

جامعة قاصدي مرباح ورقلة
كلية العلوم الإنسانية و الاجتماعية
قسم العلوم الاجتماعية



مذكرة م مقدمة لنيل شهادة ماستر أكاديمي

ميدان: العلوم الاجتماعية

شعبة: الديموغرافيا

تخصص: تخطيط سكاني

من إعداد الطالبة: راشدي وفاء

الموضوع

دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات خلال الفترة (1998-2008)

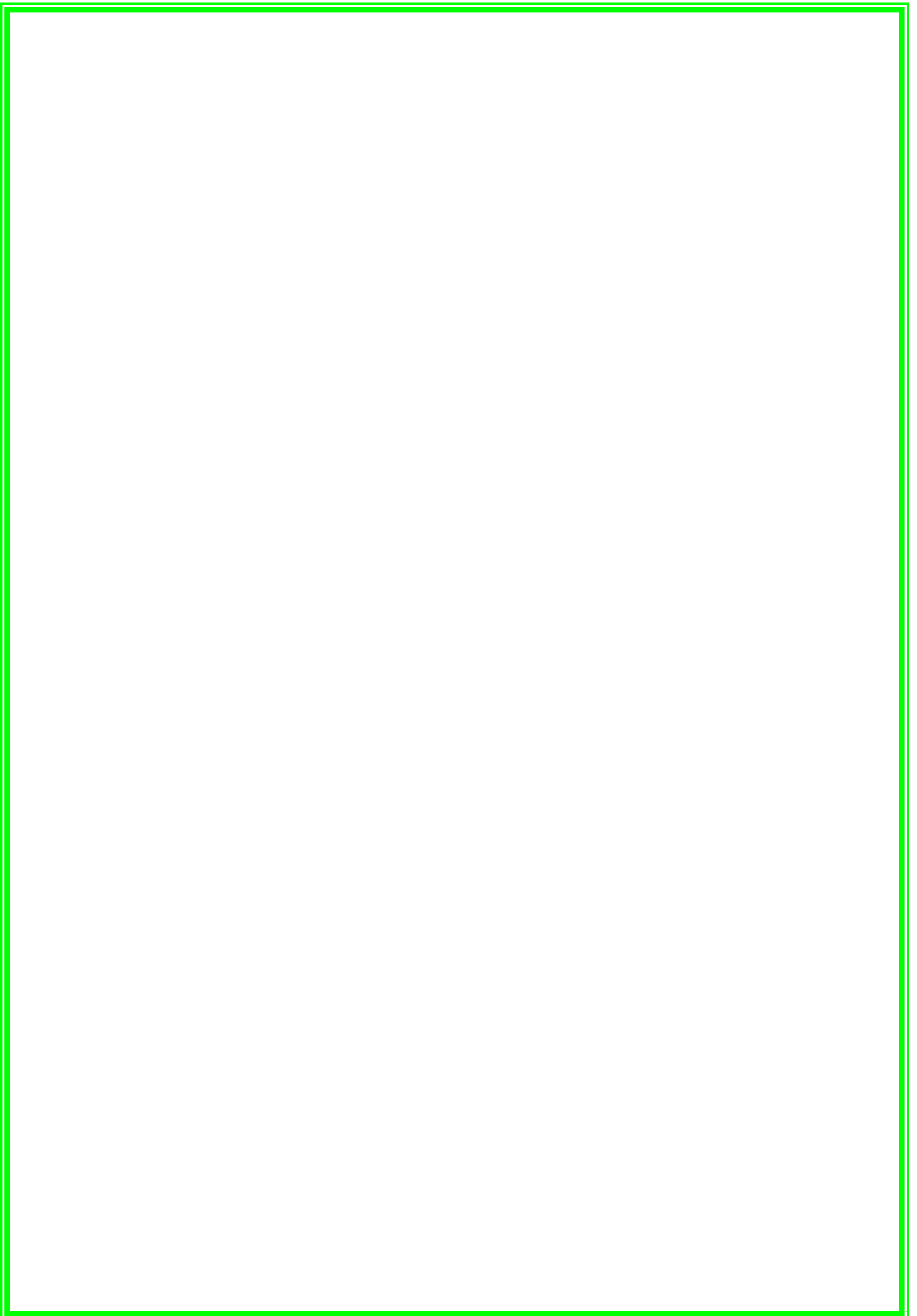
دراسة ميدانية تحليلية بحائرة تقرص ولاية ورقلة

تاريخ المناقشة: 2013-06-06

لجنة المناقشة:

الأستاذ: صالي محمد	أستاذ محاضر	رئيسا	جامعة قاصدي مرباح-ورقلة.
الأستاذ: طلباوي الحوسين	أستاذ محاضر	مشرفا	جامعة قاصدي مرباح-ورقلة.
الأستاذ: طعبة عمر	أستاذ محاضر	مناقشا	جامعة قاصدي مرباح-ورقلة.

السنة الجامعية: 2012-2013



الإهداء الإهداء

أمهدي ثمرة جسدي:

إلى من ترك لي نرجا وافيًا من الأطلاق و زادًا كافيًا من العنان الرقيق

"أبي الغالي حفظه الله و رعاه"

و إلى من ضممتني إلى صدرها و كان لي أجمل و شاع و النسمة التي تلامسني كل صباح، و من جعله الجنة تحية

أقدامها في كل المطامع

"أمي الغالية حفظها الله و رعاها من كل سوء"

إلى من جمعني بهم رحم واحد، و من بسري في عروقي و عروقتهم دم واحد

"نورالدين-عماد-هنا-ع. الرشيد-ع. الغني-ع. النور-وليد-دعاء"

رزقهم الله من أفضل خيراته و فتح عليهم أوسع أبوابه

إلى كل الأهل و الأقارب

إلى كل الأصدقاء و الزملاء

إلى كل طلبة الديموقراطية

إلى كل من علمني حرفًا

وإلى كل من ساهم في إنجاز هذا العمل من قريب أو بعيد

وفاء

شكر و تقدير

الحمد و الشكر أولاً لله تعالى الذي أنعم علينا و
أكرمنا بفضله و عطائه بأن وفقنا و أمداً بالقوة و الصمنا
الصبر لإنجاز هذا العمل أتقدم بالشكر الجزيل إلى الأستاذ
الفاضل: "طلبايوي الحوسين" على قبوله الإشراف على هذا
العمل، كما أشكر الأساتذة الذين ساعدوني و جميع الزملاء
الذين قدموا لي العون، كما أتقدم بخالص التقدير و
الإحترام إلى كل الفريق الطبي و شبه الطبي بمصلحة التوليد
و طب الأطفال وخاصة الأخ "مبوجة الزين"، كما أشكر كل
الذين قدموا لي يد المساعدة بمعهد الديموغرافيا دون
أن أنسى من كان لهم الفضل الأكبر في إخراج هذا العمل
إلى النور أولئك الذين ساعدوني بتشجيعهم لي من الأهل
والأحبة.

وفاء

الفهرس

الفهرس

إهداء.....	
شكر و تقدير.....	
الفهرس.....	
فهرس الجداول.....	
فهرس الأشكال.....	
ملخص الدراسة.....	
مقدمة.....	

الفصل الأول: الإطار المنهجي في الدراسة

04.....	1. الإشكالية.....
05.....	2. الفرضيات.....
06.....	3. أهمية الدراسة.....
06.....	4. أسباب إختيار الموضوع.....
07.....	5. تحديد المفاهيم الأساسية.....
08.....	6. الدراسات السابقة.....
11.....	7. صعوبات الدراسة.....

الفصل الثاني: دراسة الوفيات

14.....	1. مفهوم الوفيات.....
15.....	2. أسباب الوفيات.....

3. العوامل المؤثرة في الوفيات.....16
4. معدلات الوفيات.....21

الفصل الثالث:دراسة وفيات الأطفال

1. وفيات الأطفال.....26
2. العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال.....27
3. تطورالوفيات و وفيات الأطفال الرضع بالجزائر.....38
4. تطورالوفيات و وفيات الأطفال الرضع بولاية ورقلة.....39

الفصل الرابع:الجانب الميداني للدراسة

(وصف و تحليل ظاهرة وفيات الأطفال من خلال معطيات الملفات الصحية للمركز الإستشفائي للأم و الطفل بتقרת)

1. مجالات الدراسة.....43
2. المنهج المستخدم.....43
3. بناء و تكوين الجداول.....46
4. عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية.....52
5. عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة.....63
6. نتائج الدراسة.....65
7. الإستنتاجات.....66

.....الخاتمة

.....مراجع البحث

.....الملاحق

قائمة الجداول

قائمة الجداول

الصفحة	عنوان الجدول	الرقم
23	تطور الإصابات و الوفاة و معدلها من 1998-2008 لولاية ورقلة	01
28	معدلات الوفيات حسب عمر الأم عند الولادة(%)	02
32	وفيات الأطفال ببعض العوامل البيئية	03
34	نسب الأطفال الذين أصيبوا بإسهال حاد او حالات أخرى من إجمالي الأطفال المصابين	04
35	نسب الأطفال السابق إصابتهم بالحصبة حسب بعض الخصائص	05
36	نسب الأطفال الذين عانوا من أمراض معينة خلال أسبوعين قبل الوفاة	06
37	تطور الوفيات و وفيات الأطفال الرضع بالجزائر من 1998-2008	07
38	تطور الوفيات و وفيات الأطفال الرضع لولاية ورقلة من 1998-2008	08
46	توزيع وفيات الأطفال الرضع في المركز الاستشفائي الأم و الطفل خلال فترة الدراسة (1998-2008)	09
47	وفيات المواليد الجدد حسب معطيات المركز الاستشفائي المتخصص للأم و الطفل بتقرت	10
48	توزيع وفيات الأطفال حسب الجنس من 1998-2008	11
50	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن المتوفي و الجنس خلال فترة الدراسة (1998-2008)	12
52	الجدول الملاحظ لتوزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب،	13
53	الجدول المتوقع لتوزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب.	14
55	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة للمتوفي خلال فترة الدراسة (1998-2008)	15
57	توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب و وسط الولادة خلال للفترة الممتدة	16

	(2008-1998)	
59	توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الولادة خلال الفترة (1998-2008)	17
61	توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب رتبة المتوفي بين الأخوة خلال الفترة المدروسة (2008-1998)	18
63	توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الرضاعة خلال فترة الدراسة (2008-1998)	19

قائمة الرسومات البيانية

قائمة الرسومات البيانية

الصفحة	العنوان	الرقم
46	منحنى تطور وفيات الرضع بالمركز الاستشفائي الأم و الطفل خلال فترة الدراسة من (1998- (2008)	01
48	تطور وفيات المواليد الجدد حسب معطيات المركز الاستشفائي المتخصص خلال فترة الدراسة من (1998-2008)	02
49	نسب توزيع وفيات الأطفال حسب الجنس	03
54	نسب توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب خلال الفترة المدروسة (1998-2008)	04
55	تطور توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة للمتوفي خلال فترة الدراسة (1998- (2008)	05
58	تطور توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب و وسط الولادة خلال للفترة الممتدة (1998-2008)	06
60	تطور توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الولادة خلال الفترة (1998- (2008)	07
61	نسب توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب رتبة المتوفي بين الأخوة خلال الفترة المدروسة (1998- (2008)	08

	(2008)	
64	تطور توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الرضاعة خلال فترة الدراسة (1998-2008)	09

دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات (1998_2008)

ملخص _ تعتبر دراسة وفيات الأطفال، من بين أهم القضايا المطروحة، على بساط البحث والتي يدور حولها النقاش منذ عدة سنوات في المؤتمرات والندوات العلمية، كمنظمة يونسيف و منظمة الصحة العالمية، بحيث تهدف هذه الدراسة الى إلقاء الضوء على الوضع الصحي للبلاد مما يساعد على التمييز بين الفئات الأكثر حاجة للبرامج الصحية ألا وهي- فئة الأطفال- وفي صدد هذه الدراسة تمت معاينة ملفات الأطفال دون خمس سنوات بالمستشفى المتخصص بالام والطفل بتفرت خلال الفترة-1998-2008-بحيث تم التوصل الى النتائج التالية:

أن هناك علاقة بين المستوى التعليمي للأم ووفيات الأطفال وأن صحة المولود تكمل بارتفاع المستوى التعليمي للأم، كذلك أن سن الأم عند الإنجاب على علاقة طردية مع وفيات الأطفال فكلما زاد سن الأم عند الإنجاب زادت الوفيات.

كما أن الرضاعة الطبيعية تقلل من حدة وفيات الأطفال، خصوصاً في الساعات الأولى من الولادة.

الكلمات الدالة: وفيات الأطفال_الرضاعة الطبيعية_ سن الأم عند الإنجاب_المستوى التعليمي الأم

Étude des décès chez les enfants de moins de 5 ans (1998–2008)

Résumé _ L'étude de la mortalité infantile parmi les questions les plus importantes sur la table et sans objet depuis plusieurs années à des conférences et colloques scientifiques des organisations internationales telles que l'UNICEF et l'Organisation mondiale de la Santé ONS

Cette étude visait à faire la lumière sur la situation sanitaire du pays, ce qui permet de distinguer les groupes les plus dans le besoin de programmes de santé et est (la catégorie des enfants)

Dans le cadre de cette étude a des fichiers de prévisualisation des enfants moins de cinq ans l'hôpital mère de spécialiste et de l'enfant –Touggourt- au cours de la période (1998–2008)

Où était parvenu aux conclusions suivantes:

Qu'il existe une relation entre le niveau d'éducation de la mère et de la mortalité des enfants
Et que la santé de l'enfant complètent le haut niveau d'éducation de la mère
Ainsi que l'âge de la mère lors de la reproduction d'une relation positive avec la mort des enfants, le plus âge de procréer a augmenté la mortalité et vice versa
Comme que l'allaitement maternel réduit la sévérité de la mort des enfants, surtout dans les premières heures après la naissance

Mots clés _ a mortalité infantile_ l'allaitement maternel_ Âge de la mère à la maternité_ Le niveau d'instruction de la mère

دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات (1998_2008)

مقدمــــة

تعد الوفيات واحد من أفضل المؤشرات لمستوى التنمية وهي ترتبط غرتباطا وثيقا بصحة السكان، ومستويات المعيشة والفرص المتاحة من حيث الوصول الى الرعاية الصحية، وهي عنصراً هاماً من عناصر تغير السكان.

وتلقى دراسة وفيات الأطفال أهمية خاصة في الحديث عن الوفيات في أي مجتمع، حيث ترتفع معدلات الوفيات في هذه المرحلة إرتفاعاً ملموساً ، وتشكل هذه الشريحة من المجتمع القاعدة العريضة للهرم السكاني، وقد شهد العالم بمختلف قاراته هبوطاً في مستوى الوفيات في العصر الحديث عما كان عليه من قبل، وكان هذا الإنخفاض سابقاً عن إنخفاض الخصوبة، ويعود هذا الهبوط في مستوى الوفيات في دول العالم الثالث الى اعتماد هذه الأخيرة على الأسباب والوسائل الطبية الحديثة التي استوردتها من الدول المتقدمة، مما أدى في النهاية إلى إستمرار تزايد أمد الحياة حتى دون أن يرتبط ذلك بتقدم إقتصادي كبير في هذه الدول. ففي كل سنة يموت نحو 10 ملايين طفل قبل أن يبلغوا الخامسة من العمر، وتقع نصف هذه الوفيات في إفريقيا ويموت العديد منهم بسبب أمراض يمكن الوقاية منها كالمalaria والإسهال وإلتهابات الجهاز التنفسي.

ومن خلال هذه الدراسة نتناول ظاهرة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في ولاية ورقلة، وقد تناولنا الموضوع من خلال أربعة فصول:

الفصل الأول: ويشمل الإطار المنهجي للدراسة أين تطرقنا لإشكالية البحث والتي حددنا من وضعنا أهم مفاهيم الدراسة والدراسات السابقة والصعوبات التي واجهتنا أثناء الدراسة.

الفصل الثاني: تناول الوفيات بصفة عامة، والعوامل المؤثرة في الوفيات، موضحين الأسباب الرئيسية للوفيات، وكذا أهم معدلات حساب الوفيات.

كما تطرقنا في الفصل الثالث الى وفيات الأطفال، وقمنا بتحليل اهم العوامل المؤثرة على وفيات الاطفال، ودرسنا تطور الوفيات و وفيات الأطفال الرضع بالجزائر وورقلة خلال الفترة الممتدة من 1998-2008.

وأخيرا تناولنا من خلال الفصل الرابع وصف وتحليل لظاهرة وفيات الأطفال من خلال معطيات الملفات الصحية للمركز

الإستشفائي المتخصص بالأم والطفل بتقرت، كما جاء فيه عرض مجالات الدراسة والمنهج المستخدم، وقد خرجنا في نهاية البحث

إلى بعض التوصيات التي نرى أنها مهمة وتخدم موضوع الدراسة.

