

Population policy and infant mortality reduction-A descriptive and analytical study of the reality of the levels and determinants of infant mortality in Algeria-

Dr. Ben Saada Hanane

University of Ammar Telidji, Laghouat(Algeria), E-mail:h.bensaada@lagh-univ.dz

Received: 07/2024, Published: 09/2024

Abstract:

This study aimed to try to know the reality of the application of the population policy and its relationship to reducing the rates of child mortality and infants, which in particular represent basic indicators that reflect the reality of the healthy and living conditions prevailing in society, and its trends and developments shed light on the success of the health, economic and social policies adopted by the state.

Reducing the level of infant mortality rates is considered one of the most important goals of health policies and programs in various countries, which is of great importance during the first year of life, as it is considered among the most important demographic indicators to measure the standard of living and the extent of economic, social, cultural and health progress, as the lower this rate indicates the better. Living and general health conditions.

Keywords: Population policy, infant mortality, reducing child mortality rates, health policies and programmes.

السياسة السكانية وخفض وفيات الأطفال الرضع -دراسة وصفية تحليلية لواقع مستويات ومحددات وفيات الأطفال الرضع بالجزائر-

د. بن سعدة حنان

جامعة عمار تليجي، الأغواط (الجزائر)، البريد الإلكتروني: h.bensaada@lagh-univ.dz

ملخص:

هدفت هذه الدراسة إلى محاولة معرفة واقع تطبيق السياسة السكانية وعلاقتها بخفض معدلات وفيات الأطفال والرضع التي تمثل بشكل خاص مؤشرات أساسية تعكس حقيقة الأوضاع الصحية والمعيشية السائدة في المجتمع، كما أن اتجاهاتها وتطوراتها تلقي الضوء على مدى نجاح السياسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية المنتهجة من طرف الدولة. ويعتبر خفض مستوى معدلات وفيات الرضع أحد أهم أهداف السياسات والبرامج الصحية في مختلف الدول الذي يحظى بأهمية كبيرة خلال السنة الأولى من العمر، حيث يعتبر من بين أهم المؤشرات الديموغرافية لقياس مستوى المعيشة ومدى التقدم الإقتصادي والاجتماعي والثقافي والصحي، إذ كلما قل هذا المعدل دل على حسن المعيشة وعلى ظروف صحية عامة. **الكلمات المفتاحية:** السياسة السكانية، وفيات الأطفال الرضع، خفض معدلات وفيات الأطفال، السياسات والبرامج الصحية.

1-مقدمة:

من الحقائق الهامة في العلوم الاجتماعية والإنسانية أن السكان هم المحور الرئيسي الذي تدور حوله وتتبع منه كثير من الدراسات في شتى المجالات ولا جدال في أن دراسة السكان أصبحت ذات أهمية قصوى في المجتمع حيث تتأثر حياة المجتمعات بعضها ببعض وترتبط الظواهر السكانية في معظم أقطار العالم إذ لم يكن كلها بالسياسات الإقليمية والدولة التي تتشابه في نهاية الأمر لتكون صورة عالمية ذات علاقات متبادلة بين أجزائها.

ولذلك فإن معرفة الحقائق السكانية تعد أساسا هاما لفهم الكثير من المتغيرات الدولية بل لا غنى عنها لطالب الدراسات الاجتماعية، حيث تقوم السياسة السكانية بتحديد المبادئ والأهداف والسياسات التي تتبناها الدولة فيما يخص القضايا المتعلقة بالسكان من أجل التأثير في الوضع السكاني ويشتمل ذلك المتغيرات في النمو السكاني وعناصره الرئيسية الخصوبة والولادة والوفاة.

ومن خلال ورقتنا البحثية سنسلط الضوء على السياسة السكانية وعلاقتها بخفض معدلات وفيات الأطفال والرضع بشكل خاص. فالسياسات السكانية كمفهوم تتمثل في التدخل المؤسسي أو تلك الجهود الممكن أن تبذل بهدف ضبط سلوك الأفراد و مجموع الإجراءات التشريعية والبرامج الإدارية وبعض الأعمال الحكومية الأخرى الرامية إلى تغيير المسارات السكانية القائمة أو تعديلها في سبيل تحقيق الرفاه الوطني.

ومن جهة أخرى ينظر بعض الكتاب إلى مفهوم السياسات السكانية على أنه يتضمن كذلك مجموعة الإجراءات الاقتصادية والاجتماعية المؤثرة في مسارات السكان والخصائص والعمليات الديموغرافية على أنها بعض أهداف السياسة السكانية تتضمن سياسات اقتصادية واجتماعية وحضارية كذلك.

لذا تشكل السياسة السكانية مظلة واسعة تندرج تحتها جميع البرامج والأنشطة والفعاليات التي تؤثر بصورة مباشرة أو غير مباشرة من المتغيرات السكانية على منطلقات وثوابت تنبثق عن ثقافة المجتمع وقيمه.
ومن خلال كل ماسبق سنتطرق للتعريف بماهية السياسات السكانية وتحديد أهدافها ومراحل تطبيقها التي تساهم في خفض وفيات الأطفال الرضع والتماس أهم السياسات المطروحة في المجتمع ومدى إيجابيتها وفعاليتها في الواقع المدرس.

2- الإشكالية :

تعتبر حركة المواليد و حركة الوفيات بمثابة عمليتي الهدم والبناء اللتين تحدثان في جسد الكائن الحي وكل منهما يعتبران عاملان هامين يؤثران في النمو السكاني من حيث الحجم ، ومن خلال دراستنا لحركة الوفيات يجب أن ندرسها من عدة جهات نظرا لارتباطها بعدة ظواهر اجتماعية .

لذا نجد الاهتمام بدراسة الوفيات قد سبق الاهتمام بدراسة المواليد والخصوبة و هذا راجع إلى أن الإنسان يسعى إلى تقليل الوفيات أكثر من سعيه لتقليل المواليد (علي عبد الرزاق جليبي ، 2008 ، ص : 293)
و تعد ظاهرة وفيات الأطفال الرضع من أهم الظواهر الديموغرافية التي تتطلب الدراسة، فإن هاته الأخيرة تحدث قبل بلوغهم 1 سنة من [0-11] شهر (عباس فاضل السعدي ، 2001 ، ص : 261) ، وبدورها تعتبر من أهم المؤشرات التي تعكس مدى تطور مجتمع سكاني ما أي كإعكاس لحقيقة الأوضاع السوسيواقتصادية والديموغرافية والصحية لذلك المجتمع.
وينظر إلى معدل وفيات الأطفال الرضع باعتباره مؤشراً له دلالاته على درجة التقدم الاجتماعي والاقتصادي الذي حققه السكان، وأكثر من ذلك يعتبر هذا المؤشر من بين الشواهد التي تدل وضع التنمية في هذا البلد، وأيضاً وجود مؤشر آخر جد هام في مجال السكان ألا وهو معدل وفيات الأمومة التي تعكس الظروف الصحية السائدة . (علي عبد الرزاق جليبي ، مرجع سبق ذكره ، ص : 294)

فيجب على الدولة السهر من أجل القضاء على الكثير من المخاطر التي تهدد صحة الأطفال والأمهات . ويكون ذلك بتطبيق السياسة السكانية التي تستند على مقومات من الناحية النموذجية تتمثل في تحليل الاتجاهات الديموغرافية السابقة و الراهنة وبحث أسبابها ومحاولة التنبؤ بما سوف يحدث (التغيرات الديموغرافية المستقبلية) .

