

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا

التخصص: الديمغرافيا والصحة

أثر التغطية الصحية للأمومة والطفولة على وفيات الأمهات والأطفال في الجزائر

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه (ل.م.د) في علوم السكان

من إعداد الطالبة:

علي باشا فريدة

تحت إشراف:

الأستاذة الدكتورة كواش زهرة

لجنة المناقشة:

الاسم واللقب	الرتبة	الجامعة	الصفة
أ.د. كريمة بوعزيز	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	رئيسا
أ.د. زهرة كواش	أستاذ التعليم العالي	جامعة الجزائر 2	مشرفا ومقررا
د. سايح سويح	أستاذ محاضر أ	جامعة الجزائر 2	عضوا
أ.د. فاطمة مساني	أستاذ التعليم العالي	جامعة البويرة	عضوا

السنة الجامعية 2022-2023

Ministry of Higher Education and Scientific Research

University of Algiers 2

Faculty of Social Sciences

Department of Sociology and Demography

Specialization: Demography and Health

The impact of maternal and child health coverage on maternal and child mortality in Algeria

Thesis for a PhD in Population Sciences

Prepared by the student:

Mrs ALIBACHA FARIDA

Under the supervision of :

DR. PROFESSOR KOUACHE ZAHRA

Discussion Committee :

Name	الجامعة	الرتبة	الاسم واللقب
Dr.Pr. BOUAZIZ KARIMA	Algiers University2	Professor of Higher Education	president
Dr.Pr. KOUACHE ZAHRA	Algiers University2	Professor of Higher Education	Supervisor and rapporteur
Dr.SAYEH SOUEYAH	Algiers University2	Associate Professor A	Jury member
Dr.Pr. MESSANI FATIMA	Bouira university	Professor of Higher Education	Jury member

Academic year : 2023-2024

الإهداء

أهدي هذا العمل:

إلى كل من وضع هدفا في حياته ويسعى للوصول إليه

إلى أختي طاوس،

إلى زوجي ورفيق دربي،

إلى أبنائي الأعزاء.

الطالبة / علي باشا فريدة

كلمة شكر

أشكر أولاً الله عز وجل الذي يسر وسخر لي هذا العمل وأمدني بالصبر والإرادة، ثم أشكر الأستاذة المشرفة كواش زهرة على سعة صدرها وحسن معاملتها وعلى توجيهاتها ونصائحها خلال كل أطوار التكوين.

كما أتوجه بجزيل الشكر للسادة الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة، لتوفيرهم الوقت لقراءة هذه الأطروحة وإثرائها وتصحيح أخطائها.

كما لا يسعني إلا أن أشكر من كل قلبي مديري وأستاذي أحمد زكان على كل ما وفره لي من تسهيلات. كما لا يفوتني أن أشكر زملائي في الدفعة وخاصة زميلي صابري عزالدين وزوجته الكريمة على تحفيزها لي.

فهرس المحتويات

الصفحة	العنوان
أ	مقدمة
	الباب الأول: الدراسة النظرية
	الفصل الأول: الإطار المنهجي والنظري للدراسة
2	المبحث الأول: تحديد موضوع الدراسة
2	المطلب الأول: الإشكالية
5	المطلب الثاني: فرضيات الدراسة
5	المطلب الثالث: تحديد مفاهيم الدراسة
12	المطلب الرابع: أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع
14	المطلب الخامس: الاتجاهات النظرية التي تخدم الدراسة
20	المطلب السادس: الدراسات السابقة
37	المبحث الثاني: المنهجية والتقنيات المتبعة في الدراسة
37	المطلب الأول: منهجية والتقنيات المتبعة في الدراسة
37	المطلب الثاني: التقنيات المتبعة في جمع البيانات
39	المطلب الثالث: التقنيات المتبعة في تحليل البيانات
42	المطلب الرابع: مصدر البيانات
46	المطلب الخامس: وصف المعطيات

	الفصل الثاني: عوامل وأسباب تطور وفيات الأمهات في العالم وفي الجزائر
50	تمهيد
51	المبحث الأول: وفيات الأمهات في العالم
51	المطلب الأول: وفيات الأمهات في العالم
54	المطلب الثاني: وفيات الأمهات في المغرب العربي
55	المبحث الثاني: العوامل المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات.
55	المطلب الأول: العوامل غير المباشرة
58	المطلب الثاني: العوامل المباشرة
61	المبحث الثالث: الأسباب الصحية لوفيات الأمهات
62	المطلب الأول: أسباب الوفيات المرتبطة بالتوليد
63	المطلب الثاني: أسباب الوفيات الغير مرتبطة بالتوليد
65	المبحث الرابع: تحليل عوامل وأسباب تطور وفيات الأمهات في الجزائر
65	المطلب الأول: تطور وفيات الأمهات في الجزائر
74	المطلب الثاني: تحليل مستوى وفيات الأمهات في الجزائر حسب بعض المتغيرات
82	المطلب الثالث: العوامل المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات في الجزائر
85	المطلب الرابع: الأسباب الصحية المباشرة لوفيات الأمهات في الجزائر
87	المطلب الخامس: السياسة الوطنية المتعلقة بصحة الأم
96	خلاصة الفصل

	الفصل الثالث: مستوى وخصائص وفيات الأطفال الرضع في العالم وفي الجزائر
99	تمهيد
100	المبحث الأول: مستوى وأسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم
100	المطلب الأول: مستوى وفيات الأطفال الرضع في العالم
102	المطلب الثاني: أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم
105	المطلب الثالث: السياسات الصحية الدولية ومستوى وفيات الأطفال الرضع في العالم
107	المبحث الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المؤثرة على مستوى وفيات الأطفال الرضع.
110	المطلب الأول: العوامل المتعلقة بالأم
112	المطلب الثاني: العوامل المتعلقة بالطفل
113	المطلب الثالث: العوامل المتعلقة بالصحة
114	المطلب الرابع: دور التعليم في انخفاض مستوى وفيات الأطفال الرضع
115	المبحث الثالث: مستوى وخصائص وفيات الأطفال الرضع في الجزائر
115	المطلب الأول: تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر
117	المطلب الثاني: أهم العوامل الاجتماعية والديمقراطية والاقتصادية المؤثرة على مستوى وفيات الأطفال الأقل من سنة.
119	المطلب الثالث: الأسباب المباشرة لوفيات الأطفال الرضع في الجزائر
121	المطلب الرابع: أهم آليات التأثير على مستوى وفيات الأطفال الرضع في الجزائر
137	خلاصة الفصل

	الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر
139	تمهيد
141	المبحث الأول: القطاع الصحي في العالم
141	المطلب الأول: تعريف النظام الصحي
143	المطلب الثاني: أنواع الأنظمة الصحية العالم
145	المطلب الثالث: التغطية الصحية بالأطباء في العالم
147	المطلب الرابع: التغطية الصحية بالمرضى والقابلات في العالم
149	المبحث الثاني: النظام الصحي في الجزائر
150	المطلب الأول: مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر
156	المبحث الثالث: التقسيم الحالي للنظام الصحي في الجزائر
156	المطلب الأول: أقسام الرعاية الصحية في الجزائر
158	المطلب الثاني: تقييم النظام الصحي في الجزائر
159	المبحث الرابع: تطور وإحصاء المنشآت الصحية والموارد البشرية في الجزائر
159	المطلب الأول: المنشآت الصحية
165	المطلب الثاني: الموارد البشرية
174	المبحث الخامس: التغطية الصحية للأم والطفل في الجزائر
175	المطلب الأول: التغطية الصحية للأم حسب معطيات المسوح العنقودية المتعددة المتغيرات
181	المطلب الثاني: التغطية الصحية للطفل حسب معطيات المسوح العنقودية المتعددة المتغيرات
187	خلاصة الفصل

	الباب الثاني: تحليل وتفسير فرضيات الدراسة
	الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية
190	تمهيد
193	المبحث الأول: مصدر بيانات الدراسة وطريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة وخصائص المجتمع المدروس
193	المطلب الأول: مصدر بيانات الدراسة
194	المطلب الثاني: طريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة
197	المطلب الثالث: خصائص المجتمع المدروس
206	المبحث الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية لمختلف المتغيرات المستخدمة.
206	المطلب الأول: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغير التابع
210	المطلب الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغيرات المستقلة
220	المبحث الثالث: تحليل وتفسير الفرضية الأولى للدراسة
232	استنتاج الفرضية الأولى
235	المبحث الرابع: تحليل وتفسير الفرضية الثانية للدراسة
235	المطلب الأول: التحليل ثنائي المتغيرات للمتغيرات التي تقدر مستوى معدل وفيات الأمهات
241	المطلب الثاني: التحليل متعدد المتغيرات للمتغيرات التي تقدر مستوى معدل وفيات الأمهات
244	المطلب الثالث: إسهام المتغيرات في تفسير مستوى وفيات الأمهات الاستشفائي في الجزائر
245	استنتاج الفرضية الثانية

	الفصل السادس: تحليل و تفسير الفرضيات الثالثة و الرابعة
249	تمهيد
250	المبحث الأول: مصدر بيانات الدراسة وطريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة وخصائص المجتمع المدروس
250	المطلب الأول: مصدر بيانات الدراسة
251	المطلب الثاني: طريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة
252	المطلب الثالث: خصائص المجتمع المدروس
252	المبحث الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية لمختلف المتغيرات المستخدمة في دراسة وفيات الأطفال الأقل من سنة.
257	المطلب الأول: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغير التابع
260	المطلب الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغيرات المستقلة
264	المبحث الثالث: تحليل وتفسير الفرضية الثالثة للدراسة
270	استنتاج الفرضية الثالثة
272	المبحث الرابع: تحليل وتفسير الفرضية الرابعة للدراسة
273	المطلب الأول: التحليل ثنائي المتغيرات للمتغيرات التي تفسر مستوى معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة
277	المطلب الثاني: التحليل متعدد المتغيرات للمتغيرات التي تفسر مستوى معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة
280	المطلب الثالث: إسهام المتغيرات في تفسير مستوى وفيات الأطفال في الجزائر
281	استنتاج الفرضية الرابعة
283	خاتمة
293	قائمة المراجع
	الملاحق

قائمة الجداول

رقم الجدول	عنوان الجدول	الصفحة
1	توزيع المنشآت الصحية حسب نوعها في الجزائر .	44
2	خطر وفاة طول الحياة للأم في العالم في 2017.	52
3	تطور معدل وفيات الأمهات لدى دول الجوار تونس، المغرب، ليبيا ومريتانيا.	54
4	الفوارق السنوية في معدل وفيات الأمهات بين 1990-2019 في الجزائر .	67
5	توزيع نسبة وفيات الأمهات حسب وقت حدوث الوفاة.	79
6	وفيات الأطفال الرضع في بعض المناطق في العالم في 2019.	101
7	وفيات الأطفال الرضع حسب عدد السنوات بين الولادات في الجزائر .	118
8	وفيات الأطفال حديثي الولادة، ما بعد حديثي الولادة ووفيات الأطفال الرضع في الجزائر بين 1998-2019.	121
9	توزيع الولادات حسب حضور شخص مؤهل في الجزائر في 2019.	128
10	توزيع نسب فحص المولود الجديد مباشرة بعد ولادته في الجزائر في 2019.	129
11	توزيع الولايات حسب معدل وفيات الأطفال في الجزائر في 2018.	130
12	تصنيف معدلات وفيات الأطفال من قبل UNICEF.	130
13	ترتيب بعض الدول حسب جودة الأنظمة الصحية في 2020.	144
14	ترتيب بلدان العالم حسب عدد الأطباء ل1000 ساكن في 2018.	146
15	ترتيب بلدان العالم حسب عدد الممرضين والقابلات ل1000 ساكن في 2018.	148

159	نسب الرضا بنوعية الرعاية الصحية للجزائر مقارنة بدول أخرى لسنة 2009.	16
160	التغطية الصحية بالمنشآت وأسرة المستشفيات في 1974.	17
161	عدد المستشفيات بين 2000-2018 في الجزائر.	18
163	تطور التغطية بالمنشآت القاعدية والأسرة على أساس سنة 2000.	19
174	عدد النساء في سن الإنجاب لكل مختص في الجزائر في 2018.	20
175	عدد الأطفال بين 0-18 سنة لكل مختص في طب الأطفال في 2018 في الجزائر.	21
183	توزيع نسبة الأطفال الذين لم يتم فحصهم بعد ولادتهم حسب المناطق بناء على معطيات MICS6 في الجزائر.	22
184	تطور نسبة تطعيم الأطفال خلال سنتهم الأولى من عمرهم بين 2000 و2013 في الجزائر.	23
185	نسب تطعيم الأطفال الأقل من سنة حسب المناطق في الجزائر بناء على معطيات MICS6.	24
194	المتغيرات التابعة والمستقلة للدراسة، طريقة حسابها، الوحدة ونوع المتغير.	25
198	الولايات حسب المساحة، عدد السكان، عدد النساء بين 15-49 سنة وعدد الأطفال من 0-18 سنة.	26
201	توزيع الولايات حسب المناطق الموجودة في تقسيم المخطط الوطني للتهيئة وتطوير الإقليم EPT.	27
202	توزيع قيم المتغير التابع وفيات الأمهات الاستشفائي ومؤشرات المتغير المستقل لسنة 2018 حسب الولايات.	28
205	توزيع قيم المتغير التابع معدل وفيات الأمهات الاستشفائي و مؤشرات المتغير المستقل لسنة 2018 حسب المناطق (EPT).	29
207	الإحصائيات الوصفية لمختلف المتغيرات التابعة المستعملة في دراسة ولايات الأمهات الاستشفائي.	30

208	توزيع الولايات حسب مستوى معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في الجزائر في 2018.	31
211	الإحصائيات الوصفية لمختلف المتغيرات المستقلة المستعملة في دراسة وفيات الأمهات.	32
217	المتغيرات التي تدخل في بناء المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم.	33
229	نسب الولايات حسب قيم المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم في الجزائر.	34
229	توزيع الولايات حسب المنطقة وقيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم.	35
230	توزيع الولايات حسب مؤشر التغطية للأم وحسب المناطق.	36
236	قيم اختبار بيرسن بين مختلف العوامل المستقلة وفيات الأمهات الاستشفائية في الجزائر.	37
237	قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم وقيم وفيات الأمهات	38
243	قيم BETA ومستوى الدلالة للمتغيرات المستقلة التي تدخل في تفسير معدل وفيات الأمهات الاستشفائي.	39
244	مساهمة المتغيرات المستقلة التي تفسر مستوى معدل وفيات الأمهات في الولايات في الجزائر.	40
251	المتغيرات المستقلة والتابعة لدراسة وفيات الأطفال مع طريقة حسابها، الوحدة ونوع المتغير.	41
254	توزيع قيم المتغير التابع وفيات الأمهات الاستشفائي ومؤشرات المتغير المستقل لسنة 2018 حسب الولايات.	42
256	توزيع قيم المتغير التابع معدل وفيات الأمهات الاستشفائي و مؤشرات المتغير المستقل لسنة 2018 حسب المناطق (EPT)	43
258	الإحصائيات الوصفية لمختلف المتغيرات التابعة المستعملة في دراسة.	44
259	المتغيرات التي تدخل في بناء المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل.	45

268	نسب الولايات لكل قيمة من قيم المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل في الجزائر حسب معطيات 2018.	46
268	قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل حسب المنطقة.	47
269	توزيع الولايات حسب مؤشر التغطية الصحية للطفل وحسب المناطق.	48
273	اختبار بيرسن بين مختلف العوامل المستقلة ووفيات الأطفال في الجزائر.	49
275	قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل وقيم وفيات الأطفال.	50
278	قيم BETA ومستوى الدلالة للمتغيرات المستقلة التي تدخل في تفسير معدل وفيات الأطفال.	51
280	مساهمة المتغيرات المستقلة التي تفسر مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع في الولايات في الجزائر.	52

قائمة الأشكال البيانية

رقم الشكل	عنوان الشكل	الصفحة
1	أجزاء وفيات الأطفال الرضع.	11
2	تمثيل أسباب وفيات الأمهات في العالم.	64
3	تطور معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي في الجزائر.	66
4	تطور الولادات الحية بين 1970-2018 في الجزائر.	70
5	نسبة الولادة في بيئة آمنة في الجزائر حسب المناطق في 2019.	73
6	معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي حسب المنطقة في 1999.	76
7	توزيع نسبة وفيات الأمهات حسب السن عند الوفاة لسنوات 2015، 2016 و 2017.	77
8	توزيع نسبة وفيات الأمهات حسب مكان حدوث الوفاة لسنوات 1999، 2015، 2016 و 2017.	81
9	الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات في الجزائر في 1999.	85
10	الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات في الجزائر في 2015، 2016، 2017.	86
11	أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم.	104
12	نموذج يمثل العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال في البلدان النامية حسب بربري.	108
13	تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر من 1990 إلى 2019.	116
14	نسبة السيدات اللواتي قمن بزيارة واحدة على الأقل لمركز الرعاية الصحية حسب وسط الإقامة.	124
15	نسبة السيدات اللاتي تابعن حملهن حسب السن، المستوى التعليمي	125

	والمعيشي في 2019.	
126	التوزيع النسبي للسيدات حسب مكان الولادة في 2019.	16
130	توزيع نسب الأطفال من 12 إلى 23 شهر حسب تلقيهم للقاحات اللازمة قبل سن السنة في 2019.	17
134	معدلات وفيات الأطفال حسب الولايات في الجزائر في 2018.	18
135	تطور وفيات الأطفال حسب المناطق بين 2000 و2018.	19
142	العناصر المكونة للنظام الصحي حسب الإطار المقترح من قبل منظمة الصحة العالمية.	20
162	التغطية الصحية بالعيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج بين 2000-2018.	21
162	التغطية الصحية بأسرة المستشفيات بين 2000 و2018.	22
167	توزيع التغطية الصحية بالأطباء (القطاع العام والخاص) بين 2000 و2018.	23
168	عدد السكان لكل طبيب مختص حسب الولايات في 2003.	24
169	عدد السكان لكل طبيب مختص حسب الولايات في 2018.	25
171	عدد السكان لكل شبه طبي بين 2000-2018 حسب التأهل.	26
173	التغطية بالشبه طبيين حسب الولايات في الجزائر في 2018.	27
178	تطور نسبة الكادر القائم بالمعاينة حسب مؤشر الثروة في معطيات MICS6.	28
179	نسبة التغطية لعملية الولادة حسب الشخص القائم على الولادة.	29
180	التوزيع النسبي للولادات خلال سنتي 2013 و2019 حسب مكان الولادة	30
206	توزيع نسب وفيات الأمهات حسب نوعية المؤسسة الصحية في 2018.	31
209	معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في 2018 حسب المناطق.	32
221	توزيع الكثافة بالأطباء العامين ل1000 ساكن في الجزائر في 2018	33

	حسب المناطق.	
222	توزيع عدد السكان لممرض الواحد في الجزائر في 2018 حسب المناطق.	34
223	توزيع الكثافة بالصيدلة ل10000 ساكن في الجزائر في 2018.	35
224	معدل التغطية بالأسرة ل1000 ساكن حسب الولايات في الجزائر في 2018.	36
225	توزيع الكثافة بالأطباء المختصين في طب النساء ل10000 امرأة في سن الإنجاب في الجزائر في 2018.	37
227	توزيع التغطية بالقابلات في الجزائر في 2018.	38
231	تمثيل الولايات حسب قيم المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم.	39
239	معدل وفيات الأمهات حسب التغطية الصحية للأم وحسب المناطق.	40
258	توزيع الولايات حسب معدل وفيات الأطفال الرضع ل1000 ولادة حية في الجزائر في 2018.	41
259	توزيع معدل وفيات الأطفال حسب المناطق في الجزائر في 2018.	42
266	توزيع الكثافة بالأطباء المختصين في الأطفال ل10000 طفل في الجزائر في 2018.	43
276	معدل وفيات الأطفال حسب التغطية الصحية للطفل وحسب المناطق.	44

مقدمة

تسعى كل دول العالم لتحقيق التنمية، فهي أساس تقدم المجتمعات ومؤشر رفاهيتها وعنصرا أساسيا لاستقرارها. ومن ابرز المؤتمرات التي عُرِفَت بأهدافها التنموية مؤتمر قمة الألفية لسنة 2000، والذي توج بتبني الأهداف الإنمائية للألفية و التي رسمت الإطار العام لمسار التنمية في الدول النامية إلى غاية سنة 2015. وبعد نجاح القمة وتحقيق الكثير من البلدان تقدم في الأهداف، تقرر في القمة العالمية لنيويورك في 2015 على جيل جديد من الأهداف التنموية عرف بخطة التنمية المستدامة لعام 2030 لتقود بلدان العالم اتجاه قضايا التنمية على مدى 15 سنة القادمة.

تحتل الصحة مكانة خاصة في ضمن أولويات التنمية الاقتصادية والاجتماعية بين الدول المتقدمة والنامية، مما جعلها تعمل هذه الأخيرة على توفير الخدمات الصحية الأساسية اللازمة للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية خاصة الفئات الحساسة والهشة كالأمهات والأطفال.

وقد شكل تحسين صحة الأمهات والأطفال والحد من وفياتهما أحد المحاور الرئيسية للأهداف الإنمائية للبلدان ومن بينها الجزائر، من خلال الهدف الثالث من الخطة التنموية تخفيض من معدل وفيات الأمهات* (الغاية 3-1) إلى أقل من 70 لكل 100 000¹ ولادة حية، وتخفيض من معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات** (الغاية 3-2) إلى 12 ل 1000² ولادة حية بحلول عام 2030.

يُعتبر معدل وفيات الأمهات ومعدل وفيات الأطفال الرضع مؤشران للحالة الصحية للمجتمع

* هي وفات الأم أثناء الحمل، أثناء الولادة أو 40 يوم بعد الولادة.

¹ <https://www.undp.org/ar/arab-states/good-health/أهداف-التنمية-المستدامة> consulté le 20/06/2024

** هي وفيات الأطفال الأقل من سنة .

² <https://www.undp.org/ar/arab-states/good-health/أهداف-التنمية-المستدامة> consulté le 20/06/2024

والأسرة بوجه الخصوص، كما يُعرف بأنه أحد أفضل مؤشرات مستوى تطور النظم الصحية والتفاوتات الاجتماعية في الحصول على الرعاية. وقد تم استعمال هذا المؤشر في مؤشر التنمية البشرية الذي ينشره كل عام برنامج الأمم المتحدة الإنمائي (PNUD).

وقد أثبتت الدراسات عن تأثير الكثير من العوامل منها الاجتماعية والاقتصادية والثقافية على مستوى وفيات الأمهات والأطفال الرضع، كما أظهرت الإحصائيات الارتباط بين وفيات الأمهات من جهة ووفيات الأطفال الرضع من جهة أخرى. وذهب البعض الآخر إلى تأثير توفّر التغطية الصحية من خلال توفير الكوادر الطبية والمنشآت الصحية والأدوية بالعدد المناسب، بالجودة اللازمة والتوزيع العادل.

إن ارتفاع معدلات وفيات الأمهات ووفيات الأطفال في أي منطقة، هو نتيجة تفاعل العوامل الصحية والديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية وكذا الثقافية في تلك المنطقة، كما يلعب عامل الوصول للرعاية من خلال توفير الأطقم الطبية والتمريضية والمنشآت الصحية وقاعات العلاج ومصالح التوليد المجهزة بالأجهزة الطبية والأدوية دورا مهما في مستوى هذه المعدلات.

من خلال هذه الدراسة حاولنا تسليط الضوء على تطور ومستوى وفيات الأمهات والأطفال الرضع في ولايات الجزائر ووضع اليد على التفاوتات الموجودة بين مختلف مناطق الوطن. كما حاولنا تسليط الضوء على تطور ومستوى التغطية الصحية للأم والطفل، من خلال الكثافات الطبية والتمريضية والسريرية والتغطية بالمنشآت الصحية الثقيلة والخفيفة، وتحديد الاختلافات بين ولايات ومناطق الوطن. وحاولنا تحليل أثر هذه التغطية الصحية على معدلات وفيات الأمهات ووفيات الأطفال في الجزائر، أي معرفة مدى مساهمة التغطية الصحية الجيدة في أي منطقة في تخفيض وتحسين مستوى وفيات الأمهات ووفيات الأطفال وبالتالي مستوى الصحة

في هذه المنطقة وذلك حسب المعطيات المتاحة لدينا. وقد تم ذلك من خلال ستة فصول وجاءت كما يلي:

تمثل **الفصل الأول** في الاقتراب المنهجي للدراسة، تطرقنا فيه إلى الإشكالية وفرضيات الدراسة، تحديد المفاهيم الأساسية، المنهج المتبع، مجتمع الدراسة مجالات وزمن الدراسة، التقنيات التي استعملت في جمع البيانات وتحليلها وأخيرا الدراسات السابقة وتحليلنا لمحتواها.

تناول الفصل الثاني وفيات الأمهات في العالم وفي الجزائر حيث تطرقنا فيه إلى وفيات الأمهات في العالم وفي المغرب العربي وتطورها بين سنة 2000 و2018. كما تناولنا حوصلة لمختلف العوامل التي تؤثر على مستوى وفيات الأمهات وذكرنا منها في **المبحث الأول** العوامل الغير مباشرة حيث ذكرنا العوامل الاجتماعية، الديمغرافية، الاقتصادية والثقافية، أما في **المبحث الثاني** فقد ذكرنا العوامل المباشرة والتي كانت في رأينا الحالة الصحية للأم وسلوكها الصحي، الخدمات الصحية والحصول على الرعاية في ثلاث مطالب.

حللنا في **المبحث الثالث** الأسباب الصحية لوفيات الأمهات في مطلبين، عالج **الأول** الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات المرتبطة بالتوليد مثل النزيف والالتهابات...والثاني الأسباب الغير مرتبطة بالتوليد. اهتم **آخر مبحث**، بتحليل عوامل وتطور وفيات الأمهات في الجزائر، من خلال تطور عدد الولادات، ونسبة النساء في سن الإنجاب وبالرعاية الصحية المخصصة للمرأة أثناء الحمل، أثناء الولادة وبعدها. كما اهتم المطلب الثاني بتحليل وفيات الأمهات في الجزائر حسب بعض خصائص الأم الجزائرية وتتمثل هذه الخصائص في منطقة السكن، سن الأم، عدد مرات الحمل، وقت حدوث الوفاة ومكان حدوث الوفاة. تطرق المطلب الثالث إلى العوامل المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات في الجزائر، بينما اهتم المطلب الرابع بالأسباب الصحية المباشرة لوفيات الأمهات في الجزائر. وتطرق المطلب الخامس إلى مختلف السياسات الوطنية

المتعلقة بصحة الأم والتي ترمي إلى التقليل من وفيات الأمهات في الجزائر. وقد استعملنا في هذا الفصل معطيات المسوح العنقودية و خاصة المسح الأخير لسنة 2019، كما استعملنا معطيات الإعلان الإلزامي لوفاة الأم لسنة 2015، 2016، 2017.

خُصص الفصل الثالث لخصائص وعوامل وفيات الأطفال الرضع في العالم وفي الجزائر، حيث اهتم بمستوى وأسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم، كما تطرق إلى السياسات الصحية الدولية وأثرها على مستوى وفيات الأطفال في العالم. و في الأخير اهتم بمستوى وخصائص وفيات الأطفال في الجزائر مع التطرق للأسباب المباشرة و الغير مباشرة لتلك الوفيات.

اهتم **الفصل الرابع** بالنظام الصحي والتغطية الصحية في الجزائر وذلك من خلال خمس مباحث، تطرقنا إلى تعريفه وأهم مراحل تطوره، واهتم بتقسيمه الحالي. **خصص المبحث الثالث** إلى تطور وإحصاء المنشآت الصحية والطاقم الطبي في الجزائر والذي قسم إلى مطلبين الأول يعنى بمختلف المنشآت والثاني بالموارد البشرية. أما **المبحث الرابع** فقد اهتم بالتغطية الصحية للأم والطفل في الجزائر حسب معطيات المسوح العنقودية.

فقد **خصص الفصل الخامس والفصل السادس** لتحليل وتفسير فرضيات الدراسة الأربعة واستعمال التقنيات الإحصائية اللازمة في ذلك، اختبار بيرسن، طريقة المركبات الأساسية لاستخراج المؤشرات التغطية الصحية للأم والطفل، وكذا طريقة الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات.

الباب الأول: الدراسة النظرية

الفصل الأول: الإطار المنهجي والنظري للدراسة

المبحث الأول: تحديد موضوع الدراسة

المطلب الأول: الإشكالية

المطلب الثاني: فرضيات الدراسة

المطلب الثالث: تحديد مفاهيم الدراسة

المطلب الرابع: أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع

المطلب الخامس: الاتجاهات النظرية التي تخدم الدراسة

المطلب السادس: الدراسات السابقة

المبحث الثاني: المنهجية والتقنيات المتبعة في الدراسة

المطلب الأول: منهج الدراسة

المطلب الثاني: التقنيات المستعملة في جمع البيانات

المطلب الثالث: التقنيات المستعملة في تحليل البيانات

المطلب الرابع: مصدر البيانات

المطلب الخامس: وصف المعطيات

المبحث الأول: تحديد موضوع الدراسة

المطلب الأول: الإشكالية

تعتبر وفيات الأمهات والأطفال مؤشرات أساسية تعكس حقيقة الأوضاع الصحية والمعيشية للبلد، كما أن اتجاهاتها وتطوراتها تبرهن على مدى نجاح السياسات الصحية المنتهجة من طرف الدولة، حيث يكشف عن إمكانية الوصول للخدمات الصحية وكذا درجة استعمالها وفعاليتها.

يعد تحسين صحة الأم أحد أهداف السبعة عشر للتنمية المستدامة التي اعتمدها المجتمع الدولي. ينص الهدف الثالث من أهداف التنمية المستدامة "ضمان حياة صحية وتعزيز الرفاهية في جميع الأعمار"، تنص الغاية 3.1 على ما يلي: "بحلول عام 2030، خفض معدل الوفيات الأمهات العالمي إلى أقل من 70 في المائة من المواليد"¹.

وقد بذلت الجزائر مجهودات معتبرة من أجل تحسين الصحة العمومية وخاصة ما يتعلق منها بصحة الأمهات والأطفال من خلال برنامج مكافحة وفيات الأمهات والرضع والتخطيط الأسري والتغطية الصحية. أدت هذه المجهودات إلى انخفاض في معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة، حيث من 142 لكل 1000 مولود حي في عام 1970²، انخفض معدل وفيات الأطفال إلى 46,8 في عام 1990³. استمر هذا المعدل في الانخفاض بشكل ملحوظ بين عامي 2000 و2014، حيث انخفض من 36.9 / 1000 في عام 2000⁴ إلى 21.0 / 1000 في عام 2018⁵.

أما معدل وفيات الأمهات، فقد انخفض من أكثر من 230 لكل 100 000 ولادة حية في عام 1990⁶ إلى 117.5 في عام 1999⁷ ثم إلى 48,5 / 100 000 ولادة حية في عام

¹ <https://www.undp.org/ar/arab-state/good-health/> consulté le 20/06/2024

² Banque mondiale, <http://donnees.banquemondiale.org/data> consulté le 08/01/2019 à 12h50.

³ Ibid.

⁴ MSPRH, *Situation Démographique et Sanitaire 2000-2019*, juillet 2019, p 10.

⁵ Ibid.

⁶ Banque mondiale ,op.cit.

⁷ MSPRH, op.cit, p 13.

2019¹.

وفي نفس السياق تبين لنا الاختلاف الكبير بين قيم المعدلات لوفيات الأمهات بين المناطق في الجزائر، فهي مضاعفة في المناطق الجنوبية مقارنة بالمناطق الشمالية الوسطى (210.6% في الجنوب الشرقي مقابل 87.5% في المناطق الشمالية الوسطى)² في سنة 1999 . وكذا معدلات وفيات الأطفال التي تقدر مثلاً بـ 11.12% في ولاية بومرداس مقابل 33.91% في ولاية تمنراست أي ما يعادل 3 مرات³.

من جانب آخر وبالرغم من مساهمة مختلف السياسات الصحية المنتهجة منذ الاستقلال في تحسين نوعية العلاج وتوزيع التغطية الصحية الخاصة بكل فئة من السكان، إلا أن الإحصاءات الخاصة بالولايات تظهر لنا درجات تفاوت معتبرة فيما يخص التغطية بالمنشآت الصحية والتي يمكن التعبير عنها من خلال المعدلات السريرية وبالكوادر الطبية وخاصة الأطباء المختصين. حيث يبقى مستوى التغطية الصحية السريرية في ولايات الهضاب العليا الوسطى والجنوب الشرقي هي الأضعف بسرير واحد لكل 1000 نسمة، متبوعة في الشمال بسريرين لكل 1000 نسمة وأخيراً المناطق الجنوب الكبير والجنوب الشرقي بـ 3 أسرة لكل 1000 نسمة مقابل 1,6 سرير لكل 1000 نسمة كمعدل وطني* .

أما فيما يخص الأطباء المختصين، حيث تعتبر ولايات الهضاب العليا الوسطى الأقل تغطية بـ (1/3874)** أي تقريبا 3 مرات أدنى من المستوى الوطني وكذا مناطق الجنوب الغربي بـ (1/2965)*** أي مرتين تقريبا المعدل الوطني والذي يقدر بـ 1400 ساكن لكل طبيب مختص.

¹ MSPRH, *Situation Démographique et Sanitaire 2000-2019*, juillet 2019, p 13.

² وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، المعهد الوطني للصحة العمومية، المسح الوطني لوفيات الأمهات، تقرير، 2001، ص 33.

³ ONS, *Démographie Algérienne 2013*, www.ons.dz, date de consultation : avril 2017.

* من إعداد الباحثة على أساس معطيات وزارة الصحة و السكان، santé en chiffres 2018، 2018.

** من إعداد الباحثة على أساس معطيات وزارة الصحة و السكان، santé en chiffres 2018، 2018.

*** من إعداد الباحثة على أساس معطيات وزارة الصحة و السكان، santé en chiffres 2018، 2018.

إن التباين الموجود في معدلات وفيات الأطفال و الأمهات بين مختلف المناطق في الجزائر من جهة والاختلاف في مؤشرات التغطية الصحية و خاصة التغطية بالأطباء المختصين بين مناطق ولايات الوطن، جعلنا نتساءل عن وضعية فئتي الأمهات والأطفال فيما يخص هذه التغطية و ما أثرها على معدلات الوفيات لهتين الفئتين في مختلف ولايات الوطن.

تتمحور إشكالية الدراسة حول السؤال الرئيسي التالي:

« ما هي وضعية التغطية لصحة الأم والطفل في الجزائر وما تأثيرها على معدلات وفيات الأمهات والأطفال ؟ »

حيث سنحاول الإجابة على الأسئلة الفرعية التالية:

- ما هو أثر توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الأم بين الولايات وبين المناطق على معدل وفيات الأمهات الأستشفائي فيها؟

- ما تأثير مستوى التغطية الصحية للأم في الجزائر على وفيات الأمهات فيها؟

- ما هو أثر توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الطفل بين الولايات وبين المناطق على توزيع معدل وفيات الأطفال فيها؟

- ما تأثير مستوى التغطية الصحية للطفولة في الجزائر على وفيات الأطفال؟

للإجابة عن هذه الأسئلة نقترح مجموعة من الفرضيات والتي نحاول التأكد من مدى صحتها من خلال معطيات المتاحة لدينا.

المطلب الثاني: فرضيات الدراسة

في ضوء الإطار النظري وما جاءت به الإشكالية، تحاول الدراسة اختبار الفرضيات التالية:

❖ الفرضية 1: يؤثر اختلاف توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الأم

بين الولايات والمناطق في الجزائر على توزيع معدل وفيات الأمهات فيها.

❖ الفرضية 2: تؤثر التغطية الصحية للأم على معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في

الجزائر.

❖ الفرضية 3: يؤثر اختلاف توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الطفل بين الولايات والمناطق في الجزائر على توزيع معدل وفيات الأطفال فيها.

❖ الفرضية 4: تؤثر التغطية الصحية للطفل على معدل وفيات الأطفال في الجزائر.

المطلب الثالث: تحديد مفاهيم الدراسة

1- مفهوم الرعاية الصحية: ارتبط مفهوم الرعاية الصحية بمفهوم الرعاية الاجتماعية باعتبار الرعاية الصحية إحدى فروعها¹. تتميز الرعاية الصحية بكونها رعاية مستمرة وشاملة ولا تتقيد بفترة زمنية ولا مكانية، ولا تقتصر بفترة العلاج فقط. وعرف مؤتمر آما آتا الرعاية الصحية بأنها "مجموعة من القيم التوجيهية للتنمية الصحية، ومجموعة من المبادئ اللازمة لتنظيم الخدمات الصحية من الأساليب الواجب إتباعها لتلبية الاحتياجات الصحية ومعالجة المحددات الأساسية للصحة"².

فهي إذا مجموع الأنشطة التي وضعت للعلاج والوقاية والكشف عن الأمراض الجسدية والنفسية والعقلية. كما ترتبط الرعاية الصحية ببعض المصطلحات الأخرى مثل الصحة:

- الصحة: تباينت الآراء في محتواها إلا أننا سنكتفي بتعريف منظمة الصحة العالمية "الصحة هي حالة الاكتمال الجسدي والعقلي والاجتماعي و ليس فقط الخلو من المرض والعاهة"³ أي أنه لا يكفي جانب واحد لقياس صحة الشخص وإنما تتداخل الكثير من العوامل في ذلك.

كما يقاس مستوى الصحة لبلد ما بالعديد من المؤشرات مثل نسبة انتشار المرض والوفيات العامة ووفيات الأطفال والأمهات. وقد استعملنا في هذه الدراسة مؤشرين معدل وفيات الأمهات ومعدل وفيات الأطفال لقياس مستوى الرعاية الصحية.

¹ شهرزاد محمداتني، مقاربة سوسيوولوجية لنماذج الرعاية الصحية من خلال بعض المؤشرات الصحية في فرنسا و الجزائر، مجلة أفكار وآفاق، 2012، العدد رقم 5.

² [https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9claration_d'Alma-Ata_\(1978\)](https://fr.wikipedia.org/wiki/D%C3%A9claration_d'Alma-Ata_(1978)) consulté le 27/08/2022 à 01H43.

³ منظمة الصحة العالمية، الموقع: <https://www.who.int/ar/about/who-we-are/frequently-asked-questions>

2- مفهوم التغطية الصحية

عرف معجم المعاني لكلمة "التغطية" من "غطى" بأنها تخصيص من المال ما يلزمها مثال غطت الدولة العجز في الميزانية بالقروض. أما كلمة "الصحة" كل ما له علاقة بحالة البدن أو الجسم. كما عرفت منظمة الصحة العالمية التغطية الصحية الشاملة "بأن يحصل جميع الأفراد والمجتمعات على الخدمات الصحية التي يحتاجون إليها دون التعرض لضائقة مالية جراء ذلك. وهي تشمل المجموعة الكاملة من الخدمات الصحية الضرورية والجيدة، ابتداء من تعزيز الصحة إلى الوقاية والعلاج والتأهيل والرعاية الملطفة"¹ وقد تم استنتاج التعريف للتغطية الصحية المستعملة في الدراسة بحيث أنها "توفير لسكان المنطقة المنشآت الصحية والكوادر الطبية من أطباء وممرضين وأطباء مختصين وصيادلة وكذا الطاقم الإداري اللازم لتسيير المنشآت الطبية".

وقد استعملنا في هذه الدراسة مؤشر التغطية الصحية لكل من الأمومة والطفولة والذي بُني على أساس الكثافات الطبية والسريرية.

1.2 مفهوم التغطية الصحية الأساسية: وقد تم استنتاجها من مفهوم التغطية الصحية السابق تعريفه وأضيف له كلمة أساسية لكي يشير إلى توفير أهم الخدمات الصحية من خدمات الإسعاف أو المستوى الأول من خدمات الرعاية الصحية الشخصية وتفهم أيضا على أنها مجموعة من التدخلات الصحية ذات الأولوية للسكان.

تتمثل في دراستنا في بعض المؤشرات التي استعملناها للدلالة على التغطية الصحية بالأطباء العامين، الممرضين، الصيادلة والتغطية الصحية بأسرة المستشفيات.

ويتم ذلك من خلال المعدلات التالية والتي تم تفسير طريقة حسابها في الفصل الخامس²:

- عدد السكان لكل طبيب عام وعدد الأطباء العامين لـ 1000 ساكن.

- عدد السكان لكل ممرض وعدد الممرضين لـ 1000 ساكن.

¹[http://Who.int/univer\(who.int\)/sel health coverage.consuté](http://Who.int/univer(who.int)/sel health coverage.consuté) le 17/11/2021.

² منظمة الصحة العالمية، طب المجتمع، أكاديميا، لبنان، 2005، ص427.

- عدد السكان لكل صيدلي وعدد الصيادلة ل1000 ساكن.
 - عدد السكان لكل سرير مستشفى وعدد الأسرة ل1000 ساكن.
- وهذا باعتبار أن هذه التخصصات تغطي كل السكان وليس فقط الأم والطفل، وإذا كان معدل التغطية جيد، فهذا يعني أن الأم وطفلها يجدون تغطية جيدة في هذه الولاية.
- 2.2 مفهوم التغطية الصحية للأم:** باعتبار الأم عنصر أساسي في المجتمع وأنها تحتاج في حياتها وخاصة أثناء الحمل وأثناء الولادة وبعد وضع حملها إلى توفير لها الرعاية الصحية اللازمة لاسترجاع عافيتها، فقد استعملنا في دراستنا مجموعة من المؤشرات الدالة عن معدلات التغطية الصحية للأم والتي تتمثل في الأطباء المختصين في أمراض النساء والتوليد والتغطية بالقابلات. ويتم ذلك من خلال معدلات:
- عدد النساء من 15 إلى 49 سنة لكل طبيب مختص في طب النساء والتوليد.
 - عدد النساء من 15 إلى 49 سنة لكل قابلة.
- كما استعملنا في بعض الأحيان الكثافات بالأطباء أي:
- عدد الأطباء المختصين في طب النساء والتوليد لكل 10000 امرأة في سن الإنجاب.

- عدد القابلات لكل 10000 امرأة في سن الإنجاب.
- 3.2 مفهوم التغطية الصحية للطفولة:** تتمثل التغطية الصحية للطفولة (الأطفال الأقل من سنة) في توفير الطاقم الطبي والمنشآت اللازمة لمعاينة ومتابعة صحة الطفل منذ تواجده في بطن أمه أي منذ فترة الحمل إلى ظروف ولادته و تلقيه العناية اللازمة عند ولادته وبعدها. ولقد اخترنا دراسة هذه التغطية من خلال التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال والمرضين وذلك لتغطية عملية التلقيح والتوعية واستعملنا في ذلك المؤشرات التالية:

- عدد الأطفال لكل طبيب مختص في طب الأطفال.
- كما استعملنا في بعض الفقرات الكثافات بالأطباء المختصين في طب الأطفال أي:

- عدد الأطباء المختصين في طب الأطفال لكل 100000 طفل من 0 إلى 18 سنة لعدم توفر لدينا أطباء مختصين في الأطفال من 0 إلى سنة. إذا سنتكلم على الأطباء المختصين في طب وجراحة الأطفال.

3- مفهوم وفيات الأمهات

تُعرف كل امرأة في الجزائر وفيات الأمومة بالوفيات النفاسية، حيث تتمثل حسبها في "وفاة الأم أثناء الولادة أو بعد فترة صغيرة بعد الوضع" فتُقال عنها "توفات في النفاس". وتعرف أيضا عند عامة الناس أن "قبر المرأة يبقى مفتوح حتى تمر 42 يوما بعد الولادة"، هذا التعريف الاجتماعي الذي شاع بين أمهاتنا وجداتنا. كما تم تحديد وفيات الأمهات وفقاً للمراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (ICD) كما يلي:

" هو وفاة المرأة في سن الإنجاب خلال فترة الحمل أو أثناء الولادة أو خلال 42 يوم من انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة الحمل وموضعه وعندما يكون السبب مرتبطاً أو متفاعلاً بسبب الحمل إذ تستثنى الحوادث والأسباب العرضية التي تحدث أثناء الحمل"¹.

من الواضح أن التعريفين قريبين إذا نظرنا إليهما من حيث المدة والأسباب، حيث أنهما اتفقا على أن وفيات الأمهات هي تلك التي تسجل في الفترة القريبة من الولادة (قبلها أو بعدها أو أثناءها) والتي تُسجل بسبب الحمل. وبهذا يمكن تقسيم مجموع هذه الوفيات إلى 3 أقسام:

➤ الوفيات التي تسجل عند المرأة الحامل من بداية الحمل إلى 9 أشهر من الحمل والتي يكون سببها مضاعفات الحمل.

➤ الوفيات التي تسجل أثناء الولادة والتي يكون سببها مضاعفات الولادة أو الوضع.

➤ الوفيات التي تسجل بعد الولادة مباشرة أو خلال 42 يوم التي تلي الولادة والتي تكون سببها مضاعفات الولادة التي لم تظهر إلا بعد مدة، وكذلك بسبب أمراض أخرى كانت تعاني منها المرأة وتفاقت مع الحمل والولادة.

في هذه الدراسة نأخذ بعين الاعتبار كل الوفيات التي تطرأ في المستشفى أو في أي مؤسسة

¹OMS, http://www.who.int/maternal-mortality_consulté le 17/11/2021.

صحية عمومية، كما أن الوفيات التي تسجل في المنزل لا تأخذ بعين الاعتبار.

4- مؤشرات قياس وفيات الأمهات

يمكننا تمييز أربعة مؤشرات¹، وهي:

1.4 معدل وفيات الأمهات

معدل وفيات الأمهات هو عدد وفيات الأمهات في السنة لكل 100.000 ولادة حية. يُعرف هذا المعدل على مستوى العالم كمؤشر على جودة الرعاية، مما يعكس المخاطر التي تواجه الأمهات أثناء الحمل والولادة. ويتأثر بالظروف الاجتماعية والاقتصادية والتغذية والنظافة وتوفر واستخدام مرافق الرعاية الصحية، بما في ذلك الرعاية قبل الولادة والرعاية التوليدية.

$$100\ 000 \times \frac{\text{عدد وفيات الأمهات في السنة}}{\text{عدد الولادات الحية في نفس السنة}} = \text{TMM}$$

ولقد استعملنا في هذه الدراسة هذا المؤشر في التحليل والمقارنة مع البلدان الأخرى وخاصة في الفصل الثاني الذي خُصص لتقييم تطور وفيات الأمهات.

2.4 معدل وفيات الأمهات الاستشفائي (le taux de mortalité maternelle hospitalière)

معدل وفيات الأمهات الاستشفائي، كما هو معروف، يأخذ بعين الاعتبار كل وفيات الأمهات الحاملات أو اللاتي توفين أثناء الولادة أو أثناء 42 يوم بعد الولادة في المنشأة الصحية أي أن الوفيات والولادات الحية التي سجلت خارج إطار المستشفى لم تُأخذ بعين الاعتبار.

$$100.000 \times \frac{\text{عدد وفيات الأمهات في منشأة صحية}}{\text{عدد الولادات الحية في نفس المنشأة الصحية}} = \text{TMMH}$$

وقد قمنا من خلال هذه الدراسة في الجانب التطبيقي باستعمال هذه الصيغة كالتالي:

1- جمع وفيات الأمهات في كل منشأة صحية من ولاية

¹ أسيا شريف، الظواهر الديموغرافية قراءات نظرية وتمارين تطبيقية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2015، ص55.

2- جمع الولادات الحية في كل منشأة صحية من الولاية

3- وحساب معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في كل ولاية حسب الصيغة التالية:

$$100.000 \times \frac{\text{عدد وفيات الأمهات في الولاية}}{\text{عدد الولادات الحية في نفس الولاية}} = \text{TMMH}$$

3.4 نسبة وفيات الأمهات

نسبة وفيات الأمهات تعبر عن عدد وفيات الأمهات لكل 100.000 امرأة في سن الحمل (15-49 سنة).

$$100.000 \times \frac{\text{عدد وفيات الأمهات}}{\text{النساء عدد في سن الحمل}} = \text{RMM}$$

4.4 خطر وفات الأمهات على مدى الحياة

يعكس خطر وفاة الأمهات مدى الحياة (RDV) فرص وفاة المرأة من أسباب حياتها الإنجابية (حوالي 35 عامًا)، ويأخذ هذا المؤشر في الاعتبار احتمالية الموت في كل مرة تصبح المرأة حاملاً. طريقة بسيطة لتقدير RDV هي:

$$35 * \text{TMM} = \text{RDV}$$

5- مفهوم وفيات الأطفال الرضع.

يقصد بها وفيات الأطفال الذين لم يتجاوزوا العام الأول من العمر¹. كما يقصد ب"الرضع" الطفل الذي لم يكمل فترة الرضاعة و التي يمكن أن تصل إلى سنتين أو أكثر. وهي تنقسم إلى قسمين:

1.5 وفيات الأجنة²: وهي المواليد التي تولد ميتة، وتحسب كذلك إذا لم يظهر عند المولود

أية علامة تدل على أنه حي مثل الصراخ أو البكاء.

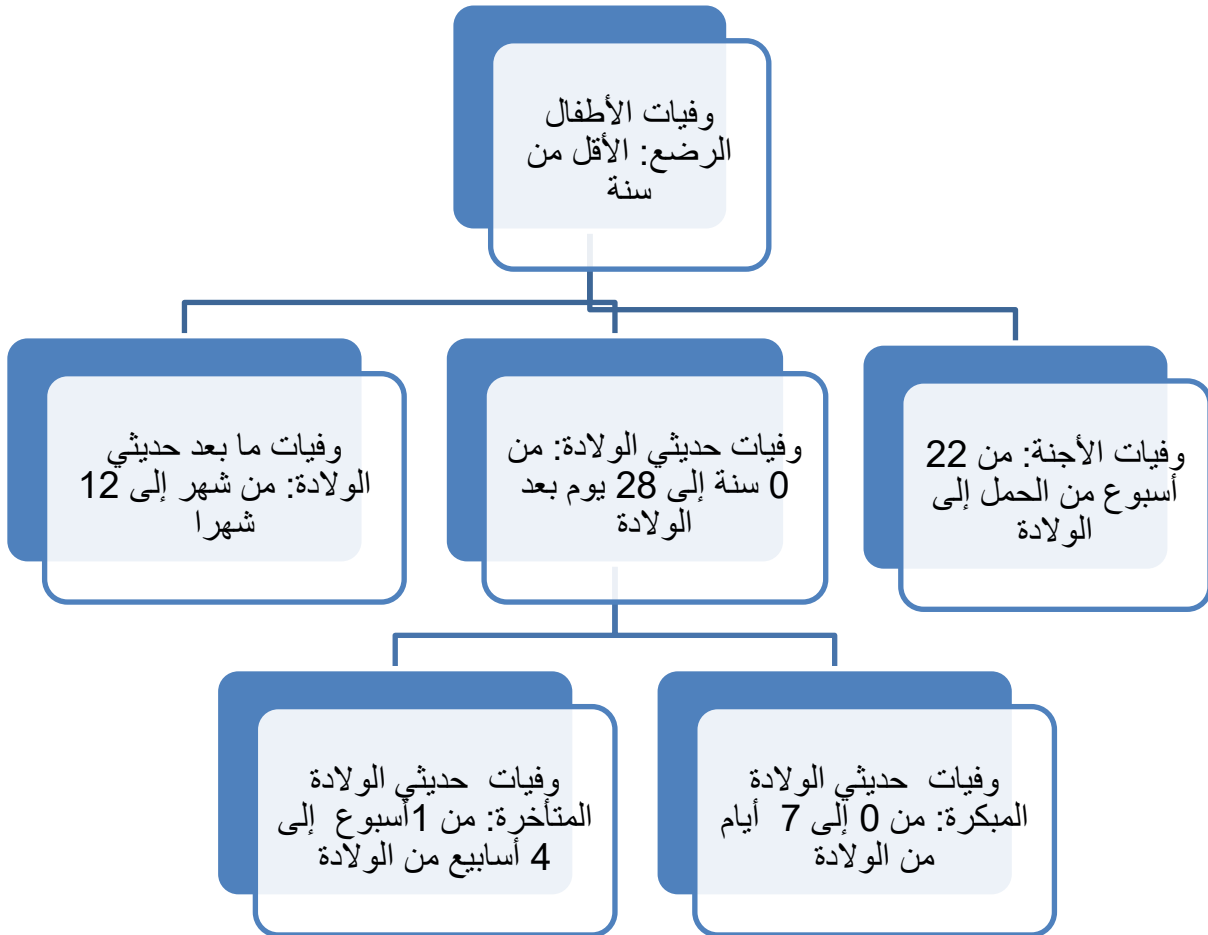
¹ شريف اسيا، الظواهر الديمغرافية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2017، ص 53.
² زهرة كواش، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الديموغرافيا، جامعة الجزائر، 2006، ص 29.

2.5 **وفيات حديثي الولادة¹**: وهي التي تصيب المولود مباشرة بعد ولادته حتى 28 يوم بعد الولادة. وتنقسم بدورها إلى قسمين:

- ✓ **وفيات حديثي الولادة المبكرة**: وهي التي تصيب المولود في الأسبوع الأول من ولادته أي بين 0 و7 أيام. وتتأثر هذه الوفيات بظروف الولادة.
- ✓ **وفيات حديثي الولادة المتأخرة**: وهي التي تصيب المواليد بين أسبوع والشهر من ولادته.

3.5 **وفيات ما بعد حديثي الولادة²**: وتتمثل في وفيات الرضع الذين تتراوح أعمارهم ما بين شهر و12 شهرا أين سنة كاملة من العمر. هذه الفترات يمكن تلخيصها كما يلي:

الشكل رقم (1): تقسيم وفيات الأطفال الرضع



¹ Chérif Assia, *Introduction à l'analyse démographique, théorie et pratique*, Algérie, éditions casbah, 2017, p68.

² Op.cit, p75.

6- قياس وفيات الأطفال الرضع

معدل وفيات الرضع: ويعرف معدل وفيات الأطفال الرضع بكونه النسبة في سنة معينة بين عدد وفيات الأطفال الأقل من سنة وعدد المواليد الأحياء¹. ويعرف بمعدل وفيات الأطفال الرضع لـ 1000 ولادة حية. ويعتبر معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة من الإحصائيات المهمة أيضًا، ويشار إليه باسم معدل وفيات الأطفال باعتبار أن معدل وفيات الرضع يركز فقط على الأطفال تحت سن العام الواحد².

$$TMI = \frac{\text{عدد وفيات الأطفال الأقل من سنة في السنة}}{\text{مجموع الولادات الحية في نفس السنة}} \times 1000$$

يستعمل هذا المعدل في المقارنات الزمنية والمقارنات بين البلدان بكونه لا يتأثر بالتركيبة السكانية حسب السن وذلك لكون الوفيات تجرى في فترة لا تتجاوز سنة. وقد استعملنا في هذه الدراسة مؤشر معدل وفيات الأطفال الرضع بتقسم عدد وفيات الأطفال المسجل في كل ولاية حسب معطيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2018 على عدد الولادات الحية في نفس السنة حسب نفس المنشور للديوان الوطني للإحصائيات مضمرة في 1000.

المطلب الرابع: أهمية الدراسة وأسباب اختيار الموضوع

انتشرت بين الجزائريين فكرة تدني جودة الخدمات الصحية في الجزائر وافنتقارها إلى أدنى شروط الموضوعية والنجاعة، كما عرّف المواطن الجزائري هذا النظام باللامساوات بين المناطق والولايات، والافتقار إلى أدنى قيم العدالة الاجتماعية في توزيع والوصول إلى الخدمات الصحية. هذا من جهة ومن جهة أخرى تتباهى الحكومات المتتالية بضخ الكثير من الأموال لتحسين الخدمات الصحية للمواطن والقضاء على الجهوية والصحراء الطبية* التي يشتمكي منها المواطن.

¹Assia chérif, *Introduction à l'analyse démographique, théorie et pratique*, 2017, éditions casbah, p 67.

²<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/consulté> le 17/11/2021.

* من مفهوم "le désert sanitaire" المنتشر في البلدان المتقدمة و الذي يعني خلو أو نقصان الخدمات الصحية في منطقة ما.

إذا كان الهدف العلمي من هذا العمل هو تحليل ودراسة الصلة أو العلاقة بين الإمكانيات المادية والبشرية الموجودة في المؤسسات الصحية ووفيات الأمهات في مرحلة أولى ثم بين الإمكانيات المخصصة للطفل ووفيات الأطفال الرضع في مرحلة ثانية و هذا باستعمال طرق إحصائية لم تستعمل في هذا المجال على علمنا، فإن الهدف الشخصي هو تسليط الضوء على حقيقة الأوضاع في الولايات المعزولة بالنسبة للتغطية الصحية بالموارد المادية والبشرية، وتحديد بشكل ربما "دقيق" النقط السوداء المتسببة في مستوى وفيات الأمهات الاستشفائي ووفيات الأطفال الرضع في بعض المناطق.

بالإضافة إلى ذلك تم اختيار هذا الموضوع انطلاقا من مجموعة من المبررات والمتمثلة في النقاط التالية:

- رغم التحسن والتطور المسجل في إطار أهداف التنمية للألفية، فإن الجزائر لم تتمكن من تحقيق الهدف الخامس والذي يتمثل في "تحسين الصحة النفاسية في حلول سنة 2015"¹ من خلال "خفض معدلات وفيات الأمهات بثلاث أرباع في فترة 1990 و2015" و"تعميم إتاحة خدمات الصحة الإنجابية في حلول 2015"²، ولا القضاء على أوجه عدم المساواة بين الولايات. إلا أن وضعت البلدان أهداف تنموية أخرى لفترة (2015-2030 ODD) والتي تسعى الجزائر لتحقيق أكبر عدد من التطور والتنمية في مجال الصحة وقد وضعت لذلك برنامج لتخفيض وفيات الأمهات بين 2015-2019.

- نظرا لارتفاع نسبة النساء في سن الإنجاب ونسبة الأطفال الأقل من سنة في تركيبة سكان الجزائر للسنوات المقبلة، تعين لنا الاهتمام بالتغطية الصحية لهاتين الشريحتين من السكان لما يؤدي هذا الارتفاع من ارتفاع في الطلب على الخدمات الصحية الإنجابية وصحة الأطفال.

¹ <https://www.undp.org/ar/arab-state/good-health/> أهداف-التنمية-المستدامة/ consulté le 20/06/2024

² Ibid

• كما تعتبر هذه الدراسة مساهمة بسيطة لقطاع الصحة لإنجاح هذه المرحلة، والتي تتميز بالإصلاحات في ظل التنظيم الجديد للخريطة الصحية، وبالتالي السير به قدما إلى تقديم خدمات ذات جودة.

تستمد هذه الدراسة أهميتها من:

✓ الإحاطة بكل العوامل التي تساعد على تحقيق التنمية في مجال الصحة وتوفير الخدمات الصحية ذات جودة للمواطن في ظل النمو الديموغرافي المنتج للعنصر البشري.

✓ لتحسين العرض والإنصاف والحصول على الخدمات الصحية العلاجية في آفاق 2030 لا بد من معرفة الحالة الراهنة للخدمة الصحية المعدة للأطفال والأمهات خاصة في ظروف النمو الديموغرافي الراهن.

✓ تحقيق العدالة في التوزيع فيما يخص الخدمات الصحية من خلال التغطية الصحية الجيدة يسمح للفرد في تلك المناطق بتفجير طاقاته الإنتاجية.

✓ نمو الطفل في بيئة صحية يجعله ينمو نموا خاليا من الأمراض الجسدية والاجتماعية التي تعيق عطائه الاجتماعي.

المطلب الخامس: الاتجاهات النظرية التي تخدم الدراسة

1- عرض الاتجاهات النظرية في البحث عن محددات الوفيات.

تعتبر الوفيات ظاهرة معقدة تتداخل فيها الكثير من العوامل وتأثر فيها الكثير من المتغيرات في العديد من المجالات. حيث ذكرها TABUTIN في 1997 "سياسات تطهير البيئة وتدبير النظافة العامة، وزيادة الثروة الوطنية ومستوى معيشة السكان، تحسين التعليم، وتحسين النظام الغذائي والتغذية، والتقدم الطبي، والسياسات الصحية (الوقائية والعلاجية)، التغييرات في البيئة أو بعض التغييرات السياسية (توزيع الدخل، عدم المساواة الاجتماعية) أو التغييرات الثقافية (مكان المرأة وهيكل الأسرة)"¹.

¹<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality/consulté> le 17/11/2021

و بهذا صنف المفكرون في العالم دراسة العوامل المؤثرة على الوفيات إلى ثلاث محاور أساسية:

أ. التيار التكنولوجي والطبي

ب. التيار الاقتصادي

ت. التيار الثقافي الاجتماعي والبيئي.

لدراسة وفيات الأمهات والأطفال لا بد من تحديد العوامل المؤثرة عليها على 3 مستويات: الشخصي، الأسري والمجتمعي والقاري.

على النطاق القاري فقد اتجه المفكرون أن وفيات الأمهات والأطفال مرتبطة ارتباطا وثيقا بالفقر خاصة إذا ما نظرنا إلى اختلافاتها بين دول الجنوب ودول الشمال.

2- عرض الاتجاهات النظرية في البحث عن محددات وفيات الأمهات.

حضيت وفيات الأمهات بالنصيب الكبير من الدراسات التي تبحث عن محدداتها خاصة في بلدان الجنوب. هذه البلدان التي تقتقر إلى معطيات دقيقة ودورية عن هذه الظاهرة، والتي تحاول المنظمات الدولية ملاءمة هذا الفراغ بالمعطيات من خلال دعم تحقيقات ومسوح ميدانية لجلب أكبر عدد من المعطيات لهذا المجال، تحقيقات MICS أي مسوح العنقودية المتعددة المؤشرات أكبر دليل على ذلك. وقد اتفق الكثير من المفكرين أن استعمال الخدمات الصحية أثناء الحمل، أثناء الولادة وبعد الولادة من أهم العوامل المحددة لمستوى وفيات الأمهات. كما أن الدراسات التي تطرقت إلى استعمال الخدمات الصحية في البلدان في طريق النمو مرتكزة على مقاربتين: المقاربة الطبية والمقاربة الديموغرافية¹.

¹Gilles Beninguissé., *Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun*, Thèse de doctorat en démographie, UCL, Louvain-la-Neuve, février 2001, p313.

1.2 المقاربة الطبية أو مقارنة عرض الرعاية الصحية (Approche offre des soins ou Approche biomédicale)

في ما يخص المقاربة الطبية فإنها تركز على العرض للخدمات الرعاية الصحية من خلال العقبات والحواجز التي تعيق الاستعمال الأفضل للخدمات الموجهة للأمومة والطفولة من قبل النساء والتي تتمثل في نظام صحي فاشل (نقص في كادر الطبي المؤهل، نقص في المنشآت الطبية والهياكل الصحية، مدة الانتظار، سوء استقبال المرضى،....) "من بين كل الوفيات 75% منها كان يمكن تجنبها لو وفرنا رعاية صحية جيدة للنساء"¹، عدم القدرة المالية لتغطية الخدمات العلاج والدواء، وبعد المسافة بين المريضة والهيكل الصحي وخاصة في المناطق الريفية.

2.2 المقاربة الديمغرافية أو مقارنة طلب الرعاية الصحية (Approche demande de soins)

أما المقاربة الديمغرافية فإنها تهتم أكثر بالطلب على الخدمات الرعاية الصحية وترتبط استعمالها بالخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية للمرأة كالسن، المستوى التعليمي، الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للمرأة والأسرة، حجم الأسرة.... إذ يلعب الدخل والمستوى المعيشي للمرأة والأسرة دورا هاما في استعمال خدمات الصحية. استعمل أغلب الباحثين في الدراسات لوفيات الأمهات خاصة في البلدان طريق النمو المنهاج الوصفي، وقد انتقد البعض منهم النتائج المتحصل عليها و طلبوا عدم تسميتها "بعوامل الخطر" لحدودها في التحليل.

3.2 نموذج التأخير ثلاثي المراحل ((Modèle des trois délais².

هو نموذج وُضع من طرف Thadeus et Maine 1994 والذي يهتم بالظروف التي تؤثر على الفترة بين ظهور مضاعفات التوليد والنتائج على صحة الأم أو وفاتها. وهو يركز على

¹Mahler H., *l'initiative de la maternité sans risque*, un appel à l'action, lancet, 1984, p668-670.

² Pierre Fournier, Caroline Tourigny et Francine La Brosière, *Une évaluation des processus et des effets d'un programme de référence-évacuation des urgences obstétricales au Mali*, <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/bitstream/handle>, 2009.

أن 75% من وفيات الأمهات هي نتيجة أسباب توليدية مباشرة والتي يمكن تجنبها برعاية صحية توليدية ملائمة. عدم تلقي هذه الرعاية اللازمة يجعل من الأمر يتفاقم و يؤدي إلى وفاة الأم. يتمثل هذا النموذج في المراحل الثلاث التالية:

✓ **المرحلة الأولى:** الفترة المتعلقة بأخذ قرار طلب الرعاية الصحية عند بداية ظهور المضاعفات. ترتبط هذه الفترة بمكانة المرأة في الأسرة وفي المجتمع. حيث أن المجتمعات القديمة أو التي احتفظت بالتقاليد القديمة لا تسمح للمرأة بأخذ القرارات المهمة والتي لها جانب مادي خاصة وأن المرأة في هذه المجتمعات غير مستقلة مادياً، ويرجع هذا القرار ما للزوج أو أم الزوج. كما يرتبط هذا القرار للخطورة التي تعطيها المريضة لحالتها الصحية والتي سيعتمد على تجربتها الشخصية في الولادة والحمل وتجربة الأشخاص الذين يحيطون بها في هذه الظروف¹.

✓ **المرحلة الثانية:** الفترة المتعلقة بإمكانية الوصول إلى المنشأة الصحية القريبة. ترتبط هذه الفترة بالمسافة التي تفرق بين المريضة والمنشأة الصحية، كما تتأثر بوجود أو عدم وجود وسائل النقل في هذه المنطقة. وتعتبر الحالة الاقتصادية للمريضة والأسرة من العوامل الأساسية التي تؤثر في هذه المرحلة حيث أن الأسرة ميسورة الحال تتخطى هذه الفترة أو العقبة للوصول إلى الخدمة أو المنشأة الصحية بسهولة أكبر من الأسرة الفقيرة.

✓ **المرحلة الثالثة:** الفترة المتعلقة بفترة الانتظار قبل تلقي الرعاية الصحية بعد الوصول إلى المنشأة الصحية. تعتبر الفترة الثالثة أحد مكونات جودة الرعاية الصحية وهي مرتبطة بوجود أو عدم وجود المنشأة الصحية، بنقص أو عدم توفر الطاقم الطبي المؤهل، بعدم توفر الأدوية المناسبة، عدم توفر المكان أو السرير الذي يسمح بتقديم الرعاية الصحية... هذه العوامل المتعلقة بالتغطية الصحية هي المحددات الأساسية لارتفاع وفيات الأمهات. رغم أهمية هذا النموذج إلا أنه من الصعب توفر كل

¹Coppieters y et all., *Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud algerien* , santé publique, vol 23, 2011, p413-426, article sur le site <https://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-5-page-413.htm>

المعلومات لكل مرحلة من المراحل.

بهذا يمكننا القول أن من خلال هذه الدراسة سنحاول تحليل العوامل التي تساهم في المرحلة الثالثة من النموذج "التأخير ثلاثي المراحل" فيما يخص بتفسير وفيات الأمهات من خلال نقص أو توفر الطاقم الطبي المؤهل و أسرة المستشفيات.

3- الاتجاهات الفكرية في البحث عن محددات وفيات الأطفال.

أما فيما يخص وفيات الأطفال فإن أول الدراسات كانت في الثمانينات من القرن الماضي، حيث اقترح Meegama(1980) كيفية تحديد الروابط التي تربط بين الأسباب الأساسية لوفيات الأطفال والعوامل الاجتماعية، الاقتصادية، السياسية والصحية¹. ومنه فإن وفيات الأطفال تتحدد عن طريق مجموعة من المتغيرات البيولوجية، الاجتماعية، الاقتصادية، الثقافية، الديمغرافية والبيئية والغذائية التي تتداخل فيما بينها، لأن صحة الإنسان تتعدى الإطار الصحي والطبي لتندرج في إطار مشروع حياة اجتماعية والذي لا يرتبط فقط بالنظام الصحي وإنما بالظروف المعيشة.

وضع Mosley et Chen في 1984 إطار لدراسة وفيات الأطفال في البلدان في طريق النمو والذي يبرز أثر العوامل الاجتماعية، الاقتصادية والثقافية والعوامل المتعلقة بالنظام الصحي. وهذا في رأيهم من خلال المتغيرات الوسيطة والتي تؤثر بصفة مباشرة على المرضية والوفيات. على الصعيد الشخصي حدد Mosley et Chen المستوى التعليمي للوالدين، قيمة الطفل، المعتقدات بالنسبة للمرض، على المستوى الأسري، فقد حددا الدخل، توفر الأكل، نوعية المياه، ظروف السكن، توفر مصدر الطاقة، وسائل النقل، ممارسة النظافة اليومية، الوصول إلى المعلومات. أما على الصعيد المجتمعي، فقد حدد المؤلفين العوامل التالية: الخصائص الجيوفيزيائية، الهياكل السياسية والاقتصادية وخصائص النظام الصحي. وضع Mosley et

¹ Younoussi Zourkaleini, *Les Déterminants Sociodémographiques et contextuels de la mortalité des enfants au NIGER*, thèse pour l'obtention du grade de philosophie doctor (PH.D) en Démographie, université de Montréal, 1997, p32 .

Chen 14 عامل وسيط مقسمة إلى 5 مجموعات:¹

- أ. المتعلقة بخصوبة الأم (السن، عدد الأطفال، الفاصل بين الولادات).
- ب. المتعلقة بالتلوث البيئي (الهواء، الماء، الأكل، اليدين، لدغ الحشرات).
- ت. المتعلقة بالنقص في الفيتامينات والغذاء (البروتين، الأملاح المعدنية...).
- ث. المتعلقة بالجروح الناجمة عن الحوادث المختلفة.
- ج. المتعلقة بعوامل السيطرة على الأمراض (إجراءات الوقاية الشخصية، دواء).

سنحاول فيما يلي تحليل أهم هذه العوامل بالتفصيل.

1.3 العوامل المتعلقة بخصوبة المرأة

تتمثل العوامل المتعلقة بخصوبة المرأة في سن الأم عند الولادة، رتبة الولد بين إخوانه، المدة التي تفصل بين الولادة الحالية والولادة السابقة وبين الولادة التي تأتي بعدها. بينت الدراسات التي درست العلاقات بين "العوامل المتعلقة بالخصوبة" ومستوى وفيات الأطفال² على أنه هذه العوامل تؤثر تأثيراً مستقلاً على مستقبل الحمل وحياة الطفل المولود. احتمال الوفاة عند طفل الأم الصغيرة في السن و الكبيرة في السن أكبر من غيره من المواليد، احتمال الحياة عند الأطفال المولودين في أول و آخر الرتب ضعيفة مقارنة بغيرهم من الأطفال، في نفس الوقت احتمال الحياة أضعف عند الأطفال الذين يولدون بفاصل زمني أقل من 24 شهراً بينهم وبين إخوتهم المولودين قبلهم أو بعدهم.

2.3 العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية

تحدد العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية للمرأة التمثيل الاجتماعي فيما يخص الصحة والخصوبة وكذا الإمكانيات اللازمة لخدمات الرعاية الصحية.

أكد Caldwell في 1979 أن تعليم الأم لا يؤثر فقط على صحة الطفل من خلال المعارف

¹Mosley et Chen, "An analytical framework for the study of child survival in developing countries", *Population development Review*, Vol.10, Supplement: Child Survival: Strategies for Research, 1984, p32-33.

²Magali Barbieri, « Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers monde », *les dossiers du ceped*, paris, No18, p40, 1991.

الصحية المباشرة المكتسبة وإنما من خلال قدرة الأم المتعلمة من التواصل مع العالم الحديث، وعدم انسياقها وراء عادات وتقاليد المجتمع. كما أنها تملك قوة أخذ القرار في الأسرة. يمكن للوالدين المتعلمين التواصل مع القيم المعنقات الجديدة، فالأمية عائق للفرد وخاصة المرأة لتبني السلوكيات الإيجابية لصحتها وصحة عائلتها كاستعمال الرعاية الصحية في الوقت المناسب.

كما أن الدخل والوضع الاجتماعي يؤديان إلى صحة أفضل، فالدخل الأعلى يسمح بتلبية الاحتياجات في كل المجالات من بينها مجال الصحة، كما أن الوضع الاجتماعي يسهل الوصول إلى هذه الاحتياجات.

المطلب السادس: الدراسات السابقة

1-الدراسات العالمية

1.1 دراسة موريار سدو كوكوي (Muriel SêdoKoucoi) 2008¹.

تتمثل الدراسة في رسالة دكتوراه لموريار سدو كوكوي "تحليل العوامل المؤسسية المرتبطة بوفيات الأمهات: دراسة وطنية في الأمومة الجراحية في السنغال" في 2008 جامعة منرييال. تهدف هذه الرسالة إلى تحديد ودراسة العلاقة بين نوعية الهياكل الصحية المرجعية ووفيات الأمهات في السنغال. كما تتمثل الأهداف الثانوية فيما يلي:

❖ القيام بتقدير معياري لنوعية الخدمات المقدمة من خلال المقارنة بين الموارد المتاحة والمطلوبة حسب وزارة الصحة.

❖ حساب معدل وفيات الأمهات في المستشفيات.

❖ تحديد أهم الموارد والجوانب التنظيمية المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات في المستشفيات.

¹ Muriel Sedo Koucoi, *Analyse des facteurs institutionnels associés à la mortalité maternelle : une étude nationale dans les maternités chirurgicales au Sénégal*, mémoire présenté à la faculté des études supérieures pour l'obtention du grade maitre és science en sciences(M.SC) biomédicales, Université de Montréal, Canada, 2008.

انطلق الباحث من أساس أن البلدان المتقدمة سجلت انخفاضا مدهلا في وفيات الأمهات على أساس تسهيل إمكانية الوصول للخدمات الصحية للأمومة والطفولة، بينما في البلدان الإفريقية لم تعطي هذه السياسة المنتهجة في خاصة في الأرياف والمناطق المنعزلة ثمارها خاصة تلك المرجوة من قبل السلطات المعنية.

تتوقف فرضية هذه الدراسة على أن جودة الهياكل من حيث توافر الموارد وتنظيم الخدمات، تؤثر إلى حد كبير على وفيات الأمهات المسجلة في هذه الهياكل. وتتجلى هذه الفرضية في الأسئلة الفرعية التالية:

- ✓ ماهي أنواع الموارد المعيارية الأساسية التي تؤثر على وفيات الأمهات في المستشفى؟
- ✓ ماهي الجوانب التنظيمية المتعلقة باستخدام هذه الموارد التي يمكن أن تؤثر على وفيات الأمهات؟

قسم الباحث الدراسة كما يلي:

بعد الفصل الأول الذي يُعنى بالجوانب المنهجية من إشكالية وفرضيات وأهداف البحث وتحديد المفاهيم الأساسية للدراسة تطرق الباحث في آخر الفصل إلى المناهج الفكرية ومنهجية التي استعملت في دراسة وفيات الأمهات.

في الفصل الثاني حلل الباحث الوضع الاجتماعي والسياسي والاقتصادي والصحي للسنگال في فترة الدراسة، كما تطرق إلى مميزات المنشآت الصحية التي استعملت في دراسة وفيات الأمهات. وحدد الباحث أيضا مصدر البيانات وطريقة جمعها وأدوات التقنية للبحث.

في الفصل الثالث، حلل وشرح الباحث نتائج الدراسة الوصفية والتحليلية وكانت النتائج كالتالي: -مستوى وفيات الأمهات في المستشفى مرتفع في جميع وحدات الولادة في الدراسة. لا تسمح حدود عدد مصالح الولادة باستخلاص الاستنتاجات القاطعة. ومع ذلك، يبدو أنه فيما يخص السنگال، فإن مؤشرات الموارد وإدارة هذه الموارد تؤثر على مستوى وفيات الأمهات في المستشفى. وبالتالي، يبدو أن توفر المواد والمعدات اللازمة للجراحة، الأدوية مثل مضادات التشنجات، الإشراف على جميع الولادات بواسطة موظفين مؤهلين، واستخدام دليل تسيير

التعقيدات، والموقع الجغرافي للمصالح الولادة يؤثر تأثيرا كبيرا في جودة ورعاية الأمومة وبذلك على وفيات الأمهات في المستشفى.

وبالتالي، توفر كبريتات المغنيسيوم في كل ولادة، يمكن أن تقلل من عدد وفيات الأمهات المرتبطة باضطرابات ارتفاع ضغط الدم، حتى توفر المعدات الأساسية والموارد البشرية لإجراء عملية قيصرية في أي وقت (على سبيل المثال، علبة كاملة لمعدات العملية القيصرية، طبيب التخدير) يمكن أن يحسن بشكل كبير من تشخيص النساء المصابات بمضاعفات الولادة.

وأخيرا تسيير جيد للموارد البشرية التي تضمن الإشراف على جميع الولادات من قبل موظفين مهرة، من شأنه أن يعزز بشكل أفضل رعاية الأمهات، واكتشاف المضاعفات بشكل أسرع وعلاجها المناسب لهم. بالإضافة إلى استخدام دليل عملي كلينيكي ستعزز جودة الرعاية المقدمة للمرضى. لأنه لا داعي للتشجيع النساء التوجه إلى الهياكل الصحية، إذا كانت الرعاية المقدمة لهن ليست كافية، الوضع الذي يبدو أكثر وضوحا في الأمهات المتواجدة في منطقة ريفية، حيث يكون خطر الوفاة أعلى، مقارنة بتلك الموجودة فيها منطقة داكار.

في حالة السنغال، ووفقاً للنموذج التنبئي الذي تم الحصول عليه من طرف الباحث سبط الباحث على المعايير التالية:

✓ رعاية عالية الجودة للنساء اللواتي يعانين من مضاعفات الولادة: بتوفر كبريتات المغنيسيوم، واستخدام الدليل للتكفل بالمضاعفات.

✓ الحد الأدنى من الرعاية لجميع النساء: مصلحة أمومة وجناح الجراحة مجهز وفعال في الليل ونهاية الأسبوع وإشراف شخص مؤهل على كل الولادات.

✓ حسن إدارة الموارد: تحسين أوضاع أقسام الولادة خاصة التي تقع خارج منطقة داكار مع توفر الخدمات 24 ساعة على 24 ساعة وتكوين مستمر للعمال الصحة للإشراف على كل الولادات وخدمة نقل الدم الوظيفية. تحسين الوضع داخل الهياكل سيكون له تأثير على المستوى الوطني.

2.1 دراسة ألمامي مليك كنتي و جيل بيزون¹ Almamy Malick KANTE et Gilles

Pison دراسة في الريف السينيغالي تحت عنوان - **La mortalité maternelle en milieu rural senegalais.L'experience du nouvel hopital de Ninéfescha.2010**

الدراسة تحلل أثر بناء مستشفى عصري في قلب منطقة ريفية في السينيغال، وسلوك اللجوء إلى الرعاية الصحية في هذه المنطقة. كانت المنطقة حتى للآن غير مجهزة كما ينبغي و هي منطقة بوندفاسي **Bandafassi**، والهدف الأول من هذا المستشفى هو التقليل من وفيات الأمهات المرتفعة جدا في المنطقة.

بني المستشفى في منطقة ريفية، في وسط التلال. تمت الدراسة بطريقة الملاحظة وبمقارنة مستوى الولادات والوفيات للفترات التي سبقت السنة التي بنيت في المستشفى والفترة التي تلت بناء المستشفى، كما استعملت طريقة المقابلة. بينت المعطيات أن وفيات الأمهات لم تنخفض بشكل حساس بعد افتتاح المستشفى وأغلبية النساء لا تذهب إليه للزيارات ما قبل الولادة ولا للولادة وهذا رغم حملات التحفيز. وقد بررت السلطات هذا الهجران إلى السكان والتقاليد السائدة في المنطقة.

بينت نتائج الدراسة أن السبب الرئيسي في هذا الهجران هو عدم الملاءمة بين شروط وبيئة عرض الرعاية لمستشفى ننفشي (**Ninéfescha**) (مكان الاستقبال، علاقة الثقة، الطرق العلاجية) و حاجيات السكان. وغالبًا ما يؤدي عدم أو قلة التنسيق قبل تنفيذ البرامج بين الإرادة السياسية والمسؤولين الصحيين والسكان المعنيين إلى تعريض مبادراتها لخطر الفشل بسبب عدم أخذ بعين الاعتبار العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والجغرافية.

أكد الباحثان على أهمية التعليم في استعمال نساء المنطقة خدمات ما قبل الحمل في المستشفى الجديد حيث ضعف مستوى التعليمي للنساء إلا أن الأكثر تعلمًا هن الأكثر

¹ Almamy Malick kante et Gilles Pison, « **La mortalité maternelle en milieu rural senegalais.L'experience du nouvel hopital de Ninéfescha** », Article disponible en ligne à l'adresse <https://www.cairn.info/revue-population-2010-4-page-753.htm>, INED.

استعمالاً لخدمات متابعة الحمل والولادة في المستشفى الجديد، كما تؤكد دور سن الأم ورتبة الولادة حيث أن الصغيرات في السن وأمهات الأطفال من الرتبة الأولى أكثر استعمالاً لهذه الخدمات في هذه المنطقة باعتبارهن أكثر تعلماً من قرينتهن الأكبر سناً. ورغم أن احتمال استعمال الخدمات الصحية ما قبل الولادة والولادة في قاعة العلاج الموجود في المنطقة مرتبط بالقرية والمسافة التي تربطها بمكان الخدمات الصحية، حيث أن النساء اللواتي تسكن بالقرب من قاعة العلاج، إلا أن هذه القاعدة لم تحترم فيما يخص المستشفى الجديد Ninéfescha وإنما المعتقدات الشعبية حول أي استثمار صحي هي التي تؤثر بشكل كبير على استعمال هذه الخدمات.

من جانب آخر وحسب الباحثين فإن المسافة الأكليدية لا تعبر على المسافة الحقيقية بين نقطتين، وإنما المسافة بالوقت بين النقطتين هي التي تعبر أكثر على هذه المسافة وكذا النساء اللواتي تسكن في القرى السهلية أكثر استعمالاً لهذه الخدمات من القرى التي توجد في المرتفعات.

3.1 دراسة فرزادفار فرشاد مقدم و آخرون¹ تحت عنوان - Ressources humaines pour la densité de santé et ses associations avec l'enfant et mortalité

. maternelle en république islamique d'Iran في 2005.

الهدف من البحث هو دراية أثر الكثافات الطبية على وفيات الأمهات و الأطفال الرضع والأطفال الأقل من 5 سنوات في المناطق الريفية في جمهورية إيران الإسلامية بين 2005 و 2011.

الطريقة تتمثل في بناء نموذج إحصائي يسمى برنامج بواسن poisson أين استعملت وفيات الأمهات والأطفال كمتغير تابع والكثافات بالأطباء والممرضين والقابلات التقليدية كمتغيرات

¹ Zahra Madadi, Farhad Pishgar, Erfan Ghasemi et les autres, "Human resources for health density and its associations with child and maternal mortality in the Islamic Republic of Iran", Tehran University of Medical Sciences, Islamic Republic of Iran, World Health Organization (WHO), 2021.

مستقلة، كما مداخيل ومصاريف العائلات، وعدد السكان سن السكان نسبة التحضر سنوات التعليم ومؤشر الغنى في كل حي.

بينت النتائج أن كثافة الأطباء تؤثر بشكل دال معنويا على مستوى وفيات الأطفال في مستوى دلالة 5% على مستوى وفيات الأطفال الرضع والأطفال الأقل من 5 سنوات وكذا وفيات الأمهات وتؤدي إلى تراجع هذه الوفيات ب1,5%، 1,1%، 63,5%. النماذج المبنية بينت تأثير العديد العوامل الاجتماعية والاقتصادية الأخرى في مستوى وفيات الأطفال والأمهات.

4.1 دراسة بروف سدير أنو¹ et Barnighausen Prof.Sudhir Anand Dphil تحت

عنوان:

Ressources humaines et résultats sanitaires étude économétrique transnationale.

تتمثل الدراسة التي أقيمت من طرف هذين الباحثين في استعمال معطيات المنظمة العالمية للصحة للبلدان فيما يخص وفيات الأمهات والأطفال والأطفال الأقل من 5 سنوات وكان الهدف منها اختبار قوة وأهمية الموارد البشرية للصحة في العالم، وباستعمال أيضا طرق محسنة والتي تتمثل في طريقة الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات، أين تمثلت وفيات الأمهات والأطفال والأطفال الأقل من 5 سنوات المتغيرات التابعة والكثافات الطبية بالأطباء والمرضى كمتغيرات مستقلة. استعملت أيضا المتغيرات المتعلقة بالمداخل وتعليم النساء والفقير النقدي.

حسب الدراسة تعد الكثافات بالأطباء والمرضى مهمة لشرح الاختلاف في معدلات وفيات الأمهات والأطفال والأطفال الأقل من 5 سنوات بين بلد وآخر. أثر هذه الكثافات أكبر على

¹ Sudhir Anand, Till Bärnighausen, **Ressources humaines et résultats sanitaires :étude économétriques transnationale**, University of Oxford, www.thelancet.com, vol364, 30 octobre 2004.

معدل وفيات الأمهات لأن الطاقم الطبي المؤهل يستطيع أكثر معالجة الأمراض التي تضع حياة النساء في خطر.

أكد الباحثان أن الاستثمار في الاستثمار في الموارد البشرية للصحة لا بد أن تعتبر من إستراتيجية لبلوغ الأهداف الإنمائية والتخفيض من وفيات الأمهات والأطفال.

2-الدراسات الجزائرية

1.2 دراسة الأستاذة كواش زهرة¹ 2006:

وهي بعنوان "الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال، دراسة ميدانية تحليلية للنساء الحوامل والمواليد الموتي والمواليد الجدد"، سنة 2006. الهدف الرئيسي لهذه الدراسة اكتشاف حقيقة الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال وكذا مدى تأثير الخدمات الصحية والمراكز الاستشفائية على صحة المرأة الحامل والموليد. من منظور أن الوفاة ظاهرة طبيعية إلا أن أسبابها يمكن أن تكون اجتماعية أو اقتصادية أو ثقافية أو ديمغرافية، سعت الباحثة من تحقيق 4 أهداف أساسية من خلال هذه الدراسة أولها اكتشاف أسباب هذه الوفيات من خلال استعمال أدوات البحث الديمغرافية، ثانيا تسليط الضوء على الأسباب الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية والصحية التي يمكن أن تؤثر على وفيات المواليد الجدد والمواليد الموتي والنساء الحوامل. أما الهدف الثالث للباحثة فيتمثل في معرفة إلى أي درجة تؤثر الخدمات الصحية والمراكز الإستشفائية في الولاية على صحة المرأة الحامل والمواليد الجدد ومدى قدرة السياسات السكانية لتقديم البرامج الفعالة لمكافحة وفيات النساء الحوامل وتخفيض وفيات الأطفال. ولتسليط الضوء على ظاهرة وفيات النساء الحوامل والمواليد، صاغت الباحثة السؤال الرئيسي كما يلي:

¹ زهرة كواش، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الديموغرافيا، جامعة الجزائر، 2006.

ما هي أسباب وفيات النساء الحوامل والأطفال الأكثر انتشارا وكيف يمكن التحكم فيها وتقليصها إلى أقصى درجة؟

كما وضعت الباحثة الفرضيات التالية:

أ. الفرضية الأولى: إن تدهور الحالة الاقتصادية لكثير من العائلات وانخفاض الدخل يجر معه سوء التغذية وانخفاض مستوى الرعاية الصحية وبالتالي ظهور أمراض فقر الدم وتدهور الصحة العامة تؤدي إلى وفاة الحامل والجنين أثناء الحمل وأثناء الولادة.

ب. الفرضية الثانية: كلما تأخر سن زواج المرأة، كلما ارتفعت نسبة التعقيدات أثناء الحمل والولادة والتي تؤدي إلى موتها أو موت الطفل أو موتها معا.

ت. الفرضية الثالثة: إن الأمهات اللاتي يعانين من الأمراض المزمنة والأمراض البيولوجية هن أكثر عرضة للوفاة أثناء الحمل والولادة.

ث. الفرضية الرابعة: إن الإرهاق الذي يصيب المرأة داخل وخارج البيت يؤثر على حالتها الصحية وهذا يؤدي إلى وفاتها ووفاة جنينها.

ج. الفرضية الخامسة: يتأثر مستوى صحة الأم والطفل بمدى توفر خدمات رعاية الأمومة ومتابعة الحمل والرعاية الصحية بعد الولادة.

قسمت الباحثة الدراسة إلى ثلاث أبواب كما يلي:

خصصت الباحثة الباب الأول للإطار المنهجي للدراسة وذلك من خلال 6 فصول بما في ذلك وفيات الأمهات ووفيات المواليد الجدد والمواليد الموتي. تطرقت الباحثة في الفصل الأول إلى تحديد مفاهيم المستعملة في الدراسة وكذا أهداف وفرضيات الدراسة، فضلا عن الإشكالية التي بنيت عليها كل الدراسة.

كما تطرقت الباحثة في الفصل الثاني مستوى وفيات الأمهات في الجزائر وكذا الرعاية الصحية التي لا بد للمرأة الحامل أن تحضا بها وذلك لسلامتها وسلامة مولودها. كما ألمّ الفصل الثالث

بأنواع الرعاية الصحية التي تُقدم للأطفال والرضع من تطعيم ورضاعة طبيعية والتي من شأنها أن تحمي المولود من أمراض قد تؤدي إلى وفاته. عدّد **الفصل الرابع** العوامل المؤثرة على وفيات النساء الحوامل والأطفال. تطرّق **الفصل الخامس** إلى علاقة الخدمات الصحية بمستوى هذه الوفيات، كما عرف **الفصل السادس** بالسياسات السكانية والصحية في العالم وفي الجزائر وآفاقها المستقبلية.

أما **الباب الثاني** من الدراسة فقد خُصص إلى الدراسة الميدانية لوفيات المواليد الموتي ووفيات المواليد الجدد، والذي قُسم إلى 6 فصول أخرى تطرقت من خلالها الباحثة إلى مصادر جمع البيانات الذي كان الملفات الطبية لمستشفى قسنطينة لسنة 2004 والتعريف بالمنهج المستخدمة في هذا الجزء من الدراسة وهذا في **الفصل السابع**. أما في **الفصل الثامن** فقد خُصص لتوزيع البيانات المستخرجة من الملفات على شكل جداول بسيطة ومركبة وتحليلها تحليلًا إحصائيًا. كما اهتمت الباحثة في **الفصل التاسع** بالخصائص الديموغرافية لأمهات المواليد الموتي بينما اهتمت في **الفصل العاشر** بآباء المواليد الميتة وبوضعيتهم الاجتماعية والاقتصادية والتي من شأنها التأثير على لهذه الوفيات. واهتمت الباحثة في **الفصل الحادي عشر** و **الثاني عشر** بالمشاكل الصحية الخاصة بأمهات المواليد الموتي وبالرعاية الصحية التي تلقتها أمهات المواليد الموتي أثناء الولادة.

وَفُتِحَ **الباب الثالث** على الدراسة الميدانية للنساء الحوامل حيث من خلال **الفصل الثالث عشر** تم التطرق إلى مصادر جمع البيانات لهذا الجزء من الدراسة وكذا المناهج المستعملة. فالدراسة الميدانية الثانية لهذا العمل أُقيم في المستشفى الجامعي لقسنطينة في مصلحة متابعة الأمهات الحوامل "بحمل عال الخطورة" "haut risque" وذلك عن طريق طريقة المقابلة. ومن خلال **الفصل الرابع عشر** و**الخامس عشر** تم توزيع وتحليل الخصائص الديموغرافية والسلوك الانجابي للنساء الحوامل التي تمت مقابلتهن من طرف الباحثة. أما في **الفصل السادس عشر** فقد اهتمت الباحثة بالوضع الاجتماعية والاقتصادية للنساء الحوامل وكذا المشاكل الصحية التي

تعاني منها هذه الفئة من النساء وهذا في الفصل السابع عشر وفي الفصل الثامن عشر الرعاية الصحية التي تلقتها المرأة الحامل التي تم المقابلة معها. وختمت الباحثة دراستها بالفصل التاسع عشر والذي هو عبارة عن عرض لنتائج الدراستين الميدانيتين التي قامت بها الباحثة وكذا أهم التوصيات التي استنتجتها.

نتائج الدراسة:

ويمكننا تلخيص أهم النتائج في النقاط التالية:

فيما يخص النتائج الخاصة بالدراسة الميدانية لوفيات المواليد الجدد والمواليد الموتى فإن الباحثة توصلت إلى أن:

1. وفيات المواليد الجدد والمواليد الموتى ترتفع في فصل الصيف، وهذا نظرا لارتفاع المواليد الإجمالية في هذا الفصل وارتفاع درجة الحرارة وارتفاع انتشار البكتريا، ونقص المياه الصالحة للشرب ونقص النظافة. كما أشارت الباحثة إلى أن الوفيات حول الولادة أعلى عند الذكور من الإناث (53% مقابل 45% على التوالي).
2. وفيات المواليد حول الولادة مرتفعة عند المواليد التي تتراوح أعمار أمهاتهم بين 35 و49 سنة، وهو سن خطير للولادة. كما توصلت الباحثة إلى أنه يزيد خطر الوفاة عند المواليد التي تكرر الحمل عدة مرات عند أمهاتهم، والتي ولدت مولودا ميتا قبله. كما أن المدد بين المواليد عند الأم يفسر نسبة من هذه الوفيات حيث مدة 0-2 سنة لا تسمح للأم باستعادة صحتها والخوض في حمل آخر.
3. قسمت الباحثة الأسباب الرئيسية لوفيات المواليد الجدد والمواليد الموتى إلى قسمين التي تتعلق بصحة الأم وهي بنسبة عالية بالمشاكل المتعلقة بضغط الدم عند المرأة الحامل (61%) وفقر الدم (28%). أما التي تتعلق بصحة الطفل فهي تتمثل في غالب الأحيان بالتشوهات الخلقية (51%) والتي سببها حسب الباحثة سوء تغذية الأم الحامل وتناولها أدوية ضارة لحملها، تليها 23% والتي تمثل المشاكل على

مستوى الرحم. كما بينت الباحثة أن صحة الأم قبل الوضع تأثر على الجنين ووفاته.

4. أشارت الباحثة إلى أن 90% من الولادات الميئة هن من سوء حض النساء الماكثات في البيت وهذا راجع حسب الباحثة إلى أن عمل المرأة يمنعها من تقليل من الإنجاب وتعريض صحتها أقل من المرأة الماكثة في البيت.

5. تطرقت الباحثة إلى نوعية الخدمات المقدمة في المستشفى وتأثيرها بالاحتفاظ الناجم عن قدوم أمهات من تسع ولايات مجاورة وهذا دليل على نقص وربما انعدام الخدمات الصحية في هذه الولايات. وقد أكدت الباحثة على أن رغم توفر اللوازم للعناية بالنساء الحوامل إلا أنه يمكن أن تحول بعض الحالات إلى المستشفى الجامعي بالجزائر العاصمة.

6. سجلت الباحثة أنه من الصعب التحقق من أثر المستوى التعليمي والمستوى الاقتصادي على وفيات المواليد الجدد والمواليد الموتى لأنها لا توجد في ملفات المرضى.

