الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة محمد بن أحمد – وهران 2

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

مذكرة لنيل شهادة الماستر في الديموغرافيا

تطور وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر

2020-2010

إعـداد:

الطالب: مهني هشام

إشـراف:

الأستاذة: بلعروسي شريفة

الأستاذة	الجامعة	الصفة
بودية ليلى	وهران 2	رئيسة اللجنة
بلعروسي شريفة	وهران 2	مؤطرة
بختاوي اسيا	وهران 2	مناقشة

السنة الجامعية: 2023 – 2024

الإهداء

﴿يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ﴾ [المجادلة: 11]،

أهدي مذكرة التخرج هذه للوالدين عرفانا لهما علة ما قدماه لي من دعم ومساندة،

وحثًا على مواصلة المسار الدراسيّ رغم كل العقبات التي واجهتني خلال الرحلة

كما لا أنسى أن أقدم هذا البحث لكلّ من كان عونا وسندا لي في هذا الطريق

والى من افاضني بمشاعره ونصائحه المخلصة.

اهديكم هذا الانجاز وثمرة نجاحي الذي لطالما تمنيته، ها انا اليوم اتممت اول ثماره بفضل

من الله عزوجل، فالحمد لله على ما وهبني.

شكر وتقدير

من لا يشكر الناس لا يشكر الله"

الحمد لله حمد يليق بجلال وجهه وعظيم قدرته، الحمد لله الذي مكنني من إتمام هذا العمل المتواضع الذي اضعه بين ايدي أعضاء لجنة المناقشة الموقرة،

اشكرهم على قبولهم مناقشة هذه المذكرة وتحملهم عناء قراءتها، لهم تحية شكرا وتقدير شكري وامتناني الكبيرين موجين للأساتذة المحترمة بلعروسي شريفة

التي اشرفت على هذا العمل، وعلى ملاحظاتها القيمة.

والى جميع من ساهم في اثراء مشروع تخرجي هذا.

ملخص الدراسة

سعت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على اهم المؤشرات التي تؤدي إلى وفيات الاطفال دون سن الخامسة. من الملاحظ بانه هناك تراجع ملموس في معدل وفيات اطفال ما بين سنوات 2010–2020 ;هذا راجع إلى توفير الرعاية الصحية وسهولة الوصول إليها. كرست الدولة جهود كبيرة لأنشاء هياكل صحية لحماية المومة والطفولة كتوفير الطب المجاني والتقيحات وتكوين كوادر طبية مؤهلة وهذا من اجل تحقيق اهداف الالفية، لتخفيض معدل وفيات الرضع والاطفال دون الخامسة.

This study sought to shed light on the most important indicators that lead to the death of children under the age of five. There is a significant decline in the child mortality rate between the years 2010-2020; this is due to the provision of health care and ease of access to it. The state has devoted great efforts to establishing health structures to protect motherhood and childhood, such as providing free medicine and vaccinations and training qualified medical personnel, in order to achieve the Millennium Goals, to reduce the mortality rate of infants and children under five years

فهرس المحتويات

الموضوع	الصفحة
الإهداء	
شكر وتقدير	
ملخص الدراسة	
فهرس المحتويات	
قائمة الجداول	
قائمة الاشكال البيانية	
الاطـــــــــــار المنهجـــــــي للدراســـــــــــــة	
المقدمة	1
الاشكالية	2
الفرضيات	3
أهداف الدراسة	4

أهمية الدراسة	4
منهج الدراسة	4
الدراسات السابقة	7-5
تعريف المصطلحات	8
صعوبات البحث	9
الفصـــــــــل الأول: محددات وفيـــــات الأطفـــال	
تمهيد	10
السياسة الصحية وحماية الأمومة والطفولة في العالم	16-10
أسباب وفيات الرضع والأطفال في الدول النامية	21-16
السياسات الصحية لحماية الأم والطفل في الجزائر	22-21
خلاصة الفصل	24
الفصـــــــل الثـــانـــي: وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر	
تمهيد	25
مراحل تطور وفيات الأطفال في الجزائر	25

مؤشرات تنمية الطفولة في الجزائر	27
معدل وفيات الأطفال حسب سبب الوفاة	32
الخاتمة	
المراجع	

قائمة الاشكال والجداول

رقم الشكل	العنوان	الصفحة
01	تطور معدل الوفيات الاطفال في الجزائر من 2010 – 2020	
03	تطور معدل الوفيات الاطفال الاناث في الجزائر من 2010 – 2020	
4	تطور وفيات الأطفال حسب الجنس	
5	تطور امل الحياة في الجزائر 2010–2020	
الجداول		
1	تطور وفيات الأطفال في الجزائر	
2	تطور امل الحياة في الجزائر	

الاطـــــــــــــار

المنهجـــــــــي

للدراســـــــــــــة

الفصـــــــــل الأول

محددات وفيـــــات الأطفـــال

الفصـــــل الثـــانـــي

وفيات الأطفال دون الخمس سنوات

في الجزائر

الاطـــــــار المنهجـــــــــــي للدراســـــــــة

المقدمة

حددت الأمم المتحدة الأهداف الإنمائية التي تمثل طموحها الرئيسي في إنهاء الفقر المدقع وتوفير التعليم في جميع دول العالم، ومن بين هذه الأهداف نجد أن الوفيات تعتبر تمثل الهدف الرابع من الأهداف الإنمائية للألفية وما بعد 2015 بعد كل من الأهداف، القضاء على الفقر، تعميم التعليم وتعزيز المساواة بين الجنسين. كان الهدف الرابع يتمثل في تخفيض معدل وفيات الأطفال بثلاث ارباع ما كان عليه، وتعتبر ركن أساسي في تحديد التغير الطبيعي للسكان في أي منطقة. ومن خلالها يمكننا تحليل الواقع الديمغرافي والوضع الاجتماعي لأي منطقة، كما أن لمعدل الوفيات وتباينها صلة مباشرة مع الوضع الصحي للدولة وكذا برامج الرعاية في الجزائر أو غيرها من الدول.

أثبتت العديد من الدراسات وجود علاقة طردية بين انخفاض وفيات الأطفال وتحسين المستويات المعيشية باعتبارهم الفئة الأكثر هشاشة في المجتمع، الى وقت قريب اعتبرت معدلات وفيات الأطفال الرضع مؤشرا يحدد مدى تطور الأمم، وخلال هذه الدراسة سنحاول معرفة مستويات معدل وفيات الأطفال الرضع والأقل من خمس سنوات.

ففي هذا السياق أولت الجزائر أهمية كبرى لخفض معدل الوفيات بين الأطفال من خلال وضع استراتيجيات شاملة للعناية بصحة المواطن عموما والأم ورضيعها بصفة

خاصة، وكانت مجانية العلاج وإجبارية التلقيح وبناء الهياكل الصحية وتكوين الكوادر الطبية المؤهلة خطوة نحو تقليص معدل الوفيات عند الأطفال بشكل خاص والرفع من المستوى الصحي للمواطن بشكل عام. وكما سبق الذكر فان للظروف الاقتصادية والاجتماعية تأثيرا مباشرا على معدل وفيات الأطفال لارتباطها بالظروف البيئية المحيطة بالطفل، ونوعية المعيشة المهيأة له قبل الولادة وبعدها.

من هذا المنطلق جاء هذا البحث سعيا للتطرق للتغيرات الطارئة على هذا المعدل الذي يعكس حالة المجتمع وإلى أي مدى ساهمت سياسات الدولة الجزائرية في تغيير نسبة وفيات الأطفال دون الخامسة في الجزائر.

1. الإشكالية

رغم الجهود المبذولة من طرف الجزائر إلا أنها لازالت من البلدان النامية لم تصل بعد الى مستويات الدول المتقدمة في تخفيض مستويات وفيات الأطفال الرضع والأطفال الأقل من خمس سنوات بالرغم من أنها قد تخلصت من مشكل وفيات الأطفال الرضع بشكل يستحق الذكر ومقابل ذلك تبقى الدول المتخلفة تعاني من ارتفاع معدل وفيات الأطفال بنسب مرتفعة سواء بسبب انتشار الأمراض الخطيرة أو ضعف الرعاية الصحية.

