

تحليل أسباب وفيات الأطفال الرضع - دراسة ميدانية على عينة من النساء

بقسم الولادة ، عيادة الحكيم سعدان بالأغواط -

الباحثة: بن سعدة حنان، أ.د. دلاسي أمجد

جامعة الاغواط - الجزائر

الملخص:

تسعى هاته الدراسة إلى تحديد أهم العوامل التي تؤثر على وفيات الأطفال الرضع [0-11] شهرا في الجزائر ، وتتمثل في وفيات المواليد الأحياء قبل انتهاء السنة الأولى من حياتهم حيث أجرينا هاته الدراسة على عينة من النساء بقسم الولادة - المؤسسة الاستشفائية المتخصصة الحكيم سعدان - الأم والطفل - بالأغواط وتتحدد الدراسة على الأم التي أنجبت رضيعا وتوفي قبل بلوغه 1 سنة ماضية ، حيث كان الاهتمام بدور المؤثرات الداخلية والخارجية التي تتعرض لها الأم أثناء مراحل الحمل والولادة وما بعد الولادة .

Summary:

This study seeks for identifying the main reasons which cause infant mortality (starting from 0 to 11 months) in algeria. In which it shows the death of the new born babies before even they turn 1 year old of their lives . There for we made this study on a sample of ladies in the maternity section-at the specialised hospital institution-DOCTOR SADAN-LAGHOUAT.the study is precise for those women who gave birth to a baby who died before even he turns 1 year old.there for the whole focus was on the different internal/external conditions and the reasons which may affect the mother during the pregnancy and giving birth more over to the period after the later too.

مقدمة :

تحتل دراسة الوفيات مكانة خاصة في مجال الأبحاث السكانية حيث إنها تمثل العنصر السلبي للنمو السكاني ولها تأثير كبير على قلة عدد السكان وتختلف مستويات الوفيات من بلد لآخر ومن فئة سكانية لأخرى وتلعب العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية دورا هاما في تحديد مستوياتها واتجاهاتها، كما ويعد مستوى الوفيات مؤشرا ذا دلالة هامة على مقدار التطور الاجتماعي والاقتصادي للدولة. فإن الإنسان يشكل أعلى قيمة اجتماعية في المجتمع لذا فان موت الرضيع في مراحله الأولى يعد من الظواهر المهددة بالخطر لنشأة وبقاء الجيل اللاحق ولكون هذه الظاهرة من أهم العوامل المؤثرة في التركيب السكاني فضلا عن كونها تمثل هدرا للموارد البشرية ، لذلك شهدت معظم دول العالم انخفاضا في مستوى الوفاة بين سكانها في العقود الأخيرة وحدث ذلك نتيجة للثورة الصناعية وتقدم الميكنة الزراعية تحسين وسائل النقل وتقدم تكنولوجيا الطب وانتشار وسائل استخدام تنظيم النسل في العالم العربي والمعرفة بعلم الصحة العامة والصحة الوقائية والقضاء على المجاعات والعدوى الوبائية والتعقيم واكتشاف الميكروب بالإضافة إلى كبح الأوبئة والطواعين والتحصين ضدها .

- الإشكالية :

تمثل معدلات وفيات الأطفال والرضع بشكل خاص مؤشرات أساسية تعكس حقيقة الأوضاع الصحية والمعيشية السائدة في المجتمع ، كما أن اتجاهاتها وتطوراتها تلقي الضوء على مدى نجاح السياسات الصحية والاقتصادية والاجتماعية المنتهجة من طرف الدولة .

ويعتبر خفض مستوى معدلات وفيات الرضع أحد أهم أهداف السياسات والبرامج الصحية في مختلف الدول ويحظى معدل وفيات الأطفال الرضع خلال السنة الأولى من العمر بأهمية كبيرة حيث يعتبر من بين أهم المؤشرات الديموغرافية لقياس مستوى المعيشة ومدى التقدم الإقتصادي والاجتماعي والثقافي والصحي في أي بلد إذ كلما قل هذا المعدل دل على حسن المعيشة وعلى ظروف صحية عامة. و تبذل إفريقيا سعيها البطيء في تخفيض وفيات الأطفال الرضع ، ففي مطلع الخمسينات كانت مستويات وفيات الرضع متشابهة في كل من إفريقيا وأسيا بحدود 180 وفاة لكل 1000 ولادة حية ، أما في 2000 - 2005م ، فقد انخفضت وفيات الرضع في أسيا إلى 54 لكل 1000 ولادة حية وحقت إفريقيا أيضاً انخفاضاً كبيراً في وفيات الرضع إلى 91 لكل 1000 ولادة حية مقارنة مع 47 وفاة في بقية الأقاليم النامية سنة 2000 - 2005م .⁽¹⁾

وتشهد الجزائر مؤخراً انخفاضاً في نسب وفيات الأطفال الرضع من سنة 1990م بـ 43.7 إلى غاية 2009م بـ 24.8 لكنها ما تزال تهدد صحة الأطفال الرضع إلى يومنا هذا . وترجع أسباب الوفاة إلى جملة من الأسباب الداخلية مثل الأمراض التي يولد بها الرضيع ، الولادة المتعسرة وغيرها و مجموعة الأسباب الخارجية بحيث يتأثر الرضيع بالبيئة المحيطة به اجتماعياً واقتصادياً و ديموغرافياً وصحياً. ولأن الأطفال يشكلون قاعدة الهرم ويحتلون النسبة الكبرى من السكان خاصة في الدول النامية يجب التركيز على تحقيق حياة أفضل لهم تبدأ من الناحية الصحية فزيادة معدلات وفيات الأطفال الرضع يشكل مخاطر كبيرة خاصة في ظل الظروف الراهنة في المنطقة العربية بشكل عام ، نظراً لأن زيادة معدل وفيات الأطفال سوف يؤدي إلى التأخير في نهوض المجتمع واستقراره وهذا ما يدل على وجود ضعف في التقدم الصحي والبيئة الاجتماعية بالدرجة الأولى والافتقار إلى التقدم والتطور الكافي للحد من هذه الظاهرة . ولقد ارتأينا أن نقدم بحثنا من خلال الكشف عن بعض العوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية التي تؤدي إلى تفاقم الظاهرة ومن خلال كل ما سبق نطرح التساؤل التالي:

ماهي أسباب وفيات الأطفال الرضع في الأغواط ؟

✓ هل يؤثر المستوى التعليمي للزوجين على الصحة الإنجابية ؟

(1) يونس حمادي علي ، مبادئ علم الديمغرافية ، العراق ، دار وائل للنشر ، ط1 ، 2010 ، ص ص : 186 ، 188 .

✓ هل انخفاض قيمة دخل الأسرة يؤدي إلى ارتفاع نسبة وفيات الأطفال الرضع؟

- الفرضيات :

✓ يؤثر المستوى التعليمي للزوجين على الصحة الإيجابية

✓ يؤثر انخفاض قيمة دخل الأسرة في زيادة نسبة وفيات الأطفال الرضع.

- تحديد المفاهيم :

- وفيات الأطفال الرضع : وفيات المواليد الأحياء قبل انتهاء السنة الأولى من حياتهم

[0-11] شهرا . (1)

- المستوى التعليمي : هو تعليم يقدم في إطار نظام المدارس والكليات والجامعات وغيرها من

مؤسسات التعليم النظامي التي تكون عادة "سلما" متواصلًا من التعليم لكامل الوقت للأطفال والشباب؛ وعادة ما يبدأ بين سن الخامسة والسابعة ويمتد إلى سن تتراوح بين العشرين والخامسة والعشرين.

يتحدد العامل الثقافي في الأسرة على المستوى الإجرائي بمستوى تحصيل الأبوين المدرسي ، ومستوى الاستهلاك الثقافي الذي يتمثل في عدد الساعات التي يقضيها الأبوان في قراءة الكتب والمجلات ونوع المادة المقروءة .