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1- الإشكالية

2- الفرضيات

3- أهمية الدراسة

4- أهداف الدراسة

5- أسباب إختيار الموضوع

6 - تحديد المفاهيم

7 - الدراسات السابقة

8- صعوبات الدراسة

1- الإشكالية:

لا تزال قضية وفيات الأطفال من القضايا المطروحة، التي يدور حولها النقاش في المؤتمرات والندوات العلمية، كمنظمة اليونسيف UNICEF ومنظمة الصحة العالمية ONS وكذا من خلال الندوات السكانية والحكومية، بحيث تشكل مع الولادات الركيزة الأساسية لدراسة التغيير السكاني في أي بلد.

إن أهمية العمر في دراسة الوفيات تظهر جلياً مع الأطفال دون خمس سنوات وخاصة الرضع منهم، وتشكل هذه الأخيرة نسبة كبيرة من إجمالي الوفيات حيث أن ربع الوفيات تحدث خلال السنوات الأولى من العمر، ففي الدول المتقدمة تم التحكم في هذه الظاهرة، وبالمقابل لا تزال معدلات وفيات الأطفال مرتفعة في دول العالم الثالث بما فيها الجزائر وولاية ورقلة نموذجاً بحيث لا تزال تعاني من هذا المشكل الديموغرافي. رغم وضعها لبرامج ومخططات مكثفة قصد مكافحة هذه الظاهرة.

وقد تطرق العديد من الباحثين لدراسة هذا الموضوع، فمنهم من يرى أن العوامل الصحية هي الأهم تأثيراً على وفيات الأطفال وهناك من يرى بأن المستوى التعليمي للأم هو السبب، كذلك هناك من يرى أن وزن الأطفال هو الأهم وغيرهم على اختلاف دراساتهم ...

وأمام هذه الاختلافات سنحاول تسليط الضوء على هذا الموضوع لمعرفة أهم حيثياته من خلال محاولة الإجابة على

التساؤلات التالية :

- ما هي أهم الأسباب والعوامل المؤثرة على وفيات الأطفال دون خمس سنوات في ولاية ورقلة ؟
- لماذا لا تزال نسبة وفيات الأطفال مرتفعة رغم التطور الصحي الذي شهدته البلاد مقارنة بالفترة السابقة ؟

التساؤل الرئيسي:

- ما هي أهم الأسباب والعوامل المؤثرة على وفيات الأطفال دون خمس سنوات من العمر في ولاية ورقلة

* وللإجابة عن هذا التساؤل كان لا بد من وضع بعض الفرضيات والتي هي تخمين ذكي يصوغه الباحث ويتبناه مؤقتا

لشرح بعض ما يلاحظه من الظواهر والحقائق ليكون هذا الفرض مرشدا له في البحث والدراسة التي يقوم بها.

2- الفرضيات:

الفرضية الأولى : العامل التعليمي للأم ووعيها إتجاه صحة المولود يقلل من وفيات الأطفال.

الفرضية الثانية : سن الأم عند الإنجاب يؤثر على وفيات الأطفال.

الفرضية الثالثة : الرضاعة الطبيعية تقلل من حدة وفيات الأطفال.

3- أهمية الدراسة:

يعود الإهتمام بدراسة وفيات الأطفال لأسباب عديدة أهمها :

تعتبر فئة الأطفال دون الخامسة من أكثر الفئات العمرية تعرضاً للأمراض، وأقل مقاومة للأمراض المعدية، كما أن لصحة الأطفال ووفياتهم علاقة وثيقة بمستويات النمو الإقتصادي والتغيير الإجتماعي وما يرتبط بذلك من مستويات الفقر، ولذلك تعد معدلات وفيات الأطفال أحد المعايير الأساسية، لتحديد درجة التقدم الإقتصادي والإجتماعي للدول والمجتمعات، وبالتالي يمكن أن تستخدم لقياس مدى نجاح البرامج والسياسات الصحية. معدلات الوفيات في هذه المرحلة من العمر تمثل جزءاً هاماً في الوفيات بصفة عامة، خاصة وأن فئة الأطفال تمثل القاعدة العريضة للهرم السكاني.

4- أهداف الدراسة:

تهدف هذه الدراسة إلى إلقاء الضوء على الوضع الصحي للبلاد، من خلال الوضع الصحي للأطفال، آخذين بعين الإعتبار عوامل التغيير السكاني، وكذا معرفة التباينات والاختلافات بين المجموعات السكانية التي تعكس مظاهر عدم المساواة في الظروف الإجتماعية والإقتصادية والصحية بين الأسر، مما يساعد على التمييز بين الفئات الأكثر حاجة للبرامج الصحية.

5- أسباب إختيار الموضوع:

إن إختيارنا لهذا الموضوع " دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات " لم يكن وليد صدفة أو إختيار عشوائي وإنما يرجع لأسباب :-

- 1- من المعروف أن البحث العلمي يسعى إلى إيجاد بعض الحلول لمشكلات سواء كانت إجتماعية أو إقتصادية أو ديموغرافية، ونحن بدورنا نسعى إلى محاولة التعرف على أهم الأسباب والعوامل المؤثرة على وفيات الأطفال.
- 2- إن دراسة المرض والوفاة لا يمكن إقصارها على الجانب الطبي فقط وإنما يتعدى ذلك إلى ربط المرض بالوفاة وبالعوامل الديموغرافية ومدى تأثيرها على الطفل وصحته.

3- كذلك من بين الأسباب الميل الشخصي للأطفال بصفة عامة والرضع بصفة خاصة، وكذلك الرغبة في التقرب والتعمق في هذا الموضوع الحساس وإضفاء الصفة الاجتماعية عليه بحكم أننا طلبة علم الاجتماع تخصص ديموغرافيا.

6- تحديد المفاهيم:

يعتبر تحديد المفاهيم والمصطلحات من أهم الخطوات المنهجية المتبعة في تصميم البحوث العلمية وعليه فإن الضرورة المنهجية تقتضي منا أن نحدد المفاهيم التالية :-

* الوفاة:

هي الإختفاء الدائم لكل دلائل الحياة في أي وقت بعد الولادة، والمقصود بالوفاة في هذه الدراسة هي نهاية الحياة لفترة طالت أو قصرت لمولود ولد حيًا.¹

* الولادة المبكرة:

وهي الولادة التي تحدث قبل الأوان، وذلك بعد الشهر السادس وقبل إتمام الشهر التاسع.

* الرضاعة الطبيعية:

تعني أن لا يتغذى الطفل إلا بحليب أمه، ويأخذ الحليب مباشرة من ثديها. كما تعني مص الرضيع اللبن من ثدي أمه في وقت محدد، وهو مدة الإرضاع، ومنه فإن الرضاعة الطبيعية هي إشباع حاجة فيزيولوجية عند الرضيع بلبن أمه (حليب أمه).²

* الولادة الحية:

هي الإستخراج الكامل للجنين مع وجود علامة من علامات الحياة.

* الولادة الميتة:

يقصد بها الوفيات التي تحدث داخل الرحم نتاج الحمل بعد فترة حمل معينة تحدد بـ 28 أسبوعًا فأكثر (أي بداية من هذه المدة، تفرض أن نتاج الحمل قابل للحياة).

¹ - فتحي أبو عيانة، جغرافية السكان وأسسها الديموغرافية العامة، الإسكندرية، دار الجامعات المصرية، 1988، ص 206.
² - كمال بن الهمام فتح القديرة، علاقة الأبياء بالأبناء في الشريعة الإسلامية، جدة، 1981، ص 68.

* وفيات الأطفال الرضع:

ويقصد بها وفيات المواليد الأحياء الأقل من سنة (خلال 12 شهراً كاملة) والذي يقاس بمعدل وفيات الرضع وينقسم إلى أ- وفيات حديثي الولادة: وهي وفيات الأطفال المولودين أحياء خلال الشهر الأول (0-27 يوماً) ماضية، وبدورها تنقسم إلى نوعين:

- وفيات حديثي الولادة المبكرة: هي الوفيات الأطفال المولودين أحياء خلال الأسبوع الأول من الحياة (0-6 أيام ماضية) وهذا لأسباب تكون غالباً داخلية.¹

-الوفيات المتأخرة لحديثي الولادة: هي وفيات المواليد الأحياء خلال ثلاث أسابيع الأخيرة من الشهر الأول (7 - 27 يوماً ماضية) وهنا الأسباب غالباً تكون مرتبطة بعوامل خارجية.

ب - وفيات ما بعد حديثي الولادة: وهم الأطفال المتوفون ما بين 28 و 365 يوماً كاملة أي من الشهر الأول ما بعد الولادة حتى الشهر الثاني عشر.²

*معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

هو متوسط العدد السنوي لوفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل ألف يولدون أحياء خلال السنوات الخمس السابقة والمعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة وإكمال السنة الخامسة من العمر بالضبط مضروباً في ألف، وتعتبر منظمة اليونيسيف هذا المعدل من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية.³

7-الدراسات السابقة:

حضي موضوع وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات وخاصة الرضع منهم بإهتمام باحثين وأطباء كثيرين وذلك لأهمية الموضوع وحساسيته ومن بين هذه الدراسات التي تناولت الموضوع ما يلي:-

*دراسة قام بها " أحمد عمران " موضوعها وفيات الأطفال الرضع في القطاع الصحي لمنطقة بني مسوس بالجزائر وقد

تمثلت أهدافها فيما يلي:

¹ لبرارة سماح، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر، مذكرة مكملة لنيل درجة الماجستير، جامعة باتنة، 2009-2010، ص 26.

² - نفس المرجع، ص 26.

³ - نفس المرجع، ص 28.

- التعرف على معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة خلال الفترة الممتدة من 1970 – 1974.
- تحديد التوزيع العمري لوفيات الأطفال الأقل من سنة.
- تحديد العوامل المؤثرة في ظاهرة وفيات الأطفال بصفة خاصة، ومنها العوامل الاجتماعية والاقتصادية.
- محاولة تحديد تأثير البيئة الصحية في ظاهرة وفيات الأطفال.
- * وفي سبيل تحقيق هذه الأهداف اعتمدت الدراسة على سجلات الحالة المدنية لكل الأطفال. المتوفين بالإضافة إلى سجلات الوفيات المتوفرة في مستشفى منطقة بني مسوس بالجزائر.
- وتتلخص نتائج الدراسة فيما يلي:
- إرتفاع معدلات وفيات الأطفال قبل ولادتهم.
- وجود تأثير الأمراض الإسهال وسوء التغذية في ظاهرة الوفيات الأطفال.
- وجود أثر الظروف الاجتماعية والاقتصادية والتي تتمثل في عدم وجوده السكن الملائم والمياه الصالحة للشرب في هذه المظاهرة.
- إرتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع في المناطق البعيدة عن المراكز الصحية.
- والواقع أن بعض هذه النتائج يتفق مع نتائج الدراسات التي تمت سواء في المجتمع أو في بعض مجتمعات العالم الثالث.
- ونود أن نشير في هذا الصدد إلى أن هذه الدراسة قد أضافت نتيجة ذات أهمية بالنسبة لقضية البحث عن المحددات وفيات الأطفال وتتمثل هذه النتيجة في الإشارة إلى وجود تأثير لعدم وجود أو بعد المراكز الصحية عن تمركز السكان في ظاهرة وفيات الاطفال مما يؤكد على العوامل الصحية لها تأثير واضح في معدلات وفيات الأطفال¹.

¹ مصطفى عمور، وفيات الأطفال الرضع من 0-1 سنة تأثير العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية، دراسة ميدانية بالمركزين الإستشفائيين مصطفى باشا وبني مسوس الجزائر، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع- تخصص ديموغرافيا، الجزائر، أكتوبر 2010، ص17.

*المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل :

قامت وزارة الصحة والسكان في جانفي 1992 بتوقيع مشروع المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل بمساهمة الديوان الوطني للإحصاء وبرنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة للسكان ومنظمة الأمم المتحدة للأطفال وجامعة الدول العربية، ويعتبر هذا المسح جزء من المشروع العربي للنهوض بالطفولة الذي مس عدة دول عربية.

وقد تم سحب عينة البحث على بيانات التعداد الوطني للسكان لسنة 1987، وتشمل 6694 أسرة يتمركز 53.1

% منها في الوسط الحضري، تضمنت عينة المسح 5881 امرأة غير عازبة تقل أعمارهن عن 55 و 5288 وفاة بين الأطفال دون خمس سنوات.

وقد جمعت البيانات بإستخدام إستبيانات هي:

* إستبيان الأسرة المعيشية.

* إستبيان خصائص المسكن.

* إستبيان صحة الام.

* إستبيان صحة الطفل.

* إستبيان خاص بالبيئة التي تعيش فيها الأسرة¹

¹ - لبرارة سماح، مرجع سابق، ص 33

8- صعوبات الدراسة:

ونحن بصدد إعداد هذه الدراسة قد واجهتنا بعض الصعوبات والتي يمكن تحديدها فيما يلي:

-عدم دقة البيانات: الواقع أن الإحصاءات الوفيات مثلها في ذلك مثل غيرها من الإحصاءات السكانية تتعارض للكثير

من مصادر الخطأ، لأن بيانات اسباب الوفيات تتأثر ببعض العوامل منها:

تفاوت المادة الطبيعية والتوزيع الجغرافي للخدمات الصحية...و من تم لا تصبح المقارنات الإقليمية على مستوى واحد من الدقة

في حساب معدلات الوفيات، ونتيجة لذلك فإن بيانات وفيات الأطفال تعد أقل البيانات ثقة، وبالتالي يصعب إستخدامها

لتحديد المستويات الحقيقية للوفيات، خاصة في ظل التغيرات التي شهدتها البلاد.

-ندرة المراجع الديموغرافية الحديثة التي تتناول موضوع الدراسة.

-عدم الحصول على الكم الكثير من الدراسات السابقة.

الفصل الثاني: دراسة الوفيات

* تمهيد.

1- مفهوم الوفيات

2- أسباب الوفيات.

3- العوامل المؤثرة في الوفيات.

4- معدلات الوفيات.

* خلاصة الفصل.

تمهيد:

تعد الوفيات من الظواهر الديموغرافية المؤثرة في نمو وتوزيع السكان، حيث أن الوفيات تأتي في المرتبة الثانية من حيث الأهمية بعد الخصوبة في تأثيرها بحجم السكان، فالخصوبة تأثيرها يكون سلبياً أو إيجابياً. حيث تساهم بدرجة كبيرة في النمو السكاني، أما الوفاة فتأثيرها يكون سلبياً فتقلل من النمو السكاني، والوفاة ظاهرة متباينة فهي تختلف من بيئة جغرافية إلى أخرى، ولحدوثها أسباب عدة وهي كذلك تختلف من فئة عمرية إلى أخرى. لذا كان لا بد من دراسة الوفيات لتحديد الأسباب المؤدية لحدوثها ومحاولة التقليل منها.

1 - مفهوم الوفيات:

1-1- الوفاة لغة: الوفاة في اللغة جمع وفيات وتعني الموت.¹

2-1- الوفاة إصطلاحاً: تعتبر الوفاة من أهم العوامل الفعالة في تغيير حجم السكان، كمؤشر ديموغرافي على كثير من

السمات التي يمكن في ضوءها التمييز بين مجتمع وآخر، فقد حظيت بإهتمام الكثير من الباحثين في مجال علم السكان، وفي هذا الصدد سوف نتطرق إلى بعض التعريفات الخاصة بالوفاة وهي كالتالي:-

*تعريف حسن عبد الحميد رشوان " هي ظاهرة بيولوجية تحدث نتيجة إستهلاك الفرد والأنسجة بسبب الجهود التي يبذلها، وكفاحه من أجل ضمان معيشة وما يتعرض له من أخطار المهنة أو الحوادث العارضة.²

*تعريف طارق السيد " الوفاة هي ظاهرة بيولوجية بحتة، وذلك لأن الوفاة تحدث عندما يتوقف عن العمل عضو أو أكثر من أعضاء الجسم ويكون ذلك في صورة توقف النبض أو توقف التنفس نتيجة لتوقف القلب أو الجهاز العصبي المركزي وغير ذلك.³

*تعريف السيد عبد العاطي السيد" الوفاة هي حالة توقف الانسان نهائياً عن النمو والنشاطات الوظيفية الحيوية مثل (التنفس؛ الأكل؛ الشرب؛ الحركة) ولا يمكن للأجساد الميتة أن ترجع لمزاولة النشاطات والوظائف الآنفة الذكر.⁴

*تعريف آخر للسيد عبد العاطي السيد " الوفاة هي حقيقة بيولوجية بحتة، تتأكد بغياب بعض العلامات أو الدلالات البيولوجية كالتنفس ونبض القلب أو توقف المخ أو الجهاز العصبي عن أداء وظيفته في الكائن الحي.⁵

*تعريف منظمة الصحة العالمية " هي الإختفاء الدائم لكل مظهر من مظاهر الحياة للفرد مثل (التنفس؛ النبض؛ الحركة اللاإرادية) في أي وقت بعد مولده.

أي يجب أن يكون مولوداً حياً.⁶

* من خلال هذه التعاريف نخلص إلى أن الوفاة هي ظاهرة طبيعية تحدث نتيجة غياب أي مظهر من مظاهر الحياة.

1- المنجد في اللغة و الإعلام، ط40، بيروت لبنان، دار المشرق، 2003، ص911.

2- حسين عبد الحميد رشوان، علم السكان من منظور علم الاجتماع، ط02، مصر، المكتب الجامعي الحديث، 2006، ص118.

3- طارق السيد، علم اجتماع السكان، مصر، دار المعرفة الجامعية، 2004، ص135.

