

مسألة الإجهاض في الجزائر مقاربة ديموغرافية

The question of Abortion in Algeria socio-demographic approach

تاريخ القبول: 2021-04-07

تاريخ الإرسال: 2020-02-18

علي الكروف، جامعة باتنة 1، lakrouf2000@yahoo.fr

الملخص

تناول هذا البحث دراسة العلاقة بين بعض الخصائص الاجتماعية والديموغرافية لعينة من النساء المتزوجات في سن الإنجاب والإجهاض، وذلك من خلال إجراء دراسة ميدانية على عينة من الأمهات اللواتي وضعن مولودا حيا بالمؤسسة الاستشفائية المتخصصة للتوليد وأمراض النساء لمدينة باتنة، والتي بلغ عدد عناصرها 505 مبحوثة. إن هدف البحث هو اختبار علاقة مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية، والمتمثلة في العمر والمستوى التعليمي والوضع المهني ووسط الإقامة ومحل السكن وصلة القرابة بين الزوجين، وكذا العنف الزوجي الممارس ضد الزوجة بعدّها متغيرات مستقلة للدراسة، باحتمال إجهاض الأمهات من عدمه، بوصفه متغيرا تابعا للدراسة. هذا من جهة ومن جهة أخرى يتجه البحث لاختبار مدى تأثير حوادث الإجهاض على الحالة الصحية العامة للسيدات وكذا طريقة وضعهن لمولودهن. ومن أجل ذلك تم الاستعانة بمنهج المسح الاجتماعي كونه يمثل أسلوبا ناجحا في دراسة الظواهر والأحداث الاجتماعية التي يمكن جمع المعلومات الرقمية والكمية عنها، ورغم العيوب التي قد تكتنفه من عدم المرونة الكافية لاستيعاب الظاهرة على سبيل المثال، إلا أن تعزيز المعلومات التي تحصلنا عليها من خلال الاستمارة باستخدام الملاحظة قلل من هذه الهفوات

الكلمات المفتاحية: الجزائر، الإجهاض، الخصائص الشخصية للنساء، العنف الزوجي.

Résumé

Cette étude examine la relation entre certaines caractéristiques sociales et démographiques d'un échantillon de femmes mariées en âge de procréer et d'avorter, à travers une étude de terrain sur un échantillon de mères ayant mené à terme leur grossesses et donné naissance à un enfant nouveau-né à l'établissement hospitalier spécialisé (EHS) en obstétrique et gynécologie de la ville de Batna. L'échantillon compte 505 enquêtées. L'objectif de la recherche est de mettre en corrélation la relation des variables sociales et démographiques, qui sont représentées en âge, niveau d'éducation, statut professionnel, provenance sociale, lieu de résidence d'un part et relation de parenté entre les époux, ainsi que la violence conjugale subie par l'épouse en tant que variable d'étude indépendantes d'autre part, avec possibilité d'avortement maternel ou non, comme variable dépendante de l'étude. La recherche a tendance à tester l'effet de l'avortement sur l'état de santé général des femmes ainsi que sur la façon dont elles donnent naissance à leur nouveau-né.

Mots-clés : Algérie, avortement, caractéristiques personnelles des femmes, violence conjugale.

Abstract

This research dealt with the study of the relationship between some social and demographic characteristics of a sample of married women of childbearing age and abortion, through a field study on a sample of mothers who gave birth to a live child in the specialized hospital institution for obstetrics and gynecology in the city of Batna, which numbered 505 subjects.

On the one hand, the aim of the research is to test the relationship of a set of social and demographic variables, represented by age, educational level, occupational status, residence, place of residence, kinship between spouses, as well as marital violence against the wife as independent variables for the study. on the other hand, the research aims to test the impact of abortion incidents on the general health of women, as well as the way they deliver their babies. For this purpose, the social survey method was used, as it represents a successful method in studying social phenomena and events for which digital and quantitative information can be collected, and despite the defects that may be associated with insufficient flexibility to absorb the phenomenon, for example, the strengthening of the information that we obtained through The form using the note reduced these lapses.

Keywords: Algeria, abortion, women's personal characteristics, domestic violence.

مقدمة

الإجهاض ظاهرة شائعة منذ القدم وهو منتشر في جميع أنحاء العالم ، ولطالما كان موضوعًا مثيرًا للجدل. بينما يعتقد كثير من الناس أنه من حق المرأة أن تختار الإجهاض أم لا ، فإن بعض الدوائر تعتقد انه لا يجوز ذلك بناتا لأسباب أخلاقية ودينية وسياسية وديموغرافية.

وينقسم الإجهاض إلى نوعين فمنه التلقائي والمتعمد الذي ينقسم بدوره إلى المستحث والعلاجي (الطبي). وتختلف التشريعات الوطنية التي تحكم في الإجهاض من بلد إلى آخر ، فالبعض منها يجرمه ولا يسمح به إطلاقا والبعض الآخر يسمح به لأسباب محددة ، في حين تبيحه بعض الدول دون قيد ولا شروط.

في العالم العربي ، وباستثناء تونس فإن كل الدول تجرم الإجهاض وبدرجات متفاوتة ، إذ لا تقره قوانين كل من المغرب ومصر والسعودية إلا في حالة ما تبين أن بقاء الجنين قد يؤدي إلى خطر حقيقي على صحة الأم ، حينها أمر المشرع بارتكاب أخف الضررين وهو إسقاط الجنين حفاظا على حياة الأم وهو ما يسمى اصطلاحيا بالإجهاض الطبي.

ومن المعلوم أن المشرع في هذه الدول رجع لما قرره جمهور الفقهاء في الإسلام ، إذ اتفق هؤلاء على تحريم إسقاط الجنين دون وجود ضرورة لإجهاضه ؛ لأن إسقاطه من غير ضرورة قتل للنفس المحرمة.

ويتجه المشرع الجزائري لإباحة الإجهاض في حالتين فقط وفق ما قرره المادة 72 من قانون الصحة وهما: لإنقاذ حياة الأم من الخطر أو للحفاظ على توازنها الفيزيولوجي والعقلي المهدد بخطر بالغ. على أن يتم في عيادة متخصصة بهيئة طبيب مختص (الجريدة الرسمية لسنة 1985. العدد 8).

وتقتصر أغلب الدول العربية على غرار الجزائر لقاعدة بيانات دقيقة حول العوامل والأسباب التي تقف وراء معدلات هذه الممارسة ولا على الآثار المترتبة عنه ، وهي المسألة التي تعدّ محور اهتمامنا في هذا البحث.

ولعل سبب ندرة البيانات الإحصائية الدقيقة المتعلقة بمستويات الإجهاض راجع لطبيعة البحوث الميدانية التي تعتمد غالبا عند دراستها لهذه الحوادث على ذاكرة السيدات عند استجوابهن ، ومنه فإن كثير من حالات الإجهاض التلقائي يمكن إهمالها جراء النسيان. فضلا عن ذلك ، فإن معظم حالات الإجهاض المتعمد تجرى في سرية تامة ، ولا يتم

الإفصاح عنها نظرا لعدم شرعيتها وهو ما يدعو للتعامل مع معطيات كثير من الدول بحظر شديد.