لذا جاء السؤال الرئيسي التالي:

- ✓ ما هو واقع وفيات الأطفال دون الخامسة في الجزائر؟

وتتفرع منه أسئلة جزئية كالاتي:

- ما هي العوامل المؤثرة على معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الجزائر؟
- ما هي أهم السياسات المتبعة من طرف الدولة لخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الجزائر؟

2. الفرضيات:

هي عبارة عن إجابات مؤقتة للتساؤلات المطروحة يمكن ان تؤكد النتائج الفرضيات المطروحة كما يمكن ان يتم تفنيجها، فكانت على النحو التالي:

1.2. الفرضية الرئيسية

- ✓ عرف معدل وفيات الأطفال اقل من خمس سنوات تراجعا بارزا خلال فترة الدراسة

وفرضيات ثانوية كانت بالشكل الموالي:

- ✓ المستوى المعيشي عامل مهم في انخفاض معدل وفيات الأطفال. إن انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة راجع لسياسة الدولة المتبعة في تقديم الرعاية الصحية.
- ✓ تندرج مجانية العلاج، اجبارية التلقيح، ضمن سياسة الدولة في خفض معدل وفيات الاطفال دون الخامسة في الجزائر.

2. هدف الدراسة

تهدف الدراسة الحالية الى الكشف عن مدى تراجع معدل وفيات الأطفال في الجزائر خلال الفترة المحددة في الدراسة ومدى مساهمة السياسات الصحية المنتهجة من طرف الحكومة الجزائرية.

3. أهمية الدراسة

- ✓ لصحة الأطفال ووفياتهم علاقة طردية بمستويات النمو الاقتصادي والتغيير الاجتماعي وكذا مستويات الفقر في الدول، لهذا تعتبر وفيات الأطفال معيارا أساسيا لتحديد درجة التقدم في المجتمعات كون الوضع الصحي للدولة يعكس مدى تقدمها.
- ✓ تحاول الدراسة الحالية معرفة مدي نجاح البرامج والسياسات الصحية في تخفيض وفيات الأطفال الرضع ودون الخامسة.
- ✓ مساهمة الدراسة في اثراء المكتبة باعتبارها إضافة الى الدراسات الموجودة سابقا حول موضوع البحث.

4. منهجية الدراسة

اعتمدت الدراسة على المنهج الوصفي التحليل الذي يعتبر من ابرز المناهج المعتمدة في الدراسات العلمية خاصة السردية منها وهو المنهج الذي يتوافق وطبيعة الموضوع، بعد جمع المعطيات من مختلف المصادر سيتم وصف الظاهرة وتحليل المعطيات المتوفرة للدراسة.

5. الدراسات السابقة

1.5. **نادية دكاكن** وعمر **طبعة** سنة 2023 أجروا دراسة تحليلية بعنوان "**أثر المستوى التعليمي للأم على وفيات الأطفال الرضع في الجزائر**" هدفت إلى معرفة أهمية المستوى التعليمي للأمهات في خفض متوسط وفيات الأطفال في الجزائر من خلال الاعتماد على القياس الكمي لأثر المستوى التعليمي للأم على وفيات الأطفال الأقل من 365 يوم. كان ذلك بإتباع المنهج الوصفي التحليلي على عينة إجمالية 31325 أسرة مفرغة عشوائيا عبر كامل التراب الوطني، لوصف وتحليل قاعدة البيانات من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS6 المنجز سنة 2018 – 2019 بالجزائر. وخلصت الدراسة إلى أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم انخفض احتمال وفاة رضيعها بنسبة 82.2 حسب الدراسة.

2.5. **فيصل معاش (2017)** أجرى دراسة بعنوان "**مستويات ومحددات وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة في الجزائر 2012 – 2013**" في مجلة صحة الأسرة العربية والسكان. هدفت إلى:

- ✓ قياس مستوى وفيات الرضع دون الخامسة في الجزائر
- ✓ تحديد المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية المؤثرة
- ✓ تحديد الأقاليم والفئات الأكثر احتياجا للبرامج الهادفة لخفض مستوى الوفيات

وبالتالي تحليل مستويات واتجاهات ومحددات الظاهرة من خلال دراسة وصفية ثم دراسته بواسطة الانحدار اللوجيستي الثنائي اعتمادا على بيانات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS4 الجزائر 2012 – 2013، المنفذ من قبل وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع الديوان الوطني للإحصاء واليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة. كانت العينة عبارة عن 27198 أسرة، 38548 سيدة بين 15 و49 سنة، و14701 طفل أقل من 05 سنوات، بإتباع المنهج الوصفي التحليلي. وخلصت إلى أن الوفيات تشهد تناقصا مستمرا حيث انخفض من 34.4 سنة 1998 – 2002 إلى 24.1 سنة 2008– 2012. كما تشهد الظاهرة تباينا كبيرا عبر مختلف أقاليم الوطن، ومؤشر طبيعة المولود (توأم)، الثروة، رتبة المولود (الأول)، عمر الأم (35 سنة)، كانت أهم العوامل المؤثرة. وخلصت لعدة توصيات منها ضرورة وضع برامج رعاية للتوائم والعمل على الحدّ من مستوى الفقر.

3.5. **دردح فاتح (2014)** أجرى بحثا بعنوان "وفيات **الأطفال الرضع في العالم بين الواقع والأسباب**" يهدف إلى دراسة أهم أسباب وفيات الأطفال الرضع في العالم، من خلال تسليط الضوء على واقع وفيات الأطفال في الدول المتقدمة والدول النامية ثم الجزائر، وكذا إبراز المعاناة التي يعاني منها الملايين من الأطفال الرضع بسبب أمراض يمكن تجنبها. واعتمد على المنهج الوصفي التحليل الذي وصف الظاهرة وبين خصائصها وحللها من خلال عدة معطيات إحصائية ثم جمعها من دليل الإحصاءات الصحية العالمية. وخلص إلى أنه رغم التحسن الملحوظ في هذا المجال في الجزائر، مازالت تعاني من هذا المشكل. وهذا ما فسّره بغياب الكوادر الصحية الماهرة والمؤهلة، لما لها ن دور كبير حسب منظمة اليونيسيف في خفض وفيات الأطفال الرضع.

4.5. دراسة أجرتها **لبراره سماح** (2009-2010) سنة تحت عنوان "**دراسة وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر**" هدفت إلى تحليل أهم العوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية وكذا التغيرات المباشرة وغير المباشرة لوفيات الأطفال، وإلقاء الضوء على الوضع الصحي في الجزائر من خلال الوضع الصحي للأطفال.

اعتمدت على المنهج الوصفي التحليل والإحصائي من أجل تحليل البيانات الإحصائية المتاحة لمعرفة العوامل والمحددات الرئيسية لوفيات الأطفال الرضع، وتفسير اختلافاتهم مع الأنماط المعيشية، وكذا المنهج المقارن بغرض مقارنة نتائج البيانات الإحصائية المسجلة في المسح الجزائري. وكان مجتمع الدراسة هو المجتمع الجزائري

بالاعتماد على معطيات الديوان الوطني للإحصاء. وخلصت أنه على الرغم من تطور القطاع الصحي في الجزائر منذ الاستقلال إلا أنده لا يزال هشّا ومحدود الإمكانيات بالنظر لضخامة الاحتياجات، كما أنّ للعوامل الديمغرافية والاقتصادية والاجتماعية تأثيرا كبيرا على انخفاض أو ارتفاع عدد الوفيات، ولا يمكن الفصل بين صحة الأم والطفل. وتوصي بضرورة الوقاية من الحوادث المنزلية وإقامة نظم صحية متينة، والاهتمام بالبحوث والدراسات الخاصة بصحة الأطفال.

6. تعريف المصطلحات

1.6. تعريف معدل وفيات الأطفال

يقصد بها "عدد وفيات الرضع الذين تقلّ اعمارهم عن سنة واحدة لكلّ 1000 من المواليد الأحياء خلال سنة معينة ". وهو يختلف عن معدّل وفيات حديثي الولادة الذي يعني " عدد الوفيات من الأطفال الرضع خلال السنة الأولى بعد الولادة في سنة معينة ولكلّ 1000 مولود حيّ خلال السنة نفسها ". وتنقسم وفيات الأطفال الرضع إلى:

- وفيات الأطفال حديثي الولادة (أقل من 07 أيام) لكلّ 1000 مولود
- وفيات الأطفال من عمر (07 – 28 يوم) لكل 1000 مولود عام
- وفيات الأطفال أقل من شهر (0 – 28 يوم) وهي تشمل وفيات حديثي الولادة ومن 07 الى 28 يوم لكل 1000 مولود في العام

- وفيات الأطفال من عمر (28 – 365 يوم) لكل 1000 مولود. ويرجع سبب الوفاة في تلك الفترة الى عوامل خارجية مثل: البيئة والغذاء والعناية الصحية وغيرها..
- وفيات الأطفال دون الخامسة، ويعبر هذا المؤشر عن نسبة المتوفين من الأطفال المولودين قبل بلوغهم العمر 05 سنوات وتقاس لكل 1000 مولود.