4- السيد عبد العاطي السيد، علم اجتماع السكان، مصر، دار المعرفة الجامعية، 2004، ص256.

5- نفس المرجع، ص256.

6- الأمم المتحدة، السكان و التنمية، 1998، ص11.

2- أسباب الوفيات:

للوفاة أسباب منها ما هي أسباب طبيعية وأخرى بيئية وما هي ناتج عن أمراض أو بسبب الحوادث بمختلف أنواعها، وفي ما يلي عرض لأهم الأسباب المؤدية إلى الوفاة وهي كالتالي:-

2-1- الأسباب الداخلية (الطبيعية):

وهي الوفاة التي تحدث بسبب أمراض طبيعية أو أمراض ناتجة عن طبيعة الفرد مثل: داء السكري وأمراض القلب والسرطان، ووفيات الأطفال بالأمراض المترتبة عن النزلات، هذه الوفيات هي منتشرة في دول العالم بكثرة وخاصة العالم الثالث، أما العالم المتقدم فهو يسيطر على هذه الأمراض ولذلك، قلت معدلات الوفيات به.¹

2-2- الأسباب الخارجية (البيئية):

وهي الوفيات التي تنتج عن الأسباب والعوامل الخارجة عن طبيعة الفرد ويدخل ضمن هذه العوامل الأمراض الغير معدية والحوادث ويمكن التفصيل في هذه العوامل كالتالي:-

أ) الأمراض المعدية:

وهي تلك الأمراض الناتجة عن البيئة والتي تنتقل من الفرد إلى آخر وتشمل هذه الأمراض على أمراض الأطفال حديثي الولادة وأمراض الأمومة والأمراض المعدية مثل؛ الحصبة؛ الملاريا؛ أمراض الجهاز التنفسي والإيدز.²

ب) الحوادث:

وتدخل ضمن هذه الوفيات التي تحدث نتيجة حادث مهما كان نوعه مثلاً حوادث الإنتحار التي أصبحت متفشية كثيراً، وكذلك الوفيات بحوادث المرور أو أصبح يطلق عليها إرهاب الطرقات، والوفيات بسبب الحروب، والكوارث الطبيعية كالزلازل، الفيضانات، حوادث العمل بمختلف أنواعه والوفيات بسبب الحشرات والحيوانات الضارة.³

¹ - فتحي محمد ابو عيانة، دراسات في علم الإجتماع السكان، ط3، لبنان، دار النهضة العربية، 2002، ص139.
² - منير طلعت الرشيدى، السكان والتباين الجغرافي*أسس التنمية المستدامة*، مصر، دار الكتاب الحديث، 2009، ص142.
³ - نفس المرجع، ص143.

3- العوامل المؤثرة في الوفيات:

يؤثر في الوفاة عدة عوامل منها ما هو يتعلق بالبيئة والفرد المتوفي نفسه، ومنها ما هي متعلقة بالعوامل المحيطة بالفرد وفيما يلي

عرض لأهم العوامل المؤثرة في الوفاة:-

3-1- العوامل البيولوجية:

وهي العوامل التي تكون في طبيعة الفرد، أي العوامل التي تتخلق مع الفرد بمجرد وصوله إلى هذه الحياة ولا يمكن أن نغير فيها وهذه العوامل هي تتعلق بالصفات الوراثية أو نوع الفرد، وبالإضافة إلى صفات الفرد هناك صفات البيئة التي تحيط بالفرد وفيما يلي عرض لأهم العوامل البيئية التي تؤثر في الوفاة البيولوجية:

أ) العامل الوراثي لمستوى العمر:

يعتبر العامل الوراثي من أهم العوامل التي أثارت إهتمام العلماء بخصوص دوره في إطالة العمر وإنقاصه، حيث لوحظ تميز بعض العائلات بخضرمة أو تعمير الأفراد - أي إستمرارهم على قيد الحياة لمراحل عمرية أطول بكثير من غيرهم وهذا ما هو حادث في منطقة القبائل في الجزائر، ويطلق على هذه العائلات إسم العائلات المعمرة حيث يعيش فيها الأجداد والآباء والأطفال لأجيال متلاحقة حيناً إلى حين، حيث يتمتع فيها كبار السن بصحة جيدة في شيخوختهم المتأخرة. من جهة أخرى توجد عائلات تتمتع بقصر عمر أفرادها مقارنة بعمر أفراد العائلات المعمرة.¹

ب) العامل النوعي للذكور والإناث:

يعتبر الجنس عامل من العوامل البيولوجية التي تؤثر في معدلات الوفاة بعد العامل الوراثي وكذلك تنوع أمد الحياة، حيث خلصت الدراسات السكانية والبحوث التي إستندت على تحليل البيانات الإحصائية إلى أن الإناث في معظم شعوب العالم تعيش أجالاً أطول بكثير من الذكور حيث قدر أمد الحياة للإناث بـ 71 سنة وأمد الحياة للذكور بـ 67 سنة² ويعود سبب إرتفاع معدلات وفاة الذكور على الإناث إلى كون أن الذكور تقع لهم حوادث بمختلف أنواعها (السيارات؛ الغرق؛ الحريق؛ إصابات العمل والحروب...)

¹ - طارق السيد، مرجع سابق، ص 136.

² - الجهاز المركزي للتعتنة العامة والإحصاء، اليوم العالمي للسكان، 13 يوليو 2010.

وهذا كله يعود إلى طبيعة الأدوار الاجتماعية التي يقوم بها الذكور والتي تكون أكثر إشتراكاً في نشاطات مخفوفة بمخاطر أكبر إلى جانب ما تكتشف عنه سلوكياتهم من طيش وحب المغامرة.¹

ج) عامل الأصول العرقية:

إن الإختلافات في حركة الوفيات بين الزوج والبيض قد أثارَت قضية هامة وهذه القضية هي إلى أي مدى يلعب العامل العرقي أو السلالة دوراً في وفاة أفراد جنس معين دون الجنس الآخر.

يسود الرأي بأن السياقات الثقافية والاجتماعية والتي تجعل من الزوج أخط درجات المجتمع لها دور في ذلك، وذلك لأن الزوج ليس لديهم المال الكافي للحصول على الرعاية الطبية المناسبة كما أنهم يعيشون في الأزقة في ظروف بعيدة كل البعد على أن تكون صحية، ومع ذلك هناك بعض العوامل البيولوجية المرتبطة بالسلالة تلعب دوراً في حدوث الوفيات، ومن هذه العوامل إصابة بعض الزوج بالأنيميا المنجلية وهذا المرض يصيب السود بصفة خاصة وفيه تتغير كريات الدم الحمراء لتصبح تشبه المنجل وبالتالي تفقد وظائفها وهذا المرض يكون قاتلاً في بعض الأحيان.²

ولقد بينت دراسة "مانتون" سنة 1980 أن كبار السن في البيض يعانون من أمراض الشيخوخة بدرجة كبيرة وأن الفضل في وصولهم لهذا السن هو أنهم كانوا يتلقون رعاية صحية فعالة طوال حياتهم، وعلى العكس من ذلك فإن معظم الزوج لا يصلون إلى هذه المرحلة المتقدمة من العمر نظراً لعدم تلقيهم الرعاية الطبية المناسبة، لذلك لا تنتشر أمراض الشيخوخة في البقية الباقية منهم مما يجعلهم يعمرون أكثر نظراً لهم البيض.

- تشمل العوامل البيئية المؤدية إلى الوفاة على ما يلي:

* التلوث الهوائي:

وما ينجم عنه من المشاكل الصحية، وبعض الأمراض كالربو والالتهابات الشعبية وغير ذلك.³

¹ - محمد الجوهري وآخرون، علم الاجتماع الطبي، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2009، ص169.

² - طارق السيد، مرجع سابق، ص137.

³ - السيد عبد العاطي السيد، مرجع سابق، ص271.

*** التلوث المائي:**

شأنه في ذلك شأن التلوث الهوائي، ومع كثرة الدراسات والبحوث التي أجريت في هذا المجال وتنوعها من حيث مجتمعات الدراسة وغاياتها إلا أنها أجمعت على أن تلوث الماء بالفضلات وقذارة البالوعات عاملاً أساسياً في إنتشار أمراض الكوليرا، والتفونيد والأمراض المعوية المؤدية إلى الوفاة¹.
وبالإضافة إلى التلوث فالكوارث الطبيعية كالزلازل والبراكين والفيضانات تؤدي إلى إرتفاع الوفيات.

3-2- العوامل الإجتماعية:-

تلعب العوامل الإجتماعية بمختلف أنواعها من مكانة إجتماعية، أسلوب الحياة، المكانة الزوجية ، ظروف العمل، قضايا الأمن الإجتماعي دوراً كبيراً في إرتفاع وإنخفاض معدل الوفيات وفيما يلي تفصيل في هذه العناصر.

أ) إختلاف المكانة الإجتماعية للفرد:

يميل علماء الإجتماع إلى تفسير ظاهرة الوفيات بإختلاف معدلاتها بين فئات المجتمع الواحد في ضوء إرتباطها بالأدوار الإجتماعية التي يشغلها الفرد أو الجماعة.

إن تمايز المكانة الإجتماعية مقوم أساسي من مقومات البناء الإجتماعي لأي مجتمع تشغل على أساسه بعض الجماعات مكانة تابعة لجماعات أخرى، وكلما تدنت المكانة الإجتماعية للفرد أو الجماعة كلما كان أقل حظاً في التمتع بالميزات الإجتماعية المتاحة، فكان أقل سلطة وأقل إستحواذاً للموارد الإقتصادية وأكثر حرماناً من فرص الحياة الملائمة، وكان في النهاية أكثر تعرضاً للوفاة وعليه كلما كانت المكانة عالية كلما قلَّ معدل الوفاة وكلما تدنت المكانة الإجتماعية زادت معدلات الوفاة.

ب) أسلوب الحياة:

يقصد بأسلوب الحياة الإشارة إلى مجموعة الإختيارات والبدائل السلوكية التي ينظم بها الأفراد حياتهم اليومية مثل المأكول؛ المشرب؛ النظافة الشخصية؛ عادات الغذاء؛ التدخين وتناول المكسرات؛ الكحوليات؛ ممارسة التمارين الرياضية وعادات النوم.
وترجع أهمية أسلوب الحياة على هذا النحو إلى أنه يذهب لأن يكون عاملاً رئيساً ومباشراً في ظاهرة الوفيات، كما يقترن به من حالة صحية تفضي إلى الموت في كثير من الأحيان².

¹ - نفس المرجع، ص271.

² - علي عبد الرزاق حطبي، علم الإجتماع السكاني، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2011، ص247.

وعليه فإن أسلوب الحياة يؤثر تأثيراً مباشراً في الوفاة فكلما كانت أساليب الحياة جيدة قلت الوفاة وإذا كان أسلوب الحياة متدهور يزيد معدل الوفاة.

(ج) ظروف العمل:

تبدو لنا تأثيرات المهنة على الوفيات على طول خطين يتوازيان أحياناً ويتعارضان أحياناً أخرى ويتقاطعان أحياناً ثالثة هما: مستوى المكانة المهنية أي وضع الفرد داخل تنظيم العمل من ناحية ثم طبيعة المهن والأعمال التي يزاولها الفرد وقربها أو بعدها من العوامل المسببة للوفاة كحوادث العمل والعدوى والإصابة بأمراض المهنة، ومن حيث المكانة المهنية أثبتت الدراسات إرتباط المستويات المهنية العليا بإرتفاع معدلات الإصابة بأمراض الجهاز العصبي والضغط الدموي وأمراض الشريان التاجي وهي كلها مسببة للوفاة، هذا من ناحية ومن ناحية أخرى ترتبط مستويات المهنة الدنيا بإرتفاع معدلات الإصابة بحوادث العمل والأخطار البدنية المسببة للوفاة¹.

(د) المكانة الزوجية:

المقصود بالمكانة الزوجية ما يطلق عليه في التغيير الشائع إسم الحالة الإجتماعية "أي أن يكون الفرد أعزباً أو متزوجاً أو مطلقاً أو أرملاً، أما عن علاقة هذه المكانة بالوفيات فترجع إلى الأهمية النفسية والعصبية والإجتماعية والجسدية للفرد، حيث أثبتت الدراسات مثل دراسة إميل دور كايم، أن معدلات الإنتحار تزداد كلما ضعفت الروابط الإجتماعية وكلما وهن التضامن الإجتماعي، فكان المتزوجين أقل إقداماً على الإنتحار من غيرالمتزوجين، وكان المتزوجون الذين يعولون أطفالاً. أقل إقداماً على الإنتحار من غيرهم وهكذا.²

كما أن المتزوجون أقل عرضة للإصابة بالأمراض الفتاكة مقارنة بالعزاب والمطلقين المعرضون للإصابة بأمراض القلب والشرايين.³

من خلال هذا يتبين أن معدلات الوفاة تحدث بكثرة عند الأفراد غير المتزوجين مقارنة بالأفراد المتزوجين.

¹ - مصطفى خلف عبد الجواد، علم اجتماع السكان، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2008، ص95.
² - خليل عبد الهادي البدي، علم الاجتماع السكاني، ط1، الأردن، دار حامد للنشر و التوزيع، 2009، ص129.
³ - خالد زهدي خواجة، إحصاءات ومقاييس الوفيات، بغداد، المعهد العربي للتدريب و البحوث والإحصاءات، ص5.

هـ) قضايا الأمن الاجتماعي:

تلعب مختلف العوامل المرتبطة بأمن الأفراد دورًا لا يستهان به في مجال الوفيات وذلك عن طريق ما تثيره من عوامل وظروف إنعدام الأمن من مشاعر القلق والتوتر. وما توجده من مواقف تنشط فيها أنماط السلوك الإنحراقي كإحداث الشعب والسطو والثأر والقتل والعنف والجرائم الفردية أو المنظمة التي تكون هي الأخرى عاملاً من عوامل الوفاة وفيما يلي تفصيل لهذه العوامل:

* الحروب حيث تنصدر الحروب القائمة التي تتدرج تحتها ظروف وعوامل إنعدام الأمن.

وتتمثل خطورة هذا العامل فيما ينتج عنه من معدلات مرتفعة للوفيات في فئات عمرية محددة مما يغير من خصائص التركيب العمري والتنوعي للسكان.

* كذلك تنصدر جرائم القتل العمد رأس القائمة، أنماط السلوك الإنحراقي المسببة للوفيات بعد الحروب الأهلية أو الطائفية التي تؤثر تأثيرًا بالغًا في معدلات الوفيات والتركيب السكاني بصفة عامة.

* كما أن الإنتحار يعد مشكلة من أشكال السلوك الإنحراقي الذي يسهم بدرجة ما في الوفيات ومعدلاتها.

* تمثل الحوادث وبخاصة حوادث السيارات هي الأخرى عاملاً من العوامل المؤثرة في معدلات الوفيات، إلى جانب حوادث الحريق وإصابات العمل المؤدية للموت وحوادث الكوارث والنكبات.

* تؤدي أحداث الشعب والعنف الفردي أو المنظم في بلدان العالم إلى إرتفاع معدل الوفيات، ويتدرج تحت هذه الأحداث المظاهرات الطلابية أو العمالية في البلدان النامية أو حركات الإحتجاج والتمرد السياسي وإحداث الشعب في المباريات الرياضية وفي المجتمعات الجماهيرية وأعمال العنف التي تقوم بها الجماعات الإرهابية في الوقت الراهن.

4- معدلات الوفيات:

تعتبر معدلات الوفيات مقاييس تستخدم لقياس نسبة الوفاة في المجتمع سكاني ما.

ولمعدل الوفاة عدة أنواع تتمثل في المعدل الخام للوفيات، معدل وفيات يتعلق بحساب فئة معينة مثلاً حساب وفيات الأطفال، معدل نحسب به الوفيات حسب النوع ومعدل يحسب عدد الوفيات بسبب أو مرض معين وفيما يلي عرض لأهم معدلات الوفيات:

4-1- معدل الوفيات الخام:

هو عبارة عن معدل يحسب لنا عدد الوفيات في المجتمع السكاني ما بغض النظر عن نوعه أو سنه وهو عبارة عن عدد وفيات مجتمع سكاني ما (بلد أو منطقة) خلال سنة معينة مقسوماً على عدد أفراد المجتمع في منتصف نفس السنة مضروباً في 1000 ويعبر عنه حسابياً بالشكل التالي¹.

$$\text{معدل الوفيات الخام} = \frac{\text{عدد الوفيات خلال السنة}}{\text{عدد السكان في منتصف السنة}} \times 10^3$$

4-2- معدل الوفيات حسب السن:

وهو المؤشر الذي يعتمد على تقسيم السكان والوفيات إلى فئات عمرية ويقاس لنا مدى إنتشار الظاهرة في الفئات العمرية المختلفة كل على حدى ويعبر عنه حسابياً بالشكل التالي².

$$\text{معدل الوفيات العمري} = \frac{\text{عدد الوفيات في فئة عمرية خلال السنة}}{\text{عدد السكان لنفس الفئة العمرية في منتصف السنة}} \times 10^3$$

¹ - خالد زهدي خواجه، مرجع سابق، ص5.
² - مريدي السعيد، التغيرات السكانية في الجزائر، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1984، ص147.