أما النتائج الخاصة بالدراسة الميدانية للنساء الحوامل فكانت على النحو التالي:

1. النساء الحوامل المتقدمات في السن أكثر عرضة للمشاكل الصحية التي تظهر أثناء الحمل والوضع، وأشارت الباحثة إلى أن النساء ذوات 25-29 سنة يتعرضن للمشاكل الصحية أثناء الحمل وهذا مثير للانتباه بمعنى أن المشاكل الصحية بدأت تمس أيضا الصغيرات في السن.

2. يعتبر الثلاثي الثالث من الحمل الفترة التي تُصاب بها المرأة الحامل بالتعقيدات عند أغلبية النساء الحوامل.

3. كما تعتبر النساء الحوامل الغير العاملات أكثر عرضة للتعقيدات، وهذا يدل حسب الباحثة إلى أن الغير العاملات ينجبن بكثرة مما يُعرض صحتهن للخطر.

4. كما ظهر في الشطر الأول من الدراسة المعني بوفيات المواليد، فإن الضغط الدموي

أول مشكل صحي تتعرض إليه المرأة الحامل ويليه السكري.

5. تنبّهت الباحثة إلى أن النقص الكبير في الخدمات الصحية التي تعنى بالحمل شديد الخطورة في الولايات المجاورة لولاية قسنطينة، مما أدى بهذه المريضات إلى التنقل إلى قسنطينة والمكوث فيها المدة اللازمة. وهذا الأمر غير متاح لكل المريضات في الولايات البعيدة على المستشفيات الكبرى لظروف ممكن أن تكون اجتماعية (أطفال صغار مثلا) أو اقتصادية (تكاليف السفر لها و لزوجها) أو ثقافية (منع الزوج لزوجته بسبب بعد المسافة)...

6. وأكدت الباحثة من خلال الفرضية الخامسة أن الخدمات الصحية تؤثر بشكل كبير على صحة المرأة الحامل وجنينها وأن غياب هذه الخدمات أو نقصها قد يؤدي إلى فقد المرأة الحامل لحياتها أو حياة مولودها.

أوصت الباحثة على إلزامية تقديم البرامج التي تُعنى بتخفيض وفيات الأطفال والتركيز في هذه البرامج على المناطق الريفية، وإدخال وسائل الإعلام المرئية خاصة التلفاز الذي يُعتبر أهم وسيلة التي تدخل إلى كل البيوت وتؤثر عليها.

2.2 دراسة بلعدي أمال¹ 2018

تتمثل الدراسة في أطروحة دكتوراه تحت عنوان رعاية صحة الأمومة دراسة قياسية في ضوء نتائج المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012. تتمحور إشكالية الدراسة حول السؤال الرئيسي التالي:

ماهي العوامل المؤثرة في استخدام خدمات صحة الأمومة بين النساء الجزائريات في سن الإنجاب؟

كما تركز الدراسة على مجموعة من الفرضيات:

الفرضية الأولى: يتأثر استخدام خدمات صحة الأمومة بوسط ومنطقة الإقامة، فالنساء في

¹ أمال بلعدي، رعاية صحة الأمومة، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في الاقتصاد و الإحصاء التطبيقي، المدرسة الوطنية العليا للإحصاء و الاقتصاد التطبيقي، 2018.

المنطق الحضري والشمالية أكثر استخداما وترددا على مصالح رعاية الأمومة مقارنة بنظيرتهن في بقية مناطق الوطن.

الفرضية الثانية: يُؤثر المستوى التعليمي والمعيشي للمرأة على مدى استخدامها لخدمات صحة الأمومة فالتردد على مصالح التوليد ترتفع كلما ارتفع المستوى التعليمي.

الفرضية الثالثة: يرتبط مستوى استخدام خدمات صحة الأمومة بالرغبة في الحمل وبعده الأطفال، فالنساء اللاتي يرغبن في الحمل أكثر ترددا من غيرهن، ثم كلما ارتفع عدد الأطفال كلما قل إقبالهن على خدمات صحة الأمومة.

الفرضية الرابعة: متابعة الحمل وكذا تلقي المرأة لخدمات ذات نوعية جيدة يؤدي إلى استخدام أحسن للخدمات الصحية أثناء الولادة.

تهدف الدراسة إلى:

- التعرف لنتائج المسحين العنقوديين متعدد المؤشرات ل2006 و 2012.
- إبراز تأثير العوامل الاجتماعية والديمغرافية للنساء في سن الإنجاب 15-49 سنة على الإقبال على خدمات صحة الأمومة.
- التعرف على الوضع الصحي للنساء في سن الإنجاب.
- تحديد العوامل المؤثرة في استخدام النساء لخدمات صحة الأمومة من خلال نتائج المسحين.

تحصلت الباحثة من خلال نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لتحديد مدى تأثير المتغيرات المستقلة على المتغيرات التابعة على 4 نماذج، نموذج استخدام الخدمات الصحية خلال فترة الحمل أي متابعة الحمل، ونموذج احترام معايير متابعة الحمل ونموذج نوع الكادر الطبي القائم على الولادة ونموذج احتمال الولادة في مكان صحي مؤهل للولادة وهذا لكل من 2006 و2012.

أظهرت النتائج وجود فروق واضحة بين النساء في الجزائر فيما يخص الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية المؤهلة وذلك حسب الخصائص الاقتصادية والثقافية والاجتماعية

والديمغرافية.

حددت الباحثة المتغيرات الاقتصادية والثقافية والديمغرافية التي تؤثر على الـ4 نماذج:

❖ تختلف العوامل المفسرة لاستخدام خدمات متابعة الحمل، معايير متابعة الحمل، نوع الكادر الطبي القائم على الولادة، احتمال الولادة في مكان صحي باختلاف وسط الإقامة، منطقة الإقامة، سن المرأة المستوى التعليمي والمعيشي للمرأة وعدد الأطفال في سنة 2006، أما في 2012 فغنه تبين أن الرغبة في الحمل والسن عند الزواج الأول من العوامل المفسرة لهذه النماذج. إذ تبين حسب الدراسة أن الحضريات ونساء المناطق الشمالية والتي تحصلن على قدر أكبر من التعليم والنساء المنتميات إلى مستوى معيشي أكبر والنساء اللاتي يملكن عدد أقل من الأطفال هذه الخصائص النساء اللاتي يتابعن حملهن حسب معايير متابعة الحمل ويلدن بحضور طاقم طبي مؤهل في مكان صحي.

❖ سجلت سنة 2012 تحسنا في تأثير وسط الإقامة وبينما ارتفع تأثير منطقة الإقامة.

❖ وعند ترتيب المتغيرات المستقلة المفسرة لخدمات صحة الأمومة، أن المستوى التعليمي أكثر إسهاما في تفسير استخدام خدمات متابعة الحمل يليها المستوى المعيشي وعدد الولادات في 2006، بينما في 2012 عدد الولادات هي الأكثر إسهاما تليها منطقة الإقامة في تراجع المستوى التعليمي إلى المرتبة الثالثة حيث تفسر هذه العوامل الثلاث 43,98% من تغيرات استخدام متابعة الحمل.

❖ يعتبر المستوى التعليمي للأم العامل الأكثر إسهاما في كل النماذج المتحصل عليها من طرف الباحثة أي في متابعة الحمل، معايير متابعة الحمل، الولادة في بحضور كادر طبي مؤهل وفي مكان صحي.

❖ أظهرت النتائج على أن النساء في الجزائر ليس لهم نفس الفرص من حيث الاستفادة من خدمات الرعاية الصحية، مما يستلزم اتخاذ تدابير للحد من هذه الفروق ومنح نفس الفرص للنساء في جميع انحاء الوطن ومهما كانت مستواها التعليمي

والمعيشي وكذا المنطقة التي تعيش فيها للأستفادة من الخدمات الصحية ذات جودة عالية خلال فترة الحمل والولادة.

3.2 دراسة نجات قاضي¹ 2013

تتمثل الدراسة في إطار التحضير لرسالة الدكتوراه في الديمغرافيا من جامعة وهران في 2013 تحت عنوان "الصحة الإنجابية والفقير في الجزائر" وهي باللغة الفرنسية " Santé reproductive et pauvreté en Algérie".

تتمثل الأهداف الأساسية للدراسة في:

▪ تحليل تطور مؤشرات الصحة الإنجابية والفقير في الجزائر من خلال معطيات المسح الجزائري للأسرة 2002.

▪ تقييم مستوى الصحة الإنجابية والفقير في الجزائر من خلال أهداف الألفية.

▪ تقدير مستوى الصحة الإنجابية والفقير في الجزائر عن طريق دراسة تجريبية وباستعمال معطيات مسح الأسرة.

يتمحور التساؤل الأساسي في العلاقة التي تربط الفقر والصحة الإنجابية من خلال المسح الوطني المتعدد المتغيرات ل2002 بحيث هل تحسين الصحة الإنجابية للمرأة في سن الإنجاب تؤثر على الفقر؟

ترتكز الدراسة على مجموعة من الفرضيات والتي هي:

✚ يوجد تحسن في كل مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر.

✚ يوجد انخفاض في الفقر في الجزائر.

✚ توجد علاقة بين الصحة الإنجابية والفقير في الجزائر.

✚ تحسن في الصحة الإنجابية للمرأة في سن الإنجاب تؤدي بالأسرة إلى الهروب من الفقر.

¹ Nadjet Kadi, **Santé reproductive et pauvreté en Algérie**, thèse pour l'obtention du titre de docteur en Démographie, université d'Oran, 2013.

تم تنظيم خطة الرسالة في أربعة فصول:

الفصل الأول ذو طبيعة نظرية لأنه يتعامل مع المفاهيم المختلفة والتعاريف والمقاييس المختلفة للصحة الإنجابية والفقير. كما تقدم مراجعة لأدبيات متعلقة بالعلاقة بين الصحة الإنجابية والفقير.

خصصت الباحثة **الفصل الثاني** لدراسة الصحة الإنجابية في الجزائر من خلال تحليل تطور مؤشرات الصحة الإنجابية وتقييم هذه المؤشرات وفقاً لأهداف الألفية للتنمية. أخيراً كشفت الباحثة عن الاستراتيجيات التي تم تنفيذها لتحسين الصحة الإنجابية في الجزائر، مع التذكير بالسياسات السكانية والصحية المطبقة منذ الاستقلال.

خصصت الباحثة **الفصل الثالث** لدراسة الفقر في الجزائر عن طريق التأكيد السياسة الاقتصادية في الجزائر بعد الاستقلال. ثم قامت الباحثة بتحليل تطور الفقر وتقييمه حسب أهداف الألفية، كما ناقشت الاستراتيجيات المختلفة لمكافحة الفقر.

خصصت **الفصل الرابع** للتعريف بمعطيات الدراسة وهي معطيات المسح الوطني لصحة الأسرة لعام 2002 بتقديم الجانب المنهجي لهذا التحقيق. كما اجتهدت الباحثة في بناء مؤشرات مركبة لقياس الصحة الإنجابية من جهة والفقر عند المرأة من جهة أخرى، ثم درست وحللت أثر الواحد عن الآخر من خلال التحليل الوصفي، الثنائي المتغيرات ونماذج الانحدار.

من خلال عمل منظم وبناء توصلت الباحثة إلى **الاستنتاج** أن خطت الجزائر خطى عملاقة نحو القضاء على الفقر الغير المالي للأسر وكذا الحفاظ على الصحة الإنجابية للمرأة. كما توصلت الباحثة إلى أن فقر الأسرة يؤثر تأثيراً سلبياً على الصحة الإنجابية للمرأة، من جانب آخر المرأة التي تحافظ على صحتها الإنجابية يمكنها الهروب من فقر الأسرة المدقع. بصفة أدق تحسين ظروف الصحة الإنجابية للمرأة وخاصة تباعد الولادات يجعل المرأة والأسرة بعيدة من الفقر الغير مالي.

3-التعليق على الدراسات السابقة

من خلال الدراسات التي تم التطرق إليها والتي ما هي إلا عينة صغيرة من الدراسات التي تطرقت إلى نفس المتغير التابع الذي تطرقنا إليه يمكننا الملاحظة أن أغلبية الدراسات هي دراسات عن المجتمعات الإفريقية التي ترتفع فيها هذه الوفيات سواء منها وفيات الأمهات أو الأطفال. و قد تطرق الباحثين الأفارقة والأوروبيين إلى العلاقة بين الكثافات الطبية بالموارد البشرية ووفيات الأمهات والأطفال في بعض المناطق في بلدانهم. ومن المهم التركيز إلى أن رغم انعدام المعطيات حول هذه الوفيات في هذه البلدان وخاصة في المناطق الريفية فيها، إلا أنه يلجأ الباحث إلى دراسة هذا المتغير التابع في بعض المستشفيات من مناطق مختلفة لمقارنة النتائج بينها. كما تبقى العوامل الاجتماعية والثقافية من أهم العوامل المدروسة في القارة الإفريقية لعدم تغير الكثير من السلوكيات عند سكانها.

ومن المهم أيضا الملاحظة أن في معظم هذه الدراسات تم الجمع بين وفيات الأمهات ووفيات الأطفال سواء الرضع أو الأقل من 5 سنوات وذلك لاستحالة الفصل بين الوفايتين ولا بين العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية والديمغرافية التي تؤثر على مستواها. كما استعملت فيها تقنيات إحصائية تتراوح بين الملاحظة إلى التحليل العاملي والتحليل المتعدد المتغيرات. أما الدراسات الجزائرية فتنتم بتحليلها للموضوع على المستوى الوطني أو بتخصيص منطقة معينة من المناطق الجغرافية الجزائرية أو الولاية، أو على مستوى مصلحة الولادة لمستشفى من ولاية ما. كما اتسمت بالتركيز على العوامل الاجتماعية و الديمغرافية والصحية للأم وإهمال الجانب المؤسسي.

نحاول من خلال دراستنا للموضوع الإتيان بالجديد من خلال النقاط التالية:

1. رغم وجود الكثير من الدراسات حول وفيات الأمهات والأطفال إلا أننا لم نصادف ربط هذان المتغيران التابعان بالتغطية الصحية بالمؤشرات التي تم اختيارها في الجزائر.
2. الطابع الجهوي لدراستنا ومقارنة الوفيات والتغطية حسب الولايات والمناطق الجغرافية المنبثقة عن التقسيم الإقليمي للتهيئة العمرانية.

3. استخراج مؤشر مبني يدل على التغطية الصحية للأم، وآخر دال على التغطية الصحية للطفل باستعمال الكثافات الطبية والسريرية واستعمال التحليل العاملي طريقة تحليل المركبات الأساسية (ACP) والتي مكنتنا من تقييم جودة التغطية الصحية في كل ولاية.
4. استعمال التحليل المتعدد المتغيرات (الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات) الملائم لنوعية المتغيرات الكمية أثر الكثافات الطبية والسريرية على وفيات الأمهات والأطفال الأقل من سنة.

المبحث الثاني: المنهجية والتقنيات المتبعة في الدراسة

المطلب الأول: منهج الدراسة

للإجابة على مشكلة الدراسة والفرضيات التي وضعناها في البداية، تم ضبط المناهج العلمية التي يجب استعمالها وكان البعض منها نتيجة حتمية للإلتزام بالعمل، وقد وضحنا المنهجين الكمي والكيفي وكذا المنهج الوصفي التحليلي والمراد بها تأكيد أو نفي الفرضيات الموضوعية.

1. المنهج الكمي الإحصائي

استخدمنا في هذه الدراسة في البداية تقنيات الإحصاء الوصفي في جمع البيانات من الميدان (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات) ثم ترتيبها حسب المؤسسات الاستشفائية وجمع معطيات كل متغير حسب الولايات ثم حسب المناطق البرمجة الإقليمية وبعدها تبويبها في جداول بسيطة و مركبة وأشكال وتسهيل قراءتها وتحليلها. وقد استعملنا أيضا هذا المنهج في الدراسة النظرية في شطريها الخاص بوفيات الأمهات والخاص بوفيات الأطفال بتحليل معطيات المسوح العنقودية والتحقيقات التي قامت بها الجهات الوصية وكذا تحليل معطيات بلدان العالم وبلدان المغرب العربي في هذا المجال.

مطلب الثاني: التقنيات المستعملة في جمع البيانات

بعد عدة تنقلات إلى مقر وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات تبين لنا أنه منذ مسح لوفيات الأمهات 1999، لم تقم السلطات المعنية بأي مسح حول هذا الموضوع لإعطائنا إحصاءات جديدة وحسب الولايات. إلا أن الوزارة تملك التصريحات الإلزامية لوفيات الأمهات

التي أقرت بها الوزارة في 2013 والتي تنص على إلزامية تصريح الطبيب المناوب بوفاة الأم مع ذكر كل المعلومات الخاصة بها وسبب وفاتها، عبر المؤسسات الاستشفائية، وتملك أيضا تقارير سنوية لجميع المؤسسات الصحية العمومية أين تصرح فيها عن جميع ممتلكات والخدمات العلاجية ووفيات الأمهات ووفيات الأجنة، كما تصرح فيها عن جميع النشاطات الاستشفائية التي قامت بها المؤسسة في تلك المدة. وقررنا بذلك استعمال هذه القاعدة للمعطيات فيما يخص المتغيرات المستقلة "التغطية الصحية" والمتغير التابع "وفيات الأمهات" لسنة 2018، وهو ملف الكتروني من 800 صفحة يتكون من 3 أجزاء، حيث يحتوي الجزء الأول المعطيات حول الوسائل المادية، ويحتوي الجزء الثاني المعطيات حول الوسائل البشرية كما يحتوي الجزء الثالث المعطيات حول النشاطات العلاجية والاستشفائية وكذا الوفيات في كل المؤسسات العمومية حسب نوعها. و بعد اختيار المعلومات التي قررنا استعمالها في الدراسة* (الأطباء العامين، الأطباء المختصين في طب وجراحة الأطفال، الأطباء المختصين في طب النساء و التوليد، الممرضين، القابلات، الأسرة و الصيادلة)، كان من الضروري اختيارها من الجداول وتجميعها في جدول خاص بالمؤسسات الاستشفائية ، كما أضفنا عدد وفيات الأمهات في تلك المؤسسات وعدد الولادات في نفس المؤسسات الاستشفائية، وبهذا تمكنا من حساب المتغيرات المستقلة الدالة على "التغطية الصحية" والمتغير التابع "وفيات الأمهات الاستشفائي" بالطريقة المذكورة في الفصل الخامس الجدول رقم 25.

وبما أننا كان طموحنا أكبر، قررنا استعمال المنشورات الإلكترونية السنوية للديوان الوطني للإحصائيات فيما يخص وفيات الأطفال الرضع لسنة 2018. حيث ينشر سنويا الديوان عدد وفيات الأطفال في كل ولاية وعدد الولادات الحية، فقمنا بحساب معدل وفيات الأطفال لكل ولاية وفقا للصيغة المذكورة أعلاه في الصفحة 13، حيث أنه من المعروف ارتباط وفيات الأطفال الأقل من سنة بوفيات الأمهات.

* من الممكن استعمال معلومات أخرى حول الوسائل المادية و البشرية للمؤسسات الاستشفائية العمومية.

المطلب الثالث: التقنيات المستعملة في تحليل البيانات

لمعالجة معطيات الخام التي تم تحميلها من وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كان لابد من ترتيبها حسب المؤسسات ثم حسب الولايات التي تتواجد فيها المؤسسة العمومية مهما كان نوعها واستخراج المتغيرات التي تخدم الدراسة والقيام بحساب معدلات التغطية ومعدلات وفيات الأمهات في الولايات. وبعدها حساب نفس المعدلات في المناطق للتقسيم التهيئة العمرانية. و قد تم هذا العمل في اكسال (EXCEL 2007) وبعدها قمنا بنفس العمل فيما يخص وفيات الأطفال الرضع وكان الأمر أسهل لأن الديوان الوطني للإحصائيات ينشر المعطيات حسب الولايات. ولمعالجة بيانات الدراسة الميدانية وتحليلها استخدمنا برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الإجتماعية النسخة 22، حيث تم تحويل ملف EXCEL2007 إلى ملف SPSS 22.

1- تقنيات التحليل الوصفي

استخدمنا في هذه الدراسة تقنيات الإحصاء الوصفي من خلال البناء الجداول البسيطة والأشكال للمتغيرات المستقلة والتابعة المستعملة في الدراسة بشقيها الأول الخاص بوفيات الأمهات الاستشفائي والثاني الخاص بوفيات الأطفال الرضع. وقد تم استخراج المقاييس المهمة مثل مقاييس النزعة المركزية والتشتت للمتغيرات المستقلة والتابعة خاصة وأنها جميعها متغيرات كمية.

2- تقنيات التحليل الاستدلالي

في مرحلة أخرى استعملنا معامل الارتباط لpearson بين المتغيرات التابعة (وفيات الأمهات و وفيات الأطفال الرضع) والمتغيرات المستقلة التي تعبر عن التغطية الصحية للأمومة والطفولة وحددنا مستوى المعنوية 5%. يعكس معامل برسن علاقة خطية بين متغيرين كميين، تتراوح قيمة المعامل الارتباط بين -1 و 1، كما تعبر قيمة 0 على عدم وجود علاقة بين المتغيرين. استعملنا هذه التقنية لاستخراج العلاقات الارتباطية بين المتغيرات التابعة والمتغيرات المستقلة لتساعدنا على اختبار فرضيات البحث.

وقد اعتمدنا على مستوى دلالة 5%، بناءً على الفرضيات الإحصائية التالية التي تنص على: الفرضية الصفرية H_0 على عدم علاقة بين المتغير التابع وأحد المتغيرات المستقلة أما الفرضية البديلة H_1 فتتص على وجود علاقة، حيث يتم رفض الفرضية الصفرية في حالة الاحتمال أقل من 0,05.

3- التحليل المتعدد المتغيرات

استعملنا في هذه الدراسة الانحدار الخطي المتعدد (régression multiple) كأداة للتحليل المتعدد المتغيرات، لتحديد تأثير كل متغير من المتغيرات المستخدمة كمتغيرات مستقلة على المتغيرات التابعة والتي تمثل وفيات الأمهات والأطفال بوجود متغيرات أخرى، وهذا بسبب النوع الكمي لكل المتغيرات المستقلة و التابعة.

تعريف الانحدار الخطي المتعدد¹ المتغيرات: وهو عبارة عن انحدار للمتغير التابع Y على العديد من المتغيرات المستقلة $X_1, X_2, X_3, \dots, X_n$ لذا فإنه يستخدم في التنبؤ بمتغيرات المتغير التابع الذي تؤثر فيه عدة متغيرات مستقلة.

يستند النموذج الخطي المتعدد على افتراض وجود علاقة خطية بين متغير تابع Y_i وعدد من المتغيرات المستقلة بالنسبة لعدد من المشاهدات ويعبر على هذه العلاقة بالشكل التالي: **فرضيات النموذج:** نعتبر عينة من الأفراد N .

الفرض العدم: النموذج الخطي غير مناسب للتنبؤ $\beta_1 = \beta_2 = \dots = \beta_i = 0$

الفرض البديل: النموذج الخطي مناسب للتنبؤ $\beta_i \neq 0$

يمكن تمثيل نموذج الانحدار الخطي المتعدد على الشكل التالي:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_k X_k + E$$

حيث أن:

X_i : تمثل المتغيرات المستقلة.

¹جريدة عميرة، التحليل الإحصائي للبيانات الاجتماعية و الديموغرافية، دار عالم الأفكار، 2018، ص172.

β_1 : تمثل تقديرات مختلف معاملات متغيرات النموذج بحيث يقيس أثر المتغير المستقل على المتغير التابع.

β_0 : تمثل الثابت.

E: يدل على خطأ التنبؤ.

ويتميز نموذج الانحدار الخطي المتعدد على استخدامه لمعامل التحديد R^2 الذي يمثل مربع معامل الارتباط بين المتغيرات R ويبين كمية الاختلافات أو التباين المفسر من قبل النموذج. كما يتميز على استخدامه لإحصائية F لتقدير جودة توفيق النموذج، وإحصائية التقييم جودة توفيق المعاملات.

4- التحليل العاملي

من أجل بناء المؤشر المركب "التغطية الصحية للأم" والمؤشر المركب "التغطية الصحية للطفل" قمنا باستعمال التحليل العاملي وهذا بالاعتماد على طريقة تحليل المكونات الرئيسية¹ (ACP) والتي تستعمل لجمع المعلومات المختلفة من المؤشرات المستعملة في بناء المؤشرات وهذا يسمح بتقييم التغطية في مجملها في كل ولاية.

وتتمثل الخطوات لاستعمال لطريقة تحليل المركبات الأساسية (ACP) في البرنامج SPSS على:

5. تحديد مجموعة من المتغيرات المترابطة فيما بينها والتي تمثل التغطية الصحية للأم ومجموعة أخرى تمثل التغطية الصحية للطفل.

6. تشغيل نموذج الاختبار والتأكد من الارتباط بين المتغيرات والتأكد خاصة من معنوية النموذج في مستوى 5%.

7. استخراج العدد المطلوب من المركبات الأساسية التي تعطينا أكبر عدد من المعلومات عن التغطية الصحية.

¹جريدة عميرة، التحليل الإحصائي للبيانات الاجتماعية و الديموغرافية، دار عالم الأفكار، 2018، ص226.

8. بناء متغير نطلق عليه اسم "المؤشر المركب للتغطية الصحية للأم" ومتغير آخر نسميه "المؤشر المركب للتغطية الصحية للطفل".

نقوم بعدها باستعمال نفس البرنامج لتقسيم قيم المؤشر الذي يسمح لنا بالحصول على مستويين للدلالة على التغطية الصحية للأم والتغطية الصحية للطفل وهي: جيدة وضعيفة مقارنة بالمعدل الوطني.

المطلب الرابع: مصدر البيانات

من أجل القيام بهذه الدراسة كان لابد من معطيات التغطية الصحية في المؤسسات الصحية العمومية، معطيات وفيات الأطفال ومعطيات وفيات الأمهات، وهنا قابلتنا الكثير من العقبات التي يتلاقها الباحث في بحثه الأول ولكن أهم هذه العقبات هي المعطيات، حيث أنه لا توجد في الجزائر تحقيقات عن متغيرات التابعة للدراسة وهي عن وفيات الأمهات ولا عن وفيات الأطفال. انتظرنا خروج معطيات المسح المتعدد المتغيرات لسنة 2019 وعند نشر التقرير الخاص به لم نجد معطيات عن وفيات الأمهات. ولكل هذا استعملنا 3 مصادر في انجاز دراستنا هذه:

1-المصدر الأول

يتمثل المصدر الأول للدراسة في الدليل الإحصائي لسنة 2018 وهو ملف بيانات مختلف المؤسسات الصحية العمومية وتم أخذ منه المعطيات التي مكنتنا من بناء مؤشرات التغطية الصحية للأم والطفل والتي تتمثل في عدد الأطباء العاميين، عدد الأطباء المختصين في طب النساء، عدد الأطباء المختصين في طب وجراحة الأطفال، عدد الممرضين، عدد القابلات، عدد الصيادلة وعدد أسرة المستشفيات في كل مؤسسة صحية مهما كانت نوعها وتواجدها في الولاية. ثم تم جمع المؤسسات التابعة لكل ولاية لحساب مؤشرات التغطية الصحية فيها، وجمع الولايات التي تشكل منطقة من مناطق التهيئة العمرانية لحساب المؤشرات الصحية فيها.

كما استعمل نفس المصدر لجلب المعطيات التي سمحت لنا في بناء المؤشر معدل وفيات الأمهات الاستشفائي والتي تتمثل في عدد وفيات الأمهات، عدد الولادات الحية في كل مؤسسة

صحية. واستعملنا هذه المعطيات لحساب معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في كل ولاية، بجمع عدد وفيات الأمهات وعدد الولادات الحية في المؤسسات الصحية التابعة لكل ولاية وحساب المؤشر معدل وفيات الأمهات الاستشفائي لكل ولاية، وجمع نفس المعطيات حسب مناطق التهيئة العمرانية وحساب نفس المؤشرات في كل منطقة.

تعتمد وزارة الصحة والسكان سنويا على جمع بيانات من مختلف المؤسسات الصحية في مختلف مناطق الوطن وجمعها في ملف (PDF) على شكل جداول من 800 صفحة.

الدليل الإحصائي السنوي "الصحة بالأرقام لسنة س" وثيقة تعطي رؤية ملموسة للقطاع الصحي لسنة ما، وهي على شكل جداول تحتوي على معلومات لكل مؤسسة استشفائية حسب نوعها (مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP)، مؤسسة استشفائية (EH)، مؤسسة عمومية استشفائية (EPH)، مؤسسة استشفائية جامعية (EHU)، مؤسسة استشفائية متخصصة (EHS))، وهي تزود مختلف الفاعلين الصحيين في الجزائر بالمعلومات والبيانات الإحصائية اللازمة للتمكن من التقييم والتخطيط ولاتخاذ القرارات. كما يتكون الدليل على مجموعة معتبرة من المؤشرات و النسب لكل مؤسسة.

المعطيات الموجودة في الدليل الإحصائي "الصحة بالأرقام في سنة 2018" عبارة عن تحقيق شامل لكل المنشآت الصحية الموجودة في كل ولاية (مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP)، مؤسسة استشفائية (EH)، مؤسسة عمومية استشفائية (EPH)، مؤسسة استشفائية جامعية (EHU)، مؤسسة استشفائية متخصصة (EHS)).

تتوزع هذه المنشآت كما يلي:

الجدول رقم 1: توزيع المنشآت الصحية حسب نوعها في الجزائر.

المؤسسة	العدد	%
مركز استشفائي جامعي (CHU)	15	2.57
مؤسسة استشفائية جامعية (EHU)	1	0.17
مؤسسة استشفائية متخصصة (EHS)	79	13.55
مؤسسة عمومية استشفائية (EPH)	206	35.33
مؤسسة استشفائية (EH)	9	1.54
مؤسسة عمومية للصحة الجوارية (EPSP)	273	46.83
المجموع	583	100

Source : MSPRH, 2019, santé en chiffre 2018, p10.

يهتم الدليل بكل الإمكانيات المتوفرة من المنشآت المادية والبشرية، وإحصاء عددها مقسمة إلى:

الموارد المادية: تتكون من أهم الإمكانيات المتاحة للمنشآت الطبية في الأسرة المتوفرة بالإضافة إلى عدد كبير من المعدات الطبية الخفيفة والثقيلة (من طاولة العمليات إلى سكانير). كما أحصى الدليل سيارات الإسعاف، وسيارات في متناول الكادر الطبي والإداري، حسب نوع المؤسسة والولاية.

استعملنا في هذه الدراسة المعطيات المتعلقة بأسرة المستشفيات لكل منشأة صحية والتي تم جمعها لمعرفة عددها في كل ولاية.

الموارد البشرية: يتكون قطاع الصحة في 2018/12/31 من 261 996 موظف، من بينهم:

52 686 من طاقم طبي.

137 707 الطاقم الشبه طبي.

27 050 من الطاقم الإداري.

7 853 من الطاقم التقني.

35 104 من الطاقم الخدمات.

1 596 من العمال الآخرون.

يقوم الدليل الإحصائي بإحصاء عمال وموظفي كل المؤسسات الاستشفائية لكل ولاية مع تحديد رتبهم.

النشاطات: يحصى الدليل الإحصائي للصحة كل النشاطات التي تقوم بها المؤسسات الصحية بما فيها النشاطات الاستشفائية والطبية والجراحية.

كما يعطي الدليل معدلات إشغال الأسرة، في المصالح الطبية والاستشفائية والجراحية.

2-المصدر الثاني

يتمثل المصدر الثاني لمعطيات هذه الدراسة هو منشور سنة 2018 للديوان الوطني للإحصائيات والذي ينشره الديوان سنويا حيث قمنا بأخذ المعطيات التي سمحت لنا ببناء المؤشر الخاص بوفيات الأطفال والذي يتمثل في معدل وفيات الأطفال في الولاية، هذه المعطيات تتمثل في عدد الولادات الحية في كل ولاية وعدد وفيات الأطفال الأقل من سنة في كل ولاية.

3-المصدر الثالث

يتمثل هذا المصدر في معطيات المسوح العنقودية المتعددة المتغيرات التي أقيمت في الجزائر في 2006، 2012، 2019. وقد استعملنا هذه المعطيات في تحليل مختلف متغيرات الدراسة وخاصة تلك التي تتعلق بوفيات الأمهات.

المطلب الخامس: وصف المعطيات

باستعمال المصدر الأول، قمنا بجمع المعطيات الخاصة بالأطباء العاميين لكل مؤسسة حسب نوعها (الرجوع للجدول رقم 1)، ثم الأطباء المختصين حسب التخصصين المختارين في الدراسة (طب الأطفال و طب النساء)، ثم الممرضين و القابلات يليها الصيادلة و هذا باستعمال طريقة الجداول المحورية لبرنامج ألكال (Tableaux Croisés Dynamiques pour Excel 2010). بعدها قمنا بنفس العمل بالنسبة لأسرة المستشفيات، حيث تم جمع كل الأسرة في كل المؤسسات الاستشفائية.

استعملنا الجدول الموجود في الصفحة 49، والذي يتمثل في عدد سكان الجزائر حسب الولايات لسنة 2018 من المصدر الأول، ثم تم استخراج عدد الأطفال وعدد النساء لكل ولاية. وتم بعدها حساب المؤشرات المبنية والتي سيتم استبيان الصيغ الحسابية التي بنيت بها في الباب الخاص بالدراسة الميدانية في الجدول رقم 25.

تتوزع هذه المعطيات حسب الولايات 48، وتتمثل في مؤشرات التغطية الصحية والتي هي 8 مؤشرات: معدل التغطية بالأطباء العاميين، معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد، معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب وجراحة الأطفال، معدل التغطية بالممرضين، معدل التغطية بالقابلات، ومعدل التغطية بأسرة المستشفيات، ومعدل وفيات الأمهات الاستشفائي، ومعدل وفيات الأطفال الأقل من سنة.

بطريقة المركبات الأساسية وباستعمال المؤشرات المحسوبة وهي عبارة عن كثافات طبية وسريية (الجدول رقم 28)، تم بناء مؤشران إثنان يدل الأول على مستوى التغطية الصحية المقدمة للأم من خلال مؤشرات التغطية الصحية بالأطباء المختصين في صحة الأم والقابلات وكذا كل التخصصات المشتركة التي تعالج كل أعضاء الأسرة كالأُم والطفل أو غيرها وهي التغطية الصحية بالأطباء العاميين، التغطية الصحية بالممرضين، التغطية الصحية بالصيادلة، التغطية الصحية بأسرة المستشفيات. كما يدل المؤشر المبني الثاني، على مستوى التغطية الصحية للطفل من خلال مؤشرات التغطية الصحية بالمختصين في طب وجراحة الأطفال.

وقد بينا طريقة بناء هذان المؤشران في الفصل الخامس والسادس المخصصان للجزء التطبيقي للدراسة.

الفصل الثاني: العوامل وأسباب تطور وفيات الأمهات في العالم وفي الجزائر

تمهيد

المبحث الأول: وفيات الأمهات في العالم

المطلب الأول: وفيات الأمهات في العالم

المطلب الثاني: وفيات الأمهات في دول المغرب العربي

المبحث الثاني: العوامل المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات

المطلب الأول: العوامل غير المباشرة

المطلب الثاني: العوامل المباشرة

المبحث الثالث: الأسباب الصحية لوفيات الأمهات

المطلب الأول: أسباب الوفيات المرتبطة بالتوليد

المطلب الثاني: أسباب الوفيات الغير مرتبطة بالتوليد

المبحث الرابع: تحليل عوامل وأسباب وفيات الأمهات في الجزائر

المطلب الأول: تطور وفيات الأمهات في الجزائر

المطلب الثاني: تحليل وفيات الأمهات حسب بعض المتغيرات في الجزائر

المطلب الثالث: العوامل المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات في الجزائر

المطلب الرابعة: الأسباب الصحية المباشرة لوفيات الأمهات في الجزائر

المطلب الخامس: السياسة الصحية الوطنية المتعلقة بصحة الأم

خلاصة الفصل

تمهيد

يمثل قدوم مولود جديد حدث اجتماعي فرحت له المجتمعات قديما وحاليا ومستقبلا. لكن يمكن لهذا الحدث أن تتخلله أحداث يحوله إلى الحدث الأكثر حزنا وتعاسة للعائلة، ويتمثل هذا الحدث في وفاة الأم أثناء الحمل، أثناء الولادة وبعد الولادة.

بقيت وفيات الأمهات، رغم انخفاضها الحاد، مشكلة الصحة العامة. معدلها هو مؤشر جيد لجودة الرعاية التوليدية، ومؤشر لظروف الرعاية الصحية للمرأة. في العديد من البلدان، تعتبر وفيات الأمهات سبباً رئيسياً للوفيات بين النساء في سن الإنجاب. وهي أيضا واحدة من المشاكل الصحية العامة والخطيرة، مع عواقب اجتماعية وأسرية.

توجد عدة مؤشرات لوفيات الأمومة، لكن تقديرها الدقيق لا يزال صعبا ومكلفا، وعلاوة على ذلك، يجب إبراز عوامل الخطر وأسبابه، التي يمكن تجنبها، للتغلب عليها. يمكن منع معظم وفيات الأمهات عن طريق الوقاية والتدبير السليم للمضاعفات، لذلك يجب على جميع النساء الحصول على الرعاية الصحية السابقة للولادة أثناء الحمل، بمساعدة القابلات وأطباء مؤهلين، والحصول على الرعاية والدعم في الأسابيع التالية للولادة كما يجب توفير الكادر الطبي المؤهل والمكان الصحي لتغطية ظروف الولادة.

سنتطرق في هذا الفصل لتحليل وفيات الأمهات في العالم، كما سنتطرق إلى العوامل الأساسية والأسباب الصحية المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات ثم سنخوض في مستوى وخصائص هذه الوفيات في الجزائر حسب المعطيات المتاحة لدينا ونحاول لمس الاختلافات الكبيرة التي تسجل في معدل وفيات الأمهات بين ولايات الوطن.

المبحث الأول: وفيات الأمهات في العالم

المطلب الأول: وفيات الأمهات في العالم

اهتم المجتمع الدولي بالعمل على خفض العدد الهائل من وفيات الأمهات من خلال عقد العديد من المؤتمرات الدولية وإصدار البيانات المختلفة وكذا إقرار إجراءات نذكر منها بيان منظمة الصحة العالمية¹ الذي أوضح التدابير التي يجب تطبيقها لتقليل وخفض معدل وفيات الأمهات. أهم هذه القرارات الزامية منح الأمهات فرص الاستعادة من الرعاية الصحية على يد موظفين مؤهلين ومختصين أثناء الحمل والولادة بعدها وعند تعرضها لأي مضاعفات قد تشكل خطراً على حياتها أو حياة الطفل أو قد تتسبب لهما في عاهات مستديمة.

تحسين صحة الأم هو واحد من ثمانية أهداف للألفية (OMD) التي اعتمدها المجتمع الدولي في عام 2000، والتي تهدف إلى خفض بنسبة ثلاثة أرباع وفيات الأمهات بين عامي 1990 و2015. تطلب تحقيق هذا الهدف انخفاضاً سنوياً بنسبة 5,5% من معدل وفيات الأمهات.

إلا أن لم تستطع الكثير من البلدان ومنها الجزائر من تحقيق هذا الهدف، مما أدى إلى استدرجه كهدف من أهداف التنمية المستدامة (ODD) 2015-2030. حيث حددت البلدان الآن لنفسها هدفاً جديداً لزيادة خفض معدل وفيات الأمهات، يتمثل أحد هذه الأهداف الهدف 3 من أهداف التنمية المستدامة في خفض معدل وفيات الأمهات في العالم إلى أقل من 70 لكل 100 000 مولود حي، إذ لا يجب لأي بلد أن يزيد معدل وفيات الأمهات فيه عن ضعف المتوسط العالمي. كما يعتبر تحقيق الرعاية الصحية للأم أحد أهم الاستثمارات التي يمكن لأي بلد القيام به لتعزيز الرأس المال البشري وتحفيز النمو الاقتصادي.

انخفض عدد النساء اللواتي يمتن بسبب مضاعفات خلال الحمل والولادة في العالم بنسبة 44% بين عامي 1990 و2015، حيث من 564 000 إلى 303 000 وفاة لنساء نتيجة

¹ http://www.who.int/stratégie_mondiale_pour_la_santé_de_la_femme_et_de_L'Enfant_et_de_adolescent_2016-2030, ONU, 2017.

الفصل الثاني: تقييم وتطور وفيات الأمهات في العالم وفي الجزائر

للمضاعفات أثناء أو بعد الحمل، أو الولادة، أو ما يصل إلى ستة أسابيع بعد الولادة، وهو ما يمثل انخفاض سنوي ب 2.3%¹.

وتسجل بلدان العالم تباينات كثيرة بينها فيما يتعلق بعدد وفيات الأمهات، كما يوجد اختلافات كبيرة بين سكان البلد الواحد حسب الدخل و حسب المنطقة.

حاليا تحدث أغلبية وفيات الأمومة في البلدان النامية (99%)، أكثر من النصف في افريقيا جنوب الصحراء وقريب من الثلث في جنوب آسيا² ، أغليبتها بلدان غير مستقرة وتعاني من حروب وأزمات داخلية.

الجدول رقم 2: خطر الوفاة طول الحياة للأُم في 2017 في العالم

المنطقة	احتمال الوفاة %
افريقيا جنوب الصحراء	2,6
شمال افريقيا و دول الخليج	0,2
أوروبا و وسط آسيا	0,02
شرق آسيا	0,12
روسيا	0,03
أمريكا الشمالية	0,03
دول ذات الدخل المنخفض	2,3
دول ذات متوسط الدخل	0,7
دول ذات الدخل المرتفع	0,02
العالم	0,5

المصدر: www.données.banques_mondiales.org/indicateurs consultés le 22/12/2021

¹ www.who.int/maternalmortality, consulté le 12/05/2018.

²ibid.

من خلال الجدول السابق تظهر لنا جليا التباينات الكبيرة بين بلدان الشمال وبلدان الجنوب وكذا التباينات بين الدول الفقيرة والدول الغنية. حيث في 2017، احتمال الوفاة طول الحياة للأم في البلدان الإفريقية هي 130 مرة أكثر من احتمال الوفاة للأم في البلدان الأوروبية. كما يختلف خطر الموت أثناء الحمل اختلافا كبيرا حسب المستوى الاجتماعي والاقتصادي للبلدان، فهو 1/4900 بالنسبة للمرأة التي تعيش في البلدان المتقدمة، في حين يصل إلى 1/180 للواتي يعشن في البلدان في طريق النمو¹. أي أن خطر الموت للمرأة أثناء الولادة في البلدان النامية مرتفع بـ 27 مرة عن النساء اللواتي يعشن في البلدان المتقدمة². في حين بلغ معدل وفيات الأمهات 11 حالة وفاة لكل 100 000 مولود حي في عام 2017 في البلدان ذات الدخل المرتفع، و يُقدر هذا المعدل بمتوسط 460 وفاة لكل 100 000 في البلدان ذات الدخل المنخفض و أكثر من 183 وفاة لكل 100 000 ولادة حية في البلدان ذات الدخل المتوسط.

إن عدم متابعة النساء أثناء الحمل و بعده و النقص في الرعاية المستعجلة أثناء الولادة هو السبب الرئيسي لهذه النتائج المميتة. حيث تجدر الإشارة إلى أن 40 % من النساء في البلدان النامية لا يقمن في زيارات للطبيب أثناء الحمل، كما أن 38 % من الولادات لا يحضرها شخص مؤهل³. لكن العقبات هي أيضا اقتصادية واجتماعية وثقافية بالإضافة للتعليم و القدرة على اتخاذ القرار المنخفضة عند المرأة في هذه المناطق و الذي يعتبر عاملا حاسما. لذا فإن الآلاف من النساء حول العالم بدلا من أن يعشن ولادة طفل كحدث سعيد، يعشنها كمأساة يمكن أن تكلفهن حياتهن.

¹www.who.int/maternal.mortality consulté le 22/12/2021

²Ibid.

³ www.données.banques_mondiales.org/indicateurs consultés le 22/12/2021

المطلب الثاني: وفيات الأمهات في دول المغرب العربي

أما فيما يخص بلدان المغرب العربي، يعرض الجدول رقم (2) نسبة وفيات الأمهات لدى دول الجوار: تونس، المغرب، ليبيا و موريتانيا. سجلت معدل وفيات الأمهات منحنى تراجعى لدى كل من هذه الدول خلال الفترة الممتدة من 1990 إلى غاية سنة 2015، أين سجلت موريتانيا المعدل الأعلى من الوفيات تليها المغرب ثم تونس و ليبيا.

الجدول رقم 3 : تطور معدل وفيات الأمهات لدى دول الجوار تونس، المغرب، ليبيا و موريتانيا.

موريتانيا	ليبيا	المغرب	تونس	
834	70	188	66	2000
824	53	92	46	2010
766	72	70	43	2017
%8,15	%-2,85	%62,7	%34,8	2017-2000

المصدر: www.données.banques mondiales.org/indicateurs consultés le 22/12/2021

حسب الجدول السابق، انطلقت دول المغرب العربي في أهداف الألفية في سنة 2000 بمعدلات مرتفعة خاصة فيما يخص دولة موريتانيا بينما ليبيا تسجل أضعف معدل وفيات الأمهات. حققت هذه الدول انخفاضا متفاوتا بين سنة 2000 و 2017، حيث حققت المغرب انخفاضا يقدر بـ%62,7 بينما حققت تونس انخفاضا يقدر بـ%34,8 ولم تحقق موريتانيا إلا %8,15. أما ليبيا ونظرا للظروف الأمنية والسياسية التي تمر بها فقد ارتفع معدل وفيات الأمهات بنسبة %2,85.

المبحث الثاني: العوامل المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات

المطلب الأول: العوامل الغير مباشرة

يعتبر بعض المؤلفين "أن معدل لوفيات الأمهات هو مجرد انعكاس للحرمان والبؤس، ولا يمكن توقع حدوث انخفاض في هذه المشكلة دون تحسين الظروف الاجتماعية - الاقتصادية"¹. بينما لا يشارك مؤلفون آخرون هذه الفرضية، إذ يعتقدون أن "وفيات الأمومة حساسة بشكل ملحوظ لجودة الرعاية التوليدية، ولكنها مقاومة بشكل ملحوظ لمتغيرات الوضع الاجتماعي-الاقتصادي"². أي أن تحسين ظروف الولادة وتوفير الطاقم الطبي والشبه طبي وكذا المعدات اللازمة من شأنه تخفيض الوفيات الناجمة عن الأسباب المباشرة. وبالتالي يمكننا القول أن الكثير من العوامل تتداخل في تفسير وفيات الأمهات، هذه العوامل يمكن أن تكون عوامل خاصة بالمرأة، عوامل خاصة بالأسرة وعوامل خاصة بالنظام الصحي ككل. كما يمكن تصنيف هذه العوامل إلى اجتماعية، ديمغرافية، اقتصادية وثقافية.

1-العوامل الاجتماعية

تتأثر وفيات الأمومة بالوضع الاجتماعي للمرأة داخل الأسرة، بإمكانية هذا الوضع جعلها صاحبة القرار في تلقي الرعاية الصحية كما يمكنها أن تتحمل القرارات التي تتعلق بصحتها من طرف أم الزوج أو الزوج أو أي شخص آخر يملك سلطة القرار في العائلة. كما تعتبر حالتها الاجتماعية سترة من خطر عدم تلقي الرعاية الصحية المناسبة وفي الوقت المناسب، حيث أن تعتبر المرأة المتزوجة تحت مسؤولية زوجها فيما يخص قرارات المتعلقة بها، بينما المرأة المطلقة أو الأرملة لا تملك مسؤولاً عائلياً.

¹Suzanne Moubarak, *la maternité, une fin et un moyen*, forum mondial de santé, Burkina Faso, vol 10,1989, p15.

²Déborah Maine, *programme pour la maternité sans danger*, centre pour la population et santé familiale, école de santé publique, université de Colombie, New York, 1992.

اهتم الكثير من المؤلفين بمكانة التعليم في تحليل محددات وفيات الأمهات والأطفال (كالدويل، بريستون، أكوغو). العديد من الدراسات التجريبية سلطت الضوء على دور تعليم المرأة وفرص بقاء الأم وطفلها في جميع أنحاء العالم. كما يتجاوز تعليم الشعوب وخاصة المرأة، تعلم القراءة والكتابة والحساب، بل إنه يمثل أفضل استثمار يمكن أن تقوم به الدول لشعبها ومستقبلها، حيث يلعب دورا رئيسيا في مكافحة الجهل والفقر وعدم المساواة وبالتالي الوفيات. نظر بعض العلماء إلى التعليم على أنه أحد مفاتيح حل هذه المشاكل، وهو في قلب المناقشات المتعلقة بالتنمية لتحسين صحة الأمهات والأطفال في جميع أنحاء العالم.

2-العوامل الديمغرافية

تتمثل العوامل الديمغرافية في العوامل الخاصة بالمرأة والأم خصوصا، تجمع بين سن المرأة عند الإنجاب، عدد الولادات والمدة بين الولادات. كل هذه الخصائص تؤثر بصفة كبيرة على صحة الأم المنجبة وبالتالي على خطر الوفاة الذي يحدث بها في هذه الفترة. يعتبر سن الأم عند الإنجاب من المتغيرات الرئيسية في تحليل محددات وفيات الأمهات. وقد أظهرت دراسات التي تبحث عن العلاقة بين خطر الوفاة للأم والعمر الإنجابي، أن هذه العلاقة عالية الخطورة إذا كانت الأم صغيرة جدا في السن (أقل من 18 عامًا)، أو كبيرة في السن (أكثر من 34)، أو كثيرة الولادات (أكثر من 5 أطفال)، أو ذات ولادات متقاربة جدًا. حيث أشارت نتائج دراسة من قبل الباحثين في المعهد الوطني للصحة والأبحاث الطبية INSERM في فرنسا إلى أن خطر وفاة الأمهات أعلى ثلاث مرات بين سن 35 و 39 سنة مقارنة بـ 20 و 24 سنة، ثماني مرات أكثر بين سن 40 و 45 سنة و 30 مرة أكثر من 45 سنة وأكثر. كما يعتبر الحمل المبكر السبب الرئيسي لوفاة الفتيات المراهقات، وذلك بسبب أن أجسامهن غير قابلة بشكل كافٍ لتحمل الحمل والوضع الآمن.

وبين المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) في دراسة لمميزات وفيات الأمهات في الثلاثي الأول لسنة 2014¹ أن نسبتها مرتفعة عند الصغيرات في السن (أقل من 18 سنة) والكبيرات (أكثر من 35 سنة). كما يعتبر الحمل في سن متأخر سبب وفاة الأمهات، فالمرأة المتقدمة في السن، وبسبب إنهاك صحتها، من المحتمل أن تتعرض للإجهاض وقد تتعرض لخطر الإصابة بالموت جراء بعض الأمراض مثل ارتفاع ضغط الدم أو مرض السكري أو أمراض أخرى مثل الايدز.

ارتفاع الخصوبة هو أيضا عامل تقاوم لوفيات الأمهات²، في العديد من المجتمعات تكون الخصوبة العالية للمرأة هي أساس قبولها من طرف المجتمع، وهي تتعرض لضغوطات هائلة، حيث لا بد عليها إثبات خصوبتها بعد وقت قصير من الزواج بإنجاب العديد من الأطفال. العامل الآخر الذي يلعب دورا هاما جدا في مستوى وفيات الأمهات هو الفارق الزمني بين الولادات، كلما كانت الفترة الفاصلة بين ولادتين أقصر كلما أثر ذلك على صحة الأم التي لم يتمكن جسمها من أخذ الوقت الكافي ليتعافى ويستعيد الفيتامينات والقوة اللازمة لخوض حمل آخر كلما ازداد خطر الوفاة، سواء للأم أو مولودها. بسبب ذلك، فإن تقارب بين الولادات هي أحد العوامل المحددة لوفيات الأمهات.

3-العوامل الاقتصادية

يؤثر مستوى معيشة الأسرة تأثيراً إيجابياً على الرعاية الطبية للحمل. كما يزيد فقر الأسر من المخاطر التي تتعرض لها النساء أثناء الحمل والولادة. فكلما انخفض مستوى معيشة الأسر، قل استخدام المرأة للرعاية الصحية أثناء الحمل وبعد الولادة³. ويتدخل المستوى المعيشي للأسرة

¹ MSPRH, INSP, Caractéristiques des décès maternelles au cours du 2eme semestre 2014, Alger, 2015, P9.

² زهرة كواش، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال، أطروحة الدكتوراه تخصص ديموغرافيا، جامعة الجزائر، الجزائر، 2006، ص26

³ أمال بلعدي، رعاية صحة الأمومة، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، المدرسة العليا للإحصاء و الاقتصاد التطبيقي، 2018.

ومنها للمرأة الحامل عند الزيارات المتعددة لتفقد الحمل حيث أن الأسرة الميسورة الحال تتحمل تكاليف الزيارات أثناء الحمل وبعدها، كما أن المرأة ذات مستوى معيشي محترم تتحمل تكاليف نقلها الحالات الطارئة وعندما يستلزم ذلك. كما تتدخل الظروف الاقتصادية للمرأة عند إلزامية تلقي الرعاية الصحية ذات نوعية (الذهاب عند الطبيب الخاص أو عند إلزامية القيام بأشعة أو تحليلات).

4-العوامل الثقافية

لا طالما أثرت الديانات والمعتقدات على السلوكات الصحية للإنسان، وخاصة المرأة التي تتأثر أكثر من غيرها بالتقاليد في المجتمع. تتدخل العوامل الثقافية في مستوى وفيات الأمهات عند أخذ القرار لتلقي الرعاية الصحية، فالمرأة تتأثر بالمعلومات المكتسبة من الوالدة أو أم الزوج أو أي شخص آخر يُعتبر ذو خبرة. كما تستعمل النساء في بعض المناطق الأعشاب والطقوس التي يمكن أن تضر بصحتها.

المطلب الثاني: العوامل المباشرة

تتمثل العوامل المباشرة في العوامل التي لها تأثير مباشر على مرضية ووفاة الأم. منها ما هو متعلق بصحة الأم ومنها ما هو متعلق بالنظام الصحي للبلد أو المنطقة.

1-الحالة الصحية للأم وسلوكها الصحي

تتعرض صحة الأم لأمراض متفاوتة الخطورة في حياتها، هذه الأمراض يمكن أن تكون وراثية أو نتيجة الولادات الكثيرة ونتيجة أيضا سلوكها الصحي مما يزيد من خطر الوفاة بسبب الحمل. من بين هذه الأمراض فقر الدم الذي هو منتشر عند النساء في البلدان النامية بنسبة 56%¹، وكذا السكري وضغط الدم الذي انتشر بنسبة كبيرة، وأمراض كسيدا والمالريا الذي هو منتشر في بلدان افريقية.

¹<http://www.who.int/maternal-mortality>. Consulté le 20/11/2019.

كما تمثل التغذية الصحية للأم الحامل أحد المحددات الرئيسية للحالة الصحية وفرص الحياة¹ فالأمراض الذي تشكل أحد الأسباب الرئيسية لوفيات الحوامل تزيد في خطورتها إذا ما صاحبها ارتفاع في سوء التغذية، لأن الأمهات اللواتي يعانون من سوء التغذية يكونون أكثر عرضة للمرض وبذلك للوفاة. والمعروف أن النساء في فترة الحمل أكثر حاجة إلى الفيتامينات كالفيتامين "أ" والزنك والحديد والتي تدخل في تركيب الدم وتقيها من الكثير من مضاعفات الوضع فمثلا نقص مادة الفيتامين "أ" عند المرأة الحامل يؤدي إلى الالتهاب التي تمثل أحد الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات، كما أن «يؤدي نقص عنصر الزنك لدى النساء الحوامل إلى مضاعفة الخطر أثناء الولادة و إلى تعفن الدم»². هذه الفيتامينات موجودة في التغذية الطبيعية للأم إلا أنها لا تعطي لها المرأة الحامل أهمية. كما أن كثيرا ما توصف لها هذه الفيتامينات من طرف الطبيب أو القابلة لتتناولها الأم عن طريق الحبوب أو الشراب لكن المرأة لا تشتريها لارتفاع سعرها من جهة، ومن جهة أخرى لأنها لا يسترد سعرها من طرف الضمان الاجتماعي. لذلك لابد من رعاية غذاء المرأة الحامل رعاية خاصة، لأن الغذاء المتوازن والغني بكل المكونات الرئيسية يمكنها من تقادي الكثير من المضاعفات والأمراض خلال الحمل وبعده وتمدّها بالقوة اللازمة لتحمل تعب وإرهاق الولادة.

من جهة أخرى تتقدم النساء في الكثير من الأحيان إلى عيادات التوليد وهن في حالة متقدمة من العمل (الولادة) دون أية معلومات عن حالتها الصحية وبدون أي زيارة للطبيب قبل الولادة. الكثير منهن يتقدمن دون حتى تحليل مخبري لفصيلة الدم لديهن والتي يمكن أن تسهل دخولهن إلى غرفة العمليات وتلقي الدم المناسب لهن. كما تتقدم النساء للولادة عند والديها التي تبعد عن منزلها بعدة كيلومترات دون أخذ وثائقها والوثائق المتعلقة بالحمل.

¹ زهرة كواش، الأسباب الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية لوفيات النساء الحوامل و الأطفال دراسة ميدانية تحليلية للنساء الحوامل و المواليد الموتى و المواليد الجدد، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه في الديموغرافيا، 2006، جامعة الجزائر 2، الجزائر، ص54.
² نفس المصدر، ص55.

2- علاقة الخدمات الصحية بوفيات الأمهات

تتمثل الخدمات الصحية كل "الوسائل الطبية التي تساعد على تشخيص الحالة الصحية للحامل والأم أثناء الحمل والولادة، والوسائل الطبية التي تساعد على القيام بعملية التوليد في أحسن الظروف، سواء كانت الولادة طبيعية أو تتطلب عملية قيصرية، إلى جانب المستخدمين من الأطباء والقابلات والممرضين والمنظفين الذين يسهرون على تقديم الخدمات الصحية للحوامل والأمهات والأطفال"¹. وهي تتمثل أولاً في الخدمات الصحية أثناء الحمل والتي تعنى بمراقبة الحمل والاستماع إلى كل مخاوف المرأة الحامل وإرشادها، كما تتمثل في توجيه الحامل، التي تُظهر علامات لمضاعفات الحمل، إلى المصلحة المكلفة بذلك. يُمكن أن تُقدم هذه الخدمات من طرف طبيب عام أو طبيب مختص في طب النساء كما يمكن أن يتابع الحمل من طرف قابلة في مراكز حماية الأمومة والطفولة المتواجدة في المؤسسات الصحية الجوارية.

كما تمثل الخدمات التي تقدم للأم أثناء ولادتها من الخدمات الصحية المهمة. وهي تشمل الأطباء والقابلات اللواتي تكون في المناوبة الليلية أو النهارية. كما تشمل أيضاً الممرضين والمنظفين والأدوات المعقمة والحديثة اللازمة لعملية التوليد، كما يجب في هذه الفترة توفير الأسرة للأم والطفل وأن تكون في مكان نظيف ومعقم.

أما الخدمات الصحية بعد الولادة فتتمثل في الكشف على تطور صحة الأم بعد ولادتها وتوجيهها وإرشادها إلى استعمال موانع الحمل المناسبة لها، والقيام بتحليلات طبية وأشعة للتأكد من عدم تعفن الجروح الناجمة على عملية الولادة وعدم بقاء أي جسم داخل رحم الأم.

3- الحصول على الرعاية

تأخذ العديد من الدراسات بعين الاعتبار المسافة المقطوعة كعامل يفسر الاختلاف التفاضلي في لجوء النساء لرعاية أثناء الحمل والولادة. يؤثر بعد المنشآت الصحية على استخدام خدمات

¹ نفس المرجع، ص58.

رعاية التوليد، ينبع الاهتمام بهذا المتغير من عدم المساواة بين المناطق الحضرية والريفية. بشكل عام، هناك تركيز عال للمنشآت الاجتماعية والصحية في المناطق الحضرية على حساب المناطق الريفية. كما يسهم بعد المسافة وعدم توفر الوسائل العلاجية والانتظار للحصول على الخدمات الصحية في العزوف على العلاج والتوجه نحو العلاج التقليدي، وخاصة في المناطق المعزولة. كما يمكن للمسافة التي تفصل بين مكان إقامة المريضة والمرافق الصحية أن تؤدي إلى تفاقم الحالة الصحية للأم، وتزيد من خطر الموت في الطريق. كما تتأثر مدة الرحلة بشدة وطبيعة التضاريس وظروف الطريق وخاصة بتوزيع الهياكل الصحية في منطقة معينة.

إن تحسين الوصول المادي وحده لا يضمن الاستخدام الجيد للخدمات الصحية، فكثيرا ما ترتبط حياة الأم بإمكانية وجود الطبيب المعالج أو القابلة في المؤسسة أو توفر الأدوات والأدوية المناسبة وكذا السرير الاستشفائي. وربما يتوقف على قبول المرأة الحامل في المصلحة وحسن معاملتها ومراقبة حالتها الصحية في الساعات الأولى من وضعها، خاصة أن هذه الفترة هي الأكثر ظهورا لمضاعفات الولادة الخطيرة كالنزيف.

المبحث الثالث: الأسباب الصحية لوفيات الأمهات

إن الحمل والولادة ليس مرضا بل هو عملية فيزيولوجية طبيعية للمرأة تخدم بها الإنسانية، لكن خلال هذه الفترة يمكن أن تحدث مضاعفات صحية يصعب التنبؤ بها، وفي نفس الوقت يمكن علاجها، ولذا غالبا لا يمكن التعرف مسبقا على النساء اللاتي يتعرضن للخطر، كما لا يمكن مكافحة هذا الخطر، نتيجة لذلك فالعناية الصحية لا بد منها لجميع النساء أثناء الحمل والولادة، وأي تأخر في تلقي الرعاية الطبية المناسبة بسبب سوء نوعية الخدمة في المرفق الصحي لافتقاره للهياكل الصحية، أو لعدم وجود الكوادر المؤهلة يمكن أن يؤدي إلى موت الأم أو الرضيع أو الاثنين معا.

تتقسم الأسباب الصحية لوفيات الأمهات إلى قسمين:

المطلب الأول: أسباب الوفيات المرتبطة بالتوليد

هي الوفيات الناتجة عن مضاعفات الولادة، العمل، التدخلات، السهو، أو العلاج الغير الصحيح. هنا يظهر لنا أنه من الأساسي أن تتم جميع الولادات بحضور مختصين صحيين، لأن الرعاية والعلاج الفوري عند حدوث الحالة الطارئة يمكن أن ينقذ حياة الأم والطفل. معظم الدراسات تشير إلى أن خمسة أسباب مباشرة لعملية التوليد هي المسؤولة عن 75% من وفيات الأمهات¹، وقد بين العلماء أن تولي المريضة برعاية فعالة في مدة هذه الأسباب يمكن انقاذ حياتها. يتم توزيع هذه الأسباب كما يلي:

1-النزيف

يمكن للأم أن تتعرض بعد الولادة أو بعد الإجهاض لنزيف حاد لا يمكن لها أو حتى للطبيب التنبؤ به، ويمكنه قتل امرأة في صحة جيدة بعد ساعتين فقط من ظهوره، فهو مفاجئ وأكثر خطورة عند النساء التي تعاني من فقر الدم. إلا أن إعطاء للأم دواء ال(أكسيتوسين) أثناء الحمل يمكن أن ينقذ حياة الأم و يوقف النزيف.

في العالم وحسب المنظمة العالمية للصحة، يمثل النزيف السبب لما يقارب 27%² من جميع وفيات الأمهات، بحيث يمكن أن يؤدي بسرعة إلى الموت في غياب الرعاية الفورية.

2-الالتهاب

تتولد الالتهابات في غالب الأحيان عن سوء النظافة أثناء الولادة، أو الأمراض المنقولة جنسيا (MST) غير المعالجة. وتظهر حوالي أسبوع بعد الولادة وعدم علاجها يمكن أن يؤدي إلى وفاة الأم. وهي مسؤولة عن حوالي 11%³ من وفيات الأمهات في العالم.

¹<http://www.Who.int/maternal-mortality>. Consulté le 26/09/2019.

² Ibid.

³ Ibid

3- مضاعفات الإجهاض غير الآمن

تتعرض الأم برضاها أو لأسباب صحية للإجهاض خلال فترة خصوبتها. ويمكن أن يكون ظروف الإجهاض غير صحية وغير آمنة مما يؤدي إلى نزيف أو تعقيدات أثناء عملية الإجهاض. وتمثل الوفيات الناجمة على هذه الحالات نسبة 8%¹ من وفيات الأمهات في العالم.

4- اضطرابات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل

تشتكي الأم أثناء الحمل أو حتى قبله من ارتفاع ضغط الدم، هذا المرض يؤدي في غالب الأحيان إلى تشنجات في الأشهر الأخيرة من الحمل. يمكن للرعاية الصحية أثناء الحمل التنبؤ بها وإعطاء المرأة الدواء (sulfate de magnésium) المناسب لتجنب ظهورها، كما يمكنها في حالة عدم علاجها أن تؤدي إلى وفاة الأم وطفلها وهي مسؤولة عن حوالي 14%² من وفيات الأمهات في العالم.

5- العمل العسير أثناء الولادة

تتعرض الأم في بعض الأحيان إلى عسر عملية الولادة بسبب تعذر عبور رأس الجنين من حوض الأم أو بسبب العرض الغير طبيعي للجنين أثناء عملية الولادة، مما يستلزم في أغلب الأحيان القيام بعملية قيصرية للأم لإنقاذ الجنين والأم. وتتمثل نسبة الوفيات بسبب هذه التعقيدات حوالي 8%³ من وفيات الأمهات في العالم.

المطلب الثاني: أسباب الوفيات الغير مرتبطة بالتوليد

تتمثل نسبة وفيات الأمهات لأسباب غير متعلقة بعملية التوليد 28%⁴ من وفيات الأمهات، من بين الأسباب المؤدية إلى وفاة الأم سوء التغذية ونقص الوزن قبل وبعد الحمل، وسوء صحة

¹ <http://www.Who.int/maternal-mortality>. Consulté le 26/09/2019.

² Ibid.

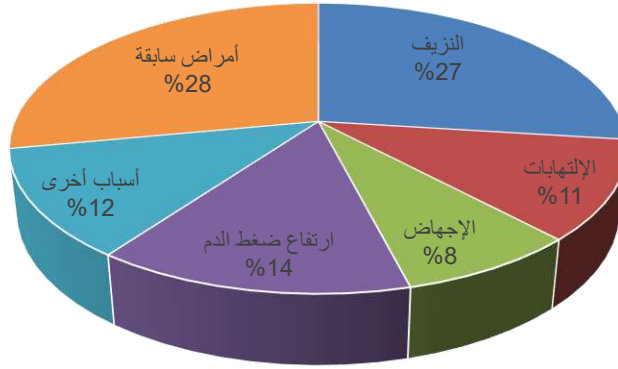
³ Ibid.

⁴ Ibid.

الأم، وظهور المشاكل الصحية الضارة للحمل.

أسباب أخرى يمكن أن تكون مقدمة مثل فقر الدم، ونقص حاد في فيتامين (أ)، ونقص اليود، وإتباع نظام غذائي منخفض في الكالسيوم، ونقص حاد في التغذية المتوازنة النافعة للحمل. أمراض أخرى مثل الملاريا وفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز وأمراض القلب والأوعية الدموية تمثل أيضا الأسباب الغير المباشرة لوفيات الأمهات.

الشكل رقم 2: تمثيل أسباب وفيات الأمهات في العالم.



المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات Say L.et all, Global causes of maternal deaths, 2019.

تشير التقديرات إلى أنه في غياب العلاج، سيحدث الوفاة في المتوسط في:

-2 ساعة بعد النزيف التالي للوضع.

-12 ساعة بعد النزيف قبل الولادة.

-2 أيام بعد العمل المتعسر.

-6 أيام بعد الالتهاب.

المبحث الرابع: تحليل عوامل و أسباب تطور وفيات الأمهات في الجزائر

المطلب الأول: تطور وفيات الأمهات في الجزائر

تسمع المرأة الجزائرية من قريناتها أكبر سنا أن " قبر المرأة الحامل يبقى مفتوحا لمدة 40 يوما بعد أن تضع حملها"، وهذا تنكيلا بالأخطار التي تحق للمرأة أثناء الحمل وبعد الولادة. لكن ما لا تعلم به الكثير منهن أن معظم هذه الأخطار يمكن تجنبها أو علاجها.

شهد معدل وفيات الأمهات، الذي يعتبر مؤشرا أساسيا في النظام الصحي والذي يعبر أساسا على جودة الخدمات الصحية المقدمة للأم، انخفاضا كبيرا حيث من 216 وفاة لكل 100 000 ولادة حية في عام 1990¹، انخفضت إلى 117,5 عام 1999² ثم إلى معدل 57,7 / 100 000 ولادة حية في عام 2016³ و أخيرا إلى 48,5 في 2019⁵.

¹ <http://donnees.banquemondiale.org/mortalite-maternelle/> consulté le 08/01/2019 à 12h50.

² Ibid.

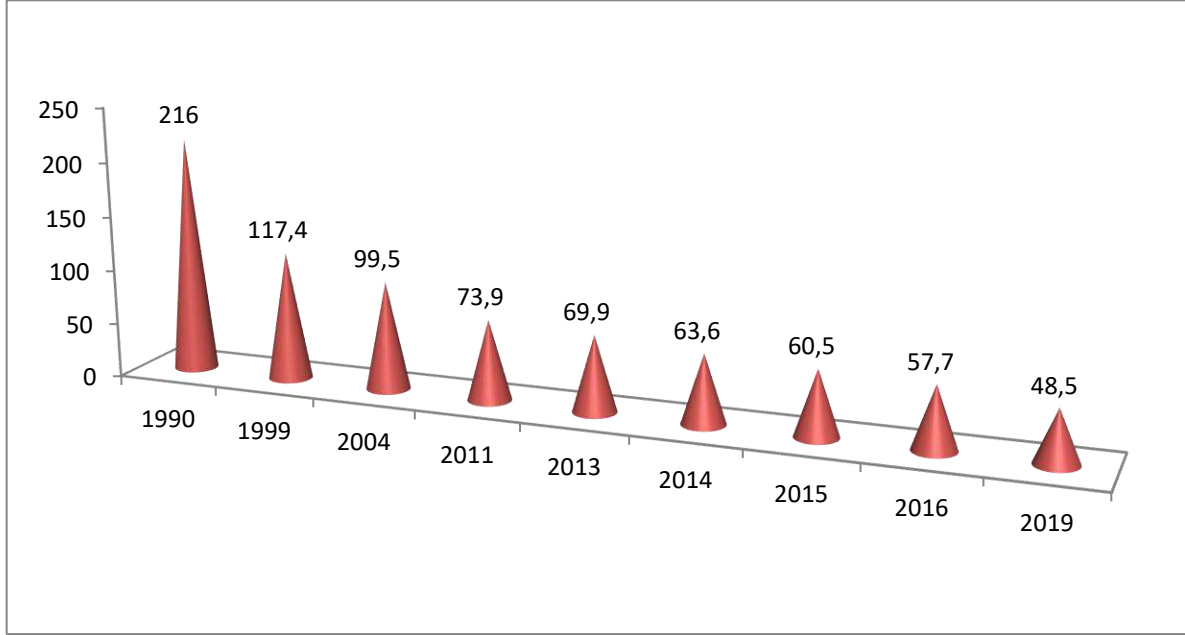
³ هناك معطيات لسنة 2017 من البنك الدولي ولكن لا تتناسق مع المعطيات الرسمية للدولة الجزائرية.

⁴ MSPRH, Situation Démographique et Sanitaire"2019-2000, juillet 2019, Algerie, p13.

⁵ تصريح لسيد بن بوزيد وزير الصحة في. www.aps.dz/sante.science consulté le 28 /02/2022 .technologie.

الفصل الثاني: تقييم وتطور وفيات الأمهات في العالم وفي الجزائر

الشكل رقم 3: تطور معدل وفيات الأمهات لكل 100 000 مولود حي في الجزائر.



المصدر: الشكل من انجاز الطالبة حسب معطيات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، مديريةية السكان، "Situation Démographique et Sanitaire 2000-2019"، جويلية 2019، ص 13.

معطيات 1990 : <http://donnees.banquemondiale.org/mortalite-maternelle/> consulté le 08/01/2019 à 12h50.

الشكل السابق يبين لنا التطور المسجل في معدل وفيات الأمهات في الجزائر خلال 29 سنة الماضية أي من 1990 إلى 2019.

في الجدول الذي يلي يتم تقدير الفوارق السنوية لمعرفة إذا ما كان الإنخفاض الذي طرأ على معدل وفيات الأمهات في الجزائر اتبع نفس الوتيرة.

بعد وضع أهداف الألفية من قبل الأمم المتحدة لخفض المؤشرات التي تمنع البلدان من السير نحو التنمية المستدامة، و التي كان من بينها خفض من وفيات الأمهات، عرفت معدلات وفيات الأمهات في الجزائر انخفاضا معتبرا لمدة 10 سنة الأولى حيث تقارب نسبة الإنخفاض السنوي 5% (الجدول رقم 4)، ثم انخفضت الوتيرة في السنوات التي تلتها حتى سنة 2014، أين تمت المصادقة على قرار التبليغ الاجباري للوفيات و تم تطبيقه ، حيث انخفض معدل وفيات الأمهات

الفصل الثاني: تقييم وتطور وفيات الأمهات في العالم وفي الجزائر

بنسبة سنوية وصلت إلى 9 (الجدول رقم 4%). بعد 2015، استقر المعدل السنوي لانخفاض لمعدل وفيات الأمهات في حوالي 5% (الجدول رقم 4).

الجدول رقم 4: الفوارق السنوية في معدل وفيات الأمهات من 1990 و 2019 في الجزائر.

السنة	الفارق	معدل الفارق السنوي	نسبة الإنخفاض السنوي%
1990	-		-
1999	-9.86	-1.09	5.07
2004	-3.58	-0.72	3.04
2011	-3.66	-0.52	3.73
2013	-4	-2	2.70
2014	-6.3	-6.3	9.01
2015	-3.1	-3.1	4.87
2016	-2.8	-2.8	4.62
2019	-9.2	-3.07	5.31

المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات الشكل رقم 3 ص 68.

وبهذا تكون أحسن الإنخفاضات السنوية في معدلات وفيات الأمهات هي بين سنتي 2013-2014 حيث انخفض هذا المعدل ب 6,3 نقطة (الجدول رقم 4)، فيما تأتي الفترة 2014-2015 في المرتبة الثانية من حيث الانخفاض ب 3,1 سنويا (الجدول رقم 4).

انخفض معدل وفيات الأمهات في الجزائر رغم ارتفاع الولادات الذي وصل سقفها إلى أكثر من مليون ولادة سنويا وهذا منذ عدة سنوات، وهذا راجع إلى السياسات و البرامج التي وضعتها الجزائر في مجال تحسين الرعاية الصحية عموما وصحة الأم والطفل خصوصا، بدءا ببرنامج تباعد الولادات، إنشاء مراكز خاصة لصحة الأم والطفل وتحسن نوعية خدمات الصحة الإنجابية للنساء ومحاربة وفيات الأمهات وهذا من خلال :

- ✓ الإلزام بالإبلاغ عن وفيات الأمهات منذ عام 2013 وطُبق ميدانيا في 2015 .
- ✓ وضع في عام 2014 لجنة تدقيق (audit) في وفيات الأمهات من أجل (i) تحليل العوامل والآليات التي أدت إلى وفيات الأمهات ، (ii) العثور على السبب الدقيق لوفيات الأمهات ، (iii) تحسين جودة خدمات الرعاية الصحية. بعد تحليل وفيات الأمهات في عام 2015 ، تم وضع توصيات من قبل لجنة الخبراء لرعاية الأمهات اللواتي تعاني من نزيف ما بعد الولادة أو تسمم الحمل (eclampsie) ، وهما أحد الأسباب الرئيسية لوفاة الأمهات.
- ✓ وضع الصيغة النهائية للبرنامج الوطني للفترة 2015-2019 والشروع فيه من أجل الحد من ارتفاع وفيات الأمهات، وهو ما يعكس التزام الجزائر بالمبادرات الدولية والإقليمية ، ولا سيما الاستراتيجية العالمية المستكملة لصحة الأم والطفولة و المراهق 2016-2030.
- ✓ تطبيق قانون 18-11 ل 2 جويلية 2018 الذي يلزم على كل المهنيين الصحيين التصريح الاجباري بكل امرأة حامل بعد شهرها الثالث و تسجيلها، حسب رغبتها، في عيادة للتوليد خاصة أو عمومية.
- تدل البرامج و القرارات المتخذة من طرف الدولة الجزائرية على الجدية التي تأخذ بها هذه المشكلة، إلا أن ترافق هذه الإجراءات بعض الخلل من بينها:
- ✓ الطابع الوطني و ليس الجهوي لهذه القرارات حيث أنها لم تتبع بالمراقبة الجهوية للتأكد من صحة تطبيقها.
- ✓ ثقل وثيقة التبليغ الاجباري يمكن أن تكون عائقا أما التطبيق الميداني للقرارات المعلقة المعلومات عند الطبيب الذي يقابل الوفاة خاصة إذا لم يكن نفس الطبيب المتابع لحالة المريضة، هذا من جهة، من جهة أخرى أمام العدد الكبير للمريضات و المرضى خاصة في بعض المناطق الكبرى فإن الطبيب الحاضر في وفاة الأم يفضل عدم التبليغ عن الوفاة أو عدم ملأ كل المعلومات الازمة التي تسمح بالتدقيق في الوفاة و أسبابها.

✓ توضيح الأسباب الحقيقية لمثل هذه المبادرات للمهنيين الصحيين، لكي لا يفهمها أنها مراقبة لعمله و إنما لتحسين ظروف هذا العمل.

بالنظر للمعطيات الرسمية للدولة الجزائرية فإن التراجع المسجل في معدل وفيات الأمهات أدى إلى تحقيق الهدف الإنمائي المسطر لفترة 2000-2015 أي يتمثل في خفض معدل وفيات الأمهات إلى 3/4 إلا أنها تبقى مرتفعة مقارنة بما سخرته الجزائر من إمكانيات. تبقى أن وفيات الأمهات يُعتبر عائقاً للتنمية في الجزائر. يمكن لوفيات الأمهات أن تتأثر بعدد النساء في سن الانجاب وبعدد الولادات في أي بلد، ولهذا سنتطرق إلى هذين الفئتين في الجزائر ومدى تطورهما وكذا تطور الرعاية الصحية لفئة النساء الحاملات .

1-الولادات في الجزائر

تظهر بيانات الإحصاءات الحيوية زيادة مستمرة في معدل المواليد من 2000 إلى 2016، حيث ارتفعت من 589 000 إلى 1 000 067¹ ولادة حية على التوالي، وانخفضت من 1 000 067 إلى 1 000 038² بين 2016 و 2018 على التوالي. وبهذا فإن حجم الولادات ارتفع بـ 411 038 ولادة بين سنتي 2000 و 2018 أي بارتفاع نسبي بلغ 69,79%. ارتفع معدل المواليد الخام لكل 1000 نسمة من 19,4 في عام 2000³ إلى 24,39 في 2018⁴، مما وضع الجزائر بين البلدان ذات معدل المواليد المرتفع.

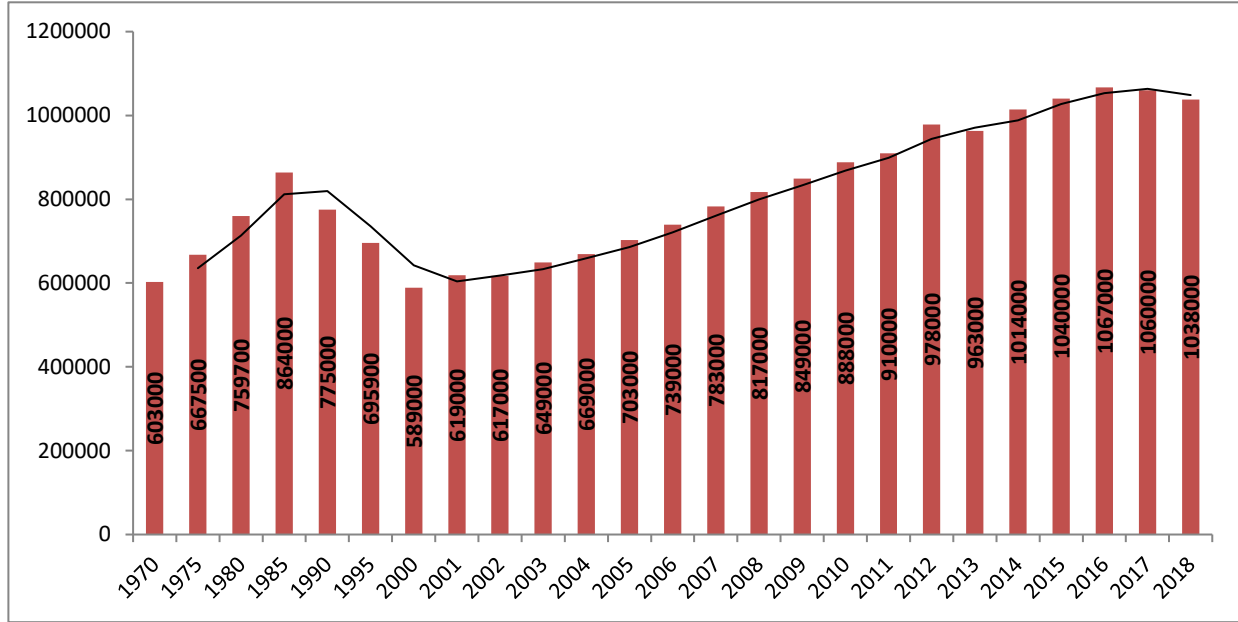
¹ www.ons.dz, *Démographie Algérienne 2018*, IMG/pdf/demographie2018.pdf, 2020, p6. consulté le 23/02/2022.

² Ibid.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

الشكل رقم 4: تطور الولادات الحية بين 1970-2018 في الجزائر.



المصدر: من انجاز الطالبة حسب معطيات MSPRH, Situation Démographique et Sanitaire 2000-2019, 2019 ص6.

2-نسبة النساء في سن الإنجاب في الجزائر

ترتبط وفيات الأمهات في بلد ما بنسبة النساء في سن الإنجاب في تلك البلاد، حيث أن هذه النسبة يمكن أن تعمل على رفع عدد الولادات وبالتالي رفع الطلب على الخدمات الصحية اللازمة للمرأة وفي عدد النساء اللواتي تتعرضن للخطر.

تتزايد أعداد الإناث في سن الإنجاب (15-49 سنة) في الجزائر بشكل مطرد وزاد عددها أربع مرات تقريباً بين عامي 1966 و2018. تمثل الفئة العمرية للإناث (15-49 سنة) 52,25% من مجموع الإناث في عام 2018¹ مقارنة بما كانت عليه في 1966 أي 41.74%²، بزيادة قدرها 25% على فترة 52 سنة.

ارتفع عدد النساء في سن الإنجاب من 8 136 000 عام 2000³ إلى 10 965 977 عام

¹ www.ons.dz, Démographie Algérienne 2018, IMG/pdf/demographie2018.pdf, 2020, p6. consulté le 23/02/2022.

² https://www.ons.dz/IMG/pdf/pop3_national.pdf consulte le 02-09-2022

³ MSPRH, situation démographiques et sanitaire 2000-2019, Alger, Juillet 2019, p3.

¹2018، أي بزيادة قدرها 2 841 000 امرأة في سن الحمل.

3- الرعاية الصحية للأم أثناء الحمل وبعده

تعتبر الرعاية أثناء الحمل مهمة بشكل خاص لصحة الأم وطفلها، خاصة أنه تموت في الجزائر حوالي 10% من الأمهات خلال فترة الحمل.

تخضع المرأة الحامل لمعاينة دورية من قبل موظفين مؤهلين كإجراء وقائي من أي مضاعفات أو أخطار تهدد حياتها أو حياة الجنين قبل أن يولد، ثم أنها تسمح بمراقبة تطور الحمل والكشف المبكر عن الأمراض لدى المرأة الحامل ومعالجتها، وتحديد حالات الحمل العالية الخطورة لاتخاذ إجراءات الرعاية الصحية اللازمة إضافة إلى تقدير موعد الولادة وربما نوعها.

كما تسمح رعاية ما بعد الولادة للموظفين الطبيين بالتأكد من أن الأم والطفل بخير، وإذا لم يكن الأمر كذلك، فيكشف عن أي مشكلة مبكرة للوضع بعد الولادة. كما تتيح هذه الرعاية للمهنيين الطبيين تعزيز السلوكيات الصحية عند الأم مثل الرضاعة الطبيعية والتغذية، وتقديم توصيات حول النظافة والتطعيم، وتوفير خدمات تنظيم الأسرة وغيرها من الخدمات الصحية الإنجابية.

في الجزائر أظهرت نتائج المسح الوطني المتعدد المتغيرات MICS6 2019² أن 95,3% من السيدات اللواتي أنجبن مولود حي خلال السنتين الأخيرتين من إجراء المسح قد تابعن حملهن مرة واحدة على الأقل، هذه النسبة كانت 93% في 2012³. بينما تحليل وفيات الأمهات للسداسي الثاني لسنة 2014 أظهر أن أكثر من 60% من النساء اللواتي توفين في هذه الفترة، قد تابعن حملهن.

بينت نتائج المسح العنقودي المتعدد المتغيرات أن في 2019 أغلبية الولادات تقام في مركز صحي (98,6%) وبحضور شخص مؤهل بنسبة 98,8%. كما أن أغلبية الأمهات تقضي ما

¹ www.ons.dz, *Démographie Algérienne 2018*, IMG/pdf/demographie2018.pdf, 2020, p6. Consulté le 23/02/2022, p8.

² MSPRH, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2019, rapport*, 2020, p164.

³ MSPRH, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013, rapport*, 2014, p135.

بين يوم إلى ثلاث أيام في المنشأة الصحية، مما يؤدي إلى نسبة عالية من الفحوصات الطبية بعد الولادة سواء للمولود أو للأم. إلا أن أظهرت معطيات المسح الأخير ل 2019 أن بعد التحليلات الطبية التي تقام للمريضة مباشرة أو بعد يوم من وضعها للمولود، فإن 75,2%¹ لم تُجرى أي فحص آخر بعد الولادة، هذه النسبة كانت تخص 78,2% في 2012² من النساء اللواتي أُجري عليها المسح.

4-الولادة في بيئة آمنة

بعد أن كانت لا تتعدى 30% في عام 1962³، وصلت نسبة النساء اللواتي يلدن في بيئة آمنة وصحية بين المنشآت الصحية العمومية والخاصة في الجزائر إلى 76% في عام 1992(EASME)⁴ ثم 92% في عام 2002 (EASF)⁵. وفي سنة 2012 وفي 2019 وصلت إلى 96,8%⁶ و 98,6%⁷ على التوالي. إلا أن هذا التحسن لم يكن بنفس الوتيرة في كل المناطق، فمثلا في 2012 وحسب نتائج MICS4 فكانت هذه النسبة 97.8% في المناطق الحضرية ولم تتعدى 95.4% في المناطق الريفية⁸. وفي 2019 سجلت 98.9% في المناطق الحضرية و 98.1% في المناطق الريفية⁹.

¹ MSPRH, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2019, rapport, Alger, 2020, p164.*

² MSPRH, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013, rapport, Alger, 2014, p135.*

³ MSPRH, *Enquête Algérienne sur la sante de la famille, 2002, rapport, Alger, 2002, p95*

⁴ MSPRH, *Enquête Algérienne sur la sante de la mère et de l'enfant 1992, rapport, Alger, p51.*

⁵ MSPRH, *Enquête Algérienne sur la sante de la famille, 2002, rapport, Alger, 2002, p89.*

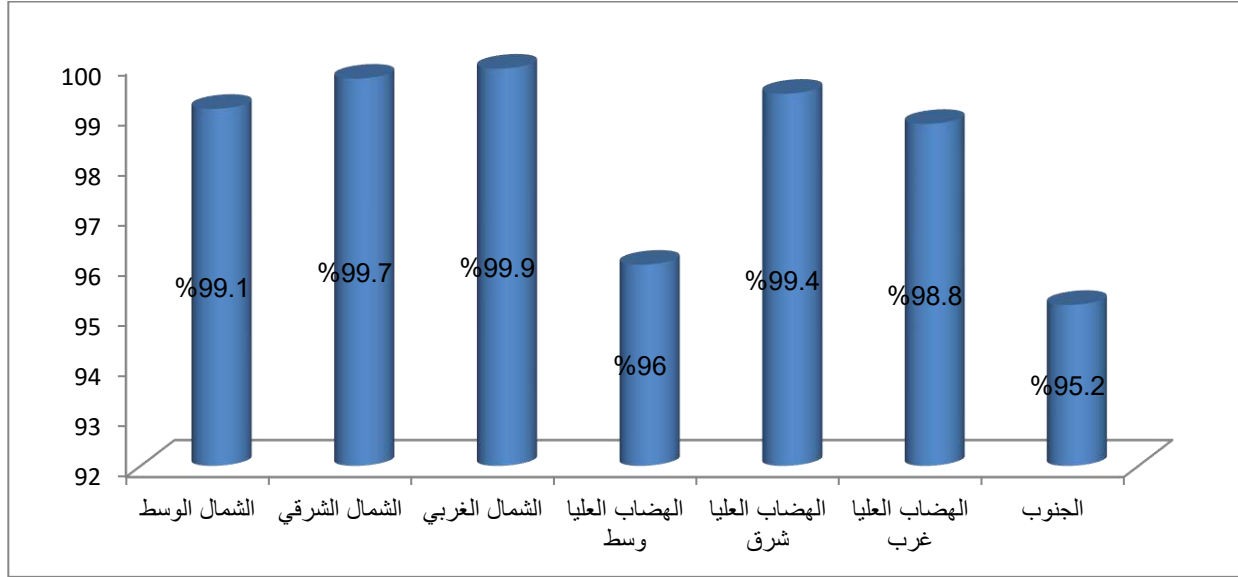
⁶ MSPRH, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2009, rapport, Alger, 2009, p127.*

⁷ MSPRH, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013, rapport, Alger, 2014, p143.*

⁸ Ibid, p143

⁹ MSPRH, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2019, rapport, Alger, 2020, p164.*

الشكل رقم 5: نسبة الولادة في بيئة آمنة في الجزائر حسب المناطق في 2019.



المصدر: منجز من طرف الطالبة على أساس معطيات. MSPRH, MICS6 2019, 2020, p179

ومن خلال الشكل السابق، يمكننا ملاحظة الفروقات المسجلة في نسبة الولادات في المنشآت الصحية بين المناطق في الجزائر، حيث تسجل المناطق الشمالية أعلى النسب بينما تسجل منطقة الجنوب النسبة الأضعف، بالإضافة إلى أنها تسجل النسبة الأعلى في الولادات في المنزل. نلاحظ أيضا انخفاض النسبة المسجلة في الهضاب العليا الوسطى. تعود هذه النسب إلى أن منطقة الجنوب تتميز بمساحتها الواسعة وبعد المسافة بين المنشأة الصحية والسكان. كما يُعتبر سكان الصحراء ومنطقة الهضاب العليا الوسطى من المناطق التي يغلب عليها الطابع الريفي والثقافة التقليدية حيث تفضل النساء الولادة في المنازل لاعتبارات اجتماعية فلا يقبل الزوج مثلا أن تلد زوجته بحضور رجل غريب ولو كان هذا الرجل طبيبا أو ممرضا. كما تتق أغلبية النسوة أكثر في المعارف التي تكتسبها عن ولادات سابقة أو التي تراها في القابلة التقليدية أو الداية أكثر من التي تضنها عند الطبيب أو القابلة.

المطلب الثاني: تحليل وفيات الأمهات في الجزائر حسب بعض المتغيرات.

ترتبط وفيات الأمهات ارتباطا وثيقا بعدد من المتغيرات كوسط الإقامة والسن وعدد مرات حدوث الحمل وكذا. وقد تغيرت وتيرة الوفيات في الجزائر حسب بعض هذه المتغيرات عبر المسوح المختلفة التي قامت بها. كما أن المعطيات حول هذه الظاهرة قليلة جدا خاصة تلك التي تنطبق للخصائص الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية للنساء المتوفاة في هذه الظروف ألا وهي ظروف الولادة.

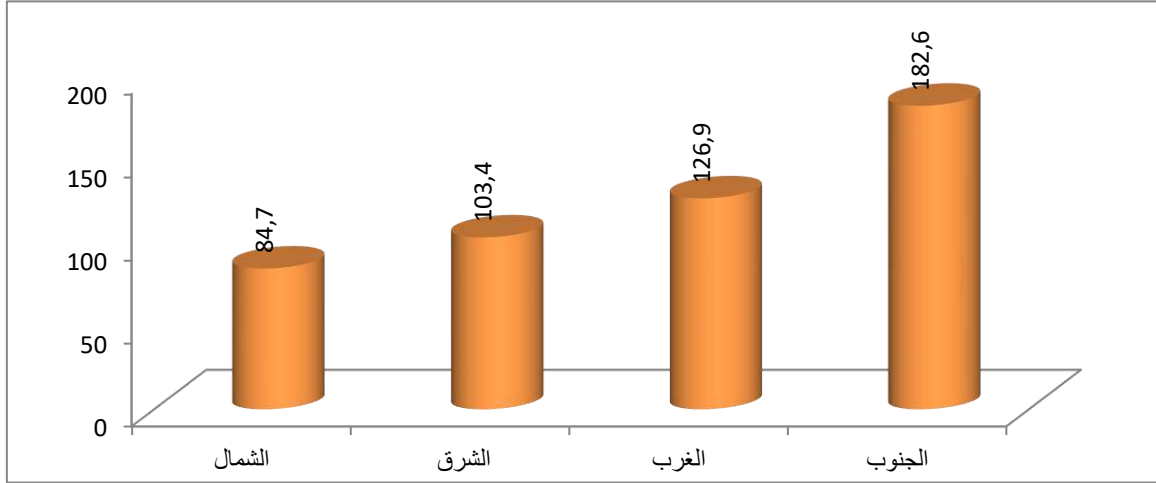
أظهرت معطيات المسح الأخير المتعدد المتغيرات أن 45,7% من النساء في سن الإنجاب قد تعرضن في السنتين الأخيرتين لتعقيدات أثناء حملهن 12% منهن كانت التعقيدات تخص ارتفاع ضغط الدم. كما بين المسح أن 3,5% تعرضن لمضاعفات أثناء الولادة 2,2% منهن تعرضن لنزيف أثناء الولادة أو بعدها.

1-منطقة السكن

بين المسح الوطني لوفيات الأمهات لسنة 1999 والتي استُعملت فيها طريقة الأخوات¹ أنه من بين 7757 حالة وفاة من النساء في سن الإنجاب، 697 منها كانت وفيات الأمهات، كما بين أيضا اختلاف هذا المعدل من منطقة إلى أخرى ومن ولاية إلى ولاية. يبين لنا الشكل رقم (6) توزيع وفيات الأمهات حسب مكان سكناهن.

¹ تتمثل "طريقة الأخوات" في أسلوب قياس غير مباشر يستخدم بشكل كبير لمختلف المعايير الديموغرافية والتي تم تكييفها لوفيات الأمهات. وهي تتمثل في استجواب الأشخاص عن أخواتهم على قيد الحياة.

