السنة: التاسعة المجلد: 09 العدد: 01 ص ص:292- 318
EISSN2676-1645 ISSN 2543-375X

التباين الجغرافي للصحة الإنجابية في الجزائر
تحليل معمق لمعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات
(MICS6-2019).

Geographical Disparities in Reproductive Health in Algeria An In-depth Analysis Based on Multi-Indicator Cluster Survey Data (MICS6-2019).

ط.د فاتح دوس*، جامعة باتنة 1،
مخبر الديناميات الاجتماعية في الأوراس
fateh.dous@univ-batna.dz
بعيط فاتح، جامعة باتنة 1
fateh.bait@univ-batna.dz

تاريخ الاستلام:07/10/2023 تاريخ القبول:10/01/2024

ملخص:

سعينا من خلال هذه الدراسة التحليلية إلى تسليط الضوء وتقصي مدى تأثير التباين الجغرافي في الجزائر على الصحة الإنجابية. هذا التباين الذي أدى إلى وجود فوارق في مستوى تلقي الرعاية الصحية الإنجابية، حيث لعبت المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية دورا مهما في ذلك.

هدفت الدراسة إلى الوقوف على أهم الأسباب والمؤشرات المؤدية إلى بروز فوارق في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية. لذا قمنا باستخدام برنامج منهجية النمذجة بالمعادلة البنائية كأسلوب قوي من الأساليب الإحصائية الحديثة باستخدام البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS وبرنامج AMOS اعتمادا على قاعدة بيانات المسح العنقودي MICS-6 2019.

خلصت هذه الدراسة إلى جملة من المخرجات أهمها: تنوع واختلاف الأقاليم الجغرافية في الجزائر يؤدي إلى إحداث فوارق في مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية وذلك من خلال تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية وإلى فروق

*المؤلف المراسل

ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والثقافي للفرد وارتباطها بين معدلات الخصوبة وأثر منطقة الإقامة.

الكلمات المفتاحية: التباين الجغرافي – الصحة الإنجابية – الخصوبة – الرعاية الصحية – المعادلة البنائية.

Abstract:

In this analytical study, we shed light and investigate on the extent of the geographical disparities in Algeria and their impact on reproductive health. These disparities have led to differences in the level of access to reproductive healthcare, with social, economic, and cultural indicators playing a significant role in this variation.

The study aimed to identify the key factors and indicators contributing to disparities in access to reproductive healthcare. To accomplish this, we utilized structural equation modeling as a robust statistical method, employing the SPSS and AMOS statistical software based on the sixth Multi-Indicator Cluster Survey (MICS-6--2019) dataset.

The study concluded that the geographic diversity and differences in regions in Algeria lead to variations in reproductive healthcare access, influenced by social and economic factors. There were statistically significant differences in educational and cultural levels of individuals, as well as an association between fertility rates and the impact of the residential area.

Keywords:Geographical Disparities, Reproductive Health, Fertility, Healthcare, Structural Equation Modeling.

مقدمة:

تشكل الأسرة الخلية الأساسية في بناء المجتمع، وطالما هي كذلك فإن الرجل والمرأة هما النواة الرئيسية للحفاظ على كيان هذا النوع البشري وبقائه ولضمان استمرارية المجتمعات الإنسانية وتزايدها بانتظام. ولم يكن هذا وليد الصدفة أو الطفرة الاجتماعية، وإنما لابد من التكفل التام بالفرد وإعطائه العناية البالغة والشاملة في شتى مناحي حياته الصحية.

وقد تعرضت المجتمعات البشرية على مدار عقود من الزمن إلى أزمات صحية حادة أحدثت هزات عميقة على مستوى معدلات النمو الديمغرافي، وبالتالي،

أثرت على التركيبة السكانية والنسيج السكاني وعلى مجرى تناغمه واتساقه واتزانه.

وفي فحوى هذا السياق، أصبحت الصحة العامة هدفا أسمى لا مناص من إعطائه اهتماما بالغ النظير من طرف الهيئات والحكومات والمنظمات الدولية، حيث تأتي الصحة الإنجابية على رأس هذه الاهتمامات وأولى الأولويات، كونها تحتل جزءا لا يتجزأ من الصحة العامة، وتلامس شريحة كبيرة من الفئات الاجتماعية.

الإشكالية:

لاقت الصحة الإنجابية اهتماما بالغ النظير من طرف الحكومات والدول، كونها أصبحت تتخذ كمعيار من طرف هذه الأخيرة لقياس وتشريح وضعها الصحي والكشف عن الاختلالات والنقائص التي تعاني منها على مستوى منظومتها الصحية وبالأخص في مجال الرعاية الصحية الإنجابية. وتجلت محطات الانشغال العالمي والأممي بالصحة من خلال جملة الاجتماعات والمؤتمرات التي عقدت عبر مختلف أنحاء العالم، وكانت بمثابة الإرهاصات الأولى والمعالم الحقيقة والجادة لوضع خارطة الطريق للاهتمام بالسكان، حيث سمي عام 1974 عاما دوليا للسكان. بيد أن المؤتمر العالمي للسكان والتنمية المنعقد بالقاهرة عام 1994 شكل منعرجا حاسما ونقلة نوعية في إبراز الأبعاد الدلالية للصحة الإنجابية، حيث تجاوز مفهوم الصحة الإنجابية تقليص عدد المواليد والتنظيم العائلي ليركز على صحة الأم والطفل وعلى الرفاه البدني والعقلي والاجتماعي للفرد.

رغم الجهود الدولية للارتقاء بالصحة الإنجابية إلا أن الشواهد الواقعية كشفت حجم الفجوة في مظاهر الاهتمام بين الدول المتقدمة والدول النامية، حيث تتوفى 536 ألف امرأة سنويا حسب تقرير للأمم المتحدة بسبب مضاعفات ترتبط بفترتي الحمل والولادة غالبيتها سجلت بالدول النامية (99%)، حيث فاقت عتبة 900 وفاة لكل 100 ألف ولادة حية في بعض الدول الإفريقية الواقعة جنوب الصحراء.(L'UNICEF & la Banque Mondiale, 2005, pp. 1-4)

وسجلت الدول العربية مستويات عالية لوفيات الأمهات (أكثر من 100 ألف وفاة لكل 100 ألف ولادة حية حسب إحصائيات البنك الدولي لسنة 2015، والجزائر على غرار انتمائها إلى لدول النامية فقد سعت ومنذ توقيعها على إعلان الألفية على تبني إستراتيجية واعدة للنهوض بصحة الأم والطفل، حيث سطرت مجموعة من البرامج التي تهدف إلى خفض معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة والأمهات بمقدار 3 أرباع بين سنتي 1990 و2015، وهذا ما نص عليه الهدف الخامس من الألفية. كما أعادت إدماج هذا الهدف من خطة التنمية المستدامة للعام 2030، والذي نص على ضرورة خفض معدل وفيات الأمهات على الأقل 70 حالة لكل 100 ألف ولادة حية بآفاق 2030. (World Health Organization, 2016, p. 79)

إن المتأمل لواقع الصحة الإنجابية في الجزائر يجد أنها تعاني من اختلالات واضحة أنهكت كاهل الخطط الاستشرافية المنشودة نظرا للمعاناة التي تتكبدها المنظومة الصحية ومراكز رعاية الأمومة والطفولة عبر مختلف الأقاليم الجغرافية، حيث تشهد فوارق كبيرة على مستوى الإمكانيات المادية والبشرية (الهياكل الاستشفائية، مراكز الأمومة والطفولة، عيادات الأمومة والطفولة، الكادر الطبي المؤهل والأخصائيين والقابلات، ... إلخ)، بالإضافة إلى الفوارق الاجتماعية والاقتصادية لدى الأسر وخاصة النساء في سن الإنجاب، كما يمثل العامل الجغرافي مؤشرا هاما لقياس مدى استخدام برامج الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم وخاصة بين الريف والحضر- هذه الأخيرة.

