

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الجزائر
كلية العلوم الإجتماعية
قسم علم الاجتماع

وفيات الأطفال الرضع (0-1 سنة)
تأثير العوامل الاجتماعية ، الاقتصادية و الديموغرافية
دراسة ميدانية بالمركزين الإستشفائيين مصطفى باشا
و بني مسوس الجزائر.

رسالة لنيل شهادة ماجستير في علم الاجتماع

- تخصص ديموغرافيا -

الإشراف

إعداد الطالب

الدكتور بوتفوشة مصطفى

مصطفى عمور

سبتمبر 2001

الإهداء

أهدي عملي هذا إلى والدي الكريمين اللذان أكن لهما
كل الحب و الإحترام و التقدير

إلى إختوتي : نسيم ، رضا ، ليليا و نسيمة
كما أهديه إلى رفيقة دربي : نجاة

إلى أعز أصدقائي : سفيان و زوجته و الكتكوتة
الصغيرة فتيحة

إلى خالي محمد ، خالتي مهدية و أولادها ، عائلة خيار

و إلى طاهر ، مولود ، و نورالدين .

و إلى كل من أحب .

مصطفى

كلمة شكر

الحمد و الشكر لله العلي العظيم أوله و آخره
نشكر بالدرجة الأولى الأستاذ المشرف " مصطفى
بوتفنوشت "

الذي لم يبخل علينا بتشجيعاته في ثنايا البحث .
كما نتقدم بخالص التقدير و الإحترام إلى كل ال فريق الطبي
و الشبه الطبي بمصلحة التوليد و أمراض النساء بمصطفى باشا
و بني مسوس ، كما نشكر القابلة بن زيادة نسيمة و شفيقة خلوف
بمصلحة التوليد .

و لا ننسى أن نتوجه بالشكر إلى الأخ نبيل ، صبرينة ، ليلى و
الأنسة نوال بمصلحة طب الأطفال .

كما نشكر جزيلا عائلة بوزكرية و الأخوات هدى و نادية
وكدى غنية و كريمة بقسم علم المكتبات و التوثيق .

و لا ننسى كذلك كل موظفين المكتبة الجامعية على رأسهم
نسيم بن زيدان ، و إلى كل من مدوا يد العون و المساعدة سواء
كان ذلك من قريب أ و من بعيد لإنجاز هذا العمل .
مني لكم جميعا جزيل الشكر

مصطفى

الفصل التمهيدي

البناء المنهجي للبحر

الفصل التمهيدي : البناء المنهجي للبحث

- الإشكالية
- الفرضيات
- أهمية الدراسة
- أسباب اختيار الموضوع
- الهدف من الدراسة
- تحديد المفاهيم
- الدراسات السابقة

الإشكالية:

لا تزال قضية وفيات الأطفال من القضايا المطروحة على بساط البحث والتي تدور حولها النقاش منذ عدة سنوات في المؤتمرات والندوات العلمية خاصة تلك التي تنظمها منظمة يونسيف " UNICEF " ومنظمة الصحة العالمية " OMS " أو من خلال الندوات السكانية والطبية التي تنظمها الهيئات العلمية والحكومية في البلدان العالم الثالث.

والواقع أن تدهور الظروف الاجتماعية والاقتصادية من جهة وعجز النظم الصحية القائمة في البلدان العالم الثالث عن الاستجابة الصحية للغالبية العظمى من السكان من جهة ومن جهة أخرى كان وراء ارتفاع مستويات معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات بين الأطفال الرضع بشكل مستمر وثابت.

فإذا كان اتجاه ومستوى معدلات وفيات الأطفال الرضع ما هو الانعكاس للأوضاع الاجتماعية والاقتصادية، الديموغرافية والصحة للمجتمع فإن لهذه الظاهرة بدورها تأثيرات اجتماعية واقتصادية، تتخلص في حدوث خلل اجتماعي تكون مظهرة في ظهور بعض القيم التي تعنى بتعويض الفاقد من الوفيات والتأمين وفيات الأطفال المتوقعة والتي تعد في ظل هذه الأوضاع موجبات الأساسية السلوك الإيجابي للمرأة. بحيث تساعد هذه العناصر الجديدة على عملية تكيف الأسرة والأطفال مع هذه الظاهرة، أما عن تأثيراتها الاقتصادية، فبرغم من ارتفاع متوسط الدخل الفرد في بعض البلدان العربية مثل الجزائر يقابله ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع ويرجع ذلك إلى هذا المتوسط لا يعبر عن الواقع توزيع الدخل بين الأفراد وخاصة مع ذلك التفاوت بين الطبقات الاجتماعية والاقتصادية في هذه المجتمعات.

ومن هنا أصبحت ظاهرة وفيات الأطفال الرضع من بين المشكلات الصحية ذات الأولوية والتي تحظى بالاهتمام كبير في البرامج الصحية العامة، وبالتالي في السياسات الصحية للبلدان العالم الثالث، بما فيها الجزائر التي تعرف كم هائل من الولادات الحية 69600 ولادة، أي ما يعادل 25.3% سنة 1995⁽¹⁾ بالمقابل تفقد أيضا عدد كبير من المواليد وهذا بين فئة 0 - 1 سنة كاملة من الحياة حيث إذا نظرنا إلى ما وصلت إليه الإحصائيات في الجزائر حول صحة الأم والطفل فإننا نجد معدل وفيات الأطفال بها عام 1995 هو 54.9%⁽²⁾ بينما بلغ في نفس السنة

(1) وزارة الصحة والسكان (مديرية السكان) : الوضع الصحية والديموغرافية للجزائر، تقرير السنوي اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، 1988 ، ص 13.

(2) وزارة الصحة والسكان، نفس المرجع ص 22.

وهذا في الولايات المتحدة الأمريكية 8 % وبالسويد 4%⁽¹⁾ ومنه يبقى معدل وفيات الرضع بالجزائر مرتفع بكثير عن هذه الدول المتقدمة رغم أنه سجل تحسنا ملحوظ في العشرية الأخيرة حيث كان يبلغ سنة 1990 بحوالي 57.80%⁽²⁾ ووصل سنة 1997 إلى 56.64%⁽³⁾ لكن هذا التحسين في معدل وفيات الأطفال الرضع مقارنة بالمدة الفاصلة بين 1990 – 1997 فإننا نجده بطئ برغم كل مجهودات والبرامج التي قامت بها الدولة الجزائرية لمحاربة هذه الظاهرة، ألا أن هذه الأخيرة بقيت مرتفعة ومتباينة مع معدلات وفيات الرضع في الدول المتقدمة، وهذا كما وضحناه سابقا، الأمر الذي قادنا إلى طرح التساؤلات حول سبب وعوامل تفاقم هذه الظاهرة وبقاء هذه المعدلات مرتفعة، وكما نعلم أن الدراسات حول هذا الموضوع بالذات عديدة في المجال الطبي و لا يمكننا التخلي عنها ومن الواجب مسايرتها محاولة والتعمق فيها قصد الوصول إلى نتائج ناجعة تجعل حاجزا أمام توسع هذا المشكل إلا وهو ظاهرة وفيات الأطفال الرضع في بلدنا.

وفي هذا الصدد طرحنا بعض التساؤلات ونحاول الإجابة عنها :

- هل للتعليم الأم تأثير في تقلل من حدة وفيات الأطفال الرضع؟
 - فهل للوضع المادي والمعيشي للعائلة ينعكس في ارتفاع وفيات الرضع؟
 - هل لسن الأم عند الإنجاب علاقة بوفيات الأطفال الرضع؟
 - هل للعامل الديموغرافي فاعلية في ارتفاع ظاهرة وفيات الأطفال الرضع؟
 - هل هناك علاقة بين شدة وسبب الوفاة عند الجنس؟
- وبناء على هذه التساؤلات وضعنا الفرضيات التالية

⁽¹⁾Encyclopedia, Microsoft : Données démographique Par Pays

⁽²⁾Mostefa Khiati : Démographie et population. OPU., Algérie, 1996 Page.

⁽³⁾ONS: démographie Algérienne N° 227Alger 1997 page 31 .

الفرضيات

الفرضية العامة:

تتحدد ظاهرة وفيات الأطفال الرضع بالعوامل الصحية أكثر منها اجتماعية، اقتصادية والديموغرافية.

الفرضيات الأولى

العامل التعليمي للأم ووعيها تجاه صحة الرضيع يقلل من وفيات الأطفال الرضع.

الفرضيات الثانية:

كلما انخفض المستوى المعيشي للعائلة، كلما ارتفعت وفيات الأطفال الرضع.

الفرضية الثالثة:

عدم التحكم في العوامل الديموغرافية المتعرضة على صحة الأم يؤثر في ارتفاع وفيات الأطفال الرضع.

أهمية الدراسة:

إن الموضوع الذي نحن بصدد البحث فيه يكشف لنا عما تكونه هذه الدراسة من زاد معرفي حول الوفيات الأطفال والأطفال الرضع بصفة خاصة كمؤشر للتطور الاجتماعي وتقدمه. وهنا تكمن الجدة في دراستنا على مستوى معهد علم الاجتماع باختيار أنه لم يتطرق إلى مثل هذه المواضيع في المعهد من قبل على مستوى الدراسات العليا. كما تتجلى أهمية هذه الدراسة في إثراء مكتبة المعهد والمكتبات الجامعية بهذا نوع من الدراسة، وكله في خدمة العلم والطلبة .

كما أن النتائج التي سنتوصل إليها في آخر المطاف قد تشكل نقطة البداية للطلبة المتهمين بهذا النوع من البحوث على مستوى عالي للقيام بدراسات حول عوامل المؤدية إلى الوفيات الأطفال الرضع في الجزائر من زوايا مغايرة. زيادة على ذلك فإن هذه الدراسة تفتح أفقا جديدة للبحث من طرف أساتذة باحثين في هذا الميدان قد تجد طريقها إلى التنظير، باعتبار أنه لم تقم هناك دراسات أكاديمية معمقة عن وفيات الأطفال الرضع، ولم تعطى لها القيمة الاجتماعية أكثر منها طبية.

- أسباب اختيار الموضوع:

إن اختيار لهذا الموضوع " تأثير العوامل الاجتماعية الاقتصادية والديموغرافية على وفيات الأطفال الرضع " لم يكن وليد صدفة أو اختيار عشوائي، وإنما يرجع لأسباب موضوعية.

(1)- من المعروف أن البحث العلمي يسعى إلى إيجاد بعض الحلول لمشكلات علمية سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية أو ديموغرافية، ونحن بدورنا نسعى إلى محاولة التعرف تأثير العوامل الاجتماعية، الاقتصادية والديموغرافية على وفيات الأطفال الرضع.

(2)- من المعلوم أن الوفيات الرضع تمثل نسبة كبيرة من محمل الوفيات العامة في الجزائر وتشكل نسبة كبيرة مقارنة بالدول المقدمة، وهذا ما أدى بنا إلى محاولة تعرف على مدى تأثير بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية على وفيات الرضع.

(3)- إن دراسة المرض والوفاة لا يمكن أقصاها على جانب الطبي فقط و إنما يتعدى ذلك إلى ربط المرض والوفاة بالجوانب الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية ومدى تأثير هذه الجوانب المحيطة بالطفل وصحته.

(4)- محاولة كذلك معرفة مدى فاعلية البرامج الصحية لمكافحة وفيات الأطفال الرضع في بلدنا.

5- الميل الشخصي للأطفال بصفة عامة والرضع بصفة خاصة، كذلك عالجت هذا الموضوع في مذكرة نهاية لليسانس وجو المعرفة وفرته لنا هذا الدراسة، ولد لدينا رغبة في التقرب والتعميق في هذا الموضوع الحساس وإضفاء الصفة الاجتماعية عليه بحكم أننا طلبة معهد علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا.

تحديد المفاهيم:

تحديد المفاهيم يسمح للباحثين، بحصر الخصائص التي تتميز بها الحقيقة الاجتماعية فالمفهوم ليس الحقيقة نفسها لكنه بنية ذهنية تشمل بعض الميزات لهذه الحقيقة، ومعرفة هذا الميزات تسمح لنا بمعرفة الظاهرة محل الدراسة ومن تم تمييزها عن الظواهر الأخرى، فتوضح التحديد يساعدنا على تقريب الفهم والاتصال بين الباحثين.⁽¹⁾

ولقد رأينا من أهم عرض المفاهيم الخاصة بهذا الموضوع، لكي نتضح لنا الأمور عند البحث والتحليل، أي بعبارة أخرى ما هي المعايير المعمول بها للتمييز بين ولادة الحية والولادة الميتة؟ وعلى هذا الأساس ارتأينا أنه من الأهمية أن يتطلع القارئ على مدى فعالية هذه المفاهيم في وجود الدراسة، خاصة منها وفيات الأطفال الرضع عند مختلف فتراتها الآن الوفيات التي تحدث في الأسابيع الأولى يمكن أن ترجع أسبابها إلى فترات الحمل، لذا يجب معرفة وتفهم كل فترة لاجتناب أي خلط في المفاهيم .

• وفيات الأطفال الرضع: " Mortalité infantile "

يقصد بهذا الاصطلاح في علم السكان وفيات الرضع الذين لم يتجاوزوا العام الأول من أعمارهم، وبحسب معدل وفيات الرضع بحصر وفياتهم في غضون سنة مسماة ونسبة عددها إلى عدد المواليد الأحياء المسجلين في نفس السنة⁽²⁾.

" Naissance vivante " : الولادة الحية:

أي ولادة طفل " ويقصد بها إخراج أو انتزاع كل من جسم الأم، مستقل عن فترة الحمل إذا يتنفس ويظهر كلى من جسم الأم، مستقل عن فترة تتمثل في معيار الحيوية مثل خفقات القلب، الحبل السري، التقلص الفعلي للعضلات، خاضع لعمل إداري سواء كان الحمل السري مقطوعا أم لا سواء بقيت المشيمية مربوطة أم لا كل من المواليد الناتجة عن هذه المعايير تعتبر مواليد حية⁽³⁾

الولادة الميتة: Mort- nés

⁽¹⁾ BENOI Gautier: Recherché sociale de la problematique la collecte des donnees , Presse universitaire de quebec, canada, 1984, P 68. 69.

⁽²⁾ Ralond Pressat : Dictionnaire de démographie , PUF , 1979. Page 179.

⁽³⁾ AMRANE Ahmed : Etude de la mortalité infantile dans le secteur sanitaire de beni- Messous- Thèse de Médecine, université d'Alger 1975 P 59.

يقصد بها الوفيات التي تحدث دخل الرحم لنتاج الحمل بعد فترة حمل معينة تحدد عدة بـ 28 أسبوعا فأكثر، (أي بداية من هذه المدة، تفرض أن ناتج الحمل قابل للحياة) (1)

الوفيات الحديثة الولادة: Mortalité – néo-matale

وهي الوفيات التي تحدث منذ الولادة إلى غاية الثامن والعشرين، أو السابع والعشرين تام من الحياة. وتنقسم هذه الوفيات إلى قسمين (2)

- الوفيات الحديثة الولادة المبكرة:

وهي الوفيات التي تحدث منذ الولادة إلى غاية اليوم السابع 7 أو ستة 6 أيام التامة.

- الوفيات الحديثة الولادة المتأخرة:

وهي الوفيات التي تحدث منذ اليوم السابع من الولادة إلى غاية اليوم الثامن والعشرين أي 27 يوم تامة.

الوفيات ما حول الولادة:

الوفيات ما حول الولادة تضم الولادات الميتة والوفيات الحديثة الولادة المبكرة، والتي تحدث منذ الأسبوع الثامن والعشرين 28 من الحمل إلى غاية اليوم السابع من الحياة الرضيع، ويرى بعض الباحثين أن الوفيات ما حول الولادة تضم الولادات الميتة والوفيات الحديثة الولادة المبكرة والمتأخرة (3)

ولادة مبكرة (ولادة مبتسرة). Naissance Préaturé

تدل الولادة المبكرة على كل ولادة تمت بعد مدة حمل تقل أو تساوي 37 أسبوع مهما كان وزن المولود عند الولادة (4)

وقد حددنا الولادة المبكرة بين 28 أسبوع فعلى و 37 أسبوع تام، وكل ولادة تقل 28 أسبوع فهي عبارة عن إجهاض.

الرضاعة الطبيعية: Allaitement maternel:

لغة: مشقة من الإرضاع، رضع الولد أمه، أي امتص ثديها أو ضرعها أي هي مص اللبن من الثدي (1)

⁽¹⁾Raland Pressat : dictionnaire de démographie, op – cit , P 137 ... 138

⁽²⁾Dominique Tabutin : la collecte des données en démographie, méthode, organisation et exploration, ordina, Belgique, 1984, P 58.

⁽³⁾Khiati Mostefa : l'essentiel en Pédiatre, frison Rache , France, 1988 P 94.

⁽⁴⁾Khiati Mostafa : IBID, P 101.

شرعا: تعني مص الرضيع اللبن من ثدي أمه في وقت مخصص، وهو مدة الإرضاع، فخرج بذلك الرجل (2) ومنه فإن الرضاعة الطبيعية هي إشباع حاجة فيزيولوجية عند الرضيع بلبن أمه (حليب أمه)

الرضاعة الاصطناعية: " Allaitement Artificiel "

الرضاعة الاصطناعية هي عبارة عن غذاء يعطي للرضيع و هو مكون من حليب البقرة أو بعض المستحضرات الصناعية.

والحليب المستعمل في بلدنا للتغذية الصناعية، عادة هو من حليب البقرة أو من حليب العنزة، غالبا ما تلجأ الأم إلى استعمال حليب البقرة (3) ومنه فالرضاعة الاصطناعية هي تغذية الطفل بحليب آخر غير حليب أمه عن طريق الزجاجاة والحملة.

الرضاعة المختلطة (المزوجة): Allaitement Mixte

الرضاعة المختلطة هي إعطاء الرضيع حليبيا حيوانيا إلى جانب حليب الأنتوي، عندما يكون حليب الأم قليل الكمية ولا يكفي لسد احتياجات الطفل (4)

(1) علي بن هادية وآخرون: القاموس الجديد للطلاب، مؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر 1991 ص 36.

(2) كمال بن الهمام فتح القديرية: علاقة الآباء بالأنباء في الشريعة الإسلامية، جدة ، 1981 ص 68.

(3) عبد الله الصوفي: موسوعة العناية بالطفل، دار العودة، بيروت 1997، ص 83.

(4) عبد الله الصوفي: نفس المرجع ص 30 .

الدراسات السابقة:

لا يفوت القارئ أن المرور بهذه المرحلة يعتبر الخطوة الحاسمة، فهي مطلب أساسي رئيسي في كل بحث علمي، وهذا من أجل ربط البحوث القديمة والمعاصرة وبالتالي محاولة التكيف مع ما هو (جديد) في البحث العلمي، وهنا يبرز دور الباحث، وهو ملئ الثغرة العلمية بفضل الدراسات السابقة.

وقبل التطرق إلى مختلف الدراسات التي اهتمت بموضوع وفيات الأطفال نود أن نلفت الإنتباه إلى ذلك النقص هذا النوع من الدراسات في مجال علم الاجتماع، إذا ارتكزت أساسا في الميدان الطبي دون غيرها من الميادين.

1- الدراسات التي اهتمت بموضوع وفيات الأطفال الرضع في العالم:

وفي هذا الصدد قام فاجنر " WAGNER " دراسة تحت عنوان " وفيات الأطفال الرضع في أوربا : استنتاجات الولايات المتحدة الأمريكية، ناقش فيها أسباب الاختلاف في مستوى المعدلات وفيات الأطفال الرضع بين كل من أوربا والولايات المتحدة الأمريكية.

ولقد ركز هذا الباحث في دراسته على المقارنة بين الرعاية المقدمة إلى الأمهات أثناء فترة الحمل، وبعد الولادة، والتي منها الرعاية ما قبل الولادة وحماية الأمومة والتوليد والتدخلات الجراحية أثناء الولادة.

وقد تبين من تلك الدراسة أن تقديم الرعاية الصحية إلى الأمهات أثناء فترة الحمل، وبعد الولادة في أوربا يرتكز على الجانب الاجتماعي والتربوي، كالاتماد على زيارات المنزلية لرعاية الحوامل، وتقديم المساعدات المالية، وامتيازات اجتماعية لهن، ولاعتماد على القابلات في المتابعة وإشراف الذي يفسر إلى حد كبير، ذلك الانخفاض النسبي في معدلات وفيات الأطفال الرضع في أوربا مقارنة بمثلثها الولايات المتحدة الأمريكية التي تهتم في إجراءاتها الصحية بالتدخلات الطبية البحتة⁽¹⁾

(1) محمد إبراهيم عادل: السياسات الصحية وأثرها على الوفيات الأطفال دراسة تقويمية في الريف الجزائري، رسالة ماجستير كلية الآداب ، الإسكندرية، مصر، 1993 ص 11.

وتكمن أهمية نتائج هذه الدراسة في تأكيدها على أهمية الجانب الاجتماعي في تقديم الرعاية الصحية إلى الطفل حتى في المجتمعات المتقدمة، على أن الرعاية الصحية، وأن كانت هي العامل الأساسي الذي يؤدي إلى الاختلاف في مستويات وفيات الأطفال الرضع بين مثل هذه المجتمعات - فيما يعتقد منها عوامل اجتماعية، ثقافية واقتصادية يمكن أن يكون لها - أيضا- دورها في هذا المجال.

أما دراسة " سوشنדרان وارجون " حول مستويات واتجاهات وفيات الأطفال الرضع في اليمن واختلافاتها عام 1985 ، عرض فيه تحليلات إحصائيات لمستويات واتجاهات الوفيات، مع تناول العلاقة بين بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والاقتصادية، ومستويات الوفيات في اليمن. ولقد أكدت نتائج هذه الدراسة على تأثير بعض المتغيرات الديموغرافية مثل سن الأم، ترتيب الولادة، الفترة التي تفصل بين الولادة في مستوى معدلات الوفيات خاصة مستوى معدلات وفيات الأطفال الرضع المبكرة.

كما بينت أيضا أن لكل من العوامل الاجتماعية والاقتصادية كالتحصيل العلمي للأم والأب، ومهنة الأب، ومكان الإقامة- دورا في اختلاف مستوى معدلات وفيات الأطفال بين سكان اليمن (1)

أما عن الدراسة التي قدمتها شعبية الأمم المتحدة الخاصة بالسكان تحت عنوان " الفوارق الاجتماعية الاقتصادية في الوفيات الأطفال في البلدان النامية " فلقد أعدها مجموعة من الباحثين تحت إشراف بعض إحصائيين الديموغرافيين البارزين " باربارامينش و هارولد لنتزر " وقد شملت الدراسة سبعة بلدان من إفريقيا وخمسة بلدان من آسيا وثلاثة بلدان من أمريكا للاتينية وذلك في سنة 1987

وبالجدير بالذكر هنا أن تحديد العوامل المسؤولة عن ارتفاع معدلات الأطفال في هذه الدول يعد أحد الأهداف الرئيسية لهذه الدراسة، وذلك بغية إعداد الإجراءات الضرورية لتقليص الفوارق الاجتماعية في الوفيات الأطفال وكذلك مستواها العام.

(1) س. م سوشنדרان واجون، مستويات واتجاهات وفيات الرضع والأطفال في اليمن واختلافاتها في النشرة السكانية العدد 27، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا 1985 ص . 53.

ونلخص أهم نتائج هذه الدراسة في: أن تعليم الأم يعد العامل المهيمن والمؤثر في المعدلات وفيات الأطفال هذا بالإضافة إلى أن الدراسة قد أسفرت عن نتيجة غير متوقعة وهي، أن أوضاع السكن بها فيها إمدادات المياه والإصحاح... لها تأثير ضئيل في معدلات وفيات في البلدان النامية (1)

وهذا ما تناوله " ماجد إبراهيم عثمان " في بحث موضوعه دراسة مقارنة لنمط وفيات الرضع في بعض البلدان النامية وبعض البلدان المتقدمة، مع دراسة تفصيلية للنمط السائد في مصر خلال الفترة 1954 - 1974 ظاهرة الوفيات الرضع من حيث اتجاهاتها ونمطها السائد في كل من الدول المتقدمة والنامية، فضلا عن أنه بحث اتجاه ونمط وفيات الرضع في مصر، ونظرا لما يشوب بيانات مصر من قصور فقد اعتمدت الدراسة على بيانات محافظة القاهرة في تحليل نمط الوفيات.

وقد انتهت الدراسة إلى مجموعة من النتائج، تشير أن هناك وبصفة عامة اختلافات في نمط وفيات الرضع بين كل الدول المتقدمة والنامية على حد سواء إذ يأخذ نمط الوفيات الرضع في المجتمعات المتقدمة شكل المنحنى الأسى السالب، بمعنى أن معدلات الوفيات تكون مرتفعة جدا في الأيام الأولى من العمر ثم تتناقص تناقصا سريعا خلال الشهر الأول من العمر ويستمر هذا التناقص تدريجيا خلال بقية أشهر السنة الأولى من العمر.

كما تبين أن حوالي 70 % من وفيات الرضع تحدث خلال الأسابيع الأربعة الأولى من العمر في حين أن نمط الوفيات في الدول النامية يتجه إلى انخفاض خلال الشهر الأول من العمر، غير أن هذا الانخفاض لا يستمر على مدار العام الأول من العمر وإنما يتجه إلى ارتفاع، ثم يميل في نهاية العام إلى انخفاض وأخيرا، أظهر تحليل البيانات الإحصائية أن نسبة الوفيات خلال الأسابيع الأربعة الأولى من العمر لا تزيد عن 40 % من جملة وفيات الرضع في معظم البلدان النامية (2)

ويتعين علينا في ضوء هذا الاستعراض - أن نشير إلى دراسة قدمها عبد الفتاح عز الدين بعنوان " أثر العوامل الصحية والاجتماعية والديموغرافية على كل من الأجنة ووفيات الأطفال الرضع في مصر سنة 1980، وقد تطرق فيها إلى مجموعة من العوامل التي تتعلق بتأثير العوامل الصحية في وفيات الأطفال الرضع في مصر - وهي عوامل أغفلتها بعض الدراسات الأخرى.

(1) محمد عادل إبراهيم: السياسات الصحية وأثرها على وفيات الأطفال، المرجع السابق ص 10.

(2) ماجد إبراهيم عثمان: دراسة مقارنة لنمط وفيات الرضع في بعض الدول النامية وبعض الدول المتقدمة، مع دراسة تفصيلية للنمط السائد في الجمهورية مصر العربية خلال الفترة 1954 -

ولقد اعتمدت هذه الدراسة على تحليل البيانات مسح فقد الأجنة ووفيات الرضع الذي أجراه مركز الأبحاث والدراسات السكانية بالجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء سنة 1981.

ولقد بينت تلك الدراسة أن تعرض المرأة لكثير من الأمراض أثناء فترة الحمل يؤدي إلى زيادة احتمال خطورة فقد الأجنة، ومن ثم فإن الرعاية الصحية التي تحصل عليها المرأة الحامل خلال الشهور الأولى من الحمل لها تأثير في التقليل من حالات الإجهاض - بصفة خاصة - وحالات فقد الأجنة بصفة عامة.

أما فيما يتعلق بوفيات الأطفال الأقل من سنة، فلقد أوضحت الدراسة أن تعرض المرأة لعدد من الأمراض أثناء فترة الحمل يؤدي إلى ارتفاع معدلات وفيات الأطفال، هذا بالإضافة إلى نوعية الرعاية الصحية التي لها تأثير واضح في معدلات الوفيات، أي بمعنى أن الرعاية إلى تتلقاها الأم من الطيب الخاص لها فاعلية-في هذا المجال - أكثر من فاعليه أي مصادر أخرى للرعاية الصحية⁽¹⁾ أما عن تأثير العوامل الديموغرافية والاجتماعية، فلقد أوضحت الدراسة أن التباين في المعدلات وفيات الأجنة والرضع، يتوقف على بعض المتغيرات كالمستوى التعليمي للأم عمل المرأة - بالإضافة إلى تأثير سن الإنجاب المبكر المتأخر والفترة التي بين الولادة والأخرى والتي تقل عن سنتين في ارتفاع كل من معدلات وفيات الأجنة ومعدلات وفيات الأطفال في مصر.

(1) عبد الفتاح عز الدين إسماعيل: أثر العوامل الصحية والاجتماعية والديموغرافية على كل من فقد الأجنة ووفيات الأطفال الرضيع في مصر سنة 1980، رسالة الماجستير بمعهد الدراسات والبحوث الإحصائية جامعة القاهرة، 1989 ص 41

(2) - الدراسات التي اهتمت بموضوع وفيات الأطفال الرضع في الجزائر:

لقد أتاح في موضوع وفيات الأطفال الرضع في الجزائر خلال السنوات الماضية فرصة تحديد بعض ملامح هذه الظاهرة، من حيث اتجاهاتها، مستوياتها وكذلك من حيث أسبابها ومن تم مثلت نتائج هذه الأبحاث الأساس للتدخلات الصحية والحد من تفاقمها.

وينبغي علينا في هذا المقام - أن نستعرض من بعض الدراسات التي اهتمت بظاهرة وفيات الأطفال، منها دراسة " Dominique Tabutin " حول، وفيات الرضع والأطفال في الجزائر والتي تعد من الأبحاث الأولى والقليلة التي تناولت هذه الظاهرة في المجتمع الجزائري، ولقد حاول الباحث تحليل كلا من الاتجاهات ومستويات الوفيات، اعتمادا على بعض البيانات المتوفرة، هذا بالإضافة إلى إظهار تأثير الفوارق الاجتماعية في هذه الظاهرة على الرغم من أن التحليل الذي طغى على هذه الدراسة هو التحليل الإحصائي، فإن نتائجها كانت ذات أهمية كبيرة، إذا كانت بمثابة الخطوة الأولى نحو فهم أكثر عمقا للسنوات الأولى من حياة الطفل في المجتمع الجزائري.

ومن بين النتائج التي توصلت إليها هذه الدراسة والتي مفادها: أهمية وفيات الرضع في الأسابيع الأولى بالمقياس احتمالي للوفيات هذا بالإضافة إلى وجود ارتباطات ما بين المتغيرات الديموغرافية (مثل سن الأم وترتيب الولادة، وفيات الأطفال الرضع، وفي هذا إشارة إلى عامل الخصوبة المرتفعة وما يترتب عليها من ارتفاع في معدلات وفيات الأطفال الرضع ⁽¹⁾

كما قام الباحث " D : Tabutin " بتحليل الاختلافات في ظاهرة الوفيات تبعا لبعض المتغيرات الاجتماعية و الاقتصادية، حيث أشار إلى تأثير كل من:

المستوى التعليمي، نوعية النشاط الاقتصادي (المهني) للأم والأب في المعدلات وفيات الرضع والأطفال ⁽²⁾ كما بينت دراسة أخرى لـ " Tabutin D " : حول وفيات الرضع والأطفال في الجزائر شمال عام 1974، فقد أقيمت هذه الدراسة على ثلاثة أجيال من 1960. 1969 وفقا لمتغيرات مكان الولادة والمنظمة (الريفية والحضرية) كما درست هيكله الوفيات بالنسبة للرضع الأقل من سنة وهيكله الوفيات عن طريق ترتيب الولادات.

⁽¹⁾ Dominique Tabutin : La Mortalité infantile et juvénile en Algérie, IN travaux et document N° 77. PUF. Paris 1976

Page 184 - 167.

⁽²⁾ Dominique tabutin : la mortalité infantile et juvénile en Algérie, OP. cit. P 210. 219

وقد بينت النتائج أنه بعد الحرب التحريرية عرفت معدلات وفيات الأطفال الرضع تراجعاً ملحوظاً، ولكن ما بين فترة 1963 – 1968 ، فلا يوجد اتجاه واضح يمكن تمييزه، بالرغم من انخفاض المحسوس في المناطق الحضرية فإن نسبة الوفيات الرضع بالنسبة للجنس المولود ما بين 1967 – 1968 وصل إلى 109% في المدن و 132% في المناطق الحضرية. فالخط أنه هناك خطورة كبيرة للوفاة أثناء الشهور الأولى، وخاصة، في الأسبوع الأول من حياة الرضيع، أما بالنسبة لمعدلات الوفيات في الشمال الجزائري فوصل إلى 5.4% و 2.7% بالترتيب.

كما أشارت الدراسة إلى ارتفاع نسبة الولادات في المجتمع الجزائري فلا يمكن البرهنة على تأثير الوفيات على الخصوبة، بحيث أن المعدلات الوفيات في انخفاض ومعدلات الولادات في ارتفاع مستمر⁽¹⁾

كما أوضحت دراسة حول الوفيات في الجزائر طبقاً للجنس والمنظمة السكانية وتأثير بعض الخصائص الاجتماعية والاقتصادية، من خلال نتائج التحقيق الديموغرافي للجزائر لعامي 1969 – 1971.

فخلال عامي 1970 – 1971 قامت الجزائر بدورة ثلاثية وطنية للتحقيق الديموغرافي على عينة متكونة من حوالي 60.000 أسرة.

وتشير نتائج تلك الدراسة إلى أن نسبة وفيات الأطفال في الشمال الجزائري هو 16.3% مع توزيع 9.0% فقط في المناطق الحضرية، و 19.8% في المناطق الريفية. كما تبين أن أمل الحياة عند الولادة هو 33.5 سنة، ويعود ذلك إلى ارتفاع نسبة وفيات الأطفال الرضع.

أما عن أهم الخصائص الديموغرافية والاجتماعية، فإن نتائج التحقيق تبين وجود ارتفاع في وفيات الأطفال من 3 إلى 4 أشهر إلى سن 40 سنة فوجد كذلك من خلال نتائج التحقيق اختلافات من حيث النشاط المهني والمستوى التعليمي للرب الأسرة، فهناك درجة 10 سنوات اختلاف بين أمل الحياة بين الأفراد الأسرة التي رب عائلتها أمي وأخرى متعلم⁽²⁾

⁽¹⁾ Dominique tabutin : Infant and child Mortality in north Algérien IN Population N° 29. Janvier Feb, 1974, P 22. 25.

⁽²⁾ UNICEF , OMS : un quart de siècle d'étude sur la survie de l'enfant Algérien. 1970. 1995 . P 14. 15.

كما قدم " أحمد عمران " دراسة موضوعها وفيات الأطفال الرضع في القطاع الصحي لمنطقة بني مسوس بالجزائر وقد تمثلت أهدافها فيما يلي:

- التعرف على معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة خلال الفترة الممتدة من 1970-1974.

- تحديد التوزيع العمري لوفيات الأطفال أقل من سنة

- تحديد العوامل المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال بصفة خاصة. تلك العوامل الاجتماعية والاقتصادية .

- محاولة تحديد تأثير البيئة الصحية في ظاهرة وفيات الأطفال.

وفي سبيل تحقيق هذه الأهداف اعتمدت الدراسة على سجلات الحالة المدنية لكل الأطفال المتوفين بالإضافة إلى سجلات الوفيات المتوفرة في مستشفى منطقة بني مسوس الجزائر. وتتخلص نتائج الدراسة فيما يلي:

- ارتفاع معدلات وفيات الأطفال قبل ولادتهم .

- وجود تأثير الأمراض الإسهال وسوء التغذية في ظاهرة وفيات الأطفال.

- وجود أثر الظروف الاجتماعية والاقتصادية والتي تتمثل في عدم وجوده السكن الملائم والمياه الصالحة للشرب في هذه المظاهرة.

- ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع في المناطق البعيدة عن المراكز الصحية.

- والواقع أن بعض نتائج هذه الدراسة يتفق مع نتائج الدراسات التي تمت سواء في المجتمع أو في بعض مجتمعات العالم الثالث.

ونود أن تشير في هذا الصدد -إلى أن هذه الدراسة قد أضافت نتيجة ذات أهمية بالنسبة لقضية البحث عن المحددات وفيات الأطفال وتتمثل هذه النتيجة في الإشارة إلى وجود تأثير لعدم وجود أو بعد المركز الصحية عن تمركز السكان في ظاهرة وفيات الأطفال مما يؤكد على أن العوامل الصحية لها تأثير واضح في معدلات وفيات الأطفال⁽¹⁾

كما اهتم الدكتور مفود (Mefoued) بدراسة حول وفيات المواليد الجدد في القطاع الصحي لمستشفى مصطفى باشا لمدة 5 سنوات (1969 – 1973) في مصلحة التوليد وأمراض النساء. فأقيمت هذه الدراسة من أجل إيجاد حل سريع للمشكل الخطير والمتمثل في ازدياد نسب وفيات المواليد الجدد والتي تشكل الجانب الأكثر أهمية في وفيات الأطفال الرضع.

⁽¹⁾AMRANE Ahemed : *Etude de la Mortalité infantile dans le secteur sanitaire de beni – messous*. Thèse de doctorat en médecine , université d'Alger . 1975 – P 70.

وتمثلت الوسائل والمناهج المتعددة في هذه الدراسة، على تحليل مستقبلي لـ 5225 طفل متوفى من 0 - 28 يوم، لمدة 5 سنوات (69-73)، في عيادة التوليد بالقطاع الصحي لـ مصطفى باشا الجزائر، فخلال هذه الفترة استقبل القطاع الصحي 32814 طفل من مختلف المناطق الوطنية 87% من عيادة التوليد نفسها، و 13% مواليد حدثت إما في عيادة خاصة، أو في البيت، بالجزائر العاصمة أو خارجها.

لقد درست وفيات المواليد الجدد، حسب سن الأم (1750 ملف) و 2226 ملف خاص بظروف الحمل والرضع.

وتتلخص نتائج الدراسة فيما يلي:

- 87% من وفيات المواليد الجدد عند الأطفال الذين وزنهم أقل من 2500 غ.
- 19% من وفيات المواليد الجدد عند الأطفال الذين يزنون أكثر عن 2500 غ.
- النسبة المتوسطة للوفيات المواليد الجدد كانت تقدر بـ 159% ولادة حية و 111% بالنسبة للأطفال الذين ولدوا بالمستشفى و 488% بالنسبة للذين جاؤا من خارج المستشفى.
- نلاحظ ارتفاع في نسبة الوفيات المواليد الجدد، من 139% عام 1969 إلى 204% للسنة 1973⁽¹⁾

لقد تم تفسير الارتفاع في الوفيات المواليد الجدد عن طريق العدد الكبير أطفال الدين ولدوا يوزن متغير من 6000 إلى 1600 غ. كما فسرت عن طريق الأمراض التي تصيب المواليد الجدد الدين التحقوا بالمستشفى من المناطق الخارجة عن العاصمة، أو من الجزائر العاصمة، وهذا راجع كذلك إلى ضعف وسائل المراقبة ومتابعة الحمل والولادة.

- كما درس تأثير سن الأمهات على وفيات المواليد الجدد، فقدرت نسبة الأمهات اللواتي أعمارهن أقل من 18 سنة بـ 2.7% أما الأمهات اللواتي أعمارهن أكثر من 35 سنة فتمثل 21% من المجموع، فأستنتج أن وفيات المواليد الجدد، ترتفع بصور سريعة عندما يكون عمر الأم أكثر من 30 سنة⁽²⁾

كما اهتم الدكتور (Lebane Djamil) بدراسة حول تأثير برنامج الصحي على وفيات المواليد المبكرة (0 - 6 أيام) .

⁽¹⁾MAFOUED Abdelaziz : etude de la mortalité néo- matale, Pendant une dureé 5 ans (1969- 1973) au C.M.U Mustapha bacha Alger thèse de doctorat en médecine, université d'Alger 1975.P 69.

⁽²⁾MEFOUED Abdelaziz : IBID P 185 -186.

فقد تبين من خلال هذه الدراسة تأثير وفيات المواليد المبكرة بالسلم السكاني وهذا لوجود الأساليب الطبية الحديثة، وتطبيق البرنامج الصحية مكافحة وفيات للأطفال بمدينة البليدة. وتمثلت أهداف هذه الدراسة

- قياس وفيات المواليد المبكرة، وتبيان عوامل الخطورة الاجتماعية والطبية.
 - تقييم الأساليب (الأسباب) الوفاة.
 - وضع برنامج خاص لمكافحة وفيات المواليد المبكرة وتقييمه⁽¹⁾
- فقد أقيمت هذه الدراسة على مستوى عيادة المواليد بالبليدة واحتوت على كل الولادات التي حدثت في الفترة ما بين نوفمبر وديسمبر 1988 وكان عددها 1272 ولادة حية.
- أما عن المتغيرات المدروسة، هي تحديد وتشخيص الطفل وانتماء وانخفاض المستوى الاجتماعي والمهني للولدين، والمعطيات الطبية الخاصة بالأم ولطفل، كما تناولت تحقيق مستقبلي (90 - 91) تناولت فيه متابعة الأمهات لحملهن وكان عددهن 1514 أم. متبوعة على مستوى مراكز حماية الأمومة والطفولة (PMI) .
- وتحقيق داخل المستشفى وتقيم سنوات 90 - 91 و 1992.
- وتشير النتائج التي توصل إليها الدكتور (Djamil lebane)⁽²⁾
- أن نسبة الوفيات المواليد المبكرة 0.6 أيام تقدر بـ 57.2 %
 - وفيات المواليد الجدد 0.28 يوم تقدر نسبتها بـ 80 % ومنها 22 % مواليد ميتة.
 - يحتل الإجهاض المبكر الصف الأول بـ 15.3 % متبوع بأعراض أمراض الكلى بـ 11.2 %.
 - الاختناق الولادي يمثل 5 % من مجموع الولادات الملاحظة في غرفة العلاج.
 - 6.2 % من الأطفال المواليد الأحياء ادخلوا إلى مستشفى في الأسبوع الأول من الولادة.
 - الأسباب المرضية ترجع إلى الالتهابات التنفسية الحادة، والاختناق الولادي في المرتبة الثانية.
 - الوزن الضعيف عند الولادة يمثل 11 % من مجموع المواليد حيث تبين أن 3.8 % وزنهم يتراوح ما بين 500 و 2000 غ.

⁽¹⁾O.M.S. UNICEF, un quart de siècle d'étude sur le survie de l'enfant Algérien OP. cit. P. 129.

⁽²⁾O.M.S. UNICEF : IBID P. 131.

أكبر قسط من الوفاة نجدها عند الأطفال الرضع الذين وزنهم يتراوح ما بين 2000 و 2500 غ، كما لا يوجد أحياء من بين مجموع الأطفال الذين وزنهم أقل من 1000 غ.

- نسبة الوفيات المواليد المبكرة انخفضت من 58.2% إلى 30.2% من المواليد الأحياء لسنتي 88 و 1992⁽¹⁾

أما دراسة الدكتور لاجاج (LADJADJ) فلقد تطرقت إلى تقسيم برنامج مكافحة ضد الأمراض ووفيات الأمهات، وكذلك الولادات المبكرة وذلك عام 1994. وقد اعتمدت هذه الدراسة على مجموعة من الأهداف:

- تقليص بـ 25% من الوفيات الأمهات إلى غاية 1995 و 50% لغاية عام 2000، وتقليص الوفيات المبكرة بـ 25% لغاية سنة 1995 أو (1/3) لغاية عام 2000.
- الوصول إلى نسبة الولادات في وسط مهني صحي إلى 80% لغاية عام 1995.
- الوصول إلى استعمال وسائل منع الحمل بـ 60% لغاية عام 2000.
من الوسائل والمناهج المستعملة:

- أخذت هذه الإحصائيات من المستشفيات، والمعطيات أخذت من مؤسسات الصحية في كل مناطق البلاد لعام 1994⁽²⁾

- التقسيم يخص 178 قطاع صحي و 13 مركز استشفائي جامعي مقسمة إلى 48 ولاية.
- المعطيات الملتقطة تتعلق بعدد العيادات العمومية والخاصة، عدد الولادات، عدد الولادات الميتة، عدد الأطفال، والولادات المبتسرة، عدد وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية ومن النتائج المتحصل عليها :

- نسبة وفيات الأمهات كانت 48 وفاة لـ 100.000 ولادة حية.
- نسبة وفيات ما بعد المواليد الجدد (7 . 28 يوم) 23 وفاة لـ 1000 ولادة حية .
- نسبة الوفيات المخاطية كانت 25 وفاة لـ 1000 ولادة حية.
- نسبة الوفيات المواليد المبكرة الجدد (0 . 6 أيام) قدرت بـ 90 وفاة لـ 1000 ولادة حية.
- نسبة وفيات الأمهات كانت 230 لـ 100.000 ولادة حية.
- نسبة وفيات الرضع 41 لكل 1000 ولادة حية.
- نسبة الولادات في وسط مهني صحي كانت تقدر بـ 73.6%⁽¹⁾

⁽¹⁾OMS, UNICEF : Un quart de siècle sur la survie de l'enfant Algérien, OP- cit. P 132.

⁽²⁾ OMS, UNICEF : IBID P202.

⁽¹⁾OMS, UNICEF : Un quart de siècle sur la survie de l'enfant Algérien, OP- cit. P 203.

كما تناولت وزارة الصحة والسكان بمساهمة منظمة الأمم المتحدة للطفولة UNICEF دراسة وتحقيق حول أهداف العشرية الأخيرة 1985-1995 . "MDG" بالجزائر، وهذه الدراسة هي من نوع تقارير مجموعة متعددة " والتي تهدف إلى تقييم مدى نجاح أهداف المؤتمر الطفولة (بنيويورك لعام 1990) وقد اعتمدت هذه الدراسة الوطنية على طريقة سبر الآراء " sondage " في شهر أكتوبر 95 موجه لـ 5145 أسرة، بحيث أن 53% منها تتواجد بالمنطقة الحضرية و 47% موجود في المناطق الريفية والتي تتكون من 6008 أم و 13619 طفل يبلغ أعمارهم من 0 إلى 14 سنة، و 32% هؤلاء الأطفال أعمارهم 5 سنوات، وهذا التحقيق غطى كل التراب الوطني .

وتتلخص نتائج التحقيق فيما يلي:

- نسبة التلقيح العام يقدر بـ 73% من مجموع الأطفال .
- نسبة التلقيح العام لـ 23 شهر يقدر بـ 84 %
- نسبة تناول الأملاح المعدنية تقدر بـ 12%.
- تأخر الوزن الحاد بالنسبة للوزن يقدر بـ 5% .
- تأخر القامة المتوسطة حسب السن يقدر بـ 11% .
- تأخر القامة الحاد بالنسبة لسن يقدر بـ 7%.
- نسبة تصريف المياه القدرة بـ 91%.
- نسبة الأطفال الذين يرضعون رضاعة طبيعية خلال 4 أشهر الأولى من الحياة تقدر بـ 48%.
- نسبة الأمهات اللواتي يستعملن وسائل منع الحمل تقدر بـ 57%.
- نسبة وفيات الرضع والأطفال تقدر بـ 32% .⁽²⁾

وفي هذا الصدد اهتم الطب الوقائي " **Epidémiologie** " بقطاع باب الواد الجزائر عام 1996 بدراسة حول تطور ولادات ووفيات الأطفال الرضع. فمن الوسائل والمناهج المستعملة في هذه الدراسة :

أن عدد الولادة المسجلة في الحالة المدنية هي التي أخذت بعين الاعتبار في الفترة 1970 - 1995 -

- النتائج

⁽²⁾MSP, UNICEF :enquête national sur les objectifs de la mi-décennie " MDG Algérien", 1995, Alger 1996.P.28. 32.

(1) – الولادات الحية :

فتبين أن في سنة 1970 أكثر من 600.000 ولادة مصرح بها في الحالة المدنية وفي عام 1977، ارتفعت إلى 700.000 ولادة حية وفي عام 1983 وصل عدد الولادات إلى 800.000 ولادة حية.

سجلت في سنة 1985، 84500 ولادة مصرح بها، فلو حظ في هذه الفترة 1985 – 1995 ارتفاع في معدل الولادات بـ 16000 كل سنة.

أما في سنة 1986 انخفاض المعدلات ووصل إلى 765000 ولادة حية فوجد في عام 1994 العدد المسجل هو نفسه للسنة 1986 ، وفي سنة 1995 انخفض معدل الولادات إلى أقل من 700000 ولادة حية التي سجلت عام 1977⁽¹⁾

(2) – وفيات الرضع:

معدلات وفيات الرضع المسجلة في الحالة المدنية، لسنتي 1995 .70.

- عدد وفيات الرضع الذي كان يقدر بـ 48000 في سنة 70 انخفض إلى 25000 في سنة 1995 مكسب عام يقدر بـ 23000.

- لقد سجلنا ارتفاع في عدد وفيات الرضع في سنة 1971 وأخر أكثر أهمية وثالث في 1979، والرابع في عام 1994 وحادث أخير في سنة 1993.

- معدلات وفيات الرضع التي قدرت تقريبا بـ 67000 في عام 1981 انخفضت إلى 39000 عام 1995.

- مقارنة بالوفيات المسجلة، نلاحظ ارتفاع ولكن متغيرة حسب السنوات وذلك من 42% عام 1981 إلى 58.6% في عام 1992.

التباعد بين سنتين متتابعتين مثلا بين 1981-1982 يمكن أن تصل (10 نقاط)، بدون أن يفسر عن طريق عدد (المواليد الميتة)، والذي يتشابه مع السنتين⁽²⁾.

(3) – المواليد الميتة:

⁽¹⁾UNICEF, OMS : Un quart de siècle d'étude sur la survie de l'enfant Algérienne, OP ; cit, P205.

⁽²⁾UNICEF, OMS :IBID, P .206

- عدد المواليد الميتة المسجلة انتقلت من 9600 في سنة 1970 إلى 15600 في سنة 1995، موقوفة بفترتين مميزتين الأولى من عام 1970 إلى 1983، ارتفاع مستمر، فترة الثانية من سنة 1983، 1995 التي أظهرت نوع من الاستمرار في عدد المواليد الميتة. حيث سجل عدد المواليد الميتة 18258 عام 1992. وتبين الدراسة أيضا أن هناك " sur estimation " لمعدلات وفيات الميتة وهذا السبب يعود للوفيات المزيفة بحيث ارتفعت من 16% عام 1970 إلى 23.6% عام 1995. بمعنى آخر كلما تحسنت الظروف الصحية، كلما انخفضت نسبة وفيات الرضع وكلما انخفضت نسبة وفيات الرضع، كلما ارتفع نسبة.

4- نسب وفيات الرضع:

وفي هذا الصدد فإن الديوان الوطني للإحصائيات لا تنتشر معدلات وفيات الأطفال الرضع المصححة .

- عامة نسبة وفيات الرضع المصححة انتقل من 130% لكل ولادة حية، في سنة 1970 إلى 55% وذلك عام 1995، هذا الانخفاض كان واضح ولكنه غير ثابت.

- النسب المصححة تتخفف تدريجيا لغاية سنة 1975 (110.5%) ونلاحظ ارتفاع من جديد بين 1976 و 1979 إلى (115.2 %)

فتبين الدراسة كذلك انخفاض في نسبة وفيات الرضع، بطريقة محسوسة. بين سنة 1985 (78%) و 1988 (60%) وبعدها نلاحظ فترة الاستقرار " stagnation " بين 1989 و 1995 مع ارتفاع طفيف في نسبة وفيات الرضع سنة 1993.⁽¹⁾

ومن هذه الدراسات - أيضا- دراسة جاك فالين " jacque valin " والتي كان موضوعها " الوفيات في الجزائر، وقد اهتمت هذه الدراسة بحيث واقع ظاهرة الوفيات في الجزائر ومن تم إلقاء الضوء على الاختلافات الموضوعية لهذه الظاهرة، كتلك الاختلافات الخاصة بالسن والجنس وتلمس بعض الخصائص التي تتعلق بنمط الوفيات هذه بالإضافة إلى الإشارة إلى الاختلافات الاجتماعية والاقتصادية لهذه الظاهرة وتشير هذه الدراسة إلى مدى أهمية هذه الظاهرة كما أشارت إلى ارتفاع مستويات معدلات الوفيات بين الأطفال الرضع، خاصة في المناطق الريفية، كذلك

⁽¹⁾UNICEF, OMS : un quart de siecle d'etude sur la survie de l'enfant Algérien, OP, cit, P 207.

كشفت نتائج الدراسة عن الاختلافات واضحة في مستويات معدلات الوفيات بين الأطفال تبعاً للحالة التعليمية والنشاط الاقتصادي للأم والأب⁽¹⁾

كما اهتمت الجزائر أيضاً بصحة الأم والطفل ومن بين أهم التحقيقات التي استهدفت ذلك:

(1)- تحقيق حول وفيات واعتلال الأطفال في الجزائر عام 1985 - 1989.

(2)- المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992.

لقد تم إجراء هذا المسح على مستوى التراب الوطني بحيث نظمت وزارة الصحة العمومية بمشاركة الديوان الوطني للإحصاء، تم جمع المعطيات من 16 إلى 1989/12/21 شمل المسح على 45 ولاية تعلقت الأسئلة بالوفيات التي حدثت خلال الفترة 1985 - 1989، إذا شملت العينة على 25422 أسرة عادية من 30437 عائلة نووية (أب، أم ، الأطفال) والهدف العام لهذا البرنامج هو الوصول بمعدل وفيات الأطفال إلى مستوى 50 % (أي تخفيض من معدل الوفيات إلى النصف) دون أن يتجاوز هذا المعدل 80 % عبر ولايات الوطن، وهذا إلى غاية نهاية 1990⁽²⁾ ولتحقيق هذا المشروع كان يجب:

(1)- تخفيض معدل وفيات الأطفال المرتبطة بالجفاف الناتج عن أمراض الإسهال.

(2)- ضمان تغطية تحصينيه ب 80% من الأطفال قبل بلوغهم سنتين من العمر ضد الأمراض المعدية.

(3)- تقديم خدمات تنظم الولادة على جميع المركز الصحية

(4)- تقليص وفيات الأطفال حديثة الولادة

(5)-تنظيف المحيط وتموين السكان بالمياه الصالحة للشرب وتوفير خدمات صرف المياه القدرة وفضلات المنازل.

(6)- تخفيض نسبة الوفيات الأطفال دون سنة إلى 40% لكل ولادة حية ونسبة وفيات دون الخامسة إلى 50 % .

(7)- مراقبة الوضع الغذائي للأطفال لمنع أي تدهور قد ينجم عن الأوضاع الاقتصادية الصحية.

(8)- تخفيض نسبة سوء التغذية المرتفعة والمتوسطة لدى الأطفال دون الخامس سنوات من العمر⁽¹⁾

⁽¹⁾JACQUE Valin : la Mortalité en Algérie, IN revue population, N° 6 INED, Paris, 1975 P 1041, 1044.

⁽²⁾MSP : UNICEF : le programme national de la lutte contre la mortalité et morbidité infantile en Algérie (1985, 1989) Alger 1992 P5.6.

⁽¹⁾MSP : UNICEF : le Programme national de lutte contre le mortalité et la mortalité infantile (1985. 1989) OP, cit P.

ومن النتائج المحصل عليها:

- من خلال فترة التحقيق 1985 إلى 1989، فإن نسبة التصريح بالحدث في حالة المدنية كانت بـ 96% للولادات و 73% للوفيات .
- فيما يخص تغذية الطفل فإن نسبة 64.5% من الأطفال الأحياء دون سنتين، كانت لهم رضاعة طبيعية نسبة 38.6% و 25% رضاعة مزدوجة.
- فنسبة الرضاعة الطبيعية قدرت بـ 82.6% للرضع في الأسبوع الأول من الحياة و 17.4% للأطفال الرضع البالغين من العمر ما بين 18 و 24 شهر تبين من خلال التحقيق أنه لا يوجد اختلاف ملحوظ بين الجنسين ولكن فترة الرضاعة تنقص من الشمال إلى الجنوب ومن المناطق النائية إلى المناطق المكتظة، ومن الأمهات الغير متعلمات إلى الأمهات المتعلمات.
- 73% من الأطفال الذين يتراوح أعمارهم ما بين 2 إلى 11 شهر اعرفوا تنوع في الرضاعة بـ 55.7% للذين تبلغ أعمارهم 3 و 5 أشهر، وهذا التنوع نجده مرتفع عند الأمهات المتعلمات في المناطق المكتظة في شمال البلاد.
- من بين 31443 طفل اقل من 5 سنوات أصيب منهم 3818 طفلا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للتحقيق، أي ما يقارب بـ (12.1%) شملت الإسهالات الحادة.
- أما معدل انتشار الإسهال خلال الأسبوعين السابقين على التحقيق قدر بـ 11.3% ومعدل حدوث الإسهال قدر بـ 7.8%⁽²⁾
- وأهم النتائج التي توصل إليها التحقيق هو وجود 32945 ولادة حية و 10502 وفيات دون 5 سنوات بحيث سجلت هذه الوفيات عند 4.8% من العائلات المدروسة فمعدل الوفيات قدر بـ 41.0% للأطفال الرضع دون 5 سنوات.
- كما نلاحظ ارتفاع نسبة الوفيات الذكور في كل سنة .
- كما يبين التحقيق دور المستوى التعليمي للأمهات بحيث أوضح أنه هناك ارتفاع للوفيات عند الأمهات غير المتعلمات و اللواتي يسكن في المناطق النائية، أما الوفيات بعد المواليد المبكرة فقدر بـ 82.1% و الولادات الميتة بـ 46.2% من وفيات الأطفال الرضع، والوفيات المواليد المبكرة الجدد تقدر بـ 12.9% .

فخطورة الوفاة عند الرضيع تكون أكبر بـ 5 مرات عند الأمهات اللواتي لديهم توأم⁽¹⁾

(2)MSP : UNICEF : le Programme de lutte contre le mortalité et la morbidité infantile en Algérie (1985 – 1989) OP , cit P. 67.

⁽¹⁾M.S.P : UNICEF : IBID, P7-8.

- المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل عام 1992.