كما تعمل على إجراء عملية تطوير للمقاييس والإجراءات اللازمة بحيث يكون تصميمها مناسباً لإحداث التغيرات المطلوبة، التي تهدف إلى تحقيق التوازن بين النمو الاقتصادي والاجتماعي وبين النمو السكاني وتلبية متطلبات المتنامية للسكان ، وتطوير مستوى الأسرة الاقتصادي والاجتماعي والصحي والتعليمي والثقافي وتمكين المرأة وتعزيز التكافؤ بين الجنسين وتوفير الرعاية الصحية بما في ذلك خدمات تنظيم الأسرة ضمن حرية الإنجاب في إطار الأسرة والوالدية المسؤولة وغيرها من القضايا ذات العلاقة بالنمو السكاني(طارق السيد ، 2008 ، ص : 178) .

إضافة لذلك تهدف السياسة السكانية إلى العمل على تخفيض نسبة وفيات الأمهات و تخفيض معدل وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون الخمس 05 سنوات والعمل على رفع متوسط توقع أو أمل الحياة عند الميلاد ليصل إلى 70 سنة ، و تكثيف الجهود الوطنية لتوسيع الخيارات والخدمات والمعلومات للأزواج من أجل تخفيض الخصوبة.

وأمام ضرورة تحديد الآفاق المستقبلية لواقع تطبيق السياسة السكانية وعلاقتها بخفض معدلات وفيات الأطفال والرضع ارتأينا أن تكون دراستنا هذه مساهمة في ذلك من خلال الإشكالية التي تتمحور حول التساؤل التالي :

• إلى أي مدى يمكن للسياسات السكانية المتبعة في مجال السكان من تطبيق إجراءاتها وتحقيق أهدافها المسطرة قصد التحكم في خفض مستويات ومحددات وفيات الأطفال الرضع بالجزائر ؟

3- تحديد المفاهيم :

تعريف السياسة السكانية :

تعرف السياسة السكانية هي مجموعة من الإجراءات والتشريعات التي تتبناها الدولة بهدف التأثير على السلوك الديمغرافي لأفراد المجتمع السكاني فتشجعها على التكاثر وما يستلزمه من تشريعات وإجراءات يعد سياسة سكانية ، وأيضاً تشجعها على الحد من التكاثر ومحاولة ضبطه والتخطيط له (عبد علي الخفاف ، 1999 ، ص : 260) .

كما أنها تقتصر على الجهود المبذولة للتأثير في حجم السكان ونموهم وتوزيعهم الجغرافي والخصائص المميزة لهم من أجل تنظيم العلاقة بين السكان والبيئة والتنمية.(يونس حمادي علي ، 2010، ص ص : 408،409)

وتعرف السياسة على أنها " تفكير منظم يوجه سلوك وتصرفات وبرامج دولة أو منظمة أو فرد". (هناء حافظ بدوي ، 2003 ، ص : 185)

تعريف وفيات الأطفال الرضع :

وفيات المواليد الأحياء قبل انتهاء السنة الأولى من حياتهم [0-11] شهرا. (عباس فاضل السعدي ، 2001 ، ص : 261) .

وفيات الأطفال حديثي الولادة:

هي وفيات الأطفال المولودين أحياء والتي تحدث خلال الشهر الأول من الولادة [0-27] يوماً المنقضية من الولادة. (Ali , 1994 , p: 39) .

وفاة الطفل الرضيع بعد ولادته خلال المرحلة العمرية [0-27] يوماً فخلال هذه المرحلة العمرية المبكرة من وفاة الطفل قد يرجعها الباحثون إلى أسباب داخلية وبيولوجية يجهلون أسبابها أو تكون نتيجة لإعاقات أو أمراض وراثية والتي تنقسم إلى :

الوفيات المبكرة لحديثي الولادة : هي وفيات الأطفال المولودين أحياء والتي تقع خلال الأسبوع الأول من الولادة [0-6] أيام منقضية (Ibid , p : 39)

الوفيات المتأخرة لحديثي الولادة : هي الوفيات التي تحدث بين اليوم السابع وقبل انقضاء شهر منذ الولادة [7-27] يوما المنقضية (Ibid , p : 39)

وفيات الأطفال الرضع المتأخرة: الوفيات التي تحدث خلال الإحدى عشر شهرا الأخيرة منذ الولادة [28-364] يوما المنقضية . (Ibid , p : 40)

4- صنع السياسة السكانية وتحديد مراحلها:

إن رسم وصنع السياسة السكانية الإجتماعية مهمة جماعية يشارك فيها الشعبويون و التنفيذيون و الخبراء و الفنيون و جميع المنظمات الحكومية و الأهلية في المجتمع .

و تبدأ دائما بالشعور العام لدى المواطنين بوجود قضايا ومشكلات وحاجات ملحة تبدأ المؤسسات الرسمية في الإهتمام بتلك القضايا و تتصاعد عمليات وديناميات صنع السياسة الإجتماعية .

وقد حدد ميشيل هل الجهات المشاركة في صنع السياسة في :

المؤسسات الحكومية المعنية والحكومات المحلية والإقليمية والحكومات المركزية والمجالس النيابية جماعات الضغط والمصالح الجماهير وخبراء السياسة وهم علماء الاجتماع الذي يجب أن يعطي لهم الوقت والفرصة لإجراء الدراسات اللازمة وتحديد السياسات البديلة وتقييم كل منها وتحديد أثارها .(طلعت مصطفى السروجي ، 2004 ، ص : 131)

كما تتسع قاعدة المشاركة في صنع سياسات الرعاية الإجتماعية لتشمل العديد منهم هم :

المواطنون المستفيدون الذين يجب أن يتحولوا من المستفيدين إلى مشاركين في صنع سياسات الرعاية الإجتماعية والخبراء و الفنيون ، سواء خبراء السياسة أو غيرهم والقوى الإجتماعية في المجتمع سواء من جماعات المصالح أو الضغط أو غيرها ورجال الدين .

كما يجب أن يتوافر لدى المخطط الإجتماعي عدد من المهارات اللازمة للمشاركة في صنع السياسة .(نفس المرجع ، ص ص : 131 ، 139)

وتتحدد أهم أوار المخطط الإجتماعي في صنع سياسات الرعاية الإجتماعية في دور: الممكن ، المدافع ، المستشار ، الخبير ، الوسيط ، الملاحظ ، دور الباحث .

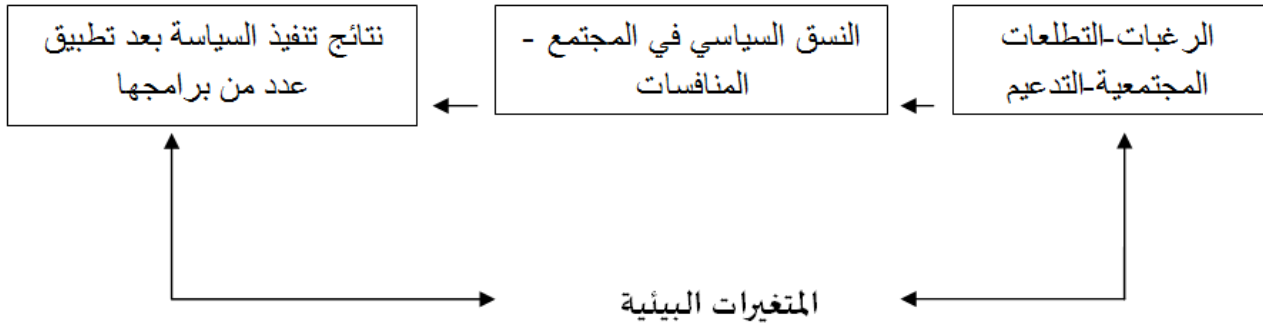
و يحدد (ولكر A.walker) ثلاث مراحل لصنع سياسات الرعاية الإجتماعية تتحدد في:

1-مرحلة وضع السياسة : وتتضمن توليف صياغة السياسات الإجتماعية وتحديد الأولويات والتوصل إلى السياسات والخطط البديلة ولذلك فالبعض يرى أن السياسات هي الخطط القائمة .

