



وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة سعد دحلب البليدة

كلية الآداب و العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع

الموضوع:

وفسيات الرضع في الجزائر نسب المنطقة السكنية (معطيات مسح 1992)

مذكرة لنيل شهادة الماجستير في الديمغرافيا

أعضاء لجنة المناقشة:

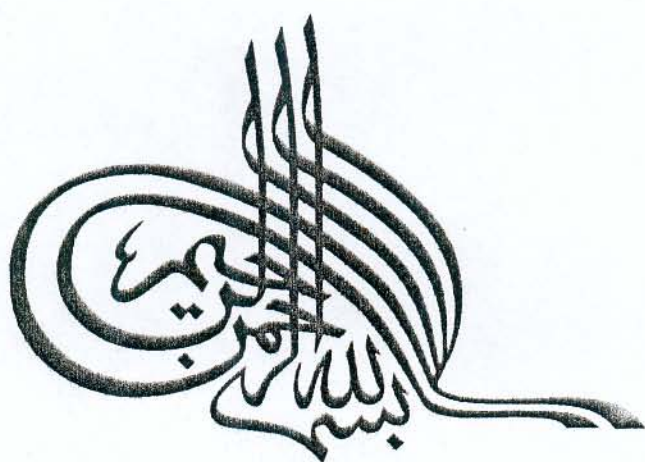
رئيسا	أستاذ محاضر بجامعة الجزائر	الدكتور بن حمودة محبوب
مقررا	مكلف بالبحث جامعة البليدة	الأستاذ سعدي رايح
عضوا	أستاذ محاضر بالمعهد الوطني للتجارة	الدكتور شعبان إسماعيل
عضوا	مكلف بالدروس جامعة البليدة	الدكتور معتوق جمال
عضوا	مكلف بالدروس جامعة البليدة	الأستاذة ميلاس رشيدة

تحت إشراف:

الأستاذ: رايح سعدي

من إعداد الطالب:

وارث محمد



الإهداء

إلى من قال فيهما تعالى: لله وبالوالدين إحسانا لله

واللهي العزيزين، حفظهما الله لي وأطفال عمرهما بالخير والهناء

إلى رقيقة وربي زوجتي وإسنا العزيز عبد الناصر، حفظهما الله وأقار

طريقهما بنوره الوهاج

إلى إخوتي وأخواتي الأحرار، حفظهم الله ورعاهم، وأخص فيهم صالح

والمدعو أسامة

إلى جميع عائلتي وأرت، بصير، بوقشيب، سواعية.

إلى جميع أصدقائي، خاصة مجموعة (6)، جلالة الدين، ورفق (الرسالة)

ذابي، والأخ رضوان.

إلى جميع طلبة العلوم الاجتماعية، خاصة الفئة الثالثة، ماجستير

ويمضافيا، وخصوصا صديقي إبراهيم وأوصيف محمد.

إلى كل أساندي جزاهم الله عنا كل خير، أخص فيهم الأستاذ العزيز سعي

والأستاذة ميلاني

شكر و تقدير

أحمد الله وأشكره، على أن وفقني في إنجاز هذا العمل المتواضع

وأوجه الجزيل الشكر إلى الأساتذة المشرف "سعدي رابع" على نصائحه الفهية،

ومتابعته لمراحل هذا البحث

كما أقدم بالشكر الجزيل إلى الأساتذة الكرام

ميلاس، محي الدين، معنوق، مرتيمي، قاسمي، اللذين لم يدخلوا علي بتقدير

النصح والتشجيع من أجل إنجاز هذا البحث

وأشكر جميع من ساهم من قريب أو بعيد في إعداد هذا البحث

1	الإطار المنهجي للدراسة
1	1.1. الإشكالية
5	2.1. الفرضيات
6	3.1. الهدف من البحث
6	4.1. أسباب اختيار الموضوع
7	5.1. المناهج المستخدمة
7	6.1. مجال الدراسة
7	7.1. تحديد المفاهيم
9	8.1. المصادر الإحصائية
12	9.1. الدراسات السابقة
17	2. المعطيات العامة
17	1.2. المعطيات الجغرافية
20	2.2. الخصائص البشرية
20	1.2.2. نمو السكان
22	2.2.2. تركيبة السكان
24	3.2. تطور أهم المقاييس الديمغرافية
24	1.3.2. الولادات
30	2.3.2. الوفيات
33	3.3.2. وفيات الرضع
37	4.3.2. وفيات الأمومة
38	4.2. المعطيات الصحية والاجتماعية
38	1.4.2. النشاط الاقتصادي
39	2.4.2. التعليم
41	3.4.2. وضعية السكن

43.....	الصحة. 4.4.2
47.....	3. اتجاهات ومستويات وفيات الرضع، وتقييم السياسات الصحية
47.....	1.3. التطور التاريخي لوفيات الرضع
48.....	1.1.3. التطور التاريخي لوفيات الرضع في البلدان المتقدمة
48.....	1.1.1.3. البلدان ذات النسب المنخفضة
49.....	2.1.1.3. البلدان ذات النسب المتوسطة
50.....	3.1.1.3. البلدان ذات النسب العالية
54.....	2.1.3. تطور وفيات الرضع في البلدان النامية
56.....	1.2.1.3. التطور التاريخي لوفيات الرضع في إفريقيا
59.....	2.2.1.3. التطور التاريخي لوفيات الرضع في الجزائر
62.....	2.3. السياسة الصحية ومكافحة وفيات الرضع
64.....	1.2.3. استراتيجية الدول المتقدمة في مكافحة وفيات الرضع
64.....	1.1.2.3. تجارب بعض الدول الأوروبية
65.....	2.1.2.3. تقييم برامج وتجارب الدول المتقدمة في مكافحة وفيات الرضع
67.....	2.2.3. السياسة الصحية وأثرها على وفيات الرضع في الدول النامية
67.....	1.2.2.3. برامج وتجارب الدول النامية في مكافحة وفيات الرضع
69.....	2.2.2.3. السياسة الصحية في إفريقيا
72.....	3.2.2.3. تقييم السياسة الصحية في الدول الإفريقية
74.....	3.2.3. سياسة مكافحة وفيات الرضع في الجزائر
76.....	1.3.2.3. البرامج الوطنية الخاصة بصحة الأم والطفل
79.....	2.3.2.3. اليونيسيف في الجزائر ودورها في مكافحة وفيات الرضع
81.....	3.3.2.3. تقييم السياسة الصحية في الجزائر وأثرها في مكافحة وفيات الرضع
85.....	4. التحليل الكمي لوفيات الأطفال الرضع
86.....	1.4. العوامل الديمغرافية ووفيات الرضع
86.....	1.1.4. وفيات الرضع حسب جنس المولود
89.....	2.1.4. وفيات الرضع حسب عمر الأم عند الولادة
93.....	3.1.4. وفيات الرضع حسب ترتيب المولود
95.....	4.1.4. وفيات الرضع تبعا للمدة الفاصلة بين ولادتين متتاليتين
98.....	5.1.4. التوزيع العمري لوفيات الأطفال الرضع

103.....	6.1.4. وفیات الأطفال الرضع حسب النسل المتوصل إليه.
105.....	2.4. العوامل السوسيوثقافية ووفیات الرضع.
105.....	1.2.4. مستوى تعليم الوالدين.
105.....	1.1.2.4. مستوى تعليم الأم.
109.....	2.1.2.4. مستوى تعليم الأب.
110.....	2.2.4. الرضاعة الطبيعية وأثرها على وفیات الرضع.
116.....	3.4. العوامل السوسيواقتصادية ووفیات الرضع.
116.....	1.3.4. وفیات الأطفال الرضع وعمل الأم.
119.....	2.3.4. وفیات الأطفال الرضع وخصائص المجتمع المحلي.
123.....	4.4. العوامل البيئية ووفیات الرضع.
125.....	1.4.4. علاقة المسكن بوفیات الأطفال الرضع.
127.....	2.4.4. وفیات الأطفال الرضع وتغير الفصول.
130.....	5.4. الأسباب المباشرة لوفیات الرضع.
133.....	6.4. العوامل السوسيوطبية ووفیات الرضع.
133.....	1.6.4. الرعاية الصحية للأم قبل و أثناء الولادة وأثرها على وفیات الرضع.
133.....	1.1.6.4. تطعيم الحوامل ضد التيتانوس.
136.....	2.1.6.4. أثر الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل على وفیات الرضع.
138.....	3.1.6.4. الوضع في الهياكل الصحية وأثرها على وفیات الرضع.
140.....	2.6.4. الرعاية الصحية بعد الولادة وأثرها على صحة الرضيع.
144.....	النتائج.
149.....	الخلاصة.

البيليوغرافيا.

الملحق.

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
1.	توزيع السكان حسب المناطق الصحية	19
2.	توزيع سكان الجزائر (بالآلاف) خلال الفترة 1856-1998	20
3.	تطور معدّل النمو الطبيعي خلال الفترة 1998-1990	22
4.	تركيبة السكان حسب السن والجنس خلال تعدادات 1966، 1977، 1987 لكل 1000 ساكن	23
5.	توزيع السكان المقيمين حسب السن والجنس (تعداد 1998)	24
6.	تطور معدّل الولادات الخام (TBN) في الجزائر من سنة 1900 إلى سنة 1999 (بالألف)	27
7.	تطور المؤشر التركيبي للحصوبة	28
8.	تطور معدّلات الحصوبة العامة حسب الفئات العمرية (1981-1996)	30
9.	تطور معدل الوفيات الخام في الجزائر	31
10.	معدّل وفيات الرضع حسب الجنس والفترة (في الألف)	33
11.	معدل وفيات الرضع حسب الفترة والوسط (في الألف)	34
12.	تطور معدل وفيات الرضع حسب الجنس خلال الفترة (1990 - 1998)	35
13.	نسب وفيات الرضع حسب شهر الولادة	36
14.	تطور وفيات الأمومة حسب الهياكل الاستشفائية	38
15.	تطور عدد السكان العاملين (1966-1995)	38
16.	تطور معدّلات النشاط بين النساء (%) حسب السن ومنطقة الإقامة (1996/03/31)	39
17.	معدل الالتحاق بالتعليم (%) ضمن أطفال الفئة 6-15 سنة خلال بعض السنوات	40
18.	معدّلات الأمية (%) حسب فئات الأعمار والجنس خلال سنة 1989	41
19.	تطور معدّلات الأمية خلال بعض السنوات	41
20.	متوسطات عدد أفراد الأسر، واستغلال المساكن، واستغلال الغرف حسب منطقة الإقامة (1996/03/13)	41
21.	مستوى توصيل المساكن خلال بعض السنوات	42
22.	النفقات الوطنية للصحة	44
23.	تطور النفقات الوطنية للصحة	44
24.	توزيع الهياكل الصحية والممارسون	45
25.	احتمال وفاة الرضع (بالألف) لعشرة دول أوروبية خلال الفترة 1985 - 1989	53
26.	معدّل وفيات الرضع في بعض البلدان النامية خلال السنوات 1960، 1989، 1994 (بالألف)	55

57	تطور احتمالات وفيات الرضع لكل ألف ولادة في بعض بلدان المغرب العربي	27
58	المؤسسات الصحية في بعض بلدان المغرب العربي خلال بعض التواريخ	28
61	تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر (1901-1998)، (بالآلف)	29
63	بعض الخصائص الديمغرافية في البلدان المتطورة والبلدان النامية (1980)	30
66	مقارنة وفيات الرضع في بعض الدول المتقدمة حسب نصيب الفرد من الناتج القومي (بالدولار)	31
67	تطور توقع الحياة عند الولادة في ثلاث دول أوروبية حسب الجنس	32
69	بعض مؤشرات الوفيات والصحة في بعض الدول الإفريقية	33
77	تقييم تغطية التلقيح (%) خلال بعض السنوات (1993-1997)	34
78	تطور حالات دخول المستشفى والوفيات نتيجة الإسهال والالتهابات التنفسية الحادة بين الأطفال (0-4 سنوات)	35
86	معدل وفيات الرضع خلال بعض السنوات	36
87	تطور معدل وفيات الرضع (%) حسب الجنس خلال الفترة 1987-1992	37
89	تطور احتمالات وفيات الرضع (%) للأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح طبقا للمسح ومحل الإقامة	38
90	احتمال وفاة الرضع بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب عمر الأم عند الولادة ومحل الإقامة	39
92	احتمال وفاة الرضع بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب عمر الأم عند الولادة وعمر الرضيع عند الوفاة ومحل الإقامة	40
94	احتمال وفاة الرضع بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب رتبة المولود، الجنس ومحل الإقامة	41
96	احتمال وفيات الرضع المولودين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب الفترة بين مولودين متعاقبين والعمر عند الوفاة، مستوى تعليم الأم، طبقا لمحل الإقامة.	42
101	احتمال وفاة الرضع المسجلة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب التوزيع العمري، الجنس ومحل الإقامة	43
104	احتمال وفاة الأطفال الرضع (%) ضمن ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح طبقا للنسل المتوصل إليه ومحل الإقامة	44
106	احتمال وفاة الرضع (%) بين الأطفال المولودين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مستوى تعليم الأم ومحل إقامتها	45
108	احتمال وفاة الرضع بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مستوى تعليم الأم وعمر الطفل عند الوفاة	46
109	احتمال وفاة الرضع (%) بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مستوى تعليم الأب ومحل إقامته	47

112	نسب المواليد خلال الخمس سنوات السابقة للمسح الذين أرضعوا من الثدي طبيعيا حسب خلفية المبحوثة	48
113	توزيع ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح التي لم ترضع من الثدي طبيعيا حسب سبب عدم الإرضاع ومحل الإقامة (%)	49
114	توزيع وفيات الخمس سنوات السابقة للمسح التي لم ترضع من الثدي طبيعيا حسب سبب عدم الإرضاع ومحل الإقامة (%)	50
115	توزيع مواليد الخمس سنوات السابقة للمسح (%) الذين ما زالوا يرضعون حسب عمر الطفل والخمس ومحل الإقامة	51
117	احتمال وفاة رضع الخمس سنوات السابقة للمسح (%) حسب وضعية الأم (تعمل، لا تعمل) وتعليمها طبقا لمحل الإقامة	52
120	توزيع المجتمعات المحلية حسب توفر أهم الخدمات طبقا لمحل الإقامة (%)	53
121	توزيع المجتمعات المحلية حسب المسافة الفاصلة بين المجتمعات المحلية وأهم الخدمات الصحية طبقا لمحل الإقامة والمسافة	54
122	احتمال وفيات الرضع (الخمس سنوات السابقة للمسح) حسب توفر أهم الخدمات الصحية داخل المجتمعات المحلية طبقا لمحل الإقامة	55
125	نسب وفرة المياه الصالحة للشرب وخدمات الصرف الصحي في بعض بلدان العالم	56
126	احتمال وفاة الرضع (بالألف) (الخمس سنوات السابقة للمسح)، طبقا لبعض الخصائص البيئية ومحل الإقامة.	57
128	توزيع النسبي لوفيات الأطفال الرضع (الخمس سنوات السابقة للمسح) حسب الفصول ومحل الإقامة	58
131	نسب الأطفال الذين عانوا من أعراض معينة خلال الأسبوعين السابقين للوفاة (الخمس سنوات السابقة للمسح) والعمر عند الوفاة	59
132	نسب الأطفال الذين عانوا من أعراض معينة خلال الأسبوعين السابقين للوفاة (الخمس سنوات السابقة للمسح) حسب محل الإقامة	60
134	توزيع عدد حالات الكزاز والكزاز الولادي من 1988 إلى 1993	61
135	احتمال وفاة الرضع (بالألف) بين الأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب تطعيم الأمهات ضدّ التيتانوس وعمر الطفل عند الوفاة ومحل الإقامة	62
136	التوزيع النسبي لوفيات الرضع ضمن المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب تطعيم الأمهات ضدّ التيتانوس والمستوى التعليمي ومحل الإقامة	63

137	احتمال وفيات الرضع (%00) بين الأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب تعرّض الأم أو عد تعرّضها للكشف الطبي ومحل الإقامة	.6 4
138	التوزيع النسبي للوفيات التي تمّت خمس سنوات قبل المسح ولم تَلق أمهاتها أية رعاية صحية حسب السبب ومحل الإقامة	.6 5
138	احتمال وفاة رضع الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان الولادة ومحل الإقامة	.6 6
139	التوزيع النسبي لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح التي تمّت خارج المؤسسات الصحية حسب السبب ومحل الإقامة	.6 7
140	التوزيع النسبي لوفيات الرضع المسجلة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح التي تمّت خارج مؤسسات صحية حسب الأسباب ومحل الإقامة	.6 8
142	نسب تلقيح الأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب الجنس ومحل الإقامة	.6 9
143	نسب تطعيم أطفال فئة أعمار عام- أقل من خمس سنوات طبقا لاستعمال التطعيم ووفيرة شريط الاستكمال الصحيح	.7 0

فهرس الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
28	تطور معدّل الولادات الخام (TBN) في الجزائر للفترة 1998-2000 (بالألف)	.1
32	تطور معدّل الوفيات الخام (TBM) في الجزائر للفترة 1998 - 2001 (بالألف)	.2
35	تطور معدّل وفيات الرضع (%) حسب الجنس 1998-1990	.3
53	احتمال وفاة الرضع (%) لعشرة دول أوروبية خلال الفترة 1999-1985	.4
61	تطور معدّل وفيات الرضع في الجزائر لكل 1000 ولادة حية (1998-2001)	.5
91	احتمال وفاة الرضع (%) حسب عمر الأم عند الولادة ومحل الإقامة	.6
104	احتمال وفاة الأطفال الرضع حسب النسل المتوصل إليه ومحل الإقامة	.7
116	توزيع مواليد الخمس سنوات السابقة للمسح للذين يرضعون حسب عمر الطفل، الجنس ومحل الإقامة	.8
118	احتمال وفاة رضع الخمس سنوات السابقة للمسح (%) حسب وضعية الأم (تعمل أو لا تعمل) ومحل الإقامة	.9
125	نسب وفرة المياه الصالحة للشرب وخدمات الصرف الصحي في بعض بلدان العالم (1995-1990)	.10
130	منحنى التوزيع النسبي لوفيات الأطفال الرضع (الخمس سنوات السابقة للمسح) حسب الفصول ومحل الإقامة	.11
137	احتمال وفاة الرضع بين الأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب تعرّض الأم أو عدم تعرضها للكشف الطبي ومحل الإقامة	.12

مقدمة:

تشكل وفيات الرضع نسبة كبيرة من المجموع العام للوفيات التي تحدث في أي بلد وتكاد هذه النتيجة أن تكون ثابتة عبر الزمن مهما كان البلد . فلا غرابة أن ينظر إلى ظاهرة وفيات الرضع كأحد أهم المؤشرات الحساسة التي تُعتمد عند قياس مدى التطور الاقتصادي والاجتماعي ، إذ هي إحدى الواجهات العاكسة للأحوال الصحية و البيئية في أي منطقة من العالم .

و كما هو الحال في معظم دول العالم الثالث عرفت الجزائر بعد الاستقلال وضعية صحية متدهورة، تميزت بارتفاع نسبة الأمراض المعدية ، عكسها ارتفاع معدل وفيات الأطفال عامة و الرضع خاصة .

ورغم تبني الدول النامية برامج صحية مقترحة أساسا من طرف المنظمات العالمية بهدف خفض ظاهرة الوفيات لا تزال هناك فروقات في هذا المجال تشكل هوة بين الدول النامية والمتطورة .

وحسب تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) (UNICEF) خص وضع الأطفال في العالم (1994) تتراوح معدلات وفيات الرضع بين 4 و 12 % في البلدان المتقدمة . فخلال الفترة الممتدة بين 1971 و 1975 بلغ معدل وفيات الرضع 10 % في بلد متطور كالسويد⁽¹⁾ ، في حين حدد هذا المؤشر عند 191 % سنة 1994 في بلد كالنيجر .

في الجزائر و نتيجة لمختلف البرامج الصحية استمر انخفاض وفيات الرضع والأطفال منذ الاستقلال ، وما تزال هذه الظاهرة تشكل هاجس المسؤولين عن الصحة العامة . جسدت سنة 1974 بداية العمل بالطب اإجائي الذي أعطى أهمية كبيرة لحماية الأمومة والطفولة

و في عام 1984 أصبحت الوقاية أولوية في السياسة الصحية بغرض خفض وفيات الأطفال دون السنة إلى 50 % عند نهاية عام 1990 .

(1) KERMANI , (S) , Etude de la mortalité infantile dans la daïra de chéraga , Doctorat en Sciences Médicales, Université d'Alger , 1987 , p 37.

و انطلق في سنة 1986 برنامج مكافحة وفيات الأطفال و الأمهات . غطى هذا البرنامج مرحلتين : المرحلة الأولى من 1986 إلى 1990 و الثانية من سنة 1990 إلى نهاية 1995 .
و إجمالاً يمكننا القول بأن الجزائر عرفت مرحلة هامة من النمو الديموغرافي خلال الفترة الممتدة بين 1962 و 1985 ، إذ بلغ معدل التزايد الطبيعي للسكان 3.2 % بين 1966 و 1977 ثم 3.06 % بين سنوات 1977 و 1987 ، الشيء الذي أدى إلى تضاعف السكان خلال 22 سنة . كان هذا نتيجة ارتفاع معدل الولادات و انخفاض حساس في معدل الوفيات ، بحيث سجل معدل الوفيات الخام المقدار 6.1 % سنة 1992 بعد أن كان 8.4 % سنة 1985 و 14.6 % بين سنوات 1961 و 1965 .

" شكلت سنة 1986 نقطة هامة ، سجل خلالها انخفاض نسبي هام في معدل الولادات، حيث انتقل من 39.5 % سنة 1985 إلى 34.7 % سنة 1986" (1).
كان انخفاض معدل وفيات الرضع من المسببات الرئيسية لانخفاض معدل الوفيات بصفة عامة إلا أن مستواها ما زال هاما ويعرف فروقات حسب الوسط السكاني (حضر، ريف). وهكذا ورغم النجاح المسجل في ميدان السياسة الصحية إلا أن الجزائر لا زالت تعاني من هذه الظاهرة (ارتفاع وفيات الرضع) مقارنة بالدول المتطورة .

" كان معدل وفيات الرضع في النصف الأول من السبعينات أعلى من 120 % ووصل إلى 45 % في أوائل التسعينات" (2) ، ورغم هذا نلاحظ تباينات في احتمالات البقاء على قيد الحياة حسب منطقة السكن و المستوى التعليمي ، وقد يرجع هذا إلى اللامساواة في توزيع فرص الوقاية بين الريف و الحضر و درجة الوعي المرتبط بالمستوى التعليمي .
" إذ وصل معدل وفيات الرضع خلال فترة الستينات إلى 195 % في الريف مقابل 146 % في الوسط الحضري" (3).

(1) الندوة الدولية حول السكان و التنمية (التقرير الوطني) - القاهرة من 5 إلى 13 سبتمبر 1993 .

(2) الديوان الوطني للإحصائيات ، المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل ، 1992 ، ص 41 .

(3) KOUAOUCI , (A) , Familles femmes et contraception , Alger 1992 , FNUAP- CENEAP, P13.

و حسب آخر مسح (المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME)) يمثل معدل وفيات الرضع في الريف ما يقارب ثلاثة أضعاف (160 %) المستوى المسجل في الحضر .

من جهة أخرى ، ارتفع احتمال الوفاة قبل بلوغ السنة الأولى من العمر بين ولادات النساء غير المتعلّقات مقارنة بالمستوى الذي يعرفه أبناء المتعلّقات منهن ، ويمكن إرجاع هذا إلى أن مستوى تعليم المرأة يزيد من مقدرة استفادتها من الهياكل الصحية في الوسط الحضري ، الأكثر وفرة على المرافق .

أبرز المسح (EASME) وفرة خدمات متابعة الحمل وخدمات التنظيم العائلي في 3 / 4 المجتمعات المحلية . تختلف هذه النسبة حسب الوسط ، إذ تصل إلى حوالي 90 % في الوسط الحضري و 70 % في الوسط الريفي .

إن تحسين المستوى المعيشي للأفراد يزيد في أمل حياة أطفالهم ، لكن هذه العلاقة يجب أن يواكبها تغيير في العادات و التقاليد و نمط الحياة ، إذ أن مفهوم الصحة لا يعني الصحة الجسدية فقط بل يعني كذلك تحسين الوضعية الاجتماعية و الثقافية .

سنتناول في هذه الدراسة وفيات الرضع في الجزائر حسب محل الإقامة (حضر، ريف) لهذا الغرض تم تقسيم هذا البحث إلى أربعة فصول أساسية .

نقدم في الفصل الأول الإطار المنهجي للبحث وفيه نتطرق إلى تحديد إشكالية الموضوع ، و تحديد فرضياته و الأهداف التي نريد الوصول إليها و تقديم المناهج العامة و المصادر الإحصائية ، إضافة إلى تحديد مجال الدراسة .

ونتطرق في الفصل الثاني إلى عرض بعض المعطيات الجغرافية و الديموغرافية في الجزائر ، حيث نقسم هذا الفصل إلى قسمين أساسيين . يتعلق الأول ببعض المعطيات الجغرافية (التضاريس ، المناخ ، التنظيم الإداري) . ونتطرق في القسم الثاني إلى بعض الخصائص العامة للسكان وإلى أهم المؤشرات الاجتماعية الديموغرافية .

أما الفصل الثالث فنخصصه لدراسة وفيات الرضع ، حيث نتناول فيه التطور التاريخي لوفيات الرضع في بعض دول العالم و في الجزائر ، إضافة إلى السياسات الصحية المنتهجة لمكافحة هذه الظاهرة ، بغية

و نتطرق في الفصل الرابع إلى أسباب ومحددات وفيات الرضع في الجزائر. سنتناول إذن بالتحليل تداخل بعض المتغيرات مع ظاهرة وفيات الرضع . و بغية تبسيط العمل قسمنا هذه المتغيرات إلى متغيرات ديموغرافية ، اقتصادية ، ثقافية ، بيئية ، طبية.

الفصل الأول

1. الإطار المنهجي للدراسة :

1.1 الإشكالية:

تشهد بلدان العالم الثالث اهتماما كبيرا و متزايدا بالمشاكل الصحية عامة ، و بوضعية الأطفال و معدل يترتب عليها من إرتفاع في معدل وفيات الأطفال و الرضع خاصة.

ونظرا لأهمية هذه الظاهرة ، كانت مواضيع وفيات الأطفال و أمل الحياة عند الولادة أحد النقاط الرئيسية التي تضمنتها الخطة العالمية للسكان في مؤتمر بوخارست لعام 1974 . و كباقي البلدان عرفت الجزائر بعد الإستقلال تطورا سريعا نسبيا في نظام الرعاية الصحية يمكن ملاحظته عبر أربعة مراحل.

غطت الأولى سنوات 1967 - 1974 و اتسمت بتوسع التغطية الصحية و تقليل الفروقات بين المناطق. وبدأت الثانية عام 1974 إثر التخلي التام عن النظام الصحي القلم و دخول مبدأ مجانيّة الرعاية الصحية حيز التنفيذ . أما المرحلة الثالثة فبدأت مع تطبيق المخطط الرباعي الأول ، و استهدفت تكثيف شبكة الصحة الأساسية لتلبية الطلب على الرعاية الأولية كقاعدة لتطوير العمل الوقائي . و انطلقت الرابعة بموجب تبني سياسة الوقاية و العمل بها انطلاقا من سنة 1984.

وتشكل مكافحة أمراض الأمهات و الأطفال المحور الرئيسي و الأساسي في السياسة الصحية الوطنية ، لأنها تعتبر أحد المؤشرات الأساسية التي تقيس نسبة النجاح و التقدم في الميدان الصحي . رغم زيادة عدد الولادات في الجزائر (بلغ معدل الولادات الخام سنة 1990 ، 31‰⁽¹⁾) ، استمر انخفاض معدل وفيات الرضع و الأطفال منذ الاستقلال و هذا ما أكده المسح الجزائري الذي عني بصحة الأم و الطفل (1992) ، حيث سجلنا معدلا قدره 42.4‰ لدى الفئة العمرية صفر سنة ماضية و 60.1‰ بين أفراد الفئة 1 - 5 سنوات خلال فترة المسح.

⁽¹⁾ KOUAOUCI , (A) et autres, population et environnement au Maghreb , Bruxelles Med campus , Académia Pharmattan , 1995 , p 76

لقيت ظاهرة وفيات الرضع عناية العديد من الدراسات المختلفة الاختصاص ، إلا أنها مازالت بحاجة إلى أكثر تعمق . فرغم التطور الذي طرأ على المنظومة الصحية وتحسين بعض الخدمات الصحية خاصة المتعلقة بصحة الأم و الطفل ، (معطيات منظمة الأمم المتحدة للطفولة) إلا أن الجزائر ما تزال تعرف مستوى مرتفعا لوفيات الرضع ، حيث وصل معدنها 60.3 % سنة 1993⁽¹⁾ ، علما أن هذا التقدير يتزامن مع الصعوبات الاقتصادية والاجتماعية و السياسية التي تعرفها البلاد و التي قد تؤدي إلى تدهور الوضعية الصحية و بالتالي إلى ارتفاع محتمل لهذا المعدل.

أبرز المسح (EASME) من جهة أخرى انخفاضا سريعا في معدل وفيات الرضع طوال الخمسة عشرة سنة السابقة لتاريخ المسح ، لكن ورغم استفادة جميع الأطفال في الجزائر من الظروف التي أدت إلى خفض معدلات الوفيات ، بغض النظر عن خلفياتهم ، ما زالت هناك تباينات واضحة في احتمالات البقاء على قيد الحياة بين أطفال الحضر والريف ، إذ أن معدل وفيات الرضع في الريف أعلى من نظيره في الحضر (1.6 مرات)⁽²⁾.

إلا أن تطوير البنية الصحية الهادف إلى رفع مستوى خدمة المجتمع و بالتالي خفض معدل وفيات الأطفال خاصة يجب أن يرفق بمجهودات أخرى تهدف إلى تحسين الوضعية الاجتماعية ذات الصلة بمكان الإقامة و اقتصادية كمستوى المعيشة و ثقافية كمستوى تعليم الأفراد ، خاصة الأمهات .

في مجال صحة الأطفال ثبت أن وفاة طفل لا ترجع إلى خصائص فردية فقط كالبنية الجسمية و طرق التغذية بل إلى خصائص سوسيوثقافية كذلك.

" فالثقافة تؤثر على عادات و تصرفات الأفراد في مجالات مختلفة زيادة على تأثيرها على السلوكيات المتعلقة بالتغذية ، بالعلاج ، تباعد الولادات... فهي ذات تأثير على وفيات الأطفال⁽³⁾ " إن نقص التربية الصحية لدى الأمهات عامة و خاصة غير المتعلقات منهن يؤثر سلبا على أطفالهن ، لهذا يمكننا الاستفسار عن الأثر الذي يلعبه سلوك الأمهات من ناحية الخدمات الصحية على وفيات الأطفال الرضع.

(1) الديوان الوطني للإحصائيات ، للمعطيات الإحصائية ، نشرة رقم 106 - 138 .

(2) الديوان الوطني للإحصائيات ، المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل ، مرجع سابق ، ص 85 .

3 AKOTO . (E) , Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique noire , Academia Louvain-la Neuve , 1993 . P 13 .

ترتبط صحة الفرد وبشدة بالظروف العامة للمحيط الذي يعيش فيه ، بحيث أكدت الدراسات (نتائج المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل) الارتباط الكبير بين خصائص البيئة التي يعيش فيها الأطفال وبين معدلات الوفيات، و هكذا يفترض أن تكون العوامل البيئية أحد الأسباب الرئيسية لوجود إختلاف كبير في الحالة الصحية بين الحضر و الريف .

يرتبط إذن نجاح البرامج الوطنية الهادفة إلى التحكم في النمو الديموغرافي بمدى التعرف على سلوكيات ومواقف الأشخاص ، انطلاقا من الاعتقاد الذي يعتبر بأن السلوكيات الإنجابية تعكس سلوكيات ثقافية . و هكذا يجب أن تحسن ظروف حياة المجتمع (من الناحيتين الاجتماعية و الاقتصادية) قبل تسطير هذا الهدف (التحكم في النمو الديمغرافي) .
وإذا تفحصنا المؤشرات العامة للسكان في الجزائر (المعطيات الديموغرافية) لاحظنا منذ سنة 1986 انخفاض معدلات الولادات والوفيات مع وتيرة أسرع في المعدلات الأولى .

تعتبر الخصوبة المتغير الذي يؤثر دوما على وفيات الرضع . فهذه العلاقة المباشرة يجب أن تميز بمقتضاها ظروف العناية (بالمعنى الواسع : تغذية ، نظافة ، حذر الوالدين) بالولادات الحية حسب النموذج العائلي (العائلات النووية ، المتوسطة و الممتدة) .
يتحدد من جهة أخرى مستوى وفيات الأطفال بمجموعة من العوامل، نذكر من بينها نوع المولود ، عمر الأم عند الولادة ، ترتيب المولود بين إخوته ، الفترة الفاصلة بين المتوفى وسابقه (المولود الحي) مباشرة .

أحست الجزائر منذ سنة 1980 بمشكل النمو السريع للسكان وبدأت تفكر في وضع برنامج وطني خاص لضبط النسل .

نقرأ مثلا في التقرير العام للمخطط الخماسي بأن " عملية التخفيض الفعلي لمعدل الولادات أصبح شرطا ضروريا لتحسين فعالية بناء إقتصادنا ، تصد الاستجابة لكل الرغبات والاحتياجات الاجتماعية للسكان بصفة مرضية و مستمرة " ⁽¹⁾ . و إذا قلنا تخفيض معدل الولادات فهذا يعني بالضرورة الخصوبة.

(1) KOUAOUCI , (A) , La question de la population en Algérie , FNUAP, Alger 1991 , p 41.

عرفت مستويات الخصوبة العامة انخفاضا خلال العشرية الأخيرة وازداد انخفاض في معدل الوفيات .
"بلغ معدل الخصوبة مع بداية التسعينات 4.4 أطفال لكل امرأة بعد أن كان 7 ولادات أوائل
الثمانينات"⁽¹⁾

فاقت مساهمة المجتمع الحضري في هذا الانخفاض مساهمة المجتمع الريفي و تزامنت هذه الظاهرة مع
انخفاض معدل وفيات الرضع ، حيث وصل " إلى 45 ٪ في بداية التسعينات ، بعد أن كان أعلى
من 120 ٪ في النصف الأول من السبعينات"⁽²⁾ ، لكن بفروقات واضحة بين الحضر و الريف .

يرجع هذا الانخفاض الحاصل في الخصوبة العامة و الذي كان أيضا سببا في تراجع الوفيات أساسا
إلى انتشار وسائل منع الحمل وإلى تأخير سن الزواج الأول . نذكر في هذا الصدد وصول نسبة
استخدام موانع الحمل إلى 51 ٪ خلال سنة 1992 . يختلف مستوى الظاهرة حسب الفئات العمرية
و منطقة السكن و المستوى التعليمي (وصلت نسبة استعمال موانع الحمل إلى 49 ٪ في الحضر
مقابل 37 ٪ في الريف).

في هذا المجال تشير بيانات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل وصول نسبة المعرفة بوسائل
تنظيم الأسرة ، إلى أكثر من 99 ٪.

يؤثر كل من صحة الأم و مستوى تعليمها وبيئتها تأثيرا واضحا علي تغذية الطفل ونموه وبالتالي
احتمال بقاءه على قيد الحياة . و لهذا تهدف مشاريع الارتقاء بصحة الأم إلى تحسين مراقبة الحوامل ،
لكونها المحضن الأول الذي يتأثر به هذا المخلوق قبل أن يولد ، " و لقد أظهرت الإحصائيات
أن أكثر من نصف مليون رضيع يموتون كل سنة بعد ولادتهم بقليل لأن أمهاتهم لم يطعمن ضد
التيتانوس "⁽³⁾ .

وفقا لمعطيات بعض المسوح (EASME) ، تقدم حوالي 90 ٪ من هياكل المناطق الحضرية و حوالي
70 ٪ من هياكل المناطق الريفية خدمات و عناية قبل الولادة إلى جانب خدمات تنظيم الأسرة ،
و مع هذا لم يطعم حوالي 79 ٪ من النساء ضد التيتانوس و اكتفى 11 ٪ منهن بجرعة واحدة
و 11 ٪ بجرعتين . تختلف هذه النسب حسب المستوى التعليمي و منطقة السكن .

(1) الديوان الوطني للإحصائيات ، المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل ، مرجع سابق ، ص 235 .

(2) نفس المرجع ، ص 41 .

(3) ONU, UNICEF . Les enfants d'abord , publication trimestrielle , octobre , décembre 1994, n° 04.

ومن هنا لا يرتبط تفسير ظاهرة وفيات الرضع بخصائص فردية (أي بالرضيع نفسه فقط) ، بل بخصائص من مستويات أخرى (مرتبطة بأمه، خصائص سوسيوثقافية، اقتصادية، اجتماعية الخ ..).
 " إن وفاة فرد ما هي ظاهرة بيولوجية بحتة فهي حدث حتمي يتعرض له كل مخلوق ، أما توقيت هذا الحدث فيتوقف إلى حد ما على الظروف المحيطة به " (1).

" رغم انخفاض هذه الظاهرة من 140 % بين 1968 و 1970 إلى 50 % عند نهاية علم 1990 " (2)، تبقى وفيات الرضع مرتفعة مقارنة ببعض الدول المتقدمة كاليابان مثلا التي وصلت سنة 1994 إلى مؤشر قدره 4 % . كل هذه الملاحظات تدفعنا إلى طرح الأسئلة التالية :

٨ - ما هي الأسباب المؤدية إلى الوفاة ؟

- هل التغطية الصحية تلعب وحدها دورا هاما وكافيا أم أنها مرتبطة بتحسين المستوى الصحي و الثقافي للأم ؟

- ما هي الطرق الفعالة التي تؤدي إلى خفض وفيات الرضع و إلى تقليل فروقات الظاهرة حسب المناطق خاصة بين الحضر و الريف ؟

٩ - ما هي أسباب و محددات وفيات الرضع ؟

من أجل الإجابة على التساؤلات السابقة طرحنا الفرضيات التالية:

2. 1 . الفرضيات :

الفرضية الأولى : يزيد احتمال بقاء أطفال النسوة اللواتي يقمن بمتابعة الحمل على قيد الحياة مقارنة باحتمالات أولئك الذين لا تلجأ أمهاتهم إلى هذه المتابعة و هو يعكس فروق العناية بالأطفال .

(1) مسمى الشلفاني ، طرق التحليل الديموغرافي ، مطبوعات جامعة الكويت ، ص 13 .

(2) DEFORTS . (J) , Education et surveillance du petit enfant Algérien , OPU , 1995 , p 09.

الفرضية الثانية : يعتبر تدني مستوى تطعيم الحوامل ضد التيتانوس في الجزائر أحد الأسباب الرئيسية المؤدية لارتفاع معدل وفيات الرضع وخاصة ما يعرف بالوفيات لأسباب داخلية.

الفرضية الثالثة : تشكل ظروف البيئة التي يعيش فيها الأطفال الرضع العوامل الرئيسية المؤدية لوفياتهم.

1. 3 . الهدف من هذا البحث :

تهدف من وراء هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية :

- 1 . تحديد الأسباب الرئيسية المؤدية إلى وفيات الرضع .
- 2 . الكشف عن مدى أهمية تحسين المستوى الصحي و التعليمي للأم في سلامة الطفل .
- 3 . معالجة بعض المتغيرات التي لم يتعرض لها خلال الدراسات السابقة مثل خصائص المجتمع المحلي ومقارنة مختلف نتائج الدراسات بغرض تتبع تطور الظاهرة .
- 4 . الكشف عن العوامل التي أدت إلى تراجع وفيات الرضع .
- 5 . إثراء البحوث الديموغرافية .

1. 4 . أسباب اختيار الموضوع :

- تكتسي الدراسة أهمية بالغة ، نظرا لما توليه الدولة من اهتمام بالميدانين الصحي و الاجتماعي .
- تشجع بعض المعطيات الخاصة بظاهرة وفيات الرضع في الجزائر (معطيات الحالة المدنية ، المسوح الوطنية ، الإحصاءات) على مثل هذه الدراسات .
- كما كان نقص البحوث الديموغرافية في هذا المجال ، رغم وفرة المعطيات التي قد تكون جزئية ، أحد أهم العوامل .
- محاولة الوصول إلى نتيجة مفادها : لا تمكنا المعطيات المتوفرة عن الظاهرة من دراستها بشكل جيد .

1. 5. 1. المنهج المستخدمة :

اعتمدنا في دراستنا هذه على منهجين أساسيين وهما :

1. 5. 1. المنهج الوصفي التحليلي :

استعمل هذا المنهج في بحثنا لوصف التطور الذي عرفته ظاهرة وفيات الرضع و تحليل مدى تأثير العوامل الاقتصادية و الاجتماعية والثقافية عليها.

1. 5. 2. المنهج المقارن :

استعمل هذا المنهج للمقارنة بين العوامل المؤثرة في وفيات الرضع مقارنة مستوياتها خلال الفترات المكونة للمجال الزمني للدراسة حسب محل الإقامة.

1. 6. مجال الدراسة :

مس المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (EASME) الذي أجري سنة 1992، 5881 امرأة مؤهلة (متزوجة أو مطلقة أو أرملة تقل أعمارهن عن 55 سنة) و 5288 طفل دون الخامسة من العمر ، يقيمون مع أسرهم بصفة معتادة موزعين على مختلف المناطق الجغرافية (شرق ، غرب ، وسط ، جنوب) . يتوزعون حسب محل الإقامة على النحو 44.7 % في الحضر مقابل 55.4 % في الريف . تقل نسبة الأطفال الذكور بدرجة طفيفة عن نسبة الإناث إذ بلغ الذكور 49 % من مجموع الأطفال.

تقتصر دراستنا على الأطفال دون السنة من العمر و الذين يمثلون حوالي 19 % من مجموع الأطفال . بلغت نسبة الاستجابة 96 % .

1. 7. تحديد المفاهيم :

استخدمنا في هذه الدراسة المفاهيم التالية:

1 . وفيات الرضع :

حسب الاصطلاح المتبنى من طرف لجنة خبراء منظمة الصحة العالمية ، يقصد بوفيات الرضع " وفيات الأطفال الأقل من سنة " (1) . يمكن تقسيم وفيات الرضع إلى قسمين :

- وفيات حديثي الولادة (من 0 إلى 28 يوم) .

- وفيات ما بعد الشهر الأول (من اليوم 28 يوم إلى الشهر 12) .

فالأولى يقصد بها الوفيات التي تحدث خلال 28 يوم بعد الولادة وتنقسم إلى قسمين:

الوفيات المبكرة لحديثي الولادة : و التي تحدث خلال السبعة أيام الأولى (0 - 6) أيام ماضية .

الوفيات المتأخرة لحديثي الولادة : و هي الوفيات التي تحدث خلال الفترة (من اليوم الفعلي السابع إلى اليوم الفعلي الثامن والعشرين) .

