ذات جودة عالية. وعليه، بات من الضروري إجراء تقييم دوري ومنتظم لأداء هذه المراكز الصحية، وتحديد المشكلات والتحديات التي تعترض سبيلها، والعمل على تطوير برامج صحية أكثر إنصافاً وشمولية.

وعليه، سنقوم في هذا الجزء من الدراسة بتقييم مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال استخدام التحليل القياسي المكاني في إطار منهجي متكون من مرحلتين. تتضمن المرحلة الأولى تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA) لتقييم أداء المراكز الصحية العمومية في مجال الصحة الإنجابية على مستوى ولايات الوطن. وكمرحلة ثانية، نقوم بدراسة أثر بعض المتغيرات المتعلقة بخدمات الصحة الإنجابية على كفاءة هذه المراكز بهدف الوصول إلى صياغة نموذج مكاني أمثل يوضح جملة العلاقات والتأثيرات المكانية لهذه المؤشرات.

1.6. تقييم أداء المراكز الاستشفائية العمومية في مجال الصحة الإيجابية

يأخذ موضوع الأداء في القطاع الصحي اهتمام الباحثين وصنّاع القرار سواء على المستوى المركزي أو في المراكز الاستشفائية، نظرا لأهميته البالغة في البحث عن جملة المؤشرات التي تمكن من خلالها تقييم مردودية الخدمات الصحية المقدّمة للأفراد وقياس مستويات النّجاح أو الإخفاق في استخدام الوسائل والموارد، وكذا تقديم رؤية استشرافية عن الاستراتيجية المتّبعة.

1.1.6. مفهوم الأداء وتقييم الأداء:

1.1.1.6. مفهوم الأداء:

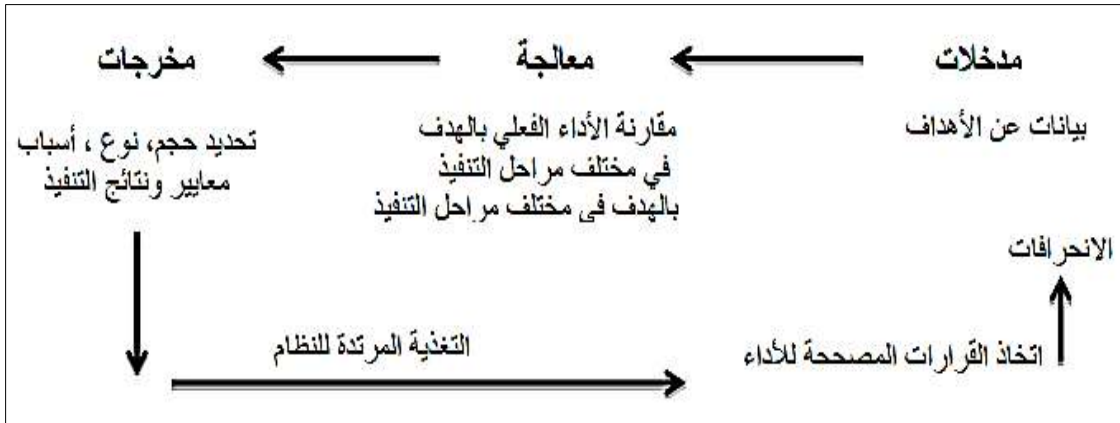
يشقّ مصطلح "الأداء" لغوياً من الكلمة الإنجليزية "to perform"، وهي الكلمة المشتقة من الكلمة اللاتينية "performer" التي تعني الشّكل الكلي لشيء ما. أمّا في الإنجليزية، فتعني إنجاز مهمّة أو عمل شيء ما حتى الانتهاء منه. كما تتعدّد مفاهيم مصطلح الأداء "performance" بتعدد استخداماته، حيث يعرفه (Philippe Lorino) بأنّه: "كلّ ما يُسهم في تعظيم القيم وتخفيض التكاليف، حيث لا يعتبر الأداء هو تخفيض التكاليف أو رفع القيمة فقط، بل تحقيقهما معاً". بينما يعرف (Bromity و Miller) الأداء بأنّه: انعكاس لطريقة استخدام المؤسسة لمواردها الماليّة والبشريّة واستغلالها بطرق ذات كفاءة وفعالية لتحقيق أهدافها¹. وبصفة عامّة، يمكن أن نعبر عن الأداء على أنّه ذلك الاستخدام العقلاني والاقتصادي للموارد القائم على مبدأ الكفاءة والفعالية وتحقيق الأهداف.

¹ عامر ايمان وصوار يوسف: "تقييم كفاءة اداء المؤسسات الجزائرية باستخدام تحليل مغلف البيانات-دراسة حالة المستشفيات العمومية الجزائرية-". مجلة المغاربية لإدارة المنظمات. جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان. المجلد (2). العدد (1). 2017، ص ص 127-140.

2.1.1.6. مفهوم تقييم الأداء :

يعرّف تقييم الأداء على أنّه عمليّة قياس مدى بلوغ المؤسّسة أو الوحدة لأهدافها التي أقيمت من أجلها، ومقارنة النتائج المتحقّقة بما تمّ التّخطيط له من قبل، وتحديد أسباب الانحرافات واقتراح الحلول المناسبة لها. كما أنّه لا ينبغي اعتباره عمليّة مستقلة عن الإدارة، بل هو جزء أساسي منها يشمل تقييم طرق استخدام الموارد المتاحة، سواء البشريّة أو الماديّة¹. كما يقصد بتقييم الأداء كذلك، على أنّه جملة العمليّات والدراسات التي تهدف إلى تحليل العلاقة بين الموارد المتاحة للوحدات التابعة لمؤسّسة ما وكفاءة استخدامها لتحقيق الأهداف المرجوة².

بناءً على ما سبق، يمكن اعتبار تقييم الأداء عملية منهجية تدعم اتخاذ القرارات، إذ تعتمد على نظام متكامل لتقييم كفاءة وفعالية الأنشطة، انطلاقاً من جمع البيانات وتحليلها وتفسيرها ونشرها والتي تسمح بتقييم الأداء وتساعد في اتخاذ قرارات التي من شأنها تضمن توازن المؤسّسة وأدائها. والشكل رقم (1.6) يبيّن عملية تقييم الأداء.



الشكل رقم (1.6): عمليّة تقييم الأداء

المصدر: سيد محمد جاد الرب، "إدارة المؤسّسات الصحيّة والطبيّة: منهج متكامل في إطار المفاهيم الإداريّة الحديثة"، دار النهضة العربيّة، القاهرة، مصر، 1997، ص 295.

¹ قاسم نايف علوان المحياوي: "إدارة الجودة في الخدمات". عمان-الأردن: دار الشروق. 2006، ص 358.
² محمد عبد المنعم شعيب: "الإدارة المعاصرة في تقييم أداء الجودة المعاصرة-الجودة الشاملة المعتمدة في المستشفيات". مصر: دار النشر للجامعات جامعة المنوفية. 2013، ص 32.

2.1.6. مفهوم تقييم الأداء في المراكز الاستشفائية وأهميته:

1.2.1.6. مفهوم تقييم الأداء في المراكز الاستشفائية:

يمكن تعريف المراكز الاستشفائية بأنها هيئة عمومية تهدف إلى تقديم خدمات الرعاية الصحية العلاجية والوقائية والتأهيلية للأفراد دون استثناء، الذين يعيشون في منطقة جغرافية معينة، تختلف هذه المراكز حسب حجمها وقدرة استيعابها وتعدد أقسامها وعدد العاملين بها مع اختلاف تخصصاتهم ومسؤولياتهم وتضم مختلف التخصصات الطبية. يتضح من هذا التعريف أن هذه المراكز الصحية العمومية تركز في أدائها لمهامها على البعدين العلاجي والوقائي، من خلال جملة المهام المسندة إليها والأهداف التي أنشأت لأجلها¹.

عرفت منظمة الصحة العالمية (WHO) الأداء بأنه: "مدى بلوغ الأهداف المرجوة، ويجب أن يركز الأداء في المؤسسات الصحية إلى الكفاءة والبراعة المهنية في الممارسة من خلال: بلوغ المعرفة الحالية، اتقان وكفاءة استخدام التكنولوجيا والموارد المتاحة، المخرجات الصحية الجيدة للمرضى، بلوغ رضى المريض، البيئة والرعاية الصحية. كما يرتبط الأداء الجيد للمؤسسات الصحية كذلك، بالمستوى العالي للمرافق الصحية، تحقيق المتطلبات الصحية للسكان، تجانس الخدمات، والتمسك بدعم الصحة العامة دون النظر عن العوائق الحسية والسكانية والثقافية والمالية"².

يهدف أي مركز استشفائي إلى تحسين مستويات الصحة العمومية، وهو بمثابة الهدف الرئيسي والأساسي الذي يسعى إلى بلوغه قطاع الصحة. كما يتضمن هذا الهدف شقين متكاملين هما: بلوغ

¹ سيد محمد جاد الرب: "الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية". القاهرة-مصر: مطبعة العشري. 2008، ص 40.

² World Health Organization (WHO): "Regional Office For Europe Measuring Hospitals performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions". Barcelona-Spain: Report on a WHO Workshop. 10-11 January 2003. P8.

أفضل مستوى صحيّ يمكن تحقيقه (الجودة)، والحد من الفوارق (العدالة) أي تقليل الفوارق في الحصول على خدمات الرعاية الصحيّة بين أفراد المجتمع دون إقصاء. ولفهم أداء المراكز الاستشفائيّة العموميّة بشكل أفضل، يجب أولاً تحديد أهدافها والتي تتمحور حول تحقيق التوازن من خلال¹:

❖ **تحقيق الأداء (Performance):** يشير الأداء إلى النتائج الإجماليّة ومستوى النّجاح المحقّق في بلوغ الأهداف المحدّدة للمركز الصحيّ. وهو مفهوم أوسع يشمل الكفاءة بالإضافة إلى جوانب أخرى مثل:

✓ **الجودة (Quality):** تتمثّل في نوعيّة الرّعاية المقدّمة ومدى مساهمتها في تحسين صحّة المرضى كتقليل الأخطاء الطبيّة، ومدى تحقيق تطلّعات ورضى المرضى؛

✓ **الفعالية (Effectiveness):** تتضمّن القدرة على تحقيق التّدخلات الصحيّة الرّمنيّة والمكانيّة.

❖ **تحقيق الكفاءة (Efficiency):** وهي جزء من الأداء، حيث تتعلّق بمستوى تحقيق الكفاءة في المراكز الصحيّة بكيفيّة استخدام الموارد المتاحة لتحقيق أقصى قدر من المخرجات. أي بعبارة أخرى، هي القدرة على تقديم الخدمات الصحيّة المطلوبة بأقلّ قدر ممكن من الهدر في الموارد (الوقت، المال، القوى العاملة، المعدات...). وتشمل جانبين من الكفاءة:

✓ **الكفاءة الفنيّة أو الإنتاجيّة (Technique Efficiency):** هي تحقيق أقصى أو أدنى قدر من المخرجات (الرّفّع من عدد المرضى المعالجين، خفض معدّلات الوفيات) باستخدام كميّة معيّنة من المدخلات، أو تحقيق نفس المخرجات بأقلّ كميّة من المدخلات؛

✓ **الكفاءة التّخصّصيّة أو التّوظيفية (Allocative Efficiency):** وهي استخدام الموارد في توليفة مثلى لإنتاج المخرجات الأكثر فائدة للمجتمع، مع الأخذ في الاعتبار تكلفة المدخلات،

¹ رحيمة حوالم: "تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي تلمسان باستخدام نظرية السلوك المخطط". أطروحة دكتوراه. جامعة أبي بكر بالقائد تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير. 2009-2010، ص68.

كتخصيص الميزانية لشراء المعدات الأكثر ضرورة والتي تخدم أكبر شريحة من المرضى، بدلاً من شراء معدات باهظة وغير مستخدمة بشكل كامل.

كما تعتبر كفاءة المراكز الاستشفائية من أهم المتطلبات الضرورية لتقديم الخدمات العلاجية والصحية للمواطنين، وحسن تسيير الموارد المادية والبشرية، حيث يُعدُّ توفر الأطقم الطبية والصحية المؤهلة (أطباء، أطباء أسنان، صيادلة، ممرضون، مساعدو تمريض، مراقبون صحيون) في المستشفيات أمراً حاسماً لنجاحها. فنقص الكوادر المتخصصة وسوء تسييرها يعيق عمل المراكز الاستشفائية، بينما يعتبر توفرها بالعدد الكافي، وكذا الوسائل والأجهزة الطبية بالتناسب مع كفاءة استخدامها، مؤشراً على تحقيق أحد الأهداف الرئيسية التي أنشئت من أجلها وهو ضمان حسن الأداء واستمرارها على المدى الطويل¹.

2.2.1.6. أهمية تقييم الأداء في المراكز الاستشفائية:

- يعتبر تقييم أداء المراكز الاستشفائية العمومية أداة حيوية لتحسين مستوى أداء وكفاءة الخدمات الصحية المقدمة، وتحقيق أهداف المؤسسة الصحية، حيث يسمح هذا التقييم بما يلي:
- تحليل تطوُّر المراكز الصحية: يمكن تقييم الأداء من تتبُّع التطوُّر التاريخي لهذه المراكز، وتحليل أنشطتها وفعاليتها مع مرور الزمن، ويساعد هذا التحليل في تحديد نقاط القوة لتعزيزها، ومعالجة نقاط الضعف لتحسين أدائها المستقبلي؛
- توفير المعلومات: يوفر تقييم الأداء معلومات ضرورية لمتخذي القرار، من خلال توضيح كيفية سير الأنشطة والفعاليات في المراكز الصحية، ومدى التزامها بالتوجيهات وتطبيق البرامج الصحية؛

¹ عرابية الحاج: "تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية-دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات". مجلة الباحث. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. 2012. العدد (10)، ص334.

- تقييم كفاءة استغلال الموارد: يبيّن تقييم الأداء مدى قدرة المراكز الصحيّة في استغلال الموارد المتاحة لتحقيق أهدافها ونجاحها في التّخطيط والتّنفيد؛
- الكشف عن الانحرافات وتصحيحه: يكشف تقييم الأداء عن أي انحرافات عن المعايير الموضوعية، والممارسات الخاطئة، وتقييم السّلبات والإيجابيات. كما يسهّل من مهمّة البحث عن الأسباب وصياغة الحلول؛
- تحقيق الوفرة الاقتصاديّة: يساهم قياس الأداء في تعزيز الوفرة الاقتصاديّة عبر تقوية التّسيق بين كافة وحدات المرافق الصحيّة، وترسيخ التّكامل الوظيفي، بما يضمن الحدّ من ضياع الموارد واستنزافها؛
- تحفيز التّنافس البناء: يتيح تقييم الأداء بيئة خصبة للمنافسة الفعّالة بين المؤسسات الصحيّة وبين الكوادر البشريّة على حدّ سواء؛ ممّا ينعكس إيجاباً على مضاعفة الإنتاج وتحسين مستوى الجودة؛
- تحسين الأداء الإداري والطبي: تنعكس نتائج تقييم الأداء في تحسين الأداء الإداري والطبي في المراكز الصحيّة، ويجعلها نظاماً ديناميكياً يتفاعل مع المؤثّرات الخارجيّة والداخليّة.

3.1.6. معايير قياس الأداء في المراكز الاستشفائيّة وصعوباته:

1.3.1.6. معايير قياس الأداء في المراكز الاستشفائيّة:

سعت منظمة الصحة العالميّة إلى تحقيق جهود حثيثة، بصفتها الرّاعي الأوّل لضمان صحّة وسلامة الأفراد على المستوى العالمي، للوصول إلى نظام لقياس مستويات الأداء للقطاعات الصحيّة،

والذي يمكن اعتماده من قبل مختلف المراكز الاستشفائية، كما يمكن تلخيص بعض هذه المقاييس في العناصر التالية¹:

- **معايير الأداء الخاصة بالإطارات الطبية:** عدد الأسرة لكل طبيب أو صيدلي أو أخصائي تحليل وتغذية، أو أخصائي اجتماعي، أو علاج طبيعي؛
- **معايير الأداء الخاصة بتشغيل المستشفى:** معدّل الرُقود، أو نسبة إشغال الأسرة، أو معدّل كلفة مريض، أو نسبة حالات التّشريح، أو معدّل المراجعين إلى العيادة الخارجيّة؛
- **معايير الأداء الخاصة بنتائج التّشغيل:** نسبة وفيات العام، معدّل وفيات الأطفال، معدّل وفيات الأمّهات، نسبة وفيات التّخدير، نسبة وفيات التّلوث.

كما يوضّح الجدول (1.6) الحدود القصوى والدنيا للمقاييس التي يمكن الاسترشاد بها في

مقارنة نتائج التّقييم التي حدّدها المنظمة العالميّة للصحة.

الجدول (1.6): معايير أداء المؤسسات الاستشفائية ومؤشرات قياسها

مؤشر القياس	المعايير	مؤشر القياس	المعايير
0.25%	وفيات الأمّهات	4 الى 5 أسرة	عدد الأسرة / طبيب
2%	وفيات الأطفال بعد العملية	100 سرير	صيدلي واحد
1%	معدّل التّلوث	100 سرير	أخصائي واحد للتغذية
1%	معدّل التّلوث بعد العمليّة	100 سرير	أخصائي للتحاليل المختبريّة
25%	معدّل التّشريح	75	موظف بنظام المعلومات الطبيّة
4%	معدّل العمليات القيصرية	75	موظف بالخدمة الاجتماعيّة
7 أيام	متوسّط فترة الإقامة	75	موظف علاج طبيعي
80%	معدّل إشغال السرير	3%	الوفيات العام
65%	معدّل دوران السرير	1 / 5000	الوفيات نتيجة التّخدير
15 مريض	مريض العيادة الخارجية/طبيب	1%	الوفيات بعد العملية

المصدر: سهام توري، "محاولة تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر-دراسة مقارنة بين أداء المؤسسات الصحيّة العموميّة"، أطروحة دكتوراه تخصّص تسيير عمومي، كلية العلوم الاقتصاديّة، جامعة الجزائر 3، 2017-2018، ص40.

¹ البياتي حسين وذنون علي: "المعايير المعتمدة في اقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة". الطبعة الثانية. عمان-الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع. 2009، ص119.

إنّ دقّة النّتائج المتحقّقة من أيّ مؤشّر يعتمد كلياً على دقّة البيانات التي يقدمها القسم الإحصائيّ في المؤسّسة الصحيّة وتبويبها وترتيبها بالشّكل الذي لا يحدث أيّ تداخل في النّتائج النهائيّة أو إثارة الشّكّ حولها. وبطبيعة الحال فإنّ استعمال هذا المؤشّر أو ذلك يعتمد على الرّغبة الحقيقيّة لإدارة المستشفى في الاستفادة من النّتائج المتحقّقة من ذلك القياس، وعكسها على تقييم الأداء وتحسين جودة خدماتها المختلفة.

2.3.1.6. صعوبات قياس الأداء في المراكز الاستشفائيّة:

تكتسي عمليّة تقييم أداء المراكز الاستشفائيّة صعوبات عدّة، ويمكن إيجازها فيما يلي¹:

- ✓ صعوبة تحديد المعايير المساهمة في الأداء؛
- ✓ صعوبة تحديد أداء الفرد ومدى مسؤوليّته عن هذا الأداء، خاصّة الأداء الناتج عن سلوكه؛
- ✓ الاهتمام بالنّتائج دون الاهتمام بالوسائل المقدّمة لتحقيق هذه النّتائج؛
- ✓ كثرة المعايير وتشعبها، ممّا يؤديّ إلى تحريف النّتائج وتوجيهها في اتّخاذ قرارات خاطئة؛
- ✓ خلق جو من انعدام التّقة والفوضى عند الأفراد نتيجة شعورهم بالرقابة والمحاسبة الدائمة؛
- ✓ زيادة تكاليف العمليّة الرّقابيّة بالنّظر إلى الإيرادات المرجوّة من ورائها.

إنّ السّير الحسن لعمليّة تقييم الأداء تتطلّب بالإضافة إلى المؤشّرات، توفر آليّة محدّدة تتبّعها المؤسّسة وتشكّل الإطار المنهجيّ الذي تقوم عليه عمليّة تقييم الأداء، وهي ما يسمّى بنظام أو نموذج تقييم الأداء.

¹ سهام توري: "محاولة تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر-دراسة مقارنة بين أداء المؤسسات الصحيّة العمومية". أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر3. كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير. قسم لعلوم التسيير. 2018/2017، ص40.

2.6. مفاهيم تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA)؛

يعتبر أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA) أداة تقنية لقياس الكفاءة النسبية للوحدات والأنظمة، خاصة في المجال الصحي، إذ يقوم على مقارنة أداء المؤسسات الصحية ببعضها، لتقييم مدى جودة استثمار الموارد المتاحة (المدخلات) وتحويلها إلى نتائج ملموسة (مخرجات).

1.2.6. التّعرّف بأسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA):

ظهر هذا الأسلوب سنة (1978) من طرف طالب الدكتوراه Rhodes Edwardo، حيث يعدّ من الأساليب الكمية الحديثة المستخدمة لقياس الكفاءة النسبية للوحدات المتماثلة في الأداء. يتيح هذا الأسلوب للمسؤولين ومتخذي القرارات من تحديد الوحدات الأكثر كفاءة والأفضل أداءً، وتمييز الوحدات الأقل كفاءة أو غير الكفؤة تمامًا، ويعود سبب التسمية بمغلف البيانات كون أنّ الوحدات الكفؤة تطوّق وتغلف الوحدات ذات نقص في الكفاءة، وعليه يتمّ تحليل البيانات بناء على الوحدات الكفؤة¹.

كما يُعتبر أسلوب تحليل مغلف البيانات أو كما يسمى كذلك بأسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA. Envelopment Analysis Data) تقنية رياضية تهدف لقياس الكفاءة النسبية لوحدات اتخاذ القرار التي تتعامل مع مدخلات ومخرجات متعدّدة، حيث يعتمد هذا النهج على استخراج مؤشّر نسبيّ يمثل حاصل قسمة المخرجات المرّجحة على المدخلات المرّجحة لكلّ وحدة، فإذا حققت المنشأة أقصى أداء ممكن، فإنّها تشكّل ما يسمّى "حدّ الكفاءة". كما تُقدّر فجوة الأداء للمنشآت الأخرى بناءً

¹ خالد بن منصور الشعيب: "استخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الإدارية بالتطبيق على الصناعات الكيماوية والمنتجات البلاستيكية بمحافظة جدة بالمملكة العربية السعودية". مجلة العلوم الإدارية. جامعة الملك سعود الرياض-المملكة العربية السعودية. 2004، ص316.

على مدى ابتعادها عن هذا الحدّ الرياضي، حيث يتأرجح مؤشّر الكفاءة بين القيمة واحد (1) التي تعكس الكفاءة التامة، والقيمة صفر (0) التي تشير إلى انعدام الكفاءة.¹

2.2.6.2. متطلبات تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات:

1.2.2.6. خصائص تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات:

يتميّز أسلوب تحليل مغلف البيانات بمجموعة من الخصائص تجعل منه أداة قويّة في استخدامه، كما يعتبر أفضل من بعض الأساليب التي تهدف إلى قياس الكفاءة القائمة على أساس تحليل الانحدار، ومن بين خصائصه نجد:²

- مرونة في التّعامل مع المدخلات والمخرجات: يمكّن هذا الأسلوب الباحثين من تحديد أهميّة العوامل المدرجة في عمليّة التّطوير، سواء من جانب المدخلات أو المخرجات، وذلك دون اللجوء إلى التّحديد المسبق للأوزان؛
- لا يفترض شكلاً محدداً للعلاقة: على عكس الأساليب الإحصائية التّقليديّة التي تفترض عادةً شكلاً معيناً للعلاقات بين المتغيّرات (مثل علاقة خطية)، لأنّه أسلوب غير بارامتري لا يقوم بتقدير دالّة الإنتاج ولا يتطلّب أي افتراضات مسبقة حول خطيّة العلاقة بين المتغيّرات؛
- تحديد الكفاءة الفنيّة للوحدات المتماثلة: يركّز هذا الأسلوب بشكل خاصّ على الكفاءة الفنيّة، حيث يقيس قدرة كل وحدة على تحويل المدخلات إلى مخرجات بكفاءة من خلال تحليل مجموعة

¹ Quey-Jen Yeh: "The Application of Data Envelopment Analysis in Conjunction with Financial Ratios for Bank Performance Evaluation". Journal of the O. Research Society. 47(8). 1996. p981.

² David Sherman, Joe Zhu, "services productivity management: improving service performance using data envelopment analysis (DEA)". USA: springer business-media. 2006, p 38.

كبيرة من المدخلات والمخرجات، ممّا يسمح بتقييم الكفاءة الإجمالية للوحدات، خاصّة في سياق الخدمات العامّة مثل الصحيّة والتّعليميّة.

- **تحديد الوحدات المرجعيّة:** يقوم الأسلوب بتحليل مقارن لتحديد الوحدات "النظيرة" أو "المثاليّة" التي تتمتع بأعلى كفاءة. كما تُشكّل معيارًا للوحدات الأقلّ كفاءة، ممّا يساعد في الكشف عن أوجه القصور ويُقدّم اقتراحات للتّحسين من خلال محاكاة سلوك الوحدات الأفضل؛
- **عدم حساسيّته لمشكلة التّباين والارتباط المتعدّد:** على عكس بعض الأساليب الإحصائيّة، لا يتأثر هذا الأسلوب بشكل كبير بمشكّلي التّباين (Heteroscedasticity) أو الارتباط المتعدّد بين المتغيّرات (Multicollinearity)؛

- **تعدّد وحدات القياس للمدخلات والمخرجات:** يُمكن الأسلوب من دمج المتغيّرات بغض النّظر عن وحدات قياسها، على سبيل المثال في المستشفيات (عدد الأسرة، عدد الأجهزة الطبيّة، تغطية الأطبّاء...).

- **لا يفترض وجود أخطاء قياس:** يفترض النموذج أنّ أيّ انحراف عن الحدود المثلى للكفاءة يُعزى بالكامل إلى عدم الكفاءة التّشغيليّة للوحدة، وليس إلى أخطاء في القياس أو عوامل عشوائيّة.

2.2.2.6. شروط أسلوب تحليل مغلف البيانات:

لضمان نجاح تطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA)، أشار "كوبر Cooper"، باتّباع مجموعة من الاعتبارات الرّئيسة التي يراها ضروريّة من أجل تجنّب ضعف قوّة النموذج التّمييزيّة بين الوحدات الكفؤة وغير الكفؤة. ومن بين أهمّ هذه الاعتبارات هي حجم العيّنة، والتي يمكن تلخيصها في القواعد التّالية¹:

¹ BATTAL. A.H and KHALAF. K.S: "Using Data Envelopment Analysis to Measure Cost Efficiency with An Application on Islamic Banks". Scientific Journal of Administrative Development. Vol. 4. 2006. p134-156.

يجب أن يكون حجم العينة (N_u) أكبر من ثلاثة أضعاف من مجموع عدد المدخلات (I) وعدد المخرجات (O)، أي تحقيق المعادلة: $N_u > 3 \times (I+O)$ حيث يمثل كل من: • N_u : عدد وحدات اتخاذ القرار (الولايات أو المراكز الصحية...); • I : عدد المدخلات; • O : عدد المخرجات.	القاعدة الأولى:
يجب أن يكون حجم العينة (N_u) أكبر من حاصل ضرب عدد المدخلات (I) وعدد المخرجات (O)، أي تحقيق المعادلة: $N_u > (I \times O)$	القاعدة الثانية:
يجب أن تقل عدد الوحدات ذات الكفاءة الكاملة ثلث العينة المدروسة، أي $DM_u \text{ à } 100\% \text{ efficients} \leq 1/3 (N_u)$	القاعدة الثالثة:
يجب أن يكون هناك ارتباط بين المدخلات والمخرجات وأن تكون مؤشراتها ذات قيم موجبة.	القاعدة الرابعة:
يجب أن تكون الوحدات متجانسة وتنشط في نفس المجال على سبيل المثال مقارنة المستشفيات المتخصصة في طب النساء والتوليد والأطفال.	القاعدة الخامسة:
يجب أن يكون الهدف تقييم الكفاءة للوحدات التي يمكن لها اتخاذ القرار من أجل ضمان أدائها و/أو إعادة هيكلة منظومتها.	القاعدة السادسة:

3.2.6. الصيغة الرياضية:

سوف نعتمد النموذج الرياضي لأسلوب DEA، والقائم على فرضية عوائد الحجم المتغيرة (Variable Return to Scale – VRS)، لآكن في البداية سنعرض الصياغة الرياضية الأساسية أولاً ثم نبين القيد الذي يشير إلى الفارق بين عوائد الحجم الثابتة والمتغيرة. وكقاعدة عامة، فإن الكفاءة المثلى تكمن في تقليص المدخلات لأقصى حد، دون اشتراط تجانس وحدات القياس (قيم مالية، أعداد، مسافات، إلخ). وتصاغ رياضياً وفق النموذج BCC الذي يفترض عمل الوحدات محل التقييم تعمل في ظل فرضية وفورات اقتصاديات الحجم المتغيرة، عبر استهداف تدنية المدخلات في دالة

الهدف، وجعل مقام الدالة (أو البسط حسب التوجه) قيماً يساوي القيمة (1)، بناءً على الصيغة الأولى التالية¹:

$$\text{Min } \theta_{\pi} \sum_{i=1}^m U_i \cdot X_{i\pi} \quad \text{دالة الهدف}$$

$$\text{S.C (القيود)} \left\{ \begin{array}{l} \sum_{r=1}^s U_r \cdot Y_{rj} - \sum_{i=1}^m U_i \cdot X_{ij} \leq 0 \\ \sum_{r=1}^s U_r \cdot Y_{r\pi} = 1 \\ U_r, U_i \geq 0, j=1 \dots n, r = 1 \dots s, i = 1 \dots m \end{array} \right.$$

حيث يمثل كل من:

- j : عدد وحدات اتخاذ القرار التي تجري مقارنتها ببعضها البعض؛
- U_j : وحدة اتخاذ القرار التي تحمل الترتيب j ؛
- X_{ij} : قيمة المدخل i المستعمل من قبل وحدة اتخاذ القرار j ؛
- r : إجمالي عدد المخرجات التي تنتجها كل وحدة قرار؛
- i : إجمالي عدد المدخلات التي تستخدمها كل وحدة قرار؛
- U_r : المعامل المرجح أو الوزن النسبي للمخرج r ؛
- U_v : المعامل المرجح أو الوزن النسبي للمدخل i ؛
- Y_{rj} : قيمة المخرج r الناتج عن وحدة اتخاذ القرار j ؛
- θ : مؤشر الكفاءة الفنية الخاص بالوحدة الخاضعة للتقييم.

¹ Othman Joumady: "Efficacité Et Productivité Des Banques Au Maroc Durant La Période De Libéralisation Financière: 1990 -1996". Lisbonne- Portugal : 17èmes Journées Internationales d'Economie Monétaire Et Bancaire.7-9 Juin 2000. p 14.

3.6. تقييم كفاءة المراكز الاستشفائية الجزائرية في مجال الصحة الإنجابية

نقوم في هذا الجزء بتطبيق أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA) وذلك بقياس الكفاءة الفنية النسبية بالتوجه المدخلي (التقليل من الموارد) والتوجه المخرجي (التقليل من المخرجات) ونحاول أن نجد تفسيرات للنتائج المستخلصة.

1.3.6. تحديد متغيرات النموذج والبيانات المستخدمة:

1.1.3.6. تحديد متغيرات الدراسة:

- من أجل بناء نموذج قياسي أمثل يساعدنا في تقييم أداء مؤشرات الصحة الإنجابية في المراكز الاستشفائية العمومية، اعتمدنا في اختيار المتغيرات بالتركيز على النقاط التالية:
- تم التركيز على المؤشرات التي لها علاقة مباشرة بالصحة الإنجابية وذلك لضمان دقة القياس؛
 - تم اختيار المتغيرات بناء على مجموع الدراسات المماثلة التي أجريت على مؤشرات الصحة بصفة عامة، مع الأخذ بعين الاعتبار توفر البيانات اللازمة التي تتماشى مع الدراسة؛
 - حرصاً على دقة التقديرات وتجنب الأخطاء، تم تحديد أنواع المدخلات والمخرجات بشكل دقيق بناءً على قوة الارتباط بينها. ويعود هذا الحرص إلى طبيعة الأسلوب التحليلي المستخدم، والذي يفتقر إلى خاصية كشف مدى ارتباط المتغيرات؛
 - تم الاكتفاء بثلاثة (03) متغيرات في جانب المخرجات نظراً لعدم توفر البيانات القائمة على التوزيع حسب الولايات؛
 - من أجل ضمان مقارنات عادلة وتجنب التأثير بالبيانات المتطرفة، تم الاعتماد على بيانات النسب (Ratio Data) للمتغيرات المستخدمة.

على ضوء ما سبق، تم اختيار متغيرات النموذج في شكل مدخلات ومخرجات تشمل البيانات المسجلة في المراكز الاستشفائية العمومية التابعة لكل ولاية، هو موضح في الجدول التالي:

الجدول (2.6): متغيرات الدراسة تقييم كفاءة أداء المراكز الصحية في الولايات

المخرجات	المدخلات
- معدّل وفيات الأمهات؛ - معدّل وفيات الأطفال الرضع؛ - معدّل المواليد الأموات.	- ميزانية التجهيز المخصصة لمختلف برامج الرعاية الصحية؛ - تغطية الأطباء المتخصصين طب النساء والتوليد (ولادة/طبيب)؛ - تغطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (ولادة/طبيب)؛ - تغطية القابلات (ولادة/قابلة)؛ - تغطية المراكز الصحية للأمومة (ولادة/مركز)؛ - تغطية الأسرة (ولادة/سرير). - تغطية جهاز الماسح الضوئي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز) - معدّل الإشغال بمصلحة طب النساء والتوليد

المصدر: من إعداد الطالب.