إن مشكلة البحث الحالي تنطلق من فكرتين أساسيتين مفادهما أن إجهاض السيدات - بوصفه متغيرا تابعا للدراسة - يخضع لجملة من العوامل ، بعدّها متغيرات مستقلة للدراسة - يرتبط بعض منها بالخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية للأمهات (السن ، صلة القرابة بين الزوجين ، الحالة الشخصية ، وسط الإقامة ، محل الإقامة) والبعض الآخر متعلق ببعض الممارسات الاجتماعية (العنف الزوجي). هذا من جهة ومن جهة أخرى فإن الإجهاض يؤثر بدوره تأثيرا جوهريا في صحة المرأة (من حيث المضاعفات وطريقة الوضع).

انطلاقا من هذه المقاربة فإننا نسعى من خلال البحث الحالي الإجابة على مجموعة من الأسئلة ، جاءت كالآتي:

- 1- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في احتمال إجهاض السيدات حسب عمرهن؟
- 2- هل توجد فروق ترقى للدلالة الإحصائية في احتمال إجهاض السيدات حسب المستوى التعليمي؟
- 3- هل توجد فروق جوهريّة في احتمال إجهاض السيدات حسب حالتهن الشخصية؟
- 4- هل توجد فروق تحمل الدلالة الإحصائية في احتمال إجهاض السيدات حسب وسط إقامتهن؟
- 5- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في احتمال إجهاض السيدات حسب محل إقامتهن؟
- 6- هل توجد فروق ذات دلالة إحصائية في احتمال إجهاض السيدات حسب صلة القرابة بين الزوجين؟
- 7- هل توجد فروق تحمل الدلالة الإحصائية في احتمال إجهاض السيدات حسب عدد الأطفال الذي تم إنجابهم؟
- 8- هل توجد فروق جوهريّة في احتمال إجهاض السيدات حسب مستوى تعرضهن للعنف المرتكب من طرف الأزواج؟
- 9- هل توجد اختلافات جوهريّة في الحالة الصحية العامة - كما تراها الأمهات - حسب إجهاضهن من عدمه؟
- 10- هل توجد فروق جوهريّة في طريقة وضع الأمهات لمولدهن - مسلك عادي أم قيصرية - حسب إجهاضهن من عدمه؟

2- فرضيات الدراسة

في ضوء التساؤلات السابقة الذكر تنبثق مجموعة من الفروض ، جاءت على النحو الآتي:

- 1-إن احتمال الإجهاض يرتفع بارتفاع عمر السيدات.
- 2-كلما زاد المستوى التعليمي قل احتمال تعرض الأمهات للإجهاض.
- 3-يزيد احتمال الإجهاض بين السيدات العاملات مقارنة بنظيرتهن الماكثات بالبيت.
- 4- إن احتمال الإجهاض يزيد بين السيدات المنحدرات من الريف مقارنة بالسيدات الوسط الحضري.
- 5-يرتفع احتمال الإجهاض بين السيدات المقيمت مع أهل الزوج مقارنة بقريتهن المقيمت في مسكن مستقل.
- 6- يزيد احتمال الإجهاض بين السيدات اللائي تربطهن صلة قرابة مع أزواجهن مقارنة بقريتهن اللائي لا تربطهن صلة دموية مع أزواجهن.
- 7- كلما زاد عدد أطفال الأمهات كلما ارتفع احتمال الإجهاض لديهن؟

8- كلما زاد العنف الزوجي الممارس ضد الزوجات بشقيه الجسدي والمعنوي كلما ارتفع احتمال تعرض السيدة للإجهاض.

9-يزيد الإجهاض في تدهور الحالة الصحية العامة للأمهات. بمعنى آخر هناك اختلافات جوهرية في الحالة الصحية العامة كما تراها الأمهات بين اللواتي أجهضن وقرائهن اللواتي لم يجهضن.

10- يقل احتمال وضع الأمهات لمولدهن عبر مسلك عادي بين الأمهات اللواتي لم يجهضن مقارنة بنظيرتهن اللواتي تعرضن لحوادث الإجهاض.

3- أهداف الدراسة

يرمي البحث لاختبار علاقة مجموعة من المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية ، والمتمثلة في العمر والمستوى التعليمي والوضع المهني ووسط الإقامة ومحل السكن وصلة القرابة بين الزوجين ، وكذا العنف الزوجي الممارس ضد الزوجة بعدها متغيرات مستقلة للدراسة ، باحتمال إجهاض الأمهات من عدمه ، بوصفه متغير تابع للدراسة. هذا من جهة ومن جهة أخرى يتجه البحث لاختبار مدى تأثير حوادث الإجهاض على الحالة الصحية العامة للسيدات وكذا طريقة وضعهن لمولودهن.

4- منهجية البحث

لقد تم الاستعانة بمنهج المسح الاجتماعي والذي يمثل أسلوباً ناجحاً في دراسة الظواهر والاجتماعية التي يمكن جمع المعلومات الكمية ، ورغم العيوب التي قد تكتنفه من عدم المرونة الكافية لاستيعاب الظاهرة على سبيل المثال ، إلا أن تعزيز المعلومات التي تحصلنا عليها من خلال الاستمارة باستخدام الملاحظة قلل من هذه الهفوات (ذوقان عبيدات ، وآخرون ، 1984).

5- أهمية الدراسة

في الجزائر - ومنذ فجر الاستقلال- اتجهت البحوث الديموغرافية في أغلبها لدراسة ظاهرة الخصوبة سواء على المستوى الهيكلي أو الفردي (Lakrouf.a.2018) ولم ينال موضوع الإجهاض القدر الكافي من الاهتمام شأنه في ذلك شأن الكثير من الظواهر الديموغرافية. وعليه فالباحث الحالي بات أمراً ملحاً في الوقت الراهن ، إذ يكتسي أهمية بالغة تكمن أساساً في مساهمة نتائجه في التعرف على نسبة الإجهاض ومدى ارتباط هذه الحوادث ببعض الخصائص الاجتماعية للأمهات

6- المفاهيم العامة

أ. الإجهاض العفوي: وهذا الذي يتم من دون إرادة من المرأة ، أو قصد منها ، للتخلص مما يركض في أصلابها ، ويكون السبب فيه عادة خطأ من المرأة ارتكبته ، أو حالة مرضية تعاني منها ، وحكم هذا النوع يدخل تحت قول النبي ﷺ : (رُفِعَ عَنْ أُمِّي الْخَطَأَ وَالنِّسْيَانَ وَمَا اسْتَكْرَهَا عَلَيْهِ) (https://www.islamweb.net)

ب- الإجهاض العمدي: هو إجهاض يحدث عن قصد عن طريق إجراء عملية جراحية أو تناول دواء يسبب الإجهاض لإنهاء الحمل ، ومعظم عمليات الإجهاض المتعمد تتم في الثلث الأول من الحمل ، ويمكن أن يتم الإجهاض المتعمد في الثلث الثاني من الحمل أيضاً أي بعد إتمام الأسبوع الثالث عشر من الحمل (https://www.altibbi.com)

أولاً/قراءة في أرقام ظاهرة الإجهاض في العالم

1 - الأسس القانونية للإجهاض

تعتبر قضية الإجهاض من أكثر القضايا المثيرة للجدل في العالم ، ففي العقود الخمسة الماضية ظل يتراوح بين الرفض والتقنين والإباحة المطلقة.