الشكل رقم (6): معدل وفيات الأمهات لكل 100.000 مولود حي حسب المنطقة في 1999.



Source : MSPRH, Institut national de la santé publique.2001. « Enquête nationale sur la mortalité maternelle », rapport de synthèse, INSP, 2001, p16.

من خلال الشكل السابق، يمكننا استنتاج التباينات أو الفوارق الجغرافية المسجلة فيما يخص هذه الظاهرة، أين سجلت المنطقة الصحية الوسطى التي تضم ولايات الشمال معدل 84,7 وفاة لكل 100.000، في حين كانت ولايات الجنوب الأكثر تضررا بنسب تتجاوز 180 وفاة لكل 100.000 مولود حي وخاصة منها منطقة الجنوب الشرقي أين تسجل 211 وفاة لكل 100.000 ولادة حية أي ما يعادل مرتين ونصف المعدل المسجل في منطقة الشمال. في حين يقدر معدل وفيات الأمهات في الغرب الجزائري في هذه السنة 126,9 لكل 100 000 ولادة حية.

2- سن الأم

أكد الكثير من الباحثين خاصة الأفارقة منهم عن وجود ارتباط بين سن الأم ووفيات الأمهات. حسب منظمة الصحة العالمية فإن الوفيات ترتفع عند الأمهات الصغيرات في السن (الأقل من 20 سنة)، ويعاود الارتفاع عند الأكثر من 40 سنة¹.

¹ OMS, *sous-estimation de la mortalité maternelle*, communiqué l'OMS, 1996 , Genève, p13.

أما فيما يخص وفيات الأمهات حسب العمر في الجزائر، فقد ذكر مسح 1999 أنها ترتفع ابتداء من العمر 30 سنة لتصل إلى أعلاها في سن 35-39 سنة. في حين بينت وزارة الصحة من خلال دراسة مميزات وفيات الأمهات خلال السنوات 2015-2017 التي أنجزت من خلال التدقيق في معطيات الإعلان الإلزامي لوفيات الأمهات أن وفيات الأمهات في هذه الفترة كانت الأعلى لدى النساء بين 30-34 سنة مسجلة بأكثر من ربع الحالات تليها الفئة 35-39 سنة بربع الحالات على التوالي في 2015 و2017 بينما سجلت النسبة الأضعف لدى نساء الفئة أقل من 19 سنة الشكل رقم (7).

وهذا بالنظر إلى أن كلما كبرت المرأة في السن، ضعفت صحتها وتأثرت بكثرة الولادات المتتالية. زيادة على ذلك وبعد سن معين تظهر عند المرأة أمراض خطيرة مثل أمراض القلب والشرايين والسكري وكذا ارتفاع ضغط الدم مما يجعل ولاداتها وحملها عالية الخطورة.

وأظهرت معطيات المسح الأخير المتعدد المتغيرات لـ2019 أن أكثر من 50%¹ من النساء الأقل من 24 سنة تعرضن لتعقيدات أثناء الحمل، بينما هذه التعقيدات تمس 38,3%² فقط من اللواتي يزيد سنهن على 45 سنة، أي أن المشاكل الصحية أثناء الحمل أصبحت تمس أكثر الأمهات الأصغر سنا وهذا للبنية الضعيفة للنساء في هذا السن مقارنة بأمهاتهن اللواتي كن يتمتعن بصحة جيدة لإتباعهن نظام غذائي طبيعي وصحي و كذا تمتعهن بحياة أقل توترا.

نفس المسح أظهر أن 11,1%³ من بين الأمهات الأقل من 20 سنة تعرضن لتعقيدات أثناء الولادة، بينما لا تزيد هذه النسبة عن 2,3%⁴ عند الأمهات اللواتي يزيد سنهن على 40 سنة.

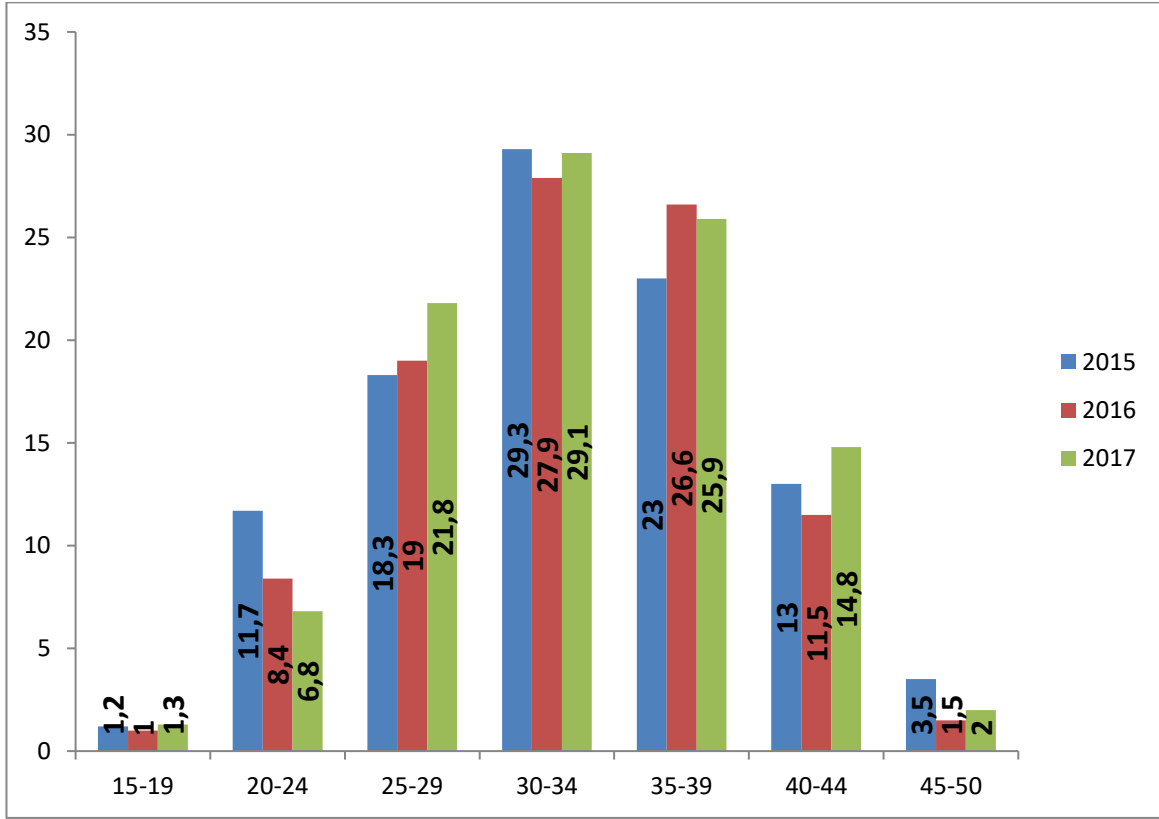
¹ MSPRH, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2019, rapport, Alger, 2020, p183.*

² Ibid, p183.

³ Ibid, p185.

⁴ Ibid, p185.

الشكل رقم 7: توزيع نسبة وفيات الأمهات حسب السن عند الوفاة لسنوات 2015، 2016 و 2017.



المصدر: من انجاز الطالبة من خلال معطيات Situation Démographique et Sanitaire, MSPRH, 2019, ص14.

يبين لنا الشكل السابق أن العلاقة نفسها لثلاث سنوات متتالية وهو ارتفاع عدد الوفيات عند النساء التي تتراوح أعمارهن بين 30-34 سنة و 35-39 سنة. وقد قدم ارتكز البرنامج الوطني لتخفيض من وفيات الأمهات بين 2015-2019 على الزامية التقليل من الولادات من أمهات صغيرات في السن والمتعددة الولادات، وكذا النساء اللواتي يقربن بين ولادتهن وهذا لتأثيرها المباشر على مستوى الوفيات المسجلة. وهذا من خلال تقديم خدمات تنظيم الأسرة التي يتم تكييفها وتوجيهها خصوصا اتجاه هذه الفئات.

3- عدد مرات الحمل

يُعرف عند السلك الطبي أن عدد الولادات بما فيها الناجحة أو التي انتهت بالإجهاض، بأنها

مؤشر لصحة الأم، كما أنه كثيرا ما استعمل في الدراسات عن العوامل المسببة لوفيات الأمهات. كما ذكرت منظمة الصحة العالمية أنه يزيد خطر الوفاة عند الأم كلما زادت عدد مرات الحمل عندها. مثلا دراسة المعهد الوطني للصحة العمومية الفرنسي INSP لمميزات وفيات الأمهات لسنة 2014 لهذه الاتجاهات، بحيث ترتفع وفيات الأمهات كلما زادت عدد مرات الحمل عندها.

أما في الجزائر أظهرت بعض الدراسات المحلية للوفيات في بعض الولايات¹ عكس ذلك، حيث بينت أن كلما قل عدد مرات الحمل عند الأم كلما زاد خطر الوفاة عندها. أي أن الوفيات مرتفعة عند النساء التي لم يسبق لهن الحمل، ثم النساء التي سبق لهن الحمل مرة واحدة تليها النساء التي سبق لهن الحمل مرتين أو ثلاث مرات.

من خلال دراسة مميزات وفيات الأمهات في السداسي الثاني لـ 2014 بينت وزارة الصحة أن نسبة الوفيات مرتفعة عند النساء اللواتي لم يسبق لهن الحمل بـ 19,6%² من الحالات مقابل أزيد من 16%³ من الحالات ممن سبق لهن الحمل بين مرة إلى 3 مرات، و 14,7%⁴ من الحالات سبق لهن الحمل مرتين بينما كانت النساء اللواتي سبق لهن الحمل بين 8 إلى 10 مرات أقل تعرضا لخطر الوفاة بنسبة لا تزيد عن 3,5%⁵ من الحالات. وعليه فإن المرأة التي لم يسبق لها الحمل والإنجاب هي الفئة من السيدات التي سجلت أكبر عدد من الوفيات. هذه النتائج تتنافى مع الفكرة المسبقة التي تقول أنه كلما ازداد التعرض كلما ازداد الخطر. يمكن تفسير ذلك بالنظر إلى أن كلما توسعت معرفة المرأة في الولادة والحمل، كلما أصبحت أكثر تقطنا لأخطارها.

¹ Abdoun M. et all, *Epidémiologie de la mortalité maternelle dans la willaya de setif 2014-2019*, 2020, Batna J. Med Sci.

Khelalfa L, Oudjehih M, AblousN, et al., *La mortalité maternelle dans la wilaya de Batna de 2014 à 2017*, 2020 Batna J Med Sci.

² MSRPH, caractéristiques des morts maternelles 2eme semestre 2014, rapport, Alger, p11.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ Ibid.

4-وقت حدوث الوفاة

أكدت مراجعة الأدبيات أن أغلبية وفيات الأمهات تقع بعد الوضع في خلال 42 يوم، وهذا يعطى أهمية بالغة لهذه الفترة، أي الفترة ما بعد الولادة، والزامية توسيع فترة مراقبة الأم إلى أكثر من 24 ساعة.

يبين لنا الجدول الموالي توزيع وفيات الأمهات لسنة 1999 و2015، 2016، 2017 حسب حدوث الوفاة، حسب ما إذا وقعت الوفاة خلال فترة الحمل، خلال الولادة، بعد الولادة أو بعد الإجهاض.

الجدول رقم 5: توزيع نسبة وفيات الأمهات حسب وقت حدوث الوفاة في الجزائر بين 1999 و2017.

السنة	بعد الولادة	خلال الولادة	أثناء فترة الحمل	بعد الإجهاض
1999(1)	66,4	10,6	17,5	5,5
2014(2)	77,9	9,7	9	2,1
2015(3)	62	11,7	18,3	5,8
2016(3)	71,1	10,3	14,8	3,7
2017(3)	68,7	11,9	14,4	4

المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات (1) المعهد الوطني للصحة العمومية، 2001، المسح الوطني حول وفيات الأمهات، تقرير، INSP، 2001، ص27.

(2) MSPRH, caracteristiques des décès maternels au cours du 2ème semestre 2014, 2015,p13.

(3) MSPRH, Situation Démographique et Sanitaire 2000-2018, 2019, p.

تُظهر معطيات الجدول السابق أهمية الفترة ما بعد الولادة، حيث أنها تحصد لوحدها من خلال الدراسات الثلاث أغلبية الوفيات، 66,4 % في 1999، و77,9% في السداسي الثاني من سنة 2014، علما أن في السداسي الثاني من 2014 أكثر من 41% من الوفيات تحدث خلال 24 ساعة الأولى من الولادة. أما بين 2015 و2017 فإن أكثر من ثلثي الوفيات تقع

بعد الوضع. كما أن رغم المدة الطويلة بين مسح 1999 و 2017 (18 سنة) إلا أن نسب الوفيات التي تقع بعد الولادة لم تتحسن بل ازدادت سوءا. وهذا ينبهنا عن مدى نجاعة الإجراءات المتخذة لهذه الفترة من تأهيل وتكوين القابلات في مراكز الأمومة والطفولة. من جهة أخرى، فإن أكثر من 10% منها تقع خلال الولادة وفي أغلب الأحيان بسبب تعقيدات الوضع (النزيف، ارتفاع ضغط الدم، التشنج...). بينما بين 14 و 18% من حالات الوفاة تحدث اثناء فترة التسعة أشهر للحمل. وتعتبر الوفيات أثناء الإجهاض أضعفها حدوثا حيث أنها تقع بين 2% و 5,8% من الحالات.

من خلال ما سبق يمكننا استنتاج ما يلي:

✓ تبقى أن، في كل المعطيات المتاحة لنا، الفترة بعد 42 يوم بعد الولادة النقطة السوداء لوفيات الأمهات في الجزائر، وبهذا لا بد من التأكيد على الفحوصات الطبية التي تلي الولادة وتقريب فترة زيارة المريضة للطبيب إلى أقل من 10 أيام وهذا مهما تكن طريقة الولادة (العملية القيصرية أو الولادة الطبيعية).

✓ فترة أثناء الولادة مازالت تحصد عشر الوفيات رغم الإمكانيات التي وضعتها الدولة لهذه الفترة من قابلات، إلا أن النقص في الموظفين المؤهلين الذين لا بد أن يحضروا عملية الوضع وكذا النقص أو عدم توفر الأدوية اللازمة في الحالات المستعجلة أدت إلى ارتفاع هذه النسبة.

✓ تُظهر لنا المعطيات السابقة تحسنا طفيفا للوفيات أثناء فترة الحمل ولكن لا يزال هناك الكثير مما يتعين القيام به خاصة بما يخص التوعية.

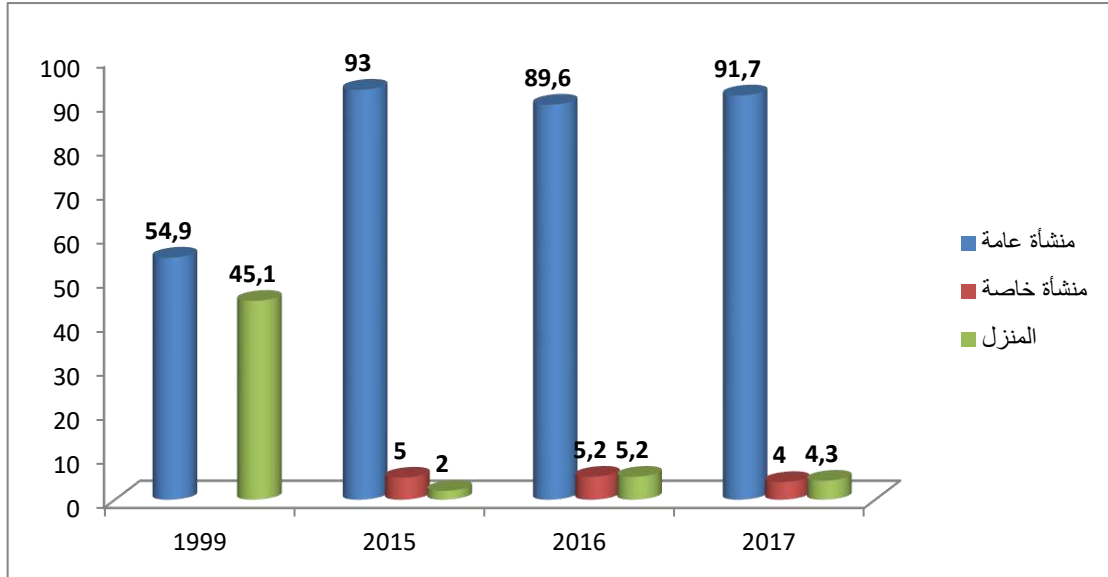
✓ أما فيما يخص الوفيات الناجمة عن الإجهاض فلا بد من إتباع بروتوكول صحي لإدارة وضعية إجهاض الأم حسب عدد أشهر الجنين.

5-مكان حدوث الوفاة

تتمثل هذا المعطية من أهم المعطيات التي يمكن بها تحليل خصائص وفيات الأمهات في الجزائر أو في غيرها من البلدان، حيث أنها تعبر عن جودة الخدمات الصحية للأم إذا كانت الوفاة قد طرأت في المستشفى (خاص أو عام) هذا من جهة، ومن جهة أخرى تعبر عن الإقبال على الخدمات الصحية إذا كانت الوفاة قد طرأت في المنزل خاصة إذا علمنا أن هذه النسبة مرتبطة ارتباطا وثيقا بمكان الولادة.

في الجزائر ومن خلال المعطيات المتوفرة لدينا فقد كانت أغلبية الوفيات تُسجل في المنزل ثم انتقلت النسبة الأعلى للوفيات إلى المستشفيات العامة.

الشكل رقم 8: توزيع نسبة وفيات الأمهات حسب مكان حدوث الوفاة لسنوات 1999⁽¹⁾، 2015، 2016 و 2017⁽²⁾.



المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات (1) المعهد الوطني للصحة العمومية، 2001، المسح الوطني حول وفيات الأمهات، تقرير، INSP، 2001، ص 27.

(2) MSPRH, Situation Démographique et Sanitaire 2000-2018, 2019, p.

حسب الشكل السابق فإنه تغير اتجاه نسبة الوفيات في الجزائر حسب المتغير مكان الوفاة وهذا بعد سنة 2000. حيث انخفضت الوفيات المسجلة في المنازل إلى حوالي 4% بعدما كانت 45% بين 1999 و 2017، و ارتفعت الوفيات المسجلة في المستشفيات العامة من 54,9% في 1999 إلى 91,7% في 2017. وقد تمكنت عيادات القطاع الخاص من امتصاص حوالي 4% من وفيات الأمهات بعد ظهور هذا القطاع بعد سنة 2000.

يمكن تفسير هذا الاتجاه العام لمكان تسجيل وفيات الأمهات في الجزائر إلى أن معظم الأمهات تنتقلن للمستشفيات العامة لمتابعة الحمل والولادة، وحتى اللواتي يتابعن حملهن في العيادات الخاصة أو الأطباء المختصين الخواص فإنهن يقمن بعملية الولادة في المستشفيات العامة تجنباً للمصاريف العالية لهذه العملية في العيادات الخاصة وخوفاً من التعقيدات التي في رأيهم يمكن التكفل بها أحسن في المستشفيات العامة. من جهة أخرى فإن العيادات الخاصة ترفض استقبال النساء اللواتي يعانين من التعقيدات أثناء الحمل أو اللواتي لديهن أمراض مزمنة أثناء الحمل للولادة في هياكلها تحسباً لتعقيدات الولادة والمصاريف الزائدة التي يمكن أن تتكبدها هذه العيادات وأيضاً خوفاً من تابعيات الوفيات لسمعة العيادة المستقبلية.

المطلب الثالث: العوامل المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات في الجزائر

تعتبر العوامل الاجتماعية الثقافية والاقتصادية للمرأة والزوج والأسرة من العوامل التي تفتن لها العلماء لشرح مستوى وفيات الأمهات.

تشكل وفيات الأمهات وحدها 10% من مجموع وفيات النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 15 و 49 سنة، وتتميز هذه الوفيات بالفوارق الإقليمية الكبيرة، حيث يصل معدل وفيات الأمهات يصل إلى 230 لكل 100 000 ولادة حية في ولاية أدرار بينما إلى 117,4 حالة لكل

100.000 في ولاية تمنراست وهذا في نفس المنطقة¹.

من بين العوامل المؤثرة على وفيات الأمهات في الجزائر، التعلم أو المستوى التعليمي للزوج والزوجة حيث أنه ثبت على أن التعلم له آثار غير مباشرة على مستوى الوفيات. إن تعليم المرأة يؤدي إلى حمل أضمن وأسلم لصحة المرأة والعائلة بأكملها. وللتقافة تأثير غير مباشر على حياة الأم والزوجة لأن من شأنها رفع مكانتها الاجتماعية وتحسين صورتها أمام المجتمع وزيادة خياراتها في الحياة، وتمنحها القدرة على مناقشة وضعها بشكل عام واتخاذ القرارات بنفسها وتوهرها لأن يكون لها رأي هكذا نجد أن للتعليم آثار عميقة في تغيير هذه الصورة والتي ستكون لها انعكاساتها في نسبة وفيات الأمومة².

كما يعتبر الفقر النقدي والغير النقدي عامل آخر الذي يؤثر في مستوى وفيات الأمهات في الجزائر، حيث يؤثر الفقر غير النقدي للأسرة المعيشية تأثيراً سلبياً على طلب الرعاية الصحية³، فاكتساب سيارة أو وسيلة نقل مريحة في الأسرة مثلاً تؤثر إيجاباً على طلب الرعاية الصحية للمرأة ولكل أعضاء العائلة. كما أن الفقر النقدي يؤثر بصفة مباشرة من خلال دفع مستحقات الدواء والتحاليل الطبية والأشعة والتنقل إلى المنشأة الصحية، وبصفة غير مباشرة حيث أن الأسرة الميسورة الحال لا تتردد في طلب الرعاية عند المنشأة التي تقدم خدمات أجود مهما كانت تكاليفها أو بعد مسافتها. فالحالة الاقتصادية للأسرة وبالتالي للمرأة تساعد على تحضير الظروف الملائمة التي تسمح للمرأة على طلب الرعاية الصحية والتوجه إليها وحتى تلقيها.

¹ Coppieters Y. et les autres, *Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud Algérien*, santé publique, 2011/5 vol23,p413 :426.

² نوالين عمار, *أسباب وفيات الأمهات*, مجلة العلوم الاجتماعية, 2018, مجلة العلوم الاجتماعية, المجلد 7.

³ Nadjet Kadi, *Santé reproductive et pauvreté en Algérie*, thèse en vue d'obtention du titre de docteur en démographie, univ.d'Oran, 2013.

المكانة الاجتماعية التي تملكها المرأة أو أحد أفراد الأسرة، أسرة الزوج أو الزوجة، تعتبر أيضا من العوامل التي تساعد على افتكالك تلقي الرعاية الصحية خاصة في الحالات الطارئة في المستشفيات عند نقص الأسرة، أو الأدوية، أو الأطباء والقابلات مما يسمح للمرأة بتلقي الخدمة الصحية في وقتها.

ويتمثل السكن في منطقة قريبة من المنشأة الصحية عامل مباشرا للتقليل من وفيات الأمهات، حيث يسهل للمريض التنقل إلى المصححة وتلقي العلاج المناسب والعودة مهما كثرت المواعيد والاستشارات. عكس الأسرة التي تسكن بعيدة عن المصلحة والتي يتوجب عليها المباشرة خارج المنزل وربما الغياب عليه لمدة طويلة سواء للبقاء في المستشفى أو الذهاب إلى الأقارب.

كما ذكر بعض الباحثين¹ على أن هناك عوامل اجتماعية يمكنها أن تؤثر أيضا على مستوى معدلات وفيات الأمهات في الجزائر. من بينها قرار طلب الرعاية الذي تتوقف عليه سرعة تلقي الرعاية في الجنوب الجزائري، ويعتمد هذا العامل على:

✓ التفسير الذي تعطيه المرأة للمرض، بمعنى أنها تحاول التكيف مع الوضع أولا كما تستهين بالأعراض التي تحسها، ثم تقرر التداوي بطريقة تقليدية.

✓ العامل الثاني الذي يؤثر أيضا على قرار طلب الرعاية هو تقييم المرأة لمختلف العروض والعلاجات حسب تجربتها وتجربة من حولها.

✓ كما يتمثل العامل الثالث في تعدد التشخيص الذي تتلاقاه المريضة والذي يؤدي إلى الشك في نجاعة العلاج.

✓ بالإضافة إلى ضغوطات العائلة والجيران.

وهذه تكشف عن أهمية البعد الاجتماعي خارج المجال الطبي وداخله.

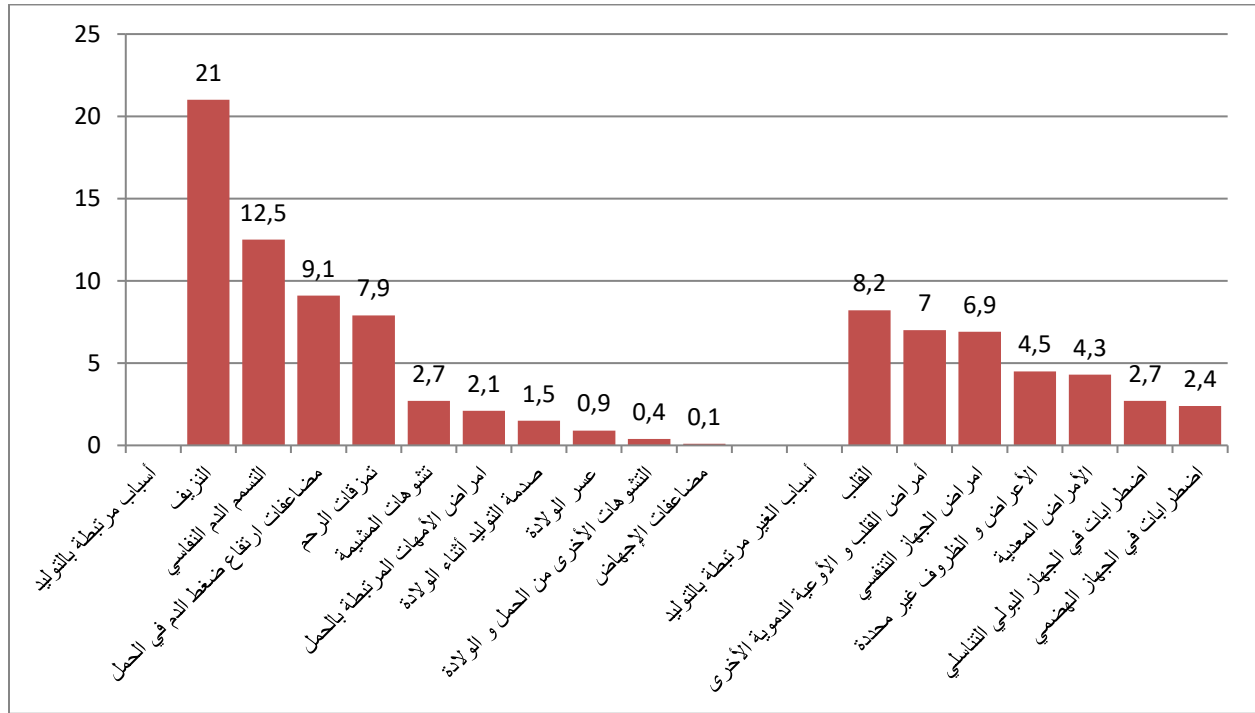
¹ Coppieters Y. et les autres, *Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud Algérien*, santé publique, 2011/5 vol23,p413 :426.

المطلب الرابع: الأسباب الصحية المباشرة لوفيات الأمهات في الجزائر

لوفيات الأمهات في الجزائر أسباب مباشرة مرتبطة بالتوليد وأسباب مباشرة غير مرتبطة بالتوليد. وتتمثل الأسباب المباشرة المرتبطة بالتوليد في الأمراض والمشاكل المرتبطة بالحمل والولادة مثل النزيف وضغط الدم أثناء الحمل وغيرها، أما الأسباب المباشرة الغير مرتبطة بالتوليد فتتمثل في الأمراض التي تعاني منها المرأة قبل حدوث الحمل وتتفاقم عند حدوث الحمل مثل أمراض القلب والأوعية الدموية والأمراض المعدية.

من خلال معطيات المسح الوطني لوفيات الأمهات في 1999 تم استنتاج الأسباب التالية:

الشكل رقم 9 : الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات في الجزائر في 1999.



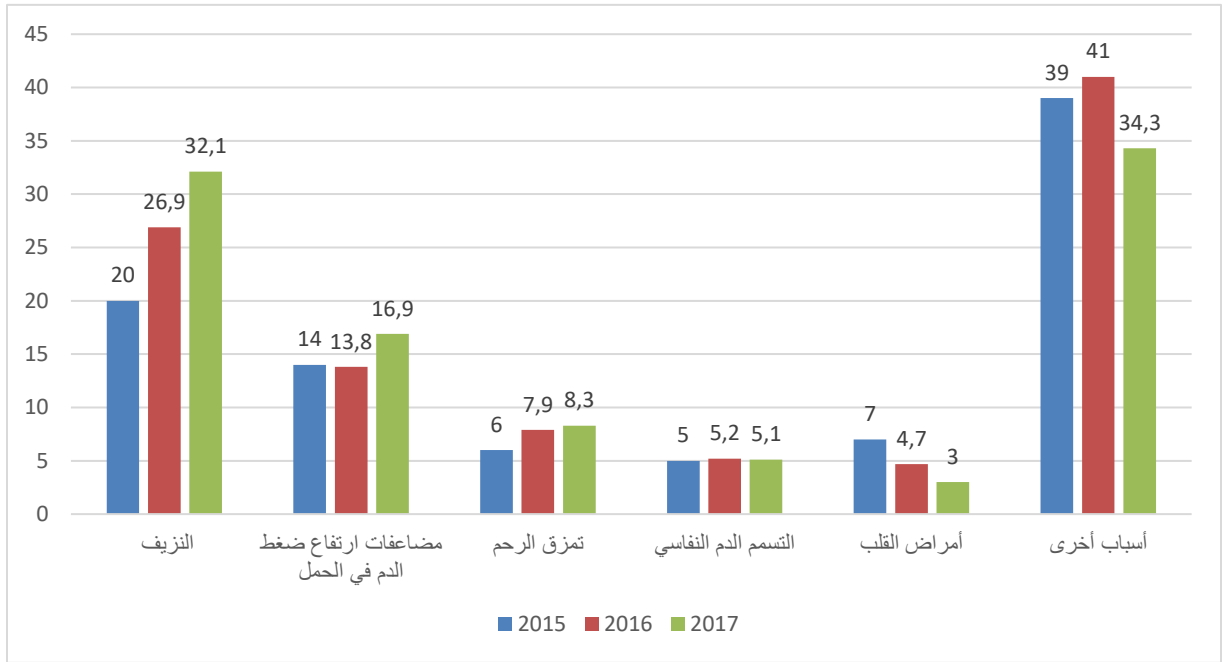
المصدر: المعهد الوطني للصحة العمومية (2001)، تقرير المسح الوطني لوفيات الأمهات"، 2001، ص33.

يبين الشكل (9) أن أهم الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات المرتبطة بالتوليد هي النزيف الذي يتسبب في 21% من الوفيات يليه تسمم الدم التنفسي بنسبة 12,5% من الحالات، ثم

الفصل الثاني: تقييم وتطور وفيات الأمهات في العالم وفي الجزائر

المضاعفات المرتبطة بارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل الذي يحصد 9,1% من الوفيات. كما تمثلت أهم الأسباب المباشرة الغير مرتبطة بالتوليد في أمراض القلب 8,2%، وأمراض الأوعية الدموية 7,9% وأمراض الجهاز التنفسي ب 6,9%. ومن خلال نموذج الاستطلاع الذي وضعت وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على مستوى كل مراكز الاستشفائية بهدف التبليغ عن جميع وفيات الأمهات في مدة لا تتجاوز 48 ساعة بعد الوفاة، تمت دراسة مميزات هذه الوفيات لسنوات 2015، 2016 و 2017. وترتبت عن تحليل الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات لهذه الفترة ما يلي:

الشكل رقم 10: الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات 2015، 2016، 2017.



المصدر: من انجاز الطالبة من خلال معطيات . MSPRH, Situation Démographique et Sanitaire 2000-2018, 2019, ص15.

أظهرت نتائج الدراسة أن مشاكل النزيف يحصد أكثر فأكثر من الوفيات كل سنة، حيث ارتفعت الوفيات بهذا السبب من 20% إلى 32,1% بين 2015 و 2017. كما ارتفعت الوفيات الناجمة عن ارتفاع ضغط الدم من 14% إلى 16,9%.

من خلال الدراستين التي أُجريت في فترتين تبعد عن بعضهما بحوالي 15 سنة، يمكن الملاحظة أنها ظهرت أسباب جديدة، إلا أنه بقي أهم أسباب الوفيات في 1999 هو نفسه في 2017 والتي تتمثل في النزيف. حيث ارتفعت نسبته من 21% في 1999 إلى 32,1% في 2017.

رغم أن النزيف الذي يظهر أثناء الولادة يُعتبر حالة مستعجلة وخطيرة، إلا أنه يمكن بحقنة علاج الأم وإنقاذ حياتها. السبب يكمن في عدم مراقبة الأم في خلال 24 ساعة بعد الولادة مراقبة جيدة، وفي قاعة مخصصة لذلك بحيث تبقى تحت أنظار الطاقم الطبي الساهر لذلك مثل قاعة الإنعاش.

من خلال ما سبق، يمكن استنتاج أن الرعاية الصحية الجيدة لحالتين مستعجلتين توفر 50% من أرواح الأمهات في الجزائر وهما حالة النزيف الحاد وحالة ارتفاع ضغط الدم عند التوليد. باستخدام الفعال للطاقم الطبي والوسائل اللازمة في الوقت المناسب وأخذ بعين الاعتبار الحالات المستعجلة في الوقت المناسب وبالوسائل المناسبة يتم القضاء على نسبة كبيرة من وفيات الأمهات في الجزائر.

من جهة أخرى لو تغلغنا إلى داخل مناطق البلاد لأدركنا أنه بالإضافة إلى المشكل المذكور أعلاه، هناك نقص فادح للوسائل الطبية اللازمة للحالات المستعجلة كقاعات العمليات المجهزة والأدوية وأطباء الإنعاش وكذا بنك الدم، كما يوجد ندرة في الطاقم الطبي الذي من المفروض أن يتولى مثل هذه الحالات.

المطلب الخامس: السياسة الوطنية المتعلقة بصحة الأم

تؤثر السياسات الصحية المتعلقة بصحة الأم وكذا البرامج المسطرة لهذا الغرض على مستوى وفيات الأمهات وتطور مؤشرها. وتعتبر الأم من الأهداف الأساسية للسياسة الصحية الجزائرية، وبما أن صحة الأم والطفل مرتبطتان ارتباطاً أبدياً، سواء في العوامل والأسباب وكذا محاربة

المرض وعلاجه فإن أعظم البرامج المسطرة لصحة الأم تشمل الطفل. وقد شمل القانون 85-05 فصلا كاملا لصحة الأم وطفلها، حيث تنص المادة 68 من هذا القانون على أن حماية الأمومة والطفولة تتمثل في جميع التدابير الطبية، الاجتماعية والإدارية التي تستهدف على الخصوص حماية صحة الأم بتوفير أحسن الظروف الطبية والاجتماعية قبل الحمل وخلالها وبعد. وقد نص أيضا على توفير أحسن الظروف لصحة الطفل و نموه الحركي والنفسي. وقد وضعت الجزائر برامج عديدة لهذا الغرض.

1- برامج تباعد الولادات و تنظيم الأسرة

أنشأ أول مركز لحماية الأمومة بعد الاستقلال في الجزائر في مستشفى مصطفى باشا في 1967، وتبعه مركزين في قسنطينة ووهران في 1969. ثم يُعتبر 1974 انطلاق لبرنامج وطني لحماية الأمومة والطفولة وتباعد الولادات ثورة في حماية صحة الأم والطفل والتي تمثلت في تقديم الوسائل لمنع الحمل في جميع المؤسسات الاستشفائية وتوسيع شبكة مراكز حماية الأمومة والطفولة (PMI) في المؤسسات الصحية الجوارية عبر كل التراب الوطني وهذا في إطار مجانية العلاج الذي أكدها القانون 73-65 لسنة 1973.

وفي إطار السياسة السكانية التي تبنتها الجزائر في آخر السبعينات والتي كانت تنص على العمل على خفض معدل النمو الديموغرافي، انطلق في 1983 البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديموغرافي (PNMCD) وقد لعب هذا البرنامج دور كبير في تعزيز برنامج تباعد الولادات وتحسين الحالة الصحية للامهات والاطفال في الجزائر. وقد ارتكز هذا البرنامج على 3 محاور أساسية¹:

✓ تطوير الهياكل القاعدية والتنظيم المادي: في إطار هذا البرنامج تم دمج نشاط تباعد الولادات في جميع الهياكل الصحية القائمة: عيادات متعددة الخدمات، المراكز الصحية

¹ فيصل معاش، وفيات الأمهات في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية للألفية، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، مجلد 10 العدد 2، ديسمبر 2020، ص 19-20.

وقاعات العلاج. وقد أدى ذلك إلى تضاعف مراكز الأمومة والطفولة.

✓ الإعلام و التثقيف و التوعية: أكد هذا البرنامج على التوعية و محاولة تغيير الأفكار

فيما يخص قضايا الانجاب وتباعد الولادات.

✓ تشجيع أنشطة البحث و الدراسات السكانية: منذ بداية تنفيذ البرنامج اهتم الحكومات

بجمع للبيانات حول الظواهر الديمغرافية.

بعد ال1995، وبسبب الظروف الاجتماعية و الاقتصادية التي عرفتھا الجزائر في بداية

التسعينات وبعد ظهور دوليا ما يُعرف "بالصحة الانجابية" و الذي يشمل المفهوم تنظيم الأسرة

التي كانت هدف في البرامج السابقة تم تعديل البرنامج الوطني للتحكم في النمو الديمغرافي. تم

انشاء الهيئة الوطنية للصحة الانجابية و التخطيط الأسري في 1995 و التي أدت إلى الإهتمام

بنوعية الخدمات المقدمة بتحسين القدرات التقنية للموظفين وتنظيم المرجعية في مجال الصحة

الانجابية وتنظيم الأسرة. وقد تم تقليص دور قاعات العلاج في نشاط تنظيم الأسرة لعدم توفر فيها

الامكانيات البشرية و الوسائل المادية لتأدية هذا النشاط.

2- برامج مكافحة وفيات الأمهات

صدر البرنامج الوطني لمكافحة وفيات وأمراض الأمهات و وفيات حول الولادة في 1997 وقد

وُزع هذا البرنامج على مستوى الولايات لتطبيقه . وقد أكد هذا البرنامج على:

✓ ترقية مفهوم تنظيم الأسرة.

✓ متابعة الأم والطفل أثناء فترة الحمل والفترة ما بعد الوضع.

✓ تحسين ظروف الولادة ومتابعة المولود بعد الولادة.

وعلى هذا الأساس وُضع برنامج وطني حول الولادات في الجزائر 2005، حيث أهتم بالعناية

الصحية للمرأة قبل وأثناء الولادة من خلال:

▪ تعزيز الفحوصات أثناء مرحلة الحمل بغية الإكتشاف المبكر لامراض الحمل (السكري

وضغط الدم).

- توحيد وتحسين معايير المراقبة أثناء الولادة.
 - تدريب الموظفين على التعرف على حالات الخطر التي تتطلب نقلها في وقت مبكر إلى المراكز الصحية ودور الولادة المرجعية.
 - تنظيم دورات إعلامية للنساء الأكثر عرضة لهذه المخاطر.
- هذه المعايير والتوصيات كان من شأنها :

✓ الحد من مضاعفات الحمل المرتبطة بالإرتفاع ضغط الدم وخفض عدد وفيات الأمهات الناجمة عن الارتعاج بنسبة 30% وضمان إدارة حالات الارتعاج الشديد بحلول عام 2008¹.

✓ خفض وفيات الامهات بسبب مضاعفات نزيف الولادة بنسبة 30% وضمان إدارة 50% من حالات النزيف قبل الولادة بحلول 2008².

✓ تحسين ظروف الولادة وتحديد معايير العناية بالحالات الخطيرة المستعجلة.

ومن اجل جمع البيانات المعمقة والمتعلقة بوفيات الامهات والبحث في أسبابها أصدرت وزارة الصحة والسكان في 2013 قرار التصريح الاجباري لوفيات الأمهات من طرف المهنيين الصحيين و التدقيق فيها في سنة 2014 .

3-البرنامج الوطني لتسريع تخفيض وفيات الأمهات 2015-2019. (Plan National : de Réduction de la Mortalité Maternelle 2015-2019).

في إطار وضع المخطط الوطني للتقليل من وفيات الأمهات 2015-2019، تم تقييم الرعاية الصحية المقدمة للأم من طرف خبراء جزائريين وأجانب. وتم استخراج النقاط السوداء للرعاية

¹ MSPRH, *programme national de perinatalité-programme triennal 2005-2008*, www.santé.dz/pnp/pnp.pdf consulté de 02/04/2020.

² Ibid.

الأمومة والطفولة والتي سنحاول تلخيصها فيما يلي:

أولاً: ارتفاع انتشار حالات الحمل عالية الخطورة بسبب قلة استعمال وسائل منع الحمل.

تعتبر حالات الحمل العالية الخطورة الثلاث حالات التالية:

1- حالات الحمل عند النساء الصغيرات في السن بخطر عسر الولادة وحالات ما قبل

التشنج (pré-(eclampsie). كما أن حالات الوفيات المحيطة بالولادة مرتفعة عند هذه

الفئة.

2- حالات الحمل عند النساء الكبيرات في السن أكثر من 35 سنة، خاصة عند النساء

اللواتي تكررت عندهن الولادة حيث يصبح خطر الوفيات بالنزيف أكبر.

3- حالات الحمل المتقاربة في هذه الحالات تعتبر خطر وفيات الأمهات مضاعف.

ثانياً: عدم أو قلة وجود مراجع وطنية (مخطط للرعاية حالات الحمل).

إن عدم وجود مخطط وطني توجيهي معمول به في كامل التراب الوطني، يجعل من

الصعب تقييم الممارسات غير الموحدة للرعاية الخاطئة والمعمول بها في القطاع.

ثالثاً: الوضع غير الأمثل للتوجهات الأولية والتحويلات.

عند دراسة حالات وفيات الأمهات على أرض الواقع، ظهر للخبراء الجزائريين والأجانب أن

التحويل الأولي لحالات الحمل العالية الخطورة ليست مثلى. حيث أن قائمة حالات الخطر

محدودة (السكري، الضغط الدموي، أمراض القلب) وبهذا غير فعالة.

في هذا الإطار 5 صعوبات (ثغرات) تم تحديدها:

1- النساء أو العائلات لا تتبع دائماً التوجيهات الأولية للولادة في مصالح الولادة مستوى

II/III وفي حالات أخرى لم يتم تحويلهن مسبقاً، بينما حالات الحمل الطبيعي أو قليلة

الخطورة أثقلت عمل مصالح الولادة بمستوى II/III.

2- مصالح الولادة بمستوى II/III لا تملك جداول توقعية لتحضير الولادات بسبب عدم

تسجيل النساء الحوامل أنفسهن في مصلحة الولادة.

3- لا توجد إجراءات رسمية لتحويل الحالات الخطيرة قبل الولادة ولا لتحويل الحالات

الخطيرة بعد الولادة.

4- القطاع الخاص لا يستعمل إلا 25% من أسرة التوليد.

رابعاً: عدم تحويل المعلومات الأساسية لرعاية جيدة للحمل والولادة.

حالياً تحويل المعلومات بين الفحص أثناء الحمل ومصالح التوليدية يتم عن طريق "دفتر

متابعة الحمل والطفل"، إلا أن هذا الدفتر لا يحتوي على قسم لتحديد مصلحة التوليد

المتوقعة وخانة التسجيل ولا على مصلحة للتحويل في حالة تعقد الحالة.

في نفس الإطار وفي حالة تعسر الولادة، فإن أدوات مراقبة العمل لا توجد. كما أن بالنسبة

للنساء اللواتي ولدن عن طريق العملية القيصرية، مراقبة الأم خلال الساعات الأولى بعد

العملية والتي تُعتبر مرحلة شديدة الخطورة، ليست مدونة في وثيقة رسمية توضح مهام كل

طرف.

خامساً: الموارد البشرية غير كافية وغير موزعة بطريقة جيدة.

يوجد في بعض المناطق نقص فادح في الأطباء المختصين والقابلات، هذا النقص لا بد أن

يُحصى بدقة لكل المصالح الصحية ولكل الولايات.

هذا المشكل يعرف عدة أبعاد أهمها:

1- الموارد البشرية غير موزعة جيداً حتى في المناطق الحضرية.

2- لا توجد سياسة واضحة لتوزيع المهام بين الطاقم الطبي.

الوزارة كانت قد وضعت بعض الحلول لهذا المشكل من بينها وضع برنامج الخدمة المدنية

للأطباء المتخصصين في نهاية تكوينهم في المناطق الجنوبية والهضاب العليا، و"التوأمة

بين مستشفيات الشمال مع الجنوب والشمال مع الهضاب العليا" التي سمحت بجل الكثير من المشاكل الصحية المعقدة عند الأم.

سادسا: التوزيع غير الجيد (غير المتكافئ) للموارد المادية.

لهذه الإشكالية عدة أبعاد:

1-تذبذب توفر بعض الأدوية، الدم وبعض مشتقات الدم للحالات المستعجلة، كما هناك نقص في الكوشف للتأكد من التوافق قبل عمليات نقل الدم خاصة في بعض المناطق.

سابعا: التكوين المتواصل غير منتظم.

حسب الخبراء فإن التكوين لا بد أن يختلف حسب الوظائف، القابلات، الطبيب المختص في أمراض النساء، طبيب التخدير والإنعاش والطبيب العام. كما أن التكوين لا بد أن يتطرق إلى الجانب النظري، التقني، التكوين العملي وإلى تعليم قيادة المجموعة (leadership).

ثامنا: جهل الأسباب الحقيقية لوفيات الأمهات /لابد من تعزيز ثقافة التقييم المستمر

تعتبر هذه النقطة أساسية مقارنة بكل النقاط الأخرى، حيث أن الدراسة الوطنية الأخيرة التي قامت بها الجهات المختصة عن وفيات الأمهات في الجزائر كانت في 1999. حاليا نظام الإبلاغ الإجباري لوفيات الأمهات قد تم ترسيمه عن طريق التدقيق في حالة الوفاة ما يسمح للتحليل المنهجي والتدقيق في نوعية الرعاية الصحية بما في ذلك الإجراءات المستخدمة في التشخيص والعلاج.

هناك حتمية ملحة لهذا التقييم المستمر للوضع، وإلا فإن كل التوصيات لا تأثر على وفيات الأمهات في غياب المعطيات الدقيقة.

تاسعا: نقص الجاذبية عند بعض المصالح التوليدية.

الفحوصات أثناء الحمل تعتبر في بعض الأحيان غير جاذبة للأمهات، خاصة عندما يكون

نقص في الأطباء المختصين الدائمين. ولقد نوه الخبراء على ضرورة وجود آليات لتقييم رضا الأمهات للرعاية الصحية أثناء الحمل، والولادة في المصالح الطبية.

عاشرا: آليات التواصل غير منظمة بين مختلف المستويات.

نشر المعلومات أو التواصل بين مختلف المصالح الاستشفائية تعد أساس القضاء على كل النقاط السوداء التي حددت. ولها عدة أبعاد:

✓ التواصل بين مقدمي الرعاية والنساء أو العائلات: هذا التواصل يُجرى بشكل عادي بين الأشخاص ولكن لا تستعمل فيه الآليات المخصصة لذلك (وثيقة رسمية للإعطاء المعلومات، فيديو....).

✓ التواصل بين مقدمي الرعاية: غير متواجدة بين المصالح التوليدية بجميع مستوياته (I و II / III). وهذا النوع من التواصل صعب أيضا بين مقدمي الفحوصات أثناء الحمل ومصالح التوليد، وبين القابلات والأطباء.

✓ التواصل بين الوزارة والمستعملات للرعاية: هناك بعض المعلومات عن متابعة الحمل عن الولادة والمصالح التوليد إلا أن ليست منشورة للأمهات.

✓ التواصل بين الوزارة و مقدمي الرعاية (الأطباء، الشبه طبيين، المسعفون): لنشر المنشورات، لاستعمال الدفتر الصحي. تستعمل الوزارة الندوات والنشر عبر الموقع الإلكتروني للتواصل مع مستخدمي القطاع الصحي.

هذا العرض الدقيق للنقاط السوداء التي جُمعت من طرف الخبراء، يُؤكد أن التغطية الصحية بالأطباء المختصين والممارسين الطبيين من قابلات وشبه طبيين وكذا توزيعهم بشكل عشوائي دون أخذ بعين الاعتبار المعطيات الاقتصادية والاجتماعية والثقافية لكل منطقة، تشكل المحور الأساسي الذي تدور حوله كل النقاط السوداء في النظام الصحي والتي تُبطل من انخفاض وفيات الأمهات وكذا بتداعيات محتملة على وفيات الأطفال الرضع.

ومن هنا يمكن استنتاج أن من بين المجالات التي يمكن التدخل فيها: تحسين نوعية الخدمات الصحية أثناء الحمل، عند الولادة وبعد الولادة للأم والمولود. وهذا يكون بالتغطية الجيدة لهذه الخدمات بكادر طبي بالكمية والكيفية (التكوين) اللازمة.

من بين الآليات المقترحة للنقطة السوداء الخامسة والتي تعنى بـ"الموارد البشرية غير كافية وغير موزعة بطريقة جيدة" والتي هي في صميم موضوعنا، هي توسيع و ترسيم مجال عمل القابلات وهذا في رأينا غير كافي، حيث أن القابلات تمثل جزء فقط من الحل والجزء الأهم هم الأطباء المختصين، الذين لم يلتحقوا بأماكنهم للقيام بالخدمة المدنية بعد نهاية تخصصهم وهذه الفئة تُقدر بـ30% (28% في 2019).

كما يركز البرنامج الوطني للتسريع في خفض وفيات الأمهات لفترة 2015-2019 على 5 أهداف مهمة و هي¹:

- **الهدف الأول:** تعزيز تنظيم الأسرة و الوصول إليها.
- **الهدف الثاني:** تحسين نوعية الرعاية أثناء الحمل و الولادة وبعد الولادة.
- **الهدف الثالث:** الوصول إلى كل النساء للحد من عدم المساواة.
- **الهدف الرابع:** تعزيز مشاركة المرأة والأسر ومقدمي الرعاية واستخدام تأثيرهم في مجتمعاتهم المحلية.
- **الهدف الخامس:** تحسين ادارة مكافحة وفيات الأمهات من خلال تقييم العمل والتعبئة الاجتماعية وتعزيز الاتصالات.

¹ MSPRH, *programme national de perinatalité-programme triennal 2005-2008*, www.santé.dz/pnp/pnp.pdf consulté de 02/04/2020.

خلاصة الفصل

من خلال ما تطرقنا إليه في هذا الفصل فيما يخص وفيات الأمهات وأسبابها والعوامل المؤثرة على مستوياتها، فقد سجلنا تراجعاً كبيراً في معدلها كما سجلنا التفاوتات الكبيرة بين مختلف مناطق الوطن. حيث تبين لنا، حسب المسوح الماضية، أن المناطق الجنوبية هي التي تسجل أكبر عدد من وفيات الأمهات. تمكنا من الاستنتاج أن نفس الأسباب الصحية المباشرة تبقى وراء نسبة كبيرة (أكثر من 50%) من وفيات الأمهات في الجزائر وهي النزيف وارتفاع ضغط الدم أثناء التوليد. وأن هذه الأسباب قد تمكن الكثير من البلدان القضاء عليها بفضل التطور في ميدان الصحة بتوفير الكادر الطبي المناسب لإدارة الحالات الطارئة وتقديم الأدوية المناسبة وفي الوقت المناسب.

كما تمكنا من التماس العوامل الأخرى التي تؤثر على مستوى وفيات الأمهات وهي العوامل الاجتماعية والثقافية والاقتصادية مثل التعليم والفقر والتقاليد. وبما أن أحد الأهداف التنموية لـ 2015-2030 والتي من خلال غايتها 3-1 خفض معدل وفيات الأمهات في العالم إلى 70 لكل 100 000 ولادة حية، فقد اتخذت الدولة الجزائرية عدة إجراءات بضرورة تعزيز نظام الإبلاغ عن وفيات الأمهات لسنة 2013، عن طريق التدقيق في حالة الوفاة ما يسمح بالتحليل المنهجي والتدقيق في نوعية الرعاية الصحية بما في ذلك الإجراءات المستخدمة في التشخيص والعلاج، كما أنه يقدم معلومات عن سبب الوفاة والظروف المؤدية إليه وكذا الإجراءات التي يجب اتخاذها لتجنب وخفض هذه الوفيات.

في إطار سعيها إلى تحقيق نتائج أفضل في خفض معدل وفيات الأمهات وتحسين مستوى خدمات صحة الأمومة تبنت الجزائر المخطط الوطني الاستعجالي لخفض نسبة وفيات الأمهات 2015-2019 بهدف:

- التعجيل في خفض نسبة وفيات الأمهات.

- تعزيز البنية التحتية والتقنية وتوفير الأدوية الأساسية في المرافق الصحية الخاصة بالأم والطفل.
- تأمين التغطية الصحية للولايات الداخلية والجنوبية وهذا من خلال توفير الأطباء المختصين بالتوليد والعناية المركزة وطب الأطفال وكذا الممرضات والقابلات.
- تكوين الأطباء العاميين لتعويض النقص المسجل في الأطباء المختصين في أمراض النساء والتوليد وطب الأطفال وحضورهم للولادات خاصة في المناطق النائية.
- تكوين القابلات ووضع الأطر اللازمة لتغطية النسبة الضئيلة من الولادات في المنازل، بتنقل القابلات إلى المنازل المعزولة ومتابعة النساء الحاملات وربط بينها علاقة ثقة من أجل إقناعها للولادة في المنشأة القريبة منها أو التحضير للولادة في المنزل بمرافقة القابلة.
- إعداد أو تجهيز مسبق لمصالح الأمومة مهما تكن أهميتها (مستشفى أو مصلحة صغيرة للتوليد) وبكميات لازمة بالمعدات والأدوية خاصة الأدوية الخاصة بالتعقيدات النزيف الحاد بعد الولادة والتشنجات الناتجة عن ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل وأثناء الولادة.
- رعاية عالية الجودة للنساء المصابات بمضاعفات الولادة.
- فلا جدوى من توعية النساء للولادة في المرافق الطبية إذا كانت جودة الرعاية هناك ضعيفة ومعدل الوفيات مرتفع.

الفصل الثالث: مستوى وخصائص وفيات الأطفال الرضع في العالم والجزائر

تمهيد

المبحث الأول: مستوى وأسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم

المطلب الأول: مستوى وفيات الأطفال الرضع في العالم

المطلب الثاني: أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم

المطلب الثالث: السياسات الصحية الدولية ومستوى وفيات الأطفال

الرضع في العالم

المبحث الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المؤثرة على

مستوى وفيات الأطفال الرضع

المطلب الأول: العوامل المرتبطة بالأم

المطلب الثاني: العوامل المرتبطة بالطفل

المطلب الثالث: العوامل المرتبطة بالصحة

المطلب الرابع: دور التعليم في انخفاض مستوى وفيات الأطفال الرضع

المبحث الثالث: مستوى وخصائص وفيات الأطفال الرضع في الجزائر

المطلب الأول: تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر

المطلب الثاني: أهم العوامل الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية المؤثرة

على مستوى وفيات الأطفال الأقل من سنة

المطلب الثالث: الأسباب المباشرة لوفيات الأطفال الرضع في الجزائر

المطلب الرابع: أهم آليات التأثير على مستوى وفيات الأطفال الرضع في

الجزائر

تمهيد

يشكل الإنسان أعلى قيمة في المجتمع، ولذا فإن وفاة رضيع في سنته الأولى يعتبر من الظواهر المهددة بالخطر لنشأة وبقاء الأجيال. ولكون هذه الظاهرة من أهم العوامل المؤثرة في التركيب السكاني فضلا عن كونها تمثل هدرا للموارد البشرية، تحتل دراسة الوفيات الأطفال مكانة خاصة في مجال الأبحاث السكانية حيث إنها تمثل العنصر السلبي للنمو السكاني، ومؤشرا هاما لقياس مدى نجاح السياسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية المتبناة من طرف الدول والموضوعة في إطار الأهداف التنموية لسنة 2030 من خلال الغاية 2-3.

وأوضحت العديد من الدراسات مدى ارتباط وفيات الرضع بالمستوى الاقتصادي والاجتماعي وبمدى توفر الخدمات الصحية، حيث أن انخفاض وفيات الرضع يعكس التحسن في الظروف المعيشية والصحية، في حين يؤثر أي تدهور في الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية للأسرة وتدني الخدمات الصحية بشكل مباشر على صحة الأطفال الرضع باعتبارهم الفئة الأكثر هشاشة في المجتمع كما يعتبر معدل وفيات الرضع مؤشرا من مؤشرات التنمية البشرية.

نقوم من خلال هذا الفصل بتحليل مستوى وفيات الأطفال الأقل من سنة وأسبابها المباشرة في العالم، كما نتطرق إلى السياسات الصحية وآليات رعاية صحة الأمومة والطفولة الموضوعة من طرف المنظمات الصحية الدولية. فيما يخص الجزائر وبعد التطرق إلى تطور وفيات الأطفال، ونستعرض الخصائص الديموغرافية ولهذه الوفيات، ثم نتطرق إلى أهم المتغيرات التي في رأينا تشكل النقاط الأساسية التي تجب على الجهات الرسمية التأثير من خلالها لتخفيض وفيات الأطفال الرضع في الجزائر، من بين هذه النقاط الفوارق الجغرافية بين الولايات والمناطق.

المبحث الأول: مستوى وأسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم

المطلب الأول: مستوى وفيات الأطفال الرضع في العالم

أدت السياسات التي وضعتها الدول تحت إشراف المنظمات الدولية إلى تخفيض معتبر لوفيات الأطفال الرضع في العالم. لم يبقى من هذه الوفيات في البلدان المتقدمة إلا نسبة ضئيلة أقل من 2%¹ بينما ما زالت في كثير من البلدان الجنوب تتعدى 76%² في 2022. حيث أن خطر الوفاة عند الطفل في أفريقيا أكبر 15 مرة³ من خطر الوفاة عند طفل في أوروبا.

بدأت البلدان المتقدمة في آليات لتخفيض وفيات الأطفال في بداية القرن الماضي وتطلب هذا الانخفاض 150 سنة، بينما تطلب للصين للوصول إلى نفس النتيجة 40 سنة. وإذا كان الانخفاض سريعاً ومفيداً لهذه الدرجة فإنه جزئياً بفضل السياسة الصحية في ذلك الوقت التي كانت تهدف إلى جعل الخدمات الصحية الأساسية في متناول الجميع، بما في ذلك في المناطق الريفية الأكثر بعداً، السياسة التي كان يرمز إليها بـ"الأطباء الحفاة"⁴.

وضعت هذه البلدان جدولاً للتطعيم ضد الأمراض المسؤولة عن وفيات الرضع مثل الجدري والكزاز والحصبة. وتحسنت الرعاية الصحية فيها، سواء العلاجية أو الوقائية. وساهمت اللقاحات، أول أداة للوقاية، بشكل كبير في انخفاض الأمراض المعدية، وهي الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال. بينما في بلدان الجنوب لا يزال الكثير من الأطفال يموتون بسبب بعض الأمراض المعدية يمكن الوقاية منها بالتطعيم كالحصبة والسعال الديكي والكزاز، والتي توجد ضدها لقاحات، تتسبب حتى الآن معاً فيما يقارب من مليون حالة وفاة كل عام.

¹ Banque mondiale, <https://data.albankaldawli.org/indicator/SP.DYN.IMR>, Consulté le 01-09-2023.

² Ibid,

³

⁴ Gilles pison, *Recul de la mortalité des enfants dans le monde :de grandes inégalités entre pays*, 2010, Ed.INED, population et santé, NO 463, p3.

الفصل الثالث: مستوى وخصائص وفيات الأطفال الرضع في العالم والجزائر

إذا انخفضت وفيات الأطفال الرضع في العالم، فهذا سببه أيضا التنمية الاجتماعية والاقتصادية. كما أدت زيادة المحاصيل الزراعية وتحسين النقل إلى خفض المجاعات والوفيات المرتبطة بها في معظم أنحاء العالم.

و كما لعب التقدم في النظافة ونشر التعليم دوراً رئيسياً. حيث يرتبط تعليم المرأة، حتى في المناطق الأكثر فقراً، دائماً بصحة أفضل وخفض لمعدل وفيات الرضع، لأنه يتيح لها الاستفادة من عرض الرعاية الصحية.

الجدول رقم 6: وفيات الأطفال الرضع في بعض المناطق في العالم في 2019.

المنطقة	نسبة وفيات الأطفال الأقل من سنة (%)
العالم	28.2
البلدان ذات الدخل الضعيف	47.9
البلدان ذات الدخل المتوسط	26.9
البلدان ذات الدخل المرتفع	4.3
السويد	2
الطوقو	45
سراليون	81

المصدر: www.donnees.banquemondiales.org/indicators consulté le 13/02/2022

ويمكن أن نلاحظ أن الحصاة الأكبر من وفيات الأطفال الأقل من سنة هو من نصيب الدول التي تعاني من الظروف المعيشية الصعبة، حيث الدخل الشخصي ضعيف، انتشار الأمية وسوء التغذية. وذلك نتيجة للسياسة الاقتصادية والاجتماعية الغير الناجحة، والتي جعلت ظروف المعيشة صعبة خاصة للفئات الأكثر عرضة لمخاطر المرض والموت، كالأطفال الرضع، النساء الحوامل والأشخاص المتقدمين في السن، فالتغذية غير الكافية مثلا وعدم توفر النظافة يمكن أن يخلق حواجز من الصعب للأطفال الصغار تجنبها أو اجتيازها، لهذا

يعتبر معدل وفيات الرضع دليلا حقيقيا على نوعية المعيشة في أي مجموعة سكانية، بحيث نستطيع أن نميز به بلد عن آخر.

يمثل أضعف نسبة وفيات الأطفال الرضع الأقل من سنة في البلدان الأوروبية وأمريكا الشمالية، بينما نجد أعلى المستويات في بلدان الجنوب مثل إفريقيا. تفسر هذه الفروقات بعدم وجود شروط الرعاية الصحية أثناء الحمل والولادة، وكذلك بسبب نقص رعاية الأطفال حديثي الولادة.

يرتبط تخفيض معدل وفيات الأطفال بالعديد من العوامل أولاً، المستوى الاقتصادي للبلد (من خلال الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد) حيث أثبتت دراسة ل (INSERM) أجريت على معطيات 193 بلد في 2008 أن هذا العامل هو الأقوى تأثيراً على مستوى وفيات الأطفال وأن حتى عتبة معينة لا ينخفض معدل وفيات الأطفال كما هو الحال في بعض البلدان الأوروبية.

العامل الثاني الأكثر تأثيراً هو الوصول للمياه الصالحة للشرب إلا أن الباحثين لاحظ أن الأثر يزداد مع مرور الوقت أي أن مفعول هذا العامل لا يظهر إلا بعد مرور على الأقل 4 سنوات وهذا دليل حسب الباحثين أن التعرض المتكرر للعوامل المعدية هي التي تؤدي إلى الوفاة.

ثالثاً مستوى الفساد والعنف كالحروب التي تعيق الوصول إلى الخدمات الصحية وتطوير المنشآت الصحية. وتظهر نسبة خصوبة النساء الأقل من 18 سنة كعامل مؤثر على مستوى وفيات الأطفال في البلدان المتقدمة. عوامل أخرى تساهم في ارتفاع وفيات الأطفال في العالم (حسب نفس الدراسة) وهي انتشار السيدا، نفقات الصحة للفرد، نسبة التحضر والمستوى التعليمي للنساء في سن الإنجاب.

المطلب الثاني: أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم

تحدث وفيات الأطفال الرضع في بداية العمر أي في الأسبوع الأول كما تحدث في الأسابيع

التالية خلال السنة وتكون هذه الوفيات نتيجة أسباب متعلقة بأمراض وراثية أو بحوادث أو بالمحيط الذي يحيط بالمولود الصغير من برودة وارتفاع الحرارة، ولذا فقد قسم الباحثون هذه الوفيات إلى نوعين حسب الأسباب التي تؤدي إليها:

1- وفيات الرضع لأسباب داخلية

تسمى عند البلدان المتقدمة بالأسباب التي لا يمكن تجنبها وهي الأمراض الوراثية التي تأثر على الرضيع من طرف الأبوين أو من عند الأم أثناء الحمل والرضاعة، وترتكز تأثير هذه المجموعة من الأسباب خلال فترة الأربعة أسابيع الأولى من عمر الطفل¹. كما يمكن التخفيض منها من خلال الفحص المبكر لها قبل وبعد الولادة وعلاج المولود بطريقة مستعجلة بعد الولادة (الانعاش، الجراحة...)، وهذا دليل على أن الولادة في الظروف الجيدة وصحية والرعاية الفعالة للمولود والأم خلال الساعات الأولى من حياته ضرورية لتجنب هذه الوفيات. إلا أنه لا بد من التفريق في هذه المجموعة بين الأسباب الوراثية والتشوهات والأسباب المتعلقة بالحمل، هذا التمييز صعب وغير مؤكد.

2- وفيات الرضع لأسباب خارجية

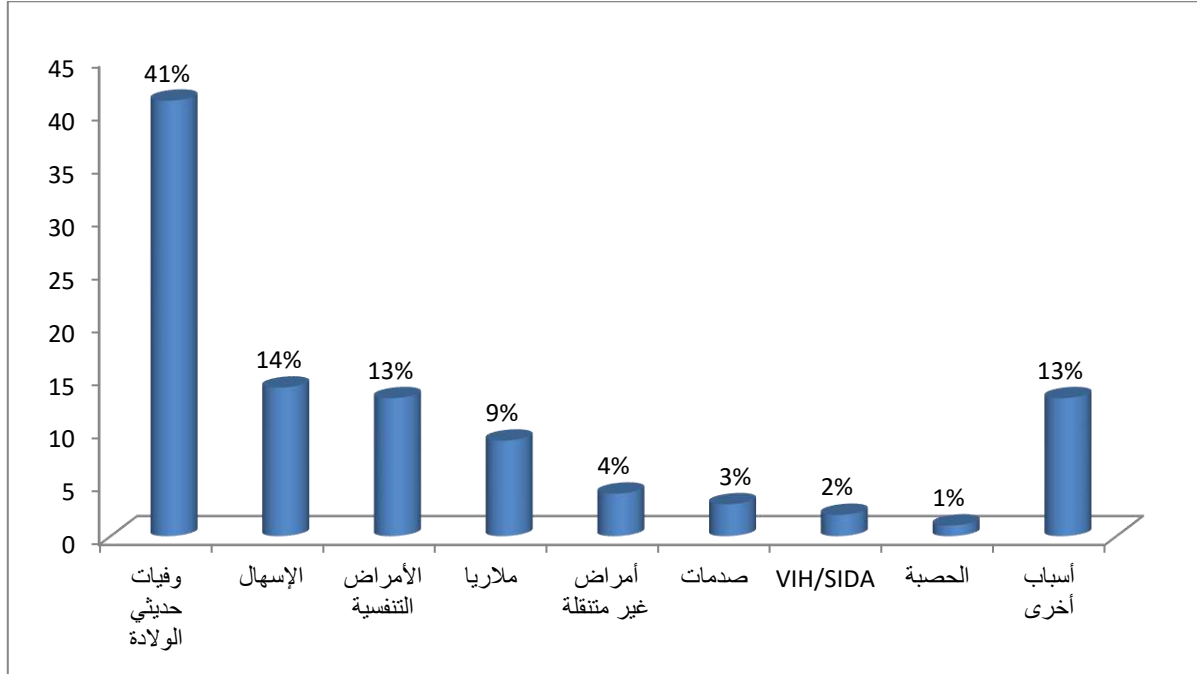
تحدث وفيات الرضع بأسباب خارجية خلال الفترة المتأخرة بعد الولادة أي بعد الشهر الأول إلى الشهر الثاني عشر من عمر المولود، وهي تأثر عن طريق البيئة كالبُرودة والحرارة المرتفعة² أو عن طريق الظروف المعيشية التي يعيش فيها كسوء التغذية ونوعية المياه. وقد تمكنت البلدان المتقدمة من تخفيض وفيات الرضع من خلال تخفيض الوفيات الناتجة عن هذه الأسباب.

ولقد تم تلخيص أهم الأسباب التي تؤدي إلى وفاة الرضيع أو المولود الأقل من سنة في

¹ زهرة كواش، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال، أطروحة دكتوراه في الديموغرافيا، 2006، جامعة الجزائر، ص 30.
² نفس المرجع 32

الشكل الموالي:

الشكل رقم 11: أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم.



المصدر: المنظمة العالمية للصحة، 2011، statistiques sanitaires mondiales.

من خلال الشكل يمكن الملاحظة أن وفيات حديثي الولادة هي التي تمثل أكبر نسبة وفيات الأطفال في العالم (41%)، والتي سببها أساسا الولادة المبكرة والاختناق عند الولادة (الطفل لا يتنفس) والالتهابات. بعد هذه الفترة، وحتى عيد الميلاد الخامس، تشمل الأسباب الرئيسية للوفاة الإسهال والالتهاب الرئوي. حيث يمثل الإسهال السبب الرئيسي لوفيات الأطفال والتي غالبا ما تكون سببه المياه الغير صالحة للشرب والنظافة بشكل عام، ويمكن أن تتفاقم صحة الطفل إذا لم يكن يتلقى الرضاعة الطبيعية التي تسمح له بتغذيته وإعادة تمييه الأمعاء بعد أن تسبب الإسهال في جفافها. كما تعد الأمراض التنفسية من الأسباب الأساسية لوفيات الأطفال الرضع وينسب مرتفعة تصل إلى 13%، وغالبا ما يتسبب هذا المرض في وفاة الطفل خاصة إذا لم ينتبه الوالدين إلى خطورة الحالة وإلزامية تلقي العلاج.

المطلب الثالث: السياسة الصحية الدولية للطفل ومستوى وفيات الأطفال الرضع في العالم

انخفضت وفيات الأطفال في العالم بشكل كبير بين 1990 و2019، حيث توفي في 1990 حوالي 12,6 مليون طفل أقل من خمس سنوات بينما توفي في 2019 حوالي 5,2 ملايين طفل لأسباب يمكن علاجها. كانت عدد الوفيات للأطفال بين شهر وسنة واحدة من العمر 1,5 مليون وفاة، بينما بلغ عدد الأطفال الذين توفوا وعمرهم بين سنة واحدة وأربع سنوات 1,3 مليون وفاة. ومثل المواليد (أقل من 28 يوما) 2,4 مليون وفاة¹. وانخفض المعدل العالمي لوفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في هذه الفترة بـ59% أي ما يعادل وفاة طفل من كل 11 طفل في 1990 مقابل وفاة طفل من كل 27 طفل في 2019².

إذا وصل العالم إلى هذه النتائج في تخفيض وفيات الأطفال وتخفيض وفيات الأمهات في العالم فهذا بفضل السياسات التي وضعتها الدول والتي من شأنها الرفع من الوعي الصحي وتطوير الخدمات الصحية ونشر التعليم في مجتمعاتها خاصة النامية منها.

في أغلب الأحيان ترتبط صحة الأم بصحة جنينها في هذه السياسات والبرامج وذلك لأن علاقة الأم بمولودها علاقة بيولوجية تمتد من التغذية إلى الأكسوجين إلى العلاقة النفسية التي تربط بينهما. فالجنين في بطن أمه يتغذى من الغذاء التي تتغذى منه الأم وأي نقص في الفيتامينات المكونة لهذه التغذية تؤثر على صحة الطفل ولهذا يتم دائما نصح الأم بتناول غذاء متوازن أثناء الحمل، كما أي نقص في الأكسوجين عند الأم يؤدي إلى نقصه عند الطفل ويمكن أن يؤدي بالطفل بالوفاة داخل رحم أمه أو بمشاكل صحية تعيق حياته الاجتماعية والاقتصادية وينصح بذلك الأم بالابتعاد عن التدخين أو التعرض له في المجالس. من جانب آخر فإن اضطرابات نفسية أو الأزمات العصبية عند الأم تنتقل للجنين ويمكن تؤدي إلى نقص الأكسوجين في دم.

¹OMS, www.who.int/mortality/infantile.consulté le 09 /02 /2022.

² نفس المرجع

تقوم السياسة السكانية التي تشرف عليها المنظمات الدولية التابعة للأمم المتحدة من وضع استراتيجيات عالمية لكل الدول وخاصة الدول النامية والتي تساعد فيها الدول المتقدمة لخفض في وفيات الأمهات والأطفال وتحسين صحة الأمومة والطفولة بشكل عام. قبل 1987 كانت وفيات الأمهات تُحصى مع الوفيات العامة في معظم البلدان النامية فقامت في نيروبي المنظمات الدولية الصندوق العالمي للإحصاء ومنظمة اليونيسف والبنك العالمي وفيدرالية العالمية للتخطيط العائلي باقتراح وضع إشكالية إحصاء وفيات الأمهات وتم ذلك فعلا ابتداء من 1990، كما أصبحت إشكالية تخفيضها من أهم أهداف الألفية 2000-2015 ثم من بين أهداف التنمية المستدامة 2015-2030 التي قررتها كل البلدان من بينها الجزائر.

وبما أن دعم صحة الأم هو حماية للطفل، فقد وضعت منظمة اليونيسف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي تشجيع لكل البرامج التي تُعنى بسلامة الأمومة تحت عنوان "تنمية الطفولة المبكرة" باعتبار البرنامج منهج خاص بالطفولة من ولادته إلى يبلغ سن الثامن عشر من عمره. يهدف هذا البرنامج إلى حماية حقوق الطفل الصحية والاجتماعية والاقتصادية والعاطفية، كما اختارت منظمة اليونيسف أن تركز على السنوات الثلاث الأولى من عمر الطفل باعتبارها السنوات الأكثر أهمية لمستقبل الطفل، وكذلك بسبب ارتفاع معدل الوفاة كلما انخفض سن الطفل.

يُعتبر الاستثمار في المتغيرات الديموغرافية تحدٍ للعالم لأنها جزء لا يتجزأ من استراتيجيات التنمية الاجتماعية والاقتصادية والصحية والسياسية إذ أنها توجد علاقة عكسية بينها وبين المتغيرات الديموغرافية. لا بد من دول العالم وضع نظرة مستقبلية لحل المشاكل السكانية في العالم وعلى أساسها وضع استراتيجيات سياسية واقتصادية واجتماعية.

و قد تمكنت الجزائر بفضل هذه الاستراتيجيات العالمية الدولية من تحقيق أغلب الأهداف الألفية (OMD) 2000-2015 قبل الموعد المحدد للتذكير هذه 8 أهداف تتمثل في (1)

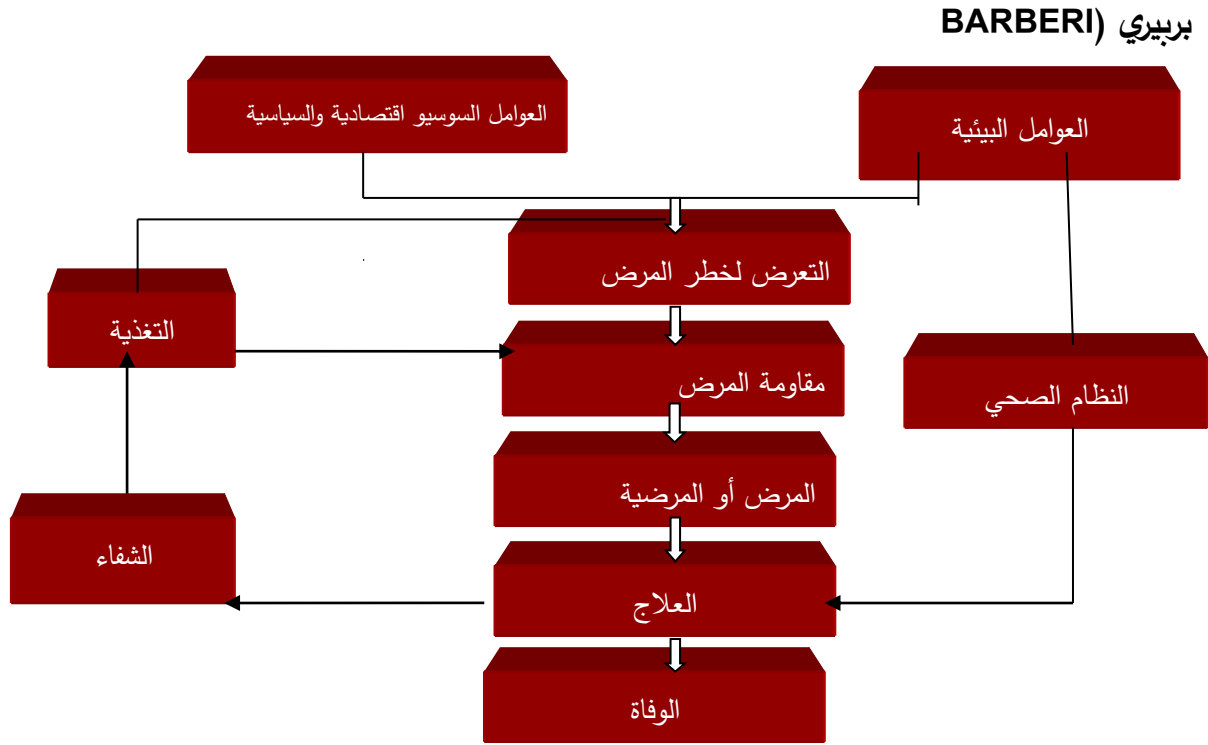
القضاء على الفقر المدقع. (2) توفير التعليم الابتدائي للجميع. (3) تعزيز المساوات بين الجنسين وتمكين المرأة. (4) تخفيض وفيات الرضع. (5) تحسين صحة الأم. (6) مكافحة الأيدز والملاريا والأمراض الأخرى. (7) الحفاظ على البيئة. (8) إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية. كما التزمت الجزائر بالأهداف التنموية 2015-2030، الأهداف السبع عشر (17) للتنمية المستدامة، المعروفة أيضاً باسم الأهداف العالمية، هي دعوة عالمية للعمل من أجل القضاء على الفقر وحماية كوكب الأرض وضمان السلام والازدهار لجميع الناس. ومن خلال الهدف الرئيسي المتعلق بالصحة تتمحور الأهداف الفرعية التي تتمثل أهمها في (1) في حلول عام 2030، خفض معدل وفيات الأمهات العالمي إلى أقل من 70 لكل 100 000 ولادة حية. (2) بحلول عام 2030، القضاء على الوفيات التي يمكن الوقاية منها للمواليد والأطفال دون سن الخامسة، مع هدف جميع البلدان لخفض وفيات المواليد إلى ما لا يزيد عن 12 لكل 1000 ولادة حية ووفيات الأطفال من أقل من 5 إلى 25 لكل 1000 مولود حي على الأكثر.

المبحث الثاني: العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية المؤثرة على مستوى وفيات الأطفال الرضع في العالم.

تحليل عوامل الوفيات للأطفال دون السنة الواحدة هو موضوع معقد بشكل خاص. هذا التعقيد يأتي أولاً وقبل كل شيء من العدد الكبير من العوامل التي من المحتمل أن يكون لها تأثير على وفيات الرضع. يعتقد علماء الأوبئة أن العملية المؤدية إلى الوفاة تتم على ثلاث مراحل: أولاً، يصاب الطفل بعامل المرض (الفيروسات، والطفيليات، والبكتيريا)، ثم يقوم الجسم بمقاومة المرض. أخيراً، يلجأ للعلاج عندما يظهر آثار المرض.

من الناحية الشكلية، استخدمنا الإطار المفاهيمي لبرييري¹ ، وهو نموذج لمحددات وفيات الأطفال في البلدان النامية.

الشكل رقم 12: نموذج يمثل العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال في البلدان النامية حسب



المصدر: من إنجاز الطالبة

أعطى هذا النموذج أهمية واضحة للعوامل البيئية والعوامل الاجتماعية والاقتصادية والسياسية لوفيات الأطفال الرضع، إذ تمثل أهمها في أنها في قمة الهرم أي من بين العوامل الأساسية التي تؤثر على هذه الوفيات. كما يتدخل النظام الغذائي أو التغذية في عملية المرضية التي تؤدي إلى وفاة الطفل في موضعين، الأول قبل ظهور المرض حيث أن التغذية السليمة طريقة للحفاظ على صحة الطفل وتمكينه من مقاومة المرض. تتمثل التغذية السليمة عند الرضيع في الرضاعة الطبيعية التي تُعطى للمولود مباشرة بعد ولادته، ويمكن التأثير في هذه الفترة عن طريق التوعية التي تتلقاها الأم أثناء حملها والتي يمكنها تجنب التعرض للمرض، ثم في الأخير بعد عملية العلاج حيث يمكن بالإضافة للعلاج المناسب

¹ هي Magali Barbieri باحثة فرنسية في الديمغرافيا متخصصة في الوفيات و أسبابها في مناطق مثل افريقيا، اسيا، فينتام.....

تجنب وفاة الطفل بتقديم له غذاء صحي متوازن فمثلا عند الإسهال شرب المياه بالكمية اللازمة والرضاعة الطبيعية تجنب مضاعفات الإسهال عند الرضيع.

ويتدخل النظام الصحي في موقعين، الأول قبل ظهور المرض من خلال التوعية والنصائح عبر وسائل التواصل ووسائل الإعلام وكذا خلال الزيارات التي تقوم بها الأم للطبيب أو المصالح الصحية والتي من شأنها توعيتها في ما يخص الوقاية من الأمراض ونظافة المحيط الذي تعيش فيه وأثره على صحة الأطفال وكذا في ما يخص النصائح حول التغذية السليمة والرضاعة الطبيعية والتطعيم. كما يتدخل النظام الصحي في آخر الهرم بعد المرض، أين لابد للنظام الصحي من خلال المنشآت الصحية الموجودة تقديم الرعاية الصحية للطفل وتهيئة الظروف الملائمة لاستقباله ورعايته لشفاؤه في أقرب الآجال.

من خلال ما سبق، يمكننا القول أن في آلية الصحة والوفاة، هناك عوامل تؤثر بطريقة مباشرة بينما هناك عوامل أخرى تؤثر بطرق غير مباشرة. وهذا يفرض على الجهات المعنية بترتيب العوامل في مجموعات للتمكن من وضع استراتيجيات مناسبة لمحاربة الظاهرة. تصنيف العوامل المؤثرة في الوفيات إلى مجموعات وحسب مستويات تدخلها، تسمح باختيار الإستراتيجية المناسبة سواء على المدى الطويل أو المدى القصير. أكد بربيري (BARBERI) في 1991 أن هناك استراتيجيات تعطي تأثير فوري لكن محدودة في الزمن (كحملات التلقيح مثلا)، وهناك استراتيجيات أخرى لها تأثير منتشر وفعال على المدى الطويل فقط (مثل تعليم المرأة).

وقد ذهب بعض الباحثين في البحث عن العوامل المؤدية إلى وفيات الأطفال الرضع، فذكر البعض المستوى التعليمي، وسن المرأة وذكر البعض الآخر مستوى الدخل للأب. كما ذكر البعض الآخر تفضيل الذكور عن الإناث عند بعض المجتمعات. يُفترض أن البعض من هذه العوامل تولد السلوكيات والمواقف اتجاه المرض والموت حيث تسمى العوامل البعيدة أو الغير مباشرة، بينما العوامل المباشرة أو القريبة يُسببها (أي تُسبب المرض والوفاة).

وبهذا يمكن تقسيم العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال الأقل من سنة إلى العوامل القريبة أو المباشرة والعوامل البعيدة أو الغير مباشرة.

العوامل الغير مباشرة تنقسم إلى قسمين:

✓ العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية وهي غالبا ما تستعمل لدراستها متغيرات أو مواصفات اجتماعية للطفل والأم والتي تسمح بتحديد الموقع الاجتماعي (position sociale) الذي ينتمي إليه الطفل. وهي مسئولة عن السلوك الخطير على حياة الطفل.

✓ العوامل الجغرافية والظرفية وهي تشمل المتغيرات البيئية وتوفر المنشآت الاجتماعية والصحية.

أما **العوامل القريبة أو المباشرة** فتتمثل في العوامل التي لديها علاقة مباشرة مع وفيات الأطفال. على وجه الخصوص، الأمراض المعدية والطفيلية التي تعد مسئولة عن أغلبية وفيات الأطفال في البلدان النامية أي حوالي 90%¹ من مجموع الوفيات. في طليعة هذه الأمراض هي التيتانوس والحصبة والملاريا والأمراض المعوية والجهاز التنفسي.

سنتطرق الآن إلى العوامل الغير المباشرة والتي تؤثر على وفيات الأطفال الرضع. يمكن توزيع هذه العوامل إلى العوامل المتعلقة بالأم والطفل، وأخرى المتعلقة بالظروف الاجتماعية والاقتصادية والبيئية والثقافية والصحية.

المطلب الأول: العوامل المتعلقة بالأم

باعتبارها أساس العملية الإنجابية التي وضعت هذا المولود، الأم أساس بعض العوامل التي تأثر على وفاة مولودها عند ولادته مباشرة أو بعد ولادته بأشهر.

¹ OMS, www.who.int/mortalitéinfantille.consulté le 09 /02 /2022.

1-سن الأم عند الولادة

أظهرت دراسات حول وفيات الأطفال الأقل من سنة في بعض المجتمعات أن هناك علاقة بين وفاة الطفل وسن الأم. حيث أن خطر الوفاة عند أطفال من أمهات أقل من 20 سنة وأكثر من 35 سنة مرتفع نسبيا عن خطر وفاة الأطفال من أمهات من أعمار أخرى (Akoto,1994) و (Mosley,1984)¹.

ولقد ارجع العلماء هذا الأمر إلى أن الأم التي لم يكتمل نموها بعد معرضة أكثر من غيرها لإنجاب طفل ضعيف البنية وبالتالي معرض أكثر لخطر المرض والموت. ما الأم التي يزيد سنها عن 35 سنة فإنها معرضة أكثر لمشاكل صحية مثل الإجهاض، والتشوّهات...

2-الرضاعة الطبيعية

تلعب الرضاعة الطبيعية، خاصة في الأشهر الأولى من الحياة، دورًا مهمًا في نمو الطفل، حيث أن حليب الثدي يلبي معظم احتياجات الطفل ويجعله مقاومًا للأمراض عن طريق تقوية من دفاعاته المناعية². ولابد للرضاعة الطبيعية أن تكون أول غذاء يُعطى للجنين، ويقدم له كلما أحس بالجوع، إذ يتكون حليب الأم من مادة تسمى "الصفعة" والتي تفرز منذ الساعة الأولى بعد الولادة إلى اليوم الثالث والتي تتكون من نسبة معتبرة من البروتينات والسكريات والفيتامينات الأخرى.

تراجعت الأمهات في السنوات الأخيرة من إعطاء للمولود الرضاعة الطبيعية مقارنة بأمهاتهم، وهذا بسبب خروج المرأة للعمل وعدم تمكنها من إرضاع ولدها في النهار مما يلزم عليها إدراج الرضاعة الاصطناعية، إلا أن تغذية المولود في الأشهر الأولى من ولادته عن طريق

¹ Cités par Muriel Sêdo Koucoï, *Analyse des facteurs institutionnels associés à la mortalité maternelle : Une étude nationale dans les maternités chirurgicales au Sénégal*, l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc) En sciences biomédicales, université de Montréal, 2008.

² زهرة كواش, الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال, أطروحة دكتوراه في الديموغرافيا, 2006, جامعة الجزائر2, ص42.

الرضاعة الطبيعية أمر مهم. تتمثل نسبة النساء اللواتي أعطين لمولودهن الرضاعة الطبيعية عند ولادتهن في الجزائر في 2019 ب 32,9%.

و لا تعتبر الرضاعة الطبيعية مفيدة إلا للمولود وإنما هي مفيدة صحيا ونفسيا للأم، حيث أنها تساعد الرحم للعودة إلى مكانه الطبيعي وتتنقص من النزيف الذي يصيب الأم بعد الولادة كما أنها تقي الأم من الكثير من الأمراض مثل الأمراض السرطانية وترتبط الأم بطفلها ارتباطا نفسيا يجعل من العلاقة بينهما علاقة خاصة.

حسب منظمة الصحة العالمية، فإن الرضاعة الطبيعية تكفي لتغذية الطفل لمدة لا تقل عن ستة أشهر، ومن المستحسن أن تستمر لمدة تصل إلى سنتين إذا سمحت نوعية حليب الثدي. كما بينت الدراسات إنه بمجرد إرضاع الطفل من طرف والدته رضاعة طبيعية، تتضاعف فرصته في البقاء بثلاثة أضعاف.

3-المدة الفاصلة بين الإنجاب

والذي يعتبر المدة التي ترعى فيها الأم مولودها وتستعيد عافيتها وقوتها قبل بداية حمل جديد، فكلما كانت هذه المدة طويلة، كلما تسنى للطفل أن يستفيد من هذه الرعاية أكثر.

المطلب الثاني: العوامل المرتبطة بالطفل

1-ترتيب الطفل عند ولادته

يلعب ترتيب الطفل عند الميلاد دورا حاسما في بقاء الطفل، فالأطفال الذين يولدون في الصف الأول هم أكثر عرضة للوفاة، هذا الخطر ينخفض عند الأطفال في الصفوف 2 و3، ثم يبدأ في الزيادة عند الأطفال في الصف 4 وما فوق....

على عكس الطفل البكر، يستفيد الأطفال من ذوي الرتب العالية عموما من رعاية أقل جودة. بالإضافة إلى ذلك، عادة ما يولد الأطفال في الصفوف الأولى من أمهات صغيرات لا

تملكن التجربة اللازمة لتربية أولادهن، ومما يعرضهم أيضا لنقص الوزن أو الولادة المبكرة. كما أن عند بعض المجتمعات وخاصة العربية منها تفضل الأمهات الذكور عن الإناث، حيث يحضن المولود الذكر بالرعاية والاهتمام أكثر من البنت.

المطلب الثالث: العوامل المرتبطة بالصحة

1-زيارة الأم للطبيب أثناء الحمل

ينصح عادة للمرأة بإجراء فحوصات أثناء الحمل للتأكد من صحتها ومراقبة صحة الجنين ونموه، وهذا لأن في هذه الفترة يمكن أن تظهر تعقيدات صحية لا يمكن التنبؤ بها وفي نفس الوقت يمكن علاجها. غالبا ما لا يمكن مسبقا التعرف على النساء اللاتي يتعرضن للخطر أثناء الحمل وأثناء الولادة، نتيجة لذلك لابد من العناية الصحية لجميع النساء الحوامل وأثناء الولادة، حيث توصي منظمة الصحة العالمية بأربع زيارات على الأقل خلال فترة الحمل. يمكن أن تكون المتابعة الطبية من خلال الفحوصات السابقة للولادة أحد العوامل التي تقلل من معدل وفيات الرضع.

2-تلقيح المولود

بعد ولادتهم، ينبغي تزويد الأطفال الرضع برعاية صحية تحمي صحتهم من عديد من الأمراض، تتم هذه المحافظة أولاً وقبل كل شيء بفضل التلقيح الذي يجعل من الممكن تجنب بعض الأمراض أو على الأقل لتجنب أن تصبح هذه الأمراض مميتة.

توصي منظمة الصحة العالمية ببرنامج التلقيح الموسع للأطفال قبل عيد ميلادهم الأول ضد أمراض الطفولة المختلفة. يوصي هذا البرنامج بشكل أساسي بالتطعيم ضد الحصبة وشلل الأطفال والسل.

أما بالنسبة للمتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والثقافية، فهي مماثلة لمتغيرات وفيات

الأمهات (مستوى تعليم الأم، ومكان الإقامة، والدين، وموارد الأسرة، ...). وهي بالتالي تمثل متغيرات يكون تأثيرها مهمًا للغاية على وفيات الرضع.

المطلب الرابع: دور التعليم في انخفاض وفيات الأطفال الرضع

التعليم هو إنجاز أساسي للفرد في بداية حياته البالغة. إنه يؤثر على أنماط الحياة والسلوكيات الصحية، ويسهل حصول على مهنة، ومستوى دخل محترم، وبالتالي إلى فئة اجتماعية مرتفعة كما يساعد على التعرض أقل للبطالة وظروف العمل المسيئة للصحة. بالإضافة إلى ذلك، يسهل التعليم الوصول إلى معلومات النظافة، الرعاية الحديثة، وأساليب تنظيم الأسرة، وأنواع الغذاء الذي يجب توفره والذي يجب تجنبه.

كما لم يعد هناك شك في الدور الحاسم لتعليم الإناث في خفض معدل الوفيات، حيث تبين أن لتعليم البنات تأثير إيجابي على وفيات الأمهات والأطفال، ويحسن معدلات بقاء الأمهات وأطفالهن. كما أن التعليم يسمح للمرأة للحفاظ على مستوى من اليقظة في الحمل وخلال فترة الرضاعة الطبيعية.

وأكدت الكثير من الأبحاث الميدانية والدراسات على هذا الدور، وعلى تعرض أطفال الآباء المتعلمين لخطر أقل وأن التعليم يسمح لكشف أفضل للمشاكل الطبية للأطفال.

في الجزائر أظهرت الدراسات والبحوث الميدانية لوفيات الأطفال أن الأم الغير متعلمة تتلقى معلومات حول خصوبتها وصحة أطفالها وكيفية علاجها أو التصرف في حالة الخطر من والدتها أو حماتها مما يجعل بعض التصرفات الغير صحية تنتقل من جيل إلى جيل، بينما تتلقى المرأة المتعلمة هذه المعلومات من الطبيب أو المختص الصحي الذي تزوره دوريا. مما ينقص من خطر عدم طلب الرعاية الصحية للطفل والأم.

المبحث الثالث: مستوى وخصائص وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.

مما لا شك فيه أن الأطفال هم أساس المجتمعات وأساس التنمية في أي بلد، كما هو قاعدة الهرم السكاني. تشهد الجزائر تزايد في عدد الولادات والتي بلغت 1 034 000 ولادة حية في 2019¹، لهذا تُعتبر وفيات الأطفال الرضع مشكلا أساسيا للصحة العامة ومؤشرا مهما للأوضاع السائدة في البلاد. سنتطرق فيما يلي إلى تطور هذا المعدل في الجزائر ونلتمس مدى التطور المسجل في ميدان صحة الطفل.

المطلب الأول: تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.