قامت وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات والجامعة العربية بمسح حول صحة الأم و الطفل عام 1992 "PAP child" فقد كان تطرقنا للمسح الجزائري ضروري لمعرفة وفيات الأطفال عامة والرضع خاصة على المستوى الوطني، فهو يعتبر المسح الرابع من نوعه ضمن المشروع العربي لنهوض بالطفل، ولقد تم إجراءه عام 1992.

لقد تام المسح يتجمع بيانات عن وفيات الأطفال وإصابتهم بالأمراض بالإضافة إلى العوامل المؤثرة على صحة الطفل (العوامل البيئية، استخدام خدمات الصحية، الوقائية والعلاجية، وتغذية الطفل)..

مع العلم أن الوضع الصحي للأطفال يتأثر بعدد من العوامل البيئية والاقتصادية والديموغرافية، لذلك سوف نلخص أهم هذه العوامل على المؤشرات صحة الطفل الرضيع بالجزائر من خلال نتائج المسح، كما سنتعرض إلى مدى استخدام الصحة الوقائية والعلاجية بغرض تحسين الوضع لدى الرضع.

أشارت نتائج المسح الجزائري إلى الانخفاض الملحوظ في معدلات وفيات الرضع خلال العقدين السابقين، حيث انخفض هذا المعدل إلى حوالي 120 بالألف في السبعينيات وإلى حوالي 44 بالألف في أوائل الثمانينات، هذا انخفاض الأطفال الرضع بالرغم من ذلك توجد تباينات واضحة بين الأطفال في احتمالات البقاء على قيد الحياة الصحية والاجتماعية، إن هناك ضعف كبير في شبكة هياكل استقبال أطفال الريف للعناية بهم، فهم يتلقون التطعيم الكامل ضد الأمراض السارية على عكس، مدن الحضر التي تتوفر فيها الإعلام الذي يلعب دورا كبيرا في التوجيه، كذلك يعود هذا الاختلاف إلى مكان ولادة الطفل الذي يجب أن يضمن وسط صحي مهياً طبياً، وهذا ما لا نجده في الريف.

كما اتضح من خلال نتائج المسح أن معدل وفيات الأطفال يتأثر بالخصائص الديموغرافية للأم (سن الأم عند الإنجاب وطول الفترة بين الولادات).

فكلما قل سن الأم عند الإنجاب عن 20 عام أو زاد عن 35 عام يتعرض الطفل للاحتمالات وفاة متزايدة بصورة ملحوظة عن احتمالات التي يتعرض لها بقية الأطفال.⁽¹⁾

⁽¹⁾ وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات الجامعة العربية، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، التقرير الأولي في الجزائر، 1992، ص 2-7.

أما البنسبة للأعراض الرئيسية التي تسبق وفاة الطفل، فإننا نجد حسب نتائج المسح أن الولادة المبكرة، الحمى، وأمراض الجهاز التنفسي، أهم الأعراض المعدية التي تسبق وفاة الطفل في الفئة العمرية من شهر إلى أحد عشر شهرا.

كما أشارت النتائج أن نسبة الإصابة بالأمراض المعدية تكثر في المناطق الريفية، خاصة بالنسبة للإسهال حيث تعرض حوالي 9% من الأطفال الذي أصيبوا بهذا المرض إلى حالات جفاف خطيرة والتي تعتبر آفة حقيقية للصحة العمومية، هذا بالنسبة للأعراض الرئيسية التي تسبق وفاة الطفل، حسب نتائج المسح، أما بالنسبة لطرق الوقاية من هذه الأمراض والمتمثلة في التطعيم، فإنه حسب المعلومات المستقاة من المسح فإن حوالي 96% من الأطفال دون سن الخامسة، قد تلقوا نوع من التطعيم لكل من الأمراض السابقة الذكر من للحد من الوفيات.

بالرغم من ارتفاع معدل التطعيم فإن عدم معرفة الأم بالأعمار المناسبة لتناول التطعيمات المختلفة يعد من أهم الأسباب المؤدية لعدم استكمال التطعيم الصحيح، حيث أن المستوى التعليمي للأم يلعب دورهما للحد من وفيات. (2)

إن خلاصة بيانات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل يشير إلى اهتمام واضعي برامج السياسات الصحية بحيث يركز على بعض المحاور الأساسية للسياسات الصحية، أهمها الاهتمام بوضع سياسات وبرامج صحية تؤدي إلى خفض أكثر لمعدل وفيات الأطفال وبوجه خاص التركيز على تقليل التباين في معدلات وفيات الأطفال بين المناطق الريفية والحضرية وبين الأقاليم المختلفة إضافة، إلى تحسين البيئة داخل المنزل والأماكن المحيطة بها حاليا كل هذه الخطوات تساعد على تقليل انتشار الأمراض المعدية ونقص معدل وفيات الأطفال (3)

(2) وزارة الصحة والسكان ديوان الوطني للإحصائيات، جامعة العربية: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، المرجع السابق، ص 13-25.

(3) وزارة الصحة والسكان ديوان الوطني للإحصائيات، جامعة العربية: نفس المرجع، ص 26-33.

المتقدمة:

إن الدراسات الحديثة لسكان تهتم بالعوامل المختلفة التي يمكن أن تؤثر في نمو السكان، كانسبة المواليد والوفيات بالزيادة أو النقصان، سواء كانت هذه العوامل طبيعية أو اجتماعية. وتعد الوفيات من بين الظواهر المؤثرة في النمو السكاني والمتحكمة فيه. وهي ظاهرة شغلت فكر الباحثين منذ الأزل فأُنصبت اهتماماتهم حول إدراك هذه الظاهرة وتحديد مستوياتها ودرجة تغييرها.

تعتبر مرحلة الطفولة فترة حاسمة في تكوين الهرم السكاني، ولا يمكن الفصل فيهما عن واقع تركيبية الأسرة التي تعكس واقع التنظيم الاجتماعي إذ يعتبر العمل من أجل الأطفال جزء من الحركة الاجتماعية والاقتصادية. أكثر من ذلك يجب تأمين الحماية للأطفال من أهوال الأمراض الفتاكة، وتوفير الخدمات الأساسية التي تضمن بقائهم وسلامتهم خاصة الأطفال حديثي الولادة، باعتبارهم أكثر عرضة للأمراض من حيث ضعف مناعتهم الطبيعية والتي قد تكون السبب في وفاتهم.

رغم هذا الاهتمام الواسع بالطفولة إلا إن وفيات الأطفال الرضع لا تزال إحدى المشاكل التي توليها الهيئات الرسمية اهتماما بالغا بغاية التقليل من حدتها. وقد اتجهت في هذا الإطار السياسة الصحية في الجزائر منذ 1980 وهو التاريخ الذي أصدرت فيه مجموعة من القرارات المتعلقة بالصحة، نحو بلورة مجموعة من الأهداف الصحية التي تتعلق أساسا بخفض معدلات وفيات الأطفال الرضع، حيث تركزت مجمل التدخلات الصحية التي أوصت بها هذه اللجنة على توفير الخدمات الصحية الوقائية لمواجهة الأسباب الرئيسية المؤثرة في هذه الظاهرة، كانتشار أمراض الإسهال، الأمراض المعدية و أمراض سوء التغذية وانعدام التنقيف الصحي، وارتفاع معدلات الخصوبة. ولتحسين هذه الوضعية ارتكز العمل على رعاية الأطفال وحمايتهم، حيث انطلق في عام 1986 البرنامج الوطني لخفض وفيات الأطفال والأمهات، وتم تنفيذه خلال الفترة 1986-1990 وذلك بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة لطفولة (UNICEF) حيث ضم هذا البرنامج مجموعة من البرامج الصحية الفرعية التي ارتبطت عند صياغتها بالعوامل الرئيسية المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال في الجزائر، إذ شملت كذلك تخفيض نسبة وفيات الأطفال دون سنة إلى 50 لكل 1000 ولادة حية.

تبقى وفيات الأطفال الرضع في بلادنا معتبرة بالرغم من الجهود المبذولة مقارنة بالدول المتقدمة وهذا راجع إلى سوء استغلال الموارد البشرية من جهة ،

و لعدم وصول البرامج الوطنية إلى مبتغاها المرجومن جهة أخرى .
لذا قمنا بدراسة ظاهرة وفيات الأطفال الرضع في المستشفى لأنه أولى اهتماما كبيرا لمكافحة هذه الظاهرة، وبالتالي محاولة معرفة التقدم الذي عرفته الجزائر في هذه الآونة الأخيرة في الميدان الصحي. كما مكننا البحث في هذا الميدان من معرفة العوامل الاجتماعية (كالمستوى التعليمي للأمهات) والعوامل الاقتصادية

(كالدخل أسرة، نوع السكن...) والعوامل الديموغرافية (كسن الأمهات عند الإنجاب، عمر الرضيع، رتبة الرضيع...) التي تؤثر على وفيات الرضع وبالتالي استطعنا أن نضبط أهم مسببات هذه الظاهرة . وفي هذا الإطار قمنا بدراسة هذه التأثيرات وأهم مسببات وفيات الأطفال الرضع على مستوى مركزين استشفائيين جامعيين مصطفى باشا وبني مسوس الجزائر باعتبار أن المستشفى هو القناة الرئيسية التي توفر لنا البيانات اللازمة الخاصة بالأطفال الرضع وكيفية توزيعهم.

وتبعاً لذلك فقد انقسمت الدراسة إلى فصل تمهيدي وأربعة فصول نظرية، إضافة إلى فصلين تطبيقيين يتبعه ملحق الجدول و استمارة البحث.

وقد أفرضنا الفصل التمهيدي إلى البناء المنهجي لدراسة وتعرضنا فيه إلى تحديد مشكلة البحث التي تعد العمود الفقري لدراسة ألا وهي الإشكالية، التساؤلات والفرضيات الخاصة بالبحث، واهتمنا كذلك بتفسير أسباب اختيار موضوع البحث والهدف من الدراسة، ثم تطرقنا إلى تحديد المفاهيم الأساسية والدراسات السابقة التي اهتمت بموضوع ظاهرة وفيات الأطفال الرضع على المستوى العلمي سواء كان في الدول المتقدمة أو في الدول النامية بما فيها الجزائر، وهذه تعد ضرورة منهجية لكل بحث علمي، من أجل بلورة مشكلة البحث وتجاوز جوانب القصور فيها لما سبقها من دراسات ومحاولة سد هذه الثغرات .

أما الفصل الأول فقد اهتم بتحديد البرامج الصحية والوسائل الأساسية الخاصة بتخفيض معدلات وفيات الأطفال الرضع في بلادنا. كما تطرقنا فيه إلى إعطاء نظرة عامة عن الوضعية السكانية في الجزائر، وذلك من خلال التعرف على السياسات الصحية المواجهة نحو التعامل مع ظاهرة وفيات الرضع في بلادنا ومناقشة هذا العنصر. فحاولنا من خلال هذا الفصل تحديد أهداف هذه السياسات الصحية .

أما الفصل الثاني فقد خصصناه لتطرق إلى الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع وكذلك معرفة الأسباب التي تؤدي بحياة الرضيع إلى الهلاك وذلك على مستوى العالم المتقدم والعالم الثالث بصفة عامة والجزائر بصفة خاصة بالاعتماد على الإحصائيات.

أما الفصل الثالث فقد خصص لطرح تأثير العوامل الاجتماعية، الاقتصادية والديموغرافية على وفيات الأطفال الرضع فحاولنا في هذا الفصل تحديد أثر هذه العوامل في تفاقم ظاهرة وفيات الرضع من خلال بعض الدراسات التي أجريت على مستوى البلدان المتقدمة والنامية على مستوى الجزائر.

أما الفصل الرابع فقد تطرقنا فيه إلى وصف ظاهرة وفيات الأطفال الرضع في الجزائر من خلال معطيات ملفات المركز الاستشفائي الجامعي ل: مصطفى باشا الجزائر خلال فترة عام 1995 - 1998، ذلك من خلال العوامل الديموغرافية (عمر الرضيع، الجنس، مكان الإقامة، سن الأم، نوعية الرضاعة ورتبة المتوفى).

و فيما يخص الجانب الميداني فقد شمل على فصلين أساسيين.

الفصل الأول خصص لطرح التصور النظري والمنهجي فحاولنا في هذا الفصل الوقوف على الإطار التطبيقي من خلال الإجراءات المنهجية الميدانية من مجال بشري، جغرافي وزمني، وكيفية إختيار عينة البحث وأدوات الدراسة كذلك تحديد الإجراءات المنهجية التي إتبعناها في الدراسة.

أما الفصل الثاني فقد تم من خلاله محاولة الإجابة على التساؤلات التي طرحت في الجانب النظري، بمعنى إثبات أو نفي الفرضيات التي على أساسها انطلق البحث و ذلك من خلال تحليل الجداول وتفسيرها.

وتنتهي الدراسة ببعض النتائج العامة التي توصلنا إليها مع دمج الملاحق والمراجع التي اعتمدنا عليها سواء بصفة مباشرة أو غير مباشرة.

الفصل الأول

موضع السكاني والسياسة الجزائرية

في الميدان الصحي

الفصل الأول :الوضع السكاني والسياسة الجزائرية في الميدان الصحي

المبحث الأول :الوضعية السكانية في الجزائر

المبحث الثاني : السياسة الصحية في الجزائر

المبحث الثالث : البرامج الصحية و الوسائل الأساسية الخاصة

بخفض معدل وفيات الرضع في الجزائر

تمهيد :

تعتبر المسألة الصحية في العالم الثالث بصفة عامة و في الجزائر بصفة خاصة أهم من المواضيع التي تشكل اهتمام الأطباء العاملين، الصحفيين، و حتى علماء السياسة و الاجتماع خلال القرن 20. فالكثير من المجتمعات العالم اليوم تخوض معارك تنموية صحية محاولة أن تجعل من نفسها مجتمعات قوية توفر لأبنائها الصحة الجيدة مركزة بذلك على ترسيخ قواعد برامج التنقيف الصحي في سلوكياتهم اليومية. علما بأن جل المشاكل الإجتماعية في هذه المجتمعات تدور حول موضوع الصحة و من ثم فإن موضوع الصحة بالنسبة للجزائر يعتبر موضوعا هاما للدراسة و البحث و خاصة إذا علمنا أن معظم الدراسات التي أجريت في ميادين التنمية الإجتماعية الصحية في الجزائر قام بها الأجانب زيادات قصيرة للبلد و لكن الشيء الأكيد أن الجزائر قد عملت بشكل فعال في تطهير هذا الميدان، فلذا سوف يقتصر البحث على دراسة المجهودات التي بذلتها الجزائر في الميدان الصحي و المراحل التي مرت بها السياسة التي إتبعتها في تحقيق الأهداف التنموية الصحية.

المبحث الأول : الوضعية السكانية في الجزائر

بشكل التزايد السكاني إحد المواضيع الرئيسية الذي يفوض نفسه عالميا، و الذي لقي إهتماما كبيرا من طرف الهيئات الدولية لما تحمله من تأثير على المحيط الإجتماعي و السياسي و يظهر هذا الإهتمام من خلال البحوث و الدراسات التي أنجزت بالبلدان المعنية بالأمر خاصة في البلدان العالم الثالث و التي حاولت من خلالها الوصول إلى أنجع الحلول من أجل التخفيف و التنظيم العائلي نظرا لأهمية العلاقة التي تربطه بالجانب الإقتصادي، و قد أشار المؤتمر الثالث للسكان و التنمية الذي أنعقد بالعاصمة المصرية القاهرة في 6 سبتمبر 1994 إلى هذه العلاقة و الحد من التزايد السكاني في الدول العالم الثالث، خاصة إفريقيا منها و الذي يقدر ب 3 % سنويا يفوق أكثر من نقطة نسبة التطور الإقتصادي، إن إنعقاد هذا المؤتمر جاء نتيجة الوعي بخطورة النمو الديموغرافي و مدى مساهمته في إنتشار الفقر في العالم.

إن الإهتمام بعملية الديموغرافية و السكان يهدف بالدرجة الأولى إلى تخفيض نسبة الفقر في العالم، و هذا ما أكده رئيس البنك العالمي Louis Preston خلال المؤتمر المذكور سابقا بقوله " إن الهدف من بحثنا في السياسة الديموغرافية يكمن في محاولة إيجاد إستراتيجية أكثر إتساعا و فعالية لمحاربة ضد الفقر و الوفاة."

والجزائر بوضعها جزء من العالم بصفة عامة، و العالم النامي بصفة خاصة قدر عدد سكانها حسب الإحصائيات 1901 ب 4089.000 نسمة، و تجدر الإشارة إلى إن أول إحصاء عام لسكان و السكن قد أجريا بعد الإستقلال سنة 1966، أين قدر عدد السكان آنذاك بحوالي 12 142000⁽¹⁾، ثم تضاعف العدد خلال 20 سنة تقريبا إلى أن يصل في تعداد السكان سنة 1987 بحوالي 23.050 مليون نسمة⁽²⁾ بمعدل تزايد طبيعي 3% و بدأ هذا الأخير في الانخفاض التدريجي، حيث قدر عام 1995 ب 2,3 %⁽³⁾ و قدر عدد السكان الجزائر في نوفمبر من نفس السنة (1995) ب 28,2 مليون نسمة، بحيث نلاحظ تضاعف في

⁽¹⁾Ali Kouaouci : Famille femme et contraception, contribution a un sociologie de la famille, Alger, 1992P 9.

⁽²⁾ONS : Données statistique N° 18 janvier, Mars, 1998. P3

⁽³⁾CENEAP : Population, société, développement, Op. cit .P.52.

عدد السكان خلال 30 سنة، و يعود سبب هذا التزايد السكاني في توفير الرعاية الصحية و الطب المجاني سنة 1974، و خاصة إنتشار التعليم، و كذا إرتفاع المستوى المعيشي للمواطنين، و هذا ما أدى إلى إرتفاع في معدل الولادات و الإنخفاض في مستوى معدل الوفيات، إذ نجد نسبة النمو السكاني للجزائر من أكبر النسب في العالم في الثمانينات، أما في التسعينات فقد قدرت ب 2,7 % عام 1993 كما تتمتع الجزائر بمجتمع شباب، حيث كانت نسبة الشباب الذين تقل أعمارهم عن عشرين (20) سنة على الدوام أكثر من 60 % (4)

والجدول التالي يوضح تطور المؤشرات الديموغرافية، قبل منتصف الثمانينات للفترة 1966-1985 (%)

جدول رقم (1) تطور المؤشرات الديموغرافية للفترة 1966.1985 (%)

الفترة	معدل الوفيات	معدل الولادات	معدل النمو الطبيعي
1966	14,90	47,80	32,90
1970	16,70	50,10	33,40
1975	16,90	47,30	31,40
1980	10,90	42,70	31,80
1981	9,49	41,04	31,60
1982	9,10	40,60	31,50
1983	8,80	40,44	31,60
9519	8,60	39,50	31,10

Source :

O N S : Données Démographiques, N° 106 Alger 1993

بحيث سجل في بداية 1980 تسارع في انخفاض الوفيات الذي أصبح أقل من 10 %، كما يلاحظ انخفاض في الولادات.

فبالرغم من الانخفاض الطفيف لمعدل الخصوبة العامة، حيث كانت تقدر ب 8,4 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 7,4 طفل لكل امرأة سنة 1979، ليبقى في مستويات عالية أي أكثر من (6) أطفال لكل امرأة إلى غاية 1985.

(4) اليونسف:الطفل الجزائري : الجزائر 1993 ص 6. و 7.

و يمكن تفسير هذه الخصوبة العالمية لعدم إنباش وسائل الحمل و الزواج المبكر للشباب الجزائري، فالزواج بالنسبة للمرأة هو 20 سنة في عام 1980، مقابل 18 سنة عام 1970⁽¹⁾ و الجدول التالي يوضح تطور المؤشرات الديموغرافية للفترة 1986-1997.

جدول رقم (2) يوضح تطور المؤشرات الديموغرافية لفترة 1986 – 1997.

الفترة	معدل الولادات	معدل الوفيات	معدل النمو الطبيعي
1986	34.70	07.30	27.30
1987	34.60	6.90	27.60
1988	33.90	6.60	27.30
1989	31.0	6.00	25.0
1990	30.94	6.03	24.94
1992	30.41	6.09	24.32
1994	28.24	6.56	21.68
1995	25.33	6.43	16.90
1996	22.91	6.03	16.88
1997	22.47	6.12	16.35

Source : ONS :Démographie Algérienne .N° 227. Alger.1997.

تعتبر سنة 1986 بمثابة قطيعة الوضعية السابقة فخلالها سجل انخفاض هام للوفيات و انخفاض نسبي في معدل الولادات حوالي (05) نقاط، حيث انتقل من 39.5 % عام 1985 إلى 34.7

⁽¹⁾MSP : Programme national de la maîtrise de croissance démographique , Alger. 1993 P 4.

% عام 1986⁽¹⁾ و تواصلت هذه التغيرات فقدرت نسبة الولادات ب 30.4 % سنة 1992، كما تمكن التغير أيضا في نسبة النمو الطبيعي الذي بلغ و لأول مرة بعد الاستقلال إلى أقل من 3 % فانتقل من 30.1 % عام 1985 إلى 2.7 % عام 1986 ليصل إلى نسبة 2.4 % سنة 1992، و بتشجيع السكان على تنظيم النسل استمرت عملية انخفاض عدد الأطفال لكل امرأة في هذه المرحلة حيث قدر هذا الأخير سنة 1987 ب 5.3 طفل لكل امرأة و وصل سنة 1992 إلى 4.6 طفل لكل امرأة، ليصل إلى 4.3 طفل لكل امرأة عام 1995⁽²⁾ و هذا إن ذل على شيء و إنما يدل على تغير السلوك الإيجابي للمرأة الجزائرية و ذلك بانتشار التعليم و خروج هذه الأخيرة إلى العمل، كما ينبغي الإشارة إلى تأخر سن الزواج عند المرأة الجزائرية حيث أصبح عام 1992 مقدر ب 24 سنة، و ذلك بعد ما كان في سنة 1966 بحوالي 18.3 سنة و ارتفع إلى 26 سنة عام 1992⁽³⁾ .

و تعتبر ظاهرة الوفيات عنصر أساسيا من عناصر التغير السكاني و هو إحدى المراحل الديناميكية المجتمع، و معدل الوفيات في الجزائر كان مرتفعا في بداية هذا القرن، ثم بدأ في الانخفاض خلال العشرينات و الثلاثينات و إرتفع فجأة خلال الأربعينات، و يعود ذلك إلى الأزمة 9.5 % سنة 1972 ثم أصبح هذا الإنخفاض سريعا ابتداء من عام 1977 و الثمانينات⁽⁴⁾ و بقيت قيمة ثابتة خلال التسعينات على مستوى 6 بالآلف. و الجدول التالي يبين إنخفاض معدل الوفيات الخام من 1984 إلى 1995.

جدول رقم (3) يبين إنخفاض في معدل الوفيات الخام للفترة 1984 – 1995 (%)

⁽¹⁾ONS : Données statistique N°106, Alger .1990

⁽²⁾CENEAP : Population, société et développement, OP- cit ; P53.

⁽³⁾CENEAP: IBID, P.25.

⁽⁴⁾ مريحي السعيد: التغيرات السكانية في الجزائر (1936-1966) المؤسسة الوطنية للكتاب الجزائر 1984 ص 145.

الفترة	معدل الوفيات الخام %
1984	8.60
1986	7.34
1988	6.62
1990 **	6.00
1992 **	6.09
1994 ***	6.56
1995 ***	6.55

المصدر * :الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر رقم 14

نشرة 1990 ص 37

** الديوان الوطني للإحصائيات المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر رقم 16 النشرة

1994 ص 40.

*** الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر رقم 17 نشرة

1996 ص 34

يتبين لنا أن معدلات الوفيات العامة في الجزائر قد إنخفض بشكل مستمر و ملحوظ خلال فترة 1984-1995 و من الأسباب التي أدت إلى هذا الإنخفاض نجد لجوء الدولة إلى وضع سياسة صحية وطنية قامت من خلالها بمكافحة الأمراض الوبائية التي كانت كثيرة بعد الاستقلال و كذا تعميم العلاج الوقائي، و قد تأكدت هذه المهام خاصة مع وضع سياسة الطب المجاني عام 1974، و ذلك حتى يتمكن أغلبية أفراد المجتمع من نيل نصيب العلاج و هناك سبب آخر أدى

إلى إنخفاض وفيات العامة هو إنخفاض وفيات الأطفال الرضع، و التي كانت لها إنعكاس كبير. حيث يمثل 20 % من الوفيات العامة، و الشيء الذي نلاحظه من خلال الجدول السابق، هو أن معدل الوفيات الخام إنتقل من 6 بالآلاف في سنة 1990 إلى 6.5 بالآلاف عام 1994. فبعدها كانت الجزائر توجه اهتماماتها بعد الاستقلال و خلال السبعينات إلى الوفيات العامة من خلال وضع سياسة صحية شاملة، التي توضحت مع سياسة الطب المجاني لعام 1974، حيث انخفض معدلات هذه الوفيات إلى مستوى مقبول (8.6 % في سنة 1984). من هنا أخذت هذه السياسة الصحية منعطفا جديدا، حيث أصبحت توجه اهتمامها بالأطفال و الأطفال الرضع خاصة، من خلال وضع برنامج مكافحة وفيات الأطفال، فمن المعروف أن الوفيات تختلف حسب السن، أي أنها تتغير بين الكبار و الصغار، و هكذا فإننا نميز بين نوعين من الوفيات في الأعمار الصغرى (1-4 سنوات) و وفيات الأطفال الرضع (10 سنة) فيما يخص الوفيات الأكثر من 1 سنة، فهي الأخرى عرفت إنخفاضا و هذا ما يبينه الجدول التالي :

جدول رقم (4) تطور الوفيات الأطفال (1-4 سنوات) لـ (%)

السنوات	معدل وفيات الأطفال %
1981	39.8
1985	13.2
1991	8.2
1996	2.26

Source : MSP : Liste des indicateurs du secteur de santé secrétariat générale , édition spéciale, Alger .1996

و من الملاحظ أن دراسة توزيع الوفيات الأقل من خمس سنوات حسب عمر الوفاة تبين لنا أن نسبة وفيات الأطفال الرضع أكثر أهمية و سيطرة على نسبة وفيات الأطفال، و كما سلف الذكر فإن ظاهرة الوفيات تعتبر عنصرا من أهم عناصر التغير السكاني، وهو عامل رئيسي مقرر النمو السكاني، وإن الاكتفاء بحساب معدل الوفيات العام لا يكفي وحده لمعرفة و تقييم المستوى الصحي للمجتمع، و لذا وجد مؤشرا آخر أكثر دقة و دلالة على مستوى الوفيات والمتمثل من دون شك في معدل وفيات الأطفال الرضع، و يستخدم هذا الأخير كمقياس لمقارنة المستوى الصحي في المجتمعات بعضها البعض، و يلاحظ التفاوت الكبير في معدلات الرضع بين البلدان المتقدمة

اقتصاديا و البلدان المتخلفة اقتصاديا، فقد يصل في البلدان المتخلفة إلى أكثر من أربع أمثال الدول المتقدمة (1)

و في الجزائر هناك حوالي 28000 وفاة أقل من سنة مصرح بها في الحالة المدنية كل سنة و علما أن عقب الإستقلال كان معدل الوفيات الرضع في الجزائر من أعلى المعدلات في العالم حيث كان يقدر ب 140 % لكل ألف ولادة حية، ثم انتقل سنة 1971 إلى 120 % (2) و مع توسع الشبكة الصحية و التقدم الحاصل في الخدمات الصحية تناقض معدل الوفيات الأطفال بشـ كل مـلـمـوس ليـصـل إلـى 54,8% عـام 1995 (3). أما عن الخاصية الأساسية للوفيات في الجزائر مرتفعة عند مرحلة الطفولة و بالضبط خلال السنة الأولى من الحياة، و منه فإن احتمال الوفاة من 0-1 سنة يستعيد قيمته عند العمر 65 سنة. و من المتضمن أنه كلما زادت وفيات الأطفال، و صغار السن تقتصر أمل الحياة و يطول كلما قلت وفيات صغار السن، كلما مات الناس بعد عمر طويل (4). إن احتمال الحياة عند الولادة في الجزائر ارتفع خلال 10 سنوات، حيث انتقل من 51.1 سنة للذكور و 52.2 سنة للإناث عام 1966، إلى 53.0 سنة للذكور و 53,5 سنة للإناث عام 1977. تم ارتفاع بحوالي 12,7 سنة للذكور عام 1987.

حيث قد ر أمل الحياة عند الولادة ب 65,7 سنة للذكور و 66,33 سنة للإناث، أي ارتفاع مقدر ب 18,8 سنة (1) ليصل إلى 67,96 سنة عام 1996 أي 67,32 للذكور، و 68,61 للإناث (2). و الجدول التالي سيوضح تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر للفترة 1983-1996

جدول رقم (5) تطور أمل الحياة عند الولادة للفترة 1983-1996

(1) فوزي علي جاد الله: الصحة العامة و الرعاية الصحية، دار المعارف بمصر الإسكندرية. ط 3 1975، ص 18

(2) MPS : enquête Nationale sur les objectifs de la mi-décennies, santé de la mère et de l'enfant.

op cit P18-19.

(3)ONS : Démographie Algérienne. N° 277. Alger.1997

(4) عبد الفتاح محمد وهيبية: في جغرافيا السكان: دار النهضة العربية، بيروت، 1972 ص 87 ..

(1)Ali Kouaouci : FAMILLE. Femmes et contraception. Op- cit p20

(2) CENEAP : Population. société et développement . OP – cit .P 81.

الفترة	أمل الحياة عند الولادة بالسنوات
1983	62.4
1985	63.60
1987	65.41
1989 **	66.31
1990 **	67.3
1993 ***	66.11
1994 ***	69.6
1996 ***	67.96

المصدر :

- (1) - الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر. رقم 14. الجزائر 1990 ص 37
- (2) - الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر. رقم 16. الجزائر 1991 ص 40
- (3) - الديوان الوطني للإحصاء: المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر رقم 17. الجزائر، 1996 ص 34.

المبحث الثاني : السياسة الصحية في الجزائر.

خاضت الجزائر منذ الاستقلال تجربة طموحة في التنمية الصحية. نظرا للدور الذي تلعبه هذه الأخيرة في مجال حل مشاكلها الاجتماعية، بحيث أصبحت مسائل تدهور الصحة أهم المواضيع التي يتركز عليها الاهتمام السياسي، إلا أنها باتت تهدد حياة المواطن الجزائري ، و عليه تبنت الجزائر منذ تلك الآونة مخططات صحية كبيرة تعمل على مواجهة المشاكل التي بررت في الربع

الأخير من القرن الحالي ، كما عملت على تربية المواطنين تربية صحية لدرء الخطر على حياتهم و وجودهم، و من بين الأخطار هي :

- **انتشار الأوبئة و الأمراض المعدية :** بسبب حدة الفقر و إنعدام النظافة في المناطق الأهلة بالسكان

- **الانفجار السكاني :** إرتفاع نسبة عدد السكان الذي تسبب في مشاكل رعاية الأطفال و حمايتهم من الأمراض بالرغم من إنتهاج الدولة سياسة ما يسمى بتنظيم الأسر، كما شنت حملة ضد الزواج المبكر و كذلك برفع مستوى سن الزواج قانونيا، و نشر الدعاية لإستعمال وسائل منع الحمل... غير أن هذه السياسة لم تحقق نتائج إيجابية نظرا لعدم إحترام الناس معادلة تباعد الولادات و إنعدام مراكية هذه السياسة مجموعة متكاملة من الإجراءات الاقتصادية والاجتماعية اللازمة⁽¹⁾ ونظرا لهذه المعطيات عملت الجزائر منذ الاستقلال على إعادة تنظيم الصحي المورث من الاستعمار الفرنسي وهذا التنظيم الصحي تم عبر ثلاث مراحل⁽²⁾ ثم حاولت فيها الدولة إعادة تنظيم الرعاية الطبية و تقرير برنامج صحي يستهدف على المدى العاجل القضاء على الأمراض الوبائية.

1- المرحلة الأولى : (1962-1973).

الوضع الصحي للجزائر غداة الاستقلال يمكننا وصفه بالوضعية المتردية مع انتشار المرض و الفقر و بنية صحية متخلفة و محطة خاصة بعد الهجرة الجماعية للأطباء الفرنسيين، ولمواجهة هذا الوضع لجأت الجزائر إلى طلب المساعدة الدولية (روسيا، الصين، بلغاريا، رومانيا، مصر) و في هذا السياق تم صياغة مجموعة من الأهداف و الاجراءات منها⁽¹⁾

⁽¹⁾ نبيلة بوخيزة: الاتصال الاجتماعي الصحي دراسة نظرية ميدانية، رسالة الماجستير، معهد علوم الإعلام والاتصال، جامعة الجزائر 1996. ص

⁽²⁾Mostafa Khiati : Quelles santé pour les Algériens, collection universitaire édition Maghreb, Alger, 1990 .P 24.

⁽¹⁾ عياش هواد: التنمية الصحية وتوزيع فرص الوقاية والعلاج في مجتمعات العالم الثالث دراسة الحالة الجزائريين لسنتي 1930-1990 رسالة ماجستير، علم الاجتماع، الإسكندرية 1992 ص

- مجانية الاستفادة من خدمات مراكز الأمومة و الطفولة (PMI) .
- إلزامية التبليغ عن الأمراض المعدية و ذلك سنة 1963.
- انتشار التطعيم و مجانية لخمسة أمراض (السل، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال،
الجدري) عام 1969.
- الحملة الوطنية للتطعيم ب B.C.G و شددت شلل الأطفال سنة 1969-1970
كما نجد من جهة أخرى المخططات التنموية و ما تضمنه من برامج و مشروعات صحية من
أجل تحسين الوضع الصحي. فالمخطط الثلاثي الأول (67-69) يتضمن الأهداف التالية (2)
- إنشاء عشر مستشفيات و مائة و تسعة (109) عيادة صحية متعددة الخدمات و 629 مركز
صحي و من بين مستشفيات المبرمجة تم الإنتهاء من انجاز ستة مستشفيات فقط و ذلك سنة
1976
نجد أيضا المخطط الرباعي الأول (1970-1973) يتضمن مشروعات لتجهيز المؤسسات
الصحية لسد العجز المسجل في عدد الأسرة الإستشفائية ، حيث تم وضع برنامج لزيادة 600
سرير، منها 200 سرير للمستشفيات الجامعية و 100 عيادة متعددة الخدمات و 100 مركز
صحي و 10 مركز توليد، مجموعة مخابر للنظافة الولاية.
يلاحظ في هذه المرحلة غياب أي مشروع صحي وطني، كما ركزت المخططات التنموية على
الجانب المؤسساتاتي (المادي) أكثر من الجانب الوقائي التربوي إذ أن هذه المخططات لم تتضمن
أي برنامج وطني لمكافحة وفيات الأطفال بما فيها الرضع.

(2) المرحلة الثانية : (1974-1980) مجانية العلاج

سبق هذا القرار (مجانية العلاج) انجازات عديدة هامة على مستوى التنمية الاقتصادية و
الاجتماعية منها تنفيذ المخطط الثلاثي الأول و المخطط الرباعي الأول. كما يمثل الطب المجاني
قاعدة نشاط الصحة العمومية في الجزائر و إن تطبيقه الفعلي على مستوى مجموع السكان يستلزم
توسيع الهياكل الصحية و توزيعها توزيعا عادلا عبر كل أنحاء البلاد.

(2) جبهة التحرير الوطني : الميثاق الوطني . الجزائر 1976 ص 177.

و ينص الدستور في مادته 67 أن لكل المواطنين الحق في الرعاية الصحية و هذا الحق مضمون عن طريق توفير الخدمات الصحية عامة و مجانية.

نجد أيضا في هذه المرحلة المخطط الرباعي الثاني (1974-1977)، حيث ينص على إنشاء (50) مستشفى و 160 عيادة متعددة الخدمات و 300 مركز صحي و 25 عيادة توليد. أما بالنسبة للعاملين الصحيين فقد تم برمجة 12 مدرسة للتكوين الطبي ساعة كل واحدة 300 مقعد بيداغوجي.

ارتفع عدد المساعدين الطبيين بأربع مرات قبل سنة 1978. حيث بلغ في سنة 2400 لكن يعاني من نقص كبير مهم في بعض التخصصات كما تزايدت الأدوية المباعة عشرة مرات إذ بلغت سنة 1978 قيمة 1,335 مليون دج.⁽¹⁾

عرفت نسبة المستشفيات في هذه المرحلة نسبة انجاز جد متوسطة، كما عرف تكوين الأطباء تزايد واضحا إلا أن توزيعهم الجغرافي بالنسبة لفئات السكان بقي غير متوازي، كما كان ينظر في هذه المرحلة للمشكلات الصحية بعيدا عن الأبعاد الإجتماعية أو ينظر إليها على أنها مشكلات عضوية يمكن علاجها في حدود المستشفى لذلك نجد أن المستشفى كان العنصر المركز في عملية التنمية الصحية، حيث كان يستفيد بثلاثة أرباع الموارد المخصصة لقطاع الصحة⁽²⁾ رغم التغيير الملاحظ تبقى هذه المرحلة تتسم بنسبة عالية لوفيات الأطفال بما فيها الأطفال الرضع، و الحماية و النظافة العمومية، حيث قدر معدل وفيات الأطفال لسنة 1979 بـ 115.2 ‰ و 102.8 ‰ لسنة 1980.⁽³⁾

(3) المرحلة الثالثة : (1980-1990)

تطبيق الطب المجاني في شكل القاعدة لإعادة تنظيم عميق لقطاع الصحة و تطويره، كما نجد في هذه المرحلة المخطط الخماسي الأول (80-84) يحمل أهداف جديدة منها :

⁽¹⁾ -وزارة التخطيط: المخطط الخماسي الأول، الجزائر، 1980-1984. ص 132.

⁽²⁾ عياش وهواه : المرجع السابق ص 262.

⁽³⁾ONS : Données statistique démographiques -n° 106. Alger.1990

- إعادة النظر في تنظيم هياكل الشبكة الصحية و توزيع الأطباء و المساعدين الطبيين و استهلاك الأدوية ليتسنى التوزيع المنطقي للخدمات الصحية عبر الوطن وفقا للفئات الأكثر إحتياجاً.

- إعادة خريطة وطنية للصحة تأخذ بعين الإعتبار تحديد أماكن وجود السكان و تنفيذ البرامج في أقرب الأجل.

خلال الفترة (80-1984) تم إستلام 31 مستشفى تضم 5800 سرير منها 20 مستشفى ينجز بالبناء المصانع، كما شهد عدد المستخدمين ارتفاعاً محسوساً بفعل فتح ملحقات في مجموع القطاعات الصحية⁽¹⁾ و قد سجلت الحالة الصحية للمواطنين تحسناً ملحوظاً تجسد بإنخفاض في عدد وفيات الأطفال، حيث قدر ب 81,4 % سنة 1984 و 60,4 % عام 1988، كما ارتفع أمل الحياة عند الولادة حيث قدر ب 63,6 سنة، عام 1985. في حين كان يقدر ب 57 سنة عام 1979⁽²⁾ غير أن ضعف البرامج العلاجية أو الخاصة بالعلاج الوقائي أي التطعيم و النظافة في المدارس و حماية الأمومة و الطفولة، لم تسمح بتسجيل النتائج المنتظرة.

جاء المخطط الخماسي الثاني (85-89) بأهداف عديدة لكن يبقى الهدف الأولي الواجب تحقيقه و هو تلبية الحاجات الأساسية للمواطنين في مجال الصحة و بالتالي ينبغي توجيه الأعمال الأساسية نحو⁽³⁾

- تعزيز التنظيم و التسيير و سير المصالح الصحية
 - تحسين الحالة الصحية (توسيع عملية التطعيم، تحسين النظافة)
 - تعزيز التغطية التحصينية، و ذلك بالإنهاء من البرنامج الحالي و الشروع في برنامج جديد
 - التوازن الجهوي (إعطاء أهمية للمناطق المحرومة)
- الإعلام في ميادين الإحصاء : إصلاح الشبكة الإحصائية و الإعلامية و جعلها جزء لا يتجزء من المنظومة الوطنية للصحة.

كما تم إصدار قانون يسمح بعمل القطاع الخاص⁽¹⁾ حيث أن التكوين المكثف للكوادر الطبية و زيادة عدد المؤسسات و المراكز الصحية و الإستيراد المكثف للتكنولوجيا الطبية المتقدمة و إدخال

⁽¹⁾ وزارة التخطيط: المخطط الخماسي الثاني الجزائر، 1985. 1989 ص 60.

⁽²⁾ ONS : Données statistique Démographique N° 106. Alger 1990

⁽³⁾ Mostafa Khiate : Quelle santé pour les Algérienne op cit. P 25

⁽⁴⁾ Mostafa Khiate : Quelle santé pour les Algérienne. Op cit p30.

برنامج الطب الوقائي ضمن خطط التنمية الصحية كانت هذه الأساليب تعمل في اتجاه ليبرالية العلاج وتدعيم القطاع الخاص

لقد حققت الجزائر نوعا ما أهدافها المسطرة في مخططاتها التنموية مثلا في المخطط الخماسي الثاني كانت تهدف إلى الحصول على أرقام في سنة 1989 هي كالتالي .

- طبيب واحد لكل 2000 نسمة

- جراح أسنان واحد لكل 6000 نسمة

في سنة 1991 العاملون في القطاع الصحي هم كالتالي :

- طبيب واحد لكل 1041 نسمة

- طبيب أسنان واحد لكل 3352 نسمة

تعود مصاعب نظام الرعاية الصحية في أغلب الأحيان إلى مشاكل تنظيمية و إلى نقص المعدلات أو الموارد البشرية. أما بالنسبة لمكافحة أمراض الطفولة تهدف إلى تخفيض وفيات الأطفال دون سنة إلى 50 % ولادة حية حتى نهاية عام 1990⁽²⁾

فقد تجسد هذا في سياسة الوقاية التي أصبحت الأولويات في السياسة الصحية لمكافحة أمراض الطفولة سنة 1984.

كما حققت الجزائر انجازات عديدة في مجال الصحة و يظهر ذلك في التحسن الملحوظ في مستوى المعيشي للسكان.

أضف إلى ذلك ارتفاع نصيب الفرد في الناتج القومي الإجمالي من 1200 دولار عام 1973 إلى 1870 دولار عام 1980 على التوالي، مع العلم أن الدخل في الجزائر إرتفع بطريقة غير عادلة حسب الطبقات الاجتماعية وحسب المناطق⁽³⁾

المبحث الثالث : البرامج الصحية و الوسائل الأساسية الخاصة بخفض معدل وفيات الأطفال و الرضع

⁽²⁾Ministère de la santé : Enquête national sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie ; 1989,P146.

⁽³⁾ أحمد خليفي : السياسات السكانية والتحول الديموغرافي في العالم الثالث، دراسة نموذج الجزائر 62- 87 رسالة الماجستير علم الاجتماع. جامعة الإسكندرية، كلية الآداب، 1991 ص

يرتبط المستوى الصحي للأفراد بصفة عامة و الأطفال الرضع ارتباطا وثيقا بتوفير الوسائل الاساسية و الإمكانيات الضرورية لذلك، كالمستشفيات، الأطباء، الوسائل الطبية... كما تعكس لنا ظاهرة الوفاة هذا المستوى الصحي، فخلال سنوات 1985 و 1986 و 1992-1995 نلاحظ تزايد في عدد المستشفيات مراكز الصحية و الفريق الطبي... كما نجد من جهة أخرى أن نسبة الوفيات العامة للفترة 1985-1995 عرفت اتجاه معاكس، حيث يقدر عدد الوفيات لسنة 1985 بنسبة 8,40% و أنتقل إلى 6,55% عام 1995⁽¹⁾ و بالمقابل نجد أن نسبة وفيات الرضع للفترة هي بدورها عرفت انخفاضا محسوسا خلالها حيث تقدرت ب 78,30% عام 1985 و 54,87% عام 1995⁽²⁾

و في صدد الحديث يمكننا القول أن توفير الإمكانيات الوقائية الصحية كالمستشفيات والمراكز الصحية والأطباء يؤدي إلى تحسين الحالة الصحية للأفراد.

1/- البرامج الصحية الخاصة بخفض معدلات وفيات الأطفال :

تعتبر البرامج الصحية المسطرة من طرف جهاز الدولة الجزائرية بخفض معدلات وفيات الأطفال أحد الأهداف الأساسية الصحية واحد إهتمامات وزارة الصحة و السكان الخاصة بالتقليص الفعلي لوفيات الأطفال، و من بين هذه الإجراءات كان برنامج مكافحة وفيات الأطفال لسنة 1984 إذ

⁽¹⁾ الديوان الوطني للإحصائيات: المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر، رقم 14، نشرة 1990، ص 37.

⁽²⁾ CENEAP : population société : développement en Algérie ; OP- cit P161.

قدر عدد وفيات الأطفال لسنة 1984 ب 90000 وفاة من بينها 70000 وفيات أقل من سنة و 20000 وفيات تتراوح أعمارهم ما بين 1 إلى 4 سنوات⁽¹⁾

و يعود سبب ذلك إلى وجود سياسة صحية واضحة و جيدة إزاء هذه الوضعية في ميدان التنظيم الصحي، إلا أنها لم تكن تحقق أهدافها نتيجة لعدم تنسيق و التعاون بين المسؤولين، بإضافة إلى نقص و عدم توفير الوسائل الأساسية و الإمكانيات كالمستشفيات و التجهيزات و نقص الإطارات المختصة و عدم وجود ثقافة صحية و نوعية موجهة للمواطنين. و ابتداء من 30 ماي 1984 سطرت الدولة برنامجا شرع في تطبيقه 1980 الذي قامت به وزارة الصحة و السكان بمساعدة صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونسف) الذي إستمر حتى عام 1990، الهدف الأساسي و العام لهذا البرنامج هو الوصول بمعدل وفيات الأطفال الرضع إلى مستوى 50 % أي التخفيض من معدل الوفيات الى نصف) دون أن يتجاوز هذا المعدل 80 % عبر ولايات الوطن وهذا إلى غاية نهاية سنة 1990⁽²⁾.

و لتحقيق هذا المشروع يجب

1. تخفيض معدل وفيات الأطفال المرتبطة بالجفاف نتيجة لأمراض الإسهال
2. ضمان تغطية تحصينة ب 80 % من الأطفال قبل بلوغهم سنتين من العمر ضد الأمراض المعدية.
3. تقديم خدمات تنظيم الولادات على جميع المراكز الصحية
4. ضمان مراقبة 50 % من الأمهات الحوامل و متابعة أخطار الحمل و التكفل بالولادات
5. توسيع استعمال الرضاعة الطبيعية و الوصول إلى 80 % من الأطفال المرضعون طبيعيا و تخفيض شدة سوء التغذية و القضاء عليها.
6. تقليص وفيات الأطفال حديثي الولادة.
7. تنظيف المحيط و تموين السكان بالمياه الصالحة للشرب، و توفير خدمات صرف المياه القدرة و فضلات المنازل
8. تخفيض الأمراض و الوفيات المرتبطة بالعدوى التنفسية، و تخفيض شدة الإسهال بنسبة 25 % عند الأطفال و الوصول إلى 10 ملايين كيس من أملاح إعادة التميية⁽¹⁾

(1) Mostafa Khiati : Quelle santé pour les Algérienne op cit. P 50.

⁽²⁾Mostafa Khiati : Quelle santé pour les Algérienne. IBID P 50.

⁽¹⁾MSP, UNICEF : le programme national de lutte contre la mortalité infantile op cit .p 5.6.

يعتبر هذا البرنامج شديد الطموح لأن هدفه واضح وهو التحدي و القياس و يمكن لإستثمارات الصحية أن تستعمله كإطار مرجعي، كما يمكننا الحصول على نشاطات أكثر تماسك بفضل برنامج مهمة من بينها:

1- برنامج مكافحة أمراض الإسهال

2- البرنامج الواسع للتقيح

3- برنامج خاص بالتغذية

4- برنامج تباعد الولادات

و عملا على إنجاز هذا البرنامج فقد إعتمدت الدولة على الإعلام و التكوين فالإعلام هنا يرتكز أساسا على إتصال هذه البرامج للمواطنين والموظفين في القطاع الصحي، و ذلك عن طريق الوسائل السمعية البصرية (التلفزيون، الرديو، المعارض و البحوث) أما التكوين فيقصد به تكوين أخصائين في هذا الميدان و هذا عن طريق إدخال البرنامج الخاصة بالأمومة و الطفولة ضمن الدراسة الطبية.

أ- برنامج مكافحة أمراض الإسهال :

يعتبر الإسهال إحدى أساليب المؤدية إلى وفيات الأطفال في البلدان النامية، ففي عام 1988،توصلت المنظمة العالمية للصحة إلى نتائج مفادها أن 13 مليون حالة إصابة بالإسهال عند الأطفال الأقل من 5 سنوات، في كل من آسيا، افريقيا و أمريكا اللاتينية، و أن 4 مليون طفل يموتون في كل سنة بسبب الإسهال (2)

كما سمحت الأبحاث التي أجريت في العشرين سنة بإكتشاف العوامل الحيوية و البكتوية التي تؤدي إلى الإسهال كما أكدت دراسات أخرى، أقيمت في السنوات الأخيرة أن الجفاف الناتج عن الإسهال الحاد يمكن أن يعالج في كل فئات العمر بواسطة أملاح إعادة التمييه، حيث قرابة نصف حالات الإسهال في أفقر بلدان العالم تعالج بهذه الطريقة من أجل تخفيض وفيات الأطفال و الجزائر على غرار البلدان النامية تعرف انتشار واسعا للإسهال، فكل طفل أقل من 5 سنوات

(2) OMS : Traitement de la diarrhée, manuel l'usage des médecins et autres personnels de la santé qualifiés, 1990 P1.

يجري دورتين للإسهال في السنة، و حسب تحقيق 1989 تبين أن الإسهال مسؤول عن 18,4 % من وفيات الأطفال دون الخامسة (1)

و تعتبر الفئة ما بين 0 - 2 سنة الفئة الأكثر إصابة و الأكثر تعرضا للوفاة بهذا السبب. و من هنا البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال مواجه أكثر لهذه الفئة العمرية، حيث انطلق هذا البرنامج عام 1984 كما تم في هذه السنة تشكيل خلية خاصة بمكافحة الأمراض الناجمة عن الإسهال و ذلك من طرف وزارة الصحة و يرمي هذا البرنامج أساسا إلى التقليل الفعلي من حالات الوفاة بإستعمال أملاح التمييه و تقادي جفاف الطفل عن طريق التغذية في فترة الإسهال و لتحقيق هذا البرنامج جعل له و أهداف منها :

(1) - تقليل الوفيات الناجمة عن الإسهال عند الأطفال الأقل من سنتين إلى 50 % حتى سنة 1995.

(2) - الوصول إلى إستعمال أملاح إعادة التمييه من طرف الأمهات بنسبة 35 % سنة 1993 و 50 % سنة 1995.

(3) - التمكن من تغذية الطفل في فترة الإسهال و الوصول إلى نسبة 95 % سنة 1995 بالنسبة لحليب الأم و الأطفال الذين سنهم 6 أشهر، و تم تسطير في هذا البرنامج على أهداف عديدة والهدف الرئيسي هو تقليل الحالات المعقدة للإسهال و لتي تؤدي إلى الوفاة حتما وللتقليل الوفيات نستعمل بهذا الوسائل التالية:

(أ) - التكفل الجيد بالحالات المصابة بالإسهال و الجفاف.

(ب) - تكوين وحدات خاصة بمحاربة الإسهال في المراكز الصحية، العيادات، الاستعجالات و المستشفيات و نشرها في القرى و الأرياف.

(ج) - استعمال أملاح إعادة التمييه في كل حالات الإسهال من طرف العاملين في القطاع الطبي و الشبه الطبي.

(د) - التوعية الاجتماعية الخاصة بالأمهات و كيفية مواجهة خطر الإسهال و تغذية أطفالهن في هذه الفترة.

و يهدف إنجاز البرنامج و إيصاله على عدة وسائل منها (1)

⁽¹⁾MSP : UNICEF : Programme national de lutte contre la mortalité infantile (1996-1990) OP cit. P.122.

- (1)- تكوين الأطباء و المختصين في الميدان
- (2)- إنتاج الوسائل الطبية
- (3)- إنتاج أملاح إعادة التميح بنسبة 10 ملايين كيس في السنة
- (4)- توعية الأطباء و إعلامهم بالبرنامج
- (5)- إدخال البرنامج ضمن الدراسة الطبية
- (6)- التنسيق بين البرنامج الواسع للتلقيح و برنامج مكافحة الإسهال

(ب) - البرنامج الواسع للتطعيم :

تعد مسألة التلقيح من بين المواضيع الجديرة بالبحث و الدراسة لأنها تترتب عليها بعض الظروف في حياة الطفل بالآلف حيث أنه استتباط الوسائل و اكتشاف الأمصال و الألقحة كان الأطفال يموتون بالآلف خاصة بعد إجتاح و بقاء الدفترية في بعض البلدان وخصوصا البلدان الباردة مما أدى إلى وفاة العديد من الأطفال. أما اليوم فقد طبقت جميع البلدان العالم إجراءات التحصين فقد تلاشى ذلك الويل و ارتفع كابوس الرعب عن صور الآباء و الأمهات (2)

عند وقاية الطفل من الأمراض التي تنتشر العدوى لآبد لنا أولا من رفع قواه الدفاعية و تقوية عضوية و يتم ذلك عن طريق التغذية الصحية الشاملة و العناية السليمة لأن ترويض بدن الطفل له أهمية كبرى في تمين تباته و الوقوف في وجه الأمراض إلى جانب هذه التدابير ينبغي منع وصول هذه الأمراض إلى الطفل و ذلك يجعل جسمه قادرا على رفضها و عدم الإستسلام لها و يتم بلوغ هذا الهدف عن طريق التحصين بالتلقيح و التطعيم.

و وقفا على أهمية العملية تعهدت بلدان العالم بتحقيق الهدف الذي أعلن في الأصل عام 1977 و المتمثل في التحصين الشامل لأطفال " بحلول عام 1990 "

ففي عام 1985 تم إصدار قانون يجبر على التلقيح ضد الحصبة و قامت الجزائر بإعداد 4 حملات إستدراكية للتلقيح يوم واحد، و نتيجة كل هذا في عام 1985 أكثر من مليون طفل ملقح ضد الحصبة (1)

(1)OMS : Traitement de la diarrhée, OP.cit P52.

(2) اليونسف: وضع الأطفال في العالم: المرجع السابق ص 60.

(1)UNICEF : Le programme coopération entre l'Algérie et l'unicef 1995 p24.

كما كانت الجزائر في صدارة الدولة المشاركة مع منظمة اليونسف في لقاء قمة الطفولة المنعقد في أكتوبر 1990، حيث وقعت على شمول التغطية العالمي للطفولة و الذي يهدف إلى الوصول بنسب اكتمال التغطية قبل إتمام الطفل عامه الأول إلى 90 % بحلول عام 2000. و بهذا فإن الهدف الأساسي لهذا البرنامج هو العمل من أجل إختفاء الأمراض الستة التي تصيب الطفل و هي : السل، دفتريا، السعال الديكي، الشلل و الحصبة. بالإضافة إلى أهداف أخرى هي كالاتي (2):

(1)- القضاء على الشلل مع أواخر 1995 و مرض الكزاز بحلول 2000

(2)- تحصين 80 % من النساء ضد الكزاز للأمهات الحوامل

(3)- وضع برنامج للتلقيح في المناطق النائية

(4) القضاء على الكزاز في الولادات المبكرة سنة 1995

ومن استراتيجيات هذا البرنامج:

(1). إنهاء تعميم نظام مراقبة المواليد

(2). تقليص معدل ترك التلقيح أو بصفة خاصة تكثيف التلقيح

(3). التخزين الجيد للقاح

(4). إنشاء رز نامة خاصة بالتلقيح

(5). تطوير البرامج الواسعة للتلقيح

و يساهم الجهاز الإعلامي في تحقيق الأهداف الموجودة من البرنامج التغطية و يوصى هذا البرنامج على تناول التغطيات الأساسية حسب الجدول الزمني (3) و تبين المعطيات المسجلة مؤخرا من قبل التحقيق قام بها البرنامج العربي المشترك حول الأطفال في سنة 1992، بأن 83 % من الأطفال واحدة من عمرهم ملقحين (1) و هنا فإن الجزائر تعتبر من البلدان التي بلغت النسبة العالية للتلقيح.

(ج) - برنامج التغذية :

(2)MSP : Guide des vaccinations, Alger 1992. P51.

(3) وزارة الصحة والسكان، ديوان الوطني للإحصائيات: الجامعة العربية المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، المرجع السابق ص 96.

(4) وزارة الصحة والسكان: الندوة الدولية حول السكان والتنمية: القاهرة من 13/5 سبتمبر 1994، التقرير الوطني، المؤسسة الوطنية للطباعة والنشر والإشهار، الجزائر 1995، ص 49.

يعتبر مشكل سوء التغذية من مشاكل العالمية، فحسب تقدير المنظمة العالمية للتغذية (F.A.O) 1,2 مليون نسمة يعانون من سوء التغذية في العالم، أي بمعدل واحد شخص من كل خمسة أشخاص بما فيها ذلك 600 مليون طفل سنة 1995 (2)

و تشكل حالات سوء التغذية عند هذه الفئة (الأطفال) مؤشرا هاما يحدد الحالة الصحية لبلد معين، إذ أن إنتشار حالات سوء التغذية عند هذه الفئة تؤدي بهم إلى خطر الوفاة، و ذلك لنقص المناعة الواقية من الأمراض.