2.6. معدّل وفيات الأطفال

تقسّم معدلات وفيات الأطفال إلى قسمين:

3. معدل وفيات الأطفال الرضّع
4. معدل وفيات الأطفال من 01 إلى 04 سنوات

يحسب معدّل وفيات الأطفال الرضع بالصيغة التالية: عدد وفيات الأطفال الاقل من سنة مقسوم على عدد وفيات الاطفال المواليد خلال السنة في 1000.

أمّا معدّل وفيات الاطفال من 01 الى 04 سنوات فيحسب بالصيغة التالية: المتوفين أقل من 05 سنوات في فترة زمنية محددة مقسوم على عدد الاطفال الاقل من 05 سنوات في 1000. (سهام، 2002: 210)

2. 3.6. العمر المتوقع عند الميلاد (أمل الحياة)

يقصد بهذا المفهوم متوسط السنوات المتوقع الذي يعيشها المولود (أي متوسط طول عمر الفرد)، وهو المتوسط التقديري لعدد السنوات الاضافية الذي يتوقع أن يعيشها الفرد إذا استمرت معدلات الوفيات العمرية على ما هي عليه. ويتم قياس العمر المتوقع عند الميلاد من خلال ما يسمى بجداول الحياة التي تُعدّ من أكثر الأساليب الديمغرافية استخداما في دراسة الوفيات وإجراء الإسقاطات السكانية، وهذا بالاستناد إلى معدلات الوفاة حسب العمر والنوع في سنة محددة.

بمعنى أن هذا المؤشر يقاس بالنسبة للرجال والنساء، ويلاحظ عموما أمل الحياة عند النساء أطول منه عند الرجال، كما يمكن قياسه عند مختلف الأعمار معبرين بذلك عن عدد السنين التي يأمل أن يعيشها شخص ما في سنّ معينة. (الديوان الوطني للإحصائيات)

7. صعوبات البحث

خلال اجراء هذا البحث لم نتلقى الكثير من الصعوبات لان موضوع وفيات الأطفال سواء الرضع او الأطفال الأقل من خمس سنوات متوفية لدي الديوان الوطني للإحصائيات في منشورات عديدة فصلية وسنوية بالإضافة الى الحوصلة الإحصائية 2020/1962 وغيرها من مصادر جمع المعطيات المتوفرة عبر روابط متعددة.

الفصـــــــــــل الأول: محددات وفيات الأطفال

تمهيد

تعدّ وفيات الرضّع والأطفال من أكثر المؤشرات العاكسة لمستوى التطور الاقتصادي والاجتماعي وخاصة المستوى الصحي، ودليلا لنجاح عملية التنمية في أي مجتمع. ويعتبر هذا المؤشر ذو مكانة هامة، سواء في البحوث النظرية أو التطبيقية على مستوى البيانات والمعطيات الصادرة عن معظم المنظمات والهيئات المعنية بشؤون السكان وقضايا التنمية على تنوعها، محليا، إقليميا ودوليا، يكون الاهتمام عالٍ بدرجة أكبر كلما كانت الدولة نامية.

نعلم مسبقا أنّ وفيات الأطفال متفاوتة على المستوى العالمي، ولا تقتصر على الاختلافات المسجلة بين دولة وأخرى بل تتعداها إلى فروقات مهمة ومُلاحظة ما بين مدينتين أو قريتين وإن تجاورتا جغرافيا.

واقع اللامساواة هذا وحقيقة أنه يمكن ضبط الكثير من هذه الوفيات بإجراءات "عادية" أحيانا تدفع الباحثين للبحث والتقصي في الموضوع، ومحاولة إيجاد حلول تطبيقية يمكن العمل بها على أرض الواقع، كون الظاهرة متعددة الأبعاد والزوايا، هذا الفصل سيعالج ما امكن منها(**مدى، 2017: 867 – 869**).

1. السياسة الصحية وحماية الأمومة والطفولة في العالم

الفصـــــــــــل الأول: محددات وفيات الأطفال

إنّ النتائج الإحصائية التي سجّلت عن وفيات الأمومة والطفولة في العالم، وخاصة في دول العالم النامي ساهمت في الإدراك بحدة هذا المشكل، ممّا أدّى الى وضع سياسات وبرامج لتحسين وتطوير الخدمات الصحية ونشر الوعي الاجتماعي والصحيّ اللذان من شأنهما تقليص المعدلات المرتفعة على مستوى وفيات الأمومة والطفولة معا. بالرغم من التطورات المسجلة في ميدان الصحة بصفة عامة تبقى احتياجات السكان في تزايد مستمر، بسبب النموّ السكاني وتفاقم الأمراض الوبائية وسوء التغذية والأزمة الاقتصادية والاجتماعية التي تمسّ على وجه الخصوص الفئات الأكثر حرمانا، والفئات الأكثر حساسية من هذه المشاكل الصحية التي تمس مختلف الفئات بما فيها الام والطفل.

إنّ علاقة الأمّ بالجنين علاقة بيولوجية، حيث أنها تتولى جميع العمليات الهامة من تغذية إلى إمداده بالأكسجين إلى التخلص من الكربون والمواد العضوية الأخرى. وإن ما يصل الجنين إنّما هو كلّ ما يتوفّر من المواد الغذائية في دم الأمّ. هذه العلاقة البيولوجية التي تؤثر في الأمّ والجنين معا تعني أنّ الجنين في بيئة الرّحم ليس محصنا ضدّ تأثير العوامل الخارجية التي تؤثر على الأمّ، وبالتالي في عملية نموّه. فإلى جانب العوامل الوراثية التي تؤثر في التكوين العضوي، توجد معوقات بيئية تؤثر في الجنين في الفترات الحرجة خلال الثلاث شهور الأولى من عمره، حيث تتكون الأسس الاولية للبناء العضوي. وتتمثّل العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين في صحة الأم في ثلاثة، أوّلها الصحة العامة التي تشير إلى التكامل بين العمليات البيولوجية المختلفة، إذ أن اختلال هذا

التكامل عند الأمّ يؤثر على الجنين، مثل اضطرابات الهرمونات أو نقص نسبة الأكسجين في الدم مما يؤثر على النموّ العقلي. ولذلك ينصح بعدم التعرضّ للتدخين وغيره. بسبب انتقال حالات الأم العصبية إلى الجنين.

كما أن غذاء الجنين يتوقف على ما يوجد في دم الأم، لذلك عليها أن تعتني بالأغذية التي تساعد على عملية بناء وتكوين الأعضاء المختلفة للجنين. فنقص الفيتامينات في غذاء الأم له تأثير سلبي على الجنين وصحته العقلية، ويؤثر نقص الكالسيوم في تكون العظام وقد يؤدي للكساح.

إنّ ضعف التغذية يسبب أكثر من ثلث وفيات الأطفال حول العالم. لكنّ برامج بسيطة مثل تشجيع الرضاعة الطبيعية وإتاحة المكملات الغذائية يمكن من أن يبقي بعض هؤلاء الأطفال على قيد الحياة، لكن الاطفال الذين يعانون نقصا في التغذية سيواجهون على مدى حياتهم ضعفا صحيا ومشاكل في تنمية قدراتهم من شأنها أن تعيقهم اجتماعيا واقتصاديا كلّما تقدموا في العمر.

تقوم السياسة السكانية التي تشرف عليها المنظمات الدولية خاصة التابعة لهيئة الأمم المتحدة وعلى رأسها صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية، والتي تجمعها الدول الكبرى على مساعدة الدول النامية، ومساندتها ماديا. وذلك بعد أن تقوم هذه الدول بالإجراءات الواجب إتباعها عند تطبيق سياسة سكانية معينة، هذه الاجراءات تتمثل في الاعتراف الرسمي بالمشكلة السكانية على جميع مستويات الدولة، والموافقة على وضع سياسة

حكومية تقوم على برنامج رسمي مدعّم بقوانين ولوائح وأنشطة وقوة عمل داخل النظام الدولي.

غالبا ما يعرف هذا البرنامج ببرنامج تنظيم الأسرة. كما هو مر بمصر وتونس والجزائر، وتخصيص ميزانية للبرنامج للقيام بالنشاطات اللازمة مع قبول المساعدات الخارجية، سواء من المنظمات الدولية أو الدول المجاورة.