-الصحة الإيجابية: الصحة الإيجابية هي حالة رفاة كاملة بدنيا وعقليا واجتماعيا في جميع

الأمر المتعلقة بالجهاز التناسلي ووظائفه وعملياته . الأساليب التي تتبع لتحسين الخدمات الصحية والوقائية من الأمراض والجهود التي تبذل للعناية بالأطفال والحوامل والطرق المتبعة لنشر الوعي الصحي وممارسة تنظيم الأسرة . (2)

- الدخل الشخصي: هو الدخل الذي يتحقق للأفراد نتيجة أو مقابل المساهمة في نتاج السلع

والخدمات في المجتمع خلال الفترة المعينة . (3) هو إجمالي ما يتحصل عليه الفرد هو و أسرته من عمله الذي يعمل فيه أو من أية مصادر أخرى و هو الدخل الذي يعتمد عليه الإنسان حتى يستطيع أداء واجباته و مسؤولياته جميعها .

-أهداف البحث :

تهدف دراستنا إلى قياس اتجاه ودرجة العلاقة بين وفيات الأطفال الرضع والعوامل الاقتصادية والاجتماعية في الأغواط و تحديد أهم العوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر على وفيات الأطفال الرضع وتحديد الأهمية النسبية لكل عامل من تلك العوامل مما يستتبع تحديد الأولويات في مجالات التخطيط لتخفيض معدلات وفيات الأطفال الرضع في الجزائر.

(1) عباس فاضل السعدي ، سكان الوطن العربي ، الأردن ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، ط 1 ، 2001 ، ص : 261 .

(2) نفس المرجع ، ص : 96 .

(3) إسماعيل محمد هاشم ، المدخل إلى مبادئ الاقتصاد الاجتماعي ، مصر ، المكتبة الجامعية ، ب ط ، 1999 ، ص : 66

-الخطوات المنهجية للدراسة الميدانية :

أجرينا الدراسة الميدانية في المؤسسة الاستشفائية المتخصصة SHE الحكيم" سعدان " الأم والطفل - الأغواط - بقسم الولادة ابتداء من شهر ديسمبر 2014 إلى غاية شهر أكتوبر 2015 وتتحدد الدراسة على " الأمهات " أي الأم التي أنجبت رضيعا وتوفي قبل بلوغه 1 سنة ماضية في مدينة الأغواط عن طريق الاستمارة بالمقابلة و تضمنت عينة الدراسة 79 مبحوثة.

واعتمادنا على العينة العمدية (القصدية) بحيث تعمدنا إجراء دراستنا في قسم الولادة لمقابلة مجموعة من النساء اللواتي تدخل ضمن أفراد العينة (الأم التي أنجبت رضيعا وتوفي قبل بلوغه 1 سنة ماضية) ونأخذ منهم جميع المعلومات الخاصة بموضوعنا في كل من العوامل المؤثرة على ظاهرة وفيات الأطفال الرضع .

واستخدمنا المنهج الكمي الذي يمثل نوع من البحوث العلمية التي تفرض وجود حقائق اجتماعية موضوعية منفردة ومعزولة عن المشاعر ومعتقدات الأفراد وتعتمد غالبا الأساليب الإحصائية في جمع البيانات وتحليلها. (1)

والمنهج الكيفي الذي يفرض وجود حقائق وظواهر اجتماعية يتم بنائها من خلال وجهات نظر الأفراد والجماعات المشاركة في البحث ويتوجه الباحث في البحث النوعي عادة نحو عينة مقصودة حيث قمنا باستخدام مجموعة من التقنيات وتتمثل في : الاستمارة بالمقابلة والملاحظة .

الإطار النظري للدراسة :

-السياسة الصحية و حماية الأمومة والطفولة في العالم :

إن النتائج الإحصائية التي سجلت عن وفيات الأمومة والطفولة في العالم وخاصة في دول العالم النامي ساهمت في الإدراك بهذا المشكل مما أدى إلى وضع سياسات وبرامج لتحسين وتطوير الخدمات الصحية ونشر الوعي الاجتماعي والصحي للذان من شأنهما تقليص المعدلات المرتفعة على مستوى وفيات الأمومة والطفولة معا، فبالرغم من التطورات المسجلة في ميدان الصحة بصفة عامة تبقى احتياجات السكان في تزايد مستمر بسبب النمو السكاني وتطور الأمراض الوبائية وسوء التغذية والأزمة الاقتصادية والاجتماعية التي تمس على وجه الخصوص الفئات الأكثر حرمانا.

وان علاقة الأم بالجنين علاقة بيولوجية حيث أنها تتولى جميع العمليات الهامة من تغذية إلى إمداده بالأكسجين إلى التخلص من الكربون والمواد العضوية الأخرى ، وإن ما يصل إلى الجنين إنما هو كل ما يتوفر من المواد الغذائية في دم الأم ، هذه العلاقة البيولوجية التي تؤثر في الأم والجنين تعني أن

(1) عامر قنديلجي وإيمان السامرائي ، البحث العلمي الكمي والنوعي ، الأردن ، دار اليازوري العلمية ، ب ط ، 2008. ص : 57

الجنين في بيئة الرحم ليس محصنا ضد تأثير العوامل الخارجية التي تؤثر في الأم وبالتالي في عملية نموه فالإلى جانب العوامل الوراثية التي تؤثر في التكوين العضوي ، توجد معوقات بيئية تؤثر في الجنين في الفترات الحرجة خلال الثلاثة شهور الأولى من عمر الجنين حيث تتكون الأسس الأولية للبناء العضوي وتتمثل العوامل البيئية التي تؤثر على الجنين في صحة الأم ينظر إليها من ثلاثة نواحي أولها الصحة العامة التي تشير إلى التكامل بين العمليات البيولوجية المختلفة إذ أن إختلال هذا التكامل عند الأم يؤثر على الجنين مثال اضطراب الهرمونات أو نقص نسبة الأكسجين في الدم مما يؤثر على النمو العقلي ولذلك ينصح بعدم التعرض لتدخين في المجالس ، و إنتقال حالات الأم العصبية إلى الجنين وإنما بفعل إنتقال التغيرات الكيميائية العصبية التي تؤثر على الجهاز العصبي للجنين ، كما إن الحالات العصبية عند الأم تؤثر في تقلص الرحم مما يؤدي إلى التغيرات في الدورة الدموية بالمشيمة وينتج عنها نقص في كمية الأوكسجين بدم الجنين . (1)

و الأمراض التي تصيب الأم مثل السيلان كثيرا ما يسبب العقم أو يصيب الوليد بالعمى وذلك أثناء عملية الولادة وهذه ليست قاعدة أما مرض الزهري يسبب الضعف العقلي أو العمى أو الصمم أو يؤدي إلى الوفاة الجنين ، كما تؤثر الأمراض طويلة المدى مثل السكر والسل على صحة الجنين العامة وحالته العصبية وهناك بعض الأمراض المعدية التي يجب على الأم أن تتقضى التعرض لها لأنها تؤثر تأثيرا سيئا على الجنين ، كما يؤثر مرض الحصبة الألمانية على الجنين بتشوهات خلقية أو إلى بعض أمراض القلب أو أمراض العيون .

كما أن غذاء الجنين يتوقف على ما يوجد في دم الأم لذلك عليها أن تعتني بالأغذية التي تساعد على عملية بناء وتكوين الأعضاء المختلفة للجنين ويؤثر نقص الفيتامينات في غذاء الأم تأثيرا سيئا قد يؤدي إلى إصابته بالضعف العقلي كما يؤثر هذا النقص على الإلتزان الإنفعالي له فيما بعد ، وكذلك يؤثر نقص الكالسيوم في تكوين العظام وقد يؤدي إلى الكساح . إن نقص التغذية يسبب أكثر من ثلث وفيات الأطفال في أنحاء العالم لكن برامج بسيطة مثل : تشجيع الرضاعة الطبيعية وإتاحة مكملات يمكن أن يبقى بعض هؤلاء الأطفال على قيد الحياة " ، وقدر الباحثون أن المشاكل المرتبطة بالنقص الحاد في الغذاء أدت إلى وفاة 2.2 مليون طفل تقل أعمارهم عن 05 سنوات في 2005 .

