الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر2- أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الإجتماعية

قسم: علم الاجتماع والديمغرافيا

الأسباب الصحية و السوسيوديمغرافية لوفيات ما حول الولادة

دراسة ميدانية لعينة من الأمهات في مستشفى بني مسوس و الدويرة

أطروحة لنيل درجة دكتوراه العلوم في تخصص علم اجتماع العائلة و السكان

إعداد الطالبة:

بلجود نوال

إشراف الأستاذة:

د. سي الطيب فاطمة الزهراء

أعضاء لجنة المناقشة:

1-كواش زهرة.....رئيسا

2-سي الطيب فاطمة الزهراء.....مقررا

3-فاصولي زينب..... عضوا

4-شريف آسيا..... عضوا

5-مساني فاطمة..... عضوا

السنة الجامعية: 2019/2018

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر2- أبو القاسم سعد الله
كلية العلوم الإجتماعية
قسم: علم الاجتماع والديمغرافيا

الأسباب الصحية و السوسيوديمغرافية لوفيات ما حول الولادة

دراسة ميدانية لعينة من الأمهات في مستشفى بني مسوس و الدويرة

أطروحة لنيل درجة دكتوراه العلوم في تخصص علم اجتماع العائلة و السكان

إعداد الطالبة:
بلجود نوال

إشراف الأستاذة:
د. فاطمة الزهراء سي الطيب

السنة الجامعية: 2019/2018

الإهداء

أهدي ثمرة عملي هذا

إلى والدي الغاليين حفظهما الله

إلى عائلتي الحبيبة الصغيرة و الكبيرة

إلى كل رفيقات الدرب

إلى من نكن لهم المودة و الاحترام

إلى كل طالب علم

الشكر

الشكر و الحمد لله العلي العظيم أولا و أخرا على توفيقنا لإنجاز هذا العمل

ونتوجه بالشكر الجزيل إلى الأستاذة المشرفة الدكتورة سي الطيب فاطمة الزهراء التي زاد

إشرافها على رسالتنا قيمة لهذا العمل كيف لا وهي لم تبخل علينا بتوجيهاتها الجد قيمة

ويكفينا ثقتها بنا رغم كل الظروف فكانت أكبر سند لنا لإنجاز هذا العمل فنسأل الله أن

يديمها شمعة علمية يزداد نورها في درب طلاب العلم

و كذا نتوجه بالشكر لكل أساتذة و عمال قسم علم الإجتماع الذي قدمو يد العون لنا

إلى من ساعدونا في وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات، و مستشفى بني مسوس و

الدويرة

كما نشكر المراكز المتواجدة في الجزائر لكل من:

ONS و UNICEF و CENEAP و INSP

و نشكر كل من ساعدنا من قريب أو من بعيد

فهرس المحتويات

الإهداء

الشكر

المقدمة .....أ

الباب الأول: الإطار النظري

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

المبحث الأول: تحديد موضوع البحث 8

1-الإشكالية 8

2. الفرضيات.....10

3.تحديد المفاهيم والمصطلحات.....11

4.أسباب اختيار الموضوع والهدف من الدراسة.....15

5.الدراسات السابقة 16

المبحث الثاني: المنهجية المتبعة في الدراسة 25

1.المنهج المتبع 25

2.العينة وكيفية اختيارها 26

3-مجالات البحث.....27

3-1- المجال البشري 27

3-2- المجال الزمني 27

3-3- المجال الجغرافي 28

4.الأدوات المستخدمة لجمع البيانات.....29

الإستمارة بالمقابلة.....29

5. تقنيات تحليل البيانات 31

الفصل الثاني: الوضعية الصحية للأطفال ووفيات ما حول الولادة حول العالم

تمهيد 34
المبحث الأول: الوضعية الصحية ووفيات ما حول الولادة في الدول المتقدمة:..... 35
1.وفيات ما حول الولادة والإنتقال إلى الرخاء العالمي 35
2.وضعية وفيات الأطفال و ما حول الولادة في بعض الدول الأوروبية 37
3. وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات في الدول الأوروبية في ظل الأهداف الإنمائية للألفية43
المبحث الثاني: الوضعية الصحية ووفيات ما حول الولادة في البلدان النامية: 44
1.الوضعية الصحية للأطفال في البلدان النامية 44
2.وضعية وفيات الأطفال وما حول الولادة في بعض البلدان النامية 45
3.وفيات الأطفال في البلدان النامية في ظل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية..... 53
المبحث الثالث: الوضعية الصحية للأطفال ووفيات ما حول الولادة في الوطن العربي
..... 54
1.وفيات الرضع في البلدان العربية 55
2.سوء التغذية وانخفاض الوزن عند الولادة في الوطن العربي..... 56
3.وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات في الوطن العربي في ظل الأهداف الإنمائية للألفية . 58
خلاصة..... 59

الفصل الثالث: الوضعية الصحية للأم ووفيات الأطفال في الجزائر

تمهيد 62
المبحث الأول: الوضعية الصحية للأم ورعاية الأمومة في الجزائر 63
1. الأمراض النسائية في الجزائر 63
2. الأمراض المزمنة عند النساء في الجزائر 66
3.الرعاية الصحية والمتابعة الطبية للأمومة في الجزائر 68
المبحث الثاني: تنظيم النسل واستعمال وسائل منع الحمل في الجزائر 77
1. تنظيم النسل في الجزائر 77

2. أنواع وسائل منع الحمل ومدى انتشارها في الجزائر 79
المبحث الثالث: وفيات الأطفال الرضع وما حول الولادة في الجزائر..... 84
1-وفيات الأطفال الرضع في الجزائر 84
2.أسباب وفيات الأطفال الرضع 87
3.وفيات ما حول الولادة 89
الخلاصة 92

الفصل الرابع: الأسباب الصحية والسوسيو ديموغرافية لوفيات ما حول الولادة وبرامج مكافحتها في الجزائر

تمهيد 95
المبحث الأول: العوامل الصحية..... 95
1. العوامل المتعلقة بالحالة الصحية للمولود..... 95
2. العوامل المتعلقة بالحالة الصحية للأم..... 102
1.الأمراض والمشاكل الصحية المتعلقة بالحمل 106
المبحث الثاني: العوامل السوسيو ديموغرافية..... 110
1.العوامل الاجتماعية 110
2.العوامل الديمغرافية 113
المبحث الثالث: السياسة الصحية والبرامج المتبعة لمكافحة وفيات ما حول الولادة في الجزائر..... 117
1.السياسة الصحية المتبعة في الجزائر بعد الإستقلال 117
2.البرامج الصحية لمكافحة وفيات ما حول الولادة في الجزائر 119
3.تحقيق أهداف الألفية للتنمية بعد سنة 2000 فيما يتعلق بوفيات ما حول الولادة..... 122
الخلاصة 124

الباب الثاني: الإطار الميداني

الفصل الأول: خصائص العينة

تمهيد 128

المبحث الأول: الخصائص السوسيو اقتصادية لأفراد العينة..... 128

المبحث الثاني: الخصائص الصحية لأفراد العينة..... 133

المبحث الثالث: توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الديمغرافية 136

الفصل الثاني: العوامل الإجتماعية المؤثرة في وفيات ما حول الولادة

المبحث الأول: المركز الإجتماعي للأم وعلاقته بوفيات ما حول الولادة 145

المبحث الثاني: المستوى المعيشي للأم وعلاقته بوفيات ما حول الولادة 164

الفصل الثالث: العوامل الصحية المؤثرة في وفيات ما حول الولادة

المبحث الأول: الوضعية الصحية للأم و علاقتها بوفيات ما حول الولادة 184

المبحث الثاني: المتابعة الصحية للحمل وعلاقتها بوفيات ما حول الولادة 193

الفصل الرابع: العوامل الديمغرافية المؤثرة في وفيات ما حول الولادة

المبحث الأول: السن عند أول إنجاب و المدة الفاصلة بين الولادات وعلاقتها بوفيات ما حول الولادة..... 208

المبحث الثاني: عدد الحمول وعلاقته بوفيات ما حول الولادة 218

الإستنتاج العام..... 228

الخاتمة 235

قائمة المراجع

الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
	الباب الأول: الجانب النظري	
01	تطور معدل وفيات الرضع و المواليد الجديدة في فرنسا 1960-2000.	38
02	التطورات في صحة الأطفال و وفياتهم على مستوى بعض الدول المتقدمة في إطار تحقيق الهدف الإنمائي الرابع للألفية	43
03	نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن عند الولادة في بعض البلدان النامية	50
04	إقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وإشراف عون صحي مختص على الولادة بين سنتي 2000-2007 في بعض البلدان النامية	51
05	يوضح توقع الحياة عند الولادة في بعض البلدان النامية في الفترة 1990-2000-2007	52
06	التطورات المسجلة في صحة الأطفال على مستوى بعض البلدان النامية في إطار تحقيق الهدف الإنمائي الرابع للألفية بوفيات الأطفال والمواليد الجدد	53
07	يوضح وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي لعام 2002 ومكانتها بالنسبة لدول العالم	55
08	يبين الأطفال الذين يعانون من وزن منخفض عند الولادة سنة 2002.	56
09	يبين النسبة المئوية الحوامل المقبلات على الرعاية الصحية للحمل والولادة سنة 2002	57
10	التطورات في صحة الأطفال و وفياتهم على مستوى بعض البلدان العربية في إطار تحقيق الهدف الإنمائي الرابع للألفية	58
11	مؤشر السرطانات عند النساء في 1999	64
12	نسبة النساء اللاتي استفدن من فحص طبي أثناء الحمل عند عون صحي في الجزائر 2006	70

13	نسبة الأمهات اللاتي قمن بالمتابعة الصحية لحملهن الأخير حسب مؤشرات جودتها في الجزائر	72
14	يوضح تطور معدلات انتشار وسائل منع الحمل (على المستوى الوطني 2000-2010)	78
15	تطور وفيات الأطفال الرضع ومعدلهم في الجزائر بين 1910-1959	84
16	يبين تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر بين 1981 و 1997 (لكل 1000 ولادة حية)	85
17	يبين تطور معدل وفيات الرضع حسب الجنس في الجزائر بين 2005-2009 لكل 1000 ولادة حية	86
18	يبين تطور معدل الولادات الميتة في الجزائر حسب الجنس (لكل 1000ولادة حية)	90
19	يوضح تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر بين 2005 و 2009	91
20	توزيع النساء غير العازبات اللائي يعانين من أمراض مزمنة في سن (15-49) سنة	103
21	يبين وفيات حديثي الولادة والرضع حسب الخلفية التعليمية للأم	111
الباب الثاني: الجانب الميداني للدراسة		
22	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للأم	128
23	توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة	129
24	توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية للأم	130
25	توزيع أفراد العينة حسب نوع مهنة الأم	131
26	توزيع أفراد العينة حسب دخل الأسرة	131
27	توزيع أفراد العينة حسب المستوى المعيشي للأسرة	132
28	توزيع أفراد العينة حسب معاناة الأم من مشاكل صحية	133
29	توزيع أفراد العينة حسب المشاكل الصحية التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل	133
30	توزيع أفراد العينة حسب سبب وفيات ما حول الولادة	134
31	توزيع أفراد العينة حسب سن الأم عند الزواج الأول	136

32	توزيع أفراد العينة حسب فئات السن الحالي للأم	137
33	توزيع أفراد العينة حسب سن الأب	138
34	توزيع أفراد العينة حسب جنس المولود	139
35	توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المولود	139
36	توزيع أفراد العينة حسب وزن المولود عند الولادة	140
37	توزيع أفراد العينة حسب رتبة المولود المتوفي	141
38	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ووزن الطفل عند الولادة	145
39	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وموعد الولادة	147
40	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم ووقت الوفاة	149
41	العلاقة بين المستوى التعليمي للأم وسبب الوفاة	151
42	العلاقة بين الحالة المهنية للأم ووزن المولود عند الولادة	154
43	العلاقة بين الحالة المهنية للأم وموعد الولادة	155
44	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأم ونوع المولود	157
45	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأم و وقت الوفاة	158
46	يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأم سبب الوفاة	160
47	العلاقة بين نوع مهنة الأم و الوزن عند الولادة	162
48	العلاقة بين المستوى المعيشي للأسرة وموعد الولادة	164
49	العلاقة بين المستوى المعيشي للأسرة ونوع المولود	165
50	العلاقة بين المستوى المعيشي و وقت الوفاة	166
51	العلاقة بين المستوى المعيشي للأسرة وسبب الوفاة	168
52	العلاقة بين دخل الأسرة و الوزن عند الولادة	170
53	العلاقة بين دخل الأسرة وموعد الولادة	172
54	العلاقة بين دخل الأسرة ونوع المولود	173
55	العلاقة بين دخل الأسرة ووقت الوفاة	174
56	العلاقة بين دخل الأسرة وسبب الوفاة	175
57	العلاقة بين معاناة الأم من مشاكل صحية ووزن المولود.	184

58	العلاقة بين معاناة الأم من مشاكل صحية وموعد الولادة	186
59	العلاقة بين معاناة الأم من مشاكل صحية ونوع المولود	187
60	العلاقة بين معاناة الأم من مشاكل صحية ووقت الوفاة	189
61	العلاقة بين معاناة الأم من مشاكل صحية وسبب الوفاة	191
62	العلاقة بين متابعة الأم للحمل وموعد الولادة	193
63	العلاقة بين متابعة الأم للحمل و وقت الوفاة	194
64	العلاقة بين متابعة الأم للحمل وسبب الوفاة	197
65	العلاقة بين عدد مرات كشف المرأة على حملها و موعد الولادة	199
66	العلاقة بين عدد مرات كشف المرأة على حملها سبب الوفاة	200
67	العلاقة بين السن عند أول إنجاب و الوزن عند الولادة	208
68	العلاقة بين السن عند الإنجاب الأول و أوان الولادة	211
69	العلاقة بين المدة الفاصلة بين الولادات والوزن عند الولادة	214
70	العلاقة بين المدة الفاصلة بين الولادات و نوع المولود	216
71	العلاقة بين رتبة المولود و نوعه	218
72	العلاقة بين استعمال وسائل منع الحمل و الوزن عند الولادة	220
73	العلاقة بين استعمال وسائل منع الحمل و سبب الوفاة	222

"

فهرس الأشكال

الرقم	العنوان	الصفحة
	الباب الأول: الجانب النظري	
01	دائرة نسبية تمثل توزيع نسب الأمهات في الجزائر 2012-2013 حسب الشخص الذي قام بالفحص أثناء الحمل	71
02	أعمدة بيانية تمثل توزيع النساء الغير عازبات في الجزائر بين 15-49 سنة بين 2012- 2013 حسب الشخص الذي أشرف على الولادة	74
03	دائرة نسبية تمثل نسبة النساء الغير عازبات في الجزائر بين 15-49 سنة حسب مكان الولادة في 2012-2013	75
	الباب الثاني: الجانب الميداني للدراسة	
04	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	129
05	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب حالتهن المهنية	130
06	مضلع تكراري يبين توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة	132
07	أعمدة بيانية تبين توزيع أفراد العينة حسب سبب وفاة المولود	135
08	مضلع تكراري يبين توزيع أفراد العينة حسب سن الأم عند الزواج الأول	136
09	مضلع تكراري يبين توزيع أفراد العينة حسب سن الأم الحالي	138
10	دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المولود	139

مقدمة

تعد وفيات الأطفال مؤشرا هاما لتطور الدول وهي دليل على اهتمامات البلدان وأولوياتها، فمعدل وفيات الأطفال الرضع يقيس نتيجة عملية التقدم التطوير في كل المجالات ومستوى الوضع الصحي للطفل والأم في بلد ما، فوجب على الدول التصدي لهذه الوفيات منذ الولادة باعتبار أكبر نسب الوفيات تحدث عند المواليد الجدد حيث تمثل وفيات ما حول الولادة أكبر معدلات وفيات الرضع .

تعتبر وفيات ما حول الولادة نتاجا للوضعية الصحية للأم والطفل لأجل هذا اتفقت الدول والمنظمات الدولية أن الإستثمار في صحة الأمهات والأطفال منذ الولادة بل منذ الحمل ليس حقا من حقوق الإنسان فحسب بل هو متطلب أساسي للمضي بالبلدان قدما نحو مستقبل مشرق في جميع مجالات الحياة الإقتصادية والإجتماعية وكذا السياسية، ولذلك وجب توفير الرعاية الصحية الضرورية وكذا المكملات الغذائية الأساسية للأم والطفل منذ بداية الحمل وقبل وبعد الولادة باعتباره البيئة الأساسية اللازمة لبقاء المواليد وتطورهم الفكري واللغوي والإبداعي للنجاح في حياتهم الدراسية التي تسمو بهم إلى المساهمة في الحياة الإجتماعية حتى لا يكونوا عالة على المجتمع، كما أن بقاء الأطفال على قيد الحياة من العوامل التي تجنب الآباء والأمهات العناء والألم لضمانهم بقاء أطفالهم مما يجنبهم محاولة إنجاب الكثير من الأطفال بل الإستثمار فيما عندهم من أطفال، وبهذا تحقق الدولة مؤشران مهمان تسعى لهما ألا وهما تجنب وفيات الأطفال من جهة والتحكم في النمو الديموغرافي الكبير من جهة أخرى باعتبار وفيات ما حول الولادة عنصرا في الحركة الديموغرافية للسكان.[1]

ولأهمية الموضوع بدأت المنظمات الدولية بالمناداة للنهوض بصحة الأطفال وبقائهم عبر المؤتمرات و المحافل الدولية حول الصحة بداية بإطلاق منظمة الأمم المتحدة للطفولة منذ 35 سنة ما أسمته "ثورة بقاء الأطفال ونمائهم"، ثم زاد الإهتمام

[1] اليونيسيف.(2007). **وضع الأطفال في العالم 2008**. نيويورك. ص3.

الدولي بوفيات الأطفال الرضع فظهرت بين عامي 1990 و2000 تقديرات أكثر دقة لوفيات الأطفال حيث توفرت المسوح والتحقيقات حول وفيات الرضع في كل مرحلة حساسة من أعمارهم منذ الولادة فتوفرت تقديرا ت دقيقة لوفيات ما حول الولادة وحديثي الولادة خاصة بعد أن لوحظ أن انخفاض وفيات حديثي الولادة الأقل من شهر من حياتهم كان أقل من انخفاض وفيات الأطفال دون الخامسة من حياتهم حيث كان الإنخفاض بنسبة الربع فقط بين 1990 و2000، فيما انخفضت وفيات الأطفال بين الشهر الأول والخمس سنوات بنسبة الثلث، وتشكل وفيات الرضع دون السنة من العمر 60% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة ومعظمها تحدث للأطفال حديثي الولادة بنسبة 40% منهم، ويتعرض اليوم 4 ملايين طفل كل سنة للوفاة خلال الشهر الأول من حياتهم ويموت نصفهم في 24 ساعة الأولى من حياتهم وإن احتمال موت الطفل في اليوم الأول من حياته أكبر 500 مرة من احتمال وفاته في الشهر الأول من حياته، و لأجل كل هذا وجب تظافر الجهود نحو التدخل المبكر فيما يتعلق بالأمهات والأطفال قبل و أثناء و بعد الولادة فورا على يد شخص مؤهل أو قابلة متمرسة.[1] ولهذا تمحور التركيز في الآونة الأخيرة في هذا المجال على الوصول بالعالم إلى "الهدف الإنمائي الرابع للألفية" الرامي إلى تخفيض المعدل العالمي لوفيات الأطفال دون الخامسة إلى الثلثين حتى سنة 2015، ثم محاولة السير على هذه الخطى بصفة تكميلية والرقي بنتائج الأهداف الإنمائية للألفية والوصول إلى تنمية مستدامة في هذا المجال كاملة وشاملة بحلول العام 2030.[2]

وتعتبر البلدان المتطورة و خاصة الأوروبية السباقة للإهتمام بوفيات ما حول الولادة فسارعت إلى محاولة تخفيضها خاصة بعد النقلة النوعية التي شهدتها بفضل

[1] نفس المرجع. ص 4.

[2] نفس المرجع. ص 1.

الثورة الصناعية التي أدت بالمرأة إلى التعلم الذي زاد من وعيها حول صحتها وصحة أطفالها وخروجها للعمل في المصانع، مما دفعها للتخفيض من ولاداتها والمباعدة بينها. بالإظافة إلى التطور الكبير في كل المجالات منها الطبية حيث بدأت في القضاء على الأوبئة بفضل اكتشاف اللقاح وكل هذا أدى إلى خفض وفيات ما حول الولادة ورفع أمل الحياة عند الولادة من 41 سنة في عام 1840 إلى 50 سنة في عام 1900 [1].

وتحاول البلدان النامية بما فيها الدول العربية تخفيض معدلات وفيات ما حول الولادة بما فيها الرضع بصفة عامة رغم تخلف القطاع الإقتصادي والصحي حيث لا تزال هذه الدول تتخبط في مشاكل الحمل وعسر الولادة ومضاعفاتها الخطيرة على حياة الأم والطفل والولادة قبل الأوان سبب رئيسي للعجز ولوفيات الفترة المحيطة بالولادة وهي مشكلة صحة عامة عالمياً وتحدث الولادة قبل الأوان بشكل أكثر شيوعاً في البلدان المحرومة اقتصادياً والبلدان ذات المعدلات المرتفعة لعدوى المسالك البولية والتناسلية لأن مشكلة الولادة قبل الأوان تتعقد أكثر في هذه الظروف ضعيفة الموارد بسبب الافتقار إلى مرافق الرعاية الصحية للولدان وإلى التدخلات المكلفة أين يموت 4 ملايين مولود جديد سنويا ويحدث ثلثا هذه الوفيات في الأسبوع الأول من حياة المواليد وهي نسبة جد كبيرة وهذا ما جلب انتباهنا حقا في هذا الموضوع.

ولما لهذه الظاهرة من أهمية فإن الدولة الجزائرية تسعى بدورها إلى إيجاد الحلول وإيجاد أسباب هذه الوفيات للقضاء عليها، فسارعت إلى توفير خدمات صحية ذات نوعية لكل النساء دون تمييز من خلال توفير الإمكانيات وتحسين الاستقبال وتنظيم المصالح المرشدة وتحسين الكفاءات التقنية للمستخدمين.

ونحن بدورنا شد اهتمامنا دراسة هذا الجزء الحساس من الوفيات ألا وهو وفيات ما حول الولادة الذي يدخل في الحركة الديمغرافية للسكان بإعتباره يؤثر في النمو

[1] George, Tapinos. (1985). **Eléments de démographie** . Paris : Amond Colin. p 243.

الديمغرافي، فحاولنا من خلال دراستنا معرفة العوامل السوسيو ديمغرافية المتسببة فيها واضعين فرضيات تخدمنا للإجابة على هذا التساؤل ونزلنا إلى الميدان مستعملين التحليل الكمي لاختبارها، وتمحورت رسالتنا حول بابين الأول هو النظري وقسمناه إلى أربع فصول يحتوي كل فصل على ثلاثة مباحث وكان تقسيمنا لفصوله كما يلي:

الفصل الأول وهو الفصل المنهجي طرحنا فيه إشكاليتنا وفرضياتها وحددنا فيه أهم المفاهيم والدراسات السابقة حول الموضوع ومنهج دراستنا ومجالات بحثنا والأدوات المستخدمة للبحث الميداني، ودرسنا في الفصل الثاني الظاهرة حول العالم بداية بالبلدان المتطورة ثم النامية والبلدان العربية، وتطرقنا في الفصل الثالث إلى وضعية الظاهرة في الجزائر والوضعية الصحية للأمومة في الجزائر ومتابعته الصحية واستعمالها لوسائل تنظيم الأسرة، وخصصنا الفصل ا لرابع لأهم العوامل المتسببة في وفيات ما حول الولادة الصحية والسوسيو ديمغرافية، أما الباب الثاني الميداني فقد قسم بدوره إلى أربع فصول بداية بخصائص مجتمع دراستنا السوسيوديمغرافية والصحية ثم خصصنا فصلا لتحليل كل فرضية من فرضياتنا الثلاثة ووضعنا استنتاجاتنا حولها استنتاجاتنا حولها.

الباب الأول:

الإطار النظري

الفصل الأول:

الإطار المنهجي للدراسة

الفصل الأول الإطار المنهجي للدراسة

المبحث الأول: تحديد موضوع البحث

المبحث الثاني: المنهجية المتبعة في الدراسة

المبحث الأول: تحديد موضوع البحث

1- الإشكالية:

تعتبر وفيات ما حول الولادة فئة حساسة من وفيات الأطفال لأنها تشمل الولادات الميتة التي تحدث في رحم الأم ووفيات المواليد الجديدة المبكرة التي تحدث في الأسبوع الأول من حياة المولود وهذه الأخيرة تشكل أكبر نسبة من وفيات الأطفال الرضع، فهذه الظاهرة الديمغرافية تشغل اهتمام المختصين والحكومات والمنظمات العالمية لأن معظم وفيات الرضع تحدث في الشهر الأول من حياتهم ويحدث ثلثيها في الأسبوع الأول.

ومن الملاحظ عبر تقارير الأمم المتحدة أنه بالرغم من انخفاض إجمالي وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات إلا أن انخفاض وفيات الأطفال في الشهر الأول من حياتهم كان بمعدل أقل منه عند الأطفال ما بين الشهر والخمس سنوات وكذلك الحال في الجزائر حيث لا حظنا أن الانخفاض في معدل وفيات ما حول الولادة كان بوتيرة بطيئة وبنسبة قليلة حيث تعسر خفض معدل وفيات المواليد الجديدة المبكرة إلى أن تراجع بنقطتين فقط وبالمقابل تراجع معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات الذي انخفض بعشر نقاط في نفس الفترة الزمنية حيث أشارت الإحصائيات إلى أنه قد حدث تراجع في معدل الولادات الميتة من 23,6% سنة 2005 إلى 21,4% سنة 2006 وبقي مستقرا في السنة الموالية، لينخفض إلى 18,4% سنة 2009،[1] بينما ارتفع معدل وفيات المواليد الجديدة المبكرة من 17,3% بين 1998-2002 إلى 17,9% بين سنتي2003-2007 وانخفض إلى 15,7% بين 2008-2012 وانتقل معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات في نفس هذه الفترات الثلاثة على التوالي من 34,2% إلى 30,3% وأخيرا إلى

[1] الديوان الوطني للإحصائيات.(2009). **ديموغرافيا الجزائر 2009**. ص11.

24,1%.[1] هذا بالرغم من اهتمام الجزائر بخفض وفيات الأطفال الرضع والأطفال الأقل من 5 سنوات منذ الإستقلال عبر فتح مراكز لرعاية الأمومة والطفولة والعلاج المجاني وقوانين التصدي لوفيات الأطفال وما حول الولادة خاصة بعد سنوات التسعينات متبعة في ذلك توصيات الأمم المتحدة في الهدف الرابع للألفية الرامي إلى خفض وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات إلى الثلثين بحلول عام 2015 ومواصلة السير على ضوء هذه النتائج لتنمية مستدامة حتى سنة 2030.

وتشير تقارير الأمم المتحدة في هذا المجال إلى أن الأطفال في الأسر الأقل فقرا يمثلون ما بين 2 إلى 3 مرات أكثر خطرا للتعرض للوفاة خلال الأيام الأولى من حياتهم مقارنة بأمثالهم في الأسر الأكثر غنى لأن المستوى الاقتصادي يؤثر على اهتمام الأم بحملها ويزيد من متابعتها لحملها في المراكز الصحية لتفادي مشاكل الحمل مما ينعكس على الطفل أثناء الحمل والولادة، وتشير هذه التقارير أيضا إلى أن المستوى التعليمي للأم مؤشر قوي على بقاء الأطفال على قيد الحياة، ولا يكون هذا الانخفاض في معدلات الوفيات إلا بردع هذه الأسباب حسب منظمة الصحة العالمية.[2] وهذا ما دفعنا للتساؤل عن مجمل هذه الأسباب الإجتماعية والإقتصادية والديمغرافية والصحية المتعلقة بالأم باعتبارها عش لولادة حية سليمة وفي صحة جيدة وباعتبارها من يرعى الطفل و يحافظ عليه ويلبي احتياجاته الغذائية و الصحية وذلك منذ بداية الحمل فطرحنا التساؤل العام وهو ماهي الأسباب السوسيو ديمغرافية و الصحية المسببة لوفيات ما حول الولادة؟

[1] Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière et all. (2015). **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (Mics4) 2012-1013**. Algérie. P 31.

[2] Nations Unies. (juin 2011). **Objectifs du millénaire pour le développement**. rapport de 2011. New York. p26.

وتتفرع عن هذا السؤال التساؤلات التالية:

-هل للمركز الإجتماعي للأم ولمستواها المعيشي تأثير في وفيات ما حول الولادة؟

-هل للحالة الصحية العامة للأم والمتابعة المستمرة للحمل تأثير على وفيات ما حول الولادة؟

-هل للعوامل الديموغرافية كالسن عند الإنجاب و المباعدة بين المواليد تأثير على وفيات ما حول الولادة؟

2. الفرضيات:

الفرضية الأولى: المركز الإجتماعي والمستوى المعيشي المتدني للأم يزيد من وفيات ما حول الولادة.

الفرضية الثانية: الوضعية الصحية للأم ومدى متابعتها للحمل يؤثر في وفيات ما حول الولادة.

الفرضية الثالثة: السن عند أول إنجاب و المباعدة بين المواليد له تأثير على وفيات ما حول الولادة.

3.تحديد المفاهيم والمصطلحات:

1.3.الوفاة:

الوفاة في الأعمار الدنيا أو عند البالغين وفي الأعمار المتأخرة تعبر عن الوضعية الصحية لمجتمع ما وهي تمثل مؤشرا دالا عن التطور، تقدير معدلات الوفيات العامة وحسب السن أو الجنس تتطلب تبليغا كاملا ودقيقا للوفيات في كل عمر، هذه الإحصاءات في الجزائر يوفرها سنويا الديوان الوطني للإحصائيات عبر ويتحصل عليها هذا الأخير بفضل سجلات الحالة المدنية. [1]

الوفاة بمعناها المعروف نهاية الحياة لفترة طالت أو قصرت لمولود ولد حيا. والتعريف الدولي للوفاة الذي تنادي به الأمم المتحدة والمنظمة العالمية للصحة هو أنها الإختفاء الدائم لكل دلائل الحياة في أي وقت بعد الولادة.[2]

2.3.وفيات الرضع Mortalité infantile:

ويقصد بها وفيات الأطفال التي تحدث خلال العام الأول من الحياة.

وتنقسم وفيات الرضع إلى قسمين:

1.2.3.وفيات المواليد الجديدة:Mortalities neonates

وهي احتمال وفاة مولود بين لحظة ميلاده وأول 28 يوما التي يتمها من حياته.[3] إذن فهي تشمل الوفيات خلال 28 يوما التي تلي الولادة أي شهر تقريبا (بين 0–28 يوما).

---

[1] Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière et all, Op.cit, p258.

[2] خالد، زهدي خواجة. **إحصاءات ومقاييس الوفيات**. القاهرة: المعهد العربي للبحوث الإحصائية . (دون تاريخ). ص3.

[3] منظمة الصحة العالمية. (2009). **وضع الاطفال في العالم 2009**. نيويورك. ص 10.

2.2.3.معدل الوفيات المواليد بعد الجديدة mortalities poste-néonatales:

و يشمل وفيات المواليد من العمر 4 أسابيع إلى العمر نهاية الأسبوع 51، أي وفيات المواليد من يوم حتى نهاية السنة الأولى من العمر (28-365 يوما).

3.3.وفيات ما حول الولادة Mortalités périnatale:

وهذا النوع من الوفيات سنهتم به في دراستنا هاته، وهذه الوفيات تشمل جميع الولادات التي تقع قبل وخلال وبعد الولادة بمدة قصيرة، أي تشمل ما يلي:

1.3.3.الولادات الميتة (وفيات الأجنة المتأخرة) Mortinatalités:

وهي الوفيات التي تتوفى فيها الأجنة داخل الرحم بعد فترة حمل معينة هي عادة 28 أسبوعا فأكثر.[1]

2.3.3.وفيات المواليد الجديدة المبكرة Mortalités des neonatalités précoces

وهي الوفيات التي تحدث بعد الولادة بفترة قصيرة لا تتجاوز الأسبوع أي بين (0-7 أيام).[2]

4.3.المركز الإجتماعي:

المركز هو الأوضاع أو المراتب التي يتخذها الأفراد في المجتمع ككل إزاء الآخر مثل مرتبة الرئيس إزاء مرؤوسيه، ومركز لعمال إزاء الموظفين، وعلاقة الطبيب بالمريض والاب

[1]هيئة الأمم المتحدة. (1966). **المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات**، تر: عبد المنعم وآخرون. ط1. القاهرة: دار الكتاب العربي. ص52.

[2]خالد، زهدي خواجة. المرجع السابق. ص 31.

والابن ...إلخ، ويرتبط بالمركز الدور، أي الحقوق والواجبات والالتزامات ولذلك نقول الدور الذي يقوم به الأشخاص كل حسب وظيفته في المجتمع[1].

وهو المرتبة التي يشغلها الفرد في جماعة، لكل مرتبة أدوار خاصة بها يقوم بها الفرد، منسوبة للفرد أو مفروضة يقوم بها هذا الأخير طبقا لقواعد السلوك· والمراد بالمركز الإجتماعي من خلال بحثنا هو المكانة التي وصلت اليها المرأة في المجتمع بفضل ما وصلت إليه عبر ما أنجزته في حياتها وبتغير في سلوك المرأة مع تغير هذا المركز وقد قمنا بقياس المركز الإجتماعي في بحثنا بتعليم المرأة وعملها ونوع مهنتها.

5.3.المستوى المعيشي:

وهو أيضا العامل الاقتصادي الذي يعتبر من أكثر العوامل استخداما في نظريات التغير. فطبيعة العمل ومصدر الدخل وكذا قيمته التي تمكننا من الحصول على السلع والخدمات والعلاقات الاقتصادية مهمة في التقرير لدى معظم الأسر، ويظهر جليا ربط العامل الاقتصادي بالتغير الإجتماعي لدى كارل ماركس[2]. ونقصد بالمستوى المعيشي في دراستنا الوضع المادي والخدمات والمتطلبات الذي تتوفر لدى الأسرة مما يسمح للأم من تلبية حاجاتها الصحية والقيام بالمتابعة الطبية للحمل وتم قياسه عبر ثلاث عناصر هي: دخل الأسرة ونوع المسكن وعدد الأفراد في الغرفة وما يتوفر عليه هذا الأخير من متطلبات وشروط للعيش الضرورية منها والكمالية وانطلاقا من هذه العناصر صنفنا المستوى المعيشي إلى متدني متوسط وجيد.

---

[1]حسين، عبد الحميد رشوان. (2003). **الأسرة والمجتمع. دراسة في علم اجتماع الأسرة**. الإسكندرية: مؤسسة شباب الجامعة. ص 155.

[2]سناء، الخولي. (1999). **الأسرة والحياة العائلية**. مصر: دار المعرفة الجامعية. ص 129.

6.3.الوضعية الصحية للأم:

نقصد بها حالة الأم الصحية قبل الحمل إن كانت جيدة لا تعاني من أمراض أو سيئة تعاني من أمراض خاصة منها الأمراض المزمنة لما لها من تأثير على الحمل بالإضافة إلى الحالة الصحية للأم أثناء الحمل أي الأمراض والمشاكل الصحية المتعلقة بالحمل.

7.3.متابعة الحمل:

ونقصد بها مدى تردد الأم على زيارة المختص في المراكز الصحية للكشف عن حملها منذ بدايته وحتى الولادة عبر عدد مرات الكشف على الحمل ويعتبر العدد الأمثل للكشوف على الحمل أربعة مرات وهو الذي توصي به منظمات الأمم المتحدة للصحة والطفولة حفاضا على صحة الأم والطفل.

وتهدف المراقبة قبل الولادة حسب منظمات الأمم المتحدة إلى:

- الكشف عن الأمراض المرتبطة بالحمل والتي تكون بها مضاعفات جراء الحمل ومعالجتها.
- البحث عن عوامل الخطر الطبي أو الخطر الناجم عن التوليد والذي يسبب أمراض ووفيات لدى الأمهات والأطفال قبل وبعد الولادة، تتم المتابعة قبل الولادة في مراكز رعاية الأمومة والطفولة وفي المصالح المتخصصة للمستشفيات وفي مراكز القطاع الخاص.
- الإستفادة من القابلات والأطباء الخواص.[1]

[1] المجلس الوطني الاقتصادي والإجتماعي. (1999). **مشروع تقرير صحة الأم والطفل**. الدورة التاسعة. الجزائر. ص33.

8.3.المدة الفاصلة بين الولادات:

وهي تعبر عن الفترة الزمنية التي تتركها الأم بين حمل ما والذي سبقه والأفضل أن تتجاوز السنتين وهذا ليتمكن جسم المرأة من استرجاع قواه بعد الولادة وكذا يتمكن المولود من الإستفادة من تنشئة جيدة ونمو كامل، وتكون المباعدة بين الحمول باستعمال وسيلة من وسائل منع الحمل.

4.أسباب اختيار الموضوع والهدف من الدراسة:

ما من باحث يقوم بدراسة علمية إلاّ وكان له من وراء ذلك أهداف يسعى لبلوغها. وما لفت انتباهنا في هذا الموضوع هو أن وفيات الأطفال موضوع جد هام يشغل اهتمام الدول والحكومات والمنظمات والباحثين في هذا المجال، فشدنا الموضوع بدورنا خاصة أننا وجدنا في جميع البحوث التي اطلعنا عليها أن معظم وفيات هذه الفئة يحدث للمواليد في السنة الأولى من العمر وخاصة المواليد الجدد في الشهر الأول من الولادة ولكن لم نتحصل على أرقام أكثر دقة خاصة عن وفيات ما حول الولادة لأن هذه الفئة بالضبط يصعب التحكم في وفياتها لأن أسبابها داخلية سابقة متعلقة بالحمل والولادة وحالة الأم الصحية، مما يستدعي منا البحث في هذا المجال خاصة مع نقص الدراسات فيه بالجزائر فهدفنا التعرف على معدلاتها قصد معرفة أسباب وفيات هذه الفئة الحساسة والمساهمة ولو بشكل بسيط في إثراء البحوث العلمية لتكون دراستنا سندا مرجعيا لدراسات أخرى إيجاد الحلول الرادعة لهذه العوامل.

5.الدراسات السابقة:

من أهم الدراسات التي تم اطلاعنا عليها حاليا فيما يتعلق بهذا الموضوع ما يلي:

1.4.الدراسات الجزائرية:

1.1.4.المسح الجزائري لصحة الأم والطفل 1992:

أجرى التحقيق وزارة الصحة والسكان

تمثلت أهدافه في:

1- توفير البيانات اللاّزمة لإعادة تقييم البرامج والسياسات الصحية باعتبار ندرة الدراسات المتعلقة بصحة الأم والطفل تفصيليا،

2- تحديد المؤثرات على صحة الأم وارتباطها بالخصوبة،

3- دراسة العوامل البيئية الأسرية في المجتمع وأثرها على صحة الأم والطفل،

وقد أجريت الدراسة لعينة متكونة من 6133 أسرة تشمل 5626 من السيدات المتزوجات أو اللاتي سبق لهن الزواج في الفئة العمرية 15 – 54 سنة ومن 5092 طفل. وتم البحث عبر أسلوب المقابلة من 20 مارس إلى 8 أوت 1992.

وقد توصل التحقيق إلى ما يلي:

1- انخفاض وفيات الرضع من 215% في السبعينات إلى 49% في التسعينات. وهي تختلف حسب خصائص السكن والعوامل البيئية في مناطق الحضر والريف.

2- كما تتضح وفيات الأمهات بحوالي 215 لكل 1000 مولود.

3- 58% من الحوامل تلقين كشفا طبيا واحدا على الأقل خلال الحمل.[1]

[1] المشروع العربي لصحة الأسرة. وزارة الصحة والسكان. الديوان الوطني للإحصائيات. (1994). **المسح الوطني لصحة الأم و الطفل 1992**. التقرير الرئيسي. الجزائر. ص 188.

2.1.4. المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002: من تنظيم الديوان الوطني للإحصاءات ووزارة الصحة وإصلاح المستشفيات والمشروع العربي لصحة الأسرة تناول التحقيق موضوع وفيات الأطفال الرضع، وتوصل المسح إلى النتائج التالية:

انخفاض معدل وفيات الرضع انخفاضا محسوسا من 44 في الالف سنة 1992 إلى 31,2 سنة 2002، والملاحظ أن وتيرة هذا الإنخفاض بطيئة، وذلك كون هذه الوفيات تتركز عند حديثي الولادة أي في الأربع أسابيع الأولى من عمر الطفل لدى يصعب التحكم فيها لأن أسبابها سابقة متعلقة بالحمل وحالة الأم الصحية أثناءه والولادة. ويتمتع أطفال الوسط الحضري باحتمال حياة أطول منه عندهم في الريف، ويزداد عند الإناث (28,6%) أكثر منه عند الذكور (33,7 %).[1]

3.1.4.المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics3:

اهتم المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics3 بصحة الأم والطفل وخصوبة الأم والتخطيط العائلي والمتابعة الصحية فكانت أهدافه:

1–تقديم معلومات جديدة لتحسين وضعية الأم والطفل.

2–تجسيد أهداف الألفية لتطوير مخطط لحمل عالم جدير بالأطفال.

2–تقديم مؤشرات تسمح بالمقاربة مع البلدان الأخرى.

واختيرت لهذا الغرض عيّنة عنقودية ممثلة للجزائر تضمنت 29478 أسرة ودام جمع البيانات شهرين بدءا من 25 مارس 2006 عبر ثلاث استبيانات.

توصلت نتائج البحث إلى أن الجزائر وصلت إلى أكثر من 80% من تحصين الأطفال، أي لم تصل إلى نسبة 90% التي تنادي إليها منظمة الصحة العالمية

[1] المشروع العربي لصحة الأسرة، وزارة الصحة والسكان ، الديوان الوطني للإحصائيات. (2004). **المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002**. التقرير الرئيسي. الجزائر. ص 219.

واليونيسف لتحقيق عالم جدير بالأطفال، توصل التحقيق أيضا إلى أنّ 95.2% من الولادات كانت تحت اشراف عون طبي وأنّ 3 ولادات من 4 كانت متابعة أثناء الحمل من طرف قابلة أو ممرضة ويأتي الطبيب في المرتبة الثانية.

كما تعرض البحث الوطني حول أهداف نهاية الألفية لصحة الأم والطفل EDG(Mics2) لسنة 2000 إلى إقبال الأمهات على المراكز الصحية أثناء الحمل وبعد الولادة، بما فيها بين 0 و28 يوما بعد الحمل.

4.1.4.المسح العنقودي متعدد المؤشرات Mics4:

أجري في إطار الطبعة العالمية الرابعة من تحقيقات ال Mics وهي التي تقدم معلومات عن صحة الأم والطفل التي تسمح بمتابعة التطورات فيما يتعلق بالأهداف الإنمائية للألفية، قامت به وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات في الجزائر في 2012–2013 بدعم مالي وتقني من اليونيسيف وتعاون من صندوق الأمم المتحدة للسكان، وأجري البحث على 28000 أسرة وكان الأطفال الأقل من 5 سنوات والنساء بين 15–49 سنة هم المجتمع المستهدف في الدراسة من التراب الوطني، وتتمثل أهداف هذا التحقيق فيما يلي:

أولا. على المستوى العالمي:

1–متابعة التطورات التي وصلت إليها الأهداف الإنمائية في الجزائر (لأن أكبر مصدر لمعطيات OMD، أكثر من 20 من مؤشرات OMD مشتقة من هذا النوع من البحوث MICS).

2–متابعة تطورات التي وصل إليها عالم جدير بالأطفال.

3–التوصل إلى تقييم شعار المرجو الوصول إليه في 2015 للأهداف الإنمائية للألفية الرابع والخامس من تخفيض لوفيات الأطفال وتحسين صحة الأم.

4–وضع مواضيع أخرى رئيسية كمحاربة فيروس السيدا والملاريا.

ثانيا. على المستوى الوطني:

1- الحصول على قاعدة معطيات حول واقع تطور المؤشرات خاصة فيما يخص الأطفال والنساء.

2-تقدير نقص الربح في كل الميادين.

3-التعرف على المجالات الجديدة ذات الأولوية.

4-توفير قائمة من المؤشرات الفعلية لبرامج التنمية الجهوية.

5-متابعة تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

6-الحصول على مؤشرات تسمح بالمقارنة الدولية.

وتمثلت النتائج التي توصل إليها المسح فيما يخص وفيات الأطفال فيما يلي:

وفيات الرضع والأطفال الأقل من خمس سنوات أي منذ الولادة إلى العام الخامس 24,1%، ووفيات الأطفال بين 1-5 سنوات 2,8%، والوفيات في العام الأول من الولادة بنسبة 21,4%ومثلت وفيات الأطفال الرضع بعد الجديدة بين 28 يوم و 12 شهرا 5,7% ووفيات المواليد الجديدة في الشهر الأول من الحياة قبل 28 يوما من الولادة 15,7%. والملاحظ أن معظم هذه الوفيات تمركزت في العام الأول من الولادة بنسبة 89% وثلاث أرباعها تتم في الشهر الأول من الولادة إلى اليوم 28.

كما مثل الأطفال الذين عانوا من نقص الوزن عند الولادة 6,7%، وتعرض 91,5% لفحص مواليد الجديدة بعد الولادة وتمت 96,6%من الولادات على يد عون طبي مؤهل، وأقبلت 67,3% من الأمهات على الرعاية الصحية لحملوهن لأربع مرات على الأقل.[1]

[1]Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière. Fond des Nations Unies pour l'enfance. Fond des Nations Unies pour la population. (2015). Suivi de la situation des enfants et des femmes, **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples MICS 2012-2013. Algérie**. p 55.

2.4.الدراسات الأجنبية:

1.2.4.دراسة الدكتورة فتيحة المجهم حول وفيات ما حول الولادة في المملكة العربية السعودية:

وقامت بالدراسة في مشفى جامعة الملك فيصل قسم أمراض النساء والتوليد بالعربية السعودية.

و كان عنوان الدراسة حول وفيات ما حول الولادة والأسباب المؤدية لها، وتمثلت أهداف الدراسة في:

–معرفة عدد وفيات ما حول الولادة ومقارنته بالعدد الكلي للولادات لمعرفة نسبة وفيات ما حول الولادة من العدد الكلي للولادات.

–معرفة أهم أسباب وفيات ما حول الولادة في العربية السعودية.

–اتخاذ الإجراءات المناسبة بالتنسيق مع الحكومة ومحاولة إيجاد الحلول لهذا المشكل.

وتم جمع المعلومات من النساء اللاتي وضعن ولاداتهن في المشفى بين 1إلى 31 كانون الأول 2002. وعبر سجلات الأطفال الموجودة في المشفى.

وتم التحصل على النتائج التالية:

– بلغ المجموع الكلي للولادات 2596 ولادة،

–وبلغ معدل وفيات ما حول الولادة الكلي كان 26,2 بالألف منها5,4 بالألف ولادة ميتة و10,8 وفاة من المواليد الحديثة المبكرة،

–وأهم أسباب وفيات ما حول الولادة تشوهات خلقية مميتة 22% والخداج 17,6%.

وخلُصَتْ الدراسة إلى أن الحل من هذه الوفيات في العربية السعودية هو التنسيق بين الحكومة وعمال القطاع الصحي للرعاية المناسبة بالأمهات أثناء الحمل والولادة وبالمولود.[1]

[1]– فتيحة، المهجم. **وفيات ما حول الولادة في المملكة العربية السعودية**. تم استرجاعه في] 2014[. على الرابط: [http / www.e–PAMJ.comth]

2.2.4. دراسة حول أسباب وعوامل وفيات المواليد الجديدة في سوريا:

كانت الدراسة تحت عنوان أسباب وعوامل وفيات المواليد الجدد في سوريا، قام بالدراسة مجموعة من الأطباء المختصين في طب الأطفال بشعبة العناية المشددة للمواليد الجدد والخدج بمستشفى جامعة دمشق أين أجريت الدراسة بين 1997/06/1 و 1997/12/31 وتمثل الهدف من الدراسة في:

-معرفة عدد وفيات المواليد الجدد ومقارنته بالعدد الكلي للمواليد،

-معرفة أسباب وفيات المواليد الجدد في سوريا.

وتوصلت الدراسة للنتائج التالية:

-بلغ عدد القبولات في المستشفى 1485 توفى منها 790 طفلا أي ما نسبته 53,19% تزداد هذه النسبة عند الخدج والذكور،

- معظم أسباب هذه الوفيات نقص الوزن والتشوهات الخلقية .

3.2.4. دراسة حول تباينات ومحددات وفيات الأجنة في الأردن:

وهي دراسة تحت عنوان "تباينات ومحددات وفيات الأجنة في الأردن "قام بالدراسة منير كرادشة وهو أستاذ مساعد بعلم الإجتماع، بجامعة اليرموك في الأردن.

تتمثل أهمية الدراسة في كونها تعد واحدة من الدراسات القلائل على مستوى الأردن التي تحاول أن تبحث في بعد ديموغرافي محدد هو "وفيات الأجنة في الأسرة"، وتبيان مدى انتشاره، وأهم محدداته بصورة تفصيلية.

أهداف وتساؤلات الدراسة: تهدف هذه الدراسة بشكل محدد إلى كشف وتحديد مدى شيوع وانتشار وفيات الأجنة في الأردن، وفيما إذا كان هناك فروق في مستوياتها تعود لاختلاف

خصائص الأزواج الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية، وبالتحديد فإن هذه الدراسة تهدف إلى البحث في الأبعاد التالية:

1. مدى شيوع وانتشار حدوث وفيات الأجنة في الأردن.

2. علاقة العوامل الاجتماعية الاقتصادية والثقافية والديموغرافية المختلفة بحدوث وفيات الأجنة، وهذه الدراسة تسعى إلى الإجابة عن التساؤلات التالية:

- ما مدى شيوع وانتشار حدث وفيات الأجنة في الأردن.
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى حدوث وفيات الأجنة تعود للفروق في الخصائص الاجتماعية–الاقتصادية للأزواج في الأسرة الأردنية.
- هل هناك فروق ذات دلالة إحصائية في مستوى حدوث وفيات الأجنة تعود للفروق في المتغيرات ذات العلاقة بمخرجات الحمل في الأسرة الأردنية.
- تبرز المراجعة التقيّمية لنتائج الدراسة مجموعة من الأبعاد الهامة ذات العلاقة بوفيات الأجنة ومحدداتها في المجتمع الأردني أهمها:
- الارتفاع الظاهر في نسب السيدات اللاتي سبق أن حدث لهن حدث وفاة الأجنة، (الإسقاط، أو إجهاض، أو مولود ميت)، وبنسبة تصل (38%)،

و تمثلت نتائج الدراسة فيما يلي:

- اغلب حالات "وفيات الأجنة " كانت نتيجة الإسقاط،
- كما وبينت الدراسة أن نسبة واضحة من هذه الأحداث أو الوقائع الديموغرافية قد تمت في المرافق الصحية العامة (كالمستشفيات الحكومية)، حيث قدم من خلالها العناية الطبية اللازمة لأغلب هذه الحالات.

- كذلك بينت الدراسة ارتفاع نسب حدوث وفيات الأجنة لدى الأسر التي صادف مكان نشأتهم في المخيمات، مقارنة بباقي المناطق الجغرافية في الأردن،

- ارتفاع نسبة حدوث الظاهرة لدى الأمهات الأقل تعليماً، كذلك لدى الأمهات الكبيرات بالعمر (فوق 35 سنة) كذلك لدى الأزواج الذين اتسم نمط زواجهم بكونه زواجاً داخليا من الأقارب "من الدرجة الأولى"، ولدى الأمهات اللاتي لم يسبق لهن استخدام أي من وسائل تنظيم الأسرة). [1]

- كما بينت النتائج وجود ارتفاع في مستوى حدوث وفيات الأجنة لدى الأزواج الذين لم يسبق لهم أن أجروا فحصاً طبياً قبل الزواج (للتأكد من مطابقة العامل الريزوسي)،

- كما وأظهرت النتائج هامشية وضعف تأثير متغيرات مثل (مستوى تعليم الزوج، الانتماء الديني) في إحداث فروقات إحصائية في مستوى وفيات الأجنة في الأردن.[2]

4.2.4. دراسة استرجاعية لوفيات ما حول الولادة الأسباب والنتائج Etude retrospective de la mortalité périnatale:

مذكرة قام بها أبو رمان الحنفي للحصول على شهادة في التحكم في الإدارة الصحية والصحة العمومية شعبة الصحة العمومية في جناح الأمومة في مستشفى السلامة بالمملكة المغربية، وأجريت الدراسة باللغة الفرنسية تحت عنوان:

Etude retrospective de la mortalité périnatale(causes et circonstance) 2002-2004

وهي دراسة استرجاعية على عينة تتكون من 139 وفاة ما حول الولادة حدثت في المستشفى (110 ولادة ميتة و29 وفاة ما حول الولادة)، وتم جمع المعطيات من 1 إلى

[1] منير، كرادشة.(**2006**).« تباينات ومحددات وفيات الأجنة في الأردن » . **مجلة المنارة. المجلد12. العدد1**. ص357.

[2] نفس المرجع.ص358.

31 ديسمبر 2003، وكان جمعها عبر الملفات الوليدية من ملفات الولادة لسجلات طب الأطفال الخاص بالمستشفى.

و يتمثل الهدف من الدراسة في تقدير معدلات وفيات ما حول الولادة ومقارنتها بالعدد الكلي للوفيات لتوضيح وضعية وفيات ما حول الولادة في مصلحة طب الأطفال لمستشفى السلامة ومعرفة أسبابها والنتائج المترتبة عنها.

وتوصلت النتائج إلى:

-قدرت الولادات في المشفى بـ: 3863 ولادة 97% منها توفوا،

- وتمثل وفيات ما حول الولادة 36% مع طغيان في معدل الولادات الميتة(منها 28% ولادة ميتة و8% وفيات جديدة مبكرة)،

-و تتمثل معاناة الأجنة السبب الأول لهذه الوفيات يليه الخداج ثم وفيات الأجنة داخل الرحم ثم تشوها الخلقية تم الانتناءات الرحمية، السكري، عدوى أصيب بها المولود الجديد، أمراض الأم، وأخيرا أسباب غير محددة.