تتمثل المتغيرات المستخدمة كمدخلات للدراسة فيما يلي:

1. ميزانية التجهيز المخصصة لمختلف برامج الرعاية الصحية: يمثل هذا المؤشر حجم التمويل

المخصص من قبل الحكومة الموجّه لتنفيذ مختلف البرامج الصحية لا سيما منها انجاز المنشآت

القاعدية الكبرى كالمستشفيات والمراكز الصحية، ويُعتبر مؤشر مهم للالتزام الدولة لضمان

الاستجابة للاحتياجات والخدمات الصحية من بينها المتعلقة بالصحة الإنجابية؛

2. تغطية الأطباء المتخصصين في طب النساء والتوليد (ولادة/طبيب): يقيس هذا المؤشر عدد

الولادات التي يشرف عليها أو يقدم الرعاية لها طبيب متخصص في أمراض النساء والتوليد،

ويمكن التعبير عنه كنسبة عدد الولادات التي تمت في قسم طب النساء والتوليد إلى عدد أطباء

تخصص طب النساء والتوليد المتاحين. كما يُشير هذا المؤشر إلى مدى كفاية عدد الأخصائيين

في طب النساء والتوليد لتلبية احتياجات النساء الحوامل والوالدات. إن ارتفاع هذا المعدل قد

يُشير إلى ضغط عمل كبير على الأطباء واحتمالية انخفاض جودة الرعاية، بينما انخفاضه قد يدل على عدم استغلال كامل للموارد المتاحة. الهدف هو تحقيق توازن يضمن حصول كل امرأة على رعاية متخصصة وأمنة أثناء الحمل والولادة وما بعدهما؛

3. تغطية الأطباء المتخصصين في طب الأطفال (ولادة/طبيب): يقيس هذا المؤشر عدد الولادات

التي يتوفّر لها رعاية من طبيب متخصص في طب الأطفال عند الولادة أو بعدها بفترة قصيرة. يعكس هذا المؤشر مدى إمكانية حصول المواليد الجدد على الفحص والرعاية الطبيّة اللازمّة. كما يُشير إلى قدرة النظام الصحيّ على التّدخل المبكر في حالات الطوارئ أو المشاكل الصحيّة التي قد تواجه الأطفال حديثي الولادة، ممّا يسهم في خفض معدّلات وفيات الأطفال؛

4. تغطية القابلات (ولادة/قابلة): يقيس هذا المؤشر عدد الولادات التي تشرف عليها قابلة مؤهّلة

خلال فترة زمنيّة محدّدة. يعكس هذا المؤشر على دور القابلات في توفير الرعاية الأساسيّة أثناء الولادة في المراكز الصحيّة. إنّ زيادة تغطية القابلات في المراكز الصحيّة يسهم في توسيع نطاق الوصول إلى الرعاية وتقليل الاعتماد الكلي على الأطباء المتخصصين في الولادات غير المعقّدة، ممّا يتيح لهم التّركيز على الحالات الأكثر تعقيداً؛

5. تغطية المراكز الصحيّة للأمومة (ولادة/مركز): يقيس هذا المؤشر عدد الولادات التي تتمّ في

مراكز صحيّة متخصصة في الأمومة (مثل مراكز الصحيّة الأم وطفل وأقسام الأمومة في المستشفيات) خلال فترة زمنيّة محدّدة. يعكس هذا المؤشر مدى توفّر المرافق المجهّزة لتقديم الرعاية أثناء الحمل والولادة. إنّ زيادة تغطية هذه المراكز تسهم في تقليل الولادات المنزليّة غير الآمنة وتحسين نتائج الولادة لكلّ من الأمّ والطفل؛

6. تغطية الأسرة (ولادة/سرير): يقيس هذا المؤشر عدد الولادات التي تتوفّر لها الأسرة في أقسام

طبّ النساء والتّوليد في المستشفيات أو المراكز الصحيّة خلال فترة زمنيّة محدّدة. يعكس هذا

المؤشر قدرة النظام الصحي على استيعاب عدد النساء الحوامل والوالدات اللاتي يحتجن إلى الإقامة في المستشفى لتلقي الرعاية. كما أن توفر عدد كافٍ من الأسرة ضروري لضمان جودة الرعاية الصحية وتجنب الاكتظاظ وتأخير تقديم الرعاية اللازمة للنساء خاصة بعد الولادة؛

7. تغطية جهاز الماسح الضوئي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز): يقيس هذا المؤشر عدد

الولادات التي يتوفر لها جهاز ماسح ضوئي بالموجات فوق الصوتية (Echographie) لإجراء الفحوصات اللازمة قبل الولادة. ويُعتبر هذا الجهاز أداة أساسية في الرعاية الصحية الإنجابية الحديثة ويسهم في تحديد عمر الحمل بدقة، تشخيص الحمل المتعدد، الكشف عن التشوهات الخلقية للجنين. كما أن توفر هذا الجهاز يعكس مدى أداء وفعالية النظام الصحي المعتمد؛

8. معدّل الإشغال بمصلحة طب النساء والتوليد: يقيس هذا المؤشر النسبة المئوية للأسرة المشغولة

في أقسام طب النساء والتوليد خلال فترة مكوث الأمهات في أقسام طب النساء والتوليد، ويعكس مدى استخدام الطاقة الاستيعابية لهذه الأقسام، أي كلما ارتفع هذا المؤشر يشير إلى وجود ضغط في الأسرة ويتم حسابه باستخدام الصيغة التالية:

$$\text{معدّل الإشغال} = \frac{\text{عدد أيام إقامة النساء في قسم طب النساء والتوليد}}{\text{عدد الأسرة المتاحة في القسم} \times 365} \times 100$$

أما بخصوص المخرجات فقد تم اتخاذ المتغيرات التالية:

1. معدّل وفيات الأمهات: يمثل عدد وفيات الأمهات لكل 100,000 ولادة حية، يعتبر من أهم

المؤشرات التي تعكس صحة المرأة ونظام الرعاية الصحية بشكل عام، وجودة الرعاية المقدمة للنساء أثناء الحمل والولادة وما بعدهما، يستخدم غالبًا كمؤشر لقياس أداء وجودة الرعاية المقدمة

في المراكز الصحية. كما أن انخفاض هذا المعدل يشير إلى نظام رعاية صحي فعّال؛

2. **معدّل وفيات الأطفال الرضّع:** يمثل عدد وفيات الأطفال الذين تقلّ أعمارهم عن سنة واحدة لكل

1,000 ولادة حيّة، ويعتبر مؤشراً حيويًا لصحة ورفاهية الأطفال حديثي الولادة والرضع، ويعكس

جودة الرعاية الصحية المقدّمة للأمّهات والرعاية اللاحقة للولادة للأطفال . كما يساعد في تقييم

التدخلات وفعاليّة البرامج والسياسات الصحيّة التي تستهدف تحسين صحّة الأمّهات والأطفال؛

3. **معدّل المواليد الأموات:** يمثل عدد المواليد الذين يولدون ميتين بعد فترة حمل قابلة للحياة لكل

1,000 ولادة حية، ويعتبر مؤشر مهم لجودة الفحوصات الزوتينية المقدّمة للنساء الحوامل أثناء

فترة الحمل، ويكشف عن المشاكل التي أثناء الحمل وتؤدي إلى وفاة الجنين قبل الولادة.

2.1.3.6. البيانات المستخدمة:

تمّ جمع البيانات المستخدمة في هذا النموذج بالاعتماد على الدليل الإحصائي لقطاع الصحة

في الجزائر "SANTE EN CHIFFRES–Bilan 2020"، وهو وثيقة رسمية سنوية صادرة عن

وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات-مديرية الدراسات والتخطيط، تقدّم بموجبها رؤية واقعية لقطاع

الصحة. كما يوفر هذا الدليل لمختلف الفاعلين في قطاع الصحة بالجزائر المعلومات والبيانات

الإحصائية اللازمة لتقييم الأوضاع، التخطيط، واتخاذ القرارات الصائبة، يُعالج هذا الدليل البيانات

التفصيلية، حسب نوع المؤسسات الاستشفائية العمومية وحسب الولايات، لثلاثة (03) أقسام رئيسية

وهي: الوسائل والتجهيزات، الموارد والاطارات الطبيّة، الأنشطة والمصالح.

2.3.6. طريقة وإجراءات تطبيق النموذج:

1.2.3.6. تحديد العينة المدروسة:

تمّ اتّخاذ الولايات (48) ولاية المورّعة على المستوى الوطن كعدد الوحدات التي تشكّل لنا عينة

الدراسة وكلّ وحدة من هذه الوحدات تضمّ البيانات المجمّعة من خلال المراكز الصحيّة التابعة لها

والمتمثلة في المؤسسات الاستشفائية (EH)، المؤسسات العمومية الاستشفائية (EPH)، المراكز والمؤسسات الاستشفائية الجامعية (CHU-EHU)، المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS) والمؤسسات الاستشفائية متعددة الخدمات (Polycliniques).

2.2.3.6. إجراءات تطبيق أنموذج الدراسة:

- ✓ نستخدم الصيغة الرياضية لأسلوب (DEA)، والتي تفترض عوائد الحجم المتغيرة BCC لأن العلاقة بين المدخلات والمخرجات غير خطية؛
- ✓ نقوم باختيار الاتجاهين (التوجه المخرجي والمدخلي) لأنهما يناسبان أهداف وحدات اتخاذ القرار لتقييم كفاءة الأنظمة الصحية للولايات من الجانبين المدخلات والمخرجات؛
- ✓ نعمل على تعيين الوحدات المرجعية التي حققت مؤشرات كفاءة تامة، لتكون بمثابة نموذج معياري للوحدات التي تعاني من قصور في أدائها، حيث يوضح هذا الإجراء كيفية تحويل الأنظمة غير الكفوة إلى أنظمة ذات كفاءة عالية عبر محاكاة الأسلوب الأمثل المتبع في استغلال الموارد لدى الوحدات الكفوة المناظرة لها؛
- ✓ تم الاستعانة ببرنامج DEAP نسخة 2.1 باعتباره برنامجا متخصصا في حل المسائل الرياضية ودراسة الارتباطات بين مختلف الأنظمة.

3.3.6. عرض نتائج الأنموذج وتحليلها:

قبل التطرق إلى استنتاج درجة كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية التابعة للولايات بخصوص مؤشرات الصحة الإنجابية، نقوم بإجراء وصف إحصائي للمتغيرات المدروسة، بالإضافة إلى اختبار الخطية ودرجة الارتباط بينها.

1.3.3.6. الدّراسة الإحصائية لمتغيرات الأنموذج:

▪ الوصف الإحصائي:

يعرض لنا الجدول (3.6) بعض مقاييس الإحصاء الوصفي المطبقة على المتغيرات المتخذة

في الأنموذج والتي تسمح لنا بإلقاء نظرة على مستوى تركيز وتوزيع البيانات.

الجدول (3.6): بعض مقاييس الإحصاء الوصفي لمتغيرات الدّراسة

الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	الحد الأعلى	الحد الأدنى	المتغيرات	
18,4	60,1	117,2	31,1	معدّل الإشغال بمصلحة طبّ النساء والتّوليد	المدخلات
867946,1	708132,1	5060683,0	25000,0	ميزانية التّجهيز قطاع الصحة (ألف دج)	
370,4	482,2	1639,9	42,6	تغطية جهاز الماسح الضوئي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز)	
31,8	82,9	188,8	28,7	تغطية القابلات (ولادة/قابلة)	
330,8	600,7	1521,0	143,9	تغطية الأطباء المتخصّصين طبّ الأطفال (مولود/طبيب)	
702,8	1198,7	3122,3	212,8	تغطية الأطباء المتخصّصين طبّ النساء والتّوليد (ولادة/طبيب)	
615,4	1476,2	3153,6	239,4	تغطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز)	
39,9	83,7	272,7	35,4	تغطية الأسرة (ولادة/سرير)	
8,3	12,0	54,8	2,6	معدّل المواليد الأموات	المخرجات
9,9	10,6	55,8	0,00	معدّل وفيات حديثي الولادة	
34,0	39,4	185,5	0,00	معدّل وفيات الأمهات	

المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.23

نلاحظ من خلال الجدول وجود تباين كبير في معظم المتغيرات، وخاصّة في جانب المدخلات

(الميزانية، تغطية الأطباء، تغطية المراكز، وتغطية أجهزة التصوير). هذا التباين يشير إلى وجود

فوارق كبيرة في توزيع الموارد والخدمات، ممّا يؤثّر على جودة تقديم الرّعاية عبر الوحدات، حيث تظهر ميزانيّة التّجهيز لقطاع الصّحة انحراف معياري مرتفع. هذا يشير إلى فجوة كبيرة في حجم الميزانيات المخصّصة عبر الوحدات، ويبرز متوسط تغطية أطباء النّساء والتّوليد تباين كبير (من 212.8 إلى 3122.3 ولادة/طبيب)، ممّا يؤكّد وجود تفاوت كبير في نصيب الطّبيب من الولادات بين المناطق، ممّا قد يشير إلى ضغط عمل كبير في بعض المناطق ونقص في التّوزيع العادل للإطارات الطّبيّة (أطباء الأطفال والقابلات). كذلك بالنّسبة لمتغيّرات تغطية المراكز الاستشفائيّة، تغطية أجهزة الماسح الصّوئي ومعدّلات الوفيات فهي تظهر تفاوتات كبيرة ممّا يستدعي إجراء دراستها حسب كل ولاية.

▪ درجة الارتباط بين المتغيّرات:

للتأكّد من مدى ملاءمة وشموليّة المتغيّرات، قمنا بدراسة درجة الارتباط بين المتغيّرات المدروسة (المدخلات والمخرجات) باستخدام اختبار بيرسون (Pearson). وفي حال كان الارتباط ضعيفاً أو منعدماً بين المتغيّرات، يتمّ استبعاد المتغيّر من الأنموذج. قمنا بإجراء هذا الاختبار باستخدام برنامج SPSS.23 باتّخاذ المدخلات كمتغيّرات مستقلة والمدخلات كمتغيّرات تابعة، حيث كانت النّتائج كما هو مبين في الجدول (4.6) أدناه.

الجدول (4.6): درجة الارتباط بين المتغيّرات

المتغيّر التابع	قيمة الارتباط (R^2)	معامل التّحديد R-deux	الخطأ المعياري للتّقدير
معدّل المواليد أموات	0,633	0,401	4,527
معدّل وفيات حديثي الولادة	0,852	0,726	116,981
معدّل وفيات الأمهات	0,734	0,539	113,473

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج SPSS.23

يُظهر الجدول (4.6) ارتباطاً إيجابياً وقوياً بين جميع المتغيّرات المستقلة والمتغيّرات التّابعة، حيث تتّضح هذه العلاقة من خلال ارتباط جميع المتغيّرات المستقلة بالمتغيّر التابع المتعلّق بمعدل

المواليد الأموات 0,633، وترتبط مع المتغير معدّل وفيات الأمّهات بارتباط قدره 0,734، بالإضافة إلى ارتباطها القويّ مع متغير معدّل وفيات حديثي الولادة 0,852.

وبناءً على مصفوفة الارتباط الموضّحة في الملحق (10)، لوحظ وجود ارتباط ذي دلالة إحصائية بين جميع متغيرات النموذج عند مستوى دلالة 5%. وهذا الارتباط الواضح بين المتغيرات يتيح لنا الاستمرار في تطبيق النموذج دون الحاجة لاستبعاد أي متغير.

2.3.3.6. نتائج تقييم الكفاءة الإجمالية وفق التوجيهين المدخلي والمخرجي:

من خلال تطبيق تقنية (DEA) وفق نموذج عوائد الحجم المتغيرة لكل من التوجيهين المدخلي والمخرجي، تمّ تجميع الولايات إلى ثلاث (03) فئات موزّعة حسب درجة الكفاءة، كما هو مبين في الجدول (5.6) أدناه.

الجدول (5.6): الكفاءة الفنية والحجمية الإجمالية وفق التوجيه المدخلي والمخرجي.

نسبة الولايات	رمز الولايات	الكفاءة الحجمية		الكفاءة الفنية	الإحصاءات	الفئات
		وفق التوجه المخرجي	وفق التوجه المدخلي	التوجه المدخلي = التوجه المخرجي		
%25	09، 10، 12، 13، 22، 26، 31، 34، 36، 40، 44، 46.	1,000	1,000	1,000	الحد الأدنى	الفئة الأولى
		1,000	1,000	1,000	الحد الأعلى	
		1,000	1,000	1,000	المتوسط الحسابي	
		0,000	0,000	0,000	الانحراف المعياري	
%27	04، 06، 08، 16، 18، 27، 29، 32، 33، 35، 39، 42، 45.	0,512	0,649	0,500	الحد الأدنى	الفئة الثانية
		1,000	1,000	0,990	الحد الأعلى	
		0,793	0,890	0,659	المتوسط الحسابي	
		0,174	0,109	0,126	الانحراف المعياري	
%48	1، 2، 3، 5، 7، 11، 14، 15، 17، 19، 20، 21، 23، 24، 25، 28، 30، 37، 38، 41، 43، 47، 48.	0,154	0,443	0,151	الحد الأدنى	الفئة الثالثة
		1,000	1,000	0,473	الحد الأعلى	
		0,429	0,669	0,300	المتوسط الحسابي	
		0,248	0,184	0,092	الانحراف المعياري	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج DEAP Version 2.1

نلاحظ من خلال الجدول أنّ 25% من الولايات (12 ولاية) المشار إليها في الفئة الأولى تحتوي على كفاءة فنيّة وحجميّة بقيمة (1) سواء بالتّوجّه المدخلي أو المخرجي، وهذا ما يدلّ على أنّ هذه الفئة تتميّز بكفاءة تامّة بخصوص مؤشرات الصحة الإنجابيّة. أمّا بخصوص الفئة الثّانيّة فتضمّ (13 ولاية) تحتوي على كفاءة فنيّة عاليّة بالتّوجّه المخرجي والمدخلي تتراوح بين 0,5 و0,99، بمتوسّط حسابي وانحراف معياري على التّرتيب 0,659 و0,126، وتحتوي على كفاءة حجميّة بالتّوجّه المخرجي والمدخلي تتراوح ما بين 0,512 و1 بقيمة متوسّط حسابي متغيّر بين 0,79 و0,89 وانحراف معياري متغيّر بين 0,109 و0,17، وعليه نقول أنّ هذه الفئة تتميّز بكفاءة فنيّة وحجميّة عاليّة.

أمّا من خلال ملاحظتنا للفئة الثّالثة التي تضمّ (23 ولاية) المتبقية فهي تتميّز بكفاءة فنيّة تتراوح بين 0,443 و1 لكلّ من التّوجّهين المدخلي والتوجه المخرجي، بمتوسّط حسابي وانحراف معياري على التّرتيب 0,3 و0,092. أمّا كفاءتها الحجميّة بالتّوجّهين المخرجي والمدخلي، تتراوح فهي تتراوح بين 0,151 و0,473، وعليه نقول بأنّ الفئة الثّالثة غير كفؤة فنيًا وذات كفاءة حجميّة متغيّرة.

3.3.3.6. نتائج تقييم الكفاءة حسب الولايات:

■ توزيع الكفاءة الفنيّة والحجميّة حسب الولايات بالتّوجّه المخرجي:

من أجل قياس درجات كفاءة أداء كلّ وحدة على حدى (حسب الولايات) وفق التّوجّه المخرجي والذي يفترض استخدام الوحدات لأدنى مدخلاتها من أجل تعظيم المخرجات (تقليل المخرجات باستخدام مقلوب البيانات)، تحصّلنا على النّتائج المبينة في الجدول (6.6) أدناه.

الجدول (6.6): قياس كفاءة الأنظمة الصحية للولايات وفق نموذج BCC-Outputs

الولايات المرجعية للولايات غير كفؤة	عوائد الحجم	الكفاءة الحجمية SE	الكفاءة النسبية	الكفاءة الفنية PTE	الولاية
12، 10، 46	متناقصة	0,932	0,348	0,324	01- أدرار.
44، 09، 26، 46	متزايدة	0,771	0,279	0,215	02- الشلف.
44، 09، 46	متزايدة	0,933	0,205	0,191	03- الأغواط.
	متزايدة	0,993	0,612	0,607	04- أم البواقي.
44، 26، 46	متناقصة	0,976	0,258	0,252	05- باتنة.
	متناقصة	0,930	0,679	0,631	06- بجاية.
10، 46، 09، 26	متزايدة	0,816	0,475	0,388	07- بسكرة.
	متناقصة	0,925	0,698	0,646	08- بشار.
	ثابتة	1,000	1,000	1,000	09- البليدة.
	ثابتة	1,000	1,000	1,000	10- البويرة.
33، 26، 46	متناقصة	0,981	0,154	0,151	11- تمنراست.
	ثابتة	1,000	1,000	1,000	12- تبسة.
	ثابتة	1,000	1,000	1,000	13- تلمسان.
10، 46، 9، 26	متزايدة	0,768	0,275	0,212	14- تيارت.
33، 13، 31، 36	متناقصة	0,731	0,534	0,390	15- تيزي وزو.
	متناقصة	0,500	1,000	0,500	16- الجزائر.
09، 46، 26	متزايدة	0,841	0,258	0,217	17- الجلفة.
	متناقصة	0,971	0,719	0,698	18- جيجل.
36، 31، 46، 26	متناقصة	0,984	0,307	0,302	19- سطيف.
46، 31، 36، 26	متناقصة	0,966	0,284	0,275	20- سعيدة.
10، 46، 9، 26	متزايدة	0,786	0,281	0,221	21- سكيكدة.
	ثابتة	1,000	1,000	1,000	22- سيدي بلعباس.
31، 26، 46، 9	متزايدة	0,987	0,312	0,307	23- عنابة.
33، 36، 26، 31، 46	متزايدة	0,884	0,528	0,468	24- قالمة.
	متناقصة	0,427	1,000	0,427	25- قسنطينة.
	ثابتة	1,000	1,000	1,000	26- المدينة.
	متناقصة	0,789	0,711	0,561	27- مستغانم.
10، 46، 09، 26	متزايدة	0,801	0,289	0,231	28- المسيلة.
	متزايدة	0,998	0,512	0,511	29- معسكر.
10، 46، 09، 26	متزايدة	0,692	0,473	0,327	30- ورقلة.

31- وهران.	1,000	1,000	1,000	ثابتة
32- البيض	0,990	0,990	1,000	متزايدة
33- إليزي	0,765	1,000	0,765	متزايدة
34- برج بو عرييج.	1,000	1,000	1,000	ثابتة
35- بومرداس.	0,630	1,000	0,630	متناقصة
36- الطارف.	1,000	1,000	1,000	ثابتة
37- تندوف.	0,184	1,000	0,184	متناقصة
38- تسميلت.	0,329	0,338	0,972	متزايدة
39- الوادي.	0,620	0,620	1,000	متزايدة
40- خنشلة.	1,000	1,000	1,000	ثابتة
41- سوق أهراس.	0,404	1,000	0,404	متناقصة
42- تيبازة.	0,676	0,849	0,796	متناقصة
43- ميلة.	0,473	0,502	0,943	متناقصة
44- عين الدفلى.	1,000	1,000	1,000	ثابتة
45- النعامة.	0,738	0,917	0,805	متناقصة
46- عين تموشنت.	1,000	1,000	1,000	ثابتة
47- غرداية.	0,292	0,379	0,769	متزايدة
48- غليزان.	0,330	0,395	0,836	متزايدة
المتوسط	0,573	0,670	0,864	

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج DEAP Version 2.1

نلاحظ من خلال الجدول (6.6) أنّ (12 ولاية) تتميز بكفاءة تامّة 100% بعوائد حجم ثابتة هذا يعني أنّ هذه الولايات تحتوي على مراكز استشفائية عموميّة ذات كفاءة تامّة بخصوص مؤشرات الصحة الإنجابية، حيث تستخدم أدنى مدخلاتها من أجل التقليل من المخرجات والمتمثلة في تقليل عدد وفيات الأمّهات والأطفال ويتعلّق الأمر في كل من ولايات: البلّيدة، البويرة، تبسة، تلمسان، سيدي بلعباس، المديّة، وهران، برج بو عرييج، الطّارف، خنشلة، عين الدّفلى وعين تموشنت. كما تُعتبر كذلك هذه الولايات كمرجع أساسي للولايات التي لم تحقّق مراكزها الاستشفائية العموميّة الكفاءة التّسبيّة.

من جهة أخرى، فقد حققت (13 ولاية) كفاءة فنية عالية تتراوح من 50% إلى 100%، وهذا ما يجعلها تتمكّن في الاستغلال الأمثل لمدخلاتها من أجل التقليل من عدد وفيات الأمهات والأطفال، ويتعلّق الأمر في كل من ولايات: أم البواقي، بجاية، بشار، الجزائر، جيجل، مستغانم، معسكر، البيض، إليزي، بومرداس، لوادي، تيبازة والنّعام.

في حين، حققت باقي الولايات وعددها (23 ولاية) كفاءة نسبية ضعيفة أدنى من 50%، وهذا ما يدلّ على أنّ هذه الولايات غير قادرة على استخدام أدنى مدخلاتها في التقليل من المخرجات، وعليه فإنّ هذه الولايات تحتوي على مراكز استشفائية عمومية لا تستخدم الموارد المرتبطة بالصحة الإنجابية المتاحة لديها من أجل التحكم في وفيات الأمهات والأطفال ويتعلّق الأمر في كل من ولايات: أدرار، الشلف، الأغواط، باتنة، بسكرة، تمنراست، تيارت، تيزي وزو، الجلفة، سطيف، سعيدة، سكيكدة، عنابة، قالمة، قسنطينة، المسيلة، ورقلة، تندوف، تيسمسيلت، سوق اهراس، ميلة، غرادية و غليزان.

▪ توزيع الكفاءة الفنية والحجمية حسب الولايات بالتوجّه المدخلي:

بنفس الطريقة التي قمنا بها لعرض نتائج الكفاءة التقنية بالتوجّه المخرجي، قمنا بتطبيق تقنية (DEA) وفق أنموذج عوائد الحجم المتغيرة بالتوجّه المدخلي على بيانات كل وحدة (ولاية) والذي يفترض استخدام الوحدات أدنى مدخلاتها للحفاظ على نفس وتيرة المخرجات، كانت النتائج كما هو مبين في الجدول (7.6) أدناه.

الجدول (7.6): قياس كفاءة الأنظمة الصحية للولايات وفق أنموذج BCC-Inputs

الولاية	الكفاءة الفنية PTE	الكفاءة النسبية	الكفاءة الحجمية SE	عوائد الحجم*	الولايات المرجعية للولايات غير كفؤة
01- أدرار .	0,324	0,586	0,553	متناقصة	10، 33، 46، 36
02- الشلف .	0,215	0,507	0,424	متناقصة	36، 26، 31
03- الأغواط .	0,191	0,635	0,301	متناقصة	33، 31، 36، 46
04- أم البواقي .	0,607	0,871	0,697	متناقصة	36، 26، 31

05- باتنة.	0,252	0,550	0,457	متناقصة	31, 36
06- بجاية.	0,631	0,836	0,755	متناقصة	36, 26, 31, 33
07- بسكرة.	0,388	0,554	0,700	متناقصة	10, 36, 46, 26
08- بشار.	0,646	0,837	0,771	متناقصة	33, 22, 31, 16, 36
09- البلدية.	1,000	1,000	1,000	-	
10- البويرة.	1,000	1,000	1,000	-	
11- تمنراست.	0,151	0,524	0,288	متناقصة	33, 36
12- تبسة.	1,000	1,000	1,000	-	
13- تلمسان.	1,000	1,000	1,000	-	
14- تيارت.	0,212	0,509	0,416	متناقصة	26, 10, 36
15- تيزي وزو.	0,390	0,962	0,406	متناقصة	31, 36, 33
16- الجزائر.	0,500	1,000	0,500	متناقصة	
17- الجلفة.	0,217	0,489	0,443	متناقصة	31, 33, 26, 36, 46
18- جيجل.	0,698	0,814	0,857	متناقصة	33, 34, 10, 12
19- سطيف.	0,302	0,813	0,371	متناقصة	33, 31, 36
20- سعيدة.	0,275	0,739	0,372	متناقصة	41, 36, 31
21- سكيكدة.	0,221	0,505	0,446	متناقصة	10, 36
22- سيدي بلعباس.	1,000	1,000	1,000	-	
23- عنابة.	0,307	0,677	0,453	متناقصة	33, 36, 31
24- قالمة.	0,468	0,777	0,603	متناقصة	31, 36, 26, 33
25- قسنطينة.	0,427	1,000	0,427	متناقصة	
26- المدية.	1,000	1,000	1,000	-	
27- مستغانم.	0,561	0,915	0,613	متناقصة	40, 10, 36, 34
28- المسيلة.	0,231	0,553	0,418	متناقصة	36, 26, 31
29- معسكر.	0,511	0,752	0,680	متناقصة	36, 31
30- ورقلة.	0,327	0,443	0,739	متناقصة	10, 36, 33, 26
31- وهران.	1,000	1,000	1,000	-	
32- البيض.	0,990	0,992	0,998	متناقصة	40, 36, 33, 46
33- إليزي.	0,765	1,000	0,765	متناقصة	
34- برج بو عرييج.	1,000	1,000	1,000	-	
35- بومرداس.	0,630	1,000	0,630	متناقصة	
36- الطارف.	1,000	1,000	1,000	-	
37- تندوف.	0,184	1,000	0,184	متناقصة	

36، 40، 33	متناقصة	0,443	0,743	0,329	38- تسمسيلات.
33، 26، 40	متناقصة	0,955	0,649	0,620	39- الوادي.
	-	1,000	1,000	1,000	40- خنشلة.
	متناقصة	0,404	1,000	0,404	41- سوق أهراس.
33، 31، 26، 46، 36	متناقصة	0,717	0,942	0,676	42- تيبازة.
33، 26، 36، 46، 31	متناقصة	0,612	0,773	0,473	43- ميله.
	-	1,000	1,000	1,000	44- عين الدفلى.
10، 33، 46، 12	متناقصة	0,771	0,958	0,738	45- النعامة.
	-	1,000	1,000	1,000	46- عين تموشنت.
33، 36	متناقصة	0,571	0,511	0,292	47- غرداية.
33، 36، 26	متناقصة	0,620	0,533	0,330	48- غليزان.
		0,674	0,811	0,573	المتوسط

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج DEAP Version 2.1

يتضح من الجدول (7.6) أنّ متوسط الكفاءة الفنية الإجمالي ظلّ ثابتاً عند القيمة 0.573 بالتوجه المدخلي، وهي قيمة أعلى من المتوسط. في المقابل، شهدت الكفاءة الحجمية ارتفاعاً ملحوظاً لتصل إلى 0.811، مقارنة بـ 0.670 في التوجه المخرجي، ويشير تناقص عوائد الحجم في جميع الوحدات إلا أنّها تعمل بحجم يفوق المستوى الأمثل في استخدام مدخلاتها للحفاظ على مستوى المخرجات ذاته. هذا يعني أنّ المراكز الصحية العمومية الموزعة عبر مختلف الولايات تستغل موارد كبيرة مخصصة للصحة الإيجابية دون أن ينعكس ذلك على تحسين معدّلات وفيات الأمّهات والأطفال. وبتحليل توزيع هذه الكفاءة حسب الولايات، نجد أنّ:

- على غرار 12 ولاية التي حققت كفاءة فنية تامة، فقد حققت 06 ولايات كفاءة حجمية تامة وهي الولايات: الجزائر، قسنطينة، إليزي، بومرداس، تندوف وسوق أهراس؛
- حققت ولايتين وكفاءة حجمية جد منخفضة وتتمثل في كل من ولايتي الجلفة وورقلة؛
- حققت باقي الولايات وعددها 28 ولاية كفاءة حجمية تفوق 50%.

4.3.3.6. مستويات بلوغ الكفاءة الفنيّة للولايات غير كفؤة:

يتميّز أسلوب تحليل مغلّف البيانات بقدرته على تقديم رؤية شاملة لأداء الوحدات، فهو لا يكتفي بتحديد الوحدات غير الكفؤة ومقارنتها بالوحدات المرجعيّة الأكثر كفاءة، بل يتجاوز ذلك ليبيّن كمّيّة محدّدة لمساعدة الوحدات غير الكفؤة على بلوغ الكفاءة التأمّة. يتمّ ذلك عن طريق حساب المدخلات والمخرجات الافتراضيّة التي يجب أن تحقّقها كل وحدة غير كفؤة، وذلك بالاستناد إلى أداء الوحدات المرجعيّة. تهدف هذه التّوصيات: إمّا إلى تعظيم المخرجات باستخدام نفس المدخلات، أو تقليل المدخلات لتحقيق نفس المخرجات.

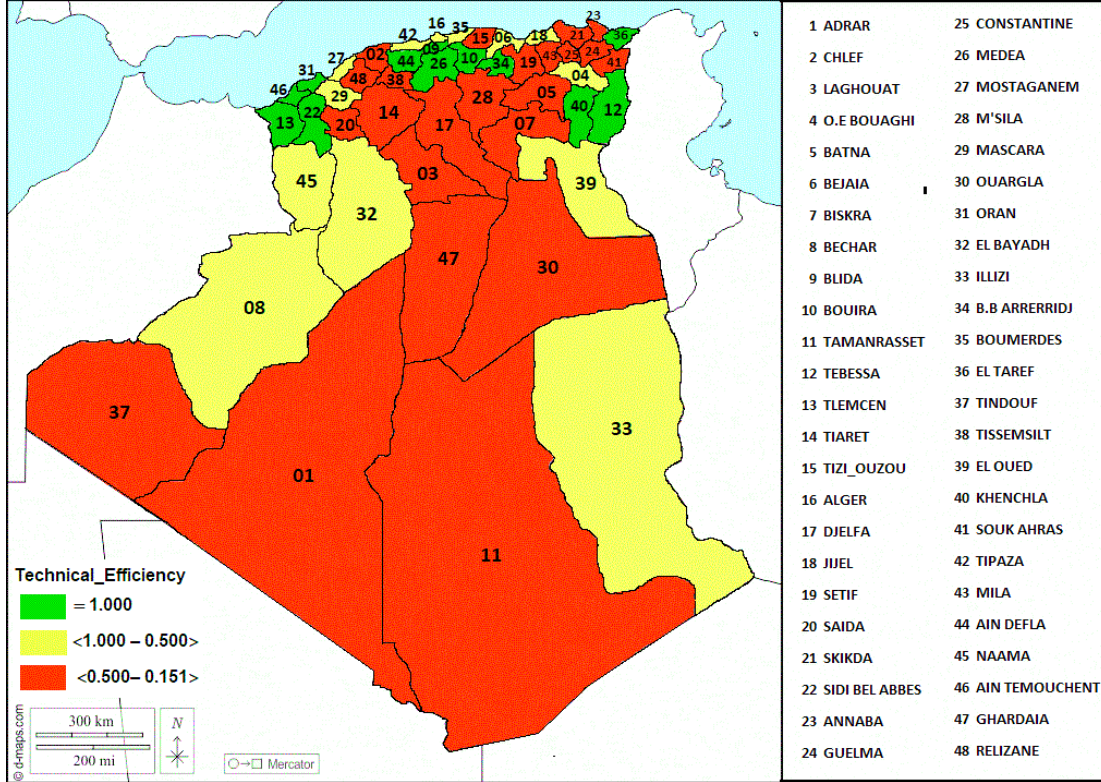
وعليه، ولتحسين الكفاءة في الولايات التي تضمّ مراكز استشفائيّة عموميّة تعاني من نقص في الكفاءة، تمّ تبني لهذه الولايات مؤشّرات مثاليّة للمدخلات والمخرجات لبلوغ مستويات كفاءة مرضيّة في مجال الصّحة الإنجابيّة، والتي تتلخّص في الجدول (8.6) المبيّن أدناه.

الجدول (8.6): آليات تحسين مؤشرات المدخلات والمخرجات لبلوغ درجات الكفاءة الفنية للولايات غير كفوة

المخرجات			المدخلات								الولايات
معدل وفيات الأمهات	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل المواليد الأموات	تغطية الأسرة (ولادة/سرير)	تغطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز)	تغطية الأطباء المتخصصين طب التوليد (ولادة/طبيب)	تغطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب)	تغطية القابلات (ولادة/قابلة)	تغطية جهاز الماسح الضوئي (ولادة/جهاز)	ميزانية التجهيز قطاع الصحة (ألف دج)	معدل الإشغال بمصلحة التوليد	
28,6	1,2	3,8	59,8	788,1	511,7	368,9	55,1	183,5	109 030,3	39,2	أدرار
8,8	2,6	3,8	38,1	694,2	468,7	300,6	32,8	167,5	300 233,1	32,3	الشلف
0,0	1,0	3,0	39,2	792,4	462,0	268,7	38,2	241,8	454 341,6	34,3	الأغواط
10,0	1,5	3,9	37,6	698,2	447,9	288,0	32,5	179,7	328 921,8	32,2	باتنة
17,2	2,4	3,7	45,5	781,5	533,2	369,7	39,7	136,5	143 440,0	33,2	بسكرة
19,2	1,0	4,3	55,6	431,9	338,8	266,1	45,8	84,7	166 165,9	39,2	تمنراست
8,1	3,1	4,4	44,9	739,5	532,7	361,1	36,9	145,6	176 038,8	33,8	تيارت
0,0	5,3	6,5	39,9	973,3	497,6	231,9	45,5	356,8	684748,6	36,3	تيزي وزو
7,4	1,4	4,7	42,7	685,1	473,8	312,5	36,5	155,6	272 859,4	33,9	الجلفة
14,3	1,3	4,8	48,6	856,4	468,7	249,8	42,1	284,9	542 876,2	35,6	سطيف
15,4	0,0	4,7	36,9	788,9	516,2	359,3	37,8	174,8	162 672,9	36,7	سعيدة
12,0	1,4	3,3	38,2	653,1	432,8	344,3	29,0	116,8	175 903,3	31,3	سكيكدة
10,8	1,4	4,7	44,8	888,6	455,8	252,5	42,1	163,7	582 481,5	30,1	عنابة
13,9	3,9	6,1	46,2	678,9	489,9	325,3	39,2	143,3	198 877,8	35,0	قالمة
26,1	5,30	5,20	55,2	1477,4	1861,7	196,7	55,1	530,9	735 100,0	94,8	قسنطينة
10,3	2,2	3,8	40,9	649,5	476,5	329,1	32,0	123,3	204 512,6	32,1	المسيلة
13,9	2,3	3,4	45,7	744,8	534,0	362,7	38,7	148,8	169 973,6	36,6	ورقلة
0,0	55,6	17,61	14,90	486,3	248,2	348,5	72,1	51,5	160 000,0	117,2	تندوف
15,59	4,7	5,4	50,2	521,8	389,7	298,9	42,5	90,2	173 752,6	38,6	تيسمسيلت
0,0	11,8	11,6	35,4	1129,0	718,5	527,0	54,6	42,6	176 200,0	42,8	سوق اهراس
8,1	2,2	6,5	49,1	842,6	615,3	382,8	43,5	173,7	273 753,8	36,2	ميلة
27,0	0,9	3,1	38,2	565,1	489,3	382,1	30,9	184,7	185 777,4	32,1	غرداية
22,7	0,9	3,6	48,5	571,7	419,5	386,4	31,5	186,8	185 267,4	35,4	غليزان
23,3	6,2	7,4	59,0	969,4	643,2	372,0	57,6	256,7	380 388,5	44,5	المتوسط

تُظهر الخريطة الموضحة في الشكل (2.6) أدناه توزيع كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية

التابعة للولايات على المستوى الوطني، مما يوفر صورة أوضح.



الشكل (2.6): توزيع الولايات حسب درجة الكفاءة الفنية للمراكز الصحية العمومية

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على برنامج الخرائط 20.Philcarto.