ومن خلال هذا الطرح، فإن موضوع دراستنا يثير إشكالا علميا بالغ الأهمية حري بالدراسة والبحث والتحليل، مفاده:

- هل يؤدي التباين الجغرافي في الجزائر إلى إحداث فوارق في مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية؟

الفرضيات:

للإجابة على التساؤل الإشكالي الرئيسي، قمنا بصياغة الفرضيات الآتية:

- الفرضية العامة:

التباين الجغرافي في الجزائر يؤدي إلى إحداث فوارق في مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية.

- الفرضية الإجرائية الفرعية الأولى:

- تؤثر الحالة المعيشية على تباين مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر.

- الفرضية الإجرائية الفرعية الثانية:

- توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والثقافي للفرد، وتلقي خدمات الصحة الإنجابية بين ريف وحضر مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر.

- الفرضية الإجرائية الفرعية الثالثة:

- توجد علاقة طردية بين منطقة الإقامة، ومدى توفر واستخدام خدمات الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر.

- الفرضية الإجرائية الفرعية الرابعة:

- يوجد ارتباط بين معدلات الخصوبة، ومدى تلقي خدمات الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر.

النموذج البنائي النظري العام لفرضيات الدراسة:

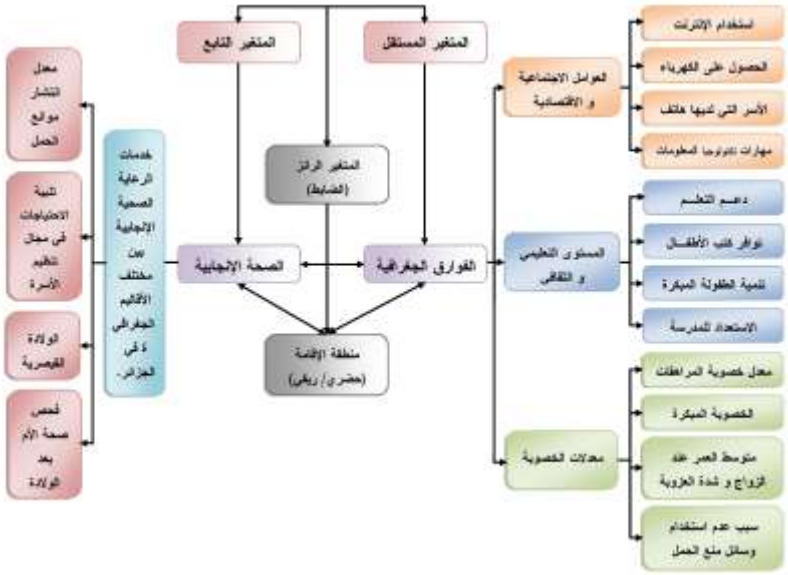
استعملنا منهجية النمذجة بالمعادلة البنائية كأسلوب قوي من الأساليب الإحصائية الحديثة في التحقق من خطأ النموذج المقترح، فوجدنا أنفسنا أمام معالجة مشكلة تنوع واختلاف الأقاليم الجغرافية في الجزائر وعلاقتها بحدوث فوارق في مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر.

والهدف هنا هو دراسة تباين الأقاليم الجغرافية وأثرها على بروز فوارق في مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية. لذا، فإننا نبدأ بتقديم الإطار النظري الذي نراجع فيه أدبيات البحث العلمي ونتائج الدراسات الميدانية السابقة. وبناء على ذلك، نضع نموذجا نظريا نوضح فيه أبعاد ونواتج تلقي الرعاية الصحية الإنجابية مع وصف دقيق لنوع وطبيعة العلاقة بين متغيرات مدخلات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية ومخرجاته كنتائج بين المتغيرات الخاصة بالدراسة قصد توضيح مسار العلاقات بينهما بالرسم مستخدمين في ذلك الأسهم والأشكال الخاصة بنموذج المعادلة البنائية (الهيكلية) المتبناة في دراستنا. وبعد المراجعة

النظرية الشاملة توصلنا إلى ما يجب أن يكون من محددات وعوامل تلقي رعاية صحية إنجابية للمرأة هي كما يلي:

نقوم باشتقاق الفرضيات التي نسعى لتحقيقها في الميدان. وعليه، نحاول أن نتصور ربط مؤشرات الفرضيات الجزئية الخاصة باختلاف الأقاليم الجغرافية في الجزائر على النحو التالي:

الشكل رقم1: النموذج البنائي النظري العام لفرضيات الدراسة.



المصدر:من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات البحث.

أولا: الإطار المفاهيمي والمنهجي للدراسة:

مفاهيم الدراسة:

1ـ الصحة:

أ- لغة: الصُّحُّ والصِّحَّة والصُّحَاحُ: خلاف السَّقَمِ وذهاب المرض، وقد صَحَّ فلان من علته واستصح، وصَحَاح بالفتح: بمعنى البراءة من كل عيب وريب.(السيوطي، 1424 هـ، صفحة 50)

ب- اصطلاحا: عرفت منظمة الصحة العالمية سنة 1946 مفهوم الصحة على أنها: «حالة من اكتمال السلامة البدنية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز».(World Health Organization, 2006)

2ـ الصحة الإنجابية:

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

ووفقا لتعريف منظمة الصحة العالمية: «هي الوصول إلى حالة من اكتمال السلامة البدنية والنفسية والعقلية والاجتماعية، وليست مجرد الخلو من المرض أو العجز، وتشمل الصحة الإنجابية أو الصحة الجنسية، العادات الشخصية الصحية بما في ذلك عملية الإنجاب والوظيفة الإنجابية وطريقتها في جميع مراحل الحياة، كما هي قدرة الإنسان على التمتع بحياة إنجابية مرضية وآمنة، والقدرة على إنجاب الأطفال، والحفاظ على صحة الأم والطفل».(سواكري، 2019-2020، صفحة 22)

3ـ الخصوبة:

عرفها "حمادة مصطفى عمر" بأنها: «لفظ يطلق للدلالة على ظاهرة الإنجاب في أي مجتمع سكاني، والتي يعبر عنها بعدد المواليد الأحياء "Fécondité"، وينبغي التمييز هنا بينها وبين لفظ القدرة على التوالد "Fertilité"، وهي التي يقصد بها القدرة الفيزيولوجية على الإنجاب، والتي لا يوجد لها قياس مباشر».(حمادة، 2009، صفحة 145)

أما " فتحي محمد أبو عيانة" فيرى بأنها: «لفظ يطلق للدلالة على ظاهرة الإنجاب في أي مجتمع سكاني، والتي يعبر عنها بعدد المواليد الأحياء وينبغي التمييز هنا بينها وبين لفظي القدرة على التوالد، وهي التي يقصد بها المقدرة

الفيسيولوجية على الإنجاب، أو القدرة الطبيعية على حمل الأطفال».(أبو عيانة، 1985، صفحة 69)

4ـ الإقليم الجغرافي:

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

5ـ الرعاية الصحية الإنجابية:

تعرف الرعاية الصحية الإنجابية بأنها مجموعة من الأساليب والطرق والخدمات التي تسهم في الصحة الإنجابية والرفاه من خلال منع حدوث مشاكل الصحة الإنجابية وحلها، وهي تشمل أيضا الصحة الجنسية التي ترمي إلى تحسين نوعية العلاقات الشخصية لا مجرد تقديم المشورة والرعاية الطبية المتعلقة بالإنجاب والأمراض الجنسية.(الأمم المتحدة، 2002، صفحة 2)

ومن أهم عناصر الرعاية الصحية الإنجابية هي رعاية صحة الأمومة التي تتفرع بدورها إلى الرعاية قبل الحمل، الرعاية أثناء الحمل، الرعاية أثناء الولادة والرعاية بعد الولادة.(الشريف، 2012، الصفحات 42-80)

الدراسات السابقة:

1ـ دراسة طويل شهرزاد بعنوان: "تباين السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافية في الجزائر من خلال قاعدة البيانات للمسح العنقودي السادس متعدد المتغيرات".

