

واقع الرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر وفق معطيات مسح MICS4-2012

The reality of reproductive health care in Algeria according to the data of the MICS4-2012 survey

هوارى رحال¹، مخبر الدراسات السكانية، الصحة والتنمية المستدامة في الجزائر، (جامعة البليدة 2)،
demoghouari@gmail.com

د. رضوان مصلي، مخبر الدراسات السكانية والتنمية المستدامة في الجزائر، (جامعة البليدة 2)،
redlimadz@yahoo.fr

2020-11-22	تاريخ القبول	2019-10-29	تاريخ الاستلام
------------	--------------	------------	----------------

ملخص:

سعت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع الرعاية الصحية المتلقاة من طرف النساء خلال مرحلتي الحمل والولادة في الجزائر اعتمادا على بيانات أحدث مسح صحي ديموغرافي متوفر (MICS4-2012). أردنا تحديدا معرفة إذا ما كانت هنالك فوارق في فرص استفادة النساء من الرعاية الصحية الإنجابية بالنظر إلى عوامل السن، منطقة الإقامة، مؤشر الثروة، مستوى تعليم المرأة وإقليم البرمجة. لقد وظفنا منهجية تحليل أعدها البنك الدولي تعتمد تطبيق مؤشر الاختلاف وحساب المساهمات الحدية لكل عامل انطلاقا من تحليل "شيبلي". توصلت الدراسة إلى أن هنالك تحسنا في أبعاد الرعاية الصحية الإنجابية بالنظر لبيانات PAPFAM-2002، وإلى أن القيام بأربع زيارات وأكثر إلى إطار طبي مؤهل هو البعد (رعاية الصحة الإنجابية) الذي تقابله أكبر نسبة من الفرص التي تحتاج إلى إعادة توزيع. كما وجدنا أن إقليم البرمجة يساهم بنسبة كبيرة في عدم المساواة في الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية، يليه مؤشر الثروة ثم المستوى التعليمي للأُم.

الكلمات المفتاحية

الرعاية الصحية؛ الحمل، الولادة؛ وفيات الرضع؛ عدم تكافؤ الفرص.

Abstract

This study sought to shed light on the reality of health care provided to women during the stages of pregnancy and childbirth in Algeria, based on the data of the latest available demographic health survey (MICS4-2012). We specifically wanted to know if there were differences in the opportunities for women to benefit from reproductive health care by looking at age factors, region of residence, wealth index, level of education of women and region of health programming. We have employed an analysis methodology prepared by the World Bank based on the application of the Dissimilarity index and the calculation of the marginal contributions of each factor based on the "Shapley" decomposition. The study found that there is an improvement in the dimensions of reproductive health care, given the data of PPFAM-2002, and that making four or more visits to a qualified medical worker is the dimension (reproductive health care) corresponding to the largest proportion of opportunities that need to be redistributed. We also found that the programming region contributes significantly to inequality in access to reproductive health care, followed by the wealth index, and then the mother's educational level.

Keywords

Health care; pregnancy; birth; infant mortality; inequality of opportunity.

¹ - هوارى رحال

1. مقدمة

يعرف برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1994)، الصحة الإنجابية على أنها "حالة رفاه بدني، عقلي واجتماعي كامل في جميع متعلقات الجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته وليست مجرد السلامة من المرض والإعاقة، وتتضمن أيضا القدرة على الإنجاب وحرية اتخاذ قرار الإنجاب ... وامتلاك الحق في الحصول على خدمات الرعاية الصحية المناسبة التي تمكن المرأة من أن تتجاوز بأمان مرحلة الحمل والولادة بالإضافة إلى التوفر على أفضل الفرص لإنجاب وليد معافى (الأمم المتحدة، 1995: 11) (بتصرف)، لذا فإن الهدف من الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة هو أيضا اكتشاف حالات مرضية يمكن معالجتها وتقديم النصائح والإرشادات للوقاية منها.

وإذا نظرنا إلى بعض المؤشرات المتعلقة بهذا المضمار في الجزائر، وجدنا معدل وفيات الرضع بلغ 36.9٪ سنة 2000 وفقا لديوان الوطني الجزائري للإحصاء وانخفض إلى 24.8٪ سنة 2009، ثم إلى 23.1٪ سنة 2011 (4 : 2015، ONS). وكان يعاني 18.1٪ من الأطفال البالغين دون 5 سنوات من قصر القامة الحاد أو المعتدل سنة 1992 (MSPRH، 1992: 40). غير أن هذا المعدل أصبح 11.3٪ سنة 2006 (62 : 2006، MSPRH)). كما أن حالات النحافة المرضية بلغت 5.5٪ سنة 1992 وتراجعت إلى 2.9٪ سنة 2006.

تنبأ هذه الإحصائيات بتحسين الظروف الصحية وتراجع العوامل المؤدية لوفيات الرضع وخاصة الأمراض المعدية التي كانت تفتك بالأطفال الرضع والأقل من 5 سنوات. ويرجع ذلك أساسا إلى توجيهات السياسات الصحية الدولية التي تجعل من تقليص مستويات المراضة ووفيات الرضع عاملا مهما في تحديد المستويات التنموية للبلد.

ولهذا نجد أنه من بين المرامي الإنمائية للألفية التي اعتمدها الأمم المتحدة عام 2000 (المرمي 4) خفض وفيات الأطفال بمقدار الثلثين في جميع أنحاء العالم بحلول عام 2015. كما أن هنالك صلة وثيقة بين معدلات وفيات الأطفال والمرمي 5 المتعلق بتحسين صحة الأمومة (منظمة الصحة العالمية، 2004: 15). وبالنظر إلى حدوث أكثر من 44٪ من مجموع وفيات الأطفال في الشهر الأول من حياتهم فإن توفير خدمات الرعاية ذات الجودة للأمهات أثناء فترة الحمل وكذلك خلال الولادة وبعدها يسهم بقدر كبير في بقاء الأطفال على قيد الحياة (منظمة الصحة العالمية، 2018: 20).

حسب نتائج المسوحات المنجزة من طرف اليونسيف بالجزائر، مسح صحة الأم والطفل (1992) ومسح PAPFAM-2002 ومسح MICS3-2006، بلغت نسب النسوة اللاتي تلقين رعاية صحية خلال الحمل 58.9٪ سنة 1992 وارتفعت إلى 80.7٪ سنة 2002 وإلى 90.3٪ سنة 2006. أما نسبة النسوة اللاتي شملتهن الرعاية الصحية أثناء الولادة (إشراف طبي مؤهل) فبلغت 71.0٪ سنة 1992 وارتفعت إلى 90.2٪ سنة 2002 ثم إلى 95.3٪ سنة 2006.

تبين هذه الإحصائيات أن هناك تحسنا في مؤشرات الرعاية الصحية الإنجابية في فترة الحمل والولادة ببلادنا على المستوى الوطني، أما على مستوى بعض المجموعات السكانية الفرعية فما زالت هناك فجوات تحتاج إلى مزيد من الجهد قصد تغطيتها.

وفق البنك الدولي واعتمادا على بيانات المسح الجزائري حول صحة الأسرة (2002) يواجه الأطفال في الجزائر فرصا غير متكافئة للحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة تحت إشراف إطار طبي مؤهل، إذ يجب إعادة توزيع ما مقداره 7.7% من الفرص بشكل مختلف لكي يكون هناك تكافؤ في فرص الرعاية الصحية قبل الولادة، بينما قدرت نسبة الرعاية الصحية المقدمة أثناء الولادة تحت إشراف إطار طبي مؤهل (طبيب، قابلة) بما مقداره 2.4% من الفرص التي هي بحاجة إلى إعادة التوزيع لكي يكون هناك تكافؤ في الفرص. ولقد لوحظ أن هذا التباين في الفرص مرده أساسا إلى عوامل السن، تعليم الأم، محل الإقامة، مؤشر الثروة وتعليم الزوج. إذ يسهم مؤشر الثروة بنسبة 21.3% وتعليم المرأة بنسبة 37.0% وتعليم الزوج بنسبة 26% ومنطقة الإقامة بمقدار 15.4% بالنسبة للرعاية قبل الولادة. أما بالنسبة للرعاية أثناء الولادة تحت إشراف طبي مؤهل فيساهم مؤشر الثروة بنسبة 17.9% وتعليم المرأة بنسبة 36.8% ومنطقة الإقامة بمقدار 23.0% وتعليم الزوج بنسبة 23.4% في عدم تكافؤ الفرص (كرافت، 2015: 76-77).