ثم أن القيام ببرنامج للتوعية على المستوى الوطني أو المحلي يهدف إلى نشر الوعي الصحي، وتشجيع استعمال وسائل منع الحمل للحفاظ على صحة الأم والطفل، مع تجنيد الاعلام لمناقشة المسائل السكانية وإدخال التعليم السكاني في البرنامج. فقبل سنة 1987 كان معدل وفيات الأمهات لا يحسب لوحده في معظم دول العالم النامي، اذ كانت وفيات الأمهات تحصى ضمن الوفيات العامة، وفي نفس السنة ولأول مرّة قامت المنظمات العالمية وهي الصندوق العالمي للإحصاء ومنظمة اليونيسيف والبنك العالمي والفيدرالية العالمية للتخطيط العائلي بمبادرة طرح إشكالية إهمال وفيات الأمهات. ومنذ هذه القمة التي انعقدت في نيروبي تمّ بعدها ولأول مرة القيام بإحصاء وفيات الامهات كمؤشر مستقل سنة 1990. وأصبحت معضلة خفض هذه المعدل من أهم الأهداف التي تعمل من أجلها القمة العالمية للطفولة. منذ ذلك الحين تم الشروع في تحديد أسباب وفيات الامهات، وأصبح واضحا أن الاعمال المقدرة لخفضها تؤدي بالضرورة إلى خفض معنوي لوفيات الأطفال.

وبعد 10 سنوات من قمة نيروبي، أي في سنة 1997، أقيمت القمة العالمية في كولومبو لمناقشة الفحوصات التقنية حول أمومة بلا خطر، وقد حضر هذه القمة خبراء من كلّ أنحاء العالم لتقييم مسيرة 10 سنوات من العمل من أجل مكافحة وفيات الأمهات، وتقويم البرامج وطرح برامج أخرى لتدعيم العمل السابق. وقد تمّ إدماج عدد كبير من الملاحظات والتدخلات التي أصبحت فيما بعد دليل عمل لكل المنظمات العالمية والحكومات لتحسين الصحة الإنجابية.

رغم الأهمية التي حظيت بها صحة الأمهات خلال سنوات التسعينات إلى يومنا هذا، الا ان معدل وفيات الأمهات ما يزال مرتفعا. فمعدل تعرض المرأة في العالم النامي للوفاة أكثر ب 40 مرة منه في العالم المتقدم، ذلك نتيجة مضاعفات الحمل والولادة.

وقد أظهرت دراسة في بنغلادش أنه عندما تموت المرأة أثناء الولادة فإنّ احتمال وفاة طفلها الباقي على قيد الحياة خلال عامين هي أكثر احتمالات وفاة الطفل الذي يعيش مع والديه بثلاث إلى عشر مرات. لذا فإنّ دعم العناية بالأمهات يحمي الاطفال، وإدراكا لهذه الحقيقة فإنّ كل من منظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي يشجع المبادرات الخاصة بسلامة الأمومة في جميع أنحاء العالم، فسلامة الأم تساوي سلامة الجنين وبالتالي سلامة المولود.

استخدمت المنظمات العالمية مصطلح تنمية الطفولة المبكرة لحماية هذه الفئة من الوفاة، وتقديم ظروف ملائمة لتنشئتها. فتشير عبارة تنمية الطفولة المبكرة الى " منهج شامل

للسياسات والبرامج الخاصة بالأطفال منذ لحظة الولادة إلى سن الثامنة من عمرهم". وقد اختارت اليونيسيف أن تركز على السنوات المبكرة جدا التي تشمل الاعمار من 0 إلى 4 سنوات نظرا لأهميتها وحيويتها لتطور باقي سنوات الطفولة، ولأن ارتفاع معدل وفيات الأطفال كلما قلّ سنهم.

هذه الفترة من حياة الطفل غالبا ما يتمّ إهمالها في سياسات البلدان وميزانياتها، وبفضل برامج التنمية تمّ إنقاذ حياة الملايين من الأطفال حول العالم خاصة في الدول النامية، فمن أجل مساعدتهم قام صندوق النقد الدولي والبنك الدولي بتخفيض عبء الديون على بعض الدول فتحولت المبالغ إلى استثمارات لصالح الطفولة المبكرة. وتوسعت البرامج لتشمل النساء الحوامل، أي اعتمد تقديم خدمات شاملة للنساء قبل وأثناء وبعد الحمل. وفي سنة 1999 بلغ التمويل الخاص لهذا البرنامج 4.666 مليون دولار.

ففي الدول المتقدمة فبلغت الرعاية الصحية بالأم والأطفال أعلى مستوياتها، فتقوم الحكومات بتمويل رعاية للطفولة من يوم ولادتهم حتى دخولهم المدرسة، فمراكز الرعاية النهارية ودور رعاية الاطفال جيدة التمويل والتنظيم، يديرها مختصون وذوي كفاءات عالية. وهي مصممة وفقا لاحتياجات نمو الطفل، كما هو الحال أيضا مع الأمهات فهنّ يتلقين المعلومات والإرشادات عن الحمل السليم وتطور الطفل، ويتم ذلك أثناء الزيارات الصحية الدورية للأطباء والممرضات.

أما على صعيد الآفاق المستقبلية في العالم فإنّ المتغيرات الديمغرافية هي جزء لا يتجزأ من استراتيجيات ومخططات التنمية على المدى القصير والطويل. فالتنمية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية مرتبطة بعلاقة عكسية بالتنمية السكانية ومن مبادئ المنظمات الدولية المعنية وضع السياسات والبرامج وتوفير الوسائل الملائمة واللازمة لتحقيق الاهداف والوصول إلى نتائج إيجابية على أرض الواقع. وعلى هذا الأساس فإنّ النظرة المستقبلية للمسائل السكانية تكون ضرورية جدّا فمن خلالها تحلّ المشاكل السكانية ويتمّ تقييم وتقويم هذه البرامج والسياسات. (حنان ومحمد، 2017: 197 – 201).

أحرزت بعض الدول النامية تقدما ملحوظا في مجال خفض وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة أبرزها دول منطقة الشرق الأوسط و شمال إفريقيا خاصة في العقد الماضي، فحسب تقرير منظمة اليونيسيف فإنّ هذه المناطق قد حققت أحد الأهداف الإنمائية لمؤتمر القمة العالمي من أجل الأطفال، فاستطاعت خفض معدل الوفيات بنسبة 33% إضافة إلى رفع معدلات الالتحاق بالمدارس الابتدائية و خفض معدل الأمية عند الكبار و تأمين الماء الصالح للشرب و الصرف الصحي، و حققت إنجازات مهمة فيما يخصّ حملات التحصين و رعاية المرأة أثناء الحمل و الولادة و الحدّ من الوفيات الناتجة عن الإسهامات والالتهابات، وقضت تثريبا على شلل الأطفال و الكزاز لدى المواليد الجدد. (فاتح: 169 – 170)

2. أسباب وفيات الرضع والأطفال في الدول النامية

1.2. الأسباب المباشرة

يتوفى حوالي 86 %من الأطفال والرضع في العالم نتيجة مباشرة لثلاث أسباب رئيسية هي:

1.1.2.حالات العدوى الحادة

الالتهاب الرئوي، الكزاز، الاسهال والا فيكسيا (صعوبة وضيق التنفس ما وحول الولادة) تشير التقديرات أن العدوى الحادة تتسبب في 36 % من وفاة المواليد الجدد، إذ يمكن أن تقع في أي وقت خلال الشهر الأول من الحياة. لهذا فإن الحرص على الولادة النظيفة مهمة جدا في الوقاية من العدوى وأغلبها تحدث في الدول النامية. يمكن الوقاية منها عن طريق تحسين الرعاية أثناء الولادة عن طريق توفير الكوادر الصحية الماهرة والتدخلات الطبية السريعة وفي الوقت المناسب.

2.1.2.الولادة قبل الأوان

تتسبب وبشكل مباشر في وفاة 27 % من المواليد الجدد، إذ يجد الأطفال المولدون قبل الأوان صعوبة أكبر من الذين يكملون مدة الحمل، سواء في إطعامهم أو المحافظة على المستوى الطبيعي لدرجة حرارة أجسامهم وتحمل العدوى، بالإضافة إلى أنهم يولدون بوزن منخفض نتيجة لنقص تغذية أمهاتهم، وهو الذي يسبب وحده في أكثر من ثلث وفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم.

3.1.2. الوزن المنخفض عند الولادة

من أهم العوامل التي تؤدي إلى وفاة من 60 – 80 %من الأطفال والرضع، وتحدث غالبية هذه الحالات في جنوب آسيا وإفريقيا جنوب الصحراء، وهما المنطقتان اللتان تعرفان أعلى معدلات نقص التغذية بين النساء. ويرتبط نقص التغذية عند الأمهات ارتباطا وثيقا بارتفاع حدوث حالات نقص الوزن عند الولادة.