-و توصل في هذه الدراسة إلى أن هذه الأرقام تدعو للقلق وأن وفيات ما حول الولادة تبقى مشكلا كبيرا للصحة العمومية في المملكة المغربية ولذلك يجب اتخاذ الإجراءات التالية:

- تكوين الإخصائيين الصحيين وتحسين مهارتهم،

-تحسين حالة المؤسسات الصحية،

-تحديث الوسائل الطبية والتطوير المعلوماتي،

-تشجيع المتابعة الصحية للحمل.[1]

[1] Abourmane, Elhanafi. (**2006**).**Etude retrospective de la mortalité périnatale**. **Institute National d'Administration Sanitaire**. mémoire présenté pour l'obtention du

المبحث الثاني: المنهجية المتبعة في الدراسة:

1.المنهج المتبع:

يعرّف عبد الرحمان بدوي المنهج بأنه« الطريق المتبع في دراسة مشكلة دراسية لإيجاد حل لها » [1] و يقول موريس أنجرس على أن المنهج يكشف التصور الكلي للبحث، وهو يعطيه أكثر وضوحا إذ يقوم بتنفيذ الخطوات بصفة صارمة بمساعدة الأدوات والوسائل التي تتضمن فعالية البحث العلمي وفي نفس الوقت مدى صحة المسعى أي الطريقة، إذ هذين الجانبين أي المنهج والصحة مترابطان فإن لم يكن المسعى منهجيا فإن النجاح سيكون سطحيا أو ظاهريا فقط[2]، ويعرف كل من عمار بوحوش ومحمد محمود الذنيبات المنهج على أنّه: « الطريقة التي يسلكها الباحث للوصول إلى نتيجة معينة فالتحكم في أساسيات المنهج يلعب دورا كبير في الصيرورة الناجعة للعملية البحثية برمتها أي في الجانبين الجانب النظري والجانب التطبيقي »[3] فالتحكم في أساسيات المنهج يلعب دورا كبير في سير البحث كله، أي في الجانبين النظري والتطبيقي، فلا يمكن لأي باحث أن يحقق أهداف بحثه إلاّ إذا بناه على أسس منهجية تعطيه صبغة عملية وعلى هذا الأساس فقد حاولنا في بحثنا هذا اتباع كل من المنهجين الوصفي والكمي، إذ يهدف الوصفي إلى وصف الظاهرة ويبين خصائصها ويحللها، أما المنهج الكمي فيعطينا مقدارا للظاهرة تتمثل في بيانات رقمية ونسب ومعدلات ومقاييس لحجمها

---

diplôme de maitrise en administration sanitaire et santé publique. Royaume du Maroc. Non publié . p1.

[1] عبد الناصر، جندلي. (2007). **تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية والاجتماعية**. ط2. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر. ص12.

[2] موريس، أنجرس. (2004) . **منهجية البحث في العلوم الإنسانية**. تر: بوزيد صحراوي وآخرون. الجزائر: دار القصبة. ص 37.

[3] عمار، بوحوش. محمد، محمود الذنيبات. (1999). **مناهج البحث العلمي وطرق اعداد البحوث**. ط2. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية. ص102.

ودرجة ارتباطها بالظواهر المختلفة الأخرى، حيث أن دور المنهج الكمي يكمن في تحويل معطيات الجانب الميداني إلى جداول إحصائية[1] والتي نستطيع من خلالها تحليل الفرضيات ومعرفة درجة تأثير المتغيرات المستقلة على الظاهرة المدروسة من خلال مقاييس الارتباط والتشتت.

فتتلخص الخطوات المنهجية المتبعة في هذا البحث فيما يلي:

2.العينة وكيفية اختيارها:

قد يصعب على الباحث في كثير من الأحيان تطبيق دراسته على كل وحدات المجتمع الأصلي للدراسة نظرا لضخامة حجمه، لذلك يلجأ الى دراسة جزء منه والذي يشترط فيه أن يكون تمثيلا له حتى يتاح للباحث تعميم نتائجه على المجتمع ككل، وهذا الجزء معروف بالعينة. ونحن بدورنا قد اعتمدنا على العينة في دراستنا الميدانية، ونظرا لغياب قاعدة المعاينة والممثلة في قائمة النساء المتزوجات في سن الإنجاب وحدثت لهن ظاهرة وفيات ما حول الولادة لأحد مواليدهن خلال حياتهن الإنجابية فقد اعتمدنا على طريقة العينة المكانية تستعمل العينة المكانية في حالة مجتمع يفتقد لقاعدة السبر، فعلى عكس العينات العشوائية فإن فرصة الحظ في الظهور في هذا النوع من العينة مقتصر على بعض أفراد المجتمع الأصلي وليس كله، ويكون اختيار العينة المراد دراستها بطريقة في فترات زمنية من تحديد الباحث[2].

التي تم اختيارها بطريقة قصديه وعمديه "وهي معاينة غير احتمالية حيث يتم سحب العينة من مجتمع البحث حسبما يليق بالباحث أين يكون فيها احتمال التقاء

[1] أحمد ،عياد. (2005). **مدخل لمنهجية البحث العلمي**. الجزائر. ديوان المطبوعات الجامعية. ص 67.

[2]Rodolphe Gliglion et autres. (1970). **Des enquêtes sociologiques**, **théorie et pratique**. Paris . pp 36-37.

عنصر غير معروف من عناصر مجتمع البحث، والذي لا يسمح بتقديره درجة تمثيلية العينة المعدة"[1].

فحاولنا إيجاد أفراد عينتنا المكانية من مستشفيي بني مسوس والدويرة وانتقائها بطريقة مقصودة ومعتمدة من النساء المتزوجات في سن الإنجاب واللاتي سبق وتعرض أحد مواليدهن لظاهرة وفيات ما حول الولادة أي وقعت له ولادة ميتة (في بطن الأم بعد الاسبوع 28) أو وفيات مواليد جديدة مبكرة (بين 0–7 أيام) خلال الأربع سنوات السابقة للبحث، وقمنا باستجواب 300 امرأة من النساء اللاتي يحضرن لمصلحة طب النساء والتوليد لغرض الفحص أثناء الحمل أو للولادة وكذا الفحص بعد الولادة أو لمصلحة طب الأطفال من أجل التلقيح.

3-مجالات البحث:

3-1- المجال البشري:

لقد قمنا باستجواب 300 امرأة متزوجة في سن الإنجاب 15–49 سنة من الوافدات للولادة أو لفحص الحمل أو ما بعد الولادة في مصلحة أمراض النساء والتوليد ومصلحة طب الأطفال للتلقيح في مستشفيي الدويرة القريب من مقر إقامتنا وجمعنا منه 200 استمارة ومستشفى بني مسوس وجمعنا منه 100 استمارة .

3-2- المجال الزمني:

استغرق منا البحث الميداني شهرين من 15 جويلية 2017 إلى 15 سبتمبر 2017 كنا نتردد خلالها يوميا إلى الميدان ما عدا الجمعة والسبت وكنا نذهب في أغلب الأيام إلى مستشفى الدويرة لقربه من مكان إقامتنا وغالبا ما كان الإستجواب يستغرق منا الفترة الصباحية وهو أغلب الوقت الذي تتردد فيه النساء على المصلحة للفحص أو لتلقيح

[1] موريس، أنجرس. المرجع السابق. ص 204.

أطفالهن حيث كنا نبدأ المقابلة بداية من حوالي الساعة التاسعة وكنا نحاول أن نجمع يوميا 3 استمارات على الأقل إلى 6 وكان ملأ الإستمارة الواحدة يستغرق منا من 12 إلى 15 دقيقة وفي بعض الأحيان أكثر من ذلك وهذا لمحاولة التدقيق أكثر في الأسئلة مع المبحوثات.

3-3- المجال الجغرافي:

قمنا ببحثنا الميداني بمصلحة الولادة وأمراض النساء وطب الأطفال لمستشفى الدويرة، ومستشفى "أسعد حساني" لبلدية بني مسوس الواقعة غرب ولاية الجزائر وهما مستشفيان قريبان من مكان إقامتنا وكذلك يعرف مستشفى بني مسوس باستقطابه لعدد كبير من النساء خاصة في مصلحة التوليد لذلك ارتأينا أن ننتقل إلى المكانين في آن واحد لجمع أكبر قدر من الإستمارات في وقت مختصر.

1.3.3-مستشفى بني مسوس:

انشأ مستشفى اسعد حساني لبني مسوس سنة 1971 في إطار سياسة الدولة في ميدان الصحة وهو يلبي الضروريات الخاصة بالعلاج والتكوين الطبي والشبه طبي ويعتبر مستشفى بني مسوس مقرا لتجمع خمس مراكز استشفائية غرب مدينة الجزائر حسب المرسوم86-25 المؤرخ 1986/02/11 ولديه حدود مع كل من بلدية الشراقة وعين بنيان وسطا والي وزرالدة و بوزريعة أما مصلحة أمراض النساء والتوليد ميدان البحث فإنها منقسمة إلى عدة أجنحة هي جناح الإستعجالات وجناح النساء ذوات الحمل الخاص وجناح العمليات الجراحية وجناح الولادات وكذا جناح بعد الولادة ويعرف بأبوابه المفتوحة لجميع النساء عند الولادة وبخدماته في مصلحة التوليد ويشهد توافدا كبيرا للنساء لأجل الولادة.

2.3.3.مستشفى الدويرة:

لقد تم ملا معظم الإستمارات في هذا المستشفى نظرا لقربه من إقامتنا وسهولة المواصلات إليه، وتم بناء هذا المستشفى عام 1839في مساحة 3 هكتارات في منطقة غير مبنية، حول بعد ذلك الى مركز علاج يغطي جميع متيجة وتم تطويره بعد ذلك على مر السنوات ليصبح في عام 1987 وحدة استشفائية جامعية تابعة للقطاع الصحي الجامعي للبليدة وفي عام 1997 تم انشاء المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالدويرة باعتبارها منشاة صحية عمومية ذات صفة إدارية لها الشخصية المعنوية والاستقلالية المالية تحت وصاية وزارة الصحة والسكان وهي تابعة بيداغوجيا لوصاية وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

أما بالنسبة لمصلحة أمراض النساء والتوليد فهي تعتبر مصلحة مصغرة مقارنة بباقي المصالح الأخرى.

4.الأدوات المستخدمة لجمع البيانات:

الإستمارة بالمقابلة:

«هو وسيلة من وسائل جمع البيانات، ويعتمد أساسا على استمارة تتكون من مجموعة من الأسئلة الواردة فيه وإعادته ثانية.»[1] فالاستمارة هي الوسيلة العلمية التي تساعد الباحث على جمع الحقائق والمعلومات من المبحوث خلال عملية المقابلة وهي الوسيلة التي تفرض عليه التقيد بموضوع بحثه، فتكون أسئلته مرتبطة بموضوع البحث وقد تكون هذه الأسئلة مفتوحة أو مغلقة.

[1] نفس المرجع. ص 123.

لقد اعتمدنا في بحثنا على أداة الاستمارة بالمقابلة ونعني بها وجيز الأسئلة التي يطرحها المستجوب الذي يقوم بنفس الوقت بتسجيل الإجابات المقدمة من طرف المستجوب[1] وهي الوثيقة التي سيتم بفضلها جمع البيانات.

أما عن المحاور التي احتواها الاستبيان فهي تتمثل في:

- البيانات الشخصية الخاصة بالطفل: كتاريخ الدخول للمستشفى، مكان الميلاد والوفاة، والوزن عند الولادة وجنس المولود.
- البيانات الشخصية الخاصة بالوالدين: مثل السن، المستوى التعليمي، الحالة الفردية... لكل من المرأة وزوجها.
- البيانات الخاصة بالولادة: كنوع الولادة قيصرية أو عادية أو متعسرة، وأوان الولادة، ونوع المولود حي أو ميت.
- الخصائص السوسيو الإقتصادية: مثل المستوى التعليمي والحالة المهنية ونوع الأسرة والسكن، دخل الأسرة، السلع التي تمتلكها
- الخصائص الديمغرافية: مثل سن الأم عند الزواج الأول وعند أول إنجاب وعدد الأطفال والمدة الفاصلة بين الولادات.
- الحالة الصحية للأم: قبل الحمل خاصة إن كانت تعاني من أمراض مزمنة، والحالة الصحية لها أثناء الحمل والأمراض المتعلقة به ومتابعتها للرعاية الصحية أثناء الحمل وعدد مرات الكشف ومكانه، ونوع التغذية التي تتبعها الحامل.انظر الاستبيان في الملحق رقم1.

[1] موريس، أنجرس. مرجع سابق. ص 206

5. تقنيات تحليل البيانات:

بعد ملء الاستبيانات قمنا بتفريغ البيانات المجمعة وفق مرحلتين: تمت الأولى في جدول التفريغ البياني آليا، والثانية تمت بالاستعانة بالبرنامج الإحصائي المستخدم في العلوم الاجتماعية والمعرف بـ: "S.P.S.S" الذي قمنا من خلاله بوضع الجداول وتحليلها وقياس الإرتباطات بين الفرضيات.

الفصل الثاني:

الوضعية الصحية للأطفال

ووفيات ما حول الولادة حول العالم

الفصل الثاني: الوضعية الصحية للأطفال ووفيات ما حول الولادة حول العالم

المبحث الأول: الوضعية الصحية ووفيات ما حول الولادة في الدول المتقدمة

المبحث الثاني: الوضعية الصحية ووفيات ما حول الولادة في البلدان النامية

المبحث الثالث: الوضعية الصحية للأطفال ووفيات ما حول الولادة في الوطن العربي.

تمهيد:

انخفض معدل وفيات الأطفال في العالم كثيرا بعد سنة 1960 وهي أقدم سنة تتوفر فيها بيانات عن وفيات الأطفال فعلى مدى نصف القرن الماضي تقريبا انتقلت هذه الوفيات من 20 مليون وفاة في 1960 إلى أقل من 10 ملايين وفاة 2006، وشهدت السنوات الأخيرة تقدما باهرا حيث توفرت بيانات دقيقة عن وفيات الأطفال الرضع ووفيات ما حول الولادة رغم بعض العقبات كالهجوم الضاري للإيدز خاصة شرق وسط أفريقيا[1].

[1]منظمة الأمم المتحدة للطفولة.(2008). **وضع الأطفال في العالم 2008**. جنيف. ص 6.

المبحث الأول: الوضعية الصحية ووفيات ما حول الولادة في الدول المتقدمة:

1.وفيات ما حول الولادة والإنتقال إلى الرخاء العالمي:

لقد أطلقت منظمة الأمم المتحدة للطفولة منذ 25 سنة شعار "ثورة بقاء الأطفال ونمائهم" بسبب الوضع الصحي المتدني لأطفال العالم النامي آنذاك للنهوض بصحة الطفل ويتمحور التركيز الحالي لمجتمع التطوير فيما يتعلق بصحة الأطفال والمواليد على هدف الألفية الإنمائي الرابع للتخفيض من وفيات لأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين بالوصول إلى سنة 2015.[1]

سجلت البلدان الصناعية والمتطورة في أوروبا مع قيام الثورة الصناعية انخفاضا كبيرا في الوفيات وتحسينا كبيرا في مجال الصحة حتى الفترة 1950(ما عدا إبان الحربين العالميتين) وحدث هذا الإنحفاض نتيجة ثلاث أسباب رئيسية:

-تحسين النظافة والوقاية الجسدية والنظافة الغذائية بالتحديد حيث بدأت بسترة الحليب بين 1980- 1990.

-محو الأمية وتعليم آباء المستقبل وبالتحديد أمهات المستقبل مع إدراج التعليم المجاني.

-ارتفاع الدخل والثروة الوطنيين.

بالإضافة إلى تحسين الظروف الصحية للأطفال وتوفير المعالجين والمراكز الصحية من مستوصفات ومستشفيات والنصائح التغذوية وساعدت متابعة الوزن في تحسين صحة الرضع الأقل من سنة، بالإضافة إلى متابعة الحمل والولادات وقد حدث تطور في الولادات بعد 1920 بالرغم من التخلي المتزايد عن الرضاعة الطبيعية، وقد شهد عقد التسعينات نموا سريعا في الإقتصاد العالمي ولا سيما في الإقتصادات الثرية بالفعل و الإقتصادات الناشئة، ويستفيد الأطفال من النمو الإقتصادي بطرق مختلفة فهو يولد الدخل والعمالة للوالدين ويقلل من خطر الإستغلال ويزيد من موارد الرعاية ويحسن

[1] نفس المرجع. ص1.

نوعيتها، أما النمو الإقتصادي الضعيف أو السلبي فهو يزيد من الفقر ويعرض حقوق ورفاه الطفل إلى الخطر وقد كان التطور الإقتصادي المحقق في الدول المتقدمة مرفوقا بتطور تيكنولوجي سريع، واتسع نطاق شبكات الإتصال والأنترنت والنقل فازدادت الحركات التجارية وازدادت الإتصالات بين الشعوب فتحققت التنمية المحلية والوطنية، فتماشى العالم لتحقيق الاتجاه المسمى "العولمة" هذا الإتجاه الذي لو تم توجيهه بإحكام لعاد على الأطفال بفوائد جمة ليس فقط في الجانب الإقتصادي وتحقيق الثروة بل أيضا في الجانب الإجتماعي والسوسيو ديموغرافي مثل التفاوتات التي ظهرت بالنسبة لوفيات المواليد وسوء تغذية الأطفال.[1]

وحتى منتصف التسعينيات كان يتم الحصول على البيانات لوفيات الأطفال للمواليد الجدد من البيانات التاريخية التقديرية، وفي عامي 1995 وعام 2000 ظهرت تقديرات أكثر دقة لوفيات الأطفال حديثي الولادة، كما توفرت البيانات من المسوحات المنزلية الموثقة، وأوضحت أن البيانات السابقة أساءت تقدير حجم المشكلة، وبداية من سنة 1990 جاء العالم بخطة دولية متمثلة في الأهداف الإنمائية للألفية الساعية إلى تحسين كل هذه الأوضاع وتحسين صحة الأطفال من خلال هدفها الرابع المتمثل في خفض وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات بمقدار الثلثين ما بين الفترة 1990–2015 في العالم النامي خاصة وبالفعل تمكن العالم من تحقيق جزء هام من هذه المرامي.

وقد سجل العالم في الفترة 1990–2013 انخفاضا في وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات نسبته49% حيث انتقل عدد وفيات هذه الفئة من 90 وفاة لكل 1000 ولادة حية إلى 46 وفاة لكل 1000 ولادة حية مع وتيرة عالمية سريعة للهبوط مثلت 1,2% سنويا بين 1990–1995 إلى 4% سنويا بين 2005 و2013 وتبقى هذه الوتيرة في الإنخفاض غير كافية لتحقيق الهدف الإنمائي الرابع الرامي إلى خفض هذه الوفيات

[1] الجمعية العامة للأمم المتحدة. (2001). **نحن الأطفال: استعراض نهاية العقد لمتابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل**. النسخة العربية، الدورة الإستثنائية السابعة والعشرون. نيويورك. ص 5.

بمقدار الثلثين عالميا، وانخفض العدد الإجمالي لوفيات المواليد الجديدة في الفترة 1990–2013 بنسبة 39% من 33% وإلى 20%.

2.وضعية وفيات الأطفال و ما حول الولادة في بعض الدول الأوروبية:

1. فرنسا: مثل معدل وفيات الأطفال فيها في سنوات 1900 كان 150 وفاة لكل 1000 ولادة حية وبغض النظر عن الحربين العالميتين فقد قد سجل هذا المعدل انخفاضا كبيرا وملحوظا حتى الفترة 1950 حيث انتقل من 150% إلى 50%، وحدث هذا الإنخفاض نتيجة للإصلاحات التي عمت جميع الميادين خاصة منها الصحية في هذه الفترة ففي مجال الصحة الغذائية أحدثت بسترة الحليب بها قفزة نوعية في الفترة بين 1980–1990 كغيرها من البلدان الأوروبية الصناعية في تلك الفترة كما أنها سنة تطبيق المواد الطبية المقررة للسكان (تطعيم، المضادات الحيوية وتحسين ظروف الولادة...)، ولقد وصلت في السنوات الأخيرة إلى تحسينات تقنية كبيرة في مجال التوليد وطب الأطفال للمواليد الجدد من جهة، وسجلت انخفاضا معتبرا لوفيات ما حول الولادة، وتعد فرنسا من البلدان التي توفر أقصى حد للعيش للمواليد الجدد، كما وصلت إلى توجيه جديد جد متطور في طب الأجنة[1].

تحتل فرنسا المرتبة 13 العالمية في وفيات الطفولة وقد بلغت الوفيات الكلية بها سنة 2004 1,8 بالألف 65%منها قبل السنة الأولى من عمر الرضع، و50%من هذه الأخيرة تحدث قبل 7 أيام، وتمثل وفيات الرضع الأقل من سنة 4,3% ووفيات المواليد الجدد 3,5%، بينما أعلى معدل لوفيات الرضع فتمثله وفيات ما حول الولادة بـ: 8,2% وهذه الأرقام سنة 2001. [2]

---

[1] Moulin, Maryse. **Le mort–né est–il considéré comme une personne humaine par les soignants de maternité**?. DEA. non publié. sans page.

[2] Dominique, Plantez. (Septembre 2004). **Mortalité et Morbidité Infantile (33a)**. non publié. France. récupérer du le site : www.ined.Fr /publication/fiches/PDF/fiche3.

و للمزيد من الإحصاءات إليك الجدول التالي:

جدول رقم (01): يوضح تطور معدلات وفيات الرضع والمواليد الجديدة في فرنسا بين 1960-2000:

السنة	1960	1970	1980	1990	2000
وفيات الرضع	27	18	10	7	5
وفيات ما حول الولادة	31	23	13	8	5

Source : Dominique, Plantez. (Septembre 2004). **Mortalité et Morbidité Infantile (33a)**. France.

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أنه بين 1960 و 2000 انتقلت وفيات الرضع الأقل من سنة من العمر من 1000/27 ولادة حية إلى 1000/4,7 ولادة حية ويرجع الانخفاض في وفيات الرضع إلى الإنخفاض في وفيات الفئتين المنتميتين لها من مواليد جديدة وبعد الجديدة والسبب الرئيسي لهذا الهبوط هو الإنخفاض الملحوظ في وفيات ما حول الولادة من 1000/31 ولادة حية سنة 1960 إلى 1000/5 ولادة حية سنة 2000 وهذا بفضل الاهتمام برعاية الأم الصحية أثناء الحمل وبعد الولادة في المصالح الصحية للمواليد الجدد خاصة مع بداية سنوات 1970 مع وضع مخطط الولادات الجديدة 1971 و1994، مع إصدار القضاء على الأمراض التعفنية والمعدية والإلتهابات بفضل الخضوع للطب الجديد من مضادات حيوية وتلقيحات.[1] وقد استمرت هذه المعدلات في الإنخفاض بفرنسا خاصة بعد بداية العمل بمرسوم مواليد ما حول الولادة لسنة 1998 الذي حقق تطور في العلاج وزيادة في الإقبال على رعاية الأم والطفل الصحية كما أدى إلى خفض مراضيه ووفيات الأم والطفل.

www.bmlweb.org /pédiatrie decret perinatalité.html

[1]Ibid. sans page.

ومثلت الولادات الميتة سنة 2001 بفرنسا 3741 ولادة ميتة، أما الأطفال الذين عانوا من انخفاض الوزن عند الولادة فمثلوا بين 2000 و2007 ما نسبته 7%وشملت التحصينات التي تقدم في البرنامج العادي للحكومة 100%وهذا سنة 2007[1].

والولادات التي تمت تحت إشراف كادر صحي ماهر مختص في فرنسا فبلغت 99% في الفترة ما بين 2000–2007.[2]

وبلغ الإقبال على الرعاية الصحية للحمل بمعدل زيارة واحدة على الأقل 100% بين 2000 و2006، كما بلغ العمر المتوقع للحياة عند الولادة بفرنسا81 سنة عام 2008.[3]

2.السويد: لقد لحقت السويد بعد الثورتين الزراعية الصناعية وكذا بعد الحربين العالميتين والنقلة النوعية في الجانب العلمي الذي انبثق في الإكتشافات الصحية والتقدم الصحي كغيرها من البلدان الأوروبية بالعهد الإجتماعي والصحي الجديد فخفضت من وفياتها وحسنت من نوعية الخدمات الصحية بها، وتعتبر السويد من البلدان الأكثر تقدما على الإطلاق في الجانبين الإجتماعي والصحي فهي مثال للرفاه الإجتماعي والمعيشي والصحي الجيد والمتقدم نظرا لما توليه دولة السويد من اهتمام ورعاية لمجتمعها ومن دراسة لأدق مشاكله فقد وضعت سياسة لبرنامج مكافحة الوفيات وتوفير العلاج وتحسين مراكز الرعاية الصحية للأم والوليد بما فيها العمال الصحيين وأغلب هذه التحسينات في خدمات الأمومة والطفولة ويشكلون 85 بالمائة، ووضعت برنامجا للتأمين الإجتماعي الذي يتكفل بصحة الأم والمرأة بداية من سن 16 سنة لأن ثمار الاهتمام بالمرأة أم الغد هو أطفال في صحة جيدة، وقدرت وفيات ما حول الولادة بها عام 1985 بـ:1,7%

[1] منظمة الأمم المتحدة للطفولة. (2009). **وضع الأطفال في العالم 2009**. جنيف. ص 125–26.

[2] نفس المرجع، ص 146.

[3] منظمة الصحة العالمية. (2009). **الإحصاءات الصحية العالمية 2009**.نيويورك . ص 20.

وانخفضت هذه النسبة سنة 1990 إلى 6% واستمرت هذه النسبة بالانخفاض إلى أن بلغت في سنة 2000 إلى 2%.[1]

ومثل معدل وفيات الأجنة بها سنة 2003 ما يقارب 6%[2]، كما مثل الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن عند الولادة بين سنتي 2000–2006 ما نسبتها 4% فقط[3].

3.فنلندا: من البلدان الأكثر تطورا في مجال الصحة كغيرها من البلدان الأوروبية الصناعية، والوضعية الصحية بها مشابهة لتلك في السويد وقد بلغت وفيات ما حول الولادة بها حسب إحصاءات طب الأطفال 2011 ما قيمته 2% .

4.ألمانيا: بلغت وفيات الأطفال ما دون 5 سنوات في 2007 بها 4% وقد بلغت وفيات ما حول الولادة بها حسب إحصاءات طب الأطفال لسنة 2011 ما قيمته 2,6%

5.روسيا: بلغت وفيات الأطفال ما دون 5 سنوات في 2007 بها 12%، وفي

6.إيطاليا: بلغت وفيات الأطفال ما دون 5 سنوات في 2007 بها 4% وقد بلغت وفيات ما حول الولادة بها حسب إحصاءات طب الأطفال سنة 2011 ما قيمته 3,7% ،

7.إسبانيا: بلغت وفيات الأطفال ما دون 5 سنوات في 2007 بها 4% وقد بلغت وفيات ما حول الولادة بها حسب إحصاءات طب الأطفال 2011 ما قيمته 2,7%[4]،

8.الدانمارك: بلغت وفيات ما حول الولادة بها حسب إحصاءات طب الأطفال 2011 ما قيمته 3,7%، وسجل 5% من الأطفال الذين عانوا من نقص الوزن عند الولادة بين 2000 و2006 دليل على مدى التطور الصحي في هذا البلد.

---

[1] منظمة الأمم المتحدة للطفولة. **وضع الأطفال في العالم 2008**. مرجع سابق. ص 116.

[2] المنظمة العالمية للطفولة. **وضع الأطفال في العالم 2009**، مرجع سابق، ص 145.

[3] نفس المرجع. ص124.

[4] Bernard, Branger.(2011) . **Mesures de la santé de l'enfant.** indicateurs de mortalité, réseau de santé périnatale des pays de la loire, rue de la loire. Non publié. p 39.

9.الولايات المتحدة الأمريكية: تحتل الولايات المتحدة الأمريكية المرتبة 49 عالميا في وفيات الأطفال، وهذا يرجع إلى أن قسما من المجتمع الأمريكي وهم اسودوا البشرة المسمون"BLACK"يتميز بظروف صحية متدنية مما يؤثر على المستوى الصحي العام سلبا[1] بلغت وفيات الأطفال ما دون 5 سنوات في 2007 بها 8% .

10.كندا: تعتبر من البلدان الأكثر تطورا وتقدما في الصحة خاصة فيما يتعلق بصحة الأطفال والمواليد والأمومة فهي تسخر كافة الامكانيات المادية لهذا القطاع من مراكز أمومة وطفولة ومن اختصاصيين لرعاية المواليد وهذا نظرا لأنها تعاني من تهرم المجتمع فلديها نسبة عالية من الشيخوخة وبالعكس فتعاني من قلة الولادات حيث لا يفضل المجتمع الكندي انجاب الأطفال بالرغم من الدعم والمنح التي تقدمها لتشجيع الولادات وخفض الوفيات، لكن معدل الوفيات يختلف حسب الرفاه المعيشي والإقتصادي وحسب الدخل من فرد لآخر فقد انتقلت وفيات الطفولة في الأسر الفقيرة من 20% سنة 1971 إلى 9% سنة 1995، بينما انتقلت في الأسر الغنية من 10 بالألف في 1971 وانخفضت إلى أكثر من النصف سنة 1995 بـ: 4% بلغت وفيات الأطفال ما دون 5 سنوات في 2007 بها 6%[2].

11.اليابان: بالرغم من التطور والتقدم العلمي الكبير الذي يمتاز به هذا البلد إلا أن المعدلات الخاصة بالصحة والوفيات المتوفرة في اليابان جد صعبة للتحليل:

-عدد الأطفال نادر بالنسبة لأروبا ومعدل الولادات المسجل سنة 2010 هو 9,6%.

-الرعاية الطبية للأطفال توفرها الدولة مجانيا،

-المؤشرات الصحية في اليابان جد حسنة بصفة خاصة احتمال الحياة عند الولادة للنساء الذي يفوق 83 سنة من العمر،

[1] Ibid, p 27.

[2] Ibid. p 28.

وقد سجلت اليابان هبوطا كبيرا في وفيات الأطفال بين 1960 و1980 من 30% سنة 1960 إلى 10% في 1975 وما دون 5% سنة 1995 ووصلت إلى 4% سنة 2005[1]، وسجلت معدل وفيات الرضع ما دون سنة 4%[2].

12.أستراليا: بلغت وفيات الأطفال ما دون 5 سنوات في 2007 بها 4% وقد بلغت وفيات ما حول الولادة بها حسب إحصاءات طب الأطفال 2011 ما قيمته 2,5 %[3].

[1]Ibid, p28.

[2] Dominique, Plantaz. op.cit. p2.

[3] Bernard ,Branger. op.cit. p39.

3. وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات في الدول الأوروبية في ظل الأهداف الإنمائية للألفية:

جدول رقم (2): يوضح التطورات في صحة الأطفال و وفياتهم على مستوى بعض الدول المتقدمة في إطار تحقيق الهدف الإنمائي الرابع للألفية.

البلد	معدل وفيات الأقل من 5 سنوات		معدل وفيات الأقل من 1 سنة		معدل وفيات المواليد الجدد 2015	أمل الحياة عند الولادة 2015	لانخفاض% معدل وفيات الأقل من 5 سنوات بين 2013_1990 (67%)*
	1990	2015	1990	2015			
فرنسا	9	4	7	4	2	82	56
السويد	7	3	6	2	2	82	57
فرلندا	7	2	6	2	1	81	57
ألمانيا	9	4	7	3	2	81	56
روسيا	26	10	22	8	5	100	62
ابريطانيا	9	4	8	4	2	81	44
إيطاليا	10	4	8	3	2	83	60
إسبانيا	11	4	9	4	3	100	64
الدانمارك	9	4	7	3	3	-	56
و.م.أ	11	7	9	6	4	-	36
كندا	8	5	7	4	3	-	38
اليابان	6	3	5	2	1	84	50
أستراليا	9	4	3	8	2	83	56

Source:UNICEF.(2016).**La situation des enfants dans le monde 2016**. New York. p p 119,120.

*Organisation mondiale de la santé**. (2015).Statestiques sannitaires mondiales 2015.** Genève Suisse 2015, pp 26-34.

المبحث الثاني: الوضعية الصحية ووفيات ما حول الولادة في البلدان النامية:

1الوضعية الصحية للأطفال في البلدان النامية:

يتوفى يوميا 36000 طفل دون سن الخامسة في العالم، وغالبا لأسباب يمكن الوقاية منها ويعيش معظم هؤلاء الأطفال في الدول النامية وبالتحديد في 60 دولة نامية ومعظم هؤلاء الأطفال يموتون في الشهر الأول من حياتهم، وأكبر أسباب وفيات الرضع دون سن الخامسة وفيات ما حول الولادة أين يكون الطفل مفتقدا للمناعة الجيدة وأكثر تأثرا بالأعراض الخارجية، ويموت معظمهم في البيت لعدم إخضاعهم إلى الرعاية الصحية اللازمة، إما بسبب الإلتهابات الحادة أو الإسهالات الشديدة أو لأمراض الطفولة المبكرة كالحصبة.

تحاول المنظمات الدولية المهتمة بصحة الأمومة والطفولة الإهتمام أكثر بإفريقيا وآسيا لتسريع عجلة التقدم بعما لأنهما تمثلان التحدي الأكبر لبقاء الأمهات والمواليد الجديدة على قيد الحياة وهما تشكلان معا 95% من وفيات الأمهات و90% من وفيات المواليد الجديدة، وتشكل الهند ونيجيريا ثلث وفيات الأمهات في العالم وتم الإتفاق في 2008 بين كل من اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية والبنك الدولي وصندوق الأمم المتحدة للسكان على العمل يدا بيد لمساعدة الدول الخمسة والعشرين التي تعاني من أعلى معدلات وفيات الأمهات والمواليد الجدد.[1]

وتشكل الفجوة بين الدول الصناعية والدول النامية في مجال صحة الأم والطفل مشكلة أكبر مما هي عليه في أي مسألة أخرى وهذا ما توضحه جليا الأرقام ففي سنة 2005 مثلت مخاطرة الأمهات اللاتي يعشن في الدول النامية فيما يتعلق بالوفاة لظروف متعلقة بالولادة 300 مرة ضعفها بالنسبة للاتي يعشن في المناطق الصناعية فلا يوجد فجوة أكبر من هذه في أي نوع من الوفيات ولهذا تسمى "الفجوة الصحية العظمى في العالم"،

[1] منظمة الأمم المتحدة للطفولة. **وضع الأطفال في العالم 2009**. مرجع سابق. ص 1.

كما يمثل تعرض طفل للوفاة في 28 يوما الأولى من حياته في الدول الأقل نموا أكبر 14 مرة منها في الدول الصناعية، وأعلى معدلات هذه الوفيات تشهدها منطقتا أفريقيا جنوب الصحراء وجنوب آسيا[1]

كانت أرقام وفيات المواليد الجديدة تؤخذ من بيانات تاريخية إلى غاية منتصف عقد التسعينات أين ظهرت مصادر للبيانات جديرة بالثقة أكثر كالمسوحات الديموغرافية الأسرية، ولم توفر الدول النامية إمكانيات كافية للأمومة والطفولة مما يتعذر على الأسر الفقيرة الوصول إلى خدمات مراكز الرعاية الصحية خاصة في المناطق الريفية.

2.وضعية وفيات الأطفال وما حول الولادة في بعض البلدان النامية:

1.نيجيريا:

لا تزال تعاني من ارتفاع معدل وفيات الرضع والمواليد الجديدة لأسباب متعلقة بالفقر وتدهور الأوضاع الصحية وتدني المستوى التعليمي للأمهات وبدأت الحكومة بالتصدي لكل هذا بداية من عام 2007 بتطبيق استراتيجية وطنية متكاملة تعنى بصحة الأمهات والمواليد الجديدة بتقديم حزمة من التدعيمات المؤثرة كالمكملات الغذائية واللقاحات والناموسيات المزودة بالمبيدات الحشرية لمقاومة البعوض وسبل الوقاية من انتقال فيروس نقص المناعة، ويتم تنفيذ هذه الإستراتيجية على ثلاث مراحل مدة كل مرحلة ثلاثة سنوات[2]:

المرحلة الأولى(2007-2009):

يتم التركيز فيها على معرفة المعوقات ومحاولة قهرها بتقديم حزمة المساعدات والتدعيمات في مجال رعاية الصحة وتوفير الأعوان الصحيين.

[1] نفس المرجع ص 3.

[2] نفس المرجع. ص 21.

المرحلة الثانية(2010-2012) والمرحلة الثالثة(2013-2015):

تهدفان لأنشاء بنية صحية تحتية، بالإضافة لخطة التأمين الصحي لدمج القطاعين العام والخاص بالإضافة إلى إقرار مشروع القانون الوطني للصحة الذي سيعود بتحسين الظروف الصحية بنيجيريا.

2.سيري لانكا:

تعتبر مثالا لمحاولات التحسين فبالرغم من فقرها حيث أن نصيب الفرد من الدخل الإجمالي السنوي لا يصل 1500 دولار أمريكي ومع تعرضها لأزمة الدمار والمد البحري للمحيط الهندي لتسونامي إلا أنها تسير بإرادة على خطط التنمية وتوفر التعليم وخدمات الرعاية الصحية للأم والوليد، وتحدث 98% من حالات الولادة في المستشفيات حسب إحصاءات سنة 2005، أما الإقبال على الرعاية الصحية للحمل لمرة واحدة على الأقل وإشراف عون صحي مختص على الولادة في نفس السنة فنسبتهما 99 %، وإنخفض معدل الوفيات الأقل من 5 سنوات من 32% في 1990 إلى 21% في 2007، وبلغت وفيات المواليد الجديدة في 2004 معدل 8 بالألف[1].

3.جمهورية إفريقيا الوسطى:

تعتبر من الدول الأقل دخلا بلغ نصيب الفرد من الدخل القومي الإجمالي بها 360 دولارا أمريكيٍ في 2007، وقد عانت من النزاع طوال عهدها حيث تتعارك مجموعات المتمردين مع المجموعات الحكومية وأكثر أقاليمها المعنية من النزاع تقع شمال شرق وشمال غرب البلاد مما نتج عنه نزوح جماهيري كبير أثر إلى جانب الفقر على البنى التحتية للبلاد مثل الرعاية الصحية خاصة للأمهات والمواليد الجديد حيث لا يزال بقاؤهم على قيد الحياة في خطر، ومعدل وفيات المواليد الجديدة 52% في 2004 ومن أهم أسبابها بعض الأمراض كالكزاز الذي يصيب المجموعات الأكثر فقرا والتي

[1] نفس المرجع. ص 21.

تسود فيها ممارسات توليدية غير صحيحة تفتقر للقاحات الأمهات والمواليد الجديدة، وتلد 53 فقط %من الأمهات فقط على يد عون صحي متخصص[1].

ولأجل كل هذا أطلقت وزارة الصحة بالتعاون مع منظمات دولية برنامجا لبقاء الأمهات والمواليد الجدد على قيد الحياة عام 2008 وهدفت في المرحلة الأولى إلى تعميم التحصين بنسبة 100000 امرأة من الكزاز وتهدف ثانيا للوصول إلى 1,5 مليون طفل وامرأة محصنين في جميع أنحاء البلاد، ويتم الإقبال على الرعاية للحمل بمعدل زيارة واحدة على الأقل بنسبة 69%، وتتم الولادات تحت إشراف أعوان الصحة المهرة بنسبة 54%للفترة ما بين سنتي 2000-2006، وبلغ في سنة 2004 معدل وفيات حديثي الولادة 25%[2]

ولا تزال الأوضاع الصحية في تدني منذ 1990 أين بلغ العمر المتوقع عند الولادة 52 سنة وانخفض إلى 48 سنة في 2000 وبقي مستقرا بعد هذه الفترة حتى سنة 2007 بـ: 48 سنة[3]

4.جمهورية تنزانيا المتحدة:

أدى ترتيب الأولويات للتدخل وتحسينها في مجال الرعاية الصحية وتوفير الأدوية للأمهات والأطفال لمنع انتقال العدوى ومن تحسين ظروفهم الصحية[4]

5.البيرو:

وهي من الدول ذات الدخل المتوسط إلى المنخفض، وعلى غرار دول أمريكا اللاتينية فهي تعاني الأسباب العرقية والجغرافية والفقر المدقع التي تحاول معالجتها

[1] نفس المرجع. ص 99.

[2] نفس المرجع. ص 118.

[3] منظمة الصحة العالمية. **الإحصاءات الصحية العالمية_2009، مرجع سابق**. ص 63.

[4] نفس المرجع. ص 29.

لتحسين صحة الأم والمواليد الجديدة، وأعدت وزارة الصحة بها بالتعاون مع مكتب اليونيسف مشروعا لصحة الأمهات من خلال إقامة بيوت انتظار للأمهات الحوامل لتفادي صعوبة التنقل للمراكز الصحية أثناء الولادة وكذلك توفير الخدمات الصحية المواتية للأم والطفل وتبنته الوزارة في 2004 كسياسة للنهوض بصحة المواليد الجدد.[1]

وخفضت من وفيات الطفولة الأقل من 5 سنوات بين 1990–2007 بنسبة 74 بالمائة وأشرف الأعوان الصحيون عام 2000 على 20 بالمائة فقط من الولادات في المناطق الريفية، بينما أشرفوا على 69 بالمائة منها في الناطق الحضرية، وتعطى المقاطعات الأشد فقرا الأولوية في تقديم اللقاحات ولا يتم توزيعها في المقاطعات الأخرى إلا بعد إشباع المناطق الأولى كليا بها.[2]

6.بنغلاداش:

تم نشر استراتيجية الإدارة المتكاملة لأمراض الطفولة بصورة منتظمة بداية بالمناطق الفقيرة بها وهو نفس البرنامج المستخدم في البرازيل.

8.أفغانستان:

تقع هذه الأخيرة في إقليم جنوب آسيا المعروف ببداءته في المجال الصحي وسوء الظروف الصحية والمعيشية، ولقد عانى البلد من النزاع المسلح الذي أودى بالأوضاع الصحية أكثر إلى الهاوية، خاصة الإفتقار إلى خدمات الرعاية الصحية فقد وصلت وفيات الأمهات الأفغانيات إلى 1800 وفاة لكل 100000 ولادة حية وهذا عام 2005. وتواجه الأمهات خطر الوفاة مدى الحياة لأسباب تتعلق بالحمل والولادة

[1] نفس المرجع. ص 42.

[2] نفس المرجع. ص 28.

وهي تحتل المرتبة الثانية في العالم بنسبة وفاة بين كل 8 نساء، وتشير التقديرات أن 9 نساء من عشرة يلدن أطفالهن في المنزل.[1]

وتحاول أفغانستان القضاء على مشكل نقص المراكز الصحية والكوادر الماهرة من خلال التركيز على رفع عدد القابلات، تتعاون حكومة أفغانستان مع الشركاء المحليين كاليونيسف لاستحداث السياسات اللازمة لتطوير مهنة القبالة وبرامج لتدريب القابلات وعددها بلغ 18 برنامجا في 2008 مما زاد عدد القابلات في هذه السنة والخدمات التوليدية مما رفع عدد الولادات على يد أعوان صحة مهرة هذه السنة من6% سنة 2003 إلى 19,9% سنة 2006.[2]

10.الهند:

تحاول الهند مؤخرا إحراز تطور مهم في صحة الأمهات والمواليد الجديدة على الصعيدين الإقليمي والدولي، وانخفضت الوفيات بها توافقا مع تقدمها الإقتصادي وارتفاع الناتج المحلي السنوي، فوفقا لأحدث التقديرات بلغ معدل وفيات الأمهات 450 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2005، بينما بلغ معدل وفيات المواليد الجدد39 وفاة لكل 1000 ولادة حية في 2004.[3]

وشددت حكومة الهند على توفير الرعاية الصحية الأساسية التي ينص الدستور على أنها جزء من السلطة القانونية للولايات وبدأت من 2000 نظام "الدعم الشمولي" لتوفير اللامركزية في خدمات بتوفير الرعاية الصحية للأمهات والنساء في المناطق الريفية والولايات المنعزلة، وأدمجت في بعض الولايات الخدمات الصحية الحكومية معها في المراكز الصحية للقطاع الخاص بدعم هذا الأخير ماديا لتحفيز نقص الأعوان

[1] نفس المرجع. ص 60.

[2] نفس المرجع. ص 60.

[3] نفس المرجع. ص 85.

الصحيين مهرة وأصدرت برامج في هذا المجال "برنامج لحياة طويلة" عام 2005، وقد بلغ معدل الولادات في 2006 ما يقارب 100000 ولادة بمعدل 540 ولادة لكل طبيب.[1]

ومعدل وفيات حديثي الولادة في 2004 39%[2] وبلغ الإقبال على الرعاية الصحية للحمل بين 2000–2006 74%.

جدول رقم (03): يبين نسبة الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن عند الولادة في بعض البلدان النامية:

البلد	النسبة المئوية للأطفال الذين يعانون من نقص الوزن عند الولادة
السنيغال	19
مالي	19
مصر	14
جمهورية إفريقيا الوسطى	13
جيبوتي	10

المصدر: اليونيسيف.(2007). **وضع الأطفال في العالم 2008**. جنيف . ص 106–108.

من خلال الجدول يتبين لنا أن مناطق جنوب شرق أسيا والبلدان المستقلة حديثا من شرق ووسط أوروبا وكذلك إفريقيا هم الأكثر إحصاءا لميلاد الأطفال بوزن منخفض سواءا بدرجة خطيرة أو متوسطة، ولا ريب في ذلك لأن هذه المناطق هي التي تعرف المستوى الاقتصادي والاجتماعي الأكثر تدهورا في العالم، حيث تشير التقديرات التي تم جمعها في الفترة ما بين 1995–2002 أن معدلات وفيات المواليد الجديدة في أي منطقة من مناطق الدول النامية تكون النسبة أعلى بحوالي 20–50% بالنسبة إلى 20% من

[1] نفس المرجع. ص 85.

[2] نفس المرجع. ص 118.

الأسر الأكثر فقرا مما هو الحال بالنسبة إلى الخمس الأغنى من الأسر[1]، ونحن نعرف الارتباط الوثيق بين الفقر وأمراض سوء التغذية، فالفقر دائما ما يؤدي بسوء تغذية الأم وطفلها، هذا من جهة، أما من جانب آخر فإن الإحصائيات تشير إلى أن 14,8 مليون طفل دون سن الخامسة في دول العالم النامي يعانون من نقص الوزن قياسا بأعمارهم، وتشكل إفريقيا واسيا مجتمعتين نسبة 93% منهم [2] .

جدول رقم (4): يوضح الإقبال النساء على الرعاية الصحية أثناء الحمل وإشراف عون صحي مختص على الولادة بين سنتي 2000-2007 في بعض البلدان النامية:

البلد	الإقبال على رعاية الحمل لمرة واحدة على الأقل(%)	إشراف عون صحي على الولادة (%)
السنيغال	87	52
غينيا	–	38
النيجر	46	33
الهند	74	47

المصدر: اليونيسيف. (2009).**وضع الأطفال في العالم 2009**. ص 20، 145.

نلاحظ من الجدول أن البلدان النامية تعاني من نقص في الإقبال على الرعاية الصحية أثناء الحمل وأن معظمها لا تصل فيه الولادات التي تتم على يد أعوان صحة حتى للنصف.

[1] اليونيسيف. **وضع الأطفال في العالم 2009. المرجع السابق.** ص16.

[2] نفس المرجع. ص 23.

جدول رقم (5): يوضح توقع الحياة عند الولادة في بعض البلدان النامية في الفترة 1990-2000-2007:

البلدان	توقع الحياة عند الولادة بسنوات العمر		
	1990	2000	2007
جمهورية إفريقيا الوسطى	52	48	48
السنيغال	41	49	53
تشاد	49	47	46
البرازيل	66	70	73
جيبوتي	52	55	56
جزر القمر	58	62	65

المصدر: المجلس العربي للطفولة والتمنية. (2006).« التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي» . **دليل تنمية الطفل العربي. العدد التاسع.** القاهرة: دار نوبار للطباعة. ص 120.

يبين الجدول انخفاض أمل الحياة عند الولادة في معظم الدول النامية وهذا دليل على تخلف هذه البلدان وللفقر وسوء الأوضاع الصحية وانتشار الأمراض والعادات التقليدية الضارة لمعالجتها في هذه المناطق .

3.وفيات الأطفال في البلدان النامية في ظل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية:

جدول رقم (6): يبين التطورات المسجلة على مستوى بعض البلدان النامية المذكورة فيما يتعلق بتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بوفيات الأطفال والمواليد الجدد.

البلد	معدل وفيات 5الأقل من سنوات		معدل وفيات سنة 1الأقل من		معدل وفيات المواليد الجدد 2015	أمل الحياة عند الولادة 2015	% الانخفاض معدل وفيات الأقل من5 سنوات بين 2013-1990 (67%)*
	1990	2015	1990	2015			
نيجيريا	9	4	7	4	2	82	45
إفريقيا الوسطى	7	2	6	2	1	81	21
تنزانيا المتحدة	9	4	7	3	2	81	69
البيرو	26	10	22	8	5	100	79
بنغلادش	9	4	8	4	2	81	72
أفغانستان	10	4	8	3	2	83	46
السودان	11	4	9	4	3	100	-
الهند	9	4	7	3	3	-	58
السنغال	11	7	9	6	4	-	61
مالي	8	5	7	4	3	-	52

Source: UNICEF.(2016).**La situation des enfants dans le monde 2016**. New York.p p 119,120.

المبحث الثالث: الوضعية الصحية للأطفال ووفيات ما حول الولادة في الوطن العربي:

يشكل الأطفال أكبر فئة في المجتمع العربي حيث يقرب عددهم في العديد من البلدان العربية نصف عدد السكان، لكنهم يعانون في كثير من المناطق من انتهاكهم لحقوقهم الإنسانية كالتغذوية والتعليمية وكذا يعيشون في نزاعات متكررة.

وتلتزم الدول العربية بالعمل على الحفاظ على حقوق الطفل بالإضافة لتوقيعها على الاتفاقيات العالمية حول ذلك فقد اعتمدت ميثاق حقوق الطفل العربي الذي تعترف فيه رسميا بحقوق الطفل وتحاول النهوض بحقوقه في كافة المجالات السياسية الإقتصادية والإجتماعية (توفير التعليم للأطفال شددت عليه خطة العمل العربية للطفولة بين 2000–2015) والصحية في قمة الجامعة العربية المنعقدة في مارس 2001 معولة على السير على خطى الأهداف الإنمائية للألفية لحماية الأطفال والتخفيض من وفياتهم.[1]

وقد حققت البلدان العربية تقدما في حقوق الأطفال في المجال الصحي حيث انخفضت معدلات وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات من 243 وفاة لكل 1000 ولادة حية في 1960 إلى 72%سنة 2002 ووفيات الرضع أقل من سنة من 156%سنة 1960 إلى 54%سنة 2002، ومعظم أسبابها في الوطن العربي نقص الوزن عند الولادة والإسهال والعدوى:

[1] مكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط و شمال إفريقيا. **الأطفال في العالم العربي**. بدون تاريخ. ص43.

1.وفيات الرضع في البلدان العربية:

يمكن تقسيم الدول العربية حسب المعدلات والخصائص في هذا المجال إلى ثلاث مجموعات نلخصها في الجدول التالي:

جدول رقم (7): يوضح وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي لعام 2002 ومكانتها بالنسبة لدول العالم.

طبيعة المجموعة	وفيات الرضع في العالم العربي (بالألف)	وفيات الرضع في العالم(2002)
مجموعة المعدل المنخفض	الإمارات 8–قطر 8,7 –الكويت 9–عمان 11–البحرين 13 –ليبيا 16–سوريا 18,1– تونس 21–السعودية 23 –مصر 24,5 – فلسطين 25–الأردن 27 – لبنان 28 – الجزائر 39 –المغرب 40 تضم 69,1%من سكان الوطن العربي	الدول الصناعية 5 بالألف
مجموعة المعدل المتوسط	اليمن 83–السودان 69–جزر القمر 54 تضم من بلدان الوطن العربي 17,9%	باقي دول العالم 56 بالألف
مجموعة المعدل المرتفع	الصومال 133–موريتانيا 120–جيبوتي 120–العراق 107,9 تضم 13 بالمائة من سكان الوطن العربي	الدول الآخذة في النمو 62 بالألف

المصدر: المجلس العربي للطفولة والتمنية. (2006).« التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي» . **دليل تنمية الطفل العربي. العدد التاسع.** القاهرة: دار نوبار للطباعة. ص 41.

ونلاحظ من خلال الجدول أن معظم الدول العربية حققت انخفاضا في معدل الوفيات وتحسينا كبيرا في الظروف الصحية في السنوات الأخيرة بفضل:

استثمار النفط وتحسن أسعاره، التقدم الطبي في معالجة أمراض الأطفال والحوامل وتحسين ظروف رعايتهم

أما بالنسبة لمجموعة المعدل المرتفع فهذا راجع لكونها تعاني من عدم الاستقرار السياسي والنزاع المسلح وظروف الحروب والإضطرابات الداخلية والجفاف وشح الموارد

الغذائية الغنية والنظيفة والعادات الصحية الضارة التي تودي بالأوضاع الصحية للسكان إلى الهلاك.

2.سوء التغذية وانخفاض الوزن عند الولادة في الوطن العربي:

و يمكن تقسيم الوطن العربي وفقا للمعاناة الأطفال من وزن منخفض عند الولادة وفقا للمجموعات التالية:

جدول رقم (8): يبين الأطفال الذين يعانون من وزن منخفض عند الولادة سنة 2002:

طبيعة المجموعة	وفيات الرضع في العالم العربي (بالألف)	وفيات الرضع في العالم
مجموعة المعدل المنخفض	سوريا 3,5–الإمارات 5––الكويت 6–لبنان7 – الجزائر7 –تونس 7–جزر القمر7 – البحرين8–العراق 8–فلسطين 9,6– قطر9,9–الأردن10 –السعودية 11 – مصر11 –ا ليبيا 12–لصومال 15ا تضم 69,1%من سكان الوطن العربي	الدول الصناعية 7 مواليد
مجموعة المعدل المتوسط		باقي دول العالم 16 مولودا
مجموعة المعدل المرتفع	السودان 31–موريتانيا 32–المغرب 42	الدول الآخذة في النمو 77 مولودا

المصدر: المجلس العربي للطفولة والتمنية. (2006).« التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي » . **دليل تنمية الطفل العربي. العدد التاسع**. القاهرة: دار نوبار للطباعة. ص 45.

وتبين هذه الإحصاءات ارتفاع نسبة الاطفال ناقصي الوزن عند الولادة حتى في دول الدخل المرتفع مثل قطر والإمارات والسعودية (مع أنها كانت أقل البلدان معاناة من وفيات الرضع) مما يوضح أن التقدم الغذائي غير مرفوق دائما بتحسن الوضع الغذائي) الإقبال على الرعاية الصحية للحمل والولادة:

يختلف إقبال الأمهات في الوطن العربي من دولة لأخرى وهذا راجع لعدة أسباب مختلفة، ويبين هذا المؤشر صحة المواليد وتعرضهم للمخاطر المرض وعموما يمكن تقسيم وضع الرعاية الصحية للحوامل في العالم العربي إلى المجموعات التالية:

جدول رقم (9): يبين النسبة المئوية الحوامل المقبلات على الرعاية الصحية للحمل والولادة سنة 2002.