بناء على ما سبق يسعى بحثنا هذا إلى تحليل واقع الرعاية الصحية الإنجابية للأم خلال فترة الحمل والولادة بعد مرور عشرية كاملة على التقييم المعروضة نتائجه أعلاه، وهذا لتوضيح مدى التقدم المحرز في تحقيق مبدأ تكافؤ فرص النساء في الحصول على الرعاية الصحية الإنجابية، وتحديد أهم العوامل التي تقف اليوم وراء عدم المساواة في هذه الفرص. وبلوغ هذا الهدف وضعنا التساؤلات التالية:

1. هل لا تزال متغيرات من مثل سن الأم، المستوى التعليمي للأم ومنطقة الإقامة تنتج فروقا في الرعاية الصحية المقدمة للمرأة خلال فترة الحمل والولادة؟
2. ما مقدار مساهمة كل من عامل السن، منطقة الإقامة، إقليم البرمجة، مستوى تعليم المرأة ومؤشر الثروة في عدم المساواة في فرص الوصول للرعاية الصحية الإنجابية؟

2. المنهجية

1.1. مصادر المعطيات

تدرس هذه الورقة تفاضلات الرعاية الصحية الإنجابية وفقا لمجموعة من العوامل الاقتصادية الاجتماعية لأسرة الطفل (والأم تحديدا)، المدرجة ضمن المسح الوطني (الجزائري) العنقودي متعدد المؤشرات (MICS4-2012). تم إنجاز المسح من طرف الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) لصالح وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات (MSRH) سنة 2012. تلخصت أهداف المسح في جمع بيانات تسمح بحساب مجموعة واسعة من المؤشرات الصحية للسكان تمكن من تقييم السياسات الصحية الحالية واقتراح التصحيحات الملائمة. وظف المسح ثلاث استمارات: استمارة الأسرة، المرأة في سن الإنجاب والطفل دون 5 سنوات. اعتمد المسح مخطط معاينة عنقودي على درجتين، وظفت ضمنه معطيات تعداد 2008 كقاعدة معاينة. غطى المسح 28000 أسرة معيشية، بمعدل استجابة قدره 98.4%، موزعة على سبع مناطق برمجة (صحية). بلغت عينة دراستنا 5891 امرأة غير عازبة لديها على الأقل ولادة حية خلال السنتين السابقتين للمسح (MSPRH, 2015: 37).

2.2. منهجية التحليل

1.2.2. منهجية الفرص البشرية

مؤشر أو دليل الفرص البشرية

مؤشر الفرص البشرية (HOI) مقياس إجمالي يلخص التوافر أو الوصول العادل والمتساوي للخدمات أمام مختلف المجموعات السكانية. إنه النسبة المئوية للسكان الذين يبلغون خدمة صحية أو يتوفرون على مخرج صحي (الرعاية الصحية أثناء الحمل تحت إشراف طبي مؤهل مثلا) ضروري للمضي قدما في الحياة. على عكس المؤشرات المعايير، مثل معدل التغطية، الذي يقيس درجة الوصول إلى خدمة معينة، يأخذ HOI أيضاً في الاعتبار الوصول العادل إلى الخدمة بين مجموعات مختلفة من السكان. يفضل فهم HOI على أنه معدل تغطية مخصصا منه مقدار عدم المساواة في الوصول بين المجموعات المعنية. تم تطوير مؤشر HOI بواسطة مجموعة البنك الدولي (WBG) عبر باحثين خارجيين وتم تقديمه لأول مرة في عام 2009 (Barros et al. 2009). إن أبسط طريقة للتعبير عن HOI أو H بالنسبة لفرصة معينة هي أخذ متوسط معدل التغطية لهذه الفرصة (\bar{C}) وتطبيق خصم (P) بسبب عدم المساواة في التغطية بين المجموعات السكانية ذات الظروف المختلفة:

$$HOI = \bar{C} - P \quad (1)$$

كما أن هنالك صيغة بديلة لـ HOI :

$$HOI = \bar{C} \times \left(1 - \frac{P}{\bar{C}}\right) = \bar{C} \times (1 - D) \quad (2)$$

لاحظ من المعادلة (2) أن، HOI يساوي متوسط معدل التغطية ($H = \bar{C}$) إذا كان الوصول إلى الفرصة مستقلاً عن الظروف (أي $D = 0$). يُشار عادةً إلى D بمؤشر الاختلاف (D -index)، ويمكن تفسيره على أنه الحصة من إجمالي عدد الفرص (أي الأماكن المتاحة في المصلحة الطبية مثلا) التي يجب إعادة تخصيصها وتوزيعها بين مجموعات الظروف (مجموعات سكانية فرعية) لضمان تكافؤ الفرص. P هي الخصم (النقص في بلوغ الخدمة) التي تعاني منه التغطية (C) بسبب عدم المساواة وهو تابع لمؤشر الاختلاف (D) ولمعدل التغطية (\bar{C}). لكل مجموعة ظرف k ، يمكن حساب D على النحو التالي:

$$D = \frac{1}{2\bar{C}} \sum_{k=1}^m a_k |\bar{C} - C_k| \quad (3)$$

حيث k هي مجموعة ذات ظروف معينة، C_k معدل تغطية المجموعة k ، a_k حصة أو وزن المجموعة k ضمن إجمالي السكان؛ و m عدد المجموعات التي تحدها الظروف. عند تحليل بيانات مسح الأسرة، يتمثل الإجراء في توظيف نموذج الانحدار اللوجستي لتقدير، على المستوى الفردي، العلاقة بين الوصول إلى فرصة معينة (متغير ثنائي (يأخذ القيم 0 و1) تابع) وظروف الفرد (المتغيرات المستقلة)، على مجمل العينة التي سيتم بناء مقياس HOI لها. تستخدم معاملات

الانحدار المقدر للتحصول على الاحتمال المتوقع لوصول كل فرد إلى الفرصة، والتي تستخدم بعد ذلك لتقدير مؤشر D ، معدل التغطية، و HOI .

تحليل شيبلي

تحليل شيبلي تفكيك للمؤشر D وفقاً لمفهوم قيمة شيبلي، الذي وصفه Shorrocks لأول مرة عام 2012. ويقدر تحليل شيبلي المساهمة النسبية لكل ظرف في مؤشر عدم المساواة بحيث تضاف المساهمات إلى قيمة المؤشر D ، عندما يتم حسابه بالنسبة لجميع الظروف المتاحة ضمن البيانات. يمكن أن يتغير مؤشر D وفقاً لمجموعة الظروف المستخدمة لتحديد المجموعات. على وجه الخصوص، يمكن أن يزيد أو يظل ثابتاً فقط عند إضافة المزيد من الظروف إلى أي مجموعة من الظروف الحالية. وهذا بدوره يعني أن مؤشر D المقاس هو دائماً حد أدنى من عدم المساواة الفعلية التي يتم تقديرها إذا كان على المرء أن يستخدم مجموعة جميع متغيرات الظروف ذات الصلة. تسمح هذه الخاصية أيضاً بتعريف مساهمة كل ظرف في عدم المساواة على أنها الزيادة في مؤشر D نتيجة إضافة ظرف، أو القيمة الهامشية المضافة بواسطة ظرف "جديد" إلى المؤشر D . يتم تفسير الظروف التي تضيف قيمة هامشية أعلى (من حيث قيم شيبلي) إلى مؤشر D على أنها "تساهم" بنسبة أكبر في عدم المساواة بين المجموعات.

ما هي المساهمة الهامشية لكل ظرف في انعدام تكافؤ الفرص؟ بالرجوع للباحث Shorrocks (1999): يعتمد التغير في المقياس أو المؤشر الناتج عن "إضافة" الظرف، إلى المجموعة الأولية أو إلى مجموعة فرعية من الظروف التي تمت إضافته إليها. التأثير الفريد للظرف هو متوسط قيمة جميع التغيرات التي تقع نتيجة إضافة ظرف ذي فائدة إلى كل مجموعات الظروف الفرعية الممكنة التي كانت موجودة مسبقاً.