و تشير التقديرات أنه حوالي 36 % من الأطفال أقل من 4 سنوات يعانون من سوء التغذية الحادة و تمة 190 مليون طفل مصابون ينقص في الوزن عند الولادة (3)

و الجزائر باعتبارها دولة من الدول النامية، و في إطار إهتمامها بتخفيض وفيات الأطفال الرضع، فقد جعلت من سوء التغذية مشكلا و سببا رئيسيا لوفيات في هذه الفئة العمومية، بحيث على مر السنتين تحسن الوضع الغذائي للأطفال الجزائريين. ففي عام 1975 أوضح مسح أن ما يقارب عن 28,5 % من الأطفال يعانون من سوء التغذية، مقابل 11,5 % عام 1987، وفقا لمسح إقليمي آخر في شرق و وسط البلاد و يعتبر سوء التغذية الحاد أكثر إنتشار بين الأطفال دون سن الرابعة.

كما تبين أن سوء التغذية الحاد هو أكثر انتشارا في المجتمعات المدنية منه في المناطق الريفية و هو أكبر لدى الذكور منه لدى الإناث، و يورد المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل الأحداث معطيات الحالة الغذائية للطفل الجزائري (4)

9,2 % من الأطفال يعانون من نقص في الوزن

18,1 % من الأطفال طولهم لا يتلائم مع وزنهم

5,5 % من الأطفال يعانون من الجفاف

و يمكن مواجهة سوء التغذية بين الأطفال عن طريق برنامج خاص ففي عام 1985 تبنت الجزائر برنامجا يحمل في طياته أهدافا و استراتيجيات تهدف إلى التقليل الفعلي من حالات سوء التغذية و استعمال الرضاعة الطبيعية بدرجة الأولى و يمكن ذكر أهم أهداف هذا البرنامج فيما يلي: (1)

(2) المجلس العربي للطفولة: أخبار الطفل العربي، العدد الرابع، مصر 2000 ص 10.

(3) UNICEF : situation des enfants dans le monde, 1993 P7.

(4) اليونسف. الطفل الجزائري، المرجع السابق، ص 23.

- 1- تخفيض حالات سوء التغذية الحادة عند الأطفال الأقل م 4 سنوات
 - 2- القضاء على سوء التغذية المحتلة
 - 3- تحسين الوضع الغذائي للنساء الحوامل و المرضعات
 - 4- مراقبة الوضع الغذائي للأطفال لمنع أي تدهور قد ينجم عن الأوضاع الاقتصادية الصعبة.
 - 5- العمل على توفير المواد الغذائية الضرورية الموجهة للرضيع.
- بالإضافة إلى هذه الأهداف هناك استراتيجيات يمكن ذكرها فيما يلي :

- 1- إنشاء رز نامة خاصة بتطبيق هذا البرنامج
 - 2- توفير المواد الغذائية لمواجهة الأطفال
 - 3- توفير عنصر غذائي لفترة الفطام
 - 4- انتشار الإعلام الموجه للجمهور
- كما تم استعمال في هذا البرنامج وسائل بإمكانها تحقيق هذه الأهداف و الإستراتيجيات أهمها⁽²⁾
1. مراقبة البرنامج ضمن الدراسات الطبية.
 2. إدخال البرنامج في مراكز حماية الأمومة و الطفولة .

(د) - برنامج تباعد الولادات :

يعتبر البرنامج الوطني لتباعد الولادات جزء لا يتجزء من البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال و الأمهات في الجزائر عن طريق مراكز حماية الأمومة و الطفولة. بحيث دشن أول مركز لحماية الأمومة و الطفولة بالقطاع الصحي لمصطفى باشا سنة 1967⁽¹⁾ كما عرفت الجزائر نسبة تزايد الولادات من أعلى نسب على الصعيد العالمي سنة 1980 أكثر من 3%، كما نجد النسل النهائي عند النساء لنفس السنة 7 أطفال / امرأة⁽²⁾.

⁽¹⁾MSP :UNICEF : Enquête nationale sur la mortalité et morbidité infantile en Algérie. OP- cit P15.

⁽²⁾ Ali Kououaouca: Famille femme et contraception. OP-cit P.49.

⁽¹⁾MSP, UNICEF : projet de lutte contre la mortalité infantile, OP-cit P.13.

(2)Ali Kouaoua Tendance démographique ou Maghreb, in population et environnement au Maghreb, Med campus, 1995 P70.

ففي سنة 1980 وضع المخطط الخماسي الأول الخطوط العريضة للسياسة الديموغرافية و في عام 1983 وضع برنامج يتضمن تدعيم مراكز حماية الأمومة و الطفولة بهدف التحكم أكثر في الظاهرة من أجل الحفاظ على صحة الطفل و الأم و وقايتها⁽³⁾ و من المعروف أن كثرة الولادات المتتالية تؤدي حتما إلى الضرر بصحة الأم و الطفل و بالتالي أوصت الحكومة الجزائرية بالتخفيف و التنظيم العائلي من أجل حفاظ على صحة الأم و الطفل و إصدار فتوى بخصوص تنظيم الأسرة و ذلك في 23 أبريل عام 1968 من طرف المجلس الإسلامي الأعلى⁽⁴⁾ و في فترة ما بين 1985 – 1986 تبنت وزارة الصحة تعميم و توسيع برنامج تنظيم الأسرة و تكثيف النوعية في هذا الميدان، و حسب الإحصائيات فإن عدد الوحدات المخصصة لتنظيم الولادات قد بلغ 2300 وحدة، موزعة على الصعيد الوطني⁽⁵⁾ عام 1994 و بالتالي فقد أصبحت هذه الظاهرة تحظى بعناية و إهتمام مكثف، كما وفرت الدولة الجزائرية والوسائل اللازمة للتنظيم الأسرة من مرافق و خدمات صحية، و لهذا الغرض أيضا تم تسطير برنامج وطني يحمل أهداف و استراتيجيات ووسائل لتغطية هدفه الأساسي العدل على التباعد الولادات و أهم أهدافه ما يلي⁽⁶⁾

1- مراقبة 40 % من الزوجات

2- مراقبة 70 % من حالات الحمل

3-التمكن من تباعد الولادات بنسبة 100 %

4- إعلام كل النساء بطرق تباعد الولادات

5- تحسين استغلال الأمهات لمراكز حماية الأمومة و الطفولة .

و من الإستراتيجيات المتبعة

(1)-تأسيس مركز حماية الأمومة و الطفولة (PMI) في كل حي في المنطقة الحضرية و في

كل بلدية في المنطقة الريفية

(2)- إنشاء في كل مجموعة سكنية مركز لحماية الأمومة و الطفولة

و من الوسائل التي يمكن إتخاذها لتحقيق البرنامج⁽⁵⁾

(1)- توفير مبالغ مالية لتحقيق هدف تباعد الولادات

⁽³⁾Malika Ladjali : L'espace des naissance dans le tiers monde, l'expérience de l'Algérie, Alger 1985 P.13.

⁽⁴⁾CENEAP : Islam, législation et démographie en Algérie. Imprime révolution africaine, Alger 1997 P.56.

⁽⁵⁾CENEAP : population société et développement. OP. cit.P60

⁽⁶⁾CENEAP : population société et développement. IBID. P.62.

⁽⁵⁾ MSP, UNICEF: Projet de lutte contre la mortalité infantile, OP cit P16.17.

(2)- توفير دفتر صحي لكل حامل و لكل طفل

(3)- نشر مجلات تخص الإعلام عن تباعد الولادات و ذلك لمن يهتمهم الأمر.

(4)- توفير وسائل تباعد الولادات و جعلها في متناول المهتمين بالأمر.

و من نتائج هذا البرنامج الخاص بالتباعد الولادات، قام مركز الوطني للدراسات و التحاليل من أجل التخطيط (CENEAP) بتحقيق وطني عام 1991 و توصل إلى أن أحسن سن للزواج بالنسبة للبنات هو ما بين 21-25 و للذكور ما بين 26-30 سنة، و بالنسبة لعدد الأطفال المرغوبين فيهم هو 4 أطفال بتباعد في الولادات.

و 91.79% يستعملن وسائل منع الحمل، و 8.3% يرفضن استعمالها⁽¹⁾

2/- الوسائل الأساسية الخاصة بخفض معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر

(أ) - مراكز الرعاية الصحية :

إن تحسن المستوى الصحي للأفراد يعتمد على توفير كل الوسائل الضرورية لذلك و يعتبر مركز الرعاية الصحية إحدى المؤشرات للمستوى الصحي لدى بلد، و بالتالي فإن توفير هذه المراكز له انعكاسات مباشرة على المستوى الصحي لبلد ما.

و تعتبر البنية الصحية للقطاع الصحي في الجزائر ذات أهمية كبيرة إذ تشهد تطور كبيرا خاصة خلال السنوات الأخيرة

⁽¹⁾CENEAP : Islam législation et démographie en Algérie OP- cit .P 109.

(1) - **البنية الثقيلة** : نظم هذه البنى المستشفيات، هذه الأخيرة التي زادت خاصة منذ إنطلاق المخطط الخماسي الثاني (1985-1989) حيث شهدت هذه الفترة زيادة في 48 مستشفى، و تشير المؤشرات أنه تم توفير سرير لكل 1000 ساكن في الجزائر.

(2) - **بنيات خفيفة** : نظم هذه الأخيرة مراكز صحية والتي تشكل هياكل قاعدية و هي توفير للفرد كل الخدمات المسطرة من الطبيب، و ارتفع عدد هذه المراكز إلى 1206 وحدة عام 1987 أي بمؤشر يمثل 0,85 مركز لكل 48000 ساكن، بينما كان في عام 1977 يمثل 0,45 لكل 10000 ساكن.

كما نظم هذه الأخيرة العيادات و هي تمثل مراكز صحية، و هي تنظم العلاقات للمختصين القادمين من القطاع الإستشفائي، و قد بلغ عددها 370 عيادة سنة 1986⁽¹⁾ أي بنية واحدة لكل 56470 ساكن، كما كان عدد الأطباء في عام 1962 ب 600 طبيبا من بينهم 285 جزائري أي طبيب واحد لكل 16000 نسمة، و 250 تقني في شبه طبي أي عامل واحد لك 40000 ساكن، يتولى القطاع العمومي مسؤولية تسير النظام الصحي في الجزائر، بحيث يحتكر كل البنيات الثقيلة و المؤسسات الصحية كالوحدات الصحية القاعدية و كل الشبكات المتخصصة في الميدان الصحي⁽²⁾

و تشير الإحصائيات إلى التطور السريع و الملحوظ في توفير الخدمات الصحية بالرغم من عدم التوازن في توزيعها على التراب الوطني، إلا أنه يمكن أن تسير إلى التحسن في التغطية الصحية في الجزائر، بحيث إنتقلنا من طبيب واحد لكل 8649 ساكن سنة 1967 إلى طبيب واحد ل 1170 ساكن عام 1989، و نجد 2,2 سرير لكل 1000 ساكن، بمعدل الإستغلال 56,1 % عام 1989 ، نضف إلى ذلك مركز صحي لكل 19580 ساكن و قاعة علاج لكل 8847 ساكن، صيدلية لكل 13822 ساكن⁽¹⁾

بينما سطرت الدولة الجزائرية برنامج آخر في السنوات الأخيرة يهدف إلى الزيادة في البنيات التحتية المشملة في المستشفيات و المراكز الصحية و العيادات.....، و قد جسدت هذه الجهود على الأرض الواقع، كما سطرت عام 1993 برنامج بهدف إلى زيادة من بنية التحتية تحتوي على

⁽¹⁾Lhocine Aourag : *L'économie Algérienne l'épreuve de la démographie* 1996 p 285.

(2) MSP : UNICEF : *Enquête national sur la mortalité morbidité infantile en Algérie* OP- cit P5.

(1) MSP UNICEF : *Enquête national sur la mortalité morbidité infantile en Algérie* OP- cit P.22.

تأسس 15 مستشفى، 16 عيادة، 200 مركز صحي، 03 مركز لحماية الأمومة و الطفولة في المناطق الريفية، كما يتجلى أيضا اهتمام الدولة بتوفير العناية الصحية اللازمة، ففي سنة 1995 عرفت الجزائر تطورا ملحوظا في زيادة المرافق الصحية الضرورية، و الخدمات الصحية، إذا أصبحت تملك :

- طبيب واحد لكل 1063 ساكن

- صيدلي لكل 7800 ساكن

- 1 شبه طبي لكل 344 ساكن

- عيادة لكل 60000 ساكن

- عيادة التوليد لكل 63500 ساكن

- مركز صحي لكل 24500 ساكن

- قاعة علاج لكل 7800 ساكن

- قابلة لكل 1000 ساكن

-1 مختص في أمراض النساء لكل 7000 امرأة في سن الإنجاب

كما تجسد البرنامج في أرض الواقع حيث تم إنجاز عدد كبير من البنيات الصحية 3634 قاعة علاجية، 469 عيادة متعددة الخدمات، 446 عيادة توليد، و 1156 مركز صحي، و معدل التغطية الصحية للجزائر سنة 1995 وصل إلى 90 % في القطاع الحضري و 70% في القطاع الريفي

(2)

الجدول (6) يبين تطور البنيات الصحية للفترة 1962-1995

1995	1962	السنوات البنيات الصحية
333		المستشفيات
469	10	العيادات
1156	206	مركز صحي
3634	991	قاعة العلاج
51780	45426	عدد الأسر

Source :CENEAP : op cit. p 56

و لا زالت جهود الدولة متواصلة في إطار بناء البنية التحتية من أجل توفير الخدمات الصحية أو منح لصالح المواطنين.

(ب) – النفقات الصحية :

لقد شهدت الجزائر في سنة 1974 إعلان عن الطب المجاني، فقد كان الجهاز الصحي أندك مقسم كالآتي :

1- / قطاع عام يحتوي على قطاعات صحية هي اليات قاعدية للتوزيع العلاج

2- / قطاع شبه عام يتكون من مراكز طبية، إجتماعية تنتمي إلى جهاز الضمان الاجتماعي و إلى الوحدات الاقتصادية

3- / قطاع خاص يتكون من العيادات الطبية و جراحة الأسنان بالإضافة إلى الهياكل الصحية الأجنبية منها 936 طبيب أجنبي يعمل بها عام 1962.

و بعد إعلان عام 1974 عن الطب المجاني، أصبح الجهاز الوطني الصحي يعتمد على القطاع العام بصفة خاصة، و هذا الأخير أصبح بدوره يعتمد على العناصر المادية و الإنسانية، و على ميزانية موجهة من طرف الدولة و من خزينة الضمان الاجتماعي.

إن البرامج الصحية التي وضعتها الحكومة الجزائرية، لمكافحة الأمراض و القضاء عليها، و لا سيما في توفير المستوى الصحي الوقائي للسكان، خاصة الأم و الطفل، تتطلب مبالغ مالية معتبرة، و لقد عرف تمويل القطاع الصحي إرتفاعا من سنة إلى أخرى و هذا التمويل ضمنته الحكومة بالدرجة الأولى و الصندوق الوطني للحماية الاجتماعية بدرجة الثانية ، و من جهة أخرى عرف التمويل الصحي تحولات كبيرة، تارة مع وضع سياسة الطب المجاني في سنة 1974، و تارة أخرى مع المؤشرات العادية المنعقدة، و هذا التطور أعطى الأولوية للمجتمع، و سمح بجمع عدد كبير من الاستثمارات مما أدى إلى ارتفاع المبالغ المخصصة من الناتج الخام الوطني (PNB) في القطاع الصحي.

فلقد شهدت الاستثمارات معدل تطور 3,99 % في قضاء 12 سنة، كما أن تمويل القطاعات الصحية شهد تطور سنة بعد السنة حيث قدرت 1832,6 مليون دينار عام 1974 و 10,644 مليون دينار سنة 1982⁽¹⁾ و وصل إلى 21042 مليون دينار عام 19 و ارتفع إلى 54830 مليون دينار عام 1993⁽²⁾.

أما نصيب النفقات العمومية من الدخل العام الوطني (PNB) عرف ارتفاعا محسوسا خلال فترة 1979-1987 من 3,6 % إلى 5,1 % ثم إنخفاض إلى 3,8 % ما بين 1989 و 1991 ليعرف تحسن ما بين 1993 و 1995 ب 4,7 %⁽³⁾.

الجدول رقم (7) يبين تطور نفقات الدولة الموجهة لقطاع الصحي .

1995	1993	1987	1985	1979	السنوات
					النوع
4,7	3,8	5,1	4,4	3,6	النفقات الموجهة لقطاع الصحة بالنسبة إلى (PNB)

Source : Lhocine Aouragh : op cit .P 291

(ج) - القوى العاملة الصحية :

لقد سخرت الدولة في هذا الإطار قوى عاملة صحية حسب الإحصائيات يمكن تصنيف هذه القوى العاملة إلى فئات صحية حسب العمل المتبع

(1)- المهن الطبية : و تضم الأطباء، الصيادلين و جرحوا الأسنان

(2)- المهن الشبه الطبية : و تضم تقنيين ساميين في الصحة و تقنيين في الصحة

بالإضافة إلى كل عمال القطاع من مرضيين و إداريين، كما عرف عدد الأطباء في كل الإختصاصات، ارتفاعا كبيرا كان يوجد 1278 طبيب عام 1963 وطبيب واحد لكل 8649

(1) ABERKANE Abdel Malek : Déterminant démographique et économique du système politique de santé en Algérie thèse de doctorat université de lod, 1990 p137.

(2) CENEAP: population, société et développement en Algérie OP- cit P51.

(3) L'hocine Aouragh : l'économie Algérienne l'épreuve de démographie, OP cit P291

ساكن عام 1967 ليتطور إلى طبيب لكل 1170 ساكن سنة 1989، و طبيب لكل 1063 ساكن سنة 1995 (1)

و يلاحظ جليا جهود الدولة في محاولة لتطوير القطاع الصحي، و منه فقد عملت على التخلي على الخدمات الطبية الأجنبية و الاستعانة بالخدمات المحلية، كما عرف عدد الصيادلة و جراحو الأسنان تطور كبيرا إذ كان عدد جراحو الأسنان ب عام 1967 ليرتفع إلى جراح لكل 3646 ساكن و ارتفع من صيدلين سنة 1967 إلى صيدلي لك 13822 ساكن في عام 1989 (2)

كما شهد عدد الموظفين تطور كبيرا ليرتفع من 129 موظف لكل 100.000 ساكن سنة 1977 إلى 238 موظف سنة 1987، وذلك في القطاع الشبه الطبي (3) و مما سبق يمكننا أن نستنتج أن تمويل القطاع الصحي يعرف تطور من سنة إلى أخرى، سواء من ناحية توفير التجهيزات أو من ناحية تمويل الموظفين، يوازي هذا زيادة في البنية التحتية نتيجة دفع الدولة للاستثمار في هذا القطاع و بالتالي البرامج الصحية تحتوي على مجموعة من الوسائل و النشاطات التي لها اتصال مباشر بتطوير الصحة.

(1)CENEAP: Population, société et developement, OP- cit. P. 50.

(2)CENEAP : IBID, P.53.

(3)LAMRI Larbi : les systèmes de santé algérienne, organisation fonctionnement tendance thèse de doctorat, Alger 1987. P153.

الفصل الثاني

الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع

والأسباب المتعلقة بوفاتهم

الفصل الثاني: الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع والأسباب المتعلقة بوفاتهم.

المبحث الأول: الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع.

- 1- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في العالم.
- 2- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في الجزائر.

المبحث الثاني: أسباب وفيات الأطفال الرضع.

- 1- أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم.
- 2- أسباب وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.

المبحث الأول : الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع.

1- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في العالم.
لا يمكن إيجاد الصحة الجيدة في المناطق التي تعاني من البؤس والشقاء، سوء التغذية، المياه النادرة، وعدم التوافق بين الخدمات العمومية والمحلية.
أمام هذه الأوضاع، فإن التدهور الصحي والوفاة هما الواقع السائد في ثلثي سكان العالم⁽¹⁾ حيث لا تزال تجهل الكثير عن أعلى مستويات وفيات الرضع، غير أنه من المتفق عليه أن المستويات العليا غالبا ما نجدها في العديد من البلدان السائرة في طريق النمو، والأشخاص الأكثر تعرضا لعوامل الخطر هم النساء الحوامل والرضع، هذا الوضع الحاسم والخطير للأمهات والأطفال للبلدان السائرة في طريق النمو من أكبر وأهم أهداف منظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) والمنظمة العالمية للصحة (OMS) التي عملت على تفسير هذا الفراغ من وفيات الرضع والتي شعارها الصحة هي كل شيء في عام 2000م.
بالرغم من أهمية الإحصائيات الخاصة بوفيات الأطفال الرضع، فإن الكثير من الدول تفتقد إلى الأسس والمصادر الرجعية التي يمكن الاعتماد عليها في إحصاء وفيات رضعها، فحسب المعطيات الموجودة يقدر مجموع وفيات الرضع على المستوى العالمي في سنوات 1975 إلى 1980 بنسبة 89% مقابل 142% في السنوات 1950 إلى 1955، وبين هذه السنوات انتقلت البلدان المتطورة من 56% إلى 19% أما البلدان المختلفة فانتقلت من 164% إلى 100%، كما أن نسبة 81% المسجلة في السنوات 1980 إلى 1985 تمثل بالنسبة لـ 133 مليون ولادة سنوية⁽²⁾

⁽¹⁾OMS : la santé des enfants du monde in chronique, OMS, vol 33 N° 4 Avril 1979. P128.

⁽²⁾Population et societe: Buletin mensuel d'informations demographique, Mai1993 P169.

كما يمكننا أخذ نظرة عامة عن الإحصائيات الخاصة بالولادات ووفيات الرضع حسب المعطيات الموجودة، لتبسيط هذه المعطيات جمعت عشرين منظمة من أكبر مناطق العالم التي بدورها صنفت حسب تزايد احتمال الحياة عند الميلاد، ويعطي هذا التصنيف لا مجال للإختلافات الموجودة في الإطار المحلي، لأن هناك مجتمعات تعاني من الفقر والبؤس تقريبا في كل البلدان السائرة في طريق النمو خاصة المناطق الريفية والأماكن الخارجة عن العواصم الكبرى من جهة أخرى، فتبين هذه الحقائق الاختلافات الكثيرة الموجودة بين مختلف جهات العالم خاصة ما بين إفريقيا وأسيا الجنوبية، أين احتمال الحياة لا يتجاوز 60 سنة، هذه المناطق (إفريقيا، آسيا الجنوبية) فيها 41% من سكان العالم كما نجد هذه المناطق 50% من مليار ونصف من أطفال العالم الناتج عن 57% من 122 مليون ولادة في السنة، كذلك 77% من 12 مليون وفيات الأطفال، أي 90% من الوفيات في العالم (1).

أما في بداية التسعينيات، لاحت في الأفق بوادر أمل جديدة بتقهقر عصر الإهمال أمام عصر الاهتمام، وقد ظهرت دلائل هذا الأمل في خضم التحولات السياسية والاجتماعية التي تشهدها السنوات الأخيرة من خلال سلسلة من التغيرات، وأولى هذه الأولوية الجديدة التي تم آلاؤها لمهمة تحصين أطفال العالم، فكما سبق الذكر، فإن كل من اليونسيف (UNICEF) و (OMS) المنظمة العالمية للصحة، وآلاف الأشخاص والمنظمات ضحت لتحقيق هدف التحصين 80% من أطفال العالم النامي.

وتم في 1990 بلوغ هدف الذي ساهم في انقاده أكثر من ثلاثة ملايين طفل في السنة وحماية ملايين آخرين من المرض وسوء التغذية، وتخفيض عدد الوفيات الناجمة عن الاسهالات بأكثر من مليون وفاة سنويا عبر توعية تلت الأسر في العالم النامي على استخدام طريقة معالجة الجفاف عبر الفم (2).

⁽¹⁾OMS : la santé des enfants dans le monde, N° 4, P129.

⁽²⁾ منظمة الأمم المتحدة للطفولة: وضع الأطفال في العالم ترجمة قسم الإعلام والعلاقات الخارجية، المكتب الإقليمي المشرق الأوسط وشمال إفريقيا، عمان، 1993، ص 3.

فالتغذية غير الكافية والتعرض للأمراض المعدية وعدم توفر النظافة يمكن أن يخلق حواجز من الصعب للأطفال الصغار تجنبها أو اجتيازها حيث بالرغم من هذه الإنجازات مازال ملايين الأطفال يموتون كل عام، وحصاة الأسد من جملة هاته الوفيات هي من نصيب الدول النامية بسبب الظروف المعيشية المتردية، حيث الدخل الشخصي ضعيف، ارتفاع أسعار المواد الأساسية، انتشار الأمية، سوء التغذية،... وذلك نتيجة السياسة الاقتصادية والاجتماعية الغير ناجحة، جعلت معدل الوفيات مرتفعا جدا في هاته الدول، مقارنة بالدول المتطورة التي تشهد تقدما كبيرا في الميدان الصحي، وبفضل معدل وفيات الأطفال الرضع، الذي يعتبر دليلا حقيقيا على نوعية المعيشة في أي مجموعة سكانية، بحيث نستطيع أن نميز بلد عن آخر.

الجدول رقم (8) يمثل معدلات وفيات الأطفال المبكرة في مختلف جهات العالم.

معدل الوفيات بالنسبة الألف ولادة حية	مختلف جهات العالم العربي
161	-إفريقيا العربية
173	إفريقيا الوسطى
145	إفريقيا الشرقية
136	آسيا (مركز الجنوب)
116	إفريقيا الجنوبية العربية
135	إفريقيا الشمالية
134	المجموع
99	أمريكا (المنظمة الاستوائية)
70	أمريكا الوسطى
65	منظمة الكارييب
58	آسيا الجنوبية
28	الاتحاد السوفيتي
25	أوروبا الشرقية
24	أوروبا الجنوبية
15	أوروبا الغربية
13	أوروبا الغربية
15	أمريكا الشمالية
83	مجموع العالم

Source : Afrique médicale, la revue des médecin et pharmaciens d'Afrique noire de Madagascar N° 174 , Nov. 1979 page 715 .

الجدول رقم (9) يبين معدل وفيات الأطفال الرضع في بعض الدول النامية لعام 1993 .

الدول	معدل وفيات الأطفال الرضع %
مصر	96
تركيا	67
مالي	120
الأردن	23
العراق	57
الجزائر	57

* Source : UNICEF : la situation des enfants dans le monde , op cit P.75

أمام هذا الوضع ، بات من المؤكد الاعتناء بالجانب الصحي باعتباره قطاع جد هام وحساس ، و ذلك للوقوف أمام هذه الظاهرة و الحيلولة دون الارتفاع في الوفيات خاصة وفيات الأطفال الرضع التي تعتبر إحدى المشاكل الرئيسية التي يعكف القطاع الصحي و الهيئات الرسمية على التقليل من حدتها .

و إذا نحن أوردنا هذه المعطيات التي تناولت بعض الإحصائيات المتعلقة بوفيات الأطفال الرضع على المستوى العالمي و القاري ، فإنه من المنطق أن نتعرض إلى حقائق أخرى تمس نفس الظاهرة في بلدنا . (الجزائر) .

2- الوضعية الصحية للأطفال الرضع في الجزائر:

مما لا شك فيه أن الأطفال هم الأساس في تكوين تنمية البلاد ، خصوصا أن الجزائر استرجعت قواها المادية بعد حرب تحرير طويلة وأليمة تحررت منها عام 1962 ، فقد شهدت بعد الحرب ازدياد عدد ولاداتها حتى بلغت حوالي 800.000 ولادة في عام 1990⁽¹⁾ في حين شهدت انخفاض عدد وفياتها الرضع ، خاصة بعد الاستقلال.

ظلت هذه الوفيات تشكل هاجسا للمسؤولين عن الصحة العامة لأن الاهتمام بمستويات وفيات الأطفال يمثل مؤشرا أساسيا لمستويات الصحة والحالة المعيشية السائدة. وبالتالي يمكن أن تستخدم لقياس مدى نجاح البرامج الوقائية والسياسات الصحية التي تستهدف رفاهية أفراد المجتمع خاصة الأطفال.

عقب الاستقلال كان معدل الوفيات بين الأطفال دون السنة يساوي 140% من مجموع الولادات الحية، ومع توسع الشبكة الصحية والتقدم الحاصل تناقص معدل الوفيات يشكل ملموس إلى 80% عام 1994⁽²⁾.

⁽¹⁾ Population et société : bultein mensuel d'information démographique, op cit P 169.

⁽²⁾ منظمة الأمم المتحدة للطفولة : اليونسيف : الطفل الجزائري . مرجع السابق ص 20 . 21

الجدول رقم (10) يبين تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس (%)

الجنس السنوات	ذكور	أنثى	المجموع (%)
1981	84.4	85.1	84.7
1982	83.9	83.6	83.7
1983	85.2	80.3	82.7
1984	83.6	79.0	81.4
1985	80.0	76.6	78.3
1986	73.1	68.3	70.7
1987	66.8	62.0	64.4
1988	62.8	58.0	60.4
1989	61.9	55.4	58.1

Source: Rapport National à la conférence internationale sur la population et le développement, 1994, édition 1995 P16.

كما أوضحت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، أن مستويات وفيات الأطفال في الجزائر قد شهدت انخفاضا ملحوظا خلال العقدين الآخرين، في حين كان معدل وفيات الأطفال الرضع في النصف الأول من السبعينات أعلى من 120% فقد وصل إلى مستوى يقل عن 45% في أول التسعينيات، كذلك شهد معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة انخفاضا في نفس الفترة من حوالي 150% إلى 50% .

لكن بالرغم من أن جميع الأطفال في الجزائر بغض النظر عن خلفياتهم، قد استفادوا من هذا الانخفاض في معدل الوفيات، فإنه لازالت هناك تباينات واضحة بين الأطفال في احتمالات البقاء على قيد الحياة⁽¹⁾

يوضح الجدول التالي تطور معدلات وفيات الرضع في الجزائر في الفترة 1997.1990

الجدول رقم (11):تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع (1998.1990) حسب الجنس (%)

المجموع (%)	الجنس		السنوات
	أنثى	ذكر	
57.80	55.50	60.00	1990
56.90	54.20	59.40	1991
55.40	53.00	57.70	1992
55.49	53.29	57.61	1993
54.21	51.51	56.80	1994
54.87	51.68	57.94	1995
54.59	52.21	57.94	1996
56.64	53.66	59.50	1997

Source: ONS: Démographie Algérien N° 277 Alger 1997.

كما أشارت نتائج المسح إلى أن مستويات الوفيات بين الأطفال قد إنخفضت في كل من الحضر والريف، إلى أنها ترتفع في الريف أكثر منها في الحضر، وقد أوضحت هذه النتائج كذلك أن معدلات وفيات الأطفال الرضع الذكور أعلى من الإناث، كما أن الانخفاض النسبي في معدلات وفيات الأطفال الرضع يقل عن الانخفاض النسبي لمعدلات وفيات الرضع الإناث، ويوضح الجدول التالي ذلك:

⁽¹⁾ وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، الجامعة العربية: المسح الجزائري حول الصحة الأم والطفل المرجع السابق ص 41.

الجدول رقم (12) يبين التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع طبقا لمحل الإقامة والجنس خلال الفترة (1987-1992).

1992 - 1987				معدلات الوفيات
الإناث	الذكور	الريف	الحضر	
18.4	25.9	24.6	19.0	الوفيات قبل الشهر الأول
18.3	24.9	28.5	12.8	الوفيات بعد الشهر الثاني
36.7	50.8	53.1	31.8	الوفيات قبل السنة الأولى

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ص 29.

تعود بعض المسببات الأساسية لانخفاض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة بصفة عامة إلى البرامج المطبقة في منتصف الثمانينات، والمتعلقة بمكافحة وفيات الأطفال، حيث شرع فيه سنة 1984م، في إعطاء انعكاسا طبي على صحة الأطفال، كما يبدو ذلك واضحا من خلال معدلات وفيات الأطفال الرضع، وقد تضمن هذا البرنامج عدة محاور يدخل من بينها التلقيح الذي أخذ مكانة عامة، وكذلك تحسين ظروف الولادة وتحسين الظروف العامة لمعيشة السكان الناجمة عن التقدم والتطور في مجال ظروف السكن وكذا تحسين شروط النظافة وطريقة التغذية التي أدت إلى اختفاء أمراض منتقلة وتراجع هام لأنواع أخرى من الأمراض كمرض الحصبة والسل السعال الديكي...

وهذا الشيء جيد ومشجع على متابعة مكافحة وفيات الأطفال الرضع حتى نصل إلى الأدنى أو القبول الذي وصلت إليه البلدان المتطورة. يمكن القول إذن أن المنظمات العالمية المهتمة بصحة الطفل كالمنظمة العالمية للصحة (OMS) صندوق الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF)، والهيئات الوطنية في البلدان كوزارة الصحة قد قامت بخطوة عملاقة في مكافحة وفيات الأطفال الأقل من سنة بصفة خاصة، وهذا مقارنة مع الدول السائرة في طريق النمو الأخرى. أما فيما يخص ظروف الوزارة المعنية فأن المشكل لا يحل عن طريق برنامج واحد أو بالاهتمام بمكافحة وفيات الرضع الذي يولي الاهتمام فقط بالأسباب

المباشرة، بل هناك أسباب خفية أي غير مباشرة لهذه الظاهرة والمتعلقة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية.

ويمكن أن تكون المجهودات والبرامج غير فعالة ما لم يكن الانسجام بين الإجراءات والتدابير المتخذة في مجال السياسات الاقتصادية والاجتماعية ومشروع برنامج مكافحة الوفيات. هذا ما حدث في الجزائر في التسعينيات إذ رغم المجهودات الجبارة المبذولة في هذا المجال للوصول إلى الهدف المسطر إلا أن النتائج لم تكن مشجعة وهذا يرجع لأسباب خارجية استطاعت التحكم فيها؛ وذلك بمعالجة هذه الأسباب لتوفير الخدمات الأساسية ووضع برامج فعالة ووقاية صحية لمكافحة وفيات الأطفال الرضع.

لذلك يجب على الدول النامية عامة، والجزائر خاصة أن تحلل الوفيات الأقل من سنة تحليلا شاملا ودقيقا، وذلك لمعرفة الأسباب الحقيقية لهذه الوفيات حتى تستطيع التحكم فيها، وحتى تصل إلى المستوى الذي وصلت إليه الدول المتطورة من حيث الحد من هاته الوفيات.

المبحث الثاني : أسباب وفيات الأطفال الرضع.

1- أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم:

تستحوذ الوفيات التي تصيب الأطفال قبل بلوغهم العام من العمر على معظم اهتمام الباحثين باعتبارها أحسن مؤشر لقياس المستوى الاجتماعي والصحي، لأي مجتمع ومن جهة أخرى فإنها دليل للتطوير الديمغرافي حيث تستطيع هذه التقديرات أن تعطينا صورة عن مستوى التطور و نوعية المعطيات الديموغرافية (1).

ففي الدول المتقدمة تم التحكم في الوفيات الأقل من سنة بدرجة كبيرة خاصة الوفيات التي ترجع إلى الأسباب الخارجية؛ وأسباب هذه الوفيات (وفيات الأطفال دون سنة) معروفة و مسجلة حيث أغلبها تحدث في المحيط الطبي مرفقة بشهادة طبية تحمل سبب الوفاة، كما تم القضاء في هذه البلدان على الأمراض المعدية وأمراض الإسهال.

ومن أهم أسباب وفيات الأطفال في البلدان المصنعة هي وفيات ما حول الولادة ، فالقيام بدراسة شاملة في هذه البلدان ممكنة لأن الإحصائيات حول أسباب الوفاة موجودة ، إذ تعتبر القناة الرئيسية التي توفر البيانات اللازمة عن الأمراض وأنواعها. وبالتالي يمكن ذلك من وضع برامج فعالة لرعاية الصحية من أجل مكافحة وفيات الأطفال الرضع، وبالمقابل نجد أن الدول النامية لم تصل بعد إلى المستوى الذي وصلت إليه هذه الدول لفقدانها إلى الإحصائيات. وترجع بصفة عامة أسباب وفيات الأطفال الرضع في هذه البلدان إلى الأمراض التالية: الإسهال، الحصبة، الكساح، السعال الديكي، الأمراض التنفسية، الكزاز، التهاب السحايا، فقر الدم...

فمن بين نحو اثني عشر مليون طفل دون الخامسة من العمر تختطفهم يد المنون سنويا في البلدان النامية نتيجة للأمراض التي يمكن الوقاية منها، حيث تعود

(1) CENEAP : Débat et critique , spécial démographes N° 08, Alges 1984, p 105.

أسباب الوفاة بالنسبة لما يقرب ستة ملايين طفل منهم ، أي نحو 55% بصورة مباشرة، وغير مباشرة إلى سوء التغذية الذي يعتبر نتائج للمرض وعدم كفاية ما تتاوله الطفل الذين يتألبان معا لخلق منا الوهن بيد أن هناك عناصر أخرى عديدة منها اجتماعية، سياسية، اقتصادية، وثقافية لها دورها في ذلك إلى جانب العامل الفيسيولوجي (1)

أما بالنسبة إلى الشلل فإنه أخذ يتراجع إلى الوراء، وهذا بفضل المجهودات المتواصلة حيث نلاحظ انخفاض عدد الحالات المصابين بالشلل في العام من 400.000 حالة سنة 1980 إلى 100.000 حالة عام 1993م، هذا الانخفاض لا يوحي بإمكانية القضاء على الحالات شلل الأطفال قضاء كاملا مستقبلا لأن هناك 68 بلد من العالم مازال فيروس الشلل منتشر فيها بقوة مثل البنغلاديش، الهند، والباكستان، ومنه يمكن أن نقول أنه ليس بالإمكان القضاء على المرض في أي مكان، إذا لم يتم إستئصاله في مكان ... (2).

ويعد سوء التغذية العامل الرئيسي في تقاوم مختلف الأمراض، حيث حوالي ثمانية ملايين وفاة من بين وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات والتي تبلغ 13 مليون في السنة، ترجع إلى الإسهال والملاريا والأمراض التنفسية وكما ذكرنا سابقا. أن الوفاة ليست في العادة ناجعة عن سبب واحد، لكنها تعتبر محصلة الجمع بين المرض وسوء التغذية، اللذين يوديان بالطفل إلى الوفاة المبكرة والضعف الشديد في النمو... (3)

(1) منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسف): وضع الأطفال في العالم 1998، ص 11.

(2) منظمة العالمية للطفولة (UNICEF) مسيرة الأمم، تصدر عن اليونسف، سنة 1995. ص 3.

(3) منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسف)، مسيرة الأمم، المرجع السابق ص 14 .

كما أصبح من الواضح اليوم أيضا، أن النقص في الفيتامين "أ" حتى المعتدل منه يضعف جهاز المناعة لدى الأطفال مما يحد من مقاومتهم للاسهالات التي تمثل 2.2 مليون طفل سنويا، حيث أكدت نتائج أثنى عشر من التجارب الميدانية في البرازيل وغانا والهند وإندونيسيا والنييل وأماكن أخرى، إلى أن فيتامين "أ" لغذاء الأطفال قد تخفض من هذه الوفيات الناجمة عن الإسهال، وقد بينت أربع دراسات أن معدل الوفيات قد انخفض بنسبة 35 إلى 50% وقد تبين أيضا أن تناول الأطفال للفيتامين يمكن أن يقلص بمعدل النصف عدد الوفيات الناجمة عن الإصابة بالحصبة التي تؤدي بحياة مليون طفل سنويا.

أما إذا تحدثنا عن الإسهال والأمراض التنفسية فيمكننا أن نقول أن نصف وفيات الأطفال تحدث بسبب هذين الأخيرين، ولا يمكن الحد من نصف هذه الوفيات التي تنجم عن الأمراض التنفسية، الأمن عن طريق التحصين، وحملات التوعية بعلامات الخطر وبالمضادات الحيوية فاستخدام الأملاح، ومحاليل معالجة الجفاف عبر الفم هي الطريقة الناجعة لتفادي وفيات الأطفال الرضع بسبب هذا الأخير. وكما بين تقرير مسيرة الأمم المتحدة لعام 1994 أن 40% من حالات الإسهال عولجت بأملاح ومحاليل الإماهة مما أدى إلى انقاذ حياة مليون طفل سنويا... (1).

فقر الدم كذلك الناجم عن نقص الحديد، يعد من بين أكثر الاختلالات الغذائية شيوعا في العالم، فهو يخفض القدرة على مقاومة الأمراض، لذلك يعد سببا هاما للوفيات المتصلة بالحمل، حيث يزيد من خطر النزيف والالتهابات خلال الوضع، كما يقدر عدد الأطفال الذين يعانون من الهزال بنحو 67 مليون طفل، تقل أوزانهم عن الحد الذي يمكن أن يتناسب مع طول قامتهم، ويعاني نحو 183 مليون طفل من نقص في الوزن عن الوزن الطبيعي لسنهم، وتبين إحدى الدراسات أن الأطفال الذين يعانون من نقص حاد في الوزن هم أكثر عرضة بمعدل مرتين إلى ثماني مرات لخطر الوفاة خلال العالم الثاني من الأطفال ذوي الوزن الطبيعي ممن هم في سنهم. (2)

¹ منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونسف): مسيرة الأمم، نفس المرجع ص 7.
⁽¹⁾ منظمة الأمم المتحدة للطفولة: (UNICEF): وضع الأطفال في العالم المرجع السابق ص 43

أما فيما يخص معدلات تحصين الأطفال ضد الحصبة فقد ارتفعت من حوالي 25% سنة 1980 إلى حوالي 80% لأن، الأمر الذي بات يسفر عن انقراض 1.5 مليون طفل كل سنة، فالحصبة شأنها شأن الشلل فمن الواجب أن تنظم أيام تحصين وطنية، وهذا لمحاولة الوصول إلى مكافحة الجذرية لمثل هذه الأمراض، ووضع برامج هادفة لاستئصال مرض الحصبة، استئصالا فعليا، كأمرिका اللاتينية التي تعد المنظمة الأولى التي تحررت من الشلل، وهي نفسها المنظمة الرائدة أيضا في مجال القضاء على الحصبة ... (1)

والملاحظ أن الإجراءات الواجب إنجازها بالنسبة للمرأة الحامل من رعاية وراحة وتخفيف عبء العمل وتزويدها بالغذاء المتوازن لها، لها نفس القدر من الأهمية عندما ترضع الأم طفلها، فالرضاعة الطبيعية تجمع بصورة مثالية بين المكونات الأساسية الثلاثية، التغذية السليمة، أي الغذاء والصحة والرعاية، حيث يزيد خطر وفاة الأطفال الرضع بنحو 14 مرة على الأقل عن نظراتهم ممن يرضعون رضاعة طبيعية بينما تزداد خطورة وفاة الأطفال الذين يرضعون الحليب الصناعي نتيجة للإصابة بداء الرئة "نيمونيا" 4 أضعاف أعدادهم ممن يبتعدون كليا على حليب أمهاتهم، كما توجد مخاطر كبيرة خاصة في التجمعات السكانية الفقيرة التي تعوزها بالمياه النظيفة، والصوف الصحي بأن يؤدي إرضاع الطفل الرضيع الحليب الصناعي إلى الوفاة بسبب الإسهالات والتهابات الجهاز التنفسي (2).

(2) منظمة العالمية للطفولة (UNICEF) : مسيرة الأمم المرجع السابق ص 6.

(3) منظمة الأمم المتحدة للطفولة: (اليونسف): 1998 وضع الأطفال في العالم ، ص 5

والجدول التالي يوضح أهم الأسباب المؤثرة في وفيات الأطفال في العالم
الجدول رقم (13) يبين أهم الأسباب المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في العالم

المواليد الجدد في الدول المتقدمة	المواليد الجدد في الدول السائرة في طريق النمو
الزكام	أمراض الإسهال
ذات الرئة	الزكام
أمراض الإسهال	ذات الرئة
التهاب الأمعاء	التهاب القصابات الهوائية
مشاكل عضوية أثناء الولادة	السعال الديكي
-	التهاب الأمعاء

Source: Afrique Médicale, OP cit, P.717.

2-أسباب وفيات الأطفال الرضع في الجزائر

يتطلب تحليل وفيات الأطفال الرضع تحليلا شاملا لمعرفة الأسباب الخفية لهذه الوفيات حتى نستطيع التحكم فيها لأننا إذا لم نعرف سبب حدوث ظاهرة ما لا نستطيع معالجتها، فبمعالجة هذه الأسباب يمكن رفع معاناة عن كاهل الأطفال بتوفير الخدمات الأساسية التي تضمن بقاءهم وسلامتهم خاصة الأطفال حديثي الولادة باعتبارهم أكثر عرضة للأمراض من حيث ضعف مناعتهم الطبيعية، فبخروج الطفل من الرحم تزول مناعة أمه، وتعوض بمناعة ينتجها هو نفسه ويكتسبها مع مرور الوقت، لكن قبل ذلك سوف يتعرض لتأثيرات داخلية وخارجية تغير من مجرى حياته، وهو مازال لم يبلغ عامه الأول، لذلك نحاول التطرق للأمراض الأساسية المباشرة التي تصيب الأطفال وغير المباشرة التي تساهم بشكل كبير في هاته الوفيات.

- الأسباب المباشرة:

تتعلق وفيات الأطفال الرضع بشكل كبير بسلوك المجتمع إزاء الرعاية والتغطية التحصينية والحماية ضد الأمراض المنتشرة التي تقضي على الآلاف أطفال دون السنة لأنهم ذوي حساسية مفرطة اتجاه المحيط الذي يعيشون فيه.

نقدم في هذا السياق مجموعة من الأسباب الرئيسية من معطيات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل والمعطيات الخاصة بدراسة مصطفى خياطي حول الديموغرافيا، والسكان الخاصة بأسباب وفيات الأطفال الرضع على المستوى الوطني.

تبين أن السبب الرئيسي لوفيات الأطفال الرضع بالجزائر في الشهر الأول هو الولادة المبكرة "Prématurité" بـ 32.2% والتي تعود بدرجة الأولى إلى الحالة الصحية للأم أثناء الحمل، كالجهد الذي تبذله الأم الحاملة الجزائرية أثناء الحمل خاصة في المناطق الريفية، وعدم المتابعة الصحية أثناء الحمل، وكذلك يعود إلى سوء التغذية لدى الأمهات الحوامل، تم يتبعها الإسهال بـ 18.4% نتيجة النوعية الرضاعة المقدمة للطفل، وإلى تأثير الظروف الخارجية السيئة والنظافة، ثم تتبعها مشاكل التنفس بـ 12.9% وهذا نتيجة التأثيرات الخارجية كالمناخ، والحمى بـ

11.5% هاته الأسباب داخلية لأنها حدثت في الشهر الأول، أما عن الأسباب الخارجية التي تحدث بعد الشهر الأول والحادي عشر من عمر الطفل، فنجد أن الأمراض المعدية هي السبب الرئيسي للوفاة⁽¹⁾ ونجد أن القئ والحمى هما العارضان الأكثر ظهور قبل الوفاة في هذه الفترة، نتيجة لعدم قدرة جهاز المناعة على مقاومة ضياع كميات هائلة من الماء خلال اليوم الواحد، وبالتالي يفقد الرضيع من 10% إلى 20% من وزن جسمه⁽²⁾ إضافة إلى ذلك نجد سوء تغذية الطفل، والذي نتج عنه 9.2% من الأطفال الذين يعانون من نقص في الوزن.

فالأطفال الرضع يتعرضون إلى الأمراض المتعلقة بالحمل والرضع في الشهر الأول من الولادة، ثم بعد ذلك يتأثر الرضيع بالموثرات الخارجية والأمراض المتعلقة بالعدوى التنفسية.

الجدول رقم (14) يبين نسب الأطفال الرضع الذين عانوا من أعراض معينة خلال الأسبوعين السابقين قبل الوفاة. (%)

العمر عند الوفاة		أعراض
من شهر إلى 11 شهر	أقل من شهر	
20.3	2.7	الإسهال
30.0	10.5	القئ
18.3	12.9	السعال أو ضيق التنفس
22.1	11.5	الحمى
10.2	-	الطفح الجلدي
18.8	8.9	التشنجات
6.8	23.2	الولادة المبكرة
14.2	11.4	أخرى

المصدر: اليونسف الطفل الجزائري، الجزائر 1993، ص

الأسباب الغير مباشر:

⁽¹⁾Khiati Mostafa: *Démographie et population*, op cit , page 77.

⁽²⁾LAPLANE (R) : *Abbrégé de pédiatrie*, 33 ed. Massue, Paris, 1977. P 45.

شرعت الدول الجزائرية بالتعاون مع المنظمة العالمية للصحة (OMS) والمنظمة العالمية للطفولة (UNICEF) بوضع برامج لمكافحة وفيات الأطفال الرضع، قد كان لهذا البرامج انعكاسا حسنا في تطوير الهياكل الصحية وانخفاض في المستوى الوفيات إلا أنها لم نستطيع أن تقضى بشكل نهائي على بعض الأسباب التي تعتبر غير مباشر في حدوث الوفاة بين الأطفال الرضع، حيث توجد خصائص ديموغرافية والبيئية لا تزال لها تأثير على تفاقم وفيات الأطفال الرضع.

1- نوع المولود: " Le sexe de l'enfant "

نسبة النوع عند الميلاد تبين أن عدد الذكور يفوق دائما عدد الإناث وبالمثل نجد أن وفيات الذكور تكون عادة أكبر من وفيات المواليد الإناث فتأثر عامل الجنس على الوفاة الطفل الرضع - كقاعدة عامة- لا يترابط بالأسباب الأخرى المؤدية للوفاة، فالمعروف عند الذكور في هذه المرحلة أن تكوينهم الجسماني أقل مقاومة لتأثير الأمراض المعدية من الأطفال الإناث⁽¹⁾.
ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (15) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب الجنس (%)

الجنس	معدل وفيات الأطفال الرضع %
ذكور	49.6
إناث	35.4
المجموع	42.4

المصدر: اليونسف: الطفل الجزائري المرجع السابق ص 21.

⁽¹⁾ شلقاني مصطفى: الإحصاء السكان و الديموغرافي ، طرق التحليل الديموغرافي مطبوعات . جامعة الكويت ، ص 172.

2- عمر الأم عند الإنجاب:

تختلف وفيات الأطفال الرضع حسب عمر الأم عند الولادة، ترتفع هذه الوفيات بشدة للأمهات اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة، ثم تنخفض في الفترة من حياة الأم عندما تتراوح عمرهن بين 20-40 سنة، ولكنها تعود مرة أخرى إلى الارتفاع عند النساء اللواتي أعمارهن 40 سنة وحتى نهاية فترة الحمل، ولكن هذا الارتفاع لا يتعدى المستوى المسجل للنساء في الأعمار المبكرة (أقل من 20 سنة)، وتفسير ذلك يرجع بصور محتملة إلى أن الأم الشابة تفتقر غالبا إلى الخبرة الكافية في رعاية مولودها، بهذه الطريقة وعن دون قصد تزداد عند الطفل مخاطر الوفاة، ويؤكد ذلك أن أسباب الوفاة الرئيسية المباشرة والتي تؤدي بحياة الأطفال ترجع إلى أمراض النزلة المعوية، والعيوب الخلقية. أو من ناحية أخرى نجد أن تأثير أمراض الحمل يظهر بوضوح على الأمهات في الأعمار الصغرى بدرجة أكثر من الأمهات في الأعمار الأخرى⁽¹⁾ ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (16): يبين التقديرات المباشرة لوفيات الأطفال الرضع طبقا لسن الأمهات عند الإنجاب.

معدل وفيات الرضع بالألف	سن الأمهات عند الإنجاب
57.8	أقل من 20 سنة
49.5	(20-29 سنة)
48.7	(30.34 سنة)
71.9	(49.35 سنة)

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ص 37.

⁽¹⁾ مصطفى الشلقائي: التحليل الإحصائي والديموغرافي، المرجع السابق ص 173.

3-ترتيب المولود: Le range de naissance

تعتبر ترتيب المولود من العوامل الأساسية التي تحدد مستوى وفيات الأطفال فاحتمال الوفاة بين الأطفال ينخفض مع زيادة رتبة المولود حتى المولود السادس وأحيانا السابع بعد ذلك يبدأ في ارتفاع؛ وفيات المولود الأول بالمقارنة مع وفيات المواليد في الترتيب اللاحقة، (الثاني فأكثر) تكون أكبر ويرجع ذلك إلى أن التكوين الجسماني للنساء التي تلدن لأول مرة لا يمكن أن تضمن القوة الحيوية للمولود الأول بنفس درجة المواليد اللاحقة، يؤكد ذلك أن سبب الوفاة في الترتيب الأعلى يرجع ارتفاع إلى كثرة عدد الأطفال في الأسرة وبالتالي انخفاض في كل من مخصصات الأمومة ورعايتها⁽¹⁾ ويتضح ذلك من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم (17) يبين التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع من حسب مرتبته عند الولادة.

ترتيب الطفل	معدل الوفيات الرضع بالألف
الأول	43.8
الثاني أو الثالث	57.0
الرابع أو أكثر	55.0

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ص 37.

⁽¹⁾ مصطفى الشلقاني: التحليل الاحصائي والديموغرافي، المرجع السابق ص 173.

4- المدة الفاصلة بين الولادتين :

تبين أنه كلما قصرت هذه الفترة كلما زادت وفيات الأطفال الرضع وبالتالي نلاحظ ارتفاع وفيات الأطفال المولودين بعد فترة سنة من المولود السابق، ويرجع ذلك إلى استقبال الجسم الحمل الجديد قبل أن يسترجع التكوين الجسماني للمرأة قوته التي أستنفدها في الحمل السابق، و تعتبر أمراض النزلة المعوية من أسباب الوفيات المباشرة في هذه الحالة، و ينظر إلى فترة مقراها سنتان بين كل مولودين على أنها فترة مناسبة، فإذا زادت المدة بدرجة كبيرة فإن المواليد ذات الترتيب العالية تزداد عرضتها للوفاة، وهو أيضا من العوامل الغير الملائمة، كما هو الحال عندما تكون الفترة قصيرة (1).

5- صحة الأم:

تبين أنه إذا كان الحمل مصحوبا بأمراض متعلقة بالأم، أو وجود أعراض غير طبيعية أثناء تطور الحمل والجنين فإن احتمال وفاة المولود في فترة ما حول الولادة يكون مرتفعا ومن بين أهم الأمراض التي تزيد في ارتفاع معدل الوفيات عند الوضع مايلي: (2)

- ارتفاع الضغط الشراييني.

- أمراض القلب والجهاز التنفسي.

- أمراض السكر.

- أمراض الجهاز التناسلي.

6- محل الإقامة:

يعتبر محل الإقامة من العوامل الغير المباشرة في حدوث وفيات الأطفال الأقل من سنة، فقد أكد المسح الجزائري، أن هناك فرق في الهياكل والرعاية بين سكان الحضر والريف، ويتضح ذلك من خلال الجدول.

(1) مصطفى الشلقاني : التحليل الإحصائي و الديموغرافي ، المرجع السابق ص 175 .

(2) Mostafa Khiati : Démographie Algérienne . Op cit P 70

الجدول رقم (18) يبين التقديرات المباشرة للإحتمالات وفيات الأطفال الأقل طبقا لمحل الإقامة والجنس.

إحتمالات الوفيات في الألف		الجنس
وفيات الرضع		
الريف	الحضر	
73.7	47.2	الذكور
54.2	34.9	الإناث

المصدر : المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل ص 34

7- عوامل البيئة:

تعتبر عوامل البيئة إحدى الأسباب الغير مباشرة في وفيات الأطفال الرضع حيث تلعب دورها على مستوى الأسرة وتؤثر على كل من حالة المرافق والبيئة الأساسية في المنزل أو المنطقة المحيطة وكذلك على الممارسات الوقائية في الأسرة.

ويوضح الجدول التالي تأثير أربع عوامل منها:
الجدول رقم (19) يبين التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع طبقا لبعض العوامل البيئية.

العوامل البيئية	معدل وفيات الرضع بالألف
مصدر مياه الشرب شبكة ضح	65.3
أخرى	60.9
نوع المراض مراض متصل بشبكة صرف	63.3
أخرى	61.2
المنطقة المحيطة بالمسكن منطقة جافة	65.0
منطقة بها مياه راكدة أو طفح	43.4
أرضية المسكن أسمنتية فينيل	65.3
ترابية/ أخرى	58.3

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصاء، الجامعة العربية : المسح الجزائري حول الصحة الأم والطفل، المرجع السابق ص 40.

8- العوامل الأخرى:

إن العمل الشاق للأم، الخمر، المخدرات والتدخين المفرط، وعدم توفير الظروف البيئية الجيدة، وغياب القابلات ذوي الكفاءة العالية، والعتاد الطبي وعدم

توفر أدنى شروط النظافة عند الوضع والولادة، كلها عوامل يمكن لها أن تؤدي إلى وفاة المولود أثناء فترة ما حول الولادة وبعدها⁽¹⁾.

⁽¹⁾ علي الحسن: أطفالنا نموهم - تغذيتهم - مشكلاتهم، دار العلم للملايين، بيروت 1986، ص 28

الفصل الثالث

تأثير العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية

في تفاقم ظاهرة وفيات الأطفال الرضع

الفصل الثالث : تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية في تفاقم ظاهرة وفيات الأطفال الرضع

**المبحث الأول : أثر العوامل الاجتماعية و الثقافية في تفاقم
ظاهرة وفيات الأطفال الرضع**

**المبحث الثاني : أثر العوامل الاقتصادية في تفاقم
ظاهرة وفيات الأطفال الرضع**

**المبحث الثالث : أثر العوامل الديموغرافية في تفاقم
ظاهرة وفيات الأطفال الرضع**

المبحث الأول :

أثر العوامل الاجتماعية في تفاقم ظاهرة وفيات الأطفال الرضع.