نلاحظ من خلال الخريطة تباينا جغرافيا واضحا في حجم الكفاءة الفنية للمراكز الصحية

العمومية الموزعة على الولايات الجزائرية بخصوص مؤشرات الصحة الإنجابية، حيث نلاحظ تركيز

الكفاءة في الولايات الشمالية مقارنة بالولايات الجنوبية، وتحديداً في المنطقة الوسطى والشمالية

الشرقية والبعض منها في غرب البلاد وهذا نتيجة تفاعل عوامل عدة نذكر منها:

- تركيز البنية التحتية الصحية في شمال البلاد بشكل يتناسب مع الكثافة السكانية المرتفعة، وذلك

لتلبية احتياجات السكان من الرعاية الصحية. على عكس ذلك، يواجه الجنوب تحديات أكبر في

توسيع البنية التحتية الصحية بسبب التشتت السكاني الكبير واتساع النطاق الجغرافي؛

- يعمل الأطباء الأكفاء والإطارات الطبيّة ذوي الخبرة العالية في المدن الكبرى والمراكز الحضريّة بحثاً عن فرص أفضل، بيئة عمل محفّزة، وحياة اجتماعية أفضل، ممّا يترك الولايات الداخليّة والجنوبيّة تعاني من نقص حاد في الكوادر المؤهّلة؛
- قرب المراكز الاستشفائيّة التابعة لولايات الشّمال من الهيئات المركزيّة كالوزارة الوصيّة والصيدليّة المركزيّة للمستشفيات والمعاهد المتخصّصة في الصّحة، والتي تتيح للإطارات الطبيّة في تحسين معارفهم وتطوير مهارتهم واكتساب الخبرة، وهو الجانب الذي يفتقده العديد من الإطارات في الجنوب ممّا يبرز حجم الفجوة في كفاءة المراكز الاستشفائيّة؛
- يعدّ التسيير الإداري الفعّال للمراكز الاستشفائيّة عامل مهمّ في تفاوت مستويات الكفاءة بين الولايات، فالقدرة على الإدارة الرّشيدة للموارد، وتنظيم مسار المرضى بكفاءة، وقيادة الكوادر الطبيّة بفعاليّة، إلى جانب توفير بيئة عمل محفّزة، كلّها عوامل محوريّة تُسهم بشكل مباشر في تحقيق مستويات أداء أعلى؛
- تبرز التّحدّيات الاقتصاديّة تبايناً حاداً في كفاءة الرّعاية الصحيّة بين الولايات الجزائريّة. ففي الشّمال، تُسهم شبكة الطّرق والمواصلات في تيسير وصول الأمّهات والنساء الحوامل إلى المراكز الصحيّة لتلقي الرّعاية اللاّزمة. في حين، تعاني النساء في ولايات الجنوب التّضاريس الصّحراويّة الصّعبة التي تزيد من تحديّات النّقل والإمداد وتوفّر الكوادر. هذا الوضع يؤثّر سلباً على مؤشّرات الصّحة العامّة في هذه الولايات.

4.6. التّحليل القياسي المكاني لمؤشّرات الصّحة الإنجابيّة.

سنقوم في هذا الجزء من الدّراسة، الذي يمثّل كمرحلة ثانية في بناء نموذج قياسي مكاني (Spatial Econometric Model)، وذلك بعد أن قمنا بتقييم أداء المراكز الاستشفائيّة العموميّة

في مجال الصحة الإيجابية عبر ولايات الوطن في المرحلة الأولى باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA).

يهدف هذا النموذج إلى تحليل أثر بعض المتغيرات الكمية المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية الإيجابية على مستوى المراكز الاستشفائية الموزعة عبر الولايات على مؤشر الكفاءة الذي تم استخلاصه في المرحلة الأولى من هذه الدراسة، وذلك باستخدام نموذج الانحدار الخطي المتعدد. كما أن استكشاف تأثير هذه المتغيرات على أداء المراكز الصحية، من حيث جودة الخدمة، استيعاب الطلب، الكفاءة التشغيلية، ومدى توفر الموارد اللازمة لتقديم رعاية صحية إيجابية فعالة يوفر قاعدة بيانات تحليلية تساعد صنّاع القرار في تحديد الفجوات وتحسين توزيع الموارد البشرية والمادية، بما يعزز كفاءة الأنظمة الصحية في مجال صحة الأمومة والطفولة على المستوى الوطني.

1.4.6. تحديد متغيرات النموذج والبيانات المستخدمة:

1.1.4.6. تحديد متغيرات الدراسة:

تم الاعتماد، في هذه المرحلة من الدراسة، على النشرة الإحصائية التابعة لقطاع الصحة في الجزائر الصادرة في سنة 2020 "SANTE EN CHIFFRES-Bilan 2020"، تم جمع البيانات المقطعية لكل ولاية والمتعلقة بخدمات الرعاية الصحية لقسم طب النساء والتوليد لكل المراكز الاستشفائية العمومية الموزعة عبر (48 ولاية).

أما بخصوص متغيرات الدراسة، فقد تم اختيارها بما يتماشى مع الهدف المزمع الوصول إليه والمتمثل في دراسة أثر بعض المتغيرات المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية الإيجابية المقدمة في قسم النساء والتوليد التابعة للمراكز الاستشفائية الموزعة عبر ولايات الوطن على معدل كفاءة هذه المراكز. كما تم انتقاء هذه المتغيرات كذلك على أساس البيانات المتاحة في هذه النشرة، حيث يلخص الجدول

التالي مجموعة المتغيرات التفسيرية التي يمكن أن تؤثر على المتغير التابع والمتمثل في معدّل كفاءة هذه المراكز في الجزائر.

الجدول (9.6) متغيرات الدراسة.

ترميز المتغير	المتغير	الرقم	طبيعة المتغير
Taux_efficacité	معدّل الكفاءة	01	المتغير التابع
Ratio_de_lit_acouchement	نسبة الأسرة المخصّصة للتوليد من إجمالي الأسرة	01	المتغيرات المستقلة
Coefficient_de_rotation	معدّل التدوير	02	
Ratio_de_consultation_gyneco	نسبة فحوصات طبّ النساء والتوليد من إجمالي الفحوصات	03	
Ratio_de_centre_gyneco	نسبة المراكز المخصّصة للنساء من إجمالي المراكز	04	
Ratio_de_medcin_gyneco	نسبة أطباء النساء والتوليد من إجمالي الأطباء المتخصّصين	05	
Nombre_de_scaner_par_centre	عدد أجهزة التصوير الطبي لكل مركز طبي	06	

المصدر: من أعداد الطالب.

تتمثل هذه المتغيرات في كلّ من:

1. مؤشّر الكفاءة: هو المتغير التابع الذي تمّ استنتاجه في الجزء الأول من هذا الفصل من خلال تقييم أداء المراكز الاستشفائية العمومية التابعة للولاية بخصوص مؤشرات الصحة الإنجابية على مستوى الوطن، حيث يعكس هذا المتغير جودة أداء هذه المراكز في إدارة واستغلال الموارد المتاحة لتحقيق أفضل الممارسات الممكنة في توفير خدمات الصحة الإنجابية؛
2. نسبة الأسرة المخصّصة للتوليد من إجمالي الأسرة: يمثل عدد الأسرة المخصّصة لأقسام التوليد (الولادة) إلى إجمالي عدد الأسرة المتاحة في المراكز الاستشفائية العمومية للولاية، يعتبر هذا المؤشّر على مدى قدرة المراكز الاستشفائية استيعاب النساء الوافدات للولادة؛
3. معدّل التدوير في قسم النساء والتوليد: يشير إلى متوسط عدد المرات التي يتمّ فيها استخدام السرير الواحد في قسم النساء والتوليد خلال فترة زمنية معينة (عادةً سنة)، يحسب بقسمة عدد

النساء الوافدات الماكثات في قسم الولادة على عدد الأسرة المتاحة. هذا المؤشر مدى كفاءة استخدام الأسرة وسرعة تقديم خدمات الرعاية الصحية؛

4. نسبة فحوصات طب النساء والتوليد من إجمالي الفحوصات: هي نسبة عدد الفحوصات

والتشخيصات التي تتم في قسم النساء والتوليد إلى إجمالي عدد الفحوصات الطبية التي تُجرى

في جميع المراكز الاستشفائية للولاية. يدلُّ هذا المؤشر على حجم النشاط الخاص بالصحة

الإنجابية داخل المستشفى مقارنة بالتخصّصات الأخرى، ويعكس مدى التركيز على هذا المجال؛

5. نسبة المراكز المخصّصة للنساء من إجمالي المراكز: يشير إلى عدد المراكز المتخصّصة

بشكل كامل في الأمومة والطفولة إلى إجمالي عدد المراكز الاستشفائية في الولاية. يعكس هذا

المؤشر مستوى التخصّص وتوفّر البنية التحتية الموجهة تحديداً لخدمات الصحة الإنجابية؛

6. نسبة أطباء النساء والتوليد من إجمالي الأطباء المتخصّصين: يمثّل عدد الأطباء المتخصّصين

في أمراض النساء والتوليد إلى العدد الإجمالي للأطباء المتخصّصين المتواجدين في الولاية.

يعبّر هذا المؤشر على مدى توفّر الإطارات الطبية المتخصّصة في هذا المجال، ومدى قدرة

المستشفى على توفير الرعاية المتخصّصة في الصحة الإنجابية؛

7. عدد أجهزة التصوير الطبي لكلّ مركز استشفائي: يشير إلى متوسط عدد أجهزة التصوير الطبيّ

المتوفّرة في المراكز الاستشفائية العموميّة التابعة للولاية، وتشمل (جهاز الماسح الضوئي

بالموجات فوق الصوتية، أجهزة الأشعة السينية الثابتة والمحمولة، جهاز الماسح الضوئي، جهاز

الرنين المغناطيسي)، يعكس هذا المؤشر مدى استخدام التكنولوجيا التشخيصية الحديثة التي

تدعم فعالية وجودة الرعاية الصحية بشكل عام، بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية التي

تتطلب غالباً فحوصات تصويرية.

2.1.4.6. طريقة وإجراءات تطبيق النموذج:

سوف نعتمد في هذه الدراسة على التحليل التجريبي وكذا التحليل الوصفي من أجل إيجاد العلاقة بين المتغير التابع وكذا المتغيرات المستقلة، وذلك باستخدام نموذج الانحدار الخطي المتعدد الذي سيبين لنا طبيعة الأثر إن كان سلبيا أو إيجابيا، وفي نفس الوقت إبراز حجم هذا الأثر على درجة الكفاءة في الجزائر.

1.2.1.4.6. التعريف بأنموذج الانحدار الخطي المتعدد:

يعرف النموذج بأنه إطار مرجعي شامل، يهدف إلى وصف ظاهرة معينة أو شيء محدد بشكل دقيق، أو يقدم كمنهج مقترح للبحث. وهو تمثيل مبسط ولكنه قريب من الواقع، مصمم لتفسير الظواهر وتحقيق الأهداف المحددة التي بني لأجلها.¹

يعتمد نموذج الانحدار المتعدد على فكرة العلاقات الدالية، حيث يستخدم مخطط التشتت (Scatter Diagram) لإنشاء معادلة خطية تربط بين متغير تابع متغيرات عدة مستقلة (تنبؤية). تبنى دراسة العلاقة بين الظواهر على تكوين أزواج من المشاهدات الكمية للظاهرتين، فإذا كان الارتباط تاماً، تقع النقاط على خط مستقيم، أو تنحرف عنه قليلاً أو كثيراً حسب قوة الارتباط. بشكل عام، إذا وجدت علاقة بين الظاهرتين، تنتشر النقاط بانتظام وفقاً لنوع العلاقة (عكسية أو طردية). كما يعرف الخط الذي تنتشر حوله النقاط بانتظام بخط الانتشار، ويكون الارتباط قوياً إذا كان تشتت النقاط حوله صغيراً، وضعيفاً إذا كان التشتت كبيراً. وبذلك، يصور خط الانتشار نوع العلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة ويصفها كعلاقة دالية.²

¹ رجاء وحيد دويدري: "البحث العلمي: أساسياته النظرية وممارسته العملية". دمشق: دار الفكر. 2000، ص 288.
² صلاح أحمد مراد: "الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية". القاهرة: الأنجلو المصرية. 2000، ص 424.

تتيح النماذج الدالية تحديد معاملات الانحدار للعلاقة بين المتغيرات المستقلة والتابعة. كما تسمح بتقدير مدى الارتباط الكلي بين المتغير التابع ومجموعة المتغيرات المستقلة، أي تحديد مقدار تفسير المتغيرات المستقلة لقيمة المتغير التابع. بالإضافة إلى ذلك، تُقدر هذه النماذج نسبة إسهام كل متغير مستقل على حدة في اختلاف المتغير التابع ضمن عينة الدراسة. وتُعرف هذه النماذج بطرائق التحليل متعدد المتغيرات.

يتضمن أنموذج الانحدار المتعدد عدد من المتغيرات من بينها قد يكون هناك تابع واحد والعديد من المتغيرات المستقلة، بحيث تكون صياغته على شكل معادلة رياضية كما يلي:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + u_i$$

أمّا بخصوص الفروض الأساسية لهذا الأنموذج للحصول على الأنموذج المقدر فهي كالتالي¹:

- ✓ التوزيع الطبيعي للأخطاء: يفترض أن تكون البواقي (U_i) موزعة توزيعاً طبيعياً بمتوسط صفر (0) وتباين ثابت (1). هذه الفرضية ضرورية لصحة الاختبارات الإحصائية وفي تقييم معنوية المعلومات والأنموذج ككل؛

- ✓ المقدرات غير متحيزة (متوسط الخطأ صفر): يفترض أن تكون توقّعات الأخطاء (البواقي) صفرية $E(U_i)=0$ هذا يعني أنّ الأنموذج خالٍ من الخطأ المنهجي في التقدير، وبالتالي فإنّ المقدرات المتحصّل عليها غير متحيزة؛

- ✓ ثبات التباين (Homoscedasticity): يفترض أن يكون تباين الأخطاء ثابتاً عند جميع مستويات المتغيرات المستقلة، أي $Var(U_i)=\sigma^2$ حيث σ^2 قيمة ثابتة، يؤدي عدم ثبات التباين إلى تقديرات غير كفؤة، رغم أنّها قد تبقى غير متحيزة؛

¹ المصدر نفسه، ص 448.

✓ عدم وجود ارتباط ذاتي **Autocorrelation**: يفترض ألا يكون هناك ارتباط بين الأخطاء

لملاحظات مختلفة، أي $Cov(U_i, U_j) = 0$ عند $i \neq j$ ، بحيث وجود الارتباط الذاتي يؤثر سلباً

على كفاءة تقديرات المعلمات وعلى صحة الاختبارات الإحصائية؛

✓ المتغيرات المستقلة غير العشوائية (أو مستقلة عن الأخطاء): يفترض أن تكون المتغيرات

المستقلة ثابتة في المعايين المتكررة (في سياق البيانات المقطعية)، أو أنه لا يوجد ارتباط بين

المتغيرات المستقلة والأخطاء، مما يضمن عدم تحيز المقدرات؛

✓ عدد المشاهدات أكبر من عدد المتغيرات التفسيرية: يجب أن يكون عدد الملاحظات (n) أكبر

من عدد المتغيرات المستقلة (k) في النموذج ($n > k$)، مما يضمن وجود درجات كافية من

الحرية، ويزيد من دقة تقديرات المعلمات ويقلل من تباينها؛

✓ غياب الارتباط الخطي المتعدد (**Multicollinearity**): يفترض ألا يكون هناك ارتباط خطي

تام أو شبه تام بين المتغيرات المستقلة (المفسرة)، بحيث أن وجود الارتباط الخطي المتعدد يؤدي

إلى تباينات مرتفعة للمقدرات وصعوبة في تفسير التأثير الفردي لكل متغير مستقل.

2.2.1.4.6. خطوات تطبيق النموذج:

من أجل دراسة أثر هذه المتغيرات المستقلة على معدل الكفاءة المحسوب، تم الاعتماد على

نموذج الانحدار الخطي المتعدد حيث يتم تمثيل العلاقة العامة بين المتغيرات كالتالي:

$$Y_t = \beta_0 + \beta_1 X_t + \beta_2 X_t + \beta_3 TX_t + \beta_4 X_t + \beta_5 X_t + \beta_6 X_t + \varepsilon_t$$

حيث يمثل كل من:

• Y_t : المتغير التابع؛

• β_0 : الحد الثابت؛

• $\beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5, \beta_6$: معاملات النموذج التي تظهر لنا تأثير المتغيرات المستقلة؛

• ε_t : حدّ الخطأ العشوائي والذي يمثّل كل التّأثيرات الأخرى التي يمكن أن تؤثر في المتغيرات

التّابعة وغير مدرجة ضمن الأنموذج كمتغيرات مستقلة.

وعليه ومن أجل بناء أنموذج يحقق أهداف هذه الدراسة بكفاءة ويقدم نتائج إيجابية قابلة

للاعتد، سنتبع ثلاث (03) خطوات رئيسية:

✓ **الخطوة الأولى:** تقدير الأنموذج بتطبيق طريقة المربعات الصغرى (OLS)؛

✓ **الخطوة الثانية:** إجراء التحليل الإحصائي لنتائج التقدير من خلال دراسة كل من المعنوية الكلية

للنموذج، معنوية معالم الأنموذج، ومعامل التحديد (R^2)؛

✓ **الخطوة الثالثة:** التأكد من صلاحية الأنموذج باستخدام اختبارات عدّة والمتمثلة في:

- اختبار الارتباط بين المتغيرات المستقلة (multicoléarité)؛

- اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء؛

- اختبار ثبات التباين (Homoscedasticity)؛

- اختبار التوزيع الطبيعي للأخطاء.

2.4.6. تقدير الأنموذج والتحليل الإحصائي للنتائج:

1.2.4.6. تقدير الأنموذج:

سوف نقوم بتقدير الأنموذج المتعلق بأثر المتغيرات المستقلة على متغير مؤشر الكفاءة كما

هو مبين في الصيغة الرياضية التالية:

$$\begin{aligned} \text{Taux_efficacité}_t = & \beta_0 + \beta_1 \text{ratio de consultation gyneco}_t + \beta_2 \text{coefficient de rotation}_t \\ & + \beta_3 \text{ratio de centre gyneco}_t + \beta_4 \text{ratio de lit acouchement}_t \\ & + \beta_5 \text{ratio de medcin gyneco}_t + \beta_6 \text{nbr de scanner par centre}_t + \varepsilon_t \end{aligned}$$

من خلال تقدير الأنموذج باستخدام طريقة المربعات الصغرى (OLS)، بالاعتماد على برنامج

Eviews.10، تحصلنا على الشكل (3.6) الموضّح أدناه.

Dependent Variable: TAUX_EFICACITE				
Method: Least Squares				
Date: 06/04/25 Time: 19:46				
Sample: 1 48				
Included observations: 48				
Variable	Coefficient	Std. Error	t-Statistic	Prob.
RATIO_DE_CONSULTATION_GYNECO	-24.95040	5.133182	-4.860610	0.0000
COEFFICIENT_DE_ROTATION	0.324047	0.134804	2.403840	0.0208
RATIO_DE_CENTRE_GYNECO	0.744869	0.430250	1.731248	0.0909
RATIO_DE_LIT_ACOUCHEMENT	2.521248	1.155611	2.181745	0.0349
RATIO_DES_MEDCIN_GYNECO	1.026941	1.225742	0.837811	0.4070
NOMBRE_DE_SCANER_PAR_CENTRE	10.36075	5.858628	1.768460	0.0844
C	11.42140	30.05880	0.379969	0.7059
R-squared	0.404804	Mean dependent var	57.25625	
Adjusted R-squared	0.317703	S.D. dependent var	30.50258	
S.E. of regression	25.19552	Akaike info criterion	9.425247	
Sum squared resid	26027.39	Schwarz criterion	9.698131	
Log likelihood	-219.2059	Hannan-Quinn criter.	9.528371	
F-statistic	4.647487	Durbin-Watson stat	2.291185	
Prob(F-statistic)	0.001091			

الشكل (3.6): تقدير الأنموذج بطريقة المربعات الصغرى (OLS)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews.V12

2.2.4.6. التحليل الإحصائي لنتائج التقدير:

• دراسة المعنوية الكلية للأنموذج:

تشير المعنوية الكلية للأنموذج المدروس إلى مدى ملاءمة الأنموذج لتفسير المتغير التابع

استناداً إلى المتغيرات المستقلة المستخدمة، بحيث يتم دراستها باستخدام اختبار 'فيشر - Fisher

'Test"، والذي يقيس ما إذا كانت مجموعة المتغيرات المستقلة ككل، تؤثر على المتغير التابع بشكل

معنوي.

نقوم بتوظيف هذا الاختبار من خلال صياغة الفرضيتين التاليتين:

$$\begin{cases} \mathbf{H0}: \beta_1, \beta_2, \beta_3, \beta_4, \beta_5, \beta_6 = 0 \\ \mathbf{H1}: \exists \beta_1 \vee \beta_2 \vee \beta_3 \vee \beta_4 \vee \beta_5 \vee \beta_6 \neq 0 \end{cases}$$

تعني الفرضية الصفرية أن جميع معاملات الانحدار ($\beta_1, \beta_2 \dots \beta_6$) تساوي الصفر، مما يعني أن المتغيرات المستقلة لا تؤثر معنويًا على المتغير التابع، في حين أن الفرضية البديلة (H_1) تشير إلى وجود على الأقل أحد هذه المعاملات لا يساوي الصفر، مما يعني وجود تأثير معنوي.

بحيث إذا كانت قيمة F المحسوبة ($p\text{-value}$) $0.05 >$ نرفض الفرضية الصفرية ونعتبر أن النموذج معنوي إحصائيًا. إذا كانت عكس ذلك أي ($p\text{-value}$) $0.05 <$ لا يمكن رفض الفرضية الصفرية، مما يعني أن النموذج غير معنوي كليًا.

وعليه، ومن خلال النتائج المبينة في الشكل (3.6) نلاحظ أن قيمة F المحسوبة ($p\text{-value}$) تساوي 0.001091 وهي أقل تمامًا من 0.05 مما يدل على أن النموذج معنوي إحصائيًا ودال إحصائيًا، وأن المتغيرات المفسرة مجتمعة لها تأثير معنوي على المتغير التابع.

• دراسة معنوية معالم النموذج:

بعد أن تعرّفنا على معنوية النموذج ككل، نقوم الآن بدراسة معنوية معالمه، أي تقييم مدى تأثير كل متغير مستقل على المتغير التابع داخل النموذج الإحصائي. يتم ذلك باستخدام اختبار المعنوية الفردية لكل معلمة (معامل انحدار) من خلال إجراء الاختبار التثائي "ستيودنت Student's T-Test"، مع تقدير دلالة هذا التأثير بناءً على مستوى الأهمية (Significance Level). وذلك بصياغة الفرضيتين التاليتين:

$$\begin{cases} H_0: \beta_i = 0 \\ H_1: \beta_i \neq 0 \end{cases} \quad (i = 1 \dots 6)$$

تشير الفرضية الصفرية (H_0) أنه إذا كان معامل الانحدار (β_i) يساوي الصفر، مما يدل على أن المتغير المستقل X_i ليس له تأثير معنوي على المتغير التابع، في حين أن الفرضية البديلة (H_1) تشير عكس ذلك، أي إذا كان معامل الانحدار (β_i) لا يساوي الصفر، فإنه يوجد تأثير معنوي.

يتمّ التّحقّق من هاتين الفرضيتين من خلال قراءة قيمة (P-value) لاختبار ستودنت، فإذا كانت أقل من مستوى الدلالة (0.05) نرفض الفرضية الصّفرية ونعتبر أنّ المتغيّر X_i له تأثير معنوي، وإذا ثبت عكس ذلك، لا نرفض الفرضية الصّفرية، ونقول بأنّ المتغيّر X_i ليس له تأثير معنوي. ومن خلال الجدول (10.6) المبيّن أدناه، نلخّص نتائج هذا الاختبار

الجدول (10.6): نتائج معنوية معالم الأنموذج "اختبار ستودنت Student's T-Test"

الرقم	المتغيّر	قيمة (p-value)	معنويّة المتغيّر
01	الأسرة المخصّصة للتّوليد	0,0349	معنوي عند 5%
02	معدّل التدوير	0,0208	معنوي عند 5%
03	فحوصات طبّ النساء والتّوليد	0,0000	معنوي عند 5%
04	المراكز المخصّصة للأمومة	0,0909	معنوي عند 10%
05	أطبّاء النساء التّوليد	0,4070	غير معنوي
06	أجهزة التّصوير الطّبي	0,0844	معنوي عند 10%
	الثّابت	0,7059	غير معنوي

المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews.V12

نلاحظ من خلال هذا الجدول أنّ كلّ المتغيّرات المستقلّة كانت معنويّة سواء درجة 5% أو عند 10%، كون أنّ احتماليّة اختبار ستودنت (T-statistic) كانت أقل من 0,05 و 0,1 حيث تمّ رفض الفرضية الصّفرية وقبول الفرضية البديلة، وبالتالي فإنّ هذه المتغيّرات لها أثر معنوي على مؤشر الكفاءة ماعدا المتغيّر الممثل لنسبة أطبّاء النساء التّوليد من إجمالي الأطبّاء المتخصّصين الذي لم يكن معنويًا، حيث بلغت قيمته 0,4070. كما أنّ الحد الثّابت ليس دالاً إحصائياً (القيمة المحسوبة $0.7059 > 0.05$)، وهذا يعني أنّ القيمة المتوقّعة للمتغيّر التّابع ليست دالّة إحصائياً عند غياب تأثير المتغيّرات المفسّرة.

• معامل التّحديد (R^2):

نقوم باستخدام هذا المقياس الإحصائي في تقييم مدى جودة الأنموذج الإحصائي في تفسير التّغيرات في المتغير التابع بناءً على المتغيرات المستقلة. كما يعبر عن النسبة المئوية للتباين الكلي في المتغير التابع التي يمكن تفسيرها بواسطة الأنموذج.

من خلال الشكل (3.6)، بلغت قيمة (R^2) للأنموذج المقدّر بـ 0.4 وهي نسبة مقبولة نوعاً ما، وعليه نقول بأنّ الأنموذج قادر على تفسير حوالي 40% من التباين في مؤشر الكفاءة، وبالتالي فإنّ الأنموذج ذو جودة مقبولة ويفسر جزءاً متوسطاً لتغيرات المتغير التابع بالنسبة للمتغيرات المستقلة.

3.2.4.6. دراسة صلاحية الأنموذج:

إنّ دراسة فرضيات أنموذج الانحدار الخطّي المتعدّد مهمّة لضمان صحّة وموثوقيّة الأنموذج الإحصائي، حيث تعتمد هذه الفرضيات على خصائص البواقي (Residuals) التي تمثّل الفرق بين القيم الحقيقية والقيم المقدّرة. وعليه قمنا بإجراء أساليب عدّة صلاحية هذا الأنموذج، بالإضافة إلى اختبار درجة الارتباط بين المتغيرات المستقلة:

• اختبار الارتباط بين المتغيرات المستقلة (multicolnearité):

بالاعتماد على مخرجات البرنامج قمنا باستخلاص جملة الارتباطات بين المتغيرات المستقلة والمبيّنة في الجدول (11.6) المبيّن أدناه.

الجدول (11.6): مصفوفة الارتباط للمتغيرات المستقلة

المتغيرات	المتغير 01	المتغير 02	المتغير 03	المتغير 04	المتغير 05	المتغير 06
المتغير 01	1,000	-0,029	-0,049	0,535	-0,402	0,055
المتغير 02	-0,029	1,000	0,134	-0,048	-0,292	-0,171
المتغير 03	-0,049	0,134	1,000	0,239	-0,027	0,444
المتغير 04	0,535	-0,048	0,239	1,000	0,069	0,252
المتغير 05	-0,402	-0,292	-0,027	0,069	1,000	-0,008
المتغير 06	0,055	-0,171	0,444	0,252	-0,008	1,000

المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews.V12

نلاحظ من خلال الجدول أنّ هناك ارتباطاً ضعيفاً بين جميع المتغيرات المستقلة وبالتالي فإنّ احتمال وجود ارتباط خطّي بين المتغيرات المستقلة مستبعدة، وللتأكد من ذلك نستعين باختبار التباين المتضخم (VIF)، والذي يساعد في تقييم مقدار التباين في كل متغير مستقلّ الذي يمكن تفسيره بواسطة المتغيرات الأخرى، ويتمّ حسابه باستخدام الصيغة التالية: $VIF = 1 / (1 - R^2)$ ومن خلال حساب هذا الاختبار، خلصت النتائج في الشكل (4.6) المبيّن أدناه.

Variance Inflation Factors			
Date: 06/04/25 Time: 21:17			
Sample: 1 48			
Included observations: 48			
Variable	Coefficient Variance	Uncentered VIF	Centered VIF
COEFFICIENT_DE_...	0.018172	11.78544	2.146630
NOMBRE_DE_SCA...	34.32352	16.28797	1.234591
RATIO_DE_CENTR...	0.185115	11.00597	1.415143
RATIO_DE_CONSU...	26.34956	16.50950	1.913386
RATIO_DE_LIT_AC...	1.335436	21.91408	1.611942
RATIO_DES_MEDC...	1.502443	5.293402	1.381854
C	903.5314	68.31841	NA

الشكل (4.6): اختبار التباين المتضخم (VIF)

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews.V12

من خلال ملاحظتنا لنتائج هذا الاختبار تبين تأكيد النتائج السابقة باستبعاد وجود ارتباط

خطّي بين المتغيرات المستقلة، حيث تشير قيمة $VIF_Cenered$ لكل المتغيرات أقل من (05)

وبالتالي لا يوجد ارتباط خطّي بين هذه المتغيرات.

• دراسة الارتباط الذاتي للأخطاء:

الارتباط الذاتي للأخطاء في أنموذج الانحدار ويشير إلى حالة يكون فيها أخطاء الأنموذج (البواقي)

متراطة عبر الملاحظات، وهي مشكلة شائعة خاصّة في بيانات السلاسل الزمنية. إذا كان هناك

ارتباط ذاتي، فإن الافتراضات الأساسية لأنموذج الانحدار الخطي (OLS) قد تكون منتهكة، ممّا يجعل التقديرات غير فعّالة وربما متحيّزة.

ولإجراء هذا التحليل قمنا بإجراء اختبار "بروش-غودفري **Breusch-Godfrey Test**"، الذي يختبر إمكانية وجود ارتباط ذاتي من درجات متعدّدة (أكثر من الدرجة الأولى)، باستخدام اختبار كاف تربيع χ^2 لتحديد ما إذا كانت القيم المتأخّرة للبواقي معنوية وذلك بصياغة الفرضيتين التّاليتين:

$$\left. \begin{array}{l} H_0: \text{لا توجد علاقة بين أخطاء الأنموذج، وهي مستقلة.} \\ H_1: \text{توجد علاقة بين أخطاء الأنموذج، ممّا يشير إلى ارتباط ذاتي.} \end{array} \right\}$$

فإذا كانت القيمة الاحتمالية P-value لاختبار χ^2 أقلّ من مستوى الدلالة (0.05) نرفض الفرضية الصّفرية H_0 ، ونقول بأنّه يوجد ارتباط ذاتي للأخطاء.

ومن خلال تطبيق هذا الاختبار، خلصت النّتائج في الشّكل (5.6) المبيّن أدناه.

Breusch-Godfrey Serial Correlation LM Test:			
Null hypothesis: No serial correlation at up to 2 lags			
F-statistic	0.661320	Prob. F(2,39)	0.5219
Obs*R-squared	1.574468	Prob. Chi-Square(2)	0.4551

الشّكل (5.6): نتائج اختبار الارتباط الذاتي للأخطاء "Breusch-Godfrey Test"

المصدر: من إعداد الطّالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews.V12

نلاحظ من خلال الشّكل أنّ قيمة P-value لاختبار χ^2 بلغت 0.4551 وهي قيمة أكبر من مستوى الدلالة 0.05 وبالتالي نقبل الفرضية الصّفرية H_0 التي تشير بعدم وجود علاقة ارتباط ذاتي بين أخطاء الأنموذج، ونقول بأنّ تطبيقنا لأنموذج الانحدار الخطي بطريقة (OLS) صحيحة، ممّا يؤكّد لنا فعّالة نتائج التقديرات ودون تحيز.

• دراسة ثبات التباين (Homoscedasticity):

تهدف دراسة ثبات التباين إلى التَّحَقُّق مِمَّا إذا كانت الأخطاء في الأنموذج الإحصائي لديها تباين ثابت، بحيث إذا ثبت عكس ذلك، فإنَّ النَّتَائِج المستخلصة من التَّحْلِيل قد تكون غير موثوقة، ويتعيَّن اتِّخَاذ إجراءات تصحيحة. كما يؤدي عدم ثبات التباين إلى عدم كفاءة المقدرات، ممَّا يعني أنَّ هناك مقدرات أخرى يمكن أن توفر تقديرات أكثر دقة للمعاملات الحقيقية.

ومن أجل دراسة ثبات التباين قمنا بتطبيق اختبار "بروش باغان Breusch-Pagan" الذي يختبر ما إذا كان التباين يتغير تبعاً للمتغيرات المستقلة، وذلك من خلال صياغة الفرضيتين التاليتين:

$$\begin{cases} H_0: \text{Var}(\epsilon_i) = \sigma^2 \\ H_1: \text{Var}(\epsilon_i) \neq \sigma^2 \end{cases} \quad (i = 1 \dots 6)$$

أي أنَّ الفرضية الصفرية تعني تباين البواقي ثابت بالنسبة لجميع المتغيرات، في حين أنَّ الفرضية البديلة تثبت عكس ذلك، بحيث إذا كانت القيمة الاحتمالية (p-value) صغيرة (عادة أقل من 0.05)، يتم رفض الفرضية الصفرية.

ومن خلال تطبيق هذا الاختبار، خلُصت النَّتَائِج في الشَّكْل (6.6) المبين أدناه.

Heteroskedasticity Test: Breusch-Pagan-Godfrey			
Null hypothesis: Homoskedasticity			
F-statistic	2.026594	Prob. F(6,41)	0.0839
Obs*R-squared	10.97938	Prob. Chi-Square(6)	0.0890
Scaled explained SS	5.039066	Prob. Chi-Square(6)	0.5388

الشَّكْل (6.6): نتائج اختبار Breusch-Pagan لثبات تباين الأخطاء

المصدر: من أعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews.V12

نلاحظ من خلال الشَّكْل (6.6) أنَّ قيمة P-value لاختبار Breusch-Pagan تبلغ

0.5388 وهي أكبر من 0.05 وبالتالي نقبل الفرضية الصفرية H_0 ، وعليه نقول بأنَّ تباين الأخطاء

ثابت عبر كل قيمة (i).

• دراسة التوزيع الطبيعي للأخطاء :

تعتمد العديد من نماذج الانحدار الخطي على افتراض أن الأخطاء تتوزع بشكل طبيعي بمتوسط حسابي يساوي الصفر $E(\epsilon_i) = 0$ وتباين ثابت $Var(\epsilon_i) = 0$ ، وإذا لم يتحقق هذا الافتراض، قد تصبح تقديرات المعلمات غير فعالة وبالتالي فإن اختبارات الفرضيات غير موثوقة، مما يؤدي إلى استنتاجات خاطئة حول الأهمية الإحصائية للمتغيرات.

ومن بين أهم هذه الاختبارات نجد اختبار "جارك - بيرا **Jarque-Bera Test**"، وهو اختبار إحصائي يستخدم لفحص اعتدالية توزيع الأخطاء (التوزيع الطبيعي) في أنموذج الانحدار. كما يعتمد هذا الاختبار على مقياسين رئيسيين وهما:

- **الالتواء (Skewness):** بحيث يقيس عدم تناظر التوزيع، فإذا كان التوزيع طبيعيًا، يجب أن

يكون الالتواء قريبًا من الصفر (توزيع متماثل)؛

- **التفطح (Kurtosis):** يقيس "ذروة" أو "تسطح" التوزيع ووجود الذيل، فبالنسبة للتوزيع الطبيعي،

فإذا كانت قيمته أعلى من (03) تشير إلى توزيعات أكثر تركيزًا حول المتوسط ولها "ذيول

سميكة (leptokurtic)"، بينما القيم الأقل من (03) تشير إلى توزيعات "مسطحة" وذات ذيول

خفيفة (platykurtic).

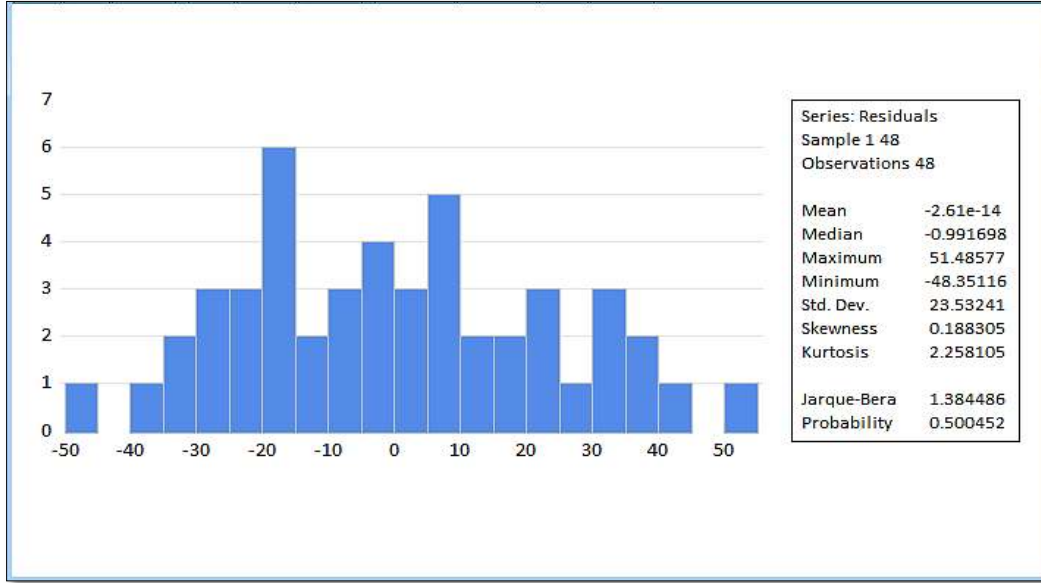
نقوم بتطبيق هذا الاختبار بصياغة الفرضيتين التاليتين:

$$\left. \begin{array}{l} H_0: \text{الأخطاء موزعة طبيعيًا.} \\ H_1: \text{الأخطاء لا تتبع التوزيع الطبيعي} \end{array} \right\}$$

بحيث إذا كانت القيمة الاحتمالية p-value أقل من مستوى الدلالة المحدد 0.05، فإننا

نرفض الفرضية الصفرية H_0 ، ونستنتج أن الأخطاء لا تتبع التوزيع الطبيعي. ومن خلال تطبيق هذا

الاختبار خلصت النتائج كما هو مبين في الشكل (7.6).