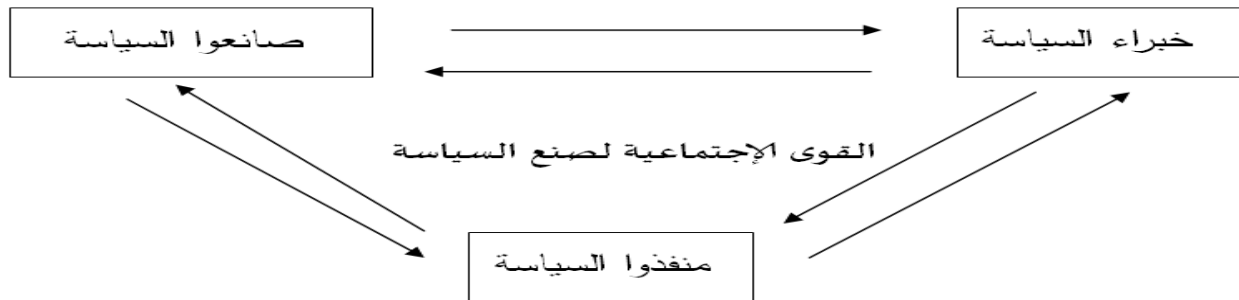
2-مرحلة تنفيذ السياسة : وتتضمن تخطيط الموارد المختلفة للسياسة ، وهذا ربما يتم على مستوى الأهداف القومية بين مختلف البرامج والإدارات أو المنظمات بالإضافة إلى أنه يتضمن تحديد الأولويات وتصميم الأداء والميكانيزمات الإدارية اللازمة للتنفيذ .

3-مرحلة تقويم السياسة : وتتضمن تقييم فاعلية السياسات من الممارسة والرقابة لتلاقي الأخطاء المتكررة والتي تبرز عند التقويم ، ونتائج تقويم السياسة الإجتماعية لها دور في عملية التخطيط وهي تعطي صياغة أدق لتطوير السياسة أو صنع سياسة جديدة .

(نفس المرجع ، ص ص : 131 ، 139)



شكل رقم (01) : يوضح ارتباط السياسة الإجتماعية بعدد من المتغيرات.



شكل رقم (02): يوضح صانعو سياسات الرعاية الإجتماعية

5-السياسات السكانية المتعلقة بالصحة والوفاة:

خلال العقد الماضي ظهر إهتمام متزايد بالحاجة إلى التدخل من أجل صحة الجنين ومن بين أهم التدخلات هدفها التقليل من الوفيات الأمهات وإعتلالهن إذ لقيت إهتماما كبيرا من جانب برامج العمل للمؤتمر الدولي للسكان والتنمية ، إذ أوصى البرنامج بضرورة قيام البلدان بتخفيض معدلات وفيات الأمهات في سنة 2015 ، أكثر من ثلثي الحكومات في البلدان النامية تنظر إلى مستويات الوفيات الأمهات مرتفع جدا ، خاصة في البلدان الإفريقية ونفس الرأي بالنسبة لقلق البلدان المتقدمة .

فالسبب المباشر لمضاعفات المتعلقة بالحمل إعتلال الصحة والوفيات تمثل النقطة النهائية في قائمة طويلة من العوامل المسببة التي تتضمن إنعدام التعليم وتدهور الأحوال الغذائية وحالات الحمل المبكرة غير المرغوب فيها والمتقاربة ، ومع ذلك نظرا لأن الوفيات الأمهات تحدث بصورة رئيسية من جراء المضاعفات المتعلقة بالولادة والإجهاد ، فإن التدخل لتخفيض وفيات وإعتلال الأمهات يقوم على مدى قدرة النساء على الوصول إلى العناية الأساسية في التوليد .

حققت بعض البلدان النامية تقدما ملموسا في تخفيض مستويات وفيات الأمهات كالصين وكوبا وسريلانكا وفيتنام وذلك بتوفير العناية الأساسية بالتوليد على مستوى مستشفيات الأقاليم وعلى الرغم من ذلك فإن المعلومات المتوافرة عن أنشطة الحكومات تشير إلى حقيقة أن خدمات الأساسية بأنها لا تحظى بالإهتمام اللازم كما وجد أن الخدمات من أدوية ترميز كانت قليلة في معظم البلدان النامية ، كما إن كفاءة التدخلات ترمي بدرجة كبيرة إلى تعزيز نظام العناية الصحية وعلى وجه الخصوص فإن نظام العناية الصحية الإقليمي الفعال الذي يمكن الوصول إليه يعتبر أمرا ضروريا لتخفيض وفيات الأمهات . (نفس المرجع ، ص ص : 415 ، 416)

6-انخفاض معدل الوفيات وانعكاسه على التنمية :

إن تناقص الوفيات يعتبر أحد النتائج الديموغرافية المبكرة نسبيا وقد يكون لمثل هذا التناقص نتائج مفيدة على التنمية ولأن تناقص الوفيات يصاحبه تناقص في الإصابة بالمرض وتحسن في الصحة والذي يعد بدوره أمرا فعالا في تحسن ناتج العمل .

وتنعكس الوفيات المتناقصة في تزايد سنوات الإنتاج لكل شخص مع تزايد السنوات التي يقضيها الشخص في قوة العمل ، هذا فضلا عن الزيادة في خصوبة المرأة الناجمة عن بقاء النساء أحياء بمعدل أكبر خلال فترة الخصوبة والقدرة البيولوجية على الإنجاب المحسنة نتيجة الصحة الأفضل ، فانخفاض الخصوبة الناجم عن ارتفاع سن الزواج وبسبب التحديث قد بدأت والى حد هائل مع الخصوبة المتزايدة للأُم في بعض البلاد ويحتمل أن يكون الميل إلى الإبقاء على الخصوبة العالية نتائج عكسية على التنمية .

إن تناقص الوفيات يحدث أولا بسبب الانخفاض في حالات الوفاة الراجعة إلى الإصابة بأمراض طفيلية ومعديّة وغيرها وتؤثر هذه الأسباب على المولودين حديثا والصغار في معظمهم وهكذا، فإن المكاسب الأولية في الوفيات والتي تؤثر في زيادة نسبة الصغار تبدأ قبل انخفاض الخصوبة بحيث يميل هذا إلى الإبقاء على بناء عمري أو تكوين غير ملائم للتنمية على المدى القصير .

كما إن المعدل المتناقص وفيات الأطفال والرضع المولودين حديثا الذي ينجم عنه حجم أسرة كبيرة يحتمل أن يغير الأنماط التقليدية في الحياة الأسرية لدرجة أن الآباء يولون عنايتهم و رغبتهم في إنقاص عدد المواليد الإجمالي ، وهذه الاعتبارات تميل بدون شك إلى زيادة الطلب على خدمات تنظيم الأسرة .

وبرغم الانخفاض في معدلات الوفيات يعتبر أمرا مرغوبا فيه كهدف في ذاته عالميا ، إلا أن الانخفاض على الأقل في بعض السياقات قد يميل على المدى القصير إلى إعاقة التنمية الاقتصادية أكثر من ميله إلى تعجيلها إلا أنه لا يوجد مجتمع بدون شك لا يناضل من أجل تحقيق معدلات وفيات منخفضة وزيادة أمل حياة لسكانه . (بتصرف) علي عبد الرزاق جليبي، مرجع سبق ذكره، ص ص: 344،345)

7-سياسات تنمية المرأة صحيا:

شهدت الخدمات الصحية تطورا ملحوظا في غالبية الدول العربية خاصة في عقدي الثمانينات والتسعينات بالمقارنة لما كان عليه الوضع في الماضي ،ويهدف التخطيط الصحي إلى نشر الوعي الصحي وكذلك نشر الطب الوقائي والعلاجي إلى القضاء على وفيات الطفولة المبكرة والعناية بشؤون السكان والنظام العام ، وحيث أن كل تخطيط من هذه التخطيطات يهدف إلى تحقيق غاية إجتماعية إذا فإن التخطيط الإجتماعي هو غاية كل تخطيط وهو يقوم على قاعدة إجتماعية تنفرع إلى شعوب مختلفة إقتصاديا وثقافيا وإداريا وصحيا (حسين عبدالحميد رشوان ، 2010 ، ص : 107) .

