

الواقع الصحي للأمهات والأجنة في الجزائر دراسة إحصائية تحليلية من التحقيقات الصحية الوطنية

The health status of mothers and fetuses in Algeria

An analytical statistical study from the national health investigation

جامعة الجزائر2-ابو القاسم سعد الله/الجزائر	علم الاجتماع الديمغرافي	زينب فاصولي* Zainabe Fassouli drzinebfassouli@gmail.com zineb.fassouli@univ-alger2.dz
DOI: 10.46315/1714-012-001-039		

الإرسال: 2021/01/15 القبول: 2021/04/17 النشر: 2023/01/16

ملخص:

تعتبر خصوبة المرأة من المحددات الأساسية لدينامكية السكان، وهذا ما يجعل من دراستها في علم الاجتماع السكان ضرورة، لفهم العوامل المتحكم فيها، وبالتالي التحكم في اتجاهاتها بتشجيع الزيادة أو النقصان في أي بلد، وفي إطار النموذج التقليدي للإنجاب، فإن مستوى الخصوبة وصحة الأم والطفل يرتبطان ارتباطا وثيقا، كما أن وفيات الأمهات والأجنة تعكس مستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية... الخ المحصلة في البلد، لذا نجدها في صلب الأهداف الإنمائية للألفية. نهدف في هذه الدراسة إلى اعطاء صورة عن تطور الخصوبة، وواقع الرعاية الصحية المقدمة للأمهات والأجنة في الجزائر. الكلمات المفتاحية: الخصوبة؛ الرعاية الصحية؛ الولادة الآمنة؛ الولادة؛ الأمومة.

Abstract:

Women's fertility is one of the basic determinants of population dynamics, which makes its study in population sociology a necessity, to understand the factors controlling it, and thus control its trends, in any country, and within the framework of the traditional model of childbearing, the level of fertility and the health of the mother and the child they are closely related. Maternal and fetal deaths reflect the level of social development.....the outcome, so we find it at the core of development goals Here we aim to give an overview of fertility and maternal and fetal care in Algeria

Keywords : Fertility; health care; safe childbirth; childbirth ; motherhood

1-مقدمة:

تعتبر خصوبة المرأة من المحددات الأساسية لدينامكية السكان، وهذا ما يجعل من دراستها وتحليلها أمرا ضروريا لفهم المراحل المختلفة في تغيرات النمو السكاني وتتبع اتجاهات الزيادة السكانية في أي بلد، بل وتحليل مستويات وفيات الأمهات والأجنة ومعرفة مدى رفاهية المجتمعات، ففي إطار

*- الباحث المرسل: drzinebfassouli@gmail.com

النموذج التقليدي للإنجاب، فإن مستويات الخصوبة وصحة الأم والطفل يرتبطان ارتباطا وثيقا، إذ كلما انتهجت المرأة سلوكا إنجابيا غير سليم زاد احتمال تعرضها والجنين لانتكاسات صحية أو الوفاة، كما أن مرضية ووفيات الأمهات والأجنة تعكس مستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية... الخ المحصلة في أي بلد، لذا نجد الاهتمام بهما يدخل في صلب الأهداف الإنمائية للألفية.

وعلى المستوى العالمي بدا الاهتمام الفعلي بالحقوق الصحية للمرأة في أعقاب الحرب العالمية الثانية، حين شدد الإعلان العالمي لحقوق الإنسان سنة 1948م على الزامية تعزيز البعض منها كتوفير الرعاية الصحية لها في مرحلة الحمل والولادة، وتحديد السن الأدنى المقبول للزواج، وتنام الاهتمام بهذه الحقوق مع انعقاد أول مؤتمر عالمي حول السكان سنة 1974، ثم تتابعت سلسلة النصوص الدولية المؤكدة على ضرورة توفير السلامة للنساء في جميع جوانب ومراحل الإنجاب.

وأمام هذا الوضع، أصبح موضوع الصحة الإنجابية وحقوق المرأة المتعلقة بالإنجاب من المشاغل الأساسية للمجموعة الدولية، بل أصبح من المسلم به أن تأمين التنمية بأشكالها، يرتبط ارتباطا قويا بالهوض بأوضاع المرأة الصحية والقانونية والاجتماعية والاقتصادية.

وفي الجزائر حظي موضوع توفير الرعاية الصحية للنساء الحوامل والأطفال الرضع بالاهتمام منذ الاستقلال، ويتجلى ذلك من خلال فتح مراكز طبية خاصة بحماية الأمومة والطفولة، تقوم بتوفير الخدمات الصحية الأساسية المتمثلة في الفحوصات الدورية واللقاحات ووسائل تنظيم النسل والإرشادات للأمهات مجانا.

إلا أن الملفت للانتباه انه رغم هذه المجهودات المعتبرة لازالت معدلات وفيات الأمهات مرتفعة جدا، خاصة في مناطق الهضاب العليا والجنوب، كما لا تزال معدلات التعرض للإجهاض والسقط ووفيات الاجنة مرتفعة وهو ما يشكل بدوره خطرا على صحة الأم والجنين.

