

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
جامعة 8 ماي 1945 قالمة
كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية
قسم علم الاجتماع
ينظم:

الملتقى الوطني الأول حول: تأثير صحة الأم والطفل على
وفيات الأطفال في الجزائر
2025/04/24

محور المداخلة: التاسع

عنوان المداخلة: تحليل واقع مؤشرات السياسة الصحية للأم والطفل في الجزائر استنادا على مؤشرات
الإنمائية للألفية -

الإسم واللقب: سيهام عبد العزيز

الجامعة: باتنة 1

المخبر: المجتمع الجزائري المعاصر - سطيف 2

البريد الإلكتروني: abdelaziz.siham@yahoo.fr

ملخص:

هدفت هذه الورقة البحثية، إلى تسليط الضوء حول الجهود الجزائرية في المجال الصحي وخاصة فيما يتعلق بخفض وفيات الأطفال وتحسين صحة الأمهات في إطار الأهداف الإنمائية للألفية، مبرزين في ذلك جملة من البرامج والآليات التي سعت الجزائر من خلالها لتحقيق هذين الهدفين يتبين من خلال استشراف غايات وأهداف الألفية الإنمائية، أن الجزائر قد خطت خطوة كبيرة في تحقيق أهداف الألفية لفترة 1990-2015. خاصة فيما يتعلق بجانب الأهداف الصحية، مما يدل على فعالية السياسة المنتهجة ، كون أنها تركز جهودها بصفة خاصة على المجالات القطاعية. لكن هذا لا يعني أن كل الغايات تم تحقيقها.

الكلمات المفتاحية: صحة الام والطفل، الصحة، السياسة الصحية، الأهداف الإنمائية.

Abstract:

This research paper aimed to shed light on Algerian efforts in the health field, especially with regard to reducing child mortality and improving maternal health within the framework of the Millennium Development Goals, highlighting a number of programs and mechanisms through which Algeria sought to achieve these two goals. By looking at the Millennium Development Goals and Objectives, it becomes clear that Algeria has taken a major step in achieving the Millennium Development Goals for the period 1990-2015. Especially with regard to the aspect of health goals, which indicates the effectiveness of the policy pursued, since it focuses its efforts in particular on sectoral areas. But this does not mean that all goals have been achieved.

Keywords: Maternal and child health, health, health policy, development goals.

أولاً: الإشكالية:

إن الرعاية المقدمة للأم أثناء الحمل وأثناء وبعد الولادة لها تأثير كبير على صحتها وصحة طفلها. فالاستشارات السابقة للولادة (الرعاية أثناء الحمل) لا تسمح بالكشف عن الحالات الموجودة فحسب، بل تتيح أيضاً علاج المشكلات الصحية السابقة أو المتعلقة بالحمل أو التي تفاقت بسببه. كما أنها تساعد في تحديد حالات الحمل عالية الخطورة التي تتطلب رعاية مناسبة أثناء الحمل والولادة. كما تعتمد الرعاية المقدمة وقت الولادة على مكان الولادة، والمرافق المتاحة، وإمكانية الوصول إليها ونوع المساعدة، أي مستوى التدريب والخبرة لأولئك الذين يساعدون المرأة أثناء الولادة (الكوادر الطبية المؤهلة). وتشمل استشارات ما بعد الولادة الفحوصات والرعاية الوقائية والعلاجية اللازمة لحماية صحة الأم ولحديثي الولادة، وتقديم النصائح اللازمة بخصوص الرضاعة الطبيعية، التغذية الجيدة، النظافة الشخصية وتقديم المشورة اللازمة بخصوص المبادئ بين الولادات وتنظيم الأسرة، إن الهدف الأساسي من هذه المراحل

الثلاث هو الوصول إلى أوممة آمنة، هذا من جهة ومن جهة أخرى، تخفيض معدلات وفيات الأمهات والأطفال الرضع، اللذان يعتبران من أهم الأهداف الإنمائية للألفية. في هذا السياق فقد قاربت الجزائر على تحقيق هذه الأهداف من خلال خفض معدل وفيات الأمهات إلى ثلاث أرباعه وخفض معدل وفيات الأطفال الرضع إلى الثلثين في الفترة الممتدة ما بين (1990-2015). لكن ورغم هذا نجد هناك تباينا واضحا مقارنة بالدول المتقدمة أو حتى بعض الدول العربية يبقى هذا المعدل مرتفعا نسبيا. من خلال هذه الورقة البحثية سنحاول تحليل واقع مؤشرات السياسة الصحية للام والطفل في الجزائر استنادا على مؤشرات الإنمائية للألفية.

ثانيا: تحديد المفاهيم.

الصحة : بالرغم من أنه يمكن بيع و شراء الخدمات الصحية إلا أن الصحة ليست كذلك ، فلا يمكن الإتجار بالصحة و يصعب تعريف الصحة ، بل إن قياسها أصعب إذ أن التمتع بحالة الصحة الجيدة لا تعني الحياة فقط بل تعني القدرة على التمتع بها.¹

اما منظمة الصحة العالمية فقد عرفت الصحة في المادة الأولى من ميثاقها ،اثناء الندوة العالمية بنيويورك بتاريخ 22/07/1946 بنصها على أنها : " حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا لا مجرد الخلو من المرض أو العجز ، ويهدف التعريف إلى " جعل كل الشعوب تصل إلى أعلى مستوى ممكن من الصحة*"

• إن صحة الشعوب هي أمر محوري لتحقيق الأمن و السلم محليا و دوليا . و بموجب ذلك ينصب مفهوم الصحة في معناه الأساسي إلى تحقيق حالة من السلامة العامة البدنية و العقلية و النفسية للفرد.²

المرض: هو الحالة التي يكون عندها العقل أو النفس أو الجسم أو أجهزته أو أعضائه في حالة اضطراب وخلل وظائفها³

الطفل: هو كل فتى أو فتاة لم يتجاوز ثلاثة عشرة أو أربعة عشرة سنة من العمر.⁴

الأطفال الأقل من خمس سنوات: من المنظور الديمغرافي هم مجموع السكان الذين تتراوح أعمارهم ما بين صفر سنة وأربع سنوات مطلقة، وهم من يشكلون قاعدة الهرم السكاني.

*تعريفالصحة مُقتبس من ديباجة دستور منظمة الصحة العالمية، بصيغته التي اعتمدها مؤتمرالصحة الدولي المعقود في نيويورك في الفترة بين 19 حزيران/يونيو و22 تموز/يوليو1946 ؛ والتي وقّع عليها، في 22 تموز/يوليو 1946، ممثلو 61 دولة (السجلات الرسمية لمنظمة الصحة العالمية، المجلد 2، الصفحة 100) ودخلت حيزَ النفاذ في 7 نيسان/أبريل 1948، ولم يخضع ذلك التعريف لأيّ تعديل منذ عام 1948

مؤشرات الطفولة: يعد الاستثمار في صحة الأطفال مطلباً أساسياً لحقوق الإنسان وهو من أضمن الطرق للانطلاق منها لمستقبل أفضل باعتبار معدلات وفيات الأطفال مؤشراً حساساً لتطور بلد ما ودليلاً معبراً عن أولوياتها وقيمتها، باعتباره نتيجة لمجموعة واسعة من المدخلات (الوضع الغذائي، مستوى الرعاية الصحية، اللقاحات، الطعام، مياه الشرب، الإصحاح البيئي...) وهو الأساس في تصنيف الدول للأغراض التنموية.⁵

وفيات الأمهات: وفاة كل امرأة أثناء الحمل، الولادة أو خلال فترة 42 يوماً من انتهاء الحمل، بغض النظر عن مدة ومكان الحمل، لأي سبب من الأسباب المرتبطة أو المتفاقمة من الحمل ومعالجته، لكن دون أن يحدث ذلك نتيجة حوادث أو عوامل خارجية.⁶

السياسة الصحية: يشير تعريف الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية إلى أن مجموعة من الأهداف والبرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات تحدث كيفية صنع الأهداف العامة الصحية مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي بغية تحقيق الأهداف العامة وبكفاءة عالية.