طبيعة المجموعة	الوطن العربي الوحدة (نسبة مئوية)		العالم الوحدة (نسبة مئوية)	
	الرعاية الصحية أثناء الحمل	ولادة تحت إشراف صحي	الرعاية الصحية أثناء الحمل	ولادة تحت إشراف صحي
مجموعة تأمين الرعاية مرتفع 80%	الأردن 93–إمارات96–بحرين98–تونس 90–الجزائر 92–سعودية 91	الأردن 96–عمان96–إمارات–بحرين 97–تونس 92–سعودية 90	دول صناعية 99	دول صناعية 100
مجموعة تأمين الرعاية متواضع 65%	عراق 62–مصر 68,6–المغرب 61,6	سودان 60–سوريا 71–عراق 77	باقي دول العالم 58	باقي دول العالم 70
مجموعة تأمين الرعاية ناقص35%	صومال 32–يمن 22	يمن 34–صومال 32	دول نامية 55	دول نامية 69

المصدر: المجلس العربي للطفولة والتمنية. (2006).« التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي » . **دليل تنمية الطفل العربي. العدد التاسع**. القاهرة: دار نوبار للطباعة. ص 45.

وتبين هذه الإحصاءات ارتفاعها في بعض الدول التي تتميز بتلق رعاية كافي وشروط صحية جيدة وأخرى غير كافية ووضعية سيئة تدعو للقلق وهذه الأخيرة تنحصر في دول تعاني من مخاطر الحروب كالصومال والعراق وأخرى تعاني الفقر كمصر المغرب وموريتانيا واليمن[1].

[1] المجلس العربي للطفولة والتمنية. (2006).« التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي » . **دليل تنمية الطفل العربي. العدد التاسع**. القاهرة: دار نوبار للطباعة. ص 113.

3.وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات في الوطن العربي في ظل الأهداف الإنمائية للألفية:

جدول رقم (10): التطورات في صحة الأطفال و وفياتهم على مستوى بعض البلدان العربية في إطار تحقيق الهدف الإنمائي الرابع للألفية

البلد	معدل وفيات الأقل من 5 سنوات		معدل وفيات الأقل من سنة 1		معدل وفيات المواليد الجدد 2015	أمل الحياة عند الولادة 2015	لانخفاض معدل % 5وفيات الأقل من سنوات بين 1990-2013(67%)*
	1990	2015	1990	2015			
الجزائر	47	26	40	22	16	75	47
العربية السعودية	44	15	36	15	8	74	64
البحرين	23	6	20	5	1	77	74
مصر	86	24	63	20	13	72	74
الإمارات	17	7	14	6	4	90x	53
العراق	54	32	42	27	18	70	36
الأردن	37	18	17	30	15	74	49
الصومال	180	137	108	85	40	56	19
لبنان	33	8	8	27	7	80	72
ليبيا	42	13	36	11	7	72	64
المغرب	80	28	63	24	18	74	63
عمان	39	12	10	32	10	77	72
سوريا	37	13	30	11	7	70	59

Source: UNICEF. (2016). **La situation des enfants dans le monde 2016**. New York. p p 119-120.

خلاصة:

سجلت البلدان المتقدمة قفزة نوعية في مجال صحة الأطفال الرضع و ما حول الولادة و استطاعت أن تقظي بصفة كبيرة على مشكل وفياتهم، أما البلدان النامية بما فيها العربية فبالرغم من التحسن الذي وصلت إليه إلا أن النتائج بينت أن وفيات الأطفال الرضع لا تزال مرتفعة، و لمعرفة مستوى وفيات الرضع و ما حول الولادة في الجزائر سنستعرض في الفصل الموالي الوضعية الصحية للأمهات و وفيات الأطفال وما حول الولادة في الجزائر.

الفصل الثالث:

الوضعية الصحية للأم

ووفيات الأطفال في الجزائر

الفصل الثالث: الوضعية الصحية للأم ووفيات الأطفال في الجزائر

المبحث الأول: الوضعية الصحية للأم ورعاية الأمومة في الجزائر

المبحث الثاني: تنظيم النسل واستعمال وسائل منع الحمل في الجزائر

المبحث الثالث: وفيات الأطفال الرضع وما حول الولادة في الجزائر

تمهيد:

حاولت الجزائر منذ الإستقلال النهوض بصحة الأم والطفل عبر انتهاجها لسياسة صحية لرفع مستوى الخدمات خاصة على مستوى مؤسسات حماية الأمومة والطفولة، وقد قمنا بإعداد هذا الفصل لمعرفة المستوى الذي وصلت إليه صحة الأم والطفل ومستوى وفيات ما حول الولادة في الجزائر.

المبحث الأول: الوضعية الصحية للأم ورعاية الأمومة في الجزائر:

1. الأمراض النسائية في الجزائر:

هناك العديد من الأمراض التي تصيب الجهاز التناسلي للمرأة، باعتبار هذه الأخيرة تعيش فترات إنجابية عديدة مما تطرأ عدة حالات على جهازها التناسلي، ومن بين هذه الحالات حالات الأمراض المتعلقة بالإنجاب ونذكر منها أعراض هبوط الرحم والتهاب عنقه والسرطانات النسائية والأمراض المتعلقة بالدورة الشهرية.

1.1.1. هبوط الرحم: وقد بين المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002، أنّ أعراض هبوط الرحم قد مست 6,5% من مجمل السيدات غير العازبات في سن الإنجاب (5,7% في الحضر و7,7% في الريف)[1]. وترتفع هذه النسبة مع ارتفاع عدد المواليد الأحياء وارتفاع المستوى التعليمي.

كما تتعرض الأعضاء التناسلية للمرأة لعدة أمراض والتهابات منها:

2.1.1. الطفح التناسلي L'érpéses général: تتعرض المرأة لهذه الإصابة في حوالي سن 26 سنة حيث يصاب عنق الرحم بالتهاب في الجهاز التناسلي وبالضبط في عنق الرحم يسبب خروج طفح مما ينتج عنه إفرازات وحروق ويتميز هذا المرض بتكاثره وقد ينتقل إلى المنطقة الفرجية والمهبل، كما ينتقل هذا المرض عبر الإتصال الجنسي.[2]

3.1.1.التهاب المهبلInfection vaginale: ينتج عن الإصابة بمكروب أو مادة كيماوية تحدث إفرازات على شكل مادة بيضاء ويتسبب في حكة وحروق مع ألم خلال الاتصال الجنسي.

---

[1] المشروع العربي لصحة الأسرة. وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات. الديوان الوطني لإحصائيات. **مرجع سابق**. ص 147.

[2] (M) Mazeron et (F) Ferchal. (1982). **La primo-infection herpétique**. Edition technique . Paris. p 11.

4.1.1.سلس البول: لقد بين مسح صحة الأسرة سنة 2002 أنّ 8,5% من السيدات غير العازبات في سن الإنجاب تشتكين من سلس البول (8,3% في الحضر و8,8% في الريف).

5.1.1.السرطانات المتعلقة بالجهاز الإنجابي: يمثل الجدول الموالي مؤشرات حول السرطانات النسوية.

جدول رقم 11 : مؤشر السرطانات عند النساء في 1999 (سجل الجزائر)[1]

الموضع	المؤشر
الثدي	2,4
عنق الرحم	11,1
المبيض	3,8

المصدر: INPS

6.1.1.المشاكل المتعلقة بالدورة الشهرية: بين المسح الوطني حول صحة الأسرة لسنة 2002 أنّ 81% من السيدات في سن الإنجاب اللاتي عانين من إضطرابات في الدورة الشهرية تعاني من دورة شهرية غير منتظمة، 6,7% منهن يعانين ألاما حادة ومعقدة، 5,3% من نزيف بشكل غير معتاد وأنّ 48% منهم يعانين من نزيف دائم أكثر من 7 أيام، وتزداد هذه الأعراض لدى السيدات في أواخر مرحلة الإنجاب، أي الفئة (45-49 سنة)[2].

[1] Ministère de la santé et de la population.(7 avril 2002). **Etat de santé des algériennes et des algériens**. Algérie. P 27.

[2] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**. مرجع سابق. ص 152.

7.1.1. الإجهاض:

يتمثل في خروج الجنين من رحم الأم الحامل إلى الوسط الخارجي قبل موعد الولادة. وهو نوعان تلقائي ومتعمد.

ومن أسباب الإجهاض (التلقائي): الأمراض التي تصيب الأم إما المتعلقة بالإنجاب أو الأمراض المزمنة، اختلال في التوازن الهرموني، التسمم التعب والإجهاد والإنفعال.

لقد عرفت الجزائر ارتفاعا في نسبة الإجهاض بين سنوات 1986 و1992 و2002، حيث قدرت نسبة حالات الحمل غير المكملة بحوالي 7,26% من مجموع الحالات سنة 1986 و10% سنة 1992، وبلغت نسبة الإجهاض لمرة واحدة على الأقل 22% حسب نتائج المسح الوطني لصحة الأم والطفل لسنة 1992[1].

وارتفعت هذه النسبة إلى 23% حسب المسح الوطني لصحة الأسرة[2].

وقد فقدت حوالي 9,8% من مجمل النساء في سن الإنجاب (15-49 سنة) فقدن حملهن حسب مسح 1992 حول صحة الأم والطفل، بينما قدرت بنسبة 8,9% من مجمل حالات الحمل للنساء في سن الإنجاب سنة 2002[3].

8.1.1. العقم:

هناك نوعان من العقم، عقم كلي يتمثل في عدم المقدرة على الإنجاب وعقم مكتسب بسبب التقدم في السن أو بعده.

---

[1] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 1992** ص231.

[2] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**. ص 118.

[3] نفس المرجع. ص 118.

وبلغت نسبة العقم لدى النساء المتزوجات في سن الإنجاب 7% سنة 1992[1] من خلال المسح الوطني لصحة الأم والطفل و7,1% سنة 2002 من خلال المسح الوطني حول صحة الأسرة[2].

2. الأمراض المزمنة عند النساء في الجزائر:

حسب التحقيق الوطني العنقودي متعدد المؤشرات يعاني 14% من الجزائريين البالغين من العمر 15 سنة فما فوق من مرض مزمن واحد على الأقل وتمس هذه الأمراض النساء أكثر من الرجال.[3]

2.انتشار الأمراض المزمنة بين النساء في الجزائر:

1.2.الضغط الدموي:

تعاني 7,5% من النساء اللواتي يفوق سنهن 15 سنة في الجزائر من ارتفاع ضغط الدم سنة 2012 وتمثل هذه النسبة الضعف بالنسبة للرجال.[4] يحدث لنحو 5% من الحوامل غالبا ما تظهر بعد الأسبوع العشرين كما يمكن أن يكون مؤمن أين يتم اكتشافه قبل حدوث الحمل بنحو 20 أسبوعا، لذا تعنى الحوامل المصابات بارتفاع ضغط الدم بعناية صحية من نوع خاص لتجنب تعرضهن لمضاعفات خطيرة تؤثر على حياتهن وحياة أطفالهن كخطر انفصال المشيمة عن جدار الرحم أثناء الولادة، الأمر الذي قد يترتب عليه حدوث نزيف أو مضاعفات صحية خطيرة.

---

[1] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 1992**. ص 226.

[2] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002** ص 202 .

[3] Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière. **Enquête Nationale par Grappes à Indicateurs Multiples Mics4**. op. cit . p 233.

[4] Ibid. p 235.

وفي بعض الأحيان يؤدي ارتفاع الضغط المزمن أو المؤقت المرتبط بالحمل إلى حدوث ما يعرف بتسمم الحمل وهو يرافق ضغط الدم المرتفع ارتفاع نسبة البروتين في البول، وتؤدي هذه الحالة إلى مضاعفات صحية خطيرة قد تهدد حياة الأم والجنين معا.

2.2.السكري:

تعاني3% من النساء البالغات 15 سنة فما فوق من هذا المرض حسب التحقيق الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012 (mics 4).

وحسب نفس التحقيق فإن نسبة انتشار الأمراض المزمنة الأخرى بين هذه النساء في الجزائر تتوزع كما يلي:

أمراض القلب والدورة الدموية بنسبة 1%، مرض الربو بنسبة 1,4%، أمراض المفاصل بنسبة 1,7%، السعال المزمن 0,3%، أمراض السرطان بكل أنواعه 0,2%، ضعف الكلى 0,2%، الأمراض المزمنة الأخرى 2%.[1]

وقد بينت نتائج المسح أن جميع هذه الأمراض تنتشر أكثر في الوسط الحضري منه في الريفي، أما عن المستوى المعيشي فقد لوحظ أن أمراض القلب والدورة الدموية وضغط الدم والسكري تنتشر عند ذوى المستوى المعيشي المرتفع والعكس صحيح بالنسبة للأمراض المزمنة الأخرى كأمراض الربو والمفاصل التي تعتبر أمراض الفقراء باعتبار عدم توفر ظروف المسكن الملائم وعدم القدرة المادية لزيارة الطبيب والعلاج.

[1] Ibid. 235.

3.الرعاية الصحية والمتابعة الطبية للأمومة في الجزائر:

1.3.المتابعة الطبية للحمل:

يعرف الحمل حسب منظمة الصحة العالمية على أنه حمل المرأة للجنين في بطنها ويدوم ذلك حوالي 9 أشهر تقريباً، حيث تتعرض المرأة فيه إلى تغيرات خارجية وأخرى داخلية، وعلى صعيد آخر تعتبر الرعاية الطبية الجيدة أثناء الحمل من أفضل الآليات المخفضة لنسب وفيات الأمهات وكذا الأجنة والمواليد، وحسب تقارير منظمة الأمم المتحدة فهي لا تساهم في تخفيضها فقط بل في تخفيض وفيات حديثي الولادة أيضا، ومن المعروف أن حالة الحمل الجيدة أو السيئة مرتبطة بحالتها الصحية قبل وأثناء الحمل، أي هي ناتجة عن الحالة القبلية وسبب للحالة البعيدة للولادة، ولهذا توصي المنظمات الدولية والوطنية بالمراقبة والرعاية الصحية[1] .

وتهدف المراقبة قبل الولادة إلى:

- الكشف عن الأمراض المرتبطة بالحمل والتي تكون بها مضاعفات جراء الحمل ومعالجتها،
- البحث عن عوامل الخطر الطبي أو الخطر الناجم عن التوليد والذي يسبب أمراض ووفيات لدى الأمهات والأطفال قبل وبعد الولادة، تتم المتابعة قبل الولادة في مراكز رعاية الأمومة والطفولة وفي المصالح المتخصصة للمستشفيات وفي مراكز القطاع الخاص،
- الإستفادة من القابلات والأطباء الخواص،

[1] المشروع العربي لصحة الأسرة. (2010) . " صحة الأسرة العربية". **مجلة علمية متخصصة و محكمة. المجلد الثالث. العدد السابع.** القاهرة. ص 78.

وحسب المركز الدولي للطفولة فإنه للعلاج قبل الولادة دور في تخفيض نسبة وفيات الأمهات بـ: 50%[1]، حيث يموت سنويا ما يقدر بـ: 1400 امرأة جراء المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة، ويمكن الحد من المخاطر المتعلقة بالحمل إذا كانت المرأة تقوم بالفحص على الأقل 4 مرات خلال كل حمل من طرف عون صحي كفء بمعدل مرة فصليا، كما يوصى أن تتلقى مساعدة أثناء الوضع من طرف طبيب أو ممرضة أو قابلة. ويتعين متابعة حالة الأم الصحية 12ساعة بعد الوضع وكذا 6 أسابيع بعد الولادة.

وجاء في كتاب الإنقاذ بالمعرفة الذي وضعته منظمة اليونيسيف (من الصفحة 9-19) قواعد ذهبية وضعتها هذه الأخيرة لضمان الأمن للمرأة الحامل وتتمثل هذه القواعد في:

1-على كل امرأة أن تكون قادرة على معرفة إشارات الإنذار الخاصة بالحمل والولادة والاحتياط للاستفادة من المساعدة .

2-يستوجب على الشخص المؤهل فحص الأم المقبلة على الولادة على الأقل أربع مرات خلال الحمل ومساعدتها في الولادة.

3-تكون المرأة الحامل طول مدة الحمل في حاجة إلى وجبات طعام مغذية وكذا الراحة.

4-للتدخين والكحول والمخدرات والسموم تأثير هدام على الحوامل والأطفال.

5-سوء المعاملة ضد النساء أثناء الحمل له عواقب وخيمة على الحامل والطفل الذي تحمله.

6-تقل صعوبات الحمل والولادة عند المتعلمات وهن في صحة جيدة وتتلقين تغذية متوازنة .

7-يحق لكل النساء الاستفادة من العلاج الطبي خاصة أثناء الحمل والولادة[2].

---

[1] المجلس الوطني الاجتماعي والاقتصادي. المرجع السابق. ص 33.

[2] نفس المرجع. ص ص 10،11.

و نجد أن النساء اللواتي لم يستشرن طبيبا أثناء الحمل هن أكثر من يتعرضن لحوادث الأمهات بنسبة 60%.[1]

1.1.3.الشخص القائم بفحص الحامل:

استفادت 90,3% من النساء غير العازبات في سن الإنجاب في الجزائر من فحص طبي واحد على الأقل قبل الولادة سنة 2006، و89% منهن استفدن من هذا الفحص سنة 2009[2]، ثم 93% بين 2012-2013 وشكلت هذه النسبة الأخيرة 94% عند الحضريات و91% عند الريفيات[3]، ويم الفحص على يد طبيب متخصص أو من أعوان الشبه طبي.

جدول رقم (12): نسبة النساء اللاتي استفدن من فحص طبي أثناء الحمل عند عون صحي في الجزائر 2006.

العون الصحي	نسبة الاستفادة من الفحص الطبي %
عون صحي كفء	89.4
طبيب	76.4
قابلة	13

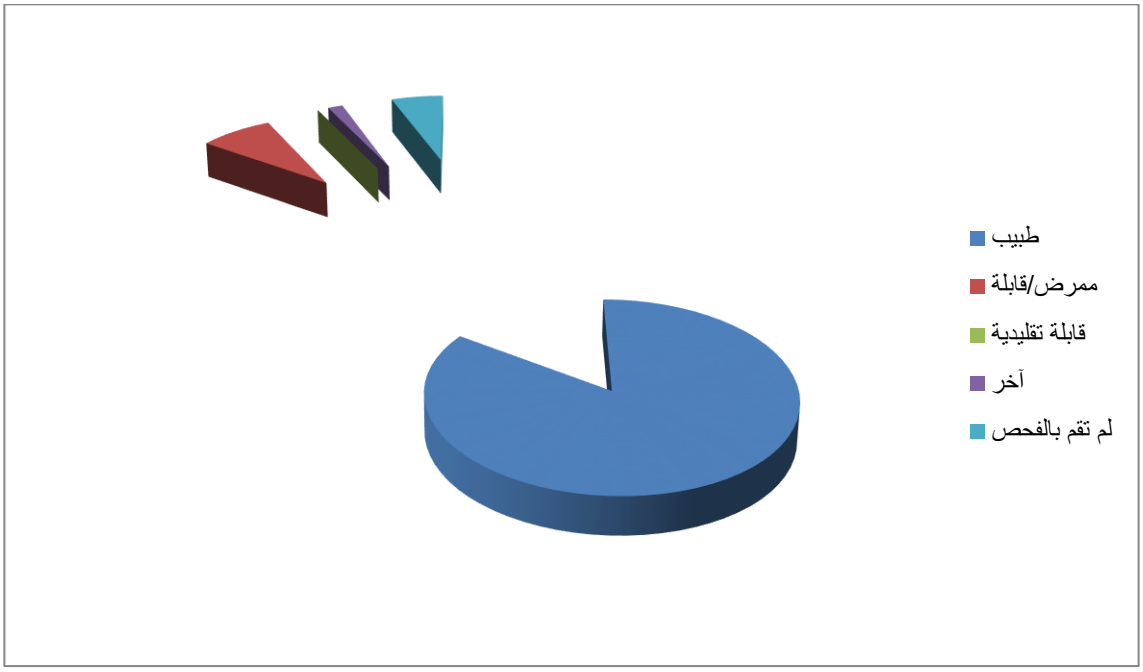
المصدر: : Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière **enquête national indicateurs multiples (MICS 3)** ,rapport principal, Algérie, 2008,p 23

[1] S, Cohen .et R, Goirand (1984). « La grossesse, l'accouchement les premiers jours ». **Fernand Nathan**. VI ème édition. Paris. p 47.

[2] منظمة الصحة العالمية. **الإحصاءات الصحية العالمية 2009**. المرجع السابق. ص20.

[3] Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière . **Enquête Nationale par Grappes à Indicateurs Multiples(Mics 4) . op.cit.** p 111.

شكل رقم(1): دائرة بيانية تمثل توزيع نسب الأمهات في الجزائر 2012-2013 حسب الشخص الذي قام بالفحص أثناء الحمل.



المصدر: Ministère de la santé et de la réforme hospitalière.(2015). **Enquête par Grappe à Indicateurs Multiples(Mics4) 2012-2013**. rapport final. Alger. p 136.

2.1.3.عدد مرات الكشف:

توصي المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف بأن تقوم الحامل بأربع زيارات على الأقل للطبيب كما ذكرنا آنفا يتم التركيز فيها إجباريا على فحص ما يلي:

.قياس ضغط الدم،

- القيام باختبار البول،
- القيام باختبار الدم للتحري عن فقر الدم الشديد،
- قياس الوزن (اختياري)[1].

[1] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière . **Enquête Nationale par Grappes à Indicateurs Multiples(Mics4)**. op. cit . p 135.

لقد أظهرت نتائج البحث العنقودي متعدد المؤشرات 2012-2013 أن معظم النساء الغير عازبات في الجزائر اللواتي أنجبن على الأقل طفلا خلال السنتين السابقتين للمسح قمن بأربع زيارات على الأقل للطبيب أثناء هذا الحمل بنسبة 67,3% وتتغير هذه النسبة حسب التغير في المستوى التعليمي حيث تمثل 85,7% عند الجامعيات وتنخفض إلى 48% عند الأميات كما تتغير حسب تغير المستوى المعيشي للأسر فترتفع عند الطبقة الأكثر رفاهية بنسبة 82% وتنخفض عند الطبقة الأكثر فقرا إلى 54%.[1]

وقد بلغت نسبة الأمهات اللواتي أقبلن على متابعة الحمل بمعدل زيارة واحدة للفحص على الأقل سنة 2015 في الجزائر 93%.[2]

جدول رقم(13): نسبة الأمهات اللاتي قمن بالمتابعة الصحية لحملهن الأخير حسب مؤشرات جودتها في الجزائر.

	مؤشرات الجودة		
	فحص مبكر	عند طبيب	4 مرات فأكثر
نسبة الأمهات%	74,8	50,2	48,4

المصدر: المشروع العربي لصحة الأسرة: **صحة الأسرة العربية والسكان**، بحوث ودراسات، دورية علمية متخصصة محكمة، المجلد الثالث العدد السابع، يناير 2010،ص 79.

2.3. ظروف الولادة:

تشير الدراسات والبحوث أن الدول العربية تتقدم نحو تحقيق نسب عالية من الولادة بالمراكز الصحية أو تحت إشراف كادر طبي مؤهل.

[1] Ibid. p 135.

[2] Organisation Mondiale de la Santé.(2015). **Statistiques sanitaires mondiales 2015**. New york. p 24.

توجه الأمهات في نهاية الحمل إلى مراكز الولادة التي تقوم مراكز التوليد العمومية والخاصة بها بعمليات التوليد في حالات الحمل العادية، ومن المعلوم إن الولادة العادية يمكن أن تتحول إلى ولادة خطيرة بسبب مضاعفات غير متوقعة، فتوجه حالات الحمل إلى مراكز استشفائية جامعية ومزودة بالمؤهلات البشرية والمادية[1].

3 .1.2.الشخص المشرف على الولادة:

إنّ نسبة النساء اللاتي يلدن في وسط مستفيد من مساعدة في الجزائر قدرت بـ: 40% سنة 1980 و76% سنة1992 (86% في المناطق الحضرية (90% في ولاية الجزائر) و68% في المناطق الريفية) وقد بلغت نسبة الولادة بالمراكز الصحية تحت إشراف كادر صحي مؤهل في الجزائر 77% حسب التحقيق الوطني حول صحة الأسرة لسنة2002[2]، لتصل إلى حوالي 95,3% سنة 2006، وارتفعت هذه النسبة سنة 2012-2013 إلى 97% منها 98% عند الحضريات و95% عند الريفيات وهذه النسبة تشغرها شبه كليا الأمهات ذوات المستوى التعليمي العالي واللاتي ينتمين إلى الأسر الغنية بنسبة 99%.[3]

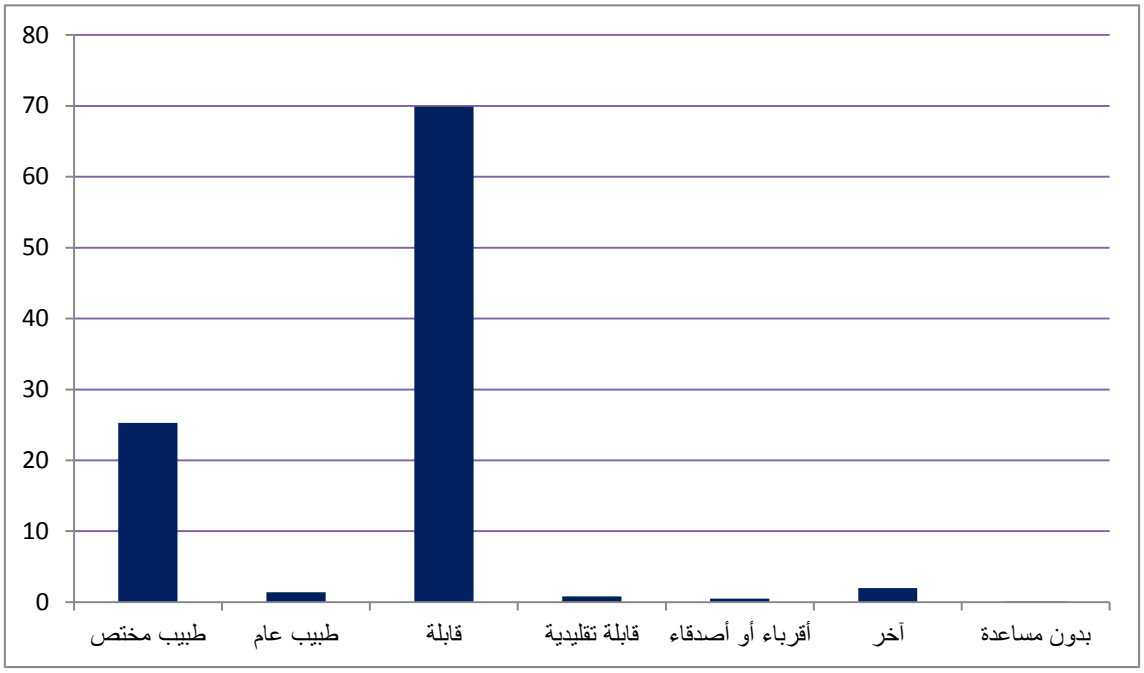
---

[1] المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي. المرجع السابق. ص38

[2] المشروع العربي لصحة الأسرة. **صحة الأسرة العربية و السكان**. المرجع السابق. ص83.

[3] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière et de la réforme hospitalière , **Enquête par Grappes à Indicateurs multiples(MICS4)2012-2013**,op.cit, P141.

شكل رقم (2): أعمدة بيانية تمثل توزيع النساء الغير عازبات في الجزائر بين 15-49 سنة بين 2012- 2013 حسب الشخص الذي أشرف على الولادة:



المصدر : Ministère de la santé et de la réforme hospitalière**, Enquête par Grappes Indicateurs Multiples(MICS4)2012-2013**, rapport final, Alger,2015, P141.

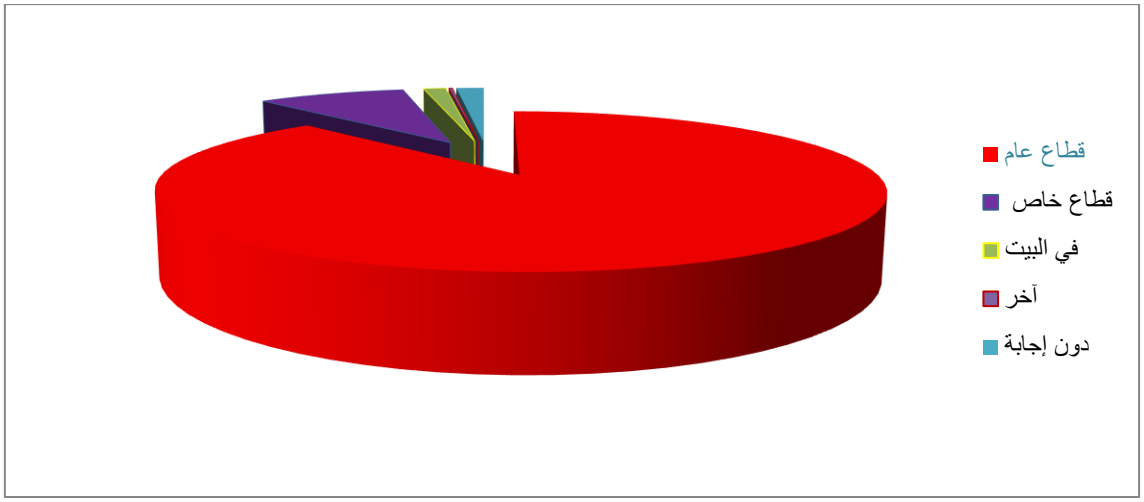
2.2.3.مكان الولادة: وتجرى فحوص الحوامل في الجزائر مجانا في المستشفيات ومراكز حماية الأمومة والطفولة، أما الفحوص التكميلية فتلجأ 39,3% من النساء إلى القطاع العام لإجرائها كما تلجأ 57,7% إلى القطاع الخاص، وعن العلاج يستقبل القطاع العام 47,9% من النساء بينما تتوجه 46,9% إلى القطاع الخاص[1].

تشير نتائج التقرير النهائي للبحث العنقودي متعدد المؤشرات 2012-2013 أن 97% من الولادات في الجزائر تتم في مراكز صحية، 88% منها في القطاع العام و9% في القطاع الخاص ومثلت الولادات في المنزل 1% وهذه الأخيرة تعبر عموما عن النساء اللواتي لم يقمن بالمراقبة الصحية للحمل (8%)، كما تتغير هذه النسبة حسب عدد مرات

[1] المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي .المرجع السابق . ص ص 34،35.

المتابعة الصحية للأمهات لحملهن فمعظم اللواتي قمن بـ: 4 زيارات فأكثر للمراكز الصحية أثناء الحمل كانت ولادتهن في المراكز الصحية بنسبة 99% بالمقابل فمثلت هذه النسبة 65% عند اللواتي لم يقمن بأي مراقبة صحية لحملهن.[1]

شكل رقم (3): دائرة نسبية تمثل نسبة النساء الغير عازبات في الجزائر بين 15-49 سنة حسب مكان الولادة في 2012-2013:



المصدر: Ministère de la santé et de la réforme hospitalière, **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012-2013**, rapport final, Algérie, 2015, P143.

3.2.3.الرعاية الصحية ما بعد الولادة:

حسب المسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات فإن 30,6% من النساء اللائي وضعن ولادة حية في السنتين السابقتين للمسح خضعن لفحص طبي بعد الولادة، 23,3% من هذه الفحوص كانت على يد طبيب و73% منها عند القابلات و1,4% عند أشخاص غير مؤهلين[2].

وقد حددت منظمة الصحة العالمية ثمانية عناصر للرعاية الصحية الأولية تمثل هدفا يسعى إليه وهي:

[1] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière. **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples(MICS4)2012-2013**. op. cit . P141.

[2] Ibid. p 128.

1-التربية الصحية.

2-الماء وتدابير حفظ الصحة العامة.

3-التغذية.

4-مكافحة الأمراض المستوطنة.

5-التحصين.

6-علاج الأمراض الشائعة.

7-صحة الام والطفل وتنظيم النسل.

8-توفير الأدوية المناسبة[1].

وهذا للنهوض بالظروف الصحية ولخفض الوفيات.

[1] أمل، البكري وآخرون. **الصحة والسلامة العامة.** الاسكندرية: دار الفكر. دون تاريخ . ص 18.

المبحث الثاني: تنظيم النسل واستعمال وسائل منع الحمل في الجزائر:

1. تنظيم النسل في الجزائر:

إن تنظيم الأسرة هو أسلوب يعتمد على عنصر تنظيم الزيادة السكانية عبر التحكم في الفترة بين هذه الزيادات، دون التحكم في تحديد العدد نفسه، وذلك بهدف إيجاد مجتمع يتكون من أفراد أصحاء في أجسامهم وعقولهم يستطيعون القيام بدورهم في تقدم هذا المجتمع وتطوره. وهو في جوهره تأجيل الحمل فترة معينة بالطرق الصحية المعتمدة وبموافقة الزوجين معا.[1]

وقد بدأ انتشار استعمال وسائل منع الحمل في صفوف النساء في الجزائر بداية من سنوات الثمانينات حيث انتقل من 50,7 بالمائة سنة 1992 إلى 57% بالمائة سنة 2002[2]، والجدول التالي الذي يوضح مدى انتشار استعمالها بعد سنة 2000.

[1]إبراهيم، جعفر سليمان. 1991. **تنظيم الأسرة**._سلسلة الكتب الثقافية للراشدين. تونس: المنظمة العربية للتربية و الثقافة والعلوم. ص 31 .

[2]Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.(2002). **politique national de la population** . Algérie. p 32.

جدول رقم (14) : يوضح تطور معدلات انتشار وسائل منع الحمل (على المستوى الوطني 2000-2010)

السنة	كل الأنواع مجتمعة	الوسائل الحديثة
[1]2000	64,0	50,1
[1]2002	57,0	51,8
[1]2006	61,4	52,0
[2]2007	62,2	52,7
[2]2008	63,1	53,4
[2]2009	63,9	54,1
[2]2010	64,8	54,9
(1) معطيات التحقيقات الوطنية		(2) معطيات مقدرة (اتجاه 1992-2006)

SOURCE : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.direction de la population**.(2011). Situation démographique et sanitaire 2000-2010.** ANDS – Service Edition et publications. Algérie. p 10

يتبين جليا من خلال الجدول أن وتيرة انتشار استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر في ارتفاع سنة بعد الأخرى مما يدل على زيادة اهتمام النساء بالمباعدة بين الحمول مما يدل غلى زيادة وعيهن بالحفاظ على صحتهن فلا يخف دور المباعدة بين الحمول في أن تسير هذه الأخيرة بشكل جيد يضمن الحفاظ على الجنين، وقد سجل المسح العنقودي متعدد المؤشرات مكس 4 سنة 2012-2013 أن 57% من النساء المتزوجات يستعملن وسائل منع الحمل و48% منهن يستعمل الوسائل الحديثة،[1]و قد سجل هذا المسح تأثير بعض العوامل السوسيودمغرافية على استعمال وسائل منع الحمل كما يلي:

[1] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière. **Enquête Nationale par Grappes à Indicateurs Multiples(Mics4)**. op. cit . p 130.

*يزيد استعمال النساء المتزوجات لوسائل منع الحمل مع ارتفاع عمر المرأة في سن الإنجاب فينتقل استعمالها من 25,7% بين 15-19 سنة إلى 63,5% عند العمر 40-44 سنة،

* يزيد استعمال النساء المتزوجات لوسائل منع الحمل مع ارتفاع عدد الولادات فتلجأ المرأة إلى استعمالها كوسيلة للمباعدة بين الولادات بنسبة 71% عند اللواتي لديهن 3 أطفال بينما لا تستعملها إلا 2,8% عند من لم ينجبن بعد،

* يزيد استعمال النساء المتزوجات لوسائل منع الحمل مع ارتفاع المستوى التعليمي للزوجة لينتقل استعمالها من 52,4% عند الأميات إلى 61% عند ذوات المستوى التعليمي الثانوي،

* يزيد استعمال النساء المتزوجات لوسائل منع الحمل مع ارتفاع المستوى المعيشي للأسرة من 57% عند الأكثر فقرا إلى حوالي 60% عند أكثر غنى. [1]

2. أنواع وسائل منع الحمل ومدى انتشارها في الجزائر:

هي أدوات تسمح بالمباعد بين الولادات عبر منع حدوث حمل ويكون ذلك بمنع التقاء النطفة بالبويضة، ولا يتم استعمال هذه الوسائل إلا عبر إتباع الإرشادات الخاصة بكل نوع منها، ونذكر من هذه الوسائل:

1.2. وسائل منع الحمل التقليدية :

1.1.2.الرضاعة الطبيعية : استعملت كأحد الطرق المباعدة بين الولادات منذ ملايين السنين وأثبتت أنها تحقق ذلك علميا إذا كانت حصرية ومطولة وهي تسبب انقطاعا للطمث فبذلك تسمى بالفرنسية La methode d’allaitement maternal et

[1] Ibid. p 130.

d'aménorrhée(MAMA)[1] .وفي هذا الصدد شجعت الرضاعة الطبيعية من أجل تعزيز المباعدة بين الولادات حسب ما جاء في أهداف المؤتمر الدولي حول السكان والتنمية بالقاهرة سنة 1994.

وكان استعمالها في الجزائر في المرتبة الثانية بعد الحبوب بنسبة 8% سنة 1992 ثم بـ: 10,1% سنة 2002[2] وانتقلت إلى 1,6% فقط سنة 2012[3] دليل أن الأمهات أصبحن يلجأن أكثر إلى الوسائل الحديثة لأنها أكثر فعالية حاصة مع انتشار ثقافة تنظيم النسل والمباعدة بين الولادات بسبب انتشار التعليم والعمل بين الأمهات.

2.1.2.فترة الأمان Abstinence périodique : استعملت كأحد طرق منع الحمل في حالة النساء ذوات العادة الشهرية المنتظمة، حيث نلاحظ أن فترة الإخصاب بالنسبة للنساء ذوات الدورة الشهرية بين 25 و31 يوما، هي بين 8 و18يوما مما يجب الابتعاد عن أي اتصال جنسي غير محمي في هذه الفترة تفاديا لوقوع حمل[4]، وقد جاء استعمالها في الجزائر عبر التحقيق الوطني لصحة الأسرة لسنة 2002 بنسبة 9% [5]لينخفض إلى الثلث في 2006 بنسبة 3,1%[6] ليصل 3,9% سنة 2012[7].

---

[1]Larbi Ould Larbi. (2009). « Espacement des naissances ». **La contraception en question** .kahmyna éditions. Oran. pp 68-69. p57

[2] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**. مرجع سابق. ص 133.

[3] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière . **Enquête Nationale par Grappes à Indicateurs Multiples(Mics4)**. op.cit. p 130.

[4] Larbi Ould Larbi. op. cit . p31

[5] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**. ص 133.

[6] United nation. 2009. **World contraceptive use 2009**. New York. P21.

[7] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière . **Enquête Nationale par Grappes à Indicateurs Multiples(Mics4)**. op. cit, p 130.

3.1.2. القذف بالخارج أو العزلRetrait: استعملت هذه الطريقة على عهد الرسول صلى الله عليه وسلم لمنع الحمل. وكان استعمالها بنسبة 7%من خلال التحقيق الوطني لصحة الأسرة لسنة 2002[1] لينتقل استعمالها في 2012 إلى 3,7%[2] .

2.2. وسائل منع الحمل الحديثة: انتقل استعمالها في الجزائر من 67% خلال التحقيق الوطني لسنة 1992 إلى 76% حسب التحقيق الوطني لسنة 2002 [3].

1.2.2.وسائل منع الحمل الهرمونية (الشفوية) :تعتبر الأكثر انتشارا في أوساط النساء، عرفت منذ سنة 1944 حيث لاحظ الطبيبان بيكنباش وبوليكوفيش (Bickenbach وPolikovicz) أن الحقن العضلي ل20غ من البروجيسترون يوميا يؤدي إلى إيقاف الإباضة، واستمرت هذه الفكرة إلى أن وضع الطبيبين بنكيس وروك (Pincus وRock) حبوب منع الحمل الحالية Pilule التي يتمثل دورها في إيقاف الإباضة[4]، .و تأخذها المرأة بوصفة طبية لتفادي أي مانع لها في جسمها.

وهي الأكثر استعمالا في الجزائر حيث سجل التحقيق الوطني لصحة الأسرة لسنة2002 أن اغلبيه النساء يعرفن جميع وسائل منع الحمل ويستعملن جميع هذه الوسائل بنسبة 77,9% وفي مقدمتها الحبوب بنسبة 74,6% بعدما كان 76,2% في التحقيق الوطني لعام 1992 وهذا الانخفاض يرجع إلى انتشار وسائل منع حمل جديدة واستعمالها في أوساط النساء، بينما ارتفعت نسبة استعمالها إلى 77,7% من خلال

---

[1] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**. مرجع سابق. ص 122.

[2] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière . **Enquête Nationale par Grappes à Indicateurs Multiples(Mics4)**. op. cit . p 130.

[3] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**. مرجع سابق. ص 122.

[4] Larbi, Ould Larbi. (2009). Op. cit. pp 68,69.

التحقيق الوطني متعدد المؤشرات[1].لينخفض استعمالها إلى 43% في 2012[2] ويدل هذا الإنخفاض في استعمالها أن على استعمال وسائل أخرى أكثر دقة لا مجال فيها للخطأ حيث يعاب على الحبوب أنه يمكن للمرأة أن تحمل بمجرد نسيان قرص واحد أو بمجرد التأخر في وقت أخذه.

2.2.2.وسائل منع الحمل الكيماوية :هذه الوسائل عبارة عن مبيدات للحيوانات المنوية وهي ذات استعمال موضعي وتتوفر على شكل مراهم.

3.2.2.الوسائل الميكانيكية: وتتمثل في:

أ- الآلة الرحمية (اللولب):هي آلة معقمة خالية من الجراثيم، يتم وضعها في رحم المرأة بواسطة طبيب أو قابلة، ويفضل وضع الآلة خلال فترة الحيض، ويتم وضع هذه الآلة عبر طبيب أو قابلة، كما يمكن للطبيب إزالتها متى ما أرادت المرأة.

تستعمل هذه الطريقة بكثرة في الجزائر حيث بلغ هذا الاستعمال 6,1% من خلال التحقيق الوطني لسنة .1992 ليصل إلى 9,2% من خلال تحقيق 2002 [3] لتنتقل إلى 2، وللإشارة فإن العرب هم مبتكرو هذه الأداة .

ب- الغشاء أو الشريحة التي توضع داخل المهبل : هي تعمل كحاجز للنطاف وتسمى Condon.

ج- الغرسات تحت الجلدية Implants: وهي عبارة عن 6 قصيبات يقوم الطبيب بوضعها تحت جلد ذراع المرأة الأيسر بعد إجراء فحص لها وتوضع غالبا في فترة الحيض

[1] Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière et all. **Enquête National Indicateurs Multiples (MICS 3). op.cit. p 113.**

[2] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière. **Enquête Nationale par Grappes à Indicateurs Multiples (Mics4).** op. cit . p 130.

[3] المشروع العربي لصحة الأسرة. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002** . المرجع السابق. ص 122.

وبها مادة فعالة لمنع الحمل[1] وبين التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات الرابع أنه استعمل بنسبة 2,2% في 2012[2].

د- العازل الطبي (الواقي الذكري) Le préservatif masculin :

استعملت في البداية كطريقة للوقاية من بعض الأمراض التي تنتقل عبر الاتصال الجنسي، وهو يستعمل من قبل الرجل قبل الاتصال الجنسي[3]، وقد بلغ استعمالها في الجزائر 6,8% حسب تحقيق 2002[4] لينتقل إستعماله إلى 1,9% حسب التحقيق المتعدد المؤشرات الرابع 2012[5]

[1] إبراهيم، جعفر سليمان، المرجع السابق، ص 28-29.

[2] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière . **Enquête nationale à indicateurs multiples(Mics4)**. op. cit . p 130.

[3] Larbi, Ould Larbi,op.cit,p33

[4] المشروع العربي لصحة الأسرة. وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**. المرجع السابق. ص 122.

[5] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière. **Enquête nationale à indicateurs multiples(Mics4)**. op. cit . p 130.

المبحث الثالث: وفيات الأطفال الرضع وما حول الولادة في الجزائر:

1-وفيات الأطفال الرضع في الجزائر:

1.1. وفيات الأطفال الرضع في الجزائر أثناء الإستعمار الفرنسي:

من الطبيعي أن أول المتضررين من الأوضاع المزرية للحرب والمجاعة والتخلف والأوبئة والأمراض هم الأطفال المعروفين بضعف أجسامهم إضافة إلى رداءة الخدمات الصحية الضرورية وانعدامها لأنها كانت لصالح المعمرين فقط لهذا نلاحظ من الجدول ارتفاع معدلات وفياتهم خاصة إبان الثورة الجزائرية أين اشتد الخناق على الشعب الجزائري.

جدول رقم (15): يبين تطور وفيات الأطفال الرضع ومعدلهم بين 1910-1959:

الفترة	عدد وفيات الأطفال	معدل وفيات الأطفال الرضع	المعدل المصحح للوفيات المزيفة (نسبة الولادات الحية سجلت كولادات ميتة)
1914-1910	11700	-	98
1919-1915	11200-	90	-
1924-1920	13400	95	104
1929-1925	16700	90	96
1934-1930	18300	87	94
1939-1935	27800	85	89
1944-1940	30700	94	97
1949-1945	28700	99	105
1954-1950	34200	86	92
1959-1955		103	112

المصدر: جويدة عميرة.(2010). "الوضع الديموغرافي في الجزائر والعوامل المتحكمة فيه أثناء الإستعمار الفرنسي". **دراسات اجتماعية. العدد 4.** مركز البصيرة للبحوث والاستشارات والخدمات التعليمية. الجزائر. ص 25.

2.1. وفيات

الأطفال الرضع في الجزائر بعد الإستقلال:

كان تقلص وفيات الرضع معتبرا بعد الاستقلال إلى يومنا هذا، حيث انخفض من 150%خلال الستينات إلى 56,64%في 1997، حيث شكلت هذه الوفيات ثلث عدد الوفيات حتى سنة 1985 وانخفضت هذه النسبة إلى الربع في بداية التسعينات واستمرت في التناقص بعدها وهذا راجع لتحسين الشروط العامة للعيش ولاتباع الجزائر برامج لمكافحة وفيات الرضع كالتلقيح.[1]

جدول رقم (16): يبين تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر بين 1981 و1997 (لكل 1000 ولادة حية).

السنة	نسبة وفيات الأطفال الرضع
1981	84,7
1984	81,4
1985	78,3
1989	57,1
1991	56,6
1994	54,2
1996	54
1997*	56,64

Source : Ministère de la santé et de la population : enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie, santé de la mère et de l'enfant, EDG Algérie 2000, Alger, 2001, p34.

*وزارة الصحة والسكان: **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**، وزارة الصحة والسكان، الجزائر 2004، ص19.

[1] Ibid, p 19.

يتبين لنا من الجدول انخفاضا بطيئا لوفيات الرضع بين 1981 و1984، ثم انهيار كبير في معدل وفيات الرضع بين 1985 و1989 وهذا راجع لبدء عمل البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الرضع الذي أطلق سنة 1983 وكذا قانون تنظيم النسل وتباعد الولادات سنة 1984 وبرنامج مكافحة وفيات ما حول الولادة لسنة 1986 كل هذه المساعي التي وضعتها الدولة وأخرى هي سارية المفعول إلى يومنا كسعيها لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية بعد سنة 1990 ساعد على مواصلة خفض وفيات الرضع.
كما قدر معدل وفيات الرضع سنة 1990 بالجزائر 55%.[1]

جدول رقم(17): يبين تطور معدل وفيات الرضع حسب الجنس في الجزائر بين 2005- 2009 لكل 1000 ولادة حية.

	2005	2006	2007	2008	2009
ذكر	32,4	28,3	27,9	26,9	26,6
أنثى	28,2	25,3	24,4	23,9	22,9
المجموع	30,4	26,9	26,2	25,5	24,8

Source: Office nationale des statistiques(ONS).(2009). **Démographie algérienne 2009.**p 3.

يظهر من الجدول جليا أن الجزائر بعد سنة 2000 سائرة بشكل جيد على خطى الأهداف الإنمائية للألفية من خلال استمرار وفيات الرضع في الانخفاض تدريجيا سنة بعد سنة لينخفض من 30,4% سنة 2005 إلى 24,8% سنة 2009، كما نلاحظ ضعف حركة انخفاض في وفيات الرضع في هذه السنوات الأخيرة حيث انخفضت فقط بـ: 0,7 نقاط في 2009 بالنسبة ل 2008 نظرا للإستقرار وهذا دليل على عدم وجود تغيرات في الوضع الصحي والمعيشي بين سنوات 2005-2010 .
وبلغ معدل وفيات الرضع سنة 2010 بالجزائر 31%.[2]

[1] اليونيسيف.(2012). **وضع الأطفال في العالم 2012**. جنيف. ص 135.

[2] نفس المرجع. ص 135.

ومن أسباب وفيات الرضع مراضية الأطفال التي تسببت في العديد من الوفيات كالإسهال والأمراض المعدية.

2.أسباب وفيات الأطفال الرضع:

1.2.الإسهال:

فقد عانى من الإسهال حسب نتائج ميكس3 حوالي 8,8بالمائة من الأطفال أقل من 5 سنوات خلال السنتين السابقتين المسح بـ: 10,1 بالمائة للأطفال الأقل من 6 أشهر و17,3 بالمائة للأطفال بين 6–11 شهرا و3,3 بالمائة لمن يتراوح عمرهم بين 48–59 شهرا.[1]

2.2.أمراض الجهاز التنفسي:

من أكثر الأمراض التي يعانيها الأطفال الرضع والأقل من 5 سنوات، وهي من أهم أسباب وفيات الأقل من 5 سنوات في البلدان النامية فهي مسؤولة عن 27 بالمائة من وفيات الرضع حسب المنظمة العالمية للصحة وهي تمثل في الجزائر سببا رئيسيا من بين أسباب زيارات الطبيب والمكوث في المستشفى وتناول الأدوية،[2] وقد ركز البرنامج الوطني لمكافحة الأمراض التنفسية الحادة IRA للأطفال الأقل من 5 سنوات الذي وضعته وزارة الصحة والسكان سنة 1996 على تحسيس الأمهات بعلامات الخطورة في الإصابة بالمرض للإعطاء المنظم للدواء، كما بين هذا البرنامج في 1996 أن هذه الأمراض تمثل أول سبب لبقاء الأطفال في المستشفى ووفياتهم بها في سن أقل من 5 سنوات، فهي تمثل 24,5% من مجموع الحالات التي تستدعي المكوث بالمستشفى، وتمثل الوفيات المرتبطة به 16,4%، في 1999 بين نفس التقدير أن معدل الحالات التي تستدعي المكوث بالمستشفى بسبب الأمراض التنفسية المعدية الحادة هو 27,9% ومثلت الوفيات المرتبطة بها 12,7% وهي تمس أكثر المواليد الجدد بين 0–28 يوم حيث تمثل 45% من هذه الوفيات[3]، ومثلت الإصابة بالأمراض التنفسية الحادة 6%

---

[1] Ibid. p 87.

[2] Ibid. p 92.

[3] Ministère de la santé et de la population.(2001). **Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant EDG (MICS)**. rapport de synthèse. INSP. Alger. p 29.

بين الأطفال الأقل من 5 سنوات سنة 2006 حسب التحقيق الوطني متعدد المؤشرات MICS3[1]

3.2.سوء التغذية:

هو من أسباب نقص الوزن ويشكل في الجزائر بالنسبة للأطفال أقل من 5 سنين 3,7 بالمائة في السنتين السابقين ل MICS3 للمسح العنقودي المتعدد المؤشرات[2]، كما عانى في الجزائر 4%من الأطفال دون سن 5 سنوات من نقص الوزن في الريف و3% في الحضر بين سنة 2006 و2010 .[3]

4.2.التطعيم:

التغطية بالتطعيم تدعم الهدف الخامس بين أهداف الألفية للتنمية في إنقاذ حياة الأطفال وهو من أهداف "عالم جدير بالأطفال" بتغطية كل الأطفال بالتطعيم بنسبة 90 بالمائة عند الرضع وعند الولادة يتم التلقيح ضد الشللBCG و POLIOو حسب التحقيق ميكس 3 لعام 2006 يتم تلقيح 99 بالمائة من الأطفال بين سنة وعامين من العمر.[4]

5.2.الرضاعة الطبيعية: من أهم أسباب بقاء الأطفال على قيد الحياة هو الرضاعة الطبيعية وهي تؤثر منذ بداية حياة المولود فهي خاصة إذا كانت حصرية وحسب نتائج التحقيق العنقودي متعدد المؤشرات ميكس3 في تقريره النهائي 2008 فإن نسبة الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية ساعة واحدة بعد الولادة هي 49,5% والذين تلقوها في أقل من يوم واحد بعد الولادة هم 80,4% أما الذين تلقوها مباشرة بعد الولادة فلا يمثلون سوى نصف الحالات.[5]

---

[1] Ibid. p 92.

[2] Ibid. p 62.

[3] اليونسيف. **وضع الأطفال في العالم 2012**. مرجع سابق. ص 139.

[4] Ibid. 82.

[5] Ministère de la santé et all. op. cit . p 81.

كما يحدث أغلب وفيات الرضع في الشهر الأول من حياتهم أي بين 0–28 يوم بسبب وفيات المواليد الجدد

6.2.وفيات المواليد الجدد: تحدث هذه الوفيات في الشهر الأول من حياة المواليد أي بين 0–28 يوم وهي تجمع بين وفيات المواليد الجدد المبكرة ووفيات المواليد الجدد المتأخرة، و هذه الأخيرة هي التي تحدث بعد الأسبوع الأول من الولادة إلى غاية اليوم 28 من الولادة وقد بلغ معدلها سنة 2004 في الجزائر 22%،[1] وانخفض إلى 18% سنة 2010[2]، أما وفيات المواليد الجديدة المبكرة التي تحدث في الأسبوع الأول بعد الولادة فهي تدخل إلى جانب الولادات الميتة في إطار وفيات ما حول الولادة.

3.وفيات ما حول الولادة:

إن معدلات وفيات الولدان مؤشر جيد عن صحة الأم والوليد بصفة عامة وعن الرعاية التي يحصل عليها المواليد والأطفال والـأمهات في بلد ما.[3]

هذا النوع من الولادات جد حساس ومعقد في الحساب وصعب للقياس لأنه %يمثل حساب وفيات الأطفال الأقل عمرا على الإطلاق التي تضم الوفيات التي تحدث داخل رحم الأم أثناء الحمل أي الولادات الميتة (وفيات الأجنة بعد الأسبوع الثامن والعشرين من الحمل) وتلك التي تتم بعد الخروج من الرحم إما الوفيات أثناء الولادة أو بعدها بأيام قليلة (0–7 أيام) أي وفيات حديثي الولادة المبكرة.