كما إن رعاية الأم الحامل تخدم وبشكل مباشر الجنين أيضا فلها حقوق شرعية وحقوق مادية وحقوق نفسية ، فحقها الشرعي أن تظل في عصمة زوجها وأن لا تجبر على الزواج بأخر قبل وضع حملها ولها حقوق مادية تتمثل في توفير ما تحتاج إليه من أغذية ومن رعاية طبية كلما دعت الضرورة إلى ذلك ، ووفقا لما تشير مراكز رعاية الأمومة ، وتوفير العلاجات اللازمة لها وحمايتها من تعاطي الأدوية دون إشراف طبي .

أما حقوقها النفسية فتكتسب أهمية خاصة في هذه المرحلة فعلى الزوج أن يكون واسع الصدر ، متفهما لبعض شكاواها المرضية والنفسية ... وأن يوفر لها الراحة والطمأنينة والابتعاد عن المشاكل والصراعات بقدر الإمكان وحمايتها من التهديد في إنجاب جنس معين خاصة إن كان لديهم إنثى كثر .

إن المشاركة الوجدانية من الزوج في تحمل أعباء الحمل الجسمية والنفسية وتشجيعها على التحمل وتوهم الأمر عليها خاصة في الحمل الأول بالاهتمام بها ورعايتها ، كل هذا من ناحية حقوقها النفسية على زوجها وعلى الأسرة خاصة في عدم الاستهزاء بشكاواها والسخرية منها والمهم هنا هو تعاون الجميع في جعل فترة الحمل فترة فريدة في حياة الأسرة وهو أول أهداف الزواج . (أحمد عودة الريماوي ، 2008 ، ص : 89)

كما تعمل اليونسيف منظمة الأمم المتحدة للطفولة المختصة بخدمة الأطفال فهي تقوم بالتعاون مع الحكومات والمؤسسات والمنظمات غير الحكومية وتلك التابعة للأمم المتحدة بتوفير الاحتياجات الأساسية والخدمات اللازمة لملايين الأطفال في العالم وخاصة في البلدان النامية وذلك عبر برامج متعددة تستهدف تحقيق الفوائد الطويلة الأمد للأطفال والنساء في مجالات الرعاية الصحية الأساسية والتنفيذية والتعليم الأساسي وتوفير المياه النظيفة .

اليونسيف تعمل على تحسين مستوى صحة وتنفيذ وتعليم الأطفال والأمهات وعلى رفع مستوى مهارات الفئات الأقل حظا وتحقيق رفاههم ومساندتهم في استثمار الموارد المحلية واستخدام التقنيات البسيطة زهيدة الكلفة في عمليات التنمية الذاتية للمجتمع المحلي . فقد أعطت إهتماما كبيرا وأولوية قصوى لتحقيق أهداف الإتفاقية الدولية لحقوق الطفل التي تنص على حق كل طفل في الحياة والبقاء والنماء والمشاركة ، وتحدد معايير أساسية الرفاه الأطفال في مراحل مختلفة من نموهم وتطورهم واليونسيف ، تقوم بدور واسع في تلبية الاحتياجات الأساسية والتنموية بعيدة المدى للأطفال الفقراء في البلدان النامية ، وتعمل على تأكيد الصلة الراسخة بين ضرورة وأهمية تحقيق السلام لضمان مستقبل أفضل للبشرية ، ودفع عجلة التنمية والتطوير (أيمن سليمان مزاهرة ، 2009 ، ص : 199 ، 201) .

إن علاقة الأم بالجنين علاقة بيولوجية حيث أنها تتولى جميع العمليات الهامة من تغذية إلى إمداده بالأكسجين إلى التخلص من الكربون والمواد العضوية الأخرى ، وإن ما يصل إلى الجنين إنما هو كل ما يتوفر من المواد الغذائية في دم الأم وعلى الدورة الدموية للأم والجنين يتوقف النمو في المستقبل .

هذه العلاقة البيولوجية التي تؤثر في الأم والجنين تعني أن الجنين في بيئة الرحم ليس محصنا ضد تأثير العوامل الخارجية التي تؤثر في الأم ، وبالتالي في عملية نموه فإلى جانب العوامل الوراثية التي تؤثر في التكوين العضوي ، توجد معوقات بيئية تؤثر في الجنين في الفترات الحرجة خلال الثلاثة شهور الأولى من عمر الجنين حيث تتكون الأسس الأولية للبناء العضوي وتمثل العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين في :

- **صحة الأم** : ينظر إليها من ثلاثة نواحي وهي :

أ- **الصحة العامة** : تشير إلى التكامل بين العمليات البيولوجية المختلفة إذ أن إختلال هذا التكامل عند الأم يؤثر على الجنين مثال إضطراب الهرمونات أو نقص نسبة الأكسجين في الدم مما يؤثر على النمو العقلي ولذلك ينصح بعدم التعرض لتدخين سواء بالتدخين الشخصي أو التعرض له في المجالس .

* وقد يتساءل البعض هل هناك علاقة بين الجهاز العصبي للأم والجهاز العصبي للجنين ؟

هناك إعتقاد سائد بين كثير من الباحثين في هذا الموضوع أن علاقة بينهما كما يقول (مونتاج): أن هناك علاقة ولكنها لا تتمثل في إنتقال حالات الأم العصبية إلى الجنين وإنما هي إنتقال التغيرات الكيميائية العصبية والتي تؤثر على الجهاز العصبي للجنين ، كما أن الحالات العصبية عند الأم تؤثر في تقلص الرحم مما يؤدي إلى التغيرات في الدورة الدموية بالمشيمة وينتج عنها نقص في كمية الأوكسجين بدم الجنين (سعيد محمد عثمان ، 2009 ، ص ص : 38 ، 40).

ب- **الأمراض التي تصيب الأم** : مرض مثل السيلان كثيرا ما يسبب العقم ، أو يصيب الوليد بالعمى وذلك أثناء عملية الولادة وهذه ليست قاعدة ، مرض الزهري يسبب الضعف العقلي أو العمى أو الصمم أو يؤدي إلى الوفاة الجنين .

كما تؤثر الأمراض طويلة المدى مثل السكر والسلس على صحة الجنين العامة وحالته العصبية وهناك بعض الأمراض المعدية التي يجب على الأم أن تتفادى التعرض لها ، لأنها تؤثر تأثيرا سينا على الجنين ، كما يؤثر مرض الحصبة الألمانية على الجنين بتشوهات خلقية أو إلى بعض أمراض القلب أو أمراض العيون .

ج- **العلاج الذي تتعرض له الأم أثناء الحمل** : حيث يؤثر على صحة الجنين ونموه خاصة إذا كان في الشهور الأولى للحمل ، فقد يسبب عجز في نمو الرأس والمخ وبالتالي ضعف الجنين عقليا وهذا العلاج يكون بالعقاقير القوية ، الكهرباء...إلخ .

- **تغذية الأم** : غذاء الجنين يتوقف على ما يوجد في دم الأم لذلك عليها أن تعتني بالأغذية التي تساعد على عملية بناء وتكوين الأعضاء المختلفة للجنين ، ويؤثر نقص الفيتامينات في غذاء الأم تأثيرا سينا قد يؤدي إلى إصابته بالضعف العقلي كما يؤثر هذا النقص على الإتران الإنفعالي له فيما بعد ، وكذلك يؤثر نقص الكالسيوم في تكوين العظام وقد يؤدي إلى الكساح .