وهي عبارة عن مجموعة من العلاقات المترابطة والمتكاملة من القرارات والنشاطات التي تشكل جزءاً من استراتيجية تقديم خدمات الرعاية الصحية.⁷

ثالثاً: أهمية وأهداف السياسة الصحية :

تهدف السياسة الصحية إلى توضيح كيفية اتخاذ القرار في المؤسسة و تشكل إطاراً عاماً تعمل من خلاله المؤسسة الصحية، و تحدد الخطوط العريضة للمؤسسة و الأهداف التي ترغب المؤسسة الصحية بتحقيقها ، و هذه الكيفية ليست تفصيلية و إنما لبيان أهمية السياسات من خلال أن العمل لا يمكن أن يتم بصورة مثالية إلا إذا تم وضع إطار عاماً له.

3- تقسيمات السياسات الصحية:

لقد قام العديد من المفكرين بتقسيم السياسة الصحية بأكثر من أسلوب أو طريقة كل حسب وجهة نظره لتسهيل دراسة السياسات الصحية⁸، وهي كالتالي :

3-1 د.والت 1994 : قسم السياسات الصحية إلى سياسات كبيرة و سياسيات صغيرة و قد تميزت الكبيرة بأنها تهتم بكل الناس في المجتمع و بالأهداف طويلة المدى أما السياسات الصغيرة تهتم بالمجتمع المحلي و الأهداف قصيرة المدى بالإضافة إلى إنها تتناول موضوع محد وليس شاملة

3-2 دفرانك 1994 : فقد قسم السياسات الصحية إلى أربعة مستويات : مستوى النظام و مستوى البرامج و مستوى التنظيم بالإضافة إلى مستوى الأداء .

➤ مستوى النظام : يرتبط هذا المستوى من المستويات بالمظاهر و الأمور العامة للنظام الصحي و مدى التخطيط و تعليم الموارد البشرية الصحية و يفر هذا المستوى أيضا طبيعة العلاقة بين القطاعات الصحية المختلفة داخل النظام الصحي و علاقة النظام الصحي و علاقة النظام و القطاع الصحية بالأنظمة و القطاعات الأخرى غير صحية .

➤ مستوى البرامج : يحد هذا المستوى من السياسات أولويات الرعاية الصحية و طبيعة البرامج الصحية المراد تنفيذها لتحقيق أهداف النظام الصب بالإضافة إلى تحديد الأساليب و الطرق التي من خلالها يتم توزيع الموارد المادية و البشرية بصورة مثالية و الاستفادة منا أكبر قدر ممكن

➤ مستوى التنظيم : يحد هذا المستوى طريقة العمل و الإنتاجية و تقديم الخدمات الصحية و كيفية في زيادة جودة الخدمة الصحية و مستواها

➤ مستوى الأداء : يحتوي هذا المستوى على الأنظمة التنفيذية للعمل في المؤسسة الصحية كتوضيح لنظام المعلومات الإداري المعمول به و أنظمة شؤون العاملين و الحوافز و أنظمة العمل التنفيذية لبقية أقسام وحدات المؤسسة الصحية.

رابعاً: الأهداف العامة للصحة ضمن ميثاق الألفية:

إن أحد الأسباب الذي جعل رؤساء الدول الأعضاء في منظمة الأمم المتحدة يصادقون على إعلان الألفية، هو إخفاق مختلف مقاربات التنمية في محاربة مختلف مظاهر الفقر. ومن ثمة فقد اتفقوا على تحديد جملة من الأهداف الدنيا والتوافقية لمحاربة آثار الفقر قصد تمكين شعوب المعمورة من الاستفادة من تحسن مادي نسبي. وفي الأخير فقد شجعوا شراكة مركزة على هذه الأهداف ذاتها.

حدد إعلان الألفية التطور الذي ينبغي تحقيقه عند آفاق 2015 في ميدان التنمية البشرية لبلدان الجنوب بصفة خاصة. ويلزم هذا الإعلان البلدان الأعضاء بمضاعفة الجهود للتصدي إلى آثار الفقر المتمثلة في الجوع ونقص المداخل وضعف التعليم والفوارق الاجتماعية بين الرجال والنساء وتدهور البيئة وظروف الاستفادة من خدمات الصحة والتموين بالماء الشروب الخ...

وتحدد ثمانية أهداف ومجموعة من المؤشرات المقاصد والأهداف التي ينبغي على البلدان الأعضاء أن تحققها في إطار الشراكة الجديدة. وهذه الأهداف المذكورة هي المبينة في مايلي "9" :

- القضاء على الفقر والجوع
- تحقيق التعليم الابتدائي عبر العالم
- ترقية المساواة بين الجنسين واستقلالية النساء
- تقليص وفيات الأطفال
- تحسين صحة الأم
- محاربة داء فقدان المناعة المكتسبة (VIH/SIDA) وحمى المستنقعات والأمراض المتنتلة الأخرى
- توفير بيئة سليمة
- إنشاء شراكة عالمية من أجل التنمية

إن كل هدف من هذه الأهداف مقرون بمقاصد عددية يجب تحقيقها في أجل 25 سنة ينطلق من السنة المرجعية (1990) وينتهي عند آفاق سنة 2015.

ومنذ الستينيات، حددت المجموعة الدولية والدول أهدافا للتنمية والتعاون. وقد تم إحراز نوع من التقدم في بعض البلدان. غير أن هذا المسار لم يعرف حركية شراكة كفيلة بأن يكون لها آثار ونتائج مقنعة : إذا لم يكن قد مني بفشل ذريع.

إن التجارب والدروس المستخلصة منها تغيد أن الكثير من البلدان النامية وأن الشرائح الأكثر فقرا في هذه البلدان قد تنزع إلى الإعراب عن نوع من اللامبالاة فيما يتعلق بالوعود والالتزامات الرامية إلى تحسين ظروفهم المعيشية.

وعليه، فإن أهداف الألفية من أجل التنمية تثير المسائل الشائكة والمتكررة المتعلقة بالتعبئة الفعلية لوسائل كل البلدان والمسألة المتعلقة بالضغط الخاصة والتي قد تعيق بل وتعيد النظر في إنجاز هذه الأهداف لأن الآجال المتبقية تبدو قصيرة جدا بالنظر إلى ضخامة الأهداف وأبعاد مقاصدها.

وتكرس الجزائر جهودها من أجل تحقيق هذا التوازن في إطار أهداف الألفية من أجل التنمية.

كما أنه من أجل الحفاظ على هذا التوازن أيضا تتحدد الرهانات والتحديات المستقبلية.

من خلال الأهداف والغايات المحددة في ميثاق الألفية (1990-2015) نلاحظ أن أسباب سوء

الصحة لا تنحصر فقط في عوامل مرتبطة بالصحة، فالطرق التي يجب الأخذ بها لمعالجتها لا يجب أن

تتصدر في التدخلات الصحية، فالصحة تتأثر بالعديد من العوامل، فالقضاء على الأمية وزيادة الدخل وتوفير المياه النقية وخدمات الصرف الصحي والحفاظ على البيئة والاقتصاد المتنامي وتعزيز دور المرأة وغيرها من العوامل التي تؤثر جميعها من خلال علاقة تبادلية على الصحة وهو ما يبرز أهمية أن يكون الاهتمام بالصحة بطريقة غير منعزلة عن العوامل التنموية الأخرى.

خامسا: تقييم مدى فعالية السياسة الصحية للام والطفل نحو تحقيق أهداف الألفية:

5-1 تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين: ولتحقيق ذلك تم إدراج ثلاثة

مؤشرات أساسية وهي:

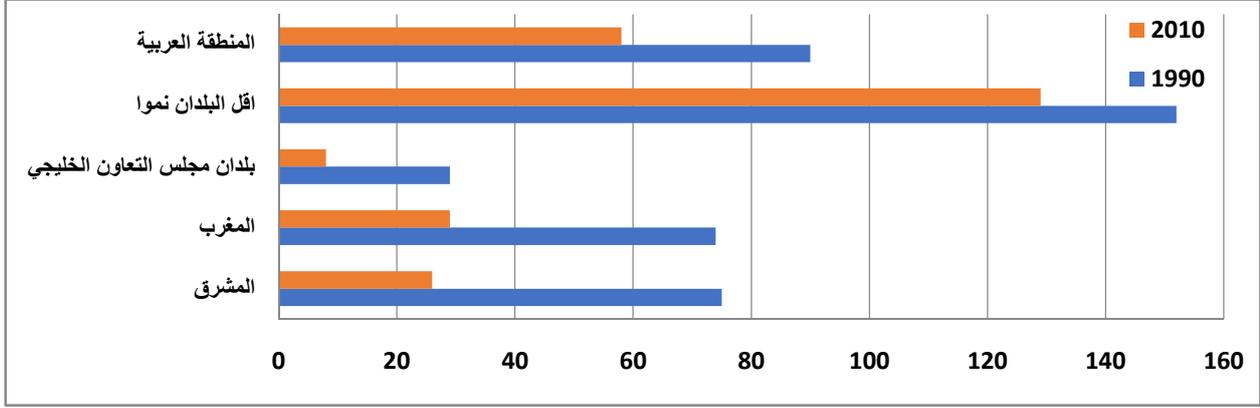
أ/المؤشر الأول: معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة

