



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 01

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا



أمراض و وفيات الأمراض في الجزائر ما بين 1975-2008

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في الديمغرافيا تخصص : السكان والتنمية

إشراف:

إعداد الطالبة:

أ.د/حفاظ الطاهر

بن عمار نوال

رئيسا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر أ	فطيمة دريد
مقررا	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	حفاظ الطاهر
عضوا	جامعة بسكرة	أستاذ التعليم العالي	مليكة عرعور
عضوا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر أ	علي العكروف
عضوا	جامعة البليدة	أستاذ محاضر أ	رايح سعدي
عضوا	جامعة البليدة	أستاذ محاضر أ	يونس معزاري

السنة الجامعية 2017/2018



الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة باتنة 01

كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديمغرافيا



أمراض و وفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1975-2008

أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه LMD في الديمغرافيا تخصص : السكان والتنمية

إشراف:

إعداد الطالبة:

أ.د/حفاظ الطاهر

بن عمار نوال

رئيسا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر أ	فطيمة دريد
مقررا	جامعة باتنة 1	أستاذ التعليم العالي	حفاظ الطاهر
عضوا	جامعة بسكرة	أستاذ التعليم العالي	مليكة عرعور
عضوا	جامعة باتنة 1	أستاذ محاضر أ	علي العكروف
عضوا	جامعة البليدة	أستاذ محاضر أ	رايح سعدي
عضوا	جامعة البليدة	أستاذ محاضر أ	يونس معززي

السنة الجامعية 2017/2018

الشكر و التقدير

الحمد لله رب العالمين و الصلاة و السلام على المبعوث رحمة للعالمين سيدنا محمد و على آله و صحبه أجمعين.

عملا لقوله تعالى "و إذا تآذن ربك لئن شكرتم لأزيدنكم."

شكر لله على نعمه التي لا تقدر و لا تحصى و منها توفيقه تعالى على إتمام هذا العمل، و نتقدم بجزيل الشكر و الامتنان و خالص العرفان و التقدير إلى الأستاذ المؤطر "حفاظ الطاهر" الذي شرفنا بقبوله الإشراف على هذه الأطروحة و على دعمه و توجيهاته القيمة فجزاه الله خير الجزاء.

كما يسرنا أن نوجه أسمى التقدير و العرفان إلى أستاذتنا الفاضلة على إرشاداتها و آرائها الدكتورة " دريد فطيمة".

و إلى كل من ساندني و كان لي عوناً في إتمام هذا العمل.

بن عمار نوال

إهداء

إلى جميع

النساء الحوامل

اللاتي دفعن بحياتهن خلال فترة النفاس

بن عمار نوال

ملخص:

تشكل وفيات الأمهات مشكلة صحية عامة في الجزائر. و الهدف الرئيسي من هذا البحث هو دراسة تطور معدلات مرضة و الوفيات النفاسية في الجزائر، بغية تسليط الضوء على أهداف و غايات إستراتيجية لأمومة آمنة و مناقشة الخيارات للحد من وفيات الأمهات.

البيانات المستمدة من منشورات وزارة الصحة، فضلا عن مختلف الدراسات الاستقصائية التي أجريت في الجزائر و تتيح لنا المسح التكميلي الذي أجري في جناح الولادة في مريم بوعتورة بين عامي 2014-2017، تقدير معدل وفيات الأمهات و تحديد المحددات الرئيسية و الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية لوفيات الأمهات.

و يبين التحقيق الذي أجريناه أن وفيات الأمهات ترتبط في كثير من الأحيان بالحالة الاقتصادية و الاجتماعية للمرأة و لا سيما بين النساء اللواتي لا يملكن تعليما و أزواجهن من ذوي الدخل المنخفض، و يبدو أن وفيات الأمهات ناتجة عن مضاعفات أثناء الولادة التي تفاقمت لأسباب توليدية لم تعالج في الوقت المناسب في مركز التوليد.

ترتبط وفيات الأمهات بمشاكل توليدية مباشرة و التي قدرت ب 75,5 %، و السبب الرئيسي للوفاة هو النزيف و المضاعفات المرتبطة بالضغط الدموي (35,5 و 24,4 % من الحالات على التوالي).

و تدعو مسألة وفيات الأمهات إلى توعية جميع الموظفين الطبيين المعنيين بتحسين نوعية الرعاية قبل الحمل و بعده إلى الحد الذي يمكن فيه تجنب عدد وفيات الأمهات.

الكلمات المفتاحية: وفيات الأمهات، الجزائر، الأسباب التوليدية المباشرة و الغير مباشرة، ، العوامل الاجتماعية و الاقتصادية، استخدام الرعاية الصحية.

Résumé

La mortalité maternelle constitue un problème de santé publique en Algérie. L'objectif de cette recherche est d'examiner l'évolution ainsi que les déterminants de la morbidité et de la mortalité maternelle en Algérie, de mettre en évidence les buts et les objectifs d'une stratégie de maternité sans risque et de discuter des options permettant de réduire la mortalité maternelle.

Les données utilisées proviennent des publications du ministère de la santé ainsi que les différentes enquêtes menées en Algérie. Une enquête complémentaire réalisée au niveau de la maternité Meriem Bouatoura de Batna entre 2014 à 2017, permet d'estimer le taux de mortalité maternelle et d'identifier les déterminants majeurs, socio-économiques et sanitaires de la mortalité maternelle.

Notre investigation conduit à démontrer que la mortalité maternelle est souvent liée à la situation économique et sociale des femmes, en particulier chez les femmes sans instruction et dont les maris sont à faible revenu. Il ressort que la mortalité maternelle est le résultat de complications pendant l'accouchement aggravé par des antécédents obstétricaux non traités à temps dans le service obstétrical.

Les décès maternels observés sont liés à des problèmes obstétricaux directs 75,5%. La cause principale de décès reste les hémorragiques et les complications liées à l'hypertension artérielle durant la grossesse (28,8% et 17,7% des cas respectivement)

La problématique de la mortalité maternelle appelle à la conscience de tout le personnel médical concerné pour une meilleure prise en charge avant et après la grossesse dans la mesure où un certain nombre de décès maternels peuvent être évités.

Mots-clés: mortalité maternelle, Algérie, causes obstétricales directes et indirectes, prise en charge, facteurs socio-économiques, recours aux soins.

الفهرس

أ-هـ	قائمة الجداول
أ-د	قائمة المخططات
أ	قائمة الأشكال
أ-د	المقدمة العامة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

2	تمهيد
3	الدراسات السابقة
36	الإشكالية
37	الفرضيات
38	أسباب اختيار الموضوع
38	الهدف الخاص من الدراسة
38	أهداف الدراسة العامة
38	المنهج المتبع
39	حدود الدراسة
39	نبذة تاريخية حول وفيات الأمهات
40	تحديد المفاهيم
48	مصادر المعطيات
58	صعوبات الدراسة
59	خلاصة

الفصل الثاني: المنظومة الصحية الجزائرية

61.....	تمهيد.....
62.....	النظام الصحي الجزائري.....
65.....	التطور التاريخي للمنظومة الوطنية للصحة.....
66.....	مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر للفترة 1962-2011.....
71.....	إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.....
78.....	تحليل الإمكانيات المتوفرة في قطاع الصحة.....
89.....	تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة.....
95.....	بعض المؤشرات الديمغرافية التي تعكس الوضع الصحي في الجزائر.....
103.....	المؤشرات الاقتصادية و الاجتماعية المرتبطة بالنظام الصحي.....
109.....	تطور الأمراض و الوفيات في الجزائر.....
120.....	مصادر و أنظمة تمويل القطاع الصحي في الجزائر.....
131.....	خلاصة.....

الفصل الثالث: وفيات الأمهات في الجزائر

135.....	تمهيد.....
136.....	تطور وفيات الأمهات في العالم.....
142.....	وفيات الأمهات في العالم العربي المرتبطة بمضاعفات الحمل و الولادة.....
146.....	وفيات الأمهات في الجزائر.....
146.....	1. تطور متوسط سن المرأة أثناء الولادة.....
147.....	2. تطور نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين في مجال التوليد.....

148.....	3. معدل وفيات الأمهات في الجزائر منذ 1962 إلى 2014.
150.....	4. تقييم مستوى و اتجاه وفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1962-2015.
151.....	5. الخصوبة في الجزائر.
159.....	نتائج المسح الوطني لوفيات الأمهات في الجزائر سنة 1999.
170.....	وسائل منع الحمل.
173.....	خصائص وفيات الأمهات.
178.....	خلاصة.

الفصل الرابع: أسباب أمراض و وفيات الأمهات في الجزائر

181.....	تمهيد.
182.....	البرنامج الوطني لمكافحة أمراض و وفيات الأمهات في فترة ما حول الولادة.
186.....	أسباب وفيات الأمهات.
186.....	1) الأسباب التوليدية المباشرة.
189.....	2) الأسباب التوليدية الغير مباشرة.
191.....	الأسباب الكامنة وراء وفيات الأمهات في العالم.
194.....	الأسباب الكامنة وراء وفيات الأمهات في العالم العربي.
196.....	أسباب وفيات الأمهات في الجزائر.
196.....	1. توزيع الأسباب الكامنة وراء الوفاة.
198.....	2. الأسباب الأولية لوفيات الأمهات.
200.....	3. الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات.
202.....	4. توزيع أسباب الوفاة حسب مكان حدوثها.
204.....	العبء العالمي للأمراض GBD.

210.....	توزيع الوفيات حسب التصنيف العالمي للأمراض CIM10
217.....	أمراض الأمهات
226.....	الأمراض المنقولة جنسيا (SIDA)
229.....	خلاصة
الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل (مريم بوعتورة) ولاية باتنة دراسة استيعادية.	
231.....	تمهيد
232.....	المجال المكاني للدراسة
234.....	الإطار المنهجي للدراسة الميدانية
237.....	المنهجية المعتمدة في تحليل البيانات المتحصل عليها من المسح
244.....	تحليل النتائج المتحصل عليها من الاستمارة
301.....	خلاصة
304.....	نتائج الدراسة
309.....	التوصيات
313.....	خاتمة عامة
335.....	الملاحق

قائمة الجداول

الرقم	قائمة الجداول	الصفحة
1	أوجه التشابه و الاختلاف بين الدراسات.	27
2	مفاهيم أخرى لوفيات الأمهات حسب CIM10.	41
3	المقاييس الإحصائية لوفيات الأمهات.	45
4	التصنيف العالمي العاشر للأمراض (CIM10).	47
5	تطور عدد الأطباء الجزائريين والأجانب (1963-1972)	68
6	المنجزات المحققة في المجال الصحي ما بين 1962-1974	70
7	تطور هياكل و مؤسسات النظام الصحي في الجزائر ما بين 1975-2008	73
8	تطور نسب التغطية الصحية بوحدة العلاج القاعدية في الجزائر من 1995-2007	78
9	البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص في الجزائر خلال الفترة 1999-2007.	79
10	تطور نسبة الهياكل الصحية في الجزائر ما بين 1966-2006.	80
11	تطور عدد الأطباء العامون ما بين 1975-2007.	83
12	تطور عدد الأطباء الأخصائيين في الجزائر ما بين 1995-2007.	84
13	تطور عدد أطباء الأسنان في الجزائر ما بين 1975-2007.	85
14	تطور عدد الصيادلة في الجزائر ما بين 1975-2007.	86
15	تطور تشكيلة الشبه الطبيين حسب التأهيل في الجزائر ما بين 1991-2006.	87
16	تطور تشكيلة الإداريين التقنيين و عمال الخدمات في قطاع الصحة بالجزائر ما بين 1991-2004.	88
17	تطور تشكيلة عمال المؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2002-2005.	88
18	الهدف الرابع و الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.	90
19	تطور معدلات التغطية بالتطعيم (الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12-23 شهرا %).	91
20	تطور معدل وفيات الأطفال حسب الجنس لكل 1000 ولادة حية.	92
21	تطور سكان الجزائر من 1966 إلى 2008.	96
22	تطور معدلات النمو الطبيعي في الجزائر.	97
23	معدلات الزيادة الطبيعية لسكان الجزائر ما بين 1975-2008.	98
24	تطور عدد المواليد و الوفيات (بالألف).	99
25	تطور متوسط العمر عند الزواج الأول (بالسنوات).	99
26	توزيع السكان حسب الفئات العمرية في الجزائر ما بين 1966-2016.	101
27	تطور عدد النساء في سن الإنجاب المقيمت في الجزائر من 1966-2015.	101
28	تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة.	102

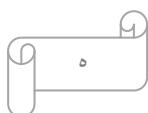
103	تطور معدل التنمية البشرية خلال الفترة الممتدة من 1975-2015.	29
104	تطور مؤشر التنمية البشرية و أهم مكوناته.	30
105	تطور مؤشر التعليم في الجزائر.	31
106	تطور الناتج الداخلي الخام (PIB) للفرد الواحد من 1975-2016 بالدولار الأمريكي \$.	32
108	تطور حجم و معدلات البطالة في الجزائر خلال الفترة 1992-2017.	33
110	التحول الوبائي و تطور الأمراض و برنامج اللقاحات الموسعة.	34
112	تصريحات أسباب الوفيات من 2004-2008.	35
112	نسبة الأسباب الغير محددة في شهادات الوفاة.	36
113	تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع من 1975-2016.	37
114	معدل وفيات الأطفال الرضع الأقل من خمس سنوات لكل 1000 مولود حي.	38
115	معدل وفيات البالغين من 15-60 سنة.	39
116	تقصي حالات الحمل الخطرة ما بين 2007-2009 (PMI).	40
117	تطور معدل وفيات الأمهات حسب مكان الولادة من 1994-1999.	41
118	توزيع وفيات الأمهات الاستشفائية حسب الفئات العمرية.	42
119	توزيع وفيات الأمهات حسب وقت حدوثها.	43
119	توزيع وفيات الأمهات حسب السبب.	44
121	تطور الإنفاق الصحي في الجزائر من 1979-2009.	45
124	مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة.	46
126	مدى مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة بالجزائر.	47
127	مدى مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة.	48
128	تطور مصادر تمويل ميزانية القطاعات الصحية و النفقات الصحية الوطنية.	49
130	تطور النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للناتج الداخلي الخام (PIB).	50
131	نسبة الدين لقطاع الصحة حسب الهياكل سنة 2004.	51
140	احتمال خطر وفيات الأمهات في العالم سنة 2008.	52
143	مؤشرات الإحصاءات الحيوية للسكان (المواليد، العمر المتوقع، الخصوبة، وفيات الأمهات).	53
145	الولادات التي تمت تحت إشراف أخصائيين.	54
146	تطور السن المتوسط للمرأة أثناء الولادة في الجزائر.	55
147	الولادات التي تمت تحت إشراف مختصين في المجال.	56
148	تطور معدل وفيات الأمهات من 1981 إلى 2008.	57
151	تطور المعدل العام للخصوبة العامة في الجزائر من 1975-2008.	58
152	تطور معدل الخصوبة العام حسب الفئات العمرية في الجزائر من تعداد 1977 إلى تعداد 2008.	59

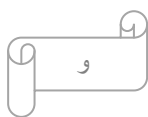
154	تطور معدل الخصوبة من 1977-2008 l'indice synthétique de fécondité (ISF).	60
156	تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر 1974-2008 (% للأزواج في سن الإنجاب يستخدمون طريقة من طرق منع الحمل).	61
159	معدل وفيات الأمهات حسب القطاع الصحي سنة 1999.	62
160	توزيع وفيات الأمهات وفقا لوقت حدوثها سنة 1999.	63
161	وفيات الأمهات حسب الفئات العمرية سنة 1999.	64
163	وفيات الأمهات و عدد حالات الحمل السابقة.	65
163	توزيع وفيات الأمهات حسب المدة المتبقية بعد الولادة.	66
164	توزيع وفيات الأمهات حسب المهنة.	67
165	توزيع وفيات الأمهات من خلال عدد الزيارات قبل الولادة.	68
166	تطور الحصول على الرعاية الصحية للأمهات قبل الولادة و بعدها.	69
168	توزيع وفيات الأمهات حسب القطاع الصحي.	70
169	تطور معدل الولادات في وسط فيه مساعدة طبية من 1962-2011.	71
170	معدل استعمال وسائل منع الحمل [15-49] سنة حسب الطريقة و نسبة تطورها خلال فترة 1986-2006.	72
191	الوفيات المقدره لمضاعفات التوليد الرئيسية في جميع أنحاء العالم و تأثير الوفيات المحتملة التي يمكن الوقاية منها.	73
194	الأسباب الطبية لوفيات الأمهات في الدول العربية.	74
196	توزيع الأسباب الكامنة وراء الوفاة.	75
198	الأسباب الأولية للوفاة.	76
200	توزيع الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات.	77
202	الأسباب الكامنة وراء الوفاة.	78
204	تصنيف العبء العالمي للأمراض GBD.	79
205	توزيع الوفيات حسب تصنيف GBD للأمراض.	80
206	توزيع الوفيات حسب المجموعة المرضية و التصنيف العالمي للأمراض GBD للنساء.	81
207	الأسباب العشرة الأولى للوفاة حسب تصنيف GBD.	82
207	توزيع الأسباب العشرة الأولى للوفاة عند النساء حسب تصنيف GBD.	83
209	توزيع الوفيات التي تنتقل عن طريق العدوى في فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية حسب تصنيف GBD.	84
211	توزيع الوفيات حسب التصنيف العالمي للأمراض CIM10.	85
212	توزيع وفيات النساء حسب الفئات المرضية من خلال CIM10.	86

214	توزيع وفيات الأمهات لأسباب و مضاعفات الحمل و الولادة حسب التصنيف الدولي للأمراض CIM10.	87
215	توزيع الوفيات التي تنتقل عن طريق العدوى في فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية حسب الفئات العمرية.	88
217	توزيع الوفيات حسب السبب.	89
218	توزيع الوفيات حسب العمر.	90
219	نسبة النساء المتزوجات [15-49] سنة اعتمادا على وضعهن الصحي و تطوره.	91
220	نسبة النساء المتزوجات في سن [15-49] سنة لديهن مرض مزمن.	92
222	انتشار هبوط الرحم لدى النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة.	93
222	الأسباب الكامنة وراء عدم القيام بفحوصات طبية أثناء هبوط الرحم.	94
223	نسبة النساء اللاتي يعانين من أعراض التهابات عنق الرحم.	95
225	توزيع النساء المتزوجات في سن الإنجاب حسب المكان المعتاد للقيام بالفحوصات.	96
227	توزيع حالات الإيدز التراكمية للإناث حسب الفئات العمرية من 1985-2001.	97
234	نسبة النساء في سن الإنجاب ما بين 1966-2005 في ولاية باتنة.	98
238	تطور إجمالي عدد الموظفين لكل الأسلاك بالإضافة إلى العمال في إطار عقود ما قبل التشغيل و مستخدمى المستشفى لسنة 2017.	99
240	معدل وفيات الأمهات.	100

241	توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الولادات و المواليد الأحياء و الولادات المتعسرة و القيصرية و حالات الإجهاض من 2014-2017.	101
242	توزيع حالات الحمل المصحوبة بخطر ما بين 2014-2017.	102
244	توزيع وفيات الأمهات ما بين 2014-2017 حسب الفئات العمرية.	103
245	توزيع وفيات الأمهات حسب المستوى التعليمي من 2014-إلى 2017.	104
247	توزيع وفيات الأمهات من 2014-2017 حسب المهنة.	105
248	الحالة الاجتماعية وقت الوفاة ما بين 2014-2017.	106
249	توزيع وفيات الأمهات حسب مهنة الزوج من 2014-2017.	107
250	توزيع وفيات الأمهات حسب الوسط الذي تعيش فيه من 2014-2017.	108
251	توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الحمل السابقة ما بين 2014-2017.	109
253	توزيع وفيات الأمهات حسب الخلفية الجراحية ما بين 2014-2017.	110
254	توزيع وفيات الأمهات حسب الخلفية المرضية المتواجدة قبل الحمل الحالي ما بين 2014-2017.	111
255	توزيع وفيات الأمهات حسب توفر الدفتر الصحي ما بين 2014-2017.	112

257	توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الحمل ما بين 2014-2017.	113
258	توزيع وفيات الأمهات حسب عمر الحمل ما بين 2014-2017.	114
259	توزيع وفيات الأمهات حسب حالة الحمل ما بين 2014-2017.	115
260	توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الخطر ما بين 2014-2017.	116
261	توزيع وفيات الأمهات حسب طبيعة المنشأة المتواجدة فيها ما بين 2014-2017.	117
262	توزيع وفيات الأمهات حسب المشرف عليها أثناء تواجدها بالمركز الصحي ما بين 2014-2017.	118
264	توزيع وفيات الأمهات حسب من قام بتوليدها ما بين 2014-2017.	119
265	توزيع وفيات الأمهات حسب طريقة الولادة ما بين 2014-2017.	120
267	توزيع وفيات الأمهات حسب الأمراض المتواجدة في عملية الولادة ما بين 2014-2017.	121
268	توزيع وفيات الأمهات حسب نوع التحذير ما بين 2014-2017.	122
269	توزيع وفيات الأمهات حسب حالة الطفل عند الولادة ما بين 2014-2017.	123
271	توزيع وفيات الأمهات حسب وزن أطفالهن ما بين 2014-2017.	124
273	توزيع وفيات الأمهات حسب جنس الجنين ما بين 2014-2017.	125
273	توزيع وفيات الأمهات حسب فصيلة الدم ما بين 2014-2017.	126
274	توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الحوض لديهن ما بين 2014-2017.	127
275	توزيع وفيات الأمهات حسب الأمراض المتواجدة في فترة النفاس ما بين 2014-2017.	128
276	توزيع وفيات الأمهات حسب الأمراض المتواجدة في فترة النفاس ما بين 2014-2017.	129
278	توزيع وفيات الأمهات حسب الإخلاء ما بين 2014-2017.	130
278	توزيع وفيات الأمهات حسب أسباب الإخلاء ما بين 2014-2017.	131
279	توزيع وفيات الأمهات حسب مكان الإخلاء ما بين 2014-2017.	132
280	توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الوسيلة المستعملة للإخلاء ما بين 2014-2017.	133
281	توزيع وفيات الأمهات حسب وقت الوفاة ما بين 2014-2017.	134
282	توزيع وفيات الأمهات حسب الفترة التي حدثت فيها الوفاة ما بين 2014-2017.	135
284	توزيع وفيات الأمهات حسب الشهر الذي حدثت فيه الوفاة ما بين 2014-2017.	136
284	توزيع وفيات الأمهات حسب مكان الوفاة ما بين 2014-2017.	137
285	توزيع وفيات الأمهات حسب حالات الإجهاض ما بين 2014-2017.	138
287	توزيع وفيات الأمهات حسب ظروف و سبب الوفاة ما بين 2014-2017.	139
290	توزيع وفيات الأمهات حسب الأسباب التوليدية المباشرة و الغير مباشرة ما بين 2014-2017.	140
292	توزيع وفيات الأمهات حسب الأسباب التوليدية للوفاة ما بين 2014-2017.	141
294	توزيع وفيات الأمهات حسب الفترة و الأسباب التوليدية للوفاة ما بين 2014-2017.	142
296	توزيع وفيات الأمهات حسب أسباب و سنوات الوفاة (2014-2015-2016-2017).	143
298	توزيع وفيات الأمهات حسب العمر و سبب الوفاة ما بين 2014-2017.	144





قائمة المخططات

الرقم	عنوان المخطط	الصفحة
01	تطور نسبة الهياكل الصحية في الجزائر من 1966-2006.	81
02	نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل بآخر مولود خلال الفترة الممتدة 2001-2006	93
03	نسبة السيدات اللاتي تلقين جرعة واحدة ضد التيتانوس خلال الفترة 2001-2006	94
04	نسبة السيدات اللاتي وضعن مولدهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل في بعض الدول العربية من 2001-2006	94
05	نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة في بعض الدول العربية من 2001-2006	95
06	تطور الناتج الداخلي الخام (PIB) للفرد الواحد من 1975-2008 (بالدولار الأمريكي \$)	107
07	تطور معدل الوفيات الخام في الجزائر ما بين 1975-2008.	111
08	معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات	115
09	تطور مصادر تمويل ميزانية القطاعات الصحية	129
10	احتمال خطر حدوث وفيات الأمهات في العالم	141
11	معدل وفيات الأمهات في العالم العربي لكل 100000 مولود حي لسنة 1985-2001	144
12	الولادات التي تتم تحت إشراف مختصين في المجال	147
13	تطور معدل وفيات الأمهات من 1962 إلى 2014.	149
14	تطور المعدل العام للخصوبة العامة في الجزائر.	152
15	معدل الخصوبة العام حسب الفئات العمرية.	153
16	نسبة انتشار موانع الحمل في الجزائر 1974-2008.	158
17	معدل وفيات الأمهات حسب المنطقة الصحية و في سن الإنجاب 1999.	159
18	توزيع وفيات الأمهات وفقا لوقت حدوثها 1999.	161
19	توزيع وفيات الأمهات حسب الفئات العمرية.	162

164	توزيع وفيات الأمهات حسب المدة المنقضية.	20
166	توزيع وفيات الأمهات من خلال عدد الزيارات قبل الولادة.	21
167	تطور الحصول على الرعاية الصحية للأمهات قبل الولادة و بعدها.	22
168	توزيع وفيات الأمهات حسب القطاع الصحي.	23
171	معدل استعمال منع الحمل [15-49] سنة حسب الطريقة و نسبة تطورها خلال فترة 1986-2006.	24
192	أسباب وفيات الأمهات في العالم لسنة 2005.	25
193	أسباب وفيات الأمهات في العالم سنة 2014.	26
195	الأسباب الطبية لوفيات الأمهات في الوطن العربي.	27
197	توزيع الأسباب الكامنة وراء الوفاة.	28
199	الأسباب الأولية للوفاة.	29
201	توزيع الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات.	30
203	توزيع أسباب الوفاة حسب مكان حدوثها.	31
208	توزيع الأسباب العشرة الأولى للوفاة عند النساء حسب تصنيف GBD.	32
210	توزيع الوفيات التي تنتقل عن طريق العدوى في فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية حسب تصنيف GBD.	33
213	توزيع وفيات النساء حسب الفئات المرضية من خلال CIM10.	34
216	توزيع الوفيات التي تنتقل عن طريق العدوى في فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية حسب الفئات العمرية.	35
217	توزيع الوفيات حسب السبب.	36
221	نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة لديهن مرض مزمن.	37
226	توزيع النساء المتزوجات في سن الإنجاب حسب المكان المعتاد للتشاور.	38
228	توزيع حالات الإيدز التراكمية حسب الفئات العمرية من 1985-2001.	39

234	التوزيع السنوي لوفيات الأمهات حسب معدل وفيات الأمهات.	40
236	توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الولادات و المواليد الأحياء و الولادات المتعسرة و القيصرية و حالات الإجهاض من 2014-2017	41
237	توزيع حالات الحمل حسب نوع الخطر من 2014-2017.	42
239	توزيع وفيات الأمهات خلال سنوات 2014-2017 حسب الفئات العمرية.	43
240	توزيع وفيات الأمهات حسب المستوى التعليمي من 2014 إلى 2017.	44
241	توزيع وفيات الأمهات حسب المهنة ما بين 2014-2017.	45
242	توزيع وفيات الأمهات حسب الحالة الاجتماعية من 2014 إلى 2017.	46
243	توزيع وفيات الأمهات حسب مهنة الزوج من 2014 إلى 2017.	47
245	توزيع وفيات الأمهات حسب الوسط الذي تعيش فيه من 2014 إلى 2017.	48
246	توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الحمل السابقة ما بين 2014-2017.	49
247	توزيع وفيات الأمهات حسب الخلفية الجراحية ما بين 2014-2017.	50
249	توزيع وفيات الأمهات حسب الخلفية المرضية المتواجدة قبل الحمل الحالي ما بين 2014-2017.	51
250	توزيع وفيات الأمهات حسب توفر الدفتر الصحي ما بين 2014-2017.	52
251	توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الحمل ما بين 2014-2017.	53
252	توزيع وفيات الأمهات حسب عمر الحمل ما بين 2014-2017.	54
253	توزيع وفيات الأمهات حسب حالة الحمل ما بين 2014-2017.	55
255	توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الخطر ما بين 2014-2017	56
256	توزيع وفيات الأمهات حسب طبيعة المنشأة الصحية المتواجدة فيها ما بين 2014-2017.	57
257	توزيع وفيات الأمهات حسب المشرف عليها أثناء تواجدها بالمركز الصحي ما بين 2014-2017.	58
259	توزيع وفيات الأمهات حسب من قام بتوليدها ما بين 2014-2017.	59
260	توزيع وفيات الأمهات حسب طريقة الولادة ما بين 2014-2017.	60

262	توزيع وفيات الأمهات حسب الأمراض المتواجدة في عملية الولادة ما بين 2014-2017.	61
264	توزيع وفيات الأمهات حسب حالة الطفل عند الولادة ما بين 2014-2017.	62
266	توزيع وفيات الأمهات حسب وزن أطفالهن ما بين 2014-2017.	63
269	توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الحوض لديهن ما بين 2014-2017.	64
271	توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الأمراض المتواجدة في فترة النفاس ما بين 2014-2017.	65
273	توزيع وفيات الأمهات حسب أسباب الإخلاء ما بين 2014-2017.	66
274	توزيع وفيات الأمهات حسب مكان الإخلاء ما بين 2014-2017.	67
275	توزيع وفيات الأمهات حسب وقت الوفاة ما بين 2014-2017.	68
277	توزيع وفيات الأمهات حسب الفترة التي حدثت فيها الوفاة ما بين 2014-2017.	69
280	توزيع وفيات الأمهات حسب حالات الإجهاض ما بين 2014-2017.	70
283	توزيع وفيات الأمهات حسب ظروف و سبب الوفاة ما بين 2014-2017.	71
284	توزيع وفيات الأمهات حسب الأسباب التوليدية المباشرة و الغير المباشرة ما بين 2014-2017.	72
287	توزيع وفيات الأمهات حسب الأسباب التوليدية للوفاة ما بين 2014-2017.	73
289	توزيع وفيات الأمهات حسب الفترة و الأسباب التوليدية للوفاة ما بين 2014-2017.	74
291	توزيع وفيات الأمهات حسب فترة الوفاة و الفئات العمرية ما بين 2014-2017.	75
293	توزيع وفيات الأمهات حسب العمر و سبب الوفاة ما بين 2014-2017.	76

قائمة الأشكال

الصفحة	عنوان الشكل	الرقم
100	تطور متوسط سن الزواج الأول في الجزائر حسب الولايات المختلفة ذكور و إناث.	1
137	وفيات الأمهات في العالم لسنة 2005	2
138	معدل وفيات الأمهات في العالم سنة 2008.	3
139	معدل وفيات الأمهات في العالم سنة 2015 لكل 100000 مولود حي.	4
150	تقييم مستوى و اتجاه وفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1962 إلى غاية 2015.	5
172	معدل انتشار موانع الحمل عبر مختلف مناطق الوطن	6
232	الحدود الجغرافية لولاية باتنة.	7
233	السكان المقيمين في ولاية باتنة حسب السن و الجنس و حسب إحصاء سنة 2012	8

مقدمة

مقدمة عامة:

ربما كان من أعظم علامات التخلف في عالمنا أن تكون البلدان و المجتمعات عاجزة عن ضمان استمرارية العيش و البقاء للآلاف من مواطنيها من النساء و اللاتي لا حول لهن و لا قوة، و لا يجدن في انتظارهن لحظة منحهن الدنيا مولودا سوى الموت في ألم موحش.

و تعتبر وفيات و إصابات الأمومة في الدول النامية مأساة بولغ في تجاهلها من قبل أولئك الذين وضعوا سياسة الأولويات للبرامج الصحية الوطنية و الدولية لأن الذين يشكون من وطأة المعاناة هم في الغالب من سكان المناطق النائية من الفقراء الأميين الذين لا يملكون أي ثقل سياسي يذكر.

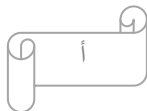
و تشير تقديرات منظمة الصحة العالمية إلى وجود نصف مليون حالة وفاة أمومة في العالم سنويا و أن نصيب الدول النامية منها يبلغ 98 % ، و هذا يعني أنه في ظل دقيقة من كل يوم تموت امرأة من الدول النامية أثناء الإنجاب أو بسبب النتائج المرتبطة بذلك.

و بالإمكان تفادي تسع من كل عشرة حالة وفاة في هذه البلدان باستخدام أساليب معينة من المعرفة و التكنولوجيا المتوفرة منذ عشرات السنين، و بالإضافة إلى كل حالة وفاة تحدث أثناء الإنجاب نجد أن الكثير من الأمهات يتعرضن كذلك لأمراض تضر بصحتهن على المدى البعيد نتيجة المضاعفات و المشاكل التي تحدث أثناء الحمل و الولادة مثل العقم و انحرافات الرحم و أمراض أخرى تساهم جميعا في المعاناة الدائمة، و هذه الأشكال من أمراض الأمومة يمكن أن تكون بمثابة الصاعقة المدمرة لشخصية المرأة و حياتها الزوجية و الاجتماعية و العائلية.

و التناقض الموجود بين الدول المتقدمة و النامية و الخاص بحالات وفاة الأمومة هو في الواقع أكبر من أي مؤشر صحي عام آخر بما في ذلك نسبة وفيات الرضع التي يتم اعتبارها في الغالب كمقياس للمقارنة بين الهوة الموجودة بين هذه الدول ،فمعدل نسبة حالات وفيات الرضع في الدول النامية تبلغ عشرة أضعاف النسبة الموجودة في الدول المتقدمة، بينما مخاطر وفاة المرأة في الدول النامية عند الحمل أو الإنجاب ما بين خمسين إلى مائة ضعف مقارنة ببعض الدول المتقدمة و هكذا نرى أن معدل مخاطر وفاة امرأة من إفريقيا لأي سبب متعلق بالحمل يمكن أن يصل إلى نسبة واحدة إلى عشرين مقارنة بنسبة 1 إلى 6 آلاف في أمريكا الشمالية و واحد إلى عشرة آلاف في شمال أوروبا.

و النساء اللاتي يتعرضن للمعاناة في الدول النامية هن في الغالب من سكان الأحياء الريفية الفقيرة النائية، كما أن الفقر و الأمية و الجهل و ضعف الصحة و التغذية و افتقارهن للرعاية الصحية الأساسية و التنظيم الأسري و موقعه في دائرة التخلف سواء في الحياة الاقتصادية و القانونية و الالتزام بالتقاليد و المحرمات الصارمة تشكل أيضا عوامل إضافية لزيادة معاناتهن.¹

¹ نجية صالح باحبيش، سعاد عبد الكريم الأرياني، د. آمة الكريم علي حمد، د. أحمد إسماعيل غازي، نحو إستراتيجية آمنة للأمومة في الجمهورية اليمنية، (د.ن)، (د.ت)، ص 1،2.



و تجدر الإشارة إلى أن نسبة وفاة المرأة لأسباب مرتبطة بالحمل في بلد ترتفع فيه نسبة الوفيات كثيرا، إلا أنه يمتاز بنسبة إنجاب معتدلة و هي أقل من نسبة المخاطر التي تتعرض لها المرأة في بلد تكثر فيه نسبة زيادة وفيات الأمومة و الإنجاب معا، ففي (بالي) مثلا تبلغ نسبة وفيات الأمومة 700 وفاة لكل 100000 ولادة حية ، أي تتعرض امرأة من بين 32 امرأة لخطر الموت لأسباب متعلقة بالحمل، بينما في بنجلاديش امرأة من بين 26 امرأة تتعرض للموت للأسباب ذاتها رغم أن نسبة وفيات الأمومة فيه هي 600 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية إلا أن نسبة المواليد فيه أكثر.

إن العوامل البيولوجية الموجودة في جميع أنحاء العالم تزيد من مخاطر عدم قيام المرأة بدورها في تطوير الحياة و تنذر بالمزيد من التعقيدات، فبالإضافة إلى العوامل المميزة للمرأة مثل حالتها الاجتماعية و ظروف تغذيتها و صحتها، إلا أن عمر المرأة و عدد حالات الحمل السابقة لديها تعتبر من أسهل العوامل المميزة و المعترف بها عالميا، و بالرغم من أن معظم تعقيدات حالات التوليد في معظم البلدان المتطورة قد تم التعامل معها بصورة مقبولة إلا أن المخاطر الإضافية المرتبطة بذلك لا تزال قائمة.

و الكثير من أسباب وفيات و أمراض الأمومة قد ضربت جذورها في الأعماق، و يجب معالجتها في إطار المضمون الشامل لخطة التنمية الاجتماعية و الاقتصادية لتحسين وضع المرأة الصحي إلا أنه توجد على المدى القريب استراتيجيات ثقافية و علمية ستساهم في التقليل من وفيات الأمومة بدرجة كبيرة و تحسين صحة المرأة.

إن مشكلة أمراض و وفيات الأمومة موجودة منذ سنوات عديدة إلا أن المجتمعات التقليدية قد رضيت و قبلت هذه المخاطر و اعتبرتھا طبيعية و لا يمكن تجنبها لأنها كانت تعتبر الحمل عملية ذات آلة صحية أساسية مرغوب فيها.

و لم يبدأ الناس في تحديد الخلط المريع بين القدرة الشخصية و الإهمال السياسي لمتطلبات المرأة إلا في عهد قريب، و بصوب عال و أساليب دولية متعددة .

ولقد ساعدت الأمم المتحدة عند تبنيها لبرنامج العقد العالمي للمرأة (1976-1985) في جذب اهتمام العالم نحو مساهمة المرأة الحيوية في الحياة و تطوير المجتمعات و الشعوب ، و بدأ زيادة هذه المساهمة تتطلب التزام جميع الدول بتقديم ما في وسعها من أجل تحسين ظروف المرأة الصحية و تقليص نسبة أمراض و وفيات الأمهات المرتفعة.

و انعكس القلق المتعلق بالازدياد الغير المقبول لحالات وفاة الأمهات في المؤتمر العالمي للسكان الذي انعقد عام 1984 بمدينة مكسيكو و كذا المؤتمر الدولي الذي انعقد في مؤتمر نيروبي سنة 1985 لاستعراض و تقديم إنجازات العقد العالمي للمرأة و الذي أوصى بكل وضوح بأن تقلص نسبة عدد وفيات الأمهات في العالم منذ هذه الفترة إلى غاية سنة 2000 بحيث يجب أن يكون هدفا رئيسيا لجميع المنظمات الحكومية و الغير الحكومية، بما في ذلك المنظمات التخصصية.

كما اعترفت كل من الجمعية الرابعة للصحة العالمية الذي انعقد في أمستردام سنة 1989 و مؤتمر الأمومة الآمنة الذي انعقد في نيروبي في فيفري 1987 تحت إشراف البنك الدولي و منظمة الصحة العالمية و بتعاون مع برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بضرورة تنسيق الجهود عالميا لتقليل حالات أمراض و وفيات الأمهات المرتفعة جدا في الدول النامية.¹

¹ نجيبية صالح باحبيش و باحثين آخرين، مرجع سابق، ص 3.

وقد شارك ممثلون من هذه الوكالات ووكالات أخرى و خبراء في مجال الصحة و أخصائون مخططون من أكثر من 45 بلدا من البلدان المتقدمة و النامية، و اقترح المشتركون في هذه المؤتمرات بأن على المؤسسات الوطنية و الدولية أن تلتزم بالعمل على تحقيق هدف تقليص معدل وفيات الأمومة إلى النصف على الأقل بحلول سنة 2000.

و كان مؤتمر نيروبي سنة 1987 قد تبني الدعوة للقيام بمبادرات صحية محددة متاحة تهدف إلى التقليل منة المخاطر الصحية التي تؤدي إلى وفيات الأمهات، و هذه المبادرات التي تركز على بعض النقاط الرئيسية تشمل مايلي:

- توسيع و تقوية خدمات الأمومة الصحية بما في ذلك إقامة مراكز الرعاية في التجمعات السكانية و دعمها بأفضل الوسائل لخدمة الأمهات اللائي يتطلبن مهارات عالية أثناء الولادة.
- زيادة توسيع خدمات تنظيم الأسرة.
- تحسين الوضع الثقافي و القانوني للنساء و فتح الفرص الثقافية و الاقتصادية أمامهن.

و استحابة لهذه الدعوة التي وجهها المؤتمر، يقوم برنامج الأمم المتحدة الإنمائي بالتعاون مع الوكالات الشقيقة الأخرى، و خاصة منظمة الأمم المتحدة لتنظيم الأسرة و اليونيسيف و البنك الدولي و منظمة الصحة العالمية بدعم العديد من النشاطات على المستويات العالمية و الإقليمية و الدولية و التي تشمل دعم عمليات البحوث الخاصة بالبرامج الوطنية و تطويرها و نشر المعلومات و التدريب و تطوير الإرشادات الفنية.

و في الوقت الذي أصبحت فيه السلطات الوطنية مدركة لحجم وفيات الأمومة إلا أن حكومة قليلة فقط أخذت في إتباع و تنفيذ سياسات وطنية فعالة، و خلاصة القول يجب بذل المزيد من الاهتمام و الدعم المتواصل على مستوى كل بلد¹، و على مستوى وزارة الصحة خاصة و الحكومة الجزائرية عامة لو أردنا فعلا تقليص معدلات وفيات الأمهات.

و في ضوء ذلك فقد تم تقسيم الدراسة إلى خمسة فصول، أولهم خصص للبناء المنهجي للبحث أما ثلاث فصول للإطار النظري بالإضافة إلى الفصل الخاص بدراسة وفيات الأمهات في ولاية باتنة كدراسة حالة.

الفصل الأول: الذي خصصناه للبناء المنهجي للدراسة أي ما يتعلق بالإطار الأكثر تجريدا فيها و المتضمن

الدراسات السابقة كترجمات معرفية نستشهد و ننطلق مجددا من نتائجها و التي خصص لها جزء كبير من أجل الإحاطة بالموضوع و معرفة ما سبق من دراسات، و الذي تمكنا من خلاله إلى إبراز الإشكالية التي صاحبته مجموعة من الفرضيات التي تغطي كل منها جانب من جوانب الموضوع، و أهداف الدراسة بغية الوصول إلى نتائج لم يتم التوصل إليها و منها الهدف الخاص و الأهداف العامة للدراسة أما المنهج المتبع فهو المنهج الوصفي التحليلي نظرا لخصوصية الموضوع و قلة المعطيات القاعدية، كما تم التطرق إلى نبذة تاريخية حول وفيات الأمهات، أما مصادر المعطيات فكانت عبارة عن مسوحات و تحقيقات و تعدادات و مشاريع و برامج و تم الاعتماد كذلك على مجموعة من الدراسات و المقالات المنشورة في بعض المواقع الخاصة على شبكة الانترنت، وصولا إلى تحديد المفاهيم الأساسية للدراسة نظريا و إجرائيا باعتبارها أداة للبحث و ختمنا الفصل بمجموعة من الصعوبات التي واجهتنا في أثناء إنجاز هذا البحث العلمي.

¹ نجيبة صالح باحبيش و باحثين آخرين، نفس المرجع، ص 4.

الفصل الثاني: تعرضنا فيه لدراسة النظام الصحي الجزائري من خلال مفهومه و الوظائف الأساسية له و مكوناته،

و كذا التطور التاريخي للمنظومة الوطنية الصحية من 1962 إلى غاية 2011 كما التطرق إلى كيفية إصلاح المنظومة الصحية الوطنية و أوجه القصور في النظام الصحي و طرق معالجتها، و في هذا الجزء من الدراسة تم تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة و دراسة بعض المؤشرات التي تعكس الوضع الصحي في الجزائر، و ما هي المصادر الأساسية لتمويل القطاع و كنقطة أخيرة في هذا الفصل و التي ختمنا بها هي تشخيص الجوانب الإيجابية و السلبية لنمط التمويل في الجزائر.

الفصل الثالث: و يتضمن وفيات الأمهات في الجزائر بصفة عامة، و لقد قمنا بدراسة و كنقطة أولى وفيات

الأمهات في العالم تليها دراسة وفيات الأمهات في العالم العربي، و تم الاعتماد لدراسة وفيات الأمهات في الجزائر على المسح الوطني الخاص بوفيات الأمهات في الجزائر لسنة 1999، و كذا تم إجراء تقييم عام لوفيات الأمهات من سنة 1981 إلى غاية 2008.

الفصل الرابع: و هو فصل خاص بدراسة أسباب أمراض و وفيات الأمهات في الجزائر، من خلال البرنامج الوطني

لمكافحة أمراض و وفيات الأمهات في فترة ما حول الولادة، و تطرقنا فيه إلى أسباب وفيات الأمهات سواء المباشرة منها أو الغير مباشرة بصفة عامة، ثم بعد ذلك تم عرض أسباب وفيات الأمهات عالميا و عربيا، و في الأخير درسنا أسباب وفيات الأمومة في الجزائر بالتفصيل.

الفصل الخامس: : تضمن دراسة وفيات الأمهات في ولاية باتنة، بغية رصد أفضل لعوامل الخطر و الأسباب

المرضية المتعلقة بوفيات الأمهات، ولقد تم الاعتماد في هذا الفصل على إجراء تحقيق حول وفيات الأمهات لأربع سنوات بداية من 1 جانفي 2014 إلى غاية 30 أكتوبر 2017 في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم و الطفل مريم بوعتورة.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة.

تمهيد

1. الدراسات السابقة.
2. الإشكالية.
3. الفرضيات.
4. أسباب اختيار الموضوع.
5. الهدف الخاص من الدراسة.
6. أهداف الدراسة العامة.
7. المنهج المتبع.
8. حدود الدراسة.
9. نبذة تاريخية حول وفيات الأمهات.
10. تحديد المفاهيم.
11. مصادر المعطيات.
12. صعوبات البحث.

الخلاصة.

تمهيد:

وفقا لتقرير منظمة الصحة العالمية 7 أبريل 2005 في كل عام تموت 529000 من النساء أثناء الحمل و الولادة، و في البلدان النامية تعاني أكثر من 300 مليون امرأة من الحالات الحادة أو المزمنة المرتبطة بالحمل و الولادة بما في ذلك فقر الدم الحاد و العقم و تلف الرحم و الجهاز التناسلي و الآثار الاجتماعية و الثقافية و تحدث تقريبا هذه الوفيات في البلدان النامية.

في فجر الألفية الثالثة، مأساة وفيات الأمهات لا تزال نفسها و هي مشكلة تضرب الدول النامية خاصة في أفريقيا حيث الأوضاع الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية و الصحية غير مستقرة الخطورة تعرض المرأة لمضاعفات الحمل و الولادة.

تعتبر وفيات الأمهات مؤشر للصحة الذي يعكس الفجوة بين البلدان الغنية و الفقيرة، ففي المؤتمر العالمي للأمومة الذي عقد سنة 1987 في نيروبي بكينيا تم لفت الانتباه إلى حقيقة أن معدلات وفيات الأمهات في البلدان النامية كثيرا ما تكون أعلى ب 100 مرة من تلك التي توجد عادة في البلدان المتقدمة و كما جاء في تقرير العالمي للتنمية سنة 1993 تبين أن معدل وفيات و أمراض الأمومة في العالم كان لأسباب متعلقة بفقدان الحياة الصحية بين النساء في سن الإنجاب في البلدان النامية .

و خلال العقد الماضي و في عدة مؤتمرات دولية (مؤتمر القمة العالمية للطفولة في عام 1990¹ و المؤتمر الدولي للسكان سنة 1994 وكذا مؤتمر نهاية الألفية سنة 2000) كان من ضمن الأهداف الرئيسية لهذه المؤتمرات هو خفض معدل وفيات الأمهات.

زاد الاهتمام بصحة الأم زيادة الطلب على تقديرات وفيات الأمهات على المستوى الوطني و دون الوطني، بحيث تعد أساليب القياس و التقدير غير كافية في كثير من البلدان النامية و البيانات المتاحة حاليا ببساطة لا تسمح بتقديم تقديرات دقيقة.

في العقد الأول من القرن الحادي والعشرين، الجزائر تعاني من ارتفاع في معدل وفيات الأمهات و على الرغم من النتائج المشجعة المسجلة و خاصة من حيث تنظيم الأسرة و رصد أفضل للولادة يظل معدل وفيات الأمهات في الجزائر مشكلة حقيقية للصحة العمومية.

¹O.M.S(2005), **Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant**, Rapport sur la santé dans le monde Genève. 7 Avril 2005, p. 68 et 69. <http://www.who.int/whr/fr>.

I. الدراسات السابقة

الأبحاث العلمية تأتي دائما في سياق البحث عن أجوبة للأسئلة التي تدور في ذهن الباحث العلمي لهذا فقد كان من الضروري للباحث أن يستعين بدراسات و مؤلفات و مراجع سابقة، حيث تبرز أهميتها في إعطاء الباحث إلماما كاملا و مسحا شاملا بالموضوع الذي يكون بصدد دراسته فتجميع المعلومات من مصادرها المختلفة و المتنوعة يساعد بشكل كبير في بناء و فهم و تحديد إطار الموضوع، و الوصول إلى أدق تفاصيله و نتائجه.

فدراسات السابقة هي نهاية لبداية موضوع جديد فالاستعانة بها تكمن في إعطاء الباحث معرفة بتاريخ تطور الموضوع و تفتح عينه على نقاط لم يكن ليلتفت إليها و قد تكون مفتاحا للحل.

فموضوع وفيات الأمهات حظي باهتمام كبير خاصة من الناحية الطبية و كذا الديموغرافية و قد اعتمدنا على بعض الدراسات من بينها ما يلي:

– دراسة علودة هراوة ذهبية (2014)¹ بعنوان

" Incidence de la morbidité et de la mortalité des complication neurologiques survenant chez la femme enceinte dans la peri partum "

وهي دراسة أترابية وصفية احتمالية، و شملت جميع النساء اللاتي لديهن مضاعفات عصبية خلال الفترة المحيطة بالولادة و لقد طرحت الإشكالية على النحو التالي: على الرغم من جهود التنمية في البلدان و التقدم في الطب خلال القرن الماضي، لا تزال معدلات وفيات الأمهات مرتفعة خاصة في أجزاء من العالم.

و الجزائر ليست في مأمن من هذه الآفة، كل عام في العالم ما يقرب من نصف مليون من النساء اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين [15-49] سنة يمتن جراء مضاعفات الحمل و الولادة، و عدد وفيات الأمهات (OMS 2005) هو على وجه الحصر تقريبا حكرا على البلدان النامية (99 %) مع ما يقرب 45 % من الوفيات في القارة الإفريقية (251000) أما بالنسبة لأوروبا و أمريكا تمثل سوى 1 % من مجموع الوفيات.

و قد تم التنويه إلى المؤتمر الدولي الأول حول "الأمومة الآمنة" الذي أجري سنة 1987 في نيروبي بكينيا الذي دعا إلى حل مشكلة وفيات الأمهات، و قد لوحظ بالفعل الفجوة بين البلدان النامية و البلدان الصناعية، فقد كانت وفيات الأمهات مئة مرة أكبر في البلدان النامية فمعدل وفيات الأمهات يعتبر مؤشر للتنمية و هو يعكس الفجوة بين الدول الغنية و الفقيرة.

و هدفت هذه الدراسة إلى تقدير حالات أمراض و وفيات الأمهات جراء المضاعفات العصبية التي تحدث لدى النساء الحوامل في الفترة المحيطة بالولادة.

و كان للدراسة أيضا مجموعة من الأهداف الثانوية و التي تمثلت في:

¹ Allouda Heroua Dehbia (2014), Incidence de la morbidité et de la mortalité des complications neurologiques survenant chez la femme enceinte dans le peri partum, thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en sciences médicales, université d'Alger Benyoucef Benkhedda, faculté de médecine.

- تحديد هذه المضاعفات العصبية.
- تحديد العوامل المؤدية لأمراض وفيات الأمهات.
- تحديد العوامل المؤدية لأمراض وفيات الجنينية.

و قد اعتمدت على مفهوم وفيات الأمهات المعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية الذي هو "وفاة امرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوما من انتهائه بغض النظر عن الوقت أو المكان، من أي قضية تتعلق أو التي تفاقمت من جراء الحمل أو الولادة و لكن ليس من جراء أسباب عارضة أو طارئة."

كما تطرقت أيضا إلى مفهوم أمراض الأمهات على أنه تفاقم و اضطراب عصبي مثل تفاقم الصداع و ضعف الوعي، العجز الحركي و الاضطراب العصبي، أمراض الكبد، النزيف، التخثر داخل الأوعية الدموية و فشل الجهاز التنفسي.

- و اعتمدت في تحليل البيانات على البرنامج الإحصائي spss النسخة 21.

ومن بين النتائج و التوصيات التي خلصت إليها الدراسة هي:

- ✓ التعرف على الأسباب الرئيسية و توزيع التفاوت في الأراضي الوطنية أو في مجموعات فرعية معينة من النساء.
- ✓ توجيه أو إعادة توجيه الإجراءات التي يجب جعلها تتماشى مع الأولويات الحقيقية التي تم تحديدها.
- ✓ تحديد العوامل و الجوانب العملية لتحسين نظام الرعاية الصحية.
- ✓ ارتباط معدل وفيات الأمهات بالكامل تقريبا إلى مضاعفات عصبية من تسمم الحمل.
- ✓ ارتفاع ضغط الدم في الحمل هو السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في الجزائر.

تقييم الدراسة:

هي دراسة أترابية وصفية واضحة الإشكالية و الأهداف ، أوضحت الفجوة بين الدول الغنية و الفقيرة فيما يخص معدل وفيات الأمهات، كما ركزت دراستها على توضيح مدى خطورة الأمراض العصبية على الأم في هذه المرحلة و توصلت إلى أن غالبية الوفيات تحدث جراء مرض عصبي، و من بين الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات في الجزائر ارتفاع الضغط الدموي.

- دراسة "بلغراس حفصة، بن شوهرة صابرين، و بكارة عبلة" (2014)¹ تحت عنوان " la mortalité maternelle"

و هدفت هذه الدراسة بشكل عام إلى:

- تحديد معدل وفيات الأمهات.
- تحديد أسباب وفيات الأمهات.
- التعرف على عوامل الخطر المرتبطة بهذه الأسباب.
- تقديم إستراتيجية لدعم النساء الحوامل من أجل خفض وفيات الأمهات.

¹ Belgherras Hafsa, Benchouhra Sabrine et Bekara Abla (2014), LA MORTALITE MATERNELLE, Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en sciences médicales, EHS. Mère et Enfant Tlemcen.

و لقد كان لهذا الموضوع مجموعة من الأهداف الخاصة بالدراسة الميدانية و جاءت كما يلي:

- تقييم معدل وفيات الأمهات في تلمسان خلال 3 سنوات و ذلك لمعرفة الأسباب الرئيسية.
- تقييم خطر الموت أثناء الولادة.
- مقارنة هذه النتائج مع الجزائر و إفريقيا وكذا مع العالم.

و قد تعمدت في طرح إشكالية هذا التحقيق من خلال تقسيمها إلى 3 أجزاء، جزء يتعلق بوفيات الأمهات في العالم، والجزء الثاني خاص بوفيات الأمهات في إفريقيا، أما الجزء الأخير فكان خاص بالجزائر.

وطرحت بالشكل التالي: معدل وفيات الأمهات و حديثي الولادة هي مشكلة رئيسية، فعلى الرغم من الجهود التي تبذلها الحكومة و البرامج الوطنية لمكافحة هذه الظاهرة إلا أن معدل وفيات الأمهات وحديثي الولادة لا تزال مرتفعة و خصوصا في المناطق الداخلية.

وتم تحديد مفهوم وفيات الأمهات وفقا للتتبع 10 للاتفاقية الدولية للأمراض (CIM10) لمنظمة الصحة العالمية بأنه وفاة امرأة أثناء الحمل أو في غضون 42 يوما بعد الولادة أي في فترة النفاس.

أما عينة البحث كانت 18 حالة وفاة تم تقسيمها إلى ثلاث مؤشرات وهي الأكثر شيوعا:

1. المؤشر الأول: نسبة عدد النساء اللاتي لقوا حتفهم أثناء الحمل و فترة ما بعد الولادة (42يوما) لكل 100000 مولود حي.
2. المؤشر الثاني: الإبلاغ عن عدد النساء اللاتي لقين حتفهم أثناء الحمل و بعد (42يوما) أي عدد النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة.
3. المؤشر الثالث: مؤشر وفيات الأمهات مضروبا في متوسط عدد الأطفال لكل امرأة.

وبالنسبة لإطار الدراسة تعلق بجناح التوليد الخاص بالصحة و السلامة في تلمسان، حيث تم الاهتمام بقسمين وحدة حالات الحمل المرضية، و وحدة متابعة الولادة.

و إلى جانب كل هذا قامت بإجراء دراسة مقارنة وفيات الأمهات بين كل من الجزائر و إفريقيا و كذا الجزائر و العالم بأسره و توصلت من خلالها إلى:

- في إفريقيا امرأة من بين 39 تترك لخطر الموت أثناء الحمل أو الولادة و ما يقارب أكثر من مليون طفل إفريقي يفقدون أمهاتهم كل عام، فالعديد من النساء الإفريقيات ليس لديهن قابلية و غرفة ولادة و لا أدوية لازمة لمنع حدوث مضاعفات أثناء الولادة، و ارتفاع معدل وفيات الأمهات هو نتيجة لعوامل مباشرة أو غير مباشرة و هي مرتبطة بأسباب طبية كالنزيف و الالتهابات و ارتفاع ضغط الدم و الإجهاض الغير المأمون.
- وعند مقارنتها الجزائر مع العالم لاحظت أن هناك توزيع غير عادل لحوادث وفيات الأمهات في العالم حيث توجد فجوة بين الأغنياء و الفقراء ففي البلدان السائرة في طريق النمو تحدث حالة وفاة 1 من بين 75 حالة مقابل 1 وفاة واحدة من بين 7300 في البلدان المتقدمة فمثلا في النيجر 1 من 7 نساء تموت جراء المضاعفات المرتبطة بالحمل، في المقابل فإن خطر وفيات الأمهات هو 1 من 4800 في أيرلندا.

حيث توصلت هذه الدراسة إلى عدة نتائج أهمها: معظم وفيات الأمهات التي حثت كانت متعلقة بمجموعة من الأسباب أهمها

9 حالات سجلت لارتفاع ضغط الدم.

7 حالات نزيف ما بعد الولادة.

الانسداد الذي يحيط بالجنين.

وعرف العمر 26-29 سنة أعلى معدل لوفيات الأمهات ما بين 9 إلى 18 حالة وفاة و هو ما يمثل النصف ب 50 % مع 8 حالات للفئة العمرية 34-37 سنة.غالبية الوفيات التي حدثت وقعت بعد الولادة بنسبة 50 %، و 44 % من الوفيات حدثت بعد الحمل و 15 % من الوفيات تحدث أثناء الولادة هذه النتائج خاصة بتلمسان، و لقد تم مقارنتها مع النتائج الخاصة بالجزائر، تبلغ الجزائر كل عام حوالي 1000 حالة وفاة حسب تقرير الاتحاد الجزائري لتنظيم الأسرة (A.A.P.E) مشيرا إلى أن ما بين 180 إلى 1000 امرأة تموت سنويا أثناء الولادة و 81 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية، حسب ما صرح رئيس الاتحادية أن الجزائر تصدرت قائمة البلدان المغاربية بتسجيلها أعلى معدل لوفيات الأمهات.

و كذلك تعرف الجزائر فوارق إقليمية كبيرة و لوحظت أدنى معدلات في المناطق الشمالية، و أعلى المعدلات في المناطق الجنوبية ب 150 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية.

تحدث الوفاة في كثير من الأحيان نتيجة مرض خبيث، أي ما مجموعه 29 % من مجموع الوفيات و يأتي في المرتبة الأولى سرطان الثدي ب(424 حالة) يليها سرطان الدم ب (142 حالة)، الأمراض القلبية هي أيضا تأتي في مقدمة الأمراض المميتة ب 1117 و السبب الأكثر شيوعا هو مرض مخي وعائي، و ارتفاع ضغط الدم و السكري، و أمراض الغدد الصماء أي ما يعادل 30 امرأة بنسبة 40% من مجموع الوفيات الناجمة عن أمراض الغدد الصماء.

و للخصائص الاقتصادية و الاجتماعية دور في رفع معدل وفيات الأمهات فقد بلغت نسبة النساء المتعلمات ب24.4% و العمر عند الزواج 29.7%، متوسط العمر عند الوفاة 33 سنة و ثلاثة أرباع من النساء أميات أو لديهن مستوى ابتدائي.

و تم الإشارة لخصائص وفيات الأمهات حسب وقت الوفاة، وتبين بأن غالبية الوفيات تحدث أثناء الولادة ب10.6% أو بعد 42 يوم التي تلي الولادة ب66.4% و 17.5% من النساء توفين أثناء الحمل فعدد الوفيات المسجلة خلال 42 يوما بعد الولادة عرفت انخفاضا قدره 5.5% من مجموع وفيات الأمهات و قد تم العثور على صلة بين حالة الوفاة و الحالة المرضية المزمنة.

و في ضوء هذه النتائج أوصت هذه الدراسة و بصفة عامة إلى:

➤ أن معظم وفيات الأمهات يمكن تجنبها لأن الحلول الطبية لمنع أو التعامل مع المضاعفات معروفة و ينبغي لجميع النساء الحصول على الرعاية (قبل الولادة و في فترة الحمل) و الاستفادة من الموظفين المؤهلين أثناء الولادة و الحصول على الرعاية و الدعم في الأسابيع التي تلي الولادة.

➤ وكذلك من المهم و بصفة خاصة أن تتم الولادات بمساعدة المهنيين الصحيين المؤهلين كوسيلة لدعم و العلاج السريع الذي يمكن أن ينقذ حياة الأمهات.

تقييم الدراسة:

- دراسة وفيات الأمهات لبلغراس حفصة و باحثين آخرين التي أجريت في مدينة تلمسان لسنوات (2011، 2012، 2013) فإشكالية البحث لم تكن مطروحة بشكل منطقي و منهجي بل كانت مقسمة إلى عدة أجزاء وقد تم استنتاجها من خلال تلك الأجزاء.
- بالنسبة للمفاهيم تطرقت فقط لمفهوم وفيات الأمهات المعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية و قد أهملت مفاهيم أخرى معتمدة و كذلك لم تطرق لكيفية حساب هذا المعدل.
- دراسة ضيقة المجال الزمني وعينة جد صغيرة 18 حالة وفاة لا يمكن من خلالها حصر الأسباب الحقيقية لوفيات الأمهات.
- و من إيجابيات هذه الدراسة أنها ركزت بشكل كبير على أسباب وفيات الأمهات سواء المباشرة منها أو غير المباشرة و أعطت لكل سبب مفهومه الخاص.
- و أوضحت جوانب أو عوامل اجتماعية و اقتصادية التي لها دور كبير في رفع معدل وفيات الأمهات على سبيل المثال المستوى التعليمي.
- أبرزت الدراسة الهوة الشاسعة بين الشمال و الجنوب و ما يعانيه أهل الجنوب من غياب الخدمات الصحية و حق النساء في الرعاية الصحية في فترة الإنجاب.
- وكذلك بينت أن من أهم أسباب وفيات الأمهات تلك الأمراض التي تصيب المرأة سواء أثناء الحمل أو بعده وكل وفقا وقت حدوثها، فغالبية النساء يتوفين أثناء الولادة أو بعد الولادة بـ 42 يوما أو أثناء الحمل وقد تم العثور على صلة بين حدوث حالة الوفاة و الحالة الزمنية.
- قامت **نجاة قادي (2013)**¹ بإجراء دراسة ديمغرافية تحت عنوان:

" **Santé Reproductive et pauvreté en Algérie** " حيث كان الغرض من هذه الدراسة هو تحليل مجالين مهمين هما "الصحة الإنجابية و الفقر" من الناحية النظرية، و بنيت الدراسة على إشكالية مقسمة إلى مجموعة من التساؤلات بدءا من السؤال الرئيسي و المتمثل في: هل تحسن الصحة الإنجابية للنساء في سن الإنجاب يحد من الفقر؟ أما التساؤلات الفرعية كانت كما يلي:

- ✓ هل هناك فعلا تحسن في كل مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر؟
- ✓ هل هناك حد للفقر واقعا في الجزائر؟
- ✓ هل هناك علاقة بين الصحة الإنجابية للنساء في سن الإنجاب و الفقر في الجزائر؟
- ✓ تحسين الصحة الإنجابية للنساء المتزوجات في سن الإنجاب أدت في الواقع إلى الحد من الفقر داخل الأسر؟

و كان الغرض الرئيسي من هذا العمل هو دراسة العلاقة بين الصحة الإنجابية و الفقر في الجزائر من خلال بيانات المسح الأسري، و لكن قبل دراسة الهدف الرئيسي أعطت أولوية لمجموعة من الأهداف وهي كالآتي:

¹ Nadjat Kadi(2013), **Santé Reproductive et Pauvreté en Algérie**, Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en Démographie, faculté des sciences sociales département de démographie, Université d'Oran.

- تحليل مؤشرات الصحة الإنجابية و الفقر في الجزائر.
- تقييم الصحة الإنجابية و الفقر من خلال الأهداف الإنمائية للألفية.
- تقدير مستوى الصحة الإنجابية و الفقر من خلال المنهج التجريبي باستخدام بيانات المسح الأسري.

و لقد اعتمدت على منهجية تحدف إلى تحديد العلاقات السببية بين الصحة الإنجابية و الفقر الغير المرتبطة بالدخل، بالتركيز بصفة خاصة على النساء المتزوجات في سن الإنجاب و أسرهم لدراسة هذه العلاقات و تقوم هذه المنهجية في المقام الأول على البيانات من الاستقصاءات الديموغرافية و الصحية و بيانات من استطلاعات المستهلكين و مستويات المعيشة في الجزائر من أجل دراسة دوام الصحة الإنجابية و الفقر على مستوى الاقتصاد الكلي.

و يستند الجزء العملي لهذه الأطروحة على بيانات المسح الوطني لصحة الأسرة 2002 اختيار المسح يقوم على إمكانية الحصول على البيانات اللازمة و الكافية لأهداف الدراسة، و تحليل بيانات هذا المسح جاء في المقام الأول لتقدير مستوى الصحة الإنجابية للمرأة و الفقر الغير المرتبط بدخل الأسر و ثانيا جعل نماذج للانحدار الخطي و اللوجيستي لدراسة العلاقة بين الصحة الإنجابية و الفقر على مستوى الأسرة و تحديدا دراسة تأثير الفقر على الصحة الإنجابية.

و قد استندت الدراسة على مجموعة من الفرضيات:

- ✓ هناك تحسن للمؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر.
- ✓ هناك حد فعلي للفقر في الجزائر.
- ✓ هناك علاقة بين الصحة الإنجابية للنساء المتزوجات في سن الإنجاب و الفقر في الجزائر.
- ✓ تحسين الصحة الإنجابية في للنساء المتزوجات أدى بالأسر التخلص من الفقر.

و تم تنظيم خطة الأطروحة من خلال تقسيمها إلى 4 فصول: الفصل الأول و هو الفصل النظري الذي يتعامل مع مختلف المفاهيم و التعاريف و مختلف القياسات المتعلقة بالصحة الإنجابية و الفقر، الفصل الثاني خصص لدراسة الصحة الإنجابية في الجزائر و بعدها إعطاء تقييما للمؤشرات وفقا للأهداف الإنمائية للألفية و أخيرا إعطاء الخطوط العريضة للاستراتيجيات التي اتخذت لتحسين الصحة الإنجابية في الجزائر مذكرة بسياسات الصحية منذ الاستقلال.

أما الفصل الثالث فقد تم تخصيصه لدراسة الفقر في الجزائر و ذلك من خلال دراسة الوضع الاقتصادي الجزائري بعد الاستقلال و تحليل تطور الفقر و مناقشة الاستراتيجيات المختلفة لمكافحة الفقر، و اعتمدت في الفصل الرابع على المسح الوطني للأسرة لسنة 2002 أولا تقدم الجانب المنهجي لهذا التحقيق، ثانيا دراسة الفقر الغير المرتبط بالدخل و الصحة الإنجابية على المستوى الكلي و الجزئي عن طريق حساب المؤشر متعدد الأبعاد للفقر الغير النقدي و الصحة الإنجابية.

و من بين المفاهيم الأساسية التي تطرقت إليها هي مفاهيم ذات صلة بصحة الأم و بالتحديد وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية و الذي يعرف بأنه "وفاة امرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوما بعد الولادة بغض النظر عن المدة و المكان، و لأي سبب من الأسباب أو التي تفاقمت جراء الحمل أو الولادة و لكن ليس لأسباب عارضة أو طارئة." و أعطت مجموعة من المؤشرات الخاصة بكيفية حساب معدل وفيات الأمهات مع التنويه إلى مفهوم أمراض الأمهات و صعوبة معرفة هذا المعدل خاصة في ظل غياب البيانات.

كما توصلت إلى طريقة لتقييم المؤشرات و إعطاء صورة واضحة من خلال شكل بياني لكل مؤشر منها معدل وفيات الأمهات حيث بين هذا الشريط انخفاضا ملحوظا في هذا العدل منذ سنة 1999 إلى غاية 2015 بحيث بين أن الجزائر مرت بمرحلتين المرحلة الأولى من 1990-2010 أين كان نسبة وفيات الأمهات 230 وفاة لكل 100000 مولود حي لينخفض هذا المعدل تدريجيا ليصل إلى 57.5 وفاة لكل 100000 ولادة حية و ذلك من أجل تحقيق الهدف الخامس للألفية و هو خفض وفيات الأمهات و بنفس الطريقة عرضت مؤشر موانع الحمل و الفقر و عدة مؤشرات أخرى.

و من بين النتائج المتوصل إليها ما يلي: أن مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر عرفت تحسنا ملحوظا و ذلك راجع للاستراتيجيات التي طبقتها الدولة في المجال الصحي كما عرف الفقر انخفاضا واضحا و هذا راجع إلى تحسن مستوى معيشة السكان و ذلك بتطبيق استراتيجيات و برامج هامة في المجالات الاجتماعية و الاقتصادية، و الهدف من تطبيق الاستراتيجيات هو تحقيق أهداف الألفية للتنمية المبرجة من قبل الأمم المتحدة سنة 2000، حيث تسعى هذه الأهداف إلى تحقيق مكافحة الفقر في العالم و الاهتمام بالصحة الإنجابية مهمة أساسية لمكافحة الفقر لأنها تعتبر من بين الأهداف للألفية و تبين الدراسة الميدانية بأنه يوجد علاقة ذات دلالة إحصائية بين الصحة الإنجابية للمرأة و الفقر الغير النقدي عند الأسر في الجزائر و هذا يعني أن اهتمام المرأة بصحتها الإنجابية يمكنها من تحسين مستواها المعيشي و ذلك بالتخلص من الفقر.

تقييم الدراسة:

أطروحة الدكتوراه في الديموغرافيا لقادي نجاة بعنوان " الصحة الإنجابية و الفقر في الجزائر " سمحت لنا هذه الدراسة باقتباس الطريقة المعتمدة في تقييم المؤشرات بالرغم من أنها تطرقت إلى صحة الأم أي وفيات الأمهات بشكل مبسط إلا أنها أفادتنا في إثراء الموضوع ببعض المؤشرات المهمة.

— دراسة ياسمين زهار، سميرة قرطبي، بوزيان محمد، و قتيبي محمد(2013)¹، عنوانها " **Mortalité Maternelle** " حيث صيغت إشكالية الأطروحة بالشكل التالي:

تقدر منظمة الصحة العالمية أن أكثر من مليون امرأة تموت سنويا لأسباب تتعلق بالحمل و الولادة، أي ما يقرب من وفاة واحدة في الدقيقة، فالجزائر ليست في مأمن من هذه الآفة حتى الآن لا توجد بيانات دقيقة يمكن الاعتماد عليها في حساب هذا النوع من الوفيات و تحديد أسبابها و عوامل الخطر المتعلقة بهذه الأسباب، و قد بذلت جهود كبيرة من قبل الدولة في مجال الصحة العامة و خاصة صحة الأم (إنشاء مراكز الأمومة و الطفولة، برنامج تنظيم الأسرة، برنامج مكافحة وفيات الأمهات و حديثي الولادة). إلا أن وفيات الأم لا تزال مرتفعة جدا في بلدنا؟

وهدفت بشكل أساسي إلى:

- ✓ التعرف على الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات.
- ✓ تحديد عوامل الخطر المرتبطة بمعدل وفيات الأمهات.
- ✓ تقديم توصيات من شأنها أن تجنب هذه الظاهرة.

¹ Yasmine Zahar, Samira Kortobi, Bouziane Mohamed et Guetbi Mohamed (2013), MORTALITE MATERNELLE, Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en Médecine, faculté de Médecine Docteur Benzerjab Benouda, Département de Médecine, Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère- Enfant, Tlemcen.

أما فيما يخص المفاهيم فقد اعتمد على مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية و الذي يعرف بأنه وفاة امرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوما بعد الولادة بغض النظر عن المدة و المكان، و لأي سبب من الأسباب التي تفاقمت جراء الحمل أو الولادة .

كما أدرج ضمن المفاهيم الأسباب التوليدية المباشرة و الغير مباشرة، و مفهوم وفيات الأمهات المتقدمة و المتأخرة و المرتبطة بالحمل و كذا طريقة حساب معدل وفيات الأمهات.

و تناولت هذه الدراسة الوضعية الوبائية لوفيات الأمهات في إفريقيا و في البلدان النامية في أوروبا تحديدا، و أشارت إلى تحسن الصحة الإنجابية بداية من سنة 1990 حيث بلغ معدل الوفيات وفاة امرأة لكل 9850، و كان الخطر بالغ الصغر في الدول الأوروبية كما في إفريقيا في بداية هذا القرن و هذا التحسن الكبير يرجع إلى عدة عوامل تتعلق بالمعايير الثقافية التي تنظم الإنجاب (سن الزواج، عدد الحمل، و تنظيم الأسرة) و غيرها من الخدمات الصحية المتعلقة بالجانب الجغرافي و الثقافي، و لكن الخطر يبقى كبير في بعض المناطق من العالم بما في ذلك إفريقيا بحيث بلغت نسبة الوفيات 19/1 في غرب إفريقيا، 20/1 في وسط إفريقيا و أخيرا 29/1 في جنوب إفريقيا.

فمعدل وفيات الأمهات تراوح ما بين 1060/260 لكل 100000 ولادة حية حسب المنطقة و المناطق الفرعية و المعدلات هي كما يلي:

- في إفريقيا الغربية 100000/1020 ولادة حية.
- في إفريقيا الوسطى 100000/950 ولادة حية.
- في شرق إفريقيا 100000/1060 ولادة حية.
- في جنوب إفريقيا 100000/260 ولادة حية.
- في شمال إفريقيا 100000/340 ولادة حية.
- وفي اسيا 100000/420 ولادة حية و في أمريكا الجنوبية الاستوائية هو 100000/310 ولادة حية و أمريكا الجنوبية 100000/110 ولادة حية.

و تم إيضاح عوامل الخطر لأن دراسة عوامل الخطر أمر ضروري و هو وسيلة جيدة لتطوير برامج الوقاية للأم و الطفل و هذه العوامل قد تكون متعلقة بأسباب طبية منها الأسباب التوليدية المباشرة و الناتجة عن مضاعفات الحمل و الولادة أو كيفية التعامل معها و تلك هي الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات في البلدان النامية و هي نفسها التي وجدت منذ 50 سنة في البلدان الصناعية (النزيف و العدوى و مضاعفات ارتفاع ضغط الدم و الولادة المتعسرة و الإجهاض الغير الأمن)، و بالتالي تعيين 3 أرباع وفيات الأمهات إلى الأسباب الخمسة المذكورة أعلاه و 80% من مجموع وفيات في العالم الثالث ترجع إلى فقر الدم.

و الأسباب التوليدية الغير المباشرة المرتبطة بالأمراض التي تعاني منها الأم قبل الحمل و الولادة (مرض القلب، الأمراض المعدية، اضطرابات الجهاز الهضمي، أمراض الدم و كذا أسباب أخرى غير توليدية.) و من الأسباب كذلك التي تم إيضاها من طرف الباحث أسباب غير مرتبطة بالحمل فما بين 50-98% من وفيات الأمهات خاصة في الدول السائرة في طريق النمو تكون لأسباب توليدية كنزيف و العدوى و تسمم الدم بحيث ما يفوق 69% من الوفيات يمكن الوقاية منها.

و الأسباب الغير الطبية فهي متعلقة بالعمر و الأوضاع الاقتصادية و الاجتماعية و الزوجية و عوامل مرتبطة بالإنتاج و عوامل صحية، و هذا ما تم التطرق إليه في الفصل المنهجي للدراسة، الفصل الثاني من الدراسة كان مخصص بالكامل لتحليل بيانات المسح الوطني الخاص بوفيات الأمهات لسنة 1999.

ومن بين النتائج التي خلصت لها هذه الدراسة ما يلي:

- الأسباب الخمسة لوفيات الأمهات في الجزائر تعود لمضاعفات ترتبط ب:
 - 18,4 % ارتفاع ضغط الدم.
 - 16,6 % لنزيف الأعضاء التناسلية.
 - 14,1 % لتعفن الدم في فترة النفاس.
 - 13 % لأمراض القلب.
 - 12,2 % لعسر الولادة.
- حدثت معظم الوفيات في 42 يوما بعد الولادة بنسبة 66,4 % تليها الوفيات أثناء الحمل بـ 17,5 % و عند الولادة بـ 10,6 % و أخيرا تلك التي تحدث أثناء أو خلال 42 يوما بعد الإجهاض بـ 5,5 %.
- توزيع أسباب الوفاة يختلف باختلاف وقت حدوث الوفاة فيما يتعلق بالحمل.
- وفيات الأمهات أثناء الحمل ترتبط في المقام الأول بمضاعفات ضغط الدم الحلمي لأنها لوحدها تشكل ثلث الوفيات.
- الأسباب الأخرى يتم تمثيلها بالأمراض 27,5 % لأمراض القلب، 9,2 % للأمراض المعدية.
- الوفيات أثناء الولادة ترجع أساسا إلى عسر الولادة بـ (38 % بما في ذلك تمزق الرحم.) و إلى حد أقل تشوهات المشيمة (12,7 %) و نزيف ما بعد الولادة 11,3 %.
- أربعة أخماس وفيات الأمهات حدثت في منشأة صحية.
- و قد تبين عبر السنين انخفاض في معدل وفيات الأمهات و يمكن للجزائر أن تتخطى هذه الظاهرة بتحسين الخدمات الصحية و كذا التثقيف الصحي.

تقييم الدراسة:

دراسة لياسمينه زهار و باحثين آخرين بعنوان "وفيات الأمهات" و التي تم تقسيمها إلى فصلين، الفصل الأول و هو الفصل المنهجي الذي يخلو من منهجية واضحة بحيث اكتفوا بذكر أهداف الدراسة و التطرق إلى المفاهيم المتعلقة بوفيات الأمهات بالرغم من أن أي موضوع لا بد أن يكون له إشكالية واضحة أو مجموعة من التساؤلات لأنها أساس انطلاق أي بحث علمي، أما في الفصل الثاني تم الاعتماد على المسح الوطني الخاص بوفيات الأمهات لسنة 1999 و كل ما يتعلق بنتائج هذا التحقيق.

– دراسة الحاج مولاي (2012)¹ بعنوان:

"mortalité maternelle a la maternité du C.H.U Oran. Quelle évolution ?"

و كان الهدف من هذه الدراسة هو الإجابة على الإشكالية التالية: هناك الآلاف من النساء في جميع أنحاء العالم و الذين يعيشون ولادة طفل كحدث غير صار لأنه قد يكلفهم حياتهم و لا سيما في البلدان النامية فالأمراض و الوفيات تشكل مأساة كبيرة و التي لطالما تجاهلها المسؤولين في القارة الإفريقية فمعدل وفيات الأمهات 830 وفاة لكل 100000 ولادة حية في البلدان الإفريقية مقابل 24 لكل 100000 ولادة حية في الدول النامية، فالبرغم من أن 95,3% من الولادات تجرى بمساعدة طبية إلا أن وفيات الأمهات قدرت سنة 2006 بـ 92,6 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية، فلماذا تموت النساء أثناء الولادة؟

و لقد اعتمد على مجموعة من الفرضيات للإجابة على السؤال الرئيسي المطروح في الدراسة:

- الفرضية الأولى: عوامل تعزيز وفيات الأمهات مرتبطة ارتباطا وثيقا لظروف و مضاعفات الحمل أو حتى بعد الولادة.
- الفرضية الثانية: الأسباب التوليديّة المباشرة لها تأثير كبير على وفيات الأمهات.
- الفرضية الثالثة: المعدلات مرتفعة لأنها مزيج من العوامل الاجتماعية و الثقافية و الاقتصادية و البيئية و الصحية.

و قد اعتمد الباحث في دراسته على المنهج الوصفي التحليلي، و هي دراسة تصف وتحلل وفيات الأمهات فتقريبا 150 حالة وفاة مسجلة في مركز التوليد في مستشفى الجامعي بوهراڤ لفترة 11 سنة 1 جانفي 1999 إلى غاية ديسمبر 2009 ، أي امرأة نقلت إلى وحدة العناية و توفيت أدرجت في هذه الدراسة و لقد أجريت هذه الدراسة في قسم التوليد و أمراض النساء في مستشفى جامعة وهران و اعتمد في تحليل البيانات على برنامج SPSS النسخة 17.

و تهدف الدراسة إلى تحديد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات من أجل إقامة برامج الرصد و المراقبة للحمل و الولادة و الغرض من ذلك هو الحد من وفيات الأمهات في المستشفى الجامعي بوهراڤ و كذلك تحديد تطور معدلات وفيات الأمهات في مركز الأمومة بوهراڤ، و كهدف خاص تطرق لوصف أسباب وفيات الأمهات و خصائص النساء المتضررات من هذه الوفيات و وضع توصيات تساعد على منع نتائج قاتلة.

و أجريت هذه الدراسة في مركز الأمومة C.H.U بوهراڤ، حيث كان المستشفى الجامعي جزءا من هذا العمل و هو أكبر هيكل للولادة في الغرب.

و لقد اعتمد على مجموعة متنوعة من مصادر المعطيات من بينها:

- شهادات الوفاة الخاصة بالمرضى خلال فترة الإقامة.

¹ MOULAY EL HADJ (2012), MORTALITE MATERNELLE A LA MATERNITE DU C.H.U. ORAN. QUELLE EVOLUTION ?, Thèse pour L'obtention du diplôme de doctorat en sciences médicales, faculté de médecine, Université D'ORAN.

- على مستوى مكتب سجلات الوفيات و التي تحتوي على معلومات ديموغرافية (الاسم،العمر،المدينة،تاريخ الوفاة و ما إلى ذلك) معلومات عن أسباب الوفاة.
- تصريحات الدفن أي الوثائق الخاصة بالدفن.
- وحدة الطب الشرعي أين يتم نقل الوفيات في المستشفيات إلى مشرحة الطب الشرعي و تسليم جثث النساء المتوفيات إلى أسرهن.
- و لكل بحث صعوبات فصعوبات التي واجهته هي غياب بعض المعلومات بالنسبة للمرضى الذين شملتهم الدراسة،و امتناع الأطباء عن الإدلاء ببعض المعلومات أثناء إعداد السجلات.
- و قد توصل الباحث إلى مجموعة من النتائج:
- 150 وفاة للأمهات سجلت خلال فترة الدراسة.
- العمر المتوسط للمريضات هو 32.2 سنة
- النسبة العامة لوفيات الأمهات في فترة الدراسة كانت ب 114.7 لكل 100000 ولادة حية.
- التطور الملحوظ هو نقص الوفيات حتى سنة 2002 ثم يليه ركود ما بين 2003 و 2006 ثم ارتفاع حتى 2009، غالبا ما كانت وفاة الأمهات مرتبطة بمشكلة مضاعفات التوليد المباشرة و المقدرة ب 94 % من الحالات و النزيف الدموي ب 40.6 % من الحالات و ضغط الدم الناتج عن الحمل ب38 % و على هذا الحال نجد أن وفاة الأمهات ناتج عن مضاعفات حصلت أثناء الحمل و لم تلاحظ أثناء الزيارات الأولى للطبيب و بالتالي لم يتم علاجها في الوقت اللازم في مصلحة التوليد المعزز بالطاقم الطبي.
- و في الأخير خلص إلى مجموعة من التوصيات لكيفية الحد من وفيات الأمهات نذكر منها:
- حددت منظمة الصحة العالمية الشروط الأساسية لخفض معدلات الأمراض و الوفيات النفاسية و التي سيتم قريبا تطبيقها.
- يجب أن تتلقى جميع النساء الحوامل الرعاية السابقة للولادة من قبل موظفين مؤهلين و لابد من توفير كادرين ماهرين و عاملين صحيين في جميع الولايات.
- يجب أن تكون المياكل مجهزة لتكون قادرة على علاج المضاعفات المرتبطة عادة بالحمل ووفيات الأمهات.
- يجب أن ترافق برامج تنظيم الأسرة برامج وقائية و علاجية للوقاية من مضاعفات الحمل.
- يجب تسهيل و توفير وسائل النقل لضمان الإشراف و نقل المرضى في حالات الطوارئ.يجب تسجيل وفيات الأمهات من أجل تقييم نتائج حملات الوقاية القائمة.
- و كذلك تشجيع و تسهيل دخول جميع النساء في نظام الرعاية من خلال الخدمات المتكاملة للصحة الإنجابية.
- الكشف في الوقت المناسب و إدارة مضاعفات الحمل و الولادة و ضمان الرعاية المناسبة للنساء ذوي الاحتياجات الخاصة.

تقييم الدراسة:

دراسة بعنوان وفيات الأمهات في وهران للدكتور مولاي الحاج لسنة 2012 في هذه الدراسة تم توضيح العديد من النقاط المهمة المرتبطة بوفيات الأمهات خاصة إبراز الأسباب المتعلقة بهذه الظاهرة الديموغرافية ، و كذا إبراز أهم العوامل الاقتصادية و الاجتماعية المؤثرة في هذا العامل.

— عمد هذا البحث العلمي في جزء كبير من تحليله للأمراض التي تصيب الأمهات في فترة الحمل و الولادة، و هي الدراسة الوحيدة من بين الدراسات السابقة التي توسعت بهذا الشكل من جانب الأمراض و هي ساهمت في إثراء الموضوع الذي نحن بصدد دراسته.

— ولقد غطت العديد من الجوانب المهمة الخاصة بالأمهات في هذه الفترة المهمة، و لقد اعتمد الباحث على الجانب الميداني في دراسته من أجل إثبات فرضياته و أسباب الوفيات بشكل عام.

— مقال من إعداد كل من إيف كوبياتر، فيليب بيفور، كمال مداني و محمد متبول (2011) ¹ بعنوان

"Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud Algérien"

حيث ركز المقال على وفيات الأمهات في الجنوب الجزائري باعتبارها الأكثر ارتفاعا على المستوى الوطني و قد اقترح إجراء بحوث من أجل تحليل العوامل التي قد تفسر هذه الظاهرة أو المشكلة، و قد تم إتباع ثلاث محاور منهجية في قاعدة النتائج:

- تحليل البيانات الوبائية المحلية عن الوفيات و كذا تحليل مضاعفات الولادة في مستشفى تمنراست.
- مسح اجتماعي و انثر بولوجي للنساء في تمنراست.

و قد اعتمدت هذه الدراسة على 3 عوامل تعطي معنى للحصول على الرعاية:

- تفسير وفيات الأمهات فيما يتعلق بالمرض.
- التماس الرعاية التي تقوم على فهم و تقدير مختلف الصفقات العلاجية.
- إجراء تفكير عميق بشأن إنشاء جهاز الدعم الصحي المتنقل من أجل الوصول إلى السكان.

و إشكالية هذا المقال جاءت بالشكل التالي: وفيات الأمهات وفترة ما حول الولادة هي مشكلة صحية مستمرة في الجزائر على الرغم من الجهود المبذولة في صحة الأم و الطفل و العمل على تخفيض معدلات وفيات الأمهات و الأطفال حديثي الولادة لا تزال منخفضة جدا على الصعيد الوطني ففي سنة 2004 كانت تقدر ب 99.5 وفاة لكل 100000 ولادة حية و 92.6 وفاة لكل 100000 ولادة حية في 2006، في حين أن 95.3 % من الولادات تجرى في وسط حضري فوفيات الأمهات لوحدها تشكل 10 % من مجموع وفيات الأمهات اللاتي تتراوح أعمارهن ما بين 15-49 سنة.

¹Yves Coppieters et al(2011), « **Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud Algérien** », santé publique 2011/5 vol.23/p.413-426.z

<http://www.cairn.info/revue-sante-publique-2011-5-page-413.htm>

و أبرز بأن معدلات الوفيات تتميز بفوارق إقليمية كبيرة على سبيل المثال فإن معدل وفيات الأمهات 230 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية في أدرار دائما في الجنوب الجزائري، معدل وفيات الأمهات أعلى بكثير خاصة في ولاية تمنراست حيث سجلت 117.4 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية مقارنة بالشمال فهذا المعدل لا يتعدى 31 لكل 100000 ولادة حية في الدول النامية وفقا لبيانات الأمم المتحدة.

و لا تزال وفيات الأمهات عالية حتى على مستوى القطر الجزائري على الرغم من الجهود في مجال إدارة صحة الأم و الطفل، بما في ذلك إنشاء في جميع مناطق البلاد مراكز لصحة الأم و الطفل ، مستشفيات الولادة ، و المراكز الصحية و المستشفيات المتخصصة.

فتسائل هذا المقال كان يهدف إلى تحديد وتعريف المشكلة و اختيار الاستراتيجيات و تحديد التداخلات من حيث تقديم الخدمات.

و أوضح مدى مساهمة منظمة الأمم المتحدة و منظمة الصحة العالمية و اليونيسيف في إنشاء برامج تهدف إلى الحد من وفيات الأمهات ، و قد دعمت كل من وكالات وزارة الصحة و منظمة الصحة العالمية في نشر المسح العنقودي متعدد لمؤشرات MICS3 سنة 2006 فقد مكن من تحسين رصد المؤشرات المتعلقة بالأهداف الإنمائية للألفية 4 و 5 و بالتالي وضع المرأة بشكل عام.

و أشاد إلى الجهود التي تبذلها كل من MSP و جميع إدارات الصحة العمومية و السكان DSP في وضع برامج لخفض وفيات الأمهات، و مع ذلك في جنوب الجزائر لا توجد مؤسسة دولية لتعامل مع هذه المشكلة ، لا تزال وفيات الأمهات مشكلة في هذه الولاية و في السياق التعاون البلجيكي الجزائري اقترح معرفة العوامل الحقيقية وراء هذه المشكلة و كذلك من أجل إجراء بحوث للعمل على استراتيجيات وقائية.

و كان الهدف من هذا المقال: فهم أفضل للعوامل و محددات وفيات الأمهات في ولاية تمنراست من خلال البحوث العلمية و اقتراح الاستراتيجيات الوقائية و الترويجية.

أما المنهجية المعتمدة فقد اعتمد على طريقة البحث الإجمالي و هو أداة لتحليل و حل المشكلات بحيث يشمل كل المواضيع البحثية و مختلف الجهات الفاعلة في عملية البحث.

وهذه العملية البحثية بنيت على ثلاث محاور منهجية من خلال النتائج التي قدمت في هذا البحث:

1. تحليل البيانات الوبائية المحلية بشأن وفيات الأمهات و كذا تحليل مضاعفات الولادة في مستشفى تمنراست.
2. إجراء مسح اجتماعي أنثروبولوجي للمرأة في تمنراست من أجل فهم وتحليل كيف يمكن للمرأة بناء علاقتها بالحمل و الولادة مشيرا على وجه الخصوص للمخاطر التي تواجه المرأة خلال هذا البحث.
3. مجموعة للمناقشة مع المهنيين الصحيين و التركيز من أجل فهم أفضل المعتقدات ، و تمثيل العاملين في القطاع الصحي فيما يتعلق بهذا الموضوع و تحديد الصعوبات التي تواجهها في تمنراست.

و لقد تم إجراء هذا المسح النوعي من قبل اثنين من علماء الاجتماع لمدة 15 يوما في بعض مناطق تمنراست ، كان في البداية بالتدخل للمرضى الذين يأتون إلى المرافق الصحية المختلفة جناح الولادة و أجريت 27 مقابلة معمقة مع النساء و

بالنسبة لأغلبهن أجريت المقابلة في منازلهن مما يتيح الحديث بحرية على سير عمل المؤسسات الصحية ، و أجريت بعض المقابلات في محيط المنشآت الصحية و كانت العناصر الرئيسية التي نوقشت هي:

- تصور إشكالية وفيات الأمهات.
- تحديد أصحاب المصلحة.
- دعم قضية المرأة.

أما بالنسبة للنتائج كانت عبارة عن مقاربات منها:

1. مقارنة الوبائية: و كشرط أساسي يجب الإنفاق على المؤشر الذي يعتبر كمشكلة صحية، فمؤشر وفيات الأمهات من الصعب حسابه فمن الأفضل عمليا استخدام "عدد وفيات الأمهات في المستشفى" و التركيز على المؤشرات المهمة و مواصلة التدقيق في وفيات الأمهات.

و لقد أجرى DSP "مديرية الصحة و السكان" تحليلا لجميع سجلات الولادة لعامي 2007-2008 في 53.3 من الحالات المدروسة لم يتم ملء المخطط البياني للمخاض.

- 17 % من وفيات الأطفال ماتوا أثناء الولادة من بين 47 ولادة

- ارتفاع معدل وفيات الأمهات من 0.8 إلى 2.7 % .

- انخفاض في عدد العمليات القيصرية في عام 2008 مقارنة بعام 2007.

2. المقارنة الثانية هي مقارنة نوعية من خلال مقابلات فردية و يهدف هذا التحقيق للوصول إلى ثلاثة عوامل هامة و التي تعطي معنى لقرار الحصول على الرعاية.

- العامل الأول يشير إلى تفسير أمراض الأمهات في البداية و محاولة بطريقة منطقية علمية التكيف مع الوضع و مواجهة الأمراض البسيطة (الإسهال، الأنفلونزا و ما إلى ذلك) ، و مع ذلك فإن النساء اللاتي يرقبن الحمل و الولادة مراقبة طبية لا يمكن استيعابهم للحصول على الرعاية في سياق المرض.

- أما العامل الثاني يعتمد على التقديرات و التقييمات لمختلف العروض العلاجية، مع الإشارة إلى العلاقات الاجتماعية التي أنشأها المهنيين الصحيين اتجاههم.

- و يرتبط العامل الثالث بعلاج الأمهات من بعض الأمراض المزمنة التي تواجههن و مراقبة الحمل بالكشف على مخاطر الحمل كجزء من التخطيط

و كما تشير هذه الدراسة إلى مجموعة من القضايا الاجتماعية التي تواجهها و تتحملها المرأة أثناء الولادة من قبل بعض النساء في العمل، و نقص وسائل النقل للأمهات الجدد اللواتي يعشن بعيدا عن المستشفى و هذا ما يزيد من مخاطر وفيات الأمهات و الأطفال الرضع.

3. المقارنة الثالثة هي مقارنة نوعية من خلال مقابلة شبه الطبيين و يبدو أن الأسباب الطبية الرئيسية لوفيات الأمهات هي النزيف، تمزق الرحم، نزيف ما بعد الولادة و فقر الدم و مضاعفات ارتفاع ضغط الدم و ليس هناك أسباب تتعلق بمضاعفات أخرى مثل المضاعفات المعدية.

و من بين العوامل الأساسية المؤدية لوفيات الأمهات ما يلي:

- عدم كفاية نوعية الرعاية و كذا دعم قسم الطوارئ، عدم وجود معدات أساسية و مشاكل تعقيم المعدات الخاصة بالولادة.
- يعترف المهنيين الصحيين بسوء تنظيم جناح الولادة.
- عدم وجود عدد كاف من الأطباء المختصين في أمراض النساء.
- تكوين المهارات و الموظفين و المرضى منخفض.
- مشكلة التبرع بالدم و عدم تطابق زمرات الدم الموجودة مع المرضى.
- و كذلك ترجع وفيات الأمهات لأسباب بيئية.
- و هناك عوامل أخرى ترجع إلى أسباب اجتماعية و اقتصادية كتدني المستوى التعليمي و تدني المستوى المعيشي خاصة لبعض العائلات في المناطق الريفية، و لكن الأسباب الرئيسية تكمن في عدم وصول النساء إلى المراكز التوليد و هذه هي العوامل الأساسية التي لا جدال فيها.

و كنقطة أخيرة في هذا المقال تطرقوا إلى مناقشة بعض النقاط الأساسية، فقد أظهر التحقيق أن رعاية المرضى جزأ لا يتجزأ من مواردها المالية و الإدارية هذه الفوارق الاجتماعية في الصحة تبدو أكثر وضوحا في منطقة تمنراست التي تتميز باتساعها الجغرافي و تدفق أكثر للمهاجرين من النيجر ومالي.

القرار في الحصول على الرعاية ليست دائما مبنية بشكل مستقل من قبل النساء في بعض الحالات تأثير البيئة الأسرية يمكن أن تكون حاسمة في اختيار مرافق الرعاية الصحية، و عدم توفر المال من شأنه أن يسمح للأم أن تختار الطبيب الخاص في هذه الحالة يصبح المال عاملا ترتفع النفقات.

و يظهر الاستطلاع تأثير الحمل و الولادة على أجسادهم و نفوسهم تصف النساء تجاربهم وصف دقيق لمغامرات ولادة عالية المخاطر في جناح الولادة و خاصة فيما يتعلق بأخلاقيات المهنة ، وكذا عدم توفر وسائل النقل ما يجعل المرأة تضطر لاستعمال وسائل نقل عمومية و هذا ما يزيد من خطورة وفاتها في الطريق.

تقييم الدراسة:

مقال بعنوان تحليل عوامل وفيات الأمهات في جنوب الصحراء لكل من كمال محمد و محمد متبول و فليب بيفور و إيف كويباتر لسنة 2011 هذا المقال كان خاص بالجنوب الجزائري و في ولاية تمنراست بالذات أين عرفت هذه المنطقة أعلى معدل لوفيات الأمهات في الجزائر.

- تبين هذه الدراسة أن هذه الولاية تفتقر إلى أدنى الشروط المتعارف عليها صحيا من أطباء و مراكز صحية و مستشفيات توليدية.
- نقص وسائل النقل، لنقل الأمهات اللائي يعشن بعيدا عن المستشفى.
- عدم وجود عدد كاف من الأطباء المختصين في أمراض النساء و التوليد.
- سوء المعاملة التي تتلقاها الأم من القابلة أثناء الولادة.
- عدم تعقيم المعدات الطبية الخاصة بالتوليد.

— لكن من جهة أخرى تم إهمال نقطة مهمة ألا وهو العامل البيئي فلم يتم التطرق إليها بشكل موسع و الذي له تأثير كبير في عدم تنقل الأطباء و الكوادر المهنيين إلى هذه المناطق ، فهذا العامل إن لم يؤثر بشكل كلي فلقد ساهم بنسبة كبيرة في رفع معدلات وفيات الأمهات في هذه المناطق.

— دراسة **LEBANE (2011)**¹، بعنوان " **Le point sur la santé périnatale en Algérie**"

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء حول الانتقال الديمغرافي و الوبائي الذي حدث في الجزائر، و ركز هذا المقال على تعزيز الفترة المحيطة بالولادة و كذلك عمل على تحديد أهم العوامل الاقتصادية و الاجتماعية المؤثرة في وفيات الأطفال الرضع و وفيات الأمهات، و قد نوه إلى تحسن الحالة الصحية للسكان في جميع مراحل التنمية الاجتماعية، و لاسيما في تحسين الحالة الصحية للأم و الطفل وذلك نتيجة لبرامج مكافحة الأمراض المتوطنة و تحصين الأطفال و الوقاية من الأمراض المتعلقة بوفيات الأمهات من خلال تحصين الأطفال و إتباع برنامج التباعد في الولادات.

و لقد اعتمد في دراسته هذه على المسوحات و التعدادات الوطنية و الحالة المدنية كمصادر للمعطيات، و توصلت الدراسة إلى مجموعة من النتائج أهمها:

- ✓ توسع نطاق الحصول على الرعاية و تحسن مستوى التغطية الطبية، من خلال تعزيز سياسة الصحة العامة و المحلية.
- ✓ الانتقال الوبائي من الأمراض المعدية إلى الأمراض المستعصية.
- ✓ توسع نطاق برامج التحصين و التطعيم للأم و الطفل.
- ✓ الطب المجاني الذي أضف نقلة نوعية على النظام الصحي و ساهم في التقليل من وفيات كل من الأطفال و الأمهات.

و في ضوء نتائج الدراسة أوصى الباحث بتحسين المعلومات الإدارية و لا سيما فيما يتعلق بالبيانات المقدمة من سجلات الحالة المدنية، مع التركيز بوجه خاص على شمولية و توحيد الدعم و تجانس تعريفات الأحداث الديمغرافية للولادات الحية و وفيات الأطفال الرضع، و كذلك أوصى بضرورة وضع عملية تسجيل جميع الأحداث الديمغرافية في السجل المدني و إعطائها وجودا قانونيا، كما أنه من الضروري بذل الجهود في مجال تدريب العاملين في المجال الطبي.

تقييم الدراسة:

مقال أحاط بالمتغيرات الديمغرافية و الوبائية المؤثرة على صحة الأم و الطفل في الفترة المحيطة بالولادة، و اعتمد على مجموعة متنوعة من مصادر المعطيات التي تخدم الموضوع و تثريه كالمسح المتعدد المؤشرات لسنة 2006 و مشروع TAHINA و كذا اعتمد على التحقيق الوطني STEPS، و لقد أبرز الانخفاض الملحوظ في معدلات وفيات الرضع و الأمهات، و التحسينات الكبيرة التي عرفها قطاع الصحة.

¹ D.LEBANE(2011), **L e point sur la santé périnatale en Algérie : Réview of the current Algerian's perinatal Health**, springer-Verlag France, Rev. Médecine. Périnatal, Doi 10.1007/s 12611-011-0102-3.

— قامت سهام مزهودي و باحثين آخرين(2009)¹ بإجراء مقال تحت عنوان " OMD5 et mortalité maternelle" حيث تضمن الأهداف الإنمائية للألفية و عدم المساواة الاجتماعية في وفيات الأمهات .

حيث جاء في ملخص هذا المقال أن وفيات الأمهات هي الأكثر ظلما من الناحية الاجتماعية و ذلك لعدم المساواة ، فالمرأة في البلدان الأقل نموا متوسط خطر الحياة مرتبط بمضاعفات الحمل و الولادة و خطر الوفاة في هذه البلدان يكون مرتفعا 300 مرة مقارنة بالنساء في البلدان الصناعية.

فمعدل وفيات الأمهات في الجزائر 92.6 وفاة لكل 100000 ولادة حية عام 2006 على الرغم من أن 95.3 % من الولادات تجرى في المناطق الحضرية.

و يوضح هذا المقال عدم المساواة بين الشمال و الجنوب ، 230 وفاة في أدرار مقابل 30 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية في عنابة و نسبة عالية من وفيات الأمهات يمكن تجنبها.

ومن بين بعض أهداف الرامية لهذا المقال:

— تحسين الوضع الصحي للنساء في سن الإنجاب يعتمد على عدة أهداف إنمائية للألفية خاصة أولئك الذين لديهم تأثير ديموغرافي فمعدل وفيات الأمهات يرتبط ارتباطا وثيقا بالفقر، ففي العام أكثر من نصف مليون امرأة تموت خلال فترة الحمل وبعد الولادة لكل حالة وفاة مسجلة تعاني 100 امرأة من الأمراض، و 10 مليون امرأة تعاني من الإعاقة و 10.6 طفل ما نسبته 40 % يتوفون في الشهر الأول.

— النساء في البلدان النامية يدفعون ثمنا باهظا، فمتوسط خطر الوفاة بسبب مضاعفات الحمل أو الولادة يتم ضربه في 300 مرة مقارنة مع النساء في الدول الغنية "لا يوجد معدل لوفيات النساء بعيد عن عدم المساواة" اليونيسيف.

— و قد تم الإشارة في هذا المقال إلى أن في منطقة الشرق و المغرب العربي، تحسن الوضع لجميع البلدان إلا أن الأهداف الإنمائية للألفية الخامسة يكون من الصعب تحقيقها في كل من الجزائر و المغرب و سوريا و العراق وقد لا تتحقق الأهداف الإنمائية في هذه الدول فتونس هي الأقرب إلى الهدف فمعدل وفيات الأمهات هو 30 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية.

— و تختلف نسبة الولادات الحية بين الريف و الحضر 187 ولادة في المناطق الحضرية مقابل 267 في المناطق الريفية، فهذا المعدل يعكس عدم كفاية مرافق استقبال الموظفين الأكفاء التي يمكن أن تساعد النساء في العمل في المناطق الريفية و النائية.

— ولقد توقع البنك الدولي أنه باستثناء وفيات الأمهات من المتوقع أن تتحقق جميع الأهداف الإنمائية للألفية في الجزائر و لتحقيق هذه الأهداف الإنمائية للألفية ينبغي خفض معدل وفيات الأمهات بنسبة 66 % بين عامي 2007-2015 و هذا أداء صعب التحقيق.

— 55 % من الحالات حدثت في المستشفى و في 57.3 % بعد النقل و السبب المباشر للوفيات لديه صلة بنوعية رعاية الحوامل قبل و بعد و أثناء الولادة، و أسباب مماثلة لتلك التي تم تحديدها من قبل منظمة الصحة العالمية و هي:

— ارتفاع ضغط الدم 18.4% أثناء المخاض 13.4% بعد الولادة.

— النزيف 16.6% .

¹ M.Ouchtati & Sihem Mezhoud & Farid Chakib Rahmoun (2009), « OMD5 et mortalité maternelle : confluence et sommation croisées de toutes les inégalités », cahiers d'études et de recherche francophones/santé. vol.19, n3° , juillet-aout-septembre 2009 :167-170.doi :10.1684/San.2009.0171. (Consulté le Jeudi11juin 2015. 19 :13.)

- حمى النفاس 14.1 % .
- أمراض القلب 13 % .
- عسر الولادة 12.2 % .

لم تتحقق الرعاية بالنسبة للولادة في 21.6% في المناطق الريفية النائية، وغياب المتابعة بـ 1.3% في الجزائر العاصمة، الجزائر هي واحدة من البلدان الإفريقية التي وصلت أو تجاوزت 34 دولار من الإنفاق على الرعاية الصحية للفرد الواحد.

ومن بين العوامل التي قد تؤدي إلى نتائج أفضل ما يلي:

- التعرف على المؤشرات المختلفة التي لها علاقة قوية مع وفيات الأمهات.
- تقييم مبني على قراءة إقليمية و التي تتيح رسم خرائط شديدة الضعف.
- يجب إجراء تقييم إقليمي لمعرفة المناطق الأكثر ضعفا و إقامة الروابط السببية بين وفيات الأمهات و المحددات الصحية.

ومن خلال استخدام هذه المقاربة يمكن معرفة المناطق الأكثر حرمانا على مستوى القطر الوطني و معرفة المتطلبات التي تحتاجها كل منطقة و ذلك من خلال التعرف على المحددات الرئيسية و من هنا يمكن توليد مكاسب كبيرة، قابلة مؤهلة لتصحيح التصرف و التقليل من وفيات الأمهات بشكل كبير بالإضافة إلى اتخاذ الإدارة الصحية لنهج يشتمل على الجودة في القطاعات بدءا بتعليم الفتاة و المرأة الشابة من أجل الوصول إلى الأهداف الإنمائية الخامسة.

و هذه المقاربة يمكن تعميمها على مساحة أكبر و يكون هناك تبادل خبرات مع البلدان المعرضة للخطر و كذا داخل البلد الواحد.

و في الأخير توصلوا إلى مجموعة من النتائج المهمة نذكر منها:

- إنشاء شبكات قادرة على دعم جهود التوعية اللازمة لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية و التي تسمح بمرور على مستوى صحة الأشخاص إلى صحة السكان وكذا تجاوز الأهداف الإنمائية للألفية الخامسة و السعي لتحقيق العدالة.

تقييم الدراسة:

مقال بعنوان الأهداف الإنمائية للألفية الخامسة و وفيات الأمهات لمزهودي سهام و عدة باحثين آخرين الذي أُنجز سنة 2009 فمن خلال استعراض هذا المقال يتبين لنا ما يلي:

- المقصود من الدراسة هو معرفة ما إذا كان للأهداف الإنمائية دور في خلق المساواة و العدالة الاجتماعية للنساء خاصة في البلدان الأقل نموا وقد تم إثبات هذه العلاقة.
- اعتبرت وفيات الأمهات كمؤشر لعدم المساواة الاجتماعية لفائدة النساء و كذا ارتباط معدل وفيات الأمهات ارتباطا وثيقا بالفقر.

- لا يوجد معدل وفيات الأمهات بعيد عن عدم المساواة.
- و قد تم الإشارة إلى أن لكل حالة وفاة مسجلة 100 امرأة تعاني من الأمراض.

— كان الهدف من هذه الدراسة هو إبراز عدم المساواة و العدالة من خلال تحقيق الأهداف الإنمائية في خفض وفيات الأمهات لكنها لم تتوسع في هذه النقطة بالذات ،خاصة في توضيح ذلك و تأثير عدم المساواة في العلاج والرعاية الصحية للنساء في هذه الفترة الحساسة و الخطيرة على حياة الأم و الطفل على حد سواء فلفوارق الإقليمية موجودة بين الشمال و الجنوب وقد أشارت إلى ذلك فالجزائر هي واحدة من البلدان الإفريقية التي تعاني من عدم المساواة.

— مقال لبويسري عبد العزيز (1999)¹ بعنوان " **mortalité maternelle en Algérie 1999** " حيث خصص هذا المقال لتقييم التحقيق الوطني لوفيات الأمهات الذي أجري سنة 1999 من طرف INSP .

و هي دراسة شارك بها في المؤتمر العام للسكان الذي أجريت فعالياته في المغرب من 24 أوت إلى غاية 30 أوت 2001 ، فأصل هذا التحقيق فريد من نوعه في الجزائر و ربما كذلك في البلدان النامية و هو يعتبر كوسيلة لنهج المقارنة من أجل القبض على الظاهرة الديموغرافية،و قد تم استخدام المصادر الإدارية بشكل رئيسي عن إدارة الأحوال المدنية و هيكل الإدارة الصحية.

و لقد سمح هذا التحقيق من تعزيز برامج لمكافحة وفيات الأمهات ،دامت مدة التحقيق من 1 جانفي إلى غاية 31 ديسمبر 1999 حيث وفر للمرة الأولى معلومات عن أسباب الوفيات على مستوى البلديات و الوحدات الإدارية.

فالغرض من هذه الدراسة بدرجة الأولى تحديد أسباب وفيات الأمهات من أجل تطوير برنامج ضد هذه الوفيات.

وحددت الأهداف الرئيسية في عدة نقاط و هي:

- تحديد معدل وفيات الأمهات.
- التعرف على أسباب وفيات الأمهات.
- تحديد عوامل الخطر المرتبطة بهذه الأسباب.

و هي تغطي جميع النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة، و لقد أجريت هذه الدراسة على عدة مستويات (الحالة المدنية، المرافق الصحية، المنازل).

و من بين النتائج المتحصل عليها ما يلي:

— مستوى وفيات الأمهات بسبب الحمل و الولادة و معدل وفيات الرضع لا يزالان مشكلة صحية عامة، وقد لوحظ 7757 حالة للنساء في سن الإنجاب (15-49) في المرافق الصحية و المنزل ومن بين مجموع الوفيات أعلن عن 697 حالة وفاة للأمهات و غالبية هذه الوفيات التي لوحظت في الهياكل الصحية تحدث خلال 42 يوما بعد الولادة بنسبة 55% و 12% خلال الحمل.

— و يوجد جانب مهم آخر أثناء التحقيق و هو ارتفاع متوسط العمر عند الزواج للفتيات من 23 سنة في 1977 إلى ما يقارب 28 سنة في 1998 و هذا ما يعيد النظر في البرنامج الصحي.

¹ABDELLAZIZ BOUISRI (2001), MORTALITE MATERNELLE EN ALGERIE (1999), XXIVe Congrès Général de Population de l'UIESP Salvador, Bahia, Brésil 20 août au 24 août 2001 ; Institut National de la Statistique RABAT (MAROC).

http://www.Iussporg/Brasil2001/s80/otherposters_07_Bouisri.pdf. (Consulté le Lundi 7 décembre 2015 05:30).

- أكثر من 61 % من وفيات 25 % للفئة العمرية 30-34 سنة ، 36.1 % للفئة العمرية 35-39 سنة في كلا الوسطين الحضري و الريفي، 25 % من النساء يموتون قبل مجيء الطفل الأول 52.4 % استخدموا وسائل منع الحمل بعد الإنجاب.
- وكذلك من بين أسباب وفيات الأمهات نجد 16.6 % من الوفيات كان بسبب نزيف الأعضاء التناسلية، وفيات ناجمة عن النزيف المتكرر بعد الولادة 87.5 % ، 14.4 % من وفيات الأمهات بسبب مضاعفات ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل 14.4 % من الوفيات تحدث بسبب حمى النفاس حيث وجد أن 29 % من هذه الوفيات تحدث عند الفئة العمرية 25-29 سنة.
- لا تزال وفيات الأمهات مرتفعة 697 حالة و معدل 117.41 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية و يبلغ مجموع المواليد الأحياء المسجلين 593643 وفقا للإحصائيات الرسمية التي نشرت عام 2000.
- وكذا لوحظ وجود تفاوت إقليمي حيث سجلت فروق ذات دلالة إحصائية 1732.6 لكل 100000 ولادة حية في تمارست أي ما نسبته 40 % من وفيات الأمهات، و الأسباب الثلاثة الرئيسية لوفيات الأمهات هي:
 - نزيف الأعضاء التناسلية 21 %.
 - حمى النفاس 12.5 % .
 - تمزق الرحم 7.9 % .

تقييم الدراسة:

- مقال بعنوان وفيات الأمهات لبويسري عبد العزيز و هي دراسة تقييمية للتحقيق الوطني لوفيات الأمهات الذي أجري سنة 1999 من طرف INSP ، فهذه الدراسة لم تأتي بشيء جديد و إنما هي مجرد تقييم و تلخيص و كل ما تم ذكره في هذا المقال يمكن إيجاداه في هذا التحقيق.
- أما عن إيجابياته فقد ساهم هذا المقال في إضافة بعض أهداف الدراسة و بناء مجموعة من الفرضيات.
- مقال لجاكولين دي فور (1998)¹ بعنوان

"Indicateurs de la santé maternelle en Algérie : évolution de 1962 à 1992 "

حيث اعتمدت في دراستها على مفهوم الصحة الإنجابية المعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية لتعيين مجموعة، من القضايا المتعلقة بصحة المرأة (أمراض، وفيات الأمهات، تنظيم الأسرة)و لكن يبدو أن أفضل السبل لاستخدام هذا المصطلح "صحة الأم" هو الأكثر وضوحا ويسلط الضوء بشكل واضح على مشكلة وفيات الأمهات.

وقد تم تعريف معدل وفيات الأمهات من قبل منظمة الصحة العالمية على النحو التالي " وفاة امرأة لأي سبب سواء أثناء الحمل أو الولادة أو خلال 42 يوما بعد الولادة.

¹ Des Forts J(1998). « Indicateurs de la santé maternelle en Algérie : évolution de 1962 à 1992 ».In : population, 53e année, n°4, pp. 8959-873.

www.persee.fr/web/revues/home/prescrit/article/pop.0032-4663_1998_num53_4_6939. (Consulté le Jeudi 11 juin 2015 19:17:14).

ولقد اعتمدت على مجموعة من التساؤلات نذكر منها:

- هل معدل وفيات الأمهات يحسب من مجموع الوفيات المدرجة في تعرف منظمة الصحة العالمية.
 - و ما هي الطريقة المستخدمة (المراقبة ، تسجيل جميع الوفيات التي تحدث في منطقة معينة أو تطبيق طريقة الأخوات).
- و من بين مصادر المعطيات المعتمد عليها في هذا المقال ما يلي:
- مسوحات العينة الأولى على المستوى الوطني في عام 1967 و ذلك لمن يهمله الأمر في وجهات النظر الخاصة بآراء الأزواج حول تحديد النسل 1968-1970 (ENSP) دراسة إحصائية وطنية للسكان و المسح الديموغرافي.
 - المسح الوطني للخصوبة 1986 ENAF .
 - المسح الوطني للعمل و الديموغرافيا في عام 1984.
 - مع دراسة استيعادية على خصوبة النساء اللواتي تمت مقابلاتهن و التي يعود تاريخها إلى 1962 إلى غاية 1989.
 - وكجزء من الدراسة الاستيعادية عن وفيات و أمراض الأطفال و الأمهات من خلال طريقة الأخوات (MSP1992) المسح الوطني لصحة الأم والطفل.
 - وكذا الاعتماد على مجموعة من البيانات المتباينة كبيانات المستشفيات في شكل إعلان مسوحات خاصة (1974-1975)
 - بيانات التسجيل المدني (وفيات الإناث 1969).
 - الأطروحات و التقارير التي تسمح أيضا لفحص دقيق مع استطلاعات أخرى شريطة أن تكون موثوقة.
 - أما المعلومات الخاصة بالتعليم فيتم الحصول عليها من الأكاديميان و التعدادات و بعض الدراسات.

ولقد تم الإشارة إلى صعوبات التي قد تواجه الباحث في هذا المجال:

- حتى في البلدان الصناعية مصادر المعلومات التي تعتمد على الشهادات الطبية غير موثوق بها فعلى سبيل المثال في فرنسا و الولايات المتحدة ثلث وفيات الأمهات لم يتم تسجيلها.
- الشهادة الطبية لا تتطلب تحديد سبب الوفاة أو الأمراض حسب التصنيف الدولي CIM10 بحيث لم يجعل ترميز خاص لتسجيل وفيات الأمهات في تعريف منظمة الصحة العالمية، هذا التعريف في حد ذاته مثير للجدل في الواقع العديد من الأطباء يعتقدون أن الحد الأقصى 42 يوما بعد الولادة مدة غير كافية و قصيرة جدا، و أن الوفاة يمكن أن تحدث في وقت لاحق عن طريق عدوى النفاس ، أمراض القلب ، و أمراض الكلى و كذلك بعض أنواع السرطانات كسرطان عنق الرحم الذي يرتبط ارتباط مباشر بالصحة الإنجابية.
- وقد قامت الباحثة بالتنويه إلى بعض الأخطاء في السجلات، في البلدان التي فيها تغطية صحية خاطئة يجب النظر في تسجيلات الوفيات الناجمة عن الحمل خارج الرحم دون تشخيص أو علاج و يقدر ما بين 10 إلى 12 حالة حمل خارج الرحم لكل 1000 ولادة حية النساء يموتون بسبب ولادة ناجمة عن حمل خارج الرحم و المشكلة الأخرى هي تسجيلهم في إطار عمليات الإجهاض، لذا يواجه حساب معدل وفيات الأمهات العديد من الصعوبات و ينبغي دائما أن يرافق هذا المعدل تفاصيل عن مصادر المعلومات.

ومن النتائج المتوصل إليها في هذا المقال نذكر منها:

- 7% فقط من الولادات تلقت دعم من كوادر مهنية في القطاع 18% في المناطق الحضرية و 2% في المناطق الريفية.

- غالبية النساء يعيشون في عصر ما قبل الولادة في سنوات 1960-1970.
- تحسن الوضع بعض الشيء منذ السنة التي شملها المسح 1975.
- تحسن في تغطية التوليد قبل 1974 بحيث العلاج في المستشفيات كان في المقابل باستثناء المستفيدين من المساعدات الطبية المجانية بحيث كانت كل التكاليف من المبيت و النقل إلى مستشفى التوليد بمقابل لكن من 1 جانفي 1974 كانت بداية مجانية العلاج و كان الهدف الرئيسي هو الوقاية.
- وقد أظهر المسح الوطني حول صحة الأم و الطفل و الذي أجري من قبل المكتب الوطني للإحصاء والذي ركز على المواليد خلال السنوات الخمسة الماضية بحيث وفر معلومات أكثر دقة بالنسبة لتوفر الخدمات الصحية، 10 % من المجتمعات تفتقر إلى الخدمات الصحية و هذا يفسر عدم الحصول على رعاية ما قبل الولادة أو الأمومة.
- وبين المسح الديموغرافي ENSP 1968-1970 ما نسبته 75 % من النساء اللاتي شملهن الاستطلاع استخدموا وسيلة من وسائل منع الحمل 80 % في المناطق الحضرية و 69 % في المناطق الريفية.
- تقييم الدراسة: مقال بعنوان مؤشرات الصحة الإنجابية في الجزائر ما بين 1962-1992 لجاكولين دي فور و الذي نشر في عام 1998.
- مقال جد موسع مقارنة بالمقالات السابقة من ناحية الإحصائيات الخاصة بوفيات الأمهات خاصة في فترة الاستقلال.
- أبرزت أهم مصادر المعطيات المتاحة في الجزائر من 1962-1992 الخاصة بوفيات الأمهات و كذلك الدراسات الاستقصائية التي أجريت في هذه الفترة.
- أعطت معلومات أكثر دقة عن توفر الخدمات الصحية حيث ما نسبته 10 % من المجتمعات تفتقر إلى الخدمات الصحية، وهذا يعني عدم وجود رعاية ما قبل الولادة أو الأمومة.
- لكن هناك جانب سلبي في هذا المقال أنها ركزت كثيرا على المصادر المتوفرة في الجزائر و كل الدراسات الاستقصائية التي أجريت في عدة ولايات و لم تتحدث عن الصحة الإنجابية في الجزائر و التي هي عنوان هذه الدراسة.
- مقال لجاكولين دي فور (1998)¹ بعنوان

Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne.

و يتضمن هذا المقال الولادة التقليدية داخل المجتمع الجزائري فمنذ آلاف السنين الطريقة الوحيدة المعتمدة في توليد النساء تعود إلى المجتمع الذي تنتمي إليه و وفق طقوس معقدة و تنتقل من فجر التاريخ، الطابع الطبي من هذا القانون الأساسي هو استمرار الجنس البشري منذ البداية و في الوقت الحاضر ما يقرب من نصف المواليد في العالم لا تزال تجري في نفس الظروف و هذا هو السبب في إطلاق على الولادة في المنزل دون مساعدة ب " الولادة التقليدية " .