2 . المحيط :

"وهو نظام ديناميكي يتركب من العوامل الطبيعية و الإنسانية ، بحيث تكون هذه المعلومات في تفاعل متبادل ثابت ومتغير في الزمن و المكان وذلك حسب الثقافات " (2) و تم ربط مفهوم المحيط في دراستنا هذه بمدى توفر المسكن على الشروط الصحية .

3 . الولادة الصحية :

كثيرا ما يحدث الخلط بين الولادات الحية و الولادات الميتة و للتمييز بينهما حددت عدة مؤشرات: تعتبر منظمة الصحة العالمية (OMS) ولادة حية كل ولادة تتم بطريقة عادية أو غير عادية (تقدم مساعدة لاستخراج المولود من رحم أمه) ، مهما كانت فترة الحمل ، شريطة أن يظهر المولود أحد مظاهر الحياة بعد فصله عن أمه (3) ، (يتنفس أو يمارس بعض الحركات الدالة على الحياة كنبضات القلب ، و نبضان الحبل السري ، أو أي حركة عضلية تتم بفعل إرادي سواء أكان ذلك بعد أو قبل قطع الحبل السري) .

ففي معظم البلدان ومن بينها الجزائر يعتبر الحدث ولادة حية إذا أظهر عند ولادته إشارة تدل على الحياة كالتنفس أو نبضان القلب و الصراخ أو أي حركة أخرى . " وفي بلدان أخرى كفرنسا مثلا تعتبر ولادة حية ، كل مولود يقوم بعملية التنفس وفي بولندا يشترط توفر أحد المؤشرات التي

(1) PRESSAT , (P) , Dictionnaire de démographie, Paris , PUF , 1979.

(2) Kouaouci , (A) et autres Population et environnement au Maghreb , OPCIT , p 240.

(3) Organisation mondiale de la santé (OMS) , manuel d'analyse de la mortalité , Paris , INED , 1985 , p57.

حددتها المنظمة العالمية للصحة ، يضاف إلى ذلك وزن المولود الذي يجب أن يفوق 1000 غرام شريطة الحياة " (1)

4 . الوسط الحضري و الوسط الريفي :

• الوسط الحضري : استخدم المسح الوطني الخاص بصحة الأم و الطفل في تحديد

الوسط الحضري نفس المعايير التي تم استخدامها في إحصاء 1987 وهي :

1 - حد أدنى من السكان (5000 ساكن). إلا أن هذا المعيار لم يحترم كلية ، حيث اعتبر 49 مجمعا

سكانيا لم يصل إلى الحد المطلوب حضريا لطابعها الإداري (مقرات بلدية) .

2 - النشاط الاقتصادي : و في هذا المجال يجب أن لا يمثل النشاط الزراعي أكثر من 25 % من

مجموع النشاطات في التجمع السكاني الحضري .

3 - مميزات حضرية : كما سبقت الإشارة إليه ترتبط بعض الوظائف بالحضر لذلك فالمنشآت

هي شيء مرتبط بالمدينة و مثال ذلك المصحات و المنشآت التعليمية ، المحاكم ، أماكن التسلية و

اللعب ...

4 - معدل الزيادة السكانية خلال الفترة 1977 - 1987 : لمعرفة درجة الجذب التي يتمتع بها

التجمع السكاني المعني .

5- التصنيف الإداري : و يتعلق الأمر هنا خاصة بالتجمعات السكانية المرفقة إلى مقر ولاية .

• الوسط الريفي :

يمثل هذا الوسط كل المناطق التي يقطنها السكان بصفة مبعثرة و المناطق التي تحتوي على أقل من

2000 ساكن .

1. 8. المصادر الإحصائية :

من أهم مصادر المعطيات الإحصائية في الديموغرافيا ، الحالة المدنية ، التعدادات السكانية المسوح

(1). يعتمد في البلدان المتقدمة على مصدرين أساسيين و هما التعدادات السكانية بالدرجة الأولى ،

لأن دقة الملاحظة و الشمولية فيها تصل أحيانا إلى 95 % ، ثم مصادر الحالة المدنية بالدرجة الثانية ،

(1) IBID , p 57.

(1) Valin , (J) , La population mondiale , La découverte , Paris , 1986 , P45.

في حين لا يعتمد الخبراء الديمغرافيون عند دراسة الحالة السكانية في البلدان النامية على هذين المصدرين، نظرا للصعوبات الإدارية و المالية التي تواجهها هذه البلدان، لذا يعتمد على المسوح⁽²⁾.
نعتمد في بحثنا هذا أساسا على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).

المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل (EASME):

كان لمبادرة جامعة الدول العربية من خلال المشروع العربي للنهوض بالطفولة أثرها الإيجابي بالنسبة لقضايا السكان و غيرها من القضايا السامة التي تشغل اهتمامات السلطات الجزائرية ، في هذا الخصوص قامت وزارة الصحة في شهر جانفي 1992 بتوقيع المشروع الجزائري لصحة الأم و الطفل الذي عهد بتنفيذه إلى الديوان الوطني للإحصاء (ONS) .

تم إجراء هذا المسح سنة 1992 من طرف الديوان الوطني للإحصاء بالتعاون مع وزارة الصحة و السكان و بدعم مادي و فني من المشروع العربي للنهوض بالطفولة .
يهدف هذا المسح إلى إنشاء بنك معلومات يسمح برسم السياسات و الإستراتيجيات الصحية الهادفة إلى تحسين صحة الأم و الطفل من خلال توفير المعطيات التالية :

- دراسة الظواهر الديموغرافية و اتجاهاتها ، و تقديم تقديرات دقيقة عن المؤشرات المتعلقة بصحة الأم و الطفل .

- تقييم المتغيرات المرتبطة بتنظيم الأسرة و اتجاهاتها.

- تحديد و فحص المؤشرات المؤثرة على صحة الأم و المرتبطة بالخصوبة .

- فحص العلاقة بين الخصوبة و صحة الطفل .

- دراسة العوامل البيئية المحيطة بالأسرة و أثرها على صحة كل من الأم و الطفل .

و من أجل توفير هذه المعطيات تم إعداد خمس (05) إستثمارات هي:

1 - استمارة الأسر المعيشية .

2 - استمارة خصائص المسكن .

3 - استمارة صحة الأم .

4 - استمارة صحة الطفل .

5 - استمارة خصائص المجتمع المحلي .

تهدف الإستمارة الأخيرة إلى دراسة مدى وفرة الخدمات الأساسية بصفة عامة ، و مدى توفر خدمات رعاية الأمومة و الطفولة بصفة خاصة .

سحبت عينة المسح العنقودية من العينة الرئيسية لمشروع تدعيم القدرات الوطنية (إحصاء سنة 1987) في مجال المسوح الأسرية . و وظفت طبقات لسحب وحدات العينة .

- التجمعات الحضرية التي يزيد عدد سكانها عام 1987 عن 100 ألف نسمة .

- التجمعات التي يتراوح عدد سكانها بين 50 و 100 ألف نسمة .

- التجمعات الحضرية .

- التجمعات الريفية .

تم تنفيذ هذا المشروع بناء على عينة ممثلة شملت 6694 أسرة معيشية اشتملت على 5881 امرأة غير عازبة أي (متزوجة ، أو مطلقة أو أرملة) ، تقل أعمارهن عن 55 سنة أثناء المسح وعلى 5288 طفل يقيمون داخل أسرهم و تقل أعمارهم عن خمسة سنوات . وصلت نسب الاستجابة حسب الاستمارات إلى ما يلي :

- استمارة الأسر المعيشية 91.6 % (منها 88.7 % في الوسط الحضري و 95.1 % في الوسط الريفى) .

- استمارة صحة الأم 93.6 % .

- استمارة صحة الطفل 96.1 % .

و بهذا أستجوبت 6133 أسرة بنجاح .

تتكون هذه العائلات من 42842 فرد ، مما يعطي متوسطا قدره 7 أفراد لكل أسرة ، ويتوزع سكان العينة على المناطق الحضرية و الريفية بالتساوي تقريبا (51.6 % في الريف مقابل 48.4 % في الحضر) .

و تتوزع نسوة العينة 15 - 54 سنة و اللائى عرفن زواجا حسب محل الإقامة كما يلي :

- حضر 50.2 %

- ريف 49.8 %

كما تتوزع السيدات المتزوجات وقت المسح حسب نفس المتغير كما يلي :

- حضر 49.4 %

- ريف 50.6 %

وتمثل هذه الفئة من النسوة (النسوة المتزوجات وقت المسح) اللائي عرفن زواجا خلال حياتهن 94 %.

و يصل عدد الأطفال الأقل من خمس سنوات إلى 5092 طفل. يمثل الذين تقل أعمارهم عن ستة (6) أشهر 10 % ، ويمثل الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 11 شهرا 9 % ، و ينتمي باقي العدد إلى الفئة سنة - 5 سنوات .

يتوزع الأطفال بالتساوي (تقريبا) بين الذكور و الإناث (49 % ذكور و 51 % إناث) ، بينما تقل نسبة أطفال الحضر عن أطفال الريف (45 % في الحضر مقابل 55 % في الريف) .
يمثل هذا المصدر أساس بحثنا لكونه آخر البحوث الديموغرافية في الجزائر .

9.1. الدراسات السابقة :

حظي موضوع وفيات الأطفال باهتمام العديد من الباحثين و كانت هذه البحوث تهدف إلى إلقاء الضوء على قضايا جديدة مرتبطة بهذه الظاهرة و يرمي هذا الاهتمام إلى فتح مجال أوسع أمام إجراءات أكثر فعالية في التعامل مع مشكلة وفيات الأطفال . و سنقوم الآن بعرض بعض الدراسات التي تناولت الموضوع .

الدراسة الأولى :(*)

تعتبر دراسة TABUTIN من بين أهم الدراسات السابقة التي عنيت بوفيات الأطفال في الجزائر .
عنون الباحث دراسته " وفيات الرضع و الأطفال في الجزائر " .
يمكن تقسيم هذه الدراسة إلى عدة أجزاء :

(*) TABUTIN , (D) , La mortalité infantile et juvénile en Algérie , Travaux et documents de L'INED ,
Cahier 77 , Paris , PUF 1976 . P 275 .

الجزء الأول : و يهدف إلى إيجاد مقاربة معرفية لوفيات الرضع اعتمادا على معطيات الحالة المدنية اعتبارا من سنة 1900 .

حسب الباحث سمحت مصالح الحالة المدنية بإعداد سلاسل لمعدلات وفيات الرضع ابتداء من سنة 1901 و إلى غاية سنة 1970 ، غير أنه يصعب تحليلها نظرا لجهل أو عدم معرفة المستوى الحقيقي بسبب قلة تسجيل الوفيات . ورغم هذا بدت هذه المعطيات مفيدة لمجموعة من الاعتبارات : سمحت ملاحظة معدلات وفيات الرضع من 1900 إلى 1969 بتحديد الفترات و السنوات الهامة بالإضافة إلى معرفة تطور نوعية مستوى تغطية هذه الظاهرة من طرف مصالح الحالة المدنية .

سمح تحليل المعطيات الخاصة بالفترة 1950 - 1960 باكتشاف نتائج و مميزات الوفيات (خاصة في الحضرة) :

- معدل مرتفع للوفيات بلغ حوالي 190 ‰ بين 1947 و 1950 في المدن الكبرى.

- - قلة أو سوء التسجيل في المناطق الريفية .

- الوفيات المفرطة (surmortalité exogène) للوفيات المرتبطة بالأسباب الخارجية .

تميزت دراسة الوفيات منذ سنة 1964 بإعطاء نتائج غير مرضية ، نظرا لضعف تغطية (الحالة المدنية) الأعمار الدنيا مقارنة بالولادات. ومقابل هذا ظهر أن نظام التسجيل يعمل بوجه لائق في المدن الكبرى مقارنة بالريف (قدر نقص تسجيل وفيات الرضع في الوسط الريفي بحوالي 55 %) .

الجزء الثاني : تميز المسح الخاص بالخصوبة لسنة 1970 بعرض تاريخي ذي نوعية جيدة، سمح بتحليل طولي (longitudinale) للولادات (حسب الأجيال) . و زود الباحثين بمعلومات هامة عن وفيات الأطفال و تطورها على مدى 20 سنة . تلخص نتائج هذا المسح في :

- أظهرت معطيات هذا المسح سوء تقدير الوفيات الجنينية (Mortalité intra-utérine) .

- أهمية تأثير شهر الولادة على الوفاة خلال السنة الأولى .

- العلاقة بين الخصوبة ، عمر الأمهات ، فوج الولادة .

- يعتبر النسل النهائي (la descendance finale) لدى المرأة ذو تأثير حساس على وفيات

الرضع إلا في العائلات الكبيرة العدد (10 وأكثر) .

الجزء الثالث : مسح المسح الديموغرافي ثلاثي الملاحظة (1969 - 1971) بإتمام التحليل السابق و تلخص نتائجه في :

- ظهور فروقات كبيرة بين المناطق (المدن الكبرى و المناطق الريفية) فيما يخص معدل الوفيات خاصة بين 0 و 5 سنوات .
- تبين أن الملاحظة المستمرة بالنسبة للوفيات أحسن من الملاحظة الرجعية عند تقييم مستوى الظاهرة.
- أظهرت مقارنة المصادر الثلاثة نوعية جيدة لمسح الخصوبة ، مقارنة بمعطيات الحالة المدنية التي تميزت بنقص التغطية .
- لا يؤثر العامل الثقافي (المستوى التعليمي) على وفيات الرضع إلا عند المستويات التعليمية العليا (ثانوي و جامعي).
- أدى العامل الاقتصادي (المهنة ، نوعية النشاط الاقتصادي) إلى تقسيم المجتمع الجزائري إلى قسمين :
- فئة الفلاحين و غير العاملين ويمثلان الفئة المحرومة ، بينما تضم الفئة الثانية التجار و الإطارات و موظفو المكاتب .
- تؤثر وفيات الأطفال على أمل الحياة ، فبمجرد اجتياز مرحلة الخمس سنوات الأولى منذ الولادة يرتفع أمل الحياة .

الدراسة الثانية : (*)

- من بين الدراسات السابقة الخاصة بوفيات الرضع نجد دراسة AKOTO-ELIWO و التي عنونها " المحددات السوسيوثقافية لوفيات الأطفال في إفريقيا السوداء " .
- شملت هذه الدراسة ثلاث دول وهي كينيا ، الكمرون ، السنغال ، و تمثل هدفها فيما يلي :
- تحديد الأهمية التي يلعبها الانتماء الثقافي في اختلاف وفيات الأطفال و تحديد ميكانيزمات التأثير .
- أما مضمون هذه الدراسة فتجسد فيما يلي :
- تبني معظم الأفراد أفكار وقيم مجموعاتهم أو عشيرتهم الأصلية، نتيجة لحسهم القبلي القوي.

(*) ELIWO, (A) . Déterminants socioculturels de la mortalité des enfants en Afrique noire , opcit , 269 p .

- تحاول المجتمعات الفقيرة إيجاد الأمن و الرعاية في ظل العادات و التقاليد التي تبناها .

وبين AKOTO أن معظم الدراسات و الأعمال التي عنيت بوفيات الأطفال ركزت على العوامل السوسيواقتصادية و البيوديموغرافية وخلص إلى أن تحسين الظروف الاقتصادية تترتب عنها آثارا إيجابية ، لكن يجب أن يصاحب هذه التأثيرات تغير في عادات و مواقف وذهنيات الآباء ، لأنه من الضروري أن نجعل الناس يتقبلون تغيير نمط حياتهم ، لصالحهم و بالتالي لصالح أطفالهم .

توجد في إفريقيا السوداء عدة ثقافات (تقسم الأفراد بصفة عامة إلى ثقافتهم الأصلية أو ثقافات أجنبية) لها دور في تفسير مستوى وفيات الأطفال .

هناك اختلافات كبيرة في وفيات الأطفال بين المجموعة القبلية في الحضر و الريف حتى عندما يتقارب المستوى الاقتصادي ، و يرجع ذلك إلى وجود فروقات ثقافية بينهم من حيث التصرف أمام الأمراض ، الوفاة ، مصالح الصحة ، محيط الطفل ، مدة الرضاعة ، كفيات التغذية ، ... فاختلاف معدل وفيات الأطفال بين الريف و الحضر يرتبط أكثر باختلاف العادات و التقاليد . غير أن احتمال البقاء على قيد الحياة في المدن يفوق نظيره في الأرياف ، فالأطفال المولودين من امرأة حضرية ، تنتمي إلى قبيلة ما يتمتعون باحتمالات حياة (حتى 5 سنوات) تفوق احتمالات نظرائهم في الأرياف (من 11 - 55 %) . إذن وفاة طفل ما لا ترتبط بخصائص فردية فقط بل ترتبط كذلك بخصائص سوسيوثقافية .

و خلصت هذه الدراسة إلى عدة نتائج من بينها :

- إن تجاهل المفاهيم السوسيوثقافية عند إعداد السياسات و البرامج الصحية في كثير من دول إفريقيا السوداء يعكس جانبا كبيرا من فشل هاته السياسات .

- يتغير احتمال وفاة الأطفال حسب مستوى ثقافة الأم .

- يؤدي نظام فطام (غير متقدم و غير متأخر) إلى خفض الوفيات و لو بشكل بسيط .

- يتغير تأثير مستوى التحضر على وفيات الأطفال حسب الانتماء القبلي للأم (هناك قبائل تستفيد أكثر لكونها ذات ثقافة احسن أو مستوى تعليم أعلى) .

- يلعب تعليم الأم دورا في خفض وفيات الأطفال إذا توفر لديها حد أدنى من الوسائل يسمح لها بدخول الهياكل الصحية و السلع الاستهلاكية .

الفصل الثاني

2. المعطيات العامة :

1.2. المعطيات الجغرافية :

تقع الجزائر في شمال غرب إفريقيا. " يحدها من الغرب المملكة المغربية و من الجنوب الغربي الصحراء الغربية و موريتانيا، و من الشرق الجمهورية التونسية و الجماهيرية العظمى. كما يحدها من الجنوب النيجر و مالي و من الشمال البحر الأبيض المتوسط".

تبلغ المساحة الكلية للجزائر 2.381.741 كم²، تمتد بين خطي عرض 18° و 38° شمالا و خطي طول 9° و 12° شرقا. و يمر خط غرينيتش بها قرب مدينة مستغانم و تعتبر ثاني أكبر دولة على القارة الإفريقية من حيث المساحة (بعد السودان).

تمتد شواطئها بطول 1200 كم على الساحل الجنوبي للبحر الأبيض المتوسط. تعتبر سهول الجزائر الساحلية من اخصب المناطق الزراعية، و تتميز كذلك بسلسلتين جبليتين (الأطلس التلي و الأطلس الصحراوي) و تمتد بينهما مساحات من الهضاب والتلال . تشكل هذه المنطقة مع الساحل ما يعرف بجزائر الشمال، بمساحة تقدر بحوالي 400.000 كم²، مقسمة إداريا إلى 39 ولاية، تضم 93.5% من مجموع السكان.

أما الصحراء الكبرى المترامية الأطراف فتبدأ اعتبارا من السلسلة الجبلية الصحراوية جنوبا.

و تشكل حوالي 80 % من مساحة البلاد، تغطي 09 ولايات و تمثل 6.1% من مجموع السكان.

تمتع المناطق الشمالية بمناخ البحر الأبيض المتوسط. و تنتشر الرطوبة في الوسط و المناطق الشرقية. أما المناطق الغربية فمناخها أكثر جفافا، و تتميز المناطق الصحراوية بجفاف شبه تام، فالأمطار قليلة جدا و شبه معدومة و درجات الحرارة جد مرتفعة في النهار و باردة جدا في الليل.

تساقط الأمطار في المناطق التالية أساسا خلال فصل الشتاء، لكنها غير منتظمة ومتفاوتة الأهمية من منطقة لأخرى و يتراوح معدلها ما بين 200 مم في السنة في المناطق العالية على حدود البحر المتوسط، و أقل من 100 مم في السنة على الأطلس الصحراوي.

إداريا ، قسمت الجزائر إلى 48 ولاية ،تضم 1541 بلدية، يدار كل منها بواسطة مجلس منتخب. في سنة 1995 تم إحداث 05 نواحي صحية : قسنطينة في شمال شرق البلاد، الجزائر في مركز الشمال، وهران في الشمال الغربي، بشار في الجنوب الغربي، ورقلة في الجنوب الشرقي (أنظر الجدول رقم 1.2).

جدول رقم 1.2 : توزيع السكان حسب المناطق الصحية (1995) .

السكان بالآلاف	الولاية	دليل الولاية	السكان بالآلاف	الولاية	دليل الولاية
1127	وهران	31	821	قسنطينة	25
857	تلمسان	13	480	أم الوافي	04
722	تيارت	14	970	باتنة	05
273	سعيدة	20	492	تيسة	12
551	سيدي بلعباس	22	581	جيجل	18
630	مستغانم	27	1284	سطيف	19
701	معسكر	29	746	سكيكدة	21
274	تسمسيت	38	536	عنابة	23
314	عين تموشنت	46	409	قالة	24
707	غليزان	48	773	المسيلة	28
6156	مجموع المنطقة الثالثة		347	الطارف	36
239	بشار	08	290	خنشلة	40
298	ادرار	01	350	سوق اهراس	41
184	البيض	32	619	ميلة	43
21	تندوف	37	8698	مجموع المنطقة الأولى	
140	النعامة	45	1895	الجزائر	16
882	مجموع المنطقة الرابعة		846	الشلف	02
362	ورقلة	30	269	الاعواط	03
506	بسكرة	07	858	بجاية	06
125	تمنراست	11	874	البليدة	09
26	اليزي	33	658	البويرة	10
482	الوادي	39	1123	تيزي وزو	15
258	غرداية	47	644	الجلفة	17
1759	مجموع المنطقة الخامسة		800	المدية	26
			521	برج بوعريبيج	34
			845	بومرداس	35
			761	تيازة	42
			658	عين الدفلة	44
			10752	مجموع المنطقة الثانية	

Source : Ministère de la santé et de la population, enquête nationale sur les objectifs de la mi-décenné , M D G, Algérie, 1995 , p19.

2.2 الخصائص البشرية

1.2.2 نمو السكان : تضاعف عدد سكان الجزائر خلال ثلاثين سنة، بحيث انتقل من

10,2 مليون نسمة، غداة الاستقلال إلى 24,7 مليون نسمة سنة 1990 (أي بارتفاع قدره

14.5 مليون نسمة)⁽¹⁾

وتعتبر نسبة النمو الحالية من أكبر النسب في العالم، إذ تقدر عند المستوى 2.15 %.

(سنة 1994).

جدول رقم 2.2: تطور سكان الجزائر (بالآلاف) خلال الفترة 1856 - 1998 .

عدد السكان	السنة	عدد السكان	السنة
7679	1948	2310	1856
8449	1954	2738	1861
12096	1966	2656	1866
16948	1977	2134	1872
22600	1987	2479	1876
* 24700	1990	2860	1881
* 25300	1991	3287	1886
* 26000	1992	3577	1891
* 26600	1993	3781	1901
* 27200	1994	4089	1906
* 27800	1995	4478	1911
* 28300	1996	4923	1921
* 28800	1997	5151	1926
** 29300	1998	5588	1931
		6201	1936

Source :

(1856-1954) : KOUAOUCI (A) : familles, femmes et contraception; opcit p. 41.

(1966-1987) : Office national des statistiques. (ONS), statistiques n° 17, p12.

(1998-1990) : وزارة الصحة و السكان، السكان و التنمية في الجزائر، التقرير الوطني مرجع سابق، ص7.

(*) تقديرات تمت على أساس الفارق الطبيعي المسجل في الحالة المدنية في 01/01.

(**) تعداد 1998/06/25.

(3.06 % بالنسبة للفترة 77-97 و 3.21 % بالنسبة للفترة 66-77). و حسب آخر تعداد

للسكان (جوان 1998)، بلغ عدد السكان 29276767 نسمة⁽²⁾.

(1) وزارة الصحة و السكان، والتنمية في الجزائر (ن د س) ديسمبر 1998، ص:07.

(2)L'authentique du 16.10.1998

" و من خلال متابعة معدل نمو السكان عبر الزمن، نجد أنه بقي ضعيفا إلى غاية منتصف القرن العشرين (أقل من 01 % حتى حوالي سنة 1925)، و عرف تزايدا حقيقيا خلال الثلاثينات، و مع ذلك بقي في حدود 2 % و أقل إلى ما بعد الحرب العالمية الثانية⁽¹⁾.

عرف عدد السكان ارتفاعا، إذ قدر سنة 1962 بحوالي 10 ملايين نسمة و بلغ سنة 1966 (تاريخ أول إحصاء عام للسكان بعد الاستقلال) 12.096 مليون نسمة. و عرفت الجزائر مرحلة هامة للنمو الديموغرافي خلال العشرينتين (1962-1985)، إذ بلغ معدل التزايد الطبيعي 3.2 % بين 1966 و 1977 و 3.6 % بين 1977 و 1987. نجد تفسيراً لهذا يلائم انخفاض الحساس في الوفيات، في تحسن الظروف المعيشية و في ارتفاع مستوى الولادات، نتيجة الزواج المبكر و عدم انتشار وسائل منع الحمل.

تميزت نهاية الثمانينات بمرحلة جديدة في التاريخ الديموغرافي الجزائري، حيث شكلت سنة 1986 قطيعة تامة، سجل خلالها انخفاضا هاما للولادات. بلغ 34.7 % و تبع انخفاض الولادات انخفاض مناسب في نسبة النمو الطبيعي، الذي بلغ و لأول مرة بعد الاستقلال أقل من 3 % ، إذ انتقل من 3.1 % سنة 1985 إلى 2.7 % سنة 1986 ليصل نسبة 2.4 % سنة 1992.

و الملاحظ أن النمو الديموغرافي المرتفع الذي سجل في الماضي تراجع بجلاء خلال عشرية التسعينات، بحيث زاد عدد سكان الجزائر حتى التاريخ 01 / 01 / 1998 بحوالي 05 ملايين نسمة (أي بنسبة 14.65 %) عن ما كان منتظرا حسب الوتيرة التي تم تسجيلها بين تعدادي 1966 و 1977 و بأكثر من 4 ملايين (أي بنسبة 12.94 %) بالنسبة للوتيرة 1977 و 1987⁽²⁾.

⁽¹⁾ الندوة الدولية حول السكان والتنمية- القاهرة من 5 إلى 13 سبتمبر 1993، مرجع سابق ص 07.

⁽²⁾ وزارة الصحة والسكان، السكان والتنمية في الجزائر مرجع سابق، ص 08.

جدول رقم 3.2 : تطور معدل النمو الطبيعي خلال الفترة 1990-1998.

الزيادة الطبيعية	معدل النمو الطبيعي (%)	السنة
624.000	2.494	1990
618.000	2.410	1991
639.000	2.432	1992
607.000	2.257	1993
596.000	2.168	1994
531.000	1.890	1995
482.000	1.688	1996
476.000	1.639	1997
449.000	1.520	1998

Source Office national des statistiques. (ONS), statistiques n° 294, p.2.
(Données corrigées)

2.2.2 تركيبة السكان:

تتميز الجزائر كباقي الدول النامية بتركيبة سكانية، يشكل فيها الشباب النسبة الأكبر. إن سرعة النمو الديمغرافي الملاحظ حتى بداية الثمانينات أنتج تركيبة شبانية للسكان. انتقلت نسبة الشباب الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة والتي كانت تمثل 5.27 % من مجموع السكان سنة 1954 إلى 57.4 % سنة 1966 ثم إلى 58.2 % خلال سنة 1977. وهكذا قلت نوعا ما سرعة التقلص الديمغرافي المسجل ابتداء من سنة 1986 في نسبة الأقل من 20 سنة، حين وصلت إلى 55 % سنة 1987 (انظر الجدول رقم 4.2) لكن رغم هذا الانخفاض بقي طابع الشباب يميز سكان الجزائر إذ مثلت نسبة الذين تقل أعمارهم عن 20 سنة وسط عشرية التسعينات 50.5 % من إجمالي السكان.

جدول 4.2 : تركيبة السكان حسب السن و الجنس خلال تعدادات
 (1966، 1977، 1987) لكل 1000 ساكن.

1987		1977		1966		الفئات
إناث	ذكور	إناث	ذكور	إناث	ذكور	
811	945	917	950	960	986	4-0
728	759	-	806	729	752	9-5
613	649	651	683	615	679	14-10
542	552	513	520	450	457	19-15
483	492	443	414	350	330	24-20
358	371	326	318	342	319	29-25
295	316	232	201	315	290	34-30
225	232	237	198	250	249	39-35
165	157	215	189	198	193	44-40
161	149	179	158	160	167	49-45
151	139	133	125	148	151	54-50
121	114	118	120	118	130	59-55
93	87	94	90	111	110	64-60
-	-	-	-	80	85	69-65
-	-	-	-	64	54	74-70
-	-	38	34	-	-	79-75
200	195	197	202	48	38	80+
4945	5055	5031	4969	4976	5024	
22600957		16948000		12096000		مجموع السكان

Source : Kouaouci, (A), familles, femmes et contraception, opcit, p 44.

"بين آخر إحصاء (جوان 1998) تدني نسبة الشباب (0 - 19) إلى أقل من 50 % في حين
 مثل الذكور المقدار 50,55 % من المجموع العام للسكان، مقابل 49,44 للإناث"⁽¹⁾ (انظر
 الجدول رقم 5.2).

(1)GPS ,Revue médico-pharmaceutique n° 08, juin 99, p 08.

" حسب معطيات الحالة المدنية لسنة 1998 سجلت الولادات حسب الجنس 310.322 ذكرا و 296.796 أنثى أي ما يمثل 51.11% و 48.89% من مجموع الولادات مقابل 51.99% و 48.81% سنة من قبل ، وبلغ معدّل الذكور حوالي 104.9 بعد أن كان 104.6 سنة 1997" (1)

الجدول رقم 5.2 : توزيع السكان المقيمين حسب السن و الجنس . (تعداد 1998) .

المجموع	ذكور	اناث	الفئات العمرية
3185303	1631666	1553637	4 - 0
3600638	1838840	1761798	9 - 5
3809937	1941525	1868411	14 - 10
3526243	1797514	1728729	19 - 15
2924990	1481823	1443167	24 - 20
2513862	1265376	1248486	29 - 25
2108504	1061720	1046783	34 - 30
1670087	841984	828102	39 - 35
1395580	699695	695885	44 - 40
1123732	573146	550586	49 - 45
767050	372855	394195	54 - 50
702713	350221	352492	59 - 55
626078	302330	323748	64 - 60
517724	255346	262378	69 - 65
334721	165008	169713	74 - 70
219167	106936	112232	79 - 75
232488	108893	123595	80 وأكثر
13527	6145	7382	غير محدد
29272343	14801024	14471318	المجموع

3.2 تطور أهم المقاييس الديمغرافية.

1.3.2 الولادات : تعتبر الولادات من أهم مكونات النمو السكاني . يعرف معدل الولادات الخام بحاصل قسمة الولادات الحية خلال سنة ما، على متوسط السكان في منتصف السنة يضرب حاصل القسمة في ألف حتى نحصل على معدل لكل ألف ساكن.

1. Office national des statistiques (ONS), Statistiques n° 294, opcit, p01.

" يعتبر المحتصون مرتفعاً كل معدل زاد عن 30 في الألف. و إذا زاد عن 40 في الألف فهو غاية في الارتفاع. أما إذا نقص عن 20 في الألف فهو منخفض ، و توصف المعدلات التي تتراوح بين 20 و 30 في الألف بأنها متوسطة الارتفاع"⁽¹⁾.

يبين الجدول رقم 5.2 تطور معدل الولادات الخام منذ سنة 1900. سجل هذا الأخير خلال الفترة 1900 - 1921 مستويات منخفضة نسبياً، ليصل سنة 1921 إلى 31.5 % وقد عرف هذا المعدل تذبذباً نتيجة لعدة ظروف كالأزمات الاقتصادية و الاجتماعية والمجاعات.

بعدها عرفت معدلات الولادات ارتفاعاً وصل إلى 45.6 في الألف سنة 1944 و 40 في الألف سنة 1949 يمكن إرجاع ارتفاع هذا المؤشر خلال هذه الفترة إلى تحسن مستوى تسجيل الولادات و إلى الإنجاب المكثف، قصد تعويض نقص الأطفال نتيجة الأزمات و الأوبئة التي انتشرت من قبل.

بعد سنة 1949 عرفت معدلات الولادات ارتفاعاً كبيراً إلى غاية سنة 1975. سجلت ذروة الظاهرة سنة 1963 بمعدل قدره 52.1 بالألف. ويمكن تفسير هذا الارتفاع بتحسين الظروف المعيشية بعد الاستقلال و بزيادة الولادات لتعويض وفيات الحرب التحريرية.

تميزت مرحلة الثمانينات بمباشرة انخفاض الولادات، لكن هذا الانخفاض شأنه شأن معدل النمو الطبيعي لم يكن ذا قيمة معتبرة إلا ابتداء من سنة 1986، على أن ثاب انخفاض محسوس (يشابه ذلك الذي تم تسجيله سنة 1986) سجل بين سنتي 1994 و 1995 . ومنذ هذا التاريخ داوم معدل الولادات على التقلص، إذ تراجع بمقدار 6.75 % مقابل 3.55 % بين سنتي 1986 و 1994(2).

سجلت معطيات الحالة المدنية ارتفاع عدد الولادات حتى سنة 1985، (845.381 ولادة) لكن و ابتداء من سنة 1986 ، باشر هذا الأخير في الانخفاض ليصل إلى 654000 ولادة حية

(1) عمران عبد الرحيم، " سكان العالم العربي حاضراً و مستقبلاً، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك 1998، ص، 176.

(2) وزارة الصحة و السكان، السكان و التنمية في الجزائر، مرجع سابق ، ص 12.

سنة 1997. تجدر الإشارة في هذا الصدد إلى أن هذا الحجم يماثل حجم الولادات الحية المسجل وبسط عشرية الستينات (1960 - 1970) أين كان عدد سكان الجزائر يقدر بحوالي 15.600.000 مليون نسمة. خلال سنة 1998، ثم سجلت الولادات الرقم 620.000 ولادة حية (معطيات مصححة) سمحت بحساب معدل ولادات خام وصل إلى 21.02 % . (أنظر الجدول رقم 6.2).

جدول رقم 6.2: تطور معدل الولادات الخام (TBN) في الجزائر من سنة 1900 إلى

سنة 1999 (في الألف)

TBN	السنة	TBN	السنة	TBN	السنة
47.8	1966	44.0	1933	37.1	1900
46.1	1967	41.9	1934	35.2	1901
47.5	1968	41.4	1935	39.7	1902
48.2	1969	45.0	1936	40.5	1903
50.16	1970	40.6	1937	37.9	1904
50.0	1971	41.0	1938	35.6	1905
49.2	1972	42.1	1939	35.6	1906
49.3	1973	42.4	1940	35.9	1907
49.4	1974	43.2	1941	37.3	1908
49.5	1975	43.7	1942	34.1	1909
46.8	1976	42.6	1943	35.0	1910
46.7	1977	45.6	1944	36.7	1911
46.4	1978	38.9	1945	38.6	1912
46.1	1979	38.2	1946	37.7	1913
42.7	1980	42.0	1947	33.6	1914
41.0	1981	44.2	1948	30.5	1915
40.6	1982	40.0	1949	29.3	1916
40.4	1983	45.0	1950	34.5	1917
40.2	1984	45.9	1951	37.9	1918
39.5	1985	46.9	1952	35.0	1919
35.7	1986	46.2	1953	37.4	1920
34.6	1987	47.5	1954	31.5	1921
34.0	1988	49.9	1955	32.3	1922
31.0	1989	47.1	1956	39.3	1923
30.04	1990	42.6	1957	40.9	1924
30.14	1991	43.6	1958	41.0	1925
30.41	1992	46.4	1959	42.9	1926
28.22	1993	48.2	1960	38.9	1927
28.24	1994	47.6	1961	40.2	1928
25.33	1995	45.9	1962	43.1	1929
22.91	1996	52.1	1963	45.3	1930
22.51	1997	50.1	1964	45.4	1931
21.02	1998	47.0	1965	43.0	1932

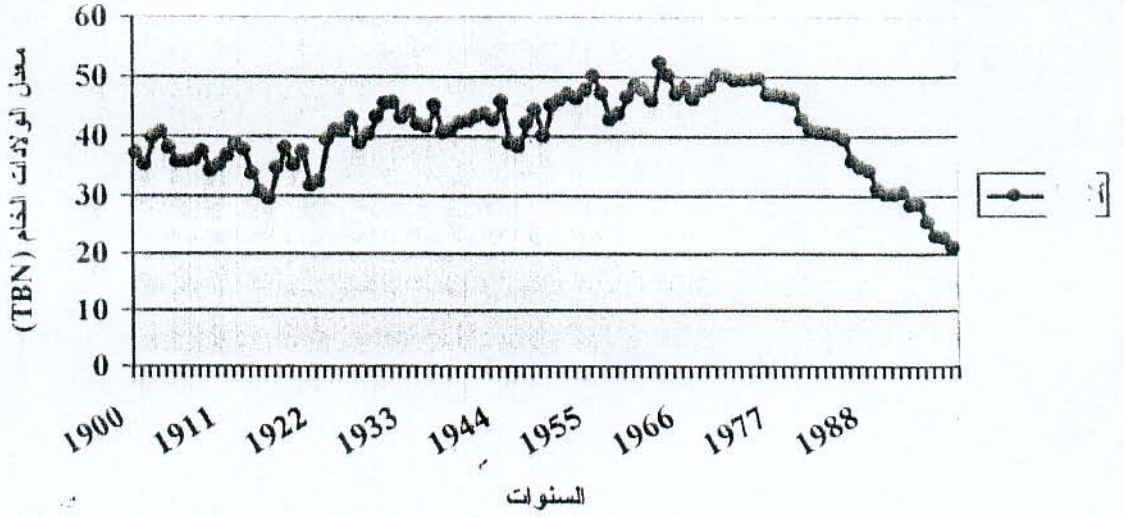
المصدر:

(1900-1965) : Tabutin, (D) et vallin, (J), l'état civil en Algérie, note technique présentée au colloque de Rabat, octobre 1972, Oran, juillet, 1972, p 11.

(1966-1990) : Office national statistiques (O N S), démographie Algérienne, collection statistiques n° 17, ONS, 1989.

(1991-1998): Office national des statistiques, publication n° 294, 1998.

مخطط 1.2 : تطور معدل الولادات الخام (TBN) في الجزائر خلال الفترة 1900-1998 (بالألف)



عرفت الخصوبة انخفاضا محسوسا ترجمت مؤشرا قدره 3.14 طفلا لكل امرأة سنة 1996، بعد أن كان 6.41 طفلا سنة 1981، أي تقلص مؤشرها التركيبي بأكثر من 3 أطفال في مدة 15 سنة. (أنظر الجدول رقم 7.2).

جدول رقم 7.2 : تطو المؤشر التركيبي للخصوبة.

المؤشر التركيبي للخصوبة	السنة
6.4	1981
6.24	1985
4.5	1990
4.36	1991
4.26	1992
4.66	1993
4.97	1994
4.51	1995
4.14	1996
2.50	* % 85/81
49.68	* % 96/85
50.94	* % 96/81

(*) نسبة التقلص (%) للمؤشر التركيبي للخصوبة بين السنوات.
المصدر: وزارة الصحة والسكان والتنمية في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 15.

عرف المؤشر التركيبي للخصوبة انخفاضاً محسوساً، انتظم ابتداءً من سنة 1985، بحيث بلغ 0,28 طفل لكل امرأة، أي ما يقارب 28 لفل لكل مائة (100) امرأة.

عرفت معدلات الخصوبة العامة حسب الفئات العمرية هي الأخرى تطورات جد معتبرة، بحيث انخفضت بحوالي 47% بين سنة 1985 وسنة 1996، شهدت الفئة العمرية 15-19 سنة أكبر انخفاض، حيث وصل إلى 55%، في حين مثّلت الفئة 45-49 سنة أصغر نسب الانخفاض (40,91%).

يعد تأخر سن الزواج أحد أهم عوامل هذا الانخفاض. ساعد هذا العامل على إكساب الخصوبة هيكلًا جديدًا انتقلت بمقتضاه قيمة معدل الخصوبة القصى من الفئة العمرية 25-29 سنة إلى الفئة العمرية 30-34 سنة، ابتداءً من سنة 1990. كما يعبر انخفاض الخصوبة بين النسوة اللاتي تفوق أعمارهن 30 سنة عن انخراط مكثف في التخطيط العائلي.

جدول رقم 8.2 : تطور معدلات الخصوبة العامة حسب الفئات العمرية (بالألف)

خلال الفترة (1981-1996)

م.إ.خ	الفئة العمرية							السنة
	49-45	44-40	39-35	34-30	29-25	24-20	19-15	
186.3	24	115	216	274	334	256	60	1981
178.1	22	101	236	308	298	240	43	1985
134	17	86	186	223	222	148	23	1990
130	17	82	175	214	210	144	26	1991
130	18	81	174	214	208	151	26	1992
120.2	17	76	162	200	194	141	24	1993
117.3	16	74	159	195	189	137	24	1994
103.9	15	65	140	172	167	122	21	1995
92.98	13	58	125	154	150	109	19	1996
4.40	8.33	12.17	9.26-	12.41-	10.78	6.25	28.33	81/85%
47.79	40.91	42.57	47.03	50.00	49.66	54.58	55.81	85/96%
50.09	45.83	49.57	42.13	43.80	55.09	57.42	68.33	81/96%

- م.إ.خ: معدل إجمالي للخصوبة

المصدر: وزارة الصحة والسكان والتنمية في الجزائر (التقرير الوطني) ن د س ت +5، مرجع سابق ص 16.

2.3.2. الوفيات: تشكل الوفيات ثاني مركبات النمو السكاني ، وحتى تتمكن من تحديد

أهمية معدل وفيات الأطفال الرضع يجب فحص معدل الوفيات العامة. عرف هذا الأخير انخفاضاً منذ الاستقلال، زادت وتيرته خلال السنوات الأخيرة.

" مثلت الوفيات سنة 1954 حوالي ثلث (3/1) الولادات ، ولم تمثل سوى الخمس 5/1 سنة 1992"⁽¹⁾ ويمكن ملاحظة هذا التطور من خلال الجدول التالي:

(1) KHIATI, (M) , démographie et population , OPU, 1996 , p75.