وفي هذا الصدد جاءت هذه الدراسة التي نسعى من خلالها للكشف عن العوامل المتحكمة في تطور الخصوبة في الجزائر وواقع الرعاية الصحية المقدمة للمرأة أثناء الحمل وبعده، ومستوى وفيات الأمهات والأجنة وأهم أسبابها.

2-أهمية الدراسة وأهدافها:

تعتبر خصوبة المرأة من المحددات الأساسية لدينامكية السكان، وهذا ما يجعل من دراستها ضرورة، لفهم العوامل المتحكمة فيها، وبالتالي التحكم في اتجاهاتها بتشجيع الزيادة أو النقصان في أي بلاد، وتوفير متطلبات جميع الفئات العمرية في المجتمع، وفي إطار النموذج التقليدي للإنجاب، فإن مستوى الخصوبة وصحة الأم والطفل يرتبطان ارتباطا وثيقا، كما أن وفيات الأمهات والأجنة تعكس

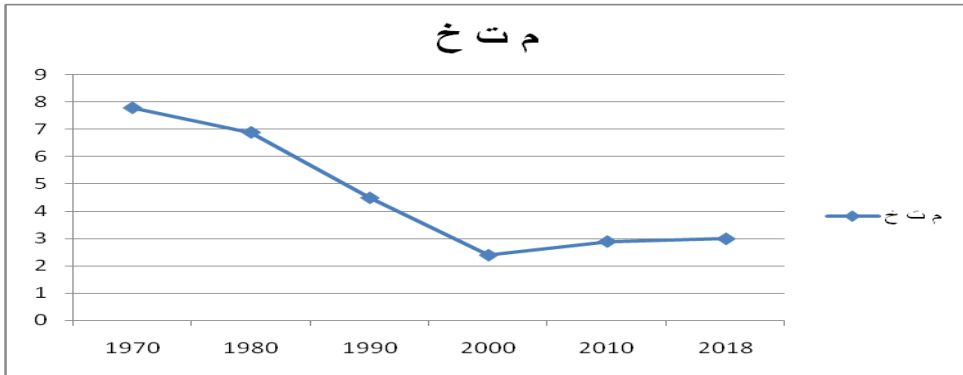
مستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية... الخ المحصلة في البلد، لذا نجدها في صلب الأهداف الإنمائية للألفية.

وبهذا فإننا نهدف في هذه الدراسة إلى إعطاء صورة عن تطور الخصوبة في الجزائر، وواقع الرعاية الصحية المقدمة للأمهات والأجنة، والبحث عن أهم أسباب وفيات الأمهات في الجزائر، من خلال البحث في نتائج التحقيقات الوطنية حول الصحة الأم والطفل والأسرة.

3- تطور الخصوبة في الجزائر:

بتتبع المسار الإنجابي للمرأة منذ الاستقلال، نجد أنها مرت بمراحل مختلفة، إذ كانت تحت تأثير عوامل سياسية، اجتماعية، دينية، اقتصادية، ثقافية.

الشكل رقم 1: تطور المؤشر التركيبي للخصوبة بين (1970-2018)



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على معطيات:

(وزارة الصحة والسكان، 2000، 22) (Office National des Statistiques, 2019, 29)

فبالتمعن في الشكل أعلاه، جد أن أعوام الستينات والسبعينات تميزت بارتفاع معدلات الولادات (50 طفل لكل 1000 من السكان) ولعل هذا الارتفاع يعود إلى سياسة الدولة المشجعة على النسل لتعويض ما خسرت من قوى بشرية إبان مرحلة الاستعمار الفرنسي، وتحريم استعمال وسائل منع الحمل من طرف الفقهاء تلك المرحلة، هذا التشجيع السياسي والديني على الإنجاب، إضافة الزواج المبكر الذي كان سائدا بين الإناث، الذي لم يكن يتجاوز متوسطه 19 سنة، موازاة مع تحسن الخدمات الصحية الموجهة للحوامل والرضع التي أدت إلى تراجع معدلات الوفيات بين الأطفال من أكثر من 140 في الألف سنة 1970 إلى دون 80 في الألف سنة 1980 (Ministère de la sante, 2011, 16) كل هذا أدى إلى ارتفاع متوسط عدد الأبناء للمرأة إلى حوالي 8 بداية الثمانينات (فترة الخصوبة بعد الزواج تتجاوز 20 سنة غالبا) بعدما لم يكن يتجاوز 03 أبناء خلال عدة قرون من الاستعمار بسبب ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الناتجة عن انتشار الأمراض الوبائية وغياب الرعاية الصحية، إلا أن هذا