آسيا و1 في أوقيانوسيا) عدد الأسباب القانونية التي يُسمح بالإجهاد بها (United Nations 2014.p6).

2- مستويات وشدة حوادث الإجهاد

جاء في بعض التقديرات أن عدد حالات الإجهاد بلغ 55.9 مليون حالة سنويا في الفترة الممتدة بين 2010 و2014. وهو في ارتفاع مستمر بنسبة 5.7 مليون حالة - أو 11 % - إذا ما قورن بالفترة الممتدة بين 1994-1990 (50.2 مليون). ووفق نفس المعطيات نفسها، تحدث حوالي 49.3 مليون حالة في المناطق النامية و6.6 مليون حالة في المناطق المتقدمة. (Sedgh G et al.2016.p89)

وتمثل العمليات غير الآمنة حسب منظمة الصحة العالمية 48 % من جميع هذه الحالات، وهي حالات تجرى من قبل الأفراد دون المهارات اللازمة أو في بيئة لا تتفق مع الحد الأدنى من المعايير الطبية، أو كليهما. ويُذكر أن هذا النوع من الإجهاد يتسبب، على الصعيد العالمي، في نحو 13 % من مجموع وفيات الأمهات (منظمة الصحة العالمية. 2009).

ووفق بعض التقديرات غير المباشرة فإنه يتم في البلدان النامية إدخال خمسة ملايين امرأة إلى المستشفى لعلاج المضاعفات المتعلقة بالإجهاد غير الآمن كل عام (SusheelaSingh. 2006, Pages 1887-1892).

ويُعتقد أيضا أن عبء العجز الناتج عن الإجهاد غير الآمن كبير: فقد تكون الوفيات والمرض الناجم عن الإجهاد مسؤولين عن خسارة 5 ملايين عام من الحياة الإنتاجية في جميع أنحاء العالم (7p17). (AJ.Adler,et al.2012).

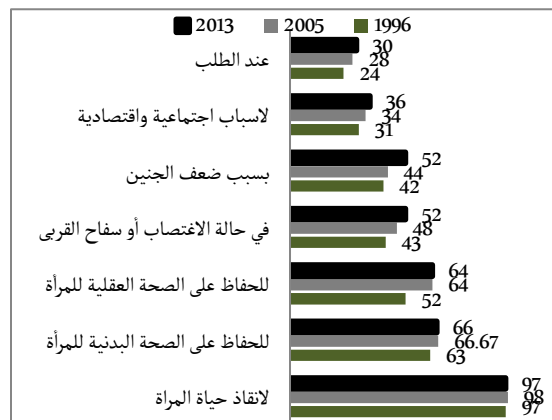
واهم الأسباب وراء ذلك تعود لعدم إتاحة الإجهاد الآمن في العديد من هذه البلدان بسبب القيود القانونية والعوائق الإدارية للوصول إلى خدمات الإجهاد القانوني والعوائق المالية والافتقار للهيكل الصحي ولمقدمي الخدمة المؤهلين والمدرّبين بشكل كافٍ. وتتأثر الأعداد المطلقة للإجهاد بحجم السكان، إلا إن المعدلات السنوية ليست كذلك، فهي تعكس شدة أو تردد حوادث الإجهاد.

وبشكل عام- تقيد تقارير منظمة الصحة العالمية- انه في الفترة 2010-2014، قدر المعدل السنوي العالمي للإجهاد لجميع النساء في سن الإنجاب (15-44) بنحو 35 حالة إجهاد لكل 1000 امرأة (الشكل 2)، وهو بذلك في انخفاض إذا ما قورن بمعدل فترة 1990-1994 البالغ 40 حالة لكل 1000 امرأة (Guttmacher Institute.2017).

في معظم البلدان، يكون الإجهاد قانونيًا فقط في ظل ظروف استثنائية، على سبيل المثال عندما تكون حياة المرأة في خطر أو عندما تكون الصحة البدنية أو العقلية للأم أو الطفل مهددة، كما هو موضح في الشكل 1.

فبين عامي 1996 و2013، زادت النسبة المئوية للبلدان التي تسمح بالإجهاد تدريجيًا لجميع الأسباب القانونية باستثناء إنقاذ حياة المرأة، التي ظلت عند حدود 97 %. خلال هذا الوقت، زادت نسبة البلدان التي تسمح بالإجهاد للحفاظ على الصحة البدنية للمرأة من 63 % إلى 67 %، وزادت تلك البلدان التي تحافظ على الصحة العقلية للمرأة من 52 % إلى 64 %. وبالمثل، زادت من 43 % إلى 52 % في حالات الاغتصاب أو سفاح القربى، ومن 41 % إلى 52 % بسبب ضعف الجنين.

الشكل 1: التغييرات في الأسس القانونية للإجهاد في العالم: 1996-2005-2013 (%)

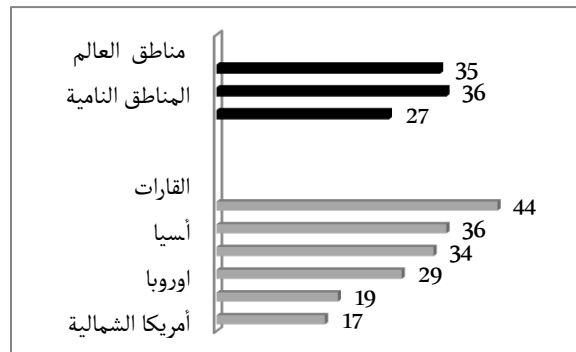


Source: United Nations, 2013.p 67

وارتفعت نسبة البلدان التي تسمح بالإجهاد لأسباب اقتصادية أو اجتماعية أو بناءً على الطلب تدريجيًا بين عامي 1996 و2013. ففي عام 2013، سمح ما يزيد قليلاً عن ثلث الحكومات (36 %) بالإجهاد لأسباب اقتصادية أو اجتماعية، بعدما كان في حدود 31 % في 1996. في حين أن 30 % من الحكومات سمحت بالإجهاد بناءً على الطلب سنة 2013 بعدما كان 24 % في عام 1996.

بين عامي 1996 و2013 زادت عدد الأسباب القانونية للإجهاد في 56 بلداً (20 في أفريقيا، 12 في آسيا، 12 في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، 8 في أوروبا و4 في أوقيانوسيا). خلال هذا الوقت، خفضت ثمانية بلدان (3 في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي، 2 في أفريقيا، 2 في

الشكل 2: معدلات الإجهاض في مناطق العالم (لكل 1000 امرأة في سن الإنجاب)



Source : Sedgh G et al 2016.p388

ويختلف معدل الإجهاض حسب تقدم البلدان ، ففي المناطق النامية في الفترة 2010-2014 ، حدثت 36 عملية إجهاض كل عام لكل 1000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و44 عامًا ، مقارنة بـ 27 في المناطق المتقدمة.

على المستوى الإقليمي (الشكل 2)، توجد أعلى معدلات الإجهاض في أمريكا اللاتينية ومنطقة البحر الكاريبي (44 حالة إجهاض لكل 1000 امرأة))، وأدنى معدلاتها في أمريكا الشمالية وأوقيانوسيا (17 و19 لكل 1000 على التوالي). المعدلات في إفريقيا وآسيا قريبة جداً من المتوسط العالمي (34 و36 لكل 1000).