هي دراسة تحليلية إحصائية حاولت من خلالها الباحثة دراسة الفروق ومدى الاختلاف بين المناطق الجغرافية لدى النساء المتزوجات من الفئة العمرية 15-49 سنة، في أهم الخصائص الاجتماعية والاقتصادية وفي السلوك الإنجابي ومؤشرات مختلف مراحل الحياة لديهن.

خلصت الباحثة إلى أن معظم الفروق الدالة إحصائيا كانت بين المناطق الشمالية ومختلف مناطق الهضاب العليا ومنطقة الجنوب، وأن حجم أثر المنطقة

الجغرافية كان أكبر على عدد المواليد الأحياء، ثم على المدى بين أول وآخر إنجاب بدرجة أقل، وأن منطقة الهضاب العليا وسط هي المنطقة التي تميزت بأعلى المؤشرات الدالة والمساعدة على الخصوبة المرتفعة بها.(طويل ، 2022، الصفحات 218-238)

2ـ دراسة لعشيشي نوال وهاشم أمال بعنوان: "الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية لسنة 2018".

هدفت الدراسة إلى تحديد الفوارق الموجودة في مستوى خدمات الصحة الإنجابية بين مختلف ولايات الجزائر، ومحاولة تحليل إحصائيات سنة 2018 لاستخراج الولايات التي تعاني من نقص الإمكانيات المدنية والبشرية.

خلصت الدراسة إلى أن هذه الفوارق في الهياكل الصحية والموارد البشرية بين ولايات الجزائر تولد عنها ضغط شديد في الولايات الكبرى، مما أدى إلى تدني مستوى الخدمات الصحية، وكذا تعتبر سكان الولايات التي تعاني من عدم المساواة في توزيع الإمكانيات في تلقي حقهم الكامل في الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية.(لعشيشي و هاشم، 2023، الصفحات 479-494)

3ـدراسة سواكري خديجة بعنوان: تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15-49 سنة بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006".

هدفت الباحثة من خلال دراستها إلى تحديد أهم العوامل المؤثرة على الصحة الإنجابية ومحاولة ترتيبها من حيث الأهمية، وكذا معرفة أهم أسباب وفيات الأمهات، حيث خلصت إلى أن للخصائص الفردية والاجتماعية والديمغرافية تأثير على الوعي الصحي.(سواكري، 2019-2020)

4ـدراسة رحال هواري بعنوان: "واقع الرعاية الصحية الإنجابية وفق معطيات المسح العنقودي MICS-4- 2012".

هي دراسة سعى من خلالها الباحث إلى معرفة ما إذا كانت هناك فوارق في فرص استفادة النساء من الصحة الإنجابية بالنظر إلى عوامل السن، منطقة الإقامة، مؤشر الثروة، مستوى تعليم المرأة، إقليم مبدأ تكافؤ فرص النساء في الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية.

توصلت الدراسة إلى أن محددات فوارق الوصول إلى مختلف مكونات الرعاية الصحية الإنجابية كانت بالدرجة الأولى إقليم البرمجة، وهو ما يعكس فوارق البنى التحتية الصحية أو الكادر الطبي، يليه متغير مؤشر الثروة، ثم المستوى التعليمي للأم، كما أن الفوارق الناتجة عن مكان الإقامة تعكس تباينات ثقافية وبنيوية.(رحال، 2020، الصفحات 279-300)

المنهج المتبع:

اعتمدنا في بحثنا هذا على منهجين هما:

- المنهج الإحصائي: باستخدام الطرق الرقمية والرياضية في معالجة وتحليل البيانات وإعطائها التفسيرات المنطقية.(بن واضح ، 2016، صفحة 37)
- المنهج الوصفي التحليلي: يعمل على رصد ومتابعة ظاهرة أو حدث معين بطريقة كمية أو نوعية خلال فترة زمنية معينة أو عدة فترات من أجل التعرف على الظاهرة أو الحدث من حيث المحتوى والمضمون والوصول إلى نتائج وتعميمات تساعده في فهم الواقع وتطويره.(عليان و غنيم، 2000، صفحة 43)

مصادر المعطيات:

تعتمد الدراسات السكانية على مجموعة من المصادر الإحصائية المختلفة ذلك لأنها تتناول دراسة أحوال السكان في وقت معين بما في ذلك توزيعهم الجغرافي وتركيبهم، كما تدرس كذلك حركية السكان الطبيعية، وما نتج عنها من زيادة أو نقصان في حجم السكان، والجزائر كغيرها من البلدان تتوفر على عدة مصادر لجمع المعطيات متمثلة في الحالة المدنية، التعدادات والمسوح الديمغرافية (سواكري خديجة، 2017، الصفحات 107-118)، وفي دراستنا هذه سنعتمد بشكل رئيسي على قاعدة البيانات ومعطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات السادس MICS-6 (2019).

المسح العنقودي متعدد المؤشرات السادس MICS-6 الجزائر 2019:

أشرف على إنجازه وتطبيقه صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، يعد هذا المسح من المسوح الأسرية التي تهدف إلى جمع وتحليل ونشر بيانات بصفة منتظمة وفي الوقت المناسب، حيث يسمح هذا المسح بمتابعة المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للأسر المبحوثة.

أنجز هذا المسح في إطار اتفاقية أبرمت بين الحكومة الجزائرية ممثلة بوزير الصحة وإصلاح المستشفيات وممثل مكتب اليونيسيففي الجزائر، وتكفل الديوان الوطني للإحصاء ONS بتنفيذه عبر كامل مراحله التي تكمل العمل التحضيري والميداني وجمع وتحليل البيانات.(الديوان الوطني للإحصائيات، 2020، صفحة 23)

عينة المسح:

العينة شملت النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و49 سنة (النساء في سن الإنجاب) وبلغ عدد النساء في عينة الدراسة 37227 امرأة، أما عدد النساء المستجوبات واللاتي جرى معهن التحقيق فبلغ 35111 امرأة بنسبة استجابة قدرت بـ 94.3٪ موزعات بين ريف وحضر سبعة أقاليم برمجة هي: شمال وسط، شمال شرق، شمال غرب، الهضاب العليا، الهضاب العليا شرق، الهضاب العليا غرب والجنوب.