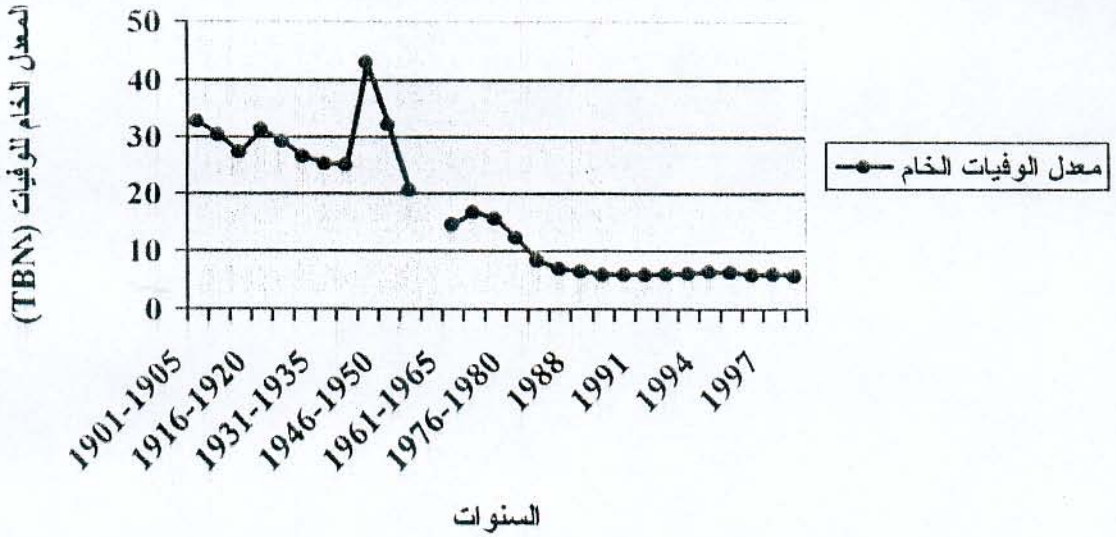
جدول رقم 9.2 : تطور معدل الوفيات الخام في الجزائر (بالألف)

المعدل الخام للوفيات TBM	السنات
32.8	1905-1901
30.5	1910-1906
27.4	1915-1911
31.4	1920-1916
29.4	1925-1921
26.6	1930-1926
25.3	1935-1931
25.1	1940-1936
43.1	1945-1941
32.2	1950-1946
20.6	1955-1951
-	1960-1956
14.6	1965-1961
16.7	1971-1967
15.6	1976-1972
12.3	1981-1977
8.4	1986-1982
7.0	.1987
6.6	.1988
6.0	.1989
6.03	.1990
6.04	.1991
6.09	.1992
6.25	.1993
6.56	.1994
6.43	.1995
6.03	.1996
6.12	.1997
5.82	.1998

Source : kouaouci, (A), Familles , Femmes et contraception opcit , p41

1990-1998 : OFFICE National des statistiques (ONS) ;données statistiques n° 294 . opcit, p 02.

مخطط رقم 2.2 : تطور معدّل الوفيات الخام (الألف) في الجزائر (الفترة 1901-1998)



قدّر معدل الوفيات الخام إلى غاية 1950 بحوالي 30% ، نتيجة لعمليات القمع العنيفة وفترات التجويع والأوبئة التي ميّزت فترة الاحتلال. تسببت هذه السياسة في وفيات كبيرة.

أخذ هذا المعدل في الانخفاض اعتبارا من سنة 1961، بحيث وصل إلى 14.6% خلال الفترة 1965-1961، لكنه ارتفع قليلا (16.7%) خلال الفترة 1967-1971 و خلال الفترة 1976-1972 (15.6%) مما يثير الانتباه لأن الفترة الأخيرة (1970-1977) تميزت بتأميم المحروقات (سنة 1971) و بسياسة الطب المجاني.

وهكذا نسجل انخفاضا مستمرا للوفيات بالخصوص بعد سنة 1975 فاق معدل الانخفاض - في غالب الأحيان - وتيرة انخفاض الولادات، بحيث استقر مستوى الوفيات منذ بداية عشرية التسعينات عند المستوى 6% . يمكن إرجاع هذا الاستقرار إلى عاملين هما:
- الاستقرار النسبي لوفيات الرضع.

٨ - بداية ارتفاع نسبة الشيخوخة (إعادة تشكيل الهرم السكاني) نتيجة دخول الجزائر مرحلة أخرى من مراحل الانتقال الديمغرافي.

3.3.2 وفيات الرضع :

ينجم نقص الوفيات العامة أساسا عن نقص وفيات الرضع، و تجدر الإشارة إلى أن تقلص معدلات وفيات الرضع كان معتبرا خلال العشرينات الثلاثة السابقة، بحيث انتقل هذا المؤشر من 150‰ خلال الستينات إلى 56.54‰ خلال سنة 1997. بلغ فارق الوفاة حسب الجنس 6 نقاط (59.50‰ بين الذكور مقابل 53.66‰ بين الإناث) كما بينت معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل انخفاض المعدل بشكل سريع امتد على مدى 15 سنة. بلغ هذا المعدل 82.1‰ بين الذين ولدوا خلال 10-14 سنة قبل المسح و يبلغ 60.1‰ بين الذين ولدوا خلال الفترة 5-9 سنوات قبل المسح و بلغ 42.4‰ خلال الفترة 1-4 سنوات قبل المسح (انظر الجدول 10.2).

جدول رقم 10.2 : معدل وفيات الرضع حسب الجنس والفترة (في الألف)

فترة الولادة بالسنوات قبل المسح			النوع
14 - 10	9 - 5	4 - 1	
87.8	68.6	49.6	ذكور
76.0	50.9	35.4	إناث
82.1	60.1	42.4	المجموع

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل، التقرير الأولي، ص 35.

غير أن فارق الظاهرة بين الريف والحضر ما زال كبيرا حتى عندما يتعلق الأمر بالذين ولدوا خلال الفترة 1-4 سنوات قبل المسح، حيث يقدر معدل وفيات الرضع بنحو 30.5‰ في الحضر مقابل 51.8‰ في الريف (أنظر الجدول رقم 11.2).

جدول رقم 11.2 : معدل وفيات الرضع حسب الفترة والوسط (في الألف) :

الوسط	فترة الولادة بالسنوات قبل المسح	
	9 - 5	4 - 1
حضر	47.1	30.5
ريف	70.7	51.8
المجموع	60.1	42.4
المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل ، التقرير الأولي مصدر سابق ص، 35.		

" شكلت وفيات الرضع في الجزائر ثلث إجمالي الوفيات حتى سنة 1985، لتتخفص إلى الربع (25 %) مع بداية التسعينات. وقدرت بحوالي 18 % سنة 1997⁽¹⁾. نتج هذا الانخفاض من جهة عن تحسن شروط الحياة العامة و عن أثر البرامج الوطنية التي تم وضعها حيز التنفيذ لمحاربة وفيات الرضع و التي احتل التلقيح فيها مكانة هامة من جهة أخرى.

" انتقل المعدل الخام للوفيات من 6 % سنة 1990 إلى 6.5 % سنة 1994. مست هذه الزيادة جميع فئات الأعمار و ساهمت وفيات الرضع بالربع تقريبا (23.8 % من مجموع الوفيات) خلال سنة 1994⁽²⁾. والملاحظ أن هذا المعدل تراجع نوعا ما ليصل إلى 53.35 % سنة 1998.

(1) وزارة الصحة والسكان، السكان والتنمية في الجزائر (ن د س ق +5) ، مرجع سابق ، ص 19.

(2) Ministère de la santé et de la population, Enquête MDG, (1995), opcit, p. 19.

أبرز التطور المذكور ركود معدل وفيات الرضع وأظهر هيكلًا جديدًا للوفيات ، علمًا أن دولًا كثيرة تعرضت لهذه الظاهرة. يرجع الباحثون هذه الظاهرة إلى زيادة الوفيات المحيطة بالولادة (0 - 30) عن الوفيات لأسباب خارجية من (1 إلى 12 شهرًا) ، وهو ما أكده الأستاذ (Grangaud) أحد المسؤولين بوزارة الصحة، بمناسبة اليوم الوطني لطب الأطفال حيث قال " إن نسبة 57% المتضمنة في التقرير السنوي تخص العشرية 90-99 ، وقال بأن حوالي ثلثي الوفيات تحدث خلال الأيام الثمانية والعشرين الأولى منذ الولادة ويرجع السبب إلى عدم خضوع جل النساء الحوامل إلى المتابعة والمراقبة الطيبة"⁽¹⁾. أظهرت دراسة وفيات الأمومة والطفولة حسب الشهر (1985) تسجيل 32.398 وفاة تقل عن سنة في مصالح الحالة المدنية وقع 43.4% من بينها قبل الشهر الأول(أنظر الجدول 13.2).

جدول رقم 13.2 : نسب وفيات الرضع حسب شهر الولادة

النسبة	العمر بالشهر	النسبة	العمر (بالشهر)
14.1	7	43.4	1
7.8	8	7.9	2
5.3	9	6.0	3
3.4	10	3.6	4
2.5	11	2.4	5
1.8	12	1.8	6

Source : Ministère de la santé, Enquête sur la mortalité et la morbidité infantiles en Algérie (MMI) , 1986, 1989rapport de synthèse, p.65.

× يعكس أمل الحياة ارتفاعًا واضحًا ، إذ انتقل من 63.6 سنة عام 1985 إلى 67.0 سنة عام 1994⁽²⁾. وهو ما يترجم تراجع ظاهرة الوفاة وخاصة وفاة الرضع.

⁽¹⁾ الخبر اليومي (جانفي 2001).

⁽²⁾ Ministère de la santé et de la population, Enquête(MDG)1995, OPCIT, p19.

4.3.2. وفيات الأمومة:

تدرج البرامج الصحية حماية صحة الأم في أولوياتها ، نظرا لأهميتها ، " فقد كشف تحقيق أنجزه المعهد الوطني للصحة العمومية سنة 1999 أن 697 حالة وفاة سجلت في أوساط النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة. تم تسجيل هذه الأحداث على مدى الأيام الاثني والأربعين الموالية للولادة (فترة الحمل والوضع والفترة التالية حتى اليوم 42) وهذه النسبة شملت كل ولايات الوطن ومثلت 8.98 % من مجموع النساء البالغات سن الإنجاب⁽¹⁾.

" قدر مستوى وفيات الأمومة سنة 1989 عند مستوى 230 وفاة لكل 100.000 ولادة حية وتقلص سنة 1992 إلى 215 وفاة لكل 100.000 ولادة حية (202/100.000 في الوسط الحضري و 224/100.000 في الريف). وقدرت إحصائيات المستشفيات مستوى وفيات الأمومة سنة 1997 بحوالي 53 لكل 100.000 ولادة حية، مقابل 78.1/100.000 خلال سنة 1992"⁽²⁾.

" أظهرت النتائج الأولية للمسح الوطني الخاص بوفيات الأمومة لسنة 1999 تسجيل 697 (وفيات أمومة) ضمن 593.643 ولادة حية أي بمعدل 117.4/100.000 ولادة حية مع اختلاف حسب الولايات تراوح بين 23.3 و 239.2"⁽³⁾.

"هذا التحقيق الذي تم بالتعاون بين المعهد الوطني للصحة العمومية ومصالح الحالة المدنية خلال سنة 1999 أحصى 7757 وفاة امرأة في سن الإنجاب من بين عدد نسوة سن الإنجاب، المقدر عددهم إلى 7.502.742 امرأة متشكل وفيات الأمومة ضمن هذا العدد نسبة 9 %⁽³⁾. لهذا يبقى هذا المستوى غير مقبول ويتطلب تدعيم البرامج الصحية من أجل أمومة آمنة.

(1) الخبر اليومي فيفري 2001

(2) -وزارة الصحة و السكان، السكان والتنمية في الجزائر ، مرجع سابق ، ص 21.

(3)-Quotidien "Le MATIN" , du lundi / 15 / Janvier 2001.

(3)- IDEM.

جدول رقم 14.2 : تطور وفيات الأمومة (حسب الهياكل الاستشفائية)

السنة	1994	1995	1996	1997
عدد الوفيات	277	344	299	262

Source: G P S, la Revue Médico .Pharmaceutique , N° 03, Juin, 1998, p. 17.

4.2. المعطيات الصحية والاجتماعية:

1.4.2. النشاط الاقتصادي:

قدر عدد السكان النشطين بحوالي 7.5 ملايين نسمة سنة 1995 وارتفع بنسبة سنوية قدرها 6.80 % بين 1992 و 1995، مقابل 3.30 % بين 1987 و 1992. ويرجع هذا التطور السريع إلى الزيادة السكانية المسجلة خلال الفترة 1970-1985 لما وصل أفراد هذه الأجيال إلى الأعمار النشطة، إضافة إلى دخول النسوة (بقوة) إلى سوق العمل ، فنسبة النشاطات بين مجمل السكان وصلت إلى 16.6 % سنة 1996، بعدما كانت لا تتعدى 10 % قبل سنة 1992. وصل عدد النشاطات إلى 973.000 في 1996/03/31 بمعدل إجمالي قدره 13.17 % مقارنة بسنة 1992 أين كان العدد 600.000 نشطة " وتجدر الإشارة إلى أن نسبة نساء المدن تشكل حوالي 87 % من مجمل النشاطات إذ يمثل ضعف معدل النساء النشاطات في الأرياف (17.58 % مقابل 8.2 % على التوالي)"⁽¹⁾.

وقدر عدد العاملين سنة 1995 بحوالي 5.388.600 فردا، أي بنسبة قدرها 19.1 % من مجمل السكان.

جدول رقم 15.2: تطور عدد السكان العاملين (1966-1995)

السنة	1966	1977	1987	1992	1995
عدد العاملين (بالملايين)	1.72	2.38	4.2	5.11	5.39

المصدر: وزارة الصحة والسكان والتنمية في الجزائر، مرجع سابق، ص 24.

⁽¹⁾ وزارة الصحة والسكان والتنمية في الجزائر ، التقرير الوطني (ندس ق +5) ، مرجع سابق، ص 24.

جدول رقم 16.2: تطور معدلات النشاط بين النساء (%) حسب السن ومنطقة الإقامة

(1996/03/31)

السن	الحضر	الريف	المجموع
24-16	18.93	11.46	15.17
34-25	23.20	9.14	17.22
39-35	11.35	4.08	7.92
المجموع	17.58	8.20	13.17

المصدر: وزارة الصحة والسكان والتنمية في الجزائر، مرجع سابق ص، 24.

قدر عدد البطالين سنة 1995 بما يصل إلى 2.101.700 بطلا عند زيادة قدرها 582.000 مقارنة بسنة 1992، والملاحظ ان مجمل البطالين لا تتجاوز أعمارهم 30 سنة.

أكدت دراسات عديدة وجود علاقة قوية بين الفئة المهنية لرب الأسرة ووفيات الرضع نذكر من بينها دراسة TABUTIN التي عالجت موضوع وفيات الرضع والأطفال في الجزائر.

بين أنه كلما ارتفعت نسبة البطالة بين أفراد الطبقة العاملة تأثرت بالضرورة سلبا الوضعية الاجتماعية بصفة عامة وظاهرة وفيات الأطفال والرضع بصفة خاصة.

2.4.2. التعليم:

عملت الجزائر في مجال التعليم على شمولية التحاق الأطفال بالمدارس (كلا الجنسين) وعلى نحو أمية الكبار.

وكفلت القوانين حق التعليم لكل المواطنين و إلزاميته (دستور عام 1976).

ونتيجة لهذا وصلت نسبة الأطفال الذين التحقوا بمرحلة التعليم الابتدائي عام 1991 إلى 87%. وبلغت نسبة إتمام التعليم الابتدائي 61% بين الذكور و53% بين الإناث. وارتفع عدد المدارس من 4065 عام 1964 إلى 11843 عام 1987. كما بلغ عدد المعلمين 19908 معلما سنة 1962 ليصل إلى 139875 معلما سنة 1987، أي بمعدل نمو سنوي بلغ 8.1%⁽¹⁾.

(1) منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) - الطفل الجزائري - 1993 ص 13.

ازداد عدد الطلاب من 778.000 طالبا سنة 1962 إلى 3.802.000 طالبا سنة 1987 (بمعدل سنوي بلغ 6.5 %). وبفضل هذا الجهد ازداد المعدل الفعلي للالتحاق بالتعليم بين ذكور 6-15 سنة من 57.7 % عام 1962 إلى 94.16 سنة 1991 ثم إلى 95.3 % خلال السنة الدراسية 97/96. و انتقل مؤشر الإناث من 32.9% إلى 79.25 % ثم إلى 80.5 خلال نفس الفترة (انظر الجدول رقم 2.1).

وبلغت نسبة الإناث المسجلات في السنة التاسعة أساسي 52.8 % وهي نفس السنة تقريبا (52.54 %) في التعليم الثانوي خلال سنة 1997⁽¹⁾.

جدول رقم 17.2: معدل الالتحاق بالتعليم (%) ضمن أطفال الفئة 6-15 سنة خلال

بعض السنوات.

السنة	1980	1985	1989	1990	1991	*1997
المعدل الإجمالي	78.0	82.2	85.83	85.98	86.99	87.7
ذكور	88.4	92.3	93.80	93.65	94.16	95.3
إناث	67.4	72.3	77.20	77.87	79.52	80.5

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء (ONS) 1992

* وزارة الصحة والسكان، السكان والتنمية في الجزائر، مرجع سابق. ص 25 .

" بينت الإحصائيات أن معدل وفيات الرضع في الجزائر انتقل من 148% عندما لم يتلق الوالدين أي درجة من التعليم إلى 75% لما يتعلق الأمر بآباء تلقوا (على الأقل) سنة واحدة من التعليم الثانوي"⁽²⁾، تظهر هذه الملاحظة خطر الذي الأمية على المجتمع. مست هذه الظاهرة سنة 1966 4/3 السكان تقريبا. وبلغ هذا العدد 7.411.000 عام 1989 أي بزيادة سنوية قدرها 1% وتتفشى الأمية بشكل خاص بين الإناث. خلال نفس السنة بلغ عدد الذكور الأميين 74000 طفلا و 291000 بنتا (ضمن الإناث) بين أطفال الفئة العمرية 10-14 سنة و 100.500 و 291.000 على التوالي في الفئة العمرية 15-19 سنة (أنظر الجدول رقم 18.2).

(1) وزارة الصحة و السكان ، السكان والتنمية في الجزائر ، مرجع سابق ص 27.

(2) الأمم المتحدة النشرة السكانية العدد 19 ، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي اسيا ، 1980 ، ص 15.

جدول رقم 18.2: معدلات الأمية (%) حسب فئات الأعمار والجنس خلال سنة 1989

الفئة العمرية	ذكور	إناث
14-10 سنة	4.57	18.75
19-15 سنة	7.23	25.30

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء (ONS) 1992.

غير أن سياسة تكثيف ديمقراطية التعليم من خلال رفع هياكل الاستقبال سمحت بتخفيض الأمية بين السكان (أنظر الجدول رقم 19.2).

جدول رقم 19.2: تطور معدلات الأمية خلال بعض السنوات.

السنة	ذكور	إناث	المجموع
1966	62.30	85.40	74.60
1977	46.60	72.60	59.90
1987	30.75	56.66	43.62
1996	21.65	43.02	32

المصدر: وزارة الصحة والسكان والتنمية في الجزائر مرجع سابق، ص 26.

3.4.2. وضعية السكن:

عرفت وضعية السكن وتجهيزات الأسر تحسنا ملحوظا منذ الاستقلال، رغم بعض الفروق الجهوية.

ولد التزوح الريفي بناءات فوضوية، تفتقر إلى أدنى الشروط الضرورية، كالمياه الصالحة للشرب، قنوات صرف المياه، إضافة إلى كل هذا، بقيت معدلات استغلال المساكن والغرف وكذا متوسط عدد الأسر في المساكن مرتفعة جدا.

جدول رقم 20.2: متوسطات عدد أفراد الأسر، واستغلال المساكن، واستغلال الغرف

حسب منطقة الإقامة (13 مارس 1996).

المؤشر	حضر	ريف	المجموع
متوسط عدد الأفراد في الأسر	6.85	6.06	6.95
معدل تشغيل المسكن	7.45	7.61	7.53
معدل تشغيل الغرف	2.52	2.63	2.57

المصدر: وزارة الصحة والسكان والتنمية في الجزائر مرجع سابق، ص 28.

بلغ متوسط عدد أفراد الأسر 6.56 فردا، وبلغ عدد المساكن 5.224.537 مسكنا (من بينها 4.053.793 مسكنا مشغولا). أما معدل استغلال المساكن فقد بلغ 7.14 بعد أن كان خلال إحصاء 1987م 7.54 فردا لكل مسكن. (النتائج الأولية للإحصاء العام للسكان والسكن جوان 1998).

وكمقياس للرفاهية مازالت تجهيزات المساكن تسجل فروقا حسب محل الإقامة (حضر، ريف)

يطرح مشكل التزود بالمياه الصالحة للشرب بشدة في الجزائر، فمن الناحية الكمية لا يزود السكان بصفة عامة بالكمية الكافية من المياه الشروب. تقدر حصة الفرد اليومية بحوالي 75 لترا، إلا أنها تختلف حسب المناطق (64% في الريف مقابل 91% في الحضر)، من الناحية النوعية تبقى معالجة المياه الموجهة للاستهلاك غير كافية وغير منتظمة و تنعدم بعض الأحيان. كما تسجل تفاوتات فيما يخص قنوات الصرف (98% في المناطق الحضرية، 62% في المناطق الريفية)⁽¹⁾.

جدول رقم 21.2: مستوى توصيل المساكن خلال بعض السنوات.

المجموع	1995		* 1992	1987	نوع التوصيل
	ريف	حضر			
93.4	88.7	97.7	89.3	72.7	الكهرباء
76.8	54.2	97.5	68.8	58.0	الماء
32.1	8.12	54.0	29.8	21.17	الغاز
22.6	8.6	35.4	20.1	13.0	الهاتف
86.5	82.3	90.3	84.5	72.3	المطبخ
39.1	26.3	50.8	35.0	29.4	الحمام
63.7	28.4	96.1	64.9	52.4	شبكة تصريف المياه

* معطيات تعني الأسر وليس المساكن

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الندوة الدولية للسكان والتنمية، مرجع سابق، ص، 28.

(1) G P S, revue médico pharmaceutique N° 03, opcit, p.18.

عموما أبدى 41.4% من مجموع الأسر (سنة 1995) رضاهم عن ظروف سكنهم مقابل 59% (ناقلين) .

كان نقص التجهيز سببا في نقمة حوالي 22% من الأسر غير الراضية وكان ضيق المسكن وراء 46% من مجموع الاحتجاجات.

4.4.2. الصحة:

يعتبر النظام الصحي في الجزائر نظاما هجيناً، يجمع بين القطاع العمومي الذي يحتوي على هياكل ضخمة وقطاع خاص (عيادات خاصة) أقل ضخامة.

تطور نظام الرعاية الصحية في الجزائر بشكل سريع نسبياً، ففي عام 1962 لم يتعد عدد الأطباء 600 فرداً (بينهم 585 جزائرياً) ، بواقع طبيب واحد لكل 16000 نسمة. ازداد هذا العدد ليصبح 24781 طبيباً و7563 طبيب أسنان سنة 1991. كما ازداد أمل الحياة عند الولادة بواقع 14 سنة خلال 10 أعوام (من 52 سنة عام 1980 إلى 65.9 سنة عام 1990)⁽¹⁾.

محلياً توجد لا مساواة في توزيع المؤسسات الصحية بين المناطق والمدن، بحيث تستفيد المدن الكبرى بأكبر عدد من المؤسسات الصحية. إضافة إلى هذا، هناك فروقات في المسافات التي تفصل الأسر عن المراكز الصحية، وفقاً لمنطقة السكن. ففي المناطق الحضرية يقطن 77.90% من السكان على مسافة تقل عن كيلومتر واحد عن أحد مراكز حماية الأمومة والطفولة. ويقطن 76.90% على مسافة تقل عن كيلومتر عن المستشفيات. لكن في المناطق النائية، يقطن 40% من السكان على مسافة تزيد عن 5 كيلومترات عن أحد المراكز الصحية و يقطن 74% على مسافة تزيد عن 5 كيلومترات عن أحد المستشفيات.

فيما يخص النفقات الصحية، فاقت ميزانية التسيير الصحي 194 مليون دينار جزائري سنة 1986 ثم ارتفعت إلى 13 مليار دينار جزائري سنة 1988⁽²⁾.

(1) منظمة الأمم المتحدة للطفولة الطفل الجزائري ، مرجع سابق ص 18.

(2) Les médias associés , Algérie 30 ans après, situation économique, bilans et perspectives, p 251.

جدول رقم 22.2: النفقات الوطنية على الصحة.

1990-1988	1974-1970	
200	180	الأدوية
200	40	التجهيزات والوسائل الطبية
200	30	الاستيراد ومراكز الجمعيات والمستشفيات
110	70	العلاج في الخارج

.Source : Les médias associés, Algérie 30 ans après, situation économique bilans et perspectives, opcit, p251. الوحدة: مليار سنتيم

جدول رقم 23.2: تطور النفقات الوطنية على الصحة

نسبة الناتج الداخلي الخام (PIB)	النفقات الصحية (مليار دج)	السنة
4.2	6.1	1980
5.0	12.6	1985
5.5	19.9	1989

المصدر: المسح الوطني حول مرضية ورفيات الرضع (1989). (MMI) ، مرجع سابق.

ومع زيادة تمويل القطاع بقيت التغطية الصحية تسجل تفاوتاً بين المناطق النائية والمناطق العمرانية، رغم التحسن المسجل خلال الزمن. في هذا الإطار تم الوصول إلى طبيب لكل 1060 ساكن سنة 1993 بعدما كان عند المستوى طبيب لكل 8649 سنة 1967. تعود مصاعب نظام الرعاية الصحية في أغلب الأحيان إلى مشاكل تنظيمية وإلى نقص المعدات أو الموارد البشرية. ومن خلال المعطيات الإحصائية المستخرجة من دليل وزارة الصحة (الإحصائيات الصحية) (شهر أكتوبر 1996) يمكننا إدراج الجدول الموالي.

جدول رقم 24.2: توزيع الهياكل الصحية للممارسين.

39064	الممارسون (Praticiens) (أطباء، صيادلة، جراح أسنان) الأطباء:
27317	أطباء القطاع العمومي أطباء القطاع الخاص
28 مليون نسمة	الكثافة
1262 ساكن	السكان
3773 ساكن	طبيب لكل
7991 ساكن	جراح أسنان لكل
	صيدلي لكل
13	مركز صحي جامعي
184	مستشفى
471	عيادة متعددة الخدمات
1152	مركز صحي
4174	قاعة علاج
716	CMS مركز طبي اجتماعي
478	مركز امومة عمومي
42	مركز امومة خاص
1117	وكالة صيدلانية
3312	صيدلية خاصة
50	عيادة خاصة
Source: Ministère de la santé et de la population, annuaire des statistiques sanitaires octobre 1996.	

حاولنا من خلال هذا الفصل تقديم صورة لأهم المؤشرات الديمغرافية، الجغرافية، الاجتماعية... والتي ستمكننا حسب رأينا من دراسة أثر أهم هذه العوامل على ظاهرة وفيات الأطفال الرضع، قمنا بعرض أهم المعدلات التي عرفتها الجزائر عبر مراحل ومصادر مختلفة وتبعاً لبعض العوامل (الجنس، العمر...).

وقبل دراسة الظاهرة كميًا، رأينا أنه من الأجدر تقديم عرض تاريخي لهذه الظاهرة وتقييم السياسات المرتبطة بها.

الفصل الثالث

3. اتجاهات و مستويات وفيات الرضع وتقييم السياسات الصحية

1.3 التطور التاريخي لوفيات الرضع:

لاستعمالها على مدى أكثر من قرن كمقياس لمستوى التطور الاقتصادي و الاجتماعي للسكان، و حديثا كمؤشر لنوعية خدمات صحة الأم و الطفل. لهذه الأسباب لا يمكن لأي بلد إلا أن يستعمل مستوى وفيات الرضع أو وفيات الولادات المخاضية (Périnatale) ليرى موقعه بين نظرائه، بأمل تحسن ترتيبه، أو تبني الإجراءات السياسية الملائمة في الحالة المعاكسة.

ترى معظم البلدان انه من السابق لأوانه قياس الأثر النهائي لإستراتيجية توفير الصحة للجميع بمعيار الانخفاض الإجمالي للوفيات ، أو اعتبار أي تحسن نتيجة مباشرة للجهود الوطنية، و رغم ذلك فان قياس التغيرات بمعايير أساسية مثل معدل وفيات الرضع ، و أمل الحياة تكشف عن اتجاه نحو صحة أفضل في كل البلدان و إن كانت وجوه التفاوت لا تزال كبيرة بين البلدان و في داخلها (حسب المناطق و الجهات)⁽¹⁾.

أبلغ 80 بلدا من بين 159 عن معدلات وفيات رضعه. كانت معدلاتها دون مستوى 50 في الألف . و وصل عدد البلدان التي أبلغت عن متوسطات أعمار أطفالها عند الولادة 161 بلدا. بلغ 98 بلدا من بينها أمل حياة (عند الولادة) قدره 60 سنة أو أكثر⁽²⁾.

و رغم أهميتها (وفيات الرضع) كمقياس ، إلا أن المهتمين بدراستها يشيرون إلى صعوبة في تتبع تطورها ، بسبب غياب بيانات تسجيل الوفيات (خاصة في البلدان النامية) على مدى فترات رجعية طويلة، لأن هياكلها الإدارية جديدة و " بالتالي فان تحليل الوفيات لا يرجع إلا لمدة قصيرة من الزمن ، زيادة على سوء تغطية التسجيلات في هذه البلدان"⁽³⁾ و هو ما يفسر نسبية معدلات وفيات الرضع التي يستعملها الباحثون و المنظمات العالمية في تفسير تطور الظاهرة .

(1) MASUY. STROOBANT (G), La mortalité infantile a l'est et l'ouest similitudes et divergence, INSTITUT de démographie (Louvain. La neuve édition Academia, 1992, page 01.

(2) د. عمود عبد المولى، العالم الثالث و نمو التحلف -الدار العربية للكتاب -الطبعة الثانية 1990 - ص57.

(3) KERMANI (S), Etude de la mortalité infantile dans la daira de CHERAGA, opcit p19.

1.1.3. التطور التاريخي لوفيات الرضع في البلدان المتقدمة

" عرف معدل الوفيات في المجتمعات القديمة و بعض دول العالم الثالث ارتفاعا كبيرا وصل إلى 300 ‰ . حاليا يبلغ هذا المعدل في البلدان المتطورة الأكثر تقدما أقل من 10 ‰ . بصفة عامة، يرتبط معدل وفيات الرضع بأمل الحياة عند الولادة، فعندما لا يتعدى هذا المتوسط 30 سنة يفوق معدل وفيات الرضع 200 ‰ " (1).

عرفت نسب وفيات الرضع ارتفاعا خلال القرن التاسع عشر و بداية القرن العشرين في كل البلدان، إلا أنها انخفضت بقدر كبير منذ الخمسين سنة الماضية في البلدان المصنعة.

إن المتتبع لهذه الظاهرة يجدها سواء تعلق الأمر بالشرق أو بالغرب ما زالت تسجل تفاوتات بين الدول، مع تأخر أكبر في دول أوروبا الشرقية . و اعتمادا على معطيات الجدول رقم 1.3 التي تسمح بتتبع هذه الظاهرة منذ القرن التاسع عشر و حتى القرن العشرين، نستطيع تقسيم الدول المعنية (الأوروبية و الأمريكية) إلى ثلاث مجموعات أساسية :

- ♦ بلدان ذات نسب وفيات رضع جد منخفضة، و أبرزها السويد، فنلندا و سويسرا
- ♦ بلدان ذات نسب وفيات رضع متوسطة كالنمسا و بلجيكا و الولايات المتحدة الأمريكية .
- ♦ بلدان ذات نسب عالية كيوغسلافيا و بلغاريا.

1.1.1.3 البلدان ذات النسب المنخفضة : و هي البلدان التي سجلت أكثر النسب

انخفاضا ضمن الدول المتطورة و نخص بالذكر :

السويد : أتجهت معدلات الوفيات في هذا البلد الى الإنخفاض خلال المراحل التاريخية ، فبعد ما كانت في العشرية الأولى من القرن التاسع عشر (1801-1810) تقدر بحوالي 200 ‰ انخفضت الى 154 ‰ بين 1841-1850 ووصلت الى 111 ‰ في نهاية القرن التاسع عشر .

(1) Tapinos (G), Eléments démographiques, Analyse déterminants socio.économiques et histoire des populations, Edition Armond colin , Paris 1985, p.133.

و بلغت في بداية القرن التاسع عشر خلال الفترة الممتدة بين 1906 و1915، 75% لتصل إلى 59% بين 1921 و1930. يعتبر هذا الانخفاض قياسا مع الدول التي شهدت انخفاضا آنذاك بالنظر الى الظروف القاسية نتيجة الحروب و المجاعات .

سجلت السويد أخفض نسبة في العالم خلال الفترة 1931-1960 حيث بلغت 18% واستمر ليصل إلى 10% في منتصف السبعينات .

" تشير معطيات المنظمة العالمية للطفولة إلى النسب القياسية التي سجلها هذا البلد حيث حقق نسبة 6% سنة 1989 لتصل في التسعينات وبالضبط سنة 1994 إلى 4% (1)" و يقارب هذا البلد في سرعة تخفيض وفياته.

الترويج الذي حقق في بداية القرن العشرين (1906-1915) معدلا قدره 67% ليصل إلى 8% سنة 1989 و 4% سنة 1994. وتعد كل من فنلندا و سويسرا من الدول الأوروبية الرائدة في تخفيض وفيات الأطفال الرضع . استطاع هذان البلدان خفض هذا المعدل بدرجة متسارعة، خاصة بعد الحرب العالمية الثانية حيث وصل المعدل على التوالي إلى 29 و 25 بالألف في كل منهما. وفي نهاية الثمانينات وصل هذان البلدان إلى نسبة السويد (6%) .

2.1.1.3 البلدان ذات النسب المتوسطة :

ضمن هذه البلدان نجد فرنسا، إنجلترا، الولايات المتحدة الأمريكية، بلغاريا، النمسا، بلجيكا اسكتلندا و بعض الدول الأوروبية الأخرى، خاصة الغربية منها . في بداية القرن التاسع عشر كانت نسبة وفيات الرضع في فرنسا جد مرتفعة، إذ قدرت بحوالي 209% و انتقلت في منتصف نفس القرن (1841-1850) إلى 159% وهي نسبة تتوسط البلدان الأوروبية آنذاك .

ارتفعت هذه النسبة في نهاية القرن التاسع عشر، لتصل 168% وانخفضت خلال الفترة 1971-1975 إلى 14% . وحسب معطيات اليونسيف (لسنة 1989) بلغت هذه النسبة 8% و وصلت 7% سنة 1994.

(1) UNICEF, la situation des enfants dans le monde 1996, p. 85.

كان للثورتين الصناعية و الزراعية تأثيرا كبيرا في خفض وفيات الأطفال، إذ بدأت معدلات الوفيات في التناقص منذ نهاية القرن الثامن عشر و حسب تعبير

JOHN GRAUNT

" سنة 1662 لم يعيش في لندن من بين كل 1000 طفل يولدون سوى 640 فقط حتى سن السادسة" (1).

في إنجلترا فاقت نسب وفيات الرضع 100 % بين منتصف القرن التاسع عشر و بداية القرن العشرين (1885-1915). بعد هذا أخفض المعدل تدريجيا ليصل 72 % ثم 25 % بين سنة 1931 و 1960 و هو انخفاض محسوس سجل بعد الحرب العالمية الثانية. وخلال سنوات معينة (1945 في بلجيكا و النمسا و بدرجة أقل في اسكتلندا و إنجلترا سنة 1941) (2).

وحسب معطيات اليونسيف (سنة 1991) تمكنت إنجلترا من خفض معدلات وفيات الرضع، إذ وصلت في نهاية الثمانينات إلى 8 % و إلى 6 % سنة 1994 . في هذا السياق عرفت معدلات وفيات الرضع الأقطار الأخرى (خارج أوروبا) التي يسكنها سكان من أصل أوروبي تراجعاً مماثلاً كما هو الحال في كندا و نيوزلندا و الولايات المتحدة الأمريكية. لم يبدأ التسجيل في الولايات المتحدة إلا عند بداية القرن الماضي حيث سجلت بين سنتي 1906 و 1915 نسبة قدرها 110 % و بدأ هذا المعدل ينخفض حتى وصل إلى نسبة 71 % بين سنتي 1921 و 1930 و انخفض إلى ما يقارب 30 % في منتصف القرن العشرين، حيث سجلنا نسبة قدرها 27 % . و في منتصف السبعينات (1971-1975) و وصلت النسبة إلى 18 % تاريخ وصولها مستوى البلدان المتطورة الأخرى على غرار بلجيكا. ووصل هذا المعدل (حسب معطيات اليونسيف) في نهاية الثمانينات (1989) إلى 10 % ثم 8 % سنة 1994 .

3.1.1.3. البلدان ذات النسب العالية:

و هي الدول التي عرفت فيها الظاهرة ارتفاعاً دائماً، خلال الزمن، مقارنة مع الدول المتقدمة الأخرى. سجلت أغلب هذه النسب في أوروبا الشرقية و تميزت باختلافات هامة،

(1) د. قاسم أبو عيانة ، دراسات في علم السكان، دار النهضة العربية للطباعة والنشر بيروت 1985، ص 10.

(2) MASUY. STROOBANT. (G), La mortalité Infantile à l'Est et à l'Ouest, opcit, p.04.

وكمثال على ذلك يوغسلافيا (سابقا)، هذا البلد الذي لم يبدأ فيه التسجيل إلا مع بداية القرن العشرين. عرف هذا البلد بين سنتي 1906 و1915، معدلا قدره 191% لينتقل إلى 151% بين سنتي 1921 و1930 حتى وصل نسبة 104% عند منتصف القرن العشرين. ومثل بذلك أعلى المعدلات في تلك الفترة إذا ما قورن بمؤشرات الدول الأوربية الأخرى. بعد الستينات استطاعت يوغسلافيا التخفيف من حدة الظاهرة لتحقق معدلا قدره 24.5% سنة 1989⁽¹⁾ ووصلت سنة 1994 إلى 20%.

أما البرتغال فقد حقق سنة 1989 معدلا قدره 13.1%، بعد أن كان عند المستوى 145% خلال الفترة الممتدة من سنة 1921 إلى سنة 1930، وهي الفترة التي بدأت خلالها عمليات التسجيل.

ومع أن البرتغال يعد من دول أوروبا الغربية فإنه مقارنة مع نظرائه يعد من الدول التي لم تستطع التحكم في هذه الظاهرة إلا مؤخرا، إذ وصلت النسبة فيه في نهاية الثمانينات إلى 13% ثم إلى 6% سنة 1994.

في دول أوروبا الشرقية، عرف الاتحاد السوفياتي مستوى توسط كل من النمسا ويوغسلافيا. تميز بارتفاع مع بداية السبعينات، علما أن هذه النسب لم تنشر في هذا البلد إلا منذ سنة 1975 و إلى غاية نهاية نفس العشرية.

بصفة عامة أظهرت أرقام الفترة 1980-1989 انخفاض الظاهرة بشكل بطيء في سنة 1989 التحق الاتحاد السوفياتي بمستوى يوغسلافيا، أي أربع مرات معدل وفيات الرضع في فنلندا (سنة 1985) وأقل بثلاث مرات عن معدل إنجلترا اسكتلندا والنمسا (سنة 1989)⁽²⁾.

من خلال تقييم نسب وفيات الأطفال الرضع في بعض البلدان الأوروبية و الأمريكية يمكن القول أنه سواء تعلق الأمر بالشرق أو الغرب، ما زالت الظاهرة تسجل تفاوتات بين الدول مع تأخر البلدان الشرقية، فالبرتغال الذي سجل تأخرا في ميدان مكافحة وفيات

(1)IBID, p.06.

(2)IBID, p. 02.

الرضع ، إلا أنه ابتداء من الستينات تمكن من تحقيق تقدم مكنه من تقليص التأخر الذي كان يعاني منه منذ أكثر من نصف قرن. (أنظر المنحنى) عكس السويد و فنلندا اللذان يعتبران من الدول الرائدة في ميدان مكافحة وفيات الرضع .

عموماً، يمكننا القول ابتداء من سنة 1900 ، بأن تطور وفيات الرضع في البلدان الأوربية ابتداء من سنة 1900 أدى إلى تغيير هيكله الأسباب الطيبة مما أدى بالباحثين والديموغرافيين و المختصين في علم الأوبئة إلى إعطاء مفهوم أوسع لاحتمالات الوفاة. أصبحت هذه الظاهرة تدرس و يتم تحليلها بشكل أوسع، بتوظيف مصطلح الوفيات المبكرة لحديثي الولادة (0-6 أيام) أو الوفيات المخاضية (perinatale) التي تضم مجموع الولادات الميتة. والوفيات المبكرة لحديثي الولادة تدمج الولادات الميتة أو الوفيات الجنينية المتأخرة في المفهوم العام لوفيات الرضع و عليه يتم حساب معدلات لوفيات الرضع بناء على تقسيم خطر الوفاة خلال الاسبوع الاول إلى قسمين :

وفيات اليوم الأول ، ووفيات الأيام الفعلية 1-6 أيام. يشكل القسم الثاني (وفيات الاسبوع)

الوفيات المبكرة لحديثي الولادة ، يستند تقسيم الوفيات المبكرة لحديثي الولادة إلى معدلين مختلفين إلى أهمية الوفاة خلال اليوم الأول (ضمن الخطر الكلي لوفيات الرضع).

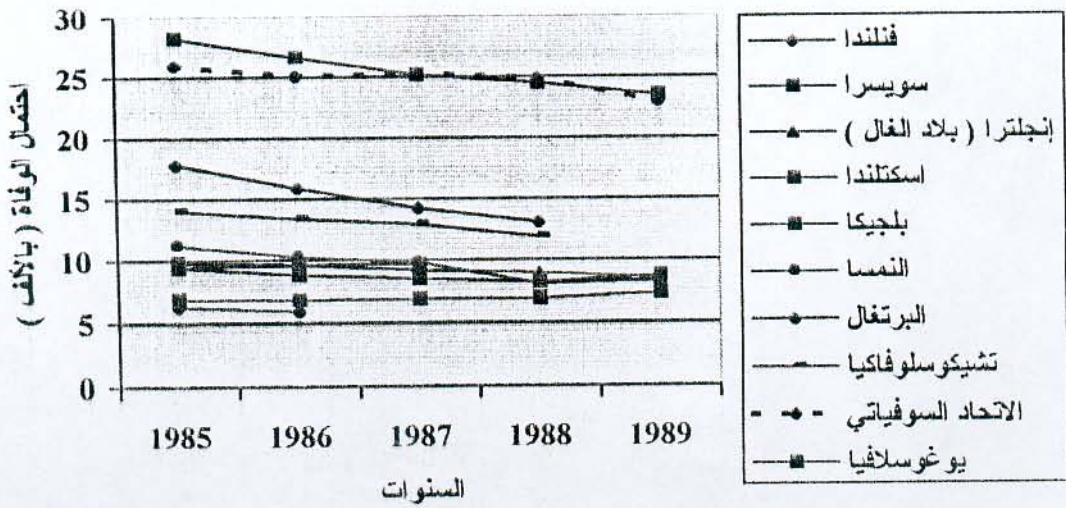
الجدول رقم (1,3): احتمال وفاة الرضع % عشرة دول أوروبية خلال الفترة

1985-1989.

