وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة الجزائر2 -أبو القاسم سعد الله-

كلية العلوم الاجتماعية

المرجع/المراسلات الوزارية:

01-رقم:288/أ.خ.و/2020 بتاريخ 29 فيفري 2020

02-رقم:416/أ.خ.و/2020 بتاريخ 17 مارس 2020

03-رقم:440/أ.خ.و/2020 بتاريخ 23 مارس 2020

نموذج الوثيقة البيداغوجية لتدعيم

منصة التعليم عن بعد

cours@univ-alger2.dz

اسم ولقب الأستاذ:.....سويح سايح.....
المقياس: صحة السكان.....تطبيق [ ] محاضرة [×]

نوع الوثيقة – محاضرة/ أعمال موجهة/.....محاضرة.....
الفئة المستهدفة من الطلبة: ليسانس / ماستر:.....ماستر .....
المستوى:.....أولى ماستر(صحة السكان).....
المجموعة:.....
التخصص:.....أولى ماستر(صحة السكان).....
تاريخ تسليم الوثيقة:.....2020/04/01.....

تمهيد:

تعمل الرعاية الصحية على تزويد أفراد المجتمع بالخبرات الصحية اللازمة بهدف التأثير في معلوماتهم وأبحاثهم وممارساتهم الصحية، وهي أيضا تترجم القواعد الصحية إلى أنماط سلوكية عن طريق التعليم والممارسة الصحيحة التي تنشئ فرد معافي بيولوجيا وسيكولوجيا واجتماعيا، لهذا وجب الاهتمام بأفراد المجتمع بشكل أكثر، لأن الآثار السلبية للإهمال الصحي لا تتوقف عند إصابة الأفراد فقط، بل تتعدى أعراضها إلى الأسرة والمجتمع وحتى إلى الأجيال القادمة، لهذا كان لزاما على السلطات المعنية الرفع من مستوى خدمات الرعاية في المجال الصحي، حتى تضمن العناية الفعالة للأفراد بصفة خاصة والمجتمع بصفة عامة، كما يجب الكشف عن الأخطار والأمراض والعراقيل التي تؤثر مستقبلا على استمراره وسلامته المجتمع.

لهذا سنحاول التطرق لواقع الرعاية الصحية لأفراد المجتمع. وهذا من خلال: أولا إلى الرعاية الصحية للأمومة والطفولة، لنعرّج ثانيا على الرعاية الصحية للشباب، لنتطرق في الأخير إلى الرعاية الصحية للمسنين.

مفهوم رعاية صحة الأم:

يشير مصطلح رعاية صحة الأم إلى ذلك المفهوم الذي يشمل كلا من رعاية تنظيم الأسرة، والتفكير المسبق بالحمل، ومرحلة الحمل، ومرحلة ما بعد الولادة، كما يتضمن الرعاية المسبقة لتوفير فرص التعليم، والارتقاء بالصحة، وعمليات الفحص بالأشعة والتدخلات بالنسبة للنساء في مرحلة الأعمار الإنجابية للتقليل من عوامل الخطورة والتي قد تؤثر في عمليات الحمل المستقبلية، بينما تعد عملية الرعاية في مرحلة ما قبل الولادة الرعاية الشاملة التي تتلقاها النساء أو توفرها لأنفسهن في أثناء مرحلة الحمل، ويتضح هذا من خلال النساء اللائي يتلقين رعاية صحية لمرحلة ما قبل الولادة في فترة مبكرة يتمتعن بعمليات ولادة أفضل من النساء اللاتي يتلقين رعاية أثناء فترة الحمل بصورة أقل أو لا يتلقين رعاية على الإطلاق خلال فترة حملهن، وتتضمن قضايا الرعاية لمرحلة ما بعد الولادة التعافي بعد الولادة والمخاوف المرتبطة برعاية المولود الجديد والتغذية والرضاعة الطبيعية بالإضافة إلى قضية تنظيم الأسرة.

ولكي تسير الرعاية الصحية للأم بالشكل الموصى به من طرف منظمة الصحة العالمية ينبغي أن تسير وفق الخطة المسطرة للعناصر التي تعنى بالتدخلات الصحية ذات الطبيعة المجتمعية التي يؤمل تحسينها لصالح صحة الأم وتتمثل في العناصر التالية[1]:

- الوقاية المبكرة، تشخيص وعلاج الأمراض.
- التثقيف والغذاء التكميلي أثناء الحمل والرضاعة.
- الرعاية الملائمة قبل الولادة وفي فترة ما حول الولادة وفترة النفاس.
- تنظيم الخصوبة.

وللتطلع لمستقبل جيد لا بد من تقديم رعاية خاصة لهذه الفئة من المجتمع، والعناية الجيدة بصحة الأم تنعكس على صحة الطفل بشكل خاص، والمجتمع بشكل عام، وتهدف برامج رعاية الأمومة والطفولة بصفة عامة إلى رفع مستوى السلامة والكفاية البدنية والنفسية والاجتماعية للأم والطفل، وبصفة عامة تهدف إلى[2]:

أ. بالنسبة للأم

- أن تحتفظ كل حامل أو مرضع بصحة جيدة، بتقديم الرعاية الكاملة أثناء الحمل والولادة.
- أن تتعلم فن رعاية الطفل.
- أن تلد ولادة سليمة.
- أن تلد طفلا سليمًا كامل النمو.

[1] أحمد دردیش: **أثر العوامل الاقتصادية على الرعاية الصحية الإنجابية للمرأة في الجزائر**، مجلة دراسات نفسية وتربوية، العدد 21، جامعة لونيسي علي، البليدة2، الجزائر، مارس 2014، ص 84.