و اعتبرت بأن الرعاية الصحية للأمهات هي تحت تأثير اثنين من المحددات الأول إمكانية الوصول الفعلي إلى مراكز الأمومة (حسب المسافة و تكاليف النقل) و المحدد الثاني هو إمكانية الوصول النفسي، و في محاولة لتفسير أساس هذه

¹ Jacqueline des Forts(1998), **Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : Vécu et représentation. Tentative d'approche de la situation algérienne**, Insaniyat n° 4, Janvier-Avril.

المحددات في المجتمعات التقليدية التي تقل فيها الخبرات في العصور التقليدية من جيل الإناث لأخر كان لابد من عرض طريقة الولادة في عصر ما قبل الولادة و التي كانت بعيدة كل البعد عن التكنولوجيا الحالية و هي أبعد ما تكون عن كونها متاحة لجميع النساء لأن معظمهن إن لم نقل نصفهن لا زلن يلدن في المنزل دون مساعدة.

و حسب أعمال المؤرخين و علماء الديموغرافيا تدل على أن هذا الوضع مستمر في الوقت الحاضر و في العديد من المجتمعات و العديد من المناطق.

و في الجزائر و داخل المجتمع النسوي و بالنسبة للأم الجديدة بعد الولادة تدور عبارة " الحمد لله اللي سلكتي " فهذه العبارة تحمل في طياتها العديد من المعاني هي في الواقع تعبر عن واقع عاشه الأجداد و عن المضاعفات و المخاطر التي تدور حول المرأة في هذه المرحلة لكن هذه المخاطر دائما حاضرة لأن الموت أثناء الولادة هو ملازم للمرأة، فإمكانية الوصول الفعلي للرعاية الصحية للأمهات في الجزائر يوفر رؤية ثابتة لتطور الوضع الجزائري الذي كان يتميز بمجتمع فقير في وقت الاستقلال، حيث قامت الباحثة بدراسة إمكانية الوصول المادي إلى الرعاية الصحية للأمهات و هي معلومات من المسح الديموغرافي لسنة 1968-1970 (ENSP1975) و التي تهتم بالمساعدة المقدمة للأم أثناء الولادة و تكشف أن 7 % من النساء ولدن بمساعدة قابلات ماهرات (12 % في المناطق الحضرية و 2 % في المناطق الريفية).

في سنة 1969-1970 تحسن الوضع بعض الشيء و وصلت تغطية الولادة إلى 12 % (30 % في المناطق الحضرية و 4 % في المناطق الريفية) و يمكن القول بأن معدل وفيات الأمهات أشبه ما يكون قريب من عصر ما قبل الولادة.

فمن خلال تغطية التوليد بين المناطق الحضرية و الريفية يمكن تسليط الضوء على المحدد الأساسي في الحصول على الرعاية الصحية للأمهات كالتقرب من مراكز الأمومة و النقل و تكلفة العلاج في المستشفيات، ودراسة سجلات الأحوال المدنية تبين وفيات الإناث الزائدة أثناء سنوات الإنجاب في جميع الولايات باستثناء الجزائر العاصمة و وهران و في عام 1974 تم تنفيذ الرعاية المجانية و كان الهدف الرئيسي هو الوقاية و بما في ذلك تطوير شبكة واسعة من مستشفيات الولادة و المراكز الصحية للأم و الطفل فتغطية ما قبل الولادة كان 60 % عام 1990 و 57 % في عام 1992 و 70 % في المناطق الحضرية و 47 % فقط في المناطق الريفية، و يوفر هذا الاستطلاع الأخير معلومات أكثر تفصيلا حول إمكانية الوصول إلى الخدمات الصحية و يظهر التفاوت بين المدن و الريف 15 % من المجتمعات لا تمتلك في ذلك الوقت خدمات صحية إلا على بعد 30 كم.

تم إجراء الدراسة الوحيدة بطريقة تعرف باسم "الأخوات" وهو جزء من دراسة استقصائية عن وفيات الأطفال (1989) بحيث يتم استفتاء للأمهات إذا كان لديهن أخوات متوفيات و ما هو سبب الوفاة و استخدمت النتائج لحساب معدل وفيات الأمهات حوالي 2000 حالة وفاة للأمهات سنويا في الجزائر أي 5 وفيات في اليوم.

بيانات المسح الاستشفائي لوفيات الأمومة في المستشفى عام 1987 تشير إلى أن ما يقرب 1 وفاة يوميا في مراكز الأمومة فعرض هذه المجموعة من البيانات في عصر ما قبل الولادة بشكل عام و تطور الوضع الجزائري، تحوي على رؤية ثابتة لمحددات الوصول الاجتماعية و الثقافية فإن الخبرة هي التي تحدد قرار الرعاية قبل الولادة و الولادة و الأمومة.

فهناك من النساء من تضطر فعلا للولادة في المنزل بسبب غياب الزوج أو عدم توفر وسيلة النقل فالمرأة الجزائرية تعتمد على مجموعة من الحجج للولادة في المنزل و عدم التنقل إلى مركز التوليد فمن بين الحجج عدم قدرتي على ترك الأطفال فهي عادة ما تلد في المنزل وهذا هو الخطأ الشائع بين النساء فهي لا تعلم ما هي المخاطر و المضاعفات التي تدور حولها في هذه المرحلة

على سبيل المثال وضعية الطفل قد تكون في غير محلها و هذه الحجة هي حقيقة مأساوية و هي مجرد خوف من المستشفى، نوعية الاستقبال فمعاملة الموظفين في كثير من الأحيان ليست ودية و طريقة التوليد بعيدة عن الجو الأسري حيث تكون الأم أكثر اطمئنا في المنزل و خاصة التي تقوم بتوليدها أنثى بينما في المستشفى هناك رجال، فطريقة التوليد في المستشفى تختلف عن تلك التي في المنزل ففي المستشفى يجب الصعود على طاولة عالية في حين في المنزل لا توجد سوى مائدة و دواوين منخفضة و أخيرا فإنه يضعك في وضع غير لائق و يتعرضون لكل العيون بينما في المنزل تكون أكثر سترا.

و في الأخير خلصت إلى مجموعة من النتائج منها:

- الولادة المستمرة في المنزل و عدم مراقبة الأم لحملها تؤدي لنتائج وخيمة في مرحلة الأمومة و تواجه القابلات أحيانا مشاكل خطيرة بسبب عدم تتبع الأم لحملها منذ البداية على يد متخصص، فعلى سبيل المثال قد يكون الرحم مشوها أو المرأة تحتاج لعملية قيصرية فالخوف من العملية الجراحية يدفع بها بالولادة بأي ثمن في المنزل و بعدها الوصول إلى المستشفى لتموت .
- في جميع أنحاء العالم نصف الأمهات لازرن يلدن داخل المنزل و أكثر من 500000 يتوفين كل سنة و هذا يمثل على الأقل 20 سنة من المجزرة التي أدت إلى وفاة 10 مليون امرأة.
- في الجزائر سنة 1992، 25% من النساء الجزائريات يلدن في هذه الظروف الغير مستقرة و الصمت يجيم على هذه الفضيحة.
- فالحل هو إعطاء جميع النساء الفرصة للاستفادة من دعم الخبراء من أجل ولادة طفلها، لكن الحل الأساسي هو تعليم الفتيات و تدريب المديرات لأن غالبية القرارات المالية تنتمي إلى جنس الإناث فمن حق النساء الحصول على حق الحياة لأنها تعطي الحياة.

تقييم الدراسة: دراسة أخرى لجاكلين دي فور تبين فيها مدى خطورة الوضع في الجزائر بالنسبة للأمهات اللاتي يلدن في المنزل دون توفر أدنى شروط توليدية فالمرأة في غالب الأحيان تخاطر بحياتها و حياة ابنها من أجل عدم الذهاب للمشفى و الولادة على يد رجل أو إجراء عملية قيصرية فهذا المقال أوضح العديد من الجوانب التي تعيشها الأم الجزائرية في وقت الاستقلال و في وقتنا الحالي لأن هذه الظاهرة لا تزال مستمرة حتى في يومنا هذا خاصة في المناطق الريفية و النائية منها صعوبة التنقل و تدني المستوى المعيشي فعلى الدولة الجزائرية، اتخاذ التدابير اللازمة لتوفير مراكز توليدية حتى و إن كانت متنقلة لتفادي و التقليل من وفيات الأمهات.

جدول رقم 1: أوجه التشابه و الاختلاف بين الدراسات.

النتائج المتوصل إليها	كيفية تحليل البيانات	صعوبات البحث	مصادر المعطيات	إطار الدراسة	الهدف	المنهجية	الفرضيات	الإشكالية	المفاهيم	الدراسات السابقة
-توجيه أو إعادة توجيه الإجراءات التي تجعلها تتماشى مع الأولويات الحقيقية. -تحديد العوامل و الجوانب العملية لتحسين نظام الرعاية الصحية. -ارتباط معدل وفيات الأمهات تقريبا بالكامل بمضاعفات عصبية مرتبطة بتسمم الحمل. -ارتفاع ضغط الدم في الحمل هو السبب الرئيسي لوفيات الأمهات في الجزائر.	تحليل البيانات من خلال برنامج spss21.	-	-	دراسة أترابية شملت جميع النساء الحوامل في سن 15-49 سنة.	-تقدير حالات الأمراض و وفيات جراء مضاعفات عصبية تحدث لدى النساء الحوامل في الفترة المحيطة بالولادة. -تحديد العوامل المؤدية لأمراض و وفيات الأمهات. -تحديد العوامل المؤدية	المنهج الوصفي.	-	على الرغم من جهود التنمية في البلدان و التقدم في الطب لا تزال وفيات الأمهات مرتفعة خاصة في الجزائر؟	مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية.	دراسة علودة هراوة ذهبية.

					لأمراض و الوفيات الجنينية.					
- ينبغي توفير الرعاية أثناء الحمل و الولادة أو في فترة النفاس. - الحصول على الرعاية في الأسابيع التي تلي الولادة.	تفريغ بيانات الاستمارة و تحليلها يدويا.	—	دراسة حالة لولاية تلمسان	دراسة وبائية بجناح التوليد بتلمسان.	تحديد معدل و أسباب و عوامل الخطر المرتبطة بوفيات الأمهات في تلمسان.	—	—	على الرغم من الجهود المبدولة وفيات الأمهات لا تزال مرتفعة خصوصا في المناطق الداخلية؟	مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية	دراسة بلغراس حفصة

<p>دراسة قادي نجاة</p>	<p>مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية</p>	<p>هل تحسن الصحة الإيجابية للنساء في سن الإنجاب يحد من الفقر؟</p>	<p>- هناك تحسن لمؤشرات الصحة الإيجابية. - هناك حد فعلي للفقر في الجزائر. - هناك علاقة بين الصحة الإيجابية للنساء و الفقر في الجزائر.</p>	<p>تحديد العلاقات السببية بين الصحة الإيجابية و الفقر من خلال بيانات المسح الأسري 2002.</p>	<p>دراسة العلاقة بين الصحة الإيجابية و الفقر من خلال بيانات المسح الأسري 2002.</p>	<p>- - المسح الأسري 2002.</p>	<p>- - مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر عرفت تحسنا ملحوظا و ذلك راجع للاستراتيجيات التي طبقتها الدولة في المجال الصحي. - كما عرف الفقر انخفاضا واضحا و هذا راجع إلى تحسن مستوى معيشة السكان.</p>	<p>- - مؤشرات الصحة الإيجابية في الجزائر عرفت تحسنا ملحوظا و ذلك راجع للاستراتيجيات التي طبقتها الدولة في المجال الصحي. - كما عرف الفقر انخفاضا واضحا و هذا راجع إلى تحسن مستوى معيشة السكان.</p>
<p>دراسة ياسمينه زهار، سميرة قرطبي، بوزيان محمد، قتبي محمد.</p>	<p>مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية</p>	<p>- - مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية</p>	<p>- - مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية</p>	<p>- التعرف على الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات. - تحديد عوامل الخطر المرتبطة بمعدل وفيات</p>	<p>- التعرف على الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات. - تحديد عوامل الخطر المرتبطة بمعدل وفيات</p>	<p>- - الأسباب الخمسة</p>	<p>- - الأسباب الخمسة</p>	<p>- - الأسباب الخمسة</p>

					الأمهات. -تقديم التوصيات التي من شأنها أن تجنب هذه الظاهرة.					
دراسة الحاج مولاي	مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية	لماذا تموت النساء أثناء الولادة؟	وفيات الأمهات مرتبطة بمضاعفات الحمل والولادة . و الأسباب التوليدية لها تأثير على الوفيات.	دراسة وصفية تحليلية لوفيات الأمهات غي مستشفى بوهران.	تحديد معدل و وصف أسباب وفيات الأمهات في مركز الأمومة بوهران.	أجريت الدراسة في مركز الأمومة بوهران.	-شهادات الوفاة. -سجلات الوفيات. -تصريحات الدفن -وحدة الطب الشرعي.	-غياب بعض المعلومات بالنسبة للمرضى الذين شملتهم الدراسة. -امتناع الأطباء بالإدلاء ببعض المعلومات.	اعتمد في تحليل البيانات على برنامج SPSS النسخة 17.	-العمر المتوسط للمريضات هو 32 سنة. -150 وفاة للأمهات سجلت خلال فترة الدراسة. -ارتباط وفيات الأمهات بالأسباب التوليدية المباشرة. -ارتباط وفيات الأمهات بمضاعفات الحمل و الولادة و بعد الولادة.

<p>دراسة Yves Coppieters</p>	<p>مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية</p>	<p>ماذا وفيات الأمهات في الجنوب الجزائري هي الأكثر ارتفاعا على المستوى الوطني</p>	<p>–</p>	<p>اعتمد على طريقة البحث الإجرائي و هي أداة لتحليل و حل المشكلات</p>	<p>تحديد و تعريف المشكلة و اختيار الاستراتيجيات و تحديد التدخلات من حيث تقديم الخدمات</p>	<p>مسح اجتماعي و أنثروبولوجي للمرأة في مستشفى تمنراست.</p>	<p>–تم جمع المعطيات من خلال مقابلة المرضى في المرافق الصحية المختلفة و جناح الولادة في 3 عيادات و كذا دمج منازل المرضى و أجريت المقابلات مباشرة مع الأمهات.</p>	<p>–تم تحليل البيانات من خلال تقسيمها إلى مجموعة من المقاربات.</p> <p>–نقص وسائل النقل للنساء اللواتي يعشن بعيدا عن المستشفى. –نقص في الأطباء و الكوادر المؤهلين. –عدم تنقل الأطباء إلى الجنوب بسبب العامل البيئي.</p>
<p>دراسة LEBANE</p>	<p>–</p>	<p>–وفيات الأطفال الرضع و وفيات الأمهات مرتفعة رغم التحسينات التي عرفها قطاع الرعاية الصحية.</p>	<p>–</p>	<p>–</p>	<p>المسوحات و التحقيقات الوطنية.</p>	<p>–</p>	<p>–</p>	<p>–تحسن مستوى التغطية الطبية. –توسع نطاق الحصول على الرعاية. –انتشار برامج التحصين على مستوى التراب الوطني.</p>

<p>دراسة سهام مزهودي</p>	<p>مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية</p>	<p>عدم المساواة الاجتماعية في تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية الخامسة في وفيات الأمهات</p>	<p>-وفيات الأمهات مؤشر التقاء و استدعاء و عدم المساواة الاجتماعية لفائدة النساء. -تحسين الوضع الصحي للنساء في سن الإنجاب يعتمد على الأهداف الإنمائية للألفية. -معدل وفيات الأمهات يرتبط ارتباطا وثيقا بالفقر.</p>	<p>-إجراء تقييم إقليمي لمعرفة المناطق الأكثر ضعفا.</p>	<p>-تحسين الوضع الصحي للنساء في سن الإنجاب.</p>	<p>-جميع النساء في سن الإنجاب.</p>	<p>-معدلات عامة تم نشرها من قبل منظمة الصحة العالمية.</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-لا يوجد معدل لوفيات الأمهات بعيد عن عدم المساواة. -من المتوقع أن تتحقق جميع الأهداف الإنمائية باستثناء خفض وفيات الأمهات. -الفوارق الجهوية بين الشمال والجنوب الجزائري.</p>
<p>دراسة بوسيري عبد العزیز.</p>	<p>مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية</p>	<p>-</p>	<p>-تقييم التحقيق الوطني لوفيات</p>	<p>-تحديد معدل و أسباب و عوامل الخطر المرتبطة بوفيات</p>	<p>-دراسة شاملة تغطي جميع النساء في سن</p>	<p>-تم استخدام المصادر الإدارية بشكل رئيسي عن إدارة الأحوال</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-14.4% من الوفيات تحدث بسبب حمى النفاس في الفئة العمرية 25-29 سنة.</p>	

<p>-اختلافات إقليمية في الوفيات التي تحدث على مستوى المنزل وجد 40% في ولايات الجنوب -غالبية الوفيات تحدث خلال 42 يوم بعد الولادة.</p>			<p>المدنية و كذا هياكل الإدارة الصحية.</p>	<p>الإنجاب الذين توفوا أثناء التحقيق.</p>	<p>الأمهات</p>	<p>الأمهات الذي أجري سنة 1999</p>				
<p>-يجب تعزيز التحقيقات الرامية لتحديد عوامل الخطر من الناحية الكمية و النوعية لتحديد إستراتيجية متماسكة لمكافحة ظاهرة وفيات الأمهات. -ينبغي إجراء دراسات من قبل فرق متعددة التخصصات من أطباء و ديموغرافين و قابلات و نفسانيين من أجل رصد ومكافحة وفيات الأمومة</p>	<p>—</p>	<p>-مصادر المعلومات التي تعتمد على الشهادات الطبية غير موثوق بها. -الشهادات الطبية لا تحدد أسباب الوفاة أو الأمراض.</p>	<p>-تم الاعتماد على 3 مصادر للمعلومات مسوحات العينة الأولى على المستوى الوطني سنة 1967 الدراسات الإحصائية الوطنية للسكان و المسوح الديموغرافية.</p>	<p>-تحليل أهم مصادر المعطيات المتاحة حول وفيات الأمهات الموجودة في الجزائر.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>ما هي الطريقة المستخدمة لمراقبة و تسجيل جميع الوفيات التي تحدث في منطقة معينة؟</p>	<p>مفهوم وفيات الأمهات حسب منظمة الصحة العالمية</p>	<p>دراسة Des forts.J</p>

-الولادة في المنزل و عدم مراقبة الأم لحملها تؤدي لنتائج وخيمة في مرحلة الأمومة.	-	-	-سجلات الحالة المدنية. -بيانات المسح الاستشفائي لوفيات الأمهات1987. -المسح الديموغرافي 1968-1970.	شملت الدراسة النساء في سن الإنجاب اللاتي يلدن في المنزل.	توضيح مدى خطورة الولادة في المنزل.	-	-	-	-	دراسة Des forts.J

المصدر: الجدول من إعداد الباحثة.

التقييم العام للدراسات السابقة:

كان الهدف الرئيسي للدراسات السابقة هو رصد و وضع إستراتيجية لمكافحة ظاهرة وفيات الأمهات و إن اختلفت الدراسات في طريقة معالجة هذا الموضوع، فكل سعى في وضع الخطوط العريضة لفهم هذه الظاهرة.

فمن خلال عرض كل دراسة على حدى وجدنا نقاط يشترك فيها الباحثون و نقاط اختلاف و أشارت الدراسات السابقة لمجموعة من النتائج فيما يخص مستويات و اتجاهات معدل وفيات الأمهات حيث تم الاعتماد على مقاييس وفيات الأمهات للحكم على مدى ارتفاع و انخفاض مستوى الوفيات، و قد تم تتبع وفيات الأمهات بحسب الأسباب الرئيسية للوفاة و اتفقت جميع الدراسات بأن هناك اتجاه نزولي في مستوى وفيات الأمهات و ربما يرجع السبب إلى التحسن في مستوى الخدمات الطبية و وصولها إلى مستويات جيدة ، و من بين أوجه التشابه نذكر ما يلي:

- أن كل الدراسات اعتمدوا على مفهوم واحد لوفيات الأمهات وهو المفهوم المعتمد من طرف منظمة الصحة العالمية.
- تشير الدراسات إلى الفوارق الجهوية بين الشمال و الجنوب فوفيات الأمهات في تلمسان هي من أعلى المعدلات على المستوى الوطني إذ بلغت 230 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية
- اتفقت 4 بحوث علمية في الأهداف سواء أكانت أهداف عامة أو أهداف خاصة، و كانت كلها تصب في نفس الهدف و الذي هو تحديد معدل وفيات الأمهات و معرفة الأسباب الرئيسية من أجل رصد إستراتيجية لمكافحة ظاهرة وفيات الأمهات، أما دراسة سهام مزهودي فكان الهدف من دراستها هو إظهار عدم المساواة في تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية في خفض وفيات الأمهات و كذا دراسة جاكلين دي فور التي كان الهدف من دراستها هو إبراز الصعوبات التي تواجه الباحث في مجال مصادر المعطيات.

ومن بين أوجه الاختلاف التي وجدت في هذه الدراسات مايلي:

- كل دراسة كانت لها طريقة مختلفة في كيفية صياغة الإشكالية.
- أما بالنسبة للمنهجية المعتمدة في تحليل وفيات الأمهات من خلال تصفحنا لهذه الدراسات تبين أن معظم الدراسات اعتمدوا على المنهج الوصفي التحليلي و منها من اعتمد طريقة البحث الإحصائي و التي هي أداة لتحليل و حل المشكلات و دراسة سهام مزهودي التي اعتمدت على تقييم إقليمي لمعرفة المناطق الأكثر ضعفا من ناحية عدم المساواة و العدالة الاجتماعية.
- مصادر المعطيات تختلف على حسب نوعية الدراسة فدراسة وضاح زهية اعتمدت اعتمادا كليا على المسح الوطني لوفيات الأمهات الذي أجري سنة 1999 ، و دراسة الحاج مولاي و التي كانت دراسة ميدانية في المستشفى الجامعي بوهراو حيث كان يجمع المعطيات من خلال شهادات الوفيات و تصريحات الأطباء وكذا شهادات الطب الشرعي.
- تم الاعتماد في تفرغ البيانات وتحليلها إما يدويا أو بالاعتماد على برنامج SPSS أو بتقسيمها إلى مجموعة من المقاربات.

- نتائج تختلف من دراسة إلى أخرى على حسب نوعية الدراسة و لكن و إن اختلفت طريقة تحليل و وصف ظاهرة وفيات الأمهات إلا أنهم يتفقون في الأسباب المؤدية لوفيات الأمهات.

- و تتفق الدراسة الحالية مع بعض الدراسات السابقة في الاعتماد على المنهج الوصفي التحليلي، كدراسة علودة هراوة ذهبية و دراسة الحاج مولاي، كما تتفق مع هاتين الدراستين في كيفية تحليل البيانات و اعتمادها على برنامج التحليل الإحصائي

SPSS، كما تعتبر هذه الدراسة مساهمة جديدة في موضوع وفيات الأمهات في الجزائر بشكل عام و في ولاية باتنة بشكل خاص و ما يميز الدراسة الحالية أنها من بين الدراسات التي اهتمت بدراسة وفيات الأمهات لكن بشكل موسع و كذا من أجل إبراز العناصر المفسرة للظاهرة خاصة فيما يتعلق بالأمراض أي الأسباب المرضية التي تصاب بها المرأة قبل الحمل و تفاقمت خلاله، و تحليل تأثير مجموعة العوامل الديمغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية و الخدمائية و الصحية على وفيات الأمهات، استنادا إلى التحقيق الذي تم إجراؤه في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الأم و الطفل مريم بوعتورة.

II الإشكالية:

لا تزال وفيات الأمهات آفة في العالم النامي و يرجع ذلك إلى عوامل متعددة وهي حالات معقدة (كالنزيف و العدوى و الولادة المتعسرة، فقر الدم الناجم عن عمليات الإجهاض).

لكن معدل وفيات الأمهات قد يكون نتيجة الإصابة بالأمراض الشديدة التي يمكن أن تؤثر على المرأة سواء قبل الحمل أو خلال فترة الحمل أو بعده.

ففي البلدان النامية، حدوث أو تردد أمراض الأمهات هي واحدة من المؤشرات الأكثر تعبيرا عن الفوارق التي تؤثر على النساء، و يقدر اليونيسيف وفيات الأمهات من 30 إلى 100 امرأة هن ضحايا حالات أمراض الأمهات، و وفقا لمنظمة الصحة العالمية يواجه العالم كل عام أكثر من 8 ملايين حالات أمراض الأمهات و أكثر من 8 ملايين وفاة للأطفال حديثي الولادة و ولادة أطفال ميتين.

و ترجع معظمها لهذه الأسباب (سوء صحة الأمهات و القصور في الرعاية الصحية و نقص رعاية الأطفال) ، ناهيك عن صعوبة الوصول لهذه المراكز الصحية و انعدامها خاصة في المناطق الجنوبية للوطن و المناطق النائية منها، و هي أسباب يمكن الوقاية منها بتكلفة منخفضة في جميع أنحاء العالم ما يقدر بنصف مليون أي ما يعادل 600000 امرأة في سن الإنجاب 15-49 سنة تموت سنويا لأسباب تتعلق بالحمل والولادة و بعد الولادة ففي العالم المتقدم نسبة وفيات الأمهات تتراوح في المعدل حوالي 27 وفاة لكل 100000 ولادة حية و في الدول النامية حوالي 480 وفاة لكل 100000 ولادة حية و يمكن أن تصل إلى 1000 وفاة لكل 100000 ولادة في بعض المناطق، في المغرب 227 وفاة لكل 100000 و 150 في تونس¹.

لا تزال وفيات الأمهات آفة كبرى في البلدان النامية التي قدرت ب 99% من وفيات الأمهات، التقديرات الجديدة للوفيات تبين أنه قد تم الحصول على تحسينات في البلدان ذات الدخل المتوسط، و لكن لا توجد منطقة حققت انخفاضا سنويا بنسبة 5.5% اللازمة لتحقيق الهدف الإنمائي للألفية المتمثل في خفض وفيات الأمهات بين عامي 2000-2015.

في الجزائر وفيات الأمهات كانت تقدر ب500 وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1962، وفي 2008 قدرت ب86.2 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية، ليلعب معدل وفيات الأمهات 60.3 وفاة لكل ولادة حية سنة 2014 على الرغم من حقيقة أن 95.3 من الولادات تجري في المناطق التي يساعدها طبيب.

¹ O.M.S, FNUAP, UNICEF, Banque Mondiale (1999), Réduire la mortalité maternelle : Déclaration commune des agences de l'ONU. Genève.

وتمثل نسبة وفيات الأمهات 10 % من مجموع الوفيات للنساء اللاتي تتراوح أعمارهم بين 15- 49 سنة الفوارق وجدت على مستوى العالم ونجدها داخل البلد الواحد ومعدل وفيات الأمهات 213 في أدرار جنوب الصحراء 30 في الجزائر العاصمة 23 في عناية لكل 100000 ولادة حية¹.

معدل وفيات الأمهات هو مشكلة صحية مستمرة في الجزائر، على الرغم من الجهود التي تبذلها الحكومة في صحة الأم والطفل و البرامج الوطنية لمكافحة هذه الظاهرة وتخفيض منها إلا أنها لا تزال مرتفعة نسبيا مقارنة بالبلدان ذات المستوى الاجتماعي والاقتصادي المماثل خاصة في المناطق الداخلية، لأن عرض العلاج و الطلب عليه لا يتماشيان مع احتياجات السكان الفعلية و الحقيقية، و المتمثلة أساسا في تقرب خدمات الرعاية الصحية من المواطن بتوفير الإمكانيات المادية و البشرية المؤهلة والقادرة على إنقاذ الأمهات المعرضات لعوامل الخطر و بتكلفة تتماشى مع إمكانيات المواطن البسيط، لأن الخدمات الصحية واحدة من أبرز و أهم الخدمات التي أصبح الفرد و المجتمع يبحث عنها، و يريدونها بدرجة معينة من التميز و الإتقان باعتباره بحاجة ماسة لها، و بالمقابل حتمت هذه الحاجة الملحة لهذا النوع من الخدمات اهتماما متزايدا من قبل المؤسسات و الهيئات الصحية سواء على المستوى المحلي أو الدولي و ذلك بالعمل على تطوير و تحسين الخدمات ذات الطابع الحيوي، من أجل تلبية الاحتياجات المعبر عنها و التي تتسم باستمرارية الطلب عليها و تزايد و ثيرته، إلى جانب تميز هذا الطلب بالتركيز على نوعية أو جودة الخدمات المقدمة، لأن المريض أي طالب الخدمة لم يعد يرضى بأي خدمة تقدم له بل أصبح متطلبا و يلح بشدة على أن تكون الخدمة التي يطلبها تقدم له ذات مستوى معين من الجودة، أي بدرجة معينة من الإتقان.

وطبيعة هذا البحث تملي علينا الإجابة على بعض التساؤلات:

- ✓ ما هي مستويات و اتجاهات وفيات الأمهات في الجزائر؟
- ✓ ما هي الأسباب المؤدية إلى حدوث هذه الظاهرة؟
- ✓ لماذا تتكرر مثل هذه الحوادث؟
- ✓ هل يرجع ارتفاع معدل وفيات الأمهات إلى قصور في الكوادر الطبية؟
- ✓ أم أن الأمر يتعلق بالبيئة المتردية للمستشفيات و المراكز الصحية؟

III. الفرضيات : إن البحث الذي نتناوله يملئ علينا التحقق من بعض الفرضيات.

الفرضية الرئيسية: ترجع المعدلات المرتفعة لوفيات الأمهات إلى مجموعة من العوامل الاجتماعية و الاقتصادية والصحية.
الفرضيات الفرعية:

- 1) يرتبط معدل وفيات الأمهات بشكل وثيق بظروف الحمل و الولادة، فكلما كان الحمل تحت رعاية أخصائي صحي انخفض معدل الوفيات النفاسية.
- 2) النساء أكثر من 30 سنة أكثر عرضة للوفاة من النساء أقل من 30 سنة.
- 3) يشكل الجهل و عدم القدرة على الرعاية الصحية و نقص الموظفين المؤهلين و الرعاية الطبية السيئة المحددات الرئيسية لوفيات الأمهات.

¹ FNUAP(2006). Fond des Nation Unies pour la population. Rapport annuel.

IV. أسباب اختيار الموضوع:

تعود أسباب اختيار موضوع أمراض ووفيات الأمهات في الجزائر إلى حجم عواقبه الاجتماعية والاقتصادية ، واختيار هذا الموضوع له ما يبرره يأتي في المقام الأول حجم وفيات الأمهات وتجاهل حجم أمراض وفيات الأمهات للأسف بالنسبة للكثيرين لأن هذه الفترة تعتبر من أصعب الفترات لما فيها من مشاكل و معاناة للأم والطفل على حد سواء بسبب خطر الموت أو المرض ، في كل دقيقة تموت امرأة من جراء الحمل والولادة ، في إفريقيا هناك 250000¹ حالة وفاة في كل سنة مما يجعلها السبب الرئيسي للوفاة بين النساء في سن الإنجاب .

وكذا موضوع وفيات الأمهات لا يزال يحتل مكانة مفصلية في الدراسات خاصة في البلدان السائرة في طريق النمو، وباعتباره موضوع خصص للدراسة و ما يعود به من الفائدة العلمية.

V. الهدف الخاص:

إن الهدف الخاص من هذه الدراسة هو المساهمة في تحسين المعرفة حول محددات و عوامل أسباب وفيات الأمهات لتوجيه السياسات و الإستراتيجيات الحالية للحد من وفيات الأمهات كجزء من الأهداف الإنمائية.

VI. أهداف الدراسة العامة:

نلخص أهداف هذه الدراسة في النقاط التالية:

- تحديد الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات.
- وصف أسباب وفيات الأمهات.
- تقييم معدل وفيات الأمهات و ذلك لمعرفة الأسباب الرئيسة.
- وصف أسباب وفيات الأمهات و خصائص النساء المتضررات من هذه الوفيات.

VII. المنهج المتبع:

- تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي و الذي يعرف بأنه وصف دقيق و تفصيلي للظاهرة قيد الدراسة نوعيا و كميا و تحليلها من أجل تحديد الظاهرة و وصف طبيعتها كالوفيات و الخصوبة و محاولة الوصول إلى الأسباب و العوامل التي تتحكم فيها، و قد استخدم الباحث هذا المنهج لما له من مميزات يمكن من خلالها تناول و معرفة الخصائص الاقتصادية و الاجتماعية و الديموغرافية التي تؤثر على وفيات الأمهات.
- إدخال المعطيات في برنامج spss من أجل تحليل البيانات بمختلف أنواعها.

VIII. حدود الدراسة:

يمكن تحديد الحدود العامة للدراسة كالتالي:

¹ Ujah I. et Alli, 2005 : **Facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle au Nord central du Nigeria** : Bilan couvrant 17 ans. In African journal of reproductive Health, n°3, pp 27-40.

- 1) تركزت الدراسة من ناحية الإطار المكاني حول الجزائر، مع دراسة حالة باتنة (2014-2017).
- 2) أما من حيث الإطار الزمني فقد تركزت الدراسة على واقع وفيات و أمراض الأمهات في الجزائر من 1975 إلى غاية 2008.

غير أن ذلك لا يمنعنا من التطرق إلى فترات سابقة أو لاحقة لهذه الفترة، و خاصة مرحلة ما بعد الاستقلال و فترات بعد سنة 2008 و ذلك لأهمية هذه السنوات خاصة من سنة 2000 إلى غاية 2015 و التي لها علاقة بالأهداف الإنمائية للألفية خاصة الهدف الخامس و الذي يتعلق بتحسين صحة الأمهات.

IX. نبذة تاريخية حول وفيات الأمهات

في جميع أنحاء العالم كان معدل وفيات الأمهات مأساة كبيرة في الفترة ما بين (1818-1865) حيث كان معدل أمراض و وفيات الأمهات من أعلى المعدلات خاصة في القارة الإفريقية التي كانت أكثر تضررا في بعض الأحيان أعلى ب100 مرة مما كانت عليه في البلدان الصناعية فمعدل وفيات الأمهات 830 لكل 100000 ولادة حية مقابل 24 لكل 100000 ولادة حية¹.

- ففي فيينا كان معدل وفيات الأمهات 7 لكل 100 وفي أشهر قليلة ارتفع ليصل 30 لكل 100.
- عام 1917 في نيويورك رفع مشكلة مراقبة وفيات الأمهات و إنشاء أول لجنة لمراقبة ورصد وفيات الأمهات.²
- عام 1928 في بريطانيا العظمى، تأسست أول لجنة لدراسة وفيات وأمراض الأمهات قبل ركود معدل وفيات الأمهات منذ سنة 1900³.
- في بداية 1945 عرف تحسن ملحوظ في تشخيص أحوال الأمهات وذلك بعد ظهور المضادات الحيوية وفهم أفضل لتسمم الحمل والولادة.⁴
- 1952 مؤتمر ليون، التشاور مع جميع أطباء التوليد في جميع أنحاء العالم لتقييم التقنيات و الوسائل التي يمكن أن تجعل إمكانية الحد من وفيات الأمهات.
- 1977 جنيف، تطور مضاعفات ارتفاع ضغط الدم الشرياني على الحمل و الولادة و ما بعد الولادة.⁵
- 1987 عقد مؤتمر دولي من قبل منظمة الصحة العالمية و البنك الدولي وصندوق النقد الدولي، الذي عقد في نيروبي و أطلقت مبادرة "الأمومة الآمنة" ومنذ ذلك الحين عقد العديد من المؤتمرات تهدف لتقييم المعرفة في هذا المجال، و زيادة الوعي في مجال الصحة وقد عقدت في العديد من البلدان الأردن (1988) النيجر (1989)، المغرب (1991)¹.

¹ O.M.S. (1996), **Sous estimation de la mortalité maternelle**, presse O.M.S. communiqué O.M.S /7 Genève 5 Février- : 1-2.

² Dorfman SF (1990), **Maternal mortality in New York City**. 1981-1983. Obstet Gynecol; 76: 317-323.

³ Conde -Agudelo A, Belizan JM, Lammers C (2004). **Maternal-perinatal morbidity and mortality associated with adolescent pregnancy in Latin America**: cross- sectional study. American journal of Obstetrics and Gynecology -192:642-349.

⁴ O.M.S. (1996), opcit : 1-2.

⁵ Diarra D.S, (2014), Evolution de la mortalité maternelle dans le service de Gynécologie-obstétrique à l'Hôpital Fousseyni Daou de Kayes sur 5 ans et demi, VOL :94.

- نظم المؤتمر الدولي للسكان والتنمية في القاهرة 1994 ، والمؤتمر العالمي الرابع حول المرأة في بكين 1995 و مشاورات التقنية بشأن الأمومة الآمنة تنظيماً للاحتفال بالذكرى السنوية العاشرة لمبادرة الأمومة الآمنة ، و تمكنت من لفت انتباه جميع الدول بضرورة تكثيف التدابير و الجهودات لخفض معدل وفيات الأمهات وفقاً للهدف الذي حدده مؤتمر القمة العالمي من أجل الطفل¹
- الجزائر 2013، القرار الوزاري رقم 89 المؤرخ في 4 جويلية، الإبلاغ الإلزامي عن جميع وفيات الأمومة مع إنشاء لجان حكومية لمكافحة وفيات و أمراض الأمومة و الفترة المحيطة بالولادة (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، 2014).

X. تحديد المفاهيم

وجود اتفاق دولي حول المفاهيم و المعايير التي وضعتها منظمة الصحة العالمية، ولا يعني هذا بأنها مطبقة بشكل صحيح فهناك عدة مفاهيم مكتملة لمفهوم منظمة الصحة العالمية نذكر منها :وفيات الأمهات المتأخرة، الوفيات المرتبطة بالحمل، الوفيات التي تصاحب الحمل و بعد انتهاء الحمل بسنة².

1. مفهوم الصحة الإنجابية (Santé de la Reproduction) :

وفقاً لمنظمة الصحة العالمية ،هي حالة من اكتمال السلامة بدنيا و عقليا ، عن كل ما يمس الأعضاء التناسلية (وظائفها العملية) للرجال و النساء من جميع الأعمار ، و نعني بالصحة الإنجابية هي تمكن الفرد من التمتع بحياة جنسية خالية من الأمراض المنقولة جنسيا ، أن تكون قادرة على استخدام أسلوب تنظيم النسل التي يختارونها بحرية و ما هو الوقت المناسب لإنجاب الأطفال ، تلقي الدعم و الرعاية الكافية قبل و أثناء و بعد الولادة.

2. حالات الطوارئ و الرعاية التوليدية (soins obstétricaux d'urgence) :

هو الرعاية المقدمة للنساء الحوامل قبل و أثناء و بعد الولادة في حالة حدوث مضاعفات و التي تعرض حياتهم للخطر و العناية الأساسية في حالات الطوارئ و الرعاية التوليدية الطارئة و تتميز حالات الطوارئ و الرعاية التوليدية الأساسية بالحقن و المضادات الحيوية لمكافحة العدوى و مضاعفات ارتفاع ضغط الدم ، حقن الأوكستوسين لمكافحة عسر الولادة و مضاعفات الإجهاض و كذا نزيف ما بعد الولادة و الإجهاض و يجب أن تكون هذه الرعاية متوفرة على مستوى المرافق أو المراكز الصحية من توفير الدم و إجراء العمليات القيصرية على مستوى هذه المراكز³.

¹ Potton G C& al (2009), **Global patterns of onortality in young people: systematic analysis of population health data.** Lancet. 374: 881-892.

² Bouvier-Colle M.H(2003), **Mortalité maternelle dans les pays en développement** : Données statistiques et amélioration des soins obstétricaux Médecine-tropicale ; 63 :358-365.

³ **OMS.UNFPA.UNICEF** (1997).Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux, Genève.

3. مفهوم وفيات الأمهات:

وفاة الأم هي "يمكن تعريفها على أنها وفاة المرأة أثناء الحمل أو بعد انتهاء الحمل بفترة لا تزيد عن 42 يوما بسبب متعلق بالحمل أو أن الحمل قد تسبب بتفاقم حالة ما أدت إلى الوفاة بغض النظر عن فترة الحمل أو موقعه على أن لا تكون الوفاة بسبب حادث أو واقعة."¹

وتنقسم أسباب وفيات الأمهات إلى مجموعتين: لتطوير و تنفيذ و تقييم السياسات و البرامج، من المهم أن تعرف لماذا تموت النساء من الحمل و الولادة.²

1.3 الوفيات الناجمة عن أسباب الولادة المباشرة:

إنها ناتجة عن مضاعفات الولادة ، أثناء الحمل و المخاض و النفاس و التدخلات ، السهو و العلاج الغير الصحيح أو إهمال أو سلسلة من أحداث الأمراض الناتجة عن (الولادة المتعسرة و النزيف ، و الإجهاض ، و أمراض ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل و مضاعفات و التهابات) في جميع أنحاء العالم حوالي 80 % من وفيات الأمهات نتيجة من هذه المضاعفات المباشرة من الحمل أو الولادة أو النفاس و السبب الأكثر شيوعا لربع مجموع وفيات الأمومة هو نزيف حاد خاصة بعد الولادة.

2.3 الوفيات الناجمة عن أسباب الولادة الغير المباشرة:

حوالي 20 % من وفيات الأمهات هي نتيجة المرض الموجود من قبل أو المرض الذي تعرضت إليه خلال فترة الحمل و هي لا ترتبط لأسباب توليدية و لكن تفاقمت بسبب الآثار الفسيولوجية للحمل أو إدارتها و يتم استبعاد الموت عن طريق الصدفة أو الانتحار ، و من الأسباب الغير المباشرة لوفيات الأمهات فقر الدم ، الملاريا ، التهاب الكبد الوبائي ، أمراض القلب و العديد من هذه الأمراض هي من الحمل النسبي أو المطلق.

* و منذ المراجعة العاشرة للتصنيف الدولي للأمراض (CIM10-1989) نشأ مفهومين جديدين:

جدول رقم 02: مفاهيم أخرى لوفيات الأمهات حسب CIM.10³.

الوفيات بالحملة	المرتبطة	الوفيات المرتبطة بالحمل
الوفيات المرتبطة بالحمل تعرف بأنها وفاة امرأة أثناء الحمل أو خلال 42 يوما من انتهاء الحمل بغض النظر عن سبب الوفاة.	الوفيات المرتبطة بالحمل تعرف بأنها وفاة امرأة نتيجة لأسباب توليدية مباشرة أو غير مباشرة أكثر من 42 يوما و لكن أقل من عام واحد بعد انتهاء الحمل.	الوفيات المرتبطة بالحمل تعرف بأنها وفاة امرأة نتيجة لأسباب توليدية مباشرة أو غير مباشرة أكثر من 42 يوما و لكن أقل من عام واحد بعد انتهاء الحمل.

¹ Fortney, J.A et al. (1990), **Implication des définitions de la CIM10 relative aux décès Au cours de la grossesse**, de la grossesse et de la préperalité .Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales, 43(4) :246-48.

² **World Health Organization**. (1978). International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems, 9th revision, volume 11, World Health Organization, Geneva.

³ Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division p 4.

4. مفاهيم أخرى اعتمدت من قبل الكلية الأمريكية لطب النساء و التوليد ومجموعة لدراسة وفيات الأمهات:

1.4 الوفاة المرتبطة بالحمل

وتعرف بأنها وفاة امرأة من أسباب الولادة المباشرة أو غير المباشرة و التي وقعت أثناء الحمل أو الولادة و تصل إلى سنة واحدة من انتهاء الحمل (هذا يعادل تعريف منظمة الصحة العالمية).

2.4 الوفاة التي تصاحب الحمل وتداعياته

كل وفيات النساء الحوامل خلال مدة سنة واحدة من انتهاء الحمل بغض النظر عن السبب.

5. عوامل وفيات الأمهات:

1.5 ارتفاع معدل الخصوبة:

الخصوبة العالية هي عامل من عوامل وفيات الأمهات ، في كثير من المجتمعات خصوبة المرأة هي أساس قبولها من قبل المجتمع فهي تتعرض لضغوط هائلة من أجل تحديد عدد الأطفال بعد الزواج و هو أشبه بماراتون للولادة يبدأ في سن مبكرة و لا ينتهي إلا بعد 35 سنة و هذا سلوك خطر يؤدي إلى خطر الوفاة للأم والطفل معا.

2.5 الأمومة المبكرة:

هي مشكلة كبيرة في المجتمع فالحمل المبكر هو السبب الرئيسي للوفاة بين المراهقات و ذلك لأن أجسامهن ليست مهيئة بما فيه الكفاية لتحمل الحمل.

3.5 العوامل الثقافية و الاجتماعية:

البيئة الاجتماعية أو الدين أو المعتقدات الشخصية التي تعيش فيها المرأة يمكن أن تكون من العوامل المساهمة في رفع معدل وفيات الأمهات من خلال منع قرارات جيدة و قد تتعرض المرأة للولادة الغير الآمنة لأسباب ثقافية أو دينية بالنسبة للكثير من النساء.

4.5 العوامل المرتبطة بالنظام الصحي:

يتميز النظام الصحي بنقص في الهياكل و المعدات، حيث يتم توزيع الموظفين الصحيين بطريقة غير عادلة و سوء الخدمات و صعوبة الوصول الجغرافي و المادي و التي تؤدي في الغالب إلى التأخير في الوصول إلى هيكل و تقديم الرعاية.

5.5 العوامل السياسية و الاقتصادية:

استمرار حالة عدم الاستقرار السياسي في بلدانا النامية و الحروب الأهلية و التكيف الهيكلي و انخفاض قيمة العملة و التضخم يؤدي إلى انخفاض القوة الشرائية للسكان ، و زيادة البطالة و الفقر و انخفاض في استخدام الخدمات الصحية.

7.5 العوامل البيئية:

و هو من بين العوامل الهامة لهذه المشكلة و تشمل صعوبة الوصول المادي و البشري إلى التضاريس الوعرة و الطرق الغير الكافية و الفقيرة و انعدام وسائل النقل.

6. المؤشرات الرئيسية لوفيات الأمهات¹:

◆ نسبة وفيات الأمهات: هو الخطر المرتبط بكل من الحمل و الولادة و هو عدد وفيات الأمهات خلال سنة معينة لكل 100000 ولادة حية في نفس الفترة و يقيس هذا المؤشر خطر وفيات الأمهات بسبب المضاعفات.

$$RMM = \frac{\text{Nombre de décès au cours de la grossesse, L'accouchement et postpartum de l'année } t}{\text{Nombre des naissances de la meme année}} \times 100000$$

◆ معدل وفيات الأمهات: يتم حساب معدل وفيات الأمهات من خلال تقسيم وفيات الأمهات المسجلة على الولادات الحية المسجلة في نفس الفترة وضرب الحاصل في 100000، و يتطلب القياس معلومات عن حالة الحمل و زمن الوفاة (أثناء الحمل أو أثناء الولادة أو خلال 42 يوما من انتهاء الحمل) و سبب الوفاة.

$$\text{معدل وفيات الأمهات} = (\text{عدد المواليد الأحياء}) / (\text{عدد وفيات الأمهات}) \times 100000$$

و يتم التعبير عن معدل وفيات الأمهات عادة لكل 100000 ولادة حية.

◆ احتمال وفاة الأمهات في جميع مراحل الحياة:

هو احتمال وفاة الأمهات طوال الحياة الإنجابية للمرأة فإنه يأخذ في الاعتبار كلا من خطر الوفاة لأسباب تتعلق بالأمومة (RMM) و احتمال الحمل (ISF) و خطر التراكم على مر الزمن مع كل حمل²، خطر وفيات الأمهات خلال مدة الحياة يأخذ في الاعتبار كلا من احتمال الحمل و احتمال الوفاة نتيجة للحمل خلال فترة خصوبة المرأة.

1.6 مؤشرات وفيات الأمهات:

◆ تغطية التوليد: هي نسبة عدد الولادات في المستشفى خلال فترة زمنية معينة و منطقة معينة و عدد مماثل من الولادات.

◆ متابعة الحمل (ما قبل الولادة): و هي نسبة النساء الحوامل اللاتي يقمن بزيارة الطبيب لمراقبة الحمل.

◆ إستراتيجية مكافحة وفيات الأمهات: هناك عدد قليل من البلدان التي أحرزت تقدما في الحد من وفيات الأمهات فمن الضروري تغيير الإستراتيجية التي تسمح بإدارة مضاعفات النفاس من خلال إنشاء خدمات الأمومة الآمنة ، إن الإستراتيجية الأكثر فعالية لإنقاذ النساء و الحد من معاناتهم هو أن يكون النظام الصحي

¹ Trends in Maternal Mortality .opcit, p 6.

² Sakho Papa. (2005)–Note marginalisation et enclavement en Afrique de l'Ouest, « l'espace des trois frontières » Sénégalais–Espace.population société–UST Lille–France ; pp163–168.

قادرا على معالجة المضاعفات الخطيرة التي تهدد حياة النساء أثناء الحمل و الولادة و إيقاف وفيات النساء السريرية عندما تكون الولادة تحت إشراف موظفين مؤهلين و الحصول على علاج بجودة عالية للمضاعفات¹.

و قد اعتمد الصندوق L'UNFPA للحد من وفيات الأمهات على 3 ركائز تدعمها حملة توعية على المستوى السياسي و التدخلات لتغيير المواقف و هذه الركائز هي:

- ◆ **تنظيم الأسرة:** هو الذي يمكن أن يساعد البلدان النامية من تخفيض عدد حالات الحمل بنسبة 20 %، و تخفيض على الأقل من الوفيات و كذا المضاعفات المرتبطة بالحمل و هي وسيلة غير مكلفة يمكن من خلالها تخفيض معدل وفيات الأمهات من خلال:
 - تقليل العدد المطلق للمضاعفات عن طريق الحد من حالات الحمل.
 - تقليل عدد حالات الإجهاض عن طريق منع الحمل غير المرغوب فيه أو الغير متوقع.
 - تجنب الحمل المبكر².
- ◆ **عاملين صحيين مهرة لكل الولادات:** لأن معظم مضاعفات لولادة تحدث أثناء الولادة وبعدها مباشرة، لا يمكن إلا للعاملين الصحيين المدربين من التعرف على المضاعفات التي تعرض حياة الأم أثناء عملية المخاض للمخاطر و التدخل في الوقت المناسب لإنقاذ حياتها.
- ◆ **الرعاية التوليدية الطارئة:** و التي تشمل مجموعة من الرعاية التي يتم توفيرها من الناحية النظرية في المراكز الصحية و المساعدة في إنقاذ حياة النساء من مضاعفات أثناء الحمل و الولادة أو فترة ما بعد الولادة و مع ذلك يمكن لهذه العلاجات أن تكون فعالة إلا إذا أخذنا في الاعتبار العوامل الاجتماعية و الاقتصادية³.
- ◆ **معدل الوفيات⁴:** هو النسبة المئوية بين مجموع وفيات الأمهات وحالات الوفاة بسبب مضاعفات الولادة، وفي علم الأمراض هو النسبة بين عدد الوفيات الناجمة عن سبب و عدد حالات وفيات الأمهات.

$$PDCM = \frac{\text{Nombre de décès maternels}}{\text{Nombre de décès chez les femmes de 15-49ans}} \times 1000$$

- ◆ **معدلات وفيات الإناث لأسباب تتعلق بالولادة:** هو النسبة بين عدد وفيات الأمهات (الأسباب المباشرة و الغير مباشرة) أثناء الحمل أو الولادة أو بعد الولادة خلال مدة أقصاها سنة واحدة على متوسط عدد السكان من النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة.

¹ Elizabeth I.Ransom et Nancy V.Yinger. (2000), **pour une mortalité sans risques**, Population Référence Bureau. www.prb.org/PDF/MAK_Mother_hadsafer_fr.pdf.

² UNFFPA(2003)- **la mortalité maternelle** : les soins obstétricaux d'urgence en point.

<http://www.unfpa.org/publication>

³ Dr DIALLO F.B.et al. (2001)- mortalité maternelle et les facteurs liés aux habitudes/

www.santetropicale.com/esume/73902.pdf.

⁴ Kenneth Hill(2001), Cynthia Starton, Neeru Gupta, **Mesurer la mortalité maternelle à partir du recensement: Guide pour les utilisateurs potentiels**, Measure évaluation Carolina population center university of north Carolina at. Chapel hill, north Carolina 27516, USA, Measure evaluation Manual series, No-4, juillet 2001, p3.

$$TMM = \frac{\text{Nombre de décès maternels}}{\text{Nombre de femmes de 15-49 ans}} \times 1000$$

جدول رقم 03: المقاييس الإحصائية لوفيات الأمهات.¹

عدد وفيات الأمهات خلال فترة معينة لكل 100000 ولادة حية في نفس الفترة.	نسبة وفيات الأمهات
عدد وفيات الأمهات خلال فترة معينة لكل 100000 امرأة في سن الإنجاب خلال نفس الفترة.	معدل وفيات الأمهات
احتمال وفاة الإناث لأسباب تتعلق بالأمومة خلال سنوات الإنجاب (15-50) سنة.	خطر وفيات الأمهات خلال فترة الكبر

◆ مفهوم **المراضة (الأمراض)**: لا تختلف المراضة عن المرض سوى أنها كمصطلح أشمل و تعود إلى الحالة المرضية و العجز و ضعف الصحة و ذلك لأي سبب ، و تستخدم المراضة للدلالة على وجود أي نوع من الأمراض و مستوى الحالة المرضية لعدد من الأشخاص.²

و يتم تعريف الأمراض بعدد الأشخاص المصابين بهذا المرض في مجموعة سكانية معينة خلال فترة زمنية معينة وعادة ما تكون سنة، و وقوع حالات إصابة جديدة خلال هذه الفترة و انتشار جميع الحالات في وقت معين.³

ويمكن قياس المرض بأربعة أنواع من المؤشرات:

◆ **انتشار المرض**: هو عدد حالات مرض معين أو الأشخاص الذين يعانون من هذا المرض أو أي أحداث مرضية أخرى (الحوادث أو الانتحار على سبيل المثال) الموجودة في مجموعة سكانية معينة في وقت معين دون التمييز بين الحالات الجديدة و القديمة وينقسم معدل الانتشار إلى نوعين:

– معدل الانتشار النقطي.

– معدل الانتشار في دورة.

◆ **معدل الانتشار النقطي**: هو تناسب الأفراد المصابين بالمرض في مجتمع معين معرض للخطر وذلك في نقطة محددة من الزمن.

◆ **معدل الانتشار في دورة**: هو تناسب الأفراد المصابين بالمرض في مجتمع معين معرض للخطر و ذلك خلال مدة زمنية محددة على سبيل المثال معدل الانتشار السنوي، معدل الانتشار طول العمر.

◆ **وقوع المرض**: هو عدد الحالات الجديدة لمرض معين أو الأشخاص الذين يعانون من هذا المرض لفترة محددة، في مجموعة سكانية محددة و بدوره ينقسم لنوعين:

– معدل الوقوع التراكمي.

¹ Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, Estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division, p 6.

² www.wikipedia.com

³ Etude statistique (1994), Ministère des Affaires Sociales : de la santé et de la vie, service des statistiques, des études et des systèmes d'information n°1 janvier-mars.

- كثافة الوقوع.
- ◆ **معدل الوقوع التراكمي:** عدد الحالات الجديدة من المرض و التي تحدث خلال مدة زمنية محددة في مجتمع معرض للخطر و ذلك في بداية الفترة.
- ◆ **كثافة الوقوع:** عدد الحالات المرضية الجديدة و التي تحدث خلال مدة زمنية محددة في مجتمع معرض للخطر و ذلك خلال كل فترة.
- ◆ **أمراض الأمهات:** هي حالة تحدث أثناء الحمل أو الولادة أو بعد الولادة 42 يوما بعد الولادة.¹
- ◆ **نسبة أمراض الأمهات:** نسبة النساء المتزوجات في سن الإنجاب اللاتي يعانين من اعتلال (نزيف مهليبي، التهابات عنق الرحم، سرطان عنق الرحم و سرطان الثدي.....) هذا المؤشر يساعد المسؤولين على معرفة المعلومات الخاصة بأمراض الأمهات من أجل الإدارة السليمة لصحة السكان.

$$MM\% = \frac{\text{Nombre de femmes non célibataires en age de procréation souffrant d'un morbidité}}{\text{Nombre totale des femmes non célibataires et en age de procréation}} \times 100$$

- ◆ **نسبة الزيارات ما قبل الولادة:** هي نسبة النساء المتزوجات اللاتي تلقين رعاية سابقة للولادة مرة واحدة على الأقل من قبل موظفين صحيين لأخر ولادة حية وقعت خلال السنوات الخمس السابقة للمسح، هذا المؤشر هو مقياس لصحة الأم سريع و مفيد عندما يكون من الصعب الحصول على معلومات حول أمراض الأمهات و الهدف من هذه الزيارات هو علاج الأمراض و المضاعفات أثناء الحمل و تفادي وفيات الأمهات و اعتلال الجنين و تعزيز صحة الأم و الطفل.

$$C \text{ Prénatale}\% = \frac{\text{Nombre de femmes mariées recevant des soins prénatale au moins une fois pour la dernière naissance vivante survenus durant les 5 dernières années}}{\text{Nombre totale des femmes mariées qui ont au moins un enfant}} \times 100$$

- ◆ **معدل الولادات بمساعدة كادر صحي:** هو نسبة المواليد بمساعدة للأمهات عند الولادة من قبل مساعدين مهنيين في الصحة و هذا المؤشر يساعدنا في معرفة ما إذا كانت جميع الولادات تمت في وسط فيه مساعدة طبية و هذا سيوفر حياة أفضل للأم و الطفل.

$$T\Gamma A = \frac{\text{Nombre des naissances issues dans les maternités d'une année donnée}}{\text{nombre des naissances enregistrées à l'état civil d'une années données}} \times 100$$

- ◆ **نسبة زيارات ما بعد الولادة:** نسبة النساء المتزوجات اللاتي تلقين الرعاية بعد الولادة من طرف موظفين مدربين خلال آخر ولادة حية و هذا المؤشر هو قياس سريع و مفيد لصحة الأم عندما يكون من الصعب الحصول على معلومات عن وفيات و أمراض الأمهات و الهدف من هذه الزيارات هو علاج الأمراض و المضاعفات التي تحدث بعد الولادة و منع أمراض و وفيات الأمهات.

ويتم حساب هذه النسبة من خلال:

¹ Campbell O.M.R ET Graham W.J, 1990, Measuring maternal mortality and morbidity: Levels and Trends, Maternal and Child Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medecine, Publication n°2 London, pp.33-54.

$$PCP-N = \frac{\text{Nombre de femme mariées recevant des soins post-natals pour la dernière naissance vivante}}{\text{nombre totale des femmes mariées qui ont au moins un enfant}}$$

♦ أمراض الأمهات لأسباب توليدية مباشرة: و تشمل مضاعفات الولادة المباشرة على أساس (النزيف، الولادة المتعسرة، ارتفاع ضغط الدم، العدوى و الإجهاض.

جدول رقم 04: التصنيف العالمي العاشر للأمراض (CIM10).

الفصل	الرمز	الداء
II	C00-D48	الأورام.
III	D50-D89	أمراض الدم و الجهاز المناعي.
IV	E00-E90	أمراض الغدد الصماء و الغذائية.
V	F00-F99	الاضطرابات النفسية و السلوكية
VI	G00-G99	أمراض الجهاز العصبي.
VII	H00-H59	أمراض العيون و لواحقها.
VIII	H60-H95	أمراض الأذن و نتوء العظم.
IX	I00-I99	أمراض الدورة الدموية.
X	J00-J99	أمراض الجهاز التنفسي
XI	K00-K93	أمراض الجهاز الهضمي.
XII	L00-L99	أمراض الجلد و الأنسجة تحت الجلد.
XIII	M00-M99	أمراض العظام المفاصل.
XIV	N00-N99	أمراض الجهاز البولي و التناسلي.
XV	O00-O99	الحمل و الولادة و النفاس.
XVI	P00-P96	بعض الأمراض المحيطة بفترة الولادة.
XVII	Q00-Q99	التشوهات الخلقية.
XVIII	R00-R99	أعراض، علامات و نتائج فحوصات غير عادية.
XIX	S00-T98	الإصابات و الصدمات و التسمم و بعض النتائج الأخرى لأسباب خارجية.
XX	V01-Y98	الأسباب الخارجية للمراضة و الوفيات.
XXI	Z00-Z99	العوامل المؤثرة على الوضع الصحي.
XXII	U00-U99	رموز استخدام محددة.

Source: World Health Organization (1992). International Statistical classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Revision, volumes 1 à 3, Geneva, World Health Organization, 1992 à 1994.

XI مصادر المعطيات:**1. المسوحات السكانية****1.1 المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل لسنة 1992¹ (EASME-92):**

لقد قامت وزارة الصحة في جانفي 1992 بتوقيع مشروع المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل ، وعهد بتنفيذه الديوان الوطني للإحصاء (O.N.S). و قد ساهم في تمويل هذا المشروع كل من برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية و صندوق الأمم المتحدة للسكان، ولعبت هذه المساهمات دورا كبيرا في إجراء المسح القومي الذي يهدف إلى تحديد الوضعية الصحية للأم و الطفل.

كما يرجع الفضل أيضا في إنجاح هذا المسح إلى المساعدات التي قدمتها وزارة الصحة و السكان (خصوصا الصحة الوقائية و أقسامها) إلى الديوان الوطني للإحصاء، كما وضعت الوزارة تحت تصرف الديوان كافة الإمكانيات البشرية و المادية اللازمة.

و المشروع الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل هو جزء من المشروع العربي للنهوض بالطفولة الذي يهدف إلى توفير بيانات تفصيلية عن العوامل البيولوجية و الديموغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية و البيئية التي تؤثر على صحة الأم و الطفل ، و ذلك بناء على قرارات و توصيات مجلس وزراء العرب ، و مجلس وزراء الشؤون الاجتماعية و العمل العربي ، قد تفيد هذه البيانات في بناء قاعدة أساسية و تقييم البرامج الوقائية بشكل عام و ما يتعلق منها بصحة الأم و الطفل.

تم تنفيذ هذا المشروع بناء على عينة ممثلة تشمل 6694 أسرة منها 53.1 % في الوسط الحضري و استخدمت في سحب عينة من هذا المسح بيانات التعداد العام سنة (1987) و تم تقسيم المجتمع إلى أربع مقاطعات وهي:

1. المدن التي يزيد عدد سكانها عن 100000 نسمة.

2. المدن التي يتراوح عدد سكانها ما بين 50000 و 100000 نسمة.

3. التجمعات الحضرية الأخرى.

4. المناطق الريفية.

وتضمنت عينة المسح 5881 امرأة مؤهلة (متزوجة أو سبق لها أن تزوجت و عمرها 55 سنة) و 5288 طفل مؤهلا (يقل عمره عن خمس سنوات). كما تم تقسيم المسح إلى خمسة استبيانات وهي :

1- استبيان متعلق بالأسرة.

2- استبيان لخصائص المسكن.

3- استبيان صحة الأم.

4- استبيان صحة الطفل.

5- استبيان خاص بالبيئة التي تعيش فيها الأسرة.

¹ O.N.S, (1992). Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant : Rapport principal, Algérie.

و قد استكملت الاستبيانات عند 91.7% من الأسر و بنسبة 88.7% في الوسط الحضري و 95.1% في الوسط الريفي، أما بالنسبة لاستمارة صحة الأم فبلغت نسبة الاستبيانات المستكملة 93.8% و 96.2% من تحديد نسبة استمارة صحة الأم.

2.1 المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002¹ :

قام الديوان الوطني للإحصائيات بإنجاز المسح الجزائري لصحة الأسرة 2002 بمساهمة وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات و بالتعاون مع جامعة الدول العربية، في إطار المشروع العربي لصحة الأسرة و بمشاركة كل من برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية و صندوق الأمم المتحدة للسكان و منظمة الأمم المتحدة للطفولة و منظمة الصحة العالمية و الإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة و المنظمة الإسلامية للعلوم الطبية و صندوق الأوبك للتنمية و اللجنة الاقتصادية و الاجتماعية لغربي آسيا وقسم الإحصاء للأمم المتحدة.

تم سحب العينة باستعمال عينة طبقية متعددة المراحل حيث تم تقسيم التراب الوطني إلى 4 جهات جغرافية كبرى و التي تمثل المناطق الصحية بالجزائر (الشرق،الوسط،الغرب والجنوب)،و ثم تقسيم كل جهة إلى مناطق و كل منطقة إلى مقاطعات متجانسة نسبيا من حيث الخصائص الديموغرافية و الاجتماعية و ذلك عن طريق تقنية التصنيف و على إثر هذا التصنيف تم تقسيم ولايات هذه الجهة الصحية إلى 17 منطقة (و5 مناطق في الجهة الصحية للوسط،5 مناطق في الجهة الصحية للشرق، و4 مناطق في الجهة الصحية للغرب، و3 مناطق في المنطقة الصحية للجنوب)،تلا ذلك سحب 30 عنقودا في كل منطقة ليصل عددها إلى 150 عنقودا ($17 \times 30 = 510$ عنقودا على المستوى الوطني) و أخيرا سحب 20 أسرة معيشية في كل عنقود للأسرة الرئيسية و 20 أسرة معيشية إضافية للعينة أما فيما يخص استبيان الشباب،فقد تم تخصيص حوالي $\frac{1}{4}$ العينة الرئيسية حيث تم استفتاء الاستبيان بجميع الشباب المؤهلين و من أجل الحصول على معطيات على المستوى الجهوي و كذا الوطني،تمت عملية تعميم البيانات و ذلك بإتباع نفس المراحل المعتمدة خلال سحب العينة.

و قد عمت النتائج على المناطق 17 التي تم سحب العينة منها بعد إعادة الترجيح انطلاقا من توزيع السكان المقدر من الإسقاطات السكانية للسنة 2002 المعتمدة على نتائج تعداد 1998 و معطيات التسجيل الحيوي السنوية.

تمت عملية جمع البيانات للمسح الجزائري لصحة الأسرة خلال الفترة ما بين سبتمبر و نوفمبر 2002 و بلغت نسبة استفتاء الأسر المعيشية 93.5% و استبيانات الصحة الإنجابية 96.1% و استبيانات الشباب 93%.

◆ أهداف المسح الجزائري للأسرة 2002

يهدف المسح الجزائري لصحة الأسرة إلى توفير بيانات أساسية تفصيلية، تساعد السلطات العمومية الجزائرية على تنفيذ و متابعة و تقييم السياسات الصحية و الاجتماعية و كذلك إعداد البرامج الصحية و السكانية المناسبة.

¹ O.N.S(2002), Enquête Nationale sur la santé de la famille (PAPFAM) : Rapport principal, Algérie.

3.1 المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006¹

تم انجاز المسح الجزائري 2006 من طرف الديوان الوطني للإحصائيات بمساهمة وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات و منظمة الأمم المتحدة للطفولة، ومنظمة الأمم المتحدة للصحة العالمية و التي دعمت تقنيا و ماليا من أجل تنفيذ هذا المسح كما توبعت الأهداف الحقيقية في المسح و حددت من طرف الاتفاقيات العالمية الحديثة و بدعم من صندوق الأمم المتحدة، و المنظمة العالمية المتحدة لمكافحة السيدا.

تم تقسيم التراب الوطني إلى 4 جهات جغرافية و التي تمثل المناطق الصحية في الجزائر (الوسط، الشرق، الغرب، الجنوب) و تقسيم الجهات إلى مناطق صحية و كان ممثلا من طرف وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات.

ومن أجل تقديم معلومات نهائية تم تقسيم الولايات الصحية إلى 17 منطقة مع الأخذ بعين الاعتبار حساب المعايير التالية المأخوذة من الإحصاء العام للسكان و السكن و المسوح حول الحالة المدنية.

- المؤشر التركيبي للخصوبة.
- الأمية.
- الربط بشبكة الصرف الصحي.
- نسبة السكان القاطنين في المناطق المتشعبة.

تم تطبيق حجم العينة حسب المخططات الحضرية و الريفية، و هي في مجموعها 29478 أسرة موزعة بانتظام حول 17 منطقة محسومة أي ما يقارب 1734 أسرة في كل منطقة.

♦ أهداف المسح الجزائري 2006

يهدف المسح الجزائري 2006 إلى ما يلي:

- توفير معلومات لتقييم حالة الطفل و الأم في الجزائر.
- توفير بيانات ضرورية لمتابعة تحقيق الأهداف من أجل تطوير مخطط المسح و وضع قاعدة للتخطيط مستقبلا.
- توزيع و تحسين أنظمة جمع البيانات التابعة للجزائر و دعم الخبرة التقنية فيما يخص مادة الحمل و وضعية العمل و تحليل هذه الأنظمة.
- إتاحة الفرصة لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة و منظمة الصحة العالمية، بإعداد معلومات أساسية لوضعها في العمل لمتابعة و تقييم السياسات.
- توزيع و تحسين و ربط البيانات النسبية للأطفال و النساء و عصرة و تنمية قواعد البيانات المتوفرة.
- توفير الإمكانيات الضرورية لمتابعة حالة النساء و الأطفال، و المخطط العيني يعطي صورة للمستوى الإقليمي من أجل أغلبية المتغيرات المحفوظة من طرف المسح.

¹ O.N.S, (2006), Enquête National à Indicateurs Multiples : suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 2006.

تقديم مؤشرات في النهاية للمقارنة مع الدول الأخرى و تقييم الجهود المبذولة لتحسين حالة الأطفال و النساء.

4.1 المسح الوطني حول وفيات الأمهات¹ 1999:

و قد أجريت هذه الدراسة بتمويل من الوكالة الوطنية للتنمية و البحوث في مجال الصحة (ANPRS) و منظمة الصحة العالمية (OMS)، فضلا عن تقديم الدعم الفني و المالي من القسم الثقافي لفرنسا.

فأصل هذا التحقيق فريد من نوعه في الجزائر و ربما في البلدان النامية ، و قد تم استخدام المصادر الإدارية بشكل رئيسي عن إدارة الأحوال المدنية و هيكل الإدارة الصحية و لقد سمح هذا المسح في تعزيز مكافحة وفيات الأمهات و أجري هذا المسح من 1 جانفي إلى غاية 31 ديسمبر 1999 و وفر للمرة الأولى معلومات عن أسباب الوفيات على مستوى البلديات و الوحدات الإدارية.

و كان الغرض الرئيسي من هذا المسح هو تقديم صورة موضوعية لحالة وفيات الأمهات في الجزائر من أجل وضع إستراتيجية فعالة لمكافحة وفيات الأمهات.

◆ أهداف المسح:

فقد حددت في عدة نقاط

- تحديد معدل وفيات الأمهات.
- التعرف على أسباب وفيات الأمهات.
- تحديد عوامل الخطر المرتبطة بهذه الأسباب.
- تقديم البيانات الأكثر موثوقية ، لوضع إستراتيجية إدارة المرأة الحامل من أجل خفض معدل وفيات الأمهات.

◆ الهيئة المنظمة لهذا المسح:

لقد بدأت هذه الدراسة من قبل المعهد الوطني للصحة العامة (INSP) و أجري بالتعاون مع مختلف المرافق الصحية، و المكتب الوطني للإحصاء ، و هيكل الحالة المدنية و هي عبارة عن دراسة استطلاعية شاملة على جميع وفيات النساء في سن الإنجاب التي وقعت خلال عام 1999 ، و تم إعداد هذا المسح من طرف خبراء من الديوان الوطني للإحصاء (O.N.S) ، و مجموعة مكونة من تقنيين فنيين ممثلين (INSP) ، ممثلي إدارات الوقاية و السكان لوزارة الصحة و السكان، اللجنة الوطنية للتوليد.

وهي دراسة شاملة حيث غطت جميع النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة اللائي لقين حتفهن أثناء التحقيق، و لقد أجريت هذه الدراسة على عدة مستويات:

- مستوى الحالة المدنية.
- المرفق الصحية.
- المنازل.

¹ I.N.S.P(2001), *Enquête Nationale sur la mortalité maternelle : Rapport de Synthèse, Algérie.*

◆ بعض نتائج المسح الخاص بوفيات الأمهات:

- مستوى وفيات الأمهات بسبب الحمل أو الولادة و معدل وفيات الرضع لا يزالان مشكلة صحية عامة، و قد لوحظ 7757 حالة وفاة بين النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة و من بين مجموع الوفيات أعلن عن 697 وفاة للأمهات بنسبة 1‰.
- 556 وقعت في المتوسط 80 % .
- 141 في المنزل بنسبة 20 % .
- غالبية هذه الوفيات التي لوحظت في الهياكل الصحية تحدث خلال 42 يوما بعد الولادة (55 %) و (12 %) خلال فترة الحمل.
- أما بالنسبة للتوزيع العام لوفيات الأمهات بالنسبة للوقت تبين 17.5% من الوفيات تحدث خلال فترة الحمل خصوصا خلال الربع الثالث من الحمل 59.3% ، و 20% تحدث خلال الحمل الأول.
- 10.5 % من الوفيات أثناء الولادة.
- 0.82 % من الوفيات بسبب الإجهاض.

5.1 المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (1986)¹:

أسند أمر إجراء المسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة (ENAF) إلى المركز الوطني للدراسات و التحليل الخاصة بالسكان (CENEAP)، حيث بدأ العمل يوم 7 سبتمبر 1986 و استفاد هذا العمل من المسح العالمي للخصوبة و اعتمد ذلك على معطيات التعداد العام للسكان لسنة 1977 في تحديد و تقسيم المقاطعات ، تم تمويل هذا المسح من طرف الحكومة الجزائرية إضافة إلى مساعدات صندوق الأمم المتحدة (FNUAP) الذي مول عدة بعثات للخبراء و قدم كذلك بعض المساعدات في ميدان الإعلام الآلي.

و للمسح الوطني الجزائري الخاص بالخصوبة عدة أهداف من بينها دراسة الخصوبة و العوامل الاجتماعية و الديمغرافية التي تتحكم فيها دراسة ظاهرة الزواجية و استخدام موانع للحمل و بالتالي تم تقسيم الاستمارة إلى قسمين استمارة تتعلق بالأسرة و أخرى تخص المرأة ، تم المسح في شمال الجزائر فقط و لم يأخذ بعين الاعتبار ولايات الجنوب الجزائري.

تم اختيار عينة حجمها 5300 أسرة عبر 29 ولاية تتكون من 4800 من النساء الغير عازبات أعمارهن بين 15-49 سنة و قد تم إعداد العينة انطلاقا من تعداد 1977.

6.1 مشروع TAHINA (الانتقال و الأثر الصحي في شمال إفريقيا) دراسة أسباب الوفيات (2002)²:

مشروع بحثي ممول من طرف الاتحاد الأوروبي في إطار برنامج INCO "تأكيد الدور الدولي في البحوث الجماعية" - INCO-Med.

¹ C.N.E.A.P, (1986), Enquête Nationale sur La Fécondité (ENAF) : Rapport principal version 1. Alger.

²Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière(2007), Enquête national de santé. Projet TAHINA, Analyse des causes de décès année 2002, projet TAHINA (contrat n°ICA36T2002-10011), novembre2008.

◆ **الشركاء:** و يتضمن المشروع العديد من الشركاء من أوروبا و المغرب العربي و فريق من العمل المتعدد التخصصات و القطاعات.

المؤسسات الشريكة في المشروع:

IRD: معهد البحوث و التنمية مونبيليه، فرنسا.

INSP: المعهد الوطني للصحة العامة تونس، تونس.

IMT:معهد الطب الاستوائي، بلجيكا.

CIHEAM: المركز الدولي للدراسات الزراعية المتقدمة في البحر المتوسط.

IAM-M: مونبيليه، فرنسا.

IMMTA: تونس، تونس.

SEMFP: علم الأوبئة و الوقاية في خدمة الطب كلية الطب وهران، الجزائر.

INSP: المعهد الوطني للصحة العامة الجزائر، الجزائر.

◆ **أهداف المشروع:**

وضع إستراتيجية للتدخل، و يهدف المشروع لربط نوعين من التحليل التكميلي:

- وصف التحول الوبائي، محدداته و نتائجه.
- تحليل و تمثيل هذا التحول من خلال جهات فاعلة (المجتمع، المهنيين و صانعي القرارات) و تحليل الممارسات المتعلقة بها.

◆ **الأهداف العامة للمشروع:**

✓ تعزيز قدرة الخدمات الصحية لإدارة مشاكل التحول الوبائي المتقدمة من خلال إستراتيجية شاملة و متكاملة ما بين القطاعات.

✓ زيادة الانتباه إلى الوقاية من الأمراض الغير المعدية، و ذلك في جميع القطاعات المتضررة من التغيرات من أنماط الحياة.

◆ **الأهداف الخاصة و المقترحة للمشروع:**

- ✓ قياس العبء العالمي للأمراض و التكاليف المرتبطة و المتعلقة بالتحول الوبائي.
- ✓ وصف المحددات الغذائية و الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية و البيئية لهذا الوضع.
- ✓ التعرف على التغير في السلوكيات التغذوية و الممارسات الصحية الحالية.
- ✓ التعرف على مدى إدراك الجهات الفاعلة من القطاعات الأخرى على هذه التغيرات.
- ✓ تسليط الضوء على مدى تطور الممارسات الصحية للسكان التغذوية و أسلوب الحياة.
- ✓ الشروع في عملية التطوير المشترك لإستراتيجيات متكاملة و شاملة التدخل.

◆ **مواضيع عمل المشروع:** حيث تم تقسيم مواضيع عمل المشروع إلى أربع مجموعات

1. تقييم عبء المرض.
2. وصف البيئة الاجتماعية و الاقتصادية و أنماط الحياة.
3. تحليل المواقف و الممارسات من الجهات الفاعلة.
4. وضع الاستراتيجيات.

2. التعدادات العامة للسكان و السكن

1.2 التعداد العام للسكان و السكن 1966:

لقد تم إعداد تعداد 1966 من طرف المكتب الوطني لتعداد السكان (Commissariat National du Recensement de la Population)، تم من خلال تعداد 1966 تعبئة الموارد البشرية و المادية و كان المبدأ الأساسي لهذا التعداد هو إجراءه في وقت معين، و لكن بسبب صعوبات خاصة في الصحراء خاصة (ولاية الساورة و الواحات) تم إجراء التعداد في مرحلتين:

- ✓ إحصاء سكان الصحراء ابتداء من 1 جانفي 1966.
- ✓ إحصاء سكان الجزائر بالنسبة للشمال (أي 94 % من إجمالي السكان) من 4-19 أبريل 1966.

و تم تحديد تاريخ انطلاق عملية الإحصاء بالنسبة لشمال الجزائر يوم 4 أبريل على الساعة 00:00، و لم يتم احتساب كل من الأطفال الذين ولدوا بعد هذا الوقت و كذلك بالنسبة للمتوفين بعد هذه اللحظة.

◆ **إعداد و تنفيذ التعداد:**

استمر العمل التحضيري لمدة سنتين، و ذلك حسب التقسيم الجغرافي للبلد و تم ترقيم و تصميم و طباعة الاستمارات، و إجراء حملات دعائية، اختبار التعداد، توظيف و تدريب و اختيار موظفين، و كانت عدة صعوبات سواء بالنسبة للإعداد أو بالنسبة للتنفيذ من بين هذه الصعوبات (بلد شاسع، تفاوتات إقليمية قوية، البداوة، معظم السكان أميين، و عدم معرفتهم لأعمارهم الحقيقية).

و قد تم تقسيم البلاد تقريبا إلى 22000 منطقة و ذلك من أجل الحصول على كل المعلومات المتعلقة بالسكان في غضون أسبوعين، و تطلب الأمر تجنيد و تدريب حوالي 22000 عداد و كانوا يتألفون من 53 % من طلاب و تلاميذ و 20 % أساتذة و معلمين، و لقد ساهمت عدة وزارات في هذا التعداد من بينها وزارة الداخلية و وزارة الدفاع الوطني و وسائل الإعلام بالحملات الدعائية و الملصقات، و قد ساهم السكان إلى حد كبير في إنجاح هذا التعداد من خلال تضافر الجهود و التعاون.

و كانت المعلومات الأساسية المطلوبة هي (الجنس، السن، الحالة الاجتماعية، و المستوى التعليمي، و النشاط الاقتصادي، و معلومات عام حول السكان.) و لقد تم إجراء تحقيق من أجل الكشف عن عيوب التعداد.

◆ النشر و التشغيل:

تم فرز الاستثمارات في ولاية وهران بحيث لم تصدر بطاقات البيانات لكي يتم معالجتها بواسطة الكمبيوتر في الجزائر، و تعتبر النتائج المؤقتة المستمدة من عينة نشرت بسرعة في سلسلة متكونة من 4 مجلدات و كانت النتائج النهائية نشرت في مجموعة متكونة من ست سلسلات، و الأثر أهمية هي السلسلة الأولى (17 مجلدا)، في رأي كل المتخصصين التعداد السكاني لسنة 1966 و على الرغم من بعض القصور يمثل تقدما بالنسبة للتعدادات السابقة.¹

2.2 التعداد العام للسكان و السكن 1977:

منذ تعداد العام للسكان و السكن لسنة 1966 عرفت الجزائر العديد من التغيرات الاقتصادية و الاجتماعية، و كذلك عرفت توزيع جديد للسكان سواء في هيكلها أو موقعها.

التعداد العام للسكان و المساكن سنة 1977 كان من المقرر إجراءه خلال 4 سنوات أي من 1974 إلى 1977، و هذا التعداد جاء من أجل تقييم الجهود خلال العقد الماضي و كذلك من أجل جمع البيانات حول التوزيع الجغرافي للسكان، و الهجرة و نزوح السكان الداخلية، و معرفة الجوانب الكمية و النوعية في المناطق الحضرية و الريفية بهدف حصر المساكن و معرفة الاحتياجات، و أخيرا الحصول على بيانات حول النشاط الاقتصادي و المستوى التعليمي للسكان.

و يعتبر تعداد 1977 التعداد الثاني الذي أجري في الجزائر المستقلة أي بعد الاستقلال و لقد أجريت العديد من التعدادات في الحقبة الاستعمارية منها تعداد 1911، 1948 و 1954، أجري تعداد 1977 من 12 إلى 26 فيفري من نفس السنة.

◆ تنظيم و إجراء التعداد:

من أجل إجراء تعداد 1977 تطلب الأمر موارد مالية كبيرة و كانت مدة إجراءه جد قصيرة (15 يوما) و تطلب أيضا تنظيم عقلائي من أجل جمع المعطيات بأكبر عدد ممكن و بدقة عالية و لحسن تنظيم التعداد تطلب ما يلي:

- ✓ ملف تقني يحتوي على (استبيانات و تعليمات..الخ).
- ✓ التدريب المناسب لجميع الموظفين المشاركين في العملية.
- ✓ حملة إعلامية فعالة من أجل توعية المواطنين.
- ✓ إعداد دقيق على أرض الواقع.

و قد تم إجراءه على ثلاثة مستويات (وطني، ولائي، و على مستوى البلديات).²

¹ World Population Year (1974), La population de l'Algérie, C.I.C.R.E.D. series, CICRED, p 7,8.

² Harchaoui Souad (1978), Algérie : **Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de l'Algérie de 1977**, Décembre.

3.2 التعداد العام للسكان و السكن 1987:

تم تحقيق تعداد 1987 بين 20 مارس و 3 أبريل 1987 و النتائج الأولية ظهرت ابتداء من ماي 1987 تتكون استمارة التعداد من 20 سؤال حول(رقم العائلة، تاريخ الميلاد، صلة القرابة المواليدي) لم يخصص أي تقرير منهجي لهذا التعداد، حيث التقرير المنهجي متعلق بتعداد 1998 و أهم ما جاء في المنشورات الناتجة من معطيات 1987 RGPH مايلي:

- ✓ السكان الجزائريين في تعداد 1987.
- ✓ النشاط في الجزائر.
- ✓ المجمع السكاني.
- ✓ البيانات من تعداد 1987.
- ✓ الهيكل الحضري.
- ✓ النتائج الأولية للتعداد.
- ✓ النتائج حسب التكتل.
- ✓ نتائج الاستطلاع معطيات تركيبية وطنية.
- ✓ ظروف سكن الأسر الجزائرية.
- ✓ المعطيات عبر الولاية.

و قد تم تضييع الأسئلة المتعلقة ب(محل الإقامة، مدة الإقامة في البلدية و محل الإقامة) بالنسبة للأشخاص الذين غيروا محل إقامتهم هذه أدخلت في تعداد 1977.

4.2 التعداد العام للسكان و السكن 1998:

أجري التعداد الرابع للسكان و السكن سنة 1998 بين 25 جوان و 9 جويلية و قد استعملت 3 أنواع من الاستمارات.

- ✓ استمارة الأسر العادية و المشتركة.
- ✓ استمارة الأسر المتنقلة.
- ✓ استمارة السكان الذين يتم إحصاؤهم من جانب آخر.

و التقرير المنهجي المتعلق بعدد 1998 يعطينا سلسلة من وثائق مطولة و تعتبر استمارة 1998 غنية بالأسئلة حيث تحتوي على 27 سؤال(صلة القرابة، تاريخ آخر ولادة، تاريخ أول زواج، لغة التكلم و لغة الكتابة، التكوين المهني للأشخاص المعوقين، مكان العمل و مدة البطالة).

¹ Ali Kouaouci et Rabeh Saadi (2013), « La reconstruction des dynamiques démographiques locales en Algérie (1987–2008) par des techniques d'estimation indirecte », Cahiers québécois de démographie Vol. 42, no1, p 101–132. <https://www.erudit.org/revue/cqd/2013/v42/n1/1017099ar.pdf> consulté le 15/12/2015 18.30

5.2 التعداد العام للسكان و السكن¹ 2008:

أجرى المكتب الوطني للإحصاء خامس تعداد للسكان و المساكن الذي أجري في 8 أبريل 2008 فقد عمل المكتب للحصول على بيانات أكثر موثوقية و يهدف المكتب الوطني للإحصاء من خلال هذه العملية ذات شقين:

- ✓ تمكين صانعي السياسات و الباحثين و غيرهم من المستخدمين لقياس تطور المؤشرات الاجتماعية و الاقتصادية.
- ✓ ضمان إمكانية المقارنة الدولية للمفاهيم و مؤشرات هذه العملية.

وقد عالج التعداد العام للسكان و السكن ل2008 ما يلي:

- ✓ التوزيع المكاني للسكان و خصائصه.
- ✓ نمو السكان، و معدل المواليد و الخصوبة و الوفيات.
- ✓ المستوى التعليمي و الأمية و ارتياد المدارس.
- ✓ تدفقات الهجرة.
- ✓ مستوى و هيكل القوى العاملة و العمالة و البطالة.
- ✓ خصائص المساكن و وسائل الراحة.

أما النتائج الشاملة لهذا التعداد فهي عبارة عن منشورات في شكل كتيب لكل ولاية تسمح بمعرفة بيانات على المستوى الجغرافي و تشمل البيانات هيكل السكان حسب العمر و الجنس و التوزيع المكاني و التعليم و الأمية و النشاط الاقتصادي.

¹ Amel Lakehal(2010), Séminaire sur la dissémination des données du Recensement et l'analyse spatiale l'expérience Algérienne, Nairobi, Kenya, 14 au 17 septembre 2010, office national des statistiques, Algérie.

XII صعوبات البحث:

يعتبر البحث العلمي الأداة العلمية الأكثر أهمية و موضوعية وصدقا و ثباتا من حيث جمع المعلومات و البيانات، حيث يهدف بشكل رئيسي إلى التوصل إلى أكبر قدر ممكن من النتائج الدقيقة التي تقوم على أساس علمي متين بعيدا عن التوقعات و الافتراضات غير المثبتة، حيث يقوم على مجموعة من الخطوات المدروسة و المنظمة التي من شأنها أن تبدأ بفكرة و تنتهي بعدة توصيات تدعم هذه الفكرة، و لكل بحث علمي صعوبات و عقبات تواجهه أثناء القيام ببحثه العلمي و من بين الصعوبات التي تلقيناها في بحثنا هذا نذكر مايلي:

- ✓ أقامت الجزائر مسح واحد خاص بوفيات الأمهات لسنة 1999 و هذا المسح غير كاف لمعرفة الأسباب الحقيقية لوفيات الأمهات لأنه كان خاص فقط بسنة 1999 و لم يتم إجراء أي تحقيق أو أي مسح آخر حول وفيات الأمهات.
- ✓ قلة المعطيات و الدراسات حول أسباب أمراض وفيات الأمهات في بلادنا.
- ✓ قلة المعطيات و الدراسات فيما يخص معرفة الأسباب الحقيقية لوفيات الأمهات سواء المباشرة و الغير المباشرة.
- ✓ بالنسبة لأمراض الأمهات يوجد فقط البرنامج الوطني لمكافحة أمراض وفيات الأمهات في الجزائر و المعلومات المتواجدة فيه غير كافية و هي عبارة عن كيفية إجراء هذا البرنامج.

خلاصة:

لا يتم البحث و لا يتحقق هدفه بغير منهجية واضحة، فمن البديهي أن يسبق الفكر النظري العملي لهذا كان الفصل الأول مخصص للمدخل النظري فيه إشكالية البحث و هي في نفس الوقت عنوانه و هي "أمراض و وفيات الأمهات في الجزائر".

أما الدراسات السابقة فنظرا لندرتهما حول أمراض و وفيات الأمهات فلم يصل إلى أيدينا إلا 11 دراسة التي تم التطرق إليها بالتفصيل، و قد أعانتنا هذه الدراسات في صياغة بعض الفروض كما أن بحثنا ليس تكرارا للدراسات السابقة بل جديد يضاف إليها.

بعد الإطار المنهجي للبحث الذي مهد لصياغة الفروض و تصور منهجية البحث و التخطيط للاستمرار ننتقل إلى الفصل الثاني الذي يتعلق بوفيات الأمهات في الجزائر.

الفصل الثاني: المنظومة الصحية الجزائرية.

تمهيد

1- الإطار المفاهيمي للنظام الصحي.

1-1 مفهوم النظام الصحي.

1-2 الوظائف الأساسية للنظام الصحي.

1-3 مكونات النظام الصحي.

2- التطور التاريخي للمنظومة الوطنية للصحة.

2-1 مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر للفترة 1962-2011.

2-2 إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر.

3- تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة.

3-1 الأهداف الإنمائية للألفية (الهدف الرابع و الخامس)

3-2 بعض المؤشرات الديمغرافية التي تعكس الوضع الصحي في الجزائر.

3-3 تطور الأمراض و الوفيات في الجزائر.

4- مصادر تمويل القطاع الصحي في الجزائر.

4-1 نظام التمويل و تكلفة الخدمات الصحية.

4-2 تشخيص الجوانب الإيجابية و السلبية لنمط التمويل في الجزائر.

الخلاصة.

تمهيد:

من أكثر قضايا التخطيط و التنمية إثارة للجدل، قضية الرعاية الصحية للمواطن و ما ينبغي أن يخصص لها من ميزانية الدولة فتوفيرها ينعكس إيجابا على علاقة الفرد بالآخرين و قدرته على خدمة مجتمعه إذ يصبح أكثر كفاءة من الناحية الاقتصادية و أكثر تحملا لمشاق العمل من الشخص المريض، لذلك تولى مختلف الدول برامج الرعاية و الخدمات الصحية اهتماما كبيرا و لكنها في نفس الوقت تواجه تزييدا بصورة غير مسبوقه للضغوط على كل مؤسسات الخدمات الصحية في زمن انتشرت فيه أمراض العصر المزمنة و الوبائية، و أكبتها تغير في البيئة و التركيبة العمرية للسكان إضافة إلى التطورات التقنية و التكنولوجية السريعة المصحوبة بتزايد و تنوع في الطلب على الرعاية الصحية الأمر الذي جعلها تعيد النظر في تنظيمها و إدارتها¹.

الصحة هي أحد الحقوق الأساسية للأمم و لكنها ليست في متناول الجميع و خصوصا في المناطق الريفية و المناطق النائية و القرى، فالصحة هي واحدة من الظروف الاقتصادية و الاجتماعية و الفردية، فالهدف الأساسي من السياسة الصحية هي تحسين صحة المواطنين و ضمان المساواة في الحصول على الرعاية الصحية و إدارة المؤسسات الطبية على نحو فعال و تمويل برامج الصحة العامة بكفاءة و نزاهة².

بالرغم من الإمكانيات التي تتوفر عليها الجزائر من شبكة من الهياكل القاعدية الصحية المنظمة، إضافة إلى التجهيزات الطبية الحديثة ذات التكنولوجيا العالية و القدرات البشرية المؤهلة و ذات الكفاءة و الخبرة في مجال الصحة، و الموارد المخصصة من طرف الدولة و الهيئات المساهمة إلا أنها لم تتمكن من تلبية التزايد في الطلب على العلاج، و تحسين نوعية الخدمات المقدمة و بطبيعة الحال يرجع هذا نتيجة الاستغلال السيئ للإمكانيات المتوفرة في القطاع الصحي و هو الشيء الذي يستوجب البحث عن الخلل الكامن في كيفية استخدام هذه الموارد المخصصة، و خاصة بعدما كثر الحديث عن إصلاح المستشفيات بغية القضاء على المشاكل التي يعاني منها هذا القطاع و ذلك من أجل التخفيض في التزايد المستمر للنفقات الصحية غير المبرر، فالجزائر مثلها مثل باقي دول العالم تواجه زيادة حادة في الاحتياجات الصحية التي تتطلب جهودا متواصلة للسيطرة و التحكم في النفقات الصحية و إجراء إصلاحات من شأنها خلق مؤسسات صحية أكثر فعالية و كفاءة في تسييرها للموارد³.

¹ نجاة بحدادة(2012)، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية)، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية علوم التسيير و العلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد-تلمسان، ص 11.

² Noura Kaid(2003), **Le système de santé Algérien entre efficacité et équité (essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa)**, Thèse pour le doctorat d'état en sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, Université d'Alger, p1.

³ أمير جيلالي(2009)، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، ص 10.

I. النظام الصحي الجزائري

1. مفهوم النظام الصحي:

عند إدارة أي مؤسسة صحية لابد للإداريين في تلك المؤسسة أن يدركوا بأنهم جزءاً لا يتجزأ من النظام الصحي لتلك الدولة التي توجد بها المؤسسة الصحية، و تقوم هذه المؤسسة بتحقيق جزء من أهداف النظام الصحي من خلال تقديمها للخدمات الصحية بمختلف مستوياتها.

لذلك فإن دور المؤسسات الصحية ضمن النظام الصحي يختلف باختلاف الكثير من العوامل و المتغيرات فلكل مستشفى دور خاص بما ضمن النظام الصحي كما تعرفه منظمة الصحة العالمية WHO هو "مجموعة المنظمات و المؤسسات و الموارد و الأفراد الرامية أساساً إلى تحسين الصحة، و يحتاج هذا النظام إلى موظفين و أموال و معلومات و مستلزمات نقل و اتصالات و توجيه عام و كذا إدارة من أجل توفير الخدمات التي تلي احتياجات أفراد المجتمع مع تقديم معاملة لائقة بهم."

و بذلك فالنظام الصحي يشمل كل أساليب العمل و الإجراءات و كذا السياسات و اللوائح التي تسعى لتحقيق الأهداف الصحية في دولة أو مؤسسة أو في دائرة معينة، فإنها تأخذ بعين الاعتبار كثيراً من الأمور التي تؤثر في تلك الأهداف و بالتالي فإن هذه الأهداف لا يمكن أن تحقق إلا من خلال إيجاد مجموعة من أساليب العمل و الطرق و الإجراءات التي يتم توزيعها على مختلف المؤسسات الصحية و الأقسام و القطاعات المختلفة من أجل تحقيق الأهداف الصحية.

و تختلف الأنظمة الصحية من دولة إلى أخرى وفق متطلبات اقتصادية و اجتماعية و أية اعتبارات أخرى، فلبناء أي نظام صحي فإنه يتطلب جمع المعلومات الضرورية في شتى المجالات التي من شأنها تغذية النظام الصحي بالمعلومات اللازمة للاستمرار في تقديم الخدمة الصحية بمختلف مستوياتها.

كم أن أي نظام صحي يهدف إلى تحقيق مايلي:

- تطوير و دعم الوضع الصحي للسكان و المواطنين.
- تقديم الخدمات الصحية و الطبية بأقل تكلفة ممكنة.
- إرضاء السكان و الاطمئنان على صحتهم و حمايتهم من الأمراض و الأخطار.
- تنمية الموارد البشرية في المجال الصحي و إشراكهم في التنمية الصحية.
- توفير الخدمات التي تلي التطلعات المشروعة (الطبية و غيرها) للسكان¹.

2. الوظائف الأساسية للنظام الصحي: للنظام الصحي أربع وظائف رئيسية، أولها تقديم الخدمات الصحية التي بدورها

تعتمد و ترتبط على الوظائف الثلاث الأخرى:-

¹ نجاة بحدادة، مرجع سابق، ص 35،36.

- ◆ تقديم الخدمات الصحية: من خلال توفير كل الخدمات سواء تلك المتعلقة برعاية صحة الأشخاص (فحوصات طبية، إعادة التأهيل....) أو خدمات التعليم، التوعية الصحية.
- ◆ توفير وإدارة الموارد: وذلك بتوفير الموارد الضرورية لتشغيل و عمل النظام من كفاءات طبية، أدوية أجهزة و معدات طبية.
- ◆ التمويل: عن طريق تحصيل الإيرادات و تخصيص موارد مالية لمختلف الأنشطة.
- ◆ الإدارة: توحيد قواعد العمل عن طريق إدارة راشدة (كالتنظيم، تحديد الأولويات الترقية، إعداد السياسات و القوانين، حماية المستهلكين).

3. مكونات النظام الصحي:

تختلف الأنظمة الصحية في تسيرها من بلد إلى آخر و لكنها عامة ما تضم سبع مكونات:

1.3 الهيكل التنظيمي:

و يتمثل في خريطة مفصلة و شاملة للنظام بكل ما تحويه من مركزية و لا مركزية الخدمات و كذا اتخاذ القرارات بما في ذلك المستويات الثلاث للرعاية:

1.1.3 الرعاية الأولية:

يمكن تعريف خدمات الرعاية الصحية الأولية بأكثر من طريقة و أسلوب و كل طريقة تعكس وجهة نظر معينة و أهم هذه التعريفات أن الرعاية الصحية الأولية هي تلك الخدمات الطبية الوقائية التي تقدم للمرضى و غير المرضى و لا تحتاج إلى تنويم في المستشفى، أما التعريف الثاني للرعاية الصحية الأولية فهي تلك الخدمات التي تشمل معالجة الأمراض الشائعة و إصابات الحوادث و الإسعافات الأولية و تقديم خدمات التطعيم ضد الأمراض المختلفة و رعاية الأمومة و الطفولة و خدمات الصحة المدرسية و الوقاية الصحية و صحة البيئة و التثقيف الصحي.

أما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الرعاية الصحية الأولية على أنها "الرعاية الصحية الأساسية أو الهامة، التي تتاح على نحو شامل للأفراد و الأسر في المجتمع المحلي بوسائل يمكنهم قبولها و بمشاركتهم الكاملة و بتكاليف يمكن لأفراد المجتمع المحلي و سكان البلد قاطبة تحملها و تلك الرعاية جزء لا يتجزأ من نظام البلد الصحي، إذ هي تمثل نواة تلك النظام و من مجمل التنمية الاجتماعية و الاقتصادية للمجتمع المحلي".¹ و هي المستوى الأول للاتصال بالأفراد و الأسر و المجتمع بالنظام الصحي إذ تقدم الرعاية الصحية المتكاملة بقدر الإمكان حيث يعيش الناس و يعملون، إذن من خلال ما سبق من تعاريف نستخلص أهم الخدمات المقدمة في هذا المستوى من الرعاية:

¹ www.who.int/topics/primary_health_care/ar/. (Consulté le vendredi 10 février 2017 17 :22)

- * التثقيف و التوعية الصحية بشأن المشاكل الصحية و الاجتماعية السائدة في المجتمع و العمل على طرح السبل للسيطرة عليها.
- * تقديم خدمات الأمومة و الطفولة متكاملة بالإضافة إلى تحصين الأطفال و تطعيمهم ضد الأمراض المختلفة.
- * العمل على وقاية المجتمع من الأمراض المتوطنة و المعدية و السيطرة على انتشارها تمهيدا للقضاء عليها.
- * التشخيص السليم و العلاج الملائم للأمراض و الإصابات الشائعة.
- * توفير الأدوية الأساسية و الضرورية للعلاج.

2.1.3 الرعاية الصحية الثانوية:

يمكن تعريف المستوى الثاني للخدمات الصحية الثانوية على أنها الخدمات الطبية التي تقدم للمريض أثناء إقامته بالمستشفى (أثناء تنويمه) في مجالات الطب الرئيسية، كالباطني و الجراحة العامة و الأطفال و النسائية و التوليد و يمكن تعريف هذا المستوى على أنه المستوى الذي يشمل التخصصات الطبية الرئيسية، و تقدم هذه الخدمات في المستشفى مع اشتغالها على أقسام الإسعاف و الطوارئ و العيادات الخارجية و الداخلية و كذلك خدمة جميع المرضى المحولين من المراكز الصحية للمستشفى سواء بالعلاج المكثف أو بالمداخلات الجراحية.

3.1.3 الرعاية الصحية الثالثية (التخصصية):

إن هذا المستوى من الخدمات لا يتميز كثيرا في تعريفه عن خدمات الرعاية الصحية الثانوية سوى أن هذه الخدمات تكون في مجال التخصصات الطبية الفرعية بمعنى كل التخصصات الطبية عدا التخصصات الرئيسية الأربعة تكون تخصصات ذات مستوى ثالث أو مستوى تخصصي، مع التركيز على أن هذه الخدمات تقدم للمريض علاجيا أو جراحيا أثناء تنويمه في المستشفى و من أهم مميزات هذا المستوى من الخدمات استخدامه لتكنولوجيا أكثر تعقيدا و كفاءات بشرية عالية، ضف إلى ذلك التكلفة العالية و طول مدة الإقامة و كذا الحاجة إلى عناية خاصة و مركزة.

4.1.3 الرعاية الصحية التأهيلية:

أما خدمات الرعاية الصحية طويلة الأمد و يشمل هذا المستوى الخدمات التي تقدم للمرضى لفترات طويلة نسبيا أو لمرضى لا يأمل شفاؤهم بحيث يتم تأهيلهم للتعايش مع المرض أو الإعاقة التي ألمت بهم، يهدف إعادة هذا المريض للمجتمع كفرد منتج و يستطيع خدمة نفسه، و يمكن تقديم هذه الخدمات في المستشفى أو المركز الطبي أو المنزل.

❖ **التمويل و أنظمة التأمين:** و يتعلق الأمر هنا بمستوى الإنفاق الحكومي لنظام الرعاية الصحية، وكذا مصادر التمويل

الخارجي بما في ذلك الجهات المانحة، فضلا عن قضايا مثل رسوم الاستخدام و خطط التأمين الصحي.

- ❖ أنظمة المعلومات حول الصحة: من الضروري أن يكون هناك نظم فعالة و موثوق بها لجمع و تحليل البيانات، فاتخاذ القرار يستند إلى أدلة تستمد من هذه الأنظمة، و تتمثل المعطيات الصحية في إحصائيات الحالة المدنية(ولادات و وفيات)، سجلات المرضى، بيانات حول مكافحة الأمراض.
- ❖ شراء، إمداد، أنظمة التموين: إذ يجب أن يسهل الحصول على الأدوية، و المستلزمات و المعدات الأساسية و هذا يتطلب سياسات و تنبؤات مناسبة، أنظمة شراء و توزيع فعالة هذا إلى جانب تسيير سليم للمخزون و غيرها.
- ❖ أبحاث حول الأنظمة الصحية: يجب أن تعتمد البلدان على أبحاث تحدد من خلالها نقاط الضعف في أنظمتها الصحية و تصحيحها، إذ تزود هذه الأبحاث صانعي القرار و مديري الخدمات الصحية بالمعلومات التي يحتاجونها لضمان أن تساهم إستراتيجياتهم و برامجهم و خدماتهم في إزالة الحواجز و في نهاية المطاف تحسين النتائج الصحية.¹

II. التطور التاريخي للمنظومة الوطنية للصحة

يهدف النظام الصحي باعتباره مجموعة من الوسائل التنظيمية (وسائل بشرية، وسائل هيكلية، وسائل مادية) إلى تنظيم البرامج الصحية بصفة منطقية و ذلك على أساس مخططات صحية تضمن احتياجات و أولويات المجتمع، كما تسعى هذه المخططات إلى تحسين الحالة الصحية للمجتمع، هذا التحسين يمكن تقديره باستعمال بعض المؤشرات، كمدى انتشار الأمراض، نسبة الوفيات، أمل الحياة...الخ.²

و يتميز التاريخ الجزائري المعاصر باثنين من الأحداث الكبرى التي لها أثر اجتماعي إلى يومنا هذا، الحدث الأول و المتعلق بالحقبة الاستعمارية في فترة (1830-1962) و الحدث الثاني و المتعلق بفترة الثورة التحريرية من (1954-1962)، فالجزائر عانت من الاستعمار الفرنسي منذ عام 1830 إلى غاية الاعتراف باستقلالها سنة 1962 على خلاف تونس و المغرب اللتان كانتا تحت الحماية الفرنسية، و كانت الجزائر موضوع النشاط الاستيطاني و الذي دمر بشكل كبير الهياكل الاجتماعية و الاقتصادية للجزائريين و تدمير البنية التحتية الأساسية و وفاة مئات الآلاف من الأشخاص و تشريد أكثر من مليونيين آخرين و لقد دمر السكان الأصليين و ساهم في تدهور خطير في حالتهم الصحية.

عند الاستقلال بلغ عدد سكان الجزائر 9 مليون نسمة منها 85 % يعيشون في المناطق الريفية، حيث أقل من 20 % فقط من الأطفال الذين هم في سن الدراسة يتمدرسون، و كان الوضع الصحي أساسا عبارة عن مجموعة من الأمراض المرتبطة بسوء التغذية و انعدام النظافة و الوقاية، و يقدر متوسط العمر المتوقع عند الولادة 49 سنة في أوائل الستينات³، و كان النظام

¹ بحاة بحدادة، مرجع سابق، ص 37، 38، 39.

² محمد علي دحمان(2011)، تقييم نفقات الصحة و التعليم، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية مدرسة الدكتوراه تخصص:تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان الجزائر، ص 48.

³Farid Chaoui, Michel Legros, Noureddine Achour, Noureddine Fikri Benbrahim, Jean-Paul Grangand, **Les Notes .IPEMED Etudes et Analyses, Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc, Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays des Maghreb, des états en transition sanitaire (Algérie, Maroc, Tunisie),** monographies nationales, N° 13 Avril 2012, pp 46, 47.

الصحي و العلاجي يقتصر لصالح أقلية متمركزة في المناطق الحضرية الكبرى (الجزائر، قسنطينة، وهران) و كان هذا النظام غير مناسب للواقع الاجتماعي الجزائري، و خلال سنوات السبعينات تم تغيير نظام الرعاية الصحية بشكل جذري، ففي عام 1974 بدأ الحصول على الرعاية في المرافق الصحية العامة و تضمن دستور 1976 مجانية العلاج و أصبحت الدولة الممول و المنظم المباشر للرعاية الصحية¹.

و شهدت الجزائر منذ بداية الثمانينات تقدما ملحوظا و مستمرا في الارتقاء بالحالة الصحية للمواطن، و قد تحسنت بعض المؤشرات الصحية بشكل متسارع منذ بداية التسعينات من القرن الماضي، حيث تراجع معدل الوفيات بصفة عامة، و ارتفع متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

و بالرغم من التحسن في بعض المؤشرات إلا أن الأساليب التي كانت قبل سنة 2002، أي قبل مشروع الإصلاح لتقديم و توزيع الخدمات و إنفاق الموارد المالية المتاحة لقطاع الصحة، لم تحقق العائد المستهدف منها، و لذا كان لا بد من إعادة النظر في السياسة الصحية بتبني مشروع إصلاح المستشفيات كان الهدف منه إرساء مبدأ العدالة عند تقديم الخدمات الصحية و كفاءة الإنفاق الصحي و الارتقاء بجودة الخدمات و ضمان الاستمرارية على المدى البعيد².

1. مراحل تطور النظام الصحي في الجزائر للفترة 1962-2011

تميز النظام الصحي الجزائري بعد الاستقلال بعد التوازن الجهوي و اللامساواة فيما يخص العلاج، بحيث وجهت كامل الجهود للاعتناء بالصحة العسكرية و الأفراد المستوطنين، و تركزت المراكز الصحية في المدن الكبرى بصفة خاصة، فالوضع الصحية للسكان الجزائريين كانت صعبة جدا و تميزت بانتشار الأمراض و الأوبئة(كالمالاريا و السل و التيفوئيد و الكوليرا و الإسهال...الخ)

في حين تركزت المستشفيات و الأطباء في المدن الكبرى، و كان الريف الجزائري يعتمد على الطب التقليدي و الأعشاب الطبية بسبب عدم وجود مراكز صحية، حيث نسجل قرابة 300 طبيب فقط لـ 10 ملايين نسمة³ سنة 1962، و لقد شهد النظام الصحي في الجزائر عدة تطورات جاءت نتيجة للإصلاحات العميقة التي بادرت بها الحكومة منذ الاستقلال بهدف تكوين نظام صحي فعال يتماشى و تطلعات الأفراد، و عليه يمكن تقسيم هذه الفترة إلى أربع مراحل أساسية يتبين من خلالها مدى حرص الحكومة الجزائرية على تطوير النظام الصحي و جعله يتماشى و احتياجات السكان، من خلال وضع برامج و سياسات وطنية و الأهداف القصيرة المتوسطة و طويلة المدى.

¹ Noura Kaid, op.cit, p54.

² نبيلة كحيل(2009)، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير مدرسة الدكتوراه "اقتصاد-ماناجمنت"، جامعة منتوري قسنطينة الجزائر، ص 75.

³ نور الدين حاروش(2009)، السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات و الواقع، مجلة دراسات إستراتيجية، الصادرة بالجزائر، العدد7، ص43.

1.1 المرحلة الأولى 1962-1974:

لقد شهدت الجزائر وضعية صعبة بعد الاستقلال و هذا راجع إلى الظروف الاقتصادية و الاجتماعية التي كانت تعيشها البلاد و على هذا الأساس تعتبر سنة 1962 سنة انتقالية بالنسبة للنظام الصحي في الجزائر و نلاحظ من خلالها أن هذا الأخير كان يلي احتياجات نسبة ضعيلة من السكان المتمركزين في المدن و بعض الأرياف ذلك بواسطة طب الدولة « **une médecine de l'état** ¹ » و شكل التقييم الأولي من قبل وزارة الصحة 1966 خاصة فيما يتعلق بالعاملين في مجال الصحة حيث كان يتكون من 1378 عامل صحي منهم 364 جزائري، 216 صيدلي، منهم 186 جزائريين، 171 طبيب أسنان 86 منهم جزائري و 4834 ممرضين أو مسعفين و هذا العدد الصغير جدا كان يعمل لتلبية احتياجات ما يقارب 9 مليون نسمة²، و قد ورثت الجزائر نظاما صحيا غير كافيا لتلبية احتياجات السكان و التي تميزت ببنية تحتية كبيرة نسبيا و لكنها كانت تتمحور حول المستشفيات الموزعة في المناطق الشمالية و المدن و المناطق الزراعية الغنية و التي تغطي احتياجات الأقلية و أما الغالبية تقريبا لا يحصلون على الرعاية، فالقطاع الصحي كان ينقسم إلى قطاعين العام و القطاع الخاص المتواجد في المدن، و تهدف كل هذه الهياكل لمكافحة الأمراض المعدية و الطفيلية و الوقاية منها من خلال التطعيم على نطاق واسع و تنفيذ البرامج الصحية الوطنية.

و هذه الامتيازات كان يتمتع بها سكان المدينة خاصة أولئك الذين لديهم وظيفة و دخل كبير، أما في المناطق الريفية فالمساعدة الطبية مجانية (AMG) و التي تدعم جميع الفقراء و يمكن لجميع السكان الوصول إليها و هي تتوزع على مستوى البلديات³.

و يمكن أن نبرز خصائص النظام الصحي لهذه الفترة فيما يلي:

➤ قلة العمال في السلك الطبي و الشبه الطبي، فبمغادرة الأطباء الفرنسيين للجزائر ترك فراغا محسوسا بالقطاع، خاصة أمام نقص التأطير لدى الأطباء الجزائريين مما أدى إلى استدعاء التعاونية الأجنبية الطبية **coopératif médical** من أجل التكفل بمتطلبات العلاج في المجتمع⁴.

¹ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص 32.

² Farid Chaoui, & al, op.cit, p47.

³ Noura Kaid, op.cit, p55.

⁴ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص 32.

1.1.1 تطور عدد الأطباء الجزائريين و الأجانب ما بين 1963-1972

جدول رقم 05: تطور عدد الأطباء الجزائريين و الأجانب (1963-1972).

السنة	عدد العمل الصحيين			
	1972	1966	1964	1963
الأطباء	784	364	288	285
	1201	902	1013	937
الصيدالة	317	186	/	70
	38	30	/	134
أطباء الأسنان	211	86	/	36
	97	85	/	115

Source : MSP(1983) ; séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience algérienne, Alger, 7-8 avril, p54.

➤ بلغ عدد الأطباء في الجزائر 50000 طبيب (50%) منهم جزائريين من أجل تغطية الحاجات الصحية للسكان الذين بلغ عددهم 10.5 مليون ساكن و تميزت المؤشرات الصحية في هذه الفترة بمعدل وفاة مرتفع للأطفال حيث تجاوز 180 لكل 1000، و أمل حياة لا يصل إلى 50 سنة و انتشار الأمراض المتنقلة كل هذه الظروف كانت السبب الرئيسي في الوفاة و الإعاقة، و لمواجهة هذه الوضعية و في ظل الموارد المحدودة ركزت وزارة الصحة على هدفين أساسيين هما:- تخفيض اللامساواة في مجال توزيع الطاقم الطبي (العام و الخاص) لتسهيل الحصول على العلاج.

-مكافحة الأمراض و التقليل من الوفاة، و خاصة الأمراض المعدية.¹

أما فيما يخص الجانب التنظيمي فقد وجدت الجزائر نفسها تسير في نظام متشعب حيث كانت المساعدات الطبية المجانية تحت الوصاية المحلية، و الوقاية المدرسية تحت وصاية التربية الوطنية.

و على هذا الأساس فقد ألزمت هذه الظروف الطارئة التي كان يعيشها المجتمع الجزائري الدولة بضرورة اتخاذ إجراءات من شأنها التقليل من حدة الوضع حيث شملت هذه الإجراءات وضع العديد من برامج الصحة الموجهة من أجل حماية طبقة السكان المحرومين:

➤ تأميم المجال الطبي.

➤ إعادة تنشيط معهد باستور الجزائري².

¹ نبيلة كحيلة، مرجع سابق، ص 57.

² محمد علي دحمان مرجع سابق، ص 33.

- ففي سنة 1964 تم إنشاء المعهد الوطني للصحة العامة و إنشاء الإدارة العامة (EPA) الذي كان يهدف إلى القيام بدراسات و أبحاث في الصحة العامة من أجل تطوير البرامج الصحية و تعزيز الصحة.
- و في سنة 1965 تم وضع برامج وطنية لمكافحة الملاريا و السل و الأمراض المستعصية بدعم من منظمة الصحة العالمية.
- أما سنة 1969 فرض التطعيم الإجباري لكل الأطفال و في نفس الفترة تم إنشاء الصيدلية المركزية الجزائرية و كذا المتاجر العامة للمستشفيات **Magasin Généraux des hôpitaux** و كان الإنتاج الصيدلاني الاستيراد و التوزيع بالجملة مضمونا من طرف (PCA) على الخصوص.
- 1972 عرف التطعيم الشامل باللقاح الفموي لشلل الأطفال.¹

و من أجل ضمان السير الحسن للهياكل الصحية فقد التزمت الدولة ب:

✓ تغطية 60% من نفقات الصحة على مستوى الهياكل الاستشفائية و المستوصفات الطبية المجانية **Assistance**

.Médicale Gratuite

✓ يتكفل صندوق الضمان الاجتماعي بتعويض تكاليف العلاج للأجراء كما يشارك في تمويل القطاع الاستشفائي بنسبة 30 % .

✓ التجار و أصحاب المشاريع الصناعية و الزراعية مسؤولون عن تكاليف علاجهم بنسبة 10 % .²

و يمكن تقسيم النظام الصحي المعتمد آنذاك إلى مايلي:

- المستشفيات التابعة للدولة
- مصحات خاصة يملكها الأفراد
- المراكز و المستوصفات الصحية كانت تدار من قبل البلديات، و قد ألحقت بالمستشفيات بين عامي

³.1968-1967

¹ Farid Chaoui & al op.cit, p48.

² محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص33.

³ نبيلة كحيل، مرجع سابق، ص 51.

2.1.1 تطور المنجزات في القطاع الصحي الجزائري ما بين 1962-1974

جدول رقم 06: المنجزات المحققة في المجال الصحي ما بين 1962-1974.

المنجزات	الأطباء الجزائريين	المستشفيات	المراكز الصحية
1962	342	156	188
1974	1425	163	558

المصدر: حفيظة دوناس(2014)، واقع القطاع الصحي الخاص و تأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية و العلاقات الدولية تخصص السياسة العامة و الإدارة المحلية، كلية الحقوق و العلوم السياسية قسم العلوم السياسية، جامعة محمد خيضر-بسكرة-، ص30.

2.1 المرحلة الثانية 1974-1988:

تأميم المحروقات (النفط) عام 1972، مما أدى إلى تحسن كبير جدا في مداخل الدولة و لقد سمحت هذه المداخل للجزائر للشروع في برنامج التنمية الشاملة من خلال " الثورات الصناعية و الزراعية و الثقافية" في مجال الصحة و هذا البرنامج ترجم العديد من القرارات السياسية، و تميزت هذه السنة بأثنين من التدابير الهامة:

1. مرسوم رئاسي بإنشاء الرعاية المجانية.
2. تدبير يقر بسياسة مجانية الأدوية، بحيث يحق لكل مواطن جزائري الرعاية في المؤسسات العمومية بغض النظر عن وضعهم الاجتماعي.¹

توافق سنة 1974 مع بداية المخطط الرباعي الثاني الذي من أهدافه إعطاء الأهمية الكبرى للحالة الاجتماعية فالإعلان عن سياسة الطب المجاني تعد واحدة من المكاسب التي أقرتها الدولة الجزائرية حيث أن الجزائر بإرسالها لهذا المبدأ كانت ترى وجهة جديدة.

لكن أدت الصعوبات المالية التي عرفتتها الهياكل الصحية آنذاك و التي تراكمت عبر السنوات إلى تهديد استقرارها المالي، بالإضافة إلى ذلك ضعف المصادر التمويلية التي كانت تساهم في إمداد القطاع بالوسائل المادية و المالية، رأت أن الحل لهذه المشكلة المالية يكون عبر الدولة حيث تتحمل كافة المسؤوليات خاصة فيما يتعلق بضمان حماية و تحسين صحة السكان.

و لتحقيق ذلك التزمت وزارة الصحة العمومية بتوسيع مجانية الطب و الهياكل الصحية في أرجاء الوطن مع إعادة تنظيم، تمويل و توزيع الأدوية و تكثيف الجهود للتكوين الطبي و شبه الطبي، تطوير حماية الأمومة و الطفولة، الاحتفاظ بالوقاية

¹ Farid Chaoui, & al op.cit, p48.

المدرسية، تحسين طب العمل و طب الوقائي و أخيرا التكفل التام بالمعوقين ذهنيا و حركيا هذا كله يعطي للصحة أهداف اجتماعية متماسكة و متناسقة.

لقد عرفت هذه الجراة السياسية في بدايتها صعوبات عند التطبيق الميداني لأنها أدخلت تغيرات في طريقة التسيير و العمل مما يجعلها تتناقض مع المبادئ و المكرمات التي كانت تميز الهياكل الصحية آنذاك، إلا أن توفر الأموال نتيجة ارتفاع المدخل الريعية البترولية غطى من نقائص هذا الاختيار و سلبياته.¹

1975 تميزت هذه السنة ببرمجة الصحة القطرية (PSP) مع اعتماد معايير (مركز صحي لكل 6000 حتى 7000 ساكن، مستشفى لكل دائرة، و مستشفى لكل ولاية) و صياغة عدد من لبرامج الصحية الوطنية، أول البرامج المنفذة في إطار هذه البرامج برنامج صحة الأم و الطفل و المباعدة بين الولادات، و تنفيذ برنامج التلقيحات عبر كامل التراب الوطني و تم كذلك إنشاء الخدمة المدنية نظرا للزيادة الهائلة في عدد الأطباء المنتهين من دراساتهم الجامعية و قد أدركت الدولة حقيقة أنها لن تكون قادرة على توظيف جميع الأطباء في الخدمة العامة، و كذلك سعي الدولة لتعزيز التوزيع العادل بين الموظفين في البلاد و لذلك أنشئت الخدمة المدنية الإجبارية لكل طالب أكمل دراسته المدنية و مدتها تختلف طبقا لمكان العمل و التي بموجبها السماح للممارسين الصحيين بتسوية ممارسة المهنة في القطاع الخاص.²

سنة 1980 كانت بداية المخطط الخماسي الأول (1982-1984) الذي من أهدافه ترقية المجتمع من كل النواحي و أولهم الصحة.

في سنة 1981 تم رسم مشروع استراتيجي جديد يهدف إلى حماية و ترقية الصحة من بين ما يضمنه هذا المشروع:

- ✓ تطوير النظام الصحي الوطني.
- ✓ مساهمة السكان ضرورية لتطبيق هذا المشروع.
- ✓ حماية و ترقية الصحة فرض على كل مواطن.

بهدف السير الحسن و التوزيع الجيد إلى ترسيخ ثلاثة مبادئ أساسية وهي:

1. تقسيم القطاع الصحي (La sectorisation): حيث سعت الدولة من خلال هذا التقسيم إلى توزيع القطاعات الصحية عبر كافة التراب الوطني من أجل خلق نوع من التكامل بين الوحدات الصحية حيث يضم كل قطاع صحي (مستشفى عام، عيادات طبية، مراكز صحية، قطاعات علاج، عيادات توليد).
2. التدرج في العلاج (La hiérarchisation): يرمي هذا المبدأ إلى تنوع العلاج بالنسبة للوحدات الصحية حسب درجة التعقيد و التقنية المطلوبة.

¹ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص34.

