الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة الشهيد الشيخ العربي التبسي – تبسة
Echahid Cheikh Larbi Tebessi University - Tebessa

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم الإجتماع

رقم التسجيل:. .....

الرقم التسلسلي:. .....

دور البرامج الصّحية في تنمية الصّحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري

دراسة ميدانية بالمؤسّسة الاستشفائية المتخصّصة في طب النّساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز ـ تبسة

أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (ل.م.د)

تخصص: علم الاجتماع والتنمية

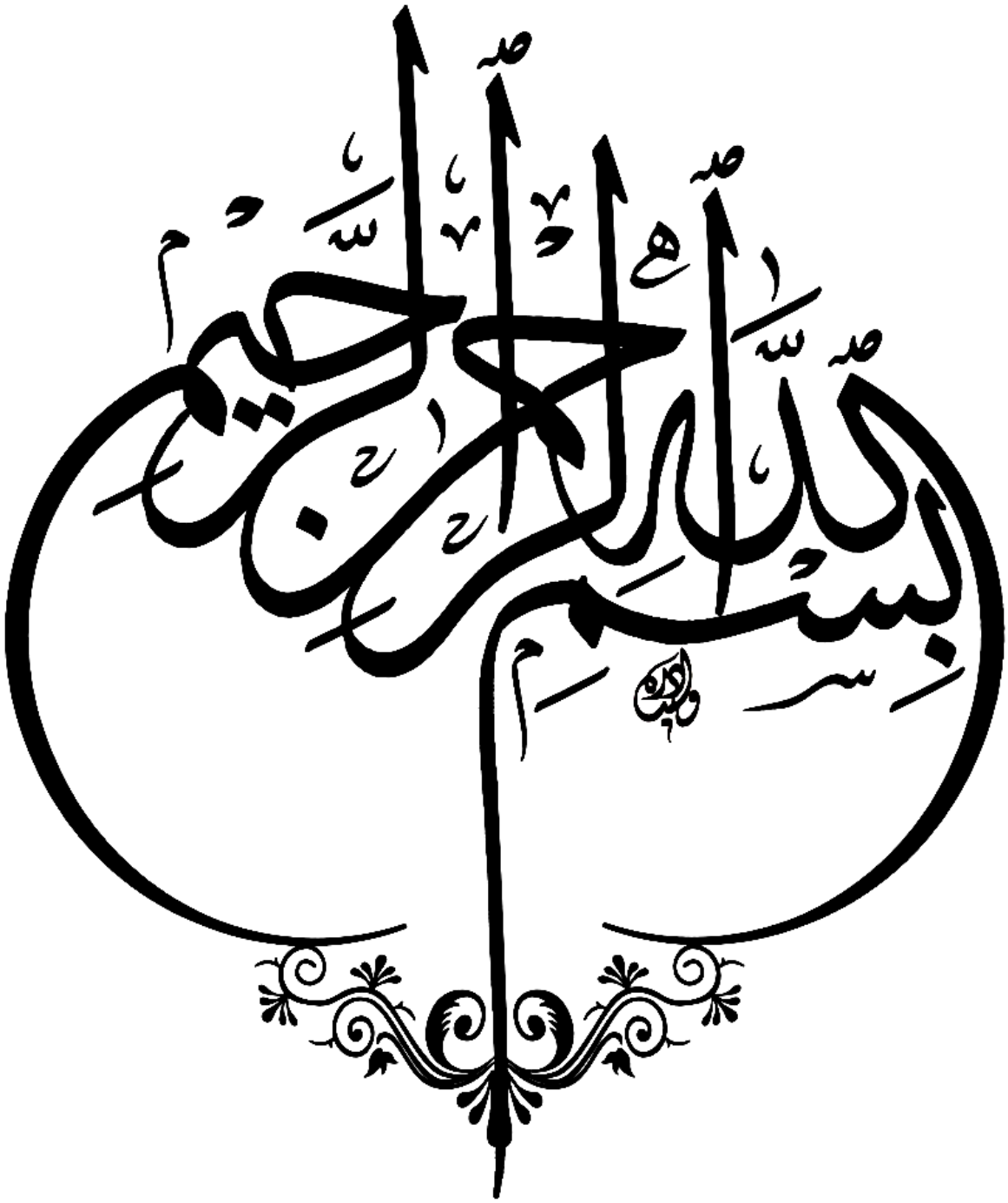
إعداد الطالبة:
عزيزي دليلة

إشراف الأستاذة الدكتورة:
سليمة بلخيري

لجنة المناقشة

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
			رئيسا
أ.د سليمة بلخيري	أستاذ تعليم عالي	جامعة الشهيد الشيخ العربي التبسي- تبسة	مشرفا ومقررا
			ممتحنا
			ممتحنا
			ممتحنا
			ممتحنا
			ممتحنا

السنة الجامعية 2024/2023


بسم الله الرحمن الرحيم

شكر و عرفان

قـال رسول الله صلى الله عليه وسلم:

"من لم يشكر الناس لم يشكر الله"

صدق رسول الله صلى الله عليه وسلم

الحمد الله على إحسانه والشكر له على توفيقه وإمتنانه ونشهد أن لا إله إلا الله وحده لا شريك له تعظيما لشأنه ونشهد أن سيدنا ونبينا محمد عبده ورسوله الداعي إلى رضوانه صلى الله عليه وعلى آله وأصحابه وأتباعه وسلم.

بعد شكر الله سبحانه وتعإلى على توفيقه لنا لإتمام هذا البحث المتواضع أتقدم بجزيل الشكر إلى الوالدين العزيزين الذين أعانوني وشجعوني على الإستمرار في مسيرة العلم والنجاح، وإكمال الدراسة الجامعية والبحث؛ كما أتوجه بالشكر الجزيل إلى من شرفتني بإشرافها على بحثي الأستاذة الدكتورة " بلخيري سليمة" التي لن تكفي حروف هذه الأطروحة لإيفائها حقها بصبرها الكبير علي، ولتوجيهاتها العلمية التي لا تقدر بثمن؛ والتي ساهمت بشكل كبير في إتمام وإستكمال هذا العمل؛ كما أتوجه بجزيل الشكر والتقدير إلى رئيس المشروع الدكتور خالد حامد. وكذلك أوجه خالص شكري وتقديري للجنة المناقشة كل بإسمه ورتبته ومؤسسة إنتمائه.

كما لا تفوتني هذه الفرصة لأقف بالشكر للموظفين بالمؤسسة الاستشفائية خالدي عبد العزيز –تبسة وعلى الخصوص الطاقم الإداري الذين لم يبخلوا علي بالمعلومات والاحصائيات الهامة الخاصة بالمؤسسة محل الدراسة، وإلى كل من ساعدني من قريب أو بعيد لإتمام هذه الأطروحة.

.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

العنوان	الصفحة
شكر وعرفان	-
فهرس المحتويات	-
فهرس الجداول	-
فهرس الأشكال	-
مقدمة	أ-ج
الجانب النظري	
الفصل الأول: الإطار المفاهيمي والمنهجي للدراسة	
أولا: الإشكالية	2
ثانيا: الفرضيات	4
ثالثا: أسباب الدراسة	6
رابعا: أهداف الدراسة	7
خامسا: أهمية الدراسة	8
سادسا: المفاهيم الأساسية	9
1-البرامج الصحية	9
2-التنمية الصحية	10
3-الصحة الإنجابية	12
سابعا: منهج الدراسة	13
ثامنا: الدراسات السابقة	14
1- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة	29
الفصل الثاني: النظام الصحي والبرامج الصحية في الجزائر	
تهميد	34
أولا: السياسة الصحية في الجزائر	35
1- تعريف السياسة الصحية	35

2- أهمية وأهداف السياسة الصحية	35
3- خصائص السياسة الصحية في الجزائر	37
4- محاور السياسة الصحية	37
5- التصحيح الهيكلي وأثره على السياسة الصحية	38
6- انعكاسات السياسات الصحية على التنمية في الجزائر	39
ثانيا: النظام الصحي في الجزائر	40
1- تعريف النظام الصحي	40
2- نشأة النظام الصحي في الجزائر	41
3- مزايا وأهداف النظام الصحي	49
4- النقائص التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر	51
5- إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر	51
6- هيكلة النظام الصحي في الجزائر	57
ثالثا: البرامج الصحية لتعزيز الصحة الإنجابية	60
1- أساسيات البرامج الصحية	60
2- البرامج الصحية الموجة للأم في الجزائر	62
3- البرامج الصحية الموجهة للطفل في الجزائر	67
4- البرامج الصحية لتخفيض معدلات الوفيات النفاسية في العالم	78
خلاصة الفصل	86
الفصل الثالث: الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري	
تمهيد	88
أولا: الصحة الإنجابية	88
1- نشأة الصحة الإنجابية	88
2- عناصر الصحة الإنجابية	88
3- أهداف الصحة الإنجابية	89
4- العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية	90
ثانيا: الرعاية الصحية للأمومة والطفولة	94
1- ماهية الرعاية الصحية.	94

2- الرعاية الصحية المقدمة للأمومة.	99
3- الرعاية الصحية المقدمة للطفولة.	128
ثالثا: خدمات الصحة الإنجابية	134
1- تعريف الخدمات الصحية.	135
2- خصائص الخدمات الصحية.	135
3- العوامل المؤثرة في الخدمات الصحية	136
4- تطور خدمات الصحية في الجزائر	137
5- مشاريع تطوير الرعاية الصحية في الجزائر	139
6- الاقتراحات والتوصيات لتعزيز الصحة الإنجابية	140
خلاصة الفصل	142
الجانب التطبيقي	
الفصل الرابع: الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والأساليب الإحصائية	
تمهيد	144
أولا: الدراسة الاستطلاعية	145
1- أهداف الدراسة الاستطلاعية	145
2- مجالات الدراسة الاستطلاعية	145
3- الأدوات المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية	150
4- قياس الخصائص السيكومترية للإستبيان	153
ثانيا: الدراسة الأساسية	157
1- التحديد الاجرائي لمفاهيم الدراسة	157
2- عينة الدراسة	158
3- أدوات الدراسة الأساسية	164
4- طريقة تفريغ البيانات والحصول على الدرجات الخام	164
5- الأساليب الإحصائية المعتمدة في إختبار الفروض ومعالجة البيانات	165
الفصل الخامس: عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج	
أولا: عرض وتحليل النتائج	168
1- عرض وتحليل نتائج الفرض الرئيسي الأول بالاعتماد نتائج الفروض الجزئية	168

1-1 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الأول	168
1-2 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الثاني	183
1-3 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الثالث	197
1-4 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الرابع	210
2- عرض وتحليل نتائج الفرض الرئيس الثاني الفرقي باعتبار نتائج الفروض الجزئية الفرقية	225
2-1 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الفرقي الأول	225
2-2 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الفرقي الثاني	234
2-3 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الفرقي الثالث	244
2-4 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الفرقي الرابع	250
ثانيا: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات	258
1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية الأولى	258
1-1 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الأولى	258
1-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثانية	261
1-3 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الثالثة	264
1-4 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الرابعة	266
2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية الفرقية الثانية	271
2-1 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الأولى	271
2-2 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الثانية	274
2-3 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الثالثة	278
2-4 مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الجزئية الفرقية الرابعة	281
الخاتمة	287
التوصيات والاقتراحات	288
قائمة المصادر والمراجع	291
الملاحق	
الملخص	

فهرس الجداول

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1	يمثل أنواع الفحوصات الطبية قبل الزواج الخاصة بالرجل والمرأة	101
2	التلقيحات الخاص بالحوامل بلقاح توكسيد الكزاز	109
3	التلقيحات الخاص بالنساء في سن الإنجاب '15+45'	109
4	المصالح الإستشفائية بالمؤسسة	147
5	يمثل عدد المستخدمين الصحيين في المؤسسة الاستشفائية حسب الوظائف.	150
6	توزيع بنود الاستمارة على محاور الدراسة	152
7	يوضح الأساتذة المحكمين للاستمارة وفق الرتبة العلمية ومؤسسة الانتماء	154
8	يوضح نتائج التحكيم لبنود الاستمارة	154
9	جدول يمثل نتيجة اختبار ألفا كرونباخ للدراسة الاستطلاعية	157
10	جدول يوضح توزيع العينة وفق متغير الجنس	159
11	جدول توزيع العينة وفق متغير الفئة العمرية	160
12	جدول يوضح توزيع العينة وفق متغير المستوى التعليمي	161
13	جدول يوضح توزيع العينة وفق متغير الوظيفة المهنية	162
14	جدول يوضح توزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية	163
	الجداول المعالجة الفرض الرئيسي الأول وفروضه الجزئية	
15	المعالج للبند رقم (1) يضمن التّثقيف الصّحي توعية صحية عامة للمرأة الحامل	168
16	المعالج للبند رقم (02) للتّثقيف الصّحي دور في **تحقيق التغذية السّليمة** للمرأة أثناء الحمل والرّضاعة	169
17	المعالج للبند رقم (03) يؤكد التّثقيف الصّحي للحوامل على **ضرورة الكشف المبكر** تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب	170
18	المعالج للبند رقم (04) للتثقيف الصحي دور في **تعزيز وعي المرأة الحامل** وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين	172
19	المعالج للبند رقم (05) يساعد التّثقيف الصّحي المرأة من النّاحية النّفسية على **تفادي الحرج**	173

	أثناء الاستشارة الطبية	
20	المعالج للبند رقم (06) للتّثقيف الصّحي دور في **تغيير العادات السّيئة** للنّساء الحوامل	174
21	المعالج للبند رقم (07) للتّثقيف الصّحي دور في **تخفيف متاعب الحمل** عند المرأة	175
22	المعالج للبند رقم (08) يُنبه التّثقيف الصّحي المرأة الحامل **بالإجراءات التي يُحْتَّمل اتخاذها** في حال أيّ طارئ	176
23	المعالج للبند رقم (09) يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في **قبولها قرار الإجهاض** حفاظا على سلامتها	177
24	المعالج للبند رقم (10) يساعد التّثقيف الصّحي على إحاطة المرأة **بحالات الاجهاض** غير الآمنة	179
25	المعالج للبند رقم (11) للتّثقيف الصّحي دور في **تعزيز الرّضاعة الطبيعية** بما يضمن راحة للأم والجنين	180
26	المعالج رقم (12) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **وسائل تخدم التثقيف الصحي**	182
27	المعالج للبند رقم (14)تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **دفتر خاصّ** بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة	183
28	المعالج للبند رقم (15) تؤكد البرامج الصّحية على **أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل**	184
29	المعالج للبند رقم (16) تستفيد النّساء الحوامل من **متابعة خاصّة خلال الحمل الأول** لهن	185
30	المعالج للبند رقم (17) **التغذية النّوعية للحوامل** من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية	186
31	المعالج للبند رقم (18) **الكشف المبكر عن الأمراض** عند الحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية	187
32	المعالج للبند رقم (19) تستفيد النساء **المحتمل ولادتهن قيصريا** من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية	188
33	المعالج للبند رقم (20) تستفيد المرأة بعد الولادة من **متابعة نفسية** توفرها المؤسسة الاستشفائية	189
34	المعالج للبند رقم (21) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **فحوصات خاصّة** بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسيا	190
35	المعالج للبند رقم (22) تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف **علاجية**	191
36	المعالج للبند رقم (23) تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف **وقائية**	192
37	المعالج للبند رقم (24) تقدم المؤسسة الاستشفائية متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية لفئة	193

	واسعة من النساء	
38	المعالج للبند رقم (25) تستفيد النساء من **اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل** في المؤسسة الاستشفائية	195
39	المعالج للبند رقم (26)تستفيد النساء في **أواخر العمر الإنجابي** من متابعة طبية صحية في المؤسسة	196
40	المعالج للبند رقم (28) **تنظيم الأسرة من أولويات برامج الصّحة الإنجابية** المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية	197
41	المعالج للبند رقم (29) توضّح البرامج الصّحية **تأثير وسائل التّنظيم الأسري** على الصّحة الإنجابية	199
42	المعالج للبند رقم (30) تقوم برامج الصّحة على مبدأ **تباعد الولادات** قصد التنظيم الجيد للأسرة	200
43	المعالج للبند رقم (31) توفر خدمة تنظيم الأسرة المعتمدة بالبرنامج الصحي **فرصة تأخير الانجاب للمرأة** حتى تتوفر الظروف المناسبة لها	201
44	المعالج للبند رقم (32) تحد برامج الصحة الإنجابية من **زواج القاصرات** حفاظا على السّلامة الإنجابية	202
45	المعالج للبند رقم (33) تؤكد برامج الصحة الإنجابية على **إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج** في إطار تنظيم الأسرة	203
46	المعالج للبند رقم (34) تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة و**الحدّ من الإجهاض غير الآمن**	205
47	المعالج للبند رقم (35) تمنح البرامج الصحية **وسائل منع الحمل حسب الظرف**	206
48	المعالج للبند رقم(36) تتوفر المؤسّسة على مختصين أكفاء ومدربين على **تركيب مختلف وسائل منع الحمل**	207
49	المعالج للبند رقم (37) يوجد **إقبال كبير على وسائل منع الحمل** لدى المؤسسة الاستشفائية	208
50	المعالج للبند رقم (39) يستفيد الطاقم الطبي من **دورات تكوينية** تزيد من كفاءته المهنية	210
51	المعالج للبند رقم (40) يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات **عاجلة**	212
52	المعالج رقم(41) يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات **متطورة.**	213
53	المعالج للبند رقم (42) تشهد المؤسسة الاستشفائية قوة في الإقبال يقابله عجز في **إشباع طلبات المرضى** (النساء)	214

54	المعالج للبند رقم (43) كفاءة المهنيين الصحيين زاد من **معدل الأمل في الحياة عند الأمهات**	215
55	المعالج للبند رقم (44) كفاءة المهنيين الصحيين زاد من **معدل الأمل في الحياة عند المواليد الجدد**	217
56	المعالج للبند رقم (45) يتلقى الممرّضون في مصلحة التوليد بالمؤسسة الاستشفائية **توجيهات خاصّة** بالصحة الإنجابية	219
57	المعالج للبند رقم (46) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة** للصحة الإنجابية	220
58	المعالج للبند رقم (47) الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية **مرضية من حيث الجودة**	221
59	المعالج للبند رقم (48) الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية **كافية من حيث العدد**	223
60	المعالج للبند رقم (49) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **وسائل حديثة سهلت** كثيرا من إجراءات السلامة الإنجابية	224
	جداول المعالجة الفرض الرئيسي الفرقي الثاني وفروضه الفرقية الجزئية	
61	المعالج للبند رقم(1) يضمن التّثقيف الصّحي توعية صحية عامة للمرأة الحامل	226
62	المعالج للبند رقم(02) للتّثقيف الصّحي دور في **تحقيق التغذية السّليمة** للمرأة أثناء الحمل والرّضاعة	226
63	المعالج للبند رقم(03) يؤكد التّثقيف الصّحي للحوامل على **ضرورة الكشف المبكر** تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب	227
64	المعالج للبند رقم(04) للتثقيف الصحي دور في **تعزيز وعي المرأة الحامل** وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين	228
65	المعالج للبند رقم (05) يساعد التّثقيف الصّحي المرأة من النّاحية النّفسية على **تفادي الحرج** أثناء الاستشارة الطبية	228
66	المعالج للبند رقم (06) للتّثقيف الصّحي دور في **تغيير العادات السّيئة** بالنّساء الحوامل	229
67	المعالج للبند رقم (07) للتّثقيف الصّحي دور في **تخفيف متاعب الحمل** عند المرأة	230
68	المعالج للبند رقم (08) يُنبه التّثقيف الصّحي المرأة الحامل **بالإجراءات التي يُحْتَّمل اتخاذها** في حال أيّ طارئ	230

69	المعالج للبند رقم (09) يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في **قبولها قرار الإجهاض** حفاظا على سلامتها	231
70	المعالج للبند رقم (10) يساعد التّثقيف الصّحي على إحاطة المرأة **بحالات الإجهاض غير الآمنة**	232
71	المعالج للبند رقم (11) للتّثقيف الصّحي دور في **تعزيز الرّضاعة الطبيعية** بما يضمن راحة للأم والجنين	233
72	المعالج رقم(12) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **وسائل تخدم التثقيف الصحي**	233
73	المعالج للبند رقم (14) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **دفتر خاصّ** بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة	234
74	المعالج للبند رقم (15) تؤكد البرامج الصّحية على **أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل**	235
75	المعالج للبند رقم (16) تستفيد النّساء الحوامل من **متابعة خاصّة خلال الحمل الأول** لهن	236
76	المعالج للبند رقم (17) **التغذية النّوعية للحوامل** من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية	236
77	المعالج للبند رقم (18) **الكشف المبكر عن الأمراض** عند الحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية	237
78	المعالج للبند رقم (19) تستفيد النساء **المحتمل ولادتهن قيصريا** من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية	238
79	المعالج للبند رقم (20) تستفيد المرأة بعد الولادة من **متابعة نفسية** توفرها المؤسسة الاستشفائية	239
80	المعالج للبند رقم (21) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **فحوصات خاصّة** بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسيا	239
81	المعالج للبند رقم (22) تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى **أهداف علاجية**	240
82	المعالج للبند رقم (23) تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى **أهداف وقائية**	241
83	المعالج للبند رقم (24) تقدم المؤسسة الاستشفائية متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية لفئة واسعة من النساء	241
84	المعالج للبند رقم (25) تستفيد النساء من **اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل** في المؤسسة الاستشفائية	242
85	المعالج للبند رقم (26) تستفيد النساء في **أواخر العمر الإنجابي** من متابعة طبية صحية في	243

	المؤسسة	
86	المعالج للبند رقم(28) **تنظيم الأسرة من أولويات برامج الصّحة الإنجابية** المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية	244
87	المعالج للبند رقم (29) توضّح البرامج الصّحية **تأثير وسائل التّنظيم الأسري** على الصّحة الإنجابية	244
88	المعالج للبند رقم (30) تقوم برامج الصّحة على مبدأ **تباعد الولادات** قصد التنظيم الجيد للأسرة	245
89	المعالج للبند رقم (31) توفر خدمة تنظيم الأسرة المعتمدة بالبرنامج الصحي **فرصة تأخير الانجاب للمرأة** حتى تتوفر الظروف المناسبة لها	246
90	المعالج للبند رقم (32) تحد برامج الصحة الإنجابية من **زواج القاصرات** حفاظا على السّلامة الإنجابية	246
91	المعالج للبند رقم (33) تؤكد برامج الصحة الإنجابية على **إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج** في إطار تنظيم الأسرة	247
92	المعالج للبند رقم (34) تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة و**الحدّ من الإجهاض غير الآمن**	248
93	المعالج للبند رقم (35) تمنح البرامج الصحية **وسائل منع الحمل حسب الظرف**	248
94	المعالج للبند رقم(36) تتوفر المؤسّسة على مختصين أكفاء ومدربين على **تركيب مختلف وسائل منع الحمل**	249
95	المعالج للبند رقم (37) يوجد **إقبال كبير على وسائل منع الحمل** لدى المؤسسة الاستشفائية	250
96	المعالج للبند رقم (39) يستفيد الطاقم الطبي من **دورات تكوينية** تزيد من كفاءته المهنية	251
97	المعالج للبند رقم (40) يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات **عاجلة**	251
98	المعالج رقم(41) يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات **متطورة.**	252
99	المعالج للبند رقم (42) تشهد المؤسسة الاستشفائية قوة في الاقبال يقابله عجز في اشباع **طلبات المرضى** (النساء)	253
100	المعالج للبند رقم (43) كفاءة المهنيين الصحيين زاد من **معدل الأمل في الحياة عند الأمهات**	253
101	المعالج للبند رقم (44) كفاءة المهنيين الصحيين زاد من **معدل الأمل في الحياة عند المواليد الجدد**	254
102	المعالج للبند رقم (45) يتلقى الممرّضون في مصلحة التوليد بالمؤسسة الاستشفائية **توجيهات**	255

	خاصّة بالصحة الإنجابية	
103	المعالج للبند رقم (46) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة** للصحة الإنجابية	255
104	المعالج للبند رقم (47) الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية **مرضية من حيث الجودة**	256
105	المعالج للبند رقم (48) الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية **كافية من حيث العدد**	257
106	المعالج للبند رقم (49) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **وسائل حديثة سهلت** كثيرا من إجراءات السلامة الإنجابية	257

فهرس الأشكال

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
.1	يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الجنس	159
.2	يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الفئة العمرية	160
.3	يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير المستوى التعليمي	161
.4	يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الوظيفة المهنية	162
.5	يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية	163
.6	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 01	168
.7	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 02	169
.8	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 03	171
.9	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 04	172
.10	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 05	173
.11	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 06	174
.12	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 07	175
.13	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 08	176
.14	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 09	177
.15	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 10	179
.16	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 11	180
.17	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 12	181
.18	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 14	183
.19	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 15	184
.20	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 16	185
.21	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 17	186
.22	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 18	187
.23	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 19	188

24.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 20	189
25.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 21	190
26.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 22	191
27.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 23	193
28.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 24	194
29.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 25	195
30.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 26	196
31.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 28	198
32.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 29	199
33.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 30	200
34.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 31	201
35.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 32	202
36.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 33	204
37.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 34	205
38.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 35	206
39.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 36	207
40.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 37	209
41.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 39	211
42.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 40	212
43.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 41	213
44.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 42	214
45.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 43	216
46.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 44	217
47.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 45	219

48.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 46	220
49.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 47	222
50.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 48	223
51.	يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 49	224

مقدمة

يعد موضوع الصحة العمومية واحد من أبرز القضايا التي تشغل اهتمام الرأي العام عموما إن على المستوى المحلي أو الإقليمي أو العالمي، ويؤكد أهمية هذا الموضوع النشاط الدائم والدؤوب لمنظمات وهيئات عامة معتمدة وأخرى مستقلة ممثلة للصحة العمومية في الأوساط الاجتماعية، هذه الأخيرة التي يعد عملها في نشر التوعية الصحية في كافة مجالاتها وبين مختلف فئات المجتمع ذات أهمية كبيرة سواء على مستوى المجتمع عموما أو في حياة الفرد الشخصية والخاصة، وهو الأمر الذي بات يفرض على المسؤولين وضع الخطط الصحية لإشباع الطلب المتزايد على الخدمات الصحية وتحقيق التنمية الصحية باعتبارها ركنا أساسيا في اقتصاديات الدول فلا تنمية اقتصادية دون تنمية صحية ولا تنمية شاملة دونهما معا، فإن بات الطلب على الخدمة وتحسينها في كل المجالات كما ونوعا من ضرورات الحياة فهو في مجال الصحة أمر لا يمكن الاستغناء عنه ذلك أن قوة اقتصاد الدول إنما تقاس من خلال نوعية الخدمات فيها، كما يقاس مدى تقدم الدول في المجال الصحي بعدد المؤسسات والعاملين فيها، ومستوى كفاءة تقديم الخدمة الصحية لتلبية حاجة السكان وخاصة في تلك المناطق التي تشهد تناميا لا يمكن التغاضي عنه.

واعتبارا من كون الصحة الإنجابية جزء أساسي من الصحة العامة، ذلك أن التمتع بها يعني الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والاجتماعية في الأمور ذات العلاقة بوظائف الجهاز التناسلي وعملياته، وليس فقط الخلو من الأمراض أو الاعاقة فقد أولت الجزائر كغيرها من دول العالم اهتماما بالغا بهذا الجانب، وعمدت إلى اعتماد جملة من الخدمات لحماية صحة الأسرة كما سطرت مجموعة من البرامج والسياسات الوقائية والعلاجية من أجل تحسين الحالة الصحية لأفرادها لضمان تحقيق مستوى صحي مقبول أمام مختلف التحديات التي يواجهها مطلب التنمية الصحية.

وعلى الرغم من كل الاهتمام المقدم والجهود المبذولة في هذا المجال، قد يلمس المتتبع للوضع في المؤسسات المتخصصة في الصحة الإنجابية كما قد يسمع عن عدة نقائص واختلالات منها تراجع في خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرأة التي أنجبت في المؤسسات والعيادات العمومية المتخصصة في طب النساء والتوليد، ناهيك عن ضعف الاستقبال المتمثل في قلة الأسرة التي تحوز عليها هذه العيادات وتزايد الضغط على الإطارات المتخصصة أحيانا وضعف تكوينها أحيانا أخرى، وحالات الاكتظاظ المستمر في المستشفيات وغياب الرقابة والاهتمام وضعف تمويل القطاع الصحي، لأجل

هذا وغيره من الأمور تبرز أهمية موضوع دور البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري، ولذلك تأتي هذه الدراسة التي حاولت استكشاف الواقع من خلال محاولة معالجته في جانبين:

الجانب النظري: ويتضمن ثلاثة فصول هي:

- **الفصل الأول:** المعنون بـ: الإطار المفاهيمي والمنهجي لدراسة والذي تضمن إشكالية الدراسة، فرضياتها، وأسباب اختيار الموضوع، أهداف وأهمية الدراسة، مفاهيم الدراسة، منهج الدراسة الدراسات السابقة وموقع الدراسة الحالية منها.

- **الفصل الثاني:** المعنون بـ النظام الصحي والبرامج الصحية في الجزائر والذي تضمن عدد من العناصر منها: السياسة الصحية في الجزائر، ثم النظام الصحي في الجزائر، وكذا البرامج الصحية لتعزيز الصحة الإنجابية. وخلاصة الفصل.

- **الفصل الثالث:** والذي عنون بـ: الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري وتضمن الصحة الإنجابية، ثم الرعاية الصحية المقدمة للأمومة والطفولة، خدمات الصحة الإنجابية، وخلاصة الفصل.

الجانب التطبيقي: وهو مقسم إلى فصلين:

- **الفصل الرابع:** الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والأساليب الاحصائية وتضمن الدراسة الاستطلاعية، حيث تطرقنا فيها إلى أهدافها، المجالات والأدوات المستخدمة ثم قياس الخصائص السيكومترية للإستبيان، أما بالنسبة للدراسة الأساسية تناولنا فيها عرض المفاهيم الاجرائية للدراسة وعينة الدراسة، ثم أدوات الدراسة وتليها طريقة تفريغ البيانات والحصول على الدرجات الخام وأخيرا أساليب المعالجة الإحصائية المعتمدة في اختبار الفروض ومعالجة البيانات.

- **الفصل الخامس:** معنون بـ:عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج وتضمن:

أولا: عرض وتحليل النتائج

1. عرض وتحليل نتائج الفرض الرئيس الأول باعتبار نتائج الفروض الجزئية له.

2. عرض وتحليل نتائج الفرض الرئيس الثاني الفرقي باعتبار نتائج الفروض الجزئية الفرقية.

ثانيا: مناقشة وتفسير نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

1. مناقشة وتفسير نتائج الفرض الرئيس الأول باعتبار نتائج الفروض الجزئية.
2. مناقشة وتفسير نتائج الفرض الرئيس الفرقي الثاني باعتبار نتائج الفروض الفرقية الجزئية.

- الخاتمة.
- التوصيات والإقتراحات.

الفصل الأول:

الإطار المفاهيمي والمنهجي للدراسة

أولا: الإشكالية

ثانيا: الفرضيات

ثالثا: أسباب الدراسة

رابعا: أهداف الدراسة

خامسا: أهمية الدراسة

سادسا: المفاهيم الأساسية

1- البرامج الصحية

2- التنمية الصحية

3- الصحة الإنجابية

سابعا: منهج الدراسة

ثامنا: الدراسات السابقة

1- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة

أولا-الإشكالية

خلال محاولة الإنسان للعيش على سطح الأرض عرف الكثير من التحديات التي هددت وجوده بصورة أو بأخرى وفي خضم صراعه مع كل تلك العوائق كان يحقق الهدف تارة ويحاول التكيف تارات أخرى، ولعل واحدة من أكثر التحديات التي واجهت الأفراد كما المجتمعات وهددت بقاءها مشكلة الأمراض، فتاريخ البشرية عرف أشكالا مختلفة من الفيروسات والأوبئة جعلها تبحث عن العلاجات المناسبة لردها ومواجهة خطرها وقد زاوج الإنسان في محاولات علاجه واستعادة عافيته بين علاجات روحية وطبيعية وكيميائية متأثرا في ذلك بالعوامل الاجتماعية والثقافية والتكنولوجية في مجال الصحة والكفاية الجسدية، وبين نظام الوقاية من المرض على اعتبار أنها دائما خير من العلاج.

إن مفهوم الصحة مفهوم شامل لكل جوانب الشخصية الإنسانية، كما أنه مفهوم متكامل لا يقبل التجزئة، أو الفصل بين جوانبه المختلفة، وإن صحة الفرد هي جزء من صحة المجتمع كما أنها جزء من الصحة الأسرية، والأسرة هي الخلية الأهم في جسد المجتمع، فسلامته من سلامتها وعلته من علتها، لذلك تعمل جميع الأنظمة الصحية عبر العالم جاهدة من أجل حفظ الصحة الأسرية، من خلال تحقيق تنمية في الصحة الإنجابية كعامل لتفعيل التنمية الاجتماعية.

إن للصحة الإنجابية أهمية محورية في الأوساط الاجتماعية تضمن استمراريتها وتحقق أهدافها، واستجابة لنداء الاستمرارية هذا هبت كل الأنظمة الصحية في العالم إلى تعزيز قدراتها من أجل الإحاطة بمتطلبات الأفراد والأسر وهو ما يدفعها للتخطيط لبرامج صحية تستجيب لمؤشرات الصحة الإنجابية تترجم كفاءتها وتتناسب مع مختلف الفئات العمرية وخاصة منها فئة النساء على اعتبار أنهن كما يقال نصف المجتمع. ولعل من بين المؤشرات التي قد تبنى عليها البرامج الموجهة لتنمية الصحة الإنجابية مؤشر التثقيف الصحي كإجراء يستجيب لاحتياجات النساء والنساء المنجبات ويوصل المعلومة التي تفيدهن في حياتهن الإنجابية أو في حملهن كما يكفل تعديلا للسلوكيات السلبية ويرسخ للمعتقدات والتوجهات السليمة عن الحمل والتغذية الصحية، والإجهاض الآمن وغير الآمن وغيرها، بالإضافة إلى مؤشر المتابعة الصحية في فترة حمل أو حتى بعده، ناهيك عن المؤشر المرتبط بخدمات تنظيم الأسرة وما يتضمنه من خدمات ترتبط بالوسائل الأمنة والفعالة لتحديد حجم الأسرة وعدد أفرادها وضمان المباعدة بين الولادات مراعاة لصحة الأم واحتراما لاستقلاليتها وزيادة فرص لراحتها، وتماشيا مع إمكانيات الأسرة المادية .

وعطفا على ما سبق فإن هذه المؤشرات وغيرها تلزم الأنظمة الصحية عبر العالم أيضا ومن خلال برامجها الصحية بضرورة توفير إطار متخصص يعمل على تتنفيذ تلك المؤشرات ميدانيا من خلال استنطاق كفاءته في هذا المجال وهو ما يتطلب منها الأخذ بعين الاعتبار التكوين والتدريب المستمر لهذا الإطار كما توفير الوسائل المتطورة في الصحة الإنجابية وتكوين متخصصين فيها بما يتماشى مع التطورات العلمية والتكنولوجية المتسارعة الوتيرة لضمان جودة الخدمة المقدمة لطالبيها. وفي السياق ذاته بذلت الجزائر كغيرها من بلدان العالم ومنذ الاستقلال جهود مضنية لتحسين الوضع الصحي للمرأة وضمان تنمية للصحة الإنجابية النسوية من خلال صياغة عدد من البرامج الصحية، وجهت لخدمة الصحة الإنجابية للمرأة والعمل على للحد من مخاطر الولادة لديها، كبرنامج تنظيم الأسرة، وبرنامج مكافحة السيدا وغيرها، هذا ناهيك عن الاهتمام الذي وجهته الوصاية للبرامج الصحية التي تخص الاطفال على اعتبار أن الصحة الإنجابية للأم تستلزم سلامة ابنها. إن هذا الوضع يدفعنا للوقوف على ما إذا كانت البرامج الصحية المعتمدة في المؤسسات المتخصصة في الصحة الإنجابية قائمة على المؤشرات الإنمائية المعتمدة في صياغة البرنامج الصحية، وإن كانت هذه البرامج تستجيب لمتطلبات الصحة الإنجابية للمرأة. وبناء على الطرح السابق، ومن خلال ما تم استقصاؤه من أدبيات حول الموضوع ناهيك عن الملاحظات الميدانية والدراسة الاستكشافية فإن الدراسة الحالية تسعى للإجابة عن سؤالين رئيسيين هما:

- **السؤال الرئيس الأول: هل تستجيب البرامج الصحية المعتمدة للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري؟**

و يتفرع عن هذا **التساؤل الرئيسي** الأول أسئلة فرعية هي:

- **هل** تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر التثقيف الصحي في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري؟

- **هل** تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر المتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري ؟

- **هل** تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر خدمات تنظيم الأسرة في المجتمع الجزائري في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري ؟

- **هل** تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر توفير الإطار المتخصص في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري ؟

- **السؤال الرئيس الثاني: هل يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة في الجزائر للمؤشرات الانمائية للصحة الإنجابية للمرأة عند مستوى دلالة 0.05 ؟**

- ويتفرع عن هذا **التساؤل الرئيسي** الثاني أسئلة فرعية وهي:

-**هل** يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر التثقيف الصحي للمرأة في إطار التنمية الصحة للصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر عند مستوى دلالة 0.05 ؟

-**هل** يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر لمتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر عند مستوى دلالة 0.05 ؟

-**هل** يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة لمؤشرخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة عند مستوى دلالة 0.05 ؟

-**هل** يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر توفير الإطار المتخصص في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر عند مستوى دلالة 0.05؟

ثانيا-فرضيات الدراسة:

تعرف الفرضية بأنها تفسيرات مقترحة للعلاقة بين متغيرين أحدهما متغير مستقل (سبب) والآخر متغير تابع (نتيجة) ويعتبر الفرض تفسيرا مبدئيا للظاهرة موضوع الدراسة وهذا التفسير يحتاج من الباحث إلى بيانات يتم جمعها وتحليلها وفي ضوء ما يسفر عنه التحليل يقرر الباحث قبول الفرض كليا، أو جزئيا، أو أنه يرفض الفرض ويبحث عن فرض بديل. **(حامد، 2003، ص 120)**

ولما كانت طبيعة البحث الحالي تنص على ضرورة الوقوف واستكشاف دور البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر فقد جاءت فرضيات الدراسة كما يلي:

- **الفرض الرئيس الأول: تستجيب البرامج الصحية المعتمدة للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري.**

تتفرع عن الفرض الرئيسي فرضيات جزئية وهي كالآتي:

- تستجيب البرامج الصحية لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية.
- تستجيب البرامج الصحية المعتمدة للمتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة.
- تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري.
- تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية للمرأة.

- **الفرض الرئيسي الثاني: يوجد اختلاف بين البحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة في الجزائر للمؤشرات الانمائية للصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.**

ويتفرع عن هذا **الفرض الرئيسي الثاني فروض** فرعية وهي:

- **يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة** البرامج الصحية لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.
- **يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة** البرامج الصحية المعتمدة للمتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة عند مستوى دلالة 0.05.
- **يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة** البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري عند مستوى دلالة 0.05.
- **يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة** البرامج الصحية لمبدأ الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.

ثالثا- أسباب اختيار الموضوع:

إن المتتبع للتحولات السكانية التي يعيشها المجتمع الجزائري باعتبار الانفجار السكاني الملموس في السنوات الأخيرة قد يلاحظ تحسنا للخدمة الصحية وتطورا للوضع الصحي للمجتمع عموما وعلى وجه الخصوص الجانب المتعلق بتوفر الظروف الصحية المواتية لتحقق هذا الانفجار غير أن المدقق في الوضع من ناحية ثانية قد يسمع تعالي لبعض الصرخات المنددة بتراجع الاهتمام بالصحة العمومية عموما والاهتمام بصحة النساء الحوامل والمواليد الجدد في المؤسسات الصحية العمومية والمتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خصوصا؛ ونظرا للضبابية التي تخيم على هذا الواقع إرتأت الباحثة تسليط الضوء على البرامج الصحية المعتمدة في الجزائر ودورها في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة مع الوقوف على الوضع الصحي للأمهات المنجبات ومواليدهن داخل مؤسسات الصحة العمومية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال على أن تكون مؤسسة خالدي عبد العزيز بتبسة كنموذج ممثل لباقي مؤسسات الصحة الإنجابية عبر الوطن باعتبار أن برامج الصحة المعتمدة واحدة في كل القطر الجزائري؛ وانطلاقا من هنا بإمكاني إيراد عددا من الأسباب التي دفعتني إلى اختيار موضوع دور البرامج الصحية في تنمية الصحية الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري والتي من أبرزها:

- على الرغم من أهمية موضوع الصحة الإنجابية فقد لاحظت الباحثة ندرة للأبحاث والدراسات التي تناولت موضوع دور البرامج الصحية في تنمية الصحية الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري وذلك انطلاقا من دراسة حالة المجتمع الجزائري خصوصا أو المجتمعات العربية على وجه العموم وذلك في حدود علم الباحثة.
- الإطلاع على واقع الصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة الميدانية والمتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز-تبسة.
- اعتبارا من أن تحقيق تنمية صحية في الجانب المتعلق بصحة المواطن مكون أساسي من مكونات التنمية الشاملة فقد إرتأينا كشف الستار عن هذا الواقع حتى يتسنى لنا تقييم الوضع الصحي الحالي باعتبار واقع الحال بالمؤسسة مجال الدراسة الميدانية.

- لعل من أقوى الأسباب التي تقف وراء اختياري لهذا الموضوع هو الفضول الذي يدفعني للوقوف على ما إذا كانت البرامج الصحية تستجيب لمؤشرات تنمية الصحة الإنجابية للمرأة والتي تتمثل في دراستنا هذه في التثقيف الصحي،المتابعة الصحية، تنظيم الأسرة، ومدى توفر وكفاية الإطار والكادر البشري المتخصص في الصحة الإنجابية في المؤسسات العمومية وفي مؤسسة خالدي عبد العزيز على وجه التحديد باعتبارها مؤسسة عمومية متخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال.

- إن الدراسة الحالية تسعى للوقوف على ما إذا كانت البرامج الصحية المعتمدة قد صيغت بما يتماشى ومؤشرات التنمية الصحية المذكورة أنفا مع الوقوف على الخدمات التي قد توفرها خارج هذا الإطار خدمة للصحة الإنجابية للأسرة عموما وللمرأة تحديدا.

- لعل واحدة من أكثر العوامل التي دفعتني لدراسة هذا الموضوع ارتفاع عدد النساء غير المنجبات وعدم قدرة اغلبهن على متابعة العلاج في مؤسسات خاصة وبالتالي كانت المؤسسات المتخصصة في الصحة الإنجابية العمومية ملاذا لهن ما جعل الفضول يقودني للوقوف على قدرة هذه المؤسسات على احتواء متطلبات النساء من هذا النوع وكفاية الخدمة المقدمة لهن.

- ندرة البحوث التي تعالج هذا الموضوع على مستوى مكتبة الكلية وما يقابله من أهمية يعكسها الواقع المحلي خصوصا لموضوع الصحة الإنجابية.

رابعا- أهداف الدراسة: تحاول الدراسة الحالية تحقيق عددا من الأهداف من بينها:

- استكشاف واقع الصحة العامة والإنجابية منها على وجه التحديد في المؤسسة العمومية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال والإحاطة بالدور الإنساني الذي تبذله هذه المؤسسات خدمة للفرد والأسرة والمجتمع.

- التعرف على البرامج الصحية المعتمدة خدمة للصحة الإنجابية والإطلاع على الدور الذي تبذله الوصاية باستمرار لتوفير الخدمة الصحية المتزايد الطلب عليها تزامنا مع الانفجار السكاني الذي يشهده المجتمع الجزائري في الآونة الأخيرة.

- التعرف على ما إذا كانت البرامج الصحية المتبعة كافية لتحقيق تنمية صحية في الصحة الإنجابية باعتبار تشبعها بمؤشرات الصحة الإنجابية والمتمثلة في الدراسة الراهنة في التثقيف الصحي

والمتابعة الصحية، وتنظيم الأسرة بالإضافة إلى الكفاية الكمية والنوعية للإطار المتخصص في الصحة الإنجابية.

– إزالة الغموض والضبابية التي تحيط بالصحة الإنجابية في المؤسسة العمومية المتخصصة والتي تفرضها أصوات زوار هذه المؤسسات والمتأرجحة بين مستحسن للخدمات وناقم عليها من خلال استكشاف الواقع عن قرب.

– الوقوف على الإجراءات المتبعة والمعتمدة لتجسيد مؤشرات تحقيق التنمية الصحية للصحة الإنجابية وسط النساء المنجبات المستخدمات للمؤسسات المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال.

– التعرف على الصعوبات التي قد تواجهها المؤسسات العمومية المتخصصة في الصحة الإنجابية بما فيها الإطار الصحي من أجل القيام بدوره في تنفيذ البرامج الصحية.

– الوقوف على انعكاسات توظيف هذه البرامج الصحية على الأهداف المسطرة وما إذا كانت تستوعب وتتماشى مع احتياجات مستخدميها وزوارها.

– إن الميزانية الضخمة والإصلاحات المستمرة التي تخصصها الدولة للصحة والصحة الإنجابية يقودنا للوقوف على نواتج هذا الانفاق والإصلاح ميدانيا.

– بيان دور البرامج الصحة المعتمدة في تحقيق التنمية الصحية للصحة الإنجابية وما تعكسه من رضا لدى مطبقيها من الإطار الصحي في المؤسسات العمومية المتخصصة فيها نظرا لاتصالهم الدائم والمستمر مع مستخدمي هذه المؤسسات من النساء والنساء المنجبات.

خامسا–أهمية الدراسة:

اعتبارا مما تمت الإشارة اليه سابقا والتي نصت على أن أهمية هذا الموضوع قد تستشف من أهمية صحة الفرد والمجتمع، ذلك أن أهمية صحة الفرد لا يمكن أن يكون موضوع خلاف في النقاش بين اثنيين كما أن بقاء المجتمع واستمراره يفرض ضرورة تحقيق تنمية صحية في الصحة الإنجابية تتماشى وتغير الظروف المحيطة، لذا فإن واقع الصحة العمومية يعكس مضمون برامج الصحة والصحة الإنجابية المعتمدة تحديدا إذ تعد هذه البرامج سببا في نجاح أو فشل المؤسسات الاستشفائية في أداء دورها المنوط بها، ما يدفعنا للوقوف على ما إذا كانت هذه البرامج قد صيغت بما يحقق

مطلب تنمية الصحة الإنجابية من خلال تشبعها بمؤشراتها والتي جاءت في هذه الدراسة متمثلة في مؤشر التثقيف الصحي، المتابعة الصحية، تنظيم الأسرة،الكادر المتخصص، كما لا يفوتنا الإشارة هنا إلى أن البناء الاجتماعي للمجتمع الجزائري وما يميزه من نسق قيمي سواء على المستوى الديني أو الاقتصادي أو الثقافي أو الاجتماعي يأتي موضوع الصحة الإنجابية في مقدمة اهتمامات جميع الجوانب السابقة بغض النظر عن فحواها وتكوينها فبقاء المجتمع واستمراره يلزم الجميع بالاهتمام وزيادة الاهتمام كما التوعية وزيادة التوعية بالصحة الإنجابية خدمة لما يسمى بالتنمية الشاملة وبما يتماشى والتغير الاجتماعي المستمر والدائم.

سادسا-مفاهيم الدراسة:

تعد عملية صياغة وبناء مفاهيم الدراسة من أهم المراحل التي يراعيها الباحث في إنجاز بحثه، فالمفاهيم مجردة لا تكسب معناها إلا من خلال ظواهر تتحقق في الواقع وهي ألفاظ تعكس تجريدات تلخص العديد من الملاحظات. **(التير، 1995، ص 62)** ويشتمل موضوع هذه الدراسة على مجموعة من المفاهيم التي نحاول توضحيها في النقاط التالية:

1- تعريف البرامج الصحية:

أ- لغة: خطة تنفذ من طرف الفرد أو الجماعة في فترة زمنية لتحقيق أهداف معينة.

ب- أما من الناحية الاصطلاحية هو مجموعة من الإجراءات التي تنفذها الحكومة بهدف تحسين الظروف الصحية للسكان، وبهذه الطريقة تشجع السلطات حملات الوقاية وتضمن الوصول الديمقراطي الشامل إلى مراكز الرعاية بشكل عام.

لذلك فإن برنامج الصحة هو **أداة** لتفعيل السياسات الصحية من خلال تخطيط وتنفيذ وتقييم إجراءات تعزيز الصحة والوقاية والعلاج والتعافي.

كما أنه وسيلة من وسائل التعرف على الصحة العامة بالمجتمع وتبيان السلوك الذي يؤدي إلى فقدانها وترشيد الجمهور والمستهدف إلى السلوك الصحي السليم وكيفية الوقاية والعلاج من الأمراض من خلال أطباء متخصصين. **(الخاجة، 2018)**

ويعرف البرنامج أيضا بأنه خطة مرنة تتضمن مجموعة الخطوات متمثلة في الأهداف الصحية العامة والسلوكية، والمواد والأدوات والمصادر التكنولوجية المستخدمة.**(العمودي، 2007، ص 37)**

كما أن البرنامج الصحي هو مجموعة من الأساليب والتدخلات والخدمات التي تساهم في تحسين الصحة الإنجابية والرفاهية وذلك من خلال الوقاية من الأمراض وحل مشاكل الصحة الإنجابية.**(الصلاحي، دس، ص 24)**

2- التنمية الصحية:

أ- تعريف التنمية:

من الناحية اللغوية جاء في قاموس اكسفورد هي النماء أي الزيادة نمى نميا ونماء أي زاد وكبر، وأصبح الشيء أكبر وأكثر نضجا. **(Helen, and Pollard, and Joyce, P 138)**

أما من الناحية الاصطلاحية فقد عرف عبد الهادي الجوهري التنمية على أنها التحريك العلمي المخطط لمجموعة العمليات الاجتماعية والاقتصادية من خلال أيديولوجية معينة لتحقيق التغيير المستهدف من أجل الانتقال من حالة غير مرغوب فيها إلى حالة مرغوب الوصول إليها.**(رشوان، 2009، ص ص 24-25)**، وهي مجموعة الأفراد المشاركة في رسم الأهداف والسياسات ونشاطات إنجاز الأعمال التي تقوم بها المؤسسات. **(غربي وقيرة، وسلاطنية، 2002، ص 100)**

كما أنها عبارة عن هدف معنوي لعملية ديناميكية تتجسد في أعداد وتوجيه الطاقات البشرية للمجتمع عن طريق تزويد الافراد بقدر من الخدمات الاجتماعية والعامة.

وهي أيضا تلك التغيرات الهيكلية التي تحدث في المجتمع في نواحيه المختلفة السياسية والاجتماعية والثقافية والاقتصادية وبالتالي فهي عملية حضارية شاملة ترتبط بخلق أوضاع جديدة ومتطورة، بالتساوي مع جميع الأبعاد دونما أن يكون هناك تركيز على جانب دون آخر. **(ايكوفان، 2016)**

وكتعريف إجرائي لمفهوم التنمية هي تحقيق أحسن الظروف المعيشية والإنسانية للفرد عن طريق عملية التغيير الإيجابية، والتي يقوم بها الإنسان للإنتقال من الأقدم إلى الأحدث، اقتصاديا واجتماعيا وفكريا، وذلك من خلال الإستثمار الأمثل للموارد الطبيعية والبشرية بما يعود بالنفع على المجتمع ومؤسساته المختلفة.

ب- تعريف الصحة:

الصحة مطلب أساسي لكل فرد ومجتمع، والانشغال بصونها والارتقاء إلى أقصى حد ممكن بها، حيث تحظى هذه الأخيرة بأولوية كبيرة، إلا أن قدرا من عدم التحديد والإبهام لا يزال يغشى مدلولها، وذلك من خلال معانيها في اللغة والاصطلاح. **(قندلي، 2012، ص 218).**

حيث يختلف مفهوم لصحة باختلاف الأفراد والمؤسسات الصحية التي تتبنى هذا المفهوم وكذلك يختلف مع مرور الزمن والتطور العلمي والتكنولوجي. **(دياب، 2009، ص 168)**

فمن الناحية اللغوية جاء في للسان العرب لابن منظور: السلامة من مختلف الأمراض وضدها السقم والعلة، يقال صح المريض يصح صحة أي: شفي وسلم، وجسم صحيح أي سليم وخالي من الأمراض، ومن معاني الصحة أيضا الثبوت والصلاح والاستواء **(بن زيطة، 2006-2007، ص 06)**

وفي معجم الوجيز مجمع اللغة العربية، البريء من كل عيب أو ريب فهو صحيح، أي سليم من العيوب والأمراض. **(مجمع،1989،ص 257)**

أما من الناحية الاصطلاحية للصحة نجد مجموعة من التعريفات تتفق على أنها تحقيق حالة السلامة العامة البدنية والعقلية والنفسية للفرد حيث أن هذا التوازن يلزم من جهة إشباع الحاجات الأساسية للإنسان التي هي قريبا نفسها عند جميع الناس كالحاجات العاطفية الغذائية والصحية والتربوية والاجتماعية من جهة ومن جهة أخرى التأقلم وبدون توقف للإنسان مع بيئته الدائمة التغير. **(بوعوانة، 2004، ص ص 26-27)**

كما أنها "حالة التحسن الجسمي والعقلي والاجتماعي الكامل وليس مجرد غياب المرض أو العلة". فالصحة هي تكامل مختلف النواحي الجسمية النفسية العقلية، الاجتماعية فهي إذن النظام المتوازن وعمل الأعضاء كما يجب والتكيف النفسي والاجتماعي. **(شاعر، 2005)**

أما Perkino فقد أكد بأن الصحة هي حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم وأن حالة التوازن تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها وأن تكيف الجسم عملية إيجابية تقوم بها قوى الجسم للمحافظة على توازنه. **(مخيمر والطعامنة، 2003، ص ص 8-9)**

وعلى ضوء ما سبق فإن الباحثة تعرف الصحة إجرائيا بأنها: حالة انسجام وتكامل لمختلف الجوانب الجسمية والعقلية والنفسية والاجتماعية لدى الأفراد.

ت- تعريف التنمية الصحية:

لقد أكدت الدكتورة مارغين تشان المديرة العامة لمنظمة الصحة العالمية أن تنمية للفرد تؤدي إلى تنمية اقتصادية واجتماعية وثقافية وسياسية، فالصحة الجيدة تقرر التنمية بمختلف أشكالها وتساهم في الاستقرار الاقتصادي والحماية البيئية لذلك فإنها من أهم غايات التنمية المستدامة، فمن حق كل إنسان التمتع بأعلى مستوى من الصحة يمكن بلوغه، لذا نجد اتساعا لمفهوم الصحة فلم يعد مفهوم هذا الأخير يقتصر على عدم وجود مرض بل تعداه ليشمل حالة كاملة من الأداء العقلي والجسدي ويقترن بالقطاعات البيئية والمياه والصرف الصحي والزراعي والتعليم والحياة الحضرية والريفية والتجارة والسياحة والإسكان والأمن. ويمثل التصدي لسلبيات هذه العوامل مفتاحا لقيام تنمية صحية مستدامة بمعنى تحسن مطرد في قطاع الصحة على المدى الطويل.**(عماري وبومعراف، 2009-2010)**

إن العديد من التقارير والدراسات أثبتت أن الفروقات في المؤشرات الصحية بين الدول ما هي إلا انعكاسات للفروقات في التنمية الاقتصادية والاجتماعية، حيث كانت الصحة غاية أساسية من غايات التنمية فإن القدرة على التنمية نفسها تتوقف على الصحة، وعلى هذا الأساس شددت القمم والمؤتمرات العالمية المتوالية على الاهتمام بالتنمية الصحية وهذا ما أكده البنك الدولي وصندوق النقد الدولي ومنظمة الصحة العالمية على الدور المحوري للاستثمار في رأس المال البشري عن طريق الصحة كمطلب أساسي لتحقيق التنمية الصحية المستدامة. **(حمايزية، 2015)**

3- الصحة الإنجابية:

لقد تم تعريف الصحة الإنجابية من قبل العديد من الباحثين والمفكرين التربويين ومن هذه التعاريف نذكر:

- عرف أبو الحمائل وآخرون الصحة الإنجابية على أنها حالة اكتمال الفرد من الناحية الجسمية والعقلية والاجتماعية وخلوه من الأمراض أو العيوب المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظيفته وعملياته وبذلك يكون قادرا على ممارسة الحياة الجنسية الآمنة والإنجاب الآمن ويكون لديه حرية اتخاذ قرارات متعلقة بذلك. **(أبو الحمائل، 2010)**

وتشمل الصحة الإنجابية كذلك الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي. **(البغدادي، 2008).**

في حين نجد الجندي قد عرفها بأنها حالة رفاه كامل بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع الأمور المتعلقة بالتناسل ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض والإعاقة. **(الجندي، 2003، ص 51)**

وهناك من اعتبرها المدخل السليم للارتقاء بنوعية الإنسان مثل الهندي عبد المعين. **(هندي، 2005)** أما الشاعر فقد أكد على ارتباط الصحة الإنجابية بالشريعة الإسلامية. **(شاعر، 2005).**

– وعليه تعتبر تنمية الصحة الإنجابية جزء أساسيا من تنمية الصحة العامة وهي عملية تهدف إلى تعزيز صحة ورفاهية الأفراد فيما يتعلق بنظامهم الإنجابي، وتشمل هذه العملية مجموعة من التدابير والأنشطة والخدمات (التثقيف الصحي، المتابعة الصحية، تنظيم الأسرة، وتوفر الإطار المتخصص) التي تحسن من صحة الأمهات والآباء والأطفال، وتعزز من جودة حياتهم في مجال الصحة الجنسية والإنجاب.

سابعا–المنهج المستخدم:

إن طبيعة ميدان البحث ونوعه هما اللذان يحددان المنهج الأنسب لدراسة ما، وباعتبار أن موضوع الدراسة الحالية يتمحور حول دور البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري فإن المنهج الوصفي سيكون أنسب منهج لهكذا موضوع.

والمنهج الوصفي هو ذلك المنهج الذي يعتمد على دراسة الواقع أو الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا، ويعبر عليها تعبيرا كيفيا وتعبيرا كميا فالتعبير الكيفي يصف لنا الظاهرة ويوضح خصائصها أما التعبير الكمي فيعطيها وصفا رقميا يوضح مقدار هذه الظاهرة أو حجمها ودرجات ارتباطها مع الظواهر المختلفة الأخرى. **(بوحوش والذنيبات، 2007، ص 102)**

وفي الدراسة الحالية ومن الناحية النظرية تم اعتماد المنهج الوصفي لاستقاء المعلومات من المصادر ومراجع مثل الكتب والمجلات والملتقيات والمنشورات دولية أو وطنية سواء كانت باللغة العربية أو الأجنبية وتحليلها وتوظيفها بما يتماشى ومتطلبات الدراسة، أما من الناحية التطبيقية فقد

لجأت الباحثة للاستبيان كأداة من أدوات المنهج الوصفي لجمع البيانات ومعالجتها باستخدام برنامج حزم المعالجة الاحصائية للعلوم الاجتماعية "SPSS رقم 25"

ثامنا: الدراسات السابقة

يكتسي عنصر الدراسات السابقة أهمية بالغة في مختلف مجالات البحث وبالخصوص في مجال بحثنا العلوم الاجتماعية ذلك أن عملية تقصي الدراسات السابقة التي لها علاقة بموضوع البحث وحبذا لو كان ذلك بمتغيراته التابعة والمستقلة وجمعها وتبويبها وتحليلها سيساعد الباحث على تكوين نظرة أفضل وأدق عن موضوع بحثه الخاص، كما سيساعده أيضا على طرح إشكاليته وبناء فرضياته ورسم جانبه النظري، ناهيك عن التقنيات والأدوات التي قد تساعده في الدراسة التطبيقة لنفس الموضوع وفي إطار جمع الدراسات السابقة المتعلقة بموضوع دراستنا الموسومة بـ: دور البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري أشارت الباحثة سابقا أن هناك ندرة في حدود إطلاعها على الدراسات التي تعالج هذا الموضوع وفقا لمتغيراته، غير أنها عملت على حصر الدراسات التي تخدم موضوع الدراسة وإن تعلق الأمر بمتغير واحد نذكر منها:

1- الدراسات العربية:

1- 1 دراسة نسرين مصطفى: مقال بعنوان تقييم أداء السيدات حول "تقنية الإرضاع الطبيعي قبل برنامج التثقيف الصحي وبعده"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، المجلد 33، العدد 3، جامعة تشرين اللاذقية، سورية، سنة2011. **(مصطفى، 2011)**

هدفت هذه الدراسة لتقييم أداء الأمهات حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل برنامج التثقيف الصحي وبعده لمساعدتهن في الوصول إلى فهم أهمية البدء المبكر والاستمرار في الارضاع الطبيعي الحصري ومدى احتياجهن للتثقيف الصحي حول تقنية الإرضاع الطبيعي الصحيحة وإسهامه في المحافظة على استمرار الإرضاع الطبيعي وتعزيزه ويقلل هذا البرنامج من حدوث المشاكل المختلفة المتعلقة بالإرضاع الطبيعي مثل تشقق الحلمات التي يمكن أن تؤدي إلى عدم استمرارية الإرضاع الطبيعي.

وقد استخدمت الباحثة الاستمارة ثم الملاحظة، حيث طبقت الاستمارة على 100 سيدة تم اختيارهن بالطريقة العشوائية من العيادة الخارجية للأطفال لمركز حي العائدين في مدينة اللاذقية كما اعتمدت الباحثة نسرين مصطفى المنهج الوصفي في الداسة.

ومن النتائج التى توصلت لها الباحثة نجد أن 80% أو أكثر من السيدات قد استخدمن وضعية غير صحيحة أثناء عملية الإرضاع الطبيعي، وأن أكثر من 75% منهن يتبعن طريقة غير صحيحة بالنسبة لعملية مسك الطفل لثدي أمه، وأن 86 % منهن يرضعن أطفالهن لمدة أقل من 5 دقائق قبل برنامج التثقيف الصحي، وبينت هذه الدراسة أيضا أن 93 % أو أكثر من الأمهات يستخدمن وضعية صحيحة أثناء عملية الإرضاع الطبيعي، وأن 94 % أو أكثر من الأمهات يملكن أداء صحيحا فيما يخص المؤشرات السبع لعملية التقاط الطفل لثدي أمه، ومن بين هذه العمليات هي (أن تكون الأم مسترخية في وضعية مريحة، وجسم الطفل ملاصق لجسم الأم، وكذا رأس وجسم الطفل مستقيمان ذقن الطفل يلامس ثدي الأم، وفمه يكون مفتوح جيدا،ثم التفاف اللسان حول الثدي، ومص عميق وبطئ و92 % أو أكثر منهن يرضعن أطفالهن لمدة 15 دقيقة أو أكثر بعد برنامج التثقيف الصحي. من الاقترحات والتوصيات التي قدمتها الباحثة نسرين مصطفى نذكر:

أ- أنه من الضروري ادخال التثقيف الصحي كجزء أساسي من الخدمات الصحية التي تقدم لتعليم وتثقيف الأمهات حول تقنية الإرضاع الطبيعي المناسبة في فترة الحمل والولادة وما بعد الولادة والتي يكون لها تأثير فعال في الوقاية من تشقق الحلمات.

ب- تعزيز ودعم مخططي التعليم التمريضي لوسائل وطرائق التثقيف الصحي حول الإرضاع الطبيعي في مناهج صحة الأم والطفل.

ت- تقترح الباحثة **نسرين مصطفى** أيضا أن يركز برامج التثقيف الصحي في وسائل الإعلام وفي المنشآت الصحية على المعلومات التي تخص الإرضاع الطبيعي.

1-2 دراسة للباحث الخرازتي محمد نبيل بعنوان" خصائص ومحددات الأنماط الإنجابية في العالم العربي". 1976-1996. **(ميرغني، 2008،ص ص 28-29)**

كان الهدف من هذه الدراسة وصف الأنماط الإنجابية المتمثلة في زواج الأقارب وعمر الإناث عند الزواج لأول مرة، وحالة الأم عند الإنجاب أول مولود وآخر مولود طول الحياة الإنجابية والرعاية الصحية المقدمة في فترة الحمل وما بعد الحمل طول الفترات ما بين الوالدات وعدد الأطفال.

توصل الباحث في هذه الدراسة إلى أن النتائج التالية:

- العمر الامثل لإناث عند الزواج لأول مرة لا يقل عن 18 سنة.
- أن يتراوح العمر الأمثل للحمل بين 20–35 سنة.
- زواج الأقارب.
- أن تنجب المرأة طوال حياتها الإنجابية طفلين أو ثلاثة وينبغي أن تكون هناك فترات بين الولادات وأن يكون هذا الحمل مرغوب فيه، وأن تتوفر الخدمات الصحية للسيدات أثناء الحمل والولادة وما بعدها.

1–3 دراسة محمد محمود عيسى أبو زنيد بعنوان "مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإنجابية"، أطروحة ماجيستر في الصحة العامة، كلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية نابلس فلسطين، لسنة 2007.**(أبو زنيد، 2007، ص ص 9–80)**

تتمحور أسئلة الدراسة في:

– ما هي مواقف ومفاهيم الطلبة في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم الأسرة؟.

– ما تأثير كل من العادات والتقاليد في مجتمعنا على تصرفات وسلوك الشباب والمرهقين من خلال طرح العديد من الأسئلة في هذا المجال؟.

– ما رأي الطلاب في حالة أن تم وضع قانون للإجهاض، وذلك لمعرفة أرائهم في هذا الموضوع؟.

– ما رأي الطلاب في مشاركة الرجل ومساهمته في مواضيع الصحة الإنجابية ؟.

– ما هي مصادر المعلومات المتعلقة بالأمراض التي تنتقل عن طريق الجنس والصحة الإنجابية؟.

سعت هذه الدراسة إلى فحص الفرضيات الصفرية التالية:

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى الدلالة 0.05 في مستوى المفاهيم والمواقف لدى طلبة النجاح في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم الأسرة تعزى لكل من متغير جنس الطالب(ذكر. أنثى)، متغير عمر الطالب، متغير السنة الدراسية، متغير التخصص متغير المنطقة التي يسكنها الطالب (وسط. شمال. جنوب) الضفة، متغير الدين.

وهدفت هذه الرسالة إلى التعرف على معلومات طلاب وطالبات جامعة النجاح الوطنية في مواضيع الصحة الإنجابية لكون هذه المواضيع لم يتم التطرق إليها سواء في النتائج الدراسية، أو من الأهالي وغالبا ما يتم الحصول عليها من قبل الطلاب أنفسهم من خلال البحث عنها من مصادر غير سليمة وصحيحة، ومن المعروف ان تحسين حياة الشباب الصحية من الأهداف الرئيسية في حياة الأمم والشعوب وكذلك هي في المجتمع الفلسطيني وتحسين صحة الشباب وتزويدهم بالمعلومات الصحية الصحيحة تعني بناء شباب قوي وسليم ومزود بكافة المعلومات التي تتعلق بصحة بشكل عام وبالصحة الإنجابي بشكل خاص.

وأهمية هذه الفئة أنها تمثل 32% من نسبة السكان في فلسطين استنادا إلى تقارير الجهاز المركزي للإحصاء الفلسطيني، وبالتالي تستحق الاهتمام والعناية وتقديم كافة الخدمات الصحية لها لذلك تم تصميم استمارة لهذه الغاية والاستفسار عن كافة مجالات الصحة الإنجابية والمتمثلة في المعلومات عن الصحة الإنجابية والدين وتنظيم الأسرة والثقافة الإنجابية والصحة الجنسية وتعليم المرأة والزواج المبكر والأمراض الوراثية وزواج الاقارب والإجهاض ودور الإعلام والعادات والتقاليد ومشاركة الرجل ودعمه للمرأة.

وبغية الإجابة عن الأسئلة والتحقق من صحة فرضياتها وظف **محمد محمود عيسى أبو زنيد** المنهج الوصفي.

ولقد اعتمد الباحث في هذه الدراسة على عينة ممثلة قدرت بأربعمائة من الطلاب وطالبات جامعة النجاح وقد تم اعتماد 88.5% من العدد الاجمال لاستمارات وشملت كافة التخصصات وبعد جمع الاستمارات وتفريغها وتحليلها، وقد خلصت أنه لا يوجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة 0.05 في مستوى المفاهيم والمواقف لدى طلبة جامعة النجاح في مواضيع الصحة الإنجابية لكل من متغير جنس الطلاب (ذكر، أنثى) ومتغير عمر الطلاب ومتغير السنة الدراسية ومتغير التخصص ومتغير المنطقة التي يسكنها الطالب (شمال، وسط، جنوب) ومتغير نوع المجتمع الحضري

ومتغير الدين، وفيما يتعلق بخصائص عينة الدراسة كانت نسبة الذكور الذين شملتهم الدراسة 48.2% مقابل 51.8% للإناث، وكان العمر الوسيط 19 عاما وكانت نسبة 71.4%من الطلاب من شمال الضفة الغربية والغالبية كانوا مسلمين.

تم تحليل البيانات باستخدام البرنامج الاحصائي(SPSS) وتحديد القياس مربع كاي كأداة لرفض أو قبول الفرضية.

في الأخير توصل الباحث إلى جملة من النتائج نذكر:

- أن 64.4% من الطلاب يفضلون إنجاب أقل من أربعة أطفال.
- أن العمر المثالي للزواج كان العمر 20 سنة من وجهة نظر الذكور والإناث.
- فيما يتعلق بتعريف الصحة الإنجابية لم يكن هناك مشكلة وكان واضحا لدى الغالبية بأنها لا تقتصر على المرأة دون الرجل وأنها تشمل كلا الطرفين (الجنسين).
- الحكم الشرعي لموضوع العادة السرية لم يكن واضحا لدى الطلبة من كلا الجنسين وبالتالي يجب العمل على توضيحه بكافة الطرق المتاحة.
- رأي الدين في الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة واضح للطلبة، وذلك من خلال الإجابات التي تم الحصول عليها.
- يفرق غالبية الطلبة بين تنظيم الأسرة وتحديد النسل.
- كان هناك نسبة موافقة عالية من الطلبة على أن المصدر الأساسي للثقافة الحياتية يجب أن تكون من البيت ومن ثم تعزز المدرسة ومن خلال المنهاج وأن الثقافة الإنجابية تساعد كثيرا في الوقاية من الأمراض المنقولة جنسي.
- فيما يتعلق بعلامات البلوغ عند الذكور أو الإناث كانت واضحة عند الجنسين.
- بالنسبة لتعليم المرأة أجاب 86% بأنهم يؤيدون تعليم المرأة، فكلما زاد تعليم المرأة كلما انعكس ذلك إيجابيا على صحتها وصحة أسرتها، وفيما يتعلق بالمستوى العلمي لكلا الزوجين كان هناك قبولا لأن يكون المستوى التعليمي للرجل أعلى من المرأة أو مساو لها، ولكن هناك رفض من كلا الجنسين لأن يكون المستوى التعليمي للمرأة أعلى من الزوج.

- فيما يتعلق بالزواج المبكر وزواج الاقارب، فالطلاب على وعي بأضرارها على الأسرة وضرورة عمل فحص الدم قبل الزواج لتجنب الامراض الوراثية.

- فيما يتعلق بالإجهاض فإن الحكم الشرعي له غير واضح عند الطلبة، ويجب العمل على توضيحه.

وأخيرا وفيما يتعلق بمتغيرات الدراسة كان هناك ارتباط وثيق لمتغير التخصص بفرضيات الدراسة ومن هنا يبرز الحاجة إلى ضرورة العمل على أن تشمل المناهج ومواضيع الصحة الإنجابية وأن يتم تدريسها لكل التخصصات العلمية والأدبية.

1-4 دراسة سعاد محمد ميرغني المعنونة بـ"الخصوبة والصحة الإنجابية بوحدة الريف الشمالي الإدارية محلية الخرطوم بحري"، في الفترة 1993-2006"، 2008، رسالة ماجستير في الجغرافيا بجامعة الخرطوم، السودان لسنة 2008. **(ميرغني، 2008، ص04)**

تكمن مشكلة البحث في أثر الخصائص الاقتصادية والاجتماعية على خصوبة المرأة وصحتها الإنجابية من حيث التعرف على مدى تأثير السن عند الزواج، ومستوى التعليم، ودخل الأسرة ونشاط المرأة الاقتصادي، ومهنة الزوج، ضف إلى ذلك دراسة مكونات الصحة الإنجابية، حيث اعتمدت الباحثة على المنهج الوصفي ومنهج التحليل الإحصائي.

وكانت أهداف دراسة ميرغني في معرفة المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية في الريف الشمالي وإبراز علاقتها بالخصوبة، ثم معرفة العلاقة بين الزواج المبكر والخصوبة ومعرفة مدى تأثير برامج تنظيم الأسرة على معدلات الخصوبة.

وللوصول إلى النتائج المرجوة من الدراسة استخدمت ميرغني منهجين:

- المنهج الوصفي
- المنهج التحليلي

قد اعتمدت الدراسة في جمع البيانات والمعلومات الأولية على المقابلات الشخصية مع بعض المسئولين بالجهات الرسمية، وكذلك الاستبيان فكانت عينة البحث من قرى منطقة الدراسة عن طريق عينة عشوائية الطبقية للنساء المتزوجات في الفئة العمرية 15-49 سنة، وقد تم توزيعها على 150

أسرة بمنطقة الريف الشمالي وشملت قرى (أبو حليمة، الخوجلاب، الفكي هاشم والحعليين، الكباشي، الجيلي، الزاكياب)، كما اشتملت أسئلة الاستبيان على الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والخصوبة والصحة الإنجابية.

أهم ما توصلت إليه الباحثة من نتائج في الدراسة وجود علاقة طردية بين كل من: التعليم والخصوبة والزواج المبكر، والدخل الشهري، وعمل المرأة واستخدام وسائل موانع الحمل، بينما لا توجد علاقة واضحة بين التعليم والزواج المبكر، وأيضا توصلت إلى أنه لا توجد علاقة بين التعليم والنشاط الاقتصادي للمرأة بمنطقة الدراسة، كما أوضحت نتائج الدراسة أن مستوى الصحة الإنجابية بمنطقة الدراسة جيد حيث توفر خدمات الرعاية الصحية الأولية.

أوصت الباحثة سعاد محمد مرغني في هذه الدراسة بالعمل على رفع مستوى المرأة الاجتماعي وعلى ضرورة التوعية الصحية الإعلامية بين سكان منطقة الدراسة، إضافة إلى دعم برامج تنظيم الأسرة ومحاربة العادات الضارة، ونشر الثقافة السكانية.

1-5 دراسة الباحثة ريا السيد أبو كميل "مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة"، رسالة ماجستير تخصص المناهج وطرق تدريس العلوم، الجامعة الأسلامية، غزة، 2011. **(أبو كميل، 2011، ص 09)**

تهدف هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة.

جاءت إشكالية الدراسة مندرجة تحت التساؤل التالي: ما مستوى وعي طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة لمفاهيم الصحة الإنجابية؟ ويتفرع عن هذا السؤال:

الأسئلة فرعية التالية:

- ما مفاهيم الصحة الإنجابية الواجب توفرها لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة؟.
- ما مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية في غزة؟.

- ما مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية للصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية في غزة؟.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05\geq\alpha$) في مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية تعزى لمتغير الجنس؟.

- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05\geq\alpha$) في مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية للصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا تعزى لمتغير الجنس؟.

تتمثل فروض الدراسة فيما يلي:

- مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا يزيد عن الحد الافتراضي 75 %.

- مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية للصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة يزيد عن الحد الافتراضي 75 %.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة($0.05\geq\alpha$) في مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا تعزى لمتغير الجنس.

- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى دلالة ($0.05\geq\alpha$) في مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية للصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية تعزى لمتغير الجنس.

تهدف دراسة **ريا السيد أبو كميل** إلى النقاط الآتية:

- تحديد مفاهيم الصحة الإنجابية التي يجب أن يلم بها طلبة المرحلة الأساسية العليا.

- معرفة مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإنجابية بين طلبة المرحلة الأساسية العليا عند الحد الافتراضي 75%.

- معرفة مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية للصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة عند الحد الافتراضي 75%.

- إيجاد الفروق في مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإنجابية بين طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة باختلاف الجنس.

- إيجاد الفروق في مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية للصحة الإنجابية بين طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة باختلاف الجنس.

اقتصرت هذه الدراسة على طلبة الصف العاشر الأساسي في المدارس الحكومية في مديرية غرب غزة، ومديرية شرق غزة التابعة لوزارة التربية والتعليم بغزة، حيث تم إجراء الدراسة في الفصل الدراسي الثاني من العالم (2010-2011)، حيث تم تطبيق اختبار معرفي لمفاهيم الصحة الإنجابية، ومقياسا للاتجاه نحوها.

بغية الإجابة عن هذه الأسئلة والتحقق من صحة فرضياتها استخدمت الباحثة في هاته الدراسة المنهج الوصفي، وأعدت قائمة بمفاهيم الصحة الإنجابية، واختبار لقياس الجوانب المعرفية، ومقياس اتجاه لقياس الجوانب الوجدانية، وتم تطبيق الاختبار ومقياس الاتجاه على عينة الدراسة التي تكونت من (322) طالب وطالبة في الصف العاشر للعام الدارسي (2010-2011) من مدرسة (بشير الريس بأسعد الصفطاوي أ، الرملة أ، سليمان سلطان أ)، ثم قامت بجمع النتائج وتحليلها إحصائيا باستخدام أساليب إحصائية وهي المتوسط الحسابي، والانحراف المعياري والوزن النسبي والترتيب واختبار T لعينة واحدة، واختبار T لعينتين مستقلتين.

أظهرت **نتائج الدراسة** أن:

- مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا يقل عن الحد الافتراضي (75%).
- مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية لمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا يقل عن الحد الافتراضي (75%).
- لا توجد فروق ذات دلالة احصائية في مستوى الوعي بالجوانب المعرفية لمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الاساسية العليا تعزى لمتغير الجنس (إناث، ذكور).
- لا توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية لمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث) في الدرجة الكلية وفي مجالي (المعرفة حول الصحة الإنجابية دور الأهل تجاه الصحة الإنجابية) في حين توجد فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى الوعي بالجوانب الوجدانية لمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة

الأساسية العليا في مجال درجة ممارسة مفاهيم الصحة الإنجابية تعزى لمتغير الجنس (ذكور، إناث) لصالح الإناث.

2- الدراسات الجزائرية:

2-1 دراسة لأمال ينون:

مقال بعنوان " تحسين الصحة الإنجابية للمرأة ضمن الأهداف الإنمائية لألفية الجزائر"، دراسة منشورة في مجلة دراسات، جامعة جيجل الجزائر، ديسمبر 2017. **(ينون، 2017)**.

تتمحور إشكالية هذه الدراسة في:

- إلى أي مدى تمكنت المرأة في دول العالم عموما، والجزائر خصوصا من تحقيق مكاسب في مجال المحافظة على صحتها الإنجابية خلال الفترة (2000-2015) ؟

هدفت دراسة آمال ينون إلى جملة من النقاط هي:

- إلقاء الضوء على الحق في الصحة الإنجابية للمرأة.
- قراءة التقدم المحرز في هدف تحقيق صحة الأمهات ضمن أهداف الألفية الإنمائية.
- معرفة مدى وصول المرأة في الجزائر لصحة إنجابية ملائمة.

كما اعتمدت أمال بنون على ثلاثة محاور رئيسية هي:

-المحور الأول: التأصيل العلمي للصحة الإنجابية.

-المحور الثاني: تحسين الصحة الإنجابية للمرأة في العالم خلال الفترة (2000-2015)

-المحور الثالث: الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر: هل تحقق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية؟

جاءت فرضية دراسة آمال بنون كالنحو التالي:

لم تتمكن المرأة على المستوى العالمي من تحقيق مكاسب كبيرة في المحافظة على صحتها الإنجابية، ويعكس واقع المرأة الجزائرية ذلك المستوى الضعيف من التقدم المحرز في تحسين صحتها الإنجابية خلال الفترة (2000-2015)

وأهم النتائج التي خلصت إليها الدراسة تتمثل في:

- تعد الصحة من بين الحقوق الأساسية التي ضمنتها المواثيق الدولية وخطت لها المنظمات الدولية العديد من الاتفاقيات،وأنشئت لها الأمم المتحدة هيئات عالمية على غرار منظمة الصحة العالمية إلى جانب منظمات إقليمية أخرى والتي تساهم في نقل صورة الوضع الصحي للدول بما يساعد على اتخاذ التدابير والإجراءات الضرورية للنهوض بقطاع الصحة.

- نجاح المرأة في العالم في افتكاك العديد من المكاسب فيما يتعلق بحقوقها الأساسية وتمكنها من تكريس منظومة متكاملة من الاتفاقيات والمواثيق الدولية التي مكنتها من ضمان وجودها ضمن أجندة المنظمات الدولية.

- الصحة الإنجابية من أكثر القضايا الحيوية والمهمة في حياة المرأة وهي بمثابة تأشيرة لحياة أمنة ومستقرة وقد استغرقت المرأة عقودا طويلة حتى تمكنت من أن تضمن لها هدفا استراتيجيا يتعلق بوظيفتها الأساسية في الحياة وهي الإنجاب.

- تباين وصول النساء عبر أقاليم العالم المختلفة إلى خدمات صحية كافية، وضعف قدرتها على الاستفادة من حقوقها الإنجابية بل أكثر من ذلك هنالك قطاع عريض من النساء خاصة في الدول النامية لا تدركن أصلا معنى الحقوق الإنجابية ولا الصحة الإنجابية وذلك نتاج العديد من المعتقدات الموروثة وضعف تعليمها وسلطتها في اتخاذ القرار.

- تواجه الأمهات المراهقات في الدول النامية تحديدا خطر الموت المبكر والإصابة بأمراض تؤثر على صحتهن وصحة أطفالهن في المستقبل في ظل تدني جودة الخدمات الصحية أثناء وبعد الولادة، وجهل الكثير منهن لمعاني الصحة الإنجابية خاصة وأن ملايين المراهقات ممن يتزوجن لا يدركن أبسط حقوقهن التي كفلتها لهم القوانين الدولية في مجال اختيار الزوج.

- تتداخل المحددات الاقتصادية والاجتماعية في التأثير على صحة الأمهات، وتعاني الكثير من النساء الحوامل من مشاكل الفقر وسوء التغذية أثناء حملهن فضلا عن العنف الأسري المتفشي في بعض الدول إلى جانب التمييز في المعاملة ما بين المرأة والرجل، كل هذا المحددات أثرت على قدرة هؤلاء النساء على الحصول على صحة إنجابية.

- لا يختلف حال المرأة في الجزائر كثيرا عن حالها في الدول النامية من حيث استفادتها من كامل الحقوق خاصة في بعض المجتمعات التي تؤمن ببعض المعتقدات الموروثة والتي ترى في مطالبة المرأة بحقوقها خروجا عن المألوف فما بالك إذا تعلق الأمر بحقها في الصحة الإنجابية.

- تمكنت العديد من دول العالم،من الوصول إلى نسبة مرتفعة في مجال تحقيقها للهدف الخامس من أهداف الألفية والمرتبط بالصحة الإنجابية للمرأة. وكل ذلك كان نتيجة البرامج والمشاريع الصحية التي انتهجتها هذه الدول لصالح المرأة، فضلا عن تزايد وعي المرأة في هذه الدول وارتفاع مستواها التعليمي ما جعلها قادرة على اتخاذ القرار والمشاركة في تقرير مصيرها وتحديد خيارا بشكل دقيق.

حققت الجزائر تباينا ملحوظا فيما يرتبط بالصحة الإنجابية للمرأة انطلاقا من تباين الآليات المعتمدة في ذلك مع تحسن نسبي يعتد به فيما يرتبط بمعدل وفيات الأمهات الذي شهد انخفاضا معتبرا فضلا عن تطور معدل الولادات التي تتم بإشراف صحي. وبناءً على النتائج المتوصل إليها هناك جملة من المقترحات تتمثل في:

– ضرورة القضاء على كل أشكال التمييز التي تواجهها المرأة عبر أقاليم العالم المختلفة وذلك لن يكون إلا بمحاربة الأفكار السلبية المكونة عن المرأة وتغيير بعض القيم الموروثة التي تنظر للمرأة على أنها مجرد ربة بيت تسمع وتطيع دون المطالبة بأي شيء عكس الرجل الذي هو المعيل والآمر والناهي.

– تمكين المرأة من الحصول على تعليم ملائم يضمن لها القدرة على معرفة حقوقها وواجباتها وفق ويمكنها من بناء حياتها وفق الطريقة التي تريد وهذا لن يتأتى إلا من خلال تبني حكومات الدول خاصة النامية منها لإستراتيجيات وبرامج تعليمية توجه خصيصا للمرأة، وتكون على قدر كبير من الجودة.

– تعزيز أوجه التعاون والتنسيق بين المنظمات الأهلية والقطاع الحكومي والخاص في إنجاز برامج وحملات حول الدور التنموي للمرأة، وأهمية مشاركتها في بناء نفسها ومساعدة أسرتها وإنماء مجتمعها.

– ضرورة القيام بإنشاء مراكز صحية على مستوى جميع المناطق الريفية والحضرية، حتى تتمكن جميع النساء من الاستفادة من الخدمات الصحية وتدعيم هذه المراكز بمرشدات في مجال الصحة الإنجابية يكون دورهن التوعية للنساء بضرورة متابعة حملهن وزيارة الطبيب خلال ذلك.

– تحسين نظم التمويل الصحي المطبقة على مستوى الدول النامية تحديدا وزيادة نصيب قطاع الصحة من ميزانية الدولة وتوسيع دائرة الإنفاق على صحة الأمهات خاصة بالنسبة للنساء اللاتي لم يتلقين تعليم أو النساء غير القادرات على تولي شؤونهن بأنفسهم.

– إلزامية تكوين الكوادر الطبية المؤهلة في مجال الصحة الإنجابية وتوسيع استفادتهن من مختلف التطبيقات والاكتشافات العلمية في هذا المجال بما يساعدهم على تقديم خدمة صحية ذات جودة عالية في مجال الصحة الإنجابية.

– إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر تحديدا، والتي يعمها الفساد وتسودها البيروقراطية في التعامل مع المرضى على اختلاف أنواعهم خاصة النساء الحوامل والتي أثبتت العديد من الدراسات أن العديد من النساء الحوامل فقدن حياتهن للإهمال أو الضرب أثناء تواجدهن في المستشفيات أو المراكز الصحية.

2-2 دراسة لزغد راضية وبوخالفة رفيقة مقال بعنوان "واقع الصحة الإنجابية للمرأة الجزائرية دراسة ميدانية على عينة من المريضات بعدة مستشفيات جزائرية"، دراسة منشورة في مجلة الميدان الدراسات الرياضية والإجتماعية والإنسانية، جامعة جيجل، المجلد الثاني، العدد السابع جوان 2019. **(لزغد وبوخالفة، 2019)**

إن الصحة الإنجابية للمرأة تتطلب مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات، فإنها تهدف إلى إيجاد الحلول للمشاكل الصحية للمرأة، المشتملة بدورها على الصحة الجنسية التي ترمي إلى تكوين الأسرة، وتحسين نوعية الحياة والعلاقات الشخصية وتتجاوز مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية فيما يتعلق بالإنجاب والأمراض التي تنتقل عن طريق الاتصال الجنسي، كانت إشكالية الدراسة ما هو واقع الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع بشكل عام والمجتمع الجزائري بشكل خاص؟ وما هي أهم مؤشراتها؟

وكإجابة على إشكالية هذه الدراسة افترضت كل من لزغد راضية وبوخالفة رفيقة مايلي:

- يؤدي عدم إجراء المرأة للفحوصات طبية دورية إلى عدم المحافظة على صحتها الإنجابية.

اهتمت هذه الدراسة على الوقوف على مفهوم الصحة الإنجابية للمرأة، وتحديد مكونات خدمتها ثم ربط الصحة بالحمل والبحث عن الأمراض التي تحول دون تحقيق هذه الصحة الإنجابية وإسقاطه على المجتمع الجزائري من خلال عينة البالغ عددها 24 من المريضات بعدة مستشفيات جزائرية وقصد معالجة الموضوع وتحليله ميدانيا تم اتباع كل من المنهج التحليلي الوصفي بغية معرفة آراء واتجاهات المريضات، كما اعتمدت هذه الدراسة على عدة تقنيات وأدوات تم بواسطتها جمع البيانات تمثلت في الملاحظة العلمية، عن طريق الملاحظة بالمشاركة داخل أقسام النساء والتوليد، واستمارة ثم المقابلة عن طريق دليل المقابلة الذي وجه للمريضات اللاتي وضعن حملهن، ولا يزلن بالمستشفى تحديدا بأقسام النساء والتوليد، وتقنية دراسة الحالة عن طريق حالات ثلاث مستشفيات متواجدة بجيجل، الجزائر، بسكرة وحالات من النساء اللاتي وضعن حملهن (المريضات) البالغ عددها 24 مريضة.

