

قراءة سوسيولوجية لمعدلات وفيات الأمهات والأطفال الرضع في الجزائر

A Sociological Reading of Maternal and Infant Mortality Rates in Algeria

جامعة باجي مختار - عنابة-	علم اجتماع التنمية البشرية	د. قوندي سميرة D. Samira Goundi saghourabdallah@hotmail.fr
DOI: 10.46315/1714-013-001-29		

الإرسال: 2023/06/30 القبول: 2023/11/02 النشر: 2024/01/16

**

Abstract:

Paying attention to providing health care for mothers and children is one of the first priorities in drawing up successful health policies that contribute to achieving social development and comprehensive development as a whole. Reducing maternal mortality rates at birth and low infant mortality rates are indicators of economic progress and, above all, health development.

Therefore, it was necessary to shed light on the health status of mother and child in Algeria, as it becomes clear to us that there are health programs for maternal and child care adopted by the national health system, which will continue to work on developing them to raise the level of maternal and child health to reach the ranks of developed countries.

Keywords : Mortality; Children; Infants; Mothers.

ملخص:

إن الاهتمام بتوفير الرعاية الصحية للأم والطفل يعتبر من أولى الأولويات في رسم السياسات الصحية الناجحة والتي تساهم في تحقيق التنمية الاجتماعية والتنمية الشاملة ككل. حيث يمثل انخفاض معدلات وفيات الأمهات عند الولادة وتدني معدلات وفيات الأطفال الرضع من مؤشرات التقدم الاقتصادي وفوق ذلك التطور الصحي. لذلك كان من الضروري تسليط الضوء على الوضعية الصحية للأم والطفل بالجزائر، حيث يتضح لنا وجود برامج صحية لرعاية الأمومة والطفولة تبنتها المنظومة الصحية الوطنية والتي ستظل تعمل على تطويرها للرفع من مستوى صحة الأم والطفل للوصول إلى مصف الدول المتقدمة.

الكلمات المفتاحية: الوفيات؛ الأطفال؛ الرضع؛ الأمهات.

**

*- مقدمة:

أولت الدول والهيئات اهتماما كبيرا بموضوع صحة الأم والطفل حيث عقدت الكثير من المؤتمرات الدولية أبرزها المؤتمر الدولي للسكان والتنمية المنعقد في القاهرة عام (1994)، إذ ورد فيه بند يتعلق بتوفير التعليم للجميع وخفض معدلات وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمهات وإمكانية الحصول على خدمات الصحة الإنجابية على الصعيد العالمي.

فالدول المتقدمة تأخذ بعين الاعتبار صحة الأم والطفل معا كجزء من إستراتيجيات التنمية الشاملة، حيث حققت نتائج إيجابية في هذا المجال من خلال الإقبال على استعمال وسائل منع الحمل، انخفاض معدلات الخصوبة ووصول متوسط عدد الأولاد إلى (2.5) طفلا لكل أسرة، على خلاف ذلك نجد الدول النامية لا زالت تعاني من ارتفاع في معدلات وفيات الأمهات ووفيات الأطفال الرضع بحيث " تميل الأسرة في البلدان النامية إلى أن تكون كبيرة العدد وشكل هذا مصدر قلق للسلطات لأنه يفرض ضغوطا اجتماعية واقتصادية، يمكن أن تساهم في استمرار التفاوت الكبير في الرفاه ونوعية الحياة " (علي العطار، 2005، ص139) بين الدول النامية والمتقدمة. فالوصول إلى تأمين الرعاية الصحية للمرأة الحامل في الدول المتقدمة يجعل هلاك الأم حدثا نادرا، إلا أن نقص الرعاية الصحية المقدمة للأم يجعل مضاعفات الحمل والولادة تتزايد، ففي الدول النامية تصبح حياة الأم والطفل فيها مميتة ومهلكة ومن ثم تباين معدلات وفيات الأمهات بين كلا العالمين.

أما في الدول العربية فشأن الكثير من الدول النامية، كما أنها تتباين من حيث معدلات نموها الاجتماعي والاقتصادي تباينا يبلغ حد التناقض، كما تتفاوت الأوضاع الصحية فيما بينها، إلا أنها تبقى متدنية إذا ما قورنت بالدول المتقدمة.

والجزائر كغيرها من دول العالم النامي، عرفت أنماطا مختلفة في نمو عدد السكان وتباين في معدلات كل من النمو الطبيعي للسكان، الوفيات، المواليد... والتي يتم التطرق إلى تطور منحنياتها من خلال ما يعرض في هذه الورقة،

وتهدف هذه الدراسة إلى التعرف على تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمهات عند الولادة، ومعرفة المؤشرات الديمغرافية التي تؤثر فيها وإبراز الدور الفعال لمراكز حماية الأمومة والطفولة ومدى كفاءتها في تطبيق وسير البرامج الصحية المخططة والمتعلقة بالإنجاب، حيث تتمحور الإشكالية حول السؤال المركزي التالي:

ما واقع الوضع الاجتماعي والاقتصادي لصحة الأم والطفل في الجزائر ؟
للإجابة عن هذا السؤال ثم الاعتماد على المنهج الوصفي المبني على التحليل لأنه يتلاءم ويتماشى مع موضوع الدراسة، ولجمع البيانات من الميدان ثم الاستعانة بتقنية تحليل الاحصائيات "وهي تقنية غير مباشرة تطبق على المواد أو الوثائق المتعلقة بالأفراد (مثلا تعددات مجموع السكان) أو بالمجموعات (مثلا هيئات مختلفة) والتي يكون محتواها رقمي حيث تسمح بالمعالجة الكمية." (انجرس، م، 2006، 222)

وتتناول هذه الورقة المحاور التالية:-

أولا؛ تطور عدد السكان في الجزائر

ثانيا؛ معدل للوفيات (الخام، وفيات الرضع، الأمهات)

ثالثا: البرامج الصحية الموجهة للأم
رابعا: البرامج الوقائية الخاصة بالطفل

أولا: تطور عدد السكان

فقدت الجزائر أثناء حرب التحرير الوطنية الكبرى ضد الاستعمار الفرنسي، ثروة بشرية هائلة كانت ثمنا لاسترجاع السيادة الوطنية بحيث انخفضت خلالها معدلات المواليد مقابل ارتفاع معدلات الوفيات خاصة لدى البالغين منهم نتيجة اشتراكهم في الحروب والتجنيد الإجباري، وكذلك نتيجة الأمراض والمجاعات ونقص الرعاية الصحية .

" ففي سنة (1954) بلغ عدد السكان بالجزائر نحو 8.560,000 نسمة ليصل سنة (1962) إلى 11,300,000 وكان الهرم السكاني سنة (1944) علي النحو التالي : 52.6 % أقل من 20 سنة 44,4 % ما بين (20 ، 64 سنة) و 02,9 % أكثر من (65) سنة. " (Gauthier, Y. & Hermarec, 1987, 39-43)

ان ارتفاع عدد الضحايا خلال الحرب التحريرية (1954 . 1962) ساهم في تدني معدلات النمو الديمغرافي، ولكن عقب الاستقلال عرفت الجزائر نموا سكانيا ملحوظا الذي تباين في التزايد حسب مختلف الإحصاءات الوطنية لتعداد السكان والسكن التي قام بها الديوان الوطني للإحصائيات إنطلاقا من أول تعداد إحصائي في الجزائر سنة (1966)، ثم (1977)، (1987)، (1998) حتى تعداد (2008)، في انتظار ما سوف تسفر عليه نتائج التعداد الوطني للسكن والسكان لسنة 2022 جدول رقم 01: توزيع عدد سكان الجزائر (بالمليون) حسب التعدادات الخمس