وأن الأطفال الذين يعانون نقصا في التغذية ويبقون على قيد الحياة يواجهون على مدى حياتهم ضعفا في الصحة ومشاكل في تنمية قدراتهم من شأنها أن تعيقهم اجتماعيا واقتصاديا كلما تقدموا في العمر . ولذلك فإن رعاية الفرد اجتماعيا مسألة طبيعية فهي جزء من البناء الاجتماعي للمجتمع ولابد وأن تقوم بوظائفها الأساسية في المجتمع الحديث فالرعاية الاجتماعية نظام اجتماعي لا يتضمن العجز أو

(1) سعيد محمد عثمان ، الاستقرار الأسري وأثره على الفرد والمجتمع ، الإسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة ، ب ط ، 2009 ، ص : 38 ، 40.

حالات الطوارئ ، بل تصبح الرعاية الإجتماعية وظيفة طبيعية يمارسها المجتمع لمساعدة الأفراد والجماعات على تحسين الوظيفة الإجتماعية لهم.⁽¹⁾

وتقوم السياسة السكانية التي تشرف عليها المنظمات الدولية خاصة تلك التابعة لهيئة الأمم المتحدة وعلى رأسها صندوق الأمم المتحدة للأنشطة السكانية والتي تجمعها الدول الكبرى على مساعدة الدول النامية ومساندتها ماديا وذلك بعد أن تقوم هذه الدول بالإجراءات الواجب إتباعها عند تطبيق سياسة سكانية معلنة وهذه الإجراءات تتمثل في الاعتراف الرسمي بالمشكلة السكانية على جميع مستويات الدولة و وضع سياسة حكومية تقوم على برنامج رسمي مدعم بقوانين ولوائح وأنشطة وقوة عمل داخل النظام الدولي، وغالبا ما يعرف هذا البرنامج ببرنامج تنظيم الأسرة كما هو موجود في مصر وتونس والجزائر وتخصيص ميزانية للبرنامج للقيام بالنشاطات اللازمة مع قبول المساعدات الخارجية سواء من المنظمات الدولية أو الدول المجاورة.

والقيام ببرنامج للتوعية على المستوى الوطني أو المحلي يهدف إلى بث الوعي السكاني وتشجيع استعمال وسائل منع الحمل للحفاظ على صحة الأم والطفل، مع تجنيد وسائل الإعلام لمناقشة المسائل السكانية وإدخال التعليم السكاني في البرنامج . وقبل سنة 1987 كان معدل وفيات الأمهات غير متوفر في معظم دول العالم النامي فكانت وفيات الأمهات تحصى ضمن الوفيات العامة وفي نفس السنة ولأول مرة قامت المنظمات العالمية وهي الصندوق العالمي للإحصاء ومنظمة اليونيسيف والبنك العالمي والفيدرالية العالمية للتخطيط العائلي بمبادرة طرح إشكالية إهمال وفيات الأمهات ومنذ هذه القمة التي أقيمت في نيروبي تم ولأول مرة القيام بإحصاء وفيات الأمهات سنة 1990 م وأصبحت معضلة خفض معدل وفيات الأمهات من أهم الأهداف التي تعمل من أجلها القمة العالمية للطفولة ومنذ ذلك الحين تم الشروع في تحديد أسباب وفيات الأمهات وأصبح واضحا أن الأعمال المقدره لخفض وفيات الأمهات تؤدي بالضرورة إلى خفض معنوي لوفيات الأطفال.

وبعد عشر سنوات من عقد قمة نيروبي أي في سنة 1997 م أقيمت القمة العالمية في كولومبو لمناقشة الفحوصات التقنية حول أمومة بلا خطر وقد حضر هذه القمة خبراء من كل أنحاء العالم لتقييم مسيرة العشر سنوات من العمل من أجل مكافحة وفيات الأمهات وتقويم هذه البرامج وطرح برامج أخرى لتدعيم العمل السابق وقد تم إدماج عدد كبير من الملاحظات والتدخلات في برنامج العمل الذي أصبح دليل العمل لكل المنظمات العالمية والحكومات لتسحين الصحة الإنجابية وبالرغم من الأهمية التي حظيت بها صحة الأمهات خلال سنوات التسعينات إلى يومنا هذا فإن معدلات وفيات الأمهات في وقتنا الحاضر ما زالت مرتفعة ، فمعدل تعرض المرأة في العالم النامي للوفاة أكثر بأربعين مرة منه في العالم الصناعي نتيجة لمضاعفات الحمل والولادة وقد أظهرت دراسة في بنغلادش أنه عندما تموت المرأة أثناء

(1) نفس المرجع ، ص : 40 .

الولادة فإن احتمال وفاة طفلها الباقي على قيد الحياة خلال عامين هي أكثر من احتمالات وفاة الطفل الذي يعيش مع كلا والديه بثلاث إلى عشر مرات. ⁽¹⁾

وهكذا فإن دعم العناية بالأمهات يحمي الأطفال وإدراكا لهذه الحقيقة فإن منظمة اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية وصندوق الأمم المتحدة للسكان والبنك الدولي يشجع المبادرات الخاصة بسلامة الأمومة في جميع أنحاء العالم فسلامة الأم تساوي سلامة الرضع، وقد استخدمت المنظمات العالمية مصطلح تنمية الطفولة المبكرة لحماية هذه الفئة من الوفاة وتقديم ظروف ملائمة لتنشئتها، فتشير عبارة "تنمية الطفولة المبكرة" إلى منهج شامل للسياسات والبرامج الخاصة بالأطفال منذ لحظة الولادة إلى أن يبلغوا السن الثامنة من عمرهم.

ويهدف هذا البرنامج إلى حماية حقوق الطفل الصحية والاجتماعية والعاطفية وتعتبر الخدمات المجتمعية التي تفي باحتياجات الرضع والأطفال الصغار وحمايتهم من خطر الموت حيوية لمنهج تنمية الطفولة المبكرة ولقد اختارت اليونيسيف أن تركز على السنوات المبكرة جدا التي تشمل الأعمار من صفر إلى ثلاث سنوات نظرا لأهميتها وحيويتها بالنسبة لتطور بقية سنوات الطفولة المبكرة و أيضا لسبب ارتفاع معدل وفيات الأطفال كلما قل سنهم.

ولأن هذه السنوات المبكرة الهامة غالبا ما يتم إهمالها في سياسة البلدان وبرامجها وميزانياتها وبفضل برنامج التنمية للطفولة المبكرة تم إنقاذ حياة الملايين من الأطفال وتحسين حياة الملايين أيضا في دول العالم النامي، ومن أجل مساعدة هذه الأخيرة قام صندوق النقد الدولي والبنك الدولي إلى تخفيض عبء الديون على بعض الدول النامية فتحوّلت مبالغ الديون إلى الاستثمار في الطفولة المبكرة ووسعت هذه المنظمات البرنامج الخاص بالطفولة المبكرة جدا ليشمل النساء الحوامل وهو يتضمن خدمات صحية شاملة منها تقديم الخدمات للنساء قبل وخلال وبعد الحمل وفي السنة المالية 1999 بلغ التمويل الخاص لهذا البرنامج 4,66 مليار دولار. وذلك قصد تقديم المساعدة للدول النامية أما في الدول المتقدمة أين وصلت الرعاية الصحية للأم وللأطفال إلى أعلى المستويات، التي تعتبر الأكثر تقدما في العالم في مجال أنظمة وبرامج رعاية الطفولة تقوم الحكومات المحلية بتمويل رعاية الطفولة من يوم ولادتهم وحتى دخولهم المدرسة، فمراكز الرعاية النهارية ودور رعاية الأطفال الأسرية جيدة التمويل والتنظيم يديرها مختصون وتدريب عالي الكفاءة، كما أنها مصممة وفقا لحاجات نمو الطفل أما فيما يخص العناية بالأم الحامل فتتلقى أمهات وآباء المستقبل المعلومات والإرشادات عن الحمل السليم وتطور الطفل ويتم ذلك

(1) يونيسيف، وضع أطفال العالم 2001، ص:23.