4-3- معدل الوفيات حسب الجنس:

هو معدل أو مؤشر يعتمد على تقسيم السكان والوفيات إلى ذكور وإناث ويقاس لنا مدى إنتشار الظاهرة في الجنسين ذكور أو إناث كلا على حدى ويتم حسابه بالصورة التالية¹

$$\text{معدل وفيات (الذكور/الإناث)} = \frac{\text{عدد الوفيات (الذكور/الإناث) خلال السنة}}{\text{عدد الوفيات الذكور أو إناث في منتصف نفس السنة}} \times 10^3$$

4-4- معدل وفيات الأطفال :

وهو معدل يقاس لنا إنتشار الظاهرة في فئة الأطفال وبحسب بالطريقة التالية²

$$\text{معدل وفيات الأطفال الرضع} = \frac{\text{عدد وفيات الأطفال الأقل من سنة خلال السنة}}{\text{عدد المواليد الأحياء لنفس السنة}} \times 10^3$$

لكل وفاة سبب، على الأقل من حيث الأغراض الإحصائية حتى ولو كان هذا السبب غير معروف، وكما تختلف الوفيات باختلاف الأعمار فإنها تختلف أيضا حسب سبب الوفاة بسبب معين نستعمل الطريقة التالية³.

$$\text{معدل وفيات بسبب معين} = \frac{\text{عدد وفيات بسبب معين خلال السنة}}{\text{عدد السكان في منتصف نفس السنة}} \times 10^3$$

* لا يتأثر معدل الوفيات الرضع بالتركيب العمري والنوعي للسكان، ولذلك فإنه يمكن إستخدامه للمقارنة بين البلدان.

* يمكن التمييز بين أسباب موت الأطفال الرضع قبل وبعد الشهر الأول من ولادتهم فقبل نهاية الشهر الأول تكون الأسباب

داخلية فيما يحمله الطفل نفسه من أمراض ، أما بعد الشهر الأول فعادة ما تكون الأسباب خارجية ويكون المجتمع مسؤولاً عنها

مباشرة كتلوث البيئة وفي كلا الحالتين يمكن إعادة حساب هذا المعدل⁴.

¹ - منير عبد الله كرادشة، علم السكان- الديموغرافيا الإجتماعية، ط1، الأردن، عالم الكتاب الحديث، 2009، ص143.

² - رولان بريسبا، التحليل السكاني-المفاهيم والطرق والنتائج، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، طرجمة رياض ربيع، ص176.

³ - فتحي ابو عيانة، مرجع سابق، ص124.

⁴ - اسماعيل بن قانة، محاضرات لمقاييس التحليل الديموغرافي المعمق، ورقلة، 2011، ص4.

الفصل الثاني: دراسة الوفيات العامة

إن تطور الإصابة والوفيات يختلف من سنة إلى أخرى وهذا الجدول يبين تطور الإصابة والوفيات والمعدل من سنة 1998 إلى 2008.

جدول رقم 1: تطور الإصابة والوفاة ومعدلها من 1998 إلى 2008 لولاية ورقلة.

السنة	الإصابة	الوفيات	المعدل %
1998	37663	105	0.29
1999	49855	149	0.30
2000	47461	107	0.22
2001	48818	119	0.24
2002	41305	81	0.19
2003	47363	66	0.14
2004	44653	69	0.15
2005	45027	74	0.16
2006	48465	62	0.12
2007	51180	80	0.15
2008	50186	77	0.15

المصدر:

Ministère de la santé population et de la réforme hospitaliere – Direction de la prevention , Prise en charse se l'envenimation Sorpionique.Maquette et janfographie , 2009 . p 19

خلاصة:

من خلال ما تقدم طرحه يتضح أن ظاهرة الوفاة هي ظاهرة مؤثرة في النمو السكاني، وهي تختلف باختلاف العوامل البيئية والإجتماعية للأفراد وكذلك باختلاف الفئات العمرية من فئة إلى أخرى.

كما هي ظاهرة متباينة وتختلف من بيئة جغرافية الى أخرى وهي تحدث لأسباب مختلفة ومتنوعة سواء أكانت داخلية طبيعية أو خارجية بيئية مثل: الأمراض المعدية والحوادث... الخ.

الفصل الثالث: دراسة وفيات الأطفال

* تمهيد

1- مفهوم وفيات الأطفال

2- العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال

3- تطور الوفيات ووفيات الأطفال الرضع في الجزائر

4- تطور الوفيات ووفيات الأطفال الرضع في ورقلة

* خلاصة الفصل

تمهيد:

تعتبر وفيات الأطفال ظاهرة ديموغرافية تعكس لنا المستوى الصحي لأي بلد، كما أنها مؤشرًا أساسيًا للمستوى المعيشي، حيث تتأثر بعدة عوامل منها الإقتصادية والإجتماعية والديموغرافية، مما يجعل حياة الطفل مرتبطة أكثر بمدى إيجابية هذه العوامل أو سلبيتها.

2-العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال:

رغم أهمية معرفة نسب ومعدلات وفيات الأطفال إلا أنها تبقى غير كافية، بل لا بد من معرفة أهم العوامل المؤثرة فيها، ويتحدد مستوى وفيات الأطفال بعدة عوامل منها:

1/ العوامل الديموغرافية:

قد أثبتت الدراسات أن تأثير العوامل الديموغرافية على ظاهرة وفيات الأطفال يتم من خلال عدة متغيرات نذكرها فيما يلي:-

أ) جنس المولود:

يعتمد الدارسون عادة على نسبة الذكور عند الولادة عند دراسة هذا المؤشر، والذي يبين أن عدد الذكور يفوق دائما عدد الإناث عند الميلاد، وبالمقابل تفوق وفيات الذكور وفيات الإناث خلال السنة الأولى من الحياة، لأن تكوين الذكر الجسماني في هذه المرحلة يكون أقل مقاومة لتأثير الأمراض المعدية من مقاومة الإناث.¹

ب) عمر الأم عند الولادة:

إن تأخر سن الزواج بالنسبة للنساء وتحسن مستوى تعليمهن، وكذا إرتفاع متوسط سن الإنجاب لديهن ساعد على إنخفاض معدل الخصوبة من 7.4 مولود لكل امرأة وذلك سنة 1970 إلى 1.86 مولود لكل امرأة سنة 2007. مما ساهم في إنخفاض معدلات وفيات الأطفال، ويعتبر عمر الأم عند الولادة من أهم المؤشرات التي تساهم في زيادة أو إنخفاض معدل وفيات الأطفال.

¹ - شلقاني مصطفى، الإحصاء و السكان والديموغرافيا، طرق التحليل الديموغرافي، جامعة الكويت، ص172.

الفصل الثالث: دراسة وفيات الأطفال

جدول رقم (2) : معدلات الوفيات حسب عمر الأم عند الولادة (‰)

معدلات الوفيات				الخصائص الديموغرافية	
وفيات أقل من خمس سنوات	وفيات الأطفال	وفيات الرضع	أقل من شهر	أقل من 20 سنة	الأمهات عند الإنجاب
51.6	3.3	48.4	30.4		
44.1	6.8	37.5	16.8	30 - 34 سنة	
43.4	7.2	36.5	19.6	35 - 49 سنة	

المصدر : المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل ص 37

فمن خلال الجدول السابق نرى أن الوفيات ترتفع بشدة بين ولادات الأمهات في بداية أو نهاية الفترة الإنجابية، ثم تنخفض عندما تتراوح أعمار الأمهات بين 20 و 29 سنة.

ج) المجال الزمني بين ولادتين متتاليتين:-

تزيد وفيات الأطفال وبالتحديد حديثي الولادة كلما قصرت الفترة الفاصلة بين ولادتين متتاليتين، ويرجع ذلك إلى إستقبال الجسم لحمل جديد قبل أن يسترجع نواه التي إستنفذها الحمل السابق، مما يؤثر على الطفل الأصغر خاصة إذا كان الطفل السابق لم يفطم بعد، بالإضافة إلى إرتفاع الولادات المبكرة مما يزيد من احتمال الوفاة، ويوجد تفسير آخر يرتبط بقدرة الأم على توفير رعاية ملائمة لأطفالها المتقاربين في السن².

²- مصطفى الشلقاني، مرجع سابق، ص 173.

(د) سن الطفل:

يعتبر العمر من أهم المتغيرات التي لها إرتباط وثيق بالوفيات، والذي يجب أن نراعيه عند أي دراسة للوفيات، فالأطفال أكثر تعرضاً لخطر الوفاة من غيرهم، حيث ترتبط وفيات الأطفال بنمط خاص حسب السن فهي تكون أكبر ما يمكن خلال الساعات والأيام الأولى للولادة، ومن ثم الأسبوع الأول والشهر الأول والسنة الأولى من العمر، ويظل الخطر عاليًا نسبيًا خلال السنوات الخمس الأولى من العمر، لذلك أوصت الأمم المتحدة أن تصنف وفيات الأطفال حسب العمر والنوع وسبب الوفاة حسب الأعمار التالية:

*توزيع وفيات الرضع خلال الشهر الأول من عمر الرضيع على فترات أسبوعية

- من 0 – 6 أيام.
- من 7. 13 يومًا.
- من 14 – 20 يومًا .
- من 21 – 27 يومًا.

ويتم ضم وفيات اليوم الثامن والعشرين وحتى نهاية الشهر الأول إلى وفيات الشهر الثاني

*توزيع باقي الوفيات على فترات شهرية إبتداءً من الشهر الثاني وحتى نهاية السنة الأولى، ومن السنة الأولى حتى نهاية السنة الرابعة

2 / العوامل الإقتصادية والإجتماعية:

أ - المستوى التعليمي للأم:

إن متغير المستوى التعليمي للأبوين - وخاصة الأم كونها في الغالب من يتكفل بالمولود الجديد - يؤثر على المتغيرات الوسيطة للخصوبة، كالسن عند الوضع وإستعمال موانع الحمل وغيرها والتي تؤثر بدورها على معدلات وفيات الأطفال بصفة مباشرة، ويبقى المستوى التعليمي للأم العامل الحاسم والمهم في إرتفاع أو إنخفاض معدلات وفيات الأطفال، حيث أن أطفال الأمهات اللواتي لهن أعلى مستوى دراسي يتمتعون بفرص أكبر للبقاء على قيد الحياة خلال السنة الأولى من العمر فالأمهات اللواتي حصلن على التعليم

الفصل الثالث: دراسة وفيات الأطفال

أكثر إقبالاً على تحصين أطفالهن ضد الأمراض، إضافة إلى أن المرأة المتعلمة تستطيع تقدير ما إذا كانت أعراض مرض الطفل تستدعي نقله لمراكز علاجية أم لا.³

ب- مهنة الأبوين:

يظهر دور المهنة وعمل الأبوين جلياً في الدول ذات المعدلات المرتفعة لوفيات الأطفال، وترتبط معدلات الوفيات بالطبقة الاجتماعية والمكانة السوسيواقتصادي ارتباطاً وثيقاً. فمعدلات الأمراض وخاصة المعدية ترتفع أكثر بين الطبقات الدنيا في المجتمع. وتفسير ذلك ان الفقر وما يرتبط به من ظروف التزاد يؤدي إلى زيادة احتمال الإصابة بالمرض، يضاف إلى ذلك انخفاض مستوى مقاومة الجسم وارتباطه المستمر بالظروف الغير صحية تجعل الفرد سريع التأثر بالأمراض، كما ان عدم قدرة الفقراء على استشارة الإخصائيين مثل الطبيب الأطفال لارتفاع التكاليف يؤدي إلى انخفاض الرعاية الصحية والطبية وبالتالي ارتفاع احتمال الموت.

3/ العوامل الصحية:

أ) الرضاعة الطبيعية و التغذية:

إن أكثر من ربع الأطفال دون الخامسة يعانون من سوء التغذية في البلدان النامية وهذا يساهم أكثر من نصف جميع وفيات الأطفال، وبحيث يكون المرض هو السبب فيهما فمثلاً الحصبة والسل تساهم في سوء التغذية، وخصوصاً نوبات الإسهال المتكررة التي يرافقها إرتفاع في الحرارة وكذلك الإلتهابات في الجهاز التنفسي، كما يعتبر نمط الرضاعة الطبيعية من أهم العوامل المؤثرة على وفاة الطفل، فهي تساهم في نمو الطفل، تقلل من خطر الأمراض المعدية، حيث بلغ معدل وفيات الأطفال الذين لا يرضعون طبيعياً. خلال السنة الأولى، أو خلال الأشهر السنة الأولى ضعف الذين يقتصر غذائهم على الرضاعة الطبيعية.

ب) التلقيحات:

مع تقدم الطب الحديث تم القضاء على الكثير من الأمراض المعدية عن طريق التطعيم ضدها خلال الشهور الأولى من العمر، فالتحصين ضد الأمراض يدخل في برنامج الصحة العامة للوقاية من مخاطر الأمراض المختلفة ومنع إنتشار الأوبئة، ومن خلال إستخدام البرامج الإجبارية للتطعيم تمكنت الكثير من الدول من تقليل مخاطر الإصابة بالأمراض بما فيها الجزائر وولاية ورقلة على سبيل المثال:

³ - محمد عادل ابراهيم، السياسة الصحية وأثرها على وفيات الأطفال، ص102.

الفصل الثالث: دراسة وفيات الأطفال

فالرغم من ارتفاع مستوى التطعيم إلا أن المعطيات تشير إلى إنخفاض هذا المستوى كلما إنتقلنا من جرعة إلى أخرى وكذلك إرتفاع نسب الأطفال الذين لا يأخذون الجرعات في الأوقات المناسبة لها فحسب نتائج تحقيق (2002) فقد كانت نسبة تلقيح الأطفال 92.2%. وبالنسبة لنوع التطعيم فقد كانت أعلى نسبة حاصلة بالتطعيم الأول (BCG)، وبالتالي فالمشكلة ليست في إقناع الأمهات بأهمية البدء في التطعيم ولكن في توضيح أهمية أخذ التطعيم ضد الأمراض المعينة أو إستكمال الجدول الكامل للتطعيمات المختلفة ومراعاة السن الملائمة للتطعيم ، لتجنب عودة الأمراض المعدية.⁴

4/ العوامل البيئية :

لقد كانت الأمراض الوبائية والتي يمكن التحكم فيها اليوم من الأسباب التي أثرت في انقاص حجم السكان في العالم من قبل، وخاصة المناطق التي تميزت بارتفاع الكثافة السكانية وما يؤديه ذلك من سهولة انتقال هذه الأمراض وخاصة في الفترات التي تعقب المجاعات في المناطق الموبوءة بها، فالأوبئة الملوثة⁵ أو النظيفة* التي يعيش فيها الأطفال تؤثر تأثيرا كبيرا على حالتهم الصحية، لذا فان معدلات وفيات الأطفال تتأثر بالظروف البيئية السائدة، وهي تعتبر أحد الأسباب الرئيسية لوجود الاختلاف بين الحالة الصحية في الريف والحضر. يمكن هنا الاهتمام بدراسة العوامل البيئية لمكان الإقامة ومصدر مياه الشرب، ونوع تسهيلات الصرف الصحي والمناخ... المتمثلة في الجدول التالي:

⁴ - la mortalité et l'enfance en algérie.op-cit-p35.

⁵ - يمكن تقسيم التلوث إلى قسمين:

- التلوث البكتيري: وهي أشد أنواع التلوث خطرا وتتسبب في الأمراض المعدية.

- التلوث الكيميائي: ويكون بسبب وجود مواد سامة.

الفصل الثالث: دراسة وفيات الأطفال

جدول رقم 3: وفيات الأطفال ببعض العوامل البيئية.

معدلات الوفيات			العوامل البيئية	
معدل وفيات تحت الخامسة	معدل وفيات الأطفال	معدل وفيات الرضع		
57.6	6.4	51.6	شبكة ضخ	مصدر مياه الشرب
/	12.9	60.2	أخرى	
57.1	7.1	50.5	مرحاض متصل بشبكة الصرف	نوع المرحاض
/	10.7	63.3	أخرى	
/	7.8	53.8	منطقة جافة	المنطقة المحيطة بالمسكن
/	13.1	54.1	منطقة بها مياه راكدة	
60.8	7.8	53.5	اسمنت	أرضية المسكن
/	9.7	56.2	تراب وأخرى	
61.3	8.0	53.8	الإجمالي	

المصدر : المسح الوطني الخاص بصحة الأم والطفل ص 38 سنة 1992.

3-أسباب وفيات الأطفال:

1/ سوء التغذية:

في الآونة الأخيرة تم صنع كميات كبيرة وأصناف عديدة من الألبان الصناعية، وقد بدل الخبراء جهود كبيرة ليجعلوا هذه الألبان تحمل سمات حليب الأم، رغم ذلك فإن أفضلها لا تقارب حليب الأم في خصائصها. فحسب تحقيق (2002) فإن 60% من الأطفال يتلقون الرضاعة الصناعية منهم 52.5 لم يتموا الشهر الأول من العمر وسبب ذلك عدم الإرضاع أي ليس لدى الأم الحليب الكافي.⁶

2/ أمراض الجهاز التنفسي:

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي من بين الأمراض الأكثر إنتشارًا في مرحلة الطفولة، كما أنها السبب وراء نسبة كبيرة من وفيات الأطفال، وتكون أكثر إنتشارًا في فصل الشتاء، فمن خلال (تحقيق 1992 ص 59-58) يتضح أن طفل من كل أربعة أطفال قد عانى من حالة سعال، وأن السعال أكثر إنتشارًا بدرجة قليلة بين الذكور عن الإناث (26% ، 24%) على التوالي، ويزداد هذا المرض إنتشارًا بين الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين (6 و 18) ويقل إنتشاره بين الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن عامين، كما نلاحظ مستوى الإصابة بصعوبة التنفس تميل للإخفاض مع زيادة عمر الطفل.