يعطى وقع إضافة الظرف " A " عبر الصيغة:

$$D_A = \sum_{S \subseteq N \setminus \{A\}} \frac{|S|!(n-|S|-1)!}{n!} [D(S \cup \{A\}) - D(S)]$$

N هي مجموعة كل الظروف، والتي تتضمن n من الظروف في المجموع. S هي مجموعة فرعية من N والتي لا تحتوي على الظرف المعين A . $D(S)$ هو مؤشر الاختلاف المقدر عبر مجموعة من الظروف $D(S \cup \{A\})$. هو مؤشر الاختلاف محسوباً من خلال مجموعة من الظروف S والظرف A . يمكننا حساب مساهمة الظرف " A " في مؤشر الاختلاف من خلال الصيغة:

$$M_A = \frac{D_A}{D(N)}$$

بحيث:

$$\sum_{i \in N} M_i = 1$$

2.2.2. متغيرات الدراسة

لإجراء تحليل وضعية لرعاية الصحية الإنجابية في الجزائر سنة 2012، وظفنا الإطار التحليلي للرعاية الصحية الإنجابية (وهو إطار ملائم لأهداف دراستنا وشامل) الذي اعتمده كوكلي صفاء وكرافت كارولين (2015) ضمن عمل يحمل عنوان "تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الاوسط وشمال إفريقيا"، والذي يضم المتغيرات التالية:

المتغيرات التابعة (أبعاد الرعاية الصحية الإنجابية)

1. الرعاية قبل الولادة تحت إشراف طبي مؤهل (طبيب، ممرضة/قابلة)؛
2. القيام بأربع زيارات على الأقل قبل الولادة تحت إشراف طبي مؤهل (طبيب، ممرضة/قابلة)؛
3. إجراء التلقيح ضد التيتانوس قبل الولادة؛
4. الرعاية أثناء الولادة تحت إشراف طبي مؤهل (طبيب، ممرضة/قابلة).

المتغيرات المستقلة (المفسرة)

1. إقليم البرمجة (شمال وسط، شرق وسط، غرب وسط، هضاب وسط، هضاب شرق، هضاب غربي وجنوب)؛
2. منطقة الإقامة (حضر/ريف)؛
3. المستوى التعليمي للمرأة (بدون تعليم، ابتدائي، متوسط، ثانوي وجامعي)؛
4. مؤشر الثروة للأسرة (الأكثر فقرا، الثاني، الثالث، الرابع والأكثر غنى)؛
5. الفئة العمرية للأم (15-19، 20-24، 25-29، 30-34، 35-39، 40-44، 45-49).

3. النتائج

1.3. الرعاية الصحية خلال مرحلة الحمل

1.1.3. الاشراف الطبي المؤهل خلال الحمل

مما لا شك فيه أن مراجعة المرأة الحامل للمراكز الطبية والمستشفيات ضروري للكشف عن أي مضاعفات قد تحدث أثناء الحمل، وهو ما يمكن من خفض معدلات وفيات الأمهات ووفيات حديثي الولادة وحالات نقص الوزن عند الولادة. ونظرا للتقدم الطبي والعلمي الهائل أمكن اليوم معالجة بل والقضاء على الكثير من المخاطر التي قد تصاحب الحمل إذا أدركت باكرا. من جهة أخرى، ترتبط جودة الصحة الإنجابية بمجموعة من المحددات الاجتماعية والاقتصادية، فكل من منطقة إقامة المرأة، مستوى معيشتها ومستوى تعليمها من بين عوامل أخرى قد تؤثر بشكل كبير على فرص حصولها على الرعاية الصحية الإنجابية. ومن بين الرسائل العشرة الذهبية لكتاب "حقائق للحياة" تنص الرسالة الثانية على أهمية مراجعة الطبيب أثناء فترة الحمل وهذا نصها: "لتخفيض مخاطر الحمل يجب على النساء الحوامل مراجعة الطبيب أو التقني الصحي للحصول على الرعاية الصحية اللازمة أثناء الحمل" (شريف، 2005: 192).

جدول رقم 1: الإطار الطبي المشرف على الرعاية خلال الحمل وفق إقليم البرمجة

عدد النساء	إطار طبي مؤهل	لم تتلقين رعاية	آخر	ولادة تقليدية	ممرضة أو قابلة	طبيب	إقليم البرمجة
2022	96,7	2,5	0,8	0	4,9	91,8	شمال وسط
680	92,3	3,2	4,5	0,0	13,7	78,7	شمال شرق
842	89,2	9,9	1	0,0	8,6	80,6	شمال غرب
440	89	7,2	3,7	0,2	4,5	84,5	الهضاب عليا وسط
887	95,2	3,6	1,1	0,1	7,3	88	الهضاب عليا شرق
339	88,9	10,2	0,9	0,0	11,7	77,2	الهضاب عليا غرب
682	86,5	11,6	1,8	0,0	10,8	75,7	الجنوب الكبير
5891	92,7	5,6	1,6	0,0	7,9	84,8	المجموع
المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، التقرير الرئيسي، ص 136.							

يتضح من الجدول أعلاه أن نسبة النسوة اللاتي حاضين أثناء الحمل بإشراف إطار طبي مؤهل مرتفعة في إقليم الشمال وسط (96.7%) والهضاب العليا شرق (95.2%)، وهما أعلى من النسبة العامة التي بلغت 92.7%. ويحوز الإشراف تحت رعاية طبيب على أعلى النسب في الشمال وسط (91.8%) وفي الهضاب العليا شرق (88%)، وهما أعلى من النسبة العامة التي بلغت 84.8%. بينما نجد أن رعاية الحوامل من طرف القابلات منتشرة في الشمال الشرقي والهضاب العليا والجنوب الكبير، أين بلغت النسب على الترتيب، 13.7%، 11.7% و 10.8%. وتم تسجيل أعلى نسبة للنسوة اللاتي لا تتلقين رعاية إطار مطبي مؤهل في الجنوب الكبير: 11,6% وهي أكبر بكثير من النسبة العامة التي بلغت 5.6%.

تشير معطيات الجدول 2 أدناه إلى أن الرعاية الصحية خلال الحمل تتباين تبعا لمنطقة الإقامة حيث أن نسبة النسوة اللاتي تتلقين رعاية تحت إشراف طبي مؤهل مرتفعة في المناطق الحضرية: 93.6% مقابل 91.3% بالريف. لكننا نلاحظ أن نسب الرعاية تحت إشراف طبيب لا تختلف كثيرا بين المناطق الريفية والحضرية وهي في حدود 85%.

جدول رقم 2: الإطار الطبي المشرف على الرعاية خلال الحمل وفق منطقة الإقامة

عدد النساء	إطار طبي مؤهل	لم يتلقين رعاية قبل الولادة	آخر	ولادة تقليدية	ممرضة أو قابلة	طبيب	منطقة الإقامة
3559	93,6	4,4	1,9	0,0	8,7	85	حضر
2332	91,3	7,5	1,2	0,0	6,6	84,7	ريف
5891	92,7	5,6	1,6	0,0	7,9	84,8	المجموع
المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 136.							

تظهر بيانات الجدول رقم 3 أن نسبة النسوة البالغات دون 30 سنة واللاتي حاضين بإشراف إطار طبي مؤهل أثناء الحمل في حدود 94%، القيمة التي تفوق بعض الشيء النسبة العامة: 92.7%،

لتنخفض بفارق قدره 14 نقطة لدى النساء البالغات فوق 40 سنة. بينما تنتشر المتابعة لدى طبيب بين النسوة دون 30 سنة، كما أن المتابعة من طرف ممرضة أو قابلة ممارسة حاضرة بين النسوة الأقل من 20 سنة.

جدول رقم 3: الإطار الطبي المشرف على الرعاية خلال الحمل وفق سن الأم

عدد النساء	إطار طبي مؤهل	لم يتلقين رعاية قبل الولادة	أخر	ولادة تقليدية	ممرضة أو قابلة	طبيب	سن الأم عند الولادة
121	94,1	4,6	1,3	0	11,8	82,3	دون 20 سنة
1016	92,9	4,9	2,2	0,1	6,9	85,9	24-20
1748	94,2	4,3	1,4	0	7	87,2	29-25
1610	92,8	6,1	1	0	7,8	85	34-30
1000	92,1	6,2	1,8	0	9,4	82,7	39-35
365	87,6	9,1	3,3	0	9,1	78,5	44-40
29	76,2	22,1	1,7	0	8,7	67,5	49-45
5891	92,7	5,6	1,6	0	7,9	84,8	المجموع

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 136.