أثناء الزيارات الصحية الدورية للأطباء والممرضات وتنظيم زيارات للأسر التي لديها أطفال دون السنة الثانية من العمر بمعدل مرة أو مرتين كل أسبوع. (1)

وعلى صعيد الآفاق المستقبلية في العالم فإن المتغيرات الديموغرافية هي جزء لا يتجزأ من استراتيجيات ومخططات التنمية على المدى القصير والطويل فالتنمية الاجتماعية والاقتصادية والسياسية مرتبطة بعلاقة عكسية بالتنمية السكانية ومن مبادئ التنمية السكانية وضع سياسات وبرامج وتوفير الوسائل والأدوات اللازمة لتحقيق الأهداف والوصول إلى نتائج إيجابية على أرض الواقع وعلى هذا الأساس فإن النظرة المستقبلية للمسائل السكانية تكون ضرورية جدا حيث من خلالها تحل المشاكل السكانية ويتم تقييم وتقويم هذه البرامج والسياسات.

-التكفل بصحة الأم والطفل بالجزائر:

بعد الاستقلال كانت الوضعية الصحية الخاصة بالأم والطفل متدهورة، حيث وجدت بعض تلقيحات لكنها بصفة محدودة مثل التلقيح ضد السل BCG والتلقيح ضد الجدري ، كما أنها لم تكن إجبارية حسب رغبة العائلة في التلقيح أو عدم تلقيح أبنائها ومع ذلك شكلت حماية الأمومة والطفولة احد أهداف السياسة الصحية العمومية، التي ارتكزت على الوقاية ، و في سنة 1969 أصبحت التلقيحات إجبارية مثل التلقيح ضد التيتانوس و الدفتيريا وضد السعال الديكي والتلقيح ضد الشلل ووضع شبكة لمراكز حماية الأمومة والطفولة و PMI عبر التراب الوطني .

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

المرحلة الأولى : 1962-1980 شهدت معدلات وفيات الرضع أعلى مستوى لها في هذه المرحلة ، حيث سجل أعلى معدل عام 1969 بـ 133.10% ثم بدأ معدل وفيات الرضع في الإنخفاض من عام 1971 إلى غاية 1980 بحوالي 23 نقطة .

المرحلة الثانية 1981-1986 : شهدت هذه المرحلة إنخفاضا ملحوظا في معدل وفيات الرضع حيث إنتقل المعدل من 84.72% إلى غاية 70.71% إنخفاضا بمقدار 14 نقطة .

المرحلة الثالثة 1987-1989 : يواصل معدل وفيات الرضع في الإنخفاض تدريجيا حيث بـ 64.42% و 58.76% على التوالي ، ويرجع هذا الإنخفاض أساسا إلى جهود الجزائر في تطبيق مشروع حماية الأمومة والطفولة وتطوير منظومتها الصحية والطبية وذلك منذ الإستقلال 1962 ، ومازالت تسعى أهداف السياسة الصحية في الجزائر إلى تخفيض الوفيات إلى أدنى المستويات الممكنة و

(1) التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، بيجين ،إعداد الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة -2009 - 2011 ، ص ص: 12،14 .

الإرتقاء بالحالة الصحية لأفراد المجتمع ، بفضل عملية التلقيح الذي إحتل مكانة كبيرة في عملية مكافحة وفيات الأطفال وكذا مكافحة وفيات الأطفال وكذا مكافحة الإسهال .

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

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

- ترقية مفهوم منع الحمل بالوسائل الاصطناعية بهدف التباعد بين الولادات ومتابعة الأم والطفل أثناء فترة الحمل والفترة مابعد الوضع وتحسين ظروف الولادة ومتابعة الأم والمولود بعد الولادة .

وفي 2000 -2004 وضعت الجزائر ستة 6 برامج فيما يخص صحة الأم والطفل وهي :

البرنامج الخاص بتوسيع التلقيحات والبرنامج الخاص بتخفيض وفيات الأمهات والمواليد الجدد والبرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال لدى الأطفال والبرنامج الخاص بمكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال والبرنامج الخاص بمكافحة داء المفاصل والبرنامج الخاص بالوقاية من الحوادث (¹)

_ تحليل بيانات الدراسة واستخلاص النتائج :

المستوى التعليمي للوالدين والصحة الإنجابية: يعتبر المستوى التعليمي من بين المتغيرات الهامة والمؤثرة على الصحة الإنجابية لدى الزوجين ، فقد أثبتت العديد من الدراسات السابقة عن مدى تأثير المستوى التعليمي المنخفض على صحة الأم والطفل قبل وما بعد الولادة ، بحيث يتحدد العامل الثقافي في الأسرة على مستوى تحصيل الأبوين المدرسي ودرجة الوعي لديهما⁽²⁾، كما أن جهل الكثير من الأمهات بصفة عامة بمطالب النمو وإشباع حاجات الطفولة في أوقاتها المناسبة وعدم معرفتهن بالأساليب السليمة يوقعهن من غير قصد في كثير من الأخطاء التي تؤثر على أطفالهن أسوأ الأثر من الناحية الصحية والنفسية والاجتماعية .

فلقد أصبح الأبوان يميلان إلى استخدام الأساليب الديمقراطية في التنشئة الاجتماعية وإلى الاستفادة من معطيات المعرفة العلمية في العمل التربوي ، كلما ارتفع مستوى تحصيلها المعرفي أو التعليمي وعلى العكس من ذلك يميل الأبوان إلى استخدام أسلوب القسوة والشدة كلما تدنى مستواهما التعليمي .³ وهذا ما سنحاول إثباته من خلال الجداول الموالية .

(¹) علي أسعد وطفة و علي جاسم الشهاب ، علم إجتماع المدرسي، لبنان ، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر ، ط 1 ، 2004 ، ص : 143 .

(²) فوزية عودة و يوسف الكبيسي ، توزيع رياض الأطفال، الأردن ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، ط 1 ، 2008 ، ص : 31 .

(³) داوود بورقيبة ، منهاج التربية المثالية ، الجزائر ، المطبعة العربية ، ب ط ، 2005 ، ص : 63 .

المستوى التعليمي للأم والصحة الإنجابية :

جدول رقم (01) : يوضح علاقة المستوى التعليمي للأم بالعلاج أثناء الحمل:

المجموع		ما بعد التدرج		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		أمية		مستوى الأم تعالج
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
74.68	59	100	3	100	5	66.67	8	64.29	9	85.71	12	70.97	22	نعم
25.32	20	-	-	-	-	33.33	4	35.71	5	14.29	2	29.03	9	لا
100	79	100	3	100	5	100	12	100	14	100	14	100	31	المجموع

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه علاقة المستوى التعليمي للأم بالعلاج أثناء مراحل الحمل ونجد أكبر نسبة في الجدول قدرت بـ 74.68 % تمثل الإجابات بـ " نعم " للنساء اللواتي يقمن بالعلاج أثناء متابعة مراحل الحمل ومن بينها كأكثر نسبة نجدها لدى مستوى تعليمي " ما بعد التدرج " و " جامعي " قدرت بـ 100% للمتابعة الصحية أثناء الحمل وبعد الولادة وتليها أدنى نسبة قدرت بـ 64.29 % تمثل مستوى " متوسط " . وتقابلها أدنى نسبة في الجدول قدرت بـ 25.32 % تمثل الإجابات بـ " لا " لعدم علاج الأم ونجدها تتركز لدى مستوى " متوسط " بنسبة 35.71 % وأدنى نسبة نجدها لدى مستوى ابتدائي بنسبة 14.29 %.

و يمكن تفسير النتائج المتحصّل عليها من خلال الجدول فنقول عن ارتفاع نسبة الأمهات اللواتي يعالجن التي قدرت بنسبة 74.68 % فنجد أعلى نسبة الأمهات ذات المستوى ما بعد التدرج و أيضا المستوى الجامعي بـ 100 % و هذا ما يعكس درجة الوعي للعلاج أثناء الحمل أيضا لا ننسى أن وضعها الاجتماعي في استقرار ، كما أثبتت عدة دراسات الأثر الإيجابي لتعليم الأم على بقاء الأطفال على قيد الحياة فكلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما زادت فرص الحياة وتراجعت احتمالات الوفاة عند الأطفال .