3/ الإسهال:

للإسهال أسباب كثيرة أهمها الفيروسات والبكتيريا والطفيليات والطعام والماء الملوث، وهناك أسباب أقل أهمية مثل الآثار الجانبية لبعض الأدوية.

⁶- الديوان الوطني للإحصاءات، المسح الجزائري حول صحة العائلة، 2002، ص50.

الفصل الثالث: دراسة وفيات الأطفال

ومن خلال الجدول (1) الذي يوضح الاختلافات في حدة الإصابة بالإسهال حسب بعض المتغيرات حيث نجد أن من بين الأطفال الذين عانوا من الإسهال 22% من إسهال حاد و 10% عانوا من دماء في البراز، و 58% من الحمى و 28% من القيء، و 9% عانوا من الجفاف، أما حالات الإسهال الحادة وحالات الإسهال المصاحبة بحمى تصيب أكثر الأطفال من 6 أشهر.⁷

جدول (4): نسب الأطفال الذين أصيبوا بإسهال حاد أو حالات إسهال مصحوبة بدم بالبراز أو بحمى أو قيء أو بجفاف من بين

إجمالي الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال.

عدد الأطفال الذين عانوا من الإسهال	من بين الأطفال الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأربعة عشر يومًا السابقة					خلفية الطفل
	جفاف %	قيء %	حمى %	دم بالبراز %	حالة إسهال حاد %	
146	10.3	50.0	52.5	4.1	25.0	قل من 6 أشهر
184	11.2	29.9	62.1	5.8	29.7	من 9-11 شهرًا
205	11.2	32.8	57.8	9.6	23.4	12-17 شهرًا
169	6.0	17.2	57.4	9.7	15.5	18-23 شهرًا
488	7.5	22.3	58.6	18.1	20.1	24-59 شهرًا

المصدر: المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، ص 57.

4/ الحصبة:

من الأمراض التي تحصد كل عام آلافًا من الأرواح الأطفال دون خمس سنوات، خاصة إذا إقترنت سوء التغذية أو تسببت في مضاعفات صحية خطيرة مثل الإسهال الشديد والإلتهاب الرئوي والتهاب الدماغ وهذا ما تمثله على الجدول التالي إذ نلاحظ أن

⁷ - نفس المرجع، ص 54.

الفصل الثالث: دراسة وفيات الأطفال

15% من الأطفال دون الخامسة قد سبق إصابتهم بالحصبة، والنسبة ترتفع مع إزدیاد العمر، أي إزدیاد فترة التعرض لخطر الإصابة بالمرض:

جدول (5): نسب الأطفال السابق إصابتهم بالحصبة حسب بعض الخصائص.

التوزيع النسبي للأطفال السابق إصابتهم بالحصبة بحسب العمر عند الإصابة					نسب الأطفال	خلفية الطفل
من	من	من	من	أقل من	الذين سبق إصابتهم بالحصبة	
من 59-24 شهرًا	من 23-18 شهرًا	من 17-12 شهرًا	من 11-6 شهرًا	6 أشهر	1.8	أقل من 6 أشهر
			51.1	44.3	6.2	من 6-11 شهرًا
		44.3	44.0	8.5	10.5	من 12-17 شهرًا
	13.8	38.96	32.3	11.1	15.3	من 18-23 شهرًا
42.1	6.8	23.7	18.1	8.0	19.2	من 24-59 شهرًا

5/ الولادة المبكرة:

تشير الدراسات إلى زيادة مخاطر الولادات المبكرة، حيث تتضاعف احتمالات الوفاة لدى المواليد ست مرات مقارنة بغيرهم في

الأسابيع التي تلي الوضع، ويقع ما يقارب من 1/2 الوفيات دون الخامسة خلال الثلاثين يوم التالية.⁸

ويرجع الإرتفاع معدل وفيات الولادات المبكرة إلى إرتفاع الإحصاب خارج الجسم والتقنيات الأخرى المساعدة على الإنجاب بالإضافة

إلى إقدام النساء الأكبر سنًا على الإنجاب نتيجة لإرتفاع سن الزواج، وإرتفاع نسبة حدوث الحمل المتعدد لديهن، وهذا ما بينه الجدول

الموالي، فالسبب الرئيسي للوفاة في الشهر الأول هو الولادة المبكرة، والتي تفسر الوفاة في ربع الحالات تقريبًا بنسبة 23.2%، ثم تتبعها

الفصل الثالث: دراسة وفيات الأطفال

مشاكل التنفس ثم الحمى والقيء ثم التشنجات وفي إحدى عشرة شهرًا التالية نجد أنه في أغلب الحالات قد عانى الطفل من القيء والحمى أو الأمراض التنفسية.

جدول رقم (6): نسب الأطفال الذين عانوا من أعراض معينة خلال الأسبوعين قبل الوفاة من بين الأطفال الذين ولدوا وتوفوا خلال الخمس سنوات السابقة على المسح طبقا للعمر عند الوفاة (%).

الإجمالي	العمر عند الوفاة (%)			الأعراض
	12 شهرًا أو أكثر	من 1 إلى 11 شهرًا	أقل من شهر	
10.6	0.0	20.3	2.7	الإسهال
20.2	28.4	30.0	10.5	القيء
16.0	28.3	18.3	12.9	السعال أو صعوبة التنفس
19.8	28.4	28.1	11.5	الحمى
4.7	0.0	10.2	0.0	الطفح الجلدي
13.4	7.5	18.8	8.9	التشنجات
14.7	0.0	6.8	23.2	الولادة المبكرة
12.7	10.4	14.2	11.4	أخرى
22.6	10	10.3	11.3	عدد الأطفال

المصدر : المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992، ص 41.

4- تطور الوفيات ووفيات الأطفال الرضع في الجزائر:

أوضحت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، أن مستويات الوفيات في الجزائر، قد شهدت إنخفاض ملحوظاً خلال العقدين الأخيرين في حين معدل وفيات الأطفال الرضع فقد وصل إلى مستويات أدنى، كذلك شهد معدل وفيات الأطفال تحت سن الخامسة إنخفاضاً في نفس العقد، لكن بالرغم من أن جميع الأطفال في الجزائر بغض النظر عن خلفياتهم قد إستفادوا من هذا الإنخفاض في معدل الوفيات فإنه لازالت هناك تباينات واضحة بين الأطفال في إحتتمالات البقاء على قيد الحياة. كما هو موضح من خلال معطيات الجدول أدناه.

جدول رقم (7): يوضح تطور الوفيات ووفيات الأطفال الرضع بالجزائر من (1998 إلى 2008).

الوفيات الرضع (0_1) سنة	مجممل الوفيات	السنوات
21.169	131.708	1998
21.798	129.686	1999
20.291	127.951	2000
21.622	129.092	2001
19.850	126.557	2002
20.542	136.092	2003
19.536	129.390	2004
20.542	136.380	2005
19.092	132.460	2006
19.746	138.460	2007
20.009	141.121	2008

5-تطور الوفيات والوفيات الرضع في ورقلة:

أوضحت نتائج المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، إن مستويات الوفيات لولاية ورقلة قد شهدت إنخفاضاً ثم تدبب في نسب الوفيات في حين معدل وفيات الأطفال الرضع فقد وصل إلى مستوى 445 حالة وفاة في 2008 كذلك شهد معدل وفيات الأطفال تحت الخامسة إنخفاضاً خلال نفس الفترة.⁹

لكن بالرغم من أن جميع الأطفال للولاية بغض النظر عن خلفياتهم قد إستفدوا من هذا الإنخفاض في معدل الوفيات فإنه لازالت هناك تباينات واضحة بين الأطفال في إحتتمالات البقاء على قيد الحياة وهذا ما يبينه الجدول التالي:-

جدول رقم(8)- يوضح الوفيات ووفيات الأطفال الرضع لولاية ورقلة من 1998 – 2008.

السنوات	عدد الوفيات	عدد وفيات الأطفال الرضع
1998	2032	484
2004	2219	463
2006	2036	448
2008	2048	445

Source/ons/etat civil(donnees brutes)

⁹- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصاءات، الجامعة العربية، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، ص41.

خلاصة الفصل

إن المستوى الصحي للأطفال قد شهد تحسناً ملحوظاً ، وبالرغم من أن معظم الأطفال بغض النظر عن خلفياتهم قد إستفادوا من هذا التحسن، إلا أنه مازالت هناك تباينات واضحة في احتمالات البقاء على قيد الحياة، ويختلف ذلك باختلاف الخصائص الديموغرافية.

كما أكدت النتائج مدى تأثير العوامل الديموغرافية كسن الأم عند الإنجاب وعمر الطفل... إضافة لتأثير العوامل البيئية على معدلات الوفيات.

الفصل الرابع : الجانب الميداني للدراسة

(وصف تحليل ظاهرة وفيات الأطفال من خلال معطيات الملفات

الصحية للمركز الاستشفائي للام و الطفل بتقريت -ولاية ورقلة)

1- مجالات الدراسة

2- المنهج المستخدم

3- عرض وتحليل البيانات والنتائج

4- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية.

5- عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة

6- نتائج الدراسة

7- الاستنتاجات

1-مجالات الدراسة:

أ-المجال المكاني : تحديد مجال الدراسة تم تبعا لطبيعة الموضوع و بناء عليه، فان هذه الدراسة تمت بتقريت ولاية ورقلة.

ب- المجال البشري : قمنا بدراسة مجموعة من الملفات الخاصة بالأطفال المتوفين دون خمس سنوات من العمر بالمستشفى

المتخصصة للام و الطفل بتقريت، خلال السنوات من (1998-2008) حيث قمنا بالاطلاع على 200 ملف.

ج- المجال الزمني: بما ان الدراسة كانت دراسة وصفية تحليلية كانت خلال الفترة من (1998-2008).

2- المنهج المتبع في الدراسة:

اقتضت هذه الدراسة على استعمال أكثر من منهج .

و المنهج هو مجموعة من العمليات و الخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه فالمنهج ضروري لانه يساعد في ضبط ابعاد و فروض و اسئلة بحثه¹

و قد تمثل المنهج المستخدم لموضوعنا في ما يلي:

أ المنهج الوصفي:

اعتمدنا في هذه الدراسة على المنهج الوصفي لوصف الظاهرة من خلال معطيات التحقيين على التوالي المسح الجزائري حول صحة الام و الطفل سنة 1992 و المسح الجزائري حول صحة العائلة سنة 2002 و معطيات الديوان الوطني للاحصائيات و بالاضافة الى مصادر اخرى .

ب -المنهج التحليلي و الاحصائي :

¹ رشيد زرواني : منهجية البحث في العلوم الاجتماعية ، ط1 الجزائر، دار الكتاب، 2004 ص 104،105.

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

كما استخدمنا المنهج التحليلي و الاحصائي كذلك و يعود ذلك لطبيعة الموضوع الذي يعتمد على الارقام العددية تبين عدد وفيات الاطفال، لذا اعتمدنا على جمع البيانات من الملفات الخاصة بدراستنا و جدولتها في جداول بسيطة و مركبة و وفقا للمتغيرات المتحصل عليها (الجنس ، العمر ، مكان الإقامة ، سن الام عند الانجاب ، مكان الولادة ، نوعية الولادة ، رتبة الولادة ، نوعية الرضاعة ...) ثم ارتأينا الى تحليلها احصائيا لانه يعتبر اكثر دقة لاعتماده على لغة الارقام و نمثلها في الاشكال البيانية لتسهيل التحليل و الدراسة في نفس الوقت .

يتناول بحثنا دراسة شاملة لوفيات الاطفال في المركز الاستشفائي المتخصص للام و الطفل بتقريت.

فبعد السماح لنا بالدخول الى المستشفى و اطلعنا على مصلحتي طب الاطفال و مصلحة التوليد ، ثم السماح لنا بمعاينة السجلات الخاصة بالاطفال من (0-15) سنة الا ان هذه السجلات لا تحتوي الا على عدد قليل من المعطيات (عمر الرضيع ، تاريخ الدخول ، تاريخ الوفاة ، سبب الوفاة ، مكان الإقامة).

و هذه المعطيات لا تسمح لنا بتحقيق البحث و بواسطة بعض المعارف تمكنا من الحصول على الموافقة من طرف المدير المختص بالمصلحة المعنية بالدراسة و ذلك للاطلاع على الملفات الطبية الخاصة بالاطفال الرضع و كل الاطفال دون خمس سنوات من العمر، خلال الفترة المدروسة الممتدة من (1998-2008).

و بعد اطلعنا على 200 ملف موزعين على:

مصلحة طب الاطفال 75 ملف وفاة.

مصلحة التوليد (المواليد الجدد) 125 ملف وفاة.

و بالتالي الحصول على 200 ملف تم الاطلاع عليه و جمع المعطيات التالية :

*جنس الطفل المتوفي * تاريخ الولادة و تاريخ الوفاة

*العمر عند الوفاة *مكان الإقامة * سبب الوفاة

* سن الام عند الانجاب * رتبة الولادة و عدد الاخوة * طبيعة الرضاعة

* وسط الولادة * التلقيح (B-C-G)

و كما يجب الاشارة الى ان كل الملفات اي 200 ملف لا تحتوي على المستوى التعليمي للابوين ، كنا نود ادخال هذا المتغير الهام في دراستنا.

و انطلاقا من هذه المعطيات قمنا باستغلال هذه المعطيات في بناء الجداول و تحليلها.

عند دراستنا للتطور العام للوفيات بالمركز الاستشفائي المتخصص للام و الطفل بتقريت ولاية ورقلة خلال الفترة (1998-2008) لم نستطيع حساب معدل وفيات الرضع لمختلف السنوات و هذه لاسباب نذكر منها :

- 1 -الاطفال الرضع الذين توفوا في المستشفى خلال سنوات الدراسة ليسو كلهم من مواليد نفس المستشفى .
- 2 -الولادات التي تحدث في المستشفى خلال سنوات الدراسة ممكن ان تصيبتها وفيات خارج المستشفى و هذا ما لمسناه اثناء معاينتنا للملفات وفيات الاطفال.
- و بالتالي افترضنا ان العينة تكون معلقة (المستشفى)، اي الاطفال الذين توفوا في المستشفى هم من مواليد نفس المستشفى.

و من تلك المعطيات قمنا ببناء و تركيب الجداول التالية:

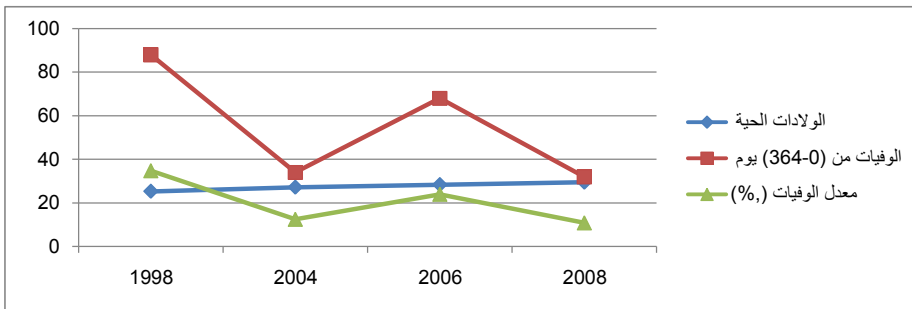
3- عرض وتحليل البيانات و النتائج:

جدول رقم (9): يوضح وفيات الرضع في المركز الاستشفائي خلال فترة الدراسة من (1998-2008).

معدل الوفيات بالألف	الوفيات من 364-28 يوم	الولادات الحية	الاحداث السنوات
34.75	88	2532	1998
12.50	34	2719	2004
23.97	68	2836	2006
10.86	32	2946	2008

المصدر : يبين الجدول على اساس معطيات المركز الاستشفائي التخصص للام و الطفل بتقرت.

الشكل رقم 01: تطور وفيات الرضع بالمركز الإستشفائي خلال فترة الدراسة 1998-2008.



من خلال الجدول نلاحظ ان معدل وفيات الاطفال الرضع لعام 1998 م مرتفعا مقارنة بالسنوات الاخرى حيث وصل الى

34.75 % هذا الارتفاع يعود ربما الى توافد عدد كبير من الاطفال الرضع الى المستشفى المتخصص (الام و الطفل) و بالتالي

توفوا بداخله ، كما يرجع بعض الاطباء المختصين السبب وراء ذلك هو نقص في الادوية و المعدات.

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

وبالمقابل فان الفترات الاخرى شهدت انخفاضا محسوسا حيث وصل الى (10.86%) عام 2008 و هو يسير في الإنخفاض في الوقت الحالي.