ولا تزال هذه الوفيات مرتفعة في الجزائر بالرغم من انخفاضها الطفيف الذي سجل بين 1992 في مسح صحة الأم والطفل أين قدر بـ: 22,1% تمثل هذه النسبة 25,9% عند الذكور و 18,9% عند الإناث وقد انخفضت هذه النسبة نوعا ما مع مطلع الألفية الجديدة

[1] منظمة الصحة العالمية. **الإحصاءات الصحية العالمية 2009**. مرجع سابق. ص118.

[2] اليونسيف. **وضع الأطفال في العالم 2012**. مرجع سابق. ص 141.

[3] منظمة الصحة العالمية. **الإحصاءات الصحية العالمية 2009**. مرجع سابق. ص 35.

حيث مثلت سنة 2002 في مسح صحة الأسرة 20,5% وتمثل هذه النسبة 23,5% عند الذكور و17,4% عند الإناث.[1]

1.3.الولادات الميتة:

انتقل معدل الولادات الميتة في الجزائر حسب المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992 من 21,6% (24,9 بالنسبة للذكور و18,3 عند الإناث) إلى 10,7% سنة 2002 (10,2 عند الذكور و11,2 عند الإناث) حسب مسح صحة الأسرة 2002[2]

جدول رقم (18): يبين تطور معدل الولادات الميتة في الجزائر حسب الجنس (لكل 1000 ولادة حية).

السنة / الجنس	2005	2006	2007	2008	2009
ذكور	25.0	22.7	23.2	21.3	19.6
إناث	22.1	20.0	19.6	18.4	17.2
المجموع	**23.6**	**21.4**	**21.4**	**19.9**	**18.4**

Source : Office nationale des statistiques . (2009). **Démographie algérienne 2009**. p 3.

نلاحظ من الجدول أن معدل الولادات الميتة في انخفاض متواصل بين 2005 و2009 حيث انخفضت من 23,6% إلى 18,4% دليل على حسن التكفل بالأم والجنين أثناء الحمل وبالتالي تحسن وضعية الأمهات والمواليد بالجزائر.

3.2. وفيات المواليد الجدد المبكرة: وتحدث للمواليد مباشرة في الأيام الأولى بعد الولادة بين 0–7 أيام.

[1] وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات. **المشروع العربي لصحة الأسرة**. مرجع سابق.ص 45.

[2] نفس المرجع. ص 45.

3.3.أمل وتوقع الحياة عند الولادة:

هذا المؤشر له دلالة كبيرة عن المستوى الصحي والظروف المعاشية في المجتمع.

ارتفع أمل الحياة عند الولادة في الجزائر بأربع سنوات من 66 سنة في 1990 إلى 70 سنة وهذا دليل على تحسين الظروف الصحية للسكان بعد العشرية السوداء والاستقرار السياسي الذي شهدته سنوات 2000 ثم 71 سنة في 2007.[1] وبلغ 73 سنة في عام 2010.[2]

جدول رقم(19): يوضح تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر بين 2005 و2009.

	2005	2006	2007	2008	2009
الرجال	73,6	74,7	74,7	74,8	74,7
النساء	75,6	76,8	76,8	76,4	76,3
المجموع	74,6	75,7	75,7	75,6	75,5

Source : Source : Office nationale des statistiques**. (2009). Démographie algérienne** 2009. p 5.

والملاحظ من الجدول أن أمل الحياة بقي مستقرا في السنوات الأخيرة يبقى أمل الحياة في 2009 نفسه في سنة 2006 بالنسبة للرجال والنساء.[3]

[1] منظمة الصحة العالمية. **الإحصاءات الصحية العالمية 2009**. مرجع سابق. ص 63.

[2] اليونسيف. **وضع الأطفال في العالم 2012**. مرجع سابق. ص 141.

[3] Ministère de la santé et al.(2008). **Enquête nationale à indicateurs multiples MICS 3**. opcit. Algérie. p 17

الخلاصة:

عرفت الجزائر في السنوات الأخيرة تحسنا في مجال صحة الأم و الطفل خاصة بعد الإنعاش الإقتصادي الذي طرأ عليها بعد العشرية السوداء و أدى تحسين خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم النسل للمباعدة بين الولادات قصد الحفاظ على صحة الأمن و الطفل و كذا توفير الرعاية الصحية للأم و الطفل أثناء الحمل و بعده إلى خفض مستويات وفيات الأطفال الرضع، بالرغم من أن مستوياتها في بداية حياة الطفل لا تزال تشغل تفكير المختصين كغيرها من الدول النامية لأن هذه الأخيرة جد حساسة تتأثر بالإضافة إلى الظروف الخارجية بالحالة الصحية للمولود و للأم الحامل فسنتطرق في الفصل الموالي إلى العوامل المؤثرة بها و إلى البرامج التي قدمتها الجزائر كحلول لذلك.

الفصل الرابع:

الأسباب الصحية والسوسيو ديموغرافية

لوفيات ما حول الولادة و برامج مكافحتها في الجزائر

الفصل الرابع: الأسباب الصحية والسوسيو ديموغرافية

لوفيات ما حول الولادة وبرامج مكافحتها في الجزائر

المبحث الأول: العوامل الصحية

المبحث الثاني: العوامل السوسيو ديموغرافية

المبحث الثالث: السياسة الصحية والبرامج المتبعة لمكافحة وفيات ما حول الولادة في الجزائر

تمهيد:

رغم أن المعدل العالمي لوفيات حديثي الولادة انخفض قليلا منذ عام 1980 إلا أن هذا المعدل لا يزال ذا أهمية لأن هذا الانخفاض كان أبطأ من وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات الفترة 1990 و2000 أين انخفضت وفيات الأطفال في الشهر الأول من حياتهم بنسبة الربع بينما انخفضت نسبة الوفيات للأطفال بين شهر و5 سنوات بنسبة الثلث، وتشير آخر الأدلة أن 4 ملايين طفلا يموت سنويا في الشهر الأول من حياتهم وحيث يموت نصفهم في 24 ساعة الأولى من حياتهم، وأن احتمال وفاة الطفل في اليوم الأول من حياته أكبر منه في الشهر الأول بما يعادل 500 مرة ويحدث العدد الأكبر من وفيات حديثي الولادة في جنوب آسيا وتشهد الهند ربع إجمالي الوفيات[1] وأغلب هذه الوفيات إذن تحدث في اليوم الأول بعد الولادة بنسبة 25 إلى 45%سنة 2004 وقد حدث ثلاث أرباعها خلال الأسبوع الأول من عمر المولود الجديد فبلغت 2,8 مليون سنة 2004 ومعظمها يحدث في الدول ذات الدخل المتدني(98% سنة 2004) والمتوسط[2] لكن أعلى هذه المعدلات الوطنية تحدث في أفريقيا جنوب الصحراء.

المبحث الأول: العوامل الصحية:

1. العوامل المتعلقة بالحالة الصحية للمولود:

يحدث حوالي 86%من وفيات المواليد الجديدة سنويا نتيجة لثلاث أسباب رئيسية ألا وهي حالات العدوى الحادة بما في ذلك العفن والإلتهاب الرئوي والكزاز والإسهال والإسفكسيا أو الخناق (صعوبة وضيق التنفس بعد الولادة) والولادة قبل الأوان.

[1] اليونيسف. (2008). **وضع الأطفال في العالم 2008. بقاء الأطفال على قيد الحياة**. نيويورك. ص15.

[2] اليونيسف. **وضع الأطفال في العالم 2009**.المرجع السابق. ص 8 .

1.1.العدوى الحادة:

تشكل 36%من مجموع حالات الوفيات المواليد الجديدة وللوقاية منها يجب الاعتماد على طرق التوليد النظيفة للوقاية من العدوى ومعرفة أسبابها بعد ولادة الطفل، وكذلك العدوى تصيب الأمهات أيضا فيجب معرفة أسبابها والوقاية منها أثناء الحمل.[1]

2.1.التهابات الجهاز التنفسي الحادة:

وهي تشمل التهاب أي جزء من أجزاء ذلك الجهاز بما في ذلك الأنف ووسط الأذن والحنجرة والحلق وممر الهواء والرئتين والتهاب الكبد هو أخطر الأمراض وسببها الرئيسي العدوى البكتيرية، والأعراض الشائعة لهذه الالتهابات هو الحمى، وهي لا تزال تمثل أحد الأسباب الرئيسية لوفاة الأطفال والرضع ويمكن معالجة هذه الالتهابات وتفادي 60 بالمائة منها عبر الاستعمال الانتقائي للمضادات الحيوية المناسبة.[2]

وقد أوضحت نتائج مسح الأسرة 2002 أن الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين عانوا قبل المسح بأسبوعين من ارتفاع درجة الحرارة 5, 25بالمائة وأن 25,3 بالمائة من السعال والذين عانوا من حمى مع سعال نسبتهم 18 بالمائة أما الذين عانوا من حمى مع ضيق التنفس 9 بالمائة[3].

3.1.الاسكيفيا أو الخناق:

وهي من أهم أسباب وفيات ما حول الولادة وتحدث عند الولادة بسبب صعوبة وضيق التنفس وهي تتسبب في حدوث 23%من وفيات المواليد الجديدة، يمكن القضاء عليها عبر الرعاية الصحية الجيدة عند الولادة خاصة إذا أشرفت على الولادة إحدى

---

[1] نفس المرجع. ص13 .

[2] الجمعية العامة للأمم المتحدة. مرجع سابق. ص 39.

[3] وزارة الصحة والسكان وآخرون. مرجع سابق. ص 63.

الكوادر المختصة الماهرة القادر على تحديد علاماتها وإنعاش المولود الجديد من الإختناق والإغماء[1]

4.1.الإسهال:

بالرغم من أنه تم تحقيق هدف القمة العالمي وهو تخفيض نسبة الوفيات الأطفال بخاصة الرضع الناجمة عن الإسهال بفضل ترويج العلاج بالإماهة الفموية إلا أنه لا يزال يمثل خطرا على حياة المواليد.

5.1.الولادة قبل الأوان:

هي الولادة التي تحدث في فترة تقل عن 37 أسبوعا من الحمل الكامل، فهي تتسبب بطريقة مباشرة في 27%من وفيات المواليد الجديدة فيجد الأطفال المولودون قبل الأوان صعوبة كبيرة في التأقلم مع البيئة الخارجية بالنسبة للمولودين عند تمام الحمل فلا تتحمل أجسامهم العدوى. وهي تسبب في نقصان الوزن عند الولادة وانحصار النمو داخل الرحم.

6.1.الوزن المنخفض عند الولادة:

قدر في الفترة بين 2000–2008 حوالي 15%من مجموع المواليد الجديدة ولدوا بوزن منخفض (وزنهم أقل من 2500 غرام)، وينتج عن الولادة قبل الأوان أو انحصار النمو داخل الرحم يسبب بصفة غير مباشرة 60% إلى 70%من وفيات المواليد الجديدة تحدث غالبيتها في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء لأنهما تشهدان أعلى حالات سوء التغذية بين النساء والأمهات. ويعد النمو المحصور أو المقيد للجنين داخل الرحم أثناء الحمل أحد المخاطر المِدية لوفاة الجنين قبل وأثناء وبعد الولادة أي أنه من أهم

[1] نفس المرجع. ص 13.

أسباب وفيات ما حول الولادة، ويمكن احتواءه بالتغذية الجيدة للأمهات أثناء الحمل وبمعرفة أسباب اعتلال الأمهات والقضاء عليها كما أن للمباعدة بين الولادات الدور الهام في القضاء على الولادة قبل الأوان ونقص الوزن.[1]

7.1.المضاعفات الناجمة عن الولادة قبل الأوان:

يعاني الأطفال الخدج من مضاعفات تؤثر على حياتهم خاصة في الأيام الأولى من حياتهم فإنهم يحتاجون لرعاية خاصة، ومن هذه المضاعفات نقص الوزن الذي وكما ذكرنا آنفا يعتبر من أهم الاسباب التي تؤدي إلى فقدان حياة المواليد.

8.1.المشاكل المتعلقة بتعقيدات الولادة:

1.8.1.إصابات الولادة:

حيث تحدث كثيرا أخطاء في انتشال المولود من بطن أمه مما يسبب حوادث للمواليد قد تؤدي إلى تلف في أحد أعضاء هذا الأخير خاصة الخارجية منها وقد تسبب مضاعفات قد تودي بحياة المولود، فمقابل موت كل طفل حديث الولادة يعاني عشرون آخرون منهم لإصابات الولادة أو للمضاعفات الناجمة عن الولادة قبل الأوان.[2]

2.8.1.اختناق الولادة:

بالرغم من أنه ينجو أكثر من مليون طفل من اختناق الولادة سنويا إلا أنهم يعانون مشاكل أخرى كالشلل الدماغي وصعوبات التعلم وإعاقات أخرى[3]

---

[1] نفس المرجع. ص 14.

[2] نفس المرجع. ص4.

[3] نفس المرجع. ص 4.

9.1. التحصين:

يحمي التطعيم أجسامنا ويجعها أكثر قدرة على مقاومة الأمراض الخطيرة حالة تعرضنا لها وتتوطن بعض الأمراض كشلل الأطفال في ستة من دول العالم، خمسة منها أعضاء في المنظمة. وقد زاد الكثير من حكومات بلدان المنظمة الميزانيات المخصصة لشراء اللقاحات وتوزيعها، حيث تقوم الآن 31 دولة بتمويل كامل تكاليف التحصينات الروتينية.[1]

وفي الجزائر يعتبر التطعيم أحد العناصر المهمة للبرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال الذي وضع في 1985 وهو يندرج ضمن الهدف العالمي لسنة 2000 "الصحة للجميع"

ونهتم بالتطعيم عند الولادة لأنه يقي المواليد الجدد من الشلل والدرن ومن بعض حالات تضخم الكبد.

10.1.التشوهات الخلقية: أو العيوب الولادية والتي كانت محور النقاش للدورة 125 لمنظمة الصحة العالمية نظرا لأهميتها كسبب من أسباب وفيات المواليد، وطبقا للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض فهي تشمل التشوهات والعاهات الخلقية والشذوذات الصبغوية لكن لا تشمل الأخطاء الصبغوية الخلقية ويولد سنويا أكثر من 7,9 مليون طفل أي 6%من إجمالي المواليد في العالم باضطرابات خلقية خطيرة ناجمة عن أسباب جنينية وبيئية خطيرة وأشيعها عيوب القلب وعيوب الأنبوب العصبي ومتلازمة داون، وينجم 6%من هذه الإعتلالات الخلقية من الإعتلالات الهيموغلوبينية وعوز نازعة هيدروجين الغلوكوز –6– فوسفات, ولكل هذا هناك حاجة كبيرة للوقاية من العيوب

[1] يونيسف . **الاستثمار في أطفال المؤتمر الإسلامي**. دون تاريخ . ص 2.

الولادية الخطيرة لأنها يمكن أن تهدد الحياة أو تسبب العجز على المدى الطويل كما يمكنها إلحاق الضرر بالأسر ونظم الرعاية الصحية في والمجتمعات.[1]

التشوهات الخلقية ومعدل وفيات المواليد:

كما سبق الذكر فإن من الأسباب الرئيسية لوفيات ما حول الولادة والمواليد الجدد الإختناق والعدوى والولادة قبل الأوان وتكتسي التشوهات الخلقية والعاهات المزمنة أهمية أكبر من الأسباب الأخرى لوفيات المواليد، لأنها كذلك سبب من أسباب وفيات الأجنة وهي في تزايد في البلدان التي تعاني تحولا في الوبائيات كالصين فهي مشكلة صحة عمومية كبيرة تمس جميع البلدان.

وطبقا للإحصاءات الصحية العالمية 2008 يحدث حوالي 260000 من وفيات المواليد في العالم بسبب التشوهات الخلقية ويشكل هذا الرقم 7%من كل وفيات المواليد وينبغي تخفيض الوفيات المتعلقة بالعيوب الخلقية لاتباع الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية المقتضي خفض وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بمقدار الثلثين بين 1990 و2015.[2]

من أسباب التشوهات الخلقية للجنين

الأم وقلقها أثناء الحمل واستعمال بعض الأدوية كالمهدئات والمضادات الحيوية أول الحمل يؤثر على تشوهات الجنين إضافة لتعاطي التدخين والمخدرات

الوقاية: هناك العديد من أساليب الوقاية والعلاج من هذه المشاكل وبعضها يثير قضايا أخلاقية واجتماعية منها:

–تقديم خدمات تنظيم الأسرة ورعاية الصحة الإنجابية ومنع انتقال العدوى من الأم إلى الجنين كالزهري

[1] منظمة الصحة العالمية. (2009) . **العيوب الولادية. الدورة الخمسة والعشرون بعد المائة.** ص1.

[2] نفس المرجع. ص 2.

-التدخلات التغذوية كإغناء الأغذية باليود للوقاية من الفدامة، وبرامج التكملة بحمض الفوليك، وإغناء الأغذية للوقاية من عيوب القناة العصبية (وهي تستهدف جميع النساء في سن الإنجاب)

-التمييع الروتيني للوقاية من الحصبة الألمانية والحماق

-حملات التوعية المجتمعية والتي تستهدف توعية النساء في سن الإنجاب والأمهات والأسر بشأن أخطار تعاطي الكحول والأدوية التي لها آثار جانبية خاصة في الفترة المبكرة من الحمل.

-تقديم الخدمات الجينية المجتمعية في إطار الرعاية الصحية الأولية

-ترصد الإضطرابات الخلقية[1]

الكشف والعلاج والرعاية:

يمكن الكشف والعلاج من التشوهات الخلقية من خلال الرعاية والكشف عن الإضطرابات الخلقية في الفترة السابقة للولادة أي في فترة الحمل وخصوصا الفحص بالتصوير بالموجات الفوق الصوتية، وكذا برامج الفحص عن المواليد من خلال الفحص البدني وعن قصور الدرقية الخلقي وبيلة الفينيل كيتون وداء الكرية المنجلية وعوز نازعة الهيدروجين غلوكوز-6- فوسفات وتدريب الأعوان الصحيين على تشخيص هذه الإضطرابات وإحالتهم على المراكز التي توفر لهم علاجها وتشمل خيارات العلاج داخل الرحم وبعض التصحيحات الجراحية بعد الوضع والمتابعة البدنية والنفسية والعقلية بعد الوضع وإدماج المصابين من أجل تسهيل انخراطهم في المجتمع[2].

[1] نفس المرجع. ص 2.

[2] نفس المرجع. ص 4

2. العوامل المتعلقة بالحالة الصحية للأم:

حيث تتوفى سنويا 500000 امرأة أثناء الولادة أو نتيجة لمضاعفات الحمل فمن البديهي أن احتمال وفاة الأطفال الذين تتوفى أمهاتهم أثناء الولادة خلال العام الأول من حياتهم أكبر منه لدى الأطفال الذين تبقى أمهاتهم على قيد الحياة[1].

1.2 .الأمراض المزمنة:

هي من الأمراض المتعلقة بالإنجاب عند الأمهات وهي تشكل خطرا على الأم الحامل عند الوضع وعلى المولود مثل ارتفاع ضغط الدم وأمراض القلب.[2]

[1] يونيسف. **وضع الأطفال في العالم 2008**. مرجع سابق. ص4.

[2] المشروع العربي لصحة الأسرة. وزارة الصحة والسكان . الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**. مرجع سابق. ص 145.

جدول رقم (20): يبين توزيع النساء غير العازبات اللائي يعانين من أمراض مزمنة في سن (15-49) سنة.

	نسبة المعنيات من %المرض	مشخص من طرف طبيب	يتابعن علاج %
السكري	1,5	1,6	89,4
ضغط الدم	5,1	4,9	76,5
الربو	1,9	1,9	89
أمراض القلب	1,6	1,5	76,7
أمراض المفاصل	3,7	3,1	74,2
أمراض الكلى	1,5	1,5	63,5
قرحة المعدة	3,3	3	58,8
الأنيميا	2	1,9	58,5
تضخم في الغدة الدرقية	1,5	1,4	48,8
أمراض أخرى	7,2	6,6	60,6

المصدر: المشروع العربي لصحة الأسرة . وزارة الصحة و السكان. الديوان الوطني للإحصائيات.(2004) **المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002**. التقرير الرئيسي. الجزائر. ص 147.

يتبين من الجدول أن:

***ضغط الدم:**

يعتبر من أكثر الأمراض التي تعانيها الأمهات. وتبلغ المتابعة العلاجية لهذا المرض 76,5يعتبر ارتفاع ضغط الدم أحد الأمراض المتعلقة بالإنجاب، و كما سبق الذكر في الفصل السابق أن هذا المرض يصيب الحوامل و قد يؤدي إلى خطر كبير على الأم أو الجنين لذلك على الحامل أن تمتثل لمتابعة طبية منتظمة تجنبا لأي خطر.

كما أن النتائج أظهرت أن نسبة متابعة علاج منتظم للنساء المصابات بأمراض مزمنة كانت على التوالي: 50% عند المصابات **بالتهاب الغدة الدرقية** و 76,7% عند المصابات بأ**مراض القلب** و تبلغ ذروتها 89% عند المصابات بداء **السكري**.

*** الأنيميا:**

من المعروف أن مرض فقر الدم يكون ناتجا عن قلة الحديد وحمض الفوليك أو بسبب التهابات طفيلية والملاريا وتؤدي إلى نزيف دموي، خاصة إذا ظهرت تعقيدات أثناء الحمل وتتطلب هذه الأخيرة إلى عملية قيصرية والتخلي عن الجنين.

ويمثل فقر الدم مشكلا صحيا خطيرا على حياة الأم والمولود يجب المسارعة للإهتمام به عندما تعاني النساء من فقر الدم عند الولادة إلى أقل من 80غ من الكريات الحمراء فهي في عرضة كبيرة للوفاة الأم أو الجنين أو كليهما معا كما قد يؤدي إلى نقص الوزن الجنين وقد يتعرض هذا الأخير إلى نقص اكتمال نموه ويؤدي نادرا إلى تشوهات خلقية وبلغت نسبة النساء المتابعات له حسب مسح 2002 حول صحة الأسرة أن نسبة المتابعة العلاجية لهذا المرض هي 2%.[1]

***سرطان الثدي:**

هو أكثر أنواع السرطانات التي تصيب النساء ويحدث غالبا بعد سن الخامسة والأربعين، يصيب 5% من النساء أي أنه من يبين 20 امرأة تصاب امرأة واحدة بسرطان الرحم وثلاث مرات أكثر مما يصبن بسرطان المعدة وهو أهم سبب للوفيات عندهن. ونعتبر أسبابه غير معروفة وقد ترجع إلى وجود حالة مماثلة في العائلة لسرطان الثدي يزيد احتمال الإصابة به بشكل مبكر، ترتفع نسبة حدوث سرطان الثدي عند سن اليأس

[1] المشروع العربي لصحة الأسرة. (2006)." الأمراض المزمنة." **وحدة المشروع العربي لصحة الأسرة. العدد الأول.** القاهرة. ص 2.

ويمكن معالجته أو التقليل من حدوثه إما عن طريق المعالجة الكيماوية أو عن العلاج كغيرها من المصابات.

لكن عند معالجتها معالجة كيماوية فينبغي إجهاض المريضات لما يسببه العلاج الكيماوي من أخطار أما الجراحة فيمكن إجراءها أثناء الحمل.

***سرطان الرحم:**

يدخل هذا النوع من السرطانات في إطار الأورام التي تصيب الرحم وعنقه، فعنق الرحم عبارة عن بقعة ضيقة تصل بين أسفل الرحم والمهبل أما جسمه فهو عبارة عن بطانة أو حوض الرحم.

فسرطان الرحم يحدث عند النساء اللواتي وضعن وعايشن رضوضا في عنق الرحم وتعرضن لإجهاضات متعددة، ويصيب 5 نساء من 1000 امرأة وهو أكثر السرطانات شيوعا عند النساء اللواتي تفوق أعمارهن عن 35سنة، ويشكل خطورة كبيرة على المرأة الحامل وجنينها.

كما تتعرض النساء لأمراض أخرى تجعل من الحمل خطر على صحتها كأمراض القلب، السكري، وأمراض الكلى.

وبالإضافة إلى كل هذه الأسباب هناك أسباب تحتية غير مباشرة كالأوضاع المعيشية للأمهات والأطفال وسوء الحالة الإقتصادية لأسرهن وعدم إقبال الفتيات على التعليم.

بالإضافة إلى أمراض القاتلة والمعدية المتمثلة في:

***مرض الملاريا:**

أحد المخاطر القاتلة للأمهات والرضع، ففي المناطق التي ينتشر فيها الملاريا يسهم هذا المرض في ربع حالات فقر الدم الشديد لدى الأمهات مما يزيد من مخاطر الولادات الميتة والإسقاط كما يسهم في حالات ولادة لأطفال منخفضي الوزن كما يؤثر بزيادة في وفيات المواليد الجديدة فالوقاية عبر استعمال ناموسيات معالجة بالمبيدات

الحشرية لمقاومة البعوض في غاية الأهمية إضافة إلى المعالجة الوقائية المتقطعة من فقر الدم والملاريا المشيمية من هذا المرض للحوامل خلال الفترتين الثانية والثالثة من الحمل التي تستعمل في أفريقيا جنوب الصحراء.

***فيروس نقص المناعة البشري (الإيدز):**

من مضاعفات هذا الفيروس هو أنه يزيد من احتمال الاصابة بفقر الدم للأم الذي يسبب في سقوط الأجنة أو في ولادة طفل يعاني من نقص الوزن وكذا السل الذي يؤثر على الجنين، كما أن لمضاعفات هذا الفيروس عند الولادة عبر النزيف وعفن الدم ومضاعفات الولادة القيصرية، وقد انجبت النساء المتعايشات مع الفيروس 1,5 مليون طفل في 108 من البلدان الضعيفة والمتوسطة الدخل وهذا عام 2006، ويقاوم هذا المرض عبر أربع طرق هي الوقاية من العدوى في أوساط الشباب والمعالجة بالأدوية والوقاية من انتقاله من الأم إلى الطفل والمعالجة الخاصة بالأطفال.

كما تؤثر كثرة الإجهاضات على إضعاف صحة الأم الإنجابية وبالتالي تؤثر على الأجنة وتعرضها للخطر في الحمول اللاحقة.

1. الأمراض والمشاكل الصحية المتعلقة بالحمل:

1.2. نزيف الجهاز التناسلي:

هو من المشاكل التي تصيب المرأة عند الحمل وقد يجعل حياتها وحياة طفلها في خطر وقد يأتي أثناء الحمل في الثلاثي الأول مما ينتج عنه إجهاض أو في الثلاثي الثاني أو الثالث أو قبل الولادة، وهنات النزيف الذي يحدث أثناء المخاض والولادة أو قبل الولادة مباشرة، والنوع الثالث هو النزيف الذي يأتي بعد الولادة مباشرة مصاحبا للنفاس مع سقوط المشيمة[1].

[1] جامعة الدول العربية. وزارة الصحة والسكان . الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002**. مرجع سابق. ص 59.

2.2.تمزق الرحم: ويحدث بصفة فجائية غالبا في الثلاثي الأخير من الحمل نظرا لثقل الجنين عليه، ويحدث هذا غالبا للنساء اللائي سبق لهن وأن قمن بولادة قيصرية، ويتطلب التدخل الطبي السريع بالوسائل الضرورية لإنقاذ حياة الجنين.

3.2.أسباب رحمية: متمثلة أساسا في وجود مشاكل في الرحم، مثل وجود الأورام الحميدة أو وجود تشوهات في الرحم (خاصة في عنق الرحم)، وكذلك يحدث الإجهاض عندما يقدم الرحم بويضة في ظروف غير ملائمة، فيحدث خلل في نمو وتطور الجنين وبالتالي يؤدي إلى توقف نموه.

4.2.الأسباب الهرمونية: حيث يملك الحمل توازن هرموني خاص، فإن حصل واختل هذا التوازن الهرموني يحدث الإجهاض، ويكون بصفة متكررة، حيث يمكن ملاحظة هذا الخلل في التوازن الهرموني من خلال الألم على مستوى الرحم، كما أن اكتشافنا لهذا الخلل يمكن علاجه هرمونيا من خلاله يستعيد الهرموني توازنه، وبالتالي انتقاد الكثير من الحمول المهددة بالسقوط.[1]

5.2..فقر الدم: هو من الأمراض التي تصيب المرأة أثناء الحمل بحكم اعتماد الجنين على الحديد من جسم الأم مما يحدث ضعفا في كميته في جسمها خاصة إذا كانت الأم لا تتناول تغذية جيدة أثناء الحمل وهو يتوقف على نوع تغذيتها من قبل الحمل والزواج حتى، لذلت يكثر هذا المشكل للحوامل في البلدان النامية وخطر على حياة المرأة وقد يشكل خطرا على حياة المولود لأنه يضعف نموه فيتسبب بمولود ذو وزن منخفض معرض للوفاة[2].

---

[1] Nouveau la rousse médicale. Op. cit . p 119.

[2] Ministère de la santé .(1999). **Enquête sur la mortalité maternelle, année 1999**, rapport préliminaire. direction de la population. Algérie. p 51 .

6.2. الضغط الدموي المصاحب للحمل: هو من الأمراض المصاحبة للحمل المرأة الامل وتكمن خطورته في صعوبة التحكم فيه لأنه قد يصعد أحيانا وأحيانا أخرى يميل إلى الهبوط وقد يطرأ على الحمل صدفة قبل الولادة مما يؤدي إلى وفاة الأم والجنين لذلك يجب مراقبته مرارا أثناء الحمل.

كما أن السكري من الأمراض التي تصاب بها المرأة أثناء الحمل بسبب عدم مراقبة تغذيتها والإبتعاد عن ما يسببه من سكريات كما قد يكون خارجا عن إرادتها وقد تشكل خطرا على الجنين لذلك يتم حجز المرأة تخت المراقبة الطبية في المستشفى لأيام قصد مراقبته في حال وجود خطر على الجنين.

7.2..نقص اليود:

يرتبط نقص اليود للأمهات أثناء فترة الحمل بارتفاع معدل حدوث الولادات الميتة والإسقاط والعيوب الخلقية، ويمكن القضاء على هذه المخاطر أو الإنقاص منها عن طريق الوصول إلى المستوى الأمثل من اليود لدى الأمهات أثناء فترة الحمل أو قبلها عبر إعطاء غذاء تكميلي من اليود.

8.2.المتابعة والرعاية الصحية للحمل: تعتمد الوضعية الصحية للمولود عند الولادة وبعدها مباشرة بكثرة على المتابعة الصحية والتدخلات الضرورية المقدمة قبل وبعد وأثناء الولادة ووفقا لتقديرات 2000 و2006 لا تتلقى ربع النساء الحوامل في الدول النامية حتى زيارة واحدة من العاملين الصحيين المهرة(طبيب، ممرضة، قابلة) و95% فقط من الولادات تحدث بمساعدة قابلة متمرسة ويحدث أكثر من نصفها بقليل في المرافق الصحية، وقد قدر عام 2005 أن 3 ملايين من 4 ملايين وفاة يمكن منعها سنويا إذا تحققت تغطية عالية (90%)، من خلال الرعاية المتنقلة والغير المكلفة لتشمل العائلات والمجتمعات، وكذا توفير الرعاية السريرية في المرافق الصحية (رعاية قبل بعد وأثناء

الولادة) قصد بلوغ على الأقل الأربع زيارات الموصى بها من طرف منظمة الصحة العالمية.[1]

ولكن هذه الأسباب لا تظهر النطاق الواسع للمشاكل التي تؤثر على صحة الطفل خلال الأيام الاولى بعد الولادة، فبالإضافة إلى كل هذه الأسباب هناك أسباب تحتية غير مباشرة كالأوضاع الإجتماعية والمعيشية للأمهات وكذا الحياة الديمغرافية للأمهات.

[1] نفس المرجع . ص ص 4،5.

المبحث الثاني: العوامل السوسيو ديموغرافية:

1. العوامل الإجتماعية:

1.1.المستوى التعليمي للأم:

يمثل التعليم عاملا فعالا في مكافحة اعتلال وفيات الأطفال خاصة حديثي الولادة، فهو الوسيلة الفعالة في مواجهة الفقر و تأهيل المرأة و تقوية مكانتها في أخذ القرارات داخل الأسرة فتعد خلفية الأم من العوامل التي لا يستهان بها في وفيات الرضع لما لها من الأثر الكبير على وضعيتها ووضعية طفلها الصحية وتؤثر على معدلات وفياتها حيث تجد أن المرأة المتعلمة تميل إلى تأخير سن زواجها بسبب رغبتها في مواصلة دراستها العليا، العمل بعد التخرج، نظرا لما يتيحه سوق العمل من مناصب ملائمة لمستواها التعليمي، كما أنها إذا تزوجت فإنها تميل إلى المباعدة بين الولادات وإقبالها على استعمال وسائل منع الحمل و تعتبر المباعدة بين الولادات من أهم أسباب الحفاظ على حياة الحامل و الجنين.

كما نجد ان نتائج المسح الوطني لصحة الأم والطفل سنة 1992، قد أظهرن أن المرأة المتعلمة ذات المستوى التعليمي ثانوي فأكثر تنجب في المتوسط 2.6 طفل لكل امرأة مقابل 4.1 ذات مستوى تعليمي ابتدائي يرفع إلى 5.7 طفل لكل امرأة عند الأم الأمية،[1]وهذا ما أكدته نتائج المسح الوطني لصحة الأسرة سنة 2002.

فيبقى المستوى التعليمي للأم العامل الحاسم و الفعال في ارتفاع أو انخفاض وفيات الأطفال نظرا لطبيعة العلاقة و الإتصال الموجود و الدائم بين الأم و

[1]- جامعة الدول العربية. وزارة الصحة والسكان . الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأم والطفل 1992**. مرجع سابق. ص225.

طفلها، كما يؤكد CALDWEL. J أن لتعليم المرأة دور أساسي في التقليل من وفيات الأطفال، لأنه يسمح بالإنفصال عن كل السلوكيات ال الخاطئة بفضل تقوية مكانة الأم داخل محيطها الأسري و تمكينها من أخذ القرارات المهمة فيما يتعلق بصحة أطفالها. [1]

جدول رقم (21): يبين وفيات حديثي الولادة و الرضع حسب خلفية الأم التعليمية:

الوفيات / المستوى التعليمي	وفيات الرضع 0-1 سنة %	وفيات حديثي الولادة 0-27يوم
أمي	39,9	23,3
تقرأ وتكتب	29,1	18
ابتدائي	27,3	17,4
متوسط	25,6	18,9
ثانوي وأكثر	11,8	9,4

المصـــــدر: المشـــروع العربـــي لصـــحة الأســـرة . وزارة الصـــحة و الســـكان. الـــديوان الـــوطني للإحصائيات.(2004). **المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002**. التقرير الرئيسي. ص 46.

نلاحظ من الجدول أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم قلت مستويات الوفيات الأطفال الرضع من 39,9% عند الأميات وتنخفض هذه النسبة مع ارتفاع المستوى التعليمي إلى أن تصل 11,8%عند ذوات المستوى التعليمي الثانوي فأكثر، و كذلك الحال بالنسبة لوفيات حديثي الولادة باعتبارها أكبر فئة تمسها وفيات الرضع فهي تنخفض مع ارتفاع المستوى التعليمي من 23,3% عند الأميات إلى 9,4% عند ذوات المستوى الثانوي وأكثر. و هنا يبرز دور عمل الأم حيث أن أغلب المتعلمات يقبلن على العمل.

[1] فاطمة الزهراء سي الطيب.(2017).«انعكاسات الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية على صحة الطفل في الجزائر". **صحة الأسرة العربية و السكان. العدد 23**. ص 67.

2.1.عمل الأم:

في سنة 1997 نسبة النساء المشتغلات ذات مستوى ثانوي فما فوق بـ: 53.4%.

كما أن خروج المرأة للعمل من إحدى أهم العوامل المؤثرة على اتجاه خصوبته، وذلك لما يتيحه عمل المرأة خارج المنزل من خيرات أخرى مختلفة لإثبات مكانتها في المجتمع غير مرتبطة بالضرورة بالإنجاب، وخاصة بالإنجاب الكثير للذكور، كما أن عمل المرأة خارج المنزل لعب دورا هاما في تغيير أفكارها ونظرتها للخصوبة، خاصة تلك الأفكار المتعلقة بسلوكها الإنجابي وتنظيم النسل فنجد المرأة العاملة اقل إنجابا مقارنة بالمرأة الماكثة في البيت وذلك نتيجة إقبالها على استعمال وسائل منع الحمل من أجل المباعدة بين الولادات، وهذا لأن ممارسة المرأة مهنة معينة خارج المنزل يتعارض مع تعدد الولادات وتكرارها لأنها أدرى بصحتها فتوفر الأم العاملة عند حملها الجو المناسب لحياة جنينها مما يقلل من وفيات حديثي الولادة.

وهذا ما يؤكده المسح الوطني لصحة الأم والطفل سنة 1992 حيث بنيت نتائجه، أنه كلما ارتفع عدد الأطفال عند المرأة كلما قلت نسبة اشتغالها خارج المنزل، فنجد أن اللواتي لديهن طفل أو طفلين يشتغلن أكثر من غيرهن خارج المنزل بنسبة 20.95% و21.97% على التوالي، أما اللواتي لديهن 8 أو 9 أطفال فنسبة اشتغالهن محدودة، حيث قدرت بـ1.90% و1.59%على التوالي. [1]

وهذا يدخل أيضا إلى جانب العوامل الاقتصادية والمعيشية المؤثرة في وفيات ما حول الولادة كلما كانت المجتمعات غنية كلما تحسنت ظروفها كذلك الأمر

[1] جويدة، عميرة..(2006) «محددات خصوبة المرأة الجزائرية» .**سلسلة الوصل**. منشورات كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية. **الجزء الأول**. **العدد2**. ص193.

بالنسبة للأسر حيث تتحسن ظروف أفرادها الصحية كلما زاد دخلها وتحسنت الظروف المعيشية والمتطلبات المادية لها مأكل مناسب، وللوضع المهني للأم ارتباط بمستوى وفيات الأطفال فالأم العاملة غالبا ما تتكفل بمصاريف علاج أطفالها و هذا ما ظهر عبر نتائج مسح الجزائر حول صحة الأم و الطفل حيث بينت التأثير الإيجابي لعمل اللأم على احتمالات بقاء الاطفال على قيد الحياة بعد السنة الأولى من العمر فهذا الإحتمال ينعدم تقريبا عند الأمهات العاملات بأجر بينما يبلغ 8% عند الغير عاملات .[1]

2.العوامل الديمغرافية:

1.2.السن عند الزواج الأول:

عرف متوسط السن عند الزواج الأول في السنوات الأخيرة ارتفاعا هاما، فبعدما كان يبلغ 18.3 سنة للإناث و23.8 سنة 1966، ارتفع ليصل إلى 20.9 سنة للإناث و2.3 سنة للذكور سنة 1987، ليعرف سن الزواج الأول تأخرا بدءا من هذه السنة، ليصل إلى 27.6 سنة عند الإناث و31.3 سنة عند الذكور سنة 1998،[2] وواصل في الارتفاع ليصل سنة 2002.

وكلما كان الزواج في سن مبكرة زاد احتمال الإنجاب في سن مبكرة، وإذا كان الإنجاب قبل سن 18 سنة تعرضت الأم والطفل للأخطار كنقص النمو والوزن مما يزيد من احتمال وفيات ما حول الولادة [3]

[1] فاطمة الزهراء، سي الطيب. مرجع سابق. ص 73.

[2] جامعة الدول العربية، وزارة الصحة والسكان ، الديوان الوطني للإحصائيات. **المسح الوطني لصحة الأسرة 2002** . مرجع سابق. ص20.

[3] اليونيسف. **الإنقاذ بالمعرفة.** مرجع سابق. ص 4.

2.2.السن عند الإنجاب:

عندما يكون سن المرأة عند الإنجاب أقل من 18 سنة أو يزيد عن 35 سنة سيمثل الحمل أكبر خطر على صحة الأم وعلى صحة المولود، إذ تموت ما لا يقل عن 515000 امرأة سنويا جراء مضاعفات الحمل ولولادة وإن بقيت بعضهن على قيد الحياة فإنها تعاني من اعتلالات جراء هذه المضاعفات حيث امثل وفيات الأطفال 78% عند من يقل سنهن عن 20 سنة مقابل 30,3% عند السن 30–34 و 36,7 عند السن 20–24 سنة،[1] و انتظار الأم سن 18 سنة فأكثر للولادة يقلل من وفيات الأمهات ومن ولادة طفل ناقص للوزن فقبل 18 سنة لم تتهيأ المراهقة جسديا بعد لاستقبال المولود بالنسبة للناضجة لذلك فكلما كانت أصغر في السن عند الإنجاب زاد تعرض أطفالها لخطر الموت الذي يهددهم خلال الحمل والولادة وحتى السنة الأولى من أعمارهم و يرجع هذا أيضا لقلة خبرة و تجربة الأمهات الصغيرات في هذا المجال خاصة مع تدني مستواهن التعليمي بسبب تخليهن عن الدراسة للزواج في سن مبكرة، وفي الأعمار المتأخرة للإنجاب أي بعد 35 سنة من عمر الأم تزداد من جديد مضاعفات أخطار الحمل على الأم والطفل خاصة إذا تعرضت للحمل عدة مرات من قبل و لم تباعد جيدا بين ولاداتها[2] وقد تتعرض الأمهات اللواتي يحملن في سن متأخر أكثر إلى خطر الإصابة بمرض القلب أو لضغط الدم، كما تنجب المرأة في هذا السن أطفالا مصابين بمرض التثليث الصبغي 21 أو أمراض أخرى ترفع احتمال وفاتهم قبل عيد ميلادهم الأول3.

وبينت النتائج أن وفيات الأطفال تقل عندما يكون سن الأم بين 20 و 34 سنة و تمثل 30%، وتزيد قبل هذا السن و بعده إلى ما يفوق 40%

[1] فاطمة الزهراء، سي الطيب. مرجع سابق. ص 64.

[2] نفس المرجع. ص 4.

[3] نفس المرجع. ص 64.

3.2.رتبة المولود وعدد مرات الحمل:

"تعد رتبة المولود من المحددات المتسببة في وفاة الأطفال خاصة حديثي الولادة، فغالبا ما نلاحظ معدلات لوفيات الأطفال مرتفعة بالنسبة للرتبة الأولى و هو ما يرتبط بشكل مباشر بقلة تجربة الأم التي تكون في بداية حياتها الإنجابية، كما يمكن أن تكون لذلك علاقة بولادة قبل الأوان أو للوزن الضعيف للمولود"[1].

فكلما تكررت الولادات تعرضت صحة المرأة أكثر للإنهيار خاصة مع تقدم السن وخاصة إذا تعرضت الأم للحمل أربع مرات أو أكثر إذ يمثل الحمل الجديد خطرا كبيرا على صحة المرأة والجنين معا،[2] حيث تزداد احتمالات حدوث مضاعفات للأخطار ابتداءا من الحمل الخامس الذي يزيد فيه احتمال موت المولود حينئذ، و يؤثر تكرار الحمل بالمولود وولادته وإرضاعه والعناية بالأطفال الصغار على جسم المرأة بشدة بعد الحمل الرابع خاصة إذا قلت المدة بين الحمول كأن تتعرض الأم لفقر الدم الذي يودي بحياة الجنين.[3] فالمواليد في الرتب الأخيرة عرضة للمخاطر خاصة بداية من الرتبة الخامسة أين يظهر خطر الموت

4.2.تباعد الولادات والمدة الفاصلة بينها:

للمحافظة على صحة الأم والطفل يكون من اللازم الفصل بين حمل وآخر بمدة لا تقل عن عامين، إذ يزداد عدد وفيات الأطفال والمواليد الجدد الصغار بنسبة 50% إذا كانت المدة الزمنية بين الحمول تقل عن عامين، كما يحدث خطر حتى على الطفل الذي لم يبلغ عامين بعد لأنه يفطم بسرعة دون توفير الوقت اللازم لاعتناء الأم بغذائه

[1] نفس المرجع. ص 63.

[2] اليونيسف. **الإنقاذ بالمعرفة** .المرجع السابق، ص 4.

[3] نفس المرجع. ص 6.

فيعرضه للأمراض مما يسبب تخلفا في نموهم الجسدي والعقلي مقارنة بالأطفال الذين استفادوا من مدة أطول تتعدى العامين.[1]

ويحتاج جسم المرأة إلى عامين لكي يتعافى من الولادة ومخلفاتها من إرضاع لاسترجاع صحتها وإلا إذا حملت قبل ذلك يولد الطفل قبل الأوان وسيعاني نقصا في الوزن مما يعرضه لنمو غير سليم وللمرض وتزداد احتمالات وفاته أربع مرات قبل بلوغ العام الأول بالمقارنة مع طفل آخر بوزن عادي ولهذا تعتبر عملية التخطيط العائلي للمباعدة بين الولادات ضرورية لصحة الأسرة ككل.[2]

و هذا ما يظهر في نتائج المسح الوطني حول الأسرة حيث أن للفترة بين ولادتين تأثير على مستوى وفيات الرضع وما حول الولادة حيث قدر معدل وفيات الرضع عندما تكون هذه الفترة أقل من سنتين بضعف ما هو عليه عندما تكون أربع سنوات فأكثرو مثل على التوالي 51,2% و 25,8% .[3]

[1] نفس المرجع. ص 5.

[2] اليونيسف. **الإنقاذ بالمعرفة** . المرجع السابق. ص 6.

[3] فاطمة الزهراء سي الطيب. مرجع سابق. ص 64.

المبحث الثالث: السياسة الصحية والبرامج المتبعة لمكافحة وفيات ما حول الولادة في الجزائر:

حاولت الجزائر بعد الاستقلال وضع جميع الإجراءات وتكثيف الجهود في سبيل تحسين الأوضاع الصحية للمجتمع ومكافحة الوفيات بما فيها وفيات الرضع بوضع برامج لمكافحة وفياتهم، في كل مرحلة من المراحل الهامة التي مرت بها الجزائر في استراتيجيتها في مجال الصحة.

1.السياسة الصحية المتبعة في الجزائر بعد الإستقلال:

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

و تسمى أيضا مرحلة تسيير الأزمة ومخلفات الاستعمار التي خرجت منه وتعويض خسائر الحرب من ضعف الإمكانيات البشرية والمادية في كل المجالات بما فيها الصحية حيث عانت الأمرين أوضاع صحية متدهورة للسكان من انتشار للأوبئة والأمراض المعدية التي تسمى كذلك أمراض الفقر مما سبب تزايدا في مستويات الوفيات وكذا تدهورا في وضعية المراكز الصحية التي أصبحت تخلو من أخصاءيها بعدما سحبت فرنسا جميع أدمغتها والعمال الإداريين من المراكز الصحية في الجزائر، في ظروف كان الجزائريون يعانون الأمية والافتقار للمتخصصين العلميين في جميع المجالات بما فيها الأطباء وأعوانهم، فبدأت الدولة مع كل هذه الظروف المزرية بإنعاش هذا المجال:

- بداية بمحاولة جلب الأخصائيين من بلدان المشرق العربي وروسيا.

-مكافحة الأمراض المعدية مباشرة بعد الإستقلال 1963.

-إطلاق حملات التلقيح كالحملة للتلقيح ضد الشلل BCG في 1969

وكان نظام العلاج يرتكز على طريقتين الأولى تحسين نظام العلاج والثانية على المساعدة باستعمال وسائل قليلة وبسيطة وبدائية.

المرحلة الثانية 1974-1984 (مرحلة مجانية العلاج):

وهنا حدثت القفزة النوعية في مجال السكان بعد أن اتخذت الجزائر الخدمات المجانية في جميع المجالات بما فيها التنفيذ الفعلي للعلاج المجاني سنة 1974 لكل السكان مما حسن أوضاع السكان في جميع المجالات وحسن أوضاعهم الصحية وخفض مستويات الوفيات ومال الجزائريون إلى زيادة الولادات وترتب عن كل هذا ارتفاع في النمو لسكاني وبالتالي وصلت الجزائر لانفجار سكاني سنوات الثمانينات وتحسين صحة الامهات والأطفال. [1] خاصة مع شروع الجزائر بالمصادقة على كل الإتفاقيات و المواثيق الدولية التي تنص على ضرورة حماية صحة الأم و الطفل بداية باتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل سنة 1980 هذه السنة التي صادقت فيها أيضا على الميثاق الإفريقي لحقوق الطفل و رفاهيته، و تمكنت هذه السياسات الصحية المنتهجة في هذه الفترة من تحسين وضعية الأطفال و الأطفال الرضع بالدرجة الأولى و هذا ما يظهر من خلال الانخفاض الكبير في معدل وفيات الأطفال من 142% سنة 1970 إلى 84,7% سنة 1980. [2]

المرحلة الثالثة: الاتجاه نحو الإنتاج والخوصصة من 1984 إلى الآن:

تميزت هذه الفترة بالانحطاط الاقتصادي خاصة مع انخفاض أسعار البترول مما أدى إلى إعلان البلاد أزمة مالية فيما بعد في 1988 عادت بالضرر على جميع القطاعات بما فيها الصحي الذي لم تتمكن الدولة من كفاية نفقاته مما بدأ الاتجاه إلى القطاع الطبي الخاص في هذه الفترة بدأ إلغاء قانون مجانية العلاج الصادر في 1973 والمطبق في 1974 إلا فيما يتعلق بمراكز حماية الأمومة والطفولة PMI، وفي ظل كل هذا اضطرت الجزائر إلى انتهاج سياسة لتنظيم النسل وخفض الوفيات في 1984

[1] Kader, Miloud.(1994). **Systèmes et politiques de santé au Maghreb**, **un état des lieux**. France. p 72.

[2] فاطمة الزهراء، سي الطيب. مرجع سابق. ص 61.

وبالفعل تحقق خفض للولادات بالمقابل خفض الوفيات وبالتالي استمر النمو السكاني في الارتفاع واستمرت الأزمة الاقتصادية في العشرية السوداء بالرغم من ذلك تحسنت احالة الصحية آنذاك بفضل البرنامج الصحي الذي وضعته وزارة الصحة مما حسن وضع الرضع وقلل وفياتهم[1].

و بعدما كان معدل وفيات الأطفال يمثل 84,7% سنة 1980 انتقل هذا الأخير إلى 46,8% سنة 1990 و تواصل في الإنخفاض ليصل 25,5% سنة 2008 و بلغ 22% سنة 2014، و يعود الفضل لكل ذلك في المرتبة الأولى لبرنامج تعميم التلقيح حيث بلغ معدل التغطية 83% بالنسبة لكل التلقيحات المسجلة في 2012 و تظهر تباينات حسب مكان الإقامة و المستوى التعليمي للأم، و تبقى وفيات الأطفال في المراتب الأولى من العمر و خاصة وفيات حديثي الولادة تشكل موضوع انشغال للصحة العمومية و عقبة في تحقيق أي تنمية مستقبلية، لهذا أصبح تركيز الجهود على هذه الفئة من الوفيات لإيجاد الحلول و البرامج الصحية لمكافحتها .[2]

2.البرامج الصحية لمكافحة وفيات ما حول الولادة في الجزائر:

بادرت الجزائر بعد الاستقلال بجميع الإجراءات في ميدان الصحة في سبيل تحسين الأوضاع الصحية للمجتمع ومكافحة الوفيات بما فيها وفيات الرضع حيث وضعت برامج لمكافحة وفيات الرضع وصغار الأطفال.

1.2.إطلاق حملات التلقيح و مكافحة الأمراض المعدية: حاولت الجزائر بعد الاستقلال الخروج من أزمة مخلفات الحرب من أوضاع صحية واجتماعية مزرية محاولة القضاء على الأمراض المعدية المنتشرة والأمية في أوساط الشعب التي طالت الجهاز الطبي بعدما سحبت فرنسا جميع أخصاءيها في هذا المجال من أطباء وأعوان مما دفعها للإستنجاد بالأخصائيين من المشرق العربي وروسيا لإنعاش الجهاز الطبي ولو بوسائل

[1] الديوان الوطني للإحصائيات.(1998). **المعطيات الإحصائية**. الجزائر. ص 20.

[2] فاطمة الزهراء، سي الطيب. مرجع سابق. ص 61.

بسيطة وبدائية، وكذا الشروع مكافحة الأمراض المعدية المنتشرة بين الأطفال بداية من سنة 1963 وبداية إطلاق حملات التلقيح بين الأطفال بما فيها حملة التلقيح ضد الشلل BCG في 1969.

وظهر جليا سعي الدولة إلى إنعاش النظام الصحي والرقي بصحة المواطن في جميع الفئات العمرية من خلال وإصدارها لقانون العلاج المجاني الذي نفذ فعليا سنة 1974 مما عاد بالنفع الكبير على فئة المواليد الجدد حيث ساعد في تخفيض وفيات الأطفال الرضع وزاد من الولادات وتحسين صحة الأم والطفل مطلع الثمانينات.[1]

2.2.المصادقة على اتفاقية حقوق الطفل سنة 1980: شرعت في السير على خطى المواثيق و الإتفاقيات الدولية التي تسعى للرقي بصحة الأطفال و مكافحة وفياتهم عبر المصادقة على كل الإتفاقيات والمواثيق الدولية التي تنص على ضرورة حماية صحة الأم و الطفل بداية باتفاقية الأمم المتحدة لحقوق الطفل سنة 1980 هذه السنة التي صادقت فيها أيضا على الميثاق الإفريقي لحقوق الطفل و رفاهيته.

3.2. برنامج مكافحة وفيات الأطفال 1984: بعدما سنت الدولة برنامج تباعد الولادات في 1983 وتوعية النساء في المراكز الصحية بضرورة استعمال وسائل منع الحمل وتقديمها مجانا في سبيل إجبار الزوجات وأغلب الحوامل على المتابعة الطبية وبالتالي الحفاظ أكثر على صحة الأمهات والتقليل من وفيات الأطفال.

قامت وزارة الصحة بالتعاون مع اليونيسيف بالمصادقة على برنامج وطني صحي حاولا من خلاله التركيز على خفض وفيات الأطفال إلى النصف دون أن يتعدى 80% في أية ولاية، وذلك خلال 5 سنوات أي إلى غاية سنة 1990 حيث عمل هذا البرنامج على الجانب التحسيسي الوقائي بالدرجة الأولى من خلال توعية النساء في سن الأنجاب

[1] Kader, Miloud. op.cit. p 72.

ومتابعة الحمل والتكفل بالمواليد الجديدة والرضع، وتتفرع عن هذا البرنامج أهداف أخرى متمثلة في:

– خفض الوفيات الناجمة عن الإسهال عبر إعادة التميه عن طريق الفم.

–التلقيح.

–خفض وفيات المواليد الجدد.

–محاربة سوء التغذية وتوسيع استعمال الرضاعة الطبيعية لإطعام المواليد.

–تخفيض الأمراض التنفسية الحادة والوفيات الناجمة عنها.

–مراقبة الحمل.

–توفير وسائل المباعدة بين الولادات عبر كل المراكز الصحية.

و في سنة 1990 قامت الجزائر بالتوقيع على البرنامج العالمي لتلقيح الطفولة .