2.2. الأسباب غير المباشرة

إنّ المباعدة بين الحمول أمر مهم في تجنب الولادات قبل الأوان، وكذلك انخفاض الوزن عند الولادة. إذ تشير الدراسات أنّ الفترات بين الأحمال التي تقلّ عن 24 شهرا تزيد من مخاطر وفيات الأطفال والرضع، وزيادة على هذا فإنّ حصول الفتيات على التغذية اللازمة والملائمة والرعاية الصحية ابتداء من الولادة ومرحلة الطفولة ودخولا إلى مرحلة المراهقة ووصولا إلى مرحلة الحمل والأمومة أمر أكثر من ضروري لخفض معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات وكذا وفاة الرضع.

تحدث أغلب هذه الوفيات في البلدان النامية، إذ تشير الإحصائيات الى أن إفريقيا وجنوب الصحراء وجنوب شرق آسيا، تشهد أعلى نسبة نظرا لعدة أسباب أهمها شحّ الموارد المتوفرة للخدمات الصحية والتغذية وكذلك الممارسات الغذائية غير الوافية والافتقار للمرافق الصحية الكافية والنظافة وعدم توفر المياه الصالحة للشرب.

عدم اهتمام المرأة بصحتها الإنجابية وكذلك المراقبة الطبية أثناء الحمل يؤدي في الغالب إلى الأمراض والوفيات لدى المواليد. والمستوى التعليمي والثقافي للأسرة ككلّ والمرأة خصوصا، من أهم العوامل المؤثرة كذلك سوآء بالسلب أو الإيجاب، هذا ما يلاحظ جليا في الدول النامية وخاصة تلك الأكثر فقرا التي تشهد مستوى معيشي مزري تتخلله الحروب والنزاعات والأوبئة. (فاتح: 164 – 168)

هناك من يقسمها إلى

3.2. الأسباب المؤدية للوفيات الناجمة عن الأمراض

هناك العديد من الامراض المعدية وغير المعدية التي تؤدي الى وفاة المواليد الجدد او حتى وفاة الأطفال دون سن الخامسة مثل الحصبة، السعال الديكي وغيرهما.

4.2. الأسباب المؤدية للوفيات الناجمة عن العوامل الديمغرافية والاجتماعية

1.4.2. سنّ الأمّ عند الولادة

يعتبر سن الأم عند الولادة عنصرا محددا لوفيات الأطفال حيث ينهى العديد من المختصين عن الانجاب في سن مبكرة او متأخرة وحدد أفضل مجال عمري للإنجاب بين 20 و35 سنة فما قبل العشرين تكون فيه المرأة غير مؤهلة لتصبح أما مما قد يتسبب في حمل ذو خطورة بسبب جهل الفتاة للكثير فيما يخص الحمل والحفاظ على الجنين وحتي الولادة.

2.4.2. رتبة المولود

انجاب طفل بعد عدد كبير من الأطفال قد يشكل خطرا عليه من ناحية اهمال المرأة للرعاية الصحية للحمل، من جهة ادعاء المرأة انها صاحبة خبرة في الانجاب فلا داعي لزيارة الطبيب في فترة الحمل و تكرار الأحمال قد يؤثر على الحالة الصحية للأم مما سيؤثر حتما على صحة الجنين و بالتالي زيادة احتمال وفاة المولود خلال الخمس سنوات الأولى من حياته.

3.4.2. جنس المولود

من المعروف ان المواليد الذكور أقل مناعة من الاناث

4.4.2. الفترة ما بين الولادة

تقارب الأحمال قد يؤثر على صحة الأم مما ينعكس على صحة الجنين ويصعب الولادة.

5.4.2. المستوى التعليمي للأبوي

المستوى التعليمي للأبوين خاصة للأم يوثر على حالة الحمل وزيارة الطبيب، خاصة المستوى التعليمي للأم.

5.2. الأسباب المؤدية للوفيات الناجمة عن العوامل البيولوجية والطبيعية

وهي على نوعين

1.5.2. أسباب الوفيات الخارجية

تكون ناتجة عن تأثير المحيط الذي يعيش فيه الإنسان بما فيها الأمراض المعدية (التيفويد والكوليرا) والرئوية والهضمية الناجمة عن الجراثيم.

2.5.2. أسباب الوفيات الداخلية

هي أساس بيولوجية تنتج إما عن أسباب خلقية بمعنى تتعلق بالفيزيولوجية أو تكون متعلقة بالوظائف العضوية مثل السرطان والأمراض المتعلقة بالدورة الدموية والنزيف الداخلي.

6.2. الأسباب المؤدية للوفيات الناجمة عن العوامل البيئية والصحية

من بينها البيئة السكنية، ومياه الشرب الملوثة، وقنوات الصرف الصحي وتأثير المناخ وغيرها من العوامل البيئية (محمد، 1982: 46)

3. السياسات الصحية لحماية الأم والطفل في الجزائر

اعتمدت الجزائر سياسات صحية متعددة من بينها سياسة حماية الامومة والطفولة التي تدخل ضمن البرامج والمعاهدات الدولية المختلفة.

1.3. التكفل بصحة الأمّ والطفل في الجزائر

بعد الاستقلال كانت الوضعية الصحية الخاصة بالأم والطفل متدهورة، والعديد من الأمراض المنتشرة آنذاك والمستوى المعيشي للمواطن الذي ينعكس سلبا على صحة الأم، بالتالي تتسبب في وفيات الأطفال من جهة وقلة المؤسسات الصحية الخاصة برعاية الأم والطفل والكوادر الطبية المؤهلة بالإضافة الى نقص التقيحات التي تقي المولود من الأمراض القاتلة، على الرغم من وجود بعض التقيحات لكنها كانت محدودة مثل التلقيح ضدّ السلّ BCG والتلقيح ضدّ الجدري، ومرض الحصبة، كونها لم تكن إجبارية بل على حسب رغبة العائلة في تلقيح أبنائها من عدمه، ومع ذلك شكلت حماية الأمومة والطفولة أحد أهداف السياسة الصحية العمومية، التي ارتكزت على الوقاية. وفي سنة 1969 أصبحت التقيحات إجبارية، مثل التلقيح ضد التيتانوس والدفتيريا وضد السعال الديكي والتلقيح ضد الشلل ووضع شبكة لمراكز حماية الأمومة والطفولة و PMIعبر التراب الوطني قصد تقريب الخدمة من المواطن وتسهيل ولوج النساء الريفيات الى تلك المراكز الصحية اللائي لم تكن لهن فرصة قطع مسافة بعيدة من أجل اجراء فحص للحمل نظرا للعادات السائدة آنذاك، فكانت مراكز حماية الامومة والطفولة المدعمة بعدد من القابلات المؤهلات لإجراء الفحوصات للنساء اثناء

الحمل. كانت هذه المراكز الحل الأمثل للوصول الى النساء وتوعيتهن بضرورة المتابعة الطبية أثناء فترة الحمل.

ومن مهام مراكز حماية الأمومة والطفولة:

- المتابعة الطبية الحمل
- الرعاية الصحية المؤهلة عند الولادة
- تحديد الحمل الموجود في وضعية خطيرة
- توجيه الأمهات إلى مراكز الولادة بدلا من الولادة في البيت التي تشكل خطرا على الأم والطفل معا
- الرعاية الصحية المستمرة للمولود بعد الولادة
- إجراء التقيحات للام في فترة الحمل والمولود حسب البرنامج المسطر من قبل وزارة الصحة

ملاحظة: كلّ هذه الخدمات تقدّم مجانا أي أنّ صندوق الضمان الاجتماعي هو من يتكفل بها.

في سنة 1984 انطلق تطبيق البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال، وفي سنة 1997 صدر برنامج مكافحة وفيات وأمراض الأمهات والوفيات ما حول الولادة، وينصّ على:

- ترقية مفهوم منع الحمل بالوسائل الاصطناعية بهدف التباعد بين الولادات
- متابعة الأم والطفل أثناء فترة الحمل وما بعد الحمل
- تحسين ظروف الولادة خاصة الطاقم الطبي المؤهل والنظافة

خلال الفترة 2000 – 2004 وضعت الجزائر 6 برامج تخصّ صحة الأم والطفل، وهي:

1. البرنامج الخاص بتوسيع التقيحات
2. البرنامج الخاص بتخفيض وفيات الأمهات والمواليد الجدد
3. البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال
4. البرنامج الخاص بمكافحة الأمراض التنفسية لدى الاطفال
5. البرنامج الخاص بمكافحة داء المفاصل
6. البرنامج الخاص بالوقاية من الحوادث (حنان ومحمد، 2017: 202)

سنة 1980 انتهجت الجزائر برامج صحية لمكافحة وفيات الرضع وذلك من خلال تطبيق سياسة حماية الأمومة والطفولة وتطور الأساليب الصحية بالإضافة إلى تحسين المستوى المعيشي، وقد ساهمت هذه السياسات في تخفيض معدل وفيات الرضع على المستوى الوطني المسجل خاصة في الفترة من 1990 إلى 2016، فحسب الديوان الوطني للإحصائيات بلغ عدد وفيات الرضع المسجلة 21030 حالة وفاة خلال سنة 2019، أي تراجع عدد الرضع المتوفين بأكثر من 800 حالة وفاة مقارنة بسنة 2018.(ONS, 2019 03)

خلاصة

مشكلة وفيات الاطفال مشكلة عالمية، والتقدم في هذا المجال يحتاج الى جهود جبارة وامكانيات مادية وبشرية ضخمة من أجل بلوغ الأهداف المرجوة والمنتظرة، عملت الحكومات والجمعيات

والمنظمات الدولية على ترسيخ ثقافة الرعاية الصحية للمرأة الحامل في مختلف مناطق العالم خاصة في الدول النامية التي كانت تعاني من قلة الوسائل وصعوبة وصول المعلومة بسبب المستوى المعيشي والثقافي المتدنيين للمواطن.