وقد حدث أكبر انخفاض في معدلات الإجهاض في أوروبا الشرقية ، حيث زاد استخدام وسائل منع الحمل الفعالة بشكل كبير ؛ كما انخفض معدل الإجهاض بشكل ملحوظ في المنطقة دول الاتحاد السوفييتي بعد التفكك ، خاصة في آسيا الوسطى. حيث ازداد استخدام وسائل منع الحمل الحديثة والفعالة زيادة كبيرة بعد الاستقلال السياسي لهذه الدول - مما أدى إلى انخفاض معدلات الإجهاض.

هذا ، ويحدث الإجهاض بشكل متكرر في الدول النامية وهي الأكثر تقييداً لهذه العمليات (محظورة تمامًا أو يُسمح بها فقط لإنقاذ حياة المرأة)، مقارنة بالدول المتقدمة التي يكون فيها أقل تقييداً.

أن الغالبية العظمى من حالات الإجهاض تنتج عن حالات الحمل غير المرغوب فيه لذلك تلجأ النساء لتخلص منه عن طريق الإجهاض وقد يكون في شروط غير صحية خاصة في الدول المتخلفة. وهذا يعكس إلى حد كبير مستويات الحاجة غير الملباة لوسائل منع الحمل.

وتفيد بعض الدراسات أن معدلات الحمل غير مرغوب فيه بلغت في المناطق المتقدمة والنامية 45 و65 لكل 1000 امرأة تتراوح أعمارهن بين 15 و44 عامًا على التوالي <https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-> (2017)

وقد تزايد اللجوء للإجهاض لتحديد النسل وللاتجاهات المتزايدة نحو تفضيل العائلات الأصغر (النووية) وللتحكم بشكل أفضل في توقيت ولادة الأطفال.

وللإشارة فإن الدراسات تجمع حالات الإجهاض المستحث والعفوي لأن حالات الإجهاض المستحث في البلدان التي يكون فيها الإجهاض غير قانوني قد يتم تسجيلها كإجهاض عفوي وبالتالي فإن استبعاد حالات الإجهاض العفوي المسجلة قد يقلل من حالات الإجهاض غير الآمن.

3- خصائص النساء اللاتي يتعرضن للإجهاض

تعدّ المعلومات حول ما إذا كانت هناك مجموعات معينة من النساء أكثر عرضة من غيرها للإجهاض مفيدة لتطوير واستهداف التدخلات لمنع الحمل غير المقصود ولتقديم خدمة أفضل للنساء اللاتي يقمن بالإجهاض ولبناء إستراتيجية لتفادي تكرار هذه العمليات.

ولعل عمر المرأة وتأثيره على الإجهاض يبقى من أهم العوامل التي شدد انتباه الباحثين في هذا المضمار ، إذ أبرزت بعض الدراسات أن معدلات الإجهاض في بعض البلدان تعد أعلى بين النساء في الفئة العمرية 20-24 عامًا. أما في بعض البلدان الأخرى فإن الذروة تقع في أوائل الثلاثينات من العمر. (Juarez F et al, 2013)

كما يتأثر الإجهاض- مستحثا كان أم عفويا - أيضًا بالعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية السائدة في كل مجتمع. وتنبع مستويات الإجهاض التفاضلية من التباين في مستوى حالات الثروة والتحصيل العلمي والإقامة - حضرية كانت أم الريفية.

وكشفت بعض البحوث الميدانية التي أجريت على مجموعة كبيرة من البلدان النامية على أن معدلات الإجهاض أعلى بين النساء الأكثر تعليما في سبع من 12 دولة آسيوية تتوفر على بيانات كاملة حول معدلات الإجهاض. كما أن معدلات الإجهاض أكثر ارتفاعا في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية في جميع الدول الآسيوية ، باستثناء أرمينيا وأذربيجان والفلبين

تم الاعتماد في عملية تفريغ البيانات ومعالجتها على النسخة 20 من الحزمة الإحصائية للعلوم الاجتماعية لاختبار العلاقة بين المتغيرات ، ومنه فحص فرضيات البحث ، قمنا باستخدام ما يلي:

1- معامل الاقتران والذي يستخدم عندما

يكون لكل من الظاهرتين صفتين فقط:

$$Ca = \frac{ad-bc}{ad+bc}$$

2 -معامل التوافق والذي يستعمل عندما تتكون

الظاهرتين أو إحدهما على الأقل من أكثر من صفتين:

$$(Cc = \sqrt{\frac{x-1}{x}})$$

وكما هو معلوم فان هذين المعاملين يقيسان درجة

الارتباط بين متغيرين أحدهما وكلاهما وصفيين والتي ليس لها صفة الترتيب.

ثالثا/ خصائص عينة البحث

1-الخصائص الديموغرافية والاجتماعية لأفراد

العينة: لقد بلغ مجموع أفراد عينة البحث ، وفق الجدول رقم 1 ، 505 مبحوثة تقع أعمارهن بين 15 و 49 سنة منقضية ، وتتنوع على الترتيب التنازلي التالي: 32.1% عند الفئة العمرية 25-29 سنة ثم تليها الفئة 30-34 سنة ب 26.3% ثم الفئة 20-24 سنة ب 22.6% ، وسجلت الفئة 45-49 سنة ادنى نسبة ب 0.6%.

أما عن الوسط الحسابي لأعمار السيدات فبلغ 29.5 سنة ، وهو يعبر عن متوسط سن الأمهات عند الإنجاب ، الذي تراوح في الجزائر في السنوات الأخيرة بين 29.5 و 31.5 سنة (ONS.2015).

وجاء توزيع المستوى التعليمي لأفراد العينة على الترتيب التصاعدي الآتي: 7.9% أميات ، تليها السيدات ذوات المستوى التعليمي المتوسط ، حيث بلغت 12.9% . ثم الجامعيات والحاصلات على شهادة جامعية بنسبة 24.6% ، ثم تليها السيدات ذوات المستوى التعليمي المتوسط بنسبة 24.8% ، وسجلت أعلى نسبة عند السيدات ذوات مستوى تعليمي الثانوي ب 29.9%.

وفيتنام ، حيث معدلات إجهاد النساء في المناطق الحضرية والريفية متشابهة (Chae S, et al.2017).

ثانيا/ المقاربة المنهجية للدراسة

1-مجالات البحث الميداني

تعدّ هذه الدراسة جزءا من مجموعة من البحوث الديموغرافية والصحية التي أجريت في المؤسسة العمومية للتوليد وأمراض النساء "مريم بعثورة" ، والتي تقع في وسط مدينة باتنة والتي شملت مواضيع متعددة منها الصحة العامة للسيدات وعدد الأطفال المرغوب فيه وجنس الطفل المرغوب فيه وطريقة الوضع -قيصرية كانت أم عبر المسلك العادي - والسكن عند الزواج. ولقد شملت كل هذه البحوث بما في ذلك البحث الحالي عينة مشتركة في الخصائص الشخصية للمبحوثات.

وقد اعتمدنا في اختيار العينة على المسح الشامل لكل النساء المتزوجات واللواتي يتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة منقضية واللائي لجأن لعيادة من اجل الوضع ، ودامت الدراسة شهرا كاملا امتدت من 20 جوان إلى 20 جويلية لسنة 2019 ، وهي عينة غرضية تكونت من 505 سيدة.