الوسائل الإحصائية:

اعتمدنا في دراستنا وبشكل رئيسي على البرنامج الإحصائي للعلوم الاجتماعية SPSS V.21 وبرنامج منهجية النمذجة بالمعادلة البنائية باستخدام برنامج AMOS للإجابة على تساؤلات الدراسة من خلال المتغيرات، حيث انتهجنا الأساليب الدقيقة الخاصة بالنمذجة باستعمال أساليب وإحصاءات المطابقة الأنسب لنتائج الدراسة الموضحة كالآتي:

- مؤشر حسن المطابقة مربع كايx^2(Chi-Square)
- الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب (مؤشر رمسي RMSEA)
- مؤشر حسن المطابقة GFI
- مؤشر حسن المطابقة المعدل AGFI
- مربع كاي المعياري CMDN/DF

ثانيا- الجانب التطبيقي للدراسة:

التحقق من صدق النموذج البنائي النظري العام لفرضيات الدراسة:

بناء على الإطار النظري لكل نموذج نقوم ببناء أدوات قياس تضم مجموعة من المؤشرات المعبرة عن كل متغير كامن لتطبيقها على العينة المناسبة. بعد ذلك

نستخدم التحليل العاملي الاستكشافي للبيانات في بداية البحث، ثم بعد ذلك نستخدم التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من صدق مؤشرات قياس كل نموذج من نماذج القياس، ثم نقوم بحذف المؤشرات أو إضافة مؤشرات أو تعديل في أخطاء القياس أو ربط جديد بين الأخطاء أو بين بعض المؤشرات التي لها علاقة فيما بينها إن استوجب ذلك علينا، والتي نثبت ضعف ثباتها أو عدم ارتباطها أو تشعبها على نموذج القياس الذي تنتمي إليه.

يمثل الشكل رقم (1) هيكلة بناء النموذج كمجموعة من اختبارات المؤشرات، مع تحديد أثر كل مؤشر من مؤشرات المتغير المستقل والتابع لقيم، ويمكن أن تؤثر بشكل قليل في الظاهرة دون أن نستطيع إيجادها في الميدان، كأن يؤثر متغير بعيد جدا على المؤشر بشكل غير مباشر، ويكون أثرها ضعيفا، وهنا يعتبره العلماء بأنه يشكل خطا القياس.

الجدول رقم 1: يبين إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الأصلية في البرنامج:

اختبار الفرضية الأصلية	القيم
مربع كاي($Chi\text{-}Sqaurex^2$)	15814.993
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب (مؤشر رمسي) RMSEA	0.316
مؤشر حسن المطابقةGFI	0.503
مؤشر حسن المطابقة المعدلAGFI	0.352
مربع كاي المعياري CMDN/DF	15814.993/df
مؤشر المطابقة المقارنCFI	0.426
درجة الحرية	131
مستوى الدلالة P.Valuepropapility	0.00

المصدر: تحليل نتائج إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الأصلية ببرنامج AMOS.

يشير تحليل نتائج الشكل إلى نتائج إحصاءات نموذج البناء بعد اختباره في برنامج الأموس في الجدول أعلاه، أن نموذج البناء هو مطابق جدا، لان مربع كاي يغير دالة إحصائيا و قيمتها هي 15814.993 عند درجة حرية 131 ومستوى دلالة 0,00، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق بين البيانات الميدانية والنموذج النظري المقترح، وأن جميع الإحصاءات المطابقة الخاصة به تقع في المدى

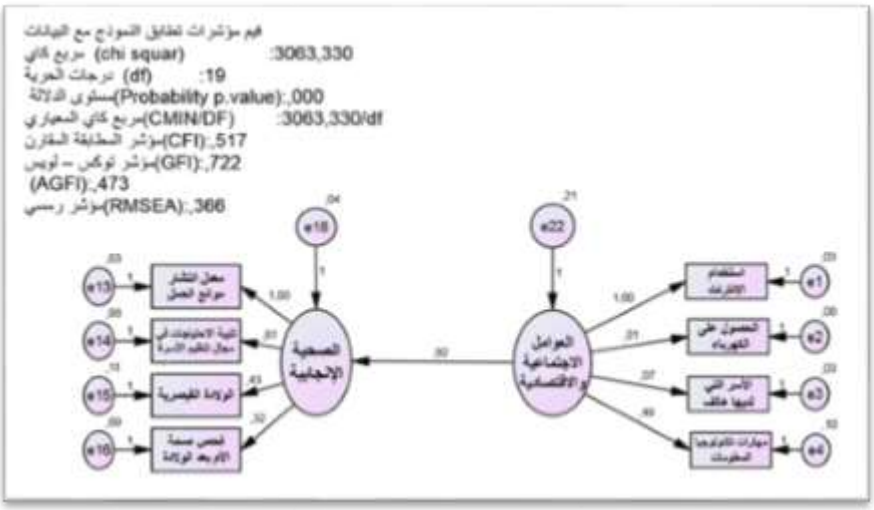
المقبول، وهذا مما يدل على أنه أفضل النماذج في تفسير البيانات الخاصة بالدراسة الميدانية، بحيث أن النموذج يطابق البيانات الميدانية في الدراسة الخاصة بتنوع واختلاف الأقاليم الجغرافية في الجزائر يؤدي إلى إحداث فوارق في مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية، وهي مطابقة ومحققة نسبيا، وأن باقي مؤشرات المطابقة من RMSEA وGFI وAGFI وRMR وCFI وقعت في المدى المثالي، وأن كل القيم العاملية المعيارية لمؤشرات الفرضيات الخاصة بالدراسة محققة نسبيا.

التصور البنائي لأبعاد فرضيات الدراسة الأربعة:

بعد تحديد ورسم هذا النموذج النظري نقوم باشتقاق الفرضيات التي نسعى لتحقيقها في الميدان. وعليه نحاول أن نتصور أربعة أبعاد من الفرضيات الجزئية على النحو الآتي:

نموذج تحليلي لقياس الفرضية الأولى:

بعد اختبار النموذج النظري لقياس الفرضية الأولى في برنامج الآموسAMOS ، ظهر لنا شكل النموذج البنائي التحليلي للفرضية الأولى الاتي الذي يبين لنا مدى تطابق النموذج النظري للفرضية الأولى مع النتائج الميدانية للفرضية الأولى، وفي هذه الحالة يفترض علينا أن نقوم بإجراء التحليل العام التوكيدي على المؤشرات لمستوى البعدين الخاصين بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية



وعلاقتها بخدمات الرعاية الصحية الإنجابية، وأن نتائج المؤشرات الإحصائية للدراسة وفق الفرضية الأولى التي مفادها أن العوامل الاجتماعية

المصدر: من مخرجات برنامج AMOS.v.21

والاقتصادية تؤثر على تباين مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر. وبعد تقدير مدى صدق النموذج من خلال برنامج الآموس (AMOS.v.21) فإننا نقوم بتوضيح نتائج هذا التقدير كما هو موضح في الشكل الآتي:

شكل رقم 2: يبين نموذج البناء للفرضية الأولى بعد اختباره في برنامج الآموس مع نتائج المؤشرات:

يعرض الشكل رقم 2 أن المتغير الكامن لمستوى البعد الخاص بالمتغير المستقل وهو العوامل الاجتماعية والاقتصادية هو نموذج القياس له أربعة مؤشرات مشاهدة وهي استخدام الإنترنت، الحصول على الكهرباء، الأسرة التي لديها هاتف مهارات تكنولوجيا المعلومات، وأن المتغير الكامن لمستوى البعد الخاص بالمتغير التابع وهي خدمات رعاية الصحة الإنجابية هو نموذج القياس له أربعة مؤشرات مشاهدة وهي معدل انتشار موانع الحمل، تلبية الاحتياجات في مجال تنظيم الأسرة، الولادة القيصرية، فحص صحة الأم بعد الولادة. وأن لكل من المؤشرات المشاهدة خطأ قياس مفترض يقدره برنامجالآموس المعتمد في هذه الدراسة، كما أن هناك خطأ بناء للمتغير الكامن يقدره البرنامج كذلك.