جدول رقم 4: الإطار طبي المشرف على الرعاية خلال الحمل وفق تعليم الأم

عدد النساء	إطار طبي مؤهل	لم يتلقين رعاية خلال الحمل	أخر	ولادة تقليدية	ممرضة أو قابلة	طبيب	المستوى التعليمي
966	87,2	11,8	0,9	0,1	11,2	76	بدون مستوى
991	92,1	6,7	1,3	0	7,3	84,8	ابتدائي
1824	93,7	4,5	1,8	0	8,4	85,2	متوسط
1420	94,1	4	1,9	0	6,9	87,2	ثانوي
689	96,1	1,8	2,1	0	4,4	91,7	جامعي
5891	92,7	5,6	1,6	0	7,9	84,8	المجموع

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 136.

يبدو أن للمستوى التعليمي للأم تأثيرا معتبرا على المتابعة الصحية خلال الحمل تحت إشراف طبي مؤهل، إذ نجد أن النساء ذوات المستوى الجامعي يتابعن لدى إطار طبي مؤهل في 96.1% من الحالات، وهي نسبة تفوق المعدل العام الذي بلغ 92.7%. في حين أن النسوة غير المتعلّمات لا يتابعن إلا في حدود 87.2% من الحالات. وترتفع نسبة ذوات المستوى الجامعي اللاتي يراجعن الطبيب لتبلغ 91.7% وهي أكبر من المعدل العام بكثير: 84.4%. بالمقابل نجد أن نسبة غير المتعلّمات ترتفع بين

النسوة اللاتي لم تتلقين رعاية قبل الولادة: 12% تقريبا مقابل 5,6%، النسبة العامة. وهذا مقارنة بالنسوة ذوات المستوى الثانوي اللاتي بلغت هذه النسبة بينهن 4% ، أما بين الجامعيات فكانت 1.8%. يتضح من الجدول رقم 5 أدناه أن الرعاية الصحية خلال الحمل تحت إشراف إطار طبي مؤهل منخفضة لدى النساء اللواتي يعشن في الأسر الأكثر فقرا: 87.6% ومرتفعة لدى النساء ضمن الأسر الأكثر غنى: 96.1% وذلك مقارنة بالمعدل العام. هنالك أيضا 11% من النساء ضمن الأسر الأكثر فقرا لم تتلقين الرعاية في مقابل 2.4% فقط من النساء ضمن الأسر الأكثر غنى.

جدول رقم 5: الإطار الطبي المشرف على الرعاية خلال الحمل وفق مؤشر الثروة

مؤشر الثروة	طبيب	ممرضة أو قابلة	ولادة تقليدية	آخر	لم يتلقين رعاية قبل الولادة	إطار طبي مؤهل	عدد النساء
الأشد فقرا	78,8	8,8	0	1.4	11	87,6	1296
الثاني	86,2	7,1	0,1	1.7	5	93,3	1310
المتوسط	85	7,7	0	1.1	6,1	92,8	1186
الرابع	85,3	9,7	0,1	2.5	2,5	95	1132
الأكثر غنى	90,5	5,6	0	1.5	2,4	96,1	968
المجموع	84.8	7.9	0	1.6	5.6	92.7	5891

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 136.

2.1.3. تكرار زيارات الأم خلال الحمل للمشرفين الطبيين المؤهلين

تتضمن جودة الرعاية الصحية الإنجابية، حسب منظمة الصحة العالمية، القيام بزيارات خلال الأشهر الثلاثة الأولى إلى إطار صحي مؤهل، وأن تقوم المرأة الحامل على الأقل بأربع زيارات خلال مدة الحمل (ساكر، 2017: 15). ويوضح الجدول الموالي مدى التزام الأمهات الجزائريات بهذا المعيار.

جدول رقم 6: قيام النسوة بأربع زيارات فأكثر خلال فترة الحمل وفق إقليم البرمجة

أقاليم البرمجة	أربع زيارات فأكثر	عدد النساء
شمال وسط	78,6	2022
شمال شرق	79,2	680
شمال غرب	56,6	842
الهضاب عليا وسط	54,8	440
الهضاب عليا شرق	64,8	887
الهضاب عليا غرب	52,8	339
الجنوب الكبير	53,2	682
المجموع	67.3	5891

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 138.

يبدو أن 79.2% من النساء ضمن إقليم شمال شرق و78.6% بإقليم شمال وسط قمن بأربع زيارات فأكثر إلى إطار طبي مؤهل، وهما نسبتان جد عاليتان مقارنة بالمعدل العام الذي بلغ 67.3%.

مما يعطي فارقا في حدود 12 نقطة. بالمقابل لدينا 53% من النسوة، قمن بالأربع زيارات، ضمن إقليم الهضاب العليا غرب والجنوب الكبير وهي أقل بكثير من النسبة العامة، محققة فارقا دون هذه النسبة في حدود 14 نقطة.

جدول رقم 7: قيام النسوة بأربع زيارات فأكثر خلال الحمل وفق منطقة الإقامة

منطقة الإقامة	أربع زيارات فأكثر	عدد النساء
حضري	72,3	3559
ريف	59,5	2332
المجموع	67,3	5891

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 138.

يتضح من الجدول أعلاه أن لمنطقة الإقامة تأثيرا كبيرا على نسبة النسوة اللاتي تلجأن إلى زيارة إطار طبي مؤهل حيث نجد هذه النسبة تقارب 72.3% في الحضر مقابل 59.5% في الريف. مما يجعل الفارق بين النسبتين 14 نقطة تقريبا.

جدول رقم 8: قيام النسوة بأربع زيارات فأكثر خلال الحمل وفق سن الأم

سن الأم	أربع زيارات فأكثر	عدد النساء
دون 20 سنة	74,3	121
20-34	68,4	4374
35-49	63,3	1394
المجموع	67,3	5891

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 138.

يظهر الجدول أعلاه أن النسوة دون 20 سنة قمن بأربع زيارات فأكثر إلى إطار طبي مؤهل بنسبة 74.3% وهي أعلى من النسبة العامة 67.3%، أي أن الفارق بلغ قرابة 6 نقاط، بينما تنخفض هذه النسبة نوعا ما لدى الفئة العمرية 35-49 سنة لتقارب 63.3%، مما يجعل الفرق بين الفئتين الحديتين قرابة 11 نقطة.

جدول رقم 9: قيام النسوة بأربع زيارات فأكثر خلال الحمل وفق مستوى تعليم الأم

عدد النساء	أربع زيارات فأكثر	مستوى تعليم الأم
966	47,7	بدون مستوى
991	61,1	ابتدائي
1824	70,1	متوسط
1420	72,3	ثانوي
689	85,7	جامعي
5891	67.3	المجموع

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 138.

يظهر الجدول رقم 9 أن المستوى التعليمي للأم يؤثر كثيراً في خضوع الحامل للمتابعة الطبية، إذ نجد أن نسبة النسوة ذوات المستوى الجامعي اللاتي قمن بأربع زيارات فأكثر إلى إطار طبي مؤهل بلغت 85.7% مقارنة بالمعدل العام الذي بلغ 67.3%. وتنخفض لدى النساء دون تعليم: 47.7%. وهكذا بلغ الفارق بين الفئتين الحديتين قرابة 20 نقطة.

جدول رقم 10: قيام النسوة بأربع زيارات فأكثر خلال الحمل وفق مؤشر الثروة

عدد النساء	أربع زيارات فأكثر	مؤشر الثروة
1296	53,9	الأكثر فقرا
1310	65,7	الثاني
1186	64,6	المتوسط
1132	74,4	الرابع
968	82,3	الأكثر غنى
5891	67.3	المجموع

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 138.

يبدو من الجدول رقم 10 أن معدلات المتابعة الطبية خلال الحمل تنخفض بين نسوة الأسر الفقيرة، فلقد بلغ معدل القيام بأربع زيارات أو أكثر لإطار طبي مؤهل لديهن 53.9%. ويرتفع هذا المعدل مع تحسن المستوى الاقتصادي للأسرة، ليبلغ 82.3% بين نسوة الأسر الأكثر غنى، وهي نسبة مرتفعة مقارنة بالمعدل العام: 67.3%، وهو ما يعطينا فارقاً بين الفئتين الحديتين في حدود 15 نقطة.

3.1.3. تلقي النسوة تلقيها ضد التيتانوس خلال فترة الحمل

يعد عدم تلقي الحوامل للقاح التيتانوس أحد أهم أسباب وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادة (قرابة طفل من بين كل 100). كما أن الرسالة الصحية الرابعة حول التحصين ضد الكزاز "تنص على وجوب تحصين جميع النساء في سن 15-49 سنة" (شريف، 2005: 212). ولتجنب الأم الإصابة بهذا التسمم تعطى لها جرعات اللقاح إما أثناء فترة الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتها الإنجابية.