وتوصلت الباحثة إلى أن العديد من القابلات بمختلف المستشفيات الجزائرية أجمعت عن قلة وعي المريضات، وندرة ثقافتهن الصحية وتدني مستويات كل من وعيها الاجتماعي مستواها التعليمي ودرجة تأثير البيئة الاجتماعية التي تنتمي إليها من خلال تنشئتها الاجتماعية التي تكتسب منها قيم ومعايير التعايش والاحتكاك مع الآخرين، والمتعلقة أيضا بعملية الولادة أثناء دخولهن قسم النساء والتوليد لوضع حملهن خاصة الأول منه، ما يزيد من صعوبة العملية من جهة، وتوتر العلاقات بين طرفي العملية العلاجية من جهة أخرى. وحسب تجربة وخبرة القابلة، تكون أكثر السلوكيات غير السوية من قبل المريضات ذات الأصل الجغرافي الريفي، والتي تكون طريقة المعاملة وطريقة التحاور أبرز صفاته. ما يبرز ضعف العملية الاتصالية بين القابلة وبعض مريضاتها، خاصة وأن القابلة تشترط وتنتظر الطاعة والاحترام حتى تشعر بسلطتها الطبية عليهن.

وخلصت دراسة لزغد راضية وبوخالفة رفيقة إلى نتيجة أن المرأة تبقى أكثر الأفراد عرضة للأمراض خاصة منها الجنسية، والانتقالية بحكم تكوينها البيولوجي ووظيفتها الإنجابية ما يحتم عليها وعلى مسؤولي الصحة، توفير عدة خدمات صحية لها، ووضع برامج وقائية تحميها من بعض الأمراض، مثل توفير المؤسسات الصحية، وتجهيزها بالمعدات اللازمة، مع ضرورة تحسسيهن عن

طريق وسائل الإعلام والمجتمع المدني، حتى المنظمات النسوية التي تتمكن عن طريقها المرأة التحلي بالوعي الصحي، واكتساب الثقافة الصحية اللازمة التي تمكنها من المحافظة على صحتها الإنجابية التي تتفادى بها كل ماله علاقة باعتراض قدراتها.

2-3 دراسة صديق خوجة خالد مقال موسوم بـ"تنظيم الأسرة في الجزائر"دراسة منشورة في مجلة العلوم الإجتماعية، جامعة مستغانم، الجزائر، المجلد 4، العدد 8، ديسمبر 2018. **(خوجة ،2018).**

هدفت هذه الدراسة إلى معرفة مستوى الخصوبة في الجزائر وانطباعات الأزواج فيما يخص تباعد الولادات واستعمال وسائل منع الحمل، حيث كانت هذه الدراسة بمثابة مصدر أساسي يعتمد عليها في وضع برنامج وطني للحد من تزايد السكان ولتطوير اقتناء وسائل منع الحمل، ولكون موضوع تنظيم الأسرة من أهم الاستراتيجيات والدراسات المباشرة التي لها علاقة بالصحة الإنجابية.

كانت إشكالية الدراسة تتمحور في التساؤلات التالية:

- ما نوع الوسيلة المستعملة؟ وما هو السبب؟
- ما هي العوامل التي أدت بالمرأة إلى استعمال وسائل منع الحمل؟
- ما دور الدين في قناعات مستعملات وسائل منع الحمل؟
- من الذي يقرر استعمال وسائل منع الحمل لدى الزوج؟
- ما أثر المستوى الدراسي للمرأة وعمرها في استعمال موانع الحمل؟

وتفترض هذه الدراسة أن ممارسة منع الحمل لدى المرأة الجزائرية يختلف من امرأة إلى أخرى باختلاف خصوصياتها الاجتماعية والثقافية والاقتصادية، كما أن القناعات الدينية والمعتقدات تلعب دورا هاما في مدى لجوء المرأة إلى استعمال وسائل منع الحمل، وكذا القرارات فيما يخص هذه المسألة تصدر داخل الأسرة الجزائرية، وهل القرار يصدر من طرف واحد فقط أو أنه قرار مشترك.

اعتمد الباحث في هذا البحث على دراسة مسحية سوسيوديغرافية على عينة لا احتمالية التي تم اختيارها عن طريق زيارة عدد من المراكز رعاية الأمومة والطفولة المنتشرة في مدينة وهران الجزائر

بطريقة قصدية آخذين بعين الاعتبار نوعية الأحياء لكي يتسنى استجواب جميع الشرائح الاجتماعية وذلك مع مراعاة الاختلافات السيوسيو ديمغرافية لأفراد العينة.

تمثلت العينة في هذه الدراسة على مجموعة من النساء اللواتي يترددن على مراكز رعاية الأمومة والطفولة في مدينة وهران، حيث تكونت من 452 امراة متزوجة تتروح أعمارهن من 18 إلى 57 سنة، ثم استجوابهن داخل هذه المراكز أثناء المسح، وتكون المرأة قد أتت إلى المركز سواء لزيارة القابلة لفحص طبي، أو من أجل تلقيح ابنها، غير أن عينة هذه الدراسة حسب الباحث صديق خوجة خالد لا يمكن القول عننها تمثل المجتمع الوهراني ولا المجتمع الجزائري بصفة عامة لأنها عينة لا احتمالية.

توصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

- أن استعمال وسائل منع الحمل بقي منحصرا في الحبوب لدى الغالبية العظمى من الممارسات، وهذا رغم توفر وتعدد الوسائل الأخرى مثل اللولب. فالسبب راجع إلى أن المرأة غالبا ما تريد أن تأخر الولادة دون اللجوء إلى الأطباء المختصين، أما اللولب رغم أنه اكثر ضمانا من الحبوب وأقل ضررا، فهو قليل الاستعمال لأنه يتطلب تدخل الطبيب المختص من أجل وضعه ونزعه.
- طريقة التعقيم عن طريق سد قنوات فالوب هي نادرة، إذ نجدها فقط لدى النساء اللواتي أنجبن عدد كبير من الأطفال خاصة الطريقة القيصرية.
- الطرق الطبيعية كالعزل وطريقة الحساب تمتاز بعدم الفعالية وعدم التحكم فيها هذا ما يجعلها قليلة الاستعمال.

3- موقع الدراسة الحالية من الدراسات السابقة:

من خلال عرضنا للدراسات السابقة التي لاحظنا أنها تتصل بالدراسة الحالية بطرق مختلفة ذلك أن الدراسة الأولى مثلا لصاحبتها **نسرين مصطفى** والتي تهدفت إلى تقييم أداء الأمهات حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل تعرضهن لبرنامج التثقيف الصحي وبعده للكشف عن دوره في التقليل من حدوث المشاكل المختلفة المتعلقة بالإرضاع الطبيعي مثل تشقق الحلمات والمدة الزمنية اللازمة للإرضاع الطبيعي... وغيرها، ولا يخفى على القاريء أن التثقيف الصحي في دراستنا الحالية مؤشر واحد من مؤشرات الصحة الإنجابية المتعددة التي تحاول الدراسة الاحاطة بها مثل المتابعة الصحية

وتنظيم الأسرة، والإطار المتخصص؛ لذا تجتمع دراستنا ودراسة **نسرين مصطفي** في هذه الجزئية ناهيك على أن نسرين مصطفي استخدمت الملاحظة والاستمارة في دراستها وكانت الإستمارة أداة اساسية في دراستنا الراهنة، ويكمن وجه الاختلاف في كون الدراسة الحالية توجه الاستمارة للإطار الطبي من ممرضين وقابلات وأطباء عامين ومختصين في حين وجهتها نسرين مصطفى للأمهات المنجبات. أما عن دراسة **الخرازتي محمد** نبيل حول خصائص ومحددات الانماط الإنجابية في العالم العربي والتي كان الهدف منها وصف الأنماط الإنجابية ودراسة الرعاية الصحية المقدمة في فترة الحمل وما بعد الحمل، طول الفترات ما بين الوالدات، وعدد الأطفال. ولعل هذه الدراسة تتقاطع والدراسة الحالية في التأكيد على مسالة الرعاية الصحية التي ترتبط بالصحة الإنجابية وما يتضمنه من متابعة وتثقيف وتنظيم وغيرها.

بالإضافة إلى ما سبق فإن دراسة **محمد محمود** عيسى أبو **زنيد** التي حاولت أن تقف على مواقف ومفاهيم الطلبة في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم الأسرة، والفروق في مستوى المفاهيم والمواقف لديهم في مواضيع الصحة الإنجابية والجنسية وتنظيم الأسرة وفقا لمتغيرات الجنس العمر، السنة الدراسية، التخصص، المنطقة التي يسكنها الطالب، متغير الدين. وإن كانت النقطة التي تدور حولها دراسة أبو زيد هي الصحة الإنجابية فإنه يربط هذه الأخيرة بالمعلومات التي يحملها الطلبة عنها بما في ذلك مؤشر تنظيم الأسرة أحد مؤشرات الدراسة الراهنة، ناهيك عن أن دراسة **أبو زنيد** عملت عن الكشف عن الفروق بين الطلبة في مستوى المفاهيم والمواقف في مواضيع الصحة الإنجابية تبعا لعدة متغيرات ومنها متغير الجنس الذي تسعى الدراسة الحالية للوقوف عليه غير أنه من الجدير الإشارة إلى أن دراسة **أبو زنيد** تدور حول تصورات ومواقف طلبة جامعة النجاح بفلسطين حول مفاهيم الصحة الإنجابية في حين تعمل الدراسة الحالية على بيان واقع الصحة الإنجابية من خلال مؤشرات معينة وان كانت العينة تكشف عن ذلك لأن الدراسة الحالية موجهة للإطار المتخصص في الصحة الإنجابية في حين دراسة **ابو زيند** تحاول الكشف عن تصورات لتحديد مستوى الطلبة ومعلوماتهم عن الصحة الإنجابية، ورغم ذلك تتفق دراستنا مع دراسة **ابو زنيد** في استخدامها للاستمارة كما نظام المعالجة الاحصائية الاجتماعية لوقوف على الفروق النوعيه كا^2 مع الاحتفاظ باختلاف عينات الدراسة. أما عن دراسة **سعاد** محمد ميرغني والتي تدور مشكلة البحث فيها حول اثر الخصائص الاقتصادية والاجتماعية على خصوبة المرأة وصحتها الإنجابية من حيث التعرف على

مدى تأثير السن عند الزواج، ومستوى التعليم، ودخل الأسرة ونشاط المرأة الاقتصادي، ومهنة الزوج بوحدة الريف الشمالي الإدارية محلية الخرطوم بحري، أضف إلى ذلك دراسة مكونات الصحة الإنجابية، وإن كانت **دراسة مرغني** في متغيرها المستقل تركز على العوامل الاقتصادية والاجتماعية فإنها تؤكد في متغيرها التابع على الصحة الإنجابية وهي نقطة التقاء مع الدراسة الراهنة، كما تلتقي الدراسة الراهنة مع دراسة **ميرغني** في استخدامها للاستبيان كاداة للبحث، أما عن عينة الدراسة فقد جمعت **ميرغني** بين المسؤولين في الجهات الرسمية وكذا عينة عشوائية طبقية من النساء المتزوجات لتقتصر دراستنا على بحث الإطار المتخصص في المؤسسة العمومية المتخصصة في الصحة الإنجابية. أما عن دراسة**ريا السيد أبو كميل** والتي هدفت إلى معرفة مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة، والفروق الموجودة بينهم في مستوى الوعي بالجوانب المعرفية، والوجدانية لمفاهيم الصحة الإنجابية تعزى لمتغير الجنس، وإن اختلفت معها في دراسة التصورات حول مفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية وهو ما تتفق فيه أو **كميل** مع أبو **زنيد** فإن مفهوم الصحة الإنجابية كمتغير تابع يبقى نقطة التقاء بين الدراستين الحالية ودراسة أبو كيمل ناهيك على أن الدراستين تشتركان في توظيف المنهج الوصفي.

أما عن دراسة **أمال ينون:** فتتفق دراسة ينون والدراسة الحالية في هدف الذي سعت فيه الدراستين للوقوف على واقع الصحة الإنجابية في الجزائر من حيث ما هو كائن وما يطمح أن يكون.

هذا وتأتي دراسة **لزغد راضية وبوخالفة رفيقة** والتي اهتمت بمفهوم الصحة الإنجابية للمرأة وتحديد مكونات خدمتها، وهو ما عملت عليه أيضا الدراسة الراهنة ثم ربطت الصحة بالحمل والبحث عن الأمراض التي تحول دون تحقيق الصحة الإنجابية وإسقاطه على المجتمع الجزائري من خلال عينة من المريضات بعدة مستشفيات جزائرية، في حين أن الدراسة الحالية ربطت الصحة الإنجابية بالبرامج الصحية المعتمدة لتحقيق تنمية صحية فيها وذلك من خلال مسح لشامل لجميع المستخدمين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية: الأطباء، القابلات، الممرضين) وقصد معالجة الموضوع وتحليله ميدانيا اتبعت **لزغد وبوخالفة** المنهج التحليلي الوصفي بغية معرفة آراء واتجاهات المريضات، وقد اعتمدت الدراسة الراهنة أيضا المنهج الوصفي، كما اعتمدت دراسة **لزغد وبوخالفة** على عدة تقنيات وأدوات تم بواسطتها جمع البيانات تمثلت في الملاحظة العلمية، عن طريق الملاحظة بالمشاركة واستمارة ثم المقابلة عن طريق دليل المقابلة الذي وجه للمريضات، وتقنية دراسة الحالة. في حين

اعتمدت الدراسة الراهنة على الاستبيان كأداة أساسية للبحث وجمع المعلومات من المبحوثين المتمثلين في الإطار الطبي في المؤسسة العمومية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الاطفال خالدي عبد العزيز– تبسة، أما عن دراسة **صديق خوجة خالد** فقد اهتمت بموضوع تنظيم الأسرة كواحدة من أهم الاستراتيجيات التي لها علاقة بالصحة الإنجابية وانطباعات الأزواج فيما يخص تباعد الولادات واستعمال وسائل منع الحمل، من هنا فإن هذه الدراسة ذات أهمية لموضوع دراستنا باعتبار أن الدراسة الحالية تسعى للوقوف على مدى استجابة البرامج الصحية لمؤشر تنظيم الأسرة كأحد مؤشرات تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري، وإن كان الباحث خوجة خالد اعتمد في دراسته على منهج المسح السوسيوديغرافي لعينة لا احتمالية بطريقة قصدية آخذا بعين الاعتبار نوعية الأحياء لكي يتسنى استجواب جميع الشرائح الاجتماعية وذلك مع مراعاة الإختلافات السيوسيو ديمغرافية لأفراد العينة، فإن الدراسة الحالية قد اعتمدت على أسلوب المسحي للإطار الطبي المتخصص في المؤسسة العمومية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز– تبسة.

الفصل الثاني

النظام الصحي و البرامج الصحية في الجزائر

تهميد

أولا: السياسة الصحية في الجزائر

1- تعريف السياسة الصحية

2- أهمية وأهداف السياسة الصحية

3- خصائص السياسة الصحية في الجزائر

4- محاور السياسة الصحية

5- التصحيح الهيكلي وأثره على السياسة الصحية

6- انعكاسات السياسات الصحية على التنمية في الجزائر

ثانيا: النظام الصحي في الجزائر

1- تعريف النظام الصحي

2- نشأة النظام الصحي في الجزائر

3- مزايا وأهداف النظام الصحي

4- النقائص التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر

5- اصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

6- هيكلة النظام الصحي في الجزائر

ثالثا: البرامج الصحية لتعزيز الصحية الإنجابية

1- أساسيات البرامج الصحية

2- البرامج الصحية الموجهة للأم في الجزائر

3- البرامج الصحية الموجة للطفل في الجزائر

4- البرامج الصحية لتخفيض معدلات الوفيات النفاسية في العالم

خلاصة الفصل الثاني

تمهيد:

السياسة الصحية هي اتخاذ القرارات والخطط والإجراءات في المجال الصحي من القضايا المهمة التي تهم الكثير من الباحثين وعلماء الاجتماع، بهدف تحسين الوضع الصحي ومشكلات الفرد والمجتمع، وإعطاء الإستراتيجيات والحلول، الرؤية للمستقبل وتقديم المدخلات والقرارات المتعلقة بالأولويات والأدوار المتوقعة لمجموعات مختلفة من الناس. لضمان سلامتهم واستمرار بقائهم على قيد الحياة.

وفي هذا الصدد حقق المجتمع الجزائري بعض النمو والإنجازات في ميادين عديدة بما في ذلك تحسين صحة الناس، فقد شهدنا إنجازات هامة في مجال تخفيض معدلات الوفيات وسوء التغذية لدى الأمهات والأطفال، كما شهدنا أيضا إحراز كبير في الهياكل الصحية والوسائل التابعة لها، من جانب آخر طرأت تغيرات جذرية كمية ونوعية على المشهد الصحي من حيث عدد الهياكل والإمكانيات وكذا المعنيين العامليين في المجال الصحي على مدى العقد الماضي، خاصة مع ولوج القطاع الخاص مجال الصحة وأصبح سندا دائما لجهود الدولة لترقية المستوى الصحي في الجزائر.

رغم كل أشكال التقدم في المجال الصحي المؤكدة، يضل ضعف الحالة الصحية يشكل أحد القيود التي تعوق العملية التنموية المستدامة. **(بومعرف وعماري، 2009-2010)**

وعليه نسعى من خلال هذا الفصل الإحاطة بالعناصر التي تتعلق بالسياسة الصحية، ثم التعرف على النظام الصحي في الجزائر، وأخيرا التطرق للبرامج والإستراتيجيات الصحية الموجهة للأم والطفل في الجزائر، وكذا البرامج الصحية لتخفيض معدلات الوفيات النفاسية في العالم.

أولا: السياسة الصحية في الجزائر:

تعمل أي دولة على توفير الخدمات العمومية في ظل سياستها الإقتصادية ومن بين أهم هذه الخدمات تقديم الرعاية الصحية لمواطنيها من خلال اتباع سياسات صحية تجدها ناجعة لضمان التغطية الصحية. **(الدمرداش، 2006، ص 17)**

1- تعريف السياسة الصحية:

السياسة الصحية هي مجموعة البرامج والأهداف المعلنة في مجال الصحة في شكل قرارات تشريعية وتنفيذية تحدد كيفية صنع الأهداف العامة الصحية بغية تحقيق هذه الأهداف بكفاءة وفعالية. **(دياب، 2009، ص 216)**

فهي تعبير عن الاهداف الرامية إلى تحسين الحالة الصحية وترتيب الأولويات من بين هذه الأهداف والاتجاهات الرئيسية لبلوغها. **(الفاتح، 2013)**

أو هي عبارة عن: "مجموعة من العلاقات المترابطة والمتكاملة من القرارات والنشاطات والتي تشكل جزءا من استراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية".**(غنو،2022)**

2- أهمية وأهداف السياسة الصحية

تعمل السياسية الصحية على توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة الصحية، كما تحدد الخطوط العريضة للمؤسسة والأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية تحقيقها، وفي المقابل تتجلى أهمية سياسات من خلال:

أ. أهمية السياسة الصحية تتجلى أهمية السياسة الصحية في النقاط التالية:

- رسم السياسات الصحية من قبل أعلى سلطة في الدولة أو من قبل أعلى مستوى إداري في المؤسسة الصحية، وبالتالي فان عملية الاستجابة لسياسة الصحية تكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، وفي الغالب فإن سياسات التطعيم مثلا تصدر من وزير الصحة كأعلى مستوى في الهرم الصحي وبذلك فإن الاهتمام والالتزام بهذه السياسة يكون أكبر ما يمكن عندما ترتبط بالمستويات الإدارية العليا، ونستطيع القول أن الالتزام والاستجابة والاهتمام بالسياسة الصحة مرتبطة ارتباطا وثيقا بالمستوى الاداري الذي قام باتخاذ القرار ووضع السياسة الصحية. **(نصيرات، 2008، ص 33)**

– تختلف القطاعات الصحية من دولة إلى أخرى لكنه في الأغلب تشتمل على القطاع الصحي الحكومي العام والقطاع الصحي الخاص بالإضافة إلى القطاعات الأخرى الصحية حسب النظام الصحي لتلك الدول.

– اعتبار السياسات الصحية من الأمور الغامضة وهذا الغموض ناتج عن عدم وضوح الأسباب الحقيقية لرسم بعض السياسات الصحية، ففي بعض الأحيان يتم وضع سياسات صحية لأسباب سياسية أو أسباب تاريخية أو تلبية لرغبات بعض التكتلات والجماعات، وأحيانا لأسباب غير معروفة وبالتالي فإن غموض بعض السياسات أعطاها أهمية من حيث عدم المعرفة الحقيقة للهدف المراد تحقيقه من مثل هذه السياسات. **(دياب، 2009، ص ص 218–219)**

ب–أهداف السياسة الصحية.

تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة وتشكل إطارا عاما تعمل من خلاله المؤسسة الصحية، وتحدد الخطوط العريضة للمؤسسة والأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية تحقيقها، وهذه الكيفية ليست تفصيلية وإنما لبيان أهمية السياسات من خلال أن العمل لا يمكن أن يتم بصورة مثالية إلا إذا تم وضع إطارا عاما له. **(نصيرات، 2008، ص 33)**

– إعادة النظر في الخريطة الصحية أي الانتقال من التقسيم الإداري إلى تقسيم الدولة إلى أقاليم صحية تتميز بانسجام بين السكان فيما يخص نمط العيش ونوعية المهن والبيئة المحيطة.

– تمكين الأقاليم الصحية من هياكل كبيوت الصحة الجوارية أين يجد المريض العلاج الأولي والتوجه المناسب في المناطق التي تتميز بعرض ضعيف للخدمات العلاجية، وهذا لا يعني أن تصبح الهياكل مجرد بوابة إلى المستشفى وإنما مكان له وسائله وأهدافه الخاصة.

– أن يتم تقديم خدمات ذات نوعية للمرضى، ولا يجب الاتكال فقط على مؤهلات مهني الصحة وإنما مراقبتهم وتقييم أدائهم، وهناك استراتيجية تكميلية تتمثل في اشراك مستعملي الهياكل الصحية في الرقابة الشاملة وفي عمليات اتخاذ القرار في إطار مجالس الإدارة أو مجالس المراقبة.

– الانتقال من منطق توفير التجهيزات نحو منطق توفير الخدمات كالمرافقة كبار السن في منازلهم وترقية الجراحة في المراكز الصحية بما يعطي لصناع القرار مرونة أكبر على التحرك في المدى القصير وسرعة الاستجابة للتحديات الصحية الناشئة، بما يزيد من نسبة الفعالية مقابل التكلفة. **(ارلوند وهيلكو، وتيش أدامز، 1999، ص 114)**

3- خصائص السياسة الصحية في الجزائر:

من أهم هذه الخصائص نذكر الآتي:

- أن سياسة الصحة في الجزائر تتجه نحو تكميم المؤسسات الصحية، بما فيها الاستشفائية المتخصصة.
- أن سياسة الصحة في الجزائر تعمل على تطبيب الصحة، من خلال تركيزها في جل المخططات التنموية على طرفين اساسين هما: المؤسسات الصحية، والمشتغلين في حقل الصحة.
- أن سياسة الصحة في الجزائر تخطط للمؤسسات، ولا تخطط للمجتمع، إذ تعتبر المؤسسة المتغير الرئيسي الذي بموجبه يتغير المجتمع، بمعنى أن المجتمع ما هو إلا متغير تابع للمؤسسة لذلك لا نجد مخططات التنمية ما يتعلق بالمجتمع (الثقافة، الاتجاهات، القيم...).
- كل ميادين التنمية في الجزائر، بما فيها التنمية الصحية، لا تنفك على التنمية الاقتصادية التي تعتبر الموجه والمحرك لعملية التنمية الشاملة، وعليه ما يخطط للتنمية لابد أن يخدم الاقتصاد الوطني في المحل الأول.
- يعتبر مبدأ مجانية العلاج من المسلمات المعمول بها في قطاع الصحة. **(لموالدي، 2013-2014، ص ص 10-11)**

4- محاور السياسة الصحية.

- **تحديد الأولويات:** أي ما هي المشكلات الصحية الأكثر استعجالاً والتي تتطلب تدخلا من الحكومات؟

تواجه الحكومات مشكلات جمة في تحديد أولويات السياسة الصحية، هل تبني السياسة في اتجاه هياكل العلاج، أم توجه الجهود نحو تطوير مؤسسات الوقاية ؟ وهناك قيود متعلقة بتوزيع الرعاية الصحية، أكبر من تلك التي تواجهها في مجال التعليم. فتعريف المرض يخضع لتفسيرات الأطباء والمرضى ويشمل عددا واسعا من مجموعات متماثلة من الاختبارات القياسية. وبوسع الحكومة أن تمنح الأولوية لبحوث أمراض معينة، إلا أن إيصال العلاجات الناتجة لأولئك الذين يحتاجونها ولا يعلمون بأنهم يحتاجونها، مثلا أن يطرح مشاكل كبرى وأحد الأشياء التي تستطيع الحكومة أن تفعلها هو التأثير في التوزيع الجغرافي والاجتماعي للمستشفيات ومكاتب الأطباء.

وفي البلدان النامية التي تعاني من أزمات صحية حقيقة، تسعى الحكومات لتدارك التخلف في ميدان التكفل بالمرضى من جهة ومعالجة التدهور الحاصل في الإطار المعيشي، والتحكم في محددات الصحة التي لها الأثر المباشر على صحة المواطن من جهة أخرى.

أننا نشهد في السنوات الأخيرة محاولة الدول جاهدة استرجاع زمام المبادرة فيما يخص السياسات الصحية وخاصة التأمين الصحي، وذلك راجع للنظرة الجديدة لصحة السكان التي أصبح ينظر لها على أنها ملكية جماعية، ومن هنا أضحى من الواجب أن نتحكم فيها من الأعلى، أي إيجاد هياكل لمتابعة وتنظيم بل وتصحيح أي خلل يطفو في مجال الصحة. **(أرلوند وهيلكو، وتيش ادامز، 1999، ص 113)**

والتأمين الصحي باعتباره عقد اتفاقية بين طرفين يتحمل الطرف الأول والذي يمثله شركات التأمين جميع النفقات المترتبة على الخدمات العلاجية المقدمة للطرف الثاني وهو المؤمن له سواء كان ذلك فرداً أو جماعة ينطوي تحت شكل شركة أو هيئة أو مؤسسة مقابل مبلغ محدد سلفاً وهو القسط أو الاشتراك السنوي يتم سداده جملة واحدة أو على هيئة أقساط ويشترك في تطبيق آليات هذا الاتفاق منظومة أخرى تتكون من مقدم الخدمة وهي المستشفيات والمراكز الطبية المختلفة والمنسق الذي يعد الطرف الثالث في العملية بين شركة التأمين ومقدم الخدمة أي شركات إدارة النفقات الطبية وهي التي تتابع الحالات الطبية المحولة من شركات التأمين إلى مقدمي الخدمة نيابة عن شركات التأمين وهم يتميزون بالمهنية الطبية في متابعة تلك الحالات وتحديد أهميتها وتكلفتها لتكون المسؤولية المشتركة بين الأطراف معتدلة ومحايدة وبلا مبالغة في تحديد الأتعاب والمصاريف الطبية الضرورية لتلك الحالات مما يؤدي إلى تخفيف الأعباء والتكاليف المترتبة عند معالجة الحالات المرضية الطارئة أو العادية التي يتعرض لها المؤمن له مجسدة بذلك نظاماً اجتماعيا فريداً قائماً على التعاون والتكافل بين الأفراد والمؤسسات لتحمل ما يعجز عن تحمله أحدهم بمفرده. **(الغني، 2019، ص 35)**

5- التصحيح الهيكلي وأثره على السياسة الصحية في الجزائر.

يقصد بالإصلاحات الهيكلية أو التعديل الهيكلي مجموعة من السياسات والإجراءات الهادفة إلى رفع الطاقة الإنتاجية ودرجة مرونة الاقتصاد، ويشار إلى هذه السياسات أيضا بالسياسات الاقتصادية الجزئية لأن هدفها الأساسي هو تحسين كفاءة تخصص الموارد بتقليص مختلف التشوهات التي تعيق عمل الأسواق. وبالإضافة إلى الأثر الجزئي والقطاعي لتلك الإصلاحيات فإنها تؤثر أيضا

على بعض المتغيرات الكلية مثل أسعار الفائدة، الأسعار عجز الموازنة، والميزان التجاري. ولذلك فإن وضع قيود على أسعار الفائدة مثلا يولد أسعارا حقيقة سالبة تؤثر على العائد على الاستثمار والادخار وبالتالي على نمو الاقتصاد.

تسهم سياسات الإصلاح الهيكلي في زيادة مرونة الاقتصاد، وفي مقدرته على امتصاص الصدمات الخارجية والداخلية وتقلل بالتالي من أثرها على التضخم واختلال ميزان المدفوعات. فعدم المرونة على المستوى الجزئي يحدد مدى الأداء الاقتصاد الكلي. ومن هنا تأتي أهمية سياسات الإصلاح الهيكلي في دعم قدرة الاقتصاد على النمو المتوازن. **(العباس، 2004، ص 04)**

أ- اجراءات التصحيح الهيكلي:

- الابتعاد عن الصناعات الثقيلة.
- الاستثمار في الصناعات الخفيفة.
- إعادة الهيكلة لقطاع الدولة خاصة في القطاعات الكبرى واستخراج مؤسسات صغيرة وفروع.

ب- وضع القانون العام للعامل لربط سلم الأجور بالمرودية وأقرت هذه الإجراءات عن:

- تبعية النشاط الاقتصادي الوطني الاقتصاد الرأسمالي الخارجي وبدأ يعرف اختلالات مالية مما أعطى صندوق النقد الدولي مبررا للتدخل وفرض شروطه مع احترامها وتطبيقها حرفيا وإلا فالعقاب وقف التمويل النقدي.
- تفكيك المؤسسات وإغلاقها بحجة الإفلاس وعدم الانسجام القطاعي وتسريح العمال.
- إزداد عدد العمال المسرحين وضم إلى المتخرجين من الجامعات والمعاهد المدارس الوطنية دون مناصب شغل. **(أوكيل، 1994، ص 160)**

6- انعكاسات السياسات الصحية على التنمية في الجزائر.

تعتبر الصحة من مقومات الثروة غير القابلة للتصرف وفي هذا الصدد تشبه إلى حد ما الاشكال الأخرى من رأس المال البشري، كالتعليم والمعارف المهنية والمهارات الرياضية إلا أن هناك اختلاف رئيسي فيما بينها، فالصحة معرضة لأخطار جسيمة لا يمكن توقعها ولا يرتبط بعضها ببعض في أغلب الأحيان، كما لا يمكن اكتسابها كالمعارف والخبرات المعرفية، ولكون الصحة من الامور

الأكثر أهمية في مجال التنمية وذلك بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية واحد مؤشراتها.**(تقرير مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية، 1992، ص 47)**

ويمثل أثر الصحة على التنمية قضية هامة ينبغي أخذها بعين الاعتبار عند رسم البرامج التنموية واستمرار المشاكل الصحية واتساع رقعتها وهذا بدوره يؤدي إلى انخفاض الدخل المقابل للتصرف على المستوى الفردي هذا من جهة، مما يحرم الأسرة من القدرة على تلبية احتياجاتها من الخدمات الصحية، أما على الصعيد الجماعي فيعيق انخفاض الدخل القومي الجهود التي تبذلها الحكومات لبناء أنظمة صحية فعالة، ومن هنا فإن وضع الصحة العامة ومستوى إنتاج وإنتاجية الأيدي العاملة، ومستوى الدخل وهياكل الأنظمة الصحية القومية تعتبر قضايا وثيقة الصلة ببعضها بحيث لا يمكن التركيز على الواحدة دون الأخرى بالإضافة إلى ذلك ونتيجة لضعف الأنظمة والبرامج الصحية غالبا ما توضح ان الفئات الفقيرة في العديد من البلدان يؤثر فيها الدخل بشكل كبير خاصة على مستوى الصحة العامة على اعتبار أن حصة الموارد المتخصصة لمختلف السياسات البديلة تتوقف على درجة ترابط الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية بما في ذلك حالة الصحة العامة لدى الكثير من البلدان النامية والبلدان الأقل نموا والتي تعاني من العديد من المشاكل الاقتصادية كالفقر.

فان المخططات التنموية المختلفة والتي أدت إلى هيكلة البنية الاجتماعية، يتوجب عليها أخذ البعد الصحي بالحسبان وذلك ضمن السياسات المراد رسمها سواء في جانب التنمية الصحية أو جانب التنمية الشاملة، وبذلك يتعين على الدول إعادة صياغة استراتيجيتها من أجل تحقيق مستويات الرعاية الأنسب التي قد تؤدي إلى تحقيق غايات التنمية، والمتمثلة في ترقية المجتمع من خلال ترقية الفرد والإسهام في تنميته وإتاحة الفرص أمامه ليكون فرد فاعل في المجتمع. **(السيد، 1980، ص 46)**

ثانيا: النظام الصحي في الجزائر:

1- تعريف النظام الصحي:

اتفقت تقارير التنمية البشرية التي يشرف عليها برنامج الأمم المتحدة الإنمائي على أن الوضعية الصحية في أي بلد من العالم نتيجة لعوامل ثلاثة أساسية هي:

- الأوضاع العامة داخل الدولة.
- الأوضاع البيئية.

- فاعلية النظام الصحي وسياساته العامة. **(التقرير الخاص بالصحة في العالم، 2000، ص 4)**

فالمقصود بالنظام الصحي حسب القانون بأنه مجموع الوسائل المادية والبشرية وتوزيعها بعقلانية قصد ضمان الصحة للجميع وبصورة عادلة ومنصفه ويعتبر مجانية العلاج من مهام القطاعات الصحية العمومية حسب ما تنص عليه المادة 67 من دستور 1976، والدولة تضع كل الامكانيات من أجل تحقيق ذلك، وعموما فكل النشاطات مجانية العلاج، والتشخيص والاستشفاء وأن المبادئ العامة لهذا القانون هي وضع الأجراءات العامة الخاصة بالصحة، وتجسيد الحقوق والواجبات المتعلقة بحماية وترقية صحة المواطنين **(حاروش، 2015)**.

2- نشأة النظام الصحي في الجزائر:

إن النواة الأولى لنشأة النظام الصحي في الجزائر مقترن بوقائع الثورة التحريرية وقيامها، فكان متعدد الخدمات والوظائف ولم يقتصر أدائه على إسعاف أفراد الجيش الوطني الجزائري وتقديم العلاج لهم، بل تعدت مهامهم إلى أكثر من ذلك فلقد اهتم النظام الصحي بتقديم العلاج وتوفير الأدوية للمرضى والمصابين. **(بولطمين، 1987، ص 2016)**

عرف قطاع الصحة في الجزائر حقبات تاريخية متباينة امتدت عبر سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر. وقد عرف القطاع الصحي انهيارا في عدد العاملين حيث انخفض عدد الاطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب، أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن متمركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة وليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة للطاقم الاداري المسير. **(رحامنية، 2015-2016، ص 121)**

ويمكن تلخيص أهم المراحل التاريخية التي مر بها القطاع الصحي أثناء اندلاع الثورة التحريرية، وبعد الحصول على الاستقلال فيما يلي:

أ- المرحلة الأولى: ملامح القطاع الصحي أثناء الثورة التحريرية وتطوره 1954-1962

إن الظروف القاسية التي مر بها الشعب الجزائري ضد الاستعمار الفرنسي أثرت كثيرا على الجزائريين بصفة عامة، وعلى الجيش التحريري بصفة خاصة حيث أنه الركيزة الأساسية التي كان يعتمد عليها لإنجاح الخطط العسكرية للإطاحة بالجيش الغاشم، حيث أن الفترة الممتدة من 1954

حتى 1956 اعتبرت من المراحل الصعبة التي شهدت نقصا فادحا في توفير الإطارات الطبية وكذا الدواء اللازم، الإسعافات للجرحى والمصابين في الحرب، واقتصر العلاج في تلك الفترة على الطرق التقليدية البدائية، وكان العائق الأساسي الذي واجه الطاقم الصحي هو كيفية نقل وتنظيم هؤلاء المصابين، وتضميد جروحهم معتمدين على أدوات جراحية بسيطة ناهيك على نقصها بالنسبة للعلاج المركز في حالات الجروح الخطيرة. **(غرايبية، 2015-2016، ص 133)**

إن هذه الوضعية بدأت تتحسن تدريجيا بعد التحاق الطلبة الجامعيين من جامعات الطب والصيدلة حتى التمريض وكذا طلبة الثانوية بالجيش بعد إضراب 19 ماي 1956 وبهذا العدد الهائل من الطلبة أعطى دفعا قويا مما ساعد على تشكيل الملامح الأولى للقطاع الصحي للجيش الثوري التحريري الجزائري، ومن هؤلاء الأبطال الذين دعموا قيام هذا الأخير نذكر:

(الأمين خان حسان الخطيب، عبد الكريم بابا أحمد، ابن تامي الجيلاني، ابن سماعيل، مولود مغني، غانم الجيلاني، عبد السلام هدام، عبد الوهاب بشير، التيجاني هدام، مصطفى مقاسي، جلول أوهيب)، وسرعان ما بدأ التحكم في ظروف نشأة القطاع الصحي نشطت عمليات التكوين في مجال التمريض في مختلف الولايات التاريخية بعد أن كانت بطيئة ومقتصرة على بعض المناطق دون أخرى ثم التحق بعض من الشباب المنخرطين في الجيش بمدارس التمريض الفرنسية وحصلوا على تكوين في المجال الصحي ليلتحقوا بعدها بصفوف جيش التحرير بعد اتمام دراستهم وتدريبهم، وتم تأسيس مدارس لتكوين الممرضين ببرامج دقيقة محددة بفترة زمنية تلبية لمتطلبات الحرب، وكأن يتم التكوين باللغتين العربية والفرنسية وذلك على مستوى مراكز تدريب جيش التحرير الوطني أو قرب مستشفياته. واقتبس تنظيم الوحدات الصحية أيام الثورة من التوزيع الإقليمي لجبهة وجيش التحرير بولاياته الست التاريخية كما يلي:

- الولاية الأولى: الأوراس.
- الولاية الثانية: قسنطينة.
- الولاية الثالثة: القبائل.
- الولاية الرابعة: الجزائر.
- الولاية الخامسة: وهران.

– الولاية السادسة: الصحراء ثم المنطقة ثم الناحية، وعلى رأس كل وحدة من هذه الوحدات مسؤول، مع وجود طبيب وأربعة ممرضين كفريق طبي متكامل مع الجند يقدمون لهم الخدمات الصحية. **(خلوي، 2012)**

وأقيمت مراكز صحية على مستوى هذه التقسيمات متخذة الأكواخ والمغارات لتقديم العلاج للمرضى من المجاهدين في الحالات العادية والجرحى المصابين بحيث استحدثت مستشفيات نموذجية قارة التي ظهرت بوادرها في الولاية التاريخية الثانية، وعادة ما كان المسؤولون على المراكز الصحية بإرسال الحالات الخطيرة إلى المراكز المجاورة للحدود الجزائرية التونسية، ولم تكتفي هذه المراكز فحسب بتقديم العلاج للجيش بل تعدت ذلك وتوسعت لتشمل المرضى المدنيين في القرى والمداشر واللاجئين الجزائريين في المغرب وتونس وما ساعد على ذلك هو الإمدادات والمساعدات التي كانت تصل للمراكز الصحية والتي تمثلت في الأدوية وكل المستلزمات العتاد الطبي، فالطبيب والممرض يعرف من بين الجند بقطعة قماش بيضاء يلفها حول عضده مزينة بهلال أحمر، لتمييزه من أفراد الجيش.**(خلوي، 2012)**

ب. المرحلة الثانية: تنظيم القطاع الصحي غداة الاستقلال 1962-1973

بعد حصول الدولة الجزائرية على حرية شعبها وحكومتها وجدت نفسها محاطة بجملة من المشكلات الاقتصادية والاجتماعية خلفتها السياسة الاستعمارية الفرنسية، وأبرزها الوضعية الصحية المزرية للسكان الفقر الجوع والحرمان، أضف إلى ذلك هجرة الإطارات والأطباء الفرنسيين وتدمير شامل لمختلف الهياكل والمستشفيات الطبية، وهذا ما دفع بالدولة الفتية إلى تغيير هذا الوضع الراهن من خلال تحديد الأولويات ومعرفة التحديات والرهانات لإعادة بناء المنظومة الصحية والتي تهدف بالدرجة الأولى القضاء على الأمراض والأوبئة، والتقليل من معدل وفيات الأطفال والرضع، إعادة هيكلة القطاعات والمرافق الصحية من خلال تكوين الإطارات والشبه الطبية الإدارية. وقد سجل القطاع الصحي في هذه الفترة انخفاض عدد الأطباء من 2500 طبيب منهم 285 جزائري إلى 600 طبيب أي بمعدل طبيب واحد لكل 100.000 ساكن متمركزين في المناطق الكبرى بالإضافة إلى طاقم صحي من الممرضين لا يتعدى 1380 أين الأغلبية غير مؤهلة وليست لديها شهادات وكذا انعدام التجربة للطاقم الإداري المسير، وبتاريخ 31 ديسمبر 1964 بلغ عدد الاطباء 1301 طبيبا

مقسمين إلى 966 طبيب يعملون في القطاع الصحي العام، و335 طبيب يعملون في القطاع الخاص.**(غرايبية، 2015-2016، ص 135)**

فالنظام الموجود آنذاك كان متمركزا في المدن الكبرى بالجزائر العاصمة، وهران قسنطينة ويتمثل النظام الصحي خاصة في الطب العمومي الذي يتم داخل المستشفيات وعيادات تشرف عليها هاته الولايات وتقدم المساعدات الطبية المجانية، ومراكز الطب المدرسي النفسي والتي تشرف عليها وزارة التربية والتعليم الوطني **(حاروش، 2008، ص 132)**

وفي عام 1965 كان عدد الأطباء 1319 طبيب منهم 285 أي ما يعادل طبيب واحد لكل 8092 مواطن و264 صيدلي أي صيدلي واحد لكل 52323 نسمة، أطباء الأسنان كان تعدادهم حوالي 151 طبيب أي طبيب أسنان واحد لكل 70688 نسمة.**(حاروش، 2009)**

ركزت الحكومة في وضعها للسياسة الصحية على المحاور الكبرى التي تمثلت في:

- الوقاية: إن أفضل طرق العلاج هو تجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.
- علاج الأمراض: حيث يتلقى المريض بعد تعرضه للمرض أو لحوادث العمل العلاجات الضرورية ابتداء من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء. ويكون ذلك تحقيقا للأهداف المرسومة في الخريطة الصحية، أي تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهياكل والمعدات الضرورية. **(غرايبية، 2015-2016، ص 136)**
- وقسم النظام الصحي في سنة 1971 إلى قسمين:

القسم الأول: ويتمثل في المستشفيات العمومية وظفت الدولة الجزائرية ميزانية كبيرة لإنشاء وتجهيز مختلف هياكلها العمومية بالإمكانيات المادية منها والبشرية لتوفير خدمات الرعاية الصحية.

القسم الثاني: ويتمثل في القطاع الصحي يتمثل في مختلف العيادات والمصحات الخاصة التي تسهر على خدمة الفرد خلال تقديم أحسن وأجود الخدمات العلاجية.

وفي سنة 1964 تدعم القطاع الصحي بإنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية وصدر قانون تنظيم مهنة الأطباء والصيادلة عام 1966 مما أدى إلى إعطاء دفعة جديدة لتحسين الأوضاع في القطاع الصحي وكذا النهوض بعجلة التكوين الطبي والشبه طبي **(حاروش، 2008، ص 133)**

ج.المرحلة الثالثة: مجانية العلاج والتنمية الصحية 1973-1980:

تبنت الجزائر في سياستها الصحية على مبدأ مجانية العلاج الذي تم اعتماده سنة 1974 م ويعتبر هذا المبدأ من النقاط الأساسية التي ركزت عليها الدولة في تعديلها للنظام الصحي محاولة القضاء على المشكلات الاجتماعية والاقتصادية التي خلفتها السياسات الاستعمارية، لذلك عممت إنشاء الهياكل الصحية على كامل التراب الوطني مراعية في ذلك الأرياف والمناطق النائية من خلال العلاج حق كل مواطن جزائري.

وقد ورثت الجزائر بعد الاستقلال 143 مستشفى، وعيادة تحتوي 42787 سرير، و188 مركز صحي، و1016 قاعة فحص وعلاج، و130 مستوصف، وقاعات اسعاف، و05 مراكز للحفاظ على البيئة والمحيط، و20 مستوصف خاص بمكافحة السل.

وتعتبر التنمية الصحبة من ضمن الخطط التكميلية للمنظومة الصحية، والتي ركزت بالإضافة إلى مجانية العلاج على مبدأ الطب المجاني وهذا ما أكد عليه الميثاق الوطني لسنة 1976 والذي جاء فيه: " الطب المجاني مكسب ثوري وقاعدة لنشاط الصحة العمومية وتعبير عن التضامن الوطني ووسيلة لتجسيد حق المواطن في العلاج " فسياسة الطب المجاني الهدف الأساسي من إقرارها هو توزيع الخدمات العلاجية في كافة الهياكل الصحية لتحقيق الصحة للجميع دون أي مقابل يدفعه المواطن جراء تلقيه العلاج، فهذه السياسة أعطت فعالية أكثر لتحقيق تنمية صحية وطنية وشاملة لكل الأفراد.**(غرايبية، د س)**

د. المرحلة الرابعة: السياسة الصحية الجديدة في ظل البرامج الإصلاحية 1980-2010

إن التحولات والتغيرات التي عرفتها الجزائر منذ الاستقلال حتى يومنا، هذا تعتبر مرحلة انتقالية في كافة المجالات بما فيهم المجال الصحي، حيث بدأت الحكومة الجزائرية في تطبيقها سياسة الانفتاح على اقتصاد السوق بدأ بعد انعقاد المؤتمر الاستثنائي عام 1980 لحزب جبهة التحرير الوطني، ومن نتائجه تبني المفهوم الجديد للصحة ليحل محل المفهوم القديم والقائل بأن: " الصحة هي الخلو من الأمراض " فالمفهوم الجديد إذن يرى بأن " الصحة في الأنشطة الاجتماعية والاقتصادية ذات البعد الوقائي". كما تم تعويض القوانين التي تنص على مجانية العلاج (الميثاق الوطني 1976 وميثاق 1986، ودستور 1976) بقانون المادة رقم 51 من دستور 1989 والتي تنص على:" الرعاية

الصحية حق للمواطنين تتكفل الدولة بالوقاية من الأمراض الوبائية والمعدية ومكافحتها " سجلت المنظومة الصحية تحقيق تقدما في بعض مؤشرات الصحة نذكر أهمها:

- الوقاية من الأمراض: وذلك من خلال توفير اللقاحات حيث بلغت التغطية الشاملة للقاح المضاد للسل 99%، اللقاح المضاد للشلل 91%، واللقاح المضاد للحصبة 88%، لقاح الكبد الفيروسي 90%، كما تم التحكم في انتشار مرض السل وسجل تراجعا محسوسا قدر بـ 20% حالة فقط لكل 100 ألف ساكن.
- إنخفاض وفيات الأطفال والأمهات الحوامل: وذلك بنسبة 5% سنويا بفضل تدعيم صحة الأم والطفل من خلال فتح مراكز للصحة الجوارية.
- تهتم خاصة بمراقبة الحوامل والأطفال حديثي الولادة، وهذه من ضمن سياسات القطاع.
- تمديد معدل عمر حياة المواطن: إلى أزيد من 76 سنة، مما أدى إلى زيادة الأمل في الحياة من 47 إلى 76.5 سنة رغم الظروف الصعبة وقلة الوسائل المادية والبشرية، وقد ساهمت هذه الإجراءات في تخفيض وفيات الأطفال من 280 حالة لكل 1000 حالة لكل ولادة حية إلى 23 حالة لكل ولادة حية، وبهذه النسبة تكون الجزائر قد حققت أحد أهم أهداف الألفية وفق معطيات الديوان الوطني، أما الهياكل الصحية فكانت هي الأخرى قد أحرزت حصيلة كبيرة في العدد خاصة في السنوات التي تلت عام 2000. **(غرايبية، 2015-2016، ص ص 133-139)**

- في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة مابين 2010-2014، استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي قدر بـ 619 مليار دينار جزائري. في هذا البرنامج تم إنجاز 172 مستشفى 45 مجمع صحي متخصص 377 مستوصف 1.000 قاعة علاج 17 مدرسة للتدريب شبه الطبي وأكثر من 70 مؤسسات متخصصة للأشخاص ذوي الإعاقة.

فيما يخص القطاع العام، فإن هذا الأخير يعرف نمو هائل في المكانة التي احتلها في النظام الصحي.

- ✓ ومن نقاط **قوة السوق الجزائرية:** تتمتع السوق الجزائرية للدواء بمميزات القوة الآتية:
- سوق دواء ديناميكي: بعد تزايد سجله بنسبة 17 % في عام 2011 حيث تشير التوقعات إلى معدل نمو سنوي يقدر بـ 10 % بحلول عام 2015.

- حماية الإنتاج المحلي عن طريق منع استيراد المنتجات المصنعة محليا وتعويض من قبل الضمان الاجتماعي.
- معدل ربح سريع للمشروع بنسبة 34 % مع فترة استرداد تصل إلى 6 سنوات.

✓ **مدارس ومراكز التكوين:**

هناك 27 مدرسة ومركز تكوين في القطاع العام و17 في القطاع الخاص والموزعة عبر 48 ولاية منها:

- المعهد الوطني للتدريب المتقدم للشبه طبي للجزائر العاصمة – الجزائر–
- مدرسة تدريب الشبه طبي أدرار
- مدرسة تدريب الشبه طبي الشلف
- مدرسة تدريب الشبه طبي الأغواط
- مدرسة تدريب الشبه طبي باتنة
- مدرسة تدريب الشبه طبي لأوقاس بجابية
- المعهد التكنولوجي للصحة العمومية –وهران
- مدرسة تدريب الشبه طبي بسكرة
- مدرسة تدريب الشبه طبي بشار
- مدرسة تدريب الشبه طبي البليدة
- مدرسة تدريب الشبه طبي تمنراست. **(القانون رقم 18-2018،11)**

✓ **الصناعة الصيدلانية:**

تعتبر الجزائر أول سوق للمواد الصيدلانية في جنوب حوض البحر الأبيض المتوسط، بـ 75 مليون دولار من الواردات في عام 2011. حددت الصناعة الصيدلانية في الجزائر لنفسها هدف تحسين آلياتها من أجل تحقيق جلب للاستثمار المحلي والأجنبي بهدف ضمان تغطية السوق من الإنتاج المحلي لتصل إلى 70 % في عام 2014، والذي عرف معدل نمو قوي سريع وثابت.

إضافة إلى ذلك، وضعت وزارة الصحة نظاما جديدا لتموين المؤسسات بالمواد الصيدلانية الموجهة لضمان التوفر " الكامل والدائم للأدوية. يضاف هذا النظام إلى التدابير التي اتخذتها الحكومة لتصفية قطاع توزيع الأدوية " وتطوير وتحديث المنتجات "الحساسة".

تضمن العدد الأخير للجريدة الرسمية القانون الجديد تحت رقم: 11/18 المؤرخ في يوليو 2018 المتعلق بالصحة والتي تناولت فيها الحق في الصحة كحق من الحقوق الأساسية، وإلى تنظيم المنظومة الصحية وعصرنه تسيرها لتكون في مستوى تطلعات المجتمع، إذ أعطى هذا الأخير أهمية خاصة بالجوانب الوقائية، لاسيما منها الأمراض المنتقلة التي شهدت ارتفاعا كبيرا خلال السنوات الأخيرة التي طرأت عليها سلوكيات الفردية والنمط المعيشي للمجتمع، وكذا إعطاء كفاية خاصة لصحة الأم والطفل والأشخاص المسنين والمراهقين والمعوقين والمدنيين مع ترقية الصحة الغذائية والنشاط الغذائي.

ومن بين المستجدات الأخرى التي جاء بها هذا القانون إنشاء خارطة صحية تتماشى وخصوصية كل منطقة قصد التحكم في الأمراض المنتشرة ورصد الأموال اللازمة لمكافحتها مع إجراء تحقيقات جهوية ووطنية تساعد أصحاب القرار.

واهتم أيضا هذا القانون بالقطاع الصيدلاني الذي عرف تطورا ملحوظا بعد تحقيق القطاع الخاص الاستثمار في الادوية محليا، حيث خصص أزيد من 50 مادة لتسيير وصناعة الأدوية والمستلزمات الطبية والمخابر البيولوجية.

كما جاء القانون رقم 11/18 المؤرخ في 2 جويلية 2018 الذي اهتم بإعادة الخارطة الصحية المعمول بها سنة 2007 والرجوع إلى الخريطة القديمة أو ما يعرف بالقطاع الصحي، وذلك من خلال المادة 298 والذي تم من خلاله الغاء المؤسسات الجوارية والمؤسسات الاستشفائية حيث أصبحت تمثل مختلف المؤسسات العمومية مثل:

- المركز الإستشفائي الجامعي.
- المؤسسة الإستشفائية المتخصصة بصحة والمقاطعة الصحية.
- مؤسسة الإعانة المستعجلة.

وفي حين انتظار صدور تنظيمات ومراسيم تفصيلية تحدد كيفيات أنشاء هذه المؤسسات ومهامها وتنظيمها، إضافة إلى معايير تصنيفها يتم من خلال المادة 301 من القانون 11/18 تحويل المؤسسة نشاطاتها الممونة للحصة على أساس عقود الناجعة، وهنا نجد المشرع الجزائري وحسب ما تنص عليه المادة 302 بأنه قد اخضع المؤسسة العمومية للصحة في مجال تسيير المالي والمحاسبي

حيث أن المحاسبة العمومية بالنسبة للنفقات المستخدمين أما النفقات الأخرى ستسند من طرف محاسبة المؤسسة إلى عون محاسبة يعينه الوزير المكلف بالصحة. **(القانون رقم 18-11، 2018)**

وعموما يمكن القول أن النظام الصحي في الجزائر وكل ما حققه من إنجازات وتطورات سواء من الناحية المادية أو الكفاءات البشرية، إلا أنه لابد عليه من مراجعة مجموعة من النقائص والاختلالات التي تمس هذا النظام سواء كانت من الناحية التنظيمية أو التسييرية.

3- مزايا وأهداف النظام الصحي.

أ- المزايا:

بما أن النّظام الصحي هو نظام اقتصادي فهو يتميز بعدد من المميزات والخصائص التي تميزه عن باقي الأنظمة ومن هذه الخصائص نذكر:

- **عام:**

يهتم بكل القطاعات التابعة له، خصوصا قطاع الرقابة.

- **سهل:**

يسعى هذا النظام إلى تقريب الهياكل الصحية جغرافيا من المواطنين، أما من الجانب الاقتصادي فهو يسعى إلى تخفيض أثمان العلاج حتى لا ترهق المواطنين.

- **فعّال:**

سواء من الجانب التقني المتمثل في البحث العلمي الطبي، أو من الجانب الاقتصادي من خلال مختلف القرارات المتخذة.

- **مقبول:**

يجب أن يضحى بموافقة المجتمع، وهذا ما يوضح صعوبة تطبيق أنظمة صحية مستوردة من بلدان أخرى.

- **قابل للتخطيط والتقييم:**

فالمرحلة الأولى لأي برنامج صحي هي التخطيط، ثم يليها التطبيق وبعدها يأتي التقييم.

- **المرونة وقابلية التغيير:**

يجب أن يتلاءم النظام الصحي مع أي وضعية جديدة يستدعيها التقدم التكنولوجي، أو الشروط الاجتماعية والاقتصادية أو أي مرض.

(Lévy A. &Cazaban M, 1996. P 215)

ب. الأهداف:

من بين الأهداف التي يصبوا إليها النظام الصحي تتمحور في النشاطات التالية:

- **العلاجات الطبية:**

تتمثل في عمليات الوقاية، التشخيص ومعالجة الإختلالات الصحية التي تصيب الأفراد.

- **الوقاية الصحية:**

تكون عملية الوقاية قبل ظهور الأمراض كالقيام بالتلقيحات المختلفة.

- **صناعة وتسويق المواد الطبية:**

تشمل صناعة المواد الصيدلانية التجهيزات الطبية والأشرطة المتعلقة بالأشعة... الخ

- **نقل المرضى:**

يهدف هذا النشاط إلى مرافقة المريض إلى المستشفى في وسائل نقل طبية.

- **لتعليم والبحث العلمي:**

هو نشاط يسمح بتكوين الأطباء والعمال في القطاع الطبي والشبه طبي، إضافة إلى تطوير الأبحاث العلمية في الميدان الصحي.

- **تقديم خدمات التسيير:**

يكون ذلك عبر مصالح الإدارة، ومؤسسات التأمين التي تسعى من خلال عملها إلى تسيير مصالح الأفراد في الجانب الصحي، وإدارة أموال التأمين المخصصة لتغطية نفقات الاستهلاك الطبي

(Beresniak & Duru, 1994, P 203)

وعليه فالنظام الصحي يهدف إلى اقامة وتنظيم برامج صحية منطقية، ويكون ذلك من خلال اجراءات ومخططات صحية تنص على احتياجات وأولويات المجتمع الصحية (التثقيف الصحي المتابعة الصحية، وتنظيم الأسرة، الكوادر المتخصصة)، كما تسعى هذا المخططات أيضا إلى تحسين الحالة الصحية للمجتمع، ويكون هذا التطور والنهوض بالحالة الصحية يقف على استعمال بعض

المعايير كمدى انتشار الأمراض في المجتمع بما فيها وفيات الأمهات والرضع أي نسبة الوفيات والولادات وأمل الحياة...الخ.

4- النقائص التي تعاني منها المنظومة الصحية في الجزائر.

يمكن إرجاع النقائص والإختلالات التي تعاني منها المنظومة الصحية إلى الأسباب الرئيسية التالية:

- صعوبة الحصول على الرعاية الطبية المتخصصة كون معظم الأطباء الأخصائيين متمركزين في المدن الكبرى، وهم لا يستطيعون تلبية احتياجات المواطنين المتزايدة، إضافة إلى مشكلة الصيانة والأعطال المتكررة التي تصيب التجهيزات الطبية مماّ يستلزم على المواطنين التوجه إلى القطاع الخاص وهذا ما يفسر زيادة مساهمة العائلات في نفقات الصحة خلال السنوات الأخيرة.
- تسجيل نقائص كبيرة فيما يتعلّق بالاستقبال على مستوى الهياكل الاستشفائية أبرزها غياب العلاقة بين المريض والطبيب والظروف الصعبة المتعلقة بالإقامة في المستشفيات كإلزام العائلات لمساهمة مثلاً.
- تقلص العمل بالهياكل الصحية خاصة الاستشفائية ابتداءً من 12 ساعة، منذ دخول حيّز تطبيق النصوص المتعلقة " بالنشاط التكميلي " الذي يرخص للأطباء الأخصائيين العموميين الممارسة جزئيًا بالقطاع الخاص.
- عدم رضا الموظفين عن ظروف أداء عملهم ولو كان بالمقابل المالي الذي تحصلون عليه مقارنة مع القطاع الخاص، مماّ أدى إلى هجرة كبيرة للكفاءات الطبية نحو الخارج أو القطاع الخاص على مستوى التجهيزات والصيانة فقد ساهمت كثرة الانقطاع والأعطال التي تمس التجهيزات الطبية والفردية بقسط كبير في تأخر وتدني جودة الخدمات الصحية خاصة في المصالح الفنية.
- تعوُد مسيري المؤسسات الصحية على الإجراءات غير المرنة وعدم تكيفهم في بعض الأحيان مع النصوص المعمول بها في وزارات أخرى مثل وزارة المالية أو الوظيف العمومي وعلى الجهات الوصية التفاوض مع هاته الوزارة بناءً على هذه المقترحات. **(بوشلاغم وشرفي، 2017)**

5- إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر

يعتبر النظام الصحي الحلقة الرئيسية في عملية التنمية الشاملة، لما له من دور فعال في ربط كل القطاعات الحيوية، الاقتصادية منها والاجتماعية، بحيث لا يمكن أن تكون هناك تنمية في قطاع

ما دون القطاعات الأخرى، ونظرًا لما أصبح يعاني منه النظام الصحي في الجزائر من مشاكل حقيقية داخلية وخارجية، كانعكاس لتدهور الوضع الاقتصادي والسياسي والاجتماعي وحتى الأمني للمجتمع الجزائري، أصبح من الضروري القيام بتغيير الوضع وإعادة قطاع الصحة إلى سكته الحقيقية. **(بن حليمة، 2006، ص 05)**

أ- مبادئ عملية الاصلاح:

إن لكل سياسة عامة مبادئ وأهداف معينة، وعملية إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر هي سياسة عمومية وطنية، حيث اتخذت السلطات العمومية في سبيل تحسين وتطوير قطاع الصحة وتقريب هياكله ومؤسساته الصحية من المواطن الجزائري، هدف التكفل بالصحة العامة للسكان من خلال اتخاذ مبدأ الوقاية خير من العلاج، وهذا المبدأ ارتكزت عليه جل عمليات الإصلاح التي قامت بها السلطات العمومية منذ استرجاع السيادة الوطني. **(مصباح، 2005، ص 95)** وحسب ميثاق الصحة نذكر المبادئ التالية:

- تكييف الإطار التنظيمي مع التحولات الاقتصادية والاجتماعية التي تعرفها البلاد، حيث أن هذه التحولات كانت تفرض على السلطات العمومية العمل على تجديد وترقية قطاع الصحة بصفة عامة، وإعادة تنظيم وتحسين الأطر التنظيمية والقانونية التي تحكم المنظومة الصحية في الجزائر، بحيث جعلها تتماشى والتطورات والتحولات التي أصبحت تميز تنظيم العلاقات الاقتصادية والاجتماعية والسياسية في المجتمع الجزائري.
- المحافظة على القطاع العمومي وتحسين مردو ديته،وهذا تأكيدا لما جاء به قانون 1973الخاص بمجانية العلاج لكثافة السكان دون تمييز جهوي أو طبقي، لأن مرد ودية هياكل قطاع الصحة العمومي أصبحت في تدهور مستمر، لذلك وجب على السلطات العمومية العمل على المحافظة على هذه الهياكل التي تعتبر الملاذ الأخير لشريحة كبرى من المجتمع الجزائري.
- إدماج القطاع الخاص في المنظومة الصحية الوطنية.
- إقامة جسور بين القطاع العمومي والشبه العمومي والقطاع الخاص.
- تكييف القوانين الأساسية للمؤسسات العمومية للصحة مع خصوصيات مهامها.
- تطوير وتدعيم السند القانوني للمنظمة الصحية.

- خلق وظائف التقييم ومراقبة النشاطات الصحية حسب الأهداف المنشودة.
- تطوير النظام الوطني للإعلام الصحي.
- ترتيب وتوزيع العلاجات والاستعجالات الطبية الجراحية في إطار خريطة صحية.
- تطوير صيغ بدائل لتمويل نفقات الصحة بإشراك المجتمع.
- تشجيع تطوير الصناعة الوطنية للتجهيزات والمواد الصيدلانية وضمان توفير المواد الضرورية.
- تدعيم جهاز مراقبة المواد الصيدلانية، وأمن حقن الدم.
- إعادة تقويم التجهيزات التقنية.
- تحسين الظروف والوضعية الاجتماعية والمهنية لكافة مستخدمي قطاع الصحة ووضع تدابير تحفيزية على وجه الخصوص بالتنسيق مع الهيئات المعنية.
- انشاء مجلس وطني للصحة **(تقرير ميثاق الصحة، 1998، ص5)**

ب- أهداف الإصلاح: لتحسين قدرات المنظومة الصحية يكون ذلك من خلال الأهداف التالية:

✓ تحديث الخريطة الصحية الهادفة إلى التوزيع العقلاني والعادل للموارد، في إطار توحيد المنظومة الصحية التي تعمل على إدماج مجموع المتدخلين بشكل متماسك ولاسيما القطاع الخاص.

✓ ضمان الحصول على العلاج عبر ربوع البلاد كلها، عن طريق تعيين الأطباء الأخصائيين في المؤسسات الواقعة داخل البلاد على سبيل الأولوية، مدعوما بمراجعة الخدمة المدنية مراجعة ملائمة، وإعادة تأهيل وتعزيز منشآت الصحة الجوارية، والفرق الطبية المتنقلة، وتحسين التجهيزات وصيانتها.

✓ مواصلة إجراءات إصلاح المستشفيات

✓ تطوير الصحة الوقائية من خلال:

- تعزيز وسائل مصالح وخدمات علم الأوبئة، والوحدات الصحية الأساسية من أجل إعادة تأهيل شبكة المراقبة الصحية وخدمات العلاج الأولي.
- مواصلة حملات التطعيم وتحسيس المواطنين، وبصورة خاصة في الوسط المدرسي.
- تحسين الرعاية الصحية في الوسط المدرسي.
- برامج تحسيسية وتربوية تشمل مخاطر الأمراض المتنقلة.

✓ تحسين العلاج الإستشفائي من خلال:

- ترتيب مستويات العلاج، الذي سيسمح بتحقيق تغطية طبية وصحية أساسية أو تخصصية محسنة، وفي هذا الإطار ستقدم ضروب العلاج عالية المستوى ضمن مؤسسات الصحة على أساس توافقات علاجية تبادر بها للجان طبية، ويتم اعتمادها في ندوات وطنية، وسيتم الالتزام كذلك بأعمال قصد تحسين التكفل بالعلاج النوعي.

✓ إصلاح المستشفيات من خلال:

- تحسين ظروف استقبال المرضى وإقامتهم، ودوام أعمال الرعاية الصحية الإستشفائية.
- دعم ترتيب التكفل بالاستعجالات الطبية الجراحية.
- تحسين التزويد بالوسائل الملائمة للخدمات الطبية المتخصصة، لاسيما الخدمات المختصة في الأمراض التي تستوجب التحويل إلى الخارج.
- البحث عن بدائل للاستشفاء، ولاسيما من خلال تطوير الاستشفاء، والعلاج المتنقل والمقدم في المنزل.
- إدخال المحاسبة التحليلية في تسيير المستشفيات.
- تعزيز قدرات تقييم النشاط والأداء.
- تأسيس" مشروع المؤسسة " من أجل التسيير الإستشرافي.
- مراجعة الإطار القانوني لمؤسسات الصحة.

✓ إصلاح آليات التمويل للمنظومة الصحية من خلال:

- إخضاع العلاقات بين مؤسسات الصحة وهيئات الضمان الاجتماعي إلى التعاقد.
- إعداد الحسابات السنوية الخاصة بالصحة.
- تحديث مدونة تسعير الأعمال الطبية.

لن يكون هناك إصلاح حقيقي للمنظومة الصحية دون رسم سياسة عامة وطنية للأدوية وعليه فقد تم مراجعة السياسة المتعلقة بالأدوية من خلال مراجعة المدونة التي ستخضع لمنطق الصحة العمومية بتشجيع الأدوية الأساسية، وفي هذا الإطار تم وضع الأهداف العامة التالية:

- تحسين الحصول على الأدوية الجوهرية.
- ضمان نوعية المنتجات الدوائية ومراقبتها خاصة عن طريق تعزيز عمليات التفتيش.

- جعل التعويض تبعا للخدمة الطبية المقدمة.
- تطوير التكوين في مجال تسيير المستشفيات، والصيدلة الصناعية.

✓ أما فيما يخص الموارد البشرية فقد سطرت الأهداف التالية:

- تنفيذ سياسة المواءمة بين المقبلين على التكوين والاحتياجات الضرورية.
- تعميم التكوين المتواصل.
- تنفيذ تدابير محفزة تجلب المحترفين قصد تحسين الأداء.
- تنظيم وتطوير البحث في مجال الصحة. **(مجلس الأمة، 2004)**

ج- تخطيط عملية اصلاح القطاع الصحي بالجزائر:

على الرغم من النتائج المرضية التي حققها القطاع الصحي في الجزائر من خلال التطور الملحوظ على مستوي المنظومة الصحية والتي تجسدت من خلال سلسلة من الإصلاحات التي قامت بها الحكومة على مستوى القطاع، ومن أهم المخططات المعتمدة من قبل الوزارة خلال الفترة الممتدة من 2000 إلى غاية يومنا هذا.

الفرع الأول: مخططات قصيرة المدى (2000 -2003)

من خلال هذا المخطط تم تحديد العديد من النقاط التي اعتبرت كمحاور كبرى لعملية الإصلاح والتي اشتملت ما يلي:

- التشاور مع مختلف الفاعلين في القطاع الصحي بشأن مشروع الإصلاح.
- إعداد ومباشرة العمل في برامج الاتصال الاجتماعي وذلك من خلال إشراك السكان في المباحثات والمناقشات حول السياسة الصحة.
- مراجعة قانون 85-05 الخاص بحماية وترقية الصحة.
- مراجعة الاتفاقيات التي تم عقدها مع صناديق الضمان على المرض.
- دراسة وإعداد الحسابات الوطنية للصحة.
- القيام بمباحثات مع وزير التعليم العالي والبحث العلمي بخصوص إصلاح الدراسات الطبية والشبه طبية، وذلك من خلال إعطاء الأولوية للتكوين في الطب المتخصص.
- إعداد البطاقة الصحية، ودراسة المخططات الصحية الوطنية والجهوية
- التفاوض من أجل إلغاء ديون المؤسسات الصحية.

- وضع ميكانزمات لتقسيم الأنشطة في المؤسسات الصحية وتعميم قطاع الإعلام على عمليات التسيير.
- إعداد برامج وطنية لمحاربة الأمراض المزمنة.
- تدعيم برامج النظافة في الوسط أو المحيط الإستشفائي.

الفرع الثاني: مخططات متوسطة المدى.

لعل أهم المحاور الكبرى التي ركز عليها هذا النوع من المخططات ما يلي:

- اختيار أسلوب العمل والوسائل الواجب توفيرها من أجل تحقيق التوازن بين التغطية الصحية الشاملة ومستوى التمويل.
- وضع شبكة متعددة المراكز من أجل الكشف عن الأمراض المزمنة مع تنظيم الطرق الكفيلة للتكفل بالمرضى.
- تطبيق القوانين الأساسية الجديدة للمؤسسات الصحية والتي تكرس أكثر استقلالية للتسيير.
- تطبيق القواعد الضرورية للوصول إلى تحقيق 45 % على الأقل من الاحتياجات الوطنية للأدوية الضرورية.
- وضع نظام وطني للإعلام الصحي مع تعميم استعمال تكنولوجيا الإعلام.
- إعداد وتطبيق البرامج المحلية للمخططات الصحية.
- وضع مكانيزمات محددة لمنح المواد واستغلالها.
- لا مركزية الميزانيات الخاصة بالتسيير على مستوى الولاية، وذلك من خلال وضع لجنة تتكفل بتقييم النشاطات الطبية والتسيير على مستوى كل مديريات الصحة عبر الوطن.

الفرع الثالث: مخططات طويلة المدى

لقد ركزت هذه المخططات على جملة من النقاط نذكر منها ما يلي:

- توفير الوسائل الضرورية لسير المراكز الجهوية من أجل تقديم خدمات صحية عالية التخصص.
- تكيف بعض المصالح الصحية من أجل ضمان التكفل الحسن بالمرضى.
- تقييم هذه الأنشطة وتحديد المعوقات مع تحديد الأولويات في التنفيذ. **(دمحان، 2016-2017، ص ص 127-129)**

6- هيكلة النظام الصحي في الجزائر.

إن الصحة حق عالمي أساسي لتطور الدول ورقيها، كما أنها مؤشر رئيسي من مؤشرات تحقيق التنمية الاجتماعية والاقتصادية، لذلك فإن كل دولة تهدف إلى توفير هذا الحق لمواطنيها وتحسين خدماتها الصحية العلاجية منها والوقائية من خلال هياكلها الصحية فتوفير الصحة للجميع يتوقف على مختلف البرامج والإستراتيجيات المتبعة من طرف النظام الصحي ومدى تطبيق هذه السياسات الصحية في مختلف الهياكل والقطاعات الصحية.

فالقطاع الصحي هو عبارة عن مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي. **(المرسوم التنفيذي رقم 97-466، 1997، ص 20)**

وتعتبر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات المسؤول الرئيسي عن توفير الرعاية الصحية وجودتها في مختلف هياكل القطاعات الصحية، ومن أنواع المؤسسات الصحية في الجزائر نذكر:

أ- **المؤسسات الصحية العمومية:** تتخذ المؤسسة العمومية في الجزائر عدة أنواع من بينها:

-**المؤسسات الصحية المتخصصة:** تتكفل بنوع معين من العلاج المتخصص دون غيره.

في 19 ماي من سنة 2007 صدر المرسوم التنفيذي رقم 07-140 **(مزيوة، 2008-2009، ص 99)** والذي يتضمن تقسيم مؤسسات الصحة العمومية إلى:

- **المؤسسات العمومية الإستشفائية:**

ويمكن تعريف المؤسسة العمومية الإستشفائية بأنها " مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي وتوضع تحت وصاية الوالي وتحدد المشاكل المادية للمؤسسة العمومية الإستشفائية بقرار من الوزير المكلف بالصحة" .

وتتمثل مهام المؤسسة العمومية الإستشفائية في التكفل، بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجيات الصحية للسكان.

وفي هذا الإطار تتولى المهام الآتية:

- ضمان تنظيم وبرمجة توزيع العلاج الشفائي والتشخيص وإعادة التأهيل الطبي والاستشفاء.
- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.

- ضمان حفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم.

كما تساهم المؤسسة العمومية الإستشفائية في مجال التكوين الطبي وشبه الطبي والتكوين في التسيير الإستشفائي وذلك من خلال الاتفاقيات التي يتم إبرامها مع مؤسسات ومراكز التكوين في المجال الطبي. **(المرسوم التنفيذي رقم 07-140، 2007)**

المؤسسات العمومية للصحة الجوارية:

يمكن تعريفها حسب ما جاء في المادة 6 من المرسوم التنفيذي المتعلق بإنشاء المؤسسات العمومية الإستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بأنها:" مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، وتوضع تحت وصاية الوالي. تحدد المشكلات المادية للمؤسسة العمومية للصحة الجوارية والحيز الجغرافي الصحي يغطي مجموعة من السكان بقرار من الوزير المكلف بالصحة ".

تتكون المؤسسة العمومية للصحة الجوارية من مجموعة عيادات متعددة الخدمات وقاعات علاج تغطي مجموعة من السكان، وتتحدد مهامها حسب المادة 8 من المرسوم التنفيذي السابق بالذكر في ما يلي:

- الوقاية والعلاج القاعدي.
- تشخيص المرض.
- العلاج الجواري.
- الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان.

كما تتكلف كذلك بـ:

- المساهمة في ترقية وحماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة والنقاوة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.
- المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة وتجديد معارفهم. **(غرايبية، 2015-2016، ص ص 149-150)**

المركز الاستشفائي الجامعي:

هو عبارة مؤسسة عمومية ذات طابع اداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، يتم انشاؤها بموجب مرسوم تنفيذي بناء على اقتراح مشترك بين الوزير المكلف بالصحة والوزير المكلف بالتعليم العالي والبحث العلمي، يتكفل هذا المركز بما يلي:

- في ميدان الصحة وتضم ما يلي:

- ضمان نشاطات التشخيص، العلاج، الاستشفاء والاستعجالات الطبية الجراحية والوقائية إلى جانب كل نشاط يساهم في حماية ومراقبة صحة السكان.
- تطبيق البرامج الوطنية، الجهوية والمحلية للصحة.
- المساهمة في حماية المحيط وترقيته في الميادين المتعلقة بالوقاية النظافة، الصحة ومكافحة الأضرار والآفات الاجتماعية.

- في ميدان التكوين:

- ضمان تدريب التدرج وما بعد التدرج في علوم الطب.
- المساهمة في تكوين مستخدمي الصحة، اعادة تأهيلهم وتحسين مستواهم. **(المرسوم التنفيذي رقم 97-465، 1997، ص 146).**

- في ميدان البحث:

- القيام في إطار التنظيم المعمول به بكل أعمال الدراسة والبحث في ميدان علوم الصحة.
- تنظيم مؤتمرات، ندوات، أيام دراسية وتظاهرات أخرى تقنية وعلمية من أجل ترقية نشاطات العلاج التكوين والبحث في علوم الصحة **(تقرير السنوي لمفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان 2011، ص 17).**

ب- المؤسسة الصحية الخاصة:

لقد مر القطاع الصحي الخاص في الجزائر بمراحل مختلفة ومتغيرة تبعا لتغير النظام السياسي والاقتصادي والاجتماعي السائد، فبعدما كانت الدولة تحتكر القطاع الصحي بالكامل في المرحلة الأولى تغير الأمر وتم فتح المجال أم القطاع الخاص للسماح له بالمشاركة في تقديم مختلف الخدمات الصحية، وكان ذلك بصيغ ومراحل مختلفة وصولا إلى المؤسسات الاستشفائية الخاصة، بغية تحقيق نوع من تعاون وتكامل ولو في بعض الخدمات الصحية بين القطاع العمومي والخاص خاصة أمام

ثقل وصعوبة تحمل الدولة لمجمل الخدمات الصحية، وهذا كله أمام المتابعة والمراقبة الصارمة للدولة من خلال نظام قانوني متكامل يوازن بين الحرية في ممارسة النشاط وبين خصوصيته التي تلتزم وجود مبادئ وشروط يجب احترامها. **(روبحي، 2017)**

وعليه فقد حاولت السياسة الصحية والسكانية الجديدة التأثير على اتجاهات المرضى، واتجاهات النمو السكاني وذلك من خلال برامج لمكافحة وفيات الأطفال، وتوسيع التطعيم ضد الأمراض المعدية، وكذا من خلال برامج لتنظيم لنسل والصحة الإنجابية، وذلك لهدف التخفيض من معدلات الخصوبة والوفيات لكل من الأمهات الأطفال. **(وهواه، 2005-2006، ص 368)**

ثالثا: البرامج الصحية لتعزيز الصحية الإنجابية

1- أساسيات البرامج الصحية

لقد أولت الجزائر أهمية كبيرة للصحة الإنجابية من خلال البرامج المتخصصة لاسيما في التكوين المتواصل لمقدمي الخدمات والعناية الكاملة بالتوليد الفوري وتوفير الخدمات الصحية اللازمة وقامت بعدة تغييرات هامة في سياستها المتعلقة بالصحة فانتقلت من الخدمات الصحية للأم والطفل إلى خدمات الصحة الإنجابية، كما عززت خدمات الرعاية الصحية الأولية لتشمل الصحة الإنجابية. **(دردیش، 2014)**

1-1 مكونات البرامج الصحية

يتكون برنامج الصحة من عدة أجزاء:

من حيث المبدأ يتم اقتراح **مقدمة** مع الخلفية والرسالة التي سيحققها البرنامج. ثم يتم **تشخيص** الحالة الراهنة، والتي قد تشمل تقييم الخطط المماثلة التي تم تطويرها سابقا بعد التشخيص، يتم تقديم **الخطة** (مع برمجة الأنشطة) وفي بعض الأحيان يتم تفصيل **الاستنتاجات** أيضًا فيما يتعلق بالنتائج التي من المتوقع أن تتحقق، ولذلك فإن برنامج الصحة هو **أداة** لتفعيل السياسات الصحية من خلال تخطيط وتنفيذ وتقييم إجراءات تعزيز الصحة والوقاية والعلاج والتعافي.

1-2 أهداف البرامج الصحية

من بين أهداف البرامج الصحية نذكر مايلي:

- الاشارة إلى الحلول للقضاء على المشكلات الصحية وأساليب الوقاية منها.
- ترويج السلوكيات والممارسات الصحية في المجتمع بشكل عام.

- حث المسؤلين أصحاب القرار بدعم السياسات الصحية وتقديم كل الامكانات للحفاظ على صحة الفرد والمجتمع.
- الارتقاء بمستوى الثقافة الصحية لخلق وعي صحي خال من الأمراض، والوصول إلى المناطق النائية كذلك.
- الترويج الصحيح لأساليب الدواء، وتوضيح الأضرار المترتبة على سوء استخدامه.**(عبد النبي، 2021)**.

1-3 دور البرامج الصحية في توعية المرأة:

أصبحت البرامج الصحية مؤخرا تحظى بالاهتمام الكبير من طرف المشاهدين خاصة النساء نظرا للنصائح والموضوعات المفيدة التي تقدمها لهذه الفئة، فالتربية الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل مهمة في الوقاية من مشاكل وأحوال الولادة، وخصوصا الإعاقات والوقاية الصحية الإنسانية وكذلك تطبيق المهارات والتقنيات الجديدة في تغطية الحاجيات ذات الأهمية لمجموعات الأمهات والأطفال المعرضين للخطر الشديد كل هذه تتطلب يقظة ومستوى عالي من الوعي الاجتماعي والصحي من جانب المهنيين والعامة من الناس ونظرا للعوامل الكثيرة المتداخلة في طبيعة المشاكل حول الولادة يتوجب أن تؤسس برامج تربوية صحية على المعرفة بهذه العوامل والمشاكل المحلية، وأن تكون منسجمة مع الثقافة المحلية ومستوى التطور وطريقة تقديم التربية الصحية لا تقل أهميتها من مضمونها فإن الاتصال الشخصي بين فرد وآخر والمناقشات الجماعية والعروض المرئية الإيضاحية ووسائل الإعلام الجماهيرية والنوادي والبرامج الإرشادية ومنها نذكر:

- تشجيع الفحوص قبل الزواج وتسجيل الزواج.
- الرعاية قبل الولادة في الشهور الأولى من الحمل.
- تسجيل المواليد والوفيات.
- تطوير القوانين الصحية والاجتماعية.
- دراسة القوانين الصحية والاجتماعية.
- دراسة الأنماط والأساليب المحلية للوفيات والإصابات المرضية والإعاقات حول الولادة.
- تنظيم وتشغيل خدمات رعاية الأمومة والطفولة والمراهقة.

- تعلم الأمهات على تطبيق القواعد الصحيحة الشخصية والتعرف على العلامات المبكرة لمضاعفات الحمل وتدريبهم على تنظيم الإرضاع والتغذية وتحضير الأطعمة وتنظيم الأسرة.
- توعية المرأة بشؤون التغذية السليمة واحتياجاتها الضرورية من أنواع الغذاء وخاصة في حالة الحمل وأثناء الرضاعة أي بعد الوضع.
- توعية المرأة بمختلف الأخطار المهنية خاصة السيدات اللآتي يعملن في بعض المهن التي تنتج عنها تلوث بيئي إشعاعي.
- توفير خدمات الدعم والاستشارات في شؤون الوراثة.
- تعليم الأمهات على الطرق الصحية للتعامل مع الأطفال المعاقين. **(النماس، 2001، ص ص 165_166)**

2- البرامج الصحية الموجهة للأم في الجزائر

لقد سمح ترسيخ رعاية الصحة الإنجابية بتكريس تخطيط الاسرة في الإطار العام لوضع برامج فرعية استراتيجية للصحة الإنجابية عام 1944، لذا اصبحت الصحة الإنجابية جزءا لا يتجزأ من سياسة الصحة، مثلما تشكل بعدا أساسيا من أبعاد السياسة السكانية في ارتباطها بالتنمية نظرا للانعكاسات الهيكلية المترتبة على هرم الفئات العمرية، ناتجة التحول الديمغرافي المعجل، لذا أعطت الجزائر اهتمام كبير لهذه السياسات ونذكر منها ما يلي:

2-1 الولادة بدون مخاطر:

لقد بدأ تطبيق برنامج الولادة بدون مخاطر سنة 2000 على المستوى الوطني الذي عمل على تخفيض وفيات الأمهات أثناء الولادة حيث كانت تقدر سنة 1996 بـ 174%، لكل 100.000 ولادة حية وتقلصت لتصل سنة 2008 إلى 86.9% لكل 100.000 ولادة حية، وقدرت دون حقيقتها بكثير في الوسط الاستشفائي بالنسبة للوفيات التي تحدث في شتى المصالح وحتى في مراكز التوليد وتعتبر التصريحات غير كاملة أو غير صحيحة، فالوفيات التي تحدث في المنزل أو حتى في المصالح الصحية الصغيرة ذات التسيير السيئ تسجل على أنها وفاة طبيعية بكل بساطة.

يبقى المعدل الوطني مرتفعا جدا ويتراوح بين 2.15 % و20.25 % بالنسبة لكل 1000 مولود حي، في حين تعتبر هذه النسبة في البلدان المتطورة جد منخفضة إلى درجة أنه يتم حسابها بالنسبة لـ 100000 مولود حي، ويقدر بحالتين لكل 100000 مولود حي في كندا، وإذا كانت بعض

الأسباب لا تزال غير متوقعة فإن النسبة الحالية لوفيات الأمهات تتعارض ومستوى التنمية، ومن جهة أخرى يمكن لتدهور المنظومة الصحية والمحيط الاجتماعي والاقتصادي أن يؤدي إلى تفاقمها كما هو الشأن بالنسبة لعدة مؤشرات صحية أخرى. **(تقرير اللجنة الوطنية للسكان الجزائر، ص19).**

2-2 برنامج تنظيم الأسرة:

يعتبر تنظيم الأسرة موضوع هام أثار الجدل فالمقصود بتنظيم الأسرة هو الربط المباشر بين الإنجاب وطاقة الأسرة وإمكانيات المجتمع على تلبية حاجات كل مولود جديد، وباعتباره أيضا قيام الزوجين بالتراضي بينهما وبدون إكراه باستخدام وسيلة مشروعة تكفل لهما التحكم في موعد الحمل والولادة، فهو الإنجاب الفوري الانفرادي للإنسان متى شاء وكيفما شاء وليس تحديدا لحجم الأسرة. **(رضا، 2018-2019، ص 02)**

وأن تنظيم الأسرة ليس هو تحديد النسل وإنما هو:

- توقيف زمن الحمل حسب ظروف الأسرة الصحية والاقتصادية والاجتماعية.
- المباعدة بين الحمول بالفاصل الزمني المناسب الذي يسمح للطفل بالرضاعة من أمه (المدة الكافية وللأم باستعادة قواها بعد الحمل والإرضاع).
- تجنب الحمول غير المرغوب فيها. **(العظمة، 1990، ص 14)**

ويتضح مما سبق أن هناك فرق شاسع بين مفهومي تنظيم الأسرة وتحديد النسل، فالأول يسمح بتنظيم الولادات والتباعد بين الأحمال، أما الثاني فهو التوقف نهائيا عن الإنجاب عند عدد معين مثل سياسة الطفل الواحد في الصين وثلاث أطفال في أوروبا. **(الحسينية، 1998، ص 47).**

ففي سنة 1983 م فقد اعتمدت الدولة البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي(PNMCD) في 20 فيفري 1983 م حصيلة لمجهودات الدولة بعد وعيها الكامل بخطورة الزيادة السكانية، وهذا البرنامج يرتكز على ثلاث محاور أساسية موجهة نحو:

- تنمية القاعدة الهيكلية للاستقبال والتنظيم المادي والأداء فيها يخص تباعد الولادات.
- مساهمة التربية والإعلام في تحسيس الأفراد بالانخراط الواعي لطبقة السكان العريضة لا سيما الريفية منها بهدف التحكم في الخصوبة.

- تنظيم نشاط الدراسة والبحث الأساسي والمطبق حول محددات النمو الديموغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية، بعد الوصول إلى تعريف تنفيذ سياسة سكانية مندمجة في المخطط الوطني للتنمية.

ومن أهداف هذا البرنامج ما يلي:

- توسيع شبكات أقسام التخطيط العائلي سواء بالنسبة للتجهيزات أو بالنسبة للمستخدمين وبمستوى كفاءة تقنية عالية.
- ترقية الإعلام والتربية والاتصال.

وفي نفس السنة 1983 سطر برنامج عملي من طرف رئيس الحكومة، يحتوي على ثلاثة محاور رئيسية تتمثل في:

- تطوير كل المنشآت الأساسية والتنظيم المادي والمساعدة على نجاح هذا البرنامج.
- التوعية والتربية ليكون هناك تقبل إرادي من قبل أفراد المجتمع والعمل على انتشاره في الأرياف بهدف التحكم في الخصوبة.
- تنظيم دراسات وأعمال بحث خاصة لمحاولة معرفة الأسباب التي أدت إلى النمو الديمغرافي والعلاقة الموجودة بين التطور الاجتماعي والاقتصادي.

أما في المخطط الخماسي الأول1980–1984 فقد ألحت اللجنة المركزية لحزب جبهة التحرير الوطني على الضرورة المطلقة للتخطيط العائلي، وفي سنة 1983 حيث أسندت لمجموع الهياكل المعنية مهام الإعلام والتربية والتوعية وجميع الخدمات الطبية والاجتماعية، وفي هذه الفترة ظهر الوعي العميق بالمشكل الديموغرافي على المستوى السياسي والتي تعتبر مرحلة انطلاق الأعمال الأولى على المستوى الوطني وذلك من أجل التكافؤ بين وتيرة النمو الديموغرافي ووتيرة النمو الاقتصادي. **(بن بعطوش، 2013–2014، ص ص 65–68)**

أما المخطط الخماسي الثاني (1985 –1989) فقد أولى اهتماما كبيرا لضرورة التصدي لتبلور الاحتياجات الاجتماعية مع مواصلة المجهود الإنمائي الاقتصادي والسهر على حماية المرأة والطفل على الخصوص في إطار السياسة الصحية الشاملة قصد الوصول إلى أسرة متزنة وذلك تماشيا مع النمو الاقتصادي للبلاد، مع حتمية توفير كافة الوسائل البشرية والمادية والمالية اللازمة لنجاح برنامج

وطني لتنظيم النسل يقوم على أساس الاختيار الحر للأسرة وتخطيط للمواليد على أساس الرضا الفردي والجماعي.

أما فيما يتعلق بمساهمة وزارة الصحة في مجال التخطيط العائلي، فقد أولت الدولة اهتماما كبيرا في توفير وسائل منع الحمل بأنواعها، فقد تم تخصيص مبلغ مالي قدره 603.000 دج عام1978، أي ما يقارب آنذاك 158.000 دولار أمريكي لشراء وسائل منع الحمل، كما أن هذا المبلغ بدأ في الارتفاع، ففي سنة 1979 بلغ 2.900.000 دج، أي ما يعادل 760.000 دولار أمريكي، كما أن الجهات الصحية سمحت لهذا المشروع أن يدخل في إطار حماية الأسرة وأن يستفيد من المنشآت المادية والعناصر البشرية التي تشرف عليه.