2- أدوات الدراسة

لقد تم استخدام أداة المقابلة لجمع البيانات ، كونها من التقنيات الشائعة الاستعمال في البحوث الميدانية لأنها تحقق أكثر من غرض في نفس الوقت. فهي من جهة سهلة الاستعمال وتلائم النساء الأميات ، ومن جهة أخرى ، تجعل النساء يشعرن بأهمية الموضوع أكثر مقارنة بالاستبيان.

وضمت استمارة تسعة أسئلة تضمنت كل من سن السيدات المبحوثات، ووضعهن المهني، ووسط إقامتهن، ومحلهن السكني، وصلة القرابة بين الزوجين، وتعرضها للعنف الزوجي. كما سُئلت كل امرأة، من جهة، عما إذا كانت قد أجهضت مرة واحدة على الأقل خلال الحياة الزوجية، ومن جهة أخرى، عما إذا كانت قد تعرضت لهذه الحوادث مرة واحدة على الأقل خلال 12 شهر التي سبقت الحمل وذلك لحساب معدلات الإجهاد. كما تم مساءلتهن حول حالتهن الصحية العامة وطريقة وضعهن لمولودهن.

3-تفريغ البيانات

الجدول 1: توزيع أفراد العينة حسب بعض الخصائص الاجتماعية

والديموغرافية

العدد	%	
9	1.8	الفئات العمرية
114	22.6	19-15
162	32.1	24-20
133	26.3	29-25
67	13.3	34-30
17	3.4	39-35
3	0.6	44-40
		49-45
40	7.9	المستوى التعليمي للمبحوثة
65	12.9	أمي
126	24.8	ابتدائي
151	29.9	متوسط
124	24.6	ثانوي
		عالي
70	13.9	الحالة الشخصية
435	86.1	مشتغلة
		غير مشتغلة
401	79.4	وسط الإقامة
104	20.6	حضري
		ريفي
262	51.9	محل السكن
242	47.9	مسكن مستقل
1	0.2	مع أهل الزوج
		مع أهل الزوجة
139	27.5	صلة القرابة بين الزوجين
366	72.5	نعم
		لا
1	244	عدد الأطفال
2	113	
3	78	
4	44	
5	18	
6 فأكثر	8	
35	6.9	العنف الزوجي
470	93.1	العنف الجسدي
		نعم
		لا
252	49.9	العنف المعنوي
253	50.1	نعم
		لا
505	100	المجموع

وأفرزت عينة الدراسة الميدانية أن نسبة النساء القاطنات في الوسط الحضري بلغت 79.4% من مجموع أفرادها، بينما بلغت نسبة اللواتي انحدرن من الريفي 20.6%.

ويتضح أيضا من خلال المعطيات أن 51.9% من السيدات يقطن في مسكن مستقل، في حين بلغت اللواتي يقطن مع أهل الزوج 47.9%.

أما عن صلة القرابة فقد أدلت 2 من أصل 7 نساء أنها ترتبط بصلة دموية بزوجها، وهي بذلك تتفق إلى حد ما مع ما تم تسجيله في هذا المضمار على المستوى الوطني 33.3% (ONS, 2014).

وعن عدد الأطفال لكل امرأة، فقد بلغ نسبة ممن لديهن طفل واحد 48.3% (244)، أما اللواتي لديهن 6 أطفال فأكثر فمثلت 2.6% من مجموع الأمهات (8). هذا، وقد بلغ متوسط عدد الأطفال لكل امرأة 2.01 وهو بمثابة المؤشر التركيبي للخصوبة.

وتفيد بيانات نفس الجدول وأن 6.9% من مجمل أفراد العينة تعرضن مرة واحدة على الأقل خلال حياتهن الزوجية للعنف الجسدي على يد أزواجهن، في حين أفادت نصف المبحوثات (49.9%) أنهن تعرضن للعنف المعنوي مرة واحدة على الأقل خلال الحياة الزوجية.

2- حالات الإجهاد المسجلة لدى عينة البحث

الجدول 2: توزيع أفراد العينة حسب حوادث

الإجهاد

العدد	النسبة %	
110	21.8	إجهاد مرة واحدة على الأقل خلال الحياة الزوجية
395	78.2	نعم
		لا
66	13.2	الإجهاد خلال 12 شهر قبل الحمل
439	86.8	نعم
		لا

تفيد معطيات الدراسة الميدانية من خلال الجدول 2 أن 22.6% من السيدات أجهضن مرة واحدة على الأقل خلال حياتهن الزوجية. في سنة 2002 كشفت وزارة الصحة أن نسبة السيدات المتزوجات اللواتي فقدن حملا بلغت 8.1% من مجموع الأحمال (Ministère de la santé, 2004).

أما عن معدل الإجهاد (عدد الحالات المسجلة في سنة معينة لمجموع الولادة الحية)، فقد أبرزت المعطيات

وقد أظهرت نتائج الدراسة الميدانية أيضا أن نسبة مرتفعة من السيدات عاطلات عن العمل، حيث قدرت نسبة اللواتي يمارسن نشاط مهني (13.9%) فقط، بينما بلغت نسبة السيدات غير العاملات (الهاكثات بالبيت) 86.1%.

رابعا/ العلاقة بين الخصائص الشخصية للأمهات والإجهاض

1- العلاقة بين الإجهاض وسن السيدات

إذا استثنينا الفئتين العمريتين الأولى والأخيرة، فإن العلاقة بين سن السيدات واحتمال حدوث الإجهاض هي علاقة طردية، فكلما ارتفع سن المرأة زاد احتمال إجهاضها، إذ أبرزت معطيات الجدول 4 أن احتمال حدوث الإجهاض يكون منخفضا عند الفئة العمرية 20-24 سنة (6.1%)، ليرتفع تدريجيا إلى 11.1% عند الفئة العمرية 25-29 سنة و13.5% عند العمر 30-34 سنة ثم 23.9% عند العمر 35-34 سنة، ليصل إلى أقصى مستوى له لدى الفئة 40-44 سنة (41.2%).

الجدول 4: توزيع السيدات حسب الإجهاض وحسب العمر

المجموع	حدوث الإجهاض خلال 12 شهرا قبل الحمل		فئات الأعمار
	لا	نعم	
9	9	0	19-15
114	107	7	24-20
162	144	18	29-25
133	115	18	34-30
67	51	16	39-35
17	10	7	44-40
3	3	0	49-45
505	439	66	المجموع

وكشفت تقارير أن الإجهاض حسب السن يأخذ اتجاهين: على شكل منحنى حرف U ونمو رتيب مع تقدم العمر (Akinrinola Bankole.1999)

وقد أشار معامل التوافق إلى ارتفاع العلاقة بين المتغيرين إلى مستوى الدلالة الإحصائية، إذ بلغ هذا الأخير 0.328 عند مستوى الدلالة 0.0001.