4.2..برنامج مكافحة أمراض الإسهال سنة 1984:

بينت الدراسات سنة 1980 أن أول سبب لوفيات الرضع في الجزائر يكمن في الإسهال فباشرت الدولة بنشر حملات للقضاء على أمراض الإسهال أولها حملة كبيرة سنة 1984. و وضعت الجزائر خطة عمل لمكافحة الإسهال سنة 1989 تهدف إلى تفادي الجفاف وتقليص وفيات الأطفال الناجمة عن الإسهال إلى النصف عند الأطفال الرضع الأقل من سنتين،[1] وبعدها أقامت الجزائر بالتعاون مع اليونيسيف في فترة التعاون بين 1991–1995 لتقليص الإصابة بالإسهال بـ: 25% والوفيات الناجمة عنه إلى النصف.

[1] Organisation mondiale de la santé.(1990). **Traitement de la diarrhée, manuel d'usage des médecins et autres personne de la santé qualifiés**.New York. P1.

5.2.برنامج مكافحة وفيات ما حول الولادة لسنة 1986:

قامت الجزائر بوضع مشروع سنة 1986 لمكافحة وفيات ما قل وما حول الولادة بهدف تخفيض ربع الوفيات التي تحدث بين المواليد الجدد، وتخفيض وقوع سوء التغذية للأطفال الأقل من خمس سنوات بنسبة 30% قبل سنة 1995 عبر تدعيم الرضاعة الطبيعية خاصة في الستة أشهر الأولى من الميلاد.

كما أجرت الجزائر في ذه الفترة تحقيقا حول وفيات الأطفال الرضع بين 1985-1989 بين أن الأمراض التنفسية والولادات قبل الأوان سببان رئيسيان لوفيات الرضع، وتوالت التحقيقات بعدها حول صحة الأسرة وصحة الأم والطفل أهمها مسح 1992 و2002 والتحقيق العنقودي المتعدد المؤشرات لسنتي 2006 و2012 مما تبين سعي الدولة إلى مكافحة وفيات الرضع.

6.2.البرنامج الوطني لصحة المواليد الجدد بين 2006 و2009: يهدف هذا المشروع إلى مكافحة وفيات المواليد الجدد بين 0-28 يوم ومن أهم أهداف هذا البرنامج خفض وفيات ما حول الولادة إلى أقل من 30% والمحافظة على حياة منخفضي الوزن عند الولادة،[1]

3.تحقيق أهداف الألفية للتنمية بعد سنة 2000 فيما يتعلق بوفيات ما حول الولادة:

شرعت الجزائر بالمشي على درب الخطى الإنمائية للألفية وتبنت الهدف العالمي لسنة 2000 ألا وهو "الصحة للجميع" الذي يندرج تحته التلقيح كعامل أساسي لبقاء الأطفال الرضع على قيد الحياة ولأجل كل هذا اتخذت الإجراءات التالية:

-تحسين صحة الطفولة والأمومة وتخفيض وفيات الأمهات والأطفال في الفترة ما حول الولادة هو مشكل صحة عمومية في الجزائر فأقامت في التسعينات برامج لرعاية الحمل

[1] Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière. (2006) . **Programme national périnatalité 2006-2009**. Algérie. p6.

والولادة في مراكز صحية والرعاية ما بعد الولادة، مع تعدد المراكز الصحية والأطباء المختصين في طب النساء والتوليد من أجل تخفيض وفيات الأمهات خاصة بعد دخول الجزائر في الصندوق العالمي لمحاربة السيدا والملاريا والسل.

–تحسين الوضعية الصحية لكل المجتمع وتخفيض وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات كنتيجة لبرنامج عمل:

*الشروع في برامج ضد الأمراض المعدية.

*الشروع منذ 2005 في برنامج واسع لصحة ما حول الولادة.

*تقوية برامج التلقيح والوقاية ضد أمراض الأطفال.

و وضعت برنامجا للإستثمار في القطاع الصحي لمكافحة وفيات الرضع بما في ذلك المراكز الصحية وترقية الخدمات الصحية خاصة لصحة الأم والطفل في جميع القطر الوطني.[1]

[1] Ministère de la santé et all. **Enquête nationale à indicateurs multiples MICS3**. op.cit. p 17.

الخلاصة:

تتأثر صحة الأطفال في الأعمار الأولى من حياتهم وبقاؤهم على قيد الحياة ببنية أجسادهم الصحية وبالحالة الإجتماعية التي تعيشها الأم من مركز إجتماعي ومعيشي، إضافة إلى الحالة الصحية التي كانت عليها الأم أثناء الحمل وقبله لذلك فإن توفير البيئة المناسبة للأم كعش يترعرع فيه المولود تؤدي إلى التقليل من وفيات ما حول الولادة، وللتحقق أكثر من تأثير هذه العوامل نزلتا إلى الميدان لاختبار فرضيات بحثنا فيما يلي.

الباب الثاني

الإطار الميداني للدراسة

الفصل الخامس:

خصائص العينة

الفصل الخامس: خصائص العينة

المبحث الأول: الخصائص السوسيو اقتصادية لأفراد العينة

المبحث الثاني: الخصائص الصحية لأفراد العينة

المبحث الثالث: توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الديمغرافية

تمهيد:

سنقوم في هذا الفصل بالتعريف بمجتمع دراستنا ليتضح الفهم أكثر حوله من خلال التطرق للخصائص الإجتماعية والإقتصادية والديمغرافية والصحية التي تميز بها مجتمع دراستنا من خلال ما جمعناه عند خروجنا للميدان من الإستمارات التي ملئت من 300 امرأة متزوجة في سن الإنجاب وسبق وأن حدثت لها ظاهرة وفاة أحد مواليدها في الفترة ما حول الولادة خلال الخمس سنوات الأخيرة السابقة للبحث.

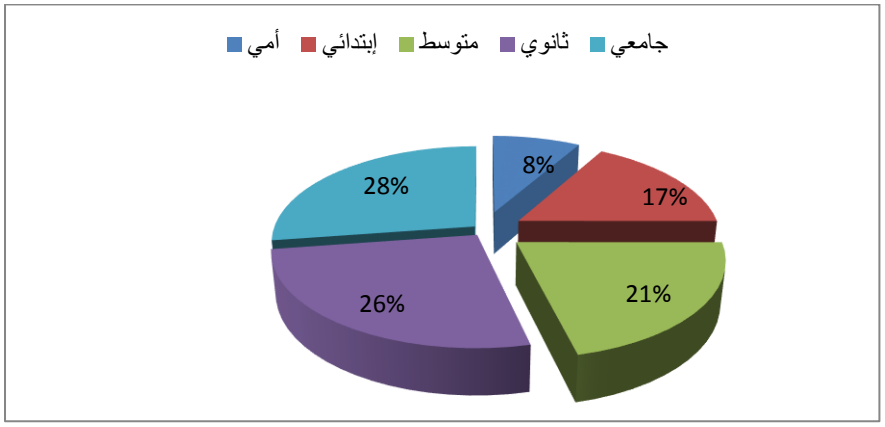
وهنا سنوضع الخصائص الإجتماعية والإقتصادية لمجتمع الدراسة ليتوضح لنا أكثر المركز الإجتماعي والمستوى المعيشي للأمهات في عينتنا.

المبحث الأول: الخصائص السوسيو اقتصادية لأفراد العينة:

جدول رقم (22): توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي للأم.

المستوى التعليمي	التكرار	النسبة المئوية
أمي	25	**8,3**
ابتدائي	50	**16,7**
متوسط	64	**21,3**
ثانوي	79	**26,3**
جامعي	82	**27,3**
المجموع	**300**	**100**

شكل رقم(4): دائرة نسبية تبين لتوزيع أفراد العينة حسب مستواهن التعليمي



يتبين لنا من خلال الشكل أعلاه أن 27,3% من أفراد عينتنا من الجامعيات تليها 26,3% ذوات المستوى التعليمي الثانوي ثم 21,3% من ذوات المستوى المتوسط ثم 16,7% مستواهن ابتدائي وأخيرا 8,3% منهن أميات، وهذا دليل على ارتفاع المستوى التعليمي لغالبية الأمهات في عينتنا.

جدول رقم (23): يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع الأسرة:

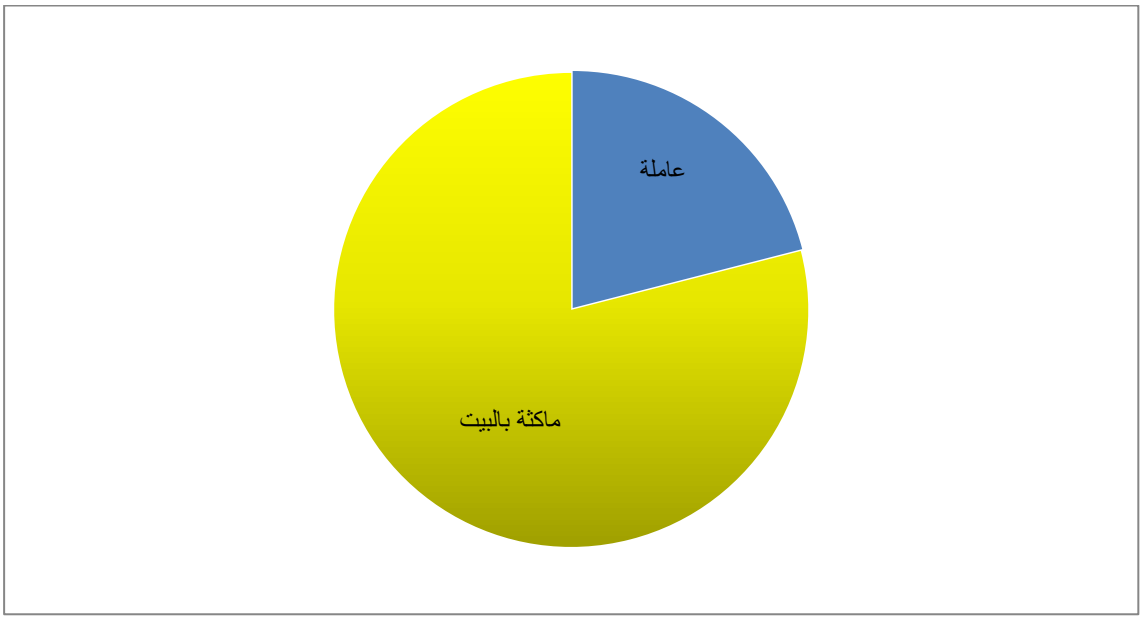
نوع الأسرة	التكرار	النسبة المئوية
ممتدة	119	**39,7**
نووية	98	**32,7**
مركبة	83	**27,7**
المجموع	**300**	**100**

يتبين لنا من خلال الجدول أن أفراد العينة ينتمون إلى أسر ممتدة بنسبة 39,7% تليها 32,7% ينتمون إلى أسر نووية وأخيرا 27,7% ينتمون إلى أسر مركبة.

جدول رقم (24) : يبين توزيع الأمهات حسب الحالة المهنية للأم:

العمل	التكرار	النسبة المئوية
تعمل	65	21,7
لا تعمل	235	78,3
المجموع	**300**	**100**

شكل رقم 5: توزيع أفراد العينة حسب الحالة المهنية:



يتبين لنا من خلال الجدول أن معظم الأمهات في عينتنا ماكثات بالبيت بنسبة 78,3% وتشكل العاملات نسبة 21,3%

جدول رقم (25): يبين توزيع أفراد العينة حسب نوع مهنة الأم:

نوع المهنة	التكرار	النسبة المئوية
إطار عالي	7	**2,3**
إطار متوسط	42	**14**
موظف	15	**5**
عامل مؤقت	1	**0,3**
لا تعمل	235	**78,3**
المجموع	**300**	**100**

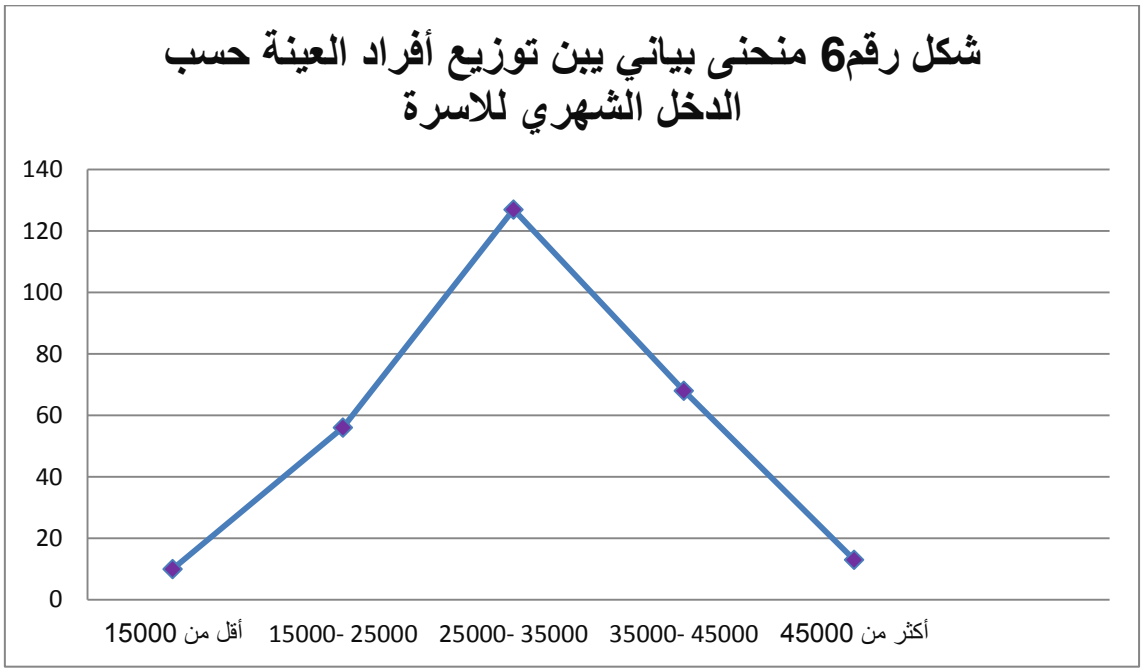
يتبين لنا من خلال الجدول أن معظم الأمهات العاملات في عينتنا يعملن كإطار متوسط بنسبة 14% تليها 5%يعملن كموظفات ثم 2,3% منهن يشغلن منصب إطار عالي وأخيرا 0,3% منهن عامل مؤقت.

جدول رقم (26): توزيع أفراد العينة حسب دخل الأسرة.

دخل الأسرة	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 15000دج	10	**3,3**
15000–25000 دج	56	**18,7**
25000–35000 دج	127	**42,3**
35000–45000 دج	68	**22,7**
45000 دج وأكثر	39	**13**
المجموع	**300**	**100**

يتبين لنا من خلال الجدول أن معظم أفراد العينة ينتمون إلى مستوى الدخل 25000–35000 دج بنسبة 42,3% تليها 22,7% من الفئة 35000–45000 دج ثم 18,7% 15000–25000 دج ثم 13% عند أصحاب الدخل المرتفع 45000 دج وأكثر وأخيرا 3,3% عند الدخل أقل من 15000دج.

شكل رقم(6) : منحنى بياني يبن توزيع أفراد العينة حسب الدخل الشهري للأسرة



جدول رقم (27): توزيع أفراد العينة حسب المستوى المعيشي للأسرة.

المستوى المعيشي	التكرار	النسبة المئوية
سيء	38	**12,7**
عادي	171	**57,0**
جيد	91	**30,3**
المجموع	**300**	**100**

يتبين لنا من خلال الجدول أن معظم أفراد العينة المستوى المعيشي لأسرهم عادي وذلك بنسبة 57% تليها إلى الفئة العمرية 25–30 سنة بنسبة 30,3% تليهن النساء في الفئة العمرية 30–35 سنة بنسبة 28,7% ثم اللاتي ينتمين للفئة 35–40 سنة بنسبة 15% و11,7%بالنسبة للنساء في الفئة 20–25 سنة وتمثل النساء في الفئة 40–45 سنة 8,7% ثم 5,3% بالنسبة للفئة العمرية 45 سنة فأكثر وأخيرا تمثل النساء في الفئة العمرية 15–20 سنة أقل نسبة 0,3%.

المبحث الثاني: الخصائص الصحية لأفراد العينة:

سنوضح فيما يلي أهم خصائص أفراد عينتنا الصحية.

جدول رقم (28): يبين توزيع أفراد العينة حسب معاناة الأم من مشاكل صحية:

الحالة الصحية للأم	التكرار	النسبة المئوية
تعاني	138	**46**
لا تعاني	162	**54**
المجموع	**300**	**100**

يتبين لنا من الجدول أن أكثر بقليل من نصف العينة لا تعاني فيها الأمهات من أية أمراض متعلقة بالحمل بنسبة 54% تليها أقل من النصف عانين من مشاكل وأمراض متعلقة بحملها بطفلها المتوفي وذلك بنسبة 46%.

جدول رقم (29): يبين توزيع أفراد العينة حسب المشاكل التي تعرضت لها الأم أثناء حملها بطفلها المتوفي:

مشاكل الحمل	التكرار	النسبة
ارتفاع ضغط الدم	33	**11**
السكري	16	**5,3**
فقر الدم	52	**17,3**
مشاكل في الرحم وتمزق الأغشية قبل الموعد	19	**6,3**
اختناق جنيني	8	**2,7**
آخر(حمى)	10	**3,3**
لا تعاني	162	**54**
المجموع	**300**	**100**

يتبين لنا من الجدول أعلاه أنه وكما سبق الذكر فإنه أكثر بقليل من نصف العينة لم تعاني فيها الأمهات من أية أمراض متعلقة بالحمل أثناء حملها لطفلها المتوفي بنسبة 54% بينما 46% اللاتي واجهتهن مشاكل متعلقة بالحمل أثناء حملهن بطفلهن المتوفي

كانت تنقسم هذه المشاكل إلى أعظم نسبة مثلها فقر الدم بنسبة 17,3% تليها ارتفاع ضغط الدم بنسبة 11% ثم الأمهات اللاتي عانين من مشاكل في الرحم خاصة تمزق الأغشية الدموية المبكر الذي يؤدي غالبا إلى ولادات قبل الأوان ثم 5,3% و3,3%عانين من ارتفاع السكري المرتبط مشاكل أخرى وبالحمل و3,3% وأخيرا 2,7% مثلتها اللاتي عانين من مشكل اختناق جنيني .

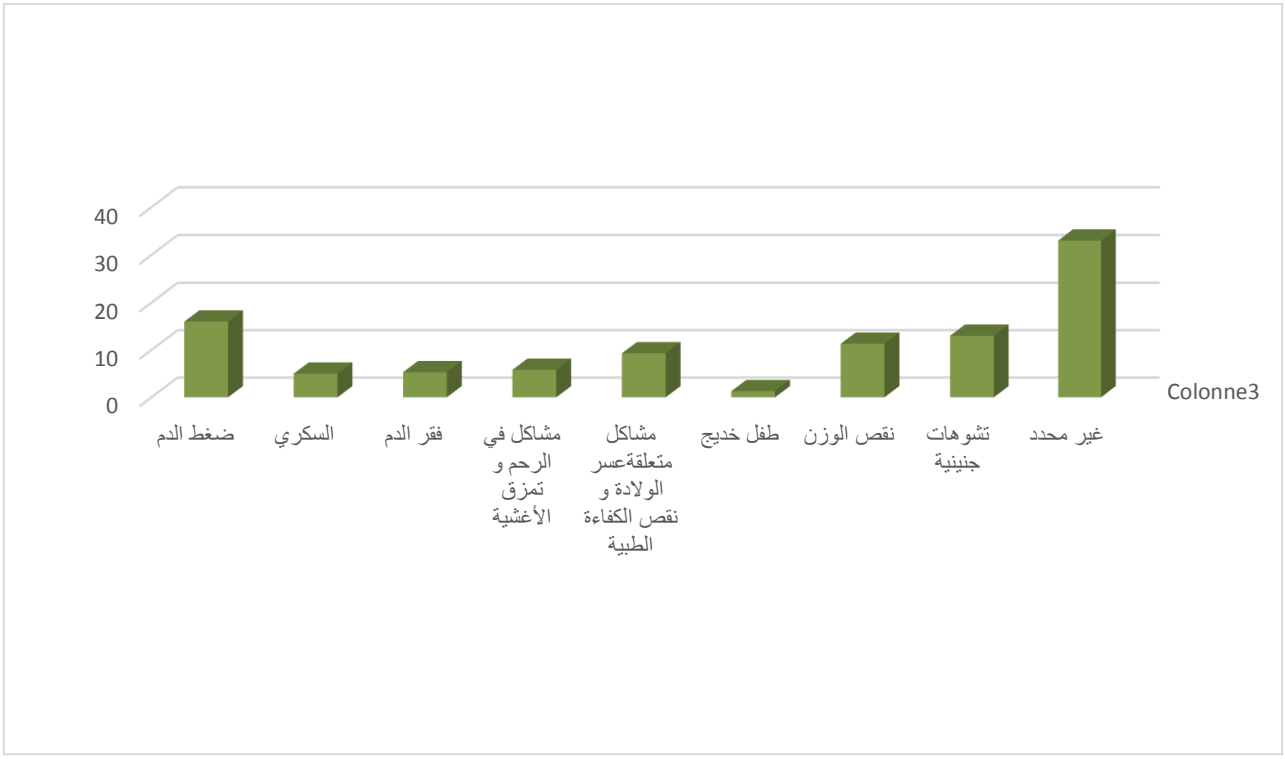
جدول رقم (30): يبين توزيع أفراد العينة حسب سبب وفيات ما حول الولادة .

سبب الوفاة	التكرار	النسبة
ضغط الدم	48	**16**
السكري	15	**5,0**
فقر الدم	16	**5,3**
مشاكل في الرحم وتمزق الأغشية المبكر	17	**5,7**
مشاكل متعلقة بعسر الولادة ونقص الكفاءة الطبية	28	**9,3**
طفل خديج	4	**1,3**
نقص الوزن	34	**11,3**
تشوهات جنينية	39	**13**
غير محدد(لم تستطع تحديد السبب)	99	**33**
المجموع	**300**	**100**

يتبين لنا من خلال الجدول أن أعظم نسبة لأسباب وفيات ما حول الولادة في عينتنا كانت بسبب غير محدد بنسبة 33% ومعظم هذه النساء لم تكن تعرفن السبب المحدد بل قلن أنه لا يوجد سبب تليها16% ممن توفوا بسبب ضغط الدم ثم 13% كان سببها تشوهات جنينية ثم11,3% بسبب نقص الوزن و9,3% بسبب مشاكل متعلقة بعسر الولادة ونقص كفاءة الكوادر الصحية القائمة على الولادة ومثل فقر الدم والسكري نسببا

متقاربة 5,3% و5% على التوالي وأخيرا مثل سبب الوفاة المتمثل في أن المولود خديج 1,3% فقط كأقل نسبة.

شكل رقم (7): أعمدة بيانية تمثل توزيع أفراد العينة حسب سبب وفاة المولود:



المبحث الثالث: توزيع أفراد العينة حسب الخصائص الديمغرافية:

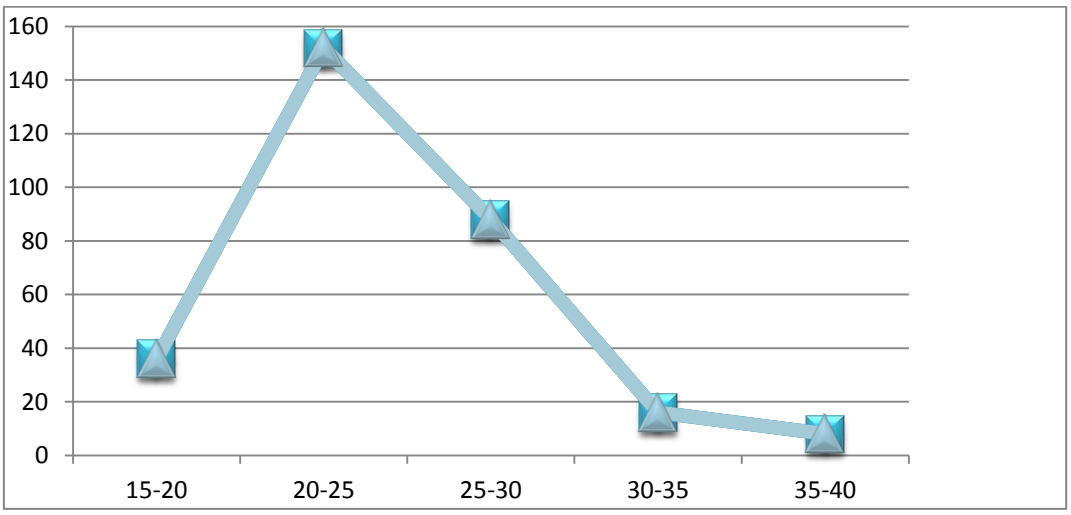
سنتطرق إلى أهم الخصائص الديمغرافية لأفراد العينة من سن الأم الحالي و سنها عند الزواج الأول نوع الولادة و جنس المولود.

جدول رقم (31): توزيع أفراد العينة حسب سن الأم عند الزواج الأول.

السن	التكرار	النسبة المئوية
20-15	36	**12,0**
25-20	152	**50,7**
30-25	88	**29,3**
35-30	16	**5,3**
40-35	8	**2,7**
المجموع	**300**	**100**

يتبين لنا من خلال الجدول أن معظم الأمهات في عينتنا كان سن زواجهن الأول 20-25 سنة بنسبة 50,7% تليها اللاتي تزوجن لأول مرة في سن 25-30 سنة ة بين 15-20 سنة ثم 5,3% تزوجن بين 30-35 سنة وأخيرا 2,7% ممن تزوجن لأول مرة بين 35-40 سنة.

شكل رقم(8): مضلع تكراري يبين توزيع أفراد العينة حسب سن الأم عند الزواج الأول:

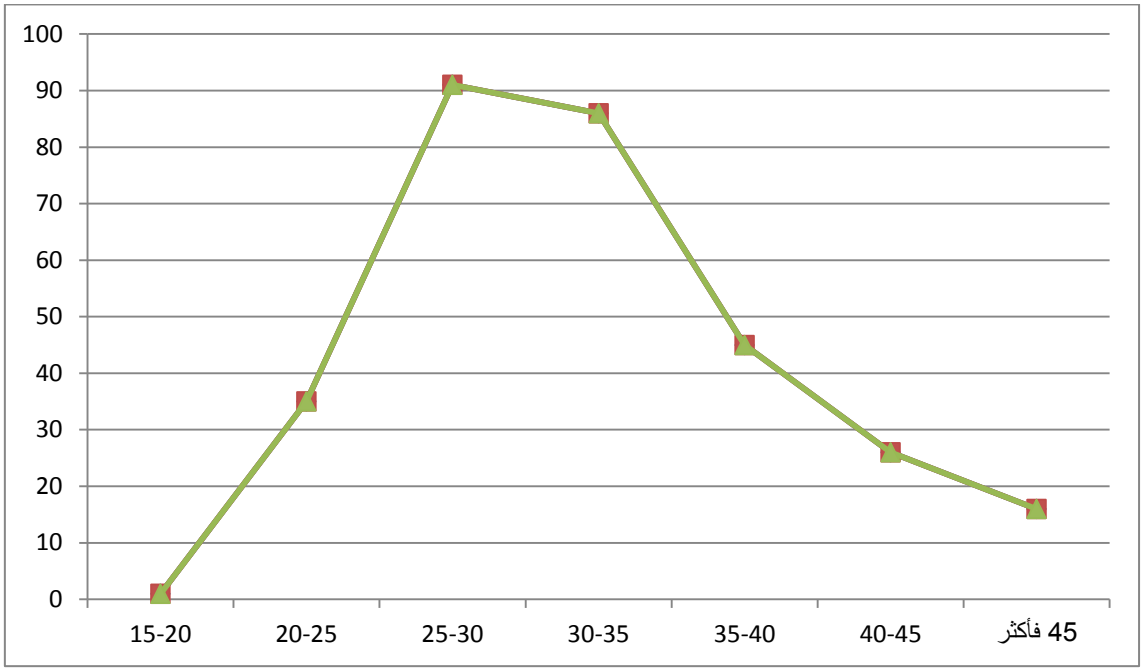


جدول رقم (32): يبين توزيع أفراد العينة حسب فئات السن الحالي للأم.

فئات السن	التكرار	النسبة المئوية
20–15	1	**0,3**
25–20	35	**11,7**
30–25	91	**30,3**
35–30	86	**28,7**
40–35	45	**15,0**
45–40	26	**8,7**
45 فأكثر	16	**5,3**
المجموع	**300**	**100**

يتبين لنا من خلال الجدول أن معظم أفراد العينة ينتمين إلى الفئة العمرية 25–30 سنة بنسبة 30,3% تليهن النساء في الفئة العمرية 30–35 سنة بنسبة 28,7% ثم اللاتي ينتمين للفئة 35–40 سنة بنسبة 15% و11,7%بالنسبة للنساء في الفئة 20–25 سنة وتمثل النساء في الفئة 40–45 سنة 8,7% ثم 5,3% بالنسبة للفئة العمرية 45 سنة فأكثر وأخيرا تمثل النساء في الفئة العمرية 15–20 سنة أقل نسبة 0,3%.

شكل رقم (9): مضلع تكراري يبين توزيع أفراد العينة حسب سن الأم الحالي:



جدول رقم (33): يبين توزيع أفراد العينة حسب سن الأب.

فئات السن	التكرار	النسبة المئوية
30-25	12	**4**
35-30	68	**22,7**
40-35	79	**26,3**
45-40	67	**22,3**
50-45	44	**14,7**
55-50	21	**7**
55 فأكثر	9	**3**
المجموع	**300**	**100**

يتبين من الجدول أن أغلب الآباء يتراوح سنهم بين 35-40 سنة بنسبة 26,3 % و أقلها 4% 25-30 سنة و 3% سنهم يتعدى 55 سنة.

جدول رقم (34): يبين توزيع أفراد العينة حسب جنس المولود:

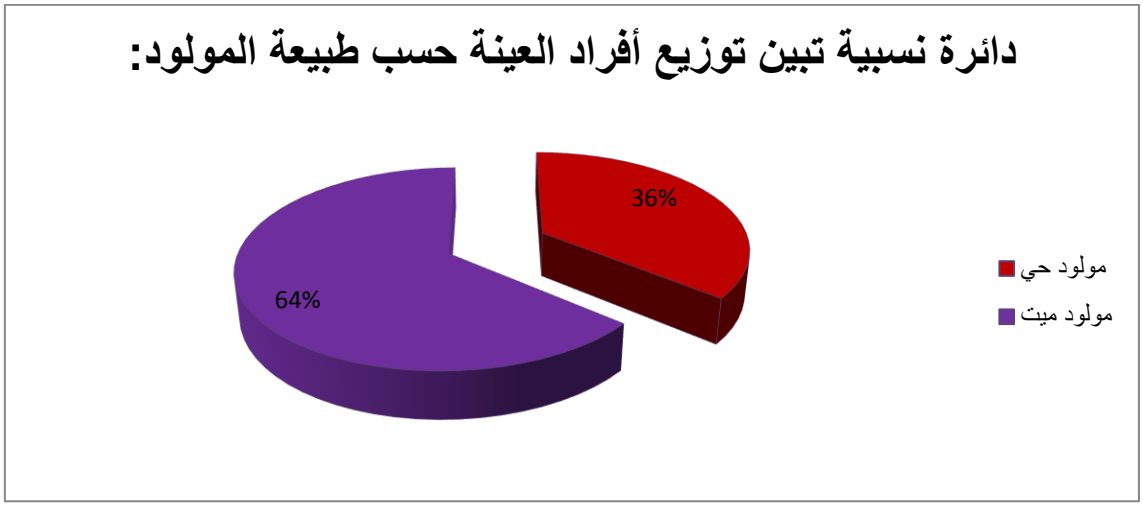
الجنس	التكرار	النسبة المئوية
ذكر	184	61,3
أنثى	106	35,3
توأم	10	3,3
مجموع	300	100

يتبين لنا من خلال الجدول أن معظم وفيات ما حول الولادة لعينتنا كانت من الذكور بنسبة 61,3% تليها 35,3% من الإناث وأخيرا 3,3% فقط توائم.

جدول رقم (35): يبين توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المولود:

طبيعة المولود	التكرار	النسبة المئوية
مولود حي	108	**36,0**
مولود ميت	192	**64,0**
المجموع	**300**	**100**

شكل رقم (10): دائرة نسبية تبين توزيع أفراد العينة حسب طبيعة المولود:



نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب الولادات في عينتنا كانت ميتة بنسبة 64% تليها 36% من المواليد الحية والتي توفيت بعد الولادة من 0 حتى سبعة أيام.

جدول رقم (36): يبين توزيع أفراد العينة حسب وزن المولود عند الولادة:

الوزن	التكرار	النسبة المئوية
أقل من 500غ	21	**7**
500–1000غ	11	**3,7**
1000–1500غ	34	**11,3**
1500–2000غ	34	**11,3**
2000–2500غ	58	**19,3**
2500–3000غ	28	**9,3**
3000–3500غ	45	**15**
3500–4000غ	47	**15,7**
4000غ فأكثر	22	**7,3**
المجموع	**300**	**100**

نلاحظ من خلال الجدول أن 19,3% من وفيات ما حول الولادة في عينتنا كانت أوزانهم عند الولادة تتراوح بين 2000 و2500 غ وهي تمثل أكبر نسبة تليها 15,7% ممن كانت أوزانهم 3500 و4000 غ وهذه النسبة متقاربة مع الذين مثلت أوزانهم 3000–3500غ حيث مثلوا 15% من الولادات ثم 11,3% مثلها كل من الأطفال الذين كانت أوزانهم بين 1000–1500غ و1500–2000غ ثم 9,3% أوزانهم كانت ما بين 2500–3000 غ ثم 7,3% كانت أوزانهم 4000غ فأكثر، وأخيرا 7% كانت أوزانهم أقل من 500غ. وهذا دليل على أن معظم الأطفال في عينتنا كانت أوزانهم عند الولادة عادية أو قريبة من المتوسط.

جدول رقم (37): يبين توزيع أفراد العينة حسب رتبة المولود المتوفي:

رتبة المولود	التكرار	النسبة المئوية
الأولى	73	**24,3**
الثانية	135	**45**
الثالثة	49	**16,3**
الرابعة	28	**9,3**
الخامسة	9	**3**
السادسة	5	**1,7**
السابعة	1	**0,3**
المجموع	**300**	**100**

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلب وفيات ما حول الولادة لعينتنا كانت رتبتهم الثانية بنسبة 45% تليها 24,3% كانت رتبتهم الأولى ثم لرتبة الثالثة بنسبة 16,3% ثم الرابعة بنسبة 9,3% ثم الرتبة الخامسة بنسبة 3% ثم الرتبة السادسة ب 1,7% و أخيرا 0,3% فقط من ذوي الرتبة السابعة .

خلاصة:

تميز أغلبية مجتمع دراستنا من الذكور بنسبة 61,3% و معظمهم ولادات حية بنسبة 64%، ما عن الأمهات فتميزت أغلبهن بحالة صحية جيدة بنسبة 54% و و أغلب الأمهات عمرهن يتراوح بين الفئة العمرية 25–30 سنة بنسبة 50,7%.

الفصل السادس :

العوامل الإجتماعية المؤثرة في وفيات ما حول الولادة

الفصل السادس: العوامل الإجتماعية المؤثرة على وفيات ما حول الولادة

المبحث الأول: المركز الإجتماعي للأم وعلاقته بوفيات ما حول الولادة

البحث الثاني: المستوى المعيشي للأم وعلاقته بوفيات ما حول الولادة

تمهيد:

قمنا في هذا الفصل بدراسة تأثير المتغير المستقل والمتمثل في المركز الإجتماعي والمستوى المعيشي للأم من خلال مؤشرات المستوى التعليمي للأم وعملها ونوع مهنتها ووضع الأسرة المعيشي الذي أحذ القيم متدني، عادي، جيد وكذا دخل الأسرة وتأثيرها في المتغير التابع والذي شمل المؤشرات التالية:

-الوزن عند الولادة،

- طبيعة الولادة حية أو ميتة (ولادة ميتة أو وفيات بعد الولادة بين 0-7 أيام)،

-موعد الولادة(في الأوان، قبل الأوان، وبعد الأوان)،

-وقت الوفاة(وفيات أجنة في الرحم، أو خلال الأسبوع الأول 0-7 أيام)،

-وسبب الوفاة.

المبحث الأول: المركز الإجتماعي للأم وعلاقته بوفيات ما حول الولادة

جدول رقم (38): يبين علاقة المستوى التعليمي للأم بوزن الطفل.

الوزن / مستوى تعليمي	أقل من 500غ		500-1000غ		1000-1500غ		1500-2000		2000-2500		2500-3000		3000-3500		3500-4000		4000 وأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي	3	12	3	12	2	8	6	24	2	8	0	0	5	20	1	4	3	12	25	100
ابتدائي	1	2	1	2	12	24	1	2	13	26	3	6	5	10	13	26	1	2	50	100
متوسط	6	9,7	3	4,7	5	7,8	9	14,1	12	10,9	9	14,1	7	10,9	9	14,1	4	6,3	64	100
ثانوي	8	10,1	3	3,8	8	10,1	10	12,9	11	13,7	10	12,9	11	13,7	9	11,4	9	11,4	79	100
جامعي	3	3,7	1	1,2	7	8,5	8	9,8	20	24,4	6	7,3	17	20,7	15	18, 3	5	6,1	82	100
المجموع	**21**	**7**	**11**	**3,7**	**34**	11,3	**34**	**11,3**	**54**	**19,3**	**28**	**9,3**	**45**	**15**	**47**	**15,7**	**22**	**7,3**	**300**	**100**

يتبين لنا أن الإتجاه العام للجدول أعلاه يتجه نحو أغلبية الأطفال الذين تتراوح أوزانهم عند الولادة بين 2000–2500غ بنسبة 19,3% مقابل الذين تتراوح أوزانهم عند الولادة بين 500–1000غ وذلك بنسبة 3,7%.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأمهات وجدنا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات كانت الأوزان عند الولادة لأولادهم المتوفين مرتفعة ومثالية 18,3% عند الجامعيات و4% عند الأميات بالنسبة للأوزان التي تزيد عن 3500غ وتقل عن 4000غ ومثل الأطفال الذين يتراوح وزنهم بين الوزن 3000–3500 غ نسبة 20,7% عند الجامعيات بينما مثلت هذه النسبة 10% عند ذوات المستوى الإبتدائي، وإن دل ذلك على شيء فإنه يدل على زيادة وعي المتعلمات بصحتهن ومعارفهن بضرورة الإهتمام بها خاصة عند الحمل وبالتالي يمارسن كل ما هو لائق بصحة الحمل لنمو الجنين ويتجنبن كل ما يضر به مما ينتج عنه نمو الجنين بصحة ووزن جيد، وبالمقابل من ذلك فإن 24% من ذوات المستوى التعليمي الإبتدائي أوزان أطفالهن منخفضة بين 1000–و 1500غ وتقل هذه النسبة عند الجامعيات إذ تمثل 8,5%، كما أن أوزان الأطفال الجد منخفضة والتي تقل عن 500غ عند الولادة تزيد عند الأمهات وتمثل 12% بينما وتقل عنها عند الجامعيات إلى3,7% .

جدول رقم (39): علاقة المستوى التعليمي للأم بموعد الولادة.

موعد الولادة / المستوى التعليمي	في الأوان		قبل الأوان		بعد الأوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي	12	48	13	52	0	0	**25**	**100**
ابتدائي	19	38	29	58	2	4	**50**	**100**
متوسط	26	40,6	36	56,6	2	3,1	**64**	**100**
ثانوي	30	38	48	60,8	1	1,3	**79**	**100**
جامعي	42	51,2	39	47,6	1	1,2	**82**	**100**
المجموع	**129**	**43**	**165**	**55**	**6**	**2**	**300**	**100**

يتبين لنا أن الإتجاه العام للجدول أعلاه نحو أغلبية الولادات التي تمت قبل الأوان بنسبة 55% مقابل 43% تمت في الأوان وفقط 2% منها تمت بعد الأوان.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في المستوى التعليمي للأمهات وجدنا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي كانت الولادات في الأوان بنسبة 51,2% عند الجامعيات بينما مثلت النسبة 38% لدى ذوات المستوى التعليمي الإبتدائي بالمقابل فإن 58% من ذوات المستوى التعليمي الإبتدائي كانت ولاداتهن قبل الأوان و47,6% من الولادات قبل الأوان كانت لدى الجامعيات، وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,1 مما يدل على وجود علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين.

وإن دل هذا على شيء فإنه يدل وكما سبق الذكر على ارتفاع درجة الوعي لدى المتعلمات بضرورة الإعتناء بصحتهن خاصة أثناء الحمل وبزيادة معارفهن عن كيفية الحفاظ على حمولهن من راحة مناسبة ومن مطالعة تعرفهن عن الكيفية المناسبة للمحافظة على الحمل كما أنهن مدركات لضرورة استشارة للطبيب في حالة وقوع أي مشكل طارئ على الحمل قد يعكر من سيرورة أشهر الحمل بصورة طبيعية فيحرسن على أن تكون ولاداتهن طبيعية وفي موعدها المناسب.

جدول رقم (40): يبين علاقة المستوى التعليمي ووقت الولادة.

وقت الوفاة / المستوى التعليمي	أقل من 1سا		بين 1-3 سا		3-12		12-24 سا		يوم-3 أيام		3-8 أيام		مولود ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي	0	0	0	0	1	4	0	0	3	12	6	24	15	60	**25**	**100**
ابتدائي	1	2	5	10	4	8	0	0	9	18	6	12	25	50	**50**	**100**
متوسط	1	4,7	1	1,6	0	0	1	1,6	6	9,4	11	17,2	42	65,6	**64**	**100**
ثانوي	2	2,5	0	0	3	3,8	1	1,3	5	6,3	13	16,5	55	69,6	**79**	**100**
جامعي	1	1,2	2	2,4	0	0	1	1,2	9	11	20	24,4	49	59,8	**82**	**100**
المجموع	**7**	**2,3**	**8**	**2,7**	**8**	**2,7**	**3**	**1**	**32**	**10,7**	**56**	**18,7**	**186**	**62**	**300**	**100**

يتبين لنا من خلال الجدول أن الإتجاه العام له يتجه نحو أغلبية الولادات الميتة أي التي تمت في رحم الأم منذ الشهر السادس من الحمل إلى الولادة بنسب 62% مقابل 1% من الذين توفوا بين 12 و24 ساعة بعد الولادة.

وبإدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للأمهات وجدنا أن 60% من الأميات كانت ولاداتهن ميتة أي تمت أثناء الحمل بين 6 أشهر حمل والولادة و59,8% منها عند الجامعيات أي أن هذه النسبة متقاربة مهما تغير المستوى التعليمي للأمهات، بالمقابل نلاحظ أنه وبإدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للأمهات وجدنا أن 60% من الأمهات كانت ولاداتهن ميتة أي حدثت في الرحم بعد الشهر السادس من الحمل و 59,8% منها عند الجامعيات و بالتالي فهذه النسبة متقاربة مهما تغير المستوى التعليمي للأمهات، بالمقابل تلاحظ أنه كلما انخفض المستوى التعليمي زادت الوفيات في الساعات الأولى بعد الولادة والعكس صحيح حيث أن 10% من ذوات المستوى التعليمي ابتدائي توفي أولادهن عند الساعات الأولى بعد الولادة بين 1-3 ساعات و2,4% عند الجامعيات ومثلت الوفيات بين 6-12 ساعة بعد الولادة 8,3% عند اللائي لم يتعدين الإبتدائية بينما الوفيات هنا منعدمة عند الجامعيات، ولاحظنا أن هذه النسبة تتغير مع زيادة الساعات والأيام بعد الولادة حيث تزيد عند الجامعيات وتمثل 24,4% وتنخفض مع انخفاض المستوى التعليمي إلى 17,2% عند المستوى متوسط وإلى 12% من الوفيات التي تمت بين 3 و8 أيام، وبعد حسابنا لمعامل التوافق وجناه يساوي 0,3 دليل على علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين، وكل ما سبق يدل أن ذوات المستوى التعليمي المنخفض يتعرض مواليدهن للوفاة في أقصر مدة زمنية بعد الولادة دليل على شدة ارتباط موتهم بمشاكل الحمل لأن هذه الأخيرة تظهر نتائجها السيئة على الجنين أثناء الحمل مما ينتج عنه ولادة ميتة أو مباشرة بعد الولادة، ومن كل هذا نستنتج أن المتعلمات أكثر حرصا على حياة أولادهن أكثر من المتدنيات علميا وهذا ما توصلت إليه دراسة الأردني منير كرادشة حول تباينات ومحددات وفيات الأجنة في الأردن حيث تزيد وفيات الأجنة عند النساء الأقل تعليما ومن لم يسبق لهن الدخول إلى المدرسة[1]، ولو أردنا الاستدلال أكثر على ذلك إليكم الجدول التالي والذي يبين تأثير المستوى التعليمي في سبب وفاة الجنين:

[1] منير كرادشة.مرجع سابق،. ص 358.

جدول رقم (41): يبين علاقة المستوى التعليمي بسبب الوفاة.

سبب الوفاة / المستوى التعليمي	ضغط الدم		السكري		فقر الدم		مشاكل في الرحم وتمزق الأغشية المبكر		مشاكل متعلقة بعسر الولادة		خديج		نقص الوزن		تشوهات خلقية		غير محدد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أمي	1	4	3	12	3	12	0	0	3	12	0	0	3	12	4	16	8	32	25	100
ابتدائي	7	14	3	6	3	6	3	6	2	4	0	0	8	16	8	16	16	32	50	100
متوسط	9	14,1	1	1,6	5	7,8	5	7,8	9	14,1	2	3,1	6	9,4	6	9,4	21	32,8	64	100
ثانوي	23	29,1	4	5,1	0	0	3	3,8	9	11,4	0	0	8	10,1	10	12,7	22	27,8	79	100
جامعي	8	9,8	4	4,9	5	6,1	6	7,3	5	6,1	2	2,4	9	11	11	13,4	32	39	82	100
المجموع	**48**	**16**	**15**	**5**	**16**	**5,3**	**17**	**5,7**	**28**	**9,3**	**4**	**1,3**	**34**	**11,3**	39	13	99	33	**300**	100

نلاحظ أن الإتجاه العام للجدول نحو أغلبية وفيات ما حول الولادة التي حدثت بسبب غير محدد بنسبة 33% و13% ممن كان سبب وفياتهم التشوهات الخلقية فهو يعتبر سببا رئيسيا لوفيات ما حول الولادة في عينتنا مقابل 1,3% حدثت لكون المولود خديج. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى التعليمي للأمهات وجدنا أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأمهات تنخفض بصفة عامة وفيات ما حول الولادة في عينتنا مهما كان سبب الوفاة حيث وجدنا أن 16% من الأميات كانت وفيات مواليدهن بسبب التشوهات الخلقية وهي تمثل 13,4% عند الجامعيات لأن معظم أسباب التشوهات الخلقية زواج الأقارب ونجد المتعلمات يجتنبن هذا النوع من الزواج لأنهن على دراية علمية بخطره على تشكيل الأجنة لاحقا وما يسببه من إعاقات وتشوهات خلقية فهن بدافع دراستهن في الجامعات والعمل يملن أكثر إلى اختيار شريك الحياة من الوسط الجامعي أو العملي، و16% من الوفيات بسبب نقص النمو كانت عند الأميات و11% عند الجامعيات، ومثلت نسبة الوفيات لسبب عسر الولادة 12% عند الأميات بينما مثلت الوفيات لدى الجامعيات نصف هذه النسبة 6,1% ومثلت الوفيات بسبب إصابة الأم بفقر الدم نفس النسب الأخيرة،و مثلت الوفيات بسبب ارتفاع السكري 12% عند الأميات و4,9% عند الجامعيات، و نلاحظ وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين المستوى التعليمي وسبب الوفاة حيث وجدنا معامل التوافق يساوي 0,3، وهذا راجع إلى أن الأمهات المتعلمات على دراية أكثر بوجوب الإعتناء بصحتهن فيتفادين ما يضر بها ويعتنون أكثر بأكلهن والمتوازن والصحي وتفادي السكريات خاصة وأن معظم الجامعيات يعملن فبذلك لهن القدرة المادية على اقتناء كل ما يلزمهن وما يليق بصحتهن من أكل وأوضاع معيشية ووسط معيشي مناسب وبالتالي تفادي وقوع أي خطر على حياة الجنين بسبب السكري. إلا أننا نلاحظ أن هذه النسب تتغير بالنسبة لوفيات ما حول الولادة التي حدثت بسبب ارتفاع ضغط الدم حيث مثلت 29,1% عند ذوات المستوى ثانوي ومقابل 4% عند الأميات ولعل السبب في ذلك أن معظم المتعلمات عاملات فقد خضعن أولا

لضغط ضرورة الدراسة والآن معظمهن عاملات فيخضعن لضغوطات العمل ولضرورة القيام بمسؤولياتهن في العمل خارج البيت وداخله من تربية وأعمال منزلية مما يجعلها أكثر عرضة نفسيا للقلق والضغوط مما ينتج عنه ارتفاع ضغط الدم وهو سبب رئيسي لتعقيدات الحمل ولوفيات الأجنة ووفيات ما حول الولادة.

جدول رقم (42): يبين علاقة الحالة المهنية للأم ووزن المواليد عند الولادة.

الوزن / الحالة المهنية	أقل من 500غ		500- 1000غ		1000- 1500غ		1500- 2000غ		2000- 2500غ		2500- 3000غ		3000- 3500غ		3500- 4000غ		4000غ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	4	6.3	1	1,6	5	7,9	5	7,9	12	19	7	11,1	10	15,9	12	19	7	11,1	63	100
لا تعمل	17	7,2	10	4,2	29	12,2	29	12,2	46	19,4	21	8,9	35	14,8	35	14,8	15	6,3	237	100
المجموع	21	7	11	3,7	34	11,3	34	11,3	58	19,3	28	9,3	45	15	47	15,7	22	7,3	300	100

نلاحظ أن الإتجاه العام للجدول نحو أغلبية المواليد الذين كانت أوزانهم عند الولادة بين 2000–2500غ بنسبة 19,3% مقابل 3,7% ممن كانت أوزانهم عند الولادة 500–1000غ .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية للأم وجدنا أنه كلما كانت الأم تعمل كانت أوزان مواليدها أكبر والعكس صحيح حيث وجدنا أن 11,1% من الولادات عند وزن يفوق 4000غ لدى العاملات و6,3 لدى الماكثات بالبيت، و19% من الأطفال الذين أوزانهم عند الولادة كانت 3500–4000غ كانت لدى العاملات و14,8% لدى غير العاملات، بالمقابل من ذلك 4,2% من غير العاملات أوزان أطفالهن عند الولادة كانت جد منخفضة تقل عن 1000غ تمثل أقلمن النصف عند العاملات 1,6%، ومثلت نسبة الأطفال الذين تتراوح أوزانهم بين 1000 و1500غ 12,2% لدى الماكثات بالبيت و7,9% لدى العاملات،

ولعل التفسير الذي يتبادر إلى أذهاننا لهذه الظاهرة هو كون العاملات يتمتعن بأكثر رخاء مادي مما يستطعن أن يوفرن جميع متطلباتهن ومتطلبات حمولهن وأجنتهن من أكل صحي ومتنوع مهما كان سعره وهذا ما له تأثير مباشر على صحة ووزن الجنين .

جدول رقم (43): يبين علاقة الحالة المهنية للأم بموعد الولادة.

موعد الولادة / الحالة المهنية	في الأوان		قبل الأوان		بعد الأوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	34	54	28	44,4	1	1,6	**63**	**100**
لا تعمل	95	40,1	137	57,8	5	2,1	**237**	**100**
المجموع	**129**	**43**	**165**	**55**	**6**	**2**	**300**	**100**

يتبين لنا من خلال الجدول أعلاه أن إتجاهه العام يتجه نحو أغلبية الولادات التي حدثت قبل الأوان بنسبة 55% مقابل 43% منها تمت في الأوان و2% فقط منها تمت بعد الأوان.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في الحالة المهنية للأم وجدنا أنه كلما كانت الأم عاملة كانت ولاداتها في الأوان وكلما كانت ماكثة بالبيت كانت ولاداتها قبل الأوان، حيث أن 54% من العاملات يلدن في الموعد وتمثل هذه النسبة عند غير العاملات 40,1%، بالمقابل من ذلك 57,8% من الماكثات بالبيت يلدن قبل الأوان وتمثل النسبة 44,4% عند العاملات، وعند حسابنا لمعامل كأي التربيع وجدنا أن المحسوبة تساوي 0,47 أكبر من الجدولية 0,29 فهناك فروق جوهرية بالتالي نرفض فرضية العدم بل هناك علاقة بين المتغيرين الحالة المهنية للأم وموعد الولادة.

ويعزى ذلك إلى أن العاملات أفضل من الماكثات بالبيت في كل الشروط المعيشية الضرورية فيما يخص اهتمامهن بصحتهن بما فيها المادية من أكل وشرب وتوفير متطلبات العيش الجيدة من مسكن متوفر على جميع الأدوات التي تساعدها في أعمالها المنزلية وتغنيها عن تعبها الجسدي الذي يعتبر من أهم أسباب الولادة قبل الأوان لأنه يعرض عضلة الرحم لتقلصات استعدادا للولادة وبالتالي اتساع عنق الرحم مما يتسبب في الاستعداد للولادة قبل الأوان، وكذلك تستطيع العاملة بفضل رفاهيتها المادية بالنسبة للماكثة بالبيت أن تقبل على الرعاية الصحية في القطاعين العام والخاص كما أنها تتغذى جيدا، أضف إلى ذلك كونها أكثر معرفة بضرورة المحافظة على جنينها وكل ما يتعلق بحملها نتيجة للمعارف التي تكتسبها في ميدان العمل بما فيها المعارف الصحية وكذلك في دراساتها باعتبار أن الأغلبية الساحقة للعاملات من المتعلمات وذوات المستويات الجامعية العليا.

جدول رقم(44): يبين العلاقة بين الحالة المهنية للأم ونوع المولود:

نوع المولود / الحالة المهنية	مولود حي		مولود ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	25	39,7	38	60,3	63	100
لا تعمل	83	35	154	65	237	100
المجموع	108	36	192	64	300	100

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلبية الولادات الميتة بنسبة 64% مقابل 36% من الولادات الحية.

وبإدخالنا للمتغير المستقل نجد أنه كلما كانت الأمهات عاملات وضعن مواليد أحياء أكثر من غير العاملات والعكس كلما كن ماكثات بالبيت وضعن مواليد موتى أكثر من غير العاملات حيث وجدنا 39,7% من العاملات مواليدهن أحياء بينما تشكل هذه النسبة 35% عند الماكثات بالبيت، بالمقابل فإن الأمهات اللاتي وضعن ولادات ميتة كن ماكثات بالبيت بنسبة 65% وعاملات بنسبة 60,3%.