1989	1988	1987	1986	1985	الدولة
-	-	-	5.9	6,3	فنلندا
7,3	6,9	6,9	6.8	6,9	سويسرا
8,5	9,0	9,2	9.6	9,4	إنجلترا (بلاد الغال)
8,7	8,2	8,5	8.8	9,4	اسكتلندا
-	-	9,7	6.9	9,8	بلجيكا
8,3	8,1	9,8	10.3	11,2	النمسا
-	13,1	14,2	15.9	17,8	البرتغال
-	11,9	12,9	13.4	14,00	تشيكوسلوفاكيا
23,0	24,9	25,4	25.1	26,00	الاتحاد السوفياتي
23,5	24,5	25,2	26.7	28,3	يوغوسلافيا

SOURCE: MASUY-Stroobant (G), La mortalité Infantile à l'Est et à l'Ouest. op.cit., p06.

مخطط 1.3 : احتمال وفاة الرضع (%) في عشر دول أوروبية خلال الفترة 1985-1989.



2.1.3 تطور وفيات الرضع في البلدان النامية :

شهدت الدول النامية انخفاضا كبيرا في مستوى الوفيات إلا أن معدلاتها مازالت أعلى من نظيراتها في الدول المتقدمة. نتج هذا عن تشابك عدة عوامل أهمها التخلف وفقر البيئة المحلية كما أن كثيرا من الدول تفتقر إلى الأرقام الدقيقة لقياس المستوى العام للوفيات. تقع هذه الأقطار في كل من أمريكا اللاتينية، إفريقيا، وجنوب شرق آسيا. وعلى الرغم من أن دولا كثيرة من بين هذه الدول خطت خطوات ملحوظة نحو رفع المستوى الصحي إلا أن المناطق الريفية ما زالت تعاني نقصا واضحا .

لم تشهد الدول النامية نفس الانخفاض الذي شهدته الدول المتطورة. سجلت إفريقيا وآسيا عند نهاية الثمانينات نفس المستوى الذي سجلته أوروبا وأمريكا الشمالية خلال القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين، ففي حين سجلت كل من السويد والنرويج خلال الفترة الممتدة بين 1906-1915 معدلا قدره 75% لم تصل الدول النامية إلى هذه النسبة إلا عند نهاية الثمانينات، وعلى سبيل المثال سجلت بعض هذه الدول (سنة 1989) النسب التالية:

المغرب 78% ، الجزائر 70% ، زامبيا 78% ، مصر 67% ، الزائير 81% .

عموما عرفت الدول النامية مع بداية الخمسينات معدلات فاقت 150% بينما لم تتعد هذه النسبة 50% في الدول المتطورة (خلال نفس التاريخ) اتسعت الهوة في بداية السبعينات، حيث سجلت الدول النامية (سنة 1973) نسبة قدرها 100% مقابل 20% في الدول المتطورة.

تعكس معطيات وفيات الرضع في الدول النامية اختلافا واضحا في حجم المشكلة من بلد لآخر ، إذ هي أكثر ارتفاعا في الدول الإفريقية. تقسم المنظمة العالمية للطفولة الدول النامية بناء على نسب وفياتها إلى (أنظر الجدول التالي).

* مجموعة دول ذات نسب مرتفعة جدا تفوق 100% ، أغلبيتها بلدان إفريقية .

* مجموعة دول ذات نسب مرتفعة محصورة بين 55% و 100% .

* مجموعة دول ذات نسب متوسطة محصورة بين 25% و 50% .

*مجموعة دول ذات نسب ضعيفة أقل من 25 % .

جدول رقم 3-2: معدل وفيات الرضع في بعض البلدان النامية خلال السنوات

1960، 1989، 1994، (بالألف) .

1960	1985	1994	البلدان
			<u>البلدان ذات النسب العالية جدا:</u>
210	166	119	-مالديبي
215	169	165	-أفغانستان
203	142	131	-غينيا
175	133	117	-إثيوبيا
146	119	80	-رواندا
			<u>البلدان ذات المعدلات المرتفعة</u>
158	81	120	-الزائير
160	78	-	-ليبيا
163	78	46	-المغرب
168	70	54	-الجزائر
179	67	41	-مصر
			<u>البلدان ذات المعدلات المتوسطة:</u>
159	51	28	-تونس
135	42	21	-الأردن
135	46	32	-سوريا
150	31	35	-الصين
92	41	27	-المكسيك
			<u>البلدان ذات المعدلات الضعيفة:</u>
114	20	13	-التبلي
26	11	09	-كوبا
89	17	12	-الكويت
54	15	17	-ترينداد و توباكو
63	16	10	-جامايكا
84	18	14	-كوستاريكا
المصدر: *منظمة الأمم المتحدة للطفولة، (اليونيسيف)، وضع الأطفال في العالم، عمان، 1991، ص 102.			
** منظمة الأمم المتحدة للطفولة، (اليونيسيف) وضع الأطفال في العالم، عمان، 1996، ص 80.			

* المنظمة العالمية للطفولة (اليونيسيف)، وضع الأطفال في العالم عمان 1991 ص 102.

** المنظمة العالمية للطفولة (اليونيسيف)، وضع الأطفال في العالم عمان 1996 ص 80.

1.2.1.3 التطور التاريخي لوفيات الرضع في إفريقيا:

تعد إفريقيا أعلى القارات من حيث مستوى الوفيات، حتى أن معدل الوفيات الخام بها يصل إلى ضعف مثليه في العالم المتقدم و أكثر من الضعف في أمريكا اللاتينية و من الملاحظ أن "مستوى الوفاة في قارتي آسيا و إفريقيا هو الذي يحدد معدل الوفيات في الدول النامية، ذلك لأن هاتين القارتين تحويان أكثر من 80 % من سكان العالم النامي" (1).

تصنف دول إفريقيا حسب منظمة الصحة العالمية ضمن البلدان ذات المعدلات العالية لوفيات الرضع (ما عدا دول شمال إفريقيا). يفوق معدل وفيات الرضع في غالبية الدول الإفريقية المستوى 70 %. فبلد كمالي سجل سنة 1960 نسبة قدرها 210 % ، انخفضت أواخر الثمانينات الى 166 % و إلى 119 % في سنة 1994. وبلغ المعدل في النيجر خلال نفس السنة (1994) ، 191 % .

وعرفت بوركينافاسو نفس التطور تقريبا، بحيث سجلت سنة 1960 نسبة قدرها 205 % ، انخفضت إلى 135% في نهاية الثمانينات و إلى 89% سنة 1994 .

تختلف دول شمال إفريقيا عن البلدان السابقة نظرا للاختلافات المناخية و إلى الفروق الاقتصادية و الاجتماعية بين الدول .

لا تتميز إفريقيا اليوم بأعلى معدلات نمو ديمغرافي فقط، لكن ترتبط أيضا بالتأخر الذي لحق بالعالم الثالث ، فهي تتميز بمعدلات تصنيع ضعيفة و نسب أمية كبيرة . على سبيل المثال لا توظف الصناعة الحديثة إلا 11 % من عدد السكان النشطين، و حسب الأمم المتحدة تضم إفريقيا 25 بلدا من الدول الأقل تقدما في العالم.

في بداية الستينات سجلت معظم دول المغرب العربي وفيات متقاربة من حيث المستوى، قاربت 162 %، لكنها انخفضت في بداية السبعينات بنفس المستوى تقريبا ، حيث سجلت نسبة 130 % في كل من ليبيا ، تونس ، المغرب ، في حين شذت الجزائر

(1) د. فتحي أبو عيانة، دراسات في علم السكان، مرجع سابق، ص 107

وهكذا يمكننا التحدث (منذ بداية الثمانينات) عن ظهور تباين واضح في وتيرة تراجع معدل وفيات الرضع في دول المغرب العربي. يمكن ربط هذا التباين بالظروف الاجتماعية والاقتصادية في كل بلد و بفعالية البرامج الصحية المتبناة من طرف هذه البلدان (انظر الجدول رقم 4.3).

جدول رقم 4.3 المؤسسات الصحية في بعض بلدان المغرب العربي خلال بعض التواريخ:

الجزائر	المغرب	تونس	المؤشرات
			التغذية:
9	9	8	% المولودين الجدد الذين يعانون نقصا في الوزن (1990)
7	6	4	% الأطفال الذين يعانون النحافة الحادة أو المتوسطة (12-23 شهرا) خلال الفترة (1980-1992)
			النظافة والصحة:
68	56	-	% الإجمالية للسكان المرتبطة بشبكة مياه صالحة للشرب. (1991-1988)
85	100	-	* حضري
55	18	-	* ريفي
			% الإجمالية للسكان المرتبطة بشبكة صرف (1991-1988)
57	غ.ميين	-	* حضري
80	100	-	* ريفي
40	غ.م	-	% الإجمالية للسكان التي تتوفر على خدمات صحية (1992-1985)
88	70	-	* حضري
100	100	-	* ريفي
80	50	-	التلقيح:
			% الأطفال الملقحين كليا (1 سنة) (1990-1992)
97	93	80	BCG
89	87	95	DTC
89	81	95	POLIO
82	81	87	ROUGEOLE

SOURCE: Centre international de l'enfance, systèmes et politiques de santé au Maghreb, un état des lieux, 1994, p.p. 29,30.

2.2.1.3. التطور التاريخي لوفيات الرضع في الجزائر :

كما هو الحال في الدول النامية ، تعاني الجزائر في مجال جمع المعلومات من مشاكل ترتبط بصعوبة الحصول على معطيات ذات نوعية، نظرا لسوء تسجيل معظم الأحداث تاريخيا خلال فترة الاستعمار من جهة، و لعدم شمولية الحالة المدنية لمعظم المناطق الجغرافية من جهة أخرى .

"وفيات الرضع غير معروفة جدا و النسب هو أن وفاة طفل بعد ولادته بقليل غير معلنة خاصة في الوسط الريفي"⁽¹⁾.

حسب HENRY. L انخفض معدل وفيات الرضع بعد سنة 1947 إلا أن هذا الإنخفاض لم يمس إلا السكان غير المسلمين ، انخفض المعدل من 121 % إلى 62 % ، هذا الاستراجع لم تعرفه وفيات المسلمين الذين يتوفى أبناءهم بمقتضى 143 % سنة 1955⁽²⁾.

في واقع الأمر لم يبدأ نشر المعطيات الخاصة بوفيات الرضع إلا سنة 1901 . في هذا المجال بين الديمغرافي TABUTIN في كتابه وفيات الرضع و الأطفال في الجزائر تطور نسب وفيات الرضع بناء على تحليل نقدي للمعطيات التي نشرتها الحالة المدنية (فترة ما قبل الاستقلال وحتى سنة 1969) . بينت هذه الاحصائيات أن نسب وفيات الرضع اتجهت للإخفاض بعد أن كانت جد مرتفعة في بداية القرن . يربط الباحثون هذه المستويات المرتفعة بأسباب عديدة: الأمراض و الأوبئة و الحرب و كذا بتحسن نظام التسجيل.

أعيد النظر في نسب وفيات الرضع اعتمادا على معطيات المرحلة 1945-1969 وخاصة بعد إجراء المسح الوطني الثلاثي الملاحظة " (المسح الوطني الإحصائي للسكان، 1970) الذي يعتبر مرجعا أساسيا لحساب نسبة وفيات الرضع في الجزائر ، إذ مكن من تعديل النسب المتحصل عليها من خلال معطيات التسجيل القديم . بين هذا المسح عدم التصريح بحوالي 40.7 % مجموع الأحداث " فنسبة وفيات الرضع بناء على معطيات الحالة المدنية تقل بكثير عن تلك المتحصل عليها اعتمادا على معطيات المسح

(1) KOUAOUCCI (A), familles et contraception, OPCIT P. 17

(2) IBID

(ENSP 70). في سنة 1969، قدرت الحالة المدنية نسبة وفيات الرضع عند المستوى 34 %، بينما أعطى المسح معدلا قدره 141,5 %، لذا فاقت النسب المصححة نسب الحالة المدنية بما يزيد عن 80 % وبلغ الاختلاف 100 % في الوسط الريفي " (1).

أظهرت الدراسة الوطنية الإحصائية للسكان (E.N.S.P 70) معدلا جد مرتفع، بلغ 149 % وبقي عند هذا المستوى إلى غاية 1981.

و بعد تبني البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الرضع (سنة 1983)، انخفض هذا الأخير من 83 % سنة 1983 إلى 70 % سنة 1986 و إلى حوالي 60 % سنة 1988.

وتجدر الإشارة إلى أنه " خلال الستينات بلغت نسبة وفيات الرضع في الوسط الريفي 195 % مقارنة مع 146 % في الوسط الحضري، وفي سنة 1970 قدر احتمال وفاة المولودين جدد (الرضع) في المدن بحوالي 0,141 " (2).

بعد حوالي عشرين سنة تقريبا، أصبحت المعدلات - اعتمادا على معطيات المسح الوطني الجزائري للخصوبة (E N A F) المغطية لفترة 5 سنوات قبل المسح - " جدد متقاربة في الوسطين (59 % في الحضر و 61 % في الريف). وتميزت أكبر المدن (3) معدل (LES METROPOLES) بأخفض معدل (46 %).

بينت معطيات الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) أن نسب وفيات الرضع في الجزائر في انخفاض مستمر منذ السبعينات، إذ انتقلت من 126 % سنة 1971 إلى 82 % سنة 1983 و إلى أن سجلت في بداية التسعينات 55,4 % " وحسب إحصائيات اليونسيف (UNICEF) و البنك الدولي فإن المعدل انتقل من 168 % سنة 1960 إلى 64 % سنة 1991 (3).

يفسر هذا الانخفاض بمدى نجاح السياسة الصحية المتبناة منذ الاستقلال. ورغم تراجع هذه الظاهرة إلا أنها تبقى مرتفعة، إذا ما قورنت بمستويات الدول الرائدة في هذا الميدان.

(1) TABUTIN.(D), La Mortalité infantile et juvénile en algérie, opcit, p.40.

(2) KOUAOUCI . (A). Familles , Femmes et contraception, OPCIT.P. 13

(*) يجب الإشارة إلى أن مصطلح حضر في ملف معطيات هذا المسح لا يشمل أكبر المدن الجزائرية (الجزائر، عنابة، قسنطينة،هران).

(3) Centre international de l'enfance, systèmes et politiques de santé au Maghreb, un état de lieux, opcit, p.16.

جدول رقم 5.3 تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر (1901-1998)، (بالآلف) .

نسب وفيات الرضع لكل 1000 ولادة حية	السنوات	نسب وفيات الرضع لكل 1000 ولادة حية	السنوات
111	1901	81	1955
117	1905	112	1960
90	1910	86	1965
100	1915	-	1970
-	1920	110	* 1975
79	1925	103	* 1980
82	1930	78.3	*1985
82	1935	57.8	* 1990
83	1940	42.4	** 1992
119	1945	32	*** 1995
86	1950	53.35	**** 1998

SOURCE: TABUTIN. (D), La mortalité Infantile et juvénile en Algérie, opcit, p.264.

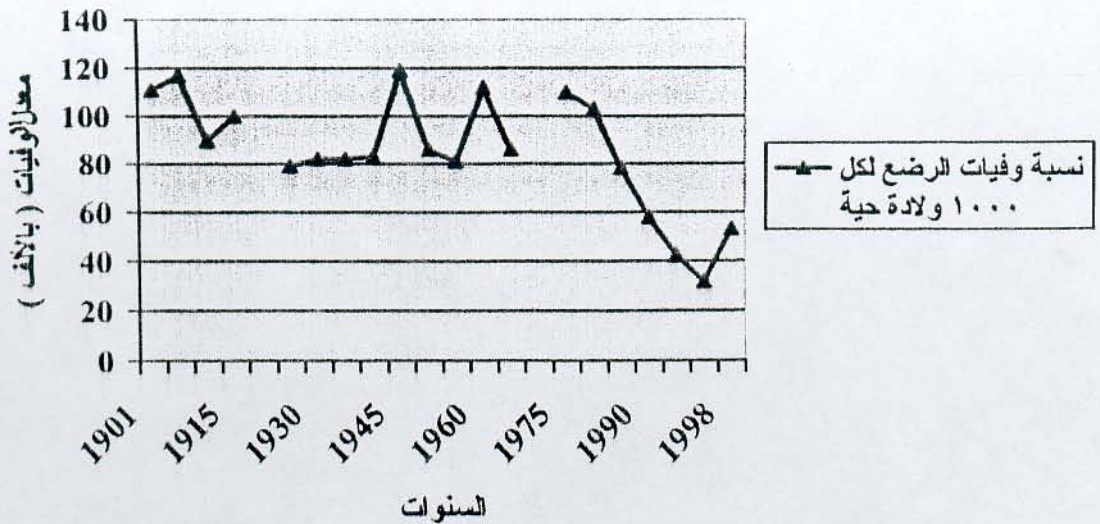
* Organization mondiale de la santé (O M S) (1975.1990).

** ONS Enquête Algérienne sur la santé maternell et infantile (EASME). 1992.

** MSP Enquête nationale sur les objectifs de la mi.décennie (MDG), 1995.

*** ONS Office national des statistiques n° 294,opcit,p.4.

مخطط رقم 2.3 : تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر لكل 1000 ولادة حية (1901-1998)



2.3 السياسة الصحية و مكافحة وفيات الرضع :

شهدت معظم دول العالم في السنين الأخيرة انخفاضا في مستوى الوفيات سواء كانت دولا متقدمة أو نامية ، ويرجع ذلك إلى تبني سياسات صحية فعالة في إطار سياستها السكانية.

"يتمثل الهدف الأساسي لكل سياسة سكانية في توجيه حركة السكان باتجاه يسمح بتحسين سريع في الجانب الاجتماعي، فهي متخذة بطريقة تسمح بإدماجها ضمن سياسة عامة ، تهدف إلى تحقيق الاهتمامات العميقة للمجتمع " (1).

توج الاهتمام العالمي بظاهرة وفيات الرضع بانعقاد مؤتمر بوخاريس (1975) ومؤتمر ألماتا (1978).

طرح خلال المؤتمر الأخير قضية وفيات الأطفال، كما ترجم هذا الاهتمام بانعقاد الندوة العالمية حول السكان بمكسيكو (1984) ، لكن رغم هذه الاهتمامات بقي العالم يعاني من مشكل ارتفاع معدلات المرضية و الوفيات خاصة في دول العالم الثالث إلى غاية التسعينات، تاريخ انعقاد القمة العالمية للطفل (1990) ، التي طرحت خلالها أهم المشاكل التي يعاني منها الأطفال (الأمراض، التغذية، الوفاة....). توجت هذه القمة بوضع عدة أهداف من بينها (2) :

-القضاء عالميا على مرض الكزاز بحلول العام 1995.

-الاحتفاظ بمستوى عالي من التغطية التحصينية (85 % على الأقل) يخص الرضع، بحلول عام 2000.

و في هذا السياق حدد آخر تجمع عام للمنظمة العالمية للصحة (OMS) (ماي 1998) سياسة جديدة ، تضع الصحة في صميم الاهتمامات التي شكل الطفل أهمية كبيرة فيها. و الملفت للانتباه أن الاستراتيجيات المتبنية من طرف الدول لمكافحة وفيات الرضع تختلف أهمية تطبيقها بين الدول و يرجع ذلك لاختلاف مستويات الظاهرة و بالتالي لاختلاف استراتيجية مكافحتها، تبعا لتباين الخصائص الديمغرافية (أنظر الجدول رقم 6.3)

(1) Revue " université " , AUPELF, UREF,; Vol 14 n°01, MONREAL (Québec). Mars, Avril 1993
p.30.

(2) منظمة الأمم المتحدة للطفولة . -وضع الأطفال في العالم. عمان 1991. ص74.

جدول رقم 6.3 : بعض الخصائص الديمغرافية في للبلدان المتطورة و البلدان النامية

(1980).

النطاق	معدل التحضر	معدل النمو* %	معدل الولادات ‰	معدل الوفيات ‰	المعدل الخام للذكور*	معدل وفيات الرضع ‰*	توقع الحياة عند الولادة (بالسنوات)*
المتوسط العالمي	39,9	1,77	28,9	11,4	1,91	89	57,3
البلدان المتقدمة	70,6	0,74	15,9	09,4	1,00	19	72,1
البلدان النامية	29,4	2,14	33,5	12,1	2,26	100	54,8
النوع (أ) اثيوبيا	14,5	1,94	49,3	23,4	3,30	155	40,9
النوع (ب) الجزائر	60,9	3,06	47,0	13,4	3,50	125	55,3
النوع (ج) كولمبيا	64,2	2,14	32,1	8,2	2,1	59	62,2

(* المتوسط السنوي للفترة 1975-1980).

Source : Tapinos. (G), éléments de démographie, analyse, déterminants socio économiques et histoire des populations, opcit, P. 271

أفرزت هذه الاختلافات استراتيجيات متباينة لمكافحة وفيات الرضع و هو ما سببته من خلال عرض بعض السياسات الصحية ستعرض لسياسة إفريقيا و الجزائر كنموذج عن البلدان النامية، لتقييم مدى فعالية برامج هذه العينة من الدول في خفض وفيات الرضع .

خلال 1-6 أيام⁽¹⁾، عكس الدول الأخرى الرائدة في هذا الميدان و التي تشكل فيها وفيات اليوم الأول أكبر النسب. و يرجع السبب في هذا لانتشار المراكز الصحية ومراقبة الحمل.

من ناحية المياكل الصحية، أنشئت مراكز صحية على مستوى البلديات يغطي كل مركز خدمات 10000 ساكن ، تسيّر هذه المراكز من طرف البلديات مباشرة. سمح هذا النموذج (من مراكز التسيير) بتوفير الوقاية الأولية للسكان ، و حماية الأمومة والطفولة، بحيث تراقب الحاملات من قبل مجموعة من القابلات المتخصصات ، كل مرضعة يجب على الأقل أن تعرض 15 مرة للمراقبة خلال مدة حملها ، بكيفية إجبارية.

2.1.2.3 تقييم برامج و تجارب الدول المتقدمة في مكافحة وفيات الرضع :

يلاحظ من خلال تجربة هذه البلدان ، أنما انتهجت نفس السياسة لخفض نسب وفيات الرضع . اعتمدت كل السياسات على تطوير التكنولوجيا الطبية و توفير فرص الوقاية و العلاج لجميع الفئات الاجتماعية. لكن الخدمات الصحية لا تعتبر وحدها المسؤولة عن توفير صحة جيدة و أبرز مثال على ذلك الولايات المتحدة الأمريكية التي خصصت خلال سنتي 1968-1969 ميزانية تفوق ميزانية كل دول العالم الثالث (أي ميزانية الصحة) إلا أن نسبة الوفيات فيها كانت مرتفعة مقارنة مع البلدان المتطورة الأخرى . "مقابل ذلك لم تمده السويد في سنوات الأربعينات على عدد كاف من الأطباء ، في حين أنها عرفت أقل نسب وفيات الرضع في العالم"⁽²⁾.

لا تفسر الاختلافات بين الدول المتطورة في مجال مكافحة وفيات الرضع بمستوى التغطية الصحية ، أو تقسيم المصالح الصحية حسب المناطق الجغرافية فقط ولكن ينظر إليها ضمن الإطار الشامل للتنمية و هذا ما يفسر حالة السويد التي عرفت نوعا من التنمية الشاملة .

استطاعت العديد من من الدول المتطورة (فنلندا، اليابان ، النرويج) خفض معدلات الوفيات، خاصة معدل وفيات الرضع ، اعتمادا على تحسين الوضع الصحي

(1) IBID,p.11.

(2)ABIAN ABEL SMITH -" Pauvreté, développement et politique de santé ; cahiers de santé politique (ONS), n° 69 ; 1979, p17.

(رعاية الوضع الصحي لمجتمعاتها) ومن خلال رفع مستوى معيشة الأفراد و تلبية الاحتياجات الضرورية (كالتغذية الجيدة ، المسكن الصحي ، توفير الخدمات الصحية) .
 تمثل معدلات الدخل الفردي في هذه الدول أكبر قسط من الناتج القومي الإجمالي X وتسجل أكبر توقع للحياة (شديد الارتباط بمعدلات وفيات الرضع ⁽¹⁾) (أنظر الجدولين رقم 7.3 و 8.3) .

و نظرا لما وصل إليه مستوى تطور هذه البلدان، تركزت الجهود حاليا على معدلات الوفيات خلال الأسبوع الأول و المرتبطة بالتشوهات الخلقية أو الولادات المبكرة . وهكذا ينظر اليوم إلى معدلات الأسبوع الأول أو اليوم الأول عند مقارنة الظاهرة.

جدول رقم 7.3: مقارنة وفيات الرضع في بعض الدول المتقدمة حسب نصيب الفرد من الناتج القومي (بالدولار) .

معدل وفيات الرضع %		دخل الفرد من الناتج القومي بالدولار	البلدان
1960	1994		
16	04	24740	السويد
31	04	31490	اليابان
19	06	25970	النرويج
29	07	22490	فرنسا
26	08	24740	الولايات المتحدة
22	04	19300	فاندا

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة و وضع الأطفال في العالم، مرجع سابق، ص 80.

نتيجة لهذا، خطت هذه الدول خطوات هامة في المجال الصحي مما أدى إلى زيادة أمل الحياة، الشيء الذي يبينه الجدول رقم 8.3.

(1) TAPINOS. (G) . Elément démographique, analyse déterminants socio-économique et histoires des populations, opcit .page 133.

جدول رقم 8.3: تطور توقع الحياة عند الولادة في ثلاث دول أوروبية حسب الجنس

فرنسا		السويد		النرويج		السنوات
M	F	M	F	M	F	
46.9	50.6	54.5	57.0	54.8	54.7	1905
49.6	53.7	55.4	58.2	55.5	58.5	1914
51.1	54.3	-	-	-	-	1925
57.1	63.5	64.7	67.2	65.2	68.9	1939
63.8	69.5	70.0	72.7	69.4	74.2	1950
67.2	74.2	71.6	75.6	71.1	75.9	1962
68.7	76.4	72.1	77.6	71.4	77.7	1973
70.8	78.9	73.4	79.3	72.7	79.5	1982
73.1	81.3	75.0	80	73.0	80	1992

Source: GENDREAU. (G), la population de l'Afrique , Manuel de démographie , Edition KART HALA , CEPED. PARIS 1993, p 212.

2.2.3. السياسة الصحية أثرها على وفيات الرضع في الدول النامية :

خطت دول عديدة خطوات ملحوظة نحو رفع المستوى الصحي، خاصة في المدن، إلا أن كثيرا من السكان مازالوا في مستويات متخلفة خاصة في المناطق الريفية. توجّهت أغلب الدول النامية خلال العقود الثلاثة التي تلت الحرب العالمية الثانية لبناء أنظمة طبية مشابهة لتلك الموجودة في الدول المتطورة. اعتمدت في هذا على التطور التقني والتكنولوجي وذلك بزيادة الوحدات الصحية والمدارس الطبية بغية تحسين الوضع الصحية لسكانها وتخفيض معدلات الوفيات خاصة لدى الأطفال الرضع. وحتى نستطيع تقييم السياسات الصحية في هذه البلدان سوف نقوم بعرض بعضها.

1.2.2.3. برامج وتجارب الدول النامية في مكافحة وفيات الرضع :

ورثت الدول النامية وضعية صحية رديئة، وبنية صحية ضعيفة من جراء الاستعمار. لهذا عرفت أغلب هذه الدول نسبة لوفيات الرضع تفوق 100 %. وصلت في بعض الأحيان 200 % " يعيش أربعة أطفال من كل خمسة في الدول النامية 97 % من وفيات الأطفال في العالم تحدث في هذه البلدان " (1).

(1) Valin (J), health policy, social policy and mortality perspectives, Louvain ACADEMIA, 1983, p.15.

يبين تقرير المنظمة العالمية للصحة " أن نسبة الوفيات الراجعة لسبب الولادة المبكرة يشكل نسبة 7.9% من مجموع الوفيات خلال سنة 1993 بينما بلغت هذه النسبة في الدول المتطورة 0.7% "(1).

ومحاولة منها لخفض هذه النسب عمدت أغلبية الدول النامية لاستيراد التكنولوجيا الطبية، وتحسين البنية الصحية فيها. لكن رغم هذه الإجراءات بقيت نسب الوفيات مرتفعة حتى نهاية السبعينات، فترة انعقاد الندوة الدولية الخاصة بالسكان (1974). اعتبرت هذه الندوة أول نقطة لتوجيه السياسة الصحية في العالم. نقرأ مثلاً في تقريرها أنه لن تكون هناك صحة لجميع السكان إلا إذا ركزت السياسات الصحية، خاصة في العالم النامي، على العناية الصحية الأولية والوقاية، التي تتضمن المشاركة الكلية لأفراد المجتمع. وعليه اتجهت أغلب الدول النامية لإعادة صياغة سياسة صحية بما يتلاءم مع الأوضاع الصحية السلطنة، لأنها شهدت عدة تغيرات في مجال تحسين الوضعية الصحية، كالزيادة في نسبة المياه الصالحة للشرب، ومراكز حماية الأمومة والطفولة باعتبارها ذات تأثير مباشر على كل من معدلات الوفيات خاصة بين الأطفال الرضع. كما تم رفع مستوى الخدمات الوقائية عن طريق رفع مستوى التلقيح، حيث شملت برامج التحصين في الدول النامية حوالي 80% من مجموع الأطفال، كما تم تفادي 2.26 مليون وفاة(2).

رغم كل هذا، مازالت هذه الدول تعاني من مشكل ارتفاع وفيات الرضع وتبقى قارة إفريقيا من القارات التي تشكل فيها وفيات الرضع نسبة كبيرة، فكيف يمكن تشخيص تجارب هذه القارة في هذا الميدان؟ وكيف يمكن تقييم سياستها باعتبارها تشكل الجزء الكبير من العالم النامي؟.

(1) OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 1995, p.10.

(2) اليوسيف، وضع الأمثال في العالم، 1991.

2.2.2.3. السياسة الصحية في إفريقيا :

كما ذكرنا بعد مستوى الوفيات في إفريقيا من أعلى المستويات ، حتى أن المعدل الخام بها يصل إلى ضعفي مثليه في العالم المتقدم وأكثر من الضعف في أمريكا اللاتينية و يلاحظ أن مستوى الوفاة في قارتي آسيا و إفريقيا هو الذي يحدد معدل الوفيات في الدول النامية بصفة عامة (1).

جدول رقم 9.3: بعض مؤشرات الوفيات و الصحة في بعض الدول الإفريقية :

النفقات العامة للصحة والتعليم (ن و خ) % PIB	الاتصال بشبكة المياه الصالحة للشرب (السكان %)	الاستفادة من الخدمة الصحية (90-85) السكان (%)	وفيات الرضع (90-85) %	أمل الحياة (90-85) بالسنوات	المعدل الخام للوفيات (90-85) %	البلد
5.2	...	...	58	60	10	جنوب إفريقيا
8.3	68	88	74	64	8	الجزائر
4.4	30	30	137	44	21	أنغولا
4.3	52	18	91	45	19	بنين
12.0	54	89	67	59	11	بتسوانا
3.4	67	49	126	47	19	بور كينا فاسو
3.9	26	61	112	48	17	بورندي
3.5	33	41	74	53	14	الكامرون
...	...	...	54	66	8	الرأس الأخضر
6.5	...	45	109	48	18	إفريقيا الوسطى
...	...	...	99	54	13	جزر القمر
7.0	21	83	84	52	15	الكونغو
6.1	19	30	89	52	15	ساحل العاج
...	...	...	122	47	18	جيبوتي
...	73	...	65	59	11	مصر
5.5	16	46	132	45	20	أنجويبا
6.8	92	90	103	52	17	الغابون
...	...	...	143	43	21	غامبيا
3.8	56	60	90	54	13	غانا
9.0	19	47	145	43	22	غينيا
...	...	...	151	42	23	غينيا بيساو
...	...	...	127	46	20	غينيا الاستوائية

SOURCE : GENDREAU (٢), La population de l ' Afrique, opcit, p. 234.

(1) د. فتحي محمد أبو عيانة، دراسات في علم السكان، مرجع سابق، ص، 108.

فما هي الخطوات التي انتهجتها الدول الإفريقية في مجال إعداد سياساتها الصحية لمكافحة هذه الظاهرة ؟

في إطار إعداد الندوة الدولية بمكسيكو (MEXICO) سنة 1984 ، التقت الدول الإفريقية بأروشا خلال 9-13 جانفي 1984 ، " و من ضمن الأهداف المسطرة في مجال مكافحة المرضية و الوفيات يمكن توضيح النقاط التالية⁽¹⁾.

-على الدول الإفريقية مضاعفة البرامج الوطنية التي تهدف إلى تخفيض معدلات المرضية ووفيات الأطفال و الرضع و الأمهات، خصوصا أمهات و أطفال المناطق الريفية
-يجب إعادة النظر في المصالح الصحية الموجودة ، و مضاعفة الخدمات الصحية بغية تحقيق أهداف ندوة ألمأتا.

-يجب على الدول أن تأخذ (في أسرع وقت) الإجراءات اللازمة حتى يتعد بقدر الإمكان على التبعة الأجنبية في مجال استيراد التكنولوجيا الخاصة بتقلم الخدمات الصحية.

-تكثيف البحوث حول الطب التقليدي.

على الحكومات أن تأخذ بعين الاعتبار بأن التموين بالمياه الصالحة للشرب يعتبر أحد الوسائل الرئيسية المؤدية لخفض المعدلات المرتفعة المتعلقة بالمرضية و وفيات الأطفال.

-تسهيل الحصول على الخدمات الصحية و توزيعها بعدل على جميع جهات البلاد.

-إدماج السياسات و البرامج الصحية ضمن عناصر أخرى للنمو كالتربية، العمل... الخ ، و على كل المستويات (الحضري، الريفي و الجهوي).

-تشجيع البحوث فيما يخص المرضية ووفيات الأطفال الرضع و استعمال نتائجها في تقييم أو إعادة توجيه السياسات و البرامج.

-ترقية البحوث في مجال الأمراض الطفيلية التي تؤدي الى رفع معدلات المرضية والوفاة.

و في نفس السياق حددت الندوة الإفريقية الثالثة الخاصة بالسكان " دكار "، (07 و 12 ديسمبر 1992)، المبادئ و الأهداف المرجوة و تمثل أهم ما تعلق بوفيات الرضع و المرضية فيما يلي :

(1) GENDREAU (G), La population de l'Afrique, opcit, p.442.

- إعطاء أولوية لمكافحة المرضية وفيات الرضع و الأطفال من خلال زيادة أهمية برامج الخدمات الصحية الأولية، كجانب لا يمكن التحلي عنه ضمن السياسة الصحية الوقائية (إدخال التربية الصحية ضمن جميع مستويات البرامج الدراسية...).
- تسيير جيد و تعاون وثيق بين القطاعين العام و الخاص عند تنفيذ البرامج الخاصة بصحة الأم و الطفل و التخطيط العائلي.
- الاهتمام بالقطاع الريفي و إعطائه الأولوية.
- الوصول إلى 55 سنة على الأقل كتوقع حياة عند الولادة و معدل وفيات رضع يقل عن 50 % .

و تنفيذاً لهذه التوصيات اهتمت دول عديدة ببرامج صحة الأمومة و الطفولة. مثالا جمهورية إفريقيا الوسطى (RCA) التي يلزمها حسب توقعاتها، إلى عدد سكان يفوق تعدادها الحالي حتى تتمكن من استغلال هياكلها السوسيواقتصادية. لم تتردد على لسان رئيسها في تبني قرار مفاده " من غير المجدي الحصول على ستة أطفال إذا كان اثنان من بينهم سيموتون قبل بلوغهم سنة. لقد وعينا كون التوازن الحالي المبني على أساس معدل ولادات مرتفع و معدل وفيات أطفال مرتفع، توازن فيه تبذير و ضرر بصحة الأمهات باقتصادنا".

" مع نهاية التسعينات، خمس بلدان فقط لم تكن لديها برامج خاصة لصحة الأم و الطفل و التخطيط العائلي و يتعلق الأمر بالغايبون، بساحل العاج، جيبوتي، غينيا الاستوائية و تشاد(1).

حسب وثيقة باماكو⁽²⁾، المؤرخة في 12 مارس 1993 (إفريقيا، المنظمة العالمية للصحة، اليونيسيف)، " إذا كانت هناك خطوات هامة تم إنجازها فمن الواضح أن الدول الإفريقية لم تحقق بعد الأهداف المرجوة للتغطية الصحية الشاملة و الحصول على العلاجات ذات

* Déclaration du Chef de l'Etat centre Africain à la conférence de Mexico (1984).

(1) Revue université, opcit, p 31.

(2) L'initiative de Bamako, appel sur les droits de la santé aux soins et à la dignité, communiqué de presse O.M.S, MARS 1999.

النوعية. تضم هذه القارة حسب الأمم المتحدة 25 بلدا من بين الواحد والأربعين (41) بلدا الأقل تقدما.

إذن رغم البرامج التي اتخذتها الدول الإفريقية لا تزال تعاني ظاهرة ارتفاع وفيات الرضع، فكيف يمكن تقييم السياسات المتخذة في هذه الدول؟.

3.2.2.3 تقييم السياسة الصحية في الدول الإفريقية:

إلى غاية 1970، كانت العديد من دول العالم النامي يعتقد أنه باستعمال التقنيات الحديثة في مكافحة الوفيات وعن طريق إجراءات بسيطة (التلقيح ...) سوف تصل إلى خفض معدلاتها بمستوى يفوق ذلك الذي عرفته الدول المصنعة، إلا أن الواقع لا زال يطرح المشكلة بخدة. " فني منتصف التسعينات سجل معدل وفيات الرضع انخفاضا سريعا في دول العالم المتطور وصل الى 4 %، (1994)، في حين تسجل نسبة قدرها 191 % في بلد نامي كالنيجر⁽¹⁾.

حتى تكون مكافحة وفيات الرضع فعالة يجب أن تضم عدة إجراءات تمس في نفس الوقت الجانب الاقتصادي والاجتماعي (التريية، التموين بالمياه، تحسين السكن...) و أنظمة العلاج ، لأن السياسة الصحية تطورت لتتعدى نظرة أحادية (تقنية). إن محاربة هذه الظاهرة تدمج في إطار سياسة شاملة مرتبطة بالتطور العام. فالنظام الصحي يجب أن يمس على الأقل المشاكل السهلة لمجموع السكان و هو الشيء الذي يعد بعيدا في الوقت الحالي لدى مجموعة كبيرة من الدول النامية، فزيارة بعض المستوصفات في إفريقيا يعكس مثلا قلة فعاليتها، وخاصة في المناطق الريفية، يضاف إلى هذا نقص المعارف التربوية لدى الأمهات، توجيهات التغذية و معلومات صحية أساسية ، فهم جيد لدور النظافة و النظام الغذائي. أضف إلى هذا التوزيع الجيد لفرص الوقاية و العلاج داخل البلد الواحد ، خاصة لما نعرفه تركز معظم المراكز في الحضر .

إنَّ الفروقات لا تظهر في قلة المعارف الطبية فقط بل يجب البحث عنها في الشروط البيئية.

(1) منظمة الأمم المتحدة للطفولة ، وضع الأطفال في العالم، مرجع سابق ، ص 80 .

" كل هذا يجب أن يمر عبر نظام صحي الذي يخضع بدوره أولاً إلى إرادة سياسية و بعدها إلى الوضعية الاقتصادية و خصوصا إلى الموارد المخصصة للقطاع الاجتماعي (التريسة و الصحة) " (1) .

لذا يجب أن يرافق تحسين الوضعية الصحية تغيير اقتصادي واسع يهدف إلى رفع مستوى معيشة الأسر ، غير أن الميزانية المخصصة للصحة العمومية في أغلبية الدول الإفريقية في تناقص مستمر منذ عدة سنين . في السنغال مثلا وصلت النسبة المخصصة للصحة العمومية في أغلبية الدول الإفريقية في تناقص مستمر منذ عدة سنين . في السنغال مثلا وصلت النسبة المخصصة للصحة العمومية سنة 1978 إلى 6 % بعد أن كانت 9 % سنة 1961 .

و يرجع سبب انخفاض ميزانية الصحة العمومية إلى عدة أسباب منها :

- الأزمة الاقتصادية و وزن الديون التي مست الدول الفقيرة .
- برامج التعديل الهيكلي التي أرغمت العديد من الحكومات على تخفيض الميزانية المخصصة للجانب الاجتماعي و زيادة على القطاع الصحي هناك عوامل أخرى غير مباشرة . ذات أهمية نخص بالذكر قلة الإنتاج الغذائي . مقارنة مع النمو الديمغرافي . والحروب و الجفاف

خلال اللقاء الذي جمع الدول الإفريقية في ديسمبر 1992 من أجل تحضير الندوة الدولية الخاصة بالتنمية و السكان بالقاهرة سنة 1994 ، قامت هذه الدول بتقييم مخطط klimandjaro و خلصت إلى أن معدل تطبيق التوصيات كان جد ضعيفا ، فالعديد من الدول أعطت فهما خاطئا لتصريح ALMATA الخاص بالصحة لظنها أنه يمكن الوصول إلى مستوى صحي جيد بتكلفة بسيطة ، لأنها لم تدمج مخططاتها في إطار نظرة شاملة للأنظمة الصحية .

و يخلص بنا تحليل النتائج الحالية في العديد من الدول الإفريقية إلى غياب برامج خاصة بها ، يضاف إلى هذا غياب متابعة و تقييم هذه البرامج .

(1) GENDREAU. (G) La population de l'Afrique, Opcit . p.

3.2.3 سياسة مكافحة وفيات الرضع في الجزائر :

ترتبط الحالة الصحية للسكان بسياسات التنمية وبالساسة الصحية المقرونة بها ، و رغم قيام الجزائر باستثمار أموال كثيرة في ميدان الصحة العمومية إلا أنها لم تصل إلى تحقيق النتائج المرجوة. وحتى نشخص المشكلة نورد المثال المتعلق بالنفقات المخصصة للصحة. تفوق هذه النفقات بقليل النفقات المخصصة لنفس الغرض في الدول المغاربية الأخرى ، غير أن النتائج المحققة كانت أقل من تلك التي حققتها دول المغرب العربي .

ورثت الجزائر عن الاستعمار كما هو الحال في معظم الدول النامية وضعية صحية متدهورة أدت إلى ارتفاع معدل الوفيات عامة و وفيات الرضع خاصة ، لهذا كان هدف السياسة الصحية في الجزائر تحسين الوضعية، بغرض التقليل من مستوى الوفيات . عموماً تميز تطور السياسة الصحية في الجزائر بثلاث مراحل كبرى :

المرحلة الأولى : مرحلة ما بعد الاستقلال (1962-1973) :

ورثت الجزائر بعد الاستقلال بنية صحية متدهورة ، تميزت بضعف الإمكانيات وعدم ملاءمتها مع احتياجات السكان ، و تركزها في المناطق العمرانية الكبرى في شمال البلاد وفي المناطق الزراعية الغنية التي كانت مسكونة من طرف المعمرين. ترك رحيل الفرنسيين فراغاً كبيراً على مستوى المنشآت الصحية. ففي سنة 1963 كانت الجزائر تملك 600 طبيباً فقط 50 % من بينهم أجناب .