[2] محمود خليل الشاذلي وآخرون: **طب المجتمع**، ط 2، أكاديميا إنترناشيونال، لبنان،2011 ، ص ص 581- 582.

ب. بالنسبة للطفل

- أن يعيش وينمو كل طفل وسط عائلة مترابطة يسودها الحب والأمان.
- أن يحصل على تغذية كافية.
- أن يحصل على تغذية كافية.
- أن يحصل على رعاية طبية كافية ويتعلم مبادئ الحياة الصحية.

وبهذا التطلعات المركزة والمقصودة يصل المجتمع إلى تحقيق الأمومة الآمنة التي تعني الرعاية الشاملة التي تتركز في خدمات دعم وتحسين الصحة (تغذية وبيئة صحية واجتماعية مناسبة)، والخدمات الوقائية والعلاجية للأمهات، وتهدف بدرجة أساسية إلى حماية الأم ووليدها خلال فترة حملها والولادة وما بعدها من المشاكل أو المخاطر الصحية، أي التركيز على مجال رعاية الحمل والولادة والنفاس ورعاية الوليد (حديث الولادة) كحق من الحقوق الصحية للمرأة والوليد معا، ومن أجل تقليل وفيات الأمهات والأطفال[1].

1.4.الرعاية الصحية قبل حدوث الحمل

إن رعاية الأمومة لا تبدأ مع بداية الحمل بل تكون قبل ذلك، فصحة الأم هي أساس صحة الطفل، فالاهتمام بصحتها تكون منذ طفولة الأم، فيجب تقوية بنيتها وإعدادها منذ الصغر لتصبح أما ناجحة في المستقبل واعية لمبادئ الحياة السليمة ولأهميتها كأم وأهمية الأسرة والحياة الأسرية ورسالتها في المجتمع، والاهتمام بصحة الأم لا ينعكس على الطفل فقط بل على الأسرة بأكملها، فالأم هي من تدبر شؤون بيتها وترعى الكبار والصغار فيه، كذلك إن صحة الأم لا تتأثر فقط بمشاكل الحمل والولادة والرضاعة بل تتأثر بالأمراض الأخرى التي تنتشر في المجتمع، ورعاية صحة الأم قبل الحمل والتي تؤدي إلى كشف حالات مرضية للأم والتي قد تنتقل بالوراثة، ولتفادي ذلك يجب أن يبدأ البرنامج المتكامل لرعاية الأمومة منذ طفولة الأم، لتوفير عدة خدمات أهمها:

1.1.4.التثقيف الصحي:

يعتبر التثقيف الصحي الوسيلة الفعالة والأداة الرئيسية في تحسين مستوى صحة المجتمع، وتعتمد عملية التثقيف الصحي على أسس علمية وعملية لما لها من دور هام في رفع مستوى الصحة العامة لدى المجتمع عن طريق اكتساب الفرد لمعلومات تتناسب مع مستوى تفكيره، بحيث يصبح قادرا على تفهم وإدراك الظروف الصحية المفيدة له، وجعله متعاونا مع ما يجري حوله من أمور صحية[2].

والمعنية الأولى بالتثقيف الصحي المرأة فهي تعني كل المراحل في حياتها حيث لا نستطيع إهمال أو التغاضي عن الطفولة للفتاة وما تحتاجه من خدمات وقائية أثناء الرضاعة وقبل وأثناء الدراسة (حيث يتعلمن

[1] آسيا شريف: **واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الولادة وما بعدها**، مرجع سابق، ص 11.

[2] أحمد محمد بدح وآخرون: **الثقافة الصحية**، دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة، عمان، 2009، ص 14.

الصحة الشخصية وتشريح الجهاز التناسلي الأنثوي ووظائف أعضائه، والتعريف بالعمر المناسب للزواج والحمل والإنجاب)، وحول المراهقة وقبل الزواج وفحوصات طبية وبعد الزواج من خدمات الصحة الإنجابية حتى بعد مرحلة الإنجاب ورعايتها وحمايتها من أعراض سن اليأس والشيخوخة فالصحة والرعاية للمرأة تبدأ منذ أن تكون الفتاة في رحم الأم (رعاية الأم الحامل) لذا فرعاية الأم أمر ضروري كي تنجب أطفالا أصحاء ورعايتهم يؤدي إلى بناء مجتمع صحي متكامل.

وتشير الأستاذة آسيا شريف أن افتقار الشباب العربي بالنسبة لكلا الجنسين إلى المعلومات التي تخص قضايا الصحة الإنجابية والجنسية والإعداد للدور الإنجابي، وكذا غياب الوعي الصحي في أوساط الشباب ويرجع ذلك أساسا إلى ثقافة الصمت، فالخدمات محدودة وغير كافية، بالخصوص ونحن نعلم أن هذه الفئة تمر فيزيولوجيا ونفسيا واجتماعيا بمراحل صعبة تحتاج إلى إرشادات وتوعية وتثقيف صحي موسع، واهتمام بالغ الأهمية[1].

ولقد أوضحت بعض الدراسات أن النساء لا يعانين فقط من مستوى مرتفع غير متوقع من الإصابة بالأمراض التناسلية، وإنما يعانين أيضا من مستوى متدن من الوعي الصحي وانخفاض بالغ في مستوى استيعاب الانتفاع بالرعاية الصحية، حيث أن الخدمات لا تؤدى وظيفتها بمعزل عن الطلب، فلذا لا بد من وجود برنامج لزيادة الوعي الصحي وينبغي أن يكون جزءا أساسيا من إطار العمل، ومجابهة القيود الاجتماعية، والثقافية، والاقتصادية في حياة النساء والتي تؤثر في قدرتهن على الحصول على الرعاية الصحية، لأن التثقيف الصحي سيزود النساء بالمعلومات مما سيمكنهن من اتخاذ القرارات[2].