التعداد	الجنس	ذكور	إناث	مجموع عدد السكان
1966		6.023	6.073	12.096
1977		8.072	7.992	16.064
1987		11.308	11.574	22.881
1998		14.801	14.471	29.272
2008		17.232	16.847	34.080

Source : - I.N.S.P: (2005)Violences à l'Encontre des Femmes (Enquête Nationale) Algérie,p18

- (O. N.S)(2008)les données de RGPH

يتضح من معطيات الجدول أعلاه التزايد المتدرج لعدد السكان ما بين (1966-1977) زاد عدد السكان بما يقدر بـ 3.968 مليون نسمة، في حين كانت الزيادة أكبر في نمو عدد السكان خلال سنوات المئوية أي ما بين (1977.1987) بنحو 6,817 مليون نسمة أي تضاعف عدد السكان مرتين عما كان عليه خلال العشرية الأولى نتيجة تحسن المستوى المعيشي للسكان والتشجيع على تزايد النسل. أما الفترة ما بين (1987.1998) فويرة التزايد لعدد السكان قد تناقصت عما كانت عليه سابقا بما يقارب 6,391 مليون نسمة نتيجة لتطبيق برنامج تباعد الولادات. أما ما بين التعدادين الآخرين لإحصاء السكان والسكان (1998.2008) فإن الزيادة تسير في شكل بطئ تكاد تشبه الزيادة التي عقت الاستقلال أي بنحو 4,808 مليون نسمة. " حيث أن الذكور يمثلون 50.4% من مجموع السكان، في حين أن الإناث يمثلون 49.6%، أما مجموع السكان ما بين (20.59 سنة) زاد بـ 10 نقاط عما كان عليه سنة 1977 (39%) و(49%) عام 1998، وحسب التوزيع العمري نجد أن ما بين (15.59 سنة) يمثلون 61.7% من إجمالي عدد السكان. " (INSP,2005,18)

" إن هذا الارتفاع الكبير في عدد السكان الجزائريين يعود خاصة إلى ارتفاع مستوى المعيشة في سنوات 80، وإلى غاية 90 وكذا تطور الخدمات الطبية، إضافة إلى تطور وسائل الإحصاء المستخدمة في عمليات التعداد العام للسكان مما ساعد على ضبط العدد الفعلي لهم عما كان عليه في الاستقلال، وبالإضافة إلى تلك العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي ساعدت إلى حد كبير على زيادة السكان والتي ساهمت في تقليل عدد الوفيات مع توافر شروط العلاج والرعاية الصحية. فإن جانبا آخر لا يقل أهمية كان له دور في الزيادة السكانية وهو انتشار الأمية، لأن هذا الأخير يعتبر من العوامل الرئيسية لزيادة معدل النمو الديمغرافي في الجزائر بسبب انخفاض سن الزواج مثلا أو الرغبة في الإنجاب من قبل الأمهات، وتجنبا للأفكار والتقاليد ينظر إلى المرأة غير الولود بأنها غير مرغوب بها. " (دريد، ف، 2006/2007)

ويمكن تلخيص أسباب هذه الزيادة في حركة السكان إلى :-

.ارتفاع عدد المواليد نتيجة تزايد معدلات الزواج .

.تحسن المستوى المعيشي للسكان .

.ارتفاع مستويات الرعاية الصحية.

.انتشار المراكز الصحية.

.انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع .

السنوات	1966	1980	1986	1992	2000	2004	2008
معدل النمو الطبيعي	3%	3.21%	2.73%	2.7%	1.43%	1.63%	1.6%

جدول رقم 02: تطور معدل النمو الطبيعي بالجزائر .

S.N.O'Source : des donnees Statiques de l

يتبين من الجدول أعلاه الذي يمثل تطور معدل النمو الطبيعي بالجزائر أن في سنوات الستينات كان هذا المعدل سريعا وجدا مرتفعا وصل إلى 3% سنويا لتعرف شدة ارتفاعها سنة (1980) بمعدل بلغ 3.2%، لتبدأ بعد ذلك في التراجع والانخفاض نتيجة إتباع سياسة تباعد الولادات والتخطيط العائلي أين تصل إلى نحو 2.7% سنة (1986) وتستمر في ذلك حتى (1992) لتتخفض بعدها أكثر حتى تصل إلى 1.43% ثم إلى 1.6% سنة 2008 . وحسب الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية التي عاشتها البلاد يمكن تقسيم نمو السكان إلى ثلاث مراحل :-

. المرحلة الأولى (1985.1966) .

. المرحلة الثانية (1995. 1986) .

. المرحلة الثالثة (2008. 1996) .

تميزت المرحلة الأولى بتضاعف عدد السكان من خلال تشجيع النسل عقب فترة الاستقلال خاصة مع استقرار الأوضاع الاجتماعية والسياسية والاقتصادية بالبلاد نسبيا حيث وصل معدل النمو الطبيعي في بداية الثمانينات إلى 3% .

في حين عرفت المرحلة الثانية تراجعاً في معدلات المواليد نتيجة اعتماد سياسة التخطيط العائلي وتبني برنامج تباعد الولادات حيث انخفض معدل النمو الطبيعي الى 2.49% سنة (1990) . أما المرحلة الأخيرة فتميزت بتزايد عدد السكان إلى حدود (34) مليون نسمة عام (2008) مقابل تراجع معدلات النمو الطبيعي إلى نحو 1.6% .

ثانياً؛ المعدل الخام للوفيات Taux Brut de mortalité

الموت هو مصير الإنسان والكائنات العضوية ويعني عند حدوثه "توقف كل الوظائف الحيوية لدى المتعضي دون القدرة على إعادة إحيائها، والموت تجربة إنسانية أقل ما يقال عنه أنها مؤلمة بالنسبة للأقارب والأصدقاء، وتقاس معدلاتها بقسمة عدد الوفيات في غضون السنة الميلادية أو الهجرة على متوسط عدد السكان في تلك السنة، ويؤخذ هذا المعدل عادة بالألف، وثمة معدلات وفيات خاصة بالأطفال أو النساء أو الشباب أو الرجال أو حسب الحرفة..." (بدوي، احمد زكي (1978)

تعد الوفيات من الظواهر الديمغرافية وهي ثاني عامل يؤثر بعد الولادات في تغير التركيبة السكانية لأي مجتمع، كما تعكس حركة الوفيات مدى التقدم الاجتماعي خاصة الصحي للمجتمع.

جدول رقم (04): يبين تطور المعدل الخام للوفيات والمواليد في الجزائر عند السنوات(%).

200	200	199	199	199	198	198	197	196	
6	4	8	4	0	8	0	4	7	
21.	20.6	20.8	28.	30.	33.9	43.5	46.5	150	المعدل الخام للمواليد%
3			2	9					
4.3	4.3	4.5	6.5	6	6.6	11.1	16.4	16	المعدل الخام للولفيات%

Source:- M. S.P (1992) : Enquête sur la Mortalité et la Morbidité en Alger (1985 .1989), Algérie, p21.

- I .N.S.P(2001) : Enquête Nationale sur les Objectifs de la Fin décennie Santé Mère et Enfant (EDG Alger 2000), (MICS₂) Alger .

- ONS (2009): Annuaire statistique de l'Algérie (N°25) édition, p30 .

- M.S.P (2002): la Santé des Algériennes et des Algériennes, Edition ANEP , Alger, p 109.

من خلال الجدول أعلاه يتضح الانخفاض في معدلات المواليد، كما أن الوفيات عرفت تراجعاً معتبراً منذ الفترة المئوية للاستقلال حيث انتقل المعدل الخام للوفيات من 16 % سنة (1967) إلى 4.3 % سنة (2006) "بعد أن كان سنة (1947) ما يعادل 24.5 %". (Yves Gauthier) وبالمثل انخفض المعدل الخام للمواليد من 150 % سنة (1967) إلى 22 % سنة (2007). وعليه: فإن معدل الوفيات لمجموع سكان الجزائر أخذ في التراجع على الرغم من ارتفاع العدد الإجمالي للسكان .