وهذا دليل أكبر على أن العاملات أكثر حفاظا على حياة أجنتهن ولو لمدة أكبر بعد الولادة بفضل مستواهن السوسيو اقتصادي الرفيع من مستوى تعليمي عالي ومركز عملي عالي وظروف معيشية عالية أيضا فلا يخف لكل ما لهذه العوامل من إثراء لمعلومات الأمهات في كل ما يتعلق بصحتهن ولما لها من دور في تسهيل إقبالها على الرعاية الصحية واستيعابها الأسرع والأفضل لنصائح الأطباء في هذا المجال.

جدول رقم (45): يبين العلاقة بين عمل الأم ووقت وفاة المولود:

وقت الوفاة / عمل الأم	أقل من 1سا		1-3 سا		3-12 سا		12-24 سا		يوم- 3 أيام		3-8 أيام		ولادة ميتة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	0	0	1	1,6	1	1,6	0	0	11	17,5	15	23,8	35	55,6	**63**	**100**
لا تعمل	7	3	7	3	7	3	3	1,3	21	8,9	41	17,3	151	63,7	**237**	**100**
المجموع	**7**	**2,3**	**8**	**2,7**	**8**	**2,7**	**3**	**1**	**32**	**10,7**	**56**	**18,7**	**186**	**62**	**300**	**100**

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلبية الولادات الميتة والتي تمت أثناء الحمل بنسبة 62% بالمقابل 18,7% من الولادات الحية ماتت بين 3 و8 أيام و1% تمت بين 12–24 ساعة.

و بعد إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في الحالة المهنية للأم وجدنا أن كلما كانت الأم لا تعمل زادت وفيات الأجنة أثناء الحمل بنسبة 63,7% و55,6% لدى غير العاملات، و تزيد لدى غير العاملات نسبة للأطفال الذين ولدوا أحياء وماتوا في الساعات الأولى إلى غاية اليوم الأول من ولادتهم بعد ولادتهم حيث مثلت هذه النسبة بعد الولادة بأقل من ساعة 3% وكانت معدومة تماما لدى العاملات وكذلك كانت معدومة تماما لدى العاملات اللواتي مات مواليدهن بين 12 ساعة ويوم، ووبين لنا حسابنا لمعامل التوافق يعني وجود علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين حيث وجدناه يساوي 0,4 .

وهذا دليل على أن هذه الوفيات كان سببها مرتبطا كليا بالحمل مثلها مثل الولادات الميتة، وتبدأ هذه النسبة بالتغير مع تزايد الفترة الزمنية بعد الولاددة فترتفع لدى العاملات وتمثل بالنسبة للفترة بين يوم 3 أيام و3–8 أيام 10,7% و18,7% على التوالي بينما مثلت لدى غير العاملات في نفس الفترات على التوالي 8,9% و17,3% فهنا يظهر أنه كلما كانت تعمل المرأة زاد امل حياة ولادتها في الأيام الأولى قبل اليوم الثامن قبل تعرضها لوفاة ما حول الولادة .

جدول رقم (46): يبين العلاقة بين الحالة لمهنية للأم وسبب الوفاة:

سبب الوفاة / عمل الأم	ضغط الدم		السكري		فقر الدم		مشاكل في الرحم وتمزق أغشيته		مشاكل متعلقة بعسر الولادة		خديج		نقص الوزن		تشوهات خلقية		غير محدد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعمل	9	14,3	2	3,2	5	7,9	5	7,9	5	7,9	1	1,6	8	12,7	9	14,3	19	30,2	63	100
لا تعمل	39	16,5	13	5,5	11	4,6	12	5,1	23	9,7	3	1,3	26	11	30	12,7	80	33,8	237	100
المجموع	48	16	15	5	16	5,3	17	5,7	28	9,3	4	1,3	34	11,3	39	13	99	33	300	100

يتبين لنا من الجدول أن اتجاهه العام نحو أغلبية وفيات ما حول الولادة التي كان سببها غير محدد بنسبة 33% مقابل 1,3% فقط ممن كان سبب وفاتهم كونهم خدجا. و عند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في الحالة المهنية للأم وجدنا لأنه كلما كانت الأم لا تعمل كان سبب وفاة ابنها غير محدد بنسبة 33.8% و تقل هذه النسبة عند العاملات إذ تشكل 30,2% دليل على دقة معرفة و وعي العاملات بكل ما يتعلق بصحة أطفالهن ونلاحظ أن وفيات الأطفال بسبب مرضي السكري وضغط الدم يزيد عند الماكثات بالبيت حيث مثلت الوفيات بسبب السكري عند الماكثات بالبيت 5,5% وتنخفض إلى 3,2% عند العاملات، و تمثل الوفيات بسبب ضغط الدم عند الماكثات بالبيت 16.5% وتنخفض عند العاملات إلى 14,3%، و يدل هذا على أن العاملات أكثر وعيا بالمراقبة والمتابعة الصحية لحملهن و بالنظام الغذائي المتوازن الذي يجب اتباعه أثناء الحمل لتجنب الوقوع في وفيات بسبب السكري أو ارتفاع ضغط الدم، بينما تزداد وفيات بسبب مشاكل في الرحم و تمزق أغشيته لدى العاملات 7,9% و5,1% عند الماكثات بالبيت وهذا يدل على المتاعب الجسدية والجهد المبذول عند العاملات الذي يؤدي إلى التمزق المبكر للأغشية الذي قد يؤدي إل ولادات قبل الأوان وهذا ما يفسر أن الوفيات بسبب لخدج تزيد عند العاملات و تمثل 1,6% و 1,3% عند الماكثات بالبيت.

جدول رقم (47): علاقة نوع مهنة الأم والوزن عند الولادة.

الوزن / نوع المهنة	أقل من 500غ		500- 1000غ		1000- 1500غ		1500- 2000غ		2000- 2500غ		2500- 3000غ		3000- 3500غ		3500- 4000غ		4000غ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
إطار عالي	0	0	0	0	0	0	1	14,3	1	14,3	1	14,3	2	28,6	1	14,3	1	14,3	7	100
إطار متوسط	4	9,5	2	4,8	5	11,9	1	2,4	4	9,5	4	9,5	8	19	10	23,8	4	9,5-	42	100
موظف	0	0	0	0	0	0	4	26,7	3	20	0	0	0	0	0	0	2	13,3	15	100
عامل مؤقت	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100
لا تعمل	17	7,2	9	3,8	29	12,3	28	11,9	20	8,5	46	19,6	35	14,9	36	15,3	15	6,4	235	100
المجموع	**21**	**7**	**11**	**3,7**	**34**	**11,3**	**34**	**11,9**	**28**	**9,3**	**58**	**19,3**	**45**	**15**	**47**	**15,7**	**22**	**7,3**	**300**	**100**

يتبين لنا أن الإتجاه العام للجدول أعلاه نحو أغلبية المواليد الذين كانت أوزانهم عند الولادة بين 2000–2500غ بنسبة 19,3% مقابل 3,7% من المواليد الذين كانت أوزانهم عند الولادة بين 500–1000 غ، وعند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في نوع مهنة الأم وجدنا أنه كلما كانت مهنة الأم جيدة كانت أوزان طفلها عند الولادة جيدة ومقبولة والعكس أي كلما كانت المهنة أقل علوا كانت أوزان الأطفال عند الولادة ناقصة حيث أن الأوزان المثالية 3000–3500 غ و3500–4000غ للأطفال عند الولادة مثلت عند صاحبات المهن الرفيعة المتمثلة في إطار عالي 28,6% و14,3% بينما كانت هذه النسب لدى من يشغلن مهن موظفات عاديات معدومة، بالمقابل فإن من كانت أوزانهم عند الولادة بين 1500–2000غ كانت أمهاتهن موظفات عاديات بنسبة 26,7% وتقريبا نصف هذه النسبة 14,3% كانت لدى الأمهات اللائي يشغلن منصب إطار عالي. ويرجع هذا إلى أن ذوات المناصب العملية العالية من إطارات سامية يتقاضين أجورا عالية فتتوفر لديهن كل الشروط الجيدة للعيش الرفيع من أكل صحي ومتنوع يساعدهن أثناء الحمل لضمان الصحة والوزن الجيد لأطفالهن عند الولادة وذلك عكس الموظفات العاديات اللائي غالبا ما تكون أجوهن بالكاد تكفي مصاريفهن اليومية ومتطلبات بيوتهن الأساسية.

المبحث الثاني: المستوى المعيشي للأم وعلاقته بوفيات ما حول الولادة

جدول رقم (48): يبين علاقة المستوى المعيشي بموعد الولادة: [1]

موعد الولادة / المستوى المعيشي	في الأوان		قبل الأوان		بعد الأوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
سيء	17	44,7	20	52,6	1	2,6	**38**	**100**
عادي	71	41,5	96	56,1	4	2,3	**171**	**100**
جيد	41	45,1	49	53,8	1	1,1	**91**	**100**
المجموع	**129**	**43**	**165**	**55**	**6**	**2**	**300**	**100**

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن الإتجاه العام له يتجه نحو معظم أفراد العينة التي كانت ولادتهم قبل الأوان بنسبة 55% مقابل 43% من الولادات في الأوان و2% فقط تمت بعد الأوان.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى المعيشي للأسرة وجدنا أن النسب كانت متقاربة مع تغير المستوى المعيشي حيث مثلت الولادات قبل الأوان ارتفاعا طفيفا لدى الأسر ذات الظروف المعيشية العادية 56,1% بالنسبة لذات الظروف الجيدة 53,8% بالمقابل شكلت الولادات في الأوان ارتفاعا طفيفا كذلك لدى الأسر ذات المستوى المعيشي الجيد حيث مثلت 45,1% وتنخفض إلى 41,5% للأسر العادية الظروف و44,7% لدى الأسر التي ظروفها متدنية. ويفسر هذا بما للظروف المعيشية الجيدة من تيسير للحمل وتجنب لجميع تعقيداته حتى بلوغ موعد الولادة

[1] ملاحظة: قمنا بتقسيم المستوى المعيشي للأم حسب قدر الممتلكات التي تتمتع بها الأسرة و صنفناها إلى سيء(أقل من 3 ممتلكات) عادي(3-4 ممتلكات) جيد(من 4 ممتلكات فأكثر)

جدول رقم (49): يمثل العلاقة بين المستوى المعيشي ونوع المولود.

نوع المولود / المستوى المعيشي	مولود حي		مولود ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
سيء	11	28,9	27	71,1	**38**	**100**
عادي	72	42,1	99	57,9	**171**	**100**
جيد	25	27,5	66	72,5	**91**	**100**
المجموع	**108**	**36**	**192**	**64**	**300**	**100**

يظهر لنا من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو معظم المواليد في عينتنا كانت ميتة بنسبة 64% مقابل 36% من المواليد الأحياء.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى المعيشي للأسرة فإن الولادات الميتة ترتفع عند المستوى المعيشي السيء وتمثل 71,1% وتنخفض عند الأسر التي مستواها المعيشي عادي 51,9% بالمقابل ترتفع نسبة المواليد الأحياء في الأسر التي تتمتع بظروف معيشية مقبولة وعادية لتمثل 42,1% وتنخفض إلى 28,9% للذين ظروفهم المعيشية سيئة. ووجدنا معامل التوافق يدعم هذه العلاقة التي بلغت 0,5 أي أنها علاقة طردية متوسطة.

جدول رقم (50): يبين العلاقة بين المستوى المعيشي ووقت الوفاة.

وقت الوفاة / المستوى المعيشي	أقل من ساعة		1–3 سا		3–12 سا		12–24 سا		يوم–3 أيام		3–8 أيام		مولود ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
سيء	0	0	2	5,3	0	0	0	0	4	10,5	6	15,8	26	68,4	**38**	**100**
عادي	5	2,9	3	1,8	7	4,1	3	1,8	24	14	33	19,3	96	56,1	**171**	**100**
جيد	2	2,2	3	3,3	1	1,1	0	0	4	4,4	17	18,7	64	70,3	**91**	**100**
المجموع	**7**	**2,3**	**8**	**2,7**	**8**	**2,7**	**3**	**1**	**32**	**10,7**	**56**	**18,7**	**186**	**62**	**300**	**100**

يتبين لنا أن الإتجاه العام للجدول نحو أغلبية الأطفال الذين توفوا في بطن أمهم بدءا من الشهر السادس من الحمل أي الولادات الميتة بنسبة 62% مقابل 18,7% من الولادات الحية التي توفت بين 3–8 أيام بعد الولادة و2,3% فقط توفت في أقل من ساعة واحدة بعد الولادة. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى المعيشي للأسرة وجدنا أن الظروف المعيشية تؤثر في وقت وفيات ما حول الولادة إذ 68,4% من الأطفال الذين ينتمون إلى أسر متدنية الظروف المعيشية توفوا في بطون أمهاتهم بينما انخفضت هذه النسبة لدى الأطفال الذين تتمتع أسرهم بظروف اقتصادية عادية 56,1%، بالمقابل تزيد نسبة وفيات المواليد الجديدة المبكرة التي حدثت في آخر ثلاث أيام من الأسبوع الأول لدى الأسر الغنية ومثلت 18,7% وتنخفض إلى 15,8% لدى الأسر الفقيرة، بالمقابل تزيد نسبة وفيات المواليد الجديدة المبكرة في عينتنا التي تحدث خلال الثلاث ساعات الأولى بعد الولادة لدى الأسر الفقيرة 5,3% بينما تنخفض هذه النسبة إلى 3,3% عند الأسر ذات المستوى المعيشي الجيد. ويعزى كل هذا إلى كون المستوى المعيشي الجيد لأسر الأمهات يؤثر إيجابا على حياة أجنتهن فهي أكثر حفاضا عليها لأطول مدة ممكنة بعد الولادة فنجد أن أغلب وفيات ما حول الولادة هنا تكون وفيات المواليد الأحياء الجديدة المبكرة التي تحدث في آخر مهلة من 0–7 أيام بعد الولادة بالنسبة للتي تحدث عند المواليد في الأسر الفقيرة التي تعتبر أقل حفاضا على طول حياة مواليدهم حيث تزيد وفياتهم في الساعات الأولى من الولادة كما أننا نلاحظ أن حملهن أكثر عرضة لعدم الإستمرار حيث تنقطع حياة أجنتهن أثناء الحمل قبل بلوغ موعد الولادة. وكل هذا يدل على أن الأسر المرتاحة مادية تقضي فيها الأمهات حملها مرتاحة بدون صعوبات ولا تعقيدات بالنسبة للأسر الفقيرة حيث تتمتع الأمهات في الأولى بأكل جيد يعود بالفائدة لها ولأجنتها كما أنهن أقل عرضة للضغوطات المادية التي تتسبب لها في قلق يؤثر على حالتها الصحية التي تتدنى عند الحمل فتؤثر سلبا على حياة الجنين إذ تسرع من وفاته.

جدول رقم (51):يبين علاقة المستوى المعيشي بسبب الوفاة.

سبب الوفاة / المستوى المعيشي	ضغط دم		سكري		فقر الدم		مشاكل رحم وتمزق أغشيته		تعقيدات متعلقة بعسر الولادة		خديج		نقص النمو		تشوهات خلقية		غير محدد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
سيء	4	10,5	3	7,9	2	5,3	0	0	7	18,4	1	2,6	6	15,8	4	10,5	11	28,9	**38**	**100**
عادي	29	17	4	2,3	8	4,7	12	7	13	7,6	2	1,2	19	11,1	26	15,2	58	33,9	**171**	**100**
جيد	15	16,5	8	8,8	6	6,6	5	5,5	8	8,8	1	1,1	9	9,9	9	9,9	30	33,3	**91**	**100**
المجموع	**48**	**16**	**15**	**5**	**16**	**5,3**	**17**	**5,7**	**28**	**9,3**	**4**	**1,3**	**34**	**11,3**	**39**	**13**	**99**	**33**	**300**	**100**

يتبين لنا أن الإتجاه العام للجدول أعلاه يتجه نحو أغلبية وفيات ما حول الولادة في عينتنا كانت لأسباب غير محددة بنسبة 33% مقابل 13% حدثت بسبب التشوهات الخلقية و1,3% فقط لكون الأطفال خُدّجًا.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المستوى المعيشي للأسرة وجدنا أن 15,8% من الأطفال في الأسر ذات الظروف المعيشية السيئة ماتوا بسبب نقص النمو وتقل هذه النسبة مع ارتفاع المستوى المعيشي حيث تمثل 11,1% للأطفال في الأسر العادية المستوى وتنزل إلى 9,9% من الأطفال في الأسر ذات المستوى المعيشي الجيد بالمقابل من ذلك 2,6% من الأطفال في الأسر السيئة الظروف الإجتماعية توفوا لأنهم خدج بينما تنخفض هذه النسبة هذه النسبة عند الأطفال للأسر ذات الظروف المعيشية العادية والجيدة ولكن بنسب متقاربة لتمثل على التوالي 1,2% و1,1%، وإن دلت هذه النتائج على شيء فهي تدل على مدى تأثير الظروف المعيشية الجيدة للأسر التي تنتمي لها الأمهات على نمو الجيد الجنين وولادته العادية والعكس صحيح لأن الأمهات في الأسر الضعيفة اقتصاديا يعانين من سوء التغذية خاصة أثناء الحمل حيث تحيطه بالتعقيدات حيث وجدنا 18,4% من الأطفال في هذه الأسر توفوا لهذا السبب ألا وهو تعقيدات متعلقة بعسر الولادة بينما مثلت هذه النسبة في الأسر ذات المستوى المعيشي الجيد 8,8%بفضل اهتمام الأم في هذه الأسر الغنية بحملها بفضل إمكانياتها المادية التي تساعدها في المتابعة الطبية له والتغذية الجيدة التي تحافظ على شروط حفظ الجنين أكثر منها في الأسر السيئة الظروف المعيشية التي تتعرض فيها أكثر الأمهات إلى تعقيدات للحمل تؤثر سلبا على المولود مما يؤدي إلى ولادات قبل الأوان وكذا يتعرض الجنين إلى نقص النمو بسبب سوء تغذية أمه أثناء الحمل مما يؤدي إلى وفاته، وما يدعم هذا التفسير أكثر هو ما سبق وأن ذكرناه في الجانب النظري حيث تشير تقارير الأمم المتحدة في هذا المجال إلى أن الأطفال في الأسر الأقل فقرا يمثلون ما بين 2 إلى 3 مرات أكثر خطرا للتعرض للوفاة خلال الأيام الأولى من حياتهم مقارنة بأمثالهم في الأسر الأكثر غنى لأن المستوى الاقتصادي يؤثر على اهتمام الأم بحملها ويزيد من متابعتها لحملها في المراكز الصحية لتفادي مشاكل الحمل مما ينعكس على الطفل أثناء الحمل والولادة.[1]

[1] Nations Unies. (2011).**Objectifs du millénaire pour le développement**, rapport de 2011, opcit. p26.

جدول رقم (52): يبين العلاقة بين دخل الأسرة والوزن

الوزن / الدخل	أقل من 500غ		500-1000غ		1000-1500غ		1500-2000غ		2000-2500غ		2500-3000غ		3000-3500غ		3500-4000غ		4000غ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	1	10	1	10	1	10	0	0	0	0	0	0	3	30	3	30	1	10	10	100
15000-25000	8	14,3	3	5,4	6	10,7	9	16,1	8	14,3	6	10,7	5	8,9	10	17,9	1	1,8	56	100
25000-35000	9	7,1	6	4,7	21	16,5	12	9,4	29	22,8	9	7,1	13	10,2	17	13,4	11	8,7	127	100
35000-45000	2	2,9	00	0	6	8,8	9	13,2	11	16,2	8	11,8	14	20,6	13	19,1	5	7,4	68	100
وأكثر 45000	1	2,6	1	2,6	0	0	4	10,3	10	25,6	5	12,8	10	25,6	4	10,3	4	10,3	39	100
المجموع	21	7	11	3,7	34	11,3	34	11,3	58	19,3	28	9,3	45	15	47	15,7	22	7,3	300	100

يتبين لنا أن الإتجاه العام للجدول نحو أغلبية الأطفال الذين كانت أوزانهم عند الولادة بين 2000–2500غ بنسبة 19,3% مقابل 3,7% فقط ممن كانت أوزانهم عند الولادة بين 500–1000غ .

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في دخل الأسرة وجدنا أن الأطفال الذين ولدوا بوزن منخفض يتركزون أكثر عند الأسر ذات الدخل المنخفض مقارنة بهم في الأسر ذات الدخل المرتفع، حيث وجدنا أن الأطفال المولودين بوزن جد منخفض أقل من 500غ مثلوا 10% في الأسر ذات الدخل البسيط أقل من 15000 دج بينما مثلوا 2,6% فقط من الأطفال في الأسر ذات الدخل المرتفع 45000 فأكثر وكذلك الأمر بالنسبة للأطفال الذين ولدوا بأوزان بين 5000–1000 غ حيث مثلوا نفس النسب على التوالي ووجدنا أيضا أن الأطفال الذين ولدوا بأوزان لم تتجاوز 1500غ أي بين 1000–1500غ كانوا منعدمين عند الأسر ذات الدخل أكثر من 45000 دج ومثلوا 10% في الأسر ذات الدخل الضعيف أقل من 15000 دج، بالمقابل من كل ذلك فإن الأطفال الذين ولدوا بأوزان جيدة عند الولادة كانوا أكثر في الأسر ذات الدخل الجيد حيث مثل الأطفال الذين ولدوا بوزن أكثر من 4500غ في الأسر المرتفعة الدخل 45000 دج وأكثر 10,3% بينما لم تتجاوز هذه النسبة 1,8% في الأسر التي دخلها 15000–25000 دج وكانت نسبة من ولدوا بأوزان بين 2500–3000غ منعدمة في الأسر ذات الدخل الأقل من 15000 دج لتصعد هذه النسبة إلى 11,7% في الأسر ذات الدخل العالي بين 35000–45000 دج و12,6% في الأسر ذات الدخل الأعلى الذي يتجاوز 45000 دج وتتدعم هذه العلاقة الطردية بين الوزن عند الولادة والدخل بقيمة معامل التوافق التي وجدناها تساوي 0,3 تدل على وجود علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين.

جدول رقم (53): يبين العلاقة بين دخل الأسرة وموعد الولادة.

موعد الولادة / الدخل	في الأوان		قبل الأوان		بعد الأوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	5	50	5	50	0	0	10	100
25000–15000	23	41,1	32	57,1	1	1,8	56	100
25000-35000	49	38,6	75	59,1	3	2,4	127	100
35000-45000	33	48,5	34	50	1	1,5	68	100
وأكثر 45000	19	48,7	19	48,7	1	2,6	39	100
المجموع	129	43	165	55	6	2	300	100

يتبين لنا من خلال الجدول أن أغلبية الأطفال في عينتنا ولدوا قبل الأوان بنسبة 55% مقابل 43% منهم ولدوا في الأوان و2% فقط ولدوا بعد الأوان.

و عند إدخالنا للمتغير المستقل والمتمثل في دخل الأسرة وجدنا أن 48,7% ممن دخول أسرهم تتجاوز 45000 دج ولدوا في الأوان و41,1% فقط منهم لدى الأسر ذات الدخل بين 15000–20000دج، بالمقابل من ذلك فإن 57,1% من الأطفال ولدوا قبل لأوان في الأسر ذات الدخل المنخفض 15000–20000 دج وتنخفض هذه النسبة مع ارتفاع الدخل حيث مثلت 50% في الأسر التي دخلها بين 35000–45000 دج و48,7% في الأسر ذات الدخل 45000 دج فأكثر، و بعد حسابنا لمعامل التوافق وجدنا أن هناك علاقة طردية متوسطة بين المتغيرين حيث مثل 0,6. وهذا يدل على أن الأطفال في الأسر الغنية أكثر حظا في اكتمال أشهر حملهم بما للإمكانيات المادية في هذه الأسر من أثر إيجابي على صحة الحامل والجنين عكس ما يحدث في الأسر الفقيرة التي لا تحض فيها الأمهات بالعديد من شروط حفض الجنين فهناك علاقة طردية بين المتغيرين كما سبق و ذكرنا عند حسابنا لمعامل التوافق.

جدول رقم (54):يبين العلاقة بين دخل الأسرة ونوع المولود:

نوع المولود / الدخل	مولود حي		مولود ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	4	40	6	60	10	100
25000-15000	19	33,9	37	66,1	56	100
25000-35000	43	33,9	84	66,1	127	100
35000-45000	26	38,2	42	61,8	68	100
45000 وأكثر	16	41	23	59	39	100
المجموع	108	36	192	64	300	100

نلاحظ من خلال الجدول أن أغلبية أفراد عينتنا أنجبن ولادات ميتة بنسبة 64% مقابل 36% كانت ولاداتهم حية.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في دخل الأسرة وجدنا أنه كلما كانت الأمهات ينتمين إلى أسر ذات دخول مرتفعة أنجبن ولادات حية أكثر منهن في الأسر اللاتي دخولها أقل حيث تنجب فيها الأمهات ولادات ميتة أكثر إذ مثلت الولادات الحية 41% في الأسر التي دخلها يتجاوز 45000 دج فأكثر وتنخفض هذه النسبة مع انخفاض الدخل لتمثل 38,2% عند الدخل 35000- 45000 دج و33,9% عند الدخلين الأكثر انخفاضا 25000-35000دج و15000-25000دج.

ونجد أن 66,1 من الأمهات في الأسر ذات الدخل المنخفض 15000-25000دج كانت مواليدهن ميتة بينما 59 من هذه النسبة كانت للأسر ذات الدخل المرتفع الذي يتجاوز 45000دج. و يرجع هذا إلى أن الظروف المعيشية الحسنة تساهم بشكل كبير بالمحافظة على حياة المولود سواء أثناء الحمل حيث تستطيع الحامل أن تتمتع بالتغذية الجيدة و كذلك بالمتابعة الطبية اللازمة للحمل على يد الشخص المؤهل للفحص.

جدول رقم (55): يبين علاقة الدخل ووقت وفاة المولود:

وقت الوفاة / الدخل	أقل من 1 سا		1–3 سا		3–12 سا		12–24 سا		يوم–3 أيام		3–8 أيام		ولادة ميتة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	0	0	1	10	0	0	0	0	1	10	2	20	6	60	10	100
25000–15000	0	0	4	7,1	2	3,6	1	1,8	8	14,3	7	12,5	34	60,7	56	100
25000-35000	3	2,4	2	1,6	4	3,1	2	1,6	15	11,8	19	15	82	64,6	127	100
35000-45000	3	4,4	0	0	2	2,9	0	0	5	7,4	16	23,5	42	61,8	68	100
وأكثر 45000	1	2,6	1	2,6	0	0	0	0	3	7,7	12	30,8	22	56,4	39	100
المجموع	7	2,3	8	2,7	8	2,7	3	1	32	10,7	56	18,7	186	62	300	100

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلبية وفيات ما حول الولادة التي تمت في رحم الأم أثناء الحمل أي الولادات الميتة بنسبة 62% مقابل 1% فقط توفوا بين نصف اليوم الأول بعد الولادة إلى غاية انقضائه.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في دخل الأسرة وجدنا أنه كلما كان دخل الأسرة مرتفعا زادت مدة حياة المولود بعد الولادة قبل وفاته حيث مثلت وفيات المواليد الجديدة المبكرة التي حدثت في أقصى مدة لها بين ثلاثة أيام إلى غاية اليوم السابع ما نسبته 30,8% و23,5% للأسر ذات الدخل 35000–45000 دج بينما مثلت هذه النسبة 20% عند الأسر الضعيفة الدخل أقل من 15000 دج و12,5% فقط في الأسر ذات الدخل 15000–25000 دج، بالمقابل وجدنا أن وفيات ما حول الولادة التي حدثت في الساعات الأولى بعد الولادة بين 1–3ساعات كانت بنسبة 10% عند أصحاب الدخل الأقل من 15000 دج و7,1% عند أصحاب الدخل 15000–25000 دج لتنزل هذه النسبة إلى 2,6% عند الأسر التي دخلها مثل 45000 دج وأكثر.

وإن دل هذا على شيء فهو يدل على ما لدخل الأسر من دور في توفير الإمكانيات والمتطلبات التي تجعل الأمهات في هذه الأسر تحافظ أكثر على حمولها وبالتالي على أطول عمر ممكن لمواليدهن مثلما سبق الذكر في الجدول رقم (ظروف معيشية وقت الوفاة).

جدول رقم (56): يبين علاقة الدخل في سبب الوفاة:

سبب الوفاة / الدخل	ضغط الدم		السكري		فقر الدم		مشاكل رحمية وتمزق أغشيته		صعوبات متعلقة بعسر الولادة		خديج		نقص النمو		تشوهات خلقية		غير محدد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
أقل من 15000	0	0	1	10	1	10	0	0	0	0	0	0	2	20	3	30	3	30	10	100
25000–15000	10	17,9	3	5,4	1	1,8	2	3,6	8	14,3	2	3,6	7	12,5	10	17,9	13	23,2	56	100
25000-35000	23	18,1	3	2,4	9	7,1	10	7,9	12	9,4	0	0	17	13,4	18	14,2	35	27,6	127	100
35000-45000	9	13,2	4	5,9	3	4,4	4	5,9	6	8,8	1	1,5	7	10,3	4	5,9	30	44,1	68	100
وأكثر 45000	6	15,4	4	10,3	2	5,1	1	2,6	2	5,1	1	2,6	1	2,6	4	10,3	18	46,2	39	100
المجموع	48	16	15	5	16	5,3	17	5,7	28	9,3	4	1,3	34	11,3	39	13	99	33	300	100

نلاحظ أن الإتجاه لعام للجدول نحو أغلبية الأمهات الأطفال الذين توفوا لسبب غير محدد بنسبة 33% مقابل 1,3% ممن توفوا بسبب أنهم خدجا. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في دخل الأسرة وجدنا أن الأسباب كانت تتوزع كالتالي:

أكبر نسبة من الأطفال الذين توفوا بسبب ضغط الدم مثلوا 18,1%في الأسر ذات الدخل 25000– 35000 دج تليها 17,9% من الأطفال في الأسر ذات الدخل 15000–25000دج، ثم 15,4%عند الأسر ذات الدخل أكثر من 45000 دج وأخيرا 13,2% عند الأسر ذات الدخل 35000–45000 دج، وهنا لا نجد فيتبين لنا أن الإتجاه العام للجدول أعلاه نحو أغلبية الأطفال الذين توفوا لسبب غير محدد بنسبة 33% مقابل 1,3% بسبب أنهم خدج.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في دخل الأسرة وجدنا أنه كلما زاد الدخل كان سبب الوفاة غير محدد حيث مثلت هذه النسبة 46,2%عند الأطفال الذين دخل أسرهم يتجاوز 45000 دج و44,1%عند الذين دخل أسرهم بين 35000–45000 دج وتنزل إلى 23,2% عند من دخل أسرهم بين 15000–25000 دج.

بالمقابل وجدنا أن 10% من الأطفال الذين دخل أسرهم أقل من 15000 دج توفوا بسبب فقر الدم لتمثل هذه النسبة النصف عند أصحاب الدخول المرتفعة التي تتجاوز 45000 دج، ولاحظنا أيضا أن وفيات ما حول الولادة التي تمت في عينتنا بسبب نقص النمو مثلت أقصاها عند فئات الدخل المنخفضة أقل من 15000دج بنسبة 20% و12,5%عند الأسر ذات الدخل 15000–25000دج وتستمر في الإنخفاض تدريجيا لتصل أدناها بنسبة 2,6% عند الأطفال ذوي الأسر المرتفعة الدخل يتجاوز 45000 دج وهذا دليل إضافي على ما سبق ذكرها في الجداول السابقة بأن دخل الأسرة المرتفع يوفر لها الإمكانيات المادية الجيدة التي تمكن أفرادها من العيش الرفيه بما في ذلك الأم الحامل التي يتطلب الحفاظ على صحتها وجنينها الأكل الجيد والمتنوع لاكتمال نمو وجنينها الجيد بعيدا عن مشاكل نقص النمو التي قد تتسبب في حدوث خلل خلقي للجنين بسبب نقص اكتمال خلقه حيث أن وفيات ما حول الولادة التي حدثت في عينتنا لهذا السبب ألا وهو التشوه الخلقي كانت مرتفعة عند الأطفال الذين أسرهم ضعيفة الدخل أقل من 15000 دج 30% وتمثل عند أصحاب الدخل 15000–25000 دج 17,9%

بينما تنخفض هذه النسبة لتبلغ 10,3% من الأطفال في الأسر المرتفعة الدخل الذي يتجاوز دخلها 45000 دج، وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه 0,1 يعني العلاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين.

ولا يخف ما للسبب الوراثي ألا وهو زواج الأقارب من أثر في حدوث التشوهات الخلقية حيث أن أغلب الأسر التي تتمتع بدخل جيد يعمل فيها الوالدان معا وأغلب الأمهات العاملات لديهن مستويات تعليمية عالية أغلبها جامعية وهنا يظهر الدور التعليمي في ارتفاع المستوى الثقافي للأمهات وبالتالي ارتفاع مستوى إدراكهن لمدى خطورة زواج الأقارب على الأولاد مما يجعلهن يتفادينه خاصة مع اختلاطهن بالجنس الآخر في المراكز الجامعية ومراكز عملهن فنجدهن يملن أكثر إلى الإرتباط والزواج المبني على التعارف خارج المجال الأسري عكس ما يحدث عند لأميات أو ذوات المستويات التعلمية المتدنية في الأسر الضعيفة الدخول التي يغلب على زيجاتهن الطابع التقليدي الذي يحدث في إطار العائلة لأنهن لا يتمتعن بمجال أكبر لاختيار نصفهن الثاني باعتبار نقص الميزات والصفات الثقافية والإقتصادية لهن التي توفر لهن مجالا أوسع للإختيار ولم نلاحظ فروقا ظاهرة بالنسبة للوفيات التي حدثت بسبب تغير الدخل مهما تغير الدخل وهذا راجع إلى أن بعض هذه الأمراض المزمنة خارجة عن إرادة أو سيطرة الإنسان لأنها وراثية.

الإستنتاج العام للفرضية الأولى:

اتضح لنا من خلال معالجتنا جداول الفرضية الأولى التي مفادها المركز الإجتماعي والمستوى المعيشي للمرأة يؤثر في وفيات ما حول الولادة.

وأهم ما توصلنا إليه من نتائج كان فيما يلي:

فمن خلال المستوى التعليمي للمرأة وعلاقته بوفيات ما حول الولادة وجدنا أنه كلما انخفض المستوى التعليمي للمرأة ارتفعت وفيات ما حول الولادة والعكس صحيح فارتفاع المستوى التعليمي للأم يقلل من تعرض ولاداتها لوفيات ما حول الولادة حيث وجدنا أن ارتفاع المستوى التعليمي يؤثر في جميع مؤشرات المتغير التابع التي درسناها فهو يؤثر في وزن المولود عند الولادة إيجابا فيرتفع وزن المولود مع ارتفاع المستوى التعليمي فذووا الوزن الناقص 500–1000غ مثلوا 12% عند الأميات و1,2% عند الجامعيات بالمقابل فالوزن الجيد مثل، كما أن ذوات المستوى التعليمي العالي تكون ولاداتهن أكثر في الموعد بينما تلد غير المتعلمات أكثر قبل الموعد، وتزيد الولادات الميتة مع زيادة المستوى التعليمي بينما تزيد الولادات الحية ويزيد أمل حياتها في الأيام الأولى بعد الولادة مع زيادة المستوى التعليمي كما أن الغير متعلمات أكمثر عرضة لتعقيدات الحمل والولادة ولفقر الدم ونقص النمو وكذا التشوهات الخلقية للأجنة فالمتعلمات أكثر وعيا بما ينفعهن وينفع حملهن وأجنتهن صحيا فيسعين وراء كل الطرق المحمودة لحمل في ظروف صحية واجتماعية ومعيشية جيدة كيف لا ومعظم المتعلمات عاملات في مناصب شغل جيدة توفر لهن الدعم المادي للإهتمام بصحتهن وهنا يظهر المؤشر الثاني للمتغير المستقل المتمثل في الحالة المهنية للأم .

فالعاملات أكثر اهتماما بصحتهن فمواليدهن تولد أكثر وزنا فيمثل أطفال العاملات 11,1%ةمن ذوي الوزن الجيد عند الولادة 4000 غ وأكثر وهو أكبر من الماكثات بالبيت

6,3% والعكس صحيح حيث أن أكثر الأطفال ذوي الوزن المنخفض 1000–1500 غ نجدهم عند الماكثات بالبيت 12,2% وتقل عند العاملات 7,9% كما أن معظم ولادات العاملات حية ويطول أمل حياتها إلى غاية اليوم السابع بعد الولادة وولا يتأثرن بمشاكل الحمل كفقر الدم ونقص النمو والولادة قبل الأوان كالماكثات بالبيت بفضل احتكاك العاملات بالعالم الخارجي الذي يكتسبن منه عدة معارف تزيد من وعيهن بكل ما يتعلق بصحتهن وصحة مواليدهن، ويزيد هذا الإهتمام خاصة مع ارتفاع مراتبهن المهنية فيمثل الأطفال المنخفضوا الوزن أقل من 500غ 9,5% عند الأمهات الشاغلات لمنصب إطار متوسط وتنعدم هذه النسبة عند الإطارات السامية بالمقابل فنسبة الأطفال الذين ولدوا بوزن 3000–3500غ 28,6% عند الإطارات السامية وتنخفض عند الإطارات المتوسطة إلى 19%و يرجع هذا إلى أن ارتفع منصب شغل لأم يزيد من دخلها وهنا يظهر المؤشر الثالث المتمثل في الوضع الإقتصادي المعيشي ودخل الأسرة.

فالدخل الجيد يرفع من المستوى المعيشي للأسرة اللذان وجدناهما يؤثران إيجابا في كل مؤشرات المتغير التابع التي أجرينا الدراسة حولها من وزن الطفل عند الولادة حيث شكل الأطفال الذين ولدوا بوزن أقل من 500غ عند الولادة 10% عند الأسر ذات الدخل الذي لا يصل 15000 دج و2,6% فقط عند الدخل الذي يتجاوز 45000 دج بالمقابل فالأطفال المولودين بوزن 3000–3500غ مثلوا 25,6% عند الدخل الذي يتجاوز 45000 دج و8,9% فقط عند الدخل المتدني 15000–20000دج، كما أن الأطفال الذين توفوا بسبب الأمراض المزمنة كضغط الدم مثلوا في فئة الدخل المرتفع 45000دج 15,4% بينما كانوا منعدمين عند الدخل الذي يقل عن 15000دج ويفسر هذا كون الأمراض المزمنة خارجة عن السيطرة التامة فمعظمها وراثي خارج عن سيطرة القوة الإجتماعية أو الإقتصادية، ومثل الذين توفوا بسبب فقر الدم 10% في فئة الدخل المتدني الذي لا يتعدى 15000دج وفقط النصف 5,1%عند الدخل 45000 دج وهذا يبين ما لدخل الأسرة المرتفع من تأثير إيجابي على صحة الأم والجنين فالأمهات في الأسر ذات الدخل المرتفع التي تتمتع بمستوى معيشي جيد يحضين بأفضل الإمكانيات

المادية التي تمكنهن من الإعتناء بأكلهن المتوازن لجمل جيد بدون فقر دم وطفل في وزن وصحة جيدة، كما وجدنا أنه كلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة كانت أوزان الأطفال عند الولادة مرتفعة حيث وجدنا أن ذوي الوزن 3500–4000غ كانت نسبته 17,6% للمستوى المعيشي الجيد وتنخفض إلى 15,2% لذوي المستوى المعيشي العادي وتنخفض إلى 13,2% عند ذوي المستوى المعيشي المتدني ونوع الولادة حية أو ميتة وموعدها، ويمكن تدعيم كل هذا بالإستناد إلى التقارير التي توصلت إليها الأمم المتحدة حول ما ذكرناه في الجانب النظري حيث تشير تقارير الأمم المتحدة في هذا المجال إلى أن الأطفال في الأسر الأقل فقرا يمثلون ما بين 2 إلى 3 مرات أكثر خطرا للتعرض للوفاة خلال الأيام الأولى من حياتهم مقارنة بأمثالهم في الأسر الأكثر غنى لأن المستوى الاقتصادي يؤثر على اهتمام الأم بحملها ويزيد من متابعتها لحملها في المراكز الصحية لتفادي مشاكل الحمل مما ينعكس على الطفل أثناء الحمل والولادة، وتشير هذه التقارير أيضا إلى أن المستوى التعليمي للأم مؤشر قوي على بقاء الأطفال على قيد الحياة[1]، فحقيقة أن المركز الإجتماعي للأم ومستواها المعيشي يؤثران مباشرة في وفيات ما حول الولادة.

وبهذا نستنتج أن فرضيتنا الأولى محققة مع كل المقاييس التي وضعناها للمتغير المستقل من مستوى تعليمي وحالة مهنية للأم ومن مستوى معيشي ودخل، فالمركز الإجتماعي والمستوى المعيشي للأم يؤثر حقا في وفيات ما حول الولادة.

خلاصة:

يؤثر المركز الإجتماعي للأم بكل مؤشراته بشكل مباشر في وفيات ما حول الولادة.

[1] Nations Unies, **Objectifs du millénaire pour le développement**, op.cit, p26.

الفصل السابع:
الفصل الثالث: العوامل الصحية المؤثرة في وفيات ما حول الولادة

الفصل السابع: العوامل الصحية المؤثرة في وفيات ما حول الولادة

المبحث الأول: الوضعية الصحية للأم وعلاقتها بوفيات ما حول الولادة

المبحث الثاني: المتابعة الصحية للأم وعلاقتها بوفيات ما حول الولادة

تمهيد:

قمنا في هذا الفصل بدراسة تأثير المتغير المستقل والمتمثل في الوضعية الصحية للأم ومدى متابعتها لحملها من خلال مؤشرات الوضعية الصحية للأم جيدة إن لم تكن تعاني من أمراض أو سيئة تعاني من أمراض، وكذا المشاكل الصحية التي تعرضت لها أثناء الحمل ومدى متابعتها لحملها وعدد مرات الكشف عنه، وتأثيرها في المتغير التابع والذي شمل المؤشرات التالية:

-الوزن عند الولادة،

- طبيعة الولادة حية أو ميتة (ولادة ميتة أو وفيات بعد الولادة بين 0-7 أيام)،

-موعد الولادة(في الأوان، قبل الأوان، وبعد الأوان)،

-وقت الوفاة(وفيات أجنة في الرحم، أو خلال الأسبوع الأول)،

-وسبب الوفاة .

المبحث الأول: الوضعية الصحية للأم و علاقتها بوفيات ما حول الولادة:

جدول رقم (57): يبين العلاقة بين معاناة الأم من مشاكل صحية ووزن المولود.

الوزن	أقل من 500غ		500-1000غ		1000-1500غ		1500-2000غ		2000-2500غ		2500-3000غ		3000-3500غ		3500-4000غ		4000غ فأكثر		المجموع	
الحالة الصحية	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تعاني	10	7,2	5	3,6	16	11,6	16	11,6	29	21	8	5,8	18	13,1	26	18,8	10	7,2	138	100
لا تعاني	11	6,8	6	3,7	18	11,1	18	11,1	29	17,9	20	12,3	27	16,7	21	13	12	7,4	162	100
المجموع	21	7	11	3,7	34	11,3	34	11,3	58	19,3	28	9,3	45	15	47	15,7	22	7,3	300	100

نلاحظ من الجدول أعلاه أن الإتجاه العام للجدول هو نحو أغلبية النساء اللاتي كان وزن أطفالهن عند الولادة بين 2000–2500 غ بنسبة 19,3% مقابل 3,7% ممن كانت أوزان أطفالهن عند الولادة بين 500 و1000غ.

وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في الحالة الصحية للأم وجدنا أنه كلما كانت الوضعية الصحية للأم جيدة تحسنت أوزان أطفالها عند الولادة أكثر حيث مثلوا الأوزان الجيدة والمثالية للأطفال عند الولادة كانت أكثر عند الأمهات اللائي لا يعانين من أي مشاكل صحية منها لدى اللاتي يعانين من أوضاع صحية سيئة حيث شكلت هذه النسبة عند الأطفال الذين وزنوا 3000–3500غ عند الولادة
16,7% عند من لا يعانين من أمراض و13,1% عند المصابات، ولاحظنا نفس الشيء بالنسبة للأطفال الذين كان وزنهم بين 2500–3000 غ حيث مثلوا نسبة 12,3%، بالمقابل كانت نسبة الأطفال المولودين بأوزان جد منخفضة أقل من 500غ أكثر لدى الأمهات اللاتي يعانين من صحة سيئة بنسبة 7,2% بينما مثلت 6,8% عند الأمهات المتمتعات بصحة جيدة على الرغم من أنه لم توجد فروق كبيرة وبالنسبة لبقية الأطفال المولودين بأوزان منخفضة فكانت نسبتهم مرتفعة بقليل عند الأمهات ذوات الأوضاع الصحية المتدنية منها لدى من أوضاعهن جيدة حيث شكل الأطفال ذووا الوزن بين 1000–1500غ عند الولادة 11,6% عند الأمهات ذوات الصحة السيئة و11,1% عند من لا يعانين من أي أمراض ومثل الأطفال الذين وزنوا عند الولادة 1500غ–2000غ نفس هتين النسبتين الأخيرتين على التوالي، وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه 0,1 علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين، و يظهر هنا تأثير الحالة الصحية للأمهات قبل الولادة وحتى قبل الحمل على وزن أطفالهن حيث نلاحظ أن معظم الأمهات ذوات الصحة المتدنية يعانين من الأمراض اللت تودي بهم إلى المعاناة الدائمة من التعب والوهن والوزن الضعيف وفقدان الشهية أو تجنبهن لبعض الأطعمة بطلب من الأطباء هذه الأطعمة التي قد تكون من احتياجات الأجنة خاصة إذا كانت هذه الأمهات لا يهتممن بصحتهن ولا يزرن الطبيب لمتابعة أمراضهن حيث كان من الواجب إهتمام الأمهات التي يعانين من صحة سيئة بصحتهن ومحاولة العلاج قبل الحمل حتى لضمان

نمو الجنين في رحم أم تتمتع بصحة جيدة توفر له نموه الكامل ووزنه المثالي عند الولادة بعيدا عن أي أمراض كانت ستسببها أو ستنقلها أمه له، لذلك وجب الفحص الطبي قبل الزواج كما سبق وأن ذكرنا في الجانب النظري للدراسة في الفصل.

جدول رقم(58): يبين العلاقة بين المشاكل الصحية للأم أثناء الحمل وموعد الولادة.

موعد الولادة / مشاكل الحمل	في الأوان		قبل الأوان		بعد الأوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ضغط الدم	13	39,4	20	60,6	0	0	33	100
السكري	8	50	8	50	0	0	16	100
فقر الدم	20	38,5	31	59,6	1	1,9	52	100
مشاكل في الرحم وتمزق أغشيته	8	42,1	10	52,6	1	5,3	19	100
اختناق جنيني	3	37,5	5	62,5	00	0	8	100
آخر	3	30	7	70	0	0	10	100
لا تعاني	74	45,7	84	51,9	4	2,5	162	100
المجموع	129	43	165	55	6	2	300	100

نلاحظ من خلال قراءتنا الإحصائية للجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو الولادات التي تمت قبل الموعد بنسبة 55%مقابل 43% ولدوا قبل الموعد، وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المشاكل الصحية التي عانت منها الأمهات في عينتنا أثناء حملهن بالأطفال الذين تعرضوا لوفيات ما حول الولادة نلاحظ أن:

الولادات التي كانت قبل الموعد تعرضت فيها أغلب الأمهات أثناء الحمل إلى مشكل غير محدد اختلف بين من قالت الحمى وأخرى أصيبت بضيق في التنفس بنسبة 70% بينما تعرضت 62,5%من هاته الأمهات إلى مشكل اختناق جنيني و60,6% لمشكل ضغط الدم و59,6% لمشكل فقر الدم و51,9% من النساء لم يكن يعانين من أي مرض بينما آخر نسبة مثلتها اللواتي عانين من السكري في الحمل بنسبة 50%، بالمقابل فقد توزعت النسب على العكس من ذلك بالنسبة للنساء اللائي وضعن ولاداتهن في الموعد حيث كانت النسب كما يلي: أكبر نسبة مثلتها اللاتي عانين من السكري 50%

تليها 45,7%من النساء لم يعانين من أية أمراض ثم 42,1% عانين من مشاكل في الرحم ومن تمزق الأغشية أما باقي الأمراض فقد كانت النسب بينها متقاربة لتنخفض إلى أدنى نسبة مثلتها اللاتي أصبن بمرض آخر بنسبة 30%. لاحظنا من خلال قراءتنا الإحصائية لهذا الجدول أن مشاكل الحمل التي أصيبت بها الأمهات اللائي أنجبن أطفالهن قبل الموعد توزعت بتقارب مع أنة أكبر نسبة كانت لمرض غير محدد و 62,5% تعرضن لمشكل اختناق جنيني يتسبب في تعريض الأم لولادة قبل الأوان لمحاولة انقاذ الجنين ومشكل تمزق أغشية الرحم المبكرة يؤدي طبعا إلى ولادة قبل الأوان فالملاحظ من الجدول أن مشاكل الأم الصحية التي تعرضت لها أثناء حملها بطفلها المتعرض لوفاة ما حول الولادة لا تؤثر في موعد الولادة.

جدول رقم (59): يبين العلاقة بين مشاكل الحمل ونوع المولود:

نوع المولود / مشاكل الحمل	حي		ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
ضغط الدم	15	45,5	18	54,5	**33**	**100**
السكري	3	18,8	13	81,3	**16**	**100**
فقر الدم	18	34,6	34	65,4	**52**	**100**
مشاكل في الرحم وتمزق أغشيته مبكرا	5	26,3	14	73,7	**19**	**100**
اختناق جنيني	3	37,5	5	62,5	**8**	**100**
آخر	5	50	5	50	**10**	**100**
لا تعاني	59	36,4	103	63,6	**162**	**100**
المجموع	**108**	**36**	**192**	**64**	**300**	**100**

نلاحظ أن الإتجاه العام للجدول أعلاه نحو أغلبية الولادات الميتة بنسبة 64% مقابل 36% من الولادات الحية. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في نوع المشاكل الصحية التي تعرضت لها الأم أثناء الحمل وجدنا أن أغلب الولادات الميتة تعرضت فيها الأم أثناء الحمل إلى داء السكري تليها 73,7% تعرضت فيها الأمهات إلى مشاكل رحمية وتمزق أغشية الرحم المبكر وتنخفض هذه النسبة تدريجيا لتبلغ أدناها 50% من

النساء اللاتي أصبن بأمراض أخرى، بالمقابل فإن 50% من النساء اللاتي وضعن ولادات حية أصبن بمشاكل أخرى بينما 45,5% أصبن بمشكل ارتفاع الضغط الدموي وكما سبق و أن ذكرنا في الجانب النظري فتعنى الحوامل المصابات بارتفاع ضغط الدم بعناية صحية من نوع خاص لتجنب تعرضهن لمضاعفات خطيرة تؤثر على حياتهن وحياة أطفالهن كخطر انفصال المشيمة عن جدار الرحم أثناء الولادة، الأمر الذي قد يترتب عليه حدوث نزيف خطير، وفي بعض الأحيان يؤدي ارتفاع الضغط المزمن أو المؤقت المرتبط بالحمل إلى حدوث ما يعرف بتسمم الحمل وهو يرافق ضغط الدم المرتفع ارتفاع نسبة البروتين في البول، وتؤدي هذه الحالة إلى مضاعفات صحية خطيرة قد تهدد حياة الأم والجنين معا.

وتتوزع نسب الولادات الميتة بشكل متقارب معها في المشاكل الأخرى لتصل أخيرا إلى 18,8% ممن أصبن بمشكل السكري، نلاحظ أن من أصبن بمشكل انتناءات رحمية وتمزق أغشية الرحم المبكر وكذا مشكل اختناق جنيني شكلن نسبة كبيرة من الولادات الميتة دليل على أن هذه المشاكل تضر بالجنين بشكل مباشر فالإختناق يؤدي مباشرة إلى موت الجنين في بطن أمه وبالتالي ولادة ميتة بينما التمزق المبكر لأغشية الرحم وتعرضه للإنتناءات تعرض الجنين لولادة قبل الأوان قبل حتى اكتمال نموه مما قد يتعرض للموت في رحم أمه أو أثناء ولادة مبكرة إجبارية متعسرة ينجم عنها احتمال كبير لولادة ميتة أما الولادات الحية فكانت أغلبها لسبب أمراض أخرى غير محددة دليل على أن مشاكل الحمل لم تؤثر حقا في الولادات الحية، وبالتالي يمكن أن نستخلص أن تعرض الأم لمشاكل أثناء الحمل يؤثر على نوع ولاتها فهو يتسبب في وقوع ولادات ميتة.

جدول (60): يبين العلاقة بين مشاكل الحمل ووقت الوفاة:

وقت الوفاة / مشاكل الحمل	أقل من 1سا		1–3 سا		3–12 سا		12–24 سا		يوم–3 أيام		3–8 أيام		ولادة ميتة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ضغط دموي	2	6,1	1	3	0	0	1	3	7	21,2	5	15,2	17	51,5	**33**	**100**
سكري	1	6,3	0	00	0	0	0	0	0	0	2	12,5	13	81,3	**16**	**100**
فقر الدم	0	0	1	1,9	1	1,9	0	0	6	11,5	10	19,2	34	65,4	**52**	**100**
مشاكل رحمية وتمزق أغشيته	0	0	0	0	1	5,3	1	5,3	2	10,5	1	5,3	14	73,7	**19**	**100**
اختناق جنيني	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	37,5	5	62,5	**8**	**100**
آخر	0	0	0	0	1	10	0	0	1	10	3	30	5	50	**10**	**100**
لا تعاني	4	2,5	6	3,7	5	3,1	1	0,6	16	9,9	32	19,8	98	60,5	**162**	**100**
المجموع	**7**	**2,3**	**8**	**2,7**	**8**	**2,7**	**3**	**1**	**32**	**10,7**	**56**	**18,7**	**186**	**62**	**300**	**100**

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلبية الولادات الميتة التي توفت وهي أجنة في بطن أمها بنسبة 62% بالقابل فإن 1% فقط توفوا بين نصف اليوم الأول بعد الولادة إلى غاية نهايته. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المشاكل لتي تعرضت لها الأم أثناء الحمل لاحظنا أن أغلب الولادات الميتة عانت فيها الأم بنسبة أكبر من السكري 81,3% أو تمزق مبكر لأغشية الرحم وانقباضه المبكر بنسبة 73,7% وأقل نسبة مثلتها أمراض أخرى بنسبة 50%، بالمقابل مثلت الوفيات التي حدثت بعد أقل من 1 سا 6,3% و6,1% عند اللواتي أصبن بمرضي السكري وضغط الدم بالترتيب مقابل 2,5% فقط لم يصبن بأي مرض،

و كما سبق الذكر فإن الأمهات اللاتي أصبن بمشكل اختناق جنيني توفى أغلب أولادهن أثناء الحمل بالمقابل من ذلك فإن باقي نسبة من أصيبت أمهاتهن بمشكل الإختناق الجنيني أثناء الحمل توفت ولاداتهن في أقصى مدة لما حول الولادة أي بين 3–8 أيام، وتوفى في هذا الوقت من أصيبت أمهاتهن بمشاكل أخرى متعلقة الحمل ما نسبته 30% تليها 19,8% ممن لم تعاني أمهاتهن من أي مشكل وهي نسبة كبيرة بالمقارنة مع من توفوا منها في الساعات الأولى بعد الولادة وهذا دليل على أن اللاتي لا يعانين من مشاكل أثناء الحمل تطول أكثر مدة حياة ولاداتهن الحية على عكس المصابات بالأمراض والمشاكل المتعلقة بالحمل حيث تحدث أغلب الولادات الميتة وأما الحية فيتوفى أكثر في الساعات الأولى بعد الولادة، وهذا يدلنا على أن للمشاكل التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل تأثيرا كبيرا على وقت وفيات ما حول الولادة.