وقد حصلت الجزائر على مساعدات دولية قدرت بـ 200 ألف دولار أمريكي سنويا من طرف صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية (FNUAP) ومنظمة الصحة العالمية، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF).

ولقد ساهمت هذه المساعدات في تأسيس مراكز حماية الأمومة والطفولة، وكذلك توفير موانع الحمل وتكوين الموظفين المختصين بهذه المراكز عبر كامل القطر الوطني.

أما بالنسبة للإطار التشريعي فقد ثبت حماية صحة المرأة في قانون 85 -05 المؤرخ في 16 فيفري 1985 م، وعدل وأكمل في 1988 م 1990 م. **(بن بعطوش، 2013-2014، ص ص 68-70)**

وعليه نستنتج أن تنظيم الأسرة من العمليات الهامة التي تساهم في رفع مستوى التثقيف لدى النساء ومن المواضيع التي لها علاقة مباشرة بالصحة الإنجابية واستخدام وسائل منع الحمل له تأثير على تحقيق الخصوبة للمرأة وأمر ضروري للحد من المخاطر التي تتعرض لها، ومن خلال المباعدة بين الأحمال لبعض النساء المعرضات حياتهن للمخاطر والمشكلات الصحية، حيث توجد العديد من الطرق أو الوسائل المستخدمة لتنظيم الأسرة، وتختلف فاعليتها ونسبة منعها حسب الطريقة أو الاستجابة.

2-3 برنامج مكافحة السيدا:

هناك مجموعة من الاجراءات والآليات لمكافحة مرض السيدا، ومنها إستراتيجية وضع وإنشاء مخبر وطني لإجراء التحاليل والفحوصات وإنشاء لجنة وطنية قطاعية مكلفة بمتابعة الأمراض المنتقلة

جنسيا ومرض نقص المناعة المكتسبة، وتشكيل فوج عمل مواضعي وتنفيذ برنامج متوسط المدى مع منظمة الصحة العالمية.

فقد تم اعتماد خطط قطاعية الخماسية للفترة 2007-2011 وتتضمن برامج وقائية وأخرى صحية وبرامج الدعم وقد بدأ تنفيذها سنة 2005 وتمتد على مدار سنتين، تتمحور حول 4 محاور تتعلق بـ:

- حماية السكان خاصة الفئات الهشة.
- التكفل بالأشخاص حاملي فيروس السيدا.
- تجنيد الحركة الجمعوية والمجتمعية.
- دعم المعارف حول الأمراض الجرثومية من خلال التحقيقات حول حمل فيروس السيدا والسلوكيات.

تقدر نسبة المصابين الجدد بفيروس السيدا بـ 100000/0.14 ساكن سنة 2007، وقد انتقل عدد المصابين من 479 سنة 2000 إلى 837 نهاية 2007 إضافة إلى 2910 حالة لحاملي فيروس، وقد تم انشاء وتطوير مراكز الكشف المبكر التي تقدم خدماتها مجانا وسريا، على مستوى كل ولايات الوطن واتخاذ تدابير ترمي إلى الوقاية من انتقال الفيروس من الأم إلى الجنين أثناء الوضع، كما أدى تكريس مفهوم الصحة الإنجابية تطوير الخدمات في هذا المجال، إلى توسيع المعلومات بخصوص التخطيط العائلي ليشمل خاصة الحماية من الأمراض المنتقلة جنسيا ومرض فقدان المناعة (السيدا)، كما يسجل وجود برنامج تعاون أوربي في مجال الوقاية من مرض السيدا للفترة الممتدة من 2009-2011. **(التقرير الوطني بيجين+15، 2009. ص 11)**

2-4 برنامج مكافحة سرطان عنق الرحم:

إن سرطان عنق الرحم يظهر حدوثه بين النساء اللاتي تقل أعمارهن عن 30 عاما وهو أكثر شيوعا بين أولئك اللاتي يتجاوزن الأربعين. ويحدث أكبر عدد من وفيات النساء اللاتي يبلغن الخمسينيات والستينيات من أعمارهن، وهذا النوع من السرطان يحدث في جميع دول العالم إلا أن أعلى معدلات حدوثه توجد في أمريكا الوسطى والجنوبية وشرق إفريقيا وجنوب شرق آسيا، وقد انخفضت معدلات الإصابة بسرطان عنق الرحم على مدى العقود الثلاثة الماضية في معظم بلدان العالم المتقدم، وبالمقابل فإن معدلات الاصابة في البلدان النامية قد ارتفعت أو ظلت على ما هي

عليه، كما أن هناك تباينات داخل العالم المتقدم، حيث أن النساء الريفيات أو الفقيرات معرضات لأكبر المخاطر المحتملة فيما يتعلق بالإصابة بسرطان عنق الرحم، وسرطان عنق الرحم يكاد يؤدي دائما إلى الوفاة إذا لم يعالج وهو يسبب آلاما مبرحة ومعاناة للمرأة التي تصاب به كما أنه يلحق آثارا ضارة هامة بالأسرة والمجتمع. **(منظمة الصحة العالمية، د س، ص ص 18-19)**

ويهدف هذا البرنامج إلى الكشف عن سرطان الرحم لاسيما الكشف عن الجروح ما قبل السرطانية والسرطانية لعنق الرحم **(تقرير اللجنة الوطنية للسكان الجزائر، 2001، ص ص 35-37)**.

ويمكن أن نستخلص أن الجزائر عملت على وضع آليات لمكافحة وفيات الأمهات واهتمت بالأسباب والمشاكل المتعلقة بالحمل والولادة والتي تؤثر بدورها على وفيات الأطفال الرضع، لذا ينبغي مواصلة المجهوات من أجل التخلص من هذه الظاهرة والوصول إلى تحقيق تنمية الصحة الإنجابية.

3- البرامج الصحية الموجهة للطفل في الجزائر:

تعترف كل الدول بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي وبحقه في مرافق لعلاج الأمراض هذه الضرورة تدفع بالدولة إلى بذل مجهودات في سبيل توفير حقوق الطفل والحصول على رعاية صحية التي تهدف إلى خفض وفيات الأطفال بتطوير وسائل وأساليب الرعاية الصحية والوقائية. **(السيد، 2001، ص 137)**

لقد كرست النصوص القانونية للبلاد مبدأ حق المواطنين في الحماية الصحية، وحتى ولو كان دستور سنة 1996 لا يشير صراحة إلى تكفل الدولة بحماية الأمومة والطفولة، فهو ينص في المادة 58 على أن " الأسرة تستفيد من حماية الدولة والمجتمع، ويذكر بالحق في حماية صحة المواطن ومحاربة الأمراض الوبائية والمستوطنة " وبعد الاستقلال مباشرة شرع في تطبيق برامج التلقيح الشامل لحماية السكان من الأمراض واستئصال بعضها الأخر كما تم وضع برامج تهدف إلى المتابعة المنتظمة للمرأة الحامل إلى غاية الولادة مما مكن من تسجيل تقدم ثابت حتى بداية التسعينيات.

وهدف حق الأم والطفل في التمتع بصحة جيدة وممكنة تضمنه الدولة عن طريق مجانية العلاج والاستشفاء مهما كان مستوى الدقة والتخصص إلى ما يأتي:

- توفير مساعدة طبية بتقريب المرافق من المواطنين.
- محاربة الأمراض وسوء التغذية.

- ضمان العلاج للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة.
- تطوير العلاج الوقائي حيث يسود التلقيح الإجباري.
- تقليص الوفيات عند الرضع والأطفال.

وهذه البرامج التي تجعل الدولة تتدخل بفعالية في تحقيق مبدأ المساواة تعكس اختياراتها الاجتماعية من خلال تقديم خدمات ملموسة لفائدة الأم والطفل معا، ومن ثم فان جميع هذه الأعمال المستوحاة من المبادئ الإنسانية الراهنة كانت تندرج في منظور يعتبر الحق في الصحة حقا ثابتا، وقد بلغ هذا الحق ذروته من خلال سياسة مجانية العلاج. **(تقرير حول صحة الأم والطفل، 1997، ص 02)**

وفيما يتعلق بصحة الأم والطفل، كانت حماية صحة الأم والطفل أحد أهداف سياسة الصحة العامة منذ عام 1962، ويتم تنفيذها من خلال السياسات الوقائية من خلال إنشاء شبكة وطنية من مراكز حماية الأم والطفل عبر كامل التراب الوطني، حيث أن أول مركز لتنظيم الولادات في عام 1967 تم إنشاء مستشفى مصطفى باشا خصيصًا لرعاية صحة الأمهات والأطفال بعد الولادة، واستمرت هذه المراكز في التوسع، وبحلول عام 1974 ارتفع عدد المراكز إلى 250 مركزًا، وبحلول عام 1996 إلى عام 1962، تم توزيعها في جميع أنحاء البلاد. بالإضافة إلى تقديم خدمات تنظيم الأسرة، تقدم أيضًا الخدمات الصحية المتعلقة بصحة الأم والطفل، ومنع حالات الحمل التي تشكل خطراً على صحة الأم من خلال مراقبة وتتبع حالات الحمل، وأنواع الفحوصات، والتطعيمات اللازمة، ومتابعتها للطفل حتى سن السادسة، حيث تقدم هذه الخدمات مجاناً.

ويمكن ملاحظة أن أنشطة مركز حماية الأمومة والرضع مجانية، بل وأكثر من ذلك فإن جميع الأعمال المتعلقة بمراكز الأمومة، وخاصة للأطفال دون سن 15 عاما، أصبحت مجانية تماما، وتم دمج أنشطة منع الحمل في مراكز حماية الأمومة والطفل، مما حقق توحيد المباني والموظفين وخاصة رعاية الأمهات. في مجال الولادة والمباعدة بين الولادات، أجرى نفس الفريق الطبي خلال نفس الفترة. أنشأ قانون الصحة الصادر عام 1976 مراكز حماية الأمومة والطفولة، على النحو التالي:

- تم ذكر اختبار ما قبل الزواج، لكن إجراءات المتابعة مطلوبة.

- تتم الموافقة على الإجهاض الدوائي إذا كانت صحة الأم أو حياتها مهددة بشكل خطير ويخصص فصل واحد للأطفال الذين فقدوا أسرهم، كما ينص بوضوح على حماية الأمهات العازبات، وإدخالهن إلى المؤسسات الصحية، ومنع التخلي عن الأطفال حديثي الولادة، ومساعدة الأسر المتبنية والحاضنة، وهذا بمثابة تذكير بأنه في عام 1983 تم إسناد مسؤولية تنسيق برنامج الدولة للتحكم في النمو السكاني إلى كتابة الدولة للشؤون الاجتماعية وتم إطلاقه في عام 1984 المركز الوطني لخفض وفيات الأطفال. **(التقرير الأولي الجامعة العربية ، 1997، ص ص 2-10)**

ويهدف البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال إلى تخفيض نسبة وفيات الأطفال إلى 50 % خلال 5 سنوات وهذا من خلال:

- التكفل بالطفل تلقائيا منذ حمله إلى ولادته مرورا بمراقبة فترة حمله.
- انشاء عادات وردود فعل جديدة عند جميع المواطنين ومستخدمي القطاع الصحي العمومي.
- إنقاص النسبة المرضية
- مقارنة بعدد السكان طبيب واحد لكل 1308 نسمة، إذ كانت الوضعية إلى غاية 1995/12/31 تتمثل في:

- القطاعات الصحية، المراكز الاستشفائية العمومية، مراكز حماية الأمومة والطفولة.

(البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال، 1986، ص ص7-10)

أ- القطاعات الصحية:

تتوفر الولاية الثمانية والأربعون على 178 قطاعا صحيا تطابقا مع التقسيم الإداري القديم للدوائر، ويوجد ضمن هذه القطاعات الصحية 184 مستشفى في كل واحد منها مصلحة لطب النساء والتوليد ومصلحة لطب الأطفال.

وإلى جانب هذه المستشفيات يوجد 448 مركزا عموميا للأمومة مصنفة على النحو التالي:

- مراكز الولادة الملحقة بعيادة متعددة الاختصاصات وبمركز صحي.
- مراكز الولادة المستقلة التي تتوفر على 20 إلى 30 سرير انخفض عددها، فقد بلغ 84 مركزا سنة 1992، و64 مركزا سنة 1995 نتج عن ذلك خسارة 20 مركز ولادة بعد غلقها.

– يشتغل 115 أخصائيا في أمراض النساء و169 أخصائيا في طب الأطفال فقط في القطاعات الصحية البالغ عددها178، وتتوفر هذه القطاعات على أقل من أخصائي واحد في أمراض النساء وأمراض الأطفال لكل قطاع صحي.

– يبلغ عدد أسرة القطاعات الصحية في مصالح أمراض النساء والتوليد 5196 سريرا مقابل 10.074 في مراكز الأمومة، ويبلغ العدد الإجمالي لهذه الأسرة 5.270 سريرا، تشتغل بنسبة 44% وتعتبر نسبة ضعيفة، ويقدر عدد الأسرة في مصالح طب الأطفال بـ 4609 سريرا تشتغل هي الأخرى بنسبة 44. 5% ويعتبر ذلك معدلا ضعيفا.

ب– المراكز الإستشفائية الجامعية:

- يبلغ عدد المراكز الإستشفائية الجامعية 13 مركزا تحتوي على 19 مصلحة لأمراض النساء والتوليد وعددا مماثلا لمصالح طب الأطفال.
- انخفض عدد الأخصائيين في طب النساء والتوليد من 177 إلى 159 أخصائيا من سنة 1995 إلى 1996 وفي طب الأطفال ارتفع عدد الأخصائيين إلى 200 طبيبا بعد أن ضم إليه أخصائي الصحة العمومية.
- إلى جانب السلك الطبي، تتوفر المراكز الإستشفائية الجامعية على 131 مساعدة اجتماعية بالنسبة لجميع المصالح و694 قابلة و191 ممرضة مختصة في رعاية المواليد ويضاف إلى ذلك 90 أخصائيا في علم النفس.
- يقدر عدد الأسرة في مصالح طب النساء والتوليد بـ 2026 سريرا، كما تبلغ نسبة شغل الأسرة 75. 4%، وتقدر نسبة شغل الأسرة في مصلحة طب الأطفال بـ 66.7 % بالنسبة لـ 1985 سريرا.
- يعمل في القطاع العمومي 369 أخصائيا في طب الأطفال مقابل 345 في القطاع الخاص. **(البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الاطفال، 1986، ص ص7–10)**
- وشهدت الجزائر مطلع الألفية استكمال المشاريع المتأخرة وإعادة بعث المشاريع المتوقعة، والشروع في أخرى جديدة، حيث شملت عددا من المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وهو التوجه التكميمي الذي باشرته منذ أزيد من أربع عقود، حيث يلاحظ توسع القطاع الخاص على مستوى القطاع الصحة، ويلاحظ (الصحة في الجزائر عقب 2005) أيضا أنه تم تدارك مسألة التوزيع غير

العادل للمؤسسات الصحة إلى حد ما، إذ تم العمل على تكثيف إنجاز المستشفيات العمومية الجوارية (60 سرير)، قصد القضاء على العزلة بسبب بعد المسافة (مناطق الجنوب) وصعوبة الوصول اليها بسبب التضاريس.

- كما يلاحظ كذلك أن ثمة اهتمام بالجانب الإنساني في الممارسة الصحية بين الموسسات الإستشفائية ومستعمليها، إذ تم تكوين أعوان مكلفين بالفندقة الاستشفائية.
- وضمن إطار تطبيق السياسة الوطنية، نجد أن الدولة الجزائرية لا تزال تؤكد على مبدأ مجانية العلاج، الذي أصبح في تقديرنا من المسلمات المعمول بها في قطاع الصحة، والذي يلعب دورا هاما في تمويل صندوق الضمان الاجتماعي عن طريق الأفراد المنخرطين فيه، وعليه سعت وزارة العمل والتشغيل والضمان الاجتماعي إلى عصرنة قطاع الضمان الاجتماعي من جهة وتكريس مبدأ مجانية العلاج من جهة ثانية، وذلك من خلال استحداث أنظمة عمل حديثة. **(لموالدي، 2013-2014، ص 10)**

ج- مراكز حماية الأمومة والطفولة:

حظيت الطفولة في الجزائر باهتمام كبير تجسد في جملة من السياسات والبرامج المختلفة التي حققت نتائج ملموسة في مجالات عديدة ومنها الصحة.

ولقد تكرر المحاولات الرامية إلى تأسيس إطار مؤسساتي للتنسيق بين الفاعلين في مجال الطفولة بقصد وضع إستراتيجية وطنية للطفولة، وفي هذا السياق تأسست لجنة وطنية سنة 1998 وبادرت بإعداد خطة وطنية لحماية الطفل وازدهار الطفولة، وفي نفس السياق عملت الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة منذ أكتوبر 2003 على تنظيم خمسة ملتقيات جهوية للطفولة وصولا إلى ندوة وطنية تكون تتويجا لمسار العمل الميداني ونضوج التفكير الرامي إلى إعداد إستراتيجية وطنية للطفولة، وقد تبين من مساهمة الجزائر في المنابر الإقليمية والمؤسسات الدولية المعنية بقضايا المبذولة في مختلف المجالات المتعلقة بالطفولة لا تظهر بالشكل المطلوب خصوصا بسبب نقص التنسيق على المستوى الوطني.

ومن أهم المبادئ التي اقرتها المواثيق الدولية المتعلقة بحقوق الإنسان والطفولة التي صادقت عليها الجزائر، وخاصة منها حقوق الطفل والتي تبنتها وثيقة عالم جدير بالأطفال.(**المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة، 2007، ص ص 4-6)**

وهي كالآتي:

- مبدأ عدم التمييز: لقد نص مشروع المادة رقم 9 لكل طفل الحق في التمتع بكافة الحقوق والحريات العامة والرعاية التي تكفلها القوانين النافذة للإنسان عامة وللطفل خاصة دون تمييز بسبب الجنس أو اللون أو المعتقد أو الأصل الاجتماعي أو الثروة أو أي وضع آخر. **(التقارير المقدمة من الدول الأطراف بموجب المادة 44 من الاتفاقية، 2010، ص 23)**
- مبدأ الاستثمار في العنصر البشري باعتبار أن التكفل بالطفولة استثمارا في المستقبل.
- مبدأ دور الدولة الفاعل في التكفل بالأطفال لضمان الحقوق المكفولة بحكم الدستور ووفقا للقانون.
- مبدأ اعتبار الأسرة الإطار الطبيعي لترقية حقوق الطفل وحمايته.
- مبدأ اعتبار ترقية الطفولة ورعايتها شأنا يهم الجميع وتقع مسؤوليتها على عاتق الدولة والمجتمع معا.

أما فيما يخص أهداف الاستراتيجية الوطنية للطفولة في مجال الصحة نذكر ما يلي:

- برمجة 7 مؤسسات إستشفائية متخصصة للأم والطفل في أفق 2009.
- استلام مركزين لجراحة القلب سنة 2007.
- تحقيق نسبة التطعيم الكامل ضد الأمراض الشائعة 100%
- خفض وفيات الأمهات لدى الولادة.
- خفض معدل سوء التغذية لدى الأطفال دون الخامسة.
- خفض معدل انخفاض الوزن لدى الأطفال.
- خفض نسبة الأسر التي تفتقر إلى المياه الصالحة للشرب.
- خفض نسبة الأسر التي تفتقر إلى المرافق الصحية النظيفة.
- وضع برامج للطفولة المبكرة لتحسين النمو البدني والنفسي والاجتماعي والروحي. **(تقرير حول صحة الأم والطفل 1997، ص ص 7-9).**
- يزودنا البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال بطرق العمل اللازمة للقيام بهذا الكفاح

وتعتمد إستراتيجية هذا الأخير على إقامة ثمان برامج ثانوية يجب إدماجها كليا في مجموعة البنايات الصحية مع نهاية 1990. **(البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الاطفال جوان،1986، ص ص 7-9)** ومن هذه البرامج نذكر ما يلي:

3-1 البرنامج الموسع للتلقيح:

يحظى التطعيم بأهمية كبيرة على صعيد منع انتشار العديد من الامراض الخطيرة، وهو ما أدى بجميع المنظمات الوطنية وبالمؤسسات الدولية العاملة في مجال الصحة العامة إلى الاعتماد على التطعيمات كمحور اساسي في سياستها الصحية، حيث أن السل والدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس وشلل الأطفال والحصبة من أهم الأمراض التي تقضي على حوالي 3 إلى 4 ملايين طفل عبر العالم، وفي الجزائر تعد الحصبة أحد أهم الأسباب لوفيات لأطفال فقد سجلت سنة 1986 حوالي 5000 حالة وفاة من الأطفال وكانت تمثل من 10 إلى 15%. **(التقرير الرئيسي جامعة الدول العربية ، 1994، ص 60)**

يرمي الهدف الإنمائي الرابع للألفية إلى خفض وفيات الأطفال بمقدار الثلثين، بين عامي 1990 و2015 ويُؤدّي التلقيح (التَّحصين أو التطعيم) ضد الأمراض دوراً أساسياً في تحقيق هذا الهدف، إذ أنقذت المطاعيم واللقاحات حياة الملايين من الأطفال في العقود الثلاثة التي تلت إطلاق برنامج التلقيح الموسّع، ومن أهداف وثيقة صندوق الأمم المتحدة للطفولة ضمان التلقيح الكامل للأطفال دون السنة ضد الأمراض بنسبة 90 % في المائة على المستوى الوطني، مع تأمين مستوى من التغطية بهذا التطعيم لا يقلُّ عن 80 % في كل ولاية أو وحدة إدارية مُكافئة له. **(وزارة التنمية بالتعاون الدولي، 2013 ص 11).**

ويعتبر برنامج التطعيمات من أهم عناصر الرعاية الصحية الاولية الموجهة إلى الأطفال منذ عام 1980، دعم هذا البرنامج القرارات الدولية الرامية إلى خفض معدلات وفيات الأطفال حين أعطت التطعيم أولوية خاصة بين أنشطة الرعاية الصحية الأخرى، وتجسيدا لهذه القرارات أصبح التطعيم متوفرا في كل المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات ومراكز رعاية الامومة والطفولة ومراكز التوليد والمستشفيات وكانت الجزائر من الدول الاوائل المشاركة في لقاء القمة لمنظمة اليونيسيف المنعقد في أكتوبر 1990 ويهدف برنامج التلقيح إلى:

أ- ضرورة أن يكمل الطفل التطعيم قبل أن يتم عامه الأول بنسبة 90% بحلول سنة 2000.

ب- القضاء على وفيات الأطفال في الريف بنسبة 80%.

ج- تقليص وفيات الاطفال في الريف إلى 80%.

د- الوصول إلى تغطية تحصينية للأمهات الحوامل بنسبة 80%

(Les programme de Santè Maternelle et Infantile ,2001, P 12)

ومن إستراتيجيات هذا البرنامج نذكر:

- تقليص معدل ترك التلقيح أو بصفة خاصة تكثيف التلقيح.
- التخزين الجيد للقاح.
- إنشاء رزنامة خاصة بالتلقيح.
- تطوير البرنامج الواسعة للتلقيح.
- ويساهم الجهاز الإعلامي في تحقيق الأهداف الموجودة من برنامج التطعيم
- ويوصي هذا البرنامج على تناول التطعيمات الأساسية حسب الجدول الزمني. **(تقرير المسح الجزائري حول صحة الأسرة، 2002، ص96)**

وعليه تبين أن الجزائر من البلدان التي استفادت من برنامج التلقيح وبلغت النسبة العالية منه حيث كان الهدف الأساسي من هذا البرنامج هو التقليل من المشاكل والأمراض التي تصيب الأطفال مثل السعال الديكي الحصبة، السل، الدفتيريا...

3-2 برنامج سوء التغذية:

إن سوء التغذية الشديد بين الرضع والأطفال الصغار له علاقة مباشرة بارتفاع مستويات الوفيات بينهم، فالأطفال الذين يولدون بوزن ناقص وذلك بسبب سوء التغذية داخل الرحم وسوء صحة الأم وتغذيتها يتعرضون أكثر من غيرهم لاحتمالات تأخر النمو فيما بعد واحتمالات الإصابة بالأمراض والوفاة وتقترن الأنيميا التي تصيب الرضع والأطفال بانخفاض ملحوظ في قدراتهم الإدراكية وكذلك إنخفاض نشاطهم البدني وقلة الوزن عند الولادة وتزايد حالات الوفيات أثناء الولادة وبين إصابة الأم بالأنيميا، وبعد انخفاض الوزن عند الولادة أقوى مؤشر على احتمال الوفاة خلال الأشهر القليلة الأولى من عمر الوليد.

وإلى جانب الأنيميا الناجمة عن نقص الحديد، هناك بعض أوجه النقص الأخرى في المغذيات الدقيقة التي يمكن أن تكون لها تأثيرات خطيرة ومنهكة للصحة. بل وتؤدي للوفاة أحيانا، فالإصابة

بنقص اليود في مرحلة الطفولة يمكن أن تؤدي إلى التخلف العقلي وإلى تأخير النمو الحركي. **(تقرير المؤتمر الدولي المعني بالتغذية، 1992، ص ص 36-37).**

وفي عام 1985 م تبنت الجزائر برنامجا في طياته أهدافا وإستراتيجيات تهدف إلى التقليص الفعلي من حالات سوء التغذية واستعمال الرضاعة الطبيعية بالدرجة الأولى وتكمن أهدافه فيما يلي:

أ- تخفيض حالات سوء التغذية الحادة عند الأطفال الأقل من 4 سنوات.

ب- القضاء على سوء التغذية المحتملة.

ج- تحسين الوضع الغذائي للنساء الحوامل والمرضعات.

د- مراقبة الوضع الغذائي للأطفال لمنع أي تدهور قد ينجم عن الأوضاع الاقتصادية الصعبة.

هـ- العمل على توفير المواد الغذائية الضرورية الموجهة للرضيع. **(التقرير الرئيسي جامعة الدول العربية، 1994، ص37)**

كما تقرر تقوية نشاطات مكافحة نقص التغذية خاصة وذلك بـ:

- توفير أكياس الأملاح المعدنية .
- تنبيه المهات بالبرنامج الغذائي الموجود في الدفتر الصحي .
- الترويج لفكرة الرضاعة الطبيعية.

فحليب الأم يلعب دورا كبيرا في تغذية الطفل وحمايته من الإصابة بالأمراض " كما أن الرضاعة الطبيعية لدى الأم مفيدة لصحة للأم والطفل والمجتمع ككل. فبالنسبة للمجتمع تعد نوعا من الطب الوقائي، فحليب الأم يجنب 20 % من الأطفال الصغار الدخول إلى المستشفيات، أما بالنسبة لصحة الطفل، فحليب الأم يخفف من الإصابة بالإضطرابات التنفسية وهو وسيلة لمكافحة وفيات الأمهات ويعمل على تحليل الإصابة بخطر النزيف، حتى أن استعمال حليب الأم لمدة ثالث أشهر يخفض 50 % من خطر الإصابة بسرطان الثدي خلال الفترة لسن اليأس. **(قوندي، 2024).**

أما عن استراتيجياته فهي كالآتي:

- توفير المواد الغذائية لمواجهة الأطفال.

- توفير عنصر غذائي لفترة الفطام.
- كما تم استعمال وسائل في هذا البرنامج بإمكانها تحقيق هذه الأهداف والإستراتيجية هي:
- مراقبة البرنامج ضمن الدراسات الطبية.
- إدخال البرنامج في مراكز حماية الأمومة والطفولة. **(التقرير الرئيسي جامعة الدول العربية، 1994، ص 37)**

3-3 برنامج مكافحة أمراض الإسهال:

ويحظى مرض الإسهال بأهمية خاصة عند النظر إلى المستويات الصحية، حيث يعتبر من أهم أسباب الوفاة عند الأطفال، وتكمن خطورة هذا المرض في ضعف وظيفة الأمعاء، " لأن أمعاء الطفل تكون صعبة الهضم للغاية أثناء عملية الهضم أي هشة " أول عامين من الحياة"، يمكن أن يؤدي ذلك إلى الجفاف لدى الطفل، ولكن أيضًا إلى سوء التغذية، حيث يؤثر على الشهية من جهة وقدرة الجسم على امتصاص العناصر الغذائية من جهة أخرى، إلا أن معظم حالات الإسهال إذا تم علاجها تعتبر في البداية خفيفة، وجاء هذا البرنامج للوقاية من أمراض الإسهال وعلاجها، حيث يستهدف الأطفال بشكل أكبر، وقد تم إطلاق البرنامج في عام 1984، وفي هذا العام أنشأت وزارة الصحة خلية للوقاية وعلاج الأمراض المعوية وحالات الإسهال الحاد، ويهدف هذا البرنامج إلى التخفيض الفعال لعدد حالات الأمراض المعوية والإسهال الحاد لدى الرضع، والتخفيض من عدد الوفيات الناجمة عن الإسهال.

(Les programme de Santè Maternelle et Infantile ,2001, P 13)

والهدف من برنامج مكافحة أمراض الإسهال هو تخفيض وتقليص الحالات المعقدة للإسهال التي بدورها تؤدي إلى حالات الوفاة أي بمعنى التكفل الجيد لمثل هذه الحالات ونشر التوعية والتثقيف الصحي بين الأمهات لكي يعملن على الاهتمام بتغذيةّ أطفالهن في هذه الفترة.

3-4 برنامج مكافحة أمراض التنفس:

تعتبر أمراض التنفس من بين الأسباب الأساسية لوفيات الأطفال الرضع في دول العالم الثالث، وتشير منظمة الصحة العالمية إلى أن مشاكل الجهاز التنفسي مسؤولة عن 27% من حالات وفيات الرضع، ويهدف هذا البرنامج إلى:

- تقليص الوفيات الناتجة عن أمراض التنفس ضم الأطفال الأقل من خمس سنوات.

- ضمان التكفل بالأطفال الأقل من خمس سنوات المصابين بأمراض التنفس ومعالجتهم بصفة عادية وكافية.
- تعريف الأمهات بأعراض هذا المرض وتلقينهن كيفية الوقاية منه.

3-5 برنامج مكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة:

يهدف هذا الأخير إلى:

أ- خفض معدلات وفيات الأطفال.

ب- خفض حالات التعرض للمرض ومعدلات الوفيات المبكرة ولتحقيق هذه الأهداف وضعت وزارة الصحة برامج فرعية تعمل على تدعيم وتعزيز وتطبيق البرنامج الأساسية وهي كالتالي:

- التكفل بالمرأة الحامل.
- الولادة في وسط طبي.
- التكفل بالمولود الجديد.
- وضع برنامج للاتصال الاجتماعي على المستوى الوطني والمحلي.

(Les programme de Santè Maternelle et Infantile ,2001, P P 13-14)

ولذلك يعد البرنامج الصحي الذي تديره الدولة أحد الأهداف الصحية الأساسية وأحد اهتمامات وزارة الصحة والسكان، والذي يهدف إلى تقليل وفيات الأطفال بشكل فعال، وشملت هذه التدابير خطة مراقبة وفيات الأطفال لعام 1984، وبما أن عدد وفيات الأطفال في نفس العام كان 90.000 حالة منهم 70.000 حالة وفاة للأطفال الأقل من سنة من العمر، ويعود سبب ذلك إلى وجود سياسة صحية واضحة إزاء هذه الوضعية في ميدان التنظيم الصحي، إلا أنها لم تحقق غاياتها نتيجة لعدم التنسيق والتعاون بين المسؤولين، إضافة إلى نقص وعدم توفير الوسائل والمعدات الأساسية كالمستشفيات والتجهيزات ونقص الإطارات المتخصصة، وعدم وجود ثقافة صحية وتوعية موجهة للمواطنين، لذا سطرت الدولة ابتداء من 30 ماي 1984 برنامجا قامت به وزارة الصحة والسكان كان هدفة الأساسي هو الوصول بمعدل وفيات الأطفال

الرضع إلى مستوى 50 ٪، أي التخفيض في معدل الوفيات إلى النصف دون أن يتجاوز هذه المعدل 80 ٪ عبر ولايات الوطن.

بدأت الدولة في 30 مايو 1984، وتم وضع خطة ستنفذها وزارة الصحة والسكان مع بداية العام، هدفها الأساسي خفض معدل وفيات الأطفال إلى 50% في جميع الولايات في جميع أنحاء البلاد، أي خفض معدل الوفيات إلى النصف دون أن يتجاوز 80 %. **(khaiti, 1990, p44)**

4- البرامج الصحية لتخفيض من معدلات وفيات النفاسية في العالم:

تواجه المرأة في كل مكان خطرا اثناء الولادة، وفي جميع أنحاء العالم، يعاني ما يقارب 15 %من النساء من مضاعفات أثناء الولادة قد تصبح مهددة للحياة إذا لم يتم التصدي لها بسرعة وبشكل مناسب، وفي معظم الحالات يمكن تجنب الوفيات بفضل التشخيص المبكر للمضاعفات خلال الحمل 'زيارات الرعاية السابقة للولادة والمخاض "قياس جهاز المخاض"، عندما تلتمس المرأة الحامل مساعدة الاخصائيين المهرة، ويمكن علاجها في إطار رعاية التوليد في الحالات الطارئة، التي تشتمل تقديم الأدوية والقيام بإخراج الجنين وعمليات الولادة القيصرية أو عمليات نقل الدم على وجه الخصوص.

وبعد غياب هذه الرعاية في العديد من البلدان هذا ما جعله سببا رئيسيا لاستمرار وفاة المرأة والطفل الحديث الولادة بأعداد مرتفعة ارتفاعا غير مقبول، ففي كل يوم يموت أثناء الحمل والولادة ما يقارب 800 امرأة كلهن تقريبا من البلدان النامية.

ويتطلب إنقاذ حياة المرأة والطفل وضع إستراتيجيتين متكاملتين، الأولى هي إستراتيجية منع الحمل العارض عن طريق ضمان تعميم فرص الحصول على وسائل منع الحمل الحديثة، والثانية استراتيجية تكون من خلال تمكين جميع النساء الحوامل من الولادة في مرافق صحية مجهزة تجهيزا جيدا بمساعدة أخصائيين صحيين مهرة بمن فيهم القابلات والممرضات والأطباء المدربين على تقديم خدمات رعاية التوليد في الحالات الطارئة عندما تنشأ مضاعفات لكن في العديد من البلدان الأكثر فقرا في العالم، لا تتاح للمرأة فرص الاستفادة من هذه الرعاية البالغة الأهمية، كما أن احتمال لجوء المرأة الفقيرة في المناطق النائية إلى مركز صحي أو استفادتها من المساعدة الماهرة عندما تنشأ حالة طارئة أثناء الحمل والولادة احتمال ضئيل ولئن أحرزت المناطق النامية ككل تقدما في السنوات الاخيرة في زيادة فرص حصول المرأة على الرعاية الاعتيادية والطارئة لصحة الأم فإنه لا تزال ثمة فوارق كبرى، لاسيما في إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى وجنوب آسيا، وتشير التجربة على أن إحراز تقدم

في التوليد في الحالات الطارئة ورعاية الأطفال حديثي الولادة أمر قابل للتحقيق حتى في الأماكن الأشد فقرا والأوضاع الأشد صعوبة، إن توفر الالتزام السياسي والمالي ولذا تلزم زيادة الاستثمار لإتاحة هذه الخدمات المنقذة للحياة جميع النساء.

وتتطلب رعاية التوليد في الحالات الطارئة موظفين مهرة وبنية تحية ملائمة للرعاية الصحية بما في ذلك الأدوية واللوازم وإتاحة النقل السريع والموثوق به والهدف على المدى الطويل هو جعل جميع الولادات تتم في المرافق الصحية الملائمة، كما هو الحال في جميع البلدان التي تمكنت من الحد بشكل كبير من معدلات الوفيات النفاسية، كما تقوم المجتمعات المحلية بدور حاسم من خلال المساهمة في إدارة المرافق الصحية، وبناء شبكات النقل المحلية في حالات الطوارئ ومراقبة نوعية الرعاية وإحداث حسابات ادخار مشتركة على مستوى المجتمع المحلي. يمكن استخدامها في حالة الطوارئ. **(تقرير الاستجابة العاجلة، 2012، ص ص 1-5)**

وهذا وتوجد برامج لاشتراك الرجل بوصفه شريكا في العلاقات الجنسية الصحية ينفذ الاتحاد الدولي لتنظيم الأسرة برامج لاشتراك في تعزيز الشباب وتعزيز المساواة بين الجنسين من خلال الاعتراف بأن الرجل يمكن أن يعزز الممارسات الجنسية المأمونة ويدعم شريكته في أن تتمتع بالصحة أثناء الحمل وتلد بأمان، وتؤثر هذه البرامج تأثيرا قويا على النتائج المحققة بشأن صحة الأمهات فيمكن للمرأة أن تناقش مع شريكها موضوع الواقي الذكري، وأن توفر حماية أفضل لها وله من حالات الحمل غير المرغوبة والأمراض المنقولة جنسيا وفيروس نقص المناعة البشري.

واصلت منظمة اليونيسيف عام 2003 في تقديم الدعم لوزارات الصحة في افريقيا لإضفاء الطابع المؤسسي على عمليات استعراض الوفيات النفاسية واعتمدت في هذا المضمار خمس طرائق وهي: التسريح الشفوي وإجراء تحقيقات سرية في الوفيات النفاسية وعمليات المراجعة السريرة المبنية على المعايير، عموما أدخلت تحسينات كبيرة على عملية وضع السياسات والمبادئ التوجيهية الوطنية المتعلقة بعمليات استعراض الوفيات النفاسية وخصوصا في أوغندا وجزر القمر وغيرها من الدول الإفريقية وبحلول عام 2000 بلغت نسبة 65 % من البلدان الإفريقية على أنها استعرضت حالات الوفيات النفاسية وحالتها. **(تقرير السنوي لمفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، 2011، ص ص 14-15)**

4-1-المؤتمرات العالمية الخاصة بالأمومة:

أ- المؤتمر العالمي للسكان والتنمية القاهرة 1994:

من إجراءات هذا المؤتمر أنه ينبغي أن تسعى إلى خفض معلات الوفيات الرضع والطفال والأمهات، ويكون ذلك من خلال نظام الرعاية الصحية الأولية (رعاية صحية إنجابية) لجميع الأفراد في السن المناسبة، وذلك في أقرب وقت ممكن وفي موعد لا يتجاوز عام 2015، وينبغي أن تشتمل الرعاية الإنجابية في سياق الرعاية الصحية الأولية على توفير خدمات منها المشورة والمعلومات والتثقيف والاتصال والخدمات فيما يتعلق بتنظيم الأسرة والتثقيف والخدمات في صدد الرعاية قبل الولادة والولادة الامنة والرعاية بعد الولادة وخصوصا الرضاعة الطبيعية والرعاية الصحية للرضع والأمهات، والوقاية والعلاج من العقم والإجهاض بما في ذلك الوقاية من الإجهاض ومعالجة عواقبه وعلاج اخماج المسالك التناسلية والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي والحالات الأخرى للصحة الإنجابية والإعلام والتثقيف وبشأن الحياة الجنسية للبشر والصحة الإنجابية والوالدية المسؤولة، وينبغي دوما إتاحة الإحالة إلى خدمات تنظيم الاسرة والمزيد من التشخيص والمعالجة فيما يتعلق بمضاعفات الحمل والولادة والإجهاض والعقم واخماج المسالك التناسلية وسرطان الثدي وسرطان الجهاز التناسلي والأمراض المنقولة بالاتصال الجنسي، وينبغي التغيير الفعال من الممارسات الضارة، مثل بتر أجزاء من الأعضاء التناسلية للأنثى (ختان الاناث).

ولابد أن تكون برامج الرعاية الصحية الإنجابية مصممة لتلبية إحتياجات النساء، بما في ذلك المراهقات كما يتعين أن تشمل اشراك المرأة في قيادة الخدمات وتخطيطها وصنع القرار فيها وإدارتها وتنفيذها، وتنظيمها وتقييمها، وينبغي أن تتخذ الحكومات والمنظمات الأخرى خطوات إيجابية للإمام المرأة في جميع مستويات نظام الرعاية الصحية. **(تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، 1994، ص 13)**

ب- المؤتمر العالمي للمرأة بكين 1995:

لقد انعقد هذا المؤتمر في بكين بالصين في الفترة من 13 إلى 15 سبتمبر 1995 وذلك تحت شعار "من أجل المساواة والتنمية والسلم"، وهو المؤتمر الرابع الذي يخصص لدراسة أوضاع المرأة ومتابعة العلمية التي بدأت في عام 1985، والتي أعلنتها الجمعية العامة للأمم المتحدة سنة دولية للمرأة. **(فاعور، 2004، ص ص 410-411)**

وجاء في هذا المؤتمر جملة من الإجراءات والآليات التي يتعين اتخاذها ونذكر منها الآتي:

- إعادة تأكيد حق المرأة والفتاة في التمتع بأعلى مستويات من الصحة الجسدية والعقلية يمكن بلوغها وحماية هذا الحق وتعزيزه وإدراجه في التشريعات الوطنية على سبيل المثال واستعراض التشريعات القائمة بما فيها التشريعات الصحية فضلا عن السياسات حيثما يلزم لجعلها تعكس الالتزام إزاء صحة المرأة وضمان استجابتها للمرأة حيثما وجدت من ادوار ومسؤوليات متغيرة.
- القيام بالتعاون مع المنظمات النسائية ومنظمات المجتمعات المحلية بتصميم وتنفيذ برامج صحية تراعي نوع الجنس وتشمل خدمات صحية لا مركزية بحيث تلبي احتياجات المرأة في جميع مراحل حياتها، وتأخذ في الاعتبار أدوارها ومسؤولياتها المتعددة وما يتطلبه أداؤها من وقت والاحتياجات الخاصة بالنساء الريفيات والمعوقات وتنوع احتياجات المرأة الناشئة عن الاختلافات في السن والفوارق الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.
- تمكين المرأة طيلة دورة الحياة من الاستفادة من نظم الضمان الاجتماعي على قدم المساواة مع الرجل.
- توفير المزيد من خدمات الرعاية الصحية الأولية المتاحة وذات النوعية الجيدة والزهيدة الثمن بما في ذلك الرعاية في مجال الصحة الجنسية والإنجابية التي تتضمن الخدمات والمعلومات المتعلقة بتنظيم الأسرة مع إيلاء اهتمام خاص لرعاية الأمومة والرعاية في حالة التوليد الطارئ على النمو المتفق عليه في برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية وصياغة سياسات خاصة وتصميم البرامج ومن التشريعات اللازمة بغية تخفيف الأخطار البيئية والمهنية المرتبطة بالعمل داخل البيت وفي أماكن العمل وغيرها والقضاء على تلك الأخطار مع إيلاء الاهتمام بالحوامل.
- دعم المنظمات غير الحكومية العاملة في مجال صحة المرأة والمساعدة على إنشاء الشبكات الرامية إلى تحسين التنسيق والتعاون بين جميع القطاعات التي تؤثر في الصحة.
- ترشيد شراء العقاقير وضمان وجود إمداد موثوق ومستمر من اللوازم والمعدات الصيدلانية ووسائل منع الحمل ذات النوعية الرفيعة وغيرها من اللوازم والمعدات، مع الاسترشاد بالقائمة النموذجية للأدوية الأساسية التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، وكفالة أن تكون العقاقير والوسائل مأمونة وذلك من خلال المعطيات التنظيمية للموافقة على العقاقير.

- إيلاء اهتمام خاص لاحتياجات البنات ولا سيما التشجيع على السلوك الصحي بما في ذلك الأنشطة البدنية، واتخاذ تدابير محددة لسد الفجوات بين الجنسين فيما يتعلق بمعدلات الاعتلال والوفاة حيث البنات أقل حظا مع تحقيق الأهداف المتفق عليها دوليا والمتمثلة في تخفيض معدلات الرضع والأطفال، وعلى وجه التحديد تحقيق انخفاض بحلول عام 2000 في معدلات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة بمقدار ثلث مستواها في عام 1990 أو بنسبة تتراوح بين 50 و70 في الألف من المواليد الأحياء أيهما أدنى تحقيق إنخفاض بحلول عام 2050 في معدل وفيات الرضع إلى ما دون 35 % لكل 1000 مولود حي وإلى ما دون 45 لكل الف بالنسبة إلى الأطفال دون سن الخامسة. **(تقرير المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة، 1996 ، ص ص 46-49).**

ج- المؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة والسكان في مصر عام 2006:

نجد في هذا المؤتمر مجموعة من المسوحات العربية لصحة الاسرة التي أجريت في 7 دول عربية، ومن هذه الدول لدينا: سوريا تونس الجزائر اليمن جيبوتي المغرب ولبنان، إذ يتواصل العمل في السودان والصومال وفلسطين وموريتانيا، وتم نشر نتائجها على أوسع نطاق، ونظم قطاع الشؤون الاجتماعية وحدة المشروع العربي وتحت شعار" صحة الأسرة العربية بين الواقع والتحديات" فقد تضمنت فعاليته أكثر من خمسين دراسة تحليلية معمقة ومقارنة بين الدول التي أنجز فيها المسح تناولت قضايا الصحة العامة والصحة الإنجابية والنوع الاجتماعي والطفولة والشباب وكبار السن وتحديات العولمة وانعكاساتها على بنية الأسرة العربية.

ولقد شارك في إعداد هذه الدراسات عدد من الخبراء العرب المتخصصين في هذه المجالات. ومن بين هذه الدراسات نذكر:

- **الدراسة الأولى** تحت عنوان " الرعاية الصحية للنساء بعمر الإنجاب خلال فترة الحمل والولادة" صاحبة هذه الدراسة مريانا الخياط الصبوري، وكان موضوع هذه الدراسة " رعاية الصحة الإنجابية والجنسية صحة الأمهات وخفض معدلات الوفيات بينهن " وتحتل هذه الدراسة حيزا واسعا من اهتمامات الجهات الدولية والحكومية والأهلية تحقيقا للأهداف الإنمائية للألفية.

ومن النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة التحسين في الأوضاع المتعلقة بالصحة الإنجابية في لبنان لا سيما على صعيد رعاية الأمومة أثناء الحمل وعند الولادة وبعد الولادة، حيث تأثرت إيجابا نتيجة لارتفاع مستوى الخدمات الصحية المتاحة وإمكانية الاستفادة منها، وذلك بفضل الجهود التي تبذل في هذا المجال من خلال تنفيذ البرامج والمشاريع التي تعمل على توفير الخدمات الطبية والصحية من جهة وخدمات التثقيف والإعلام والتوجيه من جهة أخرى، وضمان استمراريتها، حيث حافظت نسبة اللواتي تابعن الحمل لدى مصادر طبية متنوعة على مستواها المرتفع مع صحة الأم والطفل الذي نفذ في لبنان سنة 1996.

- **الدراسة الثانية** المقارنة بعنوان" بعض جوانب صحة الأم والطفل في دول مجلس التعاون الخليجي" إشراف محمود فرج، نادية فهمي، تناقش هذه الدراسة بعض جوانب صحة الأم والطفل في دول مجلس التعاون الخليجي التي تعكسها المؤشرات ذات العلاقة وتحليلها بهدف التعرف على أوجه التشابه والاختلاف بين دول المجلس في المجالات محل الاهتمام.

توصلت هذه الدراسة إلى جملة من النتائج والتوصيات نذكر منها أن الرعاية الصحية أثناء الحمل حققت درجات عالية من الشيوع في كل دول المنطقة تقريبا، وكذلك الرعاية أثناء الولادة، نجدها كلها علامات إيجابية نحو شمول أوجه الرعاية في مجال الأمومة الآمنة وتحسب لحكومات هذه الدول.

- **الدراسة الثالثة معنونة** بـ"رعاية صحة الأمومة في الجزائر ما بين القطاع العام والخاص" من إشراف آسيا شريف، تهدف هذه الدراسة إلى الاجابة على الاسئلة التالية في مجال صحة الأمومة وأثرها على صحة الأسرة والمجتمع فأين نحن اليوم في مجال رعاية صحة الأمومة؟ وكذا الخدمات الصحية المقدمة للنساء؟ وما هي العوامل المؤثرة على مدى استخدام النساء الرعاية الصحية أثناء الحمل وما بعده؟ ومدى إقبالهن واختيارهن نوع المؤسسة الصحية؟ وسبب اختيارهن لتلك المؤسسة؟ ما هي جهود الدولة في مجال صحة الأمومة؟

ومن بين الاقتراحات والتوصيات التي خرجت بها آسيا شريف في هذه الدراسة هي الاهتمام بصحة المرأة منذ الولادة وفي جميع مراحل حياتها (طفلة فتاة زوجة أم) لينعكس ذلك بشكل إيجابي على وضعها الصحي وخاصة الحالة الصحية للأسرة والمجتمع على حد سواء.

- إعطاء العناية اللازمة لتثقيف النساء صحيا وتطوير البرامج الخاصة بالتثقيف الصحي وتشجيع وسائل الاعلام على القيام بدورها في مجال التوعية والتثقيف والصحة الإنجابية.
- محاولة تحسين ظروف النساء الحوامل الذين يعيشون في ظروف صعبة وذلك من خلال تغطية كافة الخدمات الصحية، وتحقيق كل احتياجاتهن غير الملباة وعلى أثرها تكون الانطلاقة بمبدأ الحوامل أولا، وأيضا الاهتمام بمجال إقبال النساء على الفحص قبل الزواج وكذا التحصين ضد التيتانوس أثناء حياتهن الإنجابية.
- تطوير خدمات صحة الأمومة والارتقاء بها وذلك من حيث المكان الذي تتلقى فيه تلك الخدمات بما فيها نظافة المكان والوقت المستغرق أثناء عملية الفحص وبالإضافة إلى حسن الاستقبال والمعاملة الحسنة خاصة في المنشأة الصحية العمومية.
- تدريب الأطباء المختصين والقابلات والممرضات على ضرورة التركيز في تثقيف الحوامل صحيا وتدريبهم على طريقة الإصغاء وعدم النظر إليهن كالحالات إكلينيكية بحته بل الذهاب إلى أبعد من ذلك.
- الربط بين صحة الامومة وبرامج محو الأمية لتحسين وتلبية إحتياجات النساء الحوامل خصوصا في الريف.
- إدماج التربية الصحية أو التثقيف الصحي في مجال الصحة الإنجابية في برامج جميع أطوار التعليم.
- إدماج الأزواج في برامج وإستراتيجيات الصحة الإنجابية، وحثهم على تحمل مسؤولياتهم من جانب الصحة الإنجابية، ومشاركة المرأة في اجتياز الحمل والولادة والنفاس بدون مخاطر.
- تكوين دليل صحة المرأة ويتم تحديثه كلما تطلب الأمر ذلك، وتتولى هذه المهمة كل الهيئات التي تهتم بقضايا المرأة.

- **الدراسة الرابعة بعنوان**" قضايا الصحة الإنجابية في المنطقة العربية تركيزا على الأمراض المتعلقة بصحة الأم أثناء الحمل والولادة، من إعداد المعتز بالله موسى، تناولت هذه الورقة

البحثية قضايا الصحة الإنجابية في المنطقة العربية التي تبدأ من مرحلة الطفولة مرورا بمرحلة المراهقة ثم مرحلة الإنجاب، يليها الحمل والولادة، وتجسد ذلك من واقع ملموس في المنطقة العربية.

توصلت هذه الدراسة إلى توصيات وذلك في قضايا مرحلة الإنجاب في الصحة الإنجابية فهناك إستراتيجيات لازمة طبقت في بعض الدول العربية ودول أخرى في حاجة إليها، وذلك لاكتشاف وعلاج المشاكل المتعلقة بصحة الأم أثناء الحمل والولادة وذلك لخفض نسبة وفيات الأمهات أضف إلى ذلك دعم المنشآت الصحية لتوفير الرعاية ذات الجودة العالية، وزيادة الوعي والمعرفة لدى المرأة والأسرة والمجتمع لتغيير السلوكيات الصحية الخاطئة. **(جامعة الدول العربية، 2006، ص ص 38-58).**

خلاصة الفصل:

تعتبر السياسة الصحية بعدا هاما من أبعاد السياسات الاجتماعية، حيث لقيت اهتماما واسعا من قبل الباحثين وصناع القرار في مجال السياسات العمومية، وذلك نظرا لأهميتها البالغة في إطار التنمية المستدامة والشاملة، حيث لا يستقيم نشاط أفراد المجتمع من دونها، وتهدف أساسا إلى زيادة كفاءة وفعالية النظام الصحي وتحسين صحة الأفراد وإتاحة الرعاية الصحية المتكاملة والشاملة بأعلى مستوى من الجودة والتقلص من نسبة الوفيات، وفك الضغط على المراكز الإستشفائية والحد من المرض وإدماج الأفراد من جديد في حالة السلامة الصحية المتكاملة ليؤدوا دورهم بفعالية داخل محيطهم الاجتماعي. **(كرمين، 2021)**

وإدراكا للأهمية البالغة التي تمثلها صحة الأمهات، وتجسيدا لالتزاماتها الدولية، بذلت الجزائر ولازالت تبذل جهود كبيرة في مجال رعاية الأمومة والطفولة، وحرصت منذ توقيعها على إعلان الألفية على وضع سياسات وبرامج متطورة للنهوض بصحة الأم والطفل، وجعلت خفض وفيات الأمهات والأطفال والنهوض بصحتهم على رأس أولوياتها الصحية. **(معاش، 2020)**

الفصل الثالث

الصحة الانجابية للمرأة في المجتمع الجزائري

تمهيد

أولا: الصحة الإنجابية

1- نشأة الصحة الإنجابية

2- عناصر الصحة الإنجابية

3- أهداف الصحة الإنجابية

4- العوامل المؤثرة في الصحة الإنجابية

ثانيا: الرعاية الصحية للأمومة والطفولة

1- ماهية الرعاية الصحية.

2- الرعاية الصحية المقدمة للأمومة.

3- الرعاية الصحية المقدمة لطفولة.

ثالثا: خدمات الصحة الإنجابية

1- تعريف الخدمات الصحية.

2- خصائص الخدمات الصحية.

3- العوامل المؤثرة في الخدمات الصحية

4- تطور خدمات الصحية في الجزائر

5- مشاريع تطوير الرعاية الصحية في الجزائر

6- الإقتراحات والتوصيات لتعزيز الصحة الإنجابية

خلاصة الفصل الثالث

تمهيد:

إن الرعاية الصحية للمرأة أثناء الحمل والولادة تساعد في تشخيص مشاكل الحمل والمشكلات ذات الصلة التي قد تنشأ قبل الولادة وأثناءها وبعدها، وبالتالي يمكن تحديد حالات الحمل التي تتطلب رعاية خاصة أو مراقبة طبية دائمة، ولذلك يمكن ضمان المتابعة الجيدة لنمو الجنين وتجنب وفيات الأمهات والمواليد. وعليه نسعى من خلال هذا الفصل دراسة الصحة الإنجابية، والرعاية المقدمة للأم والطفل وخدمات الصحة الإنجابية وخصائصها، والعوامل المؤثرة فيها وأهم مشاريع تطوير الرعاية الصحية في الجزائر.

أولا: الصحة الإنجابية.

إن البرنامج الصحي الموجه للأم والطفل يمثل الإطار الأساسي الذي يضمن توفير الرعاية الصحية لهذه الفئة ويحدد كيفياتها، والصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر واحدة من أحد المكاسب التي حققها النظام الصحي الذي انتقل من خدمات مقدمة للأم والطفل إلى الصحة الإنجابية.

1. نشأة الصحة الإنجابية:

لم يكن مفهوم الصحة الإنجابية معروفا في السابق كما هو الآن، ولكنه كان متواجدا بشكل ضمني في سياق المؤتمرات التي عقدت قبل مؤتمر التنمية والسكان عام 1994 والذي ظهر فيه مفهوم الصحة الإنجابية بشكله المعروف اليوم. فلو تتبعنا المؤتمرات والاتفاقيات التي عقدت نجد أن المفهوم الأول بدأ في عام 1948 بالإعلان العالمي لحقوق الإنسان، والذي جعل من موضوع الأسرة قضية عالمية (الإعلان العالمي لحقوق الإنسان المؤرخ في 1948/12/10). كما نجد المفهوم الأولي للصحة الإنجابية متمثلا ببرامج تنظيم الأسرة، إلا أن المفهوم الحالي لها أصبح يهتم بالمشاكل الصحية المرتبطة بالإنجاب، العناية الفردية المتأنية بصحة المرأة والعناية ببعض الفئات التي لم تتلقى عناية وخدمات سابقا مثل المراهقين. كما شمل المفهوم مشاكل المرأة الصحية خلال فترة حياتها كاملة وليس فقط فترة الإنجاب، وإهتم بالمشورة كجزء هام في خدمات الصحة الإنجابية، والاهتمام بتحسين نوعية الخدمات في كل مجالات الصحة. **(دردیش والعفریت، 2016)**

2. عناصر الصحة الإنجابية: تتلخص مكونات أو عناصر الصحة الإنجابية في النقاط التالية:

- توفير خدمات صحية جيدة للأمومة السليمة والتي تشمل رعاية الأم أثناء الحمل والولادة والنفاس (الأمومة الآمنة، الإجهاض، الرضاعة الطبيعية، التغذية).
- توفير خدمات تنظيم الأسرة مبنية على احتياجات المجتمع بحيث يتوفر كافة الخيارات المتعلقة بموانع الحمل للمستفيدات مع تقديم الاستشارات المبدئية اللازمة.
- الوقاية من إصابات الجهاز التناسلي ومعالجتها بما في ذلك الأمراض التي تنتقل بالاتصال الجنسي ولاسيما نقص المناعة المكتسبة (الإيدز).
- الكشف المبكر والإحالة والتدبير للأمراض ذات العلاقة بالإنجاب كالسرطانات التي تصيب المرأة مثل سرطانات الثدي وسرطان عنق الرحم.
- الفحص الطبي قبل الزواج.
- الوقاية والمعالجة من أمراض ما بعد سن الإنجاب.
- صحة المراهقين.
- المشورة والتثقيف والإعلام لكافة خدمات الصحة الإنجابية. **(البغدادي، 2008)**

3. أهداف الصحة الإنجابية:

تهدف الصحة الإنجابية إلى تحقيق ما يلي:

- خفض وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمومة الناتجة عن الحمل والولادة.
- رفع نسبة الولادات التي على أيدي مدربة لإنجاب مولود سليم يتمتع بصحة جيدة.
- تحسين الاستفادة من الرعاية الصحية الإنجابية ومكافحة الأمراض الجنسية المعدية وخفض معدلات المرض لدى النساء في سن الإنجاب.
- ممارسة العلاقة الجنسية بين الزوجين بأمان ومسؤولية.
- إتاحة وسائل تنظيم الأسرة لكل من يرغب فيها ويفضل الطرق المناسبة.
- رفع مستوى التغطية الخاصة بالرعاية الصحية للحوامل وتنظيم الأسرة في المراكز الصحية.
- الوقاية من الإجهاض والعقم عند الزوجين.

- توفير الخدمات الأساسية والرعاية الطبية قبل وأثناء الحمل والولادة وبعدها بحيث تصبح شاملة وسهلة المنال.
- تطوير قدرات وتنمية مهارات جميع العاملين في مجال تقديم خدمات الصحة الإنجابية.
- توصيل المعلومات وخدمات الصحة الإنجابية ذات الجودة إلى الفئات المحرومة في المناطق النائية خاصة للمراهقين والشباب.
- ضمان حق المرأة في التمتع بأعلى مستويات الصحة طيلة حياتها مثلها مثل الرجل وتجنب الأمراض التي تضر بالصحة الإنجابية.

توفير المعلومات والخدمات المتعلقة بالوقاية من الأمراض المنتقلة جنسيا بما فيروس نقص المناعة البشرية (الإيدز).

- الوقاية من الأمراض الوراثية والتشوهات الخلقية.
- نشر وتقوية خدمات التوعية والتثقيف الصحي في المرافق الصحية. **(دردیش والعفریت، 2016)**

4. العوامل المؤثرة على انخفاض الخصوبة في الجزائر: رغم الزيادة السكانية المعتبرة والملحوظة في السنوات الأخيرة يمكننا إيراد عدد من العوامل التي قد تكن سببا في انخفاض الخصوبة نذكر منها:

- عمل المرأة:

تخرج المرأة للعمل إما للمساهمة في الرفع من ميزانية الأسرة ورفاهيتها وإما لإثبات ذاتها نتيجة حصولها على المستوى علمي يؤهلها لذلك، وتتعرض المجتمعات العربية إلى تغيرات عديدة تنعكس بدورها على الطفل ونموه السليم، ومن هذه التغيرات خروج المرأة للعمل فتعلم المرأة ونيلها للعديد من حقوقها وتوافر الآلات المنزلية المختلفة ساعد في خروجها للعمل وساهم إلى حد كبير في تحررها الاقتصادي وقلص من سيطرة الرجل على أسلوب حياتها وحسب الدراسة التي قامت بها علياء شكري حول المرأة في الريف والحضر دراسة لحياتها في العمل والأسرة توصلت إلى أن العمل خارج المنزل يؤثر بالسلب على رعاية الأطفال وهذا السبب انشغال الأم عن بيتها. **(شكري، 1988، ص 02)**

- طبيعة وحجم الأسرة:

إن إعداد أفراد الأسرة له تأثير واضح وكبير على الاهتمام بصحة الأسرة وعلى سرعة اللجوء إلى الخدمات الصحية وعلى طبيعة ونوعية هذه الخدمات المتوخاة وبذلك فهي تؤثر على مدى انتشار الأمراض كما أنه لطبيعة الأسرة النووية الممتدة الأثر واضح على عملية اختيار نوع الخدمات الصحية وعلى الإقبال على خدمات الصحة العامة المجانية أو شبه المجانية الحكومية أو الإقبال على خدمات الصحة الخاصة غير مجانية المدفوعة الأجر.

- ثقافة الأسرة:

إن ثقافة الأسرة عامل هام في الإقبال على إتباع القواعد الصحية الضرورية للوقاية من المرض وبالتالي مع إنتشار الأمراض فالوقاية خير من العلاج، كذلك فإن للثقافة دور بارز في زيادة الإقبال على الخدمات الصحية الرسمية والابتعاد عن الطب الشعبي، **(مزاهرة والضفدي، ومحمدي، 2003، ص 128)** تؤدي الثقافة دور مهما في المجال الصحي من حيث أنها تحدد بصورة جزئية الطريقة التي يدرك بها، الناس بيئتهم ونوع الحياة التي يعيشونها. **(عبد الحي وحسن، 2003، ص 03)**

- الدخل:

لمستوى الدخل تأثير مهم وفريد على مستوى خصوبة السكان، وتتجلى أهمية دوره من خلال تأثيراته المختلفة، فبعض المراحل تكون إيجابية وبعضها تكون سلبية. يمكن القول أن تأثير مستوى الدخل على الخصوبة هو تأثير مباشر أو تأثير غير مباشر، فالتأثير المباشر إيجابي والتأثير غير المباشر سلبي، لأن التأثير الإيجابي لمستويات الدخل المرتفعة على الخصوبة تبرز أهميته من خلال تحسين الوضع الاقتصادي للأسرة. والظروف المعيشية، مما يؤدي إلى زيادة خصوبة الأسرة ومعدلات الخصوبة. من المؤكد أن الظروف الاقتصادية الجيدة تسمح للعائلات بتربية أعداد كبيرة من الأطفال ويظهر التأثير السلبي للدخل على الخصوبة من خلال التغيرات الجذرية التي طرأت على أنماط حياة الأسر الغنية والفقيرة على حد سواء، وهذا يمكن أن يؤثر سلبا على حجم الأسرة. **(استرلين، 1985، ص 161)**

- المستوى التعليمي:

يلعب المستوى التعليمي هو الآخر دورا مهما في الاهتمام بالصحة كما يعتبر العامل الأساسي الذي يرجع إليه التغير الشامل في المجتمع الجزائري من خلال السياسة التعليمية التي قامت منذ البداية على ديمقراطية التعلم ومجانيته، وذلك للقضاء على الأمية أو التقليل منها في أوساط الشعب وذلك نظرا لنسبة الكبيرة للأمية التي كانت تقدر بـ 76.60% بالنسبة لمجموع السكان التي تزيد أعمارهم من عشرة سنوات والتي كانت تشهد ارتفاعا عند النساء مقارنة بالرجال وذلك بنسبة 85.40 مقابل نسبة 62.30% على التوالي سنة 1966، وفي هذا السياق ونتيجة السياسة المتبعة في هذا المجال فإن نسبة الأمية وخاصة لدى الإناث عرفت انخفاضا محسوسا حيث انخفضت نسبة الأمية للإناث لأكثر من 10 سنوات من 74.3 % سنة 1977 لتقدر سنة 1987 بـ 56.66% وواصلت في الانخفاض لتقدر بـ40.27% سنة 1998. **(تقرير اللجنة الوطنية للسكان، 2001، ص 53)**

- استعمال المكثف لوسائل منع الحمل:

يعتبر استعمال وسائل منع الحمل أحد العوامل الأساسية التي تساعد على انخفاض الخصوبة حيث شهد هذا العامل تطورا ملحوظا ومحسوسا حيث انتقل معدل استعمال وسائل منع الحمل من قبل النساء المتزوجات في سن الإنجاب من 8% حسب معطيات مسح الخصوبة 1970 إلى 35.5% حسب المسح الوطني الخاص بالخصوبة سنة 1986 ثم ارتفع هذا المعدل حسب المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992 إلى 50.8% ليرتفع بدوره 56.9% سنة 1995. **(تقرير ميثاق الصحة، 1998، ص 329)**

كما تعتبر نسبة استعمال وسائل منع الحمل أكثر انتشارا في الشمال مقارنة بالجنوب حيث تقدر بـ 63 % في الغرب و56.2% في الشرق و56.1 % في الوسط مقابل 48.2% في الجنوب تمتلك الوسائل الحديثة في استعمال موانع الحمل الحصة الأكبر من الإجمالي إذ يقدر 86.8 % وتجدر الإشارة أنه مهما كانت منطقة الإقامة فإن الوسائل الحديثة هي الأكثر استعمالا 88.5 % في الريف مقابل 85.2 % في الحضر. **(التقرير الوطني للسكان والتنمية في الجزائر، 1998، ص30)**

- الرضاعة الطبيعية:

تعتبر الرضاعة من بين المحددات الخصوبة إذ تؤخر من عملية التبويض، إذا فهي وسيلة من وسائل منع الحمل، وكذا التباعد بين الولادات حيث تشير بيانات المسح الوطني لحماية الأم والطفل سنة 1992 أن حوالي 60 % من الأطفال بدؤوا الرضاعة الطبيعية خلال الساعات الأولى من الولادة و36% من اللواتي لم ترضعن من الثدي تعود إلى عدم كفاية اللبن. **(التقرير الرئيسي جامعة الدول العربية، 1994، ص 414)**

وعليه فإن الرضاعة الطبيعية لها أهمية كبيرة ليس فقط للجنين بل حتى للمرضعة، حيث نجدها تساعد الأم بعد الولادة على تقليص الرحم والحد من النزيف وتقوية العلاقة بين الأم وطفلها، كذلك تساعد الرضاعة الطبيعية على الاستفادة من الأنسجة الدهنية، وبالتالي العودة إلى وزن ما قبل الحمل وتوفر كذلك الحماية وتقلل من خطر الإصابة بسرطان الثدي وسرطان المبيض في المستقبل وتقلل أيضا من الاصابة بأمراض القلب والأوعية، ونجد أن للعامل النفسي دور هام ينعكس على حياة الأم المرضعة، حيث يعمل على تحفيز الأم في اعطاء طفلها الرعاية.

أما عن الجنين تعتبر الرضاعة الطبيعية لديه غذاء كاملا (بروتينات، فيتامينات، مواد الدسمة سكريات، الماء والأملاح المعدنية، والمضادات الحيوية)، كما يحميه من الالتهابات الأذن والأمراض ويكسبه مناعة جسمية، كما يساعد حليب الأم على منع إصابته بأي مشاكل سلوكية أو صعوبات في التعلم، وتساهم هذه الأخيرة في خلق علاقة حميمية قوية بين الأم والطفل وإشعاره بالحنان والدفء (يجعل منه شخصية متزنة)، وتقتصد الرضاعة الطبيعية ماديا، إضافة إلى ذلك تمنع من حدوث حمل آخر خلال هذه الفترة.

- تدهور الحالة الصحية للمرأة:

من أجل تفادي المضاعفات الصحية للمرأة عامة والمرأة الحامل خاصة لابد من القيام بفحوصات طبية قبل وبعد الزواج، وذلك لأن إجراء فحص طبي كامل قبل الزواج يمكن من إظهار الأمراض الوراثية والإصابات، كما يجب أن يتم الوضع في عيادات التوليد لتفادي المضاعفات والوفيات وينبغي إجراء فحص مهبلي للمرأة الحامل خلال أشهر الحمل لإعطاء فكرة عن نوع الولادة كتقديم سعة الحوض وتجويفه مستوى تزول رأس الجنين داخل الحوض اختفاء قناة عنق الرحم سلامة

غشاء الأمنيون ليونة عضلات قاع الحوض، وذلك كله من أجل إعطاء صورة طبيعية لعملية الولادة وضرورة توعية الأم الحامل بعدم تعاطي بعض الأدوية والعقاقير إلا باستشارة أخصائي أمراض النساء وعدم تدخين الأم أو زوجها، وتواجدهما في نفس المكان له انعكاسات على صحة الأم والجنين زيادة احتمال الإجهاض فقدان الشهية إمكانية التعرض لحالات التسمم الحملي، ارتفاع ضغط الدم، زيادة الإصابة بالتشوهات الخلقية للجنين، أما بالنسبة للصحة النفسية وأثرها على صحة الحامل والطفل حيث تعتبر ذات أهمية بالغة لصحة الأم والطفل خلال فترة الحمل إذ تعيش المرأة نفسية غير طبيعية فلا بد أن تقوم ببعض الإجراءات كما ينبغي عليها زيارة طبيب النساء للتقليل من القلق وتهيئة نفسيتها للوضع إضافة إلى استشارة القابلة حول مشاكل الولادة، أيضا لا بد من توفير التكفل الأسري والعائلي خاصة من طرف الزوج وضرورة الابتعاد عن المشاكل العائلية وعدم الخوف من العملية القيصرية وإعطاء الرعاية والحنان للطفل وإرضاعه وعدم إهماله. **(العزة، 2004، ص 248)**

ثانيا: الرعاية الصحية للأمومة والطفولة

1. ماهية الرعاية الصحية

1-1 تعريف الرعاية الصحية:

هي عبارة عن الجهود والخدمات والبرامج التي تستهدف رفع المستوى الصحي للمواطنين وتتضمن هذه الجهود توفير خدمات الرعاية الصحية والوقائية، ويشمل ذلك نشر التثقيف الصحي بين المواطنين، وتوفير خدمات رعاية الامومة والطفولة والتطعيم ضد الأمراض المختلفة. **(فهمي، 1998، 38)**

فهي تشمل أنظمة رعاية المريض الرعاية الطبية وإعادة التأهيل الاجتماعي حيث تركز على جودة الحياة بصفة عامة. **(مريزق، 2007-2008، ص35)**

بالإضافة إلى أنها تشير إلى الانشطة التي صممت موضع التنفيذ للعلاج والوقاية والكشف عن الاعتلال الجسدي أو العقلي وتدعيم الرفاهية البدنية والاجتماعية والنفسية للسكان. **(رحامنية، 2015-2016، ص 10)**

ويشير مفهوم الرعاية الصحية إلى كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد، وبالتالي تضمن الرعاية كل الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة والوقاية من المرض. **(شوشان وبلخيري، وقاسمي، 2020)**

1-2 أساليب وأسس الرعاية الصحية: لكي تحقق الرعاية الصحية أهدافها لا بد لها من أن تستعين بجملة من الوسائل والأساليب المتنوعة وتوزع جهودها في نواحي متعددة من نواحي الحياة ومن هذه الوسائل إثارة المواطنين وتعريفهم بالأمراض وأعراضها وخصوصا في وقت انتشارها وتزويدهم بالمعرفة عن كيفية الوقاية منها وأيسر الطرق لعلاجها، كما ينبغي تعريف المواطنين والعيادات التي تقدم لهم الفرص العلاجية ووسائل المسؤولين في هذا السبيل:

- الدعاية بكافة أنواعها بالإضافة إلى المنشورات والمحاضرات ويقوم بهذه المهنة قسم الصحة الاجتماعية والتثقيف الصحي.

- توفير المؤسسات الطبية المختلفة وتوفير العدد الكافي من المسؤولين عن الرعاية الصحية وتدريب الموظفين والعمل على رفع المهن التمريضية.

- رفع مستوى الطبقات الفقيرة وإرشادها إلى الطرق الصحيحة للتغذية والعمل على توفير المواد اللازمة للوقاية والنمو.

- تدعيم النظم الصحية الجديدة كفحص الراغبين في الزواج.

- ربط العمل الصحي بالنواحي الدينية، حيث تعتبر الدوافع الدينية من الدوافع القوية عند الإنسان. **(السيد والصديقي، 2004، ص 21)**

1 -3 مبادئ وأبعاد الرعاية الصحية:

أ- مبادئ الرعاية الصحية:

من خلال المضامين النظرية التي تناولت مفهوم الرعاية الصحية خاصة في جانب محاولة اعطاء تعريف للرعاية الصحية والتي قد أجمعت بكونها مؤسسة وفق مجموعة من المبادئ الأساسية نوجزها فيما يلي:

- العدالة في توزيع الخدمات:

من خلال التغطية الشاملة لكل الأفراد من فرصة الحصول على خدمات الرعاية الصحية حسب احتياجاتهم، وبغض النظر عن سداد تكلفتها وبمعنى آخر مراعاة المساواة والتوزيع العادل والمنصف في تقديم الخدمات الملائمة بدون النظر إلى الجنس أو الطبقة الجغرافية، أو المستوى الاقتصادي والاجتماعي وهذا ما لمسناه في إحدى التقارير الصحية لعام لسنة 2002 بعنوان " الصحة في فرنسا 2002 " بحيث يظهر لنا جليا مبدأ اللامساواة في تقديم الخدمات الصحية، وذلك بناء على مجموعة من المؤشرات الخاصة، منها تحديد الوفيات معدل الحياة، اللامساواة في الصحة، فبالنسبة لمتغير الجنس بلغ معدل الحياة للمرأة بـ 82.7 والرجل 75.2، أما متغير الطبقة الاجتماعية حيث سجلت مستويات معينة من الوفيات المبكرة للعمال والتي قدرت بثلاث أضعاف وفيات الطبقة المهنية ذات الأعمال الحرة.

وفيما يخص متغير المنطقة الجغرافية وذلك من خلال تحديد فارق العمر في الحياة للأماكن المختلفة من حيث البيئة الجغرافية. **(محمداتني، 2012-2023، ص 69)**

- التعاون بين القطاعات:

وذلك بمساهمة القطاعات ذات العلاقة بالقطاع الصحي، والتي تهدف إلى الارتقاء بصحة المجتمعات، علما ان المؤسسات الاستشفائية والصحية لا يمكن أن تحقق أهدافها، وتساهم بشكل فعال في مستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية إلا بتساندها الوظيفي بالقطاعات الفاعلة في الحق المجتمعي، خاصة تلك المؤسسات التي لها علاقة وطيدة وارتباطية بمجال تقديم الخدمات الصحية خاصة خدمات مؤسسة الضمان الاجتماعي، وذلك عن طريق جملة الخدمات التي تسهل للمستفيدين من برامج الرعاية الصحية الوصول إليها والاستفادة منها بصورة خاصة، فنظام التأمين والضمان الاجتماعي يعتبر أحد السياسات والإستراتيجيات التي قامت بموجبها نظم الرعاية الصحية.

- مشاركة المجتمع:

من خلال المشاركة في رسم السياسات الصحية وتنفيذها وتعزيز صحة أفرادها، بحيث تظهر مشاركة المجتمع في النشاطات الرعاية الصحية الخاصة، لكل الفئات الاجتماعية مع ضرورة التزام الأفراد والأسر مسؤولية صحتهم ورفاهيتهم من منطلق الرعاية الصحية الذاتية والشخصية، وبصرف النظر عن مسؤولية المجتمعات عن صحة شعوبها وعن ضرورة توفيرها، وعليه لا نكتفي بهذا فقط، بل

لابد من المشاركة الفاعلة والنشطة والديناميكية بدل المشاركة الصورية التي تتطلب مسايرة مراحل التخطيط والتنفيذ والمتابعة والتقييم. **(الأحمدي وعثمان، 2004، ص 37)**

ب- ابعاد الرعاية الصحية: من أبعاد الرعاية الصحية نذكر:

- الكفاية الكمية:

أي توفير الخدمات الصحية بحجم وعدد كاف يتناسب وعدد السكان " عدد كاف من الأطباء وطاقمهم التمريضي، مراكز ومؤسسات طبية لتوفير الخدمة 24 ساعة وتوفير أساليب ووسائل التثقيف الصحية، ذلك من خلال كم الخدمات ووضع نظم مالية وإدارية تكفل للفرد الحصول على هذه الخدمات وتيسر له الحصول عليها".

- الكفاية النوعية:

توفير ظروف رفيعة المستوى وتأطير عال للكوادر الطبية 'معدات وتقنيات حديثة'، وكذا رفع كفاءة وحسن تدريب الفرق الطبية، إضافة إلى تقديم حوافر ومساعدات مالية إدارية لجميع العاملين وإدماج الخدمات العلاجية والوقائية لأن هذه الخدمات لها كيان واحد وغرض واحد وهو سلامة الفرد. **(زيادة، 2012، ص 92)**

4-1 مستويات الرعاية الصحية:

إن الحصول على الرعاية الصحية المناسبة يتطلب تجميع الطاقات المتاحة والعمل ضمن إطار منظومي بدلا من الجهود المتفرقة، ووضع إستراتيجيات مستقبلية، نأخذ بعين الاعتبار النمو السكاني وقدرات المواطن والدولة من أجل تحقيق الأهداف المحددة مسبقا، لذلك فإن أي نظام صحي يتضمن أربعة مستويات في الرعاية الصحية، وهذا من أجل تأمين الخدمات الصحية لكل شرائح المجتمع بالمستوى الكمي والنوعي الذي تتطلبه الحياة الحديثة مقتضى التحول السريع ويمكن ذكرها في النقاط التالية **(مزاهرة والضفدي، ومحمدي، 2003، ص ص 70-74)**.

أ- خدمات الرعاية الأولية: ويتم تقديم هذه الخدمات في الغالب بواسطة الأطباء العاملين في المراكز الصحية والمستوصفات والعيادات، وتشكل هذه الخدمات نقطة الدخول الأولى للنظام الصحي وخط التماس الأول مع المرضى الذين يطلبون الخدمة، حيث يقوم الطبيب العام بتقييم الحالات المرضية وعلاجها بالقدر الذي ينسجم مع معارفه ومهارته ومع التشريعات واللوائح التي تبين حدود

ممارسته ومن ثم يقوم بتحويل الحالات المرضية التي تتطلب خدمات رعاية من مستوى أعلى إلى المستوى الذي يليه، ويعتبر الطبيب العام مسؤولا عن تنسيق عملية معالجه هذه الحالات مع مستوى الرعاية الأعلى. **(نصيرات، 2008، ص 73)**

ب- مستوى الرعاية الذاتية: وهو المستوى الذي يتحمل فيه الفرد أو العائلة مسؤولية حماية ورعاية أنفسهم في الأمور الوقائية والعلاجية البسيطة المتعارف عليها، والتي يتعرضون لها في حياتهم اليومية ومما لا شك فيه أن هذا المستوى من الرعاية يتوقف على المستوى الثقافي والاجتماعي للفرد والعائلة ومدى إدراكهم للأمور التي تستوجب مراجعة الطبيب بسببها أو أن تحل من قبلهم.

ج- مستوى الرعاية الصحية المتخصصة: الخدمات الصحية في هذا المستوى تقدم في المراكز الصحية المتكاملة والمستشفيات العامة وعيادات الاختصاص ومثل هذه المؤسسات تشمل كل من الأطباء والممرضين القانونيين ومساعدي الممرضين والقابلات القانونيات وطبيب الأسنان وفني المختبر والأشعة وغيرهم.

د- مستوى الخدمات الصحية المتطورة التخصصية: وهي خدمات متخصصة في مجال الطب والجراحة وهي خدمات معقدة ونادرة كجراحة القلب والدماغ والعيون وأمثالها.

إن الخدمات الصحية المختلفة يمكن الحصول عليها من خلال إحدى المستويات الأربعة لذا فانه من الأهمية بمكان أن يعرف أفراد الفريق الصحي معرفة جيدة بما يقدم في كل مستوى من هذه المستويات، كي يكون بمقدورهم تحويل الحالات المرضية إلى الجهة التي يجب أن تحول إليها ولضمان حسن سير العمل في المستويات المذكورة وجب التنسيق والتعاون بين مؤسسات هذه الخدمات تنسيقا كاملا. **(الدمرداش، 2000، ص ص 31-32)**

1-5 الرعاية الصحية وأهميتها للفرد والمجتمع:

إن الهدف من تقديم الرعاية الصحية تكمن في انخفاض نسبة الإصابة بالأمراض المعدية والقضاء على بعض الامراض التي تفتك بالشعوب، وذلك بالتحصين الكافي ضد الأمراض والوقاية الصحية ومقاومة وسائل المرض والتثقيف الصحي والغذائي وتشخيص الأمراض البسيطة ومعالجتها وتحويل الأمراض الأخرى إلى المستشفيات وتقديم خدمات الإسعاف والطوارئ وبأسرع وقت.

- انخفاض مستمر في معدل وفيات الأطفال مما أدى إلى ارتفاع في توقعات الحياة للدول المتقدمة وبعض الدول النامية من خلال رعاية الأم أثناء الحمل وعند الولادة وبعدها ورعاية طفلها.

- إصدار شهادات الاختصاص للأطباء الذين تتوافر فيهم الشروط المقررة ويجتازون الامتحانات التي تعقدها اللجان المختصة.

- تقويم شهادات الاختصاص الطبي السريري والاعتراف بها.

- إجراء الفحص الاخصائي للأطباء. **(الخولي، 2007، ص ص 16-19)**

2- الرعاية الصحية المقدمة للأمومة.

رعاية الأمومة لا تبدأ منذ بدء الحمل بل قبل ذلك بكثير فهي تبدأ منذ طفولة الأم وذلك مثل عمل برامج تستهدف تقوية صحتها وزيادة سلامتها وإعدادها لتصبح أما ناجحة في المستقبل، وذلك بتعليمها مبادئ الحياة السليمة، وأهمية الأسرة ورسالتها في المجتمع، فالأم التي ترعى الصغار والكبار وتدبر شؤون البيت، وما تجوز الإشارة إليه أن صحة الأم لا تتأثر بمشاكل الحمل والولادة والرضاعة فقط، بل تتأثر بالمشاكل الصحية الأخرى التي تصيب أفراد المجتمع، ورعاية الأمومة عملية مستمرة فإننا نجد هذا الاهتمام بصحة الأم وجد مع تواجد الإنسان العربي، بحيث أنه ساهمت كثير من النساء العربيات بوجه خاص في مجال الولادة، ويقال أن أبا القاسم الزهراوي الذي نبغ في علاج أمراض النساء والولادة إلى جانب الجراحة كان يرشد القابلات ويعلمهن التوليد ويوجههن من خلف ستار خفيف ليعطي إرشاداته في حالة الولادة العسيرة.**(عرب، 1975، ص 89)**

2-1 الاهتمام بصحة المرأة قبل الحمل:

أ- الاهتمام بصحة المرأة قبل الحمل أي قبل الزواج:

لاشك أن رعاية الأمومة عملية مستمرة لا تبدأ منذ بدء الحمل فقط بل تبدأ منذ طفولة الأم لتقوية صحتها وزيادة سلامتها لتصبح ناجحة في المستقبل فيجب على البرنامج الكامل لرعاية الأمومة أن تبدأ قبل الحمل أي قبل الزواج ويا حبذا ولو ابتدأ في طفولة الأم بتوفير خدمات لرعاية الامومة. **(سرية، 2002، ص 63)**

وتمر الرعاية الصحية للأمهات خلال مراحل حياتهن وبالأخص مرحلة المراهقة بالتركيز على نقطتين أساسيتين هما غذاء الأم، وتجنب الممارسات التقليدية التي مازالت تمارس عند بعض شعوب العالم، والتي تعود بضرر على صحة الأم خلال المدى البعيد أو المدى القريب والمتمثلة في ختان الإناث وبالتالي يمكن المحافظة على صحة الأمهات من أجل صيرورة مراحل الإنجاب التي تمر بها المرأة (مرحلة الحمل والولادة وبعد الولادة بدون مخاطر على صحة الأم والجنين).

ب- نمط التغذية المتبع لدى الفتاة:

تحتاج الفتاة في مرحلة المراهقة إلى كميات كبيرة من المواد البروتينية والمعادن والفيتامينات لسد حاجة البدن المتزايدة، ولكن ما يحدث في الواقع هو العكس، حيث تميل الفتاة في هذه المرحلة إلى العزوف عن التغذية المتنوعة والميول إلى وجبات خفيفة فتصاب أحيانا سوء التغذية، فالتغذية السليمة تساعد على بناء جسم قوي قادر على الحمل والولادة والقيام بعملية الرضاعة الطبيعية بنجاح خلال مراحل العمر المتأخرة فتحتاج الأم خلال هذه الفترة العمرية إلى الحليب ويحتاج الشخص البالغ من 2-3 أكواب من الحليب يوميا اما مجموعة اللحوم فيفضل اختيار اللحم الأحمر الصافي أو الدجاج المنزوع الجلد أو الأسماك ويحتاج الشخص البالغ يوميا 60-90 غراما من اللحم والبازلاء أو الفاصوليا الجافة أو البيض حيث يحتاج الشخص البالغ 3-4 بيضات في الأسبوع، في حين أن مجموعة الخضروات فإن الشخص البالغ يحتاج إلى 3-5 أكواب من الخضروات الورقية الطازجة أو نصف كوب من الخضروات المطهية أو ثلاث أرباع كوب من عصائر الخضروات، بالإضافة إلى مجموعة الفواكه التي يوحي للشخص البالغ يوميا بتناول 2-4 ثمرات متوسطة الحجم من التفاح والبرتقال والموز أو نصف ثمرة شمام أو ثلاث أرباع كوب من عصر الفواكه الطازجة، في حين تحتاج الفتاة كذلك في هذه الفترة العمرية إلى مجموعة الخبز وتمثل هذه المجموعة في الأرز والحبوب الكاملة، فالشخص البالغ بحاجة لأن يأخذ يوميا بين 6-11 قطعة، أو نصف كوب من الأرز أو مائة غرام من الحبوب ويفضل استخدام الحبوب الكاملة لاحتوائها على الألياف والدهون والزيوت والمحليات ويوصي بتناول كميات قليلة منها، أيضا تناول قليل من المكسرات مثل الجوز واللوز والفول السوداني والبذور لأنها غنية بالدهون. **(تقرير دليل الرسائل الصحية الأساسية للمثقف المجتمعي، 2008، ص 8)**

فالطفلة التي تعاني من سوء التغذية وفقر الدم هي أكثر عرضة في ذات الوقت للإصابة بالطفيليات والالتهابات الصدرية التي تنهك قواها وتضعف قدرتها على وقاية نفسها فهي قد تتعرض لمضاعفات الولادة بسبب تقزمها أو نحافتها أو الاثنين معا، مما ينتج عنها ولادة متعسرة أو انفجار في الرحم أو حمى نفاس قد تؤدي بحياتها. **(جمعية التنمية الصحية والبيئية، 2005، ص 263)**

ت- تجنب الممارسات التقليدية المضرة على صحة الفتاة:

من أهم الممارسات التقليدية المضرة على صحة الفتاة وخاصة في الفترة الإنجابية التي تمارس في أغلب الدول العالم وخاصة الدول العربية منها والمتمثل في ختان الإناث، فعادة ختان الإناث لا تنتشر في العالم الاسلامي إلا في مصر والصومال والسودان وجيبوتي وبعض أجزاء اليمن، وأغلب ممارسيها من سكان مهاجرين من الدول الإفريقية المسلمة. **(أبو السرور، 2005، ص ص 5-17)**

ث- الفحص الطبي قبل الزواج:

هو مجموعة الفحوصات السريرية والمخبرية والاستشارات الطبية التي تهدف إلى ضمان نجاح الزواج وسلامة الزوجين وتشخيص استعداداتهما الجسدية والصحية والوراثية وحتى المعرفية بالنسبة إلى العلاقة الجنسية السليمة. **(الكيلاني، 2011، ص ص 21-22)**

حيث أن الهدف من عملية الفحص الأولي هو معرفة الاصابات المرضية وخاصة الأمراض المزمنة أو الأمراض العقلية في هذه السلالات، ثم القيام بتحاليل وفحوصات طبية خاصة منها الأمراض المنتقلة جنسيا حيث وجب معالجتها قبل الزواج ثم معرفة فصيلة الدم، كل هذا بغية تجنب ولادة أبناء يحملون تشوهات خلقية.