جدول(05): تطور المعدل الخام للوفيات بالجزائر خلال التعدادات السكانية .

التعداد	معدل الخام للولفيات%	عدد الوفيات	
		ذكور	إناث
1966	16	65.466	57.206
1977	14.4	85.391	71.088
1987	06.9	66.074	54.047
1998	05.8	94.600	77.400

Source : M.S.P(2002) : la Santé des Algériennes et des Algériens ,Edition ANEP , p 21.

حسب مختلف التعدادات الوطنية للسكان والسكن التي قام بها الديوان الوطني للإحصاء (كما يظهر في الجدول أعلاه)، يتبين التراجع الواضح في المعدل الخام للوفيات من 16 % سنة (1966) إلى 14.4 % سنة (1977) بفارق 1.6 % نقطة، إلى 06.9 % سنة (1987) بانخفاض يصل حوالي النصف (الفارق 7.5 نقطة) نتيجة تحسن المستوى المعيشي والصحي للسكان، أثناء التعداد الوطني لسنة (1998) بلغ هذا المعدل نحو 05.8 %.

1- معدل وفيات الأطفال الرضع Mortalité Infantile

"يتمثل معدل وفيات الأطفال الرضع في القياس المباشر لخطر الوفاة عند الرضع خلال عامهم الأول، ويمثل أيضا قياس غير مباشر للتطور الاقتصادي والاجتماعي.

بمعنى أن هذا المعدل أهم مؤشر لقياس مدى تقدم الدول وانعدام للتطور الصحي "كما تعتبره منظمة الأمم المتحدة واحدا من المقاييس الهامة لمؤشر التنمية البشرية (IDH). (I.N.S.P (2000- (71, 2004)

ويحسب كالآتي: فمعدل وفيات الأطفال الرضع % = عدد الوفيات (0. عام) × (1000)
عدد المواليد

وقد شهد معدل وفيات الأطفال الرضع دون سن الخامسة تراجعا منذ الاستقلال بسبب تحسن المستوى المعيشي للسكان وارتفاع المستوى الصحي.

جدول رقم (06): تطور مؤشرات وفيات الأطفال الرضع دون سن الخامسة بالجزائر بالسنوات (%).

2002-2000	1999-1995	1994-1990	1989-1985	
20.5	20.2	22	24	وفيات المواليد الجدد
10.7	14.1	18.6	27	وفيات المواليد الجدد المتأخرة
31.2	34.3	40.6	50.9	وفيات الأطفال الرضع (0-1 سنة)
36.7	39.4	45.7	60.3	وفيات الأطفال الرضع (0-5 سنوات)

Source : M.S.P.R.H(2002): Enquête Nationale sur la Santé de la Famille, ONS, Algérie, p 39.

حسب معطيات الجدول أعلاه يتضح أن معدل وفيات الأطفال الرضع قد تراجع بـ 19.7 نقطة من 50.9 % (1989- 1985) إلى 31.2 % ما بين (2002-2000)، بالإضافة إلى الانخفاض في معدل وفيات المواليد الجدد من 24 % إلى 20.5 %. وكذا معدل وفيات المواليد الجدد المتأخرة من 27 % إلى 10.7 % (تراجع سريع).

"وتمثل وفيات الأطفال خلال الشهر الأول نصف وفيات الأطفال الرضع، كما أن معدل وفيات الأطفال في الأسبوع الأول تمثل الثلث تقريبا مجموع وفيات الرضع". (M.S.P ; 2000, 104).
في حين شهد معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة انخفاض يصل حوالي النصف من 60.3 % إلى 36.7 % على اعتبار أن وفيات الأطفال الرضع تؤثر في الوفيات العامة للسكان.

" ففي سنة (1994) بلغ المعدل الخام للوفيات 6.5 % وقد شكل معدل وفيات الرضع 23.8 % من مجموعها." (M.S.P ; 2000, 23)

" حسب إحصاءات الديوان الوطني للإحصاء عرف معدل وفيات الأطفال الرضع انخفاضا إلى حوالي النصف ما بين الإحصائيين الوطني للسكان والسكن لسنتي (1987-1966) 132.2 % إلى (64.4) %، ثم شهد بعدها تراجع ببطء ما بين (1981) (84.7 %) وسنة (1984) 81.4 %، ثم سقوط حر ما بين (1985) 78.3 % و(1989) 57.1 %.

وهذا بسبب الإعلان عن أول برنامج لمكافحة وفيات الأطفال الرضع سنة (1983)، فمنحنيات وفيات الأطفال الرضع مرت ببطئ ما بين (1991 – 1994) 56.6 % نحو 54.2 %، ثم استقرار بمعدل 54 % ما بين (1994 – 1996) قبل أن تصل شدتها سنة (1997) نتيجة مرحلة الانتقال الديمغرافي الذي ميز البلاد حيث انخفض معدل الخصوبة وارتفاع معدل الوفيات " (I.N.S. 2001, 104)

ليصل معدل وفيات الأطفال الرضع سنة (2002) إلى نحو 31.2 %، ويختلف بين سكان الحضر وسكان الريف بنحو 3.3 نقطة (حسب ما يوضحه الجدول التالي)، كما أن وفيات الأطفال عند الذكور (33.7 %) أكثر منه عند الإناث (28.6 %)، حيث أن حظوظ البقاء على قيد الحياة يتأثر بمجموعة من العوامل أبرزها:

* عوامل اقتصادية مثل الدخل الشهري للعائلة، نوع السكن ...

* عوامل صحية: مكان الولادة ...

* عوامل بيولوجية: عمر الأم، الوزن عند الولادة، تشوهات، أمراض.

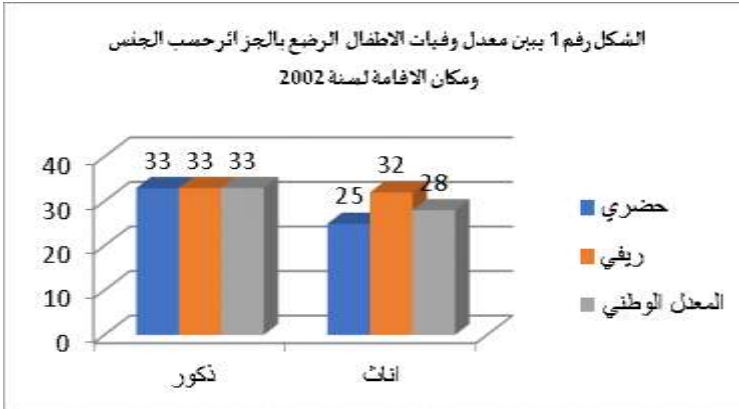
* عوامل ثقافية وتربوية: الأمية، المستوى التعليمي للام.

" ويتوقع بالتالي وصول معدلات وفيات الأطفال الرضع إلى نحو 12.6 % بالنسبة للذكور و11.9 % بالنسبة للإناث خلال عام 2018." (Brahimi .R,1994, 18)

جدول رقم(07): معدل وفيات الأطفال الرضع بالجزائر حسب الجنس ومكان الإقامة لسنة 2000 (%).

مكان الإقامة	ذكور	إناث	مجموع
حضري	33.7	25.6	29.7
ريفي	33.8	32.3	33
المعدل الوطني	33.7	28.6	31.2

Source : M.S.P .R.H(2002): Enquête Nationale sur la Santé de la Famille, ONS Algérie, p39.



(إعداد الباحثة) Source : M.S.P .R.H (2002): Enquête Nationale sur la Santé de la Famille, ONS Algérie, p39.