جدول رقم (61): مشاكل الحمل بسبب الوفاة.

سبب الوفاة / مشاكل الحمل	ضغط الدم		السكري		فقر الدم		مشاكل في الرحم وتمزق أغشيته المبكر		الحمى		خديج		نقص النمو		تشوه خلقي		غير محدد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
ضغط الدم	25	75,8	0	0	1	3	0	0	0	0	1	3	3	9,1	0	0	3	9,1	**33**	**100**
السكري	2	2,5	10	62,5	0	0	0	0	0	0	0	0	2	12,5	0	0	2	12,5	**16**	**100**
فقر الدم	4	7,7	0	0	11	21,2	1	1,9	2	3,8	1	1,9	9	17,3	7	13,5	17	32,7	**52**	**100**
تقلصات الرحم وتمزق أغشيته مبكرا	3	15,8	0	0	0	0	13	68,4	0	0	1	5,3	1	5,3	1	5,3	0	0	**19**	**100**
اختناق جنيني	0	0	0	0	1	10	0	0	5	50	0	0	1	10	2	20	1	10	**10**	**100**
أمراض أخرى	14	8,6	5	3,1	3	1,9	3	1,9	21	13	0	0	18	11,1	28	17,3	70	43,2	**162**	**100**
لا تعاني	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	12,5	0	0	1	12,5	6	75	**8**	**100**
المجموع	**48**	**16**	**15**	**5**	**16**	**5,3**	**17**	**5,7**	**28**	**9,3**	**4**	**1,3**	**34**	**11,3**	**39**	**13**	**99**	**33**	**300**	**100**

نلاحظ من خلال قراءتنا للجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلبية وفيات الأطفال التي حدثت لسبب غير محدد بنسبة 33% مقابل 1,3% فقط بسبب أنهم خُدّجُ. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المشاكل المتعلقة بالحمل لاحظنا أن معظم الأمهات اللائي لم يعانين من مشاكل توفى أطفالهم بسبب غير محدد بنسبة 75% وانخفض هذه النسبة بشدة لتنعدم عند الأمهات اللواتي أصبن بتقلصات رحمية وتمزق مبكر للأغشية الدموية، بالمقابل 12,5% من الأمهات اللاتي لا يعانين من مشاكل صحية كان سبب وفاة أطفالهن التشوهات الخلقية وهذا قد يكون ظاهرة حتمية وراثية ألا وهي زيجات الأقارب وهي خارجة عن أي سبب صحي للأم، بالمقابل وجدنا علاقة طردية بين المشاكل المتعلقة بالحمل المتمثلة في ضغط الدم والسكري ومشاكل تمزق أغشية الرحم المبكر مع نفس الأسباب التي قابلتها التي تسببت في وفاة الجنين حيث مثلوا على التوالي 75,8% و62,5% و68,4% من الأمهات اللاتي أصبن بمشاكل تقلصات رحم مبكرة وتمزق أغشيته المبكر كان سبب وفاة أولادهن نفسه أي التمزق المبكر للأغشية وتنخفض هذه النسب بشدة مع جميع مشاكل الحمل الأخرى والأسباب الأخرى دليل على العلاقة القوية بين المشاكل الصحية للحمل عند الأم وسبب وفاة الأطفال، ولأجل هذا كله وجب على الحوامل القيام بالمتابعة الصحية لحملهن للقيام بالفحوص اللازمة، لتجنب كل هذه الأمراض خاصة ضغط الدم وفقر الدم فقد ذكرنا في الجانب النظري للدراسة أن المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف توصيان بقياس ضغط الدم والقيام باختبار البول والقيام باختبار الدم للتحري عن فقر الدم الشديد وقياس الوزن (اختياري)[1].

[1] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière. **Enquête nationale à indicateurs multiples(Mics4). op.cit** . p 135.

المبحث الثاني: المتابعة الصحية للحمل وعلاقتها بوفيات ما حول الولادة

جدول رقم (62): مدى إقبال الأم على المتابعة الصحية للحمل وموعد الولادة.

موعد الولادة / متابعة الحمل	في الأوان		قبل الأوان		بعد الأوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تتابع	120	43,2	152	54,7	6	2,2	278	100
لا تتابع	9	40,9	13	59,1	0	0	22	100
المجموع	129	43	165	55	6	2	300	100

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول يتجه نحو أغلبية النساء اللواتي وضعن قبل الأوان بنسبة 55% مقابل 43% منهن وضعن قبل الأوان و2% وضعن بعد الأوان، وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المتابعة الصحية للحمل وجدنا أنه كلما كانت الأم بمتابعة الحمل كانت ولادتها في الأوان أكثر من الغير المتابعة التي تكون ولادتها أكثر قبل الأوان حيث مثلت هذه الأخيرة59,7% من الولادات قبل الأوان ومثلت المتابعات لحملهن 54,7% من الولادات التي تمت قبل الأوان بالمقابل وجدنا43,2% من غير المقبلات على المتابعة الصحية لحملهن يلدن في الأوان ومثلت الغير مقبلات على المتابعة الصحية للحمل 40,9%، و عند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه 0,1 فهناك علاقة طردية جد ضعيفة بين المتغيرين.

ويفسر هذا بأن المتابعة الصحية للحمل تعد من أهم العوامل التي تحافظ على حياة الأم والجنين فبفضلها نتمكن من الكشف المبكر عن أي مرض أو خطر يحول دون سلامة الحمل والقضاء عليه قبل فوات الأوان وبفضل نصائح العمال الصحيين تكتسب الأم معارف مهمة حول الحفاظ على صحتها خاصة أثناء الحمل وبالتالي صحة أطفالها ودوام حملها فتتجه اتجاهات سليمة نحو ممارسات فعالة للحفاظ على صحتها أثناء الحمل ليكون حملها سليما ووضعها لمولودها في موعده دون أن تتعرض لأي مشاكل تحول دون ذلك.

جدول رقم (63): يبين تأثير المتابعة الصحية للحمل في وقت وفاة لمولود:

وقت الوفاة / متابعة الحمل	أقل من 1سا		1–3 سا		3–12 سا		12–24سا		يوم–3أيام		3—8أيام		مولود ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تتابع	5	1,8	8	2,9	8	2,9	1	0,4	31	11,2	53	19,1	172	61,9	**278**	**100**
لا تتابع	2	9,1	0	0	00	0	2	9,1	1	4,5	3	13,6	14	63,6	**22**	**100**
المجموع	**7**	**2,3**	**8**	**2,7**	**8**	**2,7**	**3**	**1**	**32**	**10,7**	**56**	**18,7**	**186**	**62**	**300**	**100**

نلاحظ من الجدول أعلاه أن اتجاهه العام نحو أغلب وفيات ما حول الولادة التي تمت في الرحم أي المواليد الميتة بنسبة 62% مقابل 1% فقط تمت بعد 12–24 ساعة من الولادة، وعند إدخالنا للمغير المستقل المتمثل في الإقبال على المتابعة الصحية للحمل وجدنا أنه كلما كانت الأم تقبل على متابعة حملها زادت فترة عيش الأجنة والمواليد الجدد حيث أن الوفيات التي حدثت في فترة ما حول الولادة كانت كالتالي: المواليد الذين توفوا بعد 3 أيام الأولى من ولادتهم إلى غاية اليوم الثامن مثلوا 19,1% عند المتابعات لحملهن، بينما مثلت هذه النسبة 13,6% عند غير المتابعات للحمل بالمقابل مثلت الوفيات التي تمت بين اليوم الأول بعد الولادة إلى 3 أيام بعدها 11,2% عند المقبلات على متابعة الحمل بينما انخفضت إلى 4,5% عند غير المقبلات على المتابعة الصحية وبالمقابل تنخفض هذه النسب مع انخفاض وقت الوفاة بعد الولادة حيث مثلت وفيات الأطفال التي تمت بعد 3 ساعات من الولادة إلى 12 ساعة بعدها 2,9% عند المتابعات للحمل وتنعدم هذه النسبة عند غير المقبلات وهتين النسبتين كانتا نفسهما عند من توفوا بعد الساعة الأولى إلى الثالثة بعد الولادة، بالمقابل وجدنا أن وفيات الأطفال التي تمت في أقل وقت بعد الولادة أي من توفوا مباشرة بعد الولادة بعد أقل من ساعة مثلوا 9,1% عند غير المتابعات لحمولهن في المراكز الصحية و1,8% فقط عند المتابعات دليل على أن المتابعة الصحية للحمل عامل مهم يؤثر في وقت وفاة المواليد حيث يزيد من أمل حياة وفيات ما حول الولادة إلى 0–7 أيام والدليل أن الولادات الميتة التي تمت في عينتنا كذلك مثلت 63,6% عند اللاتي لا يقمن بمتابعة الحمل أكثر منها عند المتابعات اللواتي شكلت ولاداتهن الميتة 61,9% وهذا دليل أن المتابعة الصحية للحمل تمكن الأطباء أكثر من تشخيص الحمل والكشف عن الأخطار والمشاكل التي قد يتعرض لها وبالتالي القضاء عليها أو التخفيف من حدتها عبر تقديم مختلف النصائح والتدخلات التي من شأنها أن تنقذ حياة الجنين أو على الأقل تساهم في المحافظة على حياة الأجنة

والمواليد أكبر مدة ممكنة، وكما ذكرنا في الجانب النظري في التقارير التي توصلت إليها الأمم المتحدة فإن متابعة الأم لحملها في المراكز الصحية لتفادي مشاكل الحمل مما ينعكس على الطفل أثناء الحمل والولادة بالإيجاب.[1]

[1] Nations Unies. **Objectifs du millénaire pour le développement**. op.cit. p26.

جدول (64): يبين العلاقة بين المتابعة الصحية للحمل وسبب الوفاة:

سبب الوفاة / متابعة الحمل	ضغط الدم		السكري		فقر الدم		مشاكل في الرحم وتمزق الأغشية		الحمى		خديج		نقص الوزن		تشوهات خلقية		غير محدد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تتابع	44	15,8	12	4,3	16	5,8	17	6,1	26	9,4	4	1,4	29	10,4	36	12,9	94	33,8	278	100
لا تتابع	4	18,2	3	13,6	0	0	0	0	2	9,1	0	0	5	22,7	3	13,6	5	22,7	22	100
المجموع	48	16	15	5	16	5,3	17	5,7	28	9,3	4	1,3	34	11,3	39	13	99	33	300	100

يتبين لنا من الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلبية وفيات ما حول الولادة اللاتي توفيت لسبب غير محدد بنسبة 33% مقابل 1,3% فقط ممن توفوا لسبب أنهم خدج، وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المتابعة الصحية للحمل وجدنا أن 15,8% من المتابعات للحمل توفي مواليدهن بسبب ضغط الدم وتزيد هذه النسبة عند غير المتابعات للحمل اللواتي مثلن 18,2% وهذا دليل على دور المتابعة الصحية للحمل في التحكم في الأمراض المزمنة أو الأمراض المتسببة في موت الأجنة حيث يستطيع الأطباء ولو نسبيا من أن يثبطوا من ارتفاع ضغط الدم وكذا الحال بالنسبة للسكري حيث مثلت الوفيات بسببه 4,3% عند المتابعات ا للحمل و13,6% عند غير المتابعات دليل آخر على إمكانية التحكم في الأمراض المزمنة التي قد تتسبب في خطورة على الحمل بالمقابل فإن وفيات ما حول الولادة التي تمت بسبب نقص الوزن مثلت 10,4% عند الأمهات اللاتي يقمن بالمتابعة الصحية للحمل وترتفع هذه النسبة عند من لا يتابعن إلى 22,7% وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,2 أي علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين الإقبال على المتابعة الصحية للحمل والوزن عند الولادة.

ونفسر كل هذا بأن اللواتي لا يقمن بالمتابعة الصحية للحمل أقل دراية بوضعيتهن ووضعية أجنتهن الصحية فلا يتخذن الإجراءات الوقائية اللازمة التي ينصح بها عمال الصحة والتي تحافظ على الحمل كأن لا يتبعن نظاما غذائيا غنيا يحافظ على اكتمال نمو أجنتهن وولادتهن في وزن جيد حتى ولو تطلب أخذ أدوية ومكملات غذائية عكس المتابعات لحملهن اللاتي يوفرن لأجنتهن أقصى الشروط الممكنة بفضل اتباعهن للنصائح الطبية التي تجعلهن أكثر وعيا بخطورة التلاعب بصحتهن كحوامل بالتالي يتجنبن الأسباب والأمراض التي قد تودي بحياة أطفالهن ويقمن بعلاجها ومتابعتها عند الطبيب المختص، حيث وكما سبق وأن ذكرنا في الجانب النظري من الدراسة فإنه حسب المركز الدولي للطفولة فأن المراقبة الطبية قبل الولادة تهدف إلى الكشف المبكر عن الأمراض المرتبطة بالحمل ومعالجتها والبحث عن عوامل الخطر الطبي أو الخطر الناجم

عن التوليد والذي يسبب أمراض ووفيات لدى الأمهات والأطفال قبل وبعد الولادة، والإستفادة من القابلات والأطباء الخواص.

وحسب المركز الدولي للطفولة فإنه للعلاج قبل الولادة دور في تخفيض نسبة وفيات الأمهات بـ: 50%[1] التي تحدث جراء المضاعفات المرتبطة بالحمل والولادة.

جدول رقم (65): يبين العلاقة بين عدد مرات الكشف على الحمل وموعد الولادة.

موعد الولادة / مرات الكشف	في الأوان		قبل الأوان		بعد الأوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لا تتابع	9	40,9	13	59,1	0	0	22	100
بين 1–3 مرات	30	22,1	100	73,5	6	4,4	136	100
4 مرات فما فوق	90	63,4	52	36,6	0	0	142	100
المجموع	129	43	165	55	6	2	300	100

نلاحظ من الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلب النساء اللواتي وضعن حملهن قبل الأوان بنسبة 55% مقابل 43% وضعنه بعد الأوان، وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المتابعة الصحية للحمل وجدنا أنه كلما تعددت زيارات الحامل للطبيب أتمت الحامل أشهر حملها على ما يرام والعكس صحيح حيث كانت الولادة في الموعد بنسبة 63,4% عند من كانت زياراتهن 4 مرات فأكثر و22,1% ممن يبلغ عدد زياراتهن من مرة إلى ثلاثة مرات على الأكثر، بالمقابل 73,5% من الولادات كانت قبل الأوان عند من لا تقل زياراتهن للطبيب عن 4 مرات و36,6% عند من تتجاوز زياراتهن للطبيب الأربع مرات، وعند حسابنا لمعامل كا^2 المحسوبة وجدناها تساوي الى 8.30 وبمقارنتها بـ: كا^2 الجدولية والتي تساوي 8.98 وجدنا أنه توجد علاقة بين المتغيرين وهذا دليل أنه كلما تابعت الأمهات حملها كلما ضمنت سلامته وديمومته حتى موعد الولادة.

[1] المجلس الوطني الاجتماعي والاقتصادي، المرجع السابق، ص 33.

جدول رقم (66): يبين العلاقة بين عدد مرات الكشف وسبب الوفاة:

السبب / عدد المرات	ضغط الدم		السكري		فقر الدم		مشاكل الرحم وتمزق أغشيته		الحمى		خديج		نقص الوزن		تشوهات خلقية		غير محدد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
لا تتابع	4	18,2	3	13,6	0	0	0	0	2	9,1	0	0	5	22,7	3	13,6	5	22,7	22	100
1-3 مرات	30	19,9	10	6,6	10	6,6	7	4,63	6	4	3	2	19	12,6	20	13,3	46	30,5	151	100
4مرات فأكثر	14	11	2	1,6	6	4,7	10	7,8	20	15,7	1	0,8	10	7,8	16	12,6	48	37,8	127	100
المجموع	48	16	15	5	16	5,3	17	5,7	28	9,3	4	1,3	34	11,3	39	13	99	33	300	100

نلاحظ أن الإتجاه العام للجدول أعلاه نحو أغلبية الأطفال الذين توفوا لسبب غير محدد بنسبة 33%، مقابل 1,3% منهم توفوا لأنهم خدج، وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في عدد مرات الكشف على الحمل وجدنا أن 37,8%ممن توفوا لسبب غير محدد كشفت أمهاتهم عن الحمل مرات عدة فاقت الأربع مرات وتنخفض هذه النسبة إلى 30,5%بالنسبة لمن كشفن عن الحمل من مرة إلى ثلاثة مرات على الأكثر، لتنخفض هذه النسبة إلى 22,7% عند اللواتي لم يكشفن بتاتا عن الحمل، وبالمقابل فإن الذين توفوا بسبب نقص الوزن يقلون مع زيادة مرات الكشف إذ مثلوا 22,7% عند من لم يقمن بالكشف الحمل، وتنخفض هذه النسبة إلى 12,6% عند من كشفن عنه من مرة إلى 3 مرات و7,8% عند من فاقت مرات الكشف الأربعة مرات، ومثل الأطفال المتوفين بسبب فقر الدم 4,7% عند اللواتي قمن بالكشف على الحمل 4 مرات أو أكثر و6,6% عند اللواتي قمن بكشف واحدة إلى ثلاث كشوف للحمل، أما عن الأمراض المزمنة المتمثلة في ضغط الدم والسكري لاحظنا انخفاض نسب الأطفال الذين توفوا بسببها مع ارتفاع عدد الكشوف والعكس صحيح، حيث مثل المتوفون الأطفال المتوفون بسبب ضغط الدم ما نسبته 18,2% عند اللواتي لم يقمن بالمتابعة الصحية للحمل وتتقارب هذه النسبة مع من قمن بكشف واحد إلى ثلاثة على الأكثر حيث مثلوا 19,9% ومثل الذين قامت أمهاتهم بالكشف على أربع مرات أو أكثر 11%، ومن هنا على الأمهات التردد على المراكز الصحية للكشف على الحمل والتصدي لأي مشكل طارئ عليه في كل مرحلة من مراحله إذ أن المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف توصيان كما جاء في الجانب النظري للدراسة بأن تقوم الحامل بأربع زيارات على الأقل للطبيب يتم التركيز فيها إجباريا على فحص ما يلي:

.قياس ضغط الدم،

- القيام باختبار البول،
- القيام باختبار الدم للتحري عن فقر الدم الشديد،

• قياس الوزن (اختياري)[1].

%، ومن هنا على الأمهات التردد على المراكز الصحية للكشف على الحمل والتصدي لأي مشكل طارئ عليه في كل مرحلة من مراحله إذ أن المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف توصيان كما جاء في الجانب النظري للدراسة بأن تقوم الحامل بأربع زيارات على الأقل للطبيب يتم التركيز فيها إجباريا على فحص ما يلي:

.قياس ضغط الدم،

• القيام باختبار البول،

• القيام باختبار الدم للتحري عن فقر الدم الشديد،

• قياس الوزن (اختياري)[2].

فالأربع زيارات فأكثر للحامل هو العدد الأمثل للكشوف التي تقي جنينها من الخطر والتعرض لوفيات ما حول الولادة لذلت فقد تم تقسيمنا لعدد مرات الكشف بأقل من أربع مرات كحد أدنى وسيء أو يساوي 4 مرات كعدد أمثل أو أكثر بقليل.

[1] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière. **Enquête nationale à indicateurs multiples(Mics4)**. op.cit . p 135.

[2] Ibid. p 135

الاستنتاج العام للفرضية الثانية:

نستخلص بعد قراءتنا لمختلف الجداول المتعلقة بالحالة الصحية للأم وتعرض أطفالها لوفيات ما حول الولادة أن مؤشر الحالة الصحية للأم يؤثر على وفيات ما حول الولادة فوجدنا أنه كلما كانت الوضعية الصحية للأم جيدة تحسنت أوزان أطفالها عند الولادة أكثر حيث مثلوا الأوزان الجيدة والمثالية للأطفال عند الولادة وكانت أكثر عند الأمهات اللائي لا يعانين من أي مشاكل صحية منها لدى اللاتي يعانين من أوضاع صحية سيئة حيث شكلت هذه النسبة عند الأطفال الذين وزنوا 3000–3500غ عند الولادة 16,7% عند من لا يعانين من أمراض و13,1% عند المصابات، ولاحظنا نفس الشيء بالنسبة للأطفال الذين كان وزنهم بين 2500–3000 غ حيث مثلوا نسبة 12,3%، بالمقابل كانت نسبة الأطفال المولودين بأوزان جد منخفضة أقل من 500غ أكثر لدى الأمهات اللاتي يعانين من صحة سيئة بنسبة 7,2% بينما مثلت 6,8% عند الأمهات المتمتعات بصحة جيدة.

كما أن مؤشر الإقبال على الرعاية الصحية ومكان الإقبال خدم لنا فرضيتنا وفسرها بشكل جيد فمكان الإقبال على رعاية الحمل المتمثل في القطاع الخاص يحافظ على صحة الأم والطفل أكثر من العام بفضل توفر الأخصائيين الذين يعملون كخواص يتقاضون أجور المتابعة الصحية وبالتالي يحاولون الإهتمام قدر المستطاع بمرضاهم، فوجدنا أنه كلما أقبلت الأم على الرعاية الصحية كانت ولادتها في الأوان أكثر من الغير المقبلة التي تكون ولادتها أكثر قبل الأوان حيث مثلت هذه الأخيرة59,7% من الولادات قبل الأوان ومثلت المقبلات على الرعاية الصحية 54,7% من الولادات التي تمت قبل الأوان بالمقابل وجدنا43,2% من غير المقبلات على الرعاية الصحية يلدن في الأوان ومثلت الغير مقبلات على الرعاية الصحية40,9%، ويفسر هذا بأن الرعاية الصحية

تعد من أهم العوامل التي تحافظ على حياة الأطفال فبفضل نصائح العمال الصحيين تكتسب الأم معارف مهمة حول الحفاظ على صحتها خاصة أثناء الحمل وبالتالي فإن الحالة الصحية السيئة للأم خاصة إصابتها بأمراض مزمنة أو تعقيدات صحية تتعلق بالحمل له التأثير المباشر على وفيات ما حول الولادة من خلال انعكاسه على صحة الطفل كولادته خديجا وقليل الوزن مما يؤدي بوقوعه في وفيات ما حول الولادة، فيمكن القول أن الفرضية الثانية تحققت جزئيا.

خلاصة:

مدى الإقبال على الرعاية الصحية بالإضافة إلى الحالة الصحية للأم يؤثران جزئيا في وفيات ما حول الولادة.

الفصل الثامن:

العوامل الديمغرافية المؤثرة في وفيات ما حول الولادة

الفصل الثامن: العوامل الديمغرافية المؤثرة على وفيات ما حول الولادة

المبحث الأول: السن عند أول إنجاب والمدة الفاصلة بين الولادات وعلاقتها بوفيات ما حول الولادة

المبحث الثاني: عدد الحمول وعلاقته بوفيات ما حول الولادة

تمهيد:

في هذا الفصل حاولنا تحليل وتفسير الفرضية الثالثة من اجل التحقق من صحتها واختبار مدى تأثير المتغير المستقل المتمثل عدد الحمول والمدة الفاصلة بينها عبر المؤشرات التالية السن عند أول انجاب المدة الفاصلة بين الولادات و رتبة المولود واستعمال وسائل منع الحمل، في المتغير التابع ألا وهو وفيات ما حول الولادة وذلك عبر المؤشرات التالية:

- وزن المولود عند الولادة ،
- موعد الولادة (في الأوان، قبل الأوان، بعد الأوان)،
- نوع الولادة (حية أو ميتة)،
- سبب الوفاة.

وكانت نتائجها كما يلي:

المبحث الأول: السن عند أول إنجاب و المدة الفاصلة بين الولادات وعلاقتها بوفيات ما حول الولادة

جدول رقم (67): العلاقة بين سن الأم عند أول إنجاب ووزن الطفل:

وزن الطفل / السن عند الإنجاب الأول	أقل من 500غ		500–1000غ		1000–1500غ		1500–2000		2000–2500غ		2500–3000غ		3000–3500غ		3500–4000غ		4000غ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
25–20	2	5,6	3	8,3	9	25	1	2,8	7	19,4	4	11,1	4	11,1	4	11,1	2	5,6	36	100
30–25	12	7,9	5	3,3	14	9,2	21	13,8	32	21,1	11	7,2	23	15,1	22	14,5	12	7,9	152	100
35–30	4	4,5	1	1,1	9	10,2	12	13,6	12	13,6	10	11,4	17	19,3	17	19,3	6	6,8	88	100
40–35	2	12,5	2	2,5	1	6,3	0	0	4	25	3	18,8	1	6,3	1	6,3	2	12,5	16	100
40 سنة وأكثر	1	12,5	0	0	1	12,5	0	0	3	37,5	0	0	0	0	3	37,5	0	0	8	100
المجموع	**21**	**7**	**11**	**3,7**	**34**	**11,3**	**34**	**11,3**	**58**	**19,3**	**28**	**9,3**	**45**	**15**	**47**	**15,7**	**22**	**7,3**	**300**	**100**

يتبين لنا من الجدول أن إتجاهه العام يتجه نحو أغلبية الأطفال الذين ولدوا بوزن 2000–25000غ بنسبة 19,3% مقابل 3,7% منهم ولدوا بوزن 500–1000غ. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن عند الإنجاب الأول اتضح لنا أن الأطفال في عينتنا الذين ولدوا بأوزان جيدة كانوا يتمركزون في السن المتوسط والملائم للإنجاب فمثلوا 19,3% عند السن 30–35 سنة عند الإنجاب الأول و15,1% عند سن 25–30 سنة عند الإنجاب الأول بالنسبة للأطفال المولودين بوزن 3000–3500غ وتنخفض هذه النسبة في الأعمار المبكرة للإنجاب الأول للأمهات (20–25 سنة) 11,1% تليها 6,3% من الأطفال عند النساء اللاتي أنجبن للمرة الأولى في سن متأخرة 35–40 سنة وأخيرا تنعدم تماما عند النساء المنجبات للمرة الأولى في الأعمار المتأخرة بين 40 سنة وأكثر، وبالمقابل لاحظنا كذلك أن الأمهات اللواتي أنجبن للمرة الأولى في السن 40 سنة وأكثر كان وزن أطفالهن في عينتنا عند الولادة 3500–4000غ بنسبة 37,5% و30–35 سنة بنسبة 19,3% تليها 14,5% أنجبن في سن 25–30 سنة وتنخفض هذه النسبة إلى 11,1% عند النساء اللواتي كان انجابهن الأول في سن مبكرة بين 20–25 سنة وتستمر في الإنخفاض في الأعمار المتأخرة للإنجاب الأول فمثلت 6,3% عند الأمهات في سن 35–40 سنة.

بالمقابل من ذلك 8,3% من الأمهات اللاتي أنجبن للمرة الأولى في سن مبكرة 20–25 سنة كان وزن أطفالهن عند الولادة بين500–1000غ وتنخفض هذه النسبة إلى 3,3% عند الأمهات اللواتي أنجبن للمرة الأولى بين 25–30 سنة ثم إلى 2,5% عند اللواتي أنجبن للمرة الأولى في سن 35–40 سنة و1,1% عند اللواتي كان انجابهن الأول في سن 30–40 سنة وأخيرا تنعدم هذه النسبة في السن المتأخرة لإنجاب الأمهات أي عند اللواتي تجاوزن 40 سنة من العمر.

بالمقابل 25% من الأمهات اللواتي كان انجابهن للمرة الأولى في سن مبكرة 20–25 سنة كان وزن أطفالهن عند الولادة لا يتجاوز 1500غ (1000–1500غ) مما سبق يمكن القول إذن أن الأمهات اللواتي ينجبن للمرة الأولى في حياتهن الإنجابية في سن مبكرة أو متأخرة يتعرضن في حياتهن الإنجابية إلى تعقيدات في ولاداتهن تؤثر على حياة مواليدهن حيث يتعرضن كما هو الحال في عينتنا مثلا إلى نقص نمو الأجنة وبالتالي إلى ولادة في وزن ناقص تودي بحياة الأطفال وهنا يتجلى لنا العامل الصحي والبيولوجي وهذا طبيعي فالمعروف أن النساء في السن المبكرة كثيرا ما يكن غير قابلات بيولوجيا للإنجاب بسبب ضعف بتيتهن باعتبار عدم نضج جهازهن التناسلي وبالتالي انخفاض خصوبتهن وأما إنجاب النساء في الأعمار المتأخرة من فترة الخصوبة فهو كثيرا ما يتعرض لتعقيدات يتمثل أولها في قلة خصوبتهن وكذا المعروف أن الإنسان بعد سن الأربعين تتدنى حالته الصحية بفعل عامل السن وأظف إلى ذلك تأثيرات البيئة المعيشية المحيطة من عوامل اجتماعية واقتصادية تتؤثر سلبا على صحة الإنسان وتؤدي بداية من هذا السن إلى علل وأمراض مزمنة، والمعروف أن المرأة هي الأكثر تعرضا لكل هذا بفعل ضعف بنيتها وهذا كله يؤثر في صحتها الإنجابية وبالتالي صحة حملها وجنينها فتتعرض في ولاداتها إلى صعوبات وتعقيدات قد تؤدي إلى وفاة مواليدها كما هو الحال في عينتنا أوقد تحرمها بتاتا من الحمل والإنجاب ولا يمكن أن ننسى أن معظم هذه الأمهات اللواتي أنجبن للمرة الأولى في سن متقدمة كن قد تزوجن في سن متأخرة وهنا يظهر العامل الثاني الديمغرافي وهو تأخر سن الزواج الذي يؤثر سلبا في الخصوبة حيث النساء المتزوجات في سن متأخرة أكثر عرضة للعقم من اللواتي تزوجن في السن المناسب للخصوبة (أكثر من 25 سنة وأقل من 35 سنة) الذي يكون فيه الإنجاب بصفة عادية بعيدا عن كل التعقيدات التي تودي بحياة المواليد. وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,3 فهناك علاقة طردية ضعيفة بين المتغيرين، وهذه النتائج

تتطابق مع ما سبق وأن ذكرنا في الجانب النظري حول تأثير السن عند الإنجاب على حياة الطفل والأم، حيث ينصح الأطباء بأن لا يحدث أي حمل قبل السن 18 لأن المرأة ليست مهيأة جسميا قبل بلوغها هذا السن، كما أن الأطفال الذين تحملهم أمهات صغيرات أكثر عرضه للولادة المبكرة أي ولادة قبل أوانها وهم أكثر عرضة للوفاة أثناء أو بعد الحمل كما أن المخاطر التي تهدد صحة الأم الصغيرة السن كبيرة جدا بحيث تزداد مخاطر وفاتهن أثناء الولادة أو قد تودي هذه الولادة بحياة المولود، فاحتمال وفيات الأمهات، اللواتي لا يتجاوز سن 18سنة أثناء الوضع يعادل ضعف احتمال وفيات الأمهات التي في العشرينات، وقد دلت الإحصائيات أن موت الأجنة داخل الأرحام ترتفع عند هذه الفئة عند النساء كما أن هؤلاء أكثر عرضة من غيرهن إلى خطر الموت خاصة إذا حملن 4 مرات أو أكثر فإن حملا آخر في هذا السن يعني خطرا كبيرا على صحتها، وصحة جنينها بينما تزداد وفيات الأمهات دون السن 17 بخمسة أضعاف.

جدول رقم (68): يبين العلاقة بين السن عند الإنجاب الأول وأوان الولادة:

نوع المولود / السن عند أول إنجاب	في الأوان		قبل الأوان		بعد الأوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
25-20	14	38,9	22	61,1	0	0	**36**	**100**
30-25	63	41,4	85	55,9	4	2,6	**152**	**100**
35-30	45	51,1	42	47,7	1	1,1	**88**	**100**
40-35	5	31,3	11	68,8	0	0	**16**	**100**
40 سنة فأكثر	2	25	5	62,5	1	12,5	**8**	**100**
المجموع	**129**	**43**	**165**	**55**	**6**	**2**	**300**	**100**

نلاحظ أن الاتجاه العام للجدول أعلاه نحو أغلبية النساء اللواتي وضعن في الأوان بنسبة 55% مقابل 43% منهن وضعن قبل الأوان و2% فقط وضعن بعد الأوان. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في السن عند أول إنجاب تبين لنا أن 51,1% من النساء اللواتي كان سنهن عند أول إنجاب 30–35 سنة أنجبن في الموعد تليها 41,4% من النساء اللواتي كان سنهن عند أول إنجاب 25–30 سنة، ثم 38,9% ممن كان سنهن 20–25 سنة و31,3% ممن أنجبن للمرة الأولى في سن 35–40 سنة وأخيرا تنخفض هذه النسبة إلى 25% عند اللواتي أنجبن للمرة الأولى في سن متأخرة تتجاوز 40 سنة بالمقابل فإن أكبر نسب من الولادات التي تمت قبل الموعد مثلتها الأمهات الواتي كان أول إنجاب لهن في في سن متأخرة 68,8% ممن كانت أول مرة لإنجابهن في سن 35–40 سنة ثم 62,5% من النساء اللواتي أنجبن للمرة الأولى في سن متأخرة 40 سنة فأكثر تليها وبنسب متقاربة النساء اللواتي أنجبن لأول مرة في سن مبكرة 20–25 سنة بنسبة61,1% ثم تنخفض إلى 55,9% في سن 25–30 سنة وأخيرا 47,7% من النساء اللواتي كان سن أول إنجاب لهن هو 30–35 سنة، وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه 0,9 فهناك علاقة طردية قوية جدا بين المتغيرين السن عند الإنجاب الأول وموعد الولادة ويفسر هذا أن الأمهات اللواتي يكون إنجابهن الأول في سن جد مبكرة أو متأخرة تكون ولاداتهن أكثر في غير موعدها أي قبل الأوان أما اللواتي يتزوجن وينجبن لأول مرة في سن مناسبة فهم أكثر ولادة في الموعد، فهنا يظهر ما للتأثير الكبير لسن المرأة عند الإنجاب والزواج الأول على طبيعة الولادة فالإنجاب الأول في سن مبكرة وبالتالي أنجبن للمرة الأولى في سن مبكرة هن أكثر عرضة لتعدد الولادات الذي تؤثر كثرتها على صحة الأم وبالتالي الجنين خاصة مع عدم اكتمال البنية البيولوجية للأم وعدم تهيئها للإنجاب الأول فيكون الحمل الأول خطرا مما يؤثر على المواليد الآتية كذلك سلبا وكذلك الأمر في السن المتقدمة للزواج أين يعلم الجميع أن الخصوبة تنخفض

في ذلك السن المتأخر للإنجاب الأول فما أدراك ما الإنجابات الأخرى ووكلما كان الزواج في سن مبكرة زاد احتمال الإنجاب في سن مبكرة، وإذا كان الإنجاب قبل سن 18 سنة تعرضت الأم والطفل للأخطار كنقص النمو والوزن [1]

[1] اليونيسف: الإنقاذ بالمعرفة، مرجع سابق، ص 4.

جدول رقم(69): يبين العلاقة بين المدة الفاصلة بين الولادات ووزن الطفل عند الولادة:

وزن الطفل / المدة الفاصلة	أقل من 500غ		500– 1000غ		1000– 1500غ		1500– 2000غ		2000– 2500غ		2500– 3000غ		3000– 3500غ		3500– 4000غ		4000غ فأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
1–2 سنة	8	8,1	4	4	15	15,2	14	14,1	16	16,2	7	7,1	17	17,2	11	11,1	7	7,1	99	100
2–4 سنة	4	4,8	3	3,6	9	10,8	7	8,4	18	21,7	10	12	13	15,7	10	12	9	10,8	83	100
4 سنوات فأكثر	3	6,5	1	2,2	3	6,5	6	13	9	19,6	5	10,9	8	17,4	7	15,2	4	8,7	46	100
لا تباعد	6	8,3	3	4,2	7	9,7	7	9,7	15	20,8	6	8,3	7	9,7	19	26,4	2	2,8	72	100
المجموع	21	7	11	3,7	34	11,3	34	11,3	58	19,3	28	9,3	45	15	47	15,7	22	7,3	300	100

نلاحظ من خلال الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلبية المواليد الذين كانت أوزانهم عند الولادة بين 2000–2500غ بنسبة 19,3% مقابل 3,7% من الأطفال الذين كانت أوزانهم عند الولادة 500–1000 غ. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المدة الفاصلة بين الولادات وجدنا أن من ولدوا بأوزان ضعيفة كانوا أكثر عند اللواتي لا يباعدن بين ولاداتهن أو تقل مدة المباعدة عن السنتين والعكس صحيح حيث تتوزع هذه النسب عند الأطفال الذين كانت أوزانهم عند الولادة أقل من 500 غ كما يلي: 8,3% عند الأمهات اللواتي لم تباعد بين ولاداتها تليها8,1% عند من تتراوح المدة الفاصلة بينهم وبين الولادة التي سبقتهم بين 1–2 سنة ثم 6,5% عند المدة الفاصلة التي تزيد عن 4 سنوات فأكثر وأخيرا تنخفض هذه النسبة إلى 4,8% عند من تتراوح المدة الفاصلة بين 2–4 سنوات وهي تعتبر المدة الفاصلة المثلى بين الولادات ولاحظنا تقريبا نفس الشيء عند الأوزان الضعيفة الأخرى حيث مثلت النسب عند الوزن بين 1500–2000غ 14,1% عند من تقل المدة الفاصلة بين الولادات عن السنتين تليها 13% عند من تزيد مدة المباعدة عن 4 سنوات ومثلت من لا يباعدن 9.7% وتنخفض هذه النسبة لتمثل 8,4% عند من تتراوح المدة الفاصلة بين 2–4 سنوات ، بالمقابل من ذلك فإن هذه النسب تنعكس في الأوزان الأكثر حيث تمثل عند الوزن 4000غ فأكثر 10,8% عند اللذين بلغت مدة المباعدة بينهم وبين الولادة التي سبقتهم بين 2–4 سنوات ثم 8,7% عند من تزيد مدة المباعدة بين ولاداتهم عن 4 سنوات تليها 7,1% عند من تقل مدة المباعدة عن السنتين وتنخفض هذه النسبة لتصل أخيرا إلى 2,8% عند اللذين لا تباعد أمهاتهم بتاتا بين ولاداتهن وبالمقابل لاحظنا نفس الشيء أيضا عند الوزن 3000–3500غ حيث تماثلت النسب تقريبا بين من كانت مدة المباعدة بين 4سنوات وأكثر وبين 1–2 سنة فمثلتا على الترتيب 17,4% و17,2%، تليها 15,7% عند من بلغت مدة المباعدة بين 2–4 سنوات وتنخفض هذه النسبة إلى 9,7% عند من لا تباعد أمهاتهم

بين ولاداتها، ، وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه 0,3 ففعلا يوجد علاقة طردية ضعيفة بين المدة الفاصلة بين الولادات ووزن الطفل عند الولادة وبالتالي فهذا الجدول يوضح جليا دور المباعدة بين الولادات في المحافظة على الجنين وبالتحديد على الوزن الجيد والمثالي له عند الولادة الذي يضمن له بقية حياته ولاحظنا أنه كلما كانت الأم لا تباعد بين ولاداتها أو قلت مدة مباعدتها زاد احتمال وقوع حمل ناقص الوزن ويقل هذا الاحتمال مع مباعدتها لولاداتها خاصة عند مدة المباعدة التي تزيد عن السنتين وتقل عن الأربع سنوات فهي تعتبر مدة المباعدة المثالية والمنصوح بها من طرف الإخصائيين الصحيين للمحافظة على صحة الأم والجنين لتوفر حيث تكون الأم مرتاحة صحيا ومهيئة لإنجاب جديد يوفر للطفل الصحة الجيدة والنمو المتوازن والوزن الملائم.

جدول رقم(70): العلاقة بين المدة الفاصلة بين الولادات ونوع المولود:

نوع المولود / المدة الفاصلة	حي		ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
1–2 سنة	33	33,3	66	66,7	**99**	**100**
2–4 سنة	33	39,8	50	60,2	**83**	**100**
4 سنوات فأكثر	12	26,1	34	73,9	**46**	**100**
لا تباعد	30	41,7	42	58,3	**72**	**100**
المجموع	**108**	**36**	**192**	**64**	**300**	**100**

نلاحظ من الجدول أن اتجاهه العام نحو أغلبية النساء اللاتي أنجبن مواليد ميتة بنسبة 64% مقابل 36% ممن أنجبن ولادات حية وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في المدة الفاصلة بين الولادات وجدنا أن 66,7% ممن قلت المدة الفاصلة بين ولاداتهن عن السنتين أنجبن مواليد ميتة وتنخفض هذه النسبة إلى 60,2% ممن المدة الفاصلة بين ولاداتهن بين 2–4 سنوات، بالمقابل نلاحظ ارتفاعا في المواليد الموتى عندما تزيد المدة

الفاصلة بين هذه الولادة والتي سبقتها عن 4 سنوات لتصل 73,9% ولعل ذلك يعزى إلى أن أغلب النساء اللواتي يباعدن بين ولاداتهن لمدة طويلة 5 أو 6 سنوات يتقدمن في السن فتواجههن مشاكل أخرى في الحمل أظف إلى ذلك كون هذا المولود غالبا ما يكون في الرتب الأخيرة من ولاداتها ونعلم أن جسم الحامل الذي تعرض لعدة ولادات يكون أقل مستوى صحي بسبب كثرة الولادات التي تودي بصحة الحامل إلى التدني، وبالمقابل فإن 39,8% من الولادات الحية كانت عند المدة الفاصلة 2–4 سنوات تليها 33,3% من الولادات الحية عند المدة الفاصلة أقل من سنتين وعند حسابنا لمعامل التوافق لهذا الجدول وجدناه 0,1 يعني العلاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين. دليل أن المدة الفاصلة لها تأثير على حياة المولود فكلما قلت عن السنتين زاد احتمال إنجاب مواليد ميتة أكثر والعكس صحيح فالمباعدة بين الولادات إذن شرط أساسي للمحافظة على حياة الأجنة والمواليد لأن المباعدة بين مواليدها تعطي لجسمها فرصة أكبر في أن يسترجع قواه بعد الحمل السابق فيكون الحمل في ظروف صحية مناسبة لنمو الجنين وبقائه، وهذا يتطابق مع ما سبق وأن ذكرناه في الجانب النظري بأنهللمحافظة على صحة الأم والطفل يكون من اللازم الفصل بين حمل وآخر بمدة لا تقل عن عامين، إذ يزداد عدد وفيات الأطفال والمواليد الجدد الصغار بنسبة 50% إذا كانت المدة الزمنية بين الحمول تقل عن عامين. ويحتاج جسم المرأة إلى عامين لكي يتعاف ى من الولادة ومخلفاتها من إرضاع لاسترجاع صحتها وإلا إذا حملت قبل ذلك يولد الطفل قبل الأوان وسيعاني نقصا في الوزن مما يعرضه لنمو غير سليم وللمرض وتزداد احتمالات وفاته أربع مرات قبل بلوغ العام الأول بالمقارنة مع طفل آخر بوزن عادي ولكل هذا عملية التخطيط العائلي ضرورية لصحة الأسرة ككل.[1]

[1] اليونيسيف، الإنقاذ بالمعرفة، مرجع سابق، ص 6.

المبحث الثاني: عدد الحمول وعلاقته بوفيات ما حول الولادة

جدول رقم(71): العلاقة بين رتبة المولود ونوع المولود:

نوع المولود / رتبة الطفل	حي		ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
الأولى	30	41,1	43	58,9	**73**	**100**
الثانية	51	37,8	84	62,2	**135**	**100**
الثالثة	13	26,5	36	73,5	**49**	**100**
الرابعة	10	35,7	18	64,3	**28**	**100**
الخامسة	3	33,3	6	66,7	**9**	**100**
السادسة	1	20	4	80	**5**	**100**
السابعة	0	0	1	100	**1**	**100**
المجموع	**108**	**36**	**192**	**64**	**300**	**100**

يتبين لنا من الجدول أعلاه أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلبية الولادات الميتة بنسبة 64% مقابل 36% من الولادات الحية.

وبعد إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في رتبة المولود وجدنا أن الولادات الميتة تتزايد مع تزايد رتب الأطفال والولادات الحية تتناقص مع الزيادة في رتبة المولود حيث تتوزع الولادات الميتة مع تغير رتبة الطفل كما يلي:

مثل الأطفال في الرتبة السابعة 100% من الولادات الميتة يليها 80% منهم في الرتبة السادسة و66,7% في الرتبة الخامسة ثم 64,3% في الرتبة الرابعة ثم 62,2% في الرتبة الثانية وأخيرا 58,9% من الأطفال في الرتبة الأولى، بالمقابل من ذلك تمثلت نسب الولادات الحية فيما يلي: 41,1%من الأطفال في الرتبة الأولى تليها 37,8% في الرتبة الثانية ثم 35,7% منهم في الرتبة الرابعة و33,3% في الرتبة الخامسة وتنخفض إلى 20,3% في الرتبة السادسة لتنعدم أخيرا في الرتبة السابعة ويفسر كل هذا بأن الأطفال المولودين في الرتب الأولى يتمتعون بحظوظ أفضل للعيش حيث أن الأمهات اللواتي يحملن للمرة الأولى يكن في غاية الفرح في انتظار هذا المولود الأول الذي يعتبر

حلم العائلة التي تظفر جهودها لتوفير البيئة المناسبة للأم من كل المتطلبات لأجل حمل لائق وولادة سليمة خاصة وأن تجربة الأم الأولى تدفعها أكثر إلى الإهتمام بحملها لقلة الخبرة في هذا المجال فنجدها دؤوبة في المتابعة الطبية لحملها بصفة منتظمة علما أن جسم الأم في المواليد الأوائل يكون في صحة جيدة قابلة للإنجاب في ظروف طبيعية بعيدا عن التعقيدات الصحية التي تواجهها النساء اللائي أكثرن من الإنجاب فتدنت حالتهن الصحية بفعل كثرة الحمول والإنجابات وتنشئة الأبناء التي تؤثر سلبا على صحة الأمهات أظف إلى هذا أن إنجاب الكثير من الأطفال دليل على عدم اهتمام الأم بصحتها أو عدم معرفتها ووعيها بخطورة الإكثار من الولادات وعدم تنظيمها لنسلها الذي أصبح ضرورة ملحة للحفاظ على صحة الأم.

و كما ذكرنا في الجانب النظري من المعروف أنه كلما تكررت الولادات تعرضت صحة المرأة أكثر للإنهيار خاصة مع تقدم السن وخاصة إذا تعرضت للحمل أربع مرات أو أكثر إذ يمثل الحمل الجديد خطرا كبيرا على صحة المرأة والجنين معا،[1] حيث تزداد احتمالات حدوث مضاعفات للأخطار ابتداءا من الحمل الخامس حيث يزيد احتمال موت المولود حينئذ ويستطيع تكرار الحمل بالمولود وولادته وإرضاعه والعناية بالأطفال الصغار التأثير على جسم المرأة بشدة بعد الحمل الرابع خاصة إذا قلت المدة بين الحمول كأن تتعرض الأم لفقر الدم الذي يودي بحياة الجنين.[2] فالمواليد في الرتب الأخيرة عرضة لمخاطر الموت خاصة بداية من الرتبة الخامسة. كما أكدت دراسات لمنظمة الصحة العالمية أن فقدان الأجنة تزيد احتمالاتها بداية من الحمل الرابع وأكثر مقارنة بالمرة الثانية والثالثة، ويمكن تجنب أخطار لحمل الأول عبر العناية والمتابعة الصحية أثناء الحمل وهذه الأخيرة موصى بها بعد الحمل الثالث أين تقل فرص بقاء المواليد على قيد الحياة.[3]

[1] اليونيسيف. **الإنقاذ بالمعرفة**. ص 4.

[2] نفس المرجع. ص 6.

[3] عبد الرحمان عمران. مرجع سابق. ص 25.

جدول رقم (72): يبين العلاقة بين استعمال الأم لوسائل منع الحمل والوزن عند الولادة:

الوزن / استعمال وسائل منع الحمل	أقل من 500غ		500–1000غ		1000–1500غ		1500–2000غ		2000–2500غ		2500–3000غ		3000–3500غ		3500–4000غ		4000غ وأكثر		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تستعمل	11	6,4	3	1,7	15	8,7	20	11,6	36	20,9	18	10,5	29	16,9	23	13,4	17	9,9	**172**	**100**
لا تستعمل	10	7,8	8	6,3	19	14,8	14	10,9	22	17,2	10	7,8	16	12,5	24	18,8	5	3,9	**128**	**100**
المجموع	**21**	**7**	**11**	**3,7**	**34**	**11,3**	**34**	**11,3**	**58**	**19,3**	**28**	**9,3**	**45**	**15**	**47**	**15,7**	**22**	**7,3**	**300**	**100**

نلاحظ من الجدول أن اتجاهه العام يتجه نحو أغلبية الأطفال الذين ولدوا بوزن 2000–2500غ بنسبة 19,3% مقابل 3,7% من الأطفال الذين ولدوا بوزن 500–1000غ. وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في استعمال وسائل منع الحمل وجدنا أنه كلما كانت الأم تستعمل وسائل منع الحمل زاد وزن أطفالها عند الولادة وكلما كانت لا تستعمل وسائل منع الحمل زاد أطفالها المولودين بوزن منخفض. حيث 9,9% من المستعملات لوسائل منع الحمل يزن أطفالهن عند الولادة 4000غ وأكثر و3,9% من غير المستعملات، مقابل 16,9% من المستعملات لوسائل منع الحمل وزن أطفالهن عند الولادة 3000–3500غ و12,5% منهم عند غير المستعملات، بالمقابل من ذلك 14,8% من الأمهات اللواتي لا يستعملن وسائل منع الحمل يزن أطفالهن عند الولادة 1000–1500غ وتمثل هذه النسبة8,7% عند غير المستعملات لوسائل منع الحمل بالمقابل 6,3% من الأمهات اللواتي لا يستعملن وسائل منع الحمل وتمثل هذه النسبة 1,7% عند الأمهات اللواتي يستعملن وسائل منع الحمل. وعند حسابنا لمعامل التوافق وجدناه يساوي 0,2 يعني وجود علاقة طردية ضعيفة جدا بين المتغيرين استعمال وسائل منع الحمل والوزن عند الولادة و تفسر كل هذه النتائج بأن تنظيم المرأة لنسلها يساعدها في الحفاظ على صحتها وتوفر المباعدة بين الولادات للأم استراحة لجهازها الإنجابي للتهيؤ الجيد لحمل جديد في صحة جيدة توفر للطفل صحته ونموه المناسب لولادة طفل في وزن جيد.

جدول رقم (73): يبين العلاقة بين استعمال وسائل منع الحمل وسبب الوفاة.

سبب الوفاة / استعمال وسائل منع الحمل	ضغط الدم		السكري		فقر الدم		مشاكل في الرحم وتمزق الأغشية		الحمى		خديج		نقص الوزن		تشوهات خلقية		غير محدد		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تستعمل	27	15,7	8	4,7	6	3,5	12	7	16	9,3	3	1,7	17	9,9	20	11,6	63	36,6	172	100
لا تستعمل	21	16,4	7	5,5	10	7,8	5	3,9	12	9,4	1	0,8	17	13,3	19	14,8	36	28,1	128	100
المجموع	**48**	**16**	**15**	**5**	**16**	**5,3**	**17**	**5,7**	**28**	**9,3**	**4**	**1,3**	**34**	**11,3**	**39**	**13**	**99**	**33**	**300**	**100**

نلاحظ من الجدول أن اتجاهه العام نحو أغلبية الأطفال الذين توفوا في عينتنا بسبب غير محدد بنسبة 33% مقابل 1,3% من الذين توفوا لكونهم خدجا ولدوا قبل الأوان، وعند إدخالنا للمتغير المستقل المتمثل في استعمال وسائل منع الحمل وجدنا أن 13,3%من غير المستعملات لوسائل منع الحمل توفي أطفالهن بسبب نقص النمو ومثلت هذه النسبة عند المستعملات لوسائل منع الحمل 9,9% ومثل المتوفون بسبب التشوهات الخلقية عند الغير المنظمات لنسلهن 14,8% مقابل 11,6% عند المستعملات لها فالملاحظ أن هذا الجدول يدعم ما سبق وأن فسرناه في الجدول السابق حيث أن المنظمات لنسلهن أكثر راحة صحية وبالتالي يوفرن لأجنتهن أثناء الحمل صحة جيدة خاصة وأن أغلب المنظمات لنسلهن واعيات بضرورة الإهتمام بصحة أطفالهن فالأكيد أن معظمهن من فئة النساء المتعلمات وأغلبهن عاملات واعيات بضرورة الإهتمام بصحتهن وحملهن وهذا ما تدعمه نتائج البحث العنقودي متعد المؤشرات الرابع بأن استعمال وسائل منع الحمل يزيد مع تزايد المستوى التعليمي للأم (52,4% أمي و 69% ثانوي) ويزيد مع ارتفاع المستوى المعيشي للأم(من 57% عند الأكثر فقرا إلى 60%) عند الأسر الفقيرة. [1]

وباعتبارهن عاملات فهن يتمتعن بقدرة مالية على توفير جميع متطلباتهن أثناء الحمل من أكل وشرب يساعد الجنين على النمو الكامل لتحقيق ولادة سليمة عكس الحوامل غير المنظمات للنسل اللواتي لا يوفرن لأجنتهن البيئة المناسبة لنموهم مما ينتج عنه ولادة بوزن ناقص يؤدي إلى وفاة المولود أو عدم اكتمال نمو بعض أعضاء الجنين وبالتالي ولادته بتشوهات خلقية تودي بحياته إلى الوفاة.

[1] Ministère de la santé et de la réforme hospitalière. **Enquête nationale à indicateurs multiples(Mics4)**. op.cit . p 130.