تعد معدلات وفيات الأطفال مؤشرا حساسا لتطور بلد ما ودليلا معبرا عن أولوياتها وقيمتها. والاستثمار في صحة الأطفال وأمهم ليس متطلبا أساسيا لحقوق الإنسان فحسب بل هو قرار اقتصادي سليم، فهو ضمن الطرق التي يمكن لبلد ما الانطلاق منها نحو مستقبل أفضل. ولا شك أن التقدم الذي تم إحرازه في مجال تحسين معدلات وفيات الأطفال وصحتهم من خلال تخفيض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر على المستوى العالمي من 90 وفاة في 1000 سنة 1990 إلى 43 وفاة في 1000 سنة 2010، أي أن عدد وفيات الأطفال قد انخفض من 13.7 مليون وفاة عام 1990¹⁰ إلى 06 ملايين وفاة عام 2010، هو إنجاز باهر باعتبار أن النسبة قد انخفضت بأكثر من ثلاثة أضعاف على المستوى العالمي إلا أن الوصول إلى الهدف المسطر من خلال تخفيض وفيات الأطفال إلى 03 ملايين طفل في عام 2010 لم يكن هدفا سهلا المنال¹¹ لذلك عملت الدولة ولا زالت تعمل على توفير مختلف الخدمات الصحية الأساسية للعناية بمختلف الشرائح الاجتماعية، لا سيما تلك الأكثر عرضة للأمراض، كالأطفال من خلال التوسع في بناء مراكز رعاية الطفولة والقيام بحملات التطعيم ضد الأمراض الوبائية المعدية وتنظيم حملات التوعية، وكذلك تنفيذ برنامج الصحة المدرسية¹².

على مستوى المنطقة العربية فقد شهد هذا المؤشر انخفاضا بشكل كبير في 11 دولة من أصل 22 بلدا عربيا في العقد الأخير وكان ذلك نتيجة للجهود التي بذلتها هذه البلدان للوفاء بالتزاماتها حيال الأهداف الإنمائية للألفية، فارتفع معدل الانخفاض الذي سجلته تلك البلدان من 3.7 % في السنة خلال الفترة الممتدة بين (1990 - 2000) إلى 3.8 % في السنة في الفترة من (2000 - 2011)، لكن معدل الانخفاض لا يزال دون المتوسط في جميع البلدان النامية وقدره 4.1 في المائة، ويلاحظ أن التقدم تسارع في بلدان مجلس التعاون لدول الخليج العربية مع أن مجموعة أقل البلدان نموا سجلت أسرع وتيرة في

التغيير، ففي لبنان تسارع معدل الانخفاض أربع مرات في العقد الأخير مقارنة بما كان عليه في التسعينات، وتضاعف معدل التراجع في السودان، وتمكنت عمان ومصر من تسجيل معدل تخفيض مرتفع اعتباراً من التسعينات وللتوضيح أكثر الشكل الموالي يبين ذلك:

الشكل (01) معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة لكل 1000 ولادة حية



المصدر: التقرير العربي الثالث حول: الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها، جامعة الدول العربية 2010 ص 48.

لا شك أن مجالات التقدم الباهر التي حققتها العديد من الدول خلال العشرية في تخفيض وفيات الأطفال تدعو إلى التفاؤل إذ أصبحت أسباب وفيات الأطفال وحلولها معروفة عبر التدخلات البسيطة التي يمكن الاعتماد عليها وتحمل نفقاتها والتي تؤدي إلى إنقاذ حياة الملايين من الأطفال. بعد أن صادقت الجزائر على ميثاق الألفية سنة 2000 فقد بادرت بتنفيذ مجموعة من البرامج التي من شأنها تخفيض معدل وفيات الأطفال وبالتالي تحقيق الهدف المسطر لسنة 2015 ببلوغ نسبة 18.5 وفاة لكل ألف مولود حي.

الجدول(01):معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر

(حالة وفاة لكل 1000 مولود حي)

السنة	1990	1995	2000	2005	2010	2011	2012
المعدل	50	44	35	26	22	21	20

المصدر: بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الإلكتروني:

<http://www.world BANK.org office national des statistiques>

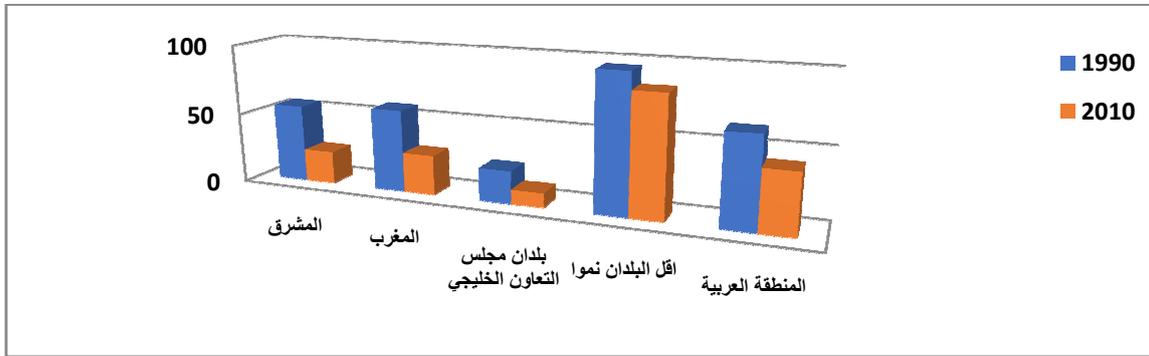
لقد ساهمت البرامج التي بادرت بها الحكومة في تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من 50 وفاة لكل 1000 مولود حي سنة 1990 إلى 20 وفاة سنة 2012، أي بمعدل متوسط 1.36 وفاة خلال كل السنة¹³. ويجدر الإشارة أن أكبر انخفاض لفئة الصبيان كان خلال الفترة (1990-2004) من 50 وفاة إلى 35.5 وفاة لكل 1000 مولود حي¹⁴.

من خلال هذه النتائج يتضح أن الجزائر قد اقتربت كثيرا من تحقيق هدف الألفية، كما أنها قد اقتربت من المستويات التي حققتها بعض الدول المجاورة، على غرار مصر بـ 22 وفاة لكل 1000 مولود حي¹⁵، تونس بـ 16 وفاة لكل 1000 مولود حي.

ب/ المؤشر الثاني: معدل وفيات الأطفال الرضع

يمثل معدل وفيات الأطفال الرضع (الأقل من سنة) مؤشرا بالغ الأهمية، بحيث أنه يجسد مستويات الرعاية الصحية التي تقدمها مختلف المجتمعات لتلك الفئة العمرية، كما أن لوفيات الرضع علاقة طردية وقوية مع معدلات الخصوبة السائدة، حيث أثبتت الدراسات أنه كلما ارتفعت معدلات وفيات الرضع إلا وزادت معدلات الخصوبة¹⁶. وقد شهد هذا المؤشر انخفاضا من 29 حالة وفاة لكل 1000 مولود حي في 1990 إلى 21 وفاة لكل 1000 مولود حي في عام 2011، ويقصد بهذا المعدل وفيات الرضع في الشهر الأول بعد الولادة وقدر هذا الانخفاض بنسبة 27% وهي أدنى بكثير من نسبة الانخفاض المسجلة في معدل وفيات الرضع وقدرها 34% وهذا يعني أن نسبة الوفيات التي تحدث في الشهر الأول بعد الولادة تتوافق مع الاتجاهات العالمية، وسجل العدد المطلق لوفيات الأطفال حديثي الولادة في المنطقة العربية انخفاضا بسيطا إذ تراجع من 212000 إلى 168000، كما هو مبين في الشكل أدناه:

الشكل (02) معدل وفيات الرضع من الولادة إلى عمر سنة لكل 1000 ولادة حية



المصدر: التقرير العربي الثالث حول: الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها، مرجع سابق، ص 48.