- **حالة الأم الإنفعالية** : إن تعرض الأم لهزات إنفعالية عنيفة يؤثر على الوازن الهرموني في الجسم مما يؤثر بالتالي على نمو الجنين ، وعلى ذلك فإن رعاية الفرد إجتماعيا مسألة طبيعية ، فهي جزء من البناء الإجتماعي للمجتمع ولا بد وأن تقوم بوظائفها الأساسية في المجتمع الحديث فالرعاية الإجتماعية نظام إجتماعي لا يتضمن العجز أو حالات الطوارئ ، بل تصبح الرعاية الإجتماعية وظيفة طبيعية يمارسها المجتمع لمساعدة الأفراد والجماعات على تحسين الوظيفة الإجتماعية لهم(نفس المرجع ، 2009 ، ص : 40)

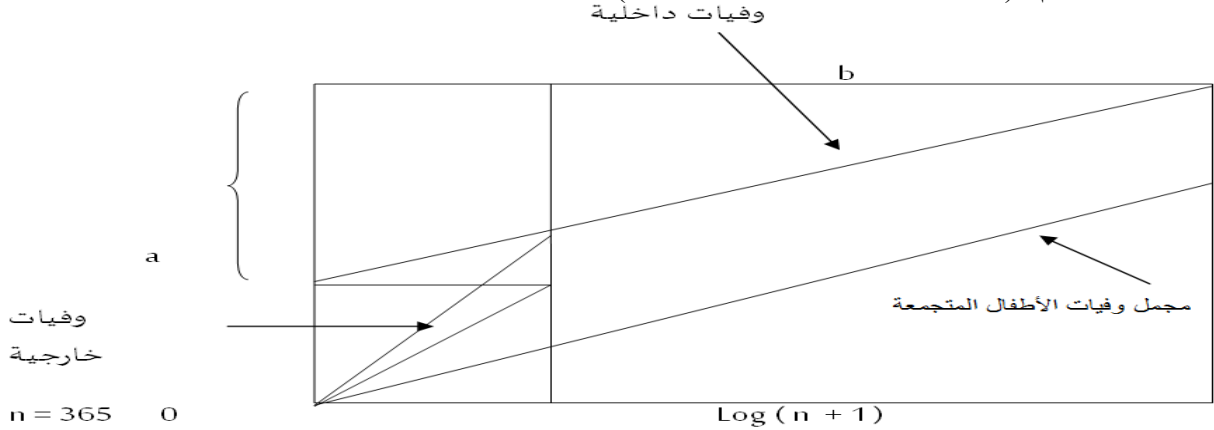
8-تصنيف ظاهرة وفيات الأطفال الرضع

و نستطيع تصنيف وفيات الأطفال الأقل من سنة حسب صنفين : الوفيات التي تنتج عن عيوب وراثية أو تشوهات أثناء الحمل أو أثناء عملية الولادة وتحديث هذه الوفيات عقب لحظة الولادة .

و الوفيات الناتجة عن الأخطار الخارجية ، خطر العدوى عن طريق التنفس وخاصة عن طريق الغذاء وحوادث مختلفة وتتوزع هذه الوفيات على طول السنة المعتبرة .

- ونقول وفيات داخلية عن الصنف الأول وفيات خارجية عن الصنف الثاني ، ونلاحظ بأن تناقض وفيات الأطفال في البلدان ذات المعدل الأقل لوفيات الأطفال ينتج خاصة عن تناقض الوفيات الخارجية والتي تقترب من الانعدام ، أما معدل الوفيات الباقية فهي تقريبا من أصل داخلي.

لقد لاحظ (Bourgeois- pichat) بأن الوفيات الخارجية في السنة الأولى تتوزع حسب العمر بطريقة مستقلة تقريباً عن مستوى الوفيات مما أدى به إلى أن يقترح مقياساً خاصاً للأعمار يسمح بتمثيل بياني عملي جداً للظاهرة .
* تمثل الأعمار على محور السينات (س) العمر n .
* على محور العيّنات (ع) الوفيات الخارجية المتجمعة منذ الولادة حتى 1 شهر - 2 شهر، 12 شهر فنحصل على متواليّة من النقاط على خط مستقيم . (رولان بريسا ، ص ص : 186 ، 187).



شكل رقم (03) : يوضح توزيع أسباب الوفيات حسب تقسيم (Bourgeois- pichat)

ومن بين أسباب الوفيات العالية في الماضي قبل أن تبدأ الوفيات في الدول المتقدمة بالانخفاض في القرن 19م، كانت معدلات الوفيات في تلك الدول عالية جداً ويعود ارتفاع معدلات الوفيات إلى 4 عوامل رئيسية منها : تفشي المجاعات والنقص المزمن في الغذاء وانتشار الأوبئة والأمراض وكثرة الحروب وتدهور الظروف في المناطق الحضرية .
وفي النصف الثاني من القرن 20م بعد 1950م تحسنت الأحوال الصحية والمعاشية على نحو متزايد في العالم فتمكنت الأقاليم النامية من تحقيق تقدم كبير في تخفيض معدلات وفيات الأمراض المعدية ونتيجة لذلك زادت الحياة المتوقعة على نحو أسرع في الأقاليم النامية عموماً . (يونس حمادي علي ، مرجع سبق ذكره ، ص ص : 171 ، 174)
وتختلف أسباب وفاة الرضع حسب العمر اختلافاً جوهرياً فهي ترتفع ارتفاعاً واضحاً في الأيام الأولى ، ففي خلال الشهر 1 تكون أسباب الوفاة داخلية ، أي كامنّة يولد الطفل بها في الغالب ، أو ترتبط بعملية الميلاد ذاتها ، وهي تمثل نسبة عالية من مجموع وفيات الرضع حتى في البلاد المتقدمة والتي تنخفض فيها معدلات الوفيات انخفاضاً ملحوظاً كما تبين الأرقام المذكورة عن بعض الدول 1950 - 1953 .

وليست هناك فوارق في معدل الوفيات لأقل من شهر بين الدول كما هي الحال في الفوارق السائدة في المعدل السنوي لأقل من سنة ، وذلك لأن الوفيات خلال الشهر الأول (01) تكون لأسباب كامنّة (داخلية) وليست بيئية في الغالب ، ولكن على العكس من ذلك تبدو في 11 شهراً التالية الفوارق المتباينة بين الدول .
وذلك لأن الأسباب في خلال هذه الشهور تكون ناتجة عن ظروف البيئة الاقتصادية والاجتماعية مما يمكن تسميته بالأسباب الخارجية ، وهي تشمل الأمراض المعدية التي تساعد ظروف البيئة من انتشارها .
- ويمكن القول بأن الأسباب الخارجية المؤثرة في وفيات الرضع هي التي يمكن التحكم فيها إلى درجة كبيرة وهي التي تؤثر في انخفاض معدلات الوفيات العامة على مستوى الدولة .

أما الأسباب الكامنّة فمن الصعب التحكم فيها ونتيجة للتحوّل في طبيعة انتشار الأمراض تعرض السكان في العالم إلى تغيير في حالة التعرض للوفاة من حالة سيطرت فيها الأمراض الطفيلية والمعدية إلى حالة أخرى تسهم فيها الأمراض غير المعدية (المزمنة) بالنصيب الأعظم في وفيات كل من الذكور والإناث . (فتحي محمد أبو عيانة ، 1985 ، ص ص : 111 ، 112)
وهذا التحوّل بدأ منذ القرن 20م ، حيث حلت الأمراض غير المعدية ، بخاصة أمراض الدورة الدموية والسرطان محل الأمراض المعدية كأسباب رئيسية للوفيات في البلدان المتقدمة. وعلى الرغم من حدوث هذا التحوّل في وقت متأخر في البلدان النامية فقد بات من المتوقع أن تصبح الأمراض غير المعدية كأمراض القلب والسرطان والحوادث بمثابة الأسباب الرئيسية للوفيات في عام 2020، ويتميز التحوّل الحالي في انتشار الأمراض باختلاف تعرض الذكور والإناث للإصابة بالوفيات الناجمة عن أسباب معينة.