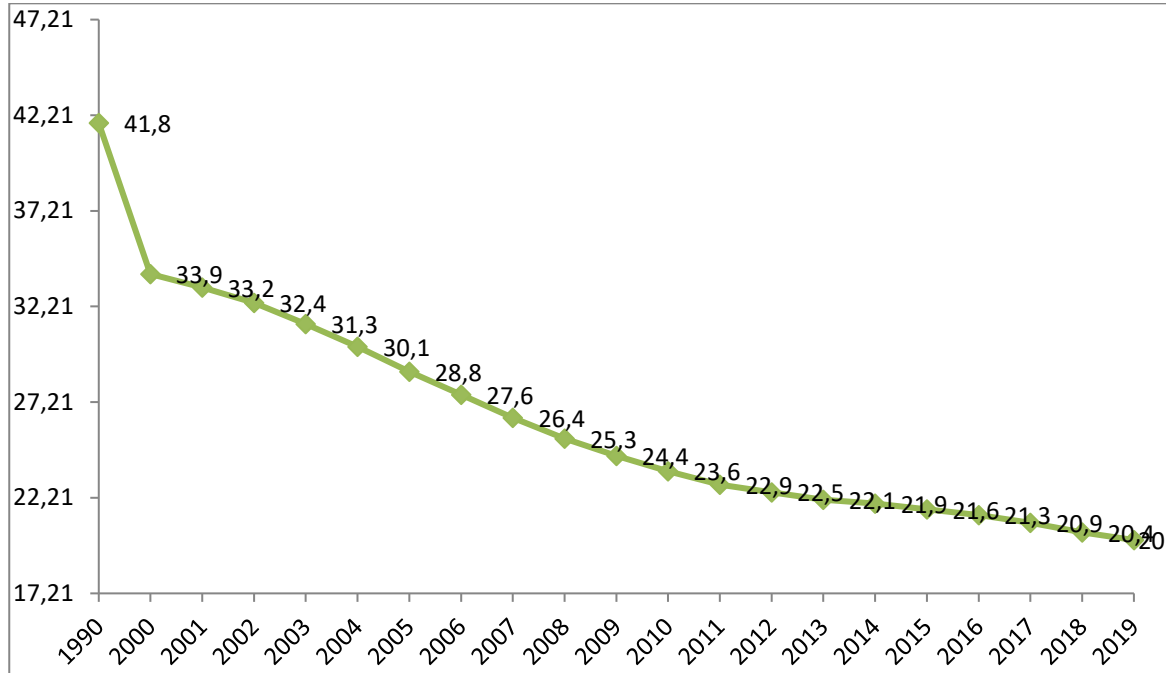
كان معدل وفيات الرضع بعد الاستقلال 140‰² من مجموع الولادات الحية، ومع توسع الشبكة الصحية ووضع البرامج السياسية والاقتصادية لتخفيض الوفيات، انخفض إلى 48‰³ في عام 1987، أي بانخفاض قدره أكثر من 50%، ويمكن تفسير هذا الانخفاض بتحسّن الظروف المعيشية وتنفيذ البرنامج الوطني لمحاربة أو التقليل من الوفيات الرضع الذي وضع التطعيم في الواجهة. يبين لنا الشكل التالي تطور معدل وفيات الرضع خلال الفترة 1990-2019.

¹Office Nationale des Statistiques, *Démographie Algérienne*, sur www.ONS.DZ consulté le 13/02/2022.

² <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SP.DYN.IMRT.IN?locations=DZ> Consulte le 13-02-2022

³ Ibid.

الشكل رقم 13: تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر من 1990 إلى 2019.



المصدر: البنك العالمي www.donnees.banquemondiales.org/indicators consulté le 13/02/2022

تتميز المرحلة التالية بتحسن الوضع، حيث واصل معدل وفيات الرضع حركته السريعة نحو الانخفاض وصولاً إلى 33,9% في عام 2000، بفارق 24 نقطة ثم الوصول إلى أدنى قيمة في عام 2019 بمعدل يساوي 20%.

على الرغم من كل الجهود التي بذلتها الدولة الجزائرية لخفض معدل وفيات الرضع وخفضه من خلال محاربة أسبابه، فإن مستوى وفيات الرضع ليس مرضياً مقارنة بمستوى البلدان الأخرى التي لها أوجه تشابه اجتماعية، ثقافية واقتصادية مع الجزائر.

يتميز معدل وفيات الرضع حسب الجنس في الجزائر بتفوق معدل وفيات الذكور، حيث كان المعدل 60% مقابل 55.50% للإناث في عام 1990. عشر سنوات من بعد، بقي معدل وفيات الأطفال لصالح الإناث بقيمة 35.3% ضد 38.4% للذكور. في عام 2018، استمر الفارق بين الجنسين بفارق 3 نقاط على التوالي ب 19,5% و 22,5% للإناث والذكور.

تؤثر الكثير من العوامل في مستوى معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة في العالم، سنلتمس فيما يلي أهم هذه العوامل في الجزائر على أساس معطيات المسوح الوطنية لصحة الأم والطفل التي أجريت في الجزائر ومقارنة البعض منها.

المطلب الثاني: أهم العوامل الاجتماعية والديمغرافية والاقتصادية المؤثرة في مستوى وفيات الأطفال الأقل من سنة.

تمثل وفيات الأطفال الرضع من الظواهر التي تتداخل في حدوثها الكثير من العوامل المحيطة بالطفل والأم والأسرة. يعتبر الباحثين في الميدان أن مستوى تعليم الأم عاملاً حاسماً في مستوى معدل وفيات الرضع في العالم وفي الجزائر. وقد أظهرت لنا معطيات المسح الجزائري لصحة الأم (EASM 1992) والمسح العنقودي المتعدد المتغيرات (MICS 6 2019) أن مستوى الوفيات يتراجع مع ارتفاع مستوى تعليم الأم في الجزائر، حيث يبقى خطر الوفاة قبل بلوغ عام واحد بالنسبة للأطفال المولودين لأمهات ذوات المستوى الثانوي أو أعلى أقل بثلاث مرات عن الأطفال ذوي الأمهات الأميات (11,8% مقابل 39,9% على التوالي بالنسبة ل EASM و 14% مقابل 21% لنفس مستويات التعليم ل MICS6)¹.

كما سجلت الدراسة اختلاف بين معدلات الوفيات الأطفال الرضع حسب سن الأم عند الولادة، بحيث تتميز الأمهات الأقل من سنة (الأصغر من 20 سنة) بمعدل مرتفع مقارنة بخلياتها من سن أكبر منها بمعدل 35 وفاة ل 1000 ولادة حية مقابل 15 وفاة عند ذوات 20 إلى 35 سنة. ثم ترتفع قليلا عند الأكثر من 35 سنة لتصل إلى 17 ل 1000 ولادة حية.

¹ MSPRH, *rapport de l'enquête par grappes à indicateurs multiples(MICS6)*, 2019, Algérie, p120.

ويشكل الفرق بين الولادات عاملا من عوامل خطر الوفاة عند المواليد باعتبار أن هذه الفترة تمثل المدة التي ترعى فيها الأم مولودها بصفة قريبة دون التكفل بصغير آخر، فكلما كانت هذه الفترة تقترب من سنتين كانت أحسن، هذا بسبب أن من خلال معطيات MICS6 ل2019 تبين لنا أن حتى الفروق الكبيرة يمكن أن تشكل خطرا على حياة الطفل باعتبار أن الأم تكون قد نسيت طريقة الرعاية بالمولود الجديد وهذا يظهر لنا من خلال الجدول الموالي.

الجدول رقم 7: وفيات الأطفال الرضع حسب عدد السنوات بين الولادات في الجزائر.

السنوات	وفيات الأطفال الرضع %
أقل من سنتين	20
سنتين	13
ثلاث سنوات	15
أربع سنوات أو أكثر	17

المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، 2020، MICS6، 2019، ص122.

من خلال الجدول السابق تظهر لنا أن أكبر معدل لوفيات الأطفال الرضع سُجل عند النساء اللواتي تقمن بولادات قريبة فيما بينها أي أقل من سنتين (20 وفاة لـ1000)، وعند الأمهات اللواتي ينتظرن أربع سنوات أو أكثر للقيام بولادة أخرى. وتعتبر المدة بين سنتين وثلاث سنوات المدة المثلى للقيام بولادة أخرى بحساب سنتين للرضاعة الطبيعية ثم بداية حمل آخر الذي يدوم 9 أشهر.

كما أظهرت بعض الدراسات الميدانية المحلية لبعض المناطق أن وفيات الأطفال الرضع في الجزائر موسمية أي أنها ترتفع في بعض المواسم والأشهر وتتنخفض في البعض الآخر. ويمثل فصل الصيف¹ أحد الفصول التي ترتفع فيها وفيات الأطفال الرضع وخاصة حديثي

¹ زهرة كواش، الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال، 2006، أطروحة دكتوراه في الديموغرافيا، جامعة الجزائر 2، ص 101.

الولادة وذلك بسبب ارتفاع الحرارة وانتشار الأمراض والفيروسات ونقص النظافة في الكثير من المستشفيات. وتعتبر هذه العوامل الثلاث مرتبطة فيما بينها.

كما أنه مما لا شك فيه أن المستوى الاقتصادي للأسرة يُعتبر عاملاً آخر لوفيات الأطفال، حيث بينت الدراسات أن البيئة التي يعيش فيها الطفل وامتلاك الأسرة وسائل للعيش الصحي وامتلاكها لوسائل التنقل تؤثر لا محال على صحة الطفل وظروف طلب الرعاية له في حالة الخطر. ولقد ظهر لنا هذا من خلال معطيات المسح الأخير الذي أُجري في الجزائر أنه يزيد خطر الوفاة عند طفل الأسرة الفقيرة عن الأطفال الآخرين حيث تُسجل الأسرة المصنفة ضمن العائلات الأكثر فقراً¹ 23 وفاة لـ 1000 ولادة حية بينما تُسجل الأسرة الأكثر غنى² 14 وفاة لـ 1000 ولادة حية.

المطلب الثالث: الأسباب المباشرة لوفيات الأطفال الرضع في الجزائر

لم تتطرق المسوح الوطنية لصحة الأم والطفل الأخيرة للأسباب المباشرة لوفيات الأطفال الأقل من سنة. حسب معطيات المسح الجزائري لصحة الأم والطفل لسنة 1992، تمثل الوفيات قبل الشهر من عمر الطفل أي عند الأطفال حديثي الولادة بنسبة 23,2% من مجموع وفيات الأطفال الرضع في الجزائر، ويعود ذلك لضعف بنية المولود الجديد وضعف وزنه عند الولادة وخاصة النقص الكبير الذي كان يُسجل في الحاضنات (les couveuses) في تلك الفترة في المستشفيات الكبيرة والصغيرة والذي كان سبباً في وفاة الكثير من المواليد الجدد في تلك الفترة. السبب المباشر الثاني لوفيات الأطفال الرضع في الجزائر في تلك الفترة هو الإسهال بنسبة 12,9%، والذي يعد نتيجة مباشرة للنظافة وعدم استعمال المياه المعدنية للشرب للمولود الجديد والتي كان يمكن تعويضها بالماء المغلي، خاصة عند تحضير الحليب لتغذية الطفل عن طريق زجاجات الأطفال. أما بعد سن الشهر

¹ حسب مؤشر الغنى الذي بُني في المسوح الصحية من خلال امتلاك الأسرة لعدد من المعدات مثل المياه الصالحة للشرب، المبرد، السيارة.....
² نفس الملاحظة.

وقبل السنة، يعد السبب المباشر الأهم لوفيات ما بعد حديثي الولادة إلى القيء والحمى بنسبة 30% و28% على التوالي¹.

بين المسح الجزائري للصحة لـ2002 أن 25,5% من الأطفال الذين توفوا كانوا يعانون من الحمى 25,3% بينما 26% عانوا من الإسهال.

نفس الأسباب المباشرة ذكرت من طرف بعض الباحثين الجزائريين الذين قاموا بدراسات ميدانية وجهوية لوفيات الأطفال الرضع في بعض الولايات. كما بينت بعض الدراسات أن أغلبية وفيات الأطفال الرضع في الجزائر بين 2000 و2012 هن لأسباب داخلية أي من أمراض وراثية، تشوهات خلقية أو أسباب داخلية مكتسبة أثناء الحمل حيث تتراوح نسبة الوفيات لأسباب داخلية بين 45% و72%² على التوالي من مجموع وفيات الأقل من سنة.

لقد أحرزت الجزائر تقدماً ملحوظاً في التخفيض من وفيات الأطفال خاصة بعد 1990، إلا أنه لا تزال هناك بعض التحديات أهمها أن:

✓ وفيات الأطفال حديثي الولادة تمثل 3/4 من وفيات الأطفال الرضع والتي لا بد من الحد منها.

✓ التقدم ليس موحد في جميع مناطق الوطن حيث توجد الكثير من الاختلافات بين المناطق الشمالية، الهضاب العليا والصحراء.

هذا التحدي هو موضوع الخطة الوطنية للحد من وفيات الأطفال حديثي الولادة والتي تعد أيضاً جزءاً من الإستراتيجية العالمية لصحة الأمهات والمراهقين 2016-2030، التي انضمت إليها الجزائر. في رأينا يمكن تقييم تطور معدل وفيات الأطفال في الجزائر من خلال تحليل ثلاث معايير:

¹ وزارة الصحة والسكان، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، 1996، ص49.
² محمد سويقات وحزمة شريف علي، الأسباب الداخلية والخارجية لوفيات الأطفال الرضع في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2012، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، المجلد 12، العدد 01.

(i) وفيات حديثي الولادة (ii) التلقيح (iii) الفوارق الجغرافية

المطلب الرابع: أهم آليات التأثير على مستوى وفيات الأطفال الرضع في الجزائر
بالنظر لما سبق من خصائص وفيات الأطفال الأقل من سنة وحسب رأينا، فإن أهم الآليات التي يمكن الاعتماد عليها للتخفيض من وفيات الأطفال الرضع هي أولا وفيات الأطفال حديثي الولادة ثانيا التلقيح وأخيرا الفوارق الجغرافية. فيمل يلي سنتطرق لكل واحدة منها بتبيان العناصر الحساسة لها.

1- وفيات الأطفال حديثي الولادة

تتكون وفيات الأطفال أساسا من وفيات الأطفال حديثي الولادة من 0 إلى حوالي 28 يوم¹ وبعد حديثي الولادة من شهر إلى 12 شهرا، حيث تُسجل وفيات حديثي الولادة قبل الشهر الأول من حياة الطفل وتكون هذه الفترة فترة حساسة عند الطفل بسبب ضعف بنيته وتأثيره الشديد لكل الظروف المحيطة به كالحرارة الشديدة والبرودة ووجود الميكروبات وقلة النظافة. كما يتأثر مستوى هذه الوفيات أساسا بالظروف المحيطة بالولادة والوضع، وقيام الأم بالزيارات الطبية قبل الولادة أثناء الحمل من عدمه.

الجدول رقم 8: معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، وفيات ما بعد حديثي الولادة ووفيات الأطفال الرضع في الجزائر بين 1998 و2019.

السنوات	وفيات الأطفال حديثي الولادة %	وفيات ما بعد حديثي الولادة %	وفيات الأطفال الرضع %
2002-1998	17.3	12.6	29.9
2007-2003	17.9	8.7	26.6
2012-2008	15.7	5.7	21.4
2019-2017	12	4	17

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المسح الجزائري متعدد المؤشرات الخاص بصحة الأم والطفل لـ 2012 MICS4، ص 55. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المسح الجزائري المتعدد المؤشرات الخاص بصحة الأم والطفل لـ 2019 MICS6، 2020، ص 36.

¹ غالبا ما تُحسب إلى 30 يوما لإتمام الشهر الواحد.

من خلال الجدول السابق يمكن الاستنتاج أن وفيات الأطفال حديثي الولادة تمثل نسبة معتبرة من وفيات الأطفال الرضع خاصة بعد 2003، حيث تحسنت طرق الإحصاء لهذه الفئة، وتمثل هذه الفئة من الوفيات بين 57,9%، 67,2%، و73,4% و70,6% على التوالي للفترات المذكورة في الجدول. أي أن أغلبية الوفيات في الجزائر تحدث بين 0 و28 يوم.

كما يوضح الجدول تسجيل انخفاض محسوس لمعدل وفيات الرضع في كل الفترات التي تم النظر فيها في 1998-2002 و2003-2007 و2008-2012 و2017-2019 من حوالي 30 حالة وفاة لكل 1000 ولادة حية إلى 17% أي بمعدل قدره 60%، في حين أن معدل وفيات المواليد الجدد (حديثي الولادة) لم ينخفض إلا بنسبة قليلة (29,4%) بين الفترتين من 17% في 1998-2002 إلى 12% في 2017-2019 أي في 15 سنة. في حين انخفض معدل الوفيات بعد حديثي الولادة لنفس الفترة، أي 15 سنة، بنسبة 54%. هذا يدل على أن الجزائر لم تستطع بعد التحكم في ظروف الولادة، وأنها لم تتمكن بعد في تعميم الرعاية الصحية الجيدة للأم والمولود الجديد في كل أنحاء الوطن. حيث أن البلدان المتقدمة تمكنت من التحكم في ظروف الولادة من خلال توفير الطاقم الطبي والمنشآت الصحية اللازمة والأدوية وتنظيم الاستجاليات لكل الظروف الطارئة، وكذا تحفيز الأم على الزيارات الدورية أثناء الحمل وبعده، وبهذا تمكنت من تخفيض مستوى وفيات حديثي الولادة والذي أدى بدوره لتخفيض وفيات الأطفال الرضع.

يؤثر المستوى التعليمي للأم على مستوى معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، بحيث حسب معطيات المسح العنقودي المتعدد المتغيرات ل2019 (MICS6) توجد ثلاث مرات بين الوفيات عند أطفال الأمهات ذات المستوى العالي والأمهات الغير متعلقات، بينما توجد 14,5 نقطة حسب معطيات المسح الجزائري لصحة الأم (EASM 1992) بين الغير متعلقات وذوات المستوى الثانوي أو أكثر. مما يظهر أن الفارق بين المتعلقات والغير متعلقات بدأت تزول مع التقدم التكنولوجي، أي أن حتى الغير متعلقات يمكن لهن الوصول إلى المعلومة التي

تخدم صحتهم وصحة مولودهم من خلال وسائل التواصل المختلفة. يبقى أن التعليم له أهمية واضحة في الوقاية وطلب الرعاية الصحية وطريقة استعمال وسائل الرعاية كالأدوية والتفطن للخطورة التي يمكن أن تهدد حياتها وحياة أطفالها.

كما تختلف المعطيات الخاصة بوفيات الأطفال حديثي الولادة من منطقة إلى أخرى ومن ولاية إلى أخرى، حيث تتمركز أعلى المعدلات في منطقة الشمال الشرقي ب 18% ثم بالجنوب ب 16% والهضاب العليا الشرقية من الوطن ب 12%. لا بد من وضع نفس الآليات لخفض وفيات الأطفال حديثي الولادة في كل مناطق. هذا الأخير مشروط بالقيام بالزيارات الطبية أثناء الحمل لأكثر من 3 مرات كما هو مطلوب من قبل المنظمة العالمية للصحة، وكذا تحسين الظروف المحيطة بالولادة، من بينها مكان الولادة، وجود أخصائي أثناء الولادة، وكذا وجود المعدات اللازمة للتعامل مع حالات الطارئة.

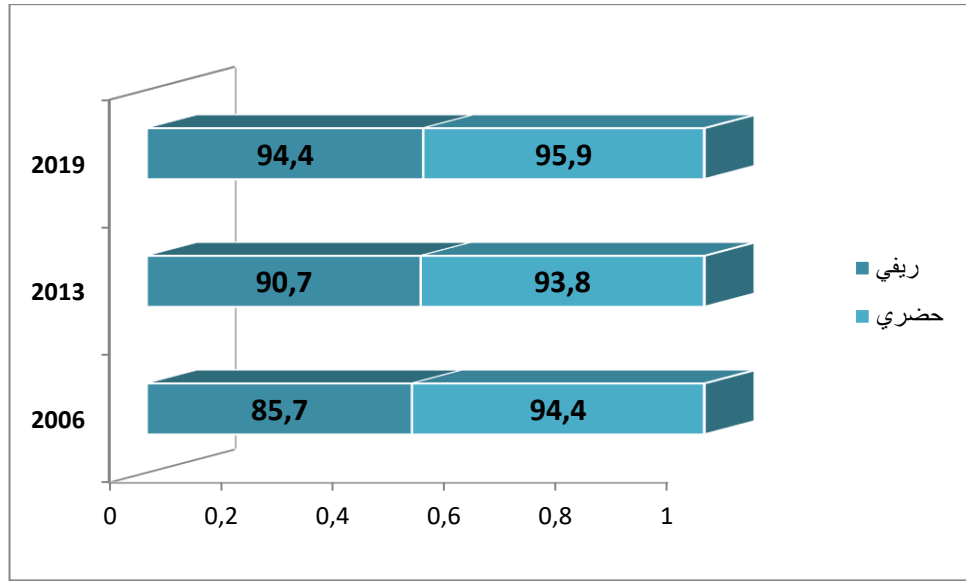
2-الرعاية الصحية أثناء الحمل

يُقترض على المرأة الحامل زيارة الطبيب لمعاينة دورية من قبل موظفين مؤهلين كإجراء وقائي من أي مضاعفات أو أخطار تهدد حياتها أو حياة الجنين. وتسمح هذه الزيارات عند الطبيب من تحديد حالات الحمل العالية الخطورة لاتخاذ إجراءات الرعاية الصحية اللازمة، وعدم الوصول إلى الحالات المستعجلة التي يصعب التكفل بها. وقد أثبتت الدراسات أن هذه الزيارات تُجنب خطر الوفاة للكثير من الحالات.

بينت نتائج المسح العنقودي المتعدد المتغيرات MICS6 2019 أن 95,3% من النساء المتزوجات اللواتي أنجبن طفلا حيا خلال السنتين السابقتين للمسح، قد تابعن حملهن مرة واحدة على الأقل مقابل 90,3% حسب MICS3 في 2013، بينما كانت هذه النسبة تقارب 93% في 2006. و بينت المعطيات المتاحة لدينا من خلال المسح العنقودي أن سبب هذه الزيارة كانت عند 53,2% منهن للتأكد من الحمل، بينما 27,3% منهن للتأكد من صحة

الجنين. وقد قامت أكثر من 3/4 من النساء بأربعة زيارات أو أكثر خلال الحمل الأخير. كما يبين لنا الشكل الموالي أن ليس لدينا فروق كبيرة بين الحضري و الريفي كما هو الحال في سنة 2006 أين يختلف هذا المعدل ب10 نقاط بينهما و لا يختلف في 2019 إلا بنقطة واحدة.

الشكل رقم14: نسب السيدات اللواتي قمن بزيارة واحدة على الأقل لمركز الرعاية الصحية حسب وسط الإقامة في الجزائر.



المصدر: من إنجاز الطالبة من خلال معطيات وزارة الصحة والسكان، تقرير المسوحات العنقودية المتعددة المتغيرات لسنوات 2006، 2013، 2019.

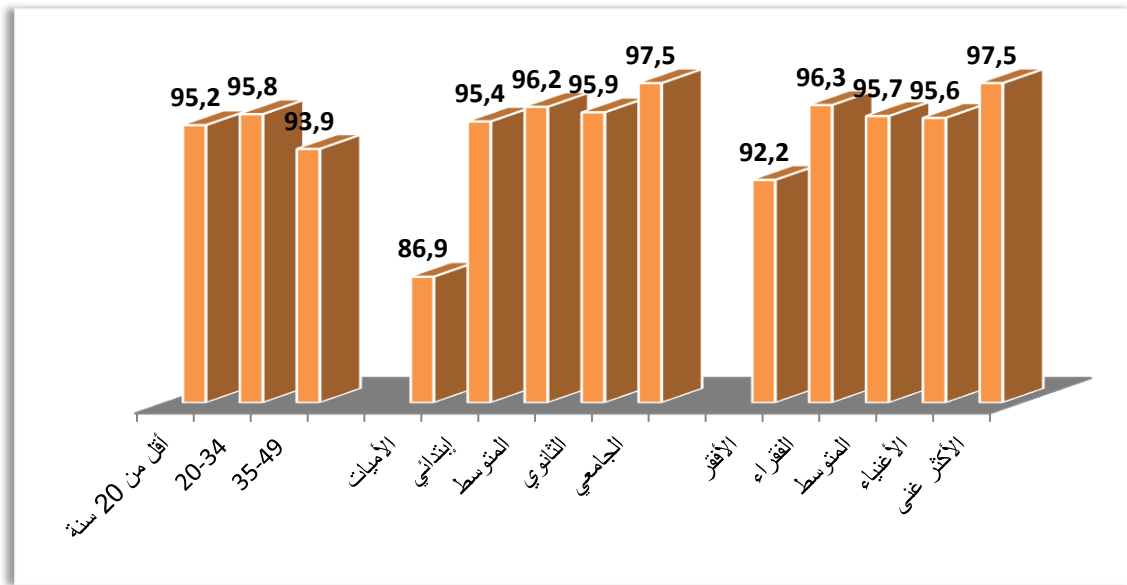
كما يعتبر المستوى التعليمي للأمم عامل مهم للقيام بالرعاية الصحية أثناء الحمل، حيث بينت الدراسة أن 86,9% فقط من النساء ذوات المستوى التعليمي الإبتدائي يقمن بالزيارات أثناء الحمل مقابل 97,9% ذوات المستوى التعليمي الجامعي. كما يؤثر المستوى الاقتصادي على تلقي الرعاية أثناء الحمل حيث أن 92,2% من النساء الفقيرات أو اللواتي يعشن مع عائلات فقيرة تابعن حملهن مقابل 97,5% من النساء الغنيات¹.

ورغم أن من المعروف أنه كلما كبرت المرأة في السن زادت مشاكلها الصحية وأصبح حملها أكثر تعقيدا، إلا أنه تبين من خلال معطيات المسح أن الفئة العمرية للنساء الحوامل (35-

¹ من خلال "مؤشر الغنى" المبني على امتلاك الأسرة لجموعة من المعدات كالمياه الصالحة للشرب، مبرد، سيارة....

49) سنة هي أقل متابعة للحمل (93,9%) من غيرها من النساء الأقل منها سنا. فبعض النساء في هذا السن ترى نفسها أكثر تجربة وأكثر علما في مجال الولادة وتربية الأطفال من الصغيرات في السن فتتغاضى عن الزيارات الدورية للطبيب لمعاينة الحمل وتحدد زيارتها لتُبرمج ولادتها في المنشأة الصحية أو تحضير الملف اللازم لذلك.

الشكل رقم 15: نسب السيدات اللاتي تابعن حملهن حسب السن، المستوى التعليمي والمعيشي في 2019.

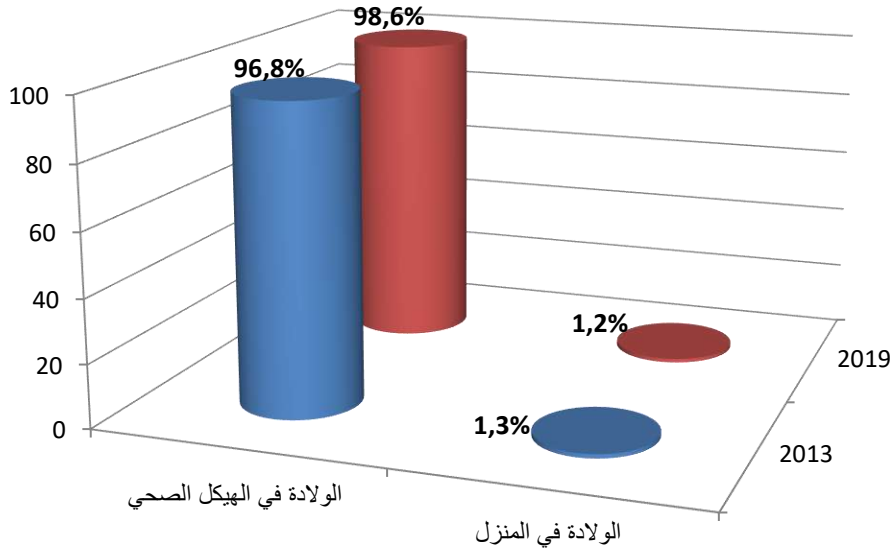


المصدر: من إنجاز الطالبة من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المتغيرات MICS6 ل2019.

3-تأمين مكان الولادة

يعتبر مكان الولادة الآمن صحيا عامل من عوامل الولادة الصحية وهو مؤشر من مؤشرات أهداف التنمية ل2030، حيث يدلنا هذا المؤشر على الولادات التي تتم في مؤسسات طبية سواء التي تتم في القطاع العام أو الخاص والذي من شأنه زيادة فرص الأمهات والأطفال في تلقي المساعدة الصحية في حالة وجود مضاعفات للجنين والأم على حد سواء.

الشكل رقم 16: التوزيع النسبي للسيدات حسب مكان الولادة في 2019.



المصدر: من إنجاز الطالبة من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المتغيرات MICS6 ل 2019 ص 179.

يبين الشكل رقم (16) أن 96,8% من السيدات وضعن حملهن في مؤسسات استشفائية سواءا خاصة أو عامة في 2012، بينما هذا المعدل أصبح 98,6% في 2019. رغم المجهود المبذول وتحسن الوضع إلا أن بعد 7 سنوات لم تسجل انخفاض كبير للولادات التي تقام في المنازل وهذا يجعلنا نفكر في إيجاد طريقة لتغطية صحية لهذه الولادات عن طريق قابلات مكونة لهذا الغرض خاصة وأن أغلب النساء اللواتي يلدن في المنازل هن الريفيات.

وبينت نتائج مسح 2019 أن النساء ذوات المستوى العالي هن النساء الأكثر استعمالا للمؤسسات الصحية التوليدية (99,6%) مقارنة بالأقل تعليما (94,8%) وهذا يؤكد أهمية التعليم في البحث واستعمال الخدمات الصحية للأمومة والطفولة، فقد أثبتت الدراسات أنه تزيد فرص استعمال خدمات الرعاية الصحية للنساء الجامعيات مثلا ب 11,6 مرة عن الأميات في الجزائر وهذا حسب معطيات المسوح المتعددة المتغيرات ل 2006 و 2012 (MICS3 ET MICS4) ¹، كما تدل أيضا معطيات 2019 أن التعليم هو عامل غير

¹ أمال بلعدي، رعاية صحة الأمومة، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في الاقتصاد والاحصاء التطبيقي، المدرسة العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي، 2017-2018، ص 114-115.

مباشر لكنه هام جدا في تخفيض وفيات الأمهات والأطفال.

4-حضور مختص أثناء الولادة

يُعتبر هذا المؤشر مهم من حيث أنه يُطلعنا على مستوى التغطية الصحية للطفل والأم في آن واحد أثناء الولادة وهو أيضا من مؤشرات الأهداف الإنمائية ل2030، فهو يجعل من الولادة حدث آمن، ويمكن له أن يعالج أي تعقيدات التي تظهر أثناء الوضع في الوقت المناسب والتي من الممكن أن تؤدي بحياة الأم والطفل أو تؤثر على حياتهم الصحية فيما بعد.

وقد ثبت في المسوح الصحية، أن الأشخاص الذين يعتبرون مختصين هم: الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد، القابلة، الطبيب العام، القابلة التقليدية ويستحسن وجود الطبيب المختص في طب الأطفال.

حضر الولادة في المستشفيات في 2019 ممتهين صحيين بينهم الممرضة والقابلة(64%) وكما يحضر الطبيب (المختص أو الطبيب العام) (34,4%). إلا أن الولادات في المنازل لا يحضرها مختصين. أما الولادات في المنزل فهن في أغلب الأحيان يحضرها قابلة تقليدية(0,7%) أو ما يسمى "بالعجوزة" وهي امرأة من الحي والأحياء المجاورة للأم والتي يُحضر بها عند ابتداء عملية الولادة.

نتساءل لماذا لا يُستعمل الطبيب العام في حضور وتسيير الولادات، خاصة في المناطق التي تسجل نقص في الأطباء المختصين.

الجدول رقم 9: توزيع الولادات حسب حضور شخص مؤهل في الجزائر في 2019.

النسبة %	الولادة
98,8	حضور شخص مؤهل عملية الولادة
1,2	عدم حضور شخص مؤهل عملية الولادة
100	المجموع

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، المسح الجزائري المتعدد المتغيرات لـ MICS6 2019، 2020، ص180.

تتمثل النسبة الوطنية "لحضور الشخص المؤهل أثناء الولادة" في 2019 بـ 98,8%، وهذا يؤكد مدا المجهودات التي تقوم بها الدولة لتحسين ظروف الولادة، حيث أن هذه النسبة كانت في 2013 96,6% والتي أعطت ثمارها بانخفاض وفيات الأطفال الرضع. في هذه الفترة أي بين 2013 و2019 ارتفعت نسبة الولادات بحضور طبيب (من 25,3% إلى 34,4%) وانخفضت نسبة الولادات بحضور قابلة أو ممرضة (69,9% إلى 64,4%). وهذا يؤكد أن الدولة تبحث عن التغطية ذات نوعية للولادات خاصة وأن المواليد الجدد يحتاجون إلى رعاية خاصة والتظن إلى التعقيدات التي يمكن أن تؤثر على مستقبل حياة الطفل وعلى وفاته.

إلا أن هذه النسبة تختلف بين المناطق الجنوبية أين لا تتعدى 96% بينما هي في المناطق الشمالية في حدود 99%. هذه النسب المرتفعة للتغطية تتوافق مع المناطق التي توجد فيها المستشفيات الجامعية وكليات الطب، حيث تكون التغطية أحسن بالكوادر الطبية التي تتجمع في هذه المنشآت.

كما أن حضور المختص يجعله يفحص المولود الجديد مباشرة بعد ولادته. وهذا مؤشر آخر للنوعية الخدمات الصحية التي يجب أن تصل إليها الجزائر وجميع البلدان التي تسعى للتنمية.

الجدول رقم 10: توزيع نسب فحص المولود الجديد مباشرة بعد ولادته في 2019 في الجزائر.

النسبة %	فحص المولود الجديد مباشرة بعد ولادته
45	نعم
55	لا
100	المجموع

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS6، 2019، ص195-196.

ولقد تبين من خلال الجدول أن 45% فقط من النساء يصرحن على أن "قبل خروج الطاقم الذي حضر الولادة تم فحص مولودهن"، و 29% منهن فُحص مولودهن "بعد خروج الطاقم الطبي"، إلا أن 96% من هذه الفحوصات تجرى من طرف شخص مؤهل (الطبيب، القابلة، الممرضة، قابلة التقليدية).

يبقى أن الفحص لا بد أن يكون من طرف طبيب متخصص في أمراض الأطفال وهذا الاختصاص تفتقر له الكثير من مناطقنا، ومناطق أخرى تعاني من اكتظاظ في المصالح التوليدية مما يؤدي إلى إهمال هذا الجانب.

5-التلقيح

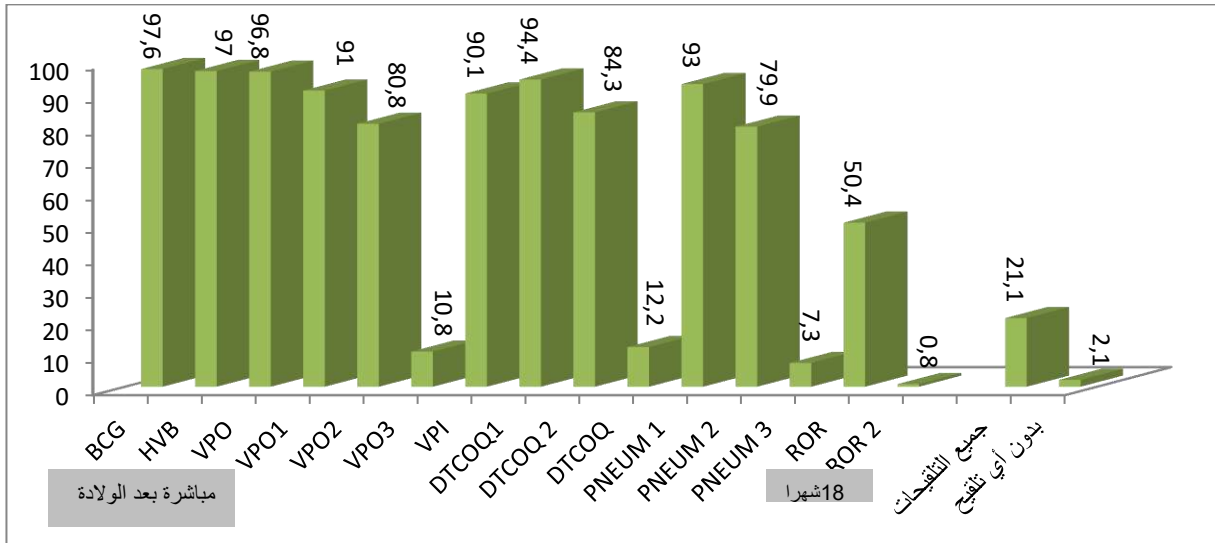
تتمثل الظروف المحيطة بالطفل منذ ولادته عامل لتخفيض من وفيات الأطفال، وهذه الظروف هي الولادة في مكان صحي، وحضور شخص مؤهل طبيا عملية الولادة، الفحوصات التي يتلقاها الطفل مباشرة بعد ولادته وتلقيه للتلقيح اللازم وفي أوانها مع التغذية المناسبة لسنه والتي يكون أساسها الرضاعة الطبيعية خاصة في الأشهر الأولى من ولادته. ويلعب التلقيح دورا رئيسيا في تخفيض معدل وفيات الأطفال.

حسب المبادئ التوجيهية لليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية، يجب أن يحصل الطفل على لقاح BCG ليطم حمايته من السل وثلاث جرعات من DTCOQ ليطم حمايته من الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس و3 جرعات من اللقاح ضد شلل الأطفال والتطعيم واحد ضد

الحصبة قبل سن 12 شهرا. كما يتمثل التلقيح ضد البوحمرن في الشهر الـ 18 أي قبل السن 24 شهرا. بدأت رزنامة جديدة للتلقيح حيز التنفيذ في 2016/04/24 في الجزائر والتي تحتوي على كل التلقيحات المذكورة أعلاها بالإضافة إلى تلقيح الحمى الصفراء، تطعم كل التلقيحات قبل سن السنة إلا التي تتعلق بالحصبة والبوحمرن والتي يمكن القيام بها بعد الشهر 12.

و لقد تم التطرق إلى هذا الجانب من خلال المسح الوطني المتعدد المتغيرات MICS6 في 2019 للأطفال من 12 إلى 23 شهرا ، للتأكد من تلقي الطفل للقاحات اللازمة قبل سن السنة كما تطرق إلى التلقيح بين 24 إلى 31 شهرا.

الشكل رقم 17: توزيع الأطفال من 12-23 شهر حسب تلقيهم لتلقيحات اللازمة قبل سن السنة في 2019.



المصدر: من إنجاز الطالبة من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المتغيرات MICS6 ل 2019 ص 228.

يبين لنا الشكل رقم 8 أنه في 2019 تم تلقيح 21,1% فقط من الأطفال بين 12-23 شهرا حسب إعلان الأم ودفتر التطعيم، كما ثبت أن نسبة تلقيح الأقل من سنتين لا تتعدى 61% وأن نسبة الغير ملقحين تماما وعمرهم أقل من سنتين 3%. وهذا يُظهر لنا أن قبل سن السنة

أكثر من 88% من الأطفال لم يتم تلقيهم كل اللقاحات المبرمجة في الرزنامة، بينما هذه النسبة تمثل 39% من بين الاطفال الأقل من السنتين.

هذه النسب تختلف اختلافا ملفت للانتباه بين المناطق الوطن، أعلاها 70,6% في الشمال الشرقي، وأضعفها 30,2% في الهضاب العليا الوسطى مرورا ب 51,7% في الصحراء. ربما أحسن مثال على أثر ذلك على أطفال المناطق الغير مغطاة بالتلقيح هو وباء البوحمرون أو الحصبة الذي حصد الكثير من الوفيات بين الأطفال في 2018. والذي كان سببه عدم تلقي الأطفال التلقيح المناسب في الوقت المناسب. هذه النسب المنخفضة تعود أهمها إلى أن هذه المناطق غير مغطاة بالمرافق الصحية الجوارية المؤهلة (من جانب الموارد البشرية خاصة وبالتجهيزات) وكذلك عدم تلقي المنشآت الصحية التلقيحات في الوقت وبالكمية اللازمة، ومن جانب آخر من عدم وعي الأم لأهمية التلقيح وربما الظروف الاجتماعية والاقتصادية للعائلة.

يجدر الذكر أيضا أن الثلاث تلقيحات الأولى هي تلقيحات يتلقاها المولود في 24 ساعة بعد ولادته، أي أنها يتلقاها المواليد الجدد أثناء تواجدهم وأمهاتهم في المستشفى أو في المنشأة الصحية التي تمت فيها عملية الولادة وبهذا فإنها مؤشر مهم لمستوى الرعاية الصحية التي يتلقاها المواليد بعد ولادتهم مباشرة. نسب التلقيحات تتراوح بين 96% و98%.

و قد تبين من خلال معطيات MICS6 أن المستوى التعليمي للأم يؤثر على معدل التغطية لتلقيح المواليد قبل سن السنة، حيث أن هذا المعدل يقارب 61,6% عند ذوات المستوى العالي، و40,7% عند الغير متعلمات. إذ أن المتعلمات أكثر تلقي الحملات التوعوية سواء التي تقوم بها الجهات المختصة عن طريق وسائل الإعلام، أو من خلال زيارتها لمؤسسات الصحة الجوارية.

6-الفوارق الجغرافية

الجدول التالي يبين توزيع معدلات وفيات الأطفال الرضع بين الولايات والمقسمة حسب

أربع مجموعات كالتالي :

المجموعة الأولى: $18 \geq TMI \geq 08$

المجموعة الثانية: $25 \geq TMI \geq 19$

المجموعة الثالثة: $34 \geq TMI \geq 26$

الجدول رقم 11: توزيع الولايات حسب معدل وفيات الأطفال في الجزائر في 2018.

المجموعة الأولى	المجموعة الثانية	المجموعة الثالثة
بومرداس-ميلة-تيزابزة- البويرة- بجاية-بشار-تيزي وزو-جيجل-عين تيموشنت-معسكر-المدية-البليدة-الشلف-غرداية-عين الدفلى-ورقلة-اليزي-أدرار-خنشلة-قالمة-سوق أهراس .	سكيكدة-تندوف-الجزائر-مسيلة-وهران-سعيدة-غليزان-سيدي بلعباس-تيسمسيلت-سطيف-الجلفة-مستغانم-برج بوعرييج-بسكرة-نعامة-تيارت-الأغواط-باتنة-تمنراست-تبسة-الوادي-البيضاء-تلمسان.	الطارف-أم البواقي-قسنطينة-عنابة.
$18 \geq TMI \geq 08$	$25 \geq TMI \geq 19$	$34 \geq TMI \geq 26$

المصدر: من إنجاز الطالبة على أساس معطيات، الديوان الوطني للإحصائيات، الإحصائيات الديمغرافية، 2018.

وضعت منظمة العالمية للطفولة (UNICEF) تصنيف لقيم وفيات الأطفال الأقل من

سنة في العالم، وهو في الجدول التالي:

الجدول رقم 12: تصنيف معدلات وفيات الأطفال من قبل UNICEF .

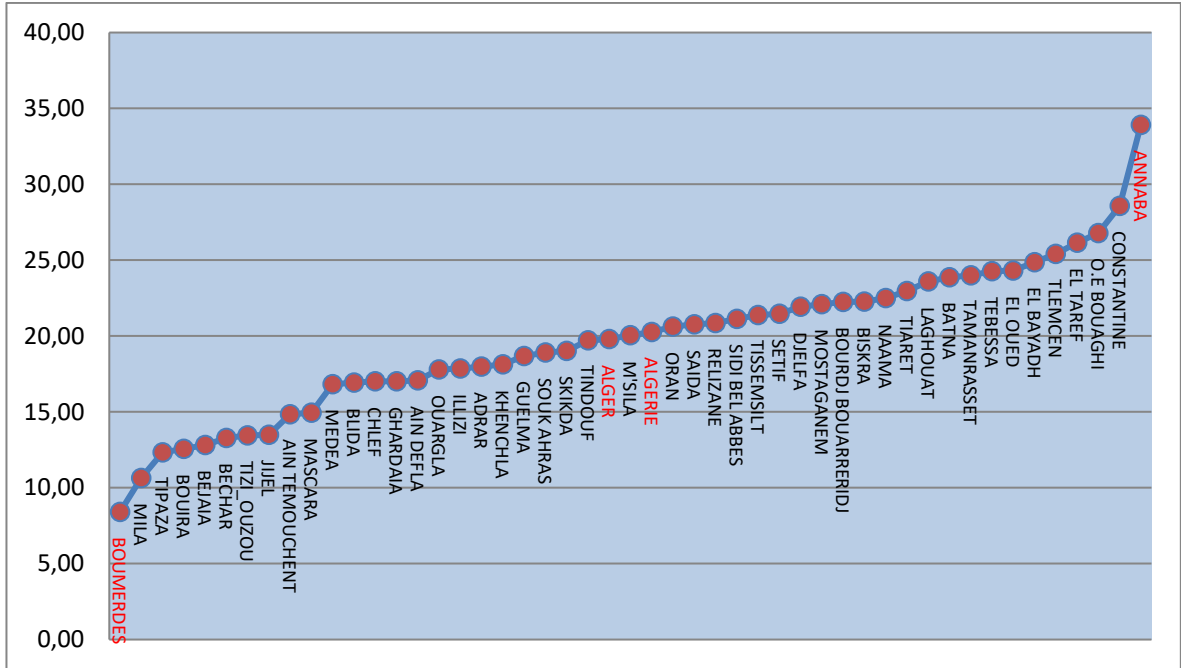
التصنيف	القيم
مرتفع جدا	أكبر من 90%
مرتفع	بين 50% و 90%
متوسط	بين 49% و 18%
ضعيف	أقل من 18%

Source : El bachir zahra, Evolution de la mortalité en Algérie, mémoire de magister en démographie, univ.oran, 2013, 74 .

من خلال الجدولين (6) و(7) يمكننا استنتاج مايلي:

- i. نجد أن قيم معدل وفيات الأطفال الرضع للولايات في 2018 تتراوح بين 08 و34 وفاة لكل 1000 ولادة حية.
- ii. أغلبية الولايات تتأرجح حسب تصنيف المنظمة العالمية للطفولة بين البلدان ذات القيم المتوسطة والضعيفة.
- iii. تتكون المجموعة الأولى أي المجموعة ذات المعدلات الضعيفة من 21 ولاية من بينها 15 ولاية من الشمال و5 ولايات من الجنوب وولاية واحدة من الهضاب العليا الشرقية، مما يدل على الفوارق الجغرافية في الجزائر فيما يخص معدل وفيات الأطفال الرضع.
- iv. يمكننا أيضا الملاحظة أن ولاية الجزائر بصفتها عاصمة الوطن تتواجد بين المجموعة ذات معدل وفيات متوسط بقيمة 19,79%. هذا الارتفاع سببه أن تسجيل الوفيات في الجزائر يكون على أساس مكان الوفاة وليس مكان الإقامة للمتوفي، وأن الجزائر العاصمة تعتبر وجهة المرضى من كل ولايات الوطن المجاورة والبعيدة بصفتها مركز أكبر المستشفيات كما وكيفا.
- v. كل الولايات المصنفة في المجموعة الثالثة هي من المنطقة الشرقية للوطن.

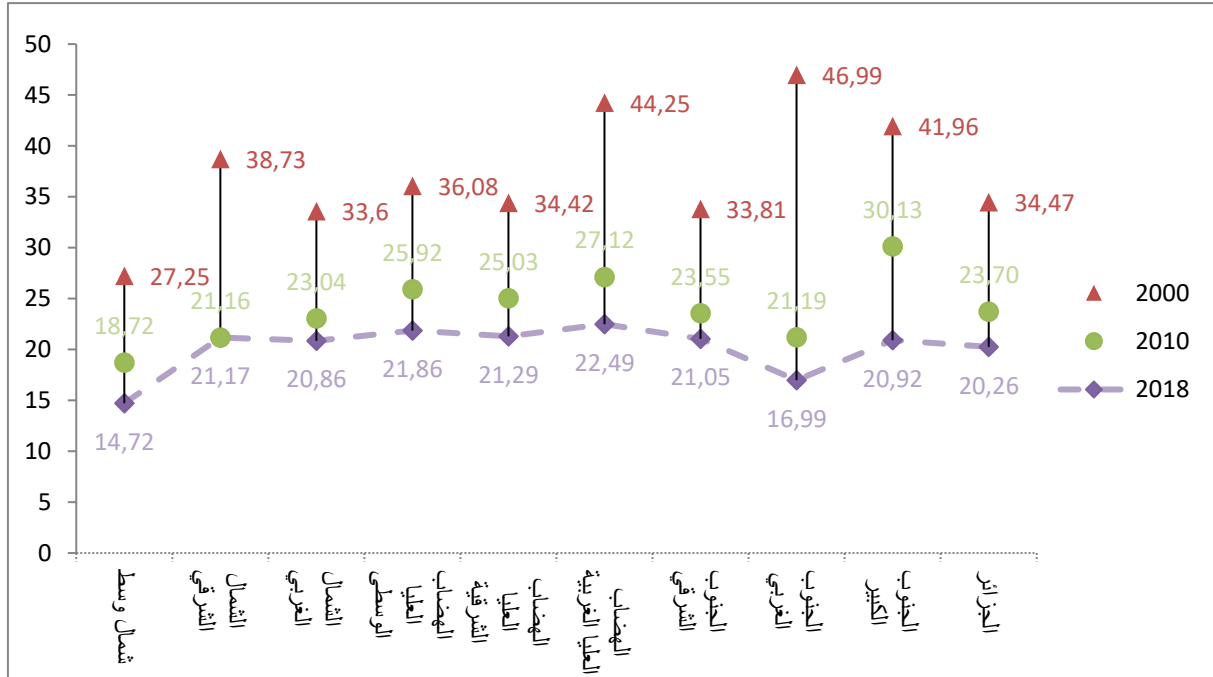
الشكل رقم 18: معدلات وفيات الأطفال حسب الولايات الجزائرية في 2018.



المصدر: من إنجاز الطالبة وحسابها على أساس معطيات، الديوان الوطني للإحصائيات، الإحصائيات الديمغرافية، 2018 رقم 853 ص 24.

نلاحظ من خلال الشكل رقم 18 أن 25 ولاية من بين 48 تسجل معدل وفيات الأطفال أقل من المعدل الوطني في 2018، كما أن معدلات وفيات 23 ولاية أعلى من المعدل الوطني. وتتصدر ولاية بومرداس أضعف المعدلات بين الولايات لوفيات الأطفال في الجزائر وهذا منذ سنة 2000 إلى 2018، كما أن ولاية عنابة تسجل أعلى معدل وفيات في الجزائر منذ 2016، وهذا بسبب الموقع المهم التي تعرفه هذه الولاية جغرافيا وصحيا بالنظر إلى أنها ولاية جامعية وتحتوي على كلية الطب وتغطي النقص الموجود في التغطية الصحية لكل الولايات المجاورة. سنتطرق الآن إلى تطور معدل وفيات الأطفال في الجزائر بين المناطق لسنوات 2000، 2010، 2016 و2018.

الشكل رقم 19: تطور وفيات الأطفال حسب المناطق بين 2000 و2018.



المصدر: من حساب وإنجاز الطالبة على أساس معطيات الديوان الوطني للإحصائيات, revues statistiques .2000.2010.2018

يلخص الشكل السابق تطور معدل وفيات الأطفال في الجزائر حسب مناطق تقسيم التهيئة العمرانية ومن خلاله يمكن استنتاج النقاط المهمة التالية:

- في سنة 2000، سجلت منطقة الجنوب الغربي المستوى الأعلى لوفيات الأطفال الأقل من سنة ب 46,99% وذلك بسبب ارتفاع هذا المعدل في ولايتي تندوف وأدرار. كما أن هذا المعدل أكبر بمرتين ونصف (1,5) من المعدل المسجل في الشمال الوسط.
- كما يعتبر معدل وفيات الأطفال في منطقة شمال وسط المعدل الأكثر انخفاضا في الجزائر لسنة 2000 وذلك بفضل معدل ولاية بومرداس الذي يقارب 8 وفيات لكل 1000 ولادة حية.
- في 2010، تنصدر منطقة الشمال الوسط أضعف معدلات وفيات الأطفال في الجزائر ب 18,72%، كما تسجل منطقة الجنوب الكبير أعلى مستويات وفيات

- الأطفال الأقل من سنة في الجزائر ب 30,13%.
- سجلت كل المناطق تحسن في مستوى وفيات الأطفال وخاصة منطقة الجنوب الغربي حيث انخفض هذا المعدل بأكثر من النصف بين 2000 و 2010، من 46,99% إلى 21,19% على التوالي، بينما لم ينخفض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة في منطقة الهضاب العليا الوسطى إلا بالربع في نفس الفترة أي من 36,08% إلى 25,92%.
- سجلت الهضاب العليا الغربية أعلى معدل وفيات للأطفال في 2018 ب 22,49%، بينما بقيت منطقة الشمال الوسط تسجل أضعفها ب 14,72 وفاة لكل 1000 ولادة حية.
- لم تشهد منطقة الشمال أي انخفاض في معدل وفيات الأطفال بين 2010 و 2018، بينما عرفت منطقة الجنوب الكبير انخفاض في مستوى وفيات الأطفال يقدر ب 30,57% أي من 30,13% إلى 20,92% في نفس الفترة.
- انخفض المستوى الوطني لوفيات الأطفال الرضع من 34,47 وفاة لكل 1000 ولادة حية في سنة 2000 إلى 20,26% في سنة 2018.

خلاصة الفصل

بعدما تطرقنا إلى خصائص وعوامل ومستوى وفيات الأطفال الرضع في العالم وفي الجزائر وتطرقنا إلى السياسات الصحية الدولية للتأثير على مستوى وفيات الأطفال الرضع في العالم، تبين لنا أثر تعليم الأم على مستوى هذه الوفيات في الجزائر، حيث أن الأبناء المتعلمات أقل عرضة لوفيات أبنائهن من أبناء الأميات. كما ظهر لنا مدى حساسية هذه الوفيات للمدة بين الولادات حيث تُعتبر 3 سنوات المدة المثالية لتجنب وفاة المولود الموالى للأم، وهي مدة منطقية باعتبار الرضاعة الطبيعية للمولود تدوم في الأحسن سنتين نضيف لها مدة تسعة أشهر للحمل الموالى. كما تتمثل الأسباب المباشرة لوفيات الأطفال الرضع في الجزائر، بنسبة كبيرة في التهابات الجهاز التنفسي والإسهال، وتتميز وفيات حديثي الولادة بالوفيات بسبب الولادة المبكرة، بحيث تم التوصل إلى أن نسبة الوفيات لأسباب داخلية أعلى من الوفيات لأسباب خارجية وهذا يقودنا إلى التأكيد على تحضير الوسائل والإمكانيات لمواجهة التعقيدات المنبثقة عن هذه الحالات والتي تتمثل في الرعاية الصحية للحمل لكشف هذه المشاكل الصحية قبل الولادة وكذا تقديم الرعاية المناسبة مباشرة بعد الولادة.

كما توصلنا من خلال هذا الفصل إلى أن هناك ثلاث آليات في الجزائر يمكن التأثير بها على مستوى وفيات الأطفال الأقل من سنة تتمثل الآلية أولى في وفيات حديثي الولادة التي تمثل أكثر من 70 % من وفيات الأطفال الرضع كما أنها تمثل الغاية (2-3) من الأهداف التنموية لسنة 2030، إذا من أجل تخفيض هذه الوفيات لابد من تكثيف الجهود لرعاية الأم أثناء الحمل، وتحسين أكثر لظروف الولادة. كما تتمثل الآلية الثانية بالنسبة لوفيات الطفولة في الجزائر في الفوارق الجغرافية بين الولايات والتي أصبحت عائقا لتنمية المناطق الداخلية فلا بد من إعادة التوازن بين الولايات والمناطق في هذا المجال. وتتمثل الآلية الثالثة في التدعيم التلقيح خاصة في الولايات الداخلية والحرص على تموين المناطق باللقاحات المبرمجة في الرزنامة الوطنية.

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

تمهيد

المبحث الأول: القطاع الصحي في العالم

المطلب الأول: تعريف النظام الصحي

المطلب الثاني: أنواع الأنظمة الصحية في العالم

المطلب الثالث: التغطية الصحية بالأطباء في العالم

المطلب الرابع: التغطية الصحية بالمرضى والقابلات في العالم

المبحث الثاني: النظام الصحي في الجزائر

المطلب الأول: مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر

المبحث الثالث: التقسيم الحالي للنظام الصحي في الجزائر

المطلب الأول: أقسام الرعاية الصحية

المطلب الثاني: تقييم النظام الصحي في الجزائر

المبحث الرابع: تطور وإحصاء المنشآت الصحية والموارد البشرية في

الجزائر

المطلب الأول: المنشآت الصحية

المطلب الثاني: الموارد البشرية

المبحث الخامس: التغطية الصحية للأم والطفل في الجزائر

المطلب الأول: التغطية الصحية للأم حسب معطيات المسوح العنقودية

المتعددة المتغيرات

المطلب الثاني: التغطية الصحية للطفل حسب معطيات المسوح العنقودية

المتعددة المتغيرات

خلاصة الفصل

تمهيد

يحدد السكان من خلال ديناميكيته إلى حد كبير الطلب والعرض على الصحة. وقد ثبت أن الحالة الصحية للسكان، التي تقاس عمومًا بمؤشرات الوفيات، تتحدد بمستوى ونوعية توفير الرعاية الصحية.

عرفت الصحة العمومية في الجزائر قبل الاستقلال وضعًا مترديًا، إذ كان الشعب الجزائري يعاني الفقر والحرمان ومختلف الأمراض البوائية، هذه الأمراض كانت ناجمة عن الظروف المعيشية السيئة لأغلبية الجزائريين نظرًا لغياب التغطية الصحية نتيجة الاستعمار. وورثت الجزائر بعد الاستقلال نظام صحي مصمم للأقلية الاستعمارية مع منشآت تقع في مناطق معينة. أدت هذه الوضعية إلى فوارق جغرافية مهمة بين المناطق، كما أدى الرحيل الجماعي للأطباء الأوروبيين والكوادر الطبية إلى تفاقم الحالة الصحية للجزائريين¹.

وقد عملت الجزائر بعد نيل استقلالها على وضع مبادئ أساسية لتجسيد السياسة الصحية، كما نصت عليه المواثيق والدساتير، سعيًا منها لحماية وترقية الصحة العمومية، ضمانًا لحق المواطن في العلاج، الذي اعتُبر مكسبًا ثوريًا.

أدى تطوير النظام الصحي الوطني في الجزائر إلى تقدم لا جدال فيه في تطور المؤشرات الديموغرافية والبوائية الرئيسية وحقق مكاسب كبيرة في تنمية الموارد البشرية المادية وغير المادية. إلا أنه لا يمكن حجب التقصير الذي يعاني منه النظام الصحي، وخاصة في توفير الرعاية على المستوى الجهوي.

من خلال التطرق إلى التغطية الصحية للأم والطفل ومحاولة ربطها مع الصحة العامة عن طريق وفيات الأم والطفل التي تعتبر مؤشرات هامة لدراسة صحة مجتمع ما، نحاول وجود أو

¹ Zoubida Belarbi, *Différentiels de la mortalité infantile en Algérie selon l'enquête MICS 2012-2013*, revue des recherches économiques, univ.Blida2, Algérie, v14 N02, 2019.

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

إبعاد أهمية العلاقة الموجودة بين الصحة والتغطية الصحية، والاهتمام فيما بعد بالمحددات الأخرى للصحة من بينها المحددات الاجتماعية للصحة والتي ما فتأت الدول الأوروبية البحث عنها والتقليل من أثارها من خلال السياسات الاجتماعية.

سنتطرق في هذا الفصل إلى المراحل المهمة التي مر بها النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال إلى 2018، وكذا تطور التغطية الصحية بالأطباء والصيدالة والمنشآت الصحية وأسرة المستشفيات. كما سنتطرق إلى تغطية الولادات بالكادر الطبي والمنشآت الصحية من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المتغيرات الأخير MICS6 2019.

المبحث الأول: القطاع الصحي في العالم

المطلب الأول: تعريف النظام الصحي

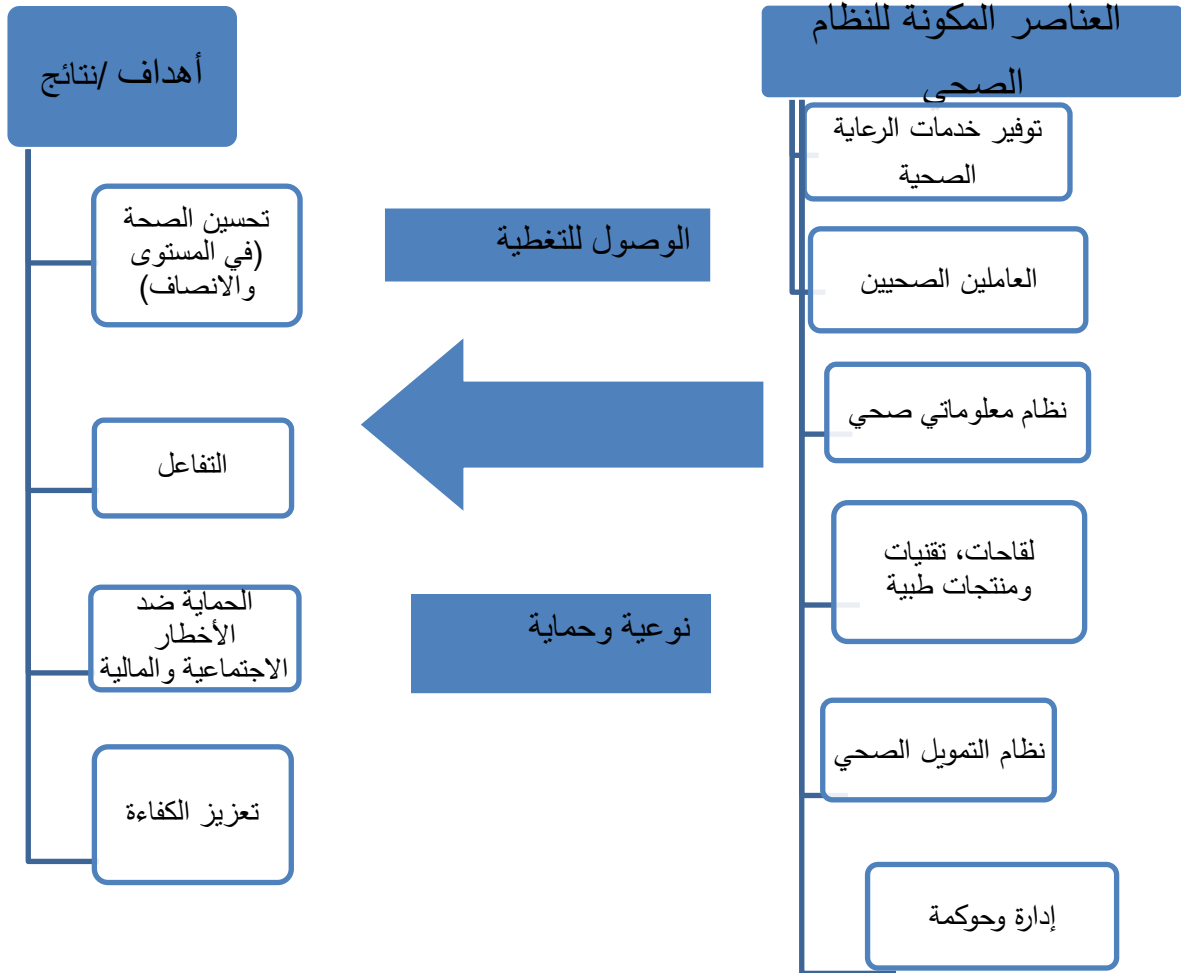
لا يقتصر النظام الصحي الوطني على المهن الصحية، إذ يُعتبر الأفراد قلب النظام، من خلال الأعمال اليومية التي تتم في البيئة الاجتماعية والاقتصادية. بالنسبة إلى منظمة الصحة العالمية¹، "يتكون النظام الصحي من جميع المنظمات والأشخاص والإجراءات التي يتمثل غرضها الأساسي في تعزيز الصحة أو استعادتها أو الحفاظ عليها"². ويتكون النظام الصحي من 6 أنظمة فرعية متداخلة، الهدف منها هو تقديم للمواطن خدمات عادلة وذات جودة عالية.

¹ الباحثة قامت بترجمة التعريف من الانجليزية إلى العربية.

² World Health Organization, **Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action**, 2007, Geneva.
http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf consulté le 15/03/2022.

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

الشكل رقم 20: العناصر المكونة للنظام الصحي حسب الإطار المقترح من قبل منظمة الصحة العالمية.



Source : Traduit par l'étudiante sur la base de Don de Savigny et Taghreed Adam, OMS, 2009, p. 32.

المطلب الثاني: أنواع الأنظمة الصحية في العالم

من أجل ضمان مستوى أفضل من الصحة للسكان، وضع كل بلد نمط معين من التنظيم. تتسق هذه المنظمة أنشطة المتخصصين في الرعاية الصحية ومختلف الشركاء الذين يساهمون في تمويل نظام الرعاية الصحية. هذا الترتيب المعقد هو النظام الصحي.

حسب منظمة الصحة العالمية: النظام الصحي هو مجموعة المنظمات والمؤسسات والموارد والأشخاص الذين يتمثل هدفهم الأساسي في تحسين الصحة. كما تحدد منظمة الصحة العالمية ثلاثة أهداف للأنظمة الصحية:

1- تحسين الوضع الصحي للسكان والمحافظة عليه.

2- ضمان استجابة النظام.

3- ضمان مساهمة عادلة من المجتمع

يوجد نوعان من الأنظمة الصحية في العالم: الأنظمة الصحية المركزية، والأنظمة الصحية الغير مركزية.

تتواجد الأنظمة الصحية المركزية¹ في بلدان الشرق الأوروبي بريطانيا، البرتغال، السويد، ايطاليا، ايسلندا، الدانمرك واليونان. تتميز هذه الأنظمة باحتكار كلي للقطاع العام، حيث أن كل الأطباء المختصين هم موظفون عند الدولة في المستشفيات التي تملكها الدولة، أما الأطباء العامين فهم يحصلون على مبلغ عن كل مريض مسجل لمدة عام واحد. ويتم تسجيل كل فرد في قائمة الطبيب العام الذي يقوم بعلاجه أو يقوم بإرساله للعلاج إلى المستشفى أو إلى الأخصائي. وتتكفل الدول بالتمويل عن طريق الضرائب. إلا أن الثقل الإداري وطول قائمة

¹ Dr S. AMAROUCHE Maitre assistante en Epidémiologie Université 3 de Constantine, les systèmes de santé dans le monde.

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

الانتظار في المستشفيات تعيق هذه الأنظمة بالإضافة إلى أن المريض لا يستطيع اختيار طبيبه.

أما الأنظمة الصحية اللامركزية فأفضل مثال لها هي النظام الصحي في الولايات المتحدة الأمريكية وسويسرا، وهي مقسمة بين النظام الخاص (3/2) والنظام العام (3/1). للطبيب العام كل الحرية في تحديد تكلفة العمل الطبي أو الجراحي.

وموازية مع هذين النظامين هناك نظام مختلط وأفضل مثال هو النظام الفرنسي أين يتميز باللامركزية في اختيار الطبيب المعالج أو المستشفى أو الأخصائي، والمركزية في التمويل النظام الذي يقع على عاتق الدولة.

تنتشر Health Consumer Powerhouse بانتظام تقريرًا عن الأنظمة الصحية في أوروبا: مؤشر المستهلك الصحي الأوروبي (EHCI). تصنف هذه الدراسة 35 دولة وفقًا لجودة أنظمة الرعاية الصحية لديها، مع مراعاة 46 مؤشرًا. الدول الأعلى تصنيفًا هي كما يلي:

الجدول رقم 13 : ترتيب بعض الدول حسب جودة الأنظمة الصحية في 2020.

الرتبة	البلد
1	سويسري
2	هولندا
3	النرويج
4	الدنمارك
5	بلجيكا

المصدر: [https://fr.april-international.com/fr/sante-des-expatries/quels-sont-les-pays-avec-les-](https://fr.april-international.com/fr/sante-des-expatries/quels-sont-les-pays-avec-les-meilleurs-systemes-de-sante)

meilleurs-systemes-de-sante

المطلب الثالث: التغطية الصحية بالأطباء في العالم

اهتمت المنظمات الدولية منها المنظمة العالمية للصحة منذ 1997 بالكثافات الطبية في دول العالم (عدد الأطباء لـ 1000 ساكن، عدد الممرضين لـ 1000 ساكن، عدد القابلات للنساء في سن الإنجاب...)، حيث اهتمت بجمع الإحصائيات اللازمة منذ تلك الفترة. كما اهتمت منظمة التعاون الاقتصادي والتنمية (OCDE) بجمع الإحصائيات للدول المُنظمة إلى المنظمة وتقديم اقتراحات للسياسات للقضاء على الفجوة الموجودة بين العرض والطلب من بينها من الأطباء، وتحليل مختلف سياسات التعليم والهجرة والإنتاجية للأطباء والموارد البشرية.

فالكثافات الطبية في دول العالم تختلف حسب مستوى تقدم البلدان فالبلدان المتقدمة تلبية حاجيات السكان فيما يخص التغطية الصحية بالأطباء والممرضين والقابلات والأسرة، أما البلدان في طريق النمو والبلدان الفقيرة فإنها تسجل انخفاض كبير في مستوى هذه المؤشرات وغيرها من المؤشرات التي تدل على مستوى الخدمات الصحية المقدمة لرعاية صحة السكان والتي يمثل العامل البشري أهمها.

يعتبر الطبيب في الصحة الشخص الذي يدرس، يشخص، يعالج ويوعي عن الأمراض، الجروح وكل الإعاقات الجسدية والعقلية باستعمال الطب الحديث. يمثل هذا المؤشر عدد الأطباء العاميين والمختصين لـ 1000 ساكن، وتعتبر منظمة الصحة العالمية أنه أقل من 2,3¹ طبيب لـ 1000 شخص لا تسمح بتغطية الطلبات الأولية في الرعاية الصحية للسكان.

¹ <https://atlasocio.com/classements/sante/professionnels/classement-etats-par-nombre-de-medecins-pour-1000-habitants-monde.php> consulté 16/02/2022

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

إلا أنه من المهم الإشارة إلى أنه إذا كان عدد الأطباء لـ 1000 شخص مرتفع يمكن أن يغطي تفاوتات حسب المناطق الجغرافية. حيث أن في أغلب الأحيان المناطق الريفية وبعض المناطق الحضرية البعيدة تعاني من نقص كبير في الأطباء العاميين وأكثر في الأطباء المختصين.

الجدول رقم 14: ترتيب بلدان العالم حسب عدد الأطباء لـ 1000 ساكن في 2018.

عدد الأطباء لكل 1000 نسمة			البلد	الترتيب
2018	2010	2000		
8,19	6,75	5,92	كوبا	1
6,56	5,81	5,81	مناكو	2
6,15	2,42	2,42	سان مران Saint Marin	3
1,83	1,20	1,00	الجزائر	83
1,50 (2015)	-	1,29	العالم	

المصدر: L'Atlas sociologique mondiale.

<https://atlasocio.com/classements/sante/professionnels/classement-etats-par-nombre-de-medecins-pour-1000-habitants-monde.php> consulté 16/02/2022.

يبين الجدول السابق البلدان الأولى في الترتيب العالمي حسب عدد الأطباء لكل 1000 نسمة بين سنة 2000 و2018 حيث تتراوح الثلاث مراتب الأولى بين 8 أطباء و6 أطباء لكل 1000 نسمة وتسجل الجزائر المرتبة الـ 83 بـ 1,83 طبيب لـ 1000 ساكن وهي نسبة ضعيفة مقارنة بالمعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، كما أن البلد الأول هو كوبا بـ 8,19 طبيب لـ 1000 نسمة. وحسب نفس المصدر فإن الجزائر الثالثة إفريقيا بعد ليبيا وجزر موريس.

المطلب الرابع: التغطية الصحية بالمرضى والقابلات في العالم

إن مهنة التمريض هي إحدى المهن المحورية في النظام الصحي والتي تسير كل التطورات والتغيرات التي تحدث من حولها، فليس هناك خلاف على أهمية ومكانة مهنة التمريض، فهي من المهن التي تتعامل مع الإنسان في أوقات ضعفه والتي يكون فيها في أشد الحاجة إلى من يأخذ بيده ويلبي حاجاته البدنية والنفسية والعاطفية، فيفيض عليه من رعايته ليخفف عن آلامه ويخرجه من إحساسه بالضعف ويعيد إليه ثقته بنفسه وبالحياة.

و قد كشف التقرير الأول عن عدد الممرضين والممرضات في العالم في عام 2020، والذي نشرته منظمة الصحة العالمية (WHO)، أن القوى العاملة التمريضية العالمية تبلغ 27,9 مليون شخص، كما يقدر أن النقص العالمي يبلغ 5,9 مليون ممرض وممرضة. وقد تطورت وضعية التغطية بالمرضى والقابلات بين سنة 2000 و 2017 من 3,1 إلى 4 ممرض وقابلة ل1000 نسمة، وهذا يدل عن النقص الكبير الذي تعانيه الدول من هذا الفريق الطبي.

الجدول رقم 15: ترتيب بلدان العالم حسب عدد الممرضين والقابلات لـ 1000 ساكن في 2018.

عدد الممرضين والقابلات لـ 1000 ساكن		البلد	الترتيب
2018	2010		
20,26	14,50	موناكو Monaco	1
18,12	17,19	نرويجيا Norvege	2
17,28	16,58	سويسرا Suisse	3
2,24 (2016)	1,95	الجزائر	109
4 (2017)	3,42 (2015)	العالم	

المصدر: L'Atlas sociologique mondiale

<https://atlasocio.com/classements/sante/professionnels/classement-etats-par-nombre-de-medecins-pour-1000-habitants-monde.php> consulté 16/02/2022.

يبين الجدول أعلاه ترتيب بلدان العالم حسب معدل عدد الممرضين والقابلات لـ 1000 ساكن بين سنتي 2010 و2018، فتتراوح قيم هذه المعدلات في 2018 بين 20 و17 ممرض وقابلة لـ 1000 ساكن، ويعد هذا المعدل مرتفع على المتوسط العالمي الذي لا يتجاوز في 2017 4 ممرضين وقابلات لـ 1000 ساكن وهذا يدل على الفجوة الكبيرة بين البلدان المتقدمة ذات النظم الصحية المتطورة والتي قيمة كبيرة لهذا النوع من الخدمات الصحية وهي خدمة التمريض والبلدان في طريق النمو والضعيفة والتي تقدم لمرضاهما الحد الأدنى لهذه الخدمات. أما الجزائر فتسجل المرتبة 109 عالميا و10 إفريقيا بـ 2,24 ممرض وقابلة لـ 1000 نسمة في 2016. كما تصدر ليبيا في 2018 المرتبة الأولى بـ 6,74 ممرض وقابلة لـ 1000 نسمة.

المبحث الثاني: النظام الصحي في الجزائر

يعتبر النظام الصحي في الجزائر مجموع الأنشطة والوسائل لحماية وتعزيز صحة السكان، والتي تم تصميم تنظيمها لرعاية الاحتياجات الصحية للسكان بطريقة شاملة ومتناسكة وموحدة في سياق الخريطة الصحية¹.

يعتمد هذا النظام على تقوية القطاع العام لضمان التطور الحقيقي للرعاية الصحية المجانية، وتديره الدولة على المستوى الوطني. و يعتمد أيضا على مكوناته وعلاقاته المتبادلة، تم تصميمه وتحليله وفقاً لأهدافه الأساسية:

- تحسين صحة السكان.
- الإنصاف والقدرة على تلبية التوقعات المشروعة للشعب.

كما يُعرف النظام الصحي في الجزائر على أساس الوظائف التي يجب أن يتحملها:

- تقديم خدمات الرعاية الشخصية (الرعاية الطبية، التمريض، مساعدة الأشخاص،...)
- تقديم الخدمات الخاصة بمجال الصحة العامة.

ولكن أيضا الوظائف الرئيسية الأخرى التي هي:

- الإدارة.
- التمويل.
- الموارد البشرية.

¹ Pr. Abid L, DGSSRH, MSPRH, [www.presse.medicale.com/systeme de santé/2013](http://www.presse.medicale.com/systeme_de_santé/2013).

كما يشمل توزيع الرعاية أنشطة الرعاية الوقائية والعلاجية الموجهة لجميع الطبقات الاجتماعية:

الأسرة، المدرسة، وبيئة العمل ولجميع المناطق الجغرافية في الجزائر:

شمال الجزائر (تل): 25 ولاية، 4.3 % من الأراضي، 3/2 من السكان.

الهضاب العليا: 14 ولاية، 12.7 % من الأراضي، 27.3 % من السكان.

الجنوب أو الصحراء: 9 ولايات، 83 % من الأراضي، 8.2 % من السكان.

المطلب الأول: مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر.

1- المرحلة الأولى (1963 - 1973):¹

اتسمت هذه الفترة بمحاولة بناء نظام صحي دمرته الحرب، إذ تميزت الحالة الصحية في الجزائر عام 1962 بأمراض مرتبطة بسوء التغذية ونقص النظافة والوقاية مع عدد السكان الذي كان يقارب 9 ملايين نسمة (85 % منهم من الريف)، وكان يقدر متوسط العمر المتوقع عند الولادة بـ 49 سنة في أوائل الستينيات.

تم استنزاف النظام الصحي بعد الرحيل الجماعي للأطباء والصيدلة والمهنيين الصحيين الأوروبيين حيث انخفض عددهم من 2500 إلى 630 طبيبًا، مع أقل من 300 طبيب من أصل جزائري. بالإضافة إلى ذلك، كانت الهياكل الصحية، والتي بنيت بشكل أساسي لتلبية احتياجات السكان الأوروبيين، مركزة في بعض المدن الكبيرة في شمال البلاد.

كان لا بد من إعادة بناء النظام الصحي لتلبية الاحتياجات الصحية للسكان الجزائريين، سواء من حيث بناء الهياكل، أو تكوين العامل البشري، يتضح لنا ذلك من خلال المؤشرات المرجعية

¹ Pr JP. GRANGAUD, IPMED, MSPRH, INSP.

للصحة العامة التالية:

- وفيات الأطفال مرتفعة: 1000/180 في المناطق الحضرية.
- متوسط العمر المتوقع للجزائريين لا يتجاوز 50 عامًا.
- الكثافة من 1.2 إلى 1.6 طبيب / 10 000 نسمة.
- كثافة 1 إلى 2 طبيب أسنان / 100 000 نسمة.
- كثافة 3 صيادلة / 100 000 نسمة.
- صعوبة الحصول على الرعاية الصحية لسكان الريف.

في هذا السياق، تم وضع سياسة للصحة العامة تتميز بتوجهين رئيسيين: الإرادة لتحمل الدولة مسؤولية المشاكل الصحية للسكان (كل الأطباء ينتمون إلى القطاع العام)، ومن ناحية أخرى، يتم تمويل النفقات الصحية بشكل أساسي من خلال الضرائب.

اتسم تنفيذ السياسة الصحية الوطنية لاستقلال الجزائر حتى بداية السبعينيات بشكل أساسي بما يلي:

- إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها المستعمر ولم تقدم تغطية كافية والتي تدهورت إلى حد كبير بسبب الحرب وهجرها موظفو الصحة من أصل فرنسي الأصل.
- إنشاء برنامج صحي بهدف أساسي ألا وهو السيطرة على الأمراض المتنقلة، وإدارة الاحتياجات الصحية الأساسية (التطعيم، الاستجابات الطبية الجراحية، الولادة).
- تعبئة الموارد المالية اللازمة لتنفيذ البرنامج من قبل الدولة بسبب انخفاض دخل السكان (الناتج المحلي الإجمالي للفرد الواحد لا يتجاوز 400 دولار أمريكي).

2- المرحلة الثانية (1973-1989):¹

إن تأميم النفط في عام 1972، والذي أدى إلى تحسن كبير في إيرادات الدولة، مكن الجزائر من الشروع في برنامج تنموي واسع من خلال الثورات "الصناعية والزراعية والثقافية".

في مجال الصحة، ينعكس هذا البرنامج في عدد من القرارات السياسية الرئيسية مثل الأمر الرئاسي لعام 1973 الذي ينص على مجانية الصحة، وإصلاح التعليم الجامعي في الطب والصيدلة والجراحة وطب الأسنان (حوالي 1000 طبيب في السنة)، وكذا البرمجة الصحية للبلاد في عام 1975 باعتماد المعايير الصحية الآتية:

- مركز صحي ل 6000 إلى 7000 نسمة.
- قاعة متعددة الخدمات لكل 15 000 إلى 25 000 نسمة.
- مستشفى لكل دائرة إدارية.
- مستشفى واحد لكل ولاية.

تم إطلاق العديد من البرامج بين عامي 1975 و 1979، من بينها وضع برنامج التلقيح الموسع في جميع أنحاء البلاد، وإدخال نظام الخدمة المدنية (خاصة بالنسبة للأطباء) الذي ينص على تعيين الأطباء المتخرجين الجدد في المنشآت الصحية في المناطق التي يُسجل فيها نقص أو انعدام في الأطباء، وإنشاء مرسوم "القطاع الصحي" و"القطاعات الصحية الفرعية" والذي يشمل مجموع المنشآت الصحية الوقائية، العلاجية، التشخيصية والاستشفائية المتواجدة في المنطقة الإدارية للدائرة.

لقد أدت هذه الإجراءات إلى تحسين الحالة الصحية للسكان الجزائريين بشكل ملحوظ مقارنة

¹ MSPRH, *Rapport du cinquantenaire de l'indépendance enseignement et vision pour l'Algérie 2020*, NABNI, 2013.

بالوضع السائد بعد الاستقلال. ومع ذلك، فإن التباينات حسب المناطق الجغرافية التي كانت موجودة، والتي كان سببها تواجد المنشآت الصحية والمهارات الطبية في المدن الرئيسية وفي شمال البلاد، بقيت كبيرة.

في أوائل الثمانينيات، ومع الزيادة الكبيرة في عائدات النفط، بلغت ميزانية الصحة حوالي 7% من الناتج المحلي الإجمالي وبهذا تم تجهيز وحدات الرعاية بالمعدات الطبية الحديثة وبنيت أكثر من أربعين مستشفى جديد.

وهذا الاستثمار في أسرة جديدة للمستشفيات حسن بشكل كبير التغطية الصحية بالأسرة، إلا أن الخطأ كان في التوقع الجغرافي للوحدات مقارنة بتطور الاحتياجات وفي كثير من الأحيان في هندسة معمارية غير مناسبة للبيئة المحيطة.

كما تم الحصول على كمية كبيرة من المعدات الثقيلة، وهنا أيضا دون دراسة مسبقة حول أهمية المشتريات وتحويلها إلى المواقع اللائقة، وكذا حول الموظفين المؤهلين لتشغيلها وصيانتها.

3- المرحلة الثالثة (1989-2002):

توقفت السياسة التطوعية التي نفذت حتى نهاية الثمانينات، بسبب انخفاض عائدات النفط، حيث انخفض سعر برميل النفط إلى أقل من 10 دولارات في عام 1986، مما أجبر الجزائر على طلب قروض بأسعار مدمرة على المدى القصير ومراجعة، إن لم يكن التخلي عنها كلياً، لعدد كبير من برامج التنمية ومن بينها البرامج الصحية.

وبعد استياء المرضى والمستخدمين والعاملين الصحيين من التدهور السريع للخدمات الصحية للقطاع العام، دفع بالدولة إلى زيادة تعزيز القطاع الخاص، بنقل حصة متزايدة من الخدمات الإسعافية والعيادية للقطاع الخاص. بالإضافة إلى ذلك، فإن أسعار الخدمات التي يمارسها

القطاع الخاص أعلى بكثير من جداول الأسعار المعمول بها والتي لم يتم إعادة تقييمها. ونتيجة لذلك تظل حتى الآن جميع تكاليف العلاج والاستشفاء في القطاع الخاص تقريبًا على حساب الأسر.

كما اتسمت هذه المرحلة بعدم تكيف القطاع الصحي مع التحول الديموغرافي والوبائي في الجزائر نتيجة للأزمة الاقتصادية والأمنية التي وضعت الصحة في المرتبة الثانية من أولويات الدولة الجزائرية. حيث بدأت التحولات المهمة التي لها تأثير قوي على نظام الصحة العامة:

• الانتقال الوبائي:

استمرار وانتشار الأمراض المتقلة عن طريق المياه وارتفاع نسبة الأمراض المزمنة التي تسمى الأمراض الحديثة كمرض السكري، أمراض الجهاز الهضمي، القلب والأوعية الدموية، الجهاز التنفسي، السرطانات، الأمراض العصبية والنفسية.

• الانتقال الديموغرافي:

بداية تشيخ السكان حيث وصلت نسبة كبار السن في الجزائر إلى 6.7 % في عام 1999، بالمقابل التحضر السريع للمدن (59 % من المساكن في المناطق الحضرية في عام 1999) وانخفاض في المواليد على الرغم من أن نسبة الشباب لا تزال مرتفعة حيث أن 48.24% من السكان تقل أعمارهم عن 19 سنة في عام 1998.

• التحول الاجتماعي والاقتصادي:

انخفاض في إيرادات المحروقات، ونقص في الإنتاجية وخلق الثروة الداخلية، وزيادة كبيرة في عبء الدين الخارجي والانتقال غير المنضبط إلى اقتصاد السوق مع تأثير تخفيض قيمة الدينار، ونمو البطالة وارتفاع التضخم. هذا الانخفاض لمدخل الدولة تسبب في انخفاض تنمية

القطاعات الاجتماعية السكن، التعليم والصحة وتدهور البيئة وظروف الحياة والنظافة العامة.

4- المرحلة الرابعة (2002-2018): إعادة تنشيط السياسة الصحية دون وضع تخطيط

حقيقي طويل الأمد¹.

تميزت هذه الفترة بتحسّن ملحوظ في موارد المالية للقطاع الصحي، وذلك بفضل الزيادة في الميزانية المخصصة لهذا القطاع، سواء من حيث ميزانية التشغيل وميزانية التجهيز بسبب ارتفاع أسعار النفط، وذلك على الرغم من الأزمات المالية العالمية. وتحسّنت في هذه الفترة مؤشرات الصحة العامة بشكل كبير حيث ارتفعت النفقات الصحية من 3,48% إلى 5,79% من النفقات العامة بين سنة 2000 و2009.

تميزت هذه المرحلة بالشروع باصلاح جديد للمنظومة الصحية سمي باصلاح المستشفيات في 2002 حتى أن الوزارة غيرت تسميتها وزارة الصحة والسكان إلى وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات.

وتم إنشاء منشآت طبية من المستشفيات والاستثمارات الضخمة في المواد والمعدات الطبية، وخاصة في مجال التصوير الطبي. ففي عام 2007 مثلا، بلغ إجمالي المنشآت الطبية في القطاع العام 61829 سريراً مما رفع معدل التغطية بالأسرة إلى (1.94 سرير / 1000 نسمة). كما ارتفعت نسبة التغطية بطبيب واحد لكل 803 نسمة وهذا نتيجة ارتفاع نسبة الممتهين الصحيين إلى 70% منذ عام 1999، أي 35 000 ممارس في عام 2007 بما في ذلك 13 000 أخصائي. وقد تم في هذه المرحلة محاولة القضاء على الفوارق الجغرافية للتغطية الصحية في جميع أنحاء البلاد، لا سيما بفضل الخدمة المدنية المفروضة على الأطباء المتخصصين: في عام 2007، مارس 3174 طبيباً في جنوب البلاد مقابل 387 طبيب مختص في 1999.

¹ Ibid.

لكن أهم ما تميزت هذه الفترة هو وضع عدد من الأحكام التنظيمية فيما يخص تنظيم النظام الصحي بما في ذلك الدواء، وذلك بوضع تنظيم هرمي جديد للرعاية الصحية من خلال صدور المرسوم التنفيذي في 19 ماي 2007 بالفصل بين:

✓ هياكل خارج المستشفيات توفر الوقاية والرعاية الأولية إنشاء مؤسسة العمومية للصحة الجوارية، القطاع الصحي السابق (EPSP).

✓ هياكل للاستشفاء وهياكل للرعاية المتخصصة: إنشاء مؤسسة المستشفيات العامة (EPH).

✓ الإحتقاض بالمراكز الصحية الجامعية (CHU) والمؤسسة الإستشفائية المتخصصة (EHS).

✓ إنشاء هياكل متخصصة مثل مؤسسات المستشفيات المتخصصة في الطب الرياضي أو أمراض القلب والأوعية الدموية.

كما وضعت الجزائر برنامج في 2011 لمحاربة السرطان.

المبحث الثالث: التقسيم الحالي وتقييم للنظام الصحي في الجزائر¹.

المطلب الأول: أقسام الرعاية الصحية

تُقدم الخدمات الصحية في الجزائر حسب خطورتها في إطار تسلسل هرمي في تقسيم الرعاية الصحية وهذا حسب ما يلي:

1- الرعاية الأولية (الصحة الجوارية)

¹ Pr.Abid L, DGSSRH, MSPRH, www.presse.medicale.com/systeme-de-sante/2013, Algérie.

تقدم الخدمات في هذا المستوى الأول على مستوى الأحياء الحضرية ومن خلال: العيادات المتعددة الخدمات، قاعات العلاج، العيادات الطبية الخاصة وعيادات طب الأسنان.

تتكون الخدمات الطبية المقدمة في هذا المستوى على الرعاية الطبية الأساسية وتحتوي على الأقل على الاستشارات الطبية، طب الأسنان وخدمات صحية للأم والطفل والرعاية التمريضية، الاستكشافات، الصحة المدرسية، العناية الصحية الوقائية، الحالات الإستعجالية والإسعافات الأولية.

2-الدرجة الثانية للرعاية الصحية(الاستشفاء)

هي الرعاية العامة المقدمة على مستوى المؤسسات العمومية الإستشفائية وهي مغطية من طرف المؤسسات الإستشفائية العامة المتواجدة في كل دائرة.

- المستوى الأول = المؤسسات الإستشفائية العامة (EPH) في مستوى كل دائرة إدارية.

التخصصات المتاحة (الحد الأدنى): الطب الباطني، طب الأطفال، التصوير الطبي، وحدة طب الأسنان، الجراحة العامة، طب التوليد، مختبر الأحياء، الصيدلة.

- المستوى الثاني = المؤسسات الإستشفائية العامة (EPH) في مستوى الولاية.

التخصصات المتاحة: التخدير والإنعاش، أمراض القلب، أمراض الدم، جراحة العظام، طب الأعصاب، جراحة الأعصاب، أمراض النساء والتوليد، أمراض الروماتيزم، جراحة الأطفال، أمراض الكلى، الأنف والحنجرة، طب العيون، الطب النفسي، أمراض الرئة، رعاية حديثي الولادة، تشريح المرضي، الطب الشرعي، الأورام الطبية، علم الأوبئة والغدد الصماء.

3-الدرجة الثالثة للرعاية الصحية: القطب الجهوي في مستوى الولاية.

هي الرعاية المتخصصة أو المتخصصة جدا وضعت على مستوى الولايات. التخصصات المتاحة هي: جراحة القلب، الجراحة التجميلية، الجراحة الصدرية، جراحة الأوعية الدموية، جراحة المسالك البولية، الطب النووي، ضحايا الحريق، علم المناعة، أمراض الجهاز الهضمي، الطب النووي، العلاج الإشعاعي.

يتطلب تنفيذ هذه الرعاية المتخصصة وجود موارد بشرية هائلة وهي الآن غير كافية، كما تطلبت وضع نظام الخدمة المدنية للأطباء المتخصصين والاستعانة بالفرق الأجنبية.

من المفروض أن الخدمات المعروضة للرعاية الصحية في كل منطقة تلبى طلب سكانها. كما أن هناك بعض الأنشطة تم تطويرها في بعض المناطق فقط، تأخذ بالتالي الطابع الوطني.

المطلب الثاني: تقييم النظام الصحي في الجزائر

تعيش المنظومة الصحية اليوم عدة اختلالات هيكلية ووظيفية وأصبحت محل انتقادات عديدة سواء من قبل المرضى أو المستخدمين الصحيين تدور هذه الانتقادات حول:

- ✓ سوء التسيير وعدم التنظيم والخدمات، والاستعمال السيئ للموارد البشرية مؤهلة ولاكن دون تحفيز، كثرة تعطل المعدات الطبية القديمة وترك المعدات القديمة دون استعمال.
- ✓ نقد تداخل في المهام بين مختلف درجات الرعاية الصحية الجوارية والاستشفائية، حيث أن العيادات المتعددة الخدمات وغرف العلاج والتي كان من المفروض أن تغطي احتياجات الوقاية والرعاية الأساسية، لا تؤدي دائما مهامها، وبالتالي يتجه المرضى نحو هياكل المستوى الأعلى (CHU، EHS، EPH) مما أدى إلى الارتباك بين الهياكل المسؤولة عن الوقاية والرعاية الأساسية والهياكل التي تغطي مهمة الاستشفاء.

✓ ضعف مستوى الخدمات الصحية بسبب الحالة المزرية للمؤسسات الصحية مما نتج عنه حالة عدم الرضا بين المواطنين.

الجدول رقم 16: نسب الرضا بنوعية الرعاية الصحية للجزائر بالمقارنة بدول أخرى لسنة 2009.

البلد	الجزائر	تونس	الأردن	فرنسا
نسبة المجيبين بالرضا	52	80	66	84

المصدر: تقرير التنمية البشرية للأمم المتحدة 2013، نهضة الجنوب، تقدم بشري في عالم متنوع، ص178.

وهذا ما يشير إليه الجدول السابق، حيث أن نسبة الرضا بنوعية الرعاية الصحية في الجزائر متدنية مقارنة ببعض البلدان المغاربية، العربية والعالمية وهذا دليل عن بعد هذه الرعاية على المقاييس الدولية المعمول بها في هذا المجال.

■ اللامساواة الصحية أو صحراء صحية التي تتميز بها بعض مناطق الوطن بسبب تركيز المنشآت الصحية والموارد البشرية في المناطق الشمالية دون المناطق الهضاب العليا والجنوبية. بالإضافة إلى كل هذا كثرة الغياب، سوء استقبال المرضى وعدم إنسانيته ومشاكل في التواصل ونشر المعلومات أصبحت من سمات النظام الصحي في الجزائر.

المبحث الرابع: تطور وإحصاء المنشآت الصحية والطاقم الطبي في الجزائر.

المطلب الأول: المنشآت الصحية

ورثت الجزائر بعد الاستقلال وضعية صحية كارثية وكذا منشآت صحية قليلة ومتوجهة لفئة صغيرة من السكان ألا هو المستعمر الفرنسي وفي مناطق محددة. وفي السنوات الأولى بعد الاستقلال لم يتغير الوضع كثيرا، فلم تُبنى منشآت جديدة، رغم ارتفاع المعيار في عدد السكان الذي عرفته الجزائر بعد الاستقلال والتي كان لابد من توفير له المنشآت الصحية. تطور عدد السكان في الجزائر لم يتبعه تطور في عدد المنشآت الصحية.

الفصل الرابع: النظام الصحي و التغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

الجدول رقم 17: التغطية الصحية بالمنشآت وأسرة المستشفيات في 1974 في الجزائر.

عدد الأسر	قاعات العلاج	العيادات المتعددة الخدمات	المراكز الصحية	المستشفيات	المنشآت الصحية
344	10636	140679	26724	104280	عدد السكان

Source : Hamza cherif Ali, 2016, " Population et besoins sociaux essentiels en Algerie en 2038", ed.univ. européenne, p15.

حسب الجدول السابق والذي يبين الكثافة الصحية لمختلف المنشآت في 1974، نلاحظ الارتفاع الكبير لهذه الكثافات حيث يغطي المستشفى 104280 ساكن، عيادة متعددة الخدمات لكل 140679 ساكن، قاعة علاج لكل 10636 و 344 ساكن لكل سرير مستشفى. كما كانت الهياكل القديمة المتواجدة قبل الاستقلال في حالة مزرية بعد أن تأثرت بعدم صيانتها بعد ذهاب كل الكوادر الأجنبية وعدم وجود كوادر جزائرية.