المسار في الإنجاب لم يمتد لفترة طويلة، إذ مع الأزمة الاقتصادية التي هزت البلاد منتصف الثمانينات وتأثيرها السلبي على مستويات الخدمات الاجتماعية المقدمة للسكان، ثم تغير الفتوى بخصوص استعمال وسائل منع الحمل من التحريم إلى الإباحة، وتراجع الدولة عن سياستها التشجيعية للنسل خوفا من الانفجار السكاني الذي لاحت بوابره في الأفق من جهة واستجابة لمطالب بعض الجمعيات النسوية التي كانت تنادي بضرورة توفير وسائل منعا الحمل وتشجيع الأمهات على استعمالها، كل هذه الأسباب، أدت إلى تراجع محسوس في الخصوبة، وأول مظاهر الانخفاض ظهر منتصف الثمانينات، خاصة بعد تبني الدولة سياسة "المباعدة بين الولادات" التي نودي بها مع بداية الثمانينات. وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني، جامعة الدول العربية (وزارة الصحة، جامعة الدول العربية، 1992، 213) إلا أن شدة ووتيرة الانخفاض كانت أكثر بروزا خلال عشرية التسعينات (نهاية التسعينات وبداية الألفينات)، إذ انخفض المؤشر التركيبي للخصوبة (متوسط عدد الأطفال للنساء) من 8 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 7 أطفال سنة 1980 ليصل إلى 4.5 طفل سنة 1990 ثم إلى 2.45 طفل سنة 2000 (وزارة الصحة والسكان، 2000، 22)، وهذا الانحدار الكبير راجع من دون شك- إضافة إلى العوامل السابقة الذكر -، إلى المستجدات التي عاشتها الجزائر بداية التسعينات المتمثلة في تأثير الأزمة السياسية وهو اصطلاح عيه "العشرية الحمراء" وما نتج عنها من تدهور امني واقتصادي وتأخر سن الزواج الأول بين الإناث، إذ ارتفع متوسطه الى 27 سنة سنة 1998 سنة، إلى جانب الانفتاح الإعلامي الذي جعل المجتمع يحبذ نمط الأسر الصغيرة (أي الانتقال من رؤية الأبناء السند إلى حساب التكلفة الاقتصادية للطفل). هذا المسار الإنجابي الجديد لبدوره لم يستمر طويلا، إذ عرف نوعا من التراجع بعد تحسن الأوضاع الأمنية، إذ ارتفع المؤشر التركيبي للخصوبة إلى 2.9 طفل سنة 2010 ثم 3. طفل سنة 2018. (Office National des Statistiques, 2019, 27)

4- أهم البرامج الخاصة برعاية الأمهات والأجنة في الجزائر: يمكن إدراج أهم الخطط

فيما يلي:

أ- توسع شبكة تقديم الخدمات الصحية للحوامل: لقد تم توسيع شبكة الهياكل القاعدية العمومية التي تساهم في عرض وسائل منع الحمل في سنوات التسعينات من القرن الماضي، وذلك بإدماج هذا النشاط في المصالح التوليدية ومصالح طب النساء الخاصة بالتوليد على مستوى المؤسسات الاستشفائية، وتبعا لإصدار القرارات الوزارية تحت أرقام 39 و 5 المؤرخة على التوالي في 4 سبتمبر 1994 وفي 25 فيفري 1995م، فقد تم إنشاء 363 مركز تنظيم عائلي على مستوى المصالح التوليدية للمراكز الاستشفائية الجامعية والقطاعات الصحية، موزعة على 48 ولاية، حيث بدأت تنشط بين سنوات 1994 و 1999م (وزارة الصحة والسكان، الجزائر، 2000، 31)

ب- الانتقال من التخطيط العائلي إلى الصحة الإنجابية: إن الصبغة التي ميزت عشرية التسعينات في مجال صحة الأمومة، هي تجاوز الإطار الصارم للتنظيم العائلي وإدماج البعد الواسع للصحة الإنجابية، في هذا السياق فإن نشاط تنظيم المواليد يجب أن يتم بصفة متوازنة مع النشاطات الأخرى التي تستهدف الأم والطفل، وبالأخص النشاطات التي تتعلق بالأمومة الآمنة. الوقاية ومعالجة عدم الإخصاب والأمراض المتنقلة جنسيا والكشف عن سرطان الرحم والوقاية من أي شكل من أشكال العنف.

إن ترقية الصحة الإنجابية تجد مبررها في كون التحسينات كانت أكثر سرعة في مجال التحكم في الخصوبة منه في مجال التقليل من الاعتلال ووفيات الأمومة والأطفال. (وزارة الصحة والسكان، الجزائر، 2000، 35)

ت- البرنامج الوطني الخاص بتخفيض وفيات الأمهات والمواليد الجدد: في سنة 1997 ووزع على جميع الولايات أهدافه: التحفيز على تباعد الولادات ومراقبة الحمل في فترة ما قبل الولادة وتطوير ظروف الولادة ومتابعة الأم والطفل بعدها.