الشكل (7.6): نتائج اختبار التوزيع الطبيعي للبواقي "اختبار Jarque-Bera"

المصدر: من إعداد الطالب بالاعتماد على مخرجات برنامج Eviews.V10

نلاحظ من خلال الشكل أن قيمة P-value لاختبار (Jarque-Bera Test) تبلغ 0.5004

وهي قيمة أكبر من 0.05 و بالتالي نقبل الفرضية الصفرية H_0 ونقول أن الأخطاء تتبع التوزيع الطبيعي. كما تقدر قيمة الالتواء 0.188 وهي قيمة تقترب من الصفر تشير إلى أن توزيع البواقي شبه متماثل، مع انحراف طفيف جداً نحو اليمين. أما قيمة التفلطح فقد بلغت 2.258 وهي قيمة قريبة من 3، تشير إلى أن التوزيع ليس حاداً جداً ولا مسطحاً جداً، وهو أقرب بكثير إلى التوزيع الطبيعي. وبناءً على النتائج الجيدة لهذا الاختبار خاصة قيمة P-value المرتفعة، وشكل التوزيع (الالتواء والتفلطح قريبان من قيم التوزيع الطبيعي)، والشكل العام للمدرج التكراري، يمكننا أن نستنتج أن البواقي في هذا النموذج تتوزع بشكل طبيعي أو قريب جداً من الطبيعي.

بناءً على النتائج الإيجابية لمختلف الاختبارات التي أجريت لتقييم صلاحية النموذج، نستنتج

أن النموذج المقدر ذو جودة إحصائية وخالي من المشاكل الإحصائية الجوهرية. ممّا يجعله نموذجاً قوياً وموثوقاً، يمكن اعتماده لدراسة وتحليل مدى تأثير المتغيرات المتعلقة بخدمات الرعاية الصحية

الإنجابية المقدّمة في أقسام النساء والتّوليد بالمراكز الاستشفائية الموزّعة عبر ولايات الوطن على معدّل كفاءة هذه المراكز. ويتمثّل الأنموذج المقدّر في العبارة التّالية:

$$\hat{Y}_t = 11,421 - 24,95X_1 + 0,324X_2 + 0,744X_3 + 2,521X_4 + 1,026X_5 + 10,36X_6$$

3.4.6. تفسير نتائج الأنموذج:

❖ نسبة فحوصات طبّ النساء والتّوليد من إجمالي الفحوصات: إنّ تأثير هذا المتغيّر على مؤشّر الكفاءة الإجمالي للمراكز الاستشفائية عبر الوطن كان مهماً ولكن سلبياً، حيث أنّ الزيادة في هذا الأخير بنسبة (1%) يتولّد عنه تراجعاً في مؤشّر الكفاءة بنسبة معتبرة تقدّر بـ (-24,95%).

هذا التأثير السّلبى الكبير والمفاجئ يستدعي التّفكير في الأسباب المحتملة عند الرّفح من عدد الفحوصات في قسم النساء والتّوليد تنجم عنه انخفاضاً كبيراً في الكفاءة بطريقة سلبية، والذي قد يشير إلى محدودية الموارد البشريّة والماديّة (الأطباء المتخصّصين، القابلات، المعدّات، غرف الفحص) وهذا ما تمّ إثباته في الفصل المخصّص بالتّباينات المكانية، حيث يؤدّي الرّفح من عدد الفحوصات يؤدّي ذلك إلى إرهاق الإطار الطّبيّ ممّا يقلّل من إنتاجيتهم وكفاءتهم، تدهور جودة الخدمة بسبب ضيق الوقت المخصّص لكل فحص وزيادة أوقات الانتظار.

كما أنّ تخصيص غير الفعّال للموارد بتوجيه الكثير من الموارد إلى فحوصات النساء والتّوليد على حساب مجالات أخرى مهمّة في المركز الاستشفائية، ممّا يؤثّر على الكفاءة الكلّية للمركز، ومن جهة أخرى فإنّ الزيادة في نسبة هذه الفحوصات يؤدّي إلى ارتفاع معدّل الحالات المعقّدة أو التي تتطلّب وقتاً طويلاً أو بروز حجم الفحوصات الرّوتينيّة غير الضّرورية ممّا ينهك الطّاقم الطّبيّ ويستنزف الموارد المحدودة دون أن تُسهم بشكل فعّال في تحسين الصّحة أو الكفاءة الكلّية.

❖ نسبة الأسرة المخصّصة للتّوليد من إجمالي الأسرة: إنّ زيادة هذا المتغيّر بنسبة 1% في المتوسّط (أي إذا زادت نسبة الأسرة المخصّصة للتّوليد في المراكز الاستشفائية عبر الولايات بنقطة

مئوية واحدة في المتوسط) يؤدي إلى زيادة إيجابية في مؤشر الكفاءة الإجمالي في الجزائر بنسبة 2.52%. هذه العلاقة القوية تشير إلى أن الاستثمار في هذا الجانب من الرعاية الصحية الإيجابية له مردود كبير على الأداء العام للمنظومة الصحية.

حيث أن تخصيص نسبة أكبر من أسرة المستشفيات لقسم التوليد له عائد إيجابي مباشر على كفاءة الخدمات الصحية بشكل عام مما يسمح باستيعاب الحالات، وتقليل أوقات الانتظار، وتحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الإيجابية للأمهات الجدد ويقلل الضغط على الأقسام الأخرى في المستشفى. كما أن توفير بيئة ملائمة (عدد كافٍ من الأسرة) يسمح بتقديم رعاية أفضل للأمهات ومتابعة صحة المواليد، ويسهم ذلك في تقليل المضاعفات المفاجئة والمستعجلة وتحسين النتائج الصحية، مما يعزز الكفاءة العامة لهذه المراكز؛

❖ **معدل التدوير:** معدل التدوير يؤثر بشكل إيجابي ولكن ضعيف نوعا ما على معدل الكفاءة، حيث أن زيادة هذا الأخير بنسبة واحدة ينجم عنه تحسن في معدل الكفاءة بنسبة 0,32 في المائة. يعني أن هذا المؤشر يمثل عامل يسهم في تحسين الكفاءة، حيث كلما ارتفع معدل التدوير، دل ذلك على استغلال أفضل للأسرة المتاحة وربما كفاءة أعلى في إدارة تدفق المرضى وتقديم الخدمات، ولكن تأثيره هامشي إلى حد ما مقارنة بعوامل أخرى محتملة قد تلعب دورا أكبر في تحديد مستوى الكفاءة الإجمالي؛

❖ **نسبة المراكز المخصصة للنساء من إجمالي المراكز:** إن تحسن في نسبة المراكز المخصصة للنساء والتوليد يمكن أن يسهم بشكل معنوي في تحسين معدل الكفاءة لا تتعدى 0,75%. تشير هذه النتيجة إلى أن الاستثمار في توفير مراكز مخصصة للنساء والتوليد له تأثير إيجابي ومثبت إحصائياً ويسهم في تحسين الكفاءة، لكنه ليس الحل الوحيد أو الأكثر فعالية لتحقيق قفزات كبيرة

في الأداء الكلي للمراكز الاستشفائية، يعود ذلك إلى عاملين رئيسيين تمّ رصدتهما من خلال الفصل المتعلق بدراسة التباينات المكانية وهما:

- **التّركز الجغرافي للمراكز الاستشفائية الحالية:** حيث تمّ رصد تركز المراكز الاستشفائية المخصّصة للأمومة والطّفولة في المدن الكبرى، ممّا يؤدّي إلى تركّز مؤشّر الكفاءة في الولايات الكبرى على حساب الولايات الأخرى، مسببًا تباينًا في نتائج تأثير هذا المؤشّر؛
- **التّحدي المالي للتّوسع في إنجاز المراكز الجديدة:** يتطلّب التّوسع والرّفّع من إنجاز مراكز جديدة في جميع الولايات، توفير ميزانية ضخمة تفوق القدرة الماليّة للدولة ولا يمكن حشدها على المدى المتوسّط.

لذلك، فإنّ النهج الأمثل لتحقيق تحسينات جوهرية ومستدامة في الكفاءة على نطاق وطني، وبطريقة تراعي القيود الماليّة، يتمثّل الاستثمار في تعزيز وتطوير البنية التحتيّة والقدرات البشرية للأقسام القائمة لخدمات النّساء والتّوليد ضمن المراكز الاستشفائية المنتشرة في جميع أنحاء الوطن، حيث يسهم هذا التّوجّه بفعاليّة في تقليل الفوارق في كفاءة هذه المراكز بين الولايات.

❖ **نسبة أطباء النّساء التّوليد من إجمالي الأطباء المتخصّصين:** بالنسبة لهذا المتغيّر فقد وجدنا أنّه غير معنوي إحصائيًا، وبالتالي أثر هذا الأخير على معدّل الكفاءة غير معنوي، على عكس المتغيّرات الأخرى التي قد تكون ذات تأثير معنوي، فإنّ مجرد زيادة أو نقصان نسبة أطباء النّساء والتّوليد ضمن مجموع الأطباء المتخصّصين لا يحدث فرقًا إحصائيًا مهمًا في كفاءة المراكز. هذا لا يعني بالضرورة أنّ وجود أطباء النّساء والتّوليد ليس مهمًا لتقديم الخدمات الصحيّة، بل يعني أنّ نسبتهم المئويّة ضمن إجمالي الأطباء المتخصّصين ليست هي العامل المحدّد لكفاءة المركز ككل، قد تكون جودة هؤلاء الأطباء (تدريبهم، خبرتهم، تخصّصاتهم الفرعيّة)، أو توزيع مهامهم داخل الأقسام، أو دعمهم بالمعدّات والتّكنولوجيا.

ومن جهة أخرى، تلعب كفاءة توزيع هؤلاء الأطباء بين الولايات والمراكز دورًا حاسمًا في تحقيق التوازن في جودة الرعاية. فعلى سبيل المثال، يبلغ مؤشر تغطية أطباء النساء والتوليد في ولاية المسيلة 3122 ولادة لكل طبيب سنويًا، بينما تنخفض هذه النسبة بشكل ملحوظ في ولايتي تندوف والجزائر العاصمة لتسجل (240 و 388 ولادة) لكل طبيب سنويًا على التوالي. هذا التباين يسلط الضوء على أهمية التوزيع المتوازن للمتخصصين لضمان كفاءة متقاربة على المستوى الوطني.

❖ عدد أجهزة التصوير الطبي لكل مركز طبي: يمثل متغير عدد أجهزة التصوير الطبي في كل مركز طبي عاملاً بالغ الأهمية في تحسين مؤشر الكفاءة، حيث أظهرت النتائج أنّ أي زيادة بنسبة 1% في عدد هذه الأجهزة من شأنها أن ترفع معدّل الكفاءة بنسبة 10.36%.

تعزى هذه العلاقة القويّة إلى الدور المحوري الذي تلعبه أجهزة التصوير الطبي كمحرك أساسي وفعال للكفاءة التشغيلية في المراكز الطبية. فهي تسهم بشكل مباشر في: -تقليل أوقات الانتظار ممّا يتيح خدمة عدد أكبر من المرضى، -تسريع عملية التشخيص وبدء العلاج في وقت مبكر، - تحسين تدفق المرضى وتقليل الضغوط على الأقسام، -زيادة القدرة الاستيعابية لتمكين المراكز من التعامل مع حجم أكبر من الحالات، -دعم القرارات الطبية بتقديم معلومات دقيقة تسهم في تشخيص أسرع وأكثر دقة.

بناءً على ذلك، يصبح الاستثمار في توفير أحدث تقنيات أجهزة التصوير الطبي، وضمان توزيعها العادل، بالإضافة إلى تدريب الكفاءات على تشغيلها وصيانتها، أولوية استراتيجية. هذا التوجه سيؤدي حتمًا إلى تحسين كفاءة المراكز الطبية والارتقاء بجودة الخدمات الصحية المقدّمة.

الاستنتاج العام

الاستنتاج العام:

توصّلنا من خلال هذه الدّراسة إلى الاستنتاجات الآتية:

1- تحليل واقع مؤشرات الصّحة الإنجابيّة في العالم ودول أفريقيا:

- أثبتت الدّراسة أنّ تحقيق أهداف التّميّة المتعلّقة بالصّحة الإنجابيّة على المستوى العالمي، لا يزال تحديًا طويل الأمد ويسير بوتيرة بطيئة، فبالرّغم من تحقيق بعض الأقاليم لمستويات جيّدة في بعض المؤشرات كإقليم أوروبا الشّرقية وآسيا الوسطى وإقليم الشّرق الأوسط وشمال إفريقيا، إلّا أنّ هناك أقاليم لا تزال تواجهها تحديات كبيرة في بعض المؤشرات كإقليم أمريكا اللاتينية. أمّا إقليم إفريقيا جنوب الصّحراء الكبرى فإنّ أغلبيّة مؤشرات الصّحة الإنجابيّة تعاني ركودا، وهي بعيدة عن تحقيق الأهداف، وهذا ما يضعها في دائرة الخطر؛
- من خلال رصد واقع مؤشرات الصّحة الإنجابيّة لدول إفريقيا، تبين أنّ دول شرق وغرب إفريقيا تشهد ارتفاعا كبيرا في معدّلات النّمو السّكاني، مدفوعًا بمعدّلات خصوبة عالية تتراوح بين 4 إلى 6 أطفال لكلّ امرأة. تُعزى هذه الظّاهرة إلى عوامل عدّة، منها انخفاض مستوى تعليم النّساء وتوعيّتهن بأهميّة تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى الحاجة الاقتصاديّة والاجتماعيّة للأطفال كقوة عاملة وداعمة للأسرة، بالإضافة إلى زواج المراهقات وتعدّد الزّوجات، إلى جانب المعتقدات الدّينيّة التي تشجّع على الإنجاب، في حين، شهدت جميع الدّول الأفريقيّة زيادة ملحوظة في تلبية الطّلب على تنظيم الأسرة بالوسائل الحديثة، وخاصّة في منطقة شمال إفريقيا؛
- عرفت دول غرب ووسط إفريقيا، ومنطقة جنوب الصّحراء الكبرى استقرارًا في معدّلات وفيات الأمّهات والأطفال عند مستويات مرتفعة جدًّا. يعود ذلك إلى تدهور الأوضاع الاقتصاديّة

والاجتماعية، وحالات النزاع وما بعد النزاع، والكوارث الطبيعية، فضلاً عن انتشار الأمراض

مثل فيروس (الإيدز)، الذي لا يزال سبباً رئيساً في وفاة النساء في سن الإنجاب؛

■ من خلال توظيف التحليل العنقودي لتصنيف 42 دولة إفريقية حسب درجة الخطر لمستويات

مؤشرات الصحة الإنجابية، تبين وجود تفاوتات كبيرة لهذه الدول، وتم تصنيفها إلى أربع (04)

مجموعات رئيسية، بناءً على جملة الخصائص الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية للبلاد. كما

تم تصنيف الجزائر ضمن (07) سبع دول وهي: مصر، ليبيا، المغرب، ساو تومي وبرينسيبي،

سيشل، وتونس. التي تظهر مستويات وفيات منخفضة للأمهات والأطفال وتقارب في مؤشرات

الصحة الإنجابية. يعود هذا التحسن إلى ارتفاع مستوى خدمات الرعاية الصحية الإنجابية، بما

في ذلك المتابعة الصحية للأمهات، وتوفير الكوادر الطبية المؤهلة، والمراكز الاستشفائية.

2. تحليل تطور مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر:

تشهد مستويات مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر خلال الفترة (2006-2019) تحسناً

تدرجياً في بعض الجوانب، بينما تعاني جوانب أخرى من ركود أو استقرار دون تطور ملموس،

ويبرز ذلك من خلال النتائج التالية:

■ انخفضت معدلات وفيات الأطفال بين سنتي 1990 و2020، حيث بلغت نسبة

الانخفاض 67% بالنسبة لوفيات الرضع و 61,5% بالنسبة لوفيات الأطفال دون سن

الخامسة. كما انخفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 79% خلال نفس الفترة. يُعزى هذا التحسن

إلى البرامج الوقائية والسياسات الصحية التي تبنتها الحكومة، مثل توسيع شبكة المراكز الصحية

التي توفر رعاية مجانية وحملات التطعيم وبرامج التغذية، إضافةً إلى زيادة الوعي الصحي.

ومع ذلك، لا تزال تشهد هذه المعدلات فجوات مكانية إقليمية وولائية كبيرة وبين المناطق الحضرية والريفية؛

■ شهدت مؤشرات الرعاية الصحية الإيجابية في الجزائر تحسناً ملحوظاً، حيث ارتفعت نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل إلى 95,3% بحلول سنة 2019. كما ارتفعت نسبة الولادات التي تمت تحت إشراف متخصصين إلى 98,6%. ويعود هذا التحسّن إلى برامج وسياسات صحية حكومية تهدف إلى توفير خدمات متكاملة للمرأة والطفل، بالإضافة إلى زيادة الوعي الصحي. ومع ذلك، لا تزال هناك تحديات، فبالرغم من ارتفاع نسبة الولادات القيصرية بشكل ملحوظ من 16% إلى 24,8% بين سنتي 2013 و 2019 (وهو ما قد يعكس عوامل صحية أو تجارية)، إلا أن نسب التطعيم ضد التيتانوس انخفضت من 57,2% إلى 46,4% خلال نفس الفترة، مما يشير إلى الحاجة الماسة لحملة توعية مكثفة؛

■ أظهرت البيانات ضعفاً في الوعي العام بالأمراض المنقولة جنسياً مثل الإيدز، خاصة في فئات النساء الأكبر سناً والأقل تعليماً والمقيمت في المناطق الريفية، حيث تم استنتاج نقص كبير في الوعي بطرق انتقال فيروس الإيدز ووسائل الوقاية منه. يُعزى هذا الضعف إلى قلة حملات التوعية الموجهة لهذه الفئات، إضافةً إلى وصمة العار الاجتماعية المرتبطة بالمرض، مما يمنع الكثيرين من طلب الكشف أو العلاج؛

■ انخفض معدل الخصوبة الإجمالي من 4,2 طفل لكل امرأة سنة 1990 إلى 2,8 سنة 2019، مع اتجاه نحو تفضيل الأسر الأصغر. في المقابل، وبالرغم من ارتفاع معدل استخدام وسائل منع الحمل بشكل عام، إلا أنه لا يزال أقل من الأهداف المرجوة، ويعتمد بشكل رئيسي على

الحبوب التقليدية، بينما يظل استخدام الوسائل الحديثة كاللولب منخفضاً. ويمكن أن يعود هذا إلى نقص التوعية بفوائد الوسائل الحديثة، أو صعوبة الوصول إليها في بعض المناطق، أو التفضيلات الثقافية والاجتماعية التي تركز على الوسائل المألوفة؛

■ توضح نتائج الدراسة تحولاً في أنماط الإنجاب بالجزائر، يتمثل في تأخر سنّ الإنجاب بشكل ملحوظ يعكس التغيرات الاجتماعية والاقتصادية وتفضيل الأسر الأصغر حجماً، حيث لا تزال نسبة الأمّهات أو الحوامل في الفئة العمرية (15-19 سنة) منخفضة لتتراوح بين 1,9% و 2,3% بين سنتي 2013 و 2019. يعود هذا الانخفاض إلى زيادة الوعي الصحي بالمخاطر المرتبطة بالحمل المبكر بالإضافة إلى انتشار استخدام وسائل منع الحمل، وجهود التوعية بالصحة الإنجابية. في حين ارتفعت معدلات الإنجاب تدريجياً لدى النساء في الفئة العمرية (35-39 سنة) لتصل إلى 126,6 طفل لكل امرأة سنة 2019. ويُعزى هذا الارتفاع إلى تأجيل الزواج والإنجاب لإتمام التعليم أو بناء مسار مهني.

3. تحليل التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر.

من خلال التحليل الإحصائي لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر لسنة 2020، تبين وجود فروقات وتباينات كبيرة في بعض الولايات والمناطق الإقليمية، حيث يمكن القول بصفة عامة عن وجود قصور في تحسين مؤشرات صحة عدّة عبر مناطق مختلفة من الوطن، خاصة الأقاليم الجنوبية والهضاب العليا التي تواجهها تحديات صحية كبيرة ومتعددة، تتطلب تدخلات مستهدفة ومستعجلة لتحسين مؤشرات صحة الأمّ والطفل، حيث تمّ تلخيصها كما يلي:

■ تعاني منطقة الجنوب من ضعف شبه تام في غالبية مؤشرات الصحة الإنجابية، بما في ذلك معدلات وفيات الأمهات والأطفال، خصوبة المراهقات، الخصوبة المبكرة، استخدام وسائل منع الحمل وتلبية احتياجات تنظيم الأسرة، بالإضافة إلى ضعف في نسبة الولادة في المراكز الصحية والمساعدة الماهرة أثناء الولادة، الفحص الطبي للأم بعد الولادة، الإقامة بعد الولادة في المؤسسات الصحية، ونسب التغطية باللقاحات. تشمل هذه الولايات: تمنراست، إليزي، تندوف، بشار، أدرار، غرداية، ورقلة، الوادي؛

■ تظهر مناطق الهضاب العليا (الشرقية والوسطى والغربية) ضعفاً في العديد من المؤشرات، مثل الخصوبة المبكرة، معدل استخدام وسائل منع الحمل، نسبة العمليات القيصرية الطارئة، خدمات الرعاية الصحية الإنجابية خلال فترات الحمل والولادة، التغطية باللقاحات. وتشمل هذه الولايات: الجلفة، تيسمسيلت، باتنة، تيارت، تبسة، النعامة، سطيف، سعيدة، البيض برج بو عريريج، المسيلة، الأغواط؛

■ تبرز الولايات الشمالية ضعفاً نسبياً في بعض المؤشرات، معدل وفيات الأطفال، معدل استخدام وسائل منع الحمل، نسب حالات العنف ضد المرأة، خدمات الرعاية الصحية الإنجابية خلال فترات الحمل والولادة خاصة الشمالي الغربي. تشمل هذه الولايات: الجزائر، مستغانم، سكيكدة، الطارف، تلمسان، قالمة، معسكر، غليزان، قسنطينة، عنابة، وهران، عين تموشنت، بومرداس، جيجل والمدية.

4. تقييم مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر باستخدام التحليل القياسي المكاني:

■ تتباين كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية في الولايات الجزائرية بشكل ملحوظ في تعزيز مؤشرات الصحة الإيجابية، فبعضها يحقق مستويات أداء عالية، بينما يعاني البعض الآخر من قصور يؤثر على جودة الرعاية الصحية الإيجابية. حيث تم تقسيمها إلى ثلاث فئات وهي: الفئة الأولى (12 ولاية) تتميز بكفاءة فنية وحجمية تامة (بقيمة =1)، مما يشير إلى مستوى أداء ممتاز. أما الفئة الثانية (13 ولاية)، فتظهر كفاءة فنية وحجمية عالية تتراوح بين (0,5 الى 0,99). بينما تُصنّف الفئة الثالثة (23 ولاية) على أنها غير كفؤة فنياً، بكفاءة تتراوح بين (0,443 و1) وبكفاءة حجمية متغيرة ومنخفضة تتراوح بين (0,151 الى 0,473).

■ من خلال صياغة نموذج قياسي مكاني ذو دلالة إحصائية لدراسة أثر بعض المتغيرات الكمية المرتبطة بخدمات الرعاية الصحية الإيجابية على مستوى المراكز الاستشفائية الموزعة عبر الولايات على مؤشر الكفاءة باستخدام نموذج الانحدار الخطي وتم استخلاص ما يلي:

- يرتبط ارتفاع نسبة فحوصات طب النساء والتوليد في المستشفيات بانخفاض كبير في الكفاءة الإجمالية للمراكز، يُعزى هذا التأثير السلبي إلى جملة من الأسباب على غرار محدودية الموارد البشرية والمادية، إرهاق الكادر الطبي، انخفاض جودة الخدمات، زيادة في الحالات المعقدة والفحوصات الروتينية، استنزاف الموارد؛

- إن زيادة نسبة الأسرة المخصصة للتوليد في المستشفيات يؤدي إلى تحسين الكفاءة العامة للمنظومة الصحية، وهذا يشير إلى أن الاستثمار في توفير أسرة كافية للتوليد يسهم في تقليل أوقات الانتظار، تجنّب المضاعفات الطارئة، تحسين جودة الخدمات الصحية والوصول إليها؛

- يؤثر معدّل التّؤوير إيجابًا على معدّل الكفاءة، فإنّ تحسين استغلال الأسرة يُسهم في رفع الكفاءة، لكن تأثيره يُعدّ هامشيًا مقارنةً بعوامل أخرى قد تكون أكثر تأثيرًا؛
- على الرّغم من أنّ زيادة المراكز المخصّصة للنساء والتّؤويد تُسهم إيجابًا في تحسين الكفاءة في المؤسّسات الاستشفائيّة، إلّا أنّها ليست الحل الأمثل بمفردها بسبب تمركز هذه المراكز في المدن الكبرى، ممّا يخلق تباينًا جغرافيًا، إضافة إلى التّكلفة الماليّة الباهظة لإنشاء مراكز جديدة. لذا، يُعدّ النهج الأمثل هو الاستثمار في إعادة هيكله البنيّة التّحتيّة وتعزيز القدرات البشريّة لأقسام صحّة النساء والتّؤويد القائمة حاليًا، ممّا يقلّل من الفوارق في نسبة الكفاءة بين الولايات؛
- ليس هناك تأثير لعدد أطباء النساء والتّؤويد كنسبة من إجماليّ الأطباء المتخصّصين بشكل كبير على كفاءة المراكز الصحيّة إحصائيًا، فالأهم هو جودتهم وتدريبهم وتوزيعهم الفعّال. تتّضح هذه النّقطة من خلال التّفاوت الكبير في مؤشر تغطية أطباء النساء والتّؤويد بين الولايات وأهميّة التّوزيع المتوازن لضمان كفاءة الرعاية الصحيّة على المستوى الوطني؛
- يؤثر عدد أجهزة التّصوير الطّبي في المراكز الطّبيّة في مستوى كفاءتها، ويعود ذلك إلى أنّ توفّر هذه الأجهزة يُسهم في تسريع التّشخيص، تقليل أوقات الانتظار، تحسّن تدفّق المرضى، زيادة القدرة الاستيعابيّة، يدعم القرارات الطّبيّة.

خاتمة

خاتمة:

لقد أظهرت هذه الدراسة الأهمية المتزايدة لمفهوم الصحة الإنجابية كركيزة أساسية للتنمية البشرية، بدءًا من نشأتها في منتصف القرن الماضي وصولًا إلى التعريف الشامل الصادر في مؤتمر القاهرة (1994)، حيث كشفت عن التحدّيات العالمية في تحقيق أهداف التنمية المستدامة المتعلقة بالصحة الإنجابية، خاصة في دول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى التي لا تزال تعاني ضعفًا في معظم المؤشرات.

أمّا على الصعيد الوطني، أظهرت الدراسة تباينات مكانية واضحة في مؤشرات الصحة الإنجابية عبر ولايات الوطن، فالجنوب الجزائري لا يزال يعاني من ضعف شبه تام في معظم المؤشرات، بينما تُسجّل منطقة الهضاب العليا ضعفًا في جوانب متعدّدة ومنقرّقة، وتواجه الولايات الشمالية تحديات في وفيات الأطفال والعنف ضدّ المرأة وخدمات الرعاية الإنجابية.

كما كشف التحليل القياسي المكاني كذلك عن تباين كبير في كفاءة المراكز الاستشفائية العمومية، مشيرًا إلى أنّ تحسين البنية التحتية، وزيادة أسرة التوليد، وإعادة هيكلة أقسام النساء والتوليد، وتوفير أجهزة التصوير الطبي يُسهم في رفع الكفاءة. ومع ذلك، فإنّ زيادة فحوصات طبّ النساء والتوليد قد تؤثر سلبًا على الكفاءة بسبب محدودية الموارد، بينما لا يؤثر عدد أطباء النساء والتوليد بالضرورة على الكفاءة بقدر ما يؤثر توزيعهم الأمثل وجودة خدماتهم.

بناءً على هذه النتائج، خلصت الدراسة الى جملة من التوصيات والتي نلخصها فيما يلي:

1. إنشاء مرصد وطني للصحة الإنجابية يتولى مهام جمع وتحليل وتحيين البيانات بصفة دورية وبناء مؤشرات كفاءة واقعية ودقيقة ورسم نماذج قياس مكاني لرصد الفجوات التنموية بين الولايات والأقاليم؛

2. تفعيل آليات التدقيق الطبي والمراجعة السريرية (Clinical Audit) لوفيات الأمهات والأطفال داخل المؤسسات الاستشفائية ودعمه بنظام معلوماتي وقاعدة بيانات دقيقة ومفصلة تحدد أسباب الوفاة، مكان وزمن حدوثها، تحليل الأخطاء الطبية والممارسات العلاجية والإدارية؛
3. إرساء خريطة صحية رقمية بنظام (GIS) لضبط التوزيع الوظيفي لأطقم طب النساء والتوليد وفقاً للاحتياجات الديموغرافية الحقيقية، بما يضمن سد الفجوات الجغرافية وتحقيق تكافؤ الفرص في الوصول للرعاية الإنجابية؛
4. حوكمة المسار العلاجي لمصالح الأمومة والطفولة عبر تبني أنظمة السجلات الإلكترونية والملف الطبي الموحد، لضمان تنظيم تدفق المريضا، وترشيد استهلاك الموارد في الفحوصات الروتينية؛
5. تخصيص اعتمادات مالية لإطلاق مخطط استعجالي لتنمية الصحة بالأقاليم الجنوبية، يركز على تكثيف المشاريع الاستثمارية الصحية وتزويدها بمراكز ولادة متكاملة لتجهيز لتقريب الخدمة الصحية والحد من مخاطر التنقل لمسافات بعيدة؛
6. توسعة وإعادة تأهيل أجنحة الولادة ورفع القدرة الاستيعابية في المؤسسات التي تسجل معدلات تشغيل تفوق طاقتها الاستيعابية، لضمان استمرارية الخدمة وتحسين مؤشرات الكفاءة الفنية؛
7. تقديم حوافز مادية ومعنوية للأطباء والقابلات للعمل في مناطق الظل والمناطق النائية لضمان استمرارية الخدمة الصحية؛
8. تعزيز الدراسات المتخصصة في ظاهرة الولادات القيصرية لتقصي المسببات الكامنة وراء تنامي معدلاتها مع صياغة بروتوكولات أخلاقية وضوابط مهنية صارمة (طبية، سلوكية، ومؤسسية)؛

10. تحديث الاستراتيجية الوطنية لتنظيم الأسرة بالتركيز على التحول نحو استخدام الوسائل الحديثة والأكثر فاعلية، وضمان مجانيها وتوفيرها في كافة المؤسسات الصحية؛
11. تدعيم المناطق الريفية في الهضاب العليا والجنوب بعيادات متنقلة متخصصة في الصحة الإنجابية والتطعيم، لضمان رفع نسبة التغطية بلقاح التيتانوس ومتابعة الحمل؛
14. تكثيف الحملات التثقيفية حول بروتوكولات "الأمومة الآمنة"، مع التركيز على أهمية الرعاية الدورية (قبل، أثناء، وبعد الولادة) لتكريس ثقافة المتابعة الطبية؛
15. الحد من ظاهرة الزواج المبكر، خاصة في مناطق الجنوب، عبر تفعيل المقاربة التشاركية بين المؤسسات الإعلامية، والدينية، والتربوية للتوعية بمخاطر حمل المراهقات وتداعياته الصحية؛
16. إرساء منظومة الطب عن بُعد (Tele-Health) لربط مستشفيات الجنوب والهضاب بالمراكز الجامعية الكبرى في الشمال يتيح إجراء الاستشارات المتخصصة والتشخيص الدقيق عن بُعد؛
17. تكثيف حملات التوعية تستهدف النساء في المناطق الريفية بخصوص طرق الوقاية من فيروس نقص المناعة البشرية، وتفكيك الوصمة الاجتماعية لتعزيز الإقبال على مراكز الكشف؛
18. تفعيل أطر الشراكة والتعاون الإفريقي لنقل خبرات الجزائر الناجحة في تحسين مؤشرات الصحة الإنجابية وتوجيهها نحو دول الجوار ودول إفريقيا.
- وفي الختام، يظل حقل الصحة الإنجابية فضاءً مفتوحاً لاستلهام المقاربات البحثية العالمية، مع ضرورة تعميق الاستقصاء حول المعوقات السوسيو-اقتصادية، الثقافية، والقانونية التي لا تزال تحد من وتيرة الارتقاء بهذا القطاع. إن الهدف الأسمى من هذا المسار البحثي هو بلورة رؤية استراتيجية واضحة تضع بين يدي صانع القرار أدلة علمية ومؤشرات دقيقة تساهم في صياغة

سياسات وبرامج تنموية تتسم بالنجاعة والاستدامة. وفي ضل هذا الطرح نقترح بعض الدراسات

المستقبلية التي نراها مكملة لموضوع بحثنا والتي تتلخص في النقاط التالية:

- دراسة التباينات المكانية لمؤشرات الصحة الإنجابية على مستوى الوحدات الإدارية الصغرى (الدوائر والبلديات): مقارنة سوسيوديموغرافية لرصد الفجوات التنموية المحلية؛
- تحليل ديناميكية التطور المكاني والزمني (Spatio-temporal Analysis) لمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر: دراسة استشرافية باستخدام نظم المعلومات الجغرافية (GIS)؛
- دراسة مقارنة الأداء الوظيفي بين المؤسسات الاستشفائية العمومية والعيادات الطبية الخاصة في تقديم الرعاية الصحية الإنجابية؛
- تقييم كفاءة المنظومة الصحية الجزائرية في إدارة ملف الصحة الإنجابية: دراسة تحليلية في ضوء أهداف التنمية المستدامة والتحولات السكانية الراهنة؛
- دراسة تحليلية ديموغرافية للاحتياجات الحقيقية للصحة الإنجابية في ولايات الجنوب الجزائري في ضوء التشتت السكاني والخصوصيات السوسيو-ثقافية.

قائمة المراجع

■ قائمة المراجع باللُّغة العربيَّة:

- (1) أحمد درديش ومسعودة العفريت: "ماهية الصِّحة الإنجابيَّة والعوامل المحدِّدة لها". مجلَّة الآداب والعلوم الاجتماعيَّة. جامعة البليدة2. المجلد (9). العدد (3).
- (2) أحمد درديش: "الحقوق الإنجابيَّة للمرأة". مجلَّة الآداب والعلوم الاجتماعيَّة. جامعة البليدة2. المجلد (5). العدد (1). 2012.
- (3) أحمد درديش: "الصِّحة الإنجابيَّة في الجزائر". أطروحة دكتوراه. جامعة سعد دحلب البليدة. كليَّة العلوم الإنسانيَّة والاجتماعيَّة. قسم علم الاجتماع والديمغرافيا. 2011/2010.
- (4) أحمد رجاء عبد الحميد رجب: "الصِّحة الإنجابيَّة من منظور إسلامي". الرِّباط: المنظمَّة الإسلاميَّة للتربيَّة والعلوم والثَّقافة. 1998.
- (5) أحمد شماني: "واقع تنظيم الأسرة في الجزائر حسب المسح الوطنيِّ العنقوديِّ متعدِّد المؤشِّرات لسنة 2019". مجلَّة الباحث في العلوم الإنسانيَّة والاجتماعيَّة. المجلد (14). العدد (01). 2022.
- (6) إدريس عزام: "العنف الأسري وانعكاساته على المرأة في المجتمع العربيِّ". عمان-الأردن: المجلَّة الثَّقافيَّة. 2000.
- (7) أكاديميَّة الإمارات الدبلوماسية وشبكة الأمم المتحدة لحلول التَّنميَّة المستدامة، "تقرير مؤشِّر ولوحات متابعة أهداف التَّنميَّة المستدامة في المنطقة العربيَّة للعام 2019".
https://www.agda.ac.ae/docs/default-source/Publications/eda-sdsn_2019-arab-region-sdg-index-report_en.pdf?sfvrsn=cb2b6d3b_4
- (8) إلياس سالم ومحمَّد بدروني: "استعمال أنموذج Lee-Carter لتقدير الخصوبة في الجزائر والتنبؤ بمعدلاتها خلال الفترة (2019-2039)". مجلَّة آفاق علم الاجتماع. جامعة البليدة 2. المجلد (13). العدد (1). 2023.
- (9) إيمان عامر ويوسف صوار: "تقييم كفاءة أداء المؤسَّسات الجزائريَّة باستخدام تحليل مغلف البيانات - دراسة حالة المستشفيات العموميَّة الجزائريَّة-". المجلَّة المغاربيَّة لإدارة المنظَّمات. جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان. المجلد (2). العدد (1). 2017.
- (10) إيهاب عبد اللطيف: "جرائم العرض". القاهرة-مصر: المركز القوميِّ للإصدارات القانونيَّة. 2006.
- (11) بدح وآخرون: "الثَّقافة الصحيَّة". عمان: دار النُّشر والنَّوْزيع والطباعة. 2009.
- (12) بيان اجتماع مجلس الوزراء بتاريخ 24 ماي 2010 المتعلق ببرنامج التنمية الخماسي 2010-2014، ص02.
- (13) تقرير الاتحاد الإفريقيِّ الصَّادر عن هيئة الأمم المتَّحدة: "تمكين المرأة الإفريقيَّة من فيروس نقص المناعة البشري (الإيدز)". أديس أبابا-أثيوبيا. 2023.
- (14) تقرير منظمة الصِّحة العالميَّة (WHO): "مكانة الصِّحة الإنجابيَّة في خطَّة التَّنميَّة المستدامة لسنة 2030". تقرير الأمانة العامَّة. الفقرة 22. أبريل 2015.
https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/251440/B138_14-ar.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- (15) تقرير منظمة الصِّحة العالميَّة (WHO): "المرأة والصِّحة بيانات اليوم وبرنامج الغد". سويسرا. 2009.