للأسف لم تحقق الجزائر في هذا الميدان تطورا ملحوظا ليس فقط بسبب التوقعات الطموحة ولكن أيضا لأن هذه الأخيرة لم تعكس الاحتياجات الحقيقية للسكان، إلا في إنشاء الهياكل الخفيفة. أما المستشفيات فتعتبر هياكل ثقيلة تستلزم استثمارات ثقيلة، كما أن تقدمها لم يواكب زيادة السكان.

أما فيما يخص الهياكل الخفيفة فقد استطاعت الجزائر مواكبة تطور عدد السكان وحتى أنها تجاوزت التطلعات المسطرة. العيادات المتعددة الخدمات مثلا التي كانت 106 في 1974 أصبحت 1695 في 2017 بمعدل 38 عيادة سنويا. وقاعات العلاج هي أيضا عرفت ارتفاعا كبيرا، حيث أنها كانت 1400 وحدة في 1974 ووصلت إلى 5957 وحدة في 2017 أي بمعدل 108 قاعة علاج سنويا.

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

العكس، بين سنة 2000 و2017 نلاحظ انخفاض في عدد المؤسسات العمومية الإستشفائية (EPH et EH) من 224 مستشفى إلى 201 مستشفى. وهذا يمكن تفسيره من خلال الجدول التالي:

الجدول رقم 18: عدد المستشفيات في الجزائر بين 2000 و2018.

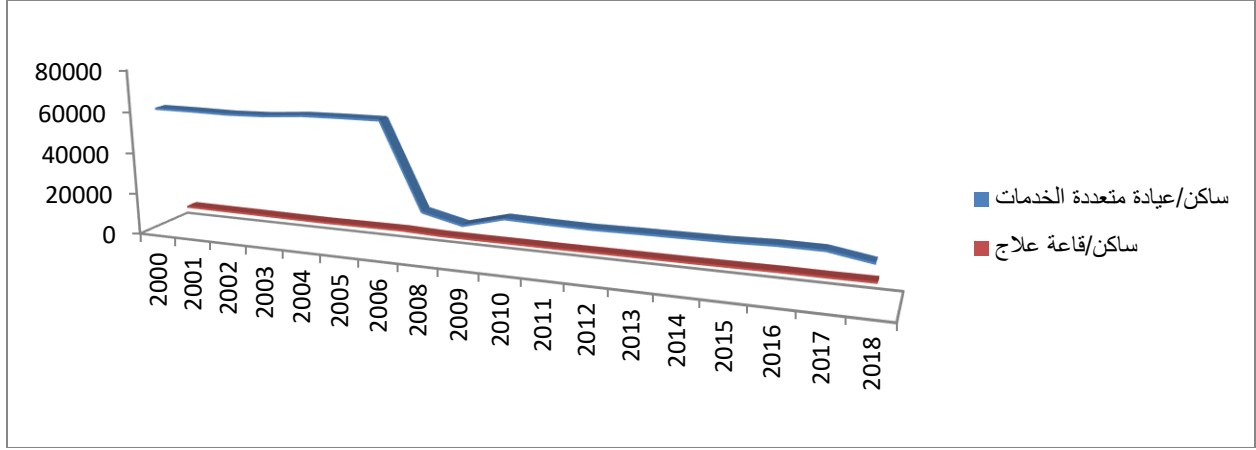
السنة	EHU	EPH/EH	CHU	EHS	EHS Mère Enfant
2000	0	224	12	31	-
2007	1	240	13	54	-
2008	1	194	13	57	19
2014	1	201	14	71	29
2018	1	215	15	79	31

Source : Etablie par l'étudiante sur la base des données, situation démographique et sanitaire 2000-2019 ، 2019 ،P24

المؤسسات الاستشفائية العمومية حُوت بعد 2008 إلى مؤسسات استشفائية متخصصة وخاصة مؤسسات استشفائية متخصصة للأم والطفل. ولم تبنى مستشفيات أخرى مما أدى إلى انخفاض عدد المؤسسات الاستشفائية العمومية (EHU).

مقارنة بعدد السكان في الجزائر، فإن التغطية الصحية بالمنشآت الخفيفة كقاعات العلاج والعيادات المتعددة الخدمات تُظهر لنا تحولا في بعد 2008، إلا أن هذا التغيير في المسار ليس راجع منشآت جديدة وإنما تحول هيكل من تسمية المراكز الصحية إلى عيادات متعددة الخدمات بين 2007 و2008.

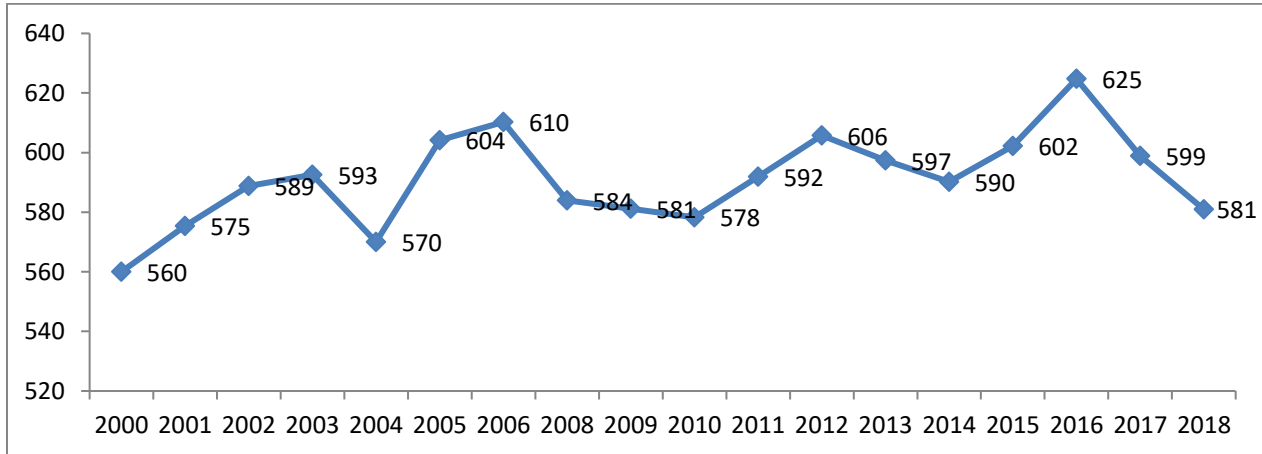
الشكل رقم 21: التغطية الصحية بالعيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج بين 2000 إلى 2018.



المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان، situation démographique et sanitaire 2000-2019، 2019 ص 22.

يُظهر لنا الشكل السابق تطورا ملحوظا في التغطية بالعيادات المتعددة الخدمات بعد 2008، حيث من عيادة لـ 63895 ساكن في 2008 انتقلت التغطية إلى عيادة لـ 23420 ساكن في 2009 أي للثلث تقريبا.

الشكل رقم 22: التغطية الصحية بالأسرة بين 2000 إلى 2018.



المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان، situation démographique et sanitaire 2000-2018، 2019 ص 24.

كما لم تعرف التغطية بأسرة المستشفيات أي تقدم يُذكر السنوات الأولى بعد الاستقلال وهذا

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

بسبب عدم بناء منشآت استشفائية جديدة، كما لم تتغير الوضعية كثيرا بعد سنة 2000، حيث تتراوح التغطية السريرية بين سرير ل560 و625 ساكن أي ما يعادل 17 سرير لكل 10000 ساكن والذي يتوافق مع إحصائيات المنظمة العالمية للصحة لمجموعة البلدان المتوسطة الدخل¹.

الجدول رقم 19: تطور التغطية بالمنشآت القاعدية والأسرة على أساس سنة 2000.

ساكن/قاعة علاج	ساكن/عيادة متعددة الخدمات	ساكن/سرير مستشفى	سنة
100	100	100	2000
98	100	103	2001
97	100	105	2002
94	101	106	2003
93	103	102	2004
95	104	108	2005
96	104	109	2006
88	38	104	2008
87	31	104	2009
88	39	103	2010
87	39	106	2011
88	38	108	2012
89	39	107	2013
89	39	105	2014
90	39	108	2015
92	40	112	2016
91	40	107	2017
92	35	104	2018

المصدر: من حساب وانجاز الطالبة.

مهما كانت التطورات في هذا المجال فإن على أساس 100 لسنة 2000 وحسب المعطيات التي استعملناها حتى الآن والمأخوذة من الإحصائيات السنوية لوزارة الصحة والسكان فإن

¹ www.who.int/hrh/planning/eu/index.html. **tools and guidelines for human resources for health planning**. Consulté le 21/02/2022.

التغطية الصحية بالأسرة وقاعات العلاج عرفت استقرار بين سنة 2000 و2018 وهذا رغم بعض التحسن والانخفاض الضعيفين في بعض السنوات. بينما سجلت التغطية بعيادات المتعددة الخدمات تحسن معتبر في الأعداد فقط يُقدر ب70% في 2008 ولم يقابله تحسن في التغطية الفعلية بالمنشآت الخفيفة في هذه السنة وهذا كما قلنا راجع لتحويل تسمية "المراكز الصحية" إلى تسمية "عيادات متعددة الخدمات" وحذف المراكز الصحية بعد 2008، ثم شهدت نفس المسار أي استقرار نسبي في الفترة.

إلا أن هذه المعطيات غير متساوية في جميع المناطق والولايات حيث أظهرت دراسة بويوسف بار جميلة أستاذة محاضرة في المدرسة العليا للدراسات العليا للتجارة أن الكثافة الصحية بالأسرة ل 29 ولاية أضعف من الكثافة على المستوى الوطني مقابل 19 ولاية فقط التي تعرف كثافة أحسن من التي سجلت على المستوى الوطني في 2005. كما وضحت الباحثة أن الكثافات الصحية بالأسرة في الكثير من الولايات ليست نتيجة لضعف الكثافة السكانية في هذه المناطق بالإضافة إلى عامل البعد عن المنشآت الصحية في كثير من الولايات.

تعاني الكثير من الولايات والمناطق الوطن من البعد عن المنشآت الصحية الكبرى وعدم تواجد منشآت أخرى قريبة من التجمعات السكانية الصغيرة والتي يمكنها التكفل بالحالات المستعجلة، كما يكمن المشكل أيضا في وسيلة نقل المرضى أو تحويلهم إلى المستشفيات الكبرى المتواجدة في الولايات أو المناطق المجاورة حيث أن سيارات الإسعاف التقليدية لا تناسب جميع التضاريس فمثلا في الصحراء لابد من السيارات رباعية الدفع وفي التضاريس الوعرة كالجبال لابد من طائرات الهليكوبتر. نعطي في ذلك مثال ولاية أدرار التي تحتوي على 3 مستشفيات و29 عيادة متعددة الخدمات و14 عيادة توليد و171 قاعة علاج¹ إذا حسبنا التغطية الصحية

¹ L.Abid, *couverture sanitaire par willaya*, www.santémaghreb.com/algerie/consulté le 21/12/2021.

لهذه الولاية ستكون معقولة خاصة وأن الولاية كانت تحتوي على 513000 ساكن رغم أن مساحة الولاية تمثل 18% من مساحة الجزائر ككل، مما يجعل المسافات كبيرة بين التجمعات السكانية كبيرة المسافة بين:

أدرار-تيميمون 195 كلم

أدرار-رقان 147 كلم

أدرار-برج باجي مختار 778 كلم

رقان-برج باجي مختار 633 كلم

علما أن المستشفيات الثلاث متواجدة في المناطق الكبرى أدرار، تيميمون ورقان، فتحويل المرضى إلى مناطق أخرى وكذا نقل المرضى من المجمعات السكانية نحو هذه المستشفيات يجعل الحالات المعقدة تصبغا أكثر تعقيدا، والحالات الخطيرة تصبح مميتة خاصة إذا أخذنا بعين الاعتبار تكلفة النقل التي ليست في متناول الجميع.

هذا بالنسبة للمنشآت الصحية، نفس الملاحظات سنجدها بالنسبة للأطباء خاصة المختصين والمرضى الذين يتواجدون في الأغلب في هذه المستشفيات.

المطلب الثاني: الموارد البشرية

على الرغم من أن التغطية الجيدة بالأطباء للفرد الواحد ليس ضماناً للحصول على رعاية جيدة، بما أن نوعية الرعاية والعوامل الأخرى تُأخذ بعين الاعتبار أيضاً، إلا أنه هناك احتمال أكبر ليحضى المريض بعلاج جيد عندما يكون عدد الأطباء أكبر.

يعرف العالم اختلافات كبيرة في الكثافة بالأطباء، حيث عرفت الدول ذات الدخل المرتفع في 2017 حوالي 374 طبيب¹ لكل 100 000 نسمة، مقابل أقل من 150 طبيباً

¹ www.données.banque mondiale.org /indicateurs/SH.MED.PHY.ZS. consulté le 04/04/2022.

لكل 100000 في الدول ذات الدخل المتوسط وأقل 33 طبيب لكل 100 000 نسمة في الدول ذات الدخل المنخفض. في نفس السنة سجلت افريقيا 20 طبيب ل1000 ساكن بينما سجلت الدول الأوروبية 492 طبيب لنفس العدد من السكان.

نفس الملاحظة بالنسبة للمرضين الشبه طبيين والقابلات، أين ل1000 ساكن عرفت الدول ذات الدخل المرتفع حوالي 12 ممرض وقابلة، وعرفت الدول ذات الدخل المنخفض إلى متوسط حوالي 3 ممرضين وقابلات لنفس العدد من السكان. بينما سجلت افريقيا 1 ممرض وقابلة ل1000 نسمة، سجلت الدول الأوروبية 9 ممرضين وقابلات لنفس العدد من السكان.

إذا أسلمنا أن هذه الأرقام لا تعبر عن التغطية الحقيقية للموارد البشرية في هذه المناطق، فإننا متأكدين أن الحالة أكثر خطورة مما تلخصه الأرقام خاصة في البلدان الضعيفة والتي بالإضافة إلى ما تعبر عليه هذه الإحصائيات، هناك عوامل تُعيق أكثر الوصول للخدمات الصحية في هذه البلدان منها كما سبق وأن أعطينا مثال ولاية أدرار بعد المسافة وفقر الساكنة وعدم وجود وسائل النقل الملائمة لكل التضاريس دون التقليل من أهمية العوامل الثقافية من منع مثلا بعض الأزواج لزوجاتهم رؤية أطباء رجال في بعض المناطق.

1-التغطية بالأطباء في الجزائر

ارتفع عدد الأطباء المتخرجين في الجزائر بعد الاستقلال، حيث من وضعية صعبة أين حوالي طبيب عام كان يعالج حوالي 5600 ساكن في¹1970 إلى وضع يعالج فيه نفس الطبيب 483 ساكن في²2018 والذي يعادل 2,070 طبيب ل1000 نسمة³. فيما يخص أطباء

¹Ali Hamza cherif, *Population et besoins sociaux essentiels en Algérie en 2038*, 2016, ed.univ. européenne.

² MSPRH, *situation démographique et sanitaire 2000-2019*, direction de la population, juillet 2019.

³ La banque mondiale a publié le ratio de 1,791medecins pour 1000 habitants en 2018.

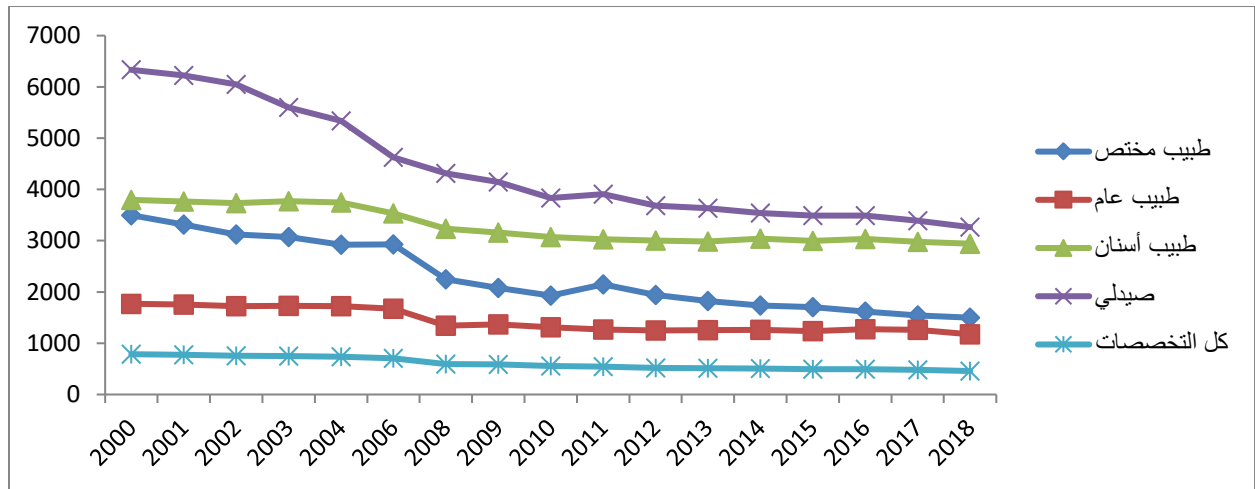
الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

الأسنان فإن الانخفاض وصل إلى 98% بين 1970 و2018، أما كثافة الصيدلة فقد انخفضت من 43650 ساكن لكل صيدلي إلى 3389 ساكن لكل صيدلي في نفس الفترة.

قبل إصلاحات 1988 التي خفّضت من عدد سنين التمدرس والآليات اللازمة للتخصص في الطب، تخرج عدد قليل جدا من الأطباء المختصين (مثلا تخرج بين 1963 و1971، 80 طبيب مختص). أما بعد الإصلاحات فقد تحسنت الأوضاع دون الوصول إلى التغطية الجيدة حيث انخفضت الكثافة بالأطباء المختصين من 13403 في 1982 ساكن إلى 3497 ساكن في 2000 ثم إلى 1737 ساكن لكل طبيب مختص.

بعد سنة 2000 يمكننا التماس التحسن بالتغطية بالأطباء والصيدلة من خلال الشكل التالي رقم(23)

الشكل رقم 23: توزيع التغطية الصحية بالأطباء (القطاع العام والخاص) بين سنة 2000 و2018.



المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان، -situation démographique et sanitaire 2000-، 2018، 2019 ص17.

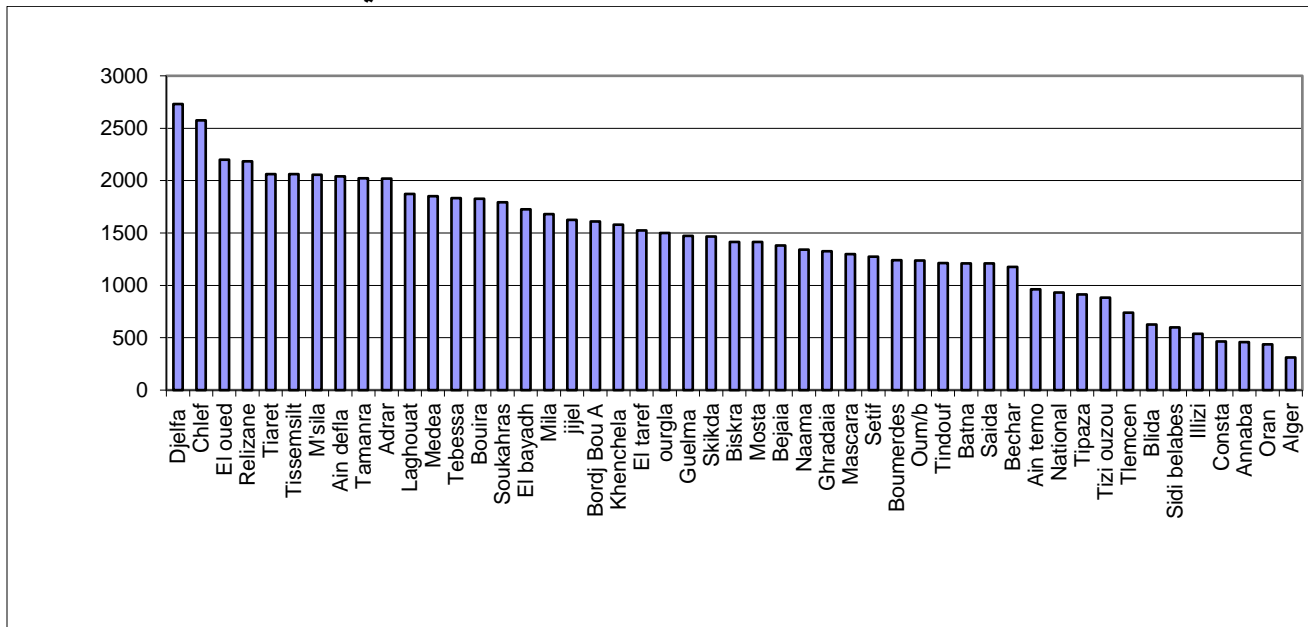
من خلال الشكل السابق، يمكننا الملاحظة أن كل التخصصات اتبعت نفس المسار، وهو تحسن الوضع بعد 2008. على أساس 100 لسنة 2000 فإن تحسن نسبة التغطية بالأطباء

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

المختصين وصلت 44,09% في 2018. للعلم فإن الزيادة التي عرفها الأطباء المختصين كان أكثر في القطاع الخاص حيث أن نسبة الأطباء المختصين الذين يمارسون في القطاع الخاص يمثلون 58% من مجموع الأطباء المختصين في الجزائر.

على الرغم من ذلك، وفي بلد القارة كالجزائر فإن تقييم أي وضع وخاصة المتمثلة في الاحتياجات الاجتماعية لا يمكن تقديرها فقط بالنظر إلى المعدلات الوطنية بل لا بد من تحليل المعطيات الولائية والجهوية.

الشكل رقم 24: عدد السكان لكل طبيب مختص حسب الولايات في 2003.



Source : Hamza cherif Ali, 2016, " Population et besoins sociaux essentiels en Algerie en 2038", ed.univ. européenne, p15

حسب دراسة الأستاذ حمزة شريف علي فإن المعدلات بين الولايات تختلف من ولاية إلى ولاية لدرجة أن بعض الولايات تُضاعف معدلاتها في 4 مقارنة بولايات الشمال، كما يمكن ملاحظته في الشكل رقم (24) أين معدلات ولايات الشلف والجلفة تقارب 3000 ساكن لكل طبيب

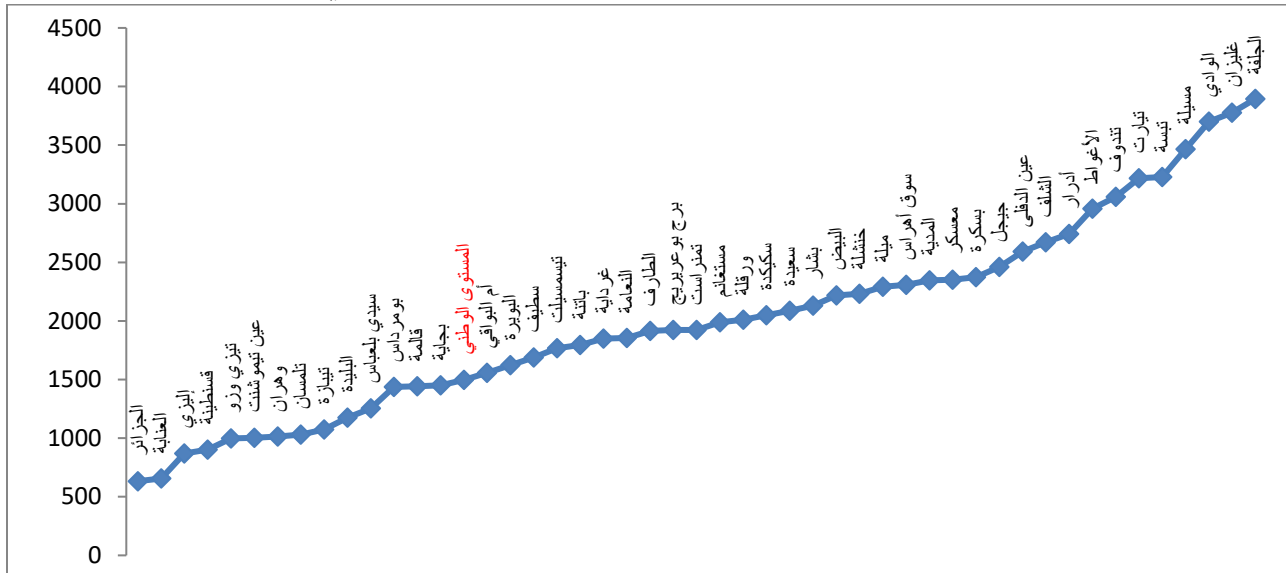
الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

مختص، بينما معدل الجزائر العاصمة وولاية وهران فإنها أقل من 500 ساكن لكل طبيب مختص.

إلا أن حسب المقيمين على الأمور الصحية فإن هذه الدراسات كلها لا تأخذ بعين الاعتبار الأطباء المعنيين بالخدمة المدنية في هذه المناطق وكذا عمليات التوأمة بين المناطق النائية والمستشفيات الكبرى، مما يقلل من عدد الأطباء المتواجدين في المناطق الغير المغطات.

أما في 2018 فإن التغطية الصحية بالأطباء المختصين في مختلف الولايات تسجل الاختلافات التالية:

الشكل رقم 25: عدد السكان لكل طبيب مختص حسب الولايات في 2018



المصدر: من حساب الطالبة انجازها على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان، Santé en Chiffre 2018، 2019 ص 17.

يبين لنا الشكل السابق توزيع التغطية الطبية بالأطباء المختصين حسب الولايات، وتظهر لنا اختلافات واضحة، حيث 14 ولاية فقط تسجل تغطية طبية أحسن من المستوى الوطني بينما باقي الولايات أي 34 ولاية من أصل 48 تسجل عدد سكان لطبيب مختص أكبر من المستوى الوطني الذي يمثل 1499 ساكن لكل طبيب مختص.

كما تبين لنا دراسة توزيع الأطباء المختصين على المستوى الوطني في 2018 فروقات كبيرة، حيث أن 75,52% من هؤلاء متركزين في ولايات الشمال، 18,64% في ولايات الهضاب العليا و6,57% فقط في ولايات الجنوب.

حسب عدد السكان، فإن الطبيب المختص في ولايات غليزان والجلفة مثلا يغطي 3778 و3896 ساكن على التوالي وهي 6 أضعاف معدلات التغطية في ولايات الجزائر العاصمة وعنابة 633 و657 ساكن لكل طبيب مختص على التوالي، وهذا بسبب أن أغلبية الأطباء المختصين يفتحون عيادات خاصة في الولايات الغنية، كما يتمتع أغلبية الأطباء المختصين في القطاع العام الذهاب إلى المناطق النائية الوعرة

من المهم الإشارة أن ولاية إليزي مثلا من بين أحسن الولايات تغطية بالأطباء المختصين ب869 ساكن لكل طبيب مختص، فكما أن تم ذكره أنفا أنها الولاية الأولى في التغطية بأسرة المستشفيات بسرير ل243 ساكن. كما أن ولايات الجلفة وغليزان والوادي تعاني من سوء التغطية بالأسرة وبالأطباء المختصين.

للعلم فإن عدم المساواة في توزيع الرعاية الصحية بين الولايات لا تعني فقط الأطباء وإنما جميع المهن الطبية وشبه طبية وكذا المنشآت الاستشفائية والمعدات الطبية التي تساهم في الوقاية، الحفاظ أو استعادة الحالة الصحية للسكان.

2-التغطية بالمرضى الشبه الطبيين في الجزائر

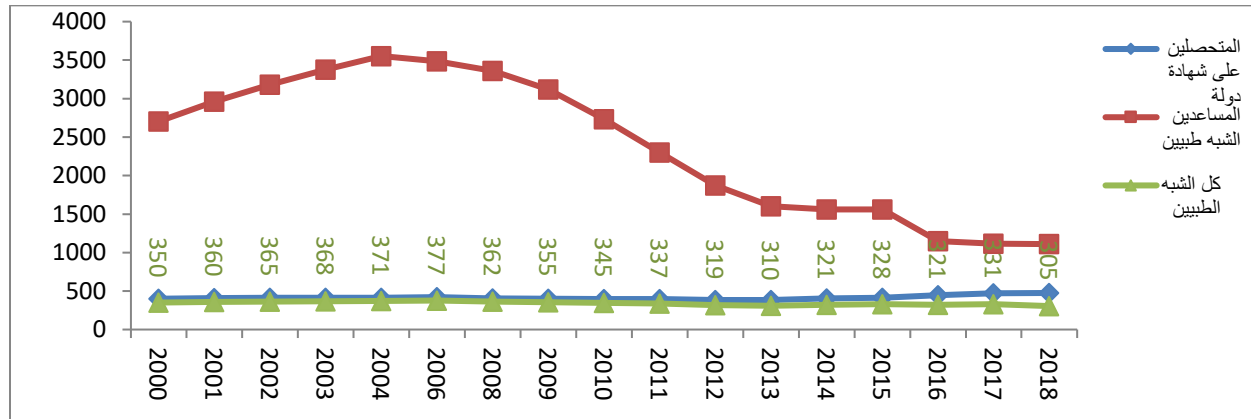
يُعتبر التمريض أحد نقاط ضعف القطاع الصحي في الجزائر ويعيق لدرجة كبيرة كفاءة الخدمات الطبية وهذا رغم المجهودات المبذولة في هذا المجال، على الرغم من أن عرفت مهنة الشبه طبي تطورا ملحوظا منذ الاستقلال، حيث أن الكثافة بالشبه طبيين كانت تقارب

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

40 000 ساكن لكل شبه طبي. غداة الاستقلال انطلقت الدولة في فتح المدارس لتكوين الشبه الطبيين حيث كان الهدف هو التكوين الكمي لملأ الفراغ من هذه الفئة. إلا أن التكوين لم يكن يلبي طلب السكان الذي يتزايد بمعدلات كبيرة.

ثم جاءت إصلاحات 1980 لتحسين نوعية التكوين، ورفع المستوى بتكوين المتحصلين على شهادة البكالوريا في هذا التخصص. فعرفت الفترة حتى سنة 2000 تحسن في نوعية المهنة من خلال التكوين، بحيث أصبح نسبة المساعدين الشبه طبيين لا تتعدى 12% في سنة 2000 بعدما كانت 61% في سنة 1984. بينما أصبحت نسبة خريجي الجامعات 57% بعدما كانت 7% في نفس الفترة.

الشكل رقم 26: عدد السكان لكل شبه طبي بين 2000 و 2018 حسب التأهل.



المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان، situation démographique et sanitaire 2000-2019، 2019، ص 19.

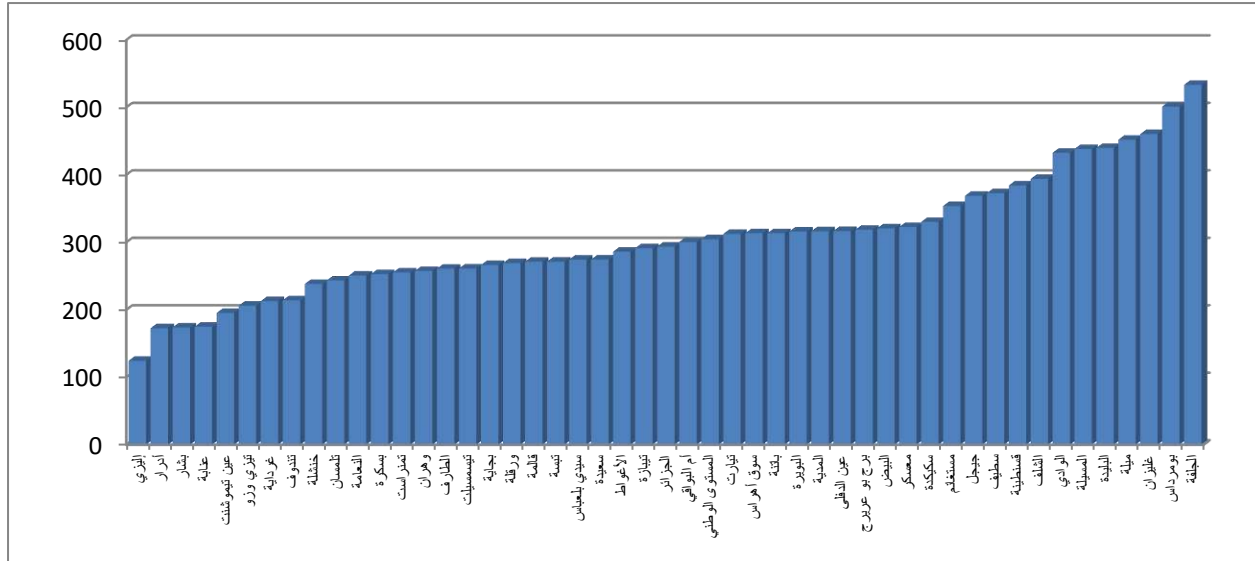
بعد 2006 عاودت نسبة المساعدين الشبه طبيين في الارتفاع رغم ارتفاع في نفس الوقت نسبة خريجي الجامعات بسبب أن هذه الأخيرة لم تستطع تغطية الطلب على هذه المهنة. وبالطبع ارتفعت كثافة الشبه طبيين (خريجي الجامعات + المساعدين الطبيين) مع ارتفاع عددهم، إلا أنها لم تستطع أن تواكب ارتفاع عدد السكان، مع هذا فإن التغطية بالشبه طبيين في 2018

في الجزائر يقارب ممرض ل305 ساكن أو ما يعادل 3 ممرضين لكل 1000 نسمة. وقد نشر البنك الدولي معدل تغطية يقارب 2 ممرض ل1000 نسمة.

بالنظر لعدد أطباء القطاع العام في 2018 (77710 طبيب)، ورغم أن كل طبيب يساعده 2 من طاقم الشبه الطبي، فإن القطاع الصحي في الجزائر يعاني من نقص فادح لهذه الفئة من عمال الصحة خاصة في المستشفيات الكبرى كما نسجل اختلاف في توزيع المهنيين الصحيين بين جهات الوطن وهذا لأن الممرض مطالب بعدة مهام خاصة في المستشفيات أين يقوم بتغيير الضمادات وتلقيح المرضى ومراقبة تطور صحة المريض وإعطائه الأدوية التي دونها الطبيب في الملف الطبي إلى آخره من المهام، للتذكير فإن في البلدان المتطورة معدل التغطية بالممرضين يقارب 12 ممرض ل1000 نسمة.

في الجزائر يقوم الممرض في قاعات العلاج في بعض الولايات بتغطية كل خدمات الرعاية الصحية. وبالإضافة إلى مشكل قلة عدد المتكولين، هناك مشكل التوزيع الجغرافي بالنظر إلى رفض هؤلاء التعيين في المناطق الريفية. في 2005 مثلا غطى الممرض الشبه طبي في ولايات الشمال الوسط عدد السكان 16 مرة أقل مما يغطيه الشبه طبي في ولايات الهضاب العليا الوسطى ومرتين أقل مما يغطيه الشبه طبي في الجنوب. وقد تحسنت الوضعية في 2018 وأصبحت التغطية على المستوى الوطني تعادل 3 ممرضين ل1000 نسمة، خاصة في ما يخص منطقة الهضاب العليا الوسطى (الأغواط، مسيلة، الجلفة) التي كانت تسجل معدلات مرتفعة لعدد السكان الذي يعالجه الممرض الواحد.

الشكل رقم 27: التغطية بالشبه الطبيين حسب الولايات في الجزائر في 2018.



المصدر: من حساب الطالبة وانجازهما.

يبين توزيع معدلات التغطية الصحية بالشبه طبيين حسب الولايات في 2018 (الشكل رقم 27) الفوارق الجغرافية بين الولايات التي أخذت بعدا جديدا، فمثلا الشبه طبي في ولاية الجلفة وبومرداس يغطي عدد السكان 5 مرات أكثر مما يغطيه الشبه طبي في ولاية إليزي وأدرار وبشار. يمكننا أيضا الملاحظة أن ولايات الجنوب التي كانت تُسجل نقص كبير في التغطية الصحية ككل ومن بينها التغطية بالمرضى مقارنة بالمناطق الأخرى أصبحت تُسجل تغطية أحسن من ولايات المناطق الشمالية والهضاب العليا. كما يظهر لنا أيضا أن نفس الولايات التي تعاني ضعف في التغطية بالشبه طبيين، تعاني من ضعف في التغطية بالأطباء المختصين.

فيما يلي سيتم التطرق إلى التغطية الصحية بالأطباء المختصين في أمراض النساء والتوليد، القابات هذا بالنسبة لصحة الأم، أما فيما يخص صحة الطفل فسننتقل إلى التغطية الصحية بالأطباء المختصين في أمراض الأطفال. كما سنتطرق إلى التغطية بالأطباء العاميين باعتباره الطبيب المرجعي لكل مريض.

المبحث الخامس: التغطية الصحية للأم والطفل في الجزائر

الولادة هي أحد المجالات الصحية الأكثر عرضة للحوادث التي يمكن أن تعرّض حياة الأم والطفل للخطر وتؤدي إلى عواقب وخيمة على حياة المولود الجديد، ولهذا قررت الدولة بعد 2005 اتخاذ تدابير لتوزيع أكثر توازناً للأطباء المختصين في طب النساء والتوليد وأطباء الأطفال في المناطق التي تعاني من نقص في هذه التخصصات (ولايات جنوب البلاد والهضاب العليا)، بهدف سد الثغرات.

يمكن تفسير التغطية الصحية للأم بأنها تلبية حاجيات الأم في مجال الصحة سواء أثناء الحمل، أثناء الولادة أو بعد الولادة. هذه الحاجيات يمكن أن تكون بشرية (الطبيب المختص في أمراض النساء، الطبيب العام، القابلة، الممرضة)، ويمكن أن تكون مادية انطلاقاً من الهيكل الطبي (مستشفى، عيادة، مصلحة التوليد) مروراً بالمعدات الطبية والأدوية والدم.

كما خصصت مؤسسات استشفائية متخصصة في صحة الأم والطفل - EHS Mère- (Enfant) تعنى باستشفاء الحالات المرضية للأم والطفل وهذا بعد 2007، والتي وصل عددها 31 مؤسسة استشفائية متخصصة، ومؤسسة متخصصة في صحة الطفل. كما تشمل 395 قاعات متعددة الخدمات على مصلحة الولادة، و15 عيادة توليد ريفية و autonomes.

الجدول رقم 20 : عدد النساء في سن الإنجاب لكل مختص في الجزائر في 2018.

مختص / عدد النساء بين 15-49 سنة	
14769	المختصين في طب النساء والتوليد
1242	القابلات

المصدر: من انجاز الطالبة

يبين الجدول السابق أن المعدل الوطني للتغطية بالمختصين في طب النساء والتوليد مرتفع ورغم عدم وجود معيار لهذا الاختصاص إلا أن المنظمة العالمية للصحة توصي ل طبيب

الفصل الرابع: النظام الصحي و التغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

مختص حوالي 1000 ساكن لتغطية جيدة بالمختصين. بالإضافة إلى ذلك فإن التفاوتات بين الولايات ملفتة للانتباه حيث أن هذا المعدل يتراوح بين 3000 في ولاية إليزي و 25000 امرأة في سن الإنجاب في ولاية البويرة، وهذا يدل على الاختلاف الكبير في هذا الاختصاص بين الولايات.

أما فيما يخص القابلة فإن المعدل الوطني للتغطية معقول قابلة ل 1242 امرأة في سن الإنجاب.

الجدول رقم 21 : عدد الأطفال لكل مختص في طب الأطفال في 2018 في الجزائر.

مختص / عدد الأطفال	
10703	المختصين في طب الأطفال

المصدر: من انجاز الطالبة

ويبين الجدول السابق معدل التغطية للمختص في طب الأطفال حيث يتمثل في 10703 طفل بين 0-18 سنة وهذا يتعدى بكثير التوصيات التي قامت بها منظمة الصحة العالمية والتي تتمثل في مختص ل 1000 ساكن. كما أن هذا المعدل يغطي اختلافات كبيرة بين الولايات حيث يتراوح هذا المعدل بين 2000 في ولاية تندوف و 7000 في ولاية السعيدة.

المطلب الأول: التغطية الصحية للأم حسب معطيات المسوح العنقودية المتعددة المتغيرات

MICS

إن معطيات المسوح العنقودي المتعدد المتغيرات تعطي لنا معلومة أهم من التغطية الصحية للأم والطفل، وهي إمكانية وصول الأم والطفل للرعاية الصحية. ولتحديد المفهوم يمكننا القول أن إمكانية الوصول (accès) للرعاية الصحية تستلزم:

- المسافة بين المريض والمنشأة. (la distance).

- وجود التغطية الصحية اللازمة بالكادر الطبي والمنشآت. (la disponibilité).
- وتكون التكلفة في متناول المريض. (le coût).

و هذا أساس التغطية الصحية الشاملة (le couverture sanitaire universelle) التي تنادي بها منظمة الصحة العالمية.

1- الوصول للرعاية الصحية أثناء فترة الحمل

نعتبر أن الأم قد تلقت خدمات متابعة الحمل إذا كانت قد قامت بكشف لدى كادر طبي مؤهل قد يكون طبيب مختص، طبيب عام ممرضة أو قابلة، وهي واحدة من الركائز الأربعة لبرنامج صحة الأم والأمومة الآمنة الخاص بمنظمة الصحة العالمية في حين تتمثل الركائز الثلاثة الأخرى في تنظيم الأسرة والولادة في ظروف جيدة من النظافة والسلامة والرعاية التوليدية الأساسية.

بالاعتماد على معطيات المسوح العنقودية المتعدد المؤشرات MICS6¹ و MICS4²، فإن 95,3% من النساء الحوامل خلال سنتين الماضيتين ل 2019 قمن بزيارة واحدة على الأقل أثناء الحمل، هذه بنسبة كانت تقارب 92,7% في 2013. وتختلف هذه النسبة حسب المناطق إذ قدرت بحوالي 95,9% في المناطق الحضرية مقابل 94,4% في المناطق الريفية، بينما تتراوح بين 88,7% في الهضاب العليا الغربية و 98,4% في المناطق الشمالية الوسطى. للإشارة فإن المنظمة العالمية للصحة أكدت على وجوب إجراء 4 فحوصات طبية على الأقل أثناء الحمل. في حين كانت هذه النسبة في الجزائر 69,8% سنة 2019.

وفي الفترة بين 2013 و 2019 فإن هذه النسبة ارتفعت عند اللواتي تابعن حملهن عند الطبيب

¹ MSPRH, *Rapport d'enquête par grappes à indicateurs multiples 2019, 2020*, p164

² MSPRH, *Rapport d'enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013*, 2014p

من 84,8% في 2013، إلى 90,2% في 2019 في المقابل تراجع نسبة النساء اللواتي تابعن حملهن عند القابلة أو الممرضة من 7,9% سنة 2013 إلى 5,1% سنة 2019. وفي كل الحالات فإن المناطق الريفية هي الأقل تغطية للمتابعة الطبية.

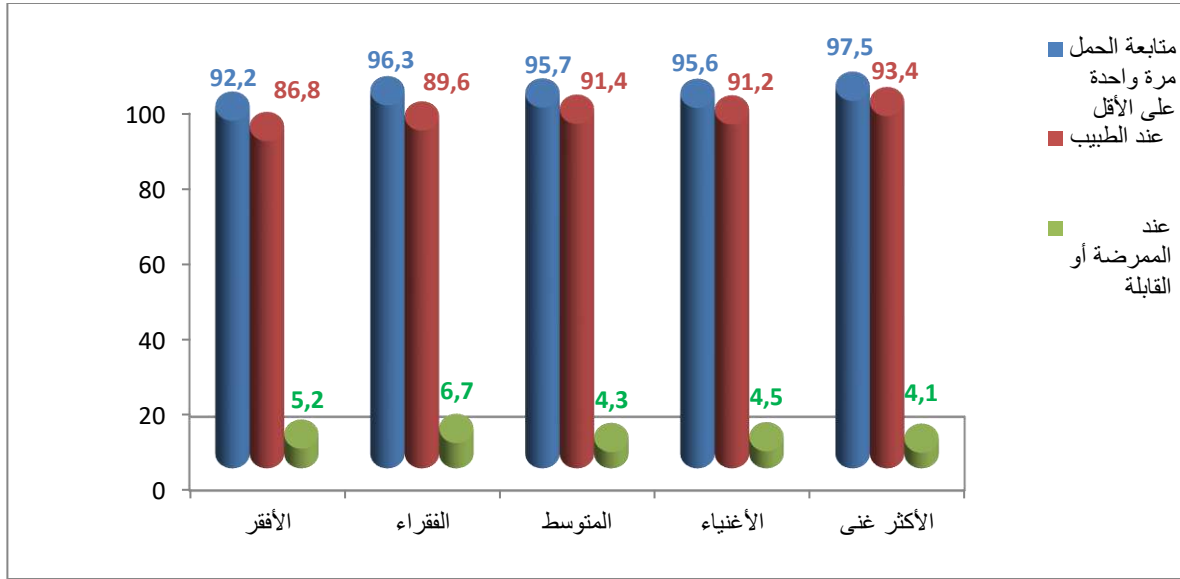
يؤثر المستوى الاقتصادي على نسبة متابعة الحمل والكادر المتابع للحمل¹، حيث أن أغلبية النساء يقمن بزيارة القابلة في مراكز حماية الأمومة والطفولة لمتابعة حملهن، بينما البعض الآخر من النساء يتابعن حملهن عند الطبيب المختص في أمراض النساء والتوليد الخاص وكثيرا ما يكون الفرق بينهما هو المستوى الاقتصادي أو المستوى المعيشي للمرأة الحامل التي كثيرا ما لا تملك المال الكافي لدفع ثمن المعاينة. وتبقى المرأة التي تتابع حملها عند القابلة في مركز حماية الأمومة والطفولة حتى نهاية حملها إلا إذا ظهرت تعقيدات مهمة أثناء الحمل وفي هذه الحالة يتم توجيه المريضة إلى المستشفى لمعاينتها من قبل الطبيب المختص. إذ انتبهنا إلى الفارق الكبير بين الأمهات الفقيرات والأمهات الغنيات فإن الأمهات الأكثر فقرا أقل متابعة للحمل وأقل تغطية من قبل الطبيب وأكثر تغطية من قبل القابلة مقارنة بغيرهن بحوالي 6%.

أي أن بعض الخدمات الصحية التي يجب أن تكون متاحة للأم، ليست في متناول العائلة الفقيرة².

¹ أمال بلعدي، *رعاية صحة الأمومة*، أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، المدرسة العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي، 2017.

² المؤشر المبني من طرف الإحصائيين على أساس امتلاك الأسرة لبعض التجهيزات المنزلية ووسائل الراحة مثل المياه، الكهرباء، السيارة.....

الشكل رقم 28: تطور نسبة الكادر القائم بالمعاينة حسب مؤشر الثروة في 2019.



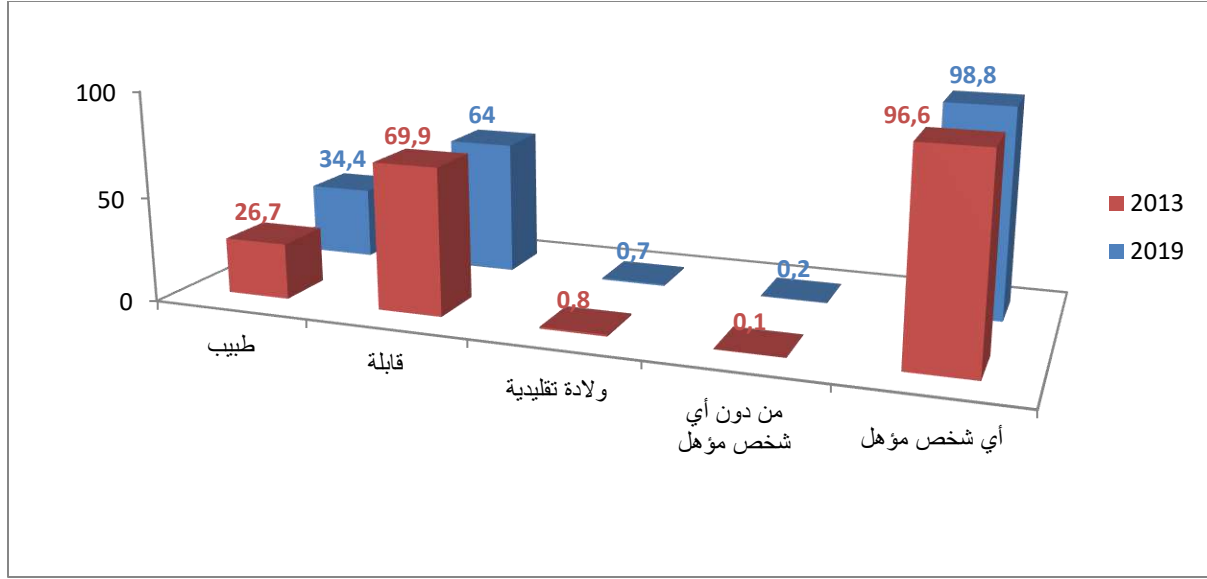
المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS6 ص 164.

يبين الشكل السابق أن في سنة 2019 أن نسب متابعة الحمل لدى النساء ترتفع كلما تحسن وضعهن المعيشي الاقتصادي والفقيرات جدا هن أقل متابعة من المستويات الأخرى بـ 92,2% بينما الأكثر غنى فإنهن أكثرهن متابعة لأحمالهن، نفس الملاحظة نستنتجها في الكادر الطبي الذي يعاين الحمل فالفقيرات جدا أقل متابعة عند الطبيب بـ 86,8% وتبقى الغنيات جدا أكثر متابعة عند الطبيب وأقلهن متابعة عند القابلة بـ 93,4% و 4,1% على التوالي.

2- الوصول للرعاية الصحية أثناء الولادة

يرتبط استخدام الخدمات الصحية أثناء الولادة بالإنجاب في المراكز الصحية الخاصة بالتوليد وبإستفادة المرأة من المتابعة أثناء الولادة من خلال الإنجاب بحضور موظفين مؤهلين.

الشكل رقم 29: نسبة التغطية لعملية الولادة حسب الشخص القائم على الولادة.



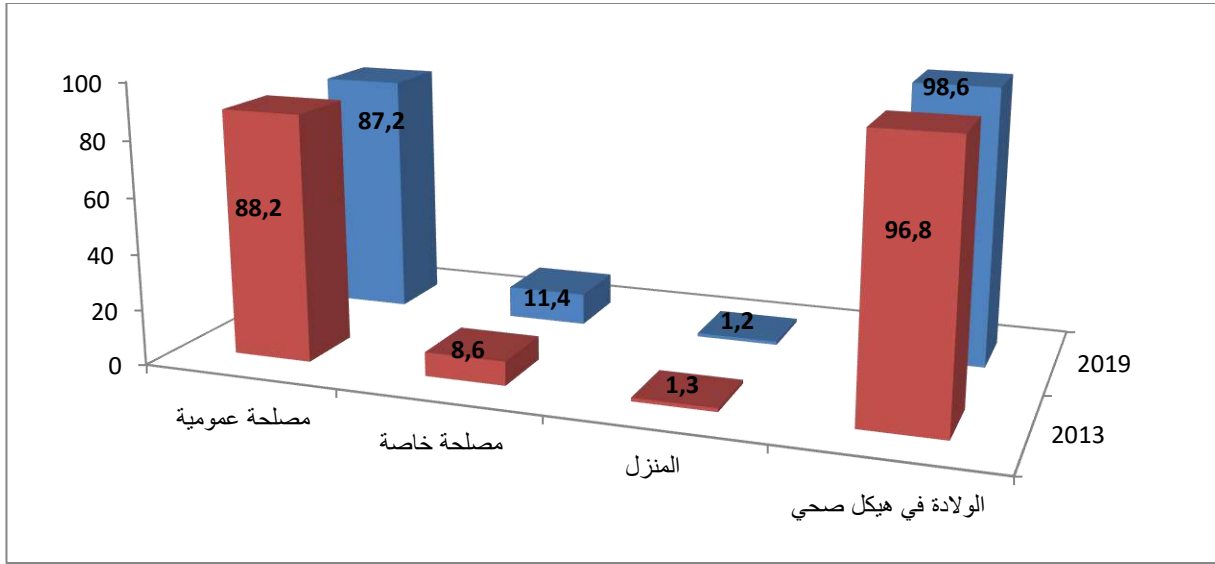
المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS6 ص 164 و MICS4 ص 141.

من خلال الشكل السابق ارتفعت نسبة النساء اللواتي أنجبن بحضور شخص مؤهل بنقطة من 96,6% إلى 98,8% بين 2013 و 2019، بينما انخفضت نسبة النساء اللواتي أنجبن بحضور الممرضة أو القابلة من 69,9% إلى 64% بين 2013 و 2019، وارتفعت نسبة النساء اللواتي أنجبن بحضور الطبيب خلال نفس الفترة من 26,7% إلى 34,4%.

كما تختلف هذه التغطية بين مختلف مناطق الجزائر حيث تتراوح بين 99,9% في المناطق الشمالية الغربية، بينما لا تتعدى 96% في الجنوب، ما يجعلنا نتساءل مرة أخرى عن العدالة في توزيع الموارد البشرية بين مناطق الوطن.

وتتمثل أيضا تغطية ظروف بالولادة في هيكل صحي سواء كانت مصلحة ولادة عمومية أو خاصة. وقد تطرقت المسوح الميدانية التي أقيمت في الجزائر إلى هذا الجانب، وفي ما يلي سنتطرق إلى الاختلافات بين سنتين 2013 و 2019 من خلال المسحين MICS4 و MICS6.

الشكل رقم 30: التوزيع النسبي للولادات خلال سنتي 2013 و 2019 حسب مكان الولادة.



المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS6 ص 179 و MICS4 ص 143.

حسب الشكل رقم 30 فإن التغطية بالمنشآت الصحية اللازمة للولادة تحسنت بين 2013 و 2019 بما يقارب 2 نقطتين أي من 96,8% في 2013 إلى 98,6% في 2019، كما تحسنت ظروف الولادة بانخفاض نسبة الولادات في المنزل بال عشر النقطة. هذا التحسن النسبي للتغطية بمنشآت التوليد كان سببه ظهور بقوة المصالح الخاصة للولادة، من جهة، وإدماج عيادات الولادة في العيادات المتعددة الخدمات أو قاعات العلاج في بعض المناطق أين كانت هذه المنشآت منعدمة. إلا أنها ليست مهيأة بطريقة جيدة¹.

3- الوصول للرعاية الصحية بعد الولادة

كثيرا ما لا تعطي الأم أهمية لزيارة للطبيب بعد الولادة وهذا ظنا منها أنها قد تعدت فترة الخطر، وهذا يظهر من خلال معطيات المسح العنقودي المتعدد المتغيرات MICS6 لسنة 2019 حيث 75,2% من النساء اللاتي قمن بولادة قبل سنتين من المسح صرحن أنهن لم يقمن بأي زيارة

¹ L.Abid, *Couverture sanitaire par wilaya en 2013*, consulté sur www.santémaghreb.com/algerie/ le 21/12/2021.

بعد ولادتهن لمعاينة صحتهم بينما 62,3% لم يقمن بأي زيارة لمعاينة مولودهن، رغم هذا فإن 87,2% من الأمهات قد تلقين التحاليل الطبية خلال تواجدهن في مصلحة التوليد بما أن 98,8% من الولادات قد أجريت في مصالح صحية.

تلقى الأم للتحاليل بعد ولادتها لها ولمولودها لا يعني كل الأمهات بنفس النسب، حيث تختلف هذه النسبة من 93,4% في الشمال الشرقي إلى 83,2% في الشمال الغربي.

المطلب الثاني: التغطية الصحية للطفل حسب معطيات المسوح العنقودية MICS.

كلما درسنا أو تطرقنا للوصول للرعاية الصحية للأم إلا درسنا في نفس الوقت الوصول للرعاية الصحية للطفل، وهذا سواء من خلال الزيارات التي تقوم بها الأم أثناء فترة الحمل والتي هي في نفس الوقت زيارات للتأكد من صحة الطفل ورعايته، أو من خلال العناية الصحية التي تتلقاها الأم أثناء الولادة من طاقم طبي متأهل بحضور الطبيب المختص أو الطبيب العام أو القابلة عملية الولادة ومكان الولادة الصحي (المستشفى أو العيادة الخاصة بالتوليد)، أو أخيرا الزيارات التي تقوم الأم بعد الولادة أو الوضع والتي من خلالها يمكن للطاقم الطبي القائم على الاستشارة التقطن لكل مشكلة صحية للأم والطفل. نحاول في هذا الجزء التطرق للتغطية الصحية للطفل أثناء حمل الأم له وبعدها.

لقد تم التطرق إلى تغطية الزيارات الطبية للأم أثناء فترة الحمل، هذه الزيارات نقيس بها أيضا تغطية الطفل للفترة ما قبل الولادة التي تعتبر الفترة التي تحمل للطفل الكثير من المشاكل الصحية مثل أمراض القلب والأمراض الوراثية ومن المهم اكتشافها مبكرا من أجل أخذها بعين الاعتبار مباشرة عند ولادته.

أما فيما يخص التغطية الصحية لصحة الطفل أثناء الولادة وبعدها فسنقوم بدراستها عن طريق معطيات المسوح العنقودية لـ2006 و2012. وسيتم ذلك على فترات:

1- الوصول للرعاية الصحية لولادة الطفل.

ترتبط التغطية الصحية لولادة الطفل باستخدام الأم للخدمات الصحية التوليدية التي تُقدم في المنشآت العمومية أو الخاصة أثناء عملية الولادة وبحضور العملية لموظفين مؤهلين والذين يتمثلون في الطبيب المختص في أمراض الأطفال أو الطبيب العام أو قابلة.

فيما سبق تم توضيح إلى أن 98,8% من الولادات قد تمت في هيكل صحي في الجزائر حسب معطيات المسح MICS6، ولذا فإن من بين المواليد الذين أقيمت لهم زيارة للطبيب 91% منهم قد تم فحصهم من قبل الطبيب أو القابلة أو الممرضة بعد ولادتهم وأجريت لهم التحاليل الطبية التي غالبا ما تجري في مصالح الولادة للمولود والأم مباشرة بعد الولادة، علما أن أغلب الأمهات يبقين في هذه المصالح بين يوم إلى ثلاث أيام. يبقى من المهم معرفة إذا كانت الممرضة أو القابلة مؤهلة علميا لفحص المولود الجديد والكشف عن أمراض محتملة عند الطفل. هذا الأمر يوازي ما قلناه من قبل وهو أن في بعض المناطق من الوطن يتكفل الممرض أو الشبه طبي بكل الخدمات الصحية في قاعات العلاج أو العيادات المتعددة الخدمات.

أما بالنسبة للمؤشر "زيارة الطبيب بعد الخروج من المنشأة الصحية" فإن 62,3% من مواليد سنتين قبل المسح في 2019 لم يقوموا بأي رعاية صحية.

الفصل الرابع: النظام الصحي و التغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

الجدول رقم 22: توزيع نسبة الأطفال الذين لم يقوموا بزيارة الطبيب لفحصهم بعد ولادتهم حسب المناطق بناء على معطيات MICS6 في الجزائر.

النسبة	المنطقة
51,9	شمال وسط
63,6	الشمال الشرقي
64,6	الشمال الغربي
73,7	الهضاب العليا الوسطى
65,2	الهضاب العليا الشرقية
73,2	الهضاب العليا الغربية
68,8	الجنوب
62,3	النسبة الوطنية

المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS6 ص 195.

يبين الجدول السابق نسب فحص الأطفال الذين لم يتم فحصهم بعد ولادتهم في الجزائر حسب معطيات المسح العنقودي المتعدد المتغيرات، وهذه النسبة تتراوح بين 73,7% في الهضاب العليا الوسطى أي في ولايات الجلفة، الأغواط والمسيلة وهي أعلى نسبة مقارنة ب 51,9% في ولايات شمال الوسط. كما تمثل نسبة عدم الوصول إلى الرعاية الصحية بالنسبة للأطفال المولودين في منطقة الصحراء 68,8% نسبة مقلقة نظرا لشساعة المنطقة. هذه النسبة تمثل من جهة عدم توفر التغطية الطبية بالكادر المؤهل من جهة، كما تمثل من جهة أخرى البعد عن المنشأة الصحية والتكلفة التي ليست في متناول الأم أو الأسرة. هذه التكلفة يمكن أن تكون تكلفة التنقل أو تكلفة استشارة الطبيب.

2- الوصول لتلقيح المولود

يعتبر التطعيم وسيلة أساسية للوقاية الجماعية والفردية التي تسمح بالتخلص من الأمراض معدية من بلد أو منطقة ما. ولهذا أكدت منظمة الصحة العالمية عن إلزامية تلقي الطفل لقاح

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

BCG ليطم حمايته من السل وثلاث جرعات من DTCOQ ليطم حمايته من الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس و3 جرعات من اللقاح ضد شلل الأطفال والتطعيم واحد ضد الحصبة قبل سن 12 شهرا.

الجدول رقم 23: تطور نسب تطعيم الأطفال خلال سنتهم الأولى من عمرهم بين 2000 و2013 في الجزائر.

MICS6 *2019	MICS4 2012-2013	MICS3 2006	Papfam 2002	MICS2 2000	
96,7	98,3	98,9	97,9	89	BCG
94,1	95,8	98,1	96,3	-	DTCP1
86,5	92,9	96,4	95,2	-	DTCP2
77,3	87,5	92,9	92,3	83	DTCP3
90,7	90,3	85,3	90,6	88	الحصبة
96,4	89,1	79,8	-	-	Hepatitis B

المصدر: معطيات وزارة الصحة والسكان، situation démographique et sanitaire 2000-2019، 2019.

*معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS6 ص 230.

تُظهر معطيات الجدول أن التغطية بالتطعيم التي كانت موجودة منذ بداية البرنامج الموسع للتطعيم والتي تتمثل في البوحمران وDTCP3 لم تتحسن إلا بنقطتين لمدة 12 سنة، أما BCG فتحسن ب 7 نقاط حيث من 89% في سنة 2000 إلى 96,7% في 2019. أما التلقيح ضد التهاب الكبد فقد ارتفع ب16 نقطة بين 2006 و2019.

والتغطية بالتلقيح تتطلب التغطية بالشبه طبيين المؤهلين والمكونين لهذا الغرض، كما تتطلب وجود اللقاحات بالكمية المناسبة والنوعية اللازمة. أما التغطية بالمؤسسات الخاصة بالرعاية الأولية فهي شرط أساسي. ولقد تطرقنا فيما سبق إلى التغطية بالمنشآت الصحية وأظهرنا أن الجزائر وصلت إلى نسبة كبيرة من التغطية بالمرافق الصحية التي تعنى بالرعاية الأولية. إلا أن

الحال ليس نفسه في جميع مناطق الوطن.

الجدول رقم 24: نسب التطعيم للأطفال الأقل من سنة حسب المناطق في الجزائر بناءا

على معطيات MICS6.

المناطق	نسبة الأطفال الملقحين بكل التطعيمات	نسبة الأطفال الغير ملقحين تماما
شمال وسط	68,8	4
الشمال الشرقي	75	1,4
الشمال الغربي	58,1	1,3
الهضاب العليا الوسطى	31	6,1
الهضاب العليا الشرقية	59,6	1,5
الهضاب العليا الغربية	47,2	4,7
الجنوب	53,8	2,8
المستوى الوطني	61	3

المصدر: من انجاز الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، MICS6 ص 231.

يبين لنا الجدول السابق نسب الأطفال الملقحين بكل التلقيحات والغير ملقحين تماما حسب المناطق وهذا التوزيع مكننا من تمييز الاختلافات الجهوية في هذا الشأن خاصة وأنه راجع في غالب الأحيان إلى عدم تلقي المنطقة اللقاحات المناسبة وبالكميات المناسبة. تتراوح نسبة التلقيح في الشمال الشرقي بـ 75% وهي أعلى نسبة في الوطن، بينما لا تتعدى هذه النسبة أقل من نصفها 31% في منطقة الهضاب العليا الوسطى أين تمثل نسبة الأطفال الغير ملقحين تماما 6,1%. وقد بينا في ما قبل أن نسب التطعيم ضد مرض السل (BCG) متساوية في جميع مناطق الوطن بما أنها في أغلب الأحيان تُقام في المؤسسة التي تجرى فيها الولادة، إلا أن الفوارق مختلفة للتطعيم للأمراض الأخرى.

أما على المستوى الوطني فتتمثل نسبة التلقيح عند الأطفال في الجزائر بكل التطعيم الموجود في الرزنامة الوطنية في 61% وهذه نسبة ضعيفة يمكنها أن تتسبب في عودة الأمراض

الفصل الرابع: النظام الصحي والتغطية الصحية للأم والطفل في العالم وفي الجزائر

الخطيرة المتسببة في وفاة الأطفال والتي كانت الجزائر قد قطعت شوط كبير في محاربتة. وهذا ما جرى في المنطقة الغربية في 2017 أين حصد وباء البوحمرن أرواح عدة أطفال ولولا تقطن الهيآت العليا لها لانتشرت في جميع المناطق الأخرى.

للإشارة فإن من بين الأهداف التنموية الدولية بين 2019-2030 هو رفع من معدل التغطية باللقاحات الأساسية إلى 90% وخفض من نسبة الأطفال الغير ملقحين، وتمثل هذه النسبة في الجزائر حسب المسح الأخير المتعدد المتغيرات في 71% وهذا يجعلنا مجبرين على مضاعفة الجهود لتحسين هذه النسبة بما تحمله من اختلافات جهوية.

خلاصة الفصل

من خلال هذا الفصل الذي كان مخصص للتعريف بالنظام الصحي ومراحل تطوره الذي اتسمت بالتحسن مقارنة بالسنوات الأولى بعد الاستقلال، إلا أنه لم تسجل أي قفزة نوعية خلال العشرين سنة الأخيرة وبقي النظام الصحي يحصد يوميا عدم رضا المرضى المستعملين ومن قبل المستخدمين الصحيين. وهذا رغم القوانين التنظيمية والتي أهمها المؤرخ في 19 ماي 2007 لإعادة تنظيم القطاعات الصحية لتصبح مشكلة من المؤسسات العمومية الاستشفائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية أي فصل الاستشفاء عن العلاج والفحص وهي نوع من اللامركزية هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج وتقريب المؤسسات الصحية من المواطن.

تبين لنا أيضا من خلال تصفحنا للتغطية الصحية بالمنشآت الثقيلة والخفيفة والتغطية الطبية بالموارد البشرية الأساسية للقطاع الصحي أن الكثافات مستقرة وطنيا ومختلفة جهويا. أي أنها تختلف بين مناطق وولايات الوطن من حيث القيم ومن حيث مصداقيتها. إذا كانت قيم الكثافة الطبية أو بالمنشآت الصحية منخفضة¹ في الجنوب فهذا لا يعني أن سكان الجنوب يستطيع الوصول إلى الخدمات الصحية أكثر من المناطق الأخرى حيث أن عامل البعد وتكلفة التنقل أعلى بما أن المنطقة أوسع وأكبر.

أما فيما يخص التغطية بالكوادر الطبية وخاصة الأطباء المختصين والتي تسجل الجزائر نقصا فادح، فقد تبين أيضا تسجيل ارتفاع الكثافات بالأطباء والمرضين في المناطق الجنوبية ونقص هذه الكفاءات في المناطق الهضاب العليا خاصة منها الوسطى والغربية والتي تسجل نقصا فادحا في كل متطلبات الرعاية الصحية الأساسية.

كما أننا عند تطرقنا لصحة الأم والطفل تبين لنا نفس النتائج أي ارتفاع الكثافات في الولايات

¹ حيث أنها تعبر على عدد السكان للطبيب والمنشأة الصحية.

الجنوبية وضعفها الفادح في المناطق الهضاب العليا. أما الولايات الشمالية الساحلية الكبرى فنتوسط الترتيب في الكثافات وهذا بسبب التوزيع السكاني الغير متكافئ.

عند دراسة الوصول للرعاية الصحية للأم والطفل من خلال معطيات المسوح العنقودية والتي توجت بآخرها في 2019، تبين لنا أن منطقة الجنوب والهضاب العليا أقل نسب تغطية الرعاية الصحية لمتابعة الحمل والرعاية الصحية لظروف الولادة وكذا الرعاية الصحية لفترة ما بعد الولادة مقارنة بالشمال. وهذا يتنافى مع ما تم الوصول إليه من خلال تطرقنا إلى هذا الموضوع من خلال التغطية الصحية المبنية على الكثافة بالأسرة والمنشآت وكذا الأطباء والممرضين.

الباب الثاني: الدراسة التطبيقية

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

تمهيد

المبحث الأول: مصدر بيانات الدراسة وطريقة حساب المتغيرات

المستعملة وخصائص المجتمع المدروس

المطلب الأول: مصدر بيانات الدراسة

المطلب الثاني: طريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة

المطلب الثالث: خصائص المجتمع المدروس

المبحث الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية لمختلف المتغيرات

المستخدمة في الدراسة

المطلب الأول: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغير التابع

المطلب الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغيرات المستقلة

المبحث الثالث: تحليل وتفسير الفرضية الأولى

استنتاج الفرضية الأولى

المبحث الرابع: تحليل وتفسير الفرضية الثانية للدراسة

المطلب الأول: التحليل ثنائي المتغيرات للمتغيرات التي تفسر مستوى

وفيات الأمهات.

المطلب الثاني: التحليل متعدد المتغيرات للمتغيرات التي تفسر مستوى

وفيات الأمهات.

المطلب الثالث: إسهام المتغيرات في تفسير مستوى معدل وفيات الأمهات

في 2018 في الجزائر

استنتاج الفرضية الثانية.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

تمهيد

سنحاول في هذا الفصل تحليل وتفسير الفرضية الأولى القائلة أن " يؤثر اختلاف توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الأم بين الولايات والمناطق في الجزائر على توزيع معدل وفيات الأمهات فيها." قمنا باستعمال المتغيرات الدالة على التغطية الصحية للأم والمتمثلة في الكثافات بالأطباء العامين والكثافات بالمرضى والكثافات بالأسرة والكثافات بالصيدلة وكذا الكثافات بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد والكثافات بالقابلات كمتغيرات مستقلة ثم ربطناها بالمتغير المنطقة الجغرافية التي تتواجد فيها المنشأة الصحية التي توفت فيها الأم لإظهار الاختلاف الموجود بين الولايات والمناطق في ما يخص التغطية لصحة الأم.

ثم قمنا ببناء مؤشر يدل على جودة التغطية الصحية للأمومة عبر الولايات بطريقة تحليل المركبات الأساسية (ACP) وباستعمال الكثافات الطبية والسريرية وربطناها بنفس المتغير أي المنطقة الجغرافية وذلك لإعطاء نظرة شاملة لهذه التغطية وللتحقق من أن التغطية الصحية للأمومة تؤثر بهذا التوزيع الغير عادل، وإظهار الطابع الجهوي في توزيع الأطقم الطبية وخاصة أننا استعملنا الكثافات أي أنها تأخذ بعين الاعتبار جانب عدد السكان في المنطقة. كما تطرقنا إلى معدل وفيات الأمهات الاستشفائي بين الولايات والمناطق الجغرافية واستخرجنا خريطة تبين لنا هذا التوزيع موازاتاً مع توزيع مؤشر التغطية الصحية المبني والداد على مدى التغطية الصحية للأم، وذلك لنفي أو تأكيد الفرضية الأولى.

أما بالنسبة للفرضية الثانية والتي تنص على أنه " تؤثر التغطية الصحية للأم على معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في الجزائر" فقد تم تبني نفس الكثافات بالأطباء والمرضى

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

والأسرة والصيدلة والقابلات والأطباء المختصين كمتغيرات مستقلة والمتغير وفيات الأمهات الاستشفائي كمتغير تابع واستعمال التحليل المتعدد المتغيرات المتمثل في التحليل الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات المناسب لهذا النوع من المتغيرات أي الكمية منها. وقد تم استنتاج العوامل المؤثرة على مستوى وفيات الأمهات الاستشفائي من خلال النموذج المنبثق عن التحليل الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات، وكذا إسهام كل عامل منه.

وقبل البدء في تحليل الفرضيتين، نقوم في ثلاث مباحث الأولى بتقديم مصدر البيانات وخصائص المجتمع المدروس والذي يتمثل في الولايات وكذا الدراسة الإحصائية للمتغيرات المستقلة والتابعة.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

المبحث الأول: مصدر بيانات الدراسة وطريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة وخصائص المجتمع المدروس.

المطلب الأول: مصدر بيانات الدراسة

من المهم أن نذكر بمصدر المعطيات المستعملة في انجاز هذه الدراسة والتي تم سردها بالتفصيل في الفصل الأول ص33. حيث قلنا أن المعطيات المستعملة في هذه دراسة تتمثل في مسح سنوي شامل لكل المؤسسات الصحية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي آتينا بالمعطيات المتعلقة بوفيات الأمهات الاستشفائية والمعطيات المتعلقة بالتغطية الصحية للأمم والطفل والتي تتمثل في مسح سنوي للموارد البشرية والمادية وكذا نشاطات العلاجية والاستشفائية المقامة في جميع المؤسسات الصحية العمومية بكل مستوياتها لسنة 2018. ويتم تقديمها على شكل جداول مركبة يحتوي كل جدول على اسم المؤسسة الاستشفائية. تم اختيار الجداول حسب المعلومات التي تعني الدراسة وهي الجداول المقدمة للموارد البشرية والأسرة، ومن خلال هذه الجداول جمع المعطيات التي نحتاج إليها في دراستنا والتي تتمثل في عدد الأطباء العامين والمختصين في طب النساء والتوليد وعدد الأطباء المختصين في طب الأطفال وعدد الممرضين الشبه طبيين وعدد القابلات وعدد الصيادلة في كل مؤسسة صحية وجمع المؤسسات الصحية التابعة لكل ولاية وذلك لاستنتاج عدد الطاقم الطبي لكل ولاية واستنتاج بعدها عدد الطاقم الطبي بكل درجاته في كل منطقة بجمع الولايات التابعة لكل منطقة حسب التقسيم الإداري للتهيئة العمرانية (الجدول رقم 27) عدها تم حساب الكثافات الصحية والطبية لكل منطقة (EPT). أما من خلال الجداول التي تعنى بالنشاطات الاستشفائية والعلاجية، تم استخراج عدد وفيات الأمهات الاستشفائية وعدد الولادات الحية لكل مؤسسة استشفائية وتم جمع المؤسسات التابعة لكل ولاية وبذلك أصبح عندنا عدد وفيات

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الأمهات الاستشفائي لكل ولاية وعدد الولادات الحية في كل ولاية وبذلك أصبح بإمكاننا حساب معدلات وفيات الأمهات الاستشفائي في كل ولاية، كما انبثق عن هذا العمل الكثافات الصحية للمناطق المتبناة عن التقسيم الإداري للتهيئة العمرانية.

المطلب الثاني: طريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة

أصبح بحوزتنا ملف متكون من: 48 ولاية كوحدات و 8 متغيرات ولقد تم جمعها في الجدول الموالي مع تبيان طريقة حسابها:

الجدول رقم 25 : المتغيرات التابعة والمستقلة للدراسة طريقة حسابها، الوحدة ونوع المتغير.

المؤشر	طريقة حسابه	الوحدة	نوع المتغير
المنطقة	جمع الولايات التابعة لكل منطقة	منطقة	كفي
معدل وفيات الأمهات الاستشفائي	مجموع وفيات الأمهات في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على مجموع الولادات الحية التي سجلت في كل المؤسسات الصحية في الولاية مضروب في 100000.	وفاة لكل 100 000 ولادة حية.	كمي
الكثافة بالأطباء العاميين	مجموع الأطباء العاميين في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على عدد السكان في الولاية لسنة 2018 مضروب في 1000.	عدد الأطباء العاميين لكل 1000 ساكن.	كمي
الكثافة بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد	مجموع الأطباء المختصين في طب النساء والتوليد في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على عدد النساء بين 15-49 سنة في الولاية	عدد الأطباء لكل 1000 إمرة في سن الإنجاب.	كمي

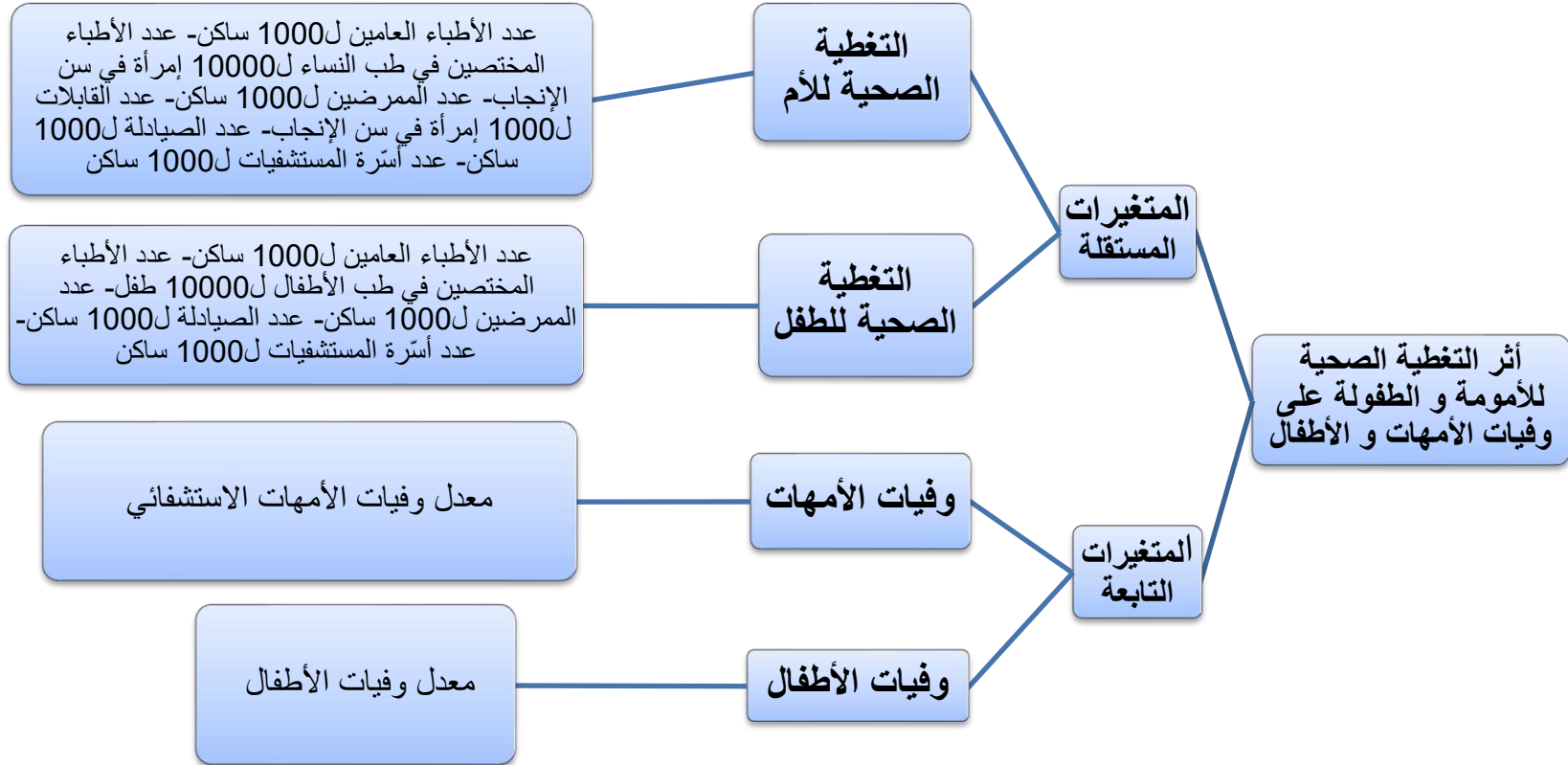
الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

		لسنة 2018 مضروب في 1000.	
كمي	عدد القابلات لكل 1000 امرأة في سن الإنجاب.	مجموع القابلات في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على عدد النساء بين 15-49 سنة في الولاية لسنة 2018 مضروب في 1000.	الكثافة بالقابلات
كمي	عدد الصيادلة لكل 10000 ساكن.	مجموع الصيادلة في الولاية على عدد السكان في الولاية لسنة 2018 مضروب في 1000.	الكثافة بالصيادلة
كمي	عدد الممرضين لكل 1000 ساكن.	مجموع الممرضين في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على عدد السكان في الولاية لسنة 2018 مضروب في 1000.	الكثافة بالممرضين
كمي	عدد الأسرة لكل 1000 ساكن.	مجموع الأسرة في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على عدد السكان في الولاية لسنة 2018 مضروب في 1000.	الكثافة بأسرة المستشفيات

المصدر: من اعداد الطالبة

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

حتى يتسنى للقارئ فهم أكثر للموضوع وضعنا الشكل التوضيحي الموالي:



المصدر: من إعداد الطالبة

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

المطلب الثالث: خصائص المجتمع المدروس.

يتمثل المجتمع المدروس في دراستنا في 48 ولاية في الجزائر منتشرة عبر 2382000 كلم مربع كما هي مقسمة في التقسيم الإداري. بعد استقلالها عن فرنسا، كانت الجزائر مقسمة إلى 15 مقاطعة. تم استحداث تقسيمات جديدة (الولايات)، واستقر عددها بين الفترة من-1974 1983م على 31 ولاية، ولا زالت هذه الولايات الأصلية تحتفظ إلى اليوم بترقيمها الأصلي من 1-أدرار إلى 31-وهران. في سنة 1983 م تم استحداث 16 ولاية جديدة من 32-البيض إلى 48-غليزان وقد تم استحداث مؤخرا 5 ولايات جديدة.

وتعرف ولايات الجزائر باختلافات كبيرة في مناخها وتضاريسها حيث تتربع الولايات الشمالية على السواحل التي تطل على البحر الأبيض المتوسط، كما تتوسط ولايات الهضاب العليا وسط وداخل البلاد، وتشمل ولايات الجنوبية كل الصحاري الجزائرية.

يمثل الجدول الموالي 48 ولاية في الجزائر حسب ترقيمها، مساحتها وعدد سكانها، كما حاولنا ترتيبها حسب مساحتها وعدد سكانها مقارنة بالمستوى الوطني.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الجدول رقم 26: الولايات حسب المساحة، عدد السكان، عدد النساء بين 15-49 سنة وعدد الأطفال بين 0-18 سنة.

الرقم	الاسم	المساحة (كلم2)	النسبة	الترتيب حسب المساحة	السكان	النسبة	الترتيب حسب عدد السكان	عدد النساء من 49-15	عدد الأطفال 0-18 سنة
1	أدرار	427368	17.94%	2°	512 711	1,23	36	132194	267324
2	الشلف	4791	0.20%	29°	1 268 212	3,03	8	326988	661237
3	الأغواط	25057	1.05%	12°	674 690	1,61	32	173958	351779
4	أم البواقي	7638	0.32%	23°	763 114	1,82	27	196756	397882
5	باتنة	12192	0.51%	17°	1 328 000	3,18	5	342403	692410
6	بجاية	3268	0.14%	36°	978 053	2,34	16	252175	509950
7	بسكرة	21509.8	0.90%	13°	930 580	2,23	19	239935	485198
8	بشار	1622	6.81%	5°	345 355	0,83	43	89044	180066
9	البليدة	1478	0.06%	46°	1 312 565	3,14	6	338423	684362
10	البويرة	4439	0.19%	31°	820 050	1,96	24	211436	427568
11	تمنراست	557906	23.42%	1°	240 446	0,58	46	61995	125367
12	تبسة	14227	0.60%	16°	768 188	1,84	25	198065	400528
13	تلمسان	9061	0.38%	21°	1 086 985	2,6	11	280261	566746
14	تيارت	20673	0.87%	14°	988 139	2,36	14	254775	515209
15	تيزي وزو	2958	0.12%	38°	1 191 751	2,85	10	307273	621371
16	الجزائر	809	0.03%	48°	3 242 501	7,75	1	836026	1690618
17	الجلفة	66415	2.79%	9°	1 566 057	3,75	4	403782	816531
18	جيجل	2577	0.11%	39°	765 513	1,83	26	197375	399133
19	سطيف	6504	0.27%	25°	1 908 235	4,56	3	492007	994940
20	سعيدة	6764	0.28%	24°	398 502	0,95	41	102747	207776
21	سكيكدة	4026	0.17%	34°	1 076 292	2,57	12	277504	561171
22	سيدي بلعباس	915	0.38%	20°	702 404	1,68	30	181103	366229
23	عنابة	1439	0.06%	47°	670 087	1,6	33	172771	349379
24	قالمة	4101	0.17%	33°	550 073	1,32	34	141827	286804

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

658546	325657	9	3,02	1 263 051	41°	0.09%	2187	قسنطينة	25
518911	256606	13	2,38	995 240	22°	0.37%	8866	المدية	26
462770	228844	22	2,12	887 564	42°	0.09%	2175	مستغانم	27
683241	337869	7	3,13	1 310 414	15°	0.79%	18718	المسيلة	28
505442	249946	17	2,32	969 407	26°	0.24%	5941	معسكر	29
376115	185992	28	1,73	721 366	4°	8.90%	21198	ورقلة	30
1070527	529385	2	4,91	2 053 205	44°	0.09%	2121	وهران	31
174556	86319	44	0,8	334 787	8°	3.31%	7887	البيضاء	32
38053	18818	48	0,17	72 984	3°	11.94%	284618	إليزي	33
376094	185982	29	1,73	721 325	32°	0.17%	4115	برج بوعريرج	34
511012	252700	15	2,34	980 090	45°	0.07%	1591	بومرداس	35
243501	120413	39	1,12	467 020	35°	0.14%	3339	الطارف	36
47860	23667	47	0,22	91 792	6°	6.68%	159000	تندوف	37
185332	91648	42	0,85	355 455	37°	0.13%	3152	تيسمسيلت	38
455280	225140	23	2,09	873 200	10°	2.29%	54573	الوادي	39
250217	123734	37	1,15	479 900	18°	0.41%	9811	خنشلة	40
273050	135026	35	1,25	523 693	30°	0.19%	4541	سوق أهراس	41
363364	179687	31	1,67	696 910	43°	0.09%	2166	تيزازة	42
474141	234467	20	2,17	909 373	19°	0.39%	9375	ميلة	43
468765	231809	21	2,15	899 063	27°	0.21%	4897	عين الدفلى	44
146954	72670	45	0,67	281 848	11°	1.26%	2995	النعامة	45
222465	110011	40	1,02	426 675	40°	0.11%	2379	عين تموشنت	46
245918	121609	38	1,13	471 656	7°	3.61%	86105	غرداية	47
490463	242538	18	2,25	940 678	28°	0.20%	487	غليزان	48
2,2E+07	10781361		100	4,2E+07			100	2,381,741	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

يمكننا من خلال الجدول السابق الملاحظة أن الولايات الأولى في الترتيب حسب المساحة هي الأخيرة حسب عدد السكان وهي الولايات الجنوبية فمثلا ولاية أدرار التي تمثل 18% من مساحة الجزائر لا تستحوذ إلا على 1,23% من عدد السكان. والعكس صحيح حيث أن ولاية الجزائر التي لا تمثل إلا 0,03% من مساحة الجزائر تشمل على حوالي 7,75% من سكانها.

ولقد أدرجنا في نهاية الجدول تقدير لعدد النساء بين 15-49 سنة وعدد الأطفال من 0-18 سنة في كل الولايات. وقد استعملنا هذه التقديرات لحساب معدلات التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد والتغطية بالقابلات، هذا فيما يخص النساء من 15-49 سنة، كما استعملنا عدد الأطفال بين 0-18 سنة في كل ولاية لحساب معدلات التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال.

يمكننا الملاحظة من خلال المعطيات المتاحة في الجدول أن ولايات الجنوب إليزي وتمنراست هن الولايات التي تشمل على أقل عدد من الأطفال من 0-18 سنة والنساء في سن الإنجاب، بينما الولايات الساحلية الكبرى كالجزائر العاصمة ووهران هن الولايات التي تشمل أكثر على هتين الفئتين من السكان.

وقد تم تقسيم هذه الولايات حسب 9 مناطق في إطار التقسيم الإداري للتهيئة العمرانية وقد تم مراعاة المحاذات الجغرافية بين الولايات من نفس المنطقة، وقد استعملنا هذا التقسيم في أغلب مواقع من الدراسة بالنظر إلى أن يمكن للمستشفيات تغطية أكثر من ولاية والتي تتطلب مستوى أعلى من التخصص. سنقدم في الجدول الموالي هذا التقسيم الجغرافي:

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الجدول رقم 27: توزيع الولايات حسب المناطق الجغرافية الموجودة في تقسيم المخطط الوطني للتهيئة وتطوير الإقليم (EPT).

الولايات	عدد الولايات	منطقة البرمجة الإقليمية
الجزائر، البلدية، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، الشلف، عين الدفلى.	10	شمال وسط
وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، غليزان، سيدي بلعباس، معسكر.	7	شمال غرب
عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، ميلة، سوق أهراس، الطارف، قالمة.	8	شمال شرق
الجلفة، الأغواط، مسيلة.	3	الهضاب العليا الوسطى
تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض.	5	الهضاب العليا الغربية
سطيف، باتنة، خنشلة، برج بو عريج، أم البواقي، تبسة.	6	الهضاب العليا الشرقية
بشار، تندوف، أدرار.	3	الجنوب الغربي
غرداية، بسكرة، الوادي، ورقلة.	4	الجنوب الشرقي
تمنراست، إليزي.	2	الجنوب الكبير

المصدر: من انجاز الطالبة

المبحث الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية لمختلف المتغيرات المستخدمة.

قبل التطرق إلى دراسة واستعراض مواصفات وخصائص مختلف المتغيرات المستخدمة في الدراسة في جزئه المخصص لوفيات الأمهات وحيث سنبدأ بالمتغير التابع ثم سنتطرق للمتغيرات المستقلة، نستعرض الآن في جدول المعطيات النهائية لهذا الجزء من الدراسة والتي تم استعمالها لتحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية، وهو جدول يتكون على توزيع المتغير التابع "وفيات الأمهات الاستشفائي" وعلى مختلف المؤشرات للمتغير المستقل حسب الولايات. سيتم تحليل محتوى الجدول في المباحث اللاحقة.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الجدول رقم 28: توزيع قيم المتغير التابع وفيات الأمهات الاستشفائي ومؤشرات المتغير المستقل لسنة 2018 حسب الولايات.

عدد أسرة المستشفيات ل1000 ساكن	عدد الشبه طبيين ل1000 ساكن	عدد الصيدلة ل10 ساكن	عدد القبالات ل1000 امرأة بين 15-49 سنة	عدد الأطباء المختصين في طب النساء ل10000 امرأة بين 15-49 سنة	عدد الأطباء العامين ل1000 ساكن	معدل وفيات الأمهات الاستشفائي ل1000 ولادة حية	EPT	الولاية	no
2,19	5,79	2,22	0,67	0,76	0,80	122,36	الجنوب الغربي	أدرار	1
1,23	2,54	2,91	0,61	0,28	0,70	17,44	الشمال الوسط	الشلف	2
1,40	3,49	2,43	0,75	0,98	0,63	24,32	الهضاب العليا الوسطى	الأغواط	3
1,86	3,33	2,99	0,85	0,25	0,99	27,34	الجنوب الشرقي	ورقلة	4
2,07	5,76	3,83	1,06	1,01	0,96	21,10	الهضاب العليا الشرقية	باتنة	5
1,72	3,96	2,70	1,28	0,25	0,82	37,24	الشمال الوسط	بجاية	6
1,39	2,27	2,62	0,68	0,53	0,84	33,44	الجنوب الشرقي	بسكرة	7
2,91	3,76	2,92	0,97	0,63	0,87		الجنوب الغربي	بشار	8
2,04	3,14	3,06	0,86	0,57	0,79	35,00	الشمال الوسط	البلدية	9
1,64	3,16	2,65	0,55	0,04	0,68	7,39	الشمال الوسط	البويرة	10
1,89	3,92	2,50	0,65	0,97	0,93	268,16	الجنوب الكبير	تمنراست	11
1,60	3,69	3,14	0,77	0,20	0,85	19,53	الهضاب العليا الشرقية	تبسة	12
1,97	4,11	4,76	0,89	0,64	1,03	52,62	الشمال الغربي	تلمسان	13
1,80	3,20	3,25	0,63	0,39	0,68	52,42	الهضاب العليا الغربية	تيارت	14
2,73	4,85	3,18	1,08	0,68	0,82	23,23	الشمال الوسط	تيزي وزو	15
2,35	3,41	3,92	0,78	2,38	1,15	39,08	الشمال الوسط	الجزائر	16

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

1,18	1,87	1,74	0,41	1,06	0,43	38,74	الهضاب العليا الوسطى	الجلفة	17
1,39	2,71	3,59	0,62	0,05	0,83	12,92	الشمال الشرقي	جيجل	18
1,60	2,68	2,42	0,75	0,35	0,74	34,49	الهضاب العليا الشرقية	سطيف	19
2,05	3,64	2,81	0,94	0,97	0,79	34,77	الهضاب العليا الغربية	سعيدة	20
1,57	3,03	2,94	0,79	0,18	0,90	45,83	الشمال الشرقي	سكيكدة	21
2,14	3,64	4,41	1,23	0,61	1,16	91,11	الشمال الغربي	سيدي بلعباس	22
2,83	5,72	4,75	1,28	0,93	1,25	21,77	الشمال الشرقي	عناية	23
1,53	3,69	3,44	1,04	0,49	1,09		الشمال الشرقي	قالمة	24
2,42	2,60	3,59	0,99	0,49	0,92	33,43	الشمال الشرقي	قسنطينة	25
1,46	3,16	2,16	0,92	0,27	0,79	20,73	الشمال الوسط	المدية	26
1,53	2,83	2,29	0,62	0,66	0,67	24,55	الشمال الغربي	مستغانم	27
1,27	2,28	2,08	0,50	0,24	0,60	60,05	الهضاب العليا الوسطى	مسيلة	28
2,15	3,10	2,66	0,64	0,28	0,72	49,60	الشمال الغربي	معسكر	29
2,31	3,72	3,22	1,15	1,02	1,19	18,34	الشمال الغربي	وهران	30
1,80	3,88	3,50	0,77	1,06	0,81	40,82	الهضاب العليا الشرقية	أم البواقي	31
1,61	3,12	2,18	0,83	1,16	0,91	15,37	الهضاب العليا الغربية	البيضاء	32
4,11	8,04	3,84	1,17	3,19	2,15	161,42	الجنوب الكبير	إليزي	33
1,52	3,19	3,69	0,97	0,67	1,05	11,42	الهضاب العليا الشرقية	برج بوعريج	34
0,97	2,00	2,59	0,62	0,32	0,78	8,95	الشمال الوسط	بومرداس	35
1,59	3,83	2,91	1,07	0,50	1,08	63,45	الشمال الشرقي	الطارف	36
2,88	4,67	2,07	0,59	2,96	0,73		الجنوب الغربي	تندوف	37

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

2,00	3,83	2,25	0,77		0,66		الهضاب العليا الغربية	تيسمسيلت	38
1,02	2,31	2,44	0,52	0,36	0,68	11,29	الجنوب الشرقي	الوادي	39
2,13	4,20	3,25	1,07	0,32	0,99	12,69	الهضاب العليا الشرقية	خنشلة	40
1,35	3,19	2,52	0,86	0,22	0,85		الشمال الشرقي	سوق أهراس	41
1,99	3,43	3,77	0,85	0,45	1,08		الشمال الوسط	تبيازة	42
1,28	2,21	3,27	0,56	0,13	0,88	32,48	الشمال الشرقي	ميلة	43
1,28	3,16	2,35	0,89	0,09	0,71	17,33	الشمال الوسط	عين الدفلى	44
1,82	3,99	2,59	0,89	1,79	0,79		الهضاب العليا الغربية	النعامة	45
2,59	5,12	4,80	1,08	1,64	1,29	25,33	الشمال الغربي	عين تيموشنت	46
1,56	4,70	2,42	1,28	1,15	0,70	37,02	الجنوب الشرقي	غرداية	47
1,13	2,17	2,97	0,59		0,62	14,47	الشمال الغربي	غليزان	48
1,57	3,28	3,06	0,80	0,68	0,85	33,64	المستوى الوطني	المستوى الوطني	

المصدر: من اعداد الطالب

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

كما استعملنا في بعض الفقرات التحليل حسب المناطق الجغرافية التسع (EPT) والتي تم حساب الكثافات فيها بجمع الكثافات في الولايات التابعة لكل منطقة حسب (الجدول رقم 27) وقسمة العدد المقابل على عدد الولايات.