ج- البرنامج الخاص بتحسين التغذية: الهدف منه هو تخفيض سوء التغذية وتوفير كل المكونات الغذائية للام والطفل من بروتينات وحريرات وتكمن نشاطات هذا الأخير في: مراقبة حالة التغذية، تشجيع الرضاعة الطبيعية، تزايد المكونات الغذائية في جسم الأم والطفل إلى الحد الملائم لاجتناب مرض سوء التغذية (حديد، فيتامين، اليود). (المجلس الاجتماعي والاقتصادي، 1997، 56، 57)

5- واقع المتابعة الصحية للأمهات مرحلة الحمل وبعده:

تعتبر الرعاية الطبية الجيدة أثناء الحمل وبعده من أفضل الآليات المستعملة في الطب الحديث لمكافحة وفيات الأمهات، وتنصح السلطات الصحية في الجزائر بإجراء 4 فحوصات طبية على الأقل خلال فترة الحمل، وفحصين أثناء فترة النفاس، لتجنب أي مضاعفات خطيرة تطال صحة الأم أو الجنين.

جدول رقم 03: تطور نسب المتابعة الصحية للأمهات في الجزائر من سنة 1992 إلى سنة 2019

المتابعة الصحية	1992	2000	2002	2006	2012	2019
نسبة المتابعة الصحية قبل الولادة	57.5	79	81	89.4	92.7	95.3
نسبة الولادة في الوسط الطبي	76	92	-	95.3	97	98.6
نسبة المتابعة الصحية بعد الولادة	20.3	-	30.1	30.6	86.5	91.7

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على:

(العكر وف، ع 102، 105-2013) (Ministère De La Santé, Fonds Des Notions Unies, 2015, 130)

(Ministère De La Santé, Unicef, 2020, 141, 150, 179)

نلاحظ من الجدول أن نسبة المتابعة الصحية في الجزائر أثناء الحمل والولادة عرفت تحسنا معتبرا، وهذا ما يفسر التراجع الكبير في معدلات وفيات الأجنة والرضع، أما الملفت للانتباه فهو أن نسب الأمهات اللاتي تلقين رعاية طبية لمرة واحدة على الأقل بعد الولادة إلى غاية سنة 2006 كانت متدنية جدا عكس الرعاية الصحية أثناء الحمل والوضع، وهذا ما يفسر ارتفاع معدلات وفيات الأمهات مرحلة النفاس في الجزائر، وهذا ما سعت الجهات المكلفة بصحة الحوامل إلى تحسينه، عن طريق توعية الأمهات بأهمية إجراء فحوصات ما بعد الولادة، لتجنب المشاكل الصحية المتعلقة بالتزيف، أو المضاعفات المرتبطة بالأمراض المزمنة كالسكري وارتفاع ضغط الدم، وقد أدت هذه الخطط إلى رفع نسبة المتابعة في مرحلة النفاس إلى 91٪. سنة 2019.

6-تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر:

عرفت نسبة استخدام وسائل منع الحمل تطورات معتبرة خلال العقود الثلاث الأخيرة، وإذا ما توجهنا إلى دراسة الوسيلة المستعملة.

الجدول رقم 01: تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر

السنوات	1986	1992	1995	2002	2006	2012	2019
نسب اوم ح	35.5	50.8	56.7	57	61.4	57.1	53.6

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على:

(العكر وف، ع 102، 2013) (Ministère De La Santé, Fonds Des Notions Unies, 2015, 130)

(Ministère De La Santé, Unicef, 2020, 145)

نلاحظ أن نسبة استعمال وسائل منع الحمل ارتفعت بين سنتي 1986 و 1992 بأكثر من 33 بالمائة، هذا راجع إلى التغيرات السياسية والدينية والاقتصادية التي عرفتها الجزائر في هذه المرحلة وشرنا إليها سابقا، ويتمثل أهمها في تغير الفتوى حول تنظيم النسل والأوضاع الأمنية غير المستقرة، إلا أن نسبة الاستعمال لم تحافظ على وتيرة الارتفاع، إذ عرفت تراجعا ملحوظا بدأ من سنة 2006 ولعل هذا التراجع راجع بشكل أساسي إلى تأخر سن الزواج الأول بين الإناث الذي لا يزال مستمرا منذ التسعينات، إضافة إلى ظاهرة العقم التي باتت تنتشر بشكل كبير بين الأزواج حاليا وجعلت الأطباء المختصين في طب النساء، والمهتمين بالدراسات السكانية يدقون ناقوس الخطر بشأنها، ويجرون دراسات حول أسبابها وانعكاساتها.