جدول رقم 11: تلقي النسوة تلقيح التيتانوس خلال الحمل الأخير وفق أقاليم البرمجة

أقاليم البرمجة	نسب النسوة اللاتي تلقين على الأقل جرعتين خلال الحمل الأخير	الحماية ضد التيتانوس	عدد النساء
شمال وسط	30.2	55.6	2022
شمال شرق	48.5	75.8	680
شمال غرب	35	50.0	842
الهضاب العليا وسط	33.4	42.3	440
الهضاب العليا شرق	25.5	57.7	887
الهضاب العليا غرب	36.7	53.8	339
الجنوب الكبير	28.3	63.2	682
المجموع	32.7	57.2	5891

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 88.

يتضح من الجدول أعلاه أن للأقاليم الجغرافية تأثيرا كبيرا على استفادة النسوة الحوامل من التلقيح ضد التيتانوس، حيث نجد أن أقل نسبة سجلت بالهضاب العليا وسط: 42.3%، بينما ترتفع في إقليم الشمال الشرقي لتبلغ 75.8% والجنوب الكبير أين بلغت 63.2%، في حين لم تتجاوز النسبة العامة 57.2%. وبذلك بلغ الفرق بين النسبتين الحديتين قرابة 34 نقطة. من جهة أخرى نجد أنه في حين بلغت نسبة النسوة اللاتي تلقين على الأقل جرعتين من اللقاح 32.7% على المستوى الوطني، هي ترتفع في الهضاب العليا غرب لتصل إلى 36.7% وتنخفض في الهضاب العليا شرق إلى 25.5%.

جدول رقم 12: تلقي النسوة تلقيح التيتانوس خلال الحمل الأخير وفق منطقة الإقامة

منطقة الإقامة	نسب النساء اللاتي تلقين على الأقل جرعتين خلال الحمل الأخير	الحماية ضد التيتانوس	عدد النساء
حضر	35.0	60.0	3559
ريف	29.1	53.0	2332
المجموع	32.7	57.2	5891

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 88.

يظهر الجدول رقم 12 أن هناك اختلافا حسب منطقة الإقامة في مستوى الاستفادة من التلقيح ضد التيتانوس، حيث بلغت نسبة المستفيدات بالحضر 60.0% مقابل 53.0% بالمناطق الريفية، أي أن هنالك فارقا لصالح الحضر بلغ 7 نقاط.

جدول رقم 13: تلقي النسوة تلقيح التيتانوس خلال الحمل الأخير وفق تعليم الأم

عدد النساء	الحماية ضد التيتانوس	نسب النساء الذين تلقوا على الأقل جرعتين من خلال الحمل الأخير	مستوى تعليم الأم
966	46.0	24.1	بدون مستوى
991	54.2	29.9	ابتدائي
1824	59.8	35.5	متوسط
1420	60.0	33.4	ثانوي
689	65.0	39.7	جامعي
5891	57.2	32.7	المجموع

المصدر: وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 88.

يتضح من الجدول أعلاه أن مستوى تعليم الأم له تأثير على مدى استفادة النساء من التلقيح ضد التيتانوس. فكلما ارتفع مستوى تعليم الأم كلما كانت نسبة الاستفادة من التلقيح ضد التيتانوس مرتفعة، فهي عند النسوة غير المتعلقات في حدود 46.0% بينما ترتفع إلى 65.0% لدى النساء الجامعيات وهي أعلى من المعدل العام البالغ 57.2%، مما يعطينا فارقاً حدياً مقداره 15 نقطة.

جدول رقم 14: تلقي النسوة تلقيح التيتانوس خلال الحمل الأخير وفق مؤشر الثروة

عدد النساء	الحماية ضد التيتانوس	نسب النساء الذين تلقوا على الأقل جرعتين من خلال الحمل الأخير	مؤشر الثروة
1296	43.8	25.9	الأكثر فقراً
1310	61.0	34.7	الثاني
1186	60.3	33.1	متوسط
1132	62.3	33.9	الرابع
968	60.4	37.0	الأكثر غنى
5891	57.2	32.7	المجموع

المصدر: وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 88.

يظهر الجدول أعلاه أن نسبة النسوة المستفيدات من التلقيح ضد التيتانوس ضمن الأسر الفقيرة (43.8%) منخفضة مقارنة بمثيلتها عند نسوة الأسر الغنية (62.3%)، مما يعطي فارقاً قدره 19 نقطة.

جدول رقم 15: تلقي النسوة تلقيح التيتانوس خلال الحمل الأخير وفق سن الأم

عدد النساء	التلقيح ضد التيتانوس	سن الأم
126	50,8	دون 20 سنة
760	56,3	20-24
1684	60,1	25-29
1700	59,6	30-34
1079	56,3	35-39
465	46,5	40-44
76	39,5	45-49
5890	57,2	المجموع

المصدر: وزارة الصحة- السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 88.

يظهر الجدول أعلاه أن النسوة في سن (25-34) سنة أكثر إقبالا على التلقيح ضد التيتانوس من النسوة البالغات أكثر من 35 سنة، لتبلغ هذه النسبة أدناها لدى الفئة العمرية 45-49 سنة: 40٪، بينما بلغ هذا المعدل لدى الفئة العمرية الحدية (دون 20 سنة) 51٪، أي أن الفارق بين الفئتين الحديتين في حدود 21 نقطة.

2.3. الرعاية الصحية خلال مرحلة الولادة

1.2.3. الإشراف الطبي المؤهل أثناء الولادة

يعتبر توفر الرعاية الصحية أثناء الولادة من ركائز الأمومة الآمنة ومركبا من مركبات الرعاية الصحية الإنجابية، يهدف إلى توفير المزيد من الأمان والسلامة للأم والجنين (جامعة الدول العربية، 2008: 20)، ويتوقف ذلك على الإطار الطبي الذي أشرف أو ساعد على الولادة، فالولادة تحت إشراف إطار طبي مؤهل يجنب الحامل مختلف العراقيل الممكن أن تصادفها أثناء الولادة.

جدول رقم 16: الإشراف الطبي مؤهل خلال الولادة وفق أقاليم البرمجة

عدد النساء	إطار طبي مؤهل	ممرضة/قابلة	طبيب	أقاليم البرمجة
2022	98,3	63	35,3	شمال وسط
680	98,4	65,4	33	شمال شرق
842	96,3	69,1	27,3	شمال غرب
440	96	82,6	13,4	الهضاب عليا وسط
887	96,6	73,9	22,7	الهضاب عليا شرق
339	95,5	81	14,5	الهضاب عليا غرب
682	91,2	77,2	14	الجنوب الكبير
5891	96,6	69,9	26,7	المجموع

المصدر: وزارة الصحة- السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 141.

يبدو أن النسبة الوطنية للنسوة اللواتي تلقين مساعدة من طرف إطار طبي مؤهل أثناء الولادة جد مرتفعة فهي في حدود 97%، وهي كذلك عبر مختلف الأقاليم ما عدا الجنوب الكبير أين تتراجع إلى 91.2%، أي دون المعدل العام بفارق 7 نقاط.

يوشي الجدول رقم 17 بأن هناك تباينات ضئيلة وفق منطقة الإقامة في مدى استفادة النساء من المساعدة الطبية المؤهلة خلال الولادة (97.8% بالحضر مقابل 94.8%)، حيث لم يتعدى الفارق 3 نقاط.

جدول رقم 17: الإشراف الطبي المؤهل خلال الولادة وفق منطقة الإقامة

منطقة الإقامة	طبيب	ممرضة/قابلة	إطار طبي مؤهل	عدد النساء
حضر	30,5	67,2	97,8	3559
ريف	20,9	74	94,8	2332
المجموع	26,7	69,9	96,6	5891

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 141.

يتضح لنا من خلال الجدول رقم 18 أن سن الأم ليس له تأثير معتبر على تلقي المساعدة من طرف إطار طبي مؤهل. ذلك أن النسبة العامة في حدود 96.6%، ولا تختلف نسب مختلف الفئات عنها إلا قليلا. لقد سجلت فئة الطبيب أكبر الفروق، حيث نجد أن كبيرات السن هن من يترددن أكثر على هذا الإطار. بينما تميل صغيرات السن إلى اللجوء للقابلات أكثر.