جدول رقم (01) : يوضح الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال (عوامل الاختطار وأساليب الاستجابة)

العلاج	الوقاية	عوامل الاختطار	الأمراض
توفير خدمات الرعاية الصحية المضادات الحيوية توفير الأكسجين لعلاج الأمراض الخطيرة .	التطعيم والاقتصار على الرضاعة الطبيعية	نقص الوزن عند الميلاد للأطفال الذين لا يتغذون بحليب الأم	الالتهاب الرئوي والعدوى التنفسية الحادة
توفير الأكسجين لعلاج الأمراض الخطيرة .	الاقتصار على الرضاعة الطبيعية توفير المياه والأغذية المأمونة	الرضاعة الصناعية المياه والأغذية غير المأمونة	إسهال الأطفال

	التطعيم ضد الحصبة	تدني مستوى النظافة سوء التغذية	
--	-------------------	-----------------------------------	--

المصدر : منظمة الصحة العالمية

- وفي بداية الخمسينات من القرن الماضي كانت وفيات الرضع في نصف بلدان العالم تتجاوز 150% ، ولم يكن هناك بلد نام واحد يقل فيه معدل وفيات الرضع عن 100 %، وفي سنة 2000 استطاع عدد كبير من البلدان الغنية بلوغ عتبة 10% وهي عتبة كانت في السابق أمرا مستحيلا ، بل انخفضت وفيات الرضع في بلدان كثيرة هذه العتبة .

وهكذا وفي جميع بلدان أوروبا الغربية والبلدان الأنجلوسكسونية الولايات المتحدة ، كندا أستراليا، نيوزلندا واليابان والبلدان الصناعية الصغرى بآسيا الشرقية تايوان، هونكونغ ، وسنغافورة. وبعض البلدان العربية النفطية البحرين والكويت . (علي لبيب ، 2004 ، ص : 99)

سجلت اتجاهات الوفيات انخفاضا ملحوظا في أوروبا خلال القرن 19 و20 وفي أمريكا خلال القرن 20 نسبة إلى تقدم الطب وتطور الخدمات الصحية وتوفر الغذاء الصحي وتوفر مياه الشرب الصحية والتقدم في الصرف الصحي .

ويوجد دراسة قام بها (توماس ماكوان) تثبت بأن تحسين ظروف البيئة قد يؤدي إلى تقليل نسبة الوفيات بدرجة أكبر من تحسين الظروف الصحية حيث أن تحسين الظروف البيئية قد أدى إلى خفض معدلات الإصابة ببعض الأمراض منها : مرض السل والالتهاب الرئوي والربو والأنفلونزا والحمى القرمزية والدفتيريا والسعال الديكي والحصبة والكوليرا والإسهال والتيفوئيد والتيفوس .

وهذه الأمراض كلها تنتشر عن طريق الهواء والماء والطعام ، وهكذا فإن من بين أسباب انخفاض نسبة الوفيات كان تحسين العادات الغذائية .

ويقول كل من (كونراد) و(كيرن) أنه يبدو أن العوامل البيئية من تحسين مستويات الغذاء وظروف الإسكان والارتفاع في المستوى المعيشي هي العوامل البارزة والتي ساهمت بدرجة أكبر في تقليل نسبة الوفيات وأن التقدم الطبي يأتي في المرتبة الثانية في هذا المجال . (طارق السيد ، مرجع سبق ذكره ، ص ص : 146 ، 144) .

ومن خلال الإحصائيات الصحية العالمية 2009 لمنظمة الصحة العالمية يتضح من التحليل في منتصف الفترة بين عامي 2000 و2015 وجود بوادر مشجعة للتقدم لاسيما في مجال صحة الطفل ويشير التحليل إلى مجالات يلزم المحافظة على النجاحات الراهنة التي حققتها خاصة فيما يتصل بالايذز والسل والملا ربا؛ كما يشير إلى مجالات لم يحقق أي تقدم أو سجل تقدما ضئيل فيها ومنها بوجه الخصوص صحة الأمهات والأطفال.

وتوضح البيانات التفصيلية المحدثة لعام 2008 والتي وردت في الإحصاءات الصحية العالمية 2009 وجود تباينات كبرى في التقدم المحقق ما بين شتى البلدان والأقاليم وتطلعا نحو عام 2015 وما بعده فإن ثمة تحديات سنتكسي أهمية متزايدة وهي تحديات تتصل بضعف النظم الصحية وتغير الأوضاع الصحية وظهور مخاطر صحية جديدة.

وبوجه عام انخفضت نسبة الأطفال دون الخامسة من العمر الذين يعانون من نقص التغذية حسب معايير نمو الطفل التي وضعتها منظمة الصحة العالمية من 27 % عام 1990 إلى 20 % عام 2005 ، ولكن هذا التقدم كان متفاوتا ويقدر عدد الأطفال الذين يعانون من نقص الوزن بنحو 112 مليون طفل، ولا يزال نقص التغذية يمثل سببا رئيسيا لما يزيد على ثلث وفيات الأطفال.

وفي عام 2007 قدر عدد وفيات الأطفال بنحو 9 ملايين وفاة، وهو أقل بكثير من عدد وفيات الأطفال المقدر في عام 1990 والذي بلغ آنذاك 5.12 مليون وفاة، أي أن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة انخفض بنسبة 27 % في الفترة نفسها حيث بلغ 67 وفاة لكل 1000 وليد حي في سنة 2007 .

ومايزال تقليص معدلات وفيات الأطفال يعتمد اعتمادا متزايدا على معالجة مشكلة وفيات المواليد. ويقدر أن 37 % من وفيات الأطفال دون الخامسة على صعيد العالم تحدث في الشهر الأول من عمرهم، ومعظمها في الأسبوع الأول منه وتسجل أدنى معدلات التقدم عموما في البلدان التي تعاني من ارتفاع مستويات الإصابة بالإيدز والعدوى بفيروسه والبلدان التي تمر بظروف اقتصادية صعبة أو بأوضاع النزاع ويعزى الحجم الأكبر من التقدم المحقق في تقليص معدلات وفيات الأطفال إلى توسيع نطاق التمنيع، وعلاجات الامهات الفموي في حالات الإسهال واستخدام الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات وجهود التخلص من الأمراض الناجمة عن العدوى بالمستديمة النزلية من النمط « ب » ، وتقليص حدوث الأمراض عن طريق تحسين المياه.

ولكن الانخفاض المتواصل في مستوى توافر واستخدام التدخلات المثبتة الفعالية على صعيد المجتمعات المحلية مازال يشكل سببا لوفاة 8.3 مليون طفل دون الخامسة كل عام نتيجة للإصابة بالالتهاب الرئوي والإسهال. (الإحصائيات الصحية العالمية 2009 ، مرجع سبق ذكره ، ص : 10)

9-التكفل بصحة الأم والطفل بالجزائر

إن التكفل بصحة الأم والطفل بالجزائر يرجع إلى تطور البرامج الصحية الخاصة بترقية الأم والطفل ، فبعد الاستقلال كانت الوضعية الصحية الخاصة بالأم والطفل متدهورة حيث وجدت بعض تلقينات لكنها بصفة محدودة مثل : التلقيح ضد السل BCG والتلقيح ضد الجدري ، كما أنها لم تكن إجبارية حسب رغبة العائلة في التلقيح أو عدم تلقيح أبنائها ومع ذلك شكلت حماية الأمومة والطفولة احد أهداف السياسة الصحية العمومية، التي ارتكزت على الوقاية.

في سنة 1969 أصبحت التلقيحات إجبارية مثل : التلقيح ضد التيتانوس –الدفتيريا وضد السعال الديكي والتلقيح ضد الشلل ووضع شبكة لمراكز حماية الأمومة والطفولة وPMI عبر التراب الوطني .