أن 13.2% من السيدات المبحوثات أجهن مرة واحدة على الأقل خلال السنة التي سبقت الحمل (وهو يعبر عن الشدة أو تردد الإجهاض عند النساء). وهو بذلك في ارتفاع إذا ما تم مقارنته بنتائج المسح الوطني لصحة الأم والطفل لسنة 1992 أين تم تسجيل 105 حالة إجهاض لكل 1000 ولادة حية. (ONS.1994))

3- الأبعاد الصحية للأمهات

من خصائص أفراد عينة البحث والمرتبطة بصحة الأم، اختار الباحث بُعدين هما:
البُعد الأول هو الحالة الصحية العامة للأمهات أو الصحة المدركة (ذاتية التقييم) وهي التقييم العام لصحة الأم كما تراها، وهي واحدة من المؤشرات الصحية الأكثر استخداما، ومعترف بها على أنها موثوقة وصحيح، ومن السهل أن تفهم وبسيطة الجمع (Idler E. L. Benyamini 1997.p21).

أما البُعد الثاني فهو كيفية أو طريقة وضع الأمهات لمولودهن (قيصرية كانت أم مسلك عادي).
نعتقد وكما هو موضح في الفرضيتين الأخيرتين أن هذين البُعدين يتأثرا بتأثير بالغ الأهمية بالإجهاض.

الجدول 3 توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الصحية

النسبة %	العدد	الحالة الصحية العامة
97.0%	490	جيدة
3.0%	15	سيئة
76.6%	387	طبيعية الوضع
23.4%	118	قيصرية مسلك عادي

تقيد معطيات الجدول 3 أن 97% من الأمهات يرين أن صحتهم مُرضية، في حين ترى 3% منهن أنها سيئة.
أما عن طريقة الوضع فتكشف معطيات نفس الجدول أن نسبة الوضع عن طريق العملية القيصرية بلغت 23.4% من مجموع الولادات، وهي بذلك في زيادة مستمرة إذا ما قرنت بالسنوات السابقة، إذ بلغت 8% سنة 2006 وفق المسح الوطني المتعدد المؤشرات (ONS. 2008.p118). وهو الاتجاه السائد في الكثير من البلدان فعلى سبيل المثال انتقلت نسبة القيصرية في فرنسا من 10.9% سنة 1981 إلى 20% سنة 2003. (Ministère des affaires sociales.2003)

2- العلاقة بين الإجهاد والمستوى التعليمي

الجدول 5: توزيع السيدات حسب الإجهاد وحسب

المستوى التعليمي

المجموع	هل حدث إجهاض خلال الحياة الزوجية					
	نعم		لا			
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد		
13	53.84	7	546.1	6	أمي	المستوى
68	29.41	20	70.58	48	ابتدائي	التعليمي
201	19.90	40	80.09	161	متوسط	لزوج
158	18.98	30	81.01	128	ثانوي	المبحوثة
65	20	13	80	52	عالي	
505	110		395			المجموع

يبدو مثير للاهتمام دراسة ما إذا كانت هناك علاقة

بين الإجهاد والمستوى التعليمي للمرأة. ولعل تحليل بيانات الجدول 5 تبين أن نسبة الإجهاد عند الأميات من الأمهات لامست 53.8 % ، وعند ذوات المستوى المتوسط بلغ 29.4 % ، في حين يتدحرج إلى 20 % عند الجامعيات . وعند اختبار العلاقة بين المتغيرين تبين أنها تحمل الدلالة الإحصائية (معامل التوافق يساوي 0.149 عند مستوى الدلالة 0.022).

3 -العلاقة بين الإجهاد والحالة الشخصية

لل سيدات

يوضح الجدول 6 أن نسبة الإجهاد عند الأمهات العاملات (61.8%) تقل عن نظيرتها عند الأمهات غير المشتغلات (22,3%). وقد بين معامل الارتباط بين المتغيرين ضعيف (Ca=0114).

الجدول 6 : توزيع السيدات حسب الإجهاد

وحسب النشاط المهني

المجموع	هل حدث إجهاد خلال الحياة الزوجية				الحالة الشخصية
	النسبة %	لا	النسبة %	نعم	
70	84.4	57	18.6	13	غير مشغلة
435	77.7	338	22.3	97	مشتغلة
505	395		110	المجموع	

4-العلاقة بين الإجهاد ووسط الإقامة

الجدول 7 : توزيع السيدات حسب الإجهاد

وحسب وسط الإقامة

المجموع		هل حدث إجهاد خلال الحياة الزوجية				وسط الإقامة
		النسبة %	لا	النسبة %	نعم	
	401	79.4	318	20.6	83	حضري
	104	74.1	77	25.9	27	ريفي
505		395		110		المجموع

يوضح الجدول 7التباين في نسبة الإجهاد بين أمهات الوسط الحضري (20.6%) وأمهات الوسط الريفي (25.9%). وقد دل معامل الارتباط إلى أن العلاقة بين المتغيرين ضعيفة (Ca=0.146). وقد جاء في المسح الجزائري حول صحة الطفل والأم سنة 1992 أن النساء الأكثر عرضة لهذه الحوادث هن النساء القاطنات في الوسط الريفي (ONS.1994).

5-العلاقة بين الإجهاد ومحل السكن

الجدول 7: توزيع السيدات حسب الإجهاد وحسب

محل السكن

المجموع		هل حدث إجهاض خلال الحياة الزوجية				المحل السكن
		النسبة %	لا	النسبة %	نعم	
	242	86	208	14	34	مع أهل الزوج
	1	0	0	100	1	مع أهل الزوجة
	262	71.3	187	28.6	75	مسكن مستقل
505		395		110		المجموع

إذا استثنينا محل السكن " مع أهل الزوجة " والذي لا تسمح معطياته بالتحليل الإحصائي ، فإن دراسة تظهر أن هذا الأخير يؤثر تأثير بالغ الأهمية في حدوث الإجهاد من عدمه ، حيث بين الجدول 7 أن نسبة الإجهاد أكبر بكثير بين الزوجان المقيمتين في مسكن مستقل (28.6 %) مقارنة بقرينتهن المقيمتين مع أهل الزوج (14.0 %) ، بمعنى أن احتمال أن تجهض المرأة المقيمة في مسكن مستقل يفوق مرتين احتمال ذاته إذا كانت تقيم مع أهل الزوج. وقد تبين باستعمال معامل الارتباط أن الارتباط بين المتغيرين متوسط (0.421).

6- العلاقة بين الإجهاد وصلة القرابة

الجدول 8: توزيع السيدات حسب الإجهاد وحسب

صلة القرابة بين الزوجين

صلة القرابة مع الزوج	هل حدث إجهاد خلال الحياة الزوجية				المجموع
	نعم	النسبة %	لا	النسبة %	
قريب	37	26.6	102	73.3	139
غير قريب	73	20	293	80	366
المجموع	110		395		505

تظهر المعالجة الإحصائية لمعطيات الجدول 8 عدم استقلالية شدة الإجهاد عن صلة القرابة بين الزوجين ، بمعنى آخر هناك اختلاف في نسبة الإجهاد عند ما نضع في الاعتبار بُعد صلة القرابة بين السيدات وأزواجهن ، ففي الوقت الذي تقل فيه نسبة الإجهاد عن 20 % بين سيدات اللواتي لا تربطهن صلة دموية مع أزواجهن ، نلاحظ أن نسبتها تجاوزت حد 26.6% عند الأمهات اللواتي تربطهن صلة مع أزواجهن ، إلا أن العلاقة بين المتغيرين قيد الدراسة ضعيفة ، إذ بلغت قيمة معامل الارتباط 0.186.