الجدول رقم (01): يمثل أنواع الفحوصات الطبية قبل الزواج الخاصة بالرجل والمرأة: (بدح ومزاهرة، وبدران، 2009، ص ص 230-231)

الفحوصات الطبية ما قبل الزواج الخاصة بالرجل	الفحوصات الطبية ما قبل الزواج الخاصة بالمرأة
الكشف الطبي السريري	الكشف الطبي السريري
تحليل بول كامل	فحص فصيلة الدم
تحليل الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب	تحليل فيروس الحصبة الألماني
تحليل كشف مرض الزهري	تحليل الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب

تحليل كشف فيروس مرض نقص المناعة بالجسم تحليل فحص السكر بالدم وأمراض قلب ومشاكل عقلية فحص فصيلة الدم فحص الرحلان الكهربائي لخصب الدم لتأكد من خلو الدم من مرض الثلاسيميا تحليل صورة دم كاملة فحص الخلو من الأمراض الوراثية فحص الحيوانات المنوية	تحليل فحص السكر بالدم وأمراض قلب ومشاكل عقلية تحليل صورة دم كاملة وسرعة الترسيب بالدم تحليل بول كامل فحص الخلو من الأمراض الوراثية فحص الرحلان الكهربائي لخصب الدم لتأكد من خلو الدم من مرض الثلاسيميا

ج- التخطيط المسبق للحمل:

يعد توقيت الزواج مؤشرا مفيدا لتحديد إمكانية بدء الإنجاب فإن متوسط العمر الذي عنده تحمل المرأة طفلها الأول يعد مؤشرا أفضل على بدء فترة الإنجاب فكلما طالت فترة انتظار المرأة قبل إنجاب أول طفل لها، اذ يصبح من الأرجح ان تنجب المرأة عددا أقل من الأطفال خلال حياتها ولذا كثير ما يرتبط انخفاض معدلات الخصوبة بارتفاع متوسط عمر المرأة وقت ولادة طفلها الأول وتؤكد التقديرات التي تشير إلى عقد السبعينات من القرن الماضي والتواريخ القريبة من عام 2000 أن متوسط عمر المرأة وقت ولادة طفلها الأول قد ارتفع في 48 بلدا من البلدان الـ 50 سنة ذات معدلات الخصوبة المنخفضة التي تتوافر بيانات بشأنها وفي 19 بلدا من البلدان الـ 24 سنة ذات معدلات الخصوبة المرتفعة بيد أن مقارنة قياسات الفئات العمرية المستمدة من دراسة الديمغرافية والصحية تشير إلى أن متوسط العمر عند الولادة الأولى قد ارتفع على مدى العقد في 17 بلدا من البلدان الـ 26 سنة ذات معدلات الخصوبة المرتفعة. **(تقرير السنوي لمفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان، 2011، ص 14)**

فيجب على الزوجين التخطيط قبل الحمل سواء بتأخير حدوثه، أو تحديد موعده يؤدي إلى خلق مناخ عائلي يخفف من الإرهاق والضغوط النفسية التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل وخلال مراحل الطفولة وبعد الولادة، فمن الأفضل أن يتم الحمل والإنجاب بعد فترة مناسبة من الزواج أي يجب التخطيط لوقت مناسب للحمل، أو بين مولود ومولود جديد، وعندما يكون الزوجان بكامل صحتهما

وحيويتهما وأصبح مستعدين نفسيا لتقبل المولود وتحمل الأعباء والقيود التي سيفرضها عليها وجوده واحتياجاته. **(السروجي وعبود، وحسن، 2006، ص 10)**

ذلك أن الرعاية الصحية الجيدة أثناء الحمل من أفضل الآليات المخفضة لنسب وفيات الأمهات وحسب تقارير منظمة الصحة العالمية فهي تساهم أيضا في تخفيض وفيات حديثي الولادة وتقلل من نسب المواليد ناقصي الوزن، ومن المعروف أن مضاعفات الحمل لدى المرأة هي نتيجة حالتها الصحية قبل الحمل وسببا في حالة الاعتلال التي قد تصيبها بعد الحمل وتعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل من أفضل الفرص التي تتاح للأم التي تقف على وضعها الصحي، وتكشف احيانا مرضا أو أكثر لم تكن على العلم به من قبل، وتقدر نسبة النساء الجزائريات اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن الأخير بـ 69.9% سنة 2000 مما يدل على وعيهن بضرورة متابعة الحمل **(الديوان الوطني للإحصائيات جامعة الدول العربية المشروع لصحة الأسرة، 2008، ص 99).**

وعليه يعتبر الحمل الأول مهم نظرا لكونه كان من الممكن أن لا يحدث مطلقا فقد يكون هناك حالات عقم عند أحد الزوجين هذا أولا، ويعتبر كذلك تجربة حياة جديدة لم تحدث من قبل والكل ينتظروها، حيث أنه خلال الحمل تحدث تغيرات جذرية في الجهاز الهضمي وأسفل البطن من أجل إعداد الفضاء الملائم لنمو الجنين وتحقيق ولادة آمنة، وحيث أن تجربة الأمومة (الحمل الأول) تكون الجسم والذهن وتتفاقم هذه المشكلة مع تغيرات في الهرمونات والجهاز الهضمي وكذلك يجب أن تكون هناك عناية خاصة ومتابعة دقيقة وينصح خلال هذه الفترة بالتحدث مع الطبيب أو الأشخاص المقربين والحصول على الدعم النفسي والمشورة وتقديم نصائح مفيدة للحفاظ على هذا الحمل إلى غاية الوضع. ومن أجل تحقيق حمل صحي لابد من الفحوصات الطبية والتحاليل الضرورية:

- **الفحوصات الطبية:** وتتمثل في جميع الفحوصات الضرورية التي يتم إجراءها من قبل المرأة الحامل وجنينها وذلك من أجل مراقبة حملها وبالتالي ضمان حمل صحي وسلامتها من أي خطر قد يصيبهما ومعرفة ما إذا كان الحمل في حالته الطبيعية أو أنه في مساوئ الحمل ذو الخطورة وبالتالي يتم في الفحص الطبي اثناء الحمل تقييم الحالة الصحية للام وجنينيها.

- الفحوصات الطبية خاصة بالأم الحامل:

تجري على الأم مجموعة من الفحوصات الطبية من أجل مراقبة العلامات الحيوية لجسم الأم الحامل.

- فحص القلب:

يعتبر فحص القلب والتأكد من سلامته من أهم الفحوص التي يتحتم على كل حامل أن تجريها بمجرد تأكدها من الحمل، وذلك لاكتشاف أي قصور في وظائفه وقدرته على أعباء الحمل وبالولادة وقد يضطر الطبيب إلى إنهاء الحمل إذا تبين له أن استمراره يمكن أن يعرض حياة الأم للخطر.

- قياس ضغط الدم:

يؤدي ارتفاع الضغط إلى مضاعفات خطيرة للحنين فهو يقلل من نسبة الدم التي تصل للجنين من خلال المشيمة مما قد يترتب عليه بإصابته بأمراض خطيرة وفي أغلب الأحيان فإن الأم لا تشعر بهذا الارتفاع في الضغط ولا يتم اكتشافه إلا عند الفحص الطبي.

- فحص البطن:

ويشمل هذا الفحص العديد من الفحوصات الأخرى ولكل فحص هدف من وراء إجرائه.

- فحص الرحم:

الاكتشاف المبكر لأي عيب في وضع الرحم وحالته وحجمه يضمن نجاح علاج هذا العيب وبالتالي استمرار الحمل وسلامة الجنين كذلك فهو ضروري للتأكد من سلامة حدوث الإخصاب ووجود الجنين في الوضع الصحيح داخل الرحم وعدد الأجنة، فليس من غير المألوف أن تلتصق البويضة المخصبة بالجزء الأسفل من الرحم أو حتى خارجه كما يتم قياس ارتفاع الرحم لمعرفة زمن الوضع فالوضع يكون غالبا بعد تسعة أشهر وعشر أيام من آخر الطمث شاهدته الحامل قبل حملها وإذا كانت قد أخطأت في معرفة بدء حملها فيستطيع الطبيب أو القابلة تعيين موعد الولادة بصورة تقريبية.

- الكشف المهبلي للحامل:

في الغالب تكون الحاجة الطبية إلى إجراء الكشف المهبلي في بداية الحمل كجزء مما يعرف بمسحه عنق الرحم، لكن في ما بعد لا يعاد الكشف المهبلي للحامل حتى تصل إلى الأسبوع الخامس

والثلاثين إلى الأسبوع السابع والثلاثين من الحمل، ويستثنى من ذلك الحالات التي تظهر فيها مضاعفات تستدعي إجراء الفحص المهبلي ويتم اللجوء إلى الفحص المهبلي للحامل في بعض الحالات أهمها ما يأتي:

- الفحوصات الطبية الخاصة بالجنين:

ويشمل هذا الفحص عدة فحوصات تجرى للجنين من أجل ضمان سلامته ونذكر من بين هذه الفحوصات ما يلي:

- فحص وضعية الجنين:

تجرى للحامل بعد شهرها السادس فحص دوري عن وضعية الجنين، داخل الرحم للتأكد من أنها طبيعية، وإذا لم تكن كذلك فيمكن للطبيب أن يجري بعض التحويل في عدة وضعيات قبل المخاض، بحيث يعيدها للحالة الطبيعية وبهذا يكون قد حافظ على سلامة الأم والجنين وعلى سهولة الولادة.

- الإصغاء لقلب الجنين:

يصغي إلى قلب الجنين كل شهر مرة ابتداء من الشهر الخامس، للتأكد من حياته وحسن صحته، وذلك أثناء الزيارة التي تقوم بها الحامل للطبيب أو القابلة القانونية.

- الفحص الاشعاعي:

يجري الفحص الإشعاعي للصدر للتأكد من سلامة رئتي الحامل من مرض صدري، قد يؤثر على الحمل، أو قد يزيد الحمل في شدته وآلامه. **(نوزت، 2000، ص ص 36-37).**

- **التحاليل المخبرية:**

تقوم المرأة الحامل بإجراء تحليلين مخبرين وهما تحليل الدم وتحليل البول:

- تحليل دم الحامل:

يتم اللجوء لإجراء تحاليل الدم للنساء جميعهم خلال فترة الحمل إذ تساعد هذه التحاليل على التأكد من صحة الحامل واستبعاد أية اضطرابات قد تصيبها وتعتبر اختبارات الدم من الإجراءات الآمنة للحامل والجنين إذ يتم سحب كمية صغيرة من ذراع الحامل. ففي حالة كانت أي نتيجة من

الفحوصات غير طبيعية فقد يقترح الطبيب إجراء فحوصات إضافية وبالاعتماد على النتائج يتم تحديد العلاج المناسب.

- تحليل البول للحامل:

يجرى فحص البول للحامل في كل شهر مرة ابتداء من الشهر الثاني أو الثالث للحمل، حيث يفحص البول كل أسبوع وذلك حتى الشهر التاسع، وذلك للتأكد من خلوه من الأحين أي زلال البول وإذا ما صادف وجود الأحين فيه فيجب إجراء فحص البول الكامل، والتزام الحمية اللازمة عن الملح والبيض مع تناول الأدوية الموصوفة من قبل الطبيب، وذلك خشية استفحال المرض الناتج عن زيادة الأحين وينصح بعض الأطباء في هذه الحالة حمية الحامل على الحليب فقط والماء لمدة سبعة أيام وبهذه الحمية تضمن زوال الزلال، غير أنه يتوجب عليها تجنب الملح ما أمكن ومراقبة بولها بالفحص الأسبوعي. **(نوزت، 2000، ص ص 36 -38)**

2-1-1 تحصين الأم أثناء الحمل:

التحصين هو أي تدخل أو وسيلة تهدف إلى توفير مناعة وحماية مسبقة من أخطار الإصابة بالأمراض وما ينتج عنها من أعراض ومضاعفات قد تؤدي إلى الإعاقة أو الوفاة، واللقاح هو مادة تعطى للإنسان بهدف تحفيز الجهاز المناعي لعملية التصدي وقضاء العامل المسبب للمرض أو سمومه عند دخوله إلى جسم الإنسان.

الأم: من خلال المشيمة أو من خلال حليب الأم بالرضاعة، نذكر التطعيمات المقدمة للمرأة:

أ-تطعيمات قبل الحمل:

للنساء في جيل الخصوبة، وبالأخص للنساء التي تود أن تحمل توجد مجموعة من اللقاحات منها ما يتعلق بالتطعيمات التي ينصح بها لكافة البالغين، وللنساء الحوامل على وجه الخصوص.

فهذه التطعيمات هامة لأنها قد تحمي الطفل من الاصابة بالتشوهات أو الإجهاض المبكر لذلك يفضل التأكد من أخذها قبل التخطيط للحمل وتشمل التالي:

-التطعيم الثلاثي ضد الحصبة. والحصبة الألمانية (MMR vaccine)

إذ يجب على المرأة تجنب حدوث الحمل لشهر على الأقل بعد أخذ هذا اللقاح.

-التطعيم ضد جدري الماء(Varicelle vaccine)

حيث على المرأة تأجيل حملها لمدة ثلاث أشهر على الأقل بعد أخذ اللقاح.

ب- التطعيمات الموصي بها خلال فترة الحمل:

يوصي بإعطاء اللقاحات التالية بشكل دوري للنساء الحوامل والمعرضات لخطر الإصابة بالعدوى إذا لم يسبق أن حصلت على هذه التطعيمات وتشمل:

- لقاح التهاب الكبد ب: (Hépatites B vaccine) موصى به للنساء الحوامل المعرضات لخطر الإصابة بالعدوى
- لقاح الأنفلونزا بفيروس غير فعال (Inactivâtes Influenza vaccina) موصى به أثناء انتشار وباء الأنفلونزا.
- التطعيم الثلاثي ضد الكزاز والدفتيريا والسعال الديكي (Tetanus.Diphteria ana pertussis) و(vaccine or tdap vaccine) موصى به للنساء الحوامل المعرضات لخطر الإصابة بالعدوى والذي يعطى للمرأة الحامل بين الأسابيع 27 و36 من الحمل.

ت- التطعيمات بعد الحمل والولادة:

يوصى بإعطاء اللقاحات التالية للمرأة التي لم تتلقاها قبل وأثناء الحمل، لأنها قد تكون أكثر عرضة لمثل هذه الأمراض بعد مرحلة الولادة:

- التطعيم ضد داء الكزاز والدفتيريا والسعال لديكي (TDAP vaccine)
- التطعيم ضد الأنفلونزا (Influenza vaccina)
- التطعيم ضد الحصبة، النكاف، والحصبة الألمانية (MMR vaccine)
- التطعيم ضد فيروس الورم الحليمي البشري (Humane Papillome Virus vaccine. **(أحمد، 2020)**

لضمان ولادة آمنة ونظيفة للأم الحامل في المستشفى وتحت إشراف مدرب طبي مع التأكيد على:

– أن تكون صالة الولادة نظيفة ومعقمة.

–جميع الأدوات المستخدمة أثناء فحص الحامل أو الولادة معقمة.

– قطع الحبل السري بأداة معقمة.

– العناية والاهتمام بنظافة الحبل السري للطفل لحين سقوط بقايا الحبل السري مع إمكانية وضع معقم اليود.

– التأكيد على الأهل بضرورة عدم وضع أي مادة على سرة الطفل، حيث تمارس بعض المجتمعات عادة وضع كحل أو مادة الزرقيون أو الحناء أو براز الحيوانات على سرة الطفل، وبالتالي يؤدي ذلك بشكل كبير إلى تلوث السرة الطفل، وبالتالي يؤدي ذلك بشكل كبير إلى تلوث بمكونات الكزاز.

– التثقيف الصحي للعائلة بموضوع التلقيح أثناء الحمل واستمرار الأم بإكمال جدول تلقيحات الكزاز. **(عباس وشيخه، وتوفيق ، 2014، ص ص 5–17)**

الجدول رقم (02): التلقيحات الخاص بالحوامل بلقاح توكسيد الكزاز(دردیش، 2014)

الجرعة	موعد اللقاح	مدة الحماية
الجرعة الأولى	الشهر الرابع من الحمل	لا يوفر أي حماية
الجرعة الثانية	الشهر الخامس من الحمل	توفر حماية لمدة 3 سنوات
الجرعة الثالثة	بعد ستة أشهر من تاريخ الجرعة الثانية	توفر حماية لمدة 10 سنوات
الجرعة الرابعة	بعد سنة من تاريخ الجرعة الثالثة.	توفر حماية لمدة 10 سنوات.
الجرعة الخامسة	بعد سنة من تاريخ الجرعة الرابعة	توفر حماية لمدة 15 سنوات.

الجدول رقم (03): التلقيحات الخاص بالنساء في سن الانجاب '15+45'(دردیش، 2014)

الجرعة	موعد اللقاح	مدة الحماية
الجرعة الأولى	عند أول مراجعة للمركز الصحي.	لا يوفر أي حماية
الجرعة الثانية	بعد شهر من تاريخ الجرعة الاولى.	توفر حماية لمدة 3 سنوات
الجرعة الثالثة	بعد ستة أشهر من تاريخ الجرعة الثانية.	توفر حماية لمدة 10 سنوات
الجرعة الرابعة	بعد سنة من تاريخ الجرعة الثالثة	توفر حماية لمدة 10 سنوات.
الجرعة الخامسة	بعد سنة من تاريخ الجرعة الرابعة.	توفر حماية لمدة 15 سنوات.

يتم تطعيم السيدات ضد التيتانوس خلال فترة الحمل وذلك لمنع حدوث الوفيات الناتجة عن مرض التيتانوس الوليدي الذي يحدث نتيجة عدم إجراء التعقيم اللازم عند قطع الحبل السري بعد الولادة وهو من الأسباب الأساسية لوفيات الأطفال. **(دردیش،2014)**

وهنا يمكن القول أن البعض يعتقد أن الاطفال هم فقط بحاجة إلى مثل هذه اللقاحات والتطعيمات، لكن نجد حتى النساء الحوامل بحاجة إلى عناية ورعاية خاصة، وتكون هذه الحماية قبل الحمل وأثناء الحمل والولادة وما بعد الولادة.

2-1-2 الدفتر الصحي للأم الحامل:

وهو مهم جدا لتفادي أي مشكل خلال فترة الولادة أو عند إجراء العملية القيصرية ويضم هذا الدفتر:

- مختلف التحاليل التي قامت بها المرأة طيلة فترة الحمل.
- معلومات خاصة بصحة الأم كفصيلة الدم والأمراض التي تعاني منها الأم الحامل.
- معلومات تخص الحالة الصحية للجنين وتطوره طيلة فترة الحمل. **(أحمد، 2020)**

إن امتلاك دفتر صحي من قبل الأم الجزائرية خلال فترة الحمل وأثناء وبعد الولادة حق من حقوقها، وهذا حسب المادة 28 في قانون الصحة والتي تنص على أن ينشأ دفتر صحي قصد متابعة الحالة الصحية للسكان متابعة أحسن، وتسجيل أدق للتطعيم والعلاج الطبي المقدمين. **(ديدان، 2008، ص 11)**

لقد أقرت وزارة الصحة الجزائرية أن الدفتر الصحي يهتم بمراقبة الحمل حتى الولادة، إلا أن الشيء الملاحظ انعدام الجزء الخاص بالأم الحامل الخاص بالرعاية الصحية بعد الولادة، حيث أن وجود الجزء الأزرق لمراقبة الطفل من الولادة حتى نهاية الشهر الأول إلا أنه ليس من الضروري وجود جزء خاص بالأم يعني تستلزم وجود رعاية صحية للأم الحامل بعد الولادة، ولو فرض أن الأم قامت بالرعاية الصحية أين يتم تدوين البيانات الخاصة بتقييم حالتها الصحية، بالإضافة إلى أننا نجد إهمال كل المسوح الوطنية الجزائرية عن سؤال على مدى امتلاك الأمهات للدفتر الصحي مما ينتج عنه انعدام المعطيات ونتائج الاحصائية على نسبة تملك الأم الدفتر الصحي.

وتتم جميع الخدمات الصحية المقدمة أثناء الحمل للأم الحامل في قاعة العلاج في المناطق النائية أو البعيدة عن وسط المدينة، حيث تتمثل قاعة العلاج في الوحدة الطبية الأقرب من المواطن باعتبارها المعلم الأساسي للصحة العمومية أين يتم فيها تلقي العلاجات القاعدية أو الأولية، وليتمكن المواطن من الحصول على هذه الخدمات الصحية. **(شعبان وصبري، ومجدي، 2008، ص 34)**

(أنظر الملحق رقم01)

إذ يعتبر الدفتر الصحي وثيقة هامة في حياة المرأة الحامل، والهدف منه هو متابعة المرأة لمراحل حملها من أول شهر إلى غاية ولادة الطفل، فهو يقدم مجموعة من النصائح والتعليمات للحامل من حيث التغذية واللقاحات أو الفحوصات التي تقوم بها المرأة خلال الشهرين الأولين من الحمل إضافة إلى أنه يقدم مختلف الفحوصات الخاصة بالمولود ومختلف التطورات والتغيرات المتعلقة به.

2-1-3 العوامل المؤثرة على الحمل:

تتحكم في النمو السليم للجنين عدة عوامل ترتبط أساسا بصحة الأم النفسية والجسمية فقد لوحظ أن الجنين غالبا ما يولد بتشوهات أو اضطرابات وأمراض عندما تكون المرأة الحامل مرتبطة بعدة أمراض نفسية جسمية ونجد منها:

- التدخين:

يعتبر التبغ من أكثر المواد ضررا للمرأة الحامل وإذا كانت هذه الأخيرة تدخن بكثرة فإنها تعرض حياتها وحياة جنينها للخطر مما يسبب مشاكل أثناء فترة الحمل وعملية الولادة وتوصل العلماء في الجامعة الاسترالية إلى أن التدخين يؤثر عن تدفق الدم في المشيمة التي تمد الأكسجين للجنين.

- تعاطي المخدرات والكحول:

إن إدمان المرأة الحامل على المخدرات والإفراط في شرب الكحول والتدخين يؤدي إلى مشاكل صحية كعدم توازن نسبة السكر في الدم، إضافة إلى ذلك نجدها تعاني من مشاكل كثيرة أثناء الحمل وأثناء عملية الولادة فإدمان المرأة الحامل على الكحول يؤدي إلى تغيرات كيمائية في الدم ويؤخر نمو الجنين ويعوق حركاته الانعكاسية، أن النساء اللواتي تعاطين المخدرات مثل الافيون والهيروين والمورفين يصبح اطفالهم مدمنين وهم في الرحم، فتعاطي المخدرات يؤدي إلى مشاكل نفسية قد يؤدي ذلك إلى اختناق الجنين وعند ولادتهم تكون حجمهم أقل من الحجم الطبيعي، ولوحظ عليهم معاينتهم من القيء والإسهال والتشنج والارتعاش الشديد واضطرابات النوم والنشاط الزائد ومشكلات التنفس، وقد تستمر هذه الأعراض لفترات طويلة ويزداد الوضع سوءا. **(الزغبي، 2001، ص111)**

- غذاء الأم:

الغذاء الجيد المناسب للمرضعة يؤثر بشكل كبير على صحة الرضيع. **(تقرير تغذية المرأة الحامل والمرضع وفي سن الأمان، 2010، ص ص 13-17)**

تعد التغذية الجيدة مهمة خلال فترات الحياة الإنجابية للمحافظة على صحة الأم والجنين، حيث أن نوعية الطعام أهم من كميته، لذلك ينصح باختيار الأطعمة الصحية ذات القيمة الغذائية العالية وتجنب المأكولات غير الصحية لكونها تعزز المناعة للوقاية من الأمراض المعدية وكذا تقوي جسد المرأة، وذلك استعدادا لولادة سليمة وتقلل من متاعب وضغوطات الحمل، كما تنوع الأطعمة أثناء

الرضاعة الطبيعية يجب من خلالها التركيز على الاختيارات الصحية التي تحفز زيادة إدرار الحليب ذلك أن الرضاعة الطبيعية تعزز النمو الصحي وتحسن التطور المعرفي لما لها من فوائد صحية للمرأة من جهة مثل الحد من خطر زيادة الوزن، ومن جهة أخرى على الجنين كون أن الرضاعة الطبيعية أول لقاح يتلقاه وأحد المصادر المهمة للطاقة وتساهم أيضا في خلق علاقة حميمية متينة بين الأم والطفل واسعاده بالحنان والدفء.

- زيادة الوزن أثناء الحمل: إن المرأة التي تعاني من زيادة وزنها قبل الحمل عليها أن تقلل من وزنها خلال فترة الحمل لكي لا يؤثر على حياة الجنين، فمعظم النساء يزداد وزنهن من 11 إلى 13 كلغ خلال فترة الحمل لكن الوزن المرغوب والطبيعي يجب أن يتناسب مع طول وحجم المرأة وكذلك حجم الجنين لذا على المرأة الحامل أن تحافظ على وزنها في الحد الطبيعي الذي لا يعرقل الحمل. **(قطاس، 2003، ص 86)**

2-1-4 المخاوف التي تتعرض لها المرأة الحامل:

تخاف المرأة أثناء الحمل من عدة مواقف فهي تخاف من الحمل والولادة فالخوف هو حالة من التوتر والقلق النفسي التي تصيب المرأة الحامل، حيث بينت بعض الأبحاث مؤخرا وجود مجموعة من المخاوف. **(السبعي، 1980، ص138)** نجد منها:

❖ الخوف من ألم الولادة:

عند اقتراب عملية الوضع فإن الخوف من ألم الولادة يزداد، بحيث أن عملية الولادة " الوضع " هي عملية جراحية تتألم المرأة كثيرا أثناءها وقد يحدث لها نزيف، وهذا راجع لجهلها لما سيحدث لها.

(لابانش، وبونتاليس، 1985، ص 363)

❖ الخوف من الموت أثناء الوضع:

تتوقع المرأة الحامل أن عملية الولادة سوف تؤدي إلى بعض المخاطر، لذا نجدها تشعر بالخطر والخوف من الموت، هذا الخوف يرجع إلى مخاطر تعرضت إليها إحدى قريباتها، وتتوقع أن يحدث لها نفس ما حدث لهن من قبلهن.

❖ الخوف من التمزق:

قد تقع المرأة في الخوف من التعرض للتمزق خاصة الحامل للمرة الأولى، وهنا تكون قد سمعت من المحيط أي من النساء أن المرأة الحامل للمرة الأولى ستتعرض حتما للتمزق، وقد تخاف لدرجة أن تحضر معها المخدر الموضوعي لتجنب الإحساس بألم التمزق.

❖ الخوف من اختناق الطفل أثناء الولادة:

وهذا لتطلع المرأة الحامل لأحاديث متداولة كميلاد أطفال مشوهين أو موت أطفال أثناء عملية الولادة، وهنا يكون الخوف من خروج الجنين، وهذا لوجود تصورات أن المهبل ضيق جدا.

❖ الخوف من التخدير:

إن الفكرة حول عملية الوضع مؤلمة تنقل هذه الفكرة لدى الحوامل بصفة مبالغة، وهي أن التخدير يؤدي إلى إختناق الجنين، ولذا نجد أن أغلبية الحوامل لا يتمنين التعرض للتخدير، فعلى الأطباء إعطاء معلومات صحيحة وهذا لا يعني عدم التصريح بالمخاطر الحقيقية للتخدير العميق والطويل وأن هذا لا يؤدي إلى الخطر على الأم أو الجنين.

❖ الخوف من المجهول:

تخاف النساء الحوامل من المجهول الذي ينتظرهن أثناء الولادة، وخاصة النساء الحوامل لأول مرة، بل إنهن أكثر جهلاً بوضعهن، كما أن الحامل ليس لديها أي فكرة عما يحدث أثناء الولادة، لذا فهي تخاف باستمرار ... الخ. **(السبعي، 1980، ص 138)**

كما نجد أن النساء الحوامل في الآونة الأخيرة تعرضن لحالة خوف شديد سنة 2020 والمعروف بإسم فيروس كورونا أو كوفيد 19 والذي انتشر بسرعة كبيرة في انحاء العالم، لذا نجد أن النساء المشرفات على الولادة ومع الزيادة في عدد الإصابات بالوباء في الجزائر والحديث عن موت بعض الحوامل، لذا تقرر بعض النساء لتأجيل حملهن إلى وقت خاصة اللواتي تزوجن مؤخرا وهذا تفاديا لإصابة محتملة وهذا ما دعت إليه الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث وبعض المختصين والحقوقيين المدافعين عن المرأة.

وأدى رفض بعض الجزائريات للحمل في فترة كورونا سواء عرائس جدد أو متزوجات منذ مدة إلى تسجيل بعض الخلافات الأسرية وحالات عنف ضدهن وهذه حالة جديدة فرضها فيروس كورونا المستجد، حيث لم يسبق في المجتمع الجزائري الحديث خاصة من طرف المشرع على خلافات زوجية تتعلق برفض الحمل.

ودعت الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث "فورام"، إلى تأجيل الحمل خلال مرحلة كورونا، بعد زيادة المخاوف عند الحوامل، وتأثرهن النفسي والجسدي، واحتمال إصابتهن وإصابة أجنتهن بـ"كوفيد 19" وأقر رئيس الهيئة الوطنية لترقية الصحة وتطوير البحث "خياطي" أن عدد الولادات في الجزائر ارتفع بشكل مذهل حيث يتم تسجيل أكثر من مليون ولادة سنويا، وإن جائحة كورونا تستدعي مراجعة الأمر مع تأجيل الحمل في الوقت الراهن، خاصة وأن النساء اللواتي حملن في مارس وأفريل لسنة 2020 يضعن حملهن قبل الشروع في التلقيح ضد الفيروس المستجد، حتى لو تم الشروع فيه، فإن بعض المناطق قد لا يصلها اللقاح إلا بعد مدة طويلة.

وترى هيئة "الفورام" أن كورونا فرصة لمراجعة إشكالية الولادات في الجزائر، حيث أن من الضروري تطبيق التباعد في الحمل وتنظيم النسل، من جهته كشف البروفسور صلاح الدين قرفة أخصائي في أمراض النساء والتوليد وصاحب عيادة خاصة ببودواو بومرداس (الجزائر) عن الرغبة في الحمل من طرف بعض النساء رغم كورونا وقال أن أكثر النساء اللواتي يتابعن الفحص عنده لم يمتنعن عن الحمل، لكن حالة الخوف من الإصابة تزيد لديهن يوما بعد يوم، حيث صرح البروفيسور صلاح الدين قرفة أن بعض الحوامل اعتبرن تأجيلهن للحمل تحديا، حيث يبالغن في اتباع إجراءات الوقاية واتخاذ الحذر والحيطة، وهذا سبب لهن حالة وسواس، وأرهقهن نفسيا فبين الرغبة الجامحة في الإنجاب والرعب من كورونا، يعشن وضعا خاصا وصعبا للغاية. **(سليماني، 2020)**

2-1-5 المشاكل الصحية المتعلقة بالحمل:

- الوحم:

هو شعور بعض الحوامل بميل لبعض أنواع الأطعمة، وقد تزهد أنواعا أخرى وترجع هذه الأعراض إلى بعض الاضطرابات في الجهاز العصبي، وليس لهذه الحالة تأثير على الجنين. **(كريمان، 2004، ص 15)**، حيث نجد الكثير من الأمهات الحوامل يشعرن ببعض التغيرات البسيطة كرفضن لبعض الأطعمة أو بعض الروائح واشتهائهن لبعضها الآخر كالأنواع الحامضة غالبا، واشتهاء هذه الأطعمة يدل على حساسية المعدة وتأثرها بالحمل، وتناول هذه المشتهيات بكميات خفيفة لا يضر شيئا، وفي بعض الأحيان يدل اشتهاء بعض أنواع لطعام أو الخضار على حاجة الجسم الشديد لهذا النوع. أما اللواتي يصبن عادة بالوحام الشديد فيجب عليهن مراجعة الطبيب ليصف لهن بعض المهدئات، وفي حالة تأثير الوحام الشديد على تغذيتهن وصحتهن بتدبر الأمر بإعطائهن الإبر المقوية والمغذية. **(القمش والمعايطة، ومخامرة، 2000، ص83)**

- مرض البول السكري:

تزايدت الإصابة به في الآونة الأخيرة، حيث يكون الجسم عاجزا عن استغلال المواد السكرية والنشوية، وتحويلها إلى نشاء حيواني =جليكوجين Glykogen، وتخزينها في الكبد لاستهلاكها ضمن نظام خاص في كل خلية من خلايا الجسم، وعلى الأخص في العضلات التي تستمد منها الطاقة ومرض السكري على ثلاث درجات من الشدة:

- خفيف.
- متوسط الشدة.
- شديد الشدة.

وفي مرض السكري تشح كمية هرمون الأنسولين الذي تفرزه جزر خاصة في غدة البنكرياس، ويزداد هذا الشح بكمية هرمون الأنسولين أثناء الحمل، والأنسولين يكبح جناح الأدرينالين في تحريضة لمخازن النشاء في الجسم للتخلي عنه إلى الدم وقبل اكتشاف الأنسولين كان من النادر أن تحمل امرأة مصابة بمرض السكري، أو أن تحتفظ بالحمل إلى آخره، لأن السكري أحد عوامل العقم واكتشاف

الأنسولين وإدخاله ميدان المعالجة الطبية هيأ للمصابات بالسكري إمكانية الحمل واستمراره تحت مراقبة الطبيب واستمرار معالجة الداء. **(رويحة، 1974، ص ص 103-104)**

- تورم القدمين:

يسببه ضغط الجنين على الأوردة الدموية وخاصة أثناء الأشهر الأخيرة من الحمل، لتلاقي هذه المشكلة على الحامل أن تخفف من تناول ملح الطعام وأخذ قسط من الراحة أثناء النهار مع رفع القدمين إلى أعلى، وتجنب استخدام الأحذية الضيقة. **(منظمة الأمم المتحدة للطفولة: اليونيسف 2008، ص ص 1-6)**

- إنتشار فقدان الحمل:

يعتبر فقدان الحمل من العوامل المؤثرة على مستويات الخصوبة والتي تعتبر أحد محددات النمو السكاني، مما يستلزم التعرف على الأسباب المؤدية له وأهم العوامل المؤثرة فيه والمتمثلة في:

- إرتفاع سن المرأة وتجاوزها سن 30 سنة.
- البيئة التي تعيش فيها المرأة.
- مستوى توفر الخدمات الصحية وسهولة الحصول عليها.
- المستوى التعليمي للمرأة، حيث أنه من المعروف أن النساء الأقل تعليما بصفة عامة أكثر تعرضا لفقدان الحمل عند بقية النساء.

- عدد مرات الولادة:

حيث كلما زاد عدد مرات الولادة ارتفع عدد مرات فقدان الحمل وتقدر نسبة النساء اللواتي فقدن حملهن حملا واحد على الأقل سنة 2008 حوالي 29.9%. **(عبد المنعم والسيد، 2008، ص113)**

- تسمم الحمل:

ويقصد به مرض يكون في المراحل الأخيرة للحمل، حيث يكون إرتفاع الضغط مصحوبا بموجودات مرضية كبدية أو عصبية أو كلوية ومن العلامات والمؤشرات المنذرة بحدوث هذه الآفة هو التطور السريع لانتفاخ وخاصة في الوجه والأيدي وبوجود ارتفاع الضغط، وقد تصادف خللا في

وظائف الكبد، ومن المظاهر الدالة على الشمولية العصبية للآفة وجود فرط الاضطرابات البصرية. **(هاريسون، 1996، ص 25)**

- الغثيان والتقيؤ:

ويمكن السيطرة على هذا الوضع بعدم مغادرة الحامل لسرير صباحا قبل أن تأخذ شرابا مغلي محتوي على كمية قليلة من الحليب، قطعة من البسكويت أو الخبز المحمص، وعليها الابتعاد عن الزبدة وأنواع الدهنيات صباحا. **(زين ومزاهرة، وسليمان، 2008، ص 53)**

2-1-6 السياسات والإجراءات العامة في مجال الرعاية الصحية في فترة الحمل:

من بين هذه السياسات والإجراءات نذكر:

- تطوير نظام يحدد المعايير الفنية المتعلقة بتقديم خدمة موحدة ذات نوعية عالية لجميع الخدمات الصحية المقدمة للأم الحامل.

- رفع كفاءة الكوادر الصحية العاملة في خدمات رعاية الحامل عن طريق برامج الإعداد والتدريب، وخاصة فيما يتعلق بالكفاءة الاجتماعية والتعامل مع الأسرة.

- إعداد المناهج والأدلة لتدريب الكوادر الصحية.

- إعداد برامج التعامل الصحية وبروتوكولات للتعامل الصحيح مع الأمهات الحوامل حسب وضعهم الصحي، وبخاصة لحالات الحمل الخطرة.

- وضع معايير نوعية لعمل مراكز خدمات رعاية الأمهات، وإنشاء نظم لمتابعة وتقييم الخدمات المقدمة لمراقبة مدى إتباع البروتوكولات الصحية للمعالجة والمتابعة.

- تفعيل وتطوير نظام التحويل المتبادل للحوامل بين الخدمات الصحية والمستشفيات.

- تطوير عمل الخدمات الصحية لتركز على الأسرة كوحدة متكاملة واستحداث ملفات صحية أسرية لتشمل الوضع الصحي للأم والوضع الصحي للأطفال.

- تطوير نوعية الخدمات بما يتماشى والتعريف العالمي لمكونات نوعية الخدمة الجيدة عن طريق تجهيز مراكز رعاية الحمل في مناطق المحتاجة بالمعدات والتجهيزات الطبية الضرورية والكوادر المؤهلة.

- تطوير الحملات والوسائل التثقيفية وأساليب التوعية الموجهة لأسر حول أهمية المتابعة الدورية في فترة الحمل، والتركيز على أهمية التغذية الجيدة خلال هذه الفترة والحماية من الأمراض المعدية.

- إعطاء العناية اللازمة، وتوفير خدمات الرعاية والتوعية للحوامل اللواتي يحملن للمرة الأولى.

- تطوير الدراسات والأبحاث والتجارب والخبرات المتعلقة بآثار العوامل الاجتماعية والنفسية على نمو الجنين.

- تطوير نظام الاكتشاف المبكر والتدخل المبكر لإعاقات المواليد حديثي الولادة وإجراءات الإحالة اللازمة.

- تطوير آليات المراقبة والمتابعة لخدمات الرعاية الصحية التي تقدم للأم في فترة الحمل. **(الفريق الوطني لتنمية الطفولة المبكرة، د.س، ص ص 13- 14)**

2-2 صحة المرأة أثناء عملية الولادة:

إن عملية الولادة هي عملية شاقة بالنسبة للمرأة حيث أنها تشمل حياتها وحياة جنينها، فبعد تسعة أشهر من الحمل تكون المرأة الحامل مستعدة ومهيأة لعملية الولادة والتي يمكن تحديدها:

2-2-1 الإشارات التي تسبق عميلة الولادة:

- أولا: مرحلة الطلق: وهو يعني تقلصات في الرحم مصحوبة بالآم وظهور البشارة.
- ثانيا: وهي افرازات مخاطية ممشحة بالدم يخرج من عنق الرحم.
- وثالثا: إنفجار الكيس الامنيوسي واندفاع ما فيه من السائل، ليتبع ذلك خروج الجنين وأغشيته والسائل الامنيوسي من الرحم وإطلاق الطفل صرخة الميلاد. **(السيد، 2008، ص 80)**

ذلك أن النساء الحوامل لأول مرة، أي في المراحل الأخيرة من الحمل قبل الولادة بأسبوعين يتدلى الرحم إلى الأمام وإلى الأسفل والجزء المتدلى من الجنين غالبا ما يكون الرأس يهبط إلى منطقة الحوض وتسمى هذه المرحلة بالنزول وعادة ما تحدث العملية بصورة تدريجية، بعد مرحلة النزول تشعر الأم باحتقان أقل ويكون التنفس أكثر سهولة ومع ذلك عادة ما يوجد ضغط على المثانة نتيجة

لشعور الأم بهذا الاحتقان ونتيجة لهذا الأمر يكثر شعورها بالحاجة إلى التبول، فبالنسبة للنساء اللاتي مرت عليهن تجربة الحمل عدة مرات فإن مرحلة النزول لا تبدأ إلا بعد أن تكون انقباضات قوية ومتواصلة وغير منتظمة، إذ تكون الافرازات المخاطية المهبلية أكثر انتشارا نتيجة لاحتقان المستمر في غشاء المهبل ودم لونه بني أو مخاط مخلوط بالدم من عمق الرحم وينزل عنق الرحم يكون لينا ومتمددا جزئيا ويبدأ بالتوسع وتلقائيا يتمزق الغشاء المحيط بالطفل. **(فضة وقزاقزة، والعجلوني، 2002، ص51)**

2-2-2 أنواع عملية الولادة:

تمر الولادة عبر أنواع متعددة وذلك حسب صحة كل امرأة (الولادة الطبيعية، والولادة القيصرية، الولادة بالملقط، الولادة بالشفط) نوردها فيما يلي:

- الولادة الطبيعية:

هي حالة طبيعية تتم بواسطة ولادة الجنين والتخلص من الخلاصة والأغشية المحيطة به، وقد تتم بدون أي تدخل دوائي أو استخدام أدوات طبية وتحتاج إلى وقت بمعدل6-8 ساعات من بدء الولادة، علما بأن ولادة السيدة البكرية تحتاج إلى وقت أطول من ولادة السيدة المتكررة. **(عوني، 2015، ص 85)**

- الولادة القيصرية:

وهي الولادة التي تتم بإجراء عملية جراحية ويجب الإعداد لها ومراعاة أصول التعقيم والأساليب الجراحية والتمريضية.

- الولادة بالملقط:

يوضع الملقط حول رأس الجنين أثناء المخاض، ثم يقوم الطبيب بسحب الجنين حتى يساعد في عملية الولادة، ويجب عدم استخدام القوة حتى لا يتضرر الجنين.

- الولادة بالشفط:

تتم هذه العملية باستخدام جهاز الشفط، حيث يتم سحب الهواء الموجود داخل الجهاز فيلتصق رأس الجنين في التجويف الداخلي للجهاز، ويقوم الطبيب بسحب الجنين بواسطة أنبوب مطاطي

متصل بالقطعة الملتصقة بالرأس، ويجب عدم استخدام القوة الزائدة بالسحب خوفا من حدوث الضرر على رأس الجنين. **(مزاهرة، والضفدي، ومحمدي، 2003، ص ص 98-99)**

2-2-3 الخدمات الصحية المقدمة للأم أثناء الولادة:

وجب على مقدمي الرعاية الصحية (أطباء، قابلات، ممرضين) في مرحلة الولادة تقديم لها مختلف الخدمات الضرورية لضمان لها الحماية والبقاء، لذا ينبغي على الأم الحامل أن تسرع إلى أحد المستشفيات فورا حيث من الضروري أن تكون بالمستشفى قبل الموعد المنتظر للولادة بأيام فالعلامات الدالة على الولادة متمثلة في المعلومات المقدمة سابقا. **(شعبان واسماعيل، ومجدي 2008، ص 37)** ومن أهم الخدمات المقدمة للأم نذكر:

- الخدمات التوليدية المقدمة للأم أثناء الولادة:

إن الاهتمام بصحة الأطفال تبدأ منذ بداية الحمل ثم الولادة وإلى ما بعد الولادة وتعتبر فترة الولادة والرعاية الطبية التي تتلقاها الأم أثناء الولادة من الفترات الحرجة التي تؤثر على صحة وحياة الطفل بعد الولادة، لذلك فإن نوعية القائمين على الولادة تؤثر على الأم والطفل معا، حيث أن الولادة التي تتم على أيدي مدربة ومؤهلة طبيا يكون لها أثر ايجابي كبير على صحة وحياة الطفل والأم، وخاصة في حالات الولادات المتعسرة وحالات الحمل الخطرة، ويعتبر مؤشر نسبة الولادات التي تتم على أيدي مدربة من المؤشرات المهمة، حيث أنه يعكس على مدى توافر الخدمات الصحية الخاصة بالأمومة والطفولة. **(التقرير الاحصائي السنوي لواقع الطفل العربي، 2003، ص 121)**

- دور الفريق الطبي في عملية الولادة:

إن الفريق الطبي هو المسؤول على عملية ولادة الأم الحامل في ظروف آمنة وصحية مع الخلو من المشاكل الصحية قد تصيب بها المرأة أثناء عملية الولادة.

- دور الطبيب في عملية الولادة:

الطبيب وهو الشخص الذي يلجأ إليه المريض لكي يساعده في علاج حالته المرضية مستعينا في ذلك بالوسائل العلمية الطبية، ولذلك كان إعداد الطبيب من المسائل المهمة التي تحرص على الاهتمام بها الهيئات العلمية والطبية والسياسية في كل مجتمع، وبالتالي فإن دور الطبيب هو دور محدد مهنيا لأن العلاقات بين الطبيب والمرضى تتركز حول صحة المرضى ومشاكلهم الصحية لا

على أية مشكلات شخصية من أي نوع آخر، وهو دور إيجابي فالمطلوب من الطبيب أن يتدخل بفاعلية لعلاج المرضى. **(مزاهرة والضفدي، وأبو الحسين، 2001، ص 107)**

- دور القابلة في عملية الولادة:

تعتبر القابلات من مقدمات الرعاية الرئيسية للنساء وأطفالهن حديثي الولادة قبل وأثناء الحمل والمخاض والولادة وفترة ما بعد الولادة، يمكن للقابلة المؤهلة توفير المعلومات والخدمات الشاملة عن الصحة والحقوق الجنسية والإنجابية، بما في ذلك الولادة الآمنة والمستورة وخدمات تنظيم الأسرة والرعاية قبل وبعد الولادة، وخدمات منع وعلاج الملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية والكزاز والعدوى التي تنتقل بالاتصال الجنسي ومرض الزهري الخلقي، والمساعدة على منع ختان الإناث وتوفير خدمات الصحة الإنجابية للمراهقات وتوفير خدمات الرعاية بعد الإجهاض، وتقديم الدعم والمساعدات فيما يتعلق بالعنف ضد المرأة. **(رحومة، 2021)**

- دور الممرضة في الإشراف على عملية الولادة:

التمريض هو من المهن الصحية المساعدة في مجال صحة الأمومة والطفولة أي الممرضات حيث تقوم الممرضة في هذه المهن بالإشراف والتنفيذ المباشر لتوجيهات وتعليمات الطبيب المعالج من خلال تقديم الخدمة التمريضية للمريض (النساء) في المستشفى، كأخذ العلاج المخصص من قبل طبيب التغذية وغيرها... فيطلب من الممرضة بعد انتهاء عملية الولادة بأن تقدم الإرشادات اللازمة حول أحسن طريقة للتقميط واستبدال ملابس المولود، كما تقوم بإعطاء تعليمات عن كيفية الاستحمام والتنظيف اليومي للمولود، بالإضافة إلى تقديم عدد ساعات إرضاعه، بمعنى العناية به في حالة مرضه، وذلك بقياس درجة حرارته يوميا، ومن من خلال حرصها على شراء مقياس الحرارة وكل اللوازم التي تحتاجها من أجل ذلك. **(ديفيكين، 1985، ص ص 62-63)**

وتعتبر مرحلة الولادة مرحلة حساسة بالنسبة للمرأة تحمل في طياتها عنصرين (ايجابي، سلبي) فالإيجابي تكون المرأة فيه متفائلة، والسلبي تكون لديها جملة من التوترات والمخاوف، فعلى المستخدمين الصحيين (الأطباء، القابلات، الممرضيين) أن يقدموا في هذه المرحلة (الولادة أو الوضع) مجموعة من النصائح والإرشادات للنساء كممارسة رياضة خفيفة المشي مثلا، وتناول أغذية خفيفة

"كالخضروات والفواكه والابتعاد على كل أنواع الأطعمة التي تحتوي على الدهون وهذا لأجل الحفاظ على صحتها وصحة جنينها.

2-3 الرعاية الصحية بعد الولادة:

يعرف النفاس بأنه الفترة التالية للولادة وتبدأ بعد انقضاء ساعة على ولادة المشيمة وحتى أربعة أسابيع حسب منظمة الصحة العالمية، إلا أنه حسب الأعراف والتقاليد تمتد فترة النفاس حتى ستة أسابيع بعد الولادة، حيث تعود وظائف الأعضاء إلى حالتها الطبيعية قبل الحمل. **(عبد السلام، 2008)**

2-3-1 مراحل عملية النفاس: وتنقسم عملية النفاس عادة إلى مرحلتين:

- **المرحلة الأولى:**

فترة نفاس مبكرة: وهي من اليوم الأول إلى 4 أسابيع.

- **المرحلة الثانية:** فترة نفاس متأخرة:

وهي من 4 أسابيع إلى 6 أشهر أحيانا اثنى عشر شهر. **(الصواف والحلبى، 2003، ص 18)**

فالمرأة النافسة عليها بالحركة الخفيفة بعد يوم من الولادة كما يسمح لها بالنزول من السرير والذهاب إلى الحمام، ولكن عليها أن تبتعد عن أي عمل عضلي أو فكري يتطلب إجهاد، فإن الكثير من حالات سقوط الرحم وأمراض الجهاز التناسلي تحدث نتيجة الاستعجال في الحركة والنشاط قبل عودة الرحم إلى حجمه ووضعه الطبيعي، كما أن حالات من هبوط القلب قد سجلت نتيجة للنشاط العادي للمرأة في فترة النفاس وفي نفس الوقت يجب أن لا تبقى الأم طريحة الفراش، هذا مما يساعد على تكون جلطات في الساقين. **(البار، 1983، ص 463)**

2-3-2 الردود النفسية للنفاس:

ينبغي أن تكون هناك فترة راحة للأم بعد مشقة الولادة تلك المشقة التي تدرج ضمن الصدمات النفسية والبدنية، نظرا لما لها من ردود نفسية بالغة، وكذا الجهد العظيم والمرهق الذي تبذله الأم في الولادة وتتجسد هذه الردود في:

- الاستقبال النفسي للطفل:

تنشأ علاقة حميمية بين الأم وجنينها منذ اللحظة التي تكتشف فيها بأنها حامل وخلال أشهر الحمل، وتتوقف هذه العلاقة بداية من الشهر الرابع حيث تبدأ حركة الجنين معلنة عن وجود مخلوق في خيالها وبعد الولادة وربما لا تكون الصورة التي رسمتها الأم من خيالها مطبقة لصورة الجنين الحقيقية فهنا تشعر الأم بالخوف، وتنتابها صراعات بين القبول والرفض لهذا المخلوق الجديد، ثم شيئا فشيئا يزيد القبول والحب لطفلها الذي يعتبر أغلى شيء في حياتها. **(البار، 1983، ص 76)**

- حزن ما بعد الولادة:

يعتبر حزن ما بعد الولادة من المشكلات النفسية التي تصيب كثيرا النساء، وتختفي تلقائيا بعد وقت قصير دون أن تترك آثارا ضارة على الولادة أو الوليد، فبعض حالات المريضات اللاتي يصبن بهذه الاضطرابات النفسية لا يكن بحاجة للعلاج أو الدخول إلى المستشفى، بل أن ما يعانين منه هو كآبة أو قلق بسيط يذهب من تلقاء نفسه دون الحاجة لتناول أي علاج وبشكل عام لابد أن تبقى هذه المرأة تحت المراقبة خشية أن يحدث لها انتكاسة قد تضر بها وبوليدها.

- إكتئاب ما بعد الولادة:

يعتبر إكتئاب ما بعد الولادة نوعا من أنواع الاضطرابات النفسية التي تحدث بعد ولادة الطفل ويمكن أن يبدأ الإكتئاب أثناء الحمل ولكن لا يطلق عليه إكتئاب ما بعد الولادة، إلا إذا شهد بعد ولادة طفلها، وفي محاولة لتحديد الفترة التي يحصل فيها الإكتئاب حاول الأطباء النفسيين تحديد فترة النفاس على أنها فترة أربعة أسابيع فقط بعد الولادة، ويكون بذلك إكتئاب ما بعد الولادة هو النوبة الإكتئابية التي تحدث في هذه الأسابيع.

- ذهان ما بعد الولادة:

تعد حالة الذهان المرضية من الحالات النادرة التي تصيب المرأة بعد الولادة، وتكمن خطورة هذه الحالة من خلال أعراضها التي تتمثل في التخيلات التي تصيب المرأة والهلوسة والأوهام والارتباك والوسواس تجاه سلامة طفلها الصحية، كذلك تبدأ بالتعبير والتصريح عن أشياء غير عقلانية وغير منطقية، فتراها تتخيل بأنها تملك قوة كبيرة، أو إحساسها بأن الناس من حولها يحاولون ايذائها أو ايذاء وليدها، والشعور بأن زوجها يخونها مع امرأة أخرى، إلا أن أخطر التوهمات تلك التي تتعلق بالوليد

باعتقادها بان وليدها مشوه أو ميت، أو أنه شيطان أو سماعها لأصوات تأمرها بإيذاء نفسها أو الناس من حولها، ولحسن الحظ تعتبر حالة ذهان ما بعد الولادة أقل أنواع الاضطرابات النفسية انتشارا لدى المرأة بعد عملية الولادة، وتعد النساء اللواتي أصبن عائلتهن بالذهان معرضات للإصابة به بعد الولادة لذا فإن حالة الذهان بعد الولادة هي حالة مرضية حرجة وتحتاج للعلاج الفوري، ومن الضروري أن تعرض النساء المصابات بالذهان بعد الولادة على الطبيب النفسي، وذلك لتشخيصها وتلقي العلاج. **(العدوى، 2015)**

- الاعتمادية في فترة النفاس:

نظرا للضعف البدني للأنثى في فترة النفاس تقوم أمها أو أختها أو حماتها على خدمتها وتكون محاطة برعاية فوق العادة، وهي تسعد بذلك وربما تبدأ بالتصرف كطفلة تحتاج لمن يدللها ويرعاها، ويزيد مع ذلك إحساسها بالمسؤولية الكبيرة التي ألقيت على عاتقها فجأة اتجاه المخلوق الجديد النائم بجوارها ذلك الإحساس الذي ربما يدفعها إلى إنكار فكرة الأمومة والشخصيات الناضجة تتجاوز هذه الفترة بسرعة وتتقبل الوضع الجديد مستشعرة فرحتها بوظيفة الأمومة وتنتقل من الذاتية إلى الغيرية.

- النمط الأنثوي في النفاس:

ذات التركيب النفسي الأنثوي الطبيعي تقبل فكرة الأمومة التي جبلت عليها منذ كانت طفلة تلعب بعرائسها، وتتقبل الانتقال من مرحلة الاعتمادية على أبويها إلى مرحلة الاستقلال والعطاء، وفي الوقت نفسه تحاول استعادة معالم أنوثتها، وبهذا تصبح مرحلة النفاس عند هذا النمط من النساء مجرد مرحلة من مراحل عمرها وعملية فيزيولوجية طبيعية.

- النمط الذكوري في النفاس:

هذا النمط من النساء يمر بمشاكل صحية نفسية كثيرة أثناء فترة الحمل، وتمر أيضا بولادة عسيرة وتصبح مرحلة ما بعد الولادة كربا شديدا لذلك نجد المرأة من هذا النوع تحاول العودة لنشاطاتها العادية في أقرب وقت ممكن وليست لها مشاعر نحو طفلها لذلك تتعامل معه بشكل تلقائي تماما وتفضل إعطائه رضاعة اصطناعية، والمرأة من هذا النوع تكره المولودة الأنثى وتشعر بالنفور اتجاهها وإذا كان المولود ذكرا تحاول تطويعه لإراداتها والسيطرة عليه.

- الصراع في فترة النفاس:

في هذه الفترة يكون الصراع بين الذات التي تريد أن تحقق الاستقلال والحرية والذات التي يشدها الطفل وتضع معه مقومات جديدة لنفسها وتتراوح المرأة بين اتجاهين وقد يبدو عليها أنها تعامل طفلها وقد تبطئ، وقد تصاب بالاكتئاب ويتداعى بدنها لحالها فيجف لبنها، كما لو كانت تريد لطفلها أن يموت، وكلما كانت الأم صغيرة كلما استهدفها الصراع فهي تحزن أن ترى جسمها قد تغير وتختار بين الأمومة وأنوثتها وبين واجباتها ومتطلباتها، وأن تكون بنتا مدللة من طرف والديها، وأن تكون أما تدلل وليدها وقد تشعر المرأة النافسة إزاء الأعباء التي يفرضها عليها الوليد أنها أضعف من المسؤولية وتنتابها المخاوف، وقد تلجأ إلى وسيلة الهروب لتدافع بها عن ذاتها، غير أن غريزة الأمومة التي توجد بينها وبين الطفل تواجه نواحي الضعف في الذات وتجعل المرأة تخشى خيبة هذه الرغبات والصراعات فتفقد طفلها، ويضاف إلى ذلك صراع بين اهتمام المرأة بزوجها واهتمامها بطفلها. **(البار، 1983، ص ص 53-77)**

2-3-3 المشاكل الصحية بعد عملية الولادة:

تتعرض الأم بعد عملية ولادة طفلها بعدة مشاكل صحية ويمكنها أن تتفادى وتجنب إصابتها بهذه المشاكل الصحية ومن أهمها ما يلي:

- هبوط الرحم:

يعد الحد من انتشار الأمراض المزمنة والإنجابية هدفا إستراتيجيا لتحسين الصحة العامة وبالتالي فإن تقدير مدى انتشارها يساعدها على تعميم البرامج الصحية ومتابعتها، وتتعرض المرأة لمجموعة من الأمراض، وذلك لأسباب متعددة منها تكرار الحمل والولادات، وأيضا تقدم في العمر، ومن الأعراض التي قد تصيب بها النساء بسبب تكرار الحمل وتعسر الولادة أحيانا هو حدوث هبوط الرحم بدرجات متفاوتة قد تزداد لذا وجب العلاج.

- سلس البول:

تعاني حوالي 9.3 % من السيدات في عمر الإنجاب 15 -45 سنة اللاتي حملن حملا واحد على الأقل من سلس البول وقد يرجع الارتفاع النسبي للمصابات بهذا المرض إلى عدم الوعي

بالإصابة، وهو ما يطلق عليه المعاناة الصامتة وهي المعاناة التي تشعر بها المرأة دون أن تدري أنها مصابة بهذا المرض. **(عبد المنعم واخرون، 2010)**

- مشكلات الدورة الشهرية:

يضم التناذر المصاحب للدورة الشهرية عدة أعراض سلوكية ونفسية وجسمية، تلك التي تحس بها المرأة في المرحلة الروتينية من الدورة الشهرية، وتظهر هذه الأعراض من سبعة إلى أربعة عشر يوما قبل بداية نزول دم الحيض، ثم نزول في اليوم الأول أو الثاني بعد ذلك، هناك عامل أساسي في الاضطرابات المصاحبة للدورة الشهرية، وهو غياب الأعراض، أما زيادة هذه السمات فإنه يؤثر على النشاط الشخصي والعائلي والوظيفي للمرأة ومن أهم الأعراض نجد:

- **الأعراض النفسية:**

مثل القلق والاكتئاب نقص التركيز، إضطراب الشهية، شراهة للسكريات.

- **الأعراض الجسمية:**

مثل التعب، انتفاخ وضغط في الثديين، انتفاخ البطن، زيادة الوزن صداع، عسر البراز. **(التركي، 2006).**

2-3-4 رعاية الأم في فترة النفاس:

الولادة في المستشفى:

في اليوم الأول بعد الولادة مباشرة يجب مراقبة ما يلي:

- العلامات الحيوية: معدل ضربات القلب وضغط الدم ودرجة الحرارة ومعدل التنفس مرتين يوميا.

- انظمار الرحم.
- النزف المهبلي.
- التبول والحركة المعوية.
- علامات فقر الدم.

- تسجل كل البيانات في السجل الطبي للمريضة.

- إعلام الأم وإرشادها بالأمور التالية:

✓ النظافة الشخصية.

✓ التحرك والمشي.

✓ العناية بالرضيع ورعايته.

✓ الرضاعة الطبيعية.

✓ علامات الخطر بالنسبة للأمهات التي تتطلب استشارة طبية فورية:

- نزيف مهبلي ملحوظ مثلا تغيير الفوطة الصحية كل 20 أو 30 دقيقة خلال ساعة أو ساعتين أو خروج خثرات دموية عدة مرات.
- صداع يصاحبه اضطراب بصري أو غثيان والقيء، نوبات اختلاج.
- صعوبة في التنفس أو تنفس سريع.
- حمى.
- ألم شديد على مستوى البطن.
- إفرازات مهبلية كريهة الرائحة.

يمكن كبت إدرار اللبن عن طريق استعمال كابر غولين عن طريق الفم، جرعة واحدة بمقدار 1 ملغ في اليوم الأول او تناول 0. 25 ملغ كل 12 ساعة لمدة يومين لكبت الحامل فعلا في حال عدم توفر كابر غولين او كان استعماله ممنوعا:

✓ لا تستعمل محفزات أخرى للدوبامين مثل البروموكربتين.

✓ لا تضغط على الثديين بضمادة امر مزعج وبلا جدوى.

✓ يمكن ارتداء حمالة الثديين طيلة الوقت نهارا او ليلا وتناول الباراسيتامول أن يحد من الشعور بالانزعاج المصاحب لإدرار اللبن في حال عدم التحفيز يتوقف إنتاج الحليب في غضون أسبوع أو أسبوعين.

إضافة إلى ذلك يجب توفير الدعم النفسي لجميع النساء الموجودات في مستشفى الولادة واللائي في مرحلة ما بعد الولادة.

- **عند مغادرة المستشفى:**

- تحديد موعد لزيارة الطبيب لما بعد الولادة.
- تأكد من أنه قد تم اعطاء المعلومات والنصائح اللازمة.
- في حال غياب فقر الدم، لابد من مواصلة تناول مكملات الحديد وحمض الفوليك لمدة ثلاث أشهر. **(سعد، 2017، ص ص 223-224)**

وعموما فالنفاس هو تلك الفترة التي بعد الولادة، حيث أن جسم المرأة يتعرض لمجموعة من التغيرات ويختلف من امرأة إلى أخرى ومن حمل إلى آخر، فهناك تغيرات جسدية ونفسية.

فالتغيرات الجسدية تظهر من خلال زيادة في حجم بطن المرأة بعد الولادة، ثم تمدد في الحوض وانكماش الرحم ومشاكل على مستوى أسفل الظهر، كذا يتعرض جسم المرأة للافرازات المهبلية التي تستمر بضعة أسابيع، إضافة إلى امتلاء الثدي بالحليب الذي يسبب ألما شديدا للمرأة وخاصة في الأيام الأولى من الرضاعة، ثم مشكلة سلس البول، أما بالنسبة للتغيرات النفسية فهي تشمل الحزن (تقلبات مزاجية أو الاحساس بالقلق)، الاكتئاب(الرغبة في البكاء، اضطرابات النوم، فقدان الشهية...)

وعلية فإن الاهتمام بصحة المرأة خلال مراحل حياتها الإنجابية ضرورية ومهمة (الرعاية الصحية)، حيث يتطلب الحمل والوضع ومابعده عناية ومتابعة خاصة أو مراقبة طبية دائمة تساعده على التشخيص المستمر لمتاعب الحمل والمشاكل المحتمل حدوثها بعد الولادة، ويمكنه من ضمان متابعة جيدة لنمو الجنين ومكافحة وفيات الأمهات والرضع، ذلك أن الرعاية الصحية للأمهات من أهم أولويات القطاع الصحي في الجزائر.

3- الرعاية الصحية المقدمة للطفولة:

تعتبر رعاية الأطفال مسألة مهمة بالنسبة لنا جميعا، فهي تأثر على الطريقة التي تعيش بها وتؤثر في قدرتنا على التطور كأفراد أو كمجتمع، كما تعكس تطلعاتنا لتوعية العالم الذي نريد أن

نعيش فيه، ويحق للأطفال تلقي الرعاية بالشكل الصحيح وهم بحاجة إلى الدعم المادي والنفسي من الوالدين ومقدمي الرعاية وسط جو أسري سليم. **(ساكري، د س، ص 03)**

3-1 احتياجات الطفل الأساسية:

إن الأم هي العمود الفقري في بناء البيت وتربية الأطفال، ورغم أهمية هذا الدور فإن دور الأب هو القاسم المشترك والفعال في تنشئة الطفل على أسس سليمة، ولا تقتصر فقط على توفير المال والمسكن وأسباب العيش، بل ينبغي عليه المشاركة في تربية الطفل متكافئا مع الأم في الرعاية والعناية به. **(عبد العزيز، 2005، ص 109)**

ومن الاحتياجات الضرورية لطفل نذكر:

- الغذاء: إذ يجب على الأم بعد الولادة تناول ما يلي:

تناول وجبة صغيرة أو وجبة خفيفة كل يوم خلال فترة الحمل بالإضافة إلى الوجبات الرئيسية الضرورية لتوفير الطاقة والمغذيات لها ولنمو الجنين.

خلال فترة الرضاعة تناول وجبتان صغيرتان إضافية أو وجبتان خفيفتان كل يوم بالإضافة إلى الوجبات الرئيسية الضرورية لتوفير الطاقة والمغذيات لها ولنمو الطفل تناول أفضل الأطعمة المتوفرة مثل البقوليات والخضار والفواكه، الحليب ومشتقاته، الأسماك، الدجاج واللحوم، تجنب شرب الشاي والقهوة لأنها تؤثر على امتصاص المغذيات المتواجدة في الأطعمة خاصة الحديد. **(منظمة الأمم المتحدة للطفولة: اليونيسف، 2008، ص 1)**

و تنقسم مصادر الغذاء لطفل الرضيع إلى ثلاث مصادر وهي:

أ- الرضاعة الطبيعية:

هي الرضاعة التي يعتمد فيها الطفل في تغذيته على حليب الأم. **(رضا، 2005، ص ص 177-178).**

حيث توصي المنظمات المهتمة بالطفولة أن تكون رضاعة الطفل من الولادة حتى 3 أشهر بمعدل 7 إلى 8 مرات في اليوم خلال كل 3 ساعات، وبعد الشهر الثالث حوالي 5 إلى 6 مرات يوميا بفارق 3 ساعات ونصف بين كل رضعة أخرى، وتكون المدة التي يستغرقها الطفل العادي خلال

الرضعة الواحدة حوالي 15 إلى 20 دقيقة، إلا أنا في الأيام الأولى أين يكون الطفل ضعيفا، فعلى الأم أن تساعده وتقدم الثدي كلما أحست بضرورة ذلك وبداية من الشهر الخامس والسادس تكون عدد الرضعات 6 مرات في اليوم، وتتواصل بمعدل 6 إلى 5 مرات حتى 12 شهرا مباعدة بينها بحوالي 4 ساعات يوميا. **(معويش، ص 74)**

- **أهمية الرضاعة الطبيعية:**

مما لا شك فيه أن لبن الأم هو ينبوع الحياة الذي يقدمه الله هبة للطفل الرضيع في صورة لبن طازج معقم طبيعيا خلقه الله سبحانه وتعإلى خصيصا للطفل بكل تفاصيل تركيبه الكيميائي من بروتينات ودهون وسكريات وأملاح معينة وفيتامينات ويكون متوفرا دائما في متناول الطفل.

- يفرز لبن الأم في درجة حرارة مناسبة للطفل الرضيع دون أن يحتاج إلى أي معاملات حرارية مثل الغلي أو التبريد، ويكون معقما تماما وبذلك فلا يتطلب جهدا لتعقيمه كما يحدث في حال الآلات الصناعية، حيث لابد من تعقيم الزجاجات والماء واللبن الصناعي والتيتينة.
- لبن الأم يعتبر مصدرا رخيصا جدا لرضاعة الطفل إذ قورن بالألبان الصناعية الغالية الثمن نسبيا.
- يحتوي لبن الأم حتى في الأيام الأولى بعد الولادة على أنواع كثيرة من الأجسام المضادة للميكروبات والجراثيم الغريبة، مما يكسب الطفل مناعة كبيرة ضد الأمراض، خاصة وأن هذه المواد تمر كلها في الجهاز الهضمي للطفل دون أن تتأثر بالعصارات الهضمية والميكروبات والجراثيم.
- وجزئيات البروتينات غير تامة الهضم التي قد تتسرب إلى الدم من الجهاز الهضمي لتصيب الطفل بالحساسية الغذائية وهذه الأجسام المضادة لا يمكن توفيرها في الرضاعة الصناعية.
- تدخل محتويات لبن الأم من الدهون والبروتينات في تكوين خلايا المخ والجهاز العصبي للطفل مباشرة دون الحاجة إلى عمليات تمثيل غذائي مقعدة عكس الألبان الصناعية.
- تحمي الرضاعة الطبيعية الأم من الإصابة بسرطان الثدي كما تحمي الطفل من الإصابة بسرطان الجهاز الليمفاوي.

- الرضاعة الطبيعية توفر للطفل غذاء مثاليا يفي بجميع احتياجاته من العناصر الغذائية المختلفة خلال الثلاثة أشهر الأولى من عمره، بحيث يمكن للطفل الرضيع الاعتماد على لبن الأم فقط خلال هذه الفترة، بيد أنه لابد من استخدام بعض المستحضرات الدوائية عديدة الفيتامينات أو تدعيم الألبان الصناعية بها في حالة الرضاعة الصناعية خلال هذه الفترة.
- الرضاعة الطبيعية تفيد الأم نفسها، حيث تساعد على تقلص الرحم وعودته بعد الولادة إلى حجمه الطبيعي لحالة ما قبل الحمل.
- الرضاعة الطبيعية المبكرة تساعد على تنشيط النسيج الذي يفرز اللبن الموجودة في ثدي الأم وهكذا يفرز بكثرة، وبذلك كلما رضع الطفل فإنه يجد كمية أكبر من اللبن الذي يشبع احتياجاته.
- لبن الأم يحقق للأسرة الإحساس بالأمن الغذائي للطفل الرضيع، فتحس دائما بالاستقرار النفسي ولا تنتابها حالات القلق التي تعتري الأسرة التي تلجأ إلى الرضاعة الصناعية في البحث وتتبع الألبان الصناعية. **(السيد وكمال، 2006، ص ص 73-74)**

ب- الرضاعة الصناعية:

إذا كان حليب الأم أحسن غذاء كما تقدم ذكره، فما العمل إذا عجزت الأم عن إرضاع طفلها لأسباب خارج عن ارادتها؟ في مثل هذه الحالة تقدم الأم لطفلها حليبا صناعي مقاربا في تركيبه وخصائصه لحلبيها، فإن الغرض الرئيسي من هذه التغذية هو إمداد الطفل بغذاء بديل عن لبن الأم، ولذلك يجب ملاحظة أن يكون مكوناته شبيه بتركيب لبن الأم. **(رقبان، 2004، ص ص 168-181)**

ج- التطعيم:

إن الرعاية الصحية للأطفال لا تكمن فقط في توفير المأكل والملبس والغذاء الذي يمكنه من أفضل نمو جسمي وعقلي، بل تشمل كذلك وقايته ضد الأمراض التي تهدد صحته، إن الغاية من التطعيم والتحصين هي خلق أجسام مضادة في الجسم، تستطيع مقاومة الجراثيم التي تنتقل إليه والتخلص من سمومهما التي تفرزها في الدم، ويحصل المولود على بعض الحضانة من دم الأم أثناء فترة الحمل وكذلك من المادة اللزجة التي يفرزها الثدي في اليومين أو الثلاثة الأولى بعد الولادة.**(زين**

والضفدي ومزاهرة، 2008، ص 102)

د- النظافة:

تعتبر النظافة شرطا من الشروط الأساسية لنمو الطفل لأنها تؤدي إلى الحماية والوقاية من الأمراض، ونجد أحكام الاسلام تحث على الاهتمام بنظافة الطفل وتغذيته، وليس ذلك فقط ولكن على الأم أن تراعي نظافة الأواني التي يتناول فيها طعامه وأن تغسل يديها جيدا بالماء والصابون قبل تحضير الطعام له.

ونظافة الطفل ليست منظرا جميلا فقط بل هي أمر ضروري للحفاظ على صحته لأن تعريض جسم الطفل لحالات كثيرة غير نظيفة مما يؤدي إلى الإضرار به، ويأتي اهتمام الإسلام بالنظافة لأنها مفتاح الوقاية من الأمراض، فالوقاية من الأمراض المعدية ومنع انتشار العدوى، إذ اهتم الإسلام بغسل اليدين قبل الأكل وكذلك على الأم غسل يديها قبل تحضير الطعام وبعده. **(منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسف بالتعاون مع جامعة الأزهر، 2005،ص ص 33-34)**

3-2 الأمراض الصحية للأطفال:

إن الظروف الصحية وكذا الوضعية المعيشية الصعبة التي كانت تعيشها **الأسر الجزائرية** انعكس سلبا على صحة الأم والطفل على وجه الخصوص، كل ذلك ساهم في انتشار الأمراض والأوبئة مما جعل الدولة تبذل مجهودات خاصة في الجانب الصحي التي اعطت له اهتماما كبيرا من أجل التقليل أو الخروج من تلك الوضعية، وما نتج عنه من وفيات خاصة عند الأطفال نتيجة نقص عمليات التطعيم والتلقيح ضد مختلف الأمراض، إذ يصيب الأطفال العديد من المشاكل الصحية نتيجة سوء الرعاية والاهتمام من طرف المؤسسات والهيئات المختصة، ولاسيما الأسرة التي تعتبر الوسط الاجتماعي الأول الذي يترعرع وينمو فيه الطفل. **(رويحة، 1974، ص 315)**

ومن أهم الأمراض التي تصيب الطفل مايلي:

أ- الأمراض التي تصيب الجهاز التنفسي لدى الأطفال:

ب- الأمراض التي تصيب الأطفال تحت سن الخامسة:

أعلنت منظمة الصحة العالمية أن ستة أمراض يمكن الوقاية منها مسؤولة عن 71 % من وفيات الأطفال وتسبب الالتهاب الرئوي، و19 % من وفيات الاطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات ولوحظ أن أكثر الأمراض التنفسية المسببة لإصابة الأطفال تحت سن الخامسة هي الانفلونزا والالتهاب الرئوي والسعال الديكي.

ج- الأمراض التي تصيب الأطفال فوق سن الخامسة:

يتبين أن معظم الأمراض التي تصيب الأطفال فوق سن الخامسة هي من أمراض الجهاز التنفسي، وأن الأطفال أكثر عرضة للأنفلونزا أو السعال والزكام والربو والالتهاب الرئوي والخناق، لأنهم الفئة الأكثر احتكاكا بالمواد الملوثة، أوضحت إحدى الدراسات بأن تلوث الهواء من أهم أسباب المشاكل الصحية لدى الأطفال، خاصة الجهاز التنفسي سواء أكانت هذه المشاكل مزمنة أو حادة، فقد أثبتت الدراسات أن حوالي 2.1 مليون حالة موت في الأطفال تحت عمر خمس سنوات كانت بسبب الأمراض وأعراض الجهاز التنفسي السفلي، التي ربما تكون متعلقة بتلوث الهواء ونسبة الأطفال عند تعرضهم للإصابة تكون أعلى نسبة إصابة هي الصعوبة في التنفس بنسبة 13 %، وكما لوحظ أن نسبة الأطفال عند عدم تعرضهم للإصابة، تكون أعلى نسبة إصابة هي ازرقاق حول الفم بنسبة 98%.

د- سوء التغذية:

في وقت يفتقر فيه الطفل – من بين كل ثلاث أطفال دون سن الخامسة – إلى التغذية التي يحتاجها لنمو سليم، فإن تقرير حالة أطفال العالم 2019 يتفحص وضع سوء التغذية عند أطفال اليوم تواجه المجتمعات بشكل متزايد العبء الثلاثي لسوء التغذية، إذ على الرغم من الانخفاض فلا يزال 143 مليون طفل دون سن الخامسة يعانون من التقزم، ونحو خمسين مليون طفل من الهزال و340 مليون طفل من الجوع " نقص الفيتامينات والمعادن " كما أن معدلات زيادة الوزن ترتفع باطراد في القرن الحادي والعشرين، يجب فهم سوء التغذية عند الأطفال في إطار التغيرات السريعة، بما في ذلك نمو سكان الحضر وعولمة المنظمات الغذائية، ما يؤدي إلى زيادة وتيرة الغذاء، مرتفع السعرات

الحرارية ولكن قليل المغذيات، فإن سوء التغذية يضر بشدة بنمو الأطفال ونمائهم، وما لم يتم التصدي له فإن الأطفال والمجتمعات سيقاسون الأمرين لتحقيق إمكاناتهم الكامنة.

لا يمكن التصدي لهذا التحدي إلا عبر معالجة سوء التغذية في كل مرحلة من مراحل حياة الطفل، ووضع احتياجات الغذائية الفريدة للأطفال في قالب المنظومات الغذائية والمنظومات الداعمة له والمتمثلة في الصحة والمياه والصرف الصحي والتعليم والحماية الاجتماعية. **(منظمة الامم المتحدة للطفولة اليونيسف، 2023، ص 3).**

هـ- الحصبة:

الحصبة من أمراض الطفولة الهامة، وهي مرض شائع لا يصاب به الطفل خلال الأشهر الأولى من حياته بسبب مناعته الموروثة ضد المرض، ولكن المناعة تزول في الشهر السادس أو السابع من العمر. **(عرفات، 2006، ص 30)**

وعموما تتوقف صحة الطفل على صحة الأم بالضرورة، فكثير من الأمهات وجب عليها العناية بصحتها، وذلك من خلال مراقبة صحتها قبل الحمل وأثناء الحمل وأثناء الولادة وبعد الولادة، هذا بدوره ينعكس على صحة الطفل، فمراقبة الولادة ضرورية وذلك من أجل ضمان سلامة الجنين، والابتعاد عن مختلف المشاكل مثال ذلك الاختناق، والكشف عن دقات القلب والتكفل بالوليد عند قطع الحبل السري، في هذه المرحلة تكون المرأة مهيأة للإرضاع الطبيعي للطفل، فعليها في هذه المرحلة تناول وجبات غذائية صحية من أجل نمو جيد، وعدم تعرضها لمختلف المشاكل الصحية كالحصبة مثلا ذلك أن حليب الأم يضمن له الوقاية ويعتبر لقاح أولي يقدم للمولود، ويتلقى المولود رضاعة صناعية لوجود أسباب معينة خاصة بالأم.

ثالثا: خدمات الصحة الإنجابية

تعد الخدمات الصحية من المستلزمات الأساسية لأي مجتمع لأنها تعكس التطور الذي وصل إليه.**(حسن والفتلاوي، 2010)**، ولكون خدمات الرعاية الصحية للمرأة ركنا أساسيا من أركان الأمومة الآمنة وبالتالي مكون من مكونات الصحة الإنجابية.

1- تعريف الخدمات الصحية:

هي جميع الخدمات التي يقدمها القطاع الصحي على مستوى الدولة سواء كانت علاجية موجهة للفرد أو وقائية موجهة للمجتمع والبيئة، أو انتاجية مثل إنتاج الأدوية والأجهزة الطبية وغيرها بهدف رفع المستوى الصحي للأفراد وعلاجهم ووقايتهم من الأمراض. **(دبون، 2012)**

2- خصائص الخدمات الصحية:

تعتبر الخدمات الصحية واحدة من أبرز وأهم الخدمات الصحة التي أصبح الفرد في المجتمع يبحث عنها ويريدها بدرجة معينة من التميز والإتقان، باعتباره بحاجة ماسة لها، وهذا راجع بالدرجة الأولى لعدة أسباب، والمرتبطة أساسا بكثرة وتنوع وغموض الأمراض العضوية والنفسية التي يتعرض لها ويعاني منها في الوقت المعاصر ومن هذه الخصائص نذكر: **(بديسي وزويوش، 2011)**

- ✓ التلازمية:

ونعني بالتلازمية درجة الارتباط بين الخدمة ذاتها وبين الشخص الذي يتولى تقديمها بحيث يصبح العامل جزءا من الخدمة، ونظرا لوجود العميل أثناء الخدمة يحصل تداخل بين المقدم والعميل فيؤثر كل من العميل والمقدم على ناتج الخدمة. **(الضمور، 2005، ص 66)**

- ✓ اللاملموسية:

الخدمة غير ملموسة أي ليس للخدمة وجود مادي وبالتالي فإن عمليتي الإنتاج والاستهلاك تحدثان في آن واحد.

- ✓ عدم التماثل أو التجانس:

يصعب ضمان نفس جودة الخدمات المقدمة مثل السلع الأخرى.

- ✓ الملكية:

عدم انتقال الملكية تمثل خاصية هامة للخدمات مقارنة بالسلع المادية وأن ما يدفع يكون لقاء المنفعة المباشرة التي يحصل عليها من الخدمة. **(محمود وأسعد، 2014)**

بالإضافة إلى الخصائص السابقة نذكر ما يلي:

✓ تتميز خدمات المستشفيات بكونها عامة للجمهور، وتسعى من خلال تقديمها إلى تحقيق منفعة عامة ولمختلف الجهات والأطراف المستفيدة منها.

✓ تتميز بكونها على درجة عالية من الجودة لأنها مرتبطة بحياة الإنسان وشفائه وليس بأي شيء مادي آخر يمكن تعويضه أو إعادة شرائه، فإن معيارية الأداء للخدمة الصحية تكون عالية وتخضع لرقابة إدارية وطبية.

✓ تتأثر المنظمات الصحية عامة والمستشفيات خاصة بالقوانين والأنظمة الحكومية سواء كانت تابعة للدولة أو القطاع الخاص.

✓ نظرا لتذبذب الطلب على الخدمة الصحية في ساعات اليوم أو الأسبوع أو الموسم ويهدف إلى استجابة إلى أقصى حد من الخدمات المطلوبة، فهذا يستوجب الاستعداد المبكر لحشد كل الطاقات الإدارية والطبية لإنتاج الخدمة الصحية لطالبيها، إذ لا يمكن التأخر أو الاعتذار للطلب لأن في ذلك إخفاق في مهمة المنظمة الصحية الإنسانية. **(يوسف، 2008، ص 99)**

3- العوامل المؤثرة في الخدمات الصحية:

هناك جملة من العوامل التي تتعلق بالخدمات الصحية المقدمة للمرضى ونذكر منها:

✓ العامل الجغرافي:

يعتبر العامل الجغرافي من بين العوامل التي تنعكس على استفادة الفرد من الخدمات العلاجية حيث أن المناطق الريفية والنائية تتميز بصعوبة التنقل فيها لوعورة المسالك والطرقات، مما يتوجب على الفرد التنقل لمسافات طويلة باستخدام وسائل تقليدية لتلقي العلاج.

✓ التباعد والنقل:

إن المريض عند إصابته بالمرض يلجأ إلى القطاع الصحي الأقرب منه لعرض حالته على الطبيب لتشخيص المرض، ووصف العلاج المناسب لحالته المرضية لكن يتعذر عليه الالتحاق بالهيكل الصحي لتلقي العلاج فور إصابته بالمرض، لكن إذا ما صادف تنقله صعوبات فهذا حتما سيؤدي إلى البحث عن وسيلة للتنقل، مما يستغرق وقتا وبالتالي تتدهور حالة المريض إلى أن يتم نقله، فبعد المراكز الصحية عن المواطن (المرأة) تؤثر على حالته الصحية ومدى امتثالها للشفاء.

✓ الكثافة السكانية:

إن التزايد المستمر في عدد السكان خاصة خلال السنوات الأخيرة أدى إلى ارتفاع الطلب على كافة الحاجيات الضرورية خاصة العلاج منها والذي أولت كل الدول اهتماما كبيرا بالجانب الصحي وخصصت له ميزانية معتبرة للنهوض بالتنمية الصحية لمواطنيها، لذلك وجب توفير مستلزمات العملية العلاجية بما يتماشى وعدد السكان واحتياجاتهم المتزايدة.

✓ مكانة الفرد الاجتماعية ومستواه التعليمي والثقافي:

من أهم العوامل المؤثرة في الاستفادة من الخدمات الصحية المقدمة في مختلف الهياكل العمومية أو الخاصة، فكلما كان الفرد على علم ودراية ساعد ذلك في تشخيص المرض والعلاج المناسب، لذلك فالثقافة الصحية لدى المواطن تضمن سلامته من الأمراض الخطيرة التي تعرف انتشارا كبيرا في الاونة خاصة أن لم يتم اتخاذ تدابير الوقاية مسبقا من طرف المواطن.

✓ البيئة المحيطة بالفرد، التجهيزات الطبية ومدى مواكبتها للتطور التقني في العالم المتقدم والهياكل الصحية وتجهيزاتها، حيث شهدت الدولة على تسخير اليد العاملة المكونة والمجهزة لخدمة الفرد والمجتمع، فكلما توفرت هذه العوامل أصبح المواطن آمن من كل الأمراض والمشاكل الصحية وذلك من خلال استفادته من هياكل القطاع الصحي. **(صالح، 2008، ص ص 70-71)**

4- تطور الخدمات الصحية في الجزائر:

لقد عرفت الجزائر تطورا ملحوظا في إطار الخدمات الصحية ويظهر ذلك من خلال:

أ- العناصر المادية:

تتمثل هذه العناصر في المستشفيات ومراكز المتخصصة المتاحة للمواطنين للتوفير الخدمات الصحية، وقد عرفت هذه العناصر المادية تطورا في:

✓ خدمات على مستوى المستشفيات:

تعتبر المستشفى العمود الفقري لأي نظام صحي وذلك لقدرته على توفير أنواع الرعاية الصحية وهو ما تعجز عن تقديمه أي مؤسسة صحية أخرى، كالوحدات الصحية، الأقسام الاستعجالية وغيرها فالمستشفى هو المكان المفضل بالنسبة للمريض يتلقى فيه العلاج، ومكان العمل المفضل لطبيب، كما

تعتبر الواجهة الحضارية التي تبرز تقدم البلد الصحي والعلمي والاجتماعي، ولم يبقَ مجالات المستشفيات مقتصرة على الأنشطة التقليدية مثل الطب والعلاج، وإنما تعددت لتصبح مراكز لتعليم وتدريب كافة المهن الصحية الأخرى بالإضافة إلى كونها أصبحت مراكز للأبحاث العلمية الطبية ولهذا أصبحت المستشفيات في العصر الحديث مميزة من حيث التسيير والتنظيم والخدمات والأهداف. **(عرابة، 2009-2010)**

ب- العناصر البشرية:

والتي تتمثل في عنصر العمل الذي يشمل على مجموعات فرعية عديدة تبدأ بالمهارات العالية رفيعة المستوى المتمثلة في الأطباء والمتخصصين وتنتهي بالعمالة غير المهرة، ويمكن تصنيف عنصر العمل في قطاع الخدمات الصحية من خلال المجموعات التالية:

- الأطباء والممرضين.
- عمال المساندة التي يتولون مهام التمريض الأقل مهارة.
- فني الأجهزة الطبية الذين يتولون تشغيل وصيانة الأجهزة الطبية المتخصصين من المهندسين الفنيين.
- الإداريون وتشمل هذه المجموعة المحاسبين ومسئولي الإدارة المالية وشؤون العاملين والمشتريات والمخازن وأقسام تسجيل المرضى والإحصاء.
- عمال خدمات المساعدة وتشمل هذه المجموعة عمال النظافة، عمال أقسام التغذية، عمال أقسام الغسيل والتنظيف وعمال السلامة البيئية داخل الوحدات والسائقين وعمال الصيانة وغيرها.

و نجد أيضا من الأمور التي **ساهمت في تطوير الخدمات الصحية في الجزائر** ما يلي:

- الأرض وتتمثل في الأراضي المقام عليها وحدات الخدمات الصحية.
- المباني والتأثيث الطبي ويشمل هذا العنصر على جميع المباني للمستشفيات والتعامل ومراكز الإسعاف والعيادات الطبية.

أما التأثيث الطبي فيشمل أثاث غرف المرضى والعيادات الخارجية والاستراحات في الأسرة والمقاعد وكذلك تأثيث غرف العمليات وغيرها، الأجهزة والأدوات الطبية المعمرة وتشمل جميع الأجهزة

الطبية سواء تلك المستخدمة في التشخيص أو العلاج، فأما بالنسبة لأجهزة التشخيص فهي تتمثل في أجهزة الأشعة وأجهزة العلاج فشمل على الأجهزة الطبية لغرف العمليات وغرف العناية المركزة والأجهزة الطبية اللازمة للعلاج السريري. **(النجار، 2007، ص 65)**

5- مشاريع تطوير الرعاية الصحية في الجزائر:

تركز كل الدول على وضع برامج ومخططات تنموية تهدف من خلالها إلى التصدي لمختلف معوقات تقف لبلوغ أهداف التنمية، وفيما يلي نعرض أهم الاستراتيجيات وهي كالآتي:

أ- الإستراتيجيات المتبعة لتحقيق تنمية الصحة الإنجابية

وترمي هذه الإستراتيجيات إلى:

- الاعتماد على التفكير الإستراتيجي ووضع أهداف طويلة المدى مبنية على أرقام ودراسات مرتبطة بجداول زمنية محددة ومعايير كمية وكيفية معروفة، والعمل على تحقيقها.

- العمل على خفض نسبة الأوبئة والأمراض المعدية والمتوطنة وخفض معدل الوفيات.

- تحفيز وتشجيع الأطباء والكوادر الصحية للعمل في المناطق والقرى الريفية والمجتمعات المحلية وتقديم كافة التسهيلات للنهوض بالصحة في الأرياف.

- دعم الاتفاق لترقية وتطوير نظم الرعاية الصحية، وتحسين جودة الخدمات الصحية المقدمة للمواطنين في كافة القطاعات والهياكل الصحية.

- توفير الخدمات الصحية للجميع، وضمان العدالة في توزيع هذه الخدمات عبر كافة المناطق والعمل بشعار "الصحة للجميع".

ب- الإستراتيجيات المتبعة لتحقيق التنمية المستدامة على مستوى المجتمع العربي:

أما على مستوى المجتمعات العربية فإن تحقيق التنمية الصحية الشاملة يكون من خلال الاستراتيجيات المعدة مسبقا من طرف الهيئات المختصة في دراسة ووضع الخطط التنموية، وهي كالتالي:

- انشاء أكبر عدد ممكن من المستشفيات العامة التي تضم معظم وأهم التخصصات الطبية والعمل على توزيعها على مختلف المناطق لاسيما التي تعاني نقصا في التغطية الصحية.

- توحيد الجهود العربية في مجال الصحة لتعزيز جودة الرعاية الصحية وضرورة مكافحة الأمراض الوبائية التي تهدد العالم أجمع.

- تبادل الخبرات بين الدول العربية وفق الاحتياجات في مجال الرعاية الصحية.

- العمل على إنشاء مركز عربي للتنمية الصحية لدعم البحوث الصحية التطبيقية، وتقديم المساعدات لبرامج التعليم الصحي، كما يعمل أيضا على تنظيم ندوات وملتقيات ومؤتمرات عربية وعالمية خاصة ببرامج الرعاية الصحية (برامج التنمية الصحية)، بالإضافة إلى برامج للتوعية الصحية المستمرة وتقييم نتائجها. **(غرايبية، 2015-2016، ص ص 124-125)**

6- الاقتراحات والتوصيات لتعزيز الصحة الإنجابية:

الصحة الإنجابية عند المرأة يمكن بلوغها عند التقيد بالتوصيات والمعالجات الآتية:

- ضرورة أن يكون الإنجاب في ظل السلامة الجنسية لكل من المرأة والرجل أي عدم إصابتها بالأمراض الجنسية والزهرية التي غالبا ما تنتقل إلى الأجنة قبل الولادة.