فيما يلي جدول الذي تبنيه لهذا الجزء من الدراسة:

الجدول رقم 29: توزيع قيم المتغير التابع معدل وفيات الأمهات الإستشفائي ومؤشرات المتغير المستقل لسنة 2018 حسب المناطق (EPT).

الرقم	EPT	المناطق الكبرى	معدل وفيات الأمهات الاستشفائي ل 100 ولادة حية	عدد الأطباء العاملين ل 1000 ساكن	عدد الاطباء المختصين في طب النساء ل 10 000 إبين 15-49 سنة	عدد القابلات ل 1000 امرأة بين 15-49 سنة	عدد الصيدلة ل 10 000 ساكن	عدد الشبه طبيين ل 1000 ساكن	عدد أسرة المستشفيات ل 1000 ساكن
1	الشمال الوسط	الشمال	20,64	0,81	0,17	0,79	2,83	3,12	1,59
2	الشمال الغربي	الشمال	39,43	0,88	0,61	0,81	3,32	3,30	1,84
3	الشمال الشرقي	الشمال	26,23	0,96	0,18	0,84	3,27	3,13	1,63
4	الهضاب العليا الوسطى	الهضاب العليا	41,04	0,54	0,48	0,52	2,05	2,39	1,28
5	الهضاب العليا الغربية	الهضاب العليا	20,51	0,75	0,80	0,80	2,56	3,52	1,84
6	الهضاب العليا الشرقية	الهضاب العليا	23,34	0,89	0,42	0,88	3,23	3,69	1,76
7	الجنوب الغربي	الجنوب	40,79	0,80	0,93	0,71	2,35	4,60	2,61
8	الجنوب الشرقي	الجنوب	27,27	0,78	0,42	0,75	2,60	2,89	1,39
9	الجنوب الكبير	الجنوب	214,79	1,30	1,48	0,83	3,02	5,27	2,59
10	المستوى الوطني	المستوى الوطني	33,64	0,85	0,68	0,80	3,06	3,28	1,57

المصدر: من اعداد الطالبة.

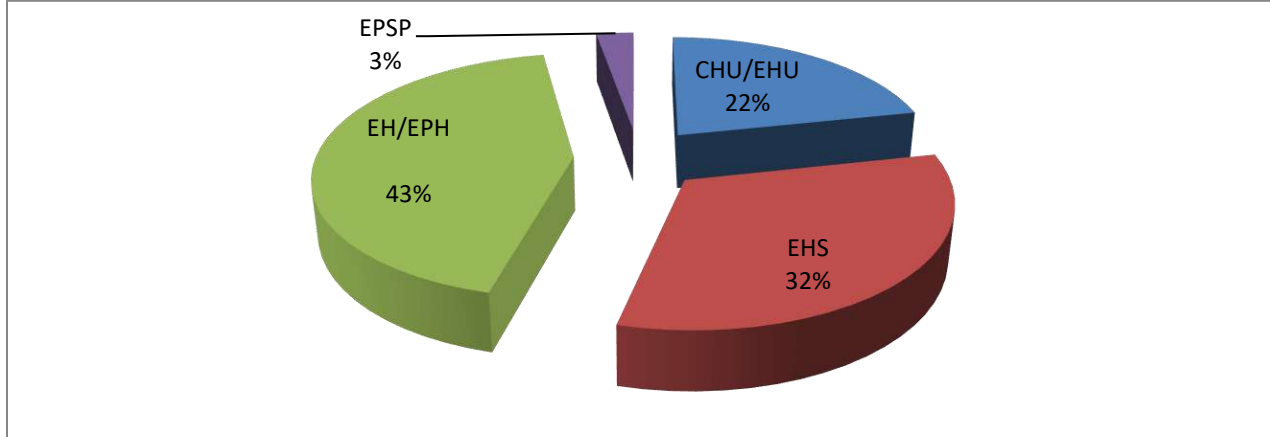
الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

المطلب الأول: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغير التابع

خصص قسم من الدراسة للاهتمام بوفيات الأمهات الاستشفائية وهذا لتعرض هذه الفئة لخطر المرضية والوفاة طول فترة الإنجاب واحتياج هذه الفئة أكثر من غيرها إلى التغطية الصحية والرعاية الطبية. وبهذا يكون معدل وفيات الأمهات الاستشفائية وعدد وفيات الأمهات الاستشفائية هما مؤشران للمتغير التابع وفيات الأمهات لهذا الجزء من الدراسة. و هو موزع حسب الولايات، وحسب المناطق.

قدرت وفيات الأمهات الاستشفائي بين 2018/ 01/01 إلى 2018/12/31، وفقا لمعطيات وزارة الصحة والسكان، ب217 وفاة ل642149 ولادة حية وهو ما يوافق معدل وفيات الأمهات ب33,79 وفاة لكل 100 000 ولادة حية.

الشكل رقم 31: توزيع نسب وفيات الأمهات حسب نوعية المؤسسة الصحية.



المصدر: من اعداد الطالبة على أساس معطيات وزارة الصحة والسكان، Santé en Chiffres 2018، 2019 ص10.

تستقطب المؤسسات الصحية العامة 87,2% من الولادات في الجزائر¹ كما تسجل أغلبية وفيات الأمهات في هذه المؤسسات، إذ سجلت الوفاة في 43% من الحالات في المؤسسات

¹ MSPRH, enquête par grappes à indicateurs multiples(MICS6) 2019, 2020, Algérie.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الاستشفائية العمومية (EH/EPH) بينما لم تُسجل إلا 3% من حالات الوفيات في المؤسسات الجوارية.

الجدول رقم 30: الإحصائيات الوصفية لمختلف مؤشرات المتغير التابع المستعملة في الدراسة.

المؤشرات	عدد المشاهدات	المتوسط الحسابي	الانحراف المعياري	أصغر قيمة	الولايات	أكبر قيمة	الولايات
عدد وفيات الأمهات الاستشفائي	41	5,29	4,97	1	أم البواقي، البويرة، سكيكدة، البيض، برج بو عريريج، بومرداس، الطارف، خنشلة، غليزان.	26	الولايات الجزائرية العاصمة
معدل وفيات الأمهات الاستشفائي	41	41,927	46,957	7,39	البويرة	268,16	تمنراست.

المصدر: من اعداد الطالبة.

قدمنا في الجدول السابق أهم إحصائيات للنزعة المركزية للمتغير التابع من خلال مؤشره معدل وفيات الأمهات الاستشفائي وعدد وفيات الأمهات الاستشفائية، والتي ستبين لنا تشتت قيم المتغيرات حول المتوسط الحسابي. وبهذا نستطيع إلى حد ما معرفة إذا كانت قيم المؤشرات المسجلة في الولايات تختلف كثيرا عن قيم المتغيرات المسجلة على المستوى الوطني. كما أدرجنا الحد الأصغر والحد الأكبر والولايات المعنية بهذه القيم.

لإشارة فقط أن بعض القيم الصغرى تعتبر غريبة مثل قيمة وفاة واحدة في ولايات أم البواقي، البويرة، سكيكدة، البيض، برج بو عريريج، بومرداس، الطارف، خنشلة، غليزان وهذا راجع في رأينا إلى عدم الإلمام بالتعريف المُعترف به لوفيات الأمهات الاستشفائي والذي يضم كل وفاة يأخذ بعين الاعتبار كل وفيات الأمهات الحاملات أو اللاتي توفين أثناء الولادة أو أثناء 42 يوم بعد الولادة في المنشأة الصحية.

من جانب آخر فإن الانحراف المعياري قريب من 0 فإن القيم غير متشتتة أو قليلة التشتت حول المتوسط الحسابي، بينما كلما كانت القيم أبعد عن المتوسط الحسابي، زاد الانحراف

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

المعياري.

حسب معطيات هذا الجدول، يُقدر المتوسط الحسابي لمعدل وفيات الأمهات الاستشفائي بين الولايات بـ 41,927 وفاة لكل 100000 ولادة حية مع انحراف معياري يُقارب 46,957 وهو يدل على التشتت الكبير للمعطيات حول المتوسط، والذي يدل بدوره على اختلاف هذا المعدل من ولاية إلى أخرى. حيث بينت المعطيات المتوفرة لدينا أن 18 ولاية لها معدلات وفيات الأمهات أعلى من المستوى الوطني في 2018، كما أن 23 ولاية تسجل معدلات أقل من المستوى الوطني. وهي ممثلة في الجدول الموالي:

الجدول رقم 31: توزيع الولايات حسب مستوى معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في 2018.

الولايات التي سجلت مستوى وفيات الأمهات الاستشفائي أقل من المستوى الوطني في 2018.	الولايات التي سجلت مستوى وفيات الأمهات الاستشفائي أعلى من المستوى الوطني في 2018
البويرة، بومرداس، الوادي، برج بو عريريج، خنشلة، جيجل، غليزان، البيض، عين الدفلى، الشلف، ورقلة، تبسة، المدية، باتنة، عنابة، تيزي وزو، الأغواط، مستغانم، عين تموشنت، أم البواقي، ميلة، قسنطينة، بسكرة.	سطيف، سعيدة، البليدة، غرداية، بجاية، الجلفة، الجزائر، وهران، سكيكدة، معسكر، تيارت، تلمسان، مسيلة، الطارف، سيدي بلعباس، أدرار، اليزي، تمنراست.

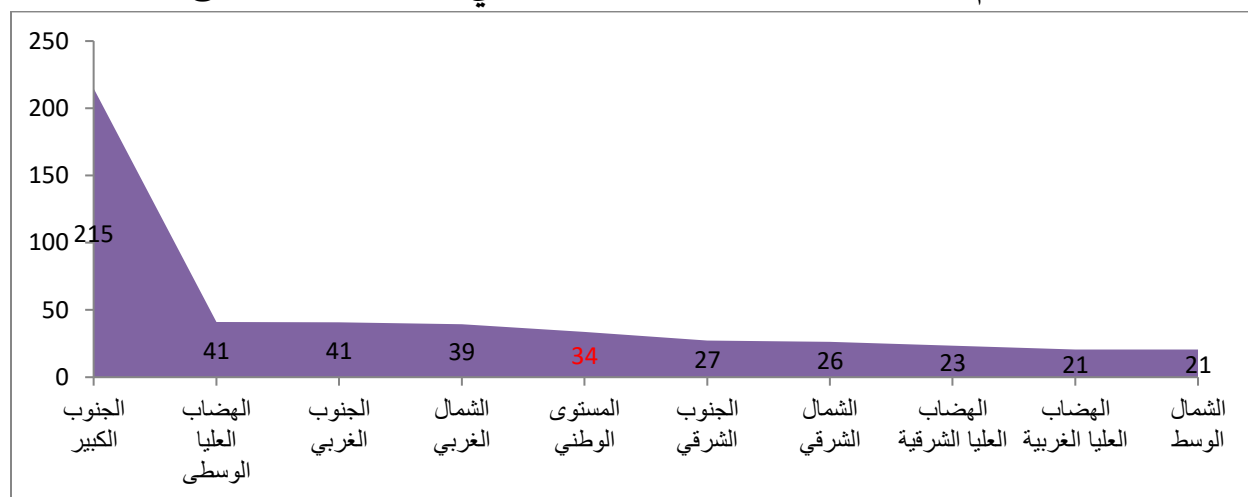
المصدر: من اعداد الطالبة.

دائما حسب الجدول رقم 30 فقد سُجلت أصغر قيمة لمعدل وفيات الأمهات الاستشفائية في ولاية البويرة بـ 7,39 وفاة لكل 100000 ولادة حية، كما سجلت ولاية تمنراست أعلى قيمة بـ 268,16 وفاة لكل 100000 ولادة حية، أي 36 مرة المعدل المسجل في ولاية البويرة و6 مرات المعدل الوطني المتمثل في 33,79 وفاة لكل 100000 ولادة حية وهذا يفسره بنسبة كبيرة ضعف الخدمات الصحية المقدمة في هذه الولايات للمرأة الحامل وعند ولادتها وللام بعد وضعها لمولودها، وهذا قد التمسناه في نتائج المسح المتعدد المتغيرات الأخير لـ 2019 حيث

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

أن هذه المنطقة تسجل أضعف نسبة تغطية رعاية للأم أثناء الحمل أثناء الولادة وبعد الولادة¹ وهو عكس ما التمسناه في ما يخص التغطية الصحية المنشورة من طرف وزارة الصحة والسكان للطاقت الطبي والأسرة حيث أظهرت هذه الأخيرة تغطية جيدة في ما يخص الكوادر الطبية وأسرة المستشفيات وهذا لوحده إشكال يمكن للباحثين المهتمين لهذه المنطقة التعمق فيه. كما سجلت أعلى عدد الوفيات الاستشفائية في ولاية الجزائر العاصمة بـ 26 وفاة و 66523 ولادة حية وسجلت أدنى عدد الوفيات الاستشفائية للأمهات في ولايات أم البواقي، البويرة، سكيكدة، البيض، برج بوعرييج، بومرداس، الطارف، خنشلة، غليزان.

الشكل رقم 32: معدل وفيات الأمهات الاستشفائية في 2018 حسب المناطق.



المصدر: من اعداد الطالبة.

يبين الشكل السابق توزيع معدل وفيات الأمهات الاستشفائية حسب المناطق، حيث تسجل منطقة الجنوب الكبير أعلى قيمة لوفيات الأمهات بـ 215 وفاة لكل 100000 ولادة حية، ويسجل الشمال الوسط أصغر القيم بـ 21 وفاة لكل 100000 ولادة حية. يمكننا الملاحظة من خلال الشكل رقم 32 أن ليس هناك فروق كبيرة بين منطقتي الشمال والهضاب العليا مقارنة بالمستوى الوطني، إنما أكبر الفوارق الجغرافية سجلت في معدل وفيات الأمهات في الجزائر

¹ انظر الفصل الثاني ص 75-77.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

تمس أكثر منطقة الجنوب الكبير أي ولايتي تمنراست واليزي التي تسجل معدل أكبر ب 6 مرات المعدل الوطني (33,79 وفاة لـ 100000 ولادة حية). للتذكير أن هذه الوفيات سجلت في المراكز الصحية ولا تشمل الوفيات المسجلة في المنازل، وهذا يقلل من الظاهرة لأن مستشفيات هذه المنطقة لا تستقطب الكثير من الولادات (حوالي 60%)¹.

كما تبين لنا عند حساب معاملات الاختلاف بين ولايات كل منطقة من مناطق الوطن أن معدلات وفيات الأمهات في منطقتي الهضاب العليا الغربية وشمال الوسط أكثر تشتتا من معدل وفيات الأمهات في ولايات المناطق الأخرى، أي أن الفوارق ليست فقط بين الولايات وإنما بين ولايات المنطقة الواحدة.

المطلب الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية المتغيرات المستقلة

خلال هذا الجزء من الدراسة قسمنا التغطية الصحية التي تتلقاها الأم إلى "التغطية الصحية للأم" و"التغطية الصحية الأساسية". وقد اخترنا المؤشرات التالية لقياس "التغطية الصحية للأم": الكثافة بالأطباء المختصين في طب النساء والكثافة بالقابلات، واخترنا المؤشرات التالية لقياس "التغطية الصحية الأساسية": الكثافة بالمرضى الشبه طبيين، الكثافة بالأطباء العاميين، الكثافة بالصيادلة والكثافة بأسرة المستشفيات والتي في الحقيقة هي مؤشرات سنقيس بها أيضا التغطية الصحية للطفل.

¹ L.Abid, *couverture sanitaire par willaya*, www.santémaghreb.com/algerie/ consulté le 21/12/2021.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الجدول رقم 32: الإحصائيات الوصفية لمختلف المتغيرات المستقلة المستعملة في الدراسة.

الولايات	أكبر قيمة	الولايات	أصغر قيمة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد المشاهدات	المتغيرات
البيزي	3,19	البويرة	0,04	0,693	0,743	46	عدد الأطباء المختصين في طب النساء ل10000 امرأة 15-49 سنة
غرداية	1,283	الجلفة	0,409	0,227	0,84	48	عدد القابلات ل1000 امرأة 15-49 سنة
البيزي	21,51	الجلفة	4,29	2,62	8,83	48	عدد الأطباء العاميين ل10000 ساكن
عين تموشنت	8,04	الجلفة	1,87	1,1526	3,585	48	عدد الممرضين ل1000 ساكن
عين تموشنت	4,8	الجلفة	1,74	0,737	3,012	48	عدد الصيادلة ل10000 ساكن
البيزي	4,11	بومرداس	0,97	0,593	1,851	48	عدد الأسرة ل1000 ساكن
تندوف	5,433	تيسمسيلت	0,054	0,825	0,918	48	عدد الأطباء المختصين في طب الأطفال ل10000 طفل بين 0-18 سنة

المصدر: من اعداد الطالبة.

من خلال الجدول السابق قدمنا أهم الإحصائيات للنزعة المركزية لكل مؤشر للمتغير مستقل، والتي ستبين لنا تشتت قيم المؤشرات حول المتوسط الحسابي الذي سيكون قريبا من المعدل الوطني لكل مؤشر. وبهذا نستطيع إلى حد ما معرفة إذا كانت قيم المؤشرات في الولايات تختلف كثيرا عن قيم المتغيرات على المستوى الوطني. كما أدرجنا الحد الأصغر والحد الأكبر والولايات المعنية بهذه القيم.

ارتكزنا على نفس المبدأ ولأثنا وحسب المناطق حيث حاولنا مقارنة قيم هذه المؤشرات حسب المناطق الجغرافية التي ادرجناها في الجدول رقم 27.

1-منطقة البرمجة الإقليمية

أدرجنا في هذه الدراسة متغير المنطقة الجغرافية على أساس تقسيم المخطط الوطني لتهيئة وتطوير الإقليم في الجزائر والذي حدد ب9 مناطق وذلك لإظهار الفوارق الجغرافية في ما يخص التغطية الصحية للأم ووفيات الأمهات بين المناطق حيث تكون القيم أكثر تعبيرا على

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الظاهرة.

ويتكون هذا المتغير من 9 صفات تمثل 9 مناطق البرمجة الإقليمية والتي جمعناها في الجدول رقم 27.

2- التغطية الصحية الأساسية

تعتبر التغطية الصحية بالأطباء العامين والصيدالة من الخدمات الصحية الأساسية في أي منظومة صحية باعتبارها المنفذ الأول الذي يلجأ له المريض. ولقد ركزت الدولة في تخرج نسبة كبيرة منهم. كما هو الحال أيضا بالنسبة للتغطية بالمرضى وبأسرة المستشفيات التي تعتبر مؤشر مهم للصحة العمومية بصفة عامة وخاصة لصحة الأم والطفل.

1.2 معدل التغطية بالأطباء العامين

كما هو الحال لمعظم المعدلات الوطنية، فإن معدل التغطية بالأطباء العامين على المستوى الوطني يتوافق مع المعايير الدولية حيث أن المنظمة العالمية للصحة توصي بطبيب لكل 1000 ساكن بينما تسجل الجزائر طبيب ل 1100 ساكن.

بالرجوع للجدول رقم 32 والذي يعطينا الإحصائيات الوصفية للمتغيرات المستقلة المستعملة في الدراسة، فإن المتوسط الحسابي لهذا المؤشر يمثل 8,83 أي حوالي 9 أطباء لكل 10 000 نسمة، كما تدل قيمة الانحراف المعياري على تشتت نسبي بين الولايات لقيم هذا المؤشر (2,62) أي أن قيم هذا المؤشر ليست قريبة فيما بينها ولا حول المتوسط الحسابي الذي يقارب في حالتنا المعدل الوطني. كما يبين لنا الجدول أيضا أن ولاية الجلفة سجلت أضعف القيم ب4 أطباء عامين، بينما سجلت ولاية إليزي 21 طبيب عام ل 10 000 نسمة.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

2.2 معدل التغطية بالمرضى الشبه طبيين

يعد الممرض الشبه الطبي المساعد في عملية العلاج، والقائم على التوعية والتحسيس والوقاية عن طريق العلاقة القريبة من المواطن.

يعتبر المعدل الوطني للتغطية بالمرضى جيدا بالنظر للعدد السكان الذي يغطيه هذا الأخير أي 305 ساكن لكل ممرض. كما تتراوح قيم التغطية بالمرضى بين حوالي 2 ممرضين ل1000 نسمة في ولاية الجلفة و8 ممرضين لنفس العدد من السكان في ولاية عين تموشنت. ويقدر المتوسط الحسابي لهذا المتغير الكمي ب 3,585 أي قريب من المعدل الوطني المقدر ب3,28 ممرض ل1000 نسمة (الجدول 32)، أما الانحراف المعياري فيقدر ب 1,1526، وذلك يدل على تشتت نسبي للكثافات حول المتوسط الحسابي القريب من المعدل الوطني.

3.2 معدل التغطية بالصيدالة

يعد الصيدلي أداة وصل بين المريض وباقي المنظومة الصحية. وبدون دواء لا يستفيد المريض من العلاج الذي يقدمه الطبيب. يوجد في الجزائر أكثر من 12800 صيدلية منتشرة عبر التراب الوطني. أكثر من 15% منها بين الجزائر العاصمة وولاية وهران.

بالرجوع للجدول رقم 32 والذي يعطينا الإحصائيات الوصفية للمتغيرات المستقلة المستعملة في الدراسة، فإن القيم الصغرى والكبرى تتراوح بين صيدليين 2 و5 صيدالة ل10 000 نسمة، ويتمثل المعدل الوطني ب3 صيدالة ل10 000 نسمة.

أحسن معدلات التغطية تتمركز في ولايات عين تموشنت وتلمسان وعنابة، وأسوؤها في ولايات الجلفة، تندوف والمسيلة وأم البواقي الجدول رقم 28.

4.2 التغطية الصحية بأسرة المستشفيات

تعتبر التغطية الصحية بالأسرة مؤشرا مهما للخدمات الاستشفائية في أي منطقة. تتراوح الكثافة بالأسرة بين سرير 1 و 4 أسرة ل 1000 ساكن في ولايتي بومرداس وإليزي على التوالي. كما تتمثل في سريرين 2 كمعدل وطني، وهو أيضا المتوسط الحسابي الذي نتشتت حوله قيم الولايات بانحراف معياري يقدر ب 0,593 (الجدول رقم 32). وقد أظهر التحليل الإحصائي لهذا المتغير أن الكثافة الصحية بالأسرة ل 17 ولاية أضعف من الكثافة على المستوى الوطني مقابل 31 ولاية التي تعرف كثافة أحسن من التي سجلت على المستوى الوطني.

3- التغطية الصحية الخاصة للأم

يمكن تفسير التغطية الصحية للأم بأنها تلبية حاجيات الأم في مجال الصحة سواء أثناء الحمل، أثناء الولادة أو بعد الولادة، هذه الحاجيات يمكن أن تكون بشرية (الطبيب المختص في أمراض النساء، الطبيب العام، القابلة، الممرضة)، ويمكن أن تكون مادية انطلاقا من الهيكل الطبي (مستشفى، عيادة، مصلحة التوليد) مروراً بالمعدات الطبية والأدوية والدم. ونحن على دراية بأن التغطية الصحية للأم أو لغيرها من أفراد المجتمع تستلزم تلبية احتياجات أخرى من غير البشرية والمادية (المنشآت والأسرة)، وهي المسافة والتكلفة وحتى حسن الاستقبال والتكفل الجيد للحالات المرضية، إلا أننا أردنا في هذا العمل المتواضع دراسة جانب مهم من هذه التغطية وهي توفر الجانب البشري (من أطباء مختصين في طب النساء والقابلات) والمنشآت من خلال الأسرة، حيث أنه في رأينا أن المريض في الجزائر تستقطبه في الزيارة الأولى توفر الخدمة ثم للزيارات التالية يجلبه توفر الخدمة ونوعيتها. ويمكن دراسة الجوانب أخرى في الدراسات المقبلة.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

اعتمدنا فيما يلي على مفهوم تلبية التغطية الصحية اللازمة بالكادر الطبي والمنشآت الصحية لوصف الوصول إلى الرعاية الصحية للأم. وذلك من خلال المتغيرات الكمية، معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء (عدد الأطباء مختصين في طب النساء لكل 10000 امرأة في سن الإنجاب) ومعدل التغطية بالقابلات (عدد القابلات لكل 1000 امرأة في سن الإنجاب)، وزعت تلك المعدلات حسب الولايات وحسب المناطق.

1.3 معدل التغطية بالمختصين في طب النساء

تتوجه المرأة للطبيب المختص في طب النساء والتوليد كلما ظهرت عندها علامات المرض أو الخطر سواء كانت حامل وتريد أن تحمل أو بعد الولادة، لا بد إذا من طاقم طبي متكون في هذا المجال لتلبية هذا الاحتياج. وقد تم حساب هذه الكثافة على أساس عدد النساء في سن الإنجاب في كل ولاية.

و رجوعا للجدول رقم 32 الذي يمثل الإحصائيات الوصفية للمتغيرات المستقلة فإن التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد العاملين في القطاع العام في الجزائر في 2018 حسب الولايات تتراوح بين تقريبا انعدام التغطية حيث تسجل ولاية البويرة 0,04 وتسجل ولاية اليزي 3,19 طبيب مختص في طب النساء والتوليد لـ 10 000 امرأة في سن الإنجاب وهذا بفضل الخدمة المدنية التي أجبرت الأطباء المختصين في الجزائر للعمل على الأقل سنتين في المناطق المعزولة والجنوبية. كما سجلت الجزائر معدل وطني للتغطية بالأطباء المختصين في طب النساء يقارب طبيب مختص لكل 10 000 امرأة في سن الإنجاب.

2.3 معدل التغطية بالقابلات

تعتبر القابلات عنصر مهم في رعاية صحة الأم أثناء الحمل أثناء الولادة وبعد الولادة، حيث أنها من بين الأشخاص في النظام الصحي الذي يُمكن للمرأة على العموم أو الأم على

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الخصوص أن تحكي لها انشغالاتها الصحية الحميمة دون عقدة. كما تتكفل القابلات في الجزائر بمختلف الفحوصات والتلقيحات للمرأة الحامل، كما تتكلف بإعطاء الموانع الحمل للأمهات بعد أحمالهن. وتتابع القابلة صحة المرأة بتحويلها إلى الطبيب المختص في حالة شكوك في ظهور أي تعقيدات في صحتها سواء في الجهاز التناسلي للمرأة أو غيرها. وبالنظر إلى عدد القابلات في الجزائر الذي يقارب 9000 قابلة ومقارنتها بعدد الولادات الحية والميتة التي تقارب 1 500 000 ولادة في السنة، فإن القابلة في الجزائر تغطي ولادة واحدة في اليوم (4110 ولادة في اليوم لجميع القابلات علما أنها تعمل بالتناوب).

تم في هذا الفصل حساب معدلات التغطية بالقابلات لكل الولايات والمناطق في الجزائر للنساء من 15 إلى 49 سنة وذلك على أساس أن النساء في هذا السن أكثر حاجة لهذا الفريق الطبي. سجلت الجزائر معدل قابلة ل1000 امرأة في سن الإنجاب، بالنظر للجدول رقم 32 يتراوح هذا المعدل بين 0,409 وفي ولاية الجلفة و1,283 في ولاية غرداية، بمتوسط حسابي يقارب 0,84. قيمة الانحراف المعياري يبين لنا وجود اختلافات معتبرة بين الولايات في ما يخص هذه الكثافة حول المتوسط الذي يقارب القيمة المسجلة على المستوى الوطني، أي أن المعدلات متشعبة حول المعدل المسجل على المستوى الوطني.

4- مؤشر التغطية الصحية للأم حسب الولايات.

انطلاقاً من المبدأ أن من أجل رعاية صحية فعالة للمرضى لا بد من تواجد طاقم كامل متكامل من الأطباء العاميين والأطباء المختصين والشبه طبيين وعدد لازم من أسرة المستشفيات، أردنا بناء "مؤشر التغطية الصحية للأم" لإيجاد متغير يعوض كل مؤشرات التي تدل على التغطية الصحية للأم دون استعمال كل المؤشرات، هذا من جانب، من جانب آخر فإن توفر أحد المستخدمين الصحيين (طبيب المختص لوحده، كذا القابلة لوحدها) لا يكفي لتحقيق التغطية

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

في أي منطقة أو ولاية وإنما تضافر الجهود بين كل الطاقم الطبي هو الذي يُوفر أقصى درجات الرعاية. ولهذا تم بناء هذا المؤشر باستعمال المؤشرات الدالة على التغطية الصحية للأم أي: معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء، معدل التغطية بالقابلات، معدل التغطية بأسرة المستشفيات، معدل التغطية بالأطباء العاميين، معدل التغطية بالمرضى الشبه طبيين ومعدل التغطية بالصيدلة. ومن خلاله سنتمكن من استخراج الولايات ذات الكثافات الجيدة والولايات ذات الكثافات الضعيفة وذلك مقارنة بالمستوى الوطني.

الجدول رقم 33: المتغيرات التي تدخل في بناء المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم.

المؤشر	المتغيرات التي تدخل في بناء المؤشر
المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم	معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء، معدل التغطية بالقابلات، معدل التغطية بأسرة المستشفيات، معدل التغطية بالأطباء العاميين، معدل التغطية بالمرضى الشبه طبيين، ومعدل التغطية بالصيدلة.

المصدر: من اعداد الطالبة.

قمنا ببناء هذا المؤشر من خلال تحليل المعطيات وهذا بالاعتماد على طريقة تحليل المكونات الرئيسية (ACP)¹ حيث بعد تحديد هذه المتغيرات التي تخبرنا على وجود التغطية الصحية في كل ولاية ومنها في كل منطقة، نمر إلى اختبار العلاقة بين مختلف المتغيرات وتفسير النتائج لمعرفة إن كان هناك ترابط بينها ومدى ملائمتها للتحليل العاملي وهذا باستخدام عدد من الاختبارات والتي نستعرض نتائجها في ما يلي:

¹ لأكثر تفاصيل يمكن تصفح كل التحليل الموجود في الملحق رقم 2.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

-اختبار (Kaiser-Meyer-Olkin) KMO-

يبين الجدول رقم 1 من الملحق 2 أن قيمة $KMO=0,803$ وبما أن هذه القيمة أكبر من $10,50^1$ فإن جودة المعاينة تعتبر جيدة جدا. كما أن اختبار Bartlett للدائرية $Sig\ Bartlett=0,000$ مما يؤكد أن العلاقة بين المتغيرات علاقة دالة إحصائية وأيضا قوية ما يعني ملائمة المتغيرات لإجراء التحليل العاملي.

-جودة التمثيل (Qualité de Représentation)

يبين الجدول رقم 2 في الملحق أن قيم جودة تمثيل المتغيرات تتراوح بين $0,686$ و $0,849$ وهي قيم مقبولة وعليه فإن جميع المؤشرات تفسيرية جدا.

-التباين الكلي المفسر (Variance Totale Expliquée)

نلاحظ أن المكون الرئيسي الأول له أكبر تباين ويساوي $3,709$ ويفسر $61,816\%$ من التباينات الكلية للمتغيرات المكونة لمؤشر التغطية الصحية للأم، كما أن المكون الثاني له تباين يساوي $1,022$ ويفسر $17,031\%$ من التباينات مما يجعل نسبة التفسير الكلي للمكونين $78,847\%^2$.

-مصفوفة المكونات (Matrice des Composantes)

تشير القيمة المطلقة لجميع الأوزان (جدول رقم 4 للملحق) إلى أن كل المتغيرات المكونة لمؤشر التغطية الصحية للأم يمكن اعتبارها مؤشرات هامة. يمثل المكون الأول التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد والتغطية الكافية بالأسرة والمساعدين الشبه طبيين. كما

¹ وفقا لمحركات كيزر الذي يعتبر أن قيم هذا الاختبار التي تتراوح بين $0.50-0.70$ لا بأس بها والقيم التي تتراوح بين $0.70-0.90$ جيدة جدا والقيم التي تتعدى 0.90 ممتازة.

² لتفاصيل أكثر يمكن مراجعة الجدول رقم 3 من الملحق رقم 2.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

يمثل المكون الثاني التغطية الصحية بالأطباء العاميين، القابلات والصيادلة.

كل الاختبارات المبينة أعلاه تبين وجود ترابط بين مختلف المتغيرات مما يسمح ببناء متغير ملخص نطلق عليه "المؤشر المركب للتغطية الصحية للأم" وهذا سيمكننا من المقارنة بين الولايات ومناطق الوطن، المؤشر المبني يتمثل في تكوين خطي من المكونيين الأساسيين (composition linéaire des 2 composantes) وهذا باستعمال برنامج الـ SPSS. بعدها سنقوم باستعمال نفس البرنامج لتقسيم قيم المؤشر بشكل يسمح بالحصول على مستويين للدلالة على مستوى التغطية الصحية للأم: تغطية ضعيفة، وتغطية جيدة مقارنة بالمستوى الوطني.

تحليل "المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم" في الجزائر المبني على معطيات 2018 للوزارة الصحة والسكان بين لنا أنه يمكن تقسيم الولايات إلى قسمين:

- 1- الولايات التي تسجل مستوى المؤشر التغطية أقل من المستوى الوطني والتي اعتبرناها في هذه الدراسة كولايات ضعيفة فيما يخص التغطية الصحية للأم.
- 2- الولايات التي تسجل مستوى المؤشر التغطية الصحية أكبر من المستوى الوطني والتي اعتبرناها في هذه الدراسة أنها ولايات ذات تغطية صحية جيدة.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

المبحث الثالث: تحليل وتفسير الفرضية الأولى للدراسة

تنص الفرضية الأولى لهذه الدراسة على أن " يؤثر اختلاف توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الأم بين الولايات والمناطق في الجزائر على توزيع معدل وفيات الأمهات فيها. "

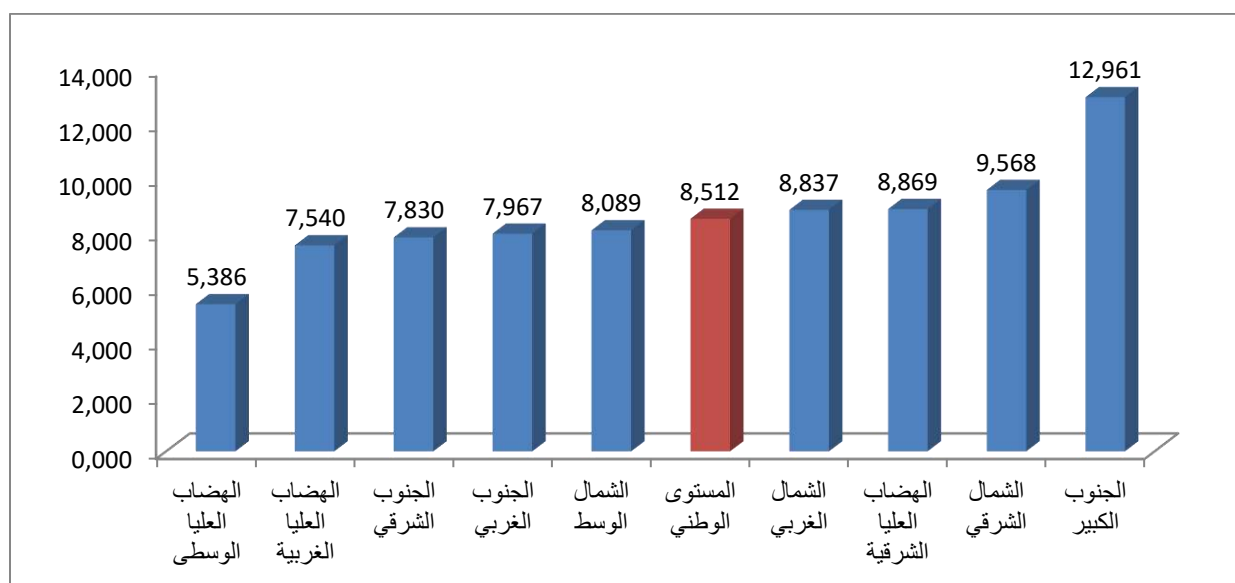
وقد تم تفكيك المتغيرين المستقلين كما هو موضح في تمهيد الفصل إلى مؤشرات، والتي ستستعمل في تحليل وتفسير الفرضية.

العلاقة بين التغطية بالطبيب العام والمنطقة

تختلف التغطية الصحية بالأطباء العامين حسب المناطق الجغرافية في الجزائر، فقد سجلت 21 ولاية من أصل 48 ولاية معدل أحسن من المعدل المسجل على المستوى الوطني من بينها 12 ولاية من الشمال، و27 ولاية أكبر من المعدل المسجل على المستوى الوطني من بينها 9 ولايات الهضاب العليا و5 ولايات من الجنوب. وسجلت ولاية الجلفة أضعف التغطية ب4 أطباء عامين، بينما سجلت ولاية إليزي 21 طبيب عام ل10000 نسمة.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الشكل رقم 33: يبين العلاقة بين الكثافة بالأطباء العامين لـ 10000 ساكن والمنطقة الجغرافية.



المصدر: من حساب الطالبة وانجازها.

حسب الشكل السابق الذي يمثل عدد الأطباء العامين لـ 10000 نسمة في الجزائر حسب المناطق نلاحظ تجانس لهذا المؤشر حسب المناطق وهذا بفضل استقرار الأطباء العامين في العيادات المتعددة الخدمات وقاعات العلاج وهذا يعطي تغطية جيدة لهذا الممارس مقارنة بغيره من الممارسين. رغم هذا فإن ولايات الجنوب الكبير تسجل أعلى كثافة بالأطباء العامين 13 طبيب عام لكل 10 000 ساكن، بينما تسجل منطقة الهضاب العليا الوسطى (الجلفة، مسيلة، الأغواط) أضعف كثافة بـ 5 أطباء عامين لكل 10 000 ساكن.

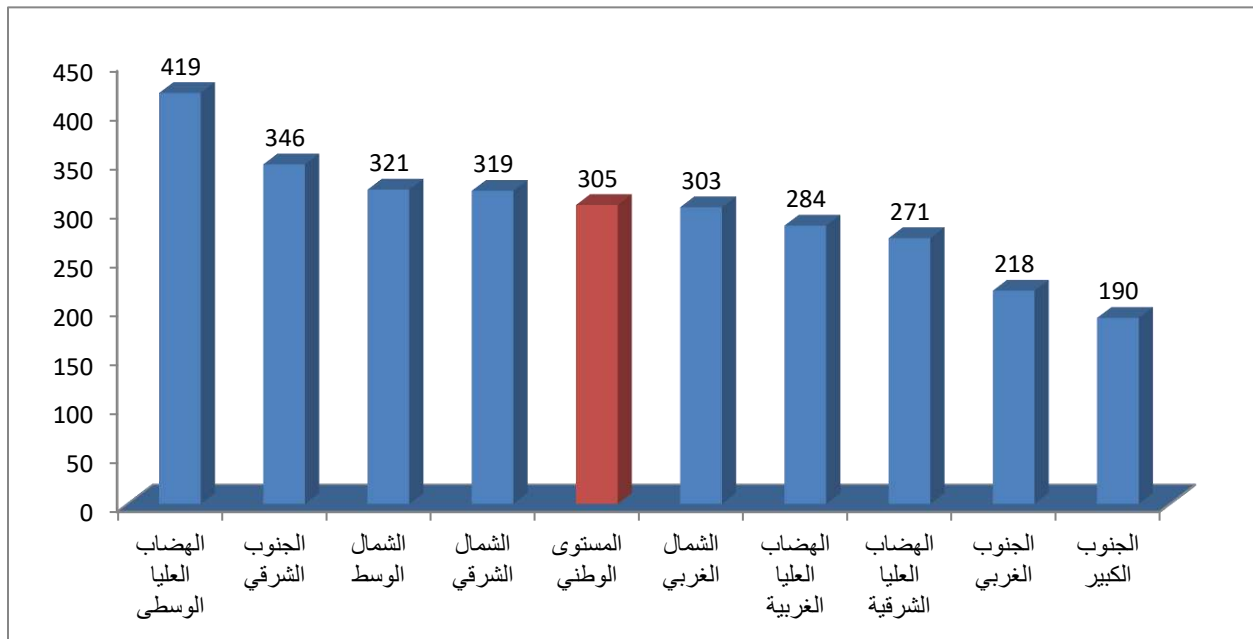
وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار بيرسن (الجدول رقم 1 الملحق 1) الذي يبين العلاقة بين متغيرين كميين فوجدنا أن قيمة الدلالة 0,024 أي أنها أقل من مستوى دلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية عدم القائل بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين الكثافة بالأطباء العامين والمنطقة الجغرافية التي تتواجد فيها المؤسسة التي سُجلت فيها الوفاة.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

العلاقة بين التغطية بالمرض والمنطقة

بالنظر لعدد السكان الذي يغطيه الممرض ظهرت لنا بعض الاختلافات بين الولايات، فمثلا ولاية الجلفة التي تسجل أعلى معدل هو 5 مرات المعدل المسجل في ولاية إليزي ومرتين المعدل المسجل على المستوى الوطني.

الشكل رقم 34: توزيع عدد السكان لممرض الواحد في الجزائر في 2018 حسب المناطق.



المصدر: من اعداد الطالبة.

يظهر لنا الشكل السابق توزيع معدل التغطية بالممرضين الشبه طبيين حسب مناطق البرمجة الإقليمية، وكما هو واضح فإن معدلات التغطية بهذا الممارس في منطقة الجنوب الكبير يعادل 190 ساكن لكل ممرض بينما يتمثل هذا المعدل في 419 ساكن لكل ممرض في الهضاب العليا الوسطى أي مرتين معدل التغطية في الجنوب الكبير.

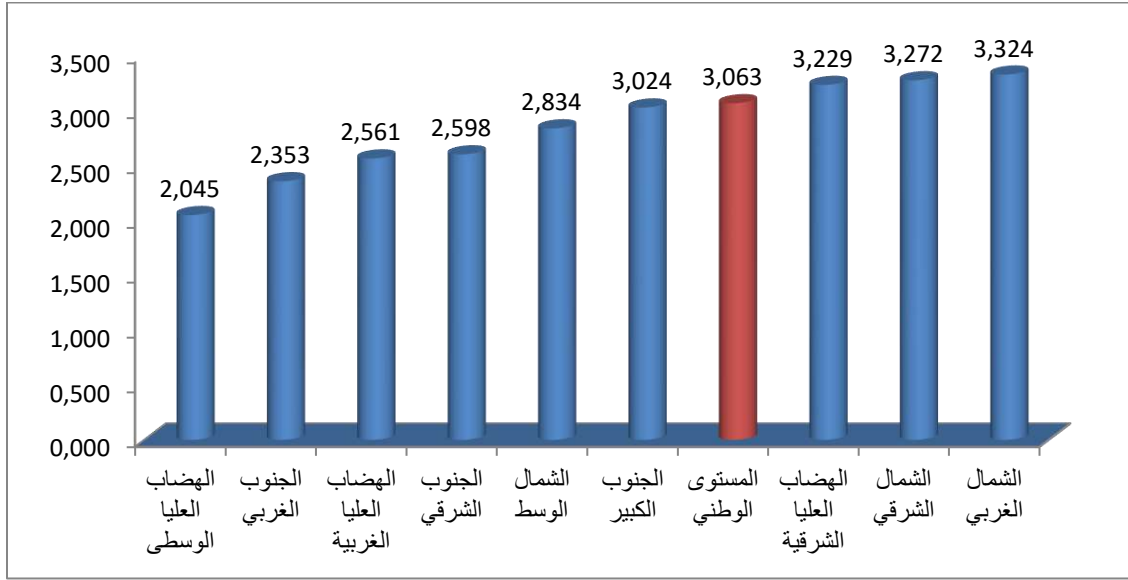
وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار بيرسن (الجدول رقم 1 الملحق 1) الذي يبين العلاقة بين متغيرين كميين فوجدنا أن قيمة الدلالة 0,0073 أي أنها أقل من مستوى

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

دلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية عدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين الكثافة بالمرضى والمنطقة الجغرافية التي تتواجد فيها المؤسسة التي سُجلت فيها الوفاة.

العلاقة بين التغطية بالصيدالة والمنطقة

الشكل رقم 35: توزيع الكثافة بالصيدالة لـ 10000 ساكن في الجزائر في 2018 حسب المناطق.



المصدر: من اعداد الطالبة.

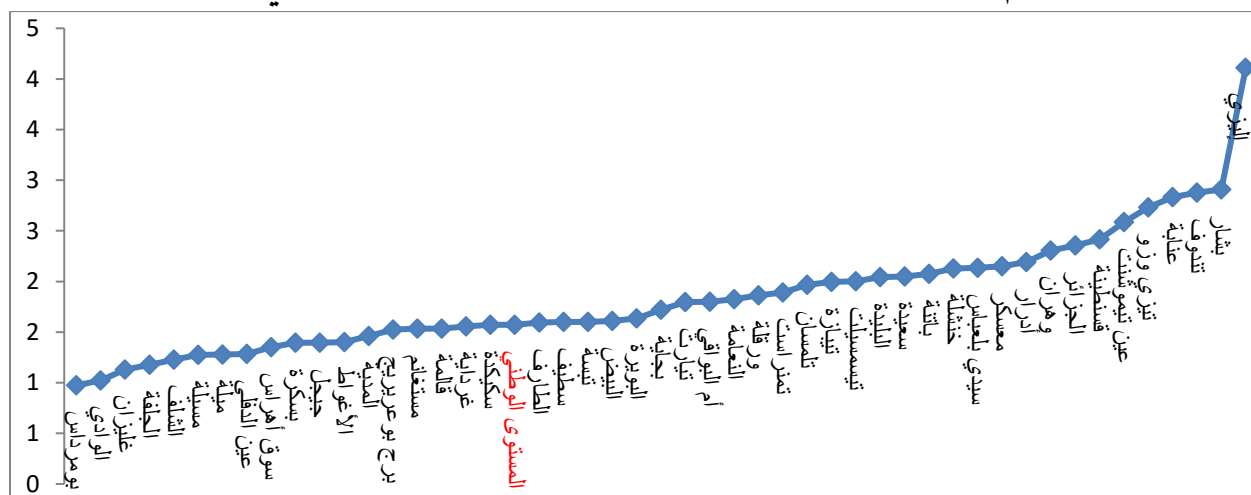
يبين لنا التوزيع المقدم في الشكل السابق الكثافات بالصيدالة لكل 10000 ساكن حيث تسجل منطقة الشمال الغربي أحسن الكثافات بـ 3 صيدلي لـ 10000 ساكن بينما تسجل منطقة الهضاب العليا الوسطى تغطية بـ 2 صيدليين لـ 10000 نسمة. من المعروف أن تمركز الصيدليات يتبع تمركز المنشآت العامة والخاصة حيث تنتشر الصيدليات في الأماكن تواجد المستشفيات أو العيادات الخاصة، وهذا يدل على عدم انتشار المؤسسات الصحية الكبرى في منطقة الهضاب العليا، سنلتمس هذا الأمر في التغطية بأسرة المستشفيات التي تسجل هذه المنطقة أضعف كثافتها.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار بيرسن (الجدول رقم 1 الملحق 1) الذي يبين العلاقة بين متغيرين كميين فوجدنا أن قيمة الدلالة 0,020 أي أنها أقل من مستوى دلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين الكثافة بالصيدلة والمنطقة الجغرافية التي تتواجد فيها المؤسسة التي سُجلت فيها الوفاة.

العلاقة بين التغطية بأسرة المستشفيات والمنطقة

الشكل رقم 36: معدل التغطية بالأسرة ل1000 ساكن حسب الولايات في 2018.



المصدر: من اعداد الطالبة.

بين الشكل السابق التوزيع للكثافات بالأسرة حسب الولايات أن ولاية إيزي في المركز الأول ب4 أسرة ل1000 ساكن، ويمكن تفسير هذه الوضعية بضعف الكثافة السكانية في هذه الولايات، بينما تأتي ولاية بومرداس في المراكز الأخيرة بتغطية تقارب سرير لكل 1000 ساكن أي ما يعادل 3 مرات التغطية في الولايات التي تتواجد في المراتب الأولى وهذا يتوافق مع ما اشرنا إليه من قبل وهو أن منطقة الصحراء تتواجد فيها المنشآت الصحية الكبيرة والثقيلة التي تتطلب تجهيزات وموارد بشرية كبيرة الأمر الذي لم تستطع حتى الآن توفيره الوزارة والتي لا

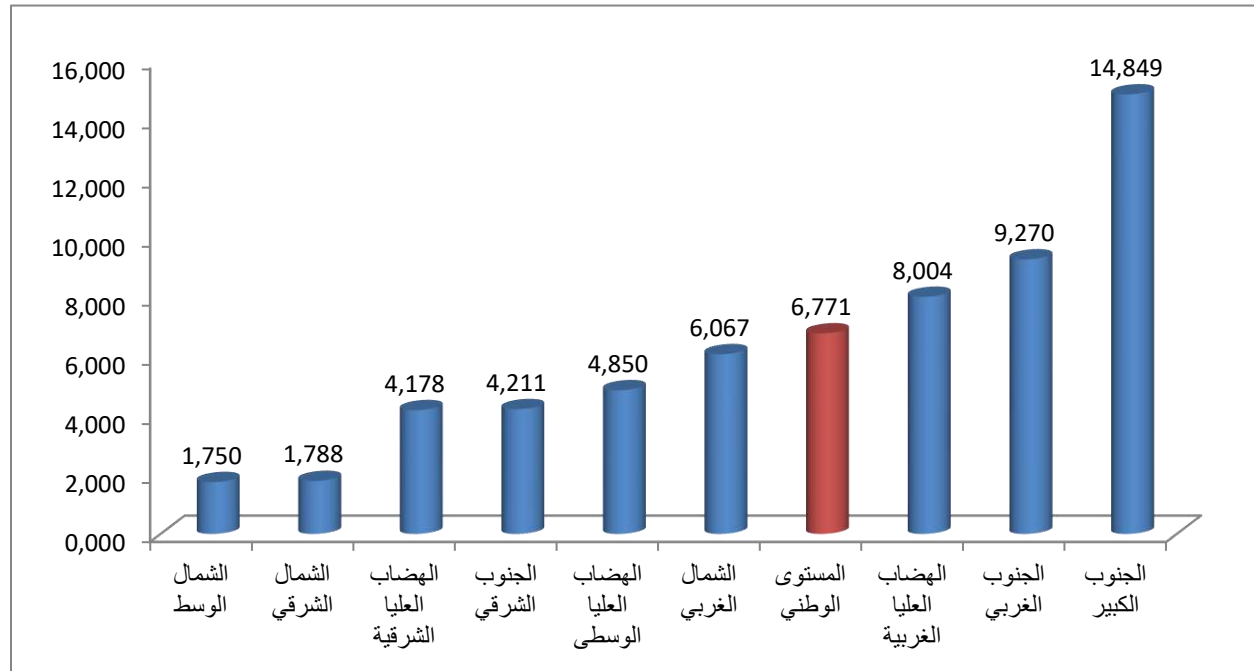
الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

تستقطب الكثير من المرضى وخاصة الولادات لبعد المسافات، وقد تظن بعض الباحثين¹ لهذا الأمر وطلبوا توفير المنشآت الخفيفة في هذه المناطق لتوفير الرعاية الصحية القريبة من المواطن وتكون منتشرة في المساحات الكبرى بدلا من المستشفيات الكبرى التي تكون بعيدة على أغلبية السكان المقيمين في المناطق المعزولة وتتطلب تمويل أكبر.

نفس الوضعية عندما نقرن التغطية بأسرة المستشفيات حسب المناطق، تتراوح التغطية بالأسرة بين سرير واحد و3 أسرة ل1000 نسمة أضعفها في منطقة الهضاب العليا الوسطى وأحسنها في منطقة الجنوب الغربي.

العلاقة بين التغطية بأطباء المختصين في طب النساء والمنطقة

الشكل رقم 37: توزيع معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء في الجزائر ل100 000 امرأة في سن الانجاب في 2018.



المصدر: من اعداد الطالبة.

¹ L.Abid, *couverture sanitaire par willaya*, www.santémaghreb.com/algerie/consulté le 21/12/2021

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

حسب الشكل السابق الذي يمثل توزيع الكثافات بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد حسب المناطق ل100000، تسجل منطقة الجنوب الكبير تغطية مريحة ب15 مختص في طب النساء ل100000 امرأة بين 15-49 سنة، بينما تسجل منطقة الشمال الوسط أضعف الكثافات بمختصين في طب النساء لنفس العدد من النساء.

بينما تظهر الاختلافات في التغطية بالمختصين في طب النساء أكبر عندما نرجع لحساب عدد المريضات للطبيب المختص الواحد، حيث تتراوح معدلات التغطية لهذا الاختصاص بين 252 000 امرأة و3100 امرأة بين 15-49 سنة للطبيب الواحد. وتسجل 29 ولاية من بين 48 ولاية معدل تغطية بالأطباء المختصين في طب النساء أكبر من المستوى الوطني، من بين هذه الولايات ولاية البويرة وجيجل التي تسجل أعلى المعدلات أي أن مختص في طب النساء في هذه الولايتين يعالج عدد نساء 60 مرة أكبر من نفس المختص في ولاية إيزي وتندوف، والتي بدورها تسجل أحسن المعدلات على المستوى الوطني.

في نفس السياق، الاختلافات كبيرة في نفس المنطقة فمثلا ولايات الشمال الشرقي ضعيفة مقارنة بالمناطق الأخرى (الشكل رقم 36) في ما يخص التغطية بمختصين النساء والتوليد، إلا أن معامل الاختلاف بين ولاياتها أكبر من المناطق الأخرى، فالطبيب المختص في طب النساء في ولاية جيجل يعالج عدد النساء 18 مرة أكبر من نفس المختص في ولاية عنابة (رغم أنهما من نفس منطقة الشمال الشرقي)، نفس النتيجة في تقريبا كل المناطق.

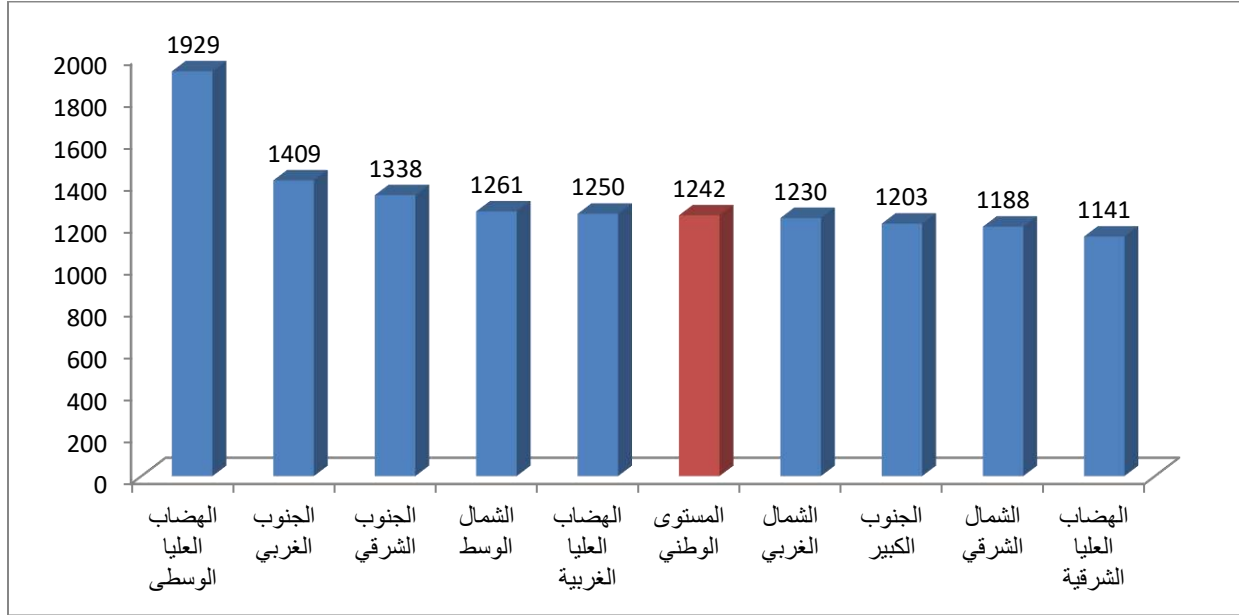
بهذا فإن ولايات الجنوب الكبير أحسن تغطية من ولايات الشمال التي تدفع ثمن التوزيع السكاني فيها، وهذا رغم أن أغلبية الأطباء يتواجدون في هذه المناطق (الجزائر العاصمة تستحوذ على 7% من مختصي طب النساء في 2018).

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

العلاقة بين التغطية بالقبالات والمنطقة

بينت المعطيات المتاحة أن 23 ولاية من أصل 48 تسجل معدلات التغطية بالقبالات أعلى (أي أن القابلة تعالج عدد مرضى أكبر) من المعدل المسجل في المستوى الوطني. كما اختلفت تلك المعدلات حسب الولايات من البسيط إلى ثلاث مرات المعدل الوطني)، فمثلا معدل ولاية الجلفة الذي يتمثل في قابلة ل 2443 امرأة بين 15-49 سنة يعتبر ثلاث مرات المعدل المسجل في ولاية غرداية بقابلة لكل 780 امرأة بين 15-49 سنة ومرتين المعدل المسجل على المستوى الوطني.

الشكل رقم 38: توزيع معدل التغطية بالقبالات في الجزائر في 2018 حسب المناطق.



المصدر: من اعداد الطالبة.

حسب الشكل السابق نلاحظ أن منطقة الهضاب العليا الوسطى هي المنطقة التي تسجل عدد أكبر من النساء بين 15-49 سنة التي تعالجها قابلة واحدة وذلك بسبب قلة القابلات في ولايتي الجلفة والمسيلة اللتان تسجلان عدد مريضات أكبر لكل قابلة بينما تسجل منطقة الهضاب العليا الشرقية أقل عدد النساء للقابلة الواحدة ب 1141 امرأة في سن الإنجاب للقابلة

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الواحدة، وتظهر لنا المعطيات أن المناطق الأخرى متقاربة في التغطية بالقابلات. رغم هذا فإن يظن أهل الاختصاص أن عدد القابلات (والذي يقارب 9000 قابلة) في الجزائر كاف لتغطية الولادات التي تسجل حتى الآن.

العلاقة بين مؤشر التغطية الصحية للأم والمنطقة

كما بينا سابقا أنه لتلقي المرأة مستوى أحسن من الرعاية الصحية لا بد من تواجد طاقم طبي متكامل، ولهذا فإن تحليل كل تغطية على حد لا يبين لنا شروط الرعاية الصحية اللازمة للأم. لهذا حاولنا ترسيخ هذه الفكرة حول الولايات ببناء مؤشر دال على التغطية الصحية للأم والذي يأخذ بعين الاعتبار كل المؤشرات المستعملة (التغطية بالأطباء العامين، بالمرضين، بالصيدلة، بالأسرة، بالأطباء الخاصين بطب النساء والتوليد وبالقابلات) في مؤشر واحد والذي مكننا من تقسيم الولايات إلى قسمين:

1-الولايات التي تسجل مستوى المؤشر التغطية أقل من المستوى الوطني والتي اعتبرناها في هذه الدراسة كولايات ضعيفة في ما يخص التغطية الصحية للأم.

2-الولايات التي تسجل مستوى المؤشر التغطية أكبر من المستوى الوطني والتي اعتبرناها في هذه الدراسة أنها ولايات ذات تغطية صحية جيدة لصحة الأم.

في هذه الفقرة حاولنا تحليل التوزيعات المهمة "للمؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم" واستخراج المعلومات التي مكننا هذا المؤشر من الوصول إليها باعتباره متغير جديد للدراسة. وقد قمنا في البداية بتوزيع الولايات حسب هذا المؤشر، وتوصلنا إلى النتائج التالية:

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الجدول رقم 34: نسب الولايات حسب قيم "المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم" في الجزائر حسب معطيات 2018.

النسب	عدد المشاهدات	قيم المؤشر المبني للتغطية الصحية للأم
52,1	25	تغطية جيدة
47,9	23	تغطية ضعيفة
100	48	المجموع

المصدر: من حساب الطالبة وانجازها على أساس التحليل العملي.

نلاحظ من خلال الجدول السابق أن 52,1% من الولايات لها تغطية جيدة مقارنة بالمستوى الوطني فيما يخص التغطية الصحية للأم، بينما 47,9% تملك تغطية ضعيفة أو أقل من المستوى الوطني.

الجدول رقم 35: توزيع الولايات حسب المنطقة وقيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم.

المجموع	تغطية ضعيفة		تغطية جيدة		مؤشر التغطية الصحية للأم المنطقة	
	عدد الولايات	%	عدد الولايات	%		
100	25	53,8	13	46,2	12	الشمال
100	14	57,1	8	42,8	6	الهضاب العليا
100	9	22,2	2	77,8	7	الجنوب
100	48	47,9	23	52,1	25	المستوى الوطني

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العملي.

أما حسب المناطق الكبرى للوطن فإن أغلبية ولايات الشمال وولايات الهضاب العليا تعرف تغطية ضعيفة بنسبة 53,8% و 57,1% على التوالي، بينما حوالي 78% من ولايات الجنوب تستحوذ على تغطية جيدة، وهذا يبين مجهودات الدولة في السنوات الأخيرة في تحسين التغطية الصحية في المناطق الجنوبية، إلا أن هذه المجهودات لم يظهر نتائجها على أرض الواقع للموقع الخاطئ للمنشآت الصحية حسب تضاريس المنطقة وحسب التجمعات السكانية المهمة وعدم استقطاب الكبير للسكان وللولادات لهذه المنشآت الكبيرة.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار بيرسن الذي يبين العلاقة بين متغيرين كميين مبوبين فوجدنا أن قيمة الدلالة 0,036 أي أنها أقل من مستوى دلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين الكثافة بالأطباء العاملين والمنطقة الجغرافية التي تتواجد فيها المؤسسة التي سُجلت فيها الوفاة.

وقد تمكنا من خلال المؤشر المبني على إعطاء قيمة من قيمتي المؤشر والتي تتمثل في "تغطية جيدة لصحة الأم" و"تغطية ضعيفة لصحة الأم" لكل ولاية من الولايات والتي تم جمعها في الجدول الموالي:

الجدول رقم 36: توزيع الولايات حسب مؤشر التغطية الصحية للأم وحسب المناطق.

الولايات ذات تغطية ضعيفة لصحة الأم		الولايات ذات تغطية جيدة لصحة الأم	
المنطقة	الولاية	المنطقة	الولاية
شمال وسط	الشلف، بجاية، البويرة، المدية، بومرداس، عين الدفلى.	شمال وسط	البلدية، تيزي وزو، الجزائر العاصمة، تيبازة.
الشمال الغربي	مستغانم، معسكر، غليزان	الشمال الغربي	تلمسان، سيدي بلعباس، وهران، عين تموشنت.
الشمال الشرقي	جيجل، سكيكدة، سوق اهراس، ميله.	الشمال الشرقي	عنابة، قالمة، قسنطينة، الطارف.
الهضاب العليا الوسطى.	الجلفة، المسيلة.	الهضاب العليا الوسطى.	الأغواط
الهضاب العليا الغربية.	تيارت، تيسمسيلت.	الهضاب العليا الغربية.	السعيدة، البيض، النعامة.
الهضاب العليا الشرقية.	تبسة، سطيف، برج بو عريريج. أم الدواقي.	الهضاب العليا الشرقية.	باتنة، خنشلة.
الجنوب الغربي.		الجنوب الغربي.	أدرار، بشار، تندوف.
الجنوب الشرقي	بسكرة، الوادي.	الجنوب الشرقي	ورقلة، غرداية.
الجنوب الكبير		الجنوب الكبير	تمنراست، إليزي.

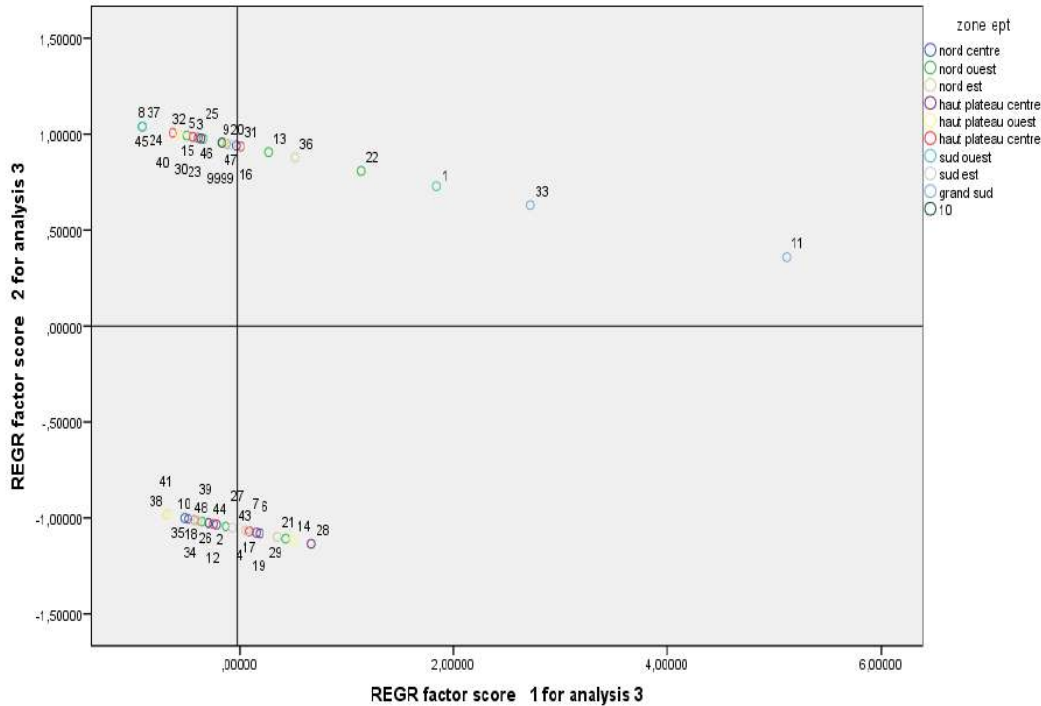
المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العاملي.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

من خلال هذا الجدول يمكن ملاحظة أن:

- الولايات الضعيفة التغطية أقل من الولايات جيدة التغطية.
- ولايات غليزان وبومرداس هن أقل تغطية لصحة الأم حسب المؤشر المبني.
- بينما ولايات إليزي وتندوف هن أحسن تغطية لصحة الأم حسب المؤشر المبني.
- كل ولايات الجنوب الغربي والجنوب الكبير هن ولايات ذات تغطية صحية جيدة لصحة الأم حسب المؤشر المبني.

الشكل رقم 39: تمثيل الولايات حسب قيم المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية الأم.



الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

تمكننا من خلال بنائنا للمؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم رؤية سلوك الولايات فيما يخص التغطية الصحية للأم وذلك باستعمال المؤشرات الدالة على الكثافة بالأطباء العاميين والممرضين والقابلات والأطباء المختصين في طب النساء والتوليد والصيدلة وأسرة المستشفيات. من خلال الشكل السابق الذي انبثق على تحليل المركبات الأساسية انقسمت الولايات إلى مجموعتين أساسيتين وهما الولايات ذات "التغطية الصحية الجيدة" والتي تتواجد في أعلى الشكل والولايات ذات "تغطية صحية ضعيفة" مقارنة بالتغطية المسجلة على المستوى الوطني وهي الولايات المتواجدة في أسفل الشكل.

يمكننا الملاحظة تطرف بعض الولايات التي بقي سلوكها شاذا وهي الولايات تمنزاست، إليزي، أدرار وسيدي بلعباس.

استنتاج الفرضية الأولى

بينت النتائج حتى الآن الفروق الأساسية المهمة التي توجد بين الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الأم بين الولايات، وكذا بين مختلف المناطق البرمجة الإقليمية، أكثر من ذلك تبين لنا أيضا الفوارق بين ولايات نفس المنطقة، وهذا سواء فيما يخص التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد أو التغطية بالقابلات.

فمثلا الولايات الأضعف تغطية بالمختصين في طب النساء والتوليد هي الولايات الشمالية الشرقية والوسطى (من بينها جيجل، البويرة وعين الدفلى)، أما فيما يخص القابلات ورغم تغطية المتوازنة بين مختلف المناطق الشمالية، الهضاب العليا والجنوبية، إلا أنها نسجل بعض الارتفاع لعدد النساء في سن الإنجاب لكل قابلة في منطقة الهضاب العليا الوسطى بالخصوص في ولايتي الجلفة والمسيلة.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

أما فيما يخص التغطية الصحية الأساسية (الأطباء العامين، الممرضين، الصيادلة وأسرة المستشفيات) فإن الهضاب العليا الوسطى أي ولايات الجلفة، الأغواط والمسيلا الأكثر تضررا من التغطية الصحية الأولية وخاصة الصيادلة منهم.

وعند استعمالنا للمؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم سمح لنا جمع كل المتغيرات الدالة على التغطية الصحية للأم أي معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد، بالقابلات، بالأطباء العامين، بالممرضين، بالصيادلة، وأسرة المستشفيات في متغير واحد وهو المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم وتبين لنا أن 53,8% من ولايات الشمال و 57,1% من ولايات الهضاب العليا يعانون من تغطية صحية ضعيفة، بينما 77,8% من ولايات الجنوب تسجلن تغطية جيدة لصحة الأم حسب المؤشر المبني والدال على التغطية الصحية للأم. على المستوى الوطني 52,1% من الولايات تسجل تغطية جيدة لصحة الأم.

بهذا يمكن الاستنتاج أن التغطية الصحية للأم في الجزائر تختلف بين الولايات حيث يمكن تقسيمها إلى قسمين الولايات التي تُسجل "تغطية صحية جيدة" والولايات التي تُسجل "تغطية صحية ضعيفة" (كما هو موضح في الجدول 36) كما تختلف هذه التغطية بين المناطق حيث تسجل المناطق الشمال الشرقي والهضاب العليا الوسطى والجنوب الشرقي "تغطية صحية ضعيفة لصحة الأم" حسب المتغيرات المستعملة والتي استندنا عليها دراستنا ومقارنة بالمستوى الوطني، بينما تسجل المناطق الشمالية الوسطى والشمالية الغربية والهضاب العليا الغربية والشرقية والمناطق الجنوبية الغربية والكبرى "تغطية جيدة لصحة الأم" مقارنة بالمستوى الوطني.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

و بهذا أدركنا أن الكثافات الطبية والسريرية الخاصة بصحة الأم لا تنخفض كلما اتجهنا نحو الجنوب وإنما العكس، فالتغطية الصحية للأم تعتبر جيدة باعتبار المؤشرات التي استعملناها في الدراسة وهي تأخذ مسارا آخر: مرتفعة في الجنوب متوسطة في الشمال وضعيفة في الهضاب العليا.

يظهر لنا من كل ما سبق أن الكثافات الطبية والسريرية بالأطباء المختصين والأطباء العامين والقابلات والشبه طبيين والصيدالة وأسرة المستشفيات تتوزع بطريقة غير عادلة بين الولايات والمناطق وخاصة منها الكثافات بالمختصين في طب النساء والتوليد وبهذا يكون الجزء الأول من الفرضية الأولى للدراسة محققة.

أما فيما يخص الجزء الثاني من الفرضية الأولى والذي يخص معدل وفيات الأمهات الاستشفائي فقد بينت النتائج حتى الآن الاختلاف في توزيع هذا المعدل بين الولايات وبين المناطق التهيئة العمرانية (EPT)، كما بينت ارتفاعه الكبير في الجنوب الكبير ب 214.79 وفاة لكل 100 000 ولادة حية، بينما تتراوح بين 20 و 41 وفاة لكل 100 000 ولادة حية في المناطق الأخرى.

أما بين الولايات فقد سجلت المؤسسات الصحية في ولاية تمنراست أعلى قيمة لمعدل وفيات الأمهات الاستشفائي ب 268,16 وفاة لكل 100 000 ولادة حية بينما ولاية البويرة تصدر قائمة الولايات الأقل تسجيلا لهذا المعدل ب 7,39 وفاة لكل 100 000 ولادة حية (الجدول رقم 28)، وهذا يُظهر لنا الفارق الكبير بين قيم معدل وفيات الأمهات الاستشفائي بين ولايات الوطن، ما يحقق من صحة الجزء الثاني من الفرضية الأولى.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

المبحث الرابع: تحليل وتفسير الفرضية الثانية للدراسة

تنص الفرضية الثانية لهذه الدراسة على أنه "تؤثر التغطية الصحية للأم على معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في الولايات والمناطق في الجزائر" وقد تم تفكيك المتغيرين المستقلين كما هو موضح في تمهيد الفصل إلى مؤشرات، والتي ستستعمل في تحليل وتفسير الفرضية. ويتحقق هذا المطلب من خلال مرحلتين الأولى من خلال التحليل الثنائي المتغيرات والمرحلة الثانية من خلال التحليل المتعدد المتغيرات.

المطلب الأول: التحليل الثنائي المتغيرات للمتغيرات التي تفسر مستوى وفيات الأمهات

حاولنا أولاً استكشاف العلاقة بين المتغير المستقل بمؤشراته الست والمتغير التابع ومؤشره الاثنى عشر وفيات الأمهات الاستشفائية ومعدل وفيات الأمهات الاستشفائي (وقد تم في ما قبل إعطاء المعلومات عن طريقة حسابها وأهم قيم النزعة المركزية لهما في الجدول رقم 30) بفحص الارتباط بين مختلف مؤشرات المتغير المستقل ووفيات الأمهات حسب الولايات. وبينت نتائج هذا الاختبار عن وجود علاقة أكيدة عند مستوى معنوية 0,000 بين المؤشرات المتغير المستقل التي تتمثل في معدل التغطية بالأطباء العاميين، معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء، معدل التغطية بأسرة المستشفيات، التغطية بالشبه طبيين والصيدلة في الجزائر في 2018. هذا يعني أننا يمكننا استعمال هذه المؤشرات في تحديد العوامل التي تؤثر على مستوى وفيات الأمهات حسب الولايات والمناطق في الجزائر.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الجدول رقم 37: اختبار بيرسن" بين مختلف العوامل المستقلة ووفيات الأمهات

الاستشفائية في الجزائر

المعنوية	بيرسن	العوامل المستقلة
0,962	0,008	المنطقة الجغرافية
0,000	0,728	معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء
0,087	0,270	معدل التغطية بالقابلات
0,000	0,669	معدل التغطية بالأطباء العامين
0,000	0,651	معدل التغطية بالمرضى
0,000	0,581	معدل التغطية بأسرة المستشفيات
0,000	0,639	معدل التغطية الصيدالة
0,017	0,543	مؤشر التغطية الصحية للأم

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العاملي

بين لنا الجدول السابق العلاقة بين المتغير التابع معدل وفيات الأمهات الاستشفائية ومختلف مؤشرات المتغير المستقل المستعملة في تحليل هذا الجزء من الدراسة ألا وهو وفيات الأمهات الاستشفائية، وظهرت العلاقة بين المتغير المنطقة الجغرافية والمتغير معدل وفيات الأمهات ضعيفة وغير معنوية، بينما دلت العلاقة بين معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء ومعدل التغطية بالأطباء العامين ومعدل التغطية بالمرضى ومعدل التغطية بأسرة المستشفيات ومعدل التغطية بالصيدالة قوي ومعنوي عند مستوى دلالة 0,000 وبقيمة مؤشر بيرسن أكبر من 58%.

من جانب آخر ظهرت العلاقة ضعيفة بقيمة 0,270 وغير دالة معنوية عند مستوى دلالة 5% بين معدل التغطية بالقابلات ومعدل وفيات الأمهات الاستشفائية. كما ظهرت العلاقة ضعيفة

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

بقيمة اختبار بيرسن 0,543 وعند مستوى دلالة 5% بين المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم ووفيات الأمهات الاستشفائي.

مكننا تحليل ثنائي المتغيرات من تحليل العلاقة بين المتغير التابع (وفيات الأمهات) والمؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم من خلال معطيات 2018. وبدأنا بتقسيم الولايات حسب قيم معدل وفيات الأمهات الاستشفائي إلى قسمين:

القسم الأول يشمل الولايات التي تسجل مستوى وفيات الأمهات أقل من المستوى الوطني. القسم الثاني يشمل الولايات التي تسجل مستوى وفيات الأمهات أعلى من المستوى الوطني. ثم قمنا بتوزيع هذا المؤشر حسب قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم 38: قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم حسب قيم وفيات الأمهات.

المجموع	تغطية ضعيفة %	تغطية جيدة %	الولايات حسب قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم. الولايات حسب قيم وفيات الأمهات.
100	38,9	61,1	الولايات التي تسجل معدل وفيات الأمهات أقل من المستوى الوطني.
100	53,3	46,7	الولايات التي تسجل معدل وفيات الأمهات أعلى من المستوى الوطني.

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العملي.

أظهر لنا الجدول السابق أن 61,1% من الولايات التي تسجل معدل وفيات الأمهات أقل من المستوى الوطني تعرف تغطية صحية جيدة للأم مقارنة بالمستوى الوطني، بينما 53,3% من الولايات التي تسجل مستوى أعلى من المستوى الوطني لمعدل وفيات الأمهات تعرف تغطية صحية ضعيفة لصحة الأم. أي انه كلما ارتفعت الكثافة الطبية والسريرية كلما انخفضت وفيات الأمهات وهذا يجعلنا نتساءل عن العلاقة مهما تكن قيمتها بين التغطية الصحية للأم ومستوى وفيات الأمهات الاستشفائية. وتمكنا من التأكد من هذه العلاقة من خلال اختبار بيرسن والذي

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

أظهر علاقة سلبية معنوية لمستوي 0,017 بين معدل وفيات الأمهات الاستشفائي ومؤشر التغطية المبني على أساس الكثافات الطبية والسريرية المذكورة في الجدول 23 الدال على التغطية الصحية للأم بقيمة اختبار بيرسن -0,543.

و قد سمح لنا التحليل الثنائي المتغيرات إلى حد الآن من استخراج خريطة تمثل 9 مناطق جغرافية للجزائر وتمثل التغطية الصحية للأم ومستوى وفيات الأمهات في هذه المناطق.

في الخريطة الموالية يمثل لون الفقاعة قيمة التغطية الصحية للأم في المنطقة (ضعيفة للون الأحمر وجيدة باللون الأخضر) في المنطقة كما تمثل مساحتها معدل وفيات الأمهات في تلك المنطقة (أقل أو أعلى من المستوى الوطني فكلما كبرت المساحة كثرت وفيات الأمهات في المنطقة).

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الشكل رقم 40: معدل وفيات الأمهات حسب التغطية الصحية للأم في المناطق البرمجة الإقليمية.



المصدر: من اعداد الطالبة على أساس نتائج التحليل العاملي.

في قراءة لهذه الخريطة، يمكننا الملاحظة أنه بشكل عام فإن من الشمال نحو الجنوب نسجل تغطية جيدة لصحة الأم في كل من منطقة الشمال الوسط، الشمال الغربي، الهضاب العليا الشرقية، الهضاب العليا الغربية، الجنوب الغربي والجنوب الكبير. كما نسجل تغطية ضعيفة لصحة الأم في منطقة الشمال الشرقي، منطقة الهضاب العليا الوسطى والجنوب الشرقي.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

أما فيما يخص الوفيات فإنها مرتفعة في كل من منطقة الشمال الغربي، الهضاب العليا الوسطى والجنوب الغربي وبنسبة أكبر في الجنوب الكبير، رغم أن هذه الأخيرة تسجل تغطية جيدة لصحة الأم مقارنة بالمستوى الوطني.

من خلال الخريطة المقدمة في الشكل السابق والتي تم بنائها على أساس نتائج التحليل العاملية والتحليل ثنائي المتغيرات، فإنه لا تتوافق التغطية الصحية الجيدة للأم في منطقة ما دائماً مع مستوى منخفض لمعدل وفيات الأمهات مقارنة بالمستوى الوطني. فمثلاً في مناطق الشمالية الوسطى، الهضاب العليا الغربية والشرقية سجلنا في نفس الوقت تغطية جيدة لصحة الأم ومعدل وفيات الأمهات منخفض وقريب من المستوى الوطني الذي يقارب 34 وفاة لكل 100 000 ولادة حية. أما في المناطق الشمالية الشرقية والجنوب الشرقي فرغم أنها تسجل تغطية ضعيفة لصحة الأم حسب المؤشرات المأخوذة في دراستنا إلا أنها تسجل معدل وفيات منخفض يتقارب من المستوى الوطني وهذا يكون راجعاً لعدم تسجيل الوفيات التي تقع في المنازل ومن جانب آخر راجع لعدم تسجيل في المؤسسة الصحية كل الوفيات للأمهات على أنها وفيات الأمومة حيث أنه يتهرب الطاقم الطبي من هذه المسؤولية التي أصبح لديها تداعيات إدارية وقانونية.

أما في منطقة الجنوب الكبير فإن الكارثة أكبر بسبب تسجيل المنطقة أكبر معدل وفيات للأمهات الاستشفائية في الجزائر في 2018 بمعدل 214 وفاة لكل 100 000 ولادة حية أي 6 مرات معدل وفيات الأمهات على المستوى الوطني و10 مرات المعدل المسجل في منطقة الشمال الوسط ذات أضعف معدل للوفيات، وذلك رغم تسجيل المنطقة أحسن المعدلات للتغطية الصحية لكل المؤشرات المستعملة في الدراسة، وهذا يجعلنا نتساءل أولاً عن درجة صحة المعطيات رغم أنها تم جلبها من المؤسسات الصحية، وثانية عن فعالية المجهودات

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

الموضوعة من طرف الدولة من أطباء وممرضين وقابلات وأسرة المستشفيات حيث أنها تبقى المهم هو تسيير الصحيح والأمثل لهذه الإمكانيات المتاحة. يمكن أن تكون أسباب أخرى لهذه الوفيات المرتفعة والتي لم يتم إدراجها في هذه الدراسة، تستوحيني في ذلك دراسة دراسة موريار سدو كوكوي (Muriel Sêdo Koucoï) في 2008 في تحليل العوامل المؤسسية المرتبطة بوفيات الأمهات: دراسة وطنية في الأمومة الجراحية في السنغال والذي استعمل مؤشرات أخرى كالأدوية مثل مضادات التشنجات، الإشراف على جميع الولادات بواسطة موظفين مؤهلين، واستخدام دليل تسيير التعقيدات، والموقع الجغرافي للمصالح الولادة يؤثر تأثيرا كبيرا جودة رعاية الأمومة وبذلك على وفيات الأمهات في المستشفى.

حتى الآن بينا أن التغطية الصحية بشكل عام تؤثر على مستوى وفيات الأمهات الاستشفائية حسب الولاية والمنطقة. لكن أردنا أن نذهب أبعد من ذلك، أي ما هو المؤشر من بين المؤشرات المستعملة الذي يؤثر على مستوى هذه الوفيات وما مدى تأثيرها. يمكننا الإجابة على هذه الأسئلة من خلال القيام بالتحليل المتعدد المتغيرات وبالضبط الانحدار المتعدد المتغيرات¹ لأنه المناسب في حالة المتغيرات الكمية.

المطلب الثاني: تحليل متعدد المتغيرات للعوامل التي تفسر مستوى معدل وفيات الأمهات في الولايات في الجزائر.

لبناء النموذج المفسر لمستوى وفيات الأمهات الاستشفائي في الجزائر تم في مرحلة أولى إدخال كل المؤشرات الست الدالة على التغطية الصحية للأم وإدخال معدل وفيات الأمهات الاستشفائي كمتغير تابع في هذا النموذج (الجدول رقم 1 الملحق 3)، وقد بينت نتائج التحليل المتعدد المتغيرات أن النموذج المتحصل عليه معنوي عند مستوى معنوية 0,000 أي أكيد وأنه

¹ لتفاصيل عن التحليل يمكن تصفح الملحق رقم 3.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

يقدم مقدار معنوي ودال من المعلومات عن وفيات الأمهات في الوسط الاستشفائي في الجزائر حسب الولايات. ويقدر مربع معامل التحديد $R^2=0,605$ ، وذلك يعني أن المتغيرات المستقلة تقدم 60,5% من المعلومات حول التباين المتغير التابع معدل وفيات الأمهات في الوسط الإستشفائي (الجدول رقم 2 من الملحق رقم 3). من جهة أخرى يقدر معامل الارتباط $R=0,778$ أي أن العلاقة جد قوية بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة المستعملة في تحديد النموذج. وهذا يدل على التأثير المهم للتغطية الصحية للأم بتوفير الكادر الطبي والأسرة لرعاية صحة الأم قبل، أثناء وبعد الحمل على مستوى وفيات الأمهات الاستشفائي.

وبعد حذفنا للمتغيرات المؤثرة لكن غير معنوية في مستوى دلالة 1%، بينت النتائج أن المتغيرات المستقلة التي تؤثر على مستوى وفيات الأمهات في الوسط الإستشفائي هي التغطية الصحية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد والتغطية بالقابلات (الجدول رقم 4 و 5 من الملحق رقم 3).

و تبين لنا أن هتين المتغيرتين تفسران لوحدهما 58,1% من التباين المسجل في معدل وفيات الأمهات الاستشفائي بين الولايات.

1- معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد

تأثر التغطية الصحية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد على مستوى وفيات الأمهات بين الولايات تأثيرا معنويا أكيدا في مستوى معنوية 0,000 حيث أظهرت نتائج (الجدول رقم 5) أن العلاقة بين المتغيرين سلبية خلال سنة 2018، وبهذا فإنه كلما ارتفع عدد الأطباء المختصين في طب النساء بوحدة واحدة انخفض عدد وفيات الأمهات الاستشفائية 0,114.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

2- معدل التغطية بالقابلات

ترتبط التغطية بالقابلات ارتباطاً معنوياً وذات دلالة إحصائية بمستوى وفيات الأمهات بين الولايات تأثيراً معنوياً أكيداً في مستوى معنوية 5% حيث أظهرت نتائج (الجدول رقم 5 الملحق 3) أن العلاقة بين المتغيرين سلبية خلال سنة 2018، أي أنه كلما ارتفع عدد القابلات بوحدة واحدة انخفض عدد وفيات الأمهات الاستشفائية ب0,01.

بهذا يمكننا الاستنتاج أن النموذج التنبؤي لوفيات الأمهات يمكن كتابته على النحو التالي:

جدول رقم 39: قيم BETA ومستوى الدلالة للمتغيرات المستقلة التي تدخل في تفسير معدل وفيات الأمهات الاستشفائي 2018.

SIG.	BETA	المتغيرات المستقلة
0,000	5,175	الثابت
0,000	0,114	التغطية الصحية بالأطباء المختصين في طب النساء
0,038	010,0	التغطية بالقابلات

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العاملي

أما بالنسبة للمتغيرات المستقلة الأخرى فقد تبين أن تأثيرها غير معنوي على معدل وفيات الأمهات. كما أظهرت الدراسة عن عدم تأثير المنطقة البرمجة الإقليمية تأثيراً معنوياً على معدل وفيات الأمهات.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

المطلب الثالث: إسهام المتغيرات في تفسير مستوى معدل وفيات الأمهات في 2018 في الجزائر.

نهدف في هذا الجزء إلى ترتيب المتغيرات المستقلة المفسرة لوفيات الأمهات عن طريق حساب إسهامها التي يتم حسابه على أساس حساب الفرق بين قيمة مربع معامل الارتباط للمتغيرات المستقلة التي تأثر على وفيات الأمهات وقيمة مربع معامل الارتباط بدون المتغيرة التي يتم حساب إسهامها.

الجدول رقم 40: مساهمة المتغيرات في تفسير مستوى معدل وفيات الأمهات بين الولايات 2018 في الجزائر.

الترتيب	الفرق	مربع معامل الارتباط بدون المتغيرة	المتغيرة
1	0,508	0,073	التغطية الصحية بأطباء المختصين في طب النساء والتوليد
2	0,051	0,530	التغطية بالقابلات

المصدر: من اعداد الطالبة.

تبين لنا من خلال الجدول رقم 7 أن معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد من أكثر المتغيرات إسهاما في تفسير مستوى معدل وفيات الأمهات الاستشفائي بنسبة 50,8%، يليها معدل التغطية بالقابلات للنساء من 15-49 سنة بمعدل 5,1% بهذا يفسر المتغيرين مجتمعة نسبة 55,9% من مستوى معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في الجزائر في 2018 أي ما يقارب نصف الوفيات. تدل هذه النتيجة على أهمية هذين الفئتين من عمال الصحة في توفير التغطية الصحية للأم وتخفيض وفيات الأمهات الاستشفائية التي تعتبر

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

النسبة الكبرى من الوفيات باعتبار أن 98,6%¹ من الولادات تُسجل في المنشآت الصحية و87,2%² منها تسجل في المنشآت الصحية العمومية.

استنتاج الفرضية الثانية

بين التحليل الثنائي المتغيرات أن المتغيرات المستقلة الدالة على معدل التغطية الصحية للأم أي معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد، معدل التغطية بأطباء العامين معدل التغطية بالمرضى، بالصيادلة وبأسرة المستشفيات والمتغير التابع معدل وفيات الأمهات الإستشفائية أن العلاقة سلبية متوسطة ومعنوية عند مستوى الدلالة 0,000. وأن العلاقة بين المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم ومعدل وفيات الأمهات الاستشفائية علاقة سلبية متوسطة ودالة معنوية عند 0,017 أي عند مستوى 5%.

بعد استعمالنا للتحليل المتعدد المتغيرات والتمثل في الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات، تحققنا من العلاقة الموجودة بين المتغيرات المستقلة المستعملة في الدراسة والتي تدل على التغطية الصحية للأم (الكثافة بالأطباء العامين، بالمرضى، بالصيادلة، بأسرة المستشفيات بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد وبالقبالات) ومعدل وفيات الأمهات الاستشفائية، حيث بينت نتائج التحليل أن العلاقة قوية بين هذه المتغيرات و(معامل الارتباط بينهما 0,778) وأنها تقدم نسبة معتبرة من المعلومات حول مستوى وتباين وفيات الأمهات الاستشفائية في الولايات (مربع معامل الارتباط 0,605)، كما بينت النتائج التحليل أن توفير الأطباء المختصين في طب النساء والتوليد في المؤسسات العمومية والقبالات يؤثر لوجدهما ب58,1% في تباين مستوى وفيات الأمهات الاستشفائية في الولايات في الجزائر وهذا راجع

¹ MSPRH, *Enquête par grappes à indicateurs multiples 2019, 2020*, p179

² Ibid.

الفصل الخامس: تحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية

في رأينا إلى أن الطاقم الطبي المؤهل يستطيع أكثر معالجة الأمراض والاستعدادات التي يضع حياة المرأة في خطر.

وبهذا نكون قد أكدنا الفرضية الثانية والتي تنص على أنه "تؤثر التغطية الصحية للأم على معدل وفيات الأمهات في الجزائر " وذلك عن طريق التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتغطية بالقابلات والتي تساهم بـ 50,8% و 5,1% على التوالي في التباين الموجود في مستوى وفيات الأمهات الاستشفائية.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

تمهيد

المبحث الأول: مصدر بيانات الدراسة وطريقة حساب المتغيرات المستعملة
وخصائص المجتمع المدروس

المطلب الأول: مصدر بيانات الدراسة

المطلب الثاني: طريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة

المطلب الثالث: خصائص المجتمع المدروس

المبحث الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية لمختلف المتغيرات المستخدمة
في الدراسة

المطلب الأول: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغير التابع

المطلب الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغيرات المستقلة

المبحث الثالث: تحليل وتفسير الفرضية الثالثة

استنتاج الفرضية الثالثة

المبحث الرابع: تحليل وتفسير الفرضية الرابعة للدراسة

المطلب الأول: التحليل ثنائي المتغيرات للمتغيرات التي تفسر مستوى وفيات
الأطفال الرضع.

المطلب الثاني: التحليل متعدد المتغيرات للمتغيرات التي تفسر مستوى وفيات
الأطفال الرضع.

استنتاج الفرضية الرابعة.

تمهيد

سنحاول في هذا الفصل تحليل وتفسير الفرضية الثالثة من الدراسة والتي تنص على أن " يؤثر اختلاف توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الطفل بين الولايات والمناطق في الجزائر على توزيع معدل وفيات الأطفال فيها. " لهذا قمنا بتفكيك أبعاد المتغير المستقل "التغطية الصحية للطفل" إلى 5 مؤشرات الكثافات بالأطباء العامين، الكثافات بالمرمضين، الكثافات بالصيدلة والكثافات بأسرة المستشفيات والكثافات بالأطباء المختصين في طب الأطفال ثم ربطناها بالمتغير المنطقة الجغرافية التي توفي فيها الطفل لإظهار الاختلاف الموجود بين الولايات والمناطق من خلال التغطية الطبية والسريرية.

ثم قمنا ببناء مؤشر يدل على جودة التغطية الصحية للطفل عبر الولايات بطريقة تحليل المركبات الأساسية (ACP) وباستعمال الكثافات الطبية والسريرية وربطناه بنفس المتغير المنطقة الجغرافية الذي يدلنا على البعد المكاني للخدمة الصحية ومن ثم منطقة تواجد الطفل وذلك لتأكيد أو نفي الفرضية الأولى.

أما الفرضية الرابعة والتي تنص على "تؤثر التغطية الصحية للطفل على معدل وفيات الأطفال في الجزائر" فقد تم تبني نفس الكثافات بالأطباء والمرمضين والأسرة والصيدلة والأطباء المختصين في طب الأطفال كمتغيرات مستقلة والمتغير وفيات الأطفال الأقل من سنة كمتغير تابع واستعمال التحليل المتعدد المتغيرات المتمثل في التحليل الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات المناسب لهذا النوع من المتغيرات أي الكمية منها. وقد تم استنتاج العوامل المؤثرة على مستوى وفيات الأطفال الأقل من سنة من خلال النموذج المنبثق عن التحليل الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات، وكذا إسهام كل عامل منه.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

لكن قبل هذا قمنا في المبحث الأول بتفسير مصدر بيانات هذا الجزء من الدراسة وطريقة حساب المتغيرات التابعة والمستقلة، وفي المبحث الثاني توضيح خصائص المجتمع المدروس والمتمثل في ولايات الوطن وكذا في المبحث الثالث التحليل الإحصائي الوصفي لكل من المتغيرات التابعة والمستقلة المستعملة في هذا الجزء.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

المبحث الأول: مصدر بيانات الدراسة وطريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة وخصائص المجتمع المدروس.