ان عمر الأم ومستواها الدراسي يلعبان دورا كبيرا في ارتفاع وانخفاض مستويات وفيات الأطفال، وحسب نتائج التحقيق الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002 تبين أن:-
- "مستوى وفيات الأطفال الرضع دون سن الخامسة ينخفض عند ارتفاع مستويات التعليم عند الأمهات.

- خطر الوفاة قبل بلوغ العام الأول يكون عند الأطفال ذوي الأمهات الأميات.
- احتمال وفاة طفل لدى أم أمية قبل بلوغه خمس سنوات يصل أربع مرات مقارنة مع طفل من أم ذات مستوى ثانوي فما فوق.

2- معدل وفيات الأمهات Mortalité maternelle

تعرف وفيات الأمهات بأنها الوفاة أثناء فترة الحمل أو أثناء الفترة التي تعقب فترة الولادة في غضون (42) يوما من الوضع وتقاس بالنسبة لكل (100.000) مولود . أي أنه يحسب كما يلي:
معدل وفيات الأمهات لكل (100.000) ولادة حية = عدد وفيات الأمهات.

عدد المواليد

تكمن أهمية مؤشر وفيات الأمهات في كونها تعكس الوضع الصحي العام وللام ومدى تلقيها للرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد الولادة.

تقدر منظمة الصحة العالمية وفاة نحو 585.000 امرأة كل عام جراء الحمل والولادة، وهذا الرقم بمثابة كارثة إنسانية حيث أن الجزائر لا تستثنى منها رغم مجهودات الحكومة في تخفيض معدلات وفيات الأمهات.

" يشير التحقيق الوطني حول وفيات الأطفال الرضع الذي أنجز في سنة (1992) للفترة الممتدة من (1985 . 1989)، قدر معدل وفيات الأمهات نحو 230 لكل 100.000 ولادة حية. " (M.S.P, 1992, 175)

" لينخفض هذا المعدل إلى ما يقارب 117 لكل 100.000 ولادة حية حسب نتائج التحقيق الوطني التي قام به المعهد الوطني للصحة العمومية سنة (1999). " (I.N. S. P :2005 , 21)

جدول رقم (08): تطور معدل وفيات الأمهات بالجزائر بالسنوات

2000	1999	1998	1997	1996	1995	1994	
513.979	512.668	522.430	528.298	488.159	517.011	570.279	عدد المواليد في الهياكل الصحية
57	73.5	46.7	49.6	61.3	66.5	48.6	معدل وفيات الأمهات لكل 100.000 ولادة حية

Source : M.S.P(2001) : le Programme de Sante Maternelle et Infantile , p 57

ومنه يتضح أن وفيات الأمهات في الجزائر لسنوات (2000) تمثل بالتالي مشكلا كبيرا في مجال الصحة العمومية، " رغم ما نسجل من انخفاض عما كان عنه الوضع في الثمانينات حيث خطر الوفيات عند الأم وصل مرتين عما هو عليه الآن ."

وتعود الأسباب الأربعة لهذه الوفيات إلى:

* النزيف المهبلي.

* الاضطرابات المرتبطة بارتفاع ضغط الشريان.

* العدوى.

* تمزق المبيض.

" حيث سجل أن 5.5 % من الوفيات المسجلة ترتبط بالإجهاض."

(M.S.P.R.H 2002. 23)

وعليه؛ فالجزائر تقع في مستوى متوسط، يصنف لوفيات أمهات يقع اقل من (10) في الدول المتقدمة وأكثر من 1000 في بعض الدول الأفريقية .

وتباين الفروق بين مستويات هذه الوفيات حسب المناطق السكنية للوطن " قدرت في وسط الشمال الجزائري بـ (84) وفاة لكل 100.000 ولادة حية مقابل (210) وفاة لكل 100.000 ولادة في منطقة الجنوب الشرقي، في حين سجلت في باقي مختلف الولايات ما بين 17.235 وفاة / 100.000 ولادة علما أن النساء الحوامل تتعرض 3 مرات لخطر الوفاة جراء الحمل والولادة .

أما بالنسبة للعوامل الأخرى للوفاة نجد :

* عمر الأم: 19 % من النساء المتوفيات عمرهن أكثر من 40 سنة و 45 % منهن أكثر من 35 سنة.

* تكرار العمل دون فترات: (47 % من النساء المتوفيات لديهن 4 أطفال فما فوق) .

* نقص المتابعة أثناء الحمل (35.1% من المتوفيات لم يستفدن من زيارة قبل الولادة)."
(M.S.P.R.H 2002 , 23)

ومن تلك الظروف التي تتزامن مع وفيات الأمهات انها تحدث :
عند الأم التي عمرها يفوق 35 سنة .
عند الأمهات اللواتي لديهن أكثر من 4 أطفال .
عند الحمل المتقارب .
عند الحمل غير المرغوب فيه .

*- نقاش

ما عاناه الشعب الجزائري أثناء التواجد الفرنسي ترك مخلفات عدة جعلت الجزائر تدخل المرحلة الديمغرافية الأولى حتى الاستقلال، حيث الارتفاع الكبير لمعدلات الخصوبة ومعدلات الوفيات معا، لتلها مرحلة انقلاب جذري يتميز بانخفاض معدلات الوفيات وزيادة نسبة التحضر. بالإضافة إلى ارتفاع المستوى التعليمي للمرأة وخروجها للعمل وارتفاع سن الزواج عند الذكور والإناث والذي عمل على انخفاض في معدلات الخصوبة.

فتردي الأوضاع الاجتماعية وعدم استقرار الأوضاع السياسية وتذبذب الأوضاع الاقتصادية أثر على توجهات الحكومة في ما يخص الاهتمام ببرامج صحة الأم والطفل ؛ فمثلا خلال العشرية السوداء للبلاد خلال سنوات التسعينات رصدت الدولة اهتماماتها لمكافحة الإرهاب وتوفير الغذاء بصرف النظر عن برامج الصحة الإنجابية.

فبالرغم من التراجع النسبي المسجل في معدلات وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمهات كما تم عرضه في القراءة الاحصائية والسوسولوجية، ثمة حاجة لمعرفة السياسة الصحية التي أعدتها الدولة من اجل ترقية وتحسين المستوى الصحي للام والطفل وذلك من خلال التطبيق الفعلي للبرامج الصحية والوقائية للأم والطفل.

وبحثا عن الكثافة في الخدمات الصحية ارتأت السلطات في الجزائر أنها ليست مسألة تتعلق بالعثور على حلول مثلى فنية، ولكنها عملية سياسية بامتياز، فعندما يكون المقصود هو تحقيق هدف اجتماعي معين (التحكم في النمو الديمغرافي مثلا)، فهو يقتضي بالضرورة توفير خدمة (رعاية الام وطفلها). فقد تعرف هنا الكفاءة بأنها تخفيض التكلفة الى حدها الأدنى.

ثالثا؛ البرامج الصحية الموجهة للأم

حسب التعداد الأخير للسكان والسكن لسنة (2008) قدر عدد السكان نحو 34.080 مليون نسمة بمعدل نمو طبيعي يصل 1.6%. إداريا الجزائر مقسمة إلى 48 ولاية تضم 1541 بلدية، وقد تم إنشاء 05 مناطق صحية بها منذ سنة 1995 :

" - منطقة الوسط تضم (56) قطاعا صحيا .

- منطقة الشرق تضم (55) قطاعا صحيا .

- منطقة الغرب تضم (43) قطاعا صحيا .

- منطقة الجنوب الشرقي تضم (20) قطاعا صحيا .

- منطقة الجنوب الغربي تضم (11) قطاعا صحيا .