أما عن أهم الوسائل المستعملة في تنظيم النسل بالجزائر فهي تتمثل بشكل خاص في الحبوب التي تضاعف عدد مستعمليها في ظرف 20 سنة، بسبب سهولة الحصول عليها وسهولة استعمالها ومجانيتها

جدول رقم 02: أهم الوسائل المستعملة تنظيم النسل بالجزائر

الوسيلة/الس	1986	1992	1995	2002	2006	2012	2019
الحبوب	26.4	38.7	43.4	46.8	45.9	43	39
اللؤلؤ	2.1	2.4	4.1	3.1	2.3	2.2	2.4
أخرى حديثة	2.5	2	1.3	1.9	3.8	2.8	2.7
طرق تقليدية	4.4	7.7	7.9	5.2	9.4	9.2	8.6
المجموع	35.5	50.8	56.7	57	61.4	57	53

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على:

(العكر وف، ع 102، 2013) (Ministère De La Santé, Fonds Des Notions Unies, 2015, 130)

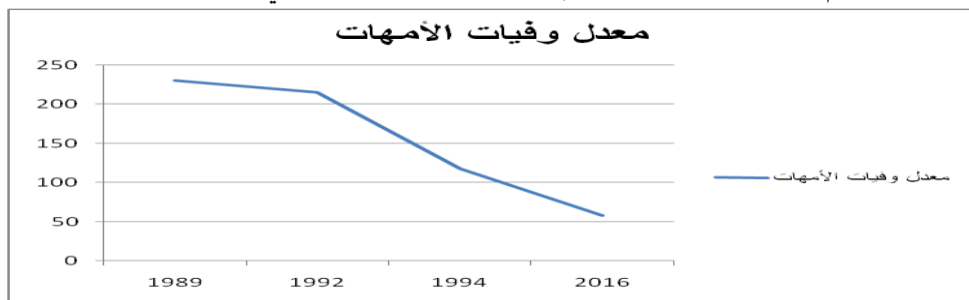
(Ministère De La Santé, Unicef, 2020, 145)

وما يلفت الانتباه في الجدول عدم وجود خانة خاصة باستخدام الرضاعة الطبيعية كوسيلة لتنظيم الحمل، وهذا راجع إلى تدني نسبة مستعملها، إذ لا تتجاوز نسبة مستعملها للتنظيم 1.1٪. حسب نتائج المسح المتعدد المؤشرات لسنة 2019 بعد أن كانت 1.7٪. حسب نتائج المسح المتعدد المؤشرات لسنة 2012، يحدث هذا رغم ما للرضاعة الطبيعية من فوائد على صحة الأم والمولود، وغياب التأثيرات الجانبية. وحاليا يسعى القطاع الصحي ليس الجزائري فقط بل العالمي إلى تشجيع النساء على إطالة مدة إرضاع أطفالهن لما لهذه العملية من فوائد.

7-تطور معدلات وفيات الأمومة في الجزائر:

عرفت وفيات الأمومة طبقا للتقسيم الدولي للأمراض (ICD9) بأنها "وفاة السيدات خلال فترة الحمل أو في خلال 42 يوما تالية لانتهاؤ الحمل، نتيجة لسبب يتعلق بالحمل أو بأسلوب الرعاية للحمل، أو نتيجة لسبب تم مضاعفة تأثيره نتيجة للحمل أو لأسلوب" (وزارة الصحة والسكان، 2000، 12، 13). ويعد مستوى وفيات الأمهات انعكاسا للتكفل الصحي بالحمل في جوانبه الوقائية والشفائية، كما يعد مؤشرا على الاستفادة من العلاج وتجهيزات مصالحي الطب التوليد... (المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، 2003، 50)

شكل رقم 2: تطور معدلات وفيات الأمهات (لكل 100000 ولادة حية) في الجزائر.



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على:

(المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، 2004، 52)

(Ministère de la sante, direction de la population, 2018,13)

قدرت وفيات الأمومة سنة 1992، ب 215 وفاة / 100000 ولادة حية، ومن اجل تدعيم برنامج مكافحة وفيات الأمومة اجري مسح سنة 1999، كان شاملا لكل وفيات النساء في سن الإنجاب، قدر خلاله معدل وفيات الأمومة بـ 117 وفاة لكل 100000 ولادة حية، بسبب هذه النتائج سطرت وزارة الصحة ضمن برامجها الإنمائية، هدف تخفيض معدلات وفيات الأمهات إلى 50 وفاة مقابل 100000 ولادة حية سنة 2015، وبتتبع نتائج التقديرات نجد أن معدلات وفيات الأمهات تراجعت إلى 81 وفاة سنة 2009 وإلى 57.7 مقابل كل 100000 الف ولادة حية سنة 2016، رغم هذا الانخفاض المعتبر، إلا أن الوزارة لم تحقق الهدف المدرج لسنة 2015 وهو 50 وفاة لكل 100000 ولادة حية.

كما أن هناك فوارق هامة على المستوى الوطني في معدلات الوفيات، على سبيل المثال نجده في حدود 50 وفاة لكل 100000 ولادة حية في منطقة الوسط مقابل 200 في منطقة الجنوب.. (وزارة الصحة والسكان، 2000، 12، 13)

أما عن أهم أسباب الوفيات، فهي تعود إلى غياب الاختصاصيين في 87٪ من حالات الوفاة، وغياب أطباء التوليد في 68٪ من الحالات، بالتالي لتحقيق الهدف الذي حدد لسنة 2015، أوصت الجهات المعنية على تركيز الجهود على تحسين العلاجات الوقائية والطبية، مع الحرص على تخفيض الفوارق الجهوية . ومكافحة فيروس نقص المناعة المكتسبة، وحى المستنقعات وأمراض أخرى. (المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، 2004، 52، 53).