² Farid Chaoui, & al, op.cit, p 48.

3. الجهوية الصحية (**La régionalisation sanitaire**): ينص هذا المبدأ على تقسيم التراب الوطني انطلاقا

من تسلسل مستويات العلاج إلى ثلاثة عشر (13) منطقة صحية حيث تظم كل منطقة مجموعة من الولايات.

كما تميزت هذه المرحلة بتطور عدد المنشآت الصحية القاعدية و هذا بفضل الاستشارات التي تتحملها الدولة حيث ارتفع عدد المراكز الصحية من 558 سنة 1974 إلى 1147 سنة 1986 أضيف إلى ذلك الزيادات المعتمدة في عدد المستخدمين بالقطاع الصحي من 57872 عام 1973 إلى 124728 سنة 1987.¹

أما على مستوى المؤشرات الصحية فسجل تراجع لمعدل وفيات الأطفال الرضع، و انخفاض حدة الأمراض المعدية، كما ارتفع أمل الحياة من 51 سنة 1965 إلى 65 سنة 1987.

أما بالنسبة للجانب التشغيلي، أصبحت الدولة و صناديق الضمان الاجتماعي تتحمل كل نفقات الصحة حيث ساعد ارتفاع سعر النفط في هذه الفترة على ذلك.²

لكن بالرغم من الوضعية الصحية الجيدة التي كانت توفرها الدولة إلا أن هذا كان على حساب أموال ضخمة تصرفها الدولة على القطاع، حيث ارتفع حجم المبالغ المخصصة لقطاع الصحي من 194 مليون عام 1963 إلى 3 ملايين دج عام 1988، و بالتالي إذا كانت الأموال التي تنفق في هذا المجال كبيرة كان يجب أن تكون بالموازاة مع حجم الخدمة المقدمة أي أنها تتناسب مع حجم هذه النفقات لكن الزيادة في حجم هذه المبالغ لا تبرر أبدا تحسين نوعية الخدمة و جودتها، و إنما تبرر بغياب المسيرين في القطاع و بالتالي تبديد الأموال العامة.

هياكل و مؤسسات النظام الصحي في الجزائر من 1975 إلى غاية 2008

¹ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص 35-36.

² نبيلة كحيل، مرجع سابق، ص 52.

جدول رقم 07: تطور هياكل و مؤسسات النظام الصحي في الجزائر ما بين 1975-2008							
السنوات	الهياكل الصحية	مستشفى	مركز صحي	عيادات	قاعات العلاج	عدد الأسرة	مراكز التوليد
1975		142	612	123	1452	44135	53
1976		183	590	139	1295	44395	40
1977		183	620	153	1325	45029	47
1978		183	664	162	1364	45168	54
1979		182	747	175	1422	44347	36
1980		183	662	161	1364	43028	54
1981		188	745	192	1431	44315	/
1982		196	820	228	1660	45830	/
1983		198	910	249	1664	47360	/
1984		197	869	279	2197	49280	/
1985		211	969	319	2454	49315	/
1986		238	1025	359	2574	52898	/
1987		261	1205	412	2693	55001	/
1988		263	1238	434	3041	56214	/
1989		275	1238	185	/	58605	333
1990		284	1309	510	3344	60124	475
1991		263	1112	445	3618	52728	474

506	53068	3848	451	1117	263	1992
486	52802	3958	459	1131	267	1993
511	53612	/	462	1160	274	1994
489	54213	4174	471	1152	251	1995
400	53125	3748	446	1098	232	1996
389	52968	3601	462	1110	223	1997
447	53529	3780	478	1126	245	1998
437	54170	3851	482	1185	261	1999
430	54618	3964	497	1252	268	2000
442	54869	4100	504	1268	275	2001
403	55233	4228	513	1281	372	2002
445	57086	4412	516	1285	275	2003
429	58906	4545	512	1275	276	2004
/	/	4628	516	1292	/	2005
476	57597	4684	520	1248	280	2006
504	/	5077	1419	/	/	2008

Source : Statistical Rétrospective 1962-2011, pp 114, 115,116.

عرفت الجزائر خلال الفترة الممتدة من 1975 إلى غاية 2008 تدشين عدد معتبر من الهياكل الصحية و خاصة المستشفيات العمومية و الهياكل الصحية القاعدية و المتمثلة أساسا في (عيادات متعددة الخدمات و مراكز صحية خاصة و عامة)، و ارتفع عدد الأطباء ليصل سنة 1989 إلى 25000 طبيب لـ 25 مليون ساكن، و ذلك من أجل تحقيق مبدأ المساواة في الاستفادة من الرعاية الصحية و مجانية العلاج.

3.1 المرحلة الثالثة 1988-2003:

إن الجانب المالي أصبح أساس المشكلة و أحد الركائز التي يعتمد عليها للخروج من حالة الانسداد الذي تعاني منه المؤسسات إلا أن المشكل تنامي سنة بعد أخرى، و هذا منذ انتهاج سياسة الطب المجاني الذي كان له أثر كبير على سير و عمل المؤسسات الصحية، لكن بانخفاض العائدات البترولية إلى أقل من 10 \$ في عام 1986 و زيادة التكاليف الصحية لم يعد هناك خيار من خلال رفع كل العراقيل التي من شأنها أن تقف كعائق أمام تأسيس هياكل صحية خاصة بالرغم من إيجابية هذا الإجراء إلا أنه أدى إلى تسرب عدد مهم في الأطباء الأخصائيين الذين فضلوا الاستقرار و العمل في المناطق الكبرى بالقطاع.¹

1988 تم إنشاء اللوحة الصحية (TBS Tableau de Bord de la Santé) و الذي يجمع

معلومات النظام الصحي و المتعلقة بكيفية أداء الهياكل الصحية.

و في سنة 1989 نشرت لأول مرة الإحصاءات الصحية من قبل مديرية التخطيط، و هذه المنشورات كانت سنوية و مقرر أن تنشر حتى سنة 2004 و لكن للأسف لم تكن منتظمة، و في نفس السنة تم إنشاء المدرسة الوطنية للصحة العامة، و حسب مرسوم (89-11)، 7 فيفري 1989 و الذي يعطيها الحق في إنشاء المديرية العامة ذات الطابع الإداري و لقد كلفت بمهمة " إدخال مفاهيم و تقنيات حديثة في إدارة الخدمات الصحية من خلال تدريب مدراء و ممارسين في المرافق و المنشآت الصحية، و لقد تم إجراء المسح الخاص بوفيات الأطفال و وفيات الأمهات من قبل مديرية الوقاية التابعة لوزارة الصحة و السكان و بالتعاون مع منظمة اليونيسيف.²

و من جهة أخرى فقد عرفت المنظومة الصحية بالجزائر تحولا آخر خلال عشرية التسعينات أي لما تبنت الجزائر برنامج إعادة الهيكلة الذي اعتمد في سياسة الصحية على استرجاع تكاليف العلاج، و لقد كان الهدف من هذه السياسة تقليص تكاليف القطاع الصحي من خلال تقليص مجانية العلاج حيث أنها كانت تمثل مصدر التكاليف الباهظة كما تميزت هذه المرحلة بانخفاض قيمة العملة المحلية مما أثر سلبا على القدرة الشرائية للمواطنين حيث أدت الوضعية إلى ارتفاع تكاليف العلاج، كما أدت إلى ارتفاع الطلب المتعلق بتعويض هذه التكاليف.³

¹ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص36.

² Farid Chaoui& al, op.cit, p 51.

³ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص37.

ففي سنة 1990 أجري المسح الخاص بالصحة والذي تم إجرأه من طرف المعهد الوطني للصحة العامة، و في بداية 1992 أجري المؤتمر الوطني حول البرامج الصحية المحلية " **Les Programmes Locaux d'Action Sanitaire PLAS** " و تم إرساء مرسوم رقم (85-05) المتعلق بالمنتجات الطبية، و تتعلق هذه المراسيم بتسجيل المنتجات الصيدلانية و رخصة التشغيل الخاصة بإنتاج و توزيع المنتجات الدوائية و المعلومات الطبية و العلمية على المستحضرات الصيدلانية.

و لقد كان قانون المالية يسمح كل سنة للمنظمات الضمان الاجتماعي، و المؤسسات الاستشفائية الخاصة و المستشفيات الجامعية بتغطية مالية من أجل الرعاية الطبية خاصة للأشخاص المؤمنين اجتماعيا، و يتم تنفيذ هذا التمويل على أساس مجموعة من العلاقات التعاقدية التي تربط بين الضمان الاجتماعي و وزارة الصحة و السكان وفقا لشروط ثابتة و منظمة، و قد أجري في نفس السنة المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل بتنظيم مشترك من قبل وزارة الصحة و السكان و المكتب الوطني للإحصاء و جامعة الدول العربية في إطار المشروع القومي العربي لتنمية الطفل.

1993 تم إنشاء مختبر وطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية، و تتمثل مهمة هذا المختبر (EPA) من أجل التحكم في جودة و خبرة المنتجات الصيدلانية بما في ذلك المواد الكيميائية و المنتجات و اللقاحات الدوائية كما تم الاعتماد على برنامج للقضاء على شلل الأطفال وفقا لقرار جمعية الصحة العالمية.

1994 إقامة معهد باستور في الجزائر و إنشاء الصيدلية المركزية للمستشفيات، هذا الهيكل مهمته هي جزء من السياسة الصحية العامة و تتمثل أساسا في شراء و تخزين الأدوية و الأجهزة الطبية الجراحية للمرافق الصحية العامة، و صناعة المستحضرات الصيدلانية.

1995 إنشاء الوكالة الوطنية لتطوير البحوث الصحية، و كانت تحت إشراف مزدوج من قبل وزارة الأبحاث و وزارة الصحة و في نفس السنة تم إنشاء الوكالة الوطنية للدم و التي كان من مهامها تنظيم و نقل الدم و كذا تحليل و اختبار الدم، كما أنشئت الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي، و أجري المسح الوطني الخاص بوفيات الأطفال الرضع **MICS1** (المسح العنقودي متعدد المؤشرات) برعاية اليونيسيف و مديرية الوقاية التابعة لوزارة الصحة.

1996 أنشئت خمس مناطق صحية (وسط، شرق، غرب، جنوب شرق، جنوب غرب) و خمسة مجالس إقليمية و خمسة مرادد صحية إقليمية، و كذلك إنشاء المؤسسات اللامركزية التابعة للمعهد الوطني لتعليم و تدريب و تكوين شبه الطبيين و من مهام هذه المؤسسة كذلك مايلي:

- ◆ تصميم و تطوير و تقييم و تقديم برامج من أجل تدريب المسعفين.
- ◆ تنظيم و مراقبة الامتحانات و المسابقات.
- ◆ رصد و تقييم نوعية التدريب المقدم.
- ◆ بدء تطوير البحث في بداعوجيا التدريس للتقنيات المقدمة للمساعدين الطبيين.

1999 إنشاء لجنة لإعداد مشروع قانون الصحة الجديد، وكذا الانتهاء من إنجاز المسح الوطني الخاص بوفيات الأمهات الذي أجري من طرف المعهد الوطني للصحة العامة.

2000 التحقيق الوطني متعدد المؤشرات الخاص بوفيات الأطفال الرضع (MICS2) برعاية اليونسيف و مديرية الوقاية التابعة لوزارة الصحة و السكان.

2001 تثبيت لجنة وطنية لإصلاح المستشفيات، و في سنة 2002 قامت مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة و السكان بالمسح الوطني الخاص بصحة الأسرة، أما في سنوات 2002، 2003، 2004 قامت وزارة الصحة بنشر المنشورات السنوية المتعلقة بصحة الجزائريين و الجزائريات، و في سنة 2003 تم إدراج المشروع الخاص بقانون الصحة هذا المشروع تم مناقشته على نطاق واسع لكن لم يتم عرضه على الجمعية العامة.¹

4.1 المرحلة الرابعة 2004-2011:

ما ميز هذه المرحلة هو تجسيد النظام التعاقدى للعلاج بر مراحل تدريجية ليتم تطبيقه بصفة نهائية سنة 2009 حيث توزع النفقات العمومية على الصحة العمومية بالنسبة للمرض عن طريق صناديق الضمان الاجتماعي CNAS و CASNOS، أما عديبي الدخل فمن خلال مساهمة الدولة (مديرية النشاط الاجتماعي).

إعادة تنظيم القطاعات الصحية أي فصل الاستشفاء عن العلاج و الفحص و هي نوع من لا مركزية، هدفها تسهيل الوصول إلى العلاج و تقريب المستشفى أو المؤسسة الصحية من المواطن.

و لقد تم الاعتماد من قبل وزارة الصحة خطة وطنية لمكافحة مرض السرطان خلال فترة 2011.

رغم التطور الملحوظ في المنظومة الصحية الجزائرية بفضل الجهود المبذولة من قبل الجهات المعنية، إلا أنها ما زالت تعاني من عدة نقائص و التي نوجزها فيما يلي:

➤ مشكلات تخص النظام الصحي في حد ذاته و نعتبرها مشكلات داخلية و التي تتمثل في:

✓ عدم وجود ارتباط بين الأطراف الفنية (السلك الطبي، السلك شبه طبي و الطاقم الإداري) من خلال ضعف المراكز الصحية الأمر الذي انعكس سلبا على مردودية القطاع الصحي.

✓ ضعف التنظيم الصحي أدى إلى بروز ظاهرة التبذير في العلاج و كذلك التوزيع السيئ للمصالح الصحية عبر الوطن أثر على مردودية هذه المصالح.

➤ أما المشكلات الخارجية فيمكن ضبطها فيما يلي:

✓ عدم التوازن فيما يخص المراكز الصحية و هذا بحكم ضعف التخطيط نتيجة نقص المعلومات الخاصة بتوزيع السكان لدى هيئات التخطيط.

¹ Farid Chaoui, & al, op.cit, pp 51, 52, 53, 54.

- ✓ غياب التوزيع العادل و العقلاني للأطباء خاصة في المناطق النائية و المحرومة.
- ✓ عدم تماشي البرامج التعليمية في مجال تكوين الأطباء مع السياسة الصحية.
- ✓ عدم وجود تنسيق بين وزارة الصحة و الهيئات الأخرى المعنية بالشؤون الاجتماعية.

إذن المشكلة التي يعاني منها النظام الصحي العمومي ليس بالمادية (تتعلق بالدفع المالي) بل هي أعمق من ذلك و تتعلق بنوعية التنظيم بين مختلف مكونات هذه المنظومة و البيئة التي يعيش فيها.

فالإصلاح يجب أن يشمل الجوانب التنظيمية التي تعطي أكثر فعالية لعناصر النظام الصحي من أجل تحسين مردود دية الخدمات المقدمة اعتمادا على جانب التسيير الرشيد أكثر من الاعتماد على بناء هياكل بيروقراطية جامدة.¹

1.4.1 إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر:

يعتبر هذا العنصر مميز لسنة 2002، في مجال الصحة في الجزائر فتغيير اسم وزارة الصحة و السكان إلى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات، و يندرج هذا التغيير ضمن حركية الإصلاحات التي تشهدها الجزائر و التي مست العديد من القطاعات.

2.4.1 أهداف مشروع الإصلاح و ملفاته:

لقد أورد التقرير التمهيدي للمجلس الوطني لإصلاح المستشفيات مجموعة من الأهداف و التي يسعى الإصلاح إلى تحقيقها و تتمثل في الآتي:

- ✓ إحصاء عروض العلاج و الاستفتاء و تكييفها مع الحاجات الصحية للمواطن بالاعتماد على نظام إعلامي فعال.
 - ✓ ضمان الموارد المالية اللازمة للسير الحسن للمؤسسات الصحية.
 - ✓ التأكيد على حقوق و واجبات المستعملين و حماية المرضى على وجه الخصوص.
 - ✓ إعادة التأكيد على الالتزامات التعاقدية لكل المتدخلين في صحة المواطن.
 - ✓ توفير الإمكانيات الضرورية لمحترفي الصحة، مهما كانت مسؤولياتهم و ذلك قصد الاستجابة بأكثر فعالية للحاجات الصحية و الاجتماعية .
 - ✓ تحسين فعالية النفقات التي تخصصها الجماعة في أي شكل كان للمؤسسات الصحية.
- و يتضح من هذه الأهداف أن هناك هدفين أساسيين هما: التحكم في نظام المعلومات الصحي و تحسين جودة الخدمات المقدمة. أما فيما يخص ملفات الإصلاح، فقد ركز المجلس في تصوره على ستة ملفات نعرضها فيما يلي:

¹ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص 37، 38.

1.2.4.1 ملف الحاجيات الصحية و طلب العلاج:

يعرض هذا الملف بشكل واف كفاءات التنسيق بين الهياكل الجوارية و مستشفى القطاع من جهة و تلك الموجودة بين مستشفيات القطاع و المستشفيات المرجعية الجهوية أو الوطنية من جهة أخرى.¹

2.2.4.1 ملف الهياكل الاستشفائية:

تمحور هذا الملف حول إصلاح الهياكل الصحية، و ذلك بإدراج جملة من الأهداف نعرضها فيما يلي:

- ✓ تعزيز رقابة الدولة على مؤسسات العلاج العمومية و الخاصة.
- ✓ الحرص على تنظيم محكم للمؤسسات العمومية و الخاصة على حد سواء من خلال أدوات التخطيط و الضبط المالي.
- ✓ إدراج فكرة التكامل بين القطاع العمومي و الخاص.
- ✓ مشاركة المواطن في تنظيم العلاج مع أخذ حقوقه و واجباته بعين الاعتبار.
- ✓ المساهمة الفعالة للمريض و لجمعيات المرض من خلال الإدلاء بأرائهم حول توزيع شبكة العلاج و جودة أداؤها.
- ✓ استعجال وضع دعامة إعلامية التي تعد الركيزة الأساسية لنجاح أي عمل إصلاحي.

3.2.4.1 ملف الموارد البشرية:

اهتم هذا الملف بعنصر أساسي في النظام الصحي و هو المستخدمين، و ذلك من خلال السهر على مراجعة أحوالهم الشخصية، شروط و ظروف عملهم، علاواتهم و أجورهم، ترفيتهم في المسار المهني و تكوينهم حيث أن التكوين يعد ضرورة ملحة بالنسبة لكل فئات المستخدمين الطبيين، و شبه الطبيين، المسيرين و التقنيين، و هذا بالاشتراك مع قطاعات أخرى كالتعليم العالي و التكوين المهني على وجه الخصوص.

4.2.4.1 ملف الموارد المادية:

ارتكز هذا الملف على ضرورة إدماج الوسائل المادية الضرورية لتنظيم العلاج، الذي يستدعي توازنا بين الوسائل و مستوى النشاط و بين تسلسل العلاج و توفير الوسائل، و الهدف من ذلك هو إعطاء كل الوسائل الضرورية لشبكة العلاج شرط أن تكون موزعة بعقلانية، و تشكل الجوانب المرتبطة بالصيانة و المعايير التقنية و الخاصة بالأمن و النوعية و تعيين الأطقم الفنية و التكوين عناصر مكتملة لهذا الملف.

5.2.4.1 ملف التمويل:

اهتم هذا الملف بدراسة طرق توسيع موارد تمويل المستشفيات، و ضرورة إعادة النظر في التنظيم من ناحية التسيير المالي، بالإضافة إلى السهر على تكييف القوانين الأساسية التي تسيير المؤسسات الصحية حاليا مع التعديلات الجارية

¹نبيلة كحيلة، مرجع سابق، ص 53.

خاصة في مجال التمويل القائم على التعاقد في النشاطات، و حول الشروط الواجبة لتخصيص الميزانيات و الفوترة بطريقة تسعى لتحقيق المساواة في الحصول على العلاج بالنسبة لكل المرضى.

6.2.4.1. ملف اشتراك القطاعات:

نظرا لارتباط نشاطات وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات إلى حد بعيد بنشاطات العديد من القطاعات الأخرى كقطاع المالية، العمل و الحماية الاجتماعية، الضمان الاجتماعي، التضامن، التعليم العالي، التكوين المهني، الجماعات المحلية و البيئة، الصناعة و الفلاحة، فإنه يجب ضمان الانسجام بين الصحة و السياسات العمومية الأخرى من خلال إدراج كل الأنشطة القطاعية ذات الصلة بالصحة ضمن الإستراتيجية العامة للوزارة.

و الجدير بالإشارة أن تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب و الاستعجال على المستويين الجهوي و الوطني، موضوعين لم يتم التطرق إليهما في هذا المشروع و لقد تمت الإشارة عدة مرات إلى وجوب تنظيم العلاج بمنطقة الجنوب، بغض النظر عن العراقيل المرتبطة بالبعد و الظروف المناخية، الصيانة و الظروف الخاصة بتعيين المستخدمين الطبيين المتخصصين الذين يمكنهم تلبية مجموع الاحتياجات الصحية.¹

2. أوجه قصور النظام الصحي في الجزائر و طرق معالجتها:

قدم التقرير الذي أعده المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات، حوصلة عن العقبات و المشاكل الأكثر بروزا التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر، و خصوصا المستشفى، و فيما يلي عرض الاختلالات التي يعاني منها النظام الصحي في الجزائر و التدابير المتخذة لمعالجتها:

1.2 الاختلالات المرتبطة بالتمويل و طرق معالجتها:

يعاني قطاع الصحة العمومي من عدة اختلالات ترجع إلى نقص الوسائل المالية الضرورية لمواجهة طلبات العلاج المتزايدة بالدرجة الأولى، و يمكن إرجاع ذلك إلى مايلي:

- تخصيص و توزيع غير ملائم و غير كاف للموارد المالية.
- ميزانيات مستشفيات لم يتم التفاوض بشأنها.
- مديونية ثقيلة.
- غياب التحكم في التكلفة و النفقات الصحية.

و على ضوء ما سبق، تقرر عن المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات عدة طرق يمكن إدراجها لمعالجة التمويل الصحي على مستوى القطاع العمومي، نعرضها فيما يلي:

¹ نبيلة كحيل، مرجع نفسه، ص 54، 55، 56.

- البحث عن مصادر جديدة للتمويل من خلال استرداد جزء من الضرائب المحلية عن التلوث و التبغ، بالإضافة إلى إدراج مساهمة التأمينات الاقتصادية.
- إعطاء بعد واقعي للتعاقد من خلال تحسين مدونة الأعمال الطبية و التسعير.
- قيام الوزارة المكلفة بالتضامن بإعادة تحديد و ضبط فئات الأشخاص المعوزين، حيث تحدد وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات كإصلاح المستشفيات التي ستكون على عاتق الوزارة المكلفة بالتضامن.
- الحرص على أن تخضع كل المؤسسات الصحية للمراقبة البعدية الوحيدة طبقا للتنظيم الساري.
- تحرير المبادرات التي تعتمد على مصادر خاصة في إطار المهام المنوطة بالمستشفى، كإخراج المصالح الاقتصادية و العامة عن المستشفى.
- وضع مخطط حسابات المستشفيات.
- إعادة تفصيل آليات نقل الميزانيات المخصصة للتعليم و البحث الطبي نحو المستشفيات.
- إعفاء المؤسسات الصحية العمومية من الضرائب الجمركية المفروضة على التجهيزات.
- الانتقال من منظومة ميزتها تمويل الهياكل إلى منظومة تستهدف تمويل النشاطات.
- جعل الوسائل المادية و البشرية أكثر مردودية.
- تدعيم الإجراءات الموجودة لحساب التكلفة.
- مواصلة مسار رفع الديون عن المستشفيات.

و تجدر الإشارة إلى أن القطاع الخاص يستثني الفئات المعوزة من العلاج، بالإضافة إلى عشوائية تحديد أتعاب الأعمال و تكاليفها و على هذا الأساس توجد محاولات التفكير مع المؤسسات المعنية بالتأمين على المرض في طريقة تمويل هذا القطاع بشكل يسمح بالحفاظ على مبدأ إمكانية حصول كل المواطنين على الخدمات الصحية دون أن يقع على عاتقهم دفع مجموع التكاليف المترتبة عن العلاج، بالإضافة إلى اعتماد شفافية بخصوص أتعاب الأعمال و تكاليفها.

2.2 العراقيل المرتبطة بتنظيم الوسائل المادية و الموارد البشرية و تدابير معالجتها:

لقد انبثقت عن أشغال مجلس إصلاح المستشفيات عدة ملاحظات ترجمت إلى نقاط أساسية تظهر هشاشة التنظيم على مستوى القطاع العمومي، سنبرزها في الآتي:

- تعدد أجهزة التدخل على مستويات مختلفة مما يجعل الوصاية شديدة الثقل و غير فعالة.
- تثبيط المستخدمين بسبب قوانين أساسية و ظروف ممارسة غير ملائمة و أجور منخفضة.
- تباين توزيع الوسائل المادية و الموارد البشرية بين المناطق و داخلها.
- نقص في صيانة العتاد الطبي.
- نفاذ المواد الصيدلانية بسبب ضغوطات مالية و تنظيمية تزيد من حدتها الاختلالات في تسير المستشفيات و الأدوية.

– تقييم غير كاف للنشاطات الطبية.

و بالطبع لم تترك هذه النقاط من دون معالجة، بل حاول ذات المجلس وضع بعض الحلول و الاقتراحات بشكل موازي للاختلالات السابقة كما يلي:

- الحد من تدخل الوصاية بإعادة مركزية مهام الإدارة المركزية و هياكلها غير المركزية.
- مراجعة القوانين الأساسية السارية المفعول للمستخدمين قصد تحسين شروط الممارسة و التقدم في المسار المهني و إدراج نظام تعويض محفز.
- توحيد الوسائل المادية و الموارد البشرية.
- إنشاء مديرية مستقلة على مستوى وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات مكلفة بصيانة العتاد الطبي.
- جعل صيدلية المستشفيات هيكلا مستقلا و تحديد مهامها بدقة و إلزامها بمسؤوليتها.
- تزويد المستشفيات بالهياكل و الآليات و الوسائل و الأدوات اللازمة للتقييم الداخلي أما فيما يخص القطاع الخاص، فتم إغفال جانبه التنظيمي بحجة غياب المعايير المرتبطة بتنظيم أنشطته الطبية.

3.2 العراقيل المرتبطة بالإعلام و أوجه معالجتها:

يعاني الإعلام الصحي في كل من القطاعين العمومي و الخاص من آثار الانتقال من منهج تقليدي لجمع المعلومات و تحليلها إلى منهج يعتمد على إدخال التكنولوجيات الجديدة للإعلام، و هذا ما تسبب أساسا في ضياع الخبرة و التحكم اللذان جمعهما المحترفون في مجال المعالجة اليدوية للمعلومة و بالتالي اتخاذ تدابير أولية مفادها إعادة العمل بالمناهج المعروفة و تحديد المجالات التي يدرج فيها الإعلام الآلي و مصاحبة هذه العملية بتطوير التكوين الضروري لذلك بالإضافة إلى توفير الوسائل الضرورية التي تسمح بضمان الاتصال بين مختلف الهياكل الصحية.

1.3.2 العراقيل المرتبطة بالتكوين و طرق معالجتها:

لقد أولى المجلس الوطني لإصلاح المستشفيات أهمية لحاجب تكوين المستخدمين في قطاع الصحة العمومي و الخاص، و ذلك لعدة اعتبارات يمكن عرضها فيما يلي:

- لا يأخذ نظام التعليم و التكوين بدقة الحاجيات التي يعبر عنها قطاع الصحة.
- التكوين الأكاديمي لم يعد قادرا على الاستجابة للمؤهلات التي تتطلبها ممارسة المهنة و متطلبات تعدد الخدمات في الميدان، و هذا ما يترتب عنه نقص محسوس في بعض الاختصاصات الطبية و شبه الطبية.
- مدارس التكوين شبه الطبي لا تستجيب كلية إلى طلبات التكوين المتواصل لكل المستخدمين.
- تكوين المسيرين على مستوى مؤسسات التعليم العالي لا تستجيب إلى مواصفات التسيير في المستشفيات.

كما خص ذات المجلس أهمية أكبر للتدابير التي يفترض أن تحرص وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات على العمل بها، و التي سنقوم بإبرازها في النقاط الآتية:

- ✓ إعادة النظر في تزايد عدد الفئات الطبية و إعادة تحديد مواصفات التكوين و محتويات التعليم المقدم و ذلك بالعمل مع قطاع التعليم العالي.
- ✓ وضع قنوات المرور عبر التكوين الأكاديمي أو المؤهلات المكتسبة لتمكين تحرك المستخدمين و تسيير المهن و الاعتراف بالكفاءات التي لم تتوج بالطريقة المتعارف عليها.
- ✓ أما فيما يخص الممارسين الطبيين الأخصائيين، يجب التفكير مع القطاعات المعنية في طريقة للحصول على شهادة ثانية دون الاضطرار إلى المرور بكامل الأطوار الأكاديمية.
- ✓ إعادة فتح ملحقات مدارس التكوين شبه الطبي على مستوى المؤسسات الصحية حسب الحاجة في إطار إعادة تأهيل المستخدمين و تحسين مستواهم أثناء ممارسة عملهم.
- ✓ وضع مخطط إعادة إدماج محترفي الصحة المكونين أو الممارسين بالخارج بالتعاون مع وزارة التعليم العالي و المؤسسات المكلفة بالتعاون الدولي.

استنادا على ما سبق يمكن استخلاص أن هذه التدابير المقترحة في شتى الجوانب ليست جامعة مانعة، و لكي يتم تجسيدها في الواقع الميداني يجب إثراء التفكير حول إصلاح المستشفيات في مختلف الجوانب المذكورة سابقا قصد بناء هيكل قانوني، إداري مالي و اجتماعي متين على المدى المتوسط و البعيد.¹

2.3.2 التنظيم الجديد للخريطة الصحية:

إن من بين الأهداف المتوخاة من إصلاح المنظومة الصحية في إطار التوجيهات التي قدمها رئيس الجمهورية و ذلك خلال البرنامج الخماسي 2005-2009 و الذي يرمي إلى ما يلي:

✓ العمل على تخفيض معدل الوفيات.

✓ العمل على هيكلية الكثافة السكانية وفق العمر.

و هذا كله من أجل تحسين معدل الحياة للفرد كما هو معمول به في الدول المتقدمة الذي يقارب 76,1 و التخفيض في معدل الوفيات عند الأمهات من 230 لكل 100 ألف نسمة سنة 1989 ليصل هذا المعدل إلى 96,5 لكل 100 ألف نسمة سنة 2005.

أما الوفيات عند الأطفال من 58,1 لكل 100 ألف طفل سنة 1989 لتصل إلى 29,7 لكل 100 ألف سنة 2005 و هي تعتبر مجهودات هامة و التي تعمل من أجل تحسين الحالة الصحية للأمومة و الطفولة.

¹ نبيلة كحيلية، مرجع نفسه، ص 57، 58، 59.

إن هذه المرحلة الانتقالية التي تعرف التزايد في الكثافة السكانية و نسبة العدوى، التي جعلت الالتزام و التكفل باحتياجات الصحة على مستويين الوقاية أفضل من العلاج، و من ناحية مؤشرات التغطية الصحية وفق الخريطة الصحية التي توضح العمل الواجب فعله لتقليص الانحرافات أو الفجوات ما بين الولايات في الوطن التي لوحظت في السنوات الأخيرة.

3.3.2 المؤسسة العمومية الاستشفائية:

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، و تتكون من هيكل للتشخيص و العلاج و الاستشفاء، و إعادة التأهيل الطبي و تغطي سكان بلدية واحدة أو مجموعة بلديات و التي بلغ عددها في سنة 2007 إلى 193 مؤسسة على المستوى الوطني.

و تتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة بالحاجات الصحية للسكان و تتولى على الخصوص:

- تطبيق البرامج الوطنية للصحة.
- ضمان حفظ الصحة و النقاوة و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية.
- ضمان تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تحديد معارفهم.

كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية الاستشفائية ميدانا للتكوين الطبي و شبه الطبي، و التكوين في التسيير الاستشفائي.

4.3.2 المؤسسة العمومية للصحة الجوارية:

هي مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية و الاستقلال المالي، و تتكون من مجموعة عيادات متعددة الخدمات و قاعات العلاج و تغطي مجموعة من السكان و التي بلغ عددها في سنة 2007 إلى 271 مؤسسة على المستوى الوطني و تتمثل مهامها في التكفل بصفة متكاملة و متسلسلة فيما يلي:

- الوقاية و العلاج القاعدي.
- تشخيص المرض.
- العلاج الجوارية.
- الفحوص الخاصة بالطب العام و الطب المتخصص القاعدي.
- الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية و التخطيط العائلي.
- تنفيذ البرامج الوطنية للصحة و السكان و تكلف على الخصوص بما يلي:

◆ المساهمة في ترقية و حماية البيئة في المجالات المرتبطة بحفظ الصحة و النقاوة، و مكافحة الأضرار و الآفات الاجتماعية.

◆ المساهمة في تحسين مستوى مستخدمي مصالح الصحة و تحديد معارفهم، كما يمكن استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدانا للتكوين الطبي و شبه الطبي، و التكوين في التسيير الاستشفائي.

إن البرنامج الخماسي 2005-2009 الذي تولى له الدولة اهتماما كبيرا، نظرا للغلاف المالي المخصص له من جهة و الهياكل المنتظرة منه بعد إنجازها للوصول إلى أفضل تغطية صحية، و التي تعمل على تحسين الحالة الصحية للسكان.

3. تحليل الإمكانيات المتوفرة في قطاع الصحة:

1.3 الإمكانيات المادية:

يعتبر عرض العلاج في الجزائر مضمونا أساسا من طرف القطاع العام، عن طريق المراكز الاستشفائية الجامعية و المؤسسات الاستشفائية المتخصصة و القطاعات الصحية، من خلال المراكز الصحية و العيادات المتعددة الخدمات و المستوصفات و قاعات العلاج، بالإضافة إلى القطاع الخاص من خلال العيادات و المستشفيات المختلفة التخصصات و مخابر التحليل الطبية و الأشعة و يمكن عرض تطور نسب التغطية الصحية في القطاع العام في الجدول التالي:

1.1.3 تطور نسبة الهياكل الصحية القاعدية في الجزائر

1.1.1.3 التغطية الصحية نسبة للهياكل القاعدية في الجزائر من 1995-2007

جدول رقم 08: تطور نسب التغطية الصحية بوحدة العلاج القاعدية في الجزائر من 1995-2007.

عدد السكان × 10 ³	نسبة مركز صحي + قاعة العلاج	مركز صحي + قاعة علاج	نسبة العيادات المتعددة الاختصاصات	عيادة متعددة الاختصاصات	الهياكل السنوات
27800	5714	4866	60435	460	1995
30365	5822	5216	61097	497	2000
30810	5740	5368	61131	504	2001
31357	5692	5509	61125	513	2002
32789	5756	5697	633546	516	2003
31227	5365	5820	60871	513	2004
32824	6278	5824	63489	517	2005
33500	5336	6278	63931	524	2006
34100	5282	6455	23087	1477	2007

المصدر: جيلالي أمير (2009)، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر، ص 192.

يتضح لنا من الجدول أن في ظرف خمس سنوات، أي من سنة 1995 إلى غاية 2000، سجلت زيادة قدرت ب 8,04 % فقط بالنسبة للعيادات المتعددة الاختصاصات، لترتفع بعد ذلك تدريجيا و بوتيرة ضعيفة إلى غاية 2003، لتعاود

الانخفاض بعد هذه السنة، أما فيما يخص المراكز الصحية وقاعات العلاج، فعرفت ارتفاعا قدر ب 19,63 % سنة 2004 مقارنة بسنة 1995 و فيما يخص التطور في المراكز الصحية و قاعات العلاج ابتداء من 1995 إلى غاية 2007 و التي عرفت ارتفاعا محسوسا يقدر ب 32,65 % أما بالنسبة للعيادات المتعددة الاختصاصات التي عرفت ارتفاع ب 3 أضعاف سنة 2007 مقارنة بسنة 1995.

و فيما يتعلق بهياكل العرض التابعة للقطاع الخاص فهي تتمثل في الجدول التالي.¹

2.1.1.3 البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص في الجزائر

جدول رقم 09: البنية الأساسية لهياكل القطاع الخاص في الجزائر خلال الفترة 1999-2007.

الهياكل السنوات	عيادة توليد خاصة	صيدليات	مخابر تحاليل	أشعة	عيادات استشفاء	الإجمالي	عدد السكان × 10 ³	نسبة السكان
1999	42	4305	194	188	57	4786	27800	5808
2000	38	4587	212	115	57	5027	30365	6040
2001	47	4778	206	118	69	5218	30810	5904
2002	31	5001	232	100	98	5462	31357	5740
2003	49	5502	-	-	103	5654	32789	5799
2004	47	5857	-	-	109	6013	31227	5193
2005	26	5849	267	-	151	6293	32824	5215
2006	65	6285	278	-	161	6789	33500	4934
2007	65	7459	286	-	165	7957	34100	4275

المصدر: جيلالي أمير (2009)، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، مرجع سابق، ص 193.

يتضح لنا من خلال هذا الجدول، إذا أخذنا عدد الهياكل إجمالاً أن الهياكل الصحية الخاصة في تزايد مستمر فالنسبة للعيادات الخاصة بالتوليد التي عرفت تراجع ملحوظ في 2002 ثم بعدها انطلقت من جديد لتعرف قفزة نوعية، أما فيما يخص الصيدليات هي الأخرى عرفت تزايد كبير مقارنة بسنوات التسعينات و هذا ما يدل على أن القطاع الخاص يريد دائما الاستثمار في الأمور التي تجلب له الكثير من العوائد، دون مراعاة الجانب الاجتماعي و هذا ما يظهر من خلال مخابر التحاليل الطبية، التي عرفت انتشارا واسعا على المستوى الوطني و بالخصوص في المدن الكبرى، و فيما يخص نسبة التغطية الصحية بالنسبة للسكان نجدها في تطور ملحوظ مقارنة بسنة 2000 أين كانت العيادات الخاصة بالتوليد في تناقص و بعدها عرفت ارتفاع من جديد.²

¹ جيلالي أمير، مرجع سابق، ص 193، 192.

² جيلالي أمير، مرجع سابق، ص 193.

3.1.1.3 الهياكل الصحية في الجزائر

جدول رقم 10: تطور نسبة الهياكل الصحية في الجزائر من 1966-2006.

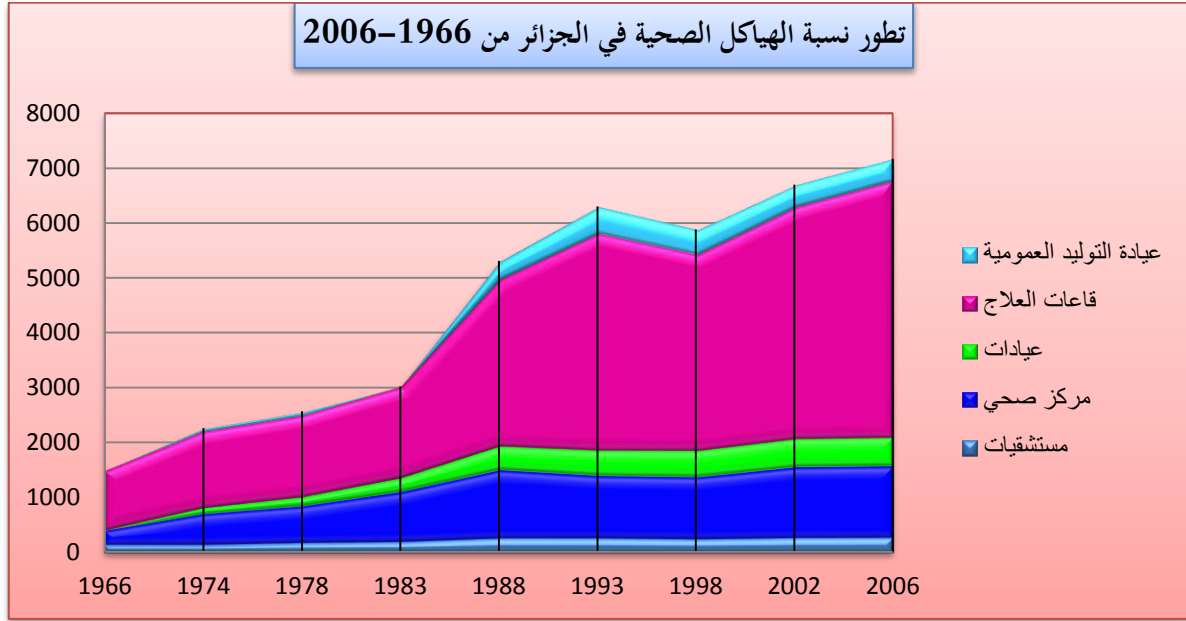
السنوات	الهياكل الصحية	مستشفيات	مركز صحي	عيادات	قاعات العلاج	عيادة التوليد العمومية
1966	148	256	/	1081	/	
1974	148	558	106	1402	50	
1978	183	664	162	1500	54	
1983	198	910	249	1664	/	
1988	263	1238	434	3041	333	
1993	267	1131	459	3958	486	
1998	245	1126	482	3581	447	
2002	273	1281	513	4228	403	
2006	275	1296	520	4684	399	

Source: El Bachir Zohra(2013), Evolution de la mortalité en Algérie, mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de magistère en démographie, faculté des sciences sociales département de démographie, université d'Oran, p127.

لقد تطورت نسبة المرافق الصحية منذ فترة الاستقلال إلى يومنا هذا، فيما يتعلق بتطور عدد المستشفيات فقد بلغ معدل نمو حوالي 85,8% في غضون 40 سنة من (1966-2006) و قد ارتفع عدد المستشفيات من 148 إلى غاية 275 مستشفى على مستوى التراب الوطني.

أما بالنسبة لعيادات التوليد تم تسجيل 50 وحدة للأمومة سنة 1974 و أعلى ارتفاع للوحدات الأمومة سجل سنة 1993 ب 486 عيادة للتوليد، في عام 2006 عدد عيادات التوليد انخفض ليصل إلى 399 مركز أمومة مع 3534 سرير و هذا الانخفاض يرجع ربما لإغلاق بعض المراكز الخاصة بالتوليد و كذلك ربما يرجع إلى انخفاض معدلات الخصوبة من جهة أخرى و فتح مرافق كبيرة تابعة للمستشفى تشمل خدمات الأمومة، مراكز الأمومة عرفت بدورها زيادة بلغت 57% و تجاوزت 49 لتصل إلى 77 مركز أمومة ما بين 2003 و 2006.

مخطط رقم 01: تطور نسبة الهياكل الصحية في الجزائر من 1966-2006.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 10.

2.3.2. الإمكانيات البشرية: إن الإمكانيات البشرية العاملة بقطاع الصحة و لا سيما في القطاع العمومي، التي بدورها تنقسم إلى ثلاثة أقسام تخص الأطباء بما فيهم العامون و المتخصصون و الصيادلة و أطباء الأسنان، و الطاقم الشبه الطبي المتمثل في المرضين و الممرضات بالإضافة إلى الإداريين و عمال الخدمات المختلفة.

1.2.3 الممارسين الطبيين أو الطاقم الطبي:

بعد الاستقلال وجدت الجزائر نفسها في وضع اجتماعي و اقتصادي صعب للغاية، و قد انعكس هذا النظام الصحي الذي ترك من الاستعمار إلى عجز كبير و خصوصا عدم كفاية التغطية الصحية، و كان هذا العجز أساسا في الإنسان و أنه في أعقاب الهجرة الجماعية للأطباء و الصيادلة و المديرين التنفيذيين للرعاية الصحية الفرنسية، و كان عدد الأطباء 285 طبيب جزائري في سنة 1963 أي طبيب واحد لكل 35000 نسمة، و لمواجهة هذا الوضع المأساوي اتخذت الدولة إجراءات عاجلة:

- تعزيز مهنة الطب من خلال الدعوة للتعاون الخارجي.
- مكافحة الأمراض المعدية من خلال تنفيذ البرامج الصحية و التي تشمل تدابير التطعيم لجميع الأطفال.

في سنة 1975 كان هناك 3212 طبيب (1820 طبيب جزائري و 1392 أجنبي) و كانت نسبة التغطية طبيب لكل 4909 ساكن و يمكن اعتبار هذه الفترة فترة نجاح في الجانب الصحي، و ذلك بفضل قرار سياسي خاصة مع بداية مجانية العلاج و كذلك في 1976 تم المصادقة على قانون الصحة العامة و في 16 فيفري 1985 تم المصادقة على قانون حماية و تعزيز الصحة العامة، و لقد عززت الدولة الدراسات الطبية التي تستهدف كلا من التحسن النوعي و الكمي و كذا تنفيذ إصلاح التعليم الجامعي في مجال الطب و الصيدلة و طب الأسنان أي ما يقارب 1000 طبيب سنويا، و بعد هذه القرارات و

التعديلات شهدت زيادة كبيرة في أعداد الموظفين الطبيين خلال 1980 و لكن في أواخر 1980 و بداية 1990 ظهرت بعض نقاط الضعف و يرجع ذلك للأزمة الاقتصادية و الأمنية ففي سنة 1986 انخفضت عائدات النفط، و انخفض سعره إلى أدنى مستوياته 13,8 \$ في 1986 انخفضت الإنتاجية و ارتفعت نسبة الديون الخارجية و تزايدت نسبة البطالة و انخفضت قيمة الدينار، فكل هذه التبعات انقلبت سلبا على النظام الصحي الوطني و تعرض لمشاكل كبيرة منها:

- عودة الأمراض المعدية.
- ظهور الأمراض المزمنة أو ما يعرف بالأمراض الحديثة كمرض السكري و أمراض الجهاز الهضمي و الأمراض القلبية الوعائية، و الجهاز التنفسي و السرطان.
- انخفاض في جودة الخدمات و الرعاية لصحية للمرضى.

في عام 1990، كان عدد الأطباء 23550 (22716 جزائري و 834 أجنبي) أما بالنسبة لتغطية الأطباء للسكان فكانت طبيب لكل 1063 نسمة، و بالنسبة لهذه السنة قدرت نسبة الإنفاق على الصحة من الناتج الداخلي الخام 2,8 % و ما بين 2000-2010 قدر ب 5,5 % و تميزت هذه الفترة بتحسّن ملحوظ في الموارد الصحية و بزيادة قدرها 74 % في عدد الأطباء منذ سنة 2000، فمنذ 50 عاما تحسنت صحة الجزائريين و تم إحراز تقدم بشكل كبير و ارتفع عدد الأطباء بشكل مطرد مع مرور الوقت.¹

و يمكن عرض تطور عدد الممارسين حسب الفئات كالتالي:

¹El Bachir Zohra (2013op.cit, pp 129 ,130.

2.2.3 الممارسين الطبيين أو الطاقم الطبي في الجزائر

الأطباء العامون

جدول رقم 11: تطور عدد الأطباء العامون 1975-2007

و يخص في ذلك تطور الأطباء في القطاع العام و الخاص، بالإضافة إلى تطور نسبة التغطية الصحية كما هو موضح في الجدول التالي.

التغطية نسبة للسكان	عدد السكان × 10 ³	المجموع	القطاع الخاص	القطاع العام	الهياكل السنوات
/	/	1820	/	/	• 1975
/	/	6202	/	/	• 1980
/	/	11170	/	/	• 1985
/	/	22716	/	/	• 1990
1823	27800	15246	4950	10296	1995
1778	30365	17078	5803	11275	2000
1762	30810	17484	5915	11569	2001
1737	31357	18046	6185	11861	2002
1809	32789	18118	5596	12122	2003
1817	31227	18714	6376	12338	2004
1708	32924	18842	6076	12766	2005
1567	33500	21182	6831	14351	2006
1373	34100	24572	7924	16648	2007

المصدر: جيلالي أمير (2009)، مرجع سابق، ص 194.

- El Bachir Zohra (2013op.cit, p132).

شهدت نسبة الأطباء العامون انخفاضاً ما بين سنة 2000 و سنة 2002، و ذلك لأن نسبة الزيادة في السكان (3,26%) أقل من الزيادة في عدد الأطباء العامين (5,66%)، لتعود للارتفاع ابتداءً من سنة 2003، و ما يلاحظ من خلال الجدول أن الأطباء العامون يمثلون الأغلبية في القطاع العام مقارنة بعدد الأطباء في القطاع الخاص خلال الفترة ما بين 1995 إلى 2004 و الجدير بالإشارة أن الزيادات المسجلة عموماً في الممارسين الطبيين، هي نتيجة الزيادة في عدد الممارسين الطبيين الخواص.

و نسجل في هذا الصدد على أن التغطية الصحية للسكان لا زالت بعيدة، مقارنة بعدد الهياكل التي يتمتع بها القطاع الصحي في بلادنا و هذا ما يتطلب من تكثيف الجهود للوصول إلى تغطية أفضل.

3.2.3 الأطباء الأخصائيين

جدول رقم 12: تطور عدد الأطباء الأخصائيين في الجزائر 1995-2007.

و يخص في ذلك تطور عدد الأطباء في القطاع العام و الخاص، و تطور نسبة التغطية الصحية كما هو موضح في الجدول التالي.

نسبة التغطية للسكان	عدد السكان × 10 ³	المجموع	القطاع الخاص	القطاع العام	الهياكل السنوات
4570	27800	6082	2528	3554	1995
3499	30365	8677	4522	4155	2000
3366	30810	9152	4861	4291	2001
3228	31357	9714	5216	4498	2002
3510	32789	9341	4700	4641	2003
3473	31227	10127	5606	4781	2004
2240	32824	11370	5043	6327	2005
2218	33500	14970	6640	8830	2006
2081	34100	16285	7224	9061	2007

المصدر: جيلالي أمير (2009)، مرجع سابق، ص 195.

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا بأن نسبة الأخصائيين في القطاع الخاص، عرفت ارتفاعا ما بين سنة 1995 إلى غاية 2002 إلا أنها تنخفض سنة 2003، ثم عادت إلى الارتفاع سنة 2004.

يتجلى في الجدول أعلاه أن عدد الأخصائيين يتوزع تقريبا بالتساوي بين القطاع العام و القطاع الخاص، أما في القطاع العام و التي تعرف تزايد في عدد الأطباء الأخصائيين خلال الفترة ما بين 1995 إلى 2004 و فيما يخص التغطية الصحية للسكان فنجدها في تحسن، و بالرغم من ذلك فهي تبقى غير كافية مقارنة بتزايد عدد السكان أي تزايد احتياجات المرضى لخدمات الأطباء المتخصصين.¹

¹ جيلالي أمير، مرجع سابق، ص 194، 195، 196.

4.2.3 أطباء الأسنان

جدول رقم 13: تطور عدد أطباء الأسنان في الجزائر 1975-2007.

و يخص في ذلك تطور عدد الأطباء في القطاع العام و الخاص، و تطور نسبة التغطية الصحية كما هو موضح في الجدول.

نسبة التغطية للسكان	عدد السكان $\times 10^3$	المجموع	القطاع الخاص	القطاع العام	الهياكل السنوات
/	/	535	/	/	• 1975
/	/	1577	/	/	• 1980
/	/	2644	/	/	• 1985
/	/	7189	/	/	• 1990
3628	27800	7661	2473	5188	1995
3798	30365	7993	3346	4647	2000
3662	30810	8413	3580	4833	2001
3743	31357	8376	3747	4629	2002
3912	32789	8380	3755	4625	2003
3872	31227	8635	3987	4648	2004
3664	32824	8957	4048	4908	2005
3141	33500	9118	4122	4996	2006
3192	34100	10621	4049	4908	2007

المصدر: جيلالي أمير (2009)، مرجع سابق، ص 196.

- El Bachir Zohra (2013op.cit, p132).

عرفت نسبة أطباء الأسنان نسبة لعدد السكان انخفاضا ما بين 2000 و سنة 2001، لتعود إلى الارتفاع فيما بعد حتى سنة 2003، لتتخفف مجددا سنة 2004 و كانوا يتوزعون تقريبا بالتساوي بين القطاع العام و القطاع الخاص و ذلك ابتداءا من سنة 2000.

5.2.3 الصيادلة

جدول رقم 14: تطور عدد الصيدليات في الجزائر من 1975-2007.

النسبة للسكان	عدد السكان $\times 10^3$	المجموع	القطاع الخاص	القطاع العام	الهياكل
					السنوات
/	/	849	/	/	• 1975
/	/	1035	/	/	• 1980
/	/	2644	/	/	• 1985
/	/	2133	/	/	• 1990
7631	27800	3643	3183	460	1995
56340	30365	4789	4587	202	2000
6207	30810	4963	4778	185	2001
6062	31357	5172	4995	177	2002
5772	32789	5680	5502	178	2003
5519	31227	6058	5860	198	2004
5433	32824	6041	5849	192	2005
5320	33500	6479	6285	196	2006
4408	34100	6792	7459	233	2007

المصدر: جيلالي أمير (2009)، مرجع سابق، ص 196.

- El Bachir Zohra (2013), op.cit, p132.

شهدت نسبة الصيادلة انخفاضا مستمر من 1995 إلى غاية 2004، هذا بالنسبة للقطاع العام نظرا للسياسة التي كانت معتمدة في ذلك، إلا أن القطاع الخاص عرف تطورا ملحوظا أما القطاع العام الذي عرف انخفاضا يقدر ب 04,43% و لكن هذا ليس معناه أن عدد الصيادلة لم يلبي احتياجات المواطنين، بل بالعكس حيث كانت نسبة السكان لصيادلة 1 مقابل 7631 نسمة في سنة 1995 لتصل إلى 5521 نسمة سنة 2004 و عليه فإن الصيادلة الخواص يشكلون الأغلبية الساحقة، و الجدير بالملاحظة أن نسبة الأطباء إلى عدد السكان في الجزائر ما زالت ضعيفة مقارنة ببعض دول الجوار (تونس و المغرب).

6.2.3 الشبه الطبيين

جدول رقم 15: تطور تشكيلة الشبه الطبيين حسب التأهيل في الجزائر من 1991-2006.

الإجمالي	مساعدين شبه طبيين	مؤهلين	الحاصلين على شهادة دولة	العناصر	السنوات
/	12215	/	/	/	*1972
82362	28811	27640	25911		1991
84065	15600	29911	38554		1996
85843	10433	26655	48755		2001
86021	9852	25369	50800		2002
86205	9423	24347	52435		2003
86803	9099	23553	54151		2004
98339	9602	32190	56547		2006

المصدر: جيلالي أمير (2009)، مرجع سابق، ص 197.

*MSP(1983) ; séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience algérienne, Alger, 7-8 avril, p54.

يتضح من خلال الجدول أعلاه أن هناك ارتفاع مستمر في صنف الحاصلين على شهادة دولة، في حين يلاحظ ارتفاع في عدد المؤهلين ما بين 1991 و 1996 ليعود الانخفاض بعد ذلك، بينما سجل انخفاض كبير جدا للمساعدين شبه الطبيين ما بين 1991 و 1996 و استمر هذا الانخفاض إلى غاية 2004.¹

¹ جيلالي أمير، مرجع سابق، ص 196، 197.

7.2.3 الإداريين التقنيين و عمال الخدمات في قطاع الصحة الجزائري

جدول رقم 16: تطور تشكيلة الإداريين التقنيين و عمال الخدمات في قطاع الصحة بالجزائر 1991-2004.

صنف	الإداريين	التقنيين	عمال الخدمات	الإجمالي
1991	11908	-	39128	51036
1996	11671	734	46109	58514
2001	14270	2071	42784	59125
2002	13433	2303	42474	58210
2003	13500	2620	42358	58478
2004	13546	2837	42171	58554

المصدر: جيلالي أمير (2009)، مرجع سابق، ص 198.

يتبين من الجدول السابق أن عدد الإداريين قد عرف تزايد مستمر، و بلغت نسبة الزيادة بمقارنة سنة 1996 بسنة 2004 (16,06 %) بينما سجل عدد التقنيين سنة 2004 زيادة بأكثر من ثلاثة أضعاف العدد الذي كان موجود سنة 1996 في حين عرف عدد عمال الخدمات انخفاضا تدريجيا ابتداء من سنة 1996 أما فيما يخص تطور تشكيلة عمال المؤسسات الصحية خلال الفترة 2002-2005 فيمكن عرضها كما يلي.

8.2.3 عمال المؤسسات الصحية: جدول يوضح تطور تشكيلة العمال في المؤسسات الصحية في الجزائر من 2002 إلى 2005.

جدول رقم 17: تطور تشكيلة عمال المؤسسات الصحية في الجزائر خلال الفترة 2002-2005.

السنوات	2002	2003	2004	2005
صنف العمال				
عمال إداريون	16526	16444	16407	16438
الطاقم الطبي	23016	23164	23033	23123
الطاقم شبه الطبي	92347	92578	92618	92439
عمال متعاونون	49035	49338	49466	49324
الإجمالي	180924	181524	181524	181324
عمال مؤقتين	9013	9013	9013	9013
المجموع	189937	190537	190537	190337

المصدر: جيلالي أمير (2009)، مرجع سابق ، ص 198.

يتضح من الجدول أن تشكيلة عمال الصحة، تتكون بالدرجة الأولى من الطاقم شبه الطبي ثم العمال المتعاونين ثم ترتب الأصناف الأخرى، الطاقم الطبي ثم العمال الإداريين و أخيرا العمال المؤقتين.¹

III . تقييم الأهداف الإنمائية للألفية في مجال الصحة:

تعد اليوم الأهداف الإنمائية للألفية التي صادق عليها العالم بنيويورك أيام 6 و 8 سبتمبر من عام 2000 بحضور 147 رئيس دولة و حكومة و ممثلي 189 بلد، الإطار العام الذي يسمح بمتابعة و تقييم مستويات نمو مختلف المؤشرات الاجتماعية و الاقتصادية التي تركز عليها السياسات العامة، و إقامة بعض المقارنات الإقليمية و الدولية، و لا تقتصر مقارنة الأهداف الإنمائية للألفية على التقييم الأولي للمؤشرات الكمية، بل إلى كافة الجوانب الحيوية لحياة الشعوب و ضمان مستقبل أفضل لها كما جاء في البند الخامس من توصيات إعلان الأهداف الإنمائية و اقتراح السياسات الاجتماعية المناسبة.

تعتبر الأهداف الإنمائية للألفية الجديدة بمثابة دليل استرشادي للمجهود الذي تبذله الدول في مجال التنمية، و قد تم قبول هذه الأهداف كإطار لقياس معدل التقدم في عملية التنمية، و يمكن حصر هذه الأهداف فيما يلي:

- القضاء على الفقر المدقع و الجوع.
- تحقيق التعليم الابتدائي الشامل.
- تشجيع المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة من أسباب القوة.
- تخفيض معدل وفيات الأطفال.
- تحسين صحة الأمهات.
- مكافحة فيروس و مرض الإيدز و الملاريا و غيرهما من الأمراض.
- ضمان الاستدامة البيئية.
- إقامة شراكة عالمية من أجل التنمية.

و سيتم التطرق إلى هدفين أساسيين من هذه الأهداف الواردة في قمة الألفية و التي تتعلق ب:

- ❖ تخفيض وفيات الأطفال.
- ❖ تحسين صحة الأمهات.²

¹ جيلالي أمير، نفس المرجع، ص 198.

² محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص 39.

1. الأهداف الإنمائية للألفية (الهدف الرابع و الخامس)

جدول رقم 18: الهدف الرابع و الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية

الهدف	الغاية	المؤشر
تخفيض معدل وفيات الأطفال	تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار 3/2 من 1990 إلى 2015.	-معدل وفيات الأطفال الرضع. -معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة. -نسبة الأطفال المحصنين ضد الحصبة.
تحسين صحة الأم	-تخفيض من نسبة وفيات الأمهات بمقدار 4/3 من 1990 إلى 2015. -تعميم الحصول على خدمات الصحة الإنجابية بحلول عام 2015.	-نسبة وفيات الأمهات. -معدل انتشار استخدام أساليب منع الحمل. -مدى التغطية بالرعاية الصحية قبل و أثناء و بعد الحمل.

المصدر: محمد علي دحمان(2011)، تقييم نفقات الصحة و التعليم، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية مدرسة الدكتوراه تخصص: تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان الجزائر، ص40.

1.1 تخفيض معدل وفيات الأطفال:

تقع التنمية الصحية ضمن أولويات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية لذلك عملت الدولة و لا زالت تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية الأساسية للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية و لا سيما تلك الأكثر عرضة للأمراض كالأطفال من خلال التوسع في بناء مراكز رعاية الطفولة و القيام بحملات التطعيم ضد الأمراض الوبائية المعدية، و تنظيم حملات التوعية و كذا تنفيذ برنامج الصحة المدرسية.

في دولة الجزائر حقق نظام الرعاية الصحية إنجازات متعددة من خلال توفير مختلف الخدمات الصحية للمواطنين هذه الخدمات الوقائية و العلاجية و غيرها ساهمت في تخفيض معدل وفيات الأطفال باعتبارها إحدى المؤشرات الأساسية في قياس فعالية النظام الصحي و شموليته.

بعد تخفيض معدل وفيات الأطفال بمقدار الثلثين من 1990 إلى 2015 أحد الأهداف الأساسية للألفية حيث أنه لم يعد كمطلب أساسي لحقوق الإنسانية، بل هو قرار اقتصادي سليم و لاشك أن مجالات التقدم الباهرة التي حققتها العديد من الدول خلال العشرية الأخيرة في خفض وفيات الأطفال تدعوا إلى التفاؤل، إذ أصبحت أسباب وفيات الأطفال و حلولها معروفة عبر التدخلات البسيطة التي يمكن الاعتماد عليها و تحمل نفقاتها و التي تؤدي إلى إنقاذ حياة الملايين من الأطفال.

بعد أن صادقت الجزائر على ميثاق الألفية سنة 2000 فقد بادرت إلى تنفيذ مجموعة من البرامج التي من شأنها

التخفيض في معدل وفيات الأطفال حيث تمثلت هذه البرامج في:

- البرنامج الخاص بتوسيع التلقيح.
- البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال.
- البرنامج الخاص بمكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال.¹

2.1 معدلات التغطية بالتطعيم للأطفال ما بين [12-23] شهر

جدول رقم 19: تطور معدلات التغطية بالتطعيم (الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 12-23 شهرا %).

2006	2002	2000	1995	1992	السنة
MICS3	EASF	EDG	MDG	EASME	نوع التطعيم
99	97,1	93	93	97	Vaccin BCG
98,3	96,3	91	/	95,4	DTCP1
97	95,2	91	/	92,4	DTCP2
94,8	92,3	89	83	89	DTCP3
90,5	90,6	83	77	85,7	Anti rougeoleux
88	88,9	87	84	83,3	مجموع اللقاحات

Source : rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement(2010), Algérie, juillet.

يتضح من خلال الجدول أن ما نسبته 83,3% من الأطفال من الفئة العمرية (12/23 شهرا) ملقحين تلقيحا شاملا سنة 1992 و في سنة 1995 ارتفعت هذه النسبة ارتفاعا طفيفا لما كانت عليه سنة 1992، لكن أبرزت النتائج الأولية للمسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 أن 88% من الأطفال تلقوا تلتقيحات شاملة، 99% ممن تلقوا خاص بل BCG أما الجرعة الأولى و الثانية و الثالثة للقاحات الخاصة (الديفتيريا و الكزاز و السعال الديكي و شلل الأطفال) ارتفعت نسبة هذه اللقاحات سنة 2006 و لكن كانت النسبة الإجمالية لتلقي اللقاحات منخفضة عن سنة 2002 أين عرفت هذه السنة أعلى نسبة للتلقيحات ب 88,9%.

¹ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص 40،41.

3.1 وفيات الأطفال حسب الجنس

جدول رقم 20: تطور معدل وفيات الأطفال حسب الجنس لكل 1000 ولادة حية.

السنة	ذكور	إناث	المجموع
*1966	/	/	174
*1977	/	/	115
*1980	/	/	102,8
*1987	/	/	64,42
*1998	/	/	37,4
2000	38,4	35,3	36,9
2001	38,9	35,9	37,5
2002	36,1	33,3	34,7
2003	/	/	32,5
2004	32,2	28,5	30,4
2005	32,2	28,5	30,4
2006	28,3	25,3	26,9
2007	/	/	26,2
2008	/	/	25,5
**2010	24,9	22	23,5
**2015	23,2	20,5	21,9
**2016	22,9	20,2	21,6

المصدر: محمد علي دحمان (2011)، مرجع سابق، ص42.

*الديوان الوطني للإحصاء نتائج تعداد 1987. ** البنك الدولي.

لقد ساهمت البرامج التي بادرت بها الحكومة في تخفيض من معدل وفيات الأطفال، فبعد أن كان معدل وفيات الأطفال يقارب 200 وفاة لكل 1000 طفل انخفض هذا المعدل ليصل إلى 34,7 سنة 2002 ثم إلى 25,5 لسنة 2008 أي أن معدل وفيات الأطفال شهد تراجع بمعدل سنوي 3,7 لكل 1000 طفل.

4.1 تحسين صحة الأمهات:

تعتبر صحة المرأة الأم من أهم أولويات التنمية، و تأتي هذه الأهمية من كون أن صحة المرأة لا تقتصر عليها فقط و إنما تمتد لتشمل الأسرة و المجتمع ككل الأمر الذي جعل العناية بصحة المرأة و لا سيما تخفيض وفيات الأمهات أثناء النفاس هاجسا

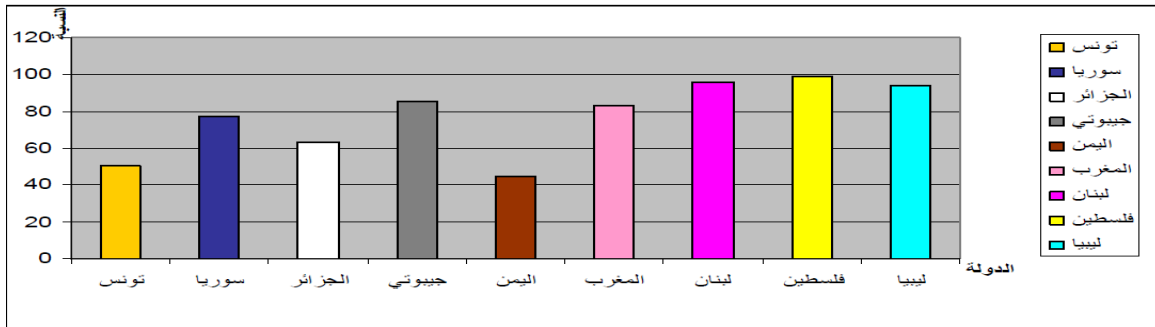
عالميا و صار تعميم توفير الخدمات الأساسية لضمان صحة إنجابية لائقة من الأهداف الإنمائية للألفية، لهذا تسعى الدول عبر جملة من الخدمات الصحية إلى توفير نظام رعاية أفضل للأمهات قبل و بعد الولادة مع توفير الظروف المادية التي تساعد على تنظيم الأسرة و في الجزائر تسعى الجهات المعنية إلى تحسين نوعية الحياة وذلك من خلال تحقيق حياة آمنة للأمهات قبل و أثناء و بعد الولادة.¹

1.4.1 رعاية الحمل:

تعتبر الرعاية الجيدة أثناء الحمل من أفضل الآليات المنخفضة لنسب وفيات الأمهات و حسب تقارير منظمة الصحة العالمية فهي لا تساهم فقط في تخفيضها بل أيضا في تخفيض نسبة وفيات حديثي الولادة و تقليل من نسب المواليد ناقصي الوزن، و من المعروف كذلك أن مضاعفات الحمل لدى المرأة هي في ذات الوقت نتيجة لحالتها الصحية قبل الحمل و سببها في حالة الاعتلال التي قد تحدث بعد الحمل و الولادة و لهذا تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل بما تتضمنه من فحوصات و تحاليل مخبرية، و غيرها من أفضل الفرص التي تتاح للأم حتى تقف على وضعها الصحي.

الشكل التالي يوضح أكثر تموقع الجزائر ضمن بعض الدول العربية من حيث الرعاية الصحية بالسيدات أثناء الحمل.

مخطط رقم 02: نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل بآخر مولود خلال الفترة الممتدة 2001-2006.



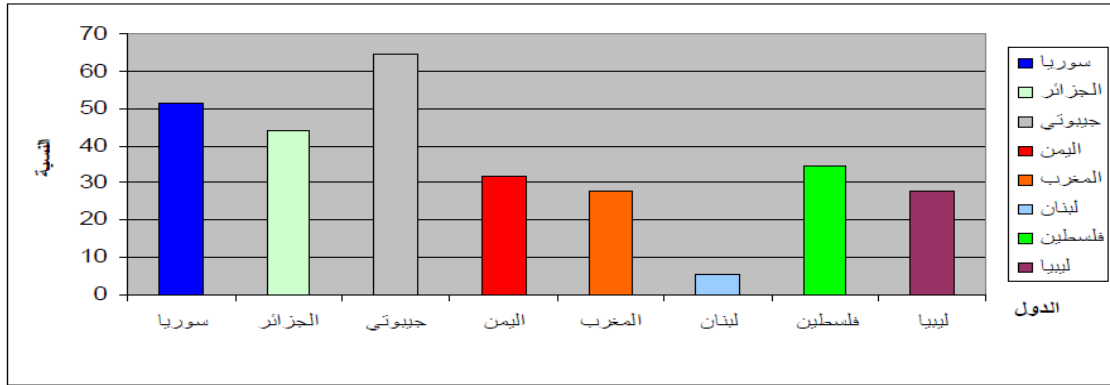
المصدر: محمد علي دحمان (2011)، مرجع سابق، ص 43.

تظهر النتائج المسجلة على أن الأمهات الصغيرات في السن و حالات الحمل ذات الرتبة المنخفضة أكثر إقبالا على تلقي الرعاية الصحية عن بقية النساء، و بالتالي المولود الأول يحظى بأكثر رعاية صحية ثم تقل هذه النسبة تدريجيا، و يرجع هذا إلى اكتساب الأمهات خبرة تراكمية مع زيادة عدد مرات حملهن.

كما تشير النتائج على أن نسبة 9, 43% من السيدات في الجزائر يتلقين جرعة واحدة أو أكثر من اللقاح ضد التيتانوس أثناء الحمل، وبالرغم من أن النسبة تبقى دون المتوسط إلا أنها أفضل من بعض الدول العربية حيث وصلت النسبة أدهاها في لبنان 5,5%.

¹ محمد علي دحمان، نفس المرجع، ص 42، 43.

مخطط رقم 03: نسبة السيدات اللاتي تلقين جرعة واحدة ضد التيتانوس خلال الفترة 2001-2006.

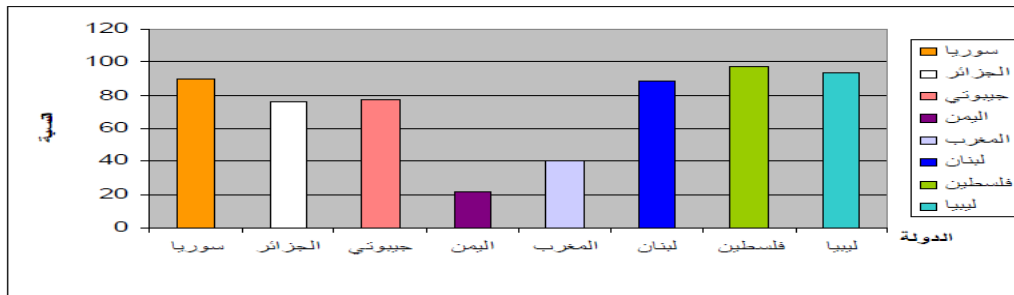


المصدر: محمد علي دحمان(2011)، مرجع سابق، ص44.

2.4.1 الرعاية أثناء الولادة:

تشير الدراسات و البحوث أن الجزائر تتقدم نحو تحقيق نسبة عالية من الولادة بالمراكز الصحية و تحت إشراف كادر طبي مؤهل ب 77% مقارنة ببعض الدول العربية على غرار اليمن و المغرب، مع العلم أن كل دولة قد وضعت أهدافا إما للقضاء على الولادات بالمنزل أو لتقليل منها إلى مستويات دنيا خاصة و أن هذا السلوك يساهم و بدرجة كبيرة في تحقيق أحد أهداف الألفية و الخاص بتخفيض نسبة وفيات الأمهات.¹

مخطط رقم 04: نسبة السيدات اللاتي وضعن مولدهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل في بعض الدول العربية من 2006-2001



المصدر: محمد علي دحمان(2011)، مرجع سابق، ص45.

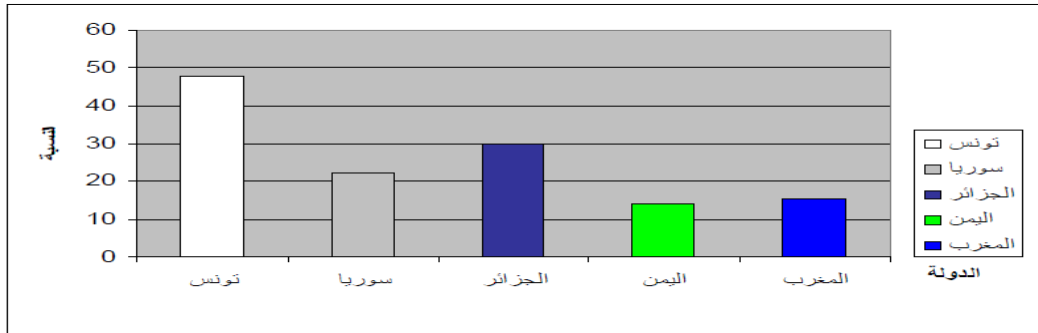
3.4.1 الرعاية بعد الولادة:

تعتبر الرعاية بعد الولادة ضرورة لكل من الأم و المولود خاصة الولادات التي تتم خارج المؤسسات الصحية، و الشكل التالي يوضح أكثر الرعاية الصحية للأم بعد الولادة بالجزائر و كذا بعض الدول العربية خلال الفترة 2001-2006.²

¹محمد علي دحمان، نفس المرجع، ص 44.

² محمد علي دحمان، نفس المرجع، ص 45.

مخطط رقم 05: نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة في بعض الدول العربية من 2001-2006.



المصدر: محمد علي دحمان (2011)، مرجع سابق، ص 45.

من خلال البيانات في الشكل يتضح أن 30% فقط من الأمهات يتلقين رعاية صحية بعد الولادة في الجزائر فبالرغم من انخفاض تكاليف الخدمات الصحية إلا أن نسبة الأمهات اللاتي تستفدن من رعاية صحية بعد الولادة لا تتجاوز 23,8% بالنسبة للعائلات ذوي الدخل المنخفض، و مع تبقي النسبة أفضل من بعض الدول العربية الأخرى على غرار المغرب أين تستفيد الأمهات ذوي الدخل المنخفض فقط من 7,4% من الخدمات الصحية بعد مرحلة الولادة.

لكن و من جهة أخرى تشير التقارير أن هناك اتساع في الفجوة بين مستويات الرعاية الصحية في كل من الحضر و الريف أين بلغت أقصاها في تونس بينما كان أدنى مستوى لها في الجزائر مما يشير إلى ضرورة الاهتمام بعناصر جودة الرعاية الصحية في المناطق الريفية.

2. بعض المؤشرات الديمغرافية التي تعكس الوضع الصحي في الجزائر:

تندرج الصحة في صلب المرامي الإنمائية للألفية و إذا كان الهدف الرابع (4)، و الخامس (5)، و السادس (6)، ركز على الصحة بصفة خاصة فإن جميع الأهداف الأخرى تتضمن جوانب ذات علاقة غير مباشرة بالصحة، و إن بلوغ هذه الأهداف لن يكون ممكنا ما لم يتحقق التقدم في مجال الأمن الغذائي و المساواة بين الجنسين، و تحسين الرعاية البيئية و التوسع في إتاحة التعليم، و يتضح من التحليل أن منتصف الفترة بين عامي 2000 و 2015 قد شهدت بوادر مشجعة للتقدم لدى معظم الدول و على هذا الأساس و قصد تقييم الوضع الصحي في الجزائر ارتأينا إلى دراسة بعض المؤشرات الديمغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية و التي بدورها تعكس الوضع الصحي في البلد.¹

1.2 تطور إجمالي عدد السكان (المواليد، و الوفيات): فيما يقارب 40 سنة، تضاعف عدد سكان الجزائر ثلاث مرات تقريبا و الجدول التالي يوضح ذلك، و يظهر الجدول أن الشعب الجزائري قد زاد بشكل ملحوظ مع مرور الوقت، و لكن صاحب هذا التزايد انخفاضا تدريجيا في معدلات النمو.

¹ محمد علي دحمان، نفس المرجع، ص 46.

جدول رقم 21: تطور سكان الجزائر من 1966-2017.

السنة	عدد السكان	السنة	عدد السكان
1966	12.096	1996	28.566
1975	15.768	1997	29.045
1976	16.450	1998	29.507
1977	17.058	1999	29.965
1978	17.600	2000	30.416
1979	18.119	2001	30.879
1980	18.666	2002	31.357
1981	19.260	2003	31.795
1982	19.878	2004	32.261
1983	20.516	2005	32.728
1984	21.175	2006	33.194
1985	21.850	2007	33.658
1986	22.499	2008	34.591
1987	23.074	2009	35.268
1988	23.696	2010	35.978
1989	24.349	2011	36.717
1990	25.022	2012	37.495
1991	25.643	2013	38.297
1992	26.271	2014	39.114
1993	26.894	2015	39.963
1994	27.496	2016	40.400
1995	28.060	2017	41.700

المصدر: الديوان الوطني للإحصاء: مجموعات إحصائية 62-02 عدد خاص، الجزائر. 35.

Données statistiques; démographie algérienne N277; 2004p3. 2007 N37; p21.

1.1.2 معدل النمو الطبيعي

جدول رقم 22: تطور معدلات النمو الطبيعي في الجزائر ما بين 1975-2016.

السنة	معدل النمو الطبيعي	السنة	معدل النمو الطبيعي
1975	2,80	1996	1,73
1976	2,83	1997	1,60
1977	2,86	1998	1,49
1978	2,90	1999	1,40
1979	2,96	2000	1,35
1980	3,02	2001	1,30
1981	3,08	2002	1,26
1982	3,12	2003	1,27
1983	3,12	2004	1,31
1984	3,08	2005	1,38
1985	3,02	2006	1,46
1986	2,94	2007	1,53
1987	2,87	2008	1,62
1988	2,77	*2009	1,72
1989	2,68	*2010	1,82
1990	2,55	*2011	1,92
1991	2,44	*2012	2,01
1992	2,33	*2013	2,03
1993	2,20	*2014	2,00
1994	2,05	*2015	1,92
1995	1,89	*2016	1,82

Source : ONS- données RGPH statistique courantes. *Banque mondiale.

ظل معدل النمو السكاني تحت تأثير ارتفاع معدلات المواليد و انخفاض معدلات الوفيات، حيث بقي هذا المعدل مرتفعا حتى منتصف الثمانينات و بدأ في الانخفاض التدريجي منذ سنة 1986 و تراجع لأقل من 3 %، خلال الفترة الممتدة من 1987-1998 و يقدر ذلك الانخفاض 1,72 % ما بين 1998-2008.

2.1.2 تطور معدلات الوفيات و المواليد و الزيادة الطبيعية في الجزائر ما بين 1975-2015

جدول رقم 23: معدلات الزيادة الطبيعية لسكان الجزائر ما بين 1975-2015.

السنوات	المعدل الخام للمواليد	المعدل الخام للوفيات	معدل الزيادة الطبيعية	المعدل الخام للمواليد	المعدل الخام للوفيات	معدل الزيادة الطبيعية	السنوات
TAN‰	TBM‰	TBN‰	TAN‰	TBM‰	TBN‰	TAN‰	TAN‰
1975	46,05	15,54	30,51	1995	25,33	6,43	18,90
1976	45,44	15,64	29,80	1996	22,91	6,03	16,88
1977	45,02	14,36	30,66	1997	22,47	6,12	16,35
1978	46,36	13,48	32,88	1998	21,02	5,82	15,20
1979	44,02	12,72	31,30	1999	20,21	5,61	14,60
1980	43,66	11,77	31,89	2000	19,76	5,46	14,30
1981	41,04	9,44	31,60	2001	20,03	4,56	15,47
1982	40,60	9,10	31,50	2002	19,68	4,41	15,27
1983	40,40	8,80	31,60	2003	20,36	4,55	15,81
1984	40,18	8,60	31,58	2004	20,67	4,36	16,31
1985	39,50	8,40	31,10	2005	21,36	4,47	16,89
1986	34,73	7,34	27,39	2006	22,07	4,30	17,77
1987	34,60	6,97	27,63	2007	22,98	4,38	18,60
1988	33,91	6,61	27,30	2008	23,62	4,42	19,20
1989	31	6	25	*2009	24,19	4,74	19,45
1990	31	6	25	*2010	24,76	4,75	20,01
1991	31,10	6	25,10	*2011	25,08	4,76	20,32
1992	30,40	6,10	24,30	*2012	25,13	4,77	20,36
1993	28,85	6,19	22,66	*2013	24,94	4,77	20,17
1994	28,24	6,56	21,68	*2014	24,52	4,78	19,74
				*2015	23,9	4,77	19,13

المصدر: التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 2002، ص 302-303.

O.N.S ; revue statistique. Alger. N35, 1992, p02. *données banque mondiale.

تعود الزيادة في عدد المواليد إلى حد كبير إلى عدد الزيجات الذي بلغ سنة 1998 إلى غاية 158298، ليرتفع هذا العدد ليبلغ سنة 2008 حوالي 331190، بالإضافة إلى استقرار في معدلات الوفيات.

3.1.2 عدد المواليد و الوفيات بالألف.

جدول رقم 24: تطور عدد المواليد و الوفيات (بالألف).

السنوات	عدد المواليد الأحياء	الوفيات	النمو الطبيعي
1975	667	156	512
1980	761	143	618
1985	845	138	707
1990	775	151	624
1995	711	180	531
2000	600	166	434
2005	703	147	556
2006	739	144	595
2007	783	149	634
2008	817	153	664

Source : ONS, office national des statistiques.

2.2 تطور سن الزواج:

ترتبط هذه الديناميكية الديموغرافية، بانخفاض سن الزواج لكل من النساء و الرجال على حد سواء.

جدول رقم 25: تطور متوسط العمر عند الزواج الأول (بالسنوات).

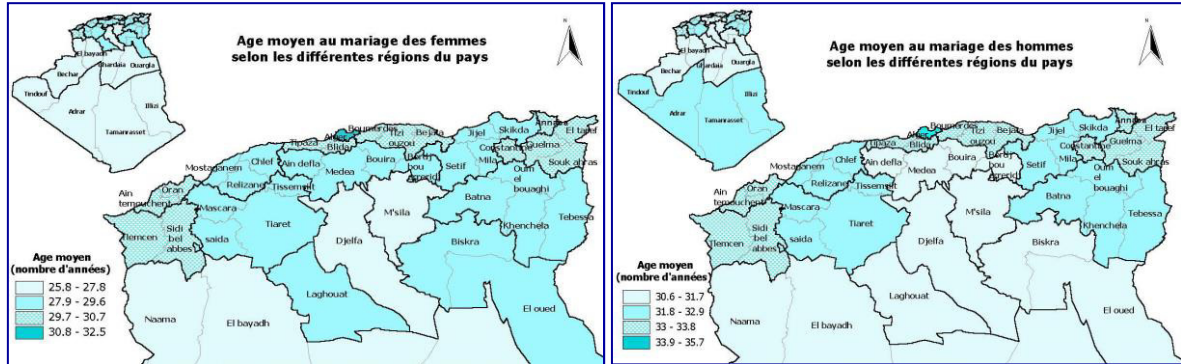
السنوات	1966	1977	1998	1987	2002	2006	2008
النساء	18,3	20,9	23,7	27,6	29,6	29,9	29,3
الرجال	23,8	25,3	27,7	31,3	33,0	33,5	33,0

Source : ONS : données recensement, collections statistiques.

تراجع سن الزواج بالنسبة للمرأة و تزامن هذا الانخفاض مع تراجع في معدلات الخصوبة الكلية، و التي انتقلت من 8,1 طفل لكل امرأة سنة 1970 إلى 2,3 طفل لكل امرأة سنة 2006 (في عام 1970 كان معدل الخصوبة في المناطق الحضرية 7,3 و في المناطق الريفية 8,5 طفل لكل امرأة، و في سنة 2006 بلغ معدل الخصوبة 2,2 طفل لكل امرأة في المناطق الحضرية و 2,4 طفل لكل امرأة في المناطق الريفية).

1.2.2 متوسط سن الزواج الأول في الجزائر

شكل رقم 01: تطور متوسط سن الزواج الأول في الجزائر حسب الولايات المختلفة ذكور و إناث.



Source : O.N.S, Deglobalisation de la politique et des programmes de population, quelques indicateurs de suivi et d'évaluation, Enquête Algérienne sur la santé de la famille, Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, UNEFPA, pp23,24.

عرف متوسط سن الزواج في الجزائر و حسب المناطق الجغرافية المختلفة، عند الذكور ارتفاع في عدة ولايات وطنية شرقية و غربية و ولايات من الجنوب الجزائري حيث تراوح ما بين 31,8 و 32,9 ، في حين قدر ما بين 30 و 31 سنة في وسط البلاد و بعض المناطق الداخلية و كأعلى معدل ب 35,7 سنة في الجزائر العاصمة، أما فيما يخص الإناث فقد قدر متوسط سن الزواج في الجلفة و المسيلة و الجنوب الجزائري ما بين 25 و 27 سنة كأدنى متوسط على مستوى القطر الوطني و يرتفع أكثر في ولايات من شرق و غرب الوطن إلى غاية 30 سنة، ليصل في حدود 32 سنة في الجزائر العاصمة.

3.2 توزيع السكان حسب الفئات العمرية:

الأرقام التي لدينا متغيرة بسبب التغيرات التي طرأت على الهيكل العمري في الجزائري و كذا تغير في الهرم السكاني و هذه المعطيات المتواجدة في الجدول تظهر مدى تغير الفئات العمرية من تعداد لآخر.

من خلال نتائج الجدول يتبين بأن سكان الجزائر يتميز بكونه مجتمع فتي، أي أنه يتميز بطاقة بشرية شبابية معتبرة و تجاوزت فئة الأقل من 20 سنة النصف في تعدادات 1966، 1977، 1987، و هي في غالبيتها فئة نشيطة شغيلة، و بدأت نسبة هذه الفئة في الانخفاض سنوات التسعينات حيث بلغت 48 % لتصل سنة 2008 نسبة 28 %، أما الفئة [15-65] سنة شهدت ارتفاع معتبر خاصة سنة 2008 حيث قدرت هذه النسبة ب 64 %، أما الفئة 65+ انتقلت من 6,7 % إلى 7,4 % و هي الفئة المعالة.

جدول رقم 26: توزيع السكان حسب الفئات العمرية في الجزائر ما بين 1966-2016 (%).

السنوات	سنة 14-0			سنة 64-15			+65		
	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور	المجموع	إناث	ذكور
1966	47,35	46,60	48,09	49,05	49,69	48,41	3,60	3,71	3,49
1977	46,67	45,99	47,33	49,78	50,14	49,43	3,55	3,87	3,24
1987	44,75	44,30	45,19	51,87	51,96	51,79	3,37	3,73	3,01
1998	36,57	36,29	36,84	59,39	59,45	59,34	4,03	4,26	3,82
2008	27,52	27,23	27,79	67,22	67,21	67,23	5,26	5,55	4,97
*2016	29	28,70	29,31	64,97	65,04	64,90	6,02	6,25	5,79

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، التعداد العام للسكان 1966-1977-1987-1998-2008 (ONS).

*البنك الدولي.

في الواقع إن الاستنتاجات التي يمكن استخلاصها من التعدادات، أنه في السنوات المقبلة الضغط أو الاهتمام سيكون موجه للعمالقة أي الفئة النشيطة و كذلك على صحة الأشخاص المسنين، و مع ذلك لا بد على الدولة أن تولي اهتماما خاصا بصحة الأمهات و الأطفال فإن الزيادة الحادة في عدد الولادات المسجلة في السنوات الأخيرة سوف يكون لها تأثير، فيما يتعلق بفترة ما حول الولادة سواء في مجال رصد حالات الحمل و كذا رعاية الأطفال حديثي الولادة و رعاية الأمهات، و خاصة منذ كان عدد النساء في سن الإنجاب ما يقارب 2,5 مليون في 1966 ليرتفع إلى غاية 9,9 مليون سنة 2008 و سوف يتجاوز 11 مليون عام 2020.

جدول رقم 27: تطور عدد النساء في سن الإنجاب المقيمت في الجزائر من 1966 إلى 2015.

السنة	عدد النساء في سن الإنجاب	السنة	عدد النساء في سن الإنجاب
1966	2,5	**1995	6,9
**1965	2,6	1998	7,5
**1975	3,4	**2005	9,3
1977	3,4	2008	9,9
**1985	4,87	2010	10,3
1987	5	2015	10,8

Source : ONS, RGPH de 1966 à 1998, 2008 démographie algérienne 2008 -données statistiques n° 520 – ONS et projections de population de l'ONS – décembre 2004.

**nations unies 2008.

عرف عدد النساء في سن الإنجاب تزايد مستمر فقد انتقل عددهن من 2,5 مليون نسمة من إجمالي عدد السكان إلى 5,09 مليون سنة 1987 و استمرت هذه الزيادة حتى عام 2015 بنسبة 10,8 مليون نسمة في سن (15-49) سنة.

4.2 العمر المتوقع عند الولادة:

من خلال الجدول أدناه يمكن ملاحظة تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة سواء عند الرجال أو عند النساء، و هذا إن دل على شيء فإنما يدل على تحسن الوضع الصحي في الجزائر و لكلا الجنسين على حد سواء بعدما كان أمل الحياة 52 سنة لكليهما سنوات السبعينات ارتفع تدريجيا من سنة لأخرى ليصل حوالي 75 سنة لدى الرجال و حوالي 77 سنة عند النساء و لقد أولت الوزارة المعنية بالصحة اهتماما بالغا بكبار السن و بوضعهم الصحي، و كذا تم إنشاء أجنحة خاصة بكبار السن في المستشفيات.

جدول رقم 28: تطور متوسط العمر المتوقع عند الولادة.

السنة	رجال	نساء	المجموع	السنة	رجال	نساء	المجموع
**1970	49,52	51,20	50,34	-2005	71,45	74,13	72,76
**1975	51,98	53,73	52,84	-2006	71,94	74,56	73,22
**1980	56,98	59,40	58,16	-2007	72,39	74,96	73,64
**1985	62,62	65,60	64,07	-2008	72,79	75,31	74,03
**1990	65,19	68,27	66,69	**2009	73,16	75,63	74,37
**1995	66,59	69,68	68,10	**2010	73,48	75,92	74,67
**1999	68,40	71,29	69,81	**2011	73,76	76,17	74,94
-2000	68,89	71,75	70,29	**2012	74	76,41	75,18
-2001	69,39	72,22	70,77	**2013	74,23	76,64	75,41
-2002	69,90	72,70	71,27	**2014	74,45	76,87	75,64
-2003	70,42	73,19	71,77	**2015	74,66	77,10	75,86
-2004	70,94	73,67	72,28				

Source : **ministère de la santé(2002), de la reforme hospitalière, politique nationale de population l'horizon 2010, Alger, juillet, p13.

- ONS, Démographie algérienne 2007, Données statistiques, n°499.

-ONS, Démographie algérienne 2008, Données statistiques, n°520.

**Banque Mondiale.

تحسن المؤشرات الصحية في الجزائر يبرزه أيضا مؤشر أمل الحياة عند الولادة حيث أن هذا المؤشر فاق 68 سنة في عام 2002 و بهذا نكون قد حصلنا على ربح في العمر البشري بزيادة أكثر من 20 سنة، حيث انتقل معدل أمل الحياة خلال 10 سنوات من 0,778 لسنة 1998 إلى 0,847 سنة 2008 بنسبة ارتفاع قدرها 9 % أي بمعدل سنوي يقارب 1 % لكل سنة، كما سجل أمل الحياة عند الولادة زيادات معتبرة حيث بلغ قيمة من بين القيم المعتبرة التي سجلتها بلدان منطقة الشرق الأوسط و بلدان شمال إفريقيا و أدى ذلك الارتفاع في امتداد العمر بما يفوق 4 سنوات بالنسبة للجنسين أي 4 سنوات و نصف بالنسبة للرجال و 3 سنوات بالنسبة للنساء و عليه تصنف الجزائر التي بلغ أمل الحياة لديها 76 سنة عام 2008 في عدد البلدان التي تعرف مستوى تنمية بشرية مرتفع.

3. المؤشرات الاقتصادية و الاجتماعية المرتبطة بالنظام الصحي:

"مؤشر التنمية البشرية أصبح المرجع الرئيسي دوليا لقياس الجهود التي تبذلها كل الدول لتحسين المستوى المعيشي و الصحي و التعليم للسكان"، انطلاقا من هذه الجملة بدأ التقرير الوطني الجزائري حول التنمية البشرية لسنة 2008 فمن خلال هذا التقرير يمكن الحصول على المعلومات الخاصة بهذه المؤشرات (مؤشر العمر المتوقع عند الولادة، مؤشر التعليم و المساواة بين الجنسين، مؤشر الناتج الداخلي الخام و البطالة.... الخ من المؤشرات.

1.3 مؤشر التنمية البشرية في الجزائر

جدول رقم 29: تطور معدل التنمية البشرية في الفترة (1980-2015).

السنة	مؤشر التنمية البشرية	السنة	مؤشر التنمية البشرية
1980	0.50	2009	0.70
1985	0.55	2010	0.71
1990	0.57	2011	0.72
2000	0.63	2012	0.72
2005	0.67	2013	0.72
*2006	0.68	2014	0.743
*2007	0.68	2015	0.745
*2008	0.69		

Source: Human Report Development (2007-2008), United Nation Development Programm, New York.

*C.N.E.S (2008), Rapport National sur le Développement Humain, réalisé en coopération avec le programme des Nations Unies, le conseil national économique et social, Algérie, p18.

**UNDP, 2015. <http://fr.actualitix.com>

ارتفع مؤشر التنمية البشرية في الجزائر بشكل ملحوظ، و نلاحظ ذلك من خلال معطيات الجدول أين نجد أن الجزائر رفعت من مستوى كل من التعليم و نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام و كذا ارتفاع أمد الحياة، فقد انتقل هذا المعدل من 0,50 سنة 1985 إلى 0,745 سنة 2015 وذلك من خلال الاهتمام برفع المستوى التعليمي و تحسين الوضع الصحي للمواطنين و الإنقاص من مستوى الفقر و البطالة.

2.3 تطور مؤشر التنمية البشرية و مكوناته IDH

جدول رقم 30: تطور مؤشر التنمية البشرية و أهم مكوناته.

مؤشر التنمية البشرية و أهم مكوناته					السنوات المؤشرات
2008/2007	2007/2006	2008	2007	2006	
%	%				
0,000	0,000	0,845	0,845	0,845	مؤشر العمر المتوقع عند الولادة
2,19	2,10	0,746	0,730	0,715	مؤشر المستوى التعليمي
2,61	1,25	0,747	0,728	0,719	مؤشر الناتج الداخلي الخام
1,43	1,05	0,779	0,768	0,760	مؤشر التنمية البشرية

Source : C.N.E.S (2008), op. cit, Algérie, p18.

نلاحظ أن العمر المتوقع عند الولادة لم يتغير على مدى السنوات الثلاث و التي يشير إلى الصعوبات التي واجهتها في تخفيض من وفيات لأطفال الرضع و على وجه الخصوص معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة، أما بالنسبة للمستوى التعليمي فقد ارتفع تدريجيا من سنة لأخرى و يتم احتسابه من خلال معدلات ثلاث و هي معدل التمدرس من إجمالي السكان البالغ أعمارهم

[24-6] سنة و معدل الإلمام بالقراءة و الكتابة عند الفئة العمرية 15-24 سنة و معدل الأمية من 35 سنة فأكثر و قدرت زيادة التمدرس بين عامي 2006-2008 (4,33%) و لكن هناك عدم المساواة بين الجنسين كما هو مبين في الجدول و نلاحظ أن المستويات المحققة للتنمية البشرية في السنوات 2006 حتى 2008 ترجع بالدرجة الأولى للاهتمام الذي أولته الدولة لقطاع الصحة.

1.2.3 مؤشر التعليم

جدول رقم 31: تطور مؤشر التعليم في الجزائر %.

2008	1998	1987	1977	1966	السنوات الجنس
92,4	85,28	87,75	80,80	56,80	ذكور
91,2	80,73	71,56	59,60	36,90	إناث
91,8	83,05	79,86	76,40	47,20	المجموع

Source : donnée ONS (office national des statistiques) & EASF 2002-rapport principal-juillet 2004.

و قد احتل قطاع التعليم مكانة بارزة في سياسات التنمية الاقتصادية و الاجتماعية في الجزائر، فمنذ الاستقلال لم تقم الجزائر بتخفيض الموارد المادية و البشرية اللازمة لتعميم و تطوير قطاع التعليم بشكل عام، فكان لإتباع سياسة مجانية التعليم، و الاستثمارات الكبيرة التي خصصت لهذا القطاع دور في حدوث تغيير كبير على مستوى التعليم بصفة عامة و الرفع من معدلات الالتحاق بالتمدرس.

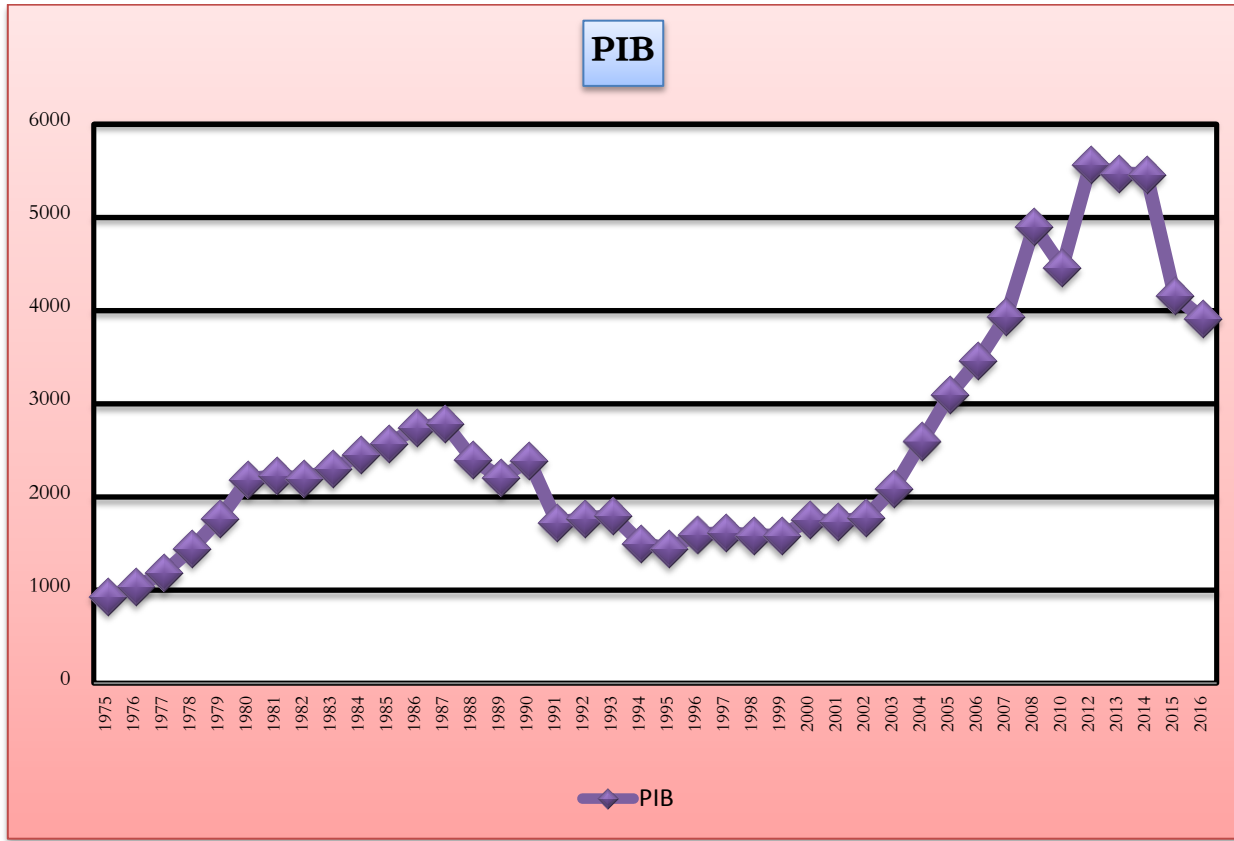
2.2.3 الناتج الداخلي الخام PIB

جدول رقم 32: تطور الناتج الداخلي الخام (PIB) للفرد الواحد من 1975-2016 (بالدولار الأمريكي \$)

السنوات	PIB	السنوات	PIB
1975	931	1995	1444
1976	1031	1996	1596
1977	1185	1997	1612
1978	1447	1998	1588
1979	1771	1999	1581
1980	2189	2000	1757
1981	2223	2001	1732
1982	2197	2002	1774
1983	2298	2003	2094
1984	2452	2004	2598
1985	2567	2005	3100
1986	2740	2006	3464
1987	2790	2007	3935
1988	2402	2008	4905
1989	2202	2010	4463
1990	2394	2012	5565
1991	1721	2013	5471
1992	1766	2014	5466
1993	1797	2015	4160
1994	1499	2016	3916

Source : World Bank Group, Données sur les comptes nationaux de la Bank Mondiale et fichiers de données sur les comptes nationaux de l'OCDE. <http://donnees.banquemondiale.org>.

مخطط رقم 06: تطور الناتج الداخلي الخام (PIB) للفرد الواحد من 1975-2016 (بالدولار الأمريكي \$)



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 32.

ارتفع مؤشر الناتج الداخلي الخام و نصيب الفرد من الناتج المحلي الإجمالي، و زادت كذلك خلال هذه السنوات القدرة الشرائية في حين كان متوسط مستوى المؤشر ما بين 2000 و 2006 يقدر ب 0,697، و انتقل نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام من 931 \$ للفرد الواحد سنة 1975 إلى 1581 سنة 1991 و زاد الناتج الداخلي الخام للفرد بشكل مطرد منذ عام 2000، أما بالنسبة للقدرة الشرائية فقد ارفع من 7416 دولار في عام 2006 إلى 8738 دولار في عام 2008 و هذا التحسن مرتبط في الأساس بأسعار النفط و الغاز¹، و بلغ نصيب الفرد من الناتج الداخلي الخام 3916 سنة 2016.

¹ Farid Chaoui, Ibid, p59.

3.2.3 حجم البطالة في الجزائر

معدلات البطالة في الجزائر

جدول رقم 33: تطور معدلات البطالة في الجزائر خلال الفترة 1980-2017.

السنة	معدل البطالة %	السنة	معدل البطالة %
1980	15,79	1999	29,29
1981	15,39	2000	29,5
1982	15	2001	27,31
1983	14,29	2002	25,66
1984	16,54	2003	23,72
1985	16,9	2004	17,66
1986	18,36	2005	15,27
1987	20,06	2006	12,51
1988	21,8	2007	13,79
1989	18,1	2008	11,33
1990	19,76	2009	10,17
1991	20,26	2010	9,96
1992	21,37	2011	9,97
1993	23,15	*2012	11
1994	24,36	*2013	9,83
1995	28,11	*2014	10,6
1996	27,99	*2015	11,58
1997	27,96	*2016	11,5
1998	28,02	*2017	11,7

Source : www.O.N.S.dz,2011<http://www.albankaldawli.org/> * banque mondiale.

من خلال تصفحنا لهذه الإحصائيات المبيّنة في الجدول المذكور أعلاه نلاحظ على أنها تشير إلى كون ظاهرة البطالة في الجزائر قد مرت بمرحلتين بارزتين ومتعاكستين في الاتجاه على العموم، حيث سجلت الفترة من 1992 إلى غاية سنة 2000 ارتفاعا في معدلات البطالة حيث انتقلت من 21.2% سنة 1992 إلى 29.5% سنة 2000 وهذا يمكن إرجاعه إلى الضائقة المالية التي مرت بها الجزائر الناجمة عن انخفاض أسعار النفط وبالتالي تقلص وانخفاض مداخيل الجباية البترولية من جهة وعجز جل مؤسسات الدولة العمومية عن عدم قدرتها على إحداث المزيد من مناصب الشغل الجديدة من جهة أخرى، لأن في الواقع هذه

الزيادة في البطالة نجد تفسيرها في انخفاض النشاط التنموي في البلد خلال هذه الفترة لكون التشغيل يعتمد على الاستثمار وهذا الأخير سجل تراجعاً كبيراً خلال سنوات التسعينيات، بسبب الظروف الأمنية التي عاشتها الجزائر ضف إلى ذلك الإصلاحات الهيكلية التي باشرت الجزائر أثرت بشكل كبير على المؤسسات الاقتصادية العمومية، دفعتها إلى التسريح الجماعي للعمال إما نتيجة لإعادة الهيكلة أو غلقها لعدم إيجاد تمويل حيث تم تسريح أكثر من 50000 عامل وغلق أكثر من 1000 مؤسسة عمومية ما بين 1994-1998، بالإضافة إلى غياب سياسة واضحة للتشغيل .

في حين سجلت الفترة الممتدة من 2001-2008 تراجعاً محسوساً لمعدلات البطالة وعرفت انتقالاً فريداً من نوعه مقارنة بنتائج السنوات السابقة حيث وصل عدد البطالين سنة 2004 بـ 1671533 بطلال بنسبة تقدر بـ 17.6%، من إجمالي الفئة النشيطة لتسجل بعد ذلك انخفاضات تدريجية إلى غاية أن وصلت إلى 11.33% سنة 2008 بحجم 1169000 بطلال في رأينا إن تراجع نسبة البطالة السنوات الأخيرة راجع بالدرجة الأولى إلى تحسن في الوضعية الأمنية للبلاد في أواخر التسعينيات التي ساعدت على الاستقرار الاقتصادي ومع تحسن المؤشرات الاقتصادية والاجتماعية التي ساهم فيها بقدر كبير مخطط دعم الإنعاش الاقتصادي.

IV . تطور الأمراض و الوفيات في الجزائر:

نظام المعلومات الصحي هي واحدة من نقاط الضعف في النظام الصحي الوطني، فمعرفةنا للأمراض و الوفيات و مدى تطورها جد محدودة في الجزائر، لذلك سنتطرق لأهم مصادر المعطيات التي من الممكن الرجوع إليها لتقديم معلومات حول الأمراض و الوفيات.

1. مصادر المعطيات:

يعتبر المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) واحدة من أوائل المؤسسات التي أنشئت في النظام الصحي الجزائري، وكانت مهمته "القيام بأعمال التعليم، و الصحة العامة، و القيام بأبحاث لتطوير البرامج الصحية و تعزيز الصحة" و قد تم تعديل نظامها الأساسي سنة 1993، و أنيطت إليها مهمة ثلاثية (جمع معلومات وبائية، تكوين و تدريب العاملين في مجال الصحة، و كذا القيام بالأبحاث). تقوم (INSP) بتسجيل الأمراض المبلغ عنها بانتظام و هي تقوم بنشر هذه البيانات منذ عام 1979 من خلال نشرة وبائية، و منذ عام 1989 و من قبل "السجل الوبائي الشهري" INSP لديها وحدات متخصصة (سجلات خاصة بالسرطان، و أسباب الوفيات) و كما لديها موقع على شبكة الإنترنت من أجل تبادل المعلومات المتاحة، و مع ذلك ينبغي التأكيد على أن هذا الهيكل يعتمد إلى حد كبير على تعاون المرافق المتواجدة على أرضية الواقع و لاسيما تلك المتعلقة بالخدمات الطبية و كذا علم الأوبئة الوقائي و التي تتمثل مهمتها في جمع المعلومات الصحية.

و المصدر الثاني للمعلومات يتكون من مجموعة الدراسات الاستقصائية الوطنية و التي تتم من قبل INSP بناء على طلب من وزارة الصحة أو عن طريق واحدة من الإدارات المركزية التابعة لوزارة الصحة نفسها (مديرية السكان، و مديرية الوقاية) و بعض هذه التحقيقات يمكن القيام بها بالتعاون مع هيكل أخرى مثل الديوان الوطني للإحصاء، أو بناء على مبادرة من وكالات دولية (منظمة الصحة العالمية و اليونيسيف).

أما المصدر الثالث للمعلومات يمكن أن تأتي على شكل برامج صحية وطنية، و هذه البرامج الوطنية و التي أدخلت لأول مرة سنة 1966 و قد ارتفع عدد هذه البرامج الصحية على مدى السنوات و الهيئة المسؤولة على هذه البرامج هي الإدارة المركزية للوزارة (مديرية السكان، و مديرية الوقاية) و التي تجرى من قبل مدير البرنامج و مجموعة من مساعديه التقنيين ويتم تقييم هذه البرامج بانتظام و التي تسمح لهم بمعرفة معدلات الأمراض و الوفيات.

و المصدر الرابع للمعلومات تابعة لوزارة التخطيط و وزارة الصحة، و التي تقوم بمنشورات سنوية و الإحصاءات الصحية.

المصدر الخامس من المعلومات و هو الموقع الإلكتروني للوكالة الوطنية للتوثيق و الرعاية الصحية (www.ands.dz) ، و أخيرا فإن وزارة الصحة و السكان و إصلاح المستشفيات التي بدورها لديها موقعها الخاص الذي وضعته الوزارة تحت تصرف الجميع من أجل الحصول على المعلومات الصحية.¹

2. تطور معدلات الأمراض:

كما قلنا سابقا نحن لا نعرف إلا القليل عن المرض و تطوره، حيث لا يوجد نظام تسجيل الأمراض بشكل منتظم سواء من حيث الأسباب العلاجية أو الاستشفائية.

و مع ذلك فمن المؤكد أن الجزائر في التحول الوبائي عرفت انخفاض و اختفاء بعض الأمراض المعدية (آخر حالة لشلل الأطفال سجلت سنة 1996 و بالنسبة للدفتيريا سنة 2006)، و بدأت المراقبة الفعلية للأمراض بداية سنوات الثمانينات مع تراجع واضح للمرض بفضل البرنامج الوطني الموسع للقاحات و هذا ما سنلاحظه في الجدول التالي.

جدول رقم 34:التحول الوبائي و تطور الأمراض و برنامج اللقاحات الموسعة.

السنة	1963	1979	1989	1998	*1999	*2000	2008
المرض							
الديفتيريا	381	73	9	57	3	3	0
الكزاز	58	37	63	28	10	10	3
السعال الديكي	591	81	22	13	31	31	80
شلل الأطفال	75	72	18	/	0	0	/
الحصبة	902	14973	4162	3132	1889	1889	1547

Source : J-P Grangand(2014), évolution de la pédiatrie algérienne, cinquante ans de pédiatrie, colloque international sur les politiques de santé-Alger, 18-19 janvier 2014, p3. *MSP- Direction de la Prévention.

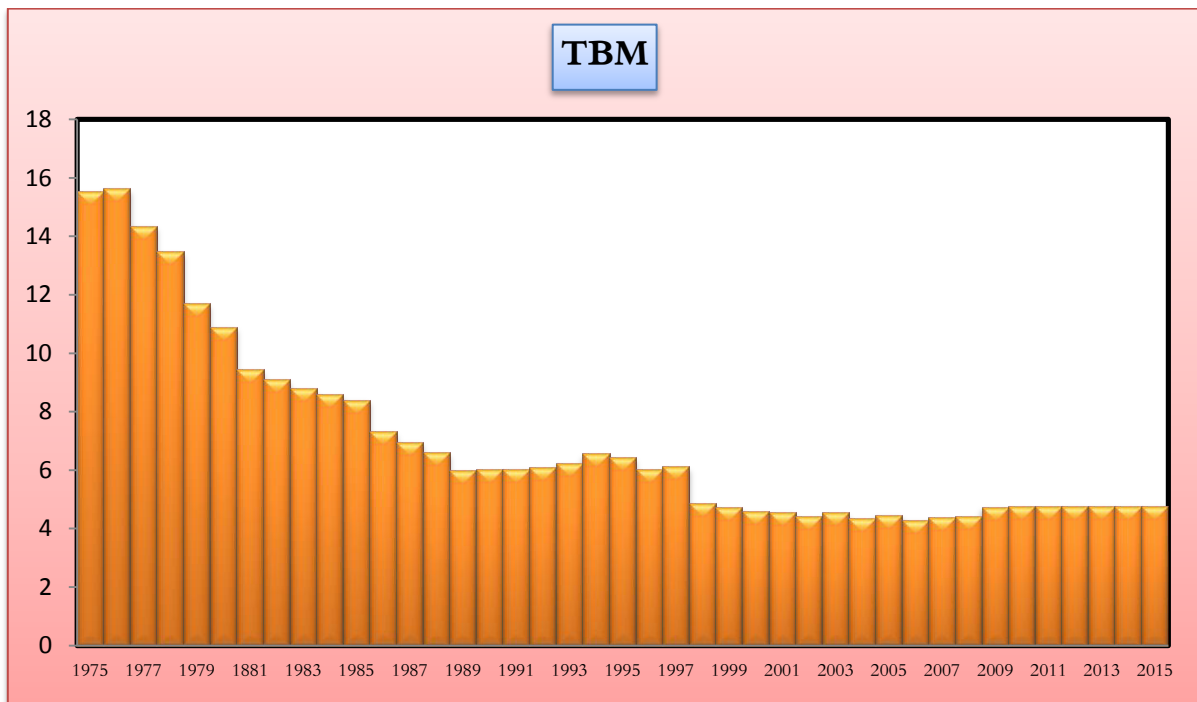
¹ Farid Chaoui .Ibid, pp 60,61, 62.

3. تطور معدل الوفيات:

إن المؤشرات التي تشتق من معدلات الوفيات تعطي صورة جيدة عن صحة السكان خاصة تلك المتعلقة بوفيات الأطفال ووفيات الأمهات.

1.3 تطور العدد الإجمالي للوفيات

يظهر الجدول التالي أن الولادات و الوفيات منذ 1970 تبين أكثر أن عدد الوفيات المسجلة من هذا التاريخ لم يتغير بشكل ملحوظ، في حين تضاعف ثلاث مرات تقريبا و هذا ما يفسر أن معدل الوفيات الخام (TBM) تجاوز 15 % في سنوات الستينات و انخفض هذا المعدل ليستقر عند 4,5 % كما هو مبين في الجدول
مخطط رقم 07: تطور معدل الوفيات الخام في الجزائر ما بين 1975-2015.



Source : Rétrospective statistique 1962-2011, Evolution de la population Algérienne (résidente), chapitre 1, Démographie.

و المنحنى يبين أكثر تطور معدل الوفيات الخام عبر السنوات، حيث انخفض من 15,54 % سنة 1975 ليستقر عند 4,77 % و هذا يدل على تحسن الوضعية الصحية في الجزائر بشكل عام، و كذا القضاء على الأمراض الوبائية المعدية المنتشرة آنذاك و رافق الانتقال الوبائي انتقال ديموغرافي عرف فيه انخفاض في معدلات الخصوبة و الوفيات معا و هذا كله راجع للسياسية التي انتهجتها الدولة الجزائرية.

2.3 معطيات وحدة الإبلاغ عن أسباب الوفيات (INSP):

لدينا أيضا البيانات التي تم جمعها من قبل وحدة المعهد الوطني للصحة العامة و الذي يقوم بتحليل أسباب الوفيات، و الممارسين الطبيين بعد التحقق من الوفاة و تسجيلها في شهادة الوفاة يتم نقلها إلى الحالة المدنية، و هناك جزء سري في هذه الشهادة متعلق بسبب الوفاة و الذي من المفترض أن يتم إيصالها إلى المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP) و جزء آخر من

شهادة الوفاة يتم إرساله إلى الديوان الوطني للإحصاء ONS من أجل إعداد التقرير السنوي حول ديموغرافية السكان الجزائري من خلال البيانات الحيوية.¹

3.3 أسباب الوفيات حسب الجهة المصرحة لذلك

جدول رقم 35: تصريحات أسباب الوفيات من 2004-2008

2008	2007	2006	2005	2004	
57097	50470	45831	40199	32260	الشهادات المتحصل عليها من وحدة تحليل الوفيات
141121	138256	132457	136380	129390	عدد الوفيات المسجلة في ONS
40,5	36,5	34,6	29,4	24,9	الشهادات المتحصل عليها من % INSP

Source : Farid Chaoui, & al(2012), Les Notes .IPEMED Etudes et Analyses, Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc, Tunisie, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays des Maghreb, des états en transition sanitaire (Algérie, Maroc, Tunisie), monographies nationales, N° 13 Avril, p66.

و علاوة على ذلك و على الرغم من الجهود التي تبذلها الدولة في تكوين متخصصين و إداريين مكلفين بجمع المعطيات و تسجيلها خاصة تلك المتعلقة بأسباب الوفيات، تبقى هذه الشهادات يشوبها نوع من النقص و الخطأ في تدوينها و غير قابلة للاستخدام و يبقى سبب الوفاة غير واضح.

4.3 بيانات الأسباب الغير محددة في شهادات الوفاة

جدول رقم 36: نسبة الأسباب الغير محددة في شهادات الوفاة.

2008	2007	2006	2005	2004	
57097	50470	45831	40199	32260	شهادات وحدة تحليل الوفيات من INSP
13992	11486	10445	11294	13112	شهادات غير صالحة للاستعمال(أسباب غير محددة)
75,5	77,2	77,2	72	59,4	شهادات صالحة للاستعمال (%)

Source : Farid Chaoui, & al(2012),op.cit, p66.

في سنة 2008 أسباب الوفيات الأكثر انتشارا و شيوعا كانت متعلقة بأمراض الدورة الدموية ب (21%)، أمراض فترة ما حول الولادة (16,4%) و الأورام ب (7,9%) و أمراض الجهاز التنفسي ب (5,4%) و أمراض الغدد الصماء (5,3%).¹

¹ Farid Chaoui, & al .Ibidem, pp 64, 66.

5.3 وفيات الأطفال الرضع

1.5.3 معدل وفيات الأطفال الرضع: يمثل معدل وفيات الأطفال الرضع مؤشرا بالغ الأهمية، بحيث أنه يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية و يعتبر كذلك مؤشرا للمستوى الصحي العام في المجتمع، كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية قوية مع معدلات الخصوبة السائدة حيث أثبتت الدراسات أنه كلما ارتفعت معدلات وفيات الرضع إلا و زادت معدلات الخصوبة.

الجدول رقم 37: تطور معدلات وفيات الأطفال الرضع من 1975-2016.

السنوات	TMI	السنوات	TMI
1979-1975	112,5	2004	30,4
1980	102,85	2005	30,4
1984	81,24	2006	26,9
1987	64,42	2007	26,2
1992	55,4	2008*	25,50
1995	41,1	**2009	24,3
1997	40,2	**2010	23,5
1998	37,4	**2011	22,9
1999	39,4	**2012	22,4
2000	36,9	**2013	22,2
2001	37,5	**2014	22
2002	34,7	****2015	21,9
2003	32,5	2016	21,6

Source : ONS : données statistiques n° 397 et 398, MICS3-2006.

*publication ONS : Démographie Algérienne N° 499-520. **banque mondiale.

¹ Farid Chaoui& al, Ibidem, p66.

لقد استطاعت الجزائر أن تخفض من معدل وفيات الأطفال الرضع من 112,5 حالة وفاة ما بين 1975-1979 إلى 25,5 حالة وفاة سنة 2008 ، إن الانخفاض المسجل راجع بالضرورة إلى الرعاية التي تحظى بها كل من الأم و المولود و خاصة الولادات التي تتم بالمؤسسات الصحية من أجل تجنب المخاطر الصحية التي يمكن أن يتعرض لها الجنين أو المولود. إذن فلا بد أن تلقى الأم الرعاية الصحية المطلوبة أثناء و بعد الحمل، و إذا قلنا رعاية صحية فهذا يعني بالضرورة توفير المياكل الصحية و الكوادر الطبية المؤهلة إضافة إلى توفير شروط أخرى التي يمكن أن تؤدي إلى تقليص حدوث الوفيات، كتباعد الولادات و التقليل من الإنجاب.

كذلك يرجع النقص الملحوظ في عدد وفيات الأطفال إلى البرامج الصحية التي استفادت منها هذه الشريحة حيث انتقل معدل وفيات الأطفال من 142 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1970 إلى 84,72 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1980 ليصل إلى 34,7 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 2002 و 26,9 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 2006. رغم التحسن الملحوظ في معدل وفيات الأطفال إلا أنه لا بد من الإشارة على أن وفيات الأطفال ما زالت مرتبطة بدرجة كبيرة بعوامل داخلية من الصعب التحكم فيها، كما أن أغلب وفيات الأطفال تحدث ابتداء من الأسبوع 28 من الحمل و هذا إن دل على شيء فإنما يدل على ضرورة تدعيم العلاجات في الفترة الممتدة ما بين الحمل و بعد الوضع.

3.5.2 وفيات الأطفال الرضع أقل من خمس سنوات

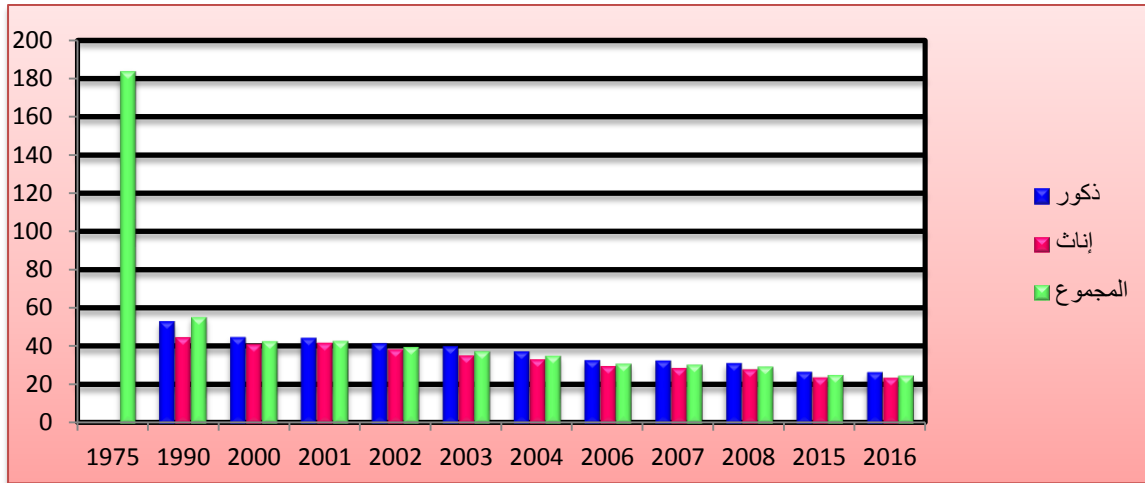
جدول رقم 38: معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات لكل 1000 مولود حي.