الإستنتاج العام للفرضية الثالثة:

بعد تحليلنا للفرضية الثالثة وجدنا أن للعوامل الديمغرافية تأثيرا على فيات ما حول الولادة فالفاصلة بين الولادات تؤثر بصفة مباشرة في صحة الطفل ووزنه حيث أن الذين ولدوا بأوزان ضعيفة كانوا أكثر عند اللواتي لا يباعدن بين ولاداتهن أو تقل مدة المباعدة عن السنتين والعكس صحيح حيث مثلوا عند الأطفال الذين كانت أوزانهم عند الولادة أقل من 500 غ 8,3% عند الأمهات اللواتي لم تباعد بين ولاداتها تليها8,1% عند من تتراوح المدة الفاصلة بينهم وبين الولادة التي سبقتهم بين 1–2 سنة ثم 6,5% عند المدة الفاصلة التي تزيد عن 4 سنوات فأكثر وأخيرا تنخفض هذه النسبة إلى 4,8% عند من تتراوح المدة الفاصلة بين 2–4 سنوات وهي تعتبر المدة الفاصلة المثلى بين الولادات كما أن عدم المباعدة بين الولادات تؤدي إلى ولادات قبل الأوان، واستخلصنا أن السن عند الإنجاب الأول إن كان مبكرا أو متقدما يؤدي إلى وفيات ما حول الولادة حيث تكون صحة المرأة الإنجابية في هذا السن ضعيفة مما يؤدي إلى بنية جسدية ضعيفة للأطفال حيث يزيد احتمال نقص النمو ونقص الوزن اللذان يؤديان إلى الوفاة كما أن التقدم في السن يوقع المرأة في أمراض مزمنة لها التأثير المباشر على الحمل الذي تتعرض الأم أثناءه إلى تعقيدات صحية خطيرة على حياة الطفل واتضح لنا أن الأطفال في عينتنا الذين ولدوا بأوزان جيدة كانوا يتمركزون في السن المتوسط والملائم للإنجاب فمثلوا 19,3% عند السن 30–35 سنة عند الإنجاب الأول و15,1% عند سن 25–30 سنة عند الإنجاب الأول بالنسبة للأطفال المولودين بوزن 3000–3500غ وتنخفض هذه النسبة في الأعمار المبكرة للإنجاب الأول للأمهات (20–25 سنة) 11,1% تليها 6,3% من الأطفال عند النساء اللاتي أنجبن للمرة الأولى في سن متأخرة 35–40 سنة وأخيرا تنعدم تماما عند النساء المنجبات للمرة الأولى في الأعمار المتأخرة بين 40 سنة

وأكثر، وأن 51,1% من النساء اللواتي كان سنهن عند أول إنجاب 30–35 سنة أنجبن في الموعد تليها 41,4% من النساء اللواتي كان سنهن عند أول إنجاب 25–30 سنة، ثم 38,9% ممن كان سنهن 20–25 وتنخفض هذه النسبة مع التقدم في السن لتصل أخيرا 25% عند اللواتي أنجبن للمرة الأولى في سن متأخرة تتجاوز 40سنة

وجدنا أن رتبة الطفل كذلك تؤثر مباشرة في وفيات ما حول الولادة حيث الولادات الميتة تتزايد مع تزايد رتب الأطفال والولادات الحية تتناقص مع الزيادة في رتبة المولود حيث تتوزع الولادات الميتة مع تغير رتبة الطفل كما يلي:
مثل الأطفال في الرتبة السابعة 100% من الولادات الميتة يليها 80% منهم في الرتبة السادسة و66,7% في الرتبة الخامسة ثم 64,3% في الرتبة الرابعة ثم 62,2% في الرتبة الثانية وأخيرا 58,9% من الأطفال في الرتبة الأولى.

وخلصنا أن عدم تنظيم المرأة لنسلها ينعكس سلبا على صحتها وبالتالي على صحة مولودها فتكثر أسباب وفاة طفلها من فقر الدم الذي يؤدي لنقص النمو ونقص الوزن والعكس صحيح فكلما كانت الأم تستعمل وسائل منع الحمل زاد وزن أطفالها عند الولادة وكلما كانت لا تستعمل وسائل منع الحمل زاد أطفالها المولودين بوزن منخفض. حيث 9,9% من المستعملات لوسائل منع الحمل يزن أطفالهن عند الولادة 4000غ وأكثر و3,9% فقط من غير المستعملات، بالمقابل من ذلك 14,8% من الأمهات اللواتي لا يستعملن وسائل منع الحمل يزن أطفالهن عند الولادة 1000–1500غ وتمثل هذه النسبة8,7% عند غير المستعملات

وقد وجدنا أن 13,3%من غير المستعملات لوسائل منع الحمل توفي أطفالهن بسبب نقص النمو ومثلت هذه النسبة عند المستعملات لوسائل منع الحمل 9,9% ومثل المتوفون بسبب التشوهات الخلقية عند الغير المنظمات لنسلهن 14,8% مقابل 11,6%

عند المستعملات فمن كل ما سبق يمكن القول أن الفرضية الثالثة تحققت حيث أن لجميع مؤشرات التي وضعنا لدراسة تأثير المتغير المستقل المتمثل في العوامل الديمغرافية من تباعد للولادات ومدة فاصلة بينها واستعمال وسائل منع الحمل وكذا رتبة المولود تأثير في وفيات ما حول الولادة من حيث وزن الطفل عند الميلاد وموعد الولادة ونوع المولود.

خلاصة:

تؤثر العوامل الديمغرافية في وفيات ما حول الولادة.

الإستنتاج العام

الإستنتاج العام:

يعتبر المواليد الجدد أكثر فئة حساسة في المجتمع فلا بد من الإعتناء بهم منذ الولادة بل منذ أن يكونوا أجنة في بطون أمهاتهم لتفادي حدوث ولادات ميتة أو وفيات ما بعد الولادة وهذه الفئة من وفيات الأطفال التي تسمى وفيات ما حول الولادة وهي تجمع كلا من الولادات الميتة (التي تحدث في بطن الأم بعد الأسبوع 28 من الحمل) ووفيات المواليد الجديدة المبكرة (بين 0–7 أيام) هي موضوع دراستنا، فحدوث هذه الظاهرة هو نتاج للحالة الصحية لكل من الجنين والأم الحامل وتحددها عناصر وراثية وظروف الحمل والولادة وخلفية الأم الإجتماعية والإقتصادية التي تعيشها في الأسرة، ولذلك فكان مجتمع دراستنا هو الأم الداعم الأساسي لصحة وحياة أطفالها بكل ما يؤثر فيه من العوامل التي تحدد خلفية الأم الصحية والإجتماعية والإقتصادية وحتى الديمغرافية لذلك حاولنا في بحثنا معرفة هذه العوامل تحت عنوان "العوامل السوسيوديمغرافية المتسببة في وفيات ما حول الولادة".

ويتميز مجتمع دراستنا ببعض الخصائص التي يجدر بنا ذكرها وهي أن أغلب الأمهات في عينتنا متعلمات فمثلت الجامعيات أكبر نسبة 27,3%، لكن معظمهن يعملن فمثلت الماكثات بالبيت 79%، وأن أغلب وفيات ما حول الولادة في دراستنا من الذكور بنسبة 63,3%، وأن الولادات الميتة مثلت الأغلبية بنسبة 64%.

وسنستعرض نتائج تحليلنا لجداول ارتباطات متغيرات فرضيات الدراسة فيما يلي:

إن وفيات ما حول الولادة تتأثر بالمستوى التعليمي للأم إذ أنها تنخفض مع ارتفاع المستوى التعليمي لها حيث وجدنا أن ارتفاع المستوى التعليمي يؤثر في جميع مؤشرات المتغير التابع التي درسناها فهو يؤثر في وزن المولود عند الولادة إيجابا فيرتفع وزن المولود مع ارتفاع المستوى التعليمي فذووا الوزن الناقص 500–1000غ مثلوا 12%

عند الأميات و1,2% عند الجامعيات، كما أن ذوات المستوى التعليمي العالي تكون ولاداتهن أكثر في الموعد بينما تلد غير المتعلمات أكثر قبل الموعد، كما أن الولادات الميتة تزيد مع انخفاض المستوى التعليمي بينما تزيد الولادات الحية ويزيد أمل حياتها في الأيام الأولى بعد الولادة مع ارتفاع المستوى التعليمي كما أن الغير متعلمات أكثر عرضة لتعقيدات الحمل والولادة ولفقر الدم ونقص النمو وكذا التشوهات الخلقية للأجنة وكل هذا يجعلنا نجزم بتأثير المستوى التعليمي للأم في وفيات ما حول الولادة، كما أن الحالة المهنية للأم تؤثر في وفيات ما حول الولادة حيث أن العاملات أكثر اهتماما بصحتهن فمواليدهن تولد أكثر عند الولادة منهم عند الماكثات بالبيت كما أن معظم ولادات العاملات حية ويطول أمل حياتها إلى غاية اليوم السابع بعد الولادة ولا يتأثرن بمشاكل الحمل كفقر الدم ونقص النمو والولادة قبل الأوان كالماكثات بالبيت بفضل احتكاك العاملات بالعالم الشغل الذي لا يخف دور هذا الأخير في اكتساب هذا الأخير من معارف، إضافة أن ارتفاع مدخول الأسرة الشهري بفضل عمل الأم يرفع من مستوى الأسرة المعيشي فلا يخف دور المستوى المعيشي للأسرة في مساعدتها في اقتناء متطلباتها الغذائية والصحية لحمل في صحة جيدة، فالدخل الجيد يرفع من المستوى المعيشي للأسرة اللذان وجدناهما يؤثران إيجابا في كل مؤشرات المتغير التابع التي أجرينا الدراسة حولها من وزن الطفل عند الولادة حيث شكل الأطفال الذين ولدوا بوزن أقل من 500غ عند الولادة 10% عند الأسر ذات الدخل الذي لا يصل 15000 دج 2,6% عند الأسر مرتفعة الدخل أكثر من 45000 دج ومثل الأطفال الذين توفوا بسبب فقر الدم عند هذا الدخل 5,1% وترتفع هذه النسبة لتبلغ ضعفها عند الأسر التي دخلها منخفض 15000 دج وعند نفس الدخل ترتفع وفيات ما حول الولادة بسبب نقص النمو لتمثل 20% وهي انخفض مع ارتفاع الدخل لتصل إلى 2,6% عند أعلى دخل ألا وهو 45000 دج وأكثر ونفس الشيء نلاحظه بالنسبة للوفيات بسبب التشوهات الخلقية التي ترتفع عند الأسر ذات الدخل المنخفض أقل من 15000 دج أين مثلت أقصتها 30%

وتبدأ بالإنخفاض مع ارتفاع الدخل لتصل أدناها عند الدخل 45000 دج وأكثر حيث مثلت 10% ويبين هذا ما لدخل الأسرة المرتفع من تأثير إيجابي على نمو الطفل السليم ويظهر ذلك من خلال الوزن عند الولادة وكذلك من خلال تفادي الأم للوقوع في مشكل فقر الدم عند الولادة، وهذا نفس الشيء الملاحظ عند الأسر ذات المستوى المعيشي المرتفع كما ذكرنا سابقا، فالأمهات في الأسر ذات الدخل المرتفع التي تتمتع بمستوى معيشي جيد يحضين بأفضل الإمكانيات المادية التي تمكنهن من الإعتناء بأكلهن المتوازن لحمل جيد يضمن متطلبات أجسامهن من معادن وفيتامينات تقيهن من الإصابة بأي مشاكل أثناء الحمل كفقر الدم وتوفر للجنين نموا جيدا يقيه من خطر نقص النمو ووفاة الطفل إما بسبب نقص الوزن وعدم اكتمال النمو وبالتالي حدوث تشوهات للجنين تؤدي إلى وفيات ما حول الولادة، إذن ما توصلت له نتائج بحثنا أن وفيات ما حول الولادة بسبب فقر الدم وضعف النمو والتشوهات الخلقية تكثر عند الأسر ذات المستوى المعيشي السيء والدخل المتدني بينما ترتفع هذه الوفيات بسبب الضغط الدموي عند الأسر العادية من حيث الدخل والمستوى المعيشي للأسرة وهذا يدل على كثرة الضغوطات النفسية التي تعرض الأم لهذا المرض باعتبار مدخول الأسرة المتوسط الذي يجب اتخاذ كل الإحتياطات لكي يلبي حاجات الأسرة الشهرية وهذا في حدود الضرورية والإستغناء عن الكثير من المتطلبات الكمالية، أما وفيات ما حول الولادة التي تحدث بسبب السكري فتكثر عند ذوات الدخل والمستوى المعيشي الجيدين وهذا يدل على التغذية الجيدة من كل الأنواع التي تتمتع بها هاته الأمهات بفضل ارتفاع القدرة الشرائية لهن مما يؤدي بهن إلى عدم التحفظ في طريقة أكلهن وعدم مراقبة شروط الأكل مما يؤدي بأطفالهن للوفاة بسبب مشكل السكري .

فالخلفية الإجتماعية إذن والإقتصادية للأم يؤثران على وفيات ما حول الولادة فاستطعنا من خلال تحليلنا للفرضية الأولى أن نتأكد أنه فعلا ارتفاع المركز الإجتماعي للأم

وعملها وكذا ارتفاع دخل الأسرة ومستواها المعيشي يؤدي إلى انخفاض تعرض مواليدها لوفيات ما حول الولادة، وبهذا فقد أكدنا صحة فرضيتنا الأولى.

كما أن للحالة الصحية للأم تأثيرا في وفيات ما حول الولادة حيث وجدنا أن الأمهات اللاتي لا يعانين من مشاكل أثناء الحمل تطول أكثر مدة حياة ولاداتهن الحية حتى اليوم السابع بعد الولادة على عكس المصابات بالأمراض والمشاكل المتعلقة بالحمل حيث يتوفى أطفالهن أكثر في الساعات الأولى بعد الولادة وهن يشكلن أغلب الولادات الميتة، وهذا يدلنا على أن للمشاكل التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل تأثيرا كبيرا على وقت وفيات ما حول الولادة وعلى نسبة وفيات الأجنة فمعاناة الأم من حالة صحية سيئة يعرض ولاداتها أكثر إلى وفيات ما حول الولادة، كما أن تعرض الأمهات مشاكل صحية أثناء الحمل يؤدي إلى وفيات ما حول الولادة حيث أن تعرض الأمهات لمشكل اختناق جنيني أدى إلى وفاة أغلب أطفالهن أثناء الحمل، كما وجدنا علاقة طردية بين المشاكل المتعلقة بالحمل المتمثلة في ضغط الدم والسكري ومشاكل تمزق أغشية الرحم المبكر مع نفس الأسباب التي قابلتها التي تسببت في وفاة الجنين حيث مثلوا على التوالي 75,8% و62,5% و68,4% من الأطفال الذين توفوا بسبب انتناءات في الرحم وتمزق أغشيته المبكر أو ضغط الدم أو السكري وتنخفض هذه النسب بشدة مع جميع مشاكل الحمل الأخرى والأسباب الأخرى دليل على العلاقة القوية بين المشاكل الصحية للحمل عند الأم وسبب وفاة الأطفال وأن مشاكل الصحية التي تتعرض لها الأم أثناء الحمل تؤدي إلى وفيات ما حول الولادة.

كما لا يخف دور المتابعة الطبية للحمل في التخفيف من وفيات ما حول الولادة حيث بينت نتائج دراستنا على أن المتابعات للحمل تزيد مدة حياة أطفالهن عند الولادة على عكس غير المتابعات لحملهن حيث تقل مدة حياة أطفالهن فهم أكثر عرضة للوفاة مباشرة بعد الولادة أو لولادة ميتة حيث مثلت ولاداتهن الميتة 63,6% مقابل 61,9% عند اللائي يقمن بالمتابعة الطبية للحمل، ولاحظنا أن اللواتي يترددن على متابعة حملهن

بانضباط أي بمعدل 4 مرات الذي يوصي به الأطباء والمنظمات الصحية العالمية فإن أولادهن أقل عرضة لوفيات ما حول الولادة بسبب الضغط الدموي والسكري ونقص النمو والتشوهات الخلقية، فلا يخف دور المتابعة الصحية لمراقبة ضغط لدم والسكري من أثر في تفادي ارتفاعه أو انخفاضه، كما لا يخف دورها إذا ما ظهر نقص نمو على الجنين من خلال مراقبته ومحاولة اكمال نموه عبر تقديم المقويات اللازمة للأم والإجراءات الصحية اللازمة من راحة وأكل جيد ودور المراقبة الصحية يكمن أيضا في تفادي حدوث تشوهات خلقية للجنين.

إذن فمتابعة الأم لحملها ومراقبته بصفة دورية لا تقل عن أربعة كشوف كما تنصح به منظمة لصحة الدولية عامل أساسي يؤدي إلى تخفيض وفيات ما حول الولادة وكذلك تدني الحالة الصحية للأم وتعرضها لمشاكل صحية أثناء الحمل تؤدي إلى وفيات ما حول الولادة، وهذا ما يؤكد أن فرضيتنا الثانية محققة ولو جزئيا وهي التي مفادها أن الوضعية الصحية للأم والمتابعة الصحية للحمل يؤثران في وفيات ما حول الولادة.

و بينت النتائج أن انخفاض سن الأم عند الإنجاب أو ارتفاعه يؤديان إلى وفيات ما حول الولادة بحكم أن صغر السن يدل على ضعف بنية الفتاة مما يؤدي إلى ضعف نمو الطفل الذي وجدناه سببا لوفاته عند الأمهات اللواتي كان انجابهن الأول في سن صغير وهو يؤثر على الحمول الموالية، كما أن الكبيرات في السن عند أول انجاب هن أقرب ‘إلى انتهاء حياتهن الإنجابية مما يضعف من جهازهن الإنجابي فيؤدي إلى زيادة وفيات ما حول الولادة، كما لاحظنا أن الأطفال في المراتب الأولى والثانية هم أكثر عرضة لوفيات ما حول الولادة بحكم نقص خبرة الأم في هذا المجال، وكذا الأطفال في الرتبة الخامسة فما فوق بسبب حالة الضعف الجسدي الذي يصل إليها جسم الأم بسبب كثرة الولادات وهذا يتطابق كما ذكرنا آنفا مع ما توصلت ‘إليه البحوث التي سبقتنا ولا يخف دور المباعدة بين الولادات في الحفاض على حياة المواليد فهي تقي من حدوث وفيات ما حول الولادة حيث بينت الدراسة أن 66,7% من الولادات الميتة تزيد عند من صرحن

بأنهن لا يباعدن بين ولاداتهن ولا يستعملن أية وسيلة لمنع الحمل وتقل عند من صرحن أنهن يستعملن وسيلة منع حمل لغرض المباعدة بين ولاداتهن عند من لا يباعدن بين حملهن حيث تقل المدة الفاصلة بين ولاداتهن عن السنتين بينما تقل هذه النسبة عند اللواتي يباعدن بين ولاداتهن وكانت هذه المدة مثالية بين السنتين والثلاثة سنوات لتمثل 60,2%. وهذا ما يدل أن فرضيتنا الثالثة التي مفادها أن عدد الحمول والمدة الفاصلة بين الولادات تؤثر على وفيات ما حول الولادة محققة وصحيحة. وبهذا نستطيع القول أن فرضيات بحثنا تحققت.

الخاتمة

الخاتمة:

إن ظاهرة وفيات ما حول الولادة من الظواهر الديمغرافية التي تشغل اهتمام المختصين حول العالم كيف لا وهي تمثل أكبر نسبة من وفيات الأطفال الرضع ولا تزال الجزائر تعاني من هذا المشكل الذي يتأثر في عدة عوامل متعلقة بالخلفية الإجتماعية للأم ومستواها المعيشي والظروف والمستوى المعيشي للأسرة التي تعيش فيها كما تحققنا حسب ما توصلت إليه نتائج بحثنا أن وفيات ما حول الولادة تتأثر كذلك بالحالة الصحية للأم وما تعانيه حملها من مشاكل تتعرض لها هي أو جنينها وكذلك بالعوامل الديمغرافية التي عاشتها الأم من عدد الحمول والولادات وتنظيم لنسلها قصد المباعدة بين الولادات، فكيفما كانت نوعية الظروف المعاشة للأسرة تكون حالة الأم الحامل والمولود المنتظر ولهذا فعند توفر الظروف المعيشية الجيدة في الأسرة تستطيع الأم الاهتمام بحالتها الصحية وبالمتابعة الصحية للحمل لتفادي وقوع أي أخطار أو أمراض للأم أو الجنين. فمن خلال ما توصلت إليه نتائج بحثنا يمكننا القول أنه إذا أردنا الحد من مشكل وفيات ما حول الولادة علينا الإهتمام بالأم الراعي الأول للطفل فعلى الدولة الإستثمار في مجال صحة الأمهات والأطفال كتوفير الرعاية الصحية اللازمة في المراكز الصحية العمومية التي تتميز بمجانية العلاج لتتمكن كل أم مهما كانت وضعيتها المالية أن تتمتع بظروف علاج لائق مراقبة طبية صحية وذلك باستعمال أدوات متطورة للتمكين من اكتشاف أي مشاكل تتعرض الحمل من تشوهات خلقية أو نقص نمو وكذا تتبع ومراقبة الحالة الصحية للحامل وتقديم المكملات الغذائية المجانية لمعالجة مشاكل فقر الدم ونقص النمو لكل الأمهات بدون تمييز، كما تأكدنا من خلال نتائج الدراسة أن ارتفاع المستوى التعليمي للأمهات أهم شرط لحفاضها على صحتها وحياة مواليدها بفضل معارفها الناجعة في هذا المجال والمحافظة على صحتهن بما فيها الصحة الإنجابية لما لها من التأثير الكبير على و فيات ما حول الولادة خاصة حالتها الصحية أثناء الحمل، ولذلك يجب على الدولة الإستثمار في تعليم وتوعية الفتيات أمهات المستقبل وذلك في كل مناطق الوطن، وتكثيف الجهود للسمو بصحة المرأة لما لها من التأثير الكبير.

ولا تخلو أي دراسة من النقائص فمجمل ما نتمناه أن يستطيع بحثنا المتواضع هذا ملأ ولو ثغرة صغيرة في هذا الموضوع.

المراجع

قائمة المراجع:

I. قائمة المراجع باللغة العربية:

أ) الكتب:

1. ابن ميشو.(2005). جامعة كل المعارف. **ما الانساني؟**. تر: المشروع القومي للترجمة. المجلس الأعلى للثقافة. القاهرة.
2. أبو طاحون، عدلي علي.(1997). **في التغير الإجتماعي**. المكتب الإجتماعي الحديث. الإسكندرية.
3. أنجرس، موريس. (2003). **منهجية البحث العلمي في العلوم الانسانية**, تر: بوزيد صحراوي وآخرون. دار القصبة للنشر. الجزائر.
4. البكري، أمل وآخرون. **الصحة و السلامة العامة**. دار الفكر. الاسكندرية. بدون تاريخ.
5. بوحوش، عمار. محمد محمود الذنيبات.(1999). **مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث. ط2**. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر. 1999.
6. الديوان الوطني للإحصائيات.(1976). **الميثاق الوطني**. 1976.
7. جعفر سليمان، ابراهيم. (1999). **تنظيم الأسرة**. سلسلة الكتب الثقافية الراشدين. المنظمة العربية للتربية و الثقافة و العلوم. تونس.
8. جندلي، عبد الناصر.(2007). **تقنيات ومناهج البحث في العلوم السياسية و الاجتماعية**. ط2.ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.
9. حسن الشماوي، محمد و آخرون.(2001). **التنشئة الإجتماعية للطفل** ،ط1. دار الصفاء للنشر و التوزيع. الأردن.
10. الخولي، سناء. (1999). **الأسرة و الحياة العائلية**. دار المعرفة الجامعية. مصر.
11. معن، خليل معن. (1994).**علم إجتماع الأسرة**. دار الشروق. الأردن.

12. الخميس، عبدالرزاق.(1998). **مبادئ التربية الصحية. ط1.** منشورات ذات السلاسل. الكويت.

13. زهدي خواجة، خالد. **إحصاءات ومقاييس الوفيات.** المعهد العربي للبحوث الإحصائية. القاهرة. بدون تاريخ.

14. سلامة، بهاء الدين. (2007). **الصحة والتربية الصحية.** دار الفكر العربي. القاهرة.

15. سيد أحمد، غريب وأخرون.(2002) **علم الاجتماع المعاصر.** دار المعرفة الجامعية. الأزايطة. دمشق.

16. شروح، صلاح الدّين.(2004). **علم الإجتماع التربوي.** دار العلوم للنشر والتوزيع. عنابة. 2004.

17. صاري، الجيلالي.(2008). **الكارثة الديموغرافية 1867-1868.** تر: المعراجي عمر. المؤسسة الوطنية للاتصال للنشر والاشهار- وحدة الطباعة رويبة. الجزائر.

18. دمنهوري رشاد صالح. (2006). **التنشئة الإجتماعية والتأخر الدراسي.** دار المعرفة الجامعية. مصر. 2006.

19. عياد، أحمد.(2006). **مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي.** ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.

20. علي سعد، اسماعيل.(2000). **الاتجاهات الحديثة في علم الاجتماع.** دار المعرفة الجامعية. الأزايطة.

21. عبد الحميد، رشوان، حسين.(2003). **الأسرة و المجتمع. دراسة في علم اجتماع الأسرة.** مؤسسة شباب الجامعة. الإسكندرية.

22. عثمان رمضان، سلوى و رمضان، السيد.(2004). **الصحة العامة والرعاية الصحية.** دار المعرفة الجامعية. الإسكندرية.

23. محمد الحسن، احسان.(2008). **علم اجتماع المرأة**. دراسة تحليلية عن دور المرأة في المجتمع المعاصر. دار وائل للنشر. عمان.

24. محمد عرب مرسي: **لمحات عن التراث الطبي العربي**، منشاة الناشر المعارف،الإسكندرية،1975.

25. محمد نعيمة، محمد.(2004). **النشأة الاجتماعية وسمات الشخصية، الطبعة الأولى**. دار الثقافة العلمية. الإسكندرية.

26. محمود حسن صالح، عبد المحي.(2005). **الصحة لعامة بين البعدين الاجتماعي و الثقافي**. دار المعرفة الجامعية. الاسكندرية.

27. محي الدين مختار.(1983). **محاضرات في علم النفس الإجتماعي**. ديوان المطبوعات الجامعية. الجزائر.

ب) القواميس والمعاجم:

1. بدوي، أحمد زكي.(1978). **معجم مصطلحات العلوم الاجتماعية. ط1**. مكتبة لبنان. بيروت. 1978.

2. الجوهري، عبد الهادي.(1998-1999). **معجم علم الاجتماع**. المكتب الجامعي الحديث. الإسكندرية.

3. الشافعي، عبد المنعم و اليافي، عبد الكريم. **المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات**. وزارة الثقافة.

4. مداس، فاروق. (2003). **قاموس مصطلحات علم الاجتماع**. دار منى. الجزائر.

ج) التقارير والدراسات:

5. الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية و الاجتماعية، شعبة السكان: **السكان و البيئة و التنمية**، التقرير الموجز، الأمم المتحدة، نيويورك، 2001.

6. الأمم المتحدة، إدارة الشؤون الاقتصادية والاجتماعية ،شعبة السكان.(2001). **السكان و البيئة و التنمية**. التقرير الموجز. نيويورك.

7. الأمم المتحدة. **برنامج عمل المؤتمر الدولي للسكان و التنمية**. القاهرة. 1999.

8. البصيرة للبحوث. **(2010). دراسات اجتماعية، العدد الرابع** . دار الخلدونية للنشر والتوزيع. الجزائر.

9. المشروع العربي لصحة الأسرة. (2005).**دور المشروع العربي لصحة الأسرة في متابعة الأهداف الانمائية للألفية في الدول العربية.**

10. جامعة الدول العربية وآخرون.(19-20 نوفمبر 2004). **التحول الديموغرافي في الدول العربية**. المنتدى العربي للسكان، بيت الأمم المتحدة. بيروت.

11. جامعة الدول العربية.(فبراير 2004). **المسح الجيبوتي لصحة الأسرة**. التقرير الرئيسي. المشروع العربي لصحة الأسرة، جمهورية جيبوتي.

12. المشروع العربي لصحة الأسرة. (2005). **المسح البياني لصحة الأسرة، الفقرة الأولى**. لبنان.

13. المشروع العربي لصحة الأسرة.(2006). **المسح اليمني لصحة الأسرة**. التقرير الرئيسي. اليمن.

14. الجمعية العامة للأمم المتحدة. (2001). **نحن الأطفال: استعراض نهاية العقد لمتابعة مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل.** النسخة العربية**.** الدورة الإستثنائية السابعة والعشرون. نيويورك.

15. الديوان الوطني للإحصائيات. **ديموغرافيا الجزائر 2009**.

16.صندوق الأمم المتحدة للسكان.(2008). **السكان والصحة الانجابية والأهداف الانمائية للألفية**. نيويورك.

17. صندوق الأمم المتحدة للسكان. (1996). **حالة سكان العالم 1996**. نيويورك.

18. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي.(11-15 نيسان أبريل 2011). **الخصوبة والصحة الإنجابية والتنمية. إجراءات متابعة توصيات المؤتمر الدولي للسكان و التنمية**. لجنة السكان و التنمية. الدورة الرابعة و الأربعون.

19. المجلس الاقتصادي والاجتماعي.(2002). **لجنة السكان والتنمية: تقرير موجز بشأن رصد سكان العالم في عام 2002**. لجنة السكان والتنمية. الدورة الخامسة و الثلاثون.

20. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي.(1999). **مشروع تقرير صحة الأم والطفل**. الدورة التاسعة. الجزائر.

21. المجلس الوطني الاقتصادي و الاجتماعي. **مشروع تقرير صحة الأم والطفل**. الدورة التاسعة. الجزائر.

22. المجلس العربي للطفولة والتنمية. (2006).**التقرير الإحصائي لواقع الطفل العربي. العدد التاسع**. المجلس العربي للطفولة و التنمية. القاهرة.

23. مريانا الخياط الصبوري.(2006). **المؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة و السكان، وحدة المشروع العربي لصحة الأسرة 13-16 مايو 2006**. القاهرة.

24. المشروع العربي لصحة الأسرة. (1997). **مشروع تقرير صحة الأم و الطفل. الدورة التاسعة.**

25. منظمة الصحة العالمية. (2009). **العيوب الولادية. الدورة الخامسة والعشرون بعد المائة مايو** 2009.

26. منظمة الصحة العالمية.(2006). **البرامج الوطنية لمكافحة السرطان**، جمعية الصحة العالمية 58. جنيف.

27. الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة و قضايا المرأة. (2006). **المرأة الجزائرية...واقع و معطيات**. إنجاز ANEP و ACS . الرويبة.

28. المشروع العربي لصحة الاسرة، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات. (1994). **المسح الجزائري لصحة الأم و الطفل 1992**. التقرير الرئيسي. الجزائر.

29. المشروع العربي لصحة الاسرة، وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات. (2004). **المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002**. التقرير الرئيسي. الجزائر.

30. اليونيسف.(2008). **وضع الأطفال في العالم، بقاء الأطفال على قيد الحياة.**

31. اليونيسف. **الاستثمار في أطفال المؤتمر الإسلامي**. يونيسف. بدون تاريخ.

32. اليونيسف.(2008).**وضع الأطفال في العالم 2009، صحة الأم والوليد.** نيويورك.

33. اليونيسيف.(2012). **وضع الأطفال في العالم 2012**. نيويورك.

34. مكتب اليونيسف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا. **الأطفال في العالم العربي**. غير منشورة.

د) المجلات:

35. سي الطيب، فاطمة الزهراء. (2017).« انعكاسات الأوضاع الإقتصادية و الإجتماعية على صحة الطفل في الجزائر » . **صحة الأسرة العربية و السكان. العدد 23.**

36. المشروع العربي لصحة الأسرة.(2010).« صحة الأسرة العربية و السكان » . **دورية بحوث و دراسات. المجلد الثالث. العدد السابع.**

37. كرادشة، منير.**(2006)**.« تباينات ومحددات وفيات الأجنة في الأردن» . **مجلة المنارة. المجلد 12. العدد 1.** الأردن.

II. المراجع باللغة الفرنسية:

أ) الكتب:

1. Tapinos George.(1985). **Elément de démographie. France : Amond Colin** .

2. Gliglion Rodolphe et all.(1970). **Des enquêtes sociologiques, théorie et pratique.** Paris.
3. Mazeron (M) et Ferchal (F) : **La primo-infection herpétique**, Edition techniques, Paris, 1982.
4. Miloud Kader.(1994). **Systèmes et politiques de santé au Maghreb, un état des lieux**. France.
5. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, direction de la population.(2008). **situation démographique et sanitaire 2000-2007**, ANDS. Algérie.
6. Plantez, Dominique.(2004). **Mortalité et Morbidité Infantile (33a)**, France .
7. Ould Larbi Larbi**.(1999). Espacement des naissances.** Oran Edition Kahina.

ب.التقارير والدراسات :

1. Association Internationale des Sociologues de longue française et all.(2006). **Acte du coloque international, famille et santé le regard es sciences sociales**, édition Dar el gharb.
2. Branger, Bernard.(2011). **Mesures de la santé de l'enfant, indicateurs de mortalité, des pays de la loire**. rue de la loire.
3. CENEAP et all . **L'espacement des naissances, causes des refus ou d'abandon de la contraception**, CENEAP. Algérie.
4. Centre international Islamique d'Etudes sur la population, Université d'El Azhar .(2000)**Séances de la conférence Internationale sur, La population et la santé génésique**

dans le monde islamique 21-24 février 1998, Le Caire : Université d'El Azhar.

5. Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, ONS : **Enquête Algérienne sur la santé de la famille, analyses approfondies**, volume 1, ANDS, 2005.
6. Ministère de la santé et de la population et de la réforme hospitalière, ONS : **Annuaire statistique de l'Algérie 1983-1984**, numéro 12, ONS, Algérie, édition 1985.
7. Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière et all. (2015). **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (Mics4) 2012-1013**. Algérie.
8. Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.(2006). **Programme national périnatalité 2006-2009**. Algérie.
9. Nations Unies.(2009). **Objectifs du millénaire pour le développement**. rapport 2009. New York.
10. Nations Unies.(2011). **Objectifs du millénaire pour le développement, rapport de 2011**. New York, juin 2011 .
11. ONS et all.(1994). **Enquête Algérienne Sur La santé de la mère et de l'enfant 1992**, rapport préliminaire. imprimerie ONS. 1992.
12. ONS.(2008). **l'Algérie en quelques chiffres**, **résultat 2007**. numéro 38. Algérie: Edition 2008.

13. Organisation mondiale de la santé.(2015). **Statistiques sanitaires mondiales 2015**. New York. 2015.
14. Organisation mondiale de la santé.(1990). **Traitement de la diarrhée, manuel d'usage des médecins et autres personne de la santé qualifiés**. New York.
15. UNICEF.(2016). **La situation des enfants dans le monde 2016**. UNICEF. New York.

الرسائل و الأطروحات:

1. Abourmane Elhanafi. **Etude rétrospective de la mortalité périnatale.** mémoire présenté pour l'obtention du diplôme de maitrise en administration sanitaire et santé publique, Royaume du Maroc. juillet 2006.
2. Maryse Moulin.(1994). **Le mort-né est-il considéré comme une personne humaine par les soignants de maternité**?. DEA. Non publiée. France.

التقارير و الوثائق:

1. United Nations Population Information Network (POPIN). **UN population division**, **département of économic and social affairs**, UNFPA. La conférence du Caire. POPIN. New York. Sans date.
2. United nation.(2009). **World contraceptive use 2009**.united nation. New York.
3. WHO. Regional Office for Africa. (2009). **vers l'atteinte des objectifs du millénaire pour le développement liés à la santé**. **Rapport de situation et perspectives**. Copyright.

مواقع الأنترنت:

1. فتيحة، المهجم. **وفيات ما حول الولادة في المملكة العربية السعودية**. تم استرجاعه في] 2014[. على الرابط:
[http / www.e-PAMJ.comth]

1. United Nations Population Information Network (POPIN) . prise du site :[popin@undq.org].

الملاحق

الملحق الأول

I-البيانات الشخصية:

1-الخاصة بالطفل (ولادة ميتة-وفاة ولادات حديثة مبكرة):

1- تاريخ الدخول للمستشفى...../...../.....

2- تاريخ ومكان الميلاد:...../...../.....

3- تاريخ ومكان الوفاة: ...../...../.....

4- ما هو وزن الطفل عند الولادة؟

1-أقل من 500غ ☐ 2- 500-1000غ ☐ 3- 1000-1500غ ☐

4- 1500-2000غ☐ 5- 2000-2500غ ☐ 6- 2500-3000غ ☐ 7-

3000-3500غ ☐ 8- 3500-4000غ ☐ 9-4000غ فأكثر ☐

5- ما هو جنس المولود المتوفي؟ 1-ذكر ☐ 2-أنثى☐

2-الخاصة بالزوجين:

6-عمر الزوجة ☐☐

7- عمر الزوج ☐☐

8- المستوى التعليمي للزوجة :1-أمي ☐ 2- ابتدائي ☐

3 -متوسط ☐ 4-ثانوي ☐ 5-جامعي ☐

9- هل أنت عاملة :1- نعم ☐ 2- لا ☐

10- في حالة نعم، ما نوع المهنة :1- إطار عالي ☐ 2- إطار متوسط ☐

3- موظف ☐ 4-متقاعد ☐ 5-عامل مؤقت☐ 6-آخر.....

11- هل الزوج يعمل : :1- نعم ☐ 2- لا ☐

12- في حالة نعم، ما نوع المهنة :1- إطار عالي ☐ 2- إطار متوسط☐

3- موظف ☐ 4-متقاعد ☐ 5-عامل مؤقت ☐ 6آخر.....

13-الإقامة الحالية :الولاية :.....الدائرة :..... البلدية :.....

II-بيانات خاصة بالولادة:

14- ما نوع الولادة؟ 1-عادية☐ 2-قيصرية☐ 3-متعسرة☐

15- متى تمت الولادة؟ 1-في الأوان☐ 2-قبل الأوان☐

16- ما هو نوع المولود؟1-مولود حي ☐ 2-مولود ميت ☐

17- بالنسبة للمولود حي الذي توفي في الأسبوع الأول من الولادة حدد يوم الوفاة

18- بالنسبة للولادة الميتة، متى كانت الوفاة؟ 1 -أثناء المخاض والولادة☐

2-أثناء الحمل ☐ حدد الشهر.....

19- ماذا كان سبب الوفاة؟ 1-أمراض متعلقة بالأم ☐ أذكرها.....

2-أسباب متعلقة بالطفل☐ أذكرها .....

III-بيانات حول الوضعية السوسيو الاقتصادية للأسرة:

20- نوع الأسرة : 1- ممتدة ☐ 2- نووية ☐ 3- مركبة ☐

21-نوع السكن: 1-فيلا ☐ 2- شقة ☐ 3- بيت تقليدي ☐

4 – بيت قصديري ☐ 5- آخر ☐

22-ما هو عدد الغرف؟

23-ما هو عدد الأشخاص في المسكن

24-هل المسكن متصل بشبكات؟ 1- الكهرباء 2- الغاز

3- قنوات المياه

25-هل تملكون اللوازم التالية: 1-ثلاجة ☐ 2-فرن الطبخ ☐

3-غسالة☐ 4-هاتف ☐ 5-سيارة☐

26- ماهو دخل الأسرة؟1- أقل من 15000 دج☐ 2- 15000-25000 دج☐

3-25000-35000 دج ☐ 4-35000-45000 دج ☐

5- 45000 وأكثر☐

III-البيانات الديموغرافية والصحية للأسرة :

27- سن الأم عند الزواج الأول☐

28- سن الأم عند إنجاب الطفل الأول ☐

29- ما هو عدد أطفالك؟ 1-الأحياء☐ 2-الأموات☐

لماذا؟.....

30- ما هو عدد الإجهاضات؟

31- ما هي المدة الفاصلة بين ولادة الطفل الميت والذي سبقه ؟.....

32- ما هي وسيلة منع الحمل التي باعدت بها بين ولاداتك؟.....

33- هل تعاني الأم من مشاكل صحية؟ 1-نعم ☐ 2- لا ☐

34- هل أقبلت على الرعاية الصحية أثناء حملك بطفلك المتوفي؟

1- نعم ☐ 2- لا ☐

35- إذا كانت الإجابة نعم :كم عددها؟.....

36- أين كان ذلك :1- قطاع عام ☐ 2- قطاع خاص ☐

3- الاثنان معا ☐

37- من كان يقوم بإجراء الفحص :1- طبيب عام ☐ 2- طبيب مختص☐

في أمراض النساء☐ 3- قابلة ☐ 4- ممرضة☐

38- ما هي النصائح التي قدمت لك؟

.....

39- هل كنت تتغذين غذاءا جيدا ومتوازنا خلال الحمل؟

1-نعم ☐ 2-لا☐

40- هل عانيت من مشاكل الحمل أثناء حملك لطفلك المتوفي؟

1-نعم ☐ 2-لا ☐

41- إذا كان نعم، اذكرها: 1-ضغط الدم ☐ 2-السكري ☐

3-فقر الدم ☐ 4-مشاكل في الرحم ☐

42- أين تمت ولادتك الأخيرة؟1- مستشفى ☐ 2- عيادة خاصة ☐

3- البيت ☐

43- على يد من تمت الولادة؟ 1-طبيب ☐ 2-قابلة ☐ 3-آخر☐

44- ما نوع الولادة؟ 1-عادية ☐ 2-قيصرية ☐ 3-متعسرة☐

IV-معلومات حول الرعاية الصحية للطفل :

45- هل قمت بعرض طفلك المتوفي على الطبيب خلال الأسبوع الأول بعد ولادته؟

1- نعم ☐ 2- لا☐ لماذا؟ .....

46- في حالة نعم، ما السبب في عرضه على الطبيب وأين تم؟.....

47- على يد من؟ 1- طبيب عام ☐ 2- طبيب خاص بالأطفال ☐

3-آخر ☐

48- هل لقح طفلك عند ولادته؟ 1- نعم ☐ 2-لا ☐

49- هل قدمت الثدي لطفلك مباشرة بعد الولادة؟ 1-نعم ☐ 2-لا ☐

50- إذا كان نعم هل قدمت الثدي طوال الأسبوع الأول؟ 1- نعم ☐ 2-لا ☐

الملحق الثاني

جدول رقم (1): يبين العلاقة بين نوع مهنة الأب في موعد الولادة:

الموعد / نوع المهنة	في الأوان		قبل الاوان		بعد الاوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
إطار عالي	14	73,7	5	26,3	0	0	**19**	**100**
إطار متوسط	53	39,6	80	59,7	1	0,7	**134**	**100**
موظف	48	38,4	73	58,4	4	3,2	**125**	**100**
عامل مؤقت	4	66,7	1	16,7	1	16,7	**6**	**100**
آخر	10	71,42	4	28,6	0	0	**14**	**100**
المجموع	**129**	**43**	**165**	**55**	**6**	**2**	**300**	**100**

جدول رقم (2): يبين العلاقة بين حالة الولادة ونوع المولود:

نوع المولود / حالة الولادة	حية		ميتة		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
طبيعية	54	38,3	87	61,7	**141**	**100**
قيصرية	22	36,1	39	63,9	**61**	**100**
متعسرة	32	32,7	66	67,3	**98**	**100**
المجموع	**108**	**36**	**108**	**64**	**300**	**100**

جدول رقم(3): يبين العلاقة بين الحالة الصحية للأم في نوع المولود:

نوع الولادة / الحالة الصحية للأم	حية		ميتة		المجموع	
	ك		ك		ك	
تعاني من الأمراض	54	39,1	84	60,9	**138**	**100**
لا تعاني	54	33,3	108	66,7	**162**	**100**
المجموع	**108**	**36**	**192**	**64**	**300**	**100**

جدول رقم (4): يبين العلاقة بين تعرض الأم للإجهاضو نوع الولادة:

نوع الولادة / التعرض للإجهاض	حي		ميت		المجموع	
	ك		ك		ك	
أجهضت من قبل	14	25,5	41	74,5	**55**	**100**
لم تجهض	94	38,4	151	61,6	**245**	**100**
المجموع	**108**	**43**	**192**	**55**	**300**	**100**

جدول رقم (5): يبين العلاقة بين معاناة الأم من مشاكل صحية أثناء الحمل ونوع الولادة:

نوع الولادة / التعرض لمشاكل الحمل الصحية	حي		ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
تعرضت للمشاكل	47	35,1	87	64,9	**134**	**100**
لم تتعرض	61	36,7	105	63,3	**166**	**100**
المجموع	**108**	**36**	**192**	**64**	**300**	**100**

جدول رقم (6): يبين العلاقة بين المتابعة الصحية للحمل ونوع الولادة:

نوع الولادة / متابعة الحمل	حي		ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
تابعت	100	36	178	64	**278**	**100**
لم تتابع	8	36,4	14	63,6	**22**	**100**
المجموع	**108**	**36**	**192**	**64**	**300**	**100**

جدول رقم (7): يبين العلاقة بين نوعية التغذية أثناء الحمل ووزن المولود:

الوزن	أقل من 500غ		500-1000غ		1000-1500غ		1500-2000غ		2000-2500غ		2500-3000غ		3000-3500غ		3500-4000غ		4000غ فأكثر		المجموع	
نوع التغذية	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
جيدة	14	6,3	8	3,6	23	10,3	23	10,3	45	20,2	23	10,3	33	14,8	38	14	16	7,2	**223**	**100**
عادية	0	0	1	3,3	2	6,7	5	16,7	5	16,7	3	10	9	30	3	10	2	6,7	**30**	**100**
سيئة	7	149,	2	4,3	9	19,1	6	12,8	8	17	2	4,3	3	6,4	6	12,8	4	8,6	**47**	**100**
المجموع	**21**	**7**	**11**	**3,7**	**34**	**11,3**	**34**	**11,3**	**58**	**19,3**	**28**	**9,3**	**45**	**15**	**47**	**15,7**	**22**	**7,3**	**300**	**100**

جدول رقم (8): يبين العلاقة بين استعمال الأم لوسائل منع الحمل وموعد الولادة:

الموعد / استعمال وسائل منع الحمل	في الأوان		قبل الاوان		بعد الاوان		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تستعمل	73	42,4	94	54,7	5	2,9	**172**	**100**
لا تستعمل	56	43,8	71	55,5	1	0,8	**128**	**100**
المجموع	**129**	**43**	**165**	**55**	**6**	**2**	**300**	**100**

جدول رقم(9): يبين العلاقة بين استعمال وسائل المباعدة بين الولادات ووقت وفاة المولود:

وقت الوفاة / استعمال وسائل منع الحمل	أقل من 1سا		1-3 سا		3-12 سا		12-24سا		يوم-3أيام		3—8أيام		مولود ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%
تستعمل	2	1,16	5	2,9	4	2,3	3	1,7	13	7,6	36	20,9	109	63,4	**172**	**100**
لا تستعمل	5	3,9	3	2,3	4	3,1	0	0	19	14,8	20	15,6	77	60,2	**128**	**100**
المجموع	**7**	**2,3**	**8**	**2,7**	**8**	**2,7**	**3**	**1**	**32**	**10,7**	**56**	**18,7**	**186**	**62**	**300**	**100**

جدول رقم (10): يبين العلاقة بين رتبة الطفل ونوع المولود:

موعد الولادة / رتبة الطفل	حي		ميت		المجموع	
	ك	%	ك	%	ك	%
الأولى	30	41,1	43	58,9	**73**	**100**
الثانية	51	37,8	84	62,2	**135**	**100**
الثالثة	13	26,5	36	73,5	**49**	**100**
الرابعة	10	35,7	18	64,3	**28**	**100**
الخامسة	3	33,3	6	66,7	**9**	**100**
السادسة	1	20	4	80	**5**	**100**
السابعة	0	0	1	100	**1**	**100**
المجموع	**108**	**36**	**192**	**64**	**300**	**100**

الملحق الثالث

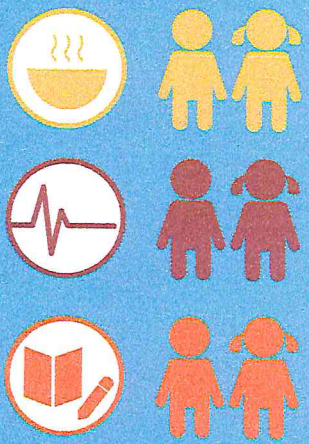
Organisation internationale du Travail

Si rien n'est fait dans le monde pour lutter contre l'inégalité dès aujourd'hui, en 2030 :

167 millions d'enfants vivront dans **l'extrême pauvreté**

69 millions d'enfants de moins de 5 ans **décèderont** entre 2016 et 2030

60 millions d'enfants en âge de fréquenter l'école primaire **ne seront pas scolarisés**



unicef 70 ANS POUR CHAQUE ENFANT

Pourquoi privilégier l'équité maintenant ?

Alors que les gouvernements du monde entier cherchent comment tenir au mieux leurs engagements en faveur des objectifs de développement durable (ODD) à l'horizon 2030, les leçons tirées des efforts mondiaux réalisés au cours des quinze dernières années sont instructives.

Les progrès accomplis vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement (OMD) entre 2000 et 2015 ont démontré le pouvoir de l'action nationale, soutenue par les partenariats internationaux, dans l'obtention de résultats porteurs de changement. Les enfants nés aujourd'hui ont beaucoup moins de risques de vivre dans la pauvreté que ceux qui sont nés au début du nouveau millénaire. Ils ont 40 % de chances supplémentaires d'atteindre leur cinquième anniversaire[2] et sont davantage susceptibles d'aller à l'école.

Les gouvernements et les communautés du monde entier ont célébré à juste titre ces avancées. Pourtant, malgré ces progrès, des millions d'enfants continuent de vivre – et de mourir – dans des conditions inacceptables. On estime qu'en 2015, 5,9 millions d'enfants sont morts avant d'atteindre l'âge de 5 ans, principalement en raison de maladies que l'on aurait pu prévenir et soigner facilement et à moindre coût[3]. Des millions d'autres enfants se voient encore refuser l'accès à l'éducation simplement parce que leurs parents sont pauvres ou viennent d'un groupe stigmatisé, parce qu'ils vivent dans des pays touchés par des conflits ou des crises chroniques, ou parce que ce sont des filles. Et bien que la pauvreté soit en baisse au niveau mondial, près de la moitié des personnes les plus pauvres au monde sont des enfants, et ils sont encore plus nombreux à subir les multiples aspects de la pauvreté dans leurs vies.

Dans de nombreux cas, les inégalités ont diminué au cours des 25 dernières années. Par exemple, dans toutes les régions, les ménages les plus pauvres ont connu une baisse plus importante de la mortalité des enfants, en valeur absolue, que les plus riches. Quatre régions ont atteint la parité entre les sexes dans l'enseignement primaire[4]. Mais, bien trop

Tableau 1. Progrès à l'échelle mondiale et régionale vers la réalisation des OMD liés à la santé

	Cible	Monde	AFR	AMR	SEAR	EUR	EMR	WPR
Cible 1.C : Réduire de moitié,entre 1990 et 2015, la proportion de la population qui souffre de la faim								
Réduction en pourcentage de la proportion d'enfants de moins de 5 ans présentant un déficit pondéral, 1990-2013	50	40	27	60	43	86	36	79
Cible 4.A : Réduire des deux tiers, entre 1990 et 2015, le taux de mortalité des moins de 5 ans								
Réduction en pourcentage du taux de mortalité des moins de 5 ans, 1990-2013	67	49	49	64	60	63	46	71
Couverture par la vaccination antirougeoleuse chez les enfants d'un an[a] (%), 2013	90	84	74	92	78	95	78	97
Cible 5.A : Réduire des trois quarts, entre 1990 et 2015, le ratio de mortalité maternelle								
Réduction en pourcentage du ratio de mortalité maternelle, 1990-2013	75	45	49	37	64	59	50	60
Naissances assistées par du personnel de santé qualifié[b] (%), 2007-2014	90	74	51	96	68	98	67	96
Cible 5.B : Offrir un accès universel aux services de santé génésique d'ici 2015								
Couverture par les soins anténatals (%) : au moins une visite, 2007-2014	100	83	77	96	77	...	78	95
Besoins insatisfaits en matière de planification familiale (%), 2012	0	12	24	9	13	10	18	6
Cible 6.A : D'ici 2015, avoir arrêté et commencé à inverser la progression du VIH/sida								
Réduction en pourcentage de l'incidence du VIH, 2001-2013	>0	46	59	24	45	20	< -50	21
Cible 6.C : D'ici 2015, avoir maîtrisé le paludisme et d'autres grandes maladies et commencé à inverser la tendance actuelle								
Réduction en pourcentage de l'incidence du paludisme,[a] 2000-2013	75	30	34	76	49	100	39	69
Réduction en pourcentage du taux de mortalité par tuberculose (chez les individus négatifs pour le VIH),[a] 1990–2013	50	45	40	69	54	11	15	74
Cible 7.C : Réduire de moitié, d'ici 2015, le pourcentage de la population privée d'un accès durable à une eau de boisson sans risque sanitaire et à des installations d'assainissement de base								
Réduction en pourcentage de la proportion de la population privée d'accès à des sources d'eau de boisson améliorées, 1990-2012	50	54	32	60	70	60	13	76
Réduction en pourcentage de la proportion de la population privée d'accès à des installations d'assainissement améliorée, 1990-2012	50	32	8	40	27	22	32	53

[a] Cibles fixées par des résolutions de l'Assemblée mondiale de la Santé ou approuvées par des partenariats multilatéraux impliquant l'OMS.
[b] Cible fixée par la Conférence internationale sur la population et le développement.

Cible atteinte ou en bonne voie de l'être · Progrès substantiels · Progrès limités ou inexistants · ... Données indisponibles ou inapplicables

الشكل ١: إطار الأهداف والغايات الصحية في خطة التنمية المستدامة لعام ٢٠٣٠

٢١- أما الثغرات فهي قليلة. فلم تُذكر التغطية بالتمنيع كغاية محددة، ولكنها ضرورية من أجل تحقيق أربع على الأقل من الغايات التي ذُكرت. وإتاحة الرعاية الخاصة بالصحة الجنسية والإنجابية مدرجة، ولكن الحقوق الجنسية والإنجابية، والعنف والتمييز ضد النساء والفتيات وردا في موضع آخر (الهدف ٥). وكبار السن ذُكروا في الهدف ٢ المتعلق بالتغذية وفي الهدف ١١ المتعلق بالمدن (البيئات المأمونة). وشيخوخة السكان (وهو اتجاه عالمي تترتب عليه آثار مهمة بالنسبة إلى النُظم الصحية) لا وجود له إلا على نحو غير مباشر من خلال أثره على الأمراض غير السارية والصحة النفسية. وبالتالي فينبغي أن يُنظر إليها باعتبار أنها جزء لا يتجزأ من التقدم صوب التغطية الصحية الشاملة.

٢٢- وتتمثل إحدى المشكلات القليلة في خلو أهداف التنمية المستدامة من إحدى الأولويات القيادية للمنظمة، وهي مقاومة مضادات الميكروبات. وقد أُدرجت في الفقرة من الإعلان المتعلقة بالصحة[1] ومع ذلك فهي أمر مهم أغفلته الغايات نفسها.

١ قرار الجمعية العامة للأمم المتحدة ١/٧٠، الفقرة ٢٦.