و من بين الاسباب الاساسية لانخفاض معدل وفيات الاطفال بصفة عامة نجد البرامج المطبقة في منتصف التسعينات حيث انعكس على صحة الاطفال و يبدو ذلك واضحا من خلال معدلات الوفيات الاطفال، و يعد التلقيح من بين هذه البرامج اذ احتل مكانة هامة: في تحسين ظروف الولادة و الظروف العامة و حتى تحسين النظافة و هذا ما ادى الى اختفاء العديد من الامراض، كمرض الحبة و السعال الديكي ... و هذا يعود الى فعالية السياسة الصحية.

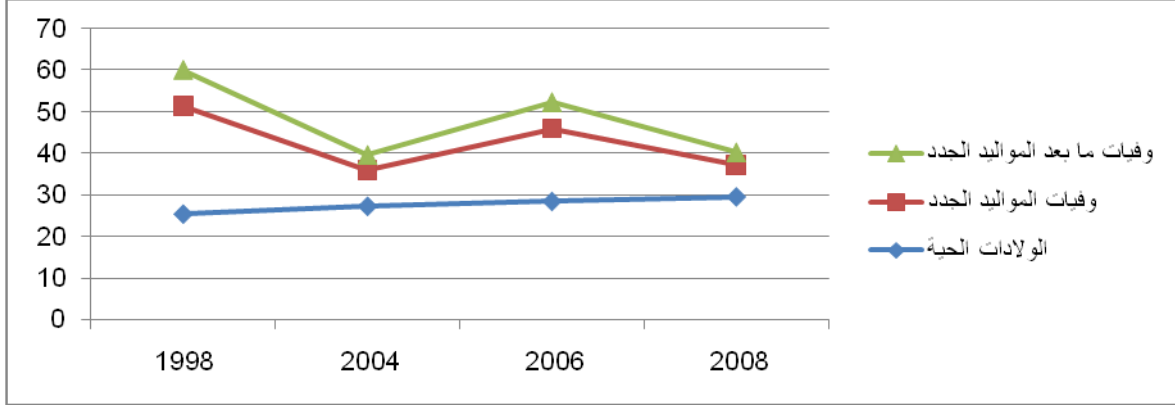
جدول رقم (10): يبين وفيات المواليد الجدد حسب معطيات المركز الاستشفائي المتخصص للام و الطفل (تقرت) ولاية ورقلة.

وفيات ما بعد المواليد الجدد		وفيات المواليد الجدد		الولادات الحية	الاحداث السنوات
المعدل %0	العدد	المعدل %0	العدد		
8.68	22	26.06	66	2532	1998
3.67	10	8.82	24	2719	2004
6.34	18	17.63	50	2836	2006
3.05	9	7.8	23	2946	2008
	59		163	11033	المجموع

المصدر: مبني على اساس المعطيات المركز الاستشفائي المتخصص للام و الطفل بتقرت -ولاية ورقلة .

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

الشكل رقم 02: وفيات المواليد الجدد حسب معطيات المركز الإستشفائي خلال فترة الدراسة من 1998-2008.



من خلال مقارنة معدلات وفيات المواليد الجدد مع معدلات وفيات ما بعد المواليد الجدد.

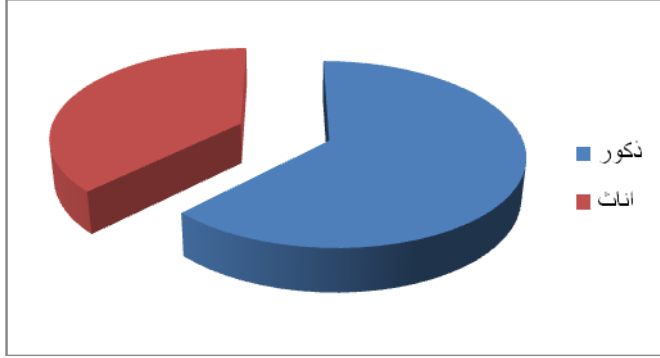
نلاحظ ان معدلات الوفيات (0-28 يوما) مرتفعة من معدلات الوفيات (29-364 يوما) وهذا راجع الى ان المستشفى حدثت فيه حالات كبيرة لوفيات المواليد الجدد كونه يستقبل عدد كبير من الولادات 11033 حالة وفاة في مصلحة التوليد خلال الفترة المدروسة و من جهة اخرى هذا لارتفاع في الوفيات من 0-28 يوما يرجع الوفيات لاسباب داخلية متعلقة بصحة الام اثناء الحمل و الوضع.

الجدول رقم (11): يبين توزيع وفيات الاطفال الرضع حسب الجنس.

النسبة(%)	التكرارات	الجنس
62.5	125	ذكور
37.5	75	اناث
100	200	المجموع

المصدر: مبني على اساس معطيات ملفات المستشفى المتخصص للام و الطفل تقرت

الشكل رقم 03: توزيع وفيات الأطفال حسب الجنس.



يمثل الجدول توزيع 200 حالة وفاة بين الفترة من (1998-2006) التي رصدت من المستشفى

موزعة حسب الجنس فمن بين 200 حالة وفاة لدينا 125 وفاة الجنس (ذكر) اي ما يعادل 62.5% من مجموع

وفيات الاطفال الرضع و 75 وفاة جنس (انثى) و الذي يمثل 37.5% من مجموع الوفيات الاطفال دون السنة.

نلاحظ تفاوت واضحاً لجنس الذكر في الوفاة من جنس الانثى و هذا ما يسمى بـ "Surmortalité"

masculine خلال الفترة المدروسة و يعود هذا التفاوت الى الضعف البيولوجي الذي يميز جنس الذكر.

كما يعود هذا التفاوت كما اكده المختصون في طب الاطفال الى جسم الذكر اكبر من جسم الانثى لحظة الولادة

خاصة منطقة الرأس و هذا ما جعله معرضاً للحوادث اثناء الوضع و هذا ما يوضح الاختلاف البيولوجي لكليهما.

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

الجدول رقم (12) : توزيع وفيات الاطفال الرضع حسب سن المتوفي و الجنس خلال فترة الدراسة (1998-2008)

المجموع		364-29 يوما		28-7 يوما		6-0 ايام		الجنس	
		النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة	العدد		
65.38	51	19.60	10	21.56	11	58.82	30	ذكور	1998
34.61	27	07.40	02	11.11	03	81.48	22	اناث	
100	78	15.38	12	17.94	14	66.66	52	المجموع	
100	23	30.43	07	21.73	05	47.82	11	ذكور	2004
100	10	10	01	20	02	70	07	اناث	
100	33	25	08	21.87	07	53.12	17	المجموع	
100	38	18.42	07	13.15	05	68.42	26	ذكور	2006
100	22	13.63	03	13.63	03	72.72	16	اناث	
100	60	16.66	10	13.33	08	70	42	المجموع	
100	18	27.77	05	33.33	06	38.88	07	ذكور	2008
100	12	16.66	02	8.33	01	75	09	اناث	
100	30	23.33	07	23.33	07	53.33	16	المجموع	
62.5	125	21.6	27	20	25	58.4	73	ذكور	1998
37.5	74	13.51	10	14.86	11	71.62	53	اناث	2008
100	200	18.5	37	18	36	63.5	127	المجموع	

المصدر : بني الجول على اساس المعطيات المركز الاستشفائي المتخصص بالام و الطفل - تقرت .

من خلال المعطيات و النتائج الميدانية وجدنا 200 حالة وفاة للفترة (1998-2008) فمن بين 200 حالة وفاة لدينا 125 للجنس الذكري اي ما يقارب 62.5% من مجموع وفيات الاطفال الرضع و 74 وفاة للجنس الانثى الذي يمثل 37.5% من مجموع الوفيات الاطفال دون السنة ، و هاتان النسبتان لا تغيران من توزيع اوفيات بين الجنس ، فنلاحظ ان هناك تفاوت واضح لجنس الذكر في الوفاة من جنس الانثى (surmortalité masculine) و بالتالي ففي الفترة (2008-1998) ، وجدنا انه في الستة ايام الاولى من حياة الطفل يموتون بنسبة 63.5% و هذا ما يبين ارتفاع وفيات المواليد الجدد المبكر في هذه الفترة القصيرة نستنتج هنا ان الوفيات التي تحدث من (0-6 ايام) تأخذ نسبة كبيرة من وفيات الاطفال دون السنة، حيث تفوق الوفيات التي تحدث في الفترة ما بين (29-364 يوما) و هذا التفاوت في النسب بين الذكور و الاناث موجود في كل السنوات من (2008-1998) و يعود هذا الارتفاع اساسا كون وفيات المواليد الجدد المبكر تمثل اعلى نسبة من مجموع الوفيات الاقل من سنة اضافة الى ذلك فإن وفيات الذكور في هذه الفترة تكون اكثر تعرضا لاحتمال الوفاة نظرا لطبيعة التأثير الذي تشكله اخطار الحمل و الوضع و التي تآثر بصورة كبيرة على جنس الذكر بسبب الضعف البيولوجي الذي يتميز به و نظرا لضعف المناعة الطبيعية للمولود الجديد ايضا .

كما لاحظنا من خلال الجدول و الشكل ان الوفيات المواليد المتأخرة انخفضت مقارنة بوفيات المواليد الجدد قد يعود هذا الانخفاض في الوفيات الذكور لهذه الفئة العمرية لاكتساب الطفل الرضيع مناعة من امه تحميه من الاخطار الخارجية المتمثلة في الامراض المعدية.

اتضح لنا من خلال ما تقدم ان جنس الذكر هو الاكثر عرضة للوفاة من جنس الانثى و يعود السبب الرئيسي الى

عوامل طبيعية و بيولوجية اكثر منها عوامل اجتماعية.

3 عرض وتحليل نتائج الفرضية الجزئية الثانية:

- سن الأمهات عند الإنجاب يؤثر على وفيات الأطفال -

الجدول رقم(13): توزيع وفيات الاطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب.

الرقم	السن المتوسط للأمهات	وفيات الاطفال
1	17	13
2	22	33
3	27	51
4	32	56
5	37	29
6	42	16
7	47	02
المجموع	224	200

دراسة إستدلالية على الفرضية:

لتأكيد صحة الفرضية نقوم بتطبيق الإختبار الإحصائي معامل الإرتباط بيرسون و يرمز له ب r لأنه هو الأداة

الإحصائية المناسبة التي تستخدم لقياس درجة وشدة الإرتباط بين المتغيرين الكميين-سن الأمهات عند الإنجاب ووفيات

الاطفال.ولتطبيق معامل الإرتباط نطبق القانون:

$$r = \frac{n \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{n \sum x^2 - (\sum x)^2} * \sqrt{n \sum y^2 - (\sum y)^2}}$$

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

جدول رقم (14): نتائج إختبار بيرسون بين وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب.

الرقم	متوسط سن الأم	وفيات الأطفال	XY	X ²	Y ²
1	17	13	221	289	169
2	22	33	726	484	1089
3	27	51	1377	729	2601
4	32	56	1792	1024	3136
5	37	29	1073	1369	841
6	42	16	672	1764	256
7	47	02	94	2209	04
المجموع	224	200	5955	7866	8096

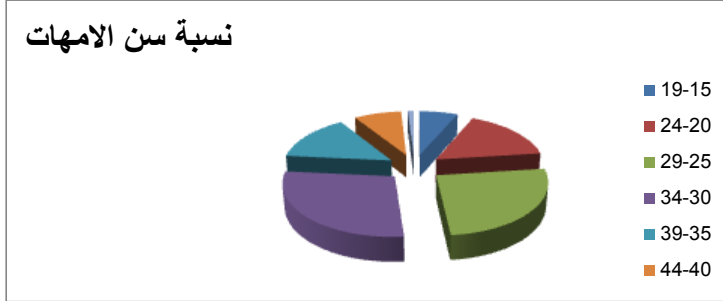
من خلال الإختبار الإحصائي معامل الارتباط (بيرسون): بمأن قيمة معامل الارتباط r محصورة دائما في المجال $(-1,1)$

حيث كلما قربت من 1 يكون الارتباط قويا وينعدم أو ينقرض بإقتراب قيمته من 0 وعليه:

إتخاذ القرار: نستنتج أن قيمة معامل الارتباط r المحسوبة تقترب من 1 وهي تساوي 0.75 لذلك فهناك علاقة إرتباط

قوي ووجود علاقة طردية بين سن الأمهات عند الإنجاب ووفيات الأطفال.

الشكل رقم 04: توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب سن الأمهات عند الإنجاب خلال الفترة الدراسية 1998-2008.



تبين من خلال الجدول وجود علاقة طردية بين سن الام عند الانجاب ووفيات الاطفال ذلك في الفئات الاربع الاولى، حيث كانت نسبة وفيات الاطفال دون سنة في الفئة العمرية (15-19) سنة تقدر ب 6.5% ثم ارتفعت هذه النسبة الى 16.5% في الفئة العمرية (20-24) سنة في حين بلغت 25.5% في الفئة (25-29) سنة ، ثم تراجعت الى 23.8% في الفئة (30-34) سنة التي تعتبر اكبر نسبة لوفيات الرضع في جميع الفئات الامهات فنلاحظ انه يوجد ارتباط بين المتغير (سن الام عند الانجاب) و (عددالوفيات الاطفال) ، اي كلما ارتفع سن الامهات عند الانجاب ترتفع الوفيات فسن الام عند الانجاب له دور في وفيات الرضع ، خاصة عند النساء الامهات في الفترة (15-19) سنة اللاتي تضعن اغلبهن مولدهن الاول و بالتالي يمكن ان يكون الحمل عسر لا تكون لديهن تجربة مسبقة في الولادة ولا بعدها اي اثناء تربية المولود.

- في حين نلاحظ في الفئات العمرية (35-39) الى (35-39) سنة وجود علاقة عكسية بين هذين المتغيرين (سن الام ووفيات الاطفال) اي كلما ارتفع سن الام انخفض معدل الوفيات ، حيث كانت النسبة في الفئة (35-39) سنة تمثل 14.5% ثم انخفضت هذه النسبة الى 1% في الفئة (45-49) سنة وقد ترجع الى اخطار الحمل و الوضع اما في الفئة (45-49) سنة فالنساء الحوامل لا تتحملن مشقة الحمل ولا مشقة الولادة لان تكوينهن الفيزيولوجي يبدأ بالضعف.

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

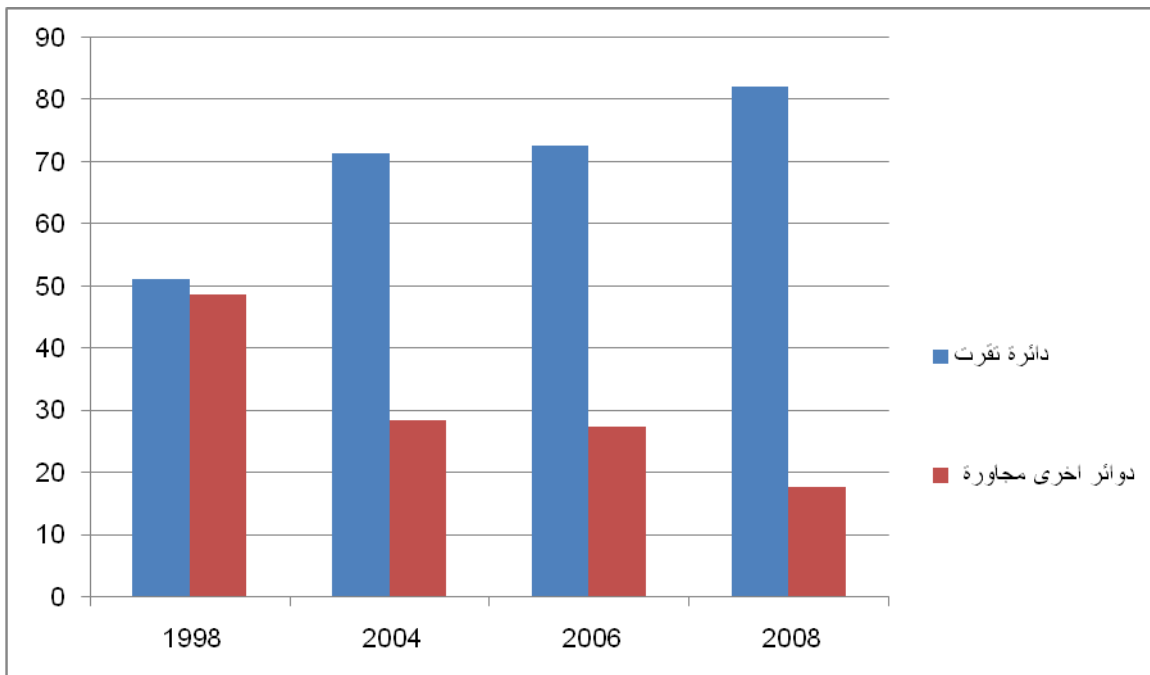
جدول رقم (15): يبين توزيع وفيات الاطفال الرضع حسب مكان الإقامة المتوفي خلال فترة الدراسة

(1998-2008).