تحليل نتائج إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الأولى ببرنامج AMOS:

الجدول رقم 2:يبين إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الأولى في البرنامج:

اختبار الفرضية الأولى	القيم
مربع كاي(Chi-Sqaurex²)	3063.330
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب (مؤشر رمسي) RMSEA	0.366
مؤشر حسن المطابقةGFI	0.722
مؤشر حسن المطابقة المعدلAGFI	0.473
مربع كاي المعياري CMDN/DF	3063.330/df
مؤشر المطابقة المقارنCFI	0.517

درجة الحرية	19
مستوى الدلالة P.Valuepropapility	0.00

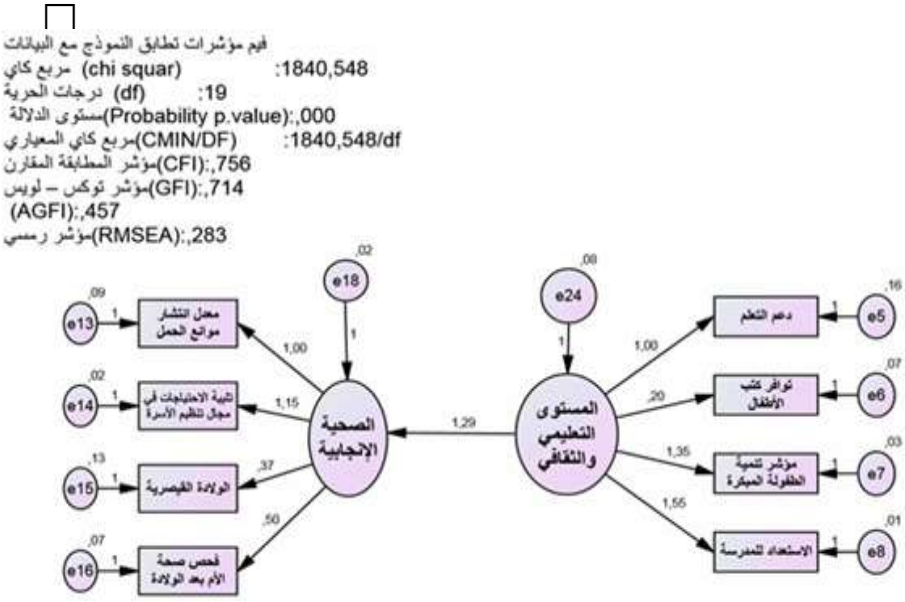
المصدر: من مخرجات برنامج AMOS V.21.

يشير تحليل نتائج الشكل إلى نتائج إحصاءات نموذج البناء بعد اختباره في برنامج الآموس في الجدول أعلاه، أن نموذج البناء هو مطابق ، لان مربع كاي غير دالة إحصائيا وقيمتها هي 3063.330 عند درجة حرية 19 ومستوى دلالة 0,00، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق بين البيانات الميدانية للفرضية الأولى والنموذج النظري المقترح لها، وأن جميع الإحصاءات المطابقة الخاصة به تقع في المدى المقبول، وهذا مما يدل على أنه نموذج مقبول في تفسير البيانات الميدانية، بحيث أن النموذج يطابق البيانات الميدانية في الدراسة الخاصة: تأثير العوامل الاجتماعية و الاقتصادية على تباين مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر، وهي مطابقة ومحققة نسبيا، وأن باقي مؤشرات المطابقة من RMSEA وGFI وAGFI وRMR وCFI وقعت في المدى المثالي، وأن كل القيم العاملية المعيارية لمؤشرات الفرضيات الخاصة بالدراسة محققة نسبيا، و هذا ما يؤكد صدق نموذج قياس لان كل قيم الارتباطات تشير إلى الارتباط الطردي والقوي حسب القيم بين المتغيرين المستقل والتابع وهذا ما يشير إلى القيم الموجبة التي تربط مؤشرات الكامنة أو البواقي لأبعاد الفرضيات وفق النموذج أعلاه، ولا توجد قيم سالبة.

ونلاحظ بأن قيمة مؤشر المطابقة المقارن CFI هو 0.517 يقترب من الواحد مما يدل على مطابقة النموذج و تحقق الفرضية نسبيا، كما أن مؤشر حسن المطابقة GFI قيمته 0.722 مرتفع جدا ويقترب من الواحد، أما مستوى الدلالة P.VALUE قيمتها 0.00 وهي دالة، ودرجة الحرية مرتفعة وقيمتها 19 فأنها تحقق المطابقة، وأن مؤشر رامسي RMSEA قيمتها 0.366 كذلك مقبولة، لأنها أكبر من 0.05 ، لذا يمكن القول بأن حسب مؤشرات النموذج فانه يطابق الإطار النظري والفرضية الأولى محققة نسبيا.

نموذج تحليلي لقياس الفرضية الثانية:

بعد اختبار النموذج النظري لقياس الفرضية الثانية في برنامج الآموسAMOS، ظهر لنا شكل النموذج البنائي التحليلي للفرضية الآتية الذي يبين لنا مدى تطابق النموذج النظري للفرضية الثانية مع النتائج الميدانية للفرضية الثانية، وفي هذه الحالة يفترض علينا أن نقوم بإجراء التحليل العاملي التوكيدي على المؤشرات لمستوى البعدين الخاصين للفرضية التي تنصّ على أنه توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والثقافي للفرد، وتلقي خدمات الصحة الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر. وأن نتائج المؤشرات الإحصائية بعد تقدير مدى صدق النموذج من خلال برنامج الآموس (AMOS.v.21) فإننا نقوم بتوضيح نتائج هذا التقدير كما هو موضح في الشكل الآتي:



شكل رقم 3: يبين نموذج البناء للفرضية الثانية بعد اختباره في برنامج الاموس مع نتائج المؤشرات:

(المصدر من مخرجات برنامج AMOS.v.21)

يعرض الشكل رقم 3 أن المتغير الكامن لمستوى البعد الخاص بالمتغير المستقل بالمستوى التعليمي والثقافي في نموذج القياس له أربعة مؤشرات مشاهدة

وهي دعم التعلم، توافر الكتب للأطفال، مؤشر تنمية الطفولة المبكرة، الاستعداد للمدرسة. وأن المتغير الكامن لمستوى البعد الخاص بالمتغير التابع وهي خدمات رعاية الصحة الإنجابية هو نموذج القياس له أربعة مؤشرات مشاهدة وهي معدل انتشار موانع الحمل، تلبية الاحتياجات في مجال تنظيم الأسرة، الولادة القيصرية، فحص صحة الأم بعد الولادة. وأن لكل من المؤشرات المشاهدة خطأ قياس مفترض يقدره برنامجالآموس المعتمد في هذه الدراسة، كما أن هناك خطأ بناء للمتغير الكامن يقدره البرنامج كذلك.

جدول رقم 3: يبين نتائج إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الثانية في البرنامج:

اختبار الفرضية الثانية	القيم
مربع كاي(Chi-Sqaurex²)	1840.548
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب(مؤشر رمسي) RMSEA	0.283
مؤشر حسن المطابقةGFI	0.714
مؤشر حسن المطابقة المعدلAGFI	0.457
مربع كاي المعياري CMDN/DF	1840.548/df
مؤشر المطابقة المقارنCFI	0.756
درجة الحرية	19
مستوى الدلالة P.Valuepropapility	0.00

المصدر: من مخرجات برنامج AMOS V.21.