توضح النتائج المبينة في الشكل أنه ثمة فوارق كبيرة بين معدلات وفيات الأطفال في سن الخامسة ومعدلات انخفاض وفيات الأطفال حديثي الولادة خصوصا في بلدان الشرق وبلدان المغرب، ففي بلدان المغرب تتزايد نسبة الوفيات من الأطفال حديثي الولادة بسرعة مذهلة إذ ارتفعت إلى 57 لكل ألف من مجموع وفيات الأطفال دون سن الخامسة في عام 2011 بعد أن كانت 44 وفاة لكل ألف مولود حي عام 1990.

وتختلف أسباب وفيات الرضع حديثي الولادة عن أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة فأكثر من 50 % من وفيات الرضع حديثي الولادة تقع لأسباب تتعلق بالولادة (مثل مضاعفات الولادة المبكرة والمضاعفات التي تطرأ أثناء الولادة)، ويتطلب تخفيض وفيات الأطفال من هذه الفئة إجراءات صعبة محددة تختلف عن الإجراءات التي يتطلبها تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

بالنسبة للجزائر فقد قدر عدد وفيات الرضع 22088 وفاة خلال سنة 2012 مع استمرار انخفاض معدل وفيات الرضع بـ 0.5 نقطة ما بين سنتي (2011-2012). والملاحظ أن معدل الوفيات لهذه الفئة قد سجل انخفاضا بـ 25 نقطة خلال الفترة ما بين سنتي (1990-2012) أي بمعدل انخفاض قدره - 1.13 نقطة خلال كل سنة. مع العلم أن وتيرة هذا الانخفاض كانت أكبر خلال الفترة الممتدة ما بين (2002-2007) بحيث تراجع معدل الوفيات بـ -8.2 نقطة أي ما يعادل متوسط انخفاض بـ 1.7 نقطة/سنة، ومقارنة بالفترة الممتدة ما بين (1970-2000)¹⁷ فقد انخفض معدل وفيات الرضع بـ 53.52 نقطة أي ما يعادل متوسط انخفاض -1.78 نقطة/سنة¹⁸.

الجدول (02): يمثل تطور وفيات الرضع في الجزائر من سنة 2005-2011

المعدل بالألف	2005	2006	2007	2008	2009	2010
الذكور	32.4	28.3	27.9	26.9	26.6	18
الإناث	28.2	25.3	24.4	23.9	22.9	15.4

Source : Office national STAT : Statistique, démographie algérienne 2010, n°09, Alger 2012, P06.

من خلال الجدول السابق نلاحظ أن العشرية الماضية (2000-2011) تميزت بتراجع وفيات الرضع بحوالي 15 نقطة فقط، وقد بينت الدراسات أن وفيات الرضع ما بعد الولادة تنخفض ببطء مقارنة بوفيات الأطفال من شهر إلى سنة، ولإشارة نسبة وفيات الأطفال الرضع التي كانت تمثل 43.03 في الألف في بنية الوفيات العامة في سنة 1990 فقد تقلصت إلى 18.05 في الألف خلال سنة 2000¹⁹، كما بينت الدراسات أن معدل وفيات المواليد الرضع الذين لا يتجاوز أعمارهم 38 شهرا شكل سنة 1970 حوالي 49.6 من مجموع وفيات الرضع وهي تقارب نصف وفيات الرضع الأقل من سنة في عام 1995. وهذا الانخفاض ناتج من دون شك للسياسة الصحية التي انتهجتها الجزائر للحفاظ على صحة الأطفال وتجنب الأمراض الفتاكة، وعن تنفيذ وتوسيع عمليات التطعيم، وتحسين نظافة المحيط ومكافحة الأوبئة وتطهير مياه الشرب... الخ.

رغم الانخفاض المسجل تبقى الوفيات عند الأطفال معتبرة بالمقارنة مع معدل وفيات الرضع في البلدان المتقدمة مثل اليابان و سنغافورة التي تدنى فيها معدل وفيات الرضع إلى دون 03 في الألف، كما أننا بعيدين عن المستوى الذي وصلت إليه بعض البلدان الشقيقة والمماثلة مثل تونس وليبيا اللتان لم يتجاوز فيهما معدل الوفيات 20 في الألف سنة 2009، بينما تجاوزت الجزائر في نفس السنة 25 في الألف. وعلى هذا الأساس لتحقيق الهدف الذي تم تحديده لسنة 2015 ينبغي التوصل بين سنتي (2000-2015) إلى تخفيض نسبة وفيات الأطفال بـ 25 نقطة وفيات الرضع بـ 21 نقطة.

الجدول (03): تطور وفيات الأطفال حسب مختلف المراحل

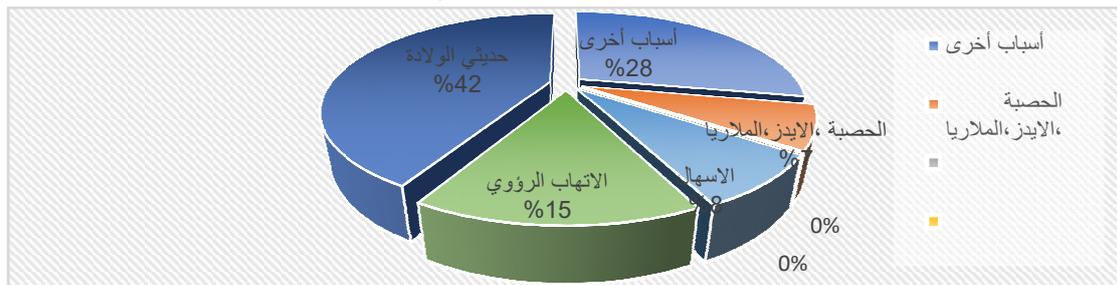
المعدل بالألف	2009	2008	2007	2006	2005
وفيات الرضع (0-1 شهر)	18.8	20.5	20.2	22.0	24.0
وفيات ما بعد الولادة (شهر-12 شهر)	10.6	10.7	14.1	18.6	27.0
وفيات الأطفال (0-عام)	30.4	31.2	34.3	40.6	50.9

المصدر: المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي

ج/المؤشر الثالث: نسبة الأطفال البالغين من العمر سنة واحدة والمحصنين ضد الحصبة

تحسن معدل التغطية بالتلقيح ضد الحصبة في المنطقة العربية بحيث ارتفعت نسبة الأطفال المحصنين من 77% إلى 87% في العقدين الماضيين، وشملت هذه الزيادة مجموعات البلدان كافة وإن كان بنسبة أقل في بلدان المشرق، ففي عام 2011 فقد أفاد 15 بلدا من أصل 22 بأن معدل التلقيح باللقاح الثلاثي تجاوز 90 %، وهو الرقم المحدد في إطار هذه الغاية، وانتشار التلقيح ضد الحصبة في منطقة شرق المتوسط التي تضم معظم البلدان العربية أدى إلى انخفاض كبير بلغ 90% من الوفيات بسبب الحصبة. إن الالتهاب الرئوي والسعال هما من الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال في المنطقة العربية، إذ يموت بسبب هذين المرضين واحد من كل أربعة أطفال تحت سن الخامسة، وعلى الرغم من ارتفاع عدد البلدان التي تعتمد على لقاحات جديدة تنقذ حياة الأطفال إلا أنه لا يزال تحسن نسبة الوفيات بطيئا ولا سيما في البلدان المتوسطة الدخل وذلك بسبب ارتفاع أسعار اللقاحات.

الشكل (03): أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة في المنطقة العربية (سنة 2010)



المصدر: التقرير العربي الثالث حول الأهداف الإنمائية للألفية و آثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها، مرجع سابق، ص 48

بالنسبة للجزائر تعد صحة الأطفال من المجالات التي تولي له اهتماما خاصا سواء فيما يتعلق بالوقاية أو التكفل بأمراض الأطفال أو مكافحة الفقر ومشاكل سوء التغذية وآثارها على صحة السكان بشكل عام والأطفال بشكل خاص، ويتعلق أحد البرامج الفرعية للبرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال الذي تم المصادقة عليه سنة 1985 بتوسيع عمليات التلقيح لا سيما التلقيح ضد الحصبة. وقد أبرز التحقيق الجزائري حول صحة العائلة أن نسبة الأطفال الذين تم تلقيحهم ضد الحصبة تمثل نسبة 90.5 % سنة 2006 مقابل 86 % سنة 1992، بل وقد وصلت النسبة إلى حدود 95 % خلال الفترة (2010-2012) ²⁰ "من ناحية أخرى وحسب نتائج التحقيق فإن نسبة 97% من الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين 12 و 23 شهرا يتوفرون على دفتر صحي مقابل 88.5 % سنة 1992(التحقيق الجزائري حول صحة الأم والطفل، تقرير المجلس الاقتصادي) وأن نسبة 88 % من بينهم استفادوا من تلقيح كامل سنة 2006 مقابل 83.3% سنة 1992.