وتتمثل خدمات التثقيف الصحي في تقديم المعلومات الضرورية التي تتبعها النساء قبل وأثناء الحمل وبعد الوضع، وتشمل نظام الأكل الذي يجب أن تتبعه، وأهمية تنظيم الأسرة والرضاعة الطبيعية على صحتها وصحة طفلها، وتوعيتها بأعراض الحمل الخطيرة وأهمية الرعاية الصحية بعد الوضع.

وفي نفس السياق تبين معطيات المسح 2002 بأن خدمات التثقيف الصحي المقدمة للسيدات في المؤسسات الصحية العامة أو الخاصة كانت بنسب ضعيفة، فنسبة السيدات اللواتي قدمت لهن معلومات عن أهمية الرضاعة الطبيعية بالنسبة للأم والطفل لم تتجاوز 45 % وتلقت 37.9 % فقط من النساء الحوامل

---

[1] آسيا شريف: **الشباب والتثقيف الصحي في قضايا الصحة الإنجابية، وإعدادهم للدور الإنجابي في المنطقة العربية**، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان، المجلد 4، العدد 21، القاهرة، مايو 2011، ص 49.

[2] كريمة خليل وآخرون: **دمج إطار الصحة الإنجابية في خدمات الرعاية الأساسية – تجربة دراسة تدخل الصحة الإنجابية–، سلسلة سياسات الصحة الإنجابية** مجموعة بحوث الصحة الإنجابية، المكتب الإقليمي لمجلس السكان بغرب آسيا وشمال أفريقيا، مصر، 2000، ص 22.

معلومات عن أعراض الحمل الخطيرة، و24.4 % معلومات عن أهمية الرعاية الصحية بعد الولادة و21.9 % معلومات عن أهمية تنظيم الأسرة، وتلقت 14.8 % خدمات عن نظام الأكل المتبع عند المرأة الحامل[1].

أما عن مكان تلقي الخدمة المقدمة، نلاحظ بأن دور المرافق الصحية العامة في مجال خدمات التثقيف الصحي أكبر من الدور الذي تقوم به المصحات الخاصة والطبيب الخاص في هذا المجال ولرفع نسبة تلقي الرعاية الصحية من قبل الأمهات يجب على هذه المؤسسات سواء كانت عامة أو خاصة أن توفر وتحسن نوعية هذه الخدمات خاصة تلك المتعلقة بالرعاية الصحية بعد الولادة وخدمات تنظيم الأسرة بهدف رفع معدل استخدام وسائل منع الحمل[2].

جدول رقم(01): نسب السيدات (%) غير العازبات وفي سن الإنجاب(15 – 49 سنة) اللواتي تلقين تثقيفا صحيا أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال خمس سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف.

الخدمات المقدمة	مكان آخر كشف*				
	مستشفى/ مركز أمومة	مصحة متعددة الخدمات / مركز صحي	مصحة خاصة	طبيب خاص	المجموع
نظام الأكل	39.6	36.6	36.3	34.1	14.8
أعراض الحمل الخطيرة	41.8	36.3	36.0	32.7	37.9
الرضاعة الطبيعية	46.5	42.6	39.4	34.3	45.0
تنظيم الأسرة	44.0	39.5	29.6	28.4	21.9
الرعاية بعد الولادة	34.5	30.2	28.9	22.5	24.4

المصدر: وزارة الصحة والسكان: **المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002**، التقرير الرئيسي، التقرير الرئيسي، الجزائر، جويلية 2004، ص82.

* تم استبعاد الرعاية الصحية في المنزل لضعف التكرارات.

2.1.4.الفحص قبل الزواج:

مما لا شك فيه أن الوقاية هي إحدى السبل الرئيسية ذات الأهمية البالغة لتجنب المخاطر ويتمثل ذلك تقديم في استشارات طبية إجبارية أو اختيارية للخاطبين المقبلين على الزواج، وتقديم شهادة طبية لهم تستند إلى

[1] أحمد دردیش: مرجع سابق، ص 87.

[2] نفس المرجع، ص 88.

فحوصات مخبرية أو سريرية تجرى لهم قبل إبرام عقد الزواج، لاكتشاف أي موانع صحية تحول دون الزواج، وحتى لمعرفة إمكانية الإنجاب من عدمه، بحيث يكون كلا الخاطبين عالما بما هو مقبل عليه ومقتنعا به[1]، وذلك لتحقيق الأهداف التالية[2]:

– التشخيص المبكر لبعض الأمراض القابلة للعلاج ومعالجتها حتى لا تسبب متاعب صحية وأمراض تزيد من المضاعفات الصحية وخاصة للمرأة أثناء حملها فهناك الكثير من الأمراض التي قد تكون موجودة دون أن يشعر بها الإنسان مثل مرض السكري والسل وبعض أمراض الغدد فيتم معالجتها قبل أن يشرع الرجل والمرأة في الزواج.

– التشخيص المبكر لبعض الأمراض الوراثية التي قد يكون الرجل أو المرأة أو الاثنين معا حاملين لها دون أن يعلموا لأن الحامل للمرض الوراثي ليس مريضا لكن إذا ارتبط بشخص آخر حامل للمرض فإن نسبة إنجاب أطفال مرضى هي 25 % وأطفال صحيحين 25 %، وأطفال حاملين للمرض بنسبة 50 %.