وهذا لكون النظام الصحي الجزائري يقوم على القطاع الصحي الذي يغطي تقديم الخدمات إلى 100.000 حتى 150.000 ساكن. "(I.N.S.P : ,2000 – 2004 , 33)

وفيما يتعلق بصحة الأم والطفل فهناك حاليا (06) برامج صحية بصدد التنفيذ والمتابعة، بحيث يحتوى كل برنامج على انشغال مطروح وهدف معين ومجموعة من النشاطات، وموجه لفئة معينة باعتماد وسائل للتنفيذ وتقييم لمساره وفعاليتها .

3-1- برنامج التخطيط العائلي:

عرفت الجزائر بعد الاستقلال تزايدا في عدد الولادات، خاصة مع تشجيع الحكومة للإنجاب، مع بداية السبعينات، أين لوحظ استقرار من الناحية الاقتصادية وتحسن ملحوظ من الناحية الاجتماعية للسكان. لكن هذه السياسة السكانية المشجعة للنسل سرعان ما تراجعت نظرا للارتفاع الكبير للنمو السكاني، بالإضافة للوضعية الاقتصادية الصعبة التي آلت إليها الجزائر (الضغط الكبير للمديونية الخارجية)، فقد عمدت الدولة إلى تبني سياسة التخطيط العائلي " حيث أن تباعد الولادات هي الطرق التي ترمي إلى توسع الفترة بين حمل وآخر بغية الحفاظ على صحة الأم، وفي نفس الوقت حياة الطفل، فالولادات المتعاقبة والمتقاربة حتما تؤدي إلى ضرر على الحالة الصحية للأم. "(Adouani. N §. Drid. A : 1998, 3)

فبرامج التخطيط العائلي أو تنظيم الأسرة هو اتجاه يستهدف تحديد النسل باستخدام الوسائل لمنع الحمل من قبيل الأقراص أو الرغوات المبيدة للنطف أو اقتناء وسائل وقائية مثل الواقي الذكري أو اللولب للمرأة أو القيام بإجراء عمليات جراحية وغيرها ... فهي مواد ووسائل ترعى السلطات الصحية المعنية على توفيرها. في حين يمكن عضد هذا البرنامج إذا تحلى الأزواج بالمسؤولية ونظموا حياتهم الزوجية عبر العزل والبالة الدورية وامتناع الرجال من غشيان زوجاتهم عندما يكن أهلا للحمل ولا يأتين إلا في مرحلة الأمان .

"قبل الاستقلال لم يعرف التخطيط العائلي في الجزائر طريقة للتنفيذ، فالمبادرة الأولى كانت دراسة علمية قام بها أخصائيو اجتماعيون وأطباء سنة (1966) من أجل تحديد عادات الأزواج الجزائريين نحو تنظيم الولادات لتكون النتائج المتحصل عليها على النحو التالي: 44.5% نساء، 64 % رجال يقطنون في المدينة لهم أفكار عن وسائل منع الحمل مقابل 15% نساء و 30 % رجال في الريف . ليتم بعدها إنشاء أول

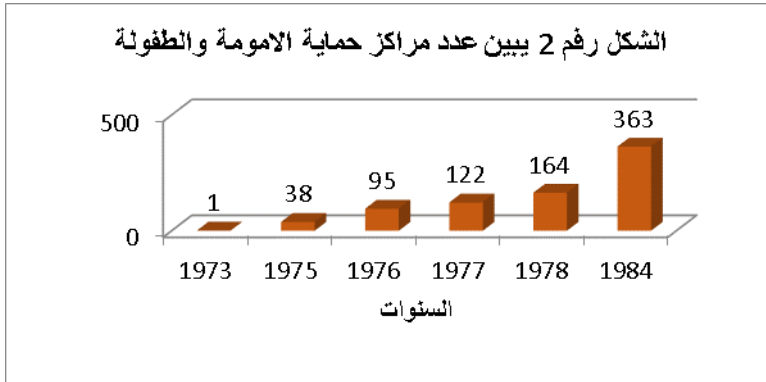
مركز خاص بالتخطيط العائلي في جويلية (1967) وكان ذلك في مستشفى "مصطفى باشا" بالجزائر ليتبع بعد سنتين بتدشين مركزين جوهيين آخرين في كل من مستشفى قسنطينة ووهران.

توجت سنة 1972 بظهور أول برنامج تباعد الولادات في نشاطات حماية الأمومة والطفولة وهو برنامج ممول من طرف منظمة اليونسيف للطفولة ومنظمة الصحة العالمية ليصل عدد مراكز حماية الأمومة والطفولة إلى (363) مركز سنة 1984، حيث عرف هذا البرنامج تطورا سريعا في تزايد عدد المراكز كما يبينه الجدول التالي: (Hammouche A, et Nahmoudi, A 1984, 78-79)

جدول رقم (09): يبين تطور عدد مراكز حماية الأمومة والطفولة بالجزائر

السنوات	1973	1975	1976	1977	1978	1984
عدد مراكز لحماية الأمومة والطفولة	01	38	95	122	164	363

Source : Hammouche, A et Nahmoudi, A (1984), l'Accouchement d'Aujourd'hui, Edition IMP Moderne



حيث أن الدولة عملت ما بوسعها من أجل ضمان السير الحسن للبرنامج بتوفير الوسائل المادية والموارد البشرية اللازمة وتنشيط حملات تحسيسية والتوعية للتعريف بالبرنامج الذي ينعكس ثماره إيجابيا على صحة الأم وكذا على صحة الطفل.

وقد وردت في دليل الصحة العمومية لسنة 1976 مادتان تهتم بتباعد الولادات هما:-

"المادة (119): تركز السياسة الوطنية فيما يخص تباعد الولادات عن طريق منع الحمل كسبيل للحفاظ على حياة الأم وصحتها ثم الطفل، وكذا توازن العائلة الذهني والاجتماعي وذلك بان تضع تحت تصرف ذوي الشأن جملة من الوسائل الملائمة والمرخص لها من طرف الوزير المكلف بالصحة العمومية على الأصعدة التربوية.

المادة (120): لا إكراه يطبق في شأن تباعد الولادات." (Hammouche A, et Nahmoudi, A 1984,

3-2- البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي :

بعد إجراء ثاني تعداد للسكان بالجزائر سنة (1977) سجل ارتفاع في معدل النمو الطبيعي بما مقداره (3%) الأمر الذي يعيق المسار المنتظم لوتيرة التنمية خاصة وأنها مازالت في بدايتها ومن هنا سارع مجلس الوزراء إلى المصادقة سنة (1983) على البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي (PNMCD)، " وفقا لهذا البرنامج الذي ساهم في دخول المجتمع الجزائري إلى مرحلة جديدة من خلال إتاحة فرصة حرية الأزواج في اختيار عدد الأولاد المرغوب بهم لتنظيم الأسرة والعمل علي تخفيض وتيرة النمو الديمغرافي المرتفع وذلك بالترويج لاستعمال حبوب منع الحمل .

" كما يركز هذا البرنامج علي ثلاثة محاور أساسية هي:-

- تطوير الهياكل الصحية وكذلك الأجهزة والخدمات لتسهيل العلاقات مع مصالح التنظيم العائلي.

- ترقية وتوسيع أنشطة الإعلام والتربية... وكذا تحسيس المجتمع بمشاكل النمو الديمغرافي .

- تشجيع وتكثيف البحوث والدراسات الديمغرافية لتباين علاقة ما بين النمو السكاني والوضعية الاقتصادية والاجتماعية. " (لخضر بن ساهل: 2000-2001، ص79)

تم تفعيل التدابير المتخذة ميدانيا وهذا للحفاظ على صحة الأمومة والطفولة . وفي سنة 1985 تم استصدار قانون خاص بالمحافظة على الصحة وترقيتها جاء فيه مايلي :-

" - المادة (67): تستفيد الأسرة من الحماية الصحية قصد المحافظة علي سلامة صحة أفرادها وتوازنهم النفسي والعاطفي وترقية ذلك .