و بدأت الدولة في إنعاش هذا الميدان باتخاذها إجراءات هدفت إلى مكافحة الأمراض المعدية ، خصوصاً عن طريق حملات التلقيح كالحملة الوطنية للتطعيم (B.C.G شلل الأطفال سنة 1969-1970).

كان نظام العلاج في هذه المرحلة مهيباً حول طريقتين طبيتين:

ترتكز الأولى على تحسين تقنية العلاج ، وتعتمد الثانية على المساعدة (ASSISTANCE)، باستعمال وسائل قليلة مخصصة للطبقات الفقيرة في المدن و الأرياف.

خلال هذه المرحلة، كانت نفقات الصحة ضعيفة نسبيا (1.5 % من الناتج الداخلي الخام) كما ارتكز النظام الصحي على قطاع خاص مهمش و محدود في بعض العلاجات البسيطة، و على قطاع شبه عمومي للضمان الاجتماعي و التعاضديات المخصصة للمنحرفين فقط و على قطاع عام مسيطر و ممول كليا من طرف الدولة .

المرحلة الثانية : مرحلة مجانية العلاج : 1974-1984 :

" تميزت هذه المرحلة بتحسيد الطب المجاني فعليا سنة 1974 . كان النظام يتضمن استراتيجية توزيع فرص العلاج لكل السكان . خلال هذه المرحلة، تضاعف عدد السكان ليصل إلى 20.84 مليون نسمة بعد أن كان 10.81 مليون نسمة سنة 1962" (1). ارتفع في هذه الفترة مستوى المعيشة بفضل سياسة الاستثمارات الكبرى، نتيجة ارتفاع المداحيل البترولية .

سمحت سياسة مجانية العلاج بتعميم الخدمة على كل السكان. و تحسنت معظم المؤشرات الصحية، إلا أن بقاء معدل وفيات الرضع عند مستوى مرتفع كشف عن عدم ملائمة النظام الصحي. كما أدى عدم تطور قطاعي السكن و الري إلى تعطيل تحقيق النتائج المنتظرة" (2).

المرحلة الثالثة : الاتجاه نحو الإنتاج و لبيرالية العلاج (من 1984 إلى يومنا هذا):

أدى انخفاض أسعار البترول و اختلال الاقتصاد الوطني وسط الثمانينات إلى حدوث أزمة مالية و اجتماعية، خصوصا سنة 1988 ، أدت إلى عدم قدرة الدولة على تمويل و تسيير القطاع الصحي. ساعدت هذه الظروف على توسع سريع للقطاع الخاص (عيادات.....) و حدوث نزيف حاد للإطارات من المستشفيات الجامعية ، فبعض جهات البلاد وجدت نفسها فارغة من الأطباء والأخصائيين . وجد النظام الصحي نفسه عند نهاية الثمانينات في ظل أزمة حادة تعكس صوري الاقتصاد و المجتمع الجزائريين.

(1) Centre international de l'enfance, Systèmes et politiques de santé au Maghreb, opcit p. 72.

(*) خصوصا تحسين الوضعية الصحية للأطفال والأمهات

(2) IBID

لكن في منتصف التسعينات عرفت الحالة الصحية في الجزائر تحسنا ، بفضل البرنامج الذي وضعت وزارة الصحة ، الشيء الذي انعكس إيجابيا على معدل وفيات الرضع إذ وصل إلى 54 % سنة 1994 ، حسب معطيات اليونسيف لسنة 1996 ، بعد أن سجل سنة 1993 ، نسبة قدرها 60.3 % (1). بقي المعدل مرتفعا نوعا ما إذا ما قورن بالمجهودات المبذولة في ميدان السياسة الصحية في الجزائر التي ركزت في الثمانينات و التسعينات على الصحة الوقائية .

فإذا كانت هذه هي السياسة الوطنية "صحة عبر هذه المراحل فما هي البرامج التي اختصت بصحة الأم و الطفل ؟

1.3.2.3 البرامج الوطنية الخاصة بصحة الأم و الطفل:

تتميز السياسة الوطنية للصحة بالخصوص بأولوية سياسة الوقاية . فمن بين تسع عشر برنامج فرعي و وضعت في ميدان الوقاية خصصت 6 برامج الأم و الطفل و هدفت إلى مكافحة أسباب الحالات المرضية المؤدية لوفاة الرضع و الأطفال و الأمومة .

يدمج ميثاق الصحة المصادق عليه أثناء الجلسات الوطنية للصحة في ماي 1998 بين الأولويات الوطنية لآفاق 2005 و صحة الأم و الطفل.

للبرامج الوطنية الخاصة بصحة الأم و الطفل ماضي طويل يرجع إلى الستينات . و كانت دائما محل اهتمام . تميزت سنة 1985 خصوصا بوضع البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الرضع.

و ككل البرامج الوقائية تأثرت البرامج الخاصة بصحة الأم و الطفل بانعكاسات الأزمة الاقتصادية مع نهاية الثمانينات . و بالإصلاحات الهيكلية التي عرفتها البلاد نهاية عشرية التسعينات . نوجز فيما يلي البرامج الستة :

برنامج التلقيح الموسع :

يعد من أقدم البرامج الوطنية بدأ سنة 1965 . عرف بالحملة الوطنية للتطعيم (BCG) تم تدعيمه تدريجيا بتبني رزنامة وطنية للتطعيم سنة 1968 و بحملة كبيرة ضد الشلل، إلى

إرساء إجبارية التطعيم ضد الحصبة (1985). و حتى يتم تحقيق الأهداف المرجوة من هذا البرنامج فان مستوى التطعيم يجب أن يتعدى 90% من مجموع المعنيين في قطاع صحبة ما . و قد يصل مستوى التحصين ضد الحصبة 95% . تشير معطيات الجدول التالي إلى تطور ظاهرة التحصين خلال الزمن.

جدول رقم 10.3: تقييم تغطية التلقيح % خلال بعض السنوات (1993-1997):

السنوات	1993	1994	1995	1996	1997
BCG	87	93	94	95	94
DTCP1	82	86	85	88	88
DTCP2	78	81	79	83	84
DTCP3	73	75	73	77	79
VAR	69	69	70	75	74

SOURCE: GPS ,Revue medico pharmaceutique n°03,MAI-JUIN, 1998-P.16

برنامج مكافحة إسهال الأطفال :

يشكل الإسهال أحد أهم أسباب وفيات الرضع و الأطفال، لهذا استهدفت وزارة الصحة خفض وفيات الأطفال و الرضع الناجمة عن الإسهال بما يقارب 50% (سنة 2000). "و إذا قمنا بتقييم هذا البرنامج و أخذنا كمثال معطيات سنة 1996، لوجدنا أكثر من 25000 وفاة (طفل أقل من سنة) تم التصريح بها إلى مصالح الحالة المدنية. فإذا افترضنا أن 20% من هذه الوفيات ناتجة عن الإسهال ، و هو تقييم معقول في بلد كبلدنا هذا سوف يعني وفاة 5000 رضيع بسبب هذا المرض، غير أننا خلال نفس السنة سجلنا 1098 وفاة نتيجة الإسهال بين الأطفال الأقل من سنة و هو ما يتطلب التفكير جيدا في مدى فعالية المصالح الصحية" (1).

(1) GPS, Revue médico pharmaceutique n°03, opcit,P.17.

برنامج مكافحة الالتهابات التنفسية الحادة لدى الأطفال :

وضع هذا البرنامج سنة 1995، و هو آخر ما خصص لصحة الأم و الطفل . تشكل الالتهابات التنفسية الحادة لدى الأطفال السبب الأول للفحص في مصالح طب الأطفال لأنها تعتبر أحد أهم أسباب وفيات الرضع و الأطفال. يهدف البرنامج إلى خفض معدل الوفيات الناجمة عن هذه الأمراض خلال فترة تقل عن 05 سنوات إلى 50 % بحلول سنة 2000 .

جدول رقم 11.3 : تطور حالات دخول المستشفى و الوفيات نتيجة الإسهال والالتهابات التنفسية الحادة بين الأطفال (0-4 سنوات) :

السنوات	1995	1996	1997
دخول مستشفى نتيجة إسهال	19.787	16.033	20.522
وفاة نتيجة إسهال	1500	1096	1424
دخول مستشفى نتيجة إلتهابات نفسية حادة IRA	29.035	23.233	27.932
وفاة نتيجة IRA	1.283	1034	1.155

SOURCE: GPS, Revue Médico pharmaceutique n°03, opcit, p. 17.

برنامج مكافحة المرضية ووفيات الأمهات ووفيات المواليد المخاضية MMMP :

تم إعداد هذا البرنامج في إطار البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الرضع ، لأن مسحاً عديدة (1988-1992) أشارت إلى أن وفيات الأمومة كانت تفوق 200 لكل 100.000 ولادة. كما أشارت إلى أهمية الوفيات المبكرة لحديثي الولادة (حوالي 30 % من وفيات الرضع) .

تمثلت أهداف هذا البرنامج في خفض وفيات الأمومة بالمقدار 20 % والوفيات المبكرة لحديثي الولادة بالمقدار 30 % بحلول سنة 2000 .

و لتحقيق هذه الأهداف تم اقتراح عدة أنشطة من بينها المراقبة المنتظمة للنساء الحوامل. تتم الآن مراقبة حوالي 50% من النساء الحوامل مرة واحدة على الأقل خلال فترة الحمل.

برنامج التغذية :

يسبب نقص التغذية مشاكل كبيرة لصحة الأم و الطفل. لهذا سطر برنامج خاص بالتغذية يتكون من عدة محاور، تهم بسوء التغذية البروتينية الطاقوية، نقص الفيتامين (D) و نقص الحديد و اليود. خلاله حددت عدة أهداف حتى سنة 2000 نذكر أهمها فيما يلي:

- خفض سوء التغذية البروتيني الطاقوي (MPE) بما يصل إلى 20% و المتوسط بما يصل إلى 30%.

- خفض أثر الراشيتيزم بحوالي 50%.

- تخفيض النقص في مستوى الحديد بالمقدار 20%.

- خفض العجز في مستوى اليود بالمقدار 50%

و لهذا الغرض تم وضع 96 مركزا (اثنين لكل ولاية) بغية مراقبة الحالة الغذائية للأمهات و الأطفال .

برنامج مكافحة التهاب المفاصل الحاد (RAA):

يبقى التهاب المفاصل الحاد أحد الأمراض التي يجب مكافحتها ، و تتمثل أهم أهداف هذا البرنامج في خفض عدد الحالات الجديدة إلى 50% إلى غاية سنة 2000. و تتمثل أهم النشاطات في مراقبة الأطفال الذين أظهروا أول محاولة سير .

2.3.2.3 اليونيسيف في الجزائر و دورها في مكافحة وفيات الرضع :

تعتبر اليونيسيف (UNICEF) الهيئة الوحيدة للأمم المتحدة التي تركز اهتمامها للأطفال. تأسست سنة 1946 بعد الحرب العالمية الثانية. يعود تاريخ تمثيل اليونيسيف في الجزائر إلى 1962/11/20. يتمثل دورها في الدعم التقني و الآلي و مع مرور السنين تطورت إلى تعاون ذي نوعية، نتيجة التطورات التي تم تحقيقها في الميدان الاقتصادي و الاجتماعي والثقافي .

أدى هذا التعاون بدءاً من سنة 1986 إلى وضع برنامج وطني لمكافحة وفيات الأطفال غطى الفترة 1986-1990 ، مع تحديد هدف دقيق و هو خفض وفيات الرضع إلى 50 % .
و تمثل أهم محاوره في :

- التلقيح
- حماية الأمومة (مراقبة الحمل)
- مكافحة أمراض الإسهالية .
- مكافحة وفيات المواليد الجدد .
- مكافحة أمراض الجهاز التنفسي الحاد .
- نظافة الوسط .

يؤثر دعم هذه المنظمة تأثيراً إيجابياً و لو نسبياً . " أظهرت نتائج مسح 1984-1989 الذي خص وفيات و أمراض الأطفال انخفاضا سريعا في وفيات الرضع، خاصة منذ النصف الثاني من عشرية الثمانينات " (1).

حدّدت مساهمة المنظمة خلال البرنامج 1991-1995 في ميادين الصحة، التعليم، التعبئة الاجتماعية، وفي مجال الأطفال الذين يعيشون ظروف قاسية.
وفي مجال الصحة يرمي التعاون إلى دعم صحة الأمهات و الأطفال ، التلقيح (PEV) ، مكافحة أمراض الإسهال ، الإلتهابات التنفسية الحادة و إعاقات الأطفال .يرتكز دعم اليونيسيف لهذه المشاريع على المستوى المادي و المالي من خلال توفير المعدات و الأدوية و الخبراء .

تمثل هدف برنامج التعاون 1996-1997، في المحافظة على المكتسبات في ظل ظروف إقتصادية و اجتماعية و سياسية صعبة .

كما خصّت أهداف برنامج الفترة 1998-2000 الأطفال الرضع والأمهات. و بمعنى أكثر تفصيلا حصرت الأهداف فيما يلي: (2).

- خفض معدل وفيات الرضع و الأمهات بحوالي 15 % قبل نهاية سنة 2000 .

(1) Ministère de la santé : Enquête (MMI),opcit, p.14.

(2) GPS, Revue médico-pharmaceutique n°05 novembre, décembre 1998, pp48,49.

- تقليل الفوارق الجهوية في مجال خدمات الصحة ، التعليم و مياه الشرب .
- تقليل آثار سوء التغذية الحاد أو المتوسط .
- تحسين الحالة الغذائية للنساء الحوامل و المرضعات .
- القضاء على الشلل بنهاية سنة 2000.
- القضاء على تيتانوس حديثي الولادة (néo.natale) مع نهاية سنة 2000.
- خفض الوفيات بمرض الحصبة بالمقدار 95 % (مع أخذ سنة 1995) كمرجع بحلول سنة 2000.
- بلوغ مستوى تحصين لا يقل عن 90 % (بالنسبة للأمراض المعنية بالتلقيح بين الأطفال الأقل من سنة) في جميع الولايات مع خفض الفروقات بين المناطق الحضرية و الريفية .
- خفض وفيات الرضع المبكرة بحوالي 5 % إلى نهاية سنة 2000 .
- X بلوغ معدل تطعيم ضد التيتانوس قدره 70 % (الجرعة 12) بالنسبة لسنة الإنجاب إلى غاية سنة 2000.

3.3.2.3. تقييم السياسة الصحية في الجزائر و اثرها في مكافحة وفيات الرضع :

رغم الجهودات الملموسة التي حققت في ميدان الصحة إلا أن مؤشرات وفيات الرضع والأطفال و الأمومة مازالت تثير الانشغال .

ففي مرحلة تسيير الأزمة الصحية 1962-1973 انصب اهتمام الدولة على بناء الهياكل الصحية . خلال هذه المرحلة وصل معدل وفيات الرضع أعلى مستوياته.

لكن مع تبني نظام الطب المجاني تم تسجيل تحسن ملحوظ، أدى إلى ارتفاع أمل الحياة عند الولادة (51 سنة و 65 سنة خلال الفترة 1965-1987) و إلى انخفاض معدل وفيات الرضع (من 170 ‰ سنة 1965 إلى 110 ‰ سنة 1978). تزامن هذا الانخفاض مع تراجع معدلات بعض الأمراض (كالحصبة، الشلل ، الدفتيريا ، السل) (1).

ونظرا لارتباط تعريف السياسة الصحية بمنطق سوسيو-اقتصادي لنظام العلاج لم تستجب سياسة الطب المجاني لمتطلبات السكان، بحيث وجهت الاهتمامات إلى توسيع

(1) Centre International de l'enfance, Systèmes et politiques de santé au Maghreb, opcit, p.65.

المياكل الصحية . قوبل هذا السلوك بعجز في تنفيذها، نظرا لضخامة الاستثمارات وصعوبة التحكم في شروط تحقيقها.

أعطت السياسة الصحية أهمية كبيرة للمستشفى و جعلته مركز الاهتمامات على حساب الوحدات الصحية الصغيرة التي تكتفم بالإسعافات الأولية ، الشيء الذي أدى إلى زيادة الفروقات الجهوية.

مع الانفتاح و ليبرالية العلاج توسعت الخوصصة مما أنقص مستوى التأطير في القطاع العام لأن الأمر (الخوصصة) لم يصاحب بنظام جديد " في هذا الشأن يقول بعض المختصين بأن الجزائر في بداية التسعينات رجعت 50 سنة إلى الوراء" (1).

تميزت النفقات الصحية (من خلال ملاحظة هيكلها في ميزانية الصحة مثلا) خلال العشرية (1974-1984) بوزن كبير لنفقات المستخدمين مقارنة بالمتطلبات الأخرى. نتج خلل النظام الصحي عن أسباب عديدة من بينها : التسيير البيروقراطي ، حجم النفقات ، التبعية للخارج سواء تعلق الأمر باستيراد الأدوية أو المعدات الطبية و الجراحية أو المهارات الطبية الخارجية أو إلى المياكل الطبية في الخارج ، فتبعية النظام الصحي الجزائري للنظام الفرنسي أثرت تأثيرا سلبيا لكون النموذج البيروقراطي الفرنسي لا يتلائم و المحيط السوسيو اقتصادي الجزائري .

لهذا فإن تحسين الحالة الصحية للسكان يتطلب أيضا تطوير استراتيجية تدمج القطاعات الأخرى لتنتقل التغطية الصحية من الإسعافات الصحية الأولية إلى التركيز على التربية الصحية الوقائية .

نظرا لبقاء معدل وفيات الرضع مرتفعا مقارنة بمستويات الدول المتطورة ، و مع بقاء جهوية في مجالات عديدة مرتبطة بتمويل مصاريف العلاج في ظل ظروف اقتصادية ومالية صعبة ، قام المجلس الوطني الإقتصادي و الإجتماعي (CNES) بوضع تقرير حول صحة الأم و الطفل سنة 1997(2). أكد فيه اللامساواة في توزيع المطبقين أو المختصين

(1) Ibid, p. 61

(2) EL-WATAN du lundi 27,octobre,1997.

والبنى الصحية على مناطق الوطن . تفتقر 50 % من العائلات في الوسط الريفي إلى بنية صحية ، إضافة إلى هذا لوحظ انخفاض المختصين في طب النساء و التوليد و مراكز الأمومة (09 ولايات لا تتوفر على مختص في طب النساء و 07 أخرى لا تمتلك مختصين في طب الأطفال) . أضف إلى هذا افتقار المراكز الاستشفائية الجامعية إلى كفاءات عالية مما أثر على تكوين مختصي طب النساء و التوليد و الأطفال .

بقي معدل وفيات الأمهات مرتفعا بين 2.15 و 2.25 وفاة لكل 1000 ولادة أي ما يعادل متوسطا سنويا تراوح بين 1600 و 2000 وفاة امرأة عند الولادة، لأسباب عديدة (تكلفة ، توتر ، اتصال) ضمن 700.000 ولادة.

فيما يخص الطفل ، أكد التقرير بأن نسبة تغطية التلقيح في انخفاض منذ سنة 1991، كما أن الالتهابات التنفسية الحادة و الإسهالات كانت وراء معدل وفيات مرتفع ، أضف إلى هذا ارتفاع سوء التغذية.

كل هذه العوامل ساعدت على رفع معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات (من 50 % سنة 1989 إلى 52 % سنة 1995) .

و خلاصة يمكن القول بأنه لازلنا في حاجة إلى سياسة صحية تأخذ بعين الاعتبار المشاكل الصحية الحقيقية للسكان.

يتبين من خلال هذا الجزء النظري أن ظاهرة وفيات الرضع تنحج للانخفاض في كل من الدول النامية والمتطورة ، لكن بفوارق كبرى، والدليل على ذلك أن الدول النامية حققت معدلات وفيات رضع في التسعينات، كانت الدول المتطورة قد حققتها في سنوات الخمسينات. ويلاحظ أن معظم السياسات الصحية في العالم اتجهت للتخفيض من هذه النسبة. ولتحقيق هذا الهدف حاولت معظم الدول خاصة المتقدمة منها إلى تحسين المستوى المعيشي للأفراد وتوفير البنى الصحية الأولية لجميع السكان. وهو ما يعكس الاختلاف في توزيع فرص الوقاية والعلاج بين الدول النامية والمتطورة وهذا ما يفسر أيضا الاختلاف الكبير في نسب وفيات الرضع في هذا المجال . قطعت شوطا كبيرا في الميدان الصحي وشكلت وفيات الرضع أهم الأهداف في استنها الصحة.

ومحاولة منا للإلمام بجوانب الظاهرة سوف نتطرق عن طريق التحليل الكمي إلى دراسة أهم مقاربات الظاهرة. (الديموغرافية ، البيئية ، السوسيوثقافية...).

الفصل الرابع

4. التحليل الكمي لوفيات الأطفال الرضع:

لو تخيلنا مولودا جديدا يتغذى من ثدي أمه، لوجدنا محيطه يتكون فقط من أمه والغرفة التي يتقاسمها، أما فرص بقائه على قيد الحياة فقد تكون مهددة بعدة أخطار كالاكتضاض، قلة التهوية، مشاكل التطهير...، في مقابل هذا ترتبط فرص البقاء على قيد الحياة بعوامل أخرى ذات الأثر الإيجابي، كالرضاعة الطبيعية، تلقيح الأمهات والأطفال، مستوى تعليم الأم. تؤثر هذه العوامل إلى حد ما على المحيط الذي يعيش فيه الرضع كما تعمل على حمايته بشكل مباشر.

يعتبر موضوع وفيات الرضع من أقدم مواضيع الديمغرافيا، ينظر إليه كأحد المكونات المؤثرة في نمو السكان، ترتبط هذه الظاهرة (وفيات الرضع) بعدة عوامل أساسية، نذكر من بينها:

- السن عند الوفاة: يعتبر أحد أهم العوامل لاختلاف الوفاة حسب الأعمار.
- سبب الوفاة: وذلك لمعرفة درجة تأثير بعض الأسباب ضمن الأسباب العامة المؤدية إلى الوفاة.
- تاريخ حدوث الواقعة وتاريخ تسجيل الوفاة: هناك بعض الوفيات التي تحدث ولا يتم تسجيلها عند حدوثها لدى الحالة المدنية، وفي بعض الأحيان لا تسجل بتاتا.
- النسل المتوصل إليه: وهذا لقياس تأثير حجم الأسرة على وفيات الأطفال الرضع.
- الوضعية الاقتصادية والاجتماعية (المهنة - التعليم ...).
- العوامل البيئية ، الطبية...

في هذا الفصل سنحاول تحليل العلاقة التي تربط وفيات الرضع في الجزائر بأهم المتغيرات الديمغرافية والاقتصادية، السوسيوثقافية، الطبية...، بغرض إبراز أثرها في التفاوتات التي تسجلها الظاهرة حسب منطقة السكن (ريف، حضر).

وكتمهيد لهذا الموضوع، نورد بعض معدلات وفيات الرضع اعتماد على مصادر مختلفة (أنظر الجدول رقم 1.4).

جدول رقم 1.4 : معدل وفيات الرضع خلال بعض السنوات:

المصدر	معدل وفيات الرضع %
MMI	41.1
EASME	42.4
MDG	32
المصدر:	
MMI: المسح الخاص بوفيات ومرضية الرضع في الجزائر (1985-1989).	
EASME: المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (1992)	
Enquête nationale sur les objectifs de la midécennie (MDG), 1995, opcit.	

1.4. العوامل الديموغرافية ووفيات الرضع:

نلخص في هذا الجزء تأثير العوامل الديموغرافية على احتمالات وفيات الرضع.

1.1.4. وفيات الرضع حسب جنس المولود:

تبين نسبة النوع عند الولادة زيادة عدد الذكور دائما عن عدد الإناث، وبالمثل تفوق وفيات الذكور عادة وفيات الإناث. وكقاعدة عامة لا يرتبط تأثير عامل الجنس على وفاة الرضيع بالأسباب الأخرى المؤدية للوفاة، فالمعروف أن تكوين الذكور الجسماني أقل مقاومة للأمراض المعدية.

وحتى نقيس أثر هذا المتغير (الجنس) سنستعمل معامل الذكور عند الولادة والذي يحسب كما يلي:

$$\text{معامل الذكورة} = \frac{\text{عدد الذكور}}{\text{عدد الإناث}}$$

تشير معطيات الجدول رقم 2.4 إلى تذبذب وفيات الرضع خلال الزمن، مثلت سنة 1991 ذروة المؤشر بمعدل قدره 53.39‰ ، بعد أن وصلت الظاهرة أخفض نسبة (خلال الفترة المدروسة) ، سنة من قبل (34.35‰) .

جدول رقم 2.4 : تطور معدل وفيات الرضع (‰) حسب الجنس خلال الفترة 1987-

1992:

السنوات	المجموع	ذكور	إناث	معامل الذكورة(‰)
	-ولادات -وفيات -احتمال الوفاة ‰	-ولادات -وفيات -احتمال الوفاة ‰	-ولادات -وفيات -احتمال الوفاة ‰	
1987	449 18 40.09	221 12 54.30	228 06 26.31	97 200 206
1988	1033 42 40.65	499 23 46.09	534 19 35.58	93 121 130
1989	1046 48 45.89	514 26 50.58	532 22 41.35	96 192 122
1990	1019 35 34.35	506 23 45.45	513 12 23.39	99 192 194
1991	933 50 53.60	472 30 63.56	461 20 43.38	102 158 147
1992	509 22 43.22	254 09 35.43	255 13 50.98	97 69 69
المجموع	4989 215 43.09	2466 123 49.87	2523 92 36.46	98 134 137

المصدر: حسابات خاصة على المسح الوطني الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).

من الناحية النظرية، يصل عدد الذكور إلى 512 طفل من بين كل 1000 ولادة حية.

معنى آخر يقابل كل 105 أطفال 100 بنتا حسب ملاحظات الديمغرافي الإنجليزي

GRANT (1961).

عمليا، قدر معامل الذكورة خلال سنوات الملاحظة الرجعية (الخمس سنوات السابقة للمسح) بحوالي 98 %، (أي يقابل كل 100 بنت 98 ذكرا فقط) وهو بعيد عن المعيار النظري، مما يعني زيادة الإناث عن الذكور عند الولادة، خلال كل سنوات الملاحظة، ما عدا سنة 1991 أين وصل معدل الذكور عند الولادة 102 %.

يمكن إرجاع هذه النتائج إلى تأثيرات عشوائية ناجمة عن العينة المدروسة* (ضعف العينة لدراسة الظاهرة بشكل جدي).

بالنسبة للوفيات، نلاحظ خط ارتفاع وفيات الذكور (Surmortalité masculine) خلال كل السنوات ما عدا سنة 1992، أين سجلنا ارتفاع وفيات الإناث عن وفيات الذكور، حسب محل الإقامة، سجلنا معامل ذكورة عند الولادة قدره 99 % في الحضرم مقابل 97 % في الريف، (أنظر الجدول رقم 3.4)، مما يبيّن تفوق الإناث العددي كما رأينا، علما أننا لم نتميز سنة الولادة على النحو السابق ونسجل من جهة أخرى ارتفاعا كبيرا لوفيات الذكور، ترجم معامل ذكورة عند الوفاة قدره 162 وفاة من الذكور مقابل 100 وفاة من الإناث في الحضرم، ومعاملا قدره 123 % في الريف** .

* صممت العينة المدروسة في واقع الأمر لفحص المستوى الصحي لكل من الام والطفل وليس لقياس طاهري الولادات ووفيات الرضع.

** في واقع الأمر لا نجح لنا دراسة الظاهرة (وفيات الرضع) حسب الجنس بشكل مفصل (حساب المعدلات سويا) خلال فترة الملاحظة، لضعف حجم العينة كما ذكرنا، وهكذا حتى وإن وافقت النتائج المعيار النظري، فهي في واقع الأمر نتائج العوامل العشوائية فقط.

** ترمي إذن من خلال تطرقنا إلى هذه النقطة لفت الانتباه إلى نقص المعطيات في الجزائر على الشكل الذي نجعلنا نفحص الأطر النظرية التي توصل إليها الباحثون في المجتمعات أخرى.

تلعب هذه النتائج في غير صالح الذكور، لكونهم عرضة للوفاة عند احتمالات تفوق احتمالات وفيات الإناث ولكونهم أقل عددا عند الولادة، لكن على المدى البعيد⁽¹⁾.

جدول رقم 3.4: تطور احتمالات وفاة الرضع (‰) الأطفال المولودين خمس سنوات

قبل المسح طبقا للجنس ومحل الإقامة:

مطقة الإقامة	المجموع	الذكور	إناث	معامل الذكورة %
حصر	ولادات: 2169	1081	1088	99
	وفيات: 68	42	26	161
	احتمال الوفاة: 31.35	38.95	23.90	162
ريف	ولادات: 2820	1385	1435	97
	وفيات: 147	81	66	123
	احتمال الوفاة: 52.12	58.48	45.89	127
المجموع	ولادات: 4989	2466	2523	98
	وفيات: 215	123	92	134
	احتمال الوفاة: 43.09	49.87	36.46	137

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92)

2.1.4: وفيات الرضع حسب عمر الأم عند الولادة:

تختلف وفيات الأطفال الرضع حسب عمر الأم عند الولادة، إذ ترتفع بشدة بين الأمهات اللاتي تقل أعمارهن عن 20 سنة ثم تنخفض عندما تتراوح الأعمار بين 20 و 40 سنة، لكنها تعود مرة أخرى للارتفاع لما تزيد أعمار النسوة عن 40 سنة.

ترتبط هذه النتائج بعوامل فيزيولوجية، عدم النضج التام (صغيرات السنن)، الإنهاك (الأمهات المسنات)، وفترة الخصوبة الأمانة (بقية النسوة).

(1) ستختلف هذه الحقائق (لو مثلت واقع المجتمع الجزائري بشكل دقيق) حلا على الهرم السكاني، يعمل في غير

كما يفسر الباحثون ارتفاع احتمالات الوفاة بين ولادات النسوة الأصغر سنا بقلّة تجربة هذه الفئة بمراحل الأمومة وما تتطلبه.

(ونظرا لضعف حجم العينة ارتأينا حصر أعمار الأمهات عند الوضع في ثلاث فئات (أقل من 29 سنة - ما بين 30 و 39 سنة - و 40 سنة و أكثر).

يلخص الجدول رقم 4.4 النتائج حسب هذه الفئات ويعكس ارتفاع مستوى الوفيات بين الرضع الذين يولدون في بداية أو نهاية الحياة الإنجابية، مهما كانت منطقة السكن (الحضر أو الريف)، لكن بدرجة أكثر (كل الفئات) في الريف، ما عدا الفئة 40 سنة أين يسجل الحضر معدّلا قدره 100% مقابل 57.59% (في الريف).

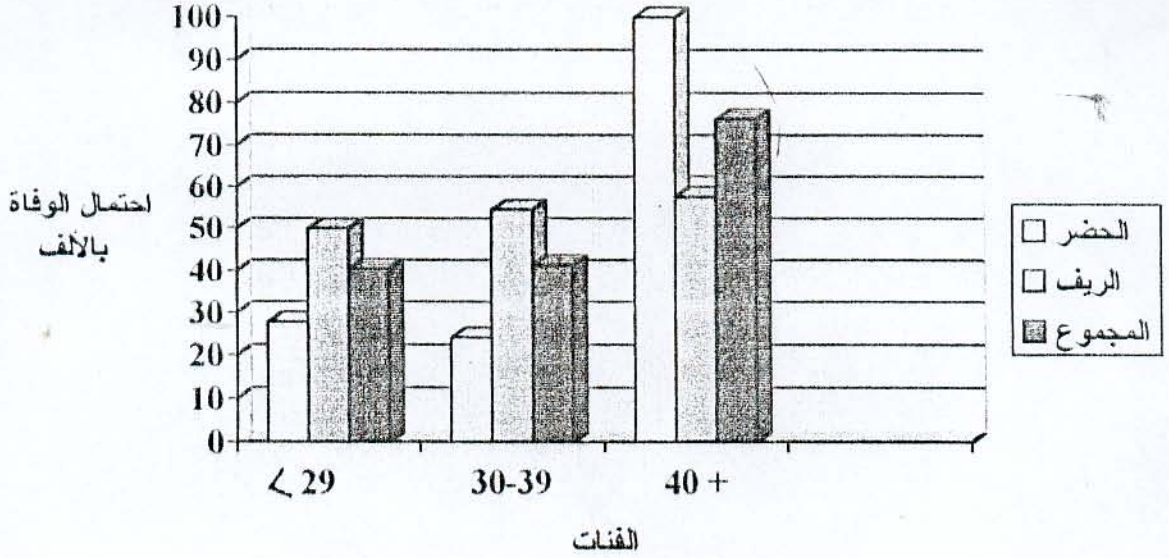
إلى جانب ضعف العينة، قد يرجع هذا إلى تأخر الأعمار عند الزواج في هذه المنطقة، ممّا قد يؤثر على حياة الأطفال الذين يولدون في النهاية الإنجابية.

جدول رقم 4.4: احتمال وفاة الرضع (بالألف) بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب عمر الأم عند الولادة ومحل الإقامة :

المجموع	محل الإقامة		عمر الأم عند الولادة
	ريف	حضر	
40.29	49.84	27.73	> 29 سنة
41.20	54.51	24.12	30-39 سنة
76.24	57.58	100	40 وأكثر
43.09	52.12	31.35	المجموع

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل. (EASME 92)

مخطط رقم : 4.1 : احتمال وفاة الرضع % حسب عمر الأم عند الولادة ومحل الإقامة



ويبين الجدول رقم 5.4 العلاقة الموجودة بين عمر الأم عند الوضع وعمر الطفل عند الوفاة، بحيث تم تقسيم عمر الطفل حسب الزمن (الأسبوع الأول، الشهر الأول، الإحدى عشر شهرا التالية).

جدول رقم: 5.4 : احتمال وفاة الرضيع (بالألف) بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب عمر الأم عند الولادة وعمر الرضيع عند الوفاة ومحل الإقامة:

الجموع	TPNN (28 - 365) يوم	TNN (0 - 27) يوم	TNP (0 - 6) يوم	عمر الأم عند الولادة
				الحضر:
26.05	11.93	14.28	5.88	>29
24.12	08.57	15.68	12.06	39-30
93.33	28.57	66.66	46.66	40 و أكثر
29.96	11.74	18.44	11.06	الجموع
				الريف:
49.20	25.54	24.28	19.80	>29
54.51	28.95	26.31	20.67	39-30
57.59	37.43	20.94	10.47	40 و أكثر
51.77	27.43	24.82	19.50	الجموع
39.20	16.29	19.96	13.80	>29
41.20	16.73	21.65	16.90	39-30
73.31	30.58	41.05	26.39	40 وأكثر
42.20	20.70	22.04	15.83	الجموع الكلي
المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92)				

تتفق نتائج الجدول السابق تقريبا مع النمط العام السائد، أي هناك ارتفاع في وفيات الرضيع بين الأطفال الذين يولدون من أمهات في بداية أو في نهاية الحياة الإنجابية.

* تمثل احتمال وفاة الرضيع في العينة ككل، لكن قيمته الحقيقية تقدر عند المستوى 43.09 %، جاء هذا الفرق نتيجة عدم تحديد تاريخ وفاة أربعة رضع.

وصل معدّل وفيات حديثي الولادة (لمجموع العيّنة) إلى 19.96 % عندما كانت أعمار الأمهات أقل من 29 سنة، فهو يساوي تقريبا معدّل الفئة العمرية 30-39 سنة (21.65 %)، لكن بلغ 41.05 % لما فاقت أعمار الأمهات 39 سنة ماضية.

وحسب منطقة السكن، نسجل اختلافات واضحة بين الريف والحضر، إذ تقارب احتمالات الريف ضعف معدّلات الحضر. ففي حين بلغ معدّل الوفيات المبكرة لحديثي الولادة بين ولادات النسوة الأقل من 29 سنة 5.88 % في الحضر فإنّه بلغ 19.80 % في الريف، وهو ما قد يعكس فروق العناية ومدى توفر المرافق الصحية في كلّ من المنطقتين.

مقابل هذا كان معدّل وفيات رضع الفئة العمرية 40 سنة وأكثر في الحضر أكثر ارتفاعا من نظيره في الريف، بلغ معدّل وفيات حديثي الولادة 66.66 % في الحضر مقابل 20.94 % في الريف، وهو ما يبيّن تأثير تأخر الزواج على احتمالات الوفاة (أنظر سابقا).

وخلاصة يمكننا القول بأنّ الارتباط بين وفيات الأطفال الرضع وأعمار النسوة عند الوضع يرجع إلى تأثير بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية حتى وإن كنّا نرجعها أساسا إلى تأثير العوامل النفسية، لأنّ السؤال الذي قد يطرح في هذا المجال يتمثل في: هل يختفي الأثر السلبي لصغر أو كبر سن الأم بعد أن يجتاز الأطفال سنتهم الأولى من العمر؟.

3.1.4 : وفيات الأطفال الرضع حسب ترتيب المولود:

يعتبر ترتيب المولود من العوامل الأساسية التي تحدد مستوى وفيات الأطفال الرضع، فاحتمال الوفاة بين الأطفال ينخفض مع زيادة الرتبة، حتى الرتبة السادسة و أحيانا السابعة بعد ذلك تأخذ الاحتمالات في الارتفاع.

" فوفاة المولود الأوّل بالمقارنة مع المواليد من الترتيب اللاحقة (الثاني فأكثر) تكون أكبر ويرجع ذلك إلى أنّ التكوين الجسماني للنساء التي تلد لأوّل مرّة لا يمكن أن يضمن القوّة الحيوية للمولود الأوّل في نفس درجة المواليد اللاحقة، هذا لأنّ سبب الوفاة من الترتيب الأوّل يرجع دائما إلى عيوب خلقية"⁽¹⁾.

⁽¹⁾ د/ مصطفى الشلقاني، طرق التحليل الديمغرافي، مرجع سابق ص، 173.

ويرتبط ارتفاع احتمال وفاة الرتب الأخيرة إلى كثرة عدد الأطفال في الأسرة، (انخفاض نصيب كل منهم من مخصصات الأمومة ورعايتها).

1.3.1.4: وفيات الرضع حسب ترتيب المولود والجنس طبقا لمحل الإقامة:

يوضح الجدول رقم 6.4 العلاقة التي تربط وفيات الأطفال الرضع ومراتبهم، خاصة ولادات الرتب الأخيرة.

جدول رقم 6.4: احتمال وفيات الرضع (بالألف) بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب رتبة المولود، الجنس ومحل الإقامة:

الجموع	ريف			حضر			رتبة المولود
	الجموع	أنثى	ذكر	الجموع	أنثى	ذكر	
35.58	44.81	41.28	48.54	26.25	22.52	30.45	1
41.54	51.74	53.97	49.58	30.83	23.73	37.79	3-2
46.18	54.13	43.93	64.95	33.67	24.57	42.59	4 وأكثر
43.09	52.12	45.99	58.48	31.35	23.89	38.85	الجموع

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل. (EASME 92)

نلاحظ إذن أن ولادات الرتبة الرابعة أو أكثر يتعرضون لخطر الموت وفق احتمالات وفاة تفوق احتمالات بقية الأطفال، يصل معدل هذه الفئة إلى 46.18% (بجموع العينة)، تكرر هذه الملاحظة مهما كان الوسط السكاني (الحضر أو الريف)، لكن معدلات الريف دائما أكبر من نظيراتها في الريف.

بلغ معدل وفيات أطفال الرتب الرابعة وأكثر إلى 54.13% مقابل 33.67% في الحضر، قد يكون مردّ جزء من هذه العلاقة (بين وفيات الأطفال الرضع وترتيب الطفل) إلى عمر الأم عند الولادة.

من حيث الجنس، يظهر أن وفيات الرضع تتأثر بترتيب الطفل خصوصا إذا ما تعلق الأمر بالذكور، إذ يرتفع معدل الوفاة بين ذكور الرتب الرابعة وما فوق، مقارنة بوفيات الإناث، التي كانت أقل حتى من وفيات الرتب الثانية والثالثة.

بلغ المعدّل بين فئة الرتب الرابعة وأكثر 42.59% بين الذكور و 24.57% بين إناث نفس الفئة. والوسط السكاني وبلغ في الريف 64.95% بين الذكور و 43.93% لدى الإناث ويرجع ذلك كما ذكرنا إلى التكوين الجسماني للذكور عند الولادة الذي يكون أقل مقاومة للأمراض مما يعرضهم أكثر لخطر الوفاة.

4.1.4. وفيات الرضع تبعا للمدة الفاصلة بين ولادتين متتاليتين:

كلّما تقلّصت الفترة الفاصلة بين ولادتين كلما زاد احتمال وفاة الأطفال الرضع. نلاحظ هذا مثلا من خلال وفيات الأطفال الذين يولدون بعد سنة منذ الولادة السابقة، ويرجع ذلك إلى استقبال الجسم لحمل جديد قبل أن تسترجع المرأة كل قواها المنهكة من جراء الولادة السابقة.

عموما يفترض أن يكون عامان بين كل ولادتين متتاليتين فترة لائقة لحمل جديد، لكن إذا زادت المدة بدرجة كبيرة عن هذا المقدار، خاصة لما يتعلق الأمر بالنسوة المتأخرات في السن، فإن ولادات الرتب الأخيرة (العليا) سوف تكون عرضة للوفاة. أي أنّ عامل سن الأمهات سوف يعمل في غير صالحها، مقارنة بالولادات المتوسطة الترتيب. عملنا على تجميع الولادات في ثلاث مجالات فاصلة بين الولادات (أقل من سنتين - من 2 إلى 3 سنوات - أربع سنوات وأكثر)، لكننا لم نجد وفيات في العينة يصل فيها المجال بين ولادتين متتاليتين إلى 4 سنوات (أنظر الجدول رقم 7.4).

جدول رقم 7.4 : احتمال وفاة الرضيع المولودين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح (بالألف)، حسب الفترة بين مولودين متعاقبين والعمر عند الوفاة ، مستوى تعليم الأم طبقاً لخل الإقامة:

المجموع		الريف		الحضر		
3-2	2>	3-2	2>	3-2	2>	
						العمر عند الوفاة
9.15	35.48	7.50	41.66	11.73	24.56	6-0
10.29	43.09	7.50	45.63	14.66	38.59	28-0
11.56	52.98	13.23	66.52	08.92	29.19	364-29
21.73	93.78	20.63	109.12	23.46	66.66	المجموع
						المستوى التعليمي
23.76	100.41	25.38	100.81	19.60	99	- لم تلتحق بالمدرسة
21.85	77.34	10.41	123.59	34.48	32.60	- لم تستكمل الابتدائي
19.23	130.43	-	190.47	28.57	80	-الابتدائي
17.85	71.42	-	100	26.31	55.55	-الإعدادي
-	71.42	-	142.85	-	47.61	-ثانوي +
21.73	93.78	25.69	109.12	23.46	66.66	المجموع

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل. (EASME 92)

يشمل الجدول السابق النسوة المتحصلات على ولادتين على الأقل (لأن المجالات مغلقة) تزيد احتمالات وفاة المولودين بعد فترة تقل عن عامين بصورة ملحوظة عن احتمالات وفيات الرضع المولودين بعد فترة تتراوح بين سنتين وثلاث سنوات. و يصل المعدل في الفئة الأولى (أقل من عامين) إلى 93.78 % وتقلص إلى 21.73 % عندما تعلق الأمر بولادات يتراوح مجالها بين سنتين وثلاث، نسجل نفس الظاهرة في كل من الحضر والريف، لكن بمعدلات أكبر في الريف (66.66 % و 109.12 % في الحضر والريف على التوالي، لما كانت المدة أقل من عامين، وتقلص إلى 23.46 % و 20.63 % على التوالي).