السنة	معدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات	ذكور	إناث	المجموع
1975		/	/	184
1990		53	44,7	55,7
2000		44,8	41,3	43
2001		44,4	41,9	43,3
2002		41,5	38,6	40
2003		40,1	35,4	37,8
2004		37,4	33,4	35,5
2006		32,9	29,8	31,4
2007		32,7	28,9	30,8
2008		31,3	28,1	29,8
*2015		26,8	24	25,5
*2016		26,6	23,8	25,2

Source : contribution du gouvernement algérien à la mise en oeuvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30 septembre 2010, intitulée : « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme : suivi de la résolution 11/8 du conseil », 28 mars 2011, p6.

*banque mondiale.

مخطط رقم 08: معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول 38.

توضح البيانات الواردة في الجدول الانخفاض المحسوس في معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة حيث انخفض هذا المعدل من 55,7 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1990 إلى 40 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 2000 ليصل إلى 29,8 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 2008، أي أن معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة عرف انخفاضا بمعدل سنوي يقدر ب 2% و هو ما يترجم جهود و مساعي الدولة اتجاه هذه الشريحة من المجتمع و التي استقرت في حدود 25,2 لكل 1000 مولود حي سنة 2016.

6.3 وفيات البالغين

جدول رقم 39: معدل وفيات البالغين من 15-60 سنة.

السنة	2007	2000	1990	
164	147	175	198	ذكور
121	121	131	165	إناث
142	134	153	181	كلا الجنسين

المصدر: الإحصاءات الصحية العالمية 2009، منظمة الصحة العالمية، ص 37.

*الإحصاءات الصحية العالمية 2015، منظمة الصحة العالمية، ص 45.

توضح البيانات الواردة في الجدول الانخفاض المحسوس في معدل وفيات البالغين حيث انخفض هذا المعدل من 181 وفاة سنة 1990 إلى 134 وفاة سنة 2007 أي أنه انخفض بمعدل سنوي يقارب 3%، و هو منخفض بشكل ملحوظ لدى الإناث حيث نجد أنه انتقل من 165 إلى 121 سنة 2007 و هذا كله راجع لتحسن الأوضاع بصفة عامة، في حين عرف هذا المعدل ارتفاع في معدل وفيات الذكور سنة 2013 الذي بلغ 164 وفاة.

7.3 تغيرات في معدل وفيات الأمهات:

لا تزال وفيات الأمهات من المشاكل الصحية العامة التي واجهتها الجزائر و لا تزال تواجهها إلى يومنا هذا بالرغم من البرامج الصحية التي انتهجتها الجزائر و الجهود المبذولة لحماية صحة الأم و الطفل يبقى هذا المعدل مرتفع بشكل غير طبيعي، في منتصف 80 و كجزء من تنفيذ البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال التي تبنتها الحكومة في عام 1984، تم اتخاذ عدة إجراءات لحماية الأم و الطفل بما في ذلك تنفيذ برنامج لمكافحة أمراض و وفيات الأمهات وفترة ما حول الولادة.

في عام 1989 و كجزء من دراسة استقصائية عن وفيات و أمراض الأطفال في الجزائر ما بين 1985-1989 و الذي كان الهدف منه تقييم برامج ضد وفيات الأطفال، و قد تم طرح سؤالين مهمين لتقييم مستوى وفيات الأمهات و تم الاعتماد على طريقة الأخوات في الاستبيان.

معدل وفيات الأمهات الذي وجد خلال هذا التحقيق و بهذه الطريقة هو 230 وفاة لكل 100000 مولود حي، أما في سنة 1992 عند إجراء المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، و بنفس الطريقة السابقة بلغ معدل الأمهات 215 وفاة لكل 100000 ولادة حية و في نفس الوقت معدلات وفيات الأمهات التي تم جمعها من المرافق الصحية كانت أقل من ذلك بكثير، نلاحظ في الجدول و هذا الفارق يمكن تفسيره أن عدد كبير من الولادات تحدث في المنزل و السبب الثاني يعود إلى القصور في الإبلاغ عن وفيات الأمهات و بعد المسافة بين مكان الولادة و الهيكل الصحي.¹

جدول رقم 40: تقصي حالات الحمل الخطرة ما بين 2007-2009 (PMI).

2009		2008		2007		المؤشرات
%	N	%	N	%	N	
/	725154	/	712740	/	674033	إجمالي عدد النساء الحوامل حسب PMI
4,9	35446	4,9	34929	5,3	35898	عدد النساء الحوامل مع حمل خطر
14,4	5099	14,4	5036	10,7	3832	-حمل مع مرض السكري
36,7	13018	36,3	12678	34,9	12545	-حمل مع مضاعفات الضغط الدموي
48,9	17329	49,3	17215	54,4	19521	-عوامل خطر أخرى

Source : contribution du gouvernement algérien à la mise en oeuvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30 septembre 2010, op.cit, p4.

تقصي الحمل الخطر أعطت نتائج جد هامة من أجل البرنامج الوطني الصحي، فعدد النساء الحوامل المسجلات على مستوى مراكز الأمومة (النساء الحوامل اللاتي قمن على الأقل بفحص واحد أثناء الحمل) عرف زيادة تجاوزت 674033 خلال

¹ Farid Chaoui & al. Ibid, p 70.

سنة 2007 و 712740 سنة 2008، ليلعب عددهن 725154 سنة 2009 و لقد قدرت نسبة الحمل مع عوامل الخطر ب 10,7 % حمل خطر مع مرض السكري سنة 2007 و ما نسبته 14,4 % لكل من سنتي 2008-2009، و لقد كان الحمل المصحوب بمضاعفات الضغط الدموي أعلى بكثير من عوامل الخطر الأخرى و هذا ما نلاحظه في الجدول حيث قدرت نسبة النساء الحوامل ذوات خطر مرتبط بالضغط الدموي سنة 2007 ما نسبته 34,7 % وارتفعت هذه النسبة ما بين 2008 و 2009 لتصل إلى 37 %.

1.7.3 معدل وفيات الأمهات حسب مكان الولادة

جدول رقم 41: تطور معدل وفيات الأمهات حسب مكان الولادة من 1994-1999.

1999	1998	1997	1996	1995	1994	
605000	607118	640082	640738	695903	760337	عدد المواليد الأحياء (الحالة المدنية)
487188	504167	526073	488159	517011	570279	عدد المواليد الأحياء (المرافق الصحية)
80,5	83	82	76	74	75	معدل الولادات حسب مكان الولادة
79,8	49	48,5	64,1	70,2	51	معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية

Source : Farid Chaoui, & al(2012), op.cit, p 71.

و بسبب هذا الوضع، وزارة الصحة و السكان طلبت من المعهد الوطني للصحة العامة بإجراء مسح لتقييم وفيات الأمهات و قد أجريت هذه الدراسة خلال عام 1999 و كان مسح شامل لجميع النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة اللاتي توفيّن سنة 1999، و كان هذا التحقيق يعتمد على سجلات الحالة المدنية و التي تحدد الوفاة، و كذلك تم الاعتماد على الهياكل الصحية التي تحوي بدورها على سجلات طبية تحدد فيها أسباب وفيات الأمهات خلال سنة 1999، و خلال نفس السنة توفي ما يقارب 7757 امرأة في سن الإنجاب (15-49) سنة على مستوى التراب الوطني 697 حالة وفاة ترجع لوفيات الأمهات و هو ما يعادل 9 % من إجمالي وفيات النساء في هذه الفئة العمرية و قد أحصى الديوان الوطني للإحصاء 593643 ولادة حية سنة 1999، و معدل وفيات الأمهات المحسوب لهذه السنة هو 117,4 وفاة لكل 100000 ولادة حية و هذا المعدل يقارب المعدل المتوقع على أساس توقعات التي أدلى بها القطاع (120 لكل 100000 ولادة حية).

يعتبر المسح الخاص بوفيات الأمهات المرجع الأساسي و الوحيد الذي يمكن الاعتماد عليه لمعرفة وفيات الأمهات، و كذلك أجريت بعض التقارير حول فترة ما حول الولادة لسنوات 2007، 2008 و 2009 و هي تقارير الوحيدة و الشاملة حول هذا الموضوع، على سبيل المثال أحصي في تقرير 2007 ما يقارب 293 حالة وفاة للأمهات بالمستشفيات و التي تم

الإبلاغ عليها من طرف المستشفيات الجامعية (CHU) و المستشفيات المتخصصة (EHS) و المستشفيات العامة (EPH) و العيادات الخاصة، بما في ذلك 279 حالة وفاة في القطاع العام و 149 حالة وفاة في عيادات الأمومة و القطاع الخاص، أي 4,8% من مجموع وفيات الأمهات.

معدل وفيات الأمهات الاستشفائية لسنة 2007 بلغت 45,82 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية و من بين جميع النساء اللاتي توفين ما يقارب النصف (48%) و الذين تتراوح أعمارهم بين 25-34 سنة في 2007، 2008 و 2009.¹

2.7.3 وفيات الأمهات الاستشفائية حسب الفئات العمرية

جدول رقم 42: توزيع وفيات الأمهات الاستشفائية حسب الفئات العمرية

2009		2008		2007		السنوات
						الفئات العمرية
0,3%	1	0,7%	2	0,3%	1	19-15
6,6%	21	5,1%	15	10,6%	31	24-20
19,8%	65	21,2%	63	22,5%	66	29-25
28,6%	91	26,3%	78	25,3%	74	34-30
25,5%	81	27,6%	82	21,2%	62	39-35
17,3%	55	16,8%	50	16%	47	44-40
2,5%	8	2,4%	7	4,1%	12	49-45
100	320	100	297	100	293	المعدل العام

Source: Farid Chaoui, & al (2012), op.cit, p 72.

ثلاثي وفيات الأمهات الاستشفائية المبلغ عنها في سنة 2007، كانت إما في الأشهر الثلاثة الأخيرة لفترة الحمل و أثناء المخاض و الولادة و تظل الحقيقة أن ما يقرب من ربع وفيات الأمهات تحدث بعد الولادة.

¹ Farid Chaoui & al.Ibid, p 71.

3.7.3 وفيات الأمهات حسب مرحلة الحمل

جدول رقم 43: توزيع وفيات الأمهات حسب وقت حدوثها

2009		2008		2007		السنة	المرحلة
3,8%	12	4,7%	14	2,4%	7		الفصل الأول من الحمل
5,7%	18	5,7%	17	5,1%	15		الفصل الثاني من الحمل
24,2%	77	25,6%	76	16,7%	49		الفصل الثالث من الحمل
42,8%	136	38,4%	114	51,5%	151		أثناء الولادة
24,2%	77	25,6%	76	24,2%	71		بعد الولادة
100	320	100	297	100	293		المجموع

Source: Farid Chaoui, & al (2012), op.cit, p 72.

بمقارنة هذه البيانات مع تلك التي تحصلنا عليها لسنوات 2008 و 2009، ندرك المخاطر التي تدور حول الأم حسب وقت حدوث الولادة و نجد أن نسبة كبيرة من الوفيات تحدث في الربع الأخير من الحمل و هذه الفترة ذات أهمية كبيرة خاصة من ناحية الرعاية الصحية ففي سنة 2008 بلغت نسبة الوفيات في هذه الفترة 25% مقارنة مع سنة 2007 أين كانت 16%، و نظرا لانخفاض متوسط العمر عند الزواج الأول (فاق 30 سنة عام 2008) يبدو أنه من المرجح أن نسبة كبيرة من وفيات الأمهات تحدث خلال الحمل الأول، و فيما يتعلق بأسباب الوفاة تبين تقارير برنامج فترة ما حول الولادة أن الأسباب الرئيسية للوفاة بسبب النزيف و تمزق الرحم، و تمزق الرحم نتيجة لضعف الإشراف على العمل.¹

4.7.3 وفيات الأمهات حسب السبب في الجزائر

جدول رقم 44: توزيع وفيات الأمهات حسب السبب

2009		2008		2007		
38,4%	123	35,7%	106	35,5%	104	النزيف
18,4%	59	20,5%	61	19,5%	57	مضاعفات متعلقة بارتفاع ضغط الدم
12,2%	39	12,5%	37	15,4%	45	تمزق الرحم
4,7%	15	5,7%	17	5,5%	16	عدوى النفاس
26,3%	84	25,6%	76	24,2%	71	أسباب أخرى
100	320	100	297	100	293	المعدل العام

Source : Farid Chaoui, & al (2012), op.cit, p 72.

¹ Farid Chaoui& al .Ibidem, p72.

و علاوة على ذلك، لا يمكن تحديد سبب الوفاة في كثير من الحالات و يمكن إرجاع سبب الوفاة لأسباب مرضية أو الموت المفاجيء، الصدمات، ضيق التنفس، الإسهال بعد الولادة... الخ، و لهذا لا بد من إنشاء نظام للتدقيق في وفيات الأمهات.¹

V. مصادر و أنظمة تمويل القطاع الصحي في الجزائر:

يتم تمويل الإنفاق على الخدمات الصحية من الأموال العامة و الخاصة و الخيرية بالرغم من أن المعدلات تختلف كثيرا، كما تختلف الشروط المرتبطة بكل مصدر فإن الخصائص المحددة لها و طبيعة إدراك الناس للمخاطر الاجتماعية، و التكاليف المرتبطة بها تجعل ترك استهلاك الخدمات الصحية لآليات السوق فقط أمرا غير مرغوب فيه.

و سواء كانت قائمة التمويل تدار من خلال نظم حكومية أو تقدم من خلال نظام السوق مع وجود شبكة الضمان الاجتماعي فالحكومة تتدخل كثيرا في تنظيم و تقديم الخدمات الصحية من خلال منشآت صحية تديرها الحكومة، أما بالنسبة للجزائر فتعرف المنظومة الصحية محدودية في تسخير الموارد المالية الإضافية لضمان التكفل بالطلب المتزايد و الناتج أساسا عن التحولات الديموغرافية و المرضية التي تعرفها بلادنا، كما تعرف احتياجات السكان نموا و تنوعا بالنظر إلى تطور مستويات المعيشة التطور التكنولوجي في المجال الطبي و تدفق المعلومات، كل ذلك جعل الأفراد أكثر إلحاحا في طلب العلاج و تحسين نوعيته و خلاصة القول أن النظام الحالي لتمويل الصحة العمومية في الجزائر مبني على ثلاثة معايير أساسية و هي:

☑ مساهمة الدولة.

☑ الضمان الاجتماعي.²

☑ الأسرة.

و على هذا الأساس سنتطرق إلى نظام التمويل من 1962 إلى 1974 و نظام التمويل سنة 1974 (أي نظام التمويل بعد إحداث الطب المجاني) إلى يومنا هذا، و كذلك سنتطرق إلى تشخيص نظام التمويل للقطاع الصحي عبر التطرق إلى مختلف النقاط الإيجابية و السلبية التي يتضمنها النظام مع ضرورة التفكير في مصادر جديدة للتمويل في المستقبل.

¹ Farid Chaoui& al .Ibid, p73.

² محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص 56.

1. الإنفاق الصحي في الجزائر

جدول رقم 45: تطور الإنفاق الصحي في الجزائر من 1979-2009.

2009	2005	2003	2000	1988	1979	السنوات مصادر الإنفاق
585503	294249	148940	105503	15600	1842	الإنفاق العام
93759	68326	41955	38368	4103,1	10	النفقات الخاصة
5,8	4,3	4,3	3,5	6	3,5	الإنفاق الصحي من الناتج الداخلي الخام PIB
268	150	77	63	-	-	الإنفاق الصحي للفرد بالدولار الأمريكي
679262	362575	190895	143870	19822	1852	مجموع النفقات بالملايين DA

Source :- pour 1979 et 1988 : Kaïd Tlilane N(2003) : **Le système de santé Algérien entre efficacité et équité : Essai d'évaluation à travers la santé des enfants, enquête dans la wilaya de Bejaia,**

Thèse de Doctorat d'Etat en Sciences 4. Université d'Alger, p 88.

-Pour 2000, 2003, 2005 et 2009 : OMS, rapport sur la santé dans le monde, septembre 2010. In www.who.int.

وفقا لأرقام البنك الدولي لعام 2006، تنفق البلدان ذات الدخل المرتفع ما متوسطه 7,7 % من ناتجها المحلي الإجمالي على الإنفاق الصحي، بينما تبلغ النفقات في البلدان متوسطة الدخل 5,8 % من الناتج المحلي الإجمالي و لا تنفق البلدان المنخفضة الدخل سوى 4,7 % من ناتجها المحلي الإجمالي على الصحة.¹

أما في الجزائر الإنفاق الصحي الوطني من الناتج الداخلي الخام المحلي الإجمالي 3,5 % سنة 1979 و 6 % سنة 1988 و 3,5 % سنة 2005، و كان الانخفاض في الإنفاق على الصحة راجع للتدابير التي اتخذتها السلطات في إطار برنامج العمل الاستراتيجي، و عرف سنة 2009 ارتفاعا محسوسا بلغ 5,8 % و يرجع هذا التحسن إلى الانتعاش الاقتصادي في الجزائر خلال السنوات الأخيرة، و من حيث القيمة ازدادت النفقات الصحية الوطنية زيادة كبيرة إذ بلغت 1852 مليون دج سنة 1979 و ارتفعت إلى 19822 مليون دج سنة 1988 بقيمة مضاعفة قدرها 10,7 خلال هذه الفترة، و تضاعفت نسبة الإنفاق من 1979 إلى غاية 2009 بقيمة قدرها 679262، و تعتبر مصادر الإنفاق العامة مصدر مهم للإنفاق على الصحة

¹Banque Mondiale : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, Banque mondiale, rapport n° 36270-dz, Volume 1, août 2007, P.172. In www.worldbank.org.

حيث بلغت نسبة التمويل من هذا المصدر ما قيمته 1842 سنة 1979 إلى غاية 585503 سنة 2009 في حين بلغت نسبة الإنفاق من مصادر خاصة سنة 2009 ما قيمته 93759.

1.1 نظام التمويل من 1962 إلى 1974: لقد تميز نظام التمويل خلال هذه الفترة بضعف الوسائل و هذا راجع إلى

الوضعية الصحية التي كانت تعيشها البلاد حيث كانت تسعى إلى إعادة تنشيط الهياكل الصحية الموروثة عن الاستعمار هذا ما جعل نسبة الإنفاق على الخدمات الصحية ضئيلة، حيث أنها لم تكن تتجاوز 1,5 % من الناتج القومي الخام، و على العموم فقد تميزت هذه الفترة بثلاثة مصادر أساسية للتمويل.

❖ **التسيقات:** هي عبارة عن مساهمة الهيئات العمومية أي الدولة و الجماعات المحلية و التي كانت تقدر بحوالي 60 % و قد كان الأشخاص المستفيدون من هذه المساعدات الطبية المجانية معظمهم مشكلين من الأشخاص المعوزين و بالتالي و نتيجة لهذه الوضعية فإن الأشخاص المرضى المعنيين بهذا الإجراء و الذين كانوا يمثلون نسبة كبيرة من المواطنين لم يكونوا يستفيدون بصورة جيدة من العلاج، حيث كانت النفقات الصحية التي تصرف على هؤلاء المرضى تسدد إلى المؤسسات الصحية حسب النسب التالية:

➤ 85 % من طرف الخزينة العامة.

➤ 15 % من طرف صندوق التضامن للدوائر و البلديات.

➤ 8 % لحساب الدوائر.

➤ 7 % لحساب البلديات.

❖ **عائدات تسديد المصاريف:** أي أن الضمان الاجتماعي يتحمل 30 % من النفقات الإجمالية للهيئات العمومية لصالح المنخرطين (المؤمنين و ذويهم)، و تحسب هذه التسيقات على أساس تسعيرة (تعتمد على سعر اليوم) المحدد سنويا من طرف السلطات العمومية.

❖ **الموارد الخاصة:** تأتي هذه المساهمة من قبل أصحاب المهن الحرة الذين لا يخضعون لأي نظام تأمين مقابل علاجهم (كأصحاب الأعمال الحرة، التجار، الحرفيون... الخ) فبعد التكفل بهذا النوع من المرضى من قبل الهيئات العمومية يقوموا بدفع نفقاتهم مباشرة عند مغادرة المؤسسة الصحية، و قد كانت تمثل هذه المساهمة حوالي 10 % من النفقات العامة للصحة رغم أن نظام التمويل السائد خلال تلك الفترة قدم مجموعة من المزايا فيما يخص التسيير المالي إلا أنه و بالمقابل كان له جملة من العراقيل و التي تمثلت في تراكم حجم الديون العامة الغير مغطاة، إضافة إلى الحواجز المالية التي حالت دون تلبية حاجيات المواطنين كل هذه الأوضاع كانت دافعا للسلطات العامة نحو التفكير في نظام جديد لتمويل الهياكل الصحية بالجزائر.¹

2.1 نظام التمويل من 1974 إلى يومنا هذا:

إن تطبيق مجانية العلاج سنة 1974 رافقه مواجهة عميقة لأساليب تمويل المؤسسات الصحية حيث تم استبدال السعر اليومي بإجراء جديد يتمثل في الميزانية العمومية فلقد سمح هذا الإجراء الجديد بإزاحة الحواجز المالية أمام المرضى من أجل

¹ محمد علي دحمان، نفس المرجع، ص ص 57، 58.

تلبية احتياجاتهم الصحية، بحيث أصبحت تمنح المؤسسات الصحية ميزانية إجمالية في شكل جزائي (تحدد عن طريق قانون المالية) أين تحتوي على ثلاثة مصادر أساسية للتمويل:

- مساهمة الدولة.
- مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي.
- مساهمة الأسرة.

❖ **مساهمة الدولة:** لقد كان النظام الساري لتمويل الهياكل الصحية إبان الاستقلال يعتمد على المساهمة العمومية من طرف الدولة و الجماعات المحلية، حيث كانت تقدر ب 60 % من مجموع النفقات الصحية، إلا أن إحداث الدولة للطب المجاني سنة 1974 و إلغاء نظام التسعيرة الاستشفائية فإن مساهمة الدولة أصبحت تحدد بصفة جزافية، و نشير على الجماعات المحلية التي كانت تساهم بنسبة 5 % أعفيت من التمويل ابتداء من سنة 1980 و هو ما يعني خسارة أحد موارد التمويل و بالتالي مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال هذه الفترة قد أصبحت تقارب نسبة 76,5 %.

تعتبر مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة خلال السنوات الأولى لمجانية العلاج جد مهمة و لكن بدأت في التناقص خلال الفترة ما بين 1979-1988 أي بحلول الأزمة الاقتصادية التي بدأت في الظهور منذ منتصف الثمانينات و كذا نتائج إعادة الهيكلة التي طبقتها الجزائر بدعم من الهيئات و المؤسسات الدولية، كل هذه الأمور شكلت عائق أمام تجنيد الموارد اللازمة لتمويل القطاع الصحي حيث انخفضت نسبة مساهمة الدولة في تمويل هذا القطاع إلى أقل من 20 % سنة 1989.

و نشير أن هذا التناقص في إعانات الدولة لم يدم طويلا حيث لوحظ انقلاب في نسبة مساهمة الدولة في قطاع الصحة من 59 % إلى 83 % و لعل ذلك مرده للعجز الدائم الذي أصبح يعاني منه صندوق الضمان الاجتماعي، كما ساهمت الوضعية المالية الجيدة التي تعيشها البلاد نتيجة ارتفاع في أسعار البترول إلى تزايد نسبة الاعتمادات المخصصة لقطاع الصحة خاصة مع تزايد الطلب على العلاج من قبل الأفراد و الجدول التالي يوضح أكثر مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة.¹

¹ محمد علي دحمان، نفس المرجع، ص 59، 60.

2. مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة

جدول رقم 46: مدى مساهمة الدولة في تمويل قطاع الصحة.

السنة	اعتمادات الدولة لقطاع الصحة ب 10 دج.	نسبة تمويل قطاع الصحة.
1991	9000000	0,44
1992	15106000	0,60
1993	15246000	0,57
1994	18168095	0,59
1995	21276280	0,58
1996	25536787	0,59
1997	27983000	0,59
1998	28780880	0,58
1999	31245515	0,58
2000	33036043	0,60
2001	36260000	0,61
2002	46752201	0,65
2003	60731718	0,67
2004	66267647	0,67
2005	59455922	0,57
2006	73468310	0,66
2007	106660000	0,74
2008	139040817	078

Source : direction du budget du ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

1.2 مساهمة صندوق الضمان الاجتماعي:

يعتبر تمويل الصحة في الجزائر عن طريق الضمان الاجتماعي من أهم النقاط الواجب التطرق إليها نظرا لوزن الضمان الاجتماعي كممول رئيسي.

لقد تأسس الضمان الاجتماعي في الجزائر سنة 1949 نتيجة لتوسع شريحة العمال، حيث أنه تكفل منذ الاستقلال بالنفقات الصحية لفئة من الأشخاص المؤمنين اجتماعيا و ذويهم (العمال، الأجراء، الموظفين و غيرهم.) من خلال نمط التأمين على المرض و الذي يعتمد على سعر اليوم الاستشفائي الذي كان يحدد سنويا ب 30 % من النفقات الإجمالية للهيئات الصحية العمومية.

لقد عرف نظام الضمان الاجتماعي إبان الاستقلال فائض مالي يعود إلى عدة عوامل:

- ✓ الحفاظ على التعريف الضعيف لتسديد النشاطات الطبية التي كانت تتم في القطاع الخاص فعدم احترام التسعيرة من طرف الأطباء ترك الأفراد يدفعون نفقات تفوق ما يتم تسديده من طرف صندوق الضمان الاجتماعي (فهذا الأخير كان يسدد 80 % فقط من قيمة المدونة).
- ✓ عدم قدرة المستشفيات على تقديم الفواتير المتعلقة بالنفقات الطبية التي يتحملها الضمان الاجتماعي.
- ✓ ضمان حق المؤمن يستلزم جملة من الإجراءات و نظرا للمستوى التعليمي الضعيف الذي كان سائدا آنذاك، فعدد قليل من العمال كانوا يستفيدون من تسديدات الضمان الاجتماعي.

رغم المراحل الصعبة التي مر بها الضمان الاجتماعي حيث أنه في 1963 تم إيداع أمواله لدى الخزينة العمومية لأن البنوك آنذاك كانت أجنبية.

في 1971 عن طريق سياسة تجميد الادخار التأسيسي قامت الخزينة العمومية باقتراض كل الأموال الاحتياط المتاحة، في سنة 1972 تم استبدال التسعيرة الفردية للنفقات الجزائرية لكن بإحداث السلطات العمومية لمجانبة العلاج في القطاع العمومي سنة 1974، و الذي كان من بين آثاره اعتماد نظام التمويل الاستشفائي الجزائري بالنسبة للمؤسسات الصحية و هذا بالضرورة تغيير طبيعة العلاقة السائدة بين الضمان الاجتماعي و المؤسسات الصحية.

و قد تزامن إنشاء هذا النظام مع توسع القاعدة الاجتماعية و المالية للضمان الاجتماعي نتيجة تزايد عدد المؤمنين اجتماعيا من 1208854 سنة 1973 إلى 3000000 سنة 1984 أي بزيادة سنوية بمعدل 20 % و عليه فقد تطور فائض الصندوق 25 مليون دج إلى 1493 مليون دج سنة 1980 و بالتالي مساهمة الضمان الاجتماعي في تمويل المؤسسات الصحية قد تأكدت يوما بعد يوم فبعدها كنت مساهمته لا تتعدى 23,5 % في قطاع الصحة سنة 1974 أصبحت تفوق 40 % حيث وصلت سنة 1983 إلى 49 % و في 1989 إلى 60 %¹.

¹ محمد علي دحمان، نفس المرجع، ص 61، 62.

جدول رقم 47: مدى مساهمة الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي في تمويل قطاع الصحة بالجزائر.

السنة	مساهمة صندوق ضمان الاجتماعي ب10 دج.	نسبة مساهمة الصندوق الوطني لضمان الاجتماعي
1990	8600000	0,66
1991	9500000	0,47
1992	9500000	0,38
1993	9983000	0,38
1994	11250000	0,37
1995	13551000	0,37
1996	16576000	0,38
1997	17972000	0,38
1998	19652000	0,40
1999	19872000	0,37
2000	20540477	0,37
2001	21500000	0,36
2002	24000000	0,33
2003	24000000	0,26
2004	25000000	0,25
2005	35000000	0,34
2006	35000000	0,31
2007	35000000	0,24
2008	38000000	0,21

Source : direction du budget du ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

2.2 مساهمة العائلات:

رغم أن هذا المصدر غير هام لتمويل الصحة لكنه سرعان ما تطور برفع الحواجز أمام الخواص في مجال الصحة فهذه الحالة تفسر بالتجاوزات في التعريفات الطبية من طرف القطاع الخاص لأن هذا الأخير لم يحترم التسعيرة الرسمية و لا يوجد أي جهاز يقوم بمراقبة هؤلاء الأطباء أضف إلى ذلك زيادة الأسعار المدونة فهناك من العائلات غير مؤمنة، و بالتالي و هي مجبرة على تحمل النفقة كلياً، و البعض الآخر منهم لا يطالب بالتعويض من طرف صندوق الضمان الاجتماعي كما توجد ظاهرة أخرى و هي تخص التداوي من دون اللجوء للطبيب من خلال شراء الأدوية من دون وصفة طبية.

و على العموم تبقى مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي بالجزائر مساهمة معتبرة، خاصة خلال السنوات الأخيرة أين وصلت نسبة مساهمة الأسرة في تمويل القطاع الصحي إلى 7, 24 % سنة 2006.¹

جدول رقم 48: مدى مساهمة العائلات في تمويل قطاع الصحة

السنة	1990	1991	1992	1993	2005	2006
مساهمة العائلات ب 10 دج	6624	8288	12594	14582	/	/
نسبة التمويل ب%	29%	25,6%	27%	27,6%	25,2%	24,7%

المصدر: وزارة الصحة و السكان.

3. مصادر تمويل و تكلفة الخدمات الصحية:

كما ذكرنا سابقا أن مصادر تمويل النظام الصحي كانت تعتمد على مساهمة الدولة، و الصندوق الوطني للضمان الاجتماعي (CNAS) و كذلك مدى مساهمة العائلات و هي مصادر التمويل الأساسية لهذا القطاع، التمويل الوطني للقطاع الصحي تجاوز 6 % في سنوات الثمانينات ليبلغ 4,6 % سنة 1993 و 3,6 % سنة 1998 و هي موزعة على النحو التالي 44,44 % للدولة، 27,78 % للتأمينات الاجتماعية و 27,78 % للعائلات.

قدرت نسبة النفقات الصحية للعائلات 165 دولار سنة 1990، و لم يتجاوز 58 دولار سنة 2001 في حين أوصى البنك الدولي سنة 1993 بأن النفقات الصحية لا تقل عن 62 دولار للفرد الواحد في البلدان النامية، و بسبب الأزمة السياسية و الاجتماعية و الاقتصادية الأخيرة أدت إلى تدهور الأوضاع المعيشية و زيادة الفقر مما أدى إلى انخفاض فرص الحصول على الرعاية الصحية.

و يبقى التأمين حول المرض من طرق تمويل الرعاية الصحية فما لا يقل عن 90 % من سكان الجزائر في السنوات الأخيرة، و تم دمج العديد من المجموعات السكانية في نظام التأمين الصحي الإلزامي (المعوقين، و الطلاب، و المستفيدين من شبكة الضمان الاجتماعي و المجاهدين) و شملت التغطية كل هؤلاء السكان من خلال الضمان الاجتماعي للحصول على الرعاية الصحية في القطاعين العام و الخاص.²

¹ محمد علي دحمان، نفس المرجع، ص 64.

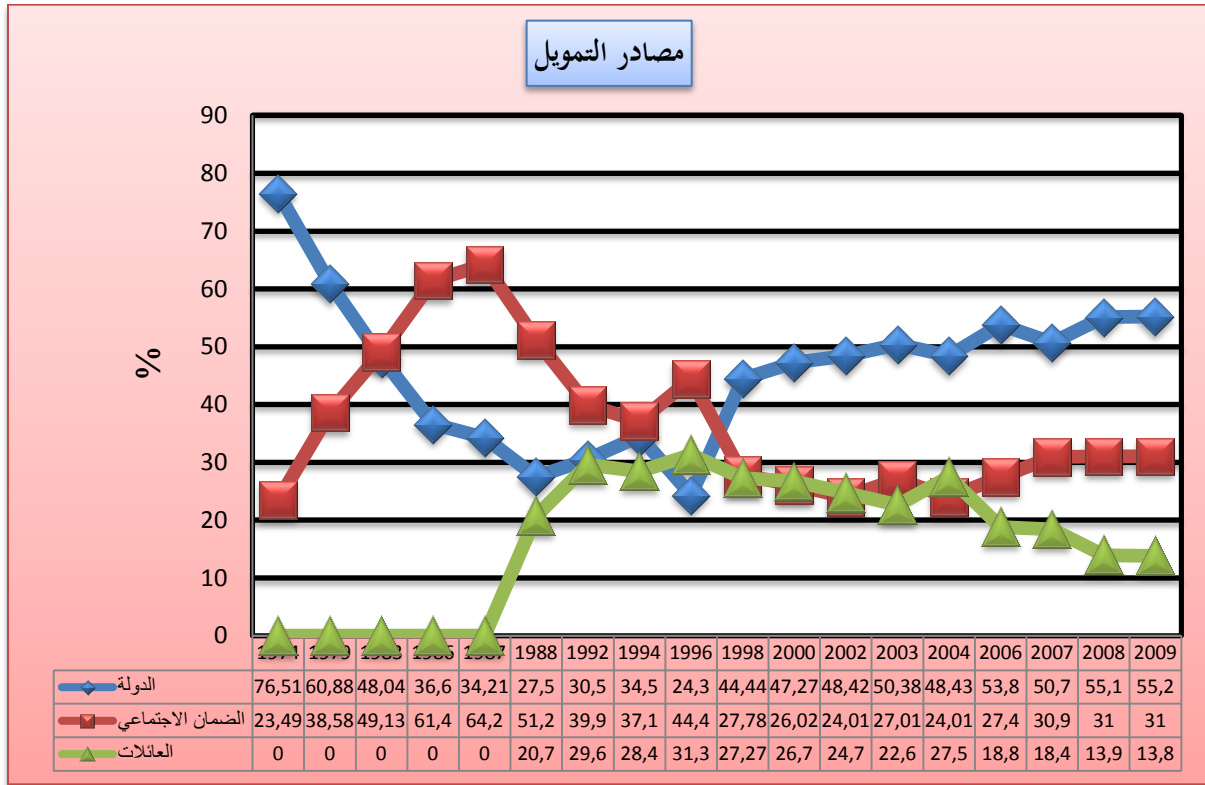
² Noura Kaid, , op.cit, pp 87, 88.

جدول رقم 49: تطور مصادر تمويل ميزانية القطاعات الصحية و النفقات الصحية الوطنية.

السنة	مصادر التمويل	الدولة	الضمان الاجتماعي	أخرى	العائلات	النفقات الصحية الوطنية بمليون دج
1974	76,51	23,49	-	-	847,3	
1979	60,88	38,58	0,54	-	1.852	
1983	48,04	49,13	2,83	-	4.278,7	
1986	36,60	61,40	2,00	-	8.140	
1987	34,21	64,20	1,59	-	10.126	
1988	27,5	51,2	-	20,7	19.822	
1992	30,5	39,9	-	29,6	42.667	
1994	34,5	37,1	-	28,4	59.970	
1996	24,3	44,4	-	31,3	96.100	
1998	44,44	27,78	-	27,27	-	
2000	47,27	26,02	-	26,7	-	
2002	48,42	24,01	-	24,7	-	
2003	50,38	27,01	-	22,6	-	
2004	48,43	24,01	-	27,5	-	
2006	53,8	27,4	-	18,8	-	
2007	50,7	30,9	-	18,8	-	
2008	55,1	31	-	13,9	-	
2009	55,2	31	-	13,8	-	

Source : Nouara Kaid(2003), Le système de santé Algérien entre efficacité et équité (essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa, thèse pour le doctorat d'état en sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, Université d'Alger.

مخطط رقم 09: تطور مصادر تمويل ميزانية القطاعات الصحية.



المصدر: الجدول رقم 49 .

4. تشخيص الجوانب الإيجابية و السلبية لنمط التمويل في الجزائر:

إن إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر أصبح أكثر من ضروري في الوقت الحالي و ذلك بالنظر إلى مجمل الاختلالات المسجلة في مجالات التسيير، و ضعف التكامل بين القطاعين العام و الخاص، لكن بالرغم من التطور السريع الذي حققه قطاع الصحة في الوقت الراهن إلا أنه تبقى مسألة التمويل محور الإصلاحات المعتمدة، و على هذا الأساس سوف نحاول التطرق إلى بعض النقاط الإيجابية و كذا السلبية التي تخص جانب التمويل لهذا القطاع.

1.4 إيجابيات نظام تمويل الصحة:

- ✓ إن نظام التمويل الجزائري عن طريق الضمان الاجتماعي له جانب إيجابي من حيث الطابع التضامني في التكفل بالعلاج لشرائح كبيرة من المجتمع بغض النظر عن التعريف الاجتماعية و بالتالي يمكن الاحتفاظ بهذا النمط مع تكيفه بمنظومة متكاملة الجوانب.
- ✓ كما أن هذا النمط من التمويل و الذي يعتمد بالدرجة الأولى على الدولة كمول رئيسي للقطاع، فهو يضمن بقاء الجانب الاستشفائي في إطار التضامن الوطني و بالتالي المحافظة على الحد الأدنى للتوازن على المستوى الاجتماعي، و هذا من خلال إشراف السلطة العامة على التخطيط و التنظيم لمختلف البرامج.

✓ كما أنه من بين المحاور الأساسية التي يعني بها قطاع الصحة و هو قضية البحث عن مصادر جديدة لتمويل القطاع و هذا من خلال التفكير في فرض رسوم على النشاطات المضرة بصحة المواطن.

2.4 سلبيات نظام التمويل:

✓ تراجع ميزانية القطاع الصحي خاصة خلال الفترة الممتدة من 2001 إلى 2005 حيث أنها كانت تمثل 4,1 % من الناتج الداخلي الخام لسنة 2001 لتتقلص إلى 3,5 % لسنة 2005 هذا ما انعكس سلبا على الخدمات الصحية (الوسائل الطبية المخصصة للعلاج لاسيما الأدوية و الأجهزة الطبية).¹

جدول رقم 50: تطور النفقات الوطنية للصحة بالنسبة للناتج الداخلي الخام (PIB).

السنة	نسبة الإنفاق العام على الصحة بنسبة المئوية من الناتج الداخلي الخام (PIB)
1995	3,70
1996	3,35
1997	3,60
1998	3,60
1999	3,43
2000	3,49
2001	3,84
2002	3,73
2003	3,60
2004	3,54
2005	3,23
2006	3,35
2007	3,82
2008	4,20

Source : Banque mondiale-perspectives monde 2015.

✓ يضاف إلى هذا الارتفاع في ديون قطاع الصحة التي وصلت إلى 11,7 مليار دينار جزائري لسنة 2004 و هي موزعة كما يلي:

¹ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص 65، 66.

جدول رقم 51: نسبة الدين لقطاع الصحة حسب الهياكل سنة 2004.

الهيكل الصحية	المراكز الاستشفائية	المؤسسات الاستشفائية المتخصصة	القطاعات الصحية
نسبة الدين %	29,5	7	63,5

المصدر: علواني عديلة (2004)، تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع تسيير، جامعة بسكرة، ص 85.

يبين الجدول نسبة الديون في القطاع الصحي حسب الهياكل و تبين أن أكثر الهياكل الصحية من حيث نسبة الدين هي القطاعات الصحية حيث بلغت نسبة الديون لهذه القاعات لوحدها ما نسبته 63,5 %، أم المراكز الاستشفائية قدرت نسبة الديون فيها 29,5 %، و 7 % للمؤسسات الاستشفائية المتخصصة، و مما لا شك فيه أن هذه الديون سوف تنعكس سلبا على الأداء الحسن للهياكل الصحية بالجزائر وكذا نوعية العلاج و الخدمات الصحية المقدمة من طرف هذه المؤسسات الصحية.

الخلاصة:

منذ إحلال الدولة للطب المجاني في الجزائر وضعت كل الوسائل من أجل تلبية الاحتياجات في المجال الصحي و هذا من أجل تحقيق الأهداف المسطرة من طرف وزارة الصحة، و على هذا الأساس يمكن اعتبار الفعالية الإجمالية للمنظومة الصحية الجزائرية مقنعة نسبيا بالنظر إلى إيجابية المؤشرات الصحية المسجلة في ضوء محدودية النفقات الوطنية للصحة من الناتج الداخلي الخام، غير أن النتائج الإيجابية التي تبرزها مختلف المؤشرات الصحية لا يجب أن تخفي جملة النقائص التي ما تزال تعانيها منظومتنا الصحية، و التي تشكل تحديات كبيرة ينبغي مواجهتها مستقبلا في ظل التحولات الديموغرافية و تغير خريطة المرض.¹

فالمنظومة الصحية الجزائرية لا تستجيب بالحجم الكافي للمتطلبات التنامية للسكان في ظل ضعف الفعالية، و هو ما يستدعي ضرورة تحسين مستويات التسيير و اعتماد نظام تمويلي يأخذ بعين الاعتبار المعطيات الاجتماعية للفئات الفقيرة، و ضعف قدرتها على تحمل تكاليف العلاج و الخدمات الصحية.

و مما سبق تبرز أهمية التركيز على الأمور الأساسية، المتمثلة في كيفية الحصول على الموارد المالية بالحجم الكافي و بما يضمن تحقيق الفعالية، الكفاءة، و العدالة.

و من جهة أخرى اعتماد السياسات الكفيلة بحصول الفئات المحرومة على خدمات الرعاية الصحية الضرورية، دون تعرضهم للمخاطر المالية و تحقيق هذه الغايات يكون وفق خريطة صحية وطنية مضبوطة، تأخذ في الاعتبار الاحتياجات الصحية للسكان و السعي الدائم لتحقيق مبدأ التوزيع المتكافئ للموارد، و التجهيزات كل ذلك في إطار متكامل وظيفي بين القطاعين العام و الخاص.

إن التحكم في التكاليف و ترشيدها و تخفيض حجم النفقات التي تتحملها الأسر، و حمايتها من الآثار السلبية للإنفاق الباهظ على الصحة ، و التي يمكن تحقيقها عبر تبني جملة من الإجراءات نذكر منها:

➤ التركيز على الدور القيادي للمستوى الأول للعلاج "العلاج الصحي القاعدي" بالنظر إلى فعاليته في ترشيد التكاليف وكذا الدور الكبير الذي يلعبه في تحقيق التوازن المطلوب في الحصول على الخدمات الصحية بين مختلف المناطق و الفئات.

➤ التكفل بأمراض الأمهات بالأمراض المزمنة، و أمراض الشيخوخة، بفعل الارتفاع المسجل في مؤشر أمل الحياة عند الولادة و هو ما يدعم أهمية إدراج الدراسات السكانية في وضع و صياغة السياسات الاجتماعية بشكل عام.

¹ محمد علي دحمان، مرجع سابق، ص 67.

و لهذا يجب على السلطات الجزائرية الاقتناع بجمية تسريع إصلاح صحي عميق يقوم على تقرب الصحة من المواطن، و ترتيب مستويات العلاج مع إعادة التركيز على الوقاية و تحسين نوعية الخدمات التي لا طالما اشتكى الجزائريون من رداءتها.¹

¹ عياشي نور الدين، " تطور المنظومة الصحية الجزائرية"، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة منتوري قسنطينة الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية بحوث اقتصادية، العدد 31-جوان 2009، المجلد ب، ص ص 305،306.

الفصل الثالث: وفيات الأمهات في الجزائر.

تمهيد

1-تطور وفيات الأمهات في العالم.

1.1 وفيات الأمهات في العالم.

2.1 عوامل الخطر لدى الأمهات عالميا.

2-وفيات الأمهات في العالم العربي المرتبطة بمضاعفات الحمل و الولادة.

1.2 معدل وفيات الأمهات في العالم العربي.

2.2 الولادة على أيدي أخصائيين في العالم العربي.

3.2 وفيات الأمهات في الجزائر.

3-وفيات الأمهات في الجزائر.

1.3 تطور متوسط سن المرأة أثناء الولادة.

2.3 تطور نسبة الولادات التي تم تحت إشراف أخصائيين في مجال التوليد.

3.3 معدل وفيات الأمهات في الجزائر منذ 1981 إلى غاية 2008.

4.3 تقييم مستوى وفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1981-2008.

5.3 الخصوبة في الجزائر.

4-نتائج المسح الوطني لوفيات الأمهات في الجزائر سنة 1999.

الخلاصة.

تمهيد

يهدف المجتمع الدولي إلى تحسين الصحة الإنجابية على الصعيد العالمي عبر تخفيض معدل الوفيات لدى الأمهات بنسبة 75% خلال خمس وعشرين سنة و ذلك بتخفيض هذا المعدل 50% في عام 2015، غير أنه و من خلال نمط التقدم على الصعيد العالمي قد لا يتمكن المجتمع الدولي من تحقيق هذه الأهداف لاسيما في إفريقيا و منطقة شرق المتوسط، ففي حين تحسنت كثير من المؤشرات الصحية خلال العقدين الأخيرين لم تشهد معدلات الوفيات لدى الأمهات سوى تحسن طفيف إذ ما زالت تسجل كل دقيقة 110 مضاعفات حمل و حالة وفاة لدى النساء سببها الحمل و الولادة (نزيف، و ارتفاع ضغط الدم لدى الحامل، و عسر في عملية الولادة و التهابات و إجهاض غير امن) و معظم هذه الأسباب يمكن تفاديها و توقي معظم هذه الوفيات لأن الحلول الطبية لتلك الأسباب و الوفيات الناتجة باتت معروفة و من أهم أساليب لتفادي هذه الوفيات هي تزويد جميع النساء بخدمات الرعاية السابقة للولادة و خدمات الرعاية الماهرة في أثناء الولادة و خدمات الرعاية و الدعم في الأسابيع التي تلي الولادة.

و هناك أهمية خاصة للحرص على أن تتم جميع الولادات بمساعدة عاملين صحيين ماهرين لأن التعامل مع الحالات الحرجة و علاجها في الوقت المناسب من التدابير الكفيلة بإحداث فارق كبير و إنقاذ الأم و ولدها من كثير من الأخطار.

وستتناول في هذا الفصل وفيات الأمهات في الجزائر معتمدا كليا على تحليل نتائج المسح الوطني حول وفيات الأمهات في الجزائر لسنة 1999 وكذا سنتطرق لبعض المعدلات ذات الأهمية البالغة في خفض هذا المعدل.

I. تطور وفيات الأمهات في العالم

1. وفيات الأمهات في العالم:

لقد تم تقدير معدل وفيات الأمهات على الصعيد العالمي في السنوات الأخيرة، فلا تزال وفيات الأمهات تشكل خطرا حتى بالنسبة للدول المتقدمة حيث تم تسجيل شامل للوفيات و أسبابها لسنة 2000.

500000 امرأة معظمهم في البلدان النامية يموتون كل عام بسبب مضاعفات الحمل أو الولادة وفقا لمنظمة الصحة العالمية.

معدل وفيات الأمهات حوالي 21 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2000 فقد بلغ في المتوسط 440 لكل 100000 في البلدان النامية و تصل إلى 1000 حالة وفاة لكل 100000 ولادة في البلدان الإفريقية.

لا يمر يوم واحد إلا و يشهد وفاة 1500 امرأة بسبب مضاعفات الحمل و الولادة و قد شهد العالم سنة 2005 وفاة نحو 536000 امرأة في جميع أنحاء العالم و الجدير بالذكر أن غالبية تلك الوفيات تحدث في العالم النامي و أنه من الممكن توقيفها¹.

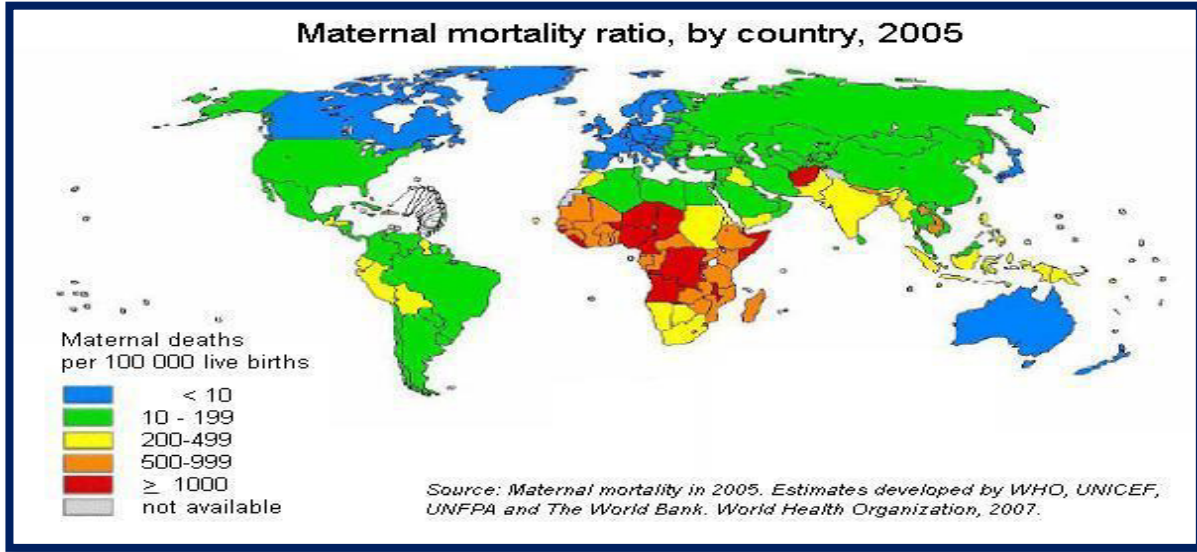
يمثل تحسين صحة الأمومة أحد المرامي الإنمائية للألفية الثمانية التي اعتمدها المجتمع الدولي في مؤتمر قمة الأمم المتحدة في عام 2005 و الغرض من المرمى 5 هو تخفيض نسبة وفيات الأمومة بثلاثة أرباع في الفترة الممتدة ما بين 1990-2015 غير أن تلك النسبة لم تنخفض إلا بنحو 5% في نفس الفترة فلا بد من تسريع وتيرة التقدم.

تنتشر معدلات وقوع وفيات الأمومة بشكل غير عادل في جميع أنحاء العالم مما يعكس الفجوة القائمة بين البلدان الغنية و البلدان الفقيرة، و يبلغ احتمال وفاة امرأة في فترة الأمومة 75/1 في المناطق النامية، بينما يبلغ 7300/1 في المناطق المتقدمة.

و في النيجر تقضي امرأة واحدة من أصل سبع نساء نحبها جراء المضاعفات المرتبطة بالحمل أما أيرلندا فإن احتمال وفاة امرأة في مرحلة الأمومة يبلغ 48000/1.

¹ معدل وفيات الأمومة في عام 2005. تقديرات منظمة الصحة العالمية و اليونيسيف و صندوق الأمم المتحدة للسكان و البنك الدولي. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2007.

شكل رقم 02: وفيات الأمهات في العالم لسنة 2005.



Source: Maternal mortality in 2005. Estimates developed by WHO, UNICEF, UNFPA and the World Bank. World Health Organization, 2007.

و تنوء البلدان النامية بنحو 99% من مجموع وفيات الأمومة التي تحدث في كل روع العالم و يحدث أكثر من نصف تلك الوفيات في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، و يحدث ثلثها في جنوب آسيا.

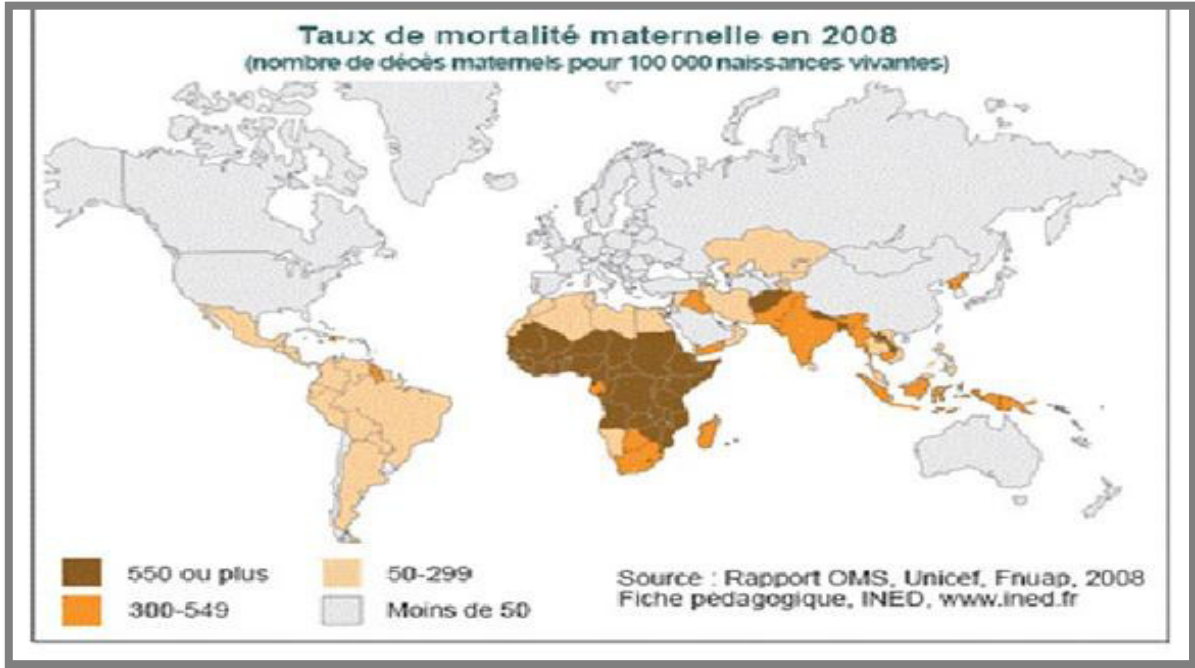
و في المناطق النامية التي تبلغ نسبة وفيات الأمومة 450 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية، بينما تبلغ تلك النسبة 9 لكل 100000 ولادة حية في البلدان المتقدمة و هناك إجمالاً 14 بلداً تبلغ نسبة وفيات الأمومة فيها 1000 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية على الأقل علماً بأن جميع تلك البلدان مل عدا أفغانستان تقع في أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى و هي أنغولا و بوروندي و الكاميرون و تشاد و جمهورية الكونغو الديمقراطية و غينيا - بيساو و ليبيريا و ملاوي و النيجر و نيجيريا و سيراليون و الصومال و رواندا¹.

و هناك إلى جانب الاختلافات القائمة بين الدول تباين كبير داخل البلدان و بين الأغنياء و الفقراء و كذلك بين سكان الأرياف و سكان المناطق الحضرية.

في سنة 2008 و في جميع أنحاء العالم 358000 امرأة تموت خلال الحمل أو الولادة أو 42 يوم التي تلي الولادة، تقريباً جميع وفيات الأمهات (99%) تحدث في البلدان النامية في حين أن معدل وفيات الأمهات حوالي 14 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2008 في البلدان المتقدمة ، يتجاوز ذلك المتوسط 290 لكل 100000 في البلدان النامية و أكثر من 1000 حالة وفاة لكل 100000 ولادة في بعض البلدان الإفريقية.

¹ معدل وفيات الأمومة في عام 2005. تقديرات منظمة الصحة العالمية و اليونيسيف و صندوق الأمم المتحدة للسكان و البنك الدولي. جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2007.

شكل رقم 03: معدل وفيات الأمهات في العالم سنة 2008.



Source : Rapport OMS, Unicef, FNUAP, 2008 fiches pédagogiques, INED, WWW.ined.fr.

10% من 90% من حالات الوفاة في البلدان الإفريقية تنتج أساسا من النزيف بنسبة 25% و العدوى بعد الولادة أو الإجهاض في ظروف سيئة بنسبة 13% إلى 15%.

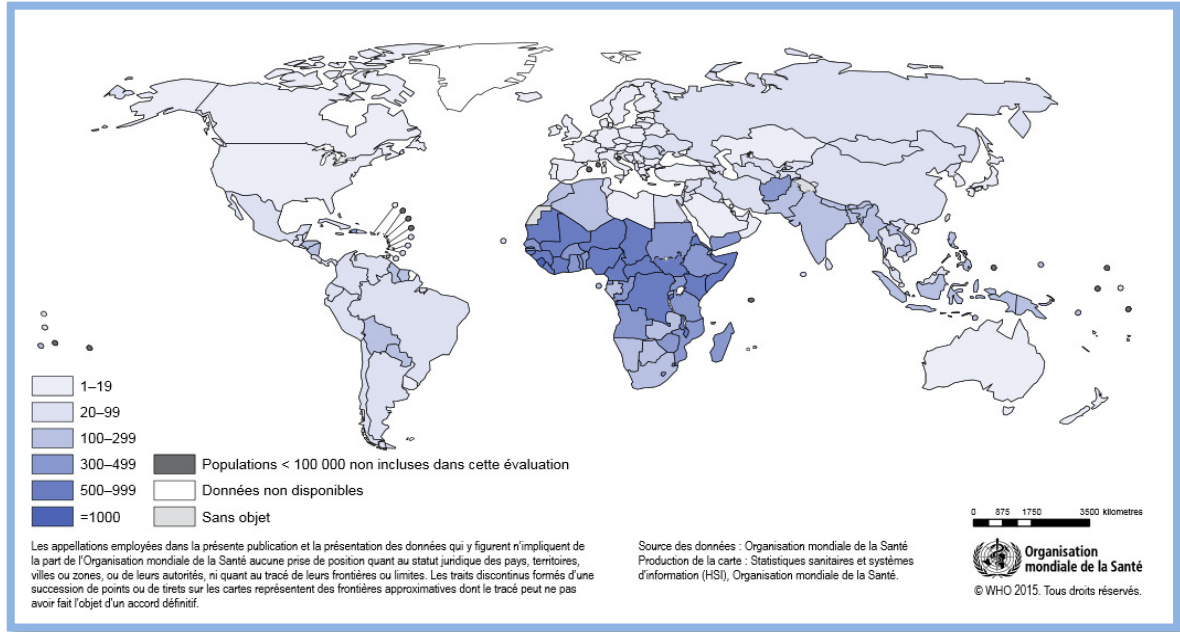
في 90% من الحالات تحدث حالة وفاة بسبب تفاقم مضاعفات الحمل و الولادة الموجودة من قبل، في البلدان التي يكون للمرأة العديد من الأطفال كما هو الحال في أفريقيا و المخاطر تتزايد بالتوازي مع تكرار الحمل ف10% من النساء يموتون يوميا من وفيات الأمهات في بعض البلدان (تشاد و الصومال) وعدم وجود مراقبة للنساء خلال فترة الحمل و عدم كفاية الرعاية في حالات الطوارئ أثناء الولادة هي من الأسباب الرئيسية لهذه النتائج القاتلة، 70% في بعض البلدان الإفريقية، 20% من حالات النساء لا يقومون بزيارات ما قبل الولادة و 37% لم تتلقى التشخيص من قبل كادر مؤهل.

تحسين الصحة هي واحدة من الأهداف الإنمائية للألفية التي اعتمدها المجتمع الدولي في الأمم المتحدة بحيث يتمثل الهدف الخامس في تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار الثلث ما بين عامي 1990-2015².

¹ OMS. (2008) soins obstétricaux essentiels 2008.

² OMS. (1975).classification Internationale des maladies révision 1975.organisation mondiale de la santé, Genève 1977.

شكل رقم 04: معدل وفيات الأمهات في العالم سنة 2015 لكل 100000 مولود حي.



Source : INED, Les Mémos de la Démo, Fiche pédagogique « La mortalité maternelle dans le monde », 2014.

في عام 2015، ووفقاً لمنظمة الصحة العالمية تموت حوالي 830 امرأة كل يوم و في جميع أنحاء العالم بسبب مضاعفات تتعلق بالحمل و الولادة، أي ما يقارب 300000 امرأة تموت في فترة الحمل و الولادة و الأيام التي تلي الولادة. معدل وفيات الأمهات في 2015، 239 وفاة لكل 100000 ولادة حية مقابل 12 وفاة لكل 100000 في البلدان المتقدمة، و معظم أسباب وفيات الأمهات ناتجة عن نزيف حاد (27%) أو عدوى (11%) أثناء الولادة، و ارتفاع الضغط الدموي أثناء الحمل (14%) أو مضاعفات الإجهاض الغير الآمن (8%).¹

¹ INED, Les Mémos de la Démo, Fiche pédagogique « La mortalité maternelle dans le monde », 2014, https://www.ined.fr/fichier/s_rubrique/263/fichier.fiche.peda.mortalité.maternelle.monde.fr.pdf

2. عوامل الخطر لدى الأمهات عالميا.

جدول رقم 52: احتمال خطر وفيات الأمهات في العالم سنة 2008.

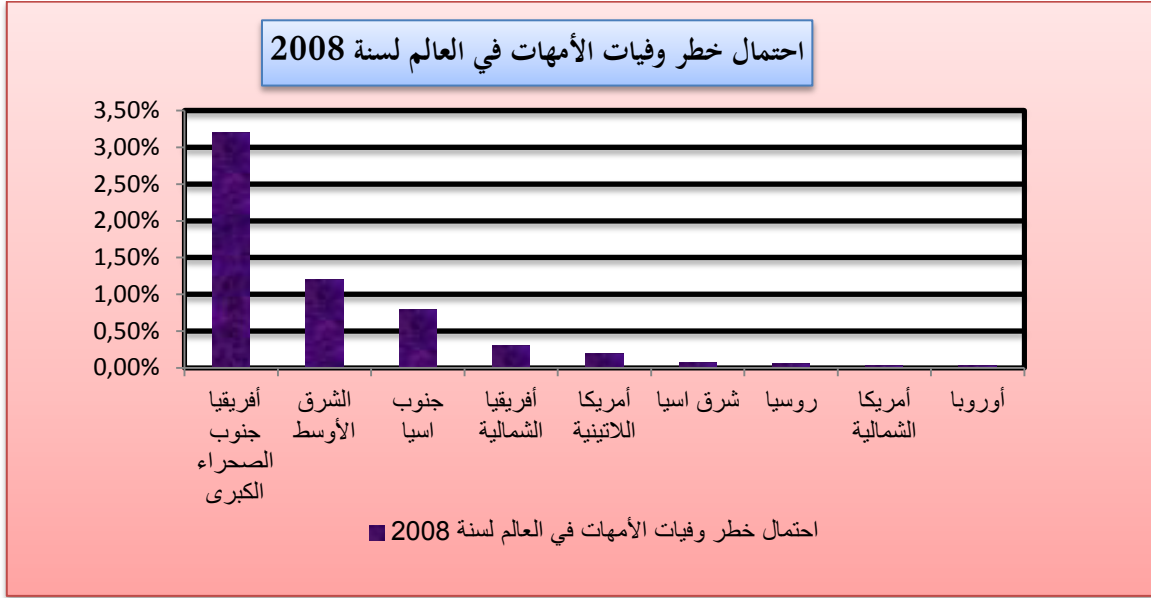
المنطقة	خطر إمكانية الوفاة %
أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى	3,2
الشرق الأوسط	1,2
جنوب آسيا	0,8
أفريقيا الشمالية	0,3
أمريكا اللاتينية	0,2
شرق آسيا	0,07
روسيا	0,06
أمريكا الشمالية	0,03
أوروبا	0,03

Source: El Bachir Zohra(2013), **Evolution de la mortalité en Algérie**, mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de magistère en démographie, faculté des sciences sociales département de démographie, université d'Oran, p15.

يفيد الجدول بأن معظم احتمالات وفيات الأمهات تقع في الدول النامية و تأتي في مقدمة هذه الدول أفريقيا في جنوب الصحراء الكبرى بمعدل 3,2 % و تليها منطقة الشرق الأوسط ب 1,2 % .

و أفضل معدل لاحتمال وفيات الأمهات سجل في كل من أمريكا الشمالية و أوروبا و روسيا و شرق آسيا بمعدل تراوح بين 0,03 و 0,07 % من احتمالات الوفيات ، أما بالنسبة لأفريقيا الشمالية و جنوب آسيا فكانت المعدلات بين 0,2 و 0,8 % فهي أحسن بكثير من المعدلات التي عرفتها كل من أفريقيا في جنوب الصحراء الكبرى و منطقة الشرق الأوسط.

مخطط رقم 10: احتمال خطر حدوث وفيات الأمهات في العالم.



المصدر: الجدول رقم 52.

كشف التقرير الاقتصادي للجنة التابعة للأمم المتحدة¹ فيما يخص وفيات الأمهات أن معدلات هذا الصنف من الوفيات بأفريقيا جنوب الصحراء ليس فقط الأعلى مقارنة بباقي مناطق العالم بل لم ينخفض إلا بوتيرة بطيئة فمن خلال نتائج المنحنى يتوضح ذلك أكثر فقد بلغ احتمال الوفاة في هذه المنطقة ب 3,2 % و هو أعلى معدل و كذلك بالنسبة لمنطقة الشرق الأوسط و التي كانت من ضمن قائمة الدول التي عرفت أكبر معدلات وفيات الأمهات على المستوى العالمي حيث بلغ 1,2 %، و سجل التقرير أن منطقة شمال أفريقيا حققت تقدما سريعا في جهودها من أجل تقليص نسبة وفيات الأمهات و يظهر ذلك جليا في المنحنى و تأتي في المرتبة الرابعة من حيث احتمال خطر الوفاة في العالم ب 0,3 % و أرجع المصدر نفسه النجاح المسجل على مستوى شمال إفريقيا إلى الارتفاع الذي عرفه عدد حالات الولادة التي تشرف عليها الأطر الصحية المؤهلة و كانت البلدان الإفريقية قد أطلقت سنة 2009 حملة الاتحاد الإفريقي من أجل تسريع وتيرة تقليص نسبة وفيات الأمهات في إفريقيا ففي العالم المتقدم و بالضبط في أمريكا الشمالية و أوروبا فاحتمال وفيات الأمهات منخفض جدا مقارنة بالدول المتخلفة و هذا راجع إلى التقدم المحرز في الجانب الصحي في هذه المنطقة حيث سجل ما نسبته 0,03 % و هي أدنى نسبة مسجلة في سنة 2008 من حيث احتمال وفيات الأمهات و تليها روسيا و شرق اسيا بنسبة تتراوح ما بين 0,06 و 0,07 %.

¹ تقرير اللجنة الاقتصادية للأمم المتحدة (2012)، حول وفيات الأمهات و الأطفال في أفريقيا، أديس أبابا-أثيوبيا، 6 أكتوبر.

² www.panapress.com.

3. وفيات الأمهات في العالم العربي المرتبطة بمضاعفات الحمل و الولادة:

يقدر متوسط وفيات الأمهات في الدول العربية بسبب المضاعفات المتعلقة بالحمل و الولادة، بنحو 509 حالة وفاة لكل 100000 مولود حي في عام 1995 أي يقدر عدد وفيات الأمهات في الدول العربية بسبب هذه المضاعفات بأكثر من 44 ألف حالة وفاة في عام 2001.

و يعتبر المتوسط العام العربي الأعلى بين الأقاليم الرئيسية في العالم عدا الدول الأقل نموا و التي يبلغ معدلها 1000 حالة وفاة، و يبلغ معدل الدول النامية نحو 463 وفاة، و الدول المتقدمة نحو 25 وفاة و المتوسط العالمي نحو 411 وفاة لكل 100000 مولود حي و ثمة تباين كبير بين الدول العربية في هذا المؤشر إذ يتراوح ما بين 2 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية في الكويت إلى أكثر من 1500 وفاة لكل 100000 ألف ولادة حية في السودان والصومال، و يقدر نصيب السودان و الصومال من إجمالي عدد هذه الوفيات في الدول العربية بحوالي 55% و يساوي معدلي السودان و الصومال نحو أربعة أضعاف المتوسط العالمي و في المقابل تقارب معدلات الكويت و الإمارات و عمان و السعودية بعض الدول المتقدمة.¹

¹ التقرير الاقتصادي العربي الموحد، التطورات الاقتصادية و الاجتماعية، الفصل الثاني، (د، ت)، ص 17-18.

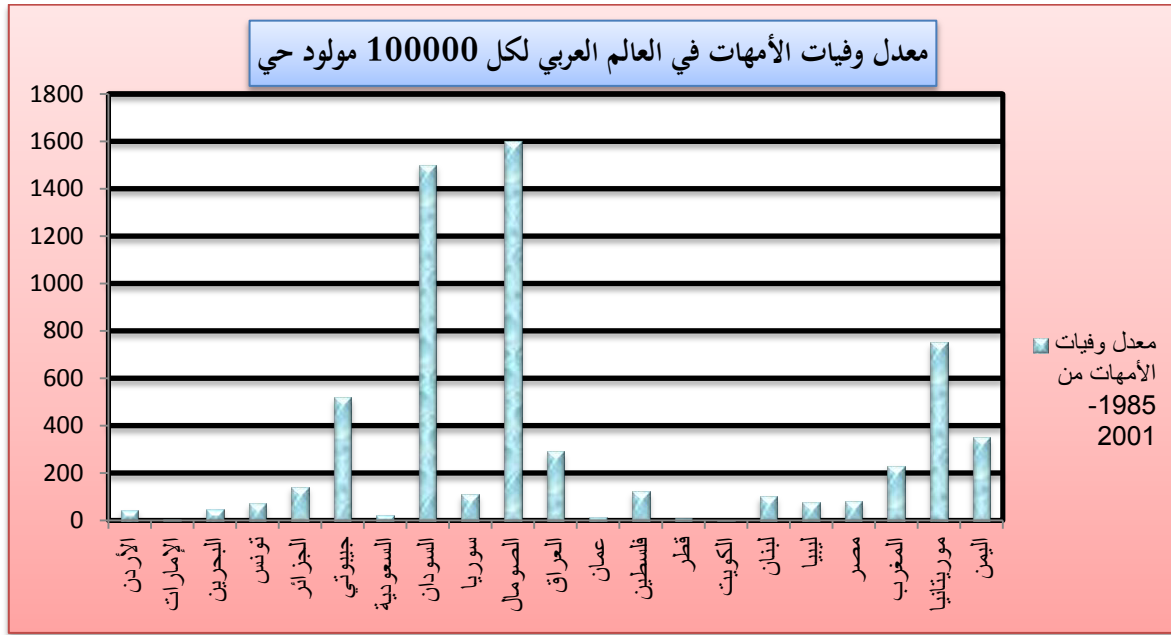
1.3 مؤشرات الإحصاءات الحيوية للسكان في العالم العربي.

جدول رقم 53: مؤشرات الإحصاءات الحيوية للسكان (المواليد، العمر المتوقع، الخصوبة، وفيات الأمهات).

وفيات معدل الأمهات لكل مولود 100000 حي	معدل الخصوبة الإجمالي.			العمر المتوقع عند الولادة بالسنوات.			معدل المواليد الخام لكل 1000 من السكان			
	2002	1980	1970	2002	1980	1970	2001	1980	1970	
41	3,5	6,8	-	72	-	54	33	-	51	الأردن
3	3	5,4	6,5	75	68	61	16	30	35	الإمارات
46	2,3	-	6,5	73	-	62	16	-	39	البحرين
70	2,1	5,2	6,4	73	62	54	18	35	39	تونس
140	2,8	6,7	7,4	71	59	53	24	42	49	الجزائر
520	5,2	-	6,6	44	-	40	33	-	50	جيبوتي
23	4,3	7,3	7,3	73	61	52	27.8	43	48	السعودية
1500	4,4	6,5	6,7	58	48	43	35	45	47	السودان
110	3,6	7,4	7,7	70	62	56	30	46	47	سوريا
1600	7	7	7	47	-	-	52	50	50	الصومال
290	4,1	6,4	7,1	63	62	55	35	41	48	العراق
14	4	10,1	8,4	74	58	47	28	50	50	عمان
120	4,9	-	-	73	-	-	40	-	50	فلسطين
10	2,5	-	6,8	75	-	61	18	-	34	قطر
2	2,5	5,3	7,1	77	71	66	18	37	46	الكويت
100	2,2	4	5,4	71	65	64	19	30	35	لبنان
75	3,3	7,3	7,5	72	60	52	27	46	49	ليبيا
80	3,1	5,1	5,9	69	56	51	24	39	40	مصر
230	2,8	5,4	7	68	58	52	25	38	47	المغرب
750	4,6	6,3	6,5	51	47	43	44	43	45	موريتانيا
350	6	7,9	7,7	57	49	41	50	53	53	اليمن

المصدر: التقرير الاقتصادي العربي الموحد، التطورات الاقتصادية والاجتماعية، الفصل الثاني، ص38.

مخطط رقم 11: معدل وفيات الأمهات في العالم العربي لكل 100000 مولود حي لسنة 1985-2001.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 53.

تتوزع وفيات الأمهات في العالم العربي على ثلاث مستويات مرتفعة متوسطة و منخفضة فالجزائر من بين الدول العربية التي تتميز بمعدل وفيات متوسط نوعا ما مقارنة بمعدلات الصومال و السودان ، و لكن مرتفع إذ ما قرناه بمعدلات دول أخرى كالكويت و قطر و البحرين فالجزائر لم تتمكن من الوصول إلى الهدف المنشود في خفض وفيات الأمهات و لهذا لا بد على الدولة الجزائرية أن تتخذ سياسة رشيدة لرفع من مستوى القطاع الصحي و المنظومة الصحية بشكل عام من أجل أن نرقى للمستويات الدولية و تحسين الظروف المحيطة بالأمهات في هذه المرحلة من تدريب كوادر و إنشاء قطاعات صحية على جميع المناطق و إعادة النظر في الخارطة الصحية و العمل على جميع المستويات الاجتماعية و السياسية و الاقتصادية و الصحية من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

و ترتبط وفيات الأمهات ارتباطا وثيقا بمدى توفر الرعاية الطبية الجيدة قبل الولادة و أثناءها و بعدها، و هذا ما تؤكدته البيانات المبينة الجدول الأتي حيث تنخفض نسبة الولادات تحت إشراف أخصائيين مهرة في الدول التي ترتفع فيها نسبة وفيات الأمهات، باستثناء حالة السودان حيث ترتفع معدلات وفيات الأمهات على الرغم من ارتفاع نسبة الولادات تحت إشراف أخصائيين و تشير البيانات إلى أن ثلث الحوامل في الدول العربية يخضعن لعمليات ولادة دون إشراف أخصائيين، و ترتفع النسبة عن المتوسط العربي في المغرب، و في المقابل أشرف أخصائيون خلال الفترة 1995-2001 على ما يزيد عن 97 % من حالات الولادة في كل من الإمارات و البحرين و الكويت و قطر و فلسطين، و كذلك الوضع بالنسبة للرعاية الصحية للحوامل و تشير البيانات المتاحة إلى وجود فجوة لصالح الحضرة مقارنة بالريف في نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين و التي تعود إلى الصعوبة التي يواجهها سكان الأرياف خاصة في الدول منخفضة الدخل في الوصول إلى المرافق الصحية المختصة، و تجدر

الإشارة إلى أن المجتمع الدولي يأمل في خفض نسبة وفيات الأمهات بحلول عام 2015 إلى ربع الحجم الذي كانت عليه في 1990 و يلاحظ أنه حتى لو تمكنت الدول العربية من تحقيق هذا الهدف في عام 2015، فإن معدلات السودان و الصومال سوف تبقى عالية للغاية و مشابهة للمتوسط العالمي في عام 1995.

2.3 الولادة على أيدي أخصائيين في العالم العربي.

جدول رقم 54: الولادات التي تمت تحت إشراف أخصائيين.

الولادات التي تمت تحت إشراف أخصائيين (% من إجمالي عدد الولادات)				الدول
2000-1996	1995-1991	1990-1986	1985-1980	
97	-	87	75	الأردن
99	99	99	96	الإمارات
98	98	97	98	البحرين
90	76	80	56	تونس
92	77	-	15	الجزائر
-	-	79	73	جيبوتي
91	90	88	79	السعودية
-	86	69	20	السودان
-	77	64	55	سوريا
34	-	-	2	الصومال
-	87	50	60	العراق
91	91	87	60	عمان
-	-	-	-	فلسطين
98	100	97	90	قطر
98	98	99	99	الكويت
95	95	95	45	لبنان
94	94	-	76	ليبيا
61	45	35	32	مصر
-	40	26	24	المغرب
57	40	40	23	موريتانيا
22	16	-	-	اليمن

المصدر: التقرير الاقتصادي العربي الموحد، التطورات الاقتصادية و الاجتماعية، الفصل الثاني، ص39.

قد صاحب أيضا نسبة من الولادات التي تمت على أيدي ملازمين صحيين مهرة حدوث نسبة من وفيات الأمهات إلى النصف في بعض البلدان المتقدمة في آخر القرن التاسع عشر نتيجة لوجود رعاية تخصصية في توليد النساء متوفرة عند الولادة، يعتبر وجود المولد الماهر مؤشرا أساسيا لمتابعة مدى تقدم أي بلد في تحقيق الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية للألفية.

الولادات بحضور ملازمون صحيون مهرة هي 80 % في عام 2005، 85 % في عام 2010 و 90 % في سنة 2015¹.

و ارتفعت النسبة على الإشراف على الولادات تحت أيدي أخصائيين تدريجيا في الجزائر فلقد انتقلت من 15 % ما بين سنتي 1980-1985 إلى 77 % ما بين 1991-1995 لتصل إلى 98 % ما بين 1996-2000 و هي نسبة تدل على تحسن نوعية الخدمات الصحية المقدمة للأمهات في الجزائر.

II. وفيات الأمهات في الجزائر:

1. تطور متوسط سن المرأة أثناء الولادة:

عمر المرأة أثناء الحمل و الولادة له دور كبير في التأثير على صحة الأم و مدى تحملها لفترة الحمل و حسب منظمة العالمية للصحة العمر المثالي للمرأة الحامل هو 20 سنة، فإذا بلغت المرأة أكثر من 30 سنة فهنا يزيد احتمال تعرضها للإصابة بمضاعفات صحية كثيرة كمرض السكري و ارتفاع ضغط الدم، و انخفاض المشيمة و الولادة المبكرة في بعض الحالات و غيرها من الأمراض المزمنة التي قد تؤثر على الحمل و الولادة.

جدول رقم 55: تطور السن المتوسط للمرأة أثناء الولادة في الجزائر

السنة	متوسط سن الولادة
1990	29,5
2002	32
2005	31,9
2008	31.9

المصدر: عبد الكريم فوضيل، ريم بن زايد (2016)، « واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر ». مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية، العدد 23، جامعة وهران، مارس، ص5.

¹ مارچ بيزير، قضايا الصحة الإنجابية، وفيات الأمهات هل يتحقق هدف الحمل الآمن؟، ترجمة أحمد محمود و باحثين آخرين، مختارات مترجمة من مجلة " Reproductive Health Matters"، تصدر الطبعة الجديدة عن مؤسسة المرأة الجديدة، ص 20.

2. تطور نسبة الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين في مجال التوليد

إن الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين لها دور كبير في الحد من وفيات الأمهات و تفادي أخطار الولادة و العناية بحالتهم الصحية أثناء الولادة و بعدها.

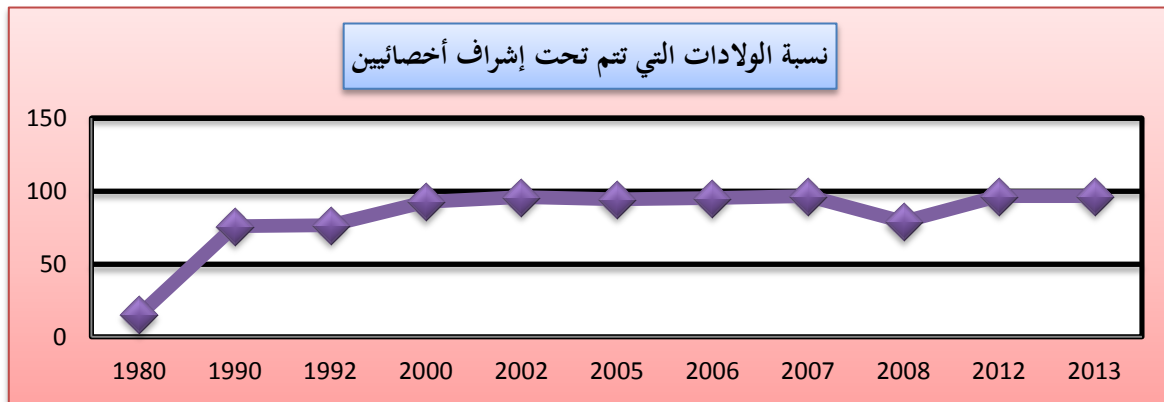
جدول رقم 56:الولادات التي تتم تحت إشراف مختصين في المجال.

السنة	النسب المئوية
1980	15
1990	76
*1992	76,5
2000	92,6
*2002	95,9
2005	94,3
2006	95,3
2007	96,5
2008	97
*2012	96,6
*2013	96,6

المصدر: عبد الكريم فوضيل، ريم بن زايد، « واقع الصحة الإنجابية في الجزائر » ، مرجع سابق،ص6.

*banque mondiale.

مخطط رقم 12: الولادات التي تتم تحت إشراف مختصين في المجال.



المصدر:الجدول رقم.56

من خلال التمثيل البياني للمعطيات الإحصائية نلاحظ أن النسبة شهدت تحسن ملحوظ، بفضل البرامج الصحية المنتهجة من طرف الدولة في مجال العناية بصحة الأم و الطفل و هذا من خلال التكوين المتواصل للإطارات الطبية و الشبه الطبية المختصة في طب التوليد سواء داخل الوطن أو خارجه من خلال ملتقيات و أيام دراسية مختصة و دورات تدريبية، سعيا إلى تحسين الخدمات

و هذا كان له الفضل في رفع معدلات الولادات التي تتم تحت إشراف أخصائيين من 15 % سنة 1980 إلى 76 % سنة 1990 إلى 97 % سنة 2008.¹

3. معدل وفيات الأمهات في الجزائر منذ 1962 إلى غاية 2014.

جدول رقم 57: تطور معدل وفيات الأمهات في الجزائر من 1962-2014.

السنة	معدل وفيات الأمهات	السنة	معدل وفيات الأمهات
1962	500	2006	92,6
1981	215	2007	88,9
1989	230	2008	86,2
1992	210	2009	84
1999	117,4	2011	75,9
2001	113,8	2012	70,3
2004	99,5	2013	69,9
2005	96,5	2014	60,3

Source : 1999: Enquête mortalité maternelle, INSP ; 2001 à 2014 : Estimations de la mortalité maternelle du MSPRH.

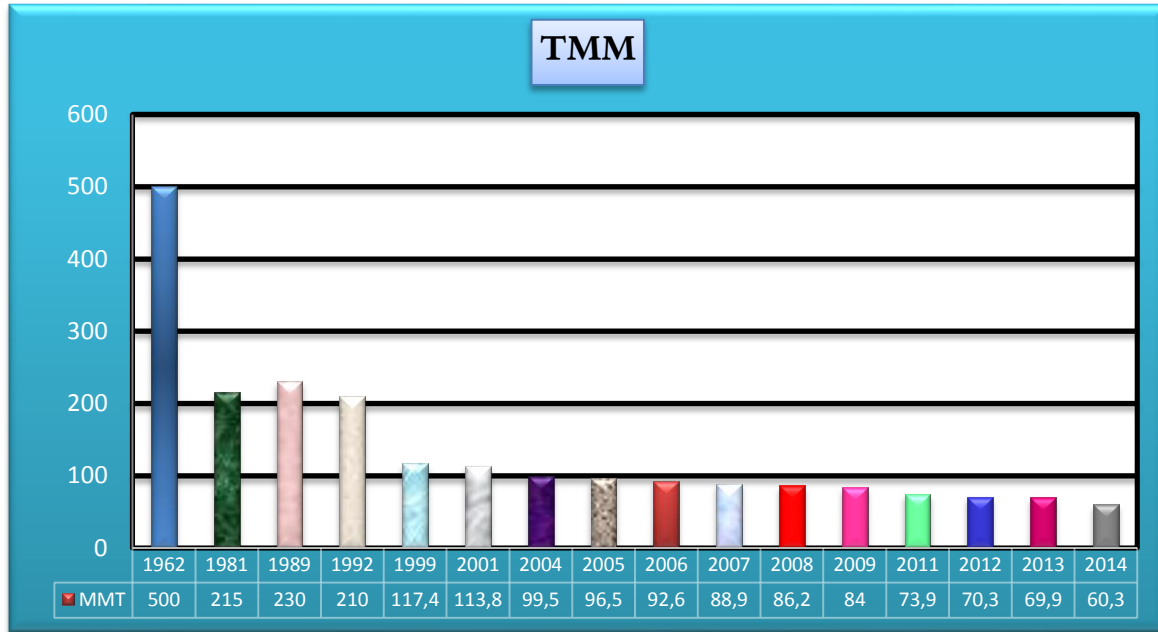
- Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, 1992.
- Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
- ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière.
- MSP/RA, 2004 ; CNES, 2006, Mission-algérie.CH, 2011.

وفيات الأمهات هي مشكلة صحية على المستوى العالمي، وكذلك هي مشكلة بالنسبة للجزائر فبملاحظة معدلات وفيات الأمهات عبر السنوات هناك تذبذب في هذا المعدل ولقد أشارت وزارة الصحة على أن معدل وفيات الأمهات كان 500 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1962 و وفقا لنفس المصدر فإن نسبة الوفيات تزيد عن 215 حالة وفاة لكل 100000 ولادة في عام 1981 انخفاضا بنحو 60% في فترة 19 سنة لكن سرعان ما يرتفع هذا المعدل ليصل إلى 230

¹ عبد الكريم فوضيل، رم بن زايد(2016)، "واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر". مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية، العدد 23، جامعة وهران، مارس، ص 6

حالة وفاة سنة 1989 أي في فترة 8 سنوات بنسبة 15% و هذا حسب التحقيق الوطني حول وفيات و أمراض الأمهات 1989.

مخطط رقم 13: تطور معدل وفيات الأمهات من 1962 إلى 2014.



المصدر: الجدول رقم 57.

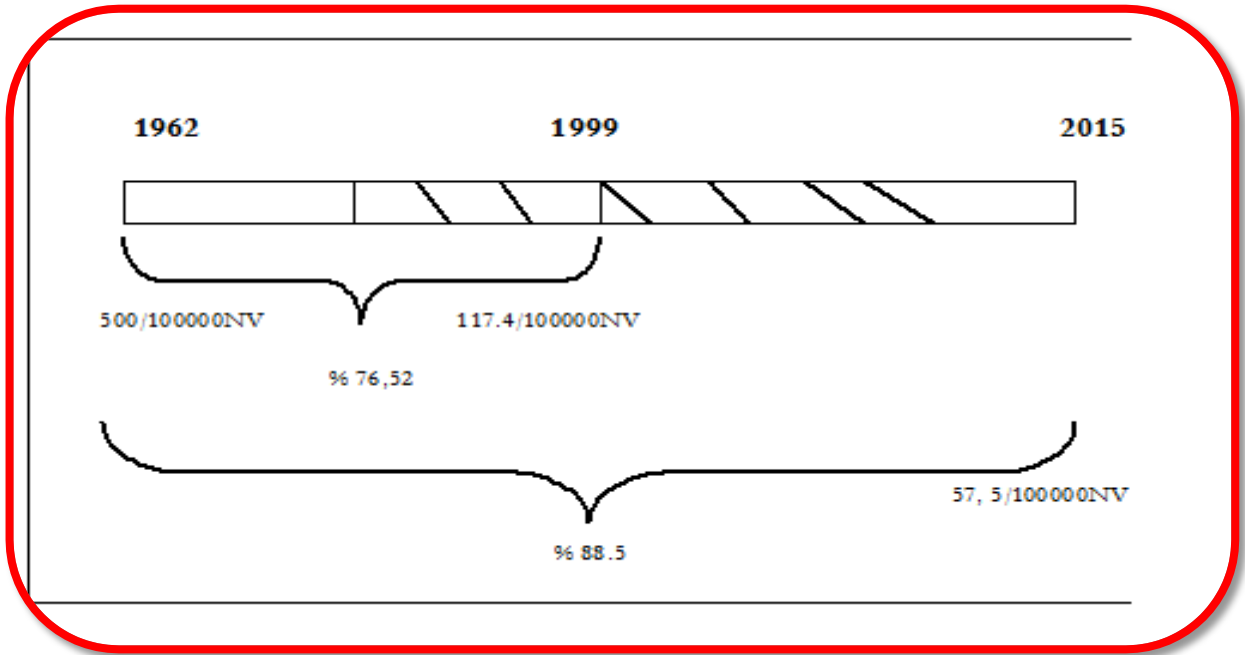
تحسن صحة الأمهات هي واحدة من الأهداف الرئيسية للسياسة الوطنية للعمل و الوقاية و الصحة و يشكل واحدا من المحاور ذات الأولوية للتدخل و على الرغم من التقدم المحرز تظل الجزائر تعاني من وفيات الأمهات ففي سنة 1992 و كجزء من المسح الجزائري للأمم و الطفل قدر معدل الوفيات بـ 215 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية ، و حسب التحقيق الوطني حول وفيات الأمهات لسنة 1999 وصل المعدل إلى 117 حالة وفاة أي انخفاض بنسبة 50% في فترة 7 سنوات 1992-1999 و هذا الانخفاض يرتبط بالتحسن العام في إدارة الحمل و الولادة و كذا انخفاض معدلات الخصوبة (معدل الخصوبة الكلي) الذي بدوره عرف انخفاض من 8 أطفال لكل امرأة إلى 2 طفل ما بين 1970-2009 و تشكل وفيات الأمهات لوحدها 10% من مجموع وفيات النساء اللائي تتراوح أعمارهن بين 15-49 سنة في 2009 ثم إنها تشكل حوالي 25% في وقت إجراء المسح الأول 1989، و كأدنى مستوى سجل لوفيات الأمهات كان سنة 2008 بمعدل 86.2 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية و يمكن أن يكون سبب هذا الانخفاض راجع لأسباب اجتماعية و اقتصادية أو حتى ثقافية فخرج المرأة للعمل و تحسن مستواها التعليمي كانت له المساهمة الكبرى في ذلك، فمعرفة المرأة لوسائل منع الحمل جعلها تدرك مدى أهمية المباشرة بين الولادات من أجل تجنب عواقب الحمل المتكررة.

4. تقييم مستوى و اتجاه وفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1962-2015:

وفقا لبيانات وفيات الأمهات من سنة 1962-2014 هناك انخفاضا ملحوظا في معدل وفيات الأمهات نلاحظ أن هناك انخفاضا من 439.7 نقطة (88,5%) خلال هذه الفترة و لتحقيق الهدف المرجو من الأهداف الإنمائية للألفية الخامسة لفترة 1990-2015 و تحقيق الهدف الخامس المتمثل في خفض وفيات الأمهات و هو 57.5 لكل 100000 ولادة حية سنة 2015 يتطلب الحد من 157.5 لكل 100000 ولادة حية خلال الفترة الممتدة من 1990-2015 و الملاحظ لتطور معدلات وفيات الأمهات أن هذا المعدلات في انخفاض مستمر من سنة إلى أخرى و لكن يبقى هذا المعدل بعيد عن المستويات العالمية و كذا بعيد عن الهدف الخامس للألفية.

ملاحظة: تم إيجاد 382.6 من خلال طرح معدل وفيات الأمهات لسنة 1962 من معدل وفيات لسنة 2014 فتحصلنا على $382.6 = 57.5 - 500$ ، أما بالنسبة ل(76.52%) قمنا بتقسيم $500/382.6$ مضروبة في 100.

شكل رقم 05: تقييم مستوى و اتجاه وفيات الأمهات في الجزائر ما بين 1962 إلى غاية 2015.



المصدر: حسابات شخصية استنادا للإحصاءات المنشورة و هذه الطريقة مستوحاة من مذكرة:

Nadjat Kadi(2013), Santé Reproductive et Pauvreté en Algérie, thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en Démographie, faculté des sciences sociales département de démographie Université d'Oran, septembre.

5. الخصوبة في الجزائر

1.5 معدلات الخصوبة العامة TGFG

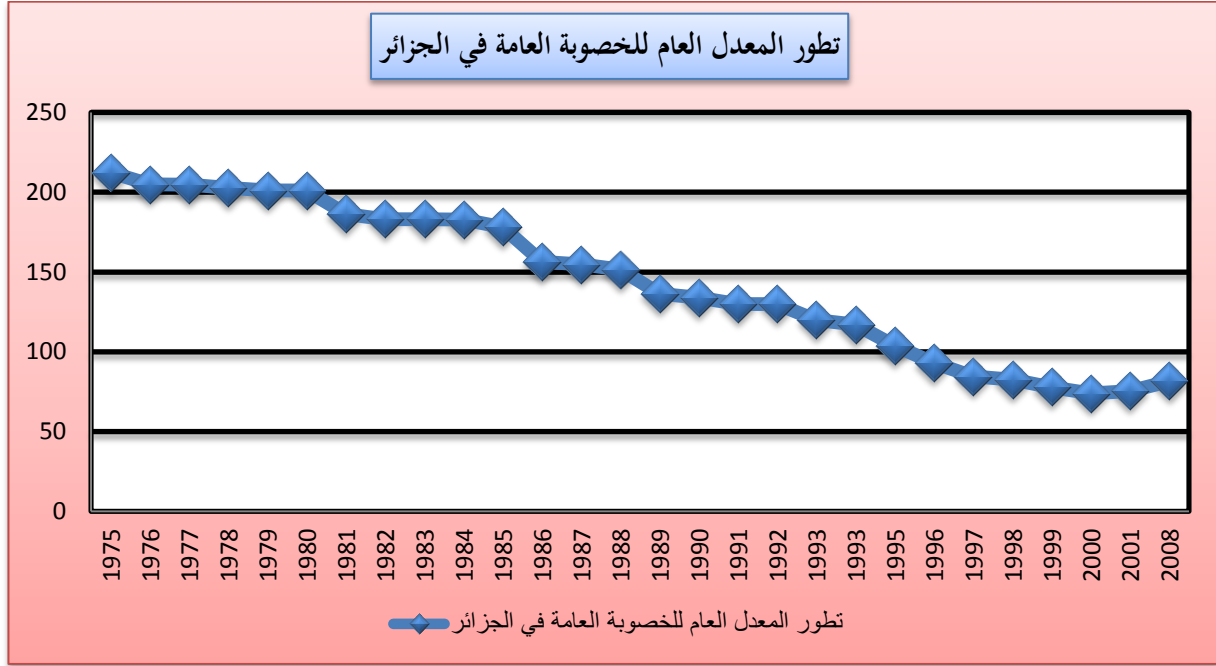
جدول رقم 58: تطور المعدل العام للخصوبة العامة في الجزائر من 1975-2008.

السنة	TGFG‰	السنة	TGFG‰
1975	212,5	1989	136,4
1976	205	1990	134
1977	204,8	1991	130
1978	202,8	1992	130
1979	201,2	1993	120
1980	201,2	1994	117,15
1981	186,3	1995	103,89
1982	183,1	1996	92,98
1983	183,2	1997	84,53
1984	182,9	1998	82,5
1985	178,1	1999	77,8
1986	156,5	2000	73,9
1987	154,8	2001	75,3
1988	151,7	2008	81,5

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات 1966-1977-1987-1998-2008.

لقد عرفت معدلات الخصوبة العامة في الجزائر انخفاضا ملحوظا من سنة لأخرى، و يمكن تفسير ذلك إلى التراجع في سن الزواج لكل من الذكور و الإناث بعد الاستقلال و كذا تغير الوضعية الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية في وسط المجتمع الجزائري، و تغير الذهنيات و خروج المرأة للعمل كل هذا أدى إلى رفع سن الزواج لدى الجنسين و خفض معدلات الخصوبة العامة في الجزائر ، و لقد بلغت ذروتها في السنوات السبعينات لتصل إلى حوالي 212 سنة 1975 و انخفضت كأدنى حد في سنة 2000 حيث بلغ هذا المعدل 74 %.

مخطط رقم 14: تطور المعدل العام للخصوبة العامة في الجزائر.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات جدول رقم 58.

2.5 معدل الخصوبة العمري و النوعي

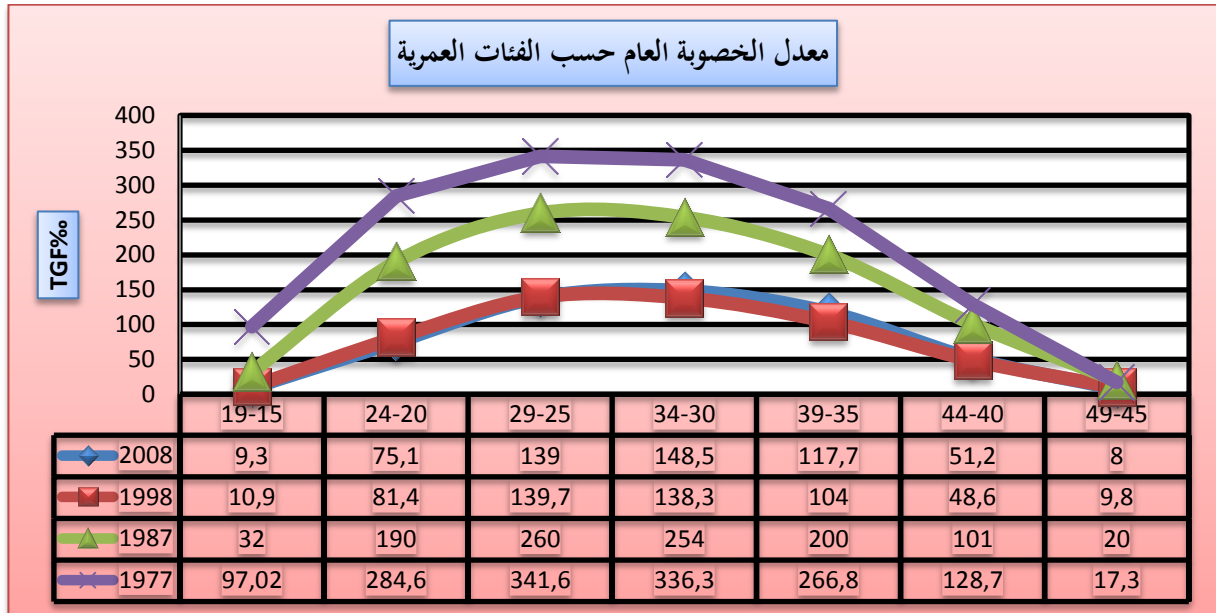
جدول رقم 59: تطور معدل الخصوبة العام حسب فئات العمر في الجزائر من تعداد 1977 إلى تعداد 2008.

السنوات					الفئات العمرية
2008	1998	1987	1977	*1970	
9,3	10,9	32	97,02	114,1	19-15
75,1	81,4	190	284,6	338,5	24-20
139	139,7	260	341,6	388,1	29-25
148,5	138,3	254	336,3	354,8	34-30
117,7	104	200	266,8	281,5	39-35
51,2	48,6	101	128,7	152,5	44-40
8	9,8	20	17,3	42,2	49-45

المصدر: الديوان الوطني للإحصاءات 1977-1987-1998-2008.

*Annuaire statistique de l'Algérie.

مخطط رقم 15: معدل الخصوبة العام حسب الفئات العمرية



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات جدول رقم 59 .

يعتبر معدل الخصوبة العام حسب الفئات العمرية مؤشر من مؤشرات قياس وفيات الأمهات، و كما يلاحظ في الجدول أن الفئة العمرية 19-15 سنة في تعداد 1977 مثلت 97,02% ليقفز هذا المعدل إلى قرابة أربعة أضعاف ما كان عليه و بلغ ذروته عند الفئة العمرية 29-25 ليصل إلى 341,6% ، و ينخفض هذا المعدل تدريجيا من سنة إلى أخرى و من تعداد لآخر فقد عرف انخفاضا ملحوظا خاصة عند الفئة العمرية 49-45 سنة في تعداد 2008 ب 8% ، و لقد صاحب هذا الانخفاض في معدلات الخصوبة سواء العامة أو حسب الفئات العمرية انخفاضا نوعا ما في وفيات الأمهات فالخصوبة العالية و الولادات المتكررة للأم تصاحبها مخاطر عديدة خاصة مع تقدم المرأة في السن أين تصبح الولادة جد متعسرة و خاصة عند الفئة العمرية 49-45 سنة لأن في هذه المرحلة تكون المرأة أكثر عرضة للأمراض و المضاعفات المصحوبة للحمل و الولادة.

3.5 مؤشر الخصوبة الكلي

جدول رقم 60: تطور معدل الخصوبة من 1977-2008 (l'indice synthétique de fécondité ISF)

السنة	ISF	السنة	ISF
1977	7,4	2005	2,33
1980	6,9	2006	2,27
1985	6,2	❖ 2008	2,74
* 1986	5,5	*2009	2,83
* 1987	5,29	*2010	2,89
* 1990	4,61	*2011	2,92
* 1995	4	*2012	2,93
1998	2,8	*2013	2,92
2002	2,49	*2014	2,89
2003	2,44	*2015	2,84
2004	2,38		

المصدر:

Abdelkrim Elaidi, jeune fille et quête identitaire : vers une Nouvelle figure sociale ?, Université d'Oran, Les cahiers du CREAD n°92/2010.

- * Hemal Ali, Haffad Tahar(1999), **La transition de la fécondité et politique de population en Algérie**, Revue Sciences Humaines, Institut des sciences Economiques Université de Batna, Algérie, n°12.

❖ الديوان الوطني للإحصائيات * البنك العالمي .

كما هو ملاحظ في الجدول أن الجزائر و بعد الاستقلال و على غرار باقي الدول، عرف معدل الخصوبة الكلي (ISF) ارتفاعا ملحوظا فقد سجل في تعداد 1977، 7,4% و لقد عرفت الجزائر أعلى معدل للخصوبة في العالم سنة 1970 ليصل إلى ما يقارب 8,3 طفل لكل امرأة و هذا الارتفاع راجع إلى كثرة الولادات الناتجة عن كثرة الزيجات إبان ثورة التحرير و كذلك راجع إلى نقص الوعي و المستوى التعليمي المتدني في حقبة الاستعمار أين كانت الأمهات يعانين من الفقر و الجوع و الجهل أي التالوث الخطير، و لكن نلاحظ بأن المؤشر التركيبي للخصوبة بدأ يأخذ منحى آخر و انخفض تدريجيا لا سيما في الثمانينات و خلال عشرية التسعينات ليصل سنة 1980 إلى 6,9 طفل لكل امرأة ثم انخفض تدريجيا ليصل 3,5 طفل لكل امرأة سنة 1995، أما في سنة 2000 بلغ هذا المؤشر 2,4 طفل لكل امرأة و هذا الانخفاض جاء بفضل مجهودات الدولة و تبنيتها لبرنامج تنظيم الأسرة و يضاف هذا العامل الآخر الزواج المتأخر لكلا الجنسين و خروج المرأة للعمل و كذا العمل على زيادة الوعي بخطورة الزيادة السكانية و رفع المستوى التعليمي للمرأة و توعيتها بضرورة المباحدة بين الولادات من أجل تجنب الولادات المتكررة و وقايتها من مخاطر الحمل و الولادة و النفاس، التي بدورها تؤدي بجياتهن و حياة أطفالهن.

4.5 تغطية استعمال موانع الحمل

جدول رقم 61: تطور استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر 1974-2008 (النسبة المئوية من الأزواج في سن الإنجاب يستخدمون طريقة من طرق منع الحمل).

الموقع	المصدر	تغطية استعمال موانع الحمل			السنوات
		المجموع	ريف	حضر	
El Madania	MSP.OMS(1980)	/	% 3	%20	1974
Nationale	ENAF(1991)	% 13	% 7	% 21	1977-1972
National	ENAF(1991)	% 25	% 17	% 40	1982-1977
Oran	Chougrani(1983)	/	/	% 50	1982
Oran	Gherib (1984)	/	/	% 57	1984
Nationale	ENAF(1991)	% 39	% 30	% 55	1986-1982
Nationale	MOD.OMS1991	% 25	/	/	1984
Nationale	ENAF(1991)	% 36	/	/	1986
Nationale	INSP1994	% 47	/	/	1990
Nationale	ONS(1992)	% 51	% 44	%58	1992
Nationale	MDG(1995)	% 57	/	/	-1995
Nationale	EDG(2000)	% 64	/	/	-2000
Nationale	EASF(2002)	% 56,2	% 54,4	% 59	** 2002
Nationale	MICS3(2006)	% 61,4	% 60	% 62,5	2006
Nationale	ONS2008	% 65			* 2008

Source:Des Forts J(1998). Indicateurs de la santé maternelle en Algérie : évolution de1962 à 1992.In population ,53° année n°, pp 868-869.

-Ahmed Makaddem et Mostafa Kharoufi (2007-2011), Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour ALGERIE.

**O.N.S,EASF 2002 , MICS3 2006.

* www.echourokonline.com.

تم إطلاق برنامج المباحدة بين الولادات في عام 1974 مع تنظيم الطب الوقائي في سياق الرعاية المجانية و أوكلت مهمة توزيع وسائل منع الحمل للقابلات و تم توزيعها، على عدة مراكز 38 مركز سنة 1975، 94 سنة 1976، 122 سنة 1977، 156 سنة 1978 و أخيرا 237 سنة 1979.¹

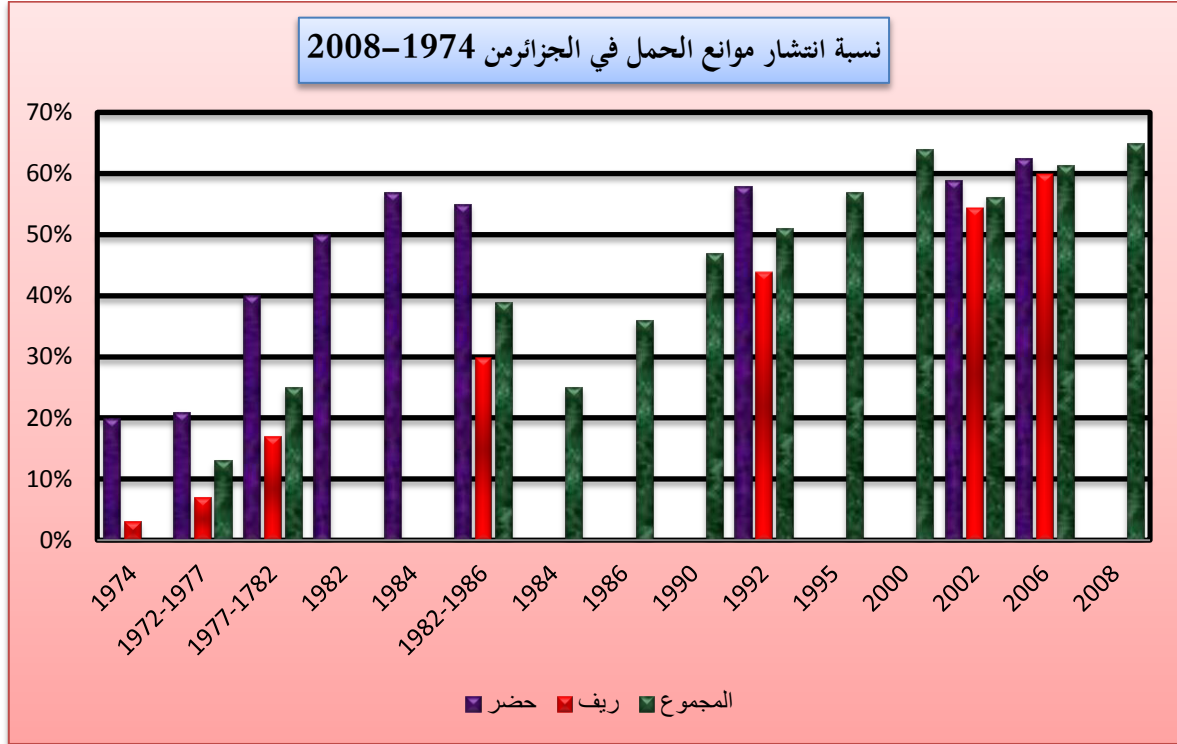
في عام 1978 و في جميع أنحاء الجزائر دعمت شبكة وسائل منع الحمل 90787 للمتزوجين في سن الإنجاب فكان معدل انتشار موانع الحمل 3,63 % في هذه السنة، و لكن باعت الصيدلية المركزية الجزائرية 252099 و التي تتطابق مع 173238 من النساء في نفس السنة و هذا يعني تغطية وسائل منع الحمل قريبة من 7 %.

في 1974-1975 يقدم مسح المدنية أول معلومات محددة عن استخدام وسائل منع الحمل حيث مست 20% من النساء المتزوجات 3% فقط منها في المناطق الريفية، و في فترة 1972-1977 كان انتشار وسائل منع الحمل ب 13% على الصعيد الوطني (21% في المناطق الحضرية و 7% في المناطق الريفية).

للفترة 1977-1982 يقدر ENAF معدل انتشار وسائل منع الحمل ب 25% على المستوى الوطني (40% في المناطق الحضرية و 17% في المناطق الريفية) ولا تزال هذه الوسائل تعرف انتشارا واسعا في الوسط النسوي فما بين 1982-1986 يشير إلى أن انتشار وسائل منع الحمل وصلت على المستوى الوطني إلى 39 % و وفقا للمسح الخاص بالقوى العاملة و الديموغرافيا التي قدمها الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) تغطية وسائل منع الحمل 25% في عام 1986 ، و لعب المستوى التعليمي دورا مهما في انتشار هذه الوسائل و كان جد ضعيف في وسط النساء الأميات ، و بلغت نسبة انتشار أعلى بين الأمهات مع 4 أطفال و الذين تتراوح أعمارهم ما بين 35-39 سنة و هو ما يشير إلى تقليل خطر حدوث مضاعفات الولادة خلال الولادات المتكررة، بين عامي 1978 و 1986 انخفض معدل الخصوبة 7,8 إلى 5,4 و بلغ متوسط سن الزواج 25 سنة في استطلاع 1990 (INSP) و كشف ذات المصدر أن 71 % من النساء اللاتي شملهن الاستطلاع خلال حياتهن استخدمن وسيلة من وسائل منع الحمل.

¹ :Des Forts J(1998). Indicateurs de la santé maternelle en Algérie : évolution de 1962 à 1992. In population ,53^e année n°, p 868-869.

مخطط رقم 16: نسبة انتشار موانع الحمل في الجزائر من 1974-2008.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 61.

وسائل منع الحمل هي وسيلة ليست بجديدة على المجتمع الجزائري فقد بدأ استعمالها مع بداية 1974 أين تم إطلاق برنامج المباحة بين الولادات و بلغت نسبة انتشارها في الوسط الحضري ما نسبته 20% و هذه النسبة في بداية برنامج تنظيم الأسرة ، نسبة جد مشجعة و تدل على الوعي الكامل و الرغبة في التنظيم العائلي ، ولكن من جهة أخرى و في الوسط الريفي بلغت 3% بفارق 17% فهذه الفوارق تبرهن رغبة الأمهات في الريف على إنجاب الأطفال أكثر من النساء في الحضر و يلعب كذلك المستوى التعليمي دوره في الاعتماد على مثل هذه الوسائل.

و انتشار استعمال وسائل منع الحمل من 1974 إلى غاية 2008 بين الريف و الحضر، توضح انتشارها على أوسع نطاق في الوسط الحضري إذ بلغت أعلى نسبة 65% لسنة 2008 ، فنتائج المسوحات 1992-2002-2006 كانت متقاربة نوعا ما و حتى الفوارق بدأت تنخفض تدريجيا بين الريف و الحضر.

6. نتائج المسح الوطني لوفيات الأمهات في الجزائر سنة 1999.

1.6 معدل وفيات الأمهات حسب القطاع الصحي

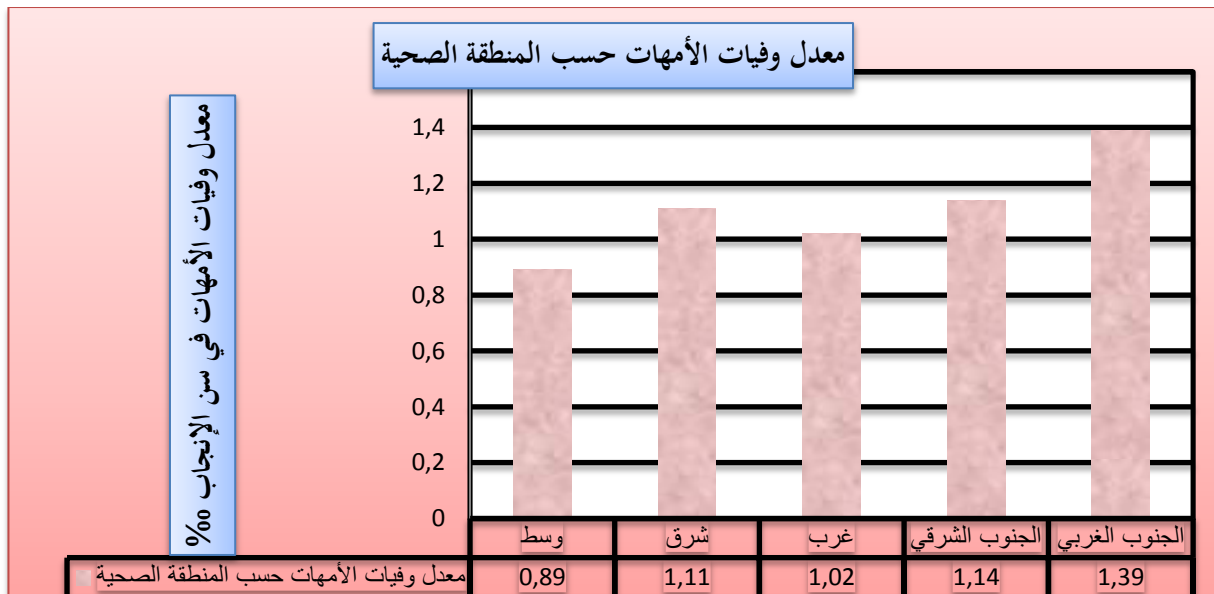
جدول رقم 62: معدل وفيات الأمهات حسب القطاع الصحي 1999.

المنطقة الصحية	معدل وفاة النساء في سن الإنجاب %	معدل وفيات الأمهات لكل 100000 مولود حي
وسط	0,89	84,7
شرق	1,11	103,4
غرب	1,02	126,9
الجنوب الشرقي	1,14	210,6
الجنوب الغربي	1,39	154,6

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), Institut national de la santé publique, enquête national sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, INSP, p 16.

معدل وفيات الأمهات حسب القطاع الصحي من الملاحظ أن معدل وفيات الأمهات يرتفع تدريجيا حسب المناطق من 0,29% في الوسط ليرتفع ويصل إلى 1,39% و هذا دليل على وجود فوارق جبهوية كبيرة في طريقة توزع الوفيات ، وهذا راجع إلى تنمية مناطق على حساب مناطق أخرى و كذا غياب المراكز و الرعاية الصحية وحتى وسائل النقل في المناطق النائية.

مخطط رقم 17: معدل وفيات الأمهات حسب المنطقة الصحية و في سن الإنجاب 1999.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 62.

منحنى يعبر عن الفارق الشاسع بين مختلف مناطق الوطن الجزائري ، فهناك مناطق تتمتع بتنمية كاملة على مستوى الجانب الصحي و مناطق تفتقر لأدنى متطلبات الرعاية الصحية .

0,29% كأدنى معدل سجل سنة 1999 و بالضبط في الوسط الجزائري ، 1,39% في الجنوب الغربي بفارق 1,1% فمعدل وفيات الأمهات يرتفع تدريجيا كلما توغلنا في الجزائر من 0,29% إلى 1,11% في الشرق حتى يصل إلى 1,39% أي كلما ابتعدنا عن الشمال كلما ارتفع المعدل وهذا إن يعبر عن شيء فهو يعبر عن سوء في تسير القطاع الصحي فالجزائر بعيدة كل البعد عن تحقيق الهدف الخامس للألفية الثامنة و هو تخفيض معدل وفيات الأمهات.

2.6 الأسباب الكامنة وراء وفيات الأمهات:

1.2.6 وقت حدوث وفيات الأمهات

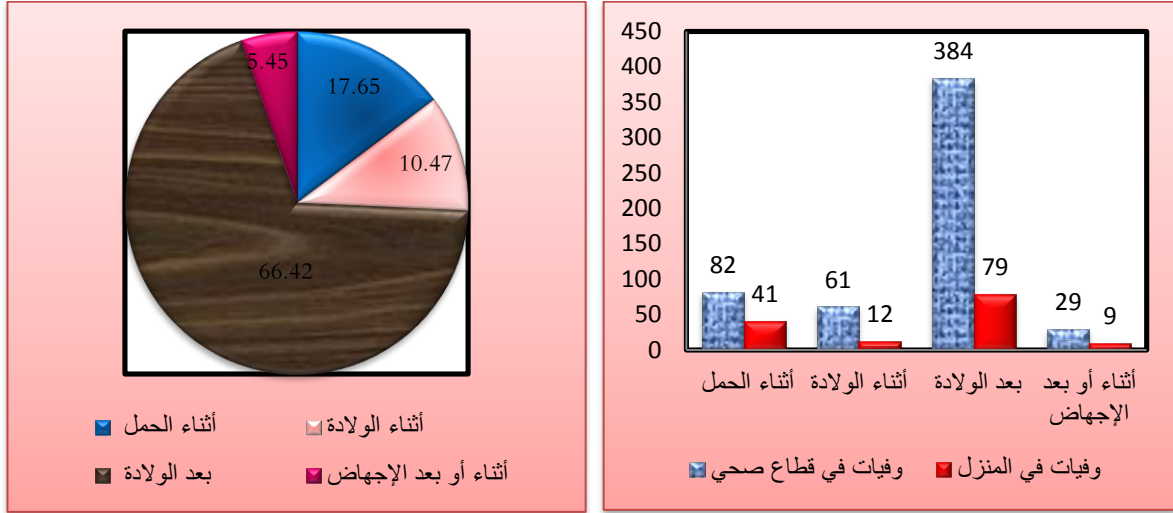
جدول رقم 63: توزيع وفيات الأمهات وفقا لوقت حدوثها 1999.

وقت حدوث الوفاة	وفيات الأمهات على مستوى مرفق صحي	وفيات الأمهات على مستوى المنزل	المجموع	%
أثناء الحمل	82	41	123	17,65
أثناء الولادة	61	12	73	10,47
بعد الولادة	384	79	463	66,42
أثناء أو بعد الإجهاض	29	9	38	5,45
المجموع	556	141	697	100

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), op.cit, pp27, 28.

توزيع وفيات الأمهات وفقا لوقت حدوثها لسنة 1999 على مستوى مرفق صحي أو على مستوى المنزل من بين 697 حالة وفاة 556 وفاة حدثت في مرفق صحي 384 حالة في فترة النفاس وهي فترة جد حساسة فالكثير لا يعطي أهمية لهذه الفترة فالمضاعفات التي تحدث بعد الولادة أخطر بكثير من أي فترة و هذا لا يعني إهمال الفترات الأخرى لأنها لا تقل أهمية 141 أي بنسبة 20% حالة حدثت في المنزل من بينها 79 حالة في فترة ما بعد الولادة، 41 أثناء الحمل غالبية النساء يتوفين أثناء الحمل أو بعد الولادة.

مخطط رقم 18: توزيع وفيات الأمهات وفقا لوقت حدوثها 1999:



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 63.

هذا المنحنى يوضح وفيات الأمهات لسنة 1999 وفقا لوقت حدوثها 38 حالة وفاة أثناء أو بعد الإجهاض ما نسبته 5,45% كأدنى نسبة وفيات سجلت خلال هذه الفترة، و غالبية النساء إما توفين بعد الولادة بـ 66,42% أو أثناء الحمل 17,65%، وهذه الدائرة النسبية توضح وفيات الأمهات وفقا لحدوثها بالنسب المئوية.

2.2.6 معدل وفيات الأمهات حسب الفئات العمرية

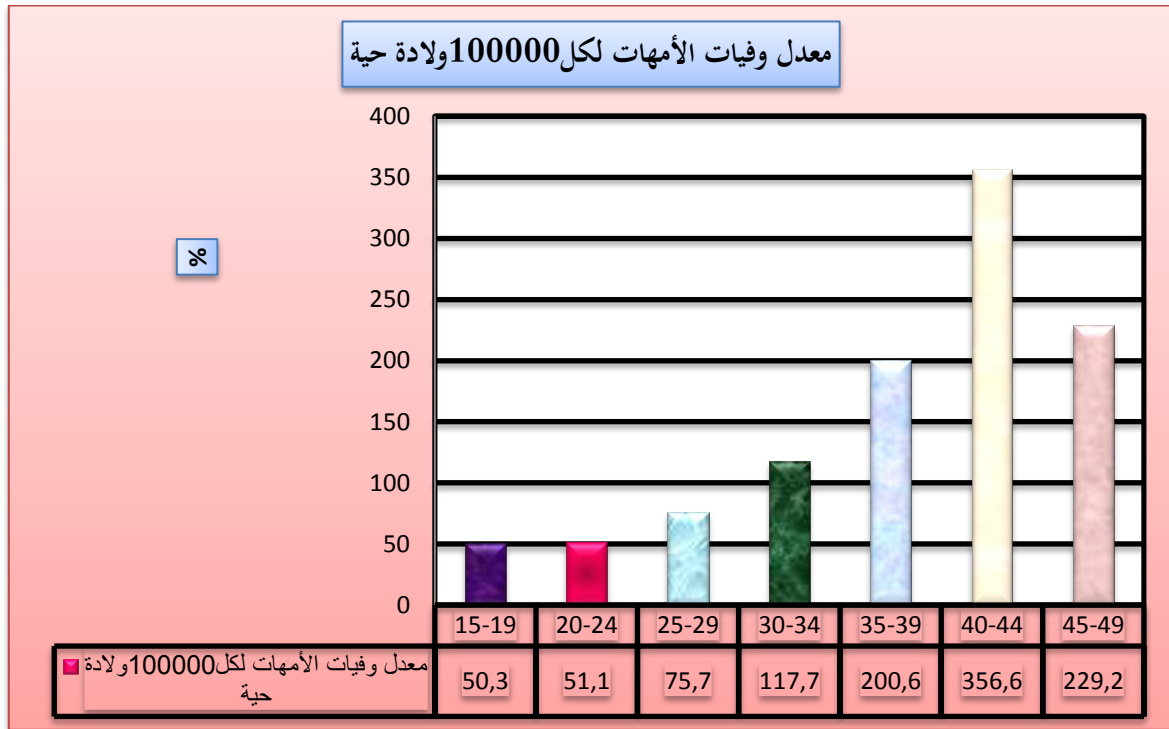
جدول رقم 64: وفيات الأمهات حسب الفئات العمرية 1999 .