7- العلاقة بين الإجهاد وعدد الأطفال

يشير تحليل معطيات الجدول 9 بما لا يدع مجال للشك أن هناك علاقة عكسية بين عدد الأطفال الذي تم إنجابهم واحتمال الإجهاد ، بمعنى كلما ارتفع عدد الأطفال كلما قل احتمال إجهاد المرأة.

الجدول 9: توزيع السيدات حسب الإجهاد وحسب

عدد الأطفال

إذ أن احتمال الإجهاد بلغ 88 % عند الأمهات ذوات طفل واحد و 62.9% عند اللواتي لديهن طفلين و 51.8% عند الأمهات ذوات 3 أطفال ، لتتخفص إلى 26.7% عند السيدات ذوات 4 أطفال و 25% لدى الأمهات ذوات 5 فأكثر . وعند اختبار العلاقة بين المتغيرين تبين أنها جوهريّة ، إذ بلغ معامل التوافق 0.376 عند مستوى الدلالة 0.0001.

8- العلاقة بين الإجهاد والعنف الزوجي الممارس

ضد الأمهات

1- الإجهاد والعنف الزوجي الجسدي

عندما نضع في الاعتبار متغير العنف الجسدي (الجدول 10) ، نجد أن نسبة الزوجات اللواتي أجهضن مرة واحدة على الأقل خلال الحياة الزوجية قد بلغت 48.6% بين السيدات اللواتي تعرضن للعنف الجسدي ، مقابل 19.8% بين نظيرتهن اللواتي لم يتعرضن لهذه الاعتداءات ، بمعنى آخر السيدات المعنفات أكثر تعرضا لحوادث الإجهاد بمقدار ضعفين ونصف تقريبا عن النساء غير معنفات. وعند فحص نتائج البحث الحالي فإن معامل الارتباط أشار إلى أن الارتباط بين المتغيرين قوي ($r=0.586$).

الجدول 10: توزيع السيدات حسب الإجهاد

وحسب العنف الزوجي الجسدي

حدوث الإجهاد					
نعم	النسبة %	لا	النسبة %	المجموع	
17	48.5	18	41.5	35	نعم
93	19.7	377	81.3	470	لا
110		395		505	المجموع

وتتسق هذه النتيجة إلى حدي بعيد مع ما خلصت إليه كثير من الدراسات ، إذ أكدت أن عامل العنف الزوجي يشكل خطر ثابت وقوي على إنهاء الحمل عن طريق الإجهاد. (Gillian Aston, Susan Bewley, 2009)

2- الإجهاد والعنف الزوجي المعنوي

استنادا لمعطيات الجدول 11 يتبين أن هناك عدم تجانس في النزعة التي تتخذها مستويات الإجهاد حسب

عدد الأطفال	حدوث الإجهاد خلال 12 شهرا قبل الحمل				المجموع
	نعم	النسبة %	لا	النسبة %	
1	22	88	3	12	25
2	17	63	10	67	27
3	14	52	13	48	27
4	4	26.6	11	73.4	15
5 فأكثر	4	25	12	75	16
المجموع	61		49		110

العنف المعنوي الممارس ضد الزوجات ، إذ تتباين بشكل

المجموع	طريقة الوضع					
	مسلك عادي		قيصرية			
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد		
110	72.7	80	27.3	30	نعم	هل حدث إجهاد خلال الحياة الزوجية
395	77.7	307	22.3	88	لا	
505	387		118		المجموع	

إن متغير الإجهاد لم يكن له تأثير كبير على ما إذا كانت الولادة طبيعية أم قيصرية. فالوضع عبر الولادة القيصرية بلغت نسبته 27.3 % عند الأمهات اللواتي أجهضن، في حين النسبة نفسها قدرت بـ 22.3 % عند اللواتي لم يجهضن. وهذه النتيجة تعكسها قيمة معامل الارتباط المتدنية (0.133).

الخاتمة

لقد جاءت هذه الدراسة التي يغلب عليها الطابع الميداني لكشف النقاب على مدى تأثير بعض المحددات والممارسات الاجتماعية على الإجهاد. اعتمدت الدراسة على عينة غير عشوائية من المبحوثات شملت 505 سيدة. وأهم ما يمكن عرضه من النتائج المتحصل عليها هو:

1- كشفت الدراسة الميدانية أن 22.6 % من السيدات أجهضن مرة واحدة على الأقل خلال حياتهن الزوجية، كما أبرزت النتائج أن 13.2 % من السيدات أجهضن مرة واحدة على الأقل خلال السنة التي سبقت الحمل.

2- إن الإجهاد يميل للارتفاع كلما ارتفع عمر المرأة وهذا ما أكدته نتائج الجدول 4، إذا أن نسبة الإجهاد عند العمر 20-24 سنة 6.1 %، فإنها تجاوزت 23.9 % عند العمر 34-35 سنة، لتصل إلى حدود 41.2 % عند الفئة 44-40 سنة.. وجاءت هذه النتائج لتسير وفق ما توقعته الفرضية الأولى،

3- أبرزت النتائج الميدانية من خلال الجدول 5 أنه كلما زاد المستوى التعليمي للأمهات كلما قل احتمال تعرضهن للإجهاد، إذ بلغت نسبة الإجهاد 53.8 % عند

نسبي وفقا ما إذا كانت تعرضت للعنف الزوجي المعنوي (25.4 %) أم لم تتعرض لهذه الاعتداءات (18.2 %). وهذه العلاقة الضعيفة نسبيا يؤكدتها معامل الارتباط الذي قدر بـ 0.210.

الجدول 11: توزيع السيدات حسب الإجهاد وحسب العنف الزوجي المعنوي

حدوث الإجهاد					
المجموع	نعم	النسبة %	لا	النسبة %	المجموع
252	64	25.4	188	74.6	252
253	46	18.1	207	81.9	253
505	110		395		505

خامسا / تأثير الإجهاد على صحة الأمهات

1- الصحة المدركة والإجهاد

الجدول 12: توزيع السيدات حسب الصحة المدركة

وحسب الإجهاد

المجموع	الصحة المدركة				هل حدث إجهاد خلال الحياة الزوجية	نعم لا
	سيئة	النسبة %	حسنة	النسبة %		
110	6	5.4	104	94.6	نعم	لا
395	9	2.2	386	97.8	لا	نعم
505	15		490		المجموع	

تكشف معطيات الجدول 12 أن إجهاد المرأة يؤثر تأثير بالغ الأهمية في صحتها، إذ بلغت نسبة النساء اللواتي أجهضن وأدلين أن صحتهم سيئة 5.4 %، في حين لم تتجاوز هذه النسبة 2.2 % عند الأمهات اللواتي لم يجهضن. بمعنى آخر نسبة النساء ذوات الصحة السيئة عند اللواتي أجهضن تفوق الضعفين تلك التي لوحظت عند الأمهات التي لم يجهضن. وعند اختبار العلاقة بين المتغيرين قيد الدراسة من خلال معامل الارتباط تبين أنها مقبولة ($Ca = 0.424$). وهذا إن دل على شيء فإنما يدل على الآثار السلبية ومضاعفات الإجهاد وأضراره على الصحة الجسدية للمرأة.