المجموع		دوائر اخرى مجاورة		دائرة تقرت		مكان الإقامة السنوات
النسبة	العدد	النسبة	العدد	النسبة %	العدد	
100	82	48.78	40	51.21	42	1998
100	28	28.57	08	71.42	20	2004
100	62	27.41	17	72.58	5	2006
100	28	17.85	05	82.14	23	2008
100	200	35	70	65	130	المجموع

المصدر: بني الجدول على اساس معطيات المركز الاستشفائي المتخصص بالام و الطفل تقرت ورقلة

الشكل رقم 05: توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب مكان الإقامة المتوفي خلال فترة الدراسة 2008-1998



يتضح من خلال الجدول ان من بين الوفيات الاطفال الرضع التي حدثت في المركز الاستشفائي المتخصص بالام و الطفل خلا الفترة (1998-2008) تقدر ب 65% حيث كان اقامة اوليائهم بدائرة تقرت بلمقابل نجد 35% من مجموع الوفيات الرضع اوليائهم يقطنون خارج الدائرة اي بالدوائر الاخرى و البلديات الاخرى و في المناطق الحضرية و الريفية.

فلاحظ من خلال الجدول ان نسبة الاولياء المقيمين خارج الدائرة بعيدة نوعا ما من نسبة القاطنين في دائرة تقرت و يرجع ذلك الى تردد الاولياء الذين يقطنون خارج الدائرة بصفة كبيرة عن المستشفى لسمعته و بما انه مستشفى عام ، و لتطوره الطبي و احتوائه على اجهزة حديثة و على اطباء مختصين و معروفين.

فمن خلال معاينتنا للملفات الاطفال (المتوفين) تبين لنا ان هناك اختلاف في مصلحة الوفاة حيث اننا نلاحظ ان الاولياء القاطنين بوسط الدائرة 65% فان اولادهم توفوا اغلبهم في مصلحة التوليد بنسبة 51% اما الاولياء القاطنين خارج الدائرة 35% فان اولادهم يتوفون في مصلحة طب الاطفال ،هذا لان الحالات التي تاتي من خارج (الدائرة) هي حالات خطيرة تستدعي الاطباء و المختصين ووسائل حديثة و بالتالي يتوجهون الى المستشفى المتخصص بالام و الطفل بتقرت.

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

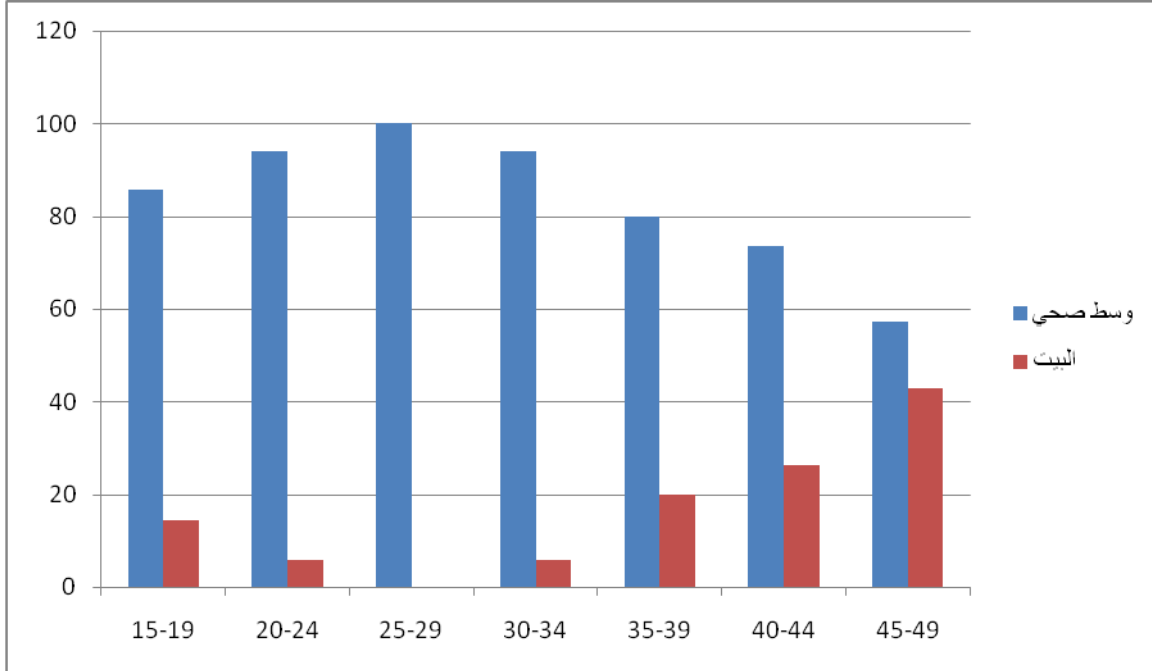
جدول رقم (16): يبين توزيع الوفيات الاطفال حسب سن الامهات عند الانجاب و وسط الولادة للفترة الممتدة

(1998-2008).

المجموع		البيت		وسط صحي		وسط الولادة سن الأمهات
%	العدد	%	العدد	%	العدد	
100	14	14.28	02	85.71	12	19-15
100	34	05.88	02	94.11	32	24-20
100	50	-	-	100	50	29-25
100	51	5.88	03	94.1	48	34-30
100	25	20	05	80	20	39-35
100	19	26.31	05	73.68	14	44-40
100	07	42.85	03	57.14	4	49-45
100	200	10	20	90	180	المجموع

المصدر: بني الجدول على اساس المعطيات المركز الاستشفائي التخصص بالام و الطفل.

الشكل رقم 06: توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب ووسط الولادة خلال فترة الدراسة 1998-2008.



تبين لنا النتائج انه من بين 200 حالة وفاة في الفترة (98-2008) هناك 180 حالة وفاة تمت ولادتها في مستشفى حكومي و عيادة خاصة و هذا ما يمثل نسبة تقارب 90% من مجموع الوفيات و هذه النتائج تبين ارتفاع نسبة الولادات التي تمت في المستشفى او عيادة التوليد اي بمتابعة صحية عند لولادة لان من الضروري اجراء الولادة في المكان مهيبا طبيا هذا لسلامة الولادة ، سواء صحة الام و الطفل لانه في بعض الاحيان تخضع الام الى رعاية الطبية بعد الولادة مباشرة خاصة في الولادات العسيرة و الولادات المتسرة و بالتالي ينصح الاطباء و القابلات باجراء الولادة في وسط صحي .

ففي فئة النساء (الامهات) (15-19) سنة نسبة الولادات التي حدثت في وسط صحي تمثل نسبة مرتفعة حوالي 85.71% مقارنة بالتي تحدث في البيت 14.28% و هذا لان الامهات صغيرات السن يشهدنا اول مولود لهن فيلجنا الى الولادة في وسط صحي لان هؤلاء النساء ليستلهن خبرة كافية و كذلك الخوف من المخاطر التي تنجم عن الولادة في البيت كذلك الامر بالنسبة للنساء في الفئة (45-49) سنة حيث ان نسبة الولادات ترتفع في الوسط الصحي عند هذه الفئة تتمثل في 57.14% لانه في هذا العمر تصبح النساء في المرحلة تقريبا متقدمة في السن و بالتالي يفقدن القوة الكافية لتحمل مخاطر الحمل و الولادة فيلجأ أكثرهن الى المستشفيات.

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

جدول رقم (17): يبين توزيع وفيات الاطفال حسب سن الامهات عند الانجاب و نوعية الولادة خلال الفترة

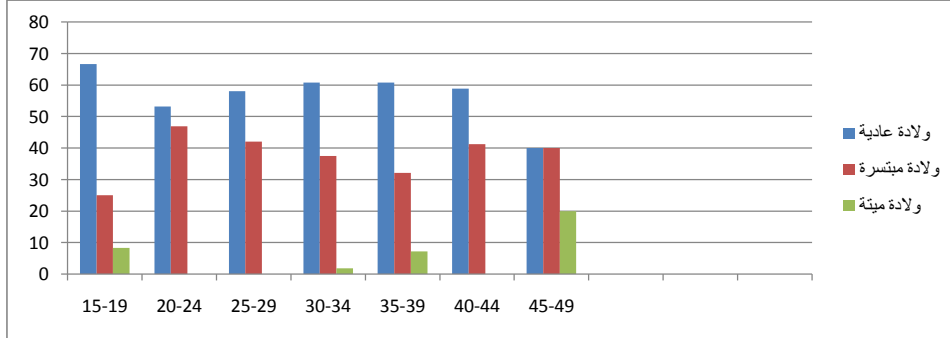
(1998-2008) م.

المجموع		ولادة ميتة		ولادة مبتسرة		ولادة عادية		نوعية الولادة سن الأمهات
%	العدد	%	العدد	%	العدد	%	العدد	
100	12	8.33	01	25	03	66.67	08	19-15
100	32	-	-	46.87	15	53.12	17	24-20
100	50	-	-	42	21	58	29	29-25
100	56	1.78	01	37.5	21	60.71	34	34-30
100	28	7.14	02	32.14	09	60.71	17	39-35
100	17	-	-	41.17	07	58.82	10	44-40
100	05	20	1	40	02	40	2	49-45
100	200	2.5	5	39	78	58.5	117	المجموع

المصدر: بني الجدول على اساس معطيات المركز الاستشفائي المتخصص للام و الطفل.

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

الشكل رقم 07: توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب ونوعية الولادة خلال 1998-2008.



يتضح من خلال الجدول ان اغلبية الوفيات ولادتها عادية حيث تمثل 58.5% من مجموع الوفيات لتاتي الولادات

المبكرة بنسبة 39% اما الولادات الميتة فلاتمثل الا بنسبة 2.5% و لكن لا بد هنا من الاشارة الى الاخطار المرتكبة في

التسجيل الولادات الميتة لانه حسب احد الاطباء فان اغلبية الولادات لا تسجل بل تصرح بها في الملف الطبي للطفل على

انها وقعت يوم الولادة و يسجل عمر المتوفي (0) يوم و هو ما لمسناه اثناء معاينتنا للملفات.

فيما يخص الولادات الميتة فنجد انها متذبذبة في بعض الفئات و يعود ارتفاعها كلما ارتفع سن الامهات عند

الانجاب لتمثل الفئة العمرية (15-19) ب 8.33% من مجموع الوفيات لنفس الفئة و تنخفض الى 1.78% للفئة

العمرية (30-34) سنة و تعود لارتفاع حتى الفئة العمرية (49.45) سنة لتمثل نسبة 20% من المجموع و هذا الارتفاع

في الولادات المبكرة من فئة الى اخرى راجع الى :

نجد انه لدى النساء اللواتي لديهن ولادات اكثر خاصة في الفئات العمرية (20-24) سنة و (25-29) سنة

يمكن ان تكون الفترة بين الولادة و اخرى قصيرة قد تصل في بعض الاحيان الى سنة و في بعض الاحيان كثيرة الى اقل من

24 شهر و بالتالي تكون مخاطر الولادات واردة اما مخاطر الحمل و الوضع فتظهر في الفئة العمرية (35-49) سنة تزداد

هذه المخاطر كلما تقدمت المرأة في السن و هذا راجع الى الضعف البيولوجي و عدم تحملها اعراض الحمل و بالتالي يؤثر

هذا سلبا على السيورة الطبيعية للحمل مما يؤدي الى عدم اكتمال المدة الحقيقية و هي 9 اشهر.

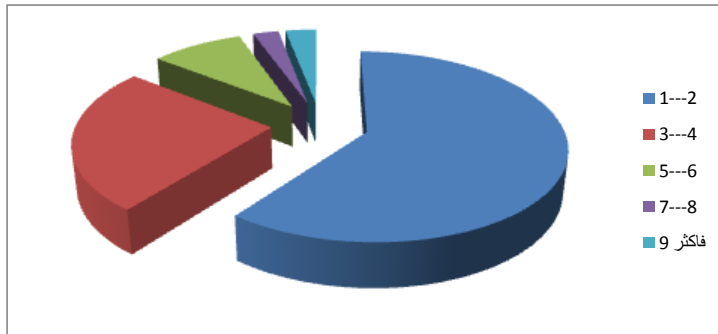
الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

جدول رقم (18): يبين توزيع وفيات الاطفال الرضع حسب رتبة المتوفي بين الاخوة خلال الفترة المدروسة (1998-2008).

رتبة الولادة	العدد	النسبة
2-1	121	60.5
4-3	50	25
6-5	18	09
7-8	05	2.5
9 فاكثر	06	03
المجموع	200	100

المصدر : بني الجدول على اساس المعطيات المركز الاستشفائي المتخصص للام و الطفل.

الشكل رقم 08: توزيع وفيات الأطفال الرضع حسب رتبة المتوفي بين الإخوة خلال الفترة المدروسة 2008-1998.



يبين لنا من خلال الجدول ان الولادات الاولى و خصوصا الرتبة الاولى و الثانية هي خاضعة أكثر بنسبة مخاطر

الوفاة اذ تمثل 60.5% من مجموع الوفيات هذه الولادات تخص فقط النساء الصغيرات اللواتي يلدن في سن مبكرة هذا ما

لمسناه أثناء معاينتنا لملفات المتوفين فالولادات تكون جد حساسة كون النساء الصغيرات السن يتعرضن الى مخاطر الحمل أكثر

من النساء اللواتي لديهن ولادات من قبل و من جهة اخرى فان الاطفال الرضع للرتبة (3-4) معتبرة و تمثل 25% لتتخفص في الرتبة 9 فاكثر لتمثل 3% من مجموع الوفيات .

و يمكن تفسير ذلك بان الوفيات تتخفص مع زيادة رتبة المولود حتى الرتبة السابع (7) و بعدها تاخذ في الارتفاع و يرجع ذلك الى ان التكوين الجسماني للنساء التي تلدن لاول مرة لا يمكن ان يضمن القوة الحيوية للمولود الاول في نفس درجة المواليد اللاحقة.

و يمكن كذلك من انخفاض في الوفيات الاطفال اذ اخدنا في عين الاعتبار تحسبن المستوى المعيشي للاسرة و الام خاصة و استعمال اكبر للخدمات الصحية و ايضا تخفيض الخصوبة باستعمال وسائل منع الحمل في التنظيم العائلي. عيادة التوليد أي بمتابعة صحية عند لولادة لان من الضروري إجراء الولادة في المكان مهيبا طبيا هذا لسلامة الولادة ، سواء صحة الأم و الطفل لأنه في بعض الأحيان تخضع الأم إلى رعاية الطبية بعد الولادة مباشرة خاصة في الولادات العسيرة و الولادات المبتسرة و بالتالي ينصح الأطباء و القابلات بإجراء الولادة في وسط صحي.

5- عرض و تحليل نتائج الفرضية الجزئية الثالثة:

- الرضاعة الطبيعية تقلل من حدة الوفيات-

جدول رقم(19): يبين توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب و نوعية الرضاعة خلال الفترة المدروسة

(1998-2008).

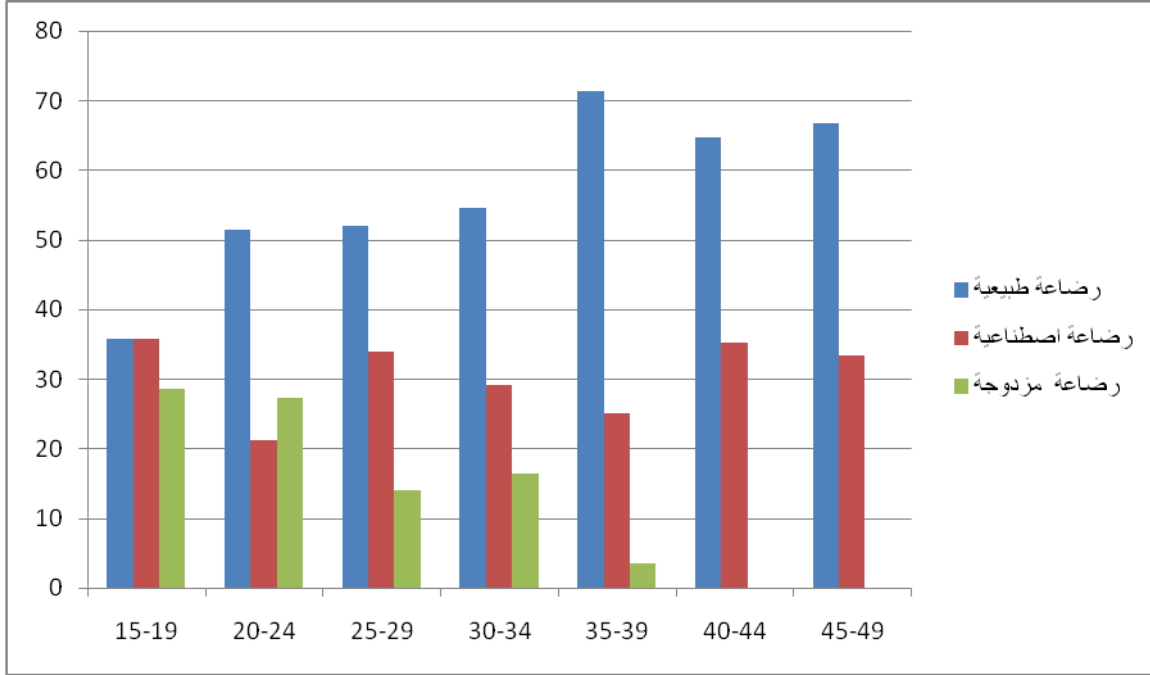
المجموع	الأطفال الذين رضعوا		الأطفال الذين رضعوا اصطناعيا		الأطفال الذين رضعوا طبيعيا		نوعية الرضاعة	سن الأمهات
	العدد	%	العدد	%	العدد	%		
100	14	28.57	04	35.71	05	35.71	05	19-15
100	33	27.27	09	21.21	07	51.51	17	24-20
100	50	14	07	34	17	52	26	29-25
100	55	16.36	09	29.09	14	54.54	30	34-30
100	28	3.57	01	25	07	71.42	20	39-35
100	17	-	-	35.29	06	64.7	11	44-40
100	03	-	-	33.33	01	66.66	02	49-45
100	200	15	30	29.5	59	55.5	111	المجموع

المصدر : يبين الجدول على أساس المعطيات من المستشفى المتخصص للام و الطفل.