- المادة (68) : تحتل حماية الأمومة والطفولة مكان الصدارة في جمع التدابير الطبية والاجتماعية والإدارية التي تستهدف على الخصوص ما يلي :

* حماية صحة الأم بتوفير أحسن الظروف الطبية والاجتماعية بها قبل الحمل وخلالها وبعده.

* تحقيق أفضل الظروف لصحة الطفل ونموه الحركي والنفسي .

- المادة (69): يجب أن تعمل المساعدة الطبية المقدمة للمحافظة على الحمل واكتشاف الأمراض التي يصاب بها الرحم وضمان صحة الجنين ونموه حتى الولادة .

- المادة (70): تكون تباعد فترات الحمل موضوع برنامج وطني يرمي إلى ضمان توازن عائلي منسجم ويحفظ حياة الأم والطفل وصحتها .

- المادة (71): توضع الوسائل الملائمة تحت تصرف السكان لضمان تنفيذ البرنامج الوطني في مجال تباعد فترات الحمل.

- المادة (72): يعد الإجهاض لغرض علاجي إجراءً ضرورياً لإنقاذ حياة الأم من الخطر أو الحفاظ على توازنها الفيزيولوجي والعقلي المهدد بخطر بالغ ويتم الإجهاض في هيكل متخصص بعد فحص طبي يجري بمعاينة طبيب اختصاص. " (R.A.D.P.M.S 2004 , 24-25)

وعليه؛ تميزت فترة الثمانينات بتوسيع خدمات التخطيط العائلي وتزايد عدد هياكلها الصحية المكلفة بتقديمها من عيادات متعددة الخدمات ومراكز حماية الأمومة والطفولة التي أصبحت ملزمة بإدماج هذه الخدمات ضمن نشاطاتها.

وخلال سنوات التسعينات زادت خدمات التخطيط العائلي في التوسع بشكل أكبر لتشمل التكفل بالأمراض التي تتعلق بالصحة الإنجابية مثل السرطانات التناسلية والأمراض المتنقلة جنسياً. وقد تم إنشاء اللجنة الوطنية للصحة الإنجابية بمقتضى قرار وزارة الصحة والسكان في نوفمبر (1995)، وهي لجنة استشارية طلب منها :-

* تقديم اقتراحات إجرائية حول تطوير البرنامج وتقييم نشاطه.

* اقتراح كل إجراء من شأنه تحسين التكفل والمساهمة في توافق خطة العمل مع الأهداف.

* تقييم نشاطات البرنامج .

ليتم بعدها تحسين نوعية الخدمات وتنمية الكفاءات .

3-3- برنامج تخفيض وفيات الأمهات والمواليد الجدد:

جاء هذا البرنامج بعد الارتفاع المسجل للمعدل الوطني لوفيات الأمهات، "ففي سنة (1994) تم تسجيل 275 وفاة أم خلال (583.142) ولادة و(5013) مواليد جدد لأكثر من 14.395 مواليد أموات وهذا على مستوى الهياكل الاستشفائية لـ 48 ولاية." (M.S.P : 2001 , 13) .
إلا أن هذه الأرقام لا تعكس حقيقة الواقع لأنها تعلن فقط عن الوفيات الواقعة على مستوى الهياكل الاستشفائية، وقد طرح هذا البرنامج لهدفين رئيسيين هما:-

* تخفيض وفيات الأمهات الناجمة عن اضطرابات الحمل والولادة العسيرة .

* تخفيض وفيات المواليد الجدد والناجمة عن الاختناق والعدوى ونقص الوزن.

رابعا؛ البرامج الوقائية الخاصة بالطفل:

نظرا لارتفاع بعض الأمراض الخاصة بالأطفال التي تؤدي حداثها إلى الوفاة قبل بلوغ الطفل عامه الأول أو الخمس سنوات الأولى، فقد عملت السياسة الصحية الوطنية على تبني مجموعة من البرامج الصحية الوقائية التي تهدف في مجملها على تخفيض من معدلات أمراض الأطفال .

4-1- برنامج مكافحة وفيات الأطفال الرضع:

" أثناء انعقاد مؤتمر بسكرة في أبريل 1984، قامت وزارة الصحة بالتعاون مع "اليونيسيف" بتقرير إنشاء برنامج مكافحة وفيات الأطفال الرضع بهدف تخفيض وفياتهم إلى 50 % خلال خمس

سنوات القادمة (1985-1989) ". (M.S.P : 2001 , 136) وقد اعتمد تحقيق ذلك على الجانب الوقائي من خلال التربية والتلقيح الصحي للنساء في سن الإنجاب وذلك بالتكفل بالمرأة الحامل، تلك التي هي في سن الإنجاب بالإضافة إلى التكفل بالمولود الجديد والرضع. فالوصول إلى الأهداف المسطرة للبرنامج تكون من خلال تحقيق أهداف البرامج الفرعية الأخرى الخاصة بالإسهال ومكافحة الاضطرابات التنفسية ومراقبة الحمل وتباعد الولادات والحرص على التغذية الجيدة والحث على ضرورة الرضاعة الطبيعية للمواليد الجدد.

جدول رقم (10): يمثل معدلات وفيات الأطفال الرضع حسب تحقيق 1992 و1995.

عمر الوفاة (شهر)	MMI 1990	MDG 1995
0	47.1	49.6
1	08.51	10.9
2	07.8	9.5
3-5	21.2	14.6
6-8	9.7	8.8
9-11	5.7	6.6

Source: M. S.P (1996) : Enquête Nationale sur les Objectifs de la Mi- décennie (MDG Algérie1995)

Alger, p 127.

يوضح هذا الجدول معدلات وفيات الأطفال الرضع حسب أشهر السنة (0-12 شهر)، حيث يظهر الارتفاع بمعدلات وفيات المواليد الجدد مقارنة مع معدلات وفيات المواليد المتأخرة، كون حوالي (50 %) من الوفيات تقع في الشهر الأول.

قامت الحكومة سنة (1985) باعتماد برنامج مكافحة وفيات الأطفال الرضع سعيا منها للوصول إلى تخفيض النصف من معدلات هذا الأخير.

2-4- برنامج مكافحة الأمراض الإسهالية:

" سجل سنة (1998) وجود 16.372 طفلا دون سن الخامسة في المستشفيات بسبب نقص التمويه في الجسم، توفوا من بينهم 954 طفلا". (M.S.P : 2001 , 44) فهذا البرنامج موجه إلى الأطفال (0-4 سنوات) خاصة منهم الأطفال الرضع (0-1 سنة) حتى العمر (23 شهرا). وتتمحور نشاطاته حول :-

* ضرورة استعمال حليب الأم.

* الاستعمال المبكر لأكياس الأملاح المعدنية SRO .

* تنظيم متابعة للطفل المصاب بالإسهال .

* تزويد الوحدات الصحية بكميات من SRO. ("). (M.S.P : 2001 , 45)

فقد أولت المصالح المعنية التكفل بالحالات المصابة والترويج لاستخدام الأملاح المعدنية من خلال توزيعها مجاناً أثناء زيارة الأم لمراكز حماية الأمومة والطفولة والوحدات الصحية قصد إجراء فحوص طبية لأطفالهن.

فابرز أولويات هذا البرنامج كانت التوزيع لاستعمال الأملاح المعدنية للتقليل من حالات نقص التمويه بجسم الأطفال. " ففي سنة 1995 أثناء إجراء التحقيق الوطني (MDG 1995) وصل معدل استعمال الأملاح المعدنية في حالات الإسهال إلى 26.1 % للأطفال دون سن الخامسة، على الرغم من كون الهدف المسطر لهذا البرنامج هو الوصول إلى تغطية لـ SRO بـ 42 % سنة 1993. " (M.S.P : 2001 , 82)

جدول رقم (11) : يبين نسبة استخدام SRO من طرف الأمهات أثناء الإسهال حسب الجنس والوسط ومكان الإقامة لسنة 1995.