الجدول(04):التوزيع النسبي للأطفال الذين تلقوا التطعيم (الأطفال من 12-23 شهرا)

2006	2004	2002	2000	1995	1992	
99	99.5	97.9	93	93	97	الدرن
94.8	96.6	92.3	89	83	89	السعال الديكي
90.5	92.3	90.6	83	77	85.7	الحصبة
83.3	90.6	88.9	87	84	83.3	التطعيم الكامل

المصدر: من إعداد الباحث اعتمادا على البيانات التالية:

- المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2004 ، ص78
- تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول التنمية البشرية، مرجع سابق، ص 72.

يتضح من خلال الجدول أن ما نسبته 90.6% من الأطفال من الفئة العمرية (12-23 شهرا) ملقحين تلقيحا شاملا (سنة 2004) بعدما كانت هذه النسبة لا تتجاوز 89% سنة 2002، كما أبرزت النتائج الأولية للمسح الجزائري سنة 2006 أن 83.3% فقط من الأطفال الذين تلقوا التطعيم، أي أن النسبة قد انخفضت بـ 7.3 % في ظرف سنتين فقط.

لقد أثمرت هذه الجهود بتحقيق نتائج ايجابية من خلال تخفيض معدل انتشار الحصبة لدى الأطفال من 34.51 حالة لكل 100000 سنة 1995 إلى 2.4 حالة لكل 100000 طفل سنة 2007.وهي بذلك خطوة ايجابية نحو تحقيق هدف الألفية.

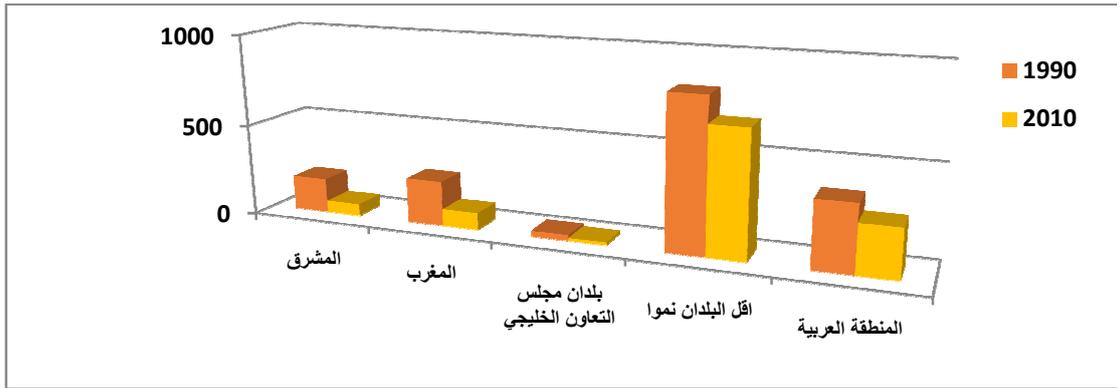
2-5 تحسين صحة الأمهات

تعتبر صحة المرأة الأم من أهم أولويات التنمية، وتأتي هذه الأهمية من كون صحة المرأة لا تقتصر عليها فقط، وإنما تمتد لتشمل الأسرة والمجتمع كله، الأمر الذي جعل من العناية بصحة المرأة، ولا سيما تخفيض وفيات الأمهات أثناء النفاس هاجسا عالميا، وصار تعميم توفير الخدمات الأساسية لضمان صحة إنجابية لائقة من الأهداف التنمائية للألفية، لهذا تسعى الدول عبر جملة من الخدمات الصحية إلى توفير نظام رعاية للأمهات قبل وبعد موعد الولادة، مع توفير الظروف المادية التي تساعد على تنظيم الأسرة.

أ. المؤشر الأول: نسبة وفيات الأمهات (خفض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع)

انخفض معدل وفيات الأمهات في المنطقة العربية بنسبة 27 في المائة بين عامي 1990-2010 وقد تجاوز انخفاض هذا المعدل في مجموعتي بلدان المشرق وبلدان المغرب 60%، وأصبحت هاتان المجموعتان قريبتان من تحقيق الغاية التي تقضي بتخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار ثلاثة أرباع (يتعلق الأمر خاصة بمصر وسوريا اللتان تسيران على الطريق الصحيح للحد من وفيات الأمهات بمعدل 75%)، وتمكنت بلدان التعاون لدول الخليج من تخفيض معدل وفيات الأمهات بمقدار النصف فأصبح 15 وفاة لكل 100000 ولادة حية، أي أقل من المتوسط الذي سجلته المناطق المتقدمة وهو 16 وفاة لكل 100000 ولادة حية. و الشكل التالي يوضح ذلك بأكثر تفصيل:

الشكل (04) : معدل وفيات الأمهات لكل 100000 ولادة حية



المصدر: التقرير العربي الثالث حول الأهداف الإنمائية للألفية وآثار الأزمات الاقتصادية العالمية على تحقيقها، مرجع

سابق، ص 48.

بالنسبة للجزائر تبقى ظاهرة وفيات الأمهات ظاهرة يصعب قياسها في غياب نظام موثوق لجميع الوفيات وتصنيفها حسب الأسباب. فخلال التسعينات قدم التحقيق الخاص بصحة الأم والطفل (سنة 1992) تقديرا لوفيات الأمهات بـ 215 حالة لكل 100000 ولادة حية. وللسماح بتعزيز برنامج مكافحة وفيات

الأمهات أنجز في الفاتح من جانفي إلى 31 ديسمبر 1999 تحقيق قائم على الإحصاء الشامل لكل وفيات النساء اللواتي بلغت سن الولادة وتحديد في هذا الإطار كل وفيات الأمهات. حسب نتائج هذا التقرير تقارب نسبة وفيات الأمهات 117 حالة لكل 100000 ولادة حية، كما أبرز تحقيق 1999 فوارق هامة ما بين المناطق، بحيث تصل نسبة وفيات الأمهات إلى 84 حالة لكل 100000 ولادة حية في وسط وشمال البلاد وإلى 210 حالة في جنوب وشرق البلاد، كما تتراوح نسبة وفيات الأمهات ما بين 230 و 239 حالة لكل 100000 ما بين مختلف الولايات.

كما أبرز التحقيق عوامل أخرى تحدد وفيات الأمهات والتي تتمثل في عامل السن بحيث أن 19% من النساء المتوفيات سنهم لا يقل عن 40 سنة، و 45% من اللاتي بلغن سن 35 سنة، كما بينت نتائج التحقيق أن 47% من النساء المتوفيات لهن 04 أطفال، و 35% منهم لم يستقن من أي زيارة لدى طبيب أخصائي لمعاينة حملهن .