- 16) تقرير مؤتمر الأمم المتحدة (UN): "قرارات المؤتمر المعني بالبيئة والتنمية المستدامة"، المجلد الأول، نيويورك-الأمم المتحدة، 1992.
- <https://documents.un.org/doc/undoc/gen/n92/836/53/img/n9283653.pdf>
- 17) تقرير موجز للمؤتمر الدولي للسكان: "السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية (الايدز)". إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية هيئة الأمم المتحدة-نيويورك. القرار رقم 1. الفصل الأول. المادة 94. 2002.
- 18) تقرير هيئة الأمم المتحدة (UN): "تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة". 5-13 سبتمبر 1994. نيويورك. 1995.
- 19) تقرير هيئة الأمم المتحدة (UN): "تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة". 5-13 سبتمبر 1994. نيويورك. 1995.
- 20) تقرير هيئة الأمم المتحدة (UN): "التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة"، المجلس الاقتصادي والاجتماعي. الأمانة العامة. جوان 2024.
- 21) تقرير هيئة الأمم المتحدة (UN): "دراسة وضعيّة تقدم تطبيق أهداف التنمية المستدامة على المستوى العالمي". شهر جوان 2024.
- https://unstats.un.org/sdgs/files/report/2024/SDG_Report_2024_Press_Release_AR.pdf
- 22) تقرير هيئة الأمم المتحدة. المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة. 5-13 سبتمبر 1994.
- 23) تقرير هيئة الأمم المتحدة: "اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة (سيداو (Cidaw))". صندوق الأمم المتحدة للإسكان. 2000.
- 24) تقرير هيئة الأمم المتحدة: "المعجم الديمغرافي المتعدد اللغات". الإصدار 9. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. بغداد: السفر العربي. 1981.
- 25) تقرير هيئة الأمم المتحدة: "المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة". البند 95 مؤتمر بيكين. 4 إلى 15 سبتمبر 1995.
- 26) تقرير هيئة الأمم المتحدة: "إنهاء تشويه الأعضاء التناسلية للإناث". لجنة وضع المرأة. الدورة 54 و55. مارس 2010.
- 27) تقرير هيئة الأمم المتحدة: "مؤشرات معدة في رصد الأهداف الإنمائية الألفية". صندوق الأمم المتحدة لبرامج السكان وإدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية-شعبة الإحصاء. نيويورك. 2003.
- 28) تقرير هيئة الأمم المتحدة، المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. القاهرة. 5-13 سبتمبر 1994.
- 29) توفيق إسماعيل وآخرون: "الصحة الإنجابية في سورية". سوريا: لجنة التنسيق البرنامج الوطني للتخفيف السكاني والبرنامج الفرعي للصحة الإنجابية، بدون سنة.
- 30) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية رقم 81 الصادرة بتاريخ 30 ديسمبر 2019.
- 31) جميلة طالح: "قياس أداء المؤسسات الاستشفائية الجزائرية باستخدام البرمجة الرياضية". أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر 03. كلية العلوم الاقتصادية تخصص الطرق الأمثلة في الاقتصاد. 2021/2022.
- 32) جون كلارك ومحمد شوقي إبراهيم: "جغرافيا السكان". الرياض: دار المريخ. 1984..

- (33) الحاج عرابية: "تقييم كفاءة استخدام الموارد البشرية الصحية في المستشفيات العمومية-دراسة تطبيقية على عينة من المستشفيات". مجلة الباحث. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. 2012. العدد (10).
- (34) حبش وآخرون: "الدليل الإعلامي حول مواضيع الصحة الإنجابية". إشراف وزارة الصحة وصندوق الأمم المتحدة للسكان. نابلس. 1999.
- (35) حسين البياتي وعلي ذنون: "المعايير المعتمدة في اقامة وإدارة المستشفيات: وجهة نظر معاصرة". الطبعة الثانية. عمان-الأردن: دار وائل للنشر والتوزيع. 2009.
- (36) حسين طاهري: "الخطأ الطبي والخطأ العلاجي في المستشفيات وفي المستشفيات العامة". الجزائر: دار هومة للطباعة والنشر. 2002.
- (37) حسين عبد الرحمن رشوان: "السكان من منظور علم الاجتماع". الطبعة الثانية. الإسكندرية-مصر: المكتب الجامعي الحديث. 2006.
- (38) حنان راضي: "الحماية القانونية للمرأة من العنف في القانون الجزائري". رسالة ماجستير. جامعة وهران. كلية الحقوق والعلوم السياسية. تخصص قانون الأسرة وحقوق الطفل. 2013/2012.
- (39) حنان قوندي: "تقدير احتياجات الصحة الإنجابية للسكان في الجزائر باستخدام برنامج الطيف الديموغرافي Spectrum دراسة تحليلية بولاية باتنة". أطروحة دكتوراه. جامعة سطيف2. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم السكان والصحة.
- (40) خالد بن منصور الشعيب: "استخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات في قياس الكفاءة النسبية للوحدات الإدارية بالتطبيق على الصناعات الكيماوية والمنتجات البلاستيكية بمحافظة جدة بالمملكة العربية السعودية". مجلة العلوم الإدارية. جامعة الملك سعود الرياض-المملكة العربية السعودية. 2004.
- (41) خديجة موسى علاوين: "الصحة الإنجابية للمرأة في برامج التلفزيون الأردني". رسالة ماجستير. الجامعة الأردنية. كلية الدراسات العليا. 2002.
- (42) دعاء عبد الحميد سمير زيدان الجميلي: "التباين المكاني لوفيات الأمهات في محافظة الأنبار خلال 1997-2019". رسالة ماجستير. جامعة الأنبار-العراق. كلية التربية للبنات. قسم الجغرافيا. 2021/2020.
- (43) دليلة عزيزي وبلخيري سليمة: "واقع الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري". مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة العربي التبسي تبسة. العدد (15). المجلد (2). 2022.
- (44) الديوان الوطني للإحصاءات(ONS): "حوصلة إحصائية 1962-2020". الجزائر. 2024.
- (45) الديوان الوطني للإحصاءات(ONS): المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات (6MICS-2019). الجزائر. 2019.
- (46) الديوان الوطني للإحصاءات(ONS): "ديمغرافيا الجزائر لسنة 2020".
<https://www.ons.dz/IMG/pdf/Demographie%20Algerienne2020.pdf>
- (47) ربا السيد محمد أبو كميل: "مستوى الوعي بمفهوم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة". رسالة ماجستير. الجامعة الإسلامية غزة-فلسطين. كلية الدراسات العليا. 2011.
- (48) رجاء وحيد دويدري: "البحث العلمي: أساسياته النظرية وممارسته العملية". دمشق: دار الفكر. 2000.

- (49) رحيمة حوالم: "تطبيق إدارة الجودة الشاملة: دراسة تحليلية لمواقف الأطباء والمرضى في المستشفى الجامعي تلمسان باستخدام نظرية السلوك المخطط". أطروحة دكتوراه. جامعة أبي بكر بالقايد تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير. 2009-2010.
- (50) رولان بريسا: "معجم علم السكان". ترجمة مصطفى خلف عبد الجواد. القاهرة-مصر: مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية. 2007.
- (51) ريم بن زايد وعبد الكريم فضيل: "واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر، مقارنة مع بلدان المغرب العربي تونس والمغرب". مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرياح ورقلة. المجلد (8). العدد (23). 2016.
- (52) زكريا الشخية: "أمراض النساء: الأعراض والوقاية والعلاج". الطبعة الأولى. القاهرة-مصر: مركز الأهرام للترجمة والنشر. 2001.
- (53) زين حسن بدران وأيمن سليمان مزاهرة: "الرعاية الصحية الأولية". الطبعة الأولى. عمان-الأردن: دار المسيرة. 2009.
- (54) زينب فاصولي: "الواقع الصحي للأمهات والأجنة في الجزائر-دراسة إحصائية تحليلية من التحقيقات الصحية الوطنية". مجلة دراسات إنسانية واجتماعية. جامعة وهران. المجلد (12). العدد (01). 2023.
- (55) سارة مسلم هادي النادر: "التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة كربلاء المقدسة". رسالة ماجستير. جامعة كربلاء-العراق. كلية التربية للعلوم الإنسانية. قسم الجغرافية التطبيقية. 2022.
- (56) سارة مسلم هادي: "التحليل الجغرافي لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظة كربلاء المقدسة". رسالة ماجستير. جامعة كربلاء-العراق. كلية العلوم الإنسانية. قسم الجغرافية التطبيقية. 2022.
- (57) سميرة قوندي: "قراءة سوسولوجية لمعدلات وفيات الأمهات والأطفال في الجزائر". مجلة دراسات إنسانية واجتماعية. جامعة وهران. المجلد (2)، العدد (1). 2024.
- (58) سهام توري: "محاولة تقييم أداء مؤسسات القطاع الصحي في الجزائر-دراسة مقارنة بين أداء المؤسسات الصحية العمومية". أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر3. كلية العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير. قسم لعلوم التسيير. 2017/2018.
- (59) سهام عبد العزيز: "الخصائص السوسيوديموغرافية للولادة القيصرية في الجزائر". مجلة الشامل للعلوم التربوية والاجتماعية. جامعة محمد لمين دباغين سطيف2. المجلد (6)، العدد (2). 2023.
- (60) سيد محمد جاد الرب: "الاتجاهات الحديثة في إدارة المنظمات الصحية". القاهرة-مصر: مطبعة العشري. 2008.
- (61) شاهد طوبيا وآخرون: "المرأة العربية: لمحة عن التنوع والتغيير". القاهرة-مصر: دار النخيل للنشر. 1995.
- (62) الشريف نهى: "دراسة قاعدية حول مواضيع ذات عالقة بالصحة الإنجابية والجنسية بين المراهقين والشباب في فلسطين". الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. جمعية تنظيم وحماية الأسرة الفلسطينية. 2007.
- (63) شهر زاد طويل: "تباين السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافية في الجزائر من خلل قاعدة بيانات المسح الوطني العنقودي السادس متعدد المؤشرات". مجلة المعيار. جامعة تلمسان. المجلد (13). العدد(1). 2020.

- (64) صادق جعفر إبراهيم وأسامة حميد مجيد: "التباين المكاني لوفيات الأطفال الرضع في محافظة البصرة للمدة (1997-2009)". مجلة أبحاث البصرة للعلوم الإنسانية. المجلد (1). العدد (38). 2013.
- (65) صدقي المومني: "التخطيط الإقليمي وأثره على الأداء الكلي للمرافق والخدمات العامة، دراسة تحليلية للمرافق الصحية في محافظة الطفيلة". العدد 6. عمان: مؤتم للبحوث والدراسات. 1994.
- (66) صلاح أحمد مراد: "الأساليب الإحصائية في العلوم النفسية والتربوية والاجتماعية". القاهرة: الأنجلو المصرية. 2000.
- (67) صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): "استعراض البرنامج المشترك بين الأقطار لصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2000-2003". الدورة الأولى العادية لعام 2004. 23 إلى 30 جانفي 2004.
- (68) صندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA): "حالة سكان العالم 1998، الأجيال الجديدة". نيويورك-الولايات المتحدة الأمريكية. 1998.
- (69) صندوق الأمم المتحدة للسكان: "استعراض البرنامج المشترك بين الأقطار لصندوق الأمم المتحدة للسكان، 2000-2003". الدورة الأولى العادية لسنة 2004. 23-30 جانفي 2004.
- (70) صوالحة المنسي: "مشاركة الرجل في قضايا الصحة الإنجابية في الضفة الغربية". مجلة آفاق. المجلد (2). العدد (6 و 7). 2000.
- (71) عبد الإله خلّاصي: "العلاقة بين نفقات الصحة ومصادر التمويل في الجزائر دراسة تحليلية قياسية لفترة 1990-2018". أطروحة دكتوراه. جامعة تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية. قسم علوم التسيير. 2020.
- (72) عبد الكريم علي الأنسي: "دليل الخطباء والمرشدين الوعّاذ حول الصحة الإنجابية والسكان". الطبعة الثانية. اليمن: الأمانة العامة للمجلس الوطني للسكان. 2011.
- (73) عبد الله بن عبد الرحمن البريدي: "التنمية المستدامة مدخل تكاملي لمفاهيم الاستدامة وتطبيقاتها مع التركيز على العالم العربي". السعودية: دار العبيكان للنشر. 2015.
- (74) عبد الله عطوي: "السكان والتنمية البشرية". بيروت-لبنان: دار النهضة العربية. 2004.
- (75) عبد المحي محمود صالح: "أسس الخدمة الاجتماعية الطبية والتأهيل". الإسكندرية-مصر: دار المعرفة الجامعية. 1999.
- (76) علي عبد الرزاق جبلي: "علم اجتماع السكان". المجلد السابع. عمان-الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة. 2019.
- (77) علي محمّد دحمان: "تقييم مدى فعالية الانفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر". أطروحة دكتوراه. جامعة تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية. قسم التسيير. 2017.
- (78) عماد الدين تنوخي وآخرون: "التوليد وأمراض النساء". الجزء الثاني، دمشق-سوريا: منشورات جامعة. 2006.
- (79) عماد مطير الشمري: "الجغرافية السكانية أسس وتطبيقات". الطبعة الأولى. عمان: دار أسامة للنشر والتوزيع. 2012.
- (80) عمر عبو وهودة عبو: "جهود الجزائر في الألفية الثالثة لتحقيق تنمية منتظمة". مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار الملتقى الوطني حول التحولات السياسية وإشكالية تنمية الجزائر. 2013، ص 07.

- (81) عمر خروبي بزارة: "إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر". رسالة ماجستير. جامعة الجزائر-3. كلية العلوم السياسية والإعلام. 2011.
- (82) فتيحة تركي وأوشامالهورترا: "الدليل الطبي لتقديم خدمات الصحة الإنجابية والجنسية". الطبعة الأولى. لندن-المملكة المتحدة: الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة. 2004.
- (83) فضيلة شعوبي: "الاختلافات الزمنية والمكانية لمعدلات وفيات الرضع في الجزائر"، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. المجلد (11). العدد (04). 2019.
- (84) فضيلة غرابية: "دور الصحة في تنمية المجتمع قراءة سوسولوجية بمدينة تبسة". أطروحة دكتوراه. جامعة باجي مختار عنابة-الجزائر. كلية الآداب واللغات والعلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم الاجتماع. 2016/2015.
- (85) فيهمي رودي فرزاة، أنثوند لوري: "الصحة الإنجابية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا: دليل إعلاميين". واشنطن العاصمة-الولايات المتحدة الأمريكية. المكتب المرجعي للسكان (PRB). 2008.
- (86) قاسم نايف علوان المحياوي: "إدارة الجودة في الخدمات". عمان-الأردن: دار الشروق. 2006.
- (87) القانون رقم 10-02 المؤرخ في 29 جوان 2010 المتضمن المصادقة على المخطط الوطني لتهيئة الإقليم. الجريدة الرسمية. العدد (61). 21 أكتوبر 2010.
- (88) القانون رقم 85-05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 والمتعلق بحماية الصحة وترقيتها وإنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية.
- (89) القرار رقم 42/16 المؤرخ في 27 أكتوبر 2019، الصادر عن الجمعية العامة لمنظمة حقوق الانسان. الدورة (42). البند (03). جدول الأعمال. الأمم المتحدة. 2019.
- (90) كامل بكري وآخرون: "الموارد واقتصادياتها". بيروت: دار النهضة العربية. 1986.
- (91) اللجنة الوطنية للسكان: "السياسة الوطنية للسكان لآفاق 2010". الجزائر. 2001.
- (92) المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي (CNES): لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية. 1997.
- (93) محروس الشيشيني عزت فهم: "أثر العوامل السكانية والاجتماعية على معرفة الشباب واتجاهاته نحو الصحة الإنجابية في مصر". أطروحة دكتوراه. جامعة القاهرة-مصر. معهد الدراسات والبحوث الإحصائية. قسم الإحصاء الحيوي والسكاني. 2000.
- (94) محمد البغدادى: "محو الأمية لتنمية الأبعاد المتضمنة لدى رغبات بعض قرى صعيد مصر". مجلة كلية التربية. العدد (8). 2008..
- (95) محمد حسن محمد المعمري وآخرون: "مفاهيم السياسة السكانية والصحة الإنجابية من منظور شرعي". اليمن: المعهد العالي للتوجيه والإرشاد. 1991.
- (96) محمد حسين أبو العبرة: "التحليل المكاني لمؤشرات الصحة الإنجابية في محافظات الفرات الأوسط للفترة 1997-2013 وتأثيراتها المستقبلية"، أطروحة دكتوراه. جامعة الكوفة. كلية التربية للبنات. 2015.
- (97) محمد سويقان وحمزة شريف علي: "الأسباب الداخلية والخارجية لوفيات الأطفال الرضع في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2012". مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة قاصدي مرباح ورقلة. المجلد (12). العدد (2). 2020.

- (98) محمد عبد المنعم شعيب: "الإدارة المعاصرة في تقييم أداء الجودة المعاصرة-الجودة الشاملة المعتمدة في المستشفيات". مصر: دار النشر للجامعات جامعة المنوفية. 2013..
- (99) محمد علي دحمان: "تقييم نفقات الصحة والتعليم". رسالة ماجستير. جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان. كلية العلوم الاقتصادية والتسيير والعلوم التجارية. قسم العلوم الاقتصادية. 2011.
- (100) محمود حسين: "الأسرة ومشكلاتها". بيروت: دار النهضة العربية للطباعة والنشر. 1971.
- (101) مدحت أبو النصر وياسمين مدحت محمد: "التنمية المستدامة مفهومها أبعادها مؤشراتها". مصر: المجموعة العربية للتدريب والنشر. 2017.
- (102) مرام بنت منصور بن حمزة زاهد: "مفهوم الصحة الإنجابية في المواثيق الدولية". رسالة ماجستير. جامعة الإمام محمد بن سعود-المملكة العربية السعودية. كلية الشريعة بالرياض. قسم الثقافة الإسلامية. 2010.
- (103) المرسوم التنفيذي رقم 05-438 المؤرخ في 10 نوفمبر 2005 والمتعلق بتنظيم وممارسة الرعاية الصحية في الفترة المحيطة بالولادة وطب الأطفال حديثي الولادة والتعليم رقم 004 لوزارة الصحة المتعلقة بتوحيد غرفة الولادة.
- (104) المرسوم التنفيذي رقم 140-07 المؤرخ في 19 ماي 2007 المتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها. المادتين 2،3.
- (105) المرسوم الرئاسي رقم 270-03 المؤرخ في 13 أوالمتضمن إنشاء المؤسسة الاستشفائية الجامعية وتنظيمها وتسييرها، لا سيما المواد 2،3،4 منه.
- (106) المرسوم التنفيذي رقم 97-465 المؤرخ في 2 ديسمبر 1997 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وسيرها وتنظيمها، لا سيما المادتين 3 و 4 منه.
- (107) الموقع الرسمي لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات [/https://sante.gov.dz/ar](https://sante.gov.dz/ar)
- (108) الموقع الرسمي للأمانة العامة للحكومة (SGG): <https://www.joradp.dz/HAR/Index.htm>
- (109) الموقع الرسمي للبنك الدولي: [/https://data.albankaldawli.org](https://data.albankaldawli.org)
- (110) مركز الحقوق الإنجابية (CRR): "البقاء على قيد الحياة بعد الحمل والولادة: حق من حقوق الإنسان". نيويورك. 2005.
- (111) منصّة المعرفة للصحة الإنجابية والجنسية بمشاركة معهد العناية بصحة الأسرة والمجلس الأعلى للسكان: "دليل مواد التوعية والتثقيف حول الصحة الإنجابية والجنسية والعنف المبني على النوع الاجتماعي". الأردن، 2018.
- (112) منظمة الأمم المتحدة، "خطة الألفية للتنمية المستدامة". 2018.
- <https://www.un.org/sustainabledevelopment/ar/development-agenda/>
- (113) منظمة الصحة العالمية (WHO). إحصاءات سنة 2023 متاحة على الموقع: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-\(per-100-000-live-births\)](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/maternal-mortality-ratio-(per-100-000-live-births))
- (114) منظمة الصحة العالمية (WHO) وآخرون: "الاتجاهات المتعلقة بوفيات الأمهات للفترة 2000-2020". ملخص تنفيذي. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/373079/9789240069275-ara>.

- (115) منظمة الصحة العالمية (WHO): "تعريف الصحة الإنجابية الذي وافقت عليه منظمة الأمم المتحدة في مؤتمر السكان والتنمية". القاهرة. 1994.
- (116) منظمة الصحة العالمية (WHO): "وفيات الأمهات". تقرير صادر بتاريخ 22 فيفري 2023. <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
- (117) نادية بلعباس وميلود دواجي بو عبد الله: "العقم عند المرأة وأثره على صحة علاقتها الجنسية: دراسة عيادية لحالة واحدة-ولاية غليزان". مجلة الحوار الثقافي. المجلد (11). العدد (01). 2022.
- (118) نادية حجاب وكميليا الصلح: "عالم جدير بالأطفال دراسة حول واقع الطفولة في الدول العربية". الطبعة الأولى. مصر: دار الشروق. 2005.
- (119) نادية سعيد عيشور: "الوضع الصحية للأسرة وعلاقتها بالسلوك الإنجابي، دراسة استطلاعية ببعض المراكز الصحية بمدينة سطيف". مجلة التغيير الاجتماعي. جامعة محمد خيضر بسكرة. العدد الثاني. فيفري 2017.
- (120) ناصر حسن: "الصحة التناسلية النسائية المفهوم والوقاية والعلاج". دمشق-سوريا: دار ابن النفيس للنشر والتوزيع. 2002.
- (121) نعيمة عيزل: "الممارسات العلاجية الشعبية في المجتمع الجزائري، دراسة ميدانية على عينة من ولايات الوطن". أطروحة دكتوراه. جامعة الجزائر2. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم الاجتماع والديموغرافيا. 2015.
- (122) نوال بن عمار: "أمراض ووفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1975-2008". أطروحة دكتوراه. جامعة باتنة 01. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. قسم علم الاجتماع والديموغرافيا. 2018/2017.
- (123) نوال لعشيشي وأمال هاشم: "الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية لسنة 2018". مجلة أبعاد. جامعة وهران2. المجلد (10). العدد (01). 2023.
- (124) نور الدين حاروش: "الإدارة الصحية دراسة مقارنة بين النظام الصحي الجزائري والأردني". الجزائر: دار الأمانة للطباعة والنشر والتوزيع. 2017.
- (125) هديل القراز: "أسئلة وأجوبة حول قضايا الصحة الإنجابية". الطبعة الثانية. القدس-فلسطين: ناديا للنشر والتوزيع والطباعة. 2006.
- (126) هند مطاري: "اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة وانعكاساتها على القانون الداخلي". رسالة ماجستير. المركز الجامعي العقيد أكلي محند أولحاج البويرة. 2011/2010.
- (127) هواري رحال ورضوان مصلي: "واقع الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر وفق معطيات مسح-MICS4 2012". مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية. جامعة باتنة1. المجلد (21). العدد (2). 2020.
- (128) هيئة الأمم المتحدة (UN): "اتفاقية القضاء على جميع أشكال التمييز ضد المرأة". الملحق رقم 46. نيويورك. 1979.
- (129) هيئة الأمم المتحدة. تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة. نيويورك. 1994.
- (130) هيئة الأمم المتحدة. تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية بالقاهرة. 5-13 سبتمبر 1994. نيويورك. 1995.

- 131) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH): "السكان والتنمية في الجزائر"، تقرير اللجنة الوطنية للسكان. الجزائر. 2002.
- 132) وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات (MSPRH): "السياسة الوطنية للسكان آفاق 2010". تقرير اللجنة الوطنية للسكان. الجزائر. 2001.
- 133) وزارة المالية-المديرية العامة للميزانية: "المشروع التمهيدي لقانون المالية لسنة 2020". 2021، ص318.
- 134) وليبر شرام: "أجهزة الإعلام والتنمية الوطنية". ترجمة محمد فتحي. القاهرة: الهيئة المصرية العامة للتأليف والنشر. 1970.

■ المراجع باللغة الأجنبية:

- 1) Articles n°14.1 et n°14.2" **Protocole à la Charte Africaine des Droits de l'Homme et des Peuples relatif aux Droits de la Femme en Afrique**". Observations Générales N°2.
- 2) Basse, E.: "**Report en fragile states index**". Annual report. Assessment directed by Woodburn, D. 2023. https://fragilestatesindex.org/wp-content/uploads/2023/06/FSI-2023-Report_final.pdf.
- 3) BATTAL. A.H and KHALAF. K.S: "**Using Data Envelopment Analysis to Measure Cost Efficiency with An Application on Islamic Banks**". Scientific Journal of Administrative Development. Vol. 4. 2006.
- 4) Bradley, S, E. and others:" **Revising Unmet Need for Family Planning**". Maryland in United States of America. DHS Analytical Studies N°25 Calverton. ICF International. 2012.
- 5) David Sherman, Joe Zhu, "**services productivity management: improving service performance using data envelopment analysis (DEA)**". USA: springer business- media. 2006.
- 6) Fortney, J.A et al. : "**Implication des définitions de la CIM 10 relative aux décès au cours de la grossesse et de la prééclampsie**". Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales. 43(4). 1990.
- 7) Global Fund: "**Impact of Integrated HIV Care on Reproductive Health Outcomes. The Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria**". Geneva. 2021.
- 8) Institut National de Santé Publique (INSP): "**Relevé Epidémiologique Mensuel-situation épidémiologique de l'année 2020**".
- 9) Jeffrey D. Sachs, Guillaume L. and Grayson F: "**Sustainable development report 2024-the SDGs and the UN summit of the future**". Dublin-Ireland: published by Dublin University Press. 2024.
- 10) Kenneth Hill : "**Mesurer la mortalité maternelle à partir du recensement : Guide pour les utilisateurs potentiels**". North Carolina 27516, USA, Manuel séries N°4: Mesure évaluation Carolina population center. University of north Carolina at Chapel Hill. 2001.
- 11) Lachich iNawel : "**La santé reproductive en Algérie**". Thèse Doctorat. Université d'Oran2. Faculté des Sciences sociales et Démographie. 2021/2022.
- 12) Okonofua, F. et al.: "**Correlation between maternal healthcare access and infant mortality rates in Africa**". The Lancet Global Health. 6(7). 2018.

- 13) Othman Joumady: "**Efficacité Et Productivité Des Banques Au Maroc Durant La Période De Libéralisation Financière: 1990-1996**". Lisbonne-Portugal : 17èmes Journées Internationales d'Economie Monétaire Et Bancaire.7-9 Juin 2000.
- 14) Population Council: "**Fertility Trends and Maternal Health: Implications for African Demographics**". Population Council. In New York-United States of America. 2019.
- 15) Quey-Jen Yeh : "**The Application of Data Envelopment Analysis in Conjunction with Financial Ratios for Bank Performance Evaluation**". Journal of the O. Research Society. 47(8). 1996.
- 16) Cook. R. J, BDickens, M.F.Fathalla : "**Santé de la reproduction et droits humains**". Paris : Masson. 2005.
- 17) Ramdeen, K. and Yim, O.: "**Hierarchical Cluster Analysis: Comparison of Three Linkage Measures and Application to Psychological Data**. The Quantitative Methods for Psychology. 11(1). 2015.
- 18) Report from UNICEF: "**The latest Levels and Trends in Child Mortality**". UN Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation. 2018.
- 19) Romesburg, H.C.: "**Cluster Analysis for Researchers.**" North Carolina-United States of America: Lulu Press. 2004
- 20) Sabeur Chouiref, M. : "**La situation de la mortalité maternelle en Algérie entre 1962-2019**". Humanization Journal for Researches and Studies. 13(2). 2022.
- 21) Sakho Papa : "**Note marginalisation et enclavement en Afrique de l'Ouest, (l'espace des trois frontières)**". Sénégalais-Espace. Population société-UST Lille-France. 2005.
- 22) Susan Armstrong: "**Linking Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS Related Services**". World Health Organization (WHO). 2009.
- 23) UN Inter-agency Group for Child Mortality Estimation : "**Levels & Trends in Child Mortality**". Report 2020. <https://childmortality.org/wp-content/uploads/2023/01/UN-IGME-Child-Mortality-Report-2022>.
- 24) UNICEF: "**Maternal and Child Health in Sub-Saharan Africa: A Comprehensive Review**". United Nations Children's Fund. In New York-United States of America .2021.
- 25) United Nations Population Fund (UNFPA): "**Sexual & reproductive health**". <https://www.unfpa.org/sexual-reproductive-health>.
- 26) United Nations summit: "**Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development**". Resolution adopted by the General Assembly. 2015. <https://digitallibrary.un.org/record/3923923>
- 27) United Nations: "**Programme of Action of the International Conference on Population and Development**". Department for Economic and Social Information and Policy Analysis. Volume 1. Cairo. 1994,
- 28) United Nations: "**World Contraceptive**". Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2022b). 2022.
- 29) United Nations: "**World Population Prospects**". Department of Economic and Social Affairs. Population Division (2022a). 2022.
- 30) Wang, C.: "**History of the Chinese Family Planning program: 1970–2010, Contraception**". an international reproductive health journal. 85(6). 2012. <https://doi.org/10.1016/j.contraception.2011.10.013>,
- 31) Warren, C. Robinson and John, A. R.: "**The Global Family Planning Revolution: The Emergence of Thailand's National Family Planning Program**". The International Bank for Reconstruction and Development. the World Bank. 2007.

- <https://openknowledge.worldbank.org/server/api/core/bitstreams/233c6c1b-7d93-5c45-8939-0c7a09427574/content>.
- 32) WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division: **"Trends in maternal mortality 2000 to 2020"**. Executive summary" 2021.
 - 33) WHO. UNICEF. World Bank and UNDESA: **"Trends in maternal mortality 2000 to 2020"**. 2020.
 - 34) World Bank: **"Rural Healthcare Access in North Africa: Challenges and Opportunities"**. Washington, D.C. World Bank Group. 2020.
 - 35) World Health Organization (WHO): **"International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems"**. 9th revision. Volume 11. World Health Organization. Geneva. 1978.
 - 36) World Health Organization (WHO): **"monitoring Health for the SDGS, sustainable development goals"**. World Health Statistics. 2023.
 - 37) World Health Organization (WHO): **"Monitoring Health for the SDGS, sustainable development goals"**. World Health statistics. 2023.
 - 38) World Health Organization (WHO): **"Recommandations de l'WHO concernant les soins prénatals pour que la grossesse soit une expérience positive"**. ISBN 978-92-4-254991-1. 2017.
 - 39) World Health Organization (WHO): **"Regional Office For Europe Measuring Hospitals performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions"**. Barcelona-Spain: Report on a WHO Workshop. 10-11 January 2003.
 - 40) World Health Organization (WHO): **"Reproductive Health Indicators in Africa"**. Global Health Observatory. Geneva. 2020.
 - 41) World Health Organization (WHO): **"Reproductive health strategy to accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets"**. Department of Reproductive Health and Research. 2023. https://www.who.int/reproductivehealth/publications/general/RHR_04_8/en/. [Online]
 - 42) World Health Organization (WHO): **"Sexual and reproductive Health fact sheet"**. Department of Reproductive Health and Research. 2023.
 - 43) World Health Organization (WHO): **"The Sustainable Development Goals Report 2024"**. United Nations publication issued by the Department of Economic and Social Affairs (DESA). 2024.

قائمة الملاحق

أولاً: الملاحق المرتبطة بالفصل الثَّاني.

الملحق رقم 01: ملَّخص وسائل تنظيم الأسرة حسب مدَّة استخدامها.

اسم الوسيلة	التركيب	آلية العمل	آلية الاستخدام	المزايا	السلبيات
وسائل تنظيم الأسرة طويلة الأمد					
اللولب النحاسي	جسم صغير بلاستيكي مغلف بالنحاس يتدلى منه خيطان.	تمنع الحمل عن طريق إحداث تغيرات كيميائية تمنع حركة الحيوانات المنوية مع البويضة.	يتم التركيب بأي وقت يتم التأكد فيه من عدم حدوث حمل ويحصل خلال الأسبوع الأول من الدورة وبعد 6 أسابيع من الولادة وخلال 12 يوم من الإجهاض.	عالي الفعالية وطويل الأمد ولا يؤثر على الخصوبة. متوفر في المراكز الصحية والعيادات الصحية المدربين. مناسب لمعظم السيدات وخاصة من ترغب بتأجيل الحمل لفترة طويلة أو عدم الإنجاب لاحقاً.	يحتاج إلى كادر طبي مؤهل ومدرب وعيادة طبية مؤهلة. ليست له آثار جسدية.
اللولب الهرموني	جسم صغير بلاستيكي يفرز كمية قليلة من هرمون الليفوجستريل يثبت داخل الرحم بواسطة أطباء مدربين وتتمتع فعاليته لمدة 5 سنوات.	يعمل هرمون البروجيستيرون ومن أهمها الحمل والتنزيف الرحمي وفقر الدم.	يتم تركيبه في المركز الصحي أو العيادة من قبل أطباء مدربين.	يساعد في علاج العديد من المشكلات المرتبطة بالرحم مثل الألياف وسرطان الرحم وبطانة الرحم المهاجرة. مناسب للسيدة المرضعة ولا يؤثر على كمية الحليب ونوعيته.	ليس متوفر في المراكز الصحية العامة. يحتاج إلى كادر مؤهل ومدرب تدريباً خاصاً.
الغرسة	غرسة صغيرة بشكل وحجم عود النقاب تطلق مادة من مشتقات هرمون البروجستين.	تمنع الحمل من خلال زيادة لزوجة إفرازات مخاط عنق الرحم وتمنع وضع الإقامة.	يتم تركيبها عن طريق طبيب ماهر بواسطة أدوات معقمة تستعمل لمرة واحدة فقط وتستمر فعاليتها لمدة 3 سنوات.	وسيلة طويلة المدى وأمنة. لا تؤثر على الجماع والرضاعة تخفف من أعراض عسر الطمث والبطانة المهاجرة تعود الخصوبة بعد التوقف عن الاستخدام.	غير متوفرة في جميع المراكز الصحية وهي بحاجة إلى كادر مدرب ومؤهل لتركيبها.
إبرة البروجستين	تؤخذ هذه الحقن في العضل وتحتوي على هرمون البروجستين ويستمر تأثير الحقن لمدة 3 شهور.	تزيد لزوجة إفرازات مخاط عنق الرحم.	يمكن البدء بأخذ الإبرة في أي وقت تكون فيه السيدة ليست حاملاً. أفضل وقت للبدء هو خلال الأيام الخمسة الأولى من الدورة الشهرية.	متوفرة في المراكز الصحية مع الرياضيين. تناسب السيدة المرضعة ولا تؤثر على كمية الحليب. لا تؤثر عود الخصوبة.	بحاجة إلى مقدم خدمة صحية لاستخدامها. قد تؤخر عودة الخصوبة وتسبب تغيرات في نمط الدورة الشهرية بعد التوقف عن استخدامها.
وسائل تنظيم الأسرة قصيرة الأمد					
الحبوب المركبة	تحتوي على كمية قليلة من هرمون الاستروجين (إيثينيل استراديول 35 ميكروغرام) وهرمون البروجستيرون (بتراكيب مختلفة)	منع الإباضة وزيادة لزوجة إفرازات مخاط عنق الرحم	يمكن البدء بتناول حبوب تنظيم الأسرة المركبة في أي وقت يتم التأكد فيه من عدم وجود حمل. أفضل وقت للبدء بتناول الحبوب هو خلال الأيام الخمسة الأولى من الدورة الشهرية.	فعالة جداً، إذا تم تناولها بالشكل الصحيح وأمنة لمعظم السيدات. مؤقتة التأثير، حيث تعود الخصوبة خلال وقت قريب بعيد التوقف عن تناولها. وجود فوائد أخرى غير مرتبطة بتنظيم الأسرة.	يتطلب شراءها بشكل منظم. يلزم وجود حافظ قوي لتناول الحبوب بالطريقة الصحيحة.
الحبوب الأحادية	حبوب تحتوي على كمية ضئيلة من هرمون البروجستين فقط	زيادة لزوجة إفرازات مخاط عنق الرحم مما يعيق حركة الحيوانات المنوية	تؤخذ حبة واحدة يومياً بدون انقطاع بنفس الموعد.	تناسب معظم السيدات وخاصة السيدة المرضعة. تعود الخصوبة بعد الانقطاع عنها.	
الواقى الذكري	غلاف مطاطي يتم وضعه على القضيب في حالة الانتصاب	يعمل كحاجز يمنع دخول السائل المنوي إلى المهبل والوصول إلى البويضة وتلقيحها		متوفر ورخيص الثمن. يمكن استخدامه كوسيلة مؤقتة أو مساندة. يمنع الأمراض المنقولة جنسياً والإيدز. يتيح للزوج المشاركة الفاعلة بقرار تنظيم الأسرة. تعود الخصوبة بعد التوقف عن الاستخدام.	