ومن مهام هذه المراكز متابعة الحمل -تحديد الحمل الموجود في وضعية خطيرة ، توجيه الأمهات إلى مراكز الولادة ، مراقبة والمولود بعد الولادة - إجراء التلقيحات ومتابعة الطفل كل هذه الخدمات كانت تقدم مجاناً أي صندوق الضمان الاجتماعي يتكفل بالعلاج .

وفي سنة 1984 انطلق تطبيق البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال وفي سنة 1997 صدر برنامج لمكافحة وفيات وأمراض الأمهات والوفيات محول الولادة وينص على :

- ترقية مفهوم منع الحمل بالوسائل الاصطناعية بهدف التباعد بين الولادات .

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

- تحسين ظروف الولادة ومتابعة الأم والمولود بعد الولادة .

وفي 2000-2004 وضعت الجزائر ستة برامج فيما يخص صحة الأم والطفل وهي :

البرنامج الخاص بتوسيع التلقيحات .

البرنامج الخاص بتخفيض وفيات الأمهات والمواليد الجدد .

البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال .

البرنامج الخاص بمكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال .

البرنامج الخاص بمكافحة داء المفاصل .

البرنامج الخاص بالوقاية من الحوادث . (التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، 2009 -2011 ، ص ص : 12،14)

10- مراحل انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع في الجزائر:

شهدت معدلات وفيات الأطفال في الجزائر تطورا ملحوظا من سنة 1962 ويمكن تفسير ذلك بثلاثة مراحل أساسية :

المرحلة الأولى : 1962-1980

شهدت معدلات وفيات الرضع أعلى مستوى لها في هذه المرحلة ، حيث سجل أعلى معدل عام 1969 بـ 133.10 % ثم بدأ معدل وفيات الرضع في الانخفاض من عام 1971 إلى غاية 1980 بحوالي 23 نقطة .

المرحلة الثانية 1981-1986 :

شهدت هذه المرحلة إنخفاضا ملحوظا في معدل وفيات الرضع حيث إنتقل المعدل من 84.72 % إلى غاية 70.71 % إنخفاضا بمقدار 14 نقطة .

المرحلة الثالثة 1987-1989 :

تواصل معدل وفيات الرضع في الانخفاض تدريجيا حيث بـ 64.42 % و 58.76 % على التوالي ، ويرجع هذا الانخفاض أساسا إلى جهود الجزائر في تطبيق مشروع حماية الأمومة والطفولة وتطوير منظومتها الصحية والطبية وذلك منذ الإستقلال 1962 ، ومازالت تسعى أهداف السياسة الصحية في الجزائر إلى تخفيض الوفيات إلى أدنى المستويات الممكنة و الإرتقاء بالحالة الصحية لأفراد المجتمع ، بفضل عملية التلقيح الذي إحتل مكانة كبيرة في عملية مكافحة وفيات الأطفال ، وكذا مكافحة وفيات الأطفال وكذا مكافحة الإسهال ، أكدت الإحصائيات على تطور المعدلات حيث إنخفضت بطريقة ملموسة و الجدول التالي يبرز ذلك الإنخفاض :

جدول رقم (02) : يوضح تطور معدل وفيات الأطفال الرضع في الجزائر % :

السنة	الذكور	الإناث	المجموع	السنة	الذكور	الإناث	المجموع
1998	38.7	21.2	22.6	2006	28.3	30.3	30.4
1999	40.2	22.2	23.1	2007	27.9	33.3	32.5
2000	38.4	22.9	23.7	2008	26.9	35.9	34.7
2001	38.9	23.9	24.8	2009	26.6	35.3	37.7
2002	36.1	24.4	25.5	2010	25.2	38.6	36.9
2003	34.6	25.3	26.2	2011	24.6	36	39.4
2004	32.2	28.2	26.9	2012	23.9	21.2	37.4
2005	32.4	28.5	30.4				

المصدر : الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر (ONS)

ومن خلال إحصائيات 2014 بالجزائر بحيث بلغ عدد وفيات الأطفال الرضع 22282 وشهد هذا المعدل تراجعاً قدر بـ 0.4 نقطة ما بين 2013 و2014 ليبلغ 22 % مع تبايناً تحسب الجنسين ليسجل 23.5 % لدى الذكور و 20.4 % لدى الإناث .

أما وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات فقد شهدت تراجعاً ما بين 2013 و2014 لتبلغ 25.6 % (27.1 لدى الذكور و 23.9 لدى الإناث) وتجدر الإشارة إلى أن تراجع هذا المعدل يرجع أساساً إلى انخفاض معدل وفيات الأطفال الرضع .

كما عرفت سنة 2014 تسجيل 15077 ولادة مينة وهو تقريبا نفس العدد المسجل سنة 2013 ، بينما نلاحظ انخفاضا معتبرا لمعدل المواليد أموات بلغ 0.8 نقطة ، بحيث تراجع من 15.4 % إلى 14.6 % خلال نفس السنة .

وهذا ما هو موضح من خلال الجدول الموالي :

جدول رقم (03) : يوضح إحصائيات وفيات الأطفال الرضع لأقل من 5 سنوات (1990-2014) بالجزائر:

السنة	1990	2000	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
عدد وفيات الرضع	36270	21072	20793	21076	21046	21055	22088	21586	22282
معدل وفيات الرضع الإجمالي ب %	46.8	36.9	25.5	24.8	23.7	23.1	22.6	22.4	22
معدل وفيات الرضع ذكور ب %	49.2	38.4	26.9	26.6	25.2	24.6	23.9	23.6	23.5
معدل وفيات الرضع إناث ب %	45.8	35.3	23.9	22.9	22.2	21.6	21.2	21.2	20.4
احتمال وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات الإجمالي ب %	55.7	43	29.7	29	27.5	26.8	26.1	26.1	25.6
احتمال وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات ذكور ب %	58.2	44.8	31.4	30.8	29	28.3	27.3	27.3	27.1
احتمال وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات إناث ب %	54.7	41.3	27.8	27.1	26	25.2	24.7	24.9	23.9
احتمال البقاء على قيد الحياة ذكور	66.3	71.5	74.8	74.7	74.6	75.6	75.8	76.5	76.7
احتمال البقاء على قيد الحياة الإناث	67.3	73.4	76.4	76.3	77	77.4	77.1	77.6	77.8

المصدر : الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر. إحصائيات وفيات الأطفال الرضع لأقل من 5 سنوات نلاحظ من خلال الجدول رقم (03) الذي يوضح إحصائيات وفيات الأطفال الرضع لأقل من خمسة سنوات فترة (1990-2014) أن المعدل الإجمالي لوفيات الأطفال الرضع انخفض تدريجيا منذ سنة 1990 ب 46.8 % إلى غاية 2014 ب 22 % ويعتبر ذلك أمرا ايجابيا نتيجة التحسين في الجانب الصحي وكل مجهودات الدولة في الحفاظ على صحة الأم والطفل، كما ونلاحظ أن هناك تذبذب في الانخفاض الذي شهده معدل وفيات الأطفال الرضع عبر السنوات ، إلا أن نسبة 22 % هي ليست بقليلة وتهدد حياة الأطفال الرضع، ومن خلال الجدول الموالي سنتطرق إلى تحليل حركة النمو الطبيعي لولاية الأغواط لسنة 2014 حسب الشهر.