جدول رقم 4: فترة وفيات الأمهات

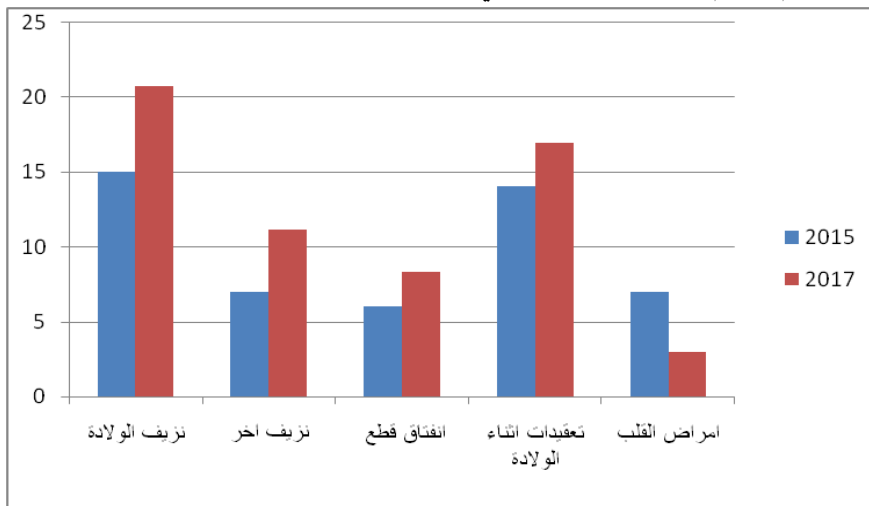
فترة الوفاة	2015	2017
أثناء الحمل	18.34	14.4
أثناء التوليد	11.7	11.9
بعد التوليد مباشر	44.7	47.5
خلال 42 يوم التالية للإجهاض أو الإسقاط	5.8	4
خلال 42 يوم التالية للولادة	17.3	21.2
المجموع	100	100

Source : (Ministère de la sante, direction de la population, 2018,15)

رغم أهمية الخدمات الصحية المقدمة لرعاية الامومة، إذ تجاوزت نسبة المتابعة الصحية للحوامل والولادة في مراكز طبية 90٪، إلا أن معدلات وفيات الأمهات المسجلة، لا تزال مقلقة، وهذا ما يجعل من مراجعة الخطط والبرامج الصحية أمرا ملحا ومستعجلا، خاصة إذا تكلمنا عن دولة تملك مؤهلات بشرية ومادية معتبرة، ولكنها لازالت تتذيل الرتب العالمية في مجال الرعاية الصحية، بل وتتأخر حتى عن بعض الدول

التي لا تمتلك مؤهلاتنا مثل تونس المغرب، لبنان، اليمن، سوريا،..... إذ رغم ما تعانيه هذه الدول من فقر إلا أن مستوى الخدمات التي تقدمها في مجال الرعاية الصحية للأمهات والأجنة، أفضل بكثير مما تقدمه الجزائر. وفي ما يلي سنعرج في أهم المشاكل التي لازالت تسهم في وفيات الأمهات في الجزائر.

الشكل رقم 3: أهم أسباب وفيات الأمهات في الجزائر



المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على معطيات (Ministère de la sante, direction de la population,

2018,15)

من خلال الشكل نلاحظ أن اغلب أسباب الوفيات بين الأمهات في الجزائر، راجعة إلى أسباب يمكن تفاديها على غرار نزيف الولادة والتعقيدات المرتبطة بالولادة التي غالبا ما تكون خاصة بالنساء اللواتي تعاني من أمراض مزمنة، وكان يمكن تفاديها بالفعل لو كانت كل مراكز التوليد تتوفر على قابلات بتكوين جيد وأطباء توليد وشروط عمل مناسبة، ولكن بسبب غياب هذه المؤهلات في جل المراكز الصغيرة فإن القائمين على مصالح التوليد يرفضون استقبال الحالات الخطرة، وهو ما يؤدي إلى وفيات الأمهات أثناء الوضع أو بعده مباشرة بسبب عدم تلقي الرعاية الصحية في الوقت المناسب، وإن دل هذا على شيء فإنما يدل على هشاشة قطاع صحة الأمومة والطفولة في الجزائر. وبالتالي وإن كانت أسباب الهشاشة الآن معلومة للجميع، فإن الحل يكمن في الرغبة الحقيقية والمستعجلة من الجهات المختصة المكلفة بالقطاع الصحي لتحسين نوعية الخدمات المقدمة.