الجدول (05): معدل وفيات الأمهات في الجزائر لكل 100000

السنة	1989-1985	1990	1992	1995	1999	2005	2007	2008
المعدل	230	220	215	180	117.40	110	88.9	86.2

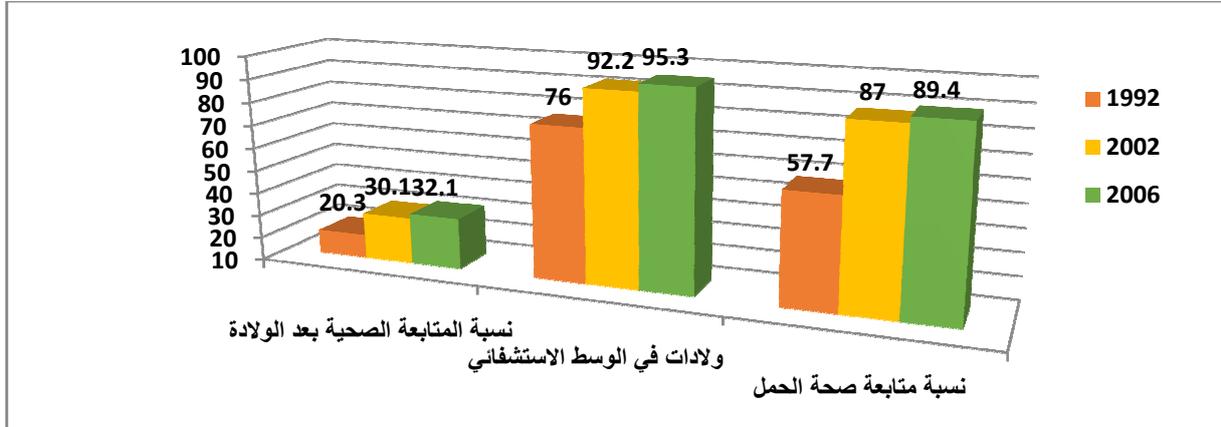
المصدر: تقرير الأمم المتحدة حول: الأهداف الإنمائية للألفية، نيويورك جوان 2013، ص 31

سجت الجزائر خلال الفترة الممتدة ما بين (1985-1989) 230 حالة وفيات للأمهات، لتسجل بعد ذلك هذه النسبة تراجعاً ملموساً بنسبة 50% وذلك خلال الفترة الممتدة ما بين (1989-1999)، بل وقد وصلت النسبة إلى أقل من ذلك سنة 2008 بمعدل 86.2%.

ب. المؤشر الثاني: نسبة الولادات التي تجري تحت إشراف عاملين مؤهلين في مجال الصحة

من أجل تحقيق هدف الألفية والذي يقضي بتحسين صحة كل من الأم والطفل، فقد تم إحداث منجزات هامة بقطاع الصحة. تجسدت عبر مجموعة من البرامج كبرامج الصحة الإنجابية والخريطة الصحية الجديدة وإستراتيجية النوع الاجتماعي والتي حققت نتائج معتبرة في مجال صحة الأم والطفل. كما سمح وجود مستخدمي موظفي الصحة من الجنسين، لبرامج حماية الأمومة والطفولة، واعتماد سياسة الصحة الجوارية وتكثيف البنية القاعدية للصحة العمومية بتدعيم الخدمات في هذا المجال، إضافة إلى تخصيص نسبة 8.34% من ميزانية الدولة للصحة (سنة 2009)، كما تم رصد ميزانيات إضافية لفائدة عيادات التوليد²¹.

الشكل (05): تطور نسبة الرعاية الصحية للمرأة الحامل



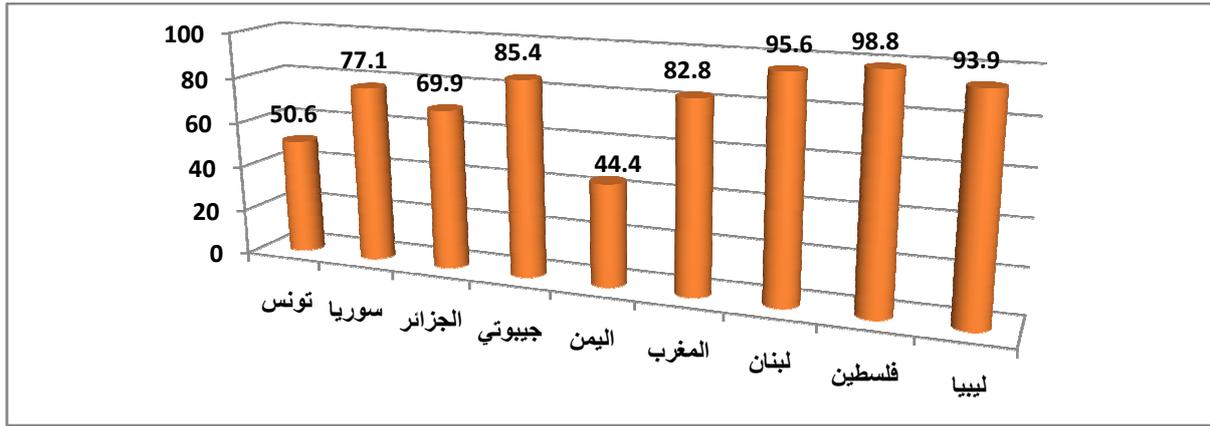
Source :Office National su statistique

رعاية الحمل: تعتبر الرعاية الطبية الجيدة أثناء الحمل من أفضل الآليات المخفضة لنسب وفيات الأمهات، وحسب تقارير المنظمة العالمية للصحة فهي لا تساهم فقط في تخفيضها بل أيضا تخفيض وفيات الأطفال حديثي الولادة وتقلل نسب الولادات ناقصي الوزن. تقدم المسوح القطرية لصحة الأسرة مؤشرات في غاية الأهمية "22" حول الأمومة الآمنة في عدد من الدول العربية يمكن الاعتماد عليها واستغلالها في وضع البرامج وتطوير الخدمات. وقد أشارت نتائج المسوح أن الأمهات الصغيرات في السن وحالات الحمل ذات الرتب المنخفضة أكثر إقبالا على تلقي خدمات رعاية الحمل من بقية النساء، حيث تبين أن المولود الأول يحظى بأعلى نسب رعاية الحمل، ثم تقل هذه النسب تدريجيا ربما ذلك راجع لاكتساب الأمهات الخبرة التراكمية مع زيادة حالات الحمل، كما أوضحت نتائج هذه المسوحات أهمية المستوى التعليمي للأمهات أكثر إقبالا على استخدام خدمات رعاية الأمومة من غير المتعلمات.

وعلى هذا الأساس فقد أشارت هذه التقارير أن الجزائر قد وفرت نسبة 69.9 % من الرعاية الصحية للنساء الحوامل سنة 2006 وهي نسبة معتبرة مقارنة بالنسب المتدنية التي وفرتها بعض الدول العربية على غرار تونس بنسبة 50.6 % ، واليمن 44.4 % .

الشكل (06):نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية أثناء الحمل بآخر مولود خلال فترة

(2006-2002)



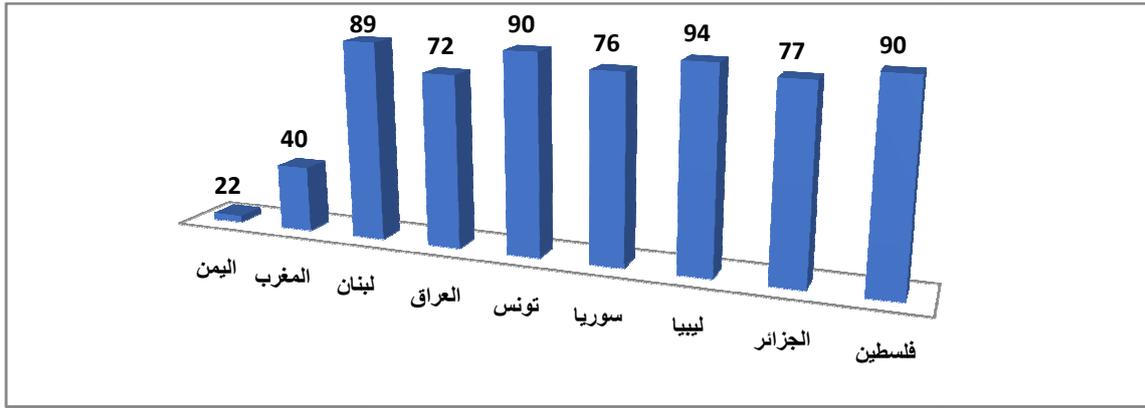
المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة سنة 2006

كذلك ومن أجل توفير الرعاية الصحية اللازمة للمرأة الحامل فقد تم توفير نسبة 97.2% من الأطباء المتخصصين بهذا المجال (2002-2008)، وهي نسبة معتبرة أين كانت النسبة لا تتعدى 76% سنة 1992. وعلى هذا الأساس فقد استعاد حوالي 90.4% من النساء الحوامل من استشارة طبية واحدة على الأقل لفترة ما قبل الولادة في سنة 2006 مقابل 57.6% سنة 1992²³. وتشمل المتابعة ما قبل الولادة سيما التلقيح المضاد لكزاز الأمهات الذي قدر سنة 2002 بـ 44% من النساء المعنيات مقابل 21% سنة 1992، كذلك تشمل الرعاية الصحية للمرأة الحامل تلقيها للتطعيم ضد التيتانوس بحيث استفادت 43.9% من النساء الحوامل من هذا اللقاح، وهي نسبة معتبرة من شأنها ضمان صحة الأم والجنين. لكن هذه الجهود دون المستوى المطلوب كون أن دول عربية أخرى محدودة من حيث الإمكانيات قد استطاعت أن توفر تغطية 85% من النساء الحوامل بهذا اللقاح (خلال نفس الفترة).