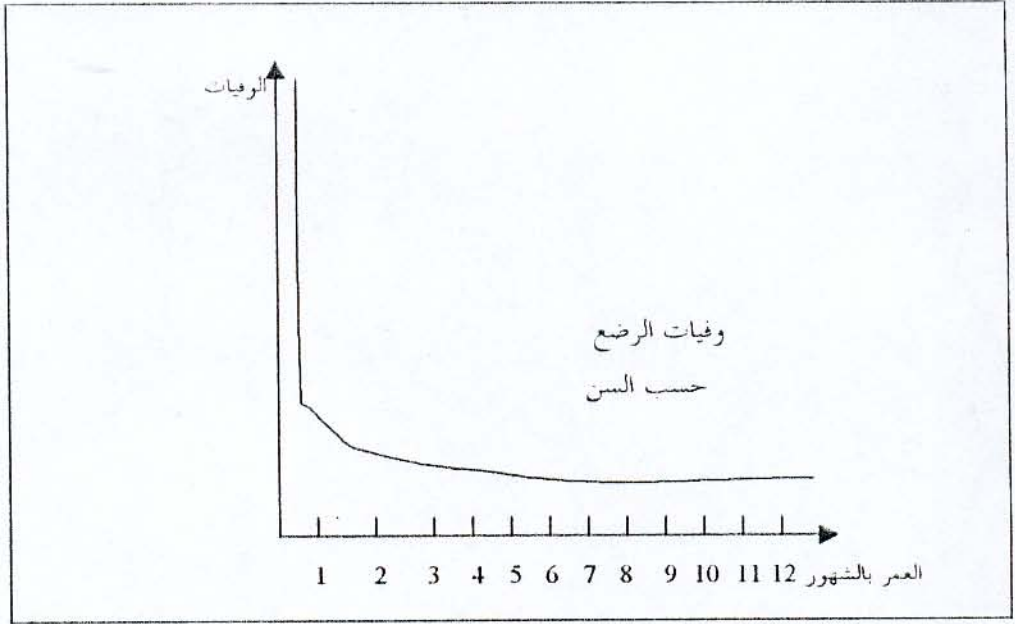
ونرى التأثير واضحاً للفترة الإنجابية السابقة على وفيات حديثي الولادة، إذ ترتفع المعدلات خلال الشهر الأول لتحقيق معدلاً قدره 43.09% إذا قلت الفترة عن سنتين (38.59% في الحضر مقابل 45.63% في الريف)، وينخفض احتمال الوفاة بجلاء إذ وصلت الفترة إلى سنتين أو ثلاث. وصل المعدل إلى 10.29% كمتوسط عام (14.66% في الحضر مقابل 7.50% في الريف).

ويلعب تعليم الأم دوراً هاماً (بمعنى التقليل) خصوصاً لما يتعلق الأمر بالنسوة الأكثر تعليماً، خاصة بين الولادات المسجلة في الحضر بعد فترات طويلة (عامين أو أكثر).

يذكر الباحثون تفسيرات عديدة عندما يتعلق الأمر بالعلاقة التي تربط بين وفيات الرضع والفترات الإنجابية الفاصلة بين الولادات المتعاقبة، ترتبط الأولى بصحة الأم، أي أن الولادات المتتالية دون فترات كافية تؤثر على صحة الأم، وبالتالي على احتمالات حياة آخر الولادات، خاصة إذا لم تتم عملية فطام السابقين. ويرتبط التفسير الآخر بنقص رعاية الأم بشكل ملائم لأطفالها المتقاربين في السن، خاصة إذا كانوا كثيري العدد.

5.1.4 : التوزيع العمري لوفيات الأطفال الرضع :

"ترتبط وفيات الأطفال بنمط خاص حسب السن، وهذه الوفيات تكون أكبر ما يمكن خلال الأيام الأولى من عمر الرضيع، ثم تنخفض بسرعة في أول الأمر، لتتناقص بعد ذلك بصفة تدريجية مع تقدم عمر الرضيع، تأخذ هذه الظاهرة شكلا يمثل بصفة تدريجية شكل (U) أنظر المخطط التالي"⁽¹⁾.



وبصفة عامة، أدت هذه الظاهرة التي استقطبت العديد من الباحثين إلى تقسيمها حسب أسبابها إلى مجموعتين متميزتين:

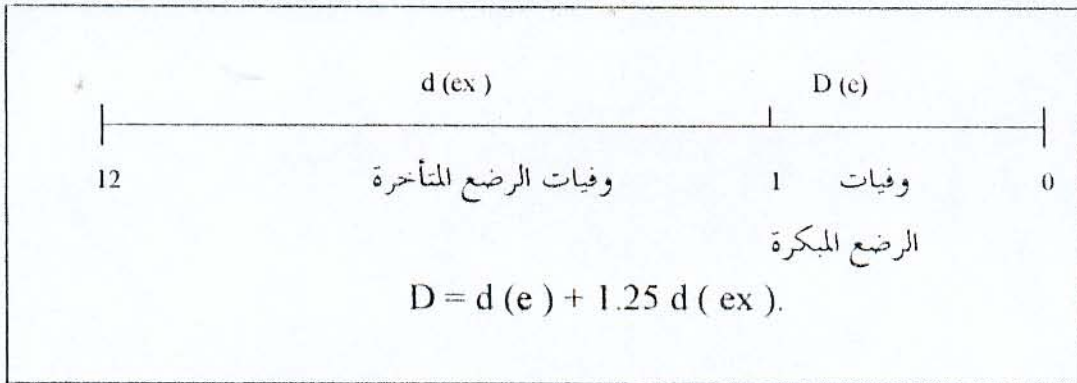
الوفيات لأسباب داخلية: LA Mortalité endogène

تتضمن الحالات التي يرتبط بها السبب المؤدي إلى الوفاة بالعوامل الداخلية كعامل الوراثة من أحد الأبوين أو انتقال المرض (بصفة مباشرة) إليه من أمه أثناء فترة الحمل أو الرضاعة، يعمل تأثير هذه الأسباب خلال الأسابيع الأربعة الأولى من عمر الرضيع وهي الفترة التي يكون خلالها تأثير العوامل البيئية المحيطة بالطفل الرضيع بسيطا، مقارنة بتأثير العوامل الذاتية.

(1) م- الشلغاي ، مرجع سابق، ص 163.

الوفيات لأسباب خارجية: La mortalité exogène

ترتبط بالظروف البيئية و بالمحيط الذي يعيش فيه الرضيع. يبدأ تأثير هذه العوامل انطلاقاً من الشهر الثاني، من الأساليب التي وُظفت لقياس وفيات الرضع حسب الأعمار، المقياس الذي أشار إليه المحلل الديمغرافي بورجوايشا (Jean Bourgeois-Pichat) والذي يدخل ضمن طرق التحاليل الحيوية (التحليل البيومتري⁽¹⁾).



حيث يمثل D = مجموع الوفيات.

$d(e)$ = الوفيات الداخلية.

$d(ex)$ = الوفيات الخارجية.

يجب الإشارة إلى نقص بيانات الدول النامية، الشيء الذي يلزمنا توخي الحذر عند تفسير نتائج تطبيق هذه الطريقة.

من ناحية أخرى، قد تزيد الظروف الصحية في هذه الدول بالضرورة من تأثير العوامل الوراثية حتى بعد الشهر الأول من عمر الرضيع، ولهذا فإن مفهوم وفيات حديثي الولادة والوفيات المتأخرة لحديثي الولادة تكون أسلم استعمالاً (دون أي فرضيات). تحدد معدلات الفنتين على النحو التالي:

⁽¹⁾ KOUAUCIA. (A), Eléments d'analyse démographique, université de BLIDA, p.45.

- الوفيات من 0 إلى 28 يوم: تسمى وفيات حديثي الولادة *La mortalité néonatale*، يمكن حساب معدلها بقسمة وفيات حديثي الولادة خلال سنة معينة على مجموع الولادات الحية المسجلة خلال نفس السنة:

$$TNN = \frac{D_0 - 28}{N}$$

ترتفع نسبة وفيات هذه الفئة خلال الأسبوع الأول منذ الولادة (0 - 6 أيام)، وتسمى بالوفيات المبكرة لحديثي الولادة، ويتم حسابها بقسمة وفيات الأسبوع الأول من الحياة خلال سنة ما على مواليد نفس السنة.

$$TNPP = \frac{D_0 - 6}{N}$$

الوفيات المسجلة بين اليوم 28 واليوم 365: وتسمى وفيات ما بعد الولادة. يتم حساب هذا المؤشر بقسمة عدد الوفيات (28 - 365 يوم) على ولادات نفس السنة على أن تطرح منها وفيات الفترة 0 - 28 يوما.

$$TPNN = \frac{D_{28} - 365}{N - D_0 - 28}$$

وتطبيقا لهذا التقسيم استخرجنا الجدول رقم 8.4، حسب محل الإقامة.

جدول رقم 8.4: احتمال وفاة الرضيع المسجلة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب التوزيع العمري، الجنس ومحل الإقامة (%).

الجموع		ريف			حضر			الوفيات	
الجموع	أنثى	ذكر	الجموع	أنثى	ذكر	الجموع	أنثى	ذكر	
79	29	50	55	22	33	24	07	17	وفيات الأسبوع الأول (0 - 16 أيام) TNNP
15.83	11.49	20.27	21.80	15.33	30.33	9.73	5.05	15.72	معدل الوفيات لحديثي الولادة المبكرة TNNP
110	45	65	70	30	40	40	15	25	وفيات الشهر الأول (0 - 27 يوم)
22.04	17.83	26.35	27.74	20.90	36.76	16.22	10.83	23.12	معدل وفيات حديثي الولادة TNN
101	45	56	76	35	41	25	10	15	وفيات الفترة 28 - 365 يوم
20.70	18.15	23.32	30.98	24.91	39.12	10.30	9.34	14.20	معدل وفيات ما بعد الولادة
المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل. (EASME 92)									

في نظام يتميز بكثرة الوفيات، تكون حصة الوفيات لأسباب خارجية أكبر بكثير من الوفيات التي ترجع لأسباب داخلية ذاتية. وانخفاض الوفيات في ظل هذه الظروف، يرتبط إلى حد كبير بمدى انخفاض الوفيات الناتجة عن أسباب خارجية.

بلغ معدل وفيات حديثي الولادة (0 - 28) % 22.04 (أنظر الجدول السابق).

شكلت الوفيات المبكرة لحديثي الولادة (0 - 6 أيام) جزءا لا يستهان به ضمن هذا المعدل، إذ بلغت معدلا قدره 15.83 %، بينما بلغ احتمال وفيات ما بعد الولادة (28 - 365 يوما) % 20.70، تتوزع هذه المعدلات بتفاوت بين الحضر والريف، إذ تصل في الريف إلى ضعف المستوى المسجل في الحضر أو أكثر. فبينما بلغ احتمال وفيات حديثي الولادة 27.74% في الريف، فإن الحضر سجل معدلا قدره 16.22 %، كما بلغ

معدّل الوفيات المبكرة لحديثي الولادة المقدار 21.80% في الريف، مقابل 9.73% في الحضر.

ووصل معدّل الوفيات الناتجة عن أسباب خارجية (وفيات ما بعد الولادة) في الريف إلى ثلاثة أضعاف المستوى المسجل في الحضر، بحيث وصل إلى 30.98% في الريف مقابل 10.30% في الحضر.

وهكذا يمكننا القول بأنّ معدّلات الريف تتجاوز وبكثير معدّلات الحضر، مهما كان التوزيع العمري، ويزداد الفرق عندما يتعلق الأمر بالوفيات الناتجة عن أسباب خارجية.

كما رأينا ترتبط الوفاة الداخلية بعوامل وراثية (من أحد الأبوين) أو بفعل انتقال المرض بصفة مباشرة من الأم أثناء فترة الحمل، الرضاعة أو الوضع.

قد تنتج الأسباب الوراثية عن كثرة أزواج الأقارب (قرابة دموية) التي يميّز بها المجتمع الريفي. وترتبط الأمراض التي قد تنتقل من الأم إلى الطفل بقلّة تحصين الأم من التيتانوس مثلا، لقلّة المرافق الصحية في الريف، أو لنقص الوعي لدى الأمهات نتيجة تدني مستويات التعليم أو ضعف الإرشادات الصحية.

ترتبط وفيات ما بعد الولادة (الوفيات المتأخرة) بالظروف البيئية التي يعيش فيها الرضيع، وهكذا فإنّ النتائج المتوصل إليها تعني أنّ الريف يتميز بظروف بيئية جد صعبة وغير ملائمة، نتيجة قلّة المرافق كنقص المياه، المسكن، المستشفيات...

حسب النوع كانت احتمالات وفاة الذكور أكبر من احتمالات وفاة الإناث، مهما كسدت التوزيع العمري، ويزيد الفرق عندما نقارن المعطيات حسب منطقة السكن في غير صالح سكان الريف.

وصل معدّل وفيات ما بعد الولادة إلى 39.12% بين الذكور مقابل 24.91% بين الإناث، بينما سجل الحضر معدّلا قدره 14.20% بين الذكور مقابل 9.34% بين الإناث، هذا لأنّ التكوين الجسماني لدى الذكور أقل مقاومة لتأثير الأمراض.

8.1.4. وفيات الأطفال الرضع حسب النسل المتوصل إليه :

عادة ما يكون الأطفال المنتمين لعائلات كثيرة العدد أكثر عرضة للوفاة، مقارنة بوفيات الأطفال المنتمين لعائلات قليلة العدد، لفرق ظروف الحياة والرعاية.

تشير معطيات الجدول رقم 9.4 إلى ارتفاع احتمال الوفاة بين ولادات النسوة الأكثر نسلا، مقارنة بمؤشرات الذين ينتمون لأمهات أقل ولادات.

بلغ احتمال وفاة رضع الفئة (1 - 3 ولادات) 34.39 % ، 24.64 % في الحضرة مقابل 44.14 % في الريف)، بينما بلغ هذا الاحتمال 40.17 % بين أطفال المتحصلات على 4 أو 6 ولادات على الأكثر (32.67 % في الحضرة، 46.69 % في الريف)، ويرتفع هذا الاحتمال بين أطفال الأمهات الحاصلات على 10 أطفال أو أكثر إلى 82.56 % (89.55 % في الحضرة، 79.47 % في الريف)، ذلك لأن هؤلاء لا يتمتعون بالرعاية اللازمة، مقارنة بالمتنمين لعائلات محدودة العدد، وهو ما يعني تقلص الفترات الإنجابية بين الإخوة.

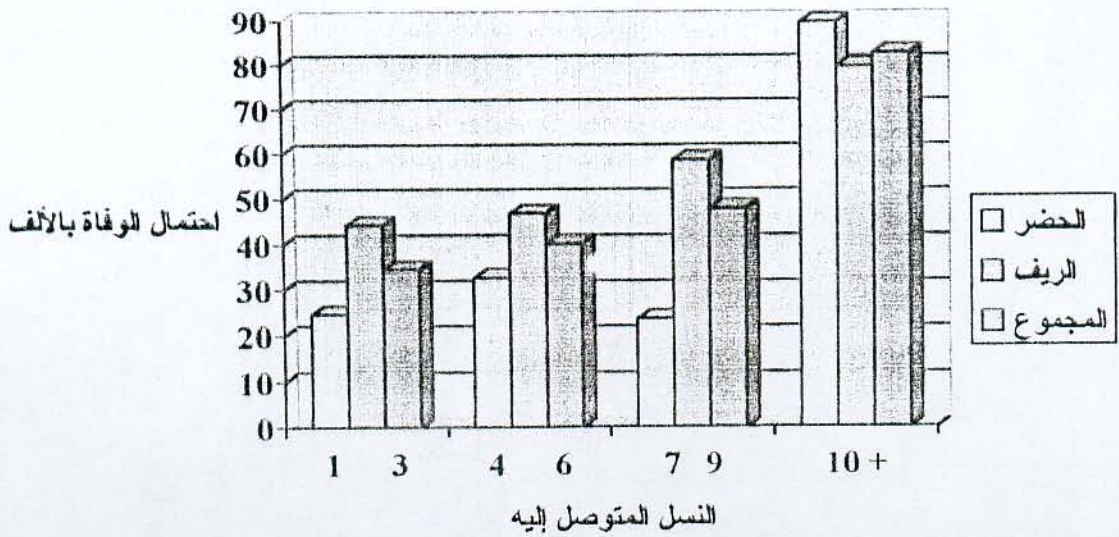
يتأثر كلا من الحضرة والريف بهذا العامل، ففي المنطقة الحضرية تؤدي كثرة أفراد الأسرة إلى الاكتضاض، نظرا لضيق المساكن، مما قد يؤثر سلبا على صحة الرضيع من خلال ظهور بعض الأمراض (كالأزمات التنفسية)، إضافة إلى التلوث البيئي الذي يرتبط أكثر بالمناطق الحضرية، أين تكثرت المنشآت الصناعية. في الريف، حتى وإن تميز بمناخ صحي (قلة التلوث البيئي وقلة الاكتضاض) فإن المساكن عادة ما تكون غير صحية، لعدم توفرها على متطلبات الحياة الضرورية. كما أن كثرة مهام المرأة في الريف يجعلها لا توفر وقتا لازما لمولودها ، خصوصا إذا كان عدد ولاداتها كبيرا .

جدول رقم 9.4 : احتمال وفاة الأطفال الرضع (بالألف) ضمن ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح طبقا للنسل المتوصل إليه ومحل الإقامة:

النسل المتوصل إليه حتى تاريخ المسح	الحضر	الريف	المجموع
3 - 1	24.64	44.14	34.39
6 - 4	32.67	46.69	40.17
9 - 7	23.64	58.55	47.81
10 فأكثر	89.55	79.47	82.56
المجموع	31.35	52.12	43.09

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME)

مخطط رقم 2.4 : احتمال وفاة الأطفال الرضع حسب النسل المتوصل إليه ومحل الإقامة



2.4. العوامل السوسيوثقافية ووفيات الرضع :

تعتبر العوامل السوسيوثقافية من بين أهم العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال، لدرجة جعلت باحثين عديدين يؤكدون بأن حياة الأطفال مرتبطة بعناصر ثقافية في مجال حماية الأمومة والطفولة. إن تحول مكانة المرأة من زوجة إلى أم يدخلها في تجربة تعليمية، تجعلها تكتسب قيما ومعايير ومعتقدات صحية من الوسط الذي تعيش فيه، تظهر هذه التنشئة من خلال الممارسات العلاجية والوقائية التي قد تلاحظ على الأم أثناء وبعد الولادة.

تؤثر هذه القيم والمعتقدات بطريقة مباشرة على الرضع، فاتباع نظام غذائي معين قد يؤثر على وزن المولود (بالزيادة أو النقصان)، كما أن سلوك نظام رضاعة ما يؤثر على احتمالات حياة الأطفال، لهذا سنخصص هذه النقطة إلى دراسة أثر بعض المتغيرات على وفيات الرضع.

1.2.4. مستوى تعليم الوالدين:

يعتبر مستوى تعليم الأولياء خاصة الأم من أهم المتغيرات التي تساعد على تفسير ظاهرة وفيات الرضع. في هذا المجال أثبتت معظم الدراسات علاقة عكسية بين مستوى تعليم الأمهات ومعدل وفيات الرضع، الشيء الذي يجعلنا نقول بأن التعليم يساعد على تربية و رعاية الأطفال.

1.1.2.4. مستوى تعليم الأم:

تعتبر الأم المسؤولة الأولى عن التغذية و الرعاية الصحية، إذ أن معرفتها بالقراءة والكتابة تساعد على إدراك الحالات التي ينبغي فيها اللجوء إلى المساعدة الطبية واتخاذ مختلف الإجراءات الوقائية الضرورية، فضلا عن سعيها لخدمات المراكز الطبية.

يلخص الجدول رقم 10.4 العلاقة بين المستوى التعليمي ووفيات الرضع في كل من الحضر و الريف.

جدول رقم 10.4 : احتمال وفاة الرضع (بالآلف) بين الأطفال المولودين خلال الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مستوى تعليم الأم ومحل إقامتها :

المجموع	الريف	الحضر	المستوى التعليمي
51.07	57.87	35.21	لم تلتحق بالمدرسة
34.57	37.71	32.40	ابتدائي أو إعدادي
18.51	46.87	9.70	ثانوي أو أكثر
43.09	52.12	31.35	المجموع

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).

يتمتع أطفال النساء الأكثر تعليماً (أنظر الجدول رقم 10.4) بفرص حياة أكبر. بلغ احتمال وفاة رضع السيدات اللاتي حصلن على مستوى تعليمي ثانوي أو أكثر 18.51% بينما بلغ 51.07% بين أطفال غير المتعلمات.

حسب مستوى تعليم الأم ومحل إقامتها، يلاحظ أن أطفال القاطنات في الأرياف يعانون مخاطر وفاة تفوق نظيراتهما لدى أطفال نسوة الحضر، مهما كان المستوى التعليمي. يظهر تأثير المستوى التعليمي على الوفاة في الحضر لا سيما لما يتعلق الأمر بالمستويات الأرفع تعليماً (ثانوي وأكثر).

بلغ احتمال وفاة أطفال النساء اللواتي لم تلتحق بالمدرسة 35.21% في الحضر مقابل 57.87% في الريف. وبلغت هذه النسبة 9.70% بين رضع الأمهات ذوات المستوى الثانوي وأكثر في الحضر و 46.87% في الريف. يرجع هذا الفرق إلى كون المرأة المتعلمة تلجأ إلى خدمات المراكز الصحية، فضلاً عن اطلاعها على الإرشادات الصحية، لكن

نلاحظ ارتفاع معدّل هذه الفئة (النسوة الأكثر تعليماً) مقارنة بالمستوى المسجل في الحضر. يمكن تفسير هذا التباين بقلّة المرافق الصحية وقلّة الخدمات الضرورية، أو إلى فقر العائلات الريفية.

وتبعاً لعمر الرضيع عند الوفاة (الجدول رقم 11.4)، نلاحظ أنّ المستوى التعليمي يلعب دوراً ابتداءً من الشهر الثاني خاصة في الحضر، وهذا راجع إلى ارتباط وفاة الرضيع خلال الشهر الأول بالأسباب الداخلية.

جدول رقم 11.4 : احتمال وفاة الرضيع (بالألف) بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مستوى تعليم الأم وعمر الطفل عند الوفاة :

وفيات الأسبوع الأول (0-6 أيام) TNNP	وفيات الشهر الأول (0-27 يوم) TNN	وفيات الفترة (28-365 يوم) TPNN	
			الحضر:
12.91	19.95	16.76	- لم تلتحق بالمدرسة
11.70	20.70	09.19	- ابتدائي أو إعدادي
-	-	09.70	- ثانوي أو أكثر
11.06	18.44	12.21	المجموع
			الريف:
21.13	27.87	31.10	- لم تلتحق بالمدرسة
15.60	18.20	18.46	- ابتدائي أو إعدادي
15.62	15.62	31.74	- ثانوي أو أكثر
19.50	24.82	27.63	المجموع
المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).			

بلغ احتمال وفاة حديثي الولادة معدّلاً قدره 18.44 % في الحضر مقابل 24.82 % في الريف. وبلغ احتمال وفيات ما بعد الولادة (28 - 365 يوم)، 12.21 % في الحضر و 27.63 % في الريف، وهذا عندما لا نتميّز المستوى التعليمي، عندما تتميز الوفيات حسب هذا المتغير، نلاحظ أنّ الظاهرتين تأخذان مسارين متضادين، بحيث بلغ احتمال وفاة رضيع غير المتعلمات 16.76 % في الحضر مقابل 31.10 % في الريف، بينما بلغ هذا المؤشر 9.70 % في الحضر مقابل 27.63 % في الريف لما يتعلق الأمر بنسوة المستوى الثانوي وأكثر.

يتضح من كل ما سبق أنه كلما انخفض مستوى تعليم الأمهات ارتفعت نسبة وفيات الرضع، ذلك لأن رعاية الأطفال كقيمة اجتماعية يرجعها المجتمع كمسؤولية من مسؤوليات الأم، وهكذا يحدد مستواها التعليمي بمؤشرات مختلفة: الوعي الصحي، إدراك مختلف الحالات التي ينبغي فيها على الأم بما اللجوء إلى الطب التقليدي أو الحديث، فضلا عن الدراية بمختلف الإجراءات الغذائية والوقائية.

2.1.2.4. مستوى تعليم الأب :

أثبتت دراسات عديدة أن الآباء يساهمون أيضا في رعاية أطفالهم، فلم تعد العناية بالأطفال مسؤولية الأم وحدها، بل تعدتها إلى الآباء. يتفهم الآباء المتعلمين (كأرباب أسر) واقع الأطفال الصحي أكثر وهكذا يساعدون أكثر الأمهات على رعاية الأطفال صحيا، لجوء للخدمات الطبية الحديثة، وحتى تتمكن من تحليل هذا العنصر أوردنا الجدول رقم 12.4 الذي يوزع احتمالات الوفاة حسب مستوى تعليم الآباء ومحل إقامتهم.

جدول رقم 12.4 : احتمال وفاة الرضع (بالألف) بين ولادات الخمس سنوات

السابقة للمسح حسب مستوى تعليم الأب ومحل إقامته :

المجموع	ريف	حضر	المستوى التعليمي للأب
49.32	54.49	36.74	لم يدرس
40.90	51.02	31.19	ابتدائي أو إعدادي
25.09	36.58	19.77	ثانوي أو أكثر
29.70	65.21	-	غير معين
المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).			

تعكس مراقبة وفيات الرضع بعامل تعليم الأب نفس العلاقة السابقة (أنظر الجدول رقم 12.4)، إذ تقلص احتمالات الوفاة كلما زاد مستوى التعليم، بلغ احتمال وفاة الرضع من آباء ذوي مستوى ثانوي أو أعلى 25.09% بينما بلغ احتمال وفاة رضع الذين لم يتمدرسوا 49.32% . تتضح أكثر هذه العلاقة العكسية بين الظاهرتين في الحضر، بل بلغ

معدّل وفاة أطفال الذين لديهم مستوى ابتدائي أو إحصائي 31.19% في الحضر مقابل 51.02% في الريف.

هذه الاختلافات تجعلنا نقلل (إلى حد ما) من تأثير عامل تعليم الآباء على وفيات الرضع، لخصوصية المناطق الريفية (السلوكيات والمرافق الصحية).

تتميز البيئة الريفية بالمشقة، مما يجعل الآباء لا يوفرون وقتاً كافياً لرعاية الأطفال تحت وطأة عوامل عديدة كالأفكار السائدة في هذا المجتمع الذي يربط رعاية الأطفال باحتياجات الأم وحدها، وغيرها من العوامل التي تطرقنا إليها في النقطة السابقة (أنظر مستوى تعليم الأم ووفيات الأطفال).

2.2.4. الرضاعة الطبيعية وأثرها على وفيات الرضع :

قبل التطرق إلى هذه النقطة رأينا أنه من الأجدر إعطاء مفهوم للرضاعة الطبيعية.

الرضاعة الطبيعية تعني أن لا يتغذى الطفل إلا بلبن ثدي أمه يأخذه مباشرة من الثدي أو بالاستخلاص⁽¹⁾.

الرضاعة الغالبة: هي الرضاعة التي يكون فيها لبن ثدي الأم المصدر الرئيسي لغذاء الطفل، فإلى جانب لبن الأم يمكن أن يقدم للطفل الماء المحلى بالسكر أو الشاي أو أعشاب طبيعية أو عصائر الفاكهة، أو فيتامينات في شكل شراب أو قطرات أو أملاح معدنية أو أدوية أو سوائل تقليدية (بكميات محدودة)⁽²⁾.

⁽¹⁾ Organisation mondiale de la santé (O M S), protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle des services liés à la maternité, déclaration conjointe de l'OMS et du FISE. p20.

⁽²⁾ الديوان الوطني للإحصائيات المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل (التقرير الرئيسي)، 1994، ص119.

الرضاعة الصرفة: هي أن يتغذى الطفل من حليب ثدي أمه أو مرضعة ما، أو مستخلص من حليب امرأة، ولا يقدم له أي نوع آخر من السوائل أو الأطعمة ما عدا القطرات أو الفيتامينات في شكل شراب أو أملاح أو أدوية⁽¹⁾.

تمثل الرضاعة الغالبة والرضاعة الصرفة ما يمكن تسميته بالرضاعة الكاملة (Allaitement complet).

الرضاعة المختلطة: وتعني أن يعطى الرضيع حليباً حيوانياً إلى جانب حليب الأم⁽²⁾.

الرضاعة الاصطناعية: تعني الاستغناء التام عن حليب الأم واستبداله بالحليب الاصطناعي⁽³⁾.

التغذية التكميلية: المقصود هنا أن يأخذ الطفل على التوالي حليب ثدي أمه أو أغذية صلبة، أو نصف صلبة⁽⁴⁾.

كانت الرضاعة الطبيعية ولا تزال أحسن طريقة لضمان تغذية سليمة للطفل الرضيع " وقد ارتبط انخفاضها بمدى تطور الشركات الدولية المختلطة المختصة في صناعة الحليب، إذ جندت الشركات وسائل ضخمة لإشهار الحليب الاصطناعي على حساب الرضاعة الطبيعية"⁽⁵⁾.

يعرف أن النمط الغذائي يتأثر بصورة مباشرة بعاملين:

الأمراض المعدية من ناحية والتغذية بكمّتها وكيفها من ناحية أخرى، وتلعب الرضاعة الطبيعية دوراً هاماً في صحّة الرضيع، إذ يؤدي التحلي عنها إلى تدهور نوعية غذاء الأطفال، وهو ما يساعد على إصابتهم بالأمراض ذات الآثار السلبية التي تنتهي بالإعاقة أو الوفاة.

⁽¹⁾ O M S, opcit, P30.

⁽²⁾ ⁽³⁾ عبد الله الصوتي، موسوعة العناية بالطفل، دار العربي، بيروت ط (2) 1982، ص: 95.

⁽⁴⁾ O M S, IBID, P3.

⁽⁵⁾ DEFORTS (J). OPCIT, P 47.

تشير معطيات الجدول (13.4) أن ممارسة الرضاعة الطبيعية منتشرة إلى حد كبير حيث أن 93% من مجموع المواليد في السنوات الخمس السابقة للمسح قد أرضعوا من الثدي. وتخفض هذه النسبة قليلا مع تقدم عمر الأم، حيث تبلغ حوالي 94% بين أمهات فئة الأعمار 25 سنة مقابل 91% بين أمهات الفئة 40 سنة فأكثر.

لا تظهر اختلافات تذكر حسب محل الإقامة، باستثناء فئتي الأعمار الأولى (أقل من 25 سنة)، والأخيرة (40 سنة وأكثر) حيث ترتفع هذه النسبة في الريف عن الحضر بحوالي 3%.

وبصرف النظر عن عمر الأم، نجد أن نسبة الأطفال أرضعوا تأخذ في الارتفاع حتى المولود الرابع ثم تبدأ في الانخفاض بازدياد رتبة المولود.

جدول رقم 13.4 : نسب المواليد خلال الخمس سنوات السابقة المسح الذين أرضعوا من الثدي حسب خلفية المبحوثة (%) .

فئات العمر					خلفية المبحوثة
الإجمالي	49-40	39 - 30	29- 25	25>	
					محل الإقامة:
92.5	89.5	92.8	93.5	92.1	حضر
92.9	92.1	92.7	92.4	95.0	ريف
					ترتيب المولود
91.8	94	90.3	91.7	92.5	1
92.7	100	90.5	92.2	94.7	2
93.3	84	92.7	93.9	98.0	4-3
92.4	89	91.4	91.0	89.6	5 فأكثر
92.7	91.0	92.7	92.9	93.9	الإجمالي

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).

ويعرض الجدول رقم 14.4 نسب المواليد خلال الخمس سنوات السابقة للمسح الذين لم يرضعوا من الثدي حسب سبب عدم الرضاعة ومحل الإقامة.

الجدول رقم 14.4 : توزيع ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح الذي لم ترضع من الثدي طبيعيا حسب سبب عدم الإرضاع ومحل الإقامة (%) .

المجموع	ريف	حضر	سبب عدم الإرضاع
5.69	5.71	5.64	-الطفل مريض
11.16	13.87	7.64	- الطفل توفي
5.69	5.71	5.64	- رفض الطفل ثدي الأم
15.26	11.83	19.48	- الأم مريضة
76.21	37.14	34.87	- ليس لدى الأم لبن كاف
4.78	4.89	4.61	- مشاكل متعلقة بالحلقة أو الثدي
3.18	2.04	4.61	- أخرى
17.99	18.36	17.43	- غير مبين
100	100	100	المجموع

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).

يعد عدم كفاية حليب الأم أهم أسباب عدم إرضاع الأطفال طبيعيا في الجزائر، حيث يمثل 36.21 % من مجموع الأسباب، علما أن هذه المعطيات تخص ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح، ويأتي مرض الأم في المرتبة الثانية بنسبة قدرها 15.26 %، تختلف هذه الظاهرة (عدم الإرضاع بسبب مرض الأم) حسب منطقة السكن، وصلت هذه الظاهرة في المناطق الحضرية 19.48 % و إلى 11.83 % في المناطق الريفية، وتمثل مجموعة الأسباب المرتبطة بصحة (عدم كفاية الحليب، مرض الأم، مشاكل الحلقة والثدي) 58.96 % من أسباب عدم الإرضاع في الحضر مقابل 53.86 % في الريف. أما الأسباب المرتبطة بالطفل (رفضه ثدي الأم، مرضه ووفاته) فتمثلت 18.97 % في الحضر مقابل

25.29 % في الريف. وتمثل وفاة الطفل أحد الأسباب الرئيسية لانقطاع الرضاعة الطبيعية، إذ وصلت إلى 11.16 % كمتوسط، ونظرا لاختلاف مستوى الوفيات حسب الوسط السكاني فهي أكثر انتشارا في الريف (13.87 % مقابل 8 % في الحضر)، لم يمثل رفض الطفل ثدي الأم إلا 5.69 %.

وعن الأطفال المتوفين دون السنة من العمر والذين لم يرضعوا، (أنظر الجدول 15.4)، يبين أن سبب عدم الرضاعة هو وفاة الطفل بنسبة 40.8 % (40.5 % في الحضر مقابل 41 % في الريف)، وعن أسباب عدم الإرضاع الأخرى نجد أنها ليست ذات أهمية كبرى يضاف إلى هذا وجود نسبة كبيرة لم نعرف فيها سبب الانقطاع (غير مبين).

وحسب رأينا فإن عامل الرضاعة لا يشكل أحد أسباب وفيات الرضع ذلك لأن الرضاعة الطبيعية في حد ذاتها لا تشكل غذاء كاملا للرضيع بعد الشهر السادس.

الجدول رقم 15.4 : توزيع وفيات الخمس سنوات السابقة للمسح التي لم ترضع من الثدي طبيعيا حسب عدم الإرضاع ومحل الإقامة (%) .

سبب عدم الإرضاع	حضر	ريف	المجموع
-الطفل مريض	2.7	1.2	1.7
- الطفل توفي	40.5	41	40.8
- الطفل رفض	-	4.8	3.3
- الأم مريضة	5.4	-	1.7
- قلة الحليب	-	7.2	4.89
- غير مبين	51.4	45.8	47.5
المجموع	(37) %100	(83) % 100	(120) %100

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بفسحة الأم والطفل (EASME).

يوضح استمرار الرضاعة الطبيعية الجدول رقم 16.4 ، بحيث حوالي ثلث الأطفال مزالوا يرضعون، ولا تختلف هذه النسبة كثيرا من حيث الجنس، لكن يظهر الاختلاف جليا على مستوى محل الإقامة إذ يلاحظ ارتفاعها في الريف 37 %، مقابل 25 % في الحضر.

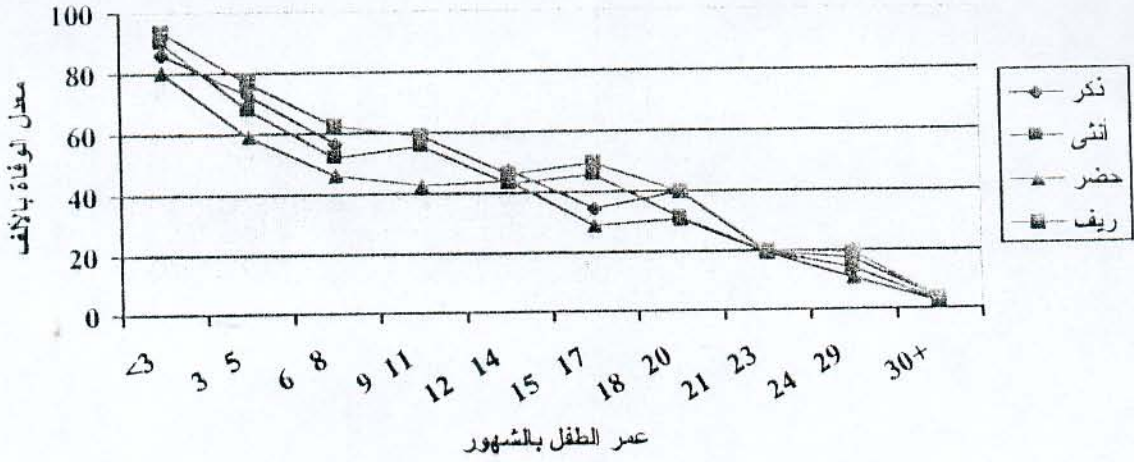
ومن الطبيعي تنخفض النسب بارتفاع عمر الطفل فأعلاها (88 %) بين أطفال دون الثلاثة شهور، وتأخذ في الانخفاض إلى 52 % بين أطفال الفئة 8 - 11 شهرا وتصل إلى 35 % بين أطفال الفئة 18 - 20 شهرا، ويلاحظ هذا النمط على مستوى متغيرات الجنس ومحل الإقامة.

الجدول رقم 16.4 : توزيع مواليد الخمس سنوات السابقة للمسح (%) الذين مازالوا يرضعون حسب عمر الطفل و الجنس ومحل الإقامة :

الإجمالي	محل الإقامة		الجنس		عمر الطفل
	ريف	حضر	أنثى	ذكر	
88	93.6	80.2	90.2	86.2	> من 3 أشهر
70	76.7	59.1	67.9	72.6	5-3
54.2	62.3	46.1	51.9	56.5	8-6
52.0	59	42.7	55.5	48.9	11-9
45.1	46.1	43.7	42.8	47.2	14-12
39.6	49.4	28.8	45.6	34.5	17-15
35.4	39.7	30.6	31.0	39.8	20-18
19.6	19.9	19.3	19.6	19.6	23-21
15.6	19.4	10.8	14.1	17.1	29-24
2.9	3.8	2.0	2.4	3.4	+30
31.4	37.2	25.00	31.2	31.7	الإجمالي

المصدر: حسابات خاصة على المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).

مخطط رقم : 3.4 : توزيع مواليد الخمس سنوات السابقة للمسح الذين يرضعون
حسب عمر الطفل ، الجنس ومحل الإقامة:



3.4 . العوامل السوسيواقتصادية ووفيات الرضع :

أكدت دراسات عديدة، من بينها دراسة AKOTO التي أشرنا إليها سابقا والتي تؤكد ارتباط مستوى وفيات الرضع ببعض العوامل الاقتصادية، لهذا سنتطرق في النقاط التالية إلى بعضها حسب ما تسمح به معطيات مصدرنا.

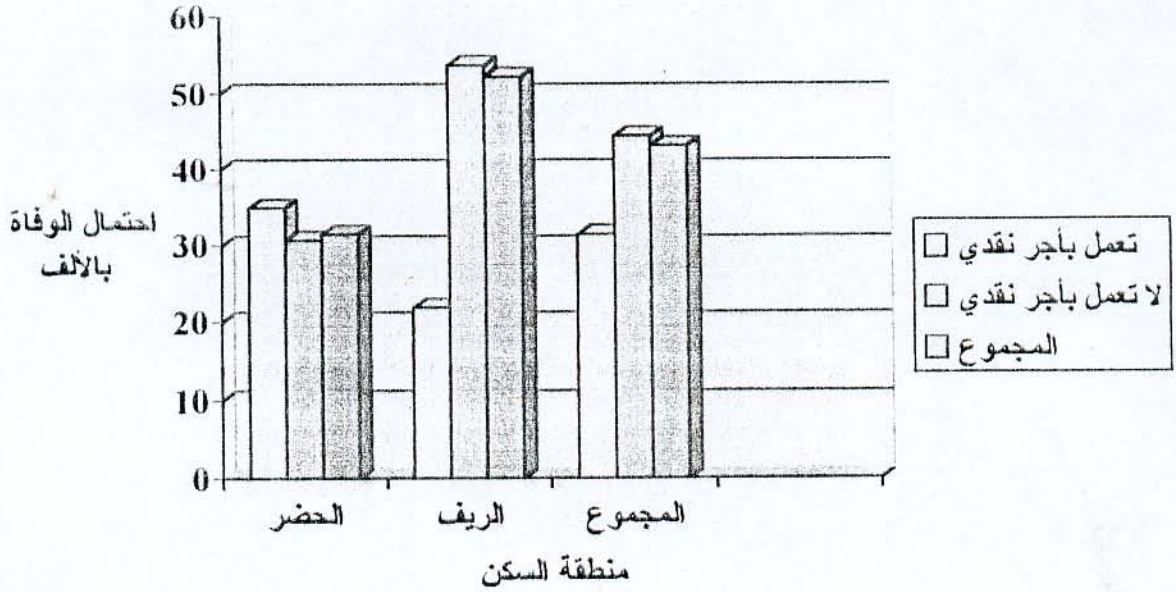
1.3.4 . وفيات الأطفال الرضع وعمل الأم :

لا تمثل النسوة العاملات في الجزائر إلا نسبة قليلة بين المشتغلين ولهذا فإن إدخال هذا العامل لمراقبة ظواهر أخرى، قد يقودنا إلى نتائج تتعاكس مع العلاقة التي توصل إليها في بلدان أخرى في إطار دراسة ظاهرة وفيات الرضع وعمل الأمهات.