- عند الحمل على المرأة مراجعة العيادة الإنجابية عدة مرات للتأكد من سلامة الحمل وسلامة صحة المرأة وجنينها فضلا عن تشخيص ومعالجة الأمراض الجنسية وغير الجنسية التي قد تصيب المرأة أثناء الحمل والولادة.

- أن تكون هناك فترة زمنية بين إنجاب وإنجاب آخر، وهذه الفترة يمكن أن تكون بحدود 2-3 سنة لكي تعطي درجة من الراحة للمرأة الوالدة تمكنها من تربية ابنها والحفاظ على صحته قبل الحمل والولادة ثانية.

- على العيادة الإنجابية أو المستشفى منح المعلومات الكافية للمرأة الحامل تمكنها من الحفاظ على الحمل والممارسات التي يمكن أن تقوم بها لغاية ولادة الجنين، وبعد الولادة على العيادة الإنجابية تزويد المرأة بمعلومات قيمة عن كيفية التعامل مع الطفل حديث الولادة والعناية به ورعايته ونشأته والحفاظ عليه من الأخطار والتحديات الخارجية المحيطة به.

- ضرورة منح العيادة الإنجابية للأم والحامل الأدوية والعقاقير بل وحتى الحليب والمواد الغذائية الأخرى والملابس التي تحافظ على الطفل الوليد من الأخطار والتحديات وتمده بمقومات الصحة وتبعده عن شرور المرض وويلائه.

- يتطلب الحمل والإنجاب وجود بيئة سكنية هادئة وآمنة يمكن أن تحافظ على مقومات الحمل وتحافظ على نجاح عملية الإنجاب لكي ينشئ الطفل في بيئة توجد بها الرعاية والصحة والحنان والشفقة التي تمكنه من العيش السليم وسط أجواء إيجابية وفاعلة،علما بأن هذه البيئة الملائمة للحمل والإنجاب لا يمكن أن تتوفر للأسرة الإنجابية إلا إذا توفرت تسهيلات السكن للعائلة الزوجية وهذه التسهيلات لا يمكن أن تتواجد بدون بناء ومشاريع السكنية الكبيرة تضمن توزيع المساكن الصحية المريحة للأسرة الزوجية حديثة التكوين كافة بغض النظر عن ظروفها ومعطياتها البيئية والاجتماعية والصحية. **(الحسن، 2008، ص 350-351)**

خلاصة الفصل:

يعد تقديم الخدمات الصحية للأمهات خلال مراحلهن الإنجابية من أهم أولويات القطاع الصحي ولذلك تسعى الدولة الجزائرية إلى التركيز على جودة الخدمة من خلال توفير الأجهزة والمستلزمات الضرورية كما العمل على توفير الكادر المكون والمدرب لتقديم الخدمات اللازمة، والعمل على إيصال هذه الخدمات الي جميع النساء خصوصا دون تمييز، ذلك أن تحقيق التطور في مجال الخدمة الصحية وتنميتها يستوجب تحقيق التطور العلمي لمواكبة التغيرات المتسارعة الوتيرة عبر العالم والانفتاح على المستجدات التي تلامس هذا القطاع.

الفصل الرابع:

الاجراءات المنهجية للدراسة الميدانية والأساليب الاحصائية

تمهيد

أولا: الدراسة الاستطلاعية

1-أهداف الدراسة الإستطلاعية

2-مجالات الدراسة الإستطلاعية

3-الأدوات المستخدمة في الدراسة الإستطلاعية

4-قياس الخصائص السيكومترية للإستبيان

ثانيا: الدراسة الأساسية

1-التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة

2- عينة الدراسة

3- أدوات الدراسة الأساسية

4- طريقة تفريغ البيانات والحصول على الدرجات الخام

5-الأساليب الإحصائية المعتمدة في اختبار الفروض والحصول على درجات الخام

تمهيد:

منهجية البحث هي المسار الذي يتبعه الباحثون للحصول على المعلومات والبيانات التي يحتاجونها لدراسة موضوع ما بشكل ملائم ومنتظم، وتكملة لخطوات الدراسة وتنسيقها على ضوء ما طرح وناقش في الفصول النظرية السابقة، سنحاول في هذا الفصل الوقوف على الدراسة الاستطلاعية باعتبارها خطوة أولية لابد منها ومفتاح نجاح الدراسة الأساسية والتي من خلالها يحدد الباحث الشكل النهائي لمتغيرات الدراسة ودقتها ويتأكد من صلاحية أدوات البحث، ثم عرض مجالات الدراسة (المكاني الزماني والبشري)، كما نستعرض في هذا الفصل كيفية بناء أداة الدراسة والإجراءات التي استخدمتها الباحثة في التحقق من صدقها وثباتها، ناهيك عن طريقة تفريغ البيانات مع توضيح الأساليب الإحصائية التي استخدمت في معالجة البيانات والمعلومات.

أولا: الدراسة الإستطلاعية

1-الهدف من الدراسة الإستطلاعية: كان هدفنا من الدراسة الاستطلاعية هو:

- التعرف على مجالي الدراسة المكاني والبشري.
- الوقوف عن أهم المعيقات والمشكلات التي قد تواجهنا أثناء البحث.
- استطلاع أراء مستخدمي الصحة من أطباء وأطباء جراحين وقابلات وممرضين ومساعدين وتقنيين حول البرامج الصحية المعمول به وبالخصوص الموجهة منها للصحة الإنجابية للمرأة.
- الوقوف على أهم انشغالات مستخدمي الصحة مجتمع البحث حول برامج الصحة الإنجابية بالمؤسسة الاستشفاية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الاطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز – تبسة.
- حصر العدد الإجمالي لمجتمع البحث قي الدراسة.
- بناء أداة الدراسة الأساسية والمتمثلة في الإستبانة الموجهة لمستخدمي الصحة العمومية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الاطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيزع تبسة.
- تقنين الإستمارة وجعلها قابلة للتوظيف في الدراسة الأساسية من خلال قياس خصائصها السيكومترية من ثبات وصدق.
- تحديد المكان والزمان المناسبين لتوزيع الإستمارة.

2-مجالات الدراسة الإستطلاعية: الأصل أن مجالات الدراسة ثلاثة هي: المجال المكاني والمجال البشري والمجال الزمني:

2-1 المجال الجغرافي (المكاني): أجريت الدراسة الحالية بالمؤسسة الإستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز – تبسة.

أ-التعريف بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز- تبسة: تعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي، أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم 465/97 المؤرخ في: 1997/12/02 المتمم بالمرسوم التنفيذي المؤرخ 62/08 المؤرخ في 2008/02/24 المعدل المتمم لقائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بالمرسوم التنفيذي.

ب-الإطار التشريعي والتنظيمي: النظم القانونية المسيرة للأمن الداخلي للمؤسسة.

✓ المرسوم التنفيذي رقم 2008/02/08 المعدل والمتمم لقائمة المؤسسات الاستشفائية المتخصصة بالمرسوم رقم 465/97 المؤرخ في: 1997/12/02 المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الاستشفائية المتخصصة وتنظيمها وتسيرها. أنظر الملحق رقم (02)

ت-الهيكل التنظيمي للمؤسسة: وتشمل المؤسسة على مجموعة من المصالح الاستشفائية وتتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة بالحاجيات الصحية لسكان الولاية باعتبارها قطب للطب النسائي والتوليد وفي هذا الإطار التكفل التام بالحاجيات الصحية لسكان الولاية في مجال صحة الأم والطفل.

ويحتوي الهيكل التنظيمي للمؤسسة الاستشفائية خالدي عبد العزيز-تبسة- من: المديرية العامة على رأس الهيكل التنظيمي، ثلاث مديريات فرعية في:

- المديرية الفرعية لإدارة الوسائل.
- المديرية الفرعية للمصالح الاقتصادية المنشآت القاعدية التجهيزات.
- المديرية الفرعية للنشاطات الصحية. **أنظر الملحق رقم (03).**

ث- عدد المصالح الإستشفائية: بالمؤسسة 04 مصالح وفقا للقرار الوزاري رقم 32 المتضمن انشاء المصالح والوحدات الاستشفائية.

- **مصلحة طب الأطفال:** وتتكون من 04 وحدات استشفائية وهي:
  - وحدة طب الأطفال -أ-
  - وحدة طب الأطفال -ب-
  - وحدة حديثي الولادة
  - وحدة الاستشفاء اليومي.

- **مصلحة جراحة الأطفال** مشروع في طور الإنجاز.
- **مصلحة أمراض النساء والتوليد:** تتكون من 4 وحدات استشفائية وهي:
  - وحدة الفحص والكشف الاستعجالي.
  - وحدة الولادة وما بعد الولادة.
  - وحدة أمراض النساء.
  - وحدة الحمل ذو الخطورة العالية.
- **مصلحة الصيدلية المركزية وتتكون من:**
  - عنبر الجراحة بغرفتين للعمليات الجراحية
- **طقم تقني مكون من:**
- مصلحة مخبر تحاليل طبية.
- مصلحة الاشعة .

المصدر: معلومات مقدمة من المؤسسة الاستشفائية للأمومة والطفولة، أنظر الملحق رقم(02)

الجدول رقم (04): المصالح الإستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال

عدد المصالح	عدد المصالح التقنية	عدد المصالح المنظمة
طب أمراض النساء والتوليد	80	96
طب الأطفال	40	70
جراحة الأطفال(غير عملي)	20	00
المجموع	140	166

المصدر: معلومات مقدمة من المؤسسة الاستشفائية للأمومة والطفولة أنظر الملحق رقم (04)

ج-**المميزات الخاصة بالمؤسسة:**

- حاوية أكسجين cuve a oxygéne
- آلات الغسل والجمالات
- قارورات الأكسجين عددها ب 21 روتوكسيد الآزوت عددها 18
- خزان الأكسجين يقدر سعته بـ 3200.

- التغطية السكانية:

تغطي هذي المؤسسة 730.306 نسمة أي ما يعادل 23% من النساء في سن الإنجاب و40% من الأطفال الذين يتراوح سنهم بين: 0 إلى 15 سنة. **المصدر**: معلومات مقدمة من المؤسسة الإستشفائية للأمومة والطفولة. أنظر الملحق رقم(04)

2-2 المجال الزمني:

لقد بدأت الباحثة دراستها الإستطلاعية بعد حصولها على إذن بدخول المجال الجغرافي للمؤسسة المتمثلة في المؤسسة الاستثفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز-تبسة حيث سهل السيد رئيس قسم علم الاجتماع الأمر على الباحثة أين أفادها بإذن بالدخول مؤشر من طرفه توجهت به إلى المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز- تبسة أين سمح لها بدخول المجال الجغرافي ومباشرتها البحث الذي كان على فترات:

- **الفترة الأولى:**

كانت بداية اعداد الجانب النظري بتاريخ 2018/ 2020، قامت الباحثة بالإلمام أو المسح البيبلوغرافي لمختلف الجوانب النظرية الخاصة بموضوع الدراسة، والذي له صلة بموضوع دور البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري.

- **الفترة الثانية:**

كانت بتاريخ 2021/10/12 إلى 2021/11/12، حيث تم اعطاء الباحثة ترخيصا من طرف الكلية المنتمية إليها من قبل رئيس قسم علم الاجتماع يسمح لها بدخول المستشفى مجال البحث هذا بعد الموافقة عليه من طرف مدير المؤسسة الاستشفائية خالدي عبد العزيز-تبسة.

- **الفترة الثالثة:**

في يوم 17 اكتوبر 2021 وهو اليوم الأول الذي ذهبت فيه الباحثة إلى المؤسسة الاستشفائية بغية الحصول على البيانات والمعلومات الكافية ومعايشة واقع المؤسسة الاستشفائية، وبعد توجهها نحو مقر الإدارة الخاص بالمؤسسة الاستشفائية تمت الاستعانة ببعض الموظفين والإداريين، وذلك من أجل

الحصول على أهم المعلومات عن مجتمع الدراسة بهدف استخراج العينة ومعرفة مختلف المصالح الموجودة في المؤسسة الخاصة بطب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال.(التعريف بالمؤسسة وما تحتويه من مصالح وقاعات وعدد الأطباء والممرضين وفق تخصصاتهم، والقابلات المتواجدات بالمؤسسة... وغيرهم من طاقم المستخدمين الصحيين)، وقد قامت الباحثة في هذا الإطار بزيارات ميدانية سمحت لها بملاحظة نشاطات الطاقم الطبي داخل المؤسسة، وهو ما ساهم في تعرفها على بعض الوضعيات الصحية الخاصة بالأمومة والطفولة.

- **الفترة الرابعة:**

وبعد أسبوع أي يوم 2021/10/23 قامت الباحثة بتوزيع استمارة الاستبيان على مختلف مصالح المؤسسة الاستشفائية والتي قدرت بـ 269 استمارة(الفريق الطبي، وشبه الطبي ومقدمي الخدمات الصحية) وبعد عملية التوزيع (والتي كانت من تاريخ 23 أكتوبر 2021 إلى غاية 12 نوفمبر 2021) تم استرجاع الاستمارات بعد الإجابة على الأسئلة الواردة فيها، كما تم التحاور مع بعض الموظفين المهنيين الذين وجدوا صعوبة في فهم بعض العبارات وشرح بعض البنود الواردة في الإستمارة.

ومن الصعوبات التي واجهت الباحثة في الدراسة الميدانية نجد جائحة كورونا أو كوفيد 19 التي كانت جائحة عالمية هذا ما صعب عليها القيام بإجراء مقابلات مع الطاقم الطبي والتعمق في الموضوع بالشكل الكافي.

2-3 المجال البشري وعينة الدراسة:

2-3-1 المجال البشري

يشير موريس أنجرس إلى أن مجتمع الدراسة هو مجموعة عناصر لها خاصية أو عدة خصائص مشتركة تميزها عن غيرها من العناصر الأخرى، والتي يجري عليها البحث أو التقصي. **(أنجرس، 2006، ص 467)**، ومجتمع الدراسة الحالي يمثل جميع المستخدمين الصحيين العاملين بالمؤسسة الاستشفائية والذين قدر عددعم بـ: 269 عاملا موزعين على وظائف مختلفة، يمثلها الجدول الآتي:

الجدول رقم (05): يمثل عدد المستخدمين الصحيين مجتمع البحث حسب الوظائف

الوظيفة	التكرار	النسبة المئوية
ممرض	203	% 75.46
الأطباء	25	% 9.29
القابلات	41	% 15.24
المجموع	269	% 100

المصدر: معلومات مقدمة من المؤسسة الاستشفائية.

2-3-2 العينة وطريقة اختيارها:

لقد اعتمدت الباحثة في اختيارها لعينة الدراسة على أسلوب المسح الشامل لكل المستخدمين الصحيين بالمؤسسة الاستشقائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز – وبالتالي فإن العينة تساوي كل المستخدمين الصحيين المعبر عنهم في الجدول رقم (05) أعلاه تحت مسمى مجتمع البحث والبالغ عددهم 269 مبحوث (المستخدمين الصحيين).

3- الأدوات المستخدمة في الدراسة الإستطلاعية:

إعتمدت الباحثة في دراستها على أداتين هما الملاحظة والاستمارة.

3-1 الملاحظة:

وهي من أهم الوسائل التي يستعملها الباحثون في جمع المعلومات والحقائق من الحقل الاجتماعي كونها تسمح بجمع المعلومات التي لا يستطيع الباحث الحصول عليها بأدوات أخرى وتعتبر الملاحظة عملية مراقبة أو مشاهدة السلوك والظواهر والمشكلات والأحداث ومكوناتها المادية والبيئية، ومتابعة سيرها واتجاهاتها وعلاقتها، بأسلوب منظم ومخطط وهادف بقصد التفسير، وتحديد العلاقة بين المتغيرات والتنبؤ بسلوك الظاهرة. **(عليان وغنيم، 2000، ص 112)**، وكانت الباحثة قد وظفت الملاحظة بغرض:

- الوقوف على البرامج الصحية المعتمدة بالمؤسسة الإستشفائية مجال البحث.

- رصد واقع الصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز– تبسة، وذلك بغرض الوقوف على الإجراءات المتبعة في إطار وظيفة برامج الصحة الإنجابية المعتمدة في ذات المؤسسة.
- الإلمام بالمعلومات وجمعها من المستخدمين الصحين المعنيين بتفعيل هذه الإجراءات في المؤسسة وعن فاعليتها في تنمية الصحة الإنجابية في نفس المؤسسة.
- الوقوف على أهم انشغالات المستخدمين الصحيين في مجال البرامج الصحية لتنمية الصحة الإنجابية باعتبارهم المحتكين المباشرين مع المرأة في هذا الإطار.
- كما تعتبر الملاحظة أداة مساعدة لبناء أداة الدراسة الأساسية والتي تتمثل في الإستمارة.

3-2 الإستبانة:

إن أكثر الأساليب استخداما لجمع البيانات هي الإستبيانات، حيث أنها تسمح بجمع بيانات كمية متنوعة تصف خصائص الأشخاص مثل: القدرات، القيم، الاتجاهات، الاعتقادات، ومعارف من عدد كبير من الأفراد في وقت قصير نسبيا مقارنة مع أدوات جمع البيانات الأخرى، إضافة لكونها تسمح بإجراء مقارنات بين المجموعات حسب الاستجابات الواردة منهم. **(الخياط، 2010، ص 115)**

3-3 خطوات بناء الإستمارة:

حتى تتمكن الباحثة من بناء الإستمارة إتبعت المراحل التالية:

- جاءت الدراسة الإستطلاعية كأول خطوة قامت بها الباحثة لبناء أداة الدراسة الأساسية من خلال اعتمادها على الملاحظة في تقصيها لدور البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية وجمعها المعلومات من المستخدمين الصحيين على اختلاف مهامهم أطباء قابلات ممرضين، وهو ما ساعد الباحثة على بناء صورة مبدئية للاستمارة المعالجة لدور البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة.
- إن تقصي الأدبيات التي تخدم متغيرات الدراسة المتمثلة في البرامج الصحية وتنمية الصحة الإنجابية يعتبر عاملا مهما لصياغة بنود الاستمارة بما يتوافق وطبيعة الموضوع، كما أن البحث في هذا المجال كشف عن ندرة في حدود الاطلاع على الدراسات التي تخدم بحثا بشكل مباشر

وفي المتغيرين، وإن كنا قد استعنا ببعضها نظرا لتقارب الطرح فيها مع موضوعنا فإن ذلك كان بما يتوافق والهدف من الدراسة دائما.

- إن صياغة الباحثة لبنود الاستمارة كان بجهد وتوجيه من الأستاذة المشرفة على الموضوع كما أنه كان للمستخدمين الصحيين ملاحظات متعلقة ببنود الاستمارة الأولية، إما من حيث التعديل أو الإضافة أو التعويض أو الحذف وكان ذلك كله في إطار ما يتوافق مع إشكالية الدراسة والفرضيات المطروحة.
- بعد جملة النصائح التي عملت بها الباحثة سواء تلك المقدمة من الأستاذة المشرفة أو التي لفت انتباهها اليها المستخدمين الصحيين بالمؤسسة مجال البحث، تبنت الباحثة استمارة مكونة من 50 بندا مقسمة على فرضيات الدراسة، وهي الاستمارة التي ستعرض لاحقا على أساتذة جامعيين لإبداء رأيهم فيها.
- تضمنت الإستمارة المبدئية أسئلة مغلقة وأخرى مفتوحة الغرض منها تقصي للدقة والمصداقية في معالجة فرضيات البحث والجدول الموالي يمثل توزيع بنود الاستمارة على محاور الدراسة. أنظر الملحق رقم (5)

الجدول رقم (06) يمثل توزيع بنود الاستمارة على محاور الدراسة

محاور الدراسة	رقم البند
البيانات العامة	1- الجنس 2- الفئة العمرية 3- المستوى التعليمي 4- الوظيفة المهنية 5- الخبرة المهنية
تستجيب البرامج الصحية لمؤشر التثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية	بند 1 بند 2، بند 3، بند 4، بند 5، بند 6، بند 7، بند 8، بند 9 ، بند 10، بند 11، بند 12، بند 13.
تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر المتابعة الصحية للمرأة	بند 14، بند 15، بند 16، بند 17، بند

أثناء الحمل وبعد الولادة في إطار تنمية الصحة الإنجابية	18، بند 19، بند 20، بند 21، بند 22، بند 23، بند 24، بند 25، بند 26، بند 27.
تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر خدمات تنظيم الأسرة للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية.	بند 28، بند 29، بند 30، بند 31، بند 32، بند 33، بند 34، بند 34، بند 35، بند 36، بند 37، بند 38.
تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية للمرأة	بند 39، بند 40، بند 41، بند 42، بند 43، بند 44، بند 45، بند 46، بند 47، بند 48، بند 49، بند 50.

4- قياس الخصائص السيكومترية للإستبيان:

4-1 الصدق:

صدق الإستبانة يعني التأكد من أنها سوف تقيس ما أعدت لقياسه. **(العساف، 1995، ص429)**، كما يعني بالصدق " شمول الإستبانة لكل العناصر التي يجب أن تدخل في التحليل من ناحية، ووضوح فقراتها من ناحية ثانية، بحيث تكون مفهومة لكل من يستخدمها ". **(عبيدات وعدس، وكايد، 2001 ص 179)**، وقد اعتمدت الباحثة على قياس صدق أداة الدراسة على ما يلي:

- صدق الاستبانة: لقد تم التأكد من صدق بنود الاستبانة من خلال طريقة:

أ- الصدق الظاهري للأداة (صدق المحكمين):

للتأكد من الصدق الظاهري للاستمارة قامت الباحثة بعرض أداة الدراسة في صورتها الأولية على عدد من الأساتذة أصحاب الخبرة والتخصص في تحكيم الإستمارات من داخل الجامعة ومن جامعات أخرى، وذلك بعد تزويدهم بأهداف البحث وفرضياته لإبداء رأيهم فيما إذا كانت البنود تخدم الفرضيات أم لا، وقد كانت توجيهات المحكمين مركزة على طول الإستمارة، تكرار بعض البنود، وبعد الأخذ بآراء الأساتذة ومقترحاتهم حول الاستمارة والتأكد من تحقيق بعض الشروط من مثل:

- سلامة وصحة العبارات من الناحية اللغوية.
- مدى ارتباط العبارة بالبعد المراد قياسه.

- صلاحية كل فقرة لقياس ما وضعت له.

واستنادا إلى التوجيهات والملاحظات التي أبداها المحكمون تمت صياغة إستمارة الاستبيان بالصورة النهائية وتوزيعها على 269 موظف بالطاقم الطبي.

الجدول رقم (07): يوضح الأساتذة المحكمين للاستمارة.

الأستاذ	الرتبة	الجامعة
خالد حامد	أستاذ التعليم العالي	جامعة تبسة
زبيري حسين	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجلفة
نوار بورزق	أستاذ التعليم العالي	جامعة تبسة
موسى زرقوط	أستاذ محاضر "ب"	جامعة سكيكدة
جفال منال	أستاذ محاضر "ب"	جامعة تبسة
مكلاتي فاطمة الزهراء	أستاذ محاضر "ب"	جامعة تبسة
ميهوب نور الدين	أستاذ محاضر "أ"	جامعة تبسة
بلهوشات الشافعي	أستاذ محاضر "أ"	جامعة تبسة
مطلاوي ربيع	أستاذ محاضر "أ"	جامعة تبسة
لعموري أسماء	أستاذ محاضر "أ"	جامعة تبسة
شتوح فاطمة	أستاذ التعليم العالي	جامعة تبسة

جدول رقم(08): يوضح نتائج التحكيم لبنود الاستمارة

رقم البند	يقيس%	لا يقيس%	رقم البند	يقيس%	لا يقيس%
البند رقم 01	% 100	% 00	**البند رقم 02**	% 81.81	% 18.19
البند رقم 03	% 90.90	% 9.1	**البند رقم 04**	% 100	% 00
البند رقم 05	% 90.90	% 9.1	**البند رقم 06**	%100	%00
البند رقم 07	% 100	% 00	**البند رقم 08**	% 81.81	%18.19
البند رقم 09	% 100	% 00	**البند رقم 10**	% 90.90	% 9.1
البند رقم 11	% 81.81	% 18.19	**البند رقم 12**	% 81.81	% 18.19
البند رقم 13	% 100	% 00	**البند رقم 14**	% 100	% 00

البند رقم 15	% 81.81	% 18.19	**البند رقم 16**	%100	%00
البند رقم 17	% 90.90	% 9.1	**البند رقم 18**	% 81.81	% 18.19
البند رقم 19	% 81.81	%18.19	**البند رقم 20**	% 100	% 00
البند رقم 21	% 100	% 00	**البند رقم 22**	% 90.90	% 9.1
البند رقم 23	% 100	% 00	**البند رقم 24**	% 81.81	% 18.19
البند رقم 25	%100	% 00	**البند رقم 26**	% 100	%00
البند رقم 27	% 100	% 00	**البند رقم 28**	%100	% 00
البند رقم 29	%100	% 00	**البند رقم 30**	% 100	%00
البند رقم 31	% 90.90	% 9.1	**البند رقم 31**	% 81.81	% 18.19
البند رقم 32	% 90.90	%9.1	**البند رقم 33**	% 100	% 00
البند رقم 34	% 100	% 00	**البند رقم 35**	% 100	% 00
البند رقم 36	% 100	% 00	**البند رقم 37**	% 100	% 00
البند رقم 38	% 90.90	%9.1	**البند رقم 39**	% 90.90	%9.1
البند رقم 40	% 100	% 00	**البند رقم 41**	% 81.81	% 18.19
البند رقم 42	% 100	% 00	**البند رقم 43**	% 90.90	% 9.1
البند رقم 44	% 81.81	% 18.19	**البند رقم 45**	%100	%00
البند رقم 46	% 100	% 00	**البند رقم 47**	% 100	% 00
البند رقم 48	% 100	% 00	**البند رقم 49**	% 90.90	% 9.1
البند رقم 50	% 100	% 00			

بعد عرض النسب المئوية المحددة لصدق كل بند من بنود الإستمارة، يمكنني أن أشير هنا أنني تبنيت نسبة معينة يجب أن يبلغها صدق بند ما للأخذ به في الإستمارة النهائية وهي 60%، غير أن الملاحظ لنسب الصدق الظاهري لكل البنود يدرك أن كلها تفوق نسبة 60 % ومنه يمكن اعتمادها في الإستمارة النهائية.

وأود أن أشير هنا إلى أن السبب في قبول المحكمين لكل بنود الإستمارة قد يعود لعدة عوامل منها:

– إستعانة الباحثة بالأدبيات التي تخدم موضوع البحث وتوظيفها في بناء الإستمارة.

– العودة في كل مرة يتم فيها بناء بند إلى المشرف كما يتم استشارة المستخدمين الصحيين حول البنود المعتمدة.

– توجيهات الأستاذة المشرفة للطالبة كانت من بداية إرساء المؤشرات إلى نهاية صياغة البنود في كل المحاور.

– العودة للدراسات السابقة التي قد تساعد في صياغة بنود الاستمارة، تعديل أخرى حذفها بعضها ونقل أخرى من محور إلى آخر.

4-2 قياس ثبات الاستمارة:

ثبات أداة الدراسة يعني مدى إعطاء المقياس نفس الدرجات لنفس الأفراد عند إعادة تطبيقه عليهم، فالمقياس الثابت هو الذي إذا طبقته على فرد أو أفراد ثم أعيدت تطبيقه على نفس الفرد أو الأفراد بعد فترة زمنية متباينة يعطيك تقريبا الدرجة التي أعطاها في المرة الأولى. **(رضوان وحسن 2018)**

كما أنه ثمة علاقة بين الثبات والصدق نوجزها في العبارة التي تقول: أن الاختبار الصادق لابد أن يكون ثابتا، أما الاختبار الثابت فقد يكون صادق أو لا يكون. **(شحاتة، 2009، ص 73).**

حساب ثبات الاستمارة بطريقة ألفا كرونباخ Algha Cronbach) ولقياس مدى ثبات أداة البحث (الاستبانة)، استخدمت الباحثة معامل (ثبات ألفا كرونباخ Algha Cronbach)، الذي يعتبر من أفضل الطرق للدلالة على تقدير الثبات، حيث أن معادلة " ألفا " هي صورة من المعادلة التي أقترحها كودر ريتشاردسون، وتستخدم هذه الأداة في حساب الاتساق الداخلي (الثبات)، أو معاملات إرتباطات بين المتغيرات المقاسة وذلك بهدف تقدير الاتساق الداخلي للعوامل التي يراد استخراجها، أي أن العامل الذي يحوز على أعلى قيمة لمعامل ألفا يستخرج قبل غيره من العوامل، ثم تستخرج العوامل الأخرى بالتتابع بناءا على الترتيب التنازلي لمستويات معامل ألفا للاتساق الداخلي للعوامل، ولا تبقى إلا العوامل ذات معاملات التباين المشترك. **(تيغزة 2012، ص 44)**

نتيجة إختبار ألفا كرونباخ للاعتمادية. (ديب، والخضر، 2021، ص77)

– قانون ألفا كرومباخ:

$$\rho_T = \frac{k^2\overline{\sigma_{ij}}}{\sigma_X^2}$$

ρ_T = tau-equivalent reliability

k = number of items

σ_{ij} = covariance between Xi and Xj

σ_X^2 = item variances and inter-item covariances

أي أن:

- *Taw* : معامل الثبات
- *K*: تكرار المشاهدات أو الاجابات.
- *Ij*: هي التباين المشترك بين *xi* و*yi*بمعنى بين المتغير التابع والمتغير المستقل.

الجدول رقم (9): جدول يمثل ثبات الاستمارة

نتيجة ألفا كرونباخ	
عدد البنود	ألفا كرونباخ
50	0.78

يتضح من خلال نتائج الجدول أعلاه رقم (09) أن ثبات الاستمارة حسب مخرجات SPSS رقم 25، وباستخدام قانون ألفا كرومباخ قد بلغت 0.78، وهي قيمة مقبولة لثبات الأداة ومنه تعد الإستمارة قابلة للتطبيق.

ثانيا: الدراسة الأساسية

1- **التحديد الإجرائي لمفاهيم الدراسة:** تقوم الدراسة الحالية على مفهومين أساسيين هما البرامج الصحية وتنمية الصحة الإنجابية:

أ- **تعريف البرامج الصحية إجرائيا:**

هو مجموعة من الإجراءات والخطوات التي تقوم بها الوصاية بهدف الوصول إلى تحقيق تحسن وتطور في صحة المواطنين سواء تعلق الأمر بالوقاية أولا أو العلاج، وذلك ضمن المؤسسات والمراكز

الاستشفائية العمومية وهي مقتصرة في هذه الدراسة على المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز – تبسة.

ب–**تعريف تنمية الصحة الإنجابية للمرأة:**

إن تحقيق تنمية في الصحة الإنجابية للمرأة في هذه الدراسة يستند إلى استجابة البرامج الصحية باعتبارها مجموع من الإجراءات لمؤشرات معينة نعدها ضرورية لتحقيق التحسن وبلوغ الرفاه والخصوبة المطلوبة للصحة الإنجابية للمرأة المنجبة وهي على التوالي: التثقيف الصحي، المتابعة الصحية، تنظيم الأسرة، وتوفر الإطار المتخصص وقدرته على الاستجابة وخدمة المؤشرات السابقة وغيرها اعتبارا من أن الصحة هي تحقيق الكمال في جوانب الشخصية المختلفة. آخذين بعين الاعتبار أن تنمية الصحة تعني تحقيق تنمية اقتصادية واجتماعية وسياسية... وغيرها.

2– عينة الدراسة:

لقد اعتمدت الباحثة في الدراسة الأساسية على ذات العينة المستخدمة في الدراسة الاستطلاعية ومنه تؤكد مرة أخرى أن الباحثة استخدمت أسلوب المسح الشامل لمفردات مجتمع البحث والبالغ عددهم (269 مبحوث)، ويمكن الاشارة في هذا المقام أنه بعد توزيع الباحثة لاستمارات الدراسة البالغ عددها 269 استمارة وتم استرجاعها كلها مسجلة تعاونا من المستخدمين الصحيين الذين يمثلون مجتمع البحث في الدراسة.

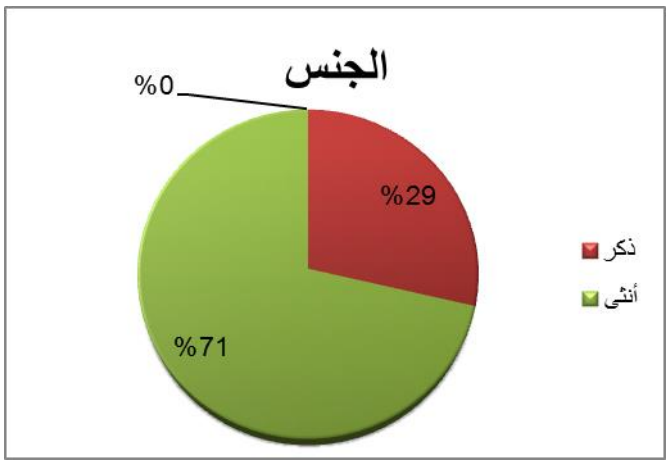
2–1 خصائص عينة الدراسة في ضوء متطلبات التحقق من الفرضيات:

لقد اعتمدت الباحثة في دراستها الأساسية على عينة بحث شملت كل المستخدمين الصحيين بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز والبالغ عددهم 269 مبحوث موزعين على وظائف مختلف كما يبن ذلك الجدول رقم 05 والجداول الموالية توضح توزيع أفراد العينة في الدراسة الأساسية حسب متغيرات الجنس، الفئة العمرية المستوى التعليمي، الوظيفة المهنية، والخبرة المهنية.

الجدول رقم (10):جدول يوضح توزيع العينة وفق متغير الجنس

الجنس		
	التكرار	النسبة
ذكر	77	%28.6
أنثى	192	%71.4
المجموع	269	%100

الشكل رقم (01): يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الجنس



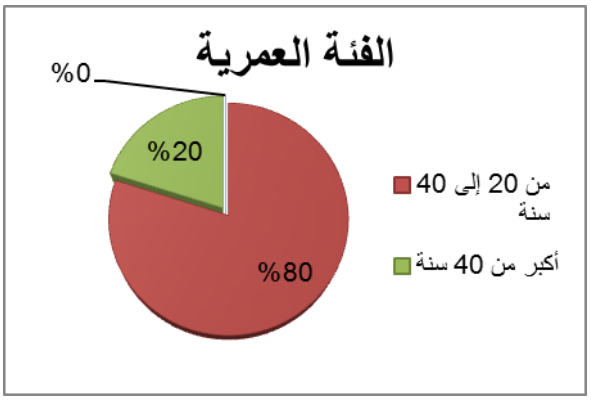
من خلال الجدول أعلاه رقم (10) والمعالج للمتغير رقم (1) والمتعلق بالجنس، وبالتدقيق في الشكل رقم (03) المعالج لنفس المتغير؛ نلاحظ أن نسبة الذكور المبحوثين تساوي 28.6%، بينما تمثل نسبة الإناث 71.4%.

وتفسيرنا لهذه النسبة قد نرجعه إلى طبيعة المجتمع وثقافته من جهة كونه يفضل تعامل الجنس الأنثوي مع النساء في الحالات المرضية، كما يمكن أن يكون السبب في ارتفاع نسبة الإناث على الذكور لطبيعة مهنة التمريض التي تستقطب الجنس الأنثوي أكثر فالتكوين العاطفي للمرأة وهو ما يستوجبه واقع الحال في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد على اعتبار أن العاطفة مطلوبة في هذا الحيز المكاني سواء للمرأة أو للرضيع والممرضات من نفس تكوين النساء المنجبات وعموما يساعد الممرضات على فهم حاجة المرأة للدعم العاطفي كما الحاجات الأخرى دون جهد من المنجبات أنفسهن.

الجدول رقم (11): جدول توزيع العينة وفق متغير الفئة العمرية

الفئة العمرية	التكرار	النسبة
من 20 إلى 40 سنة	215	% 79.9
أكبر من 40 سنة	54	% 20.1
المجموع	269	%100

الشكل رقم (02): يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الفئة العمرية



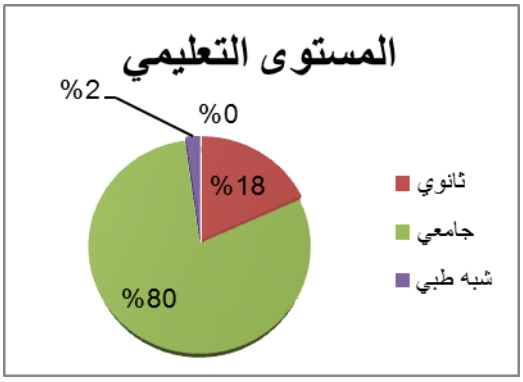
من خلال الجدول أعلاه رقم (11) والمعالج للمتغير رقم (02)، المتعلق بالفئة العمرية للمبحوثين وبالتدقيق في الشكل المرافق له (رقم 04) الذي يوضح توزع المبحوثين على ذات المتغير نلاحظ أن (215) من المبحوثين تتراوح أعمارهم من (20–40 سنة) وبنسبة مئوية تساوي 79.9 %، أما من تزيد أعمارهم عن (40 سنة) فقد بلغ عددهم 54 وبنسبة مئوية تساوي 20.1 %.

وبالتالي فإن المبحوثين في هذه الدراسة تغلب عليهم الفئة الشبابية وهو الأمر الذي قد يحسن من نوعية الخدمات باعتبار أن الواقع في المؤسسة يحتاج إلى هؤلاء حتى من الناحية البدنية وغالبا ما يكون لهذه الفئة من المبحوثين القدرة والرغبة في إحداث التغيير كما امتلاكها لقدرات والإمكانيات والمهارات المطلوبة للتعامل وبكفاءة مع نزيلات كما زائرات المؤسسة الاستشفائية، إن طبيعة العمل في المؤسسات الإستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد تحتاج الي قدرات متنوعة معرفية وعاطفية وحتى جسدية وغيرها الأمر الذي يتوفر عادة في الفئة الشبابية كما أنها فئة حديثة العهد بالعمل وبالتالي في الغالب ايضا لا يزال الشعور بالروتين والملل والتعب بعيدا عنها نوعا ما.

الجدول رقم (12): يوضح توزيع العينة وفق متغير المستوى التعليمي

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة
مستوى التعليم ثانوي	49	% 18.2
مستوى التعليم الجامعي	214	% 79.6
شبه طبي	6	% 2.2
المجموع	269	%100

الشكل رقم (03): يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير المستوى التعليمي



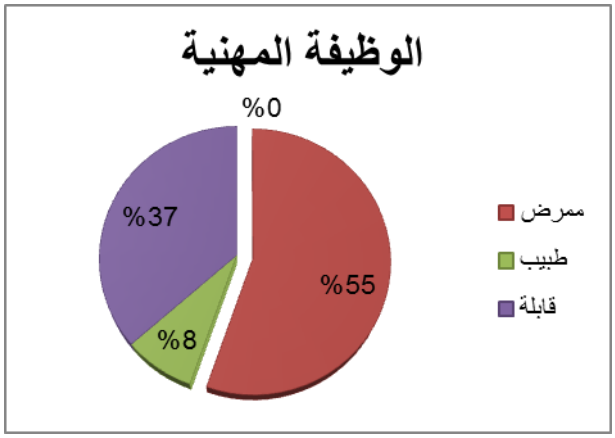
من خلال الجدول أعلاه رقم (12) والمعالج للمتغير رقم (03) المتعلق بالمستوى التعليمي وبالتدقيق في الشكل المرافق له(رقم 05) والمعالج لنفس المتغير نلاحظ أن المبحوثين الذين لديهم مستوى جامعي هم أكبر فئة في المجتمع المدروس، وذلك بتكرار 214 وبنسبة مئوية تساوي 79.6% تليها فئة المبحوثين الذين لديهم المستوى الثانوي بتكرار 49 وبنسبة مئوية تساوي 18.2 % من أفراد المجتمع المدروس، ثم تأتي بعدها فئة المبحوثين الذين لديهم تكوين شبه طبي والبالغ تكرارهم 06 وبنسبة مئوية تساوي 2.2 %،و هي أضعف نسبة من المبحوثين.

وبناء على هذا النسبة المتفاوتة فغالبية أفراد المجتمع المدروس لهم مستوى تعليمي جامعي وهذا قد يخدم المؤسسات الاستشفائية نظرا لكونها بحاجة إلى أعلى الدرجات العلمية في التوظيف حتى تستطيع مواكبة التقدم العلمي الحاصل وتحقيق التنمية المرهونة بتعليم ومؤهلات الموظفين في المؤسسة الاستشفائية، حيث أن نشاطات ومهام مثل هذه المؤسسات الخدماتية تفرض عليها الاستناد على مؤهلات علمية بدرجات عالية لأن تحقيق تنمية صحية تعني تحقيق التنمية في كل المجالات.

الجدول رقم (13): يوضح توزيع العينة وفق متغير الوظيفة المهنية

الوظيفة المهنية	التكرار	النسبة
ممرض	149	% 55.4
طبيب	22	% 8.2
قابلة	98	% 36.4
المجموع	269	% 100

الشكل رقم (04): يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الوظيفة المهنية



يظهر لنا الجدول أعلاه رقم(13) والمعالج للمتغير رقم (4) المتعلق بالوظيفة المهنية، وبالتدقيق في الشكل المرافق (رقم 06) نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة فقد كانت فئة الممرضين قد أخذت الغالبية بتكرار 149 وبنسبة مئوية تساوي 55.4 %، ثم القابلات بتكرار 98 وبنسبة مئوية 36.4 %، في حين يأتي تكرار المبحوثين من الأطباء بـ: 22 تكرار ونسبة مئوية تساوي 8.2 %.

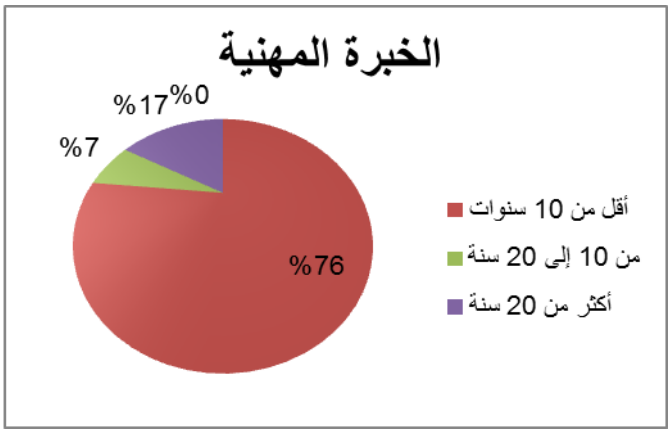
ومنه يرجع العدد الأكبر للمبحوثين إلى فئة الممرضين والممرضات داخل المصالح الإستشفائية نظرا لطبيعة عملهم ونظرا لتعدد المصالح المخصصة لكل فئة كمصلحة الأمومة والطفولة ومصلحة متابعة المواليد الجدد ومصلحة اللقاحات ومصلحة الجراحة والعنبر، كما أنهم يتدخلون في حالات كثيرة لا تستدعي تدخلا للأطباء والقابلات كما أنهم يعملون كمساعدين مع الأطباء وغيرهم من أعضاء فريق الصحة والعلاج لمساعدة المرضى على تلقي العلاج، أضف إلى ذلك أنهم يعملون في غرفة العمليات كأعضاء مساعدين في فريق الجراحة، وقد تعتني الممرضات بالمواليد الجدد في أجنحة الولادة، ويقمن

بإعطاء الحقن والأدوية للمرضى ويساعدن الأطباء في نقل الدم وغيرها من المهام الوضع الذي يحتم أن يكون عددهم بالمقارنة مع الأطباء والقابلات أكبر وهو ما كشفت عنه التكرارات أعلاه، أما فيما يتعلق بالقابلات اللاتي يترتبن في المرتبة الثانية من حيث التكرارات بعد الممرضين فإن ارتفاع عددهن أيضا يعود لاعتبارات كثيرة نذكر منها: أن المؤسسة الإستشفائية متخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال وهذا من صميم مهنتهن، كما أن هذا الحال يقودنا للحديث عن طبيعة الأسر الجزائرية التي تميل في الغالب إلى تعداد الأبناء، ناهيك عن حالات الزواج المبكر في المجتمع حسب علمنا، في حين أن الأطباء عددهم قليل مقارنة بالفئتين السابقتين لطبيعة الوضع ولكون دورهم يتمثل في التدخل في الحالات المتعلقة بعملهم أساسا والذي لا يمكن أن يقوم به الممرضين مثال ذلك الولادة الطبيعية أو العسيرة، والتدخل الجراحي للولادة القيصرية، والقيام بعمليات التخدير والإنعاش.

الجدول رقم (14): يوضح توزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية

الخبرة المهنية	التكرار	النسبة
أقل من 10 سنوات	206	%76.6
من 10 إلى 20 سنة	18	% 6.7
أكثر من 20 سنة	45	% 16.7
المجموع	269	% 100

الشكل رقم (05): يوضح النسب المئوية لتوزيع العينة وفق متغير الخبرة المهنية



يظهر لنا الجدول أعلاه رقم (14) والمعالج للمتغير رقم (5) المتعلق بالخبرة المهنية، وبالتدقيق في الشكل المرافق (رقم 07) نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة

فقد كانت الخبرة المهنية الأقل من 10 سنوات قد أخذت الغالبية بتكرار 206 وبنسبة مئوية تساوي 76.6 %، ثم خبرة المهنية للمستخدمي الصحيين من 10 إلى 20 سنة بتكرار 18 وبنسبة مئوية 6.7%، في حين يأتي تكرار الأكثر من 20 سنة بـ 45 ونسبة مئوية تساوي 16.7 %.

لذا تعتبر النتائج المذكورة أعلاه متوافقة مع نتائج الجدول الخاص بالفئة العمرية والذي كشف على أن أغلبية المبحوثين شباب تتراوح اعمارهم بين 20-40 سنة، وبالتالي فإن الخبرة المهنية التي يستدل عليها من الجدول اعلاه تعبر عن واقع الحال في المؤسسة الاستشفائية مجال البحث والتي تستقطب طاقات شبابية بخبرات مهنية مقبولة نوعا ما.

3- أدوات الدراسة الأساسية:

3-1-الاستمارة:

اعتمدت الباحثة على الاستمارة التي تم بناؤها في الدراسة الاستطلاعية وتم قياس الخصائص السيكومترية من صدق وثبات وتأكدت صلاحيتها للتطبيق في الدراسة الأساسية، وانتقلت إلى سحب النسخ المطلوبة بعدد أفراد مجتمع البحث البالغ عددهم (269 مبحوث)، وبعد توفر الشروط الملائمة للتطبيق شرعت الباحثة في توزيع الاستمارات على المستخدمين الصحيين والذين يمثلون المبحوثين موضوع الدراسة بعد الإجابة على بعض الاستفسارات المطلوبة، لتحرص بعد ذلك على استرجاع الاستمارات من مجتمع البحث.

4- **طريقة تفريغ البيانات والحصول على الدرجات الخام:**

بعد أن قامت الباحثة بتوزيع الاستمارات ثم استرجاعها من مجتمع البحث حاولت مراجعة الاستمارات المسترجعة للوقوف على تلك التي لا تستوفي شروط اعتمادها في الدراسة ولم تستبعد الباحثة أي من الاستمارات نظرا لاستفاءها جميعا الشروط المطلوبة، وقد عمدت الباحثة إلى وضع مفتاح تصحيح البنود كالتالي:

أ- في حال ما اجاب المبحوث بخيار (أحيانا) على بند من بنود الاستمارة فإنه سوف يحصل على علامة (2)

ب- في حال ما اجاب المبحوث بخيار (دائما) على بند من بنود الاستمارة فإنه سوف يحصل على علامة (3)

ت- في حال ما اجاب المبحوث بخيار (أبدا) على بند من بنود الاستمارة فإنه سوف يحصل على علامة (1)

ث- وأخيرا عمدت الباحثة إلى تفريغ البيانات الموجودة في الاستمارات على برنامج المعالجة الإحصائية spss رقم25 وفيه يتم تقسيم الجدول الي صفين صف الافقي ويتضمن البيانات الشخصية من جنس وسن ومستوى تعليمي ووظيفة وخبرة مهنية... وغيرها، بالإضافة إلى البنود المعالجة لفرضيات الدراسة من البند رقم 01 إلى البند رقم 50، أما الصف العمودي فيضم عينة الدراسة من أول مبحوث إلى المبحوث رقم 269، مع العلم أننا اعتمدنا على ذات برنامج المعالجة الإحصائية (spss رقم 25) لحساب ثباب الأداة بألفا كرونباخ، وحساب التكرارات والنسب المئوية ناهيك عن حساب **كا²** لدراسة الفروق بين الجنسين في استجابة برامج الصحة للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري.

5- الأساليب الإحصائية المعتمدة في اختبار الفروض ومعالجة البيانات:

تم الاعتماد في معالجة البيانات على برنامج الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية(SPSS رقم 25)، وتم توظيف الأساليب الإحصائية التالية:

- التكرارات والنسب المئوية لوصف خصائص مفردات الدراسة.
- حساب الثبات باستخدام ألفا كرومباخ: وهو صورة عامة من المعادلة التي أقترحها "كودر ريتشاردسون"، ويستخدم في حساب الاتساق الداخلي (الثبات)، أو معاملات ارتباطات بين المتغيرات المقاسة بهدف تقدير الاتساق الداخلي.**(رضوان،2017)**
- **قانون ألفا كرومباخ:**

$$\rho_T = \frac{k^2 \overline{\sigma_{ij}}}{\sigma_X^2}$$ **(بشيشي ومجلخ، وعلي،2021)**

- اختبار كاي تربيع: تم استخدام اختبار **كا²** لدراسة الفروق بين الجنسين في استجابة البرامج الصحية للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري.
- **قانون كا²:**

$$\chi_0^2 = \sum_{i=1}^{k} \frac{(O_i - E_i)^2}{E_i} \boxed{P_i}$$

حيث أن:

- **(X)**هي القيمة المحسوبة لمربع كاي.
- **(O)** Observed القيمة المشاهدة.
- **(F)** Expected القيمة المتوقعة.**(الخوالدة وعبود، 2018)**

الفصل الخامس:

عرض وتحليل وتفسير ومناقشة النتائج

أولا: عرض وتحليل النتائج

1- عرض وتحليل نتائج الفرض الرئيسي الأول بالاعتماد نتائج الفروض الجزئية

2- عرض وتحليل نتائج الفرض الرئيس الثاني الفرقي باعتبار نتائج الفروض الجزئية الفرقية

ثانيا: مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات

1- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرئيسية الأولى

2- مناقشة وتفسير نتائج الفرضية الرئيسة الفرقية الثانية

أولا: عرض وتحليل النتائج

1- عرض وتحليل نتائج الفرض الرئيسي الأول والذي نص على:

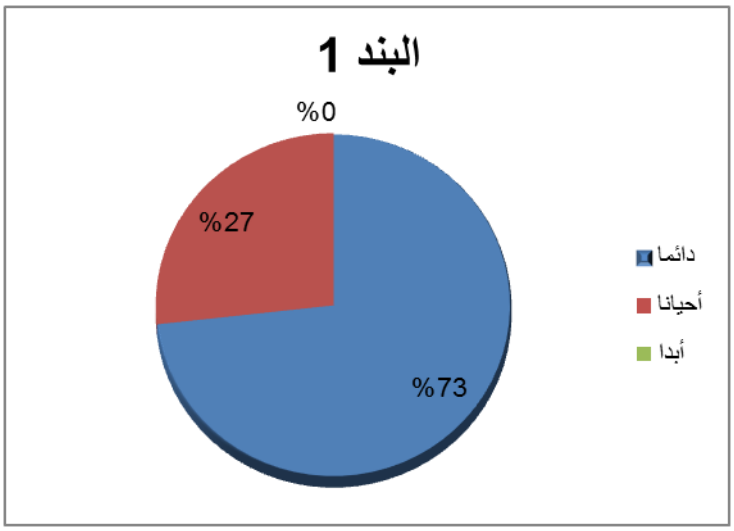
- **تستجيب البرامج الصحية المعتمدة للمؤشرات الإنمائية لتنمية للصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري.**

1-1 عرض وتحليل الفرض الجزئي الأول: نص الفرض تستجيب البرامج الصحية لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية.

الجدول رقم (15): المعالج للبند رقم(1) يضمن التّثقيف الصّحي توعية صحية عامة للمرأة الحامل

البند رقم 1	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يضمن التّثقيف الصّحي توعية صحية عامة للمرأة الحامل	197	%73.2	72	%26.8	0	%0.0

الشكل رقم (06): يوضح النسب المئوية لإجابات المفحوصين على البند رقم 1



يظهر لنا الجدول أعلاه رقم(15) والمعالج للبند رقم (1) المتعلق بالبند: يضمن التّثقيف الصّحي توعية صحية عامة للمرأة الحامل، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 197 وبنسبة مئوية تساوي 73.2%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 72 وبنسبة مئوية 26.8%.

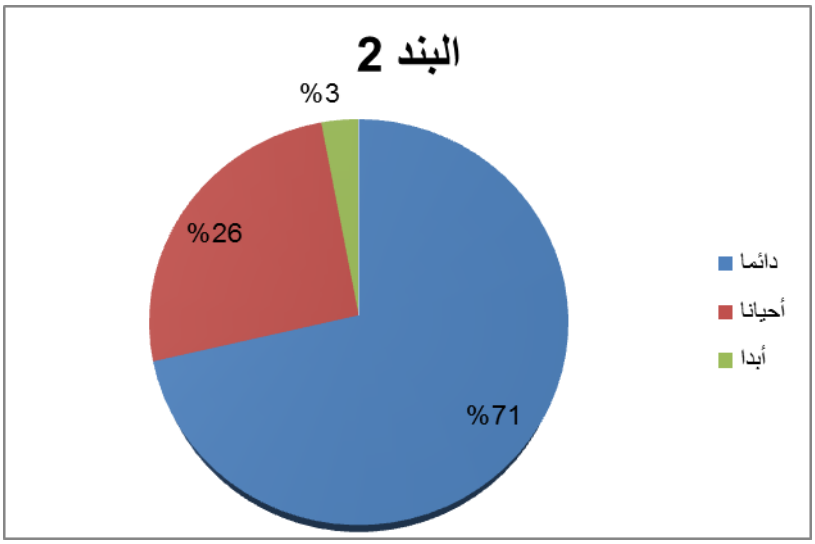
تؤكد النتائج أعلاه على أن المبحوثين يعتبرون مسألة التثقيف الصحي مسألة مهمة لها دور في ضمان توعية صحية عامة اعتبارا من أنه يؤثر في سلوكات وخبرات النساء ويكسبهن الإجراءات المناسبة للتصرف بطريقة ناجعة تساعد على تحقيق الصحة في حياتهن في كل الجوانب البدنية العاطفية الاجتماعية.

وعليه وانطلاقا من إجابات المبحوثين دائما كمعنيين بإجراءات التثقيف الصحي في المؤسسات الاستشفائية تؤكد الإجابات على أهمية هذا الأخير كونه مؤشرا من مؤشرات تحقيق تنمية صحية في الصحة الإنجابية.

الجدول رقم (16): المعالج رقم (02) للتّثقيف الصّحي دور في تحقيق التغذية السّليمة للمرأة أثناء الحمل والرّضاعة

البند رقم (02)	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
للتّثقيف الصّحي دور في تحقيق التغذية السّليمة للمرأة أثناء الحمل والرّضاعة	192	%71.4	69	%25.7	8	%3.0

الشكل رقم (07): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 02



يبين لنا الجدول أعلاه رقم(16) والمعالج للبند رقم (02) المتعلق بالبند: للتّثقيف الصّحي دور في تحقيق التغذية السّليمة للمرأة أثناء الحمل والرّضاعة، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن

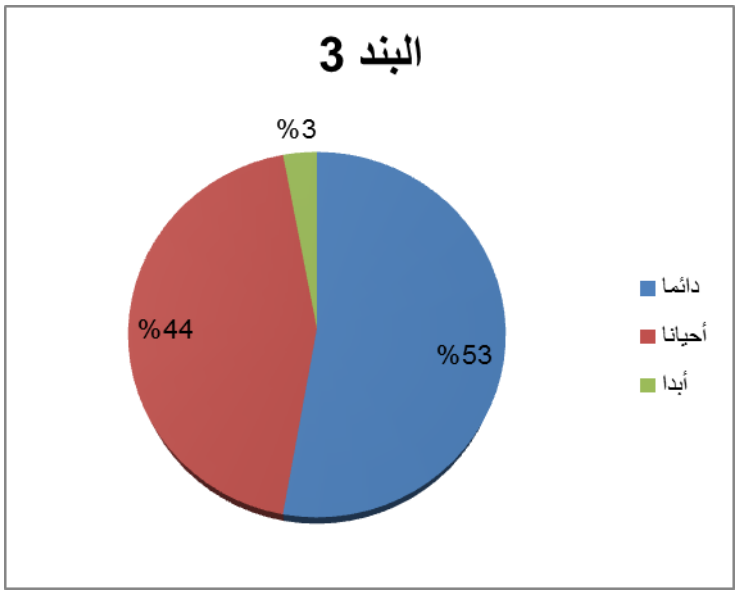
المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 192 وبنسبة مئوية تساوي 71.4%، ثم تليها الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 69 وبنسبة مئوية 25,7%، في حين نجد تكرار الإجابة بأبدا تساوي 8 وبنسبة مئوية 3%.

إن تفسير هذه النتيجة مرتبط بمدى أهمية " الصحة الغذائية " للمرأة الحامل، إذ أن التغذية هي أساس الصحة، وهي بداية تحقيق جسم سليم، حيث أن اتباع نظام غذائي صحي يساعد المرأة الحامل على الوقاية من الامراض خاصة أنه في وقتنا الحاضر زاد انتاج الأغذية المصنعة، والتي أدت إلى حدوث تحول في الأنماط الغذائية، وبالتالي إنتشار العديد من الأمراض الخطيرة، وتعد التغذية الجيدة مهمة خلال فترة الحمل، للمحافظة على صحة الأم والجنين، حيث إن نوعية الطعام أهم من كميته وبالتالي تساعدها على التعامل مع المتطلبات الإضافية للجسم مع تقدم الحمل، ومابعد الحمل في فترة الرضاعة، ولذا تبرز أهمية التوعية والتثقيف الصحي في السعي إلى تحديد أهم أنواع التغدية الصحية السليمة واللازمة من خلال معرفة مصادرها وعناصرها ومدى مناسبتها لتحقيق إحتياجات جسم المرأة الحامل. حيث أن الهدف هو تحقيق التوازن في الحصول على العناصر الغذائية الكافية لدعم نمو الجنين والحفاظ على وزن صحي له.

الجدول رقم (17): المعالج للبند رقم(03) يؤكد التّثقيف الصّحي للحوامل على ضرورة الكشف المبكر تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب

البند رقم 03	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يؤكد التّثقيف الصّحي للحوامل على ضرورة الكشف المبكر تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب	142	%52.8	119	%44.2	8	%3.0

الشكل رقم (08): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 03



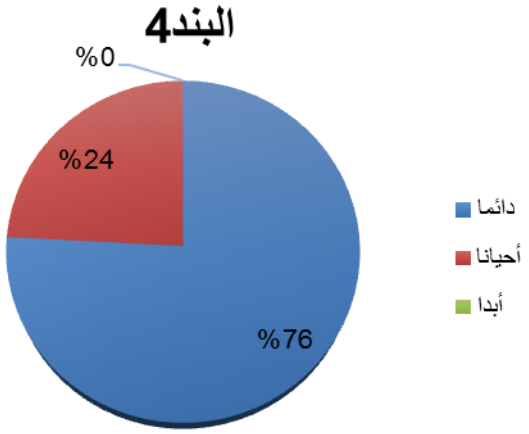
يظهر لنا الجدول أعلاه رقم(17) والمعالج للبند رقم (03) الذي ينص على: يؤكد التّثقيف الصّحي للحوامل على ضرورة الكشف المبكر تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت تكرارات الإجابة بدائما 142 وبنسبة مئوية تساوي 52.8%، ثم تليها الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 119 وبنسبة مئوية 44.2%، في حين نجد تكرار الإجابة بأبدا تساوي 8 وبنسبة مئوية 3%.

نفسر هذه النتائج أن معظم المبحوثين يؤكدون انطلاقا من خيار الإجابة بدائما على أن التثقيف الصحي للحوامل يركز على ضرورة الكشف المبكر تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب، وإن كانت المرأة بحاجة إلى التثقيف الصحي في مختلف مراحل الحمل فإن مرحلة ما بعد الولادة من المراحل الحساسة، إذ يتوقع حدوث بعض التغيرات الجسدية والأعراض التي تتروح بين الخفيفة والشديدة مثل: النزيف الشديد، مشاكل بالرحم، مشاكل مع الرضاعة الطبيعية، مرض الوليد وغيرها من المشكلات التي قد تلقي بثقلها على نفسية المراة خاصة حديثة الانجاب الأمر الذي ينعكس سلبا على حياتها وبالتالي على تعاملها مع الوليد وهنا تبرز أهمية التثقيف الصحي لإعداد المرأة لما هو متوقع من مرحلة بعد الإنجاب وتهيئتها لتقبل الوضع والتعامل معه بما تمليه متطلبات المرحلة.

الجدول رقم (18):المعالج للبند رقم(4) للتثقيف الصحي دور في تعزيز وعي المرأة الحامل وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين

البند رقم 04	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
لتثقيف الصحي دور في تعزيز وعي المرأة الحامل وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين	204	%75.8	65	%24.2	0	%0.0

الشكل رقم (9): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 4



يظهر لنا الجدول أعلاه رقم (18) والمعالج للبند رقم (4) الذي ينص على: للتثقيف الصحي دور في تعزيز وعي المرأة الحامل وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت تكرارات الإجابة بدائما 204 وبنسبة مئوية تساوي 75.8%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 65 وبنسبة مئوية 24.2%.

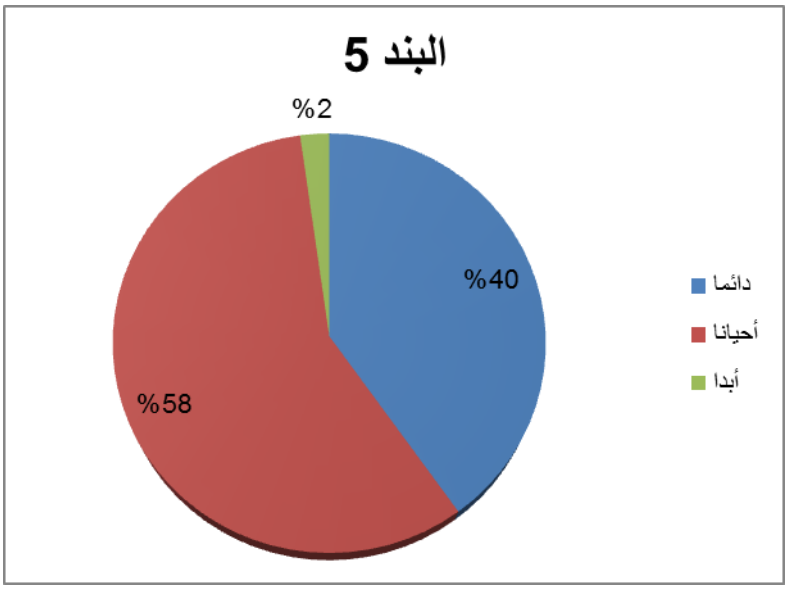
من خلال هذه النسب يتضح لنا أن أغلبية المبحوثين يعتبرون أن للتثقيف الصحي دور في تعزيز وعي المراة الحامل وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين، وذلك بنسبة قدرت بـ 75.8%، ولعل هذا الأمر يساعد المرأة على معرفة التغيرات الطبيعية التي تصاحب نمو الجنين وتؤثر في الأم كما أنها تفيد الأم بالتغيرات النمائية التي تحدث للجنين وتستلزم من الأم الانتباه لها حفاظا على الجنين ومنه

على صحتها كما أن معرفة التغيرات الطبيعية تفيد الأم للاستفسار عند مصادفة ما هو غير طبيعي في حالة حدوثه ومنه طلب المساعدة والتدخل لصالحها كما لصالح الجنين.

الجدول رقم (19): المعالج للبند رقم(5) يساعد التّثقيف الصّحي المرأة من النّاحية النّفسية على تفادي الحرج أثناء الاستشارة الطبية

البند رقم 05	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يساعد التّثقيف الصّحي المرأة من النّاحية النّفسية على تفادي الحرج أثناء الاستشارة الطبية	108	%40.1	155	%57.6	6	%2.2

الشكل رقم (10): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 5



يظهر لنا الجدول أعلاه رقم(19) والمعالج للبند رقم (5) . الذي ينص على: يساعد التّثقيف الصّحي المرأة من النّاحية النّفسية على تفادي الحرج أثناء الاستشارة الطبية، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بأحيانا قد أخذت الغالبية بتكرار 155 وبنسبة مئوية تساوي 57.6%، ثم الإجابة بدائما وذلك بتكرار 108 وبنسبة مئوية 40.1%، أما على تكرار الإجابة بأبدا كان 6 وبنسبة مئوية 2.2%.

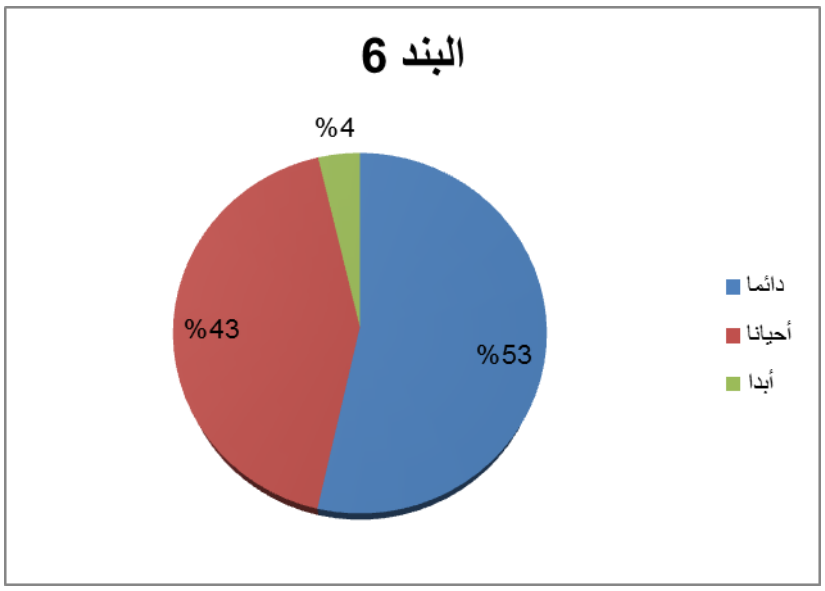
ونفسر هذه النتائج أن للتثقيف الصحي دور كبير في مساعدة النساء على تفادي الحرج أثناء طلب الاستشارات الطبية بنسبة تصل حسب إجابات المبحوثين الي 57.6%، وهي نسبة دالة على فاعلية

التثقيف الصحي كاجراء يرفع الحرج عن المرأة في حالة فرض الموقف ذلك لكن الأمر لا يلغي ضرورة عرض الوضع في حال وقوع ما يتطلب توضيحا صحيا لأن النساء تختلف بنيتهن في جوانبها المختلفة عن بعضهن البعض ولعل التثقيف الصحي لن يغطي على كل حالات الاحراج وفي كل الوضعيات الأمر الذي يحتم طلب الاستشارة ان دعى الأمر لذلك.

الجدول رقم (20):المعالج للبند رقم(6) للتّثقيف الصّحي دور في تغيير العادات السّيئة للنّساء الحوامل

البند رقم 06	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
للتّثقيف الصّحي دور في تغيير العادات السّيئة للنّساء الحوامل	144	%53.5	115	%42.8	10	%3.7

الشكل رقم (11): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 6



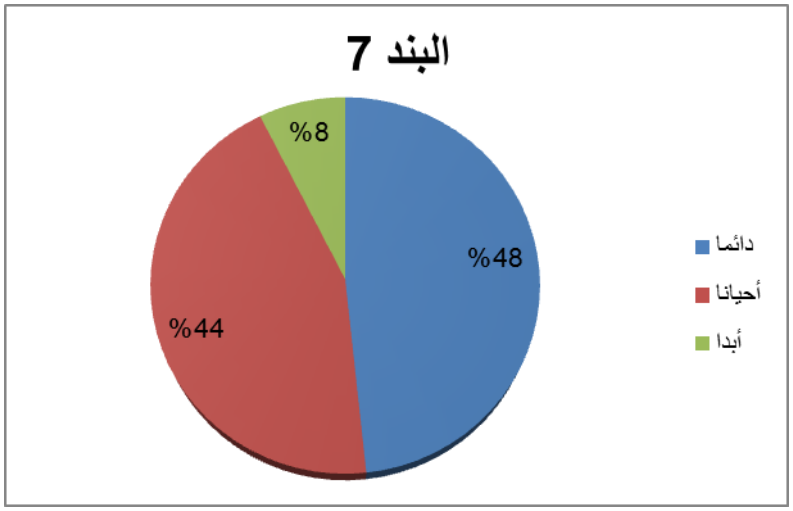
يبين لنا الجدول أعلاه رقم (20) والمعالج للبند رقم (6) الذي ينص على: للتّثقيف الصّحي دور في تغيير العادات السّيئة للنّساء الحوامل، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت تكرار الإجابة بدائما بتكرار 144وبنسبة مئوية تساوي 53.5%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 115 وبنسبة مئوية 42.8%، أما على تكرار الإجابة بأبدا كان 10 وبنسبة مئوية 3.7%.

ومن خلال هذه النسب يتوضح لنا أن للتثقيف الصحي دور في تغيير العادات السيئة للنساء الحوامل، على اعتبار أنه يفيد في الاطلاع على السلوكيات الإيجابية والسلبية ومنه فهو يعمل ضمنيا او بشكل مباشر على تعديل السلوكيات السلبية لدى الأمهات خاصة حديثات العهد بالحمل والولادة وذلك سواء تعلق الأمر بحملهن أو تعلق بصحتهن الشخصية وان كان الوضع هنا يبين العلاقة الترابطية والمتعدية لصحة الأم إلى الجنين في مختلف التعاملات اليومية سواء جسدية غذائية او نفسية أو غيرها من مجالات الحياة اليومية للأم كما جنينها.

الجدول رقم (21) المعالج للبند رقم(7) للتثقيف الصحي دور في تخفيف متاعب الحمل عند المرأة

البند رقم 07	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
للتّثقيف الصّحي دور في تخفيف متاعب الحمل عند المرأة	130	%48.3	119	%44.2	20	%7.4

الشكل رقم (12): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 7



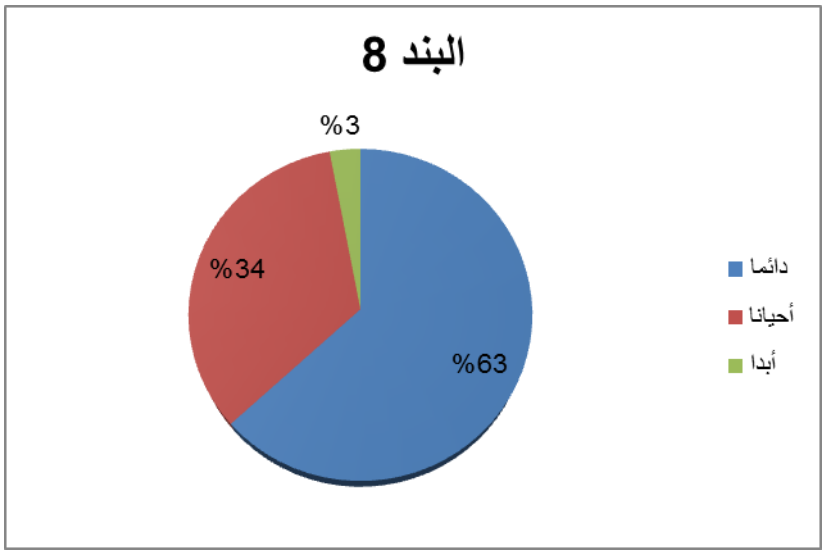
بالنظر للجدول أعلاه رقم(21) والمعالج للبند رقم (7) الذي ينص على: **للتّثقيف الصّحي دور في تخفيف متاعب الحمل عند المرأة.** وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 130 وبنسبة مئوية تساوي 48.3%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 119 وبنسبة مئوية 44.2 %، أما على تكرار الإجابة بأبدا كان 20 وبنسبة مئوية 7.4%.

ومن خلال هذه النتائج فإن المبحوثين يؤكدون اعتبارا من كونهم المتعاملين المباشرين والدائمين مع النساء عموما والحوامل منهن خصوصا أن التثقيف الصحي قد يخفف من بعض المتاعب التي يفرضها الحمل على المرأة ببيان صور التعامل مع التبعات أو المشكلات وطرق تجاوز الضغوط أو العقبات التي يفرزها الحمل وتجدها الحوامل حاجزا يحول دون ممارستهن لحياتهن بشكل طبيعي هنا يكون لتثقيف الصحي الدور البارز في حل الإشكال وفسح المجال لمرأة لتعود للممارسات الحياتية الخاصة بها دون ان يسلبها الحمل متعة حياتها أو حتى متعة شعورها بالأمومة ولنا في تبعات الحمل التي قد تنعكس سلبا على المرأة صورا عدة مثل الغثيان، التقيؤ، الصداع وغيرها.

الجدول رقم (22): المعالج للبند(8) يُنبه التّثقيف الصّحي المرأة الحامل بالإجراءات التي يُحْتَمل اتخاذها في حال أيّ طارئ.

البند رقم 08	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يُنبه التّثقيف الصّحي المرأة الحامل بالإجراءات التي يُحْتَمل اتخاذها في حال أيّ طارئ	170	%63.2	91	%33.8	8	%3.0

الشكل رقم (13): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 8



من خلال بيانات الإحصائية الممثلة في الجدول أعلاه (22) والمعالج للبند رقم (8) المتعلق بـ: يُنبه التّثقيف الصّحي المرأة الحامل بالإجراءات التي يُحْتَمل اتخاذها في حال أيّ طارئ. وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت

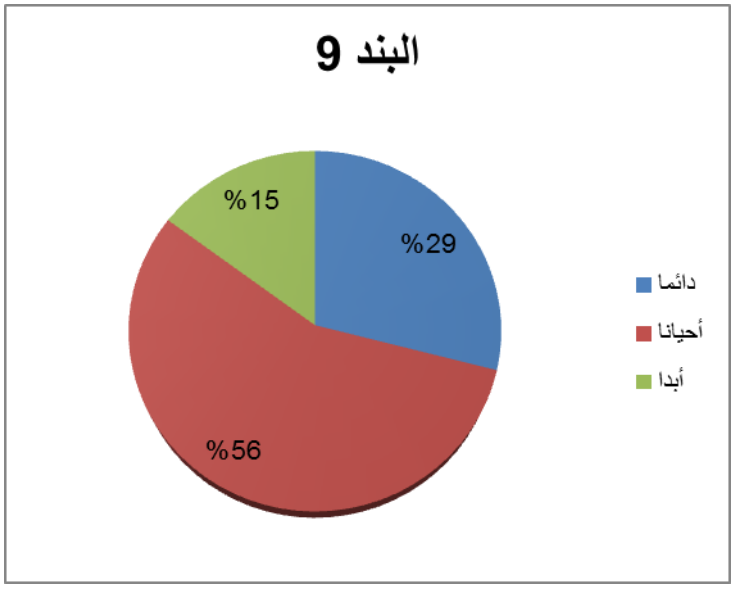
الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 170 وبنسبة مئوية تساوي 63.2%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 91 وبنسبة مئوية 33.8%، أما على تكرار الإجابة بأبدا كان 8 وبنسبة مئوية 3%.

وبالتالي نستنتج أن التثقيف الصحي يعمل على إعلام المرأة الحامل بالإجراءات التي يتم اتخاذها في حال حدوث أي طارئ ما يهيئها للتعامل وبصورة مناسبة مع الوضع، الأمر الذي يجعل التعامل سلسا بينها وبين الممرض أو الطبيب أو القابلة أو غيرهم من المهنيين الصحيين في المؤسسة.

الجدول رقم (23):المعالج للبند رقم(9) يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في قبولها قرار الإجهاض حفاظا على سلامتها

البند رقم 09	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في قبولها قرار الإجهاض حفاظا على سلامتها	78	%29.0	151	%56.1	40	%14.9

الشكل رقم (14): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 9



يظهر لنا الجدول أعلاه رقم(23) والمعالج للبند رقم (9) المتعلق بـ: يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في قبولها قرار الإجهاض حفاظا على سلامتها، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة أحيانا قد أخذت الغالبية

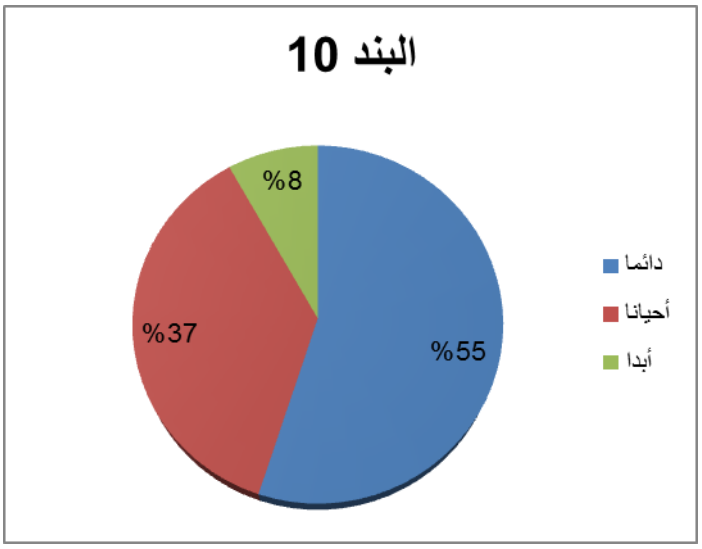
بتكرار 151 وبنسبة مئوية تساوي 56.1%، ثم الإجابة بدائما وذلك بتكرار 78 وبنسبة مئوية 29% في حين نجد تكرار الإجابة بأبدا 40 وبنسبة مئوية 14.9%.

وبالتالي يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في قبولها قرار الإجهاض حفاظا على سلامتها أحيانا ذلك أنه قد يكون للتركيب النفسي للأم رأي آخر على اعتبار أن العاطفة التي تحملها الأم لجنينها حتى وهو علقة قد تمنعها من الإجهاض وان كانت تواجه خطرا باتمام الحمل، بالإضافة إلى أن التوعية بالخطر التي تقدمها البرامج الصحية بالمؤسسة للنساء الحوامل قد تتفاوت باعتبار المستوى التعليمي والثقافي وغيرها من العوامل التي تشكل شخصية النساء الحوامل.

الجدول رقم (24): المعالج للبند (10) يساعد التّثقيف الصّحي على إحاطة المرأة بحالات الإجهاض غير الآمنة

البند رقم 10	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يساعد التّثقيف الصّحي على إحاطة المرأة بحالات الإجهاض غير الآمنة	148	%55.0	99	%36.8	22	%8.2

الشكل رقم (15): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 10



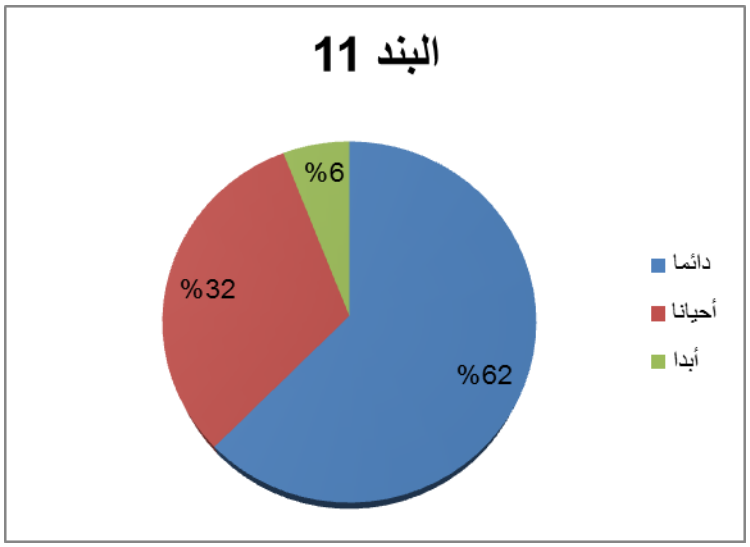
بالنظر للجدول أعلاه رقم(24) والمعالج للبند رقم (10) المتعلق بـ يساعد التّثقيف الصّحي على إحاطة المرأة بحالات الإجهاض غير الآمنة،وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة،فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 148 وبنسبة مئوية تساوي 55%،ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 99 وبنسبة مئوية 36.8%،أما على تكرار الإجابة بأبدا كان 22 وبنسبة مئوية 8.2%.

وبالتالي فإن هذه النتائج تؤكد على الدور الفعال الذي يؤديه التثقيف الصحي كإجراء ضمن برنامج الصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة لتوعية المرأة بصور الإجهاض غير الآمنة ما يساعدها على حماية نفسها وجنينها ويجنبها الوقوع في حالات الإجهاض الخطيرة.

الجدول رقم (25):المعالج للبند رقم (11) للتّثقيف الصّحي دور في **تعزيز الرّضاعة الطبيعية** بما يضمن راحة للأم والجنين

البند رقم 11	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
للتّثقيف الصّحي دور في تعزيز الرّضاعة الطبيعية بما يضمن راحة للأم والجنين	168	%62.5	85	%31.6	16	%5.9

الشكل رقم (16): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 11



بالنظر للجدول أعلاه رقم(25) والمعالج للبند رقم (11) الذي ينص على: للتّثقيف الصّحي دور في **تعزيز الرّضاعة الطبيعية** بما يضمن راحة للأم والجنين .

وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 168 وبنسبة مئوية تساوي 62.5%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 85 وبنسبة مئوية 31.6%، أما على تكرار الإجابة بأبدا كان 16 وبنسبة مئوية 5.9%.

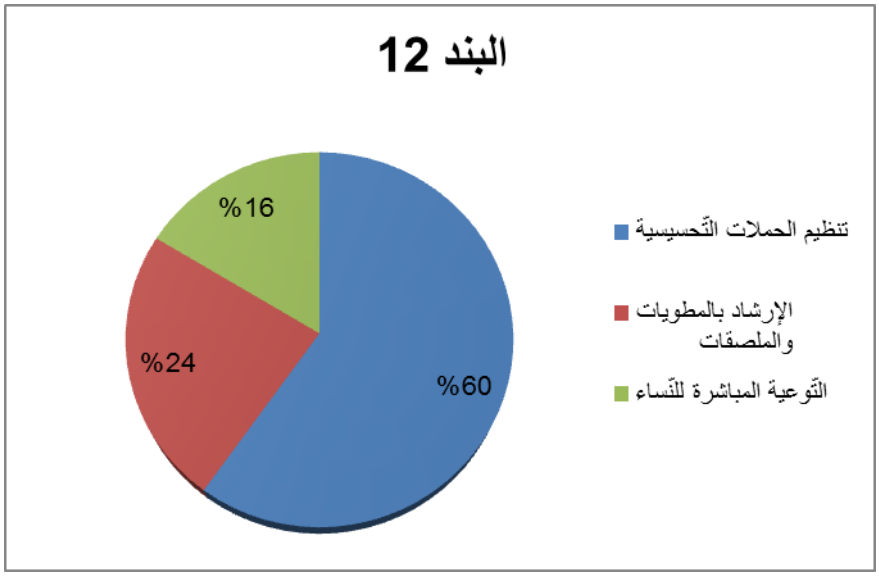
بناءًا على عرض المعطيات السابقة، يمكن أن نلاحظ أن غالبية المبحوثين يرون أن التثقيف الصحي له دور هام في تعزيز الرضاعة الطبيعية وتوفير الراحة للأم والجنين، ذلك أنه ورغم وجود بدائل الارضاع كما يظن البعض تحرر المرأة من التزاماتها كما أنها تفيء باحتياجات الجنين، إلا أن

كل نماذج الإرضاع التي قد تطرح لا يمكنها أن تضاهي عملية الارضاع الطبيعي في فوائدها الجمة سواء للأم أو لجنينها سواء من الناحية الجسدية أو النفسية لكلا الطرفين كما لتقوية العلاقة بين الأم وجنينها، وهذا ما قد يصحح نظرة بعض النساء عن عملية الارضاع الطبيعي استنادا الي التثقيف الصحي كإجراء معزز للصحة الإنجابية.

الجدول رقم (26):المعالج للبند رقم 12 تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل تخدم التثقيف الصحي

البند رقم 12		
تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل تخدم التثقيف الصحي	**التكرار**	**النسبة**
تنظيم الحملات التّحسيسية	161	%59.8
الإرشاد بالمطويات والملصقات	64	%23.8
التّوعية المباشرة للنّساء	44	%16.4
المجموع	**269**	**%100.0**

الشكل رقم (17): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 12



بالنظر للمعطيات الجدول أعلاه رقم(26) والمعالج للبند رقم (12) والذي ينص على: تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل تخدم التثقيف الصحي، نلاحظ من خلال إجابات المبحوثين على

هذا البند كانت بدرجات متفاوتة، حيث أن تكرار الإجابة على الاختيار الأول كان 161 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 59.8 %، أما عن تكرار الإجابة على الوسيلة الثانية كانت ب 64 تكرار ونسبة تساوي 23.8%، وفي الأخير تأتي الإجابة عن الوسيلة الثالثة بـ 44 تكرار ونسبة مئوية 16.4%.

وعليه تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل عديدة ومختلفة تخدم التثقيف الصحي، وتأتي في مقدمتها عملية تنظيم الحملات التحسيسية باعتبارها قد تصدرت التكرارات كأول وسيلة تسخدم للتثقيف الصحي وقد تكون أنسب وسيلة باعتبارها أداة تساعد على تبليغ المعلومة للنساء بصورة مباشرة وسريعة سواء سمعية أو سمعية بصرية وتقيس أكبر نسبة منهن، كما أن لوسيلة الإرشاد بالمطويات التي يتم نشرها دورا ايجابيا في عملية التثقيف، وأخيرا التوعية المباشرة للنساء كوسيلة للتثقيف الصحي هذا وإن تصدرت وسيلة تنظيم الحملات التحسيسية باقي الوسائل فإن وجود الوسيلتين الأخريتين يتم عن تنويع في وسائل التثقيف الصحي التي تقدمها المؤسسة مجال الدراسة.

- **البند رقم 13** يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في تحسين خدمة التثقيف الصحي داخل المؤسسة الاستشفائية:

تشير النتائج والمؤشرات في هذا البند إلى أن إجابات المبحوثين فيما يخص تقديم اقتراحات وتوصيات قد تساهم في تحسين خدمة التثقيف الصحي داخل المؤسسة الاستشفائية كانت تتراوح بين ضرورة تجسيد وحدة خاصة بالتثقيف الصحي مجهزة بالوسائل اللازمة في المؤسسة الإستشفائية ما قد يدعم الخدمات المقدمة خصوصا للزائرات والنزيلات داخل هذه المؤسسة، كما قد يسهم في تنمية صحة المجتمع عموما انطلاقا من رفع وزيادة الفاعلية في تقديم خدمات الرعاية والتوعية الصحية للأشخاص الذين يطلبونها عموما. هذا من جهة اما فيما تعلق بالاقتراحات الثاني فإنه يدور حول ضرورة تكثيف تنظيم حملات توعوية في فترات زمنية مختلفة وخاصة أثناء الأيام العالمية التي قد نراها تخدم الصحة عموما والصحة الإنجابية خصوصا وذلك للتوعية مثلا حول وسائل منع الحمل وسرطان الثدي وعنق الرحم وغيرها من الأمراض التي تهدد الصحة الإنجابية، إن مثل هذه الحملات تغتبر محاولة لتحسين الوعي حول مختلف الأمراض التي تهدد الصحة الإنجابية وهو ما يؤكد على أهمية التثقيف الصحي كإجراء يستند إليها ويعول عليه لتحقيق تنمية في الصحة الإنجابية.