لقد أشرنا في سياق الحديث عن محددات وفيات الأطفال الرضع إلا أن الاهتمام قد اتجه خلال العقد الأخير إلى دراسة قضية العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الديموغرافية المؤثرة في هذه الظاهرة. و من مؤكد أن الدراسات التي عالجت هذه القضية قد أسهمت في إثراء معرفتنا بمختلف العوامل التي تؤدي إلى حدوث الوفيات بين الأطفال و التي تم بناء عليها طرح مجموعة من الإجراءات التي تهدف إلى الحد من تفاقم حجم هذه الظاهرة في مجتمعات العالم الثالث ومنها الجزائر.

و قد أثبتت نتائج العديد من الدراسات في هذه الصدد- أن تمة علاقة قوية بين مستويات التقدم الاجتماعي و الاقتصادي، و مستويات معدلات وفيات الأطفال الرضع، حتى أن هذه الأخيرة أصبحت تستخدم في كثير من الأحيان - للإشارة إلى درجة التطور الاجتماعي و الاقتصادي لمجتمع ما من المجتمعات و يظهر من خلال الدراسة المقارنة التي أجراها BEHM عام 1975 حول وفيات الأطفال الرضع في أمريكا اللاتينية أن نسبة وفيات أطفال الأمهات الذين تقل أعمارهم عن سنتين تبلغ ثلاثة و أربعة أضعاف نسبة الوفيات بين الأطفال الذين تقل أمهاتهم عشر سنوات أو أكثر من التعليم⁽¹⁾ كما تؤكد دراسة CALDWELL عن وفيات الأطفال في أبيجان (نيجريا) عن أهمية الدور الذي يلعبه تعليم الأمهات في التقليل في مستوى معدلات الوفيات و يرى أن لهذا العامل تأثير يفوق تأثير أي متغير اجتماعي و اقتصادي آخر كما يشير المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل سنة 1992 على تأثير وفيات الأطفال الرضع بمستوى تعليم الأم و حالتها المهنية، حيث أن أطفال الأمهات الأعلى تعليما و اللواتي

(1) وليام بواس: السياسات الهادفة لتقليص تفاوت الوفيات في السكان والتنمية في الشرق الأوسط اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب أسيا الأمم المتحدة. 1985 ص 48

يعملن بأجر نقدي، يتمتعون بفرص أكبر للبقاء على قيد الحياة، بالمقابل نجد أطفال الأمهات اللواتي لم تلتحقن بالمدرسة و لا تعمل بأجر نقدي تقل فرصة بقاءهم على قيد الحياة⁽¹⁾ كما تشير البيانات المأخوذة من المسح الجزائري حول الخصوبة خلال الفترة من 1969-1970 على سبيل المثال - إلى أن نسبة وفيات أطفال الأمهات المتعلقات قد بلغ 105 % في ألف حين بلغت نسبة وفيات الأطفال الأمهات غير متعلقات 150 في ألف⁽²⁾ كما تبين من خلال الدراسة التي اقيمت في اتحاد السوفييتي أن أغلب النساء يرضعن أطفالهن سواء كان ذلك في المدن أو في القرى اعتمادا على المعلومات المعطاة من قبل مؤسسات الاستشارة و الرعاية الصحية في موسكو، فإنه ما يقرب عن 93 % من النساء يرضعون أطفالهن بعد الولادة، و في حالة قلة اللبن فيطعم الأطفال بالإضافة إلى ذلك بالمواد اللبنيّة و المواد الغذائية الأخرى لأن لهذا النوع من الرضاعة أهمية كبريلأنه لوحظ أن نسبة الوفيات قلت بثمان (8) مرات من الأطفال الذين أرضعوا لبن أمهاتهم بالنسبة للأطفال الذين أطعموا بالطريقة الاصطناعية⁽³⁾ و فصدت الحدث عن تأثير العامل الاجتماعي علمدة الرضاعة، فلنأخذ على سبيل المثال تأثير المستوى التعليمي للأُم على ممارستها على متوسط طول فترة الرضاعة فتبين أن الأمهات اللواتي لم يتحصلن على قسط من التعليم يرضعن أطفالهن فترة أطول من غيرهن حيث يبلغ متوسط فترة الرضاعة لهؤلاء الأمهات 14.9 شهر مقابل 11.5 شهر للأمهات اللواتي لم تلتحق بالمرحلة الابتدائية⁽⁴⁾ بالمقابل فارتفاع مستوى تعليم الأمهات قاد بعض النساء إلى الاعتقاد أن الرضاعة الطبيعية تضر بصحتهن أو تفقد من جمالهن و رشاقتهن وأن المستفيد الوحيد هو الرضيع⁽⁵⁾ و يتضح في نفس السياق أن البيئة التي يعيش فيها الطفل بكل نواحيها الايكولوجية و الصحية فضلا عن وجود بعض العادات الصحية السيئة، كعدم حرص بعض الأفراد على نظافتهم الشخصية واتجاه الأمهات المتعلقات نحو فطم

⁽¹⁾ وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصاء، الجامعة العربية. المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل المرجع

السابق.ص.34

⁽²⁾ Dominique tabutin : la mortalité infantile et junveile en Algérie, op-cit p 35

⁽³⁾ لا نجو فوي : أمراض الأطفال، المرجع السابق ص 64.

⁽⁴⁾ الديوان الوطني للإحصاء، وزارة الصحة والسكان. المرجع السابق ص 118

⁽⁵⁾ لطيفة فهد: الرضاعة الطبيعية، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي، الكويت ط 2 1983 ص 28

الأطفال الصغار في مرحلة مبكرة، و من تم قصر فترة الرضاعة الطبيعية تؤدي إلى سوء تغذية الطفل الرضيع ، إذ تسبب له مستحضرات الألبان الصناعية الملوثة بسبب ظروف غير صحية اسهالات خلال السنة الأولى من عمره. كما أن العامل الثقافي و وعي الأمهات دورا في عملية الرضاعة، فقد تبين أن حليب الأم غداء مثالي غير معوض في بداية حياة الرضيع لما تحدثه من مناعة ضد العدوى و الإسهال و هما سببان رئيسيان في وفيات الأطفال الرضع، و تدل الإحصائيات أن نسبة الوفيات تقل من (4) أربعة مرات حتى (6) ستة بين الأطفال الرضع الذي يتلقون التغذية الطبيعية و إذا قورنت بع بالوفيات الذين يتلقون الرضاعة الاصطناعية (1) و يعني هذا أن الأم التي ترضع ولدها تحصنه ضد الإصابة بالأمراض أما الأم التي ترضع طفلها بالقارورة فهي ترضعه للموت. و قد نشرت جمعيتي (lorberts) ((welk war and want)) ((grappe dritte مقالاً حول ضرار الرضاعة الاصطناعية، فكان الأول مقالها بعنوان " قاتل الأطفال الرضع " و أرجعته إلى ارتفاع سبب الوفيات الأطفال الرضع في الدول العالم الثالث و لكثيرة استيراد للحليب ((nestle)) أما المجلة الثانية غيرت العنوان من قاتل الأطفال ((nestle tué les bébes))

كما أن الحليب المستورد بشكل خاطرة في الدولة النامية أكبر من الدولة المتقدمة بسبب تلوث المياه و صعوبة التعقيم و عدم الاحترام الأم للمقاييس الصحية في التحضير خاصة عند الأمهات الأميات، و هذا يشكل خطرا كبيرا على صحة الرضع، فيعرضه للإصابة بالأمراض كسوء التغذية و الإسهال التي تؤدي بحياته إلى الموت (2).

كما يشير "راتكلف" إلى مدى انتشار الخدمات الصحية في تحقيق الانخفاض في معدلات الوفيات في ولاية كيرالال (الهندية) على أنه قد تنبه إلى هذا الانخفاض كان قد حدث في أكثر أنحاء هذه الولاية قبل التوسع في انتشار هذه الخدمات، حيث ارتبط جغرافيا بمستويات معرفة القراءة و الكتابة، كما يتضح أيضا أن معدلات وفيات الأطفال المسجلة في الكويت و إن كانت منخفضة نسبيا مقارنة بمثيلاتها في بعض الدول النامية إلا أنها تبدو أعلى بكثير من مستويات المعدلات السائدة في أوروبا الغربية، و يعزي ذلك بعض العوامل الاجتماعية و التي منها أن عامل تعليم الأمهات ظل بطيئا في تغييره قياسا بالعوامل الاقتصادية (3)

و الواقع أن الأدلة التي تعكس اختلاف معدلات وفيات الأطفال الرضع باختلاف المستوى التعليمي للأمهات تشير إلى الدور الكبير الذي يلعبه عامل التعليم في تحديد مستوى هذه المعدلات و على

(1) مرتين شود : صحة الأطفال، دار سير، موسكو، 1985 ص 54

(2) عدلان السبعي: السيكولوجية الأمومة ومسؤولية الحمل. الشركة المتحدة للتوزيع الجزء الثاني . دمشق 1985- ص 31.

(3) محمد ابراهيم عادل : السياسة الصحية و أثرها على وفيات الأطفال. المرجع السابق ص 73

حد تعبير "كالدويل" فإن الأمهات المتعلّقات يتعدن عن التعاقد و يصبحن أقل إيماناً بالقضاء و القدر في حالة المرض، و من يلجا الى الكثير من السبل المتاحة في المجتمع من أجل رعاية أطفالهن و علاج ما يصيبهم من أمراض بذلك يؤثرون بشكل أساسي على فرض بقاء أطفالهن على قيد الحياة.

كما بينت دراسة قام بها البروفيسور " djamil lebane " في مصلحة التوليد لاحظ أن قاعة العمل للمركز بمصلحة التوليد و أمراض النساء لا تحتوي على التجهيزات الضرورية للإنعاش الخاصة بالمواليد الجدد، فالفرق الصحي لقاعة التوليد و تقنين طب الأطفال، تحولون المواليد الجدد من قاعة العمل إلى وحدة العناية بالأطفال بعد الولادة مباشرة تتم في ظروف سيئة تؤدي إلى انخفاض حرارة عند الرضع، و اختناق المولود و هذا يؤدي بدوره إلى وفاة الرضيع،

و تشير الدراسة كذلك أن وفيات المواليد ما حول الولادة تشتد دائما عند تحويل المولود الجديد من مصلحة صحية إلى أخري وهذا في غياب الوسائل الاستعجالية داخل سيارات الإسعاف يترجم عدم وعي الفريق الصحي أكثر من غياب القدرات التقنين⁽¹⁾ و نستنتج من هذه الدراسة أن غياب الوعي لدى الأطباء و التقنين في المصالح الإستشفائية له تأثير في ارتفاع وفيات الأطفال الرضع في المجتمع الجزائري و تشير بعض الدراسات الأخرى إلى أن مستوى معدلات وفيات الأطفال تتوقف أيضا- على درجة التحضر - بدليل ارتفاع هذه المعدلات في المناطق الريفية عن مثلتها في المناطق الحضرية و خاصة في معظم بلدان العالم الثالث يرجع هذا على حد تعبير " wirth " إلى أن عملية التحضر تحدث تغير في أساليب المعيشية الحديثة- بما في ذلك فبالجديد و الحديث في طرق رعاية الطفل و يضيف أن الخدمات الطبية أكثر توافر في المناطق الحضرية عنها في المناطق النائية و لذلك يتوقع وجود علاقة عكسية بين المستوى التحضر و مستويات وفيات الأطفال الرضع.

و في هذا الصدد تشير البيانات الإحصائية المأخوذة من مسح حول صحة الأم و الطفل الذي تم في الجزائر خلال سنة 1992 إلى وجود ارتفاع ملحوظ في مستوى معدلات وفيات الرضع بين الجنسين في المناطق الريفية حيث بلغ 73,7% عند الذكور و 54,2% عند الإناث، في حين لم

⁽¹⁾ MSP : Assis national de santé, initiative pour une maternité sans risque problématique et perspectives Alger.Mai1998 p 5

يتجاوز هذا المستوى حدود 47,2% عند الذكور و 34,9% عند الإناث في المناطق الحضرية (2)

و طالما أن الأمهات هن المسؤولات عن التغذية و الرعاية الصحية لأطفالهن فإن معرفتهن بالقراءة و الكتابة تساعدن على أدارك الحالات التي ينبغي فيها اللجوء إلى المساعدة الطبية فضلا عن اتخاذ الإجراءات الوقائية الضرورية فبقدر ازدياد اهتمام السكان بالتعليم خاصة بين النساء في سن الإنجاب - يزداد توفير الرعاية الصحية المناسبة، و هذا ما يبدو واضحا في ظل الشواهد التي تم استخلاصها من الدراسات التي اهتمت بهذه القضية في بعض المجتمعات النامية منها الجزائر و على ذلك فإن الأمية يمثل أحد المعونات التي تحول دون تحسين الوضع الصحي للأطفال، و من ثم فإن ذلك يؤدي إلى ارتفاع في مستوى معدلات وفيات الأطفال خاصة مع وجود ارتفاع في نسبة الولادات بين الأميات.

و لكن يتضح من خلال الإشارة إلى العوامل الاجتماعية المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال الرضع- أن كلا من المستوى التعليمي، و الوعي و درجة التحضر يعتبرون بمثابة محددات أساسية لمستوى الوفيات بين الفئات السكانية و في ضوء هذا ملاحظات يمكن أن نفسر سبب تلك الاختلافات بين معدلات وفيات الأطفال الرضع في معظم بلدان العالم النامي بما فيها الجزائر.

(2) وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصائيات الجامعة العربية المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل. ، المرجع

المبحث الثاني: أثر العوامل الاقتصادية في ظاهرة وفيات الأطفال

دلت بعض الدراسات، فضلا عن بعض عمليات المسح على أن الاختلاف في معدلات وفيات الأطفال الرضع مرتبط بعامل اقتصادي أساسي يتمثل في دخل الأسرة، ويشير في هذا المجال - مسح أجراه المركز القوي للإحصائيات الصحية بالولايات المتحدة الأمريكية إلى أن معدلات وفيات الأطفال في الأسر ذات الدخل المنخفض أعلى نسبة 60 في المائة من تلك المعدلات المسجلة في الأسر ذات الدخل المرتفع (1)

و بالاعتماد على البيانات الإحصائية التي أصدرتها المنظمة العالمية للطفولة لعام 1978 و التي توضح علاقة معدلات وفيات الأطفال بمتوسط دخل الفرد في بعض بلدان العالم، تبين - بصفة عامة- أن ارتفاع متوسط دخل الفرد في المجتمع يقابله انخفاض في نسبة وفيات الأطفال الرضع، و ذلك لأن ارتفاع الدخل يعكس الوضع الاقتصادي و المعيشي للعائلات و من تم يؤثر بشكل فعال في نسبة حدوث الوفاة بين الأطفال.

و مما يلاحظ في هذا الصدد- أن ارتفاع متوسط الدخل عند الفرد بعض في الدول العربية مثل ليبيا و العراق و السعودية و عمان، يقابله ارتفاع مماثل في معدلات وفيات الأطفال و يرجع ذلك إلى أن هذا المتوسط لا يعبر عن واقع توزيع الدخل بين الأفراد - خاصة مع وجود ذلك التفاوت بين الطبقات الاجتماعية و الاقتصادية في كل هذه المجتمعات (2)

(1) محمد عادل ابراهيم : السياسة الصحية و اثرها على وفيات الأطفال، المرجع السابق ، ص 74

(2) محمد عادل ابراهيم : نفس المرجع ص 75

و تشير دراسة قام بها ((المركز الوطني للدراسات والتحليل من أجل التخطيط CENEAP)) في المجتمع الجزائري سنة 1997، تبين أن خصائص المعيشة للطفل الرضيع تقلص من الوفيات الذين يعيشون في مسكن مجهز بالمياه الصالحة للشرب، ومرحاض مرتبط بقنوات صرف المياه، يقع في منطقة نظيفة يستفيد الرضيع من احتمال يرفع من حظوظ في الحياة، مقارنة مع الأطفال الذين ليس لهم مسكن مجهزا بالمياه الصالحة للشرب وقنوات صرف المياه (1)

و يلاحظ في هذا الصدد- أن المشكلات الصحية التي تعاني منها الأطفال الرضع ترتبط عموما بالآثار الناجمة عن العدوى و سوء التغذية، و ارتفاع معدلات الخصوبة و تدهور الظروف الاقتصادية كما تزداد هذه الأمراض انتشارا في المناطق التي يفتقر سكانها إلى المياه الصالحة للشرب فضلا عن عدم إتباعهم العادات الصحية السليمة، مما يؤدي إلى تلوث مصادر المياه التي يستعملونها و تراكم مياهاها، الأمر الذي يؤدي إلى إصابة الأطفال الرضع بالأمراض و خاصة مرض الإسهال و يؤدي إلى وفاة الرضع و يرى ((mc junkin)) ((ماكجنكين)) أن هناك علاقة طردية بين توافر المياه و صحة السكان، حيث أن توفير امتداد المياه و الإصحاح يؤديان إلى النهوض بصحة الطفل و نموه (2)

وأوضحت دراسة "Chesse- philippe" أن الكثير من الباحثين يربطون الوسط الاجتماعي والاقتصادي مع طريقة الرضاعة وتأثيرها على فترة الرضاعة الطبيعية، حيث أنه في فترة 1985-1986 سجل ب Monterial ((مونتييرال)) أن نسبة الأمهات من وسط معيشي منخفض تصل إلى 63 % اللواتي يرضعن أطفالهن طبيعيا مقارنة بالأمهات من وسط معيشي مرتفع وهذا راجع إلى تكاليف شراء الحليب و رضا عات الزجاجات و الحلمات و غير ذلك من لوازم الرضاعة الاصطناعية(3) و في الصدد الحديث عن تأثير العامل الاقتصادي قام الباحثان " Kongo— Massen" بملاحظة مجموعتان من الأمهات الحوامل حيث أن المجموعة الأولى من الأمهات كن يتناولن غذاء غير ملائم من الناحية الصحية و لم تكن تتوفر فيه عناصر الغذاء كامل من البروتينيات و الفيتامينات، فتبين وجود اختلافات واضحة و شاسعة، فلقد كان وزن مواليد الفئة الثانية أكبر بكثير من الفئة الأولى و بالتالي فإن الفئة الثانية لها فرص بقاء على قيد الحياة أكثر من الفئة الأولى (4) كما تبين كذلك من خلال الدراسات أسباب الولادة المبكرة تعود إلى علل و

(1) CNEAP : Population , société , Développement en Algérie, op.cit p 32

(2) CENEAP : Population , société , Développement en Algérie, IBID p 35

(3) chessex Philippe et autres: Allaitement maternel et alimentation de l'enfant de 0 – à 1 ans. Edition agency d'ARINC, canada , 1984 P36

(4) علي حسين: أطفالنا نموهم وتغذيتهم المرجع السابق ص 35.

أسباب مختلفة كالحالة الاجتماعية و المعشية، فالأم في العائلة الفقيرة المعوزة تكون على الغالب سيئة، مصابة بفقر الدم، و هي لا تلقى العناية الكافية أثناء الحمل و الولادة، مما يتسبب في ظهور بعض النتائج الوخيمة كتكرار الإسقاط و الولادة الخديج (مبكرة) و ولادة الجنين ميتا، و غير ذلك و منها مرض الأم كإصابتها ببعض الأمراض الموضعية التي تلحق بالأعضاء التناسلية و العديد من الأمراض الأخرى كفقر الدم و سوء التغذية و بالتالي فإن فرص بقاء المولود المبكر على قيد الحياة تكون ضعيفة مقارنة مع الولادة العادية (1)

و يذهب "عبد الهادي يموت" في تفسير لها سبق إلى أن الجزء الكبير من القوى العاملة أي نحو 62 في المائة في المجتمع السعودي على سبيل المثال يعمل في القطاع الزراعي، في حين أن القطاع الزراعي لا يمثل وفيات الأطفال مرتبط بانخفاض دخل أكبر شريحة من السكان و كذلك الأمر بالنسبة لمجتمع سوى 2 من المائة من الدخل القومي السعودي، و من هنا كان ارتفاع الجزائري إذ يعمل 25 بالمائة من القوى العاملة في القطاع الزراعي، في حين أن القطاع الزراعي لا يمثل سوى 6 من الناتج القومي، و ذلك عام 1984 (2) أما عام 1995 فكان يعمل 19,9 % من القوى العاملة في القطاع الزراعي في حين أن القطاع الزراعي لا يمثل إلا 10,3 % (3) في مدى تأثير بعض العوامل مثل الإقامة الحضرية و الريفية و الدخل العائلي - و الحالة السكانية في معدلات وفيات الأطفال الرضع، على أننا لا نجد مثل هذا التفاوت مع عامل كالمستوى التعليمي، فلقد كشفت الدراسات التي قامت بها منظمة العالمية لصحة (O.M.S) والتي شملت سبعة بلدان في إفريقيا و خمسة بلدان في آسيا و ثلاثة من أمريكا اللاتينية على أن التعليم يعد العامل المهيمن، حيث تبين أن النساء التي تحصلن على أكبر قدر من التعليم من أقل فئة تتعرض أطفالها للوفاة، كما وجد ارتباط بين تعليم الأمهات لمدة 10 عشر سنوات و بين انخفاض وفيات الأطفال (4)

(1) عبد الله الصوفي : موسوعة العناية بالطفل، ص108

(2) عبد الهادي يموت: النمو السكاني والتنمية الاقتصادية والاجتماعية العربية، معهد الإنهاء العربي بيروت، 1988 ص 30.

(3) CENEAP : population société et développement , OP- cit, P75.

(4) عادل إبراهيم: السياسة الصحية وأثرها على وفيات الأطفال، المرجع السابق ص 76.

المبحث الثالث: الديموغرافية على وفيات الأطفال الرضع

اتجهت بعض الدراسات الديموغرافية إلى التركيز على العوامل الديموغرافية المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال الرضع، و من تم اهتمت ببحث أثر الخصوبة المرتفعة في حدوث هذه الوفيات، و ذلك للكشف عن العوامل التي تساهم في تفاقم هذه الظاهرة، و من هنا تناولت مثل هذه الدراسات قضية اختلاف العالم الثالث التي تشهد ارتفاعا مستمرا و ثباتا في معدلات الإنجاب و الخصوبة.

و في هذا الصدد أثبتت دراسات عديدة سواء التي تمت في المجتمعات المتقدمة أو التي تم إنجازها في المجتمعات النامية خلال السنوات الأخيرة وجود علاقة بين كل من سن الأمهات و عدد أطفال الأسر، و الفترة ما بين الولادات و ارتفاع نسبة الأخطار التي تهدد حياة طفل الرضيع.

و قد تبين أن معدل وفيات الأطفال الذين أمهاتهم أقل من 20 سنة، و أكثر من 30 سنة مرتفع مقارنة بالفئات العمرية الأخرى للأمهات، في بعض الأبحاث و 35 سنة حسب دراسة التي قامت بها المنظمة العالمية للصحة في سنة 1978.

أما بالنسبة للأمهات التي يقل سنهن عن 20 سنة فقد أقام الباحثان ((Bulter)) و ((Feldslein)) دراسة خاصة بهن و هذا في سنة 1965 و توصلوا إلى أن ارتفاع في معدل الوفيات عند هؤلاء النساء لا يرتبط أساسا بسنهن فقط بل يرجع إلى كون هذه الفئة من النساء تتميز عادة بمستوى تعليمي محدود و وضعية اجتماعية و اقتصادية منخفضة و إلى كون الولادات ذات الرتبة الأولى⁽¹⁾.

كما أن ارتفاع عدد الأطفال إلى أكثر من ثلاثة فضلا عن التقارب بين الولادات تمثل عوامل أساسية في تفاقم ظاهرة الوفاة بين الأطفال الرضع. الذين تتراوح أعمار أمهاتهم ما بين 25 إلى 29 سنة، أما عن تأثير الفترة التي تفصل بين الولادة و الأخرى، فقد أظهرت الأبحاث الخاصة بصحة الأم و الطفل على أنه هناك خطر شديد بالنسبة لحالات الحمل التي تتعاقب مباشرة.

كما أثبتت أيضا هذه الأبحاث أن المدة الفاصلة بين الولادتين لها دور هام في تحديد الحالة الصحية للمولود عند الولادة، إذ أن معدل الوفيات الرضع يكون مرتفعا إذا قلت المدة الفاصلة بين ولادتين عن 18 شهرا أو تجاوزت 3 سنوات، و يرجع هذا إلى حاجة الأم لاستعادة قوتها بعد فترة الحمل و

⁽¹⁾O.M.S. La prévention de la morbidité périnatales. OP cit P.18.

الولادة و إلى تعويض ما استنزفه الحمل السابق من مخزون قبل حدوث حمل جديد⁽¹⁾ كما أبرزت نتائج الدراسة المقارنة التي أجرتها منظمة العالمية للصحة " OMS " في سبعة بلدان متقدمة وكوبا ملاحظة أساسية مفادها أن الفترة المثلى بين الولادة و الأخرى تتراوح ما بين 18 شهر وثلاثة أعوام حيث أن نسبة وفيات الأطفال الرضع يولدون بعد 12 شهر من الولادة السابقة تفوق 3,5 أضعاف نسبة وفيات الرضع الذين يولدون بعد الفترة المثلى المذكورة، حيث تشير الدلائل الواردة من البلدان النامية إلى نفس الإتجاه بصفة عامة، إذ تبين وجود علاقة بين ارتفاع معدلات وفيات الرضع و الفترة القصيرة التي تفصل بين الولادة الأخرى في عدة بلدان من أمريكا اللاتينية⁽²⁾.

كما أشارت مجموعة كبيرة من الدراسات في كل من البلدان النامية والمتقدمة إلى وجود ارتفاع في معدلات وفيات الأطفال الرضع بعد الولادة الثانية والرابعة، خاصة وأن الرعاية الصحية للطفل تتضاءل بالضرورة عندما يتجاوز عدد الأطفال ثلاثة أو أربعة بل أن هذه الرعاية الصحية يمكن أن تفنق عن الأسر أقل يسرا⁽³⁾

وعلى الضوء ما سبق من عرض وتحليل لأسباب ومحددات وفيات الأطفال الرضع من خلال اعتمادنا على البيانات الإحصائية المتوفرة ونتائج العديد من الدراسات يتضح أن المشكلات الصحية التي يعاني منها الأطفال والتي تؤدي إلى إحداث أكبر قدر من الوفيات منهم، هي تلك المشكلات المتعلقة بانتشار الأمراض المعدية والمعوية والتي منها مرض الإسهال الذي يعد أخطر آفة تصيب الأطفال الأقل من سنة في معظم بلدان العالم الثالث فيها الجزائر.

ومن المؤكد أن هذه الأمراض تقترن بالظروف الصحية السيئة، وانتشار سوء التغذية وارتفاع معدلات الخصوبة. الإنجاب في سن مبكر و متأخر وارتفاع عدد الأطفال في الأسرة وقصر الفترة بين الولادة والأخرى فضلا عن نقص الرعاية الصحية.

فمن المعلوم جيدا أن الأطفال الذين تعاني شعوبها من سوء التغذية المزمن تعاني أيضا من ارتفاع وفيات الأطفال الرضع، حيث يجمع الأطباء على أن الأطفال الذين يتناولون الغذاء الكافي من الناحية الكمية والكيفية، غالبا ما يتعرضون للأمراض وتكون أمراضهم اشد وطأة ويسجلون حالات وفيات أعلى بالمقياس إلى غيرهم⁽¹⁾ وقد بينت بعض الدراسات أنه إذا كانت الأم صغيرة السن أو متقدمة السن أو متى أكثر من إنجاب الأولاد فإنه يحتمل أن تلد خديجا، كما يولد الطفل قبل

⁽¹⁾Sanuel Preston : Biologie and social aspects of mortality and the lengthy of life ordina, Belguin, 1982, P340.

⁽²⁾ عبد الرحيم عمران: سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية. نيويورك 1982. ص 136

⁽³⁾ محمد إبراهيم عادل: السياسة الصحية وأثرها على وفيات الأطفال المرجع السابق ص 78

⁽⁴⁾ عبد الله الصوفي: موسوعة العناية بالطفل المرجع السابق 1977 ص 52.51.

الأوان، متى كان توأمان وأحيانا يقرر الطبيب التكبير في التوليد متى خشى عليها ونشعر بعض الفحص والتدقيق أنه معرض للموت إن بقي في أحشاء أمة وهذا الغالب يقع متى ارتفع ضغط دم الأم ومتى كان نمو الجنين بطيئا.⁽²⁾

تعود أسباب الولادة المبكرة إلى علل وأسباب مختلفة كالحالة الاجتماعية والمعيشة فالأم في العائلة الفقيرة المعوزة تكون في الغالب سيئة التغذية، مصابة يفقر هي لا تلقي العناية الكافية أثناء الحمل والولادة، مما يتسبب في ظهور بعض النتائج الوخيمة، كتكرار الإسقاط وولادة الجديج (مبكرة) وولادة الجنين ميتا وغير ذلك، ومنها مرض الأم ببعض الأمراض الموضعية التي تلحق بالأعضاء التناسلية والعديد من الأمراض الأخرى منها الحادة والمزمنة كالسل والملاريا والداء السكري التيفوئيد بالإضافة إلى إصابتها بقصور مرض تقيل الوطأة في القلب⁽³⁾ أما عن تأثير نتائج الولادات السابقة فقد تبين أن مواليد الأمهات اللواتي تعرضن إلى إجهاض أو فقدان مواليدهن خلال الأسبوع الأول من الحياة أو أنجبن الولادات ميتة يكونون أكثر عرضة للوفاة في فترة ما حول الولادة، حيث تبين من خلال الدراسة التي أقيمت في الزاير أن معدل الوفيات ما حول الولادة يبلغ مقدار 66.4% لدى مواليد الأمهات ذوي السوابق الطبية⁽⁴⁾، كما أكدت نتائج بعض الدراسات إلى أن نسبة الأطفال الذين يولدون بأوزان تقل عن الوزن الطبيعي أي يوزن تقل عن 2500 غرام تتراوح ما بين 15.5% من مواليد في بعض البلدان العربية .

ويرجع هذا النقص في الوزن المولود إلى عدم حصول الأم على القدر الكافي من الغذاء خلال الشهور الأخيرة من الحمل وينتج عن هذا عدة عوامل من أهمها: صغر سن الأم الحامل، الحمل المتكرر والحالة الصحية الغذائية للأم، كما أن لانتشار الفقر والامية دورا في تدهور الوضع الصحي والغذائي لكل من الأم الحامل والرضع على السواء.⁽⁵⁾

وفي هذا الصدد الحدث دراسة "Klosterman" التي أجراها سنة 1968 والتي لاحظ من خلالها أن النساء اللواتي أنجبن أكثر من أربعة (4) ولادات ينجبن عادة مواليد ذوي وزن منخفض، كما تبين كذلك من خلال هذه الدراسة أنه يوجد اختلاف في وزن مواليد الأمهات ذوات الرتبة المنخفضة من المواليد أي الأقل من 4 ولادات، وهذا الاختلاف يكون واضحا ابتداء من الأسبوع الثاني و

(2) ذ اميل خليل بديس: دليل الطفل الطبي، منشورات دار الأفاق الجديد بيروت ط4 ، 1991 - ص 65.

(3) عبد الله الصوي: موسوعة العناية بالطفل، المرجع السابق، ص 108.

(4) Nzito-KIKHELA : techniques de collectes et d'analyse de données sur la mortalité périnatale à Kinshasa, Canada 1988

(5) محمد عباس خفير و آخرون : واقع الطفل العربي ، لعام 1989 ، المجلس العربي للطفولة .

الثلاثين (32) من الحمل فقد يبلغ الفارق بينهما "120غ" عند الأسبوع السادس والثلاثين من الحمل ويرتفع إلى "200غ" عند الأسبوع الأربعين "40" من الحمل (1).

وانتقلت كل البحوث والدراسات على أن وزن المولود الجديد عند الولادة هو العامل الذي يؤثر في تحديد مستوى الوفيات ما حول الولادة، حيث تبين من خلال الدراسة التي قام بها "Rontebilo" والتي خصت 11905 ولادة وأن وفيات الحديثة الولادة تقدر بـ 32.8% ذوي وزن منخفض عند الولادة بينما تقدر هذه الوفيات بـ 104% فقط بالنسبة للمواليد ذوي وزن عادي عند الولادة (2). كما يبين الباحثان "Marolla" و "Susser" أن معدل وفيات المواليد المولدين بوزن منخفض يكون أكبر بـ 35 مرة من معدل وفيات ما حول الولادة للمواليد ذوي الوزن العادي عند الولادة (3) فالتغذية المختلطة أو الصناعية وعدم كفاية الهواء النقي والضوء وسوء التغذية ظروف حياة الطفل الصحية والسكانية أصابته بأمراض مختلفة بإمكانها أن تؤدي إلى عدم زيادة وزن الطفل وتؤثر على نموه العام وبالتالي يمكنه أن يؤدي إلى الوفاة (3) ومن بين العوامل الديموغرافية المؤثرة في ظاهر وفيات الأطفال الرضع الرضاعة وعلى سبل المثال نذكر الدراسة التي قام بها "Mowarth" بملاحظة 5300 طفل في مدينة إنجليزية "Derby" موضحة تأثير الرضاعة على وفيات الأطفال الرضع في خلال فترة 1900. 1903 .

(2) OMS : La prévention de la mortalité et morbidité et de la mortalité périnatale op.cit p 38

(3) Mefoued A : étude de la mortalité néonatale pendant 5 ans (1969 – 1973) au CHU Mustapha Bacha , thèse de doctorat en médecine

(5) لاجوفوي : أمراض الأطفال ، دار مير للطباعة و النشر الاتحاد السوفياتي موسكو 1969 ص 21 .

جدول يبين وفيات الأطفال الرضع حسب نمط الرضاعة

طريقة الرضاعة	الأطفال	نسبة الأطفال المتوفيين قبل سنة
حليب الأم	63.3	7.0
رضاعة مختلطة	17.3	9.9
لا رضاعة	19.4	19.8
المجموع	100	100

Source : Tabutin Dominique : la mortalité infantile et juvénile en Algérie travaux et documents, Cahiers N° 77 INED , Paris ,1976 p 162

الجدول هنا واضح حيث نجد نسبة وفيات الأطفال الرضع الذين لم تكن لهم لا رضاعة إطلاقاً مرتفعة مرتين أو أكثر من الأطفال الذين كانت لهم الرضاعة مزدوجة (مختلطة) حيث نجد أقل نسبة في الوفيات هي نسبة الأطفال الذين كانت لهم رضاعة مختلطة 9.9 % من 17.3 % تم في الأخير نجد نسبة وفيات الأطفال الذين لم تتم لهم رضاعة 19.8 % من 19.4 % أما نسبة مجموع الوفيات الأقل من نسبة وهي 10 % من 5300 أي 100 % ⁽¹⁾ كما أن للصحة الأم تأثير على وفيات الأطفال الرضع، خاصة إذا كان الحمل مصحوبا بأمراض متعلقة بالأم أو وجود أعراض غير طبيعية أثناء تطور الحمل الجنين فإن احتمال وفاة المولود في فترة ما حول الولادة يكون مرتفعا وأكثر أسباب هي مختلف الأمراض التي تصيب الأم كالسل، والملاريا، والتهاب الكلي المزمن، وأمراض الكبد المزمنة، ارتفاع ضغط الشراييني، أمراض القلب الجهاز التنفسي، وإصابة الأعضاء التناسلية للمرأة والأمراض الأخرى. ⁽²⁾ صف إلى ذلك العمل الشاق للأمهات الحوامل وتعاطي الخمر والمخدرات والتدخين المفرط وعدم توفر الظروف البيئية الجيدة وغياب

⁽¹⁾ Dominique Tabutin : Mortalité Infantile et juvénile en Algérie, op cit p 163

⁽²⁾ Khiasi Mostafa : Démographie Algérienne ,op cit p70

القابلات ذوي الكفاءة العالية والعتاد الطبي وعدم توفر شروط النظافة عند الوضع والولادة كلها عوامل يمكن أن ، تؤذي إلى وفاة المولود أثناء الحمل والولادة.⁽¹⁾

كما أسفر التحليل عن بروز مجموعة من العوامل الاجتماعية والاقتصادية كمحددات المستوى الوفيات منها: المستوى التعليمي للأم ودرجة التحضر، وداخل الأسرة، وتلعب هذه العوامل أدوار أساسية في اختلاف معدلات الوفيات بين الجماعات السكانية، وفي ذلك تأكيد على مدى تأثير كل من انتشار الأمية بين الأمهات في سن الإنجاب – انخفاض درجة التحضر فضلا على انخفاض دخل الأسرة في ارتفاع معدلات الوفيات بين الأطفال في مجتمعات النامية.

ومن ثم فإن هذه النتائج تقودنا إلى القول بأن: فرص بقاء الأطفال على قيد الحياة مرتبطة ومتوقفة على إحدى بعض التغيرات في الظروف الصحية والاجتماعية معنى تجاوز الإجراءات الطبية والعلاجية البحتة إلى ما هو اعمق منها في التأثير وتقصده به التركيز على الرعاية الصحية الأولية التي تركز على الجانب الوقائي بكل ما يحتويه من برامج للتثقيف الصحي والتغذية والإصحاح البيئي والتزويد بالمياه الصالحة للشرب والتحصين ضد الأمراض المعدية... وكلها برامج ترتبط بجوانب المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال ..⁽²⁾

والواقع أن هذه الحقائق تعد من بين العوامل الأساسية في إعادة توجيه السياسة الصحية بما يتناسب والظروف الصحية الاجتماعية والاقتصادية لمجتمعات العالم الثالث منذ إصدار إعلان ALMA-ATA عام 1978 والذي أكد على ضرورة اتخاذ الرعاية الصحية الدولية كاستراتيجية رئيسية تهدف إلى تحسين المستوى الصحي لسكان وخفض معدلات بين الأطفال⁽³⁾.

⁽¹⁾ Khiami M : Démographie Algérienne , op cit p135.

⁽³⁾ محمد ابراهيم عادل : السياسة الصحية و أثرها على وفيات الأطفال ، المرجع السابق ص 83

⁽³⁾Gendreau Francis : Population D'Afrique , Manuel de démographie ed KARTHALA .CEPED , 1993,p236 .237

الفصل الرابع

وصف ظاهرة وفيات الأطفال الرضع من خلال

معطيات الملفات الصحية - مركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى بائنا

**الفصل الرابع: وصف ظاهرة وفيات الأطفال الرضع
من خلال معطيات الملفات الصحية
لمركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا**

**المبحث الأول:- تطور وتركيب وفيات الأطفال الرضع
- توزيع وفيات الرضع حسب السن والجنس**

المبحث الثاني: - توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب

السن

الأمهات عند الإنجاب

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب وسط الولادة

المبحث الثالث: - توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب

رتبة الولادة

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب

نوعية الولادة

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية

الرضاعة

الاستنتاجات

تمهيد:

يتناول موضوع بحثنا دراسة شاملة (exhaustive) لوفيات الأطفال الرضع في المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا للفترة (1995- 1998)، و تم اختيار هذه الفترة نظرا لتوفر الملفات الطبية لوفيات الأطفال الرضع، والتحسين الملحوظ في تسجيل المعطيات في الملفات مقارنة بالسنوات السابقة.

فبعد السماح لنا بالدخول إلى مستشفى واطلاعنا على مصالحتي طب الأطفال ومصلحة التوليد " Maternité"، تم لنا السماح بمعاينة السجلات الخاصة بالأطفال من 0 - 15 سنة ألا أن هذه السجلات لا تحتوي الأعلى عدد قليل من المعطيات (عمر الرضع، تاريخ الدخول، تاريخ الوفاة، سبب الوفاة، مكان الإقامة) وهذه المعطيات لا تسمح لنا بتحقيق البحث، وبواسطة بعض المعارف تمكنا من الحصول على الموافقة من طرف البروفسور، المصالحتي، المعنية بالدراسة وذلك للإطلاع على الملفات الطبية الخاصة بالأطفال الرضع خلال فترة الدراسة. (1995- 1998) وهذه الملفات تتوزع على المصالح التالية:

- مصلحة طب الأطفال C.MI : 68ملف الوفاة.

- مصلحة التوليد (المواليد الجدد): 172ملف وفاة.

وبالتالي فعدد وفيات الأطفال الرضع خلال فترة الدراسة (1995- 1998) وصل إلى 240 حالة وفاة، كما ينبغي الإشارة أن هناك عدد كبير من الملفات المفقودة من هذه المصالح المذكورة

-مصلحة التوليد (المواليد الجدد) 8 ملفات مفقود وبالتالي يصبح عدد الملفات المستعملة في الدراسة 164 ملف وفاة.

-مصلحة طب الأطفال: 10 ملف مفقود ليصبح عدد الملفات المدروسة 58 ملف وفاة.

وبالتالي يصبح العدد الاجتماعي للملفات المدروسة في البحث، خلال الفترة الدراسية في المركز الاستشفائي مصطفى باشا 222 ملف.

وعنده إطلاعنا على هذه الملفات، ثم جمع المعطيات التالية.

- جنس الطفل المتوفى

- تاريخ الولادة وتاريخ الوفاة

- العمر عند الوفاة

- مكان الإقامة

- سبب الوفاة

- سن الأم عند الإنجاب

- رتبة الولادة وعدد الاخوة

- طبيعة الرضاعة

- وسط الولادة

- التلقيح (B.C.G).

وكما يجب الإشارة أن كل الملفات 222 لا تحتوي على المستوى التعليمي للأبوين، كنا نود إدخال هذا المتغير الهام في الدراساتنا وكما لا حظنا أن هناك 05 حالة ولادة متينة خلال الفترة المدروسة (95- 1998)، وهذا دليل واضح على سوء التسجيل الولادات الميئة، حيث تسجيل أغلبية على أنها وفيات تحديد في نفس يوم الولادة . وانطلاقا من هذه المعطيات قمنا باستغلال هذه المعطيات (المعلومات) في بنا الجداول وتحليلها.

المنهج (المستعمل) المتبع:

استخدمنا في دراستنا لوفيات الأطفال الرضع المنهج الإحصائي التحليلي وذلك يعود لطبيعة الموضوع الذي يعتمد على الأرقام عددية تبين عدد وفيات الأطفال الرضع، لذا اعتمادنا على جمع البيانات على الميدان الوارد في الملفات الخاصة بدراستنا وجدولتها في جداول بسيطة ومركبة وفقا للمتغيرات المتحصل عليها (الجنس، العمر مكان الإقامة، سن الأم عند الإنجاب، مكان الولادة، نوعية الولادة، رتبة الولادة، نوعية الرضاعة...).

تم إرثائنا إلى تحليلها إحصائيا لأنه يعتبر أكثر دقة لاعتماده على لغة الأرقام وتمثلها في الأشكال البيانية لتسهيل التحليل والدراسة في نفس الوقت.

تصنيف المعدلات:

* معدل وفيات الأطفال الرضع: (TMI) Taux de Mortalité infantile

يقصد وفيات الأطفال أقل من سنة فعلية، بمعنى عدد الوفيات أقل من سنة التي حدثت خلال السنة، إلى عدد الولادات الحية المسجلة خلال نفس السنة ويقدر بالألف⁽¹⁾، ويقصد ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات الأطفال الرضع} = \frac{\text{عدد الوفيات أقل من سنة واحدة لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية لنفس السنة}} \times 1000$$

* معدل وفيات الذكور: " Taux De Mortalité Masculine "

⁽¹⁾ رولان بريسنا: التحليل السكاني، مفاهيم الطرق والنتائج، تره محمد رياض، فصل الوفيات، الديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر ص 175.

يقصد به وفيات الأطفال الذكور أقل من سنة، بمعنى عدد الوفيات أقل من سنة للذكور التي حدثت خلال سنة عدد الولادات الحية للذكور المسجلة خلال سنة ويقدر بالألف ويتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات الذكور} = \frac{\text{عدد الوفيات الذكور أقل من سنة واحدة لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية للذكور لنفس السنة}} \times 1000$$

• **معدل وفيات الإناث: " Taux de Mortalité féminine "**

يقصد به وفيات الأطفال الإناث أقل من سنة، بمعنى عدد وفيات الإناث أقل من سنة التي حدثت خلال سنة إلى عدد الولادات الحية للإناث المسجلة خلال نفس السنة وتقدر بالألف ⁽¹⁾ ويتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات الإناث} = \frac{\text{عدد الوفيات الإناث أقل من سنة واحدة لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية للإناث لنفس السنة}} \times 1000$$

⁽¹⁾BERDUGO MAIM : La sur mortalité masculine et ses causes, Thèse de médecine, 1975, P24.

تركيبة وفيات الأطفال الرضع:

1- وفيات المواليد الجدد: Mortalité Néonatale

يقصد بها الوفيات التي تحدث في ثمانية وعشرين يوم الأولى منذ الولادة، وحساب معدل وفيات المواليد الجدد يتمثل في نسبة الوفيات التي يحدث في ثمانية وعشرين يوم خلال السنة إلى الولادات الحية لهذه السنة⁽¹⁾ كما يتضح ذلك في القانون التالي :

$$\text{معدل المواليد الجدد} = \frac{\text{الوفيات (0.28 يوم) لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية لنفس السنة}} \times 1000$$

مع العلم أن هذه الفترة تعد مهمة لحصر العدد الهائل من الوفيات التي تحدث خلال هذه الفترة، لأنه من المعروف أن أهم فترة تتمثل في الأسبوع الأول من الولادة، وتسجل فيها وفيات معتبرة مما جعلنا نهتم بتقسيم المواليد إلى قسمين هما⁽²⁾

(أ) وفيات المواليد الجدد المبكرة: Mortalité Néonatale Précoce

ويقصد بها الوفيات التي تحدث خلال ستة أيام الأولى (0-6) أيام والمعدل الموالدي لهذه الوفيات التي حدثت خلال سبعة أيام الأولى من الحياة لسنة معينة إلى الولادات لهذه السنة⁽³⁾ كما يتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات المواليد الجدد} = \frac{\text{الوفيات فترة (6.0 أيام) لسنة معينة}}{\text{الولادات الحية الكلية لنفس السنة}} \times 1000$$

(1)Alain Monnier : Manuel d'analyse de la mortalité infantile, Manuel d'analyse de la Mortalité Paris, P 53

(2)Alain MOUNIER : IBID P53.

(3)Alain MONNIER : les méthodes d'analyse de la mortalité infants , OP cit P53.

ب) -وفيات المواليد الجدد المتأخرة: **Mortalité Néo- natale Tardive** يقصد بها الوفيات التي تحدث بداية من اليوم السابع للولادة إلى ثمانية وعشرين يوم، والمعدل الموالي لهذه الوفيات يتمثل في نسبة الوفيات التي تحدث من اليوم السابع إلى ثمانية وعشرين يوم من الحياة خلال السنة إلى الولادات الحية لهذه السنة (1) كما يتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات المواليد الجدد المتأخرة} = \frac{\text{الوفيات فترة (28.7 يوم تامة) لسنة معينة}}{1000 \times \text{الولادات الحية لنفس السنة}}$$

2) -وفيات ما بعد المواليد الجدد: **Mortalité post Néo- natale**

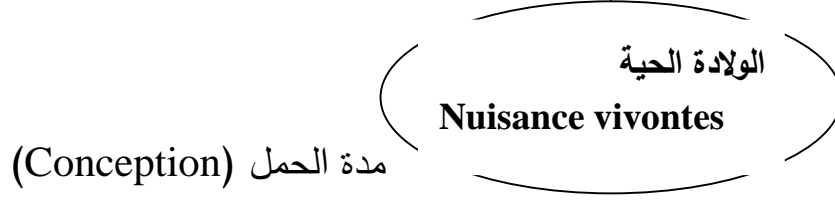
يقصد بها الوفيات الملاحظة خلال الفترة الواقعة ما بين التاسع والعشرين يوما إلى سنة تامة، المعدل الموالي لهذه الوفيات يتمثل في نسبة الوفيات التي تحدث في الفترة (29- 364 يوم تامة) خلال سنة معينة إلى الولادات الحية لهذه السنة، ننفي منها الولادات الحية الخاصة بالشهر الأول (2) بمعنى الولادات الحية الخاصة بوفيات المواليد الجدد كما يتضح ذلك في القانون التالي:

$$\text{معدل وفيات الأطفال الرضع} = \frac{\text{الوفيات فترة (29-364 يوم تامة) لسنة معينة}}{1000 \times \text{الولادات الحية لنفس السنة- الوفيات للفترة (0-28) يوم تامة}}$$

(1) Alain MONNIER.: les méthodes d'analyse de la mortalité infantile, Op cit , P 54.

(2) Alain MONNIER : IBID, P .54.

شكل (1) فترات وفيات الأطفال الرضع



* المبحث الأول: تطور وفيات الأطفال الرضع

لدراسة التطوير العام لوفيات الأطفال الرضع في المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر خلال الفترة (1995- 1988) لم نستطيع حساب معدل وفيات الأطفال الرضع لمختلف السنوات، وهذا الأسباب التالية:

1- (الأطفال الرضع الذين توفوا في المستشفى خلال سنوات البحث ليسوا كلهم من المواليد نفس المستشفى.

2- (الولادات التي تحدث في المستشفى خلال سنوات الدراسة ممكن أن تحدث لها وفيات داخل المستشفى هذا من جهة ومن جهة أخرى ممكن أن تحدث لها وفيات خارج المستشفى وهذا ما لمسناه أثناء معاينتنا للملفات وفيات الأطفال الرضع.

وبالتالي قمنا بوضع فرضية أن العينة (المستشفى) مغلقة، أي الأطفال الذين توفوا في المستشفى هم من مواليد نفس المستشفى ومن بين هذه الولادات لا تحدث وفيات خارج المستشفى بل تحدث دخله.

وقبل الشروع في دراسة تطور وفيات الأطفال الرضع، قمنا بحساب معدلات الوفيات حسب الطريقة التي سبق وأن شرحناها اعتمادا على المعطيات الولادات والوفيات.

جدول رقم (20) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع في المركز الاستشفائي خلال فترة الدراسة

معدل الوفيات %	الوفيات 344.0 يوم	الولادات الحية	الأحداث السنوات
29.83	88	2950	1995
12.56	34	2705	1996
21.97	68	3094	1997
9.38	32	3410	1998

المصدر: يبين الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر.

حسب الجدول رقم (20) يبين لنا أن معدل الوفيات الأطفال الرضع لعام 1995 مرتفعا مقارنة بالسنوات الأخرى حيث وصل إلى 29.83% هذا الارتفاع يعود ربما إلى توافد عدد كبير من الأطفال الرضع إلى المستشفى مصطفى باشا الجزائر وبالتالي توفوا، كما يرجع سبب بعض الأطباء المختصين في طب الأطفال إلى نقص الأدوية.

وبالمقابل فإن الفترات الأخرى 1996-1998 شهدا انخفاض محسوسا ما عد في فترة 1997 أين عرف معدل ارتفاعا من جديد، حيث وصل إلى 21.97% ثم انخفض إلى 9.38% عام 1998.

ومن المسببات الأساسية لانخفاض معدل الأطفال الرضع بصفة عامة البرامج المطبقة في منتصف التسعينيات حيث أعطى انعكاسا على صحة الأطفال، كما يبدو ذلك واضحا من خلال معدلات وفيات الأطفال حيث تضمنت هذه البرامج عدة محاور يدخل من بينها تلقيح الذي احتل مكانة هامة وكذلك تحسين ظروف الولادة، والظروف العامة لمعيشة السكان الناجمة على التقدم والتطور في مجال ظروف السكان وتحسين النظافة وكذا طريقة التغذية قد أدى إلى اختفاء بعض الأمراض المتعلقة وتراجع هام لأنواع أخرى من الأمراض، كمرض الحصبة والسلل والسعال الديكي... وهذا يعود إلى فعالية السياسة الصحية.

جدول (21) وفيات المواليد الجدد لمعطيات مركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا. الجزائر.

وفيات ما بعد المواليد الجدد		وفيات المواليد الجدد المتأخرة		وفيات المواليد الجدد المبكرة		الولادات الحية	الأحداث السنوات
المعدل %	العدد	المعدل %	العدد	المعدل %	العدد		
7.45	22	4.74	14	17.62	52	2950	1995
3.69	10	2.58	7	6.28	17	2705	1996
5.81	18	2.58	8	13.57	42	3094	1997
2.63	9	2.05	7	4.69	16	3410	1998
4.85	59	2.96	36	10.44	127	12159	1995 1998

المصدر: يبين الجدول على أساس معطيات مركز وعلى أساس ملفات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى
باشا الجزائر.

جدول (22) وفيات المواليد الجدد لمعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى
باشا الجزائر

وفيات ما بعد المواليد الجدد		وفيات المواليد الجدد		الولادات الحيّة	الأحداث السنوات
المعدل %	العدد	المعدل %	العدد		
7.45	22	22.37	66	2950	1995
3.69	10	8.87	24	2705	1996
5.81	18	16.16	50	3094	1997
2.63	9	6.74	23	3410	1998
4.85	59	13.40	163	12159	1995 1998

تطور وفيات الأطفال حسب التركيبة العمرية:

بمقارنة معدلات وفيات المواليد الجدد مع معدلات وفيات ما بعد المواليد الجدد نلاحظ أن معدلات الوفيات (28.0 يوم) مرتفعة من معدلات الوفيات (29- 364 يوم) وهذا راجع إلى أن المستشفى حدثت فيه حالات كبيرة لوفيات المواليد الجدد، كونه يستقبل عدد كبير من الولادات (172 حالة وفاة حدثت في مصلحة التوليد خلال الفترة 1995- 1998) أي حوالي 77.44% من مجموع الوفيات خلال الفترة مست ولادات وقعت في المستشفى، ومن جهة أخرى هذا الارتفاع في وفيات 28.0 يوم يرجع لوفيات لأسباب داخلية (متعلقة بالصحة الأم أثناء الحمل والوضع).

- تطور نسبة الذكور عند الولادة والوفاة:

يمكن اعتبار نسبة الذكور عند الولادة وعند الوفاة كمؤشر أساسي لقياس نوعية تسجيل الظواهر الديموغرافية في مصلحة الحالة المدنية الخاص بالقطاع الاستشفائي، ومعرفة التفاوت الحاصل في تسجيل الظواهر (الولادات، الوفيات) بين الذكور والإناث على المستوى المستشفى الجامعي لمصطفى باشا للفترة 1995-1998.

تكون نسبة الذكور عند الولادة طبيعية (significatif) إذا كانت محصورة بين 104 و 107 وهي عبارة عن النسبة بين عدد الذكور المولودين خلال سنة معينة إلى عدد الإناث المولودين خلال نفس السنة.

والجدول التالي بين تطور نسبة الذكور ومؤشرات زيادة الوفيات الذكرية:
جدول رقم (23) توزيع وفيات الرضع حسب المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدراسة .

مؤشرات الوفيات	نسبة الذكور عند الولادة	الوفيات معدل (%)		الوفيات 364 . 0 يوم		الولادات الحية		الأحداث السنوات
		إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
72	1.09	36.29	23.94	51	37	1405	1545	1995
26	1.06	11.43	13.63	15	19	1312	1393	1996
27	1.04	16.53	27.18	25	43	1512	1582	1997
00	1.11	9.63	8.88	16	16	1610	1800	1998
07	1.08	18.32	21.61	107	115	5839	6320	1995 1998

المصدر: يبين الجدول على أساس المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا.
يبين لنا من خلال الجدول رقم (23) ارتفاع نسبة الذكور عند الولادة أكثر من الإناث في المستشفى الجامعي لمصطفى باشا الجزائر خلال الفترة المدروسة من 1995 إلى 1998 لتدرج ما بين 1.04 إلى 1.11 % .

أما نسبة الذكور عند الوفاة مرتفعة خلال هاته الفترة 1996-1998 في المستشفى ما عد عام 1995 حيث واصل إلى 0.72 % لأن فيه (surmortalité féminine) ويعود بسبب ذلك إلى أكثر وفيات الأطفال الأنثى خلال تلك الفترة عن الذكور، أما السنوات الأخرى فنلاحظ أن هناك تفاوت واضح لجنس الذكر في الوفاة من الجنس الأنثوي (surmortalité féminine) يرجع هذا التفاوت أساسا إلى الأمراض المتعلقة بالحمل والوضع منها (الاختناق الولادي، الولادة المبكرة، والتشوّهات الخلقية ...) والتي لها تأثير على الذكور ضعيف المقاومة من الناحية

البيولوجية خاصة أثناء عملية الولادة حيث أن رأسه يكبر رأس الأنثى بـ 9 سم هذا ما بسبب عسر ولادته وبالتالي وفاته.

الجدول رقم (24) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب السن

النسبة (%)	التكرارات	السن
57.20	127	(0 - 6 أيام تامة)
16.21	36	(7 - 28 أيام تامة)
26.57	59	29-364 أيام تامة
100	222	المجموع

المصدر: يبين الجدول على أساس المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر .

يمثل الجدول رقم (24) توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب العمر بالأيام، فعند مقارنة لبنية الوفاة حسب السن لا حظنا سيطرة وفيات المواليد الجدد المبكرة (mortality Néo- natale tardive) ووفيات ما بعد المواليد الجدد (mortality post Néo natale) حيث قدرت نسبة وفيات المواليد الجدد المبكرة بـ 57.20% من مجموع الوفيات، في حين بلغت نسبة وفيات المواليد الجدد المتأخرة بـ 16.21% أما وفيات ما بعد المواليد الجدد بلغت نسبتها بـ 26.57% .