جدول رقم 17.4 : احتمال وفاة رضع الخمس سنوات السابقة للمسح (بالألف)
حسب وضعية الأم (تعمل أو لا تعمل) وتعليمها طبقا لخل الإقامة :

المستوى التعليمي				وضعية الأم العملية طبقا لخل الإقامة
المجموع	ثانوي أو أكثر	ابتدائي أو إعدادي	لم تلتحق بالمدرسة	
				الحضر:
34.85	-	47.61	75	تعمل بأجر نقدي
30.62	24.09	28.85	33.25	لا تعمل بأجر نقدي
31.35	09.70	32.40	35.21	مجموع الحضر
				الريف:
21.89	25.64	16.94	25.64	تعمل بأجر نقدي
53.69	80	39.49	58.52	لا تعمل بأجر نقدي
52.14	46.87	37.76	57.87	مجموع الريف
				المجموع الكلي:
31.37	6.17	40.89	50.63	تعمل بأجر نقدي
44.43	37.03	33.54	51.08	لا تعمل بأجر نقدي
43.09	18.51	34.59	51.07	المجموع كليا
المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).				

مخطط رقم 4.4 : احتمال وفاة رضع الخمس سنوات السابقة للمسح (%) حسب
وضعية الأم (تعمل أو لا تعمل) ومحل الإقامة :



حسب معطيات الجدول هناك علاقة (قد تكون غير مباشرة) بين عمل المرأة مقابل أجر نقدي واحتمالات بقاء الأطفال على قيد الحياة، ففي حين بلغ احتمال وفاة رضع العاملات 31.37 % فإنه بلغ 44.43 % بين أطفال من لم تعملن مقابل أجر نقدي.

حسب منطقة السكن، سجلت عاملات المنطقة الحضرية معدلاً يفوق نظيره المسجل في المناطق الريفية (34.85 % في الحضر، مقابل 21.89 % في الريف).

إن مراقبة (أنظر الجدول) هذه النتائج بعامل التعليم يفسر هذه العلاقة التي قد تتناقض مع ما قلناه سابقاً (علاقة عكسية بين مستوى الوفاة وعمل النسوة)، إذ أن جل وفيات الحضر سجلت بين أبناء غير المتعلمات، عكس ما لوحظ في الريف.

كما أنّ قلة عدد الملاحظات (حالتنا) قد يقودنا إلى مثل هذه النتائج غير المتوقعة، من جهة أخرى لو راقبنا هذه الظاهرة حسب مستوى التعليم، منطقة السكن وأعمار الأمهات لوجدنا أنّ جل العائلات يتكون من المتقدمات في السن.

وعموماً يؤثر عمل المرأة مقابل أجر نقدي على بقاء الأطفال على قيد الحياة، نظراً لما قد توفره الأمهات من المتطلبات الضرورية التي يحتاجها الرضيع (غذاء، علاج ...)، لكن يجب الإشارة إلى نوع العمل الذي قد يكون سبباً في وفاة الرضيع.

2.3.4 : وفيات الأطفال الرضع وخصائص المجتمع المحلي:

نهدف من وراء هذا إلى دراسة وفيات الرضع تبعاً لتوفر بعض الخدمات الأساسية بصفة عامة ومدى توفر خدمات رعاية الأمومة والطفولة بصفة خاصة سواء كان هذا المجتمع السكاني في الحضر أو الريف.

وقبل حساب احتمالات وفيات الرضع وفقاً لبعض خصائص المجتمع المحلي، قمنا بحساب مدى توفر بعض الخدمات الأساسية (خاصة التعليمية والصحية)، وبعدها عن أماكن المجتمعات السكنية (المسافة).

يبين الجدول رقم 18.4 التوزيع النسبي لمدى توفر الخدمات الأساسية في المجتمع المحلي* تشير البيانات إلى أنّ حوالي 91.98% من المناطق الملاحظة تتوفر على مدرسة ابتدائية (98.65 في الحضر ، و 87.32 في الريف)، وأنّ 44.47% تتوفر على ثانوية (84.56% في الحضر و 16.43% في الريف)، وتبلغ نسبة المناطق التي توجد بها جامعات 14.68% (34.22% في الحضر مقابل 0.94% في الريف).

وعن توفر الخدمات الأساسية الأخرى كوفرة الماء والكهرباء، وقنوات الصرف ووفرة أماكن مخصصة للقمامات نجد أنّ 32.67% من السكنات متصلة بشبكة ضخ، تتوزع حسب الوسط السكاني كالتالي: 0.68 في الحضر مقابل 80.86% في الريف. وتبلغ نسبة

*نقصد بالمجتمع المحلي البيئة التي تعيش داخلها الأسرة.

المجتمعات المحلية التي لا تبعد عنها المستشفيات بأكثر من 10 كلم 51.6%، (80.35% في الحضر ، 19.24% في الريف).

كما أن 50% من المجتمعات المحلية في الريف توجد بالقرب منها (في حدود 10 كلم) مركز توليد، بينما تبلغ هذه النسبة في الحضر 87.85%.

وتبلغ نسبة تواجد الصيدليات 92.41% في الحضر مقابل 32.54% في الريف.

جدول رقم 18.4: توزيع المجتمعات المحلية حسب توفر أهم الخدمات طبقا لخل الإقامة: (%).

الجموع	ريف	حضر	توفر الخدمة
67.32	80.86	99.31	الماء
89.60	82.21	99.32	الكهرباء
58.14	30.76	96.62	قنوات الصرف
49.15	30.81	85.13	مكان وضع القمامة
91.98	87.32	98.65	مدرسة
56.90	32.86	91.27	متوسطة
44.47	16.43	84.56	ثانوية
14.68	0.94	34.22	جامعة
61.21	48.82	79.05	مستشفى
70	58.68	86.39	مصحة متعددة التقنيات
68.33	68.54	68.02	مركز صحي
51.11	43.86	61.64	قاعة علاج
31.37	17.92	51.03	مركز توليد
10.67	3.31	21.37	عيادة خاصة
56.86	33.01	91.09	طبيب خاص
56.86	32.54	92.41	صيدلية

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).

يظهر الجدول رقم 19.4 اختلاف الخدمات الصحية حسب المناطق.

الجدول رقم 19.4 : توزيع المجتمعات المحلية حسب المسافة الفاصلة بين المجتمعات المحلية و أهم الخدمات الصحية طبقا لخل الإقامة والمسافة :

المسافة (كم)	حضر (%)				ريف (%)				الجموع (%)		
	ع-م	+10	9-4	3 >	ع-م	+10	9-4	3 >	+10	9-4	3 >
مدرسة	8.16	-	1.36	90.47	8.06	1.07	3.76	87.09	0.6	2.70	88.58
متوسطة	6.61	1.47	5.14	86.75	1.42	15.71	24.28	58.56	6.31	11.65	77.17
ثانوية	5.55	3.17	1.58	89.68	-	37.14	34.28	28.56	10.56	8.69	76.39
جامعة	5.88	3.92	25.49	64.7	50	50	-	-	5.66	24.52	62.26
مستشفى	7.69	11.96	11.96	68.37	13.46	67.30	16.34	2.88	38.00	14.02	37.55
مصحة م الخدمات	7.08	4.72	6.29	81.88	16.8	46.4	22.4	14.4	25.39	14.28	48.40
مركز صحي	09	07	05	79	13.01	39.04	23.97	23.96	26.01	16.26	46.33
قاعة العلاج	18.88	1.11	1.11	78.88	7.52	5.37	10.47	76.34	3.27	6.01	77.58
مركز توليد	9.45	2.70	4.05	83.78	-	50	39.47	10.52	18.75	16.07	58.92
عيادة خاصة	12.90	6.45	12.90	67.73	28.57	57.14	14.28	-	15.78	13.15	55.26
طبيب خاص	13.53	0.75	1.50	84.2	4.28	10.00	28.57	57.14	3.94	10.89	74.87
صيدلية	12.86	0.74	3.73	82.83	2.89	17.39	31.88	47.82	6.40	13.30	70.92

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (92 EASME)

وعن احتمالات الوفاة بين الأطفال الرضع حسب توفر أهم الخدمات الصحية داخل المجتمعات المحلية (أنظر الجدول رقم 20.4) نرى أن ظاهرة الوفاة تزيد بين الأطفال الذين لا تتوفر بمجتمعاتهم المحلية على خدمات صحية، وتظهر الفروق واضحة بين الحضر والريف، كما تظهر أهمية بعض المرافق الصحية كالمستشفيات ومراكز التوليد والأطباء الخواص، إذ أن احتمال وفاة الرضع الذين ولدوا في مجتمعات محلية تتوفر على مستشفى بلغ 40.70 % (33.44 % في الحضر ، مقابل 50.56 % في الريف).

وتلعب مراكز التوليد أهمية كبيرة نظرا لكونها ذات تأثير مباشر وكبير على صحة الأم وعلى الظروف التي تلد فيها. بلغ معدل وفيات الرضع الذين ولدوا في مجتمعات محلية تتوفر على مراكز توليد 33.07 % (29.62 % في الحضر مقابل 40.65 % في الريف)، في حين

بلغ 48.73% في حالة عدم وجود هذه المراكز (34.51% في الحضرة، مقال 55.35% في الريف).

وما يمكن استنتاجه أنّ وفرة الخدمات الصحية لها تأثير إيجابي كبير على وفيات الرضع، إذ أنّ درجة الخطر (الوفاة) تزداد كلما انعدمت أو قلّت إلى حدّ كبير.

جدول رقم 20.4 : احتمال وفيات الرضع (بالآلف) (الخمسة سنوات السابقة

للمسح) حسب توفر أهم الخدمات الصحية داخل المجتمعات المحلية طبقا لمحل الإقامة

الجموع		الريف		الحضر		وفرة الخدمات الصحية
لا	نعم	لا	نعم	لا	نعم	
ولادات وفيات احتمال الوفاة	ولادات وفيات احتمال الوفاة	ولادات وفيات احتمال الوفاة	ولادات وفيات احتمال الوفاة	ولادات وفيات احتمال الوفاة	ولادات وفيات احتمال الوفاة	
1785 86 48.17	3120 127 40.70	14.30 78 54.54	1325 67 50.56	355 08 22.53	1794 60 33.44	مستشفى
1504 60 39.89	3398 153 45.02	1281 52 40.60	1475 93 63.05	223 08 35.87	1923 60 31.20	مصلحة متعددة الخدمات
1614 65 40.27	3288 148 45.01	912 42 46.05	1844 103 55.85	702 23 32.72	1444 45 31.16	مركز صحي
2326 98 42.13	2539 114 44.90	1470 70 47.62	1262 74 58.23	856 28 32.71	1277 40 31.32	قاعة علاج
3283 160 48.73	1572 52 33.07	2240 124 55.35	492 20 40.65	1043 36 34.51	1080 32 29.62	مركز توليد
4441 194 43.68	409 18 44	2641 140 53.01	86 04 46.51	1800 54 30	323 14 43.34	عيادة خاصة
1953 110 56.32	2912 102 35.02	1786 108 60.47	946 36 38.05	167 02 11.97	1966 106 33.57	طبيب خاص
1992 111 55.72	2860 101 35.31	1825 105 57.53	907 39 42.99	167 06 35.42	1953 62 31.74	صيدلية

المصدر : حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).

4.4. العوامل البيئية ووفيات الرضع :

نتطرق هنا إلى تأثير العوامل البيئية على مستوى وفيات الأطفال الرضع، يفترض أن تشكل هذه العوامل أحد الأسباب الرئيسية للاختلاف الكبير بين الحالة الصحية في الحضر والريف.

تؤثر هذه العوامل على مستوى الممارسات الوقائية داخل الأسر ، لذا سنحاول معرفة التفاعل المركب بين الطفل والبيئة. يؤثر هذا التفاعل (إيجابا أو سلبا) على صحة الطفل الرضيع، خاصة " وأن فئة الأطفال الرضع هم الأكثر حساسية للأمراض والأقل مقاومة للتلوث البيئي"⁽¹⁾.

رغم الإنجازات الصحية في الجزائر يلاحظ ارتفاع الوفيات الناجمة عن الأمراض التي لها علاقة بالبيئة، " حيث أن الأمراض المتنقلة عن طريق الماء (الكوليرا ، الحمى، الإسهال...) تمثل أغلب الأمراض المسجلة في الجزائر وهي راجعة لتدهور نظافة المحيط"⁽²⁾.

"ولقد ارتبطت أغلب التغيرات الديمغرافية (كإنخفاض وفيات الرضع في الدول المتطورة مع تحسين مستويات الحياة وتطور المحيط الصحي، خاصة ما يخص تصريف المياه القذرة وتأمين المياه الصالحة للشرب"⁽³⁾.

تؤثر البيئة التي يعيش بها الأطفال تأثيرا كبيرا على حالتهم الصحية، فالعديد من الأمراض المعدية التي تصيب الأطفال تنتقل عن طريق المياه الملوثة، ويرتبط تلوث المياه بكل من نوعية مصدرها الرئيسي وبأوعية تخزينها. وتتأثر البيئة أيضا بمدى وفرة شبكات الصرف الصحي. ويمتد تأثير عوامل البيئة أيضا ليشمل مدى نظافة المنطقة المحيطة بالمسكن.

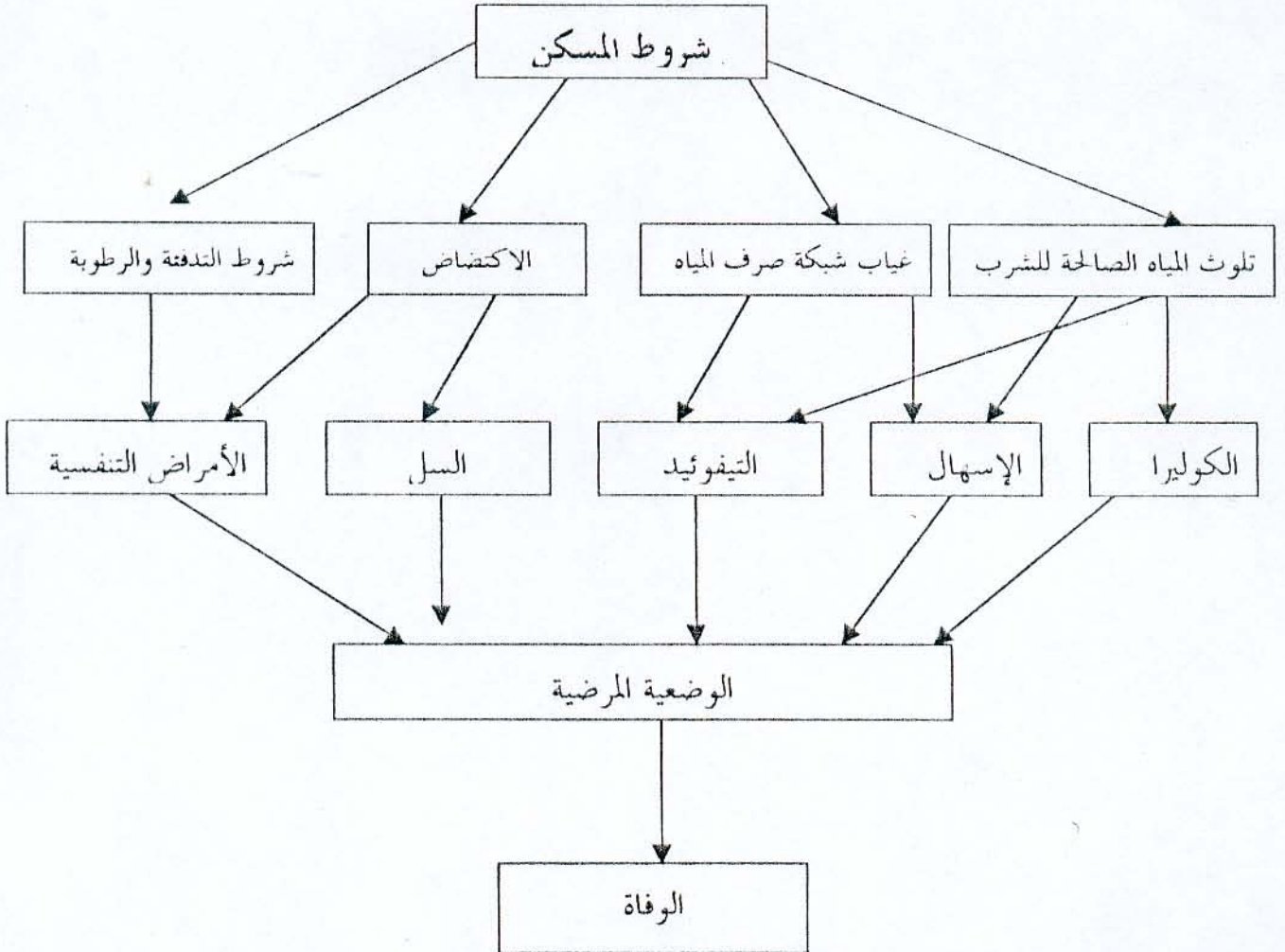
⁽¹⁾ Fonds des Nations Unies pour l'enfance Programmes des nations unies pour l'environnement , les enfants et l'environnement 1990, p22.

⁽²⁾ O U A H D I. (M), Maladies transmission hydrique) , Santé plus, eau et santé n° 45,1995, p23.

⁽³⁾ VALLIN. (J), health policy social policy and mortality prospect, LOUVAIN, ACADMIA 1983.p552.

كما أن الحالة الصحية للأطفال ترتبط بخصائص المسكن (التهوية والأرضية ومدى الازدحام).

يلخص الشكل التالي تأثير شروط المحيط (أو المسكن) على مرضية ووفيات الأطفال⁽¹⁾.



⁽¹⁾VALLIN (J), opcit, p522.

1.4.4 : علاقة المسكن بوفيات الأطفال :

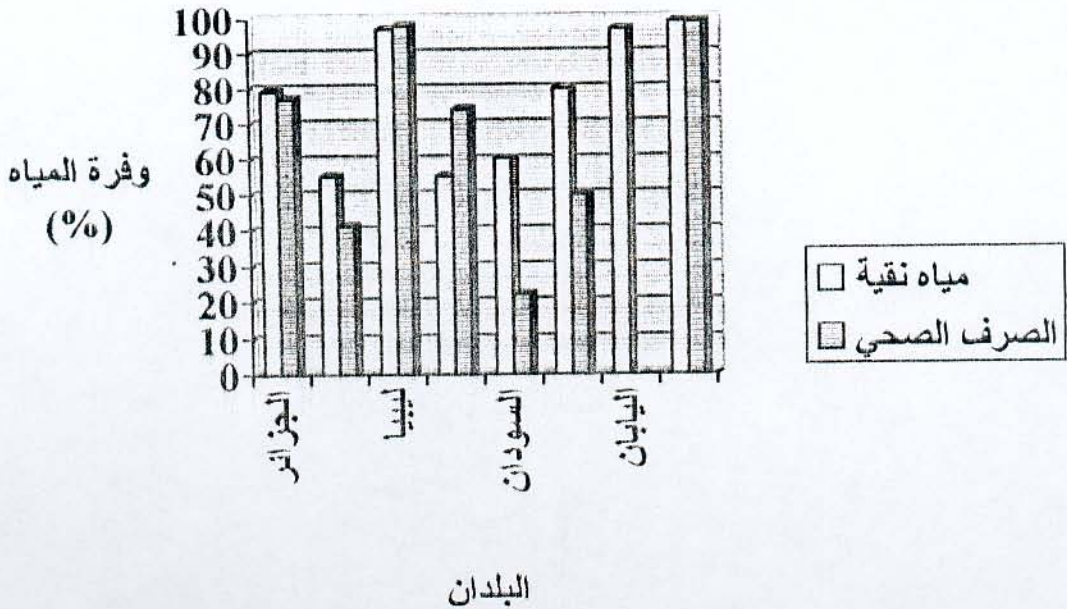
تعاني معظم الدول النامية من قلة وجود المياه الصالحة للشرب وخدمات الصرف الصحي، (أنظر الجدول رقم 21.4).

جدول رقم 21.4 : نسب وفرة المياه الصالحة للشرب وخدمات الصرف الصحي في بعض بلدان العالم :

البلدان	السكان الذين يتحصلون على مياه نقية (%) (1995 - 1990) .	خدمات الصرف الصحي (1995 - 1990)
الجزائر	79	77
المغرب	55	41
ليبيا	97	98
تونس	55	74
السودان	60	22
مصر	80	50
اليابان	97	-
جزر موريس	99	99

SOURCE : U N I C E F , La situation des enfants dans le monde 1995, pp78,79.

مخطط رقم 4.4 : نسب وفرة المياه الصالحة للشرب وخدمات الصرف الصحي في بعض بلدان العالم (1995 - 1990) .



بوجه عام، تمثل العوامل البيئية خاصة المرتبطة بالمسكن أهم أسباب ارتفاع نسب احتمالات وفاة الرضع في حالة عدم وفرتها، ذلك لأن المسكن هو البيئة الأولى التي يرتبط بها الطفل ويتأثر بها.

ويعرض جدول رقم 22.4 احتمال وفاة الرضع (الخمس سنوات السابقة للمسح) طبقا لبعض العوامل البيئية ومحل الإقامة.

جدول رقم 22.4 : احتمال وفاة الرضع (بالألف) ، خلال الخمس سنوات السابقة للمسح ، طبقا لبعض الخصائص البيئية ومحل الإقامة :

المجموعة	ريف	حضر	
			مصدر مياه الشرب
39.15	50.57	30.50	شبكة- ضيق
51.43	53.25	29.12	أخرى
			توزيع الإضاءة:
39.09	48.30	29.46	كهرباء
67.32	65.63	100	أخرى
			نوع المراحيض:
36.88	48.03	29.64	مراحيض متصل بشبكة
50.39	54.84	36.73	صرف صحي
			أخرى
			المطبخة المحيطة بالمسكن:
42.86	53.03	29.65	مطبخة جافة
34.09	19.60	54.05	مطبخة بها مياه راكدة أو طفق
			أرضية المسكن:
41.05	51.53	29.25	إسمنتية / بلاط / فينيل
50.42	48.97	57.14	ترابية أخرى
			سقف المنزل:
36.18	48.52	28.22	سقف من موارد صلبة
45.86	48.70	33.33	قرميد
57.76	60.74	47.61	أخرى
			نوع المسكن
30.21	37.73	29.59	شقة
40.15	45.06	33.33	مسكن فردي
49.19	58.41	28.83	مسكن تقليدي
39.16	45.11	25.64	أخرى

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).

تؤثر كل من البيئة النظيفة وأرضية المسكن إيجابيا على فرص بقاء الرضع على قيد الحياة، فمعدّل وفيات الأطفال الرضع في المناطق التي بها مياه راكدة أو طفح يقارب ضعف المستوى المسجل في المناطق النظيفة أو الجافة.

في المنطقة الحضرية، يبلغ احتمال وفاة الرضع 29.65% في المناطق النظيفة و 54.05% في المناطق غير النظيفة (التي بها مياه راكدة أو طفح). أما المنطقة الريفية، فبلغ معدّل وفاة الرضع في المناطق التي بها مياه راكدة أو طفح 19.60% مقابل 53.03% في المناطق الجافة. ترتبط هذه النتيجة بعدد الملاحظات (توجد سكنات قليلة في المناطق الريفية بالقرب من المياه الراكدة أو الطفح).

ويظهر أيضا تأثير أرضية المسكن على الوفاة، بحيث يبلغ احتمال وفاة الرضع في المنازل ذات الأرضية 41.05% مقابل 50.42% عندما يتعلق الأمر بأرضيات أخرى (ترابية...) تعكس المناطق الحضرية هذا الارتباط بشكل كبير.

ويتضح جليا أن توفر شبكات الصرف الصحي ومصدر مياه الشرب لها تأثير على هذه الظاهرة، بحيث يبلغ احتمال وفاة رضع المساكن التي تحتوي على شبكة ضخ 39.15% ، بينما قدر بحوالي 51.43% عندما تعلق الأمر بوسائل أخرى وترداد هذه الفوارق عندما تقارن معطيات منطقتي السكن.

يعتبر أحد الأطباء المختصين بالبيئة " أن الماء هو المسؤول عن معظم أمراض الإسهال إذ يشكل السبب الأول لوفيات الأطفال التي تصل 50% "(1).

2.4.4. وفيات الأطفال الرضع وتغيّر الفصول:

يعتبر عامل المناخ من أهم العوامل البيئية المؤثرة على اختلاف وفيات الأطفال، وهذا ما وصل إليه عدد من الباحثين، من خلال تناولهم لموضوع الحركة الشهرية للوفيات. على

(1) Kouate (A) et autres, opcit, p93.

سبيل المثال، لفت جاك رسو " الانتباه إلى كثرة الوفيات في شهر أوت مقارنة مع الشهور الأخرى " (4).

ولاحظ الطبيب دينيو " Dignant " ارتفاع بعض الأمراض خلال بعض الفصول (وبالتالي الوفيات). ففي فصل الصيف، ترتفع نسبة أمراض الإسهال، (التيفوئيد) الذي غالبا ما ينتج عن قلة النظافة ورداءة قنوات الصرف الصحي وسوء التغذية. في حين ترتفع في الشتاء نسبة الوفيات الناجمة عن أمراض التهابات التنفسية كالسعال الديكي والتي غالبا ما تنتج عن البرودة القاسية والرطوبة المفرطة " (4).

وحتى تتمكن من دراسة أثر تغير الفصول على وفيات الرضع، خصنا المعطيات في الجدول رقم 23.4.

الجدول رقم 23.4 : التوزيع النسبي (%) لوفيات الأطفال الرضع (الخمس سنوات السابقة للمسح) حسب الفصول ومحل الإقامة :

الفصول *	حضر	ريف	المجموع
	العدد	العدد	العدد
	%	%	%
الشتاء	12	44	56
الربيع	12	29	41
الصيف	21	32	53
الخريف	16	35	51
غير معين	07	07	14
المجموع	68	147	215
	% 100	% 100	% 100

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).

⁴ WUNCH, (G) et autres , La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire, LOUVAIN UCL , 1980,p61.

^{4b} IBID, p. 65.

* إذا تمت الوفاة قبل الشهر الأول اعتبر شهر الولادة شهر الوفاة.

والملاحظ من خلال هذا الجدول أن نسب وفيات الرضع ترتفع خلال فصلين (26.04% في فصل الشتاء و 24.65% في فصل الصيف). وتسجل أقل قيمها خلال فصل الربيع 19.06%.

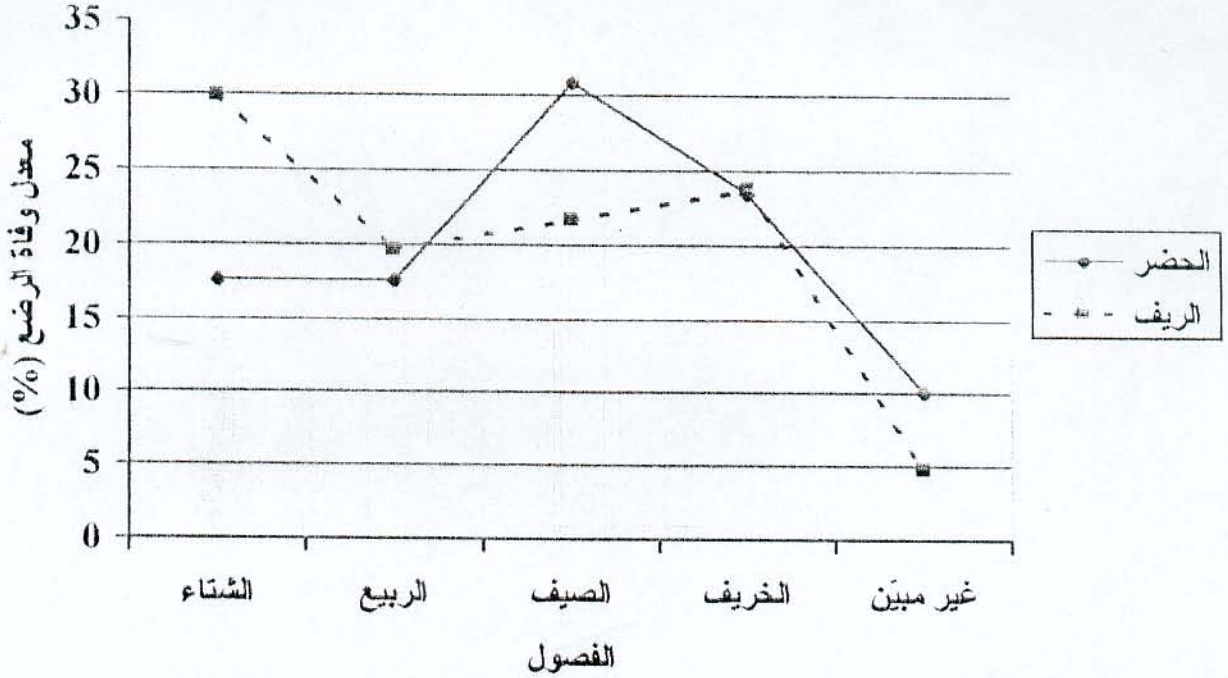
ونسجل هوة كبيرة بين المنطقتين خلال الفصلين المذكورين، بحيث بلغت نسبة الوفاة خلال فصل الشتاء 29.93% في الريف و 17.64% في الحضر. ويرجع السبب في ذلك إلى كون المناطق الريفية تتميز بقلّة المرافق الضرورية كأجهزة التدفئة، خاصة وأنّ البرد الشديد يميّز المناطق الريفية المتواجدة بالمضاب العليا، مما يؤدي إلى زيادة الأمراض التنفسية.

خلال الصيف يسجل الحضر نسب وفيات تفوق المستوى المسجل في الريف. ويرجع ذلك ربّما إلى التراجع الفادح لكميات المياه الصالحة للشرب خلال هذا الفصل، مما يساعد على كثرة انتشار الأمراض القاتلة كالإسهال والتيفوئيد...

ويتميز كل من الربيع والخريف بأخفض النسب (23.72% في الخريف و 19.06% في فصل الربيع). ويلاحظ أنّ المنطقتين تتقاربان خلال هذين الفصلين (17.64% في الحضر و 19.72% في الريف)، عكس المستوى المسجل خلال فصل الصيف (30.88% في الحضر و 21.76% في الريف).

تجدر الإشارة إلى تأثير تغيّر الفصول على وفيات الرضع أكثر وضوح في الريف (أنظر الجدول). في حين يتميز الحضر بحدّة الوفيات خلال فصل الصيف وبتقارب الظاهرة في بقية الفصول.

المخطط رقم (5.4) : منحني التوزيع النسبي لوفيات الأطفال الرضع (الخمس سنوات السابقة للمسح) حسب الفصول ومحل الإقامة :



5.4. الأسباب المباشرة لوفيات الرضع :

" حسب CANTRELLE تتطلب الدراسة الدقيقة للأسباب المباشرة للوفيات مراقبة دقيقة (microscopique) لجميع الوفيات أو لعينة تمثل الوفيات التي حدثت بين السكان. غير أن هذه الشروط لا يمكن استيفائها في وقتنا إلا في ظل ظروف خاصة. من جهة أخرى، تؤدي الشروط التقنية غير اللائقة، عادات ومواقف المجتمع إلى صعوبة هذه الدراسة في إفريقيا" (1).

سوف نتعرف على الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال الرضع اعتمادا على المعلومات التي تم جمعها عن الأعراض التي سبقت وفاة الرضيع. سئلت أمهات الرضع المتوفين خلال السنوات الخمس السابقة للمسح عن بعض الأعراض المحددة التي لوحظت على الأطفال

(1) BELARBI, (Z), Impact de certains facteurs bio-démographiques et socio-économiques sur la mortalité des enfants au MAROC, Mémoire de Magistère, université de BLIDA 1995-1996, p104.

خلال الأسبوعين السابقين للوفاة. يلخص الجدول رقم 24.4 هذه الأعراض، غير أن هذه الأعراض كمؤشرات للأسباب المباشرة للوفاة يجب أن تؤخذ بمنتهى الحرص، ذلك لأن إجابات الأمهات تتعرض إلى أخطاء ترتبط بمدى قدرتهن على تذكر الأعراض، كما أن ظهور عرض معين خلال الأسبوعين السابقين للوفاة قد لا يكون مؤشرا كافيا عن السبب المباشر للوفاة.

جدول رقم 24.4 : نسب الأطفال الذين عانوا من أعراض معينة خلال الأسبوعين السابقين للوفاة (الخمس السنوات السابقة للمسح) والعمر عند الوفاة :

العمر عند الوفاة				الأعراض
من 1 إلى 11 شهر		أقل من شهر		
النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
19.60	20	2.65	03	إسهال
29.41	30	9.73	11	قيئ
17.64	18	12.38	14	سعال أو صعوبة تنفس
28.43	29	11.50	13	حمى
9.80	10	-	-	طفح جلدي
18.62	19	8.85	10	تشنجات
6.86	07	23.00	16	ولادة مبكرة
13.72	14	11.50	13	أخرى
	102		113	بمجموع الوفيات
المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).				

يعرض الجدول نسب هذه الأعراض حسب إجابات الأمهات، ويلاحظ أن السبب الرئيسي للوفاة خلال الشهر الأول يتمثل في الولادات المبكرة بنسبة 23 % ، ثم تبعه مشاكل التنفس والحمى والقيء والتشنجات.

أما الوفيات المسجلة خلال الإحدى عشر شهرا التالية من العمر فأظهرت القيء والحمى كأهم عاملين ظهورا بعد الشهر الأول منذ الولادة، إذ مثالا على التوالي 29.41 %

و28.43% من مجموع الأعراض ويليها الإسهال ثم التشنجات ومشاكل الجهاز التنفسي بنسب 19.60% و 18.62% و 17.64% على التوالي.

ويبين الجدول رقم 25.4 انتشار هذه الأعراض في المنطقتين. يشكل القيء السبب المباشر الأول في الحضر بنسبة 16.17% و يليه السعال مع صعوبة التنفس (11.76% ثم الحمى والإسهال على التوالي بنسبة 10.29% و 8.82%. بينما تشكل الحمى السبب الأول في الريف بنسبة 23.80% ثم القيء 20.40%. والولادات المبكرة (19.04%). وقد يعزى السبب الأخير إلى قلة الرعاية الصحية للأمهات قبل الولادة، ثم تليها التشنجات والإسهال 17% و 11.56% على التوالي.

وبصفة عامة، يوجد تفاوت كبير بين الحضر والريف من حيث الأسباب المباشرة، وهو شيء منطقي لكون المناطق الحضرية تتوفر على ظروف بيئية جيدة خاصة ما يتعلق بالمسكن الصحي.

جدول رقم 25.4 : نسب الأطفال الذين عانوا من أعراض معينة خلال الأسبوعين السابقين للوفاة (الخمس سنوات السابقة للمسح) حسب محل الإقامة :

المجموع	الريف		الحضر		الأعراض
	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	
10.69	11.56	17	8.82	06	الإسهال
19.06	20.40	30	16.17	11	القيء
14.88	16.32	24	11.76	08	السعال أو صعوبة التنفس
19.53	23.80	35	10.29	07	الحمى
4.65	3.40	05	7.35	05	الطفح الجلدي
13.48	17.00	25	5.88	04	التشنجات
15.34	19.04	28	7.35	05	الولادة المبكرة
12.55	10.88	16	16.17	11	أخرى

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).

6.4 . المميزات السوسيوطبية ووفيات الرضع:

1.6.4 . الرعاية الصحية للأم قبل وأثناء الولادة وأثرها على وفيات الرضع :

يؤثر الاهتمام بصحة الأم (والتي تشمل الرعاية الطبية وغير الطبية) أثناء فترة الحمل والولادة تأثيراً بالغاً على صحة الأطفال. يرتبط الاهتمام بالرعاية الصحية للأم قبل و أثناء الحمل، بإمكانية الكشف ومعالجة المشاكل الصحية الناتجة عن الحمل أو السابقة للحمل والتي ساهم الحمل في تفاقمها، كما أنّ الرعاية الصحية تساعد في تحديد الحوامل اللاتسي قد يتطلبن متابعة خاصة أثناء الحمل أو عند الوضع.

سنركز هنا على الرعاية الصحية للأم قبل الولادة (التلقيح ضد التيتانوس) وأثناء الولادة (مكان الولادة)، محاولين الكشف عن مدى تأثير هذه الرعاية على حياة المولود الجديد.

1.16.4 . تطعيم الحوامل ضد التيتانوس :

يعتبر التيتانوس من الأسباب الهامة التي تؤدي إلى وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادة. يكسب تطعيم الأمهات الأطفال (في أيامهم الأولى) مناعة ضد التسمم بالتيتانوس، مما يقلل (إلى حد كبير) من إصابة الرضع خاصة حديثي الولادة بهذا التسمم (إذا تلقت الأمهات جرعات التطعيم اللازمة، إما أثناء فترة الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتها). حسب منظمة الصحة العالمية (O M S) " التيتانوس مرض خطير من خلاله تنقلص عضلات الطفل وتتصلب كلياً"⁽¹⁾.

تبين إحصائيات معهد الصحة العمومية (INSP) أنّ تيتانوس حديثي الولادة يمثل ما يصل إلى 60 أو 75 % من حالات التيتانوس الأخرى، وهذا ناتج عن انخفاض معدّل تغطية تطعيم النساء الحوامل (أنظر جدول رقم 26.4)

⁽¹⁾ O M S , Prévention du tétanos du nouveau né, GENEVE, p2.

جدول رقم 26.4 : توزيع عدد حالات الكزاز والكرزاز الولادي من 1988 إلى 1993:

السنة (%)	عدد حالات الكزاز الولادي	عدد حالات الكزاز	السنات
72	36	50	1988
60	38	63	1989
71	27	38	1990
69	29	42	1991
75	33	44	1992
70	40	57	1993
69	203	294	المجموع

المصدر: معهد الصحة العمومية (INSP).

كما يبين الجدول رقم 27.4 أن احتمال وفاة الأطفال الرضع من أمهات لم يتلقين أي جرعة من التطعيم المضاد للتيتانوس وصل إلى 31.68 %، بمعدل قدره 38.69 % في الريف، مقابل 20.13 % في الحضر. بينما بلغ هذا الاحتمال بين أطفال الأمهات الآخذات جرعة واحدة على الأقل 25.48 %. يتوزع هذا المعدل على النحو التالي: 38.16 % في الريف مقابل 19.13 % في الحضر. وكما سبق ذكره يؤثر هذا التطعيم خصوصا على وفيات حديثي الولادة، الشيء الذي يمكننا ملاحظته من خلال ارتفاع معدل وفيات حديثي الولادة بين ولادات النسوة غير المطعمات كليا (ولا جرعة).

بلغ هذا المعدل بين أطفال الأمهات غير المطعمات 17.05 % (11.18 % في الحضر، مقابل 20.40 % في الريف) بينما بلغ 12.74 % (10.20 % في الحضر، 17.81 % في الريف) عندما تعلق الأمر بالأطفال الذين تلقت أمهاتهم جرعة واحدة على الأقل.

جدول رقم 27.4 : احتمال وفاة الرضيع % بين الأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب تطعيم الأمهات ضد التيتانوس وعمر الطفل عند الوفاة ومحل الإقامة :

المجموع	29 - 365 يوم	28 - 0	
			الحضر:
19.13	9.02	10.20	أخذت التطعيم
20.13	9.00	11.18	لم تأخذ التطعيم
			الريف:
38.16	20.72	17.82	أخذت التطعيم
38.69	18.66	20.40	لم تأخذ التطعيم
			المجموع
25.48	12.90	12.74	أخذت التطعيم
31.68	15.15	17.05	لم تأخذ التطعيم
المصدر: حسابات خاصة على المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME).			

ترتفع نسبة الوفيات بين أطفال الأمهات غير المطعمات ضد التيتانوس، لكن تقل هذه النسبة كلما زاد المستوى التعليمي (أنظر الجدول رقم 28.4).

بلغت نسبة وفيات الأطفال الرضع بين غير المتعلمات وغير الملقحات 70.33 % (40.74 % في الحضر و 79.12 % في الريف). وتمثل أهم ملاحظة في كون أطفال النسوة الملقحات في الحضر واللواتي لم يلتحقن بالمدرسة يتوفون عند نسب تقل عن نسب وفيات أطفال المتعلمات (ابتدائي أو إعدادي). لعل هذه الفئة من النسوة، تنتمي لصغيرات السن. قد يساعد عامل صغر السن على الاهتمام بالتطعيم، مقارنة بالأكبر سنًا اللواتي قد يعتمدن أكثر على تجاربهن السابقة. وكانت أقل نسب الوفاة بين أطفال المطعمات واللاتي تلقين تعليما ثانويا. غير أن عدم وجود أية وفاة بالنسبة لمن لم تطعم أمهاتهم ولديهم مستوى ثانويا أو أكثر يرجع إلى عدم وجود تكرارات تخص هذه الفئة (نقص حجم العينة).

جدول رقم 28.4 : التوزيع النسبي لوفيات الرضع ضمن المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب تطعيم الأمهات ضد التيتانوس والمستوى التعليمي ومحل الإقامة :

المستوى التعليمي			الوسط السكني
ثانوي أو أكثر	ابتدائي أو إعدادي	لم تلتحق بالمدرسة	
13.33 -	60	26.67	الحضر:
	59.25	40.74	أخذت التطعيم لم تأخذ التطعيم
13.33 -	13.33	73.33	الريف:
	20.87	79.12	أخذت التطعيم لم تأخذ التطعيم
13.33 -	36.66	50	المجموع:
	29.66	70.33	أخذت التطعيم لم تأخذ التطعيم
المصدر: حسابات خاصة على المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (92 EASME).			

2.1.6.4. أثر الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل على وفيات الرضع :

تؤثر الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل على كل من صحة الأم والطفل. فهذه الأخيرة تمكن من معرفة الأخطار التي قد تحدث بالطفل وهو في بطن أمه. لهذا بين الجدول رقم 29.4 اختلاف احتمالات وفيات الأطفال حسب رعاية الأمهات الصحية. نلاحظ أن احتمالات وفاة أطفال الأمهات اللاتي لم تتلقين أي رعاية صحية تفوق احتمالات وفاة رضع الأمهات المخاطات برعاية صحية. تتفاوت هذه المعدلات بين الحضر والريف. بلغ احتمال وفاة رضع الأمهات المتلقيات لرعاية صحية 27.44% . تتوزع هذه الظاهرة بين الحضر والريف على التوالي: 19.82% و 36.90% . كما بلغ بين أطفال اللواتي لم تتلقين رعاية صحية 34.77%، لكن هذا المعدل كان كبيرا في الأرياف حيث قارب ضعف المستوى المسجل في الحضر (40.33% في الريف مقابل 21.01% في الحضر).