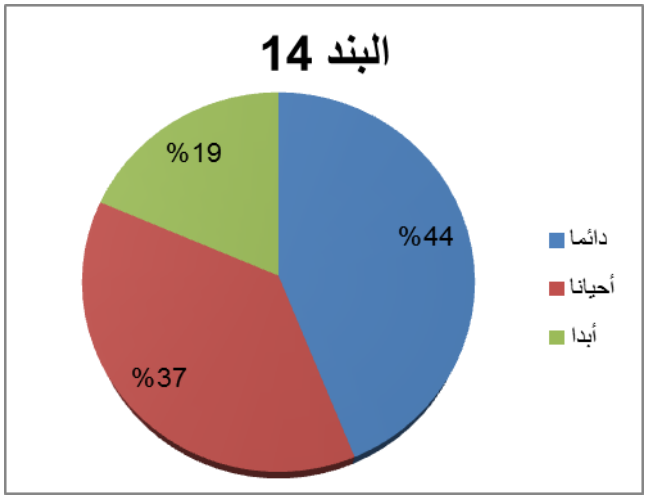
2-1 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الثاني نص الفرض على:

- تستجيب البرامج الصحية المعتمدة للمتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة

الجدول رقم (27): المعالج للبند رقم 14 تتوفر المؤسسة الاستشفائية على دفتر خاصّ بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة

البند رقم 14	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تتوفر المؤسسة الاستشفائية على دفتر خاصّ بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة	118	%43.9	101	%37.5	50	%18.6

الشكل رقم (18): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 14



من خلال الجدول أعلاه رقم (27) والمعالج للبند رقم (14) المتعلق بـ: تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **دفتر خاصّ** بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 118 وبنسبة مئوية تساوي 43.9%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 101 وبنسبة مئوية 37.5%، أما على تكرار الإجابة بأبدا كان 50 وبنسبة مئوية 18.6%

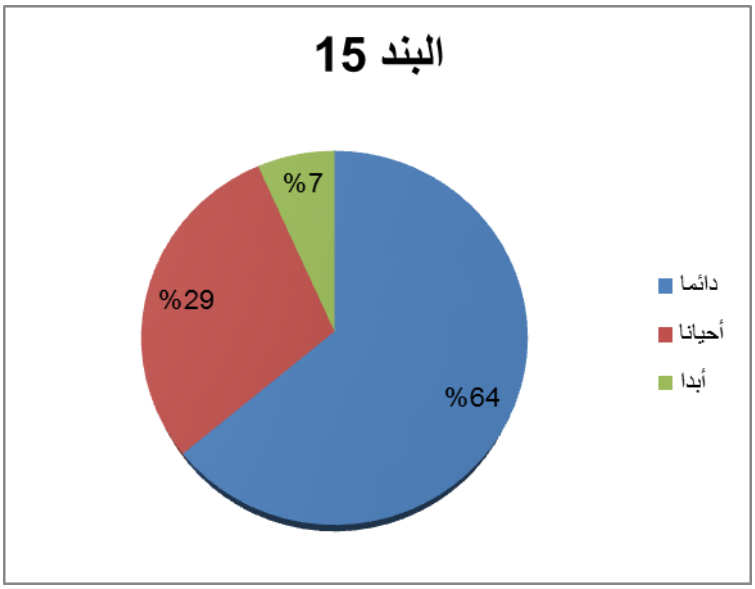
ومنه نستنتج من إجابات المبحوثين (المستخدمين الصحيين) أن المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة تعتمد دفترا خاصا يتضمن المعلومات الضرورية للعمل على المتابعة الجيدة للصحة الإنجابية للمرأة، إذ يعتبر هذا الأخير أجراء فعالا يساعد الطاقم العامل بالمؤسسة أو خارجها المكلف بمتابعة

الحالة على التعامل معها بالصورة المناسبة سواء من حيث التكفل طبيا أو من حيث الدواء أو غيرها دون معاودة التشخيص في كل مرة وفي المواقف التي لا تملك فيها المرأة الوقت مثل نزيف ولادة أو إجهاض أو عيرها من الحالات.

الجدول رقم (28):المعالج للبند رقم 15 تؤكد البرامج الصّحية على أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل

البند رقم 15	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تؤكد البرامج الصّحية على أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل	172	%63.9	79	%29.4	18	%6.7

الشكل رقم (19): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 15



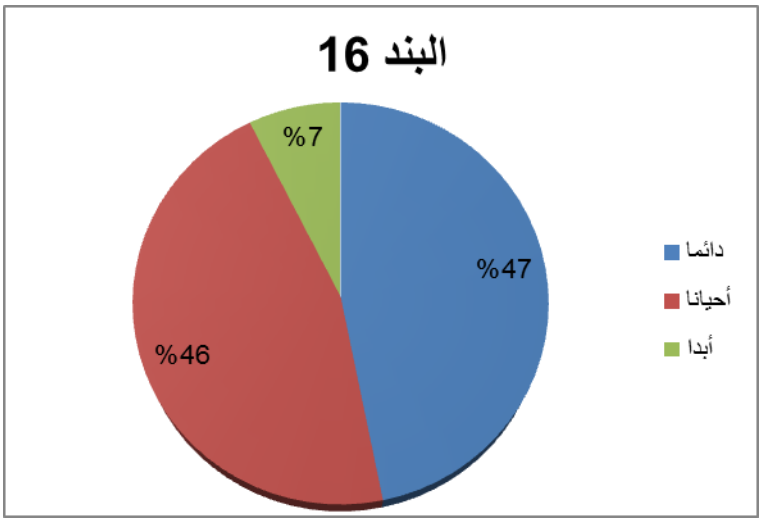
بالنظر للجدول أعلاه رقم (28) والمعالج للبند رقم (15) المتعلق بـ تؤكد البرامج الصّحية على **أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل**، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 172 وبنسبة مئوية تساوي 63.9 %، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 79 وبنسبة مئوية 29.4 %، أما على تكرار الإجابة بأبدا كان 18 وبنسبة مئوية 6.7 %.

ومنه وحسب إجابات أغلبية المستخدمين الصحيين فالبرامج الصحية تؤكد على المتابعة الصحية للمرأة قبل الحمل ما يبين الأهمية التي توليها البرامج الصحية لصحة النساء المنجبات باعتبار أن لصحة الأم علاقة بصحة الجنين ومنه صحة المجتمع وذلك في سبيل تحقيق تنمية صحية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري.

الجدول رقم (29): المعالج للبند رقم 16 تستفيد النّساء الحوامل من متابعة خاصّة خلال الحمل الأول لهن.

البند رقم 16	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تستفيد النّساء الحوامل من متابعة خاصّة خلال الحمل الأول لهن	126	%46.8	123	%45.7	20	%7.4

الشكل رقم (20): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 16



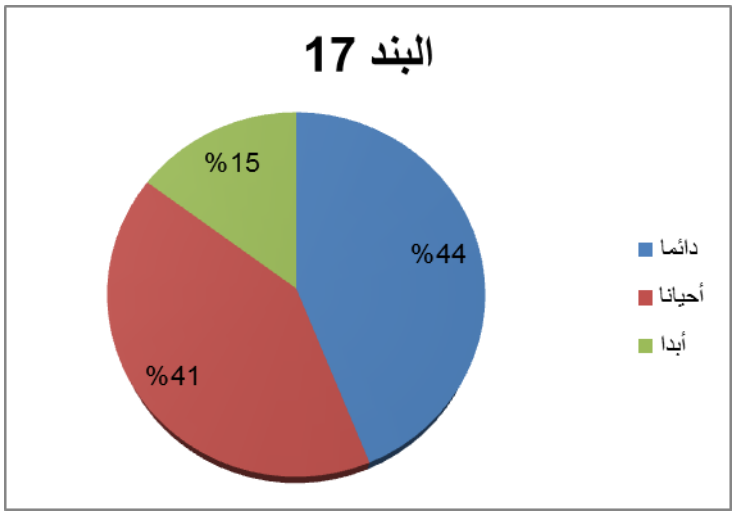
من خلال بيانات الإحصائية الممثلة في الجدول أعلاه(29) والمعالج للبند رقم (16) المتعلق بـ: تستفيد النّساء الحوامل من **متابعة خاصّة خلال الحمل الأول** لهن، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 126 وبنسبة مئوية تساوي 46.8%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 123 وبنسبة مئوية 45.7%، أما على تكرار الإجابة بأبدا كان 20 وبنسبة مئوية 7.4%.

وبالتالي نستنتج أن المتابعة الصحية للنساء المنجبات لا تتم قبل الحمل فقط وإنما تمتد حسب إجابات المبحوثين لتستفيد النساء الحوامل من متابعة خاصة خلال الحمل الأول لهن وهذا ما قد يسهم في تحقيق تنمية صحية للصحة الإنجابية.

الجدول رقم (30):المعالج للبند رقم 17 التغذية النّوعية للحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية

البند رقم 17	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
التغذية النّوعية للحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية	118	%43.9	111	%41.3	40	%14.9

الشكل رقم (21): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 17



بالنظر للجدول أعلاه رقم (30) والمعالج للبند رقم(17)، والذي ينص على: التغذية النّوعية للحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية، نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة حيث بلغ تكرار الإجابة بدائما تساوي 118 وبنسبة مئوية 43.9%، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا تساوي 111 وبنسبة مئوية 41.3%، وفي المقابل نجد تكرار الإجابة بأبدا تساوي 40 ونسبة مئوية 14.9%.

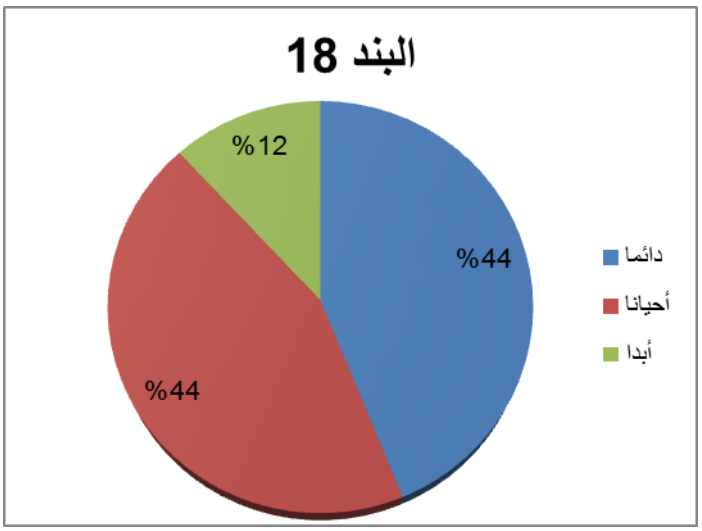
وعليه يمكن القول من خلال عرض البيانات الاحصائية أعلاه ومن خلال إجابات المبحوثين الذين أقروا أن التغذية النوعية للحوامل من ركائز المتابعة الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل

الدراسة وبالتالي هو أمر تؤكده برامج الصحة الإنجابية، لأن من شروط السلامة الجسمية والعقلية توفر غذاء صحي يعزز صحة الأم ويسهم في صحة الجنين.

الجدول رقم (31):المعالج للبند رقم 18 الكشف المبكر عن الأمراض عند الحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية

البند رقم 18	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
الكشف المبكر عن الأمراض عند الحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية	118	%43.9	119	%44.2	32	%11.9

الشكل رقم (22): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 18



من خلال الجدول المذكور أعلاه رقم (31) والمعالج للبند رقم(18)، والذي ينص على: الكشف المبكر عن الأمراض عند الحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية، نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة حيث جاءت تكرارات الإجابة بدائما تساوي 118 وبنسبة مئوية 43.9%، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا تساوي 119 وبنسبة مئوية 44.2%، وفي المقابل نجد تكرار الإجابة بأبدا تساوي 32 ونسبة مئوية 11.9%.

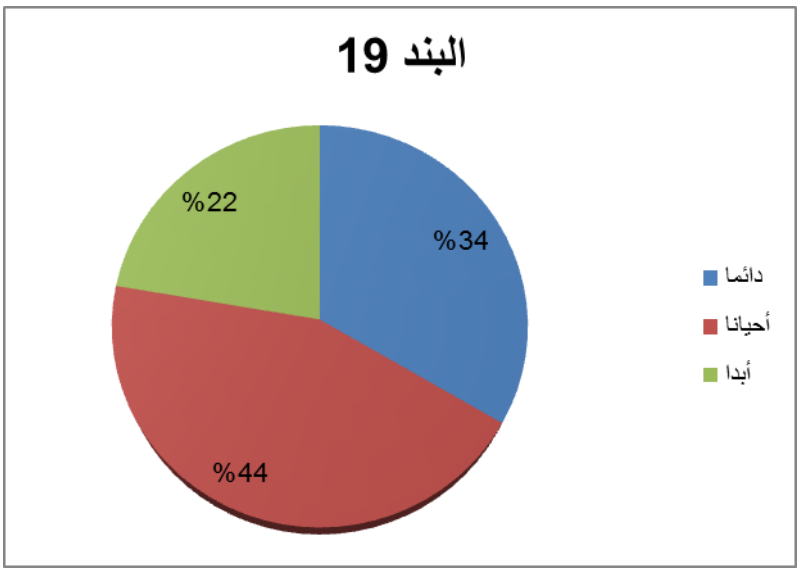
ونستنتج من خلال عرض بيانات هذا الجدول أن أغلبية إجابات المبحوثين التي يشكل فارق تكرار واحد فيها بين أحيانا ودائما لصالح أحيانا أنهم يعتبرون أن الكشف المبكر عن الأمراض عند الحوامل من ركائز برنامج المتابعة الصحية في المؤسسة الاستشفائية استنادا إلى البرامج الصحية

المعتمدة، وهذا ما قد يكون داعما لولادة صحية ومولود بصحة جيدة وذلك في سبيل تحقيق تنمية صحية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري

الجدول رقم (32): المعالج للبند رقم 19 تستفيد النساء المحتمل ولادتهن قيصريا من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية.

البند رقم 19	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تستفيد النساء المحتمل ولادتهن قيصريا من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية	90	%33.5	119	%44.2	60	%22.3

الشكل رقم (23): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 19



يتضح من خلال الجدول أعلاه رقم (32) والمعالج للبند رقم(19)، والذي ينص على: تستفيد النساء المحتمل ولادتهن قيصريا من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة حيث جاءت تكرارات الإجابة بدائما تساوي 90 وبنسبة مئوية 33.5%، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا تساوي 119 وبنسبة مئوية 44.2%، وفي المقابل نجد تكرار الإجابة بأبدا تساوي 60 ونسبة مئوية 22.3%.

ومن خلال عرض القراءة الإحصائية لهذا الجدول نستنتج حسب إجابات أغلبية المبحوثين (المستخدمين الصحيين) أن النساء المحتمل ولادتهن قيصريا تستفدن أحيانا من متابعة صحية داخل

المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة وقد يرجع هذا التقدير (أحيانا) لامكانيات المؤسسة وتفرغ الأطباء باعتبار الأعداد التي تتوافد عليها لغرض الولادة طبيعيا أو قيصريا ، ناهيك عن مدى تعقد الحالة وعوامل أخرى لها علاقة بضمان صحة المريض إضافة إلى إمكانيات المؤسسة الفتية، لأن المتابعة الصحية للولادات القيصرية تخضع لاعتبارات عدة متداخلة تجمع بين عدد النزيلات وتوفر الدواء ومستلزمات التدخل الطبي باعتبار دواعي الحالة ذاتها وغيرها من العوامل.

الجدول رقم (33):المعالج للبند رقم 20 تستفيد المرأة بعد الولادة من متابعة نفسية توفرها المؤسسة الاستشفائية

البند رقم 20	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تستفيد المرأة بعد الولادة من متابعة نفسية توفرها المؤسسة الاستشفائية	34	%12.6	125	%46.5	110	%40.9

الشكل رقم (24): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 20



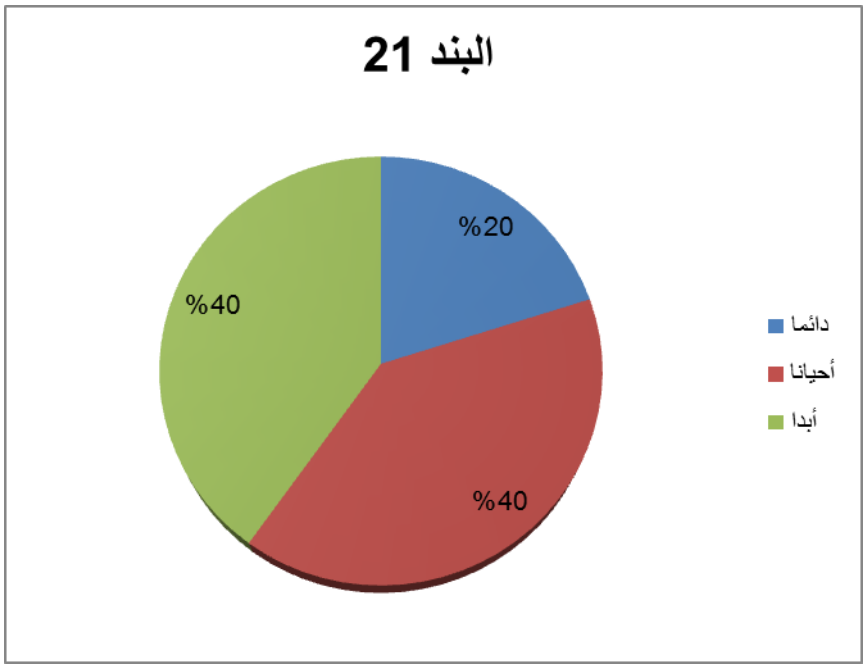
يتضح من خلال الجدول أعلاه رقم (33) والمعالج للبند رقم(20)، والذي ينص على: تستفيد المرأة بعد الولادة من متابعة نفسية توفرها المؤسسة الاستشفائية نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة حيث جاءت تكرارات الإجابة بدائما تساوي 34 وبنسبة مئوية 12.6%، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا تساوي 125 وبنسبة مئوية 46.5%، وفي المقابل نجد تكرار الإجابة بأبدا تساوي 110 ونسبة مئوية 40.9%.

ومما سبق يمكن القول من خلال إجابات المبحوثين (المستخدمين الصحيين) أن المرأة بعد الولادة قد تحتاج أحيانا إلى متابعة نفسية توفرها المؤسسة محل الدراسة أحيانا أيضا، وذلك بالرجوع دائما إلى عدد النزيلات وقدرة المؤسسة على احتواء طلبات المتابعة النفسية بالنظر إلى عدد من يطلبها، غير أنه وفي الوضع العادي نجد أن أغلبية النساء يتقبلن إنجابهن لمواليد جدد بل ويفرحن بذلك ونادرا ما قد تقع المراة تحت تعقيدات نفسية ناتجة عن النفاس أو الخوف من الولادة أو غيرها.

الجدول رقم (34):و المعالج للبند رقم 21 تتوفر المؤسسة الاستشفائية على فحوصات خاصّة بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسيا

البند رقم 21	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تتوفر المؤسسة الاستشفائية على فحوصات خاصّة بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسيا	54	%20.1	107	%39.8	108	%40.1

الشكل رقم (25): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 21



بالنظر لنتائج معطيات الجدول رقم(34) والمعالج للبند رقم (21) والذي يبين: تتوفر المؤسسة الاستشفائية على فحوصات خاصّة بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسيا، ومن خلال

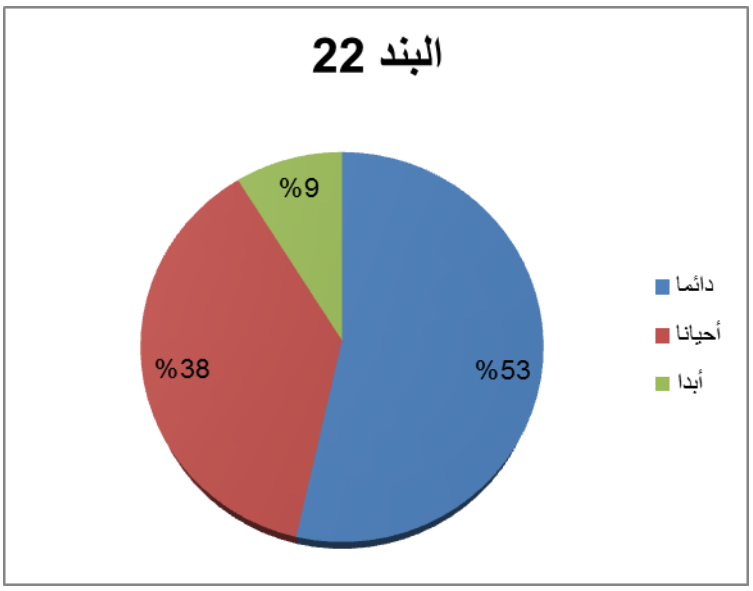
إجابات المبحوثين على هذا البند يوجد اختلاف بدرجات متفاوتة، حيث نجد تكرار الإجابة بدائما قدرت بـ 54 وبنسبة مئوية تساوي 20.1%، في حين جاءت الاجابة بأحيانا بـ 107 تكرارا ونسبة مئوية 39.8، أمن عن تكرار الإجابة أبدا 108 وبنسبة مئوية 40.1%.

ومن خلال البيانات السابقة وحسب إجابات المبحوثين فإن الغالبية وبفارق تكرار واحد بين إجابات أحيانا وأبدا لصالح إجابات أبدا ترى أن المؤسسة لا تتوفر على الفحوصات الخاصة بفيروس نقص المناعة، والتي تساعد على اكتشاف الامراض المنقولة جنسيا، وربما هذا التقارب في الإجابات يجعلنا نقرأ التكرارات والنسب بحذر باعتبار أن هناك من صرح بوجودها في المؤسسة محل الدراسة وبفارق تكرار واحد.

الجدول رقم (35):المعالج للبند رقم 22 تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف علاجية

البند رقم 22	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف علاجية	144	%53.5	101	%37.5	24	%8.9

الشكل رقم (26): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 22



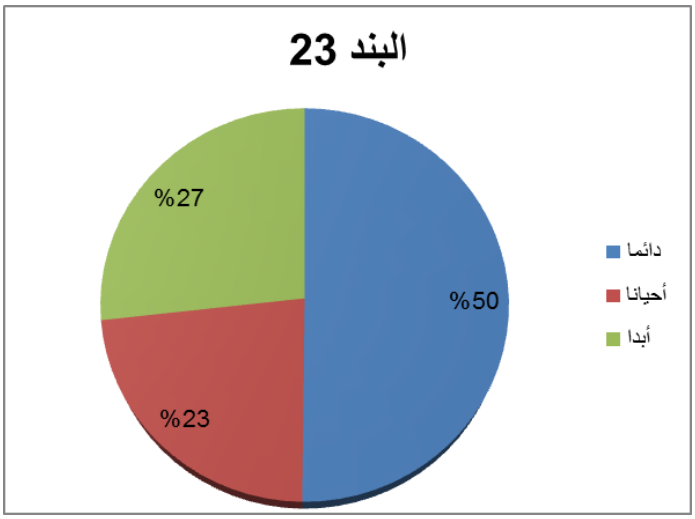
بالنظر لإحصائيات الموجودة في الجدول أعلاه رقم(35) والمعالج للبند رقم (22)، والذي يبين: تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف علاجية، نلاحظ أن إجابات المبحوثين كانت بدرجات متفاوتة حيث نجد تكرارات الإجابة بدائما قدرت بـ144 وبنسبة مئوية 53.5%، أما بالنسبة عن تكرار الإجابة بأحيانا 101 وبنسبة مئوية بلغت 37.5%، ثم تليها تكرارات الإجابة بأبدا 24 وبنسبة مئوية 8.9%.

ويتضح من خلال هذا العرض وحسب إجابات المبحوثين (المستخدمين الصحيين) أن المتابعة الصحية في المؤسسة الاستشفائية محل الدراسة تهدف إلى تحقيق أهداف علاجية ترمي لأن تخلص المريضات من المرض الذي تعانين منه،و تجعل حياتهن أسهل من دونه، ذلك أنه وفي أحيان كثيرة قد يستلزم الأمر مراجعات عدة للمؤسسة الاستشفائية للتخلص من المرض وليس مجرد وصفة واحدة تكون كفيله باسئصاله، ذلك أن الأمراض التي قد يواجهه البعض ويحول دون تحقيقهم لمبتغاهم وتمتعهم بالصحة الإنجابية يستلزم مداومات ومتابعات للمؤشرات والأعراض المرضية ودراسة التقدم المحقق وهو ما توفره المؤسسة مجال الدراسة.

الجدول رقم (36):المعالج للبند رقم 23 تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهدا ف وقائية

البند رقم 23	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف وقائية	135	%50.2	62	%23	72	%26.8

الشكل رقم (27): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 23



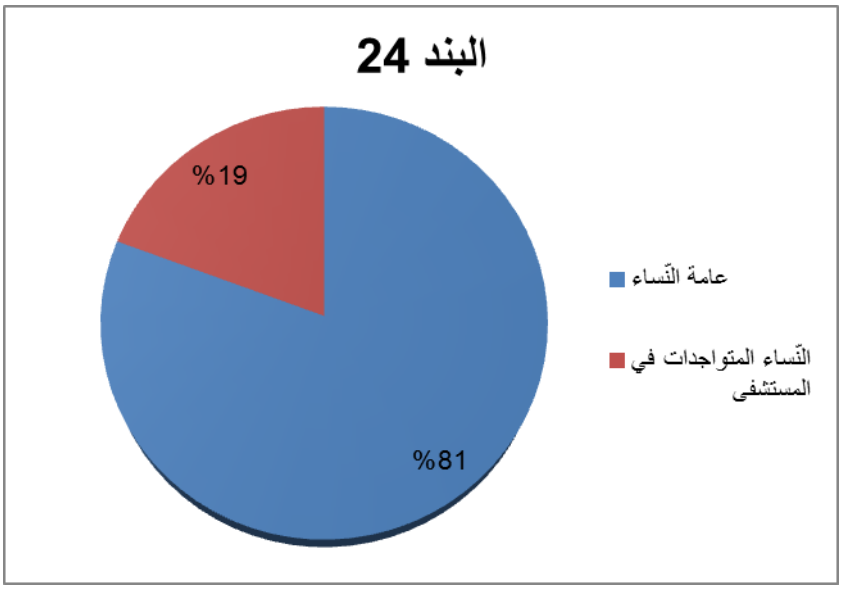
بالنظر للجدول أعلاه رقم (36) والمعالج للبند رقم(23)، والذي ينص على: تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف وقائية، نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة حيث بلغ تكرار الإجابة بدائما تساوي 135 وبنسبة مئوية 50.2%، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا تساوي 62 وبنسبة مئوية 23%، وفي المقابل نجد تكرار الإجابة بأبدا تساوي 72 ونسبة مئوية 26,8%.

وعليه يمكن القول من خلال عرض البيانات الاحصائية أن إجراء المتابعة الصحية يهدف إلى تحقيق أهداف وقائية للوقاية من المرض لأن الوقاية خير من العلاج أو للتعامل المناسب مع المرض في حال فرض الواقع ذلك من الأهداف المرتبطة بالمتابعة الصحية .

الجدول رقم (37): المعالج للبند رقم 24 تقدم المؤسسة الاستشفائية متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية لفئة واسعة من النساء

البند رقم 24		
تقدم المؤسسة الاستشفائية متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية لفئة	التكرار	النسبة
عامة النّساء	217	%80.7
النّساء المتواجدات في المستشفى	52	%19.3
المجموع	**269**	**%100.0**

الشكل رقم (28): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 24



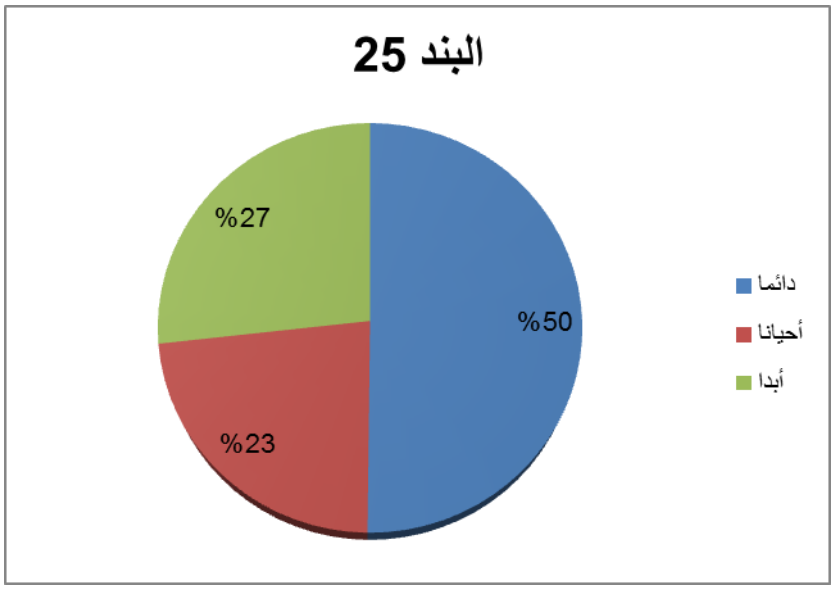
بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم(37) والمعالج للبند رقم(24)، والذي يوضح: تقدم المؤسسة الاستشفائية متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية لفئة واسعة من النساء نلاحظ أن إجابات المبحوثين كانت بدرجات متفاوتة حيث كانت تكرار الإجابة لاختيار الأول 217 تكرار وبلغت النسبة المئوية لهذه الإجابة 80.7%، أما عن تكرار الإجابة عن البديل الثاني كانت 52 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 19.3%.

نستنتج من خلال ما تقدم أن المؤسسة الاستشفائية تقدم خدماتها لعامة النساء وليس للنزيلات بها فقط، وهذا ما قد يبرر الضغط الذي قد يحول دون تحقيق كافة الأهداف خاصة إذا ربطنا الأمر بالمتابعة الصحية للنساء اللاتي تلدن قيصريا كما سبق وأن أشرنا في قراءتنا لمعطيات للبند رقم 19.

الجدول رقم (38): المعالج للبند رقم 25 تستفيد النساء من اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل في المؤسسة الاستشفائية

البند رقم 25	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تستفيد النساء من اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل في المؤسسة الاستشفائية	135	%50.2	62	%23.0	72	%26.8

الشكل رقم (29): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 25



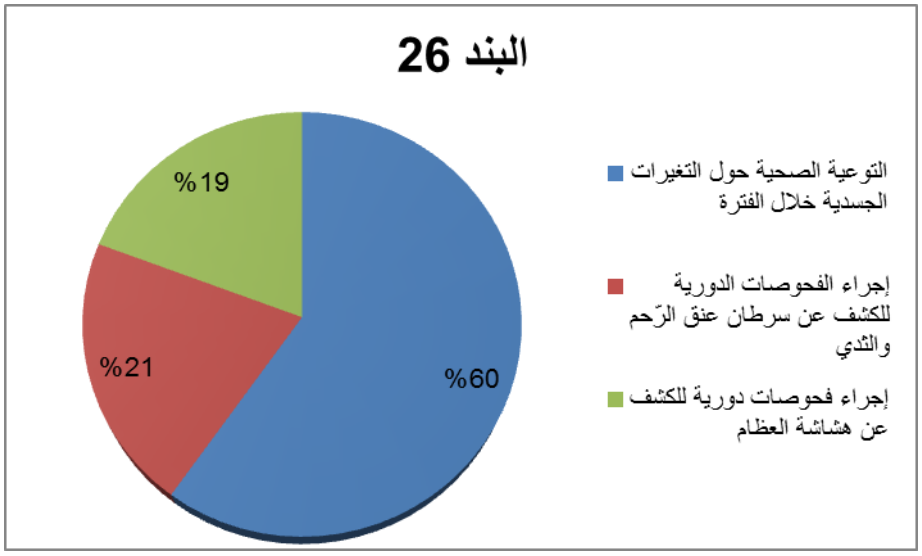
بالنظر للإحصائيات الموجودة في الجدول أعلاه رقم (38) والمعالج للبند رقم (25)، والذي يبين: تستفيد النساء من اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل في المؤسسة الاستشفائية، نلاحظ أن إجابات المبحوثين كانت بدرجات متفاوتة حيث نجد تكرارات الإجابة بدائما قدرت بـ 135 وبنسبة مئوية 50.2%، أما بالنسبة عن تكرار الإجابة بأحيانا 62 وبنسبة مئوية بلغت 23%،ثم تليها تكرارات الإجابة بأبدا 72 وبنسبة مئوية 26.8%.

ويتضح من خلال النتائج أعلاه أن البرامج الصحية المعتمدة في إطار الصحة الإنجابية تعمل على توفير اللقاحات اللازمة الخاصة بالنساء والضرورية لصحتهن الإنجابية قبل وبعد الحمل وهذا ما يخدم هدف تنمية الصحة الإنجابية ويؤكد فاعلية البرامج الصحية المعتمدة في هذا الجانب.

الجدول رقم (39): المعالج للبند رقم 26 تستفيد النساء في أواخر العمر الإنجابي من متابعة طبية صحية في المؤسسة الاستشفائية

البند رقم 26		
تستفيد النساء في أواخر العمر الإنجابي من متابعة طبية صحية في المؤسسة الاستشفائية	**التكرار**	**النسبة**
التوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الانجابي	161	%59.9
إجراء الفحوصات الدورية للكشف عن سرطان عنق الرّحم والثدي	56	%20.8
إجراء فحوصات دورية للكشف عن هشاشة العظام	52	%19.3
المجموع	**269**	**%100.0**

الشكل رقم (30): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 26



بالرجوع لمعطيات الجدول أعلاه رقم (39) والمعالج للبند رقم(26) والذي ينص على: تستفيد النساء في أواخر العمر الإنجابي من متابعة طبية صحية في المؤسسة الاستشفائية، نلاحظ من خلال إجابات المبحوثين على البند بدرجات متباينة، حيث كانت تكرار الإجابة لاختيار الأول 161 تكرار وبلغت النسبة المئوية لهذه الإجابة 59.9%، أما عن تكرار الإجابة عن البديل الثاني كانت 56 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 20.8%، أما عن تكرار الإجابة عن البديل الثالث كانت 52 تكرار وبنسبة مئوية 19.3%.

نستنتج من خلال ما سبق وحسب إجابات المبحوثين أن المتابعة الصحية للمرأة في أواخر سنها الإنجابي تقوم على توفير عدد من الإجراءات التي تقدمها المؤسسة لها والتي وإن تبايت نسب الإجابات بين المبحوثين فيها فإنها تكشف عن دور فعال تؤديها هذه المؤسسة خدمة للصحة العامة والإنجابية للمرأة خاصة باعتبارها عنصر أساسي في الصحة الإنجابية.

- **البند رقم 27 يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في تحسين خدمة المتابعة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية.**

في هذا الإطار تبين لنا أن من أهم اقتراحات التي تم عرضها من قبل المبحوثين والتي قد تساهم في تحسين خدمة المتابعة الصحية كانت مركزة حول التوعية الصحية للمرأة أثناء الحمل والولادة، ومنه فإن تحسين المتابعة الصحية كإجراء تتخذه المؤسسة ويفرضه برنامج الصحة الإنجابية فيها يحتاج إلى زيادة العمل على مسالة التوعية الصحية، ثم تحسيس النساء بخطورة الأمراض المزمنة على صحتهن العامة والإنجابية وانعكاس ذلك على صحة ابنائهن ناهيك على دعوه المبحوثين إلى ضرورة إقامة فرق طبية وشبه طبيين كل حسب اختصاصه للمساهمة في المتابعة الصحية ولعل ذلك يشكل في مجمله أساسا لمسألة المتابعة الصحية كإجراء تعتمده البرامج الصحية في المؤسسات المتخصصة بالصحة الإنجابية ومؤسسة خالدي عبد العزيز مجال البحث نموذجا بالاعتماد دائما على اقتراحات المبحوثين.

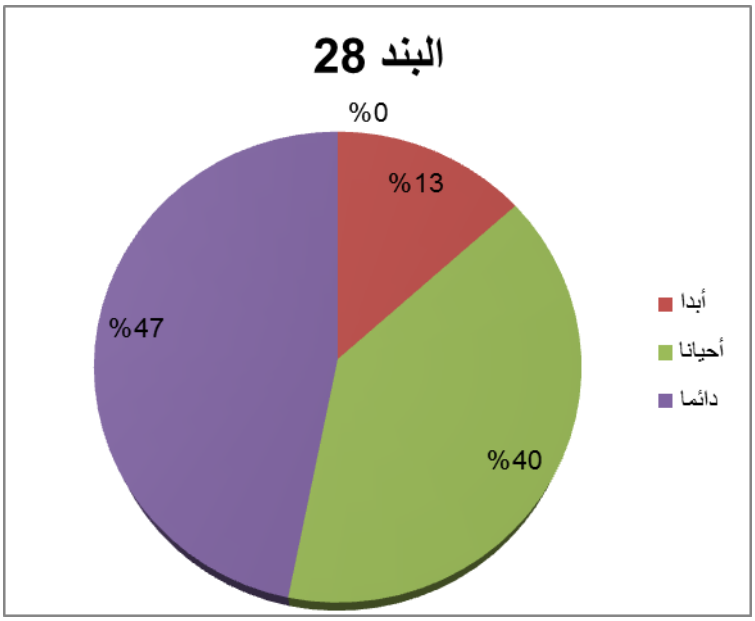
1-3- عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الثالث نص الفرض على:

تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري

الجدول رقم (40): المعالج للبند رقم 28 تنظيم الأسرة من أولويات برامج الصّحة الإنجابية المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية

البند رقم 28	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تنظيم الأسرة من أولويات برامج الصّحة الإنجابية المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية	126	%46.80	107	%39.80	36	%13.40

الشكل رقم (31): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 28



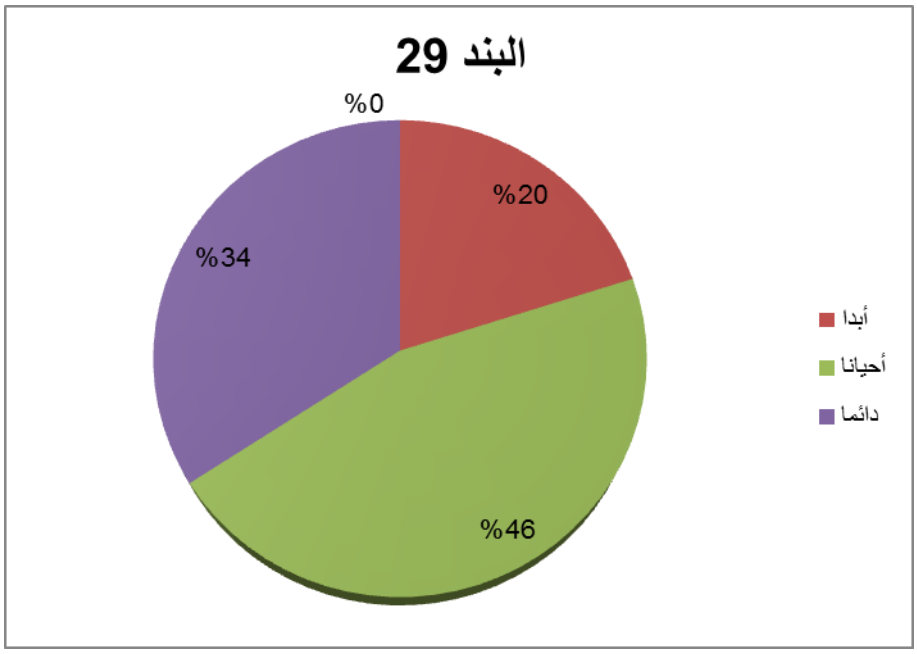
يظهر لنا الجدول أعلاه رقم(40) والمعالج للبند رقم (28) المتعلق بـ: **تنظيم الأسرة من أولويات برامج الصّحة الإنجابية** المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية، وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة دائما قد أخذت الغالبية بتكرار 126 وبنسبة مئوية تساوي 46.80%، ثم الإجابة أحيانا وذلك بتكرار 107 وبنسبة مئوية 39.80% في حين نجد تكرار الإجابة بأبدا 36 وبنسبة مئوية 13.40%.

بالنظر إلى إجابات المبحوثين نلاحظ أن غالبيتهم يؤكدون على اهتمام برامج الصحة الإنجابية المعتمدة في المؤسسة الاستشفائية مجال الدراسة بمسألة تنظيم الأسرة كأحد الإجراءات المهمة في إطار تنمية الصحة الإنجابية،ذلك أن تنظيم الأسرة قد يحول دون حدوث الكثير من المشكلات للزوجين مثل الحمل غير المخطط له فتوفر البرامج الصحية المعروفة للزوجين لاتخاذ قرارات مطلعة بشأن التنظيم الأسري، وتجنب المرأة الإجهاد الصحي نتيجة تكرار الحمل، كما تجنب الحد من فرص المرأة في تحقيق إستقلاليتها الأسرية أو المعاناة من عدم القدرة على توفير المستوى المعيشي المرغوب فيه من خلال العمل على توضيح إمكانية الموازنة بين عدد مرات الإنجاب والموارد المتاحة ما يحقق في النهاية تنمية صحية في الصحة الإنجابية.

الجدول رقم (41): المعالج للبند رقم 29 توضّح البرامج الصّحية تأثير وسائل التّنظيم الأسري على الصّحة الإنجابية

البند رقم 29	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
توضّح البرامج الصّحية تأثير وسائل التّنظيم الأسري على الصّحة الإنجابية	92	%34.20	123	%45.70	54	%20.10

الشكل رقم (32): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 29



بالنظر للجدول أعلاه رقم (41) والمعالج للبند رقم(29)، والذي ينص على: توضّح البرامج الصّحية تأثير وسائل التّنظيم الأسري على الصّحة الإنجابية، نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة حيث بلغ تكرار الإجابة بدائما تساوي 92 وبنسبة مئوية 34.20%، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا تساوي 123 وبنسبة مئوية 45.70%، وفي المقابل نجد تكرار الإجابة بأبدا تساوي 54 ونسبة مئوية 20.10%.

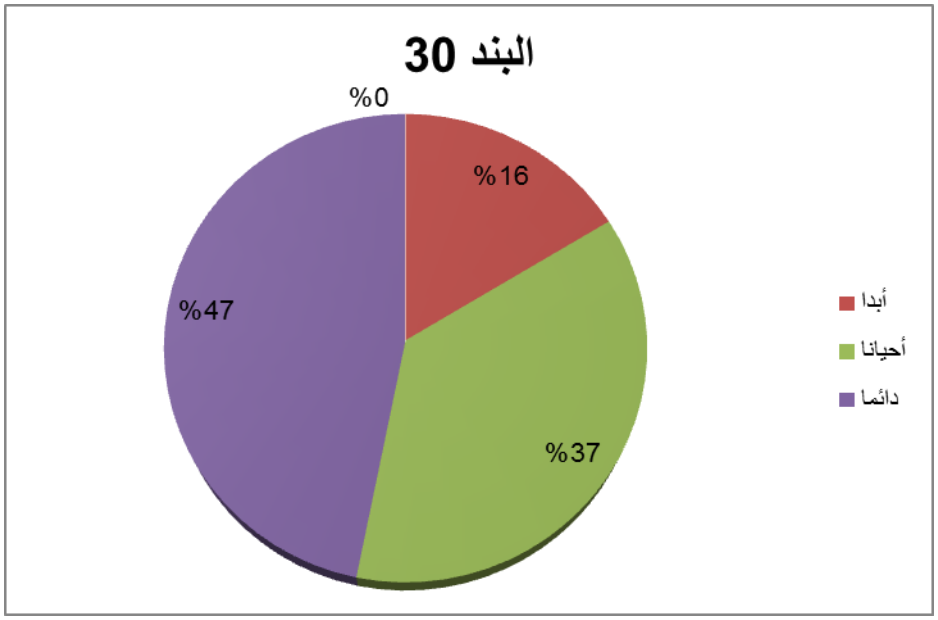
من خلال التكرارات والنسب المئوية لاجابات المبحوثين نلاحظ أنهم يرون أن البرامج الصحية توضح أحيانا تأثير وسائل التنظيم الأسري على الصحة الإنجابية، وهذا قد يعود لاعتبارات عدة والتي يمكن أن نجد من بينها ما يربط محدودية الأثر الذي تلعبه البرامج الصحية في هذا الجانب بتنوع

الوسائل وكثرة المستخدمات اللاتي يرتبطن بدورهن بمتغيرات مختلفة متعلقة بالعمر، المستوى التعليمي والثقافة، وهو الوضع الذي يدعو إلى تعزيز التوعية والتثقيف حول هذا الموضوع للمعنيين بشكل أوسع وتقديم مزيد من الجهد ليفهم المعنيون التأثير الذي قد يكون لوسائل التنظيم الأسري على صحتهم الإنجابية. ناهيك على التركيبة الدينية للمجتمع والتي قد تحول في أحيان كثيرة دون اللجوء إلى استخدام هذه الوسائل رغم كل الظروف؛ هذه العوامل وغيرها تؤكد على ضرورة تشبيع البرامج الصحية بما يوضح وبصورة أنقى وأفضل وأشمل تأثير وسائل التّنظيم الأسري على الصّحة الإنجابية باعتبار الإجراءين الصحيين التثقيف الصحي والتوعية الصحية.

الجدول رقم (42): المعالج للبند رقم 30 تقوم البرامج الصّحية على مبدأ تباعد الولادات قصد التنظيم الجيد للأسرة

البند رقم 30	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تقوم البرامج الصّحية على مبدأ تباعد الولادات قصد التنظيم الجيد للأسرة	126	%46.80	99	%36.80	44	%16.40

الشكل رقم (33): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 30



من خلال الجدول أعلاه رقم(42) والمعالج للبند رقم(30) والذي يبين: تقوم البرامج الصّحية على مبدأ **تباعد الولادات** قصد التنظيم الجيد للأسرة.

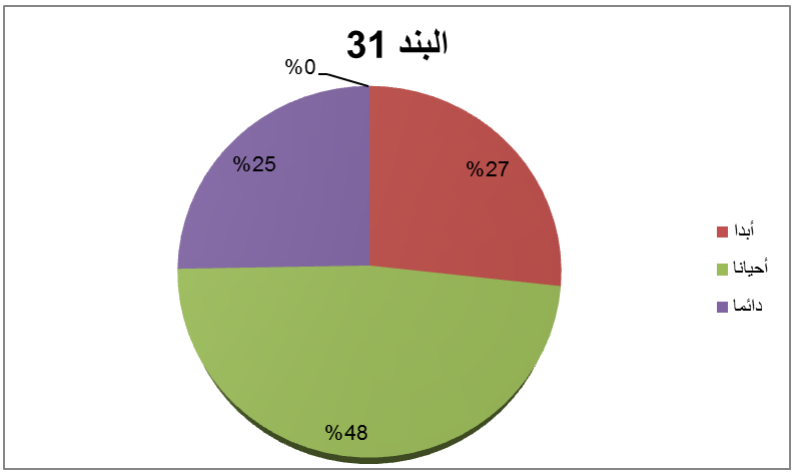
نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة حيث بلغ تكرار الإجابة بدائما تساوي 126 وبنسبة مئوية 46.80 %، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا تساوي 99 وبنسبة مئوية 36.80 %، وفي المقابل نجد تكرار الإجابة بأبدا تساوي 44 ونسبة مئوية 16.40%.

من خلال النتائج أعلاه يؤكد أغلبية المبحوثين بإجابة دائما أن البرامج الصحية تؤكد على مبدأ تباعد الولادات قصد التنظيم الجيد للأسرة، ذلك أن هذا المبدأ يخدم كل أفراد الأسرة في إطار ما نسميه بالصحة الإنجابية فهو يخدم الأم من خلال إتاحة الفرصة لها حتى تتعافى من الحمل السابق، كما أنه يسمح بولادة صحية وسليمة للجنين التالي من ناحية أخرى؛ ناهيك على أنه يراعي الجانب المادي والاقتصادي للعائلة حتى يتمكن الوالدين من تغطية الاحتياجات الكثيرة للمواليد الجدد والأبناء عموما وهو ما يحقق استقرارا أسريا كما يخدم هدف تنمية الصحة الإنجابية باعتبارها عملية تكاملية.

الجدول رقم (43): المعالج للبند رقم 31 توفر خدمة تنظيم الأسرة المعتمدة بالبرنامج الصحي فرصة تأخير الانجاب للمرأة حتى تتوفر الظروف المناسبة لها

البند رقم 31	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
توفر خدمة تنظيم الأسرة المعتمدة بالبرنامج الصحي فرصة تأخير الانجاب للمرأة حتى تتوفر الظروف المناسبة لها	68	%25.30	129	%48.00	72	%26.80

الشكل رقم (34): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 31



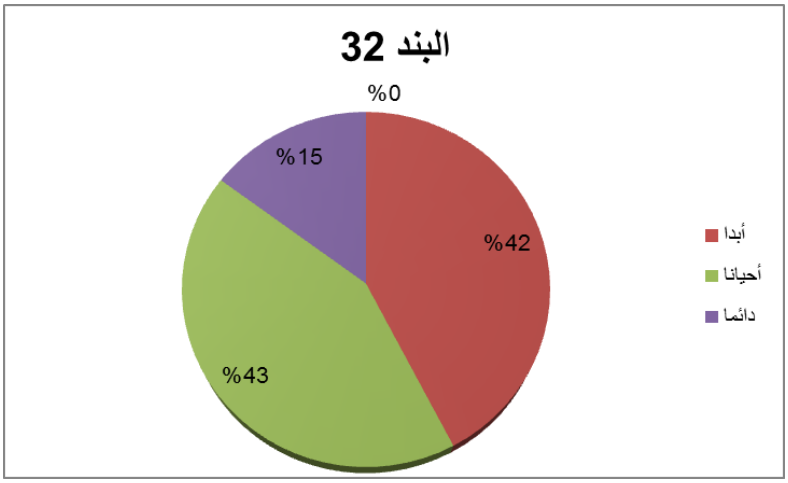
بالنظر لمعطيات الجدول أعلاه رقم (43) والمعالج للبند رقم (31) والذي ينص على: توفر خدمة تنظيم الأسرة المعتمدة بالبرنامج الصحي فرصة تأخير الانجاب للمرأة حتى تتوفر الظروف المناسبة لها،نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة، حيث نجد تكرارات الإجابة بدائما 68 وبنسبة مئوية تساوي 25.30%، أما تكرار الإجابة بأحيانا 129 وبنسبة مئوية تساوي 48.00%، في حين نجد تكرار الإجابة بأبدا 72 وبنسبة مئوية تساوي 26.80%.

من خلال هذه النتائج يمكن الإشارة إلى أن موضوع تأخير الانجاب الذي قد توفره البرامج الصحية ضمن إجراء تنظيم الأسرة تحكمه عدة عوامل قد تؤثر على فاعليته فيما بعد منها السن الذي تطلب فيه المرأة تأخير الإنجاب والظروف الصحية التي تعيشها ثم الخيارات المتاحة أمامها وإن كانت تحفظ لها فرصة أن تكون أم مستقبلا أم لا، ناهيك عن مدى توفر الوسيلة المستخدمة في التنظيم ثم جودتها وفعاليتها ومناسبتها لها،كل هذا وغيره جعل المبحوثين يجيبون بخيار أحيانا على هذا البند.

الجدول رقم (44): البند المعالج 32 تحد برامج الصحة الإنجابية من زواج القاصرات حفاظا على السّلامة الإنجابية

البند رقم 32	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تحد برامج الصحة الإنجابية من زواج القاصرات حفاظا على السّلامة الإنجابية	40	%14.90	115	%42.80	114	%42.40

الشكل رقم (35): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 32



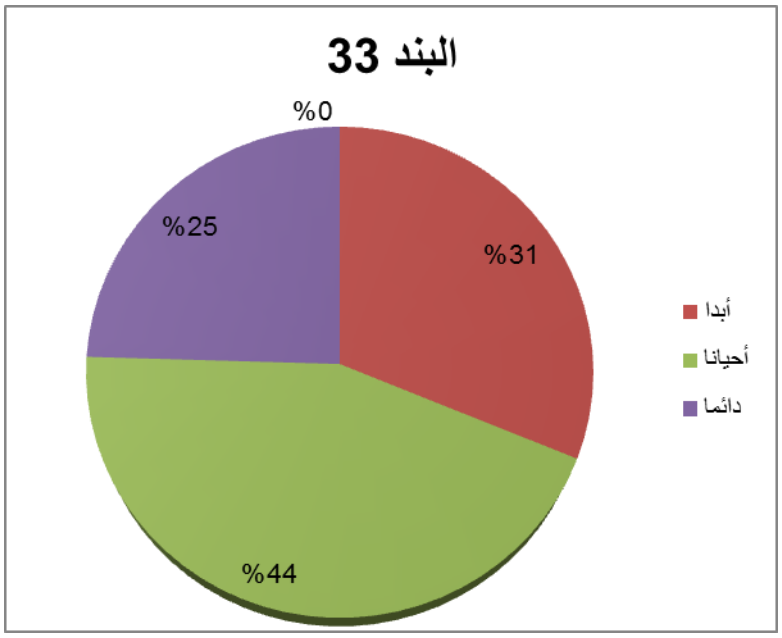
بالنظر لإحصائيات الموجودة في الجدول أعلاه رقم (44) والمعالج للبند رقم (32)، والذي يبين: تحد برامج الصحة الإنجابية من زواج القاصرات حفاظا على السّلامة الإنجابية، نلاحظ أن إجابات المبحوثين كانت بدرجات متفاوتة حيث نجد تكرارات الإجابة بدائما قدرت بـ 40 وبنسبة مئوية 14.90%، أما بالنسبة عن تكرار الإجابة بأحيانا 115 وبنسبة مئوية بلغت 42.80%، ثم تليها تكرارات الإجابة بأبدا 114 وبنسبة مئوية 42.40%.

من خلال النتائج المقدمة، وبالنظر إلى أن أعلى نسبة كانت لاجابات المبحوثين باحيانا نلاحظ أن البرامج الصحية قد تلعب دورا في الحد من زواج القاصرات في إطار الحفاظ على السلامة الإنجابية وهذا الأمر قد يخدم المنجبات كما قد يخدم مواليدهن، ولعل تقديرات الإجابة بأحيانا تأخذ بعين الاعتبار الخلفيات الاجتماعية والثقافية للمجتمع والدور الذي تلعبه المرأة فيه، كما لا يغفل أيضا التحولات الكبيرة التي يشهدها المجتمع على جميع الأصعدة بما في ذلك إعادة النظر في الزواج المبكر للفتيات القاصرات ما يتيح الفرصة للبرامج الصحية لتؤثر بقدر معين في المجتمع من خلال التوعية الصحية بالمخاطر التي تلتف حول زواج القاصرات وهو أمر يفسح المجال للمرأة كي تحظى بمستوى تعليمي كاف قد يسهم في الصحة الإنجابية كما يخدم العيش الهنيء لها ولعائلتها.

الجدول رقم (45): المعالج للبند 33 تؤكد برامج الصحة الإنجابية على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة

البند رقم 33	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تؤكد برامج الصحة الإنجابية على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة	66	%24.50	119	%44.20	84	%31.20

الشكل رقم (36): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 33



يظهر لنا الجدول أعلاه رقم(45) والمعالج للبند رقم (33) المتعلق بـ: تؤكد برامج الصحة الإنجابية على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة،و بالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة،فقد أخذت الإجابة بدائما عدد تكرارات يساوي 66 ونسبة مئوية تساوي 24.50%، والإجابة بأحيانا عدد تكرارات 119 وبنسبة مئوية 44.20%، والإجابة بأبدا 84 تكرارا وبنسبة مئوية 31.20 %.

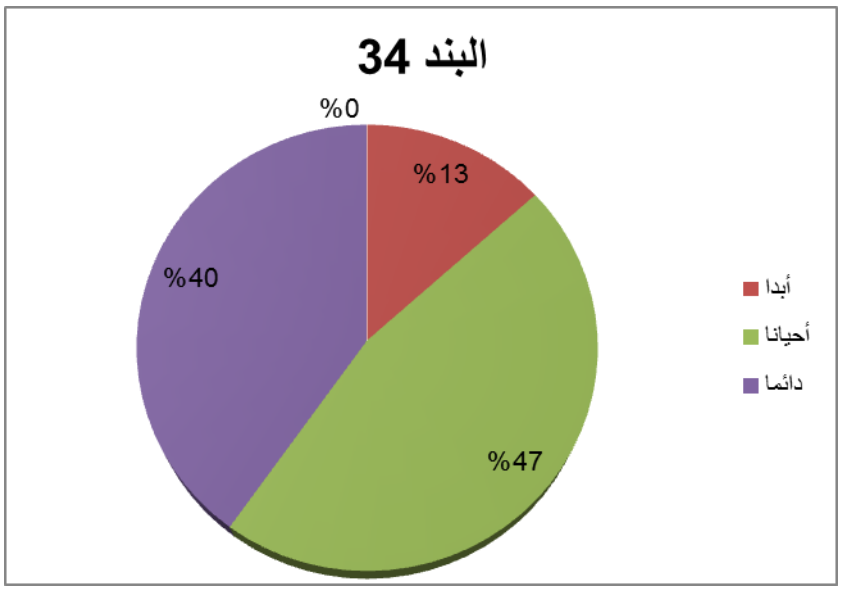
قد تعكس النسبة العالية من المبحوثين الذين اختاروا الإجابة بكون البرامج الصحية تؤكد أحيانا على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة، أن هذه الأخيرة أي البرامج الصحية وفي المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال قد تركز على دور المرأة أكثر في هذا الجانب ما يدفعنا للإشارة هنا أن الرجل شريك فاعل في الصحة الإنجابية وهو الأمر الذي يحيلنا أيضا إلى الإشارة إلى أن مسألة التنظيم الأسري يجب أن تحظى بالتعاون الثنائي بين الزوجين وضرورة التبيان للمرأة وبصورة أوضح وأوسع دور الرجل في الصحة الإنجابية بكونه شريك في مسألة التنظيم الأسري وانطلاقا من التطورات الراهنة التى تؤكد وعي الرجل تعاونه في أحيان كثيرة في هذا المجال نرى بأهمية أن تتشبع البرامج الصحية الخاصة بالصحة

الإنجابية بصورة أفضل بفكرة أن الرجل عنصر فاعل في الصحة الإنجابية، وهو كذلك في مسالة التنظيم الاسري.

الجدول رقم (46): المعالج للبند34 تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة والحدّ من الإجهاض غير الآمن

البند رقم 34	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة والحدّ من الإجهاض غير الآمن	108	%40.10	125	%46.50	36	%13.40

الشكل رقم (37): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 34



يبين لنا الجدول أعلاه رقم(46) والمعالج للبند رقم (34) المتعلق بـ: **تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة والحدّ من الإجهاض غير الآمن.**

وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت عدد كرارات يساوي 108 وبنسبة مئوية تساوي 40.10% أما الإجابة بأحيانا جاءت بعدد تكرارات 125 وبنسبة مئوية 46.50%، في حين نجد الإجابة بأبدا كانت بتكرار 36 وبنسبة مئوية 13.40%.

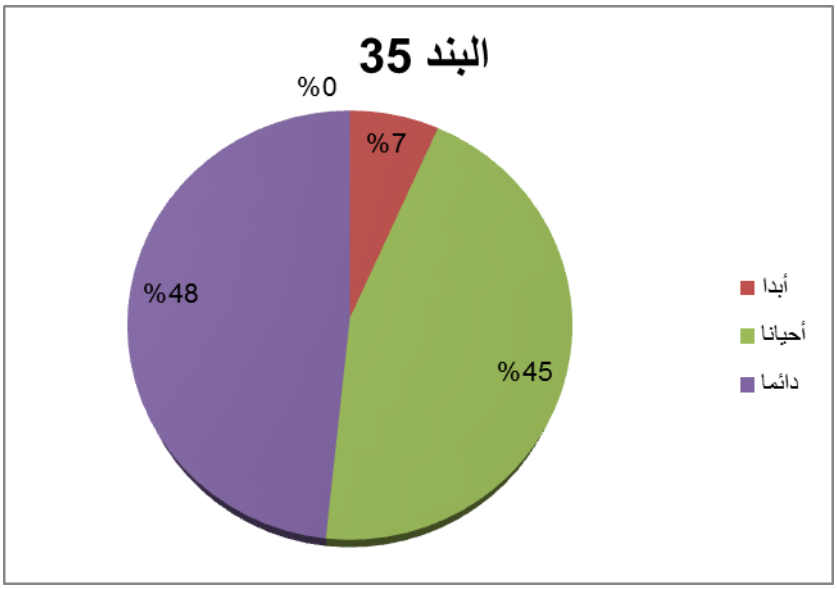
من خلال إجابات المبحوثين التي كانت أعلى تكرار ونسبة لهم لخيار الإجابة بأحيانًا تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة والحدّ من الإجهاض غير الآمن، وذلك قد يكون من خلال خدمات التوعية بوسائل منع الحمل ودرجات فعاليتها، ناهيك عن بيان الخدمات التي يجب أن تحصل عليها المرأة في حال الإجهاض أو ما يتبعه من رعاية صحية.

إن إجابة المبحوثين هذه تؤكد على أن البرامج الصحية تعمل أحيانا على تفعيل خدمات تنظيم الأسرة وتسهيل الوصول إلى وسائل منع الحمل فاعلة وآمنة وتزويد طالبات الاجهاض بمعلومات صحية ذات الصلة خدمة للوعي الصحي، ما يحد من الحاجة إلى الإجهاض غير الآمن.

الجدول رقم (47): المعالج للبند رقم 35 تمنح البرامج الصحية وسائل منع الحمل حسب الظرف

البند رقم 35	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تمنح البرامج الصحية وسائل منع الحمل حسب الظرف	130	%48.30	121	%45.00	18	%6.70

الشكل رقم (38): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 35



يتضح لنا الجدول أعلاه رقم(47) والمعالج للبند رقم (35) المتعلق بـ:**تمنح البرامج الصحية وسائل منع الحمل حسب الظرف**

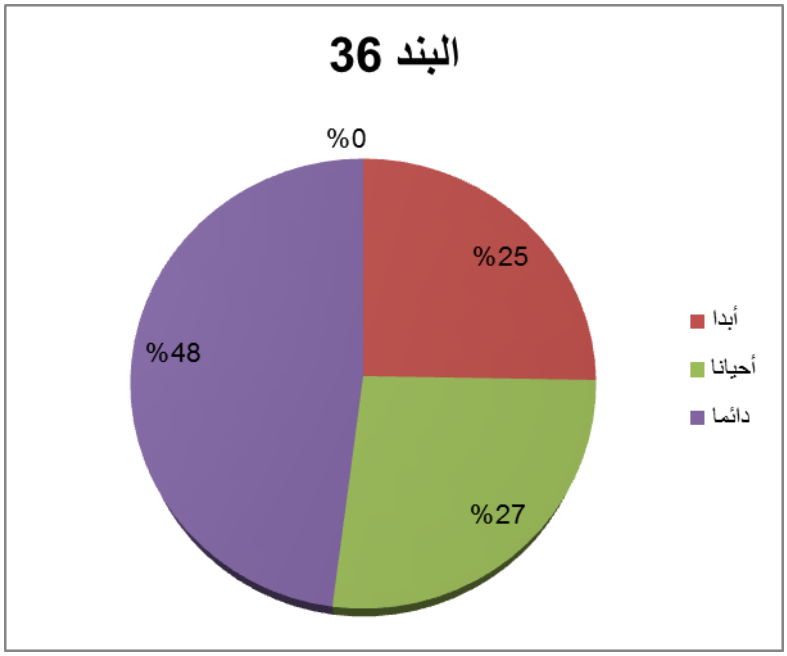
وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 130 وبنسبة مئوية تساوي 48.30%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 121 وبنسبة مئوية 45%، أما بالنسبة لتكرار الإجابة بأبدا 18 وبنسبة مئوية 6.70%.

من خلال هذه النتائج، يمكن استنتاج أن البرامج الصحية تلعب دورًا هامًا في توفير وسائل منع الحمل وفقًا للظرف الصحي للحالة التي تطلبه.و هو ما يعتبر كمؤشر على الاهتمام الذي توليه البرامج الصحية المعتمدة في توفير خدمات تنظيم الأسرة بما يتماشى وحيثيات الحالة وما يساهم في تحقيق تنمية للصحة الإنجابية.

الجدول رقم (48): المعالج للبند رقم 36 تتوفر المؤسّسة على مختصين أكفاء ومدربين على تركيب مختلف وسائل منع الحمل

البند رقم 36	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تتوفر المؤسّسة على مختصين أكفاء ومدربين على تركيب مختلف وسائل منع الحمل	129	%48,00	72	%26.80	68	%25.30

الشكل رقم (39): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 36



يتضح لنا من الجدول أعلاه رقم(48) والمعالج للبند رقم (36) المتعلق بـ: **تتوفر المؤسّسة على مختصين أكفاء ومدربين على تركيب مختلف وسائل منع الحمل.**

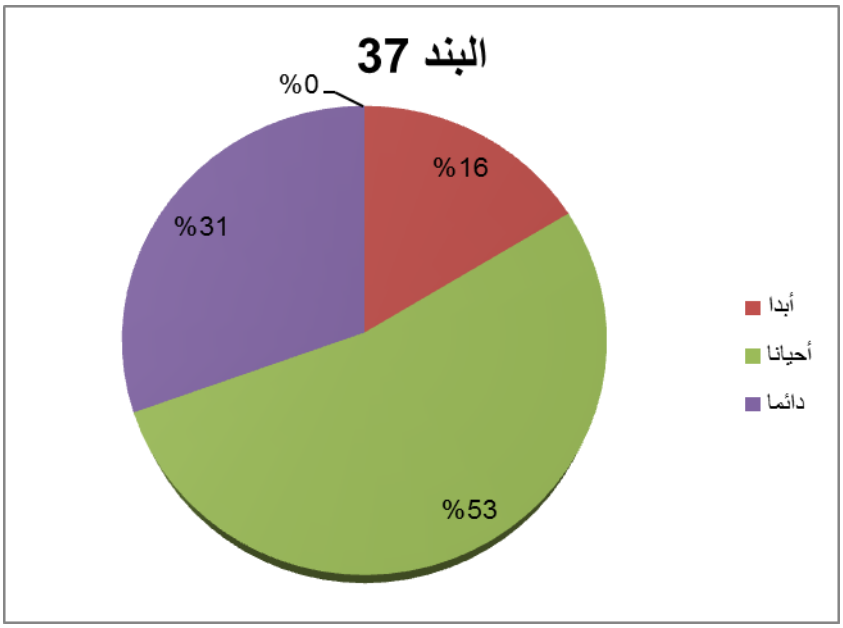
وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت الغالبية بتكرار 129 وبنسبة مئوية تساوي 48%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 72 وبنسبة مئوية 26.80%، أما بالنسبة تكرار الإجابة بأبدا 68 تكرارا وبنسبة مئوية 25.30%.

من خلال النتائج المقدمة والتي تبرز أن أغلب المبحوثين أجابوا بكون المؤسسة الاستشفائية تتوفر دائما على مختصين أكفاء ومدربين على تركيب مختلف وسائل منع الحمل؛ وفي هذا الاتجاه يمكن الإشارة إلى أن هذا الوضع يكشف عن الاهتمام الذي توليه البرامج الصحية لتوفير الخدمات الصحية ذات الجودة والاحترافية بما يتماشى ومتطلبات التنظيم الأسري من خلال العمل القائم على تركيب مختلف وسائل منع الحمل باعتبار ظروف وحيثيات كل حالة على حدى، وهو ما يعبر أيضا عن اهتمام البرامج الصحية بتعزيز الرعاية الصحية من خلال ما توفره من خدمات تجري على أيدي إطارات كفأة مكونة ومدربة لهذا الغرض.

الجدول رقم (49): المعالج للبند37 يوجد إقبال كبير على وسائل منع الحمل لدى المؤسسة الاستشفائية

البند رقم 37	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يوجد إقبال كبير على وسائل منع الحمل لدى المؤسسة الاستشفائية	82	%30.50	143	%53.20	44	%16.40

الشكل رقم (40): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 37



من خلال من الجدول أعلاه رقم(49) والمعالج للبند رقم (37) المتعلق بـ: **يوجد إقبال كبير على وسائل منع الحمل لدى المؤسسة الاستشفائية.**

وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما بتكرار 82 وبنسبة مئوية تساوي 30.50%، ثم الإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 143 وبنسبة مئوية 53.20%، أما بالنسبة تكرار الإجابة بأبدا 44 تكرارا وبنسبة مئوية 16.40%.

بناءً على النتائج اعلاه نلاحظ أن غالبية المبحوثين أجابوا بأحيانا وهو ما قد يتماشى مع واقع أن الحاجة لمثل هذه الوسائل تختلف من فترة زمنية إلى أخرى كون أن الزيادة في عدد المواليد تختلف من سنة إلى أخرى ففي سنوات نسجل زيادات كبيرة في عدد المواليد يليها انخفاض في سنوات لاحقة وهو ما قد يكشف عن تذبذب الحاجة إلى طلب وسائل منع الحمل كما قد يعبر عن كون البرامج الصحية التي تعتمدها المؤسسة الاستشفائية تلعب دورا في دعم إجراء تنظيم الأسرة ما عزز ثقة المعنيين بها وإقبالهم عليها باعتبارها مصدرا موثوقا لحاجاتهم.

- **البند رقم 38** يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في تحسين خدمة تنظيم الأسرة داخل المؤسسة الاستشفائية.

في هذا الإطار تبين لنا أن من أهم اقتراحات التي تم عرضها من قبل المبحوثين والتي قد تساهم في تحسين خدمة تنظيم الأسرة كانت تتعلق بضرورة إفادة المرأة أكثر بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة وهو ما يتفق مع النتيجة التي تم التوصل اليها في إطار معالجة البند رقم 33 والذي نص على: تؤكد برامج الصحة الإنجابية على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة، ومن خلال إجابات المبحوثين التي كانت الغالبية فيها للإجابة باحيانا بتكرار 119 ونسبة 44.20% فإن المبحوثين يعتقدون بضرورة التركيز أكثر على كون الزوج شريك مهم في التنظيم الأسري ومنه يجب أن تلعب البرامج الصحية المخصصة للصحة الإنجابية وفي مؤشر تنظيم الأسرة دورا أكبر مما هي عليه في جانب التأكيد على دور الرجل في هذا الإطار، ذلك أن التحسيس بجدوى عملية تنظيم الأسرة، أو توفير المتطلبات المتعلقة بها لن يكون فاعلا اذا لم تولي البرامج الصحية أهمية أكبر للرجل باعتباره مكونا مهما في هذا الجانب.

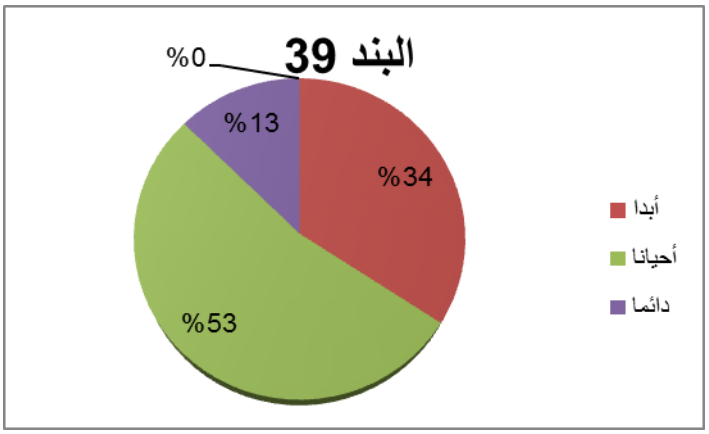
1-4- عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الرابع والذي ينص على:

تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية للمرأة.

الجدول رقم (50): المعالج للبند رقم 39 يستفيد الطاقم الطبي من دورات تكوينية تزيد من كفاءته المهنية

البند رقم 39	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يستفيد الطاقم الطبي من دورات تكوينية تزيد من كفاءته المهنية	34	%12.60	143	%53.20	92	%34.20

الشكل رقم (41): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 39



يظهر لنا من الجدول أعلاه رقم(50) والمعالج للبند رقم (39) المتعلق بـ: **يستفيد الطاقم الطبي من دورات تكوينية تزيد من كفاءته المهنية.**

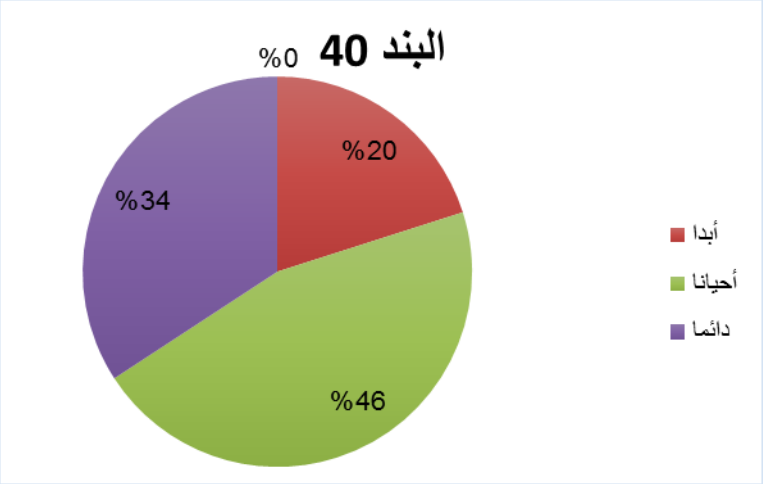
وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما بتكرار 34 وبنسبة مئوية تساوي 12.60 %، والإجابة بأحيانا بتكرار 143 وبنسبة مئوية 53.20%، أما بالنسبة تكرار الإجابة بأبدا 92 تكرارا وبنسبة مئوية 34.20%.

تشير النتائج أعلاه إلى أن ما نسبته 53.20% وبتكرار 143 من إجابات المبحوثين وهم الأغلبية يرون أن الطاقم الطبي يستفيد أحيانا من الدورات التكوينية التي تزيد من كفاءته المهنية. ونحن نعتقد أن الواقع كما طبيعة مهنة الطاقم الطبي تفرض عليهم ضرورة البقاء على اطلاع دائم على أحدث المعلومات والممارسات في مجال الرعاية الصحية خصوصا في مجال الصحة الإنجابية وذلك بهدف تحسين جودتها وفعاليتها للمرضى عموما والنساء خاصة ما يستلزم ضرورة مواكبة الديناميكية المتسارعة الوتيرة في مجال التقدم العلمي في الجانب الطبي عموما والمتعلق بالصحة الإنجابية خصوصا وتحديدا لتحسين المهارات المهنية للطاقم المكلف بها خدمة لهدف التنمية الصحية للصحة الإنجابية.

الجدول رقم (51): المعالج للبند 40 يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة

البند رقم 40	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة	92	%34.20	123	%45.70	54	%20.10

الشكل رقم (42): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 40



يبين لنا من الجدول أعلاه رقم (52) والمعالج للبند رقم (40) المتعلق بـ: **يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة.**

وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما قد أخذت 92 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 34.20 %، والإجابة بأحيانا بتكرار 123 وبنسبة مئوية 45.70 %، أما بالنسبة تكرار الإجابة بأبدا 54 تكرارا وبنسبة مئوية 20.10 %.

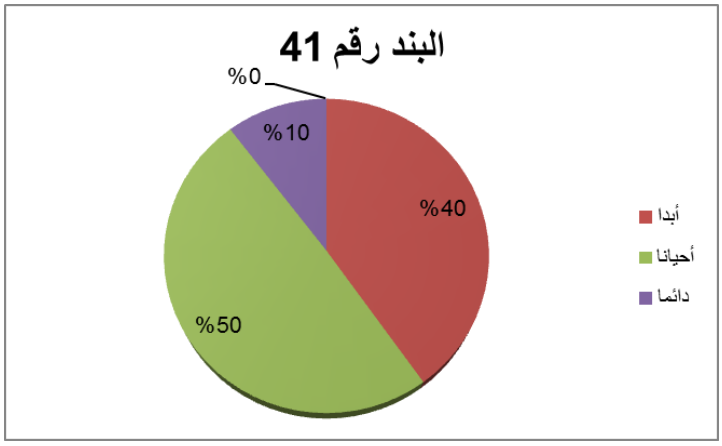
انطلاقا من النتائج المقدمة أعلاه يمكننا الإشارة إلى أن المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال تتوفر على طاقم من المهنيين الصحيين الذي يعملون على توفير أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة بتقدير أحيانا بالنظر إلى إجابة المبحوثين، ولعل هذا الأمر قد يعود إلى البرامج الصحية المعتمدة وخاصة في إطار الصحة الإنجابية

والتي أقرتها الوصاية في مسعى منها لتغطية كل متطلبات الزوار، غير أن هناك بعض العوائق التي قد تحول أحيانا دون تغطية كل الحاجات والمتطلبات وربما قد يرتبط هذا بالعدد الهائل من الزوار طالبي الخدمة العاجلة بالنظر إلى عدد المهنيين الصحيين المعتمدين بالمؤسسة وبالنظر إلى أن المؤسسة هي مركزية بالنسبة لولاية تبسة في تقديم الخدمات الصحية وبالتحديد المتعلقة منها بالصحة الإنجابية، هذا الأمر وأمور أخرى تجعل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز تغطي أحيانا أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة ما يجعل زيادة تغطية الحاجات العاجلة للزوار من قبل المهنيين الصحيين في المؤسسة مجال الدراسة أمرا مطلوبا .

الجدول رقم (52): المعالج للبند 41 يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات متطورة.

البند رقم 41	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات متطورة.	28	10.40%	133	%49.40	108	%40.10

الشكل رقم (43): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 41



يبين لنا من الجدول أعلاه رقم(53) والمعالج للبند رقم (41) المتعلق بـ **يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات متطورة.**

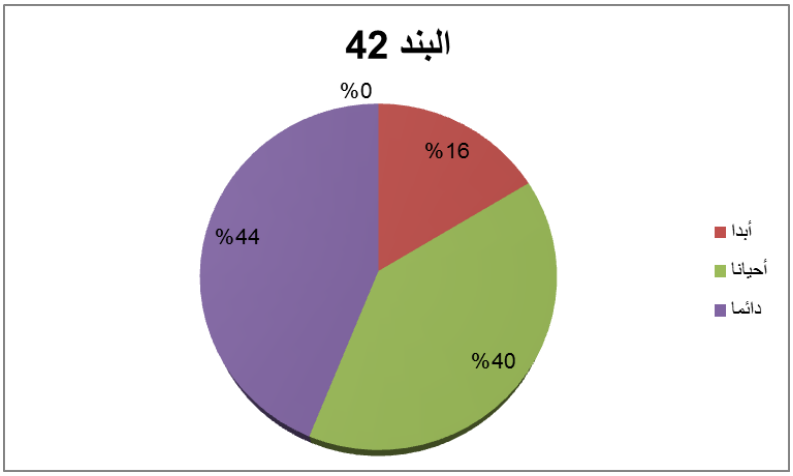
وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما بتكرار 28 وبنسبة مئوية تساوي 10.40%، والإجابة بأحيانا بتكرار 133 وبنسبة مئوية 49.40%، أما بالنسبة تكرار الإجابة بأبدا 108 تكرارا وبنسبة مئوية 40.10%.

من خلال النتائج الموضحة أعلاه يمكن القول أن المستخدمين الصحيين يغطون وبتقدير الإجابة أحيانا من قبل المبحوثين احتياجات الزوار من خدمات متطورة، وذلك قد يعود إلى عوامل واعتبارات عدة مثل ما توصلنا اليه من نتائج معالجة للبند رقم 39 والذي أكد فيه المبحوثون أن الطاقم الطبي يستفيد أحيانا وبتكرار 143 ونسبة 53.20% من دورات تكوينية تزيد من كفاءته المهنية، وهو الأمر الذي قد يشير بضرورة زيادة استفادة المهنين الصحين بشكل عام من مزيد من التدريب والتأهيل يؤهلهم لتلبية الطلب المتزايد على الحاجات المتطورة للزوار الأمر الذي يستدعي أن يواكب المعنيون التغيرات والتطورات الخاصة في مجال الطبي والمتعلق بالصحة الإنجابية تحديدا وهو ما يزيد من نوعية الأداء ويطوره.

الجدول رقم (53): المعالج للبند رقم 42 تشهد المؤسسة الاستشفائية قوة في الاقبال يقابله عجز في اشباع طلبات المرضى (النساء)

البند رقم 42	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تشهد المؤسسة الاستشفائية قوة في الاقبال يقابله عجز في اشباع طلبات المرضى (النساء)	118	%43.90	107	%39.80	44	%16.40

الشكل رقم (44):يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 42



يظهر لنا من الجدول أعلاه رقم(54) والمعالج للبند رقم (42) المتعلق بـ: **تشهد المؤسسة الاستشفائية قوة في الاقبال يقابله عجز في اشباع طلبات المرضى (النساء).**

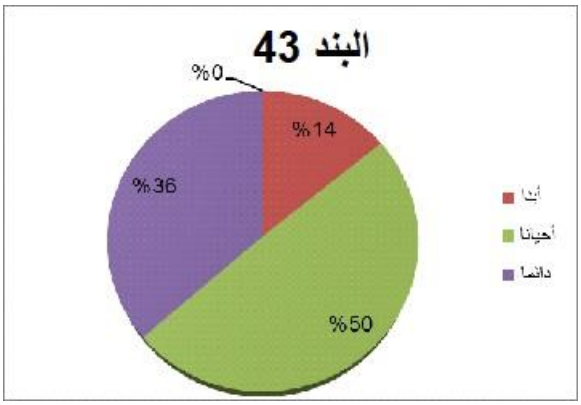
وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما بتكرار 118 وبنسبة مئوية تساوي43.90 %، والإجابة بأحيانا وذلك بتكرار 107 وبنسبة مئوية 39.80 %، أما بالنسبة تكرار الإجابة بأبدا 44 تكرارا وبنسبة مئوية 16.40 %.

إن النتائج الواردة اعلاه قد تشير إلى سعي المؤسسة الاستشفائية من خلال مستخدميها الصحيين إلى تلبية حاجات طالبيها بشكل مستمر، غير ان قوة الاقبال من جانب المرضى (النساء)، قد تخلق عجزًا يحول دون اشباع كل الطلبات وهذا ما يتوافق مع نتيجة البند 40 يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة حيث وجدنا أن ما تكراره 123 من الإجابات وبنسبة 45.70 % ترى أن المهنيين الصحيين يغطون أحيانا أغلب إحتياجات الزوار من خدمات عاجلة.إن ما تبذله المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز تبسة من جهد لتلبية إحتياجات المجتمع في مجال الصحة الإنجابية وبخصوص النساء ممثلا في دور مستخدميها الصحيين في هذا المجال تبرز تأكيد برامج الصحة الإنجابية على ضرورة تغطية الطلبات غير ان قوة الاقبال تجعلنا نحتاج دائما إلى بذل مزيد من الجهود في هذ المجال من خلال زيادة عدد المستخدمين الصحيين.

الجدول رقم (54): المعالج للبند رقم 43 كفاءة المستخدمين الصحيين زاد من معدل الأمل في الحياة عند الأمهات

البند رقم 43	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
كفاءة المستخدمين الصحيين زاد من معدل الامل في الحياة عند الأمهات	98	%36.40	133	%49.40	38	%14.1

الشكل رقم (45): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 43



يظهر لنا من الجدول أعلاه رقم (54) والمعالج للبند رقم (43) المتعلق بـ: **كفاءة المستخدمين الصحيين زاد من معدل الأمل في الحياة عند الأمهات.**

وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة دائما بتكرار 98 وبنسبة مئوية تساوي 36.40 %، والإجابة بأحيانا وبتكرار 133 وبنسبة مئوية 49.40 %، أما بالنسبة تكرار الإجابة بأبدا 38 تكرارا وبنسبة مئوية 14.1 %.

تشير هذه النتائج إلى أن المبحوثن يرون بأن كفاءة المستخدمين الصحيين زاد من معدل الأمل في الحياة عند الأمهات أحيانا تلك الأمهات اللاتي تهبن الحياة للقادمين الجدد ويعمل المستخدمين الصحيين كل حسب مهمته ودوره على أن يحافظ على حياة هذه الواهبة وألا يكون الحمل مهددا لحياتها أو يشكل خطرا على صحتها بل يعمل هؤلاء على تأكيد وتنمية حبها لهذا الجنين الذي يفترض انه مصدر سرور لها سواء من خلال متابعة مؤشرات الحمل الجيد والذي لا يشكل خطرا على صحتها والذي يتضمن مراقبة ضغط وسكري الحمل واحتمالات الإجهاض وطبيعة الولادة والتغذية المناسبة وكل ما تحتاجه من رعاية منقذة لحياتها، أو من خلال الحرص على مرافقتها النفسية إن ظهرت لديها أعراض الخوف من النفاس أو هوس بعد النفاس أو عدم تقبل الجنين و غيرها من المتغيرات التي تهدد حياتها والتي إن تاثرت بصورة سلبية أنعكست آثارها على المحيطين بها من أفراد اسرتها وبالأخص المولود الجديد.

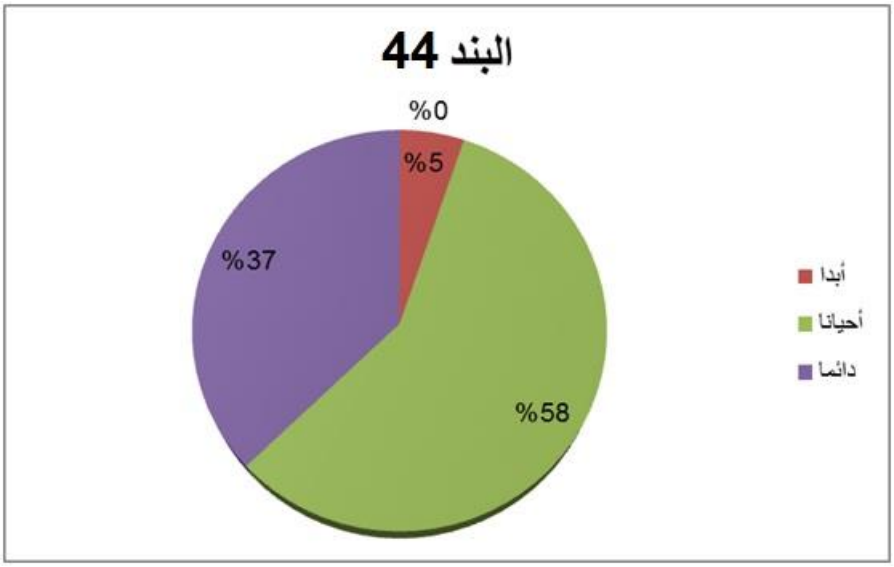
من هنا ومن خلال إجابة المبحوثين فإن الواقع يدعوا إلى ضرورة صياغة البرامج الصحية المخصصة للصحة الإنجابية في جزئها لمتعلقة بالكادر الصحي والمستخدمين الصحيين بكونهم يد

هذه البرامج في تحقيق تنمية صحية في الصحة الإنجابية من خلال اشباعها بما يكفل جودة أدائهم وكفاءتهم في الجزء المتعلق برفع الأمل في الحياة لدى الأمهات.

الجدول رقم (55): المعالج للبند 44 كفاءة المهنيين الصحيين زاد من معدل الأمل في الحياة عند المواليد الجدد

البند رقم 44	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
كفاءة المهنيين الصحيين زاد من معدل الامل في الحياة عند المواليد الجدد	100	%37.20	155	%57.60	14	%5.20

الشكل رقم (46): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 44



يتبين لنا من الجدول أعلاه رقم (55) والمعالج للبند رقم (44) المتعلق بـ **كفاءة المهنيين الصحيين زاد من معدل الأمل في الحياة عند المواليد الجدد.**

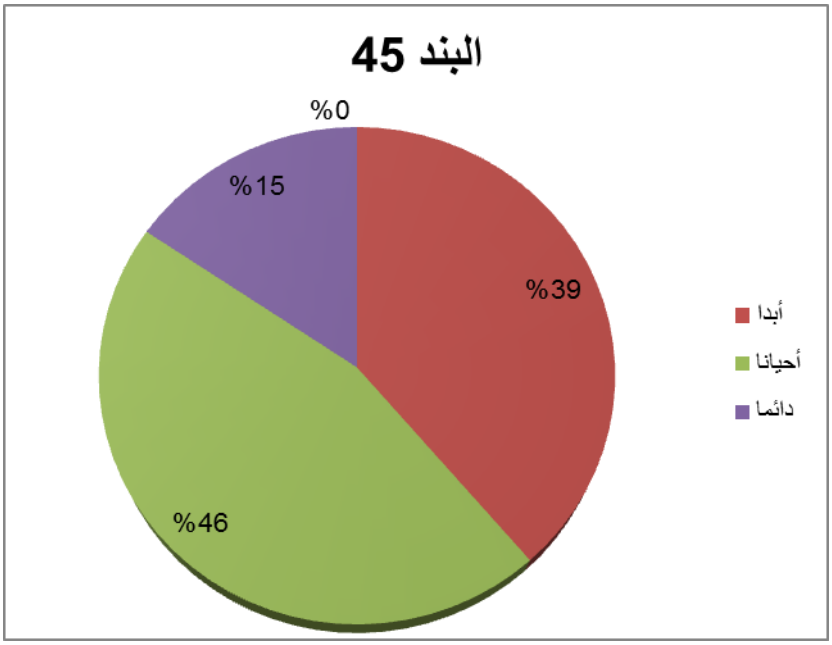
وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بدائما بتكرار 100 وبنسبة مئوية تساوي 37.20%، والإجابة بأحيانا بتكرار 155 وبنسبة مئوية 57.60%، أما بالنسبة تكرار الإجابة بأبدا 14 تكرارا وبنسبة مئوية 5.20%.

تبرز النتائج أعلاه ومن خلال إجابة المبحوثين بأن كفاءة المستخدمين الصحيين تعمل أحيانا على زيادة معدل الأمل في الحياة لدى المواليد الجدد. وهو ما يدل على أن الاهتمام لدى المستخدمين الصحيين لا يقتصر على الاهتمام بالأمهات فقط بل يتعدى ذلك الاهتمام ليشمل مواليدهن الجدد وذلك من خلال عدة أمثلة تظهر في متابعة الجنين في بطنه أمه إن كان في وضعية صحية أم لا كما التأكد من عدم وجود ما قد يجعله يختنق، متابعة الأجنة الذين أصيبت أمهاتهم بأمراض قبل الحمل أو خلاله محاولة التعرف على العوامل الوراثية التي قد تهدد حياة الجنين وقد تسبب إعاقات سمعية او بصرية أو حركية أو عقلية أو متعددة وتقديم التلقيحات والتطعيمات المناسبة والضرورية كما الإحاطة بالعوامل التي قد تسبب تملصا أو إجهاضا للامهات مثل مرض الزهري أو الحصبة أو الحصبة الألمانية أو اليرقان أو النزيف الدموي في الثلاثة أشهر الأولى أو التسممات بالأدوية أو غيرها من العوامل، ناهيك على الاهتمام بالأطفال الخدج والذين ولدو قبل الأوان، الإحاطة بطبيعة الولادة إن كانت عادية ام قيصرية أم عسيرة والعمل على الاستعداد لكل منها، مراقبة حرارة المواليد الجدد واستجابتهم الانعكاسية، متابعة وزن الجنين ولونه وتنفسه... كل هذه الأمور وأخرى تؤكد من خلال إجابة المبحوثين أن كفاءة المهنيين الصحيين تزيد من الأمل في الحياة لدى المواليد الجدد أحيانا بالنظر إلى عدة ظروف تحيط بالأم كما الجنين في اعتقادنا وهو ما يدعوا إلى ضرورة تكثيف الاهتمام في هذا الجانب في البرامج الصحية المتعلقة بالصحة الإنجابية، وتوفير الفرص والظروف التي تساهم في زيادة كفاءة المهنيين الصحيين للاهتمام بالأطفال حديثي الولادة وزيادة الأمل في الحياة لديهم خدمة للصحة عموما وتنمية الصحة الإنجابية على وجه التحديد وذلك من خلال صياغة البرامج الصحية المخصصة للصحة الإنجابية في جزئها المتعلقة بالكادر الصحي والمستخدمين الصحيين بكونهم يد هذه البرامج في تحقيق تنمية صحية في الصحة الإنجابية من خلال إشباعها بما يكفل جودة أدائهم وكفاءتهم في الجزء المتعلق برفع الأمل في الحياة لدى المواليد الجدد.