نفسر النسبة الكبيرة التي تمثلها وفيات الأطفال خلال الفترة (0-6 أيام) عن مجمل الوفيات، الآن أغلب هذه الوفيات مرتبطة بالحمل والوضع حيث أنها تؤثر على الرضيع مباشرة بعد الولادة، والتي يبدأ بروزها وتطورها أثناء الحمل أو خلال الحوادث التي يتعرض إليها الجنين أثناء الرضع نظرا لطبيعة الضعف البيولوجي الذي يتميز به المولود الجديد في أيامه الأولى بسبب ضعف المناعة الطبيعي، للعلم فإن هذه الأخيرة لا يكتسبها الرضع الأمع مرور الوقت ليدافع عن نفسه من أخطار الأمراض المعدية والتي تكثر شدتها في الفترة الممتدة من 29 إلى 364 يوم حيث أن الرضيع عند الولادة يكتسب مناعة من أمه تحميه من الأخطار الخارجية الممثلة في الأمراض المعدية، لكن هذه المناعة تتلاشى مفعولها مع مرور الأسابيع الأولى من عمر الرضيع لتجعله أكثر تعرضا للأمراض الفتاكة مع بداية الشهر الأول من عمره، وهذا

ما يفسر ارتفاع نسبة وفيات الأطفال للفترة (29- 364 يوم) مقارنة مع الوفيات
الفترة (7 - 28 يوم).

الجدول رقم (25) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس

النسبة (%)	التكرارات	الجنس
61.26	136	ذكور
38.73	86	إناث
100	222	المجموع

المصدر: يبين الجدول على أساس المعطيات المركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر .

يمثل الجدول (25) توزيع 222 حالة وفاة دون السنة في الفترة (1995- 1998) التي رصدت من المستشفى الجامعي لمصطفى باشا وموزعة حسب الجنس، فمن بين 222 وفاة لدينا 136 وفاة الجنس الذكر أي ما يماثل 61.26% من مجموع وفيات الأطفال الرضع و 86 وفاة لجنس الأنثى والذي يمثل 38.73 % من مجموع الوفيات الأطفال دون السنة.

نلاحظ تفاوتاً واضحاً لجنس الذكر في الوفاة من جنس الأنثى وهذا ما يسمى بـ " Surmortalité masculine " خلال جميع السنوات المدروسة ويع هذا التفاوت إلى الضعف البيولوجي الذي يميز جنس الذكر .

ويعود هذا كما أكده المختصون في طب الأطفال إلى أن جسم الذكر أكبر من جنس الأنثى لحظة الولادة خاصة منطقة الرأس وهذا ما يؤدي في غالب الأحيان إلى وفاة الطفل الذكور هذا التأكيد له برهنة علمية حيث يقول الدكتور (stacktan hangh) إن جسم الذكر أكبر من جسم الأنثى خاصة في الرأس وهذا هو السبب وراء وفاة الذكور من الإناث لأنه أكثر عرضة للحوادث أثناء الوضع

كما أن جسم الأنثى يكون أصغر من جسم الذكور لحظة الولادة⁽¹⁾ ومن هنا يتضح لنا سبب التفاوت الحاصل بين وفاة جنس الذكر عن الأنثى والمتمثل في الاختلاف البيولوجي لكليهما.

جدول (26) توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن المتوفي والجنس للفترة) 1995-1998 (.

المجموع	29-346 يوم	7-28 يوم	0-6 أيام	الجنس	سن المتوفي السنوات
.22 53	13.63 12	12.5 11	34.09 30	ذكور	1995
.77 35	11.36 10	3.40 3	25.0 22	إناث	
0 88	25.0 22	15.90 14	59.09 52	المجموع	
.64 23	20.58 7	14.70 5	32.35 11	ذكور	1996
.35 11	8.82 3	5.88 2	17.64 6	إناث	
0 34	29.41 10	20.58 7	50.0 17	المجموع	
.76 42	16.17 12	7.35 5	38.23 26	ذكور	1997
.23 26	10.29 7	4.41 3	23.52 16	إناث	
0 68	26.47 18	11.76 8	61.76 42	المجموع	
.25 18	15.62 5	18.75 6	21.87 07	ذكور	1998
.75 14	44.44 4	3.12 1	28.12 09	إناث	
0 32	28.12 9	21.78 7	50.0 16	المجموع	
.26 136	16.66 37	11.26 25	32.88 73	ذكور	1995
.73 86	9.90 22	4.95 11	23.87 53	إناث	1998
0 222	26.57 59	16.21 36	57.20 127	المجموع	

المصدر بني الجدول على أساس المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر

⁽¹⁾HAIM BERDUGO : la surmortalité masculine, OP cit, P 23.

من خلال المعطيات والنتائج الميدانية، وجدنا 222 حالة وفاة للعمر (0 - 1سنة) في الفترة 1995- 1998، فمن بين 222 حالة وفاة لدينا 136 للجنس ذكرى أي 61.26 % من مجموع وفيات الأطفال الرضع و 86 وفاة للجنس الأنثى الذي يمثل 40.07% من مجموع وفيات الأطفال دون سنة، وهتان النسبتان لا تغيران من توزيع الوفيات بين الجنس، فنلاحظ أن هناك تفاوت واضح لجنس الذكر في الوفاة من جنس الأنثى (surmortalité masculine) .

وبالتالي ففي فترة 1995 - 1998، وجدنا في سنة الأيام الأولى من الحياة الطفل الرضيع 6 أطفال يموتون من بين 10 أي 57.20% وهذا ما بين ارتفاع وفيات المواليد الجدد المبكر في هذه الفترة القصيرة فمن هنا نستنتج أن الوفيات التي تحدث في المدة (0-6 أيام)، تأخذ نسبة كبيرة من وفيات الأطفال دون سنة، حيث تفوق الوفيات التي تحدث في الفترة 29-364 يوم، بالرغم أن هذه الفترة تمثل 92.50 % من المدة (0 - 1سنة) وتعتبر فترة كبيرة.

وهذا التفاوت في النسب بين وفيات الذكور والإناث موجود في كل السنوات من 1995- 1998، يمكن تفسير ذلك.

يعود هذا الارتفاع أساسا كون وفيات المواليد الجدد المبكر تمثل أعلى نسبة من مجموع الوفيات الأقل من سنة، إضافة إلى ذلك فإن وفيات الذكور في هذه الفترة تكون أكثر تعوضا الاحتمال الوفاة نظرا لطبيعة التأثير الذي تشكله أخطار الحمل والرضع، والتي تأثر بصورة كبيرة على جنس الذكر بسبب الضعف البيولوجي الذي تميزه ونظرا لضعف المناعة الطبيعية للمولود الجديد أيضا. كما لا حطنا من خلال الجدول أن الوفيات المولود المتأخرة انخفضت مقارنة بوفيات المواليد الجدد، قد يعود هذا الانخفاض في الوفيات الذكور لهذه الفئة العمرية لاكتساب الطفل الرضيع مناعة من أمة تحميه من أخطار الخارجية المتمثلة في الأمراض المعدية.

اتضح لنا من خلال ما قدم أن جنس الذكر هو الأكثر عرضة للوفاة من جنس الأنثى، ويعود السبب الرئيسي إلى عوامل طبية وبيولوجية منها العوامل الاجتماعية.

المبحث الثاني:

جدول (27) توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب خلال
الفترة 1995-1998

النسبة	العدد	سن الأمهات عند الإنجاب
7.20	16	15-19
16.21	36	20-24
24.32	54	25-29
27.02	60	30-34
14.41	32	35-39
8.55	19	40-44
2.25	05	45-49
100	222	المجموع

المصدر: يبين الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر
تبين من خلال الجدول وجود علاقة طردية بين سن الأم عند الإنجاب ووفيات
الأطفال الرضع، ذلك في الفئات العمرية الأربعة الأولى، حيث كانت نسبة وفيات
دون سنة في الفترة العمرية (15-19 سنة) تقدر بـ 7.20 % ثم ارتفعت هذه النسبة
إلى 16.21 % في الفئة العمرية (20-24 سنة) في حين بلغت 24.32 في الفئة
العمرية (25-29 سنة)، ترتفع إلى 27.02 % في الفئة العمرية (30-34
سنة)، التي تعتبر أكبر نسبة لوفيات الرضيع لجميع فئات الأمهات فلاحظ أنه يوجد
ارتباط بين المتغيرين (سن الأم عند الإنجاب) و (عدد الوفيات الرضع)، أي كلما
ارتفع سن الأمهات عند الإنجاب ترتفع وفيات فعمر أو سن الأم عند الإنجاب له
دور في وفيات الرضع، خاصة عند النساء (الأمهات) في الفترة (15-19 سنة)
اللاتي تضعن أغلبهن مولدهن الأول، وبالتالي يمكن أن يكون الحمل عسر ولا تكون
لديهن تجربة مسبقة في الولادة ولا بعدها أي أثناء تربية المولود.

في حين نلاحظ في الفئات العمرية (35-39 سنة) إلى (45-49 سنة) وجود
علاقة عكسية بين هذين المتغيرين (سن الأم ووفيات الرضع) أي كلما ارتفع سن
الأم انخفض معدل الوفيات، حيث كانت النسبة في الفئة (35-39 سنة) تمثل
14.41 % ثم انخفضت هذه النسبة إلى 2.25 % في الفئة (45-49 سنة) وقد

ترجع إلى أخطار الحمل والوضع أما في الفئة (45 - 49 سنة) النساء الحوامل لا تتحمل مشقة الحمل و لا مشقة الولادة لأن تكوينهن الفيزيولوجي يبدأ بالضعف.
جدول (28) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع، حسب مكان الإقامة المتوفى للفترة الدراسية (1995 - 1998)

السنوات	مكان الإقامة		ولاية الجزائر		ولايات أخرى		المجموع
	الولاية	الولاية	الولاية	الولاية	الولاية	الولاية	
1995	45	51.13	43	48.86	88	100	
1996	23	67.64	11	32.35	34	100	
1997	48	70.58	20	29.41	68	100	
1998	25	78.12	07	21.87	32	100	
المجموع	141	63.51	81	36.48	222	100	

المصدر: يبين الجدول على أساس المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر .

يبين لنا من خلال الجدول أن من بين الوفيات الأطفال الرضع التي حدثت في المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال الفترة (1995-1998)، هناك 63.51% من هناك الوفيات مكان إقامة أوليائهم في الولاية الجزائر (الجزائر العاصمة) بالمقابل نجد 36.48% من مجموع الوفيات الرضع أوليائهم يقطنون خارج العاصمة في الولايات الأخرى في المناطق الحضرية والريفية.

فلاحظ من خلال الجدول أن نسبة الأولياء المقيمين خارج العاصمة بعيدة نوع ما من نسبة القاطنين في الجزائر العاصمة.

ويرجع ذلك إلى تردد الأولياء الذين يقطنون خارج العاصمة بصفة كبيرة عن المستشفى الجامعي لمصطفى باشا لسمعته الوطنية كونه أول وأقدم مستشفى بني على الصعيد الوطني وكذلك نظرا لتطور الطبي الذي عرفه احتواءه على أجهزة حديثة، وعلى أطباء مختصين معروفين على المستوى الوطني والخارجي، بالرغم من أنا المنطق الأخرى التي يقطنون بها تتوفر على المستشفيات ولها الإمكانيات اللازمة.

فمن خلال معاينتنا لملفات الأطفال الرضع (المتوفون) تبين لنا أن هناك إختلاف في مصلحة وفاة، حيث أننا نلاحظ أن الأولياء القاطنين بالعاصمة 63.41% فإن

أولادهم توفوا أغلبهم في مصلحة التوليد (Maternité) نسبة 51% أما الأولياء
القاطنين خارج العاصمة 36.48% فإن أولادهم يتوفون في مصلحة طب الأطفال ()
CMI) هذا لأن الحالات التي تأتي من خارج العاصمة هي حالات خطيرة تستدعي
الأطباء والمختصين ووسائل حديثة وبالتالي يتوجهون إلى المستشفى الجامعي
مصطفى باشا.

جدول (29) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب
ووسط الولادة الفترة (1995-1998)

المجموع	البيت	وسط صحي	وسط الولادة	سن الأمهات		
100	16	6.25	1	93.75	15	19 - 15
100	36	2.77	1	97.22	35	24 - 20
100	54	-	-	100	54	29 - 25
100	60	3.33	2	87.5	58	34 - 30
100	32	12.5	4	87.5	28	39 - 35
100	19	21.05	4	78.94	15	44 - 40
100	5	40.0	2	60.0	3	49 - 45
100	222	6.30	14	93.69	208	المجموع

المصدر: بني الجدول على أساس المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا.

تبين لنا النتائج أن من بين 222 حالة وفاة للعمر (0 - 1 سنة) للفترة 1995 - 1998 هناك 208 حالة وفاة تمت ولادتها في المستشفى حكومي وعيادة خاصة، وهذا يمثل 93.69 % من مجموع الوفيات وهذا النتائج تبين ارتفاع نسبة الولادات التي تمت في المستشفى أو عيادة التوليد أي بمتابعة صحية عند الولادة، لأن من الضروري إجراء الولادة في المكان مهيناً طبياً هذا لسلامة الولادة سواء على صحة الأم والطفل لأنه في بعض الأحيان تخضع الأم إلى رعاية الطبية بعد الولادة مباشرة خاصة في الولادات العسيرة، والولادات المبتسرة، وبالتالي ينصح الأطباء والقابلات بإجراء الولادة في وسط صحي.

ففي فئة النساء (الأمهات) (15 - 19 سنة)، فإن نسبة الولادات التي حدثت في وسط صحي تمثل نسبة مرتفعة حوالي 93.75% مقارنة بالتي تحدث في البيت 6.25% وهذا لأن الأمهات صغيرات السن يشهدنا أول مولود فيلجأ إلى الولادة في وسط صحي لأن هؤلاء النساء ليست لهن خبرة الكافية وكذلك الخوف من المخاطر التي تنجر عن الولادة في البيت، كذلك الأمر بالنسبة للنساء في الفئة (45 - 49 سنة)، حيث أن نسبة الولادات ترتفع في الوسط الصحي عند هذه الفئة تتمثل 60.0% لأنه في هذا العمر تصبح النساء في المرحلة تقريبا متقدمة في السن، وبالتالي يفقدن القوة الكافية لتحمل مخاطر الحمل والولادة، فيلجأن أكثر على غيرهن من النساء إلى المستشفيات.

المبحث الثالث:

جدول (30) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب ونوعية الولادة للفترة 1995 – 1998.

المجموع	ولادة ميتة		ولادة مبتسرة		ولادة عادية		نوعية الولادة	
	فئات الأعمار							
0	16	6.25	1	31.25	5	62.5	10	19 - 15
0	36	-	-	47.22	17	52.77	19	24 - 20
0	54	-	-	42.59	23	57.40	31	29 - 25
0	60	1.66	1	38.33	23	60.0	36	34 - 30
0	32	6.25	2	34.37	11	59.37	19	39 - 35
0	19	-	-	42.10	08	57.89	11	44 - 40
0	5	20.0	1	40.0	2	40.0	2	49 - 45
0	222	02 .25	05	40.09	89	57.65	128	المجموع

المصدر: بني الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا.

يتبين لنا من خلال الجدول أن أغلبية الوفيات الرضع ولادتها عادية لتمثل 57.65 % من مجموع الوفيات لتأتي الولادات المبتسرة بنسبة 40.09، أما الولادات الميتة فلا تتمثل إلا 2.25 %، ولكن لا بد هنا من الإشارة إلى الأخطاء المرتكبة في التسجيل الولادات الميتة، لأنه حسب أحد الأطباء فإن غالبية الولادات الميتة لا تسجل بل تصريح بها في الملف الطبي للطفل على أنها وقعت في نفس يوم الولادة، ويسجل عمر المتوفى (0) يوم وهو ما لمسناه أثناء معانتينا للملفات.

فيما يخص الولادات المبتسرة فنجد أنها متبذبة في بعض الفئات وتعود الارتفاع كلما ارتفع سن الأمهات عند الإنجاب، لتمثل الفئة العمرية (15-19 سنة) 6.25 % من مجموع الوفيات لنفس الفئة وتتنخفض إلى 1.66 % للفئة العمرية (30 - 34

(سنة)، وتعود للارتفاع حتى الفئة العمرية (45 - 49 سنة) لتمثل بنسبة 20.0% من مجموع وهذا الارتفاع في الولادات المبكرة من فئة إلى أخرى راجع إلى : نجد انه لدى النساء اللواتي لديهن ولادات أكثر خاصة في الفئات العمرية (30 - 35) و (35 - 39 سنة)، يمكن أن تكون الفترة بين الولادة وأخرى قصيرة قد تصل في بعض الأحيان إلى سنة، وفي بعض الأحيان كثيرة إلى أقل من 24 شهر وبالتالي تكون مخاطر الولادات المتيسرة واردة.

أما ابتداء من الفئة العمرية (35 - 49 سنة)، فتظهر مخاطر الحمل والوضع، حيث أن هذه المخاطر تزداد كلما تقدمت المرأة في السن وهذا راجع إلى ضعف البيولوجي، وعدم تحملها أعراض حملها أعراض الحمل وبالتالي يؤثر هذا سلباً على السيرة الطبيعية للحمل، مما يؤدي إلى عدم اكتمال المدة الحقيقية وهي 9 أشهر.

جدول (31) يبين توزيع وفيات الرضع حسب رتبة المتوفى بين الأخوة خلال الفترة الدراسة (1995-1998).

رتبة الولادة	العدد	النسبة %
1 - 2	125	56.30
3 - 4	59	26.57
5 - 6	21	9.45
7 - 8	08	3.60
9 فأكثر	09	4.05
المجموع	222	100

المصدر: بني الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي، لمصطفى باشا الجزائر.

يبين لنا من خلال الجدول أن الولادات الأولى وخصوصاً للرتبة الأولى والثانية هي خاضعة أكثر بنسبة مخطر الوفاة إذا تمثلت 56.30% من مجموع الوفيات، هذه الولادات تخص فقط النساء الصغيرات اللواتي يلدن في سن مبكر، هذا ما لمسناه أثناء معاينتنا للملفات المتوفين، فالولادات تكون جد حساسة كون النساء صغيرات السن يتعرضن إلى مخاطر الحمل أكثر من النساء اللواتي لديهن ولادات من قبل

ومن جهة أخرى فإن الوفيات الأطفال الرضع للرتبة (3 - 4) معتبرة لتمثل لنسبة 26.57 % لتتخفف في الرتبة (9 - 12) لتمثل 4.05 % من مجموع الوفيات. ويمكن تفسير ذلك بأن الوفيات تتخفف مع زيادة رتبة الموجود حتى الرتبة السابعة، وبعدها تأخذ في الارتفاع، ويرجع ذلك إلى أن تكوين الجسماني للنساء التي تلد الأول مرة لا يمكن أن يضمن القوة الحيوية للمولود الأول في نفس درجة المواليد اللاحقة. ويمكن كذلك من انخفاض في الوفيات الأطفال الرضع إذا أخذنا بعين الاعتبار تحسين المستوى المعيشي للأسرة والأم خاصة، واستعمال أكبر للخدمات الصحية وأيضاً تخفيض الخصوبة باستعمال وسائل منع الحمل وتنظيم العائلي.

جدول (32) يبين توزيع الوفيات الرضع، حسب سن الأمهات عند الإنجاب ونوعية الرضاعة خلال الفترة الدراسية (1995 – 1998)

المجموع	رضاعة مزدوجة	رضاعة اصطناعية	رضاعة طبيعية	نوعية الرضاعة فئات الأعمار
15 00	4 26.66	5 33.33	6 40.0	19 – 15
36 00	10 27.77	8 22.22	18 50.0	24 – 20
54 00	8 16.66	18 33.33	27 50.0	29 – 25
59 00	11 18.64	17 28.81	31 52.54	34 – 30
30 00	1 3.33	8 26.66	21 70.0	39 – 35
19 00	– –	7 36.84	12 63.15	44 – 40
4 00	– –	1 25.0	3 75.0	49 – 45
217 00	35 16.12	64 29.49	118 54.37	المجموع

المصدر: بني الجدول على أساس معطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر

ملاحظة: يجب الإشارة أن هناك 5 حالات للأطفال لم يرضعون وهذا راجع لأنهم ولادات ميتة لدى العينة أصبحت 217 حالة من بين 222.

يتضح من خلال هذا الجدول أن الأمهات يلجأن أكثر إلى استعمال الرضاعة حيث نسبتها بـ 54.37% والرضاعة المزدوجة بنسبة 16.12% وبالتالي فإن استعمال الرضاعة الطبيعية لوحدها أو مع حليب أخرى (مزدوجة) تمثل في المجموع 70.49% أي بمثابة (7) أطفال من عشر تستعمل لهم الرضاعة الطبيعية، أما نسبة الرضاعة الاصطناعية فتمثل نسبتها بـ 29.49% أي (3) أطفال من بين (10) عشر، نسبة الرضاعة الطبيعية تقترب من النسبة المسطرة من طرف وزارة الصحة والسكان من خلال البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال الرضع⁽¹⁾ ألا أن هذه النسبة المتحصل عليها لا تعكس الوجه الحقيقي للرضاعة الطبيعية في الجزائر .

⁽¹⁾MSP , UNICEF : Programme de lutte contre la mortalité infantile Juvenile en Algérie, op cit P.5-6.

ففي الأسبوع الأول بعد الولادة، غالبا ما تلجأ الأمهات إلى استعمال الرضاعة الطبيعية، أي الرضاعة بالثدي لتغذية أطفالهن ونلاحظ انه عندما تكون الأمهات في العمر 20 – 34 سنة، فإنهن يستعملن أكثر الحليب الطبيعي، مقارنة بالاستعمال الحليب الاصطناعي أو الرضاعة المزدوجة.

لتمثل النسبة الرضاعة الطبيعية في هذه الفئات على الترتيب من 50.0% إلى 52.0% لأن الأمهات في هذه العمر تكون أكثر حيوية وحجم الحليب الطبيعي الذي تقدمه الأمهات يسد الحاجيات الأطفال الغذائية و لا يكون الطفل بحاجة إلى الحليب الاصطناعي كمكمل للحليب الطبيعي، بمقابل نجد الرضاعة الاصطناعية مرتفعة في الفئات العمرية (25 – 29 سنة) و (30 – 34 سنة) لتمثل نسبتي 33.81% و 26.66% وهذا راجع ربما (إلى خروج الأم إلى العمل) أو تمارس نشاط مهني فليس لديها الوقت الكافي لاستعمال الرضاعة الطبيعية بينما أعلى نسبة عند الأمهات في الفئات العمرية (20 – 24 سنة) التي تستعمل الرضاعة المزدوجة بنسبة 27.11% وهذا راجع ربما لعدم كفاية الحليب الطبيعي للأم، فلدى تلجأ إلى تكملت هذا النقص بالحليب الاصطناعي.

ومن خلال هذا يتبين لنا أن الأمهات مازلن محافظات على الرضاعة بالثدي مقارنة بالرضاعة الاصطناعية، لأن الرضاعة الطبيعية تمثل أحسن وقاية للصحة الطفل، إلا في بعض الحالات أين ينصح الأطباء الأم بعدم الرضاعة بالثدي في الحالة أصابتها ببعض الأمراض المزمنة كسرطان، السل والأمراض المعدية، وهذا الآثار السلبية على الطفل وتعرضه للعدوي⁽¹⁾

⁽¹⁾UNICEF : les cor mets de l'enfant , allaitant maternel et soute N= 55 – 56.

الاستنتاجات:

يبين لنا من خلال دراسة الوضعية لظاهرة وفيات الأطفال الرضع من خلال المعطيات المركز الاستشفائي الجامعي لمصطفى باشا الجزائر.

- انخفاض الوفيات دون سنة خلال الفترة (1995 - 1998) بمقدار حيث بلغ معدل الوفيات سنة 1998 بـ 9.38% بعدما كان 29.83 % سنة 1995. وهذا الانخفاض راجع إلى الاهتمامات، التي توليها الدولة لهاته الفئة العمرية، وذلك بتحسين وتطوير المرافق الصحية الضرورية إضافة إلى تكثيف الجهود المتعلقة بالرعاية السليمة لتفادي الأمراض الأكثر انتشار، حيث أن التلقيح الوضع التغذوي للطفل يشكلان عنصر أساسيان في مكافحة ظاهرة وفيات الأطفال الرضع.

- يتعرض جنس الذكر للاحتمالات وفاة تزيد بصورة ملحوظة عن الاحتمالات التي تتعرض لها جنس الأنثى وذلك من خلال جميع السنوات الملحوظة، والتي تعود إلى عوامل بيولوجية بحثة.

- تتخلف وفيات الأطفال الرضع، باختلاف العمر حيث نجد وفيات المواليد الجدد (0-28 يوم) معتبرة مقارنة ما بعد المواليد الجدد (29 - 364 يوم) في كل السنوات المدروسة، ذلك يعود إلى ضعف مقاومة الرضع ضد الأمراض الفتاكة خاصة في أيامه الأولى وتعود كذلك إلى عوامل المتعلقة بالحمل والرضع وصحة الأم.

- تتأثر معدلات وفيات الرضع بسن الأم عند الإنجاب ، و هذا التأثير يرجع إلى بعض العوامل الاجتماعية و الاقتصادية خاصة النساء في فئات الأعمار (20 . 24 سنة) إلى غاية (35 . 39 سنة) . إلى جانب العوامل الفيزيولوجية التي تؤثر على النساء الحوامل في سن (15 . 19 سنة) (40 . 44 سنة) ، (45 . 49 سنة) و بالتالي يؤثر سلبا على حياة و صحة الرضع ، بحيث تبين أنه كلما كانت الأم كبيرة في سن كلما اكتسبت خبرة في تربية و رعاية الرضع ، و إذا كانت صغيرة فهذا يفقدهن خبرة في الوضع و التربية .

- تربط وفيات الأطفال الرضع في الشهر الأول بمجموعة من الأمراض المتعلقة بالحمل و الوضع ، إذ تعتبر الولادة المبكرة ، و التشوهات الخلفية من الأمراض

الرئيسية التي سبقت وفاة الطفل الرضيع ، بينما وفيات فئات العمرية)
29 . 364 يوم) فهي مرتبطة بمجموع الأمراض المتعلقة بالعدوى و العدوى
التنفسية .

ب - معظم الولادات تمت في وسط صحي مهياً ب 93.69 % و في البيت
6.30 % فالتالي يجب أن تتم الولادات في وسط صحي مهياً للإنجتاب تعرض
الطفل و الأم للمخاطر الحمل و الوضع .

- كما أن للخصوبة المرتفعة عند الأمهات تؤثر في وفيات الأطفال الرضع و
تعتبر الرضاعة الطبيعية من أهم العوامل التي تحافظ على صحة الرضع خاصة في
الأيام الأولى بعد الولادة .

النتائج العامة للدراسة:

ما يمكن استنتاجه من خلال نتائج التحقيق أن متغير التعليم لعب دورا كبيرا في مدى متابعة الأمهات لحملهن تجاه صحة الرضع و الظروف المحاطة بهم، فيما يخص متابعة الحمل فإنها تختلف من أم إلى أخرى، وهذا بسبب المستوى التعليمي، فلقد لاحظنا أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي كمؤشر هام والمتابعة، بحيث أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات زادت متابعة الحمل، وكلما انخفض المستوى التعليمي قلت المتابعة أو انعدمت، لقد اتضح أن نسبة 80.26% يتابعن الحمل، في حين 19.73% لم يخضعن للمتابعة كما لاحظنا أن نسبة 72.13% من الأمهات اللواتي تابعن حملهن يفضلن الذهاب إلى الطبيب المختص في حين 27.86% يفضلن الذهاب إلى القابلات.

كما أفادت الدراسة أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي وعدد الأطفال، وخروج المرأة إلى العمل والتعليم جعلها أكثر إدراك للأهمية لتنظيم النسل في حين نجد أن نسبة 50.0% من الأمهات الغير متعلقات أو ذات مستوى تعليمي محدود لديهن أكثر من 5 أطفال.

إذن هذا المتغير " المستوى التعليمي " يلعب دورا كبيرا في كل المراحل ابتداء من ساعة الحمل إلى الوضع والرضاعة، فخرج المرأة إلى العمل مكنها من التحرر وبالتالي تبني سلوكيات حضارية ومنها استبدال الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الاصطناعية وهذا باستعمال القنينة والتي تعتبر اسهل وسيلة في نضر الأم العاملة متجاهلة دور حليب الأم على صحة الرضيع، في حين نفضل الأمهات الغير متعلقات أو اللواتي تعليمهن محدود الرضاعة الطبيعية ويعود هذا الاختيار إلى الوسط العائلي الذي يؤثر تأثيرا مباشرا على تجاهلن نحو الرضاعة الطبيعية.

كما أدلت بعض الشواهد أن الرغبة في الإنجاب هي كذلك مرتبطة بمتغير التعليم بحيث 55.26% ترعبن في الإنجاب في حين امتنعت 44.75% في الاستمرار في الإنجاب. فتبين أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي، كلما كانت الحاجة للإنجاب أكثر فكلما انخفض المستوى التعليمي قلت الرغبة في الإنجاب، ويعود

انخفاض رغبة الأمهات الغير المتعلمات في الإنجاب إلى أنهن كبيرات في السن أو لديهن عدد كافي من الأطفال، في حين سبب رغبة الأمهات المتعلمات في الإنجاب يعود إلى أنهن استغرقنا وقتا كبيرا في التحصيل الدراسي الذي أدى إلى تأخر زواجهن. وفيما يخص تفضيل نوع المولود ذكر أم أنثى فقد اتضح من خلال التحقيق أن المستوى التعليمي للأم ليس له تأثير في تفضيل نوع المولود في حين نجد تأثير المستوى التعليمي في استعمال وسائل منع الحمل، بحيث أن أغلب الرفضات لاستعمال وسائل منع الحمل هن ذات مستوى تعليمي محدود أو متعدم، وبالتالي فإنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما انخفضت نسبة الرفضات لاستعمال وسائل منع الحمل.

على العموم يبدو أن الفرضية الأولى قد تحققت حيث نلاحظ أن المستوى التعليمي للأمهات ووعيهن اتجاه صحة الرضيع يقلل من الوفيات الرضع. وهذا ما تدل عليه النتائج فيما يتعلق بالضر وف المعيشية، فنجد أن الأغلبية الساحقة من الأمهات اللواتي فقدن مولدهن قبل اتمام السنة من العمر يمكن مرحاض وهذا بنسبة 94.73% ، وحمام بنسبة 68.42% والكهرباء بنسبة 97.36% وغاز بنسبة 69.73% في حيث تقدر بنسبة الأمهات اللواتي لا يمكن مرحاض بالمنزل ب 5.26% ، ولا يملك حمام ب 31.37% ولا كهرباء ب 2.63% ولا غاز ب 30.26% .

كما لاحظنا تنوع كبير في مكان سكن الأمهات، فمنهن من يسكن شقة في عمارة، وهذا بنسبة 53.94% و 51.57% من الأسر تسكن فيلا و 10.52% يسكنون في حوش به منزل في حين تسكن 3.94% من الأسر في بيوت قصديرية، حيث تحتوي أغلبية هذه المساكن على 3 إلى 4 غرف وهذا بنسبة 68.29% وبالتالي يقدر متوسط عدد الأشخاص في غرفة ب 6.8 شخص في غرفة نفس الشيء بالنسبة للدخل الشهري بحيث نجد أن أغلبية الأسر يتراوح دخلها ما بين 1001 دج إلى 15000 وهذا بنسبة 35.2% و 23.94% عند الفئة 6000 إلى 10000 دج في حين سجلنا 6.57 من الأسر أزواجهن بطالين أو مسرحين عن العمل.

لقد اتضح لنا أن هناك علاقة بين الدخل الشهري للأسرة والمتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل.

فالأمهات اللواتي أزواجهن بطالين أو مسرحين عن العمل لم يخضعن للمتابعة الصحية أثناء الحمل وهذا بنسبة 80.0% نفس الشيء بالنسبة للفئة أقل من 6000 دج بنسبة 60.0% . في حين 90.71% اتبعن حملهن ، وهن ذوي الدخل الذي تتراوح بين 15001 دج إلى 20000 ونسبة 90.0% عند الفئة التي تتراوح دخلها ما بين 1001 إلى 15000 دج الأمر الذي يؤدي إلى تنوع أماكن الولادة، فالأمهات ذوي الدخل المنخفض أقل من 6000 يلجأن إلى المستشفيات وهذا بنسبة 60.0% أما الأمهات اللواتي يذهبن إلى العيادات الخاصة والعمومية فنقدر بنسبة 64.28% .

أما فيما يخص الضرر وف الخاصة بصحة الأم، فإنه يتضح من خلال بحثنا، أن السوابق المرضية والإنجابية تؤثر بصفة مباشرة على صحة الرضيع، بحيث توصلنا إلى أن 17.10% من الأمهات الفترة ما بين الولادتين أقل من 9 أشهر في حين 15.78% من الأمهات فترة ما بين الولادتين أكثر من 5 سنوات الأمر الذي يجعل احتمال وفاة الرضيع وارد جدا، كما سجلنا كذلك 28.94% حالة إجهاض سابقة. فالسوابق المرضية تؤثر بصفة مباشرة على وفيات الأطفال الرضع أثناء الحمل، الأمر الذي أثر سلبا على صحة الرضيع.

كما تبين أن عامل السن عند الإنجاب يؤثر كذلك على صحة الرضيع ووفيات الرضع، بحيث اتضح أن هناك علاقة طردية بين سن الأمهات عند الإنجاب ووفيات الرضع، نجد أمن الأمهات الصغيرات في السن تهتم بالمتابعة أثناء الحمل في حين تتخفف المتابعة عند الكبيرات في السن، وهذا راجع لاكتسابهن خبرة مسبقة في الحمل والولادة.

أما فيما يخص ظروف الولادة، فنجد أن أغلبية الولادات تمت في وسط مهني صحي، وهذا بنسبة 56.57% من مجموع الوفيات، بحيث ترتفع النسبة بـ 66.33% عند الأمهات الصغيرات في السن بحيث يلجأن إلى وسط مهني صحي خوفا من المخاطر التي قد تتجم عن الولادة في البيت.

وبالتالي تختلف أماكن الولادة ، بحيث الكبيرات في السن (40-44 سنة)
و (45-49 سنة) يضعن في مكان مهني صحي وهذا بنسبة 75.0% لأن الأمهات
في هذا السن تفقدن القدرة على تحمل مخاطر الحمل والولادة.
أما بالنسبة اللواتي يضعن بالعيادة، فتقدر نسبتها بـ 42.10% في حين تقدر
نسبة الأمهات اللواتي يضعن في البيت بـ 1.31%

كما أشارت الدراسة أن أغلب الولادات المتوفية هي ولادات عادية وهذا نسبة
57.89% ، أما الأخرى، فتتوزعت ، بين ولادات مبتسرة وهذا نسبة 31.70% وأخرى
ميتة، وهذا بنسبة 10.52% فيتضح أن سن الأم عند الإنجاب له تأثير كبير بحيث
كلما ارتفع السن، ترتفع نسبة الولادات المبتسرة حيث تبين أن هناك تأثير في الفئة
العمرية للأمهات (15-19 سنة) بنسبة 33.33% أما الفئة العمرية (40-44 سنة)
(فتقدر النسبة بـ 75.0% أما الولادات الميتة نجدها منحصرة عند الفئة العمرية
(30-34 سنة) لأن في هذا السن تتضاعف مخاطر الحمل والوضع بحيث أن هذه
المخاطر تزداد كلما تقدمت الأمهات في السن، وبالتالي تؤثر سلبا على السيرورة
الطبيعية للحمل .

في حين لم يسجل أية ولادة ميتة في فئة (15-19 سنة) وهذا راجع إلى العدد
الضئيل للولادات المسجلة في هذه الفئة العمرية، نفس الملاحظة بالنسبة للفئة
العمرية (45-49 سنة) .

فتبين من هذا أن أغلب المتوفين هم ذوي المرتبة الثانية لدى الأمهات اللواتي
تقل أعمارهن عن 34 سنة وهذا بنسبة 44.44% أما اللواتي لديهن أكثر من 5
أطفال فنجدها عند الفئة العمرية (35-39 سنة) و (40-44 سنة) وهذا بنسبة
50.0% أما فيما يخص الأمهات اللواتي تقل أعمارهن عن 20 سنة فنجد أن سبب
الوفاة يرجع إلى نقص الدراية والخبرة في كيفية التعامل مع المولود الجديد، أضف
إلى ذلك ضعف تكوينهن الجسمي علما أنهن لا يزلن مراهقات، إلى جانب العوامل
البيولوجية التي تؤثر على النساء الحوامل في سن (40-45 سنة) و
(45-49 سنة) وبالتالي تؤثر سلبا على صحة الرضيع.

لقد اتضح أن هناك علاقة عكسية بين عدد الأطفال و المتابعة الصحية أثناء الحمل، وكلما ارتفع عدد الأطفال قلت المتابعة الصحية، بحيث أن 94.11% من الأمهات اللواتي لديهن طفل واحد يتابعن حملهن.

كما توصلنا كذلك إلى أن سن الأمهات عند الإنجاب لا يؤثر على عملية الرضاعة ونوعها، فعندما ربطنا متغير عدد الأطفال بنوع الرضاعة تبين أن ارتفاع عدد الأطفال يجعل الأم أكثر خبرة وتجربة وبالتالي قادرة على اختيار الطريقة الأفضل للعناية برضيعها.

وفيما يخص استعمال وسائل منع الحمل، فنجد أن الفئة العمرية (40 - 44 سنة) بنسبة 25.0 % و 57.0% في الفئة العمرية (45-49سنة) لا يستعملن وسائل منع الحمل لأنهن أنجبن العدد المرغوب من الأطفال والأخريات وصلن إلى سن اليأس.

وفي ما يخص صحة الرضيع فنجد أن الذكور هم أكثر عرضة لاحتمال الوفاة من الإناث، ويعود هذا الأمر إلى عوامل بيولوجية بحتة. إذ تختلف وفيات الأطفال الرضع باختلاف العمر، فنجد وفيات معتبرة في فئة المواليد الجدد (0-28 يوم) مقارنة بوفيات ما بعد المواليد الجدد (29-364 يوم) وذلك بنسبة 73.68% و 26.31%، ذلك يعود إلى ضعف الرضيع في مقاومة الأمراض الفتاكة وخاصة في أيامه الأولى. فنسبة الذكور المتوفين تقدر بـ 55.26% في حين نسبة الإناث تقدر بـ 44.73% والسبب الرئيسي للوفاة عند كلا الجنسين هو الوزن المنخفض بحيث بلغت نسبة المتوفين بسبب الوزن المنخفض عند الذكور بـ 60.0% و 40.0% عند الإناث.

لقد لاحظنا أن أغلب الوفيات هي بسبب الوزن المنخفض، علما بأن أمهاتهم قد خضعنا للمتابعة الصحية أثناء الحمل. إذا الانخفاض في الوزن ليس له علاقة بالمتابعة الصحية أثناء الحمل. وإنما يرجع لأسباب أخرى كتأخر السن عند الإنجاب وكثرت الولادات السابقة. فيبقى إذن عامل الوزن حيادي.

57.89% من وفيات الرضع حدثت في أوانها وفي معظمها كان السبب الوزن المنخفض عن الوزن العادي وهذا بنسبة 72.22% من مجموع الوفيات.

أما الولادات السابقة لأوانها فتقدر نسبتها بـ 42.10% ومعظمها لنفس السبب حيث بلغت نسبتها 55.0% من مجموع وفيات الأطفال الرضع. فبالتالي يعد الوزن عامل أساسي يعكس الحالة الصحية لرضيع ويؤثر على الولادات المبكرة. فيما يخص السوابق الطبية لدى الأمهات و الوزن فإن الأمهات اللواتي لديهن ولادات حية دون سوابق طبية فهي ولادات ذات وزن عادي. في حين تضع الأمهات اللواتي لديهن سوابق مرضية كالإجهاض، ولادات مبتسرة ومولود توفي قبل إتمام السنة أطفال بوزن منخفض وهذا بنسبة 27.5% .

ومنه تبرز صحة الفرضية الثالثة والتي مفادها أن عدد التحكم في العوامل الديموغرافية المعترضة على صحة الأم تؤثر في ارتفاع وفيات الأطفال الرضع. أما نسبة الأطفال المتوفين الذين خضعوا للإنعاش فتقدر بـ 48.68% في حين لم تخضع البقية للإنعاش وهذا بنسبة 51.31% .

كما تبين من خلال البحث أن 57.89% من الأطفال المتوفين قد أرضعوا والبقية 42.10% لم يرضعوا.

كما سجلنا نسبة 64.05% من الأطفال الرضع الذين أدخلوا إلى المستشفى على إثر إصابتهم بمشاكل صحية كصعوبة التنفس والاختناق الولادي.

كما أظهرت النتائج أن أغلبية الوفيات تمت بالمستشفى وهذا بنسبة 88.15% في حين تمت البقية في البيت وهذا بنسبة 11.84% .

الجانب الميداني

الفصل الأول

الفصل الأول : الإجراءات المنهجية للدراسة الميدانية

المبحث الأول : تحديد أدوات الدراسة ومكان البحث

- مجالات البشرية والجغرافية والزمنية

- عينة البحث

- أدوات الدراسة

- تكوين الجداول ومعالجتها

المبحث الثاني : الخصائص العامة للحالات المدروسة

(1) - تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي

(2) - تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني

(3) - تصنيف المبحوثات حسب سنجم عند الإنجاب

(4) - تصنيف المبحوثات حالتهم المدنية

(5) - تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني للأزواج

(6) - تصنيف المبحوثات حسب مستوى التعليمي للأزواج

(7) - تصنيف المبحوثات حسب نوع السكن

المبحث الأول : تحديد أدوات الدراسة و مكان البحث

* مجالات البحث .

1- المجال البشري :

في بداية الأمر كنا نرغب في الإتصال مباشرة مع الأسر وذلك من خلال العنوانين الموجودة في الملفات الأطفال المتوفين، لأن نوع الدراسة يتطلب ذلك، وهذا من أجل تقديم الإستمارة وطرح الأسئلة على الأسر فيما يخص الوفاة.

للأسف لم نتمكن من تحقيق ذلك، واكتفينا بالاستخدام الإستمارة الاستبيان والإنتظار حدوث وفاة الرضيع ثم نتقدم إلى الأمهات وتقدم لها الإستمارة المقابلة اللاتي يحضرن إلى المستشفى من أجل الولادة أو العلاج الطفل الرضيع.

إن السبب الوحيد الذي جعلنا نختر الأم دون الأب من جهة هو أنه من الملاحظ والمؤكد أن الأم تعتبر مصدر حياة الطفل من حيث العناية به، ومن جهة الأخر غياب الأب في المستشفى.

ومنه إتجهت عينة البحث إلى فئة الأمهات اللاتي يتراوح أعمارهن من 15 إلى 45 سنة بمعنى الأمهات اللاتي في سن الإنجاب، وينجبن فعلا وحدث لديهن وفاة الرضيع في المستشفى.

2- المجال الجغرافي :

أجرى البحث الميداني في المستشفى الوسط الجامعي ل : مصطفى باشا الجزائر (أنظر إلى الخريطة) في مصلحة طب الأطفال ومصلحة التوليد وأمراض النساء. ويعتبر هذا القطاع من أول القطاعات الصحية والعمومية على المستوى الوطني، حيث تم تشييده في عام 1957 ويتربع على مساحة 15 هكتار و 25 آر.

عند إنشائه كان عبارة عن معهد للعلوم الطبية، وفي عام 1971 أصبح عبارة عن مركز استشفائي جامعي بمرسوم 71-289⁽¹⁾ وفي إطار سياسة الدولة الخاصة بميدان الصحة، حيث أصبح يهتم بالمعالجة والتكوين الطبي و الشبه الطبي.

ويتميز هذا القطاع بمعالجة سكان بلدية سيدي امحمد والبلديات المجاورة، وهناك أيضا القادمين من جميع أنحاء الوطن.

⁽¹⁾ Secrétariat d'état au plan : Répertoire national des Archives Bibliothèque et Organisme de documentation , Alger . Janvier , 1977 . p 146.

وبما أن موضوع بحثنا متعلق بوفيات الأطفال (0 . 1) سنة، فإن إهتمامنا سينصب حول المصالح الخاصة بالأطفال الرضع ومصحة التوليد، وإنطلاقاً من سنة 1992 أصبحت مصحة أمراض النساء والتوليد عبارة عن مصلحتين، الأولى خاصة بالتوليد والثانية خاصة بالأمراض النساء وينصب بحثنا في المصالح التالية :

1) عيادة طب الأطفال : « Chimique médical et enfantine » ومقسمة إلى 6 قاعات أو أقسام « service »

- قسم Gillot خاص بالعمر 0 - 1 سنة
 - قسم Parrot خاص بالعمر 0 - 1 سنة
 - قسم Marfan خاص بالعمر 0 - 1 سنة
 - قسم Gomby خاص بالعمر 1 - 4 سنوات
 - قسم Ithunel خاص بالعمر 6 - 15 سنة إناث
 - قسم Gonchy خاص بالعمر 6 - 15 ذكور.
- 2) مصحة التوليد maternite وتهتم بالمواليد الجدد.

كما أجرى البحث الميداني كذلك في المستشفى الغرب الجامعي لبني مسوس الجزائر في مصلحتي طب الأطفال والتوليد وأمراض النساء.

أنشاء هذا القطاع سنة 1971 في إطار ساسة الدولة في ميدان الصحة وتعتبر حاليا مستشفى بني مسوس مركز من بين المراكز الخمسة التي تكون التجمع الإستشفائي لغرب مدينة الجزائر، وهي بولوعين، بئرطارية، بن عكنون، زرالدة، وعيادة الدكتور رحمون جيلالي، ويعتبر بني مسوس مقر لهذا التجمع حسب المرسوم 86-25 المؤرخ في 11 فبراير 1986، والذي يحدد إنشاء كل مركز الإستشفائي جامعي له مقره، ومستقلاته المادية (1)

وتعتبر منطقة بني مسوس منطقة نصف ريفية، أين توجد فيها ظاهرة التحضر السريع، وأين نجد من جهة أخرى عدة بيوت قصديرية.

إن سبب إختيارنا لهذان المركزان دون غيرهما من المراكز المتواجدة على مستوى ولاية الجزائر.

بالنسبة لمركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا، كون أول وأقدم مستشفى على الصعيد الوطني، نظرا لموقعه الإستراتيجي بالنسبة لنا كباحثين حيث يشمل لنا التنقل وكذلك بالنسبة للوافدين إليه لكونه يقع في منطقة حضارية في قلب العاصمة كما يتوافد المرضى عليه من جميع أنحاء القطر، نظرا للتطور الطبي الذي عرفه لإحتواء على أجهزة حديثة، وعلى أطباء مختصين معروفين على المستوى الوطني والخارجي كما وجدت دراسات عدة على مستوى طب (دكتوراه) والمتعلقة بصحة الطفل ومن أبرز الباحثين الذين إهتموا بهذا الموضوع نجد الدكتور لبان جميل، الدكتور عبد الحميد المفود.....

ومن جهة أخرى اضطر إلى استخدام المركز الإستشفائي الجامعي لبني مسوس الجزائر للنقص حالة وفاة الرضع، ورفض بعض الأمهات من ملئ الإستمارة وأجرى

(1) أسيا شريف : دور الأم في موجهة الإسهال، رسالة ماجستير معهد علم الإجتماع جامعة الجزائر 1997 ص 28.

المقابلات معهن إلى جانب عدم المبالاة العاملات في المصلحة التوليد في مركز الإستشفائي الجامعي لـ مصطفى باشا. وتم إختيار المستشفى بني مسوس دون غيره من المراكز المتواجدة على المستوى الوطني لوجود عدة دراسات في الطب وكذا في علم الإجتماع على مستوى ماجستير، ومن أبرز الباحثين الذين إهتموا بهذا الموضوع (وفيات الأطفال الرضع) نجد البروفيسور " Grongaud " الدكتور عمران، الدكتور مازوني والباحثة آسيا شريف في علم الإجتماع.

(3) - المجال الزمني :

بعد قيامنا بالبحث الإستطلاعي، والذي دام أسبوع كامل من 28.20 جوان 1999 بدأ التحقيق النهائي في بداية شهر جويلية لعام 1999 وانتهى في شهر ماي للسنة 2000 في المركز الإستشفائي الجامعي لـ مصطفى باشا وخلال هذه المدة تم معاينتها ودراسة 222 ملف طبي لمتوفين الرضع وإستجواب 41 مبحوثة. أما بالنسبة لمركز الإستشفائي الجامعي لبني مسوس فالتحقيق بدأ في شهر جانفي 2000 وانتهى في شهر ماي 2000 وتم إستجواب 35 مبحوثة. وكان ذهبنا إلى المركزين 4 أيام في الأسبوع وباقي الأيام يقوم بالمهمة الإستجواب رئيس القسم المصلحة والقابلات عند وجود الحالات. وكنا نود لو تستمر عملية التحقيق حتى نصل إلى 100 حالة ولكن لنهاية العقد والرخصة، ولربح الوقت على الأقل من جهة أخرى.

* عينة البحث :

من الأهداف التي ترمي إليها البحوث العلمية أولا وقبل كل شيء وصف طبيعة الجهود المدروس الذي قد يكون جماعة طبقة معينة، متغيرات مفاهيم أو ظواهر فعلية المعاينة هي إختيار جزء من مجموعة المادة بحيث يمثل هذا الجزء المجموعة كلها، ولكي نحكم على الكل بإستخدام الجزء يجب أن نهتم بالطريقة التي نختارها ونستخدمه في الحكم على الكل يسمى العينة، فيعرفها محمد عبد الحميد بأنها "

جزء من المجتمع الكلي يود تحديد سماته المتمثلة بنسبة مئوية يتم حسابها طبقا للمعايير الإحصائية وطبيعة مشكلة البحث مصادر بياناته " (1).

ويقصد كذلك بالعينة إختيار مجموعة الأشخاص من مجموع البحث والعينة المختارة يجب أن تكون ممثلة له في مزايا الديموغرافية والاجتماعية والحضرية والفكرية (2) فتكون طريقة المعاينة التي نستخدمها قادرة على أن تمدنا بعينة ممثلة « Representative » للمجتمع الكلي أصدق تمثيل حتى أن كل خواص المجتمع بما فيها من إختلاف في وحداته تنعكس في العينة بأحسن ما يسمح به صحيح العينة ومعالجة المزالق التي تواجهنا عند إستخدامها كجزء رئيسي في تقنيات البحث. لقد تعددت طرق إختيار المتاحة لنا، وبالتالي فإن عينة البحث تدخل ضمن العينة القصدية التي تقوم على إختيار القصدى من قبل الباحث للمبحوثين إستثناء إلى أهداف البحث للمجتمع الكلي بإختلافاته وتنوعه (3)

ويقدر على أفراد العينة موضوع الدراسة بـ 76 مبحوثة مع أخذ يعين الإعتبار مكان الوفاة الرضيع، فوجدنا، 41 حالة وفاة في المستشفى الجامعي لـ مصطفى باشا و35 حالة وفاة في غرب بني مسوس الجزائر، وذلك في مصلحتي طب الأطفال ومصلحة التوليد وأمراض النساء، وسبب إختيار هذه العينة من النساء (الأمهات) كونهن فقدت طفلها الرضع (أقل من ستة)، وبعد تفريغ البيانات الإحصائية في الجداول وجدنا أن الأمهات اللواتي فقد أطفالهن الرضع في المستشفى يتوزعون كالاتي .

41- مبحوثة في المستشفى الجامعي لـ مصطفى باشا أي بنسبة 53,94 %

35- مبحوثة في المستشفى الجامعي لبني مسوس أي بنسبة 40,05 %

* أدوات الدراسة :

-
- (1) محمد عبد الحميد : تحليل في البحوث الإعلام ، ديوان المطبوعات الجامعية ، الجزائر ، 1979 ص 91 .
(2) محمد الحسن إحسان : الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي ، دار الطليعة بيروت . 1986 ، ص 19 .
(3) راكي أحمد عزمي : الأسلوب الإحصائي و إستخداماته في رأي العام للإعلام دار الفكر العربي ط 1 ، ص 142 .

تبعاً للأسلوب المستخدم في بحثنا لتجميع فقد إعتدنا على الإستبيان الإستقصاء أو Questionnaire" هو أسلوب جمع البيانات الذي يستهدف إستشارة الأفراد المبحوثين بطريقة منهجية ومقنعة لتقديم حقائق أو آراء وأفكار معينة دون تدخل من الباحث في التقرير الذاتي للمبحوثين في هذه البيانات.

ويعتبر الإستقصاء من أكثر الوسائل أو أدوات جمع البيانات شيوعاً وإستخداماً في أسلوب المسح وذلك لإمكانية إستخدامه في جمع المعلومات المتعلقة بالموضوع المتناول من عدد كبير من المبحوثين.

واختيارنا لهذه الوسيلة، لم يكن عشوائياً، بل أنه راجع لكونها تمكن الباحث من الحصول على أكبر قدر ممكن من المعطيات والمعلومات التي تساعد في بحثه، ويعرف " سمير محمد حسين " الإستقصاء على أنه " هو أحد الأساليب الأساسية التي تستخدم في جمع البيانات الأولية من العينة المختارة أو من جميع مفردات مجتمع البحث عن طريق توجيه مجموعة من الأسئلة المحددة و المعدة مقدماً ".⁽¹⁾

يهدف الإستبيان في دراستنا هذه إلى معرفة الخصائص الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية التي تؤثر وفيات الأطفال الرضع ويعتمد الإستقصاء على إستمارة الإستقصاء Questionnaire في جمع المعلومات وهي عبارة عن شكل مطبوع يحتوي على مجموعة من الأسئلة الموجهة إلى عينة من الأفراد حول موضوع الدراسة.⁽²⁾ ويعريف الإستبيان " على أنه مجموعة من الأسئلة المتنوعة والمرتبطة ببعضها البعض الآخر بشكل بتحقيق الهدف أو الأهداف التي يسعى إليها الباحث بضوء الموضوع والمشكلة التي إختارها لبحثه "... .

كما إستخدمنا في هذا البحث طريقة المقابلة خاصة مع الأفراد المختصين في الميدان (الأطباء...) والأمهات المبحوثات، كي تسهل عليهم فهم الأسئلة التي قد يتسر بعض منها فهمنا وخاصة منها ذوي المستوى المحدود.

(1) سمير محمد حسين : بحوث الإعلام أسس و مبادئ ، عالم الكتب ، القاهرة 1983 ، ص 206.

(2) محمد عبد الحميد : تحليل المحتوى : تحليل المحتوى في بحوث الإعلام ، ديوان المطبوعات الجامعية الجزائر 1979 ص 91.

فتعتبر المقابلة من الأدوات الرئيسية في جمع البيانات في دراسة الأفراد والجماعات الإنسانية، وهي أكثر الوسائل شيوعا في الحصول على البيانات الضرورية، تقوم على إعطاء معلومات شفويا في علاقة شفوية في علاقة مواجهة أي تبادل لفظي بين شخصين أو أكثر عن طريق أسئلة بقصد الوصول إلى معلومات معينة مع الإهتمام بمعنى الألفاظ واستجابات المبحوث وكانت الأسئلة المقابلة متنوعة منها :

(أ). أسئلة المغلقة : هي الأسئلة التي تعتمد على فئات تساعد على تقديم إجابات محددة مسبقا التي تعتبر البدائل و الخيارات التي يختار منها الباحث ما تنطبق مع ما يرمي إليه.

(ب). أسئلة المفتوحة : وهي الأسئلة التي تعطى للمبحوث بالإجابة عليها كما يشاء أي ذات الإجابات الحرة وهي أسئلة تعطى حرية كاملة للمفحوص في الإجابة ثم يتم فيها بعد تصنيفها وثبوتها من قبل الباحث.

(ج). أسئلة مفتوحة مغلقة : يعتبر هذا النوع من الأسئلة من الأشكال الوسيطة بين الأسئلة المفتوحة والأسئلة المغلقة.

وهو إقتراح مجموعة من الأجوبة يضعها الباحث ويترك للمبحوث حرية له. الإختيار وحرية الإجابة أيضا، ويمكن أن تكون الأسئلة مفتوحة أو مغلقة، ويسمى هذا النوع من الأسئلة بـ « Questions seni Ouvertes ou Question seni Fermées »

• وصف الإشبيان :

يتضمن الإشبيان على 34 أسئلة موزعة على (3) ثلاثة محاور رئيسية التي تشكل بدورها مراحل عملية لإقتناع (أنظر الإشبيان في الملحق)

(1)- محور المعلومات المعرفية ذو خصائص الإجتماعية، ويهدف إلى قياس تأثير العوامل الإجتماعية على الوفيات الأطفال الرضع.

(2)-محور يرتكز على الخصائص الإقتصادية، ويهدف إلى قياس تأثير العوامل الإقتصادية على الوفيات الأطفال الرضع.

(3)-محور يرتكز على الخصائص الديموغرافية، ويهدف هو الآخر إلى قياس تأثير العوامل الديموغرافية على الوفيات الأطفال الرضع.

* مكان إجراء إستمارة المقابلة :

تم إجراء إستمارة المقابلات مع الأمهات اللواتي أحضرنا إلى المستشفى لمصلحة التوليد للوضع (الولادة) واللامهات اللواتي يوجدن مع أطفالهن في مصلحة طب الأطفال للعلاج بالإستمارة المقابلة، أجريت في المستشفى الجامعي لمصطفى باشا، الجزائر، (مصلحة طب الأطفال، مصلحة التوليد) والمستشفى الجامعي لبني مسوس وذلك في مصلحة التوليد وأمراض النساء، وطب الأطفال.