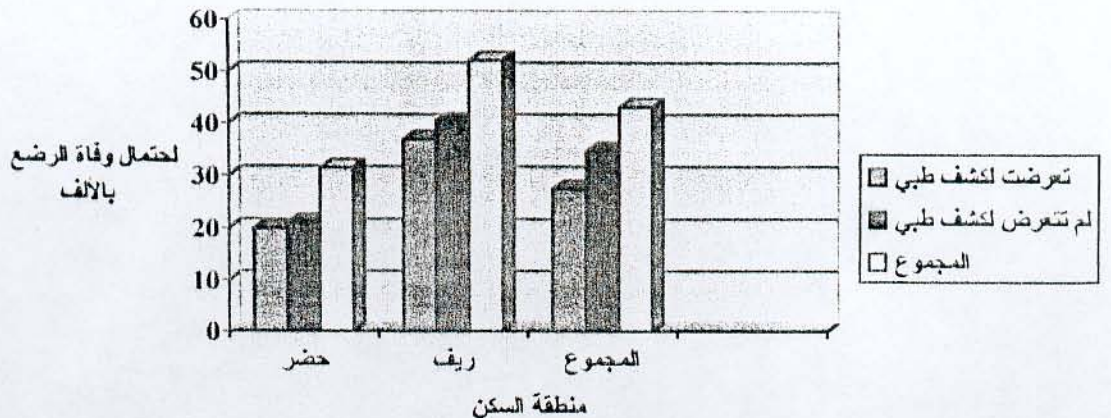
جدول رقم 29.4 : احتمال وفيات الرضع (بالألف) بين الأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب تعرض الأم أو عدم تعرضها للكشف الطبي ومحل الإقامة :

المجموع	ريف	حضر	الكشف الطبي
27.44	36.90	19.82	نعم
34.77	40.33	21.01	لا
43.09	52.12	31.35	المجموع

المصدر: حسابات خاصة على المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).

عندما يتعلق الأمر بالرضع الذين لم تتلق أمهاتهم أية رعاية صحية أثناء الحمل، اتضح أن السبب الرئيسي لوفاتهم تمثل في عدم إحساس الحامل بالحاجة لمتابعة الحمل (لا يوجد مشكل) (أنظر الجدول رقم 30.4)، حيث تمثل هذا العامل 32.06 % من مجموع العوامل تتوزع هذه النسبة بين الحضر والريف على التوالي: 32.29 % و 31.42 % . هذا يعني أن طلب الرعاية الصحية أثناء الحمل يتم غالبا لمعالجة المشاكل الصحية التي تحدث أثناء الحمل وليس لمتابعة الحمل نفسه. يلي هذا العامل سبب آخر لا يقل أهمية عن سابقه ويتمثل في عدم وجود الخدمة وبالأحرى عدم وجود مراكز صحية في المناطق التي تقطن بها المستجوبات (الحوامل)، وهو ما يدعو إلى التفكير في عدالة توزيع المرافق الصحية بين الحضر والريف، خاصة لما نعرف أن نسبة وفيات رضع الأمهات القاطنات في مناطق لا توجد بها خدمة صحية بلغت في الريف 15.62 %.

مخطط رقم 6.4 : احتمال وفاة الرضع بين الأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب تعرض الأم أو عدم تعرضها للكشف الطبي ومحل الإقامة :



جدول رقم 30.4 التوزيع النسبي (%)، للوفيات التي تمت خمس سنوات قبل المسح ولم تتلق أمهاتها أية رعاية صحية حسب السبب ومحل الإقامة:

المجموع		الريف		الحضر		السبب
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
32.06	42	32.29	31	31.42	11	لا يوجد مشكل
3.05	04	04.16	04	-	-	تجربة سابقة
11.45	15	15.62	15	-	-	خدمة غير موجودة
01.53	02	02.08	02	-	-	مكلفة جدا
04.58	06	06.25	06	2.85	1	أخرى
43.33	62	64.58	62	65.71	23	غير معين
% 100	131	% 100	96	% 100	35	المجموع

المصدر: حسابات خاصة على المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).

3.1.6.4. الوضع في الهياكل الصحية وأثره على وفيات الرضع :

يرتبط احتمال بقاء الأطفال على قيد الحياة إلى حد كبير بمدى الأمن الموفر أثناء الولادة، فكلما أشرف أطباء مدربون ومزودون بكل المعدات الطبية اللازمة لإجراء عملية الولادة، كلما كانت عملية الوضع آمنة بشكل يحمي الأم والطفل معا (أنظر الجدول رقم 31.4).

جدول رقم 31.4 : احتمال وفاة رضع الخمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان الولادة ومحل الإقامة : (بالألف).

المجموع	الريف	الحضر	مكان الولادة
27.04	34.67	18.86	مركز صحي عسومي (مستشفى)
26.61	34.09	22.85	مركز صحي خاص (عيادة)
42.72	47.73	26.61	في البيت
43.09	52.12	31.35	المجموع

المصدر: حسابات خاصة على المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).

تبين معطيات الجدول السابق أن معظم الوفيات التي تمت خلال الخمس سنوات السابقة للمسح كانت بين الأطفال الذين تمت ولادتهم في البيوت. قدر احتمال وفاة هذه الفئة من الأطفال بما يصل إلى 42.72% (26.61% في الحضر مقابل 47.33% في الريف). يلاحظ أن مؤشر الريف يفوق ضعف نظيره المسجل في الحضر، نتيجة قلة المرافق الصحية المتخصصة في الأرياف، إضافة إلى العادات والتقاليد السائدة في المناطق الريفية والتي غالباً ما تحيد ولادة المرأة في البيت.

يفسر هذا الاختلاف بانعدام فرص إبقاء المولودين الجدد على قيد الحياة، خاصة لما يتعلق الأمر بأحداث تتطلب التدخل الصحي العاجل (أطباء، قابلات مؤهلات، أدوية...).

كانت الرغبة في الولادة خارج الأوساط الصحية السبب الرئيسي (أنظر الجدول رقم 32.4) لوفيات رضع هذه الفئة من النسوة (56.62%). تتصور هذه الفئة من النسوة بأن المنزل يمثل أفضل مكان للولادة. وكان عدم توفر المؤسسات الطبية السبب الثاني للوفيات (26.22%).

تفاوتت الظاهرة الأخيرة حسب الوسط السكني وبفارق كبير (7.60% في الحضر و 31.90% في الريف). في هذا المجال نذكر بختمة إعادة توزيع المياكل الصحية.

جدول رقم 32.4 : التوزيع النسبي (%)، لولادات الخمس سنوات السابقة للمسح التي تمت خارج المؤسسات الصحية حسب السبب ومحل الإقامة :

المجموع		الريف		الحضر		السبب
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	
26.22	295	31.90	275	7.60	20	لا توجد مراكز رعاية طبية
3.37	38	3.13	27	4.18	11	الولادة المبكرة
56.62	637	50.46	435	76.80	202	المنزل أفضل
13.77	155	14.50	125	11.40	30	أسباب أخرى
% 100	1125	% 100	862	% 100	263	المجموع

المصدر: حسابات خاصة على المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).

ويعود سبب الوفيات التي حدثت قبل السنة الأولى من العمر، وتمت ولادتها خارج مؤسسات صحية، (أنظر الجدول رقم 33.4) إلى الولادة في المنزل في كل من الحضر والريف بنسب (57.14 % و 41.46 % على التوالي) ، وإن دلّ هذا على شيء فإنّما يدلّ على أنّ الفكرة السائدة لدى كثير من الأمهات بتفضيلهن المنزل تعد من الأفكار التي قد تسبب خطرا على الطفل و أمه.

جدول رقم 33.4 : التوزيع النسبي (%) ، لوفيات الرضع المسجلة خلال الخمس سنوات السابقة للمسح و التي تمت خارج مؤسسات صحية حسب الأسباب ومحل الإقامة:

السبب		الحضر		الريف		المجموع	
العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة
01	14.28	12	29.26	13	27.08		
01	14.28	05	12.19	06	12.5		
04	57.14	17	41.46	21	43.75		
01	14.28	07	17.07	08	16.66		
07	%100	41	% 100	48	% 100		

المصدر: حسابات خاصة على المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).

2.6.4. الرعاية الصحية بعد الولادة وأثرها على صحة الرضيع :

وتتمثل في تشجيع الأمهات على رعاية أطفالهن بعد الولادة. يشكل التلقيح (تطعيم المواليد) أحد أهم العوامل التي تساهم في الحفاظ على صحة الرضع.

فيما يخص تطعيم الأطفال الأقل من سنة تشير بعض المعطيات إلى⁽¹⁾ :

- تمّ تطعيم 70 % من الأطفال ضد السيل، علما أن المتوسط العالمي يتمثل بالمقدار 89 %.

⁽¹⁾ Fondation nationale pour la promotion et le développement de la santé, Revue santé plus n° 68, mai / juin 1999, p17.

- تمّ تطعيم 52% من الأطفال ضد الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي (المتوسط العالمي 80 %).

- تمّ تطعيم 56% من الأطفال ضد الحصبة، (المتوسط العالمي 79 %).

- تمّ تطعيم 53% من الأطفال ضد الشلل، (المتوسط العالمي 81 %).

إلى جانب برامج وزارة الصحة للتطعيم، يشارك الجهاز الإعلامي في زيادة التوعية بأهمية التطعيم وأنواعه والتوقيت المناسب له، وهو إسهام في تحقيق الأهداف المرجوة من برامج التطعيم.

يوصي برنامج التطعيم على ضرورة أخذ التطعيمات الأساسية حسب الجدول الزمني الآتي:

1. مصل BCG المضاد للدرن، يؤخذ بعد الولادة مباشرة.
2. المصل الثلاثي DTC المضاد لأمراض الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس ومصل Polio المضاد لشلل الأطفال، وتؤخذ على ثلاث جرعات متتالية. الجرعة الأولى بعد 3 أشهر منذ الولادة، الجرعة الثانية بأربعة أشهر، والثالثة بعد خمسة أشهر، وتعطى جرعة منشطة من المصلين بعد اثني عشر شهرا من الجرعة الثالثة.
3. المصل المضاد للحصبة ويوصى بأخذه عند تسعة أشهر من العمر. ويعتبر الطفل مخصنا (مستكملا لكل التطعيمات) عند تناوله مصل الدرّن، وثلاث جرعات من كل من المصل الثلاثي ومصل شلل الأطفال، والمصل المضاد للحصبة. وهكذا يتم التحصين قبل بلوغ الطفل عامه الأوّل.

بيّن الجدول رقم 34.4 ظاهرة التلقيح حتى سنة 1992 والتي تشير إلى تحصين 96.93% من الأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح، مع اختلاف طفيف بين الحضّر والريف. بلغت هذه النسبة على التوالي 99.32% و 95.05% في الوسطين السكّين، كما أنّها لا تختلف كثيرا بين الجنسين.

جدول رقم 34.4 : نسب تلقيح الأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح حسب الجنس ومحل الإقامة (%).

المجموع	محل الإقامة						وضعية التلقيح
	ريف			حضر			
	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	
96.93	95.05	95.10	95	99.32	99.52	99.12	لتقح
3.071	4.95	4.89	05	0.68	0.48	0.88	لم يلقح

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).

يعرض الجدول رقم 35.4 توزيع الأطفال (فئة العمر من 12 شهرا إلى أقل من 5 سنوات). حسب شرطي استكمال التطعيم الصحيح⁽¹⁾.

بلغت نسبة الأطفال الذين لم يستكملوا تطعيمهم حوالي 11 % أما نسبة من استكمل التطعيم فبلغت حوالي 85 % . كما يشير الجدول إلى أن نسبة الذين استكملوا التطعيم دون توفر شروطه 14 % .

بينما بلغت نسبة الذين استكملوا مع توز الشرتين السابق ذكرهما 63 % . كما يلاحظ أن 12 % من مجموع الأطفال استكملوا تطعيمهم حسب شرطي الاستكمال السليم، لكن بعد بلوغهم عامهم الأول.

من النسب السابقة نقول أنه رغم ارتفاع نسبة الذين استكملوا التطعيم (85 %) ، إلا أن نسبة من استوفوه حسب الشروط المطلوبة لا تزيد عن 51 % .

وتجدر الإشارة إلى أن نسبة من استكمل تطعيمه (بشكل صحيح) قبل إتمامه العلم الأول كانت أعلى بين أطفال فئة العمر 12 - 23 شهرا مقارنة بمثلتها لدى الأطفال الأكبر سنا، مما يوحي بتحسن مستوى التطعيم في السنوات الأخيرة.

(1) - ألا يقل الفرق بين كل جرعتين متتاليتين من جرعات المصل الثلاثي وشلل الأطفال عن 28 يوما.

- ألا يقل من الطفل عند تناوله المصل المضاد للحصبة عن 9 أشهر.

جدول رقم 35.4 : نسب تطعيم أطفال فئة أعمار عام - أقل من 5 سنوات طبقا
لاستكمال التطعيم ووفرة شرطي الاستكمال الصحيح : (%)

استكمال التطعيمات								السن بالشهر
الإجمالي	غير مبين الاستكمال الصحيح	استكمال التطعيمات			لم يستكمل التطعيمات			
		الاستكمال الصحيح		استكمال غير صحيح	غير مبين الاستكمال	لم يستكمل التطعيم	لم يطعم	
		بعد عام	قبل عام					
% 100	5.7	07.3	57.2	13.3	0.6	13.6	2.5	3-12
% 100	9.2	13.3	48.9	14.5	0.3	10.5	3.30	59-24
% 100	8.3	11.80	50.9	14.2	0.4	11.2	3.1	الإجمالي

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاصة بصحة الأم والطفل (EASME 92).

رغم ارتفاع نسبة المطعمين بشكل عام إلا أن عدم مراعاة الشرطين اللذين يؤثران على
فعالية التطعيم تقلل من شأنها بصورة حادة.
خلاصة، يمكننا القول بأن التطعيم لا يؤثر على وفيات الرضع بقدر ما يؤثر على وفيات
الأطفال الأكثر من سنة و (إلى غاية 5 سنوات)، ذلك لأن آثاره قد لا تظهر إلا بنسبة
ضئيلة خلال السنة الأولى من العمر.
ترمي هذه العملية إلى تحصين الأطفال من الأمراض التي قد تصيبهم مستقبلا (بعد بلوغ
العام الأول ما عدا الحصبة).

النتائج :

عرف معدّل وفيات الرضع انخفاضاً ملحوظاً خلال السنوات الأخيرة، ففي حين كان في النصف الأول من السبعينات أعلى من 120% فقد وصل إلى مستوى يقارب 44% في أول التسعينات.

وبالرغم من أن جميع الأطفال في الجزائر استفادوا من هذا الانخفاض، إلا أن فروقات واضحة ما زالت بين أطفال الريف والحضر، بحيث تمّ تسجيل معدّل قدره 43.09% (31.25% في الحضر، 52.12% في الريف).

اتضح تأثر معدّل وفيات الأطفال في الجزائر بالخصائص الديمغرافية للأم (السن عند الإنجاب وطول الفترة بين الولادات) . فمثلاً عندما يقل عمر الأم عند الإنجاب عن 20 عاماً أو يزيد عن 35 عاماً يتعرض الطفل لاحتمالات وفاة تزيد بصورة ملحوظة عن الاحتمالات التي يتعرض لها بقية الأطفال. كذلك فإنّ ميلاد الطفل بعد فترة تقبل عن ستين منذ إنجاب الطفل السابق يؤدي ارتفاع احتمال وفاته.

ويتعرض الأطفال الذكور قبل السنة الأولى من العمر لاحتمالات وفاة تفوق احتمالات وفاة الإناث، حيث يبلغ على التوالي (49.87% للذكور مقابل 36.46% للإناث). قدر معامل الذكور خلال سنوات الملاحظة الرجعية (5 سنوات السابقة للمسح) بحوالي 98% (أي يقابل 100 بنتا 98 ذكرا) وهو بعيد عن المعيار النظري، ويمكن إرجاع هذه النتائج إلى تأثيرات عشوائية ناجمة عن العينة المدروسة. وفي واقع الأمر لا يحق لنا دراسة الظاهرة (وفيات الرضع) حسب الجنس بشكل مفصل (حساب المعدلات سنويا) خلال فترة الملاحظة، وهكذا حتى وإن وافقت النتائج المعيار النظري، فهي في واقع الأمر نتائج العوامل العشوائية فقط. ومن أهم العوامل السوسيوثقافية التي تطرقنا لها مستوى تعليم الوالدين والذي يعتبر من أهم المتغيرات التي تساعد على تفسير الظاهرة، ويظهر تأثير المستوى التعليمي على الوفاة خاصة في الحضر، لا سيما لما يتعلق الأمر بالمستويات الأرفع تعليماً.

وتبعاً لعمر الرضيع عند الوفاة نلاحظ أن المستوى التعليمي يلعب دوراً ابتداءً من الشهر الثاني خاصة في الحضر وهذا راجع إلى ارتباط وفاة الرضيع خلال الشهر الأول بالأسباب الداخلية.

يشكل عمل الأم مقابل أجر نقدي أحد العوامل السوسيواقتصادية التي لها علاقة (قد تكون غير مباشرة) باحتمالات بقاء الأطفال على قيد الحياة. ففي حين بلغ احتمال وفاة رضع العاملات 31.37% فإنه بلغ 44.43% بين أطفال من لم تعملن مقابل أجر نقدي، وحسب منطقة السكن سجلت عاملات المنطقة الحضرية معدلاً يفوق نظيره المسجل في المناطق الريفية (34.85% في الحضر مقابل 21.89% في الريف). قد يرجع السبب في ذلك إلى أن النسوة العاملات في الجزائر لا يمثلن إلا نسبة قليلة بين المشتغلين ولهذا فإن إدخال هذا العامل لمراقبة ظواهر أخرى، قد يقودنا إلى نتائج تتعاكس مع النتائج المتوصل إليها في بلدان أخرى في إطار دراسة ظاهرة وفيات الرضع وعمل الأمهات.

وتشكل وفرة الخدمات الصحية في المجتمعات المحلية أثراً إيجابياً كبيراً على وفيات الرضع، إذ أن درجة الخطر (الوفاة) تزداد كلما انعدمت أو قلت إلى حد كبير.

وقد تعدنا حساب احتمالات وفيات الرضع، وفقاً لبعض خصائص المجتمع المحلي (ووفرة بعض الخدمات الأساسية) لقياس مدى تأثير هذه الظاهرة بهذه الخصائص، فوجدنا مثلاً أن معدل وفيات الرضع بلغ 33.07% (29.62% في الحضر، مقابل 40.65% في الريف) في حين بلغ 48.33% في حالة عدم وجود هذه المراكز (34.52% في الحضر، مقابل 55.35% في الريف).

وتؤثر العوامل البيئية خاصة المرتبطة بالمسكن (شبكات عامة، مساكن محاطة بمناطق نظيفة، مراحيض متصلة بشبكات صرف صحي) أحد أهم أسباب ارتفاع نسب احتمالات وفاة الرضع في (حالة عدم وفرتها)، ذلك لأن المسكن هو البيئة الأولى التي يرتبط بها الطفل ويتأثر بها، نظراً لكونهم أكثر حساسية للأمراض وأقل مقاومة للتلوث البيئي.

ويظهر الارتباط بين خصائص البيئة ومستوى الوفيات أكثر في الحضر، ذلك أن الفوارق تزداد عندما تقارن معطيات منطقتي السكن.

ويظهر أيضا تأثير أرضية المسكن على الوفاة، بحيث يبلغ احتمال وفاة الرضع في المساكن ذات الأرضية الإسمنتية 41.05% مقابل 50.42% عندما يتعلق الأمر بالأرضيات الأخرى (ترايبية...) تعكس المناطق الحضرية هذا الارتباط بشكل كبير.

ونخلص بهذا إلى عدم ثبوت فرضيتنا التي مفادها: تشكل ظروف البيئة التي يعيش فيها الأطفال الرضع العوامل الرئيسية المؤدية لوفياتهم (أنظر الجدول رقم 22.4)، بل تشكل إحدى العوامل الرئيسية وهذا ما توصلنا من خلال مقارنة احتمال وفاة الرضع حسب منطقة الإقامة طبقا لأهم الخصائص البيئية خصوصا المرتبطة بالمسكن ذلك لأنه يشكل البيئة الأولى التي يرتبط بها الطفل ويتأثر بها.

وتجدر الإشارة إلى تأثير تعبير الفصول على وفيات الرضع بشكل أكثر وضوح في الريف في حين يتميز الحضر بحدّة الوفيات خلال فصل الصيف ويتقارب في بقية الفصول. ونسجل أعلى النسب خلال فصلي الشتاء والصيف مع فارق كبير بين الحضر والريف (يتميز الريف بنسب وفاة كبيرة).

وعن الأسباب الرئيسية (المباشرة) لوفيات الرضع، فقد تمّ السؤال عن كل طفل ولد وتوفي خلال الخمس سنوات السابقة للمسح. عما إذا كان الطفل قد عانى من بعض الأعراض المحددة خلال الأسبوعين السابقين للوفاة، ويلاحظ أنّ السبب الرئيسي للوفاة في الشهر الأول تمثل في الولادة المبكرة. تلتها هذه الفئة على ريع الحالات تقريبا ثمّ تبعها مشاكل التنفس والحمى والقيء والتشنجات.

وفي الإحدى عشرة شهرا التالية من العمر نجد أنّ الأمراض المعدية تصبح هي السبب الرئيسي للوفاة، حيث يمثل القيء والحمى العرضان الأكثر ظهورا قبل الوفاة يتبعهما الإسهال. ويتفاوتن بين المنطقتين بأقل معدلات وفيات في الحضر مقارنة بالريف.

لكن يجب الإشارة إلى أنّ تفسير هذه البيانات كمؤشرات للأسباب المباشرة للوفاة يجب أن يؤخذ بمنتهى الحرص، حيث أنّ إجابات الأم تتعرض إلى أخطاء الذاكرة كما أنّ ظهور عرض معيّن خلال أسبوعين قبل الوفاة قد لا يكون مؤشرا كافيا عن السبب المباشر للوفاة.

يؤثر الاهتمام بصحة الأم (والتي تشمل الرعاية الطبية وغير الطبية) أثناء فترة الحمل والولادة تأثيرا بالغا على صحة الأطفال، لذلك ركزنا في دراستنا على الرعاية الصحية للأم قبل الولادة (التلقيح ضد التيتانوس)، وأثناء الولادة (مكان الولادة)، محاولين الكشف عن مدى تأثير هذه الرعاية على حياة المولود الجديد.

يعتبر التيتانوس من الأسباب الهامة التي تؤدي إلى وفيات الرضع خاصة حديثي الولادة، وهو الشيء الذي تمكنا من إثباته في الفرضية الثانية (يعتبر تدني مستوى تطعيم الحوامل ضد التيتانوس في الجزائر أحد الأسباب الرئيسية المؤدية لارتفاع معدل وفيات الرضع وخاصة ما يعرف بالوفيات لأسباب داخلية)، إذ لاحظناه من خلال ارتفاع معدل وفيات حديثي الولادة بين ولادات النسوة غير المطعمات كليا (ولا جرعة) بحيث بلغ المعدل 17.05% (11.18% في الحضر، مقابل 20.40% في الريف). بينما بلغ هذا المعدل 12.74% لمن أخذت أمهاتهم جرعة واحدة على الأقل ويتفاوتان في غير صالح المناطق الريفية. ومن خلال علاقة المستوى التعليمي بالتطعيم لاحظنا أنه كلما زاد المستوى التعليمي زاد مستوى التطعيم ماعدا الفئة التعليمية (ابتدائي أو إعدادي) في الحضر والتي سجلت حالة عكسية مقارنة باللواتي لم تتلقن بالمدرسة وقد يعود ذلك إلى كون قلة النسوة في هذه الفئة حال دون الحسم في ما يتعلق بأثر المستوى التعليمي ومستوى التطعيم.

تبين من جهة أخرى أن الرعاية الصحية أثناء فترة الحمل ذات أثر إيجابي على صحة الطفل، إذ لاحظنا أن احتمالات وفاة من تلقت أمهاتهم كشفا طبيا منخفضة مقارنة بمن لم تتعرض أمهاتهم لذلك (وتفوق معدلات الوفاة في الريف نظيراتها في الحضر). وهو ما أثبتناه في الفرضية الأولى (يزيد احتمال بقاء أطفال النسوة اللواتي يقمن بمتابعة الحمل على قيد الحياة مقارنة باحتمالات أولئك الذين لا تلجأ أمهاتهم إلى هذه المتابعة وهو ما يعكس فروق العناية بالأطفال)، أنظر الجدول رقم 29.4 و 30.4.

ويرجع سبب عدم تعرض الأمهات للكشف في تعرضهن لمشاكل صحية، مما يعني أن الطلب على استخدام الرعاية الصحية أثناء الحمل يتم غالبا لمعالجة المشاكل الصحية التي تحدث أثناء الحمل وليس لمتابعة الحمل (الحمل نفسه). يلي ذلك سبب آخر لا يقل

أهمية وهو عدم وجود مراكز صحية خصوصا في الريف. وهو ما يدعو إلى النظر في عدالة توزيع المرافق الصحية بين الواسطين.

وتمثل الفكرة السائدة لدى الكثير من الأمهات (تفضيل الولادة في المنزل) من الأفكار سلوكا قد يسبب خطرا على الطفل وأمه.

فيما يخص الرعاية الصحية بعد الولادة وأثرها على صحة الرضيع، اتضح أنه رغم ارتفاع نسبة المطعمين بشكل عام إلا أن مراعاة الشرطين اللذين يؤثران على فعالية التطعيم تقلل من فعاليتها بصورة حادة.

الشيء الذي استخلصناه أن التطعيم لا يؤثر على وفيات الرضع بقدر ما يؤثر على وفيلت الأطفال الأكثر من سنة إلى غاية 5 سنوات)، ذلك لأن آثاره قد لا تظهر إلا بنسبة ضئيلة خلال السنة الأولى من العمر. فهذه العملية ترمي إلى تحصين الأطفال من الأمراض التي قد تصيبهم مستقبلا.

الخلاصة:

عرفت نسب وفيات الرضع ارتفاعا خلال القرن التاسع عشر وبداية القرن العشرين في كل البلدان، إلا أنها انخفضت بشكل كبير منذ الخمسين سنة الماضية، خاصة في الدول المصنّعة. وشهدت الدول النامية أيضا هبوطا في الانخفاض لكن بفوارق كبرى، والدليل على ذلك أنّ معدلات وفيات الرضع في التسعينات، كانت الدول المتطورة قد حققتها في الخمسينات.

نتج هذا عن تشابك عدّة عوامل، أهمّها التخلف وفقر البيئة المحلية، كما أنّ كثيرا من هذه الدول تفتقر إلى الأرقام الدقيقة لقياس المستوى العام للوفيات. يضاف إلى ذلك وجوه التفاوت التي لا تزال كبيرة داخل هاته البلدان (حسب المناطق والجهات).

والجزائر كبلد نامي، قطعت شوطا كبيرا في ميدان الصحة وشكلت وفيات الرضع أهم الأهداف في سياستها الصحية ونظرا لارتباط تعريف السياسة الصحية بمنطق سوسيو-اقتصادي لنظام العلاج فإن السياسات التي كانت قد تبنتها الجزائر (بناء الطياكل الصحية سياسة الطب المجاني، لبييرالية العلاج...) لم تستجب لمتطلبات السكان وقد علق أحد المختصين قائلا أنّ الجزائر في بداية التسعينات رجعت 25 سنة للوراء. أكّد هذا القول تقرير خصص صحة الأم والطفل سنة 1997 قام به المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي (CNES)، حيث بيّن فيه اللامساواة في توزيع المطبقين والمختصين و البنى الصحية على مناطق الوطن، خصوصا الوسط الريفي أين 50 % من العائلات تفتقر إلى بنية صحية.

لهذا فإنّ تحسين الحالة الصحية للسكان يتطلب أيضا تطوير استراتيجية تدمج القطاعات الأخرى لتنتقل التغطية الصحية من الإسعافات الصحية الأولية إلى التركيز على التربية الصحية الوقائية.

يجب أن تدمج هذه الاستراتيجية في إطار نظام صحي جزائري يتعد عن التبعية للنظام الفرنسي الذي لا يتلاءم والمحيط السوسيو اقتصادي الجزائري. ومنه السعي إلى تحسين المستوى المعيشي للأفراد الذي يزيد في أمل الحياة. هذه العلاقة يجب أن يواكبها تغيير في

العادات والتقاليد ونمط الحياة، فمفهوم الصحة لا يعني الصحة الجسدية فقط بل يعني تحسين الوضعية الاجتماعية والثقافية.

ونظرا لأهمية ظاهرة وفيات الرضع كمقياس لمستوى التطور الاقتصادي والاجتماعي وكمؤشر لنوعية خدمات صحة الأم والطفل، بات من الضروري دراسة هذه الظاهرة، قصد إبراز أهم العوامل المؤثرة فيها وإثراء لهذا النوع من البحوث الديمغرافية وتقدم بعض التوصيات التي قد تكون مفيدة.

وجدنا أن هذه الظاهرة تتأثر بعدة عوامل (ديمغرافية، سوسيو ثقافية، سوسيو اقتصادية - أو طبية...)، ولكن بدرجات متفاوتة. غير أن الشيء الثابت هو أن الخلل بين الحضر والريف ما زال يسجل وبفوارق كبيرة جدا في بعض الأحيان.

لذا جاءت دراساتنا لتستعرض أهم هذه العوامل حسب ما سمحت به معطيات المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل (92 EASME)، الذي لم يفتح لنا مجالاً واسعاً في التحليل، ذلك لأن العينة المدروسة صممت في واقع الأمر لفحص المستوى الصحي لكل من الأم والطفل وليس لقياس ظاهري الولادات ووفيات الرضع، يضاف إلى ذلك نقص المعطيات في الجزائر على الشكل الذي يجعلنا نفحص الأطر النظرية، التي توصل إليها الباحثون في مجتمعات أخرى.

كما نشير إلى أننا لم نستطع أن ندرس كل العوامل بشكل جيد نظرا لضعف حجم العينة. مما يؤدي في بعض الأحيان إلى نتائج عشوائية حتى وإن وافقت المعيار النظري.

يضاف إلى هذا أنه كان بإمكاننا التعمق في جوانب أخرى لو كان حجم العينة كبيرا.

ومن خلال هذه الدراسة المتواضعة ارتأينا أن تقدم بعض التوصيات التي قد تكون ذات فائدة.

- الاهتمام بوضع سياسات وبرامج صحية تتلاءم والواقع الجزائري تؤدي إلى خفض أكبر لمعدّل وفيات الأطفال والرضع والتركيز وبوجه خاص على تقليل الفروق بين المناطق (الحضر والريف).. من خلال التوزيع العادل للهياكل (المستشفيات، المراكز الصحية...، والإطارات (أطباء...)

- تحسين البيئة داخل المنازل وفي الأماكن المحيطة بها.
زيادة الوعي بأهمية الالتزام بالجدول الزمني لتطعيم الأطفال، وتشجيع النساء مع الإقبال
خدمات الرعاية الصحية قبل الولادة بصورة منتظمة وليس مجرد ظهور مشاكل صحية،
وزيادة معدل تطعيم النساء الحوامل ضد التيتانوس بصورة خاصة .

البيبلوغرافيا

قائمة المراجع باللغة العربية:

1. الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا، الاتحاد الدولي للدراسات العلمية للسكان، القاموس الديمغرافي الثلاثي، بغداد 1988.
2. الأمم المتحدة، النشرة السكانية، العدد 19، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغرب آسيا، 1980.
3. الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، التقرير الأولي 1992.
4. الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، التقرير الرئيسي 1992.
5. الديوان الوطني للإحصائيات، المعطيات الإحصائية، نشرة رقم 103.104.1.
6. الندوة الدولية حول السكان والتنمية. (التقرير الوطني)، القاهرة من 5 إلى 13 سبتمبر 1993.
7. اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم، عمان 1991.
8. اليونيسيف، وضع الأطفال في العالم، عمان 1996.
9. رولان بريسييا، ترجمة محمد رياض ربيع، التحليل السكاني، المفاهيم والطرق والنتائج، ديوان المطبوعات الجامعية، 1985.
10. عمران عبد الرحيم، سكان العالم العربي حاضرا ومستقبلا، صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، نيويورك 1998.
11. فتحي محمد أبو عيانة، دراسات في علم السكان، دار النشر العربية، بيروت 1985.
12. لويس هانري، تعريب د. الجيلالي صياري، الديمغرافيا: تحليل ونماذج، ديوان المطبوعات الجامعية 1984.
13. مصطفى الشلقاني، طرق التحليل الديمغرافي، مطبوعات جامعة الكويت، الطبعة الثانية، الكويت، 1994.
14. منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، الطفل الجزائري 1993.
15. وزارة الصحة والسكان، السكان والتنمية في الجزائر (ن د س ت + 5)، التقرير الوطني ديسمبر 1998.

قائمة المراجع باللغة الأجنبية

1. ABIAN ABEL. SMITH, Pauvreté, développement et politique de santé, cahiers de santé politique (ONS), n° 69, 1979.
2. AKOTO.(E), Mortalité infantile et juvénile en Afrique : niveaux , caractéristiques, causes et déterminants, CIACO, Editeur, département de démographie, LOUVAIN – La neuve, Belgique 1985.
3. AKOTO.(E), Déterminants socio-culturels de la mortalité des enfants en Afrique noire, hypothèse et recherche d'explication, Academia louvain-la neuve,Belgique 1993.
4. AMOKRANE. (F), Modèles de reproduction et santé de la mère et de l'enfant en Algérie, Thèse de majistère en démographie, BLIDA 1996 / 1997.
5. AROUA.(A), Santé et environnement pour une approche systémique de l'hygiène du milieu, Edition entreprise nationale du livre, Alger 1985.
6. BELARIBI. (Z), Impact de certains facteurs Bio – démographique et socio.économique sur la mortalité des enfants au Maroc, thèse de majistère, BLIDA, 1995/1996.
7. BONHIVERS. (B), DEKETELE (J M), Pratique de statistique, Deboeck université, Belgique, 1986
8. CANTRELLE. (P) et autres, estimation de la mortalité de jeunes enfants (0 –5 ans), INSERM, Paris ,1986.
9. Centre international de l'enfance, système et politique de santé, au Maghreb, un état des lieux, Décembre 1994.
10. COLLIOT. (F) Evaluation de l'impact d'une structure sanitaire sur la mortalité des enfants dans un village DOGON du MALI, Mémoire D E A, université de PARIS, juin 1988.
11. CANTRELLE. (P), La mortalité des enfants en Afrique : la mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire, Ed. By P M Boulanger et D. TABUTIN, département de démographie Louvain –la neuve- ordina.Edition, 1980.
12. DESFORTS, (J), Education et surveillance du petit enfant Algérien, OPU, Alger,1995.
13. Fondation nationale pour la promotion et le développement de la santé (FOREM), Revue santé plus n°68 Mai, Juin 1999.
14. GENDREAU. (G), La population de l'Afrique, manuel de démographie, Edition KHARTHALA, CEPED , Paris, 1993.
15. GPS, Revue médico – pharmaceutique n° 03, Mai – Juin 1998.
16. GPS, Revue médico – pharmaceutique n° 08, Juin 1999.
17. GPS, Revue médico – pharmaceutique n° 05, Nov/ déc 1998.

18. INOUSSA, Les incidences de la mauvaise déclaration de l'âge sur la mortalité infantile et juvénile dans une ville moyenne du Cameroun, IFORD, 1990.
19. KERMANI.(S), Etude de la mortalité dans la daïra de CHERAGA, Doctorat en science médicale, université d'Alger, 1987..
20. KHIATI. (A), Démographie et population, OPU, Alger, 1996.
21. KOUAOUCI. (A), Familles, femmes et contraception, CENAP, F. NUAP, Alger, 1992.
22. KOUAOUCI. (A), et autres, population et environnement au Maghreb, Academia, l'HARMATAN, Belgique, 1995.
23. KOUAOUCI. (A), La question de la population en Algérie, FNUAP, Alger 1991.
24. KOUAOUCI. (A), Elément d'analyse démographique, OPU, Alger, 1994.
25. L'initiative de BAMACO, appel sur les droits de la santé au soins et a la dignité, communiqué de presse. ONS, Mars 1999.
26. LADJALI. (M), L'espacement des naissances dans le tiers monde, OPU, Alger, 1985.
27. LEBANE. (D), Etude des effets d'un programme de néonatalogie sur la mortalité périnatale, thèse D E S M, université d'Alger, 1994.
28. Les médias associés, Algérie 30 ans, situation économique, Bilans et perspectives.
29. LEVY. (L), La mortalité infantile dans le monde, population et société n°169, 1983.
30. LEVY.(L), L'accouchement prématuré, Travaux et documents n° 84, presse universitaire de France, Paris, 1978.
31. MASUY. STROOBANT.(G), Les déterminants de la mortalité infantile : La Belgique d'hier et d'aujourd'hui, département de démographie LOUVAUN-La neuve, CIACO Editeur, 1983.
32. MASUY. STROOBANT. (G) – TABUTIN (D), L'Approche ^{explicative} en matière de mortalité des enfants, Réflexions et perspectives, GENUUS, volume VIII n°3-4.
33. MASUY. STROOBANT.(G), La mortalité infantile a l'Est et a l'Ouest similitudes et divergence, working paper n° 165, Edition Academia, LOUVAIN-la neuve, 1992.
34. MOLINEAUX. (L), La lutte contre les maladies parasitaires : Le problème du paludisme, notamment en Afrique, La lutte contre la mort, Ed. By. J VALLIN et A- LOPEZ. Travaux et documents, cahier n° 108, INED, PUF, 1985.

35. MORNIER. (A), La naissance d'un enfant : incidences sur les conditions de vie des familles, travaux et documents, cahier n° 81, presse universitaire de France 1977.
36. MSP , Annuaire des statistiques sanitaires, octobre 1996.
37. MSP, Enquête nationale sur les objectifs de la mi-décennie (MDG), 1995, Rapport final, Alger 1996.
38. MSP, Enquête sur la mortalité et la morbidité infantile en Algérie 1985 -1989- ONAT, Alger 1992.
39. OMS, Prévention du TETANOS du nouveau.né, GENEVE.
40. OMS, Rapport sur la santé dans le monde, 1995.
41. OMS, Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel, le rôle des services liés à la maternité, déclaration conjointe de l' OMS et de FISE.
42. OMS. Manuel d'analyse de la mortalité, Imprimerie. INED ,Paris, 1985.
43. ONS, Données, statistiques, n° 14, Jan / Mars 1987.
44. ONS, Démographie Algérienne, collection statistique n°17, 1989.
45. ONS, Collection statistique n°294, décembre 1999.
46. OUAHDI. (M), Maladies a transmission hydrique, santé plus, eau et santé n° 45, 1995.
47. PICHAT. (B), La mesure de la mortalité infantile, principes et méthodes, population n° 02, INED, Paris, 1951.
48. PICHAT. (B), Les causes de décès, population n° 03, INED, Paris, 1951.
49. PRESSAT.(R), Dictionnaire de démographie, PUF, Paris, 1979.
50. Revue université, AUPELF , UREF, vol 14 n°01, QUEBEC CANADA Mars, Avril 1993.
51. TABUTIN. (D), et VALIN (J), l'état civil en Algérie, note technique présenté au colloque de Rabat, septembre 1972, ORAN , juillet 1972.
52. TABUTIN.(D),La mortalité infantile et juvénile en Algérie, Travaux et documents de L'INED, cahier 77, PUF, Paris, 1976.
53. TAPINOS.(G),Eléments démographiques, Analyse déterminants socio - économique et histoire des populations, Edition Armand- Colin, Paris 1985.
54. UNICEF, Les enfants et l'environnement, la situation de l'environnement 1990.
55. UNICEF, une coopération au service de l'enfance, Algérie 1993.
56. UNICEF, les enfants d'abord, publication trimestrielle n° 4 , octobre, décembre 1994.
57. UNICEF, La situation des enfants dans le monde, 1996.
58. UNICEF, La situation des enfants dans le monde, 1995.

59. VALIN. (J), La population mondiale, La découverte, PARIS, 1986.
60. VALIN. (J), Health, policy, social policy and mortality prospects, LOUVAIN. ACADEMIA, 1983.
61. WUNCH. (G), et autres, La mortalité des enfants dans le monde et dans l'histoire, LOUVAIN- UCL, 1980.
62. YAAKOUBD. (A), Mortalité des enfants et inégalités sociales, le monde des années 1970, Institut de démographie, Ucl, Thèse de doctorat, 1989.
63. YAAKOUBD. (A), Transition démographique au Maghreb, faits et facteurs, séminaires 1995, MAROC..

الماء الحار

جدول رقم 1 : توزيع الوفيات التي تمت خمس سنوات قبل المسح خلال الشهر الأول حسب اليوم الذي حدث فيه الوفاة، طبقا لحل الإقامة:

اليوم	الحضر	الريف	المجموع
0	08	20	28
1	06	15	21
2	05	03	08
3	04	11	15
4	-	04	04
5	1	1	02
6	-	1	01
7	2	04	06
8	4	2	06
9	-	4	04
10	-	-	01
11	-	-	02
12	1	-	05
13	2	-	01
14	-	-	01
15	2	3	01
16	1	-	01
17	1	-	01
20	1	-	01
22	1	-	
24	-	1	
25	-	1	
غير مبين	2		03
المجموع	42	72	113

المصادر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME)

جدول رقم 2: توزيع الوفيات التي تمت خمس سنوات قبل المسح حسب الشهر الذي حدثت فيه

الوفاة، طبقا لخل الإقامة:

الشهر	حضر	ريف	المجموع
0	42	71	113
1	10	21	31
2	01	15	16
3	01	11	12
4	10	04	14
5	01	09	10
6	03	03	06
7	05	02	07
8	-	02	02
9	-	03	03
11	01	-	01
المجموع	68	147	215
المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92)			

جدول رقم 3 : احتمال وفاة الرضع بين ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح حسب ترتيب

المولود، الجنس ومحل الإقامة:

الريف			الحضر			ترتيب المولود
احتمال الوفاة	الوفيات	الولادات	احتمال الوفاة %	الوفيات أقل من سنة	الولادات	
44.81	19	424	26.25	11	415	1
45.22	18	398	37.63	14	372	2
59.93	19	317	22.65	07	309	3
48.78	14	287	51.28	14	273	4
31.57	09	285	8.65	02	231	5
58.18	16	275	22.85	04	175	6
53.94	13	241	18.18	02	110	7
68.96	14	203	10.30	01	97	8
45.16	07	155	14.70	01	68	9
80.80	08	99	120	06	50	10
65.57	04	61	100	03	30	11
55.65	02	36	-	-	15	12
136.36	03	22	-	-	10	13
166.66	01	06	200	01	05	14
-	-	04	250	01	04	15
-	-	04	-	-	-	16
-	-	02	-	-	-	17
-	-	01	1000	01	01	18
52.12	147	2820	31.35	68	2169	المجموع

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).

جدول رقم 4: احتمال وفاة الرضع (بالألف) للأطفال المولودين خمس سنوات قبل المسح
حسب استعمال الأم وسيلة منع الحمل أم لا :

نوع الوسيلة	حضر	ريف	المجموع
وسيلة حديثة	29.65	44.83	37.55
وسيلة تقليدية	37.03	78.21	63.98
الاثنين معا	19.72	48.52	33.63
لا تستعمل أية وسيلة	59.91	55.05	55.83
المجموع	31.35	52.12	43.09

المصدر: حسابات خاصة على معطيات المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل (EASME 92).