الفئات العمرية	عدد وفيات الأمهات	معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية	%
19-15	14	50,3	2,02
24-20	70	51,1	10,10
29-25	126	75,7	18,20
34-30	170	117,7	24,53
39-35	181	200,3	26,12
44-40	119	356,6	17,17
49-45	13	229,2	1,87
المجموع	693	114,55	100

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), op.cit, p25.

يعتبر السن كعامل من عوامل الخطر ، فمعدل وفيات الأمهات يرتفع كلما ارتفع سن المرأة في الإنجاب فكلما ارتفع عمر المرأة كلما ارتفعت معها مخاطر الحمل و الولادة و تكون أكثر عرضة للوفاة وكان متوسط عمر المرأة التي توفيت ما يقارب 35 سنة كحد أقصى من الوفيات التي لوحظت في النساء الذين تتراوح أعمارهم ما بين 40-44 سنة مع معدل وفيات يزيد عن 350 حالة لكل 100000 ولادة حية و هذا لا يعني بأن الأمهات في الأعمار الأخرى لسن معرضات للوفاة و لكن بمعدل أقل على سبيل المثال بلغ المعدل عند الفئة العمرية 20-24 سنة 51 وفاة لكل 100000 ولادة حية فالمعدل يتضاعف بكثير كلما تقدمت المرأة في السن.

مخطط رقم 19: توزيع وفيات الأمهات حسب الفئات العمرية.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 64.

فالمنحنى يوضح مدى خطورة الوفاة على الفئات العمرية الأكثر تقدما في العمر، يرتفع هذا المعدل تدريجيا ليصل إلى أعلى مستوياته ما بين 35 إلى 45 سنة وتراوح نسب الوفيات ما بين 350 و 230 في هذه الفئات العمرية.

26,12 % من مجموع عدد الوفيات في الفئة العمرية 35-39 سنة لتليها الفئة العمرية 30-34 سنة بنسبة 24,53 % فالمرأة تكون أكثر قربا للوفاة ابتداء من 35 سنة فما فوق.

3.2.6 عدد الحمل السابقة

جدول رقم 65: وفيات الأمهات و عدد حالات الحمل السابقة.

عدد حالات الحمل السابقة	وفيات الأمهات	%
0	134	19,34
3-1	192	27,71
6-4	190	27,42
>6	155	22,37
IND	22	3,17
المجموع	693	100

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), Institut national de la santé publique, enquête nationale sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, INSP.

تتوزع وفيات الأمهات بالنسبة لعدد حالات الحمل السابقة توزعا منطقيًا بالنسبة للعدد الحمل المتكرر، 192 حالة وفاة سجلت بالنسبة للنساء اللواتي تكرر لديهن الحمل من 1 إلى 3 مرات و 382 حالة وفاة بين 1 إلى 6 مرات حمل متكرر فسن المرأة يلعب دورا رئيسيا في وفاة النساء فتكرر الحمل و التقدم في السن يشكلان خطرا على صحة المرأة في هذه الفترة و زيادة على ذلك خطر الإصابة بالأمراض و المضاعفات المتعلقة بالحمل و الولادة معا.

4.2.6 وفيات الأمهات في فترة النفاس

جدول رقم 66: توزيع وفيات الأمهات حسب المدة المنقضية بعد الولادة.

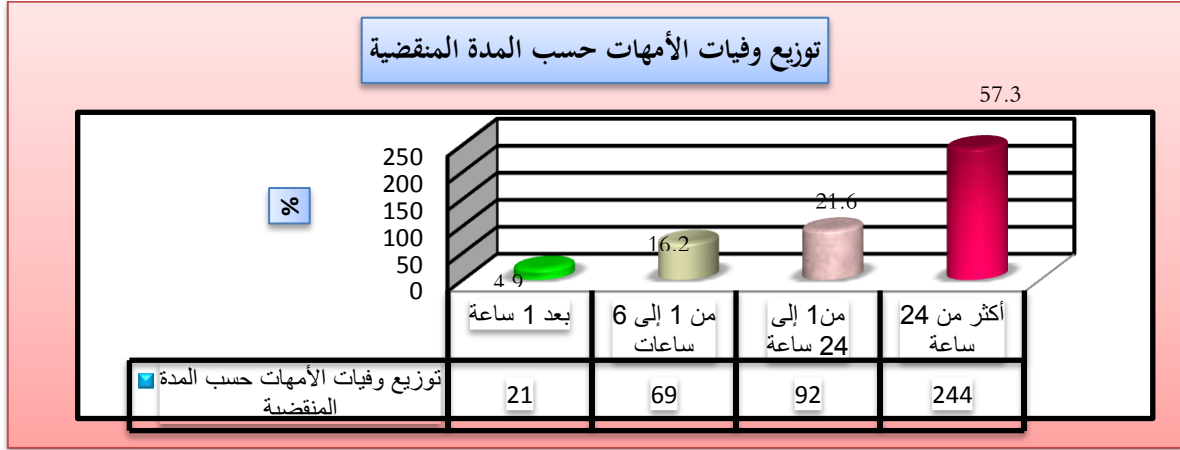
الوقت المنقضي	عدد وفيات الأمهات	%
بعد ساعة	21	4,9
من 1 إلى 6 ساعات	69	16,2
من 1 إلى 24 ساعة	92	21,6
أكثر من 24 ساعة	244	57,3
المجموع	426	100

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), op.cit, p 29.

وفيات الأمهات نزيف عالمي مسكوت عنه ،لأن وفيات الأمهات ليست مجرد موضوع طبي تقني و إنما هي قضية حقوقية و تنمية فموت الأم خلال الحمل أو الولادة أو بعد الولادة ما هو إلا انتهاك صارخ لحقها الإنساني الأساسي في الحياة طالما أن هناك تقصيرا في اتخاذ التدابير لوقف الإهمال في المحافظة على صحتها و حياتها ، فوفيات الأمهات حسب المدة المنقضية بعد الولادة ما هي إلا تقصير في الرعاية بعد الولادة فخطر إصابة الأم بمضاعفات النزيف و تمزق في الرحم يتزايد، 244 حالة

وفاة في أكثر من 24 ساعة من 426 حالة وفاة فهذا الرقم خطير و مخيف في نفس الوقت فعلى المنظومة الصحية اتخاذ التدابير لوقف إزهاق أرواح الأمهات في هذه الفترات لاسيما في هذه الفترة بالذات.

مخطط رقم 20: توزيع وفيات الأمهات حسب المدة المنقضية.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 66.

تحدث وفيات الأمهات إما خلال الحمل أو خلال الولادة أو ما بعد الولادة و من المعروف أن معظم حالات وفيات الأمهات تحدث في مرحلة النفاس إذ تحدث ما بين 4,9% - 57,3% من وفيات الأمهات و يعتبر الأسبوع الأول بعد الولادة أكثر مرحلة حرجة في حياة الأم، إذ أن 57,3% من حالات الوفيات التي تحدث في أول 24 ساعة نتيجة لمجموعة من المضاعفات التي كانت خلال الولادة أو نتيجة لتدخلات طبية استخدمت خلالها.

5.2.6 مهنة الأم المتوفية

جدول رقم 67: توزيع وفيات الأمهات حسب المهنة

مهنة الأم المتوفية	عدد الوفيات	%
إطار سامي	38	5,45
عاملة	30	4,30
متقاعدة	5	0,72
مأكنة في البيت	534	76,61
غير محدد	90	12,91
المجموع	697	100

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), op.cit, p26.

تختلف نسبة الولادات بين النساء حسب النشاط المهني الذي تقوم به المرأة، فالمرأة التي تقوم بنشاط ما لا تفكر في إنجاب عدد كبير من الأطفال و لذا احتمال الوفاة ضعيل إذا ما قرناه بالنساء الماكثات في البيت و التي تؤدي دورها الطبيعي و الأساسي و هو إنجاب الأطفال مما يزيد خطر الوفاة لديها و من خلال توزيع وفيات الأمهات حسب المهنة لسنة 1999 تراوحت ما بين 30-38 حالة وفاة ناهيك عن المرأة الغير العاملة فعدد الوفيات يقدر ب 534 حالة وفاة من 697 حالة.

6.2.6 متابعة الحمل

جدول رقم 68: توزيع وفيات الأمهات من خلال عدد الزيارات قبل الولادة.

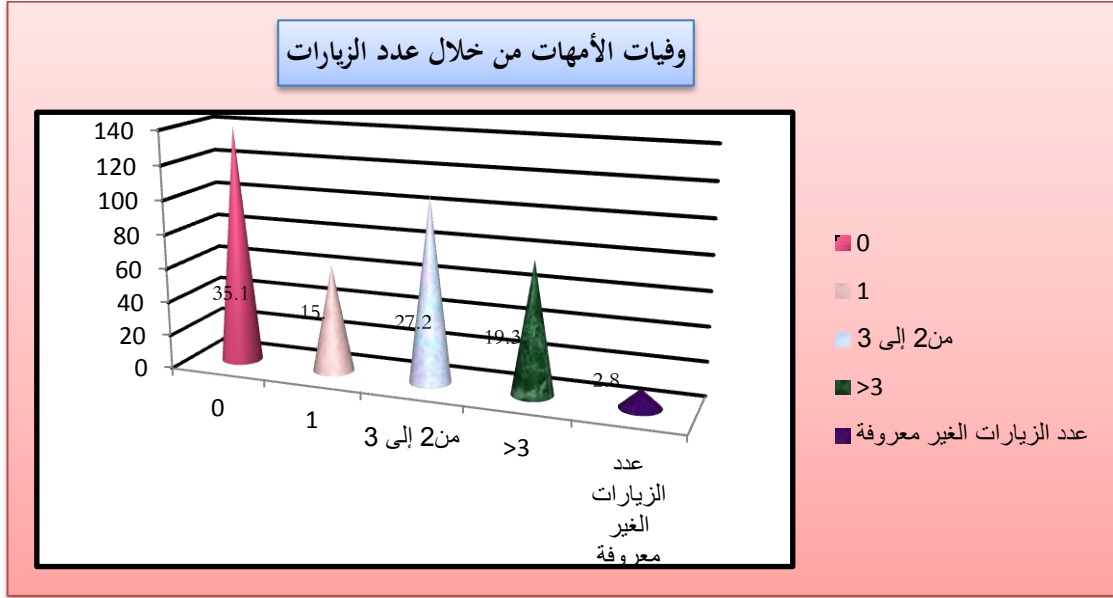
عدد الزيارات	العدد الفعلي	%
0	140	35,19
1	63	15,8
3-2	108	27,2
>3	77	19,3
عدد غير معروف من الزيارات	11	2,8
المجموع	399	100

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), op.cit, p34.

تعتبر الزيارة الأولى للحامل ذات أهمية خاصة، لعدة أسباب حيث يتم في الزيارة الأولى الحصول على بيانات أساسية عن الحمل و تساعد هذه البيانات في التعرف على الحالة الصحية للحامل و تسهل متابعتها و كذا تحديد احتياجاتها الصحية و الاجتماعية و وضع خطة لرعايتها فكلما كانت زيارة المرأة الحامل الأولى للمركز في فترة مبكرة من الحمل ساعدها ذلك على الحصول على رعاية أفضل، و طبقا لمعدلات المنظمة الدولية يجب ألا تقل عدد مرات الفحص الدوري للأم أثناء فترة الحمل عن 4 مرات و تتم عن طريق ذلك مراجعة الأعراض لتحديد أي من هذه الأعراض أو العوامل التي إن وجدت تجعل الحمل في هذه الحالة حملا خطيرا و يجب إعطاء هذه الحامل رعاية خاصة أثناء فترة الحمل و إتمام الولادة في المستشفيات و رعاية خاصة أثناء فترة النفاس.

فالمرأة التي لا تقوم بفحوصات دورية للحمل أكثر عرضة للوفاة 140 حالة وفاة من بين 399 حالة فبعض الأعراض لا تظهر في مرحلة مبكرة و لكن هناك بعض الأعراض التي تظهر مع بداية الحمل و تعتبر الرعاية الصحية أثناء الحمل من أهم الخدمات الوقائية التي تساهم في الإقلال من نسبة الوفيات و المضاعفات للأمهات و للأطفال، ليس لكل النساء نفس الإمكانيات فهناك أماكن تفتقر لأدنى متطلبات الحياة الطبيعية ولا يتسنى للمرأة الحامل الحصول حتى على فحص، تليها 108 حالة وفاة من بين 399 حالة للنساء اللاتي قمن من 2 إلى 3 زيارات.

مخطط رقم 21: توزيع وفيات الأمهات من خلال عدد الزيارات قبل الولادة.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 68.

من خلال النتائج الموضحة في المنحنى أعلاه تراوحت نسبة وفيات الأمهات من خلال عدد الزيارات قبل الولادة بين 2,8 و 35,19 % و هي نتائج تختلف من زيارة إلى أخرى، 27,2 % من بين النساء يقمن من 2 إلى 3 زيارات و تعرضن للوفاة ربما يعود السبب للوفاة إلى عدم الكشف المبكر على المرض و التحكم فيه أو سوء التشخيص من طرف الطبيب الذي يشرف عليها و كذا مضاعفات الحمل و تعرض الأمهات إلى النزيف فقد تتعرض النساء للإجهاض بسبب الحمل الغير الآمن وهذا ما يؤدي إلى نزيف حاد يجعل حياة الأم في خطر و عرضة للوفاة.

7.2.6 الرعاية الصحية و المتابعة قبل الولادة و بعدها

جدول رقم 69: تطور الحصول على الرعاية الصحية للأمهات قبل الولادة و بعدها.

السنة	الرعاية قبل الولادة %
1992	58
2002	81
2006	90,3

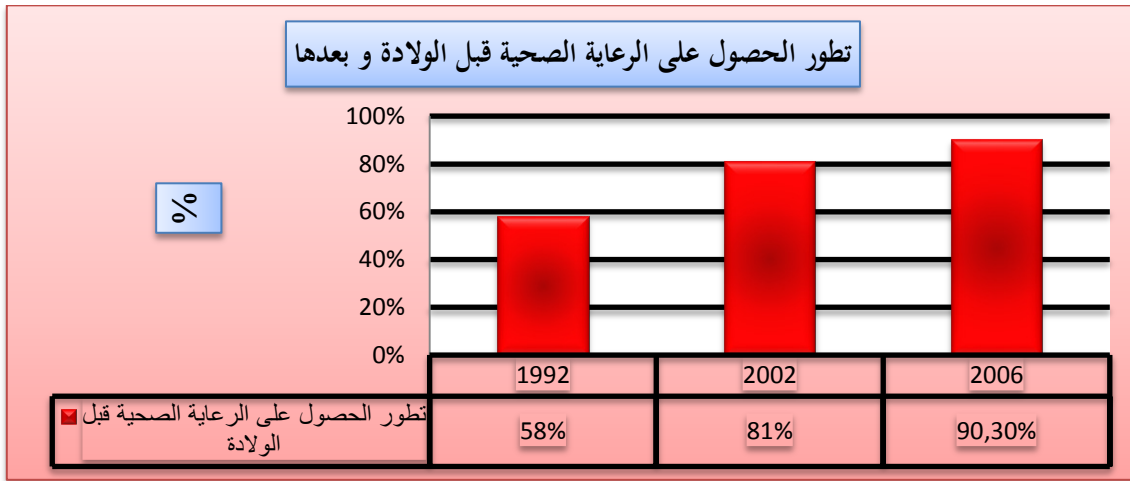
Source : EASME 1992, EASF2002, MICS32006.

الرعاية قبل الولادة هي ما يقوم به الطبيب أو الجهة التي تقدم الرعاية للتأكد من أن الأم و الطفل بصحة جيدة في كل زيارة و في حال وجود أية مشكلة فإن التصرف المبكر سيساعد كلا من الأم و الطفل ، و من هنا تكمن أهمية الرعاية المبكرة و المنظمة قبل الولادة بالطبع لا تقتصر رعاية ما قبل الولادة على مجرد تقديم الرعاية الصحية للحامل فقد يناقش الطبيب أو الجهة

التي تقدم الرعاية الصحية للحامل الكثير من القضايا معها مثل عملية الولادة و المهارات الأساسية التي ينبغي على الأم تعلمها للعناية بمولودها فمعرفة وضعية الجنين تمكن الطبيب من معرفة المسلك الذي سيخرج منه الجنين و كذا نوعية الولادة طبيعية أو قيصرية.

يقدم الطبيب أو القابلة للسيدة الحامل برنامجا لزيارات ما قبل الولادة و من المتوقع أن تكون مواعيد هذه الزيارات متقاربة أكثر كلما اقترب موعد الولادة المتوقع، فمن خلال الجدول يتوضح لنا تطور الحصول على الرعاية الصحية قبل الولادة في الجزائر و ارتفاع هذه النسبة ما بين المسوح و هذا راجع لوعي المرأة بضرورة متابعة الحمل منذ بدايته إلى نهايته فكل مرحلة و رعايتها الخاصة فلا يجب الاستهتار بمراحل الحمل و ذلك تجنبا لأي مضاعفات قد تؤدي إلى نتائج غير مرغوب فيها.

مخطط رقم 22: تطور الحصول على الرعاية الصحية للأمهات قبل الولادة و بعدها.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 69.

تغيرت ذهنية النساء و أصبحن أكثر وعيا من ذي قبل فرعاية أثناء الحمل أصبحت من الضروريات لتجنب وفيات الأمهات فنسبة الرعاية قبل الولادة حسب نتائج المسح الوطني الخاص بصحة الأم و الطفل لسنة 1992 بلغت 58% لتنتقل في المسح الوطني الخاص بالأسرة إلى 81% سنة 2002 لتصل في المسح الوطني المتعدد المؤشرات MICS3 إلى 90% لأن عناية الأم بنفسها في هذه الفترة تمكنها من التعرف على وضعيتها الصحية و على الرغم من أن زيارات ما قبل الولادة أصبحت أكثر انتشارا في الجزائر إلا أن الافتقار إلى هذه الرعاية لا يزال عاملا يتسبب في وفيات الأمهات و يرتبط احتمال حصول المرأة على رعاية ما قبل الولادة بعدد مرات الحمل ، حيث إن الأم التي خاضت تجربة الحمل لأول مرة تتابع حملها بما يقارب ضعف المتابعة التي تحرص عليها أمهات مررن بسادس تجربة حمل فما أكثر ، و المشكلات التي تواجهها النساء فيما يتصل بإمكانية الوصول إلى الرعاية ما قبل الولادة قد تلحق ضررا أكبر بالنساء الفقيرات و الريفيات و الأقل تعليما و بالرغم من أن تلك الشريحة من النساء يحظن بمعدلات خصوبة أعلى إلا أنهن يحظن بفرص وصول أقل إلى خدمات تنظيم الأسرة و المعلومات المتعلقة بهذه الخدمات.

8.2.6 مكان الوفاة

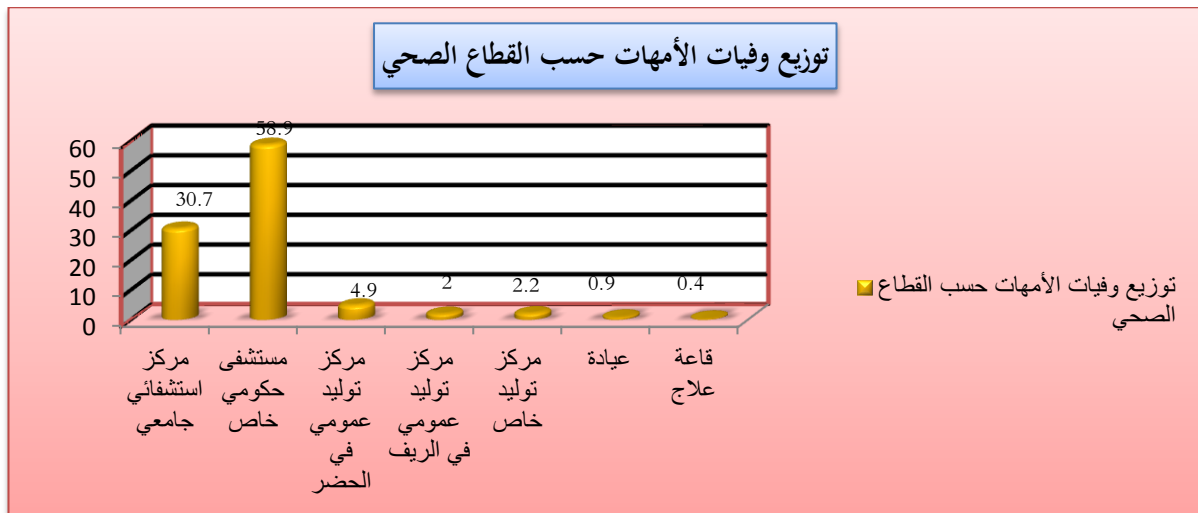
جدول رقم 70: توزيع وفيات الأمهات حسب القطاع الصحي.

قطاع صحي	التردد	%
مركز استشفائي جامعي	169	30,7
مستشفى حكومي خاص	324	58,9
مركز توليد عمومي في الحضر	27	4,9
مركز توليد عمومي في الريف	11	2
مركز توليد خاص	12	2,2
عيادة	5	0,9
قاعة علاج	7	0,4
أخرى	1	0,18
المجموع	556	100

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), op.cit, p24.

جميع حالات توفيت إما في مركز استشفائي جامعي أو قطاع استشفائي خاص، و توزعت الحالات المتبقية بين مركز توليد عمومي حضري أو ريفي 27 حالة وفاة في مركز توليد عمومي في الحضر 11 حالة وفاة في مركز توليد عمومي في الريف و 12 حالة وفاة في مركز توليد خاص أكبر عدد لحالات الوفيات سجلت في مستشفى حكومي خاص ب 324 حالة وفاة من بين 556 حالة و بناءا عليه فإن معظم الولادات حدثت إما في مركز استشفائي جامعي أو في مستشفى حكومي خاص.

مخطط رقم 23: توزيع وفيات الأمهات حسب القطاع الصحي.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 70.

بناء على ما جاء في المسح الوطني لوفيات الأمهات لسنة 1999 أكثر من نصف الوفيات تحدث في مستشفى حكومي خاص بنسبة 58,9% يليها مركز الاستشفائي الجامعي ب 30,7% و تتوزع باقي الوفيات على القطاعات الأخرى بنسبة 10,4% من مجموع الوفيات.

9.2.6 معدل الولادات التي تمت بمساعدة طبية

جدول رقم 71: تطور معدل الولادات في وسط فيه مساعدة طبية من 1962-2011.

السنة	1962 *	1992	2002	2006	2011 *
معدل المواليد	30	76	92	95,3	98,6

Source : Enquête 1992 (EASM), 2002(EASF), 2006 (MICS3).

* El Bachir Zohra(2013), **Evolution de la mortalité en Algérie**, mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de magistère en démographie, faculté des sciences sociales département de démographie, université d'Oran, p104.

يدل ارتفاع نسبة الولادة تحت إشراف عنصر صحي مؤهل على تنامي الوعي بضرورة الولادة على أيدي مؤهلة و توسع قطاع الخدمات التي تسهل ذلك ، كون الخطورة الأساسية للولادة في المنزل تكمن في حدوث حالات مفاجئة كارتفاع التوتر الشرياني و التي لا يمكن تجنبها عموما إلا في المشفى إذ أن حوالي ثلاثة أرباع وفيات الأمهات تحدث أثناء الولادة أو الفترة التالية لها مباشرة (42) يوم.

و تشير تقديرات المسوحات أن نسبة الولادات على أيدي مدربة قد بلغت 30% في عام 1962 في حين كانت 76% سنة 1992 و تشير بيانات المسح الوطني متعدد المؤشرات 2006 إلى ما نسبته 95,3.

10.2.6 وسائل منع الحمل

1.10.2.6 تطور نسبة استعمال موانع الحمل لدى النساء في سن الإنجاب [15-49]

جدول رقم 72: معدل استعمال وسائل منع الحمل [15-49] سنة حسب الطريقة و نسبة تطورها خلال فترة 1986-2006.

نوع الوسيلة	1986(1) ENAF	1992 (2) PAPCHILD	1995 * *	2002(3) PAPFAM	2006(4) MICS3
حبوب	26,4	38,7	43,4	45,5	45,9
اللؤلؤ	2,1	2,4	4,1	3,0	2,3
الواقعي	0,5	0,7	0,8	1,2	2,3
الحقن	0,6	0,1	-	1,8	1,4
وسائل أخرى	2,1	1,3	0,7	1,1	1,4
مجموع الوسائل الحديثة	31,1	43,1	49	50,8	52
العزل	3,1	1,7	-	1,7	3,3
الرضاعة	-	4,1	-	0,9	1,9
فترة الأمان	1	1,6	-	2,2	4,1
مجموع الوسائل التقليدية	4,4	7,7	7,9	5,4	9,4
المجموع	35,5	50,8	56,9	56,2	61,4

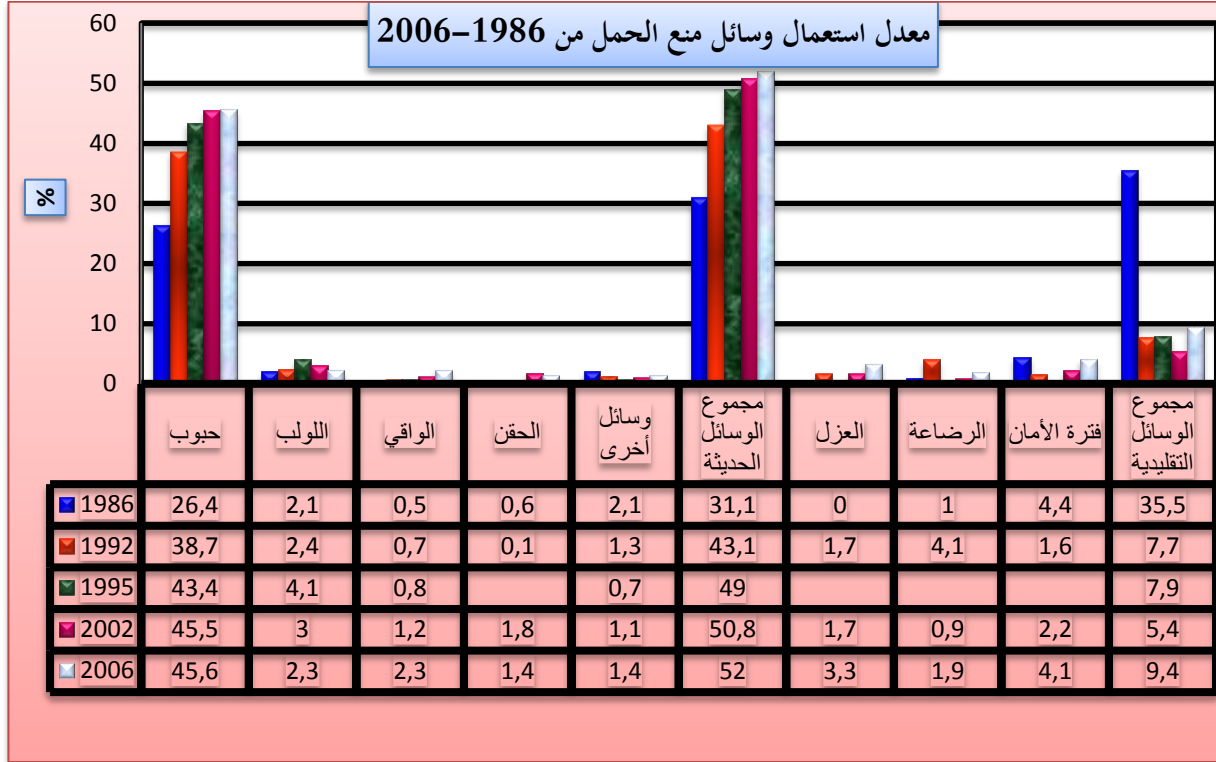
المصدر: (1) المسح الوطني للخصوبة 1986، (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992، (3) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (4) المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006.

* Ahmed Makaddem et Mostafa Kharoufi, Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour l'Algérie 2007-2011.

تعددت وسائل منع الحمل على مر العصور ابتداء من العزل و القذف الخارجي ، إلى استغلال فترتي الأمان أو العد في الدورة الشهرية للمرأة إلى الوسائل الحديثة التي تطورت بشكل كبير و أصبحت تحقق هدفها بنسبة تصل إلى 100 % و قد ضاعف ازدياد الوعي و الثقافة العامة لدى الأزواج و الرغبة في تنظيم عملية الإنجاب من إقبال الأسرة على البحث عن أفضل وسائل منع الحمل و استخدامها ، إما بعد الزواج مباشرة و إما لخلق فترة زمنية متباينة بين كل إنجاب و الذي يليه.

و من خلال الجدول يتبين لنا من خلال مختلف المسوحات أن حبوب منع الحمل هي الوسيلة المختارة من قبل معظم النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة و أكثرها نجاحا في منع الحمل تليها اللولب هذا بالنسبة للطرق الحديثة أما بالنسبة للطرق التقليدية تأتي طريقة العزل في مقدمة الطرق المعتمدة في منع الحمل و بعدها فترة الأمان.

مخطط رقم 24: معدل استعمال منع الحمل [15-49] سنة حسب الطريقة و نسبة تطورها خلال فترة 1986-2006.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 72.

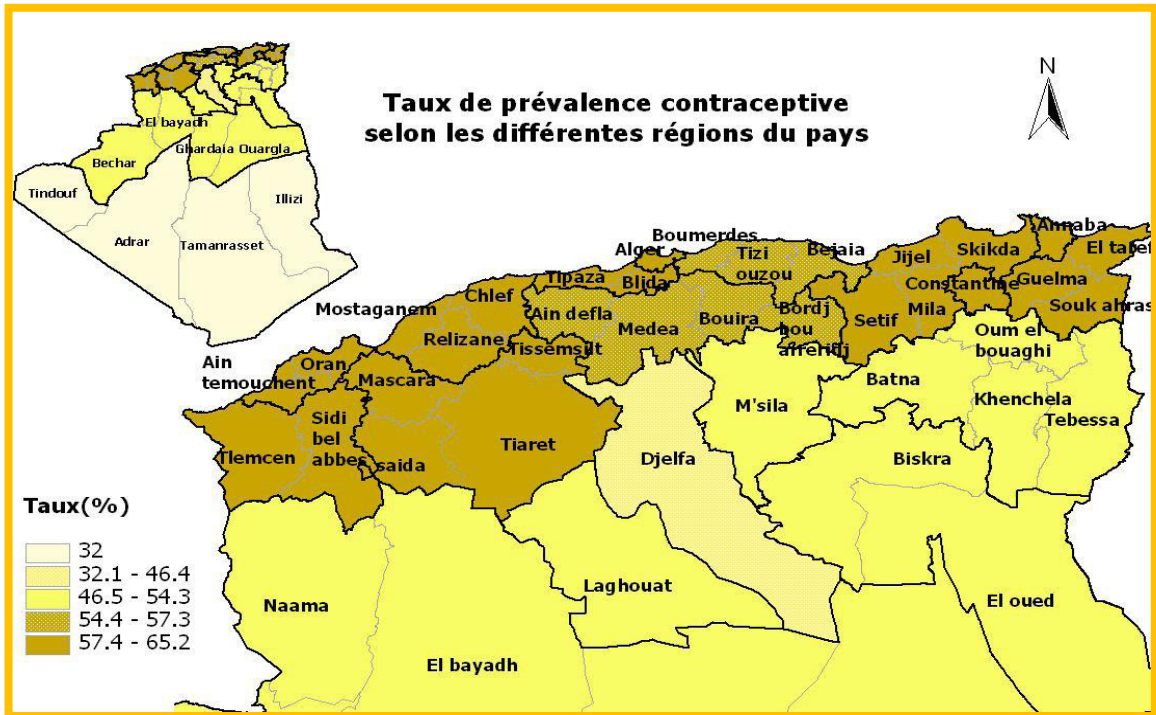
من خلال المنحنى قدر المسح الوطني الخاص بالخصوبة سنة 1986 معدل استعمال وسائل منع الحمل على المستوى الوطني 35.5% ثم بدأ هذا المعدل يرتفع تدريجيا حيث وصل في المسح الجزائري الخاص بصحة الأم و الطفل إلى 50.8% ليرتفع إلى حدود 61.4% سنة 2006.

قدرت نسبة الزيادة في استعمال موانع الحمل ما بين 1986-2006 ب 26 نقطة بعد 20 سنة، في سنة 1986 قدرت نسبة استعمال موانع الحمل ب 26.4% من مجموع الوسائل الحديثة تليها اللولب ب 2.1% و مجموع استعمال موانع الحمل الحديثة بلغت 31.1% بينما عرفت نسبة الوسائل التقليدية في نفس السنة 35.5%، العزل 3.1% كأعلى نسبة و استعمال الوسائل الحديثة كانت أعلى من حيث الاستعمال على غرار الوسائل التقليدية ب 26.7%.

أما في سنة 1992 اكتسحت حبوب منع الحمل الوسائل المستعملة في هذه السنة ب 38.7 % و 4.1 % للرضاعة من الوسائل التقليدية ، وكانت من نتائج المسح الجزائري حول صحة الأسرة في سنة 2002 ما يلي 56.2 % مجموع وسائل منع الحمل 5.4 % وسائل تقليدية و 45.5 % من النساء استعملن حبوب منع الحمل، ما يقرب من 61.4 % من النساء المتزوجات في سن الإنجاب استخدمن وسيلة من وسائل تنظيم الأسرة و 52 % استخدمن الأساليب الحديثة و من بين هذه الفئة 45.9 % من النساء يستخدمن حبوب منع الحمل و 2.3 % فقط استعملن الواقي الذكري أما بالنسبة للولب نادرا ما يتم استخدامه و ربما يعود السبب لعدم استعمال الطرق الأخرى الحديثة إلى عدم توفرها أو تكلفتها الغالية جدا وهذا ما لحضناه بالنسبة لجميع المسوح هو ندرة اعتماد الأمهات على الطرق الحديثة الأخرى و إن اعتمدت تعتمد بشكل قليل جدا ، وفي 2006 أظهر المسح العنقودي متعدد المؤشرات ارتفاع طفيف في الاعتماد على الطرق التقليدية مقارنة مع المسوح الأخرى فرما السبب يعود إلى كون الوسائل الحديثة لها آثار جانبية على صحة المرأة فنسبة انتشارها كان 9.4 % و 4.1 كأعلى نسبة و التي هي فترة الأمان يليها العزل ب 3.3 % و طريقة الرضاعة الطبيعية ب 1.9 % حسب منطقة الإقامة.

2.10.2.6 انتشار استعمال موانع الحمل في الجزائر

شكل رقم 06: معدل انتشار موانع الحمل عبر مختلف مناطق الوطن.



Source : O.N.S, Deglobalisation de la politique et des programmes de population, quelques indicateurs de suivi et d'évaluation, Enquête Algérienne sur la santé de la famille, Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, UNEFPA, p28.

يبين الشكل معدل انتشار موانع الحمل عبر مختلف مناطق الوطن، فهي تتوزع بشكل غير عادل بين مناطق الشمال و الجنوب و نجدها تتمركز بقوة في المناطق الشمالية كما توضح الخريطة فمعدل الانتشار في المناطق الشمالية و بعض مناطق الوسط قدر ما بين 54,4% إلى 65,2% كأعلى معدل على المستوى الوطني، و نسبة انتشارها في المناطق الجنوبية 32% كأدنى معدل انتشار على مستوى التراب الوطني.

7. خصائص وفيات الأمهات¹:

1.7 الخصائص الزمنية و المكانية:

1.1.7 مكان وقوع الوفاة: أربعة أخماس وفيات الأمهات تحدث في مرفق صحي ما يقارب ثلث أو 40% وقعت في مستشفى التوليد.

2.1.7 وقت الوفاة: تحدث الوفاة تقريبا بين 0 و 10 صباحا، تمثل نصف الوفيات من خلال 3 أوقات رئيسية:

- بين السادسة و السابعة صباحا.
- 10 صباحا.
- و أواخر 22 ساعة.

2.7 الموسم: منحى الوفيات وفقا للشهر، تحدث الوفيات كحد أقصى خلال الأشهر الثلاثة الأولى من السنة (31.1%) و يلاحظ التفاوت الموسمي في مختلف المناطق، تحدث وفيات الأمهات على نحو أكثر تواترا خلال أشهر الشتاء و الربيع للمناطق الشرقية و الغربية و الجنوبية.

3.7 الخصائص الاقتصادية و الإجتماعية:

1.3.7 الأسباب الاقتصادية و الاجتماعية لوفيات الأمهات: تكمن جذور وفيات الأمهات من الخصائص الاقتصادية و الاجتماعية و الثقافية للمجتمع بدوره يظهر من خلال العوامل الوسيطة مثل السلوك الإيجابي و الصحي للمرأة، صحة المرأة و تغذيتها و إمكانية وصولها إلى خدمات الأمومة و تنظيم الأسرة.

هناك علاقة تأثير متبادلة بين مستوى وفيات الأمهات و المستوى الاقتصادي و الاجتماعي للمجتمع و وضع المرأة في المجتمع من خلال عدد من الأحداث و المحددات، فالموقع الذي تمتلكه المرأة في المجتمع يحدد نظرتها و موقفها من الأمور التي تتعامل معها لما يحدده الحيز الذي تستطيع المرأة التصرف و التأثير فيه.

¹ INSP(2001), Ministère de la santé et de la population, Institut national de la santé publique, enquête national sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, p 25.

فالمرأة الأمية و الفقيرة أكثر احتمالا للزواج في فترة المراهقة و في هذا الوقت تكون الخصوبة مرتفعة بينهن مما يزيد من العبء عليهن و تفاقم الفقر و سوء الصحة و عدم استغلال الخدمات الصحية و بذلك يصبح أكثر عرضة للوفاة أثناء الحمل و الولادة، فالنساء اللاتي ينتمين إلى أسر يقل دخلها عن دولار أمريكي في اليوم الواحد أكثر عرضة للوفاة أثناء الحمل و الولادة¹.

أما المحددات الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية المتعلقة بوفيات الأمهات، يمكن تحليلها من خلال معرفة الأسباب و عن طريق مجموعة من العوامل نذكر منها ما يلي:

1.1.3.7 عوامل البعد (المناطق النائية): و هي متعلقة بعوامل اجتماعية و اقتصادية و ثقافية تؤثر على وفيات الأمهات من خلال بعض المدخلات الوسيطة، فمن المسلم أن وفيات الأمهات تتأثر بالوضع الاجتماعي للمرأة و ظروف النظافة و الحالة الاجتماعية و المستوى التعليمي للمرأة و يرى بعض الباحثين بأن وفيات الأمهات ليست سوى انعكاس للحرمان و الفقر، و لخفضها لا بد من تحسين الظروف الاجتماعية و الاقتصادية أما باحثين آخرين يرون بأن وفيات الأمهات مرتبطة بشكل ملحوظ بجودة الرعاية التوليدية و كذا بالوضع الاجتماعي و الاقتصادي.

2.1.3.7 العوامل الوسيطة: و منها:

➤ **العمر عند الإنجاب:** العمر هو واحد من المتغيرات الرئيسية في تحليل محددات وفيات الأمهات، و قد أظهرت عدة دراسات العلاقة الوثيقة بين مخاطر وفيات الأمهات و سن الإنجاب و تعتبر المخاطر عالية جدا إذا كانت المرأة صغيرة جدا أي (أقل من 18 سنة)، أو كبيرة (أكثر من 34 سنة) و كذلك إنجاب عديد كبير من الأطفال (أكثر من 5 أطفال) بحيث البعد بين ولادة و أخرى قريب جدا، و يعتبر باحثين في المعهد الوطني للصحة و الأبحاث الطبية INSERM في فرنسا إلى أن خطر وفيات الأمهات أعلى 3 مرات ما بين 35-39 سنة و بين 20-24 سنة، وثمانية مرات ما بين 40-45 و ثلاثين مرة عند النساء أكبر من 45 سنة، في الواقع الحمل المبكر هو السبب الرئيسي للوفاة بين المراهقات ذلك لأن أجسامهم ليست مهياً بشكل كاف لإتمام الحمل في ظروف آمنة أما بالنسبة لتأخر الحمل فهو كذلك يعد من أسباب وفيات الأمهات لدى النساء الكبيرات في السن، و يعد الإجهاض من عوامل الخطر المؤدية للوفاة و كذا من المضاعفات الخطيرة للوفاة بسبب تعرض الأم لبعض الأمراض مثل ارتفاع ضغط الدم، أو مرض السكري... الخ و ارتفاع معدل الخصوبة هو أيضا عامل مشدد في معدل وفيات الأمهات ففي بعض المجتمعات لإثبات مكانة المرأة لا بد لها أن تلد العديد من الأطفال، و هناك آخر يلعب دورا هاما جدا في السلوك الإنجابي للمرأة و هو تباعد الولادات أو الفاصل بين ولادة و أخرى، فالفاصل عندما يكون قصير المدى فهذا حتميا سيرفع من خطر الوفاة سواء للأم أو الطفل و تباعد الولادات هو من محددات وفيات الأمهات.

¹ فاطمة محمد سليمان دفع الله (2010)، وفيات الأمهات في السودان في الفترة 1998-2009، بحث تكميلي مقدم إلى جامعة الخرطوم لنيل ماجستير العلوم في الاقتصاد القياسي و الإحصاء الاجتماعي، ماي، ص 17.

➤ **الوضعية الصحية للأم و السلوك الصحي:** لأن الأم في كثير من الأحيان و خاصة في البلدان النامية، تتعرض لأمراض خطيرة و ذلك مما يزيد من خطر الموت أثناء الحمل نأخذ على سبيل المثال مرض فقر الدم لدى النساء الحوامل بحيث عرف نسبة انتشار قدرت ب56% في البلدان النامية.

➤ **الحصول على الرعاية الصحية:** الحصول على الرعاية الصحية تشمل أولا المؤسسة الصحية التي يمكن الوصول إليها جغرافيا المستوى المعيشي للأسرة و الذي يؤثر بشكل إيجابي على الإدارة الطبية أثناء الحمل، في الواقع المعاش في بلادنا الفقر يزيد من خطر وفاة المرأة أثناء فترة الحمل و أثناء الولادة.

العوامل المباشرة: إنها تتمثل أساسا في مضاعفات الحمل و الولادة، و فرص البقاء على قيد الحياة للمرأة خاصة في الحالة التوليدية الطارئة، الولادة تشتت 3 أوقات أمراجل:

❖ **قرار الحصول على الرعاية الصحية:** و هو يتأثر بشدة بالعوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الثقافية فضلا عن الخصائص ذات الصلة بالمرض، وتصور حدته و مسبباته و هذا القرار يعتمد على رأي بعض أصحاب النفوذ كالزوج و الحماة أو القابلة و مجموعة من التجارب التي تمر بها المرأة، و البيئة الاجتماعية و الثقافية التي تعيشها المرأة من حيث المعتقدات الدينية أو الشخصية و التي بدورها تؤثر على نمط حياتها و تلعب دورا رئيسيا في الحصول على الرعاية أثناء الحمل و الولادة و يمكن لهذه المعتقدات أن تكون من عوامل و ذلك من خلال اتخاذ القرار الغير الصحيح.

❖ **البعد عن المرافق الصحية:** البعد على المرافق الصحية أيضا يؤثر على كيفية استخدام خدمات التوليد، و العديد من الدراسات تبرز مدى أهمية هذا العامل في كيفية استخدام النساء و الحصول على الرعاية الصحية أثناء الحمل و الولادة و الفائدة من تسلم هذا المتغير ينبع في عدم المساواة بين المناطق الحضرية و الريفية، فبشكل عام تتوزع البنى التحتية الاجتماعية و الصحية في المناطق الحضرية على حساب المناطق الريفية و كذلك عدم توفر الوسائل العلاجية تسهم أيضا في إطالة فترة الانتظار للحصول على الخدمات الصحية، خاصة في المناطق الريفية عل سبيل المثال بعد المسافة بين مقر الإقامة و المرافق الصحية يمكن أن تؤدي إلى تفاقم الوضع الصحي للأم و يزيد من احتمال وفاتها قبل وصولها إلى المرفق الصحي.

❖ **نوعية الرعاية الصحية:** غالبا ما تصل المرأة إلى المستشفى في حالة متقدمة جدا، بعد التنقل لمسافة طويلة يصعب علاجها بشكل فعال، و لا يمكن اعتبار المسافة العامل الوحيد في زيادة من حدة المضاعفات و المسؤولية على وفيات الأمهات، و لكن نوعية الرعاية و دور المهنيين الصحيين هو أيضا مسبب و عامل من عوامل الخطر بالإضافة إلى ذلك نقص الهياكل و المعدات و عدم كفاية الموظفين من حيث العدد و الكفاءة و نقص الأدوية و غيرها من المنتجات الحيوية مثل الدم و سوء الإدارة كلها عوامل تساهم في تفاقم الوضع الصحي للمرأة و وفاتها.¹

¹ El Bachir Zohra (2013), opcit, p 17,18, 19, 20.

و هذه بعض النتائج المتحصل عليها من المسح الوطني لوفيات الأمهات لسنة 1999 و المتعلقة بالخصائص الاجتماعية و الاقتصادية و التي كان من الصعب تحديدها بسبب وجود عدد كبير من الإجابات الغير محددة التي تم جمعها، هذه المعلومات غالبا تكون في السجلات الطبية و خاصة بالنسبة للمتغيرات:

- المستوى التعليمي (24,4 %)
- مهنة المتوفاة (12,9 %)
- النشاط الخطر (38,6 %)
- العمر عند الزواج (29,7 %)
- مهنة الزوج (25,8 %) للنساء المتزوجات.

و كان متوسط عمر المرأة التي توفيت 33 سنة و يلاحظ وجود حد أقصى للمتوفيات في الفئة العمرية 40-44 سنة مع معدل وفيات الأمهات يزيد على 350 حالة لكل 100000 ولادة حية.

4.7 المستوى التعليمي: ثلاثة أرباع النساء أميات أو لديهن مستوى ابتدائي.

5.7 المهنة: فيما يتعلق بمهنة المتوفاة 88% من النساء المتوفيات لا يؤدون أي نشاط مهني، و 3,6% يتمتعن التعليم أو الهندسة أو طبية أو تقني سامي¹.

6.7 الحالة الاجتماعية: غالبية النساء متزوجات ما نسبته 98,4% و كان متوسط العمر عند الزواج 20,9 سنة.

7.7 مهنة الزوج: في هذه المجموعة غالبية الأزواج لديهم مهنة ب 41,2% و معدل البطالة ما يقرب من 17% ، 173 من النساء المتوفيات أو 25,8% لم يذكر مهنة أزواجهن.

8. تاريخ أمراض التوليد و الأمراض المزمنة:

1.8 التكافؤ و الحمل: في 20,1% من الحالات حدثت الوفاة أثناء الحمل الأول (134 حالة)، و 155 حالة كان لديهن 6 حمل أي ما يمثل 23,1% من الوفيات و ربع النساء أجهضن بالفعل.

و معدل العمليات القيصرية الذي وجد هو 11% و يتراوح عدد العمليات القيصرية لكل امرأة ما بين 0 و 4 عمليات.

2.8 المباشرة بين الولادات و وسائل موانع الحمل: نسبة النساء اللواتي يستخدمن وسائل منع الحمل خلال آخر مباحدة بين الولادات هي 52,4% (209).

¹ Enquête national sur la mortalité maternelle 1999, opcit, p26.

في 29,1 % من الحالات (563/164) كان من غير الممكن الحصول على هذه المعلومات و من بين وسائل المنع الأكثر استعمالا هي حبوب منع الحمل بنسبة (95,2 %) و 3,4 % للهاز داخل الرحم (اللولب).

3.8 مضاعفات حالات الحمل السابقة:

أكثر من ربع النساء 26,3 % لديهم مضاعفات أو رض مزمن في حالات الحمل السابقة، و ما نسبته 22,9 % منهم لم يتم تحديد سبب الوفاة، ارتفاع ضغط الدم ب 12,8 % و نزيف ما بعد الولادة ب 5,6 %.

4.8 مرض مزمن: أقل من نصف النساء (281) لديهن مرض مزمن أثناء الوفاة (47 %) و الأمراض الأكثر انتشارا هي ارتفاع ضغط الدم ب(17,7 %) أمراض القلب (12,7 %) و فقر الدم (8,9 %) و مرض السكري (2,8 %) أمراض الجهاز الكلوي ب(2,8 %) الربو (1,7 %) وغيرها من الأمراض الأقل تواترا.

خلاصة:

تكتسب صحة الأمومة أهمية محورية في بناء الأمة لكي تكون قوية و قادرة على مواجهة تحديات حاضرها و بناء مستقبل واحد و تنشئة أجيال متنورة و واعية و يعتبر حق الأم في الحياة و هي تمب للمجتمع حياة جديدة حق مقدس يجب حمايته.

لقد كان من الطبيعي أن تولي وزارة الصحة اهتماما واسع النطاق، و بعيد المدى بصحة الأمومة من مختلف جوانبها و انعكس هذا الاهتمام في مختلف البرامج التي تعكف الوزارة على بنائها و تنفيذها إلا أن قضية رصد وفيات الأمومة بقيت حتى وقت قريب من القضايا التي تعوزها المنهجية الواضحة و التي لم تكن تحظى بالقدر الواجب من الاهتمام و التركيز ضمن نظم الرصد و المتابعة، لا تزال وفيات الأمهات تمثل تحديا كبيرا لصانعي القرار الصحي في الجزائر .

فمن خلال تحليل نتائج المسح الوطني لوفيات الأمهات لسنة 1999 تبين لنا تأثر وفيات الأمهات بعدة عوامل منها ما هو متعلق بعمر المرأة في سن الإنجاب و منه ما يتعلق بكيفية اعتمادها على طريقة من طرق المباحدة بين الولادات ، لعبت الفوارق الجهوية على مستوى المناطق الصحية في الجزائر دورا كبيرا في الرفع من معدلات وفيات الأمهات و عرف النظام الصحي في المناطق الجنوبية أدنى مستوياته و ذلك من خلال تسجيله أعلى معدل لوفيات الأمهات على مستوى القطر الجزائري بمعدل 1.39% فهذه الفوارق التي سجلت تعود نتائجها الوخيمة على صحة المواطن بالدرجة الأولى، و لوقت حدوث هذه الوفيات على حسب المستويات الصحية (في مرفق صحي أو في المنزل) تأثير فعالية الأمهات يتوفين في المنزل و 66,42% تحدث بعد الولادة ب 384 حالة وفاة من مجموع 556 حالة وهذا ما هو إلا دليل على تدني المستوى الصحي و عدم مراعاة حالة المرأة الصحية في هذه الفترة التي هي من أخطر المراحل الصحية في حياة الأم خاصة فترة النفاس .

و لا يقل عمر المرأة أهمية عن باقي العوامل حيث ترتفع خطورة الوفاة بارتفاع سن الأم في فترة الإنجاب، فأكثر النساء عرضة لهذا الخطر هن البالغات ما بين 33 و 35 سنة فما فوق و ترتبط الوفيات ارتباطا وثيقا بعدد مرات الحمل السابقة فكلما تنجب المرأة أكثر من 3 أطفال كلما قللت من زيارتها للطبيب و ارتفع معدل خطر الوفاة لديها.

و لعب المستوى التعليمي و المهني دورا كبيرا في خفض هذه المعدلات فبارتفاع هذه المستويات تكون الأم أكثر حرصا على صحتها و قللت من إنجابها بسبب خروجها للعمل على عكس الماكثات في البيت حيث بلغت نسبة الوفيات لديهن ما يقارب 77%، فامرأة التي لا تقوم بفحوصات دورية لمراقبة الحمل أكثر عرضة للوفاة 140 حالة وفاة من بين 399 حالة فقيامها بزيارة الطبيب و تشخيص حالتها الصحية يمكنها من رصد المضاعفات الأكثر خطرا والتحكم فيها في وقت مبكر على عكس المرأة التي تتهاون في رعاية حالتها الصحية فهي عرضة لمضاعفات الحمل و الولادة و حتى ما بعد الولادة.

و كان لتوزيع الأمهات على حسب القطاعات الصحية دليل على الفوارق ليس على المستوى الجهوي و إنما على مستوى القطاعات الصحية 30% من مجموع الوفيات تحدث على مستوى المستشفيات الجامعية ربما يعود السبب إلى الضغط

الكبير على هذا القطاع على حساب القطاعات الأخرى، فتطور معدل الولادات في وسط يتمتع بجميع الإمكانيات من وسائل للتوليد وخاصة توفر الكوادر البشرية تقلل من خطورة وفاة الأم و الولادة في وسط أكثر أمنا.

الفصل الرابع: أسباب أمراض وفيات الأمهات في الجزائر.

تمهيد

1-البرنامج الوطني لمكافحة أمراض وفيات الأمهات في فترة ما حول الولادة.

1.1 وفيات الأمهات.

2.1 أهداف البرنامج.

3.1 أنشطة البرنامج.

4.1 تقييم البرنامج.

2-أسباب وفيات الأمهات.

1.2 الأسباب التوليدية المباشرة.

2.2 الأسباب التوليدية الغير مباشرة.

3-الأسباب الكامنة وراء وفيات الأمهات في العالم.

1.3 مضاعفات التوليد الرئيسية على المستوى العالمي.

2.3 أسباب وفيات الأمهات في العالم.

4-الأسباب الكامنة وراء وفيات الأمهات في العالم العربي.

1.4 الأسباب الطبية لوفيات الأمهات في الجزائر.

5-أسباب وفيات الأمهات في الجزائر.

1.5 الأسباب الأولية لوفيات الأمهات.

2.5 الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات.

3.5 العبء العالمي للأمراض GBD.

4.5 أسباب الوفاة حسب التصنيف العالمي CIM10.

5.5 أمراض الأمهات.

6.5 الأمراض المنقولة جنسيا الإيدز.

الخلاصة.

تمهيد:

إن مشكلة أمراض ووفيات الأمومة موجودة منذ سنوات عديدة إلا أن المجتمعات التقليدية قد رضيت و قبلت هذه المخاطر و اعتبرتها طبيعية و لا يمكن تجنبها لأنها كانت تعتبر الحمل عملية ذات آلة صحية أساسية مرغوب فيها.

و لم يبدأ الناس في تحديد الخلط المريع بين القدرة الشخصية و الإهمال السياسي لمتطلبات المرأة إلا في عهد قريب، و بصوب عال و أساليب دولية متعددة .

ولقد ساعدت الأمم المتحدة عند تبنيها لبرنامج العقد العالمي للمرأة (1976-1985) في جذب اهتمام العالم نحو مساهمة المرأة الحيوية في الحياة و تطوير المجتمعات و الشعوب، و بدأ زيادة هذه المساهمة تتطلب التزام جميع الدول بتقديم ما في وسعها من أجل تحسين ظروف المرأة الصحية و تقليص نسبة أمراض ووفيات الأمهات المرتفعة.

و تشير التقديرات العالمية إلى وفاة 515000 امرأة نتيجة أسباب و مضاعفات متصلة بالحمل سنويا و تحدث معظمها في بلدان العالم النامي، و أثناء التسعينيات وضع عدد من المؤتمرات الدولية أهدافا من أجل تقليل عدد وفيات الأمهات و كذلك أيد هذا الهدف 149 رئيس دولة بمؤتمر قمة الأمم المتحدة للألفية المعقود في عام 2000 و يشير توافق الآراء العالمي الذي لم يسبق له نظير إلى الأهمية التي تضيفها الحكومات و الأوساط الإنمائية و الصحية و الدولية لصحة المرأة و أطفالها، و يخلق زخما إضافيا للاهتمام بالرصد الدقيق للتقدم المحرز في إنجاز هذا الهدف في كل بلد على حدى و في جميع أنحاء العالم¹.

و حسب منظمة الصحة العالمية يأتي النزيف (**les hémorragies**) في المرتبة الأولى و هو السبب الرئيسي لوفيات الأمهات بـ34% تليها عدوى النفاس بـ21% و الإجهاض الغير الأمن بـ18% و ضغط الدم بـ16% وجزء كبير من هذه الوفيات يحدث من بين 211 مليون امرأة حامل في كل عام، حوالي 46 مليون حالة إجهاض و 60% فقط يلدون في ظروف أمنة.

وستتطرق في الفصل الثالث من الدراسة إلى البرنامج الوطني للحد من وفيات و أمراض الأمهات، و كذلك إلى معرفة الأسباب الكامنة وراء وفيات الأمهات من خلال التعرف على كل سبب سواء أسباب مباشرة أو غير مباشرة.

¹ إدارة الشؤون الاقتصادية و الاجتماعية شعبة السكان(2002)، السكان و الحقوق الإنجابية و الصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب الإيدز، التقرير الموجز، الأمم المتحدة، نيويورك: ST/ESA/SER.A/214، ص 71.

I. البرنامج الوطني لمكافحة أمراض وفيات الأمهات في فترة ما حول الولادة¹:

بالرغم من الجهود المتعددة التي تبذلها الدولة منذ السبعينات (70) لخفض معدلات وفيات الأمهات و الأطفال حديثي الولادة لا تزال هذه المعدلات مرتفعة في بلدنا.

1. وفيات الأمهات: هي وفاة امرأة أثناء الحمل أو 42 يوما من انتهاء الحمل بغض النظر عن مدة الحمل و هو يرتبط بتفاقم الأسباب المتعلقة بالحمل باستثناء أسباب طارئة أو عارضة.

1.1 معدل وفيات الأمهات: هو عدد وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية.

2. أهداف البرنامج: الهدف العام للبرنامج هو مكافحة وفيات الأمهات و حديثي الولادة بمعدل مقبول في بلادنا.

1.2 الأهداف الخاصة للبرنامج (خفض وفيات الأمهات):

- الحد من وفيات الأمهات بنسبة للتنزيف.
- الحد من وفيات الأمهات بنسبة لمتلازمة الأوعية الدموية الكلوية.
- الحد من وفيات الأمهات بنسبة للإصابة بحمى النفاس.
- الحد من وفيات الأمهات بنسبة لعسر الولادة.
- الحد من وفيات الأمهات بنسبة لأمراض القلب.

3. أنشطة البرنامج: تحقيق هذه الأهداف يتطلب تطوير أو تعزيز الأنشطة المحددة في وحدات الرعاية الصحية الأساسية و الأمومة و خدمات طب الأطفال:

- تقديم استشارات ما قبل الولادة من أجل القبض على مضاعفات الحمل و دعم الكشف المبكر لأي خطر محتمل.
- الولادات في وسط صحي، و احترام تقنية التعقيم، من أجل ولادة طفل سليم وكشف و علاج المضاعفات في الأم والأطفال حديثي الولادة.
- مراقبة ما بعد الولادة من أجل اكتشاف أي مضاعفات فورية أو في وقت متأخر لتشجيع الرضاعة الطبيعية و المباشرة بين الولادات.
- رعاية الأطفال حديثي الولادة في غرفة الولادة أثناء الإقامة في مركز الأمومة و خلال الأيام الأولى من الحياة من أجل تقييم التكيف مع الحياة و منع تشوهات الرحم و منع العدوى و التغذية المبكرة و الرضاعة الطبيعية و التطعيم.
- تسهيل التواصل الاجتماعي بهدف مراقبة الحمل و تعزيز تنظيم الأسرة و الرضاعة الطبيعية.
- و ينبغي أن يتم التقييم على جميع المستويات من الوحدة الأساسية إلى الوصاية، و هذا التقييم لا يكون له معنى إلا إذا كان قائما على بيانات موثوق بها مع نظام معلومات متماسك و بسيط و معظمها متطابقة في كل الوحدات.

¹ Les programmes de santé maternelle et infantile.2001, Evaluation, Programme de Lutte contre la Morbidité et la Mortalité Maternelle et Périnatale, p 55, 58, 59,60.

تتطلب هذه الأنشطة تعزيز المصادر البشرية و المادية و الوثائق (و إنشاء البيانات التقنية) على جميع مستويات التدخل و الوحدات الأساسية لأنشطة حماية الأم و الطفل و أمراض النساء و الولادة و خدمات طب الأطفال.

4.رعاية ما قبل الولادة: و سيتم توفير الرعاية السابقة للولادة من قبل القابلات أو القابلات في الوسط الريفي و الممارسين العاميين و القابلات في المرافق الصحية التي تقدم أنشطة صحة الأم و الطفل (وحدات الرعاية الأساسية عيادات التوليد و المستشفيات) و ينبغي أن تكون 4 عيادات على الأقل من أجل مراقبة حالات الحمل الخطر ما قبل الولادة.

1.4 الزيارة الأولى (في نهاية الأشهر الثلاثة الأولى من الحمل): بعد إقرار الحمل و إتمام ملف التوليد يجب أن يتضمن ما يلي:

- تحديد الحالة الاجتماعية و الاقتصادية و المهنية و سوابقه الفسيولوجية و الطبية قبل الولادة.
- الفحص السريري و التوليدي.
- الاختبارات الشخصية.

و خلال هذه الزيارة يجب ممارسة:

- الفحص السريري الكامل مع أخذ الوزن و الطول و ضغط الدم، و البحث على تشوهات الهيكل العظمي.
- فحص الولادة مع إجراء فحص منطاري (حالة عنق الرحم، التهاب الأعضاء التناسلية، الأمراض المنقولة جنسيا).
- بما في ذلك الاختبارات السريرية.
- فصيلة الدم.
- البحث على الأجسام المضادة الغير نظامية في النساء.
- تحليل البول من أجل البحث عن بروتينية السكر.
- نصائح لتغيير نمط الحياة.

2.4 الزيارة الثانية (في نهاية الأشهر الثلاثة الثانية من الحمل)

وتحتوي على:

- الفحص السريري مع أخذ الوزن و الطول.
- الفحص التوليدي دون نسيان حيوية الجنين (الحركات النشطة).
- فحص البول.
- السعي إلى التحصين ضد الكزاز.

3.4 الزيارة الثالثة (7 أشهر ونصف)

و تحتوي على:

- الفحص السريري مع أخذ الوزن و الطول.
- الفحص التوليدي لمعاينة حيوية الجنين.
- فحص سكر الدم.

– الوعي بضرورة الرضاعة الطبيعية.

4.4 الزيارة الرابعة (8 أشهر و نصف)

- حالة الحمل: فحص الجهاز التنفسي و القلب (أمراض القلب) من خلال معرفة الوضعية الصحية لهذه الأجهزة فهو يساعد في إمكانية الولادة المهبلية.
- حالة الحوض: نفاذا سريريا ، الحد.
- حالة الجنين: الحجم و العرض.
- حالة الرحم: هل الرحم سليم.

فأي خلل يتم اكتشافه خلال هذه الزيارة يتم إرساله إلى الجهات المختصة، كما سيتم استخدام هذه الزيارة لتثقيف الأم أثناء الولادة في البيئة المساعدة و أهمية الرضاعة الطبيعية.

5.الولادة¹: هذه المرحلة هي الأكثر حرجا إذ أن معظم الوفيات تحدث في هذه المرحلة.

- و أيضا كل ولادة ينبغي أن تمارس في بيئة تتوفر على مساعدة طبية و يجب أن تكون تقنيات التعقيم صارمة.
- مراقبة عمل القابلات أو المرأة التي تقوم بتوليد و يتم ذلك وفقا لبرنامج مراقبة.

1.5مراقبة ما بعد الولادة في غرفة الولادة: بعد ساعتين من الولادة على القابلة عدم ترك المريضة و اتخاذ الإجراءات التالية

- مراقبة حالة معي الجنين، وقياس درجة حرارته، وكذا الوزن.
- رصد حالة الرحم.

2.5خلال فترة الأمومة: سيتم إعطاء بعض النصائح لنمط الحياة للأم الجديدة بخصوص

- النظافة.
- الرضاعة الطبيعية.
- المباشرة بين الولادات.

3.5الفحوصات بعد الولادة: ويجب أن تكون بطريقة منهجية بين 8 أيام بعد الولادة و 42 يوم التي تلي الولادة و هو يعتمد على عدد من المشاورات في فترة النفاس و احتمال وجود مضاعفات.

- إذا كان هناك خياطة للفرج أو في حال وجود أي خلل أثناء الولادة يجب إجراء فحص في اليوم 8.
- الفحص السريري و أمراض النساء.
- وجود عدوى، أو حمى النفاس و ألآم في الحوض.
- علامات نزيف غير طبيعي.
- فحص الثدي و البحث عن احتقان أو أمراض الثدي.

¹ Ibid, p61.

- يجب إجراء فحص اخرم منهج لجميع حالات النساء بعد الولادة من اليوم 8 إلى 40 يوم بعد الولادة.
- علامات سريره لفقر الدم.
- وجود عدوى.
- وجود أي تشوهات على مستوى الثدي.
- وجود أي تشوهات على مستوى الرحم.

4.5 المعلومات و التعليم و الاتصال¹: ويركز على

- القبض و رصد حالات الحمل و رفع مستوى الوعي بين النساء في سن الإنجاب على أهمية متابعة الحمل.
- أهمية الولادة في مناطق صحية تتوفر على كوادر و مهنيين صحيين و حثهن خلال زيارات ما قبل الولادة لضرورة الولادة في المناطق الصحية التي تتوفر على إمكانيات بشرية و معدات توليدية.
- السعي لتغيير نمط الحياة و العمل على:
- * النظافة الشخصية، نظافة التدين.
- * النصائح الغذائية للنساء في فترة الرضاعة ، يجب أن يكون الغذاء متنوع و متوازن.
- تشجيع النساء على ضرورة الرضاعة لحدوثي الولادة حتى عمر 6 أشهر على الأقل.
- تذكير بمعلومات على جدول التطعيم للطفل و الأم.
- المباحة بين الولادات.

6. تقييم البرنامج:

- تعداد النساء الحوامل من أجل تحديد الخدمات الصحية لجميع النساء الحوامل من أجل تولي مسؤولية حملهن و ذلك من خلال تزويدهن ب 4 فحوصات دورية في فترة الحمل أو أكثر إن لزم الأمر.
- تسمح المرافق الصحية المسؤولة عن زيارات ما قبل الولادة ، بمعرفة النساء الحوامل على وجه التحديد (في المنطقة الجغرافية الخاصة) التي ستقدم 4 فحوصات أو أكثر خلال فترة ما قبل الولادة و تسمى هذه الفئة من النساء الحوامل الذين يحتاجون 4 أو أكثر من زيارات ما قبل الولادة السكان المستهدفين فمعرفة السكان المستهدفين من شأنها أن تظهر ما إذا كانت جميع النساء الحوامل يمكن أن يستفدن فعلا من زيارات ما قبل الولادة الضرورية و بالتالي حساب:
- * مستويات مختلفة من تغطية فترة ما قبل الولادة و هذا يعني أن نسبة النساء الحوامل اللواتي تلقين 1، 2، 3، 4 أو أكثر من مرة فحوصات ما قبل الولادة و أثناء الحمل
- * مستويات مختلفة من "تغطية التحصين ضد الكزاز" و هذا يعني أن نسبة النساء الحوامل اللاتي تلقين تطعيم بشكل صحيح.
- تقييم التعداد من النساء الحوامل خطوة أساسية في تقييم البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأمهات و حديثي الولادة.
- معدلات التغطية ما قبل الولادة و التحصين ضد الكزاز للحوامل هي مؤشرات رئيسية لتقييم البرنامج.

و يجب أن يتم هذا التقييم على مستويات طبيعية مختلفة و هي:

¹ Ibid, p63.

- * الوحدات الصحية الأساسية التي تأمن زيارات ما قبل الولادة.
- * قطاع الصحة (قسم علم الأوبئة و الطب الوقائي)
- * في مديرية الصحة التابعة للولاية (خدمة صحة الأم و الطفل).
- * وزارة الصحة و السكان مديرية الوقاية (SDMI).

II. أسباب وفيات الأمهات:

تنقسم أسباب وفيات الأمومة إلى ثلاثة أقسام هي:-المباشرة، و الغير المباشرة، و المصادفة.

و الأسباب المباشرة تتمثل في الأمراض و المشاكل التي تحدث فقط أثناء الحمل بما في ذلك أمراض ضغط الدم و نزيف ما قبل و ما بعد الولادة أما الأسباب الغير المباشرة فتتمثل في آلام و المخاطر التي قد تكون موجودة قبل الحمل إلا أنها تتهيج بحدوثه مثل التهاب الكبد و أمراض السكر و القلب أما أسباب الصدفة فيتحكم فيها القضاء و القدر و الطبيعة و من الأمثلة التقليدية على ذلك الوفيات الناجمة عن حوادث السير.

و الأسباب المباشرة، إضافة إلى أمراض فقر الدم هي المسؤولة عن أكثر من (80 %) من حالات وفيات الأمومة المبلغ عنها في دول العالم الثالث، و بالرغم من تباين الظروف الإقليمية إلا أن أمراض النزيف و العدوى و تشنجات الوضع و الإجهاض و آلام المخاض تعتبر دائما أسباب مباشرة لوفيات الأمومة¹.

1. الأسباب التوليدية المباشرة:

و هي المضاعفات الناتجة من الولادة و أثناء الحمل و المخاض و النفاس و السهو و العلاج الغير الصحيح أو الإهمال أو سلسلة من الأحداث المرضية الناتجة من (الولادة المتعسرة، النزيف، الإجهاض، و أمراض ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل و مضاعفاته و كذلك الالتهابات)، في جميع أنحاء العالم حوالي 80 % من وفيات الأمهات تكون نتيجة لهذه المضاعفات المباشرة من الحمل أو الولادة أو النفاس و السبب الأكثر شيوعا للوفاة (ربع مجموع وفيات الأمومة) هو النزيف الحاد و خاصة بعد الولادة².

1.1.1 النزيف:

بالرغم من أن النزيف يعتبر من الأسباب الشائعة لحدوث حالات الوفاة و يكون سببا في وقوع 20 إلى 35 % منها، إلا أنه من الصعب التنبؤ بمقدمه و مخاطر الوفاة بسبب النزيف فهي تعتمد على كمية الدماء التي نزفت و حالة المريض الصحية، و يُقدَّر للمرأة التي تتعرض للنزيف ما قبل الولادة أن تعيش حوالي 12 ساعة فقط ما لم تحصل على العلاج المطلوب أما تلك التي تتعرض لنزيف ما بعد الولادة و لا تجد الخدمات الصحية المطلوبة بالقرب من مسكنها فسوف تكون عندئذ في وضع خطير للغاية و تشير التقارير الواردة من البلدان النامية أن النزيف يعتبر أكبر سبب قائم بذاته لحالات وفاة الأمومة و أظهرت

¹نجيبة صالح باحبيش، مرجع سابق، ص 7.

² Belgherras Hafsa & Benchouhra Sabrina & Bekara Abla(2014), _op.cit, p13

بعض الدراسات المختارة أنه المسؤول عن نسبة 45% من حالات الوفاة في مصر و 33% في غينيا الجديدة، و حسب المسح الوطني لوفيات الأمهات في الجزائر بسبب النزيف بلغت 16,6%¹ من حالات الوفاة.

و يحدث نزيف ما قبل الولادة بسبب عدم قدرة الرحم على الانقباض بقوة كافية لوقف النزيف كما أن من الأسباب الأخرى لوقوعه آلام فترة المخاض و جميع أشكال التوليد الجراحي و عوامل التخدير و الأورام الخبيثة في جدار الرحم و النساء اللائي سبق لهن الإنجاب المتكرر، و أنجبن ما بين أربع و خمس مرات من قبل فهن أكثر عرضة لمخاطر نزيف ما قبل الولادة لأن عضلات الرحم تكون قد تمددت أكثر و نقصت قدرتها على الانقباض بصورة طبيعية و أظهرت دراسة أجريت في (بابوا) بغينيا الجديدة أن 17% من حالات الوفاة التي سببها نزيف ما قبل الولادة وقعت بين أوساط النساء اللائي ينجبن للمرة الأولى مقارنة بنسبة 44% لمن سبق و أن أنجبن أكثر من أربع مرات من قبل، و تلعب العناية المسبقة لوقت حدوث الولادة دورا مهما في تفادي الوفاة بسبب النزيف عن طريق التعرف المبكر أثناء الحمل على المرأة التي يمكن أن تكون عرضة للمخاطر و بالتالي تشجيعهم على الإنجاب في المستشفى.

1.2 ارتفاع ضغط دم الحامل (Eclampsia) أو ما يعرف بالارتجاج (المبكرة و اللاحقة) أثناء الوضع:

يتم التعرف على حالات الارتجاج المبكر في مراحلها الأولى و يتميز بارتفاع ضغط الدم و وجود فائض من البروتين في البول و يتكون فائض البروتين نتيجة لخلل في عمل الكليتين و كذا يحدث تضخم في الأنسجة (Edema) في النصف الثاني من فترة الحمل أي الأسبوع 20 من الحمل، و يتسبب الارتجاج في أغلب الأحيان برفع قيم مركبات الدم بصورة معتدلة و لكن إذا لم تتم معالجته فقد يؤدي إلى العديد من المضاعفات بل حتى الموت لدى الأم و الجنين على حد سواء و تحدث الهزة العنيفة في المراحل المتأخرة القوية لهذا المرض و تسمى حالات الارتجاج أثناء الوضع.

و يعد ارتفاع ضغط الدم من المضاعفات الرئيسية و الطبية للحمل و هي تتعلق في الواقع ب 10% من النساء الحوامل و هي مسؤولة عن حوالي 15% من وفيات الأمهات (18.5% في الجزائر) و هي لا تزال سببا رئيسيا من أسباب الوفيات و المضاعفات للأم و الجنين على حد سواء، نصفهم يعاني من ارتفاع ضغط الدم و النصف الآخر من تسمم الحمل.

في جميع أنحاء العالم يحدث تسمم الحمل في حوالي 3% من النساء الحوامل و تمثل ما يقرب من 12% من الوفيات المرتبطة بالحمل ففي الجزائر شروط الفحص و العلاج في المستشفيات لهذه الفئة ليست مناسبة في البلاد من أجل الإدارة المثلى، و وفيات الأمهات أثناء الحمل هي ذات الصلة في المقام الأول بمضاعفات ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل ب(30%)².

و تموت من 5 إلى 17% من النساء بسبب حالات الارتجاج أثناء الوضع في الدول المتقدمة و النامية على حد سواء أما اللائي يتعرضن لمضاعفات أخرى مثل الشلل أو العمى أو الالتهابات الحادة أو تلف الكلية و قدرت الفترة الزمنية بين أولى مراحل تمكن أعراض هذا المرض و وقوع الوفاة بمعدل يومين فقط، و تظهر الدراسات التي أجريت على بعض المجتمعات أن هذا المرض من أهم الأسباب المباشرة القائمة بذاتها و المؤدية إلى وفيات الأمومة، و بلغت نسبة ذلك 26% من حالات الوفاة

¹ Ministère de la santé et de la population(2001), Institut national de la santé publique, enquête national sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, INSP, p31.

² Programme National Périnatalité, Programme triennal 2006-2009, p17.

في (جاميكا) و 15 % إلى 21 % في (بنغلاديش) و حالات الارتعاج المبكرة تكون شائعة أثناء الحمل الأول حيث تكون المراهقات اللائي يحملن للمرة الأولى أكثر تعرضا للحالة، و كذلك الحال بالنسبة للمرأة التي تجاوز عمرها 35 عاما و قد أظهرت نتائج المسح الذي أجري في كل من مصر و إندونيسيا الخاص بوفيات الأمومة أن خطر وفاة النساء اللائي تقل أعمارهن عن 20 عاما يقدر على التوالي 3 و 4,8 أضعاف عدد وفيات النساء الأكبر سنا، و التعرف المبكر على هذا المرض مهم جدا في إنقاذ الأرواح ففي السويد مثلا بلغت نسبة الوفيات بسبب هذا المرض 14 % خلال فترة 1950-1955 و انخفضت هذه النسبة إلى 3 % في 1979-1980 و رغم أن تأثير معدل حدوث المرض لم تتغير ملامحه و لم تنخفض أيضا نسبة إنجاب الأطفال في المستشفيات¹.

و يعزي هذا الانخفاض الكبير في نسبة الوفاة الذي سببه هذا المرض إلى الرعاية المقدمة أثناء الحمل قبل عملية الإنجاب و العلاج الذي تحصل عليه المرأة منذ لحظة الكشف المبكر لبوادر المرض.

3.1 تمزق الرحم:

يعتبر المخاض الطويل من الأمور الشائعة في البلدان النامية ، و من أكثرها شيوعا في إفريقيا و تتمثل في اختلاف مقاسات رأس حوض المرأة بما لا يسمح لرأس الجنين من العبور مؤديا بالتالي إلى مخاض متعسر و يكون فيه حوض المرأة صغير جدا نتيجة للسوء التغذية و اضطراب النمو أثناء الطفولة مما لا يساعد الحوض على النمو بصورة طبيعية، أو يكون نتيجة للزواج المبكر جدا و الذي وقف حائلا دون اكتمال نمو الحوض، و تأثيرات أمراض المخاض و تمزق الرحم تتفاوت كثيرا من بلد لآخر حيث تشير الدراسات إلى أن نسبة الوفيات بسبب هذا المرض تبلغ 10 % إلى 17 % في بنغلاديش و وصلت إلى ما نسبته 7.9 % في الجزائر سنة 1999.

و هناك علاقة بين قامة المرأة بحجم الحوض حيث نرى أن نسبة امتلاك أحواض صغيرة تقل عند النساء الطويلات فيندر تعرضهن لمخاطر الولادة المتعسرة أو ما يعرف بتمزق الرحم و التي هي شائعة نسبيا عند قصيرات القامة.

و يجب عدم إغفال مرض لين العظام الذي يؤثر على حجم الحوض، فالمعروف أن مادة الكالسيوم و نقص فيتامين (د) و سوء التغذية و عدم التعرض لأشعة الشمس يعيق انتشار الكالسيوم في العظام فتهيء الظروف لحدوث انقباضات في الحوض و ربما إلى تشوهه.

إن أسوأ أنواع انقباضات الرحم موجودة في المجتمعات التي يخيم عليها الفقر حيث يسمح للفتيات أن يحملن قبل اكتمال نموهن ففي مناطق مثل نيجيريا و السودان، نجد أن المخاض يتعرض غالبا للعلاقات عند إنجاب المولود الأول و تكون الوسيلة الأساسية لإنقاذ حياة كل من الأم و الطفل إجراء عملية قيصرية، و إذا لم تحدث الوفاة في المراحل الأولى فإن الحالة قد تستمر لعدة أيام و ربما أدت إلى وفاة الجنين بسبب التلوث أو الإصابة أو نقص الأكسجين.

و يمكن للتلوث أن يحدث خلال 12 ساعة بعد تهيء الأغشية عند المرأة التي تكون نسبة تعرضها لولادة متعسرة و خاصة إذا لم تعالج بالمضادات الحيوية، و معوقات المخاض تتفاوت كثيرا من بلد لآخر حيث أظهرت دراسات وجود نسبة 3,5 % من حالات الولادة المتعسرة أثناء الإنجاب في الكاميرون و 2,3 % في البرازيل و بين 5,8 و 13,5 % في بلدان جنوب

¹نجيبة صالح باحبيش و باحثين آخرين، مرجع سابق، ص.7، 8.

شرق اسيا و يعتبر تمزق الرحم من التعقيدات الرئيسية للمخاض المتعسر، و يحدث عند الأم التي أنجبت عدة أطفال بسبب النزيف المमित الناجم عن استمرار الانقباض و أظهرت الدراسات وجود 11 حالة تمزق بين كل 1000 حالة في يوغندا مقارنة ب 16 حالة في غانا 2,4 حالة في الهند و 7,4 حالة في الهندوراس.

و يتطلب تفادي حدوث المخاض المتعسر بعض الإجراءات على المستوى الطبي و الاجتماعي على حد سواء، فعلى المستوى الاجتماعي تبرز الحاجة إلى تقليص نسبة النساء اللاتي يعانين من انقباضات في الرحم بتأخير زواجهن حتى يصلن إلى مرحلة النضج الجسماني الكامل و من المهم أيضا تحسين ظروف التغذية و المعيشة لأن ذلك يساعد على استمرار النمو دون توقف، و يمثل دور الجهات الصحية في التعرف على الأمهات اللاتي قد يكن عرضة لآلام المخاض المعوق و ضمان توليدهن في الأماكن التي تتوفر فيها مهارات معينة.

فالمرأة التي يقل طولها عن 1.50 مترا و الفتيات الصغيرات و الأمهات اللاتي تعرضن من قبل لولادة متعسرة أو ولادة مهبلية أو عملية قيصرية في مرات سابقة هن في الواقع عرضة للخطر، و يجب توعية الناس بمخاطر المخاض المعوق¹.

4.1 مخمج و عدوى النفاس(حمى النفاس):

ينفتح فرج و مهبل و عنق رحم المرأة في الأيام الأولى التي تعقب الإنجاب أو الإجهاض بصورة لم تألفها المرأة في حياتها من قبل و يمكن أن يحدث التلوث بسبب الكتل الدموية و مواد الأغشية الملوثة و مخلفات الجنين الكثيرة، حيث نجد الجراثيم المهاجمة فرصة للولوج إلى القناة التناسلية بشتى الوسائل و منها على سبيل المثال عدم نظافة من يقوم بتوليد أو قذارة الأدوات التي يستخدمها.

و الكثير من نساء العالم الثالث لا ينعمن بولادة سليمة و يتعرضن لمشاكل ضارة أثناء المخاض بسبب مولدين يقصهم التدريب و لا يقدرن أهمية النظافة و نتيجة لذلك تعتبر حمى النفاس أحد أهم ثلاثة أسباب لوفيات الأمهات في البلدان النامية، و يحدث بنسبة عالية خاصة في ظل ارتفاع نسبة الإجهاض المحرم أو المحظور و تؤدي حمى النفاس إلى الوفاة خلال ستة أيام من انتشاره إذا لم يعالج كما أن النظافة و التطهير أثناء المخاض ضرورية للغاية لتقليل حالات الوفاة بسببه و من الأفضل تجنب القيام بالفحص المهبلي بالكامل في حالة تدني مستوى التطهير و غياب مضادات العدوى، و خلاصة القول أنه من الضروري تحسين مستوى نظافة الأفراد و المحيط داخل و خارج المستشفيات معا للسيطرة على مرض حمى النفاس.

2. الأسباب التوليدية الغير مباشرة:

حوالي 20 % من وفيات الأمهات هي ناتجة من الأمراض الموجودة من قبل أو الأمراض التي أصيبت بها الأم خلال فترة الحمل، و هي لا ترتبط بالأسباب التوليدية و لكن تفاقمت بسبب الآثار الفسيولوجية للحمل أو إدارتها و يتم استبعاد الموت عن طريق الصدفة أو الانتحار.

¹ نجية صالح باحبيش و باحثين آخرين، مرجع سابق، ص 9-10.

ومن الأسباب الغير المباشرة لوفيات الأمهات فقر الدم و الأمراض القلبية الوعائية و هي تكون سببا في نسبة كبيرة من الوفيات الناجمة عن أسباب الولادة المباشرة (بما في ذلك النزيف و الالتهابات)، و العديد من هذه الأمراض هي من الحمل النسبي أو المطلق، و ينبغي إعلام النساء عن هذه المشاكل و تجنب المزيد من حالات الحمل خلال فترة العلاج من خلال تنظيم الأسرة¹.

1.2 التهاب الكبد الفيروسي:

يحدث هذا المرض بسبب مهاجمته فيروسات معينة للكبد حيث يظهر أن النساء الحوامل أكثر تعرضا له، و هو ينشط سريعا لدى المرأة الحامل في الفصل الثالث من فترة الحمل على وجه الخصوص، كما أن نسبة 10 إلى 20 % من حالات الوفاة تكون بسبب فشل الكبد أو النزيف.

و من المعروف أن التهاب الكبد يعد سببا رئيسا لوفيات الأمومة في كل من (غانا، أثيوبيا، الهند و نيجيريا) و كذا مخيمات اللاجئين في الصومال و السودان و تظهر دراسات جرت في أثيوبيا و إيران أن المرأة الحامل أكثر تعرضا لهذا المرض بمقدار الضعف مقارنة بالمرأة الغير الحامل و تكون احتمالات وقاتها أكبر و شكل هذا المرض عام 1983 في أديس أبابا ثالث أكبر سبب لوفيات الأمهات ، و علاج هذا المرض يتطلب راحة تامة و نظاما غذائيا لتخفيض عمل الكبد حتى تتمكن من استعادة وظائفها، كما أن النظافة العامة تلعب دورا كبيرا في تقليص مخاطر الإصابة بالتهاب الكبد.

2.2 فقر الدم:

هو مصطلح يطلق على حالة انخفاض تركيز (الهيموجلوبين) في مجرى الدم إلى أقل من 110 ج/هـ (بالنسبة للحوامل)، و خلال نمو الجنين في الرحم أثناء فترة الحمل و حدوث تحولات أخرى عند المرأة الحامل تكون هناك حاجة أكبر للمزيد من المغذيات و خاصة الحديد و الحوامض الامينية، و تكون احتياجات نساء العالم الثالث لذلك أكثر من المعتاد لأنهن أصلا يبدأن الحمل بمخزون هزيل من المغذيات في الأساس و لذا تنخفض نسبة الهيموجلوبين و تركيزه بالدورة الدموية إذا لم يتم تلبية هذه المتطلبات نظرا لنقص التغذية و هناك أسباب أخرى لفقر الدم منها (الملاريا، أمراض الخلايا، البكتيريا، فقدان الدم بعد الإجهاض و الحمل الخارجي و الطفيليات المعوية.

و باستثناء الصين يعتبر ثلث النساء الحوامل في الدول النامية مريضات بفقر الدم مقارنة ب 14 % في الدول المتقدمة، فالصعوبات و المعاناة الناجمة عن سوء التغذية و قلته تشكل مجتمعة عوامل مضرّة بصحة المرأة و تسبب لها فقر الدم الشديد أسبابا مرضية أخرى و المريضات بفقر الدم لا يتحملن فقدان نفس الكمية من الدماء التي تفقدها النساء الغير المريضات.

فقدان لتر واحد من الدماء أثناء الوضع لا يسبب الوفاة لامرأة تتمتع بالصحة، و لكن فقدان امرأة تعاني من شدة فقر الدم 150 ملم من الدماء فقط قد تؤدي بجياتها، و يذكر أن مكونات الحديد و الأمينيات مع تناول العقاقير المضادة للملاريا طوال فترة الحمل قد تمنع حدوث فقر الدم في مناطق كثيرة من بلدان العالم الثالث، و من المفيد كذلك إجراء فحوصات بحثا عن هذا المرض ثلاث مرات أثناء فترة الحمل و ذلك أثناء الزيارة الأولى المخصصة للرعاية المسبقة ثم في الأسبوع 30 و الأسبوع 36 و

¹ Belgherras Hafsa & Benchouhra Sabrina & Bekara Abba(2014), opcit, p.15.

بمذه الطريقة سيمكن التعرف على النساء اللائي يفشلن في التجاوب مع العلاج و على المريضات بفقر الدم الناتج عن أسباب أخرى مثل أمراض الخلايا الصماء¹.

III. الأسباب الكامنة وراء وفيات الأمهات في العالم

تقتضي النساء نخبهن أثناء فترة الحمل أو خلال الولادة أو في الفترة التي تلي الوضع جراء طائفة من الأسباب المباشرة أو الغير المباشرة و تحدث 80% من وفيات الأمومة على الصعيد العالمي جراء أسباب مباشرة و العوامل الرئيسية التي تتسبب في هلاك أولئك النسوة هي النزيف الوخيم (النزيف الذي يحدث بعد الوضع بالدرجة الأولى) و أنواع العدوى و لاسيما الانتان و الاضطرابات التي تؤدي إلى فرط ضغط الدم أثناء فترة الحمل (الارتجاج عادة) و تعسر الوضع، كما تتسبب المضاعفات التي تحدث بعد الإجهاض غي المأمون في وقوع 13% من مجموع وفيات الأمومة و من الأسباب الغير المباشرة 20% التي تقف وراء وفيات الأمومة الأمراض التي تزيد من صعوبة الحمل أو التي تزيد الحمل من خطورتها مثل الملاريا و فقر الدم و الايدز و العدوى بفيروسه و الأمراض القلبية الوعائية².

1. مضاعفات التوليد الرئيسية على المستوى العالمي

جدول رقم 73: الوفيات المقدره لمضاعفات التوليد الرئيسية في جميع أنحاء العالم، و تأثير الوفيات المحتملة التي يمكن الوقاية منها.

أسباب الوفيات	عدد و نسبة % الوفيات	نسبة % و عدد الوفيات المحتملة
النزيف	127.000	25
العدوى	76.000	15
تسمم الحمل	64.000	12
ولادة متعسرة	38.000	8
الإجهاض	67.000	13
الأسباب المباشرة	39.000	8
أسباب غير مباشرة	100.000	20
المجموع	510.000	100

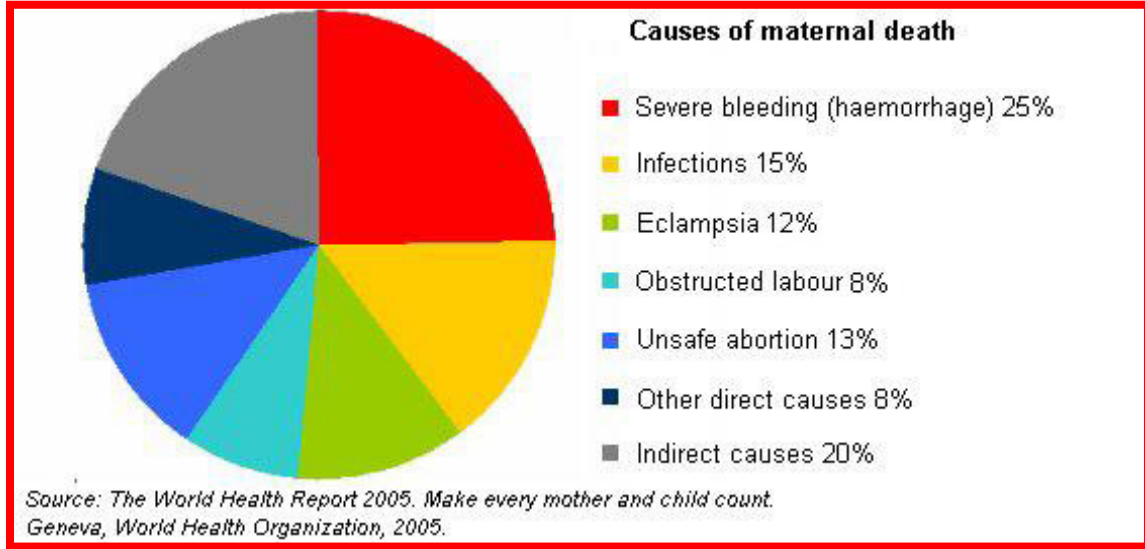
Source: [Organisation Mondiale de la Santé 1994.](#)

¹ نجية صالح باحبيش و باحثين آخرين، مرجع سابق، ص 10-11-12.

² التقرير الخاص بالصحة في العالم (2005)، لا تبخلوا أما و لا طفلا من مكاتهما في المجتمع. جنيف، منظمة الصحة العالمية، ص 62.

• أسباب وفيات الأمهات في العالم

مخطط رقم 25: أسباب وفيات الأمهات في العالم لسنة 2005.



Source: The World Health Report 2005. Make every mother and child count.

يمكن توفي معظم وفيات الأمومة لأن الحلول الطبية لأهم الأسباب المؤدية إليها باتت معروفة و توفير خدمات الرعاية عند الولادة من الأمور الكفيلة بإحداث الفارق و إنقاذ الأم و ولدها من الموت ، فيمكن للنزف الوخيم الذي يحدث في المرحلة الثالثة من الوضع أن يؤدي بحياة المرأة في غضون ساعتين فقط حتى إذا كانت في صحة جيدة و يمكن دواء الأوكستوسين، الذي يعطى بعد الولادة فورا من تخفيض مخاطر نزف بفاعلية كبيرة.

كما يمكن الحد بشكل كبير من الانتان الذي يعد ثاني أكثر أسباب وفيات الأمومة تكرارا، باحترام تقنيات التطهير و يتمثل السبب الثالث الارتعاج و هي من الاضطرابات الشائعة التي تسبب فرط ضغط الدم أثناء فترة الحمل و التي يمكن رصدها ، و على الرغم من تعذر علاج تلك الاضطرابات بشكل تام قبل الوضع فإن إعطاء أدوية مثل (سلفات المغنيزيوم) من العمليات الكفيلة بالحد من مخاطر إصابة الحوامل بالاحتلاج (الارتعاج) الذي قد يؤدي إلى وفاتهن و من الأسباب المتكررة الأخرى لوفيات الأمومة تعسر الوضع الذي يمكن توقيه أو تديره علاجيا من قبل قابلات حاذقات و يحدث تعسر الوضع عندما يكون رأس الجنين أكبر من حوض الأم أو عندما يكون في وضعية غير عادية داخل بطن الأم و من الوسائل البسيطة لتحديد مشاكل الوضع في مراحل مبكرة التصوير، الذي يتيح إمكانية إجراء رسم بياني يظهر تطور عملية الوضع و حالة الأم و الجنين و يمكن للقابلات استخدام الصورة لأغراض التعرف على التطور البطيء الذي يسبق تعسر الوضع و التعاطي معه و إحالة المرأة حسب الاقتضاء إلى الجهات المتخصصة للخضوع لعملية قيصرية.

في عام 2006 لم تبلغ الولادات التي تمت بمساعدة قابلة في البلدان النامية إلا 60% تقريبا، و بالتالي يمكن استنتاج أن 50 مليون امرأة من النساء اللائي وضعن حملهن في بيوتهن لم يستفدن من مساعدة عاملين صحيين و تتراوح نسبة التغطية 34% في شرق أفريقيا و 93% في أمريكا الجنوبية¹، و الجدير بالذكر أن هناك تباين أيضا في التغطية بخدمات الرعاية السابقة

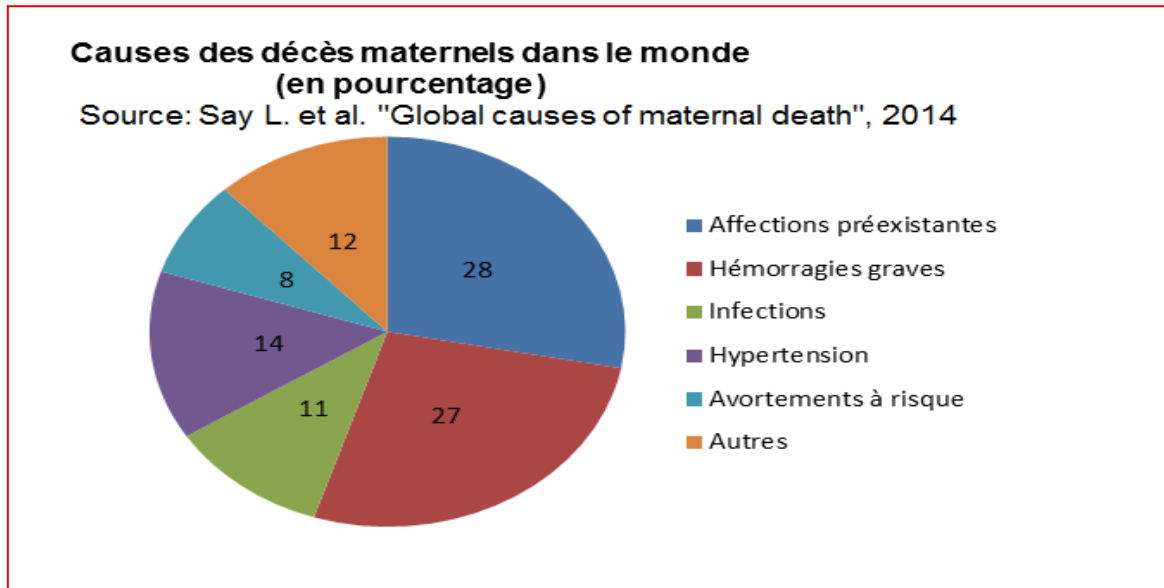
¹ نسبة الولادات التي تمت بمساعدة عامل صحي حاذق - تحديثات عام 2008. جنيف، منظمة الصحة العالمية، إدارة الصحة الإنجابية و بحثها، 2008.

للولادة ففي بيرو استفادت 87% من الحوامل من أربعة فحوص من فحوص الرعاية السابقة للولادة على الأقل بينما لم تتجاوز نسبة التغطية بتلك الخدمات 12% في إثيوبيا¹.

و هناك أسباب كثيرة تقف وراء عدم استفادة النساء من خدمات الرعاية التي يحتاجها قبل الولادة و خلالها و بعدها، فقد تفتقر بعض المناطق النائية إلى عاملين صحيين أو قد تكون خدمات الرعاية عند توافر أولئك العاملين رديئة المستوى و قد تفتقر النساء في حالات أخرى إلى فرص الوصول إلى المرافق الصحية نظرا لعدم وجود وسائل النقل أو عدم قدرتهن على تحمل تكاليف النقل أو تكاليف الخدمات الصحية.

كما يمكن أن تحول المعتقدات الدينية الراسخة في ذهن المرأة أو يحول مركزها الاجتماعي المتدني دون التماسها ما تحتاج إليه من خدمات الرعاية عندما تكون في فترة الحمل، و لابد لتحسين صحة الأمومة من تحديد الفجوات القائمة على قدرة النظم الصحية وجودتها و العقبات التي تعترض سبيل الحصول على الخدمات الصحية و سد تلك الفجوات على الصعيد المجتمعي.

مخطط رقم 26: أسباب وفيات الأمهات في العالم سنة 2014.



Source : Organisation mondiale de la santé (OMS), "Maternal mortality", fact sheet, n° 348 Fiche pédagogique Ined. www.ined.fr

في عام 2013، توفيت 989000 امرأة في جميع أنحاء العالم نتيجة مضاعفات متعلقة بالحمل و الولادة و في فترة النفاس، و منذ 1990 انخفض عدد وفيات الأمهات بنسبة 45%.

¹ تتبع التقدم المحرز في مجال إنقاذ الأمهات و الولدان و الأطفال. تقرير عام 2008. نيويورك، اليونيسيف، 2008.

2. الأسباب الكامنة وراء وفيات الأمهات في العالم العربي:

◆ الأسباب الطبية

جدول رقم 74: الأسباب الطبية لوفيات الأمهات في الدول العربية

السبب	%
الولادة المتعسرة	8
الإجهاض الغير المأمون	12
الارتجاج	12
الانتان النفاسي	15
النزيف	25
أسباب مباشرة أخرى	8
أسباب غي مباشرة أخرى	20

المصدر: فاطمة محمد سليمان دفع الله (2010)، وفيات الأمهات في السودان في الفترة 1998-2009، بحث تكميلي مقدم إلى جامعة الخرطوم لنيل ماجستير العلوم في الاقتصاد القياسي و الإحصاء الاجتماعي، ماي، ص 17.

نسبة وفيات الأمهات هو المؤشر الذي يتسم بصعوبة الحصول عليه في الدول النامية بسبب التخلف في مجال السجل المدني للوفيات مع ذكر سبب الوفاة.

تعاني الدول العربية من نقص حاد في بيانات متعلقة بنسبة وفيات الأمهات، قسمت الدول العربية من خلال مستويات نسبة وفيات الأمهات في عام 1990 إلى أربعة مستويات و هي:

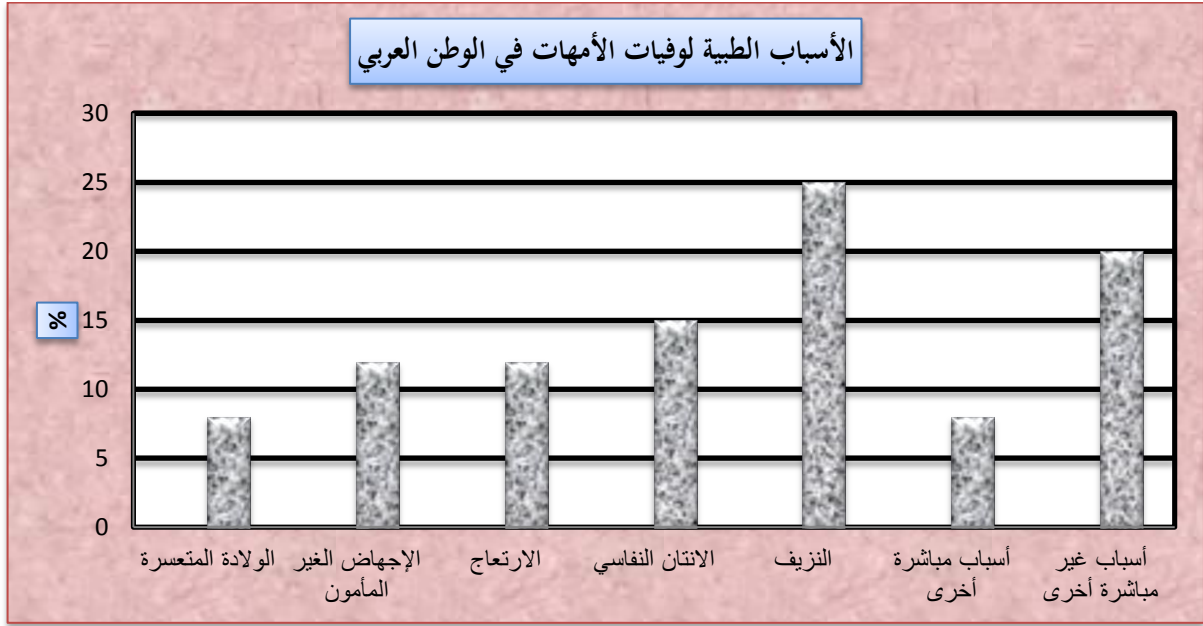
- ✓ دول خطت خطوات واسعة نحو خفض وفيات الأمهات و أصبح الحمل و الولادة فيها أكثر أمنا و هي الكويت، قطر، البحرين، السعودية، الأردن و هذه الدول نسبة وفيات الأمهات فيها أقل من 50 لكل 100000 مولود حي.
- ✓ دول حققت تحسنا ملحوظا في مجال صحة الأمومة و تمكنت من خفض نسبة وفيات الأمهات فيها أقل من 100 لكل 100000 مولود حي.
- ✓ دول حققت تحسنا ملحوظا في مجال صحة الأمومة لكن لا تزال نسبة وفيات الأمهات فيها 100 لكل 100000 مولود حي و هي الأراضي الفلسطينية المحتلة، تونس، الجزائر، لبنان، سوريا.
- ✓ دول ما زالت تعاني من مشكلات في صحة الأمومة و تفوق نسبة وفيات الأمهات فيها 200 لكل 100000 مولود حي و هي المغرب، العراق، جزر القمر، اليمن، السودان، موريتانيا، جيبوتي، الصومال.

أخفقت هذه الدول التي تعاني من ارتفاع نسبة وفيات الأمهات في عدة نقاط نذكر منها:

- تطبيق التدخلات في خدمات الأمومة بصورة غير متكاملة و شاملة كما لا يمكن أن تنخفض نسبة وفيات الأمهات بنسبة عالية بالاعتماد فقط على الرعاية أثناء الحمل أو بتدريب القابلات إذا لم تتوفر خدمات الطوارئ التوليدية في حالة حدوث المضاعفات.

- الافتقار إلى الإدارة السياسية الفعلية و ضمان استمرارية تخصيص الموارد لخدمات الأمومة الآمنة.
- غياب الرقابة و الأمن المشترك في القطاعات المختلفة.
- وجود فجوة واسعة في التنمية البشرية بين الإناث و الذكور و تفشي الأمية بين أفراد المجتمع خاصة النساء.
- نقص الكوادر المؤهلة و المدربة على خدمات الأمومة في المناطق الريفية.

مخطط رقم 27: الأسباب الطبية لوفيات الأمهات في الوطن العربي



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 74.

و كما هو ملاحظ في الجدول و المنحنى أن نسبة كبيرة من وفيات الأمهات تعود لأسباب تتعلق بالنزيف بنسبة 25 % و الذي يعد السبب الرئيسي لوفيات الأمهات على المستوى العالمي و كذا على المستوى العربي ليليهما الانتان النفاسي ب 15 % و الارتعاج و الإجهاض الغير المأمون ب 12 %.

3. أسباب وفيات الأمهات في الجزائر:

1.3 أسباب الوفاة

جدول رقم 75: توزيع الأسباب الكامنة وراء الوفاة

معدل الوفيات	العدد	الأسباب الرئيسية للوفيات
0.048	365	-الأمراض المعدية
0.011	86	-الأمراض الجلدية.
0.212	1591	-الأورام الخبيثة.
0.011	83	-أورام حميدة.
0.043	324	-أراض الغدد الصماء.
0.007	54	-أمراض الدم.
0.003	27	-الاضطرابات النفسية.
0.027	209	-أمراض الحواس.
0.149	1117	-أمراض القلب و الأوعية الدموية.
0.044	333	-أمراض الجهاز التنفسي.
0.041	311	-أمراض الجهاز الهضمي.
0.004	32	-أمراض المسالك البولية.
0.005	38	-اضطرابات المفاصل.
0.116	877	-الإصابات و التسمم.
0.001	10	-الأمراض التناسلية.
0.006	46	-الأعراض.
-	1557	-غير محددة
0.090	697	-وفيات الأمهات.
-	7757	المجموع

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), Institut national de la santé publique, enquête nationale sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, INSP, p18.

من بين 10 حالات وفاة في العالم تعزى 6 حالات منها إلى اعتلالات غير سارية، و 3 حالات إلى اعتلالات سارية أو إنجابية أو تغذوية ، و حالة واحدة إلى الإصابات و تدل أنماط الوفيات في كثير من البلدان النامية على مستويات عالية من الأمراض المعدية و مخاطر الوفاة في أثناء الحمل و الولادة ، بالإضافة إلى أمراض السرطان و الأمراض القلبية الوعائية و الأمراض التنفسية المزمنة لأنها السبب في معظم حالات الوفاة في العالم النامي.

و للخصائص الاقتصادية و الاجتماعية دور في رفع معدل وفيات الأمهات فقد بلغت نسبة النساء المتعلمات ب 24.4 % و العمر عند الزواج 29.7 و متوسط العمر عند الوفاة 33 سنة و 3 أرباع من النساء أميات أو لهن مستوى ابتدائي، أما وفيات الأمهات فبلغ عددهن 697 حالة وفاة من مجموع الوفيات.

2.3 الأسباب الأولية لوفيات الأمهات

جدول رقم 76: الأسباب الأولية للوفاة.

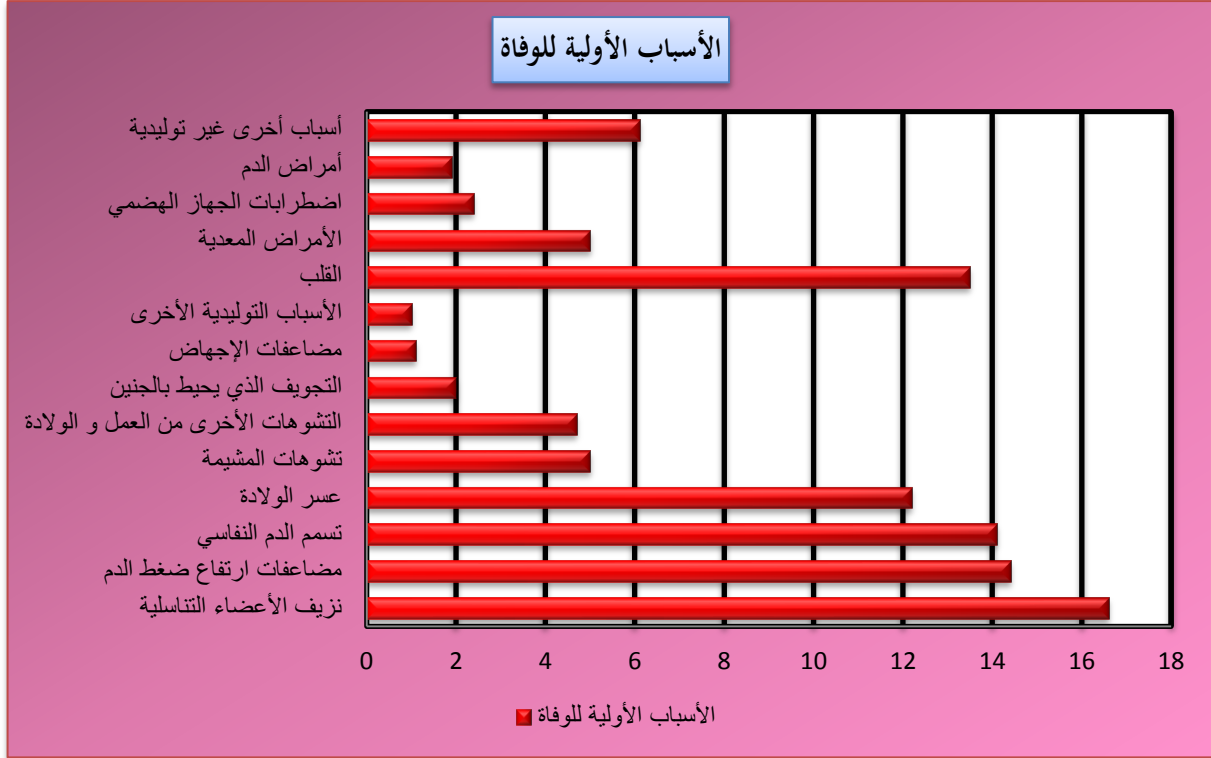
الأسباب الأولية للوفاة	العدد	%
أسباب توليدية	454	71,16
-نزيف الأعضاء التناسلية.	106	16,6
-مضاعفات ارتفاع ضغط الدم أثناء الحمل.	92	14,4
-تسمم الدم النفاسي أو حمى النفاس.	90	14,1
-عسر الولادة.	78	12,2
-تشوهات المشيمة.	32	5
-التشوهات الأخرى من العمل و الولادة.	30	4,7
-التجويف الذي يحيط بالجنين.	13	2
-مضاعفات الإجهاض.	7	1,1
-الأسباب التوليدية الأخرى.	6	1
الأسباب الغير توليدية	184	28,84
-القلب.	86	13,5
-الأمراض المعدية.	32	5
-اضطرابات الجهاز الهضمي.	15	2,4
-أمراض الدم.	12	1,9
-أسباب أخرى غير توليدية	39	6,1
المجموع	638	100

Source : Ministère de la santé et de la population(2001), op.cit. p31.

تزداد المخاطر التي تتعرض لها المرأة أثناء الحمل أو الولادة أو بعد الولادة يوما بعد يوم، سواء لأسباب توليدية أو غير توليدية فأول خطر يحيط بالمرأة لأسباب توليدية هو نزيف الأعضاء التناسلية حيث افتك بما لا يقل عن 106 امرأة سنة 1999 من بين 454 حالة وفاة لأسباب توليدية و تليها ثلاثة مخاطر كبرى و التي تتمثل في ارتفاع الضغط الدموي،تسمم الدم النفاسي،عسر الولادة أي ما مجموعه 260 حالة وفاة لهذه الأسباب الثلاثة.

أما الأسباب الغير التوليدية و التي تتمثل في مجموعة من الأمراض الخطيرة التي يمكن أن تصيب المرأة في مرحلة الحمل و الولادة أو بعدها 86 حالة وفاة بسبب مرض القلب و 32 بسبب الأمراض المعدية التي لا تزال الدول المختلفة تعاني منها ومن بينها الجزائر إذ تعد من الأسباب الرئيسية في وفيات الأمهات خاصة في الأماكن النائية و الفقيرة.

مخطط رقم 29: الأسباب الأولية للوفاة.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 76.

ما يقارب من ثلثي وفيات الأمهات أي 71.1% نتيجة لأسباب الولادة، و من بين الأسباب الأكثر شيوعا نزيف الأعضاء التناسلية و مضاعفات ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل، تسمم أو حمى النفاس و الولادة المتعسرة.

و تحيمن الأسباب الغير التوليدية على نسبة 29% من مجموع الوفيات كلها لأسباب تتعلق بأمراض القلب و الأمراض المعدية ل59 حالة وفاة و لا يمكن تحديد السبب الكامن وراء الوفاة بناء على المعلومات التي يقدمها السجل الطبي.

3.3 الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات

◆ الأسباب المباشرة

جدول رقم 77: توزيع الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات.

الأسباب المباشرة للوفاة	العدد	%
الأسباب التوليدية	391	61,86
-نزيف الأعضاء التناسلية	141	21
-تسمم الدم النفاسي	84	12.5
-مضاعفات ارتفاع ضغط الدم من الحمل	61	9.1
-تمزقات الرحم	53	7.9
-تشوهات المشيمة	18	2.7
-الشروط المرتبطة بالحمل	14	2.1
-صدمة التوليد أثناء الولادة	10	1.5
-عسر الولادة	6	0.9
-التشوهات الأخرى من العمل و الولادة	3	0.4
-مضاعفات الإجهاض	1	0.1
أسباب غير توليدية	241	38,13
-القلب	55	8.2
-أمراض القلب و الأوعية الدموية الأخرى	47	7
-مرض يصيب الجهاز التنفسي	46	6.9
-أعراض غير محددة	30	4.5
-أمراض معدية	29	4.3
-اضطرابات في الجهاز البولي و التناسلي	18	2.7
-اضطرابات في الجهاز الهضمي	16	2.4
المجموع	632	100

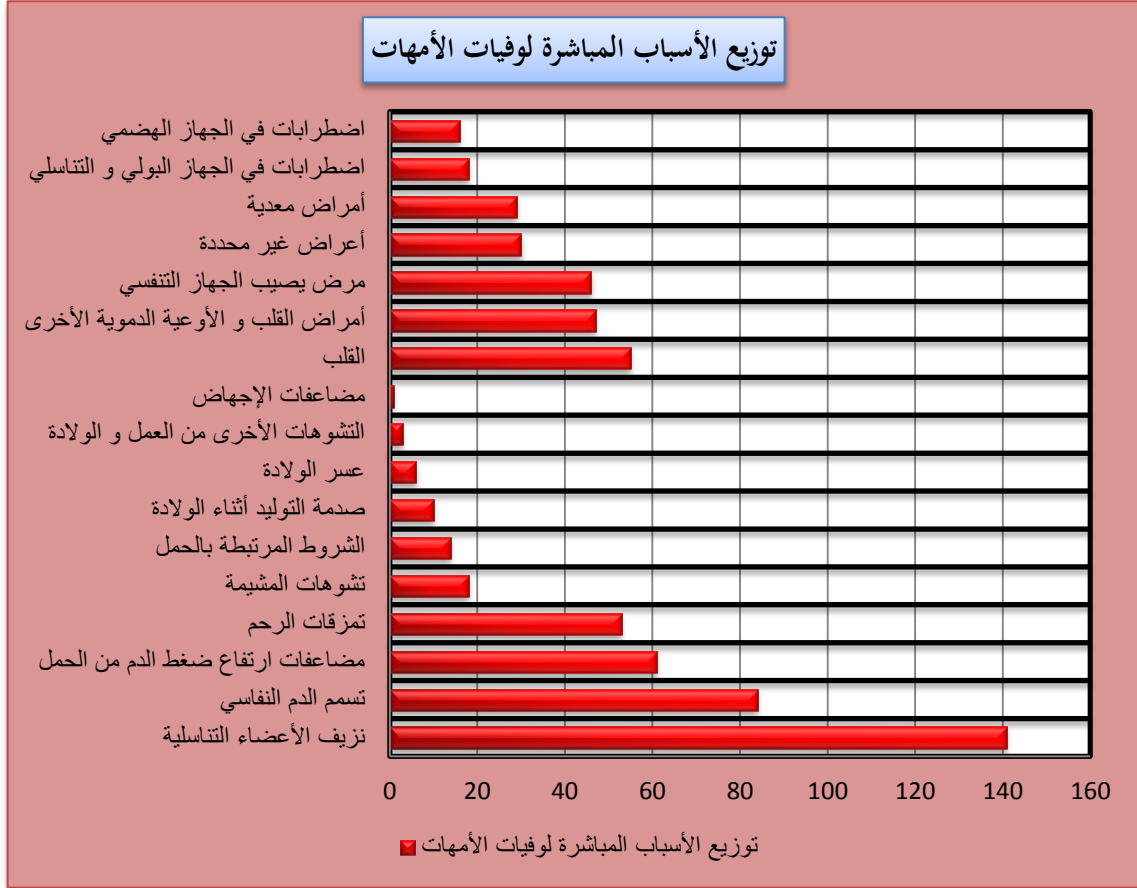
Source : : Ministère de la santé et de la population(2001), op.cit, p33.

خلال فترة الحمل السبب الكامن وراء الوفاة تعود إلى أسباب تتعلق بالمرض و التي تفاقمت بسبب الحمل حيث بلغت 60 % و نصف حالات الوفيات تعود لأمراض القلب و نادرا لمرض معد أو حالة مزمنة.

و 40 % من حالات الوفيات كانت جراء مضاعفات ارتفاع ضغط الدم الناجم عن الحمل و أثناء الولادة، و تقريبا 85.9 % تعود لأسباب توليدية و النمط الأكثر شيوعا هو عسر الولادة بنسبة 29.6 % تليها بدرجة أقل التشوهات الرحمية

ب 12.7 % أما الأسباب الغير التوليدية فهي تتوزع على مجموعة من الأمراض كمرض القلب و أمراض الجهاز التنفسي حيث بلغ إجمالي الحالات إلى 241 حالة وفاة من مجموع الوفيات لأسباب توليدية مباشرة.

مخطط رقم 30: توزيع الأسباب المباشرة لوفيات الأمهات.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 77.

بمراجعة أسباب وفيات الأمهات عالميا و حسب ما ورد في تقرير منظمة الصحة العالمية لعام 2005 " Make every Mother and Child count " يتبين أن النزيف قد شكل أعلى نسبة من بين أسباب وفيات الأمهات 25 % ،تلتها العدوى ب13 % و الإجهاض الغير الآمن ب13 % و تسمم الحمل ب12 % و عسر الولادة ب8 % بالإضافة إلى أن 20 % من وفيات الأمهات تعود لأسباب غير مباشرة مثل الملاريا و فقر الدم و أمراض القلب و الإيدز.¹

أما في الجزائر فقد أشار المسح الوطني لوفيات الأمهات إلى أن 21 % من الوفيات تعود لأسباب تتعلق بنزيف الأعضاء التناسلية و أمراض القلب و الأوعية الدموية من بين أكثر الأسباب الغير مباشرة شيوعا حيث بلغت 15.5 % من مجموع الوفيات.

¹ The World Health Report 2005. Make every mother and child count.

أما بالنسبة للدول المتطورة فقد كانت النسب الأعلى تعود لأسباب غير مباشرة، مثل أمراض القلب و هذا يعود للتقدم الحاصل في مجال التكنولوجيا و التخدير و الأدوية بالإضافة إلى التطور في البروتوكولات و أساليب التعامل مع المضاعفات حيث أن معظم الأسباب يمكن منعها أو التعامل معها بوجود سياسات صحية و نظام صحي متكامل.

4.3 توزيع أسباب الوفاة حسب مكان حدوثها

◆ مكان حدوث الوفاة

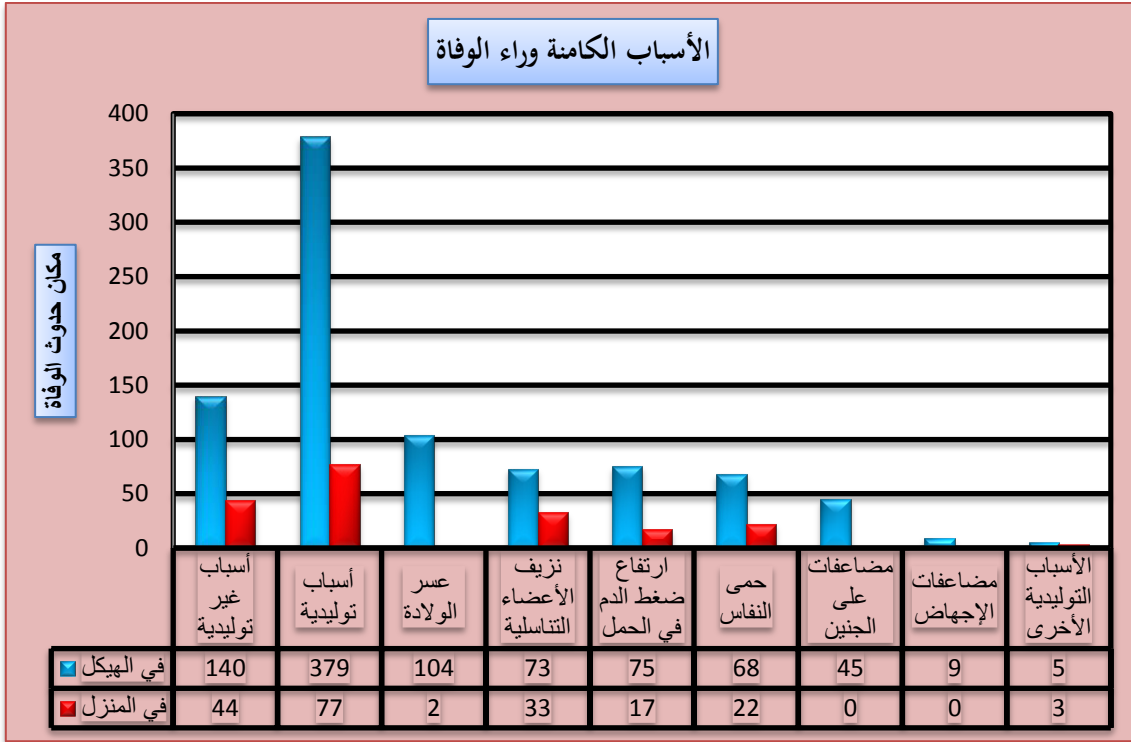
جدول رقم 78: الأسباب الكامنة وراء الوفاة.

المجموع	مكان حدوث الوفاة		الأسباب الكامنة للوفاة
	في المنزل	في هيكل	
184	44	140	أسباب غير توليدية
456	77	379	أسباب توليدية
106	2	104	عسر الولادة
106	33	73	نزيف الأعضاء التناسلية
92	17	75	ارتفاع ضغط الدم في الحمل
90	22	68	حمى النفاس
45	0	45	مضاعفات على الجنين/أو التجويف الذي يحيط بالجنين
9	0	9	مضاعفات الإجهاض
8	3	5	الأسباب التوليدية الأخرى
640	121	519	المجموع

Source: Ministère de la santé et de la population(2001), op.cit. p38.