فقد أثبتت عدة دراسات مدى أهمية المتابعة الصحية أثناء مراحل الحمل لأن من أبرز أسباب وفيات الرضع في الشهر الأول هي التشوهات الخلقية والولادة قبل الأوان والولادة المتعسرة بالنسبة للأم وآثارها السلبية على الطفل ، لذلك فالمتابعة الطبية تكشف مدى صحة الأم والطفل فتقافة الأم لها دور فعال في العناية بصحتها الإنجابية .



جدول رقم (02) : يوضح تأثير المستوى التعليمي للأم على معرفة زمرة دمها:

المجموع		مابعد التدرج		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		أمية		مستوى الأم معرفة زمرة دمها
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
49.37	39	100	3	100	5	66.67	8	71.43	10	50	7	19.35	6	نعم
50.63	40	-	-	-	-	33.33	4	28.57	4	50	7	80.65	25	لا
100	79	100	3	100	5	100	12	100	14	100	14	100	31	المجموع

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه تأثير المستوى التعليمي للأم على معرفة زمرة دمها وكأكبر نسبة في الجدول قدرت بـ 50.63% لإجابة الأم بـ "لا" لعدم معرفة زمرتها ونجدها تتركز لدى المستوى "أمي" بـ 80.65% أما أدنى نسبة بـ 33.33% للمستوى "ثانوي" . وتقابلها أدنى نسبة في الجدول بـ 49.37% تمثل إجابات بـ "نعم" لمعرفتهن للزمرة ، ونجها تتركز بـ 100% لدى كل من مستوى "جامعي" و"ما بعد التدرج" أما أدناها لدى مستوى "أمي" بـ 19.35% .

إن معرفة زمرة الدم لها دور ايجابي أثناء مرحلة الولادة وما بعد الولادة في حالة اعتلال صحة الأم وضعفها ومن المثير للاهتمام أن نجد نسبة 50.63% من المبحوثات لا تعرفن " زمرة الدم " التي نجدها تتركز أكثر لدى مستوى "أمي" و "ابتدائي" .

نستنتج مما سبق أن معرفة الزمرة الدموية من أساليب التثقيف الصحي الفعال ، إذ تعتبر من الضروريات الواجب أخذها بعين الاعتبار في التوجيه والإرشاد الصحي، فالعلاقة الحتمية التي من المحتمل أن يكون لها تأثير جد إيجابي وفعال هو تأثير المستوى التعليمي للأم على معرفتها لزمرتها الدموية ، وهذا ما هو مبين في الجدول تركز نسبة 100% لدى كل من المستويات العليا ما بعد التدرج وجامعي إلى أن تتخفف بالتدرج عبر المستويات الأخرى إلى أن تصل إلى مستوى أمي 19.35% .

رغم أنه من الضروري أن تكون كل أم على علم بكل ما يتعلق بصحتها خاصة معرفة زمرة الدم وخلال دراستي الميدانية لاحظت لامبالاة من طرف الأم التي تحمل مستوى ثانوي ومتوسط رغم أن مستواها يسمح لها بالقراءة والكتابة إلا أننا نجدها لا تعرف زمرتها الدموية.

جدول رقم (03) : يوضح تأثير المستوى التعليمي للأم على من يقدم لها النصائح الخاصة بصحتها

الإيجابية

المجموع		مابعد التدرج		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		أمية		مستوى الأم من يقدم لك النصائح
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
60.76	48	33.33	1	40	2	66.67	8	64.29	9	71.43	10	58.06	18	الطبيب
7.59	6	66.67	2	60	3	8.33	1	-	-	-	-	-	-	البحث الشخصي
17.72	14	-	-	-	-	25	3	28.57	4	14.29	2	16.13	5	أخرى
13.92	11	-	-	-	-	-	-	7.14	1	14.29	2	25.81	8	لا أحد
100	79	100	3	100	5	100	12	100	14	100	14	100	31	المجموع

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه المستوى التعليمي للأم وعلاقته بمن يقدم لها النصائح الخاصة بصحتها الإيجابية وكأكبر نسبة قدرت ب 60.76% تمثل " الطبيب " ومن بينها نجد أعلى نسبة 66.67% تمثل مستوى ثانوي وأدنى نسبة 33.33% " مستوى ما بعد التدرج " .
وتقابلها أدنى نسبة في الجدول قدرت ب 7.59% تمثل " البحث الشخصي " والتي تتركز لدى مستوى "مابعد التدرج " و" جامعي " " ثانوي " .

انطلاقا من المعطيات الإحصائية الموضحة في الجدول نلاحظ أن أغلب الأمهات يستقن من نصائح طبيبهن الخاص طيلة فترة الحمل وأيضا بالمتابعة الدائمة للحفاظ على الصحة الإيجابية باستشارته في جميع الحالات بحيث أن الاستمرار في الكشف الصحي كما تبين في دراستنا الميدانية على حرصهم الشديد من طرف الأمهات على التردد للعلاج أثناء وبعد مرحلة الحمل ، وما جذب انتباهنا نسبة 7.59% في الجدول " البحث الشخصي " من قراءة كتب ، تلفزيون ، أنترنيت ، إذاعة ... فنتيجة لارتفاع الوعي الإيجابي بفعل المستوى التعليمي للأم كما هو موضح في الجدول أن مستوى " ما بعد التدرج " تركز على 66.67% وتليها بالتدرج 60% " جامعي" وهكذا إلى أن تصل لدى مستوى " ثانوي" 8.33% وهي أدنى نسبة للبحث الشخصي وهنا يظهر لنا مظهر من مظاهر تأثير السياسة السكانية على السلوك الإيجابي للمرأة لجميع المستويات بحيث أن سياسة مجانية التعليم ومحو الأمية تسير نحو الإيجاب لنجاح هذه الإجراءات في رفع وعي المرأة وبالأخص سلوكها الإيجابي .

المستوى التعليمي للأب والصحة الإنجابية :

جدول رقم (04) : يوضح تأثير المستوى التعليمي للأب ودرجة تأثره بإرشادات حول الصحة الإنجابية:

المجموع		مابعد التدرج		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		أمي		مستوى الأب يتأثر بإرشادات حول الصحة الإنجابية
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
25.32	20	-	-	100	5	33.33	5	42.86	3	25	5	6.25	2	نعم
74.68	59	-	-	-	-	66.67	10	57.14	4	75	15	93.75	30	لا
100	79	-	-	100	5	100	15	100	7	100	20	100	32	المجموع

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه الذي يوضح تأثير المستوى التعليمي للأب ودرجة تأثره بإرشادات حول الصحة الإنجابية ، فنجد أن أعلى نسبة في الجدول قدرت ب 74.68 % التي تمثل الإجابات ب " لا " لعدم التأثير وهي تتركز لدى المستويات التعليمية المنخفضة ب 93.75 % " أمي " و 75 % " ابتدائي " و 57.14 % " متوسط " و 66.67 % " ثانوي " . أما نسبة 25.32 % التي تمثل الإجابات ب " نعم " للتأثر وهي تتركز لدى المستويات التعليمية المرتفعة ب 100 % " جامعي " إلى أن تصل إلى أدنى نسبة المسجلة ب 6.25 % لمستوى " أمي " .

نستنتج من خلال إحصائيات الجدول للعلاقة بين المستوى التعليمي للأب وتأثره بإرشادات حول الصحة الإنجابية أنه كلما ارتفع المستوى التعليمي للأب كلما تأثر بإرشادات ونصائح طبية تخص الصحة الإنجابية وكلما انخفض المستوى التعليمي للأب كلما انخفضت درجة تأثره . نلاحظ أن للمستوى التعليمي المرتفع للزوجين له تأثير على صحتها الإنجابية لأن التعليم هو أحسن وسيلة لرفع المستوى الإجتماعي والصحي والثقافي والإقتصادي .