وكانت الجزائر سباقة الى العمل بالمواثيق الدولية وسخرت الكثير من الإمكانات البشرية والمادية لذلك، ورغم كل الجهود المبذولة لا يزال تحقيق الهدف في هذا المجال بعيد المنال في العديد من مناطق العالم، ومن أجل كل هذا وجب العمل أكثر للحفاظ على صحة الاطفال وحياتهم، كونهم النواة الأولى في المجتمع وعليها تبنى سياسات الدول واستراتيجياتها المستقبلية.

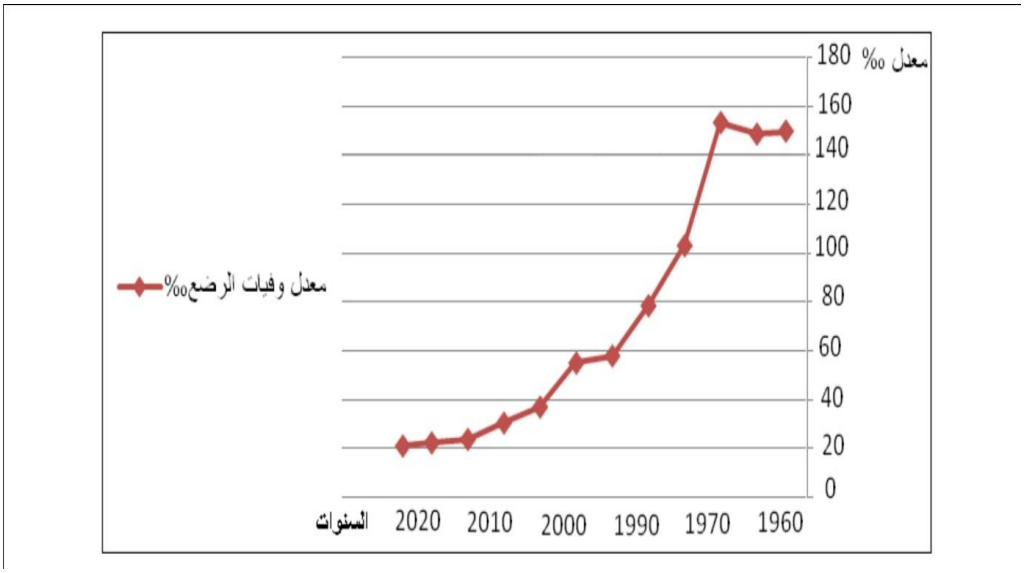
الفصـــــل الثـــانـــي: وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر

تمهيد

خرجت الجزائر بعد الاستقلال من مرحلة استعمارية تطلبت إعادة بناء وضع اجتماعي واقتصادي وسياسي شامل، نتيجة لذلك، كان مستوى وفيات الأطفال مرتفعا للغاية، في ذلك الوقت كانت البنية التحتية الصحية ضعيفة جدا، الأمر الذي جعل الولادة في المنزل متكررة جدا، وتفضلها العقليات والأعراف الاجتماعية، كما كانت رعاية الأمومة والطفولة ضعيفة التطور في غياب الموظفين المؤهلين والوسائل المادية. (نادية وعمر، 2023: 222)

1. مراحل تراجع وفيات الأطفال في الجزائر

الشكل (1):تطور معدل وفيات الرضع في الجزائر 1960-2020



عرف معدل وفيات الأطفال الرضع تراجعا ملموسا خلال الفترة التي تعنى بها الدراسة لذلك يمكن تقسيمها الى ثلاث مراحل كما يلي:

1.1. مرحلة المعدلات المرتفعة: 1966 – 1980

تميزت بارتفاع معدلات وفيات الرضع، حيث تصل إلى 168.55 ‰ سنة 1966. و102.85 ‰سنة 1980. ويرجع ارتفاع عدد الوفيات في هذه الفترة إلى تدهور الأوضاع الاجتماعية، والاقتصادية، وعجز الدولة عن توفير الخدمات الصحية نظرا لعدم كفاية الهياكل الصحية والطاقم الطبي مقارنة بعدد السكان في الجزائر عموما وعدد المواليد المسجل سنويا بشكل خاص. حيث تميزت هذه المرحلة بارتفاع كبير في المستوى الخصوبة.

2.1. مرحلة المعدلات المتوسطة: 1980 – 1995

انخفض معدل وفيات الرضع والأطفال إلى 54.87‰ سنة 1995، إلا أن هذا المعدل لا يزال مرتفعا بسبب عدة مشاكل، أبرزها الأزمة الأمنية الناتجة عن العشرية السوداء والأزمة الاقتصادية الناتجة عن تدهور أسعار النفط في الجزائر سنة 1986.

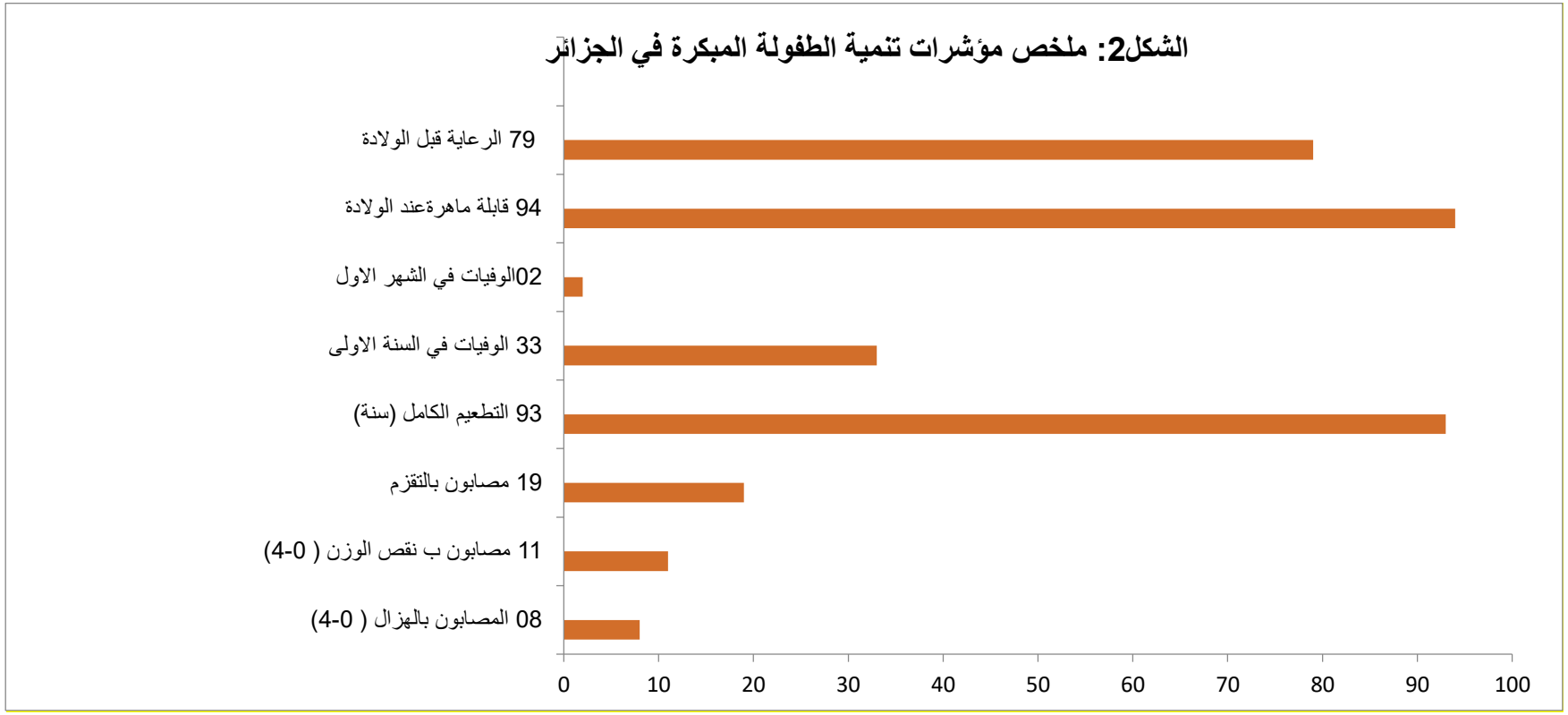
3.1. مرحلة المعدلات المنخفضة: 1995 – 2019