8-وفيات الأجنة (الولادات الميتة):

عرفت بأنها الوفاة السابقة لإتمام استخلاص أو استخراج ناتج الحمل من أمه بغض النظر عن مدة الحمل، أي، إذا لم يظهر أي دليل للحياة مثل ضربات القلب وغيرها بعد فصل الجنين عن أمه. وبذلك فإن وفيات الأجنة تتضمن كل أنواع فقدان الحمل الناتجة عن:

ولادة ميتة: تكون عادة بعد 28 أسبوع من الحمل.

سقط: إفراغ الرحم للجنين خلال الثلاث أشهر الأولى، أي انتهاء حالة الحمل مبكرا قبل الأسبوع 28 إجهاض: وهو إفراغ الرحم لجنين جاوز عمره الشهر الثالث ولم يتجاوز شهره السابع. كما عرف بأنه إنهاء الحمل المتعمد (سواء كان ذلك قانونيا أو غير قانوني). (زهدي خ، 1)

إن فقد الحمل ظاهرة تعكس مستوى درجة صحة المرأة، وهي تتأثر بعدة عوامل منها ما هو بيولوجي والتي تتعلق أساسا بخصوبة المرأة، وأخرى متعلقة بخلفية المبحوثة، ومن أهمها السن عند الزواج والمتابعة الصحية للحمل، وعند دراسة الوفيات الجنينية المتأخرة (مولود ميت) باعتبارها مثل الإجهاض، تعبر عن مشاكل مرتبطة بصحة الأم والخدمات الصحية، وترتبط أيضا بمستويات الخصوبة، تبين لنا أنها تعرف

تراجعا مستمرا منذ سنة 1990.

جدول رقم 05: تطور معدلات الولادات الميتة في الجزائر من سنة 1990 إلى 2018

السنة	1990	2000	2005	2010	2015	2018
الذكور	23.5	24.6	25	18.2	15.8	13.1
الإناث	19.1	22.8	21	19.6	13.5	11.1

المصدر: من إعداد الباحثة، اعتماد على معطيات (Office National des-,2011,p6.2019,27)

(Statistique,

وحسب التحقيقات الميدانية، فإن ظاهرة فقدان الحمل تمثل تقريبا 8٪. من مجمل حالات الحمل التي حصلت لدى الأمهات، ويؤثر الإجهاض تأثيرا مباشرا على صحة المرأة، ويزيد من مخاطر الإصابة بالأمراض المزمنة، خاصة بين النساء اللاتي لم ينجبن من قبل، وعند فئات العمر 40-49 سنة، كم أن اغلب السيدات اللواتي تعرضن للإجهاض بأنواعه، قد أجهضن لأول مرة بين عمر 40 و 50 سنة، وهي فترة عمرية يمثل فيها الحمل خطورة على صحة المرأة. (وزارة الصحة والسكان، جامعة الدول العربية، 1994، 231)

خاتمة وتوصيات:

بالرغم من المجهودات المبذولة من طرف الحكومات المتتالية في الجزائر لتطوير قطاع صحة الأمومة والطفولة بشكل خاص وتحسين ظروف المعيشة للسكان بشكل عام بدأ من التعليم الذي جعلته عاما ومجانا، بغية توفير حياة لائقة للسكان -انطلاقا من مبدأ "أفضل حبوب لتنظيم النسل هي التنمية و" امة تقرأ، امة لا تجوع"، إلا أن النتائج المحققة في المجال الصحي بشكل خاص لا تزال دون المستوى المأمول، إذ لا يزال عدد معتبر من الأمهات والأجنة يتوفون لأسباب يمكن اتقائها، كما لا تزال الخدمات الصحية المتاحة للحوامل المصابات بالأمراض المزمنة متواضعة جدا بالنظر للإمكانات المادية للبلاد، ومن جهة أخرى، وما يزيد في سوء الوضع هو استحالة الحصول على المعطيات الإحصائية المتعلقة بظروف الوفيات بين الأمهات والأجنة رغم وجود دراسات حولها.

ويهدف تحسين جودة الخدمات الموجهة للأمهات والأجنة، نؤكد على أهمية وضرة تطبيق كل توصيات منظمة الصحة العالمية المتمثلة في:

- إلزام الحوامل بإجراء 8 زيارات على الأقل خلال فترة الحمل والسعي إلى اكتشاف المشاكل الصحية المحتملة وعلاجها، وتوفير خدمات ولادة آمنة، وإجراء زيارتين على الأقل في مرحلة النفاس -إعلام الأمهات بأهمية أن تظل بشرة الأم ملامسة لبشرة الرضيع على صدرها ومساعدتها على الإرضاع من الثدي لتحسين مناعة الوليد.

- إعطاء توجيهات للأمهات حول كيفية ومواقيت إعطاء الفيتامينات واللقاحات والاستحمام. - تقديم رعاية خاصة للخدج (توفير التدفئة في جميع الأوقات، وتغذيتهم بحليب ثدي أمهاتهم) لأنهم أكثر تعرضا لمخاطر الوفاة، والمشاكل الصحية والإعاقة مدى الحياة.