الفصل الرابع: الجانب الميداني للدراسة

الشكل رقم 09: توزيع وفيات الأطفال حسب سن الأمهات عند الإنجاب ونوعية الرضاعة خلال الفترة الدراسية

2008-1998.



يتضح من خلال هذا الجدول أن الأمهات يلجئن أكثر إلى استعمال الرضاعة الطبيعية حيث نسبتها قدرت ب 55.5% و الرضاعة المزدوجة بنسبة 15% و بالتالي فان استعمال الرضاعة الطبيعية لوحدها أو مع حليب آخر (مزدوجة) تمثل في المجموع 70.5% أي ما يمثل (7) أطفال من عشرة تستعمل لهم الرضاعة الطبيعية أما نسبة الرضاعة الاصطناعية تمثل نسبتها حوالي 29.5% أي (3) أطفال من بين (10) نسبة الرضاعة الطبيعية تقترب من النسبة المسطرة من طرف وزارة الصحة و السكان من خلال البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال إلا أن هذه النسبة المتحصل عليها لا تعكس الوجه الحقيقي للرضاعة الطبيعية في ولاية ورقلة و في دائرة تقرت بصفة خاصة .

ففي الأسبوع الأول بعد الولادة غالبا ما تلجأ الأمهات إلى استعمال الرضاعة الطبيعية أي الرضاعة بالثدي لتغذية أطفالهن و نلاحظ انه عندما تكون الأمهات في العمر (30-34) سنة فإنهن يستعملن أكثر الحليب الطبيعي مقارنة بنسبة استعمال الحليب الاصطناعي أو الرضاعة المزدوجة.

تمثل النسبة الرضاعة الطبيعية في هذه الفئات على الترتيب من 54.54% إلى 71.42% لان الأمهات في هذا العمر تكون أكثر حيوية و الحليب الاصطناعي كمكمل للحليب الطبيعي بمقابل نجد الرضاعة الاصطناعية مرتفعة في الفئات العمرية (25-29) سنة و (30-34) سنة لتمثل نسبي 34 و 29.09% و هذا راجع ربما (إلى خروج الأم للعمل) أو ممارستها لنشاط مهني يجعلها لا تملك الوقت الكافي لاستعمال الرضاعة الطبيعية بينما أعلى نسبة عند الأمهات في الفئات العمرية (15-19) سنة اللواتي تستعملن الرضاعة المزدوجة و هذا بنسبة 28.57% و هذا راجع ربما لعدم كفاية الحليب الطبيعي للام فلدى تلجأ إلى تكملة هذا النقص بالحليب الاصطناعي و من خلال هذا يتبين لنا أن الأمهات ما زلن محافظات على الرضاعة بالثدي مقارنة بالرضاعة الاصطناعية لان الرضاعة الطبيعية تمثل أحسن وقاية للصحة الطفل إلا في بعض الحالات أين ينصح الأطباء الأم بعدم الرضاعة بالثدي في حالة إصابتهم ببعض الأمراض المزمنة كالسرطان والسل و الأمراض المعدية لأنها تؤثر على الطفل و تعرضه للعدوى.

نستنتج من خلال عرض وتحليل بيانات الجدول أعلاه الذي يوضح العلاقة الموجودة بين نوع الوضاعة ووفيات الأطفال تكون العلاقة طردية وقوية، وذلك تبعاً لسن الأم عند الإنجاب، فهو بدوره يؤثر على وفيات الأطفال كما تبين ذلك في الفرضية الجزئية السابقة.

6- نتائج الدراسة:

بعد تحليل البيانات التي تحصلنا عليها من خلال دراسة ملفات الأطفال للإجابة عن التساؤلات التي طرحت بهدف "دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات من العمر (1998-2008)" تبين أن هناك مجموعة نتائج ذات أهمية بالنسبة لموضوع الدراسة نجملها في الفقرات التالية حسب الفرضيات.

الفرضية الجزئية الثانية:

"سن الأمهات عند الإنجاب يؤثر على وفيات الأطفال" تبين من خلال نتائج هذا البحث أن سن الأمهات عند الإنجاب يؤثر صحة الرضيع و وفيات الأطفال إذ تبين أنه هناك علاقة طردية بين سن الأمهات عند الإنجاب و وفيات الأطفال.

إن الأمهات اللواتي يتبعن حملهن من صغيرات السن، إذا كلما قل سن الأمهات زادت المتابعة الصحية أثناء الحمل عند الكيبرات في السن تنخفض المتابعة الصحية أثناء الحمل حيث نلاحظ أن الأمهات إكتسبن خبرة خلال حياتهن الإنجابية، و بالتالي لا تتابعن حملهن.

الفرضية الجزئية الثالثة:

"الرضاعة الطبيعية تقلل من حدّة وفيات الأطفال" تبين من خلال نتائج هذا البحث أن الرضاعة الطبيعية خصوصا في الساعات الأولى من الولادة تؤدي إلى ولادة صحية طبيعية أي أن المولود يكون بصحة جيدة وعليه فإنه كلما كانت الرضاعة طبيعية و في الساعات الأولى من الولادة قلت الوفيات.

7- الإستنتاجات

يتبين لنا من خلال دراستنا لظاهرة وفيات الأطفال من خلال معطيات المركز الإستشفائي المتخصص للأم والطفل بتقرت مايلي:

- إنخفاض الوفيات دون السنة خلال الفترة 1998-2008م حيث بلغ معدل الوفيات سنة 2008م 10.86 بالألف بعدما كان 34.75 بالألف سنة في 1998م وهذا الإنخفاض راجع الى الإهتمامات، التي توليها الدولة لهاته الفئة العمرية، وذلك بتحسين وتطوير المرافق الصحية الضرورية إضافة إلى تكثيف الجهود المتعلقة بالرعاية الصحية السليمة لتفادي الأمراض الأكثر إنتشارا، حيث أن التلقيح والوضع الغدائي للطفل يشكلان عنصرين أساسيين في مكافحة ظاهرة وفيات الأطفال.

-تعرض جنس الذكر لإحتمالات الوفاة تزيد بصورة ملحوظة عن الإحتمالات التي تتعرض لها جنس الأنثى وذلك خلال جميع السنوات الملحوظة التي تعود الى عوامل بيولوجية بحتة.

تختلف وفيات الاطفال باختلاف العمر حيث نحد الموليد الجدد من (0-28 يوم) معتبرة مقارنة بما بعد الموليد الجدد (29-364) يوم في كل السنوات المدروسة ،ذلك يعود إلى ضعف مقاومة الأطفال ضد الأمراض الفتاكة خاصة في أيامهم الأولى ويعود السبب كذلك إلى عوامل المتعلقة بالحمل والرضع وصحة الأم.

- تتأثر معدلات وفيات الأطفال بسن الأم عند الإنجاب، وهذا التأثير يرجع إلى العوامل الاجتماعية و الإقتصادية خاصة النساء في فئات الأعمار (20-24) سنة إلى غاية (35-39) سنة، إلى العوامل الفيزيولوجية التي تؤثر على النساء الحوامل في سن (15-19) سنة و (40-44) سنة و (45-49) سنة و بالتالي و يؤثر سلبا على حياة و صحة الأطفال، بحيث تبين أنه كلما كانت صغيرة فهذا يفقد هن في الوضع و التربية.

- ترتبط وفيات الأطفال في الشهر الأول بمجموعة من الأمراض المتعلقة بالحمل و الوضع، إذا تعتبر الولادة المبكرة و التشوهات الخلقية من الأمراض الرئيسية التي سبقت وفيات الطفل، بينما وفيات فئات العمر (29-364 يوم) فهي مرتبطة بمجموع الأمراض المتعلقة بالعدوى.

- معظم الولادات تمت في وسط صحي مهينا ب80 بالمئة و في البيت ب20 بالمئة و بالتالي يجب أن تتم الولادات في وسط صحي مهينا لإجتنا ب تعرض الطفل و الأم لمخاطر الحمل والوضع.

- كما أن الخصوبة المرتفعة عند الأمهات تؤثر على وفيات الاطفال و تعتبر الرضاعة الطبيعية من أهم العوامل التي تحافظ على صحة الأطفال و الرضع، خاصة في الأيام الأولى بعد الولادة.

خاتمة

تحتل دراسة وفيات الأطفال مكانة خاصة في مجال الأبحاث الديموغرافية، لأن نسبة وفيات هذه الأخيرة أعلى من نسبة الوفيات لأي شريحة عمرية أخرى.

كما أن أهمية دراسة هذه الظاهرة تظهر من خلال علاقتها الوثيقة بمستويات النمو الإقتصادي و التغيير الإجتماعي، و ما يرتبط بذلك من مستويات الفقر.

و من خلال هذه الدراسة توصلنا إلى بعض النتائج المتمثلة في ما يلي:

رغم أن القطاع الصحي للدولة قطع أشواطاً كبيرة إلى التحسن، إلا أنه لا يزال هشاً و محدود الإمكانيات بالنظر إلى ضخامة الإحتياجات و تزايد متطلبات السكان، حيث لا تزال نسبة وفيات الأطفال مرتفعة بسبب عدم التحكم في أسباب الوفيات المبكرة، بالإضافة إلى عودة إرتفاع بعض الأمراض التي لها علاقة بالبيئة كالإسهال و الأمراض المعدية و التي كثيراً ما تكون مرتبطة بالإفتقار إلى إمكانية الحصول على مياه الشرب المأمونة و رداءة مرافق الصرف الصحي، و كذا الوفيات بسبب الولادة قبل الأوان التي تعود في جزء كبير منها إلى ضعف صحة الأمهات، و إرتفاع معدل إنتشار سوء التغذية و ما يقترن به من تراجع في مستوى الرضاعة الطبيعية و الممارسات الغذائية التكميلية غير الكافية و غير الملائمة.

❖ للعوامل الديموغرافية و الإقتصادية و الإجتماعية تأثير كبير على إنخفاض أو إرتفاع مستوى وفيات الأطفال.

❖ لا يمكن الفصل بين صحة الأم و الطفل في فترة ما حول الولادة لأن إحتتمالات الإصابة بالوفاة هي نفسها بالنسبة للأم و الطفل.

❖ و أخيراً خرجنا من هذه الدراسة بعدة توصيات أهمها:

- البرامج الصحية لا تكفي لوحدها لتخفيض وفيات الأطفال بل يجب أن تكون مرفقة ببرامج إجتماعية و إقتصادية، تساعد الفقير على طلب و إستهلاك الخدمات الصحية، بحيث يمكن إنقاذ الكثير من الأطفال ببعض التدخلات الوقائية و العلاجية، مثل اللقاحات و العلاجات البسيطة للأمراض الشائعة و التغذية الجيدة و تشجيع الرضاعة الطبيعية و تعليم الفتيات، و إعداد

وتأهيل الكوادر الوطنية العاملة في مجال الصحة، وكذا تفعيل التثقيف الصحي و التركيز على نظافة البيئة وتوفير المياه الصالحة للشرب و الصرف الصحي.

- الوقاية من الحوادث المنزلية و الذي يتطلب أمرين:

أ/- وقاية الأطفال: من الحوادث المنزلية و ذلك بترتيب الأثاث و تنظيم البيت و عدم ترك الأدوية و مواد التنظيف و الأدوات الحادة في متناولهم، و تجنب ترك المياه في الحاويات أو أي سائل آخر قد يسبب لهم الغرق، وكذا غلق مأخذ الكهرباء و الغاز، فالبيت السليم الآمن يمكن أن يمنع العديد من الحوادث التي تؤدي إلى وفيات الأطفال.

ب/- معرفة الإسعافات الأولية: و تقرب الصحة من المواطن، و ذلك بالتركيز على إزالة الفوارق بين الريف و الحضر، و بين الشمال و الجنوب بالتوزيع العادل للمرافق الصحية و الأطباء.

- وضع سياسة حقيقية في فترة ما حول الولادة تكون وقائية و علاجية و الهدف الرئيسي منها هو تخفيض الوفيات المبكرة التي يمكن تفاديها بالعناية المركزة.

- و أخيرا نوصي بضرورة الإهتمام بالبحوث و الدراسات الخاصة بصحة الأطفال، مع التركيز على البحوث المرتبطة بتقويم الخدمات الصحية و الإجتماعية المقدمة للأطفال، و الإهتمام بإستخدام أساليب غير مباشرة لقياس الوفيات، و القيام بدراسات و أبحاث للكشف عن الأخطاء التي تتعرض لها بيانات الوفيات و بالتالي الوصول إلى مؤشرات ديموغرافية سليمة و دقيقة.

المراجع المراجع

I. المصادر:

1. القرآن الكريم.

II. الكتب العربية:

2. إسماعيل بن قانة: محاضرات لمقياس التحليل الديموغرافي المعمق، ورقة، (2001-2012).

3. السيد عبد العاطي السيد: علم إجتماع، الإسكندرية، دار المعرفة الجامعية، 2004.

4. حسين عبد الحميد رشوان: علم السكان من منظور علم الإجتماع، ط2، مصر، المكتب الجامعي الحديث، 2006 .

5. خالد زهدى خواجه: إحصاءات و مقاييس الوفيات، بغداد، المعهد العربي للتدريب و البحوث و الإحصاءات.

6. خليل عبد الهادي البدر: علم الإجتماع السكاني، ط1، الأردن، دار حامد للنشر و التوزيع، 2009 .

7. رولان بريسيا: التحليل السكاني-المفاهيم و الطرق و النتائج، الجزائر، ديوان المطبوعات الجامعية، ترجمة رياض ربيع.

8. رشيد زرواتي: منهجية البحث في العلوم الإجتماعية، ط1، الجزائر، دار الكتاب، 2004.

9. شلقائي مصطفى: الإحصاء و السكان و الديموغرافيا، طرق التحليل الديموغرافي، الكويت.

10. علي عبد الرزاق حلبي: علم الإجتماع السكان، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2011.

11. فتحي أبو عيانة: جغرافية السكان و أسسها الديموغرافية العامة، الإسكندرية، دار الجامعات المصرية، 1988.

12. فتحي محمد أبو عيانة: دراسات في علم الإجتماع السكان، ط3، لبنان، دار النهضة العربية، 2002.

13. طارق السيد: علم إجتماع السكان، مصر، دار المعرفة الجامعية، 2004 .

14. محمد الجوهرى و آخرون: علم الإجتماع الطبي، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2009.

15. مريدي السعيد: التغيرات السكانية في الجزائر، الجزائر، المؤسسة الوطنية للكتاب، 1984.

16. محمد عادل إبراهيم: السياسة الصحية و آثارها على وفيات الأطفال.
17. مصطفى خلف عبد الجواد: علم إجتماع السكان، ط1، الأردن، دار المسيرة، 2008 .
18. منير عبد الله كرادشة: علم السكان، الديموغرافيا الإجتماعية، ط1، الأردن، عالم الكتاب الحديث، 2009.
19. منير طلعت الرشيدى: السكان و التباين الجغرافي "أسس التنمية المستدامة"، مصر، دار الكتاب الحديث، 2009.
20. كمال بن الهمام فتح القديرة: علاقة الآباء بالأبناء في الشريعة الإسلامية ، جدة، 1981.

III. المذكرات والرسائل الجامعية:

21. مصطفى عمور: وفيات الأطفال من (0-1) سنة تأثير العوامل الإجتماعية و الإقتصادية و الديموغرافية دراسة ميدانية بالمركزين الإستشفائيين مصطفى باشا و بني مسوس بالجزائر، رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الإجتماع تخصص ديموغرافيا، جامعة الجزائر، أكتوبر 2001.
22. لبرارة سماح: دراسة وفيات الأطفال دون خمس السنوات في الجزائر، مذكرة مكملة لنيل درجة الماجستير، جامعة باتنة، 2009-2010.

IV. المعاجم والمجلات:

23. المنجد في اللغة و الإعلام، ط40، بيروت، لبنان، دار المشرق، 2003.
24. الأمم المتحدة، السكان و التنمية. 1998.
25. الجهاز المركزي للتعبئة العامة و الإحصاء، اليوم العالمي للسكان، 13 يوليو 2010.
26. الديوان الوطني للإحصاءات، المسح الجزائري حول صحة العائلة، 2002.
27. وزارة الصحة و السكان، الديوان الوطني للإحصاءات، المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل، الجامعة العربية.

V. المراجع الأجنبية و المواقع:

28. La mortalité et junveibe en Algerie op-cit.
29. Ministère de la santé population et de la réferme hospitalière, direction de la prevetion, prise en charse se l'envennement scorpionique maquette et janfographie, 2009.

30. WWW.Hewaraot.com  (02-03-2013).

31. ONS/Etat civil (Données brutes).