لذلك فإن متغير المستوى التعليمي للزوجين يؤثر على صحتها الإنجابية بوعياها على خصوبتهما . وفي وقتنا الحالي إتسعت درجة ثقافة الزوجين في البحث عبر الوسائل التعليمية على نصائح وإستفسارات تخص صحتها الإنجابية عبر الإنترنت والإطلاع على دراسات تدور حول الخصوبة السليمة ومشاهدة برامج تلفزيونية تثقيفية حول صحة الأم والأب والطفل وقراءة الكتب وغيرها .

جدول رقم (05) : يوضح تأثير المستوى التعليمي للأب على الرغبة في بناء أسرة كبيرة الحجم

المجموع		مابعد التدرج		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		أمية		مستوى الأب الرغبة في بناء أسرة كبيرة الحجم
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
83.54	66	-	-	40	2	53.33	8	85.71	6	90	18	100	32	نعم
16.46	13	-	-	60	3	46.67	7	14.29	1	10	2	-	-	لا
100	79	-	-	100	5	100	15	100	7	100	20	100	32	المجموع

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه تأثير المستوى التعليمي للأب على الرغبة في بناء أسرة كبيرة الحجم بحيث نجد أن أعلى نسبة تركزت في الجدول قدرت ب 83.54 % التي تمثل الإجابات ب "نعم" للرغبة في إكبار حجم الأسرة وهي تتركز لدى المستويات المنخفضة ب 100 % "أمي" و 90% "ابتدائي" 85.71 % "متوسط" و 53.33% "ثانوي" أما مستوى جامعي ب 40% .

وتقابلها أدنى نسبة في الجدول قدرت ب 16.46% التي تمثل الإجابات ب "لا" لعدم الرغبة في إكبار حجم الأسرة وهي تتركز لدى كل من مستوى "جامعي" ب 60% ويليها مستوى "ثانوي" ب 46.67% ومستوى "متوسط" ب 14.29% وآخرها نسبة 10% لمستوى "ابتدائي" .

نستنتج من خلال إحصائيات الجدول للعلاقة بين المستوى التعليمي للأب والرغبة في بناء أسرة كبيرة الحجم أنه كلما انخفض المستوى التعليمي للأب كلما ارتفعت رغبته في بناء أسرة كبيرة الحجم وكلما ارتفع المستوى التعليمي للأب كلما انخفضت رغبته في بناء أسرة كبيرة الحجم ، غير أن هذا التوجه الأسري تغير بإتجاه عكسي في وقتنا الحالي مع زيادة مسؤوليات الحياة ومتطلباتها وأعبائها المادية والمعنوية وزيادة حجم الضغوطات الملقاة على عاتق الأبوين ، فنجد الأسرة النواة مكونة من الزوجين وعدد قليل من الأطفال وتتسم الوحدة الأسرية بقوة العلاقات الإجتماعية بين أفراد الأسرة بسبب صغر حجمها وكذلك بالإستقلالية بالمسكن والدخل وغير ذلك .

الحالة الاقتصادية للأسرة :

يعد المستوى الاقتصادي عامل جد هام في رعاية أفراد الأسرة و يعكس الوضع الاقتصادي والاجتماعي الذي تعاني منه ، فقد أثبتت عدة دراسات أن انخفاض مستوى المعيشة يؤثر في نوعية الغذاء الذي يستطيع الفرد الحصول عليه و يشكل عاملا رئيسيا في وفيات الأطفال و الكبار على حد سواء ، فنوعية الغذاء تلعب دورا في إصابتهم بالأمراض التي تؤدي إلى الوفاة .

فهناك علاقة وثيقة بين المستوى الاقتصادي والمستوى الصحي ، فالدخل المتدني لرب الأسرة و زيادة عدد الأبناء يؤدي إلى اعتلال صحتهم وتقصي الأمراض بينهم وارتفاع معدل الوفيات بين الأطفال خاصة الرضع .

تعتبر الحالة الإقتصادية معيارا هاما لصحة الفرد والمجتمع ، إذ توجد علاقة وطيدة بين الظرف الإقتصادي والحالة الصحية فمن المعروف جدا أن الفقر يؤدي إلى المرض وأن المرض يؤدي إلى الفقر ، فالحالة الإقتصادية تحدد القوة الشرائية والمستوى المعيشي للناس .

فالقول الغنية بها معدل وفيات منخفض ومتوقع أطول للعمر ويستمر الفقر كأحد الأسباب الهامة وغير المباشرة للموت في أغلب أرجاء العالم . (1)

(1) علي عبد الرزاق جليبي ، علم اجتماع السكان ، مصر ، دار المعرفة الجامعية ، ب ط ، 2008 ، ص : 299 .

تعتبر الفروق المتعلقة بالمكانة الاقتصادية الاجتماعية وعلاقتها بالفروق في معدلات الوفيات موضع اهتمام من جانب الأشخاص الذين يعملون على تحسين مستويات الصحة والرفاهية (¹) فالطبقة الاجتماعية ومتغيراتها الموضوعية والذاتية تلعب الدور المباشر في بلورة وتماسك آراء وأفكار ومعتقدات الفرد نحو الأشياء المحيطة به في المجتمع (²) فارتفاع وفيات الأطفال الرضع يكون بين الفئات الدنيا (الفقيرة) .

قيمة دخل الأب و المتابعة الطبية :

الجدول رقم (06): يوضح العلاقة بين قيمة دخل الأب و علاج الأم أثناء الحمل

المجموع	-30000]		-25000]		-20000]		-15000]		-10000]		[أقل -10000]		قيمة دخل الأب	علاج الأم
	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%		
56.96	45	100	5	66.67	4	90	18	50	10	45.45	5	17.65	3	نعم
43.04	34	-	-	33.33	2	10	2	50	10	54.54	6	82.65	14	لا
100	79	100	5	100	6	100	20	100	20	100	11	100	17	المجموع

تبين لنا إحصائيات الجدول أعلاه العلاقة ما بين قيمة دخل الزوج وعلاج الأم أثناء الحمل وكأكبر نسبة قدرت بـ: 56.96% وتمثل الأمهات الذين أجابوا بـ "نعم" أي أنهم يقمن بالعلاج ومن بينها كأكبر نسبة نجدها عند فئة الدخل التي تتراوح ما بين [30000 فأكثر] بـ 100% وتليها أدنى نسبة بـ 17.65 % لفئة الدخل التي تتراوح ما بين [أقل -10000].

وتقابلها أدنى نسبة في الجدول قدرت بـ 43.04 % للإجابات بـ " لا " التي نجدها تمثل نسبة 82.65 % لفئة الدخل التي تتراوح ما بين [أقل -10000] أما أدنى نسبة بـ 33.33 % تمثل فئة الدخل [30000-25000].

نلاحظ أن قيمة الدخل لها أثر فعال في الإقبال لعلاج الأم لدى الطبيب المختص وهذا ما تبرهن عليه إحصائيات الجدول ، فكلما زادت قيمة الدخل كلما زاد الإقبال للعلاج والعكس صحيح كلما انخفضت قيمة الدخل كلما انخفض الإقبال على العلاج .

وأخيرا يتبين لنا من خلال هذا التحليل أن قيمة الدخل تؤثر على إقبال المرأة للعلاج، فعدد مرات زيارة الطبيب تختلف من امرأة إلى أخرى حسب دخل زوجها، فإن كان مرتفع بطبيعة الحال تتابع زيارة الطبيب بشكل عادي أما إذا كان منخفض فقد تقل عدد مرات العلاج أو لا تعالج ، لذلك فالمتابعة الطبية المنتظمة تساهم في تقليص نسبة وفيات الأطفال الرضع ووفيات الأمهات وحمائتهم من خطر الولادة المتعسرة .