المطلب الأول: مصدر بيانات الدراسة

من المهم أن نذكر بمصدر المعطيات المستعملة في انجاز هذا القسم من الدراسة والتي تم سردها بالتفصيل في الفصل الأول ص33 من الباب الأول. حيث قلنا أن المعطيات المستعملة في هذه دراسة تتمثل في مسح سنوي شامل لكل المؤسسات الصحية لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات والتي آتينا بالمعطيات المتعلقة بالتغطية الصحية للطفل والتي تتمثل في مسح سنوي للموارد البشرية والمادية وكذا نشاطات العلاجية والاستشفائية المقامة في جميع المؤسسات الصحية العمومية بكل مستوياتها لسنة 2018. ويتم تقديمها على شكل جداول مركبة يحتوي كل جدول على اسم المؤسسة الاستشفائية. تم اختيار الجداول حسب المعلومات التي تعني الدراسة وهي الجداول المقدمة للموارد البشرية والأسرة، ومن خلال هذه الجداول جمع المعطيات التي نحتاج إليها في دراستنا والتي تتمثل في عدد الأطباء العاميين وعدد الأطباء المختصين في طب الأطفال وعدد الممرضين الشبه طبيين وعدد القابلات وعدد الصيادلة في كل مؤسسة صحية وجمع المؤسسات الصحية التابعة لكل ولاية وذلك لاستنتاج عدد الطاقم الطبي لكل ولاية واستنتاج بعدها عدد الطاقم الطبي بكل درجاته في كل منطقة بجمع الولايات التابعة لكل منطقة حسب التقسيم الإداري للتهيئة العمرانية(الجدول رقم 22) بعدها تم حساب الكثافات الصحية¹ والطبية لكل منطقة. أما فيما يخص بوفيات الأطفال الأقل من سنة فإن معطياتها تم استخراجها من منشورات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2018 والتي من خلال نشرها لعدد وفيات الأطفال الرضع وعدد الولادات الحية حسب الولايات، تم حساب

¹ انظر الصفحة 8 من الفصل الأول.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

معدلات وفيات الأطفال الرضع¹ حسب الولايات والمناطق. للتذكير فإن بعض المتغيرات قد قدمت في الفصل الخامس من الدراسة المتعلقة بدراسة وفيات الأمهات الاستشفائي.

المطلب الثاني: طريقة حساب المتغيرات المستعملة في الدراسة

أصبح بحوزتنا ملف متكون من: 48 ولاية تمثل وحدات و 7 متغيرات ولقد تم جمعها في الجدول الموالي مع تبيان طريقة حسابها:

الجدول رقم 41: المتغيرات التابعة والمستقلة لدراسة أثر التغطية الصحية للطفل على وفيات الأطفال مع طريقة حسابها، الوحدة ونوع المتغير.

نوع المتغير	الوحدة	طريقة حسابه	المؤشر
كفي	منطقة	جمع الولايات التابعة لكل منطقة	المنطقة
كمي	وفاة لكل 1000 ولادة حية.	مجموع وفيات الأطفال في الولاية على مجموع الولادات الحية التي سجلت في الولاية مضروب في 1000.	معدل وفيات الأطفال
كمي	عدد الأطباء العامين لكل 10000 ساكن.	مجموع الأطباء العامين في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على عدد السكان في الولاية لسنة 2018 مضروب في 10000.	الكثافة بالاطباء العامين
كمي	عدد الأطباء لكل 10000 طفل.	مجموع الأطباء المختصين في طب الأطفال في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على عدد الأطفال الأقل من 18 سنة في الولاية لسنة 2018 مضروب في 10000.	الكثافة بالاطباء المختصين في طب الأطفال
كمي	عدد الصيدالة لكل 10000 ساكن.	مجموع الصيدالة في الولاية على عدد السكان في الولاية لسنة 2018 مضروب في 1000.	الكثافة بالصيدالة
كمي	عدد الممرضين لكل 1000 ساكن.	مجموع الممرضين في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على عدد السكان في الولاية لسنة 2018 مضروب في 1000.	الكثافة بالممرضين
كمي	عدد الأسرة لكل 1000 ساكن.	مجموع الأسرة في مجموع المؤسسات الصحية في الولاية على عدد السكان في الولاية لسنة 2018 مضروب في 1000.	الكثافة بأسرة المستشفيات

المصدر: من اعداد الطالبة

¹ انظر الصفحة 13 من الفصل الأول.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

يبين الجدول السابق المؤشرات المستعملة في الدراسة في شقها الثاني المتمثل في وفيات الأطفال حيث يمثل المتغير التابع معدل وفيات الأطفال والذي تم جمع كل وفيات الولاية والتي قُسمت على مجموع الولادات الحية في نفس الولاية ثم قسمت على 1000، وقد استعملنا في ذلك كما سبق وأن ذكرنا الوفيات المسجلة في الحالة المدنية والمحصية في الديوان الوطني للإحصائيات.

أما فيما يخص المؤشرات الأخرى والتي تُمثل التغطية الصحية في الولاية فقد تم جمع عدد الممارسين الصحيين في الولاية وقسمتها على عدد سكان المعنيين بذلك الممارس الصحي فمثلا عدد الأطباء المختصين في طب الأطفال تم قسمهم على عدد الأطفال في كل ولاية باعتبار أن طبيب الأطفال لا يُعالج إلا الأطفال، بينما عدد الممرضين فقد قُسم على عدد سكان الولاية باعتبار أن الممرضين هم ممارسين صحيين لكل سكان الولاية. و قد سميناهما بالكثافات الطبية و السريرية.

المطلب الثالث: خصائص المجتمع المدروس.

لتجنب التكرار فإن معلومات هذا المطلب قد تم التطرق إليه في الفصل الأول من هذا الباب ص 199-202. حيث أن نفس أفراد المجتمع استعمل في هذا الجزء من الدراسة وهي 48 ولاية.

المبحث الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية لمختلف المتغيرات المستخدمة

قبل التطرق إلى دراسة واستعراض مواصفات وخصائص مختلف المتغيرات المستخدمة في الدراسة في جزئه المخصص لوفيات الأطفال وحيث سنبدأ بالمتغير التابع ثم سنتطرق للمتغير المستقل، نستعرض الآن في جدول المعطيات النهائية لهذا الجزء من الدراسة والتي تم

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

استعمالها لتحليل وتفسير الفرضيات الأولى والثانية، وهو جدول يتكون على توزيع المتغير التابع "وفيات الأطفال" وعلى مختلف المؤشرات للمتغير المستقل حسب الولايات.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

الجدول رقم 42: توزيع قيم المتغير التابع معدل وفيات الأطفال ومؤشرات المتغير المستقل لسنة 2018 حسب الولايات.

عدد أسرة المستشفيات ل1000 ساكن	عدد الشبه طبيين ل1000 ساكن	عدد الصيادلة ل10 000 ساكن	عدد الاطباء المختصين في طب الأطفال ل10 000 طفل	عدد الأطباء العامين ل 1000 ساكن	معدل وفيات الأطفال ل1000 ولادة حية	EPT	الولاية	no
2,19	5,79	2,22	0,79	0,80	17,99	الجنوب الغربي	أدرار	1
1,23	2,54	2,91	0,42	0,70	17,00	الشمال الوسط	الشلف	2
1,40	3,49	2,43	0,77	0,63	23,60	الهضاب العليا الوسطى	الأغواط	3
1,86	3,33	2,99	0,60	0,99	17,79	الجنوب الشرقي	ورقلة	4
2,07	5,76	3,83	0,66	0,96	23,87	الهضاب العليا الشرقية	باتنة	5
1,72	3,96	2,70	0,82	0,82	12,82	الشمال الوسط	بجاية	6
1,39	2,27	2,62	0,39	0,84	22,27	الجنوب الشرقي	بسكرة	7
2,91	3,76	2,92	1,06	0,87	13,28	الجنوب الغربي	بشار	8
2,04	3,14	3,06	1,59	0,79	16,93	الشمال الوسط	البليلة	9
1,64	3,16	2,65	0,63	0,68	12,55	الشمال الوسط	البويرة	10
1,89	3,92	2,50	1,44	0,93	23,99	الجنوب الكبير	تمنراست	11
1,60	3,69	3,14	0,20	0,85	24,26	الهضاب العليا الشرقية	تبسة	12
1,97	4,11	4,76	1,20	1,03	25,41	الشمال الغربي	تلمسان	13
1,80	3,20	3,25	0,23	0,68	22,96	الهضاب العليا الغربية	تيارت	14
2,73	4,85	3,18	0,95	0,82	13,45	الشمال الوسط	تيزي وزو	15
2,35	3,41	3,92	2,48	1,15	19,79	الشمال الوسط	الجزائر	16
1,18	1,87	1,74	0,44	0,43	21,92	الهضاب العليا الوسطى	الجلفة	17
1,39	2,71	3,59	0,43	0,83	13,48	الشمال الشرقي	جيجل	18
1,60	2,68	2,42	0,80	0,74	21,47	الهضاب العليا الشرقية	سطيف	19
2,05	3,64	2,81	0,14	0,79	20,76	الهضاب العليا الغربية	سعيدة	20
1,57	3,03	2,94	0,46	0,90	19,01	الشمال الشرقي	سكيكدة	21
2,14	3,64	4,41	1,23	1,16	21,12	الشمال الغربي	سيدي بلعباس	22
2,83	5,72	4,75	1,55	1,25	33,91	الشمال الشرقي	عنابة	23
1,53	3,69	3,44	0,98	1,09	18,68	الشمال الشرقي	قائمة	24
2,42	2,60	3,59	1,93	0,92	28,56	الشمال الشرقي	قسنطينة	25

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

1,46	3,16	2,16	0,98	0,79	16,83	الشمال الوسط	المدية	26
1,53	2,83	2,29	0,32	0,67	22,09	الشمال الغربي	مستغانم	27
1,27	2,28	2,08	0,50	0,60	20,04	الهضاب العليا الوسطى	مسيلة	28
2,15	3,10	2,66	0,51	0,72	14,95	الشمال الغربي	معسكر	29
2,31	3,72	3,22	1,09	1,19	20,63	الشمال الغربي	وهران	30
1,80	3,88	3,50	1,42	0,81	26,78	الهضاب العليا الشرقية	أم البواقي	31
1,61	3,12	2,18	1,32	0,91	24,86	الهضاب العليا الغربية	البيض	32
4,11	8,04	3,84	1,58	2,15	17,85	الجنوب الكبير	إليزي	33
1,52	3,19	3,69	0,43	1,05	22,24	الهضاب العليا الشرقية	برج بوعريج	34
0,97	2,00	2,59	1,08	0,78	8,40	الشمال الوسط	بومرداس	35
1,59	3,83	2,91	0,16	1,08	26,15	الشمال الشرقي	الطارف	36
2,88	4,67	2,07	5,43	0,73	19,71	الجنوب الغربي	تندوف	37
2,00	3,83	2,25	0,05	0,66	21,37	الهضاب العليا الغربية	تيسمسيلت	38
1,02	2,31	2,44	0,22	0,68	24,30	الجنوب الشرقي	الوادي	39
2,13	4,20	3,25	0,48	0,99	18,13	الهضاب العليا الشرقية	خنشلة	40
1,35	3,19	2,52	0,73	0,85	18,91	الشمال الشرقي	سوق أهراس	41
1,99	3,43	3,77	1,18	1,08	12,33	الشمال الوسط	تبيازة	42
1,28	2,21	3,27	0,72	0,88	10,64	الشمال الشرقي	ميلة	43
1,28	3,16	2,35	0,64	0,71	17,07	الشمال الوسط	عين الدفلى	44
1,82	3,99	2,59	0,95	0,79	22,50	الهضاب العليا الغربية	النعامة	45
2,59	5,12	4,80	1,08	1,29	14,84	الشمال الغربي	عين تيموشنت	46
1,56	4,70	2,42	1,02	0,70	17,01	الجنوب الشرقي	غرداية	47
1,13	2,17	2,97	0,24	0,62	20,85	الشمال الغربي	غليزان	48
1,57	3,28	3,06	0,93	0,85	20,26	المستوى الوطني		

المصدر: من اعداد الطالبة.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

كما استعملنا في بعض الفقرات التحليل حسب المناطق الجغرافية التسع (EPT) والتي تم حساب الكثافات فيها بجمع الكثافات في الولايات التابعة لكل منطقة حسب (الجدول رقم 27) وقسمة العدد المقابل على عدد الولايات.

فيما يلي الجدول الذي تبينناه لهذا الجزء من الدراسة:

الجدول رقم 43: توزيع قيم المتغير التابع معدل وفيات الأطفال ومؤشرات المتغير المستقل لسنة 2018 حسب المناطق (EPT).

الرقم	EPT	المناطق الكبرى	معدل وفيات الأطفال ل1000 ولادة حية	عدد الأطباء العامين ل1000 ساكن	عدد الاطباء المختصين في طب الأطفال	عدد الصيدالة ل10 000 ساكن	عدد الشبه طبيين ل1000 ساكن	عدد أسرة المستشفيات ل1000 ساكن
1	الشمال الوسط	الشمال	14,72	0,81	0,86	2,83	3,12	1,59
2	الشمال الغربي	الشمال	19,98	0,88	0,56	3,32	3,30	1,84
3	الشمال الشرقي	الشمال	21,17	0,96	0,51	3,27	3,13	1,63
4	الهضاب العليا الوسطى	الهضاب العليا	21,86	0,54	0,54	2,05	2,39	1,28
5	الهضاب العليا الغربية	الهضاب العليا	22,49	0,75	0,16	2,56	3,52	1,84
6	الهضاب العليا الشرقية	الهضاب العليا	22,79	0,89	0,47	3,23	3,69	1,76
7	الجنوب الغربي	الجنوب	16,99	0,80	1,25	2,35	4,60	2,61
8	الجنوب الشرقي	الجنوب	20,35	0,78	0,41	2,60	2,89	1,39
9	الجنوب الكبير	الجنوب	20,92	1,30	1,50	3,02	5,27	2,59
10	المستوى الوطني	المستوى الوطني	20,26	0,85	0,93	3,06	3,28	1,57

المصدر: من اعداد الطالبة.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

المطلب الأول: الدراسة الإحصائية للمتغير التابع

يهتم هذا القسم من الدراسة بوفيات الأطفال الأقل من سنة وهو المتغير التابع للدراسة، وهي الفترة التي يكون فيها الطفل ضعيفا محتاجا للرعاية الصحية أكثر من كل سن آخر. لم يكن من الإمكان استعمال ملف الدليل الإحصائي لوزارة الصحة والسكان وذلك لعدم وجود المعلومة في هذا الدليل، إلا أننا استعملنا معطيات الديوان الوطني للإحصائيات لسنة 2018، والتي تنشر كل سنة هذه المعلومة حسب الولايات، ومنها استنتجنا معدلات وفيات الأطفال حسب المناطق.

خصص هذا القسم من الدراسة للاهتمام بوفيات الأطفال وهذا لتعرض هذه الفئة لخطر المرضية والوفاة واحتياج هذه الفئة أكثر من غيرها إلى التغطية الصحية والرعاية الطبية باعتبارها فئة هشة. وبهذا يكون معدل وفيات الأطفال وعدد وفيات الأطفال هما مؤشران للمتغير التابع وفيات الأطفال لهذا الجزء من الدراسة، وهو موزع حسب الولايات وحسب المناطق.

قدرت وفيات الأطفال الأقل من سنة في الجزائر بين 01/01/2018 إلى 31/12/2018 بـ 21030 وفاة، كما قدرت الولادات الحية حسب نفس المصدر بـ 1 038 166 ولادة حية، ما يسجل 20,26 وفاة لكل 1000 ولادة حية. تعتبر هذه المعطيات هي معطيات الحالة المدنية إلا أن الوفيات لا تُسجل حسب مكان الإقامة وإنما حسب مكان الوفاة، وهذا في رأينا لا يؤثر على باقي الدراسة، لأننا بصدد تقييم التغطية الصحية للولايات، ولا دخل لمكان الإقامة في ذلك وإنما ما يهمنا هو ولاية تواجد المركز الصحي الذي سجلت فيه الوفاة.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

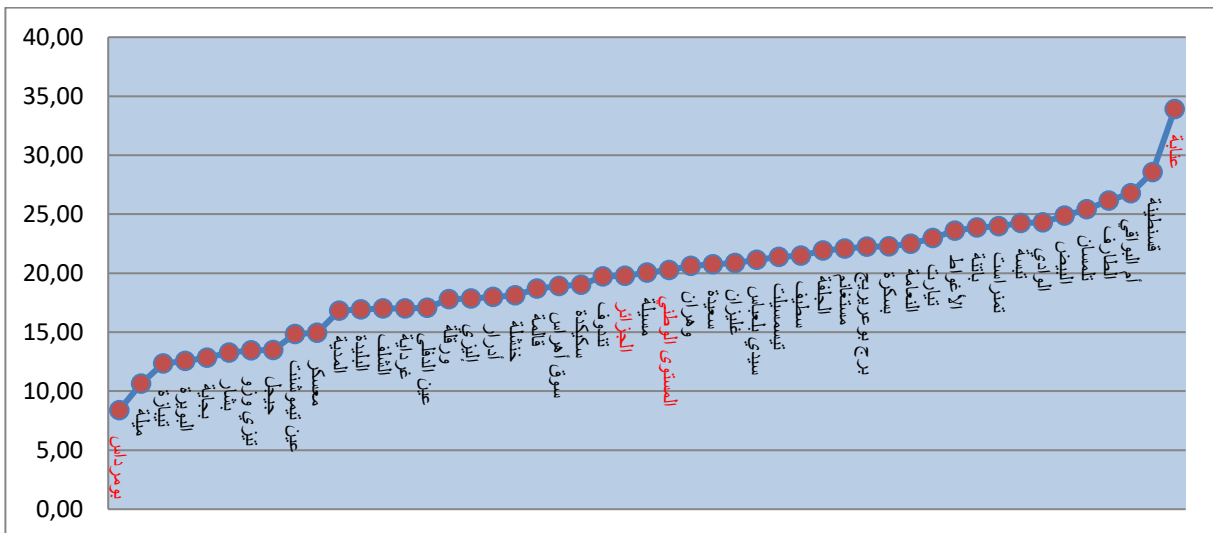
الجدول رقم 44: الإحصائيات الوصفية لمختلف المتغيرات التابعة المستعملة في الدراسة.

الولايات	أكبر قيمة	الولايات	أصغر قيمة	الانحراف المعياري	المتوسط الحسابي	عدد المشاهدات	المتغيرات
الجزائر العاصمة	1138	تندوف	34	353,416	438,125	48	عدد وفيات الأطفال الرضع
عنابة	33,91	بومرداس	8,40	4,962	19,706	48	معدل وفيات الأطفال الرضع

المصدر: من اعداد الطالبة.

من خلال الجدول السابق قدمنا الإحصائيات الهامة للنزعة المركزية لكل متغير تابع، والتي ستبين لنا تشتت قيم المتغيرات حول المتوسط الحسابي الذي سيكون قريبا من المعدل الوطني لكل متغير. وبهذا نستطيع إلى حد ما معرفة إذا كانت قيم المتغيرات المستعملة في الولايات تختلف كثيرا عن قيم المتغيرات على المستوى الوطني. كما أدرجنا الحد الأصغر والحد الأكبر والولايات المعنية بهذه القيم. يُقدر المتوسط الحسابي لمعدل وفيات الأطفال الرضع بين الولايات ب 19,70 وفاة لكل 1000 ولادة حية مع انحراف معياري يُقارب 4,96 وهو ما يدل على التشتت النسبي للمعطيات حول المتوسط الحسابي.

الشكل رقم 41: توزيع الولايات حسب معدل وفيات الأطفال الرضع ل 1000 ولادة حية في الجزائر في 2018.

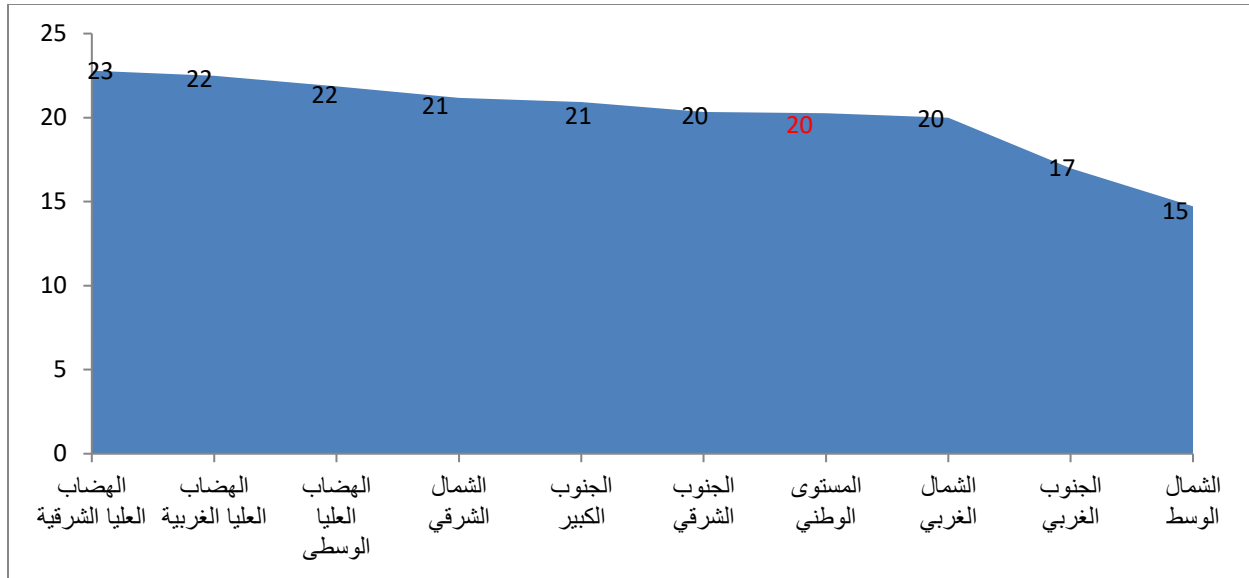


المصدر: من اعداد الطالبة.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

يبين الشكل السابق توزيع معدل وفيات الأطفال حسب الولايات في 2018، حيث تتراوح قيم معدل الوفيات من 8,40 وفاة في ولاية بومرداس و33,91 وفاة لكل 1000 ولادة حية سجلت في ولاية عنابة أي حوالي 4 مرات القيمة المسجلة في ولاية بومرداس. وبينت المعطيات المتوفرة لدينا أن 23 ولاية لها معدلات وفيات الأطفال أعلى من المستوى الوطني في 2018، كما أن 25 ولاية تسجل معدلات أقل من المستوى الوطني والذي يتمثل في 20 وفاة لكل 1000 ولادة حية.

الشكل رقم 42: توزيع المناطق حسب معدل وفيات الأطفال الرضع لـ 1000 ولادة حية في الجزائر في 2018.



من جانب آخر ومن خلال الشكل السابق، وحسب المناطق فإن منطقة الهضاب العليا هي المنطقة الأكثر تسجيلاً لوفيات الأطفال الرضع من باقي المناطق الشمالية والجنوبية لسنة 2018 بـ 23 وفاة لكل 1000 ولادة حية مقابل 15 وفاة لكل 1000 ولادة حية في المناطق الشمالية. وهذه الوضعية يمكن ربطها بما أشرنا إليه في الفصل المخصص لوفيات الأطفال في الجزائر أين شد انتباهنا ضعف معدل تلقيح الأطفال في هذه المنطقة، واستعمال الكبير للأمهات

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

الأطفال في هذه المناطق لتداوي بالأعشاب.

ومن خلال معاملات الاختلاف بين ولايات كل منطقة، تبين لنا أن معدلات وفيات الأطفال في منطقة شمال الوسط هي أكثر تشتتاً من معدلات وفيات الأطفال في ولايات المناطق الأخرى أي أن هناك اختلاف أكبر بين معدلات وفيات الأطفال الرضع في الولايات الشمالية أكثر منها من ولايات المناطق الأخرى.

المطلب الثاني: الدراسة الإحصائية الوصفية للمتغيرات المستقلة

خلال هذا الجزء من الدراسة اعتمدنا المتغيرات "التغطية الصحية للطفل" و"التغطية الصحية الأساسية" كمتغيرين مستقلين يمثلان التغطية الصحية التي يتلقاها الطفل. وقد اخترنا المؤشرات التالية لقياس "التغطية الصحية الخاصة بالطفل": الكثافة بالأطباء المختصين في طب الأطفال، واخترنا المؤشرات التالية لقياس "التغطية الصحية الأساسية": الكثافة بالمرضى الشبه طبيين، الكثافة بالأطباء العامين، الكثافة بالصيدلة والكثافة بأسرة المستشفيات. وقد كنا قد تطرقنا إلى أغلب هذه المؤشرات في الفصل الخامس من هذا الباب (الجدول رقم 30) لأنها نفس المؤشرات التي استعملت في تحليل التغطية الصحية للأم، وقد تم تحليل هذه المؤشرات في الصفحة 211-216. ولهذا فإننا سنتطرق فقط إلى المؤشر الغير مذكور في الفصل الخامس وهو الكثافة بالأطباء المختصين في طب الأطفال. فبالعودة إلى الجدول رقم 30 الذي يبين الإحصائيات الوصفية لمختلف المتغيرات المستقلة المستعملة في الدراسة يمكننا الملاحظة معطيات هذا التخصص. ورغم أن صحة الأم ورضيعها مرتبطان ارتباطاً وثيقاً إلا أن لا بد من وجود متخصصين في صحة الطفل لتغطية الأمراض التي تطرأ على الطفل سواء أثناء الحمل أثناء الولادة وبعدها. ولمعرفة مدى أهمية هذه التغطية واختلافاتها حسب المناطق والولايات تم حساب معدلات التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال لكل طفل.

1- معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال

يحضى تخصص طب الأطفال باهتمام القائمين على الشؤون الصحية في البلاد باعتباره تخصص من التخصصات المهمة في المنظومة الصحية، وينقسم إلى نوعين الطبي والجراحي. تتراوح قيم الكثافات بالأطباء المختصين في طب الأطفال بين تقريبا انعدامها في ولاية تيسمسيلت و5 أطباء مختصين لـ 10 000 طفل في ولاية تندوف، ما يعادل طبيب لـ 8566 و1841 طفل على التوالي. أي أن الطبيب في ولاية تيسمسيلت يعالج 7 مرات عدد الأطفال الذين يعالجهم نفس الطبيب في تندوف.

ويقدر المتوسط الحسابي لهذه القيم حسب الولايات بـ 9,18 طبيب لكل 10 000 وبانحراف معياري يقدر بـ 8,25 وهذا يدل على التشتت الكبير للكثافات بالأطباء المختصين في طب الأطفال حول قيمة المتوسط الحسابي أي حسب المستوى الوطني أي أن الكثافات مختلفة من ولاية إلى أخرى.

2- مؤشر التغطية الصحية للطفل

انطلاقاً من المبدأ أن التغطية الجيدة للرعاية الطفل تتطلب طاقم متكامل من الكوادر الصحية وأسرة المستشفيات وكذا الصيدليات لتوفير الدواء اللازم، تم بناء مؤشر يدل على التغطية الصحية للطفل وهذا باستعمال تقنية المركبات الأساسية واستعمال المتغيرات الدالة على التغطية الصحية للطفل أي: معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب وجراحة الأطفال، معدل التغطية بشبه طبيين، معدل التغطية بأسرة المستشفيات، معدل التغطية بالأطباء العاميين والصيدلة.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

الجدول رقم 45: المتغيرات التي تدخل في بناء المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل.

المؤشر	المتغيرات التي تدخل في بناء المؤشر
المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل	معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال، معدل التغطية بأسرة المستشفيات، معدل التغطية بالأطباء العاميين، معدل التغطية بالمرضى الشبه طبيين، ومعدل التغطية بالصيدالة.

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العاملي.

قمنا ببناء هذا المؤشر من خلال تحليل المعطيات وهذا بالاعتماد على طريقة تحليل المكونات الرئيسية (ACP)¹ حيث بعد تحديد هذه المتغيرات التي تخبرنا على وجود التغطية الصحية في كل ولاية ومنها في كل منطقة، نمر إلى اختبار العلاقة بين مختلف المتغيرات وتفسير النتائج لمعرفة إن كان هناك ترابط بينها ومدى ملائمتها للتحليل العاملي وهذا باستخدام عدد من الاختبارات والتي نستعرض نتائجها فيما يلي:

- اختبار (Kaiser-Meyer-Olkin) KMO

يبين الجدول رقم 5 من الملحق أن قيمة $KMO=0,716$ وبما أن هذه القيمة أكبر من $0,50$ ² فإن جودة المعاينة تعتبر جيدة جدا. كما أن اختبار Bartlett للدائرية فإن Sig $Bartlett=0,000$ مما يؤكد أن العلاقة بين المتغيرات علاقة دالة إحصائيا وأيضا قوية ما يعني ملائمة المتغيرات لإجراء التحليل العاملي.

¹ لتفاصيل أكثر عن التحليل يمكن تصفح الملحق رقم 2.

وفقا لمحكمت كيزر الذي يعتبر أن قيم هذا الاختبار التي تتراوح بين 0.50-0.70 لا بأس بها والقيم التي تتراوح بين 0.70-0.90 جيدة جدا والقيم التي تتعدى 0.90 ممتازة.

-جودة التمثيل (Qualité de Représentation)

يبين الجدول رقم 6 في الملحق أن قيم جودة تمثيل المتغيرات تتراوح بين 0,724 و0,858 وهي قيم مقبولة وعليه فإن جميع المؤشرات تفسيرية جدا.

-التباين الكلي المفسر (Variance Totale Expliquée)

نلاحظ أن المكون الرئيسي الأول له أكبر تباين ويساوي 2,992 ويفسر 59,838% من التباينات الكلية للمتغيرات المكونة لمؤشر التغطية الصحية للطفل، كما أن المكون الثاني له تباين يساوي 0,995 ويفسر 19,908% من التباينات. مما يجعل نسبة التفسير الكلي للمكونين 79,746%¹.

-مصفوفة المكونات (Matrice des Composantes)

تشير القيمة المطلقة لجميع الأوزان (جدول رقم 8 للملحق) إلى أن كل المتغيرات المكونة لمؤشر التغطية الصحية للطفل يمكن اعتبارها مؤشرات هامة. يمثل المكون الأول التغطية الصحية الأساسية وتتمثل في التغطية بالأطباء العامين، بالشبه طبيين بالأسرة والصيدلة والمكون الثاني يمثل التغطية الصحية بالأطباء المختصين في طب الأطفال.

كل الاختبارات المبينة أعلاه تبين وجود ترابط بين مختلف المتغيرات مما يسمح ببناء متغير ملخص نطلق عليه المؤشر المركب للتغطية الصحية للطفل. المؤشر المبني يتمثل في تكوين خطي من المكونين الأساسيين (composition linéaire des 2 composantes) الذي سيمكننا من المقارنة بين الولايات والمناطق الوطن، وهذا باستعمال برنامج الSPSS. بعدها

¹ لتفاصيل أكثر يمكن مراجعة الجدول رقم 7 من الملحق.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

سنقوم باستعمال نفس البرنامج لتقسيم قيم المؤشر بشكل يسمح بالحصول على مستويين للدلالة على مستوى التغطية الصحية للطفل.

تحليل المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل في الجزائر المبني على معطيات 2018 للوزارة الصحة والسكان مكننا من تقسيم الولايات إلى قسمين:

1-الولايات التي تسجل مستوى مؤشر التغطية أقل من المستوى الوطني والتي اعتبرناها في هذه الدراسة كولايات ضعيفة التغطية الصحية للطفل.

2-الولايات التي تسجل مستوى مؤشر التغطية أكبر من المستوى الوطني والتي اعتبرناها في هذه الدراسة ولايات ذات تغطية جيدة.

المبحث الثالث: تحليل وتفسير الفرضية الثالثة للدراسة

تنص الفرضية الثالثة لهذه الدراسة على أن " يؤثر اختلاف توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الطفل بين الولايات والمناطق في الجزائر على توزيع معدل وفيات الأطفال فيها". وقد تم تفكيك المتغيرين المستقلين كما هو موضح في تمهيد الفصل إلى مؤشرات، والتي ستستعمل في تحليل وتفسير الفرضية.

تم في الفصل الخامس ص224-232 تحليل العلاقة بين المؤشرات الدالة على التغطية الصحية الأساسية والتي تتمثل في الكثافة بالأطباء العامين والكثافة بالمرضى الشبه طبيين والصيدلة وكذا الكثافة بالأسرة المستشفيات من جهة والمنطقة الجغرافية من جهة أخرى وهذا لإظهار اختلاف التغطية الصحية للأمم بين ولايات ومناطق الوطن. بالإضافة إلى ذلك سنحلل في هذا الجزء من الدراسة التغطية الصحية الخاصة بالطفل من خلال الكثافة بالأطباء

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

المختصين في طب الأطفال والمؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل لإظهار ما إذا كانت الفرضية الثالثة محققة أم لا.

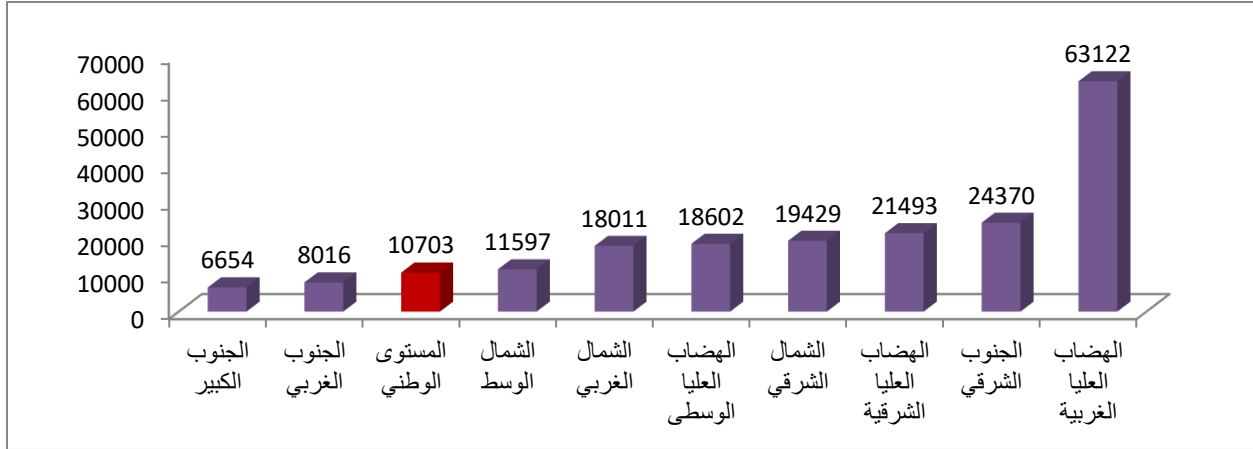
العلاقة بين التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال والمنطقة

يعتبر تخصص طب وجراحة الأطفال من التخصصات المهمة التي تركز عليها جميع النظم الصحية في العالم، ويسجل هذا التخصص كما هو الحال لكثير من التخصصات نقص كبير في عدد المتخرجين سنويا والذين بدورهم يحبذون البقاء في المستشفيات الكبرى للمدن الساحلية لكثرة فرص الترقيات والولوج إلى المناصب العليا، وتوفر إمكانيات العلاج، وكثرة امكانيات العمل في عيادات الخاصة. وهذا يؤدي لا ما حال إلى اختلال التوازن في الكثافات بين الولايات والمناطق.

أظهر توزيع معدلات التغطية حسب الولايات أن 26 ولاية سجلت في 2018 معدلات تغطية بالأطباء المختصين في طب وجراحة الأطفال أكبر من المعدل المسجل على المستوى الوطني. كما أظهرت اختلافات كبيرة في تلك المعدلات، حيث أن الطبيب المختص في هذا التخصص في ولاية السعيدة يعالج 17 مرة عدد المرضى الذي يعالجه نفس المختص في ولاية الجزائر العاصمة، كما أن هناك معدلات تثير الانتباه فمثلا في ولاية الطارف 5 مختصين في طب الأطفال يعالج 10 000 طفل، بينما نفس عدد الأطفال يعالجه طبيب واحد في ولاية أدرار.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

الشكل رقم 43: توزيع كثافة التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال في الجزائر في 2018 حسب المناطق. (طبيب ل عدد السكان)



المصدر: من اعداد الطالبة.

أظهر التوزيع حسب المناطق في الشكل السابق توزيع الكثافات السكانية لطبيب مختص في طب الأطفال وقد تبين أن منطقة الهضاب العليا الغربية أقل تغطية بأطباء الأطفال بمعدل 6 مرات أكبر من المعدل الوطني بينما منطقة الجنوب الكبير أحسن تغطية من كل المناطق بـ 6654 طفل للمختص الواحد ما يعادل حوالي طبيبين لـ 10 000 طفل.

كما بينت المعطيات المتاحة من وزارة الصحة والسكان لسنة 2018، أن أكثر من 95% من أطباء القطاع العام المختصين في طب الأطفال متواجدين في ولايات الجزائر، وهران وقسنطينة، وأن 57% منهم متواجدون في الجزائر العاصمة فقط. وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار بيرسن (الجدول رقم 2 الملحق رقم 1) الذي يبين العلاقة بين متغيرين كميين مبوبين فوجدنا أن قيمة الدلالة 0,049 أي أنها أقل من مستوى دلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين الكثافة بالأطباء المختصين في طب وجراحة الأطفال والمنطقة الجغرافية التي تتواجد فيها المؤسسة التي سُجلت فيها الوفاة.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

العلاقة بين مؤشر التغطية الصحية للطفل والمنطقة

كما بينا سابقا أنه لتلقي الطفل أو أي شخص آخر مستوى أحسن من الرعاية الصحية لابد من تواجد طاقم طبي متكامل، ولهذا فإن تحليل كل تغطية على حدا لا يبين لنا شروط الرعاية الصحية اللازمة للطفل. لهذا حاولنا ترسيخ هذه الفكرة حول الولايات ببناء مؤشر دال على التغطية الصحية للطفل والذي يأخذ بعين الاعتبار كل المؤشرات المستعملة (التغطية بالأطباء العامين، بالمرمضين، بالصيدلة، بالأسرة، بالأطباء الخاصين بطب الأطفال) في مؤشر واحد والذي مكننا من تقسيم الولايات إلى قسمين:

1-الولايات التي تسجل مستوى المؤشر التغطية أقل من المستوى الوطني والتي اعتبرناها في هذه الدراسة كولايات ضعيفة فيما يخص التغطية الصحية للطفل.

2- الولايات التي تسجل مستوى المؤشر التغطية أكبر من المستوى الوطني والتي اعتبرناها في هذه الدراسة أنها ولايات ذات تغطية جيدة.

في هذه الفقرة حاولنا تحليل التوزيعات المهمة "للمؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل" واستخراج المعلومات التي مكننا هذا المؤشر من الوصول إليها باعتباره متغير جديد للدراسة. وقد قمنا في البداية بتوزيع الولايات حسب هذا المؤشر، وتوصلنا إلى النتائج التالية:

وقد كانت نسب الولايات حسب القيم كالتالي:

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

الجدول رقم 46: نسب الولايات لكل قيمة من قيم المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل في الجزائر حسب معطيات 2018.

النسب %	عدد المشاهدات	قيم المؤشر المبني للتغطية الصحية الطفل
54,2	26	تغطية جيدة
45,8	22	تغطية ضعيفة
100	48	المجموع

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العاملي.

حسب الجدول السابق يمكننا الملاحظة أن المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل قسّم الولايات إلى حوالي النصف، حيث تسجل 54,2% من الولايات تغطية جيدة مقارنة بالمستوى الوطني وتسجل 45,8% منها تغطية ضعيفة دائما حسب المستوى الوطني. وهذا يدل على العمل الكبير الذي مازال ينتظر مسؤولي القطاع إذا ما أرادوا تحسين التغطية والقضاء على اللامساواة فيما يخص الخدمات الصحية المقدمة سواء للطفل أو الأم ولغيرهما من سكان الوطن، خاصة وأن التوزيع حسب المناطق الكبرى للوطن تبين اختلافات أخرى:

الجدول رقم 47: قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل حسب المنطقة

المجموع		تغطية ضعيفة		تغطية جيدة		قيم مؤشر التغطية الصحية للطفل المنطقة
%	الولايات	%	الولايات	%	الولايات	
100	25	44	11	56	14	الشمال
100	14	57,1	8	42,9	6	الهضاب العليا
100	9	33,3	3	66,7	6	الجنوب

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس spss22.

يبين الجدول السابق أن 56% من ولايات الشمال و 66,7% من ولايات الجنوب تسجل تغطية جيدة، بينما 57,1% من ولايات الهضاب العليا تسجل تغطية ضعيفة لصحة الطفل. لا بد إذا من تحسين الوضعية بالكثافات الطبية والصحية السريرية في مناطق الهضاب العليا، خاصة

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

فيما يخص الأطباء المختصين في صحة الطفل الذي يمثل العائق الكبير للتقليل من وفيات الأطفال الرضع.

وللتأكد من العلاقة بين المتغيرين قمنا باستعمال اختبار بيرسن (الجدول رقم 1 الملحق رقم 2) الذي يبين العلاقة بين متغيرين كميين مبويين فوجدنا أن قيمة الدلالة 0,049 أي أنها أقل من مستوى دلالة 5% وبالتالي نرفض فرضية العدم القائلة بأن المتغيرين مستقلين، أي أنه توجد علاقة بين مؤشر التغطية الصحية للطفل والمنطقة الجغرافية التي تتواجد فيها المؤسسة التي سُجلت فيها الوفاة.

الجدول رقم 48: توزيع الولايات حسب مؤشر التغطية الصحية للطفل وحسب المناطق

الولايات ذات تغطية ضعيفة لصحة الطفل		الولايات ذات تغطية جيدة لصحة الطفل	
المنطقة	الولاية	المنطقة	الولاية
شمال وسط	الشلف، البويرة، المدية، بومرداس، عين الدفلى.	شمال وسط	بجاية، البليدة، تيزي وزو، الجزائر العاصمة، تيبازة.
الشمال الغربي	مستغانم، معسكر، غليزان.	الشمال الغربي	تلمسان، سيدي بلعباس، عين تموشنت، وهران.
الشمال الشرقي	سكبكدة، سوق اهراس، ميلة.	الشمال الشرقي	جبل، عنابة، قالمة، قسنطينة، الطارف.
الهضاب العليا الوسطى.	الأغواط، الجلفة، المسيلة.	الهضاب العليا الوسطى.	
الهضاب العليا الغربية.	تيارت، تيسمسيلت، البيض، النعامة.	الهضاب العليا الغربية.	سعيدة.
الهضاب العليا الشرقية.	سطيف.	الهضاب العليا الشرقية.	باتنة، تبسة، أم البواقي، برج بوعريج، خنشلة.
الجنوب الغربي.		الجنوب الغربي.	أدرار، بشار، تندوف.
الجنوب الشرقي	بسكرة، الوادي، غرداية.	الجنوب الشرقي	ورقلة.
الجنوب الكبير		الجنوب الكبير	تمنراست، إليزي.

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العاملي.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

من خلال هذا الجدول يمكن الملاحظة أن:

- الولايات الضعيفة التغطية أقل من الولايات جيدة التغطية.
- ولايات الجلفة والمسيلة هن أقل تغطية لصحة الطفل من الولايات الأخرى وهما من منطقة الهضاب العليا الوسطى.
- بينما ولايات إليزي وعنابة هن أحسنها تغطية لصحة الطفل.
- كل ولايات منطقة الهضاب العليا الوسطى هن من الولايات ذات التغطية الضعيفة لصحة الطفل.
- كل ولايات الجنوب الغربي والجنوب الكبير هن ولايات ذات تغطية صحية جيدة لصحة الطفل.

استنتاج الفرضية الثالثة

بينت النتائج حتى الآن الفروق الأساسية المهمة التي توجد بين التغطية الصحية للطفل بين الولايات وبين مختلف المناطق البرمجة الإقليمية، كما أن هناك فوارق بين ولايات نفس المنطقة، وهذا سواء في التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال أو التغطية بالشبه طبيين.

منطقة الهضاب العليا الغربية هي الأقل تغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال، خاصة ولايتي تيسمسيلت وسعيدة. كما تبقى منطقة الهضاب العليا الوسطى وخاصة ولاية الجلفة الأكثر تضررا من قلة الشبه طبيين. ويعود هذا الاختلاف إلى عدم وجود المنشآت الصحية الكبيرة التي تستقطب هذا النوع من الكوادر الطبية فأغلبية المتخرجين يسعون إلى الممارسة في المدن الشمالية الكبرى، بالإضافة إلى التضاريس الوعرة وظروف العمل الصعبة في هذه

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

المناطق التي غالبا ما يتعامل الطبيب والممرض مع مرضى وعائلات غير متعلمة مع مواجهة مكتسبات اجتماعية وثقافية من الصعب تغييرها، حيث يتقدم الوالدين عادة بالطفل المريض في حالة متقدمة من المرض بعد استعمال كل العلاجات التقليدية.

أما فيما يخص التغطية الصحية الأساسية (الأطباء العامين، الصيادلة) فإن الهضاب العليا الوسطى أي ولايات الجلفة، الأغواط والمسيلة الأكثر تضررا من التغطية الصحية وخاصة الصيادلة منهم.

وعند استعمالنا للمؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل سمح لنا جمع كل المتغيرات الدالة على التغطية الصحية للطفل أي معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال، بالأطباء العامين، بالمرضى، بالصيادلة، وأسرة المستشفيات في متغير واحد وهو المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل، وقد بين لنا العمل الكبير الذي لابد القيام به بين الولايات، كما تمكنا من تقسيم الولايات إلى قسمين الولايات ذات التغطية الجيدة والولايات ذات التغطية الضعيفة لصحة الطفل. وبين لنا الاختلاف الموجود في مستوى التغطية الصحية للطفل بين ولايات ومناطق الجزائر حيث 56% من ولايات الشمال و66,7% من ولايات الجنوب يسجلن تغطية صحية جيدة، بينما 57,1% من ولايات الهضاب العليا تسجلن تغطية صحية ضعيفة لصحة الطفل حسب المؤشر المبني والدال على التغطية الصحية للطفل. أما على المستوى الوطني فإن 54,2% من الولايات تسجل تغطية جيدة لصحة الطفل.

كما بين لنا تحليل مؤشر التغطية الصحية للطفل أن مناطق الهضاب العليا الغربية الوسطى وكذا منطقة الجنوب الشرقي هن المناطق الأضعف تغطية بالكوادر الصحية التي ترعى صحة

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

الطفل في الجزائر.

وبهذا يمكننا القول أن الترتيب التنازلي حسب المناطق في جودة الرعاية الصحية للطفل حسب مؤشراتنا هي كالتالي: جنوب-شمال-هضاب عليا.

يظهر لنا من كل ما سبق أن الكثافات الطبية والسريية بالأطباء المختصين والأطباء العامين والشبه طبيين والصيدلة وأسرة المستشفيات تتوزع بطريقة غير عادلة بين الولايات والمناطق وخاصة منها الكثافات بالمختصين في طب الأطفال وبهذا يكون الجزء الأول من الفرضية الثالثة للدراسة محققة.

أما فيما يخص الجزء الثاني من الفرضية الثالثة والذي يخص معدل وفيات الأطفال فقد كشفت التحليلات التي يحتويها هذا الفصل عن التوزيع المتساوي إلى حد كبير في مستوى معدل وفيات الأطفال بين المناطق في الجزائر، رغم بعض الارتفاع في هذا المعدل في منطقة الهضاب العليا، حيث تتراوح بين 15 في منطقة الشمال الوسط و23 وفاة لكل 1000 ولادة حية في الهضاب العليا الشرقية.

أما على المستوى الولائي فإن معدل وفيات الأطفال يتراوح بين 8 و33 وفاة لكل 1000 ولادة حية في ولايتي بومرداس وعنابة على التوالي. وهذا يعكس الاختلاف في قيم معدل وفيات الأطفال في الجزائر بين الولايات وبين المناطق. وبهذا نكون قد تحققنا من صحة الجزء الثاني من الفرضية الثالثة.

المبحث الرابع: تحليل وتفسير الفرضية الرابعة للدراسة

تنص الفرضية الثانية لهذه الدراسة على "تأثر التغطية الصحية للطفل على معدل وفيات الأطفال في الولايات والمناطق في الجزائر" وقد تم تفكيك المتغيرين المستقلين كما هو موضح

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

في تمهيد الفصل إلى مؤشرات، والتي ستستعمل في تحليل وتفسير الفرضية. وتتم هذه الخطوة من خلال مرحلتين الأولى بالتحليل الثنائي المتغيرات والثانية المتعدد المتغيرات.

المطلب الأول: التحليل الثنائي المتغيرات

حاولنا أولاً استكشاف العلاقة بين المتغير المستقل الدال على التغطية الصحية بمؤشراته الست والمتغير التابع ومؤشريه الاثنان عدد وفيات الأطفال ومعدل وفيات الأطفال (وقد تم فيما قبل إعطاء المعلومات عن طريقة حسابها وأهم قيم النزعة المركزية لهما في الجدول رقم 40) بفحص الارتباط بينها عن طريق اختبار بيرسن بين مختلف المتغيرات المستقلة ووفيات الأطفال حسب الولايات. وهذا سيمكننا استعمال هذه المتغيرات في تحديد العوامل التي تؤثر على مستوى وفيات الأطفال حسب الولايات والمناطق في الجزائر.

الجدول رقم 49 : اختبار "بيرسن" بين مختلف العوامل المستقلة ووفيات الأطفال في الجزائر.

المعنوية	بيرسن	العوامل المستقلة
0.036	0.301	المنطقة
0.018	0.131	معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال
0.349	0.057	معدل التغطية بالأطباء العامين
0.207	0.119	معدل التغطية بالشبه طبيين
0.048	0.59	معدل التغطية بأسرة المستشفيات
0.148	0.153	معدل التغطية الصيدلة
0.535	0.91	مؤشر التغطية الصحية للطفل

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

بعد فحص الارتباط بين المتغيرات المستقلة التي تمثل التغطية الصحية للطفل ووفيات الأطفال في الجدول السابق، بينت النتائج أن في مستوى المعنوية بين 5% توجد علاقة ضعيفة وإيجابية بين المنطقة الجغرافية ومعدل وفيات الأطفال بقيمة 0,301 حيث كلما اتجهنا نحو الجنوب ارتفع معدل وفيات الأطفال، كما أن العلاقة ضعيفة وإيجابية عند نفس المستوى بين معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال ومعدل وفيات الأطفال أي أنه كلما انخفضت الكثافة بالأطباء المختصين في طب وجراحة الأطفال ارتفع مستوى وفيات الأطفال في الولاية. كما بين الجدول أعلاه العلاقة المتوسطة في مستوى معنوية أقل من 5% بين التغطية بأسرة المستشفيات ومعدل وفيات الأطفال بين الولايات. وهذا يسمح لنا باعتمادها في دراسة مستوى تأثير هذه المتغيرات في معدل وفيات الأطفال في الجزائر. أما المتغيرات الأخرى أي معدل التغطية بالأطباء العاميين، معدل التغطية بالشبه طبيين، معدل التغطية بأسرة المستشفيات ومعدل التغطية بالصيدلة وكذا مؤشر التغطية الصحية للطفل فإنها دالة وغير معنوية بينها وبين معدل وفيات الأطفال.

وبهذا قررنا ادماج كل هذه المتغيرات في وقت واحد في التحليل المتعدد المتغيرات لمعرفة العلاقة الموجودة بينها وبين معدل وفيات الأطفال مع تواجد المتغيرات الأخرى.

ولقد مكنا تحليل ثنائي المتغيرات من تحليل العلاقة بين المتغير التابع (وفيات الأطفال) والمتغير المستقل المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل من خلال معطيات

2018. وبدأنا بتقسيم قيم معدل وفيات الأطفال الرضع في الولايات إلى قسمين:

الأول يشمل الولايات التي تسجل مستوى وفيات الأطفال أقل من المستوى الوطني.

الثاني يشمل الولايات التي تسجل مستوى وفيات الأطفال أعلى من المستوى الوطني.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

ثم قمنا بتوزيع هذا المؤشر حسب قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم، وكانت النتائج كالتالي:

الجدول رقم 50: قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل حسب قيم وفيات الأطفال.

المجموع	تغطية ضعيفة %	تغطية جيدة %	قيم المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم. الولايات حسب قيم وفيات الأطفال.
100	47,8	52,2	الولايات التي تسجل معدل وفيات الأطفال أقل من المستوى الوطني.
100	44	56	الولايات التي تسجل معدل وفيات الأطفال أعلى من المستوى الوطني

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العاملي.

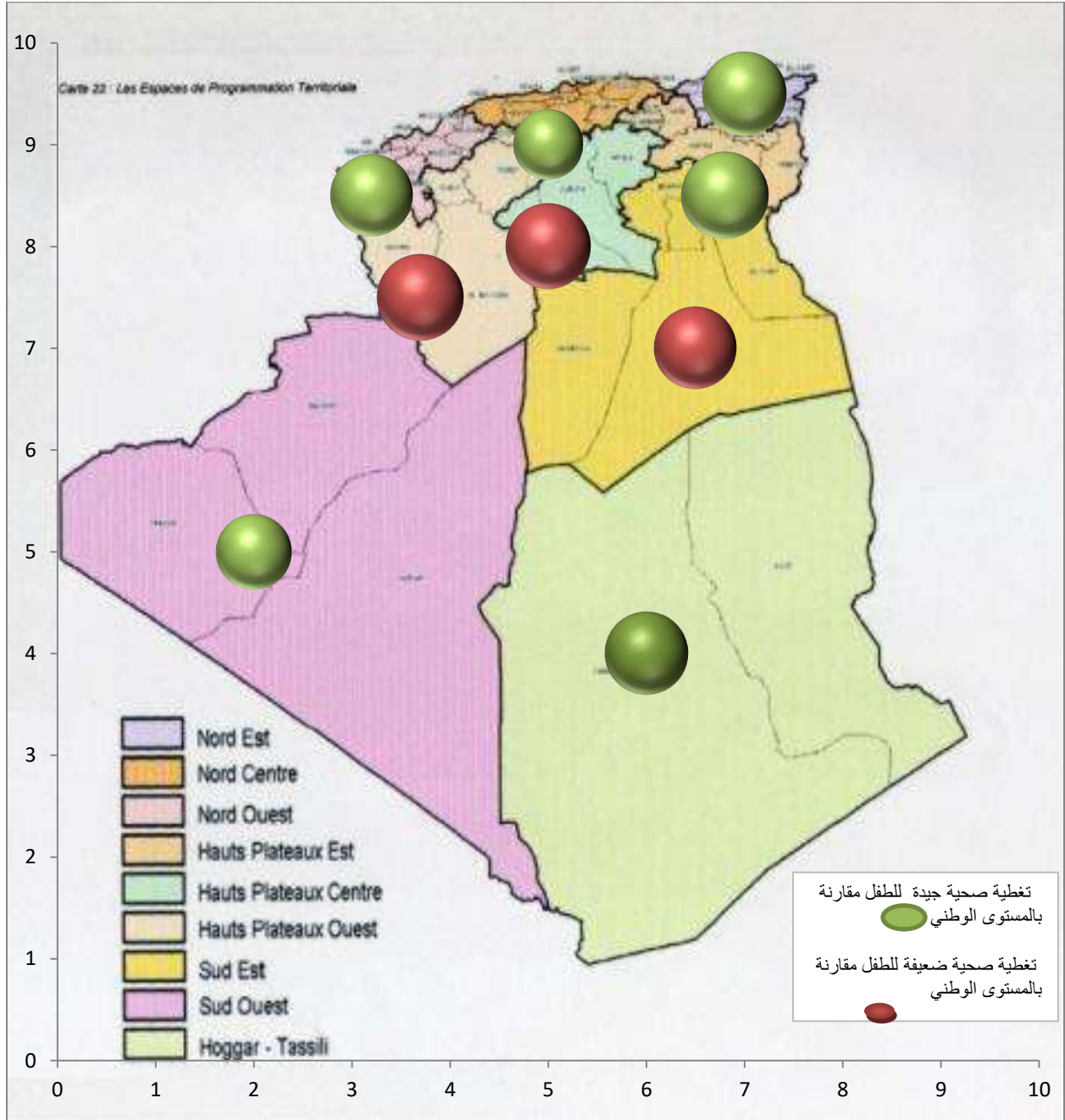
من خلال الجدول السابق يمكننا الملاحظة أن 52,2% من الولايات التي تسجل وفيات الأطفال أقل من المستوى الوطني تعرف تغطية جيدة مقارنة بالمستوى الوطني وهذا يعني أن الجهود المبذولة في هذه الولايات من خلال الكثافات الطبية والسرييرية فعالة، بينما 56% من الولايات التي تسجل وفيات الأطفال أعلى من المستوى الوطني تعرف تغطية صحية جيدة أيضا حسب المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل، وهذا يجعلنا من التساؤل عن العوامل التي أدت بالجهود التي قامت بها الدولة إلى أن تكون بدون أثر على مستوى الوفيات. وهذا يجعلنا مرة أخرى نتساءل عن العلاقة بين التغطية الصحية ووفيات الأطفال. إذ أنه كلما تحسنت التغطية الصحية للطفل لا يعني بالضرورة انخفاض في وفيات الأطفال في الولايات والمناطق.

وتمكننا من التأكد من هذه العلاقة من خلال اختبار بيرسن والذي أظهر علاقة سلبية غير معنوية في مستوى 0,535 بين معدل وفيات الأطفال الرضع ومؤشر التغطية المبني على أساس الكثافات الطبية والسرييرية الدال على التغطية الصحية للطفل بقيمة اختبار بيرسن 0,91.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

وقد سمح لنا التحليل الثنائي المتغيرات من استخراج خريطة تمثل 9 مناطق جغرافية للجزائر وتمثل التغطية الصحية للطفل ومستوى وفيات الأطفال الرضع في هذه المناطق.

الشكل رقم 44: معدل وفيات الأطفال حسب التغطية الصحية للطفل في المناطق البرمجة الإقليمية.



المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العاملي.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

يمثل لون الفقاعة قيمة التغطية الصحية للطفل في المنطقة (ضعيفة أو جيدة) في المنطقة كما تمثل مساحتها معدل وفيات الأطفال في تلك المنطقة (أقل أو أعلى من المستوى الوطني فكلما كبرت مساحة الفقاعة كثرت وفيات الأطفال في المنطقة).

عند قراءة هذه الخريطة من الشمال إلى الجنوب نلاحظ أن 3 مناطق من 9 تملك تغطية ضعيفة حسب المؤشرات المستعملة في الدراسة والتي تمثل التغطية الصحية للطفل وهي منطقة الهضاب العليا الوسطى والغربية والجنوب الشرقي. من جهة أخرى تظهر لنا الخريطة تجانس مثير للانتباه فيما يخص معدلات وفيات الأطفال الرضع، مع بعض الانخفاض في منطقتي الشمال الوسط والجنوب الغربي.

إلا أنه ولصعوبة وصف العديد من المتغيرات، عن طريق تحليل ثنائي المتغيرات وكذا عدم إظهار تأثير باقي المتغيرات سوف نستخدم التحليل متعدد المتغيرات لتحليل العلاقة ومدى الارتباط بين مختلف المتغيرات الدراسة ووفيات الأطفال.

المطلب الثاني: تحليل متعدد المتغيرات للمتغيرات المستقلة التي تفسر مستوى معدل وفيات الأطفال في الجزائر.

تم استخدام كل المتغيرات الدالة على التغطية الصحية الموجودة في الجدول رقم من الملحق رقم لبناء نموذج يفسر معدل وفيات الأطفال، وقد استخدمنا المتغير المنطقة الجغرافية لمعرفة تأثير هذه الأخيرة على مستوى هذه الوفيات.

بينت نتائج التحليل المتعدد المتغيرات¹ أن النموذج المتحصل عليه معنوي عند مستوى معنوية 1% (0,000 من مستوى المعنوية) وأنه يقدم مقدار معنوي ودال من المعلومات عن وفيات

¹ لتفاصيل أكثر يمكن تصفح الملحق رقم 3.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

الأطفال في الجزائر حسب الولايات. ويقدر مربع معامل الارتباط $R^2=0,83$ ، وذلك يعني أن المتغيرات المستقلة تقدم 82,3% من المعلومات حول التباين المتغير التابع معدل وفيات الأطفال (الجدول رقم 2 من الملحق رقم). من جهة أخرى يقدر معامل الارتباط $R=0,907$ أي أنه يدل على علاقة قوية بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة المستعملة في تحديد النموذج.

وبعد حذفنا للمتغيرات التي تؤثر على المتغير التابع ولكن ليس بمستوى معنوي معقول، فبينت النتائج أن المتغيرين المستقلين اللذان يؤثران في مستوى معنوي 1% (0,000) على وفيات الأطفال الرضع في الجزائر واللذان يدلان على تغطية صحية للطفل هما معدل التغطية بالأطباء العاميين، معدل التغطية بالأسرة وهذا دون تأثير المتغيرات الأخرى. كما بينت تأثير المنطقة الجغرافية التي يتواجد فيها الطفل على مستوى هذه الوفيات.

كما تبين لنا أن هذه المتغيرات الثلاث تفسر ما لا يقل على 82% من التباين المسجل بين معدلات وفيات الأطفال الرضع بين الولايات.

بهذا يمكننا الاستنتاج أن النموذج التنبؤي لوفيات الأطفال يمكن كتابته على النحو التالي:

جدول رقم 51: قيم BETA ومستوى الدلالة للمتغيرات المستقلة التي تدخل في تفسير معدل وفيات

الأطفال 2018.

SIG.	BETA	المتغيرات المستقلة
0,007	180,466	قيمة ثابتة
0,000	0,409	معدل التغطية بالأطباء العاميين
0,002	1,149	معدل التغطية بالأسرة المستشفيات
0,015	23,989	منطقة الدرمة الإقليمية

المصدر: من اعداد الطالبة على أساس التحليل العاملي.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

التغطية بالأطباء العاميين: تأثر التغطية بالأطباء العاميين على مستوى وفيات الأطفال الرضع في 2018 في الجزائر بمستوى معنوية 1% (مستوى معنوية 0,000)، كما بينت معطيات التحليل المتعدد المتغيرات أن العلاقة سلبية بين المتغيرين وأنه كلما ارتفع عدد الأطباء العاميين بوحدة واحدة، انخفضت وفيات الأطفال الرضع ب0,409 وهذا دون تأثير المتغيرات الأخرى.

التغطية بأسرة المستشفيات: تأثر التغطية الصحية بأسرة المستشفيات على مستوى وفيات الأطفال الرضع في 2018 في الجزائر بمستوى معنوية 1% (مستوى المعنوية 0,002)، كما بينت معطيات التحليل المتعدد المتغيرات أن العلاقة سلبية بين المتغيرين وأنه كلما ارتفع عدد أسرة المستشفيات، انخفض مستوى وفيات الأطفال الرضع بوحدة واحدة وهذا دون تأثير المتغيرات الأخرى.

منطقة البرمجة الإقليمية: تأثر المنطقة معنويا على مستوى معدل وفيات الأطفال حسب معطيات 2018 بمستوى معنوي 5% (مستوى معنوية 0,015). كما بينت المعطيات أن هذه العلاقة ايجابية، أي أننا كلما انتقلنا من الشمال إلى الجنوب ارتفع معدل وفيات الأطفال ب23 وحدة وفاة للأطفال الرضع في الجزائر. وهذا يدل على المستوى المتفاوت للوفيات الأطفال بين المناطق والولايات.

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

المطلب الثالث: إسهام المتغيرات في تفسير مستوى وفيات الأطفال في الجزائر في 2018.

فيما يلي سنقوم بحساب إسهام المتغيرات التي وجدنا أنها تؤثر على وفيات الأطفال في الجزائر وهي معدل التغطية بالأطباء العامين ومعدل التغطية بأسرة المستشفيات والمنطقة التي تتواجد فيها الولاية.

الجدول رقم 52: مساهمة المتغيرات في تفسير مستوى وفيات الأطفال الرضع بين الولايات في 2018 في الجزائر.

الترتيب	الفرق	مربع معامل الارتباط بدون المتغيرة	المتغيرة
1	0,129	0,694	معدل التغطية بالأطباء العامين
2	0,044	0,779	معدل التغطية بأسرة المستشفيات
3	0,026	0,797	منطقة البرمجة الإقليمية

المصدر: من اعداد الطالبة

وبهذا تبين لنا من خلال الجدول رقم 8 أن التغطية بالأطباء العامين هي التي تؤثر أكثر على صحة الطفل وبذلك على مستوى وفيات الأطفال الرضع بنسبة 12,9% تليها التغطية بأسرة المستشفيات في المستوى الثاني بنسبة 4,4% وفي المرتبة الثالثة المنطقة التي تسجل فيها الوفيات بـ 2,6%.

تأثير المنطقة في رأينا يدل على الفوارق الكبيرة المسجلة بين مختلف المناطق من حيث توفر ونوعية الخدمات الصحية.

استنتاج الفرضية الرابعة

بين التحليل الثنائي المتغيرات بين المتغيرات المستقلة الدالة على معدل التغطية الصحية للطفل أي معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال والمتغير التابع معدل وفيات الأطفال علاقة سلبية متوسطة ومعنوية عند مستوى الدلالة 5%. كما أظهر هذا التحليل العلاقة بين المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل ومعدل وفيات الأطفال علاقة سلبية قوية بإختبار بيرسن 0,91 وغير دالة معنويا عند 0,535,

بعد استعمالنا للتحليل المتعدد المتغيرات والمتمثل في الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات، تحققنا من العلاقة الموجودة بين المتغيرات المستقلة المستعملة في الدراسة والتي تدل على التغطية الصحية للأم (الكثافة بالأطباء العامين، بالمرضين، بالصيدلة، بأسرة المستشفيات بالأطباء المختصين في طب الأطفال) ومعدل وفيات الأطفال الأقل من سنة، حيث بينت نتائج التحليل أن العلاقة قوية بين هذه المتغيرات و(حيث يقدر مربع معامل الارتباط بينهما 0,911) وأنها تقدم نسبة معتبرة من المعلومات حول مستوى وتباين وفيات الأطفال عامل الارتباط 0,830)، كما بينت النتائج التحليل أن توفير الأطباء العامين في المؤسسات العمومية وأسرة المستشفيات يؤثر لوجودهما ب82,3% في تباين مستوى وفيات الأطفال في الولايات في الجزائر وهذا راجع في رأينا إلى أن وفيات الأطفال في الجزائر سببها أمراض شائعة يمكن معالجتها من طرف طبيب العام وطبيب العائلة وهذا حتى وإن تطلب ذلك المراقبة في المستشفى والذي يستلزم توفر أسرة المستشفيات. وبهذا نكون قد أكدنا الفرضية الرابعة والتي تنص على أنه "تؤثر التغطية الصحية للطفل على معدل وفيات الأطفال في الجزائر" وذلك عن طريق التغطية بالأطباء العامين والتغطية بأسرة المستشفيات والتي تساهم

الفصل السادس: تحليل وتفسير الفرضيات الثالثة والرابعة

ب12,4% و4,4% على التوالي في شرح مستوى وفيات الأطفال الأقل من سنة في الولايات، وقد ترتب على هذا النموذج تأثير المنطقة على مستوى هذه الوفيات.

خاتمة

تعتبر ظاهرتي وفيات الأمهات والأطفال الرضع من أكثر الظواهر التي يهتم بها العالم ويسعى لتخفيضها بسبب تأثيرها المباشر على التنمية المحلية والوطنية والعالمية.

وتعكس ارتفاع وفيات الأمومة والطفولة في بعض مناطق العالم التفاوتات القائمة في الحصول على الخدمات الصحية، ويبرز الثغرة الموجودة بين الأغنياء والفقراء والمتعلمين وغير المتعلمين وغيرها من العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية.

اهتمت هذه الدراسة بتحديد أثر الحصول على الخدمات الصحية على معدل وفيات الأمهات ومعدل وفيات الأطفال في الجزائر وذلك من خلال معطيات سنة 2018، وذلك من خلال توفر تلك الخدمات واستعملنا في ذلك الكثافات الطبية والسريرية كما واعتمدنا على التحليل متعدد المتغيرات الذي ارتكز أولاً على تحليل المركبات الأساسية لإعطائنا نظرة شاملة للمتغيرات المستقلة واستخراج مؤشرين للتغطية الصحية للأم وآخر للطفل قائمين على مجموعة من المتغيرات المستقلة. وقد سمح لنا هذا من استخراج بطاقة الخدمات الصحية وفيات الأمهات وبعدها بطاقة الخدمات الصحية وفيات الأطفال. وبذلك استطعنا تقديم خريبتين تمثلان التغطية الصحية والوفيات لكل من الأمهات والأطفال الرضع حسب المناطق الكبرى للوطن حسب التقسيم الجغرافي للتهيئة العمرانية. ثم على استخدام نموذج الانحدار الخطي بسبب أن المتغيرات التابعة والمستقلة متغيرات كمية والذي يتميز باستخراج المعاملات لكل متغير في النموذج النهائي. كل هذا تم بعد استخدام اختبار بيرسن لتحليل العلاقة بين تحليل العلاقة بين المتغيرات المستقلة والمتغيرات التابعة لمعرفة إن كانت معنوية أو لا.

تحصلنا بعدها على نموذجين هما نموذج وفيات الأمهات الاستشفائي ونموذج وفيات الأطفال

الرضع.

وفي النهاية قمنا بتقدير إسهام كل عامل عن طريق حساب الفرق بين قيم مربع معامل الارتباط للنموذج النهائي M1 و النموذج دون المتغيرة التي نريد تقييم إسهامها M0. بعدها قمنا بترتيب هذه المتغيرات حسب أهميتها في تفسير تغيرات معدل الوفيات الأمهات بالنسبة للنموذج الأول وتفسير تغيرات معدل وفيات الأطفال بالنسبة للنموذج الثاني.

نقوم فيما يلي بتقديم خلاصة دراسة "أثر التغطية الصحية للأم على وفيات الأمهات":

❖ تمكنا من خلال تحليل الفرضية الأولى والتي تتص على أن " **يؤثر اختلاف توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الأم بين الولايات والمناطق في الجزائر على توزيع معدل وفيات الأمهات فيها.** " من استنتاج:

- أن التغطية الصحية للأم في الجزائر مختلفة اختلافا واضحا، بين الولايات والمناطق في الجزائر، وذلك حسب المتغيرات المستعملة في الدراسة، ويتمثل هذا الاختلاف في التفاوت الموجود بين الكثافات الطبية والسريرية، وأيضا في التفاوت الموجود بين المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم من خلال تواجد كل عناصر الطاقم الطبي والسريري في المؤسسات الصحية في الولاية.
- فمثلا الولايات **الأضعف تغطية** بالمختصين في طب النساء والتوليد هي الولايات الشمالية الشرقية والوسطى (من بينها جيجل، البويرة وعين الدفلى).
- أما فيما يخص التغطية الصحية بالأطباء العامين، الممرضين، الصيادلة وأسرة المستشفيات فإن الهضاب العليا الوسطى أي ولايات الجلفة، الأغواط والمسيلة الأكثر تضررا من الولايات الأخرى.

خاتمة

- تختلف هذه التغطية بين المناطق حسب المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للأم، حيث تسجل المناطق الشمالية الشرقية والهضاب العليا الوسطى والجنوب الشرقي "تغطية صحية ضعيفة لصحة الأم" حسب المتغيرات المستعملة والتي استندنا عليها دراستنا ومقارنة بالمستوى الوطني، بينما تسجل المناطق الشمالية الوسطى والشمالية الغربية والهضاب العليا الغربية والشرقية والمناطق الجنوبية الغربية والكبرى "تغطية جيدة لصحة الأم" مقارنة بالمستوى الوطني.
- إذا اعتبرنا أن كلما كانت المنطقة تحتوي على عدد أكبر من الولايات التي تسجل تغطية جيدة لصحة الأم تكون مغطاة جيدا، والعكس صحيح أي أن المنطقة التي تسجل أكبر عدد من الولايات ذات تغطية ضعيفة تعتبر منطقة ذات تغطية ضعيفة فإن منطقة الهضاب العليا الوسطى هي المنطقة ذات التغطية الصحية للأم الأضعف مقارنة بالمستوى الوطني متبوعة بالجنوب الشرقي ثم الشمال الشرقي. أي أن المرأة في الهضاب العليا الوسطى أكثر عرضة لعدم توفر الطاقم الطبي في المنشأة التي تتوجه إليها.
- تقترب قيم المؤشر لمنطقة الشمال الوسط من القيم الوطنية بالنسبة للتغطية الصحية للأم.

وبتحليل معدل وفيات الأمهات الاستشفائي حسب الولايات والمناطق توصلنا إلى أنه:

- يختلف معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في الجزائر حسب الولاية والمنطقة المتواجدة فيها الولاية، حيث تضرب بعض المعدلات في 10 مقارنة بالولايات الأخرى أو المناطق، وهذا يدل على الاختلاف الكبير بين معدلات وفيات الأمهات بين المناطق الشمالية الهضاب العليا والجنوبية في الجزائر.

خاتمة

- تبين لنا أن الأمهات في الجنوب الكبير أكثر عرضة من غيرهن من النساء في منطقة الشمال الوسط للوفاة بـ 10 مرات في فترة الحمل الولادة أو بعدها في المستشفيات، وبـ 6 مرات أكثر من النساء في الجزائر.
- كما تبين لنا أن الأمهات في ولاية تمنراست أكثر عرضة لخطر الوفاة متبوعة بأمهات ولايتي إليزي وأدرار.

بدراسة الارتباط بين معدل وفيات الأمهات الاستشفائي والمؤشر المبني الدال على جودة التغطية الصحية للأم والذي تأخذ الولاية أو المنطقة إحدى القيمتين فيه "تغطية صحية جيدة للأم" أو "تغطية صحية ضعيفة للأم"، استنتجنا أن:

- أغلبية الولايات التي سجلت معدل وفيات الأمهات أقل من المسجل في المستوى الوطني تعرف تغطية صحية جيدة للأم (61,1%)، بينما أغلبية الولايات التي سجلت معدل وفيات الأمهات أكبر من المستوى الوطني تعرف تغطية صحية ضعيفة (53,3%).

- نلاحظ أن منطقة الجنوب الكبير ورغم تسجيلها تغطية جيدة للأم بالمعايير المستعملة في الدراسة وهو توفر الكادر الطبي وأسرة المستشفيات، إلا أنها تسجل أعلى مستوى وفيات الاستشفائي. وهذا يدل على أنه لا يكفي توفر المنشآت والكوادر الطبية في بعض المناطق لاستقطاب أكبر عدد من الأمهات، بل لابد من دراسة المعتقدات الدينية والثقافية للمنطقة، بالإضافة إلى عامل النظافة في المستشفيات في بعض المناطق التي تقتصر إلى تنظيف المعدات المستعملة في عمليات الولادة وتسجيلها لنقص في الأدوية للمقابلة للحالات المستعجلة، كما يلعب عامل البعد عن المنشآت دورا هاما في هذه المناطق باعتبارها مناطق واسعة ووعرة.

خاتمة

- ❖ سمح لنا التحليل متعدد المتغيرات للعوامل المفسرة لمعدل وفيات الأمهات في الجزائر بتحديد المتغيرات المستقلة التي تدل على التغطية الصحية التي تؤثر على مستوى معدل وفيات الأمهات، وبعد تحليل الفرضية الثانية التي تنص على أن تؤثر التغطية الصحية للأم على معدل وفيات الأمهات الاستشفائي في الجزائر. استنتجنا ما يلي:
- يختلف معدل وفيات الأمهات بين الولايات كلما اختلفت التغطية الصحية فيها باعتبار كل المتغيرات المستقلة المستعملة في بناء مؤشر التغطية الصحية للأم. أي أن كل المتغيرات المستقلة المستعملة في بناء مؤشر التغطية الصحية تأثر بصفة أو بأخرى على مستوى وفيات الأمهات الاستشفائي.
- تأثر التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد والقابلات على معدل وفيات الأمهات الاستشفائي بين الولايات.
- تفسر كل المتغيرات المستقلة المستعملة في الدراسة أي الكثافة بالأطباء العامين، بالشبه طبيين، بالصيدلة، بأسرة المستشفيات بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد والكثافة بالقابلات ب60,5% من التباين المسجل في مستوى معدل وفيات الأمهات الاستشفائي بين الولايات.
- تعتبر التغطية الصحية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد أكثر إسهاما في النموذج الذي يفسر مستوى معدل وفيات الأمهات الاستشفائي بين الولايات، تليه التغطية الصحية بالقابلات.
- حيث أن هذين العاملين يؤثران بأكثر من النصف (بنسبة 58,1%) على مستوى وفيات الأمهات في الولايات.

خاتمة

■ تساهم التغطية الصحية بالأطباء المختصين في طب النساء والتوليد لوحدها بـ 50,8% في شرح مستوى معدل وفيات الأمهات الاستشفائي، بينما تساهم التغطية الصحية بالقبالات بـ 5,1% في ذلك.

نقوم فيما يلي بتقديم خلاصة دراسة "أثر التغطية الصحية للطفل على وفيات الأطفال الأقل من سنة":

❖ تمكنا من خلال تحليل الفرضية الثالثة والتي تنص على أن " **يؤثر اختلاف توزيع الكثافات الطبية والسريرية المخصصة لصحة الطفل بين الولايات والمناطق في الجزائر على توزيع معدل وفيات الأطفال فيها** » من استنتاج أن:

■ أن التغطية الصحية للطفل في الجزائر مختلف اختلافا واضحا بين الولايات والمناطق في الجزائر، حسب المتغيرات المستعملة في الدراسة، ويتمثل هذا الاختلاف في التفاوت الموجود بين الكثافات الطبية والسريرية كل واحدة على حدة، وأيضا في التفاوت الموجود بين المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل من خلال تواجد كل عناصر الطاقم الطبي والسريري في المؤسسات الصحية في الولاية.

■ منطقة الهضاب العليا الغربية المنطقة الأقل تغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال، خاصة ولايتي تيسمسيلت وسعيدة. ويعود هذا الاختلاف مقارنة بالمناطق الأخرى في عدم وجود المنشآت الصحية الكبيرة التي تستقطب هذا النوع من الكوادر الطبية فأغلبية المتخرجين المختصين يسعون في الممارسة في المدن الشمالية الكبرى، بالإضافة إلى التضاريس الوعرة والظروف العمل الصعبة في هذه المناطق التي غالبا ما يتعامل الطبيب والممرض مرضى وعائلات غير متعلمة مع مواجهة مكتسبات اجتماعية وثقافية من الصعب تغييرها.

خاتمة

- أما فيما يخص التغطية الصحية بالأطباء العاميين، الشبه طبيين والصيادلة فإن الهضاب العليا الوسطى أي ولايات الجلفة، الأغواط والمسيلة أقل تغطية من المناطق والولايات الأخرى.
- وقد مكننا المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل من اعطائنا نظرة شاملة على التغطية الصحية بين الولايات والمناطق في الجزائر، حيث أظهر تحليله أن 54.2% من الولايات تسجل تغطية صحية جيدة.
- كما بين لنا نفس المؤشر أن مناطق الهضاب العليا الغربية والوسطى وكذا الجنوب الشرقي تسجل تغطية صحية ضعيفة لصحة الطفل.
- تتقارب قيم المؤشر لمنطقة الشمال الوسط والقيم الوطنية بالنسبة للتغطية الصحية للطفل.

وبتحليل معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة بين الولايات والمناطق الوطن توصلنا إلى أنه:

- يختلف معدل وفيات الأطفال في الجزائر حسب الولاية والمنطقة المتواجدة فيها الولاية، حيث تبين وجود اختلافات كبيرة بين مستويات معدل وفيات الأطفال بين الولايات وبين الشمال والهضاب العليا والجنوب.
- يختلف معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة بين الولايات، حيث المعدل المسجل في ولاية عنابة مثلا يمثل 4 أربع مرات المعدل المسجل في ولاية بومرداس.
- تسجل منطقة الهضاب العليا أعلى معدل ب 22 وفاة ل 1000 ولادة حية بينما تسجل منطقة الشمال الوسط 15 وفاة ل 1000 ولادة حية. وبهذا يتعرض الطفل في الهضاب العليا إلى احتمال الوفاة أكبر من الطفل في الشمال والجنوب.

خاتمة

▪ يعتبر الطفل الأقل من سنة في منطقة الهضاب العليا الشرقية أكثر عرضة من غيره من أطفال الجزائر للوفاة بمرّة ونصف (1,5 مرة) مقارنة بالمنطقة الشمال الوسط.

بدراسة الارتباط بين معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة ومؤشر التغطية صحية للطفل والذي تأخذ الولاية أو المنطقة إحدى القيمتين "تغطية صحية جيدة للطفل" و"تغطية صحية ضعيفة للطفل"، استنتجنا أن:

▪ أغلبية الولايات التي تسجل معدل وفيات الأطفال أقل من المستوى الوطني تملك تغطية صحية جيدة للطفل (52,2%)، بينما 47,8% منها تملك تغطية صحية ضعيفة للطفل.

▪ 56% من الولايات التي تسجل معدل وفيات الأطفال أعلى من المستوى الوطني تملك تغطية صحية جيدة للطفل حسب المؤشر المبني الدال على التغطية الصحية للطفل.

▪ نلاحظ أن منطقة الهضاب العليا الشرقية ورغم تسجيلها أعلى مستوى لمعدل وفيات الأطفال الرضع بين المناطق إلا أنها تسجل تغطية جيدة لصحة الطفل وهذه الاستثناءات تبين لنا أن توفير الطاقم الطبي بكمية كافية لا يعني توفير الرعاية الصحية اللازمة للطفل حيث أنه تتداخل عوامل أخرى مثل العوامل الاجتماعية والثقافية للام والأسرة والعوامل الاقتصادية وقد تكون المسافة بين المنشأة الصحية والمريض عائقا كما يمكن أن تكون عدم حضور هذا الطاقم للمناوبة هو العائق لوصول الرعاية الصحية.

سمح التحليل المتعدد المتغيرات للعوامل المفسرة لمعدل وفيات الأطفال الأقل من سنة في الجزائر بتحديد المتغيرات المستقلة التي تدل على التغطية الصحية التي تؤثر على مستوى

خاتمة

معدل وفيات الأطفال الرضع. وبعد تحليل الفرضية الرابعة التي تنص على تؤثر التغطية الصحية للطفل على معدل وفيات الأطفال في الجزائر استنتاجنا ما يلي:

- يختلف معدل وفيات الأطفال بين الولايات كلما اختلفت التغطية الصحية فيها حسب المتغيرات المستقلة المستعملة في بناء مؤشر التغطية الصحية للطفل.
- تفسر المتغيرات المستقلة المستعملة في دراسة تأثير التغطية الصحية للطفل على وفيات الأطفال الرضع والتي تتمثل في معدلات التغطية بالأطباء العاميين والأطباء المختصين في طب الأطفال والممرضين الشبه طبيين والصيدلة والأسرة 83% من التباين المسجل في مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع بين الولايات.
- تأثر التغطية بالأطباء العاميين والتغطية بأسرة المستشفيات والمنطقة الجغرافية تأثيرا معنويا على مستوى معدل وفيات الأطفال بين الولايات.
- تفسر هذه العوامل الثلاث لوحدها 82% من التباين الموجود بين معدلات وفيات الأطفال الرضع في الولايات في الجزائر.
- يعتبر العامل التغطية بالأطباء العاميين أكثر إسهاما من غيرها في النموذج الذي يفسر مستوى وفيات الأطفال بين الولايات بينما عامل المنطقة الأقل إسهاما في تفسير هذا الاختلاف.
- تساهم التغطية بالأطباء العاميين لوحدها ب 12,9% في شرح مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع في الولاية، بينما تساهم التغطية بالأسرة ب 4,4% في شرح مستوى معدل وفيات الأطفال الرضع في الولاية وتساهم المنطقة الجغرافية ب 2,6% في ذلك.
- تؤثر المتغيرات الدالة على التغطية الصحية على معدل وفيات الأطفال أكثر مما تؤثر على معدل وفيات الأمهات الاستشفائي، حيث أن مربع معامل الارتباط في النموذج

خاتمة

الخاص بوفيات الأطفال يمثل 83% بينما مربع معامل الارتباط الخاص بوفيات
الأمهات الاستشفائي يمثل 60,5%.

قائمة المراجع

1. المراجع باللغة العربية

← الكتب

- 1-التيجاني ثريا، دروس في منهجية البحث في العلوم الاجتماعية والبيداغوجية، نماذج ميدانية في تطبيق المنهجية، دار الهدى للطباعة والنشر والتوزيع، الجزائر 2015.
- 2-بلمير بلحسن، إحصاء ونظرية عامة، مطبعة دار هومه، الجزائر، 2016.
- 3-جلبي علي عبد الرزاق، المناهج الكمية والكيفية في علم الاجتماع، دار المعرفة الجامعية للطبع والنشر والتوزيع، مصر، 2012.
- 4-شريف آسيا، الظواهر الديموغرافية، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 2017.
- 5-عميرة جويذة، إحصاءات السكان في الجزائر، مطبعة عالم الأفكار، 2017.
- 6-عميرة جويذة، التحليل الإحصائي للبيانات الاجتماعية والديموغرافية، مطبعة عالم الأفكار، 2018.

← المجلات والدوريات

- 7-بن عمار نوال، أسباب وفيات الأمهات، مجلة العلوم الاجتماعية، الجزائر، جانفي 2018.
- 8-جفال عبد الحميد وسيدي إدريس عمار، التنمية الصحية وعلاقتها بالتنمية البشرية، دار الأيام، الأردن، الطبعة الأولى، 2015.
- 9-دريسي أسماء، تطور الإنفاق الصحي في الجزائر ومدى فعاليته في إطار إصلاح المنظومة الصحية خلال الفترة 2004/2013، المجلة الجزائرية للعولمة والسياسات الاقتصادية، الجزائر، العدد: 06-2015.

قائمة المراجع

- 10- دريش احمد والعفريت مسعودة، ماهية الصحة الإنجابية والعوامل المحددة لها، مجلة الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة الجزائر 2، الجزائر، 2016.
- 11- سويقات محمد وحمزة شريف علي، الأسباب الداخلية والخارجية لوفيات الأطفال الرضع في الجزائر خلال الفترة من 2000 إلى 2012، مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، الجزائر، 2020.
- 12- فخاري فاروق، أهمية استخدام طريقة المكونات الأساسية ACP في حل مشكل التعدد الخطي المتغيرات المستقلة الإحصائية، مجلة الامتياز لبحوث الاقتصاد والإدارة، المجلد 5، الجزائر، 2021.
- 13- محمداتني شهرزاد، مقارنة سوسيوولوجية لنماذج الرعاية الصحية من خلال بعض المؤشرات الصحية في فرنسا والجزائر، مجلة آفاق وأفكار، الجزائر، 2012.
- 14- معاش فيصل، وفيات الأمهات في الجزائر في ظل الأهداف الإنمائية لللفية، مجلة آفاق لعلم الاجتماع، مجلد 10 العدد، الجزائر، ديسمبر 2020.
- 15- واضح صليحة، تأثير الحالة الصحية على وفيات الرضع في الجزائر، مجلة، العدد 24، جامعة الدول العربية، 2017.
- لـ الرسائل الجامعية
- 16- بار جميلة، أزمة النفقات العمومية في القطاع الصحي، رسالة ماجستير مقدمة لمعهد العلوم الإقتصادية، جامعة الجزائر، 1997.
- 17- بلعيدي أمال، رعاية صحة الأمومة، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه في الاقتصاد والإحصاء التطبيقي، المدرسة الوطنية العليا للإحصاء والاقتصاد التطبيقي، الجزائر، 2018.

قائمة المراجع

- 18- بولحريق محند، **تخطيط وتسيير الصحة حالة الجزائر**، رسالة ماجستير مقدمة لمعهد العلوم الإقتصادية، جامعة الجزائر، 1994.
- 19- درور فاتح، **العوامل السوسيو ديمغرافية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع**، أطروحة الماجستير تخصص علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، الجزائر، 2011.
- 20- شريف أسيا، **واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الحمل والولادة وما بعدها**، مذكرة دكتوراه تخصص علم الاجتماع، جامعة الجزائر 2، 2004-2005.
- 21- شريفي ابراهيم، **علاقة النمو الديموغرافي بالنمو الإقتصادي وسياسات مواجهة آثاره على سوق الشغل الجزائرية دراسة تحليلية وقياسية للفترة 1973-2010**، مذكرة لنيل شهادة الدكتوراه، تخصص اقتصاد وإحصاء تطبيقي.
- 22- كواش زهرة، **الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والصحية لوفيات النساء الحوامل والأطفال**، أطروحة دكتوراه تخصص ديمغرافيا، جامعة الجزائر، الجزائر، 2006.
- 23- مهيدة وهيبة، **رعاية الطفل الرضيع قراءة في العادات والتقاليد المنتشرة في سيدي بلعباس مع مقارنة بالأساليب الطبية الحديثة**، أطروحة دكتوراه في الانثروبولوجية، كلية الآداب والعلوم الاجتماعية، جامعة أبو بكر بلقايد تلمسان، 2010-2011.

لـ التقارير

- 24- المعهد الوطني للصحة العمومية، INSP، **تقرير المسح الوطني حول وفيات الأمهات سنة 1999، 2001**.
- 25- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، **المعهد الوطني للصحة العمومية (2001). "المسح الوطني لوفيات الأمهات"**، تقرير، 2001، ص33.

.II المراجع باللغة الأجنبية

→ Dictionnaires

26–Colin Armand, **Dictionnaire de Démographie et des Sciences de la Population**, Edition INED, Paris, mars 2011.

→ Livres

27–Admane O., Hoang-ky, Ouakli N., **Statistique cours et exercices**, ed.OPU, Alger, Algerie, Juillet 2008.

28–AUDIBERT, M. et E. DE ROODEN8EKB, **Utilisation des services de santé de premier niveau au Mali ; Analyse de la situation et perspectives**, Banque Mondiale, Région Afrique, Département du développement humain , 2005

29–Cherif Assia, **Introduction à l'analyse démographique, Theorie et pratique** , ed.casbah, Alger, 2017.

→ Articles

30–Abdoun Meriem, Nadia Merabet, Nesrine Nouiouet, Fouzi Rezig, et Souad Saoudi , **Epidémiologie de la mortalité maternelle dans la willaya de setif 2014-2019**, univ.Batna, *J.Med Sci.*, 2020.

31–Abid Larbi, **Systeme de santé en 2013**, *www.presse médicale.com*, 2014.

32–Abid Larbi, **Couverture sanitaire par willaya**, *www.santémaghreb.com/algerie*, 2013.

33–AKOTO E.-M et TABUTIN D. (1989), **'Inégalités socio-économiques et culturelles devant la mort: Mortalité et société en Afrique**, paris, INED/PUF,Travaux et Documents, Cahier n°124.

34–Belarbi Zoubida,**Différentiels de la mortalité infantile en Algérie selon l'enquête MICS**, *revue des recherches économiques, univ.Blida2*, 2019.

- 35–Coppieters Yves, Philippe Bivort, Kamel Madani, et Mohamed Metboul, **Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud Algérien**, *santé publique*, mai 2011.
- 36–Gilles pison, Belco Kodio, Emanuelle guyavarch, Jean Francois Etard, **La Mortalité Maternelle en milieu rural au Sénégal**, population no55, 2000.
- 37–Hamza Cherif Ali, **Population et besoins sociaux essentiels en Algerie en 2038**, *ed.univ.européenne*, 2016.
- 38–Henini Ilham, Belarbi Zoubida, **Differentiels de la mortalité infantile en Algerie selon l'enquete MICS2012-2013**, revue AFAQ de sociologie, n01, volume 11, univ.Blida, Algerie, juin 2021.
- 39–Khelalfa loubna, et al., **La mortalité maternelle dans la wilaya de Batna de 2014 à 2017**, univ. *Batna, J.Med. Sci.*, 2020.
- 40–Madadi Z., Pishgar F., Ghasemi E., Khajavi A., Moghadem S., Farzadfar F., **Ressources Humaines pour la densité de la santé et ses associations avec l'enfant et la mortalité maternelle en république islamique d'Iran**, *East Mediterr Health J.*, n027, 2021.
- 41–Magali Barbieri, **Les déterminants de la mortalité des enfants dans le tiers monde**, les dossiers du ceped, 1991.
- 42–Mahler H, **L'initiative de la maternité sans risque, un appel à l'action**, *lancet*, 1984.
- 43–Maine Déborah, **programme pour la maternité sans danger**, école de santé publique, université de Colombie, 1992.
- 44–Mosley,W.H. et Chen.L., **An analytical framework for the study of child survival in developing countries Survival**, *Population development Review Strategies for Research*,1984.
- 45–Moubarak Suzanne,**La maternité, une fin et un moyen**, Forum mondial de la santé 1989, burkina fasso, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/48485>, 1989.
- 46–Michel Garren et Patrice Vimard, **un cadre pour l'analyse des facteurs de la mortalité des enfants**,

- 47–Ouchtati Mohamed, **OMD5 et Mortalité Maternelle : Confluence et Sommation croisées de toutes les inégalités**, revue Economie et Management n0 10, Avril 2010.
- 48–Pison Gilles, **Recul de la mortalité des enfants dans le monde :de grandes inégalités entre pays**, population et santé, 2010.
- 49–Pierre Fournier, Caroline Tourigny et Francine La Brossière, **Une évaluation des processus et des effets d'un programme de référence-évacuation des urgences obstétricales au Mali**. <https://idl-bnc-drc.dspacedirect.org/bitstream/handle/>, 2009.
- 50–Robinson Jane, Heather Wharrad, **La relation entre l'assistance à l'accouchement et les taux de mortalité maternelle, une exploration de l'ensemble des données des Nations Unies, y compris les ratios de medecins et d'infirmieres par rapport à la population, le PNB par habitant et l'alphabétisation des femmes**, journal des soins infirmiers avancés, 12/2001.
- 51–Sebai Jihane , **l'evaluation de la performance dans le système de soins que disent les theories**,n03 vol.27, santé publique, 2015.
- 52–Sudhir Anand, Barnighausen MD., **Ressources Humaines et Résultats sanitaires : étude économétrique transnationale**, le lancet vol.364, n094-45, octobre 2004.
- **Thèses**
- 53–Beninguissé Gilles, **Entre tradition et modernité : fondements sociaux et démographiques de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement au Cameroun**, Thèse de doctorat en démographie , UCL, Louvain-la-Neuve, février 2001.
- 54–Cherif hamza Ali ,**Population et besoins sociaux essentiels essentiels en Algerie a l'horizon 2038** , thèse de doctorat en démographie, Université d'Oran.
- 55–Dialo D.,**Etude prospective de la mortalité maternelle au cours de la gravido-puerpéralité à Dakar**, Thèse Med., Dakar, 1988.
- 56–DOLIGER Cédric , **Démographie fécondité et croissance économique en France :une analyse cliométrique** , thèse de doctorat en sciences économiques et de gestion de strasbourg , Université louis pasteur, 2006, France.

57–Gaid Mohammed, **Impact de la transition démographique sur le marché du travail état des lieux et perspectives à l'horizon 2045 cas de l'Algérie** , thèse de doctorat économie et statistique appliquée, 2010/2011.

58–Kadi Nadjet, **Santé reproductive et pauvreté en Algérie**, Thèse en vue d'obtention du titre de docteur en démographie, univ.d'Oran, 2013.

59–Koucoï, Muriel Sêdo , **Analyse des facteurs institutionnels associés à la mortalité maternelle : Une étude nationale dans les maternités chirurgicales au Sénégal**, Thèse l'obtention du grade de Maître ès Sciences (M.Sc) En sciences biomédicales, université de Montreal, 2008.

→ **Rapports**

60–Banque Mondiale, **indicateurs de developpement**, <https://databank.banquemondiale.org/reports.aspx>, (accès le fevrier 13, 2022).

61–FMI , **Le FMI et les objectifs du millénaire pour le développement**, le site : <http://www.imf.org/external/np/exr/facts/mdg.htm>, date de consultation : mai 2017.

62–INSERM, SANTÉ PUBLIQUE France, **les morts maternelles en France : mieux comprendre pour mieux prévenir**, 5 e rapport de l'Enquête Nationale Confidentielle sur les Morts Maternelles (ENCMM) 2010-2012.