* تكوين الجداول ومعالجتها إحصائياً :

1- المتوسط الحسابي :

يعتبر المتوسط الحسابي من أبرز مقاييس النزعة المركزية والأكثر إستخداماً. وتكون عملية حساب المتوسط الحسابي إما بطريقة البيانات غير المئوية أو البيانات المئوية، وتكون هذه الأخيرة في شكل جدول تكراري، وفي هذه الحالة نستعمل القانون الآتي : (1)

$$\text{ش} = \frac{\text{مد م - ك}}{\text{مد ك}}$$

(1) الكندري عبد الرحمن رمضان : مبادئ الإحصاء و أساليب التحليل الإحصائي : منشورات ذات السلاسل ، ط1 ، الكويت ،

حيث : م = مراكز الفئات.

ك = التكرارات.

(2) الإنحراف المعياري :

يعتبر من أهم معايير التشتت، والهدف من إستخدام الإنحراف المعياري هو معرفة مدى تباعد وتناثر القيم حول متوسطها الحسابي (1) ويمكن حساب الإنحراف المعياري بالطريقة الآتية :

$$\frac{1 \text{ مد (ص - ص) }^2}{\text{ن}} \sqrt{\text{ع}}$$

(3) - المنوال :

لحساب المنوال نتبع الخطوات التالية :

- (1) تحديد الفئة المنوالية وهي الفئة التي تقابل الأكبر تكراري في حالة طول فئة ثابت و الأكبر تكرار معدل تكرار معدل في حالة عدم ثبات طول الفئة.
- (2) وضع المدرج التكراري.
- (3) استخراج علاقة المنوال من المدرج التكراري والعلاقة الأكثر إستعمالا هي علاقة الفردية أو علاقة « Pearson »

وفي هذه الحالة نستعمل القانون كالاتي (1):

$$\text{Mo} = L + \frac{d_i}{d_1 + d_2} \times 1$$

(1) إحسان محمد الحسن : الأسس العلمية لمناهج البحث الإجتماعية ، دار الطليعة للطباعة و النشر ، بيروت 1982 ص 128 .

(1) Yadolah dodge statistique dictionnaire encyclopédique édition DUNOD . Paris . 1993 . P

$$\text{المنوال} = M_o$$

$$D_1 = \text{الفرق بين تكرار الفئة المنوالية وتكرار ما قبل المنوالية}$$

$$D_2 = \text{الفرق بين تكرار الفئة المنوالية وتكرارها بعد الفئة المنوالية}$$

$$D_i = \text{الفرق بين تكرار ما بين الفئة المنوالية وتكرارها ما قبل الفئة المنوالية}$$

$$I = \text{طول الفئة}$$

$$L = \text{الحد الذاتي للفئة المنوالية.}$$

4) إختبار كا التربيع لبرسون :

إن الهدف من وضع هذا الإختبار هو المقارنة بين النتائج التجريبية التي حصل عليها الباحث والنتائج النظرية (المتوقعة) ويعتمد هذا الإختبار على :
تربيع الفروق التكرارية التجريبية أو الفروق التكرارية النظرية، ثم تقسيم هذه المربعات على التكرارات النظرية وأخيرا تجمع نتائج قسمة التكرارات المختلفة.

وتعطى القيمة المحسوبة كا² بالعلاقة الآتية :⁽²⁾

$$\text{كا}^2 = \frac{\text{مد (ك - ك')}^2}{\text{ك}}$$

$$\text{حيث كا}^2 = \text{إختبار كا}$$

$$\text{ك} = \text{التكرارات التجريبية}$$

$$\text{ك} = \text{التكرارات النظرية}$$

مجموع الصف + مجموع العمود

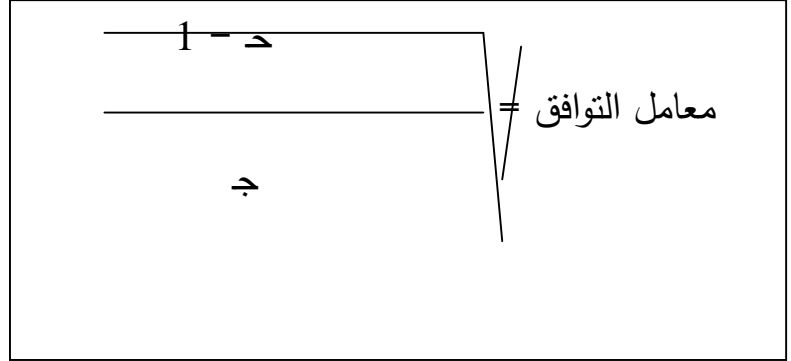
$$\text{التكرارات المتوقع} = \text{ك} = \frac{\text{مجموع الصف + مجموع العمود}}{\text{المجموع الكلي}}$$

المجموع الكلي

⁽²⁾ إحسان محمد الحسن : الأسس العلمية لمناهج البحث الإجتماعي ، المرجع السابق ص . 130

5) معامل التوافق :

هناك بعض الظواهر لا يمكن قياسها و وزنها أو التعبير عنها بشكل رقمي وبالتالي لقد وضع " بيرسون " معامل التوافق وذلك من أجل قياس العلاقات بين الصفات غير المقاسمة والمتمثلة في :



ولتطبيق هذا القانون تتوب البيانات الخاصة بالطاهرتين في الجدول مزدوج تم نربع كل تكرار في الجدول ونقسمه على حاصل ضرب تكرار الكلي العمودي في التكرار الكلي الأفقي .(1)

المبحث الثاني : الخصائص العامة للحالات المدروسة

- تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي
- تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني
- تصنيف المبحوثات حسب سنهم عند الإنجاب
- تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني للأزواج

(1) محمد سيد أحمد غريب : الإحصاء القياس في البحث الإجتماعي ، دار المعرفة الجامعية الإسكندرية 1991 ص 242 .

-تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي للأزواج
-تصنيف المبحوثات حسب نوع السكن

-وفي البداية يتجلى لنا من خلال الجدول الأول والشكل الأول أن الفئة الأولى من المستجوبات وهي التي لم تلتحق بالمدرسة إذ تنتمي إلى هذه المجموعة كل الأمهات واللاتي لم تعرفن القراءة ولا الكتابة واللاتي تمثل نسبة 6,94% أما المجموعة الثانية اللاتي إلتحق بالمدرسة لهن مستويات تعليمية مختلفة هناك من توقفن الدراسة في الابتدائي.

**الجدول التالي يمثل: الجدول رقم (33) توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي.
رقم (33)**

النسبة %	التكرارات	عدد الحالات / المستوى التعليمي
6,94	6	أمية
-	-	تقرأ وتكتب
19,73	15	إبتدائي
22,23	17	متوسط (إعدادي)
34,89	25	ثانوي
17,10	13	عالي
100	76	المجموع العام

بنسبة المقدرة بـ 19,73%، ترتفع عند الأمهات اللاتي لديهن مستوى متوسط بـ 22,23 % وترتفع أكثر بالنسبة للأمهات اللاتي لديهن مستوى ثانوي بـ 34,89 % والجامعي 17,10.

نستنتج من خلال هذا الجدول أن أغلبية الأمهات ذوي المستوى الثانوي.

فيما يخص الحالة المهنية (الفردية) للأمهات المستجوبات من بين 76 أما هناك 18 أما تعمل وذلك بنسبة 23,68%، والبقية من الأمهات بدون عامل وذلك بنسبة 76,31% (58 أم من بين 76) والجدول الثاني يوضح لنا نوع المهنة الممارسة للأمهات العائلات.

جدول رقم (34)

*الجدول رقم (34) توزيع الأمهات حسب مستواهن المهني.

النسبة %	التكرار	المهنة
33,33	6	إطار عالي
16,66		إطار متوسط
22,22		مهنة حرة
27,77		موظفة
100	18	المجموع

-إطار عالي : طبيبة، مهندسة، أستاذة جامعية، صحفية.

-إطار متوسط : أستاذة بالثانوية، قابلة، تقنية سامية.

-مهنة حرة : خياطة، حلاقة .

-موظفة : كاتبة، محاسبة، عون إدارية،.....

كما نلاحظ من خلال الجدول الأول أن أغلبية الأمهات العائلات تتواجدن في إطار العالي بنسبة 33,33% وتمثلت نسبة اللاتي يمارسن المهنة الحرة بـ 22,22%، وإطار متوسط بنسبة 16,66%، أما الموظفات فتمثلنا بـ 27,77%.

جدول رقم (35)

*الجدول رقم (35) توزيع المبحوثات حسب مستواهن و حالتهم المدنية.

النسبة %	التكرارات	الحالة المدنية للمبحوثات
-	-	أم عازية
97,36	74	متزوجة
2,63	2	مطلقة
-	-	منفصلة
100	76	المجموع

يوضح لنا الجدول أن أغلبية الأمهات المبحوثات متزوجات وذلك بنسبة 97,36%، وتمثل نسبة الأمهات المطلقات بـ 2,63% أما نسبة الأمهات العازيات غير موجودات ضمن العينة ولا يدخلنا ضمن العينة.

إن أغلبية الأمهات المبحوثات يتراوح سنهن ما بين 25 ، 29 بنسبة 35,0% وتليها بنسبة 27,6% من الأمهات اللاتي ينتمين إلى فئة سنة 30 ، 34 سنة، وأصغر مستجوبة لها بالضبط 18 سنة، وتمثل بنسبة 0,5% وهذا ما يوضح الشكل الثاني وبعملية صيانة بسيطة نجد متوسط عمر المبحوثات مقدر بـ 32 سنة، وبانحراف معياري مساو بـ 7,02.

الجدول (36)

* الجدول رقم (36) توزيع الأمهات حسب السن عند الإنجاب.

النسبة %	التكرارات	سن الأمهات عند الإنجاب
----------	-----------	------------------------

3,94	3	19 - 15
10,52	8	24 - 20
21,05	17	29 - 25
23,68	18	34 - 30
26,94	22	39 - 35
5,26	4	44 - 40
5,26	4	49 - 45
100	76	المجموع

أما بالنسبة لعدد الأطفال لدى المبحوثات إتضح أن أكثر من نصفهن لديهن ما بين 1 . 2 طفل بنسبة تقدر 51,3 %، وما بين 3 . 4 أطفال بنسبة مقدرة بـ 30,25 % من المبحوثات لديهن ما بين 5 . 10، وهناك مستجوبة لديها 12 طفل بالضبط 1,31 %، وهذا ما يبرزه الشكل رقم .

شكل رقم () توزيع الأمهات حسب عدد الأطفال لديهن :

الجدول رقم (37)

* الجدول رقم (37) يوضح لنا توزيع الأمهات حسب سن الزواج.

النسبة %	التكرارات	فئات سن الزواج
28,94	22	19 - 15
34,21	26	24 - 20
28,94	22	29 - 25
6,57	5	34 - 30
1,31	1	39 - 35
-	-	44 - 40
-	-	49 - 45
100	76	مجموع

يتضح لنا من خلال الجدول رقم (2) أن أغليبتهم تزوجن وهن صغيرات في السن الزواج، حيث نلاحظ من خلال الجدول الذي يبين أيدينا أن أكبر تكرار يقابله فئة 24-20 سنة بنسبة 34,21 تلقيها بنسبة 28,94 من الأمهات تزوجن وعمرهن يتراوح ما بين 15 . 19 سنة، و 25 . 29 سنة وأدى نسبة هي 1,31 من الأمهات اللاتي تزوجن في سن متأخر. ويقدر متوسط سن الزواج لدى المبحوثات بحوالي 17 وانحراف المعياري مقداره 8,06.

*وفي الجدول التالي متوضح مهنة الأزواج.

جدول رقم (38)

الجدول رقم (38) توزيع الأزواج حسب مهنتهم.

النسبة %	التكرار	المهنة
----------	---------	--------

15,78		إطار عال
15,78	12	إطار متوسط
23,68		مهنة حرة
26,31	12	موظف
10,52		عامل
7,89	18	بطل
	20	
	8	
	6	
100	76	المجموع

يوضح لنا الجدول (38) أن أغلبية الأزواج موظفون في الشركات الوطنية وذلك بنسبة 26,31 % ومنهم من يمارس مهنة حرة وقدر بنسبة 23,68 و 15,78 منهم إطار عالي ونسبة نفسها للإطار المتوسط كما نشير من بين 76 الأزواج يوجد 6 بطالين، منهم المسرحين من الشركات الوطنية.

وفي الجدول الذي يوضح المستوى للأزواج.

*جدول رقم (39)

الجدول رقم (39) توزيع الأزواج حسب مستواهم التعليمي.

النسبة %	التكرارات	المهنة
2,63	2	أمي
5,26	4	يقرأ ويكتب
13,15	10	إبتدائي
27,63	21	متوسط إعدادي
27,63	21	ثانوي
23,68	18	عالي
100	76	المجموع

يتحلى لنا من خلال الجدول (39) أن الفئة الأولى من الأزواج وهي التي لم تلتحق بالمدرسة إطلاقاً، إذ ينمي إلى هذه المجموعة الأزواج الذين لا يعرفون القراءة بنسبة 2,63، و 5,26 % من الأزواج الذين يعرفون القراءة والكتابة، أما الفئة أو المجموعة الثانية لهم مستوى التعليمي مختلف هناك من توقفوا الدراسة في الإبتدائي بنسبة المقدرة بـ 13,15 % ، ثم ترتفع هذه النسبة عند الأزواج الذين لهم مستوى متوسط بـ 27,63 % ونسبة نفسها مستوى الثانوي أما المستوى الجامعي والعالي فنجد تتمثل نسبة بـ 23,68 %.

فيما يخص ظروف السكن، أبرزت نتائج البحث أن أغلبية الأسر التي توفي لها طفل الرضيع تسكن في شقة بنسبة 53,94 بالمائة، وقدرت نسبة الأسر التي تعيش في بيوت نوع الفيلات بـ 31,57 بالمائة وفي منزل (وبه حوش) بنسبة 10,52 % بينما تسكن بقية الأسر في البيوت القصدية بـ 3,94 % بالمائة وللإشارة قدر متوسط مدة الأسكن أو السكن في تلك البيوت بحوالي 4 . 9 سنة.

الجدول رقم (40)

الجدول رقم (40) يبين توزيع الأسر حسب نوع السكن :

النسبة %	التكرارات	نوع السكن
53,94	41	شقة
31,57	24	فيلا
10,52	8	حوش
3,94	3	بيت قصديري
100	76	المجموع

كما قدر متوسط الغرف بـ 3,31 غرفة، متوسط عدد الأشخاص في المسكن بـ 6,8 أشخاص. (1)

(1) أنظر طريقة حساب المتوسط الحسابي في ص

الفصل الثاني

المبحث الأول : أثر العامل الإجتماعي على وفيات الأطفال الرضع

. أثر المستوى التعليمي على المتابعة الصحية أثناء الحمل

. أثر المستوى التعليمي على رتبة و عدد الأطفال

. أثر المستوى التعليمي على نوعية الرضاعة

. أثر المستوى التعليمي على الرغبة في الإنجاب

- . أثر المستوى التعليمي على تفضيل جنس المولود
- . أثر المستوى التعليمي على تنظيم النسل
- . الإستنتاجات

الجدول رقم 41

يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي و المتابعة الصحية أثناء الحمل

المجموع	التكررات		المتابعة الصحية
	لا	نعم	المستوى التعليمي
100	4	2	أمية
6	66.66	33.33	
100	4	11	إبتدائي
15	26.66	73.33	
100	3	14	متوسط
17	17.64	82.35	
100	3	22	ثانوي
25	12.0	88.0	
100	1	12	جامعي
13	7.69	92.30	
100	15	61	المجموع
76	19.73	80.26	

فيما يخص تتبع الأمهات حملهن من خلال نتائج التحقيق و من خلال جدول رقم 41 أن أكثر من تحقيق أتبعن الحمل و ذلك بنسبة 80.26 % بالمقابل 19.73 % من مجموع المبحوثات لم يتبعن حملهن .

ولقد ربطنا بين المستوى التعليمي للأمهات و متابعة الأمهات حملهن فوجدنا من خلال هذا التحقيق وجود علاقة عكسية بين المستوى التعليمي و المتابعة الصحية ، بحيث ترتفع نسبة المتابعة بارتفاع المستوى التعليمي للأمهات ، حيث تنتقل من 33.33 % عند الأمهات اللواتي لم يتحصلنا على أي قسط من التعليم إلى 73.33 %

%

للأمهات ذوات المستوى التعليمي الإبتدائي ، ثم ترتفع تدريجيا إلى أن تصل إلى 92.00 % اللواتي تحصلن على مستوى تعليمي جامعي ، و العكس صحيح حيث يشي الجدول نفسه أنه يوجد علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للأمهات و المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل ، فكلما إرتفاع المستوى التعليمي للأمهات إنخفضت نسبة عدم المتابعة ، تنتقل النسبة من 66.66 % عند اللواتي لم يتحصلن على أي قسط تعليمي أي الأميات 26.66 % اللواتي لديهن مستوى تعليمي إبتدائي ، ثم تنخفض النسبة تدريجيا إلى أن تصل إلى 7.69 % بالنسبة للمستوى التعليمي الجامعي .

و أتضح ذلك عند دراسة كاي التربيع لبرسون ، حيث قدر كاي التربيع المحسوب بـ 10.96 وكاي التربيع الجدولي عند درجة الحرية و نسبة الدلالة 0.05 بـ 9.488 . ومنه يمكن القول أن كاي التربيع المحسوب أكبر من نظيره الجدولي فإن دلا هنا على شئى فإنما يدل على وجود علاقة قوية بين مدى المتابعة الحمل من طرف الأمهات و مستواهن التعليمي .

و تجدر الإشارة هنا أن الأمهات اللواتي لم يتبعن حملهن يرجع سبب ذلك حسب تصريحات البعض منهن إلى عدم تلقيهن أية مشكلة أثناء الحمل ، و كذا تعدد الحمل خلال حياتهن الأنجابية . كما صرحت لنا إحدى المبحوثات " أن الحمل لديها غير مرغوب فيه ، كما أن الأم أصيبت بمرض في الجهاز التناسلي و الطبيب قدم لها وصفة و لم تشتري الدواء لأن الحمل كان غير مرغوب فيه " .

كما تبين كذلك من خلال تحقيق قام به المركز الوطني للدراسات و التحليل من أجل التخطيط " CENEAP " في المجتمع الجزائري ، أن أسباب عدم المتابعة تعود لبعد المراكز الصحية، وعدم وجود وقت كافي للمتابعة ، ضف إلى ذلك عدم إدراك أهميتها بالنسبة للأمهات.

أما الأمهات اللواتي تابعن حملهن و هي الأغلبية الساحقة للمبحوثات ، إتضح أنهن كن يترددن 5 مرات و أكثر ، و ذلك من أجل الكشف على تطورات الجنين و ذلك (32 من 61) بنسبة تقدر بـ 52.45 % و البقية من الأمهات المترددات للكشف الطبي خلال فترة حملهن ما بين 1 - 4 مرات ، و ذلك (29 من 61) بنسبة 47.6 %

بحيث كشف لنا تحقيق " CENEAP " مركز الوطني للدراسات و التحاليل من أجل التخطيط أن المتزوجات الصغيرا و المتعلقات هن أكثر على متابعة حملهن صنف إلى ذلك أن الأمهات يترددنا للمتابعة الصحية خلال الثلاثي الثالث نظرا لإلزامية الضمان الإجتماعي بغرض تعويض نفقات الولادات .

وسألن الأمهات عن الجهة المختارة من أجل المتابعة الصحية أثناء الحمل فتبين لنا من الجدول التالي :

الجدول رقم (42) بين توزيع الوفيات للأطفال الرضع حسب الجهة المختارة من طرف الأمهات للمتابعة الصحية أثناء الحمل .

النسبة	العدد	المتابعة الصحية
72.13	44	طبيب مختص
27.86	17	قابلة
100	61	المجموع

و لقد أتضح أن أغلبية الأمهات يترددن على طبيب المختص في أمراض النساء و التواليد 72.13 % و القابلات بنسبة 27.68 % .

بالنسبة اللواتي يفضلن الطبيب المختص فقد نتاج دراسة " CENEAP " حيث وصلت النسبة إلى 67.0 % بالمقابل فإن القابلات قدرت بنسبة 32.0 % ، وهذا عند المتعلقات و بالإختلاف أعمار الأمهات .

الجدول رقم (43)

يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي و لرتبة المتوني

المجموع	5 فأكثر	4 . 3	2 . 1	رتبة المتوفي المسوى التعليمي
6	3	2	1	أمية
100	50.0	33.33	16.66	
15	4	8	3	إبتدائي
100	26.66	53.33	20.0	
17	6	6	5	متوسط
100	35.29	35.29	29.41	
25	1	7	17	ثانوي
100	4.0	28.0	68.0	
13	-	-	13	جامعي
100			100	
	14	23	39	المجموع
	18.42	30.26	51.31	

يوضح الإتجاه العام للإجابات الجدول (43) المحدد لتوزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و رتبة المتوفي بين إخوانه الأحياء ، إلى وجود علاقة بين المستوى التعليمي للمهات و رتبة المتوفي ، أي كلما إرتفع المستوى التعليمي قل عدد الأطفال ، وكلما إنخفض المستوى التعليمي زاد عدد الأطفال ، فتمثل نسبة الرتبة الأولى و الثانية بـ 51.31 و ترتيب (3 - 4) بنسبة 30.26 % . أما ترتيب 5 فأكثر فتقدر نسبتها بـ 18.42 % .

كما يتبين لنا من خلال الجدول أن الأمهات الجامعيات يمثلنا بنسبة 51.31 % لهن ما بين (1 - 2) أطفال بنسبة 100 % ، في حين الأمهات اللاتي لديهن 5 أطفال و أكثر معظمهن أميات بنسبة 18.42 مقارنة مع اللواتي لديهن ما بين 1 - 2 طفل بـ 50.0 % ولعل سبب الفرق يعود إلى المستوى التعليمي و إلى سن المتأخر لزواج بالنسبة للمتعلّمات .

أما اللواتي لديهن ما بين (3-4) أطفال فنسبها تمثل 30.26 % إرتفاع قليل عند الأمهات اللواتي لديهن المستوى الإبتدائي بنسبة 33.33 % مقارنة مع الإمهات اللاتي لديهن 5 فأكثر ، إذ تقدرت النسبة بـ 26.66 % .

ويعود سبب في الك أن المستوى التعليمي للأمهات تؤثر على عدد الأطفال المرغوب فيه من طرف الأمهات ، بحيث نجد الأمهات اللواتي لديهن أقل أطفال (1 - 2) طفل لديهن المستوى التعليمي عالي أو ثانوي ، أما اللواتي لديهن المستوى التعليمي إبتدائي أو أميات فإلديها 5 أكثر لتصل إلى 12 طفل حسب نتائج التحقيق .

و بالتالي نجد أن الأمهات المتعلّمات يتأخرنا في سن الزواج و هذا راجع للإتمام الدراسة ، ثم الخروج إلى العمل و بعدها تفكرنا في الزواج ، و قد تبين تعدد السكان و الإسكان للجزائر عام 1987 إلى إرتفاع مستوى سن الزواج لدى الفتيات بالنسبة لفتات وصل إلى 24 سنة ، وهذا راجع إلى التغيرات الإجتماعية و الثقافية خلال العقد الأخير .

واتضح ذلك عند دراسة كاي التريبع لبرسون ، حيث قدر كاي التريبع المحسوب بـ 25.58 ، وكاي التريبع الجدولي عند درجة الحرية (3) و نسبة الدالة 0.05 بـ

15.507 ويبين القول أن كاي التربيع أكبر من نظيره الجدولي فإن دل هنا على شئى و إنما يدل على وجود علاقة بين المتغير شئى .
وبدراسة معامل وجدنا علاقة بين المستوى التعليمي للأمهات و عدد الأطفال الأمهات بـ 54.17 % أي هناك علاقة جد متوسطة بين المتغيرين ، المستوى التعليمي و عدد الأطفال الأمهات .

يبين الجدول رقم (44) توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب ساعات الأولى للرضاعة

الإجابة	العدد	النسبة %
نعم	44	57.89
لا	32	42.10
المجموع	76	100

يبين لنا من خلال الجدول رقم (44) أن نسبة 57.89 % من وفيات الأطفال الرضع قد راضعو خلال حياتهم ، بالمقابل نجد نسبة تقدر بـ 42.10 % لم يرضعوا إطلاقا ، و يعود سبب ذلك عدم الرضاعة إلى عوامل متعلقة بصحة الرضيع و أخرى متعلقة بصحة الأم .

خاصة بصحة الرضيع :

- ولادة الرضيع في الفترة الحمل لنسب في أوانها أي قبل الشهر الثامن (8) من مدة الحمل ، وفي هذه المرحلة من الحياة فهن المعروف عند الإختصاصيين و الأطباء أن الرضع (الطفل) ليست لهم قوة للإرضاع بمعنى إنعكاس الإمتصاص و بالتالي يضعون تحت الأجهزة الخاصة.
- البعض من الأطفال المتوفي ، توفوا في الدقائق أو ساعات الأولى من الحياة ، أي أقل من 6 ساعات .

- خضوع البعض منهم إلى الإنعكاس و المراقبة المكثفة .
- إصابة الطفل الرضيع بمرض سوء إختناق ولادي ، و إنثان ولادي أو الإنسداد المعوي .
- رفض الطفل الرضيع الرضاعة من ثدي أمه أو من الرضاعة الإصطناعية " BIBERON " .

أما العوامل المتعلقة بصحة الأم فتمثل فيما يلي :

- إصابة الأمهات (الأم) بالمرض أثناء الحمل و بعد الوضع مثل مرض السل ، مرض الملاريا ...
 - عدم كفاية لبن الأم أو إنقطاع نتيجة القلق أو الصدمة .
 - مرض الأم مشكل الثدي و الحلمة
 - الإرهاق الأم نتيجة للأعمال داخل البيت و خارجه (1)
- الجدول رقم (45)

يبين توزيع و فيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات نوعية الرضاعة

المجموع	مزدوجة	إصطناعية	طبيعية	نوعية الرضاعة المستوى التعليمي
4	2	-	2	أمية
100	50.0		50.0	
12	2	3	7	إبتدائي

(2) وزارة الصحة و السكان

	100	16.66	25.0	58.33
متوسط	8	2	1	5
	100	25.0	12.5	62.5
ثانوي	15	5	4	6
	100	33.33	26.66	40.0
جامعي	5	2	2	1
	100	40.0	40.0	20.0
المجموع	44	13	10	21
	100	29.54	22.72	47.72

يوضح لنا هذا الجدول (45) أن نمط الرضاعة الطبيعية ينخفض بإرتفاع المستوى التعليمي بحيث أن النساء الأميات ترضعن أطفالهن بالرضاعة الطبيعية ، بنسبة تقدر 50.0 % في النمط الرضاعة المختلطة (المزوجة) . ولكن الرضاعة الإصطناعية نجد و لا إمراة تستعمل هذا النمط .

أما الأمهات ذوات المستوى التعليمي الإبتدائي نجد تذبذب في النسب بحيث ، نجد أعلى نسبة في نمط الرضاعة الإصطناعية تقدر بـ 25.0 % و أختير نمط الرضاعة الإصطناعية قدرت بـ 16.66 % .

أما المستوى التعليمي المتوسط ، أكثر نجد نسبة عالية من الأمهات يستعملن النمط الأول الآ و هو الرضاعة الطبيعية ، ثم تليها نسبة 25.0 % لنمط الرضاعة المختلطة (المزوجة) ، بحيث كلما إرتفع المستوى التعليمي إزداد إستعمال الأم للنمط الثالث ، و تصل النسبة إلى 40.0 % عند الأمهات ذوي المستوى التعليمي العالي .

و بإستعمال إختيار كاي التريبع لليروسون ، حيث قدر كاي التريبع المحسوب بـ و كاي التريبع الجدولي عند درجة الحرية () و نسبة الدلالة 0.05 بـ

وجد أنه زال إحصائيات عند الخط الإحتمال (0.05) أي هناك علاقة بين المستوى التعليمي و نمط الرضاعة .

و التفسير الذي نستطيع تقدمه أن الأمهات ذوي المستوى التعليمي الضعيف (أمية و إبتدائي) هي أكثر إرتباط بالقيم و العادات و التقاليد عكس النساء المتعلمات المتأثرات كثير بالمستوى التعليمي الذي يدفعهن إلى إستعمال الرضاعة الإصطناعية ، كبديل للرضاعة الطبيعية ، و التي تعتبرها كمنظير من مظاهر التحضر ، و أيضا فهن واعية بأن الطفل عندما يصل إلى أشهر معينة تصبح الرضاعة الطبيعية غير كافية لتنقل الفيتامينات و البروتينات ...

و لقد أوضحت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم لسنة 1992 أن أغلبية النساء (الأميات) .

في الجزائر ترصعن أطفالهن طبيعيا، إن حوالي 60 % من الأطفال بدوا الرضاعة خلال (6) الستة ساعات الأولى بعد الولادة ، حيث تبين من هذا المسح أن المتوسط حول فترة الرضاعة 12.5 شهر مقارنة نتائج هذا المسح بالمسوحات السابقة ، تبين أم متوسط طول فترة الرضاعة نتيجة نحو الإنخفاض بنسبة كبيرة (حضري ريفي) .

و جدير بالذكر أن نتائج البحث هذه تتماشى و نتائج المسح الجزائري مول صحة الأم و الطفل لسنة 1992 ، حيث إتضح أن الأمهات اللاتي لم تحصلن على مستوى تعليمي أقبلن على ممارسة الرضاعة الطبيعية أكثر من غيرهن و إمتد أثر متغير التعليم حتى على متوسط طول فترة الرضاعة .

الجدول رقم (46)

يبين مدى رغبة الأمهات في الإنجاب و مستوهن التعليمي

المجموع		عدم الرغبة في الإنجاب		الرغبة في الإنجاب		مدى الرغبة في الإنجاب المستوى التعليمي
%	ت	%	ت	%	ت	

100	6	66.66	4	33.33	2	بدون مستوى
100	15	60.0	9	40.0	6	إبتدائي
100	17	35.29	6	64.70	11	متوسط
100	25	44.0	11	56.0	14	ثانوي
100	13	30.76	4	69.23	9	جامعي
100	76	44.73	34	55.26	42	المجموع

إذ نلاحظ من خلال الجدول (46) عن مدى رغبة الأمهات المستجوبات في الإنجاب مستقبلا ، فإتضح أكثر من نصفين 55.26 % من الأمهات ترغبن في الإنجاب مستقبلا و 44.75 % منهن لا ترغبن في الإنجاب و إن سبب عدم الرغبة في الإنجاب يرجع حسب تصريحاتهن إلى كثرة الأولاد ضف إلى ذلك غلاء المعيشة، عدم القدرة على تلبية حاجيات أفراد الأسرة و من خلال ملاء و التحدث معهن نلاحظ اليأس على الأوجه الأمهات و الملل على توجوهن ، و قد يعود ذلك إلى الظروف الإجتماعية و الإقتصادية و الفترة الصعبة التي يعيشها كل فرد جزائري في هذه الآونة الأخيرة أوراغة للأسباب نجهلها .

كما تبين من خلال الجدول إرتفاع عدم الرغبة في الإنجاب عند الأمهات المتدارسات (المتعلمات) بنسبة 66.66 % ، ثم تليها اللواتي لديهن مستوى تعليمي إبتدائي بـ 60.0 % من مجموع المبحوثات .

أما بالنسبة اللواتي يردن الإنجاب فنجد سبب في ذلك حسب تصريحاتهن من خلال نتائج التحقيق إلى رغبة في إنجاب الأطفال الآخرين لتعويض المتوفي أو إضافة الأخ آخر إذ كانت لديها بنت من قبل أو العكس أخت أخرى إذ كان لديها ذكر .

فوجد الرغبة في الإنجاب عند الأمهات المتعلقات ، فوجد أنه كلما زاد إرتفع المستوى التعليمي للأمهات كلما زادت الحاجة في الإنجاب بحيث نجد أكبر نسبة عند الأمهات ذوي المستوى التعليمي العالي قدرت نسبة بـ 69.23 % ، ثم تليها الأمهات اللواتي لديهن مستوى التعليمي ثانوي بنسبة 56.0 % ثم تليها المتوسطات بـ 64.70 % اللواتي لديهن مستوى إبتدائي بـ 40.0 % .
 أما الأمهات اللواتي ليس لهن مستوى التعليمي ، أي الأمهات فوجد أدنى نسبة لديهن قدرت بـ 33.33 % من مجموع المبحوثات .

الجدول رقم (47)

يبين مدى رغبة الأمهات في الإنجاب و مستواهن التعليمي

المجموع	التفصيل بين الجنسين			مدى التفصيل في الإنجاب
	لا خيار	إناث	ذكور	المستوى التعليمي
2	-	1	1	بدون مستوى
100		50.0	50.0	
6	3	2	1	إبتدائي
100	50.0	33.33	16.66	
11	3	4	4	متوسط
100	27.27	36.36	36.36	
14	4	6	4	ثانوي

100	28.57	42.85	28.57	
9	1	4	4	جامعي
100	11.11	44.44	44.44	
42	11	17	14	المجموع
100	26.19	40.47	33.33	

إذ يبين من خلال الجدول رقم (47) أن كل الأمهات سواء كانت ذات مستوى ثانوي و عالي أو مستوى أدنى (إبتدائي ، متوسط) أو اللواتي ليس لديهن مستوى ، الأغلبية منهن لا يوافقن على تفصيل إنجاب الذكور عن الإناث بحيث تركزت النسب في كل المستويات، و نلاحظ أنه حتى بالنسبة للتفصيل الذكور عن الإناث لم يظهر تأثير واضح للمستوى التعليمي للمبحوثات على موقفهن من الإتجاه العام لتفصيل إنجاب الذكور عن الإناث و هو بنسبة

33.33 % ، و عليه فإتجاه نحو الإناث و ذلك بنسبة 40.47 % بحيث تبين أن في المستوى التعليمي الإبتدائي قدرت نسبة بـ 50.0 % ، ثم تنخفض من جديد عند المستوى الأخر إلى 36.36 % ، عند اللواتي لديهن مستوى متوسط أما اللواتي لديهن مستوى التعليمي و الثانوي و العالي فنجدها متقاربة بنسبة 44.44 % .

أما اللواتي ليس لديهن خيار بين الجنس فالإتجاه العام يمثل إلى 26.19 % و تركز أعلى نسبة عند اللواتي لديهن مستوى أدنى إبتدائي بـ 50.0 % و يعود ذلك إلى عدد الأطفال المحقق من طرف الأمهات الكبريات ، و أدنى نسبة نجدها عند الجامعيات بنسبة 11.11 % .

و يمكن تفسير ذلك ، أن التفصيل الذكور يعود حسب تصرحتهن إلى العامل الإقتصادي بحيث الذكر يساهم بنسبة هائلة في الدخل العائلي في المستقبل و قد شكل هذا العامل أهمية كبرى في زيادة النسل لإن مولود جديد يعتبر عن إستثمار ذو مردود مضمون و مريح و كذلك من أجل إراث الإسم و الخيار العائلة .

أما اللواتي يفضلن الإناث عن الذكور فيعود سبب ذلك إلى أنهن لديهن عدد من الذكور و بالتالي ترغبن في إضافة أخت لأخ ، و يتجلى ذلك عند الأمهات بنسبة 50.0 % و يعتبرن ذلك إجحاف في حق الأنثى و غعتراض على مشيئة الله الذي قسم ذلك ، حيث صرحت إحدى المبحوثات أن الفتاة تساعد في التكفل بالأباء خاصة من الناحية المالية بحيث بالإمكانها تعويض الذكر في القيام بهذه المهمة تعويض " في و قتنا هذا الطفلة خير من الولد ، لأخطرش الطفلة تصيبها مشي كيما للولد " .

أما البقية منهن فليس لهذا خيار إلا بتعويض الطفل الرضيع المتوفي بالجنس سوء كان ذكر أم أنثى بحيث نجد النسب متقاربة حسب نتائج البحث .

لقد أصبح موضوع تباعد الولادات بشكل قسما كبير من إهتمامات المرأة و إنشغالاتها خاصة لدى المرأة المتعلمة ، إذ سمح مستواها التعليمي التطلع و التفهم أكثر على المعارف و الإتجاهات المرتبطة بتنظيم النسل خاصة لدى الجامعيات ، فذخول المرأة إلى الجامعة مكنها في الحصول على مكانة إجتماعية على تخفيض عدد أطفالها و بالتالي فقد شكل العامل المهني إحدى العوامل الرئيسية التي ساعدت المرأة على تنظيم إنجابها فقد تبين أن معظم المبحوثات - الحالات المدروسة - أكدت على إهتمامها متبينة شتى أو مختلف و سائل و الطرق الهادفة إلى ذلك .

الجدول رقم (48)

يوضح استعمال و سائل منع الحمل حسب المستوى التعليمي للأمهات .

المجموع	لا تستعمل	تستعمل	إتباع طرق منع الحمل
			المستوى التعليمي
6	04	2	بدون مستوى
	66.66	33.33	
15	05	10	إبتدائي

	33.33	66.66	
17	09	8	متوسط
	52.94	47.05	
25	07	18	ثانوي
	28.0	72.0	
13	04	9	جامعي
	30.76	69.23	
76	29	47	المجموع
	38.15	61.84	

إن عامل التعليمي للأمهات كما أشرنا إلى ذلك سابقا يلعب دورا هاما في تحديد عملية الإنجاب إذ توصلنا من خلال نتائج البحث إلى أن الرفضات لوسائل منع الحمل بعض النظر عن الكبريات في السن معظمهن ذوي مستوى محدود إذ لم نقول غير المتعلمات و نشير إلى أن المستوى التعليمي للمبحوثات ترتبط ارتباطا قويا ، يسهين لأن ضمن الرفضات ذوي المستوى التعليمي ضعيف من لا يتجاوز سنها 30 سنة ، لما يترجمه الجدول الموجود أعلاه ، و يتضح من خلال الجدول أن نسبة الرفض تظهر لدى الفئات التي تنحصر من أمية إلى مستوى متوسط ، بينما تظهر نسبة القبول لدى المستويات التعليمية الأخرى ثانوي و عالي تقريبا بنسبة 72.0 % و 69.23 % على الترتيب ، و قد تبين أن معظم الرفضات من خلال نتائج الدراسة و البحث أنهن راجع إلى إرذتهن و ليس لدى ضغط من الضغوط الإجتماعية المحيط الأسري أو الزوج .

ويمكن حصر اسباب الرفض الإستعمال و سائل الحمل إلى العوائل التالية :

العامل الأول : الرغبة في الإنجاب لأن معظم الأمهات المبحوثات الرفضات أدلت أنهن يردن إنجاب أطفال من جديد و يصبحن أمهات بالنسبة للواتي ليس لديها أولاد أو يرغبن في أنجاب مرة أخرى و الذي يمثل نسبة هامة من المبحوثات .
أما

العامل الثاني : فيمثل في العامل الطبي ، ماصرحت لنا البقية من الأمهات المبحوثات من خلال نتائج البحث ، اللواتي لا يستطعن إستعمال و سائل منع الحمل و هذا راجع المشاكل الصحية متعلقة بالأمهات المبحوثات .
أما

العامل الثالث : و هو السن المتأخر بالنسبة للواتي و صلنا إلى سن اليأس كما يسمى عند الأطباء و يمثل في الفئة 45 - 44 سنة ، فإنهن لا يستعملن و سائل منع الحمل .

أهم الطرق المتبعة :

تعتبر الحبوب أكثر الوسائل إستعمالا لدى المبحوثات - الحالات المدروسة - كونها الوحيدة التي تمثل نسبة عالية من الفعالية بالمقارنة مع الوسائل الأخرى لذلك كان الإقبال عليها كبير أو بصفة كبيرة كما يوضحه الجدول :

الجدول رقم (49)

يبين الطرق المستعملة لدى المبحوثات

النسبة %	العدد	أنواع الطرق
89.36	42	الحبوب
06.38	03	المعقم
04.25	02	الطريقة الحسابية
100	47	المجموع

إذ نلاحظ من خلال الجدول أن 89.36 % من المستعملات تلاً إلى الحبوب لأنها الطريقة أنجح كما ذكرت الدراسة رغبة المرأة في الإنجاب ذكور⁽¹⁾ رغم فعاليتها إلا أنها قد تؤدي إلى إنعكاسات سلبية على صحة الأم و هذا ما يبرز لجو بعض إلى إستعمال المعقم بنسبة تقدر بـ 4.34 % من المبحوثات ، رغم أنها ليست مضمونة 100 % بالمائة .

كما تبين أيضا من خلال الجدول أن أقدم الطرق لمنع الحمل و المثلثة في الطريقة الحساسة مازلت متبعة في وقتنا الحالي و لو بنسبة قليلة جدا لأن حسب الفئة المعنية - الوسائل لأخرى تعتبر صعبة و معقدة ، و قد تؤدي إلى نتائج سلبية على صحة الأم .

و يتضح كذلك من خلال الجدول أن الغرض من إستعمال و سائل منع الحمل يرجع : " لتباعد أو التعطيل " كما عبرت عنه المبحوثات . أما الباقي بالنسبة للفئات الأخرى ، فهي من أجل التحديد و أسباب ذلك تختلف من مبحوثة لأخرى فمنها ما يعود لأسباب إجتماعية و أخرى صحية .

و يمكن تلخيص هذه السباب إلى مايلي :

أولا : النوعية في إنجاب ذكور و هذا ما يمثل 33.33 % من مجموع المبحوثات المستعملات لطرق منع الحمل ، و منها من يريد إنجاب إناث و تقدر النسبة بـ 40.47 % ، و بالتالي فهو السبب الرئيسي .

ثانيا : الرغبة في إنجاب طفل آخر قد الأخ للأخت أو أخت للأخ نبغي ذكورا و إناثا .

ثالثا : من أجل صحة الأم ، وهو ما يمثل نسبة قليلة تقدر بـ 12 % من مجموع المبحوثات المستعملات .

أما الفئة الثانية التي تستعمل وسائل منع الحمل من أجل التحديد يمكن تلخيص الأسباب إلى مايلي :

راجع إلى عدم رغبة في الإنجاب ، وهذا ما أدلت به معظم المبحوثات و هذا راجع لكون لديهن الكفاية من الأطفال .

(1) حورية محفوظ : رغبة المرأة في الإنجاب الذكور . دراسة ميدانية لمكانة الذكر في الوسط العائلي في الجزائر العاصمة . رسالة ماجستير

وكذلك راجع إلى سن ، بحيث غالبا ماتتوي المرأة أن تتوقف عن الإنجاب بسبب كبرها في السن ، فقد لوحظ من خلال نتائج الدراسة أن أغلبية الأبحاث المهمة بهذا الموضوع هي المتعلمات ذوى المستوى التعليمي الثانوي و العالى ، ومن هنا يبرز أثر التعليم في تغيير موقف المرأة و أفكارها المتعلقة بمختلف مجالات الحياة. إذ تبنت علميا أنه كلما تقدمت المرأة في السن ، كلما شكل الإنجاب خطورة عالية و كثيرة على صحة الأم و الجنين خاصة . و كذلك ترجع للأسباب صحية التي تعتبر من العوامل الرئيسية المؤثرة في عملية تحديد النسل، فقد ترغب المرأة في الإنجاب و لولا ظروفها الصحية لا تسمح بذلك.

خلاصة و إستنتاجات :

- إتضح من خلال نتائج البحث و من المبحث الأول أن الأمهات المتعلقات يتبعن عملهن و ذلك بنسبة 80.26 % ، و اللواتي لا يتبعن حملهن بنسبة 19.73 % .
إذ نجد أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي و المتابعة فكما إرتفع المستوى التعليمي للأمهات يتبعن حملهن ، و كلما إنخفض المستوى التعليمي فأمهات لا يتبعن حملهن .

- إن الأمهات اللواتي إتبعن حملهن يفضلن الطبيب المختص عن القابلات بحيث معظمهن تتبعن حملهن عند الطبيب المختص بـ 72.13 % . أما البقية منهن تتوجهن عند القابلات بنسبة 27.86 % و هذا عند المتعلقات بمختلف مستواهن .

- تبين من خلال نتائج البحث أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأمهات و عدد الطفل، بحيث تبين نتائج التحقيق أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي عند المرأة قل عدد الطفل لديهن ، بحيث خروج المرأة إلى التعليم و العمل مكانه من تحديد العدد المرغوب من الأطفال و ذلك عن طريق تنظيم النسل بحيث تسن أن الأمهات اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال هن ذوي المستوى التعليمي منخفض و ذلك بنسبة 50.0 % ، و اللواتي لديهن طفلين هن ذوي المستوى التعليمي العالي بنسبة 100 % .

- إتضح من خلال نتائج البحث أن 57.89 % من الأطفال الرضع المتوفين أرضعوا و البقية منهم 42.10 % لم يرضعوا .

- إن المستوى التعليمي للأم يؤدي إلى تغير في أرائها و سلوكها ، يتيح لها العمل خارج البيت ، و هنا يأخذ العمل معنى التحرر و الإستقلال الذاتي عندها و مما يؤدي بها إلى تعويض الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الإصطناعية بالقننية ، بحيث تبين من التحقيق أن الإتجاه المهات اللاتي لم يتحصن على مستوى تعليمي وز مستوى إبتدائي أقبلن على ممارسة الرضاعة الطبيعية أكثر من غيرهن و أمتد أثر صغير التعليم حتى على متوسط طول الفترة الرضاعة . فتبين أن الأمهات المتعلقات يلجأن إلى الرضاعة الإصطناعية . أما اللواتي لديهن مستوى تعليمي منخفض يلجأن إلى الرضاعة الطبيعية . فنلاحظ أن الأمهات المتعلقات بالرغم من مستوياتهن إلا أنهن ليس واعيا بالفوائد الحليب الطبيعي على صحة الرضيع . أما اللواتي ليس لهن مستوى تعليمي و اللواتي لديهن مستوى منخفض يلجأن إلى

الرضاعة الطبيعية و يرجع ذلك إلى الوسط العائلي التي تعيش فيه الأم بحيث أن الوسط الذي تنشأ فيه الأم له تأثير مباشر على إيجابها نحو الرضاعة الطبيعية .

- أغلبية الأمهات ترغبنا في الإنجاب مستقبلا و ذلك بنسبة 55.26 % و اللواتي لا يرغبن في الإنجاب فقدرت نسبتها بـ 44.75 % فتبين أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما كانت الحاجة إلى الإنجاب أكثر ، و كلما إنخفض المستوى التعليمي نجد الأمهات لا يرغبن في الإنجاب و يرجع ذلك أن الأمهات غير المتعلّقات و ذوي المستوى الابتدائي و المتوسط لا يرغبن في الإنجاب لأنهن كبيريات في السن و انجبن عدد المرغوب من الأطفال .

أما المتعلّقات فيرغبن لأنهن تزوجن في سن متأخر و كذلك لأنهن فقدن مولودهن الأول و بالتالي تخلق لهن الرغبة في الإنجاب و هذا يعود إلى أن هذه الفئة من الأمهات لم تتزوج في سن مبكر لإستغراقها وقت كبير في تحصيل الشهادات العالية و بالتالي لم تتجب عدد كبير من الأطفال مقارنة بالفئات الأخرى .

- تبين أن المستوى التعليمي للأمهات ليس له تأثير على تفضيل الذكور عند الإنجاب، بحيث أتضح أن تفضل نحو الإناث بنسبة 40.47 % و الذكور بنسبة 33.33 % .

- إتضح من خلال نتائج البحث أن الرفضات لإستعمال و سائل الحمل بغض نظر عن الكبيريات في السن معظمهن ذوي مستوى تعليمي محدود (إبتدائي - متوسط) أو الأميات ، فكلما ارتفع المستوى التعليمي ، كلما إنخفضت نسبة الرفضات لإستعمال و سائل منع الحمل .

- الأميات المستعملات لوسائل منع الحمل يلجأن إلى الطرق الأكيدة الأولى الحبوب منع الحمل لأنها حسب رأيهن الطريقة أنجح و ذلك بنسبة 89.36 % لم يأتي المعقم في المرتبة الثانية بنسبة 6.38 إلا أن الطريقة الحسابية مازالت مستعملة لدى الكبيريات في السن بنسبة 4.25 % .

الجدول رقم (50) توزيع ونيات الأطفال الرضع، حسب الحاجيات التي تكتسبها كل أسرة

الحاجيات	التكرارات	المجموع
----------	-----------	---------

	لا	نعم	
المرحاض	4 5.26	72 94.73	76 100
الحمام	24 31.57	52 68.42	76 100
الكهرباء	2 2.63	74 97.36	76 100
الغاز	23 30.26	53 69.73	76 100
الهاتف	41 53.94	35 46.05	76 100

من خلال السؤال المتعلق بأهم الحاجيات التي تكتسبها الأسرة في البيت إتضح أن الأغلبية الساحقة لا تكتسب الهاتف في البيت و 31.57 % تكتسب حمام، 30.26% تكتسب غاز المدينة في البيت و لا يدخل الكهرباء إلى البيوت نسبة 2.63% وكذا الغاز ب 30.26% ولا مرحاض بنسبة 5.26%.

أما الفئة الأخرى التي تكتسب الحاجيات الضرورية في المنزل فتقدر نسبة الأسر التي تكتسب المرحاض سواء كان المرحاض خاص دخل المنزل أو مرحاض جماعي ب 94.73% منها 14.47% مرحاض جماعي. وبالتالي نلاحظ نقص النظافة وكذلك نقص في صرف المياه القذرة.

أما الأسرة التي تكتسب حمام داخل البيت فتقدر نسبتها ب 68.42% وقد أشارت نتائج تعداد السكان لعام 1998 بالجزائر في المجتمع أن 45.02% يكتسبون حمام داخل البيت. بالنسبة للضروريات من الكهرباء والغاز فقد أوضحت نتائج التحقيق أن أغلبية العائلات والأسر تكتسب الكهرباء بنسبة 97.32% والغاز بنسبة 69.73% .

أما نتائج التعداد العام لسكان والسكن لعام 1998 أوضح:

أن المجتمع الجزائري يكتسب الكهرباء بـ 84.58% والغاز الطبيعي بنسبة 78.15%.

أما كماليات المنزل من الهاتف فتوضح النتائج أن أغلبية الأسر لا تكتسب الهاتف إلا بنسبة 46.05% منهم من يكتسب الهاتف⁽¹⁾ ونستنتج أن أغلبية الأسر التي توفي لهم الأطفال رضع يكتسب الحاجيات الضرورية للمنزل (من صرف صحي) والكهرباء + الغاز وبالتالي نستنتج أن العامل الاقتصادي له تأثير على وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.

الجدول رقم (51) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوع السكن وعدد غرف البيت.

المجموع	6 - 5	4 - 3	2 - 1	عدد	
				الغرف	نوع السكان
41	3	28	10	شقة	100
24	9	11	4	فيلا	100
8	2	1	5	حوش	100
3	-	1	2	بيت قصديري	100
76	14	41	21	المجموع	100

⁽¹⁾ONS: Collections statistique RGPH 1998 Juillet 1999 N°80.

يبدو من خلال جدول رقم (51) أن الاتجاه العام يتجه نحو الأمهات اللواتي تسكن في 3-4 غرف بنسبة 53.94% فأغلبيتهن يسكن في شقة بعمارة، وذلك بنسبة تقدر بـ 68.29% وبـ 45.83% يسكن في فيلا أما اللواتي يسكن في بيت قصديري بـ 33.33% والبقية منهن تسكن في حوش به منزل وذلك بنسبة 12.5% .

أما الأمهات اللواتي يسكن في 1-2 غرف فيصل الاتجاه إلى الأمهات القاطنات في بيت قصديري وذلك أكثر من نصفهن بنسبة 66.66% و 62.50% عند اللواتي يسكن في حوش به منزل، ثم تتخفف النسبة عند اللواتي يسكن في شقة داخل عمارة بنسبة 24.39% والبقية منهن تسكن في فيلا بنسبة 16.66% .

كما أوضحت نتائج التحقيق أن الأمهات اللواتي لديهن 5-6 غرف في البيت فيصير الاتجاه نحو اللواتي تسكن في فيلا بنسبة 37.50% و 25.00% عند الأمهات اللواتي تسكن في حوش وفيه مسكن، أما البقية منهن فنجدهن يسكن في شقة بعمارة وذلك بنسبة تقدر بـ 7.31% .

وفي هذا الصدد أشرت نتائج التعداد للسكان والسكن للجزائر عام 1998 أن أغلبية الجزائريين يسكنون في بيوت فردية بنسبة 55.26% والأحواش والمنازل التقليدية بنسبة 19.87% أما البقية من الأسر المجتمع الجزائري فيسكنون في عمارات بها شقة بنسبة 16.78% والبيوت القصديرية بنسبة 6.56% .

كما يوضح الجدول أن الأمهات المبحوثات القاطنات في غرفة واحدة في منزل تمثل في (10 أسر من بين 76 أسرة) فقدر متوسط عدد الأشخاص في هذه الغرفة بـ 8.1 شخص، أما الأمهات اللواتي يسكن في غرفتان (أي 12 أسرة من بين 76) قدر المتوسط عدد الأشخاص في غرفتان أي (27 من بين 76). أما الأمهات اللواتي يسكن في 4 غرف فقدر متوسط عدد الأشخاص فيها بـ 7.33 شخص (أي 13 أسرة من 76 أسرة). والبقية منهم تسكن في مسكن به 5 غرف (أي 14 أسرة من 76 أسرة) قدر متوسط عدد الأشخاص بـ 7.51 شخص.

وبالتالي نلاحظ من خلال نتائج التحقيق والبحث أن متوسط عدد الأشخاص في مسكن قدر بـ 6.83 شخص.

الجدول رقم (52) يبين الأصناف التي ينتمي إليها الراتب الشهري للأسرة.

الأصناف الراتب	التكرار	النسبة (%)
أقل من 6000 دينار	5	7.04
من 6000 إلى 10000 دينار	17	23.94
من 10001 دينار إلى 18000 دينار	25	35.21
من 15001 إلى 20000 دينار	10	14.08
أكثر من 20000 دينار	14	19.71
المجموع	71	100

ملاحظة: يوجد ضمن العينة 5 أزواج بطالين، مسرحين من طرف المؤسسة العاملين فيها.

من خلال جدول رقم (52) يتضح أن أغلبية الأسر التي تتضمن الأمهات اللواتي فقدان موالدهن ينتمي رتبهن الشهري إلى الصنف 10.000 دج إلى 15000 دج وذلك بنسبة 35.21% تليها تلك التي ينتمي مرتبهن الشهري إلى الفئة 6000 إلى 10.000 دج حيث تقدر نسبتها بـ 23.94% و 19.71% عند اللواتي ينتمي راتبهن الشهري إلى أكثر من 20000 دج.

في حين نجد أن نسبة 14.08% عند الفئة 15000 إلى 20.000 دج أما أقل فئة من الأمهات اللواتي فقدن مولودهن تمثل نسبة 7.04% وتنتمي إلى فئة أقل من 6000 دج .

الجدول رقم (53) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة والمتابعة الصحية للأم أثناء الحمل.

المجموع	التكرار		مدى المتابعة الصحية الدخل الشهري	
	عدم المتابعة	متابعة الصحية		
100	5	3	2	أقل من 6000
		60.0	40.0	
100	17	4	13	من 6000 إلى 10000 دج
		23.52	76.47	
100	25	1	24	من 10001 إلى 18000 دج
		4.0	96.0	
100	10	1	9	من 15001 إلى 20000 دج
		1.0	90.0	
100	14	2	12	من 20000 فأكثر
		14.28	85.71	
100	5	4	1	البطالين
		80.0	20.0	
100	76	15	61	المجموع
		19.73	80.26	

يوضح الإتجاه العام لجدول أن أكثر من نصف تبعن حملهن في المصالح الصحية وذلك بنسبة 80.26% بالمقابل اللواتي لم تتبعن حملهن فقدرت نسبتهن بـ 19.73% ولقد ربطنا بين الدخل الشهري للأسرة كمتغير والمتابعة الصحية للأمهات أثناء فترة الحمل، فوجدنا من خلال نتائج التحقيق أنه يوجد علاقة بين المتغيرين الدخل الأسري والمتابعة الصحية أثناء الحمل، بحيث تنتقل النسبة من 20.0% عند الأمهات اللاتي أزوجهن بطالين مسرحين إلى 40.0% عند اللواتي دخلهن الشهري أقل من 6000 دج ثم تعود إلى ارتفاع عند الدخل الأسري الذي ينتمي إلى الفئة

صنف من 16000 إلى 10000 بنسبة 76.47% و 96.0% عند الأمهات اللواتي دخلين ينتمي إلى صنف 10000 إلى 150000 دج. ثم تنخفض النسبة تدريجيا عند فئات الأمهات اللواتي ينتمي رتبهن الشهري من 15000 إلى 2000 دج ومن 20000 فأكثر وذلك بنسبة 90.0% و 85.71% على التوالي.

أما الأمهات اللواتي لم تتبعن حملهن أثناء فترة الحمل في المصالح الصحية حيث يشير الجدول إلى انخفاض في النسبة بحيث ينقل من 80.0% عند الأمهات اللواتي أزواجهن بطالين مسرحين إلى 60.0% عند الأمهات داوي الدخل الشهري أقل من 6000 دج. ثم تبقى في الانخفاض حتى تصل النسبة إلى 1.0% عند الفئة الأمهات اللواتي ينتمي مرتبهن الشهري إلى صنف 15000 إلى 20000 دج، وترتفع عند الأمهات اللواتي دخلهن يفوق 20000 دج بنسبة 14.28% .

تجد الإشارة أن الأمهات اللاتي لم تتبعن حملهن يرجع بسبب في ذلك حسب تصريح بعضهن إلى الظروف المالية الصعبة وكذلك بعد الهياكل الصحية عن المسكن، بحيث صرحت أحدهن أن دخلهن الشهري أقل من 6000 دينار وزوجهن يعمل كحرس في الليل، فإن الدخل غير كافي للقضاء حاجيات الضرورية لمنزل وكذا المتابعة الصحية، بالإضافة إلى الظروف المالية الصعبة تصريح بعض الأزواج من المؤسسات العمومية في فترة حمل الأمهات (5 من بين 76 مبحوثة) بنسبة 6.57% .