الجنس		مكان الإقامة				الوسط	
ذكور	إناث	قسنطينة	الجزائر	وهران	الجنوب	ريفي	حضري
28.3	23.2	28.2	28.9	25.4	14.9	24.3	28.2

Source: M. S.P (1996): Enquête Nationale sur les Objectifs de la Mi- décennie (MDG Algérie 1995)

Alger, p 28.

حسب الجدول أعلاه نلاحظ وجود بعض التباين في استخدام SRO حسب الجنس والوسط ومكان الإقامة، بمعنى أن سكان الحضر أكثر استخداماً له بنسبة 28.2 % مقابل 24.3 % في الريف ويظهر خاصة في منطقتي الجزائر وقسنطينة بنسبة 28.9 % و 28.2 % على التوالي ليقول استخدامهما في منطقة الجنوب إلى النصف 14.9 %.

أما بالنسبة للجنس فالذكور أكثر استخداماً للأملاح المعدنية نظراً لكونهم أكثر تعرضاً للإمراض من الإناث بنسبة 28.3 %، " كما نشير إلى أن هناك نوعاً من التحسن مقارنة مع عادات الأمهات أثناء إصابة أطفالهن بالإسهال لسنة (1989)، حيث نجد أن 32.6 % منهم يعتقدون بمنع الطفل من التغذية أثناء أصابته بالإسهال وبالمقابل سنة (1995) قل العدد إلى 10.5 % فقط منهم يعملون على ذلك. " (M.S.P : 2001 , 86).

4-3 - برنامج مكافحة الاضطرابات التنفسية الحادة:

تعد الاضطرابات التنفسية الحادة من أهم أسباب وفيات الأطفال الرضع بالجزائر، "وتؤكد منظمة الصحة العالمية على أن هذه الاضطرابات مسؤولية عن 27 % من الوفيات عند الأطفال

الرضع . فحسب التحقيق الوطني حول وفيات وأمراض الأطفال الرضع الذي أنجز في سنة 1989 بين أن الاضطرابات التنفسية الحادة هي السبب في :-

* 13.8 % من الوفيات عند الأطفال دون سن الخامسة .

* 32.7 % من أسباب دخول المستشفى عند الأطفال اقل من سنة .

* 39.7 % من أسباب إجراء الفحوصات عند الأطفال اقل من سنة .

أما خلال سنة (2000) فمن بين 92.139 طفلا دون سن الخامسة دخل المستشفى بسبب الاضطرابات التنفسية الحادة توفي منهم نحو 855 . (50 , 2001 : M.S.P)

ولهذا فقد جاء برنامج مكافحة الأمراض التنفسية الحادة سنة (1997) كبرنامج وقائي لكل الأطفال دون سن الخامسة بهدف :

" . تخفيض وفيات الأطفال بسبب الاضطرابات التنفسية الخطيرة إلى نحو 30% حتى سنة 2004 .

. تخفيض الأمراض المتعلقة بالاضطرابات التنفسية الحادة إلى نحو 30 % حتى سنة 2004 .
التقليل من استهلاك المضادات الحيوية . (50 , 2001 : M.S.P)

أما بالنسبة للنشاطات الخاصة بتنفيذ البرنامج فقد تم على مستوى الوحدات القاعدية :

.تحسيس الأمهات بالعلامات الخطيرة للاضطرابات التنفسية.

.إدماج البرنامج إلى جانب الفحوصات الأولية الطبية .

.التكفل بالحالات المصابة .

.ضمان توفير الأوكسجين والأدوية لحالات التدخل السريع .

.تنظيم متابعة لحالات الإصابة الخطيرة من جانب وحدات الفحص إلى المستشفى .

"أما على مستوى مديريات الصحة بالولاية فيعمل الطبيب المسؤول في مصلحة الوقاية على

التنسيق على مستوى القطاعات الصحية لسير البرنامج وكذا توجيه الحالات المصابة إلى

المستشفى بالإضافة إلى تقييم دوري للبرنامج على مستوى الولاية . " (51 , 2001 : M.S.P)

4.4 .برنامج مكافحة سوء التغذية :

سوء التغذية تمثل المشكلة الأولى المتصدرة قمة المشاكل الصحية والتي تصيب الأطفال ،

فحسب المؤشرات المتوفرة في الجزائر " وجد سنة 1975 حوالي 28% من الأطفال دون سن

الخامسة يعانون سوء التغذية ، أما سنة 1992 فبلغت عدد الإصابات نحو 9.2 % " (غريب سيد

احمد وآخرون 2001 ، 333).

نظرا لهذه الأرقام التمثيلية على أرض الواقع جاء برنامج مكافحة سوء التغذية من أجل الحفاظ

على صحة الأم والطفل من خلال الوقاية من نقص التغذية عند النساء الحوامل والأمهات

المرضعات وخاصة الأطفال الرضع ودون سن الخامسة . وتتلخص أهدافه في :-

.تخفيض 50 % من حالات سوء التغذية للرضع والأطفال دون سن الخامسة عند سنة 2004.

.تخفيض 50 % من حالات نقص الحديد عند الرضع والأطفال الأقل من خمس سنوات وعند النساء الحوامل والمرضعات بحلول 2004.

كما تقرر تقوية نشاطات مكافحة نقص التغذية خاصة وذلك ب:

.توفير أكياس الأملاح المعدنية .

.تنبيه الأمهات بالبرنامج الغذائي الموجود في الدفتر الصحي .

.الترويج لفكرة الرضاعة الطبيعية .

فحليب الأم يلعب دورا كبيرا في تغذية الطفل وحمايته من الإصابة بالأمراض " كما أن الرضاعة الطبيعية لدى الأم مفيدة لصحة الأم والطفل والمجتمع ككل. فبالنسبة للمجتمع تعد نوعا من الطب الوقائي، فحليب الأم يجنب 20 % من الأطفال الصغار الدخول إلى المستشفيات.

أما بالنسبة لصحة الطفل، فحليب الأم يخفف من الإصابة بالاضطرابات التنفسية وهو وسيلة لمكافحة وفيات الأمهات ويعمل على تحليل الإصابة بخطر النزيف، حتى أن استعمال حليب الأم لمدة ثلاث أشهر يخفض 50 % من خطر الإصابة بسرطان الثدي خلال الفترة لسن اليأس. "

(M.S.P.R.H : 2005)

4. 5. البرنامج الموسع للتلقيح : كانت التغطية الصحية في مجال التلقيح جد ضعيفة حتى مجيء البرنامج الموسع للتلقيح الذي لعب دورا بارزا في استفادة الأطفال في مختلف أنحاء الوطن من إجراء اللقاحات ضد الأمراض المعدية وأبرزها : الديفتيريا . التيتانوس، الشلل، الحصبة، السعال الديكي والسل . ويظهر ذلك بوضوح في " البرنامج الوطني المعتمد في التلقيح المقرر في 14 جانفي 1997. " (INSP : 1998).