إن تقدير عدد الوفيات و تحديد أسبابها و معرفة مكان حدوثها من أهم الوسائل، إلى جانب تقدير كيفية تأثير مختلف الأمراض و الإصابات ذلك من أجل تقييم فعالية النظام الصحي في بلدنا فالحصول على تلك الأعداد يساعد السلطات الصحية على تحديد ما إذا كانت تركز على الإجراءات الصحية المناسبة، فمن خلال معرفة مكان حدوث الوفاة وحصص الأسباب الكامنة يمكن اتخاذ الإجراءات و التدابير اللازمة من أجل إيقاف و حصر هذه الأسباب و التقليل من وفيات الأمهات فالجدول أعلاه يوضح أن غالبية الوفيات تحدث في هيكل صحي و لأسباب تتعلق بالولادة ب 379 حالة وفاة و كذلك بالنسبة للوفيات التي تحدث في المنزل فهي لا تقل خطورة على تلك التي تحدث في هيكل صحي لأن الولادة في المنزل أكثر خطورة لعدم توفر أدنى شروط السلامة التوليدية من تعقيم و وسائل لوقف النزيف الحاد، فمجموع الوفيات التي تحدث لأسباب توليدية بلغ 456 حالة وفاة أما الأسباب الغير التوليدية في هيكل صحي بلغت 140 حالة وفاة و 44 حالة حدثت في المنزل ما مجموعه 184 وفاة لأسباب غير توليدية.

مخطط رقم 31: توزيع أسباب الوفاة حسب مكان حدوثها.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 78.

تعكس الأرقام الواردة في المنحنى أعلاه أهم الأسباب الكامنة وراء وفيات الأمهات سواء توليدية أو غير توليدية، فالسبب الأول بلغ 104 حالة وفاة للأمهات بسبب عسر الولادة في هيكل صحي و 2 حالة وفاة في المنزل و تليها نزيف الأعضاء التناسلية ب 106 حالة لكل من وفيات الأمهات سواء في هيكل أو في المنزل، فهي تعادل إجمالي حالات الوفيات لأسباب تتعلق بعسر الولادة فكلما هاذين السببين يشكلان خطرا على حياة الأم في هذه المرحلة خاصة في غياب الرقابة وعدم كفاءة القابلات و غياب الإمكانيات مثل التعقيم، فهذين السببين يشكلان أعلى عدد بحيث جاء في مقدمة جميع الأسباب الأخرى.

و يأتي ارتفاع ضغط الدم كثالث سبب للوفاة إذ يخلف 92 حالة، 75 في هيكل صحي و 17 في المنزل ونرجع تفاقم هذه الأعراض إلى عدم المراقبة و المتابعة الجيدة أثناء جميع مراحل الحمل و الولادة وعدم التشخيص الجيد و إهمال مثل هذه الأسباب القاتلة تكون بقلة الوعي و تدني المستوى التعليمي للمرأة بضرورة الولادة في مكان يتوفر على جميع الإمكانيات لمعالجة هذه الأمراض في بدايتها والتحكم فيها قبل تفاقمها، و تليها حمى النفاس ب 90 حالة و مضاعفات الإجهاض ب 9 حالات.

4. العبء العالمي للأمراض GBD

الجدول رقم 79: تصنيف العبء العالمي للأمراض GBD.

الإصابات	الأمراض الغير المعدية.	الأمراض المعدية، أمراض مرحلة الأمومة، و الاحتياجات الغذائية و (périnatal)
-الإصابات الغير المتعمدة. -الإصابات المتعمدة.	-الأورام الخبيثة. -الأورام الأخرى. -داء السكري. -اضطرابات الغدد الصماء. -الاضطرابات العصبية و النفسية. -أمراض الأجهزة الحسية. -أمراض القلب و الأوعية الدموية. -أمراض الروماتيزم. -أمراض الجهاز التنفسي. -أمراض الجهاز الهضمي. -أمراض التناسلية البولية. -الأمراض الجلدية. -أمراض العظام و العضلات. -التشوهات الخلقية. -أمراض الفم	-الأمراض المعدية و الطفيلية. -التهابات الجهاز التنفسي. -أمراض مرحلة الأمومة. -الأمراض المحيطة بفترة ما حول الولادة (périnatal) -نقص التغذية

Source: National Burden of Disease Studies(2001): A practical Guide, World Health Organization Global Program on Evidence for Health Policy W.H.O Geneva, Edition 2.0, October.2001, p 18,19.

دراسة العبء العالمي للأمراض (GBD1990) ل Mury and Lopez (1996) اقترحا هيكل شجرة لمعرفة أسباب الوفاة، وهذه القائمة ل GBD كانت تضم 4 مستويات و تشمل 108 من الأمراض و الإصابات حيث المستوى الأول قسم إلى 3 مجموعات واسعة من الأسباب:

- المجموعة الأولى التي تتألف من الأمراض المعدية، و أسباب تتعلق بالولادة و الظروف التي تنشأ في فترة ما حول الولادة و نقص التغذية.
- المجموعة الثانية تشمل الأمراض الغير معدية.
- المجموعة الثالثة التي تضم الإصابات المتعمدة و الغير متعمدة.

و قد تم تقسيم كل مجموعة إلى عدة فئات فرعية من الأمراض و الإصابات، المجموعة الأولى تم تقسيمها إلى 5 فئات فرعية (الأمراض المعدية و الطفيلية، و التهابات الجهاز التنفسي و أسباب تتعلق بالولادة و الظروف التي تنشأ في فترة ما حول الولادة و الأسباب الغذائية) ، و المجموعة الثانية المتعلقة بالأمراض غير المعدية التي تم تقسيمها إلى 14 فئة فرعية و المجموعة الثالثة التي قسمت إلى إصابات عرضية و متعمدة.

و قد تم اختيار هذه الأمراض و الإصابات (108) للعبء العالمي للأمراض سنة 1990 و اختيرت على أساس 3 معايير:

- الحجم المحتمل لسبب الوفاة.
- مستوى الخدمات الصحية.
- جذب انتباه السلطات من أجل مناقشة السياسات الصحية.¹

1.4 توزيع الوفيات حسب تصنيف GBD للأمراض

توزيع الوفيات حسب المجموعات المرضية وفقا للتصنيف العالمي للأمراض GBD يبين على أن نسبة كبيرة تعود للأمراض الغير المعدية ب 58,6 % و يهيمن على الأمراض القلبية الوعائية، و الأورام و أمراض الجهاز التنفسي و السكري بينما الأمراض المعدية و الأمراض في فترة ما حول الولادة و التغذية تمثل 22,7 %، أما نسبة الإصابات فهي 10,6 % و تمثل أساسا في الإصابات الغير المتعمدة.²

1.1.4 تصنيف GBD للأمراض

جدول رقم 80: توزيع الوفيات حسب تصنيف GBD للأمراض.

مجموعة الأمراض	العدد	%
الأمراض المعدية، أمراض فترة ما حول الولادة.	3037	22,7
الأمراض الغير معدية	7829	58,6
الصددمات	1412	10,6
غير واضحة	1080	8,1
المجموع	13358	100

Source : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière(2007), Enquête national de santé. Projet TAHINA, Analyse des causes de décès année 2002, projet TAHINA (contrat n°ICA36T2002-10011), novembre2008, p37.

¹National Burden of Disease Studies(2001): A practical Guide, World Health Organization Global Program on Evidence for Health Policy W.H.O Geneva, Edition 2.0, October.2001,p17.

² Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière(2007), Enquête national de santé. Projet TAHINA, Analyse des causes de décès année 2002, projet TAHINA (contrat n°ICA36T2002-10011), novembre2008, p37.

2.1.4 المجموعة المرضية حسب التصنيف العالمي للأمراض GBD

جدول رقم 81: توزيع الوفيات حسب المجموعة المرضية و التصنيف العالمي للأمراض GBD للنساء.

مجموعة الأمراض	العدد	%
الأمراض المعدية، أمراض فترة ما حول الولادة.	1387	23,6
الأمراض الغير معدية	3646	62
الصددمات	323	5,5
غير واضحة	523	8,9
المجموع	5879	100

Source : Ministère de la santé, op.cit.p38.

لا تزال الأمراض الغير المعدية تحتل الصدارة بأعلى نسبة مئوية 62 % و هي مجموعة من الأمراض التنكسية التي هي من صنع الإنسان كالأمراض القلبية و مرض السكري و إلى غير ذلك، و تأتي في المرتبة الثانية الأمراض المعدية و أمراض فترة ما حول الولادة 24 %.

3.1.4 تصنيف 10 أسباب الأولى للوفيات حسب تصنيف GBD : عموما اضطرابات ما حول الولادة هي السبب

الرئيسي للوفاة حسب التصنيف العالمي للأمراض ب 13,5 %، تليها الأمراض الغير المعدية و خصوصا الأمراض القلبية الوعائية ب 7,5 % و مرض القلب و ارتفاع الضغط الدموي ب 6,6 %، و داء السكري ب 4,4 % ثم تأتي الصدمة ب 4,3 %¹.

¹ TAHINA(2002), Analyse des causes de décès en Algérie année 2002, projet Tahina (contrat n°ICA-CT2002-10011) p 38.

1.3.1.4 الأسباب الأولى للوفاة حسب GBD

جدول رقم 82: الأسباب 10 الأولى للوفاة حسب تصنيف GBD.

الأسباب	%
الأمراض المحيطة بالولادة	13,5
الأمراض الدماغية الوعائية	7,5
أمراض القلب و ارتفاع ضغط الدم	6,6
داء السكري	4,4
الإصابات الغير المتعمدة	4,3
أمراض نقص ترويه القلب	2,5
التهابات الجهاز التنفسي	2,3
أمراض الجهاز البولي التناسلي	2,1
الربو	1,5
أمراض الإسهال	1,3

Source : Ministère de la santé, op.cit, p 38.

2.3.1.4 الأسباب العشرة الأولى للوفاة حسب تصنيف GBD: تأتي الظروف المحيطة بالولادة الأولى من حيث الأسباب

العشرة المؤدية للوفيات بصفة عامة في الجزائر كما هو موضح في الجدول.

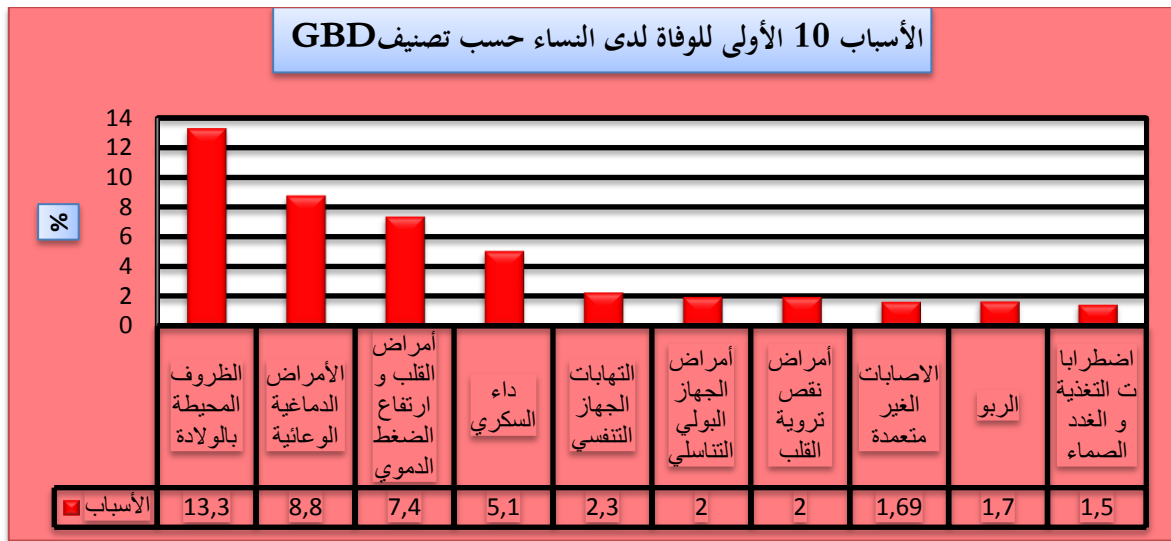
جدول رقم 83: توزيع الأسباب العشرة الأولى للوفاة عند النساء حسب تصنيف GBD

الأسباب	العدد	%
الظروف المحيطة بالولادة.	783	13,3
الأمراض الدماغية الوعائية.	517	8,8
أمراض القلب و ارتفاع الضغط الدموي.	436	7,4
داء السكري.	298	5,1
التهابات الجهاز التنفسي.	135	2,3
أمراض الجهاز البولي التناسلي.	119	2
أمراض نقص تروية القلب.	116	2
الإصابات الغير متعمدة.	113	1,9
الربو.	102	1,7
اضطرابات التغذية و الغدد الصماء.	89	1,5
المجموع	5879	100

Source Ministère de la santé, op.cit., p39.

جدول توضيحي للأسباب العشرة الأولى للوفاة لدى النساء بصفة عامة و في كل مرة يتضح لنا من جدول لآخر أن السبب الرئيسي لوفيات النساء يعود إلى تلك الظروف المحيطة بالولادة، و لكن هناك أمراض مستعصية تتعرض لها النساء في مراحل حياتهن تعرضهن لخطر الوفاة و منتشرة بشكل واسع لدى النساء في سن الإنجاب نذكر منها الأمراض الدماغية الوعائية و أمراض القلب و ارتفاع الضغط الدموي و داء السكري، بالإضافة إلى المشكلات الصحية الكثيرة و المتنوعة و لعل أخطرهما تلك التي تتعلق بالمنطقة الحساسة و التي يصعب في الغالب الشفاء منها فهي ترتبط بشكل وثيق بكيفية الحياة العادية التي تمارسها كأمراض الجهاز التناسلي التي تصيب المرأة فحسب فهي التي تتعرض للحمل و الولادة بالإضافة إلى الدورة الشهرية و هذا ما يسبب الكثير من التغيرات و التأثيرات، نهيك عن أمراض الجهاز التنفسي و اضطرابات التغذية و الغدد الصماء التي بدورها تسبب سوء التغذية و نقص المناعة في مرحلة الأمومة و التي تخلف وفاة النساء.

مخطط رقم 32: توزيع الأسباب العشرة الأولى للوفاة عند النساء حسب تصنيف GBD.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 83.

احتلت الظروف المحيطة بالولادة الصدارة ب 13,3 %، تليها الأمراض الدماغية الوعائية و أمراض القلب و ارتفاع الضغط الدموي داء السكري ما بين 5,1-8,8 % في حين تراوحت النسب المتبقية لكل من التهابات الجهاز التنفسي و أمراض الجهاز البولي و أمراض نقص تروية القلب و اضطرابات التغذية و الغدد الصماء ما بين 1,5-2.

5. وفيات الأمهات في فترة ما حول الولادة و الأمومة التي تنتقل عن طريق العدوى و التغذية

جدول رقم 84: توزيع الوفيات التي تنتقل عن طريق العدوى في فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية حسب تصنيف GBD.

الوفيات لأسباب تتعلق بالأمراض في الفترة المحيطة بالولادة و الأمومة و التغذية تحتل المركز الثاني برصيد 3037 حالة وفاة بنسبة 22.7 % من إجمالي 13358 حالة وفاة، و التهابات ما حول الولادة تمثل 13.5 % من جميع الحالات¹.

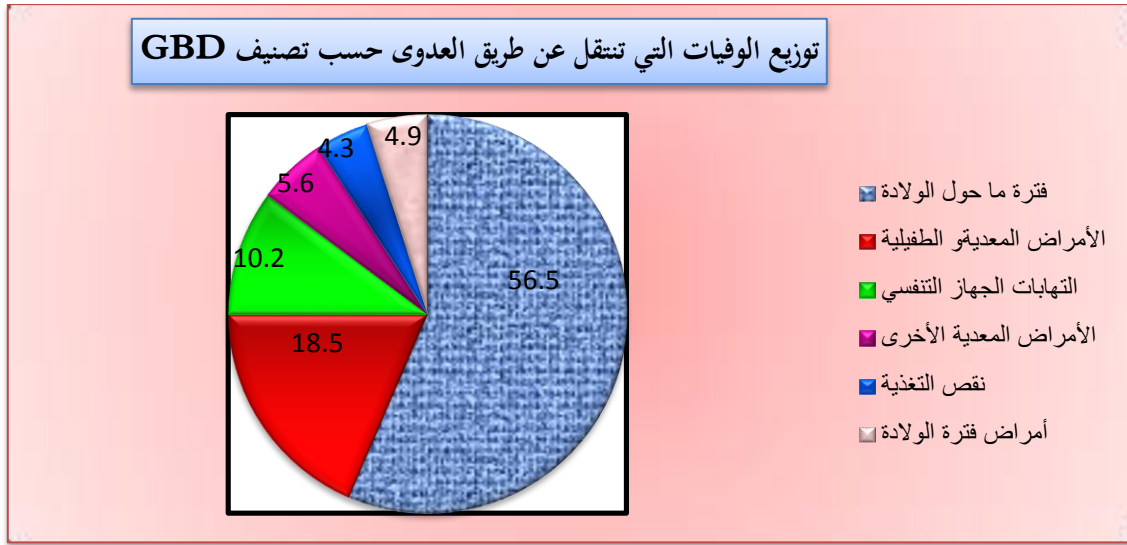
النسبة %	العدد	الأمراض المعدية في فترة ما حول الولادة
56,5	783	-فترة ما حول الولادة.
18,5	257	-الأمراض المعدية و الطفيلية.
10,2	141	-التهابات الجهاز التنفسي.
5,6	78	-الأمراض المعدية الأخرى.
4,3	60	-نقص التغذية.
4,9	68	-أمراض في فترة الأمومة.
100	1387	المجموع

Source : Ministère de la santé, op.cit. p44.

العديد من حالات العدوى الطفيلية مرتبطة بفترة ما حول الولادة و هي قد تصيب الأم و الجنين معا، فالأمراض المعدية و الطفيلية تعد من أخطر الأمراض التي قد تصيب الأم في هذه الفترة 257 حالة وفاة تعود للإصابة بعدوى طفيلي و تشكل فترة ما حول الولادة لوحدها 783 حالة وفاة من مجموع 1387 كأعلى معدل بنسبة لجميع الأمراض الأخرى فالمخاطر كلها تدور في هذه المرحلة الممتدة من اليوم الأول من الحمل إلى غاية 28 يوم بعد الولادة، فتعرف هذه الفترة بانتشار مجموعة من الأمراض سواء معدية أو غير معدية.

¹ TAHINA(2002), opcit, p44.

مخطط رقم 33: توزيع الوفيات التي تنتقل عن طريق العدوى في فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية حسب تصنيف GBD.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 84.

توزيع الوفيات التي تنتقل عن طريق العدوى حسب تصنيف GBD تبين وقوع و انتشار الأمراض المعدية في فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية فالجزائر عرفت انتشار واسع لهذه الأمراض فقد بلغت نسبتها 56.5 في فترة ما حول الولادة، 18.5 للأمراض المعدية و الطفيلية، 10.2 لالتهابات الجهاز التنفسي، 5.6 للأمراض المعدية الأخرى، 4.3 لنقص التغذية و أخيرا 4.9 لأمراض فترة الولادة.

6. توزيع الوفيات حسب التصنيف العالمي للأمراض CIM10: حسب التصنيف العالمي للأمراض CIM10، في التوزيع العالمي للوفيات بواسطة المجموعات المرضية نجد أن الأسباب الأربعة الرئيسية للوفاة هي أمراض القلب و الأوعية الدموية ب(1, 26%) و ظروف ما حول الولادة ب(5, 13%) و السرطان ب(5, 9%) و الصدمات ب(6, 8%)¹.

¹ TAHINA(2002), opcit, p 40.

1.6 أسباب الوفاة حسب التصنيف العالمي CIM10

جدول رقم 85: توزيع الوفيات حسب التصنيف العالمي للأمراض CIM10.

النسبة %	العدد	مجموعة الأمراض	التبويب
3,8	511	الأمراض المعدية و الطفيلية	.I
9,5	1269	الأورام	.II
0,7	88	أمراض الدم و بعض الاضطرابات المناعية	.III
5,8	771	الغدد الصماء، و التمثيل الغذائي و التغذية	.IV
0,4	55	الاضطرابات النفسية و السلوكية	.V
1,4	185	أمراض الجهاز العصبي	.VI
0	1	أمراض العيون و لواحقها	.VII
0	1	أمراض الأذن و نتوء العظم	.VIII
26,1	3485	أمراض الجهاز الدوراني (القلب و الأوعية الدموية).	.IX
6,8	911	أمراض الجهاز التنفسي	.X
3	404	أمراض الجهاز الهضمي	.XI
0,1	13	أمراض الجلد و النسيج تحت الجلد	.XII
0,2	27	أمراض الجهاز الحركي و العضلات	.XIII
2,6	346	أمراض الجهاز البولي التناسلي	.XIV
0,5	68	الحمل و الولادة و النفاس	.XV
13,5	1810	الظروف المحيطة بالولادة	.XVI
2,6	348	النشوهات الخلقية	.XVII
12,9	1727	الأعراض و العلامات و نتائج الاختبارات الغير طبيعية	.XVIII
1,4	192	الإصابة و التسمم و بعض الأسباب الخارجية	.XIX
8,6	1146	الأسباب الخارجية للأمراض و الوفيات	.XX
100	13358		المجموع

Source : Ministère de la santé, op.cit. p40.

تنسب الأمراض القلبية الوعائية، كل عام في حدوث عدد من الوفيات يتجاوز عدد الوفيات الناجمة عن أية أمراض أخرى ففي عام 2008 توفي نحو 7,3 مليون نسمة بسبب أمراض القلب التاجية و توفي 6,2 مليون نسمة جراء السكتة الدماغية أو غيرها من الأمراض الدماغية الوعائية¹، و حسب ما ورد في الجدول توفي ما لا يقل عن 26,1 % جراء أمراض

¹ منظمة الصحة العالمية 2007. أهم الأسباب العشرة المؤدية إلى الوفاة.

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ar/index2.html>

الجهاز الدوراني و تأتي الظروف المحيطة بالولادة كسبب ثاني لتوزيع الوفيات حسب التصنيف العالمي للأمراض ب 13,5 % و تتوزع الأسباب الأخرى بالتواتر و تراوحت ما بين 9.5 و 0%.

2.6 وفيات الأمهات حسب الفئات المرضية

جدول رقم 86: توزيع وفيات النساء حسب الفئات المرضية من خلال CIM10.

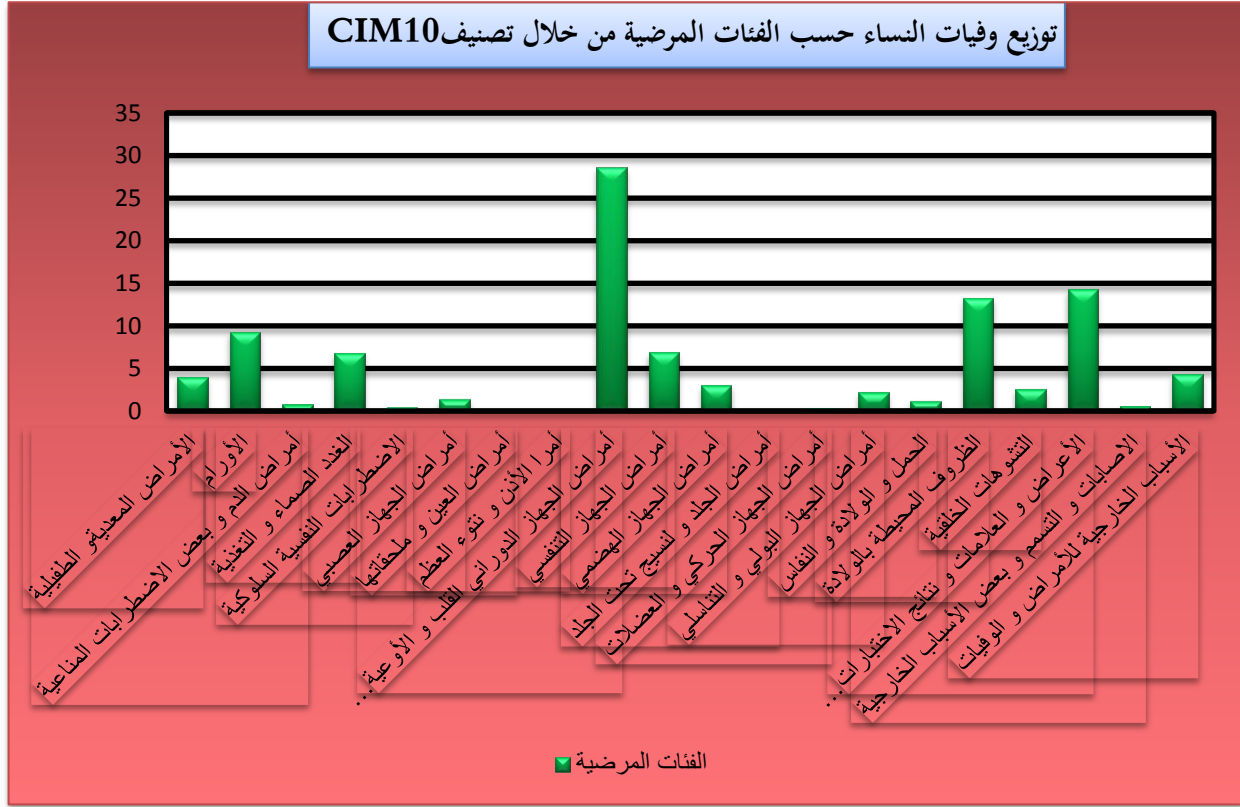
الفئات المرضية	%
الأمراض المعدية و الطفيلية.	4
الأورام.	9.2
الغدد الصماء ، التمثيل الغذائي و التغذية.	6,8
الاضطرابات النفسية و السلوكية.	0,4
أمراض الجهاز العصبي.	1,4
أمراض العين و لواحقها.	0
أمراض الأذن و نتوء العظم.	0
أمراض الجهاز القلب و الأوعية الدموية.	28,6
أمراض الدم و بعض الاضطرابات المناعية.	0,8
أمراض الجهاز التنفسي.	6,9
أمراض الجهاز الهضمي.	3
أمراض الجلد و النسيج تحت الجلد.	0,1
أمراض الجهاز الحركي و العضلات.	0,3
أمراض الجهاز البولي التناسلي.	2,2
الحمل و الولادة و النفاس.	1,2
الظروف المحيطة بالولادة.	13,3
التشوهات الخلقية.	2,6
الأعراض و العلامات و نتائج الاختبارات الغير طبيعية.	14,3
الإصابات و التسمم و بعض الأسباب الخارجية.	0,6
الأسباب الخارجية للأمراض و الوفيات.	4,3

Source : Ministère de la santé, op.cit., p41.

تتسبب الأورام فيما لا يقل عن 9,2 % من وفيات النساء بعد أمراض القلب و الأوعية الدموية ب 28,6 % و هي السبب الرئيسي و المباشر لوفيات النساء بصفة عامة، أما الاضطرابات المحيطة بالولادة فنسبتها 13,3 % بعد أن تحدث

اضطرابات في الجهاز التنفسي و الغدد الصماء مع 6,9 % و 6,8 % على التوالي وتعود نسبة 1,2 % لفة الأمراض المتعلقة بفترة الحمل و الولادة و النفاس.

مخطط رقم 34: توزيع وفيات النساء حسب الفئات المرضية من خلال CIM10.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 86.

تتعدد الأسباب و تختلف الأمراض التي تصيب النساء و لكن النتيجة واحدة ألا و هي الوفاة، فبرغم من أن هناك أمراض معدية و غير معدية إلا أن كل منها لها تأثيراتها و نتائجها فالمنحنى يكشف بصورة واضحة مدى تأثر المرأة بهذه الأمراض في كل مراحل حياتها خاصة تلك المتعلقة بالجهاز الدوري أو ما يعرف بالأمراض القلبية الوعائية فهي تأتي في المرتبة الأولى و كسبب رئيسي لوفيات النساء و تليها الظروف المحيطة بالولادة على سبيل المثال الولادة المتعسرة و النزيف و تمزق غشاء الرحم و غيرها من الظروف التي تصيب المرأة في مرحلة الأمومة، و كذلك بالنسبة للأورام التي تصيب النساء خاصة السرطانية نذكر منها سرطان الثدي و سرطان عنق الرحم الذي يحتل المرتبة الثانية في السرطانات من حيث الانتشار بين النساء و السبب الرئيسي يعود إلى نزيف بسيط في الرحم و هو المسبب لهذا النوع من السرطانات، أما عن الغدد الصماء فيوم بعد يوم يتغير النظام الغذائي لأن الخصوبة تنظم عن طريق نظام الغدد الصماء و نجد أن حالات الإجهاض المتكررة كثيرا ما تكون ناجمة عن اضطرابات الغدد الصماء مثل أمراض الغدة الدرقية، داء السكري و البدانة و تكيس المبايض و حسب ما ورد في الجدول أعلاه بلغت نسبة وفيات النساء بسبب الإصابة بمرض الغدد الصماء و التغذية إلى حوالي 7 % و تتوزع وفيات النساء على باقي الفئات المرضية و التي تراوحت ما بين 0 و 4 %.

3.6 توزيع الوفيات الناجمة عن اضطرابات الأمهات حسب التصنيف الدولي للأمراض CIM10

تقضي النساء نخبهن نتيجة مضاعفات تحدث خلال الحمل والولادة وبعدهما، و تظهر معظم تلك المضاعفات أثناء فترة الحمل و معظمها يمكن الوقاية منها أو علاجها و قد تظهر مضاعفات أخرى قبل تلك الفترة و لكنها تتفاقم خلالها وخصوصا إذا لم يتم تداركها كجزء من رعاية المرأة و أهم المضاعفات الكامنة وراء وقوع 73,6% من مجموع وفيات الأمومة هي:

- ✓ مضاعفات المخاض و الولادة.
- ✓ ارتفاع ضغط الدم الحملي.
- ✓ ارتفاع ضغط الدم.
- ✓ الحمل الذي ينتهي بالإجهاض.

4.6 أسباب و مضاعفات وفيات الأمهات حسب التصنيف الدولي للأمراض CIM10

جدول رقم 87: توزيع وفيات الأمهات لأسباب و مضاعفات الحمل و الولادة حسب التصنيف الدولي للأمراض CIM10.

الأسباب	العدد	%
ارتفاع ضغط الدم الحملي	7	10,3
اضطرابات ارتفاع ضغط الدم	5	7,4
مضاعفات المخاض و الولادة	32	47,1
رعاية الأمومة المتعلقة بالجنين و التجويف الذي يحيط بالجنين و مشاكل الولادة المحتملة	3	4,4
الحمل الذي ينتهي بالإجهاض	6	8,8
الأسباب الأخرى للوفاة	15	22,1

Source: Ministère de la santé, op.cit. , p54.

تمثل مضاعفات الحمل و المخاض و الولادة أعلى نسبة للوفيات الناجمة عن اضطرابات الأمهات ب 47,1%، أما الوفيات الناجمة عن اضطرابات المتعلقة بارتفاع ضغط الدم الحملي و ارتفاع الضغط الدموي فقد بلغا مع بعضهما ما مجموعه 17,7%، أما الحمل الذي ينتهي بالإجهاض حوالي 9% كما يتبين لنا في المنحنى.

7. وفيات الأمهات لأسباب متعلقة بالأمراض المعدية و المرتبطة بالتغذية في فترة الحمل و الأمومة

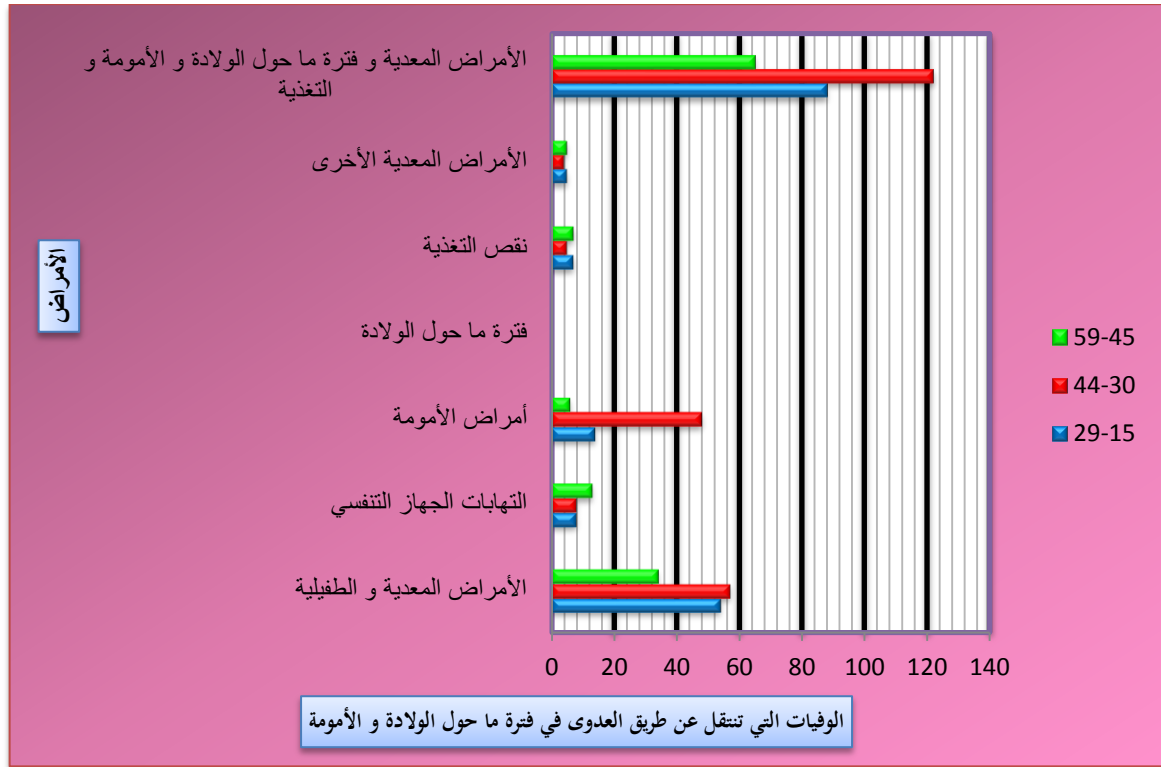
جدول رقم 88: توزيع الوفيات التي تنتقل عن طريق العدوى في فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية حسب الفئات العمرية.

الفئات العمرية			الأمراض
59-45	44-30	29-15	
34	57	54	الأمراض المعدية و الطفيلية
13	8	8	التهابات الجهاز التنفسي
6	48	14	أمراض الأمومة
0	0	0	فترة ما حول الولادة
7	5	7	نقص التغذية
5	4	5	الأمراض المعدية الأخرى
65	122	88	الأمراض المعدية و فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية.

Source : TAHINA(2002), Analyse des causes de décès en Algérie année 2002, projet Tahina (contrat n°ICA-CT2002-10011), p45.

علاقة وفيات الأمهات بسن المرأة علاقة تكاملية حيث معظم الوفيات تقع في الفئة العمرية 30-44 سنة خاصة فيما يتعلق بالأمراض المعدية و الطفيلية و أمراض الأمومة، و تعتبر التغذية أحد العوامل المؤثرة جدا على الحمل و على المرأة الحامل توجد بين التغذية الصحيحة و الحالة الصحية علاقة مباشرة في كافة الفئات العمرية و في جميع فترات الحياة خاصة في فترات ما حول الولادة و الأمومة بحيث تؤثر على تطور الجنين و تحتاج التغيرات الفسيولوجية التي تحدث في جسم المرأة إلى مكونات غذائية و طاقة مناسبة و متزنة، من المعروف اليوم أن التغذية الصحيحة في فترة الحمل تخفف من خطر الإصابة بمرض سكري الحمل، تسمم الدم و ارتفاع ضغط الدم فقد بلغت نسبة الوفيات بسبب نقص الغذاء في الفئة العمرية 15-29 سنة 7 حالات و في الفئة العمرية 33-44 بلغت 5 حالات و 7 حالات في الفئة العمرية 45-59 سنة، فتعد الفئة العمرية 15-49 سنة الفئة الأكثر عرضة للأمراض المعدية في فترة ما حول الولادة و الأمومة.

مخطط رقم 35: توزيع الوفيات التي تنتقل عن طريق العدوى في فترة ما حول الولادة و الأمومة و التغذية حسب الفئات العمرية.



هناك مخاطر ترافق كل حمل و يمكن أن تكون من بين أسباب المشكلات المحتملة حالات صحية موجودة لدى المرأة الحامل أو حالات تنشأ في أثناء حملها كما تشمل الأسباب أيضا حالات حمل المرأة بأكثر من جنين واحد إضافة إلى مشكلات حدثت في حمل سابقة أو أن تكون المرأة قد تجاوزت 35 سنة، و من الحالات الصحية الشائعة التي يمكن أن تؤدي إلى مضاعفات في الحمل أمراض القلب، ارتفاع ضغط الدم، مشكلات الكلية داء السكري و كذلك أنواع العدوى المختلفة هناك حالات صحية أخرى يمكن أن تسبب مخاطر خلال الحمل و يمكن أن تصيب المرأة في أثناء حملها.

يمكن أن تصاب الحامل بالعدوى مثلما يصاب أي شخص آخر لكن مضاعفات العدوى في أثناء فترة ما حول الولادة تكون أكثر تعقيدا، فقد تسبب العدوى مشكلات بالنسبة للحامل و الجنين أيضا فالمنحني أعلاه يوضح مدى تأثير صحة المرأة بهذه الأمراض و تعرضها للوفاة جراء الأمراض المعدية و الطفيلية و أمراض الأمومة خاصة في الفئتين العمريتين 15-29 و 30-44 سنة فالمخاطر تدور أكثر لدى النساء الصغيرات في السن أو الكبيرات التي تجاوز سنهن 49 سنة.

8. أمراض الأمهات

1.8 الأسباب المرضية لوفيات الأمهات

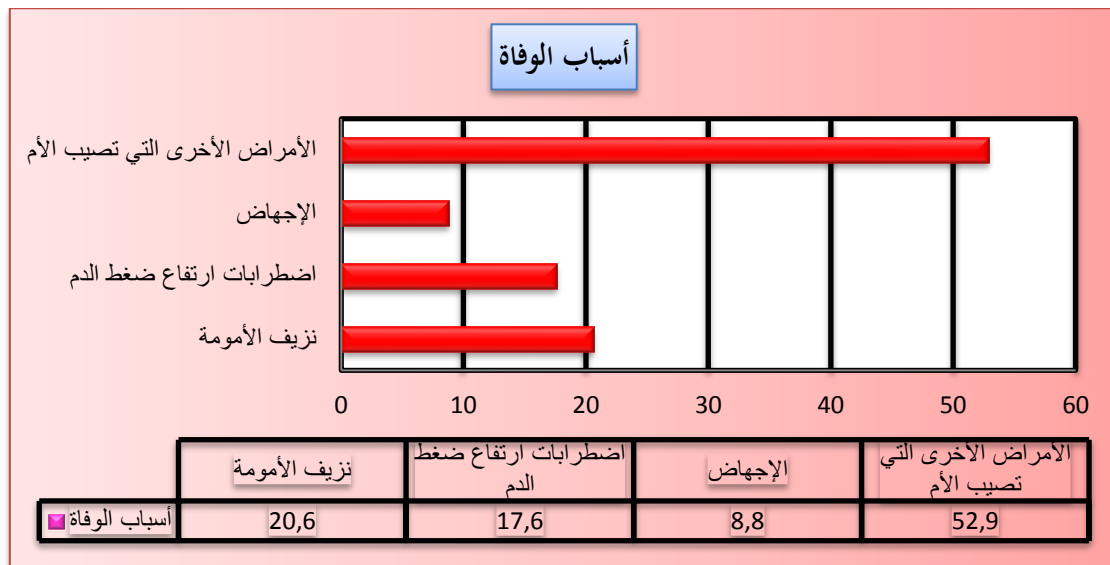
جدول رقم 89: توزيع الوفيات حسب السبب.

أسباب الوفاة	العدد	%
نزيف الأمومة	14	20,6
اضطرابات ارتفاع ضغط الدم	12	17,6
الإجهاض	6	8,8
الأمراض الأخرى التي تصيب الأم	36	52,9
المجموع	68	100

Source : Ministère de la santé, op.cit., p48.

إن الأمراض الأكثر شيوعا لوفيات الأمهات و المسببة لها هي 3 أسباب رئيسية و من أكثرها نزيف الأمومة حيث يتبين لنا من خلال الجدول أن 14 من 68 حالة وفاة تعود إلى نزيف الأعضاء التناسلية و هذا ما تبين في العديد من الجداول السابقة يليها ارتفاع ضغط الدم ب 12 حالة، و الإجهاض ب 6 حالات حيث من خلال تحليلنا لهذه الأسباب نجد أن هذه الأمراض خاصة ارتفاع ضغط الدم يصيب المرأة في فترة الحمل و تتفاقم هذه الظاهرة لعدم المتابعة المبكرة لها مما يؤدي إلى وفاة غالبية الأمهات بهذه الأمراض.

مخطط رقم 36: توزيع الوفيات حسب السبب.



المصدر: الجدول رقم 89.

تتضمن تلك المرحلة عددا من العوامل التي تؤثر على الأم فمن خلال المنحنى يتبين لنا عدة أنواع من الأمراض التي تؤدي إلى الوفاة فقد تكون الأم مصابة أساسا بارتفاع ضغط الدم و يمكن تحديد ذلك بوجود ارتفاع ضغط الدم قبل الحمل أو في

الشهور الأولى منه و يسمى "ضغط الدم الجوهري" حيث بلغت نسبة الوفيات بسبب الضغط الدموي 17.6 % و تعود لنزيف الدموي أثناء الولادة 20.6 % و الإجهاض ب 8.8 % فقد بلغت نسبة هذه الأسباب الثلاثة مع بعض 47 %.

1.1.8 . وفيات الأمهات حسب العمر

جدول رقم 90: توزيع الوفيات حسب العمر: نسبة الوفيات بين النساء الذين تتراوح أعمارهم بين 30-44 سنة هي 6, 70 % تليها النساء الذين تتراوح أعمارهم بين 15-29 سنة مع 6, 20 %¹.

العمر	العدد	%
29-15	14	20,6
44-30	48	70,6
59-45	6	8,8
المجموع	68	100

Source : Ministère de la santé, op.cit., p 49.

تتوزع وفيات الأمهات حسب العمر و تختلف نسبتها كلما ازداد عمر الأم، حيث يعتبر عمر الأم عاملا هاما يؤثر على ارتفاع معدل وفيات الأمهات، فالنساء اللاتي يحملن بين سن 30-44 سنة تبلغ نسبة تعرضهن لأخطار الوفاة أثناء الحمل و الولادة ضعف نسبة تعرض النساء اللاتي يحملن بين سن 20-34 سنة حيث وصلت إلى 71 % من نسبة الوفيات و 20-34 سنة هي الفترة المثالية للحمل و كذلك ترتفع نسبة تعرض النساء فوق سن الأربعين إلى أربعة أو خمسة أضعاف النسبة الخاصة بالنساء بين 20-34 سنة، كما أن نسبة تعرض النساء اللاتي يحملن قبل بلوغهن سن 20 تزيد من نسبة الوفيات.

2.1.8 الأمراض المزمنة:

المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة 2002 أصبحت مهتمة في التقييم الذاتي من النساء المتزوجات في سن الإنجاب و يبدو من خلال الجدول أن 50,5 % من النساء يعتبرون أن حالتهم الصحية عموما جيدة، مقابل 5,1 % من النساء المتزوجات في سن الإنجاب يعتبرون أن حالتهم الصحية سيئة و هذه النسب تختلف حسب خصائص النساء المبحوثات في المسح و خاصة عمر المرأة، عدد الولادات الحية، و مكان الإقامة.

نسبة النساء اللاتي أبلغن أن صحتهم جيدة تنخفض مع التقدم في السن، حوالي 77 % من النساء اللاتي تتراوح أعمارهم ما بين 45-49 سنة تنخفض هذه النسبة كلما زاد عدد المواليد الأحياء و هو أعلى أيضا في المناطق الحضرية منها في المناطق الريفية من حيث الحالة الراهنة للصحة مقارنة بما كان عليه في السنة التي تسبق المسح.

21,7 % من النساء تدهورت حالتهم الصحية و وجدت 2,9 % من النساء اللاتي تتمتع بصحة جيدة حتى مع التقدم في السن كما يظهر الجدول التالي¹.

¹ TAHINA(2002), Analyse des causes de décès en Algérie année 2002, opcit, p49.

9. الوضعية الصحية العامة للنساء في سن الإنجاب [15-49] سنة.

1.9 تطور الوضع الصحي للنساء المتزوجات في سن الإنجاب [15-49] سنة

جدول رقم 91: نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة اعتمادا على وضعهن الصحي و تطوره.

المتغيرات	الحالة الصحية خلال التحقيق			الوضع الصحي فيما يتعلق بالسنة قبل المسح				
	جيدة	متوسطة	سيئة	ND	تحسنت	نفسها	تدهورت	ND
السن								
19-15	77	20,6	2,5	0	20,5	71,4	8,1	0
24-20	68,8	30,6	0,6	0	14,8	73,5	11,6	0,1
29-25	58,2	39,1	2,3	0,4	10,3	74,8	13,8	1,1
34-30	49,2	48,2	2,6	0	9,9	72	17,5	0,5
39-35	43,4	50,4	6	0,2	8,8	70	20,8	0,4
44-40	34,8	58,5	6,6	0,1	7,4	65,7	25,9	0,9
49-45	26,3	64	9,6	0,1	7,2	58	34,5	0,2
عدد المواليد الأحياء								
0	67,2	31,3	1,3	0,1	10	78,8	10,9	0,4
1-2	53,9	43	2,8	0,2	11,2	71,7	16,4	0,7
3-5	44	50,8	5,1	0,1	8,7	69,4	21,4	0,6
+6	26,8	64,3	8,7	0,2	7,8	60,4	31,3	0,5
مكان الإقامة								
الحضر	47,3	47,3	5,3	0,2	9,4	67,9	22,2	0,5
الريف	39,9	55	4,9	0,2	9	69,3	21	0,7
المجموع	44,2	50,5	5,1	0,2	9,2	68,5	21,7	0,6

Source : O.N.S(2002), enquête nationale sur la santé de la famille (PAPFAM) : Rapport principal Algérie, p157.

¹ O.N.S(2002), Enquête Nationale sur la santé de la famille (PAPFAM) : Rapport principal, Algérie, p 174.

2.9 الأمراض المزمنة

جدول رقم 92: نسبة النساء المتزوجات في سن (15-49) سنة لديهن مرض مزمن.

الأمراض	تشخيص و متابعة من طرف الطبيب	نسبة النساء اللاتي لازلن يتبعن العلاج %
السكر	1,6	89,4
ارتفاع الضغط الدموي	4,9	76,5
الربو	1,9	89
مرض القلب	1,5	76,7
مرض المفاصل	3,1	54,2
أمراض الكبد	1,5	63,5
أمراض المعدة	3	58,8
فقر الدم	1,9	58,5
تضخم الغدة	1,4	49,8
أمراض أخرى	6,6	60,6

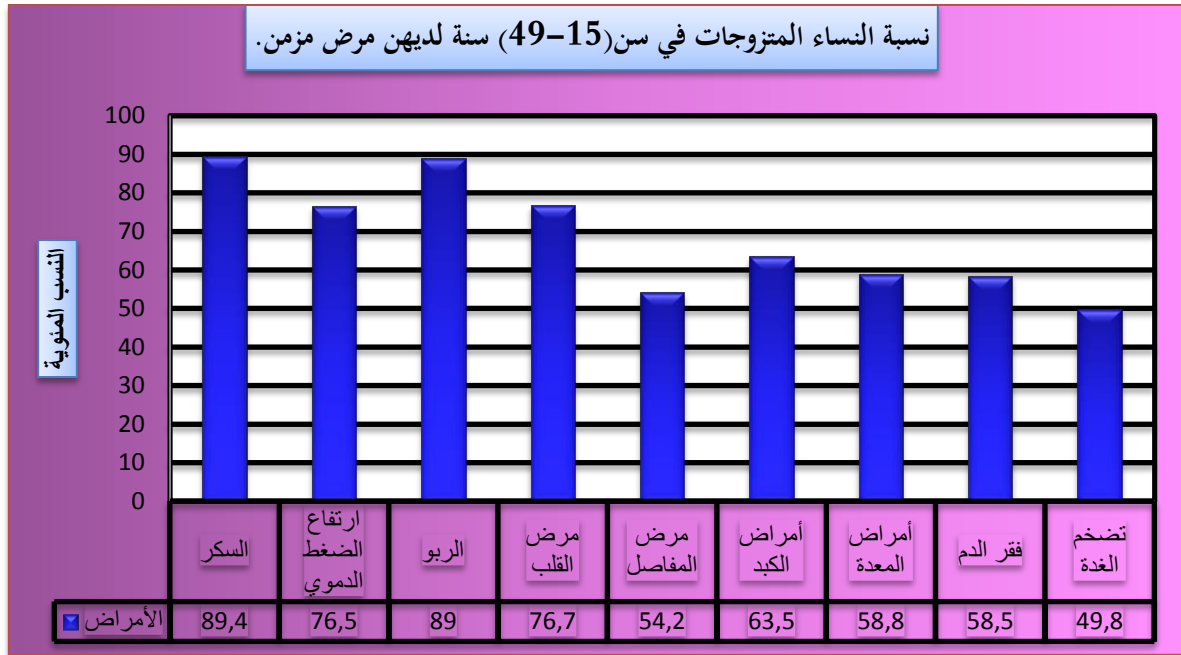
Source : O.N.S(2002), op.cit, p156.

يبين الجدول أن من بين أكثر الأمراض المزمنة شيوعا بين النساء في سن الإنجاب، ارتفاع ضغط الدم الذي يأتي في المرتبة الأولى حيث ما يقرب 5,1 % من مجموع النساء لديهن ارتفاع في ضغط الدم، تليها أمراض المفاصل بـ 3,1 % من النساء و أمراض الجهاز الهضمي بنسبة 3,3 % منهن بحيث تم تشخيص معظم هذه الأمراض من قبل الطبيب.

و تشير البيانات إلى أن نصف النساء لديهن تضخم في الغدة الدرقية، هذه النسبة تفوق $\frac{3}{4}$ بالنسبة لأولئك الذين أبلغوا بأن لديهن ارتفاع في الضغط الدموي أو أمراض القلب و الأوعية الدموية، بحيث يصل الحد الأقصى للنساء اللاتي تعانين من الربو أو مرض السكري (89 %)¹.

¹ O.N.S(2002), Enquête Nationale sur la santé de la famille (PAPFAM), opcit, p157.

مخطط رقم 37: نسبة النساء المتزوجات (15-49) سنة لديهن مرض مزمن.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 92.

غالبية النساء يعانين من أمراض مزمنة خطيرة، تؤدي إلى الوفاة إن تفاقمت مضاعفاتها و لم يتم علاجها و مراقبتها بشكل مستمر حيث ما بين (50 إلى 90 %) من النساء لديهن أمراض مزمنة و هي من الأسباب الرئيسية لوفيات الأمهات وهي (داء السكري، ارتفاع الضغط الدموي، الربو، مرض القلب، أمراض المفاصل و الكبد و المعدة، فقر الدم و تضخم الغدة).

3.9 أمراض الأعضاء التناسلية:

1.3.9 انتشار هبوط الرحم:

نسبة النساء اللاتي يعانين من أعراض هبوط الرحم تمثل 5, 6 % من النساء المتزوجات في سن الإنجاب و لوحظ أن هذه النسبة هي نسبة متباينة وفقا لمكان الإقامة و عمر المرأة و عدد المواليد الأحياء.

و تمثل أعلى نسبة في المناطق الريفية من المناطق الحضرية و تراوحت ما بين 5,7 % و 7,7 % من النساء اللاتي لديهن أعراض و معاناة لهبوط الرحم سواء في المناطق الحضرية أو المناطق الريفية، هذه النسبة تزيد مع ارتفاع عمر المرأة و قد بلغت 3,5 % للفئة العمرية 15-29 سنة و 7,1 % للفئة العمرية 30-39 سنة و 7,8 % للفئة العمرية 40-49 سنة لأنه يرتفع أيضا مع عدد الولادات الحية.¹

¹ O.N.S(2002), Enquête Nationale sur la santé de la famille (PAPFAM), p158.

جدول رقم 93: توزيع انتشار هبوط الرحم لدى النساء في سن الإنجاب 15-49 سنة.

المتغيرات	هبوط الرحم
السن	
29-15	3,5
39-30	7,1
49-40	7,8
عدد المواليد الأحياء	
2-0	3,7
5-3	6,7
6+	10,1
مكان الإقامة	
حضر	5,7
ريف	7,7
المجموع	13

المصدر: من إعداد الباحث استنادا على معطيات المسح الوطني لصحة الأسرة (2002)، ص 158.

2.3.9 أسباب عدم القيام بفحوصات طبية أثناء هبوط الرحم:

64,7% من النساء اللاتي يعانين من هبوط الرحم قمن بزيارة الطبيب و القيام على الأقل بفحص واحد، و لقد شمل هذا الفحص ما يقارب 90% من الحالات أما بالنسبة لنصف النساء اللاتي لم يقمن بفحوصات طبية فيعود السبب إلى التكلفة العالية، 22,8% يعتقدن أن المشكلة ليست خطيرة جدا و 16,5% يرجعون السبب إلى عدم توفر الخدمات الصحية¹.

جدول رقم 94: الأسباب الكامنة وراء عدم القيام بفحوصات طبية أثناء هبوط الرحم.

الأسباب	%
غير ضروري	12,3
التكلفة العالية	56,1
الخدمة غير متوفرة	16,5
زوجها مشغول	7,3
المشكلة ليست خطيرة	28,2
أخرى	11,2
غير معروف N.D	4,9

المصدر: من إعداد الباحث استنادا على معطيات المسح الوطني لصحة الأسرة (2002)، ص 159.

¹ Ibid. p159.

3.3.9 التهابات عنق الرحم:

التهابات عنق الرحم هي من بين الأمراض التي يمكن أن تكون عواقبها خطيرة إذا لم يتم معالجتها بشكل صحيح، و من بين الأعراض الرئيسية لهذا المرض حرق شديد في البول و الإفرازات المهبلية المفرطة و الغير الطبيعية.

و لقد تطرق الاستطلاع إلى تقدير مدى انتشار الأعراض المعدية جراء هذا المرض مثل(تهيج حول المهبل، آلام في البطن و التي لا علاقة لها بالدورة الشهرية) و تبين من خلال المسح نسبة النساء اللاتي يعانين من سرطان عنق الرحم خلال الأشهر الثلاثة السابقة للمسح و التي قدرت ب 11,3 % من النساء المتزوجات في سن الإنجاب¹.

جدول رقم 95: نسبة النساء اللاتي يعانين من أعراض التهابات عنق الرحم.

المتغيرات	حرق التبول	الإفرازات المهبلية المفرطة
السن		
15-29	9,62	10,4
30-39	11,3	12,5
40-49	12,2	10,5
عدد المواليد الأحياء		
2-0	9,1	10,2
5-3	10,9	11,8
+6	14,7	12,2
مكان الإقامة		
الحضر	10,7	10,5
الريف	12,1	12,4
المجموع	11,3	11,3

Source : O.N.S(2002), enquête nationale sur la santé de la famille (PAPFAM) : Rapport principal, Algérie, p161-162.

¹ Ibid, p 161.

و يلاحظ التفاوت الكبير حسب مكان الإقامة و عدد الأطفال و عمر المرأة، حيث عرفت المناطق الريفية عدد أكبر لحالات حرق التبول و الإفرازات المهبلية حيث سجلت الفئة العمرية 30-39 سنة أعلى النسب فقد بلغت 11,3 % بالنسبة لحرق التبول و 12,5 % للإفرازات المهبلية المفرطة و الأمهات اللاتي أنجن أكثر من ستة أطفال هن أكثر عرضة لالتهابات عنق الرحم خاصة حرق التبول.

10. أماكن الفحوصات العادية و العقوبات المتعلقة بالحصول على الرعاية الصحية:

إن قطاع الرعاية الصحية أو القطاع الطبي هو قطاع في النظام الاقتصادي يعمل على توفير السلع و الخدمات لمعالجة المرضى من خلال تقديم الرعاية العلاجية أو الوقائية أو التأهيلية أو التلطيفية أو حتى في بعض الأحيان الرعاية الغير الضرورية¹، و ينقسم قطاع الرعاية الصحية الحديثة إلى العديد من القطاعات الفرعية كما يعتمد على فرق متعددة التخصصات من الأخصائيين المدربين و المهنيين المساعدين لتلبية الاحتياجات الصحية للأفراد و المجتمعات السكانية²، و يعمل قطاع الرعاية الصحية على توفير الخدمات الصحية التي تشمل كافة الخدمات التي تعنى بتعزيز الصحة و صونها و استعادتها و خاصة الوقاية من الأمراض و معالجتها.

و يبين لنا الجدول توزيع النساء المتزوجات في سن الإنجاب وفقا لمكان إجراء الفحوصات و يتضح أن معظم المشاورات تتم عند طبيب خاص بنسبة 60,4 % و بالنسبة للفحوصات التي تجرى في العيادات و المراكز الصحية بلغت 18,6 %، و 12,3 % من النساء يقمن بزيارة المشفى أو عيادات التوليد.

¹ Princeton University. (2007), **Health profession**. Retrieved. June 17, 2007.

<http://wordnet.princeton.edu/perl/webwn?s=health%20profession>.

² Health care industry .Information. Retrieved June 17 .2007. <http://www.dolta.gov/BRG/Indprof/Health.cfm>.

جدول رقم 96: توزيع النساء المتزوجات في سن الإنجاب حسب المكان المعتاد للقيام بالفحوصات.

المتغيرات	مستشفى التوليد	عيادة أو مركز صحي	عيادة خاصة	طبيب خاص	في المنزل	أخرى	غير معلوم
السن							
19-15	9,7	10,8	1,6	71	0,7	5,6	0
24-20	9-8	12,3	6,7	67,4	1,1	1,3	1,3
29-25	12,5	15,6	4,7	63,6	1,3	0,5	1,4
34-30	12,2	17,9	5,5	60,9	1,4	0,4	1,4
39-35	12,2	20,9	5,3	58,5	1,7	0,6	0,7
44-40	11,9	19,7	4,5	58,6	2,4	1,5	1,1
49-45	14,1	20,4	4,3	58	1,9	0,8	0,3
عدد المواليد الأحياء							
0	9,8	10,6	6,6	68,2	0,9	1,7	2
2-1	11,2	16,6	5,6	63,2	1,5	0,7	1,1
5-3	12,3	19,6	4,8	59,9	1,7	0,5	0,7
6+	14,3	21,7	4,1	55,5	2,2	1,1	0,9
مكان الإقامة							
حضر	12,9	17,3	5,2	61,2	1,7	0,7	0,8
ريف	11,6	20,2	4,7	59,2	1,8	1,1	1,3
المجموع	12,3	18,6	5	60,4	1,7	0,8	1

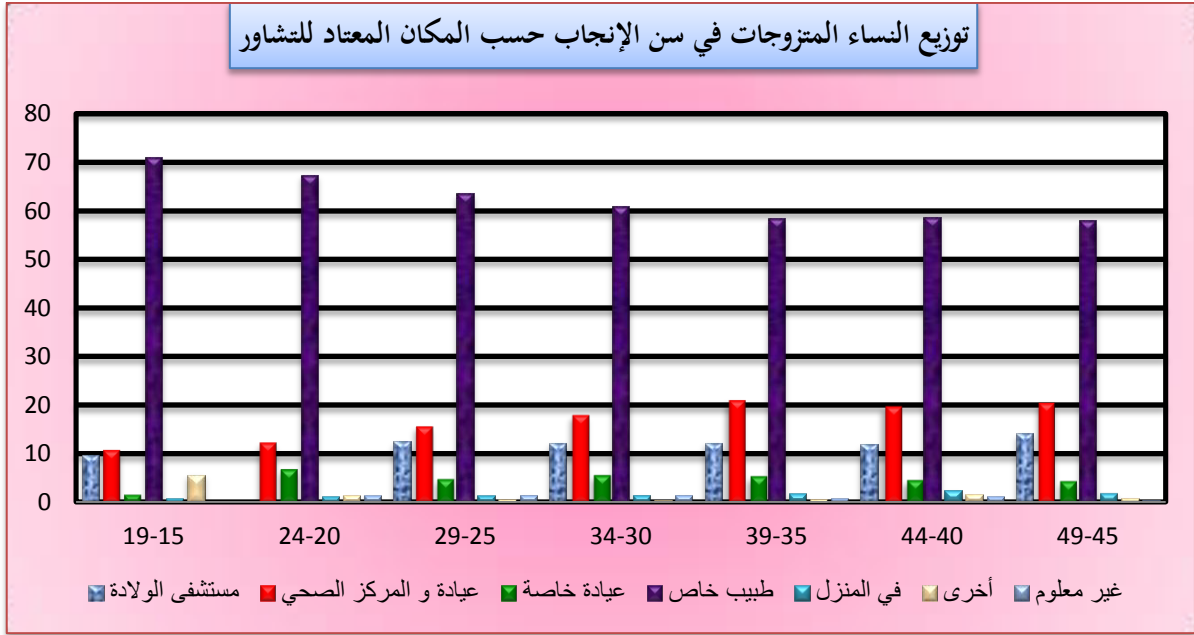
Source : O.N.S(2002op.cit, p 165.

من خلال الجدول أعلاه يتضح لنا أهمية كل من العمر و عدد المواليد الأحياء و مكان إقامة الأم في المحافظة على صحتهم من خلال زيارتهن لمركز من المراكز الصحية للكشف عن الأمراض و المخاطر التي تحيط بها في هذه المرحلة.

فالفئة العمرية 19-15 سنة أكثر حرصا على صحتهم بزيارة قدرت 71 % عند طبيب خاص، فأهمية زيارة المراكز الصحية و القيام بمجموعة من الفحوصات التي من خلالها يمكن وقاية الأمهات من العديد من الأمراض و المضاعفات الخطيرة التي يمكن أن تؤدي بجياتها فالمرأة في المدينة ليست كالمرأة في الريف لأنها أقل حظا من ناحية توفر المراكز الصحية و الأطباء المتخصصين.

فهناك عدة أسباب متعلقة بعدم الحصول على الرعاية الصحية أو العقبات و نرجع البعض منها إلى مكان الإقامة و البعض الآخر إلى عدم توفر المال و عدم رغبة المرأة في الذهاب لوحدها و هناك عدة أسباب أخرى.

مخطط رقم 38: توزيع النساء المتزوجات في سن الإنجاب حسب المكان المعتاد للتشاور.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 96.

يتضح لنا من خلال توزيع نسبة النساء المتزوجات في سن الإنجاب حسب المكان المعتاد لإجراء الفحوصات أن غالبية النساء و في جميع الفئات العمرية يقمن بأهم الفحوصات الخاصة بحملهن و وضعهن الصحي على طبيب متخصص في طب النساء و التوليد و غالبية الفحوصات تكون في إما في عيادة التوليد أو مركز صحي، و يلاحظ نسب قليلة للنساء اللاتي لا يقمن بإجراء هذه الفحوصات في المنزل و ذلك بالاعتماد على الطرق التقليدية البسيطة التي قد تؤدي إلى تعقيدات التي قد تؤدي بحياة المرأة في هذه المرحلة.

11. الأمراض المنقولة جنسيا الإيدز (SIDA):

انتشرت في الآونة الأخيرة أمراض خطيرة و لم يتمكن العلم حتى الآن من إيجاد دواء شاف لهذه الأمراض، فما تزال هذه الأمراض السبب الفتاك الأول في العالم من هذه الأمراض الخطيرة، و من بين هذه الأمراض الخطيرة مرض الإيدز و الذي هو نفسه نقص المناعة البشرية المكتسبة و هو من أخطر الأمراض التي تواجه عالمنا في أيامنا هذه، فالإيدز من الأمراض المزمنة التي تصيب الإنسان نتيجة الإصابة بفيروس نقص المناعة البشرية "HIV" فالجزائر ليست في مأمن من هذا المرض الفتاك فتشير الإحصاءات الرسمية بأن عدد الحاملين لفيروس نقص المناعة المكتسبة لسنة 2001 قد بلغ 527 حالة و بلغ عدد المصابين لسنة 2011 6115 مصاب في الجزائر أغلبهم شباب و هي أرقام تبقى بعيدة عن الحقيقة، و حسب تقديرات منظمة الصحة العالمية فإن العدد يتراوح ما بين 21 ألف و 29 ألف مصاب على أساس أن هناك عدد هام قد يتجاوز 15 ألف من الجزائريين مصابين بالداء دون علمهم و تعتبر هذه الأرقام رهيبية حتى و إن كان عدد المصابين ضئيلا إلا أن المرض موجود في الجزائر منذ 1985¹.

¹ http://www.ech-chaab.net/old/index.php?option=com_content&task=view&id=15124&Itemid=98

1.11 النساء المصابات بالإيدز في سن الإنجاب.

جدول رقم 97: توزيع حالات الإيدز التراكمية للإناث حسب الفئات العمرية من 1985-2001.

الفئات العمرية	عدد النساء المصابات بالإيدز
19-15	1
49-20	111
+50	14
غير معروف	17
المجموع	143

Source : Ministère de la santé et de la population(2002), Rapport National sur l'état de santé des Algériennes et des Algériens, Rapport Annuel : 7Avril, p22.

منذ عام 1981 حتى اليوم توفي من الأمراض و المضاعفات المتعلقة بالإيدز قرابة 39 مليون شخص، 71 % من المصابين بالفيروس يعيشون في منطقة جنوب الصحراء الكبرى بقارة إفريقيا، و منذ عام 1995 منع العلاج المضاد للفيروسات 7,6 مليون وفاة منهم 4,8 مليون في منطقة جنوب الصحراء الكبرى بأفريقيا.

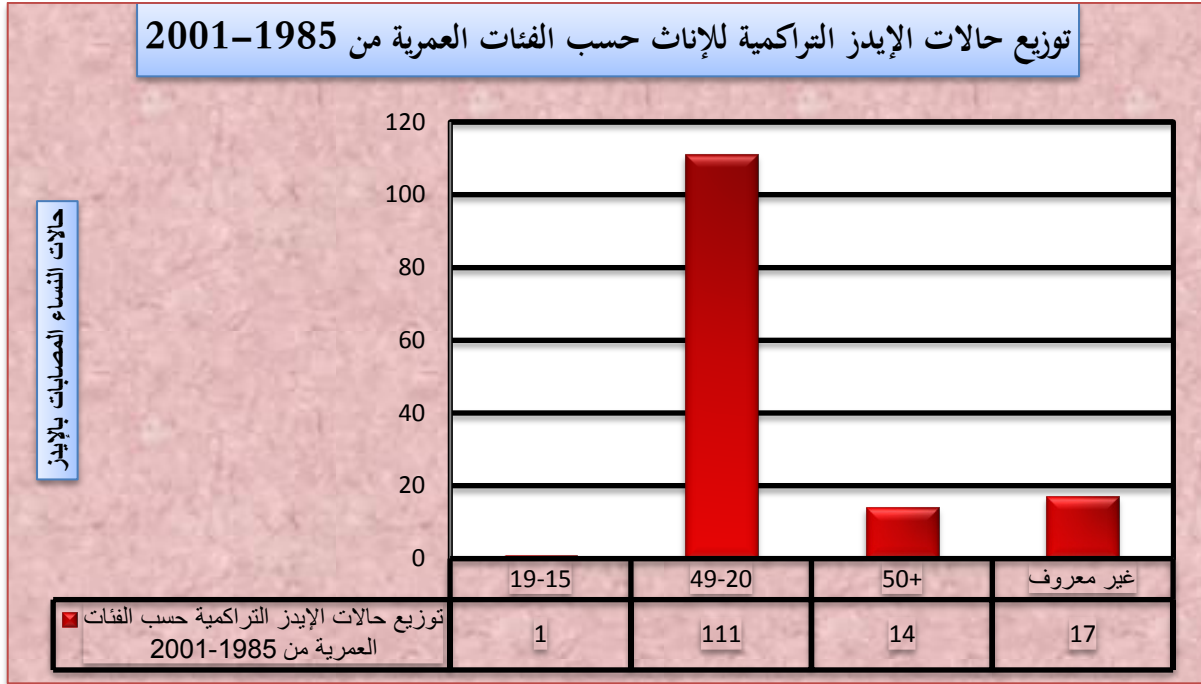
12,9 مليون مصاب في الدول الفقيرة و المتوسطة الدخل يستطيعون فقط الوصول لأدوية (HIV) مقارنة ب 1,3 مليون فقط في عام 2005 حيث وضعت الأمم المتحدة هدفا في إيصال العلاج ل 15 مليون مصاب بحلول 2015، و مع ذلك فهذا العدد أقل بكثير من الأشخاص الذين هم بحاجة للعلاج و الذين يبلغ عددهم 28 مليون¹.

في حين يبقى الاتصال الجنسي هو الوسيلة الأساسية لنقل فيروس مرض الايدز في البلدان العربية، و يتزايد خطر الإصابة بواسطة نقل الدم الملوث لا سيما في البلدان التي تفتقر إلى أساليب الوقاية و فحص العينات قبل نقل الدم بحيث تفتقد العديد من البلدان العربية إلى خطط الوصول إلى المجموعات الأكثر عرضة للإصابة و إلى المجموعات التي من الممكن أن تكون أكثر عرضة للإصابة مثل المهاجرين الغير الشرعيين، فمرض الإيدز واحدا من أكبر الكوارث التي واجهتها البشرية في تاريخها حيث أدى إلى موت الملايين و تعاسة الملايين من الأحياء و دمر المجتمعات و العائلات و أدى إلى تراجع في التنمية و المكتسبات الصحية و البشرية، و من بين هذه الدول الجزائر حيث بلغ عدد المصابين بمرض لإيدز في الجزائر 9100 حالة سنة 2003² و من المصابين بهذا الفيروس هم نساء و كما يبين الجدول التراكمي لحالات الإصابة فإن الفئات الأكثر عرضة هن الفئة 20-49 سنة.

¹ <http://www.aljazeera.net/portal/news/healthmedicine/2014> 8 février 2017 05:59.

² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS-2004 Update.

مخطط رقم 39: توزيع حالات الإيدز التراكمية حسب الفئات العمرية من 1985-2001.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 97.

فالجزائر ليست بمعزل عن هذا الفيروس الفتاك بالبشرية فنسبة كبيرة من الأمهات يمتن جراء الإصابة أو التعرض لمثل هكذا أمراض فهو ليس مرض مزمن أو مرض عادي يمكن العلاج منه، صحيح أن هناك أدوية تقلل و لو بنسبة صغيرة من مضاعفات المرض لكن المصير المحتوم منه هو الموت لأنه مرض و ببساطة ينتقل و بصمت من شخص لآخر من الزوج إلى الأم و من الأم إلى الجنين و يوضح لنا المنحنى و الجدول أن أعداد كبيرة من النساء مصابات بالإيدز 111 امرأة كلهن في سن الإنجاب مصابات.

خلاصة:

معدل وفيات الأمهات يمثل منعطف هام لأنه يعبر عن النتيجة النهائية لمجموعة من الأحداث غير السارة التراكمية و يكمن وراء أسباب وفيات الأمهات عوامل أخرى هامة مثل (الفقر و الأمية و سوء التغذية و الأمراض المعدية و الأمراض المزمنة و التنفسية إلى غيرها من الأمراض الأخرى) و عدم كفاية الرعاية أثناء الحمل.

و تعد أمراض الأمهات من أهم المشاكل التي تواجه المرأة قبل حملها و تتفاقم مضاعفاتها في مرحلة الحمل و الأمومة و ذلك عائد إلى استهتار المرأة و عدم القيام بفحوصات طبية، بحيث تسمح لها بمعرفة ما إذا كانت مصابة بمرض و التحكم فيه قبل تطور مضاعفاته، و من الأسباب المرضية الرئيسية لوفيات الأمهات سواء على المستوى العالمي أوفي الجزائر نذكر منها النزيف و الذي يعد من أكبر الأسباب التي تفتك بأرواح الأمهات سواء نزيف قبل الولادة أو بعدها و يليها الضغط الدموي و الإجهاض الغير الآمن و مرض القلب و السكري و غيرها من الأمراض الخطيرة التي تبدو هينة، و لكن مضاعفاتها مميتة إن تركت دون عناية و معالجة مسبقة للحمل و الولادة و التي قمنا بإيضاحها في هذا الفصل.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و

الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية.

تمهيد.

1-الإطار المنهجي للدراسة الميدانية.

1.1 نوع الدراسة.

2.1 مصادر المعطيات.

2-المنهجية المعتمدة في تحليل البيانات المتحصل عليها من المسح.

2.1 المنهج الوصفي التحليلي.

2.2 برنامج SPSS V19.

2.3 منهج المسح.

3-المجال الزمني للدراسة.

4-الأدوات المستعملة في الدراسة.

5-إطار الدراسة.

6-صعوبات الدراسة.

7-تحليل نتائج الدراسة الميدانية.

الخلاصة

تمهيد:

إن كل باحث يسعى إلى تقديم عمل بحثي علمي منظم، و ملم بجميع حيثيات الظاهرة الإجتماعية موضوع الدراسة و يتوقف على وضع إطار منهجي يتسم بالترتيب المنطقي و الموضوعي في الطرح، و طبيعة الجزء الميداني من البحث تقتضي إتباع خطوات منهجية مضبوطة و السير في إطارها من أجل تقديم الحلول الواقعية و الموضوعية لإشكالية البحث.

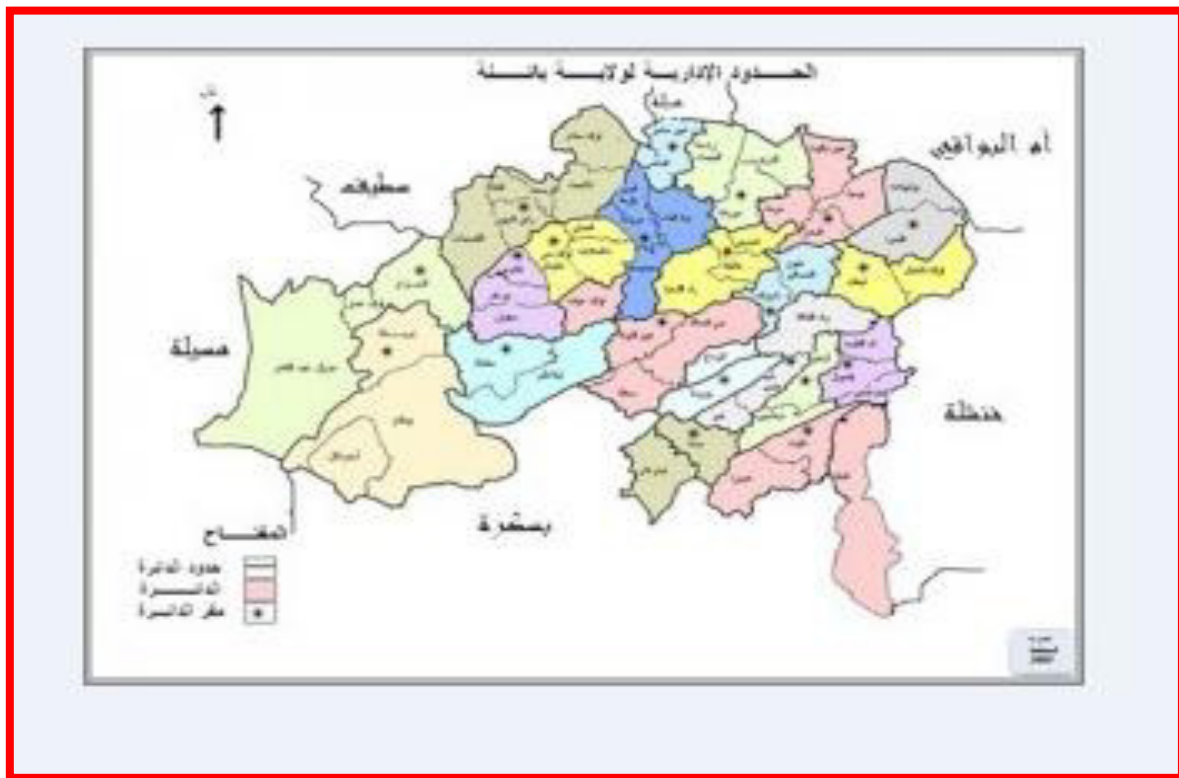
و يتضمن هذا الفصل عرض شامل لمختلف خصائص أو مميزات المبحوثات اللاتي يشكلن المجال البشري للدراسة، و التي بلغ عددها 45 مبحوثة و كذلك تعمدنا في هذا الفصل إلى تحليل و تفسير البيانات التي تم الحصول عليها في الميدان، و تعتمد الدراسات الميدانية على جملة من الإجراءات المنهجية التي تساهم في إنشاء العلاقات المختلفة بين الظواهر من خلال اعتماد التقصي و الفحص الدقيق من أجل اكتشاف معلومات و علاقات جديدة و ذلك من خلال شرح مختلف الإجراءات و الأدوات المنهجية التي تبنتها الدراسة كتحديد مجالات الدراسة و المتمثلة في المجال المكاني و الزماني و البشري و كذا استخدام أداة الاستمارة و التي ستعينا في جمع الحقائق و المعلومات بصفة علمية من أجل الإجابة على التساؤلات و الفرضيات و ضبط الموضوع بشكل علمي دقيق و محاولة لتقديم صورة عن وفيات الأمهات بمدينة باتنة مما يمكننا من معرفة الأسباب الرئيسية المؤدية لوفيات الأمهات.

I. المجال المكاني للدراسة

1.1 الموقع الجغرافي لولاية باتنة:

تقع ولاية باتنة في الشرق الجزائري بين دائرتي عرض 35° و 36° و خطي طول 4° و 7° تتربع على مساحة 12.3876 كم² ، و تقع بين الأطلسين التلي و الصحراوي و هذا ما ميز طبيعة مناخها الخاص و شروط الحياة فيها، يحدها من الشمال ولاية ميله و من الشمال الشرقي ولاية أم البواقي و من الشمال الغربي ولاية سطيف و من الجنوب ولاية بسكرة و من الشرق ولاية خنشلة و من الغرب ولاية المسيلة.¹

شكل رقم 07: الحدود الجغرافية لولاية باتنة.



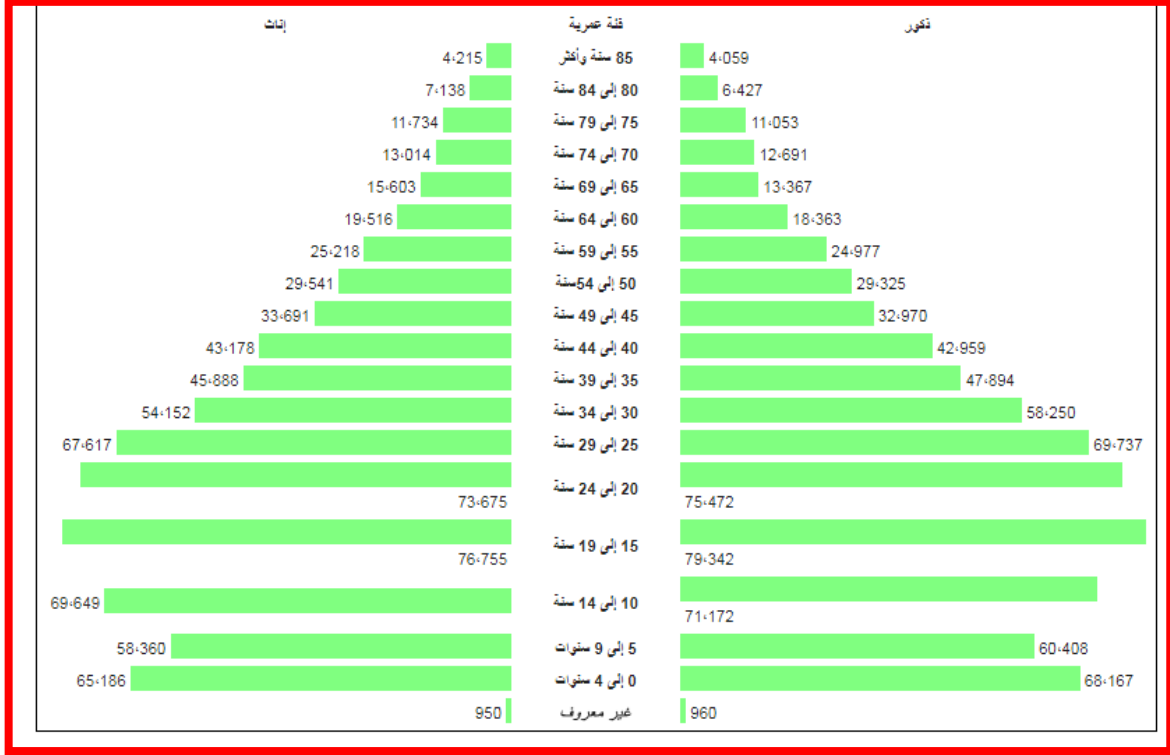
Source : www.wilaya-batna.gov.dz.

السكان: تحتل المرتبة الخامسة على مستوى الجزائر من حيث التعداد السكاني و الذي بلغ 1.549.931 سنة 2008.

¹ فطيمة دريد (2007)، النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (دراسة في تنظيم العائلي للأسرة الجزائرية، دراسة ميدانية بولاية باتنة)، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم اجتماع التنمية، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، ص 405.

2. الهرم العمري

شكل رقم 08: السكان المقيمين في ولاية باتنة حسب السن و الجنس و حسب إحصاء سنة 2012.



Source : rgph.2008.ons.dz/IMG/pdf/pop3_national.pdf.

3. التضاريس: التقاء الأطلسيين أعطى الميزة الجغرافية في تقسيم مختلف تضاريسها و التي تمثل فيما يلي:

1.3 السهول العليا التلية: تجسد السهول العليا الحدود الشمالية للولاية تحديدا مع سدي بيذا و تاغيت أين تتراوح المرتفعات

في هذه المنطقة بين 800-1000 م، كما يميز المنطقة مناخ قاري بنسبة تساقط أمطار 350 ملم/سنة، ذو شتاء

شديد البرودة و صيف يمتد بين 4-5 أشهر حار جدا.

أما التكوين النباتي للمنطقة فهي تتوزع بين أشجار البلوط الأخضر و الصنوبر الحلبي و الصنوبريات و النباتات العطرية، إلا

أن هذه التكوينات لم تبقى حاليا سوى على شكل آثار.

2.3 الجبال: يتكون الأطلس التلي بجباله المتمثلة في الحضنة، بوطالب، بلزمة، و الأطلس الصحراوي بجباله الأوراس مجموع

المشكل التضاريسي للولاية الذي يمثل نسبة هامة من المساحة الإجمالية حيث تقدر ب 45 %، كما نلاحظ تفاوتات في ارتفاع

القمم بين 700 و 2326 مع تنوع مناخي حيث تمثل هذه المنطقة الواسعة من الولاية المصدر الأساسي للمياه و تميز نوعين

من الجبال مختلفة جدا في التكوين.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

جبال الأطلس التلي: بوطالب، بلزمة، غتيان.

جبال الأطلس الصحراوي: أين نميز، جبال صحراوية، جبال جافة و شبه جافة، جبال شبه رطبة.

3.3 السهوب: تقع في الجانب الغربي للولاية وسط سلسلة جبال الحضنة و تتكون هذه المنطقة من التربة الصلصالية و الملحية و تتميز برياح شرقية قوية و رياح جنوبية أقل قوة و خاصة خلال فترة الصيف.

4.3 إداريا: تقسم ولاية إلى 21 دائرة، 64 بلدية.¹

جدول رقم 98: نسبة النساء في سن الإنجاب ما بين 1966-2005 في ولاية باتنة.

السنة	عدد النساء في سن الإنجاب	السنة	عدد النساء في سن الإنجاب
1966	78.267	2001	259.776
1977	117.745	2002	265.671
1987	163.800	2003	271.702
1999	246.157	2004	277.848
2000	254.006	2005	284.261

المصدر: فطيمة دريد (2007)، النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (دراسة في تنظيم العائلي للأسرة الجزائرية، دراسة ميدانية بولاية باتنة)، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم اجتماع التنمية، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية، جامعة منتوري قسنطينة، ص 409 .

II. الإطار المنهجي للدراسة الميدانية

1. نوع الدراسة:

هي دراسة وصفية تحليلية أجريت من أجل معرفة و رصد أسباب وفيات الأمهات التي وقعت في قسم التوليد بالمركز الاستشفائي مريم بوعتورة، خلال فترة أربع سنوات من 2014 إلى غاية 2017 و من أجل فهم و معرفة العوامل التي تتأثر بها الأم و تشكل خطرا على حياتها.

2. مصادر المعطيات: و لقد اعتمدنا في دراستنا على إجراء مسح شامل لوفيات الأمهات، خلال فترة زمنية امتدت

لأربع سنوات، من خلال إجراء استمارة، التي تم ملئها من الملف أو السجل الخاص بكل أم و الذي كان يحتوي على مجموعة من الملفات و التي هي مصادر معطيات الدراسة:

❖ **السجل الطبي:** هو عبارة عن مجموعة من الوثائق الطبية التي تم إنشائها لتوثيق الحالة الطبية للشخص و التي تم تسجيلها من قبل أناس مؤهلين للقيام بذلك، و يتضمن سجل المعلومات تفاصيل تعريف و تحديد المريض و المعالج و

¹ فطيمة دريد (2007)، النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (دراسة في تنظيم العائلي للأسرة الجزائرية، مرجع سابق، ص ص 405-406.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

معلومات طبية حل العلاج الطبي الذي حصل عليه المريض (اللقب، الاسم، تاريخ المريض الطبي، سبب الاستشفاء، و تشخيص الوضع الحالي و تعليمات العلاج و كذا نمط القبول و الخروج، و عمر المبحوثة، الأمراض المتواجدة قبل و في فترة الحمل و بعده، نوع الحوض، وضعية الجنين طولية عرضية، نوع الولادة طبيعية أم قيصرية، الكادر الصحي المشرف عليها خلال تواجدها بالمركز الصحي، نوع الحمل و وزن الجنين و جنسه و إن كان حيا أم ولد ميتا، الحالة الاجتماعية، عدد الحمول السابقة، الطبيب الذي قام بإجراء العملية القيصرية أو توليدها طبيعيا، تقرير طبي عن سبب الوفاة تاريخ الوفاة و وقت حدوثه.. الخ من المعلومات)، و تستخدم السجلات الطبية لأغراض عديدة منها: هي أساس التخطيط و متابعة الرعاية الطبية، و وسائل التواصل بين الأطباء و غيرهم من المهنيين المشاركين في رعاية المرضى، الأدلة و الإثباتات الخطية و الكتابية عن حالة المريض و مرضه، الطبيب و الطواقم الطبية، الشهادات الطبية، مصدر معلومات لأغراض البحث، تعليم، الإشراف و المراجعة و التدقيق و المراقبة، الإحصاءات و التخطيط الطويل الأمد.¹

❖ **الملف الطبي:** هو أداة مرجعية أساسية لنشاط الخدمة، حيث يحتوي على ذاكرة المعلومات المكتوبة البيولوجية و السريرية و التشخيصية و العلاجية لكل مريض و هو يحتوي على:

- التاريخ المرضي أي المشكلة الرئيسية و التغيرات التي طرأت على المريض و التاريخ العائلي و الاجتماعي.
- المعالجة التي تلقاها المريض و نتائجها و التوصيات.
- نتائج الفحوصات السريرية و المخبرية و التشخيصية و الإشعاعية التي أجريت للمريض.
- ملاحظات الفريق الطبي و مدى التحسن بحالته المرضية و ما طرأت من تغيرات سلبية و إيجابية عليها و استجابته للعلاج من خلال خطط التشخيص و العلاج.
- ملاحظات الفريق التمريضي و مراقبتهم لحالة المريض الصحية.
- ملخص بحالة المريض بعد خروجه.
- تفويض بالموافقة على كل الإجراءات التي ستنفذ لمواجهة الحالة وفق الأنظمة و التعليمات.²

❖ **شهادة الوفاة:** و كذلك تم جمع بعض المعلومات من شهادات الوفاة الخاصة بالمبحوثات، و التي تحتوي على بعض من أسباب الوفيات.

¹ <http://www.hy.health.gov.il>

² <http://www.e-moh.com>

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

شكل رقم 09: نموذج لشهادة الوفاة.

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ, DE LA POPULATION ET DE LA RÉFORME HOSPITALIÈRE

CERTIFICAT MEDICAL DE DÉCÈS

A remplir par le médecin

Commune de décès : _____
 Wilaya de décès : _____
 Nom : _____ Prénom : _____
 (En cas de non identification du défunt, mettre la mention e: corps non identifié (CNI))
 Sexe: M F
 Fils/Fille de: _____ et de: _____
 Date et lieu de naissance: _____
 Date du Décès: _____ Age (en année): _____ ans
 (Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois; Moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours: _____ mois, ou _____ jours)
 Lieu de décès:
 Domicile Structure de santé publique
 Structure de santé privée Voie publique
 Autre (à préciser): _____

Reservé à la commune
 N° d'ordre d'acte de décès inscrit sur le registre des actes de l'état civil: _____
 Ce N° est à inscrire dans les versos de ce certificat

Signalement médico-légal: A remplir par le médecin (cocher la case adéquate)

Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié)
 Existence d'une prothèse fonctionnant au moyen d'une pile
 Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contagion

A remplir et à classer par le médecin

Commune de décès : _____
 Wilaya de décès : _____
 Commune de résidence : _____
 Wilaya de résidence : _____
 Date de naissance: _____ Date de décès: _____
 Sexe: M F Age (en année): _____ ans
 (Enfant de moins d'un (1) an, préciser l'âge en mois; Moins d'un (1) mois, préciser l'âge en jours: _____ mois, ou _____ jours)
 Lieu de décès:
 Domicile Structure de santé publique
 Structure de santé privée Voie publique
 Autre (à préciser): _____

Cause directe et évènements morbides ayant précédé le décès.
Partie I: Maladie(s) ou affection(s) morbide(s) ayant directement provoqué le décès
 Cause directe a) _____
 Evènements morbides ayant précédé le décès
 due à ou consécutive à: b) _____
 due à ou consécutive à: c) _____
 cause initiale: d) _____

Partie II: Autres états morbides ayant pu contribuer au décès, non mentionnés en partie I.

La dernière cause (d) doit correspondre à la cause initiale, il ne s'agit pas ici du mode de décès, par exemple: arrêt cardio-respiratoire, syncope, mal de la mortelle ou du traumatisme qui a entraîné la mort.
Dans le cas de décès maternel: (femme décédée durant une grossesse ou un avortement, un accouchement ou dans les 42 jours après un accouchement ou un avortement) remplir correctement la partie I et préciser cet état clairement

Exemples sur les causes directes et les évènements morbides ayant précédé le décès

a) Embolie pulmonaire	a) Sepsitomie.	a) Déchusse respiratoire	a) Coma
b) Fracture pathologique	b) Peritonite	b) Embolie pulmonaire	b) Œdème cérébral
c) Cancer secondaire du fémur.	c) Perforation d'ulcère	c) Prolapsite	c) Traumatisme crânien
d) Cancer du sein.	d) Ulcère duodénal	d) Accouchement.	d) Accident de la route
	e) Ascariasis	e) Varices.	

Signature et cachet du médecin

1. Nature de la mort: Naturelle I-1
 accident I-1 auto induite I-1
 agression I-4 indéterminée I-4-1
 Autre (à préciser) I-4-1

2. Mortalité périnatale:
 - Grossesse multiple Oui I-1 Non I-1
 - Mort-né ? Oui I-1 Non I-1
 - Age gestationnel (en semaines) I-1
 - Poids à la naissance (en grammes) I-1
 - Age de la mère (années) I-1-1
 - Si décès périnatal, préciser l'état morbide de la mère ayant pu affecter le nouveau-né au moment du décès I-1-1

3. Décès maternel ? Oui / Non I-1
 - Le décès a eu lieu durant la grossesse Oui I-1 Non I-1
 - Le décès a eu lieu pendant l'accouchement/avortement Oui I-1 Non I-1
 - Dans les 42 jours après la gestation I-1
 - Indéterminé I-1

4. Signalement médico-légal:
 - Obstacle médico-légal à l'inhumation (en raison du caractère violent, indéterminé ou suspect de la mort ou corps non identifié). Oui I-1 Non I-1
 - Mise immédiate en cercueil hermétique en raison du risque de contamination Oui I-1 Non I-1
 - Existence d'une prothèse fonctionnant avec « pile » Oui I-1 Non I-1

5. Y a-t-il intervention chirurgicale, semaines avant le décès? Oui I-1 Non I-1

Source: République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, model du certificat médical.

III. المنهجية المعتمدة في تحليل البيانات المتحصل عليها من المسح:

1. و تم الاعتماد في تحليل البيانات على برنامج **SPSS 19.3V**.
2. **منهج المسح:** و هو الذي يعتمد على جمع البيانات ميدانيا بوسائل و طرق متعددة، و يتضمن الدراسة الكشفية و الوصفية و التحليلية و منهج دراسة الحالة و هو ينصب على دراسة حالة وحدة معينة فردا كان أو وحدة اجتماعية و يرتبط باختبارات و مقاييس خاصة.¹
3. **المجال الزمني للدراسة:** العمل هو دراسة وصفية تحليلية، بأثر رجعي "**rétrospective**" من خلال تحليل سجلات الوفيات النفاسية ل 45 حالة مسجلة في المؤسسة المتخصصة للأم و الطفل في ولاية باتنة على مدى 4 سنوات من [1 جانفي 2014 إلى غاية 30 أكتوبر 2017]، و تم تضمين جميع النساء اللواتي توفين خلال هذه الفترة، أما نطاق الدراسة اقتصر على المركز الاستشفائي المتخصص للأم و الطفل مريم بوعتورة باتنة، فالدراسات الوصفية كثيرا ما تمثل الخطوة العلمية الأولى في مجالات جديدة من التحقق، لأنها توفر تعريف ممكن قياسه و وصف للمرض أو الوضع الذي يتم التحقق منه.
4. **مفهوم الدراسة الاتريابية الاستيعادية (rétrospective):** و التي يطلق عليها أيضا دراسات المتابعة أو الوقوع، بمجموعة من الناس خالية من الأمراض، و مصنفة في زميرات (مجموعات) وفقا لتعرضها لسبب محتمل أو لنتيجة، و تقدم الدراسات الاتريابية أفضل معلومات حول تسبب المرض و القياس المباشر إلى أقصى حد لاختطار تطور المرض.²
5. **الأدوات المستعملة في الدراسة:**
- 1.5 **استمارة الاستبيان:** و لقد تم الاعتماد على أداة الاستبيان **Questionnaire** الذي يعرف بأنه "عبارة عن مجموعة من الأسئلة المكتوبة التي تعد بقصد الحصول على معلومات أو آراء الباحثين حول ظاهرة أو موقف معين، و يعد الاستبيان من أكثر الأدوات المستخدمة في جميع البيانات الخاصة بالعلوم الاجتماعية التي تتطلب الحصول على معلومات أو معتقدات أو تصورات أو آراء الأفراد"³.
6. **إطار الدراسة:** أجريت الدراسة في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم و الطفل "مريم بوعتورة" -باتنة- و هي إطار الدراسة و يتكون السلك الطبي فيها من :

¹ بن واضح الهاشمي(2016)، منهجية إعداد بحوث الدراسات العليا (ماستر-ماجستير-دكتوراه)، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف المسيلة، طبعة 2016، ص 26.

² R Bonita, R Beaglehole, T Kjellstrom (2008): أساسيات علم الوبائيات، ترجمة جيهان أحمد محمد فرج، منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المركز العربي للتعبير و الترجمة و التأليف و النشر، الطبعة الثانية، دمشق، ص ص 63-64.

³ محمد عبيدات و آخرون(1999)، منهجية البحث العلمي: القواعد-المراحل-التطبيقات، ط2، الأردن: دار وائل للطباعة و النشر، ص 63.

جدول رقم 99: تطور إجمالي عدد الموظفين لكل الأسلاك بالإضافة إلى العمال في إطار عقود ما قبل التشغيل و مستخدمي المستشفى لسنة 2017.

Personnel médical	90	السلك الطبي
Praticien spécialiste	35	الأطباء المختصين
Professeur en gynéco obstétrique	01	أستاذ في طب النساء و التوليد
Professeur en pédiatrie	01	أستاذ في طب الأطفال
praticien spécialiste en gynéco	03+1 détaché C.H.U	ممارس أخصائي في أمراض النساء و التوليد
Praticien spécialiste en gynéco (dans le cadre de la mission chinoise)	05	ممارس أخصائي في أمراض النساء و التوليد (في إطار البعثة الصينية).
Praticien en réanimation	09	ممارس أخصائي في التخدير و الإنعاش
Praticien spécialiste en infectiologie	01	ممارس أخصائي في الأمراض المعدية
Praticien spécialiste en chirurgie pédiatrique	03	ممارس أخصائي في طب و جراحة الأطفال
Praticien spécialiste en pédiatrie	07	ممارس أخصائي في طب الأطفال
Praticien spécialiste en épidémiologie	03	ممارس أخصائي في علم الأوبئة و الطب الوقائي
Praticien spécialiste en endocrinologie	01	ممارس أخصائي في أمراض الغدد الصماء
Praticien généraliste	23	الأطباء العامون
Pharmacien	04	صيدلي
Med. Résidant en gynéco obstétrique	24	الأطباء المقيمين في أمراض النساء و التوليد:
Résident 1 ^{ère} année	01	السنة الأولى

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

Résident 2 ^{ème} année	04	السنة الثانية
Résident 3 ^{ème} année	05	السنة الثالثة
Résident 4 ^{ème} année	08	السنة الرابعة
Résident 5 ^{ème} année	06	السنة الخامسة
Med. résidant en pédiatre	06	الأطباء المقيمين في طب الأطفال:
Résident 1 ^{ère} année	06	السنة الأولى
Personnel paramédical	196	السلك الشبه الطبي:
Sage-femme	53	القبالات
AMAR	13	أعوان التخدير و الإنعاش
p. santé publique	74	عدد الشبه طبيين للصحة العمومية
P.D.E	04	عدد الشبه طبيين الحاصلين على شهادة دولة
A.T.S	47	مساعدتي التمريض للصحة العمومية
PSYC.S.P	05	النفسانيين العيادين للصحة العمومية
Personnel technique et administratif	143	السلك التقني و الإداري
Administratif	41	السلك الإداري
Technique	22	السلك التقني
De service	20	أعوان الخدمات
Total des effectifs	429	مجموع المستخدمين

Source : République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière(2017) : Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant « Meriem Bouatoura » BATNA.

IV..تطور معدل وفيات الأمهات في المركز الاستشفائي المتخصص للأم و الطفل مريم بوعتورة باتنة من 2014- 2017.

1.جدول رقم100: معدل وفيات الأمهات.

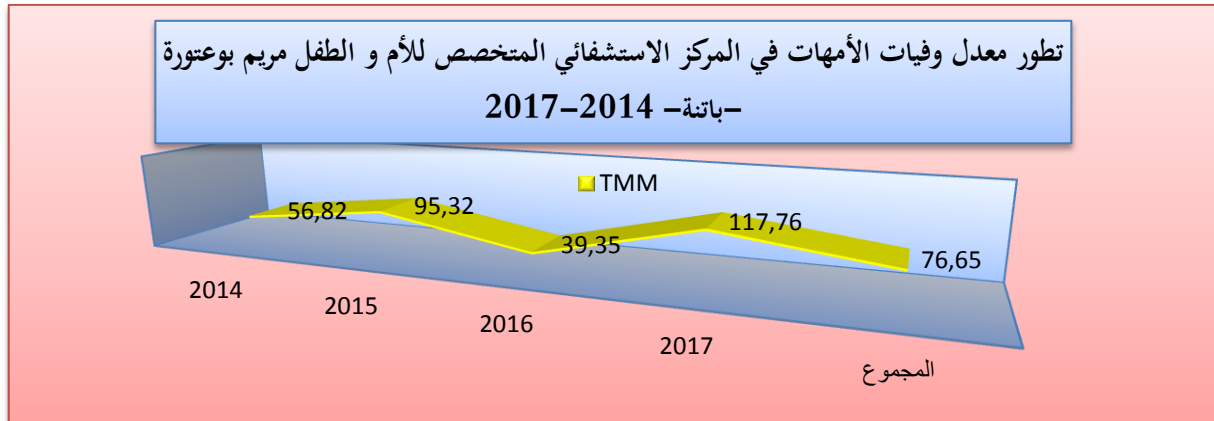
سجلنا 45 حالة وفاة للأمهات في منطقة باتنة أثناء فترة الدراسة الممتدة من 2014-2017، و توزعت هذه الوفيات وفقا لسنوات الدراسة و خلال الفترة نفسها سجلنا 58708 حالة ولادة حية و كان معدل وفيات النفاسية العام على مدى الأربع سنوات قدر ب 76,65 لكل 100000 مولود حي و يبين الجدول أعلاه التغيرات في معدلات وفيات الأمهات خلال السنوات الأربعة.

السنوات	عدد وفيات الأمهات	عدد المواليد الأحياء	معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية
2014	9	15839	56,82
2015	15	15735	95,32
2016	7	15246	39,35
2017	14	11888	117,76
المجموع	45	58708	76,65

المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على معطيات:

République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la Population et de la
Reforme Hospitalière: Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et enfant « MERIEM
BOUATOURA » Batna.

مخطط رقم40: التوزيع السنوي لوفيات الأمهات حسب معدل وفيات الأمهات.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 100 .

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

عرفت سنة 2017 أعلى معدل لوفيات الأمهات الذي بلغ 117,76 لكل 100000 مولود حي و هذا راجع لانخفاض الملحوظ في عدد المواليد الأحياء حيث بلغ 111888 ولادة حية و 14 حالة وفاة، فعند مقارنتها مع السنوات السابقة نجد أن عدد المواليد الأحياء انخفض في هذه السنة و هذا راجع لعدة أسباب منها خروج المرأة للعمل ارتفاع متوسط سن الزواج و كذلك تنظيم الأسرة ، و سجلنا أعلى عدد لوفيات الأمهات سنة 2016 بـ 15 حالة وفاة بمعدل 56,82 لكل 100000 مولود حي، و انخفض هذا المعدل سنة 2016 ليصل في حدود 39 لكل 100000 مولود حي.

2. جدول رقم 101: توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الولادات و المواليد الأحياء و الولادات المتعسرة و القيصرية و حالات الإجهاض من 2014-2017.

السنة	عدد الولادات	عدد المواليد الأحياء	عدد وفيات الأمهات	عدد الولادات المتعسرة	عدد الولادات القيصرية	عدد حالات الإجهاض
2014	15875	15839	9	297	3930	641
2015	15777	15735	15	335	4290	465
2016	15248	15246	7	323	4273	299
2017	11901	11888	14	40	3359	85
المجموع	58801	58708	45	995	15852	1490

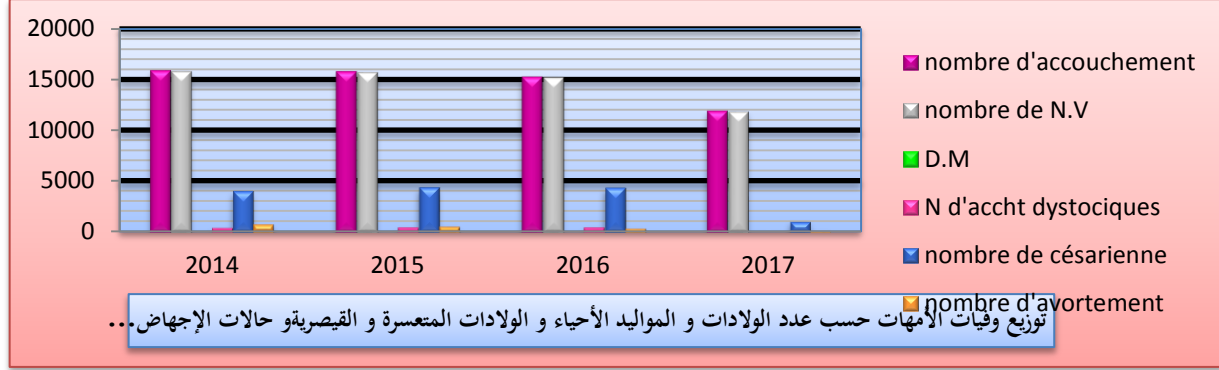
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على معطيات:

République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la Population et de la Reforme Hospitalière: Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et enfant « MERIEM BOUATOURA » Batna.

يلاحظ من الجدول أن معظم الولادات التي تمت في المركز الاستشفائي مريم بوعتورة كانت قيصرية في غالبها و ذلك لصعوبة الولادة طبيعيا و قد بلغ عدد الولادات القيصرية إجمالا 15852 حالة، في حين وصل عدد حالات الإجهاض 1490 حالة من مجمل عدد الولادات التي بلغت 58801، فالإجهاض يأتي نتيجة لأسباب متعددة من بينها تعرض المرأة لبعض الأمراض المزمنة نذكر منها مرض السكري، الضغط الدموي، الغدة الدرقية و العديد من الأمراض الأخرى، أما بالنسبة للولادة المتعسرة بلغ عددها 995 حالة لمدة أربع سنوات و أعلى عدد من هذا النوع من الولادة كان سنة 2015 بـ 335 حالة مقابل 15 حالة وفاة ففي هذه السنة كانت فيها أكبر عدد بالنسبة للولادات القيصرية و المتعسرة و الإجهاض و كذا بالنسبة لوفيات الأمهات تليها بعد ذلك سنة 2014 بـ 9 حالات وفيات و 297 حالة ولادة متعسرة و 3930 ولادة قيصرية 641 حالة إجهاض و تقل نوعا ما في سنة 2016 لترتفع مرة أخرى في سنة 2017 بـ 14 حالة وفاة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

مخطط رقم 41: توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الولادات و المواليد الأحياء و الولادات المتعسرة و القيصرية و حالات الإجهاض من 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 101 .

من خلال المنحنى نلاحظ أن وفيات الأمهات جد منخفضة مقارنة مع عدد الولادات و عدد المواليد الأحياء، و أن عدد الولادات عن طريق العمليات القيصرية أكبر من عدد الولادات طبيعيا، و بلغ إجمالي حالات الإجهاض 1490 ما بين 2014-2017، و لكن بالنسبة لوفيات الأمهات إذ ما قارنا السنوات فيما بينها نجد أن وفيات الأمهات في ارتفاع و الدليل على ذلك أنها في سنة 2017 عدد النساء المتوفيات وصل إلى 14 حالة و هو تقريبا نفس عدد الوفيات سنة 2015 و هذا راجع لعدة أسباب سنناقشها فيما بعد.

3. جدول رقم 102: توزيع حالات الحمل المصحوبة بخطر ما بين 2014-2017.

السنة	2014	2015	2016	2017	المجموع
الحمل + نوع الخطر					
حمل + الضغط الدموي	940	969	1036	307	3252
حمل + السكري	227	472	362	95	1156
حمل + مرض القلب	35	45	28	10	118
حمل + فقر الدم	51	40	52	10	153
حمل + الربو	6	7	10	1	24
حمل + حمى	33	60	100	43	236

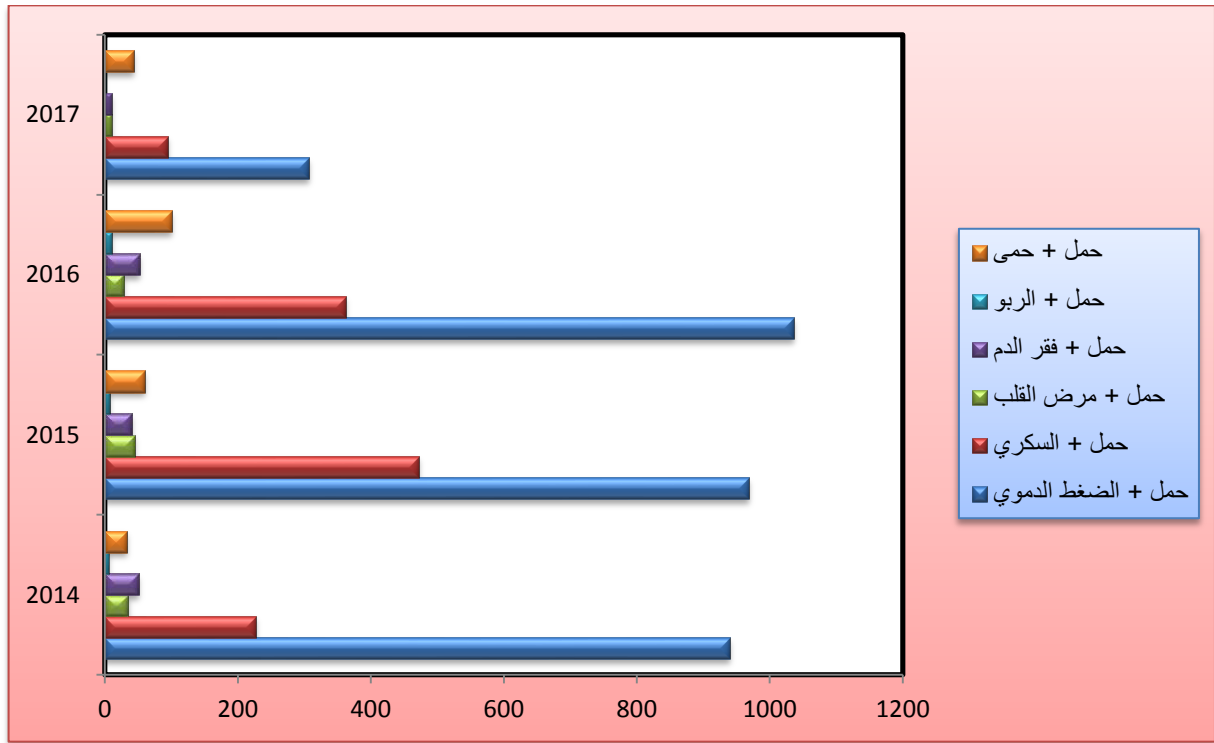
المصدر: من إعداد الباحثة اعتمادا على معطيات:

République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la Population et de la
Reforme Hospitalière: Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et enfant « MERIEM
BOUATOURA » Batna.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

من الأشياء الخطيرة التي من الممكن أن تصيب المرأة الحامل مجموعة من الأمراض كالسكري و الضغط الدموي و مرض القلب و غيرها من الأمراض التي تشكل خطرا على حياتها، و تصاحب فترة الحمل العديد من التغيرات الجسمانية و النفسية التي تختلف وطأتها من سيدة لأخرى خاصة في الثلثين الأول و الثالث، و يكون العديد منها طبيعي بينما ينذر البعض الأخر بالخطر على صحة الأم و الضيف المرتقب، و عرفت سنة 2016 حالات حمل خطيرة مرتبطة بالضغط الدموي الذي بلغت عدد حالاته 1036 حالة و 969 حالة لسنة 2015 و 940 في 2014 و في سنة 2017 تم تسجيل 307 حالة حمل مع ارتفاع الضغط الدموي، ناهيك عن حالات الحمل المصحوبة بمرض السكري و مرض القلب و فقر الدم التي لا تقل خطورة عن الضغط الدموي بحيث تنجر عنها مجموعة من وفيات الأمهات سواء في فترة الحمل أو الولادة أو ما بعد الولادة.

مخطط رقم42: توزيع حالات الحمل حسب نوع الخطر من 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم102.

يتبين لنا من الشكل حالات الحمل مع نوع الخطر بحيث نلاحظ أن الضغط الدموي يشكل أكثر الأمراض خطورة على حياة الأم في شتى المراحل و في جميع السنوات، حيث لا يقل مرض السكري خطورة أيضا عن الضغط الدموي فهو يفتك بحياة النساء في سن الإنجاب ففي سنة 2015 عدد النساء الحوامل اللاتي لديهن مرض السكري بلغ 472 حالة و 227 حالة سنة 2014 و سنة 2016 عدد المصابات بداء السكري 362 حالة أما في سنة 2017 سجلنا 95 حالة، و تشكل أمراض القلب مخاوف لدى الكثيرين حيث زادت في الفترة الأخيرة الأمراض القلبية و أصبحت أكثر شيوعا مما كانت عليه من قبل، و القلب عند المرأة الحامل لا يعمل بمهامه الوظيفية الطبيعية فقط بل يقع عليه عبء كبير حيث يعمل القلب عند المرأة الحامل

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

ضعف عمله عند المرأة في الوقت الطبيعي، حيث يحتاج القلب عند المرأة الحامل إلى العمل بقوة لضخ الدم للجسم و ضخ الدم للجنين الموجود بالرحم، لذلك إذا كانت المرأة مريضة بالقلب يصبح الحمل أمرا صعبا مع مرضها و لقد تم تسجيل 45 حالة حمل مصحوبة بمرض القلب سنة 2015 كأعلى عدد لهذه الحالات و 35 سنة 2014 و 10 حالات فقط في الفصل الأول من سنة 2017.

4. تحليل النتائج المتحصل عليها من الاستمارة:

1.4 البيانات الاجتماعية و الديموغرافية:

1.1.4 العمر

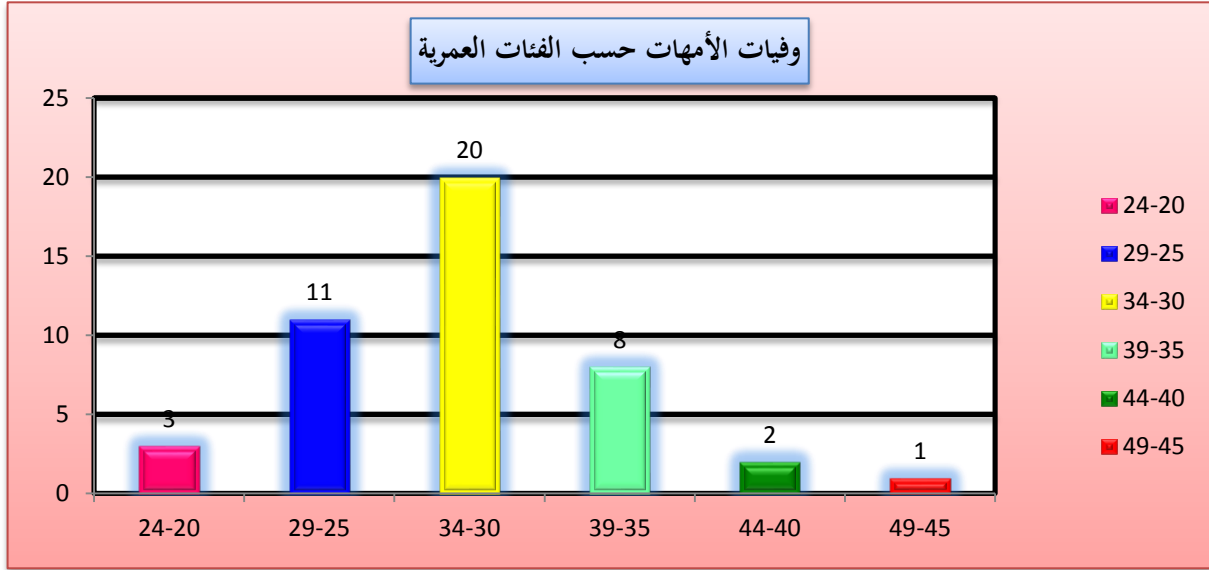
جدول رقم 103: توزيع وفيات الأمهات خلال سنوات 2014-2017 حسب الفئات العمرية.

الفئات العمرية	التردد	النسب المئوية	النسب التراكمية
24-20	3	6,7	6,7
29-25	11	24,4	31,1
34-30	20	44,4	75,6
39-35	8	17,8	93,3
44-40	2	4,4	97,8
49-45	1	2,2	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

يتبين من الجدول أن 11 امرأة توفين في عمر لا يتجاوز 25 سنة و أن الفئة العمرية [30-34] سنة أكثر عرضة للوفاة ب 16 حالة و لم نسجل أي حالة وفاة قبل السن 20 ، و بالتالي فإن الإنجاب المبكر و المتأخر له تأثير سلبي على وفيات الأمهات و بلغت نسبة النساء اللواتي تتراوح أعمارهن بين 20 إلى غاية 39 سنة 93,3 % من مجموع الوفيات المسجلة خلال سنوات 2014 إلى غاية سنة 2017 ، فالحمل المبكر أيضا لديه تداعياته و خطورته و ذلك لعدم النضج البدني و الفسيولوجي و الخطر أعلى بكثير لدى النساء اللاتي تجاوزن 39 سنة و ذلك لخطر مضاعفات مرتبطة بالنزيف و انفجار الرحم و الالتهابات.

مخطط رقم 43: توزيع وفيات الأمهات خلال سنوات 2014-2017 حسب الفئات العمرية.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 103 .

و يلاحظ أن تواتر وفيات الأمهات حسب الفئات العمرية أعلى عند الفئة العمرية 34-30 سنة، بنسبة 44,4 % و 24,4 % للفئة العمرية 29-25 سنة، و السبب الرئيسي لوفيات الأمهات عند هذا السن هو ارتفاع المستوى التعليمي لدى المرأة و خروجها للعمل مما أدى إلى ارتفاع متوسط العمر عند الزواج لكلا الجنسين.

2.1.4 المستوى التعليمي

جدول رقم 104: توزيع وفيات الأمهات حسب المستوى التعليمي من 2014 إلى 2017.

المستوى التعليمي	التكرار	النسب المئوية	النسب التراكمية
أمية	22	48,9	48,9
ابتدائي	5	11,1	60
متوسط	9	20	80
ثانوي	4	8,9	88,9
جامعي	5	11,1	
المجموع الكلي	45	100	100

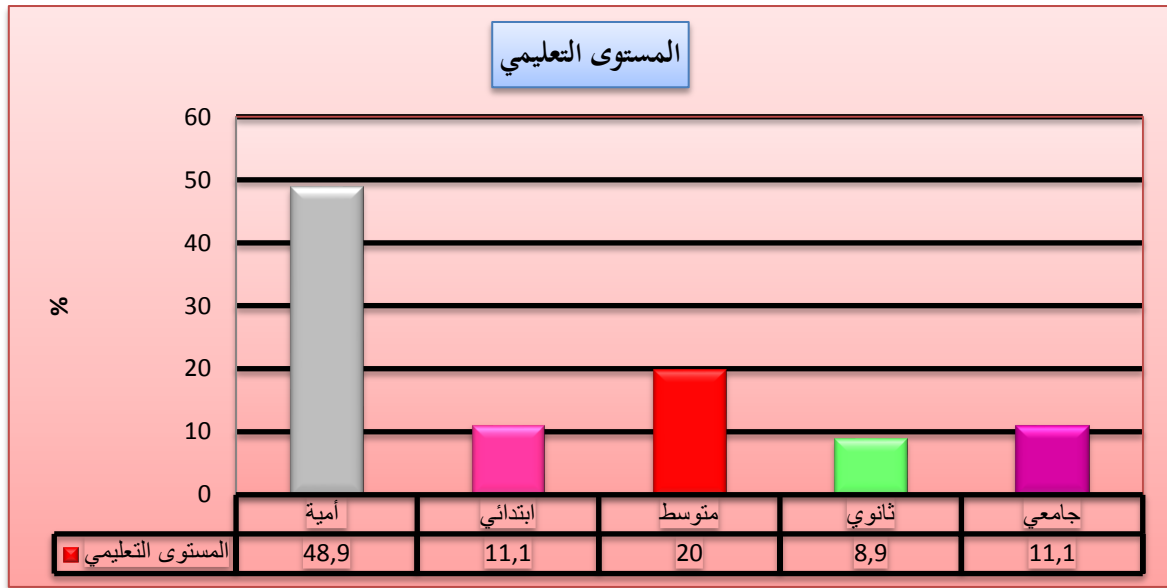
المصدر: من إعداد الباحثة.

إن تعليم المرأة يؤدي إلى حمل أضمن و أسلم و يحسن صحة المرأة و العائلة بأكملها، و للثقافة تأثير غير مباشر على حياة المرأة لأن من شأنها رفع مكانتها الاجتماعية و تحسين صورتها أمام المجتمع و زيادة خياراتها في الحياة، و تمنحها القدرة على

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

مناقشة وضعها بشكل عام و اتخاذ القرارات بنفسها و تؤهلها لأن يكون لها رأي فيما يجري، فالخصوبة العالية لدى المرأة وليدة قلة الخيارات و عدم القدرة على تقرير المصير المتعلق بحياتها و هكذا نجد أن للتعليم آثار عميقة في تغير هذه الصورة و التي ستكون لها انعكاساتها في نسبة وفيات الأمومة، و يعتبر المستوى التعليمي عنصر مهم لدراسة السكان لما له من أثر في الجوانب الاقتصادية و الاجتماعية كما يعد مقياسا لتقدم أو تخلف الشعوب، و يعتبر معدل الأمية أهم مقياس للمستوى التعليمي و كل الشعوب تسعى جادة لتقليص هذا المعدل لأدنى مستوياته¹، و يتضح من خلال الجدول أن هناك علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للأم و وفيات الأمهات، و هذا يعكس حقيقة أن النساء اللواتي مستوى تعليمهن متدني أكثر عرضة للوفاة من غيرهن من النساء و ذلك راجع لقلة وعيهن بضرورة متابعة حملهن و إجراء الفحوصات الدورية بغية الكشف المبكر عن أي مخاطر تحيط بها و بالجنين، فالنساء اللاتي لديهن مستوى تعليمي عال يتمتعن بقدرة عالية على رعاية أنفسهن و زيادة معرفتهن بوسائل الصحة الإنجابية للمحافظة على صحتها و صحة الطفل، فمن بين مجموع النساء المتوفيات تم جمع معلومات حول التحصيل العلمي ف22 امرأة أمية و 5 منهن لديهن مستوى تعليمي ابتدائي و 4 ثانوي و 4 للمستوى التعليمي المتوسط و 5 جامعيات .

مخطط رقم 44: توزيع وفيات الأمهات حسب المستوى التعليمي من 2014 إلى 2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 104 .