ثانياً: الملاحق المرتبطة بالفصل الثالث. الملحق رقم (02): أهم المؤشرات المتعلقة بالصحة الإنجابية لدول إفريقيا.

البلد	عدد السكان	الولادات	معدل المواليد	معدل الخصوبة	معدل الوفيات	معدل الوفيات	معدل الوفيات	العمر المتوقع	وفيات الرضع	الهاليد الخام	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة	معدل وفيات	معدل الخصوبة الإجمالي	العمر المتوقع (نساء)	الوفاة بسبب الأمراض المعدية، وظروف الأمومة، وظروف الفترة المحيطة بالولادة	النصيب الفرد من الإنفاق الصحي	وفيات الأمهات	الأطباء (لكل 1000 شخص)	مؤشر التغطية الصحية الشاملة	انتشار فيروس نقص المناعة البشرية (للثة من 15 إلى 49 سنة)	معدل فقر الدم بين النساء في سن الإنجاب	معدل انتشار (HIV) فيروس نقص المناعة البشرية جميع الأعمار	معدل انتشار الإيدز، الإجمالي
الجزائر	45 606 481	895 418	19,64	2,77	19,64	19 817	4,35	77,34	16,00	19,64	16,00	14,06	2,77	76,64	12,98	214,85	760	1,73	74	0,07	33,30	0,04	0,10	
جمهورية أفريقيا	60 414 494	1 140 735	18,89	2,32	18,89	652 181	10,80	62,89	26,78	18,89	26,78	29,57	2,32	63,40	35,68	489,64	1 500	0,76	71	6,90	30,50	4,19	18,30	
أنغولا	36 684 202	1 381 742	37,66	5,12	37,66	269 133	7,34	47,59	37,66	37,66	47,59	49,91	5,12	59,16	59,16	50,74	2 900	0,21	37	0,86	44,50	0,52	1,60	
بنين	13 712 828	487 458	35,54	4,82	35,54	124 328	9,07	60,45	55,10	35,54	55,10	66,44	4,82	59,30	51,83	32,13	2 500	0,08	38	0,20	55,20	0,14	0,80	
بوتسوانا	2 675 352	6 019	22,51	2,72	22,51	18 506	6,92	66,05	32,61	22,51	32,61	29,81	2,72	65,93	44,90	362,73	120	0,35	55	6,03	32,50	3,48	18,60	
بوركينافاسو	23 251 485	801 037	34,43	4,57	34,43	1 921	8,26	60,57	46,17	34,43	46,17	60,35	4,57	59,53	54,10	54,18	2 000	0,08	40	0,12	52,50	0,08	0,60	
الكاميرون	28 647 293	967 736	33,78	4,30	33,78	222 073	7,75	61,92	44,20	33,78	44,20	48,62	4,30	60,65	51,82	58,01	4 100	0,13	44	0,77	40,60	0,56	2,90	
جمهورية الوسطى	5 742 316	243 462	42,33	0,58	42,33	60 096	10,45	55,48	64,94	42,33	64,94	72,66	0,58	54,56	59,06	41,96	1 900	0,07	32	0,95	46,80	0,58	2,70	
الكونغو	102 262 809	4 237 354	41,42	6,05	41,42	90 987	8,89	60,63	48,94	29,83	48,94	35,53	6,05	62,16	56,18	21,25	22 000	0,36	42	0,26	42,40	0,18	0,70	
ساحل العاج	28 873 034	959 962	33,25	4,29	33,25	241 082	8,35	60,11	56,26	33,25	56,26	57,99	4,29	58,53	54,31	85,17	4 400	0,22	43	0,33	50,90	0,21	1,90	
مصر	112 716 598	2 449 346	21,73	2,84	21,73	680 946	6,04	70,81	16,04	21,73	16,04	11,84	2,84	70,93	9,63	150,91	420	0,73	70	0,10	28,30	0,10	0,10	
إسواتيني	1 210 822	28 356	23,37	0,28	23,37	13 219	10,89	54,60	39,70	23,37	39,70	42,51	0,28	59,32	42,08	219,10	69	0,24	56	14,88	30,70	7,65	27,90	
الغابون	2 436 566	6 376	26,17	0,34	26,17	17 175	0,34	66,16	26,17	29,86	26,17	27,50	0,34	66,18	46,27	228,98	140	0,62	49	1,15	52,40	0,80	3,00	
غامبيا	2 773 168	89 518	32,26	4,50	32,26	18 377	6,62	64,12	26,67	32,26	26,67	30,10	4,50	62,87	52,17	18,58	400	0,12	46	1,40	49,50	0,80	1,70	
غانا	34 121 985	909 913	26,66	3,46	26,66	25 041	7,34	64,53	32,09	26,66	32,09	31,84	3,46	64,03	45,24	84,98	2 400	0,14	48	0,86	35,40	0,57	1,70	
غينيا	14 190 612	47 339	33,35	4,22	33,35	135 342	9,54	59,55	64,73	33,35	64,73	74,85	4,22	57,92	57,96	46,84	2 600	0,22	40	0,76	48,00	0,49	1,50	
غينيا بيساو	2 150 842	64 777	30,11	0,38	30,11	17 777	8,26	60,56	30,11	61,04	30,11	51,04	0,38	59,81	57,62	61,43	460	0,17	37	1,56	48,10	1,12	3,10	
غينيا الاستوائية	1 714 671	50 317	29,38	4,08	29,38	14 186	8,28	61,97	29,38	52,51	29,38	54,54	4,08	61,23	59,51	236,62	110	0,41	46	5,77	44,50	3,80	6,90	
لسوتو	2 330 318	59 355	25,45	2,94	25,45	25 400	12,60	54,91	65,60	25,45	65,60	63,41	2,94	54,63	42,19	107,10	330	0,45	53	8,10	27,90	4,76	20,90	
ليبيريا	5 418 376	166 979	30,80	0,40	30,80	44 244	8,16	62,04	56,10	30,80	56,10	52,88	0,40	60,42	58,43	56,71	1 100	0,05	45	1,10	42,60	0,33	1,10	
ليبيا	6 888 388	116 411	16,90	2,36	16,90	37 607	5,46	73,25	8,91	16,90	8,91	7,40	2,36	74,36	10,39	309,88	88	2,10	62	0,10	29,90	0,07	0,20	
مالي	23 293 698	952 503	40,85	5,79	40,85	202 137	8,67	60,03	53,89	40,85	53,89	67,86	5,79	58,51	60,25	35,45	3 900	0,12	41	0,42	59,00	0,26	0,80	
المغرب	37 840 044	637 479	16,84	2,27	16,84	220 336	5,82	75,20	13,76	16,84	13,76	10,80	2,27	75,26	8,91	187,40	470	0,98	69	0,04	29,90	0,02	0,10	
موريتانيا	4 862 988	158 742	32,65	4,27	32,65	32 978	6,78	65,48	43,93	32,65	43,93	42,48	4,27	64,72	52,71	59,05	700	0,19	40	0,20	43,30	0,13	0,30	
ناميبيا	2 604 172	69 215	26,56	3,21	26,56	26 638	10,22	59,53	31,58	26,56	31,58	36,38	3,21	60,83	45,15	379,54	150	0,60	63	5,16	25,20	2,91	11,80	
النيجر	27 202 843	1 216 927	44,72	6,67	44,72	204 441	7,51	62,93	40,45	44,72	40,45	54,57	6,67	61,53	59,17	35,01	4 900	0,04	35	0,06	49,50	0,04	0,20	
نيجيريا	223 804 632	8 109 136	36,22	5,06	36,22	2 747 861	12,28	53,87	70,82	36,22	70,82	87,36	5,06	50,85	65,21	69,76	82 000	0,38	38	0,44	55,10	0,34	1,30	
أوغندا	48 582 334	1 729 033	35,58	4,36	35,58	268 122	4,36	63,84	29,73	35,58	29,73	26,14	4,36	63,10	51,66	33,90	4 700	0,41	49	2,40	32,80	1,30	5,20	
رواندا	14 094 683	409 837	29,07	3,69	29,07	81 501	5,78	67,35	27,34	29,07	27,34	22,83	3,69	66,80	38,18	57,50	1 000	0,13	49	0,52	17,20	0,34	2,30	
ساو تومي	231 856	6 447	27,77	3,68	27,77	1 351	3,68	68,89	12,38	27,77	12,38	9,05	3,68	69,52	30,95	106,92	9	0,49	59	0,06	44,20	0,05	0,50	
السنغال	17 763 163	562 482	31,64	4,25	31,64	88 621	4,25	69,31	18,19	31,64	18,19	17,96	4,25	69,22	43,75	76,78	1 400	0,09	50	0,15	52,70	0,10	0,30	
سيشل	107 660	1 586	14,72	2,29	14,72	762	7,07	75,00	14,72	14,72	14,72	8,12	2,29	77,37	13,49	726,91	3	2,33	75	2,25	25,10	8,60	12,31	
سيراليون	8 791 092	266 774	30,34	3,79	30,34	76 363	3,79	60,79	70,61	30,34	70,61	74,90	3,79	63,10	56,68	43,21	1 200	0,07	41	0,54	48,40	0,50	1,40	
الصومال	18 143 378	774 627	42,65	6,10	42,65	187 927	10,35	57,35	64,51	42,65	64,51	82,89	6,10	56,45	61,02	34,70	4 500	0,05	27	0,10	43,10	0,09	0,10	
السودان	48 109 006	1 566 537	32,56	4,32	32,56	312 356	6,49	66,10	36,91	32,56	36,91	38,03	4,32	66,13	35,55	23,39	4 100	0,33	44	0,11	36,50	0,07	0,10	
جمهورية السودان	11 088 796	3 214	28,95	4,25	28,95	114 111	10,28	56,51	57,42	28,95	57,42	71,22	4,25	54,77	61,30	33,23	3 800	0,04	34	2,05	35,60	1,27	2,10	
تنزانيا	67 438 106	2 384 603	35,34	4,59	35,34	380 195	5,64	67,60	35,34	35,34	35,34	29,51	4,59	67,18	54,34	39,31	5 400	0,05	43	1,55	38,90	0,96	4,50	
تشاد	18 278 567	779 346	42,63	0,61	42,63	21 494	0,61	53,68	64,56	42,63	64,56	81,03	0,61	64,56	63,45	34,80	7 800	0,05	29	0,31	45,40	0,21	1,10	
توغو	9 053 799	281 959	31,14	4,14	31,14	73 701	8,14	61,82	43,13	31,14	43,13	43,98	4,14	59,55	48,56	53,50	1 100	0,08	44	0,50	45,70	0,38	1,90	
تونس	12 458 223	188 292	15,11	2,04	15,11	74 918	6,01	76,94	15,11	15,11	15,11	10,23	2,04	78,28	7,14	221,68	74	1,36	67	0,06	32,10	0,04	0,10	
زامبيا	20 569 738	694 807	33,77	4,18	33,77	129 554	4,18	62,96	36,58	33,77	36,58	38,73	4,18	62,94	56,52	53,75	890	0,23	56	4,00	31,50	2,17	10,80	
زيمبابوي	16 665 409	49 384	29,62	3,39	29,62	129 293	7,76	61,92	35,37	29,62	35,37	37,48	3,39	61,50	47,65	50,68	1 700	0,20	55	2,37	28,90	1,51	11,60	

Source: United Nations Department of Economic and Social Affairs, Population Division, 2023.

2-نتائج طريقة التجميع الهرمية Hierarchical Cluster Analysis

Cluster_HAC_1

Parameters

Eigenvalue table - Test for significance

Global critical values	
Kaiser-Guttman	1
Karlis-Saporta-Spinaki	2,43136

Results

Eigenvalues - Significance		
Axis	Eigenvalue	Broken-critical
1	10,602764	3,690813
2	4,14488	2,690813
3	3,460648	2,190813
4	1,09155	1,85748
5	0,729044	1,60748
6	0,53383	1,40748
7	0,412945	1,240813
8	0,226888	1,097956
9	0,18363	0,972956
10	0,170684	0,861845
11	0,133805	0,761845
12	0,097779	0,670936
13	0,065483	0,587603
14	0,055261	0,510679
15	0,03822	0,439251
16	0,018628	0,372584
17	0,01767	0,310084
18	0,008458	0,251261
19	0,004107	0,195705
20	0,002556	0,143074
21	0,001166	0,093074
22	0,000005	0,045455

Factor Loadings [Communality Estimates]

Attribute	Axis_1	Axis_2	Axis_3
comprehensive_health_coverage	0,921	-0,033	0,245
cause_of_death	-0,903	-0,199	-0,106
crude_birth_rate	-0,898	0,132	-0,228
birth_rate	-0,898	0,164	-0,185
under_five_mortality_rate	-0,896	-0,279	0,048
life_expectancy_women	0,889	0,395	-0,096
infant_mortality	-0,883	-0,311	0,051
infant_mortality_rate	-0,875	-0,323	0,033
total_fertility_rate	-0,866	0,205	-0,212
life_expectancy	0,826	0,033	-0,122
physicians	0,789	0,104	0,251
health_expenditure_per_capita	0,714	-0,341	0,291
anemia_prevalence_women	-0,676	0,261	-0,145
death_rate	-0,669	-0,599	0,398
HIV_prevalence_15_49	0,181	-0,855	0,232
AIDS_prevalence_total	0,267	-0,843	0,270
HIV_prevalence_all_ages	0,363	-0,775	0,272
total_deaths	-0,299	0,279	0,864
Population	-0,225	0,447	0,828
maternal_deaths	-0,433	0,270	0,814
births	-0,349	0,434	0,797
fertility_rate	-0,398	0,438	0,032

examples	pays	Cluster_HAC_1
1	Algeria	<_hac_4
2	South Africa	<_hac_3
3	Angola	<_hac_2
4	Benin	<_hac_2
5	Botswana	<_hac_3
6	Burkina Faso	<_hac_2
7	Cameroon	<_hac_2
8	Central African Republic	<_hac_2
9	Democratic Republic of Congo	<_hac_2
10	Ivory Coast	<_hac_2
11	Egypt	<_hac_4
12	Eswatini	<_hac_3
13	Gabon	<_hac_2
14	Gambia	<_hac_2
15	Ghana	<_hac_2
16	Guinea	<_hac_2
17	Guinea-Bissau	<_hac_2
18	Equatorial Guinea	<_hac_2
19	Lesotho	<_hac_3
20	Liberia	<_hac_2
21	Libya	<_hac_4
22	Mali	<_hac_2
23	Morocco	<_hac_4
24	Mauritania	<_hac_2
25	Namibia	<_hac_3
26	Niger	<_hac_2
27	Nigeria	<_hac_1
28	Uganda	<_hac_2
29	Rwanda	<_hac_2
30	Sao Tome and Principe	<_hac_4
31	Senegal	<_hac_2
32	Seychelles	<_hac_4
33	Sierra Leone	<_hac_2
34	Samalia	<_hac_2
35	Sudan	<_hac_2
36	South Sudan	<_hac_2
37	Tanzania	<_hac_2
38	Chad	<_hac_2
39	Togo	<_hac_2
40	Tunisia	<_hac_4
41	Zambia	<_hac_2
42	Zimbabwe	<_hac_2

3- نتائج طريقة المتوسطات K-Means:

K-Means 1	
Parameters	
K-Means parameters	
Clusters	4
Max Iteration	10
Trials	5
R-Square	0,9402
Distance normalization	none
Average computation	McQueen
Seed random generator	Standard

Results	
Global evaluation	
Within Sum of Squares	3,96553E+15
Total Sum of Squares	6,62903E+16
R-Square	0,9402

Cluster size and WSS

Clusters		4	
Cluster	Description	Size	WSS
cluster n1	c_kmeans_1	4	1,98218E+15
cluster n2	c_kmeans_2	1	0
cluster n3	c_kmeans_3	26	1,08854E+15
cluster n4	c_kmeans_4	11	8,94816E+14

Cluster centroids

Attribute	Cluster n1	Cluster n2	Cluster n3	Cluster n4
Population	85708002,00	223804640,00	8306068,65	34746582,18
births	2553009,50	8109136,00	215887,65	1092571,55
birth_rate	29,35	36,22	29,41	32,36
fertility_rate	3,95	5,06	2,98	4,36
total_deaths	451077,25	2747861,00	60210,35	180587,18
death_rate	7,84	12,28	8,16	7,03
life_expectancy	65,48	53,87	62,95	65,07
infant_mortality	30,32	70,82	41,35	37,91
crude_birth_rate	26,45	36,22	29,41	32,35
infant_mortality_rate	27,18	70,82	41,31	37,91
under_five_mortality_rate	25,72	87,36	44,47	41,83
total_fertility_rate	3,45	5,06	3,88	4,36
life_expectancy_women	65,92	50,85	62,69	64,26
cause_of_death	38,96	65,21	46,50	44,83
health_expenditure_per_capi	175,28	69,76	140,55	78,46
HIV_prevalence_15_49	2,20	0,44	2,32	0,55
HIV_prevalence_all_ages	1,36	0,34	1,63	0,33
anemia_prevalence_women	35,03	55,10	39,48	42,26
comprehensive_health_cover	56,50	38,00	48,00	47,64
maternal_deaths	7330,00	82000,00	1313,19	3148,18
AIDS_prevalence_total	5,90	1,30	5,58	1,38
physicians	0,48	0,38	0,41	0,40

Attribute_Y	Statistical test		Cluster centroids			
	Fisher's F Value	Proba	Cluster n1	Cluster n2	Cluster n3	Cluster n4
Population	199,21	0,000	85708002,00	223804640,00	8306068,65	34746582,18
births	126,36	0,000	2553009,50	8109136,00	215887,65	1092571,55
total_deaths	221,36	0,000	451077,25	2747861,00	60210,35	180587,18
maternal_deaths	198,28	0,000	7330,00	82000,00	1313,19	3148,18
under_five_mortality_rate	2,22	0,010	25,72	87,36	44,47	41,83
infant_mortality_rate	1,83	0,016	27,18	70,82	41,31	37,91
life_expectancy_women	1,60	0,021	65,92	50,85	62,69	64,26
infant_mortality	1,48	0,023	30,32	70,82	41,35	37,91
AIDS_prevalence_total	1,20	0,032	5,90	1,30	5,58	1,38
death_rate	2,50	0,074	7,84	12,28	8,16	7,03
fertility_rate	2,49	0,075	3,95	5,06	2,98	4,36
anemia_prevalence_women	1,34	0,277	35,03	55,10	39,48	42,26
life_expectancy	1,33	0,280	65,48	53,87	62,95	65,07
HIV_prevalence_all_ages	1,19	0,325	1,36	0,34	1,63	0,33
total_fertility_rate	1,10	0,360	3,45	5,06	3,88	4,36
HIV_prevalence_15_49	1,06	0,378	2,20	0,44	2,32	0,55
crude_birth_rate	0,92	0,441	26,45	36,22	29,41	32,35
comprehensive_health_cover	0,81	0,495	56,50	38,00	48,00	47,64
cause_of_death	0,69	0,564	38,96	65,21	46,50	44,83
health_expenditure_per_capi	0,65	0,585	175,28	69,76	140,55	78,46
birth_rate	0,56	0,642	29,35	36,22	29,41	32,36
physicians	0,02	0,996	0,48	0,38	0,41	0,40

ثالثا: الملاحق المرتبطة بالفصل الرابع.

الملحق رقم (04): التوزيع حسب الولايات للمؤسسات العمومية التابعة للصحة

WILAYAS	Etablissement	WILAYAS	Etablissement	WILAYAS	Etablissement	WILAYAS	Etablissement
01- ADRAR	EPH ADRAR	22- SIDI BEL ABBES	EPH SFISEF	13- TLEMCCEN	EPH GHAZAOUET	33- ILLIZI	EPH ILLIZI
	EPH TIMIMOUN		EPH BEN BADIS		EPH NEDROMA		EPH DJANET
	EPH REGGANE		EPH TELAGH		EPH MAGHNIA		08 polyclinique, dont 05 maternité intégrées
	EPH NOUVEL ADRAR		EPH SIDI BEL ABBES		EPH SEBDOU		32 salle de soins
	EPH AOULEF ADRAR		EPH MIXTE TABIA SIDI BEL ABBES		EPH REMCHI		EPH BORDJ BOUARRERIDJ
	EHS C.A.C D'ADRAR		EPH MIXTE RAS EL MA		CHU TLEMCCEN		EPH MEDJANA
	EHS PSCHAITRIQUE D'ADRAR		CHU SIDI BEL ABBES		EHS MERE ET ENFANT TLEMCCEN		EPH RAS EL OUED
	30 polyclinique, dont 12 maternité intégrées		EHS MERE ET ENFANT SIDI BEL ABBES		40 polyclinique, dont 19 maternité intégrées		HOPITAL MANSOURA
	182 salle de soins		EHS PSYCHIATRIE SIDI BEL ABBES		273 salle de soins		EPH BORDJ GHDIR
	EPH CHLEF (OULED MOHAMED)		CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER SIDI BEL ABBES		64 polyclinique, dont 06 maternité intégrées		EHS MERE ET ENFANT BELHOCINE RACHID BORDJ BOU ARRERIDJ
02- CHLEF	EPH CHLEF (CHORFA)	23- ANNABA	96 salle de soins	14- TIARET	EPH TIARET	34- B.B ARRERIDJ	43 polyclinique, dont 09 maternité intégrées
	EPH CHLEF (CHORFA)		EPH ARABI SEBTI AIN BERDA		EPH SOUGUEUR		147 salle de soins
	EPH CHETTIA		EPH AHMED GOUASMI CHETAIBI		EPH MAHDIA		EPH THENIA
	EPH TENES (ZIGHOUD YUCEF)		CHU ANNABA		EPH FRENDIA		EPH BORDJ MENAIEL
	EPH TENES (ANCIEN HOPITAL)		EHS MERE ET ENFANT EL-BOUNI ANNABA		EPH KSAR CHELLALA		EPH DELLYS
	EPH SOBHA		EHS PSYCHIATRIE EL RAZI ANNABA		EHS MERE ET ENFANT AOURAI ZOHRA TIARET		35 polyclinique, dont 10 maternité intégrées
	EPH SOEURS BEDJ		EHS DE REEDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE SERAIDI ANNABA		42 polyclinique, dont 08 maternité intégrées		114 salle de soins
	EHS PSYCHIATRIE TENES CHLEF		23 polyclinique, dont 02 maternité intégrées		136 salle de soins		EPH EL BAYADH
	45 polyclinique, dont 15 maternité intégrées		64 salle de soins		EPH BOGHNI		EPH BOUGTOB
	215 salle de soins		EPH GUELMA (HAKIM OKBI)		EPH DRAA EL MIZAN		EPH EL BIODH SIDI CHEIKH
03- LAGHOUAT	EPH LAGHOUAT	24- GUELMA	EPH GUELMA (IBN ZOHR)	15- TIZI_OUZOU	EPH TIGZIRT	36- EL BAYADH	20 polyclinique, dont 07 maternité intégrées
	EPH AFLOU		EPH EMIR ABDELKADER OUED ZENATI		EPH LARBAA NATH IRATHEN		72 salle de soins
	EPH HAOUARI BOUMEDIENNE (KSAR EL HIRANE)		EPH BOUCHEGOUF		EPH AIN EL HAMMAM		EPH EL TARF
	EHS MERE ET ENFANT DR SAADANE LAGHOUAT		EPH AIN LARBI (BERKANI BOULARES)		EPH AZEFOUN		EPH BOUZID AMMAR EL KALA
	40 polyclinique, dont 06 maternité intégrées		EHS MERE ET ENFANT GUELMA		EPH AZZAZGA		EPH BOUHADJAR
	66 salle de soins		25 polyclinique, dont 04 maternité intégrées		CHU TIZI OUZOU		EPH BESBES
	EPH OUM EL BOUAGHI (MOHAMED BOUDIAF)		141 salle de soins		EHS MERE ET ENFANT S'BIHI TASSADIT TIZI OUZOU		26 polyclinique, dont 07 maternité intégrées
	EPH OUM EL BOUAGHI IBN SINA (ANCIEN HOPITA		EPH HAFID BOUDJEMAA EX EL BIR CONSTANTINE		EHS PSYCHIATRIE FERNANE HANAFI OUED AISSI TIZI OUZOU		88 salle de soins
	EPH BOUHAFS MOHAMED MESKIANA		EPH EL KHROUB (MOHAMED BOUDIAF)		EHS CHIRURGIE CARDIAQUE PEDIATRIQUE DE DRAA BEN KHEDDA TIZI OUZOU		EPH TISSEMSILT
	EPH AIN M' LILA		EPH EL KHROUB (ALI MENDJELI)		EHS C.A.C DRAA BEN KHADDA		EPH THENIET EL HAD
04- O.E BOUAGHI	EPH AIN FAKROUN	25- CONSTANTINE	EPH DIDOUCHE MOURAD CONSTANTINE	16- ALGER	EPH ROUIBA	40- KHENCHLA	EPH BORDJ BOU NAAMA
	EPH AIN BEIDA (ZERDANI SALAH)		CHU CONSTANTINE		EPH ZERALDA (BOUKACEMI TAYEB)		EHS MERE ET ENFANT TISSEMSILT
	EHS MERE ET ENFANT DR BOUMALI MOHAMED OUM EL BOUAGHI		EHS D'UROLOGIE, NEPHROLOGIE ET DE TRANSPLANTATION RENALE DAKSI CONSTANTINE		CHU MUSTAPHA		20 polyclinique, dont 07 maternité intégrées
	28 polyclinique, dont 06 maternité intégrées		EHS MERE ET ENFANT PEDIATRIQUE SIDI MABROUK CONSTANTINE		CHU BENI MESSOUS		108 salle de soins
	119 salle de soins		EHS PSYCHIATRIE DJEBEL OUAHCH MAHMOUD BELAMRI CONSTANTINE		CHU PARNET		EPH TINDOUF
	EPH BATNA		EHS CHIRURGIE CARDIAQUE DR DJEGHRI MOKHTAR EX ERRIADH CONSTANTINE		CHU BAB EL OUED		06 polyclinique, dont 01 maternité intégrées
	EPH AIN TOUTA		38 polyclinique, dont 02 maternité intégrées		CHU DJELLALI BOUNAAMA DOUERA		12 salle de soins
	EPH N'GAOUS		61 salle de soins		EHS MEDECINE DU SPORT ET CARDIO VASCULAIRE DR MAOUCHE BEN AKNOUN ALGER		EPH EL OUED
	EPH ARRIS 1		EPH MEDEA		EHS CHIRURGIE CARDIAQUE ABDERRAHMANI MOHAMED CASTORS ALGER		EPH EL MEGHAIER
	EPH ARRIS 2		EPH BERROUAGHIA (BEN YUCEF BENKHEDA)		EHS DES URGENCES MEDICO-CHIRURGICALES SALIM ZMIRLI ALGER		EPH DJAMAA
05- BATNA	EPH MEROUANA (ALI NEMEUR)	26- MEDEA	EPH ACHAACHA	41- SOUK AHRAS	EPH ROUIBA	42- TIPAZA	EPH THENIET EL HAD
	EPH MEROUANA (ZIZA MASSIKA)		EPH BOUIGUIRAT MOSTAGANEM		EHS APPAREIL LOCOMOTEUR DE BEN AKNOUN ALGER		EPH BORDJ BOU NAAMA
	EPH BARIKA (MOHAMED BOUDIAF)		EPH IBN SINA MESRA MOSTAGANEM		EHS PSYCHIATRIE DRID HOCINE KOUBA ALGER		EHS MERE ET ENFANT BACHIR BENACEUR EL OUED
	EPH BARIKA (SLIMANE AMIRAT)		EHS PSYCHIATRIE MOSTAGANEM		EHS PSYCHIATRIE MAHFOUD BOUCEBCI CHERAGA ALGER		CENTRE DE LUTTE CONTRE LE CANCER BACHIR REZGUI
	EPH THENIET EL ABED		EHS MERE ET ENFANT LALA KHEIRA MOSTAGANEM		EHS NEURO CHIRURGICAL ALI AIT IDIR ALGER		27 polyclinique, dont 12 maternité intégrées
	EPH RAS EL AIOUNE		28 polyclinique, dont 09 maternité intégrées		EHS DES MALADIES INFECTIEUSES DR EL HADI FLICI EL KETTAR ALGER		166 salle de soins
	EPH T'KOUT		164 salle de soins		EHS ANTI CANCEREUX CPMC ALGER		EPH KHENCHELA (ALI BOUSHABA)
	CHU BATNA		EPH SIDI ALI				EPH AHMED BEN BELLA KHENCHELA
	EHS MERE ET ENFANT MERIAM BOUATOURA BATNA		EPH AIN TEDLES				EPH KAIS
	EHS PSYCHIATRIE EL MADHER BATNA		EPH ACHAACHA				EPH CHECHAR
EHS C.A.C BATNA	EPH BOUIGUIRAT MOSTAGANEM		EPH BOUHMANA				
62 polyclinique, dont 11 maternité intégrées	EPH IBN SINA MESRA MOSTAGANEM		EPH OULED RECHACHE				
268 salle de soins	EHS PSYCHIATRIE MOSTAGANEM		EHS MERE ET ENFANT SALHI BELKACEM KHENCHELA				
06- BEJAIA	EPH AOKAS	27- MOSTAGANE M	EPH MOSTAGANEM	42- TIPAZA	EPH OULED RECHACHE	41- SOUK AHRAS	30 polyclinique, dont 12 maternité intégrées
	EPH KHERRATA		EPH SIDI ALI		EPH SOUK AHRAS (ANCIEN HÔPITAL)		
	EPH AMIZOUR		EPH AIN TEDLES		EPH SOUK AHRAS (IBN ROCHD)		
	EPH AKBOU		EPH ACHAACHA		EPH SEDRATA		
	EPH SIDI AICH		EPH BOUIGUIRAT MOSTAGANEM		26 polyclinique, dont 03 maternité intégrées		
	CHU BEJAIA		EPH IBN SINA MESRA MOSTAGANEM		69 salle de soins		
	EHS DE REEDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE FENAIA ILMATEN BEJAIA		EHS PSYCHIATRIE MOSTAGANEM		EPH HADJOUT		
	53 polyclinique, dont 11 maternité intégrées		EHS MERE ET ENFANT LALA KHEIRA MOSTAGANEM		EPH SIDI GHILES		
	199 salle de soins		28 polyclinique, dont 09 maternité intégrées		EPH KOLEA		
	EPH BISKRA (BACHIR BEN NACER)		164 salle de soins		EPH GOURAYA		
07- BISKRA	EPH BISKRA (DR SAADANE)	28- M'SILA	EPH M'SILA	42- TIPAZA	EPH TIPAZA	41- SOUK AHRAS	EPH TIPAZA
	EPH BISKRA (DR SAADANE)		EPH BOUSAADA				
	EPH ZIOUCHI MOHAMED TOLGA		EPH SIDI AISSA				
	EPH ACHOUR ZIANE OULED DJELLAL		EPH AIN EL MELH				
	EHS OPHTALMOLOGIE EL BOUKHARI BISKRA		EPH BEN S'ROUR M'SILA				
	EHS MERE ET ENFANT EL ALIA BISKRA						
	EHS PSYCHIATRIQUE M'CHOUNECHE						

08-BECHAR	BISKRA	29-MASCARA	EPH MAGRA	17-DJELFA	EHS DE REEDUCATION READAPTA. FONCT. KASDI MERBAH TIXERAINA ALGER	43-MILA	EHS MERE ET ENFANT TIDJANI HEDDAM TIPAZA
	41 polyclinique, dont 12 maternité intégrées		EHS MERE ET ENFANT SLIMANE AMIRAT M'SILA		EHS DE REEDUCATION READAP. FONCT. YAHGOUBI ZOHEIR AZUR PLAGE ALGER		EHS PSYCHIATRIE DJELLAOUI MOHAMED NADOR TIPAZA
	131 salle de soins		EHS PSYCHIATRIE OULED MANSOUR M'SILA		87 polyclinique, dont 01 maternité intégrées		EHS NEURO CHIRURGIE CHERCHEL
09-BLIDA	EPH TOURABI BOUDJEMAA (NOUVEL HOPITAL)	30-OUARGLA	55 polyclinique, dont 11 maternité intégrées	18-JUJEL	155 salle de soins	44-AIN DEFLA	25 polyclinique, dont 05 maternité intégrées
	EPH BECHAR (ANCIEN HOPITAL)		EPH MASCARA (MESLEM TAYEB)		EPH DJELFA		98 salle de soins
	EPH BACHIR BELKACEM ABADLA		EPH MASCARA (ISSAD KHALED)		EPH AIN OUSSERA		EPH MILA (FRERES MAGHLOUI)
10-BOUIRA	EPH MOHAMED YAKOUB BENI ABBES	31-ORAN	166 salle de soins	19-SETIF	EPH MESSAAD	45-NAAMA	EPH MILA (ANCIEN HOPITAL DES FRERES TOBBAL)
	EH OPHTALMOLOGIE BECHAR		EPH TIGHENIF		EPH HASSI BAHBAH		EPH FERDJIOUA
	EHS MERE ET ENFANT MOHAMED BOUDIAF BECHAR		EPH SIG		EPH EL IDRISSIA		EPH OUED ATHMANIA
11-TAMANRASSET ET	EHS C.A.C BECHAR	31-ORAN	EPH MOHAMMADIA	20-SAIDA	EPH MIXTE DE DJELFA	46-AIN TEMOUCHENT	EPH HOUARI BOUMADIENNE CHELGHOUM LAID
	23 polyclinique, dont 11 maternité intégrées		EPH GHRISS		EHS MERE ET ENFANT DJELFA		EHS PSYCHIATRIE OUED ATHMANIA MILA
	90 salle de soins		EPH OUED EL ABTAL		44 polyclinique, dont 13 maternité intégrées		41 polyclinique, dont 05 maternité intégrées
12-TEBESSA	EPH BLIDA	31-ORAN	EHS DE REEDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE BOUHNIFIA MASCARA	21-SKIKDA	119 salle de soins	47-GHARDAIA	167 salle de soins
	EPH EL AFFROUN		EPH QUARGLA		EPH JIJEL		EPH AIN DEFLA
	EPH BOUFARIK		EPH TOUGGOURT		EPH TAHER		EPH MILIANA
08-BECHAR	EPH MEFTAHA	31-ORAN	EPH HASSI MESSOUAD	20-SAIDA	EHS DE REEDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE TIXANA JIJEL	48-RELIZANE	EPH KHEMIS MILIANA
	CHU BLIDA		EPH TAIBET		26 polyclinique, dont 04 maternité intégrées		EPH EL ATTAF
	EHS PSYCHIATRIE FRANTZ FANON BLIDA		EH OPHTALMOLOGIE AMITIE ALGERO-CUBAINE OUARGLA		123 salle de soins		35 polyclinique, dont 06 maternité intégrées
09-BLIDA	EHS ANTI CANCEREAUX BLIDA	31-ORAN	EHS MERE ET ENFANT KHALIL ABDEL WAHAB TOUGGOURT	19-SETIF	EPH AIN OULMANE	45-NAAMA	122 salle de soins
	EHS TRANSPLANTATION DES ORGANES ET DES TISSUS		EHS MERES ET ENFANTS SIDI ABDELKADER OUARGLA		EPH BOUGAA		EPH NAAMA
	36 polyclinique, dont 6 maternité intégrées		36 polyclinique, dont 04 maternité intégrées		EPH AIN EL KEBIRA		EPH AIN SEFRA
10-BOUIRA	101 salle de soins	31-ORAN	77 salle de soins	20-SAIDA	EPH BENI OURTILENE	46-AIN TEMOUCHENT	EPH MECHERIA
	EPH BOUIRA		EPH ARZEW (EL MOHGOUN)		EPH D'EL EULMA		19 polyclinique, dont 07 maternité intégrées
	EPH M'CHEDALLAH		EPH AIN TURK (AKID OTHMANE)		EH AIN AZEL		56 salle de soins
11-TAMANRASSET ET	EPH EL GHOUZLANE	31-ORAN	EPH AIN TURCK DR MADJBEUR TAMI	20-SAIDA	EH AIN SETIF	46-AIN TEMOUCHENT	EPH AIN TEMOUCHENT
	EPH LAKHARIA		E.H.U D'ORAN 1 ER NOVEMBRE 1954		EHS MERE ET ENFANT EL EULMA SETIF		EPH HAMMAM BOUHADIJAR
	EPH AIN BESSAM		EHS MERE ET ENFANT LES PINS ORAN		EHS PSYCHIATRIE AIN ABASSA SETIF		EPH BENI SAF
12-TEBESSA	EHS PSYCHAITRIE SOUR EL GHOUZLANE BOUIRA	31-ORAN	CHU ORAN	20-SAIDA	EHS REEDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE RAS EL MA SETIF	47-GHARDAIA	EPH FRERES BOUCHERIT AMRIA
	35 polyclinique, dont 06 maternité intégrées		EHS MERE ET ENFANT BEN YAHIA ZOHRA POINT DU JOUR		EHS ANTI CANCEREUX SETIF		EPH AIN TEMOUCHENT
	154 salle de soins		EHS MERE ET ENFANT NOUAR FADELA ORAN		69 polyclinique, dont 25 maternité intégrées		EHS MERE ET ENFANT AIN TEMOUCHENT
10-BOUIRA	EPH SOUR EL GHOUZLANE	31-ORAN	EHS PEDIATRIE CANASTEL ORAN	20-SAIDA	238 salle de soins	47-GHARDAIA	29 polyclinique, dont 02 maternité intégrées
	EPH AIN SALAH		EHS PSYCHIATRIE SIDI CHAMI ORAN		EPH SAIDA		89 salle de soins
	EHS MERE ET ENFANT TAMANRASSET		EHS ANTI CANCEREUX PEDIATRIQUE EMIR ABDELKADER ORAN		EPH SIDI BOUBEKEUR		EPH GHARDAIA
11-TAMANRASSET ET	19 polyclinique, dont 09 maternité intégrées	31-ORAN	EHS D'OPHTALMOLOGIE ORAN	20-SAIDA	EPH YOUN	47-GHARDAIA	EPH METLILI
	53 salle de soins		EHS MERE ET ENFANT HADJ ABED ATIKA ORAN		EPH EL HASSASNA		EPH MENEA
	EPH TAMANRASSET		50 polyclinique, dont 05 maternité intégrées		EHS MERE ET ENFANT HAMDANE BAKHTA SAIDA		EPH GUERRARA
12-TEBESSA	EPH AIN SALAH	31-ORAN	115 salle de soins	20-SAIDA	25 polyclinique, dont 07 maternité intégrées	47-GHARDAIA	EHS MERE ET ENFANT GUEDDI BAKIR GHARDAIA
	EHS MERE ET ENFANT TAMANRASSET		EPH ATIKA ORAN		67 salle de soins		23 polyclinique, dont 04 maternité intégrées
	19 polyclinique, dont 09 maternité intégrées		50 polyclinique, dont 05 maternité intégrées		EPH EL HARROUCH		71 salle de soins
10-BOUIRA	EPH SOUR EL GHOUZLANE BOUIRA	31-ORAN	EPH ARZEW (EL MOHGOUN)	20-SAIDA	EPH ABD REZAK BOUHARA SKIKDA	48-RELIZANE	EPH RELIZANE
	35 polyclinique, dont 06 maternité intégrées		E.H.U D'ORAN 1 ER NOVEMBRE 1954		EHS PSYCHIATRIE EL HARROUCH SKIKDA		EHS PSYCHIATRIE YELLEL RELIZANE
	154 salle de soins		EHS MERE ET ENFANT LES PINS ORAN		46 polyclinique, dont 09 maternité intégrées		37 polyclinique, dont 12 maternité intégrées
11-TAMANRASSET ET	EPH TAMANRASSET	31-ORAN	CHU ORAN	20-SAIDA	154 salle de soins	48-RELIZANE	158 salle de soins
	EPH AIN SALAH		EHS MERE ET ENFANT TAMANRASSET		EPH COLLO		
	EHS MERE ET ENFANT TAMANRASSET		EHS MERE ET ENFANT TAZI FATIMA EX LES AMANDIERS ORAN		EPH TAMALOUS		
12-TEBESSA	19 polyclinique, dont 09 maternité intégrées	31-ORAN	EHS MERE ET ENFANT BEN YAHIA ZOHRA POINT DU JOUR	20-SAIDA	EPH AZZABA	48-RELIZANE	
	53 salle de soins		EHS MERE ET ENFANT NOUAR FADELA ORAN		EPH EL HARROUCH		
	EPH TAMANRASSET		EHS PEDIATRIE CANASTEL ORAN		EH ABD REZAK BOUHARA SKIKDA		
10-BOUIRA	EPH SOUR EL GHOUZLANE BOUIRA	31-ORAN	EHS PSYCHIATRIE SIDI CHAMI ORAN	20-SAIDA	EHS PSYCHIATRIE EL HARROUCH SKIKDA	48-RELIZANE	
	35 polyclinique, dont 06 maternité intégrées		EHS ANTI CANCEREUX PEDIATRIQUE EMIR ABDELKADER ORAN		46 polyclinique, dont 09 maternité intégrées		
	154 salle de soins		EHS D'OPHTALMOLOGIE ORAN		154 salle de soins		
11-TAMANRASSET ET	EPH TAMANRASSET	31-ORAN	EHS MERE ET ENFANT HADJ ABED ATIKA ORAN	20-SAIDA		48-RELIZANE	
	EPH AIN SALAH		50 polyclinique, dont 05 maternité intégrées				
	EHS MERE ET ENFANT TAMANRASSET		115 salle de soins				
12-TEBESSA	19 polyclinique, dont 09 maternité intégrées	31-ORAN	EPH ARZEW (EL MOHGOUN)	20-SAIDA		48-RELIZANE	
	53 salle de soins		E.H.U D'ORAN 1 ER NOVEMBRE 1954				
	EPH TAMANRASSET		EHS MERE ET ENFANT LES PINS ORAN				

رابعاً: الملاحق المرتبطة بالفصل الخامس.