– الفحص الوراثي قبل الزواج وسيلة لتجنب مآس أسرية وأطفال مرضى: يعتبر الالتزام والتقيد بإجراء الفحوصات الوراثية قبل ارتباط الطرفين لتكوين نواة أسرية جديدة مهما جدا، فوراثيا لدى كل إنسان بغض النظر عن عمره أو حالته الصحية جينات قوية وأخرى ضعيفة حيث يوجد في كل إنسان ما يتراوح بين 5 و10 جينات قوية وأخرى ضعيفة في مختلف مراحل حياته، مما يجعل الفحص الوراثي قبل الزواج وسيلة لتجنب مآس أسرية تنتج عنها دائما الأمراض الوراثية المشتركة بين الزوجين كمرض فقر الدم المنجلي ومرض الهيموفيليا وثلاسيميا.

– الفحص النفسي للتأكد من الصحة النفسية، وحتى تكون العائلة سوية في تصرفاتها[3].

جدول رقم(02):أنواع الفحوصات الطبية ما قبل الزواج لحياة أسرية مستقرة:

بالنسبة للرجل	بالنسبة للمرأة
– الكشف الطبي السريري، تحليل بول كامل.	– الكشف الطبي السريري،وفحص فصيلة الدم.
– تحليل الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب.	– تحليل فيروس الحصبة الألماني.
– تحليل كشف مرض الزهر	– تحليل الالتهاب الكبدي الوبائي نوع ب.
– تحليل كشف فيروس مرض نقص المناعة بالجسم.	– تحليل جرثومة الحمل (تكسوبلازما) أي جرثومة القطط.

[1] موسى مرمون: **الفحص الطبي قبل الزواج مستجدات قانون الأسرة 84 / 11 لسنة 1984 بموجب الأمر رقم 05 / 02 المؤرخ في 27 / 02 / 2005 المعدل والمتمم له**، مجلة العلوم الإنسانية،عدد 41 جوان 2014، مجلد ب، جامعة قسنطينة 1، الجزائر، 2014، ص 484.

[2] أحمد محمد بدح وآخرون: مرجع سابق، ص ص 229 –230.

[3] محمود خليل الشاذلي وآخرون: **طب المجتمع**، مرجع سابق، ص 582.

– تحليل فحص السكر بالدم – فحص فصيلة الدم. – فحص الرحلان الكهربائي لخضاب الدم من خلو الدم من مرض الثلاسيميا. – تحليل صورة دم كاملة. – فحص الخلو من الأمراض الوراثية. فحص الحيوانات المنوية	– تحليل فحص السكر بالدم. – تحليل صورة دم كاملة وسرعة الترسيب بالدم. – تحليل بول كامل. – فحص الخلو من الأمراض الوراثية. – فحص الرحلان الكهربائي لخضاب الدم من خلو الدم من مرض الثلاسيميا.

المصدر: أحمد محمد بدح وآخرون: مرجع سابق، ص ص 230 –231.

وقد أحيطت فكرة الفحص الطبي قبل الزواج بسياج قانوني تمثل في إصدار تشريعات خاصة به في كثير من دول العالم منها فرنسا وقبرص وبعض الولايات المتحدة الأمريكية، وبالخصوص في معظم الدول العربية حيث الفحص الطبي إجباري في كل من تونس وسوريا والعراق ومصر منذ فترة طويلة، وانضمت إليهم مؤخرا ليبيا والإمارات العربية والسعودية، وفي الأردن فبعد إن كان الفحص الطبي قبل الزواج اختياريا، وبعد حملات توعية وتثقيف بأهميته و دوره في القضاء على بعض الأمراض، فقد أصدر المشرع الأردني قانونا يجبر المتقدمين للزواج – بإجراء الفحوصات الطبية اللازمة في المراكز المخصصة لذلك والتابعة لوزارة الصحة، ولا يتم عقد القران قبل إحضار ورقة تثبت إجراء الفحص، بينما لا يزال الفحص الطبي قبل الزواج اختياريا في بعض الدول العربية الأخرى منها دول في الخليج العربي، كقطر التي تسعى إلى تكثيف الوعي بأهميته قبل الزواج استعدادا للإلزام به[1].

كما حملت التعديلات التي لحقت بقانون الأسرة الجزائري، بموجب الأمر 02/05 الصادر بتاريخ 27/ 2005/02 وجوب خضوع طالبي الزواج للفحوصات الطبية قبل الزواج وإلزامية تقديم شهادة طبية تثبت ذلك وقت تحرير عقد الزواج المادة (07 مكرر منه)، وإن اشتراط الشهادة الطبية التي تثبت خضوع طرفي الزواج للفحوصات الطبية قبل تحرير العقد في القانون الجزائري يعد مطلبا صحيا (لا يعني أنه شرط في صحة العقد) تدعو إليه ضرورة المصلحة العامة، وذلك بالنظر إلى تركيبة المجتمع الجزائري التي لازالت في غالبيتها عشائرية، وللزواج العائلي أو ما بين الأقارب مكانة مرموقة، ولقد ثبت علميا بأن هذا النوع من الزواج يتسبب في وجود العديد من الأمراض والعاهات الوراثية الخطيرة لدى الأبناء، فلا تكاد تذكر الأمراض الوراثية، إلا ونجد من يحذر من زواج الأقارب، ويستشهد على ذلك بالأبحاث والدراسات العلمية الحديثة التي تبنت علاقة زواج الأقارب بهذا النوع من الأمراض[2].

[1] موسى مرمون: مرجع سابق، ص 485.

[2] نفس المرجع، ص 489.