تحليل نتائج إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الثانية ببرنامج AMOS:

يشير تحليل نتائج الشكل إلى نتائج إحصاءات نموذج البناء بعد اختباره في برنامج الآموس في الجدول أعلاه، أن نموذج البناء للفرضية الثانية مطابق، لأن مربع كاي غير دالة إحصائيا وقيمتها هي 1840.548 عند درجة حرية

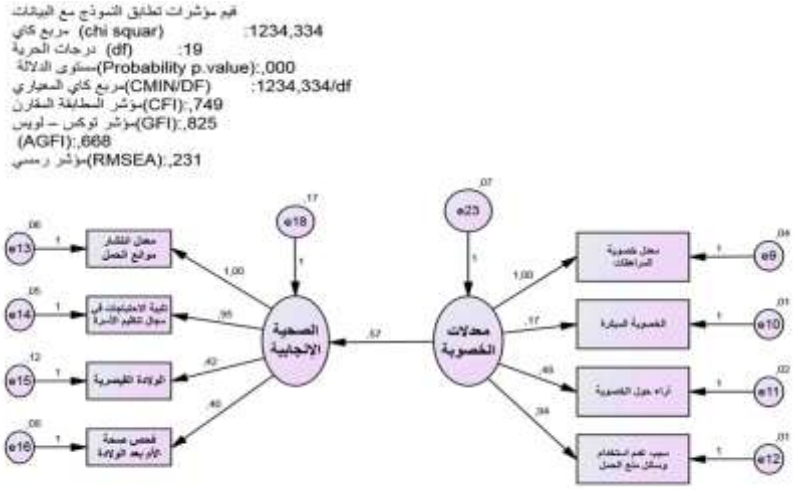
19 ومستوى دلالة 0,00، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق بين البيانات الميدانية للفرضية الثانية والنموذج النظري المقترح لها، وأن جميع الإحصاءات المطابقة الخاصة به تقع في المدى المقبول جدا أكثر من الفرضية الأولى، و يدل

على أنه نموذج مطابق ومقبول جدا في تفسير البيانات الميدانية بأنها توجد فروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي و الثقافي للفرد، وتلقي خدمات الصحة الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر، وهي مطابقة ومحققة نسبيا، وأن باقي مؤشرات المطابقة من RMSEA وGFI وAGFI وRMR وCFI وقعت في المدى المثالي، وأن كل القيم العاملية المعيارية لمؤشرات الفرضيات الخاصة بالدراسة محققة نسبيا، وهذا ما يؤكد صدق نموذج قياس لأن كل قيم الارتباطات تشير إلى الارتباط الطردي والقوي حسب القيم بين المتغيرين المستقل والتابع وهذا ما يشير إلى القيم الموجبة التي تربط مؤشرات الكامنة أو البواقي لأبعاد الفرضية وفق النموذج أعلاه، ولا توجد قيم سالبة. ونلاحظ بأن قيمة مؤشر المطابقة المقارن CFI هو 0.756 يقترب جدا من الواحد مما يدل على مطابقة النموذج وتحقق الفرضية نسبيا، كما أن مؤشر حسن المطابقة GFI قيمته 0.714 مرتفع جدا ويقترب من الواحد مما يدل على مطابقة النموذج وتحقق الفرضية نسبيا، أما مستوى الدلالة P.VALUE قيمتها 0.00 وهي دالة، ودرجة الحرية مرتفعة وقيمتها 19 فأنها تحقق المطابقة، وأن مؤشر رامسي RMSEAقيمتها 0.283 كذلك مقبولة، لأنها أكبر من 0.05، لذا يمكن القول بأن حسب مؤشرات النموذج فإنه يطابق الإطار النظري والفرضية الثانية محققة نسبيا.

نموذج تحليلي لقياس الفرضية الثالثة:

بعد اختبار النموذج النظري لقياس الفرضية الثالثة في برنامج الآموسAMOS، ظهر لنا شكل النموذج البنائي التحليلي للفرضية الآتية الذي يبين لنا مدى تطابق النموذج النظري للفرضية مع النتائج الميدانية للفرضية، وفي هذه الحالة يفترض علينا أن نقوم بإجراء التحليل العاملي التوكيدي على المؤشرات لمستوى البعدين الخاصين للفرضية التي تنص على أنه يوجد ارتباط بين معدلات الخصوبة، ومدى تلقي خدمات الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر. وأن نتائج المؤشرات الإحصائية بعد تقدير مدى صدق النموذج من خلال برنامج الآموس (AMOS.v.21) فإننا نقوم بتوضيح نتائج هذا التقدير كما هو موضح في الشكل الآتي:

شكل رقم 4: يبين نموذج البناء للفرضية الثالثة بعد اختباره في برنامج الآموس مع نتائج المؤشرات:



(المصدر من مخرجات برنامج AMOS.V.21)

يعرض الشكل رقم4 أن المتغير الكامن لمستوى البعد الخاص بالمتغير

المستقل بمعدلات الخصوبة في نموذج القياس له أربعة مؤشرات مشاهدة وهي معدل خصوبة المراهقات، الخصوبة المبكرة، أراء حول الخصوبة، سبب عدم استخدام وسائل منع الحمل. وأن المتغير الكامن لمستوى البعد الخاص بالمتغير التابع وهي خدمات رعاية الصحة الإنجابية هو نموذج القياس له أربعة مؤشرات مشاهدة وهي معدل انتشار موانع الحمل، تلبية الاحتياجات في مجال تنظيم الأسرة، الولادة القيصرية، فحص صحة الأم بعد الولادة. وأن لكل من المؤشرات

المشاهدة خطأ قياس مفترض يقدره برنامج الآموس المعتمد في هذه الدراسة، كما أن هناك خطأ بناء للمتغير الكامن يقدره البرنامج كذلك.

جدول رقم 4: يبين نتائج إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الثالثة في البرنامج:

اختبار الفرضية الثالثة	القيم
مربع كاي(Chi-Sqaurex²)	1234.334
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب(مؤشر رمسي) RMSEA	0.231
مؤشر حسن المطابقةGFI	0.825
مؤشر حسن المطابقة المعدلAGFI	0.668
مربع كاي المعياري CMDN/DF	3063.330/df
مؤشر المطابقة المقارنCFI	0.749
درجة الحرية	19
مستوى الدلالة P.Valuepropapility	0.00

المصدر: من مخرجات برنامج AMOS V.21.