جدول رقم 18: الإشراف الطبي المؤهل خلال الولادة وفق سن الأم

سن الأم	طبيب	ممرضة/قابلة	إطار طبي مؤهل	عدد النساء
دون 20 سنة	23,2	72,6	95,8	121
20-34	26,6	70,1	96,8	4374
35-49	27,3	69,1	96,4	1394
المجموع	26,7	69,9	96,6	5891

المصدر: وزارة الصحة. السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص 141.

يبين الجدول رقم 19 أدناه أن تأثير مستوى تعليم الأم على مدى استفادة النساء من مساعدة مؤهلة خلال الولادة ليس كبيرا، إذ نجد أن نسبة النساء غير المتعلقات اللاتي تلقين مساعدة في حدود 94% مقابل 98.8% بين ذوات المستوى الجامعي (المعدل العام 96.6%)، مما يعطي فارقا قدره 6 نقاط، الأمر الذي يعكس مدى انتشار الثقافة الصحية الإيجابية لدى جموع النساء وعلى مدى انتشار المراكز الصحية أيضا.

جدول رقم 19: الإشراف الطبي المؤهل خلال الولادة وفق تعليم للأم

عدد النساء	إطار طبي مؤهل	ممرضة/قابلة	طبيب	المستوى التعليمي
966	94	80,3	13,7	بدون مستوى
991	95,7	69,6	26,1	ابتدائي
1824	97,2	71,4	25,8	متوسط
1420	97,2	67	30,3	ثانوي
689	98,8	58	40,9	جامعي
5891	96,6	69,9	26,7	المجموع

المصدر: وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص141.

يبين الجدول أدناه أن نسب استفادة نسوة الأسر الفقيرة من مساعدة طبية مؤهلة أثناء الولادة منخفضة قليلا مقارنة بالمعدل العام (94.6%)، بينما ترتفع إلى 98.7% بين نسوة الأسر الأكثر غنى، مما يعطي فارقا قدره 4 نقاط. كما نجد أن نسب الإشراف على الولادة من طرف القابلات مرتفعة: 69.9% مقارنة بالأطباء: 26.7%. كما أن النسوة الغنيات تلجأن أكثر للطبيب في حين أن الفقيرات تحضين بالقابلات والممرضات.

جدول رقم 20: الإشراف الطبي المؤهل خلال الولادة وفق مؤشر الثروة

إطار طبي مؤهل	ممرضة/قابلة	طبيب	مؤشر الثروة
94,6	73,7	20,9	الأكثر فقرا
96,6	71,9	24,7	الثاني
96,4	70,6	25,9	متوسط
97,3	69,3	28	الرابع
98,7	62	36,7	الأكثر غنى
96,6	69,9	26,7	المجموع

المصدر: وزارة الصحة، السكان وإصلاح المستشفيات، المسح العنقودي الرابع المتعدد المؤشرات (MICS4-2012)، ص141.

3.3. تحليل نتائج تطبيق منهجية الفرص البشرية (HOI)

حسب الدراسة التي قام بها (A.Mohamed, 2017 : 2) في تونس حول المساواة في فرص الرعاية الصحية الإنجابية والتغذوية في مرحلة الطفولة المبكرة، والتي اعتمدت تطبيق مؤشر الفرص البشرية وتحليل شيبلي، هناك غالبا مستويات متوسطة ومنخفضة من عدم تكافؤ فرص الوصول إلى الرعاية الصحية والتغذوية، وتساهم في ذلك مجموعة من الظروف تتمثل في مستوى تعليم الوالدين، منطقة الإقامة ومؤشر الثروة. كما توصلت دراسة أخرى في بوركينافاسو وظفت تفس المنهجية، إلى أن التغطية الصحية للولادة في مرفق صحي بلغت 78.9%، لكن ذلك يبقى دون المستوى الأمثل، أما القيام بأربع زيارات على الأقل قبل الولادة لإطار كبي مؤهل فكانت 7.44%، كما توصلت إلى أن مستوى

تغطية الخدمة أعلى بين الأفراد الأقل فقراً وذوي المستوى التعليمي المرتفع وأولئك الذين يعيشون بالقرب من منشأة صحية. هذه النتائج تبرز مدى تأثير العوامل البيئية، الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية في فرص استفادة النسوة من الرعاية الصحية (1 : Mwase, 2018).

جدول رقم 21: مؤشر الفرص البشرية (HOI) ومعامل الاختلاف لأبعاد الرعاية الصحية الانجابية

D	C	HOI	
2,54	90,24	87,95	الرعاية الصحية قبل الولادة تحت إشراف إطار طبي مؤهل
10,61	60,88	54,42	القيام بأربع زيارات فأكثر
9,52	56,30	50,94	التلقيح ضد التيتانوس
1,45	95,23	93,84	الرعاية الصحية أثناء الولادة تحت إشراف إطار طبي مؤهل
المصدر: حسابات الباحث على بيانات مسح (MICS4-2012).			

يظهر الجدول رقم 21 أن فرص النسوة الجزائريات في الحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة تحت إشراف طبي مؤهل غير متساوية، إذ قدر مؤشر المساواة في الفرص (HOI) بـ 87.95٪، أما مؤشر الاختلاف (D) فبلغ 2.54٪، وهو ما يمثل نسبة الفرص التي يجب إعادة توزيعها حتى يكون هناك مساواة كاملة في فرص الرعاية تحت إشراف إطار طبي مؤهل. نجد أيضاً أن فرص الزيارة خلال الحمل وتكرارها إلى الإطارات الطبية المؤهلة في حدود 55٪ فقط وهو ما يجعل نسبة الفرص الواجب إعادة توزيعها لتحقيق المساواة في حدود 11٪. ويبلغ مؤشر الفرص البشرية بالنسبة لتلقي التلقيح ضد التيتانوس حوالي 50٪، مما يجعل نسبة الفرص الواجب إعادة توزيعها لتحقيق المساواة بالنسبة لهذا البعد في حدود 10٪. أما بخصوص الرعاية الطبية أثناء الولادة تحت إشراف طبي مؤهل فنجد أن مستوى التغطية مرتفع، في حدود 95.23٪ ويبلغ مؤشر المساواة في الفرص (HOI) 93.84٪، وحتى نتمكن من القول إن هناك مساواة في فرص الرعاية الطبية أثناء الولادة يجب إعادة توزيع ما قيمته 1.45٪ (D) فقط من الفرص.

جدول رقم 22: مساهمة خصائص الأم والأسرة في عدم المساواة

المجموع	منطقة الإقامة	إقليم البرمجة	عمر الأم	مستوى تعليم الأم	مؤشر الثروة	الخصائص الاجتماعية والاقتصادية
100٪	11.66	(1)28.14	14.32	(3)20.62	(2)25.25	الرعاية خلال الحمل تحت إشراف إطار طبي مؤهل
100٪	(4)13.86	(1)32.00	6.67	(2)26.17	(3)21.27	القيام بأربع زيارات فأكثر
100٪	10.59	(1)35.61	8.13	(3)18.25	(2)27.40	التلقيح ضد التيتانوس
100٪	(2)25.84	(1)30.82	8.06	(4)17.34	(3)17.92	الولادة تحت إشراف طبي
المصدر: حسابات الباحث على بيانات مسح (MICS4-2012).						