5.الرعاية الصحية أثناء الحمل

إن المتابعة الصحية أثناء الحمل أيضا فرصة لكشف المشاكل الصحية التي كانت تعاني منها الحامل أصلا ومعالجتها، أو المشاكل التي قد تحدث أثناء الحمل، وتعتبر متابعة الحمل ضرورية للنساء الحوامل اللواتي يتصف حملهن بالخطر، واللواتي يحتجن رعاية صحية ومتابعة طبية أثناء الحمل أو عند الولادة، وزيادة التثقيف بالجوانب الصحية المتعلقة بالحمل والولادة وما بعدها، كذلك زيادة توعية بالاهتمام بتغذيتهم وتغذية المولود، إضافة للعديد من الجوانب الأخرى، ولا بد للمرأة الحامل أن تقوم بالمتابعة الصحية منذ فترة مبكرة من الحمل ليساعد في الكشف المبكر عن المشاكل الصحية المصاحبة للحمل والمضاعفات التي قد تترتب عليها، مما يساعد في الحد منها ومن تفاقمها.

وتتضمن الرعاية الصحية للأم خلال فترة الحمل:

- التعرف على حياة الأم وصحتها.
- حياة وصحة الرضيع.
- إحساس جميع المتعلقين بخدمات الأمومة والأمهات بالرضا التام على مستوى العناية بالأمهات أثناء الحمل والولادة[1].
- إعداد خطة منظمة للمتابعة خلال فترة الحمل وتشجيع المرأة الحامل على إتباعها حيث تكون الزيارات الشهرية حتى الأسبوع 28 من الحمل ثم كل أسبوعين حتى الأسبوع 36 من الحمل ثم أسبوعيا حتى الولادة، فمن خلال برنامج الزيارات الدورية المنتظمة تتم التوعية الطبية اللازمة، كما تؤدي هذه الزيارات إلى توثيق العلاقة وتطوير الثقة بين الحامل وفريقها الطبي المعالج مما يؤدي إلى نتائج ايجابية من أجل مرور فترة الحمل بسلام ودون أية مضاعفات.

ويقدم برنامج رعاية الأمومة والطفولة الخدمات للأم الحامل وأطفالها من خلال مراكز الرعاية الصحية الأولية غالبًا وتهدف الرعاية الصحية للأم الحامل إلى[2]:

- رعاية الحامل بدنيا ونفسيًا واجتماعيًا خلال فترة الحمل للوصول إلى ولادة طبيعية.
- اكتشاف الحالات الأكثر عرضة للخطر بين الحوامل، لإعطائها مزيدًا من الرعاية وتحويل الحالات عالية الخطر منها إلى المستوى المناسب من الرعاية.
- خفض معدل الإصابة بالكزاز عند الولدان (حديثي الولادة).
- خفض معدلات المراضة والوفيات ما حول وما بعد الولادة وخفض معدلات وفيات

---

[1] ستيوارت كامبل وآخرون: **طب التوليد بقلم عشرة أساتذة**، ترجمة: عمر أحمد ميرغني وروفائيل عطا الله، المركز العربي للتعريب والترجمة والتأليف والنشر، دمشق، 2007، ص 19.

[2] محمود خليل الشاذلي وآخرون: **طب المجتمع**، مرجع سابق، ص 583.

الأمهات.

وأشارت بيانات المشروع العربي لصحة الأسرة 2002 إلى أن الأمهات صغيرات السن أكثر إقبالا على تلقي خدمات رعاية الحمل، ثم تقل هذه النسبة تدريجيا وربما يرجع ذلك إلى اكتساب الأمهات خبرة تراكمية مع زيادة عدد مرات حملهن[1].

وتقدر نسبة النساء الجزائريات اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن الأخير بـ 69.9 % سنة 2008[2]، في حين أظهر المسح العنقودي متعدد المؤشرات أن عدد الزيارات السابقة للولادة خلال الحمل الأخير خلال السنتين السابقتين للمسح أن تسعة من بين كل عشرة أمهات 93٪ قمن أكثر من زيارة واحدة قبل الولادة، وتختلف الزيارة تبعا للمستوى التعليمي للأمهات حيث بين المسح أن الأمهات اللواتي مستوى تعليمهن المرحلة الابتدائي قمن بالزيارة بنسبة 61 % مقابل 86% من الأمهات اللواتي لديهن مستوى تعليمي أعلى[3]، مما يدل على وعيهن بضرورة متابعة الحمل.

وتتمثل الرعاية الصحية أثناء الحمل الموصى بها من قبل منظمة الصحة العالمية واليونيسيف في تقديم خدمات الفحوصات الطبية اللازمة والتي ينبغي أن لا تقل عن أربع زيارات ما قبل الولادة استنادا إلى استعراض لفعالية أنواع مختلفة من الرعاية ما قبل الولادة، في هذا المعنى، فإن المبادئ التوجيهية لمنظمة الصحة العالمية واليونيسيف تضمنت محتوى الرعاية التي ينبغي أن تجرى في هذه المرحلة (ما قبل الولادة) تمثلت في[4]: قياس ضغط الدم، وتحليل البول الجرثومية والبروتينية، والدم للكشف عن الزهري وفقر الدم الشديد، وقياس الوزن / الحجم (اختياري).

وكذلك خدمات التثقيف الصحي التي تطرقنا إليها آنفا(نظام الأكل، أعراض الحمل الخطيرة، تنظيم الأسرة، أهمية الرضاعة الطبيعية والرعاية بعد الولادة) وتطعيم السيدات ضد التيتانوس.

1.5.التطعيم ضد التيتانوس:

يعتبر تسمم التيتانوس من الأسباب الهامة التي تؤدي إلى وفيات الأمهات والرضع حديثي الولادات، وعند قيام الأم بالتطعيم يكتسب الطفل في أيامه الأولى مناعة ضد هذا التسمم من خلالها، لهذا يمكن تقليل إصابة الأمهات والرضع حديثي الولادات إلى حد كبير من خلال تلقي الأمهات جرعات التطعيم اللازمة أثناء الحمل أو خلال فترة مبكرة من حياتها.