الجدول رقم (56): المعالج للبند رقم 45 يتلقى الممرّضون في مصلحة التوليد بالمؤسسة الاستشفائية توجيهات خاصّة بالصحة الإنجابية

البند رقم 45	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
يتلقى الممرّضون في مصلحة التوليد بالمؤسسة الاستشفائية توجيهات خاصّة بالصحة الإنجابية	42	%15.60	123	%45.70	104	%38.70

الشكل رقم (47): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 45



يظهر لنا من الجدول أعلاه رقم(56) والمعالج للبند رقم (45) المتعلق بـ: **يتلقى الممرّضون في مصلحة التوليد بالمؤسسة الاستشفائية توجيهات خاصّة بالصحة الإنجابية.**

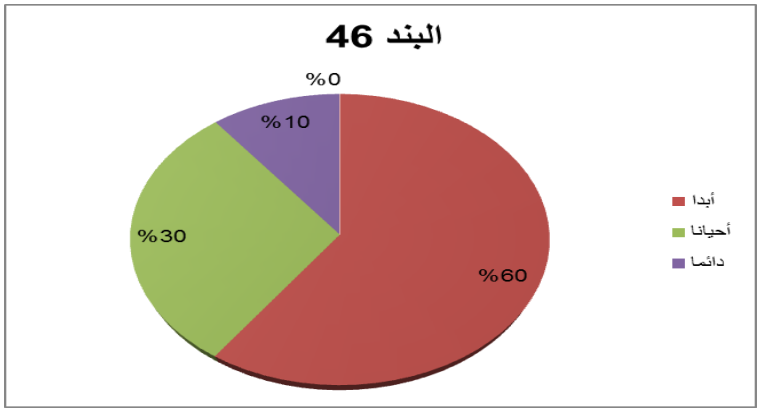
وبالتدقيق في الشكل المرافق نلاحظ أن المبحوثين حسب الجدول موزعين بتكرارات وبنسب متفاوتة، فقد كانت الإجابة بخيار دائما بتكرار 42 وبنسبة مئوية تساوي 15.60%، والإجابة بأحيانا بتكرار 123 وبنسبة مئوية 45.70%، أما بالنسبة لتكرار الإجابة بأبدا 104 تكرارا وبنسبة مئوية 38.70%.

تدل النتائج المقدمة أعلاه بأن المبحوثين يرون بأن الممرضين يتلقون في مصلحة التوليد بالمؤسسة مجال الدراسة أحيانا توجيهات خاصّة بالصحة الإنجابية. وعلى اعتبار الدور المهم الذي يلعبه الممرضون في المؤسسة وبكونهم شريك فاعل في فئة المستخدمين الصحيين لهو دور جد حساس في مصلحة التوليد سواء تعلق الأمر بالصحة الإنجابية للأم أو الجنين وبحكم تفاعلهم الدائم مع النساء ومواليدهن ثم بحكم التطورات والتحولات والتقدم علمي سريع الوتيرة في الجانب المتعلق بدور الممرضين في الصحة الإنجابية فإن يتعين أن يستفيد هؤلاء من توجيهات ترافق الحالات المختلفة للنساء والاجنة في هذه المصلحة كما تزيد من كفاءتهم المهنية ويضمن تحقيق ما تسعى البرامج الصحية في جزئها المخصص للصحة الإنجابية إلى تحقيقه. وهو ما يدعوا إلى ضرورة إشباع البرامج الصحية الخاصة بالصحة الإنجابية بما يكفل تقديم توجيهات متزامنة مع متطلبات الوضع والتطور الحاصل علميا على مستوى كل الوضعيات لصالح الممرضين.

الجدول رقم (57): المعالج للبند رقم 46 تتوفر المؤسسة الاستشفائية على طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة للصحة الإنجابية

البند رقم 46	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تتوفر المؤسسة الاستشفائية على طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة للصحة الإنجابية	28	%10.40	80	%29.70	161	%59.90

الشكل رقم (48): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 46



بالنظر للجدول أعلاه رقم(57) والمعالج للبند رقم(46) والذي ينص على: **تتوفر المؤسسة الاستشفائية على طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة للصحة الإنجابية.**

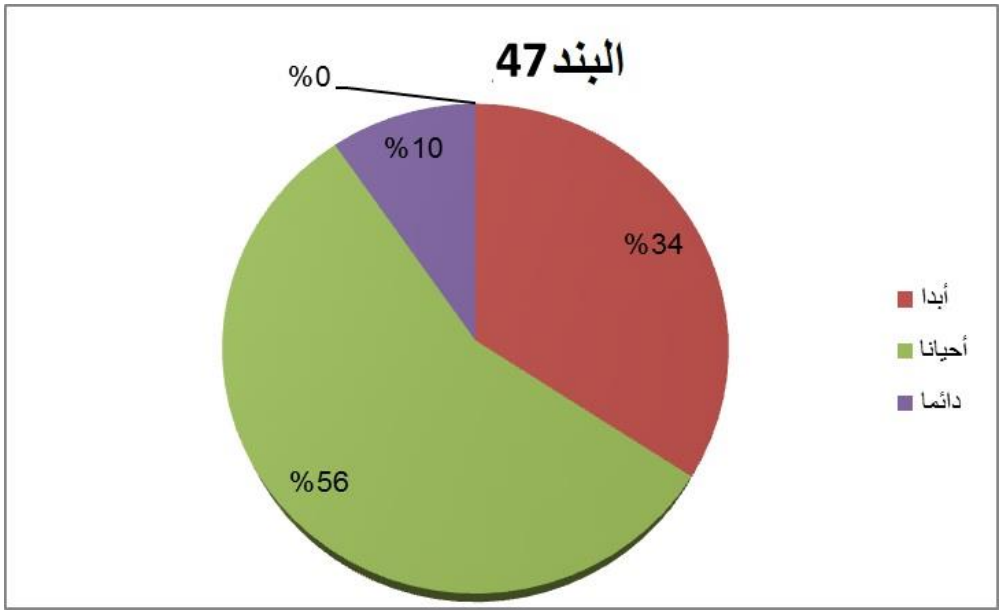
نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة، حيث كان تكرار الإجابة بدائما 28 وبنسبة مئوية تساوي 10.40%، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا 80 وبنسبة تساوي 29.70%، وفي الأخير نجد تكرار الذين أجابوا بأبدا 161 وبنسبة مئوية تساوي 59.90%.

توضح النتائج أعلاه عدم وجود طاقم متخصص في التقنيات المعاصرة للصحة الإنجابية في المؤسسة. وهو ما قد يجعل النساء اللاتي ترين بجدوى التطور التكنولوجي في حل مشكلاتهن الإنجابية كمن تعذر عليهن الحمل بصورة طبيعية وترين بإمكانية وبجدوى الحقن المجهري مثلا أو طفل الأنبوب أو من ترين بالزامية تجميد البويضات أو حفظ المني وغيرها من الأمور إلى اللجوء إلى وجهات أخرى، وهو ما يدعو إلى ضرورة أن تصاغ البرامج الصحية في جزئها المخصص للصحة الإنجابية بما يضمن اعتماد التقدم التكنولوجي والابتكارات في توفير خدمات الصحة الإنجابية وتوفير طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة للصحة الإنجابية باعتبار أن مثل هذه التقنيات قد تساهم في تحسين وجودة الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية كما أنها تعطي الأمل لكثير من الأسر التي تعذر عليها الإنجاب بصورة طبيعية.

الجدول رقم (58): المعالج للبند رقم 47 الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية مرضية من حيث الجودة

البند رقم 47	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية مرضية من حيث الجودة	26	%9.70	151	%56.10	92	%34.20

الشكل رقم (49): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 47



بالنظر للجدول أعلاه رقم (58) والمعالج للبند رقم (47) والذي ينص على: **الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية مرضية من حيث الجودة.**

نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة، حيث كان تكرار الإجابة بدائما 26 وبنسبة مئوية تساوي 9.70%، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا 151 وبنسبة تساوي 56.10 % وفي الأخير نجد تكرار الذين أجابوا بأبدا 92 وبنسبة مئوية تساوي 34.20 %.

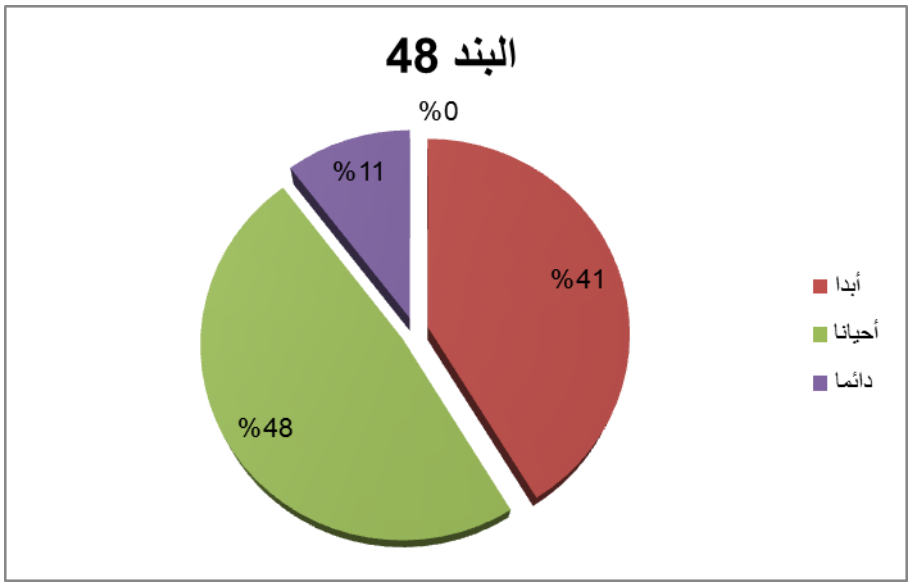
تشير النتائج المتحصل عليها إلى أن الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية مرضية أحيانا من حيث الجودة، مما يدعو إلى زيادة الاهتمام أكثر بجودة وسلامة الأجهزة الطبية بالمؤسسة الاستشفائية سواء الخاصة بالنساء عموما مثل أجهزة الكشف الطبي أو الخاصة بالمنجبات تحديدا كإجراء الفحوصات التي تخص الجنين للتأكد من خلوه من الأمراض أو التشوهات أو تلك الموجهة للتنظيم الأسري مثل اللوالب الرحمية أو غيرها أو تلك المستخدمة أثناء التوليد مثل أدوات الشفط في الولادة العسيرة، كما يجب ان تشمل الجودة أدوات الرعاية المركزة لحديثي الولادة مثل الحاضنة وأجهزة التنفس الصناعي...الخ

إن الإجابات السابقة للمبحوثين فيما يتعلق بهذا البند تدعو إلى ضرورة زيادة التأكيد في البرامج الصحية الموجهة للصحة الإنجابية على مبدأ جودة الأجهزة الطبية سواء تلك الموجهة للتشخيص والوقاية أو تلك المستخدمة لتحديد النسل أو الموجهة للأجنة والمواليد وغيرها والأمر الذي يضمن فعالية الجهاز كما يحقق رضا الزبون.

الجدول رقم (59): المعالج للبند رقم 48 الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية كافية من حيث العدد

البند رقم 48	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية كافية من حيث العدد	28	%10.40	130	%48.30	111	%41.30

الشكل رقم (50):يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 48



يتبين لنا من الجدول أعلاه رقم(59) والمعالج للبند رقم(48) والذي ينص على: **الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية كافية من حيث العدد.**

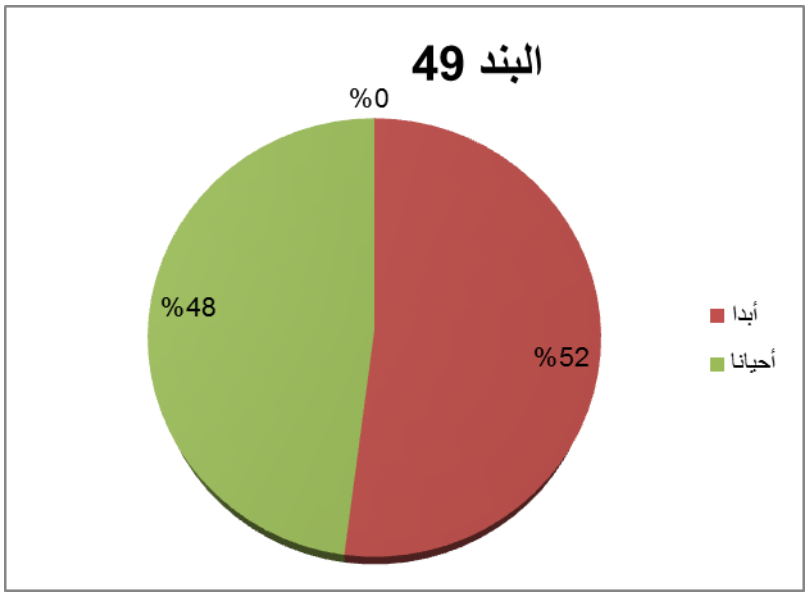
نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة، حيث كان تكرار الإجابة بدائما 28 وبنسبة مئوية تساوي 10.40%، أما عن تكرار الإجابة بأحيانا 130 وبنسبة تساوي 48.30%، وفي الأخير نجد تكرار الذين أجابوا بأبدا 111 وبنسبة مئوية تساوي 41.30 %.

وفقًا للبيانات المتحصل عليها يظهر أن الخيار " أحيانًا " حصل على أعلى تكرار بنسبة 48.30%، ونحن نعتقد أن هذا الأمر يتوافق مع احتياجات الزبائن المتغيرة مما يكشف عن أن هناك ضرورة لزيادة تقييم احتياجات المؤسسة الاستشفائية بشكل دوري لضمان توفر الأجهزة الطبية اللازمة بشكل يتناسب مع الطلب والاحتياجات المتغيرة.

الجدول رقم (60): المعالج للبند رقم 49 تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل حديثة سهلت كثيرا من إجراءات السلامة الإنجابية

البند رقم 49	دائما		أحيانا		أبدا	
	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة
تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل حديثة سهلت كثيرا من إجراءات السلامة الإنجابية	00	0.00	129	48.00	140	52.00

الشكل رقم (51): يوضح النسب المئوية لإجابات البند رقم 49



يتضح لنا من الجدول أعلاه رقم (60) والمعالج للبند رقم (49) والذي ينص على: **تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل حديثة سهلت كثيرا من إجراءات السلامة الإنجابية.**

نلاحظ أن إجابات المبحوثين على البند كانت بدرجات متفاوتة، حيث كان تكرار الإجابة بأحيانا 129 وبنسبة مئوية تساوي 48%، أما عن تكرار الإجابة بأبدا 140 وبنسبة تساوي 52%.

وفقًا للبيانات المتحصل عليها يتضح لنا أن الخيار " أبدا " أخذ أعلى تكرار بنسبة 52.00%، مما يشير إلى أن المؤسسة الاستشفائية لا تتوفر على وسائل حديثة تسهل من إجراءات السلامة الإنجابية.

ومنه يمكن القول أن هناك ضرورة لتقييم التجهيزات والوسائل المتاحة في المؤسسة الاستشفائية وتحديثها تماشيا مع احتياجات السلامة الإنجابية، وإتاحة هذه الوسائل في المؤسسة الاستشفائية وبالخصوص تلك التي تواكب التقدم التقني قي الميدان بما يمكن أن يساهم في تحسين إجراءات السلامة وتقديم رعاية صحية آمنة وفعالة في مجال الصحة الإنجابية بشكل يغطي حاجات مختلف الحالات التي تزور المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في الصحة الإنجابية.

- البند رقم (50) يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية داخل المؤسسة الاستشفائية وبمراجعة الاقتراحات المقدمة من قبل المبحوثين في هذا المجال وجدنا أنهم يؤكدون على:

- توفير وسائل وأجهزة طبية حديثة تساعد على تحسين أداء وزيادة كفاءة الإطارات المتخصصة في مجال الصحة الإنجابية وضمان جودته في إطار تطوير المؤسسات الاستشفائية نظرا لدورها في المحافظة على صحة الإنسان، وضمان ديمومة وتوفر الخدمة المجتمعية لطالبيها، إذ يجب أن تراعي المستشفيات التطورات المختلفة التي تحصل في المجالات الصحية سواء من النواحي التنظيمية للعمل الصحي والعلاجي أو التقني للآلات والتجهيزات الطبية..

- إعادة النظر في تقديم العلاج خارج حدود المستشفيات. ما يمكن هؤلاء المرضى من مزاولة حياتهم الطبيعية كباقي أفراد المجتمع.

2- عرض وتحليل نتائج الفرض الرئيسي الثاني: والذي نص على:

- **يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة في الجزائر للمؤشرات الانمائية للصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.**

2-1 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الأول والذي نص على:

- يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05

الجدول رقم (61): المعالج للبند رقم (1) يضمن التّثقيف الصّحي توعية صحية عامة للمرأة الحامل

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 1	أبدا	0	%0.0	0	%0.0	0	%0.0	3.841	39.428	0.05	1
	أحيانا	0	%0.0	72	%37.5	72	%26.8				
	دائما	77	%100	120	%62.5	197	%73.2				
	المجموع	77	%100	192	%100	269	%100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (61) والمعالج للبند رقم 1: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى قسمين وذلك بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "**أحيانا**" بعدد تكرارات يساوي 72 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 37.5% وقسم آخر أجاب على ذات البند بعدد تكرارات يساوي 120 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 62.5% بالبديل "**دائما**" هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "**دائما**" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%، بالرجوع إلى نتيجة اختبار كا^2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 39.428 أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 3.841 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "**دائما**".

الجدول رقم (62): المعالج للبند رقم (2) للتّثقيف الصّحي دور في تحقيق التغذية السّليمة للمرأة أثناء الحمل والرّضاعة

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 2	أبدا	8	%10.4	0	%0.0	8	%3.0	5.991	269.000	0.05	2
	أحيانا	69	%89.6	0	%0.0	69	%25.7				

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
	دائما	0	%0.0	192	%100	192	%71.4				
	المجموع	77	%100	192	%100	269	%100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (62) والمعالج للبند رقم 2: نلاحظ أن الذكور قد انقسموا في إجابتهم على هذا البند إلى قسمين وذلك بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهم الإجابة على هذا البند بالبديل " أبدا " بعدد تكرارات يساوي 8 تكرارات تقابله نسبة مئوية تساوي 10.4% وقسم آخر أجاب على ذات البند بعدد تكرارات يساوي 69 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 89.6% بالبديل "أحيانا "،هذا في حين أجمعت الإناث على الإجابة على هذا البند بالبديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 192 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%، وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 269 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الإناث بنسبة 100% للبديل "دائما".

الجدول رقم (63): المعالج للبند (3) يؤكد التّثقيف الصّحي للحوامل على ضرورة الكشف المبكر تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 3	أبدا	0	%0.0	8	%4.2	8	%3.0	5.991	135.983	0.05	2
	أحيانا	77	%100	42	%21.9	119	%44.2				
	دائما	0	%0.0	142	%74.0	142	%52.8				
	المجموع	77	%100	192	%100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (63) والمعالج للبند رقم 3: نلاحظ أن الذكور قد أجابوا على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%، بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام وذلك بتكرارات ونسب مختلفة، حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 8 تكرارات تقابله نسبة مئوية تساوي 4.2% وقسم آخر أجاب على ذات البند بعدد تكرارات يساوي 42 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 21.9%

بالبديل "أحيانا" وقسم ثالث أجاب بالبديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 142 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 74%، وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 135.983 أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (64): المعالج للبند 4 للتثقيف الصحي دور في تعزيز وعي المرأة الحامل وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 4	أبدا	0	%0.0	0	%0.0	0	%0.0	3.841	213.720	0.05	1
	أحيانا	65	%84.4	0	%0.0	65	%24.2				
	دائما	12	%15.6	192	%100	204	%75.8				
	المجموع	77	100%	192	%100	269	%100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (64) والمعالج للبند رقم 4: نلاحظ أن الذكور قد انقسموا في إجابتهم على هذا البند إلى قسمين وذلك بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهم الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 65 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 84.4% وقسم آخر أجاب على ذات البند بعدد تكرارات يساوي 12 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 15.6% بالبديل "دائما"،هذا في حين أجمعت الإناث على الإجابة على هذا البند بالبديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 192 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%،على ما جاء في نص البند 4، وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 213.720 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 3.841 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الإناث بنسبة 100 % للبديل "دائما".

الجدول رقم (65): المعالج للبند رقم 5 يساعد التّثقيف الصّحي المرأة من النّاحية النّفسية على تفادي الحرج أثناء الاستشارة الطبية.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند	أبدا	0	%0.0	6	%3.1	6	%2.2	5.991	79.344	0.05	2

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
5	أحيانا	77	%100	78	%40.6	155	%57.6				
	دائما	0	%0.0	108	%56.3	108	%40.1				
	المجموع	77	%100	192	%100	269	%100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (65) والمعالج للبند رقم 5: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 6 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 3.1%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 78 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 40.6%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 108 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 56.3%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 79.344 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (66): المعالج للبند رقم 6: للتّثقيف الصّحي دور في تغيير العادات السّيئة للنساء الحوامل

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 6	أبدا	0	%0.0	10	%5.2	10	%3.7	5.991	144.466	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	38	% 19.8	115	% 42.8				
	دائما	0	% 0.0	144	% 75.0	144	% 53.5				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (66) والمعالج للبند رقم 6: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 10 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 5.2%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 38 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 19.8%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 144 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 75.0%. هذا في حين أجمع

الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 144.466 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح االذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (67):المعالج للبند رقم 7: للتّثقيف الصّحي دور في تخفيف متاعب الحمل عند المرأة.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 7	أبدا	0	% 0.0	20	% 10.4	20	% 7.4	5.991	135.983	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	42	% 21.9	119	% 44.2				
	دائما	0	% 0.0	130	% 67.7	130	% 48.3				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (67) والمعالج للبند رقم 7: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 20 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 10.4%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 42 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 21.9%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 130 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 67.7%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 135.983 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (68):المعالج للبند رقم 8 يُنبه التّثقيف الصّحي المرأة الحامل بالإجراءات التي يُحْتَّمل اتخاذها في حال أيّ طارئ

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 8	أبدا	0	% 0.0	8	% 4.2	8	% 3.0	5.991	211.018	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	14	% 7.3	91	% 33.8				
	دائما	0	% 0.0	170	% 88.5	170	% 63.2				

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (68) والمعالج للبند رقم 8: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 8 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 4.2%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 14 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 7.3%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 170 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 88.5%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100 %. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 211.018 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (69):المعالج للبند رقم 9 يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في قبولها قرار الإجهاض حفاظا على سلامتها

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 9	أبدا	0	% 0.0	40	% 20.8	40	% 14.9	5.991	84.304	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	74	% 38.5	151	% 56.1				
	دائما	0	% 0.0	78	% 40.6	78	% 29.0				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (69) والمعالج للبند رقم 9: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 40 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 20.8%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 74 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 38.5%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 78 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 40.6%. هذا في حين أجمع

الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 84.304 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (70):المعالج للبند 10 يساعد التّثقيف الصّحي على إحاطة المرأة بحالات الإجهاض غير الآمنة.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 10	أبدا	16	% 20.8	0	% 0.0	16	% 5.9	5.991	184.699	0.05	2
	أحيانا	61	% 79.2	24	% 12.5	85	% 31.6				
	دائما	0	% 0.0	168	% 87.5	168	% 62.5				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (70) والمعالج للبند رقم 10: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى قسمين بتكرارات ونسب مختلفة حيث لم يختر أي منهن البديل "أبدا"، واختار قسم منهن البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 24 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 12.5%، وقسم آخر اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 168 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 87.5%. من جهة أخرى انقسم الذكور في إجابتهم على هذا البند إلى قسمين حيث اختار قسم منهم البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 16 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 20.8%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 61 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 79.2%، ولم يختر أي من الذكور البديل "دائما". وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 184.699 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الإناث بنسبة 87.5 % للبديل "دائما".

الجدول رقم (71): المعالج للبند رقم 11 للتّثقيف الصّحي دور في تعزيز الرّضاعة الطبيعية بما يضمن راحة للأم والجنين

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 11	أبدا	0	% 0.0	64	% 33.3	64	% 23.8	5.991	72.367	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	84	% 43.8	161	% 59.9				
	دائما	0	% 0.0	44	% 22.9	44	% 16.4				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (71) والمعالج للبند رقم 11: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 64 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 33.3%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 84 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 43.8%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 44 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 22.9%. من جهة أخرى أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 72.367 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (72):المعالج للبند رقم 12 تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل تخدم التثقيف الصحي

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 12								5.991	72.367	0.05	2
	تنظيم الحملات التّحسيسية	77	% 100	84	% 43.8	161	% 59.9				
	الإرشاد بالمطويات والملصقات	0	% 0.0	64	% 33.3	64	% 23.8				

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
	التّوعية المباشرة للنّساء	0	% 0.0	44	% 22.9	44	% 16.4				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (72) والمعالج للبند رقم 12: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "تنظيم الحملات التّحسيسية" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام،واختار قسم منهن البديل "الإرشاد بالمطويات والملصقات" بعدد تكرارات يساوي 64 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 33.3%، وقسم آخر اختار "التّوعية المباشرة للنّساء" بعدد تكرارات يساوي 44 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 22.9%، والقسم الأكبر اختار "تنظيم الحملات التّحسيسية" بعدد تكرارات يساوي 84 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 43.8%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 72.367 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "تنظيم الحملات التّحسيسية."

2-2 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الثاني نص الفرض على:

- **يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة** البرامج الصحية المعتمدة للمتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة عند مستوى دلالة 0.05.

الجدول رقم (73): المعالج للبند رقم 14 تتوفر المؤسسة الاستشفائية على دفتر خاصّ بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 14	أبدا	0	% 0.0	50	% 26.0	50	% 18.6	5.991	179.444	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	24	% 12.5	101	% 37.5				
	دائما	0	% 0.0	118	% 61.5	118	% 43.9				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (73) والمعالج للبند رقم 14: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 50 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 26.0%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 24 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 12.5%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 118 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 61.5%. من جهة أخرى أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 179.444 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (74): المعالج للبند رقم 15 تؤكد البرامج الصّحية على أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 15	أبدا	0	% 0.0	18	% 9.4	18	% 6.7	5.991	259.459	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	2	% 1.0	79	% 29.4				
	دائما	0	% 0.0	172	% 89.6	172	% 63.9				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (74) والمعالج للبند رقم 15: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 18 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 9.4%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 2 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 1.0%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 172 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 89.6%.هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة

كا2 المحسوبة والتي بلغت 259.459 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (75):المعالج للبند رقم 16 تستفيد النّساء الحوامل من متابعة خاصّة خلال الحمل الأول لهن.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 16	أبدا	0	% 0.0	20	% 10.4	20	% 7.4	5.991	128.053	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	46	% 24.0	123	% 45.7				
	دائما	0	% 0.0	126	% 65.6	126	% 46.8				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (75) والمعالج للبند رقم 16:نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 20 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 10.4%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 46 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 24.0%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 126 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 65.6%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 128.053 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (76): المعالج للبند رقم 17 التغذية النّوعية للحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 17	أبدا	0	% 0.0	40	% 20.8	40	% 14.9	5.991	153.559	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	34	% 17.7	111	% 41.3				
	دائما	0	% 0.0	118	% 61.5	118	% 43.9				

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (76) والمعالج للبند رقم 17: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 40 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 20.8%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 34 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 17.7%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 118 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 61.5%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 153.559 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (77): المعالج للبند رقم 18 لكشف المبكر عن الأمراض عند الحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 18	أبدا	0	% 0.0	32	% 16.7	32	% 11.9	5.991	135.983	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	42	% 21.9	119	% 44.2				
	دائما	0	% 0.0	118	% 61.5	118	% 43.9				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (77) والمعالج للبند رقم 18: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 32 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 16.7%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 42 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 21.9%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 118 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 61.5%. هذا في حين أجمع الذكور على

الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 135.983 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (78): المعالج للبند رقم 19 تستفيد النساء المحتمل ولادتهن قيصريا من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 19	أبدا	0	% 0.0	60	% 31.3	60	% 22.3	5.991	135.983	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	42	% 21.9	119	% 44.2				
	دائما	0	% 0.0	90	% 46.9	90	% 33.5				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (78)المعالج للبند رقم 19: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 60 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 31.3%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 42 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 21.9%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 90 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 46.9%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 135.983 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (79): المعالج للبند رقم 20 تستفيد المرأة بعد الولادة من متابعة نفسية توفرها المؤسسة الاستشفائية

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 20	أبدا	0	% 0.0	110	% 57.3	110	% 40.9	5.991	.278124	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	48	% 25.0	125	% 46.5				
	دائما	0	% 0.0	34	% 17.7	34	% 12.6				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (79) المعالج للبند رقم 21: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 110 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 57.3%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 48 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 25.0%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 34 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 17.7%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%، وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 124.278 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (80): المعالج للبند رقم 21 تتوفر المؤسسة الاستشفائية على فحوصات خاصّة بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسيا

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 21	أبدا	0	% 0.0	108	% 56.3	108	% 40.1	5.991	163.333	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	30	% 15.6	107	% 39.8				
	دائما	0	% 0.0	54	% 28.1	54	% 20.1				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (80)المعالج للبند رقم 21: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 108 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 56.3%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 30 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 15.6%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 54 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 28.1%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 163.333 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (81): المعالج للبند رقم 22 تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف علاجية.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 22	أبدا	0	% 0.0	24	% 12.5	24	% 8.9	5.991	.444179	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	24	% 12.5	101	% 37.5				
	دائما	0	% 0.0	144	% 75.0	144	% 53.5				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (81) المعالج للبند رقم 22: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 24 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 12.5%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 24 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 12.5%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 144 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 75.0%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100.0%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2

المحسوبة والتي بلغت 179.444 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (82): المعالج للبند رقم 23 تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف وقائية

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 23	أبدا	0	% 0.0	72	% 37.5	72	% 26.8	5.991	.081107	0.05	2
	أحيانا	0	% 0.0	62	% 32.3	62	% 23.0				
	دائما	77	% 100	58	% 30.2	135	% 50.2				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (82) المعالج للبند رقم 25: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 72 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 37.5%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 62 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 32.3%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 58 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 30.2%. هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 107.081 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100.0 % للبديل "دائما".

الجدول رقم (83): المعالج للبند رقم 24 تقدم المؤسسة الاستشفائية متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية لفئة واسعة من النساء.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 24	عامة النّساء	77	% 100	140	% 72.9	217	% 80.7	3.841	25.851	0.05	1
	النّساء المتواجدات في المستشفى	0	% 0.0	52	% 27.1	52	% 19.3				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (83)المعالج للبند رقم 24: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "عامة النّساء" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى قسمين، حيث اختار قسم منهن البديل "عامة النّساء" بعدد تكرارات يساوي 140 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 72.9%، وقسم آخر اختار "النّساء المتواجدات في المستشفى" بعدد تكرارات يساوي 52 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 27.1%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 25.851 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 3.841 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100.0 % للبديل "عامة النّساء".

الجدول رقم (84): المعالج للبند رقم 25 تستفيد النساء من اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل في المؤسسة الاستشفائية

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 25	أبدا	77	% 100	172	% 89.6	249	% 92.6	5.991	8.665	0.05	2
	أحيانا	0	% 0.0	8	% 4.2	8	% 3.0				
	دائما	0	% 0.0	12	% 6.3	12	% 4.5				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (84) المعالج للبند رقم 25: نلاحظ أن الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام بتكرارات ونسب مختلفة حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 172 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 89.6%، وقسم آخر اختار البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 8 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 4.2%، وقسم ثالث اختار البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 12 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 6.3%، هذا في حين أجمع الذكور على الإجابة على هذا البند بالبديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 100%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 8.665 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أبدا".

الجدول رقم (85): المعالج للبند 26 تستفيد النساء في أواخر العمر الإنجابي من متابعة طبية صحية في المؤسسة الاستشفائية

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 26	التوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الانجابي	77	% 100	84	% 43.8	161	% 59.9	5.991	72.367	0.05	2
	إجراء الفحوصات الدورية للكشف عن سرطان عنق الرّحم والثدي	0	% 0.0	56	% 29.2	56	% 20.8				
	إجراء فحوصات دورية للكشف عن هشاشة العظام	0	% 0.0	52	% 27.1	52	% 19.3				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (85) المعالج للبند رقم 26: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "التوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الانجابي" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل " التوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الانجابي" بعدد تكرارات يساوي 84 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 43.8%، وقسم آخر اختار "إجراء الفحوصات الدورية للكشف عن سرطان عنق الرّحم والثدي" بعدد تكرارات يساوي 56 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 29.2%، والقسم الثالث اختار "إجراء فحوصات دورية للكشف عن هشاشة العظام" بعدد تكرارات يساوي 52 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 27.1%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 72.367 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "التوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الانجابي".

2-3 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الثالث والذي نص على:

- يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري عند مستوى دلالة 0.05.

الجدول رقم (86): المعالج للبند رقم 28 تنظيم الأسرة من أولويات برامج الصّحة الإنجابية المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 28	أبدا	0	% 0.0	36	% 18.8	36	% 13.4	5.991	163.333	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	30	% 15.6	107	% 39.8				
	دائما	0	% 0.0	126	% 65.6	126	% 46.8				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (86) المعالج للبند رقم 28: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%، بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 36 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 18.8%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 30 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 15.6%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 126 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 65.6%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 163.333 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (87): المعالج للبند رقم 29 توضّح البرامج الصّحية تأثير وسائل التّنظيم الأسري على الصّحة الإنجابية

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 29	أبدا	0	% 0.0	54	% 28.1	54	% 20.1	5.991	128.053	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	46	% 24.0	123	% 45.7				
	دائما	0	% 0.0	92	% 47.9	92	% 34.2				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (87) المعالج للبند رقم 29: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 54 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 28.1%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 46 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 24%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 92 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 47.9%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 128.053 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (88): المعالج للبند رقم 30 تقوم البرامج الصّحية على مبدأ تباعد الولادات قصد التنظيم الجيد للأسرة

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 30	أبدا	0	% 0.0	44	% 22.9	44	% 16.4	5.991	185.249	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	22	% 11.5	99	% 36.8				
	دائما	0	% 0.0	126	% 65.6	126	% 46.8				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (88) المعالج للبند رقم 30: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 44 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 22.9%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 22 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 11.5%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 126 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 65.6%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 185.249 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (89): المعالج للبند رقم 31 توفر خدمة تنظيم الأسرة المعتمدة بالبرنامج الصحي فرصة تأخير الإنجاب للمرأة حتى تتوفر الظروف المناسبة لها

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 31	أبدا	0	% 0.0	72	% 37.5	72	% 26.8	5.991	117.079	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	52	% 27.1	129	% 48.0				
	دائما	0	% 0.0	68	% 35.4	68	% 25.3				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (89) المعالج للبند رقم 31: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 72 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 37.5%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 52 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 27.1%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 68 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 35.4%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 117.079 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (90): البند المعالج رقم 32 تحد برامج الصحة الإنجابية من زواج القاصرات حفاظا على السّلامة الإنجابية,

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 32	أبدا	0	% 0.0	114	% 59.4	114	% 42.4	5.991	144.466	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	38	% 19.8	115	% 42.8				
	دائما	0	% 0.0	40	% 20.8	40	% 14.9				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (90) المعالج للبند رقم 32: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 114 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 59.4%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 38 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 19.8%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 40 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 20.8%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 144.466 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (91): المعالج للبند 33 تؤكد برامج الصحة الإنجابية على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة.

	بدائل الإجابة	الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 33	أبدا	0	% 0.0	84	% 43.8	84	% 31.2	5.991	135.983	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	42	% 21.9	119	% 44.2				
	دائما	0	% 0.0	66	% 34.4	66	% 24.5				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (91) المعالج للبند رقم 33: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 84 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 43.8%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 42 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 21.9%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 66 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 34.4%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 135.983 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (92): المعالج للبند رقم 34 تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة والحدّ من الإجهاض غير الآمن

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 34	أبدا	0	% 0.0	36	% 18.8	36	% 13.4	5.991	124.278	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	48	% 25.0	125	% 46.5				
	دائما	0	% 0.0	108	% 56.3	108	% 40.1				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (92) المعالج للبند رقم 34: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام،حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 36 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 18.8%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 48 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 25.0%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 108 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 56.3%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 124.278 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (93): المعالج للبند رقم 35 تمنح البرامج الصحية وسائل منع الحمل حسب الظرف.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 35	أبدا	0	% 0.0	18	% 9.4	18	% 6.7	5.991	131.953	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	44	% 22.9	121	% 45				
	دائما	0	% 0.0	130	% 67.7	130	% 48.3				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (93) المعالج للبند رقم 35: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 18 تكرار

تقابله نسبة مئوية تساوي 9.4%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 44 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 22.9%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 130 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 67.7%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 131.953 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (94): المعالج للبند 36 تتوفر المؤسّسة على مختصين أكفاء ومدربين على تركيب مختلف وسائل منع الحمل.

	بدائل الإجابة	الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 36	أبدا	0	% 0.0	68	% 35.4	68	% 25.3	5.991	117.079	0.05	2
	أحيانا	0	% 0.0	72	% 37.5	72	% 26.8				
	دائما	77	% 100	52	% 27.1	129	% 48				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (94) المعالج للبند رقم 36: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "دائما" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام،حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 68 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 35.4%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 72 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 37.5%، والقسم الأصغر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 52 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 27.1%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 117.079 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 و منه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "دائما".

الجدول رقم (95): المعالج للبند37 يوجد إقبال كبير على وسائل منع الحمل لدى المؤسسة الاستشفائية

بدائل الإجابة	الجنس			قيمة كا^2	مستوى الدلالة	درجة الحرية
	ذكر	أنثى	المجموع			

		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 37	أبدا	0	% 0.0	44	% 22.9	44	% 16.4	5.991	95.055	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	66	% 34.4	143	% 53.2				
	دائما	0	% 0.0	82	% 42.7	82	% 30.5				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (95) المعالج للبند رقم 37: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 44 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 22.9%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 66 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 34.4%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 82 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 42.7%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 95.055 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

2-4 عرض وتحليل نتائج الفرض الجزئي الرابع والذي ينص على: يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية لمبدأ الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.

الجدول رقم (96): المعالج للبند رقم 39 يستفيد الطاقم الطبي من دورات تكوينية تزيد من كفاءته المهنية

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 39	أبدا	0	% 0.0	92	% 47.9	92	% 34.2	5.991	95.055	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	66	% 34.4	143	% 53.2				
	دائما	0	% 0.0	34	% 17.7	34	% 12.6				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (96) المعالج للبند رقم 39: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن

على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 92 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 47.9%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 66 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 34.4%، والقسم الأصغر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 34 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 17.7%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 95.055 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (97): المعالج للبند 40 يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 40	أبدا	0	% 0.0	54	% 28.1	54	% 20.1	5.991	128.053	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	46	% 24	123	% 45.7				
	دائما	0	% 0.0	92	% 47.9	92	% 34.2				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (97) المعالج للبند رقم 40: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100.0%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 54 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 28.1%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 46 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 24.0%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 92 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 47.9%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 128.053 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (98): المعالج للبند رقم 41 يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات متطورة.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 41	أبدا	0	% 0.0	108	% 56.3	108	% 40.1	5.991	110.314	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	56	% 29.2	133	% 49.4				
	دائما	0	% 0.0	28	% 14.6	28	% 10.4				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (98) المعالج للبند رقم 41: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100.0%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 108 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 56.3%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 56 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 29.2%، والقسم الأصغر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 28 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 14.6%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 110.314 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (99): المعالج للبند رقم 42 تتشهد المؤسسة الاستشفائية قوة في الاقبال يقابله عجز في اشباع طلبات المرضى (النساء)

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 42	أبدا	0	% 0.0	44	% 22.9	44	% 16.4	5.991	163.333	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	30	% 15.6	107	% 39.8				
	دائما	0	% 0.0	118	% 61.5	118	% 43.9				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (99) المعالج للبند رقم 42: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 44 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 22.9%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 30 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 15.6%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 118 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 61.5%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 163.333 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (100): المعالج للبند رقم 43 كفاءة المهنيين الصحيين زاد من معدل الامل في الحياة عند الأمهات.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 44	أبدا	0	% 0.0	38	% 19.8	38	% 14.1	5.991	110.314	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	56	% 29.2	133	% 49.4				
	دائما	0	% 0.0	98	% 51.0	98	% 36.4				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (100) المعالج للبند رقم 43: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 38 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 19.8%،و قسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 56 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 29.2%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 98 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 51.0%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 110.314 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (101): المعالج للبند رقم 44 كفاءة المهنيين الصحيين زاد من معدل الامل في الحياة عند المواليد الجدد.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 43	أبدا	0	% 0.0	14	% 7.3	14	% 5.2	5.991	79.344	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	78	% 40.6	155	% 57.6				
	دائما	0	% 0.0	100	% 52.1	100	% 37.2				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (101) المعالج للبند رقم 44: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 14 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 7.3%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 78 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 40.6%، والقسم الأكبر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 100 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 52.1%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 79.344 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا".

الجدول رقم (102): المعالج للبند رقم 45 يتلقى الممرّضون في مصلحة التوليد بالمؤسسة الاستشفائية توجيهات خاصّة بالصحة الإنجابية.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 45	أبدا	0	% 0.0	104	% 54.2	104	% 38.7	5.991	128.053	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	46	% 24.0	123	% 45.7				
	دائما	0	% 0.0	42	% 21.9	42	% 15.6				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (102) المعالج للبند رقم 45: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن

على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 104 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 54.2%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 46 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 24.0%، والقسم الأصغر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 42 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 21.9%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 128.053 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

الجدول رقم (103): المعالج البند رقم (46) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة للصحة الإنجابية وفق متغير الجنس.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 46	أبدا	77	% 100	84	% 43.8	161	% 59.9	5.991	72.367	0.05	2
	أحيانا	0	% 0.0	80	% 41.7	80	% 29.7				
	دائما	0	% 0.0	28	% 14.6	28	% 10.4				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (103) المعالج للبند رقم 46: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 84 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 43.8%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 80 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 41.7%، والقسم الأصغر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 28 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 14.6%.و بالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 72.367 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أبدا."

الجدول رقم (104): المعالج البند رقم (47) الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية مرضية من حيث الجودة.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 47	أبدا	0	% 0.0	92	% 47.9	92	% 34.2	5.991	84.304	0.05	2
	أحيانا	77	% 100	74	% 38.5	151	% 56.1				
	دائما	0	% 0.0	26	% 13.5	26	% 9.7				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (104) المعالج للبند رقم 47: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 92 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 47.9%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 74 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 38.5%، والقسم الأصغر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 26 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 13.5%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 84.304 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا ."

الجدول رقم (105): المعالج للبند رقم (48) الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية كافية من حيث العدد.

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 48	أبدا	77	% 100	34	% 17.7	111	% 41.3	5.991	153.559	0.05	2
	أحيانا	0	% 0.0	130	% 67.7	130	% 48.3				
	دائما	0	% 0.0	28	% 14.6	28	% 10.4				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (105) المعالج للبند رقم 48: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن

على هذا البند إلى ثلاثة أقسام، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 34 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 17.7%، وقسم آخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 130 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 67.7%، والقسم الأصغر اختار "دائما" بعدد تكرارات يساوي 28 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 14.6%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما، نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 153.559 أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أبدا."

الجدول رقم (106): المعالج للبند رقم(49) تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل حديثة سهلت كثيرا من إجراءات السلامة الإنجابية

بدائل الإجابة		الجنس						قيمة كا^2		مستوى الدلالة	درجة الحرية
		ذكر		أنثى		المجموع					
		التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	الجدولية	المحسوبة		
البند 49	أبدا	0	% 0.0	140	% 72.9	140	% 52.0	3.841	117.079	0.05	1
	أحيانا	77	% 100	52	% 27.1	129	% 48.0				
	دائما	0	% 0.0	0	% 0.0	0	% 0.0				
	المجموع	77	% 100	192	% 100	269	% 100				

بالنظر إلى الجدول أعلاه رقم (106) المعالج للبند رقم 49: نلاحظ أن الذكور اختاروا البديل "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 77 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 100%. بينما الإناث قد انقسمن في إجابتهن على هذا البند إلى قسمين فقط، حيث اختار قسم منهن البديل "أبدا" بعدد تكرارات يساوي 140 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 72.9%، والقسم الآخر اختار "أحيانا" بعدد تكرارات يساوي 52 تكرار تقابله نسبة مئوية تساوي 27.1%. وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 كما يبينها الجدول أعلاه دائما،نلاحظ أن قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 117.079 أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 3.841 ومنه توجد فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا."

ثانيا: مناقشة نتائج في ضوء الفرضيات

1- الفرضية الرئيسية الأولى والتي مفادها:

- **تستجيب البرامج الصحية المعتمدة للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري.** والتي تمت معالجتها من خلال أربع فرضيات جزئية وقد توصلنا من خلالها إلى النتائج التالية:

- **الفرض الجزئي الأول: والذي نص على: تستجيب البرامج الصحية لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية.** لاعتبار نتائج البنود التي جاءت كما يلي:

- بالرجوع إلى نتائج البند رقم (1) الذي نص على:يضمن التّثقيف الصّحي توعية صحية عامة للمرأة الحامل.و الذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية ببديل **دائما** بتكرار 197 وبنسبة مئوية تساوي 73.2%.

- وبالرجوع إلى نتائج البند رقم (02) الذي نص على: للتّثقيف الصّحي دور في تحقيق التغذية السّليمة للمرأة أثناء الحمل والرّضاعة، والذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية ببديل **دائما** وذلك بتكرار 192 وبنسبة مئوية تساوي 71.4%.

- وبالرجوع إلى نتائج البند رقم (03) الذي ينص على: يؤكد التّثقيف الصّحي للحوامل على ضرورة الكشف المبكر تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب، والذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية ببديل **دائما** 142 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 52.8%.

- وبالرجوع إلى نتائج البند رقم (4) الذي نص على: للتثقيف الصحي دور في تعزيز وعي المرأة الحامل وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين، والذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية ببديل **دائما** وبعد تكرارات 204 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 75.8%.

- وبالرجوع إلى نتائج البند رقم (5)الذي نص على: يساعد التّثقيف الصّحي المرأة من النّاحية النّفسية على تفادي الحرج أثناء الاستشارة الطبية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية ببديل **أحيانا** وذلك بتكرار 155 وبنسبة مئوية تساوي 57.6%.

– وبالرجوع إلى نتائج البند رقم (6) الذي نص على: للتّثقيف الصّحي دور في تغيير العادات السّيئة للنّساء الحوامل، والذي إجاب فيه المبحوثين بالغالبية لبديل **دائما** وذلك بتكرار 144 وبنسبة مئوية تساوي 53.5%.

– وبالرجوع إلى نتائج البند رقم (7) الذي نص على: للتّثقيف الصّحي دور في تخفيف متاعب الحمل عند المرأة،و الذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية ببديل **دائما** وذلك بتكرار 130 وبنسبة مئوية تساوي 48.3%.

– وبالرجوع إلى نتائج البند رقم (8) الذي نص على:يُنبه التّثقيف الصّحي المرأة الحامل بالإجراءات التي يُحْتَّمل اتخاذها في حال أيّ طارئ، والذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية ببديل **دائما** وذلك بتكرار 170 وبنسبة مئوية تساوي 63.2%.

– وبالرجوع إلى نتائج البند رقم (9) الذي نص على: يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في قبولها قرار الإجهاض حفاظا على سلامتها،و الذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية ببديل **أحيانا** وذلك بتكرار 151 وبنسبة مئوية تساوي 56.1%.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (10) الذي نص على: يساعد التّثقيف الصّحي على إحاطة المرأة بحالات الإجهاض غير الآمنة، والذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية ببديل **بدائما** وذلك بتكرار 148 وبنسبة مئوية تساوي 55%.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (11) الذي نص على: للتّثقيف الصّحي دور في تعزيز الرّضاعة الطبيعية بما يضمن راحة للأم والجنين والذي إجاب فيه المبحوثين بالغالبية بالبدبل **دائما** وذلك بتكرار 168 وبنسبة مئوية تساوي 62.5%.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم(12) والذي نص على: تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل تخدم التثقيف الصحي، والذي أجاب فيه المبحوثين بالغالبية لإجراء تنظيم الحملات التحسيسية 161 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 59.9 %.

– وبالرجوع إلى نتائج البند (13): والذي نص على يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في تحسين خدمة التثقيف الصحي داخل المؤسسة الاستشفائية: والذي أشار فيه المبحوثين ضرورة تجسيد

وحدة خاصة بالتثقيف الصحي مجهزة بالوسائل اللازمة في المؤسسة الاستشفائية ما قد يدعم الخدمات المقدمة خصوصا للزائرات والنزيلات داخل هذه المؤسسة، وضرورة تكثيف تنظيم حملات توعوية في فترات زمنية مختلفة وخاصة أثناء الأيام العالمية التي قد نراها تخدم الصحة عموما والصحة الإنجابية خصوصا.

إذا من خلال نتائج البنود السابقة والتي أكدت أن التثقيف الصحي يعمل على ضمان وجود توعية صحية عامة للمرأة الحامل، كما نجده يساهم بدرجة كبيرة في تحقيق التغذية السليمة للمرأة أثناء فترة حملها، أو في فترة ما بعد حملها، إضافة إلى أن التثقيف الصّحي يؤكد على ضرورة الكشف المبكر للنساء الحوامل تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب التي يمكن أن يتعرضن لها، كما أن للتثقيف الصحي دور في تعزيز وعي المرأة الحامل وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين، بينما نجد التثقيف الصحي أحيانا ما يساعد المرأة من النّاحية النّفسية على تفادي الحرج أثناء الاستشارة الطبية، كما أن التثقيف الصحي له دورا كبيرا في تغيير العادات السّيئة للنّساء الحوامل، كما انه يساهم في تخفيف متاعب الحمل عند المرأة، كما يعمل التثقيف الصحي على تنبيه المرأة الحامل بالإجراءات التي يُحْتَمل اتخاذها في حال أيّ طارئ، كما ان التثقيف الصحي أحيانا ما يساعد المرأة الحامل في قبولها قرار الإجهاض حفاظا على سلامتها، وعلى احاطتها بحالات الإجهاض غير الآمنة، كما أنه يساهم في تعزيز الرّضاعة الطبيعية بما يضمن راحة للأم والجنين.

وعليه؛إن انتائج البنود أعلاه التي وجهت إلى دراسة الفرض الجزئي الأول والذي نص على: **تستجيب البرامج الصحية لمبدأ اللتثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية** تؤكد تحقق هذا الفرض الجزئي الأول من الفرض الرئيس الأول؛ وبالتالي فهي تؤكد أيضا أن البرامج الصحية المعتمدة من قبل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز تبسة كنموذج عن المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في هذا المجال عبر الوطن تستجيب لمبدأ التثقيف الصحي **كمؤشر من المؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري.**

- **الفرض الجزئي الثاني: والذي نص** على: **تستجيب البرامج الصحية المعتمدة للمتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة،** لاعتبار نتائج البنود التي جاءت كما يلي:

- بالرجوع إلى نتائج للبند رقم (14) والذي نص على: تتوفر المؤسسة الاستشفائية على دفتر خاصّ بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة،و الذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** وذلك بتكرار 118 ونسبة مئوية تساوي 43.9%.

- بالرجوع إلى نتائج للبند رقم (15) والذي نص على: تؤكد البرامج الصّحية على أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** وذلك بتكرار 172 وبنسبة مئوية تساوي 63.9 %.

- بالرجوع إلى نتائج للبند رقم (16) والذي نص على: تستفيد النّساء الحوامل من متابعة خاصّة خلال الحمل الأول لهن، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** وذلك بتكرار 126 وبنسبة مئوية تساوي 46.8 %.

- بالرجوع إلى نتائج للبند رقم (17)، والذي نص على: التغذية النّوعية للحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** وذلك بتكرار 118 وبنسبة مئوية 43.9%.

- بالرجوع إلى نتائج للبند رقم (18)، والذي نص على: الكشف المبكر عن الأمراض عند الحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** بعدد تكرارات تساوي 119 وبنسبة مئوية 44.2 %.

- بالرجوع إلى نتائج للبند رقم (19)، والذي نص على: تستفيد النساء المحتمل ولادتهن قيصريا من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** بعدد تكرارات تساوي 119 وبنسبة مئوية 44.2 %.

- بالرجوع إلى نتائج للبند رقم (20)، والذي نص على: تستفيد المرأة بعد الولادة من متابعة نفسية توفرها المؤسسة الاستشفائية والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** بعدد تكرارات تساوي 125 وبنسبة مئوية 46.5 %.

– بالرجوع إلى نتائج للبند رقم (21) والذي نص على: تتوفر المؤسسة الاستشفائية على فحوصات خاصّة بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسيا، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أبدا** بعدد تكرارات تساوي 108 تكرارا ونسبة مئوية 40.1 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (22)، والذي نص على: تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف علاجية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** بعدد تكرارات تساوي 144 تكرارا وبنسبة مئوية 53.5%.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (23)، والذي نص على: تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف وقائية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** بعدد تكرارات تساوي 135، وبنسبة مئوية 50.2 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (24)، والذي نص على: تقدم المؤسسة الاستشفائية متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية لفئة واسعة من النساء والذي أجاب فيه المبحوثين بعدد تكرارات تساوي 217 تكرار لعامة النساء وبنسبة مئوية تساوي 80.7 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (25)، والذي نص على: تستفيد النساء من اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل في المؤسسة الاستشفائية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** قدرت بعدد تكرارات تساوي 135 وبنسبة مئوية 50.2 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (26) والذي نص على: تستفيد النساء في أواخر العمر الإنجابي من متابعة طبية صحية في المؤسسة الاستشفائية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية بالخيار الأول والمتعلق بالتوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الانجابي بعدد تكرارات يساوي 161 تكرار ونسبة مئوية تساوي 59.9 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم 27: والذي نص على: يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في تحسين خدمة المتابعة الصحية داخل المؤسسة الاستشفائية، بمراجعة الاقتراحات المقدمة من قبل المبحوثين في هذا المجال وجدنا أنهم يؤكدون على التوعية الصحية للمرأة أثناء الحمل والولادة.

ومنه فإن تحسين المتابعة الصحية كإجراء تتخذه المؤسسة ويفرضه برنامج الصحة الإنجابية فيها يحتاج إلى زيادة العمل على مسألة التوعية الصحية، ثم تحسيس النساء بخطورة الأمراض المزمنة على صحتهن العامة والإنجابية وانعكاس ذلك على صحة أبنائهن ناهيك على دعوه المبحوثين إلى ضرورة اقامة فرق طبية وشبه طبية كل حسب اختصاصه للمساهمة في المتابعة الصحية ولعل ذلك يشكل في مجمله أساسا لمسألة المتابعة الصحية كإجراء تعتمده البرامج الصحية في المؤسسات المتخصصة بالصحة الإنجابية ومؤسسة خالدي عبد العزيز مجال البحث نموذجا بالاعتماد دائما على اقتراحات المبحوثين.

إذا ومن خلال ما سبق لاحظنا أن المؤسسة الاستشفائية تتوفر على دفتر خاصّ بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة، كما تؤكد البرامج الصّحية على أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل، إضافة إلى استفادة النّساء الحوامل من متابعة خاصّة خلال الحمل الأول لهن، علاوة على أن التغذية النّوعية للحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية، إضافة إلى أن الكشف المبكر عن الأمراض عند الحوامل أحيانا من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية، هذا وتستفيد النساء المحتمل ولادتهن قيصريا أحيانا من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية، كما تستفيد المرأة بعد الولادة أحيانا من متابعة نفسية توفرها المؤسسة الاستشفائية، كما وضحت إجابات المبحوثين أن المتابعة الصحية في المؤسسة ذات أهداف علاجية ووقائية.

هذا وعطفا على كل ما سبق تقدم المؤسسة الاستشفائية متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية لعامة النساء ولا تقتصر على المنجبات فقط، وتوفر اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل في المؤسسة الاستشفائية، وستفيد النساء في أواخر العمر الإنجابي من متابعة طبية صحية في المؤسسة تتتعلق بالتوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الانجابي.

وعليه؛ إن انتائج البنود أعلاه التي وجهت إلى دراسة الفرض الجزئي الثاني والذي نص على: **تستجيب البرامج الصحية المعتمدة للمتابعة الصحية للمرأة اثناء الحمل وبعد الولادة**، تؤكد تحقق هذا الفرض الجزئي الثاني أيضا من الفرض الرئيس الأول؛ وبالتالي فهي تؤكد أيضا أن البرامج الصحية المعتمدة من قبل المؤسسة الايستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز تبسة كنموذج عن المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في هذا

المجال عبر الوطن تستجيب لمبدأ المتابعة الصحية **كمؤشر من المؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري**.

- **الفرض الجزئي الثالث: والذي نص على: تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري**. ولاعتبار نتائج البنود التي جاءت كما يلي:

- بالرجوع إلى نتائج البند رقم (28) الذي نص على: تنظيم الأسرة من أولويات برامج الصّحة الإنجابية المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** بعدد تكرارات تساوي 126 تكرارا وبنسبة مئوية تساوي 46.80 %.

- بالرجوع إلى نتائج البند رقم (29)، والذي نص على:توضّح البرامج الصّحية تأثير وسائل التّنظيم الأسري على الصّحة الإنجابية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** بعدد تكرارات تساوي 123 وبنسبة مئوية 45.70 %.

- بالرجوع إلى نتائج البند رقم (30) والذي نص على: تقوم البرامج الصّحية على مبدأ تباعد الولادات قصد التنظيم الجيد للأسرة والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** بعدد تكرارات 126 ونسبة مئوية تساوي 46,80 %.

- بالرجوع إلى نتائج البند رقم (31) والذي نص على: توفر خدمة تنظيم الأسرة المعتمدة بالبرنامج الصحي فرصة تأخير الانجاب للمرأة حتى تتوفر الظروف المناسبة لها، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا**، بعدد تكرارات 129 تكرارا وبنسبة مئوية تساوي 48.00 %.

- بالرجوع إلى نتائج البند رقم (32)، والذي نص على: تحد برامج الصحة الإنجابية من زواج القاصرات حفاظا على السّلامة الإنجابية، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** بعدد تكرارات يساوي 115 وبنسبة مئوية بلغت 42.80 %.

- بالرجوع إلى نتائج البند رقم(33) والذي نص على: تؤكد برامج الصحة الإنجابية على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة، والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا**، بعدد تكرارات يساوي 119و نسبة مئوية 44,2 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (34) الذي نص على: تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة والحدّ من الإجهاض غير الآمن. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** وذلك بعدد تكرارات يساوي 125 تكرار وبنسبة مئوية 46.50 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (35) والذي نص على: تمنح البرامج الصحية وسائل منع الحمل حسب الظرف. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** بعدد تكرارات يساوي 130 تكرارا ونسبة مئوية 48.30%.

–بالرجوع إلى نتائج البند رقم (36) والذي نص على: تتوفر المؤسّسة على مختصين أكفاء ومدربين على تركيب مختلف وسائل منع الحمل. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** بعدد تكرارت 129 وبنسبة مئوية تساوي 48,00 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (37) الذي نص على: يوجد إقبال كبير على وسائل منع الحمل لدى المؤسسة الاستشفائية. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **بأحيانا** وذلك بتكرار 143 وبنسبة مئوية 53.20 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (38): يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في تحسين خدمة تنظيم الأسرة داخل المؤسسة الاستشفائية. في هذا الإطار تبين لنا أن من أهم اقتراحات التي تم عرضها من قبل المبحوثين والتي قد تساهم في تحسين خدمة تنظيم الأسرة كانت تتعلق بضرورة إفادة المرأة أكثر بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة وهو ما يتفق ما النتيجة التي تم التوصل إليها في إطار معالجة البند رقم 33 والذي نص على: تؤكد برامج الصحة الإنجابية على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة، ومن خلال إجابات المبحوثين التي كانت الغالبية فهي للإجابة باحيانا بتكرار 119 ونسبة 44.20 % فإن المبحوثين يعتقدون بضرورة التركيز أكثر على كون الزوج شريك مهم في التنظيم الأسري، ومنه يجب أن تلعب البرامج الصحية المخصصة للصحة الإنجابية وفي مؤشر تنظيم الأسرة دورا أكبر مما هي عليه في جانب التأكيد على دورج الرجل في هذا الإطار،ذلك أن التحسيس بجدوى عملية تنظيم الأسرة، أو توفير المتطلبات المتعلقة بها لن يكون فاعلا اذا لم تولي البرامج الصحية أهمية أكبر للرجل باعتباره مكونا مهما في هذا الجانب.

إذا ومن خلال نتائج البنود أعلاه والتي أكدت على أن تنظيم الأسرة دائما من أولويات برامج الصّحة الإنجابية المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية وأنها توضح أحيانا تأثير وسائل التّنظيم الأسري على الصّحة الإنجابية، كما أنها تقوم دائما على مبدأ تباعد الولادات قصد التنظيم الجيد للأسرة، ناهيك على أن إجراء تنظيم الأسرة المعتمد بالبرنامج الصحي يتيح أحيانا فرصة تأخير الانجاب للمرأة حتى تتوفر الظروف المناسبة لها، وأنه يحد أحيانا من زواج القاصرات حفاظا على السّلامة الإنجابية، كما أن النتائج تؤكد أن برامج الصحة الإنجابية تعمل أحيانا على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة، كما أنها تساعد في تنظيم الأسرة من خلال الحدّ أحيانا من الإجهاض غير الآمن، وتمنح وسائل منع الحمل حسب الظرف دائما،كما أن المؤسسة الاستشفائية تتوفر دائما على مختصين أكفاء ومدربين على تركيب مختلف وسائل منع الحمل. هذه الأخيرة التي تشهد أحيانا إقبالا عليها في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز تبسة.

وعليه؛ أن نتائج البنود أعلاه التي وجهت إلى دراسة الفرض الجزئي الثالث والذي نص على: **تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري** ، تؤكد تحقق هذا الفرض الجزئي الثالث من الفرض الرئيس الأول بصورة جزئية (نسبيا)؛ وبالتالي فهي تؤكد أيضا أن البرامج الصحية المعتمدة من قبل المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز تبسة كنموذج عن المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في هذا المجال عبر الوطن تحتاج إلى إشباع بصورة أكثر وتعزيز الاهتمام بصورة أكبر في ما يتعلق بمبدأ تنظيم الأسرة **كمؤشر من المؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري.**

- **الفرض الجزئي الرابع: والذي ينص على: تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية للمرأة.** ولاعتبار نتائج البنود التي جاءت كما يلي:

- بالرجوع إلى نتائج البند رقم (39) الذي نص على: يستفيد الطاقم الطبي من دورات تكوينية تزيد من كفاءته المهنية. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** وذلك بعدد تكرارات يساوي 143 تكرارا ونسبة مئوية تساوي 53.20 % .

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (40) الذي نص على: يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** وذلك بعدد تكرارات يساوي 123 وبنسبة مئوية 45.70 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (41) الذي نص على: يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات متطورة. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** وذلك بعدد تكرارات يساوي 133 وبنسبة مئوية 49.40 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (42) الذي نص على: تشهد المؤسسة الاستشفائية قوة في الإقبال يقابله عجز في اشباع طلبات المرضى (النساء). والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **دائما** وذلك بعدد تكرارات يساوي 118 تكرار وبنسبة مئوية تساوي 43.90 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (43) الذي نص على: كفاءة المستخدمين الصحيين زاد من معدل الامل في الحياة عند الأمهات. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** وذلك بعدد تكرارات يساوي 133 تكرار وبنسبة مئوية 49.40 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (44) الذي نص على: كفاءة المهنيين الصحيين زاد من معدل الامل في الحياة عند المواليد الجدد. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** وذلك بعدد تكرارات يساوي 155 تكرار وبنسبة مئوية 57.60 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (45) الذي نص على: يتلقى الممرّضون في مصلحة التوليد بالمؤسسة الاستشفائية توجيهات خاصّة بالصحة الإنجابية. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** وذلك بعدد تكرارات يساوي 123 تكرار وبنسبة مئوية 45.70 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (46) والذي نص على: تتوفر المؤسسة الاستشفائية على طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة للصحة الإنجابية. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أبدا** وذلك بعدد تكرارات يساوي 161 وبنسبة مئوية تساوي 59.90 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (47) والذي ينص على: الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية مرضية من حيث الجودة. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا**

وذلك بعدد تكرارات يساوي151 تكرار وبنسبة تساوي 56.10 %.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (48) والذي نص على: الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية كافية من حيث العدد. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أحيانا** وذلك بعدد تكرارات يساوي بـ 130 تكرارا وبنسبة تساوي 48.30%.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (49) والذي نص على: تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل حديثة سهلت كثيرا من إجراءات السلامة الإنجابية. والذي أجاب فيه المبحوثين بالأغلبية ببديل **أبدا** وذلك بعدد تكرارات يساوي 140 وبنسبة تساوي 52%.

– بالرجوع إلى نتائج البند رقم (50): والذي نص على: يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية داخل المؤسسة الاستشفائية. وبمراجعة الاقتراحات المقدمة من قبل المبحوثين في هذا المجال وجدنا أنهم يؤكدون على:

– توفير وسائل وأجهزة طبية حديثة تساعد على تحسين الأداء وزيادة كفاءة الإطارات المتخصصة في مجال الصحة الإنجابية وضمان جودتها في إطار تطوير المؤسسات الاستشفائية نظرا لدورها في المحافظة على صحة الإنسان، كما ضمان ديمومة وتوفر الخدمة المجتمعية لطالبيها، إذ يجب أن تراعي المستشفيات التطورات المختلفة التي تحصل في المجالات الصحية سواء من النواحي التنظيمية للعمل الصحي والعلاجي أو التقني للآلات والتجهيزات الطبية... هذا ويشيرون إلى ضرورة إعادة النظر في تقديم العلاج خارج حدود المستشفيات وتدعيمه كما تطوير الخدمات العلاجية الخارجية لمتابعة المرضى في منازلهم ما يمكنهم من مزاولة حياتهم الطبيعية الأمر الذي قد يزيد من فرص الاستجابة لطلبات الخدمة العلاجية والتي قد تعيقها عوامل عدة منها زيادة الاقبال ومحدودية الأسرة في المستشفيات خاصة تلك المتعلقة بالصحة الإنجابية.

إن النتائج المتوصل إليها أعلاه تؤكد أن الطاقم الطبي أحيانا ما يستفيد من دورات تكوينية تزيد من كفاءته المهنية. كما أنه يغطون أحيانا أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة، فقوة الاقبال تقابل دائما بعجز في اشباع طلبات المرضى (النساء)، كما أن كفاءة المهنيين الصحيين يزيد أحيانا من معدل الامل في الحياة عند المواليد الجدد كما الأمهات، إضافة إلى أن المؤسسة أبدا لا تتوفر على طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة للصحة الإنجابية. ناهيك على الأجهزة الطبية الخاصة

بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية مرضية أحيانا من حيث الجودة والعدد كما أن المؤسسة الاستشفائية أبدا لا تتوفر على الوسائل الحديثة التي تسهل من إجراءات السلامة الإنجابية.

وعليه؛ إن نتائج البنود أعلاه التي وجهت إلى دراسة الفرض الجزئي الرابع والذي نص على: **تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية للمرأة.** تؤكد تحقق هذا الفرض الجزئي الرابع من الفرض الرئيس الأول بصورة جزئية (نسبيا)؛ وبالتالي فهي تؤكد أيضا أن البرامج الصحية المعتمدة من قبل المؤسسة الايستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز تبسة كنموذج عن المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في هذا المجال عبر الوطن تحتاج إلى زيادة الاهتمام بالإطار المتخصص في الصحة الإنجابية خصوصا سواء من الناحية الكمية أو النوعية والعمل على رفع الكفاءة بالتكوين والتدريب لمواكبة التطور والتقدم المتسارع الوتيرة الذي يشهده هذا القطاع لتعزيز الفعالية وفي ذات الوقت العمل على توفير الوسائل التكنولوجية المتطورة باعتبارها مطلبا ضروريا يسهل العمل ويضمن جودة أداء الإطار المتخصص باعتباره **مؤشرا من المؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري.**

إجمالي نتيجة الفرضية الرئيسية الأولى:

اعتمادا على نتائج الفرضيات الجزئية الأربعة والتي تم التأكد من تحقق اثنين منها، وتحقق نسبي لاثنتين آخريين، وعليه نستنتج ان الفرضية الرئيسية الأولى والتي مفادها: تستجيب البرامج الصحية المعتمدة للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري محققة جزئيا (نسبيا).

- نتيجة الفرضية الجزئية الأولى و التي مفادها أن البرامج الصحية تستجيب لمبدأ التثقيف الصحي و له دور في تنمية الصحة الإنجابية و هذه النتيجة **تتطابق** مع ما توصلت إليه دراسة نسرين مصطفى والتي أكدت أن التثقيف الصحي يساهم في بناء اتجاهات صحية سليمة أي أنه يعمل على ترسيخ السلوك الصحي السليم و يغير السلوك الخاطئ إلى سلوك صحي سليم و ينمي اتجاهات ايجابية في الإرضاع الطبيعي.
- نتيجة الفرضية الجزئية الثانية والتي مفادها أن البرامج الصحية المعتمدة تستجيب للمتابعة الصحية ولها دور في تنمية الصحة الإنجابية و هذه النتيجة **تتفق** مع ما توصلت إليه **دراسة لزغد راضية وبوخالفة رفيقة** التي أكدت على أهمية المتابعة الصحية والتي

تعمل من خلالها على تزويد المرأة بالمعلومات المفيدة للحصول على حمل صحي، ذلك أن الفحوصات الطبية الدورية للمرأة تستهدف الأمراض الأكثر شيوعا والتي قد يؤدي إلى التشخيص ورفع المستوى الصحي للفرد والمجتمع، وإجراء هذه الفحوص هو تأكيد على ضرورة تبني نمط حياة صحي واكتساب عادات صحية وحافز لمراجعة وتقييم كل شخص لسلوكيات حياته والعزم على التغيير الإيجابي وحتى ولو بشكل خطوات بسيطة والتي حتما ستتراكم بالتدريج نحو الهدف المنشود.

- إن نتيجة الفرضية الجزئية الثالثة والتي مفادها: تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري، **والتي تم الوقوف على تحققها بصورة جزئية (نسبيا)**؛ أكدت هي الأخرى أن البرامج الصحية في شقها الخاص بتنظيم الأسرة تلعب دورا مهما وإن كانت تحتاج إلى إشباع في هذه الجزئية أثناء صياغة البرامج الصحية الموجهة للصحة الإنجابية بطريقة تكافئ أهمية مؤشر تنظيم الأسرة في الصحة الإنجابية للمرأة وهو ما توصلت إليه دراسة الخرازتي محمد نبيل ودراسة محمد محمود عيسى أبو زنيد ودراسة صديق خوجة خالد والذين أحاطوا بأهمية تنظيم الأسرة في الصحة الإنجابية الأمر الذي تأكده الدراسة الحالية نظرا لما يحدثه هذا المؤشر من وقع على حياة المرأة كما حياة أسرتها والمجتمع ككل.

- نتيجة الفرضية الجزئية الرابعة و التي مفادها أن البرامج الصحية المعتمدة تستجيب نسبيا لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية وهذه النتيجة **تتفق** مع ما توصلت إليه دراسة أمال ينون التي كشفت أنه لا بد من توفير خدمات الصحة الإنجابية وذلك من خلال تأمين رعاية ومتابعة الحوامل في المراكز الصحية أثناء فترات الحمل لضمان سلامة الأم والجنين وتقديم الدعم اللازم للمرأة و التدخل المبكر لحل أي مشكلة صحية، وكذلك إعطاء الأولوية لتوفير

وتيسير سبل الحصول على خدمات ولوازم الصحة الإنجابية ذات النوعية الجيدة في مجال الحمل والولادة وضمان توفر قوة عاملة صحية ماهرة وعالية النوعية، بما يشمل التكوين والتدريب الجيد والمؤهل.

2- **الفرضية الرئيسية الثانية والتي مفادها:**

- **يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة في الجزائر للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.** والتي تمت معالجتها من خلال أربع فرضيات جزئية وقد توصلنا من خلالها إلى النتائج التالية:

- **الفرض الفرقي الجزئي الأول: والذي نص على: يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة** البرامج الصحية لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.

- بالرجوع إلى نتيجة اختبار كا^2 المعالجة الفروق بين الجنسين في البند (01): **يضمن التّثقيف الصّحي توعية صحية عامة للمرأة الحامل،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل دائما وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 39.428 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 3.841 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "**دائما**".

- وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (2) **للتّثقيف الصّحي دور في تحقيق التغذية السّليمة للمرأة أثناء الحمل والرّضاعة.** وانطلاقا من إجماع الإناث على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 192 تكرار وبنسبة 100% ثم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة البالغة 269 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الإناث بنسبة 100% للبديل "دائما".

- وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (3) **يؤكد التّثقيف الصّحي للحوامل على ضرورة الكشف المبكر تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب.** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 135.983 أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم **(4): للتثقيف الصحي دور في تعزيز وعي المرأة الحامل وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين.** وانطلاقا من إجماع الإناث على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 192 تكرار وبنسبة 100% ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 213.720 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 3.841 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الإناث بنسبة 100 % للبديل "دائما".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم**(5): يساعد التّثقيف الصّحي المرأة من النّاحية النّفسية على تفادي الحرج أثناء الاستشارة الطبية.** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 79.344 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم **(6): للتّثقيف الصّحي دور في تغيير العادات السّيئة للنساء الحوامل.** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 144.466 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح االذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم **(7): للتّثقيف الصّحي دور في تخفيف متاعب الحمل عند المرأة.** وانطلاقا من اجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت135.983 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم **(8): يُنبه التّثقيف الصّحي المرأة الحامل بالإجراءات التي يُحْتَّمل اتخاذها في حال أيّ طارئ.** وانطلاقا من إجماع الذكور

على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 211.018 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم **(9): يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في قبولها قرار الإجهاض حفاظا على سلامتها.** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 84.304 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم **(01) يساعد التّثقيف الصّحي على إحاطة المرأة بحالات الاجهاض غير الآمنة.** وانطلاقا من استجابات المبحوثين لهذا البند والتي بلغ أعلى تكرار فيها لصالح البديل دائما من قبل الإناث بعدد تكرارات يساوي 168 تكرارا وبنسبة 87.5 % ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 184.699 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الإناث بنسبة 87.5 % للبديل "دائما."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (11): **للتّثقيف الصّحي دور في تعزيز الرّضاعة الطبيعية بما يضمن راحة للأم والجنين.** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 72.367 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم **(12): تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل تخدم التثقيف الصحي.** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا وبنسبة 100% لصالح تنظيم الحكلات التحسيسية، ثم باعتماد "قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 72.367 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "تنظيم الحملات التّحسيسية."

بالنظر إلى النتائج أعلاه والتي تؤكد وجود اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في إستجابة البرامج الصحية لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05، وهي فروق نوعية لصالح الذكور. وعليه نستنتج **تحقق الفرض الفرقي الجزئي الأول:** يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة في إطار تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.

هذا مع الإشارة إلى أن الذكور يجمعون ومن خلال إجابتهم على أن البرامج الصحية ورغم الدور الإيجابي الذي تؤديه في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز–تبسة تحتاج الي تغذية في مؤشر التثقيف الصحي لتكون أكثر فاعلية وهو ما يؤكده إجابتهم ببديل أحيانا على بنود الثالث، الخامس، السادس، السابع، الثامن، التاسع، الحادي عشر، وإجابتهم ببديل دائما على البند الأول، هذا في حين تتشتت إجابات الإناث في هذه البنود بين بدائل الإجابات الثلاث دائما وأحيانا وأبدا.

– **الفرض الفرقي الجزئي الثاني: والذي نص على: يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة** البرامج الصحية المعتمدة للمتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة عند مستوى دلالة 0.05.

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (14): **تتوفر المؤسسة الاستشفائية على دفتر خاصّ بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم

باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 179.444 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (15): **تؤكد البرامج الصّحية على أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 259.459 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (16): **تستفيد النّساء الحوامل من متابعة خاصّة خلال الحمل الأول لهن،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 128.053 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (17): **التغذية النّوعية للحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 153.559 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (18): **الكشف المبكر عن الأمراض عند الحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 135.983 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (19): **تستفيد النساء المحتمل ولادتهن قيصريا من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الاجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 135.983 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (20): **تستفيد المرأة بعد الولادة من متابعة نفسية توفرها المؤسسة الاستشفائية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 124.278 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (21): تتوفر المؤسسة الاستشفائية على فحوصات خاصّة بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسيا، وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %،فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 163.333 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (22): **تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف علاجية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 179.444 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أحيانا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (23): **تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى أهداف وقائية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا

البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 107.081 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "دائما".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (24): تقدم المؤسسة الاستشفائية متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية لفئة واسعة من النساء، انطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا وبنسبة مئوية 100 % لصالح عامة النساء، ثم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 25.851 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 3.841 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل"عامة النساء".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (25): **تستفيد النساء من اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل في المؤسسة الاستشفائية**، وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أبدا وبنسبة مئوية 100 %، فيه تم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 8.665 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل "أبدا".

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (26): تستفيد النساء في أواخر العمر الإنجابي من متابعة صحية في المؤسسة الاستشفائية، وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا وبنسبة مئوية 100 % لصالح التوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الانجاب، ثم باعتماد قيمة كا^2 المحسوبة والتي بلغت 72.367 وهي أكبر من قيمة كا^2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100% للبديل"التوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الإنجابي".

بالنظر إلى النتائج أعلاه والتي تؤكد وجود اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في إستجابة البرامج الصحية للمتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة عند مستوى دلالة 0.05، وهي فروق نوعية لصالح الذكور. وعليه **نستنتج تحقق الفرض الفرقي الجزئي الثاني:** يوجد اختلاف بين

المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة للمتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة عند مستوى دلالة 0.05.

هذا مع الإشارة إلى أن الذكور يجمعون ومن خلال إجابتهم على أن البرامج الصحية ورغم الدور الإيجابي الذي تؤديه في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز–تبسة تحتاج إلى تغذية في مؤشر المتابعة الصحية لتكون أكثر فاعلية وهو ما يؤكده أغلبية إجابتهم ببديل أحيانا على بنود: الرابع عشر، الخامس عشر، السادس عشر، السابع عشر، الثامن عشر، التاسع عشر، العشرون، الحادي والعشرون، الثاني والعشرون، وإجابتهم ببديل دائما على البند الثالث والعشرون، هذا في حين تتشتت إجابات الإناث في هذه البنود بين بدائل الإجابات الثلاث دائما وأحيانا وأبدا.

– **الفرض الفرقي الجزئي الثالث: والذي نص على: يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة** البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري عند مستوى دلالة 0.05.

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (28): **تنظيم الأسرة من أولويات برامج الصّحة الإنجابية المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 163.333 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (29): **توضّح البرامج الصّحية تأثير وسائل التّنظيم الأسري على الصّحة الإنجابية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 128.053 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (30): **تقوم البرامج الصّحية على مبدأ تباعد الولادات قصد التنظيم الجيد للأسرة،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 185.249 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (31): **توفر خدمة تنظيم الأسرة المعتمدة بالبرنامج الصحي فرصة تأخير الانجاب للمرأة حتى تتوفر الظروف المناسبة لها،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 117.079 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (32): **تحد برامج الصحة الإنجابية من زواج القاصرات حفاظا على السّلامة الإنجابية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 144.446 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (33): **تؤكد برامج الصحة الإنجابية على إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج في إطار تنظيم الأسرة،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 135.983 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (34): **تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة والحدّ من الإجهاض غير الآمن،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 124.278 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (35): **تمنح البرامج الصحية وسائل منع الحمل حسب الظرف،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 131.953 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (36): **تتوفر المؤسّسة على مختصين أكفاء ومدربين على تركيب مختلف وسائل منع الحمل،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 117.079 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "دائما."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (37): **يوجد إقبال كبير على وسائل منع الحمل لدى المؤسسة الاستشفائية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 95.055 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

بالنظر إلى النتائج أعلاه والتي تؤكد وجود اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في إستجابة البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري عند مستوى دلالة 0.05، وهي فروق نوعية لصالح الذكور. وعليه **نستنتج تحقق الفرض الفرقي الجزئي الثالث:** يوجد اختلاف

بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة لخدمات تنظيم الأسرة للمرأة في المجتمع الجزائري عند مستوى دلالة 0.05.

هذا مع الإشارة إلى أن الذكور يجمعون ومن خلال إجابتهم على أن البرامج الصحية ورغم الدور الإيجابي الذي تؤديه في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز–تبسة تحتاج إلى تغذية في مؤشر تنظيم الأسرة لتكون أكثر فاعلية وهو ما يؤكده إجابتهم ببديل أحيانا على بنود الثامن والعشرون، التاسع والعشرون، الثلاثون، والحادي والثلاثون، والثاني والثلاثون، الثالث والثلاثون، الرابع والثلاثون، والخامس والثلاثون، السابع والثلاثون، وإجابتهم ببديل دائما على البند السادس والثلاثون، هذا في حين تتشتت إجابات الإناث في هذه البنود بين بدائل الإجابات الثلاث دائما وأحيانا وأبدا.

– **الفرض الفرقي الجزئي الرابع: والذي نص على: يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة** البرامج الصحية لمبدأ الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (39): **يستفيد الطاقم الطبي من دورات تكوينية تزيد من كفاءته المهنية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 95.055 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (40): **يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات عاجلة،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 128.053 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (41): **يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات متطورة**، وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 110.314 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (42): **تشهد المؤسسة الاستشفائية قوة في الاقبال يقابله عجز في اشباع طلبات المرضى (النساء)**، وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 163.333 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (43): **كفاءة المستخدمين الصحيين زاد من معدل الامل في الحياة عند الأمهات**، وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 110.314 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (44): **كفاءة المهنيين الصحيين زاد من معدل الأمل في الحياة عند المواليد الجدد**، وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 79.344 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (45): **يتلقى الممرّضون في مصلحة التوليد بالمؤسسة الاستشفائية توجيهات خاصّة بالصحة الإنجابية**، وانطلاقا

من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 128.053 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (46): **تتوفر المؤسسة الاستشفائية على طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة للصحة الإنجابية،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 72.367 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أبدا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (47): **الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية مرضية من حيث الجودة،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 84.304 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (48): **الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الاستشفائية كافية من حيث العدد،** وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 153.559 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أبدا."

– وبالرجوع إلى نتيجة اختبار كا2 المعالجة للفروق بين الجنسين في البند رقم (49): **تتوفر المؤسسة الاستشفائية على وسائل حديثة سهلت كثيرا من إجراءات السلامة الإنجابية**، وانطلاقا من إجماع الذكور على الإجابة على هذا البند بعدد تكرارات يساوي 77 تكرارا للبديل أحيانا وبنسبة 100% فيه ثم باعتماد قيمة كا2 المحسوبة والتي بلغت 117.079 وهي أكبر من قيمة كا2 الجدولية البالغة 5.991 سجلنا وجود فروق بين الجنسين في استجابتهم لهذا البند لصالح الذكور بنسبة 100 % للبديل "أحيانا."

بالنظر إلى النتائج أعلاه والتي تؤكد وجود اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في إستجابة البرامج الصحية لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05، وهي فروق نوعية لصالح الذكور. وعليه **نستنتج تحقق الفرض الفرقي الجزئي الرابع:** يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.

هذا مع الإشارة إلى أن الذكور يجمعون ومن خلال إجابتهم على أن البرامج الصحية ورغم الدور الإيجابي الذي تؤديه في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز–تبسة تحتاج إلى تغذية في مؤشر الإطار المتخصص لتكون أكثر فاعلية وهو ما يؤكده إجابتهم ببديل أحيانا على البنود التالية: التاسع والثلاثون، الأربعون، الحادي والأربعون، الثاني والأربعون، الثالث والأربعون، الرابع والأربعون، الخامس والأربعون، السابع والأربعون، التاسع والأربعون، هذا في حين تتشتت إجابات الإناث في هذه البنود بين بدائل الإجابات الثلاث دائما واحيانا وابدا.

إجمالي نتيجة الفرضية الرئيسية الثانية:

- اعتمادا على نتائج الفرضيات الجزئية الفرقية الأربعة والتي تأكد تحققها وفقا لما أفرزته نتائج دراسة البنود. نستنتج ان الفرضية الرئيسية الفرقية الثانية والتي مفادها: يوجد اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس في استجابة البرامج الصحية المعتمدة في الجزائر للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05 محققة وكانت الفروق لصالح الذكور.

مناقشة عامة:

بناءً على النتائج المتوصل إليها من خلال مناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات والدراسات السابقة تم التوصل إلى النتائج العامة التالية:

– أن البرامج الصحية المعتمدة تستجيب للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري بصورة جزئية (نسبية)، وذلك اعتبارا من كونها تستجيب لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة، ناهيك عن استجابتها للمتابعة الصحية لها، غير أنها تستجيب نسبيا لخدمات تنظيم الأسرة، كما أنها تستجيب نسبيا لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية للمرأة دائما.

– كما أثبتت الدراسة وجود اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس لصالح الذكور في استجابة البرامج الصحية المعتمدة في الجزائر للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05 في جميع مؤشرات تنمية الصحة الإنجابية في البرامج الصحية، وذلك في كل من مؤشر التثقيف الصحي للمرأة المتابعة الصحية خدمات تنظيم الأسرة ومؤشر الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.

الخاتمة العامة

الخاتمة:

لما كانت المنظومة الصحية واحدة من أهم المنظومات التي تقوم عليها المجتمعات ويستند عليها استمرارها، باعتبار أن التنمية في جميع مجالاتها تتطلب فردا يتمتع بصحة متكاملة الجوانب كان موضوع البرامج الصحية والصحة الإنجابية واحد من المواضيع التي اهتمت بدراستها العديد من التخصصات، وتأتي دراستنا هذه في إطار تخصص علم الاجتماع والتنمية محاولة القاء الضوء على موضوع البرامج الصحية ودورها في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري، ذلك أن البرامج الصحية تعد من الأساسيات التي يقوم عليها قطاع الصحة والأنظمة الصحية والسياسة الصحية عموما، وهي تعكس الأهداف التي يتبناها مخططي تلك البرامج خدمة للصالح العام ونهوضا بقطاع الصحة تحديدا وتحقيقا للتنمية المجتمعية المستدامة.

وعليه وحتى تؤدي البرامج الصحية الغرض منها وتواكب التطور المشهود على المستوى العالمي يجب أن يراعي في صياغتها تشبعها بالمحتويات التي تحقق الأهداف بما يتلاءم مع متطلبات القطاع الصحي خاصة في جزئه المتصل بالصحة الإنجابية ويتماشى مع تطلعات الوصاية وحاجات المجتمع الأمر الذي يلزم المخططين بضرورة إرساء إجراءات يمكن تفعيلها ميدانيا وتراعي كل ظروف وحالات ومتطلبات المرضى وهم في الدراسة الحالية النساء عموما والمنجبات منهن خصوصا سواء قبل الحمل أو اثناء الحمل او بعد الحمل، الأمر الذي يفرض ضرورة قيام البرامج الصحية على ما يدعم إجراء التثقيف الصحي الذي يهدف إلى توعية وتحسيس النساء الحوامل بواقع الحمل وخصوصياته، ناهيك عن إجراء المتابعة الصحية التي تضمن سلامة النساء الحوامل وتجنبهن أي مضايقات صحية طارئة،كما إجراء تنظيم الاسرة الذي له دور كبير في التأثير على الحالة الصحية والاقتصادية والأسرية للمرأة، دون ان ننسى الإطار المتخصص اليد الفاعلة والمطبقة لإجراءات البرامج الصحية المعتمدة في جانبها الموجه للصحة الإنجابية ودونه تبقى باقي الإجراءات حبرا على ورق.

إن الدراسة الحالية توصلت إلى نتائج عامة أن البرامج الصحية المعتمدة تستجيب للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري بصورة جزئية (نسبية)، وذلك اعتبارا من كونها تستجيب لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة، ناهيك عن استجابتها للمتابعة الصحية لها، غير أنها تستجيب نسبيا لخدمات تنظيم الأسرة كما أنها تستجيب نسبيا لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية للمرأة دائما.

إضافة إلى توصل الدراسة إلى نتيجة وجود اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس لصالح الذكور في استجابة البرامج الصحية المعتمدة في الجزائر للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05، في جميع مؤشرات تنمية الصحة الإنجابية في البرامج الصحية وذلك في كل من مؤشر التثقيف الصحي للمرأة المتابعة الصحية خدمات تنظيم الأسرة ومؤشر الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.