63–MSPRH, **Enquête nationale sur la santé de la mère et de l'enfant 1992**, 1996.

64–MSPRH, **Statistiques sanitaires année 2001**, Alger, Agence Nationale de Documentation de la santé (ANDS) , 2002.

65–MSPRH, **Politique nationale de la population à l'horizon 2010**, Rapport du comité National de population, Alger, Agence Nationale de Documentation de la santé (ANDS), **juillet 2002**.

66–MSPRH, **Enquête Algérienne sur la Santé de la famille 2002** , Alger, juillet 2003.

67–MSPRH, **Enquête nationale à indicateurs multiples, suivie de la situation des enfants et femmes Rapport préliminaire (MICS3)**, Algérie, 2007.

68–MSPRH, **Programme national de perinatalité-programme triennal 2005-2008**, www.santé.dz/pnp/pnp.pdf, 2009, (accès le avril 02, 2020).

- 69–MSPRH, **Rapport du cinquantenaire de l'indépendance enseignement et vision pour l'Algérie 2020 NABNI**, Alger, 2013.
- 70–MSPRH, **Rapport enquête par grappes à indicateurs multiples 2012-2013 (MICS4)**, rapport principal, Alger, 2014.
- 71–MSPRH, **Caracteristiques des décès maternels au cours du 2ème semestre 2014** , Alger, 2015.
- 72–MSPRH, **plan nationale de la réduction de la mortalité maternelle 2015-2019**, Alger, 2016.
- 73–MSPRH, **Situation démographique et sanitaire 2000-2017**, Alger, 2017.
- 74–MSPRH, **Situation démographique et sanitaire 2000-2019**, Alger, juillet 2019.
- 75–MSPRH, **Rapport enquête par grappes à indicateurs multiples 2019 (MICS6)**, rapport principal, Alger, 2020.
- 76–OMS, **classification internationale des maladies, 1975**, https://icd.who.int/browse10/Content/statichtml/ICD10Volume2_fr_2008.pdfGenève 1977, accès le 04/11/2020.
- 77–OMS, **Sous-estimation de la Mortalité Maternelle**, *communiqué l'OMS*, Genève, 1996.
- 78–OMS, **Données sur la mortalité maternelle**, http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204113/WHO_RHR_15.23_fre.pdf?sequence=1, (accès le 05 12, 2020).
- 79–OMS, **Couverture de santé universelle**, [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc)) (accès le 11 17, 2021).
- 80–OMS, **Tools and guidelines for human resources for healthplanning**, le site www.who.int/hrh/planning/eu/index.html. (accès le fevrier 21, 2022).
- 81–OMS, **Stratégie mondiale pour la santé de la femme et de L'Enfant et de adolescent 2016-2030**, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/2764252017>. (accès le 04 21, 2021).

82–ONS, **Démographique algérienne 2013**, site officiel de l'office national des statistiques : www.ons.dz, date de consultation : avril 2017.

83–ONS , **Démographie algérienne 2020**, site officiel de l'office national des statistiques : www.ons.dz, date de consultation : avril 2017 (accès le 02 23, 2022).

84–Unicef, **la mortalité infantile pour chaque enfant une chance de vivre**, <https://www.unicef.fr/convention-droits-enfants/sante/mortalite-infantile/>, (accès le 11 17, 2021).

→ Les sites

[http://Who.int/universal health coverage](http://Who.int/universal-health-coverage).consulté le 17/11/2021.

<http://www.who.int/maternal-mortality>.consulté

<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality>.consulté le 17/11/2021.

<https://data.unicef.org/topic/child-survival/under-five-mortality>.consulté

الملاحق

الملحق رقم 1: نتائج اختبار بيرسن

الملحق رقم 1: نتائج اختبار بيرسن

الجدول رقم 1: اختبار "بيرسن" بين مختلف مؤشرات التغطية الصحية للأم و الطفل و مؤشر المنطقة الجغرافية في الجزائر .

المعنوية	بيرسن	العوامل المستقلة
0,248	-0,170	معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء
0,059	-0,275	معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب و جراحة الأطفال
0,155	0,208	معدل التغطية بالقبالات
0,024	-0,325	معدل التغطية بالأطباء العامين
0,007	-0,262	معدل التغطية بالمرضى
0,159	-0,206	معدل التغطية بأسرة المستشفيات
0,020	-0,334	معدل التغطية الصيدالة
0,036	0,134	مؤشر التغطية الصحية للأم
0,049	0,101	مؤشر التغطية الصحية للطفل

الملحق رقم 1: نتائج اختبار بيرسن

الجدول رقم 2: اختبار "بيرسن" بين مختلف العوامل المستقلة و وفيات الأمهات في الجزائر

المعنوية	بيرسن	العوامل المستقلة
0,962	0,008	المنطقة الجغرافية
0,000	0,728	معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب النساء
0,087	0,270	معدل التغطية بالقبالات
0,000	0,669	معدل التغطية بالأطباء العاميين
0,000	0,651	معدل التغطية بالمرضى
0,000	0,581	معدل التغطية بأسرة المستشفيات
0,000	0,639	معدل التغطية الصيدالة
0,017	0,343	مؤشر التغطية الصحية للأم

الجدول رقم 3: اختبار "بيرسن" بين مختلف العوامل المستقلة و وفيات الأطفال في الجزائر.

المعنوية	بيرسن	العوامل المستقلة
0.036	0.301	المنطقة
0.018	0.131	معدل التغطية بالأطباء المختصين في طب الأطفال
0.349	0.057	معدل التغطية بالأطباء العاميين
0.207	0.119	معدل التغطية بالشبه طبيين
0.048	0.59	معدل التغطية بأسرة المستشفيات
0.148	0.153	معدل التغطية الصيدالة
0.535	0.91	مؤشر التغطية الصحية للطفل

الملحق رقم 2 : نتائج اختبارات طريقة
المركبات الأساسية

الملحق رقم 2 : نتائج اختبارات طريقة المركبات الأساسية

أ. نتائج اختبارات طريقة المركبات الأساسية لمؤشر التغطية الصحية للأم

جدول رقم 1.1: اختبار (KMO) Kaiser-Meyer-Olkin

Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.	,803
Test de sphéricité de Bartlett Khi-deux approx.	163,634
ddl	15
Signification	,000

جدول رقم 2.1: اختبار جودة التمثيل

Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
ratio de lit pour 1000 ha	1,000	,826
ratio paramedical pour 1000 ha	1,000	,802
ratio geneco pour 1000 femme	1,000	,848
ratio sage femme pour 1000 femme	1,000	,686
ratio gener pour 1000 habitants	1,000	,796
ratio pharm pour 1000 habitant	1,000	,772

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

الملحق رقم 2 : نتائج اختبارات طريقة المركبات الأساسية

جدول رقم 3.1: اختبار التباين الكلي المفسر (variance totale expliquée)

Composante	Variance totale expliquée		
	Phase		
	Valeurs propres initiales		
	Statistiques		
1	3,709	61,812	61,812
2	1,022	17,030	78,843
3	,559	9,320	88,162
4	,295	4,913	93,076
5	,228	3,797	96,873
6	,188	3,127	100,000

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

جدول رقم 4.1: اختبار جودة التمثيل للمتغيرات حسب المكونات الرئيسية (Matrice des composantes)

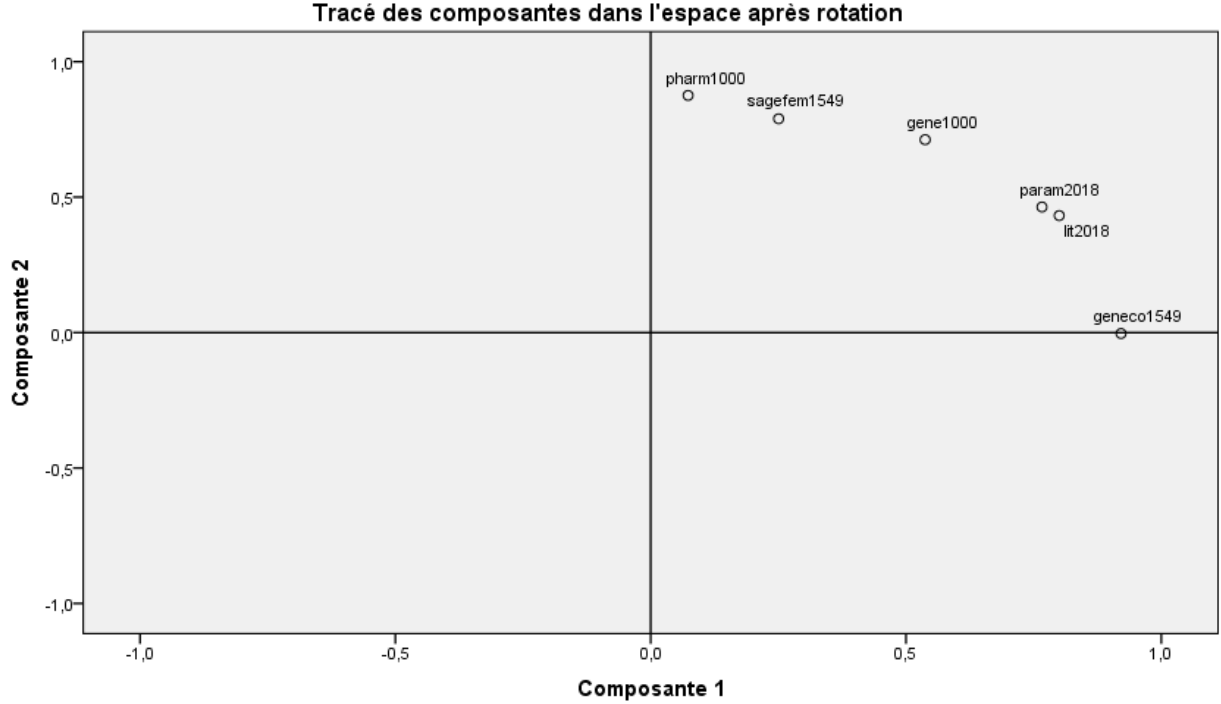
	Matrice des composantes ^a	
	Composante	
	1	2
ratio de lit pour 1000 ha	,877	-,238
ratio paramedical pour 1000 ha	,875	-,192
ratio geneco pour 1000 femme	,665	-,638
ratio sage femme pour 1000 femme	,726	,399
ratio gener pour 1000 habitants	,880	,145
ratio pharm pour 1000 habitant	,656	,584

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

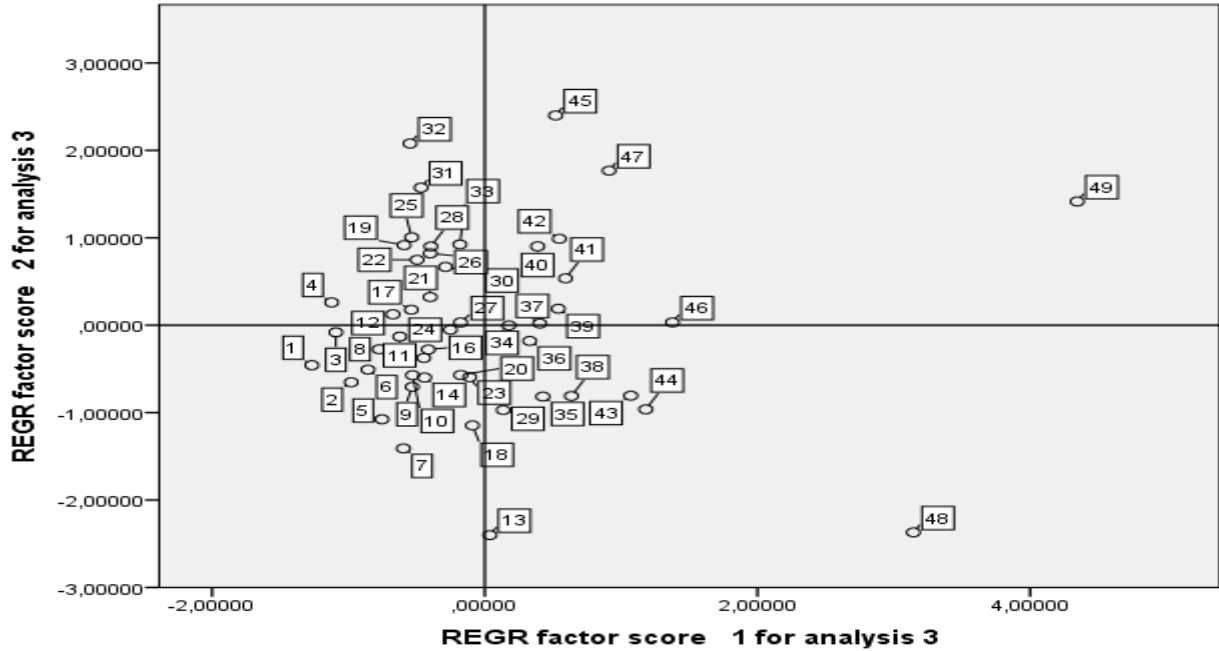
a. 2 composantes extraites.

الملحق رقم 2 : نتائج اختبارات طريقة المركبات الأساسية

الشكل رقم 2: تمثيل المتغيرات المستعملة في بناء المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم في الولايات.

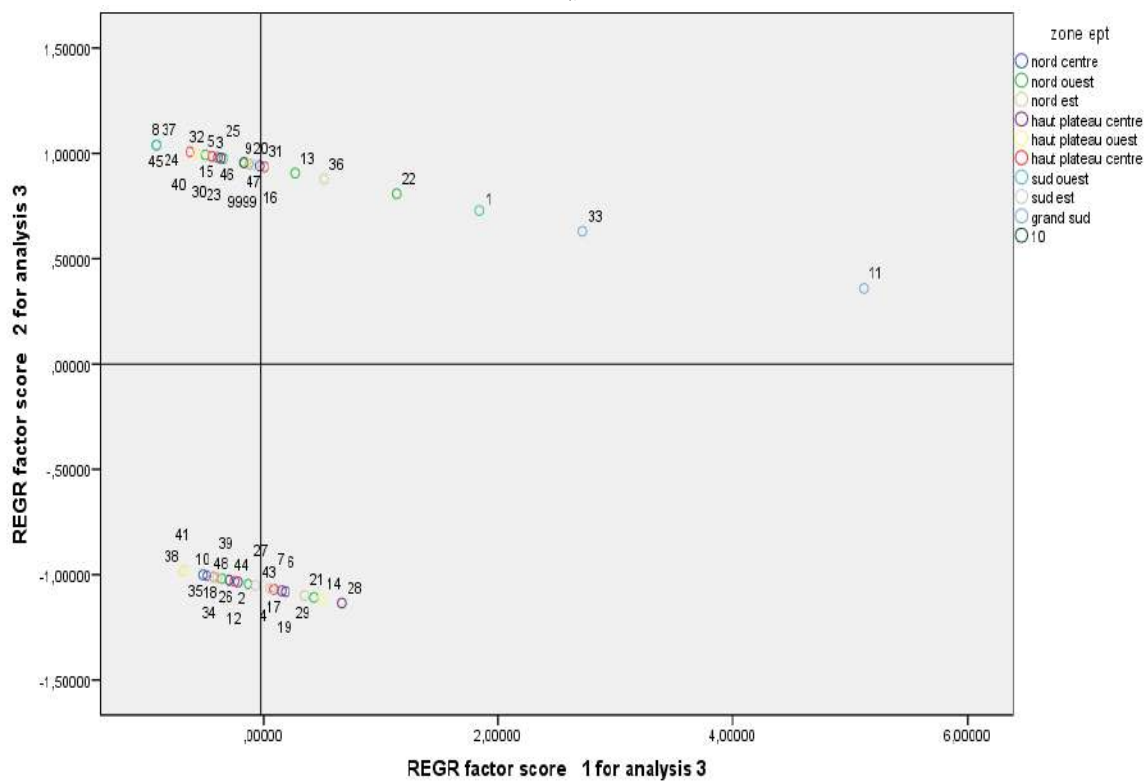


الشكل رقم 3: تمثيل الولايات حسب المكونات الأساسية المستعملة لبناء المؤشر الدال على التغطية الصحية للأم.



الملحق رقم 2 : نتائج اختبارات طريقة المركبات الأساسية

الشكل رقم 1: تمثيل الولايات حسب المؤشر المبني لصحة الأم.



الملحق رقم 2 : نتائج اختبارات طريقة المركبات الأساسية

II. نتائج اختبارات طريقة المركبات الأساسية لمؤشر التغطية الصحية للطفل

جدول رقم 1.2: اختبار (KMO) Kaiser-Meyer-Olkin

Indice KMO et test de Bartlett

Indice de Kaiser-Meyer-Olkin pour la mesure de la qualité d'échantillonnage.	,717
Test de sphéricité de Bartlett Khi-deux approx.	117,980
ddl	10
Signification	,000

جدول رقم 2.2: اختبار جودة التمثيل.

Qualités de représentation

	Initiales	Extraction
ratio de lit pour 1000 ha	1,000	,858
ratio paramedical pour 1000 ha	1,000	,727
ratio gener pour 1000 habitants	1,000	,839
ratio pharm pour 1000 habitant	1,000	,724
ratio pediatre 18 ans pour 1000 enfant	1,000	,839

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

جدول رقم 3.2: اختبار التباين الكلي المفسر (variance totale expliquée)

Variance totale expliquée

Composante	Valeurs propres initiales			Sommes extraites du carré des chargements		
1	2,992	59,838	59,838	2,992	59,838	59,838
2	,995	19,908	79,746	,995	19,908	79,746
3	,597	11,937	91,682			
4	,242	4,840	96,522			
5	,174	3,478	100,000			

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

الملحق رقم 2 : نتائج اختبارات طريقة المركبات الأساسية

جدول رقم 4.2: اختبار جودة التمثيل (Matrice des composantes)

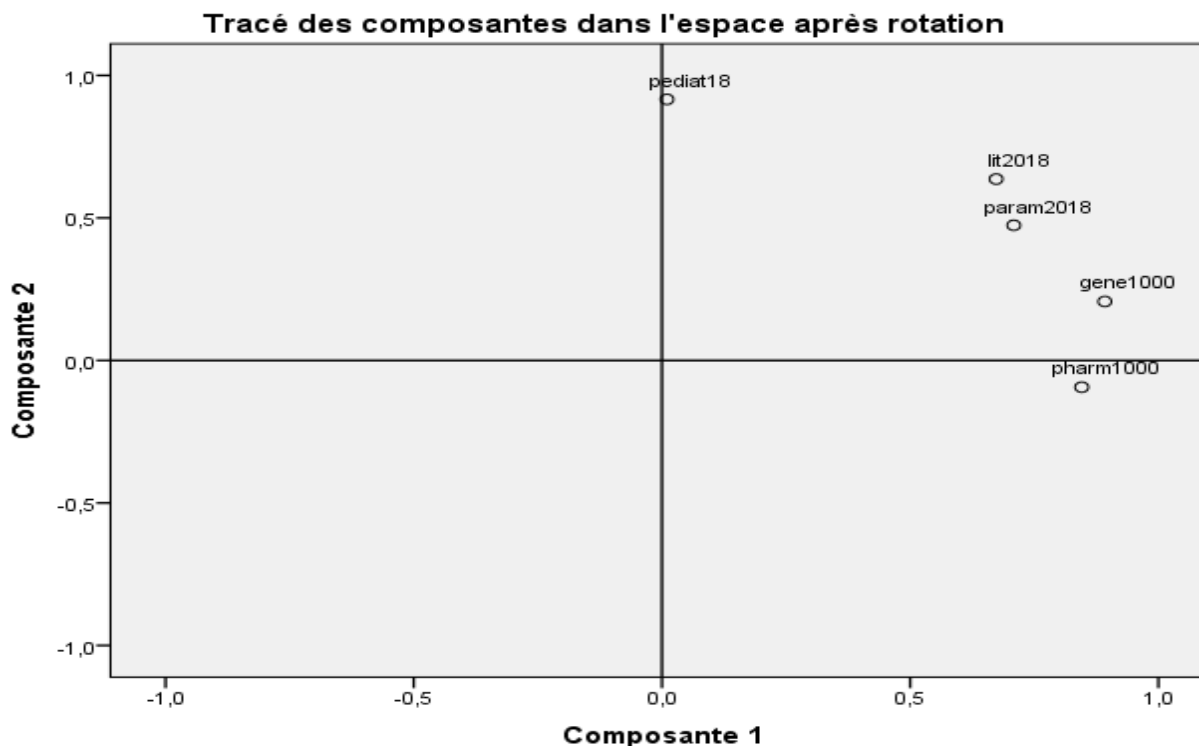
Matrice des composantes^a

	Composante	
	1	2
ratio de lit pour 1000 ha	,904	,201
ratio paramedical pour 1000 ha	,852	,043
ratio gener pour 1000 habitants	,872	-,280
ratio pharm pour 1000 habitant	,678	-,514
ratio pediatre 18 ans pour 1000 enfant	,479	,781

Méthode d'extraction : Analyse en composantes principales.

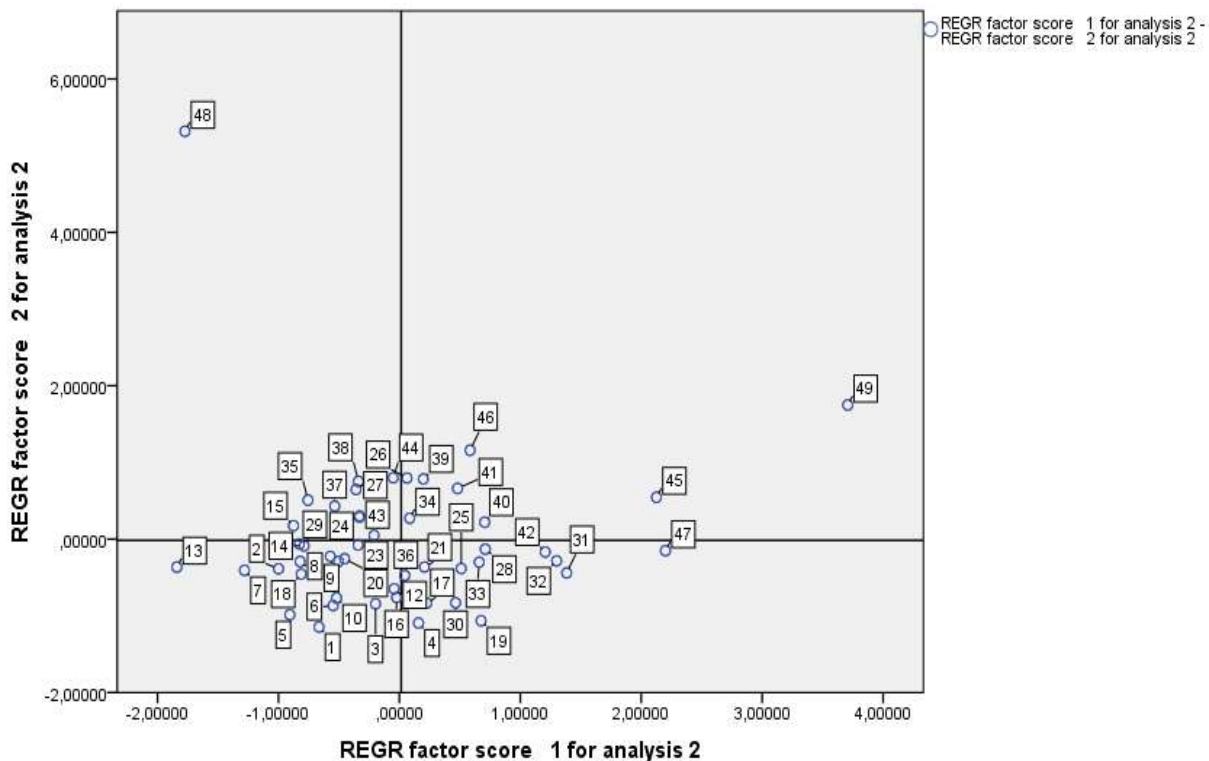
a. 2 composantes extraites.

الشكل رقم 4: تمثيل المتغيرات المستعملة في بناء المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل.

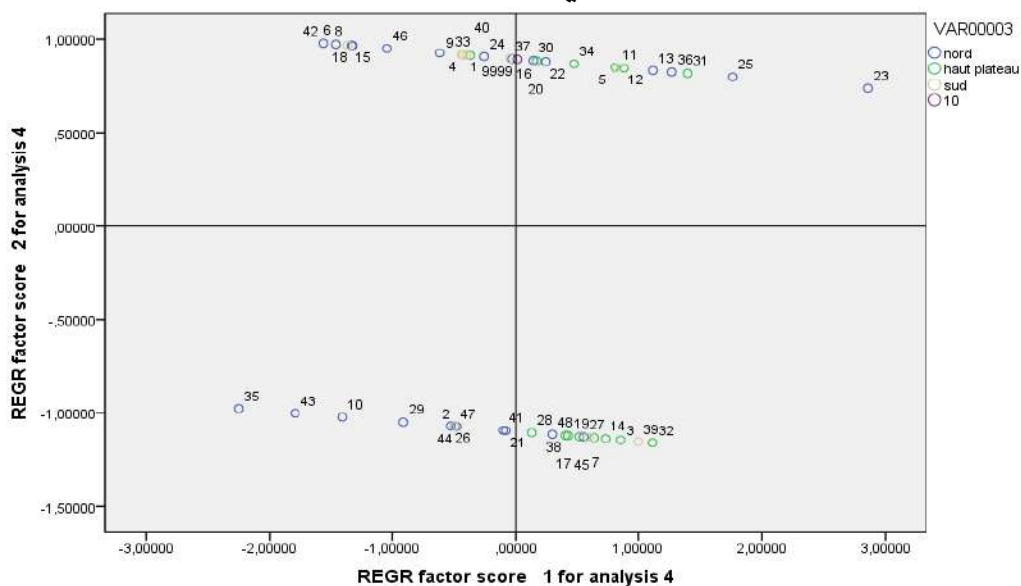


الملحق رقم 2 : نتائج اختبارات طريقة المركبات الأساسية

الشكل رقم 3: تمثيل الولايات حسب المكونات الأساسية المستعملة لبناء المؤشر الدال على التغطية الصحية للطفل.



الشكل رقم 3: تمثيل الولايات حسب المؤشر المبني لصحة الطفل ومعدل وفيات الأطفال.



الملحق رقم 3 : نتائج النموذج الانحدار
المتعدد المتغيرات

الملحق رقم 3 : نتائج النموذج الانحدار المتعدد المتغيرات

الجدول رقم 1: المتغيرات المستعملة في التحليل المتعدد المتغيرات في تفسير وفيات الأمهات الاستشفائي.

Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variabes introduites	Variabes éliminées	Méthode
1	lits par willaya, sage femme par willaya, genecologues par willaya, pharmacien par willaya, param par willaya, generaliste par willaya ^b		Introduire

a. Variable dépendante : nbre de morts maternelles

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

الجدول رقم 2: اختبار معنوية نموذج وفيات الأمهات

ANOVA^a

Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	598,234	6	99,706	8,687	,000 ^b
	Résidus	390,254	34	11,478		
	Total	988,488	40			

a. Variable dépendante : morts maternelles

b. Prédicteurs : (Constante), lits par willaya, sage femme par willaya, gynécologues par willaya, pharmacien par willaya, param par willaya, généralistes par willaya

الملحق رقم 3 : نتائج النموذج الانحدار المتعدد المتغيرات

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,778 ^a	,605	,536	3,388

a. Prédicteurs : (Constante), lits par willaya, sage femme par willaya, genecologues par willaya, pharmacien par willaya, param par willaya, generaliste par willaya

b. Variable dépendante : Taux de morts maternelles

الجدول رقم 3: نموذج الأول تفسير وفيات الأمهات الاستشفائي.

Modèle		Coefficients non standardisés	Ecart standard	Coefficients standardisés	t	Sig.	Statistiques de colinéarité	VIF
		B		Bêta			Tolérance	
1	(Constante)	3,489	1,766		1,976	,056		
	generaliste par willaya	-,003	,005	,395	,649	,520	,031	31,837
	pharmacien par willaya	-,013	,014	-,544	-,922	,363	,033	29,903
	genecologues par willaya	-,107	,040	,669	2,698	,011	,189	5,302
	param par willaya	,000	,001	-,044	-,116	,908	,081	12,294
	sage femme par willaya	-,008	,005	-,190	-1,669	,104	,892	1,121
	lits par willaya	-,014	,013	,307	1,094	,282	,148	6,778

a. Variable dépendante : Taux de morts maternelles

الملحق رقم 3 : نتائج النموذج الانحدار المتعدد المتغيرات

النموذج النهائي بعد حذف المتغيرات التي لا تؤثر معنويا

الجدول رقم 4: اختبار معنوية نموذج وفيات الأمهات الاستشفائي.

Modèle	Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1 Régression	574,350	2	287,175	26,350	,000 ^b
Résidus	414,138	38	10,898		
Total	988,488	40			

a. Variable dépendante : Taux de morts maternelles

b. Prédicteurs : (Constante), sage femme par willaya, genecologues par willaya

الجدول رقم 5: اختبار معنوية نموذج وفيات الأمهات الاستشفائي

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,762 ^a	,581	,559	3,301

a. Prédicteurs : (Constante), sage femme par willaya, genecologues par willaya

b. Variable dépendante : Taux de morts maternelles

الجدول رقم 6: النموذج النهائي لتفسير وفيات الأمهات الاستشفائي

Modèle	Coefficients non standardisés		t	Sig.	Statistiques de colinéarité	
	B	Ecart standard			Tolérance	VIF
1 (Constante)	5,157	1,024	5,039	,000		
nbre de genecologues par willaya	-,114	,017	6,787	,000	,996	1,004
nbre de sage femme par willaya	-,010	,005	-2,155	,038	,996	1,004

a. Variable dépendante : Taux de morts maternelles

الجدول رقم 1: المتغيرات المستعملة في التحليل المتعدد المتغيرات لوفيات الأطفال الرضع.

Variables introduites/éliminées ^a			
Modèle	Variabes introduites	Variabes éliminées	Méthode
1	lits par willaya, zone ept, pediatres par willayas, param par willaya, pharmacien par willaya, generaliste par willaya ^b		Introduire

a. Variable dépendante : Taux de morts d'enfants 0-1 ans

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

الجدول رقم 2: اختبار معنوية نموذج وفيات الأطفال

ANOVA ^a						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	4870487,586	6	811747,931	33,282	,000 ^b
	Résidus	999975,664	41	24389,650		
	Total	5870463,250	47			

a. Variable dépendante : Taux de morts d'enfants 0-1 ans

b. Prédicteurs : (Constante), lits par willaya, zone ept, pediatres par willayas, param par willaya, pharmacien par willaya, generaliste par willaya

الملحق رقم 3 : نتائج النموذج الانحدار المتعدد المتغيرات

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,911 ^a	,830	,805	156,172

a. Variable dépendante : Taux de morts d'enfants 0-1 ans

الجدول رقم 3: النموذج الأول تفسير وفيات الأطفال الرضع .

Coefficients^a

Modèle	Coefficients non standardisés		t	Sig.	Statistiques de colinéarité		
	B	Ecart standard			Tolérance	VIF	
1	(Constante)	-33,136	61,084	-,542	,590		
	generaliste par willaya	,275	,269	1,023	,312	,027	36,674
	pharmacien par willaya	,219	,691	,317	,752	,030	33,078
	pediatres par willayas	,709	1,096	,647	,521	,122	8,209
	param par willaya	-,038	,047	-,811	,422	,082	12,181
	lits par willaya	1,511	,584	2,585	,013	,144	6,965

a. Variable dépendante : Taux de morts d'enfants 0-1 ans

النموذج النهائي بعد حذف المتغيرات التي لا تؤثر معنويا

الجدول رقم 1: المتغيرات المستعملة في التحليل المتعدد المتغيرات لوفيات الأطفال الرضع.

Variables introduites/éliminées^a

Modèle	Variabes introduites	Variabes éliminées	Méthode
1	lits par willaya, zone ept, generaliste par willaya ^b		Introduire

a. Variable dépendante : Taux de morts d'enfants 0-1 ans

b. Toutes les variables demandées ont été introduites.

الملحق رقم 3 : نتائج النموذج الانحدار المتعدد المتغيرات

الجدول رقم 4: اختبار معنوية نموذج وفيات الأطفال الرضع.

ANOVA ^a						
Modèle		Somme des carrés	ddl	Carré moyen	F	Sig.
1	Régression	4831263,663	3	1610421,221	68,186	,000 ^b
	Résidus	1039199,587	44	23618,172		
	Total	5870463,250	47			

a. Variable dépendante : nbre de morts d'enfants 0-1 ans

b. Prédicteurs : (Constante), nbre de lits par willaya, zone ept, nbre de generaliste par willaya

Récapitulatif des modèles^b

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,907 ^a	,823	,811	153,682

a. Prédicteurs : (Constante), lits par willaya, zone ept, generaliste par willaya

b. Variable dépendante : Taux morts d'enfants 0-1 ans

الجدول رقم 6: النموذج النهائي لتفسير وفيات الأطفال الرضع.

Coefficients^a

Modèle		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés	t	Sig.
		B	Ecart standard	Bêta		
1	(Constante)	180,466	64,360		-2,804	,007
	zone ept	23,989	9,492	,170	2,527	,015
	generaliste par willaya	-,409	,072	-,632	5,671	,000
	lits par willaya	-1,149	,348	-,356	3,303	,002

a. Variable dépendante : Taux de morts d'enfants 0-1 ans

الملحق رقم 5: الصفحات
الأولى من مصادر المعطيات

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière

Direction des Etudes et de la Planification

SANTE EN CHIFFRES

Année 2018

Edition Octobre

2019

PRESENTATION

L'annuaire statistique « santé en chiffres 2018 » est un document qui donne une vision concrète du secteur de la santé, il fournit aux différents acteurs de la santé en Algérie les informations et les données statistiques nécessaires pour pouvoir évaluer, planifier, et prendre des décisions.

Ce document est structuré en deux (02) grands volets;

- Le premier volet nous donne une vision globale et nationale sur le secteur de la santé en Algérie.
- Le deuxième volet traite les données en détail (par type d'établissement et par wilaya) décliné par trois (03) rubriques comme suit :
 - * Les moyens
 - * Les ressources humaines
 - * Les activités

Liste des abréviations

- CHU** : Centre hospitalo-universitaire
- EHU** : Etablissement hospitalier universitaire
- EPH** : Etablissement public hospitalier
- EH** : Etablissement hospitalier
- EHS** : Etablissement hospitalier spécialisé
- EPSP** : Etablissement public de santé de proximité
- DSP** : Direction de la Santé et de la Population
- LIT TECH** : Lit technique
- LIT ORG** : Lit organisé
- LIT FONC** : Lit fonctionnel
- POLY** : Polyclinique
- MAT** : maternité
- LIT URG** : lit des urgences
- CMS** : Centre médico- social
- INFSPM** : Institut National de Formation supérieure paramédicale
- INFSSF** : Institut National de Formation supérieure des sages-femmes
- IFPM** : Institut national pédagogique de formation paramédicale
- EFPM** : Ecole de formation paramédicale
- CAC** : Centre anti cancer
- SAMU** : Service d'assistance médicale d'urgence
- CTS** : Centre de transfusion sanguine

CIST : Centre intermédiaire de santé de toxicomanie

UMC : Urgence médico-chirurgicale

PSY : Psychiatrie

CISM : Centre intermédiaire de santé mentale

NBRE : Nombre

EEG : Electro-Encéphalo- gramme

ECG : Electro cardio- gramme

EMG : Electro myogramme

APP : Appareil

ODF : Ortho- dento- faciale

MED : Médecine

CHIR : Chirurgie

ORL : Oto-rhino-laryngologie

ASSIST-STE : Assistante sociale

PEPM : Professeur d'enseignement paramédical

J. Hospitalisation : Journée d'hospitalisation

DMS : Durée Moyenne de séjour

HOM : Homme

FEM : Femme

ENF : Enfant

IRM : Imagerie par résonance magnétique

EFR : Exploration fonctionnelle respiratoire

PEA : Potentiel évoqué auditif

LISTE DES INDICATEURS ET RATIOS UTILISES

Indice lits/population

Nombre de lits x 1 000
Population

Taux d'occupation

Nombre de journées d'hospitalisation x100
Nombre de lits x365 jours

Durée Moyenne de séjour

Nombre de journée d'hospitalisation
Nombre d'admission

Coefficient de rotation

Nombre d'admission
Nombre de lits

Taux de mortinatalité

Nombre de morts nés x 1 000
(Nombre de naissances vivantes) + (Nombre de morts nés)

Taux de morti-néonatalité

Nombre de décès après naissance x 1 000
Nombre de naissances vivantes

Taux de décès maternel

Nombre de décès maternel x 100.000
Nombre de naissances vivantes

Taux de létalité

Nombre de décès x 1 000
Admission

SOMMAIRE

Premier Volet

I. Les Infrastructures	9
II . La Ressource Humaine	17
III . Activités des établissements publics de soins	30

Deuxième Volet

Première Partie

1. Population	49
1.1-Population par Wilaya	
2. Moyens	51
2.1.1-Infrastructures existantes et en cours de réalisation	67
2.1.2-Equipements	121
2.1.3-Parc auto	

Deuxième Partie

2. Ressources humaines

2.1-Personnel des Etablissements Hospitaliers(EH) & Etablissements Publics Hospitaliers(EPH)

	151
2.1.1-Personnel Médical	177
2.1.2-Personnel Médical par Spécialités	306
2.1.3-Personnel Paramédical	315
2.1.4-Personnel Paramédical par Filières	350
2.1.5-Personnel Administratif, Technique et de Service	358
2.1.6-Autre Personnel	

2.2-Personnel des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et Etablissement Hospitalier et Universitaire (EHU)

	365
2.2.1-Personnel Médical	369
2.2.2-Personnel Médical par Spécialités	387
2.2.3-Personnel Paramédical	389
2.2.4-Personnel Paramédical par Filières	395
2.2.5-Personnel Administratif, Technique et de Service	397
2.2.6-Autre Personnel	

2.3-Personnel des Etablissements Hospitaliers Spécialisés (EHS)

	399
2.3.1-Personnel Médical	408
2.3.2-Personnel Médical par Spécialités	457
2.3.3-Personnel Paramédical	461
2.3.4-Personnel Paramédical par Filières	473
2.3.5-Personnel Administratif, Technique et de Service	477
2.3.6-Autre Personnel	

2.4-Personnel des Etablissements Publics des Sante de Proximité(EPSP)

	480
2.4.1-Personnel Médical	491
2.4.2-Personnel Médical par Spécialités	503
2.4.3-Personnel Paramédical	513
2.4.4-Personnel Paramédical par Filières	564
2.4.5-Personnel Administratif, Technique et de Service	

2.5-Personnel de la DSP	574
2.6-Personnel Privé	577
2.7-Personnel Para Public	578
2.8-Personnel Para Médical en Formation dans les Ecoles et les Annexes	580

Troisième Partie

3. Activités

3.1-Activités des Etablissements Hospitaliers (EH) et Etablissements Publics Hospitaliers (EPH)

Hospitaliers (EPH)	589
3.1.1-Activité d'Hospitalisation	631
3.1.2-Activité des Urgences	639
3.1.3-Activité de Maternité	650
3.1.4-Activité de Consultation	655
3.1.5-Activité de Radiologie et d'Exploration Fonctionnelle	671
3.1.6-Activité de Laboratoire	680
3.1.7-Activité de Bloc Opératoire	694
3.1.8-Activité de Stomatologie	697
3.1.9-Activité d'Hémodialyse	

3.2-Activité des Centres Hospitalo-Universitaires (CHU) et Etablissement Hospitalier et Universitaire (EHU)

Hospitalier et Universitaire (EHU)	703
3.2.1-Activité d'Hospitalisation	708
3.2.2-Activité des Urgences	709
3.2.3-Activité de Maternité	710
3.2.4-Activité de Consultation	711
3.2.5-Activité de Radiologie et d'Exploration Fonctionnelle	714
3.2.6-Activité de Laboratoire	716
3.2.7-Activité de Bloc Opératoire	718
3.2.8-Activité de Stomatologie	719
3.2.9-Activité d'Hémodialyse	

3.3-Activité des Etablissements Hospitaliers Spécialisés(EHS)

Etablissements Hospitaliers Spécialisés(EHS)	721
3.3.1-Activité d'Hospitalisation	731
3.3.2-Activité des Urgences	733
3.3.3-Activité de Maternité	736
3.3.4-Activité de Consultation	738
3.3.5-Activité de Radiologie et d'Exploration Fonctionnelle	744
3.3.6-Activité de Laboratoire	748
3.3.7-Activité de Bloc Opératoire	752
3.3.8-Activité de Stomatologie	753
3.3.9-Activité d'Hémodialyse	

3.4-Activité des Etablissements Publics de Sante de Proximité (EPSP)

Etablissements Publics de Sante de Proximité (EPSP)	755
3.4.1-Activité de Maternité	763
3.4.2-Activité de Consultation	771
3.4.3-Activité de Radiologie et d'Exploration Fonctionnelle	778
3.4.4-Activité de Laboratoire	792
3.4.5-Activité de Stomatologie	807
3.4.6-Activité d'Hémodialyse	

ACTIVITE DE MATERNITE DANS LES E.H & LES E.P.H

E.H / E.P.H	Nombre de lits	Nombre d'accouchements	Nombre Naissances vivantes	Nombre Morts Nés	Décès après naissance	Nombre Décès maternels	Taux Mortinatalité	Taux Mortinéonatale	Taux décès Maternels
EH AIN AZEL	17	2795	2795	52	5	1	18,26	01,79	35,78
EH ABD REZAK BOUHARA SKIKDA	30	4127	4075	52	56	3	12,60	13,74	73,62
EH DIDOUCHE MOURAD CONSTANTINE	40	452	452	10			21,65	00,00	00,00
EPH ADRAR	20	5151	5088	63	50	4	12,23	09,83	78,62
EPH TIMIMOUN	20	2925	2831	94	15	8	32,14	05,30	282,59
EPH REGGANE	15	1502	4340	81		3	18,32	00,00	69,12
EPH CHLEF (CHORFA)	66	10003	9781	225	162	3	22,49	16,56	30,67
EPH CHETTIA	14	1991	1981	25	19		12,46	09,59	00,00
EPH TENES (ZIGHOUD YUCEF)	32	2487	2475	36	32		14,34	12,93	00,00
EPH SOBHA	18	3046	3053	26			08,44	00,00	00,00
EPH AFLOU	20	4374	4332	103	104	2	23,22	24,01	46,17
EPH HAOUARI BOUMEDIENNE (KSAR EL HIRANE)	24	669	734	7	4		09,45	05,45	00,00
EPH BOUHAFS MOHAMED	16	713	710	9	19	2	12,52	26,76	281,69
EPH AIN M'LILA	15	4299	4270	51	64		11,80	14,99	00,00
EPH AIN FAKROUN	16	1615	1615	19	7		11,63	04,33	00,00

ACTIVITE DE MATERNITE DANS LES C.H.U & E.H.U

C.H.U / E.H.U	Nombre de lits	Nombre d'accouchements	Nombre Naissances vivantes	Nombre Morts Nés	Décès après naissance	Nombre Décès maternels	Taux Mortinatalité	Taux Mortinéonatale	Taux décès Maternels
CHU BEJAIA	45	10244	10327	128	130	5	12,24	12,59	48,42
CHU BLIDA	45	12918	13552	44	216	5	03,24	15,94	36,89
CHU MUSTAPHA	119	6491	6303	79		3	12,38	00,00	47,60
CHU BENI MESSOUS	45	7954	8099	98	27	3	11,96	03,33	37,04
CHU PARNET	76	10122	10295	108		8	10,38	00,00	77,71
CHU BAB EL OUED	32	5150	5180	29	55	1	05,57	10,62	19,31
CHU DJELLALI BOUNAAMA DOUERA	16	958	953	5			05,22	00,00	00,00
CHU SETIF -UNITE MERE ET ENFANT-	77	13822	13763	340	438	6	24,11	31,82	43,60
CHU ANNABA - HOPITAL IBN ROCHED-	87	11662	12324	266	177	2	21,13	14,36	16,23
CHU CONSTANTINE	101	4611	9466	161		4	16,72	00,00	42,26
CHU ORAN - UNITE SIEGE-	208	9304	9240	178		5	18,90	00,00	54,11
E.H.U D'ORAN 1 ER NOVEMBRE 1954	114	4463	4286	177	95	5	39,66	22,17	116,66
Total Général	965	97 699	103 788	1 613	1 138	47	15,30	10,96	45,28

ACTIVITE DE MATERNITE DANS LES ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES

E.H.S	Nombre de lits	Nombre d'accouchements	Nombre Naissances vivantes	Nombre Morts Nés	Décès après naissance	Nombre Décès maternels	Taux Mortinatalité	Taux Mortinatalité néonatale	Taux décès Maternels
EHS MERE ET ENFANT DR SAADANE LAGHOUAT	40	7368	7267	101		1	13,71	00,00	13,76
EHS MERE ET ENFANT DR BOUMALI MOHAMED OUM EL BOUAGHI	28	2500	3658	30	45	1	08,13	12,30	27,34
EHS MERE ET ENFANT MERIAM BOUATOURA BATNA	125	14152	14118	326	347	3	22,57	24,58	21,25
EHS MERE ET ENFANT EL ALIA BISKRA	132	12861	12688	227	22	1	17,58	01,73	07,88
EHS MERE ET ENFANT MOHAMED BOUDIAF BECHAR	12	2879	4745	5	162		01,05	34,14	00,00
EHS MERE ET ENFANT TAMANRASSET	24	4453	4475	121		12	26,33	00,00	268,16
EHS MERE ET ENFANT KHALDI ABDELAZIZ TEBESSA	60	10208	10240	154	154	2	14,82	15,04	19,53
EHS MERE ET ENFANT TLEMCEEN	67	11411	11403	8	42	6	00,70	03,68	52,62
EHS MERE ET ENFANT AOURAI ZOHRA TIARET	94	11731	11447	284	217	6	24,21	18,96	52,42
EHS MERE ET ENFANT S'BIHI TASSADIT TIZI OUZOU	30	8538	8611	133	115	2	15,21	13,36	23,23
EHS MERE ET ENFANT DJELFA	32	8596	8442	249	177	3	28,65	20,97	35,54
EHS MERE ET ENFANT EL EULMA SETIF		7799	7741	83	89	3	10,61	11,50	38,75
EHS MERE ET ENFANT HAMDANE BAKHTA SAIDA	120	8618	8627	123		3	14,06	00,00	34,77
EHS MERE ET ENFANT SIDI BEL ABBES	97	12045	12073	11	189	11	00,91	15,65	91,11
EHS MERE ET ENFANT EL-BOUNI ANNABA	50	5209	5242	50	49	2	09,45	09,35	38,15

ACTIVITE DE MATERNITE DANS LES EPSP

Wilayas	EPSP	Nombre de lits	Nombre d'accouchements	Nombre de naissances vivantes	Nombre de morts nés	Nombre de décès après naissance	nombre de décès maternels
ADRAR	ADRAR	13	449	449	0	0	0
	TIMIMOUN	30	1 169	1 163	14	0	0
	REGGANE	26	983	979	4	2	0
	AOULEF	16	62	61	1	0	0
CHLEF	BORDJ BADJI MOKHTAR	16	2 571	2 554	17	3	0
	TINERKOUK	12	447	445	2	0	0
	BENI HAOUA	20	1 298	1 290	7	0	1
	TAUGRIT	28	959	955	10	2	0
LAGHOUIAT	TENES	12	518	515	3	0	0
	BOUKADIR	16	821	815	6	0	0
	OULED FARES	28	879	869	10	0	0
	OUED FODDA	40	1 665	1 665	4	0	0
	LAGHOUIAT	4	0	0	0	0	0
	AIN MADHI	3	89	89	0	1	0
O.E BOUAGHI	HASSI DELAA	17	319	318	0	1	0
	KSAR EL HIRANE	0	0	0	0	0	0
	AFLOU	0	0	0	0	0	0
	GUELET SIDI SAAD	7	375	371	4	1	0
	BRIDA	18	495	487	8	0	0
	OUM EL BOUAGHI	4	41	41	0	0	0
BATNA	AIN BEIDA	10	89	89	0	0	0
	AIN M'LILA	16	1 096	1 092	4	0	0
	BATNA	20	586	586	1	0	0
	EL MADHER	30	677	676	2	2	0
BATNA	BARIKA	16	850	844	8	0	0
	N'GAOUS	0	0	0	0	0	0
	IRAS EL AIOUN	10	119	118	1	0	0
	MEROUANA	0	0	0	0	0	0
	AIN DJASSER	8	231	229	2	0	0
	AIN TOUTA	0	0	0	0	0	0
THENIET EL ABED	ARRIS	16	59	58	1	0	0
	THENIET EL ABED	6	419	418	1	2	0

PERSONNEL MEDICAL PAR SPECIALITE DANS LES E.H & LES E.P.H



1 / SPECIALITES MEDICALES																									
E.H / E.P.H	Corps	Anes Réa	Cardio logie	Dermatologie	Endocr Diabétologie	Epidé miologie	Gastro Entéro	Hémat ologie	Infecti ologie	Méd Sport	Méd Travail	Méd Interne	Méd Légale	Néphro logie	Neuro logie	Pédia trie	Pneum Phtisio chaitrie	Psy chiatrie	Radio logie	Réa Méd	Réed Fonctiologie	Rhuma tologie	Autres		
EH OPHTALMOLOGIE BECHAR	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants											1				1									
	M.Spécialistes	2																							
EH OPHTALMOLOGIE DJELFA	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants															1									
	M.Spécialistes	3																							
	Professeurs																								
	Docents																								
EH AIN AZEL	M.Assistants										2	2				2	2	1							
	M.Spécialistes	2																							
	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants																								
	M.Spécialistes																								
EH ABD REZAK BOUHARA SIKKDA	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants																								
	M.Spécialistes	9																							
	Professeurs																								
EH DIDOUCHE MOURAD CONSTANTINE	Docents																								
	M.Assistants																								
	M.Spécialistes	7																							
	Professeurs																								
	M.Assistants																								
M.Spécialistes																									

PERSONNEL MEDICAL PAR SPECIALITE DANS LES C.H.U & E.H.U

1 / SPECIALITES MEDICALES																								
C.H.U / E.H.U		Corps																						
		Anes Réa	Cardiologie	Dermatologie	Endocr Diabétologie	Epidémiologie	Gastro Entéro	Hématologie	Infectiologie	Méd Sport	Méd Travail	Méd Interne	Méd Légale	Néphrologie	Neurologie	Pédiatrie	Pneum Phthisiologie	Psychiatrie	Radio logie	Réa Méd	Reed Fonctionologie	Rhuma tologie	Autres	
CHU BATNA	Professeurs	1										2												
	Docents	2	1		1	3		1		1	1	2				1			1		1			4
	M.Assistants	11			2	1		1		2	2	3	3	3	1	4			3		5			3
	M.Spécialistes	19			2	2			3	1	2	8	2	3	3	3	1							
CHU BEJAIA	Professeurs							1	1					1			1							
	Docents	1	1						3		2	2	4	1	1		3	5	1					3
	M.Assistants	9	2		3	3	3	3	5	3	2	2	1	1	3	4	4	3			1			3
	M.Spécialistes	11	4		2		1	1	1		3	2	1	1	1	1	1							
CHU BLIDA	Professeurs		1			1			1			2			4	2					3	2		1
	Docents		2		2							3	3	2	4	7			4	18	5			7
	M.Assistants		4	1		3		1			3	1	3	3	2	6			7	11	6			7
	M.Spécialistes		4	1	2	2	1	1		2	2	4	3	3	2	6								1
CHU TLEMCEM	Professeurs		1	1		1			1		1	2	1	2	3	1								1
	Docents	3	2	1		2		1	2	2	2	1	1	3	1	1			1					1
	M.Assistants	4	1	3	1	2	2	2	2	1	1	1	1	3		2	1		2	2	2			5
	M.Spécialistes	13	6	3	2	2	4	9	9	2	3	8	4	6	6	1	4							16
CHU TIZI OUZOU - UNITE NEDIR-	Professeurs					1		1	1				1			2								
	Docents		1			1			1		3	1	1						1					
	M.Assistants	11	3			3	1	5	3	1	4	1	3	3	5	5								3
	M.Spécialistes	11	8			4	4	7	4			9	2	6	6	9								

PERSONNEL MEDICAL PAR SPECIALITE DANS LES E.H.S

1 / SPECIALITES MEDICALES		Corps	Anes Réa	Cardio logie	Dermat ologie	Endocr Diabétologie	Epidé miologie	Gastro Entéro	Hémat ologie	Infect iologie	Méd Sport	Méd Travail Interne	Méd Légale	Néphro logie	Neuro logie	Pédia trie	Pneum Phtisio	Psy chiatrie	Radio logie	Réa Méd	Réed Fonct	Rhuma tologie	Autres		
E.H.S EHS PSYCHIATRIE TENES CHLEF	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants																	7							
	M.Spécialistes																								
EHS MERE ET ENFANT DR SAADANE LAGHOJAT	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants																								
	M.Spécialistes		3														7								
EHS MERE ET ENFANT DR BOUMALI MOHAMED OUM EL BOUAGHI	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants																								
	M.Spécialistes		4														1								
EHS MERE ET ENFANT MERIAM BOUATOURA BATNA	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants																								
	M.Spécialistes		9			1	3			1							6								
EHS PSYCHIATRIE EL MADHER BATNA	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants																								
	M.Spécialistes																	1							

PERSONNEL MEDICAL PAR SPECIALITE DANS LES E.H & LES E.P.H

2 / SPECIALITES CHIRURGICALES		Oncologie Chirurg	Chir cardiaque	Chir Cardio Vasculaire	Chir Générale	Chir Maxilo Faciale	Chir Pédiatrique	Chir Plastique	Chir Thoracique	Chir Vasculaire	Gynéco Obsétrique	Neuro chirurgie	O.R.L	Ophthalmo logie	Ortho Traumatolo	Urologie	
E.H / E.P.H	Corps																
EH OPHTALMOLOGIE BECHAR	Professeurs																
	Docents																
	M.Assistants																
EH OPHTALMOLOGIE DJELFA	M.Spécialistes													11			
	Professeurs																
	Docents																
	M.Assistants																
EH AIN AZEL	M.Spécialistes													27			
	Professeurs																
	Docents																
	M.Assistants																
	M.Spécialistes						3										
EH ABD REZAK BOUHARA SIKKDA	Professeurs							5									
	Docents																
	M.Assistants																
	M.Spécialistes										2				3		
	Professeurs																
	Docents																
EH DIDOUCHE MOURAD CONSTANTINE	M.Assistants																
	M.Spécialistes			1	8	1	3						2	2	4	3	
	Professeurs				2												
	Docents																
	M.Assistants				3												
	M.Spécialistes				7										1		
												2					

PERSONNEL MEDICAL PAR SPECIALITE DANS LES C.H.U & E.H.U

1 / SPECIALITES MEDICALES

C.H.U / E.H.U	Corps	Anes Réa	Cardiologie	Dermatologie	Endocr Diabétologie	Epidémiologie	Gastro Entéro	Hématologie	Infectiologie	Méd Sport	Méd Travail	Méd Interne	Méd Légale	Néphrologie	Neurologie	Pédiatrie	Pneum Phtisiologie	Psychiatrie	Radio logie	Réa Méd	Réed Fonct	Rhuma tologie	Autres		
CHU ORAN - UNITE ORTHO TRAUMATOLOGIE-	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants																								
	M.Spécialistes																								
CHU ORAN - UNITE LARIBERE-	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants				4																				
	M.Spécialistes				6																				
CHU ORAN - UNITE DENTAIRE-	Professeurs																								
	Docents																								
	M.Assistants																								
	M.Spécialistes																								
E.H.U D'ORAN 1 ER NOVEMBRE 1954	Professeurs	1		1		2	2	2			2	4	1	1		1	1			1	1			1	
	Docents	10	1		1	2	1	2		2				1	1		2			3	2			1	
	M.Assistants	8	3	3	3	1	1	1			2	4	2	4	2		3			4	3			8	
	M.Spécialistes	10	2	1	2		1	6				2	1	4		7	4			1	3			9	
Total Général		411	155	61	88	131	84	123	97	3	94	185	91	139	93	290	119	60	134	122	88	51	266		

PERSONNEL MEDICAL PAR SPECIALITE DANS LES EHS

2 / SPECIALITES CHIRURGICALES		↓														
E.H.S	Corps	Oncologie Chirurg	Chir cardiaque	Chir Cardio Vasculaire	Chir Générale	Chir Maxilo Faciale	Chir Pédiatrique	Chir Plastique	Chir Thoracique	Chir Vasculaire	Gynéco Obsétrique	Neuro chirurgie	O.R.L	Ophthalmo logie	Ortho Traumatolo	Urologie
EHS PSYCHIATRIE TENES CHLEF	Professeurs															
	Docents															
	M.Assistants															
	M.Spécialistes															
EHS MERE ET ENFANT DR SAADANE LAGHOAT	Professeurs															
	Docents															
	M.Assistants						4									
	M.Spécialistes										3					
EHS MERE ET ENFANT DR BOUMALI MOHAMED OUM EL BOUAGHI	Professeurs															
	Docents															
	M.Assistants															
	M.Spécialistes						1				4					
EHS MERE ET ENFANT MERIAM BOUATOURA BATNA	Professeurs															
	Docents															
	M.Assistants										4					
	M.Spécialistes						3				7					
EHS PSYCHIATRIE EL MADHER BATNA	Professeurs															
	Docents															
	M.Assistants															
	M.Spécialistes															

EFFECTIFS DU PERSONNEL DANS LES E.H & LES E.P.H

2 / CORPS PARAMEDICAL

E.H / E.P.H	Diplomés d'Etat			Brevetés			Aides Paramédicaux			Total Général		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
EH OPHTALMOLOGIE BECHAR	3	28	31							3	28	31
EH OPHTALMOLOGIE DJELFA	2	12	14	6	36	42				8	48	56
EH AIN AZEL	24	50	74	6	9	15	27	49	76	57	108	165
EH ABD REZAK BOUHARA SKIKDA			0							0	0	0
EH DIDOUCHE MOURAD CONSTANTINE	62	150	212	13	2	15	24	50	74	99	202	301
EH OPHTALMOLOGIE AMITIE ALGERO-CUBAINE OUARGLA	1	2	3							1	2	3
EH AIN TURCK DR MADJBEUR TAMI	75	154	229	8	2	10	41	128	169	124	284	408
EH OPHTALMOLOGIE EL OUED	8	26	34							8	26	34
EH AIN TEMOUCHENT	56	133	189	16	26	42	56	136	192	128	295	423
EPH ADRAR	193	196	389				55	72	127	248	268	516
EPH TIMIMOUN	58	149	207	12	4	16	8	83	91	78	236	314
EPH REGGANE	83	42	125				55	46	101	138	88	226
EPH NOUVEL ADRAR	37	57	94				26	65	91	63	122	185
EPH AOULEF ADRAR	2	9	11				2	14	16	4	23	27
EPH CHLEF (OULED MOHAMED)	55	70	125	14	2	16	40	23	63	109	95	204
EPH CHLEF (CHORFA)	43	156	199	1		1	30	38	68	74	194	268
EPH CHETTIA	37	118	155	15	4	19	33	37	70	85	159	244
EPH TENES (ZIGHOUD YOUCEF)	38	67	105	13	9	22	18	28	46	69	104	173
EPH TENES (ANCIEN HOPITAL)	15	36	51				13	37	50	28	73	101
EPH SOBHA	65	86	151				55	30	85	120	116	236
EPH SOEURS BEDJ	53	97	150	3	4	7	47	48	95	103	149	252
EPH LAGHOuat	141	96	237		1	1	76	49	125	217	146	363
EPH AFLOU	126	143	269				34	51	85	160	194	354
EPH HAOUARI BOUMEDIENNE (KSAR EL HIRANE)	22	31	53				48	19	67	70	50	120

EFFECTIFS DU PERSONNEL DANS LES C.H.U & E.H.U

2 / CORPS PARAMEDICAL

C.H.U / E.H.U	Diplômés d'Etat			Brevetés			Aides Paramédicaux			Total Général		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
CHU BATNA	212	493	705	5	6	11	79	179	258	296	678	974
CHU BEJAIA	177	380	557				26	77	103	203	457	660
CHU BLIDA	412	636	1048				48	142	190	460	778	1238
CHU TLEMCEM	269	396	665	4	12	16	78	142	220	351	550	901
CHU TIZI OUZOU -UNITE NEDIR-	155	401	556				36	202	238	191	603	794
CHU TIZI OUZOU -UNITE BELLOUA-	63	62	125		2	2	17	54	71	80	118	198
CHU MUSTAPHA	360	897	1257	2	1	3	91	283	374	453	1181	1634
CHU BENI MESSOUS	188	418	606	7	7	14	71	170	241	266	595	861
CHU PARNET	75	375	450	1		1	45	173	218	121	548	669
CHU BAB EL OUED	247	480	727	25	60	85	58	83	141	330	623	953
CHU DJELLALI BOUNAAMA DOUERA	130	206	336	1	1	2	37	97	134	168	304	472
CHU SETIF - SIEGE-	136	199	335	42	66	108	108	107	215	286	372	658
CHU SETIF -UNITE MERE ET ENFANT-	44	180	224	2	21	23	9	44	53	55	245	300
CHU SETIF -UNITE ORL ET OPHTALMOLOGIE-	17	22	39	7	11	18	3	26	29	27	59	86
CHU SIDI BEL ABBES	186	463	649	4	1	5	40	108	148	230	572	802
CHU ANNABA - HOPITAL IBN ROCHED-	44	169	213	3	16	19	59	101	160	106	286	392
CHU ANNABA -HOPITAL IBN SINA-	52	161	213		2	2	19	101	120	71	264	335
CHU ANNABA -HOPITAL DORBAN-	22	78	100	1	3	4	10	57	67	33	138	171
CHU ANNABA CLINIQUE DENTAIRE SAOULI	2	3	5				3	8	11	5	11	16
CHU ANNABA -CLINIQUE DE OPHTALMOLOGIE-	7	16	23		1	1	1	12	13	8	29	37
CHU ANNABA CLINIQUE DE PEDIATRIQUE SAINT THERESE	9	38	47		7	7	1	47	48	10	92	102
CHU ANNABA -CLINIQUE DENTAIRE ELYSA-	1	6	7	1	1	2	1	15	16	3	22	25
CHU CONSTANTINE	382	770	1152	8	5	13	86	144	230	476	919	1395
CHU ORAN - UNITE SIEGE-	243	843	1086				125	530	655	368	1373	1741

EFFECTIFS DU PERSONNEL DANS LES E.H.S

2 / CORPS PARAMEDICAL

E.H.S	Diplômés d'Etat			Brevetés			Aides Paramédicaux			Total Général		
	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
	EHS PSYCHIATRIE TENES CHLEF	5	9	14				18	21	39	23	30
EHS MERE ET ENFANT DR SAADANE LAGHOUAT	17	86	103	1	1	2	5	50	55	23	137	160
EHS MERE ET ENFANT DR BOUMALI MOHAMED OUM EL BOUAGHI	19	124	143	2	2	4	13	33	46	34	159	193
EHS MERE ET ENFANT MERIAM BOUATOURA BATNA	15	147	162				2	61	63	17	208	225
EHS PSYCHIATRIE EL MADHER BATNA	11	37	48	1		1	19	20	39	31	57	88
EHS C.A.C BATNA	41	152	193				14	54	68	55	206	261
EHS DE REEDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE FENAIA ILMATEN BEJAIA	21	45	66				7	7	14	28	52	80
EHS OPHTALMOLOGIE EL BOUKHARI BISKRA	14	37	51				6	15	21	20	52	72
EHS MERE ET ENFANT EL ALIA BISKRA	18	172	190				8	71	79	26	243	269
EHS MERE ET ENFANT MOHAMED BOUDIAF BECHAR	22	128	150				12	32	44	34	160	194
EHS PSYCHIATRIE FRANTZ FANON BLIDA	56	38	94	1		1	60	32	92	117	70	187
EHS ANTI CANCEREAUX BLIDA	103	121	224				14	36	50	117	157	274
EHS TRANSPLATATION DES ORGANES ET DES TISSUS	11	40	51	1		1	9	23	32	21	63	84
EHS PSYCHAITRIE SOUR EL GHOZLANE BOUIRA	4	25	29				7	6	13	11	31	42
EHS MERE ET ENFANT TAMANRASSET	4	6	10							4	6	10
EHS MERE ET ENFANT KHALDI ABDELAZIZ TEBESSA	31	141	172	1	2	3	10	69	79	42	212	254
EHS MERE ET ENFANT TLEMCCEN	42	207	249				41	62	103	83	269	352
EHS MERE ET ENFANT AOURAI ZOHRA TIARET	6	138	144	1		1	6	79	85	13	217	230
EHS OPHTALMOLOGIE BOUABDELLI BOUABDELLAH (OSO) TIARET	13	42	55				11	16	27	24	58	82
EHS PSYCHIATRIE TIARET	28	39	67				23	19	42	51	58	109
EHS MERE ET ENFANT S'BIHI TASSADIT TIZI OUZOU	5	115	120		9	9	4	89	93	9	213	222
EHS PSYCHIATRIE FERNANE HANAFI OUED AISSI TIZI OUZOU	37	74	111	1	1	2	26	50	76	64	125	189
EHS CHIRURGIE CARDIAQUE PEDIATRIQUE DE DRAA BEN KHEDDA TIZI OUZOU	5	46	51				14	51	65	19	97	116
EHS MEDECINE DU SPORT ET CARDIO VASCULAIRE DR MAOUCHE BEN AKNOUN ALGER	59	84	143		3	3	8	38	46	67	125	192

EFFECTIFS DU PERSONNEL DANS LES EPSP

2/ CORPS PARAMEDICAL	WILAYAS	EPSP	Diplomés d'Etat			Brevetés			Aides paramédicaux			TOTAL		
			M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total	M	F	Total
ADRAR	ADRAR		81	174	255	1	0	1	83	185	268	165	359	524
	TIMIMOUN		69	213	282	11	1	12	93	130	223	173	344	517
	REGGANE		41	83	124	0	0	0	79	92	171	120	175	295
	AOULEF		46	22	68	0	0	0	12	30	42	58	52	110
	BORDJ BADJI MOKHTAR		4	2	6	0	0	0	68	22	90	72	24	96
	TINERKOUK		33	36	69	9	0	9	35	39	74	77	75	152
			274	530	804	21	1	22	370	498	868	665	1029	1694
CHLEF	BENI HAOUA		31	83	114	1	1	2	71	84	155	103	168	271
	TAOUGRIT		36	78	114	6	0	6	94	93	187	136	171	307
	TENES		30	84	114	4	0	4	15	83	98	49	167	216
	BOUKADIR		57	68	125	0	0	0	54	51	105	111	119	230
	OULED FARES		52	160	212	19	19	38	35	133	168	106	312	418
	OUED FODDA		24	82	106	0	0	0	66	67	133	90	149	239
			230	555	785	30	20	50	335	511	846	595	1086	1681
LAGHOUAT	LAGHOUAT		41	90	131	0	1	1	85	89	174	126	180	306
	AIN MADHI		19	25	44	4	0	4	59	39	98	82	64	146
	HASSI DELAA		5	32	37	0	1	1	55	44	99	60	77	137
	KSAR EL HIRANE		31	23	54	0	0	0	30	20	50	61	43	104
	AFLOU		48	107	155	0	0	0	91	93	184	139	200	339
	GUELET SIDI SAAD		79	61	140	10	8	18	0	0	0	89	69	158
	BRIDA		25	33	58	0	0	0	56	51	107	81	84	165
			248	371	619	14	10	24	376	336	712	638	717	1355
			22	91	113	0	0	0	30	167	197	52	258	310
			51	141	192	1	2	3	62	99	161	114	242	356
O.E BOUAGHI	AIN BEIDA		47	135	182	1	2	3	67	131	198	115	268	383
	AIN M'LILA		120	367	487	2	4	6	159	397	556	281	768	1049
			31	186	217	9	5	14	33	87	120	73	278	351
BATNA	BATNA		13	72	85	4	2	6	22	36	58	39	110	149
	EL MADHER		41	70	111	0	0	0	21	45	66	62	115	177
	BARIKA		28	34	62	1	0	1	15	60	75	44	94	138
	N'GAOUS		32	66	98	1	3	4	45	63	108	78	132	210
	RAS EL AIOUN		20	78	98	1	1	2	22	44	66	43	123	166
	MEROUANA		43	83	126	1	0	1	24	39	63	68	122	190
	AIN DJASSER		75	19	94	1	1	2	22	42	64	98	62	160
	AIN TOUTA		28	132	160	0	0	0	44	101	145	72	233	305
	ARRIS		21	124	145	0	0	0	47	92	139	68	216	284
	THENIET EL ABED		332	864	1196	18	12	30	295	609	904	645	1485	2130

PERSONNEL PARAMEDICAL PAR FILIERE DANS LES E.H & LES E.P.H

1 / DIPLOMES D'ETAT		Assai nise ment	Assis Sle	Kinesi thérapie	Proth Dent	Secrét Méd	Soins en Obstét	Sages Fem	Soins en Psych	Soins en Pencult	Soins Infir Géné	Tech en Biolog	Tech en Radio	Tech Pharma	Anés Réa	App Ortho- pédie	Audio Phono- logie	Dietét- ique	Expl Fonct	Ortho ptie	Soins Bloc Opéra d'Urg	Soins Infir	Autres
E.H / E.P.H																							
EH OPHTALMOLOGIE BECHAR											29	1											
EH OPHTALMOLOGIE DJELFA											10	2									2		
EH AIN AZEL			1	1		2	4	1	1		43	8	2		10						1		
EH DIDOUCHE MOURAD CONSTANTINE			4				14				136	21	14	5	9				9				
EH OPHTALMOLOGIE AMITIE ALGERO-CUBAINE OUARGLA			1								1	1											
EH AIN TURCK DR MADJEBEUR TAMI			2	5		6	2	18	2		90	62	9	6	24								
EH OPHTALMOLOGIE EL OUED											30	3		1									
EH AIN TEMOUCHENT			4	11		11					89	44	11	5	14								
EPH ADRAR			2	7		12	25	5	14		253	34	16	3	16							1	
EPH TIMIMOUN		1	4	9		9	10				114	18	11	4	23								1
EPH REGGANE			1	1	1	2	5				88	14	3	1	9								
EPH NOUVEL ADRAR			1	4		3					48	20	18										
EPH AOULEF ADRAR						1	2				6	1	1										
EPH CHLEF (OULED MOHAMED)			1	2		4					73	14	12	2	13								2
EPH CHLEF (CHORFA)			2	2		3	38			21	84	26	7	1	11								1
EPH CHETTIA		2	1	1		7	20				85	21	8	2	8								
EPH TENES (ZIGHOUD YUCEF)			1	2		3	10	1	5		54	8	4	1	9	1					3		1

PERSONNEL PARAMEDICAL PAR FILIERE DANS LES C.H.U & E.H.U

1 / DIPLOMES D'ETAT		Assistance nisme ment	Assist Sle	Kinési thérapie	Proth Dent	Secrét Méd	Soins en Obstét	Sages Fem	Soins en Psych	Soins en Pueric	Soins Infr Géné	Tech en Biolog	Tech en Radio	Tech Pharma	Antés Réa	App Ortho- pédie	Audio- Phono- logie	Dietét- Epidém iologie	Expl Fonct	Ortho ptie	Soins Bloc Opéra	Soins Infr d'Urg	Soins Intensif	Autres
CHU BATNA			5	18		30					427	75	62	16	54	2		9	5					2
CHU BEJAIA			6	8		16	45	5	13		199	88	26	5	29			6	1	1	2	104		3
CHU BLIDA			4	18	2	20	74				665	128	46	2	80	2		1	6					
CHU TLEMSEN			11	26	2	51					359	61	72	18	43	1		5	2					14
CHU TIZI OUZOU -UNITE NEDIR-	2		2	10	3	23			6	20	321	68	49	5	27	1		2			3		14	
CHU TIZI OUZOU -UNITE BELLOUA-	4			5		4	2		1		69	11	1	1	17					5			3	2
CHU MUSTAPHA			12	27	12	44	54				797	82	90	27	103			3		6				
CHU BENI MESSOUS			1	8	9	22	31				372	38	48	8	64			2		3				
CHU PARNET			5	4		12	42			23	236	43	33	11	30			5		6				
CHU BAB EL OUED			4	11	7	20	33	3	3	22	237	40	41	18	68			2	3	2	6	200	10	
CHU DJELLALI BOUNAAMA DOUJERA			1	17		4	13				217	20	17	3	41									3
CHU SETIF - SIEGE-			4	3		5			2	1	184	63	42		27									4
CHU SETIF -UNITE MERE ET ENFANT-				1			79			22	68	23	12		18									
CHU SETIF -UNITE ORL ET OPHTALMOLOGIE					1						19	1	4		9					4	1			
CHU SIDI BEL ABBES	5	5	50			29	6				338	83	51	10	45	6		10		7				4
CHU ANNABA - HOPITAL IBN ROCHED-	1	2				14	41				73	18	28	2	34									
CHU ANNABA -HOPITAL IBN SINA-	1	1	3			16					155	20	10		2			2				3		

PERSONNEL PARAMEDICAL PAR FILIERE DANS LES E.H.S

1 / DIPLOMES D'ETAT		Assist nisme ment	Assist Site	Kinési thérapie	Proth Dent	Secrét Méd	Soins en Obstét	Sages Fem	Soins en Psych	Soins en Pericull	Soins Infir Géné	Tech en Biolog	Tech en Radio	Tech Pharma	Anés Réa	App Ortho- pédie	Audio Phono- logie	Dietét- ique	Epidém iologie	Expl Fonct	Ortho ptie	Soins Bloc Opéra d'Urg	Soins Infir d'Urg	Soins Intensif	Autres
E.H.S																									
EHS PSYCHIATRIE TENES CHLEF											6	6	1					1							
EHS MERE ET ENFANT DR SAADANE LAGHOJAT			1			3		37			32	16	3	2	8			1							
EHS MERE ET ENFANT DR BOUMALI MOHAMED OUM EL BOUAGHI		1	1			5		30			76	11	5	4	9			1							
EHS MERE ET ENFANT MERIAM BOUATOURA BATNA			3			2		59			58	12	9	4	14			1							
EHS PSYCHIATRIE EL MADHER BATNA						3			6	1	29	2		3				2							2
EHS C.A.C BATNA			6	3		8					118	14	31	7	6										
EHS DE REEDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE FENAIJA ILMATEN BEJAJA				27							22	7	2			3									
EHS OPHTALMOLOGIE EL BOUKHARI BISKRA		1				3					29	8	3	2	5										
EHS MERE ET ENFANT EL ALIA BISKRA			3			4		77			46	27	6	2	11			2				1	11		
EHS MERE ET ENFANT MOHAMED BOUDIAF BECHAR			3			5		29			68	18	10		15			2							
EHS PSYCHIATRIE FRANTZ FANON BLIDA			3			3					83	4													1
EHS ANTI CANCEREAUX BLIDA			4			9					136	24	34		17										
EHS TRANSPLANTATION DES ORGANES ET DES TISSUS		1				5					31				14										
EHS PSYCHIATRIE SOUR EL GHOZLANE BOUIRA			2			1					26														
EHS MERE ET ENFANT TAMANRASSET								1			5	2	2												
EHS MERE ET ENFANT KHALDI ABDELAZIZ TEBESSA				1		3		40		26	65	17	10		7			2							1
EHS MERE ET ENFANT TLEMCCEN		1	6	4		9		45		26	91	12	8	8	33			6							

11 DIPLOMES D'ETAT

PERSONNEL PARAMEDICAL PAR FILIERES

WILAYAS	EPSF	Anesthésie réanimation	App. orthopédique	Assainissement	Assistance sociale	Audio phonologie	Dietétique	Educateurs	Epidémiologie	Ergothérapie	Exploration fonctionnelle	Kinésithérapie	Optométriste	Orthophoniste	Orthopte	P.E.P.M	Prothèse dentaire	Psychologue	Radio isotopes	Radiothérapie	Sages femmes	Secrétariat médical	Soins bloc opératoire	Soins en obstétrique	Soins en psychiatrie	Soins en puériculture	Soins infirmiers d'urgence	Soins infirmiers généraux	Soins intensifs	Techniques en biologie	Laborantin	Manipulateur radio	Preparateur en pharmacie	Total général
ADRAR	ADRAR			4	4												2	16			12	10					155				33	17	2	255
	AOULEF		1														1	2			5						37			3	1		68	
	BORDJ BADIJI MOKHTAR																				1						2			1			6	
	REGGANE							2													9	3					86			7	8		124	
	TIMIMOUN			7	1		2												12		16	8					178			37	19	2	282	
	TINERKOUK																		2			3	3				38			9	6		69	
CHLEF	Total			12	5	2	2		2								3	43	0		46	24				20	6	496			90	51	4	804
	BENI HAOUA			4	1						1								8		14	1					51			27	7		114	
	BOUKDADIR			5													2	8		16						63			23	8		125		
	OUEJ FODDA																1	7		21						56			15	6		106		
	OULED FARES			3	2		1		13				1						12		41			1			86			28	15		212	
	TAOUGRIT			5			1										1	9			12	5				57			15	8	1	114		
	TENES			5	1						1								6		9	3					74			7	6	2	114	
	Total		0	0	22	4	0	2	0	13	1	0	0	0	2	0	0	6	50	0	0	113	9	0	0	1	7	387	0	0	115	50	3	785
	LAGHOUAT	AFLOU			3	2							4		1			1	16			15	6				79			14	14		155	
		AIN MADHI				1													5			4	2				25			3	3	1	44	
BRIDA					1								2					8			9	2				26			5	5		58		
GUELET SIDI SAAD					1								1					6			6	3				112			8	3		140		
HASSI DELAA																		9			8					16			1	2	1	37		
KSAR EL HIRANE				1	2								2					6			2	1				33			3	4		54		
LAGHOUAT				9	1								2					17			25	4				54			12	6	1	131		
Total		0	0	13	8	0	0	0	0	0	0	4	0	8	0	0	1	67	0	0	69	18	0	0	0	0	345	0	0	46	37	3	619	

ETAT DES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE

1 / EPH

WILAYAS	EPH	Nombre de lits Techniqués	Nombre de lits Organisés
		330	324
ADRAR	EPH ADRAR	168	162
	EPH TIMIMOUN	136	142
	EPH REGGANE	120	45
	EPH NOUVEL ADRAR	60	87
	EPH AOULEF ADRAR	178	172
CHLEF	EPH CHLEF (OULED MOHAMED)	186	187
	EPH CHLEF (CHORFA)	194	194
	EPH CHETTIA	182	182
	EPH TENES (ZIGHOUD YUCEF)	103	53
	EPH TENES (ANCIEN HOPITAL)	182	202
	EPH SOBHA	253	222
	EPH SOEURS BEDJ	239	309
LAGHOUAT	EPH LAGHOUAT	238	252
	EPH AFLOU	121	89
	EPH HAOUARI BOUMEDIENNE (KSAR EL HIRANE)	192	180
O.E BOUAGHI	EPH OUM EL BOUAGHI (MOHAMED BOUDIAF)	90	77
	EPH OUM EL BOUAGHI IBN SINA (ANCIEN HOPITAL)	148	148
	EPH BOUHAFS MOHAMED	280	305
	EPH AIN M'LILA	93	96
	EPH AIN FAKROUN	250	292
	EPH AIN BEIDA (ZERDANI SALAH)	228	137
BATNA	EPH BATNA	188	189
	EPH AIN TOUTA	268	270
	EPH N'GAOUS	138	104
	EPH ARRIS 1	114	73
	EPH ARRIS 2	150	109
	EPH MEROUANA (ALI NEMEUR)	112	86
	EPH MEROUANA (ZIZA MASSIKA)	156	156
	EPH BARIKA (MOHAMED BOUDIAF)	140	75
	EPH BARIKA (SLIMANE AMIRAT)	88	55
BEJAIA	EPH AOKAS	136	151
	EPH KHERRATA	200	218
	EPH AMIZOUR	196	210
	EPH AKBOU	283	232
	EPH SIDI AICH	254	236
BISKRA	EPH BISKRA (BACHIR BEN NACER)	220	198
	EPH BISKRA (DR SAADANE)	120	132
	EPH ZIOUCHI MOHAMED TOLGA	194	176
	EPH ACHOUR ZIANE OULED DJELLAL	405	265
BECHAR	EPH TOURABI BOUDJEMAA (NOUVEL HOPITAL)	88	126
	EPH BECHAR (ANCIEN HOPITAL)	81	97
	EPH BACHIR BELKACEM ABADLA	122	122
	EPH MOHAMED YAKOUB BENI ABBES		

ETAT DES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE

3 / CHU & EHU

WILAYAS	CHU / EHU	Nombre de lits Techniques	Nombre de lits Organisés
BATNA	CHU BATNA	608	568
BEJAIA	CHU BEJAIA	473	479
BLIDA	CHU BLIDA	723	652
TLEMCEN	CHU TLEMCEN	889	617
TIZI_OUZOU	CHU TIZI OUZOU	980	1073
ALGER	CHU MUSTAPHA	1578	1451
	CHU BENI MESSOUS	913	663
	CHU PARNET	460	477
	CHU BAB EL OUED	785	625
	CHU DJELLALI BOUNAAMA DOUERA	460	417
SETIF	CHU SETIF	951	926
SIDI BEL ABBES	CHU SIDI BEL ABBES	739	513
ANNABA	CHU ANNABA	1116	1119
CONSTANTINE	CHU CONSTANTINE	1459	1536
ORAN	CHU ORAN	1624	1555
	E.H.U D'ORAN 1 ER NOVEMBRE 1954	770	1087
TOTAL		14 528	13 758

ETAT DES INFRASTRUCTURES DE LA SANTE

4 / ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS SPECIALISES

WILAYAS	EHS	Nombre de lits Techniques	Nombre de lits Organisés
ANNABA	EHS MERE ET ENFANT EL-BOUNI ANNABA	158	161
	EHS PSYCHIATRIE EL RAZI ANNABA	240	213
	EHS DE REEDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE SERAIDI ANNABA	132	132
CONSTANTINE	EHS D'UROLOGIE, NEPHROLOGIE ET DE TRANSPLANTATION RENALE DAKSI CONSTANTINE	110	118
	EHS MERE ET ENFANT PEDIATRIQUE SIDI MABROUK CONSTANTINE	244	199
	EHS PSYCHIATRIE DJEBL OUAHCH MAHMOUD BELAMRI CONSTANTINE	246	246
	EHS CHIRURGIE CARDIAQUE DR DJEGHRI MOKHTAR EX ERRIADH CONSTANTINE	80	67
MOSTAGANEM	EHS PSYCHIATRIE MOSTAGANEM	80	90
	EHS MERE ET ENFANT LALA KHEIRA MOSTAGANEM	120	155
M'SILA	EHS MERE ET ENFANT SLIMANE AMIRAT M'SILA	70	76
	EHS PSYCHIATRIE OULED MANSOUR M'SILA	120	66
MASCARA	EHS DE REEDUCATION READAPTATION FONCTIONNELLE BOUHNIFIA MASCARA	120	120
OUARGLA	EHS MERE ET ENFANT BOUKHRIS OMAR TOUGGOURT	120	121
	EHS MERES ET ENFANTS SIDI ABDELKADER OUARGLA	122	128
ORAN	EHS MERE ET ENFANT LES PINS ORAN	120	100
	EHS MERE ET ENFANT TAZI FATIMA EX LES AMANDIERS ORAN	120	79
	EHS MERE ET ENFANT BEN YAHIA ZOHRA POINT DU JOUR	76	90
	EHS MERE ET ENFANT NOUAR FADELA ORAN	74	74
	EHS PEDIATRIE CANASTEL ORAN	340	266
	EHS PSYCHIATRIE SIDI CHAMI ORAN	110	405
	EHS ANTI CANCEREUX PEDIATRIQUE EMIR ABDELKADER ORAN	170	170
	EHS D'OPHTALMOLOGIE ORAN	140	170
	EHS MERE ET ENFANT HADJ ABED ATIKA ORAN	70	57
B.B ARRERRIDJ	EHS MERE ET ENFANT BELHOCINE RACHID BORDJ BOU ARRERIDJ	200	154
EL OUED	EHS MERE ET ENFANT BACHIR BENACEUR EL OUED	120	144
	EHS C.A.C EL OUED	140	34
KHENCHLA	EHS MERE ET ENFANT SALHI BELKACEM KHENCHELA	130	116
TIPAZA	EHS MERE ET ENFANT TIDJANI HEDDAM TIPAZA	80	97
	EHS PSYCHIATRIE DJELLAQUI MOHAMED NADOR TIPAZA	120	100
MILA	EHS PSYCHIATRIE OUED ATHMANIA MILA	240	270
AIN TEMOUCHENT	EHS MERE ET ENFANT AIN TEMOUCHENT	131	127
GHARDAIA	EHS MERE ET ENFANT GUEDDI BAKIR GHARDAIA	100	102
RELIZANE	EHS PSYCHIATRIE YELLEL RELIZANE	70	70
TOTAL		12 920	12 426

DEMOGRAPHIE ALGERIENNE

2018

42,6 Millions d'habitants au 1^{er} Juillet 2018

43,0 Millions d'habitants au 1^{er} Janvier 2019

43,9 Millions d'habitants au 1^{er} Janvier 2020

1 038 000 Naissances vivantes,

193 000 Décès, 332 000 Mariages et 65 690 Divorces en 2018.

Au 1^{er} janvier 2019, la population résidente totale en Algérie a atteint 43 millions d'habitants.

L'année 2018 a été marquée par un volume de naissances vivantes dépassant le seuil d'un million de naissances pour la cinquième année consécutive ainsi qu'une augmentation significative du volume des décès. En revanche, le volume des mariages enregistrés continue son recul entamé depuis 2014.

Durant cette année nous assistons à une stagnation du taux de mortalité infantile pour la seconde année consécutive, alors que le taux de mortalité continue de décroître franchement. Par ailleurs, l'espérance de vie à la naissance a connu une légère hausse.

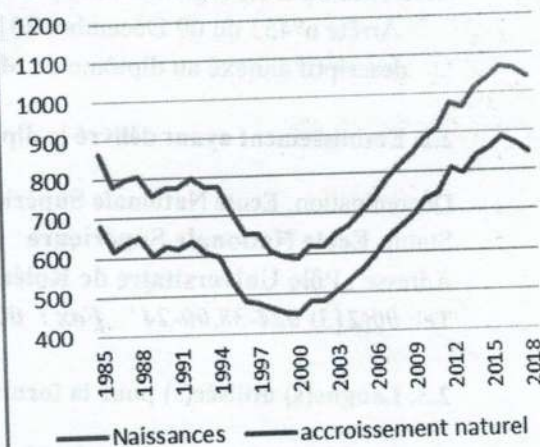
ÉVOLUTION DE LA POPULATION

Au cours de l'année 2018, la population résidente en Algérie est estimée à 42 578 000 personnes en date du 1^{er} juillet. L'accroissement naturel enregistré durant l'année a atteint 845 000 personnes, avec un taux d'accroissement naturel de 1,99%, enregistrant un recul de 0,1 point par rapport à l'année 2017.

Notons que c'est la première fois, depuis 2009 que ce taux atteint un niveau inférieur à 2%. Deux facteurs peuvent expliquer cette baisse ; le recul du volume des naissances par rapport à 2017 et l'augmentation du volume des décès.

Ainsi, et sous l'hypothèse du maintien du rythme de croissance de l'année 2018, la population résidente totale atteindrait 43,9 millions au 1^{er} janvier 2020.

Evolution des naissances vivantes et de l'accroissement naturel 1985-2018 (en milliers)



Directeur de la publication : Mounir Khaled BERRAH

Ce numéro est élaboré par la Direction Technique chargée des statistiques de Population et de l'Emploi
 ONS (Siège) - Avenue Belkacemi Mohamed El Anasser - Alger 16009 ☎: (021) 77 78 38 📠: (021) 77 78 30
 Direction des publications et de la Diffusion - 8 & 10, Rue des Moussebiline - Alger 16000 ☎&📠: (021) 63 98 06
 ISSN 1111-5939 Prix = 40 DA Mai 2019 Site Web: <http://www.ons.dz> Courriel: ons@ons.dz ou stat@ons.dz

TABEAU N° 11 : REPARTITION DES DECES TOTAUX ET DES DECES DE MOINS D'UN AN SELON LE SEXE ET LA WILAYA D'ENREGISTREMENT

CODE	WILAYA	DECES TOTAUX			DECES DE MOINS D'UN AN		
		MASCULIN	FEMININ	ENSEMBLE	MASCULIN	FEMININ	ENSEMBLE
01	ADRAR	1 135	847	1 982	150	113	263
02	CHLEF	2 184	2 043	4 227	341	237	578
03	LAGHOUAT	1 030	793	1 823	191	139	330
04	O.E.BOUAGHI	1 476	1 394	2 870	165	150	315
05	BATNA	3 278	2 862	6 140	463	402	865
06	BEJAIA	2 511	2 185	4 696	174	124	298
07	BISKRA	1 837	1 610	3 447	343	248	591
08	BECHAR	693	590	1 283	61	55	116
09	BLIDA	3 365	2 669	6 034	321	267	588
10	BOUIRA	1 552	1 482	3 034	123	99	222
11	TAMANRASSET	1 386	850	2 236	153	78	231
12	TEBESSA	1 770	1 428	3 198	238	188	426
13	TLEMCCEN	3 003	2 776	5 779	366	261	627
14	TIARET	2 334	1 905	4 239	362	272	634
15	TIZI OUZOU	3 329	3 174	6 503	192	125	317
16	ALGER	10 531	8 559	19 090	1 078	860	1 938
17	DJELFA	2 093	1 561	3 654	426	313	739
18	JIJEL	1 576	1 426	3 002	131	112	243
19	SETIF	3 869	3 383	7 252	619	526	1 145
20	SAIDA	849	763	1 612	115	101	216
21	SKIKDA	2 142	1 960	4 102	210	175	385
22	S.B.ABBES	1 994	1 701	3 695	220	140	360
23	ANNABA	2 859	2 381	5 240	521	384	905
24	GUELMA	1 256	1 082	2 338	105	75	180
25	CONSTANTINE	3 712	3 147	6 859	610	391	1 001
26	MEDEA	1 742	1 552	3 294	224	147	371
27	MOSTAGANEM	2 161	1 890	4 051	327	235	562
28	MSILA	2 229	1 940	4 169	350	320	670
29	MASCARA	2 086	1 768	3 854	200	133	333
30	OUARGLA	1 500	1 089	2 589	287	188	475
31	ORAN	5 462	4 244	9 706	611	507	1 118
32	EL BAYADH	630	531	1 161	120	83	203
33	ILLIZI	202	103	305	22	14	36
34	B.B.ARRERIDJ	1 517	1 292	2 809	270	171	441
35	BOUMERDES	1 491	1 394	2 885	76	61	137
36	EL TAREF	882	808	1 690	46	44	90
37	TINDOUF	185	119	304	24	10	34
38	TISSEMSILT	736	674	1 410	104	83	187
39	EL OUED	1 688	1 256	2 944	408	287	695
40	KHENCHELA	954	857	1 811	104	104	208
41	SOUK AHRAS	1 161	1 061	2 222	132	100	232
42	TIPAZA	1 495	1 384	2 879	89	83	172
43	MILA	1 677	1 505	3 182	92	75	167
44	AIN DEFLA	1 773	1 593	3 366	234	176	410
45	NAAMA	458	368	826	94	56	150
46	AIN TEMOUCHENT	1 104	1 022	2 126	84	57	141
47	GHARDAIA	908	716	1 624	121	107	228
48	RELIZANE	1 892	1 693	3 585	247	210	457
	NATIONAL	95 697	81 430	177 127	11 944	9 086	21 030

Données brutes non corrigées.

الملخص

تهدف هذه الدراسة السوسيوديمغرافية الصحية إلى إظهار مدى تأثير التغطية الطبية و السريرية للأم و طفلها في سنته الأولى على معدلات وفيات الأمهات و الأطفال بين الولايات في الجزائر، و هذا باستعمال الكثافات الصحية ووفيات الأمهات الاستشفائية التي سُجلت في المؤسسات الصحية العمومية و المسجلة في وزارة الصحة و إصلاح المستشفيات، و وفيات الأطفال الرضع المنشورة من طرف ديوان الوطني للإحصائيات.

من بين النتائج التي توصلت إليها الدراسة إلى أنه تختلف التغطية الصحية للأم و الطفل في الجزائر حسب الولايات و المناطق الجغرافية حيث أنها جيدة في الجنوب متوسطة في الشمال و ضعيفة إلى ضعيفة جدا في الهضاب العليا. كما بينت تلك النتائج أن معدلات وفيات الأمهات الاستشفائية لا تتبع نفس المسار حيث أنها مرتفعة في الجنوب متوسطة في الهضاب العليا ومنخفضة في الشمال مع بعض الاستثناءات حسب الولايات. أما معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة فإنه متقارب بين المناطق مع ارتفاعه قليلا في الهضاب العليا، متوسط الارتفاع في الجنوب و منخفض في الشمال.

وبسبب العدد الكبير من المتغيرات المستقلة، و الذي كان يجب تحليل علاقتها مجتمعة مع المتغير التابع و استبيان تأثيرها على وفيات الأمهات الاستشفائي من جهة و وفيات الأطفال الرضع من جهة أخرى، استعملنا طريقة الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات الذي يعتبر طريقة إحصائية لتحليل المعطيات ملائمة لهذا النوع من المتغيرات الكمية المستمرة و الذي يقيم العلاقة بين متغيرات مستقلة كمية مستمرة و متغير تابع كمي مستمر. وقد بينت هذه الطريقة أي طريقة الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات تأثير التغطية الصحية بالأطباء المختصين في طب النساء و التوليد و التغطية بالقابلات على مستوى وفيات الأمهات الاستشفائي بين الولايات، كما بيّن نفس التحليل تأثير التغطية بالأطباء العامين و أسرة المستشفيات على مستوى وفيات الأطفال الأقل من سنة بين الولايات في الجزائر.

الكلمات المفتاحية: التغطية الصحية، وفيات الأمهات، وفيات الأطفال الأقل من سنة، الانحدار الخطي المتعدد المتغيرات.

The Summery

This sociodemographic health study aims to show the impact of the medical and clinical coverage of the mother and her baby in the first year on maternal and child mortality rates among states in Algeria, using health densities and hospitalized maternal deaths that were registered in public health institutions and registered in the Ministry of Health and Hospital reform, infant mortality published by the National Bureau of Statistics.

The study concluded that the health coverage of mother and child in Algeria varies according to the states and geographical regions, as it is good in the south, medium in the north, and weak to very weak in the high plateaus. In the south, it is medium in the high plateaus and low in the north with some exceptions according to the states. As for the mortality rate for children under one year of age, it is similar between regions, with a slight rise in the high plateaus, medium height in the south and low in the north.

Due to the large number of independent variables, whose relationship with the dependent variable had to be studied at the same time, to show their impact on hospital maternal mortality on the one hand and infant mortality on the other hand, we used the method multivariate linear regression, which is a statistical method of data analysis adapted to this type of continuous quantitative variables, which evaluates the relationship between independent quantitative continuous variables and a continuous quantitative dependent variable. This method, i.e. multivariate linear regression, showed the effect of health coverage by obstetricians-gynecologists and coverage by midwives on the level of hospital maternal mortality between the willayas, and the same analysis showed the effect of coverage by general practitioners and hospital beds on the mortality rate of children under one year between willayas in Algeria.

Keywords: Health coverage, maternal mortality, mortality in children under one year of age, multivariate linear regression.