---

[1] ماجدة عبد الحميد وآخرون: **الظروف المعيشية واستخدام خدمات رعاية الأمومة**، المجلد الثاني، المؤتمر العربي الأول لصحة الأسرة والسكان، القاهرة، ص 227– 228.

[2] الديوان الوطني للإحصائيات جامعة الدول العربية: **المشروع العربي لصحة الأسرة للأوضاع الاقتصادية والاجتماعية والصحية لأفراد الأسرة العربية بين الواقع والتحديات**، 2008.

[3] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière: **Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012-2013** op.ci, op.cit, p 137

[4] Ibid, P 135.

ولقد أقرت الدولة الجزائرية بإجبارية التحصين ومجانيته، بإصدار مرسوم رقم69-96 المؤرخ في 9 جويلية سنة 1969 والقاضي بإلزامية التلقيحات ومجانيتها، وهذه بهدف القضاء والتخفيف من الأمراض المعدية[1]، وتلتزم مراكز الأمومة بتطبيق جدول التلقيحات المجانية الذي أعدته وزارة الصحة والسكان لأنه يقلل من معدل الكزاز المولدي ووفيات الأمهات، يعطى لكل حامل تخضع لمتابعة طبية، ويجري هذا التلقيح على دورات خمس تمنح الحامل مناعة أبدية والجنين مناعة مؤقتة تعزز بعد الولادة مباشرة، حيث يلقح بلقاح ضد الكزاز والسل، مع الأخذ بعين الاعتبار التلقيحات السابقة في الطفولة والمراهقة بمعرفة أنه إذا تم تلقيح امرأة في مرحلة المراهقة فهي لا تحتاج إلى إعادة التلقيح أثناء الحمل[2].

جدول رقم (03): أوقات التلقيح ضد التيتانوس

اللقاح ضد الكزاز	تاريخ الحقن
الأول	خلال ثلاثة أشهر الأولى للسداسي الأول من الحمل
الثاني	شهر واحد بعد اللقاح الأول ضد الكزاز
الثالث	ستة أشهر بعد اللقاح الثاني
الرابع	عام بعد اللقاح الثالث
الخامس	عام بعد اللقاح الرابع

Source: Institut Pasteur d'Algérie, Ministère de la santé et de la population : **guide de vaccination**, Unicef, Algérie, 1998, P 33.

وتشير نتائج التحقيق الوطني حول صحة الأم والطفل لسنة 2000 أن الأمهات اللواتي تلقين جرعتين من لقاح التيتانوس بجرعتين كانت بنسبة 43.2 %، في حين قدر سنة 1995 بـ 41 %، و5.5 % من الأمهات تلقين جرعة واحدة سنة 2000، في حين قدرة النسبة سنة 1995 بـ 7%، و51.4 % من الأمهات لم تتلقين أي تلقيح ضد التيتانوس سنة 2000، في حين قدرت سنة 1995 بـ 52%، في حين كانت نتائج الأمهات اللواتي أخذن جرعتين ومن الجنوب بنسبة 56.3%، و42.2 % من الأمهات من أصل وسط، و23.3 % نسبة الأمهات اللواتي تلقين جرعتين من اللقاح ضد التيتانوس ومن أصل الغرب سنة 2000[3].

أما نتائج المسح الجزائري لصحة الأم والطفل سنة 1992 فنجد أن حوالي 79 % من النساء الحوامل

[1] R.A.D.P ,Décret n°69-96 du 08 juillet 1969 relatif au traitement obligatoire et gratuit de la tuberculose, **journal officiel**, op.cit,P 560.

[2] Institut Pasteur d'Algérie, Ministère de la santé et de la population: **guide de vaccination**, Unicef, Algérie, 1998, P 33.

[3] Ministère de la sante et de la population: **Enquête nationale sur les objectifs de la fin-décennie 2000**, Algérie, 2001. P 87.

لم يتلقين أي تطعيم ضد التيتانوس[1]، أما مسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002، فإننا نجد أن نسبة الأمهات اللواتي تلقين التحصين ضد التيتانوس كانت مقدرة بـ 43.9 %، مقسمة هذه النسبة إلى 7.8 % من الأمهات تلقين تحصين ضد التيتانوس بجرعة واحدة، و19% من الأمهات تلقين لقاح التيتانوس بجرعتين، و17 % من الأمهات قمن بتلقيح ضد التيتانوس بثلاثة جرعات[2]، أما مسح متعدد المؤشرات2012 فقد بين أنه قد تم تحصين 57 %[3] من النساء ضد التيتانوس.

2.5.الفحوصات الطبية

يتم إجراء مجموعة من الفحوصات في شهور الحمل قبل دخول الأم في المخاض، والغرض منها هو الكشف عن التشوهات الجنينية والتي يحتمل أن تتطور، وكذلك التعرف على عوامل الخطورة الموجودة في تاريخ الحامل الطبي أو الخاص بالولادة، وفي النصف الثاني من الحمل.

ويكون التركيز منصبا على اكتشاف ضغط الدم المرتفع والنمو البطيء للجنين (تأخر النمو داخل الرحم)، وقد يحدث النزف قبل الوضع (نزول الدم من المهبل نتيجة نزيف داخل الرحم) في أي وقت، وعادة تكون الإحالة إلى الطوارئ مطلوبة، أما عند اقتراب ميعاد الولادة يجب اختبار بطن الحامل للكشف عن « سوء المجيء » وهذه حالة يكون فيها رأس الجنين في الاتجاه الخاطئ– المجيء المقعدي – الذي تكون فيه جبهة الجنين متجهة إلى أعلى والمقعدة إلى أسفل، وتعد هذه هي المشكلة الأكثر شيوعا، ويتم إجراء اختبارات الدم في أوقات محددة[4].