إن الصحة الإنجابية للمرأة تقوم وبشكل كبير جدا على مدى فعالية البرامج الصحية المطبقة في المؤسسة الاستشفائية بكل أبعادها السابق ذكرها (التثقيف الصحي، المتابعة الصحية، تنظيم الأسرة والإطار المتخصص)، حيث أن كل بعد من هذه الأبعاد له تأثيره الخاص على الصحة الإنجابية، وهو ما يفرض مراعاة تشبع البرامج الصحية بما يخدم تلك الإجراءات المذكورة ليس فقط للمرأة وإنما للرجل والأطفال، إنها إجراءات نرى أن لها دورا مهما في تحقيق تنمية في الصحة الإنجابية دون ان نغفل وجود عوامل اخرى يمكن لها ان تؤثر فيها، لذا يجب العمل على ضرورة توفير كل الوسائل والأساليب والاجراءات والاستراتيجيات التي تعمل على ضمان سلامة الصحة الإنجابية للمرأة، وإن كانت الصحة الإنجابية تفرض سلامة الرجل والمرأة كشريكين فاعلين فيها.

- **التوصيات والإقتراحات:** على ضوء ما توصلت إليه الدراسة من نتائج يمكننا أن ندرج مجموعة من التوصيات والاقتراحات نجملها فيما يلي:

1. باعتبار التحقق النسبي للفرضين الجزئيين الثالث والرابع في الفرض الرئيس الأول فإننا نرى بضرورة العمل على تشبع البرامج الصحية الموجهة للصحة الإنجابية بالإجراءات (المؤشرات) التي من شأنها أن تعمل على تحقيق تنمية في الصحة الإنجابية.
2. إن الدراسة الراهنة ترتكز على دراسة البرامج الصحية في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة ومنه فإننا نرى بضرورة توسيع مجال عملها ليشمل الرجال باعتبارهم شريك أساسي في الصحة الإنجابية وتسهيل عملية استفادتهم من خدماتها.
3. رغم الجهود الجبارة التي تبذلها الوصاية والتي لمسناها في دراستنا فإننا ندعو إلى زيادة العمل على تحسين النظام الخدماتي في مجال الصحة عموما والصحة الإنجابية تحديدا.

4. زيادة الإعلام بالخدمات الصحية التي توفرها المؤسسات العمومية المتخصصة في الصحة الإنجابية وتنويع الطرق المحققة لهذا الهدف بما يضمن وصول الفكرة إلى المستفيدين المعنيين بالخدمة.
5. إن الكادر الطبي هو اليد الفاعلة في المؤسسات الاستشفائية المتخصصة في الصحة الإنجابية وباعتبار التطور المستمر المتسارع الوتيرة الذي يمس الجانب الطبي وفي شقة المتعلقة بالصحة الإنجابية فإننا ندعو للعمل على زيادة استفادة الكادر الطبي والمتخصص في الرعاية الصحية من التكوينات والتدريبات التي تزيد في كفاءته وترفع من مهاراته.
6. لقد كشف الدراسة الحالية عن غياب في بعض الخدمات النوعية التي تطلبها زبونات يعانين من العقم ويرغبن في الاستفادة من إجراءات بعينها وهو أمر نراه مهما ويفرضه الواقع الاجتماعي ومنه فإننا ندعو إلى ضرورة تفعيله وتوفير الكادر المتخصص فيه.
7. دعم و تطوير البحوث والدراسات حول موضوع البرامج الصحية والصحة الإنجابية و الإستفادة من نتائجها نظرا لأهميتها وندرة أبحاثها.
8. قد تكون نتائج هذه الدراسة منطلقا لإجراء دراسات أخرى بنفس الموضوع للكشف عن واقع هذا الموضوع لدى عينات أخرى بسمات مختلفة وولايات أخرى، وذلك خدمة للصالح العام كما يمكن ربط الموضوع بمتغيرات أخرى تثيره من جوانب مختلفة.

قائمة المصادر والمراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

- **المعاجم والموسوعات**

- بريسا، رولان، (2007)، **معجم علم السكان**، مطبوعات مركز البحوث والدراسات الاجتماعية القاهرة.
- بولطمين، جودي الأخضر(1987)، **لمحات من ثورة الجزائر**، الجزائر: المؤسسة الوطنية للكتاب.
- جان لابانش، ووج ب بونتاليس، (1985)، **معجم مصطلحات التحليل النفسي**، ت مصطفى حجازي، بيروت: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- سروجي، محمود، عبود، مصطفى، حسن، إبراهيم، (2006)، **موسوعة الأم والطفل**، القاهرة: عالم الكتب للنشر والتوزيع والطباعة.
- شاعر، عبد المجيد وآخرون، (2000)، **الموسوعة الصحية الشاملة الطب**: الأردن دار اليازوري العلمية.
- عزار، سمير، (2005)، **الموسوعة الصحية الشاملة الطب**، ج6، لبنان: دار نوبليس.
- مجمع اللغة العربية(1989)، **المعجم الوجيز**، القاهرة: دار النشر للطبع والنشر.
- مزاهرة، أيمن، (2002)، **موسوعة رعاية الامومة والطفولة**، عمان، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- مصباح، عامر، (2005)، **معجم مفاهيم العلوم السياسية والعلاقات الدولية**، الجزائر: المكتبة الجزائرية.

الكتب

- أبو السرور،جمال، (2005)، **نحو القضاء على ختان الاناث "اسئلة واستفسارات علماء الدين الاسلامي وإجابات عنها"**، مصر: طبعة اليونيسف.
- أحمد، عبد المنعم، والسيد، منى،(2008)، **مراقبة الأمهات في بعض الدول العربية**، القاهرة: معهد البحوث والدراسات البيئية.

- أحمدي، طلال عايد، وعوض،محمد عثمان، (2004)، **دراسة الأمراض الشائعة في مجال الرعاية الصحية الاولية**، بمدينة الرياض: مدخل لتنمية القوى البشرية، الرياض: معهد الإدارة مركز البحوث.

- أرلوند، هايد نهايمر، وهيلكو، هيو، وتيش أدامز كارولين، (1999)، **السياسات العامة المقارنة: السياسات الخيار الاجتماعي في امريكا وأوروبا واليابان**، ت أمل الشرقي، الأردن: الاهلية للنشر والتوزيع.

- استرلين، ريتشارد، (1985)، الخصوبة **التنمية، السكان والتنمية في الشرق الأوسط** الأمم المتحدة: اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب اسيا.

- بار، محمد علي، (1983)، **خلق الإنسان بين الطب والدين**، السعودية: دار السعودية السعودية.

- بدح، أحمد محمد، ومزاهرة، أيمن سليمان، بدران، زين حسن، (2009)، **الثقافة الصحية**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- بوحوش، عمار، والذنيبات، محمد، (2005)، **مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث**، الجائر: ديوان المطبوعات الجامعية.

- بوعوانه، عبد المهدي، (2004)، **إدارة الخدمات والمؤسسات الصحية**، عمان: دار حامد.

- تير، مصطفى عمر، (1995)، **مقدمة في مبادئ وأسس البحث الإجتماعي**، ليبيا: منشورات الجامعة المفتوحة.

- تيغزة، أمحمد بوزيان، (2012)، **التحليل العاملي الاستكشافي والوكيدي**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- حاروش، نور الدين، (2008)، إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية، الجزائر: دار كتامة.

- حسن، احسان محمد (2008)، **علم الاجتماع الطبي دراسة تحليلية في طب المجتمع**، الأردن: دار وائل للنشر.

- حسينية، سليم، (1998)، **تنظيم الأسرة فكرا واقعا وطموحا**، دمشق: منشورات وزارة الثقافة.

- الخولى، هشام، عبد الرحمن، (2007)، دراسة في علم النفس والصحة النفسية، مصر: دار الوفاء لدنيا الطباعة والنشر.

- الخياط، محمد ماجد، (2010)، **أسياسيات القياس القياس والتقويم في التربية**، الأردن: دار الراية للنشر والتوزيع.

- دردیش، أحمد، (د س) **الرعاية الصحية للأمهات في الجزائر**، البليدة: جامعة سعد دحلب.

- الدمرداش، طلعت إبراهيم(2000)، **اقتصاديات الخدمات الصحية**، مصر: مكتبة المدينة.

- دياب، صلاح محمد، (2009)، **إدارة خدمات الرعاية الصحية**، عمان:دار الفكر ناشرون وموزعون.

- ديب، حيان، لخضر، محمد، (2021)، **تحليل البيانات**، الجمهورية العربية السورية: من منشورات الجامعة الافتراضية السورية.

- ديدان، مولود، (2008)، **قانون الصحة**، الجزائر: دار بلقيس.

- ديفيكين، بستو، (1985)، **صحة الاطفال**، الاتحاد السوفياتي موسكو: دار مير للطباعة والنشر.

- رشوان، حسين عبد الحميد أحمد، (2009)، **التنمية**، مصر: دار المسيرة لنشر والتوزيع.

- رضا، حبيب، (2018-2019)، **تمريض الأمومة وصحة المرأة "نظري وسائل منع الحمل" جامعة حماة**، كلية التمريض، السنة الثالثة المادة.

- رضا، وفاء، (2005)، **الرضاعة لطفلك**، عمان: مكتبة المجتمع العربي للنشر.

- رقبان، نعمة مصطفى، (2004)، **نمو ورعاية الطفل بين النظرية والتطبيق**، الإسكندرية: مكتبة شبان المعرفة للطبع والنشر والتوزيع.

- رويحة، أمين، (1974)، **المرأة في سن الاخصاب وسن اليأس**، بيروت: دار القلم.

- رويحة، أمين، (1974)، **ولدى في حالة الصحة والمرض**، بيروت: دار العالم.

- زغبي، أحمد محمد، (2001)، **علم النفس النمو الطفولة والمراهقة الأسس النظرية، المشكلات وسبل معالجتها**، الأردن: دار الطبع.

- زيادة، أحمد، عبد الرحيم، (2012)، **علم الصحة المجتمعية** عمان: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

- زين، بدران، ومزاهرة، أيمن سليمان، (2008)، **رعاية الأم والطفل**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.

- ساكري، كوربيا، (د، س)، **اهمية الرعاية:** الكافية للأطفال والمجتمع.

- سبعي، عدنان، (1980)، **سيكولوجية الامومة ومسؤولية الحمل**، بيروت: الشركة المتحدة للتوزيع بيروت الجزء الأول.

- سرية، عصام نور، (2002)، **سيكولوجية الامومة والطفولة**، الاسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة.

- سعد، أشرف، (2017)، **الرعاية التوليدية الأساسية ورعاية حديثي الولادة، دليل عملي للقابلات والاطباء المدربين في مجال التوليد والعاملين بالرعاية الصحية ممن يتعاملون مع حالات الطوارئ التوليدية**، منظمة أطباء بلا حدود.

- سعيد أوكيل وآخرون، (1994)، **استقلالية المؤسسات العمومية الاقتصادية تسيير واتخاذ القرارات في إطار المنظور النظامي-بعض النتائج الأولية-**، معهد العلوم الاقتصادية: الجزائر.

- سيد، باهي فؤاد، (2008)، **الاسس النفسية لنمو من الطفولة إلى الشيخوخة**، القاهرة: دار الفكر العربي.

- سيد، رمضان، والصديقي سلوى عثمان (2004)، **مداخل نظرية وعمليات تطبيقية**، مصر: دار المعرفة الجامعية.

- سيد، عبد الحميد عطية، (2001)، **التشريعات ومجالات الخدمة الاجتماعية**، مصر: المكتب الجامعي الحديث.

- سيد، الحسني، (1980)، **التنمية والتخلف**، دراسات استراتيجية بنائية، مصر: دار المعارف

- شحاتة، محمد، ربيع، (2009)، **قياس الشخصية**، الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- شعبان، زكي، وإسماعيل، صبري، ومجدي ابراهيم، (2008)، **رعاية الأم العناية بالطفل في الصحة والمرض**، القاهرة: مكتبة النهضة المصرية.

- شفيق، محمد، (1994)، **التنمية الاجتماعية**، دراسات في قضايا التنمية ومشكلات المجتمع، الاسكندرية: المكتب الجامعي.

- شكري، علياء، (1988)، **المرأة في الريف والحضر دراسة كيانها في العمل والأسرة**، الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- صالح، أسماء محمد، (2008)، **علم الاجتماع الطبي**، الأردن: دار الجنادرية للنشر والتوزيع.

- صلاحي، أحمد، عبد القهار وآخرون، (دس)، **دليل العاملين الصحيين حول الصحة والسكان**، اليمن: دار المجلد للطباعة والنشر.

- صواف، منى، والحلبى، قتيبة، (2003)، **الصحة النفسية للمرأة العربية**، القاهرة: دار طيبة.

- ضمور، هاني حامد، (2005)، **تسويق الخدمات**، الأردن: دار وائل للنشر،

- عباس، محمد معتز، وشيخه، علا محسن، وتوفيق، أسماء عبد الرحمن ، (2014)، **دليل العاملين في البرنامج الموضع للتحصين، وزارة الصحة، دائرة الصحة العامة، قسم الرعاية الصحية الاولية**، شعبة التحصين: وزارة الصحة العراقية.

- عبد العزيز، مها، (2005)، **مشاكل الطفل الطبية والصحية والتربوية**، بيروت مؤسسة شباب الجامعة.

- عبد المحي، محمود، وصالح حسن، (2003)، **الصحة العامة بين البعدين الاجتماعي والثقافي** الإسكندرية: دار المعرفة الجامعية.

- عبيدات، ذوفان، وعدس، عبد الرحمن، وكايد عبد الحق، (2001)، **البحث العلمي: مفهومه، أدواته، أساليبه**، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر والتوزيع.

- عرفات، محمود، (2006)، **أمراض الطفولة وكيفية العناية بالأطفال**، بيروت، دار يافا العلمية.

- عزة، سعيد حسن، (2004)، **تمريض الصحة النفسية**، الأردن: دار النشر والتوزيع.

- عظمة، وحيدة، (1990)، **الإعلام ودوره في الاستفادة من التقدم العلمي والتقني في مجال تنظيم الأسرة في المنطقة العربية في:** مستقبل الأسرة في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، تونس: سلسلة علم النفس.

- عليان، ربحي مصطفى، وغنيم، عثمان محمد، (2000)، **مناهج وأساليب البحث –النظرية والتطبيق–**، عمان: دار صفاء للنشر.

- عوض، مصطفى ابراهيم وآخرون، (2005)، **الانثروبولوجيا الطبية**، الازارطية: دار المرفه الجامعية.

- غربي، علي، وقيرة اسماعيل، وسلاطنية بلقاسم، (2002)، **تنمية الموارد البشرية**، الجزائر: دار الهدى للطباعة والنشر.

- فاعور، علي، (2014)، **آفاق التحضر العربي، نمو المدن والعواصم الكبرى التنمية الحضرية والسكن العشوائي ما بعد القاهرة وكوبنهاغن واسطنبول**، لبنان: دار النهضة العربية.

- فضة، وقزازة، والعجلوني، (2002)، **العناية التمريضية السريرية أمراض النساء والتوليد**، عمان: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.

- فهمي، سيد، محمد، (1998)، **الرعاية الاجتماعية والأمن الاجتماعي**، الاسكندرية: المكتب والأمن الاجتماعي والمكتب الجامعي الحديث.

- قطاس، دار شري، (2003)، **الغذاء وتغذية الطفل**، لبنان: شركة المطبوعات للتوزيع والنشر.

- قمش، مصطفى، والمعايطة، خليل، ومخامرة سحر، (2000)، **مبادئ الصحة العامة**، عمان: دار الفكر للطباعة والنشر.

- كريمان، بدير، (2004)، **الطفل من الجنين إلى عامين**، القاهرة: عالم الكتب للطباعة والنشر.

- كيلاني، فاتن بوعيشي، (2011)، **الفحوصات الطبية للزوجين قبل إبرام عقد الزواج أسانيدها ومقاصدها دراسة مقارنة**، الأردن: دار النفائس للنشر والتوزيع.

- مخيمرّ، عبد العزيز، والطعامنة، محمد، (2003)، **الاتجاهات الحديثة في إدارة المستشفيات المفاهيم والتطبيقات والبحوث** مصر: دراسات المنظمة العربية للتنمية الإدارية مصر.

- مرسي، محمد عرب، (1975)، **لمحات عن التراث الطبي العربي**، مصر: منشأة الناشر المعارف الاسكندرية.

- مزاهره، أيمن، والضفدي، عصام حمدي، وأبو حسين، ليلى، (2003)، **علم اجتماع الصحة**، الاردن: دار اليازوري العلمية.

- معويش، العربي، (د، س)، **لا بديل عن لبن الأم**، الجزائر: دار الهدى.

- موريس، أنجرس، (2006)، **منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية**، ت: بوزيد صحراوي وآخرون، الجزائر: دار القصبة للنشر.

- نجار، فريد، (2007)، ادارة **المستشفيات وشركات الأدوية**، مصر: الدار الجامعية.

- نصيرات، فريد توفيق، (2008)، **ادارة منظمات الرعاية الصحية**، عمان: دار المسيرة للنشر والتوزيع.

- نماس، أحمد فايز، (2000)، **الخدمة الاجتماعية الطبية**، لبنان: دار النهضة العربية.

- نوزت، سعيد حافظ، (2000)، **رعاية الأم والطفل ابتداء من الحمل وأثناء الوضع وطيلة الطفولة الأولى**، سوريا: المكتبة المركزية الجامعة الإسلامية.

- هاريسون، تينسلي راندولف (1996)، **مبادئ الطب الباطني**، دمشق: مكتبة دار المعلقة الجامعية.

- يوسف، ردينة، عثمان، (2008)، **التسويق الصحي والاجتماعي** الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.

- **المجلات العلمية:**

- أبو الحمائل وآخرون، (2010)، فعالية برنامج مقترح التنمية والواعي بالصحة الإنجابية لدى طلاب جامعة الملك عبد العزيز، **مجلة مستقبل التربية العربية** 17 (67): 235-336، تم الاطلاع بتاريخ 2019 /8/11.

https://spu. Sharjah.ac.ae/index.php/HSS/article/view/2980

- ايكوفان، شفيق، (2016)، سيكولوجية الترفيه والصحة النفسية للطفل، **مجلة البحوث والدراسات الإنسانية**، جامعة ميلود معمري، الجزائر، (13): 85-104.

- بامي، جمال، (فيفري، 2017)، من اعلام الطب في الغرب الإسلامي، طبيب العيون محمد بن أسلم الغافقي، الرابطة المحمدية للعلماء، **مجلة الصحية المغربية**، (16): 64-65.

- بديسي، فهيمة، زويوش، بلال، (2011)، جودة الخدمات الصحية، الخصائص، الأبعاد والمؤشرات، **مجلة الاقتصاد والمجتمع**، جامعة منتوري قسنطينة، (7): 135 -156.

- بشيشي، وليد، ومجلخ، سليم، وعلي، خالد، (جوان، 2021)، أثر تكنولوجيا إدارة الجودة الشاملة في الجامعة الجزائرية الثقافة التنظيمية كمتغير وسيط، **مجلة إدارة الأعمال والدراسات الاقتصادية**، 7(01): 590-607.

- بغدادي، محمد رضا (2008)، محو الأمية الإنجابية لتنمية الأبعاد المتضمنة لدى ريفيات بعض قرى قرى صعيد مصر، جامعة الفيوم،**مجلة كلية التربية** (8)1-42: تم الاطلاع بتاريخ 2019/8/11،

https://library1 ، kuniv ، edu ،AP/

- بوشلاغم، عميروش، وشرفي منصف، (ديسمبر، 2017)، واقع افاق المنظومة الصحية في الجزائر، كلية العلوم الاقتصادية والاجتماعية وعلوم التسيير، جامعة عبد الحميد مهري قسنطينة 2، **مجلة دراسات اقتصادية**، 4(3): 10-30.

- بومعراف، إلياس، وعماري، كمال، (2009-2010)، **من أجل التنمية مستدامة، مجلة الباحث**، جامعة سطيف، الجزائر، (7): 27-42.

- تركي، جمال، (2006)، **الاضطرابات النفسية المصاحبة للدورة الشهرية**، ت. سليمان جار الله، **مجلة الالكترونية لشبكة العلوم النفسية**، 3(10-11): 14-30.

- حاج، عرابة، (2010)، **إزدواجية السلطة في المستشفيات المفهوم والإشكالية جامعة قاصدي مرباح**، أكاديمية محكمة سنوية، **مجلة الباحث**، (7): 239-243.

- حاروش، نورالدين، (جوان، 2015)، **حق المواطن الجزائري في الصحة، بين النصوص والواقع، مجلة الاجتهاد للدراسات القانونية والاقتصادية**، المركز الجامعي لتامنغست- الجزائر، سلسلة محكمة، جامعة الجزائر، 03(8): 122-124.

- حاروش، نور الدين، (ماي، 2009)، السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات والواقع، مجلة دراسات إستراتيجية، **مجلة فصلية**، دار الخلدونية للنشر،الجزائر، 43:7-68.

- حسن، صباح علي، والفتلاوي، حسين، جعار ناصر، (ديسمبر، 2010)، واقع الخدمات الصحية في مدينة السماوة وكفاءة توزيع مؤسساته، **مجلة البحوث الجغرافية**، (14): 173-194.

- حمايزية، لامية، وعبود، زرقين، (ديسمبر، 2015)، التنمية الصحية المستدامة ونتائجها على المورد البشري، دراسة مقارنة الجزائر، تونس المغرب، **مجلة رؤى اقتصادية**، جامعة الشهيد حمة لخضر الوادي، الجزائر، (9): 254 -273.

- حمودي، أسامة، (أوت، 2008)، الصحة الإنجابية في الفقه الإسلامي دراسة مقارنة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية قسم الفقه الإسلامي ومذاهبه، كلية الشريعة جامعة دمشق، 24 (2): 497-524، تم الاطلاع يوم 2019/8/11.

http://koha.birzeit.edu/cgi-bin/koha/opac-detail.pl؟ biblionumber=288161.

- خاجة، مي عبد الواحد، (ديسمبر، 2018)، الإعلام الصحي في دولة الإمارات من المنظورين الاكاديمي والطبي دراسة أنشطة ميدانية، **مجلة جامعة الشارقة للعلوم الإنسانية والاجتماعية**، 15(2): 98 -133.

- خوالدة، أحمد، وعبود، أحمد هاني، محمد، (أفريل، 2018)، نمط التوزيع المكاني لمراكز الاستيطان البشرية في محافظة عجلون لعام 2015، **مجلة كلية الآداب**، جامعة القاهرة، 78 (3): 352-375.

- خوجة، صديق خالد، (ديسمبر، 2018)، تنظيم الأسرة في الجزائر، دراسة سوسيوغرافية بمدينة وهران (الجزائر)، **مجلة العلوم الاجتماعية**، 4(8):146-159.

- دبون، عبد القادر، (2012)، دور التحسين المستمر في تفعيل جودة الخدمات الصحية حالة المؤسسة الاستشفائية محمد بوضياف، **ورقلة، مجلة الباحث**، ورقلة، (11): 215-224.

- دردیش، أحمد، والعفريت، مسعودة، (ديسمبر، 2016)، ماهية الصحة الإنجابية والعوامل المحددة لها، **مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية**، جامعة البليدة الجزائر، (16): 3-19.

- دردیش، أحمد، (2014)، أثر العوامل الاقتصادية على الرعاية الصحية للمرأة في الجزائر، **مجلة دراسات نفسية** وتربوية: 199-223.

- رضوان، فاطمة عشري، حسن محمد، (ديسمبر، 2018)، الخصائص السيكومترية لمقياس أساليب المعاملة الوالدية كما يدركها الأبناء من خلال المرحلة الاعدادية والثانوية، **مجلة القيوم للعلوم التربوية والنفسية**، 4(8): 1031-1055.

- روبحي، نور الهدى، (2017)، المؤسسات الإستشفائية الخاصة في الجزائر، **مجلة متون**، كلية الحقوق، جامعة الجزائر 1، 103-115.

- الزردموني، ريم، علي محمود، (ديسمبر، 2018)، مساهمة العوامل البيئية في حدوث امراض الجهاز التنفسي، **مجلة الإتحاد العربي للتنمية المستدامة**، 1(4): 1-26، تم الاطلاع بتاريخ 2019/9/22

https: //www.merefa2000.com/2022/04/pdf_27.html؟m=1.

- شاعر، ناصر الدين، (جوان، 2005)، قضايا الصحة الإنجابية من منظور إسلامي، **مجلة جامعة النجاح للأبحاث العلوم الإنسانية**، 19 (3): 518-557.

- شوشان، عمار، وبلخيري، سليمة، قاسمي، وفاء، (2020)، دور الرعاية الصحية في تحقيق الرضا لدى المرضى المقيمين بالمستشفى دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بولاية تبسة، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، 12(02): 407-420.

- لعباس، بلقاسم (جويلية، 2004)، التصحيح الهيكلي، سلسة دورية تعنى بقضايا التنمية في الاقطار العربية، (31): 2-24.

- عبد السلام، أسماء، (جويلية، 2008)، كيف تؤثر نوعية الخدمات الصحية وجودتها في مجال تنظيم الأسرة في استخدام السيدات السوريات لموانع الحمل، **مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية**، 25(2): 11-28.

- عبد السلام، أسماء، (أفريل، 2007)، النفاس الفترة المهملة في دورة الحمل والولادة -دراسة في دمشق وريفها-، **مجلة جامعة دمشق للعلوم الصحية**، 24(1): 61-74.

- عبد المنعم، أحمد، وآخرون(2010)، مؤشرات الصحة الإنجابية في بعض بلدان العربية، مجلة صحة الاسرة العربية والسكان، دورية علمية متخصصة محكمة تصدر عن جامعة الدول العربية القاهرة، 2(6):89-106.

- عبد النبي، مرام، أحمد محمد، (أكتوبر/ديسمبر، 2021)، التماس الجمهور المصري للمعلومات حول القضايا الصحية من البرامج الطبية الحوارية وعلاقته بمستوى الوعي لديه:دراسة ميدانية، **المجلة العربية لبحوث الاعلام والاتصال**، (35): 134-185.

- عدوى، ممدوح حسن، (2015)، الاضطرابات النفسية للمرأة بعد الولادة واثرها على الجريمة والعقاب في التشريع الجزائي الاردني"دراسة تحليلية"، **مجلة دراسات علوم الشريعة والقانون**، 42 (2): 695-709.

- غرايبية، فضيلة (د س)، إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر -تحديات وانجازات-، **مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية**، جامعة عنابة، الجزائر، (11): 239-252.

- غنو، أمال، (مارس، 2022)، التنمية الصحية المستدامة في الجزائر وفرص المضي قدما نحو 2030، **مجلة القانون الدستوري والمؤسسات السياسية**، جامعة وهران، الجزائر، 05(2):100-124.

- فاتح، محمد عثمان مختار، (سبتمبر، 2013)، اقتصاديات خدمات الرعاية الصحية في الدول النامية واثرها على التنمية، امارابك: **مجلة علمية محكمة تصدر عن الأكاديمية الأمريكية العربية للعلوم والتكنولوجيا**، 4(10): 121-138.

- قندلي، رمضان، (جانفي، 2012)، الحق في الصحة في القانون الجزائري دراسة تحليلية مقارنة، **مجلة دفاتر السياسة والقانون**، جامعة بشار، الجزائر، (6): 217-247،

- قوندي، سميرة، (جانفي،2024)، قراءة سوسيولوجية لمعدلات وفيات الأمهات والأطفال الرضع في الجزائر، **مجلة دراسات إنسانية واجتماعية**، جامعة وهران 02، الجزائر، 13(01):391-412.

- كرمين، سميرة، (ديسمبر، 2021)، تقييم فعالية نتائج السياسة الصحية في الجزائر- دراسة تحليلية-، **مجلة البحوث و الدراسات التجارية**، جامعة مسكر، الجزائر، 5(2): 61-79.

- لزغد، راضية، وبوخالفة رفيقة، (جوان، 2019)، واقع الصحة الإنجابية للمرأة الجزائرية، دراسة ميدانية على عينة من المريضات بعدة مستشفيات جزائرية، **مجلة الميدان الدراسات الرياضية والاجتماعية والإنسانية**، 2(7): 380-389.

- معاش، فيصل، (ديسمبر، 2020)، وفيات الأمهات في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية وخطة التنمية المستدامة لعام 2030، **مجلة آفاق لعلم الإجتماع**، 10(2): 14-31.

- مجلس الأمة، (2004)، **برنامج الحكومة أمام مجلس الأمة، مجلة الفكر البرلماني**، الصادرة بالجزائر، (06): 65-67.

- محمد، كمال، السيد يوسف، (جانفي، 2006)، مزايا وفوائد الرضاعة الطبيعية، **مجلة اسيوط للدراسات البيئية**، (30): 1-14.

- محمود، حبيب، باسل، أنور اسعد، (سيتمبر، 2014)، قياس مستوى جودة الخدمات الصحية المقدمة في المراكز الصحية في محافظة اللاذقية من وجهة نظر المستفيدين منها " دراسة ميدانية لمركز اشراف الشامية "، **مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية**، سلسة العلوم الاقتصادية والقانونية، 36(5): 195-213.

- مصطفى، نسرين، (2011)، تقييم أداء السيدات حول تقنية الإرضاع الطبيعي قبل برنامج التثقيف الصحي وبعده، **مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية**، سلسلة العلوم الصحية، 33(3): 79-95.

- هندي، عبد المعين، سعد الدين، (2005)، دور التعليم في تنمية الوعي بالصحة الإنجابية لدى المرأة بصعيد مصر، دراسة ميدانية **المجلة التربوية**، (21): 227-282.

- ينون، آمال،(ديسمبر، 2017)، تحسين الصحة الإنجابية للمرأة ضمن الأهداف الإنمائية للألفية-المرأة الجزائرية نموذجا-، **مجلة دراسات**، جامعة محمد الصديق بن يحي جيجل، الجزائر :69-81.

- **المؤتمرات العلمية**

- جامعة الدول العربية، (2006)، ملخصات أوراق العمل للمؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة والسكان تحت شعار"صحة الاسرة العربية بين الواقع والتحديات، 13-16 ماي 2006، القاهرة، المجلد الأول.

- جندي، أمينة، (2003)، فعالية برنامج مقترح قائم على التعلم الذاتي لتنمية الوعي بالصحة الإنجابية وأبعادها لدى الطالبة المعلمة بكليات البنات، القاهرة، الجمعية المصرية للتربية العلمية، المؤتمر العلمي السابع نحو تربية علمية أفضل.

- رباجي، زهرة، (13-15 نوفمبر 2006)، إصلاح المستشفيات العمومية في الجزائر، مهمتها، تنظيمها من خلال مشروع الاصلاح بين الاهداف والوسائل، الملتقى الدولي الأول لاقتصاد الصحة، كلية الحقوق والعلوم الاقتصادية، جامعة بجاية.

- لموالدي، عواطف عطيل(2013-2014)، مداخلة بعنوان كرونولوجيا التنمية الصحية في المجتمع الجزائري في ضوء المواثيق الوطنية المخططات التنموية، قسم علم اجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الطارف.

- **الأطروحات والرسائل اللعلمية**

- أبو زنيد، محمد، محمود عيسى، 2007، **مفاهيم ومواقف طلاب جامعة النجاح الوطنية في مواضع الصحة الإنجابية**، رسالة منشورة لنيل شهادة الماجستير الصحة العامة بكلية الدراسات العليا في جامعة النجاح الوطنية نابلس: فلسطين.

- أبو كميل، ريا السيد محمد ،2011، **مستوى الوعي بمفاهيم الصحة الإنجابية لدى طلبة المرحلة الأساسية العليا في غزة، رسالة لنيل درجة الماجستير في المناهج وطرق تدريس العلوم**، كلية التربية، قسم المناهج وطرق تدريس العلوم، الجامعة الاسلامية: غزة.

- بن بعطوش، أحمد عبد الحكيم، (2013-2014)، **التخطيط العائلي وتأثيره على القيم الاجتماعية في الاسرة الريفية**، أطروحة دكتوراه علوم منشورة في علم الاجتماع العائلي، شعبة علم الاجتماع والديموغرافي قسم العلوم الاجتماعية كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية والعلوم الاسلامية، جامعة الحاج لخضر باتنة: الجزائر.

- بن زيطة، أحميدة، (2006-2007)، **الرعاية الصحية للفرد في الفقه الإسلامي** أطروحة دكتوراه، كلية العلوم الإسلامية، جامعة الجزائر: الجزائر.

- دمحان، علي محمد، (2016-2017)، **تقييم مدى فعالية الإنفاق العام على مستوى القطاع الصحي بالجزائر**، أطروحة دكتوراة في العلوم الاقتصادية، تخصص تسيير المالية العامة، كلية العلوم الاقتصادية وعلوم التسيير والعلوم التجارية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان: الجزائر.

- رحامنية، سعيدة، (2015-2016)، **واقع الخدمات الصحية في المدن الجزائرية -دراسة ميدانية لمدينة قسنطينة نموذجا-** أطروحة دكتوراه علوم في علم الاجتماع، تخصص حضري، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قسنطينة 02: الجزائر.

- سهاد محمد ميرغني، 2008، **الخصوبة والصحة الإنجابية بوحدة الريف الشمالي الإدارية محلية الخرطوم بحري في الفترة 1993-2006**، مذكرة منشورة لنيل شهادة الماجستير في الجغرافيا، كلية الدراسات العليا، قسم الجغرافيا، جامعة الخرطوم: السودان.

- عمودي، هالة، (2007)، **فعالية برنامج مقترح في التربية الصحية لتنمية التطور الصحي لدى تلميذات المرحلة المتوسطة بمدينة مكة المكرمة**، أطروحة دكتوراه، جامعة مكة المكرمة: السعودية.

- غرايبية، فضيلة، (2015-2016)، **دور الصحة في تنمية المجتمع قراءة سوسيولوجية لوضعية الصحة بمدينة تبسة**، أطروحة دكتوراه منشورة علوم في تنمية بشرية، قسم علم الاجتماع، كلية الآداب واللغات والعلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة باجي مختار-عنابة: الجزائر.

- محمداتني، شهرزاد، (2012-2013)، **التنمية المستدامة في المجال الصحي مقارنة سوسيولوجية لواقع وآفاق الرعاية الصحية في الجزائر دراسة ميدانية بولاية أدرار**، رسالة دكتوراه منشورة في علم الاجتماع التنمية، قسم علم الاجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة قسنطينة 02: الجزائر.

- مريزق، عدمان، (2007-2008)، **واقع جودة الخدامات في المؤسسات الصحية في الجزائر العاصمة**، أطروحة منشورة للحصول على شهادة دكتوراه في العلوم الاقتصادية والعلوم التجارية وعلوم التسيير، جامعة الجزائر 03: الجزائر.

- مزيوة، بلقاسم،(2008-2009)، **السلطة والرضا الوظيفي المؤسسة الاستشفائية المتخصصة عبد الله نواورية-البوني-نموذجا**، رسالة لنيل درجة الماجستير في علم الاجتماع تخصص تنمية وتسيير الموارد البشرية قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة 20 أوت 1955 سكيكدة: الجزائر

- وهواه، عياش، (2005-2006)، **التنمية والتحولات الصحية-الديموغرافية في الجزائر خلال الفترة من 1830 إلى 2002**، رسالة دكتوراة منشورة في علم الاجتماع، قسم علم الإجتماع، كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، جامعة الجزائر: الجزائر.

- **المنشورات والتقارير الدولية**

- إستراتيجية تنمية الطفولة المبكرة في الأردن، المجلس الوطني لشؤون الأسرة يونيسيف، الفريق الوطني لتنمية الطفولة المبكرة.

- برنامج الوطني لمكافحة وفيات الاطفال جوان، (1986)، وزارة الصحة العمومية بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة للطفولة "يونسيف"، المؤسسة الوطنية المطبعية وحدة الرغاية الجزائر.

- بن حليمة، حميدة، (2006)، الإصلاحات الإستشفائية في الجزائر: النظام التعاقدي، تقرير التربص الميداني، السنة الرابعة إدارة الصحة المدرسة الوطنية للإدارة.

- تغذية المرأة الحامل والمرضع وفي سن الأمان، (2010)، –معهد الابحاث التطبيقية– القدس أريج، الوكالة الاسبانية للتعاون الدولي.

- تقرير الاحصائي السنوي لواقع الطفل العربي، (2003)، المجلس العربي للطفولة والتنمية، دار نوبار للطباعة، مصر (8).

- تقرير الاستجابة العاجلة، (ديسمبر2012)، توفير رعاية التوليد في الحالات الطارئة ورعاية الأطفال الحديثي الولادة، نشرة مستكملة بتقييم تقني.

- تقرير الأولي الجامعة العربية، (1997)، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، الجزائر.

- تقرير الخاص بالصحة في العالم، (2000)، منظمة الصحة العالمية، تحسين اداء النظم الصحية.

- تقرير الرئيسي جامعة الدول العربية (1994)، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، الجزائر.

- تقرير السنوي لمفوضية الأمم المتحدة السامية لحقوق الإنسان(2011)، الأمم المتحدة الجمعية العامة، الممارسات المتبعة في اعتماد نهج قائم على حقوق الإنسان للقضاء على الوفيات والأمراض النفاسية التي يمكن الوقاية منها.

- تقرير اللجنة الوطنية للسكان الجزائر (2001)، وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية لآفاق 2010.

- تقرير المسح الجزائري حول صحة الأسرة، (2002)، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، الجامعة العربية.

- تقرير المؤتمر الدولي المعني بالتغذية، (1992)، –التغذية والتنمية –

- تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية، (5–13 سبتمبر 1994)، منشورات الأمم المتحدة، الأمم المتحدة نيويورك، القاهرة.

- تقرير المؤتمر العالمي الرابع (1995)، المعني بالمرأة بجين 4– 15 سبتمبر، 1996 منشور للأمم المتحدة، الامم المتحدة نيويورك.

- تقرير المؤتمر العالمي الرابع المعني بالمرأة بجين 4(– 15سبتمبر) 1995، منشور للأمم المتحدة، الامم المتحدة نيويورك 1996.

- تقرير الوطني الجزائرية الديمقراطية بيجين+15، (2009)، الوزارة المنتدبة بالأسرة وبقضايا المرأة، الجزائر.

- تقرير الوطني للسكان والتنمية في الجزائر (1998).

- تقرير حول تحليل الوضع الوطني، (2008–2011)، الحقوق الإنسانية للمرأة والمساواة على أساس النوع الاجتماعي برنامج ممول من قبل الاتحاد الأوربي الجزائر.

- تقرير مؤتمر الأمم المتحدة للبيئة والتنمية،(1992)، ريو دي جانيرو.

- تقرير ميثاق الصحة (1998)، الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة الصحة والسكان، (1998)، الجلسات الوطنية للصحة، قصر الأمم، الجزائر.

- جمعية التنمية الصحية والبيئية، (2005)، الحالة الصحية والخدمات الصحية في مصر، دراسة تحليلية للوضع الراهن رؤى مستقبلية مصر.

- خلاصة تقرير حول صحة الأم والطفل، (1997)، المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية، الدورة السابعة، الجزائر .

- ديوان الوطني للإحصائيات جامعة الدول العربية المشروع لصحة الأسرة (2008)، الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية لأفراد الأسرة العربية بين الواقع والتحديات.

- متلازمة نقص المناعة لمكتسب الإيدز التقرير الموجز (2002)، الامم المتحدة، السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس ونقص المناعة البشرية، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية شعبة السكان، نيويورك.

- مجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة(19/فبراير 2007)، نحو استراتيجية وطنية للطفولة، الجزائر.

- منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسف بالتعاون مع جامعة الأزهر، (2005)، الأطفال في الإسلام رعايتهم ونموهم وحمايتهم، دار الشروق، القاهرة.

- منظمة الأمم المتحدة للطفولة اليونيسف، (2/فبراير 2023)،برنامج الأمم المتحدة الإنمائي. صندوق الأمم المتحدة للسكان، مكتب الأمم المتحدة لخدمات المشاريع وبرنامج الأغذية العالمي، وهيئة الأمم المتحدة للمساواة بين الجنسين وتمكين المرأة.

- منظمة الأمم المتحدة للطفولة، (2008)، اليونيسف، حقائق الحياة، ط4، منشورات مكتب اليونيسف في لبنان، وزارة الصحة العامة، تغذية الرضع وصغار الاطفال، البطاقات الاستشارية، الجمهورية اللبنانية، اليونسيف.

- منظمة الصحة العالمية، (2004)، جمعية الصحة العالمية، السابعة والخمسون البناء 10-12 من جدول الأعمال المؤقت ج 13/58.

- منظمة الصحة العالمية، المكافحة الشاملة لسرطان عنق الرحم، دليل إلى الممارسات الاساسية، تحقيق التكامل بين الرعاية الصحية الخاصة بالصحة الجنسية والإنجانية وبين الأمراض المزمنة، سويسرا.

- نظر في التقارير المقدمة من الدول الاطراف بموجب المادة 44 من الاتفاقية، (21اكتوبر 2010)، اتفاقية حقوق الطفل، التقارير الدورية الرابعة للدول الأطراف المقرر تقديمها في عام 2008 للجنة حقوق الطفل، الامم المتحدة.

- وزارة التنمية بالتعاون الدولي، (2013)، المسح العنقودي متعدد المؤشرات ملخص لأهم النتائج2011-2012، المعهد الوطني للإحصاء منظمة الامم المتحدة للطفولة، يونسيف تونس.

- وزارة الصحة العامة والسكان، (2008)، دليل الرسائل الصحية الأساسية للمثقف المجتمعي، صنعاء.

- وزارة الصحة العامة، تغذية الرضع وصغار الأطفال، البطاقات الاستشارية، الجمهورية اللبنانية، اليونيسيف.

- وزارة الصحة، الرضاعة الطبيعية، المملكة العربية السعودية، الوكالة المساعدة للخدمات الطبية المساعدة، الادارة العامة للتغذية، برنامج تشجيع الرضاعة الطبيعية، الرياض.

- **القوانين**

- مرسوم التنفيذي رقم 07-140 مؤرخ في جمادى الأول عام 1423 هـ الموافق لـ 19 ماي 2007، يتضمن إنشاء المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية وتنظيمها وسيرها.

- مرسوم التنفيذي رقم 97-465-466- 467 المؤرخة في 02 ديسمبر 1997، المتعلقة بتجديد قواعد إنشاء الهياكل الصحية.

- قانون رقم 18-11، (02-07-2018)، المتعلق بالصحة، الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، العدد 46، الصادرة بتاريخ: 29 جويلية 2018.

المواقع الإلكترونية

- عوني عطا الله، (ماي 2015)، الولادة الطبيعية، صحيفة فلسطين أون لاين، غزة، تم استرجاعه بتاريخ 2021/8/17، متحصل عليه من الرابط:

https://felesteen ،ps/general/aboutus

- خلوي شمسية، (2014/11/02)، القطاع الصحي أيام الثورة التحريرية، تم استرجاعه بتاريخ 2021/09/16، على الرابط

https://www ،alukah ،ne

- غني علي ابراهيم، العبد، (2016/10/02)، التأمين الطبي-المشاكل والحلول تم استرجاعه بتاريخ 2021/05/17، على الربط :

https://m ،al-sharq ،com/tags/

- سليماني، وهيبة (2020/08/09)، جزائريات يؤجلن الحمل بسبب كورونا، تم استرجاعه بتاريخ 2021/05/16، على الرابط:

https://www ،echoroukonline ،com/

- أحمد زهراء، (2020/11/19)، الولادة آمنة، للقاحات أثناء الحمل وبعد الوضع، تم استرجاعه بتاريخ 2021/04/15، على الرابط :

https://www ، moh ، gov ، sa/HealthAwareness/Beforemarria

- رحومة، شيماء، (2021/05/23)، القابلة مهنة لإنقاذ الملايين من النساء تعاني التهميش، تم استرجاعه بتاريخ 2022/05/17،على الرابط:

https//: alarab ،co ،uk/

ثانيا: المراجع باللغة الأجنبية

- Beresniak A et Duru G, (1994), **Économie de la santé**, édition Masson, Pari.

- Helen ,Lebeck ,and Pollard , Eileen, and Joyce Hawkins (2000), **The Oxford English minidictionary**, Clarendon press, Oxford .

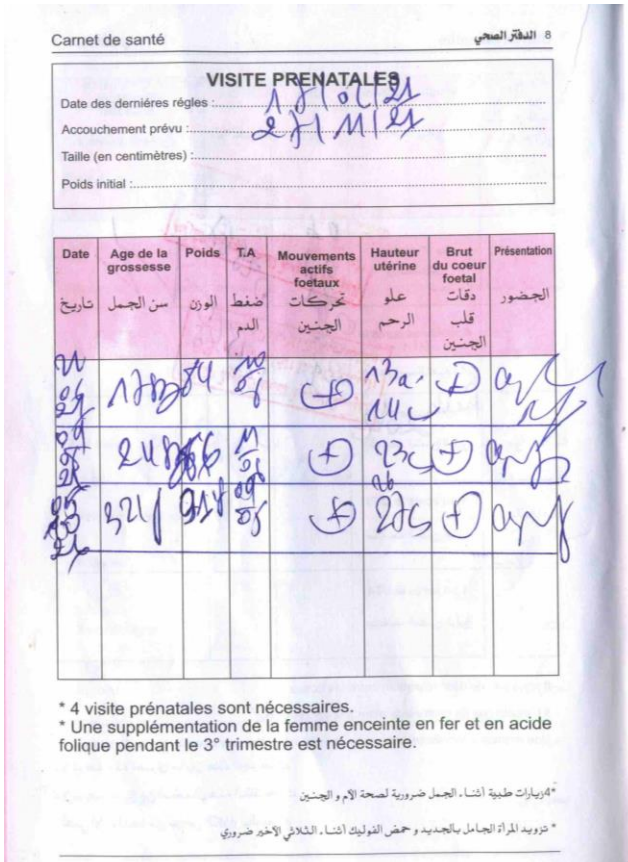
- Khaiti,mostapha, (1990), **Quelle santé pour les Algérienne**, **collections universitaire**, Édition Maghreb Alger.

- Les programme de Santé Maternelle et Infantile, (2001), Ministére de la Sante et de la Population.

- Lévy A: & Cazaban M (1996), **Santé publique**, Édition: Masson, Paris.

الملاحق

الملحق رقم 01: نموذج عن دفتر صحي وأهم التطعيمات



Carnet de santé — 8 الدفتر الصحي

VISITE PRENATALES

Date des derniéres régles : 18/10/21

Accouchement prévu : 27/M/22

Taille (en centimètres) :

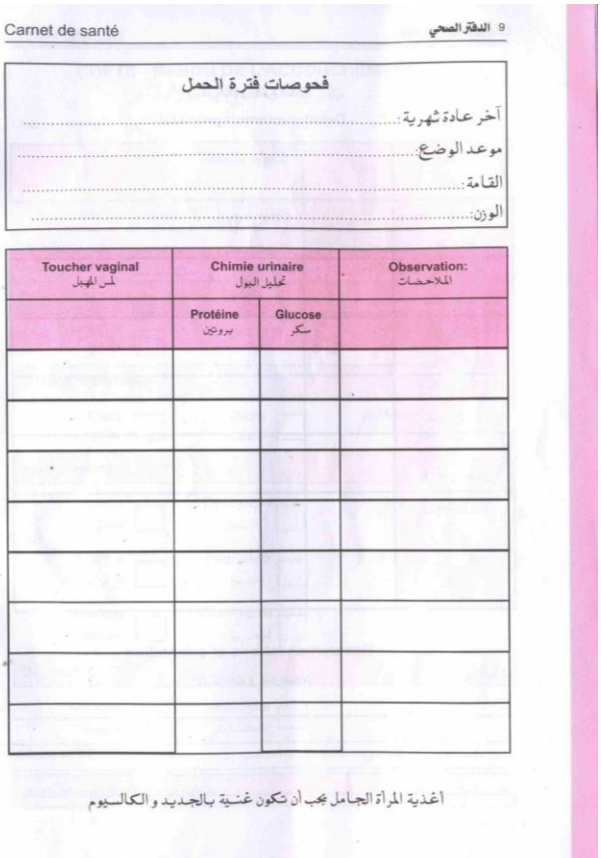
Poids initial :

Date تاريخ	Age de la grossesse سن الحمل	Poids الوزن	T.A ضغط الدم	Mouvements actifs foetaux تحركات الجنين	Hauteur utérine علو الرحم	Brut du coeur foetal دقات قلب الجنين	Présentation الجضور

* 4 visite prénatales sont nécessaires.
* Une supplémentation de la femme enceinte en fer et en acide folique pendant le 3° trimestre est nécessaire.

*4زيارات طبية أثنا. الحمل ضرورية لصحة الأم و الجنين

* تزويد المرأة الحامل بالحديد و حمض الفوليك أثنا. الثلاثي الأخير ضروري



Carnet de santé — 9 الدفتر الصحي

فحوصات فترة الحمل

آخر عادة شهرية:

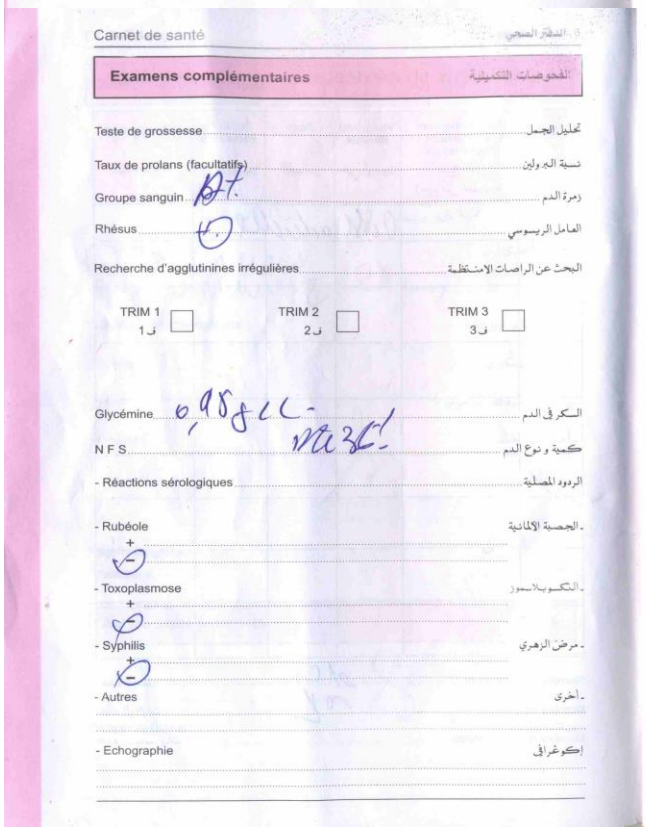
موعد الوضع:

القامة:

الوزن:

Toucher vaginal لمس المهبل	Chimie urinaire تحليل البول		Observation: الملاحظات
	Protéine بروتين	Glucose سكر	

أغذية المرأة الحامل يجب أن تكون غنية بالحديد و الكالسيوم



Carnet de santé — 6 الدفتر الصحي

Examens complémentaires الفحوصات التكميلية

Teste de grossesse ..... تحليل الحمل

Taux de prolans (facultatifs) ..... نسبة البرولين

Groupe sanguin ..... زمرة الدم

Rhésus ..... العامل الريسوسي

Recherche d'agglutinines irrégulières ..... البحث عن الراصات الاستظمة

TRIM 1 ف 1 ☐ TRIM 2 ف 2 ☐ TRIM 3 ف 3 ☐

Glycémine ..... السكر في الدم

N F S ..... كمية و نوع الدم

- Réactions sérologiques ..... الردود المصلية

- Rubéole ..... الحصبة الألمانية

+ / -

- Toxoplasmose ..... التكسوبلاسموز

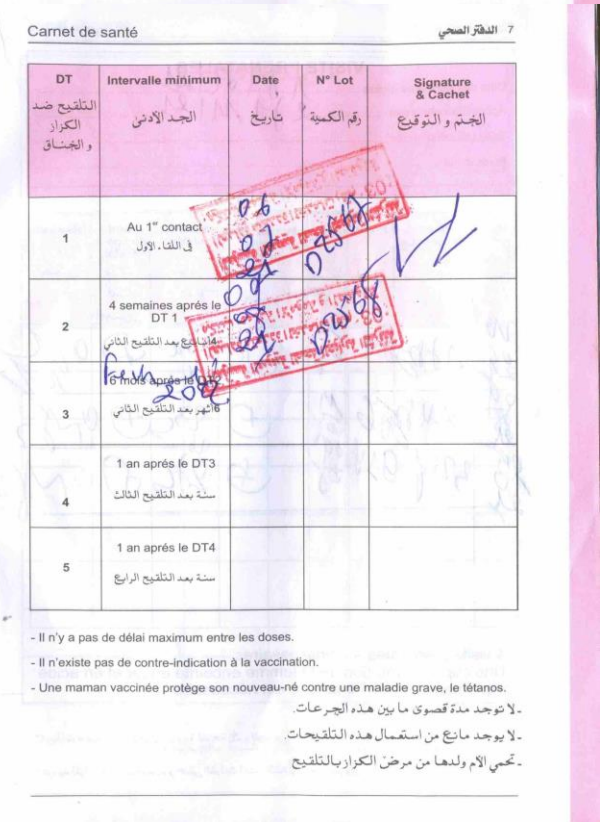
+ / -

- Syphilis ..... مرض الزهري

+ / -

- Autres ..... أخرى

- Echographie ..... إكوغرافي



Carnet de santé — 7 الدفتر الصحي

DT التلقيح ضد الكزاز و الخناق	Intervalle minimum الحد الأدنى	Date تاريخ	N° Lot رقم الكمية	Signature & Cachet الختم و التوقيع
1	Au 1er contact في اللقاء الأول			
2	4 semaines aprés le DT 1 شهر بعد التلقيح الثاني			
3	6 mois aprés le DT2 6 أشهر بعد التلقيح الثاني			
4	1 an aprés le DT3 سنة بعد التلقيح الثالث			
5	1 an aprés le DT4 سنة بعد التلقيح الرابع			

- Il n'y a pas de délai maximum entre les doses.
- Il n'existe pas de contre-indication à la vaccination.
- Une maman vaccinée protège son nouveau-né contre une maladie grave, le tétanos.

- لا توجد مدة قصوى ما بين هذه الجرعات.
- لا يوجد مانع من استعمال هذه التلقيحات.
- تحمي الأم ولدها من مرض الكزاز بالتلقيح

Age السن	Vaccins التلقيح	Contre ضد
A la naissance عند الولادة	B.C.G POLIO ORAL HBV (1)	TUBERCULOSE- POLIOMYELITE HEPATITE VIRALE B (1) السل-الشلل-إلتهاب الكبد الفيروسي ب (1)
1 mois شهر	HBV (2)	HEPATITE VIRALE B (2) إلتهاب الكبد الفيروسي ب (2)
3 mois شهر	D.T. Coq POLIO ORAL	DIPHTERIE-TETANOS دفتيريا-كزاز-سعال ديكي-الشلل COQUELUCHE-POLIOMYELITE
4 mois شهر	D.T. Coq POLIO ORAL	DIPHTERIE-TETANOS دفتيريا-الكزاز COQUELUCHE-POLIOMYELITE السعال الديكي-الشلل
5 mois شهر	D.T.Coq POLIO ORAL HBV (3)	DIPHTERIE TETANOS COQUELUCHE دفتيريا-الكزاز-السعال الديكي POLIOMYELITE HEPATITE VIRALE B (3) الشلل-إلتهاب الكبد الفيروسي ب (2)
9 mois أشهر	ANTIROUGEOLEUX	ROUGEOLE الحصبة
18 mois شهر	D.T.Coq POLIO ORAL	DIPHTERIE-TETANOS دفتيريا-الكزاز COQUELUCHE-POLIOMYELITE السعال الديكي-الشلل
6 ans سنة	D.T. enfant POLIO ORAL ANTIROUGEOLEUX	DIPHTERIE-TETANOS دفتيريا-الكزاز POLIO -ROUGEOLE الحصبة-الشلل
6/13 ans سنة	D.T. adulte POLIO ORAL	DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITE الكزاز-الشلل - دفتيريا للبالغين
16/18 ans سنة	D.T. adulte POLIO ORAL	DIPHTERIE-TETANOS-POLIOMYELITE دفتيريا-الكزاز للبالغين
Tous les 10 ans après 18 ans كل 10سنوات إعتبارا من 18سنة	DT adulte	DIPHTERIE TETANOS دفتيريا - الكزاز للبالغين

Un enfant bien vacciné est un enfant protégé

Technique vaccinale طريقة التلقيح	Numéro du lot رقم الكمية	Signature/cachet الختم/ التوقيع
ID IM VO.		
HBVE ->	14/08/05	
1ère prise	27/09/05	
SL	29/11/05	
3ème prise	24-01-06	
-	HBVB	
ROVA	0,5ml	
2 gouttes poli per IM	0,5ml	

التلقيح يحمي الطفل من الأمراض

EXEMEN DU NOUVEAU-NE LE PREMIER JOUR DE VIE

فحص الوليد في اليوم الأول

Date التاريخ	Poids التاريخ	Taille التاريخ	Périmètre crânien محيط الرأس	Fréquence cardiaque نبضات القلب	Fréquence respiratoire تواتر التنفس
4/11/21	2,8	47	34		

Examen de la peau: فحص الجلد
-Ictère..... يرقان
-Pâleur..... شحوب
-Hémorragie cutanée..... النزف الجلدي

Appareil cardio-vasculaire: الفحص القلبي
RAS

Examen pleuro-pulmonaire: فحص الجهاز التنفسي
RAS

Malformations: التشوهات
-Fente palatine..... إنشقاق سقف الحلق
-Bec de lièvre..... شفة الأرنب
-Hanche (Ortolani)..... خلع الوركان
-Imper formation anale..... إنغلاق الشرج
-Yeux et paupières..... العينان و الجفنان

Traumatismes obstétricaux:
-Plexus brachial..... الضفيرة العضدية

Examen neurologique: فحص الجهاز العصبي
-Réflexes archaiques المنعكسات القديمة
-Succion..... المص
-Signe de Moro..... منعكس مورو
-Tonus axial normal..... التوتر المحوري
-Réaction aux stimulus sonores..... ردود الفعل للتنبيهات الصوتية

Conclusion: الخلاصة:
Enfant sans ... le jour

EXAMEN DU NOUVEAU-NE DANS LES HUIT JOURS QUI SUIVENT LA NAISSANCE

فحص المواليد في الأسبوع الأول

Date التاريخ	Poids الوزن	Taille القامة	Périmètre crânien محيط الرأس	Fréquence cardiaque نبضات القلب	Fréquence respiratoire تواتر التنفس
2[illegible]/11/21	3400	48	35		

Examen cardio-vasculaire: الفحص القلبي
RAS

Examen pleuro-pulmonaire: فحص الجهاز التنفسي
RAS

Examen neurologique : فحص الجهاز العصبي
bon

Conjonctivite..... إلتهاب الملتحمة
Erythème fessier..... أحمرار الإلية
Globe vésicale..... قبة المثانة
Dépistage de la phénylcétonurie le الكشف عن الفينيل سيتون في البول
Dépistage de l'hypothyroidie le الكشف عن القصور الدرقي
Autre dépistages..... كشوف أخرى

Allaitement الرضاعة

Maternel ☐ طبيعية — Artificiel ☐ إصطناعية — Mixte ☒ مختلطة

Conclusion الخلاصة
Enfant sain ... ce jour

الملحق رقم(02): معلومات مقدمة من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال.

الإطار التشريعي والتنظيمي:

- النظم القانونية المسيرة للأمن الداخلي للمؤسسة.
- المرسوم التنفيذي رقم: **62/08** المؤرخ في **2008/02/24** المعدل و المتمم لقائمة المؤسسات الإستشفائية المتخصصة بالمرسوم التنفيذي رقم: **465/97** المؤرخ في: **1997/12/02** المحدد لقواعد إنشاء المؤسسات الإستشفائية المتخصصة و تنظيمها و سيرها

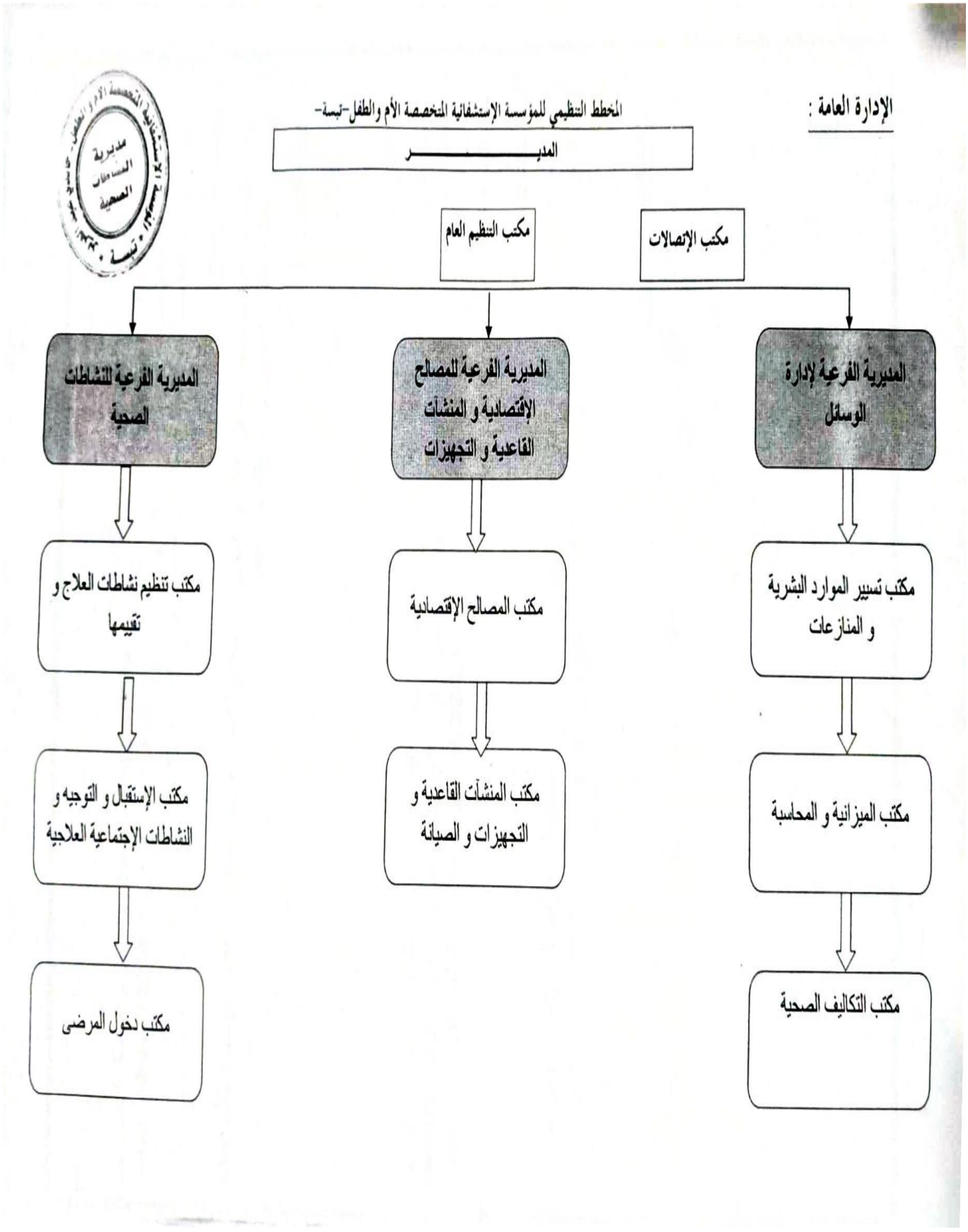
التعريف بالمؤسسة:

- المؤسسة الإستشفائية المتخصصة الأم والطفل د/ خالدي عبد العزيز –تبسة– تعتبر مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الإستقلال المالي
- أنشئت بموجب المرسوم التنفيذي رقم: **465/97** المؤرخ في: **1997/12/02** / المتمم بالمرسوم التنفيذي المؤرخ **62/08** المؤرخ في **2008/02/24** المعدل و المتمم لقائمة المؤسسات الإستشفائية المتخصصة بالمرسوم التنفيذي .
- و تشتمل المؤسسة على مجموعة من المصالح الإستشفائية وتتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة بالحاجيات الصحية لسكان الولاية بإعتبارها قطب للطب النسائي والتوليد وفي هذا الإطار تتكفل التام بالحاجيات الصحية لسكان الولاية في مجال صحة الأم والطفل

عدد المصالح الإستشفائية بالمؤسسة :04 مصالح وفقا للقرار الوزاري رقم **32** المتضمن إنشاء المصالح و الوحدات الإستشفائية

- **1**مصلحة طب الأطفال وتتكون من **04** وحدات استشفائية وهي :
  - وحدة طب الأطفال–أ–
  - وحدة طب الأطفال–ب–
  - وحدة حديثي الولادة
  - وحدة الإستشفاء اليومي
- **2** مصلحة جراحة الأطفال مشروع في طور الانجاز
- **3**مصلحة أمراض النساء والتوليد : وتتكون من **04** وحدات إستشفائية وهي :
  - وحدة الفحص والكشف الإستعجالي
  - وحدة الولادة وما بعد الولادة
  - وحدة أمراض النساء
  - وحدة الحمل ذو الخطورة العالية
- **4** مصلحة الصيدلية المركزية وتتكون من وحدتين

الملحق رقم(03): الهيكل التنظيمي.



الملحق رقم (04): معلومات مقدمة من من المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في طب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال.

دراســـة:

عدد الأسرة:

العدد التقني: 140 **العدد التنظيمي:** 166

المصلحة	عدد الأسرة التقني	عدد الأسرة التنظيمي
أمراض النساء	80	96
طب الأطفال	40	70
جراحة الأطفال	20	لا يعمل
الصيدلية	/	/
المجموع	140	166

طقم تقني مكون من:

- ✓ عنبر الجراحة بغرفتين للعمليات الجراحية
- ✓ مصلحة مخبر تحاليل طبية
- ✓ مصلحة الأشعة

عدد الأسرة التقنية والمنظمة:

	عدد الأسرة التقنية	عدد الأسرة المنظمة
✓ طب أمراض النساء و التوليد	80	96
✓ طب الأطفال	40	70
✓ جراحة الأطفال (غير عملي)	20	00
	140	166

المميزات الخاصة بالمؤسسة

- حاوية أكسجين cuve a oxygène
- آلات الغسل والحمالات
- قارورات الأكسجين عددها ب21 روتوكسيد الآزوت عددها.18
- خزان الأكسجين يقدر سعته ب 3200

الملحق رقم 05: إستمارة إستبيان

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
People's Democratic Republic of Algeria
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
Ministry of Higher Education and Scientific Research
جامعة الشهيد الشيخ العربي التبسي - تبسة
Echahid Cheikh Larbi Tebessi University - Tebessa

كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية

قسم علم الاجتماع

تخصص علم الاجتماع والتنمية

إستمارة إستبيان:

دور البرامج الصّحية في تنمية الصّحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري

دراسة ميدانية بالمؤسّسة الاستشفائية المتخصّصة في طب النّساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز – تبسة

تحية طيبة مباركة!

فضلا ليس أمرا، في إطار بحثنا العلمي ضمن موضوع بـدور البرامج الصّحية في تنمية الصّحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري دراسة ميدانية بالمؤسّسة الاستشفائية المتخصّصة في طب النّساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز-تبسة بـ نرجو منكم السّادة الأفاضل، الإجابة بدقة وتمعن على تساؤلات هذا الاستبيان، والذي يهدف إلى مقاصد علمية بحتة ولا يتضمّن أيّ أهداف أو بيانات شخصية ولكم جزيل الشكر والامتنان

من إعداد الطالبة: عزيزي دليلة

إشراف: أ د: سليمة بلخيري

البيانات الشّخصية

1. **الجنس:** مذكر ☐ مؤنث ☐
2. **الفئة العمرية:** من 20 إلى 40 ☐ أكثر من 40 ☐
3. **المستوى التعليمي:** متوسط ☐ ثانوي ☐ جامعي ☐
4. **الوظيفة المهنية:** ممرض/ة ☐ طبيب/ة ☐ قابلة ☐
5. **الخبرة المهنية:** من 1إلى 10سنة ☐ من10سنة إلى20سنة ☐ 20 سنة فما فوق ☐

المحور الأول: هل تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر التثقيف الصحي في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري ؟

البنود	الإجابات		
	دائما	أحيانا	أبدا
1- يضمن التّثقيف الصّحي **توعية صحية** عامة للمرأة الحامل			
2- للتّثقيف الصّحي دور في **تحقيق التغذية السّليمة** للمرأة أثناء الحمل والرّضاعة			
3- يؤكد التّثقيف الصّحي للحوامل على **ضرورة الكشف المبكر** تجنبا لمشاكل ما بعد الإنجاب			
4- للتثقيف الصحي دور في **تعزيز وعي المرأة الحامل** وتعريفها بالمراحل الطبيعية لنمو الجنين			
5- يساعد التّثقيف الصّحي المرأة من النّاحية النّفسية على **تفادي الحرج** أثناء الاستشارة الطبية			
6- للتّثقيف الصّحي دور في **تغيير العادات السّيئة** للنّساء الحوامل			
7- للتّثقيف الصّحي دور في **تخفيف متاعب الحمل** عند المرأة			
8- يُنبه التّثقيف الصّحي المرأة الحامل **بالإجراءات التي يُحْتَمل اتخاذها** في حال أيّ طارئ.			
9- يساعد التّثقيف الصّحي المرأة الحامل في **قبولها قرار الإجهاض** حفاظا على سلامتها			
10- يساعد التّثقيف الصّحي على احاطة المرأة **بحالات الإجهاض** غير الآمنة			
11- للتّثقيف الصّحي دور في **تعزيز الرّضاعة الطبيعية** بما يضمن راحة للأم والجنين			
12- تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **وسائل تخدم التثقيف الصحي**			
1. تنظيم الحملات التّحسيسية			
2. الإرشاد بالمطويات والملصقات			
3. التّوعية المباشرة للنّساء			
13- يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في **تحسين خدمة التثقيف الصحي** داخل المؤسسة الاستشفائية.....			

المحور الثاني: هل تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر المتابعة الصحية للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري ؟

البنود	الإجابات		
	دائما	أحيانا	أبدا
14- تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **دفتر خاصّ** بمتابعة الصحة الإنجابية للمرأة			
15- تؤكد البرامج الصّحية على **أهمّية المتابعة الصّحية للمرأة قبل الحمل**			
16- تستفيد النّساء الحوامل من **متابعة خاصّة خلال الحمل الأول** لهن			
17- **التغذية النّوعية للحوامل** من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية			
18- **الكشف المبكر عن الأمراض** عند الحوامل من ركائز المتابعة الصّحية في المؤسسة الاستشفائية			
19- تستفيد النساء **المحتمل ولادتهن قيصريا** من متابعة صحية داخل المؤسسة الاستشفائية			
20- تستفيد المرأة بعد الولادة من **متابعة نفسية** توفرها المؤسسة الاستشفائية			
21- تتوفر المؤسسة الاستشفائية على **فحوصات خاصّة** بفيروس نقص المناعة والأمراض المنقولة جنسيا			
22- تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى **أهداف علاجية**			
23- تهدف المتابعة الصّحية في المؤسسة إلى **أهداف وقائية**			
24- تقدم المؤسسة الاستشفائية **متابعة صحية خاصة بالصحة الإنجابية** لفئة واسعة من النساء:			
1. عامة النّساء			
2. النّساء المتواجدات في المستشفى			
25- تستفيد النساء من اللقاحات اللازمة قبل وبعد الحمل في المؤسسة الاستشفائية			
26- تستفيد النساء في **أواخر العمر الإنجابي** من متابعة طبية صحية في المؤسسة الاستشفائية			
1-التوعية الصحية حول التغيرات الجسدية للنساء في أواخر العمر الإنجابي			
2-إجراء الفحوصات الدورية للكشف عن سرطان عنق الرّحم والثدي			

3-إجراء فحوصات دورية للكشف عن هشاشة العظام	
27- يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في **تحسين خدمة المتابعة الصحية** داخل المؤسسة الاستشفائية.	

المحور الثالث:هل تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر خدمات تنظيم الأسرة في المجتمع الجزائري في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري؟

البنود	الإجابات		
	دائما	أحيانا	أبدا
28- **تنظيم الأسرة من أولويات برامج الصّحة الإنجابية** المعتمدة بالمؤسسة الاستشفائية			
29- توضّح البرامج الصّحية **تأثير وسائل التّنظيم الأسري** على الصّحة الإنجابية			
30- تقوم برامج الصّحة على مبدأ **تباعد الولادات** قصد التنظيم الجيد للأسرة			
31- توفر خدمة تنظيم الأسرة المعتمدة بالبرنامج الصحي فرصة **تأخير الانجاب** للمرأة حتى تتوفر الظروف المناسبة لها			
32- تحد برامج الصحة الإنجابية من **زواج القاصرات** حفاظا على السّلامة الإنجابية			
33- تؤكد برامج الصحة الإنجابية على **إفادة المرأة بمعلومات تخص الزوج** في إطار تنظيم الأسرة			
34- تساعد البرامج الصحية في تنظيم الأسرة و**الحدّ من الإجهاض غير الآمن**			
35- تمنح البرامج الصحية **وسائل منع الحمل حسب الظرف**			
36- تتوفر المؤسّسة على مختصين أكفاء ومدربين على **تركيب مختلف وسائل منع الحمل**			
37- يوجد **إقبال كبير على وسائل منع الحمل** لدى المؤسسة الاستشفائية			
38- يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد تساهم في **تحسين خدمة تنظيم الأسرة** داخل المؤسسة الاستشفائية؟			

المحور الرابع: هل تستجيب البرامج الصحية المعتمدة لمؤشر توفير الإطار المتخصص في إطار تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري ؟

البنود	الإجابات		
	دائما	أحيانا	أبدا
39- يستفيد الطاقم الطبي من **دورات تكوينية** تزيد من كفاءته المهنية			
40- يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات **عاجلة**			
41- يغطي المهنيون الصّحيون أغلب احتياجات الزوار من خدمات **متطورة**.			
42- تشهد المؤسسة الاستشفائية **قوة** في الاقبال يقابله **عجز** في إشباع طلبات المرضى (النساء)			
43- كفاءة المهنيين الصحيين زاد من معدل الأمل في **الحياة عند الأمهات**			
44- كفاءة المهنيين الصحيين زاد من معدل الأمل في **الحياة عند المواليد الجدد**			
45- يتلقى الممرّضون في مصلحة التوليد بالمؤسسة الاستشفائية **توجيهات خاصّة** بالصحة الإنجابية			
46- تتوفر **المؤسسة الاستشفائية** على **طاقم متخصّص في التقنيات المعاصرة** للصحة الإنجابية			
47- الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الإستشفائية **مرضية من حيث الجودة**			
48- الأجهزة الطبية الخاصة بالصحة الإنجابية في المؤسسة الإستشفائية **كافية من حيث العدد**			
49- تتوفر المؤسسة الإستشفائية على **وسائل حديثة سهلت** كثيرا من إجراءات السلامة الإنجابية			
50- يمكن أن تفيدنا باقتراحات وتوصيات قد **تساهم في توفير الإطار المتخصص** في مجال تنمية الصحة الإنجابية داخل المؤسسة الاستشفائية؟			

الملحق رقم 06: إذن بالدخول للمؤسسة الإستشفائية خالدي عبد العزيز – تبسة

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة العربي التبسي تبسة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع

المرجع رقم : ...../ق ع إج /2021

إلى السيد (ة) : مدير المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بطب النساء والتوليد

وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز-تبسة

إذن بالدخـــول

بعد التحية والاحترام،

لغرض استكمال البحوث الميدانية لطلبة الدكتوراه الطور الثالث ل.م.د بكلية العلوم الإنسانية والاجتماعية، قسم علم الاجتماع يرجى منكم السماح للطالب (ة) بإجراء زيارات ميدانية بمؤسستكم .

الطالب(ة) : عزيزي دليلة

التخصص : علم اجتماع والتنمية

موضوع البحث : دور البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري – دراسة ميدانية بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة بطب النساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز-تبسة .

وفي الأخير تقبلوا منا فائق التحية والاحترام

في : 12/ 10 /2021

الأستاذ المشرف

رئيس القسم

مدير المؤسسة المستقبلة

الملحق رقم 07: مقرر توجيه داخلي

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان و إصلاح المستشفيات

مديريـــة الصحـــة و السكـــــان لولايـــة تبسة
المؤسسة الإستشفائيـــــة المتخصصة في أمـــراض
النساء والتوليد، طـــب الأطفال وجـــراحـــة الأطفال
المديـــــريـــــة الفرعيـــــة لإدارة الوسائل
رقم 561 / و.ت /م.إ.م.ت /.م.ف.إ.و/ 21

مقرر توجيه داخلي

- بمقتضى الأمر 03.06 المؤرخ في 2006.07.15 المتضمن القانون الأساسي العام للوظيفة العمومية.
- بمقتضى المرســوم رقم 302/82 المـــؤرخ في 1982.09.11 المتضمـــن القواعـد المطبقة في العلاقات الفردية للعمل.
- بمقتضى المرسوم رقم 99/90 المؤرخ في1990.03.27 المتضمن كيفيات تطبيق الأحكام التشريعية،أعـوان الإدارة المركزية و الولائية، و الإدارات العمومية ذات الطابع الإداري الخاص بهـــا.
- بمقتضى النظـــام الداخلـــي للمؤســـــسة الاستشفائيـــــة المتخصصـــــة تبســـــة.
- نظـرا للمراسلة رقـم: 01 المؤرخة في 2021/10/12 الصادرة عن كلية العلوم الإنسانية والإجتماعية قسم علم إجتماع –تخصص علم إجتماع والتنمية- و المتضمن توجيه السيدة : **عزيزي دليلة** إلى المؤسسة الإستشفائية المتخصصةد/خالدي عبد العزيز- تبســـــة-

باقتراح من السيد المدير الفرعي لإدارة الـوسـائل

يقـــــــــــــــرر

المادة الأولى: توجه السيدة : **عزيزي دليلة**

جميع المصالح للقيام بتربص ميداني

لمدة شهر إبتداء من إمضاء تاريخ هذا المقرر

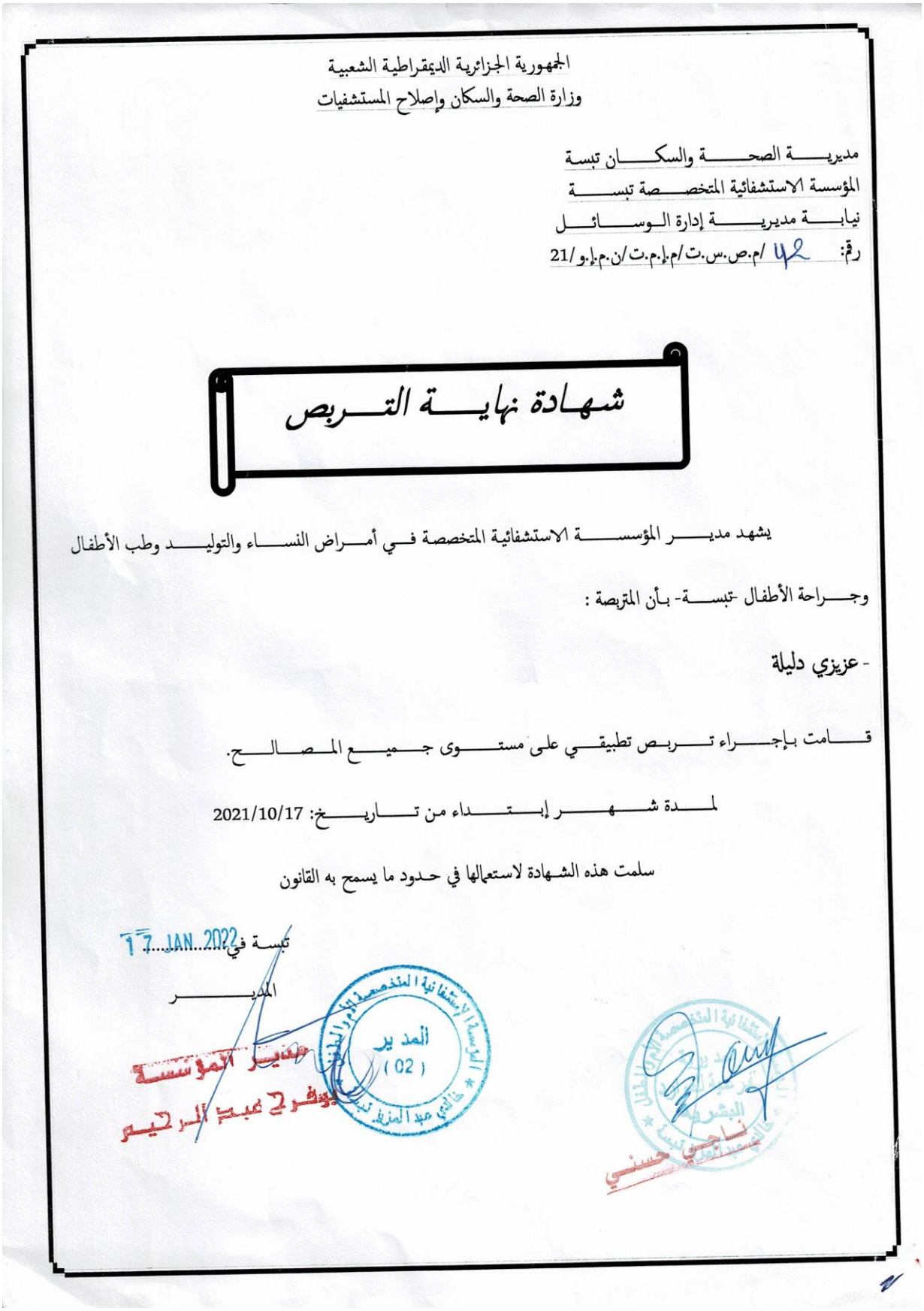
المادة الثانية: يكـــلف كـــل مـن الســـــادة المديـر الفرعـــي لإدارة الوســـائـل و المديـــر الفـــرعـــي للنشـاطات الصحيـــة بتنفيـــذ أحكام هـــذا المقـــرر

تبســـة فـــي:.....
17 OCT 2021
المديـــــــــر

المؤسسة الإستشفائية المتخصصة في أمراض النساء والتوليد وطب وجراحة الأطفال
المدير (02)
خالدي عبد العزيز

- الملف
- المعـــني
- رئيـــس المصلحـــــــة
- المدير الفرعي للنشـــاطات الصـــحيـــة

الملحق رقم 08: شهادة نهاية التربص



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات

مديريـــــة الصحـــــة والسكـــــان تبسة
المؤسسة الاستشفائية المتخصـــصة تبســـة
نيابـــة مديريـــــة إدارة الـوســـائـــل
رقم: 42 /م.ص.س.ت/م.إ.م.ت/ن.م.إ.و/21

شهـادة نهايـــة التـــربص

يشهد مديـــر المؤسســـة الاستشفائية المتخصصة فـي أمـراض النســاء والتوليـــد وطب الأطفال

وجـــراحة الأطفال -تبســة- بأن المتربصة :

- عزيزي دليلة

قـــامت بإجـــراء تـــربص تطبيقـــي على مستـــوى جـــميـــع المـصـالـــح.

لمـــدة شـــهـــر إبـــتـــداء من تـــاريـــخ: 2021/10/17

سلمت هذه الشـهادة لاستعمالها في حـدود ما يسمح به القانون

تبسة في 17 JAN 2022

المديـــــر

مدير المؤسسة
بوفرح عبد الرحيم

المدير
(02)

ناجي حسني

الملحق رقم 09: خريطة ولاية تبسة



الملحق رقم 10: صورة عن مؤسسة محل الدراسة





ملخص الدراسة:

لقد هدفت هذه الدراسة الموسومة بعنوان: **دور البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري**، التي من إعداد الطالبة: عزيزي دليلة، وإشراف الدكتورة بلخيري سليمة، إلى محاولة توضيح الدور الذي تلعبه البرامج الصحية في تنمية الصحة الإنجابية للمرأة في المجتمع الجزائري دراسة ميدانية بالمؤسّسة الاستشفائية المتخصّصة في طب النّساء والتوليد وطب الأطفال وجراحة الأطفال خالدي عبد العزيز– تبسة، وبناءً على هذا تم طرح سؤالين رئيسيين وتحت كل سؤال رئيسي أربع تساؤلات فرعي، وصياغة فرضيات الدراسات، ومن ثم تقديم متغيرات الدراسة (البرامج الصحية، تنمية الصحة الإنجابية).

ولملامسة الواقع أكثر قمنا بدراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية خالدي عبد العزيز تبسة، معتمدين في ذلك على المنهج الوصفي لملائمته لموضوع دراستنا، أما فيما يخص أدوات جمع البيانات فقد تم الاعتماد على استمارة استبيان مكونة من 04 محاور بمجموع اسئلة تقدر بـ 50 بند، حيث تم توزيعها على كل افراد مجتمع الدراسة المقدر عددهم بـ 269 مبحوث، بمعنى تم الاعتماد على أسلوب المسح الشامل، وبعد تفريغ وترتيب وعرض وتحليل بيانات الدراسة الميدانية، تم استخلاص ومناقشة نتائج الدراسة في ضوء الفرضيات، حيث تم في الأخير التوصل إلى جملة من النتائج التي نذكر منها:

- أن البرامج الصحية المعتمدة تستجيب للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية في المجتمع الجزائري بصورة جزئية (نسبية)، وذلك اعتبارا من كونها تستجيب لمبدأ التثقيف الصحي للمرأة، ناهيك عن استجابتها للمتابعة الصحية لها، غير أنها تستجيب نسبيا لخدمات تنظيم الأسرة كما أنها تستجيب نسبيا لمبدأ توفير الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية للمرأة دائما.
- كما أثبتت الدراسة وجود اختلاف بين المبحوثين وفقا لمتغير الجنس لصالح الذكور في استجابة البرامج الصحية المعتمدة في الجزائر للمؤشرات الإنمائية للصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05، في جميع مؤشرات تنمية الصحة الإنجابية في البرامج الصحية وذلك في كل من مؤشر التثقيف الصحي للمرأة المتابعة الصحية خدمات تنظيم الأسرة ومؤشر الإطار المتخصص في مجال تنمية الصحة الإنجابية عند مستوى دلالة 0.05.

Résumé :

Cette étude intitulée : Le rôle des programmes de santé dans le développement de la santé reproductive des femmes dans la société algérienne, préparée par l'étudiante : Azizi Dalila, sous la supervision du Dr. Belkhiri Salima, avait pour objectif d'essayer de clarifier le rôle joué par les programmes de santé dans le développement de la santé reproductive des femmes dans la société algérienne, une étude de terrain dans l'établissement hospitalier spécialisé en obstétrique et gynécologie, pédiatrie et chirurgie pédiatrique Khalidi Abdelaziz -Tbessa. Sur cette base, deux questions principales et quatre sous-questions ont été posées, les hypothèses de l'étude ont été formulées et les variables de l'étude (programmes de santé, Développement de la santé reproductive) ont été introduites.

Afin de toucher davantage la réalité, nous avons effectué une étude de terrain au niveau de l'hôpital Khalidi Abdelaziz de Tébessa, en nous appuyant sur la méthode descriptive pour son adéquation à l'objet de notre étude, quant aux outils de collecte des données, un questionnaire composé de 04 axes avec un total de 50 article, qui a été distribué à tous les membres de la population étudiée estimée à 269 enquêtés, En d'autres termes, une méthode d'enquête exhaustive a été adoptée, et après avoir transcrit, classé, présenté et analysé les données de l'étude de terrain, les résultats de l'étude ont été extraits et discutés à la lumière des hypothèses, où un certain nombre de résultats ont finalement été atteints, y compris :

- *Les programmes de santé adoptés répondent aux indicateurs de développement de la santé reproductive dans la société algérienne de manière partielle (relative), étant donné qu'ils répondent au principe d'éducation sanitaire des femmes, sans parler de leur suivi sanitaire. Cependant, il répond relativement aux services de planning familial et relativement à l'indicateur de mise à disposition d'un cadre spécialisé dans le*

domaine du développement de la santé reproductive pour les femmes à tout moment.

- *L'étude a également prouvé qu'il existe une différence entre les répondants selon la variable du genre en faveur des hommes dans la responsivité des programmes de santé adoptés en Algérie aux indicateurs de développement de la santé reproductive à un niveau de signification de 0.05, dans tous les indicateurs de développement de la santé reproductive dans les programmes de santé à la fois dans l'indicateur de l'éducation sanitaire des femmes, le suivi de la santé, les services de planification familiale et l'indicateur du cadre spécialisé dans le développement de la santé reproductive à un niveau de signification de 0.05.*

Abstract:

This study entitled: The role of health programmes in the development of women's reproductive health in Algerian society, prepared by the student: Azizi Dalila, under the supervision of Dr. Belkhiri Slima, aimed to try to clarify the role played by health programmes in the development of women's reproductive health in Algerian society, a field study in the hospital institution specialized in obstetrics and gynecology, pediatrics and pediatric surgery Khalidi Abdelaziz_Tbessa. Based on this, two main questions and four sub-questions were posed, the hypotheses of the study were formulated, and the variables of the study (health programmes, reproductive health development) were introduced.

In order to touch the reality more, we carried out a field study in Khalidi Abdelaziz Hospital in Tébessa, relying on the descriptive method for its suitability to the subject of our study, as for the data collection tools, a questionnaire consisting of 04 axes with a total of 50 items, which was distributed to all members of the study population estimated at 269 respondents., in other words, a comprehensive survey method was adopted, and after transcribing, arranging, presenting and analyzing the data of the field study, the results of the study were extracted and discussed in light of the hypotheses, where a number of results were finally reached, including:

- *The health programmes adopted respond to the development indicators for reproductive health in Algerian society in a partial (relative) way, considering that they respond to the principle of health education for women, not to mention their health follow-up. However, it is relatively responsive to family planning services and relatively responsive to the indicator of providing a specialized framework in the field of reproductive health development for women at all times.*

- *The study also proved that there is a difference between the respondents according to the gender variable in favour of males in the responsiveness of health programmes adopted in Algeria to the development indicators of reproductive health at a significance level of 0.05, in all indicators of reproductive health development indicators in health programmes in both the indicator of women's health education Health follow-up, family planning services and the indicator of specialized framework in the reproductive health development at a 0.05 level of significance.*