يعرض الجدول رقم 22 مقادير تأثير مختلف الخصائص المتعلقة سواء بالإقليم الجغرافي (أين تقييم المرأة)، مستوى رفاه الأسرة أو تعليم المرأة الحامل، في فرص وصولها إلى مختلف مكونات الرعاية الصحية الإنجابية. يظهر جلياً أن إقليم البرمجة هو من يحوز على أكبر تأثير في عدم تساوي

فرص النساء في الحصول على رعاية وإشراف طبي مؤهل خلال فترة الحمل، ذلك أن قرابة 28% من الفوارق في الوصول إلى الرعاية المذكورة مردها إلى هذا العامل. يأتي في المرتبة الثانية مؤشر الثروة والذي تعود إليه 26% من الفوارق في فرص حصول المرأة على إشراف إيطار طبي مؤهل خلال فترة الحمل. بينما يحتل المستوى التعليمي للمرأة المرتبة الثالثة (21%). ولا يؤثر عمر المرأة ولا مكان إقامتها إلا قليلا. مرة ثانية تظهر هيمنة إقليم البرمجة في عدم تساوي الفرص أمام الحوامل في القيام بأربع زيارات وأكثر للطبيب (32%). بينما تقدر مساهمة مستوى تعليم الأم في هذه الفروق أو عدم المساواة بـ 26%. أما الظرف الذي يأتي في المرتبة الثالثة فهو مؤشر الثروة (22%). يبدو أن منطقة الإقامة تلعب دورا معنويا، ولو بقدر أقل من الظروف السابق ذكرها، في انعدام تكافؤ الفرص أمام الحوامل بخصوص عدد الزيارات إلى إيطار طبي مؤهل (14%). وتتأثر فرص المرأة في تلقي التلقيح ضد التيتانوس كثيرا بالتباينات الجغرافية (عدم المساواة الناتجة عن اختلاف إقليم البرمجة الذي تنتمي إليه الحامل) بنسبة 35.6%، بينما يساهم مؤشر الثروة بحوالي 27.40% في عدم تكافؤ فرص تلقي التلقيح، ولا تأتي مساهمة المستوى التعليمي للأم إلا في المرتبة الثالثة بنسبة أقل بكثير 18%. وفي الأخير، يبدو أن فرص حصول الحامل على الرعاية الطبية أثناء الولادة تحت إشراف طبي مؤهل تتأثر كثيرا بعامل إقليم البرمجة أيضا (30.82% من الفرص غير المتساوية)، وبمنطقة الإقامة (25.8%)، كما يساهم كل من مؤشر الثروة ومستوى تعليم الأم بنسبة 18% في الفرص عدم تساوي الفرص.

4. مناقشة النتائج

الإشراف الطبي المؤهل (الطبيب/الممرضة/القابلة) خلال الحمل

إن مستوى الإشراف الطبي المؤهل على المرأة الحامل جد مرتفع (9 من 10 نساء)، لا سيما بالوسط بينما يتراجع قليلا بالهضاب وسط والهضاب غرب والجنوب الكبير (مدى القيم 10,5 نقطة). قد يعود ذلك لتباينات جغرافية في الاستثمارات الصحية (وفرة نقاط تقديم الخدمات الصحية الإنجابية أو الإطارات الطبية) أو تفاضلات سلوكية، ثقافية تعليمية ترتبط بالجغرافيا (مستويات تعليمية أدنى ببعض المناطق أو الأقاليم).

ليس هناك تباين في معدلات الإشراف الطبي المؤهل خلال فترة الحمل وفقا لمكان الإقامة حضر-ريف (مدى القيم 2,3 نقطة)؛ إذن تلاشت الفوارق في السلوكيات الصحية الإنجابية بين الحضر والريف نتيجة الانتشار الكبير للتلفاز والقنوات الفضائية وحتى الهاتف النقال بالريف وبين الريفيات بعد أن لم يكن (بهذا الحجم)، مما نتج عنه تغير في الذهنيات ووعي أكبر بأهمية المتابعة الطبية الإنجابية.

ينتج متغير العمر (جيل الانتماء) فروقا معتبرة في مستويات الإشراف الطبي المؤهل خلال الحمل (مدى القيم 17,9 نقطة)؛ مما يعني أن الوعي الصحي الإنجابي أكثر انتشارا بين الأجيال الشابة، نتيجة التمدرس الواسع الانتشار والممتد بين الإناث الأصغر سنا، كما يمكن أن يرجع هذا التباين إلى

كون النسوة الأكبر سنا (سبق لهن الإنجاب) أكثر خبرة بظروف الحمل والولادة وأقل قلقا بخصوصها مما يجعلهن أقل إقبالا على المتابعة أثناء الحمل؛

يعطي المستوى التعليمي للأم فروقا معنوية في معدلات الإشراف الطبي خلال الحمل (مدى القيم 8,9 نقطة)؛ برغم أن هذا التأثير بدأ يتراجع، ذلك أن كل أطباف النسوة مهما كانت خلفيتهن التعليمية والثقافية أصبحن مقتنعات بضرورة المتابعة الصحية أثناء الحمل تحت إشراف إطار طبي مؤهل،

يتبع الإشراف الطبي المؤهل أثناء الحمل مؤشر الثروة (للأسرة) (مدى القيم 8,5 نقطة)؛ مما يجعلنا نضن أن توفر الإمكانيات أمام النسوة الثريات يجعل لجوئهن إلى إطار طبي مؤهل من أجل متابعة الحمل أيسر، كما أن هنالك إمكانية أخرى تتعلق بانفتاح الأسر الغنية غالبا على الثقافة الغربية التي تشجع التصرفات الصحية فيما يخص الحمل والولادة.

تكرار زيارة الحامل للمشرفين الطبيين المؤهلين (أربع زيارات وأكثر)

7 من 10 نساء تقمن بأربع زيارات وأكثر لإطار طبي مؤهل خلال فترة الحمل. يتباين هذا المعدل كثيرا وفق إقليم البرمجة (مدى القيم 26,4 نقطة)؛ قد لا تكرر النسوة الجزائريات الزيارة (في بعض الجهات) إلى إطار طبي مؤهل من أجل متابعة الحمل إلا في الأشهر الأخيرة أو عند ظهور مضاعفات، كما أن التباينات الجغرافية قد تعود كما سبق وأن ذكرنا لعدم توفر نقاط تقديم الخدمات الصحية أو الكادر الطبي ببعض الجهات بشكل كاف.

هناك تباين واضح في تكرار زيارة النسوة لإطار طبي مؤهل خلال فترة الحمل وفقا لمكان الإقامة (مدى القيم 12,8 نقطة)، ولعل السبب كون النسوة الريفيات تتزوجن وتنجبن باركا وتكتسبن بذلك خبرة إنجابية مبكرة أيضا، مما يجعلهن أقل إقبالا على معاينة الطبيب عند الحمل الموالية من الحضريات، وقد يمنع زواجهن وإنجابهن المبكر المضاعفات مما لا يستدعي منهن زيارة الطبيب إلا عند اقتراب الوضع.

هناك فوارق كبيرة في معدل زيارة النسوة لإطار طبي مؤهل خلال فترة الحمل وفق العمر (مدى القيم 11 نقطة)؛ ولعل ذلك له علاقة برتبة الولادة التي هي في علاقة وطيدة بسن المرأة وخبرتها الإنجابية كما سبق وذكرنا.

ولعل أكبر الفوارق التي سجلناها بخصوص تكرار زيارة المرأة لإطار طبي مؤهل خلال فترة الحمل (4 زيارات وأكثر) تتعلق بالمستوى التعليمي للحامل (مدى القيم 38 نقطة)؛ وقد يعود هذا الارتفاع المطرد لمضاعفات الحمل والمشاكل التي تتلقاها ذوات المستوى التعليمي العالي نتيجة تأخر زواجهن وحملهن.

يتسبب مؤشر الثروة أيضا في فوارق كبيرة في معدل تكرار زيارة الحامل لإطار طبي مؤهل (مدى القيم 28,4)؛ ولقد سبق وشرحنا كيف أن الأغنياء يعيشون ظروفًا مادية تسمح بزيارة الطبيب بل والطبيب الخاص أكثر مما هو متوفر للأسر الفقيرة.

تلقيح الحامل ضد التيتانوس

يبقى المعدل الوطني لتلقيح الحوامل ضد التيتانوس منخفضا (6 من 10 نساء). هناك تباين واضح في معدلات الحوامل الملقحات ضد التيتانوس وفقا لإقليم البرمجة (مدى القيم 33,5 نقطة). إذن تبرز التباينات الإقليمية مرة أخرى كأبرز العوامل تأثيرا في الصحة الإنجابية، مما يؤكد أن الأمر يتعلق بتفاضل بين الجهات في وفرة وسهولة بلوغ الخدمات الصحية (بنى تحتية وكادر طبي)؛ أما منطقة الإقامة فلا تشكل عاملا تفاضليا مهما في معدلات تلقيح الحوامل ضد التيتانوس (مدى القيم 7 نقاط)؛ إذن كل مرة يتأكد لنا أن السلوكيات الإنجابية لدى الحضريات والريفيات أصبحت متشابهة أكثر فأكثر.

من جهته يظهر المستوى التعليمي فوارق مهمة في معدلات تلقيح الحوامل ضد التيتانوس (مدى القيم 19 نقطة)؛ وهو دليل على أن الوعي بالمسائل الصحية التقنية أكثر حضورا بين ذوات المستويات التعليمية العالية.