3.5.الدفتر الصحي:

تستفيد الأم من هذه الوثائق الهامة من مراكز رعاية الأمومة عند الفحص الأول لها، ويتم تدوين الفحوصات الطبية وتطورات الحمل لكونه يعبر عن حالة صاحبته وتاريخها المرضي، ويحمل أيضا التاريخ الصحي للطفل ومختلف التلقيحات التي يجب أن يتحصل عليها، ومن الطبيعي أن تحتفظ الأم بهذا الدفتر لمساعدتها من خلال البيانات المدونة بداخله عند حملها مرة أخرى، ومن خلاله يتمكن أي طبيب سواء المختص أو العام (تقدمه في أي مكان عند تغيير مكان إقامتها) من الحصول على المعلومات المرتبطة بنوعية الوضع ووضعيتها عند كل فحص ليطلع الطبيب على محتوياته، ثم يضع فيه ملاحظاته الحالية.

وعند الفحص لأول مرة يتم القيام بما يلي على الدفتر:

– تسجيل تاريخ الحمل الحالي والسابق وتاريخ الولادة للحامل ومهنة الزوجة والسيرة العائلية، والتعرف على

---

[1] وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات: **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992**، التقرير الرئيسي، مرجع سابق، ص171.

[2] وزارة الصحة والسكان: **المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002**، التقرير النهائي، الجزائر، 2004، ص 84.

[3] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012 – 2013**, op.cit, P 187.

[4] نورمان سميث: مرجع سابق، ص ص 71–74.

عوامل الخطورة ويتم تثبيت كافة المعلومات في استمارة وبطاقة المراجعة، بإجراء الفحص السريري للحامل ويشمل فحص الصدر والثدي والبطن لمعرفة حجم الرحم، والضغط و الوزن، وكذلك فحص وضع الجنين ونبضه، وأي فحص آخر إذا دعت الضرورة لذلك، وتوثق جميع المعلومات في الاستمارة والبطاقة[1].

– سيرة التطعيم السابقة للحامل بلقاح الكزاز والحصبة الألمانية.

– إجراء الفحوصات المخبرية للحامل والتي تشمل صنف الدم، وعامل الريزوس.

– يحدد تأريخ المراجعة القادمة ويتم تثبيته في البطاقة والاستمارة وتبليغ الحامل بذلك.

– وعند إحالتها إلى المستشفى عند الضرورة يتم تدوين نوعية الخطورة على بطاقة الإحالة، ويثبت ذلك على بطاقة الحامل واستمارة الحامل وفي سجل الرعاية، وإخبار الحامل بضرورة الالتزام بمواعيد الزيارة، ولاسيما عند حدوث أية أعراض غير طبيعية[2].

إن امتلاك الدفتر الصحي يمثل بداية التوعية بأهميته، ومن خلاله تتم توعية الأمهات بمختلف الأمور التي تخصها من بداية الحمل إلى كيفية العناية بصحة الطفل، وله فائدة كبيرة حيث تستفيد منه خاصة المبتدئات، والمتعلمات، حيث يتيح للأميات أن تستفسر عما فيه من طرف المتعلمات، وبهذا يحقق الفتر الصحي غرضين أساسين:

– إعلام الأم بتطور حالتها الصحية طوال فترة الحمل(طبيعي، غير طبيعي، وجود تعقيدات..) ويمكنها من المتابعة الطبية والإدارية (تاريخ الزيارة المقبلة، الإحالة للمستشفى...).

– يضمن الدفتر الصحي استمرار العلاقة بين مختلف الأشخاص، والعاملين في القطاع الطبي (الطبيب، القابلة...) بالمركز أو العيادة الخاصة حتى ساعة الولادة، كما أنه يجبر الطبيب من القيام بالفحوصات الإجبارية بعد الولادة (بعد 8 أيام من الوضع، أو بعد 40 يوما)، لذلك يجب الاحتفاظ به والاهتمام به.

4.5.الفحوصات والتحاليل التي تقدم أثناء الحمل:

من بين أهم الفحوصات والتحاليل التي يجب إجراؤها أثناء فترة الحمل تتمثل في:

فحص بالموجات فوق الصوتية: يتم عادة إجراء هذا الفحص مرتين أو ثلاث أثناء فترة الحمل وبالضبط في الأسابيع الأولى للتأكد من أن الحمل طبيعي وليس حمل خارج الرحم، ولتحديد عمر الجنين ثم يتم إجراؤه مرة أخرى في الأسبوع الثاني عشر من أجل التأكد من سلامته وخلوه من التشوهات والعيوب الخلقية ومعرفة صفاته (تحديد جنس المولود) وفي الشهر الأخير من أجل التأكد من وضعية الجنين[3].

---

[1] وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات: **الدفتر الصحي**، الجزائر، 2013، ص ص 2– 7.

[2] زين حسن بدران وآخرون: **رعاية الأم والطفل**، ط 1، دار المسيرة للنشر والتوزيع، عمان، 2008، ص14.

[3] نورمان سميث: مرجع سابق، ص ص 46–47.

– **تحليل البول:** تم تحليل البول بشكل دوري ومستمر طوال فترة الحمل للكشف عن وجود أي بكتيريات أو أملاح قد تدل على وجود التهابات يتم علاجها عادة عن طريق وصفة طبية، أو الكشف عن وجود بروتين أو سكر، لأن وجود بروتين بالبول مؤشر على احتمالية ارتفاع ضغط الدم واحتباس السوائل أواخر الحمل، ووجود سكر بالبول مؤشر على إصابة الأم الحامل بما يسمى بسكر الحمل.