في هذا الصدد تشر نتائج التحقيق أن الظروف الاجتماعية وثقافية المجتمع التقليدي هي الأخرى لها نصيب في ذلك، إذا صرحت لنا إحدى المبحوثات نظرا للظروف العائلية لا يمكننا الخروج من البيت بمفردها للقيام بمتابعة الصحية، لأن تقليد الأسرة تفرض على المرأة عدم الخروج إلا مع أحد أفراد العائلة أو زوجهن فقط.

كما تبين من التحقيق أن إحدى المبحوثات أصيبت بمرض في جهاز التناسلي أثناء فترة الحمل فطلب منها الطبيب القيام بالتحليل طبية وقدم لها وصفة طبية للشراء دواء والعلاج، إلا أنها لم تقوم بذلك، لأن زوجها من بين المسرحين من المؤسسة الوطنية (R. ST. A) وبالتالي لم تتبع حملها والنتيجة كانت إصابة الرضيع عند الولادة بالشكل ونقص في الوزن وبالتالي بعد مدة 7 أشهر من العلاج توفي الرضيع.

أما الأمهات اللواتي لم يتبعن حملهن بالرغم أنهن ينتمين إلى فئة المرتب الشهري أكثر من 20000 دج، وبالرغم أنهن دوايات المستوى التعليمي عالي مدرسة، مهندسة، فتسخر ذلك إلى نشاط المهني، وعدم وجود الوقت اللازم و الكافي لمتابعة الصحية " ما عنديش الوقت باش أتزوج أتتبع حملي على خطرش نخدم" ونستنتج من خلال هذا الجدول أن الظروف المالية الصعبة والظروف المعيشية هي التي تترك الأمهات لن يتبعن حملهن ضيف إلى ذلك نتائج الوخيمة للتسريح العمال من طرف المؤسسات الوطنية على صحة الأم والطفل الرضيع.

الجدول (54) يبين توزيع وفيات الأطفال حسب الدخل الشهري ومكان الولادة.

المجموع	البيت	العيادة	المستشفى	مكان الولادة الدخل الشهري
100	5	2	3	أقل من 6000 دج
100	17	6	10	من 6000 إلى 10000 دج
100	25	7	18	من 10000 إلى 15000 دج
100	10	6	4	من 15000 إلى 20000 دج
100	14	9	5	من 20000 فأكثر
100	5	2	3	بطلين
100	76	32	43	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول رقم (54) أن هناك علاقة طردية ما بين الدخل الشهري للأسرة ومكان الولادة.

بحيث يتضح أنه كلما انخفض الدخل الشهري للأسرة تلجئ الأمهات إلى المستشفى، وكلما ارتفع الدخل الشهري للأسرة الأمهات تلجئن إلى العيادات الخاصة والعمومية. إذ نجد أن الأزواج البطالين (مسرحين) الأمهات تلدن في المستشفى نسبة 60.0% و 60.0% عند الدخل الأسري الذي هو اقل من 6000 دج، ثم تنخفض هذه النسبة إلى 35.71% عند فئة الدخل أكثر من 20.000 دج.

في حيث نجد أن الدخل الأسري أكثر من 20.000 دج تلد الأمهات في العيادة 64.28% و 60.0% تمثل نسبة تلك الفئة التي دخلها الشهري هو ما بين 15000 و 20000 دج وتنخفض هذه السنة إلى 28.0% عند فئة الشهري الأسرة 1000-15000 دج .

يمكن تفسير لجوء هؤلاء الأمهات إلى المستشفيات عوضا من العيادات الخاصة إلى الظروف المالية الصعبة أي انخفاض الراتب الشهري لأزواجهن من جهة وكذا مجانية العلاج في القطاع الصحي من جهة أخرى.

الجدول رقم (55) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب النشاط المهني للأمهات ونوعية الرضاعة.

المجموع	رضاعة مزدوجة	رضاعة اصطناعية	رضاعة طبيعية	نوعية الرضاعة	
				النشاط المهني	عاملة
100	7	3	2	2	28.57
100	37	10	8	19	51.35
100	44	13	10	21	47.72

فمن خلال نتائج الدراسة ربط الحالة المحبة للأم ونوعية الرضاعة. ففي أول وهلة تبين لنا من خلال الجدول أن الرضاعة الطبيعية أقل استعمالاً عند النساء أو الأمهات العاملات عن الأمهات اللواتي لا يمارسن أي نشاط مهني، بحيث قدرت النسبة عند الأمهات العاملات بـ 28.57% أما غير العاملات فقدرت 51.35%. أما نمط الرضاعة الاصطناعية فنجد العكس، فأكبر نسبة نجدها عند الأمهات العاملات بحيث قدرت بـ 28.57% بالمقابل نجد نسبة أقل عند الأمهات اللواتي لا يمارسن، أي نشاط مهني قدرت 21.62% ومن العوامل المفسرة لذلك أن الأمهات العاملات عند نهاية العطلة الأمومة يتوجهن إلى الرضاعة الاصطناعية لأن الأمهات عن عودتهن إلى المنزل تكون مرهقة نظر العمل طيلة اليوم، ولدى لا تتمتع بالوقت الكافي لتأدية هذا النوع من الرضاعة (طبيعية). فعند عودتها إلى المنزل يجيب أن ترعى حاجيات زوجي وترعاه في كل شيء حتى لو كان ذلك على حسب نفسها.

ونجد النمط الأخير أي الرضاعة المزدوجة أكثر استعمالاً عند الأمهات اللواتي يمارسن نشاط معين، بحيث قدرت النسبة بـ 42.85% وهذا راجع لتعب المرأة أو الأم عند عودتها المنزل فهي لا تعوض الرضاعة الضائعة ويمكن الإضافة أيضاً بسبب آخر هو قصر عطلة الأمومة، وبعد مكان العمل عن المنزل، فحتى إذا أعطيت لها رخصة للخروج ساعتين لكي ترضعن لا يكفي، ويمكن أن يرجع ذلك إلى عدم توفير وسائل النقل، وبالمقابل نجد نسبة ضئيلة عند الأمهات اللواتي لا يمارسن نشاط معين فقدرت بـ 27.02% و لا نستطيع تنافي تلك النسب في نمط الرضاعة الاصطناعية والمختلفة عند الأمهات اللواتي لا يمارسن أي نشاط يرجع ذلك إلى السباب الصحية ونفسية وذلك حسب تصريحات بعض الأمهات المبحوثات ويمكننا أن نضيف دلالة أخرى توصلنا إليها من خلال البحث والمقابلات مع الأمهات، هو أن الطفل الذي يرضع من الثدي يقيد الأم، وتكون لها فرصة للخروج بحرية، وأيضاً لا تعرف وقت الراحة بسبب الطلب المستمر للإرضاع خاصة في الشهور الأولى من الحياة.

وفي هذا الصدد قمنا بحساب اختبار كاي التربيع ليرسون. المقدر بـ 30.64% وبالرجوع إلى جدول كاي التربيع أمام درجة الحرية (2) نجد القيمة الجدولية عند مستوى المعنوي 0.05 بـ 5.991 ويعني ذلك أنه يوجد فرق جوهري بين نوع الحليب المعطى للأطفال والحالة المهنية للأمهات.

فنستنتج من خلال هذا الجدول أن المستوى التعليمي للأمهات يمنح لهن الفرصة للعمل وأن جل الأمهات بعد العطلة الأمومة يتوجهن إلى الرضاعة الاصطناعية والرضاعة المختلطة، بمعنى إعطائهن للحليب الطبيعي متواجد بنسبة ضئيلة رغم أنهن يدركن أن الرضاعة الطبيعية محاسن وفوائد صحية الكبيرة.

فكون الأمهات (الأم) تعمل خارج البيت، أدى إلى تعويض الأم الحليب الاصطناعي، لأن عند عودتها إلى المنزل تكون مرهقة نظرا لعملها طيلة اليوم والمرأة العاملة لا تتمتع بالوقت الكافي لتأدية هذا النوع من الرضاعة. فعند عودتها إلى المنزل بحيث أن ترعى حاجيات زوجها وترعاه في كل شيء حتى لو كان ذلك على حساب نفسها وأطفالها فالزوج قبل كل شيء وهذا وقت كافي للعناية بطفلها فتهمل هذا الأخير لهذا أدى إلى نقص مدة الرضاعة الطبيعية.

أما بالنسبة للأمهات الماكثات بالبيت لا تمارسن كلهن الرضاعة الطبيعية، بل تلجأ إلى الرضاعة الاصطناعية، وهذا نظر لوجود عوامل نفسية واجتماعية (صحية) ومرضية تؤدي بالأم إلى استعمال بدائل لحليبها.

خلاصة و استنتاجات المبحث الثاني:

- تبين لنا من خلال نتائج البحث أن أغلبية الساحقة من الأمهات اللواتي فقدان مولودين قبل إتمام السنة من العمل، لديهن مرضاض بنسبة 94.73 % و حمام بنسبة 68.42 والكهرباء بنسبة 97.36 % و 69.73 % عندهن غاز في المنزل. أما اللواتي ليس لديهن مرضاض فقدر نسبن بـ 5.26 % و 31.37 % ليس لديهن حمام و 2.63 ليس لديهن كهرباء و 30.26 % الغاز.

كما توصلنا إلى أن أغلبية الأسر تسكن في شقة داخل عمارة بنسبة 53.94 % وتلبيا فيلا نسبة 51.57 % وحوش به منزل بنسبة 10.52 وبيت قصدي بنسبة 3.94 %، كما تبين أن أغليبتهن لديهن 3 إلى 4 غرف في المسكن في شقة بنسبة 68.29 %، فمتوسط عدد الأشخاص في غرفة يقدر بـ 6.8 شخص في غرفة.

- يتضح من خلال نتائج التحقيق أن أغلبية الأسر يتراوح دخلهن ما بين 10000 دينار إلى 15000 دينار بنسبة 35.21% و 23.94 % عند الفئة 6000 إلى 1000 دينار، كما تبين أن هناك 6.57% من الأسر أزوجهن بطالين مسرحين من طرف مؤسساتهم..

- اتضح أن هناك علاقة بين الدخل الشهري للأسرة والمتابعة الصحية للأمهات أثناء فترة الحمل حيث اتضح الأمهات والأزواج البطالين (مسرحين) لم يتبعن حملين بنسبة 80.0 % و 60.0 % عند الدخل أقل من 6000 دينار واللواتي اتبعن حملين تبين أن الدخل الأسرة يتراوح ما بين 15000 إلى 2000 دينار بنسبة 90.71 % و 96.0 % عند الفئة التي تتراوح ما بين 10000 إلى 15000 دينار.

- كما تبين أم الأمهات ذوي الدخل المنخفض لدى الأسرة يلجأن إلى المستشفيات للقيام بعملية الولادة، أما الأمهات ذوي الدخل المرتفع لدى السر فيلدن في العيادة الطبية الخاصة أو العمومية، بنسبة 60.0% عند الأمهات ذوي الدخل المنخفض أقل من 6000 دينار، أما الأمهات اللواتي يلدن في العيادة الخاصة أو العمومية بنسبة 64.28 %.

- إن المستوى التعليمي للأم يؤدي إلى تغير في رأيها وسلوكها يتيح لها العمل خارج البيت وهنا يأخذ العمل معنى التماور والاستقلال الذاتي عندها. ومما يؤدي إلى تعويض الرضاعة الطبيعية بالرضاعة الاصطناعية. لأن المرأة (الأم) العاملة لا تستطيع التوافق بين العمل خارج البيت والاعتناء الكامل بأطفالها، ويرجع هذا ضيق الوقت واكتظاظ برنامجها اليومي، وعند عودتها تكون مرهقة وبذلك لا تستطيع تكريس الوقت الكافي للاهتمام بالرضيع وهنا تلجأ إلى طريقة السهلة والعملية في نظرها وهي الرضاعة الاصطناعية

المبحث الثالث :

أثر العوامل الديموغرافية على وفيات الأطفال الرضع

1. صحة الأم :

- أثر سن الأمهات على المتابعة الصحية أثناء الحمل
- أثر سن الأمهات على وصف الولادة
- أثر سن الأمهات على نوعية الرضاعة
- أثر سن الأمهات على عدد الأطفال (الرتبة المتوفي)
- أثر الرتبة المتوفي على المتابعة الصحية
- أثر الرتبة المتوفي على نوعية الرضاعة

2. صحة الطفل الرضع :

- أثر سن الرضيع على الجنس
- أثر الوزن عند الولادة على المتابعة الصحية
- أثر الوزن عند الولادة على نوعية الولادة
- أثر الوزن السوابق الطبية للأمهات

* الإستنتاجات

صحة الأم :

تعتبر العناية بصحة الأم و الطفل من أهم إنشغالات العالمية على رأسها المنظمة العالمية للصحة ، و منظمة الأمم المتحدة للطفولة (يونيسف) ، و كذا الباحثون من طبيين ، نفسانيين و الإجتماعيين ...

إن الحكومة الجزائرية إهتمت بدورها بصحة الأم و الطفل و تبين ذلك من خلال المسوحات التي أتمت على مستوى التراب الوطني ، و هذا من أجل سعي إلى تحسين صحة الأم و الطفل و توفير كل الشروط الصحية اللازمة لمتابعة الحمل و مابعد الوضع ، و قد أكد في هذا السياق " الدكتور دريس معمرى " على ضرورة الحفاظ على صحة الأم و الطفل معا و عليه لا بد من إعداد إستراتيجية للتربية صحية بالأم و الطفل للحد من الوفيات المتعلقة بالأطفال الرضع و الأمهات كما واجب كل أم حامل أن تخضع لإختبارات طبية منتظمة منذ الأيام الأولى من الحمل و هذا مايسمح للطبيب تشخيص بعض التعقيدات التي قد تعترض الحمل ، فالعناية الصحية الخاص بالأم تركز أساسا على إحترام القواعد الضرورية للصحة الخاصة بوسط الذي تعيش فيه الأم .

و تقتضى الرعاية الصحية و التحقيق الصحي إعداد الأم نفسيا و عقليا لوضع حملها في ظروف حسنة و مناسبة . و ضف إلى ذلك بفضل التحقيق الإجتماعي الصحي للأم يمكننا من أن تقي الرضيع و صحته من الأمراض المعدية و أثناء هذه المرحلة بالذات تعتمد الرعاية الصحية على ضرورة إرضاع الأم رضاعة طبيعية ، و إن تتفادى الرضاعة الاصطناعية في الأشهر الأولى من عمر الرضيع ... و قد خصصنا بعض الأسئلة بصحة الأم في هذا الصدد حول مدى متابعة الأم لحملها و ما هي الحمية المختارة في المتابعة، و هل أضيف بمرض أثناء فترة الحمل ، و سألنها كذلك عن السوابق الولادية (عدد الإجهاضات ، هل وضعت أطفال متوفين ، و عن المدة بين الولادتين الأخريين ، و عن الظروف عملية الولادة ...).

سألنا الأمهات عن المدة الزمنية بين الولادتين الأخيرين ، فتبين من خلال نتائج التحقيق أن نسبة 21.05 % من الولادات هي ذات الولادة الأولى .
أما عن نسبة أقل من 9 أشهر فقدرت بـ 17.10 % و 14.17 % لفترة سنة واحدة و 13.50 % للسنتين ، أما الفترة ما بين 3 و 4 سنوات فتصل نسبتها بـ 18.42 % و الفترة أكثر من 5 سنوات بين الولادتين الأخيرين فاصلت نسبتها بـ 15.78 % يمكن تفسير ذلك حسب ما أشارت إليه الدراسات أنه إذ قلت المدة الفاصلة بين الولادتين عن 18 شهر لها دور هام في تحديد الحالة الصحية للمولود عند الولادة ، و هذا ما تبين من خلال نتائج التحقيق بنسبة 31.27 % من مجموع الوفيات ، و يرجع ذلك إلى إستقبال الجسم لإستعادة قوتها بعد فترة الحمل و الولادة و التي تعويض ما إستنزفه من مخزن قبل الحمل جديد قبل أن يسترجع التكوين الجسماني للمرأة قوتها التي استنفدت بها في الحمل السابق .

أما إذا زادت الفترة الزمنية بين الولادتين الأخيرين أكثر من 3 سنوات فهذا سيشكل احتمال كبير للوفاة الرضيع ، و هذا ما تبين من خلال نتائج الحمل إذ قدرت نسبة المدة الزمانية بين الولادتين الأخيرتين أكثر من 4 سنوات بـ 34.2 % فتبين من خلال الدراسات أن المواليد ذات الترتيب العالية سوف تؤدي النساء في أعمار كبيرة ، و هو أيضا من العوامل الغير ملائمة كما هو الحال عندما تكون الفترة قصيرة .

و سألنا الأمهات خلال حياتهن الإنجابية هل إجهاض ، فإتضح من خلال نتائج التحقيق و من خلال استجواب الأمهات و مقابلتهن ، تبين أن 28.94 % كان لهن إجهاض أي (22 من بين 76) ، و الجدول رقم يبين لنا عدد الإجهاضات الأمهات خلال حياتهن الإنجابية .

قمن خلال الجدول رقم () تبين أن اللواتي لديهن إجهاض واحد خلال الفترة الحمل قدرت نسبتها بـ 59.09 و 27.25 % اللواتي لديهن إجهاضان ، أما اللواتي لديهن 3 إجهاضات تتمثل نسبتها بـ 4.54 % أما البقية من الأمهات اللواتي لديهن 4 إجهاضات فأكثر قدرت نسبتها بـ 9.09 % فتبين الدراسات أن الوليد الأمهات

اللواتي لديهن وفاة أو تعرضن إلى إجهاض أو فقدان مواليدهن خلال الأسبوع الأول من الحياة يكونون أكثر عرضة للوفاة ، و يمكن تفسير ذلك أن معظمهن يفرضن في القيام بأعمال المنزلية و لكن كان منهن بالإضافة إلى ذلك يمارسن مهنة و مرهقة سواء كانت هذه الأعمال داخل البيت كالخياطة أو الحلاقة أو خارجها المهنة التدريس الذي يتطلب مجهودات كبيرة ، كما صرحت إدى المبحوثات لنا بالرغم من الإرشادات الطبية التي فرض عليها بالراحة ، وعدم بدل مجهودات إلا أن عملها كخياطة كان يفرض عليها الجلوس أمام آلة الخياطة ساعات طويلة لمساعدة زوجها ذوي الدخل البسيط .

ضف إلى ذلك أن ضمن من يعيش في البيت مستقل عن عائلة الزوج أي تعيش مع الزوج و الأبناء بحيث تكثر عليها المسؤوليات ، في حين البعض الآخر من يعيش مع عائلة الزوج فهن مجبرة على المبالغة في العمل ، هذا ما صرحت به لنا إحدى المبحوثات التي تسكن مع أهل زوجها و تعمل كمدرسة في الثانوية ، فهي مجبرة على تلبية حاجيات البيت الزوج و الأبناء من جهة و حاجيات كل الأفراد عائلة الزوج من جهة أخرى ، إضافة إلى ذلك تبدل جهود خارج البيت في الثانوية إذ أن عملها كمدرسة يفرض عليها الوقوف ساعات طويلة .

و سألنا الأمهات خلال فترتهن الإنجابية هل لديهن أطفال توفوا قبل إتمام السنة من العمر ، فتبين من خلال الجدول رقم (1) فتبين من خلال نتائج التحقيق ، أن الأمهات المستجوبات منهن صرحنا أن أطفالهن تعرض إلى الوفاة قبل إتمام السنة من العمر و ذلك بنسبة 26.31% ، بالمقابل نجد (56 من بين 76) لم يتعرض أطفالهن خلال حياتهن الإنجابية إلى الوفاة إتمام سنة من العمر و ذلك بنسبة 73.68% من مجموع المستجوبات .

سألنا الأمهات عن ما إذا أصبن بمرض خلال فترة الحمل الأخيرة فتبين من خلال نتائج التحقيق أن أكثر من نصف الأمهات و بالضبط 51.31% بمعنى 39 من بين 76 من لن يصبن بمرض أثناء فترة الحمل و البقية 48.68% صرحن بأنهن أصبن بمرض أثناء فترة الحمل (37 من بين 76) .

(1) أنظر الجدول في الملحق رقم (3)

قيما يخص المجموعة التي أصيبين بالمرض كما هو موضح في الجدول رقم ()
 (1) أن أكثر من النصف بمعنى 54.05 % من الأمهات اللاتي أصبن بالأمراض
 متعلقة بالدم (إرتفاع ضغط الدم ، فقر الدم) و بنسبة 16.21 منهن أصبن
 بالأمراض المؤقتة (كمرض الربو ، السكر ، و القلب) خلال فترة الحمل ، و تمثل
 بالحمى بـ 13.51 % و الأمراض الخاصة بالجهاز التناسلي بـ 8.10 % ، أما
 البقية فأصبن بأمراض أخرى بنسبة 8.10 % من مجموع الأمهات المصابات بمرض
 أثناء فترة الحمل .

فالدراسات أشارت في هذا الصدد أن تعرض الأمهات لكثرة من الأمراض أثناء فترة
 الحمل تؤدي إلى زيادة إحتمال خطر فقد الرضيع في أيامه الأولى فمن المعروف
 عند الأطباء و المختصين في مجال الطبي ، أن تعرض المرأة إلى عدد من
 الأمراض أثناء فترة الحمل يؤدي إلى إرتفاع معدل الوفيات بين الأطفال الرضع .
 فأمهات المصابات بالأمراض المتعلقة بالدم فردي إلى ولادة الطفل بوزن ضعف و
 منخفض كما أن الأمراض الجهاز التناسل تؤدي إلى ولادة الجنين ميتا، أو ولادة
 الجنين مبكر متبسر .

جدول رقم (56)

يبين تأثير القرابة الزوجية على صحة الرضيع

النسبة %	التكرارات	القرابة الزوجية
38.15	29	نعم
61.84	47	لا
100	76	المجموع

يوضح الاتجاه العام لإجابات المبحوثات المحددة لتوزيع وفيات الأطفال الرضع
 حسب قرابة الزوجية إلى إنتقاء و جه العلاقة بين قرابة الأبوين و وفيات الرضع ،

(1) أنظر إلى الملحق الجدول رقم 4

بحيث أجبت المبحوثات بالنسبة تقدر بـ 61.84 % و 38.15 % بنسبة اللواتي لديهن

علاقة مع أزوجهن و يرجع السبب في ذلك حسب رأينا إلى أن عينة دراستنا لا تشمل قرابات من الدرجة الأولى (24.13 %) من مجموع اللواتي لديهن قرابة مع أزوجهن ، 11 من 29 حالة .

و تظهر نتائج الدراسة التي قام بها " CENEAP " حول المجتمع الجزائري بأن الأغلبية الكبرى من المتزوجات لديهن قرابة مع أزوجهن (88 %) منها 28 % متزوجات مع أبناء العم من الوجه الأولى فالزواج مع القرابة نجده علينا في المناطق الريفية أكثر منها في المناطق الحضرية و هذا ما أثبت عليه النتائج بحثنا في المنطقة الحضرية (1)

تراجع و إنخفاض الزواج القرابة إلى بحيث في المدة الأخيرة أن نسبة الزواج القرابي تراجع عرف إنخفاض محسوس عند المتزوجات الجدد و النساء المتعلمات ، إلا أن الأمراض الورثية مازالت موقمة ، وهذا ما يؤدي إلى وفاة الأطفال الرضع شلل الأطفال أو وفاتهم .

من خلال ماسبق يمكن أن نستخرج النقاط التالية من دراستنا :

(1) أن القرابة الزوجية لا تؤثر بصفة كاملة على وفيات الأطفال الرضع ما لم تكن من الدرجة الأولى .

(2) أن وفيات الرضع تتأثر بعوامل أخرى كالسن ، المتابعة الصحية للأمهات ...

⁽¹⁾CENEAP : population societe et developement en Alger , Alger . 1998

الجدول (57) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب

النسبة	التكرارات	سن الأم عند الإنجاب
3.94	3	15 . 19
10.52	8	20 . 24
22.36	17	25 . 29
23.68	18	30 . 34
28.94	22	35 . 39
5.26	4	40 . 44
5.26	4	45 . 49
100	76	المجموع

يبين لنا من خلال الجدول وجود علاقة طردية بين سن الأم عند الإنجاب و وفيات الأطفال الرضع ، و ذلك في الفئات العمرية الخمسة الأولى حيث كانت نسبة في الفئة العمرية (15 - 19 سنة) تقدر ب 3.94 % ، ثم إرتفعت هذه النسبة إلى 10.52 % في الفئة العمرية (20 - 24 سنة) ، في حين بلغت 22.36 % في الفئة (25 - 29 سنة) لتبقى في الإرتفاع عند الفئة العمرية (30 - 35 سنة) ، و التي تقدر ب 23.68 % ، في حين بلغت كذلك 28.94 % في الفئة (30 - 39 سنة) ، التي تعتبر أكبر نسبة لوفيات الرضع ، لجميع فئات الأعمار الأمهات ، و هذا ما تم تأكيده أيضا من خلال حساب المنوال الذي قدر ب 35.9⁽¹⁾ أي في منتصف الفئة (35 - 39 سنة) .

فلاحظ إذن أن سن الأم عند الإنجاب له دور في وفيات الأطفال الرضع خاص اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 - 19 سنة ، و اللاتي غالبا ما يضعن مولدهن الأول في هذا السن ، و بالتالي فإن إحتمال أن يكون الحمل عسيرا ، و لا تكون لهن تجربة مسبقة في الولادة و لا بعدها (أي أثناء تربية المولود) ، كذلك قد يعود

(1) أنظر إلى طريقة حساب المنوال

ذلك إلى عدم النضج الكامل للجهاز التناسلي للمرأة . و هذا ما قد يفسر الوفيات في هذه الفئة العمرية كذلك .

أما إرتفاع المستمر في الوفيات في الفئات العمرية (20 - 24 سنة) (25 - 29 سنة) و (30 - 34 سنة) و (35 - 39 سنة) . قد تعود إلى الولادة قبل الأوان المرتبطة بالحالة الصحية للأم أثناء الحمل ، كالجهد الذي تبذله المرأة الحامل ، و عدم خضوعها للمتابعة الصحية المستمرة أثناء الحمل ، أو يعود إلى سوء الحالة الغذائية للحامل و الذي له إرتباط في معظم الحالات بتدهور الحالة المعيشية .

في حين نلاحظ في الفئات العمرية (40 - 44 سنة) إلى (45 - 49 سنة) و جود علاقة عكسية بين هذين المتغيرين (سن الأم عند الإنجاب و وفيات الأطفال الرضع) ، أي كلما إرتفع سن الأم إنخفض معدل الوفيات ، حيث كانت النسبة في الفئة العمرية (35 - 39 سنة) تمثل 28.94 % ، قد إنخفضت هذه النسبة إلى 5.26 % في الفئتين العمريتين (40 - 44 سنة) و (45 - 49 سنة) ، قد ترجع إلى أخطار الحمل و الوضع الناتجة عن بعض التنبؤات التي تظهر في الجهاز التناسلي للمرأة، و هذا ما أكدته لنا المختصون في الميدان ، ضف إلى ذلك أن النساء الحوامل في الفئة العمرية هذه لا تتحملن مشقة الحمل و لا مشقة الولادة ، لأن تكوينهن الفيزيولوجي يبدأ بالضعف إضافة إلى الحالة النفسية التي تكون فيها المرأة الحامل ، فإن أغلبية الأمهات في هذه الفترة تجد صعوبة في تربية مولودها الجديد ، و قد لا يتحصل الطفل بدوره على العناية و الرعاية الكاملة من طرف أمه ، و هذا ينعكس سلبا على سيرورة صحته و حياته أيضا ، و من هنا يتضح بأن العلاقة بين وفيات الأطفال الرضع و سن الأمهات عند الإنجاب ترجع إلى تأثير بعض العوامل الإجتماعية و الإقتصادية و أن لم تكن أساسا بسبب تأثير العوامل الفيزيولوجية (1)

(1) وزارة الصحة و السكان ، الديوان الوطني للإحصائيات ، الجامعة العربية : المرجع السابق ، ص 36

الجدول رقم (58) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع سن الأمهات عند الإنجاب و
عملية المتابعة الصحية أثناء الحمل

المجموع	التكرارات		المتابعة الصحية سن الأمهات عند الإنجاب
	لا	نعم	
3	1	2	19 - 15
%100	33.33	66.66	
8	1	7	24 - 20
%100	12.5	87.5	
17	1	16	29 - 25
%100	5.88	94.11	
18	2	16	34 - 30
%100	11.11	88.82	
22	5	17	39 - 35
%100	22.72	77.27	
4	2	2	44 - 40
%100	50.0	50.0	
4	3	1	49 - 45
%100	75.0	25.0	
76	15	61	المجموع

		80.26	19.73	100%
--	--	-------	-------	------

يظهر الرسم البياني رقم (58) المحدد لتأثير سن الأمهات المبحوثات على عملية المتابعة الصحية للحمل و المستخرج من الجدول رقم () أن الأمهات المبحوثات يمتلكنا خيرة في متابعة حملهن على العموم فالمنحني البياني المحدد للإجابات الأمهات المبحوثات الموافقة لمتابعة تتطلق من 66.66 % عند الأمهات الفئة العمرية (15 - 19 سنة) و تزداد إلى أن تصل 94.11 % عند الفئة العمرية (25 - 29 سنة) لتبدء في الإنخفاض إلى نسبة 88.88 % للأمهات في الفئة العمرية (30 - 35 سنة) للترتفع من جديد إلى نسبة 95.45 % إلى أن تصل إلى 75.0 % للفئتين العمريتين (40 - 44 سنة) و (45 - 49 سنة) . ويرجع هذا التبدد حسب رأينا إلى أن هذه الفئات العمرية تملك الخيرة الكافية محددة بالمجال السكاني . أما الأمهات اللواتي أنجبن بعدم المتابعة حملهن ب 33.33 % تتحصر في الفئة (15 - 19 سنة) و هذا راجع لنقص الخبرة و التجربة المتعلقة بالحمل ، و تنخفض هذه النسبة تدريجيا للتقف عند حدود 4.54 % و هذا راجع إلى الخبرة الممارسة و المجال السكاني .

و لتدعيم هذا الطرح قمنا بإجراء إختبار كلي التريبع للبروسون حيث قدر كاي التريبع المحسوب ب 13.61 و كاي التريبع الجدولي عند درجة الحرية 6 و نسبة الدلالة 0.05 ب 12.59 .

و قد ثبت إختبار كلي وجود علاقة إحصائية متساوية ب 13.61 أي وجود علاقة إحصائية بين المتغيرين سن الأمهات عند الإنجاب و المتابعة الصحية أثناء الحمل . يبين الجدول رقم (59) توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب بين الأمهات عند الإنجاب و مكان الولادة .

مكان الولادة سن الأمهات عند الإنجاب	المستشفى	العيادة	البيت	المجموع
19 - 15	2	1	-	3

100			66.66	
%			%	
		3.33		
100	8	-	5	3
%			62.5	37.5
			%	%
				24 - 20
100	17	-	8	9
%			52.94	
			%	
			47.05	29 - 25
100	18	-	7	11
%			38.88	61.11
			%	%
				34 - 30
100	22	-	6	16
%			27.27	72.72
			%	%
				39 - 35
100	4	-	3	1
%			75.0	25.0
			%	%
				44 - 40
100	4	1	2	1
%		25.0	50.0	25.0
		%	%	%
				49 - 45
100	76	1	32	43
%		1.31	42.10	56.57
		%	%	%
				المجموع

يوضح الإتجاه العام لإجابات الجدول المحدد للتوزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و مكان الولادة أو وسط الولادة إلى أن أغلبية الولادات حدثت في وسط صحي ، المستشفى بنسبة 56.57 % من مجموع الوفيات الرضع ، 42.10 % في العيادة سواء كانت تابعة للقطاع العام أو الخاص ، أما الولادات التي حدثت في وسط الغير صحي (البيت) فنسبتها تقدر بـ 1.31 % و هذه النتائج التي تحلصنا عليها من البحث تبين إرتفاع نسبة الولادات التي تمت في المستشفى

أو عيادة التوليد ، لأن من الضروري إجراء الولادات في مكان مهيب صحيا . وهذا لسلامة الولادة سواء على صحة الأم أو الطفل لأنه في بعض الأحيان تخضع الأم و الطفل إلى رعاية طبية مكثفة بعد الولادة خاصة في الولادات العسيرة أو الولادات المبكرة (المبكرة) التي تحدث قبل أجلها ، و بالتالي ينصح الأطباء و القابلات الأمهات بإجراء الولادات في وسط صحي .

فبنسبة للولادات التي حدثت في مكان مهيب صحيا و التي تمثل 98.67 % تؤكدنا نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل (1988 - 1992) حيث 3/4 من الولادات حدثت في مستشفى حكومي أو خاص .

ففي فئة الأمهات (15 - 19 سنة) فإن نسبة الولادات التي حدثت في وسط صحي نجدها في المستشفى قدرت ب 66.33 % ، و العيادة التوليد ب 33.33 % ، هذا لأن النساء صغيرات السن يشهدان أول مولود ، فيلجأن إلى الولادات في وسط صحي لأن هؤلاء النساء ليست لهن خبرة الكافية و كذلك الخوف من مخاطر التي تتجز عن الولادة في البيت .

وكذلك الأمر بالنسبة للأمهات في الفئات العمرية (40 - 44 سنة) و (45 - 49 سنة) حيث أن نسبة الولادات ترتفع عند اللواتي تلدنا في المركز الصحي بنسبة 52.94 % و 61.11 % و 72.72 % و هذا راجع لأن الأمهات في هذا السن تكون الولادات ذات خطورة .

أما بالنسبة للأمهات في الفئات العمرية (40 - 44 سنة) و (45 - 49 سنة) حيث أن نسبة الولادات ترتفع عند اللواتي تلدنا في العيادة التوليد بنسبة 75.0 % ، أما في الفئات العمرية (40 - 44 سنة) و (45 - 49 سنة) فنجد نسبتها تتراجع تراجع طفيفا لتمثيل 25.0 % من مجموع الولادات التي تمت في المستشفى أو

الوسط الصحي لأنه في هذا العمر تصبح الأمهات في مرحلة تقريبا متقدمة في السن

(سن اليأس) يفقدان القوة الكافية لتصل مخاطر الحمل و الولادة ، فيلجأن إلى المستشفيات للولادة و هذا من أجل الحد من مخاطر التي قد تصيب الأم و الطفل . و الجدول رقم (1) ⁽¹⁾ يبين التحسن الصحي و التطور الهياكل الصحية في الجزائر و قرب المستشفيات و المركز الصحية هي المواطنين و التي تساعد حتى على سهولة الإتصال بها خاصة أثناء الولادة .

و بالرغم من التطور الصحي و الخدمات الصحية ، فإن بعض الأمهات مازلنا متمسكات بالتقاليد الإجتماعية ، فإنهن يلدن في البيت بنسبة تقدر بـ 1.31 % ، هذا ما صرحت به إحدى المبحوثات ، حيث أنجبت 12 مولود في بيتها .

و هذا ما أكدته دراسة قامت به " CENEAP " المركز الوطني للدراسات و التحاليل من أجل التخطيط ، حيث تبين أنه يوجد تقريبا 200000 امرأة تلدنا في البيت بدون رعاية صحية و 0.6 % تلدنا لوحدهن .

و تبين كذلك من نفس الدراسة أنه كلما إرتفع عدد المواليد الأحياء كلما إرتفعت الولادات في البيت .

الجدول رقم (60)

يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الولادة

نوعية الولادة سن الأمهات	عادية	مبتسرة	ميتة	المجموع
15 - 19	2	1	-	3

⁽¹⁾ أنظر إلى الملحق جدول رقم ()

			33.33	66.66	
8	-	3	37.5	5	24 - 20
%100				62.5	
17	1	4		12	29 - 25
%100	5.88		23.52	70.58	
18	6	5		7	34 - 30
%100	33.33		27.77	38.88	
22	1	8		13	39 - 35
%100	4.54		36.36	59.09	
4	-	3		1	44 - 40
%100	.	75.0		25.0	
4	-	-		4	49 - 45
%100	.	.		100	
76	8	24		44	المجموع
%100	10.52	31.57		57.89	

يبين لنا من خلال الدراسة أن أغلبية الوفيات ولادتها عادية لتمثل 57.89 % من مجموع الوفيات الرضع ، لتأتي الولادات المتبصرة (المبكرة) بنسبة تقدر بـ 31.57 % أما الولادات المية فنسبتها 10.52 % من مجموع الوفيات .
فيما يخص الولادات المتبصرة (المبكرة) فنجد أنه كلما غرتفع سن الأمهات عند الإنجاب ترتفع نسبة بالإستثناء الفئتين العمرتين (25 - 29 سنة) بحيث تمثل الفئة

العمرية (15 - 19 سنة) 33.33 % تليها الفئة العمرية في الفئة العمرية (20 - 24 سنة) بنسبة تقدر بـ 37.5 % و يعود إلى الإنخفاض كما ذكرنا في الفئة العمرية

على الترتيب بنسبة 23.52 % للتعود من جديد إلى إرتفاع بـ 27.77 % حتى تصل نسبة إلى 75.0 % في الفئة العمرية (45 - 49 سنة) .

و يمكن تفسير هذا الإرتفاع في الولادات المتبصرة من فئة إلى أخرى إلى علل و أسباب مختلفة كالحالة الإجتماعية و المعيشية فالأم في العائلة الفقيرة المعوزة تكون على الغالب سيئة التغذية مصابة بفقر الدم و نسبة المصابات بالمرض الدم يمثل 27.02 % من خلال الدراسة الميدانية ، وهي كذلك لا تلتقي العناية الكافية أثناء الحمل و الولادة ، مما يتسبب في ظهور بعض النتائج الوخيمة كتكرار الإسقاط و ولادة الخديج (المبكرة) ، زلادة الجنين ميتا و غير ذلك إضافة إلى ذلك إصابة الأمهات ببعض الأمراض المرضعية التي تلحق بالأعضاء التناسلية و العديد من الأمراض الأخرى ، منيا الحادة ، و مزمنة كالسل و الداء السلوى بالإضافة كذلك إلى إصابتها بقصور مرض تقبل الوطأة في القلب ، و من خلال النتائج البحث وجدنا نسبة الأميات المصابة بالأمراض المزمنة تمثل بـ 12.04 %.

و يمكن تفسير سبب ولادة المبتصرة إلى صغر السن الأم ، أو تقدم سن الأم أو متى أكثرث من إنجاب الأولاد ، فإنه يحتمل أن تلد خريجا ، كما يولد الطفل قبل أوانه متى كان توأما ، ضف إلى ذلك أحيان يقرر الطبيب التبكير في التوليد متى خشى على الأم و شعر بعد الفحص و التحقيق أنه معرض للموت إن يبقى في أحشاء أمه و هذا في الغالب عند إرتفع ضعف الدم عند الأم و بلغت نسبة الأمهات المصابات و ذلك من خلال نتائج البحث الميداني بـ 27.02 %، أو متى كان نمو الجنين بطيء. (1)

(1) أميل خليل بيدير المرجع السابق ص 72

أما الولادات المية ، فنجدها تنحصر في الفئة العمرية (30 - 34 سنة) لتمثل نسبة 33.33 % من مجموع الوفيات الرضع ، لتخفيض في الفئتين العمريتين على التوالي (25 - 29 سنة) و (24 - 35 سنة) ب 5.88 % ، 4.54 % و يمكن تفسير ذلك إلى عدم العناية الأم بصحتها أثناء الحمل ضف إلى ذلك إصابة الأم بفقر الدم ، و يمكن تفسير شدة الوفيات الميته في الفئة العمرية (25 - 39 سنة) إضافة كما ذكرنا فإن في هذا السن تظهر مخاطر الحمل و الوضع ، بحيث أن هذه المخاطر تزداد كلما تقدم سن الأمهات ، و هذا راجع إلى الضعف البيولوجي و عدم تحملها للأعراض الحمل . و بالتالي يؤثر سلبا على السرورة الصحية للحمل .

بحيث تشير دراسة التي قام بها المركز الوطني للدراسات و التحاليل من أجل تخطيط ، فتبين في المجتمع خلال هذا التحقيق أنه يوجد 1.2 % من الولادات المية من المجموع الولادات و الحوامل .

يبين الجدول رقم (61) : توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات ورتبة المولود المتوفى .

المجموع	5 فأكثر	4	3	2	1	رتبة المولود سن الأمهات
3 100 %	-	-	-	2	1	19 - 15
8 100 %	-	2	1	1	4	24 - 20
17 100 %	-	1	3	5	8	29 - 25
18 100 %	1	2	5	8	2	34 - 30
22 100	11	4	1	5	1	39 - 35

%	50.0	18.18	4.54	22.72	4.54	
4 100 %	2 50.0	-	-	1 25.0	1 25.0	44 - 40
4 100 %	-	1 25.0	3 75.0	3	-	49 - 45
76 100 %	14 18.42	10 13.15	13 17.10	22 28.94	17 22.36	المجموع

من خلال الجدول يبين لنا أن أغلب المتوفين هم ذوي الرتبة الثانية لدى الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن 34 سنة حيث تبلغ نسبة المتوفين 44.44 % في الفئة العمرية (30 - 34 سنة) و ب 29.41 % في الفئة العمرية (25 - 29 سنة) . أما بالنسبة للفئة العمرية (40 - 44 سنة) ، فبلغت النسبة 22.72 % ، ثم تعود إلى الإنخفاض بنسبة تقدر ب 22.72 % ، في الفئة العمرية للأمهات (35 - 39 سنة) و تستمر في الإنخفاض إلى 12.5 % في الفئة العمرية (20 - 24 سنة) ، أما الفئة العمرية (15 - 19 سنة) فإن المتوفين في هذه السنة هي كلها ولادات ذات الرتبة الثانية .

و الملاحظة الأخرى التي يمكن إبداءها أن نسبة كبيرة شكلتها نسبة المتوفين ذوي الرتبة الخامسة فأكثر لدى الأمهات اللاتي يفوق سنهن 35 سنة ، حيث شكلت نسبة الوفيات لدى الفئتين العمريتين (35 - 39 سنة) و (40 - 44 سنة) ب 50.0 % على التوالي .

كما نلاحظ أن في الفئة العمرية (40 - 44 سنة) بلغت نسبة الأطفال الرضع عند النساء اللواتي يقل أعمارهن عن 30 سنة إلى رتبة المولود حيث أن إحتمال الكبير للموفاة المولود الأول و الثاني ، إتفقت عليه الأبحاث و الدراسات .

بمعنى أن سبب الوفاة هنا لا يتعلق بسن الأم أن هاته النساء (الأمهات) في سن الإنجابي مقبول، أما فيما يخص الأمهات الأقل من 20 سنة ، فإن وفاة مواليدهن ، يرجع إلى كون هاته النساء ذوات مستوى التعليمي محدود من جهة أخرى يرجع سبب دراسة بكيفية تعامل مع المولود الجديد و من جهة أخرى يرجع سبب وفاة مواليدهن إلى التكوين الجسمي الضعيف لهاته الأمهات إذ لا يزلن في سن المرهقة.⁽¹⁾

جدول رقم (62) يبين مدى تتبع الأمهات حملهن و عدد الأطفال لديهن .

المجموع	عدم تتبع الحمل	تتبع الحمل	مدى تتبع الحمل عدد الأطفال
17	1	16	1
100	5.88	94.11	
22	2	20	2
100	9.0	90.70	
23	5	18	4 - 3
100	21.73	78.26	
14	7	7	5 فأكثر
100	50.0	50.0	

⁽¹⁾Ahmed AMRANE : Op. Cit . P .

76	15	61	المجموع
100	19.73	80.26	

يتجلى لنا من خلال الجدول أن الإتجاه العام متجه نحو المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل و عدد أطفالهن يتجه نحو المتابعة بـ 80.26 % تركزت النسبة عند الأمهات اللاتي لديهن الطفل الأول و الطفل الثاني بنسبة 90.90 % على التوالي . أما الأمهات اللواتي لديهن ما بين 3 - 4 أطفال إذ تصلن إلى 78.26 % في حين الأمهات اللواتي لديهن 5 أطفال فأكثر تقدر نسبتها بـ 50.0 % ، كما يوضح الجدول نفسه إلى أن نسبة اللواتي لم يتبعن حملهن بـ 19.73 % من مجموع المبحوثات ، إقتصرت عند اللواتي لديهن 5 أطفال فأكثر بـ 50.0 % لتخفيض عند اللواتي لديهن ما بين 3 - 4 اطفال بنسبة 21.73 % .

إذ تستنتج أن هناك علاقة طردية بين المتابعة الصحية للأمهات عند الحمل و عدد أطفالهن ، حيث كلما زاد عدد الأطفال الأمهات إنخفضت المتابعة من طرف الأمهات . أما بالنسبة لعلاقة بين عدم المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل و عدد أطفالهن ، فنجدها عكسية ، كلما إنخفض عدد أطفال الأمهات ، كلما زادت المتابعة الصحية أثناء الحمل للأمهات المستجوبات.

و يمكن تفسير ذلك أن الأمهات اللواتي لديهن أول حمل فإنهن يتبعنا حملهن خوف من مخاطر الحمل و الوضع ، و الكشف على التطورات الجنين أثناء فترة الحمل، و هذا لسلامة الولادة سواء على صحة الأم و الطفل لأن الأمهات ليست لهن الخبرة الكافية و مع إرتفاع عدد الأطفال الأمهات فإن الأخيرة تكسبن الخبرة اللازمة أثناء الحمل و بالتالي تصبحن الأمهات لا تخضن من مخاطر الحمل و الوضع .

و تشير الدراسات في هذا الصدد التي قامت بها وزارة الصحة و السكان حول صحة الأم الطفل لعام 1992 ، أن عدد المتابعة أو ضعف العناية بالحمل العاتقين أمم تقليص الوفيات الأمهات و حديثي الولادة .

يبين الجدول رقم (63) توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الرضاعة .

نوعية الرضاعة سن الأمهات	الطبيعية	الإصطناعية	المزدوجة	المجموع
15 - 19	2	-	1	3
	66.66		33.33	100
20 - 24	4	-	1	5
	80.0		20.0	100
25 - 29	2	3	4	9
	22.22	33.33	44.44	100
30 - 34	3	1	3	7
	42.85	14.28	42.85	100
35 - 39	9	4	3	16
	56.25	18.75	25.0	100
40 - 44	-	2	-	2
	.	100	.	100
45 - 49	1	-	1	2
	50.0	.	50.0	100
المجموع	21	10	13	44
	47.72	22.72	29.54	100

الجدول رقم (64) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الرضاعة و عدد أطفال الأمهات .

نوعية الرضاعة	طبيعية	إصطناعية	مزدوجة	المجموع
---------------	--------	----------	--------	---------

				عدد الأطفال
21	8	5	9	2 - 1
100	38.09	23.80	42.85	
12	2	4	6	4 - 3
100	16.66	33.33	50.0	
11	3	1	6	5 فأكثر
100	27.27	9.09	54.54	
44	13	13	21	المجموع
100	29.54	29.54	22.72	

يتضح لنا من خلال الجدول أن الأمهات اللاتي يلجأن الحليب الطبيعي و الإصطناعي بمعنى الحليب المختلط ب 29.54 % أغلبهن لهن ما بين 1 - 2 أطفال بنسبة 38.09 % في حين الأمهات اللاتي لديهن 5 أطفال و أكثر أقبِلن أكثر من غيرهن على ممارسة الحليب الطبيعي بنسبة 54.54 % مقارنة مع اللاتي لديهن ما بين 1 - 2 طفل با 42.85 % (فرق مقدر بحوالي 12 نقطة) ولعل سبب الفوارق يعود إلى خيرتهن في تربية أطفالهن ، حيث تعد الخبرة أساس التعليم با بالإرتفاع حدد الأطفال لدى الأمهات تمكنت هذه الأخيرة من إكتساب إتجاها يميل أكثر إلى ممارسة الرضاعة الطبيعية .

أما ممارسة الحليب الإصطناعي ب 22.72 % إرتفاع عند الأمهات اللاتي لديهن ما بين 3 - 4 طفل بنسبة 33.33 % مقارنة مع الأمهات اللاتي لديهن 5 أطفال و أكثر إذ تقدر النسبة ب 9.09 % (فرق 24 نقطة) .

و حسب نتائج التحقيق و من خلال مقابلتنا للأمهات التي فقدنا مولودهن تبين لنا أن أكثر من نصف المستجوبات 61 % (27 من بين 44) من تعطين الحليب إلى أطفالهن حسب طلبه و 39 % (17 من بين 44) منهن من تعطين ذلك حسب الأوقات المحددة .

و في هذا الصدد يتضح إرضاع الطفل عندما يتطلب ذلك فإن البكاء الطفل لا يعني عادة أنه بحاجة إلى غداء قد يبكي لأنه بحاجة إلى أن يحمل
و في الحقيقة تستطيع الأم التي لديها الخبرة أن تعرف سبب صياح الطفل سواء كان الجوع أو القلق أو مرض
تكون أوقات الرضاعة عند الطفل الحديث الولادة تقريبا كل ساعتين (24) أي بمعدل 10.8 رضعات في اليوم و الطفل البالغ من العمر شهر يحتاج إلى إرضاعه مرة كل ثلاثة ساعات ، أما الذي يبلغ عمره شهرين أو ثلاثة أشهر يحتاج إلى إرضاعه مرة كل اربع ساعات .

المجموع	لا تستعمل	تستعمل	إتباع طرق منع الحمل فئات السن
3 100	1 33.33	2 66.66	15 - 19
8 100	5 62.5	3 37.5	20 - 24
17 100	8 47.05	9 52.94	25 - 29
18 100	7 38.88	11 61.11	30 - 34
4 100	4 25.0	18 81.81	35 - 39
4 100	1 25.0	3 75.0	40 - 44

4	3	1	49 - 45
100 %	75.0	25.0	
76	29	47	المجموع
100 %	38.15	61.84	

إذ نلاحظ من خلال الجدول أن 61.84 بالمائة من المبحوثات مهتمة بالموضوع خاصة بالنسبة للفئة التي تنحصر أعمارهن 35 - 39 سنة ، وهي الفئة التي مازالت في سن الإنجاب و تتعدم ذلك لدى الفئات الأخرى من 40 - 44 و 45 - 49 سنة و يبدو ذلك طبعا سن اليأس و يعود ذلك إلى :

كون أن أغلب تلك الفئة تجاوزت سن الإنجاب ، أي هي في سن اليأس و نظرا كذلك لإنعدام وسائل منع الحمل في وقتهن .

1) صحة الطفل :

يتطلب تحليل وفيات تحليلا شاملا لمعرفة الأسباب الخفية لهذه الوفيات حتى نستطيع التحكم فيها ، لأننا إذ لم نهدف بسبب حدوث ظاهرة ما لا نستطيع معالجتها ، فبمعالجة هذه الأسباب يمكن رفع المعاناة على كامل الأطفال بتوفير الخدمات الأساسية التي تضمن بقاءهم وسلامتهم خاصة الأطفال جديتي الولادة بإعتبارهم أكثر عرضة للأمراض و الوفاة من حيث مناعتهم الطبيعية فبخروج الطفل من الرحم تزول رضاعة أمه .

وتعوض بمناعة ينتجها هو نفسه و يكتسبها مع مرور الوقت ، لكن قبل ذلك سوف يتعرض لتأثيرا ذخلية و خارجية ، وتغير من مجرى حياته وهو مازال بعد لم يبلغ عامه الأول ، لذلك إهتمت المنظمة العالمية للصحة (OMS) ، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة و الهيئات الوصية في بلدنا كوزارة الصحة و السكان على وضع برامج و سياسة للمكافحة وفيات الأطفال الرضع، كما هو معلوم كذلك أن الطفل منذ لحظة ولادته يحتاج إلى عناية كافية إلى غداء جيد، وعدم إصابته بأية عامة ، وتعتبر الأم هي خير من تسهر على سلامته و حفظ صحته و من ترصد نموه و تطوره ، و لهذا سألنا الأمهات عن نوع المولود أس الجنس المتوفي عن وزنه عند الولادة هل خضع إلى إنعاش مباشرة بعد الولادة .

و كذلك هل أصيب بمرض وأثر إلى إدخاله إلى المركز الصحي ، وفي الأخير سألنها عن مكان الذي حدث فيها وفاة الرضع ...

الجدول رقم (66)

يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن و الجنس .

الجنس / السن	ذكور	إناث	المجموع
0 - 6 أيام ثامة	24	15	39
	61.53	38.46	100
7 - 28 يوم ثامة	10	07	17
	58.82	41.17	100
29 - 364 يوم ثامة	08	12	20
	40.0	60.0	100
المجموع	42	34	76
	55.26	44.73	100

يمثل الجدول رقم (66) توزيع 76 حالة وفاة دون السنة ، و التي صدرت من المستشفى مصطفى باشا و بني مسوس و الموزعة حسب العمر عند الوفاة و الجنس . وقد تبين لنا من خلال هذا الجدول أن أغلبية الوفيات ، وهي وفيات الذكور حيث تمثل 55.26 % من مجموع الوفيات الأقل من سنة ، والتي تتوزع بدورها حسب

السن عند الوفاة لتمثل نسبة 61.53 % من مجموع وفيات الذكور للفئة (0 - 6 أيام) و هي تعتبر أعلى نسبة بالمقارنة مع وفيات الذكور للفئات العمرية الأخرى . يعود هذا الإرتفاع أساسا كون وفيات الذكور المواليد الجدد المبكرة (0 - 6 أيام) تمثل أعلى نسبة من مجموع الوفيات الأقل من سنة ، إذا نسبها 51.31 % ، إضافة إلى ذلك فإن وفيات الذكور في هذه الفترة أكثر تعرضا لإحتمال الوفاة نظرا لطبيعية التأثير الذي تشكله أخطار الحمل و الرضع ، و التي تؤثر بصورة كبيرة على جنس الذكر بسبب الضعف البيولوجي الذي يميزه ، نظرا لضعف المناعة للمولود الجديد أيضا .

أما بنسبة وفيات الذكور للفئة (7 - 28 يوم) فقد إنخفضت مقارنة بوفيات فترة (0 - 6 أيام) لتمثل نسبة 58.82 % من مجموع وفيات الذكور ، كما أن وفيات المواليد الجدد المتأخرة إنخفضت مقارنة بوفيات المواليد الجدد المبكرة حيث بلغت نسبتها 40.0 % من مجموع الوفيات الأقل من سنة ، قد يعود هذا الإنخفاض في وفيات الذكور لهذه الفئة العمرية لإكتساب الطفل الرضيع مناعة من أمه كمية من أخطار الخارجية المتمثلة في الأمراض المعدية .

إلا أن هذه المناعة التي يكتسبها الطفل من أمه تيلاشي مفعولها مع مرور السابيع الأولى لتجعله عرضة للأخطار الخارجية ، و ذلك مع بداية الشهر الأول من عمره . هذا مايفسر إرتفاع وفيات ما بعد المواليد الجدد (29 - 364 يوم) و التي تمثل 26.31 % من مجموع وفيات الأطفال الأقل من سنة ، و بالتالي إرتفاع وفيات الذكور في الفئة (29 - 364 يوم) حيث إرتفعت نسبتها مقارنة بالفئة (7 - 28 يوم) إذ أصبحت تمثل 22.36 % من مجموع وفيات الذكور .

في حين قدرت نسبة وفيات الإناث 44.73 % من المجموع الكلي للوفيات و هي أقل مقارنة بجنس الذكور ، و تمثل نسبة وفيات الإناث للفترة (0 - 6 أيام) 38.46 % من مجموع وفيات الإناث ، وهي تشكل أدنى نسبة بين جميع الفئات العمرية ، لكنها تبقى منخفضة مقارنة بجنس الذكور و قد يعلل ذلك بيولوجية بحثه .

بينما تشهد وفيات الإناث إرتفاع نسبي في الفترة (7 - 28 يوم) لتمثل نسبتها 41.17 % من مجموع وفيات الإناث في هذه الفترة .

أما في الفترة (29 - 364 يوم) فقد إرتفعت نسبة وفيات الإناث حيث أصبحت تمثل 60.0 % وهذا مايفسر ضعف مقاومة الإناث ضد الأخطار الخارجية نظرا للحساسية المفروضة عند الأنثى .

إتضح لنا من خلال ماقدم أن جنس الذكر هو الأكثر عرضة للوفاة من جنس الأنثى و يعود السبب الرئيسي إلى عوامل طبية و بيولوجية ، و ليس للعوامل الإجتماعية تأثيرا كبيرا على هذين المتغيرين .

الجدول رقم (67)

توزيع الوفيات الرضع حسب الجنس المولود ووزنه عند الولادة .

الجنس الوزن عند الولادة	الذكور	الإناث	المجموع
أقل من 2500 كلغ	24	18	40
	60.0	40.0	100
			%
يساوي أو يفوق 2500 كلغ	16	18	36
	44.44	50.0	100
			%
المجموع	42	34	76
	55.26	44.73	100
			%

نلاحظ من خلال هذا الجدول أن نسبة الذكور المتوفين تفوق نسبة الإناث المتوفيات و هذا بنسبة يمثل 55.26 بالمائة مقابل 44.76 بالمائة للإناث .

أما فيما يخص الوزن عند الولادة فإننا نلاحظ أن المتوفين يوزن منخفض عند الجنسين بلغت 60.0 بالمائة للذكور مقابل 40.0 % بالمائة للإناث ، أما بالنسبة للإناث فيبين لنا العكس بحيث نجد النسبة المتوفيات بوزن عادي تفوق المتوفيات

بوزن منخفض وهذا مايمثل بنسبة 50.0 % للوزن العادي مقابل 40.0 % بوزن منخفض .