يعتبر التعليم من أهم العوامل التي تنعكس على مدى تحضر المجتمعات، و مستوى التعليم له دلالاته الديمغرافية و الاجتماعية و الاقتصادية و للتعليم أثر فعال في سلوك الأمة الديموغرافي إذ تشير معظم الدراسات الديموغرافية إلى وجود ارتباط عكسي بين الحالة التعليمية للمرأة و نسب وفيات الأمهات، و تفيد بيانات الجدول الحالة التعليمية لمجتمع الدراسة فمعظم النساء أميات بنسبة 48,9% فالأمية من بين أهم الأسباب في تفاقم نسبة وفيات الأمهات أي ما يقارب النصف و تعرف الأمية بأنه شخص تجاوز حدا أدنى من العمر 15 سنة دون أن يكون قادرا على كتابة مقطع بسيط مختصر له صلة بأحداث حياته اليومية، و 11,1% توزعت لكل من المستوى الابتدائي و الجامعي و 8,9% للمتوسط و المرأة المتعلمة من أكثر النساء احتمالا

¹نجيبة صالح باحبيش، سعاد عبد الكريم الأرياني، د. آمة الكريم علي حمد، د. أحمد إسماعيل غازي، مرجع سابق، ص 23.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

لاستخدام أساليب و خدمات التوليد العصرية و تجنب الأساليب التقليدية الضارة أثناء الحمل و الإنجاب كما أنها تكون أكثر قدرة على إطعام طفلها

و الاهتمام به بشكل أفضل و الأم المتعلمة أكثر تعاملًا مع الأفكار المتعلقة بالصحة الإنجابية، كما يؤثر التعليم على الأفكار و القيم السائدة حول الإنجاب.

3.1.4 مهنة المرضى

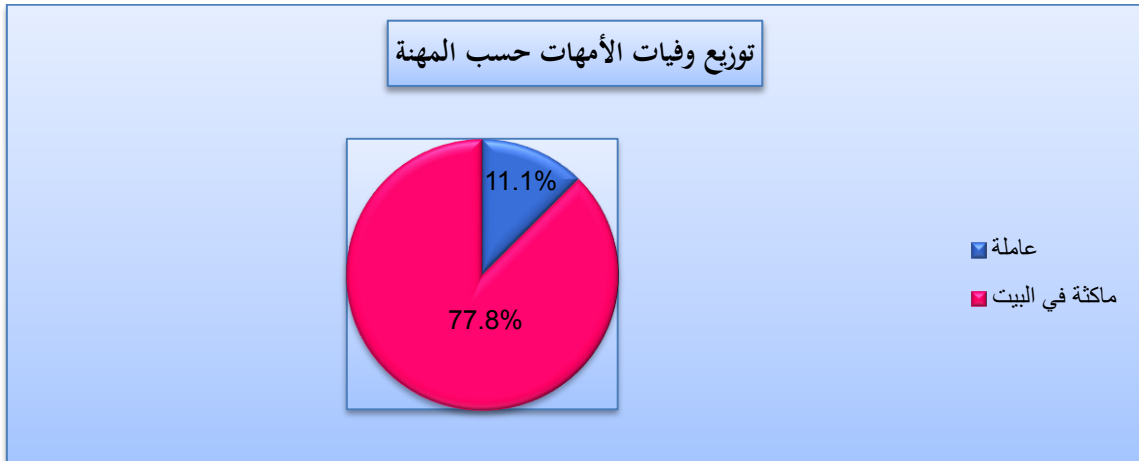
جدول رقم 105: توزيع وفيات الأمهات لسنوات 2014-2017 حسب المهنة.

النسب التراكمية	النسب المئوية	التكرار	مهنة الأم المتوفية
11,1	11,1	5	عاملة
88,9	77,8	35	ماكثة في البيت
	11,1	5	غير محددة
100	100	45	المجموع الكلي

المصدر: من إعداد الباحثة.

نلاحظ أن أغلبية النساء المتوفيات هن ربات بيوت و ما كثات في البيت، و يعكس هذا الوضع ضعف الفرص الاقتصادية المتاحة للمرأة في ولاية باتنة، وكذا ذهنيات الأزواج و الوسط الذي تعيش فيه المرأة باعتبار الأم مكاتها في المنزل و مسؤوليتها لا تتعدى الإنجاب و تربية الأطفال فعدد النساء المتوفيات الماكثات في البيت 35 امرأة من أصل 45 حالة و 5 نساء عاملات و 5 تعود لحالات غير محددة المهنة، و مع ذلك فإن المهنة لوحدها لا تفسر معدلات وفيات الأمهات في دراستنا، فنظرا لانخفاض المستوى التعليمي و المستوى الاجتماعي و الاقتصادي الذي يشكل عوامل مواتية مؤثرة بدورها على خفض و رفع هذا المعدل.

مخطط رقم 45: توزيع وفيات الأمهات حسب المهنة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 105 .

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

الشيء الملفت للانتباه في هذا المنحنى أن 77,8% من الأمهات غير عاملات و هذا ما يعبر عن وجود ربات بيوت و اللاتي لا يفكرن في الخروج للعمل أو أن هناك أسباب أخرى منعتهم من الخروج للعمل و 11,1% عاملات و هذا يعود لانخفاض مناصب العمل و نستخلص من هذه النسب وجود علاقة بين كل من المستوى التعليمي و النشاط الاقتصادي لدى المرأة، فقد لاحظنا بأن وفيات الأمهات ترتفع أكثر عند النساء الماكثات في البيت على عكس النساء العاملات لأن خروج المرأة للعمل يؤثر على سلوكها الإنجابي و يقلل من عدد الأطفال لدى النساء فهي تصبح غير قادرة على إنجاب عدد كبير من الأطفال لأنها لا تستطيع تحمل أعباء الحمل و الولادة و التربية مما يجعلها تلجأ لاستعمال وسائل منع الحمل و الإنجاب وقت و حسب قدرتها و رغبتها على ذلك، و كذا نجد أن ما نسبته 11,1% غير معروف نشاطهم المهني.

4.1.4 الحالة الإجتماعية

جدول رقم 106: الحالة الاجتماعية وقت الوفاة ما بين 2014 - 2017.

الحالة الاجتماعية	التكرار	النسب المئوية	النسب التراكمية
عازبة	1	2,2	2,2
متزوجة	44	97,8	
المجموع	45	100	100

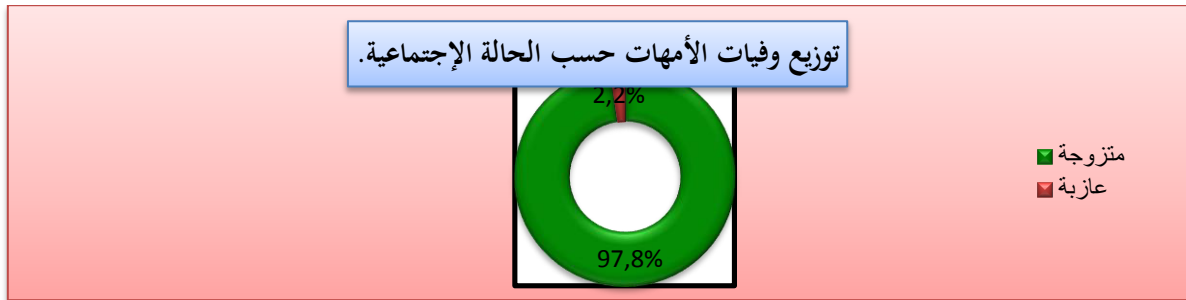
المصدر: من إعداد الباحثة.

كشفت لنا معطيات الجدول أن عدد وفيات الأمهات لدى النساء المتزوجات أكثر من غيرها من الحالات الاجتماعية و هي كالتالي:

➤ 44 حالة وفاة لنساء متزوجات.

➤ و حالة واحدة لأم عازبة.

مخطط رقم 46: توزيع وفيات الأمهات حسب الحالة الاجتماعية من 2014 إلى 2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 106.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

خلال فترة الدراسة تم حساب تردد 45 امرأة متوفية حسب حالتها الإجتماعية و قد تبين من خلال الشكل أن 97,8 % من الأمهات المتوفيات متزوجات ، على غرار حالة واحدة فقط تعود لأم عازبة توفيت خلال مرحلة الولادة بنسبة 2,2 %.

5.1.4 مهنة الزوج

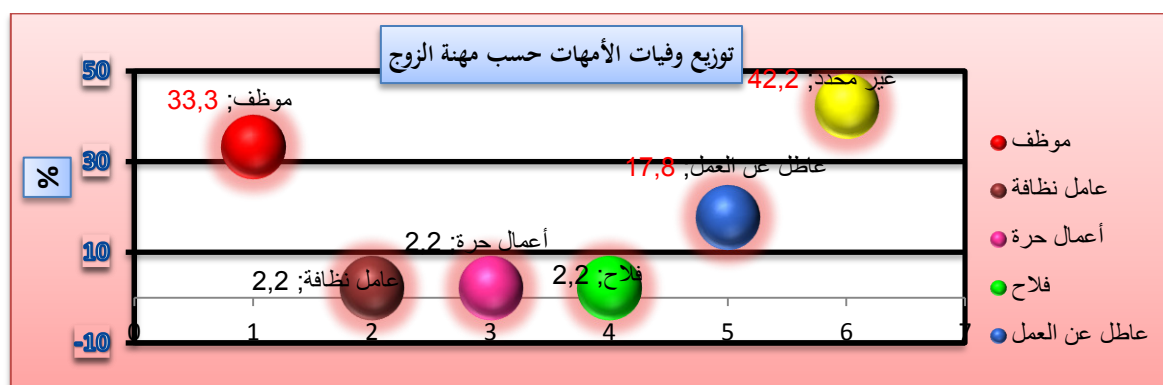
جدول رقم 107: توزيع وفيات الأمهات حسب مهنة الزوج من 2014 إلى 2017.

مهنة الزوج	التكرار	النسب المئوية	النسب التراكمية
موظف	15	33,3	33,3
عامل نظافة	1	2,2	35,5
أعمال حرة	1	2,2	37,7
فلاح	1	2,2	39,9
عاطل عن العمل	8	17,8	57,7
غير محدد	19	42,2	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

من المعروف أن النساء اللاتي أزواجهن عمال أكثر متابعة لحملهن من ناحية الفحوصات و التلقيحات و حصولهن على غذاء متكامل و صحي من أجل نمو الطفل و المحافظة على صحة الأم، على عكس النساء اللاتي أزواجهن عاطلين عن العمل و نلاحظ من خلال الجدول أن عدد النساء المتوفيات اللاتي أزواجهن لديهن وظيفة 15 حالة، و عدد وفيات الأمومة لدى النساء اللاتي أزواجهن عاطلين عن العمل 8 حالات، و حالات الوفيات التي لم نتحصل على نوع وظيفة أزواجهن 19 حالة من مجموع 45 حالة.

مخطط رقم 47: توزيع وفيات الأمهات حسب مهنة الزوج من 2014 إلى 2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 107 .

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

من خلال التمثيل البياني و النتائج الموضحة أعلاه نجد أن وفيات الأمهات نسبة لعمل الزوج تتوزع كالتالي:

- 33,3 % للأزواج الذين يمتلكون وظيفة على الأقل.
- 17,8 % للأزواج العاطلين عن العمل.
- 2,2 % لكل من الوظائف التالية عامل نظافة، أعمال حرة، فلاح.
- في حين تبقى نسبة 42,2 % غير معروفة لغياب المعلومات الخاصة و المرتبطة بمهنة الزوج.

فانخفاض المستوى الاقتصادي للأزواج يعتبر محددًا أساسيًا لوفيات الأمومة في بلدان كثيرة، و يجد المستوى الاقتصادي و الاجتماعي المنخفض من فرصة حصول السيدات على التعليم و التغذية الجيدة و الموارد الاقتصادية اللازمة للحصول على خدمات الرعاية الصحية و تنظيم الأسرة، و تلعب العوامل الكامنة و الدقيقة و المؤثرة على الأسباب المباشرة على وفيات الأمهات في عدة مستويات، و من الأسباب الهامة التي تزيد في وفيات الأمومة عدم الحصول على خدمات التوليد الأساسية.

2.4 الإقليم الجغرافي

جدول رقم 108: توزيع وفيات الأمهات حسب الوسط الذي تعيش فيه من 2014 إلى 2017.

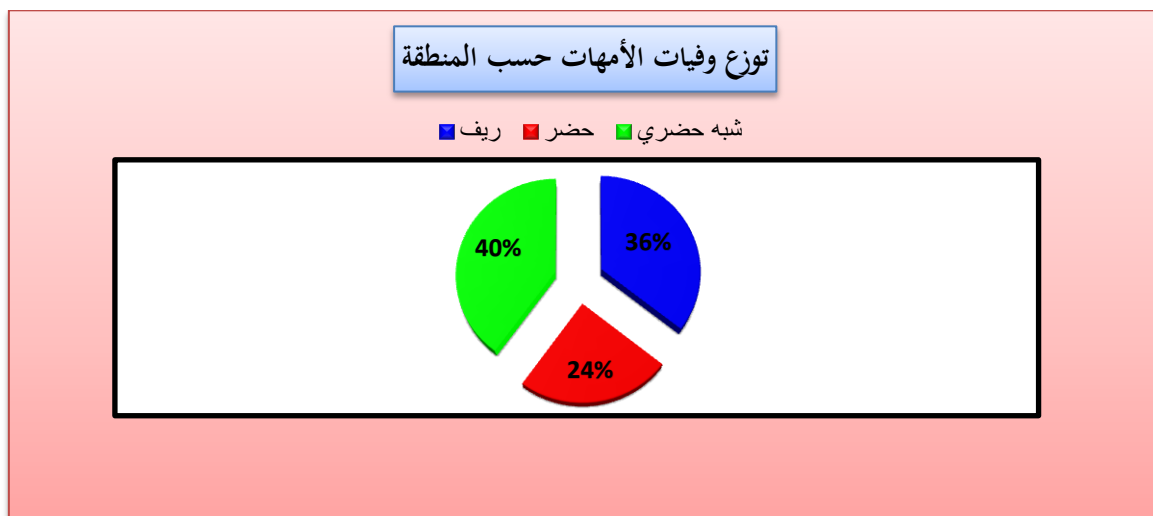
المنطقة	التكرار	النسب المئوية	النسب التراكمية
ريف	16	35,6	35,6
حضر	11	24,4	60
شبه حضري	18	40	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

تتوزع وفيات الأمهات حسب الوسط الذي تعيش فيها ما بين سنة 2014 و سنة 2017 كما يلي:

- 16 حالة وفاة بالنسبة في المناطق الريفية.
- و 11 حالة تعيش في وسط حضري.
- 18 حالة في مناطق شبه حضرية.

مخطط رقم 48: توزيع وفيات الأمهات حسب الوسط الذي تعيش فيه من 2014 إلى 2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 108 .

تظهر النتائج المبينة أعلاه أن 40% من حالات الوفاة هي من مناطق شبه حضرية، و 36% منها في مناطق ريفية و 24% في مناطق حضرية و هذا يعكس الفروق الصحية بين المناطق داخل الولاية الواحدة فنجد أن نسبة وفيات الأمهات ترتفع أكثر لدى النساء اللواتي يعشن في مناطق تقل فيها مرافق صحية خاصة المتعلقة منها برعاية صحة الأمومة و الطفولة.

3.4 عدد الحمل السابقة

جدول رقم 109: توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الحمل السابقة ما بين 2014-2017.

عدد الحمل السابقة	التكرار	النسب المئوية	النسب التراكمية
الحمل الأول	23	51,1	51,1
طفل	6	13,3	64,4
طفلين	7	15,6	80
3 أطفال	6	13,3	93,3
4 أطفال	3	6,7	
المجموع	45	100	100

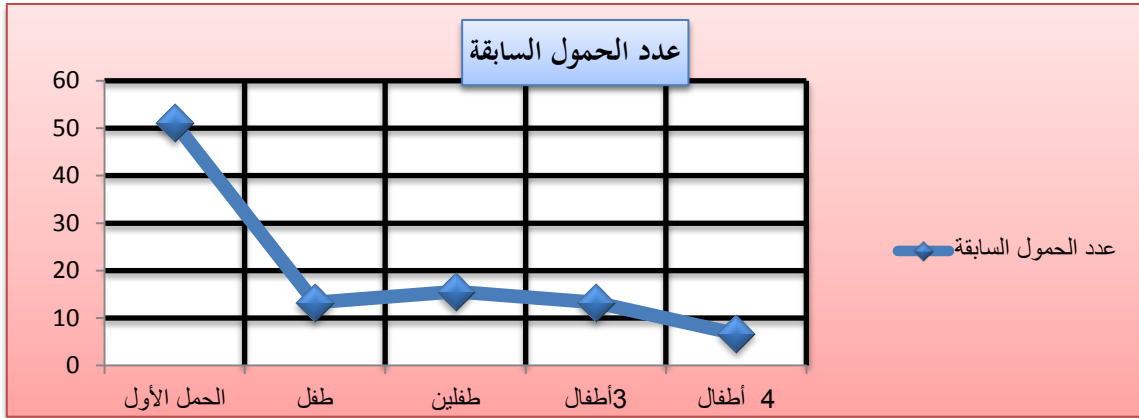
المصدر: من إعداد الباحثة.

غالبية النساء لم يسبق لهن الولادة و توفين خلال إنجابهن المولود الأول و عددهن 23 حالة، أما باقي الحالات سبق لهن الإنجاب و شكل إنجاب طفلين 7 حالات و اللاتي لديهن 3 أطفال 6 حالات و 4 أطفال 3 حالات أي ما مجموعه 22 حالة فكثرة الإنجاب يعتبر إجهاد نفسي و بدني للأم بسبب آلام الحمل و الولادة و الضغط العصبي الذي تعيش فيه الأم بسبب

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

خوفها على الطفل، كما أن إنجاب الأطفال بفارق عمري قليل، يعتبر من أصعب التجارب التي تمر بها المرأة و هناك الكثير من النساء اللاتي يعانون خلال فترة الحمل و الولادة، و هن أكثر عرضة للإصابة ببعض الأمراض خلال فترة الحمل مثل سكري الحمل الذي يؤثر بشكل كبير على صحة المرأة و صحة الجنين، و في بعض الأحيان قد تتعرض المرأة الحامل إلى حدوث سقوط الرحم أو التهابات عنق الرحم، بسبب تكرار الحمل بشكل غير مناسب و على فترات قصيرة بالإضافة إلى المشكلات التي تتعرض لها أثناء الحمل مثل حمى النفاس و تسمم الحمل و النزيف أثناء الحمل.

مخطط رقم 49: توزيع وفيات الأمهات حسب عدد الحمول السابقة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 109 .

يوضح المنحنى نسب السيدات حسب عدد الحمول السابقة و بملاحظة النتائج نجد أن الحمل الأول شكل نسبة النصف فعالية الأمهات توفين خلال إنجابهن لطفل الأول ب 51 % ، و ما يقارب 49 % لكل من لديها ما بين طفل إلى 4 أطفال و يتسبب الحمل المتتالي بالعديد من المشاكل نذكر منها ما يلي:

- زيادة نسبة تعرض السيدات الحوامل للإجهاض.
- زيادة تعرض المرأة للنزيف أثناء الحمل.
- تكون المرأة أكثر عرضة للسمنة و زيادة نسبة اصابتها بأمراض ضغط الدم و السكري.
- ارتفاع ضغط الدم و زيادة نسبة البروتين في البول لدى السيدة الحامل من بعد 20 أسبوعا من الحمل مؤديا إلى تسمم الحمل.¹

¹ www.allabout-health.com (vendredi 19 octobre 00 :30).

5. خلفية المرضى قبل الحمل الحالي

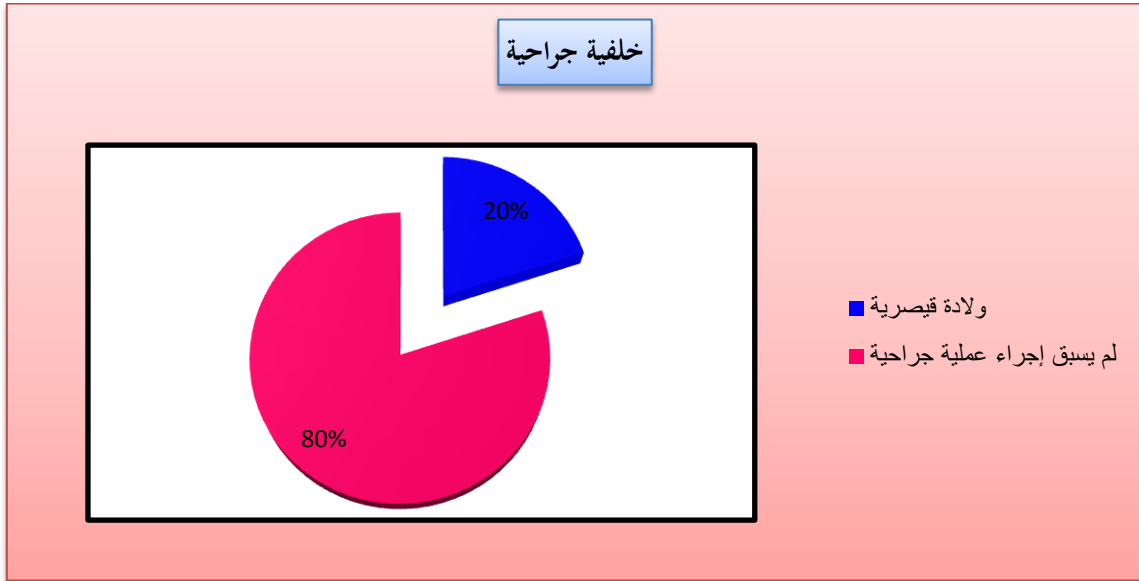
1.5 خلفية جراحية

جدول رقم 110: توزيع وفيات الأمهات حسب الخلفية الجراحية ما بين 2014-2017.

خلفية جراحية	التكرار	%	النسب التراكمية
ولادة قيصرية	9	20	20
لم يسبق إجراء عملية جراحية	36	80	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة

مخطط رقم 50: توزيع وفيات الأمهات حسب الخلفية الجراحية ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 110 .

إن تعرض الأم لعدة عمليات جراحية أو عمليات قيصرية مرتين أو أكثر يعرض الأم لخطر النزيف، و توضح نتائج الجدول و المنحنى معا أن الأمهات المتوفيات اللاتي أجريهن عمليات جراحية من قبل هي عبارة عن ولادات قيصرية و عدد النساء اللاتي تعرضن لعمليات من قبل 9 حالات أي ما نسبته 20 %، و تعرض المرأة لجراحات من قبل تعرضها لعدة آثار و أضرار خطيرة على صحتها، منها مخاطر الإصابة بالجلطة الدموية و كذا خطر الإصابة بجلطة في الرئة أما النسبة المتبقية ترجع للأمهات لم يسبق لهن إجراء عملية جراحية و نسبتهن 80 %.

2.5 خلفية مرضية

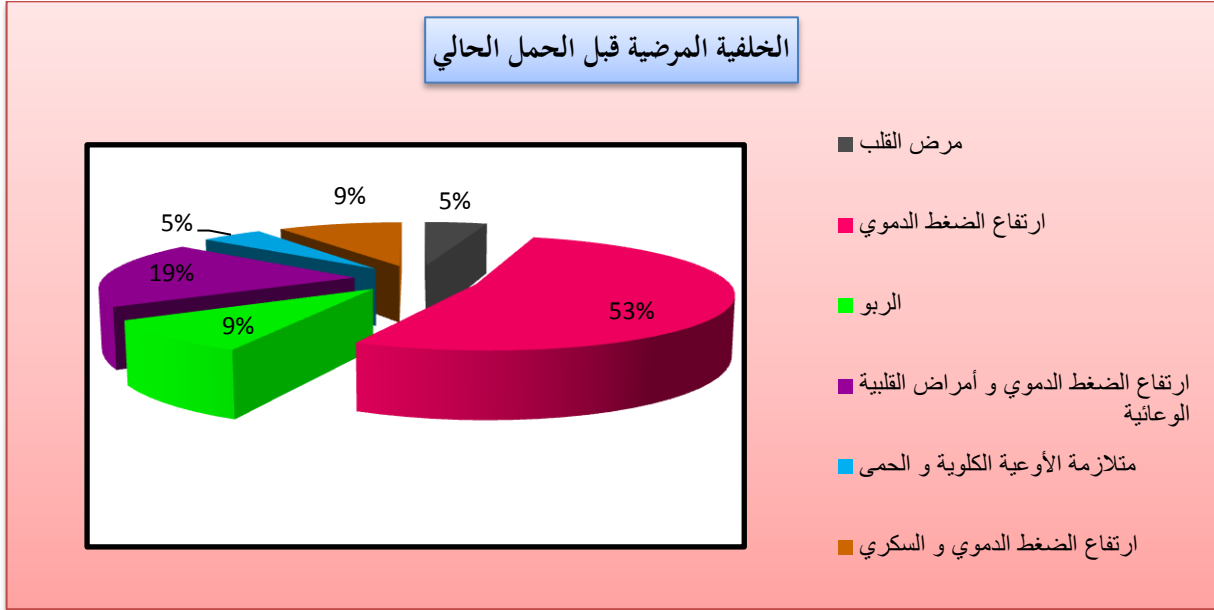
جدول رقم 111: توزيع وفيات الأمهات حسب الخلفية المرضية المتواجدة قبل الحمل الحالي ما بين 2014-2017.

النسب التراكمية	%	التكرار	خلفية المرضى قبل الحمل الحالي
2,2	2,2	1	أمراض القلب
26,7	24,4	11	ارتفاع الضغط الدموي
31,1	4,4	2	الربو
40	8,9	4	ارتفاع الضغط الدموي و الأمراض القلبية الوعائية
42,2	2,2	1	متلازمة الأوعية الدموية الكلوية و الحمى
46,6	4,4	2	ارتفاع الضغط الدموي و السكري
	53,3	24	لا توجد لديها أمراض
100	100	45	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

تعاني بعض السيدات من الأمراض المزمنة التي أصبن بها قبل الحمل مثل داء السكري، أو ارتفاع ضغط الدم أو قصور أو إفراط إفراز الغدة الدرقية، أو الصرع، أو الربو إلى غير ذلك من الأمراض المزمنة، و لهذا يجب على المرأة مراجعة الطبيب قبل الحمل حتى يتم معرفة مدى مضاعفات المرض و تأثيره على الحمل، و كذلك تأثير الحمل على المرض و بعدها يمكنها أخذ القرار بإمكانية الحمل، توجد حالات يشكل حدوث الحمل معها خطرا على صحة الأم أو على صحة الجنين أو الاثنين معا، و هناك عدة حالات مرضية يدخل في إطارها الحمل الخطر و التي تزيد حدتها إذا ما حدث الحمل (أمراض القلب، أمراض السكر، ارتفاع ضغط الدم) أو تزيد من نسبة مضاعفات الحمل (الإسقاط، ضغط الحمل، الولادة المبكرة.)، فالكشف المبكر و المتابعة الطبية يمكن أن تنقذ من حالات الوفاة بسبب مضاعفات أحد هذه الأمراض، و يعتبر الارتجاج المسبب الأول للوفاة بحيث تصاب به النساء قبل فترة الحمل و تتفاقم بعده، و من بين الوفيات التي حدثت خلال هذه السنوات 11 امرأة مصابة بضغط دموي قبل الحمل، و 4 نساء مصابات بالضغط الدموي و أمراض القلبية الوعائية و 2 بالضغط الدموي و السكري و 2 بمرض الربو و حالتين بين مرض القلب و متلازمة الأوعية الدموية الكلوية و الحمى.

مخطط رقم51: توزيع وفيات الأمهات حسب الخلفية المرضية المتواجدة قبل الحمل الحالي ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 111 .

يمكن بالتوعية الجيدة و رعاية ما قبل الحمل و الولادة أن تسهم في منع وفيات الأمهات، و ذلك بالاكشاف و التحوط للمضاعفات المتوقعة و عوامل الخطر، تمنح رعاية ما قبل الولادة فرصة للنساء لمعرفة علامات الخطر الخاصة بالحمل و الولادة، و يوضح التمثيل البياني أن أكثر من 50% مصابات بالضغط الدموي قبل الحمل الحالي، و 19% من النساء لديهن ارتفاع الضغط الدموي و الأمراض القلبية الوعائية و نسبة 9% لكل من الربو و ارتفاع الضغط الدموي و السكري، و 5% لمرض القلب و متلازمة الأوعية الكلوية و الحمى.

6.الدفتر الصحي

جدول رقم112: توزيع وفيات الأمهات حسب توفر الدفتر الصحي ما بين 2014-2017.

الدفتر الصحي	التكرار	%	النسب التراكمية
نعم	8	17,8	17,8
لا	37	82,2	
المجموع	45	100	100

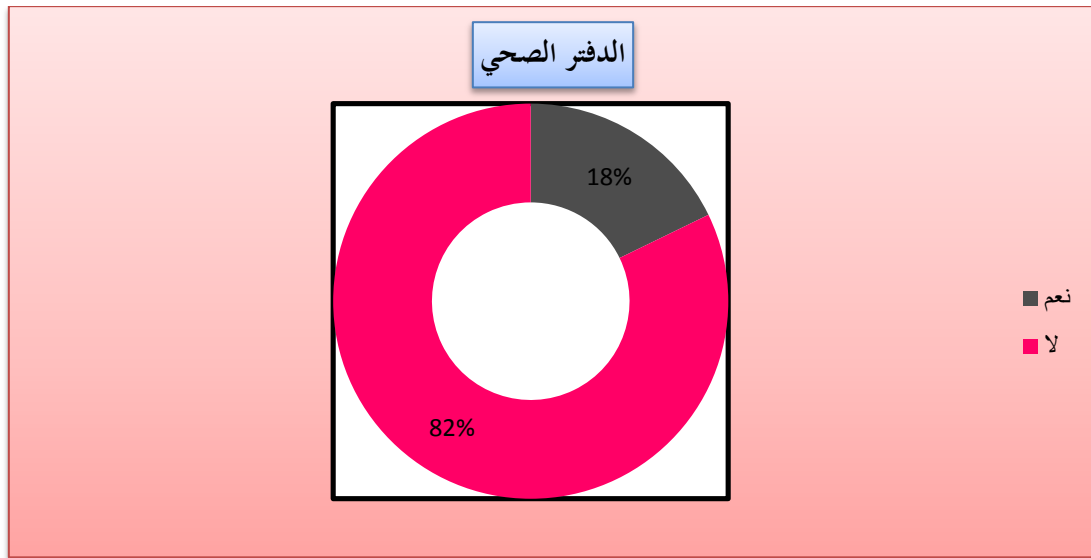
المصدر: من إعداد الباحثة.

متابعة الحمل بانتظام تمكن من الكشف المبكر عن المشاكل الصحية التي قد تظهر خلال فترة الحمل، إضافة إلى الكشف عن هذه المشاكل تتيح اختبارات الحمل تقديم الحل المناسب في الوقت المناسب، و من المعلوم اليوم أن متابعة الحمل

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

بشكل منتظم و ملائم وفقا لعوامل الخطر يزيد من احتمال حدوث الحمل الطبيعي و ولادة طفل سليم، فيجب أن تتم متابعة الحمل لدى كل امرأة وفقا لحالتها و عوامل الخطر المتعلقة بها و يجب أن تتضمن اختبارات الحمل سلسلة من الفحوصات مقترحة حسب مراحل الحمل، و عند إجرائنا لهذا التحقيق و إلقاء بعض الأسئلة على القابلات تبين أن الأمهات ليس لديهن دفتر صحي و هذا ما تأكدنا منه عند تصفحنا لملف الأمهات المتوفيات و وجدنا أن 8 حالات من بين 45 حالة فقط قمن بفحوصات متعلقة بالحمل و لديهن دفتر صحي في حين 37 امرأة لا يوجد لديها دفتر صحي، و هذا ما شكل بحد ذاته مشكلة للقابلات و الأطباء بحيث لا توجد معلومات بخصوص وضعية الجنين و إذا ما كانت الأم تعاني من أمراض أم لا و هذا ما زاد الوضع سوءا.

مخطط رقم 52: توزيع وفيات الأمهات حسب توفر الدفتر الصحي ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 112 .

يتضح من التمثيل البياني أن نسبة 82% من النساء ليس لديهن دفتر صحي، و هذا ربما يرجع إلى المستوى التعليمي المتدني و نقص الوعي لدى الأمهات بضرورة متابعة الحمل لأن تلك العناية مطلوبة أثناء حدوث الحمل و ليس قبله، و هذه الرعاية يقدمها الطبيب و أي متخصص آخر في مجال الرعاية الطبية الصحية و الهدف الأساسي من هذه المتابعة هو مراقبة الحمل و سيره عند المرأة، و تحديد ما إذا كانت هناك مشاكل محتمل ظهورها قبل أن تتحول و تصبح خطيرة تهدد حياة الأم و جنينها، و كذا يلعب المستوى المعيشي دور في إجراء هذه الفحوصات من عدمها لأن المستوى الاقتصادي للأسرة له تداعياته على الجانب الصحي، و باقي النسبة و المقدرة ب 18% لنساء قمن بفحوصات لكن لم نجد عدد الزيارات للطبيب لعدم توفر الدفتر الصحي في ملف الخاص بمن.

7. حالة و خصائص الحمل الأخير

1.7 نوع الحمل

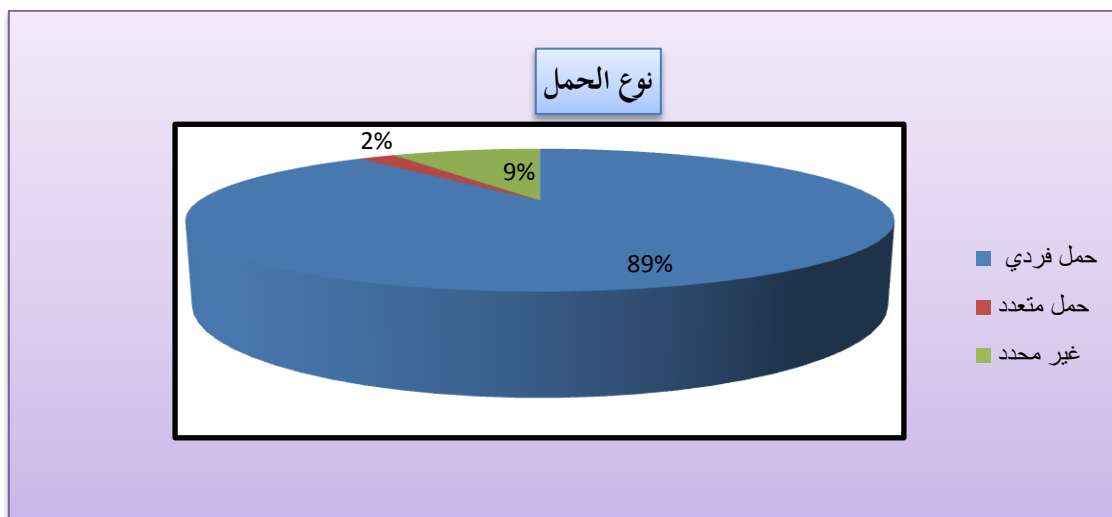
جدول رقم 113: توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الحمل ما بين 2014-2017.

نوع الحمل	التكرار	%	النسب التراكمية
فردى	40	88,9	88,9
متعدد	1	2,2	91,1
غير محدد	4	8,9	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

إن المشاكل الصحية للأم و الأجنة في حالة الحمل بتوأم أكثر من مشاكل التي تعاني منها الأم بالحمل العادي، بحيث تعاني الأم الحامل بتوأم من ازدياد ضربات القلب و ازدياد ضخ القلب، و تعاني أيضا من الدوالي و أورام القدمين أكثر من الحامل بطفل واحد لكن النتائج الموضحة أعلاه تبين عكس ذلك فالأمهات اللاتي حملهن فردى أكثر عرضة للوفاة في ولاية باتنة و الدليل على ذلك وفاة ما لا يقل عن 40 حالة على عكس المرأة التي حملها متعدد و كذلك هي أكثر عرضة للإجهاد خاصة في الشهور الأولى و الشهور الوسطى من الحمل بكثير من الحمل الفردي و 4 أمهات لم يجدد نوع الحمل لديهن.

مخطط رقم 53: توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الحمل ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 113.

اتضح لنا أن نوع الحمل له آثار على صحة الأم و الجنين، و ليس للحمل المتعدد مخاطر فقط للحمل الفردي أيضا مخاطره وشكلت نسبة الحمل الفردي لوحده ما لا يقل عن 89% م وفيات الأمهات و هي نسبة جد مرتفعة مقارنة مع الحمل

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

المتعدد أو الحمل بالتوأم الذي لم يخلف غير حالة واحدة من الوفيات من 2014 إلى غاية 2017 بنسبة 2 %، أما نسبة 9 % غير محددة.

2.7 عمر الحمل

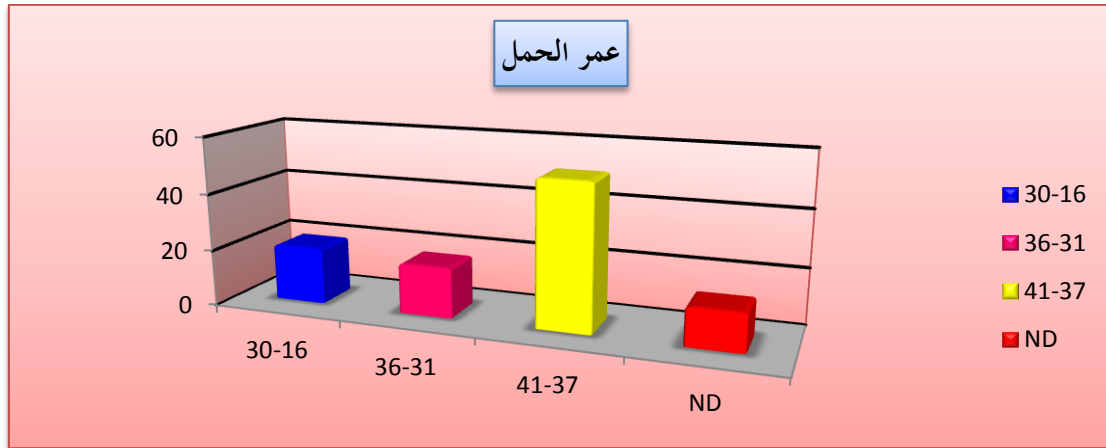
جدول رقم 114: توزيع وفيات الأمهات حسب عمر الحمل ما بين 2014-2017.

النسب التراكمية	%	التكرار	عمر الحمل بالأسبوع (SA)
20	20	9	30-16
37,7	17,7	8	36-31
88,8	51,1	23	41-37
	13,3	6	غير محدد ND
100	100	45	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

تعتبر الفترة الطبيعية للحمل 40 أسبوعا و قد تزيد أو تقل أسبوعين أي أنها بين 38 إلى 42 أسبوع، و تنقسم مدة الحمل إلى ثلاث مراحل المرحلة الأولى تمتد من الأسبوع الأول إلى نهاية الأسبوع 13 من الحمل و في هذه المرحلة لم يتم تسجيل أي حالة وفاة، المرحلة الثانية من الحمل و هي 3 شهور الثانية و التي تبدأ من الأسبوع 14 حتى نهاية الأسبوع 27 من الحمل، و حسب الجدول فإن وفيات الأمهات من الأسبوع 16 إلى غاية الأسبوع 30 هي 9 حالات أما المرحلة الثالثة فهي آخر 3 شهور تبدأ من الأسبوع 28 حتى الولادة بحيث سجلنا من الأسبوع 31 إلى الأسبوع 41 واحد و ثلاثون حالة و باقي الحالات لم يحدد عمر الحمل لديهن.

منخطط رقم 54: توزيع وفيات الأمهات حسب عمر الحمل ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 114 .

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

تحدث الولادة المبكرة قبل موعدها الأصلي بأكثر من ثلاثة أسابيع، أو بالأحرى هي الولادة التي تتم قبل الأسبوع 37 من الحمل و هذا ما يتضح جليا من المنحنى فما بين الأسبوع 31-36 حدثت ما يقارب 18 % وفاة، و الحمل العادي يستمر عادة حوالي 40 أسبوع و يمكن أن يولد الطفل أقل من الأسبوع 32 أو أقل من الأسبوع 25 فمنهم من ولدوا في الأسبوع 16 قبل اكتمال نموهم الحقيقي و بلغت نسبة الحمل فيما بين الأسبوع 16-30 (20) %، نسبة النساء اللاتي حملهن مكتمل 50 %.

3.7 حالة الحمل

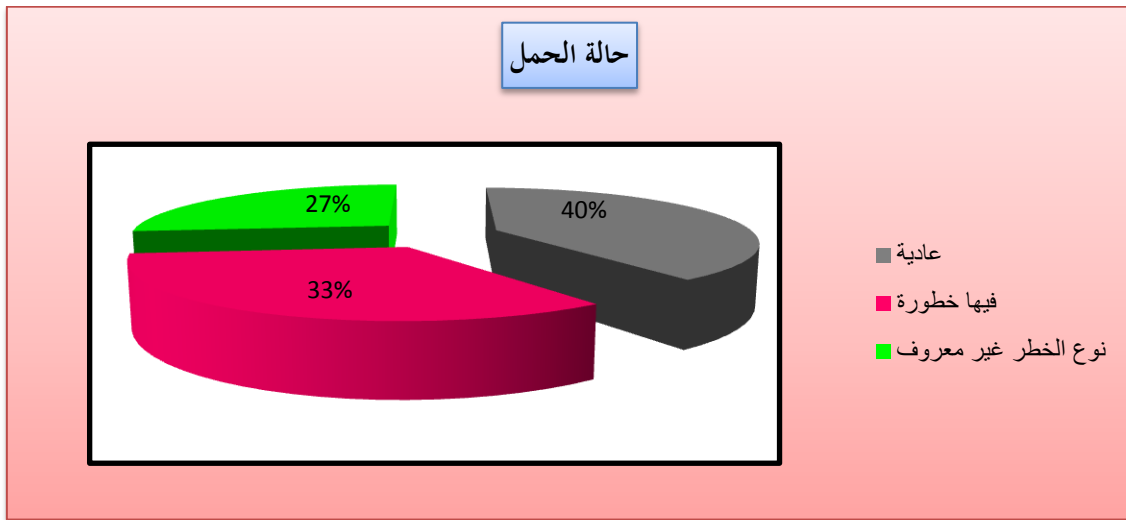
جدول رقم 115: توزيع وفيات الأمهات حسب حالة الحمل ما بين 2014-2017.

حالة الحمل	التكرار	%	النسب التراكمية
عادية	18	40	40
فيها خطورة	15	33,3	3,3
نوع الخطر غير معروف	12	26,7	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

تحيط بالحمل مخاطر متعددة و متنوعة، و تختلف هذه الأخطار من امرأة لأخرى و نجد أن النساء اللاتي لديهن حمل عادي أكثر من النساء ذوي الحمل الخطر و هذا ما نجده في الجدول و المنحنى.

مخطط رقم 55: توزيع وفيات الأمهات حسب حالة الحمل ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 115 .

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

نسبة و حالات الحمل الخطيرة و العادية متقاربة من حيث العدد و النسب، فعدد حالات الحمل الغير مصحوب بأمراض و خطورة 18 حالة مع نسبة قدرها 40 %، أما الحمل عال الخطورة 15 حالة مع نسبة تبلغ 33,3 % و الحمل الذي لم يتم التعرف على نوع الخطورة فيه فعدده 12 امرأة بنسبة 26,7 %.

4.7 نوع الخطر

جدول رقم 116: توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الخطر ما بين 2014-2017.

نوع الخطر	التكرار	%	النسب التراكمية
النزيف	2	13,3	13,3
ارتفاع الضغط الدموي	9	60	73,3
ارتفاع الضغط الدموي و انسداد الكلى	1	6,6	79,7
نزيف و أمراض الكلى	1	6,6	86,5
ارتفاع الضغط الدموي و السكري	2	13,3	
المجموع	15	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

تعاني المرأة خلال فترة الحمل من العديد من الأمراض التي تؤثر عليها بشكل سلبي، و منها الأنفلونزا و زيادة نسبة الأملاح في الجسم و ارتفاع ضغط الدم، و يعد ارتفاع ضغط الدم للحامل (**Eclampsia**) و المسمى أحيانا بالارتجاج أحد الأمراض الشائعة التي تصيها، إذ يرتفع الضغط الدموي لديها عن 90/140 ملم زئبقي و هو الضغط الطبيعي عند الإنسان الطبيعي و إذا لم يعالج بالشكل الصحيح و المباشر فقد يؤدي إلى مضاعفات خطيرة و أهمها تسمم الدم¹، مما يشكل خطرا على صحة الأم و جنينها حيث تحمل بعض النساء هذا الموضوع لاعتقادهن ببساطته و أهميته الضئيلة، فمن بين 15 امرأة متوفاة 9 نساء لديهن ارتفاع ضغط دموي عالي الخطورة في فترة الحمل و كان هو السبب الرئيسي و الأساسي في وفاتهن، و فيما يتعلق بنزيف فسجلنا حالتين و هو عبارة عن إجهاض مصحوب بنزيف دموي حاد أدى إلى فقدان امرأتين، و هناك من الأمهات من لديهن مرضين منهم من يعانين من الضغط الدموي و انسداد كلوي، و ارتفاع الضغط الدموي و السكري فنلاحظ أن الضغط الدموي مرض له تداعياته و خطورته فإذا ما تم جمع جميع الحالات اللاتي يعانين من الضغط، يصبح عددهن 12 حالة و هذا الأخير يعتبر المرض الأكثر خطورة على الأم في فترة الحمل.

¹ Belgherras Hafsa & Benchouhra Sabrina & Bekara Abla(2013), La Mortalité Maternelle, opcit, p16.

مخطط رقم 56: توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الخطر ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 116 .

يعتبر الضغط الدموي و النزيف من الأمراض الأكثر شيوعا و انتشارا في وسط النساء، و ذلك في شتى مراحل الحمل و الولادة إذ يصيب الضغط الدموي لوحده ما لا يقل عن 60% من الأمهات و مرض الضغط الدموي من أصعب الأمراض التي تصيب المرأة و التي تفتك بروحها، بالإضافة إلى ذلك يوجد النزيف الذي يرافق المرأة سواء أثناء الحمل أو بعده إذ أن نسبة الإصابة به قدرت ب 13,3% من النساء المتوفيات في هذه المرحلة و خلال أربع سنوات و هو لا يقل خطورة عن الضغط الدموي إذ يحتل المرتبة الأولى عالميا من حيث الوفيات، ناهيك عن وجود أمراض أخرى قاتلة لكن ليست بحدة المرضين الأولين منها الانسداد الكلوي و السكري و أمراض الكلى بصفة عامة لكن دائما ما نجد الأم مصابة بالارتجاج بالإضافة إلى مرض آخر أو مصابة بالنزيف مع السكري أو أحد الأمراض الأخرى، و شكلت باقي النسب متراكمة مع بعضها 26,53%.

5.7 مكان الولادة

جدول رقم 117: توزيع وفيات الأمهات حسب طبيعة المنشأة الصحية المتواجدة فيها ما بين 2014-2017.

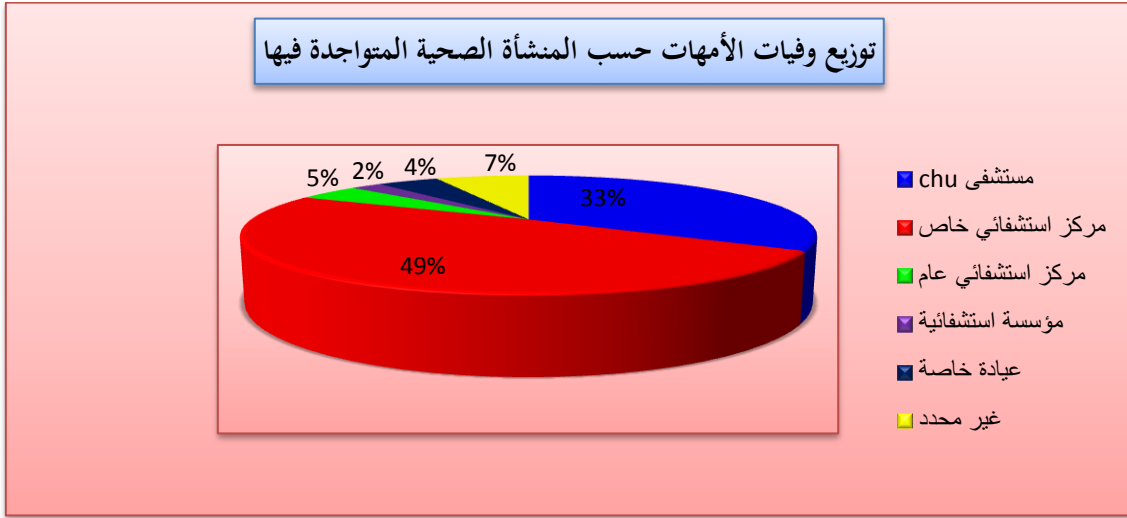
النسب التراكمية	النسب المئوية	التكرار	طبيعة المنشأة
33,3	33,3	15	مستشفى CHU
82,2	48,9	22	مركز استشفائي خاص
84,4	4,4	2	مركز استشفائي عام
88,8	2,2	1	مؤسسة استشفائية
95,5	4,4	2	عيادة خاصة
	6,7	3	غير محدد
100	100	45	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

22 حالة تواجدت في مركز استشفائي خاص بالتوليد مريم بوعتورة و توفيت هناك، 15 حالة تواجدت في المستشفى CHU و تم إخلائها إلى المركز الخاص بتوليد 5 حالات تواجدت في كل من مركز استشفائي عام و مؤسسة استشفائية و عيادة خاصة، و 3 نساء لم يتم ذكر المكان الذي كن فيها لكن توفين بالمركز الاستشفائي الخاص بصحة الأم و الطفل مريم بوعتورة.

مخطط رقم 57: توزيع وفيات الأمهات حسب طبيعة المنشأة الصحية المتواجدة فيها ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 117.

تظهر الدائرة النسبية توزيع وفيات الأمهات حسب المنشأة الصحية التي تواجدن فيها خلال مرحلة من مراحل الحمل و الولادة أن 9, 48% تواجدا في مركز استشفائي خاص بالأم و الطفل، في حين 3, 33% كانوا في مستشفى عام CHU و 4, 4% لكل من المركز الاستشفائي العام و مؤسسة استشفائية، و تبقى نسبة 6,7% غير محددة.

8. الكادر الصحي المولد

1.8 الكادر الصحي المشرف على الأمهات

جدول رقم 118: توزيع وفيات الأمهات حسب المشرف عليها أثناء تواجدها بالمركز الصحي ما بين 2014-2017.

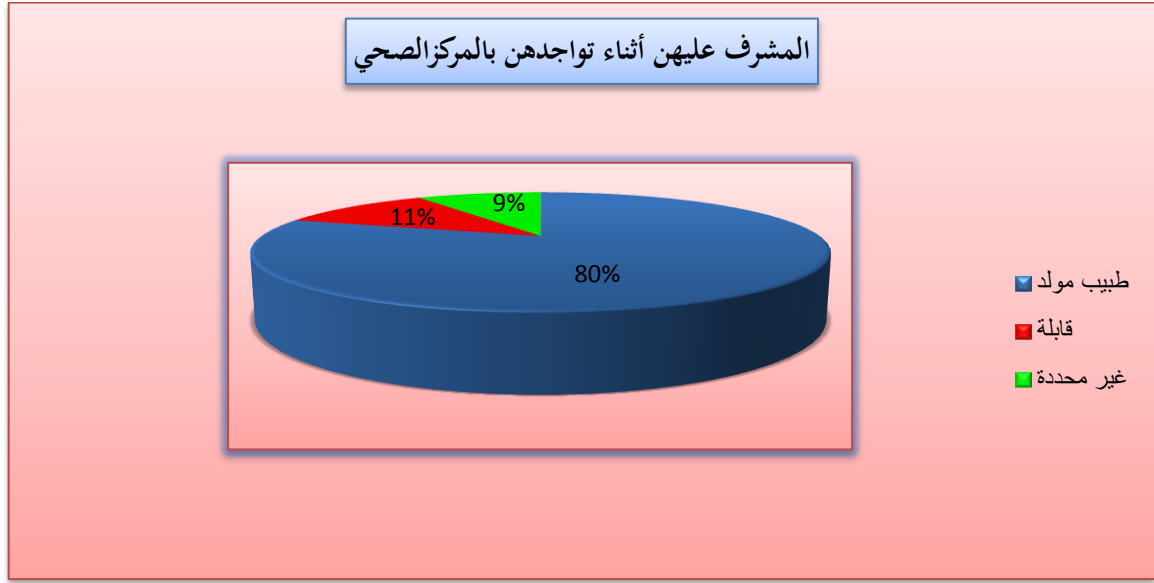
النسب التراكمية	النسبة المئوية	التكرار	الطبيب المشرف عليها
80	80	36	طبيب مولد
91,9	11,1	5	قابلة
	8,9	4	غير محدد
100	100	45	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بو عتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

تعكس الأرقام المتواجدة في هذا الجدول الكادر الصحي المشرف على الأم أثناء تواجدها بالمركز الصحي و تبين من النتائج أن 36 أم تم العناية بها من قبل طبيب مولد، و 5 حالات تم الإشراف عليها من طرف قابلة و 4 حالات لم يتم تحديد المشرف عليهن أثناء تواجدهن في المركز الصحي.

مخطط رقم 58: توزيع وفيات الأمهات حسب المشرف عليها أثناء تواجدها بالمركز الصحي ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 118 .

إن الخبرات الجيدة في الإشراف على الولادة بمراحلها الثلاثة و القدرة على التحري و الكشف المبكر على المضاعفات الطارئة أثناء ذلك و بالتالي الإحالة الإسعافية، تمكن من حماية الكثير من الأمهات و مواليدهن فهي تقي الإصابة بالكثير من المضاعفات التي قد ترافق الأم و مولودها مدى الحياة، فالكادر الصحي المتمكن و المتمرس يجنب خسائر بشرية في صفوف الأمهات و ذلك من خلال رصد و تتبع حالتها الصحية و معرفة نوع الخطر الذي يحيط بها و التحكم فيه دون ترك الأمور تتفاقم من خلال مراقبة درجة حرارتها و قياس الضغط الدموي باستمرار، وكذا إجراء التحاليل اللازمة و إجراء الفحوصات و قياس نسبة السكر في الدم و معرفة وضعية الجنين هل هي وضعية تؤدي إلى ولادة طبيعية أم ولادة قيصرية كل هذه الإجراءات الضرورية هي من واجبات الطبيب المشرف على الأم قبل الولادة من أجل الإحاطة بحالتها الصحية و تجنب التفاجئ بمضاعفات قد لا يحمدها و التي قد تؤدي بحياة الأم و الجنين معا، و خلال إجراء هذه الدراسة تبين لنا من خلال الملف الصحي الخاص بالأم عدم القيام بفحوصات خاصة بقياس درجة حرارتها و قياس ضغطها الدموي و هذا بالنسبة ل45 حالة، و معظم النساء كن تحت إشراف و رعاية طبيب مولد بنسبة 80% و 11% أشرفت عليهن قابلة، و هذا دليل على تدني مستوى الخدمة و الرعاية الصحية المقدمة للأم أثناء تواجدها بمركز التوليد رغم أن من يقدم الخدمة طبيب مولد و قابلة.

2.8 الكادر الصحي المولد

جدول رقم 119: توزيع وفيات الأمهات حسب من قام بتوليدها ما بين 2014-2017.

المولد	التكرار	النسب المئوية	النسب التراكمية
طبيب نساء و توليد	23	51,1	51,1
طبيب عام	1	2,2	53,3
طبيب نسائي	2	4,4	57,8
قابلة	14	31,1	88,9
طبيب مولد و قابلة	4	8,9	97,8
طبيب مولد و طبيب عام	1	2,2	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

ولادة النساء في العديد من دول العالم العربي ظلت حتى سنوات قليلة مضت، تتم داخل البيوت بسبب العادات و التقاليد من ناحية، و لأن الطب لم يكن قد حقق قفزات كبيرة في دنيا العلاج كما حدث الآن¹، فدور القابلات في خفض وفيات الأمهات و تحسين صحة النساء و المواليد، دور محوري و فعال فلا بد على وزارة الصحة من تيسير سبل تبادل الخبرات و المعارف للاتفاق على التدخلات الإستراتيجية اللازمة لتعزيز خدمات القابلة، التي من شأنها تقديم خدمة أفضل للأمهات مما سيعود بالفائدة على الأسرة الجزائرية بأكملها و لا بد من تطوير خدمات صحة الأمهات و خدمتهم، و أهمية التركيز على إعداد كوادر مؤهلة من القابلات لتسهم في تقديم خدمات ذات جودة عالية تسهم في تفعيل برامج الرعاية الصحية، فمن خلال هذه الاستراتيجيات يمكن تخفيض هذا المعدل.

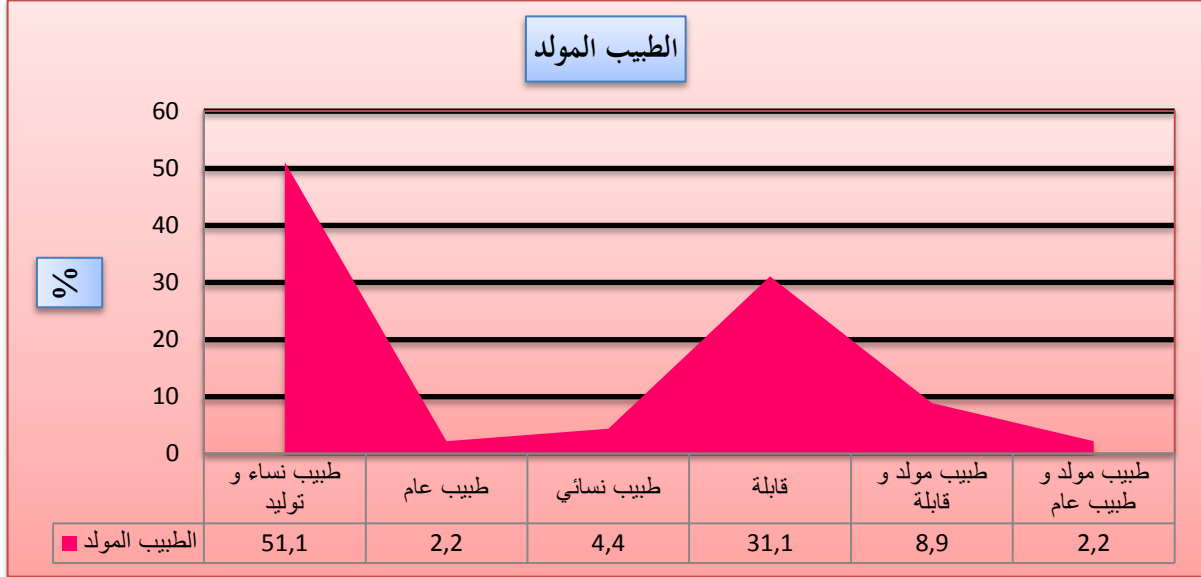
ومن أجل إنقاذ حياة الأمهات يستدعي الأمر وجود نظام صحي قوي و قادر على توفير كوادر مؤهلة عند الولادة، و توفير خدمات تنظيم الأسرة من أجل المباشرة بين الولادات، و إمكانية الحصول على الرعاية المطلوبة في حالات الطوارئ و كذلك توفير الرعاية الجيدة بعد الولادة، و ضمان الحصول على ولادة آمنة حيث أن القابلات اللاتي تلقين تدريباً جيداً و لديهن المقدرة على التعرف على علامات الخطر، و القادرات على متابعة النساء في فترة النفاس يلعبن دوراً مهماً في الحد من وفيات الأمهات خاصة أنهن يكن الأقرب للمرأة في وقت الحاجة من غيرهم من مقدمي الخدمات الصحية، فمن خلال البيانات الموضحة في الجدول أعلاه أن 23 ولادة تمت على يد طبيب نساء و توليد و 14 ولادة تمت على يد قابلة، و 4 ولادات تمت من طرف طبيب مولد و قابلة و حائتين قاما بتوليدهما طبيب نسائي و حالة طبيب مولد و طبيب نساء و آخر حالة ولدها طبيب عام، فعند ملاحظتنا للأرقام الواردة في الجدول نجد أن غالبية الولادات تمت على يد مختصين لكن عدد الوفيات كان مرتفعاً خاصة

¹ <http://www.tbeet.net>. (Consulté samedi 21 octobre 06 :39)

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

بالنسبة للنساء اللاتي تمت ولادتهن تحت رعاية طبيب نساء و توليد و كذا القابلة و هذا يعكس جزء من حقائق الرعاية الصحية في الولاية.

مخطط رقم 59: توزيع وفيات الأمهات حسب من قام بتوليدها ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 119 .

تشمل الرعاية الطبية عند الولادة نوعية و مستوى الخدمات المتوفرة، و مدى تدريب و خبرة القائمين بعملية الوضع و توفر خدمات الطوارئ التي قد تستدعي الحاجة استخدامها خاصة في حالات الولادة المتعسرة، فنسبة كبيرة من الأمهات توفين أثناء الولادة و تحت إشراف طبيب نساء و توليد بنسبة 51,1%، و ما نسبته 31,1% توفين أثناء مرحلة من مراحل الحمل و تحت رعاية قابلة، ما يقارب 9% حالة وفاة تم توليدهن من طرف طبيب مولد وقابلة، و 4,4% طبيب نسائي و 2,2% طبيب مولد و طبيب عام.

3.8 طريقة الولادة

جدول رقم 120: توزيع وفيات الأمهات حسب طريقة الولادة ما بين 2014-2017.

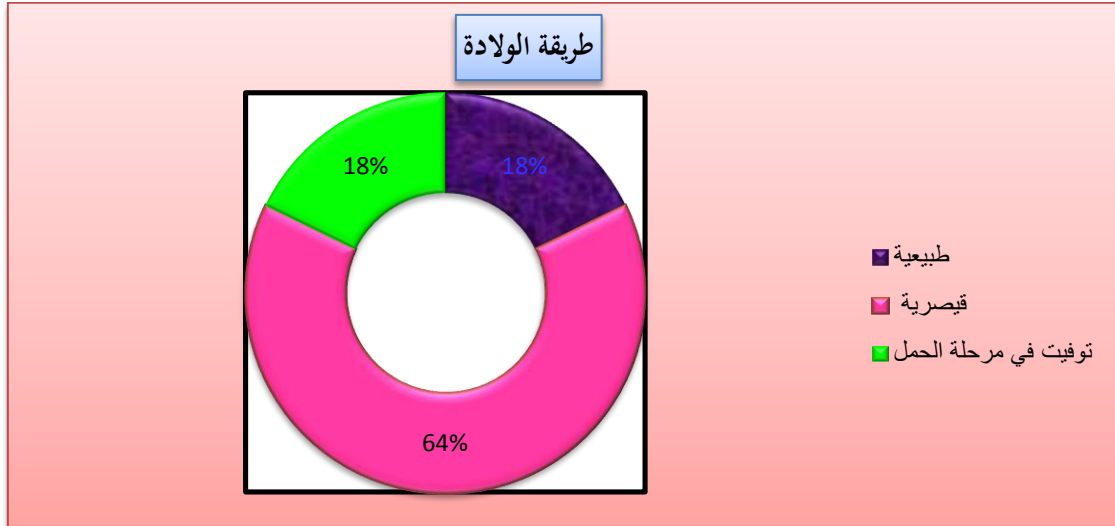
طريقة الولادة	التكرار	النسب المئوية%	النسب التراكمية
طبيعية	8	17,8	17,8
قيصرية	29	64,4	82,2
توفيت في مرحلة الحمل	8	17,8	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

تظهر نتائج الجدول أن 29 امرأة أجريت لها عملية قيصرية، و 8 نساء كانت ولادتهن طبيعية، و معظم الأمهات ينجبن أطفالهن عن طريق الولادة الطبيعية، و لكن هناك وضعيات للجنين تجعل الولادة الطبيعية خطيرة في مثل هذه الحالات يقرر الطبيب إجراء عملية قيصرية، و يقوم الطبيب بإجراء العملية القيصرية إذ رأى أنها أكثر أمانا من الولادة الطبيعية للجنين و للأم، و معظم العمليات القيصرية التي تجرى لأول مرة تتم بسبب حدوث مشاكل غير متوقعة خلال الولادة، و بعد العملية القيصرية الأولى قد تقرر الأم أو الطبيب اعتماد العملية القيصرية في الولادات التالية، و العملية القيصرية عملية جراحية تحمل مخاطر التخدير، النزيف، الالتهابات، و المكوث فترة أطول بالمستشفى و ما يتبع ذلك من مخاطر بعد العملية من احتقان الرئتين التهابها و خطورة حدوث التشنج بالإضافة إلى صعوبة العناية بالمولود في الأيام الأولى و عن الخطورة يشير الأطباء إلى أنها تتضمن حدوث تمزق في الرحم أثناء الطلق لارتفاع ضغط الرحم الداخلي و وجود ضعف في عضلات الرحم في منطقة العمليات السابقة، و لهذا ينصح معظم أطباء النساء و التوليد بالعملية القيصرية في مثل هذه الحالات و هناك أيضا دواعي رئيسية و ضرورية لإجراء العملية القيصرية من أهمها ضيق الحوض أي صعوبة نزول الجنين مهلبيا، بطئ عملية التجاوب في الولادة مشكلة مع المشيمة أو الحبل السري الذي يضع الطفل في خطر، و خطر الأمراض مثل أمراض القلب و الضغط الدموي الذي يزداد سوءا بسبب ضغط الولادة، و أكثر من طفل (الحمل المتعدد)، و كذلك تسبب الولادة القيصرية في بعض المخاطر المحتملة منها الإصابة في شق في الرحم، خسارة كمية من الدم، جلطات الدم في الساقين للأم أو الرئتين¹، و 8 حالات توفين في فترة الحمل بسبب ارتفاع مضاعفات الحمل.

مخطط رقم 60: توزيع وفيات الأمهات حسب طريقة الولادة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 120 .

¹<https://www.almsal.com>

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

تبقى الولادة الطبيعية الطريق الأكثر أمنا للوضع، و تعرف بالطبيعية حين يبدأ المخاض دون أي تدخل بعد انتهاء أشهر الحمل و دون أي تدخل جراحي أثناء خروج الجنين باستثناء استخدام بعض الوسائل المساعدة على إخراجها¹ و من سنة 2014 إلى غاية 2017 توفيت نسبة 18 % من النساء اللاتي كانت ولادتهن طبيعية، و أكثر من نصف الحالات كانت ولادتهن عن طريق عمليات قيصرية لصعوبة الوضع طبيعيا والتي قدرت ب 64 %، و باقي النساء توفين في مرحلة غير مكتملة من الحمل و بلغت نسبتهن 18 %.

9. الأمراض المتواجدة أثناء عملية الولادة

جدول رقم 121: توزيع وفيات الأمهات حسب الأمراض المتواجدة في عملية الولادة ما بين 2014-2017.

النسب التراكمية	%	التكرار	الأمراض المتواجدة أثناء عملية الولادة
8,9	8,9	4	تسمم الحمل
15,6	6,7	3	الارتجاج أو التشنج
24,4	8,9	4	أمراض القلب
26,7	2,2	1	ندوب في الرحم
33,3	6,7	3	حالة من الصدمة
40	6,7	3	أمراض الضغط الدموي و السكري
42,2	2,2	1	ارتفاع الضغط الدموي و الكلى
44,4	2,2	1	أمراض الكلى و حالة من الصدمة
55,6	11,1	5	أمراض الضغط الدموي
57,8	2,2	1	أمراض الجهاز التنفسي
	42,2	19	لا توجد أمراض
100	100	45	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

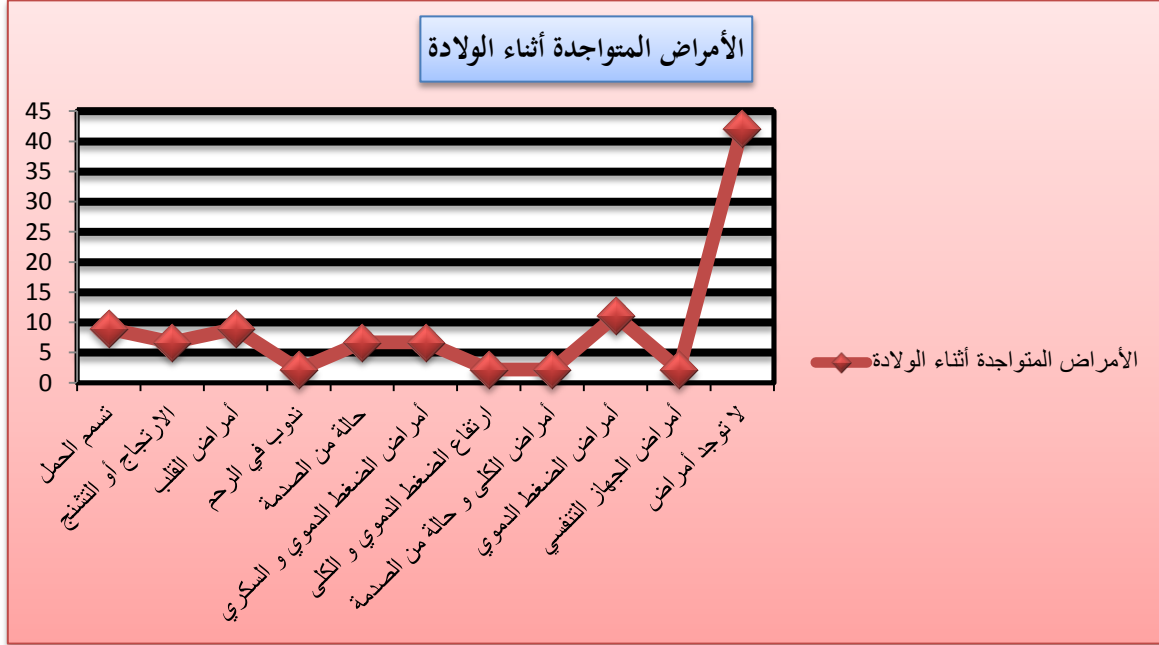
الأمراض المتواجدة في مرحلة الولادة هي أمراض متواجدة إما في فترة الحمل أو قبله و تفاقمت أثناء الولادة، و هي أمراض كثيرة و متعددة كما هو موضح في الجدول أعلاه فقد نجد أن المرأة الواحدة تعاني من عدة أمراض فعلى سبيل المثال نجد 3 أمهات مصابات بداء السكري و الضغط الدموي، و امرأة عانت من ارتفاع الضغط الدموي و الكلى و حالة أخرى أصيبت بأمراض الكلى و الصدمة المصاحبة للولادة، و كذا حالة مصابة بارتفاع الضغط الدموي و الكلى و أما الحالات المتبقية نجد أنهم مصابون بأمراض مزمنة حادة مثل أمراض القلب و أمراض الجهاز التنفسي و الارتجاج و التشنج و 4 إصابات تسمم الحمل و

¹ ندى كمال، أيهما أفضل الولادة الطبيعية أم القيصرية؟ و مميزات و عيوب كل منهما، موقع كل يوم معلومة طبية 2010-2017. www.dailymedicalinfo.com (Consulté dimanche 22 octobre 2017 10 :20).

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

من بين أكثر الأمراض انتشارا بين الأمهات في شتى رحلة الحمل ألا و هو الضغط الدموي ب 5 حالات، و 19 لم تكن لديهم أمراض خلال هذه الفترة.

مخطط رقم 61: توزيع وفيات الأمهات حسب الأمراض المتواجدة في عملية الولادة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 121 .

و المنحنى يوضح أكثر نسبة الأمراض المتواجدة أثناء عملية الولادة، فنسبة الأمهات اللاتي عانين من أمراض 57,8 % و 11 % ترجع للضغط الدموي و ما نسبته 8,9 % لكل من تسهم الحمل و أمراض القلب، و توزعت نسبة 6,7 % للارتجاج أو الارتعاش و الصدمة و أمراض الضغط الدموي و السكري و باقي النسبة و التي هي 2,2 % لندوب في الرحم و ارتفاع الضغط الدموي و الكلى و أمراض الكلى و حالة من الصدمة و أمراض الجهاز التنفسي.

10. نوع التخدير

جدول رقم 122: توزيع وفيات الأمهات حسب نوع التخدير ما بين 2014-2017.

النسب التراكمية	%	التكرار	التخدير
10,34	10,34	3	محلي (نصفي)
	89,65	26	عام (كلي)
100	100	29	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

الولادة القيصرية لها تفاصيل كثيرة، بداية من التخدير إلى رعاية ما بعد الجراحة و مضاعفاتها أيضا فيعتبر التخدير الخطوة الأولى في الجراحة، و لكن في الغالب خلال الولادة القيصرية يتم استخدام البنج النصفي لأنه أكثر أمانا من الكلبي، و كذلك لأن الدم بعد الولادة تكون كميته أقل في البنج النصفي و هذا ما نلاحظه في الجدول أن عدد وفيات الأمهات المخدرات نصفيا 3 حالات مقارنة بالنساء اللاتي تخديرهن كلي، أما التخدير العام أو الكلبي فيستخدم في حالات معينة إما لعدم إمكانية استخدام التخدير النصفي أو في حالات الطارئة القصوى و التي يجب إخراج الجنين فورا خوفا من أي خطورة على الأم و الجنين مثل نزيف المشيمة تمزق الرحم، انزلاق الحبل السري مع خلل شديد في ضربات نبض الجنين، و يتبين أن 26 حالة من أصل 29 حالة تم تخديرهن كليا فخلال التخدير الكلبي تكون الأم غير قادرة على التكلم و التعبير عن بعض الأعراض الخطرة مثل ارتفاع الضغط الدموي أو زيادة نبضات القلب و هو كذلك يصيب الأم بمجموعة من المخاطر التي تصيب الرئة القصبة الهوائية و حدوث نزيف حاد يؤدي إلى وفاة الأم.

11. خصائص الجنين عند الولادة

1.11 حالة الطفل عند الولادة

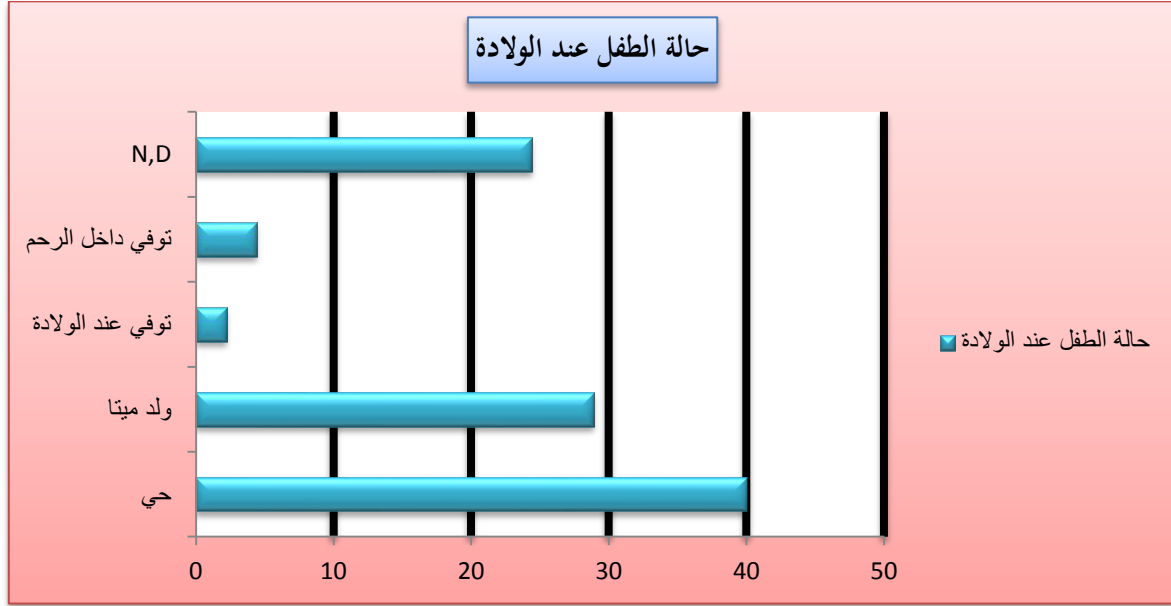
جدول رقم 123: توزيع وفيات الأمهات حسب حالة الطفل عند الولادة ما بين 2014-2017.

حالة الطفل عند الولادة	التكرار	%	النسب التراكمية
حي	18	40	40
ولد ميتا	13	28,9	68,9
توفي عند الولادة	1	2,2	71,1
توفي داخل الرحم	2	4,4	75,5
N.D	11	24,4	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

و تبلغ وفيات الأطفال ذروتها في فترة الولادة الحديثة، أي الأيام الثمانية و العشرين الأولى من حياتهم و تحدث معظم وفيات الولدان بسبب الولادة قبل تمام مدة الحمل و الاختناق عند الميلاد، و 16 وفاة للأطفال خلال فترة 2014-2017 لكن تختلف حالات وفاتهم فمنهم من ولد ميتا و بلغ عددهم 13 حالة، و طفل توفي عند الولادة أما طفلين فقد توفيا داخل الرحم و من بين 45 حالة 18 طفل ولدوا على قيد الحياة.

مخطط رقم 62: توزيع وفيات الأمهات حسب حالة الطفل عند الولادة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 123 .

إن ضرورة التكفل بالأم قبل و بعد الولادة و متابعة وضعها الصحي إلى غاية وضع مولودها من شأنه إنقاص وفيات الأطفال و الأمهات و ذلك من خلال توفير العلاج و تنظيم عملية الولادة و كذا التكفل بالرضيع، لأن الإمكانيات متوفرة لكن التنظيم و الخبرات منعدمة، و لتحقيق الأهداف المرجوة لا بد من ضبط برنامج الأم و الطفل من أجل متابعة الوضع الصحي للأم قبل و بعد الولادة و تشخيص الأمراض إن وجدت لتجنب انتقالها إلى الرضيع، ونسبة وفيات الأطفال و الأجنة بلغت 35,5 % و الأطفال على قيد الحياة 40 %، فمن الضروري العناية بالنساء اللائي يعانين من أمراض مزمنة لتجنب مضاعفات و كذا خطر فقدان مواليدهن.

2.11 وزن الجنين

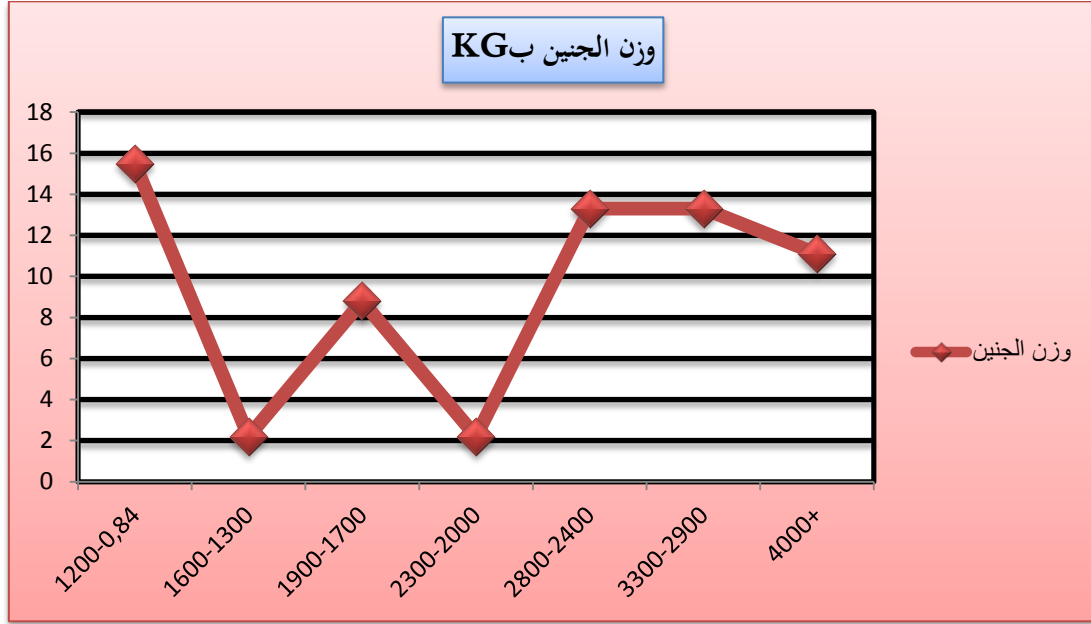
جدول رقم 124: توزيع وفيات الأمهات حسب وزن أطفالهن ما بين 2014-2017.

النسب التراكمية	%	التكرار	وزن الجنين بالكيلو غرام
15,5	15,5	7	1200-0.48
17,7	2,2	1	1600-1300
26,5	8,8	4	1900-1700
28,7	2,2	1	2300-2000
42	13,3	6	2800-2400
55,3	13,3	6	3300-2900
66,4	11,1	5	+4000
	40	18	N.D
100	100	45	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

يبدأ الطبيب في إعطاء معلومات للأم الحامل حول وزن الجنين و هل هو زائد أم ناقص و كمية الماء حول الجنين و حجم الرأس و لا يعتبر وزن الجنين الزائد نعمة فقد تكون الزيادة نعمة و تكون لأسباب مرضية أو أسباب أخرى ، و كذلك نقصان وزن الجنين يعد مشكلة وقت الولادة و يكون الطفل الذي يزيد وزنه عن 4 كيلوغرام زائد الوزن أما المولود أقل من 2 كيلو و 700 غرام فهو ناقص و يكون السبب في نقص وزن الجنين بسبب التغذية لأن التغذية الجيدة مهمة و داعمة للصحة الجيدة للإنسان أما في حالة الأمهات الحوامل فتعتبر ضرورية يتوقف عليها سلامة الحمل و الإنجاب إضافة إلى وضع مولود بصحة جيدة تساعده على مقاومة الكثير من المضاعفات و الأمراض و تجنب الأم الولادة المتعسرة بسبب نقص وزن الجنين ، حيث شكل وزن الطفل الناقص ما بين 0,48-2800 كيلوغرام 18 حالة وفاة للأمهات، و من أسباب زيادة الوزن لدى الجنين أسباب مرضية لدى الأم متعلقة بمرض السكر و سكر الحمل و من أخطار زيادة وزن الجنين ارتفاع تعرض الأم للولادة القيصرية، و كذا تعرض الطفل لولادة متعثرة عند خروجه من الرحم للولادة الطبيعية كتعرضه لمشاكل صحية مثل أذى بالكتف أو في أعصاب اليد، و تعرض الأم لتهدك أو أذى بالمهبل أثناء الولادة و حدوث نزيف لذلك الأفضل للأم و الجنين الولادة القيصرية و حسب الجدول فإن الأطفال الذين بلغ وزهم من 4 كيلوغرام فأكثر 5 وفيات للأمهات و اتضح أن النساء أكثر وفاتا عندما يكون وزن الجنين ناقص على عكس النساء اللاتي يكون وزن جنينهن 4 كيلوغرام فأكثر.

مخطط رقم 63: توزيع وفيات الأمهات حسب وزن أطفالهن ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 124 .

نقص وزن الجنين أثناء الحمل من الأمور التي يجب الالتفات إليها خلال رحلة الحمل لما له من مخاطر صحية جمة تشمل الأم و الجنين لذلك على الحامل أن تكون على علم بأعراض نقص وزن الجنين أثناء الحمل حتى يتم استشارة الطبيب في الوقت المناسب حفاظا على حياة الأم و الجنين معا، و يؤدي كذلك نقص وزن الجنين إلى زيادة المخاطر التي من الممكن أن تتعرض لها الأم و جنينها و من بين المخاطر زيادة احتمالات الولادة المبكرة و نحن نلاحظ من خلال المنحنى أن وفيات الأمهات مرتفعة جدا عند الجنين ناقص الوزن حيث شكلت لوحدها ما نسبته 42 %، و نسبة الأطفال الذين وزنهم ما بين 2900 إلى غاية 4 كيلوغرام فأكثر 24 %، و يتسبب زيادة وزن الجنين بعدد من الضرر للأم أثناء الولادة و قد يحدث تمزق ونزيف و كذا يحدث انحشار الجنين أو الطفل عند الولادة مع خروج الرأس و تعرف تلك بعسر الولادة بسبب الكتفين و كلها أسباب و تعقيدات خطيرة تؤدي إلى الوفاة لا محالة.

3.11 جنس الجنين

جدول رقم 125: توزيع وفيات الأمهات حسب جنس الجنين ما بين 2014-2017.

النسب التراكمية	%	التكرار	جنس الجنين
31,1	31,1	14	ذكر
73,3	42,2	19	أنثى
	26,7	12	N.D
100	100	45	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

عدد الأطفال من جنس الإناث أكبر من عدد الذكور كما هو موضح فعددهن 19 بنت و 14 طفل من جنس الذكور و 12 حالة لم يتم ذكر جنس المولود فيها.

12. خلفية طبية للمرضى

1.12 فصيلة الدم

جدول رقم 126: توزيع وفيات الأمهات حسب فصيلة الدم ما بين 2014-2017.

النسب التراكمية	%	التكرار	فصيلة الدم
2,2	2,2	1	A-
26,6	24,4	11	A+
33,3	6,7	3	B+
35,5	2,2	1	O-
66,6	31,1	14	O+
	33,3	15	N.D
100	100	45	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

تعتبر فصيلة الدم من أهم الأمور التي يسعى الأطباء إلى معرفتها من السجل الطبي لأي مريض، قبل إجراء أي فحوص أو عمليات أو فحص روتيني له، حيث تعتبر فصيلة الدم بمثابة الهوية التي تميز كل شخص عن الآخر، حيث إن كل إنسان ينتمي إلى أحد مجموعات الدم الأربعة و هي O، B، A، AB، و لكل فصيلة الأمراض الخاصة بما فمثلا فصيلة الدم A⁺ معرضون للإصابة بأمراض القلب و السرطان، و السكري، و فقر الدم و أمراض الكبد و المرارة، و فصيلة الدم O لتقرحات المعدة و هم

أكثر عرضة للإصابة بمرض القلب، و فصيلة الدم B⁺ للسكري و مشاكل في جهاز المناعة و فصيلة الدم AB للسرطان و الأنييميا، و أمراض القلب¹، و نجد أن أكثر النساء المتوفيات يحملن فصيلة الدم O⁺ ب 14 إصابة، و فصيلة الدم A⁺ ب 11 إصابة، و 3 حالات لزمرة الدم B⁺.

2.12 نوع الحوض

جدول رقم(127):توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الحوض لديهن ما بين 2014-2017.

نوع الحوض	التكرار	%
طبيعي	40	88,9
ضيق	5	11.1
المجموع	100	100

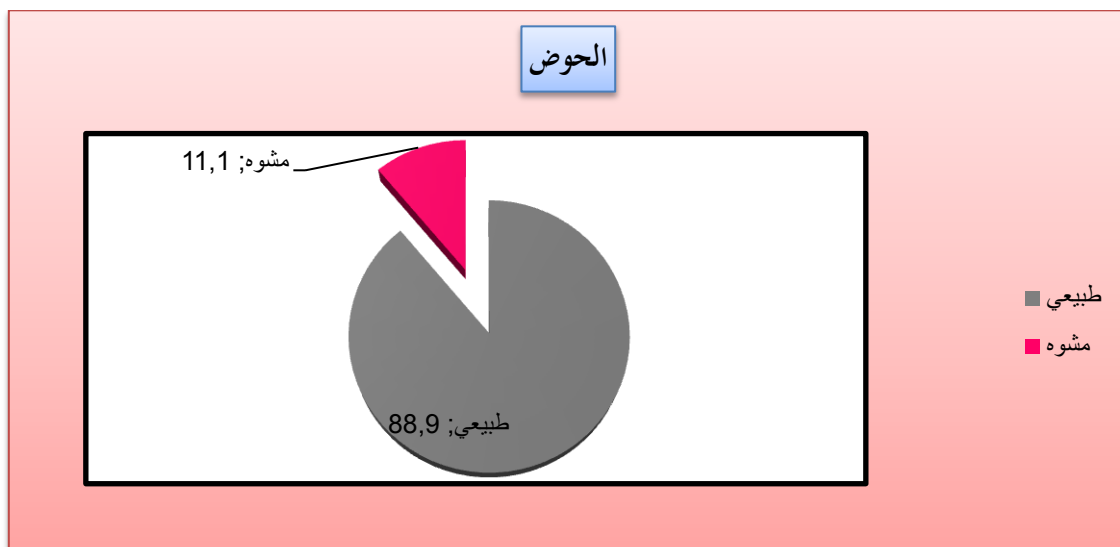
المصدر: من إعداد الباحثة.

خلال فترة الحمل و أثناء إجراء الفحوصات الطبية يتضح نوع الحوض، و يعتبر الحوض الضيق واحدة من أكثر مسائل علم التوليد أهمية و تعقيدا، فتحدث عند ضيق الحوض اختلاطات تهدد الأم و الجنين، بحيث إذا مر من خلاله جنين كامل النمو وجد عراقيل و صعوبات فعند ضيق بسيط في الحوض لا تتوقف نتيجة الولادة على أبعاد الحوض فقط، بل كذلك على وظيفة النشاط الولادي و على حجم الجنين، و إن شذوذ الحوض و انحراف تركيبه لا سيما قصر أبعاده يعرقل سير عملية الولادة أو يخلق صعوبات يتعذر التغلب عليها² و لقد تسبب ضيق الحوض في وفاة 5 أمهات ممن يعانين من تشوه أو ضيق في الحوض، و 40 أم لديهن حوض طبيعي.

¹نادية أبو رميس، أمراض الدم(2017)، ما هي أفضل فصيلة دم. موضوع.كوم، www.mawdoo3.com

² www.alaria.com/article/620780.html

مخطط رقم 64: توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الحوض لديهن ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 127 .

إن معرفة نوع الحوض أهمية بالغة خاصة من ناحية الولادة، فالسيدة التي تعاني من حوض ضيق أكثر عرضة للولادة القيصرية و كذلك لعسر في الولادة و هي ليست خطرا فقط على الأم و لكن على الجنين أيضا و نسبة النساء ذوي الحوض الضيق 11,1 % ، و باقي النسبة تعود للحوض الطبيعي ب 88,9 %.

13. خصائص فترة النفاس

1.13 الأمراض المتواجدة في فترة النفاس

جدول رقم 128: توزيع وفيات الأمهات حسب الأمراض المتواجدة في فترة النفاس ما بين 2014-2017.

الأمراض المتواجدة في فترة النفاس	التكرار	%
نعم	11	24.4
لا	34	75.5
المجموع	45	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

الأمراض المتواجدة في فترة النفاس كثيرة و متعددة و الأكثر شيوعا عند الأمهات النزيف و الانتان و الضغط الدموي حيث نجد أن النساء في سن الإنجاب من 15-49 سنة لديهن عدة اضطرابات و مضاعفات جد خطيرة خاصة خلال 42 يوم التي تلي الولادة، فخلال إجرائنا للتحقيق تم العثور على 11 أم متوفاة لديها أمراض في فترة النفاس و 34 أم أخرى توفيت إما في

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

مرحلة الحمل أو الولادة و لم تمر إلى فترة النفاس و في الجدول و المنحنى الموالي سنوضح أكثر نوع الأمراض التي تعاني منها الأم في هذه المرحلة.

1.1.13 نوع الأمراض المتواجدة في فترة النفاس

جدول رقم 129: توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الأمراض المتواجدة في فترة النفاس ما بين 2014-2017.

الأمراض	التردد	%	النسب التراكمية
النزيف	4	28,6	28,6
انسداد الشرايين	1	7,1	35,7
الضغط الدموي	3	21,4	57,1
مضاعفات الإجهاد	1	7,1	64,2
النزيف و ارتفاع الضغط الدموي	1	7,1	71,3
أمراض القلب و الأوعية الدموية	2	14,2	85,5
نزيف و مرض القلب و الغدد الصماء	3	21,4	
المجموع	14	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

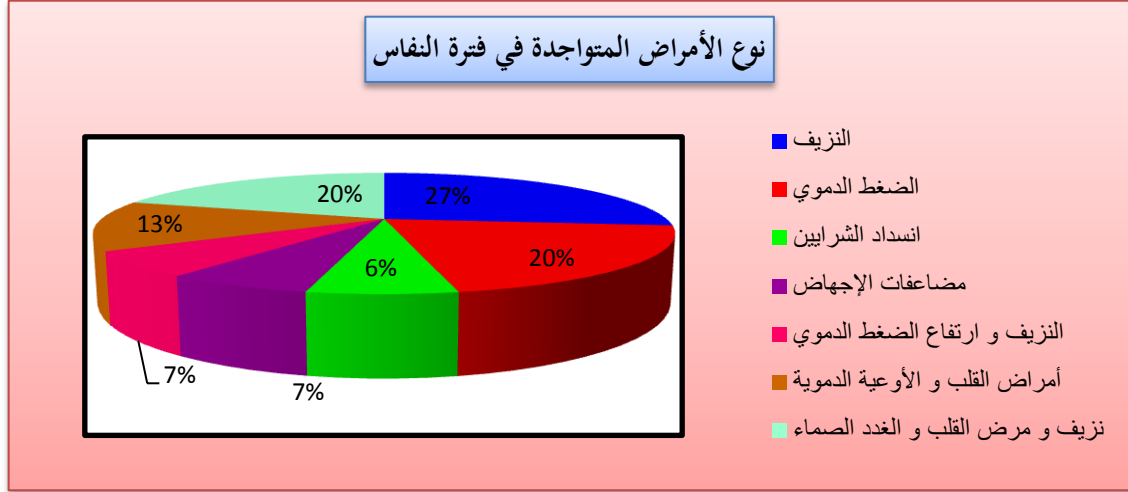
بما أن النزيف هو السبب الأول في وفيات الأمهات في فترة النفاس و ذلك ب 4 إصابات، و يكون السبب للنزف بعد الولادة بسبب عامل واحد أو مجموعة من العوامل هي ضعف انقباض الرحم بعد الولادة مباشرة أو بسبب وجود بقايا داخل الرحم من الأغشية المحيطة بالجنين أو المشيمة، و قد يسبب تمزقا في الرحم أو عنق الرحم أو المهبل و السبب الآخر وجود عيوب في تخثر الدم و كذا زيادة طول مدة المخاض و الولادة المهبلية، كثرة عدد الولادات و عمر الأم المتقدم من عوامل الخطورة المعروفة للنزف بعد الولادة، و لقد أصبحت جميع هذه العوامل المتواجدة عند كثير من النساء الحوامل مما يزيد من نسبة ارتفاع حدوث النزف، و على الرغم من ذلك فقد يحدث النزف لدى المرأة من دون وجود أي من عوامل الخطر، لذا فإن متابعة الحمل ضرورية جدا لتفادي حدوث هذه المشكلة الخطيرة جدا حيث أنه من الممكن التنبؤ سريريا بحدوث مثل هذه الحالات و تحويلها لمراكز طبية متقدمة تمتلك الإمكانيات و الخبرة للتعامل مع مثل هذه الحالات، كما يجب أثناء الحمل للتأكد من صحة الأم و خلوها من الأمراض و تفادي حدوث فقر الدم قبل الولادة كما يجب تجهيز الدم أثناء الولادة و التعامل مع الولادة بمتابعة دقيقة و وجود أطباء ذوي خبرة عالية في مجال التوليد عالي الخطورة و التدخل الطبي السريع في الوقت المناسب لتفادي حدوث هبوط حاد في الدورة الدموية و سيولة في الدم و قد يصعب بعد ذلك التحكم في حالة المريضة¹، و السبب الثاني للوفيات هو ارتفاع الضغط الدموي و النزيف و مرض القلب و الغدد الصماء ب 6 إصابات فلا بد من التحكم في هذين السببين طبيا قبل حدوث الحمل،

¹ أسئلة طبية، أمراض الدم ما سبب نرف المرأة بعد الولادة- غير دم النفاس لعدة مرات، <http://www.altibbi.com>

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بو عتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

و 3 حالات لكل من انسداد الشرايين و مضاعفات الإجهاض و النزيف و ارتفاع الضغط الدموي و 2 للنزيف مرض القلب و الغدد الصماء.

مخطط رقم 65: توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الأمراض المتواجدة في فترة النفاس ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 129 .

مدة ما بعد الولادة هي الأسابيع الستة الأولى ما بعد الولادة، و خلالها تواجه الأمهات كثيرا من المشاكل الصحية ذات العلاقة بالولادة لا تقتصر هذه المشاكل على العوارض الصحية الحادة و ذات التأثير القصير المدى في صحة الأم و لكنها تشمل أيضا المشاكل الصحية و مضاعفاتها المتسببة بالأمراض المزمنة المتعلقة بالإنجاب، و كثير من المضاعفات الخطيرة التي تهدد حياة الأمهات تهدد حياة الأمهات، علاوة على ذلك فإن حوالي ثلثي وفيات الأمهات تحدث بعد الولادة، لذلك أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول كل أم على خدمات الرعاية الصحية لها بعد الولادة خلال أول 24 ساعة و قبل نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة و بعد ستة أسابيع من الولادة¹، إذ تعد الرعاية لها بعد الولادة من المكونات الأساسية للأومومة الآمنة لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات و الرضع و خدمات الصحة البدنية و العقلية و رفاهة الأمهات².

و تعرف فترة النفاس بأنها المرحلة الأهم و الأكثر إهمالا في حياة الأمهات و الرضع، حيث أن معظم الوفيات تحدث خلال تلك الفترة، و يرتبط النفاس بعدة أمراض منها حمى النفاس، النزيف و الضغط الدموي ناهيك عن أمراض أخرى التي تصاب بها المرأة قبل الحمل و تقامت في المراحل الثلاثة له منها الانسداد الرئوي و مرض القلب و السكري، و نسبة الوفيات خلال 42 يوما التي تلي الولادة بسبب النزيف و الضغط الدموي و النزيف و مرض القلب و الغدد الصماء بـ 71,4%، و

¹ Rahman M (2010). The Determinants of use postnatal care services for Mothers: Dose differential Exists between urban and rural areas in Bangladesh. The Internet Journal of Epidemiology. 18. DOL: 2734/10.558.

² Chakra Borty N, ATAHARUL Islam M, Chowdhury RI, Bari W (2002). Utilization of postnatal care in Bangladesh: Evedence from a longitudinal study. Health SOC care Community, 2002 Nov; 502-492(6)10.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

نسبة 35,4 % للانسداد الشرايين و مضاعفات الإجهاض و النزيف و ارتفاع الضغط الدموي و أمراض القلب و الغدد الصماء.

14. خصائص الإخلاء

1.14 الإخلاء

جدول رقم 130: توزيع وفيات الأمهات حسب الإخلاء ما بين 2014-2017.

الإخلاء	التكرار	%
نعم	18	40
لا	27	60
المجموع	45	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

من الحالات المستعصية و الحرجة التي تطلبت إخلاء 18 حالة و هي حالات جد حرجة عانت الأمهات خلالها من تعقيدات جد خطيرة استدعت نقلهم من مراكز صحية مختلفة إلى المركز المتخصص للأم و الطفل مريم بوعتورة، و بلغت نسبتهم 40 % و 27 حالة تواجدت خلال مرحلة من المراحل الثلاثة في المركز و توفيت بذات القطاع الصحي و التي نسبتها 60 %.

2.14 أسباب الإخلاء

جدول رقم 131: توزيع وفيات الأمهات حسب أسباب الإخلاء ما بين 2014-2017.

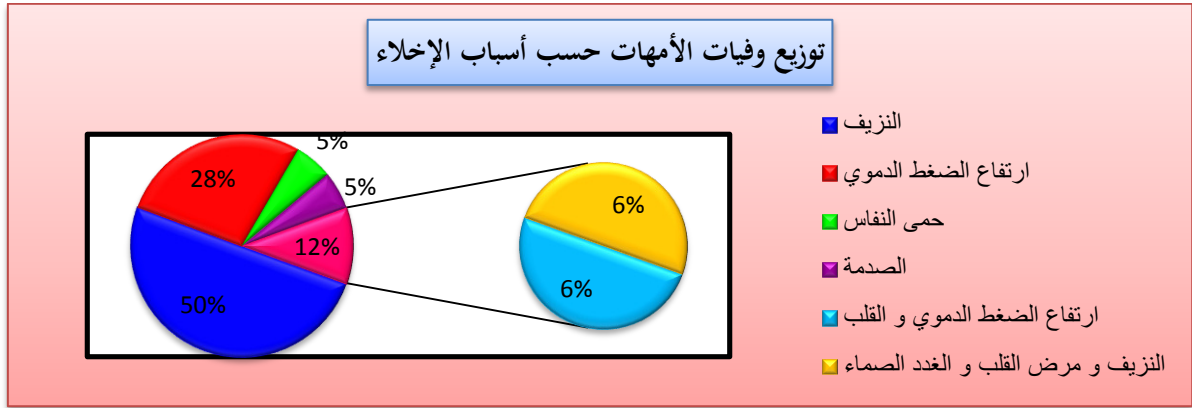
سبب الإخلاء	التكرار	%	النسب التراكمية
النزيف	9	50	50
ارتفاع الضغط الدموي	5	27,7	77,7
حمى النفاس	1	5,5	83,2
الصدمة	1	5,5	88,7
ارتفاع الضغط الدموي و القلب	1	5,5	94,2
النزيف و مرض القلب و الغدد الصماء	1	5,5	
المجموع	18	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

شكلت 6 أسباب مشاكل صحية معقدة لدى الأمهات ما تم جراء ذلك إخلاتهن، حيث أصيبت المرأة الواحدة بمرض أو مجموعة من الأمراض الخطيرة و المستعصية خاصة إذا ما تعلق الأمر بالنزيف و ارتفاع الضغط الدموي، و يعد النزيف السبب الأول للإخلاء و ذلك ما شكل لوحده 9 إصابات أما الضغط الدموي فتسبب في إخلاء 5 حالات و 4 حالات ما بين الصدمة و ارتفاع الضغط و مرض القلب و كذا النزيف و مرض القلب و الغدد الصماء.

مخطط رقم 66: توزيع وفيات الأمهات حسب أسباب الإخلاء ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 131 .

77,7% هي نسبة المرضين اللذين أديا للإخلاء الاستعجالي، و هما سببان شكلا على المستوى العالمي مشكلة صحية من جراء كثرة الوفيات بسبب هذين المرضين (النزيف و الضغط الدموي)، و 12% لارتفاع الضغط الدموي و القلب و النزيف و مرض القلب و الغدد الصماء و يلاحظ أن الضغط و النزيف إن لم نجدهما لوحدهما نجدهم متلازمين لأمراض أخرى و 10% المتبقية للصدمة و حمى النفس.

3.14 المرفق الصحي الذي تم الإخلاء إليه

جدول رقم 132: توزيع وفيات الأمهات حسب مكان الإخلاء ما بين 2014-2017.

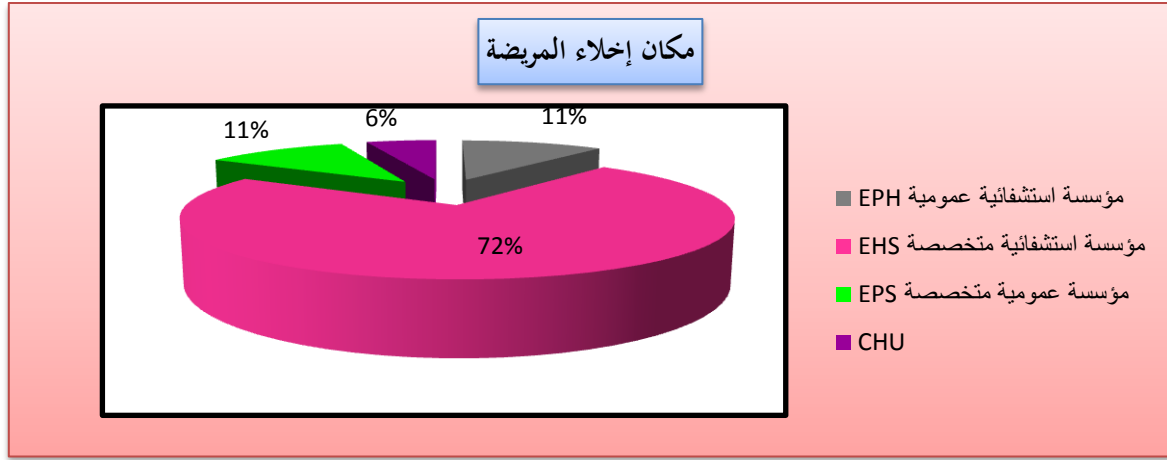
النسب التراكمية	%	التردد	مكان إخلاء المريضة
11,1	11,1	2	مؤسسة استشفائية عمومية EPH
83,3	72,2	13	مؤسسة استشفائية متخصصة EHS
94,4	11,1	2	مؤسسة عمومية متخصصة EPS
	5,5	1	CHU
100	100	18	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

تم إخلاء الأمهات من مراكز استشفائية مجاورة إما من ولايات قريبة أو من دوائر تابعة لولاية باتنة أو من المستشفى الجامعي لباتنة إلى المركز الصحي المتخصص بالتوليد مريم بوعتورة ، فقد تم تحويل حالة جد حرجة من ولاية بسكرة إلى ولاية باتنة و 3 حالات من ولاية خنشلة أما باقي الإصابات فهي من بريكه، أريس، و من عدة أماكن أخرى فقد استقبلت المؤسسة الاستشفائية المتخصصة في التوليد لوحدها ما لا يقل عن 13 حالة، و 2 إصابة في المؤسسة الاستشفائية عمومية EPH، و 2 حالة تم إحلائها إلى مؤسسة عمومية متخصصة EPS، و آخر إصابة إلى CHU.

مخطط رقم 67: توزيع وفيات الأمهات حسب مكان الإخلاء ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 132 .

لقد كان للمؤسسة الاستشفائية المتخصصة EHS نصيب كبير من الإخلاءات ما بين 2014-2017 و ذلك ما توضحه الدائرة النسبية بأن هذا القطاع الصحي لوحده استقبل 72 % من الحالات، و 22 % توزعت بين EPS و EPH و 6 % في CHU.

4.14 وسيلة الإخلاء

جدول رقم 133: توزيع وفيات الأمهات حسب نوع الوسيلة المستعملة للإخلاء ما بين 2014-2017.

الوسيلة	التردد	%	النسب التراكمية
سيارة إسعاف	13	72,2	72,2
سيارة شخصية	3	16,6	88,8
سيارة أجرة	2	11,1	
المجموع	18	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

أغلب الأمهات المقبلات على الولادة و توفين تم نقلهم من المراكز الصحية التي تواجدوا فيها إلى المركز المتخصص بالتوليد عن طريق سيارة الإسعاف بنسبة 72,2% ، أما اللاتي نقلن عن طريق سيارة شخصية 3 نساء بنسبة 16,6% ، و 2 من وفيات الأمهات التي نقلت لإخلائهن عن طريق سيارة الأجرة 2 حالة بنسبة 11%.

5.14 وقت الإخلاء

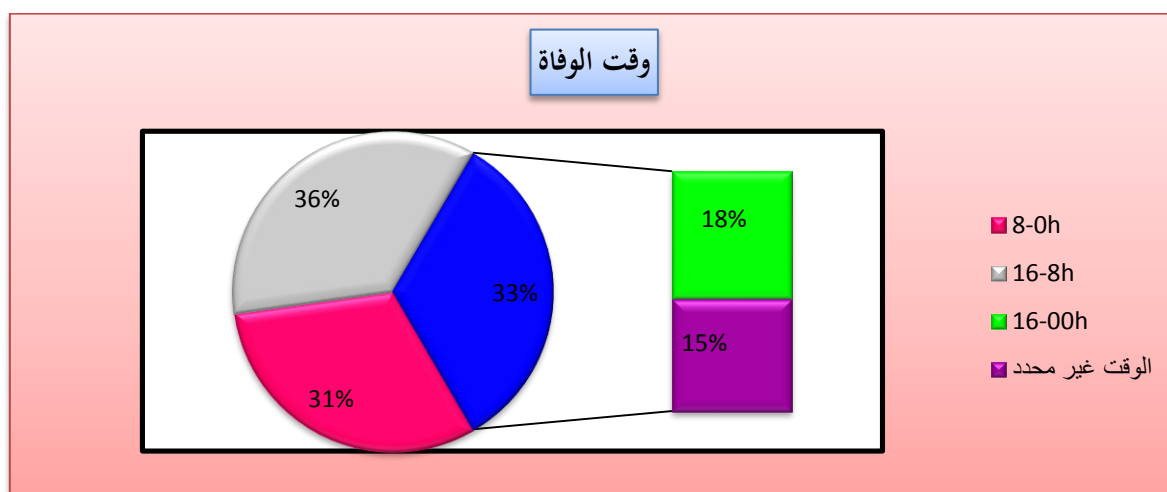
جدول رقم 134: توزيع وفيات الأمهات حسب وقت الوفاة ما بين 2014-2017.

وقت الوفاة	التردد	%	النسب التراكمية
h 8-0	14	31,1	31,1
h16-8	16	35,5	66,6
h00-16	8	17,7	84,3
وقت الوفاة غير محدد	7	15,5	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

وقت الوفاة غالبا ما يكون بين الساعة 0 إلى غاية الساعة 16، فخلال هذه المدة الزمنية وقعت 30 وفاة 16 أم توفيت خلال الساعة 8 إلى الساعة 16، و 14 حالة من الساعة 0 إلى الثامنة صباحا و هذا يعني أن الوفيات تحدث بكثرة من منتصف الليل إلى غاية وقت بعد الظهر، و 8 أمهات توفوا خلال المدة الزمنية الممتدة من 16 ساعة إلى غاية منتصف الليل و 7 حالات لم يتم الإدلاء بالتوقيت الذي تمت فيه الوفاة.

مخطط رقم 68: توزيع وفيات الأمهات حسب وقت الوفاة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 134 .

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

لا بد من معرفة الوقت من أجل معرفة الظروف و الأسباب المحيطة بالأم أثناء الولادة، هل هي أسباب مرتبطة بالولادة أو أسباب متعلقة بالحالة الصحية للمريضة أو راجعة للإهمال من طرف العاملين في القطاع الصحي، فهناك من الولادات من تمت خلال منتصف الليل و بسبب الإهمال تعرضت الأم لسقوط أثناء عملية المخاض تسببت لها بإصابة خطيرة على مستوى الرأس و كان هو السبب الرئيسي لوفاها ما تطلب إجراء عملية قيصرية مستعجلة من أجل إنقاذ الجنين، فلذا لا بد من إنشاء لجنة مراقبة سير عمل القابلات في الليل و أخرى في النهار من أجل تجنب مثل هذه الأخطاء التي تعرض الأم للوفاة، فالوفيات التي تحدث من منتصف الليل إلى غاية الساعة الثامنة صباحا 31 %، و من الساعة الثامنة إلى الساعة 16 بنسبة 36 % و كذا وقت الوفاة في الفترة الزمنية 00-16 H 18 %.

15. دراسة ظروف الوفاة

1.15 فترة حدوث الوفاة

جدول رقم 135: توزيع وفيات الأمهات حسب الفترة التي حدثت فيها الوفاة ما بين 2014-2017.

الفترة التي حدثت فيها الوفاة	التردد	%	النسب التراكمية
خلال فترة الحمل	15	33,3	33,3
خلال فترة الولادة	16	35,5	68,8
42 يوم التي تلي الولادة	14	31,1	
المجموع	45	100	100

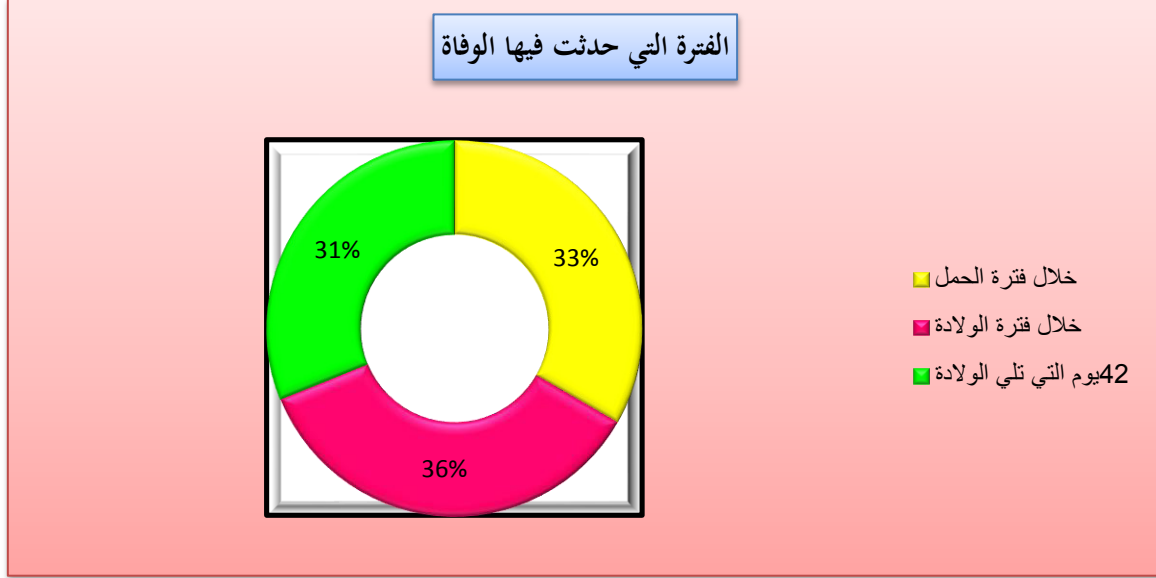
المصدر: من إعداد الباحثة.

بالرغم من أننا نعتبر الحمل و الولادة أحداثا فيزيولوجية طبيعية يمر بها جسم المرأة، و ليست أمراضا إلا أن هذه الأحداث خطيرة تتطلب التدخل السريع، و قد تتسبب في وفاة الأم و بالطبع هنالك علاقة وثيقة بين نسبة وفاة الحوامل و بين الرعاية الصحية في الحمل و الولادة و بعد الولادة، و في كثير من الحالات الإسعافية إن تم التدخل بالوقت المناسب فإنه يمكن التقليل كثيرا من نسبة الوفاة خلال الولادة، لكن ستبقى هنالك نسبة قليلة جدا من الوفيات الوالدية التي لا يمكن منع حدوثها، أو لا علاج لها لغاية الآن حتى في أكثر المراكز الطبية تقدما¹، و الفرق في وفيات الأمهات في ولاية باتنة بين فترة و أخرى حالة واحدة ففي فترة الولادة تم حدوث 16 وفاة و في فترة الحمل 15 وفاة و خلال 42 يوم التي تلي الولادة أو ما يعرف بفترة النفاس 14 حالة وفاة فكل الفترات تعتبر خطيرة و فيها من المشاكل الصحية ما يكفي و يؤدي إلى فقدان حياة الأم والجنين، فلكل مرحلة من مراحل الحمل رعاية خاصة و دقيقة لا يجب الاستهتار بها فلا بد من العناية الجيدة و القيام بالفحوص الدقيقة

¹ <http://www.consult.islamweb.net> (consulté vendredi 10 octobre 2017 20 :02).

من أجل حماية الحمل و الأم معا فلا بد من الإكثار من الحملات التحسيسية و التوعوية للأمهات من أجل الحد من هذه الظاهرة الخطيرة.

مخطط رقم 69: توزيع وفيات الأمهات حسب الفترة التي حدثت فيها الوفاة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 135 .

عادة يكون الوقت لحدوث معظم وفيات الأمهات خلال 24 ساعة الأولى من الولادة لأن الأم في هذا الوقت قد تحتاج غالبا إلى تدخل طبي سريع، حيث لا يتم الاستفادة من خدمات الأمومة لأسباب تعود إلى قصور خدمات الطوارئ التوليدية و تدني نوعيتها في المرافق الصحية، عدم توفر المعلومات و التوعية من الأعراض الخطرة أثناء و ما بعد الولادة، و كذلك النظر للحمل على أنه حدث طبيعي لا يحتاج لخدمات طبية، و الفرق في وفيات الأمهات و النسب ليس كبير في شتى فترات الحمل و يتبين من المنحنى ما يلي:

- نسبة وفيات الأمهات خلال فترة الحمل 31%.
- و خلال فترة الولادة 36%.
- و في المرحلة الأخيرة من الحمل فترة النفاس 33%.

2.15 شهر الوفاة

جدول رقم 136: توزيع وفيات الأمهات حسب الشهر الذي حدث فيه الوفاة ما بين 2014-2017.

شهر الوفاة	التردد	%	النسب التراكمية
جانفي	5	11,1	11,1
فيفري	5	11,1	22,2
مارس	2	4,4	26,6
أفريل	5	11,1	37,7
ماي	2	4,4	42,1
جوان	6	13,3	55,4
جويلية	3	6,6	62
أوت	5	11,1	73,1
سبتمبر	3	6,6	79,7
أكتوبر	2	4,4	84,1
نوفمبر	1	2,2	86,3
ديسمبر	6	13,3	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

3.15 مكان الوفاة

جدول رقم 137: توزيع وفيات الأمهات حسب مكان الوفاة ما بين 2014-2017.

مكان الوفاة	التردد
منشأة صحية	45
المجموع	45

المصدر: من إعداد الباحثة.

توزيع وفيات الأمهات حسب مكان حدوث الوفاة تبين من الجدول أن كل حالات الوفيات التي وقعت، كان مكان وفتها داخل منشأة صحية و لم تكن هناك من بين الحالات من توفين في المنزل و ذلك راجع إلى نقص الولادة التقليدية و التي تتم داخل المنازل لانتشار المراكز التوليدية عبر التراب الوطني و داخل الولاية الواحدة.

16 . خصائص الإجهاض

1.16 الإجهاض

جدول رقم 138: توزيع وفيات الأمهات حسب حالات الإجهاض ما بين 2014-2017.

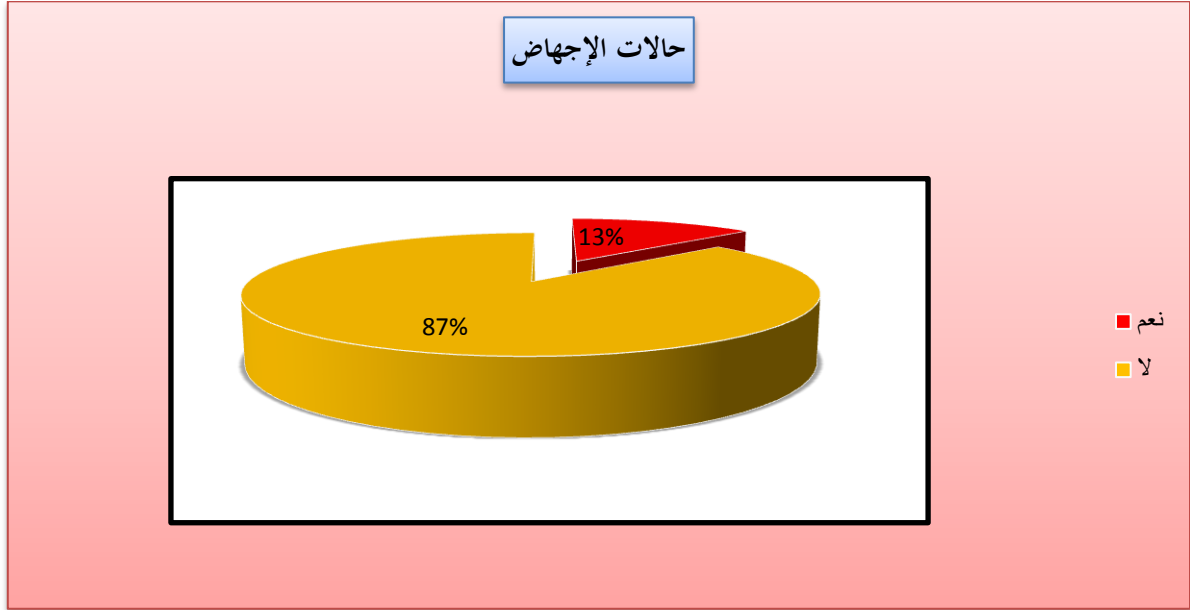
الإجهاض	التردد	%
نعم	6	13,3
لا	39	86,
المجموع	45	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

الإجهاض ظاهرة اجتماعية بالغة الخطورة و التعقيد، تجابه العالم بأسره يوميا فتؤدي سنويا بملايين الأحمال مع إزهاق أرواح الآلاف من النساء¹، و هناك نوعان من الإجهاض منه ما هو إجهاض آمن و منه ما هو إجهاض غير مأمون و الذي تصاب به الأم بأمراض كالحمى و الأمراض الجرثومية التي تستدعي إسقاط الجنين للحفاظ على روح أمه، لكن هناك حالات من تعرضت لإجهاض غير آمن و أين تم فقدان الأم و الجنين خلال مرحلة الحمل، فمن بين الأمهات من توفيت بسبب الإجهاض و هي 6 حالات حيث كان وزن الجنين يتراوح ما بين 0,84g إلى 1kg200g و مدة الحمل لدى الأمهات غير مكتملة و هي ممتدة من الأسبوع 27 إلى غاية 28 أسبوع و 5 أيام، و تراوح عمر المرأة خلال الإجهاض ما بين 20-44 سنة، أما بالنسبة للحمل المتكرر أو عدد الحمل السابقة فمن الأمهات من كان بالنسبة لمن الحمل الأول و من الأمهات من سبق لمن الحمل و عدد الأطفال لديهن 3 أطفال فالحمل المتكرر دون تباعد بين الولادات يسبب الإجهاض لكثير من النساء خاصة التي تجاوزت 40 سنة، فالعمر المرأة سواء العمر أقل من 20 سنة أو أكبر من 40 سنة تأثير على حياة الأم و كذا لعدد الحمل السابقة دور كبير في إجهاض المرأة فالأم التي تجاوزت عمر 40 أكثر عرضة للإجهاض و الوفاة خلال مرحلة الحمل و الولادة، و بما أن المرأة أكثر عرضة للأمراض فوق سن 30، فتعددت أسباب الوفاة و كان للأسباب المرضية دور في الإجهاض و الوفاة، فحالتين تعرضتا لإجهاض أدى لتزيف حاد و من الحالات من أصيبت بارتفاع الضغط الدموي و كذا ارتفاع الضغط الدموي المصحوب بمرض القلب و إصابة أخرى كانت تعاني من انسداد رئوي و أمراض الدورة الدموية، و بالنسبة لباقي الأمهات فكانت فترة الحمل كاملة و تمت الولادة و لم يكن لديهن إجهاض سابق 39 حالة.

¹قوانين هو راي(1961)، صفحة رائعة من حضارة وادي الرافدين، ترجمة و تعليق الدكتور محمود الأمين، مستلة من مجلة الآداب، العدد 3، كانون الثاني بغداد، 1961، ص 60.

مخطط رقم70: توزيع وفيات الأمهات حسب حالات الإجهاض ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم138 .