الرعاية أثناء الولادة: تشير الدراسات والبحوث أن الدول العربية تتقدم نحو تحقيق نسب عالية من الولادة بالمراكز الصحية، أو تحت إشراف كادر طبي مؤهل ولكن بعض الدول الأخرى لا تزال نسب الولادة في المنازل مرتفعة مثل اليمن وبدرجة أقل المغرب، مع العلم أن كل الدول قد وضعت أهدافا إما للقضاء على الولادات بالمنازل أو التقليل منها، خاصة وأن هذا السلوك سوف يساهم في تحقيق أحد الأهداف التنموية للألفية والخاص بتخفيض مستويات وفيات الأمهات

كما يعتبر الوعي والمستوى التعليمي للزوجين وامتلاكهما للقرار داخل الأسرة من المحددات الهامة في القضاء على الظاهرة أو التقليل منها، وهنا يكون للحكومات دورا أساسيا في تسهيل تقديم الخدمات مجانا أو بتكلفة رمزية، مع توفير الإطارات المختصة وتأمين برامج تثقيفية كبرى لتغيير العقلية التي لا تزال حاجزا أمام تحول السلوكيات في هذا المجال في بعض المجتمعات والأوساط الريفية خاصة²⁴.

الشكل (07): نسبة السيدات اللاتي وضعن حملهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل في بعض الدول العربية



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

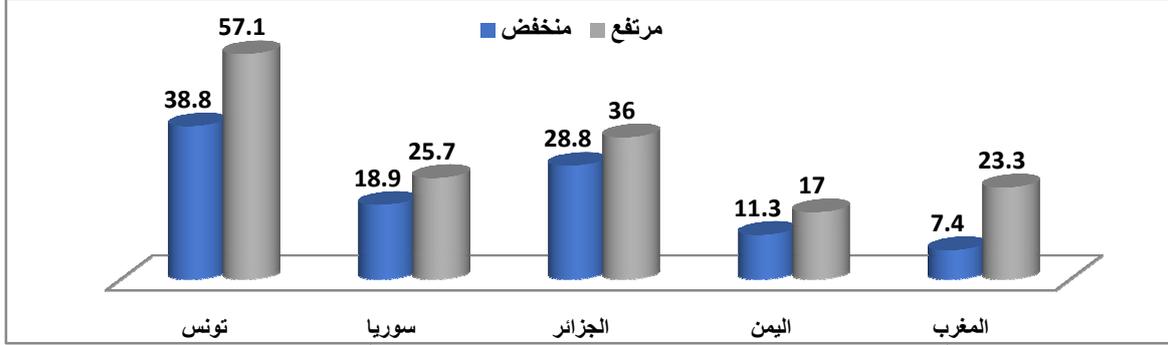
وفي الجزائر تسعى الجهات المعنية إلى تحسين نوعية الحياة وتحقيق حياة آمنة للأمهات أثناء الولادة، وقد نتج عن هذه الإرادة السياسية جملة من الإنجازات في مجال رعاية صحة المرأة، حيث أن معدلات وفيات الأمهات تشهد تراجعاً واضحاً مقارنة ببعض الدول العربية، كما شهدت معدل المواليد الأموات تراجعاً من 16444 إلى 15480 خلال الفترة الممتدة من 2010-2012 بحيث انتقل معدل الوفيات من 16.7 وفاة لكل ألف إلى 15.9 وفاة لكل ألف مولود حي. ويعود هذا التراجع إلى شمولية التغطية الصحية للنساء، بحيث أشارت تقارير مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة أن 77% من النساء الحوامل قد وضعن مولودهن الأخير بمساعدة كادر طبي مؤهل، وهي نسبة معتبرة مقارنة بالنتائج التي حققتها كل من اليمن بنسبة 22% والمغرب بنسبة 40% لكن وفي المقابل تظل هذه النسبة دون المستوى المطلوب مقارنة بالنتائج التي حققتها بعض الدول العربية الأخرى كتونس بنسبة 90% ، لبنان 89% وليبيا 94% .

كما بينت نتائج المسح الصحي إنخفاض نسبة الولادات في المنزل بين النساء المتعلقات والغير متعلقات بحيث أظهرت النتائج أن 2.1% فقط من النساء المتعلقات (الحاصلات على التعليم الثانوي على الأقل) يضعن مولودهن الأخير في المنزل بينما النساء الغير متعلقات 15.5% منهم يضعن مولودهن في المنزل، وهي نسب معتبرة مقارنة بالمغرب بنسبة 52.4% بالنسبة للمتعلقات و 7.6% لغير المتعلقات، وكذلك تونس 22.5% بالنسبة للمتعلقات و 1.5% لغير المتعلقات.

الرعاية بعد الولادة: تعتبر الرعاية ما بعد الولادة ضرورية لكل من الأم والمولود وخاصة الولادات التي تتم خارج المؤسسات الصحية، ويعرض الشكل الموالي نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية طبية بعد الولادة لمولودهن الأخير خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح (سنة 2006):

الشكل (08): نسبة السيدات اللاتي تلقين رعاية صحية بعد الولادة خلال الثلاث سنوات السابقة للمسح حسب المستوى

الاقتصادي للأسرة في بعض الدول العربية



المصدر: مسوحات المشروع العربي لصحة الأسرة

يتضح من خلال الشكل أن نصف الأمهات في تونس تلقين رعاية بعد الولادة ، تليها الجزائر ثم سوريا والمغرب واليمن، كما يتضمن وجود علاقة ايجابية بين المستوى الاقتصادي مقاسا بملكية السلع المعمرة وخاصة المسكن ونسبة تلقي الرعاية الصحية ما بعد الولادة. بحيث تتخفف نسبة النساء اللاتي استفدن من استشارات بعد الولادة كلما ارتفع عدد ولادات الأطفال، بالنسبة للجزائر تخص المتابعة ما بعد الولادة نسبة 30 % من النساء المعنيات (34 % في المناطق الحضرية و 26 % في الأرياف). وعلى الرغم من انخفاض نسبة النتائج المحققة إلا أنها تظل معتبرة مقارنة ببعض الدول المجاورة كالمغرب التي لم تتجاوز 8 % من الخدمات الصحية لفترة ما بعد الولادة. لكن ومن جهة أخرى فهناك تفاوت في مستوى الخدمات الصحية بين الحضر والريف مما يستدعي ضرورة الاهتمام بعناصر جودة الرعاية الصحية في المناطق الريفية.

ب. المؤشر الثاني: معدل انتشار وسائل منع الحمل في الجزائر: يستخدم حوالي نصف النساء المتزوجات وسائل منع الحمل غير أن الفوارق كبيرة بين البلدان، إذ يزداد استخدام الوسائل بسرعة كبيرة في بعض منها ويتراجع في أخرى، ومن الممكن أن يساهم على الحصول وسائل منع الحمل الآمنة والمتيسرة الكلفة والفعالة في تخفيض وفيات الأمهات والرضع لأنها تساعد في تجنب حالات الحمل الغير المقصود وفي المبادعة بين الولادات.

ولقد أثبتت التقارير أن أغلب الدول العربية قد حققت تقدما في هذا المؤشر وذلك من خلال رفع معدل استخدام وسائل تنظيم الأسرة منها: مصر، الأردن، الجمهورية العربية السورية، العراق، لبنان، الكويت واليمن في حين حافظت بعض الدول الأخرى مثل: تونس والجزائر على معدلاتها المرتفعة أصلا.

وعلى جانب آخر يظل المستوى العام لهذا المعدل في دول عديدة مثل: اليمن، الإمارات العربية المتحدة، المملكة العربية السعودية، جزر القمر، جيبوتي، عمان وموريتانيا منخفضا نسبيا. وبشكل عام لا تزال معدلات الإنجاب في غالبية الدول العربية مرتفعة نسبيا مقارنة بالدول الأكثر تقدما، الأمر الذي يؤدي إلى الاستنتاج بأن غالبية النساء في هذه الدول لا تزال أكثر عرضة للمخاطر الصحية المتعلقة بالحمل والإنجاب بسبب تكرار الحمل.