تحليل نتائج إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الثالثة ببرنامج AMOS:

يشير تحليل نتائج الشكل إلى نتائج إحصاءات نموذج البناء بعد اختباره في برنامج الآموس في الجدول أعلاه ، أن نموذج البناء للفرضية الثالثة مطابق جدا، لان مربع كاي غير دالة إحصائيا و قيمتها هي 3063.330 عند درجة

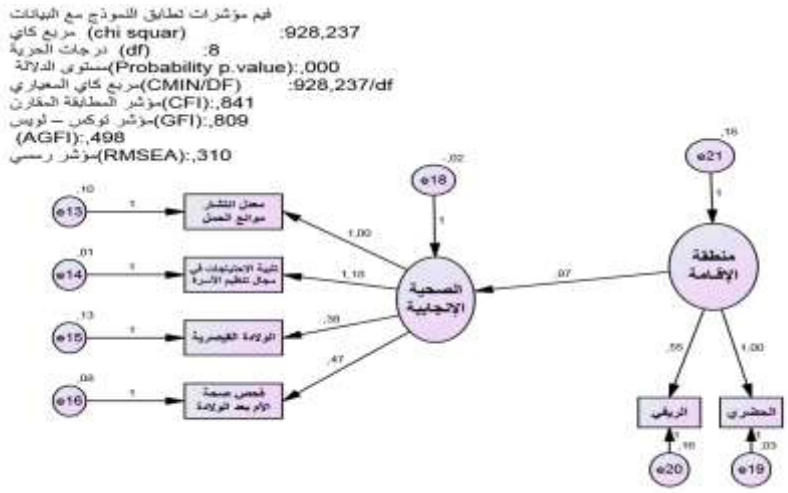
حرية 19 ومستوى دلالة 0,00، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق بين البيانات الميدانية للفرضية الثالثة والنموذج النظري المقترح لها، وأن جميع الإحصاءات المطابقة الخاصة به تقع في المدى المقبول جدا أكثر من الفرضية الأولى، وهذا مما يدل على أنه نموذج مطابق و مقبول جدا في تفسير البيانات الميدانية بأنه يوجد ارتباط بين معدلات الخصوبة، ومدى تلقي خدمات الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر، وهي مطابقة ومحققة نسبيا، وأن باقي مؤشرات المطابقة من RMSEA و GFI و AGFI وRMR وCFI وقعت في

المدى المثالي، وأن كل القيم العاملية المعيارية لمؤشرات الفرضية الخاصة بالدراسة محققة نسبيا، وهذا ما يؤكد صدق نموذج قياس لأن كل قيم الارتباطات تشير إلى الارتباط الطردي والقوي حسب القيم بين المتغيرين المستقل والتابع وهذا ما يشير إلى القيم الموجبة التي تربط مؤشرات الكامنة أو البواقي لأبعاد الفرضية وفق النموذج أعلاه، و لا توجد قيم سالبة. و نلاحظ بأن قيمة مؤشر المطابقة المقارن CFI هو 0.749 يقترب جدا من الواحد مما يدل على مطابقة النموذج وتحقق الفرضية نسبيا ، كما أن مؤشر حسن المطابقة GFI قيمته 0.825 مرتفع جدا و يقترب من الواحد مما يدل على مطابقة النموذج وتحقق الفرضية نسبيا، أما مستوى الدلالة P.VALUE قيمتها 0.00 وهي دالة، ودرجة الحرية مرتفعة وقيمتها 19 فأنها تحقق المطابقة، وأن مؤشر رامسي RMSEAقيمتها 0.231 كذلك مقبولة ، لأنها أكبر من 0.05 ، لذا يمكن القول بأن حسب مؤشرات النموذج فانه يطابق الإطار النظري والفرضية الثالثة محققة نسبيا.

نموذج تحليلي لقياس الفرضية الرابعة:

بعد اختبار النموذج النظري لقياس الفرضية الرابعة في برنامج الآموسAMOS، ظهر لنا شكل النموذج البنائي التحليلي للفرضية الآتية الذي يبين لنا مدى تطابق النموذج النظري للفرضية الرابعة مع النتائج الميدانية للفرضية الرابعة، وفي هذه الحالة يفترض علينا أن نقوم بإجراء التحليل العاملي التوكيدي على المؤشرات لمستوى البعدين الخاصين للفرضية التي تنص على أنه توجد علاقة طردية بين منطقة الإقامة، ومدى توفر واستخدام خدمات الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر. وأن نتائج المؤشرات الإحصائية بعد تقدير مدى صدق النموذج من خلال برنامج الآموس (AMOS.v.21) فإننا نقوم بتوضيح نتائج هذا التقدير كما هو موضح في الشكل الآتي:

شكل رقم 5 يبين نموذج البناء للفرضية الرابعة بعد اختباره في برنامج الآموس مع نتائج المؤشرات:



(المصدر من مخرجات برنامج AMOS.v.21)

يعرض الشكل رقم 5 أن المتغير الكامن لمستوى البعد الخاص بالمتغير المستقل بمنطقة الإقامة في نموذج القياس له مؤشرين مشاهدة وهما المنطقة الحضرية، المنطقة الريفية. وأن المتغير الكامن لمستوى البعد الخاص بالمتغير التابع وهي خدمات رعاية الصحة الإنجابية هو نموذج القياس له أربعة مؤشرات مشاهدة وهي معدل انتشار موانع الحمل، تلبية الاحتياجات في مجال تنظيم الأسرة، الولادة القيصرية، فحص صحة الأم بعد الولادة. وأن لكل من المؤشرات المشاهدة خطأ قياس مفترض يقدره برنامجالآموس المعتمد في هذه الدراسة، كما أن هناك خطأ بناء للمتغير الكامن يقدره البرنامج كذلك.

جدول رقم 5: يبين نتائج إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الثانية في البرنامج:

اختبار الفرضية الرابعة	القيم
مربع كاي($Chi\text{-}Sqaurex^2$)	928.237
الجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب (مؤشر رمسي) RMSEA	0.310
مؤشر حسن المطابقةGFI	0.809
مؤشر حسن المطابقة المعدلAGFI	0.498
مربع كاي المعياري CMDN/DF	928.237/df
مؤشر المطابقة المقارنCFI	0.749
درجة الحرية	8
مستوى الدلالة P.Valuepropapility	0.00

المصدر: من مخرجات برنامج AMOS V.21.

تحليل نتائج إحصاءات المطابقة لنموذج البناء النظري للفرضية الرابعة ببرنامج AMOS:

يشير تحليل نتائج الشكل إلى نتائج إحصاءات نموذج البناء بعد اختباره في برنامج الآموس في الجدول أعلاه، أن نموذج البناء للفرضية الرابعة مطابق نوعا ما، لأن مربع كاي غير دالة إحصائيا وقيمتها هي 928.237 عند درجة حرية 8 و مستوى دلالة 0,00، وهذا يدل على أنه لا توجد فروق بين البيانات الميدانية للفرضية الرابعة والنموذج النظري المقترح لها، وأن جميع الإحصاءات المطابقة الخاصة به تقع في المدى المقبول نوعا ما، وهذا مما يدل على أنه نموذج مطابق ومقبول إلى حد ما في تفسير البيانات الميدانية بأنها توجد علاقة طردية بين منطقة الإقامة، ومدى توفر واستخدام خدمات الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر. وهي مطابقة ومحققة نسبيا جدا، وأن باقي مؤشرات المطابقة من RMSEA وGFI وAGFI وRMR وCFI وقعت في المدى المناسب، وأن كل القيم العاملية المعيارية لمؤشرات الفرضية الخاصة بالدراسة محققة نسبيا جدا، وهذا ما يؤكد صدق نموذج قياس لأن كل قيم الارتباطات تشير إلى الارتباط الطردي حسب القيم بين المتغيرين المستقل والتابع وهذا ما يشير إلى القيم الموجبة التي تربط مؤشرات الكامنة أو البواقي لأبعاد الفرضية وفق النموذج أعلاه، ولا توجد قيم سالبة. ونلاحظ بأن قيمة مؤشر المطابقة المقارن CFI هو 0.749 يقترب جدا من الواحد مما يدل على مطابقة النموذج وتحقق الفرضية نسبيا، كما أن مؤشر

حسن المطابقة GFI قيمته 0.809 مرتفع جدا ويقترب من الواحد مما يدل على مطابقة النموذج وتحقق الفرضية نسبيا، أما مستوى الدلالة P.VALUE قيمتها 0.00 وهي دالة، ودرجة الحرية مرتفعة و قيمتها 8 فأنها تحقق المطابقة، و أن مؤشر رامسي RMSEAقيمتها 0.310 كذلك مقبولة، لأنها اكبر من 0.05، لذا يمكن القول بأن حسب مؤشرات النموذج فإنه يطابق الإطار النظري والفرضية الرابعة محققة نسبيا.