الملحق رقم (05): التوزيع حسب الولايات لمعدلات وفيات الأمهات والأطفال

الرقم	الولاية	منطقة البرمجة EPT	احصائيات الديوان الوطني للإحصاء			الإحصائيات المسجلة من طرف وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات			
			معدل المواليد الأحياء	معدل وفيات الرضع	معدل الولادات التي تمت في المراكز الاستشفائية	عدد الولادات الحية	معدل المواليد الأموات	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل وفيات الأمهات
1	أدرار	جنوب غرب	14 577	6,95	16,05	14 087	14 016	3,57	185,50
2	الشلف	شمال وسط	32 170	9,91	15,57	19 001	18 950	9,87	31,66
3	الأغواط	وسط هضاب عليا	13 686	12,20	17,54	12 482	12 276	4,89	0,00
4	البوفاي أم	شرق هضاب عليا	17 828	11,92	16,32	10 811	11 089	8,21	36,07
5	باتنة	شرق هضاب عليا	34 840	19,14	18,89	28 472	28 485	9,44	38,62
6	بجاية	شمال وسط	21 919	9,22	13,05	14 303	17 295	7,46	17,35
7	بسكرة	جنوب شرق	26 465	8,65	20,82	24 598	24 681	7,72	36,47
8	بشار	جنوب غرب	8 491	23,91	15,78	7 655	7 984	6,47	50,10
9	البلدية	شمال وسط	31 750	12,13	12,28	23 922	24 918	2,56	24,08
10	البويرة	شمال وسط	17 140	10,91	11,73	11 355	11 389	4,28	26,34
11	تمنراست	الكبير الجنوب	9 264	26,17	18,24	7 415	7 207	9,16	124,88
12	تبسة	شرق هضاب عليا	16 362	13,86	23,04	14 653	14 620	5,44	54,72
13	تلمسان	شمال غرب	22 150	22,42	24,15	16 624	17 210	4,74	23,24
14	تيارت	غرب هضاب عليا	26 186	24,69	18,18	24 132	23 795	16,04	29,42
15	وزو تيزي	شمال وسط	22 188	9,99	13,97	16 186	16 389	12,12	0,00
16	الجزائر	شمال وسط	92 428	10,57	19,39	53 947	54 974	21,90	45,48
17	الجلفة	وسط هضاب عليا	33 622	17,42	23,38	31 536	31 333	18,30	28,72
18	جيجل	شمال شرق	18 065	8,29	13,89	17 714	18 252	8,74	21,92
19	سطيف	شرق هضاب عليا	48 617	14,63	20,77	30 124	30 095	15,70	46,52
20	سعيدة	غرب هضاب عليا	9 810	13,87	16,11	9 220	9 223	14,74	54,21
21	سكيكدة	شمال شرق	21 051	12,39	15,96	14 940	14 803	11,88	67,55
22	بلعباس سيدي	شمال غرب	31 234	16,93	21,39	14 424	14 511	3,50	55,13
23	عنابة	شمال شرق	6 660	10,40	41,74	14 406	14 541	14,90	34,39
24	قائمة	شمال شرق	8 659	41,30	17,55	7 562	7 561	11,50	26,45
25	قسنطينة	شمال شرق	31 829	18,83	19,70	19 111	19 672	15,07	40,67
26	المدية	شمال وسط	20 503	17,82	16,88	22 305	22 366	8,20	4,47
27	مستغانم	شمال غرب	23 954	15,33	22,13	14 734	14 538	14,97	20,64
28	المسيلة	وسط هضاب عليا	30 827	14,36	18,78	24 978	25 222	13,34	35,68
29	معسكر	شمال غرب	17 905	19,12	14,97	17 004	15 773	6,80	38,04
30	ورقلة	جنوب شرق	21 551	15,76	26,17	20 547	20 485	7,27	29,29
31	وهران	شمال غرب	38 961	16,11	31,72	26 806	26 546	17,51	7,53
32	البيض	غرب هضاب عليا	8 160	31,57	20,22	7 218	7 180	5,54	55,71
33	إيزي	الكبير الجنوب	2 295	10,35	16,56	1 915	1 907	18,53	104,88
34	بو عريبيج برج	شرق هضاب عليا	21 204	13,58	19,81	12 966	12 644	8,62	7,91
35	بومرداس	شمال وسط	14 878	9,72	12,57	12 383	12 371	7,22	0,00
36	الطارف	شمال شرق	3 643	16,47	21,41	4 623	4 607	4,75	65,12
37	تندوف	جنوب غرب	1 709	33,92	21,65	1 441	1 362	54,82	0,00
38	نسيمسيت	غرب هضاب عليا	9 016	13,67	19,08	5 345	5 280	16,03	75,76
39	الوادي	جنوب شرق	28 516	8,14	21,53	24 543	24 451	17,28	8,18
40	خنشلة	شرق هضاب عليا	11 361	14,57	19,63	11 790	10 290	12,00	38,87
41	اهراس سوق	شمال شرق	13 392	17,03	16,50	7 903	7 905	11,63	0,00
42	تيازة	شمال وسط	13 911	11,02	11,36	11 857	12 164	10,57	16,44
43	ميلة	شمال شرق	15 774	15,79	10,27	12 452	12 374	13,63	16,16
44	الدفلى عين	شمال وسط	23 512	6,72	15,01	12 213	12 226	2,69	57,26
45	النعامة	غرب هضاب عليا	6 406	6,67	24,04	7 228	7 216	7,97	55,43
46	تموشنت عين	شمال غرب	8 778	10,71	11,62	6 867	6 875	3,19	29,09
47	غرداية	جنوب شرق	12 548	3,26	19,21	11 215	11 169	8,08	71,63
48	غليزان	شمال غرب	22 414	18,74	18,60	15 627	15 585	9,03	57,75

المصدر: معطيات الديوان الوطني للإحصاء (ONS) ووزارة الصحة وإصلاح المستشفيات، لسنة 2020

الملحق رقم (06): التوزيع حسب الولايات لبعض الأمراض ذات التصريح الإلزامي لسنة 2020.

الرقم	منطقة البرمجة EPT	الولاية	التيفويد TYP	تشوه الخلايا DYS	فيروس التهاب الكبد HVA (أ)	فيروس التهاب الكبد (ب) HVB	فيروس التهاب الكبد (ج) HVC	شلل الأطفال POLIO	الحصبة الألمانية الأطفال ROU	التهاب السحايا MGTE	مرض الشريان التاجي L.C	بكتيريا الحمى المالطية BRU
0	جنوب غرب	أدرار	0	52	15	93	5	0	14	10	8	0
1	شمال وسط	الشلف	0	0	76	1	2	2	3	18	6	1
1 158	وسط هضاب عليا	الأغواط	0	0	2	11	0	0	0	10	436	1 158
223	شرق هضاب عليا	البوفاي أم	0	0	53	19	31	0	0	52	6	223
189	شرق هضاب عليا	باتنة	0	0	54	25	13	9	92	49	73	189
9	شمال وسط	بجاية	0	0	64	27	9	8	0	48	3	9
509	جنوب شرق	بسكرة	1	1	34	105	24	1	18	62	2 335	509
80	جنوب غرب	بشار	0	22	26	138	9	0	0	15	191	80
11	شمال وسط	البلدية	0	0	10	1	0	6	0	10	0	11
108	شمال وسط	البويرة	0	0	39	8	1	7	1	36	6	108
0	الكبير الجنوب	تمنراست	0	12	0	283	22	1	42	2	5	0
1 342	شرق هضاب عليا	تبسة	0	0	53	40	54	1	32	16	2 114	1 342
161	شمال غرب	تلمسان	5	3	31	16	8	4	17	52	6	161
272	غرب هضاب عليا	تيارت	0	0	55	5	6	10	0	32	89	272
2	شمال وسط	وزو تيزي	0	0	17	0	0	5	4	29	1	2
22	شمال وسط	الجزائر	0	0	7	0	0	4	0	38	0	22
3 160	وسط هضاب عليا	الجلقة	3	0	8	2	2	0	2	29	356	3 160
3	شمال شرق	جيجل	0	0	77	17	7	3	37	33	2	3
223	شرق هضاب عليا	سطيف	7	6	163	39	8	17	4	148	20	223
238	غرب هضاب عليا	سعيدة	0	1	33	6	7	5	0	36	65	238
15	شمال شرق	سكيكدة	0	0	52	36	5	11	9	60	17	15
163	شمال غرب	بلعباس سيدي	0	0	39	29	23	1	6	53	14	163
6	شمال شرق	عنابة	0	0	6	4	4	1	3	5	0	6
31	شمال شرق	قالمة	0	0	328	16	5	6	1	12	1	31
20	شمال شرق	قسنطينة	1	1	24	31	6	4	8	36	13	20
110	شمال وسط	المدينة	0	0	17	20	3	1	3	97	514	110
2	شمال غرب	مستغانم	0	0	23	7	16	6	7	7	0	2
3 118	وسط هضاب عليا	المسيلة	0	0	18	59	16	0	11	7	1 511	3 118
9	شمال غرب	معسكر	0	0	62	25	26	3	0	26	4	9
12	جنوب شرق	ورقلة	0	0	30	112	9	9	28	128	343	12
5	شمال غرب	وهران	0	2	76	35	38	9	19	38	4	5
535	غرب هضاب عليا	البيض	0	1	13	6	2	6	1	16	589	535
16	الكبير الجنوب	إليزي	0	0	0	54	3	0	27	1	4	16
67	شرق هضاب عليا	بو عريبيج برج	0	0	19	48	4	7	0	116	42	67
1	شمال وسط	بومرداس	0	23	26	4	2	3	23	13	0	1
31	شمال شرق	الطارف	1	20	3	13	5	1	3	8	0	31
4	جنوب غرب	تندوف	0	0	1	1	0	0	0	0	1	4
5	غرب هضاب عليا	تسيمسيت	0	0	12	3	5	3	7	8	5	5
189	جنوب شرق	الوادي	1	20	14	156	2	1	9	88	660	189
204	شرق هضاب عليا	خنشلة	0	0	7	0	0	0	5	27	66	204
37	شمال شرق	اهراس سوق	1	0	85	7	29	1	0	18	1	37
1	شمال وسط	تبيازة	0	0	12	10	6	2	1	48	11	1
19	شمال شرق	ميلة	0	0	42	4	1	0	11	38	1	19
11	شمال وسط	الدقلى عين	0	0	41	5	4	1	0	16	19	11
618	غرب هضاب عليا	النعامة	0	0	52	31	12	0	5	2	671	618
43	شمال غرب	تموشنت عين	1	0	12	14	9	1	2	9	0	43
164	جنوب شرق	غراذية	0	0	12	44	7	1	6	33	523	164
4	شمال غرب	غليزان	0	0	33	18	24	4	8	41	0	4
13 151	المجموع		21	164	1 876	1 628	474	165	469	1 676	10 736	13 151

المصدر: المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) لسنة 2020

الملحق رقم (07): توزيع حسب الولايات للأجهزة الطبية التابعة مؤسّسات الاستشفائية العمومية لسنة 2020.

رقم	منطقة البرمجة EPT	الولايات	الإطارات الطبية																التجهيزات الطبية				
			طبيب مختص	طبيب عام	طبيب أسنان	صيدلي	المرمضين المسعفون	مساعدى التمريض	القبالات	الأطباء	الشبه طبي	الإدارة	موظفي الإدارة	التقنيين	الأعوان	مناصب أخرى	مولدات غسيل الكلى	الماسح الضوئي بالموجات فوق الصوتية	جهاز الأشعة السينية الثابتة	جهاز الأشعة السينية المحمول	جهاز الماسح الضوئي المغناطيسي		
0	7	9	45	47	59	33	945	166	572	1 716	3 494	771	103	1 475	22	1 894	77	74	400	220	01-أدرار	جنوب غرب	1
1	3	21	38	41	92	30	925	172	816	1 943	4 069	1 161	214	1 777	114	1 964	46	150	690	275	02- الشلف	شمال وسط	2
0	5	4	46	34	116	41	738	122	770	1 671	3 075	729	173	1 433	7	1 462	42	96	367	224	03-الأغواط	هضاب عليا وسط	3
1	3	15	42	29	71	34	316	207	598	1 155	3 014	945	169	1 148	75	1 622	43	109	538	255	04- أم البواقي	هضاب عليا شرق	4
1	7	39	112	65	124	83	681	453	1 158	2 375	6 259	1 627	449	2 124	66	3 620	102	166	907	452	05- باتنة	هضاب عليا شرق	5
1	5	24	52	44	70	43	642	195	744	1 624	4 107	1 115	281	1 187	62	2 577	41	149	610	315	06- بجاية	شمال وسط	6
0	4	17	62	45	63	43	831	133	551	1 558	4 411	1 061	339	1 636	11	2 425	51	145	649	216	07- بسكرة	جنوب شرق	7
0	2	11	27	47	47	27	1 139	104	746	2 016	2 464	543	111	922	27	1 404	19	54	290	180	08- بشار	جنوب غرب	8
1	4	19	52	76	17	89	1 117	207	968	2 381	4 179	1 551	220	1 156	117	2 686	47	203	749	552	09- البليدة	شمال وسط	9
0	3	10	51	35	79	26	691	119	573	1 409	3 203	799	194	1 028	19	1 962	42	73	437	247	10- البويرة	شمال وسط	10
0	2	9	23	28	34	20	450	78	303	851	1 263	392	64	420	50	729	24	42	194	132	11- تلمسان	الجنوب الكبير	11
0	2	22	43	37	91	42	466	283	783	1 574	3 886	875	150	1 322	74	2 340	57	136	543	139	12- تبسة	هضاب عليا شرق	12
1	6	24	59	73	75	39	1 145	337	901	2 422	4 936	1 566	283	1 669	39	2 945	70	202	762	532	13- تلمسان	شمال غرب	13
0	1	11	53	41	86	37	629	280	868	1 814	4 020	852	174	1 598	20	2 228	51	152	473	176	14- تيارت	هضاب عليا غرب	14
2	8	54	67	90	99	75	769	241	906	1 991	5 978	1 700	339	2 361	203	3 075	77	270	743	610	15- تيزي وزو	شمال وسط	15
7	23	113	131	277	115	306	4 397	872	4 187	9 762	12 339	5 477	636	2 871	161	8 671	239	680	2 402	2 156	16- الجزائر	شمال وسط	16
1	7	26	68	96	140	27	951	171	737	1 886	3 438	892	176	1 411	70	1 781	37	111	472	272	17- الجلفة	هضاب عليا وسط	17
0	3	27	11	27	47	41	542	216	464	1 263	2 583	861	146	856	60	1 521	30	135	523	173	18- جيجل	شمال شرق	18
2	9	28	89	86	63	62	1 796	316	882	3 056	5 731	1 666	404	1 662	492	3 173	74	193	872	527	19- سطيف	هضاب عليا شرق	19
0	2	6	17	16	31	11	377	88	353	829	2 010	537	109	647	17	1 237	28	74	262	173	20- سعيدة	هضاب عليا غرب	20
0	4	8	55	35	89	31	416	200	731	1 378	3 730	1 199	216	1 273	51	2 190	36	182	703	278	21- سكيكدة	شمال شرق	21
1	7	53	69	32	102	94	1 070	179	777	2 120	3 619	1 144	239	1 066	29	2 285	62	108	612	362	22- سيدي بلعباس	شمال شرق	22
1	4	14	36	21	17	86	1 327	243	955	2 611	3 661	1 148	232	1 223	22	2 184	52	148	546	402	23- عنابة	شمال شرق	23
0	0	7	27	26	43	55	554	164	457	1 230	2 393	916	150	771	6	1 466	38	103	495	280	24- قالمة	شمال شرق	24
1	4	8	49	78	17	63	2 000	467	1 409	3 939	5 295	1 949	336	929	154	3 876	78	252	967	652	25- قسنطينة	شمال شرق	25
0	5	10	61	48	94	19	995	167	532	1 713	3 712	1 104	264	1 097	19	2 332	29	144	684	247	26- المدية	شمال وسط	26
0	6	4	16	28	72	45	906	111	638	1 700	3 376	843	190	1 032	30	2 124	31	106	472	234	27- مستغانم	شمال غرب	27
0	4	11	73	23	110	22	1 026	244	505	1 797	3 802	904	181	1 579	69	1 973	37	117	553	197	28- المسيلة	هضاب عليا وسط	28
0	2	23	47	36	106	24	460	114	488	1 086	3 365	916	159	1 170	17	2 019	24	110	571	211	29- معسكر	شمال غرب	29
1	5	16	50	78	54	40	697	78	577	1 392	2 756	885	186	817	3	1 750	47	103	486	249	30- ورقلة	جنوب شرق	30
1	6	42	74	92	63	151	2 466	349	1 567	4 533	9 308	2 464	462	2 759	198	5 889	75	338	1 178	873	31- وهران	شمال غرب	31
0	2	7	27	19	81	20	571	73	284	948	1 487	521	88	482	8	909	22	74	298	127	32- البيض	هضاب عليا غرب	32
0	3	10	14	28	44	8	294	41	209	552	722	274	28	287	35	372	16	34	142	82	33- اليزي	الجنوب الكبير	33
0	3	5	47	23	47	16	404	86	506	1 012	2 673	860	121	1 196	78	1 278	31	97	517	215	34- هضاب عليا شرق	هضاب عليا شرق	34
0	2	8	26	22	36	18	329	61	456	864	2 348	1 038	149	837	9	1 353	26	115	541	356	35- بومرداس	شمال وسط	35
0	4	7	34	32	37	2	929	155	514	1 600	2 303	733	161	833	23	1 286	17	118	432	166	36- الطارف	شمال شرق	36
0	1	10	7	15	18	6	51	20	102	179	547	107	20	233	1	293	7	13	62	25	37- تندوف	جنوب غرب	37
0	4	12	24	20	44	17	255	45	207	524	1 727	389	77	724	2	924	15	60	203	111	38- تيسمسيلت	هضاب عليا غرب	38
0	2	6	33	52	66	32	642	128	503	1 305	2 547	765	130	913	5	1 499	44	134	416	171	39- الوادي	جنوب شرق	39
0	3	17	25	39	47	19	298	177	463	957	2 538	754	121	939	74	1 404	46	107	437	164	40- خنشلة	هضاب عليا شرق	40
0	2	1	31	15	50	20	163	81	426	690	2 023	667	144	777	20	1 082	20	109	377	161	41- سوق اهراس	شمال شرق	41
0	5	19	38	43	50	35	793	206	753	1 787	2 934	1 234	155	1 094	9	1 676	50	164	608	412	42- تيبازة	شمال وسط	42
0	2	9	49	32	63	54	428	163	570	1 215	2 551	1 112	136	893	58	1 464	55	194	615	248	43- ميله	شمال شرق	43
0	4	9	41	28	73	22	314	97	508	941	3 561	926	220	1 282	16	2 043	23	118	522	263	44- عين الدفلى	شمال وسط	44
0	2	16	28	25	63	13	302	101	342	758	1 467	376	71	606	47	743	14	55	173	134	45- النعامه	هضاب عليا غرب	45
0	4	12	30	20	57	29	870	173	693	1 765	2 951	962	133	1 029	26	1 763	30	123	467	342	46- عين تموشنت	شمال غرب	46
0	4	9	45	28	134	10	467	91	500	1 068	2 765	582	166	1 192	50	1 357	15	81	302	184	47- غرداية	جنوب شرق	47
0	3	7	34	13	56	16	325	157	487	985	2 604	724	151	769	0	1 684	27	141	418	138	48- غليزان	شمال غرب	48

الملحق رقم (08): التوزيع حسب الولايات للمقومات الهيكلية لقطاع الصحة لسنة 2020.

الولايات	المراكز الاستشفائية العمومية	عدد الأسرة الإجمالي	ميزانية التجهيز قطاع الصحة (ألف دج)	عدد الفحوصات الطبية لسنة 2020			عدد الأسرة				
				الفحص الطبي العام	الفحص الطبي المستعجل	الفحص الطبي الخاص	قسم الاستعدادات	قسم التوليد	قسم الجراحة	قسم الطب العام	قسم النساء
01- أدرار	37	1 181	186 000	529 541	342 151	136 321	53	138	182	670	138
02- الشلف	54	1 620	591 600	1 631 682	874 346	122 426	88	184	396	768	184
03- الأغواط	45	1 190	752 700	680 884	511 056	61 513	63	195	237	500	195
04- أم البواقي	35	1 235	502 000	695 305	593 356	120 662	99	172	378	414	172
05- باتنة	78	3 139	680 000	1 788 732	850 207	393 053	149	423	730	1 414	423
06- بجاية	60	1 605	1 806 000	1 129 504	695 371	327 756	110	230	382	653	230
07- بسكرة	48	1 238	259 000	1 011 138	626 796	149 250	56	273	326	310	273
08- بشار	30	1 144	605 000	475 530	416 760	149 937	48	122	314	538	122
09- البلدية	44	2 896	600 000	1 757 892	944 441	439 405	111	139	542	1 965	139
10- البويرة	41	1 303	25 000	1 075 190	452 637	139 238	56	191	298	567	191
11- تلمسان	22	450	791 000	284 696	127 296	26 181	26	57	65	245	57
12- تبسة	49	1 306	162 000	860 108	943 200	75 802	113	199	199	596	199
13- تلمسان	47	2 152	1 566 200	1 957 398	1 260 063	311 997	90	353	409	947	353
14- تيارت	50	1 558	346 000	1 286 435	556 780	135 730	28	250	326	704	250
15- تيزي وزو	71	2 927	1 949 000	821 507	950 480	351 282	122	319	684	1 483	319
16- الجزائر	112	8 288	5 060 683	2 652 011	2 059 822	1 942 940	361	822	2 416	3 867	822
17- الجلفة	52	1 783	558 300	1 026 816	705 031	375 187	128	231	410	783	231
18- جيجل	30	978	130 000	934 446	422 259	106 674	29	152	232	413	152
19- سطيف	81	2 892	1 172 000	1 976 406	1 685 397	530 327	335	346	676	1 189	346
20- سعيدة	30	846	408 000	351 470	267 746	73 412	100	186	174	200	186
21- سكيكدة	53	1 691	356 000	1 376 610	808 307	126 838	61	127	261	1 115	127
22- سيدي بلعباس	72	1 635	478 000	1 350 513	421 582	476 053	157	190	254	844	190
23- عنابة	30	1 947	883 600	705 418	625 568	551 446	153	209	361	1 015	209
24- قالمة	31	947	314 000	621 976	285 716	87 197	83	105	164	490	105
25- قسنطينة	47	2 985	735 100	1 325 547	685 910	362 357	243	346	785	1 265	346
26- المدية	70	1 437	350 000	1 526 896	569 657	132 624	57	256	307	561	256
27- مستغانم	36	1 686	175 700	798 714	685 457	113 473	90	237	340	782	237
28- المسيلة	63	1 605	370 000	1 191 175	817 482	112 487	99	264	249	729	264
29- معسكر	42	1 830	3 134 000	1 939 984	680 054	160 276	118	347	564	454	347
30- ورقلة	43	1 212	384 000	784 193	450 377	194 900	68	199	347	399	199
31- وهران	64	4 294	1 268 300	2 109 287	1 228 872	762 303	284	756	1 212	1 286	756
32- البيض	23	545	330 000	479 457	279 925	46 357	34	86	84	255	86
33- إليزي	10	225	140 000	90 976	101 830	16 389	18	24	46	113	24
34- برج بو عرييج	49	1 060	133 500	1 075 840	969 263	142 313	55	168	185	484	168
35- بومرداس	38	804	460 000	1 141 912	1 000 010	287 106	77	106	244	271	106
36- الطارف	30	839	186 000	832 785	634 933	407 739	44	124	213	334	124
37- تندوف	7	156	360 000	34 492	51 908	17 665	23	20	48	45	20
38- تسيمسيلت	24	678	240 000	308 529	346 770	42 813	33	79	92	395	79
39- الوادي	33	890	1 007 000	970 969	292 867	199 721	73	90	180	457	90
40- خنشلة	28	1 053	176 260	583 252	417 281	118 010	68	160	229	436	160
41- سوق اهراس	29	765	217 400	751 622	371 202	56 699	73	223	102	144	223
42- تيبازة	33	1 583	350 000	447 712	894 465	170 703	116	184	319	780	184
43- ميلة	47	1 035	354 000	1 250 117	539 220	165 141	64	122	163	564	122
44- عين الدفلى	39	1 057	1 562 000	1 297 151	815 144	116 134	48	212	295	290	212
45- النعام	22	518	100 000	364 258	186 756	64 144	26	74	94	250	74
46- عين تموشنت	35	1 168	380 000	905 432	369 812	108 935	34	145	278	566	145
47- غرداية	28	726	450 000	570 719	332 579	77 641	36	131	140	288	131
48- غليزان	42	983	945 000	1 047 861	665 752	108 245	37	122	198	504	122

رابعا: الملاحق المرتبطة بالفصل السادس.
 الملحق رقم (09): البيانات المستخدمة في دراسة تقييم أداء المراكز الصحية في الولايات باستخدام أسلوب تحليل مغلف البيانات (DEA).

المخرجات			المدخلات								الولايات
Y1	Y1	Y1	X8	X7	X6	X5	X4	X3	X2	X1	
معدل وفيات الأمهات	معدل وفيات حديثي الولادة	معدل المواليد الأموات	تغطية الأسرة (ولادة/سرير)	تغطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز)	تغطية الأطباء متخصصين طب النساء والتوليد (ولادة/طبيب)	تغطية الأطباء متخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب)	تغطية القابلات (ولادة/قابلة)	تغطية جهاز المساح الضوئي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز)	ميزانية التجهيز قطاع الصحة (الف دج)	معدل الإشغال بمصلحة طب النساء والتوليد	
185,50	3,57	15,59	102,08	1408,70	1760,88	824,47	136,77	313,04	186 000	108,06	01- أدرار
31,66	9,87	13,64	103,27	2111,22	1727,36	1114,71	87,56	365,40	591 600	63,59	02- الشلف
0,00	4,89	14,77	64,01	1248,20	960,15	423,31	71,74	445,79	752 700	53,98	03- الأغواط
36,07	8,21	8,14	62,85	1351,38	1201,22	583,63	63,97	138,60	502 000	36,84	04- أم البواقي
38,62	9,44	15,28	67,31	1581,78	1294,18	647,39	63,27	1016,86	680 000	58,47	05- باتنة
17,35	7,46	9,05	62,19	953,53	715,15	524,09	50,72	510,82	1 806 000	53,40	06- بجاية
36,47	5,06	7,72	90,10	2049,83	3074,75	1234,05	71,51	1639,87	259 000	62,40	07- بسكرة
50,10	23,92	6,47	62,75	765,50	695,91	319,36	68,35	162,87	605 000	49,53	08- بشار
24,08	9,35	2,56	172,10	2990,25	646,54	377,55	108,24	508,98	600 000	93,64	09- البليدة
26,34	5,27	4,28	59,45	1135,50	709,69	474,54	58,53	276,95	25 000	35,93	10- البويرة
124,88	9,16	28,18	130,09	823,89	1235,83	655,18	110,67	370,75	791 000	74,84	11- تلمسان
54,72	0,68	5,44	73,63	1221,08	1046,64	913,75	97,69	915,81	162 000	48,41	12- تبسة
23,24	4,53	4,74	47,09	1278,77	923,56	242,39	57,92	874,95	1 566 200	46,90	13- تلمسان
29,42	11,26	16,04	96,53	2011,00	2681,33	1321,94	131,87	965,28	346 000	64,88	14- تيارت
0,00	10,62	12,12	50,74	1011,63	770,76	241,01	47,19	703,74	1 949 000	43,72	15- تيزي وزو
45,48	4,86	21,90	65,63	2568,90	388,11	143,91	78,07	561,95	5 060 683	73,34	16- الجزائر
28,72	5,62	18,30	136,52	3153,60	1371,13	639,45	177,17	927,53	558 300	69,29	17- الجلفة
21,92	2,52	8,74	116,54	1771,40	805,18	1521,00	119,69	610,83	130 000	56,77	18- جيجل
46,52	17,11	15,70	87,06	2008,27	2008,27	307,09	74,56	350,28	1 172 000	43,66	19- سطيف
54,21	0,00	14,74	49,57	1317,14	1024,44	768,58	84,59	236,41	408 000	69,24	20- سعديدة
67,55	9,53	11,88	117,64	1660,00	1245,00	704,90	68,53	649,57	356 000	62,33	21- سكيكدة
55,13	11,51	3,50	75,92	1109,54	961,60	322,47	60,35	221,91	478 000	64,04	22- سيدي بلعباس
34,39	17,61	14,90	68,93	2058,00	1029,00	372,85	62,09	389,35	883 600	56,24	23- عنابة
26,45	12,30	11,50	72,02	945,25	630,17	420,06	50,41	270,07	314 000	59,96	24- قالمة
40,67	45,65	15,07	55,23	1470,08	1061,72	196,72	55,07	530,86	735 100	94,78	25- قسنطينة
4,47	9,52	8,20	87,13	1715,77	1394,06	721,48	83,85	305,55	350 000	47,33	26- المدينة
20,64	19,12	14,97	62,17	1227,83	1133,38	692,29	77,55	160,15	175 700	51,77	27- مستغانم
35,68	11,66	13,34	94,61	2081,50	3122,25	900,79	134,29	1248,90	370 000	58,11	28- المسيلة
38,04	9,07	6,80	49,00	1545,82	2429,14	606,65	106,28	531,38	3 134 000	43,98	29- معسكر
29,29	13,52	7,27	103,25	2283,00	2283,00	819,40	88,95	1580,54	384 000	89,01	30- ورقلة
7,53	5,65	17,51	35,46	1489,22	623,40	161,87	57,65	653,80	1 268 300	38,96	31- وهران
55,71	5,43	5,54	83,93	1031,14	721,80	377,89	81,10	94,97	330 000	61,75	32- البيض
104,88	4,20	18,53	79,79	239,38	212,78	211,89	68,39	54,71	140 000	49,91	33- إليزي
7,91	12,89	8,62	77,18	1178,73	864,40	665,47	104,56	270,13	133 500	49,53	34- برج بو عرييج
0,00	2,51	7,22	116,82	1769,00	1125,73	247,42	83,11	562,86	460 000	53,21	35- بومرداس
65,12	5,86	4,75	37,28	577,88	420,27	307,13	28,71	107,51	186 000	31,14	36- الطارف
0,00	55,80	54,82	72,05	480,33	240,17	340,50	72,05	51,46	360 000	117,16	37- تندوف
75,76	13,83	16,03	67,66	1336,25	763,57	586,67	69,42	121,48	240 000	51,91	38- تسميسيلت
8,18	13,41	17,28	272,70	2727,00	2727,00	940,42	188,79	272,70	1 007 000	87,09	39- الوادي
38,87	13,99	12,00	73,69	1071,82	786,00	571,67	91,40	42,56	176 260	75,21	40- خنشلة
0,00	11,76	11,63	35,44	1129,00	718,45	527,00	54,50	225,80	217 400	49,27	41- سوق اهراس
16,44	2,88	10,57	64,44	1317,44	1077,91	357,76	75,52	790,47	350 000	51,87	42- تيارزة
16,16	4,28	13,63	102,07	1383,56	1245,20	494,96	90,23	461,19	354 000	46,68	43- ميلة
57,26	12,02	2,69	57,61	1526,63	1744,71	679,22	54,04	581,57	1 562 000	40,71	44- عين الدفلى
55,43	2,91	7,97	97,68	903,50	1445,60	601,33	95,11	225,88	100 000	78,34	45- النعامة
29,09	0,73	3,19	47,36	858,38	490,50	381,94	50,49	214,59	380 000	43,89	46- عين تموشنت
71,63	12,80	8,08	85,61	1246,11	801,07	930,75	67,16	431,35	450 000	62,88	47- غرداية
57,75	15,85	9,03	128,09	1736,33	1202,08	1416,82	102,81	200,35	945 000	60,70	48- غليزان

الملحق رقم (10): الوصف الإحصائي للمتغيرات (مخرجات برنامج SPSS).

DESCRIPTIVES VARIABLES=Input01 Input02 Input03 Input04 Input05 Input06 Input07 Input08 Output01
Output02 Output03
/STATISTICS=MEAN STDDEV MIN MAX.

Caractéristiques

Statistiques descriptives

	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Ecart type
معدل الإنشغال بمصلحة طب النساء والوليد	48	31,10	117,20	60,0958	18,42758
ميزانية الجهاز كطاع الصحة (ألف دج)	48	25000,00	5060683,00	708132,1458	867946,1086
تغطية جهاز المساح الضوئي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز)	48	42,60	1639,90	482,2625	370,44859
تغطية الفايانك (ولادة/فايله)	48	28,70	188,80	82,9708	31,86182
تغطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب)	48	143,90	1521,00	600,7479	330,85424
تغطية الأطباء المتخصصين طب النساء والوليد (ولادة/طبيب)	48	212,80	3122,30	1198,7792	702,81727
تغطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز)	48	239,40	3153,60	1476,2500	615,45101
تغطية الأسرة (ولادة/سرير)	48	35,40	272,70	83,7563	39,94237
معدل المواليد الأموات	48	2,60	54,80	12,0792	8,31502
معدل وفيات حديثي الولادة	48	,00	55,80	10,6208	9,96195
معدل وفيات الأمهات	48	,00	185,50	39,4854	34,02096
N valide (liste)	48				

الملحق رقم (11): درجة الارتباط بين المتغيرات (مخرجات برنامج SPSS).