(¹) عبد المجيد الشاعر وآخرون ، علم إجتماع الطبي، الأردن، دار اليازوري العلمية ، ط 1 ، 2000 ، ص : 138

(²) مصطفى خلف عبد الجواد ، علم إجتماع السكان ، الأردن ، دار المسيرة ، ط 1 ، 2009 ، ص : 96 .

جدول رقم (07) : يوضح تأثير قيمة دخل الأب على علاج الطفل :

المجموع	30000] فأكثر]		-25000] [30000		-20000] [25000		-15000] [20000		10000] [15000-		[أقل-10000]		قيمة دخل الأب علاج الطفل لدى	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
54.43	43	20	1	83.33	5	55	11	50	10	54.55	6	58.82	10	طبيب عام
45.56	36	80	4	16.67	1	45	9	50	10	45.45	5	41.18	7	أخصائي طب أطفال
100	79	100	5	100	6	100	20	100	20	100	11	100	17	المجموع

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه قيمة دخل الأب وتأثيره على علاج الطفل لدى " طبيب عام " أو " أخصائي طب أطفال " وكأكبر نسبة قدرت ب 54.43% تمثل علاج الطفل لدى " طبيب عام " ومن بينها نجد أكبر نسبة قدرت ب 83.33 % لفئة الدخل التي تتراوح ما بين [30000-25000] أما أدنى نسبة 20% لفئة الدخل التي تتراوح ما بين [30000-فأكثر] .

وتقابلها أدنى نسبة في الجدول قدرت ب 45.56% تمثل علاج الطفل لدى " أخصائي طب أطفال " ونجدها قدرت ب 80% لفئة الدخل التي تتراوح ما بين [30000-فأكثر] أما أدنى نسبة 16.67% لفئة الدخل التي تتراوح ما بين [30000-25000] .

نلاحظ أن علاج الطفل لدى " طبيب عام " هي النسبة التي تتركز في الجدول فالأم تفضل علاج طفلها لدى طبيب عام نظرا لانخفاض قيمة الدخل ولنقص الوعي لديهن بضرورة علاج الطفل لدى أخصائي طبيب أطفال في حالة مرضه .

أن اتجاههم نحو العلاج في القطاع العام بكثرة يدل على الحالة الاقتصادية أو الظروف التي تعاني منها إضافة إلى غلاء المعيشة لذا يتجه الآباء لعلاجهم لدى القطاع العام .

ف نجد انه كلما زادت قيمة الدخل كلما زاد الإقبال للعلاج لدى طبيب خاص والعكس صحيح ، كلما انخفضت قيمة الدخل كلما ازداد الإقبال لدى طبيب عام .

أما نسبة 45.56% لعلاج الطفل لدى " أخصائي طب أطفال " بالقطاع الخاص رغم ما يستلزمه من جانب مادي بحيث نجده تركز لدى فئات الدخل العليا فالوالدين يتخوفان على صحة أطفالهم خاصة في بداية مراحل نموه وهذا مؤشر ايجابي للحرص على صحة وسلامة الأطفال .

عمل الأم وتحسين مستوى دخل الأسرة :

جدول رقم (08) : يوضح المستوى التعليمي للأم وتأثيره على إمكانية عملها (تعمل-لا تعمل):

المجموع		مابعد التدرج		جامعي		ثانوي		متوسط		ابتدائي		أمية		مستوى الأم تعمل
%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك	
59.49	47	100	3	80	4	16.67	2	50	7	71.43	10	67.74	21	نعم
40.51	32	-	-	20	1	83.33	10	50	7	28.57	4	32.26	10	لا
100	79	100	3	100	5	100	12	100	14	100	14	100	31	المجموع

نلاحظ من خلال معطيات الجدول أعلاه علاقة المستوى التعليمي للأم فيما إن كانت تعمل (نعم-لا) ونجد أعلى نسبة قدرت ب 59.49 % التي تمثل الإجابات ب " نعم " إمكانية عملها ونجدها تتركز لدى كل المستويات التعليمية ب 100% " ما بعد التدرج " و 80% لمستوى " جامعي " وتليها نسبة 71.43% " ابتدائي " مستوى " أمي " ب 67.74% و 50% لمستوى " متوسط " أما أدنى نسبة ب 16.67% " ثانوي " .

وتقابلها أدنى نسبة في الجدول قدرت ب 40.51 % التي تمثل الإجابات ب " لا " لعدم إمكانية عملها ونجدها تتركز بأعلى نسبة لدى مستوى " ثانوي " ب 83.33 % أما أدنى نسبة ب 20 % " جامعي " .

نستنتج من خلال أرقام الجدول أنه كلما إرتفع المستوى التعليمي للمبحوثات كلما أقبلن إلى العمل وهذا ما هو موضح من خلال نسبة 100 % لمستوى " ما بعد التدرج " ونسبة 80% لمستوى "جامعي" وكلما إنخفض المستوى التعليمي للأم كلما إنخفضت نسبة إقبالهن إلى العمل ويفضلن المكوث بالبيت إلا من تعذرت عليهم الظروف الإقتصادية للأسرة لذا نجد أن الأم تلجأ إلى العمل رغم عدم حصولها على مستوى تعليمي يسمح لها بعمل مناسب وهذا ما تؤكد نسبة 67.74 % لمستوى "أمية" فتقوم بإنجاز أي عمل مقابل الحصول على مال يسمح لها بمساعدة الزوج في إعالة الأسرة .

كما نلاحظ أن ذهنيات المجتمع اليوم تغيرت بعدما كانت المرأة ماکثة بالبيت مهنتها تربية الأطفال والقيام بواجباتها ، فالיום تعددت أدوار المرأة من المرأة المربية إلى العاملة والتي أصبحت تبذل جهدا كبيرا إضافة إلى مسؤولياتها في البيت .

ونستنتج أن الأم التي تحمل مستوى تعليمي مرتفع تعمل في وظيفة مناسبة وإيراداتها دون وجود ضغوطات إقتصادية ، أما الأم التي لديها مستوى تعليمي منخفض تضطر إلى عمل أي وظيفة أو حرفة تمنهنا تحت ظروف إقتصادية قسرية تحتم عليها العمل داخل أو خارج البيت .

جدول رقم (09) : يوضح علاقة توقيت خروج الأم للعمل والأسباب الدافعة لذلك :

المجموع	لا يوجد		بعد الإنجاب الأول		قبل الإنجاب الأول		توقيت خروج المرأة للعمل		سببه	
	%	ك	%	ك	%	ك	%	ك		
37.97	30	-	-	83.33	25	50	5	-	-	تحسين دخل الأسرة
16.46	13	-	-	16.67	5	50	5	42.86	3	تحقيق استقلال مادي
5.06	4	-	-	-	-	-	-	57.14	4	كسب مكانة اجتماعية
40.51	32	100	32	-	-	-	-	-	-	لا تعمل
100	79	100	32	100	30	100	10	100	7	المجموع

يتبين لنا من خلال معطيات الجدول أعلاه علاقة توقيت خروج المرأة للعمل وتأثيره على الأسباب الدافعية لذلك نجد أن أعلى نسبة تركزت لدى " تحسين دخل الأسرة " بـ 37.97 % ونجدها بنسبة 83.33 % لتوقيت خروجها للعمل " بعد الإنجاب الأول " وتليها نسبة 50 % لتوقيت خروجها للعمل " قبل الإنجاب الأول ". وتقابلها أدنى نسبة في الجدول قدرت بـ 5.06 % سببه " كسب مكانة اجتماعية " وهي تتركز بنسبة 57.14 % لتوقيت خروجها للعمل " قبل الزواج ". إن قرار خروج المرأة للعمل له عدة أسباب وهذا ما تشبهه فترة خروجها للعمل فخلال دراستنا الميدانية تبين لنا أن المرأة التي تحاول كسب مكانة إجتماعية يكون ذلك دائما توقيت العمل قبل الزواج بنسبة 57.14 % وهذا نتيجة لمواصلتها وكذا إندماجها مباشرة في العمل فهي تعمل لكسب مكانتها في المجتمع.