تميزت هذه المرحلة بانخفاض كبير مع استقرار في نهاية المرحلة، حيث انخفض إلى 21.0‰ سنة 2019. ويعود ذلك إلى التحسن الذي مسّ مجال الصحة من حيث الهياكل الصحية، الخدمات المقدمة والارتفاع الملحوظ في عدد مستخدمي الصحة المؤهلين، إضافة إلى براني التطعيم المتطورة التي أدّت إلى انقراض العديد من الأمراض التي كانت تفتك بحياة الرضع والأطفال في الجزائر. (نادية وعمر، 2023: 222 – 223)

ويرجع هذا الانخفاض أساسا إلى جهود الجزائر في تطبيق مشروع حماية الأمومة والطفولة وتطوير منظومتها الصحية، وذلك منذ الاستقلال سنة 1962. ومازالت تسعى أهداف السياسة الصحية في الجزائر إلى تخفيض الوفيات إلى أدنى المستويات الممكنة، والارتقاء بالحالة الصحية لأفراد المجتمع، بفضل عملية التلقيح الذي احتلّ مكانة كبيرة في عملية مكافحة وفيات الأطفال. (حنان ومحمد، 2017: 201 – 202)

2. مؤشرات تنمية الطفولة في الجزائر

الشكل2: ملخص مؤشرات تنمية الطفولة المبكرة في الجزائر



المصدر: عمل الطالب من خلال معطيات وثيقة تنمية الطفولة البكرة في الجزائر المتوفرة عبر الرابط

https://www.albankaldawli.org/content/dam/Worldbank/document/mna/ar/Algeria.pdf

حسابات البنك الدولي بناء على مسح المشروع العربي لصحة الاسرة في الجزائ

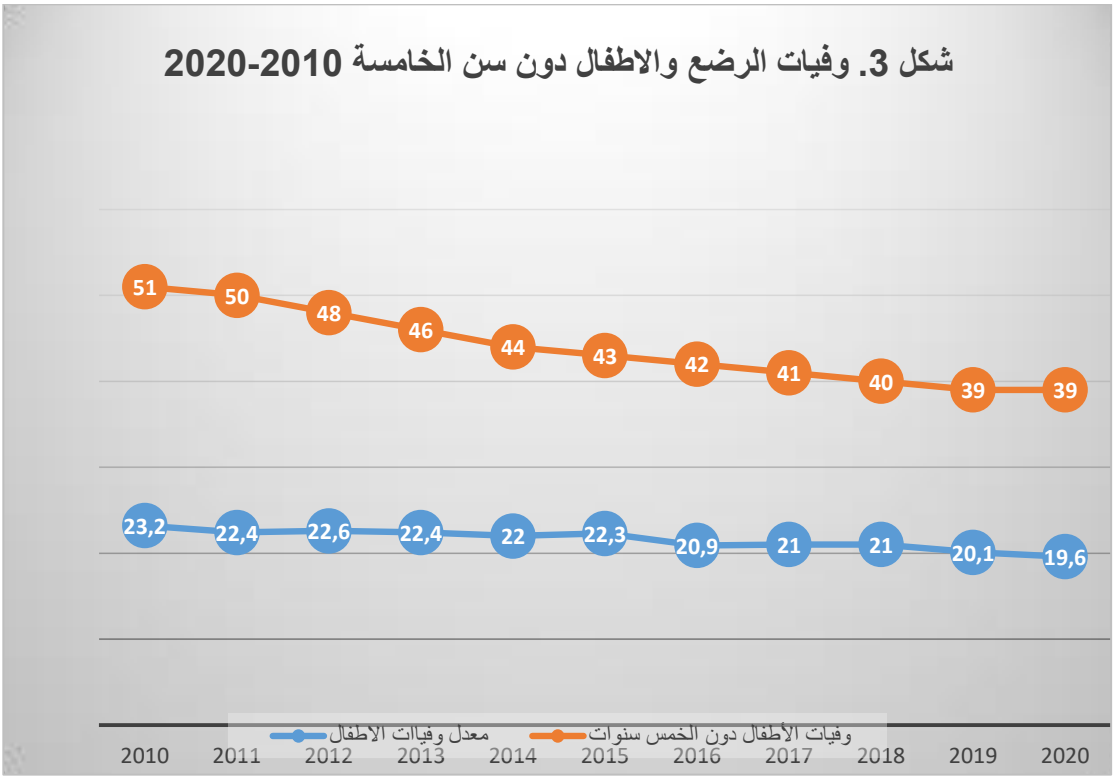
3. تطور وفيات الأطفال في الجزائر

1.3. وفيات الأطفال الرضع ودون سن الخامسة 2010-2020

جدول (01): تطور معدل الوفيات الاطفال في الجزائر من 2010 – 2020

السنوات	معدل وفيات الاطفال ‰
2010	23,2
2011	22,4
2012	22,6
2013	22,4
2014	22,0
2015	22,3
2016	20,9
2017	21,0
2018	21,0
2019	20,1
2020	19,6

المصدر. الديوان الوطني للإحصائيات



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول (1)

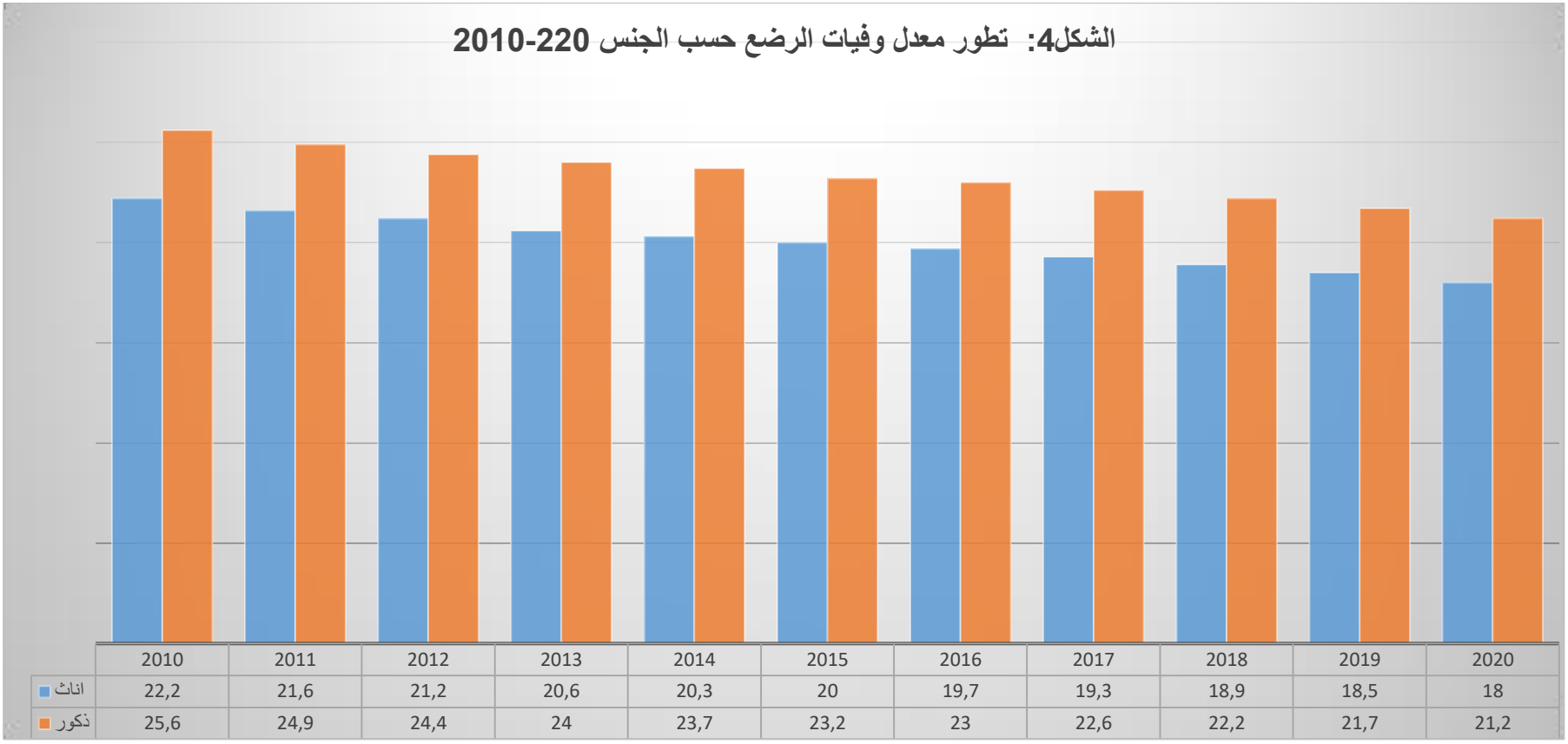
https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?locations=DZ

الشكل أعلاه يمثل تطور معدل وفيات الرضع ومعدل وفيات والأطفال دون سن الخامسة(1990-2015) اذ يظهر التراجع المستمر في معدلات وفيات الرضع ولأطفال اقل من خمس سنوات.