جدول رقم (12) : يمثل الرزنامة الخاصة بتلقيح الأطفال بالجزائر

عمر الطفل	نوع التلقيح
عند الولادة	السل الحقنة الأولى BCG : التهاب الكبد الفيروسي (HBV 1) B - شلل الأطفال الفموي
1 شهر	الحقن الثاني التهاب الكبد الفيروسي (HBV-2) B - فيتامين د 3: 1 قنينة فموية
3 أشهر	الخنق والكزاز والسعال الديكي (DTC-1) الحقن الأول المستدمية النزلية (HIB-1) الحقن الأول -شلل الأطفال الفموي
4 أشهر	الخنق والكزاز والسعال الديكي (DTC-2) الحقن الثاني المستدمية النزلية (HIB-2) الحقن الثاني شلل الأطفال الفموي
5 شهور	الخنق والكزاز والسعال الديكي (DTC-3) الحقن الثالث -شلل الأطفال الفموي المستدمية النزلية (HIB-3) الحقنة الثالثة- التهاب الكبد الفيروسي ب(HBV-3)
6 شهور	فيتامين د 3: 1 قنينة فموية

9 أشهر	الحصبة
18 أشهر	الحقن الرابع الخناق والكزاز والسعال الديكي: (4-DTC) - المستدمية النزلية: (4-HIB) الحقن الرابع، المعزز- شلل الأطفال الفموي
6 سنوات	طفل الخناق والكزاز (DT) - مرض الحصبة- شلل الأطفال الفموي
11. 13 سنة	ديفتيريا، كزاز البالغين، الشلل
16. 18 سنة	ديفتيريا، كزاز البالغين، الشلل

المصدر: جدول لتطعيم في الجزائر تم الاسترجاع من الرابط:

(23:08, 29/06/2023) <https://dzdoc.com/sante/conseils-doc>

ومن الأهداف إلى سطرها هذا البرنامج :

.تخفيض الإصابة تتفاوت المواليه الجدد بحلول عام 2005

.تخفيض الإصابة لمرض الحصبة، والديفتيريا بحلول سنة 2005 .

***- خاتمة**

شهدت الجزائر طفرة حضرية ديمغرافية منذ حصولها على الاستقلال سنة (1962) واتخذت صورة النمو الحضري السريع بفعل الزيادة الطبيعية التي بلغت نسبتها (3.6%) في عقد الستينات من القرن المنصرم.

"ولكن بعد حدوث الأزمة الاقتصادية في منتصف ثمانينات القرن المنصرم بدأ الحديث جديا حول ظاهرة النمو الديمغرافي الذي لم يؤخذ به كعامل رئيسي عند تقدير السياسة التخطيطية والإنمائية " (عبد المجيد بوزيدي 1985، ص: 20) وللتقليل من مسالة تزايد السكان وتحقيق نوع من التوازن بين النمو السكاني والنمو الإنتاجي عملت الجزائر على إتباع سياسة صحية تتضمن تباعد الولادات وتنظيم النسل وخفض معدلات وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمهات باعتماد خارطة تطبيق هذه السياسة على كل الولايات.

يعتبر انخفاض معدل وفيات الأمهات عند الولادة ووفيات الأطفال الرضع مؤشرا اقتصاديا يدل على تقدم الدول أكثر منه مقياسا للمستوى الصحي للسكان، فالتحدي الأول لحكومات هذه الدول هو تخفيض معدلات وفيات الأمهات، أما التحدي الثاني فيتمثل في خفض معدلات وفيات الأطفال الرضع.

لقد عرفت السياسة الصحية الوطنية تقدما وتطورا منذ سنوات الاستقلال حتى يومنا هذا. ورصد فيها استثمارات ضخمة للتوسع في القطاع الصحي، وإقامة البنية الأساسية وتوفير المستلزمات والخدمات الضرورية. إلا انه بالرغم من تعدد وتنوع البرامج الوطنية المتعلقة بالأم والطفل، وكذا في برنامج التخطيط العائلي الذي أخذ عدة صور... حيث انه بعد افتتاح أول مركز يقدم خدمات محدودة للام والطفل في سنة (1967) تم اعتماد سياسة التخطيط العائلي بشكل

رسمي في سنوات الثمانينات والذي أخذ صورة جديدة وثوبا جديدا بما سمي بالبرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي خلال السبعينات. حيث أن هذا التطور لبرنامج التخطيط العائلي وصل إلى اعتباره جزءا من السياسة السكانية لتحقيق التنمية، وذلك بالتركيز على توفير خدمات الصحة الإنجابية خاصة بعد انعقاد مؤتمر القاهرة سنة (1994).

عموما؛ تبنت الحكومة مجموعة من البرامج الصحية المتعلقة بالإنجاب، حاولت تطبيقها على أرض الميدان رغم ما يحول دون ذلك في بعض المناطق، حتى تسعى من خلال رعاية الحامل والأم التي تحظى بأطفال فيما بعد يتمتعون بالصحة الجيدة حتى لا تخسر الدولة كثيرا في المستقبل.

**

*- المصادر والمراجع العربية:

الكتب

- 1- أنجرس، موريس (2004)، منهجية البحث العلمي في العلوم الإنسانية، ترجمة صحراوي بوزيد وآخرون، الجزائر: دار القصة للنشر.
- 2- العطار، على، (2005)، التنمية الاقتصادية والبشرية، (الطبعة الأولى)، بيروت، لبنان: دار العلوم العربية
- 3- سيد احمد، غريب وآخرون (2001)، علم اجتماع الأسرة، الإسكندرية، مصر: دار النشر للتوزيع المعاجم والموسوعات.
- 4- بدوي، احمد زكي (1978): معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية)، بيروت، لبنان: مكتبة لبنان المقالات.
- 5- بوزيدي، عبد المجيد (1985)، المراحل الكبرى للتخطيط الجزائري، عدد رقم (5) جوان، الجزائر، مجلة إحدات اقتصاد
- الرسائل الجامعية
- 6- بن ساهل، لخضر، (2001)، برنامج تنظيم الأسرة في الجزائر، رسالة ماجستير (غير منشورة) في علم اجتماع العائلي جامعة باتنة
- 7- دريد، فطيمة، (2007)، النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية، أطروحة دكتوراه (غير منشورة) في علم الاجتماع والتنمية، جامعة قسنطينة
- المواقع الإلكترونية.
- 8- جدول لتطعيم في الجزائر تم الاسترجاع من الرابط: 23:08 29/06/2023 , (

<https://dzdoc.com/sante/conseils-doc>

المصادر والمراجع الأجنبية:

- 1- Adouani .N, Drid. A(1998): l'Impact socio – cultural sur l'espacement des naissances : mémoire de fin d'études de l'obtention du diplômes d'état sage-femme, école de formation en paramédicales de Batna, promotion
- 2- Brahimi .R (1994) Démographie Algérienne Projection de Population 1990-2020 : en collection statistique N°66 Alger, ONS
- 3-Gauthier,Y .Hermarec , J(1978) Naissance et Croissance de la Population Algérienne Démocratique et Populaire, France , Copyright,édition Marketing
- 4- Hammouche, A et Nahmoudi, A (1984) ,l'Accouchement d'Aujourd'hui, Edition IMP Moderne
- 5-I.N.S.P (2000-2004): Santé Maternelle et Infantile Algérie.
- 6- I.N.S.P (2001): Enquête MICS₂ Algérie
- 7-I .N. S. P (2005): Violences à l'Encontre des Femmes, Algérie
- 8 - INSP (2005): Violences à l'Encontre des Femmes (Enquête Nationale),Algérie
- 9- M.S.P(2001) : Evaluation des Programmes de la Santé Maternelle et Infantile ,Edition ANEP Alger .
- 10-M. S.P (1992): Enquête sur la Mortalité et la Morbidité Infantile en Algérie (1985.1989) ,Alger
- 11- M.S.P (1995): Enquête Nationale sur les Objectifs de la fin. Décennie Santé Mère et Enfant (EDG Algérie Alger 2000(MICS2).
- 12- M.S.P.R.H (2005): le BICS (Bulletin d'information et de Communication de la Santé) (N : 04) Alger
- 13- M.S.P .R.H (2002): Enquête Nationale sur la Santé de la Famille, ONS Algérie