مناقشة النتائج الدراسة:

من نتائج بيانات بناء النموذج التحليلي الخاص ببناء النسق المفاهيمي للتحقق من صحة الفرضيات، وبعد نهجنا لأساليب الخاصة بالنمذجة باستعمال أساليب وإحصاءات المطابقة من اختبار كارل بيرسون ومؤشر حسن المطابقة ومؤشر المطابقة المقارن ومؤشر حسن المطابقة المعدل والجذر التربيعي لمتوسط خطأ الاقتراب والجذر التربيعي لمتوسط مربعات البواقي ومؤشر رامسي وغيرها، وبعد بناء نموذج لأبعاد ومكونات ومؤشرات الفرضيات والتحقق من مطابقة المقياس، اتضح أن بناء النموذج بالمعادلة البنائية ينطبق على الدراسة الميدانية لفرضياتنا، وهذا ما يبين أن كل فرضيات الدراسة محققة نسبياً، وأن مؤشرات تنوع أو اختلاف الأقاليم الجغرافية في الجزائر يؤدي إلى إحداث فوارق في مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية.

من خلال تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والفروق ذات دلالة إحصائية بين المستوى التعليمي والثقافي للفرد، وارتباط بين معدلات الخصوبة، وأثر منطقة الإقامة، كلها بمدى تلقي خدمات الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية في الجزائر.

خاتمة:

هدفت الدراسة إلى إبراز أهم العوامل والمؤشرات التي تؤدي إلى وجود تباين في تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية وبالتحديد مناطق الإقامة (ريف وحضر)، وبالاعتماد على قاعدة البيانات للمسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-6 (2019) التي مست النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة، وباستخدام نموذج المعادلة البنائية (الهيكلية) وفق برنامج أموس AMOS تمت المعالجة والتحقق من صدق الفرضيات المطروحة، حيث تم بناء نموذج تحليلي لمؤشرات الفرضيات، وقمنا بالتحقق من صدق هذا النموذج باستخدام التحليل العاملي الاستكشافي للبيانات، ثم التحليل العاملي التوكيدي للتحقق من صدق مؤشرات القياس لكل نموذج، وبعدها اختبرنا كل فرضية على حدى، حيث أظهرت نتائج الدراسة أن مؤشرات تنوع واختلاف الأقاليم الجغرافية في الجزائر يؤدي إلى إحداث فوارق في مستويات تلقي الرعاية الصحية الإنجابية من خلال تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية وكذا تأثير كل من المستوى التعليمي والثقافي للفرد، كما تلعب الخصوبة ومنطقة الإقامة دورا هاما في إبراز هذه الفروقات، لذا وجب علينا رفع التوصيات الآتية:

- إعادة توزيع الهياكل الصحية والكوادر الطبية المتخصصة بنسب متقاربة بين جميع أقاليم البرمجة السبعة.
- القضاء على المركزية في تسيير مراكز الأمومة والطفولة، وهذا بتبني سياسة فعالة تقضي على الاكتظاظ في المراكز الحضرية الكبرى.
- إنشاء مراكز للبحث تهتم بالصحة الإنجابية، وما ينجر عنها من مشاكل تعيق سياسة التنمية للحكومات والسلطات المسؤولة على هذا القطاع.
- استحداث فروع جهوية تعنى بصحة الأمومة والطفولة والأخطار الناجمة عن تباين تلقي الرعاية الصحية الإنجابية بين مختلف الأقاليم الجغرافية.

□

قائمة المراجع:

- أبو عيانة، فتحي محمد. (1985). دراسات في علم السكان. بيروت، لبنان: دار النهضة العربية.الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات، دورية علمية متخصصة محكمة، المجلد 05، العدد 13، 42-80.

- الأمم المتحدة. (1995). تقرير المؤتمر العالمي للسكان والتنمية (القاهرة 5- 13 سبتمبر 1994). نيويورك: الأمم المتحدة.

- الأمم المتحدة. (2002). السكان والحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب (الإيدز). نيويورك: إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية، شعبة السكان.

- بن واضح، الهاشمي. (2016). مطبوعة محاضرات في منهجية إعداد بحوث الدراسات العليا (ماستر، ماجستير، دكتوراه). المسيلة، الجزائر: جامعة المسيلة.

- حمادة، مصطفى عمر. (2009). الأنثروبولوجيا: دراسات في السكان. الإسكندرية، مصر: دار المعرفة الجامعية.

- الديوان الوطني للإحصائيات. (ديسمبر، 2020). المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-6. الجزائر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

- ربحي مصطفى عليان، وعثمان محمد غنيم. (2000). مناهج وأساليب البحث العلمي النظرية والتطبيق. عمان: دار صفاء للنشر والتوزيع.

- رحال، هواري. (ديسمبر، 2020). واقع الرعاية الصحية الإنجابية وفق معطيات المسح العنقودي MICS-4- 2012. مجلة العلوم الاجتماعية والإنسانية، جامعة باتنة، المجلد 21، العدد 2، 279-300.

- سواكري، خديجة. (جوان، 2017). واقع الصحة الإنجابية للنسوة الفئة (15- 49) سنة بمنطقة الجنوب بناء على معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS-3. مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 29، 107- 118.

- سواكري، خديجة. (2019-2020). تحليل معمق لواقع الصحة الإنجابية لدى نسوة الفئة 15- 49 سنة بناء على المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، أطروحة دكتوراه، تخصص ديمغرافيا. الجزائر: جامعة باتنة.

- السيوطي، أبو الفضل عبد الرحمان جلال الدين. (1424 هـ). معجم مقاليد العلوم في الحدود والرسوم، ط 1، (تحقيق، عيادة محمد إبراهيم). القاهرة، مصر: مكتبة الآداب.

- الشريف،آسيا. (يناير، 2012). واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية، من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة. صحة الأسرة العربية والسكان، بحوث ودراسات. دورية علمية متخصصة محكمة. المشروع العربي لصحة الأسرة، المجلد 05، العدد 13، 42-80.

- طويل،شهرزاد. (جوان، 2022). تباين السلوك الإنجابي بين المناطق الجغرافية في الجزائر من خلال قاعدة البيانات للمسح العنقودي السادس متعدد المتغيرات. مجلة المعيار، المجلد 13، العدد 1، 218-238.

- عادل عبد السلام. (1990). الأقاليم الجغرافية السورية. دمشق، سوريا: مطبعة الاتحاد.

- لعشيشي نوال،هاشم أمال. (ماي، 2023). الفوارق المكانية في توزيع الخدمات الصحية في مجال الصحة الإنجابية لسنة 2018. مجلة أبعاد، العدد 1، 479-494.

- L'UNICEF, & la Banque Mondiale. (2005). Estimation de IBMS, Mortalité Maternelle en 2005. L'UNICEF et la Banque Mondiale.

- World Health Organization.(2016).Trends in Maternal Mortality 1990 to 2015.Geneva, Switzerland: Estimate by WHO, UNICEF, UNFPA, World Bank Group and United Nations Population Diversion.

- World Health Organization. (Octobre, 2006). Documents Fondamentaux, Supplément à la Quarante- Cinquième Edition. World Health Organization. Consulté le 03 22, 2022 à 10:40, sur www.who.int/goverance/cb/who-constitution.fr.pdf