ومقارنة بذلك نجد أن سبب خروج المرأة لتحسين دخل الأسرة يكون بعد الزواج أو بالأحرى بعد الإنجاب الأول كما أثبتته نسبة 83.33% وهذا ما يدل على إنخفاض دخل الزوج وظروف إقتصادية صعبة إضافة إلى غلاء المعيشة وصعوبة إعالة الأسرة بأكملها لذلك تلجأ بعض الأمهات إلى العمل لتحسين دخل الأسرة والمشاركة في إعالة الأسرة إضافة إلى عمل الزوج الذي يكون عاجز أمام توفير كل متطلبات الأطفال ولوازمهم المتزايدة الطلب والعيش في ظروف صحية ملائمة من توفير الغذاء الصحي والملائم لنمو الأطفال ، ولأن ضعف صحة الأم والطفل نتيجة إنخفاض الدخل وعدم الحصول على غذاء مناسب وضروري وعلاج ملائم أثناء الضرورة وغيرها من المستلزمات .

-نتائج الدراسة :

إن دراسة ظاهرة وفيات الأطفال الرضع [0-11] شهرا تمثل انعكاسا للحالة الصحية العامة وخاصة صحة الأم والطفل بمقدار العناية بالحامل والطفل قبل ولادته خلال السنة الأولى من عمره ، فالعناية الجيدة بصحة الأم تنعكس على صحة الطفل بالضرورة بشكل خاص. فالرعاية الصحية أثناء الحمل لا تقتصر على إجراء الفحوصات بل تشمل التنقيف الصحي والذي يظهر لنا متغير آخر ألا وهو تأثير المستوى التعليمي للزوجين على صحتها الإنجابية والتي تؤثر بشكل مباشر على صحة الأم والطفل ولذلك تتخفف نسبة وفيات الأطفال مع ارتفاع المستوى التعليمي .

نلاحظ أن الصحة الإنجابية تتأثر بعدة مؤثرات خارجية ومن أبرزها أن نجد أن المستوى التعليمي للزوجين له دور في ذلك ويكون التأثير إما إيجابيا أو سلبيا .

المستوى التعليمي للزوجين يؤثر على درجة الوعي لديهما في عدم معرفتهم بالأساليب السليمة للرعاية وكذا الصحة الإنجابية ، ومن خلال دراستنا وجدنا أن للمستوى التعليمي أثر على وعي الأم بالعلاج و من الايجابي أننا وجدنا أكبر نسبة 74.68 % هي من تعالج و أن الأم التي لا تعالج تشمل كل من : المستوى الابتدائي ، الأمي ، الثانوي و المتوسط ، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للأم كلما زادت فرص الحياة وتراجعت احتمالات الوفاة عند الأطفال .

كما إن معرفة الأم لزمرة الدم لها دور ايجابي أثناء مرحلة الولادة وما بعد الولادة في حالة اعتلال صحة الأم وضعفها ومن المثير للاهتمام أن نجد نسبة 50.63 % من المبحوثات لا تعرفن " زمرة الدم " التي نجدها تتركز أكثر لدى مستوى " أمي " و " ابتدائي " . و كلما ارتفع المستوى التعليمي للأب كلما تأثر بإرشادات ونصائح طبية تخص الصحة الإنجابية وكلما انخفض المستوى التعليمي للأب كلما انخفضت درجة تأثره .

نستنتج للعلاقة بين متغيري المستوى التعليمي للأب والرغبة في بناء أسرة كبيرة الحجم أنه كلما انخفض المستوى التعليمي للأب كلما ارتفعت رغبته في بناء أسرة كبيرة الحجم وكلما ارتفع المستوى التعليمي للأب كلما انخفضت رغبته في بناء أسرة كبيرة الحجم وهذا ما يعكس اختلاف درجة الوعي لدى الزوج في أهمية تنظيم النسل نحو عدد من الأولاد يتوافق وإمكانيات الأسرة اقتصاديا .

ونستنتج أن المستوى التعليمي للزوجين له تأثير جد فعال عليهما نحو صحتهما الإنجابية ضمانا لسلامة طفلهما.

تشير نتائج دراستنا الميدانية أن المستوى الإقتصادي للأسرة له تأثير على الصحة الإنجابية وكذا على درجة العناية الإقتصادية والتكفل بصحة الأم والطفل داخل الأسرة ، فكلما زادت قيمة الدخل كلما زاد الإقبال للعلاج والعكس صحيح كلما انخفضت قيمة الدخل كلما انخفض الإقبال على العلاج .

كما أن انخفاض المستوى المعيشي يؤثر في نوعية الغذاء والعلاج المتوفر لرعاية الأم والطفل والذي يشكل عاملا رئيسيا في زيادة نسبة وفيات الأطفال ، فهناك علاقة وثيقة بين المستوى الاقتصادي والمستوى الصحي . لذلك نجد أن عمل المرأة أصبح دعما اقتصاديا قويا للأسرة من خلال زيادة متطلبات الحياة وغلاء المعيشة ومن خلال دراستنا الميدانية للعلاقة المتبادلة بين متغيري توقيت خروجها للعمل وتأثيره على الأسباب الدافعية لذلك نجد أن أعلى نسبة تركزت لدى " تحسين دخل الأسرة " ب 37.97 % ونجدها بنسبة 83.33 % لتوقيت خروجها للعمل " بعد الإنجاب الأول " .

خاتمة :

وفي الختام يوضح لنا بأن المستوى التعليمي للزوجين المنخفض يؤثر على و عيها للصحة الإنجابية كتنظيم النسل و تباعد مراحل الحمل وضرورة المتابعة الطبية بالعلاج عند الطبيب المختص فنجدهم يجهلون السبل السليمة نحو صحتهم الإنجابية .

كما أن دخل الأسرة المنخفض يؤثر على صحة المرأة الإنجابية في عدم علاجها و لا توفير لها غذاء صحي يساعد الطفل في النمو الجيد ، فالعامل الإقتصادي له دور في زيادة أو إنخفاض الظاهرة ولذلك فمهما كانت الظروف فمن الضروري الإهتمام بصحة الأم والطفل .

* قائمة المراجع :

1. إسماعيل محمد هاشم ، المدخل إلى مبادئ الاقتصاد الاجتماعي ، مصر ، المكتبة الجامعية ، ب ط ، 1999 .
2. التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية ، بيجين ، إعداد الوزارة المنتدبة المكلفة بالأسرة وقضايا المرأة - 2009 - 2011 .
3. داوود بورقبيبة ، منهاج التربية المثالية ، الجزائر ، المطبعة العربية ، ب ط ، 2005 .
4. سعيد محمد عثمان ، الاستقرار الأسري وأثره على الفرد والمجتمع ، الإسكندرية ، مؤسسة شباب الجامعة ، ب ط ، 2009 .
5. عباس فاضل السعدي ، سكان الوطن العربي ، الأردن ، مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع ، ط 1 ، 2001 .
6. عامر قنديلجي وإيمان السامرائي ، البحث العلمي الكمي والنوعي ، الأردن ، دار اليازوري العلمية ، ب ط ، 2008 .
7. . عبد المجيد الشاعر وآخرون ، علم إجتماع الطبي، الأردن، دار اليازوري العلمية ، ط 1 ، 2000 .
8. علي أسعد وطفة و علي جاسم الشهاب ، علم إجتماع المدرسي، لبنان ، مجد المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر ، ط 1 ، 2004 .
9. علي عبد الرزاق جلبي ، علم اجتماع السكان ، مصر ، دار المعرفة الجامعية ، ب ط ، 2008 .
10. فوزية عودة و يوسف الكبيسي ، توزيع رياض الأطفال، الأردن ، دار صفاء للنشر والتوزيع ، ط 1 ، 2008 .
11. مصطفى خلف عبد الجواد ، علم إجتماع السكان ، الأردن ، دار المسيرة ، ط 1 ، 2009 .
12. يونس حمادي علي ، مبادئ علم الديمغرافية ،العراق ، دار وائل للنشر ، ط 1 ، 2010 .
13. يونسيف ، وضع أطفال العالم 2001 .