الإجهاض هو إحدى المشكلات الصحية التي تعترض المرأة خلال فترة الخصوبة و الإنجاب، و له أثر على المرأة الصحية خاصة إذا حدث في بداية حياتها الزوجية و تكرر عدة مرات، و يعتبر الإجهاض على أنه انتهاء الحمل بخروج أو نزع الجنين من الرحم قبل أن يصبح قادرا على الحياة، و الإجهاض يمكن أن يحدث تلقائيا بسبب مضاعفات أثناء الحمل فيسمى الإجهاض التلقائي و الإجهاض المستحث للحفاظ على الحالة الصحية للحامل و يعرف بالإجهاض العلاجي و هو إجهاض اختياري¹، و تعتبر الأمراض السبب الأكثر شيوعا للإجهاض الغير الآمن و المؤدي للوفيات، و التي تحددها عوامل الخطر و تشمل (الانتان، النزيف، الصدمات، ارتفاع الضغط الدموي، و مرض القلب...)، و تظهر النسبة التي نستطيع أن نقول أنها عالية و هي 13% على أن هذا العامل له تداعياته الخطيرة على المرأة في فترة الإنجاب خاصة لدى النساء الأقل من 15 سنة و أكبر من 40 سنة، و تعبر النسبة المتبقية على الأمهات اللاتي لم يتعرضن لإجهاض و أنجبن أطفالهن و لم يكن الإجهاض السبب الرئيسي في وفاتهن بل يرجع لأسباب أخرى 87%.

¹ David. A Grimes and all (2006), Unsafe Abortion: the preventable pandemic, journal paper, Sescual and Reproductive Health 4, World Health Organization.Lancet.368 (9550):1908-19: PMID, p2.

17. أسباب و ظروف وفيات الأمهات

1.17 أسباب الوفيات

جدول رقم 139: توزيع وفيات الأمهات حسب ظروف و سبب الوفاة ما بين 2014-2017.

سبب الوفاة	التردد	%	النسب التراكمية
النزيف	16	35,5	35,5
ارتفاع الضغط الدموي	11	24,4	59,9
أمراض انسداد الشرايين	1	2,2	62,1
عدوى النفاس	1	2,2	64,3
أمراض القلب و الأوعية الدموية	2	4,4	68,7
أمراض الجهاز التنفسي	1	2,2	70,9
الصدمة	3	6,6	77,5
الانسداد السلوي	1	2,2	79,7
النزيف و ارتفاع الضغط الدموي	1	2,2	81,9
انسداد رئوي و أمراض الدورة الدموية	1	2,2	84,1
إجهاض	6	13,3	97,4
أنفلونزا H1	1	2,2	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

يعد النزيف السبب الأول لوفيات الأمهات في ولاية باتنة ب 16 حالة، و يعتبر النزيف بعد الولادة من المشاكل الصعبة و الخطيرة التي تؤرق العديد من مقدمي الخدمة الصحية للحوامل، و على الرغم من التطور في الخدمات الصحية بشكل عام و توفر الإمكانيات العديدة في غرف التوليد إلا أن النزف بعد الولادة لا زال أهم سبب لوفيات الحوامل، و هو واحد من أكثر الاختلاطات التوليدية شيوعا و كذلك هو واحد من الأسباب الرئيسية للوفيات الولادية، و يعتبر طول فترة المخاض من الأسباب المعروفة لحدوث نزف ما بعد الولادة كما أن السيدات ذوات الولادات العديدة يكن عاليات الخطورة، و كذلك حالات عيوب ارتكاز المشيمة، كما أن العمليات السابقة في الرحم مثل العمليات القيصرية تزيد من خطورة نزف ما بعد الولادة¹، أما السبب الثاني فهو ارتفاع الضغط الدموي بثمانية إصابات و هناك أنواع مختلفة من ارتفاع ضغط الدم يمكن أن تحدث في فترة الحمل بما في ذلك، ارتفاع ضغط الدم المزمن حيث يكون ارتفاع ضغط الدم موجودا قبل الحمل، ارتفاع ضغط الدم المرتبط بالحمل)

¹ محمد بن حسان عدار، النزف بعد الولادة، جريدة الرياض، مؤسسة الإمامة الصحية، تصميم و تطوير إدارة الإعلام الإلكتروني 1998-2017. www.alriyadh.com (consulté samedi 4 novembre 2017 00 :04)

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

ارتفاع ضغط الدم الحملي أو ما يدعى مقدمة الارتعاج) و هناك ارتفاع ضغط الدم الخفيف و المتوسط و الشديد¹ ، و هو يعتبر من الأمراض المميته كما هو موضح في الجدول.

أما السبب الثالث تمثل في الإجهاض ب 6 حالات، و خلفت الصدمة لوحدها 3 وفيات وهي تصيب النساء اللاتي ولدن عن طريق عملية قيصرية، و كان لأمراض القلب و الأوعية الدموية دور في وفيات الأمهات ذلك لأن الحمل يفرض أعباء إضافية على القلب و يغير الطريقة التي يعمل بها لكي يمر المزيد من الدم عبر المشيمة إلى الطفل، و لقد تضاعفت المخاطر مع الولادة ما أدى إلى وفاة امرأتين.

و بالنسبة لعدوى النفاس فقد تسببت في فقدان امرأة واحدة و هي تصيب المرأة في كثير من الأحيان بعد الولادة بسبب تمزق الأغشية قبل المخاض و الفحص المهبل المتكرر و كذا العمليات القيصرية و على الرغم من أن العملية القيصرية هي أهم عامل خطر، فإنه لا ينبغي إغفال دور قواعد النظافة التي لوحظت و تواجد بيئة غير صحية (عدم وجود قفازات، مياه نظيفة، صابون..الخ)، و تزداد مخاطر الإصابة بعدوى النفاس أكثر عند إجراء العملية القيصرية من الولادة المهبلية² و قد أصيبت الأم بالتهابات خطيرة في فترة الولادة ما أدى إلى وفاتها، و من مسببات وفيات الأمهات أمراض الجهاز التنفسي و الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية حيث كانا السبب في وفاة 2 من الأمهات امرأة لكل منهما، والانسداد الرئوي هو عبارة عن وضع طبي يشمل على انسداد شرايين الرئتين أو أحد أوعية الدم الرئيسية في الجسم، بواسطة تخثر الدم و الحديث يدور عن وضع طبي يعرض الأم³ و جنينها للخطر و للأسف قد أنهى حياة أم لهذا الخطر، و أدى انسداد السائل السلوي إلى إصابة امرأة و وفاتها و هو حالة نادرة تشمل على تدفق أجزاء من السائل السلوي إلى مجرى الدم حيث تصل هذه الأجزاء إلى الجهاز التنفسي و يقوم هذا الانسداد بسد عملية تبادل الغازات و يؤدي إلى التأثير على عملية التنفس وصولا إلى الموت⁴، و الحالة الأخيرة المتوفية تعرضت للإصابة بأنفلونزا H1.

بالإضافة إلى كل هذا لعب الإهمال و نقص الخبرة دورا أساسيا في وفيات الأمهات، لأن معظم الوفيات يمكن تفاديها إذا ما اجتمعت الإمكانيات و الخبرة مع بعضهم، فالأمراض التي تصاب بها الأم في فترة الحمل يمكن الإنقاص من حدتها إذا ما كانت متابعة مستمرة من طرف طبيب مختص، و عناية جيدة في المركز التوليدي .

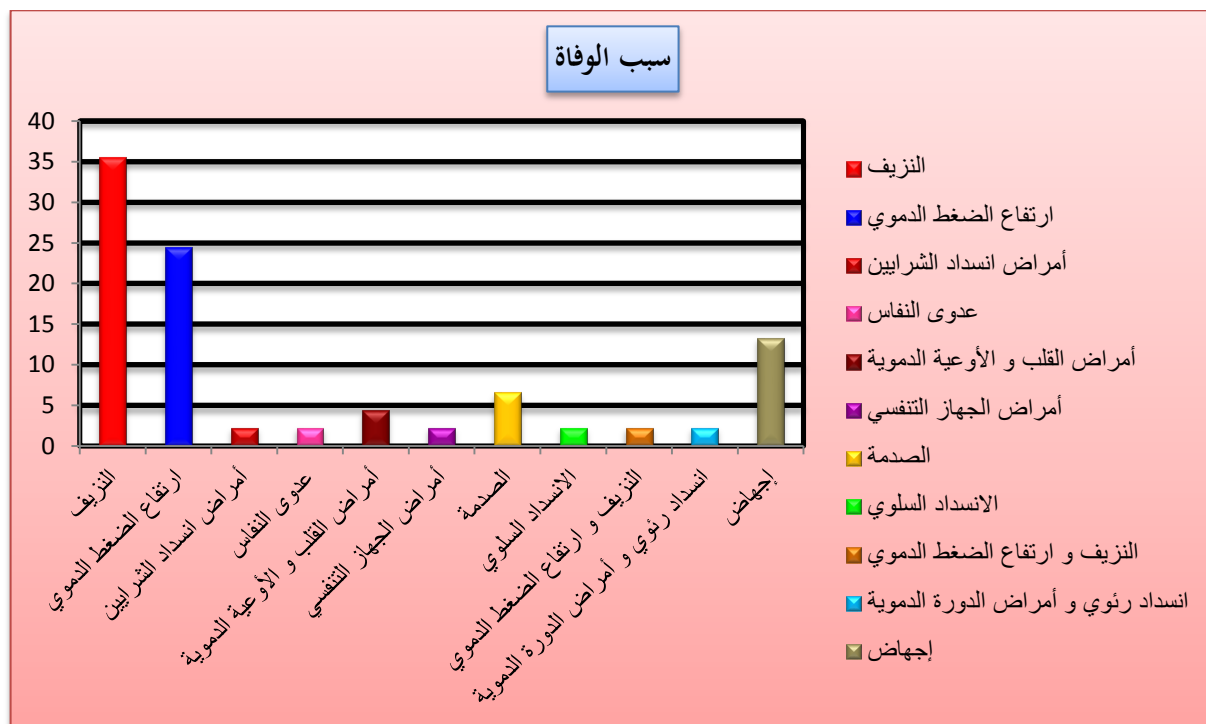
¹ موسوعة الملك عبد الله بن عبد العزيز العربية للمحتوى الصحي، الشؤون الصحية وزارة الحرس الوطني-المملكة العربية السعودية. <http://www.NHSCoices.uk>

² W.H.O(1998), Report of Technical Working Group, Postpartum care of the Mother and Newborn: a practical guide, Maternal and Newborn Health/ Safe motherhood UNT Division of Reproductive Health (Technical Support), World Health Organization, Geneva, p17.

³ <http://vb.3dlat.net> (consulté samedi 05 novembre 2017 19 :39).

⁴ <http://www.ana-mama.com> (consulté samedi 05 novembre 2017 19 :59).

مخطط رقم 71: توزيع وفيات الأمهات حسب ظروف و سبب الوفاة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 139 .

و تراوحت النسب المئوية لأسباب وفيات الأمهات ما بين 35,5% و 2,2% ، و كما تم توضيح كل سبب على حدى و المخاطر و المضاعفات جراء كل هذه الأمراض في جدول توزيع وفيات الأمهات حسب الأسباب و تبين أن الأسباب الرئيسية للوفاة كانت لنزيف و الضغط الدموي و الإجهاض، حيث شكل النزيف و الارتفاع الضغط الدموي في نسبة وفاة قدرها 59,9% من مجموع الوفيات ، و الإجهاض لوحده تسبب في مضاعفات حادة أدت إلى وفاة 13,3%، ناهيك عن الأسباب الأخرى التي نسبتها 17,6% لكل من الانسداد السلوي و الصدمة الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية، و أمراض الجهاز التنفسي و انسداد الشرايين و عدوى النفاس.

2.17 نوع السبب

جدول رقم 140: توزيع وفيات الأمهات حسب الأسباب التوليدية المباشرة و الغير المباشرة ما بين 2014-2017.

الأسباب	التردد	%	النسب التراكمية
مباشرة	40	88,8	88,8
غير مباشرة	5	11,1	
المجموع	45	100	100

المصدر: من إعداد الباحثة.

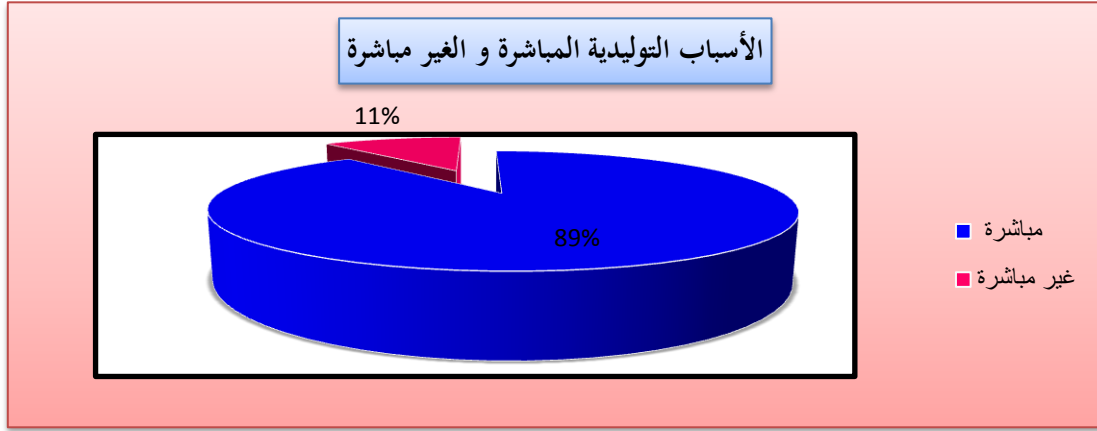
تساهم الأسباب العامة للوفاة بنسبة كبيرة في وفيات الأمهات، و نعني بوفيات الأمهات بأنها (وفاة كل امرأة أثناء الحمل أو الولادة أو خلال 42 يوم من انتهاء الحمل، بصرف النظر عن مكان و مدة الحمل، و بغض النظر عن فترة الحمل أو موقعه على أن لا تكون الوفاة بسبب حادث أو واقعة ما)، و تنقسم الأسباب إلى أسباب توليدية مباشرة و غير مباشرة و أخرى عامة:

✓ أسباب توليدية مباشرة تنجم عن مضاعفات الحمل و الولادة مثل النزيف، الانتان النفاسي، التخدير أثناء التدخل الجراحي و غيره، و هي كانت السبب في وفاة 40 أم في المؤسسة المتخصصة في التوليد مريم بوعتورة باتنة، و نجد من هذه الأسباب ما يلي:

- النزف قبل و بعد الولادة و الذي تزيد خطورته مع فقر الدم.
- الانتان نتيجة عدم النظافة أثناء الولادة، أو وجود الأمراض المنقولة جنسيا التي لم يتم علاجها.
- الارتجاج و هي اضطرابات ناتجة عن ارتفاع ضغط الدم.
- الولادة المتعسرة نتيجة لعدم تناسب رأس الجنين مع حوض الأم، أو الوضع غير الطبيعي للجنين.
- ✓ أسباب توليدية غير مباشرة تنجم عن أمراض ازدادت حدتها مع الحمل و الولادة و تفاقمت بسبب التأثيرات الفسيولوجية للحمل مثل أمراض القلب، أمراض الجهاز التنفسي و الانسداد الرئوي أو الكلى إلى غير ذلك من الأمراض و هي كانت مسؤولة عن وفاة 5 أمهات.
- ✓ أسباب غير توليدية ذات علاقة بالحمل أو الولادة كالحوادث الطارئة و المتعمدة، و لم تكن أي حالة وفاة جراء هذا السبب.¹

¹ Maternal Mortality in 2005. Estimates Developed by W.H.O, UNICEF, UNFPA and the World Bank, p 4.

مخطط رقم72: توزيع وفيات الأمهات حسب الأسباب التوليدية المباشرة و الغير المباشرة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 140 .

بناء على البيانات المتاحة عن وفيات الأمهات، تشكل نسبة وفيات الأمهات لأسباب مباشرة نسبة كبيرة من الوفيات التي تحدث بين النساء في سن الإنجاب (15-49) سنة، فقد سجلنا خلال فترة الدراسة نسبة وفيات الأمومة لهذه الأسباب بحوالي 88 % و استنادا لهذه النسبة فإن ما يقارب 40 امرأة في سن الإنجاب تموت لهذه الأسباب و هي أسباب تتعلق بالحمل و الولادة.

كما أظهرت التقديرات أن نسبة وفيات الأمومة للأسباب التوليدية الغير مباشرة 11 %، و هي متعلقة بأسباب مرضية تفاقمت من جراء الحمل و الولادة و هي عبارة عن أمراض مزمنة خطيرة و مميتة في نفس الوقت إذا ما صاحبها الحمل، و لأن وفيات الأمهات تتعلق مباشرة بصحة الأم أثناء الحمل أو بالأحداث التي تقع أثناء الولادة أو بعدها مباشرة، و إذا ما تم مقارنة وفيات الأمهات لكلا السببين نجد أن الأسباب المباشرة كانت السبب الأول في وفيات الأمهات لكن لا يمكن اعتبار الأسباب المرضية أو الغير مباشرة غير خطيرة لأن مضاعفاتها و مخاطرها تتضاعف إذا لم تكن هناك رعاية صحية قبل و أثناء و بعد الحمل.

و وفيات الأمهات لا تتعلق فقط بمهدين السببين بل تتعلق أيضا بنوعية الخدمة المقدمة من طرف القطاع الصحي من قاعة الاستقبال إلى غاية طاولة الولادة، فسوء استقبال المرضى و طول مدة الانتظار قبل التدخلات الطبية المستعجلة و نقص الاستماع لهم و عدم أخذ القرار في الوقت المناسب الأمر الذي يؤدي لإحداث اختلالات كبيرة في جودة الخدمات الصحية المقدمة، فهناك صعوبات متعددة تواجه المرأة الحامل في الاستفادة من العلاج في المراكز الاستشفائية المتخصصة و أن مستوى الخدمات الصحية المقدمة غير مرضية و لا ترقى لتلبية احتياجات المرأة.

3.17 الأسباب الأولية لوفيات الأمهات

جدول رقم 141: توزيع وفيات الأمهات حسب الأسباب التوليدية للوفاة ما بين 2014-2017.

النسب التراكمية	%	التردد	أسباب الوفيات
	88,8	40	الأسباب التوليدية المباشرة:
35,5	35,5	16	-النزيف
59,9	24,4	11	-ارتفاع الضغط الدموي
62,1	2,2	1	-الانسداد السلوي
64,3	2,2	1	-انسداد الشرايين
66,5	2,2	1	-حمى النفاس
73,1	6,6	3	-صدمة
86,4	13,3	6	-مضاعفات الإجهاض
88,8	2,2	1	-النزيف و ارتفاع الضغط الدموي.
	11,1	5	الأسباب التوليدية الغير مباشرة:
93	4,4	2	-أمراض القلب و الأوعية الدموية
95,2	2,2	1	-أمراض الجهاز التنفسي
97,4	2,2	1	-أنفلونزا H1
	2,2	1	-انسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية.
100	100	45	المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

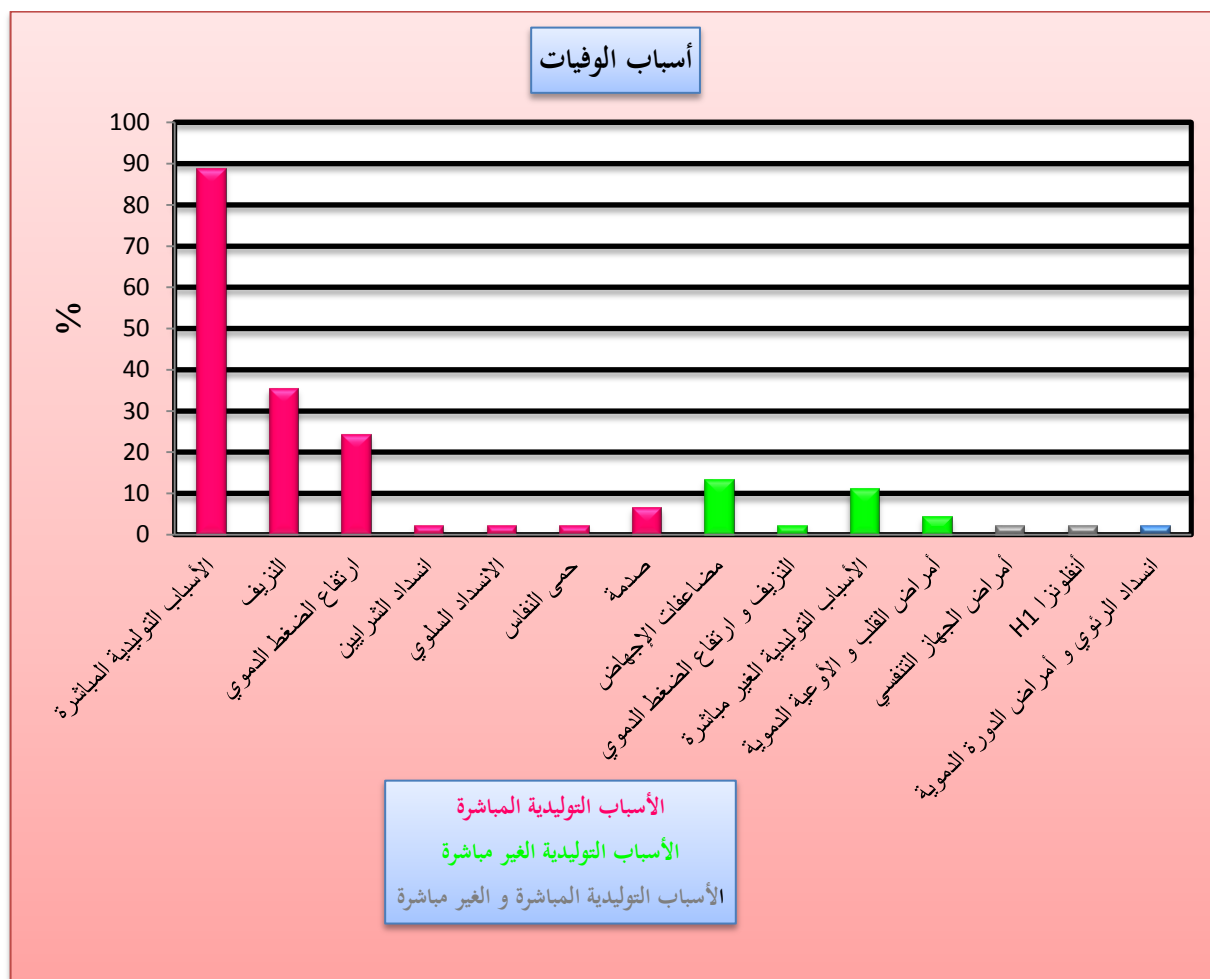
و تبين دراسة عوامل الخطر لوفيات الأمهات حسب الأسباب الرئيسية للوفيات بين الأمهات على النحو التالي:

✓ توزعت وفيات الأمهات حسب الأسباب التوليدية المباشرة على مجموعة من المضاعفات المتعلقة بالنزيف و الذي يعد كما يلاحظ في الجدول السبب الأول لوفيات الأمهات ب 61 حالة وفاة، أما الخطر الثاني فتعلق بارتفاع الضغط الدموي الذي خلف 11 وفيات، و لا يقل عامل الخطر الثالث خطورة عن السببين الآخرين بحيث أدى إلى وفاة 6 أمهات ألا وهو الإجهاض، و 3 حالات للصدمة، أما باقي الأسباب فلكل سبب منها وفاة واحدة و هي كالاتي الانسداد السلوي، انسداد الشرايين، حمى النفاس و النزيف و ارتفاع الضغط الدموي و هكذا توزعت الأسباب الغير مباشرة 40 على كل هذه العوامل و المضاعفات الخطيرة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

✓ و نجد عدد الوفيات للأسباب المباشرة 5 حالات توزعت كآآتي، 2 حالة و كأعلى عدد للوفيات لهذه الأسباب أمراض القلب و الأوعية الدموية، و حالة تعرضت لعامل خطر متعلق بأمراض الجهاز التنفسي، و الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية الذي خلف حالة وفاة للأمومة.

مخطط رقم 73: توزيع وفيات حسب الأسباب التوليدية للوفاة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 141 .

و يبين التمثيل البياني نسب أسباب وفيات الأمهات حسب الأسباب كما يلي:- الأسباب التوليدية المباشرة نسبتها 88,8%، النزيف 35,5%، ارتفاع الضغط الدموي 24,4%، الانسداد السلوي و انسداد الشرايين و حمى النفاس و كذا النزيف و ارتفاع الضغط الدموي 8,8%، و الصدمة ب6,6% و مضاعفات الإجهاض 13,3%.

- و نسبة الأسباب التوليدية الغير مباشرة 11,1%، فلكل من أمراض الجهاز التنفسي و أنفلونزا H1 و الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية 6,6%، أما أمراض القلب و الأوعية الدموية 4,4%.

4.17 وفيات الأمهات حسب الفترة و الأسباب

جدول رقم 142: توزيع وفيات الأمهات حسب الفترة و الأسباب التوليدية للوفاة ما بين 2014-2017.

%	T	فترة النفاس		فترة الولادة		فترة الحمل		فترة الوفاة	الأسباب التوليدية للوفاة
		%	N	%	N	%	N		
98	40	32	13	35	14	30	12		الأسباب التوليدية المباشرة:
42	16	17	7	20	7	5	2		-النزيف
27	11	7	3	5	2	15	6		-ارتفاع الضغط الدموي
2	1	2	1	/	/	/	/		-انسداد الشرايين
2	1	/	/	/	/	2	1		-حمى النفاس
7	3	/	/	5	2	2	1		-الصدمة
14	6	2	1	7	3	5	2		-مضاعفات الإجهاض
2	1	2	1	/	/	/	/		-النزيف و ارتفاع الضغط الدموي
2	1	/	/	2	1	/	/		-الانسداد السلوي
100	5	20	1	20	1	60	3		الأسباب التوليدية الغير مباشرة:
4	2	2	1	2	1	/	/		-أمراض القلب و الأوعية الدموية
2	1	/	/	/	/	2	1		-أمراض الجهاز التنفسي
2	1	/	/	/	/	2	1		-أنفلونزا H1
2	1	/	/	/	/	2	1		-الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية
100	45	32	14	41	16	35	15		المجموع

المصدر: من إعداد الباحثة.

✓ وفيات الأمهات حسب الأسباب و حسب فترة الوفاة، فقد تم تقسيم الجدول إلى 3 فترات و حسب الأسباب المؤدية للوفاة و تمثلت الفترة الأولى في فترة الحمل، حيث تميزت هذه الفترة بمجموعة من الوفيات ذات أسباب توليدية مباشرة، و من بين الأسباب النزيف الذي تسبب في وفاة 2 من النساء، 6 حالات لارتفاع الضغط الدموي، و حالة لحمى النفاس و إصابتين واحدة بسبب حمى النفاس و أخرى بسبب الصدمة، و 2 بسبب مضاعفات الإجهاض.

أما المرحلة الثانية فكانت مخصصة لفترة الولادة أين كانت أسباب الوفاة فيها كما يلي:

- النزيف ب 7 وفيات، و أم توفيت بسبب الضغط الدموي، و 2 بسبب الصدمة، و 3 وفيات بسبب مضاعفات الإجهاض كما تسبب الانسداد السلوي في موت امرأة واحدة.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

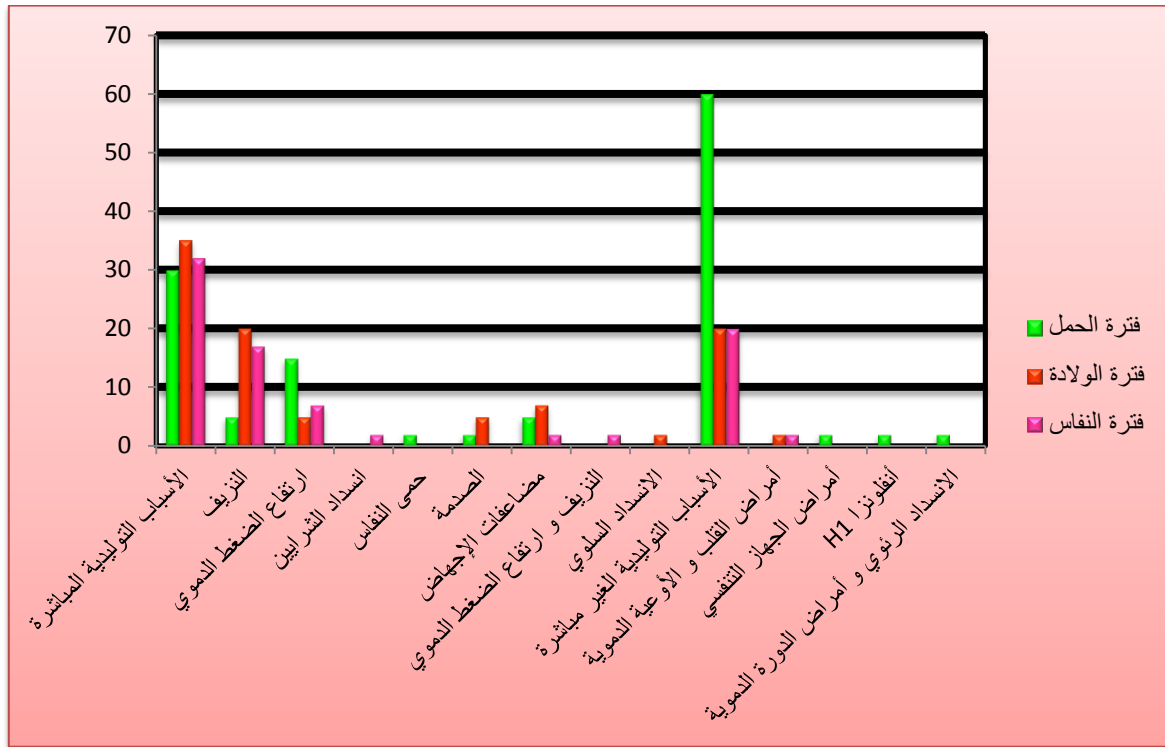
و الفترة الأخيرة هي فترة النفاس حيث سجلت 13 وفيات في هذه الفترة بسبب الأسباب التوليدية المباشرة، و لقد تسبب النزيف في وفاة 7 نساء، و 3 بسبب ارتفاع الضغط الدموي، و حالة أخرى تعرضت للموت بسبب انسداد الشرايين و أخرى لمضاعفات الإجهاض و الحالة الأخيرة تعرضت للوفاة بسبب النزيف و ارتفاع الضغط الدموي.

و سجلت فترة الولادة أعلى عدد للوفيات ب 14 حالة لأسباب توليدية مباشرة.

فالأسباب التوليدية الغير مباشرة في فترة الحمل تميزت بوفاة امرأة بسبب مرض القلب و الأوعية الدموية، و 2 من الوفيات بسبب أنفلونزا H1، و الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية.

أما في فترة الولادة سجلت وفاة امرأة واحدة بسبب أمراض القلب و الأوعية الدموية، و في فترة النفاس توفيت امرأة لنفس السبب.

مخطط رقم 74: توزيع وفيات الأمهات حسب الفترة و الأسباب التوليدية للوفاة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 142 .

30 % هي نسبة الوفيات في فترة الحمل و لأسباب توليدية مباشرة، 35 % في فترة الولادة و 40 % في فترة النفاس، في حين سجلت 60 % وفيات لأسباب توليدية غير مباشرة في فترة الحمل، 20 % في فترة الولادة و في فترة النفاس 20 %.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

و لقد عرفت فترة الولادة أعلى نسبة لوفيات للأمهات و ذلك لجميع الأسباب بنسبة بلغت 41 %، تليها فترة الحمل ب 35 % أما فترة النفاس فنسبتها بلغت 32 % لجميع الأسباب، و تحدث الوفيات بين الأمهات بسبب ثلاثة أحداث الحدث الأول هو حدوث الحمل، و حدوث المضاعفات، الوفاة نتيجة تطور المضاعفات.

18. وفيات الأمهات حسب الأسباب و سنوات الوفاة

جدول رقم 143: توزيع وفيات الأمهات حسب أسباب و سنوات الوفاة (2014-2015-2016-2017).

%	T	2017		2016		2015		2014		السنوات
		%	N	%	N	%	N	%	N	
98	40	32	13	15	6	32	13	20	8	الأسباب التوليدية المباشرة:
39	16	10	4	12	5	12	5	5	2	-النزيف
27	11	10	4	/	/	10	4	7	3	-ارتفاع الضغط الدموي
2	1	/	/	/	/	2	1	/	/	-الانسداد السلوي
2	1	2	1	/	/	/	/	/	/	-انسداد الشرايين
2	1	/	/	/	/	2	1	/	/	-حمى النفاس
7	3	7	3	/	/	/	/	/	/	-الصدمة
13	6	2	1	2	1	2	1	7	3	-مضاعفات الإجهاض
2	1	/	/	/	/	2	1	/	/	-النزيف و ارتفاع الضغط الدموي
100	5	20	1	20	1	40	2	20	1	الأسباب التوليدية الغير مباشرة:
4	2	/	/	/	/	2	1	2	1	-أمراض القلب و الأوعية الدموية
2	1	2	1	/	/	/	/	/	/	-أمراض الجهاز التنفسي
2	1	/	/	2	1	/	/	/	/	-أنفلونزا H1
2	1	/	/	/	/	2	1	/	/	-الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية
100	45	35	14	16	7	34	15	21	9	المجموع

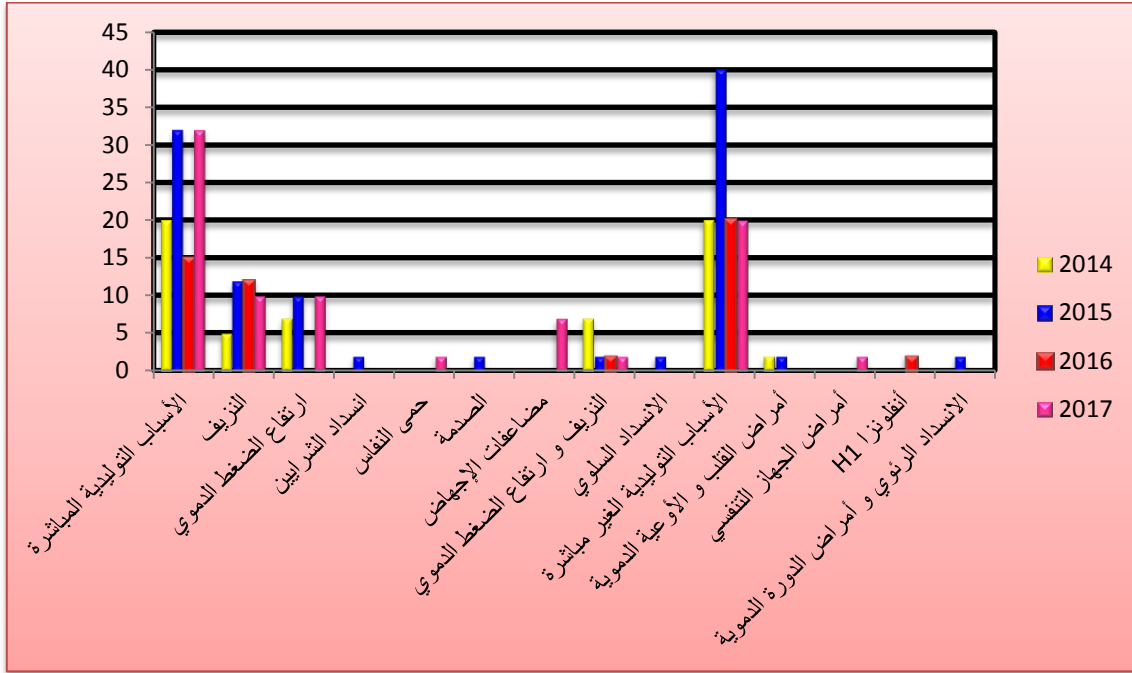
المصدر: من إعداد الباحثة.

نزيف الأعضاء التناسلية شكل خلال 4 سنوات السبب الرئيسي للوفاة، و معظم مضاعفات الإجهاض حصلت سنة 2014 ب 3 وفيات، و الوفيات الخاصة بالمضاعفات التوليدية المباشرة لأسباب متعلقة بالانسداد السلوي و حمى النفاس و النزيف و ارتفاع الضغط الدموي حدثت كلها سنة 2015، و في سنة 2017 عرفت تسجيل كل الحالات المتعلقة بالوفيات بسبب الصدمة و انسداد الشرايين.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

و بالنسبة للأسباب التوليدية الغير مباشرة توزعت كالاتي سنة 2015 بحالتين من وفيات الأمهات بسبب أمراض القلب و الأوعية الدموية و الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية و هي التي سجلت أعلى عدد للوفيات لهذه الأسباب، و 3 من الحالات حالة لكل سنة (2014-2016-2017).

مخطط رقم 75: توزيع وفيات الأمهات حسب فترة الوفاة و الفئات العمرية ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 143 .

يوضح المنحنى أعلاه نسبة وفيات الأمهات حسب الأسباب و السنوات، فبسبب وفيات الأمهات بسبب مباشر و غير مباشر لسنة 2017 قدرت ب 52 % ، و عرف معدل وفيات الأمهات بالنسبة للأسباب التوليدية المباشرة أعلى نسب لجميع السنوات، و بلغ عدد وفيات الأمهات 15 حالة وفاة سنة 2015 أي 13 حالة وفاة لأسباب مباشرة و حالتين لأسباب غير مباشرة و ترجع معظمها للتنريف و ارتفاع الضغط الدموي، و هذان السببين شكلا عائقا صحيا و مشكلة كبيرة في القطاع الصحي لقلة الخبرة و نقص الإمكانيات البشرية و المادية و هذا بطبيعة الحال يعكس الأوضاع السيئة التي يمتاز بها قطاع الصحة الجزائري خاصة المؤسسات المتخصصة في التوليد التي هي بحد ذاتها تعاني من أمراض خطيرة و عويصة فيجب على وزارة الصحة النظر في هذا الموضوع بجدية أكثر لتخفيف على الأقل من وطأة هذه الظاهرة.

19. وفيات الأمهات حسب العمر و سبب الوفاة

جدول رقم 144: توزيع وفيات الأمهات حسب العمر و سبب الوفاة ما بين 2014-2017.

%	T	49-45		44-40		39-35		34-30		29-25		24-20		الفئات العمرية أسباب الوفاة
		%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	
98	40	2	1	4	2	20	8	43	18	18	8	7	3	الأسباب التوليدية المباشرة:
39	16	/	/	2	1	10	4	17	7	10	4	/	/	-النزيف
26	11	2	1	2	1	5	2	12	5	/	/	5	2	-ارتفاع الضغط الدموي
2	1	/	/	/	/	/	/	/	/	2	1	/	/	-الانسداد السلوي
2	1	/	/	/	/	/	/	2	1	/	/	/	/	-انسداد الشرايين
2	1	/	/	/	/	/	/	/	/	2	1	/	/	-حمى النفاس
7	3	/	/	/	/	5	2	/	/	2	1	/	/	-الصدمة
14	6	/	/	/	/	/	/	10	4	2	1	2	1	-مضاعفات الإجهاد
2	1	/	/	/	/	/	/	2	1	/	/	/	/	-النزيف و ارتفاع الضغط الدموي
100	5	/	/	/	/	/	/	40	2	60	3	/	/	الأسباب التوليدية الغير مباشرة:
5	2	/	/	/	/	/	/	5	2	/	/	/	/	-أمراض القلب و الأوعية الدموية
2	1	/	/	/	/	/	/	/	/	2	1	/	/	-أمراض الجهاز التنفسي
2	1	/	/	/	/	/	/	/	/	2	1	/	/	-أنفلونزا H1
2	1	/	/	/	/	/	/	/	/	2	1	/	/	-الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية
100	45	2	1	4	2	11	8	52	20	24	11	6	3	المجموع

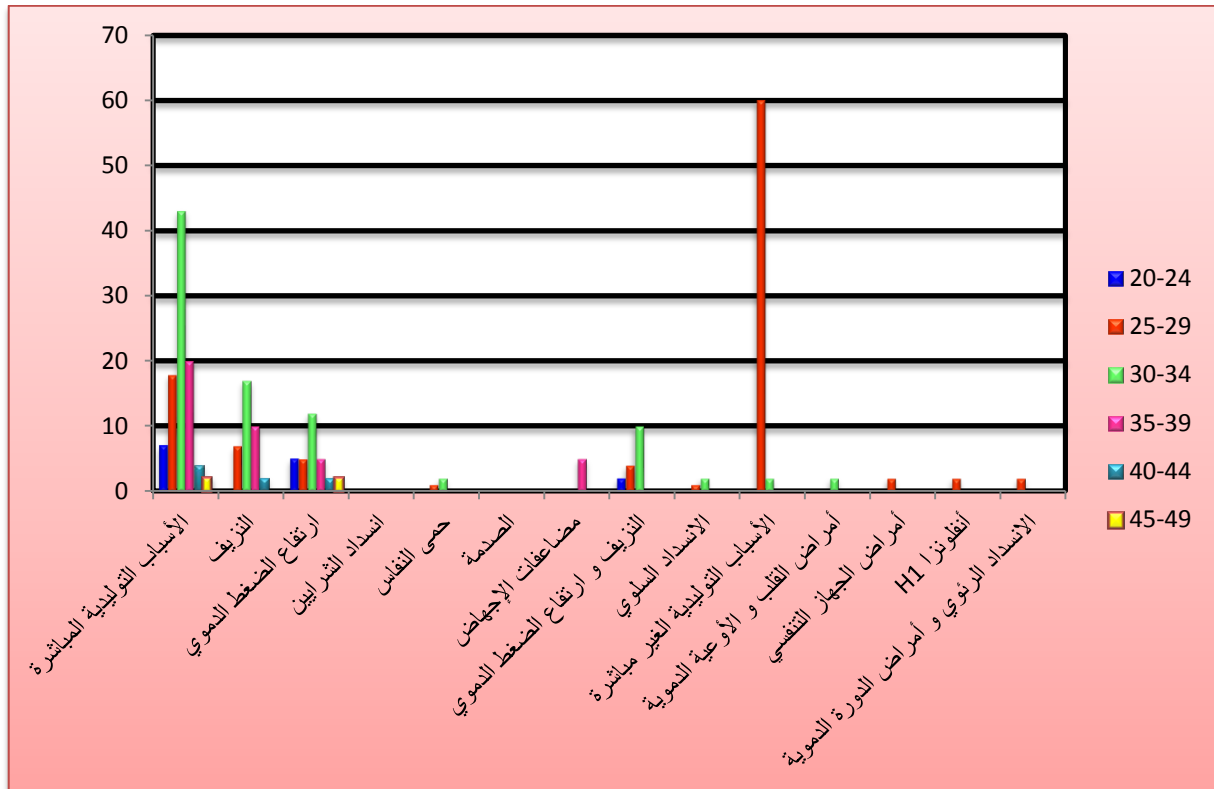
المصدر: من إعداد الباحثة.

في دراستنا كان أعلى معدل للنساء اللائي توفين بين [25-44] عاما، و أكثر فئة عمرية تأثرت بوفيات الأمهات
الفئة العمرية [30-34] و ارتبط خطر الوفيات كثيرا بالأسباب التوليدية المباشرة أين سجلنا 18 وفاة لهذه الفئة و لهذه الأسباب
و لقد أخذنا في الحسبان السبب الكامن وراء الوفاة على النحو المحدد في التصنيف الدولي العاشر للأمراض، فمعظم الوفيات
كانت لأسباب توليدية مباشرة و الأسباب الأكثر شيوعا النزيف، و مضاعفات الضغط الدموي، أما الأسباب غير توليدية
فهيمنت عليها أمراض القلب، و في نفس الفئة العمرية وهذا ما تؤكدته الدراسة التي أجراها المعهد الوطني للإحصاء في عام

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم
بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

2001 على الصعيد الوطني أن متوسط العمر 33 سنة الأكثر عرضة للوفاة لأسباب توليدية مباشرة و غير مباشرة، و خطر الوفاة يزداد باطراد حتى سن 40 عاما، أم الفئة العمرية [20-24] لم نسجل سوى 3 حالات وفاة لكل الأسباب المذكورة أعلاه في الجدول، و الموظفين الطبيين مسؤولين على هذه الظاهرة لأن تسبب معظم الحوادث في التسليم أو تفاقم بسبب الأخطاء الطبية و التقنية.

مخطط رقم 76: توزيع وفيات الأمهات حسب العمر و سبب الوفاة ما بين 2014-2017.



المصدر: من إعداد الباحثة استنادا على معطيات الجدول رقم 144 .

و إذا ما ارتأينا إلى النسب المئوية نتوصل إلى أن الفئة العمرية [20-24] قدرت نسبتها من الأسباب التوليدية المباشرة ما نسبته 7 % و كان السبب وراء الوفاة ارتفاع الضغط الدموي و الإجهاض، و لم تكن هناك وفيات لأسباب غير توليدية لكن سجلنا حالة توفيت بسبب ارتفاع الضغط الدموي و القلب، و الفئة العمرية [25-29] كانت لها 18 % من الوفيات لأسباب توليدية و توزعت الأسباب على كل من النزيف، الانسداد السلوي، حمى النفاس، الصدمة و مضاعفات متعلقة بالإجهاض، و تم تحديد أسباب وفيات الأمهات الغير توليدية لنفس الفئة العمرية على النحو التالي: أمراض الجهاز التنفسي حالة، و أنفلونزا H1، و أخيرا الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية و 2 من الوفيات كانت مرتبطة بنزيف و مرض القلب و الغدد الصماء، و عند العمر [30-34] نسبة 43% حيث تم تسجيل 7 وفيات مرتبطة بالنزيف، و 5 بارتفاع الضغط الدموي، حالة لانسداد الشرايين، و 4 حالات مرتبطة بمضاعفات الإجهاض و الحالة الأخيرة توفيت بسبب النزيف و ارتفاع الضغط الدموي و

الفصل الخامس: أمراض وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

هذه الأسباب كلها تعود لأسباب توليدية، و الأسباب الغير توليدية سجلنا حالتين متصله أسبابها بأمراض القلب و الأوعية الدموية، و من العمر [49-40] سنة توفيت ما يقدر نسبته 4 % و كلها مرتبطة بعوامل خطر متعلقة بالأسباب التوليدية المباشرة و هي النزيف و ارتفاع الضغط الدموي.

خلاصة:

تعد معدلات الوفاة للأمهات رأس الجبل الجليدي للأمراض الناجمة بسبب الحمل، و التي قدرت عالميا حوالي 536000 حالة سينتهي بمن الأمر إلى الوفاة من بين 150 مليون أم حامل، فضلا عن 34 مليون حالة مشاكل صحية بسبب الحمل، و 20 مليون حالة عجز حقيقي و أمراض شديدة، و ملايين الحالات الأخرى التي تفاقمت مشاكلها الصحية العامة مثل فقر الدم، و التهابات الكبد، و أمراض القلب، و السكري و الضغط الدموي بسبب أمراض الحمل، لهذا أكدت منظمة الصحة العالمية بأن من حق كل النساء الحوامل مهما كانت ظروف حملهن و ولادتهن أن تتوفر لهن إمكانية الحصول على خدمات الأمومة الأساسية و التي تتضمن خدمات الرعاية في أثناء الحمل و الولادة النظيفة و المأمونة و الرعاية بعد الولادة، يمثل استخدام خدمات رعاية الأمومة إحدى الاستراتيجيات المصاحبة للحمل و الولادة و بالتالي التقليل من وفيات الأمهات للوصول إلى أهداف الألفية الإنمائية.

يعد استخدام الخدمات الصحية ظاهرة سلوكية معقدة فقد أظهرت الدراسات التحريية للخدمات الصحية الوقائية أن استعمال الخدمات يعتمد على عدة عوامل منها: الحاجة إلى الخدمة، و نوع الخدمة المقدمة و مصداقية مقدم الخدمة، و ثقة المستخدم بجودة الخدمة، فضلا عن قدرته على تحمل كلفتها و قدرته على الوصول إلى مكان تقديمها، و قدرة المقدم على استمرار تقديم الخدمة فضلا عن الهيكل الاجتماعي السائد و المعتقدات الصحية و الخصائص الشخصية للمستخدمين و ينطبق الأمر ذاته على خدمات الأمومة و التي تغطي المراحل الثلاث من الحمل (أثناء الحمل، و خلال الولادة و بعدها)، و أظهرت نتائج كثير من الدراسات و التي أجريت في مناطق مختلفة من العالم أن هناك الكثير مما يمكن عمله لتوفير هذه الخدمات مع القليل من التكلفة الإضافية بالاستخدام الصحيح و الأمثل للخدمات الموجودة أصلا.¹

و أعطت الدراسة الاستيعادية لوفيات الأمهات في منطقة باتنة لمحة عامة عن الأسباب المعروفة و عوامل الخطر و المضاعفات المرتبطة بهذه الأسباب من خلال تحليل دورها في وفيات الأمهات، و في نهاية دراستنا سجلنا 45 حالة وفاة للأمومة خلال فترة الدراسة، و خلال الفترة نفسها، بلغ عدد المواليد الأحياء 58708 مولود حي، و يبلغ المعدل الإجمالي لوفيات الأمهات 67,65 % لكل 100000 مولود حي، و أظهر تطور هذا المعدل على مر السنين انخفاض و ارتفاع هذا المعدل ففي سنة 2014 بلغ معدل وفيات الأمهات 56,82 لكل 100000 مولود حي و في سنة 2015 ارتفع إلى غاية 95,32 لكل مولود حي، و سجلنا انخفاض في هذا المعدل سنة 2016 ب 39,35 وفاة لكل 100000 مولود حي، و لكن سنة 2017 عاد للارتفاع و بزيادة مع ذروة بلغت 117,76 لكل مولود حي، و هو ارتفاع حقيقة يدعو للقلق لأنه ينبئ عن مشكلة صحية كبيرة، و يمكن تفسير هذا الارتفاع أو إرجاعه لعدة أسباب منها انتشار الأمراض المستعصية و الغير سارية و التي تمثلت في

¹ C.S.O (2006)، صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية الثابتات و خيارات التدخل، وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق، صندوق الأمم المتحدة للسكان مكتب العراق UNFPA، وزارة التخطيط، ص 24.

الفصل الخامس: أمراض و وفيات الأمهات في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة بالأم و الطفل مريم بوعتورة ولاية باتنة دراسة استيعادية

كل من مضاعفات ارتفاع الضغط الدموي، ومرض القلب و انسداد الشرايين و الجهاز التنفسي، و بالتالي الحاجة إلى رعاية ما قبل الحمل و الولادة كافية لتقصي و الكشف عن حالات الحمل عالية المخاطر و ضمان حمل دون مخاطر.

و كانت خصائص السكان المستهدفين في الدراسة متعددة الإيماءات، فغالبية النساء يقطنون في الأرياف، و غير متعلمات أي أميات، دون مهنة، مع وضع اجتماعي و اقتصادي متدني و منخفض، ليس لديهم ضمان اجتماعي، و كذا يبرز في تحليل وفيات الأمهات وجود خلل في الهياكل الصحية و لا سيما على مستوى وحدات الأمومة، و تم العثور على خمسة أسباب رئيسية للوفاة و هي مرتبطة بنزيف الأعضاء التناسلية، ارتفاع الضغط الدموي، الإجهاض، الصدمة، و مرض القلب، و تعلق وفيات الأمهات بالفترة حيث أن معظم وفيات الأمهات حدثت أثناء مرحلة الولادة.

و لا تزال هناك حاجة إلى بذل الجهود على الصعيد الوطني لتحسين الحالة و تحقيق أمومة أكثر أمنا، و لذلك تعد صحة الأم مصدر قلق كبير و ذلك لأكثر من سبب واحد، فيجب ترقية الخدمة الصحية و إن صح التعبير ترقية النظام الصحي الجزائري و تنقيح السياسة الصحية للسكان (صحة الأم و الطفل)، و تنظيم دورات إعادة التدريب للموظفين الطبيين و الشبه الطبيين، و يلزم تنفيذ و إجراء بحوث سريرية و بيولوجية شاملة و أن تكون الرعاية متعددة التخصصات و إلزامية لتجنب نتائج قاتلة.

النساء

النتائج المتوصل إليها من الدراسة:

تناولت هذه الدراسة فرضية رئيسية و أربع فرضيات فرعية و التي تم التحقق منها و ذلك من خلال تحليل المعلومات و البيانات التي قامت بجمعها الباحثة أثناء العمل الميداني، و بعد المعالجة الإحصائية لتلك البيانات وصلت الدراسة إلى النتائج التالية:

✓ **الفرضية الرئيسية:** ترجع المعدلات المرتفعة لوفيات الأمهات إلى مجموعة من العوامل الاجتماعية و الاقتصادية و الصحية، تعكس الخصائص الاقتصادية و الاجتماعية و الصحية الحقائق التي كانت تعيش فيها المرأة قبل وفاتها، حيث تبين أن معدلات الوفيات كبيرة داخل فئات الدخل المنخفض و الفئات ذات التعليم الأقل، و نسبة الأزواج العاطلين عن العمل حوالي 18 % فتدني المستوى المعيشي يقلل من فرص المتابعة و التغذية الجيدة للأم في فترة الحمل، فالدخل الجيد يسمح باستخدام تنظيم الأسرة كذلك الاهتمام بالناحية التعليمية و خلق بيئة سكنية صحية مريحة بالتالي ينخفض معدل وفيات الأمهات، و علاقة المهنة بوفيات الأمهات علاقة عكسية فكلما ارتفع الدخل قلت وفيات الأمهات و كلما انخفض مستوى الدخل ارتفع هذا المعدل، و على غرار الدخل يلعب المستوى التعليمي دور كبير في مدى وعي الأسرة بصفة عامة و الأم بصفة خاصة بالصحة الإنجابية و خاصة تلك المتعلقة بالمخاطر و المضاعفات التي تنجر عن الحمل و الولادة و فترة النفاس، فلتعليم أثر واضح في التعامل مع الأساليب العلمية الحديثة للصحة الإنجابية مما يؤدي إلى خفض معدلات الوفاة بين الأمهات و تم رصد الاختلاف الواضح بين الأم المتعلمة تعليماً ابتدائياً أو متوسطاً أو ثانوياً أو جامعي و بين تلك التي لم تتلقى تعليماً في حياتها، فقد بلغت نسبة الوفيات في صفوف الأمهات الأميات حوالي 50 % و هذا يعكس قلة حظوظ المرأة الغير متعلمة في الحصول على الرعاية و الخدمات الصحية و قلة معرفتها بوسائل منع الحمل لأن الحمل المتكرر و عدم التباعد بين الولادات يكثر عند النساء الأميات، و خاصة القاطنات في المناطق الريفية و النائية التي لا تتواجد فيها مراكز صحية بصفة عامة أو مراكز للتوليد بصفة خاصة و كذا بعد هذه الأماكن عن المناطق التي تتواجد فيها مراكز أو عيادات توليد، فقد خلفت الدراسة عن حوالي 36 % من النساء المتوفيات يقطن في الريف و 40 % في معدل وفيات الأمهات أعلى عندما يكون المستوى الاقتصادي و الاجتماعي منخفض، مناطق شبه حضرية و باقي الحالات يعيشن في وسط حضري بنسبة 24 %، و كل هذه الخصائص المذكورة أعلاه لها علاقة عكسية بوفيات الأمهات و تساهم في الخفض أو الرفع من هذا المعدل.

أما الجانب الصحي الذي يعد السبب الرئيسي في رفع من مستوى وفيات الأمهات بصفة عامة، خاصة في ظل غياب المؤهلات البشرية و الإمكانيات المادية، و هذا ما أصبحنا نلاحظه في الآونة الأخيرة أين تتعرض الأم إلى سوء الاستقبال و رداءة الخدمات الصحية المقدمة و نأخذ على سبيل المثال الأم التي توفيت بالحلفة بسبب الإهمال من طرف مقدمي الرعاية الصحية، و هذا ما ينقص من قيمة الصحة في الجزائر لأن معدل وفيات الأمهات من أهم المؤشرات التي تقيس تقدم و تطور الشعوب، فارتفاع هذا المعدل يؤدي إلى تدني مستوى التنمية البشرية.

✓ **الفرضية الأولى:** يرتبط معدل وفيات الأمهات بشكل وثيق بظروف الحمل و الولادة، فكلما كان الحمل تحت رعاية أخصائي صحي زاد معدل الوفيات النفاسية، و تمت معالجة هذه الفرضية في الفصل الثالث و الخامس من الدراسة حيث تبين

ارتباط وفيات الأمهات ارتباط عكسي بنوع الرعاية المقدمة للأم أثناء تواجدها في مركز التوليد، و أن ما نسبته 80 % من وفيات الأمهات كانت تحت إشراف طبيب مولد أي مختص في مجال التوليد، كما أن 11 % من الأمهات كن تحت رقابة قابلة و هذا ما يؤكد صحة هذه الفرضية خاصة و أن 23 حالة تم توليدهن على يد طبيب نساء و توليد، و كما نوهنا في الفصل الخامس على ضرورة إعادة تكوين العاملين الصحيين في هذا المجال و إعادة تهيئة المراكز الصحية بالمعدات الضرورية خاصة تلك المتعلقة بالعمليات القيصرية، و تخصيص ميزانيات للتكفل الضروري بالأم و كذا الطفل طوال مدة تواجدها بالمركز التوليدي ذلك بغية التخفيف على الأقل من حدة وفيات الأمهات على مستوى الولاية و كذا على المستوى الوطني.

✓ **الفرضية الثانية:** النساء أكثر من 30 سنة أكثر عرضة للوفاة من النساء أقل من 30 سنة، فالمخاطر ترتفع كلما زاد سن المرأة و تصبح أكثر عرضة للوفاة من الأمهات أقل من 30 سنة، و حسب الدراسة الميدانية فإن الفئة العمرية [30-34] هي الفئة التي عرفت أعلى معدل لوفيات الأمهات.

✓ **الفرضية الثالثة:** عدم القدرة على الرعاية الصحية و نقص الموظفين المؤهلين و الرعاية السيئة المحددات الرئيسية لوفيات الأمهات، إن من الأمور التي تتوق لها كل أم هي إنجاب الأطفال و هذا لا يتم إلا في ظروف صحية ملائمة و على أيدي موظفين مؤهلين، فالأم في بلادنا تهب حياة لتسلب منها حياتها و هذا راجع إلى الرعاية السيئة و خدمات متدنية ففي بعض المناطق تضطر الأم للتنقل عدة كيلومترات للوصول إلى المركز الصحي أو الوفاة في الطريق بسبب عدم توفر مراكز قريبة تلد فيها في عوض التنقل كل هذه المسافة لتلقى حتفها في الأخير، و لهذا تعتبر الرعاية الصحية و الموظفين المؤهلين من أهم المحددات الرئيسية لوفيات الأمهات في بلادنا.

✓ **تأثر صحة الأم بالأمراض التي تصاب بها قبل أو بعد الحمل و هي مرتبطة إما بأسباب توليدية مباشرة أو غير مباشرة،** فقد ساهمت الأسباب المباشرة لوحدها في وفاة ما لا يقل عن 40 امرأة خلال مرحلة الحمل، و كانت معظمها مرتبطة بمضاعفات النزيف و ارتفاع الضغط الدموي و مضاعفات الإجهاض بنسبة 73,2 % من مجموع الوفيات، و للأسباب التوليدية الغير مباشرة دور كذلك في الوفيات و كانت متعلقة بأمراض القلب و الأوعية الدموية، أمراض الجهاز التنفسي و أنفلونزا H1 و كذا الانسداد الرئوي و أمراض الدورة الدموية و قدرت نسبة الوفيات لهذه الأسباب 15,4 %، و لقد أثبتت كذلك الدراسة العلاقة العكسية بين الأسباب التوليدية سواء المباشرة و الغير مباشرة بوفيات الأمهات فكلما كان الحمل سليم من المخاطر المرضية و ذو متابعة جيدة في فترة الحمل و خاصة قبل الحمل من أجل رصد عوامل الخطر قبل تفاقم مضاعفاتها فكلما كان الحمل خال من مخاطر مرضية كلما كانت الأم في أمان من الوفاة و كلما كان الحمل ذو مخاطر عالية كلما ساهم في رفع هذا المعدل، و لقد لعب الانتقال الوبائي الذي مرت به الجزائر بدءاً من المرحلة الوبائية وصولاً إلى الأمراض التنكسية دور في تغيير نموذج الوفاة لدى الأمهات و لقد باتت الأمراض التي ساهم الإنسان في صنعها تتفنن هي كذلك في صنع طريقة الموت و ترسمه له بإصابته بوبائيات يصعب الوقاية منها في ظل تغير نمط الغذاء إلى السلوكيات المتبعة في الحياة اليومية.

✓ **و على غرار التأكد من صحة الفرضيات المطروحة في الدراسة فهناك عوامل أخرى دفعت بمعدل وفيات الأمهات لارتفاع إلى مستويات عالية خاصة و أن النتائج تظهر ارتفاع هذا المعدل حتى بعد سنة 2015 التي كان يتوجب على الجزائر أن تحقق فيه الهدف الخامس من الأهداف الإنمائية ألا وهو خفض معدل وفيات الأمهات إلى 50 وفاة لكل 100000 مولود**

حي، فمن بين النتائج المخيبة للآمال هي ارتفاع معدل وفيات الأمهات سنة 2017 أين بلغ معدل المواليد حتى 30 أكتوبر 2017 حوالي 11888 و بمعدل وفيات قدر ب 117,76 وفاة لكل 100000 ولادة حية، فهذا المعدل يدق ناقوس الخطر في ولاية باتنة و لا بد من إجراء بحوث من أجل الكشف عن الخلل الحقيقي الذي أدى إلى رفع هذا المعدل.

✓ و أثبتت الدراسة أن النساء في الفئة العمرية [30-34] سنة أكثر عرضة للوفاة، و هناك عوامل دفعت لرفع من مستوى هذا المعدل عند هذه الفئة بذات من بينها ارتفاع متوسط سن الزواج الأول الذي ارتفع إلى حدود 30 سنة لدى الإناث، و ذلك راجع لارتفاع المستوى التعليمي و خروج المرأة للعمل، فالمرأة في هذا العمر أكثر عرضة لعسر الولادة و النزيف و الإصابة بتسمم الحمل و كذلك عرضة أكثر للإصابة بأمراض مزمنة تتفاقم في مرحلة الحمل و تؤدي إلى الوفاة.

✓ و أظهرت الدراسة على أن نوع و حالة و عمر الحمل دور أساسي في وفيات الأمهات، فمن خلال تطرقنا لنوع الحمل تبين أن حوالي 89 % من النساء حملهن فردي و 23 عمر الحمل لديهن مكتملة، إضافة إلى أن 40 % من النساء كانت حالة الحمل لديهن عادية ليست فيها خطورة، و باقي الحالات عانين من حمل غير مكتمل و ذو خطورة عالية فمن خلال استقراء الأرقام يتضح أن الخصائص الاقتصادية و الاجتماعية و الديمغرافية و الأسباب التوليدية المباشرة و الغير مباشرة هي السبب الرئيسي وراء وفاة الأمهات فعلى الرغم أن نسبة كبيرة من الأمهات لديهن حمل فردي و عمر الحمل مكتمل و حالة الحمل عادية إلى أنهن توفين.

✓ كشفت أيضا نتائج العمل الميداني انتشار ظاهرة الولادة القيصرية في العالم أجمع، فمعظم النساء يلجأن للولادة القيصرية خوفا من مضاعفات الولادة الطبيعية، و لكن 64 % من الأمهات اللاتي توفين كانت طريقة الولادة لديهن قيصرية و بلغت خطورة الموت المرتبطة بالعملية القيصرية حوالي 6 أضعاف الموت المرتبط بالولادة الطبيعية.

✓ أشارت كذلك النتائج إلى إخلاء حوالي 40 % من الحالات و معظمها كانت مناطق تابعة للولاية، أو ولايات مجاورة لها و هي حالات جد حرجة تعرضت فيه معظم النساء لنزيف حاد نقلن على إثره إلى المركز الاستشفائي مريم بوعتورة و توفين هناك، و كذا إصابتهن بارتفاع ضغط دموي و حمى النفاس و نوع من الصدمة.

✓ يعتبر التأخر في الوصول إلى الخدمات الصحية من أهم عوامل المخاطرة لحدوث وفيات الأمهات، و يعد النقص في وفر وسائل المواصلات و بعد المسافة عن مراكز الولادة من أهم أسباب الوفاة.

✓ و تمثل السبب الأول لوفيات الأمهات في النزيف الذي أود بحياة 13 امرأة.

✓ 35 % من الوفيات حدثت في فترة الحمل، و 41 % من الوفيات حدثت في مرحلة الولادة و شكلت نسبة الوفاة خلال 42 يوم التي تلي الولادة و 24 ساعة بالضبط بعد الوضع نسبة 32 %.

✓ توفيت حالة جراء إصابتها بأنفلونزا H1 و الذي شكل لديها التهاب رئوي شديد أدى بها للوفاة.

✓ و من مسببات الوفيات الإجهاض الغير الآمن الذي كان من المسببات الرئيسية للوفاة ب 13,3 %.

✓ و من أكبر المشاكل الصحية التي واجهها المركز الصحي الخاص بالتوليد هو عدم توفر الدفتر الصحي للأمهات، و هو

ما شكل لنا عائق في معرفة عدد الزيارات و الفحوصات التي قامت بها المرأة و كذا نوع وسيلة الحمل التي اتبعتها خلال حياتها الزوجية.

نتائج الدراسة

- ✓ حصل أكبر عدد من الوفيات في منطقة باتنة و بريكّة، و عرف كل من شهر جوان و ديسمبر و كذا جانفي و فيفري أفريل و أوت أعلى نسبة للوفيات، و حدثت جميع هذه الوفيات في منشأة صحية.
- ✓ و يبرز تحليل وفيات الأمهات وجود خلل في الهياكل الصحية، و لا سيما على مستوى وحدات الأمومة العامة.
- ✓ و يتبين من النتائج أن غالبية الوفيات وقعت ما بين 00-16 h، ب 66%.
- ✓ و لقد كانت هناك علاقة ارتباط عكسية تارة متوسطة و تارة ضعيفة بين المتغيرات، و لقد تم إثبات علاقة الارتباط من خلال معامل الارتباط بيرسون و الذي أثبت صحة تلك العلاقة، بين كل من أسباب وفيات الأمهات و عمر المرأة و كذا الفترة التي توفيت فيها.

التوصيات

- ✓ توفير الإمدادات و المعدات الأساسية لكل مرافق الأمومة، لأن إنشاء المراكز للرعاية التوليدية الأساسية هو خطوة أساسية و لكن من الضروري تأمين استمرار توفير الإمدادات و المعدات الأساسية للتدخلات التوليدية الطارئة فلا بد أن تتوفر بشكل دائم المضادات الحيوية و الدم و الأدوات الجراحية اللازمة.
- ✓ توفير المواصلات من أجل تسهيل النقل بين موقع الحالة العاجلة و مركز الرعاية التوليدية الأساسية، فلا فائدة من توفير الرعاية الأساسية إن لم تصبح في متناول من هن في حاجة إليها.
- ✓ تحسين مستوى إسعافات التوليد الأولية، و ذلك بغية تخفيض نسبة الحمل المخوف بالمخاطر.
- ✓ توفير خدمات مقبولة و متاحة في مجال تنظيم الأسرة.
- ✓ إنشاء و تحسين خدمات أمومة صحية إضافية.
- ✓ توفير الكوادر المدربة على كافة المستويات و خاصة في مجال القبالة و متخصصي أمراض النساء و التوليد حيث يتم توفير الرعاية الصحية أثناء المخاض لكل حامل من قبل كوادر مدربة.
- ✓ و التركيز التدريب المستمر للكوادر لرفع الكفاءة في تقديم الخدمة من خلال التدريب على الإسعافات الأولية، و الإحالة للحالات الطارئة في الوقت المناسب و استخدام البروتوكولات العلاجية الموحدة.
- ✓ تدريب القابلات من أجل معالجة النساء اللائي يتعرضن للتعقيدات، خاصة التعقيدات المتعلقة بالنزف بعد الولادة.
- ✓ تدريب القابلات على استخدام الموجات فوق الصوتية (échographie).
- ✓ ضمان إعادة التدوير اليومي للعاملين الصحيين.
- ✓ ضمان انتقال حر بين مرافق الرعاية الصحية.
- ✓ تحسين نوعية إدارة المضاعفات التوليدية.
- ✓ توفير الرعاية التوليدية مع الاهتمام بنوعية خدمات الإحالة خاصة الحالات المستعصية و التي تتضمن (التوليد الجراحي مثل العمليات القيصرية، تمزق الرحم، استئصال الرحم، التخدير..الخ).
- ✓ توفير العناية للنساء الحوامل ذوات المخاطر العالية كالرعاية المركزة أثناء الحمل.
- ✓ تزويد قسم طب النساء و التوليد مرهم بوعتورة بأسرة كافية.
- ✓ توفير غرفة الطوارئ في جناح الولادة مع المعدات اللازمة لإجراء الإنعاش.
- ✓ تحسين وضعية المرأة من خلال: توفير التعليم، تحسين الوضع الغذائي.
- ✓ إجراء بحوث و بائية لرسم السياسات و تصميم البرامج.
- ✓ تخطيط و تنفيذ البرامج عن حجم و طبيعة أمراض و وفيات الأمهات.

التوصيات

- ✓ توعية المجتمع بيوادر الخطر أثناء الحمل و الإنجاب، باستخدام وسائل الإعلام و الاتصال المختلفة، و عليه يجب أن يعرف كل فرد من أفراد المجتمع العلامات التي تستدعي أخذ الأم إلى أقرب مركز صحي و في أسرع وقت ممكن (أثناء الحمل، أثناء الوضع، بعد الوضع)، خاصة إذا ما استمر المخاض أكثر من 42 ساعة.
 - ✓ يجب توعية المجتمع بمخاطر بعض الممارسات التقليدية الخاطئة مثل الضغط على بطن المرأة أثناء المخاض أو استعمال بعض الحشائش و الأعشاب لتسريع عملية الوضع.
 - ✓ العمل مع المجتمع من أجل تحسين سبل الوصول إلى مراكز الرعاية الصحية الطارئة، و لعل تسهيل وصول المرأة المتعسرة إلى المراكز الصحية يعتبر من أهم أدوار المجتمع من ناحية، كما يمكن للمجتمع أن يجند موارده و إمكانياته و يمارس ضغطا سياسيا لتحسين الأوضاع الصحية في مناطقهم من ناحية أخرى.
 - ✓ الوقاية و المعالجة من الإجهاض الغير الآمن.
 - ✓ خلق الوعي لدى المجتمع حول أسباب أمراض و وفيات الأمهات و دور المجتمع في الوقاية منها.
 - ✓ تعزيز رعاية الأمومة بخدمات الصحة الإنجابية و أن تكون هذه الخدمات ذات نوعية جيدة من خلال وضع معايير الخدمة و تدريبها للعاملين و الإشراف المستمر على تنفيذها.
 - ✓ تخصيص الموارد المالية و المادية لتعزيز برامج الأمومة.
 - ✓ تحسين نوعية الخدمات الوقائية و التشخيصية و العلاجية للأمومة.
 - ✓ توسيع التغطية لخدمات الأمومة و تنظيم الأسرة خاصة في المناطق المحرومة.
 - ✓ التنسيق بين المرافق الصحية على جميع المستويات و بين القطاعات الأخرى.
 - ✓ خلق الوعي بين أفراد المجتمع رجالا و نساء حول أسباب أمراض و وفيات الأمومة و الصحة الإنجابية بصفة عامة و دور المجتمع في الوقاية منها.
 - ✓ إشراك المنظمات غير الحكومية الوطنية و الدولية في دعم و تعزيز برامج الأمومة.
 - ✓ وضع قوانين لحماية الأمومة الآمنة.
 - ✓ الاهتمام بالمؤشرات الخاصة بوفيات و أمراض الأمهات.
 - ✓ تنمية المرأة اجتماعيا و اقتصاديا و خاصة في مجال التعليم.
 - ✓ إنشاء نظام التحقيقات السرية (confidential inquiries)، على جميع وفيات الأمهات كأداة لتحليل الظروف المؤدية إلى الوفيات بهدف تحسين خدمات الأمومة.
 - ✓ دمج دراسة وفيات الأمومة في المسوحات الديمغرافية الخاصة لصحة الأم و الطفل.
 - ✓ إجراء البحوث العلمية و الدراسات حول العوامل المؤثرة على أمراض و وفيات الأمومة و مسبباتها.
 - ✓ التنسيق و الربط بين البرامج الصحية لتعزيز النظم الصحية و التكامل في تقديم الرعاية الصحية الإنجابية
 - ✓ توفير المعلومات حول:
1. وفيات الأمهات و مسبباتها.

التوصيات

2. معدل وفيات ما حول الولادة.
 3. عدد حالات الولادة التي تمت تحت إشراف الكوادر المدربة.
 4. عدد القابلات المتدربات ومدى وجودهن في مواقع العمل.
- ✓ يجب إجراء فحوصات ما قبل الحمل و بعده، لتجنب مضاعفات الحمل و الولادة.
 - ✓ تحسين رفاهية المرأة و صحتها الإنجابية.
 - ✓ ضمان التوزيع العادل للمنشآت و الأفراد و الخدمات الصحية في جميع أنحاء الإقليم.
 - ✓ تحسين برنامج الرصد من خلال تعزيز نظام مراقبة وفيات الأمهات.

الخاصة

خاتمة عامة:

يعد المؤتمر الدولي للسكان والتنمية الذي انعقد في القاهرة عام 1994 ركناً أساسياً على الصعيد العالمي في مجال

الصحة الإنجابية

حيث أثار اهتمام الدول كافة نحو قضايا الصحة الإنجابية و تعدى المفاهيم السابقة لقضايا الإنجاب والتي تركزت على تنظيم الأسرة ليشمل أبعاداً جديدة لم يسبق تناولها كما أكد الضرورة العلمية للنظر في الجوانب السلوكية والاجتماعية المتعلقة بالصحة الإنجابية والجنسية للأفراد.¹

ومما لاشك فيه أن النساء في سن الإنجاب [15-49] سنة ، وهن يشكلن أكثر من خمس سكان العالم، يتعرضن بصورة متكررة إلى المخاطر المصاحبة للحمل والولادة وهو ما يؤكد الحاجة إلى البحث العلمي الدقيق لهذه المخاطر وخدمات رعاية الأمومة الأساسية التي تكفل مواجهة هذه المخاطر، و تتضمن خدمات رعاية الأمومة الأساسية الرعاية في أثناء الحمل، والولادة على أيدٍ مدربة و مؤهلة، ورعاية ما بعد الولادة².

من المعروف عالمياً أن توفر الرعاية الصحية خلال الحمل والولادة وما بعدها من قبل أشخاص مؤهلين ماهرين يمكن أن يحسن إلى حد كبير معطيات الولادة سواء للأمهات أو للأطفال الرضع من خلال الاستخدام الصحيح والأمثل للإجراءات المناسبة والتي تسمح بالتشخيص السريع للمضاعفات المحتملة ومعالجتها.

إن استخدام خدمات الرعاية الصحية سواء كانت الحكومية أو الخاصة تعتمد على عدة عوامل منها: العوامل الاجتماعية و الديموغرافية، والتركيبية الاجتماعية، ومستوى التعليم، والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع، وضع المرأة، والنظام الاقتصادي والسياسي للبلد فضلاً عن العوامل البيئية ونمط انتشار الأمراض والنظام الصحي المعمول به، كذلك فإن المحرك الأساسي والرئيسي لطلب الخدمات الصحية واستخدامها يكمن في تنظيم وهيكلية المجتمع ككل وطبيعة النظام الصحي.

وتعد خدمات رعاية الأمومة خلال وقت الحمل ضرورة جدياً للاكتشاف المبكر للأمهات المعرضات للمرض والوفاة خلال الحمل و يعتمد استخدام هذه الخدمات على عدة عوامل منها: الحاجة إلى الخدمة، ونوع الخدمة المقدمة، وثقة المستخدم بجودة الخدمة، فضلاً عن قدرته على تحمل تكلفتها، وقدرته على الوصول إلى مكان تقديمها، وقدرة المقدم على تقديم الخدمة³.

ضمن إطار برنامج عمل المؤتمر العالمي للسكان والتنمية ، طلب من الحكومات وضع تصور للترويج والوقاية في مواضيع الصحة الإنجابية عامة مع اهتمام خاص بالصحة الجنسية بناءً على «حقهم في السيادة المتماشية مع القوانين المحلية وأولويات التنمية الوطنية مع احترام كامل للديانات والثقافات المختلفة لشعوبها والمتطابقة مع حقوق الإنسان المعترف بها دولياً.» ضمن هذا السياق، بات على الحكومات العمل على حماية حقوق الصحة الإنجابية والجنسية عبر منع الآخرين من انتهاكها من

¹ Jain A, Bruce J. A (1994), **reproductive health approach to the objectives and assessment of family planning programmes**. New York, Population Council.

² Promoting a new vision of masculinity –UNFPA web site–document, October, 1(2002).

³ **Interpreting reproductive health: ICPD+ 5 Form at The Hague (1999). World Health Organization**, Geneva, February.

خلال قوانين صارمة تسن من قبل المجالس النيابية وتهدف إلى تأمين فرصة التمتع بهذه الحقوق، و في الوقت نفسه بات على الحكومات حماية ممارسة هذه الحقوق وعدم انتهاكها من قبل الدولة نفسها.

كذلك تضمنت توصيات اجتماع البرلمانين العرب الذي انعقد في القاهرة في جويلية 2003 ما يأتي: دعم الدولة والحكومات لتطوير سياساتها السكانية، وتحسين وتطوير برامج السكان وتنظيم الأسرة لتشمل الأمومة الآمنة، حقوق الشباب في الصحة الجنسية والإنجابية مع اشتراك الذكور بصورة أكثر كثافة وتطوير القدرات في مجال إدارة برامج الصحة الإنجابية.

فبرغم من أهمية وفيات الأمهات و خطورتها إلا أنها تشكل فقط قمة جبل الجليد من حجم العبء المرضي للنساء في المرحلة الإنجابية وتستدعي النظرة الشمولية للصحة دراسة الأحوال المرضية والأعراض التي تشكو منها النساء وتؤثر في حياتهن، لأنها قد تشكل بالنسبة للمجتمع ككل الحجم الأكبر من سنوات العمر المفقودة بسبب اعتلال الصحة. وتشمل المراضة الإنجابية تلك المتعلقة بالحمل والولادة والنفاس، فضلا عن الأمراض النسائية المتعلقة بالجهاز التناسلي والعقم، وكذلك بعض الأمراض المرتبطة بالنساء مثل التهابات الجهاز البولي و فقر الدم .

فلكل حالة وفاة أم، هناك حوالي 40-60 أما أخرى تواجه أمراضاً وإصابات خطيرة تتعلق بالولادة فقد أشار تقرير الصحة العالمي 2005 أن هناك أكثر من 300 مليون امرأة في الدول النامية يعانين من الأمراض والآثار الحادة والمزمنة المتأتبة من الحمل والولادة.¹

تحتاج النساء الناجيات من المضاعفات الخطيرة المهددة للحياة، في الأغلب إلى وقت طويل للتعافي وللشفاء من هذه المضاعفات وربما يواجهن متاعب وتبعات جسدية ونفسية واجتماعية وحتى اقتصادية، إن الصحة العائلية المزمنة للأمم تنعكس سلبا على الأطفال الذين يعتمدون عليها في الطعام والرعاية والدعم العاطفي وتعرضهم إلى أخطار كبيرة ومتعددة.

و تشمل الأسباب الرئيسة لمراضة الأمهات: عسر الولادة وبقية الإصابات الناجمة عن الولادة، وفقر الدم الشديد، والعقم، وتضرر هيكل الحوض، والالتهابات المزمنة، والكآبة وضعف الإنتاجية، وهذه المشاكل الصحية تؤدي تباعا إلى مشاكل أخرى مثل: المشاكل الزوجية، وتفكك الأسرة، والعزلة الاجتماعية، والانتحار، وكلفة الرعاية الطبية، وضعف العمل والإنتاج وفقدان العمل² تعد بيانات المراضة من البيانات التي يصعب الحصول عليها حيث لا يتم تسجيلها في السجلات الرسمية وإذا توفرت في سجلات المستشفيات فإنها في الأغلب تكون غير دقيقة، فضلا عن عدم تمثيل المتزددات على المستشفيات لمجموع النساء في المجتمع.

و لقد تغيرت صورة وفيات الأمهات في الجزائر بشكل كبير في العقود الأخيرة، خاصة بعد تبني الجزائر عدة استراتيجيات و برامج لمكافحة أمراض و وفيات الأمهات و التي سطرتها في سياسة تحسين صحة الأمهات و هي واحدة من الأهداف الرئيسية لسياسة الوطنية للوقاية و الصحة، و قد ارتفع عدد النساء بأربعة أضعاف في سن الإنجاب [15-49] سنة في الفترة الممتدة ما بين 1966 و 2008 حيث بلغ 2,5 مليون سنة 1966، ليرتفع إلى 9,9 مليون سنة 2008، و انخفاض معدل وفيات الأمهات بنحو 85 % في فترة 49 سنة (1966-2011) من 500 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 1962 إلى

¹ WHO. Maternal mortality in 2005: estimates by WHO, UNICEF and UNFPA. Geneva, 2007.

² UNFPA – Maternal morbidity. www.unfpa.org/public/mothers/pid/43388.

73,9 حالة وفاة لكل 100000 ولادة حية سنة 2011 و يرتبط هذا الانخفاض في تطور نوعية الخدمات الصحية المقدمة و الرعاية أثناء الحمل و الولادة، حيث أن معدل الرعاية ما قبل الولادة وصل إلى 90,3 % سنة 2006، و معدل المواليد التي تتم وفق مساعدة طبية تصل إلى 98,6 % في عام 2012، و لابد من الإشارة إلى التطور الذي عرفته الجزائر بالنسبة لمؤشر التعليم لدى الإناث حيث ارتفع معدل التعليم من تعداد لآخر ففي سنة 1966 بلغ 36,90 % ليصل إلى 91,2 % سنة 2008 بزيادة قدرها 55 % في فترة 42 سنة، و كان لسياسة تنظيم الأسرة أثر كبير في تخفيض معدلات الخصوبة لدى المرأة الواحدة فمتوسط عدد الأطفال لكل امرأة سنة 1970 قارب 8 أطفال ليصل في حدود طفلين لكل امرأة سنة 2009 ، و لكن انخفاض معدل وفيات الأمهات كان بشكل بطيء و تبين بأن الجزائر لم تكن في الموعد عام 2015 فيما يتعلق بتحقيق الهدف 5 من الأهداف الإنمائية و هو تخفيض وفيات الأمهات إلى 50 وفاة لكل 100000 ولادة حية، و لا يزال يتعين إحراز تقدم من أجل تخفيض هذا المعدل، و لقد اتبعت الجزائر خطة لتسريع الأهداف الإنمائية للألفية كجزء من برنامج التعاون بين الجزائر و اليونيسيف، مقترنا بإنشاء نظام لمراجعة وفيات الأمهات و ذلك من خلال إجراء تحقيق سري بخصوص ذلك، و التي تم تنفيذها في النصف الثاني من سنة 2014، و يهدف هذا الأخير إلى تحديد الملامح الوبائية الحالية لوفيات الأمهات، و كذا تحديد الأسباب و أوجه التفاوت في التوزيع الوطني أو في بعض المجموعات الفرعية من النساء، و سيؤدي ذلك إلى توجيه أو إعادة توجيه الإجراءات التي تتماشى مع الأولويات الحقيقية، و تحديد جوانب أداء الرعاية الصحية التي كان من الممكن أن يؤدي تحسينها إلى منع نتائج قاتلة لكن هذا التحقيق كان بشكل موجز يركز على المتغيرات الرئيسية، و هو تقرير ليس دقيق يسمح بمعرفة الخصائص و العوامل الكاملة للوفاة.

و من جهة أخرى تناولت هذه الدراسة أمراض و وفيات الأمهات في الجزائر من خلال إجراء مسح شمل ضمن استمارة الاستبيان الخاصة بالنساء بعمر [15-49] سنة اللاقي ولدن آخر مولود لهن خلال أربع سنوات من الدراسة في ولاية باتنة، و لقد هدفت إلى عكس أثر الأمراض و كذا الخصائص الاقتصادية و الاجتماعية و الأسباب التوليدية المباشرة و الغير مباشرة على وفيات الأمهات، و تبين أن من أسباب ارتفاع وفيات الأمهات أيضا الاعتماد على ميزانيات صغيرة لا تكفي فتؤثر على الصحة عامة، و على صحة الأم و الطفل على وجه الخصوص و افتقار المرأة لسلاح التعليم خاصة في المناطق الريفية التي تكثر فيها مثل هذه الوفيات كما أنه توجد أسباب صحية و اجتماعية و اقتصادية فمن الأسباب الصحية لوفيات الأمهات هي قلة الكادر الصحي المؤهل و كذا نقص الأسرة و المعدات الطبية، و توصلت الدراسة إلى أن الوفيات تتأثر بصورة مباشرة بمستوى الدخل الذي يؤثر في التغذية، و الصرف على الخدمات الرعاية الصحية الإنجابية من ناحية إجراء الفحوصات و متابعة وضعية حملهن متابعة طبية تضمن سلامة الأم و الطفل معا، و من المعروف أن الأم تصاب بمجموعة من الأمراض قبل أو بعد الحمل و التي قد تسبب لها الوفاة و هذا ما تم التأكد منه، فمعظم الأمهات توفين لأسباب مرتبطة بأسباب توليدية مباشرة متعلقة بالنزيف و ارتفاع الضغط الدموي و حمى النفاس و الصدمة و الإجهاض، و حدثت معظم هذه الوفيات في مرحلة الولادة و عند الفئة العمرية [30-34] سنة، و كذلك لأسباب توليدية غير مباشرة أي مرضية فقد سجلنا حالات للأمهات توفين جراء الإصابة بمرض القلب و الأوعية الدموية و أمراض الجهاز التنفسي، كما سجلنا حالات أين كانت الأم مصابة بأمراض متعلقة بسببين معا (ارتفاع الضغط الدموي و القلب و السكري، و النزيف مع مرض القلب و الغدد الصماء)، و تؤكد النتيجة المبررة أن معدل

وفيات الأمهات لا يزال يمثل مشكلة صحية عمومية رئيسية في الجزائر و لا يزال خفضها يشكل تحديا حاسما في سبيل تحقيق النجاح في النمو الاقتصادي و الاجتماعي للمرأة و هذه الأرقام التي أظهرت في الدراسة لا تعكس معدل وفيات الأمهات حقيقة في ولاية باتنة لأن هناك من النساء من يتوفين في المنازل بسبب مضاعفات الحمل و الولادة و لكن لا يتم الإبلاغ عليهن، خاصة المقيمتات في المناطق الريفية و النائية.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أ. المراجع باللغة العربية

➤ الكتب:

- 1- باحبيش صالح ، سعاد عبد الكريم الآرياني، د. آمة الكريم علي حمد، د. أحمد إسماعيل غازي، نحو إستراتيجية آمنة للأومومة في الجمهورية اليمنية،(د.ن)،(د.ت).
- 2- بن واضح الهاشمي(2016) ، منهجية إعداد بحوث الدراسات العليا (ماستر-ماجستير-دكتوراه)، كلية العلوم الاقتصادية و التجارية و علوم التسيير، جامعة محمد بوضياف المسيلة، طبعة 2016.
- 3- R Bonita.R Beaglehole. T Kjellstrom (2008): أساسيات علم الوبائيات، ترجمة جيهان أحمد محمد فرج، منظمة الصحة العالمية المكتب الإقليمي لشرق المتوسط، المركز العربي للتعريب و الترجمة و التأليف و النشر، الطبعة الثانية، دمشق.
- 4- عبيدات محمد و آخرون (1999)، منهجية البحث العلمي: القواعد-المراحل-التطبيقات، ط2، الأردن: دار وائل للطباعة و النشر.

المذكرات و الأطروحات

➤ المذكرات

- 5- بحدادة نجاة (2012)، تحديات الإمداد في المؤسسة الصحية (دراسة حالة المؤسسة العمومية الاستشفائية لمغنية)، مذكرة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية علوم التسيير و العلوم التجارية، جامعة أبي بكر بلقايد- تلمسان.
- 6- دوناس حفيظة (2014)، واقع القطاع الصحي الخاص و تأثيره على السياسة الصحية العامة في الجزائر دراسة حالة عيادة الرازي بسكرة، مذكرة مقدمة لنيل شهادة الماستر في العلوم السياسية و العلاقات الدولية تخصص السياسة العامة و الإدارة المحلية، كلية الحقوق و العلوم السياسية قسم العلوم السياسية، جامعة محمد خيضر-بسكرة.
- 7- علي دحمان محمد (2011)، تقييم نفقات الصحة و التعليم، رسالة مقدمة لنيل شهادة الماجستير في العلوم الاقتصادية، كلية العلوم الاقتصادية و التسيير و العلوم التجارية مدرسة الدكتوراه تخصص:تسيير المالية العامة، جامعة أبي بكر بلقايد تلمسان الجزائر، ص 48.
- 8- علواني عديلة(2004)، تقييم آثار طرق تمويل الصحة العمومية على أداء الخدمات الصحية في الجزائر، رسالة ماجستير في العلوم الاقتصادية، فرع تسيير، جامعة بسكرة.

9- كحيلية نبيلة (2009)، تطبيق إدارة الجودة الشاملة في المؤسسات الاستشفائية، مذكرة مكملة لنيل شهادة الماجستير، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير مدرسة الدكتوراه "اقتصاد-ماناجمنت"، جامعة منتوري قسنطينة الجزائر.

10- محمد سليمان دفع الله فاطمة (2010)، وفيات الأمهات في السودان في الفترة 1998-2009، بحث تكميلي مقدم إلى جامعة الخرطوم لنيل ماجستير العلوم في الاقتصاد القياسي و الإحصاء الاجتماعي، ماي.

➤ الأطروحات:

11- جيلالي أمير (2009)، محاولة دراسة تسويق الخدمات الصحية في المنظومة الاستشفائية الجزائرية، أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه في العلوم الاقتصادية و علوم التسيير فرع التخطيط، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير قسم العلوم الاقتصادية، جامعة الجزائر.

12- فطيمة دريد (2007)، النمو الديمغرافي وأثره على التنمية الاقتصادية والاجتماعية (دراسة في تنظيم العائلي للأسرة الجزائرية)، دراسة ميدانية بولاية باتنة)، أطروحة لنيل شهادة دكتوراه دولة في علم اجتماع التنمية ، كلية العلوم الإنسانية والعلوم الإجتماعية ، جامعة منتوري قسنطينة.

➤ المجالات و المقالات العلمية

13- بيرير مارج ، « قضايا الصحة الإنجابية، وفيات الأمهات هل يتحقق هدف الحمل الآمن؟ » ، ترجمة أحمد محمود و باحثين آخرين، مختارات مترجمة من مجلة " Reproductive Health Matters " ، تصدر الطبعة الجديدة عن مؤسسة المرأة الجديدة.

14- نور الدين حاروش(2009)، « السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات و الواقع » ، مجلة دراسات إستراتيجية، الصادرة بالجزائر، العدد 7.

15- قوانين حمو رابي(1961)، « صفحة رائعة من حضارة وادي الرافدين » ، ترجمة و تعليق الدكتور محمود الأمين، مستلة من مجلة الآداب، العدد 3، كانون الثاني بغداد، 1961.

16- عياشي نور الدين، " تطور المنظومة الصحية الجزائرية"، كلية العلوم الاقتصادية و علوم التسيير، جامعة منتوري قسنطينة الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية بحوث اقتصادية، العدد 31-جوان 2009، المجلد ب.

17- عبد الكريم فوضيل، رم بن زايد (2016)، « واقع الصحة الإنجابية للمرأة في الجزائر » .مجلة العلوم الإنسانية و الإجتماعية_، العدد 23، جامعة وهران، مارس.

➤ المسوحات و التعدادات و الإحصاءات

- 18- الديوان الوطني للإحصاء نتائج تعداد 1987.
- 19- الديوان الوطني للإحصاء(O.N.S): مجموعات إحصائية 62-02 عدد خاص، الجزائر.35.
- 20- الديوان الوطني للإحصائيات، التعداد العام للسكان 1966-1977-1987-1998-2008 (ONS).
- 21- الإحصاءات الصحية العالمية 2009، منظمة الصحة العالمية.
- 22- الديوان الوطني للإحصائيات- البنك العالمي .
- 23- المسح الوطني للخصوبة 1986، (2) المسح الجزائري الخاص بصحة الأم والطفل 1992، (3) المسح الخاص بصحة الأسرة 2002، (4) المسح الجزائري متعدد المؤشرات 2006.
- 24- وزارة الصحة و السكان.

25- C.S.O (2006) ، صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات و خيارات التدخل، وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق، صندوق الأمم المتحدة للسكان مكتب العراق UNFPA، وزارة التخطيط.

➤ التقارير

- 26- إدارة الشؤون الاقتصادية و الاجتماعية شعبة السكان(2002)، السكان و الحقوق الإنجابية و الصحة الإنجابية مع التركيز على وجه الخصوص على فيروس نقص المناعة البشرية/ متلازمة نقص المناعة المكتسب الإيدز، التقرير الموجز، الأمم المتحدة، نيويورك: ST/ESA/SER.A/214.
- 27- التقرير الخاص بالصحة في العالم(2005)، لا تبخلوا أما و لا طفلا من مكانتهما في المجتمع. جنيف، منظمة الصحة العالمية.
- 28- التقرير الوطني حول التنمية البشرية لسنة 2002.
- 29- التقرير الاقتصادي العربي الموحد، التطورات الاقتصادية و الاجتماعية، الفصل الثاني، (د، ت).
- 30- تقرير اللجنة الاقتصادية للأمم المتحدة (2012) ،حول وفيات الأمهات و الأطفال في أفريقيا، أديس أبابا- أثيوبيا ،6 أكتوبر.
- 31- تتبع التقدم المحرز في مجال إنقراض الأمهات و الولدان و الأطفال. تقرير عام 2008. نيويورك، اليونيسيف، 2008.
- 32- معدل وفيات الأمومة في عام 2005. تقديرات منظمة الصحة العالمية و اليونيسيف و صندوق الأمم المتحدة للسكان و البنك الدولي .جنيف، منظمة الصحة العالمية، 2007.

33- نسبة الولادات التي تمت بمساعدة عامل صحي حاذق- تحديثات عام 2008. جنيف، منظمة الصحة العالمية، إدارة الصحة الإنجابية و بحوثها، 2008.

34- تقرير منظمة الصحة العالمية 2007. أهم الأسباب العشرة المؤدية إلى الوفاة.

ب. قائمة المراجع باللغة الفرنسية

➤ الكتب:

35- Bouvier-Colle M.H(2003). **Mortalité maternelle dans les pays en développement** : Données statistiques et amélioration des soins obstétricaux Méd.-trop ; 63.

36- Campbell O.M.R ET Graham W.J, 1990, **Measuring maternal mortality and morbidity: Levels and Trends**, Maternal and Child Epidemiology Unit, London School of Hygiene and Tropical Medicine, Publication n°2 London.

37- Dorfman SF (1990), **maternal mortality in New York City**. 1981-1983. Obstet Gynecol; 76.

38- Kenneth Hill(2001), **Cynthia Starton, Neeru Gupta, Mesurer la mortalité maternelle à partir du recensement: Guide pour les utilisateurs potentiels**, Measure évaluation Carolina population center university of north Carolina at. Chapel hill, north Carolina 27516, USA, Measure evaluation Manual series, No-4, juillet 2001.

39- Potton G C, Coffy C , Sawyer SM, Viner M, Holler DM, Bose K, Vos T, Ferguson J, Mathers CD (2009). **Global patterns of onortality in young people: systematic analysis of population health data**. Lancet. 374.

40- World Health Organization. (1978). **International Statistical Classification of Diseases and Related Health problems**, 9th revision, volume 11, World Health Organization, Geneva.

41- World Health Organization (1992). **International Statistical classification of Diseases and Related Health Problems** , Tenth Revision , volumes 1 à 3 , Geneva , World , Health Organization , 1992 à 1994.

المذكرات و الأطروحات

➤ المذكرات

42-El Bachir Zohra(2013), **Evolution de la mortalité en Algérie**, mémoire présenté en vue de l'obtention du diplôme de magistère en démographie, faculté des sciences sociales département de démographie, université d'Oran.

➤ الأطروحات

43- **Allouda Heroua Dehbia** (2014), **Incidence de la morbidité et de la mortalité des complications neurologiques survenant chez la femme enceinte dans le peri partum**, thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en sciences médicales, université d'Alger Benyoucef Benkhedda, faculté de médecine.

44- BOUISRI ABDELLAZIZ (2001), **MORTALITE MATERNELLE EN ALGERIE** (1999), **XXIVe Congrès Général de Population de l'UIESP Salvador, Bahia, Brésil 20 août au 24 août 2001** ; Institut National de la Statistique RABAT (MAROC).

45- **Belgherras Hafsa, Benchouhra Sabine et Bekara Abla** (2014), **LA MORTALITE MATERNELLE**, Thèse pour l'obtention du diplôme de docteur en sciences médicales, EHS. Mère et Enfant Tlemcen.

46- Chaoui Farid, & al(2012), **Les Notes .IPEMED Etudes et Analyses, Les Systèmes de santé en Algérie, Maroc, Tunisie**, Défis nationaux et enjeux partagés, Les pays des Maghreb, des états en transition sanitaire (Algérie, Maroc, Tunisie), monographies nationales, N° 13 Avril.

47- **EL HADJ MOULAY** (2012), **MORTALITE MATERNELLE A LA MATERNITE DU C.H.U.ORAN. QUELLE EVOLUTION ?**, Thèse pour l'obtention du diplôme de doctorat en sciences médicales, faculté de

médecine, Université D'ORAN.

48–Kadi Nadjat (2013), **Santé Reproductive et Pauvreté en Algérie**, Thèse en vue de l'obtention du titre de docteur en Démographie, faculté des sciences sociales département de démographie Université d'Oran, septembre.

49– Kaid Noura (2003), **Le système de santé Algérien entre efficacité et équité (essai d'évaluation à travers la santé des enfants enquête dans la wilaya de Bejaïa)**, thèse pour le doctorat d'état en sciences économiques, des sciences commerciales et de gestion, Université d'Alger.

50– Sakho Papa. (2005)–Note marginalisation et enclavement en Afrique de l'Ouest, **l'espace des trois frontières**, Sénégalais–Espace.population société–UST Lille–France.

المجلات و المقالات العلمية

51– A. David Grimes and all (2006), « **Unsafe Abortion: the preventable pandemic** », journal paper, Sescual and Reproductive Health 4, World Health Organization.Lancet.368 (9550):1908–19: PMID.

52– Coppieters Yves et al(2011), « **Analyse des facteurs de la mortalité maternelle dans le sud Algérien** », santé publique2011/5 vol.23/p.413–426.

53– Des Forts J(1998). « **Indicateurs de la santé maternelle en Algérie : évolution de 1962 à 1992** ».In : population, 53e année, n°4, pp. 8959–873.

www.persee.fr/web/revues/home/prescrit/article/pop.0032-4663_1998_num53_4_6939. (Consulté le Jeudi11 juin 2015 19:17:14).

54– des Forts Jacqueline (1998), « **Accouchement traditionnel et mortalité maternelle : Vécu et représentation** ». Tentative d'approche de la situation algérienne, Insaniyat n° 4, Janvier–Avril.

55– Hemal Ali, Haffad Tahar(1999), « **La transition de la fécondité et politique de population en Algérie** », Revue Sciences Humaines, Institut des sciences Economiques Université de Batna, Algérie, n°12.

56- Kouaouci Ali et Rabeh Saadi (2013) « **La reconstruction des dynamiques démographiques locales en Algérie (1987-2008) par des techniques d'estimation indirecte** », Cahiers québécois de démographie Vol. 42, no1.

57- LEBANE. D (2011), « **L e point sur la santé périnatale en Algérie : Réview of the current Algerian's perinatal Health** », springer-Verlag France, Rev. Méd. Périnat, Doi 10.1007/s 12611-011-0102-3.

58- O.M.S. **Sous estimation de la mortalité maternelle**, press O.M.S.communiq   O.M.S /7 Genève 5 Fev-1996 : 1-2.

59- Rahman M (2010). « **The Determinants of use postnatal care services for Mothers: Dose differential Exists between urban and rural areas in Bangladesh** ». The Internet Journal of Epidemiology. 18. DOL: 2734/10.558.

60- Ouchtati. M & Mezhoud Sihem & Chakib Rahmoun Farid (2009), « **OMD5 et mortalité maternelle : confluence et sommation croisées de toutes les inégalités** », cahiers d'études et de recherche francophones/santé. vol.19, n  3 , juillet-août-septembre 2009 :167-170.doi :10.1684/San.2009.0171. (Consulté le Jeudi11juin 2015. 19 :13.).

61- Salvador& Bahia& Brésil(2001), « **Mortalité maternelle en Algérie 1999** », Association Maghrébine pour L'étude de la population (A.M.E.P), juin.http://www.Iussporg/Brasil2001/s80/otherposters_07_Bouisri.pdf. (Consulté le Lundi7d  cembre 2015 05:30).

التقارير و البيانات

التقارير ➤

62- Makaddem Ahmed et Kharoufi Mostafa (2007-2011), **Rapport d'évaluation initial du programme de pays de l'UNFPA pour ALGERIE.**

63- **Banque Mondiale** : A la recherche d'un investissement public de qualité en Algérie, Banque mondiale, **rapport** né 36270-dz, Volume 1, août 2007, P.172. In www.worldbank.org.

64- **C.N.E.A.P**, (1986), **Enquête Nationale sur La Fécondité (ENAF) : Rapport principal version 1. Alger.**

- 65- C.N.E.S (2008), **Rapport Nationale sur le Développement Humain, réalisé en coopération avec le programme des Nations Unies**, le conseil national économique et social, Algérie.
- 66- donnée ONS (office nationale des statistiques) & **EASF 2002-rapport principal**-juillet 2004.
- 67- Dr DIALLO F.B.et al. (2001)- **mortalité maternelle et les facteurs liés aux habitudes/** www.santetropicale.com/esume/73902.pdf.
- 68- FNUAP(2006). **Fond des Nation Unies pour la population. Rapport annuel.**
- 69- Fortney, J.A et al. (1990)-**Implication des définitions de la CIM10 relative aux décès Au cours de la grossesse, de la grossesse et de la prepéralité .Rapport trimestriel de statistiques sanitaires mondiales**, 43(4) :246-48.
- 70- **Human Report Development** (2007-2008), **United Nation Development Programm**, New York.
- 71-I.N.S.P(2001), **Enquête Nationale sur la mortalité maternelle : Rapport de Synthèse, Algérie.**
- 72- **Ministère de la santé et de la population(2002), Rapport National sur l'état de santé des Algériennes et des Algériens, Rapport Annuel : 7Avril.**
- 73- **Ministère de la santé et de la population(2001), Institut national de la santé publique, enquête national sur la mortalité maternelle, rapport de synthèse, INSP.**
- 74- **Ministère de la santé et de la population(2002), Rapport National sur l'état de santé des Algériennes et des Algériens, Rapport Annuel : 7Avril.**
- 75- O.M.S(2005).**Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Rapport sur la santé dans le monde Genève.** 7 Avril 2005, p. 68 et 69. <http://www.who.int/whr//fr>.
- 76- O.N.S, (1992). **Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant : Rapport principal, Algérie.**
- 77- O.N.S(2002), **Enquête Nationale sur la santé de la famille (PAPFAM) : Rapport principal, Algérie.**

78- OMS, **rapport sur la santé dans le monde**, septembre 2010 .In www.who.int .

79- **rapport national sur les objectifs du millénaire pour le développement**(2010), Algérie, juillet.

80- **Rapport OMS. Unicef. FNUAP**. 2008 fiches pédagogiques. Ined. www.ined.fr.

81- **The World Health Report 2005**. Make every mother and child count.

82- W.H.O(1998), **Report of Technical Working Group, Postpartum care of the Mother and Newborn: a practical guide**, Maternal and Newborn Health/ Safe motherhood UNT Division of Reproductive Health (Technical Support), World Health Organization, Geneva.

البيانات ➤

83- O.M.S, FNUAP, UNICEF, **Banque Mondiale**. (1999). Réduire la mortalité maternelle : **Déclaration commune des agences de l'ONU**. Genève.

84- OMS.UNFPA.UNICEF. (1997). **Lignes directrices pour la surveillance de la disponibilité et de l'utilisation des services obstétricaux**, Genève.

التحقيقات و التعدادات

التحقيقات ➤

85- contribution du gouvernement algérien à la mise en oeuvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30 septembre 2010, intitulée : « **Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme : suivi de la résolution 11/8 du conseil** », 28 mars 2011.

86- **Enquête national**(1989) « **morbidité et mortalité infantile** »Algérie.

87-INSP (1999), **Enquête nationale sur la mortalité maternelle menée en collaboration avec L'Institut national de la santé publique**.

88- **Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant**, 1992.

89- **Enquête** 1992 (EASM), 2002 (EASF), 2006 (MICS3).

90- **Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière**(2007), **Enquête national de santé. Projet TAHINA**, Analyse des causes de décès année 2002, projet TAHINA (contrat n°ICA36T2002-10011), novembre 2008.

91- **MSP**- Direction de la Prévention.

92- **ministère de la santé**, de la population et de la réforme hospitalière.

93- **MSP/RA**, 2004 ; **CNES**, 2006, Mission-algérie.CH, 2011.

94- **Ministère de la santé et de la population**(2001), Institut national de la santé publique, **enquête national sur la mortalité maternelle**, rapport de synthèse, INSP.

95- **MSP**- Direction de la Prévention.

96- **O.N.S**, (2006), **Enquête National à Indicateurs Multiples : suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 2006**.

97-**O.N.S**, Deglobalisation de la politique et des programmes de population, quelques indicateurs de suivi et d'évaluation, **Enquête Algérienne sur la santé de la famille**, Ministère de la santé, de la population et de la Réforme Hospitalière, UNEFPA.

98- **OMS**. (2008) soins obstétricaux essentiels 2008.

99- **OMS** (1975).classification Internationale des maladies révision 1975.organisation mondiale de la santé, Genève 1977.

100- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière, model du certificat médical.

101- République Algérienne Démocratique et Populaire, Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière(2017) : Etablissement Hospitalier Spécialisé Mère et Enfant « Meriem Bouatoura » BATNA.

102- Ujah I. et Alli, 2005 : **Facteurs qui contribuent à la mortalité maternelle au Nord central du Nigeria** : Bilan couvrant 17 ans. In African journal of reproductive Health, n°3.

103- ONS : **données statistiques** n° 397 et 398, **MICS3-2006**.

التعدادات ➤

104- Harchaoui Souad (1978), Algérie : **Le Recensement Général de la Population et de l'Habitat de l'Algérie de 1977**, Décembre.

105- ONS, **RGPH** de 1966 à 1998, 2008 démographie algérienne 2008 – données statistiques n° 520 – ONS et projections de population de l'ONS – décembre 2004. –nations unies 2008.

106- ONS- données **RGPH** statistique courantes.

107- ONS : **données recensement**, collections statistiques.

108- rgph.2008.ons.dz.

الندوات و المؤتمرات

المؤتمرات ➤

109- **Interpreting reproductive health: ICPD+ 5 Form at The Hague. World Health Organization**, Geneva, February, 1999.

110- Lakehal Amel (2010), **Séminaire sur la dissémination des données du Recensement et l'analyse spatiale l'expérience Algérienne**, Nairobi, Kenya, 14 au 17 septembre 2010, office national des statistiques, Algérie. : <http://webons/>

111- MSP(1983) ; **séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience algérienne**, Alger, 7-8 avril.

112-MSP(1983) ; **séminaire sur le développement d'un système de santé, l'expérience algérienne**, Alger, 7-8 avril.

الندوات ➤

113- J-P Grangand(2014), **évolution de la pédiatrie algérienne**, cinquante ans de pédiatrie, colloque international sur les politiques de santé-Alger, 18-19 janvier 2014.

البرامج

- 114– **Joint United Nations Programme on HIV/AIDS**-2004 Update.
- 115– Jain A, Bruce J. A (1994), **reproductive health approach to the objectives and assessment of family planning programmes**. New York, Population Council.
- 116– **Les programmes de santé maternelle et infantile.2001, Evaluation,** Programme de Lutte contre la Morbidité et la Mortalité Maternelle et Périnatale.
- 117– **National Burden of Disease Studies** (2001): A practical Guide, **World Health Organization Global Program on Evidence for Health Policy W.H.O Geneva**, Edition 2.0, October.2001.

التقديرات و الإسقاطات

- 118– Direction de la population, **politique national de population a l'horizon 2010**, juillet 2001.
- 119– **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, Estimates by WHO,** UNICEF, UNFPA, The World Bank and the United Nations Population Division
- 120– **Trends in Maternal Mortality: 1990 to 2013, Estimates by WHO,** UNICEF, UNFPA, **The World Bank and the United Nations Population Division.**
- 121– Maternal Mortality in 2005. **Estimates Developed by W.H.O,** UNICEF, UNFPA and the World Bank.
- 122– Maternal mortality in 2005. **Estimates developed by WHO,** UNICEF, UNFPA and the World Bank. World Health Organization, 2007.
- 123– Ministère de la santé(2002), de la reforme hospitalière, **politique nationale de population l'horizon 2010**, Alger, juillet
- 124– Rétrospective statistique 1962-2011, Evolution de la population Algérienne (résidente), chapitre 1, Démographie
- 125– Statistical Retrospective 1962-2011.
- 126– WHO. Maternal mortality in 2005: **estimates by WHO,** UNICEF and UNFPA. Geneva, 2007.

المنشورات

- 127–Annuaire statistiques de l'Algérie.

128–direction du budget du ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière.

129– direction du budget du ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière

130– Elaidi Abdelkrim, **jeune fille et quête identitaire : vers une Nouvelle figure sociale ?**, Université d'Oran, Les cahiers du CREADn°92/2010.

131– Health care industry .Information. Retrieved .June 17 .2007.

<http://www.dolta.gov/BRG/Indprof/Health.cfm>

132– MSP/RA, 2004 ; CNES, 2006, Mission–algérie.CH, 2011.

133– O.N.S ; revue statistique. Alger. N35, 1992.

134– ONS, office national des statistiques.

135– ONS, Démographie algérienne 2007, Données statistiques, n°499.

136– ONS, Démographie algérienne 2008, Données statistiques, n°520.

137– ONS : Démographie Algérienne N° 499–520.

138– Princeton University. (2007), **Health profession**. Retrieved. June 17, 2007. <http://wordnet.princeton.edu/perl/webwn?s=health%20profession>.

139– Promoting a new vision of masculinity –UNFPA web site–document, October, 1(2002). UNFPA – Maternal morbidity. www.unfpa.org

140– Ransom Elizabeth I. et V.Yinger Nancy. (2000) –**pour une mortalité sans risques**, Population Référence Bureau. www.prb.org/PDF/MAK_Mother_Hadsafer_fr.pdf.

141– UNFFPA(2003)– la mortalité maternelle : les soins obstétricaux d'urgence en point. <http://www.unfpa.org/publication>

142- World Population Year (1974), La population de l'Algérie, C.I.C.R.E.D. series, CICRED, p 7,8. Données statistiques; démographie algérienne N277; 2004p3. 2007 N37

143-World Bank Group, **Données sur les comptes nationaux de la Bank Mondiale et fichiers de données sur les comptes nationaux de l'OCDE.** <http://donnees.banquemondiale.org>.

دراسات

144- **Etude statistique** (1994), **Ministère des Affaires Sociales**, de la santé et de la vie, service des statistiques, des études et des systèmes d'information n°1 janvier-mars.

145- Chakra Borty N, ATAHARUL Islam M, Chowdhury RI, Bari W (2002). **Utilization of postnatal care in Bangladesh: Evedence from a longitudinal study.** Health SOC care Community, 2002 Nov; 502-492(6)10.

قرارات

146- contribution du gouvernement algérien à la mise en ouvre de la résolution 15/17 du conseil des droits de l'homme du 30 septembre 2010, intitulée : « Mortalité et morbidité maternelles évitables et droits de l'homme : suivi de la résolution 11/8 du conseil », 28 mars 2011.

مواقع الانترنت

المواقع باللغة العربية

147- أسئلة طبية، أمراض الدم ما سبب نزف المرأة بعد الولادة- غير دم النفاس لعدة مرات،

<http://www.altibbi.com>

148- محمد بن حسان عدار، النزف بعد الولادة، جريدة الرياض، مؤسسة اليمامة الصحفية، تصميم و تطوير إدارة الإعلام

الالكتروني 1998-2017. www.alriyadh.com

149- ندى كمال، أيهما أفضل الولادة الطبيعية أم القيصرية؟ و مميزات و عيوب كل منهما، موقع كل يوم معلومة طبية
www.dailymedicalinfo.com. 2017-2010

150- نادية أبو رميس، أمراض الدم(2017)، ما هي أفضل فصيلة دم. موضوع. كوم، www.mawdoo3.com
المواقع باللغة الأجنبية

151- www.who.int/topics/primary_health_care/ar/.

152- www.O.N.S.dz, 2011

153- <http://www.albankaldawli.org/>

154- www.panapress.com.

155- www.echoukonline.com.

156- Organisation Mondiale de la Santé 1994.

157- <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ar/index2.html>

158- http://www.ech-chaab.net/old/index.php?option=com_content&task=view&id=15124&Itemid=98

159- <http://www.aljazeera.net/portal/news/healthmedicine/2014>

160- <http://www.hy.health.gov.il>

161- <http://www.e-moh.com>

162- www.allabout-health.com

163- <http://www.tbeet.net>.

164- <https://www.almsal.com>

165- www.alaria.com/article/620780.html

166- <http://www.consult.islamweb.net>

167- <http://vb.3dlat.net>

168- <http://www.ana-mama.com>

169- www.wilaya-batna.gov.dz.

الموسوعات

170- موسوعة الملك عبد الله بن عبد العزيز العربية للمحتوى الصحي، الشؤون الصحية وزارة الحرس الوطني-المملكة العربية

السعودية. <http://www.NHSCoices.uk>

172- ويكيبيديا الموسوعة الحرة، www.wikipedia.com

الملاحق

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي

جامعة الحاج لخضر باتنة-1-

كلية العلوم الإنسانية و العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا

استمارة البحث

أمراض ووفيات الأمهات في ولاية باتنة
[دراسة في الديمغرافيا لوفيات الأمهات]
دراسة ميدانية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة للأم و الطفل "مريم بوعتورة" باتنة

إشراف الأستاذ

من إعداد

حفاظ الطاهر

بن عمار نوال

تحية طيبة وبعد: إن الغرض من هذا البحث هو معرفة أسباب وفيات الأمهات في ولاية باتنة، من أجل وضع اقتراحات و استراتيجيات للحد من وفيات الأمهات، و هذه البيانات خاصة بالبحث و لا تستخدم إلا في الأغراض العلمية فالرجاء الإدلاء بالمعلومات اللازمة لمساعدة الباحثة من أجل أداء مهمتها العلمية.

السنة الجامعية 2017-2018

استمارة المسح

	رقم الدخول
	تاريخ القبول
	وقت الدخول

I. 1/ التعرف على المنشأة الصحية:

1- الولاية :

2- البلدية

3- طبيعة المنشأة الصحية:

-مستشفى CHU

-مركز استشفائي خاص

-مركز استشفائي عام

-مؤسسة استشفائية

-المؤسسة الصحية العامة القريبة

-عيادة خاصة

-أخرى.....

II. الخصائص الشخصية(الديموغرافية و الاجتماعية):

19-15

24-20

29-25

34-30

39-35

44-40

1-العمر:

2- الوسط الذي تعيش فيه: ريف حضر غير معروف

3- السن عند الزواج:

4- مكان الإقامة:

5- الحالة العائلية في وقت الوفاة:

1- عازبة

2- أرملة

3- مطلقة

4- متزوجة

6- المستوى التعليمي:

1- أمية

2- ابتدائي

3- متوسط

4- المستوى الثانوي

5- جامعي

7- مهنة الأم المتوفية:

- إطار سامي

- عاملة

- متقاعدة

- مأكثة في البيت

- غير محددة

8- مهنة الزوج

- 1- إطار سامي
- 2- موظف
- 3- عامل يومي
- 4- أعمال حرة
- 5- فلاح
- 6- عاطل عن العمل

III. خلفية المرضى قبل الحمل الحالي

1- خلفية طبية و مرضية

- 1- متلازمة الأوعية الدموية الكلوية
- 2- مرض القلب
- 3- ارتفاع الضغط الدموي
- 4- السكري
- 5- فقر الدم
- 6- الربو
- 7- مرض السل

8- أخرى.....

2- خلفية جراحية:

- 1- ولادة قيصرية
- 2 - جراحة على مستوى البطن

3- استئصال الرحم

4- لا توجد خلفية معروفة

3-تاريخ الولادة

عدد الحمل السابقة

4-مدة الحمل:.....

5-حالة الحمل: عادية فيها خطورة

6-نوع الخطر:

1- تسمم الحمل

2- نزيف

3- ارتفاع ضغط الدم

4- تمزق الرحم

5- أخرى.....

7-فحص الحامل:

فصيلة الدم:

الطول:.....سم الوزن:.....كغ درجة الحرارة:.....

8-السائل الذي يحيط بالجنين: واضح ملون

9-الحوض: طبيعي غير طبيعي مشوه:.....

10-تمت الولادة: نعم لا

11-مكان الولادة:.....

12-المولد: طيب مولد طيب عام قابلة

13-تاريخ الولادة:..... ساعة الولادة:.....

14-طريقة الولادة: طبيعية قيصرية

15-التخدير: محلي عام

16-حالة الطفل عند الولادة:

1-حي

2-ولد ميتا

3-توفي عند الولادة

4-توفي داخل الرحم

17-وزن الجنين:.....

18-جنس الجنين: ذكر أنثى

19-استعمال وسائل منع الحمل قبل الحمل نعم -1 لا-2

20-نوع وسائل منع الحمل:

1-حبوب منع الحمل

2- اللولب

3- الواقي

4- الحقن

5- وسائل أخرى

6- العزل

7- الرضاعة

8- فترة الأمان

21-مدة الاستخدام(في الشهر)

IV. تاريخ الحمل الأخير الذي أدى إلى الوفاة:

- 1- هل المريضة لديها دفتر صحي نعم لا
- 2- التاريخ المتوقع للولادة
- 3- نوع الحمل فردي متعدد
- 4- متابعة الحمل:

*عدد الزيارات/

- 0-1
- 2-3
- 4-5
- +5

5- عدد زيارة المستشفى وقت الحمل

6- مخاطر أو أمراض معينة خطيرة في فترة الحمل أو أثناء الكشف.....

V. أثناء الولادة و خلال 42 يوما بعد الولادة

1- عمر الحمل بعد أسابيع من انقطاع الطمث

2- وضعية الجنين:

1- طولي 2- عرضي 3- في الواجحة

3- ما هي الطريقة التي تم الاعتماد عليها أثناء التوليد؟

1- تمزق الأغشية

2- معجلات الولادة

3- أخرى.....

4- تاريخ ووقت تمزق الرحم

5- أثناء العمل من قام بالإشراف

1- طبيب مولد

2- أطباء مقيمين

3- قابلة

.....4- أخرى

لا

نعم

6- الأمراض المتواجدة أثناء عملية الولادة:

1- تسمم الحمل

2- الارتجاج أو التشنج

3- أمراض الكلى

4- أمراض القلب

5- المشيمة المنزاحة

6- تمزق الرحم

7- ندوب في الرحم

8- حالة من الصدمة

9- انسداد السائل السلوي

10- عسر الولادة الديناميكي

11- عسر الولادة في عنق الرحم

12- تفاوت رأسي حوضي

13- عسر الولادة بالكتف

14- الحبل السري المتدلي

15- أمراض الجنين

16-الحمل لفترات طويلة

17-الضغط الدموي و السكري

.....18-أخرى

7- تاريخ الولادة

8-بعد الحمل والولادة كان مخرج الجنين عن طريق

1- عن طريق المهبل

2- عن طريق السريع

9-متابعة خلال فترة الولادة

.....كم من الوقت أمضت المريضة في العيادة

لا

نعم

10- الأمراض في النفاس

1-النزيف

2-فقر الدم

3-الارتجاج أو التشنج

4-التهاب بطانة الرحم

5-الانسداد الرئوي

.....6-أخرى

VI . خصائص الوفاة

1-تاريخ و وقت الاستقبال

.....2-نمط القبول

الإخلاء

3-مكان إخلاء المريضة:

1- EPH مؤسسة استشفائية عمومية

EPSP-2 المؤسسة العمومية للصحة الجوارية

ESP-3 مؤسسة صحية عمومية

EHS-4 مؤسسة استشفائية متخصصة

EPS-5 مؤسسة عمومية متخصصة

4-- ما هي الوسيلة المستعملة للإخلاء: سيارة إسعاف سيارة شخصية سيارة أجرة

5- ما هي المسافة بين المنزل و مكان الذي تم الإخلاء إليه؟ كم و ما هي مدة المستغرقة؟..... د

6- مدة الإقامة بعد الإخلاء:.....

7- متى تم إخلاء المتوفية.....

8- إلى أي مؤسسة؟.....

9- وقت حدوث الوفاة

16h-00h

08h-16h

00h-8h

10- ما هي الفترة التي حدثت فيها الوفاة

1- خلال فترة الحمل؟

2- خلال فترة الولادة؟

3- خلال 42 يوم التي تلي الولادة

11- وقت وتاريخ حدوث الوفاة

12- الظروف وسبب الوفاة :

➤ النزيف

- 1-مشيمة منزاحة
- 2-تمزق الرحم
- 3-النزيف أثناء الولادة
- 4-نزيف ما بعد الولادة

➤ ارتفاع الضغط الدموي

- 1-ارتفاع ضغط الدم في فترة الحمل
- 2-تسمم الحمل قبل الولادة
- 3-تسمم الحمل أثناء الولادة
- 4-تسمم الحمل بعد الولادة

➤ أمراض انسداد الشرايين

➤ أمراض انسداد الشرايين الأخرى

1-انسداد رئوي

2-انسداد الأوعية الدماغية

➤ عدوى النفاس

- 1-الإجهاض
- 2-التهابات بعد العملية الجراحية
- 3-حمى النفاس
- 4-التهاب المشيمة و تشوهها

➤ مضاعفات توليدية

➤ مضاعفات أثناء التخدير

➤ أسباب غير مباشرة

1-أمراض القلب و الأوعية الدموية

2-أمراض الجهاز التنفسي

3-أمراض الدورة الدموية

4-اضطرابات نفسية

5-أمراض معدية أو طفيلية

6- اضطرابات في الجهاز البولي و التناسلي

➤ التبريح:

لم يتم

تم

➤ سبب الوفاة:

غير مؤكد

مؤكد