يتسبب مؤشر الثروة في فوارق معتبرة (بلغ مدى القيم 16,6 نقاط) لمعدلات تلقيح الحوامل ضد التيتانوس؛ فهل للعوامل المادية دخل في الأمر برغم أن هذا التلقيح مجاني؟ يظهر مرة أخرى أن جيل الانتماء (سن المرأة) يؤثر سلبا على معدلات تلقيح الحوامل ضد التيتانوس (مدى القيم 20,6 نقاط)؛ ولعل الأمر يرجع للاختلافات التعليمية والثقافية بين الأجيال كما سبق وأوضحنا.

الإشراف الطبي المؤهل أثناء الولادة

أصبحت النسوة الجزائريات كلهن تقريبا تلدن في المستشفى تحت تأطير طبي مؤهل. كما أن الفروق بخصوص هذا البعد وفق أقاليم البرمجة الصحية (مدى القيم 7,2 نقاط) ليست بالهامة ويبقى الجنوب الكبير النقطة السوداء. ولا يؤثر محل الإقامة في هذا المعدل إلا قليلا (مدى القيم 3 نقاط)، إذن نتيجة موجة التحضر وتغير الذهنيات الذي صاحب هذا التحضر تلاشت الفوارق بين منطقتي الإقامة في العديد من السلوكيات الديموغرافية والصحية. نفس الملاحظة تنطبق على جيل الانتماء (مدى القيم 1 نقطة). وحتى بالنسبة لمستوى تعليم الأم فإن الفوارق ضعيفة في معدلات التأطير الطبي المؤهل عند الولادة (مدى القيم 5 نقاط). نفس الملاحظة تنطبق على مؤشر الثروة (مدى القيم 4 نقاط).

تكافؤ الفرص في الرعاية الإنجابية والمحددات ذات الثقل

كانت الأبعاد التي حظيت بأعلى نسب تغطية: التأطير الطبي المؤهل أثناء الولادة يليه الإشراف الطبي المؤهل خلال فترة الحمل (قرابة 9 من 10 نساء)، مما يعني أن الممارسات التقليدية الخطرة من مثل الولادة بالمنزل أو بمساعدة قابلة تقليدية وغيره قد ولت، كما أن الفوارق بين المجموعات السكانية بخصوص هاتين الممارستين ضعيفة، وهو ما يعكس زيادة في الوعي بقضايا الصحة الإنجابية لدى الأجيال الشابة من الأزواج، نتيجة ارتفاع المستويات التعليمية، التحضر والاستثمارات الصحية للدولة (بنى تحتية وكادر طبي).

أما أبعاد الصحة الإنجابية التي حظيت بمعدلات تغطية منخفضة (امرأة من اثنتين) فكانت: قيام المرأة بأربع زيارات وأكثر والتلقيح ضد التيتانوس، كما أن الفروق في هاذين البعدين بين المجموعات السكانية معتبرة (قرابة 10% من الفرص تحتاج إلى إعادة توزيع).

أظهر تحليل شبلي أن محددات فوارق الوصول إلى مختلف مكونات الرعاية الصحية الإنجابية كانت بالدرجة الأولى إقليم البرمجة وهو ما يعكس فوارق في البنى التحتية الصحية أو الكادر الطبي. يليه متغير مؤشر الثروة والذي يحيل على أهمية الاستعدادات المادية للأسرة في سهولة بلوغ خدمات الصحة الإنجابية. ثم هناك المستوى التعليمي للأمم الذي يحيل على مدى ارتباط الوعي بقضايا الصحة الإنجابية بالتعليم. كما أن الفوارق الناتجة عن مكان الإقامة تعكس تباينات ثقافية وبنوية.

خاتمة ونتائج الدراسة

نتيجة الفوارق الإقليمية المسجلة في فرص وصول النسوة لمكونات الرعاية الإنجابية لابد من أن تضخ الدولة استثمارات مالية وتأطيرية لتحقيق التوازن بين أقاليم البرمجة الصحية وبين المناطق (حضر-ريف) من حيث البنية التحتية الصحية (طب الولادة والأطفال) والكادر الطبي، وفقا لمؤشرات معيارية تتعلق بحجم الطلب. كما أن استغلال وسائل الإعلام السمعية والبصرية (إشهاريات وحصص) ووسائل التواصل الاجتماعي لإشاعة رسائل حول السلوكيات الخطرة المتعلقة بالصحة الإنجابية والسلوكيات الصحية ضروري لبلوغ مسامع وعقول الزوجات بل والأزواج ذوي الوعي المتدني والمستويات التعليمية المتدنية.

كما أن هناك ضرورة لإطلاق حملات تحسيسية وتوعوية بأهمية الرعاية الصحية للنساء خلال الحمل، عند الولادة وبعدها، لا سيما بالمناطق المعزولة، الريفية وبتجاه النسوة الريفيات وذوات المستويات التعليمية المتدنية من خلال فرق متنقلة متخصصة.

يبدو كذلك أن هنالك حاجة لإجراء أبحاث حول سبب تدني معدلات النسوة اللاتي تحصلن على تطعيم ضد التيتانوس والتفكير في إجراء يسمح بتعميم لقاح التيتانوس بين جميع الحوامل.

كما أن هناك حاجة لتعميم خدمات مجانية للصحة الإنجابية للأسر الفقيرة والمعوزة بالقطاع العام ودعمها من خلال التأمين الاجتماعي (أي عدم الدفع) عند الفحص عند القطاع الخاص.

قائمة المصادر والمراجع

أولا: المراجع باللغة العربية

- جامعة الدول العربية. (أفريل 2008). مستويات الفقر والأوضاع الصحية للأمهات والأطفال في الجمهورية اليمنية. مجلة جامعة الدول العربية، اليمن.
- منظمة الصحة العالمية. (أبريل 2004). الجمعية الصحية العالمية السابعة والخمسون. الصحة الإنجابية. جنيف (سويسرا). (WHA57/2004/REC/1).
- درديش، أحمد. (مارس 2014). أثر العوامل الاقتصادية على الصحة الإنجابية. مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 11، ص 84.
- ساكر، صليحة. (ديسمبر 2017). المتابعة الطبية للمرأة العربية أثناء الحمل وفترة الولادة والنفاس. المجلة الجزائرية للدراسات السكانية. المجلد 1، العدد 2.

- شريف، أسيا. (2005). واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها. رسالة دكتوراه دولة. جامعة الجزائر، كلية العلوم الانسانية والاجتماعية. الجزائر.
- الكوكلي صفاء وكرافت كارولين. (2015). توسيع نطاق الفرص للجيل القادم، تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (سلسلة التوجيهات في التنمية: التنمية البشرية). مجموعة البنك الدولي. واشنطن.
- الأمم المتحدة (الشؤون الاقتصادية والاجتماعية). (1995). تقرير المؤتمر الدولي للسكان والتنمية. 13-5 سبتمبر 1994. منشورات الأمم المتحدة. القاهرة. تم استرداد الملف من الموقع: https://www.unfpa.org/sites/default/files/event-pdf/icpd_ara.pdf
- منظمة الصحة العالمية. (19 سبتمبر 2018). وفيات الاطفال الرضع. تم الاسترداد من الموقع: <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>. بتاريخ: 2019.04.12.

ثانيا: المراجع باللغة العربية

- Paes de Barros, Ricardo; Ferreira, Francisco H.G.; Molinas Vega, Jose R.; Saavedra Chanduvi, Jaime. 2009. Measuring Inequality of Opportunities in Latin America and the Caribbean. Washington, DC: World Bank; New York: Palgrave Macmillan. © World Bank. <https://openknowledge.worldbank.org/handle/10986/2580> License: CC BY 3.0 IGO.”
- J. Hatem A. Mohamed. (2017). On the Decomposition and Dynamics of Inequality of Opportunities: A special Focus on Early Childhood Health and Nutrition in Tunisia. (Working paper 1093). Economic Research Forum (ERF). Giza, Egypt.
- MSPRH & ONS. (1992). Enquête Nationale sur la Santé de Mère et de l'Enfant (EASME-1992), Rapport final. Alger. 300 p.
- MSPRH & ONS. (2006). Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, MICS3-2006, Rapport principal. 2008. Alger. 274 p.
- MSPRH & ONS. (2015). Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples, MICS4 (2012-2013), Rapport principal, Alger. 392 p.
- ONS. (2015). Démographie Algérienne. (Ed : Khaled BERRAH). N° 740, Alger.
- Mwase, T., Brenner, S., Mazalale, J. et al. Inequities and their determinants in coverage of maternal health services in Burkina Faso. Int J Equity Health 17, 58 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12939-018-0770-8>.