و من خلال هذه الملاحظات يمكن تفسير تفوق نسبة الوفاة عند الذكور بعوامل بيولوجية بحثة، بحيث يضعف التكوين الجسمي لهم و ضعف جهازهم المناعي عند هذا السن .

فالنسبة لنوع المولود عند الميلاد يتبين أن عدد الذكور يفوق دائما عدد الإناث فتأثير عامل الجنس على وفاة الطفل الرضع كما عدة عامة لا يرتبط بالسباب الأخرى المؤدية للوفاة، فالمعروف عند الذكور في هذه المرحلة أما تكوينهم الجسماني أقل مقاومة لتأثير الأمراض المعدية من الأطفال الإناث (1)

كما يمكن تفسير سبب الوفاة عند كلا الجنسين بوزن المنخفض عند الولادة يرجع ذلك إلى عوامل بيولوجية بحثة بحيث من المعروف عند الأطباء و الأخصائيين أنه إبتداء من الأسبوع العشرين من الحمل يزداد وزن الجنين من جنس الذكر بسرعة أكبر من زيادة وزن الجنين الأنثي و هذا الإختلاف في الوزن بقدر ب 50غ عند الأسبوع الثاني و الثلاثين من الحمل و يصل هذا الإختلاف إلى 150غ عند الأسبوع الأربعين من الحمل ضف إلى هذه العوامل إصابة الأمهات بمرض أثناء فترة الحمل كمرض الضعف الشرايبي ، و أمراض القلب و كذلك مرض السكر و كذلك وجود خلل في تركيب الحمل السري الذي يعتبر همزة و صل بين الأم و الجنين ، فإن الأغذية التي تصل إلى الجنين تكون قليلة و نمو الجنين يكون بطيئا و بالتالي يكون وزنه عند الولادة منخفضا .

و من أسباب وفاة الجنين بوزن منخفض الإرهاق الجسدي و الحالة النفسية للأم أثناء الحمل و إستعمال الأدوية في بعض الأحيان دون إستشارة الطبية .

وفيما يخص علاقة الوزن الرضيع عند الولادة و نوعية الولادة إتضح من خلال نتائج التحقيق أنه يوجد علاقة و هذا مايبيرزه الجدول التالي رقم () .

الجدول رقم (68) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل و وزن الرضع عند الولادة .

(1) مصطفى الشلقاني

المجموع	التكرارات		المتابعة الصحية
	لا	نعم	الوزن عند الولادة
40 100 %	6 15.0	34 85.0	أقل من 2.500 كلغ
36 100 %	9 25.0	27 75.0	يساوي أو يفوق 2.500 كلغ
76 100 %	15 19.73	61 80.26	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن 80.26 % من الوفيات خاصة بأمهات قمن برعاية صحية أثناء الحمل ، و من بين الولادات الوفيات نلاحظ أن 85.0 % هي ذات وزن منخفض و بالمقابل نجد نسبة الولادات ذات الوزن العادي تقدر بـ 75.0 %.

و نلاحظ هنا أن الولادات ذات الوزن المنخفض للأمهات التي لم يتبعن حملهن تقدر نسبتها بـ 15.0 % و اللواتي تبعن حملهن بلغت نسبتها بـ 25.0 % ذات الوزن العادي .

و من خلال هذه الملاحظات و نتائج التحقيق يمكن إرجاع الوفيات الرضع التي حدثت للأمهات بالرغم أنهم يتبعن حملهن إلى كون هذه الولادات هي ذات الرتبة الأولى أو العالية و التي سن المتأخر للأم عند الإنجاب و ترجع كذلك إلى صحتها أثناء الحمل و الرضع ، كما ترجع كذلك إلى كون هذه الرعاية الصحية قد تمت متأخرة إذن الرعاية للحمل تتطلب توجه الأمهات أو المرأة الحامل إلى المراكز حماية الأمومة و الطفولة منذ الشهور الأولى من الحمل أربعة مرات على الأقل

طول مدة الحمل فالأول عند الشهر الثالث من الحمل و الثانية عند الشهر الخامس و الثالثة عند الشهر السابع و الأخيرة عندما تبلغ مدة الحمل ثمانية أشهر و هذا في حالة ما إذا كاني الأمهات تتمتعن بحالة صحية جيدة ، أما إذا كانت مصابة بمرض ما مثل داء السكري أو مرض القلب ، أو فقر الدم و إرتفاع ضعف الدم ، و أصابتها بمرض في الجهاز التناسلي فعليهن أن يتوجهن إلى مركز حماية الأمومة و الطفولة مرة على الأقل كل شهر حيث تبين من خلال المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل أن نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن بـ 573 % و تشير النتائج أن حوالي 40 % منهن قمن بمتابعة حملهن كون أن هذه المتابعة تمت في مركز حكومي و 57.4 % في مركز صحي خاص أن هذه المتابعة من نفس المسح أن حوالي 22.0 % من الحوامل تلقين كشف واحد فقط في حين أن 11 % من الحوامل تلقين ثلاث كشوف للحمل .

و فيما يخص للوفيات التي حدثت لدى الأمهات التي لم تتبعن حملهن فإنه يمكن تفسير ذلك أن نسبة الوفيات شكلت نسبة لدى الوزن المنخفض عند الولادة فإنه يمكن رجوع ذلك إلى عدم الرعاية الصحية للحمل التي من شأنها أن تزيد من نسبة المواليد بوزن منخفض عند الولادة ، لأن هذه الرعاية تمكن من كشف و معالجة المشاكل الصحية للأم الناتجة عن الحمل الحالي أو المسابقة له ، و التي تساهم في تفاقهما كما يتم من خلال تحديد الحوامل اللاتي قد يتصلن رعاية و متابعة خاصة أثناء الحمل أو عند الوضع .

أما بالنسبة للوفيات الرضع التي تمت و لدتها بوزن عادي للأمهات اللواتي لم يتبعن حملهن و التي بلغت نسبتها بـ 25.0 % بالرغم من الأمهات لم يتبعن حملهن إلا أن الولادات كانت بوزن عادي ، و يعود ذلك إلى الخبرة التي أكتسبتها الأمهات من الأحمال السابقة ، و التي عدم وجود مثال صحة للأمهات أثناء الحمل و قد تشير نتائج تحقيق المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل أنه من أهم أسباب عدم المتابعة الحمل الأخير بالنسبة للأمهات و التي بلغت بـ 41.7 % لعدم وجود مشكلة صحية أثناء الحمل .

جدول رقم (69) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الولادة و وزن المولود عند الولادة .

نوعية الولادة الوزن عند الولادة	ولادة سابقة لأوانها	ولادة في أوانها	المجموع
أقل من 2500 كلغ 22 %	18 %	40 %	55.0
يساوي أو يفوق 2.500 كلغ 10 %	26 %	36 %	27.77
المجموع 32 %	44 %	76 %	42.10

يتبين لنا من خلال هذا الجدول أن الولادات التي أكملت مدة حملها شكلت نسبة 57.89 % ، أغلبها هي ولادات وزن عادي وهذا بنسبة 72.77 % بالمائة بوزن منخفض .

كما لا حظنا أيضا من خلال نفس الجدول أن الولادات السابقة لأوانها حيث سجلت نسبة معتبرة قدرت بـ 42.10 % بالمائة ، كما أن معظم هذه الوفيات (السابقة لأوانها) هي ذات وزن منخفض حيث بلغت نسبتها 55.0 % من مجموع الوفيات الأطفال الرضع .

و يمكن تفسير هذا الوزن المنخفض لدى المتوفين الذين ولدوا قبل أوانهم بعدم إكمال النمو الطبيعي لأجسامهم ، وهذا راجع لعدم إتمام مدة الحمل ، فيمكن القول هنا أن المولود عند الولادة له علاقة مباشرة بمدة الحمل (1) .

أما بالنسبة للمتوفين الذين أكملوا مدة حملهم و لكن بالرغم من ذلك هم مواليد ذوي وزن منخفض ، فيمكن القول أنها عانت من تأخر في النمو داخل رحم الأم و الذي يسمه الأطباء المختصين (RCIU) تأخر في النمو داخل الرحم الأم (Retoral de Croissance Entra - Atrine و يعود سبب التأخر في النمو إلى النظام الغذائي للأم أثناء الحمل و بالتالي إلى و ضعيتها الإقتصادية و الإجتماعية و كذا إلى سنيا عند الإنجاب .

أما فيما يخص المتوفين الذين و لدوا قبل أوان لكن بوزن عادي فنفسر سبب وفاتها بصحة الأم أثناء الحمل ، كما أنه من محتمل أن تكون الأمهات هؤلاء المتوفين مصابات بمرض السكر و القلب ، وهذا ما يمثل نسبة 16.21 % من مجموع الأمهات المصابة بمرض أثناء الحمل و التي أكدته الدراسة .

إذ من المعروف في الوسط الطبي أن هاته الأمهات المصابات بمرض السكر تضعن مواليد بوزن متوقع جدا عن العادي ، وقد يفوق أحيانا (6) سنة كيلوغرامات و هذا رغم عدم إكمال المولود المدة حملهم (1)

و بالنسبة للمتوفين الذين أكملوا مدة حملهم و لدوا بوزن عادي فيمكن ، رجع سبب وفاتهم إلى سن الأمهات عند الإنجاب و إصابتهم بعدو حديثه الولادة -Infevntion neo- natule و هذا لعدم توفر شروط النظافة أو إصابتهم بمرض وراثي ما.

(1) و هذا ما أكدت دراسة مصطفى خي طي ص 10

(1) على الحسين : المرجع السابق

الجدول رقم (70) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نتائج الولادات السابقة
للأم وزن المولود .

المجموع	ولادة حية	مولود متوفي قبل إتمام السنة	ولادة مبكرة	إجهاض	نتائج الولادات السابقة الوزن عند الولادة
40 100 %	09 22.5	11 27.5	05 12.5	15 37.5	أقل من 2.500 غ
36 100 %	18 50.0	9 25.0	02 5.26	07 19.44	يساوي أو يفوق 2.500 غ
76 100 %	27 35.52	20 26.31	07 9.21	22 28.94	المجموع

نلاحظ من خلال الجدول أن نسبة عالية تقدر 64.46 % من الوفيات الأطفال الرضع ، كانت للأمهات ذات سوابق طبية ، أي كان نتائج حملها السابق إجهاض أو ولادة مبكرة أو توفي مولودها قبل إتمام عامة الأول من الحياة ، هذا مقابل 35.52 % من الوفيات كانت للنساء الأمهات اللواتي لم تسجل لديهن ولادة سابقة بل ولادة حية .

أما فيما يخص وزن المتوفين فنلاحظ أن أغلب الأمهات المسنوجات اللواتي كان نتاج حملها السابق قد ينجبن ولادات بوزن منخفض و هذا بنسبة 37.5 % مقابل 19.44 % ولادة بوزن عادي .

كما نلاحظ تقريبا أنه لا يوجد إختلاف فيما يخص نسب الوزن المنخفض و العادي للأمهات اللواتي فقدن مولودهن قبل إتمام السنة من العمر و ذلك بنسبة 27.5 % للوزن المنخفض و 25.0 % للوزن العادي و ذلك بفرق (2.5%) .

كما نلاحظ أيضا أن نسبة الأمهات اللواتي لديهن ولادة مبكرة بوزن منخفض بالغت نسبتها 12.5 % بمقابل نجد الأمهات اللواتي لديهن ولادة مبكرة بوزن العادي قدرت نسبتها ب 25.0% .

و تبين كذلك من خلال نتائج التحقيق أن الأمهات اللواتي ليس لديهن سوابق طبية ، كانت لديهن ولادة بوزن العادي قد شكلت نسبة كبيرة من مجموع المبحوثات تقدر ب 50.5 % مقابل 22.5 ولادات بوزن عادي منخفض و من خلال هذه الملاحظات يمكن تفسر النسبة الكبيرة ب 64.46 بالمائة للوفيات الأمهات اللواتي كان لديهن سوابق طبية سواء إجهاض أو ولادة مبكرة أو توفى لديهن مولودهن قبل إتمام السنة من العمر برغبة الأمهات في تعويض الولادة السابقة بالولادة أخرى و هذا النمط معروف لدى النساء العالم العربي حيث تكون الخصوبة مرتبطة إرتباط و ثيقا بوفيات الأطفال الرضع ، و يسمى هذا الحاضر الذي يؤدي بالمرأة (الأم) التي فقدت مولود التعويض الولادة السابقة "بالحاضر الإحلاي" إذ أن الأم التي فقدت طفلا أو أكثر تحاول تعويضهم بكثرة الإنجاب ، كما لن تلجأ هذه الإمهات التي إستعمل وسائل ومنع الحمل . كما أن تساعد الولادة السابقة و الولادة الحالية أنها لن تعتبر الولادة السابقة في الحسبان إذ لا يههما ما إسترخة الحمل السابق من قوتها و صحتها و ما يههما هو تعويض فقاء فقط (1)

أما فيما يخص الولادات المتوفي لدى الأمهات اللواتي كان نتائج ولادتها السابقة عبارة عن ولادة مبكرة فيمكن تفسر ولادة المولود المتوفي الحالي المبكر بعدة أسباب حيث تكون هذه الولادات ذات رتبة عالية و يكون سن الأم متأخر أكثر من 35 سنة . وقد تعود إلى المدة الفاصلة بين الولادة السابقة الحية و الولادة الحالية حيث قد

(1) عبد الرحيم عمران : سكان العالم العربي حاضرا و مستقبلا صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية ، نيويورك 1988 ص 20 -

تقب هذه المدة عن سنتين و يرجع كذلك إلى إصابة الأمهات بالأمراض كالأمراض فقر الدم ، و أمراض القلب و السكر .

كما يمكن تفسير النسجة العالية للوزن المنخفض عند الولادات لدى الأمهات اللواتي كان نتاج حملها السابق عبارة عن إجهاض بما يحدثه هذا الأخير من مضاعفات سلبية على صحة الأم و على قدرتها الإنجابية إلى الإرهاق عدم الراحة أثناء فترة الحمل ضف إلى ذلك إصابة بعض منهن بالأمراض أثناء فترة الحمل .

و نستنتج في الأخير أن الأمهات اللواتي تعرض إلى إجهاض أو فقدان مواليدهن قبل إتمام السنة من العمر ، أو إنجبن ولادة مبينة أو ولادات مبكرة يكونون المواليد الأطفال أكثر عرضة إلى الوفاة في فترة ما حول الولادة و ما بعدها .

الجدول رقم (71) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب خضوعهم للإنعاش .

النسبة %	العدد	الإجابة
48.68	37	نعم
51.31	34	لا
100	76	المجموع

يتبين لنا من خلال الجدول أن أكثر من نصف الوفيات الرضع لم تخص إلى الإنعاش و ذلك بنسبة 5.31 % ، و بالمقابل نجد 48.68 % من مجموع الوفيات خضعوا للإنعاش ، و يرجع سبب خضوعهم لمصلحة الإنعاش إلى الولادات المبكرة (المبتسرة) ، و التي تعرض الرضع إلى حالات مرضية أو راجعة إلى وزن المنخفض للرضيع .

و لذا سألنا الأمهات عن ما إذا أصيب أطفالهن بمرض أو شكل صحي و دخل مباشرة إلى المستشفى فتبين من خلال نتائج التحقيق أن أكثر من نصف الأمهات و بالضبط 51.31 % و بمعن (39 من بين 76) لم تصرحن بأية إصابة أطفالهن و

دخول إلى المستشفى ، و بالمقابل نجد البقية منهن صرحت أن أطفالهن أصيبوا بمرض وادخلوا على إثره إلى المستشفى و ذلك بنسبة 46.05 % بمعنى (35 من بين 76) .

فيما يخص المجموعة التي أصيب أطفالهن بالمرض كما هو موضع سالفنا (1) أن 18.9 % أصيبوا أطفالهن صعوبة التنفس الحاد ، تم يلتها الولادات المبكرة ، و الإختناق الولادي بنسبة 16.21 % ، و أن 13.50 % من الأمهات اللاتي أصيب أطفالهن بالإسهال الحاد و ادخل مباشرة إلى المستشفى لتقديم العلاج المكثفة في مصلحة طب الأطفال ، والبقية من أطفال أصيبوا ببيرقان و لادي و أمراض الدم و ذلك بنسبة 8.10 % و في أخير نجد أمراض القلب بنسبة 5.40 % من مجموع الوفيات الذين اصيبوا بمرض و ادخلوا مباشرة إلى المستشفى .

و يمكن تفسير ذلك أن الولادة المبكرة تعود إلى الحالة الصحية للأم أثناء الحمل كالجهد الذي تبدله المرأة أثناء الحمل خاصة إذا كانت تقطن في المناطق الريفية و عدم إستشارتها الطبية أي عدم متابعة حملهن أثناء الحمل ، و تعود كذلك على سوء التغذية لدى الأمهات أما عن المشاكل النفسية التي تصيب الرضع فيمكن تفسير ذلك إلى التأثيرات الخارجية كالمناخ .

أما عن الحمى و الإسهال و القيء فهي الأمراض الأكثر ظهور قبل و فاة الرضيع في الفترة مابين شهر إلى 11 شهر نتيجة لعدم قدرة جهاز المناعة على مقاومة ضياع كميات هائلة من الماء في اليوم الواحد .

و عن سؤالنا عن مكان الوفاة ، فجدول التالي يوضح ذلك :

الجدول رقم (72) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب مكان الوفاة

النسبة %	العدد	مكان الوفاة
88.15	67	المستشفى

(1) رجوع إلى الملحق : الجدول رقم (9)

11.84	09	البيت
100	76	المجموع

يوضح الجدول رقم () أن معظم وفيات الأطفال الرضع حدثت في المركز الإستشفائي بنسبة 88.15% و البقية تمت وفاتهم في البيت بنسبة 11.84% بالمائة من مجموع وفيات الرضع و يمكن تفسير ذلك أن الوفيات الذي حدثت في المستشفى الأطفال كانوا مكيتين فيه للعلاج المكثفة ، و أنها ولاداتها تمت في مصلحة التوليد و أمراض النساء ولادات مبكرة ولادات ميتة أو كانت في مصلحة الإنعاش ، أما عن الأطفال الراضع الذين توفوا في البيت فيرجع ذلك إلى بعد المركز الصحي ، أو نقص الإمكانيات خاصة في الليل ، وهذا ما صرحت به إحدى المبحوثات ، أو أنها حالات لا تستعدى المصلحة الإستشفائية .

خلاصة وإستنتاجات المبحث الثالث

1 - صحة الأم :

- توصلنا من خلال نتائج البحث أن السوابق المرضية و الإنجابية تؤثر بصفة مباشرة على صحة الرضيع ، إذ توصلنا إلى الأمهات اللواتي لديهن فترة بين الولادتين أقل من 9 أشهر بنسبة 17.10% ، أما أكثر من 5 سنوات بنسبة

15.78% و بالتالي تشكل إحتمال كبيرة للوفاة الرضيع . كما توصلنا أن الأمهات اللواتي كان لهن إجهاض بنسبة 28.94% .

- كما تبين من خلال نتائج البحث أن السوابق الطبية للأمهات تؤثر بصفة مباشرة على وفيات الأطفال الرضع إذ يتضح أن الأمهات اللواتي أصبن بمرض أثناء فترة الحمل كان له تأثير على صحة الرضع إذ تبين أن نسبة 54.05% أصبن بمرض أثناء فترة الحمل .

□ سن الأمهات عند الإنجاب :

- تبين من خلال نتائج هذا المبحث أن سن الأمهات عند الإنجاب يؤثر على (صحة الرضيع) و وفيات الأطفال الرضع إذ تبين أن هناك علاقة طردية بين سن الأمهات عند الإنجاب و وفيات الرضع .

- إن الأمهات اللواتي يتبعن حملهن صغيرات السن ، إذ كلما غرتفع سن الأمهات زادت المتبعة الصحية أثناء الحمل عند كبيرات السن تنخفض المتابعة الصحية أثناء الحمل بحيث نلاحظ أن الأمهات إكتسبت خبرة خلال حياتهن الإنجابية و بالتالي لا تتبعن حملهن .

- إن أغلبية الولادات تمت في وسط مهني صحيا بنسبة 56.57% من مجموع الوفيات ، بحيث ترتفع عند الأمهات الصغيرات في سن بنسبة 66.33% بحيث يلجأ إلى وسط مهني صحيا خوفا من مخاطر التي تنجز عن الولادة في البيت و هذا السلامة صحة الأم و الطفل الرضيع . فتبين من خلال نتائج أن الكبريات

في السن من (40 - 44 سنة) (45 - 49 سنة) يلدن في مكان مهني صحيا ، وذلك بنسبة 75.0 % لأن المهات في هذا السن يفقدان القوة الكافية لتحمل مخاطر الحمل و الولادة . أما الأمهات اللواتي أنجب بالعيادة فقدت نسبتها ب 42.10 % ، وفي البيت ب 1.31 % .

- أغلب الولادات المتوفين هي ولادات عادية بنسبة 57.89 % و الولادات المبتسرة ب 31.70 % أما الولادات المسبة فقدت ب 10.52 % . فتبين أن السن الأم تأثير حيث نلاحظ كلما إرتفع السن ترتفع نسبة الولادات المبتسرة حيث تبين أن هناك تأثير إذ نجد فيه السن الأمهات (15 - 19 سنة) بنسبة 33.33 % أما في الفئة العمرية (40 - 44 سنة) ب 75.0 % أما الولادات الميتة نجدها منحصرة عند الفئة العمرية (30 - 34 سنة) لأن في هذا السن من حياتهن الإيجابية تظهر مخاطر الحمل و الوضع بحيث تبين أن هذه المخاطر تزداد كلها تقدم سن الأمهات ، و بالتالي تؤثر سلبا على السيرورة الطبيعية للحمل . فقد رأينا أن الفئة العمرية (15 - 19 سنة) لم تسجل فيها أية ولادة ميتة و هذا ليس راجع لكون هذه الفئة لا تحدث فيها ولادات ميتة وأنها راجع أساسا إلى العدد الضئيل للولادات المسجلة في هذه الفئة العمرية و نفس الإستنتاج فيها الفئة العمرية (45 - 49 سنة).

- تبين أن أغلب المتوفين هم ذوي الرتبة الثانية لدى الأمهات اللواتي تقل أعمارهن عن 34 سنة ، ب 44.44 % أما اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال فنجدها عند الفئة العمرية (35 - 39 سنة) و (40 - 44 سنة) بنسبة 50.0 % .

- أما فيما يخص الأمهات اللواتي يقلن أعمارهن عن 20 سنة فيرجع إلى كون هاته النساء ليس لهن دراية بكيفية تعامل مولودهن الجديد و إلى تكوينهن الجسماني الضعيف إذ لا تزلن في سن المراهقة إلى جانب العوامل البيولوجية التي تؤثر على النساء الحوامل في سن (40 - 44 سنة) و (45 - 49 سنة) و بالتالي يؤثر سلبا على صحة الرضيع .

- تبين أن هناك علاقة عكسية بين عدد الأطفال الأمهات و المتابعة الصحية أثناء الحمل فيتضح أنه كلما غرتفع عدد الأطفال قلت المتابعة الصحية ، و كلما قل عدد الأطفال زادت المتابعة الصحية أي أن اللواتي لديهن الطفل واحد يتبعن حملهن بـ 94.11 و اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال يتبعن حملهن بنسبة 50.0 % ، أما اللواتي لم يتبعن حملهن فنجد اللواتي لديهن طفل واحد بنسبة 5.88 % و اللواتي لديهن أكثر من 5 أطفال لم يتبعن الأنسبة 50.0 % .
- توصلنا كذلك أن سن الأمهات عند الإنجاب لا يوتر على عملية الرضاعة و عندما ربطنا متغير عدد الأطفال بالنوع الرضاعة تبين أن إرتفاع عدد الأطفال للأم الواحد تزداد هذه الأخيرة تجربة و خيرية في مجال العناية بالرضيع و هذا ما يحفر الأم بالإنتهاج طرق أحسن عن طرق التي إنتهجتها في السابق .
- لاحظنا أن الأمهات الكبريات في السن لا يستعملن وسائل منع الحمل و ذلك بنسبة للفئة العمرية (40 - 44 سنة) و (45 - 49 سنة) بـ 25.0 % و 75.0 % لأن معظمهن أنجبين العدد المرغوب من الأطفال و الأخريات متهن وصلنا إلى سن اليأس ، أما الصغريات في السن معظمهن يستعملن هذا للتنظيم السن .

2 - صحة الرضيع :

- يتعرض جنس الذكر لإحتمالات وفاة تزيد بصورة ملحوظة عن الإحتمالات التي يتعرض لها جنس الأنثى ، و ذلك من خلال نتائج البحث ، ويعود هذا إلى العوامل البيولوجية بحثة. إذ تختلف وفيات الأطفال الرضع بالإختلاف العمر حيث نجد وفيات المواليد الجدد (0 - 28 يوم ثامة) معتبرة مقارنة بوفيات مابعد المواليد الجدد (29 - 364 يوم) و ذلك بنسبة 73.68 % و بنسبة 26.31 %

و ذلك يعود إلى ضعف مقاومة الرضيع هذا الأمراض الفتاكة خاصة في أيامه الأولى .

- كما تبين أن نسبة الذكور المتوفين سجلت 55.26 % أما بنسبة الإناث المتوفيات فقد سجلت 44.73 % و السبب الرئيسي للوفاة عند كلا الجنسين هو الوزن المنخفض حيث بلغت نسبة المتوفين بوزن المنخفض عند الذكور بـ 60.0 % و 40.0 % عند الإناث .

- أغلب الوفيات الرضع هي ذات الوزن المنخفض عند الأمهات اللواتي يتبعن حملهن و يعود ذلك إلى أن هذه الوفيات ذوي الولادات العالية للأمهات و إلى السن المتأخر للأمهات في الإنجاب و كذلك إلى الأم أثناء الحمل ، إذن ليس هناك تأثير الوزن على المتابعة الصحية ، راجع إلى عوامل أخرى ، فيمكننا القول هنا أن تأثير عامل الوزن كان غير واضحاً أو ربما عامل حيادي.

- أغلب الوفيات الرضع على ولادات حدثت في أوانها حيث سجلت نسبتها بـ 57.89 % و معظم هذه الولادات كانت ذات وزن منخفض بنسبة وزن عادي بنسبة 72.22 % من مجموع وفيات . أما الولادات السابقة لأوانها حيث سجلت بنسبة معتبرة قدرت بـ 42.10 % و معظمها ذات وزن منخفض حيث بلغت نسبتها بـ 55.0 % من مجموع الوفيات الأطفال الرضع . كما رأينا أن الوزن عامل أساسي يعكس الحالة الصحية للرضيع و يثر على الولادات المبكرة .

- أما فيما يخص السوابق الطبية لدى الأمهات و الوزن أن الأمهات اللواتي لديهن ولادات حية دون سوابق طبية هي ولادات ذوي وزن عادي . أما الأمهات اللواتي لديهن سوابق طبية هي الإجهاض ، ولادة مبكرة (مبكرة) . و مولود توفي قبل إتمام السنة من العمر بنسبة 27.5 % ذوي وزن منخفض .

- كما إستخلصنا كذلك أن قرابة النصف الأطفال المتوفي خضعوا إلى الإنعاش فشكلت نسبة بـ 48.68 % ، و الذين لم يخضعون إلى الإنعاش بنسبة 51.31 %

- قرابة النصف من الوفيات الأطفال الرضع أصيبوا بمرض وادخلوا إلى المستشفى بنسبة 46.05 % و من أهم الأسباب المتعلقة بذلك صعوبة التنفس ، الولادات المبكرة إختناق الولادي .
- توصلنا كذلك أن أغلبية الوفيات تمت في المستشفى بنسبة 88.15 % و البقية تمت في البيت بنسبة 11.84 .

الخاتمة

إن وفيات الأطفال الرضع هي ظاهرة عالمية، وإن برزت تحت إتجاهات مختلفة من بلد لآخر، فهناك بعض الدول التي أحرزت تقدمها عظيمًا في هذا الميدان والبعض الآخر مازالت متأخرة، إذ أن الدول المصنعة تجاوزت بكثير الدول النامية في جميع الميادين، خاصة منها ميدان الوقاية من وفيات الرضع حيث أنها إقترحت إستراتيجيات مختلفة لمكافحة هذه الظاهرة.

كما عرفت الدول المتقدمة كامل جهودها في الآونة الأخيرة على برامج لمكافحة الوفيات ما حول الولادة التي لم يسيطر عليها إلى حد الآن، بينما البرامج الموجودة على مستوى البلدان النامية نجدها تختلف من حيث المحاور المسطرة إلى

خفض الوفيات التي تنجم عن الأمراض المنتقلة عن طريق العدوى والعدوى التنفسية بالدرجة الأولى.

وكما هو معروف فإن الجزائر من بين هذه العالم النامية تعاني من بعض هذه المشاكل إلا أن نتائج الإحصائيات الأخيرة تبين أن جميع المنظمات المهتمة بصحة الطفل، كمنظمة العالمية للصحة، وصندوق الأمم المتحدة للطفولة بذلت مجهودات معتبرة في مكافحة وفيات الأطفال بصفة عامة والرضع بصفة خاصة إلى جانب المجهودات المبذولة من طرف الهيئات الوطنية في البلاد كوزارة الصحة والسكان.

نلتمس من خلال النتائج المتحصل عليها في السنوات الأخيرة تقدما كبيرا في وضعية الأطفال تحسن الوضعية الغذائية والصحية للسكان وكذا القضاء على بعض الأمراض الفتاكة مثل شلل الأطفال الكزاز.

يعتبر هذا التراجع المسجل في معدلات وفيات الأطفال الرضع خطوة عملاقة على مستوى صحة العمومية في الجزائر، وهذا إذا ما قارناه مع الدول النامية الأخرى، إما إذا ما قورنت بالدول المتطورة فنجد أن وفيات الأطفال جد مرتفعة برغم كل هذه المجهودات اليدوية والبرامج المسطرة من طرف المسؤولين في الصحة. ويمكن أن نستخلص أن الجزائر متجهة اليوم نحجو مكافحة وفيات ما حول الولادة (الداخلية) كون أن الوفيات الخارجية تراجعت بشكل ملحوظ إذ أصبح السبب الرئيسي معظم وفيات الأطفال الرضع هي الأسباب الداخلية المتعلقة بالحمل والولادة لذلك ينبغي على السلطات العمومية مواصلة المجهودات من أجل مكافحة هذه الظاهرة للوصول إلى مرتبة الدول المتطورة، ضمن قائمة المجتمعات المتحضرة.

الفهرس

* مقدمة

* الجانب النظري

* الفصل التمهيدي : البناء المنهجي للبحث

- الإشكالية

- الفروضات

- أسباب إختيار الموضوع

- تحديد المفاهيم الأساسية

- الدراسات السابقة

* الفصل الأول : الوضع السكاني والسياسة الجزائرية في الميدان الصحي.

- المبحث الأول : الوضعية السكانية في الجزائر.

- المبحث الثاني : السياسة الصحية في الجزائر.

- المبحث الثالث : البرامج الصحية والوسائل الأساسية الخاصة بخفض معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.

* الفصل الثاني : الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع وأسباب المتعلقة بوفاتهم.

-المبحث الأول : الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع

1- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في العالم

2- الوضعية الصحية الخاصة بالأطفال الرضع في الجزائر

-المبحث الثاني : أسباب وفيات الأطفال الرضع

1- أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم

2- أسباب وفيات الأطفال الرضع في الجزائر

* الفصل الثالث : تأثير العوامل الاجتماعية والإقتصادية والديموغرافية في تفاقم ظاهرة وفيات الأطفال الرضع.

-المبحث الأول : أثر العوامل الاجتماعية على وفيات الرضع

-المبحث الثاني : أثر العوامل الإقتصادية على وفيات الرضع

-المبحث الثالث : أثر العوامل الديموغرافية على وفيات الرضع

* الفصل الرابع : وصف ظاهرة وفيات الأطفال الرضع من خلال معطيات الملفات الصحية لـ مركز الإستشفائي الجامعي لـ مصطفى باشا.

-المبحث الأول :

- تطور وتركيبية وفيات الأطفال الرضع.
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن والجنس

-المبحث الثاني :

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب وسط الولادة

-المبحث الثالث :

- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب رتبة الولادة
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الولادة
- توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الرضاعة

- الخلاصة والإستنتاجات

الجانب الميداني

* الفصل الأول : الإجراءات المنهجية لدراسة الميدانية

-المبحث الأول : تحديد أدوات الدراسة ومكان البحث

-مجالات البشرية والجغرافية والزمنية

-عينة البحث

-تكوين الجداول ومعالجتها

-المبحث الثاني : الخصائص العامة للحالات المدروسة

-تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي

-تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني

-تصنيف المبحوثات حسب سن الإنجاب

-تصنيف المبحوثات حسب حالتهم المدنية

-تصنيف المبحوثات حسب المستوى التعليمي للأزواج

-تصنيف المبحوثات حسب النشاط المهني للأزواج

-تصنيف المبحوثات حسب نوع السكن

*** الفصل الثاني :** تأثير العوامل الإجتماعية والإقتصادية والديموغرافية على وفيات الأطفال الرضع.

***المبحث الأول :** أثر العامل الإجتماعي على وفيات الرضع

- أثر المستوى التعليمي على المتابعة الصحية أثناء الحمل
- أثر المستوى التعليمي على نوعية الرضاعة
- أثر المستوى التعليمي على رتبة وعدد الأطفال
- أثر المستوى التعليمي على الرغبة في الأنجاب
- أثر المستوى التعليمي على تفصيل جنس المولود.
- أثر المستوى التعليمي على تنظيم النسل

***المبحث الثاني :** أثر العوامل الإقتصادية على وفيات الرضع

- أثر الدخل الشهري على المتابعة الصحية أثناء الحمل
- أثر الدخل الشهري على مكان الولادة
- أثر النشاط المهني للأمهات على نوعية الرضاعة.

***المبحث الثالث :** أثر العوامل الديموغرافية على وفيات الرضع.

(أ) - صحة الأم :

- أثر سن الأمهات على المتابعة الصحية أثناء الحمل
- أثر سن الأمهات على وسط الولادة
- أثر سن الأمهات على نوعية الولادة
- أثر سن الأمهات على عدد الأطفال (الرتبة التوفي).
- أثر سن الأمهات على تنظيم السن
- أثر الرتبة المتوفى على المتابعة الصحية.
- أثر الرتبة المتوفى على نوعية الرضاعة.

(ب) - صحة الرضع :

- أثر السن على الجنس

- أثر الوزن عند الولادة على المتابعة الصحية
- أثر الوزن عند الولادة ونوعية الولادة
- أثر الوزن على السابق الطبية للأمهات.

- الإستنتاجات العامة.

- الخاتمة

- مراجع البحث

- الملاحق

فهرس الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
01	تطور المؤشرات الديموغرافية للفترة 1966 - 1985	
02	تطور المؤشرات الديموغرافية للفترة 1986 - 1997	
03	إنخفاض في معدل الوفيات الخام للفترة 1984 - 1995	
04	تطور وفيات الأطفال (1 - 4 سنوات) للفترة 1981 - 1996	
05	تطور أمل الحياة عند الولادة للفترة 1983 - 1996	
06	تطور البنيات الصحية للفترة 1962 - 1995	
07	تطور النفقات الدولية الموجهة للقطاع الصحي 1979-1995	
08	يمثل معدلات وفيات الأطفال المبكرة في مختلف جهات العالم	
09	يمثل معدلات وفيات الأطفال الرضع في بعض الدول النامية لعام 1993	
10	تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس 1981 - 1989	
11	تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس 1990 - 1997	
12	التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع طبق لمحل الإقامة و الجنس خلال الفترة (1987 - 1992)	
13	أهم الأسباب المؤثرة على وفيات الأطفال الرضع في العالم	
14	نسب الأطفال الرضع الذين عانوا من أعراض معينة خلال الأسبوعين السابقين قبل الوفاة .	
15	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس	
16	التقديرات المباشرة لوفيات الأطفال الرضع طبق لسن الأمهات عند الإنجاب	
17	التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع حسب مرتبة عند الولادة	
18	التقديرات المباشرة للإحتمالات وفيات الأطفال الأقل من سنة طبق لمحل الإقامة و الجنس	
19	التقديرات المباشرة لمعدلات وفيات الأطفال الرضع طبقا لبعض العوامل البيئية	
20	توزيع وفيات الأطفال الرضع في المراكز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدراسة (1995 - 1998)	

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
	توزيع وفيات المواليد الجدد لمعطيات مركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدراسة (1995-1998)	21
	توزيع وفيات المواليد الجدد لمعطيات مركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدراسة (1995-1998)	22
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المعطيات المركز الإستشفائي الجامعي لمصطفى باشا خلال فترة الدراسة (1995-1998)	23
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن المتوفي	24
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الجنس المتوفي	25
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن و الجنس المتوفي خلال الفترة 1995 - 1998	26
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب خلال الفترة 1995 - 1998	27
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة المتوفي للفترة الدراسة (1995-1998)	28
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب ووسط الولادة خلال فترة الدراسة (1995-1998)	29
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الولادة للفترة (1995-1998)	30
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات و رتبة المتوفي بين الإخوة خلال فترة الدراسة (1995-1998)	31
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الرضاعة خلال الفترة الدراسة (1995-1998)	32
	توزيع الأمهات حسب مستواهن التعليمي	33
	توزيع الأمهات حسب حالتهم المدنية	34
	توزيع الأمهات حسب سنهن عند الإنجاب	35
	توزيع الأمهات حسب سنهن عند الزواج	36
	توزيع الأمهات حسب النشاط المهني للأزواج	37
	توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي للأزواج	38

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
	توزيع الأسر حسب نوع السكن	39
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و المتابعة الصحية أثناء الحمل	40
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الجهة المختارة من طرف الأمهات لمتابعة الصحية أثناء الحمل	41
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و رتبة المتوفى	42
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الساعات الأولى للرضاعة	43
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و نوعية الرضاعة	44
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و رغبة الأمهات في الإنجاب	45
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي و مدى التفصيل في الإنجاب	46
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي و طرق استعمال منع الحمل	47
	الطرق المستعملة لدى الأمهات المبحوثات	48
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الحاجيات التي يكتسبها الأسر في المنزل	49
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوع السكن و عدد الغرف المنزل	50
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة	51
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة و المتابعة الصحية أثناء الحمل	52
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة و مكان الولادة	53
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب النشاط المهني للأمهات و نوعية الرضاعة	54

الصفحة	عنوان الجدول	رقم الجدول
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب القرابة الزوجية للولدين	55
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب	56
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و المتابعة الصحية أثناء الحمل	57
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب ومكان الولادة	58
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الولادة	59
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و رتبة المولود المتوفى	60
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب تتبع الأمهات حملهن و عدد الأطفال	61
	توزيع وفيات الأطفال حسب عدد الأطفال الأمهات و نوعية الرضاعة	62
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و إتباع طرق منع الحمل	63
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن و الجنس	64
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الوزن و الجنس	65
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الوزن و المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل	66
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الوزن و نوعية الولادة	67
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الوزن والسوابق الطبية للأمهات	68
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب خضوعهم للإنعاش	69
	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الوفاة	70

رقم الجدول	عنوان الشكل	الصفحة
01	بين فترات وفيات الأطفال الرضع و الأجنسة	
02	بين توزيع الأمهات المبحوثات حسب مستواهن التعليمي	
03	يبين توزيع الأمهات المبحوثات حسب مستواهن المهني	
04	يبين توزيع الأمهات حسب السن عند الإنجاب	
05	يبين توزيع الأمهات حسب سن عند الزواج	
06	يبين توزيع الأزواج حسب مهنتهم	
07	يبين توزيع الأزواج حسب المستوى التعليمي	
08	يبين توزيع الأسر حسب نوع السكن	
09	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و المتابعة الصحية	
10	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المستوى التعليمي للأمهات و نوعية الرضاعة	
11	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوع السكن و عدد الغرف البيت	
12	يبين الأصناف التي ينتمي إليها الراتب الشهري للأسرة	
13	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري للأسرة و المتابعة الصحية للأم أثناء الحمل	
14	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الدخل الشهري و مكان الولادة	
15	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب النشاط المهني للأمهات و نوعية الرضاعة	
16	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب	
17	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب و المتابعة الصحية أثناء الحمل	
18	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات و رتبة المولود المتوفي	
19	يبين مدى تتبع الأمهات حملهن و عدد الأطفال لديهن	

رقم الجدول	عنوان الشكل	الصفحة
20	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب نوعية الرضاعة و عدد الأطفال الأمهات	
21	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب السن الجنس	

	يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المتابعة الصحية للأمهات أثناء الحمل وزن الرضع عند الولادة	22
--	---	----

قائمة المراجع :

* كتب و مراجع عربية :

(1) - الكتب المنهجية :

- محمد عبد الحميد : تحليل المحتوى في البحوث الإعلام، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1979.
- الكندري عبد الرحمن رمضان : مبادئ الإحصاء وأساليب التحليل، منشورات ذات السلاسل، الكويت، 1985.
- سمير محمد حسن : بحوث الإعلام أسس ومبادئ، العالم الكتب، القاهرة، 1983.
- محمد زيان عمر : البحث العلمي مناهجه وتقنياته، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر 1969.
- راكي أحمد عزمي ، الأسلوب الإحصائي واستخدامته في راي العام للإعلام، دار الفكر العربي، 1993.
- محمد حسان إحسان : الأسس العلمية لمناهج البحث العلمي ، دار الطليعة بيروت 1986.
- محمد سيد أحمد غريب : الإحصاء والقياس في البحث الإجتماعي، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1991.

(2) - الكتب العامة :

- عدلان السبعي : السيولوجية الأمومة ومسؤولية الحمل، الشركة المتحدة لتوزيع، الجزء الثاني، دمشق 1985.
- عبد الرحمن عمران : سكان العالم العربي حاضر و مستقبلا، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية ، نيويورك 1988 .
- عبد الله الصوفي : موسوعة العناية بالطفل، دار العودة ، بيروت ، 1977.

- علي الحسن : أطفالنا نموهم تغديتهم مشكلاتهم ، دار العلم للعلامين بيروت 1986.
- إميل خليل بيديس : دليل الطفل الطبي ، منشورات دار الأفاق الجديد، بيروت 1991.
- رولان بريسا : التحليل السكاني مفاهيم الطرق والنتائج : ثر محمد رياض ربيع، فصل الوفيات، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر.
- نوري على جاد الله : الصحة العامة والرعاية الصحية ، دار المعارف بمصر، الإسكندرية 1975.
- محمد عباس خضير (والآخرون) : واقع الطفل العربي لعام 1989، المجلس العربي للطفولة والتنمية، مصر ، 1989.
- سرم سوننتران وارجيون : مستويات واتجاهات وفيات الرضع، الأطفال في اليمن واختلافاتها في النشرة السكانية، للجنة الإقتصادية والإجتماعية للغرب آسيا 1985.
- شلقائي مصطفى : الإحصاء السكاني والديموغرافي، طرق التحليل الديموغرافي مطبوعات جامعة الكويت.
- مرتيكن شود : صحة الأطفال، دار موسكو، الإتحاد السوفياتي، 1985.
- لطيفة فهد : الرضاعة الطبيعية ، مؤسسة الكويت للتقدم العلمي الكويت 1983.
- لانجوفوى : أمراض الأطفال، دار مير للطباعة والنشر، الإتحاد السوفياتي موسكو ، 1969.
- مربيعي السعيد : التغيرات السكانية في الجزائر ، (1936 - 1966)، المؤسسة الوطنية للكتاب، الجزائر 1984.
- عبد الله يموت : النمو السكاني والتنمية الإقتصادية والإجتماعية العربية ، معهد الإنماء العربي، بيروت 1988.

- وليام بواس : السياسات الهادفة لتطليص تفاوت الوفيات في السكان والتنمية في الشرق الأوسط، اللجنة الإقتصادية والإجتماعية لغرب آسيا ، الأمم المتحدة ، 1985.
- بن سهام كمال ، القديرة فتح : علاقة الأباء بالأبناء في الشريعة الإسلامية ، جدة، 1981.

(3) - مجالات ودوريات بالعربية :

- اليونسف : الطفل الجزائري ، 1993
- مجلس العربي للطفولة : أخبار الطفل العربي ، العدد الرابع، مصر لعام 2000.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة : وضع الأطفال في العالم ، ثر، قسم الإعلام والعلاقات الخارجية المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال ، عمان ، 1993.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة : مسيرة الأمم ، تصدر عن اليونسف للسنة 1995.
- وزارة الصحة والسكان : الديوان الوطني للإحصاء ، الجامعة العربية : المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ، التقرير الأولي ، الجزائر 1992.
- وزارة الصحة والسكان : الوضعية الصحية والديموغرافية للجزائر ، تقرير السنوي للجنة الوطنية للسكان ن الجزائر 1988.

(4) - منشورات الديوان الوطني للإحصاء :

- الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر ، رقم 14 نشرة 1990.
- الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر ، رقم 16 نشرة 1994.
- الديوان الوطني للإحصائيات : المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر ، رقم 17 نشرة 1996.

(5) - المنشورات الرسمية :

- جبهة التحرير الوطني : الميثاق الوطني ، الجزائر 1976.
- وزارة التخطيط : المخطط الخماسي الأول ، الجزائر 1980 . 1984.
- وزارة التخطيط : المخطط الخماسي الثاني ، الجزائر 1985 . 1989.

(6) - رسائل علمية بالعربية :

- محمد إبراهيم عادل : السياسة الصحية وأثرها على وفيات الأطفال ، دراسة ميدانية تقويمية في الريف الجزائري، رسالة ماجستير كلية الآداب الإسكندرية مصر 1993.
- ماجد إبراهيم عثمان : دراسة مقارنة لنمط وفيات الرضع في بعض الدول النامية ، وبعض الدول المتقدمة ، مع دراسة تفصيلية للنمط السائد في جمهورية مصر العربية خلال الفترة 1954 - 1974 رسالة ماجستير كلية الإقتصاد جامعة القاهرة ، 1979.
- عبد الفتاح عز الدين إسماعيل : اثر العوامل الصحية والاجتماعية والديموغرافية على كل من فقد الأجنة ووفيات الأطفال الرضع في مصر لعام 1980 رسالة ماجستير معهد الدراسات والبحوث الإحصائية ، جامعة القاهرة 1989.
- أحمد خليفي : السياسات السكانية والتحول الديموغرافي في العالم الثالث دراسة الجزائر 62-87 رسالة ماجستير علم الاجتماع جامعة الإسكندرية، كلية الآداب مصر ، 1991.
- آسيا شريف : دور الأم في مواجهة الإسهال الطفل : تأثير العوامل الإجتماعية و الإقتصادية والديموغرافية ، رسالة ماجستير ، معهد علم الاجتماع جامعة الجزائر، 1997.

- عياش وهواة : التنمية الصحية وتوزيع فرص الوقاية والعلاج في مجتمعات العالم الثالث ، دراسة حالة الجزائر ، سنتي 1930 - 1990 ، رسالة ماجستير علم الاجتماع ، الإسكندرية 1992.

(7) - القواميس :

- هادية علي وآخرون : القاموس الجديد للطلاب ، المؤسسة الوطنية لكتاب الجزائر 1991.

المراجع باللغة الأجنبية :

• Les Ouvrages :

- AOURAGH Lhocine : L'économie Algérienne à l'épreuve de la démographie, centre Français sur la population et développement, Paris, 1996.
- BOUVIER-COLL, J.valin : Mortalité et causes de décès en France, INSERM, France, 1990.
 - CHESSES Phillippe et les autres : Allaitement maternel et alimentation de l'enfant de 0 – 1 ans, édition agence d'ARC, Canada, 1984 .
 - GAUTIER Benoi : Recherche sociale de la problématique à la collecte des données, presse universitaire de Québec, Canada, 1984 .
 - GENDREAU François : Population d'Afrique, manuel de démographie édition KARTHALA, Paris, 1993 .
- KHIATI Mostafa : L'essentiel en pédiatrie, Frison Roche, France 1988.
 - KHIATI Mostafa : Quelles santé les Algériens, collections universitaire, édition Maghreb, Alger , 1990 .
 - KHIATI Mostafa : Démographie et population, O.P.U. Algérie, 1996 .
- ROUAOUCI Ali : Famille femme et contraception, contribution à une sociologie de la famille, Alger , 1992.
- LADJALI Malika : L'espace des naissances dans le liers monde, l'expérience de l'Algérie, opu, Alger, 1985 .
- MONNIER Alain : Les méthodes d'analyses de la mortalité infantile, annuel d'analyse de la mortalité, 1985 .

- Minsitère de la santé et de la population, UNICEF :Le programme national de lutte contre la mortalité et la morbidité infantile (1985 – 1989) Alger : 1990
- NZITO, Kikhela :Technique de collections et d’analyses données sur la morbidité périnatale à Kinshasa, Canada, 1988 .
- PRESTON Samuel : Biologie and social aspects of mortality and the length of life ordina, Belgium, 1982 .
- TABUTIN Dominique : La mortalité infantile et Juvenile en Algérie, in travaux et document N°77, Puf , Paris, 1976 .
- TABUTIN Dominique : In fond and child mortality in north Algeria . In population N° 29 Juin, 1974 .
- UNICEF, OMS : Un quart de siècle d’étude sur la survie de l’enfant Algérien, (1970, 1995). 1996 .
- TABUTIN Dominique :La collecte des données en démographie, méthode organisation et exploitation, Ordina, Belgique, 1984

- **Reuves et périodiques :**

- Afrique médicale : la revue des medecins et pharmaciens d’Afrique noirs N° 174, 1979 .
- CENEAP : Islam, législation et développement en Algérie, Alger 1997
- CENEAP : débat et critique, spécial démographie, N°08, Alger 1984
- CENEAP : Population société et développement, en Algérie, Alger, 1998 .
- KOUAOUCI Ali :tendance démographie au Maghreb in population et environnement au Maghreb, Med, Campus, 1995 .
- MSP : programme national de la maîtrise de croissance démographique Alger, 1993.

- MSP : liste des indicateur du secteur de santé, secrétariat générale édition spéciale, Alger 1996 .
- MSP : enquête national sur les objectifs de la mi décennie sur santé de la mère et de l'enfant , Alger , 1996 .
 - MSP : guide des vaccinations, Alger, 1992 .
- MSP : Initiative pour une maternité sans risque, problématique et perspectives (assis national de santé) Alger, 1998 .
 - OMS : la santé des enfants dans le monde N° 4 .
- OMS : La santé des enfants dans le monde IN chronique OMS, vol 33, N°4, Avril, 1979 .
- OMS : La prévention de la morbidité périnatale et de mortalité , rapport sur un séminaire in cahier de santé publique N° 42, Genève, 1971 .
- OMS : traitement de la diarrhée, manuel d'usage des médecins et autres personnels de la santé qualifiés, 1990.
 - Population et société : bulletin mensuel d'information démographique, Mai, 1993 .
- Rapport national à la conférence international démographie, N° 08, Alger, 1984 .
 - Secrétariat d'état au plan : Repertoire national des archives bibliothèques et organisme de documentation , Alger, 1977 .
 - UNICEF : situation des enfant dans le monde, 1993 .
- UNICEF : allaitement maternel et société, les carnets de l'enfant, N° 55 . 56, 1981.
- UNICEF : Le programme coopérative entre l'Algérie et l'UNICEF 1995 .
- VALIN JACQUES : La mortalité en Algérie, In Revue population. N°6, INED, Paris, 1975 .

- **Thèse universitaire :**

- AMRANE Ahmed : étude de la mortalité dans le secteur sanitaire de Beni Messous, thèse de doctorat en médecine, université d'Alger , 1975.
- ABERKANE Abedmalek : Déterminant démographie et économique dans le développement du système politique de société en Algérie, thèse de doctorat, université de Lodz, 1990 .
- HAIM Berdugo : La surmortalité masculine et ses causes, thèse de médecins, université d'Alger, 1975 .
- LAMRI Larbi : Le système de santé Algérien, organisation fonctionnent tendance, thèse de doctorat, Alger, 1987 .
- MEFOUED Abdelaziz : étude de la mortalité néo-natale pendant une durée de 5 ans, (1969 – 1973) au CHU, Mustapha, Bacha, Alger.
Thèse de doctorat en médecine, université d'Alger , 1975 .

- **Documents officiels:**

- ONS : démographie Algérienne N° 227 , Alger 1997
- ONS : données statistiques N° 18, Janvier, Mars, 1998
- ONS : données statistiques N° 106, Alger, 1990
- ONS : démographie Algérienne N° 256, Alger, 1996

- **Dictionnaire :**

- Encyclopédie Microsoft : données démographique par pays, 1999
- Laplone (R) : abrégé de pédratine 3^{éd} . MSSU, Paris , 1977 .
- Yadolah Dodge : statistique dictionnaire encyclopédique édition DUNOS, Paris, 1993 .
- Pressat Rolond : Dictionnaire de démographie, Puf, 1979 .

ملحق رقم (1)

الجدول رقم (1) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب المدة الزمنية بين الولادتين الأخيرين.

النسبة (%)	العدد	المدة بين الولادتين
21.05	16	الطفل الأول
17.10	13	أقل من 9 أشهر
14.47	11	سنة واحدة
13.15	10	سنتان
18.42	14	3 إلى 4 سنوات
15.78	12	5 سنوات
100	76	المجموع

جدول رقم (2) يبين الاجهاضات الأمهات خلال فترة حملهن

النسبة (%)	العدد	عدد الاجهاضات
59.09	13	1
27.27	6	2
4.54	1	3
9.09	2	4 فأكثر
100	22	المجموع

جدول رقم (3) توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب الأمهات اللواتي فقدان أطفالهن قبل إتمام السنة من عمر

النسبة (%)	العدد	الإجابة
26.31	20	نعم
73.68	56	لا
100	76	المجموع

الجدول رقم (4) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب إصابة
الأم بمرض أثناء الحمل

النسبة (%)	العدد	الإصابة بالمرض
48.68	37	نعم
51.31	39	لا
100	76	المجموع

الجدول رقم (5) تبين نوع الإصابة بمرض للأم أثناء الحمل.

النسبة (%)	العدد	نوع المرض
54.05	20	الأمراض متعلقة بالدم
16.21	6	الأمراض المزمنة
8.10	3	الأمراض الخاصة بالجهاز التناسلي
13.51	5	الحمى الشديدة
8.10	3	أخر
100	37	المجموع

الأمراض المزمنة: مرض السكر، مرض القلب، مرض الربو.

الجدول (6) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب دخولهم إلى المستشفى

النسبة (%)	العدد	الإجابة
------------	-------	---------

48.68	37	نعم
51.31	39	لا
100	76	المجموع

الجدول (7) يبين توزيع الوفيات الأطفال الرضع حسب نوع المرض

النسبة (%)	العدد	نوع المرض
18.11	7	صعوبة التنفس
16.21	6	اختناق ولادي
16.21	6	ولادة مبكرة
13.5	5	الإسهال الحاد
8.10	3	يرقان ولادي
8.10	3	مرض الدم
5.40	2	مرض القلب
100	37	المجموع

الجدول رقم (8) يبين توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب إصابة
الأم بمرض أثناء الحمل.

النسبة (%)	العدد	الإجابة
------------	-------	---------

48.68	37	نعم
51.31	39	لا
100	76	المجموع

الجدول رقم (9) يبين نوع الإصابة بمرض للأم أثناء فترة الحمل

النسبة (%)	العدد	نوع المرض
18.11	7	صعوبة التنفس
16.21	6	اختناق ولادي
16.21	6	ولادة مبكرة
13.50	5	الإسهال الحاد
13.50	5	التشوهات الخلقية
8.10	3	يرقان ولادي
8.10	3	مرض الدم
5.40	2	مرض القلب
100	37	المجموع

ملحق رقم (3)

مثال تطبيقي كاي:

دراسة العلاقة بين المستوى التعليمي للأمهات ولمتابعة الصحة للأمهات أثناء

الحمل، الجدول رقم ()

(1) - درجة الحرية = 4 عند المستوى الدلالة 0.05

$$9.488 =$$

ك تجريبية	ك النظرية	ك - ك'	(ك - ك') ²	(ك - ك') ² /ك'
2	4.81	2.81	7.89	1.64
4	1.18	2.82	7.95	6.73
11	12.08	1.03	1.60	0.08
4	2.96	1.04	1.08	0.36
14	13.64	0.36	0.13	0.01
3	3.35	0.35	0.12	0.03
22	20.06	1.94	3.76	0.18
3	4.93	1.93	3.72	0.75
12	10.43	1.57	2.46	0.23
1	2.56	1.56	2.43	0.95
				10.96

ملحق رقم (2)

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر

معهد علم الاجتماع

دائرة الدراسات العليا

الموضوع: تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية على

وفيات الأطفال الرضع (0 - 1 سنة)

دراسة ميدانية بالمركزي الاستشفائي الجامعيين

مصطفى باشا وبنو مسوس الجزائر

إن هذه الاستمارة تدخل في إطار إجراء بحث علمي لتحضير رسالة
الماجستير في علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا فالرجاء منكم مساعدتنا لإنجاز هذه
الدراسة بالإجابة على الأسئلة بدقة ووضوح ضع علامة (X) في الخانة المناسبة

تقبلوا منا جزيل الشكر والتقدير

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر

معهد علم الاجتماع

دائرة الدراسات العليا

الموضوع: تأثير العوامل الاجتماعية والديموغرافية على

وفيات الأطفال الرضع (0 - 1 سنة)

دراسة ميدانية بالمركزى الاستشفائى الجامعى

مصطفى باشا خلال سنوات 1998/1995