ويرجع ذلك الى السياسة الصحية في الجزائر والى الإمكانات التي سخرت من أجل بلوغ مستويات منخفضة للوفيات العامة ووفيات الأطفال(0-5) سنوات على وجه الخصوص.

2.3. وفيات الأطفال حسب الجنس

الشكل4: تطور معدل وفيات الرضع حسب الجنس 2010-220



	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
اناث	22,2	21,6	21,2	20,6	20,3	20	19,7	19,3	18,9	18,5	18
ذكور	25,6	24,9	24,4	24	23,7	23,2	23	22,6	22,2	21,7	21,2

المصدر:

من خلال الرسم أعلاه يتضح جليا ان معدل وفيات البنات أقل منه عند الذكور مما قد يوضح ان تعرض الذكور للوفاة أكبر من الاناث وحتى عند دراسة امل الحياة حسب الجنس يظهر ذلك واضحا، قد يفسر ذلك ان مناعة الاناث اقوى من مناعة المواليد ذكور وهو ما بينته العديد من الدراسات الديمغرافية.

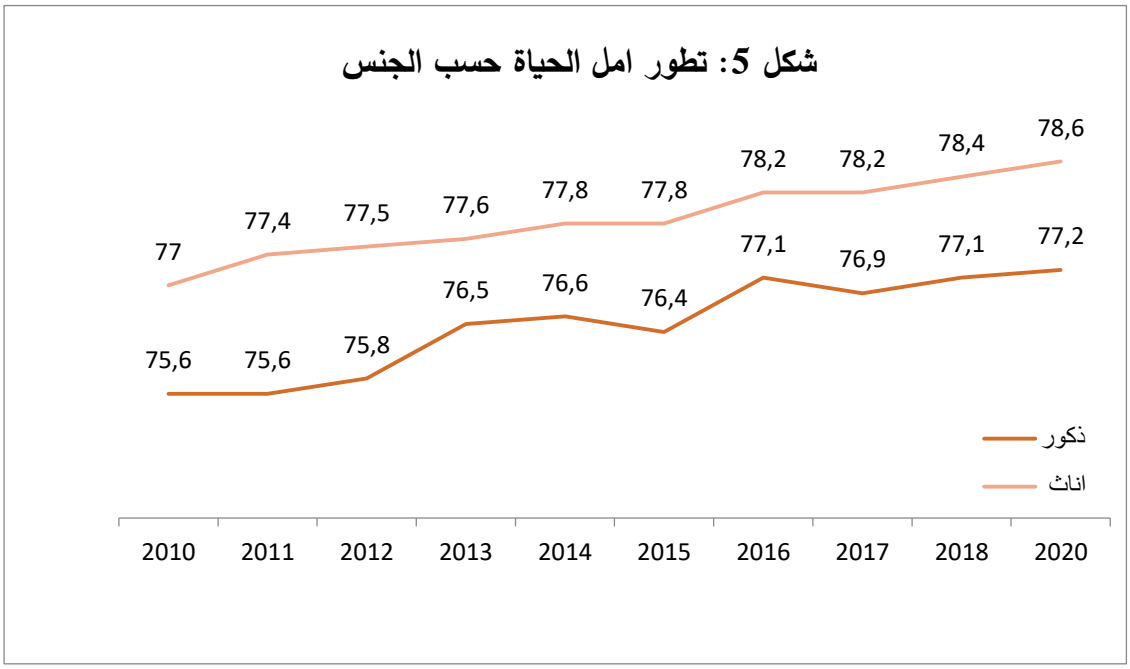
3. **تطور معدل امل الحياة الذكور عند الولادة**

4. **جدول (2):** تطور معدل امل الحياة حسب الجنس في الجزائر 2010-2020

السنوات	معدل أمل حياة الذكور ‰	معدل حياة الاناث ‰
2010	75,6	77
2011	75,6	77,4
2012	75,8	77,1
2013	76,5	77,6
2014	76,6	77,8
2015	76,4	77,8
2016	77,1	78,2
2017	76,9	78,2
2018	77,1	78,4

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء

شكل (06): تطور معدل امل الحياة حسب الجنس في الجزائر



المصدر:

4.3. وفيات الأطفال حسب سبب الوفاة

في الواقع ان احصائيات الوفاة مثلها مثل غيرها من الاحصائيات تتعرض للكثير من الأخطاء في التسجيل على مختلف الأصعدة، والتي ينبع معظمها من تطبيق التعاريف الخاصة بوفيات حديثي الولادة والخلط بينها وبين المواليد اموات، بالإضافة الى ذلك فان اكتمال التسجيل أو عدمه يمثل أيضا أحد الصعوبات المتعلقة بالتسجيل الحيوي، ففي

الفصـــــل الثـــانـــي: وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر

الجزائر لا يوجد نظام شامل لتسجيل أسباب الوفيات، حيث يقتصر هذا السلوك عادة على المستشفيات.

يعبر عن معدل الوفيات حسب السبب بعدد الوفيات في السنة لكل الف من السكان، يبدو حجم الوفيات حسب السبب يبدو منخفضا بسبب عدد السكان في منتصف السنة الذي يمثل المقام، ومنه يعتبر هذا المعدل بمثابة مؤشر لمعرفة مستوى الصحة العامة وحسب السن والجنس أيضا كما يبين معدل الوفاة حسب السبب نوع الامراض السائدة و تفاوت درجاتها في تأثيرها على الوفيات.

الخاتمة

على ضوء ما سبق وبالنظر للمعطيات المحصلة من الديوان الوطني للإحصائيات و المقدمة في الدراسة فانه يتضح جليا ان تطور معدلات الوفيات الاطفال دون الخامسة في انخفاض مستمر على الرغم من تفاوتت النسب بين الجنسين

ففي سنة 2010 بلغت نسبة 23,2‰ لكل الف مولود حي و تراجعت لتصبح سنة 2020 19,6 ‰ لكل مولود حي مع العلم ان فترة ما بين 2019-2020 شهدت ظهور جائحة الكوفيد-19 التي اعتبرت قاتلة هذا لم يسجل تراجع في التطور معدلات الوفيات, و بالتالي نستطيع القول ان الجائحة لم تؤثر كثير على نسبة وفيات المواليد دون الخامسة.

أما معدل الاطفال الرضع (دون السنة) فهو الأخر يعرف تحسن مستمر,

ففي سنة 2010 كان معدل وفيات الرضع يقدر ب 23,7‰ استمر هذا المعدل بالانخفاض حتى بلغ سنة 2020 19,6‰ وهي قفزة تثمن جهود الدولة بفارق 4,1‰ في عقد من الزمن , مما ينبئ بتحسن مستمر مستقبلا في تراجع معدلات وفيات الرضع خاصة ان السنة الاولى للميلاد تعتبر حساسة، وكذا بالنسبة لمعدلات وفيات الاطفال ما دون الخامسة .

أما عند المقارنة بين معدل الوفيات الاطفال بين الجنسين (ذكور/ الاناث) يمكن القول ان نسبة وفيات الاطفال الذكور اعلى من نسبة الوفيات الاناث خلال الفترة التي تقع ضمن اطار البحث اي من 2010-2020.

وبالرجوع الى امد الحياة في الجزائر الذي يعتبر من مؤشرات التنمية في الدول و الدليل على سياستها الصحية .

فتوضح المعطيات انه في سنة 2010 قدر امد الحياة في الجزائر ب 74, و في سنة 2020 وصل 77 سنة, اي انه تقدم بما يقدر ب 03 سنوات خلال عقد من الزمن .

ما تمت الإشارة اليه يعطي لمحة عن واقع معدل الوفيات الاطفال في الجزائر، و استمراره في الانخفاض وهو يدل على جهود الدولة الجزائرية في اطار العمل على تحسين المصحة على كل المستويات.