- رعاية الأطفال حديثي الولادة في مرافق مجهزة ومتابعهم من قبل عاملين مدربين على التعامل مع المضاعفات وعلاجها قبل الخروج من المستشفى

-الاهتمام بالنظافة لتفادي العدوى المكتسبة في المستشفيات لأنها من أسباب مخاطر الموت والمرض، وزيادة تكلفة الرعاية، وينبغي للمرافق أيضا أن يتوافر بها مخزون كاف من الأدوية والمستلزمات والمعدات.

-حصول المرضى على كافة المعلومات حول رعايتهم وينبغي أن يشعروا بالمشاركة في جميع القرارات التي اتخذت بشأن علاجهم. فالمشاركة تجعل الولادة تجربة إيجابية للمرأة، حتى لو حدث لها مضاعفات.

- تجهيز المرافق الصحية بخدمات النقل المجهزة على مدار 24 ساعة 7 أيام في الأسبوع، لنقل النساء والأطفال حديثي الولادة عند الضرورة.

- وجود سياسة لحماية النساء الفقيرات من العوائق المالية.

- ألا تخضع أي امرأة إلى الممارسات الضارة أثناء المخاض والولادة وفترة ما بعد الولادة، إذ يمكن أن تؤدي إلى حدوث مضاعفات وأضرار للأمهات والأطفال حديثي الولادة.

- توفر عاملين صحيين يتمتعون بالكفاءة ومدربين بشكل جيد في جميع المناطق المخصصة للمخاطر والولادة في المرافق الصحية المختصة، ومساعدات التوليد الحاذقات على مدار 24 ساعة يوميا بأعداد كافية للتعامل مع عبء العمل المتوقع.

-تحسين أجواء العمل في مصالح رعاية الأم والوليد: توفير الشروط، ساعات العمل المقبولة، الأجور المناسبة، كفاية العاملين، ومن المهم التركيز على التعليم المهني وإدارة القوى العاملة الصحية التي تستند إلى

خبرات القابلات - أن يكون لدى الأم والطفل حديث الولادة سجل طبي كامل ودقيق لتوثيق الرعاية والمتابعة السريرية،

والاكتشاف المبكر للمضاعفات، والنتائج الصحية، والمساعدة على تحديد مجالات التحسين -إجراء ثلاث فحوص للوليد قبل انتهاء الأسبوع الأول من حياته بهدف تحسين مهارات العاملين

الصحيين في تقديم الرعاية التالية للولادة

قائمة المراجع:

- الأمم المتحدة. (1995). تقرير المؤتمر العالمي للسكان والتنمية. نيويورك
- الأمم المتحدة والمجلس الاقتصادي والاجتماعي. (2002)، تقرير موجز بشأن رصد سكان العالم في عام 2002: الحقوق الإنجابية والصحة الإنجابية. الدورة الخامسة والثلاثون. جنيف
- العكر وف، علي. (2012-2013). حقوق المرأة المرتبطة بالإنجاب في الجزائر. رسالة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه علوم في علم الاجتماع، تخصص ديمغرافيا. جامعة الجزائر.
- المجلس الاجتماعي والاقتصادي. (1997). مشروع تقرير صحة الأم والطفل. الدورة التاسعة. الجزائر. 28-29 أكتوبر 1997. الجزائر
- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي. (دون سنة). الدورة الثانية عشر. النشرة الرسمية رقم 7. الجزائر
- المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي. (2003). المشروع التمهيدي للتقرير الوطني الخامس حول التنمية البشرية لسنة 2003. الجزائر.
- خواجة، خالد زهدي. (دون سنة). إحصاءات ومقاييس الوفيات. الاردن: المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية
- وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات وجامعة الدول العربية. (1994). المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، التقرير الرئيسي. المشروع العربي للنهوض بالطفولة. الجزائر
- وزارة الصحة والسكان. (2000). السياسة السكانية لأفاق 2010. الجزائر
- وزارة الصحة والسكان وجامعة الدول العربية. (2004). المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002. الجزائر

Ministère de la sante. (2011). Dynamique démographique en Algérie. Caractéristiques émergentes. Alger.

-Ministère De La Santé, Fonds Des Notions Unies Pour La Population. (2015). Suivi De La Situation Des Enfants Et Des Femmes. Enquête Par Grappes à Indicateurs Multiples (Mics 4). Alger

-Ministère De La Santé, Unicef. (2020). Enquête Par Grappes à Indicateurs Multiples (Mics 2019). Alger

Ministère de la sante : direction de la population. (2018). Situation démographique et sanitaire (2000_2018). Alger.

-Office National des Statistique. (2008). natalité, fécondité et reproduction en Algérie, Collectionnes n 156 RGPH. Alger

- Office National des Statistiques (2014). **Démographie Algérienne 2013**. N°658. Alger

-Office National des Statistique (2019). **Démographie algérienne 2018**. N°85