جدول رقم (04) : يوضح حركة النمو الديموغرافي الطبيعي 2014 بالشهر لولاية الأغواط

الشهر	المواليد الأحياء		المجموع	الوفيات أقل من سنة		المجموع
	الذكور	الإناث		الذكور	الإناث	
جانفي	234	233	467	05	06	11
فيفري	196	215	411	06	05	11
مارس	239	260	499	05	10	15
أفريل	207	193	400	03	-	03
ماي	230	191	421	02	05	07
جوان	269	235	504	05	03	08
جويلية	293	273	566	03	04	07
أوت	164	157	321	13	03	16
سبتمبر	275	279	554	-	-	-
أكتوبر	241	302	543	09	05	14
نوفمبر	137	281	144	-	-	-
ديسمبر	241	191	432	-	-	-
المجموع	2726	2810	5262	51	41	92

المصدر : مديرية الصحة بولاية الأغواط حركة النمو الديموغرافي الطبيعي 2014 بالشهر نلاحظ من خلال الجدول رقم (04) الذي يوضح حركة النمو الديموغرافي الطبيعي لسنة 2014 بالشهر أن شهر " جويلية " قد سجل أعلى نسبة في عدد المواليد ب 566 طفل ومن بينهم 293 ذكر و 273 أنثى وقد سجلت 7 حالات وفاة من بينهم 3 ذكور و 4 إناث .

وكما هو مبين في الجدول نجد أن الأشهر المتبقية أيضا سجلت نسبة مرتفعة من الولادات لكنها تبقى متباينة ومتفاوتة . ومقارنة بذلك نجد أن شهر " نوفمبر " قد سجل 144 ولادة أي 281 أنثى و 137 ذكر ولم تسجل أي نسبة وفاة . ولما نتكلم عن ظاهرة وفيات الأطفال الرضع لأقل من سنة حسب 2014 قد نجدها ترتفع في شهر " أوت " ب 16 حالة وفاة وهي تمثل 13 ذكر و 03 أنثى نسبة إلى أن الأطفال الذكور المولودين أكثر من الإناث . ومقارنة بعدد المواليد لسنة 2014 ب 5262 ولادة حية نجد 92 حالة وفاة أطفال رضع وهي ترتفع لدى الذكور ب 51 وفاة أما الإناث 41 حالة وفاة .

بلغ حجم وفيات الرضع 22 271 وفاة خلال سنة 2016 ، حيث شهد انخفاضا نسبيا بلغ 3,8% مقارنة بالسنة الماضية. سجل هذا التراجع على الرغم من ارتفاع حجم الولادات الحية التي أثرت إيجابا على مستوى وفيات الرضع. مما أدى إلى تراجع معدل وفيات الرضع بأكثر من (1,4) نقطة مقارنة بسنة 2015 ليبلغ 20.9%.

11-خاتمة :

نسنتج من خلال ماسبق من خلال محاولة معرفة واقع تطبيق السياسة السكانية وعلاقتها بخفض معدلات وفيات الأطفال والرضع [11-0] شهرا تحت تأثير المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية والصحية والتي نجدها مازال تحتل حيزا هاما من اهتمام القطاع الصحي وهذا ولأن ثلث وفيات الأطفال تحدث في السنة الأولى من العمر .

ولقد تواصل معدل وفيات الأطفال الرضع بالجزائر في الانخفاض تدريجيا عبر عدة مراحل وحقب تاريخية ويرجع هذا الانخفاض أساسا إلى جهود الجزائر في تطبيق سياستها السكانية ومنها مشروع حماية الأمومة والطفولة وتطوير منظومتها الصحية والطبية وذلك منذ الاستقلال 1962 ، ومازالت تسعى أهداف السياسة الصحية في الجزائر إلى تخفيض الوفيات إلى أدنى المستويات الممكنة والإرتقاء بالحالة الصحية لأفراد المجتمع بفضل عملية التلقيح الذي إحتمل مكانة كبيرة في عملية مكافحة وفيات الأطفال بالسيطرة على الأمراض التي تؤدي إلى زيادة الظاهرة منها برنامج مكافحة الإسهال وأمراض أخرى.

ونجد أيضا أن هذا الانخفاض كان بسبب السياسات السكانية الصحية التي هدفت إلى تحسين جودة الإجراءات الوقائية الإيجابية وتوسيع مدى الخدمات الصحية ومتابعة الحامل أثناء الحمل وبعده وانتشار المستشفيات والعيادات .

كما ساعدت حملات التوعية الوطنية والمراكز الصحية وتعليم الإناث في تعديل السلوكيات التي كانت تؤثر في الرعاية الصحية و انتهاج الدولة سياسة الطب الوقائي ودعمها لبرامج مراقبة الأمراض المعدية ومكافحتها ووسائل التحصين الموسع وتعميم حملات التلقيح والتطعيم كل ذلك أدى إلى الحد من أمراض الأطفال والحفاظ على صحة الأم والطفل.

إذن يعتبر معدل وفيات الأطفال الرضع من أهم المؤشرات الصحية التي تعكس الأحوال الصحية والمستوى المعيشي السائد في المجتمع ، كما أن اتجاهاتها وتطوراتها تلقي الضوء على مدى نجاح السياسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية التي تنعكس على صحة ورفاهية الطفل والأم في ذلك المجتمع.

قائمة المراجع :

- 1-أحمد عودة الريماوي ، علم نفس الطفل ، الأردن ، دار الشروق للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2008 .
- 2-السيد حنفي عوض ، المشكلة السكانية و تحديات البقاء، القاهرة، المكتب الجامعي الحديث، ب ط، 2010
- 3-أيمن سليمان مزاهرة ، الأسرة وتربية الطفل ، الأردن ، دار المناهج ، 2009 .
- 4-حسين عبدالحميد رشوان ، التخطيط مدخل إقتصادي وإجتماعي ، الإسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة ، ب ط ، 2010 .
- 5-خليل عبد الهادي البدو ، علم إجتماع السكاني ، الأردن ، دار حامد ، ط1 ، 2009 .
- 6-رولان بريسا - ت: محمد رياض ربيع ، التحليل السكاني ، الجزائر ، ديوان المطبوعات الجامعية ، ب ط .
- 7-سعید محمد عثمان ، الاستقرار الأسري وأثره على الفرد والمجتمع ، الإسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة ، ب ط ، 2009 .
- 8-طارق السيد ، علم اجتماع السكان ، الإسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة ، ب ط ، 2008 .
- 9-طلعت مصطفى السروجي، السياسة الاجتماعية في إطار التغيرات العالمية الجديدة، مصر ، دار الفكر العربي ، ط1 ، سنة 2004 .
- 10- عباس فاضل السعدي ، سكان الوطن العربي ، الأردن ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2001.
- 11-عبد علي الخفاف ، جغرافية السكان ، الأردن ، دار الفكر ، ط1 ، 1999 .
- 12-علي عبد الرزاق جليبي ، علم اجتماع السكان ، مصر ، دار المعرفة الجامعية ، ب ط ، 2008 .
- 13-عباس فاضل السعدي ، سكان الوطن العربي ، الأردن ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، ط1 ، 2001 .
- 14-علي لبيب ، جغرافية السكان (الثابت والمتحول)، الإسكندرية ، الدار العربية للعلوم ، ط2 ، 2004.
- 15-فتحي محمد أبو عيانة ، دراسات في علم السكان ، لبنان ، دار النهضة العربية ، ب ط ، 1985 .
- 16-هناء حافظ بدوي ، التخطيط الاجتماعي والسياسة الاجتماعية في مهنة الخدمة الاجتماعية ، الإسكندرية ، المكتب الجامعي الحديث ، 2003 .
- 17-يونس حمادي علي ، مبادئ علم الديمغرافيا، بغداد ، دار وائل للنشر ، ط1، 2010.

18-Ali kouaouci , l'élément d'analyse démographique ,office des publication universitaire , Alger, 1994 .

19-الإحصائيات الصحية العالمية 2009 .

20-الديوان الوطني للإحصائيات الجزائر، إحصائيات وفيات الأطفال الرضع لأقل من 5 سنوات.

- 21-التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، بيجين ،إعداد الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة - 2011- 2009 .
- 22-مديرية الصحة بولاية الأغواط ، حركة النمو الديموغرافي الطبيعي 2014 بالشهر .
- 23-مديرية الصحة بولاية الأغواط ، حركة النمو الديموغرافي الطبيعي 2016 بالشهر .