يهدف قياس انتشار وسائل منع الحمل في إطار هدف الألفية خصوصا إلى قياس نسبة استخدام الواقي الذكري مقارنة بالوسائل الأخرى لارتباطه بالوقاية من الايدز، ولكن في الواقع أن الواقي الذكري غير مستخدم كثيرا في مجتمعاتنا العربية في العلاقات الجنسية الشرعية، حيث يقع عبئ الحمل في الغالب على المرأة.

الجدول (04): معدل استعمال وسائل منع الحمل في الجزائر

السنوات	1992	1995	2000	2002	2006
المعدل	51	57	64	57	61

المصدر: بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الإلكتروني:

<http://www.worldbank.or>

تماشيا مع الأهداف التي حددت في استعراض نتائج المؤتمر الدولي للسكان والتنمية (1996) ووجهت الإستراتيجية العالمية لصندوق الأمم المتحدة نحو مساعدة الحكومات في تعزيز قدراتها على كفالة أن تكون جميع مرافق الرعاية الصحية الأساسية وتنظيم الأسرة قادرة بحلول عام 2015 على أن توفر بصورة مباشرة، أوسع طائفة ممكنة من الوسائل الفعالة لتنظيم الأسرة ومنع الحمل والوقاية من المرض.

وعلى هذا الأساس نجد أن التخطيط العائلي (تنظيم النسل) في المجتمع الجزائري قد تحسن خلال السنوات العشر الأخيرة ، إذ بلغت نسبة استعمال حبوب منع الحمل 61% سنة 2006 بالنسبة للنساء المتزوجات وتبقى نسبة الاستعمال ضعيفة بنسبة 6.8%. ويبلغ معدل انتشار الوسائل الرحمية حاليا 3.6% وكان من المتوقع أن يصل إلى 15% وهو ما أكدته بعض الإحصائيات من خلال مؤشر الخصوبة الذي حققت فيه الجزائر نسبة 3.2% سنة 2000 مقابل 4.6% سنة 1990 (أي بنسبة انخفاض تقدر بـ 1.4%) بل وقد وصلت النسبة إلى أقل من ذلك سنة 2009 بمعدل خصوبة قدر بـ 2.3% "25".

وعلى هذا الأساس بؤادر نقص التقدم في هذا المؤشر تبدو واضحة خاصة على مستوى بعض المناطق الجغرافية (الحضر والريف)، إذ أصبح مسلما حاليا بأنها تعاني من نقص فادح في هذه الخدمات،

خاتمة:

يتبين من خلال استشراف غايات وأهداف الألفية الإنمائية، أن الجزائر قد خطت خطوة كبيرة في تحقيق أهداف الألفية لفترة 1990-2015. خاصة فيما يتعلق بجانب الأهداف الصحية، مما يدل على فعالية السياسة المنتهجة، كون أنها تركز جهودها بصفة خاصة على المجالات القطاعية. لكن هذا لا يعني أن كل الغايات تم تحقيقها ويتعلق الأمر:

- تخفيض معدل وفيات الأطفال الرضع.

- تحسين صحة الأمر من خلل الرعاية الصحية قبل وأثناء وبعد الولادة.

وإذا كان في وسع الجزائر أن تعتمد على قدراتها الخاصة، فإن هذه القدرات لا يمكن أن تكون ذات فعالية إن لم تدعم بشراكة عالمية تتماشى مع مقتضيات التضامن إزاء الأكثر فقرا وتوزيع أكثر عدلا لثمار النمو العالمي، في إطار اقتصاد معولم.

المراجع باللغة العربية:

1. طلعت الدمرداش، اقتصادات الخدمات الصحة; ط2، مكتب القدس. الزقازيق، مصر، 2006، ص17
2. خروبي بزاره عمر، " إصلاح المنظومة الصحية في الجزائر 1999-2009 دراسة حالة للمؤسسة العمومية الاستشفائية الإخوة خليفه شلف، رسالة ماجستير، جامعة الجزائر03، كلية العلوم السياسية والإعلام ، قسم العلوم السياسية و العلاقات الدولية، (2010-2011)، ص14.
3. خلفاوي، فهيمة، أمراض الطفولة، ب ط، كنوز الحكمة، الجزائر، 2017، ص02.
4. Petit Larousse illustré, dictionnaire encyclopédique pour tous, Paris, Librairie Larousse 1977.p370
5. عليبودلال، مؤشرات الصحة والتنمية المستدامة في الجزائر في ظل الإصلاحات الاقتصادية" بين التحديات وآفاق المستقبل"، منشورات البحث والحوكمة والاقتصاد الاجتماعي، العدد رقم 01، الجزائر، 2015، ص88
6. Estimations de l’OMS, l’UNICEF, l’UNFPA et la Banque mondiale (2005), Mortalité maternelle en 2005 p4
7. بلخير سليمة وأخران ، المنظومة الصحية الجزائرية وواقع الصحة العمومية، دراسات اقتصادية المجلد 12، العدد4، جامعة زيانعاشور بالجلفة، 2018، ص304.
8. صلاح محمود ذياب، ، إدارة خدمات الرعاية الصحية، دار الفكر ناشرون و موزعون ،عمان، 2009 - ص 218 – 219.
9. د.عبد القادر لطرش ، سميح البستاني ، موزة السلم ، الأهداف الإنمائية للألفية في دولة قطر ، تقييم و استشراف ، مجلة دراسات سكانية ، الإصدار رقم 04 ، الطبعة الأولى، الدوحة، 2009 ، ص 07.
10. UNDP, Humane dévalement, report 2003 , New York oxford university press , 2003PP 85, 100
11. تقرير المجلس الاقتصادي والاجتماعي حول: صحة الأم والطفل ، الدورة التاسعة، 28-29 أكتوبر 1997، ص15.

12. التقرير الصادر عن يونيسيف (إقليم للشرق الأوسط وشمال إفريقيا) حول: وضع الأطفال في العالم ، جامعة الدول العربية للنشر ، ديسمبر 2008 ، ص 08.
13. زينب فصولي ، الواقع الصحي للأطفال في الجزائر و مجهودات الدولة من أجل الرعاية ، مداخلة مقدمة للمشاركة في إطار فعاليات ملتقى دولي الأول خاص بالصحة العامة والسلوك الصحي في المجتمع الجزائري ، 21-22 أبريل 2014 ، الطارف ، ص 14.
14. le rapport national sur les objectifs millénaire pour le développement ,Algérie ,op.cit, P 48
15. بوسالم فاطمة، بوسالم زينة، الأهداف التنموية للألفية في أفق 2015، مداخلة مقدمة في إطار الملتقى الدولي الخاص بسياسات ترشيد الإنفاق الصحي، 25/24 نوفمبر 2015، ص 14
16. عياشي نور الدين، تطور المنظومة الصحية الجزائرية، بحوث اقتصادية، الصادرة في مجلة العلوم الإنسانية، العدد 31، جوان 2009، ص 298.
17. المجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي:المشروع التمهيدي للتقرير الوطني الخاص حول التنمية البشرية سنة 2003 الدورة العامة العادية، الخامسة والعشرون، الجزائر، 2004، ص 45.
18. وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، السياسة الوطنية للسكان لأفاق 2010، تقرير اللجنة الوطنية للسكان، الجزائر، ديسمبر 2005، ص 11.
19. وزارة الصحة والسكان، البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال بالتعاون مع منظمة الأمم المتحدة، (اليونيسيف) الجزائر، جوان 1986، ص 09 .
20. بيانات البنك العالمي حول : مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الالكتروني: <http://www.worldbank.org>
21. التقرير الوطني للجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية : لمحة عامة عن الإنجازات و التحديات في مجال تعزيز المساواة بين الجنسين و تمكين المرأة ،الجزائر ،2010، ص 10.
22. المشروع العربي لصحة الأسرة ، جامعة الدول العربية ،المجلد الثاني والثالث ،القاهرة 2006، ص 08 .
23. التقرير الخاص بالصحة في العالم ،الصادر عن منظمة الصحة العالمية، جنيف ،ماي 2004 ، ص 11.
24. rapport national sur les objectifs du milliaire pour le développement, op cit , P 90
25. بيانات البنك العالمي حول مؤشرات التنمية العالمية على الموقع الالكتروني:
<http://www.world BANK.org> office national des statistiques