1- ارتباط المتغيرات المستقلة مع المتغير التابع "معدل وفيات المواليد أموات"

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,633 ^a	,401	,278	4,52729

a. Prédicteurs : (Constante), تغطية المراكز الاستشفائية (ولادة/سرير), ميزانية الجهاز كطاع الصحة (ألف دج), معدل الإنشغال بمصلحة طب النساء والوليد, تغطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب), تغطية جهاز المساح الضوئي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز), تغطية الأطباء المتخصصين طب النساء والوليد (ولادة/طبيب), تغطية الفايانك (ولادة/فايله)

b. Variable dépendante : معدل المواليد الأموات

ANOVA^a

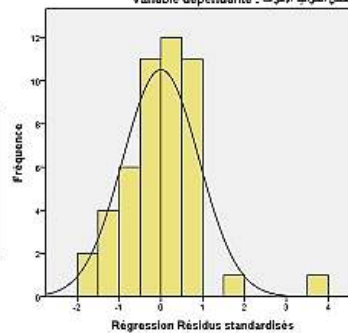
Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	535,622	8	66,953	3,267	,006 ^b
	Résidu	799,357	39	20,496		
	Total	1334,979	47			

a. Variable dépendante : معدل المواليد الأموات

b. Prédicteurs : (Constante), تغطية الأسرة (ولادة/سرير), تغطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز), ميزانية الجهاز كطاع الصحة (ألف دج), معدل الإنشغال بمصلحة طب النساء والوليد, تغطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب), تغطية جهاز المساح الضوئي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز), تغطية الأطباء المتخصصين طب النساء والوليد (ولادة/طبيب), تغطية الفايانك (ولادة/فايله)

Graphiques

Histogramme
Variable dépendante : معدل المواليد الأموات



Corrélations du coefficient*

Modèle	Corrélations	Corrélations du coefficient*							
		تعطية الأسرة (ولادة/سرير)	تعطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز)	مزاياة التجهيز لطاوع الصحة (ألف دج)	مدل الإحتلال بمصلحة طب النساء والتوليد	تعطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب)	تعطية جهاز المساح الصوتي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز)	تعطية الأطباء المتخصصين طب النساء والتوليد (ولادة/طبيب)	تعطية القابات (ولادة/قابلة)
1		1,000	,756	,905	,867	,751	-,666	-,655	-,733
		,756	1,000	-,759	,588	-,499	-,706	,564	-,635
		,905	-,759	1,000	,896	,433	,534	,632	-,808
		,867	,588	,896	1,000	-,663	-,7042	-,985	-,490
		,751	-,499	,433	-,663	1,000	-,073	,501	-,813
		-,666	-,706	,534	-,742	-,073	1,000	-,632	,911
		-,655	,564	,632	-,985	,501	-,632	1,000	-,887
		-,733	-,635	-,808	-,490	-,813	,911	-,887	1,000

2- ارتباط المتغيرات المستقلة مع المتغير التابع "معدل وفيات حديثي الولادة"

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,852 ^a	,726	,670	116,98173

a. Prédicteurs : (Constante), تعطية الأسرة (ولادة/سرير), تعطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز), ميزانية التجهيز قطاع الصحة (ألف دج), معدل الإحتلال بمصلحة طب النساء والتوليد, تعطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب), تعطية جهاز المساح الصوتي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز), تعطية الأطباء المتخصصين طب النساء والتوليد (ولادة/طبيب), تعطية القابات (ولادة/قابلة)

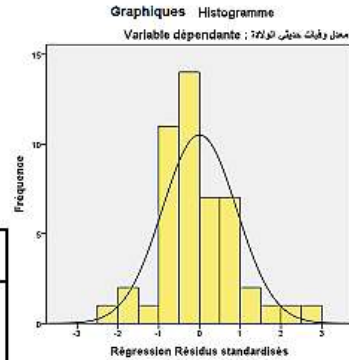
b. Variable dépendante : معدل وفيات حديثي الولادة

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	1417504,419	8	177188,052	12,948	,000 ^b
	Résidu	533704,248	39	13684,724		
	Total	1951208,667	47			

a. Variable dépendante : معدل وفيات حديثي الولادة

b. Prédicteurs : (Constante), تعطية الأسرة (ولادة/سرير), تعطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز), ميزانية التجهيز قطاع الصحة (ألف دج), معدل الإحتلال بمصلحة طب النساء والتوليد, تعطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب), تعطية جهاز المساح الصوتي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز), تعطية الأطباء المتخصصين طب النساء والتوليد (ولادة/طبيب), تعطية القابات (ولادة/قابلة)



3- ارتباط المتغيرات المستقلة مع المتغير التابع "معدل وفيات الأمهات"

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,734 ^a	,539	,444	113,47342

a. Prédicteurs : (Constante), تعطية الأسرة (ولادة/سرير), تعطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز), ميزانية التجهيز قطاع الصحة (ألف دج), معدل الإحتلال بمصلحة طب النساء والتوليد, تعطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب), تعطية جهاز المساح الصوتي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز), تعطية الأطباء المتخصصين طب النساء والتوليد (ولادة/طبيب), تعطية القابات (ولادة/قابلة)

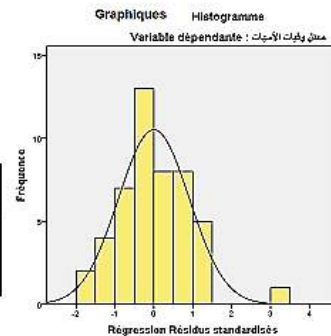
b. Variable dépendante : معدل وفيات الأمهات

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	587251,483	8	73406,435	5,701	,000 ^b
	Résidu	502172,433	39	12876,216		
	Total	1089423,917	47			

a. Variable dépendante : معدل وفيات الأمهات

b. Prédicteurs : (Constante), تعطية الأسرة (ولادة/سرير), تعطية المراكز الاستشفائية (ولادة/مركز), ميزانية التجهيز قطاع الصحة (ألف دج), معدل الإحتلال بمصلحة طب النساء والتوليد, تعطية الأطباء المتخصصين طب الأطفال (مولود/طبيب), تعطية جهاز المساح الصوتي بالموجات فوق الصوتية (ولادة/جهاز), تعطية الأطباء المتخصصين طب النساء والتوليد (ولادة/طبيب), تعطية القابات (ولادة/قابلة)



الملحق رقم (12): نتائج كفاءة الأنظمة الصحية حسب الولايات (مخرجات برنامج DEA)

كفاءة الأنظمة الصحية للولايات والأنظمة المرجعية وفق نموذج BCC-Inputs				كفاءة الأنظمة الصحية للولايات والأنظمة المرجعية وفق نموذج BCC-Outputs																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
Inputs				BCC-Outputs																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
eg1-out - Bloc-notes Fichier Edition Format Affichage Aide Results from DEAP Version 2.1 Instruction file = eg1-ins.txt Data file = eg1-dta.txt Input orientated DEA Scale assumption: VRS EFFICIENCY SUMMARY: <table border="1"> <thead> <tr> <th>firm</th> <th>crste</th> <th>vrste</th> <th>scale</th> <th colspan="4">SUMMARY OF PEERS:</th> </tr> <tr> <th colspan="4"></th> <th>firm</th> <th>peers:</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.324</td><td>0.586</td><td>0.553</td><td>irs</td><td>1</td><td>36</td><td>46</td><td>33</td><td>10</td></tr> <tr><td>2</td><td>0.215</td><td>0.507</td><td>0.424</td><td>irs</td><td>2</td><td>31</td><td>26</td><td>36</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>0.191</td><td>0.635</td><td>0.301</td><td>irs</td><td>3</td><td>46</td><td>36</td><td>31</td><td>33</td></tr> <tr><td>4</td><td>0.607</td><td>0.871</td><td>0.697</td><td>irs</td><td>4</td><td>31</td><td>26</td><td>36</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>0.252</td><td>0.550</td><td>0.457</td><td>irs</td><td>5</td><td>36</td><td>31</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>0.631</td><td>0.836</td><td>0.755</td><td>irs</td><td>6</td><td>33</td><td>31</td><td>26</td><td>36</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.388</td><td>0.554</td><td>0.700</td><td>irs</td><td>7</td><td>26</td><td>46</td><td>36</td><td>10</td></tr> <tr><td>8</td><td>0.646</td><td>0.837</td><td>0.771</td><td>irs</td><td>8</td><td>36</td><td>16</td><td>31</td><td>22</td><td>33</td></tr> <tr><td>9</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>9</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>10</td><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td>0.151</td><td>0.524</td><td>0.288</td><td>irs</td><td>11</td><td>36</td><td>33</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>12</td><td>12</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>13</td><td>13</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td>0.212</td><td>0.509</td><td>0.416</td><td>irs</td><td>14</td><td>36</td><td>10</td><td>26</td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td>0.390</td><td>0.962</td><td>0.406</td><td>irs</td><td>15</td><td>33</td><td>36</td><td>31</td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td>0.500</td><td>1.000</td><td>0.500</td><td>irs</td><td>16</td><td>16</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td>0.217</td><td>0.489</td><td>0.443</td><td>irs</td><td>17</td><td>46</td><td>36</td><td>26</td><td>33</td><td>31</td></tr> <tr><td>18</td><td>0.698</td><td>0.814</td><td>0.857</td><td>irs</td><td>18</td><td>12</td><td>10</td><td>34</td><td>33</td><td></td></tr> <tr><td>19</td><td>0.302</td><td>0.813</td><td>0.371</td><td>irs</td><td>19</td><td>36</td><td>31</td><td>33</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td>0.275</td><td>0.739</td><td>0.372</td><td>irs</td><td>20</td><td>31</td><td>36</td><td>41</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td>0.221</td><td>0.503</td><td>0.440</td><td>irs</td><td>21</td><td>36</td><td>10</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>22</td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>23</td><td>0.307</td><td>0.677</td><td>0.453</td><td>irs</td><td>23</td><td>31</td><td>36</td><td>33</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>24</td><td>0.468</td><td>0.777</td><td>0.603</td><td>irs</td><td>24</td><td>33</td><td>26</td><td>36</td><td>31</td><td></td></tr> <tr><td>25</td><td>0.427</td><td>1.000</td><td>0.427</td><td>irs</td><td>25</td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>26</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>26</td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>27</td><td>0.561</td><td>0.915</td><td>0.613</td><td>irs</td><td>27</td><td>34</td><td>36</td><td>10</td><td>40</td><td></td></tr> <tr><td>28</td><td>0.231</td><td>0.553</td><td>0.418</td><td>irs</td><td>28</td><td>31</td><td>26</td><td>36</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>29</td><td>0.511</td><td>0.752</td><td>0.680</td><td>irs</td><td>29</td><td>31</td><td>36</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td>0.327</td><td>0.443</td><td>0.739</td><td>irs</td><td>30</td><td>26</td><td>33</td><td>36</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>31</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>31</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>32</td><td>0.990</td><td>0.992</td><td>0.998</td><td>irs</td><td>32</td><td>46</td><td>33</td><td>36</td><td>40</td><td></td></tr> <tr><td>33</td><td>0.765</td><td>1.000</td><td>0.765</td><td>irs</td><td>33</td><td>33</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>34</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>34</td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>35</td><td>0.630</td><td>1.000</td><td>0.630</td><td>irs</td><td>35</td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>36</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>36</td><td>36</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>37</td><td>0.184</td><td>1.000</td><td>0.184</td><td>irs</td><td>37</td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>38</td><td>0.329</td><td>0.743</td><td>0.443</td><td>irs</td><td>38</td><td>33</td><td>40</td><td>36</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>39</td><td>0.620</td><td>0.649</td><td>0.955</td><td>irs</td><td>39</td><td>40</td><td>26</td><td>33</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>40</td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>41</td><td>0.404</td><td>1.000</td><td>0.404</td><td>irs</td><td>41</td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>42</td><td>0.676</td><td>0.942</td><td>0.717</td><td>irs</td><td>42</td><td>36</td><td>46</td><td>26</td><td>31</td><td>33</td></tr> <tr><td>43</td><td>0.473</td><td>0.773</td><td>0.612</td><td>irs</td><td>43</td><td>31</td><td>46</td><td>36</td><td>26</td><td>33</td></tr> <tr><td>44</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>44</td><td>44</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>45</td><td>0.738</td><td>0.958</td><td>0.771</td><td>irs</td><td>45</td><td>12</td><td>46</td><td>33</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>46</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>46</td><td>46</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>47</td><td>0.292</td><td>0.511</td><td>0.571</td><td>irs</td><td>47</td><td>36</td><td>33</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>48</td><td>0.330</td><td>0.533</td><td>0.620</td><td>irs</td><td>48</td><td>26</td><td>36</td><td>33</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>mean</td><td>0.573</td><td>0.811</td><td>0.674</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				firm	crste	vrste	scale	SUMMARY OF PEERS:								firm	peers:			1	0.324	0.586	0.553	irs	1	36	46	33	10	2	0.215	0.507	0.424	irs	2	31	26	36		3	0.191	0.635	0.301	irs	3	46	36	31	33	4	0.607	0.871	0.697	irs	4	31	26	36		5	0.252	0.550	0.457	irs	5	36	31			6	0.631	0.836	0.755	irs	6	33	31	26	36	7	0.388	0.554	0.700	irs	7	26	46	36	10	8	0.646	0.837	0.771	irs	8	36	16	31	22	33	9	1.000	1.000	1.000	-	9	9				10	1.000	1.000	1.000	-	10	10				11	0.151	0.524	0.288	irs	11	36	33			12	1.000	1.000	1.000	-	12	12				13	1.000	1.000	1.000	-	13	13				14	0.212	0.509	0.416	irs	14	36	10	26		15	0.390	0.962	0.406	irs	15	33	36	31		16	0.500	1.000	0.500	irs	16	16				17	0.217	0.489	0.443	irs	17	46	36	26	33	31	18	0.698	0.814	0.857	irs	18	12	10	34	33		19	0.302	0.813	0.371	irs	19	36	31	33			20	0.275	0.739	0.372	irs	20	31	36	41			21	0.221	0.503	0.440	irs	21	36	10				22	1.000	1.000	1.000	-	22	22					23	0.307	0.677	0.453	irs	23	31	36	33			24	0.468	0.777	0.603	irs	24	33	26	36	31		25	0.427	1.000	0.427	irs	25	25					26	1.000	1.000	1.000	-	26	26					27	0.561	0.915	0.613	irs	27	34	36	10	40		28	0.231	0.553	0.418	irs	28	31	26	36			29	0.511	0.752	0.680	irs	29	31	36				30	0.327	0.443	0.739	irs	30	26	33	36	10		31	1.000	1.000	1.000	-	31	31					32	0.990	0.992	0.998	irs	32	46	33	36	40		33	0.765	1.000	0.765	irs	33	33					34	1.000	1.000	1.000	-	34	34					35	0.630	1.000	0.630	irs	35	35					36	1.000	1.000	1.000	-	36	36					37	0.184	1.000	0.184	irs	37	37					38	0.329	0.743	0.443	irs	38	33	40	36			39	0.620	0.649	0.955	irs	39	40	26	33			40	1.000	1.000	1.000	-	40	40					41	0.404	1.000	0.404	irs	41	41					42	0.676	0.942	0.717	irs	42	36	46	26	31	33	43	0.473	0.773	0.612	irs	43	31	46	36	26	33	44	1.000	1.000	1.000	-	44	44					45	0.738	0.958	0.771	irs	45	12	46	33	10		46	1.000	1.000	1.000	-	46	46					47	0.292	0.511	0.571	irs	47	36	33				48	0.330	0.533	0.620	irs	48	26	36	33			mean	0.573	0.811	0.674								EG2-out - Bloc-notes Fichier Edition Format Affichage Aide Results from DEAP Version 2.1 Instruction file = Eg2-ins.txt Data file = eg2-dta.txt Output orientated DEA Scale assumption: VRS EFFICIENCY SUMMARY: <table border="1"> <thead> <tr> <th>firm</th> <th>crste</th> <th>vrste</th> <th>scale</th> <th colspan="4">SUMMARY OF PEERS:</th> </tr> <tr> <th colspan="4"></th> <th>firm</th> <th>peers:</th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>1</td><td>0.324</td><td>0.348</td><td>0.932</td><td>irs</td><td>1</td><td>46</td><td>10</td><td>12</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>2</td><td>0.215</td><td>0.279</td><td>0.771</td><td>drs</td><td>2</td><td>46</td><td>26</td><td>9</td><td>44</td><td></td></tr> <tr><td>3</td><td>0.191</td><td>0.205</td><td>0.933</td><td>drs</td><td>3</td><td>46</td><td>9</td><td>44</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>4</td><td>0.607</td><td>0.612</td><td>0.993</td><td>drs</td><td>4</td><td>46</td><td>26</td><td>40</td><td>36</td><td></td></tr> <tr><td>5</td><td>0.252</td><td>0.258</td><td>0.976</td><td>drs</td><td>5</td><td>46</td><td>26</td><td>44</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>6</td><td>0.631</td><td>0.679</td><td>0.930</td><td>irs</td><td>6</td><td>46</td><td>26</td><td>33</td><td>36</td><td>31</td></tr> <tr><td>7</td><td>0.388</td><td>0.475</td><td>0.816</td><td>drs</td><td>7</td><td>26</td><td>9</td><td>46</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>8</td><td>0.646</td><td>0.698</td><td>0.925</td><td>irs</td><td>8</td><td>46</td><td>26</td><td>31</td><td>36</td><td></td></tr> <tr><td>9</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>9</td><td>9</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>10</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>10</td><td>10</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>11</td><td>0.151</td><td>0.154</td><td>0.981</td><td>irs</td><td>11</td><td>46</td><td>26</td><td>33</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>12</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>12</td><td>12</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>13</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>13</td><td>13</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>14</td><td>0.212</td><td>0.275</td><td>0.768</td><td>drs</td><td>14</td><td>26</td><td>9</td><td>46</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>15</td><td>0.390</td><td>0.534</td><td>0.731</td><td>irs</td><td>15</td><td>36</td><td>31</td><td>13</td><td>33</td><td></td></tr> <tr><td>16</td><td>0.500</td><td>1.000</td><td>0.500</td><td>irs</td><td>16</td><td>16</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>17</td><td>0.217</td><td>0.258</td><td>0.841</td><td>drs</td><td>17</td><td>26</td><td>46</td><td>9</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>18</td><td>0.698</td><td>0.719</td><td>0.971</td><td>irs</td><td>18</td><td>33</td><td>46</td><td>34</td><td>12</td><td>10</td></tr> <tr><td>19</td><td>0.302</td><td>0.307</td><td>0.984</td><td>irs</td><td>19</td><td>26</td><td>46</td><td>31</td><td>36</td><td></td></tr> <tr><td>20</td><td>0.275</td><td>0.284</td><td>0.968</td><td>irs</td><td>20</td><td>26</td><td>36</td><td>31</td><td>46</td><td></td></tr> <tr><td>21</td><td>0.221</td><td>0.281</td><td>0.786</td><td>drs</td><td>21</td><td>26</td><td>9</td><td>46</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>22</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>22</td><td>22</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>23</td><td>0.307</td><td>0.312</td><td>0.984</td><td>drs</td><td>23</td><td>9</td><td>46</td><td>26</td><td>31</td><td></td></tr> <tr><td>24</td><td>0.468</td><td>0.528</td><td>0.887</td><td>irs</td><td>24</td><td>46</td><td>31</td><td>26</td><td>36</td><td>33</td></tr> <tr><td>25</td><td>0.427</td><td>1.000</td><td>0.427</td><td>irs</td><td>25</td><td>25</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>26</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>26</td><td>26</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>27</td><td>0.561</td><td>0.711</td><td>0.789</td><td>irs</td><td>27</td><td>40</td><td>26</td><td>34</td><td>36</td><td></td></tr> <tr><td>28</td><td>0.231</td><td>0.289</td><td>0.801</td><td>drs</td><td>28</td><td>26</td><td>9</td><td>46</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>29</td><td>0.511</td><td>0.512</td><td>0.998</td><td>drs</td><td>29</td><td>46</td><td>31</td><td>26</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>30</td><td>0.327</td><td>0.473</td><td>0.692</td><td>drs</td><td>30</td><td>26</td><td>9</td><td>46</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>31</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>31</td><td>31</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>32</td><td>0.990</td><td>0.990</td><td>1.000</td><td>drs</td><td>32</td><td>46</td><td>36</td><td>40</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>33</td><td>0.765</td><td>1.000</td><td>0.765</td><td>irs</td><td>33</td><td>33</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>34</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>drs</td><td>34</td><td>34</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>35</td><td>0.630</td><td>1.000</td><td>0.630</td><td>irs</td><td>35</td><td>35</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>36</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>36</td><td>36</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>37</td><td>0.184</td><td>1.000</td><td>0.184</td><td>irs</td><td>37</td><td>37</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>38</td><td>0.329</td><td>0.338</td><td>0.972</td><td>drs</td><td>38</td><td>46</td><td>26</td><td>36</td><td>40</td><td></td></tr> <tr><td>39</td><td>0.620</td><td>0.620</td><td>1.000</td><td>drs</td><td>39</td><td>46</td><td>40</td><td>26</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>40</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>40</td><td>40</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>41</td><td>0.404</td><td>1.000</td><td>0.404</td><td>irs</td><td>41</td><td>41</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>42</td><td>0.676</td><td>0.849</td><td>0.796</td><td>irs</td><td>42</td><td>26</td><td>31</td><td>36</td><td>46</td><td>33</td></tr> <tr><td>43</td><td>0.473</td><td>0.502</td><td>0.943</td><td>irs</td><td>43</td><td>26</td><td>46</td><td>33</td><td>31</td><td></td></tr> <tr><td>44</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>44</td><td>44</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>45</td><td>0.738</td><td>0.917</td><td>0.805</td><td>irs</td><td>45</td><td>33</td><td>46</td><td>12</td><td>10</td><td></td></tr> <tr><td>46</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>1.000</td><td>-</td><td>46</td><td>46</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>47</td><td>0.292</td><td>0.379</td><td>0.769</td><td>drs</td><td>47</td><td>46</td><td>26</td><td>9</td><td>44</td><td></td></tr> <tr><td>48</td><td>0.330</td><td>0.395</td><td>0.836</td><td>drs</td><td>48</td><td>46</td><td>26</td><td>36</td><td></td><td></td></tr> <tr><td>mean</td><td>0.573</td><td>0.670</td><td>0.864</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table>				firm	crste	vrste	scale	SUMMARY OF PEERS:								firm	peers:			1	0.324	0.348	0.932	irs	1	46	10	12			2	0.215	0.279	0.771	drs	2	46	26	9	44		3	0.191	0.205	0.933	drs	3	46	9	44			4	0.607	0.612	0.993	drs	4	46	26	40	36		5	0.252	0.258	0.976	drs	5	46	26	44			6	0.631	0.679	0.930	irs	6	46	26	33	36	31	7	0.388	0.475	0.816	drs	7	26	9	46	10		8	0.646	0.698	0.925	irs	8	46	26	31	36		9	1.000	1.000	1.000	-	9	9					10	1.000	1.000	1.000	-	10	10					11	0.151	0.154	0.981	irs	11	46	26	33			12	1.000	1.000	1.000	-	12	12					13	1.000	1.000	1.000	-	13	13					14	0.212	0.275	0.768	drs	14	26	9	46	10		15	0.390	0.534	0.731	irs	15	36	31	13	33		16	0.500	1.000	0.500	irs	16	16					17	0.217	0.258	0.841	drs	17	26	46	9			18	0.698	0.719	0.971	irs	18	33	46	34	12	10	19	0.302	0.307	0.984	irs	19	26	46	31	36		20	0.275	0.284	0.968	irs	20	26	36	31	46		21	0.221	0.281	0.786	drs	21	26	9	46	10		22	1.000	1.000	1.000	-	22	22					23	0.307	0.312	0.984	drs	23	9	46	26	31		24	0.468	0.528	0.887	irs	24	46	31	26	36	33	25	0.427	1.000	0.427	irs	25	25					26	1.000	1.000	1.000	-	26	26					27	0.561	0.711	0.789	irs	27	40	26	34	36		28	0.231	0.289	0.801	drs	28	26	9	46	10		29	0.511	0.512	0.998	drs	29	46	31	26			30	0.327	0.473	0.692	drs	30	26	9	46	10		31	1.000	1.000	1.000	-	31	31					32	0.990	0.990	1.000	drs	32	46	36	40			33	0.765	1.000	0.765	irs	33	33					34	1.000	1.000	1.000	drs	34	34					35	0.630	1.000	0.630	irs	35	35					36	1.000	1.000	1.000	-	36	36					37	0.184	1.000	0.184	irs	37	37					38	0.329	0.338	0.972	drs	38	46	26	36	40		39	0.620	0.620	1.000	drs	39	46	40	26			40	1.000	1.000	1.000	-	40	40					41	0.404	1.000	0.404	irs	41	41					42	0.676	0.849	0.796	irs	42	26	31	36	46	33	43	0.473	0.502	0.943	irs	43	26	46	33	31		44	1.000	1.000	1.000	-	44	44					45	0.738	0.917	0.805	irs	45	33	46	12	10		46	1.000	1.000	1.000	-	46	46					47	0.292	0.379	0.769	drs	47	46	26	9	44		48	0.330	0.395	0.836	drs	48	46	26	36			mean	0.573	0.670	0.864							
firm	crste	vrste	scale	SUMMARY OF PEERS:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
				firm	peers:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
1	0.324	0.586	0.553	irs	1	36	46	33	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
2	0.215	0.507	0.424	irs	2	31	26	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
3	0.191	0.635	0.301	irs	3	46	36	31	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
4	0.607	0.871	0.697	irs	4	31	26	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
5	0.252	0.550	0.457	irs	5	36	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
6	0.631	0.836	0.755	irs	6	33	31	26	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
7	0.388	0.554	0.700	irs	7	26	46	36	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
8	0.646	0.837	0.771	irs	8	36	16	31	22	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
9	1.000	1.000	1.000	-	9	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
10	1.000	1.000	1.000	-	10	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
11	0.151	0.524	0.288	irs	11	36	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
12	1.000	1.000	1.000	-	12	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
13	1.000	1.000	1.000	-	13	13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
14	0.212	0.509	0.416	irs	14	36	10	26																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
15	0.390	0.962	0.406	irs	15	33	36	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
16	0.500	1.000	0.500	irs	16	16																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
17	0.217	0.489	0.443	irs	17	46	36	26	33	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
18	0.698	0.814	0.857	irs	18	12	10	34	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
19	0.302	0.813	0.371	irs	19	36	31	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
20	0.275	0.739	0.372	irs	20	31	36	41																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
21	0.221	0.503	0.440	irs	21	36	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
22	1.000	1.000	1.000	-	22	22																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
23	0.307	0.677	0.453	irs	23	31	36	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
24	0.468	0.777	0.603	irs	24	33	26	36	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
25	0.427	1.000	0.427	irs	25	25																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
26	1.000	1.000	1.000	-	26	26																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
27	0.561	0.915	0.613	irs	27	34	36	10	40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
28	0.231	0.553	0.418	irs	28	31	26	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
29	0.511	0.752	0.680	irs	29	31	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
30	0.327	0.443	0.739	irs	30	26	33	36	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
31	1.000	1.000	1.000	-	31	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
32	0.990	0.992	0.998	irs	32	46	33	36	40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
33	0.765	1.000	0.765	irs	33	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
34	1.000	1.000	1.000	-	34	34																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
35	0.630	1.000	0.630	irs	35	35																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
36	1.000	1.000	1.000	-	36	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
37	0.184	1.000	0.184	irs	37	37																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
38	0.329	0.743	0.443	irs	38	33	40	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
39	0.620	0.649	0.955	irs	39	40	26	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
40	1.000	1.000	1.000	-	40	40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
41	0.404	1.000	0.404	irs	41	41																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
42	0.676	0.942	0.717	irs	42	36	46	26	31	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
43	0.473	0.773	0.612	irs	43	31	46	36	26	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
44	1.000	1.000	1.000	-	44	44																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
45	0.738	0.958	0.771	irs	45	12	46	33	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
46	1.000	1.000	1.000	-	46	46																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
47	0.292	0.511	0.571	irs	47	36	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																							
48	0.330	0.533	0.620	irs	48	26	36	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
mean	0.573	0.811	0.674																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
firm	crste	vrste	scale	SUMMARY OF PEERS:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
				firm	peers:																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
1	0.324	0.348	0.932	irs	1	46	10	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
2	0.215	0.279	0.771	drs	2	46	26	9	44																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
3	0.191	0.205	0.933	drs	3	46	9	44																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
4	0.607	0.612	0.993	drs	4	46	26	40	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
5	0.252	0.258	0.976	drs	5	46	26	44																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
6	0.631	0.679	0.930	irs	6	46	26	33	36	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
7	0.388	0.475	0.816	drs	7	26	9	46	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
8	0.646	0.698	0.925	irs	8	46	26	31	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
9	1.000	1.000	1.000	-	9	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
10	1.000	1.000	1.000	-	10	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
11	0.151	0.154	0.981	irs	11	46	26	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
12	1.000	1.000	1.000	-	12	12																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
13	1.000	1.000	1.000	-	13	13																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
14	0.212	0.275	0.768	drs	14	26	9	46	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
15	0.390	0.534	0.731	irs	15	36	31	13	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
16	0.500	1.000	0.500	irs	16	16																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
17	0.217	0.258	0.841	drs	17	26	46	9																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
18	0.698	0.719	0.971	irs	18	33	46	34	12	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
19	0.302	0.307	0.984	irs	19	26	46	31	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
20	0.275	0.284	0.968	irs	20	26	36	31	46																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
21	0.221	0.281	0.786	drs	21	26	9	46	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
22	1.000	1.000	1.000	-	22	22																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
23	0.307	0.312	0.984	drs	23	9	46	26	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
24	0.468	0.528	0.887	irs	24	46	31	26	36	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
25	0.427	1.000	0.427	irs	25	25																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
26	1.000	1.000	1.000	-	26	26																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
27	0.561	0.711	0.789	irs	27	40	26	34	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
28	0.231	0.289	0.801	drs	28	26	9	46	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
29	0.511	0.512	0.998	drs	29	46	31	26																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
30	0.327	0.473	0.692	drs	30	26	9	46	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
31	1.000	1.000	1.000	-	31	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
32	0.990	0.990	1.000	drs	32	46	36	40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
33	0.765	1.000	0.765	irs	33	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
34	1.000	1.000	1.000	drs	34	34																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
35	0.630	1.000	0.630	irs	35	35																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
36	1.000	1.000	1.000	-	36	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
37	0.184	1.000	0.184	irs	37	37																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
38	0.329	0.338	0.972	drs	38	46	26	36	40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
39	0.620	0.620	1.000	drs	39	46	40	26																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
40	1.000	1.000	1.000	-	40	40																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
41	0.404	1.000	0.404	irs	41	41																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
42	0.676	0.849	0.796	irs	42	26	31	36	46	33																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
43	0.473	0.502	0.943	irs	43	26	46	33	31																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
44	1.000	1.000	1.000	-	44	44																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
45	0.738	0.917	0.805	irs	45	33	46	12	10																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
46	1.000	1.000	1.000	-	46	46																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																								
47	0.292	0.379	0.769	drs	47	46	26	9	44																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
48	0.330	0.395	0.836	drs	48	46	26	36																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						
mean	0.573	0.670	0.864																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
Note: crste = technical efficiency from CRS DEA vrste = technical efficiency from VRS DEA scale = scale efficiency = crste/vrste				Note: crste = technical efficiency from CRS DEA vrste = technical efficiency from VRS DEA scale = scale efficiency = crste/vrste																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																										

الملحق رقم (13): مؤشرات المدخلات والمخرجات الواجب بلوغها لتحقيق الكفاءة الفنية للولايات
غير الكفؤة (مخرجات برنامج DEA)

eg1-out - Bloc-notes

Fichier Edition Format Affichage Aide

SUMMARY OF INPUT TARGETS:

	firm input:								firm output:		
	1	2	3	4	5	6	7	8	1	2	3
1	39.237	109030.345	183.502	55.055	368.853	511.748	780.071	59.838	0.262	0.806	0.035
2	32.271	300233.104	167.493	32.791	300.592	460.710	694.207	38.099	0.263	0.383	0.113
3	34.269	454341.564	241.767	38.243	268.716	461.957	792.353	39.108	0.331	1.038	0.000
5	32.176	328921.768	179.652	32.535	287.950	447.096	698.222	37.041	0.254	0.687	0.100
7	33.228	143440.006	166.463	39.602	369.749	533.248	781.545	45.463	0.272	0.415	0.058
11	39.236	166165.069	84.746	45.823	266.064	330.802	431.916	55.612	0.231	0.960	0.052
14	33.009	176038.018	145.613	36.931	361.073	532.709	739.492	44.051	0.226	0.322	0.123
15	36.311	684748.629	356.832	45.400	231.878	497.576	973.273	39.920	0.155	0.189	0.000
17	33.866	272859.365	155.587	36.471	312.520	473.812	685.116	42.605	0.212	0.691	0.135
19	35.505	542876.219	284.882	42.076	249.758	468.672	850.376	40.645	0.208	0.772	0.070
20	36.690	262732.862	174.810	37.723	359.324	516.185	788.808	36.654	0.239	0.000	0.065
21	31.350	179065.825	114.809	29.998	314.344	432.738	601.892	38.237	0.299	0.726	0.053
23	35.710	502481.475	263.724	42.059	252.545	455.923	808.573	41.815	0.215	0.737	0.093
24	34.972	243887.849	143.271	39.157	325.303	489.459	678.535	46.196	0.165	0.255	0.072
25	94.780	735100.000	530.861	55.075	196.720	1061.722	1470.077	55.234	0.066	0.190	0.037
28	32.117	204512.600	123.305	32.049	329.065	476.512	649.406	40.056	0.260	0.446	0.097
30	33.605	169973.591	148.756	38.720	362.699	533.981	744.759	45.703	0.291	0.434	0.072
37	117.164	360000.000	51.464	72.050	340.500	240.167	480.333	72.050	0.215	0.737	0.000
38	38.552	173752.564	90.220	42.544	298.902	389.672	521.777	50.249	0.184	0.214	0.065
41	49.271	217400.000	225.800	54.503	527.000	718.455	1129.000	35.439	0.086	0.085	0.000
43	36.101	273753.793	173.731	43.486	382.760	615.252	842.628	49.120	0.153	0.465	0.123
47	32.133	183577.722	104.731	30.804	302.118	409.346	560.050	39.521	0.326	1.113	0.037
48	32.353	185267.356	106.778	31.498	306.435	419.529	571.729	40.164	0.280	1.056	0.044

Abstract:

This study aims to shed light on the reality of reproductive health indicators in Algeria by monitoring their temporal evolution from 2006 to 2019 and identifying a range of regional and provincial spatial variations and disparities. It also assesses reproductive health indicators in Algeria using spatial econometric analysis in two stages. In the first stage, the efficiency of public health centers in the field of reproductive health at the provincial level was evaluated using Data Envelopment Analysis (DEA). The second stage involved studying the impact of some variables related to reproductive health services on the efficiency of public hospitals using multiple linear regression analysis to formulate an optimal spatial model that clarifies the relationships and spatial effects of these indicators.

The study employed a descriptive-analytical approach to quantitatively track the temporal evolution and spatial disparities of reproductive health indicators globally, in African countries, and in Algeria. This was supported by a statistical approach based on quantitative and econometric methods for data processing, analysis, and realistic interpretation. A set of statistical software was used, including TANAGRA.V.1.4.50 for statistical analysis, Philcarto.V.20 for geographical analysis and map production, DEAP.V.2.1 for hospital efficiency analysis, and Eviews.V.12 for econometric analysis and model building.

The study concluded that achieving global reproductive health goals is progressing slowly, especially in the sub-Saharan Africa region, which faces immense challenges and high fertility and mortality rates, despite relative improvements in some regions. In Algeria, the indicators show clear spatial disparities, with the southern provinces suffering from a near-universal weakness in most reproductive health indicators, followed by the High Plateaus provinces with weaknesses in several indicators. The northern provinces, meanwhile, show a relative weakness in some indicators, such as child mortality and violence against women.

The study also concluded that there is a significant variation among provinces in the efficiency level of public hospitals in promoting reproductive health indicators. 12 provinces achieved full technical and scale efficiency: Blida, Bouira, Tébessa, Tlemcen, Sidi Bel Abbès, Médéa, Oran, Bordj Bou Arréridj, El Tarf, Khenchela, Ain Defla, and Ain Témouchent. In contrast, 23 provinces suffer from efficiency shortcomings, which affects the quality of reproductive healthcare delivery.

Regarding the outputs of the multiple linear regression analysis used to study the effect of some quantitative variables related to reproductive healthcare services on the efficiency index of hospitals distributed across the provinces, it was found that an increase in gynecological and obstetric examinations leads to a decrease in efficiency. In contrast, an increase in maternity beds and medical imaging devices contributes to its improvement. Improving bed utilization (turnover rate) and developing existing centers are more effective than establishing new ones. The study also emphasized that investing in training and redistributing gynecologists and obstetricians is more important than increasing their numbers to achieve efficiency.

Keywords: Reproductive Health; Indicators; Spatial Econometric Analysis; Hospital Efficiency; Algeria.