2- طريقة الوضع والإجهاد

الجدول 13: توزيع السيدات حسب طريقة الوضع

وحسب الإجهاد

8- إن بُعد العنف الزوجي الجسدي يؤثر تأثيرا بالغ الأهمية في حدوث الإجهاض من عدمه ، فالنساء اللواتي تعرضن للعنف الجسدي أجهضن في حدود 48.6 % بينما لم تتجاوز هذه النسبة 19.8% عند مجموعة السيدات اللائي لم يتعرضن للعنف الجسدي. النزعة نفسها تم ملاحظتها ولكن بدرجة اقل عند الثنائية: الإجهاض / العنف الزوجي المعنوي (الجدولين 10 و 11)، إذ بلغت نسبة الإجهاض 25.4% عند الأمهات اللواتي تعرضن لهذا الشكل من العنف مقارنة بـ 18.2% عند اللواتي لم يتعرضن لهذه الاعتداءات. وهذه النتائج دعمت الفرضية 8 المتعلق بالارتباط الجوهري بين العنف الزوجي والإجهاض.

9- هناك اختلاف كبير وفق تحليل معطيات الجدول 12 -بين نسبة النساء اللواتي أجهضن وأدلين أن صحتهم سيئة (5.4%)، والنسبة ذاتها عند الأمهات اللواتي لم يجهضن (2.2%). هذه النتائج دعمت الفرضية التاسعة.

10- لم تتأثر طريقة وضع الأمهات لمولودهن إلا تأثير ضعيف بالإجهاض ، إذ جاءت نسبة الولادات القيصرية متقاربة بين اللواتي أجهضن (27.3 %) واللواتي لم يجهضن (22.3%).

هذا ، ورغم محدودية وتواضع بعض النتائج المتوصل إليها من خلال هذه الدراسة ، إلا أنها تبقى أول دراسة ميدانية تعرضت لمفهوم محددات الإجهاض على المستوى الوطني ، إذ يفتقر مجتمعنا إلى الكثير من البيانات للإحاطة بهذا الموضوع إحاطة كاملة ، مما يجعل الباب مفتوح أمام الباحثين في هذا المضمار.

الأميات ، في حين لم تتجاوز 20 % عند الجامعيات. وهذه النتائج دعمت الفرضية الثانية من البحث.

4- أثبتت النتائج أن تأثير متغيري الحالة الشخصية للسيدات ووسط إقامتهن لم يؤثر تأثيرا جوهريا على حدوث الإجهاض.

5- يعدّ محل السكن من المتغيرات القليلة الاستعمال في الدراسات السوسولوجية والديموغرافية ، وقد أثبتت الدراسة الميدانية مما لا يدع مجالا للشك انه ذو أهمية كبير في تحديد مستويات الإجهاض ، ففي الوقت الذي لم تتجاوز نسبة الإجهاض 14 % عند النساء المقيمات مع أهل الزوج فانها تجاوزت 28.6 % عند المقيمات في مسكن مستقل. وجاءت هذه النتائج لتتماشى مع الفرضية 6 مؤداه أن احتمال الإجهاض يزيد بكثير بين الزوجات المقيمات في مسكن مستقل مقارنة بقرينتهن المقيمات مع أهل الزوج.

6- إن تأثير صلة القرابة على الإجهاض يبدو واضحا من خلال مقارنة نسبة الإجهاض في المجموعة التي يسودها ارتباط دموي بين الزوجين (26.6%) ونظيرتها التي لا تربطهن صلة قرابة مع أزواجهن (20%).

7- تشير بيانات الجدول 9 أن هناك علاقة عكسية بين عدد الأطفال الذي تم إنجابهم واحتمال الإجهاض ، بمعنى كلما ارتفع عدد الأطفال كلما قل الإجهاض ، إذ بلغ احتمال الإجهاض - على سبيل المثال - 88 % عند الأمهات ذوات طفل واحد ، في حين لم يتجاوز 25 % عند أمهات 4 أطفال فأكثر. وجاءت هذه النتائج عكس ما تم توقعه في الفرضية 7.

المراجع والهوامش

- الجريدة الرسمية 1985. العدد 8.

-ذوقان عبيدات-عبد الرحمن عدس-كايد عبد الحق (1984)، البحث العلمي، مفهومه وأدواته وأساليبه. عمان.

- منظمة الصحة العالمية (2009) الإجهاض غير المأمون: التقديرات العالمية والإقليمية للإجهاض غير المأمون والوفيات المرتبطة به.

-A. J. Adler, V. Filippi, S. L. Thomas and C. Ronsmans Systematic Review Incidence of severe acute maternal morbidity associated with a bortion: a systematic review. Tropical Medicine and International Health. volume 17 no 2 pp 177—190 february 2012.

-Akinrinola Bankole, Susheela Singh and Taylor Haas (1999). Characteristics of Women Who Obtain Induced Abortion .A journal of peer-reviewed research.V25.N2 June1999.

- Chae S, Desai S, Crowell M, Sedgh G, Singh S (2017) Correction: Characteristics of women obtaining induced abortions in selected low- and middle-income countries. PLOS ONE 12(5): e0177149

-Gilda Sedgh and al, (2007). Induced abortion: estimated rates and trends worldwide. Guttmacher Institute. New york.

-Gillian Aston. Susan Bewley (2009). Abortion and domestic violence. The Obstetrician &Gynaecologist.

-Guttmacher Institute, Adding it up: investing in contraception and maternal and newborn health, 2017, *Fact Sheet*, New York: Guttmacher Institute, 2017.

-Lakrouf Ali (2018). Evolution de la fécondité en Algérie : Tendances et Déterminants. Revue des sciences sociales Laghouat.V7, N 28 Janvier 2018.

-Idler E. L. Benyamini Y (1997). Self-Rated Health and Mortality: a Review of Twenty-Seven Community Studies. Journal of Health Social Behavior 38(1).

-Juarez F et al., Unintended Pregnancy and Induced Abortion in Mexico: Causes and Consequences, New York: Guttmacher Institute, 2013

-Ministère de la santé (2004). Enquête algérienne sur la santé de la famille (Papfam). Alger.

-Ministère des affaires sociales, du travail et de la solidarité. La pratique des césariennes : évolution et variabilité entre 1998 et 2001 - Etudes et résultats. Bulletin N° 275 —DREES. Paris ,2003.

-ONS (1994). Enquête algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant (EASME). Alger.

-ONS. Enquêtenationaleindicateursmultiples-MICS3.Alger,2008.

-ONS (2015). Démographie algérienne. N740.Alger.

-Sedgh G Gilda et al., Abortion incidence between 1990 and 2014: global, regional, and subregional levels and trends, *Lancet*, 2016, 388(10041):258—267.

-Susheela Singh. Hospital admissions resulting from unsafe abortion: estimates from 13 developing countries. Volume 368, Issue 9550, 25 November—1 December 2006, Pages 1887-1892.

-United Nations, (2013.) World Population Policies Database (2013 Revision). New York.

-United Nations (2014) Abortion Policies and Reproductive Health around the World. New York.

<https://www.guttmacher.org/report/abortion-worldwide-2017>

https://www.islamweb.net/NewLibrary/display_umma.php?lang=&BabId=14&ChapterId=14&BookId=253&CatId=201&startno=0

<https://www.altibbi.com>