– **تحليل الدم:** يتم تحليل الدم للكشف عن:

أ– فصيلة دم الأم وعامل الريزوس «Rh»: حيث إذا كان عامل ريزوس الخاص بالأم سالبا والجنين موجب، فيقوم الطبيب بحل هذا المشكل بإعطاء حقنة للأم أثناء الأسابيع الأولى من الحمل.

ب– صورة دم كاملة: وهى مهمة لمعرفة عدة أشياء منها نسبة الهيموجلوبين الذي يعد مؤشرا على سلامة الأم أو إصابتها بالأنيميا لذلك تشعر الأم بالخمول والتعب عند القيام بأقل مجهود، ومن المهم جدا إجراء التحاليل خلال الشهر الأول لمعرفة مدى حاجتها للحديد ولحمض الفوليك لأن نقص هذا الحمض قد يؤدي إلى تشوه الجنين، وأيضا معرفة عدد الصفائح الدموية وخلايا الدم البيضاء، حيث إن زيادة عدد خلايا الدم البيضاء يمكن أن يشير إلى وجود عدوى.

ج– الحصبة الألمانية: قد تتعرض الأم للإصابة بالحصبة الألمانية خلال الأشهر الثلاثة الأولى، فلذا تقوم بتحليل مستوى الأجسام المضادة لفيروس الحصبة الألمانية لمعرفة إذا كان عندها مناعة له (إصابة الأم به في الصغر أو نتيجة أخذ تطعيم) أم لا، وهذا الفيروس خطير جدا، حيث يمكن أن يسبب الإجهاض أو ولادة مبكرة أو ولادة جنين ميت، أو عيوب خلقية بالجنين، لذلك إذا لم يكن عند الأم مناعة منه فعليها تجنب أي شخص مصاب به، حتى يتم حملها بسلام[1].

– التهاب الكبد: الكثير ممن يحملون هذه الفيروسات لا يعرفون، لذلك تقوم الأم بهذا التحليل للتأكد من سلامتها، وإذا كانت مصابة، فربما ينتقل للطفل أثناء الولادة فيقوم الطبيب بإعطائها حقنة معينة في أول 12 ساعة، وأخرى بعد شهر أو شهرين، وثالثة في عمر ستة أشهر لحمايتها من الإصابة بهذا الفيروس.

– الزهري: هو عدوى تنتقل جنسيا، وهو نادر ولكن لابد من التأكد من عدم إصابتها به، لأنه إذا وجد يمكن أن يسبب لها مشاكل خطيرة..

– اختبار السكري: لمعرفة إذا كانت الأم مصابة بسكر الحمل أم لا، لأخذ الاحتياطات اللازمة.

وتوجد بعض الفحوصات الأخرى التي يأمر بها الطبيب لحالات معينة فقط، نتيجة لتقدم عمرها أو لتاريخها المرضي أو لتاريخ العائلة بحدوث بعض التشوهات والعيوب الخلقية، لذلك فعليها المتابعة مع طبيبها وعمل ما يطلب منها من فحوصات أو تحاليل.

[1] جورج قاريللي وآن ماري موزر: **حقائق ومعلومات حول الحمل والولادة**، ترجمة (معصومة المبارك)، الجمعية الكويتية لتقديم الطفولة العربية، الكويت، بدون سنة، ص 77–78.

5.5.الفحوصات والخدمات الصحية المقدمة أثناء الحمل:

تكشف معطيات الجدول رقم(11) عن أهم الفحوصات والخدمات الصحية المقدمة للسيدات اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء حملهن الأخير خلال الخمس سنوات السابقة للمسح في آخر زيارة لهن لمركز تقديم الخدمة، ومن أهم الخدمات المقدمة للسيدات الحوامل قياس ضغط الدم بنسبة 95.6 %، والفحص الباطني بنسبة 81.7 %، قياس الوزن بنسبة 78.1 %، خدمات صور الصدى بنسبة 77 %، الكشف عن وضعية الجنين بنسبة 73.6 %، وخدمات تحليل البول 63.1 %، وخدمات تحليل الدم بنسبة 54.8 %[1]، في حين أن المسح العنقودي الرابع (MICS4) أظهر تقدم ملحوظا في بعض الخدمات المقدمة للسيدات مثل تحليل البول بنسبة 71.6 % بتحسن يقدر بـ 8.5 %، وخدمات تحليل الدم بنسبة 82.9%، بتقدم 28.1 %، أما قياس الدم بنسبة 90.5 %، وبتراجع 5.1 %[2]، كما أظهر استخدامهن مرة واحدة على الأقل للحصول على الرعاية قبل الولادة أثناء حملهن المقدمة من قبل الموظفين المؤهلين بـ 85٪ من الحالات، تمت فيها استشارة الطبيب، وفي 8٪ من الحالات قابلة، و94٪ كانت في المناطق الحضرية و91٪ في المناطق الريفية. وسجلت أعلى نسبة وسط شمال بـ97٪ مقابل 87٪ في الجنوب[3].

وتتباين نسب الخدمات المقدمة باختلاف مكان تلقي الخدمة، فالخدمات المتعلقة بقياس وزن السيدات وطولهن والقيام بتحليل الدم والبول وقياس البطن ظهرت بنسب مرتفعة أكثر عند السيدات اللواتي تلقين هذه الخدمات في المستشفيات ومراكز الأمومة والمصحات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية العامة، بينما لم تسجل اختلافات كبيرة في نسب الخدمات المتعلقة بقياس ضغط الدم والإصغاء إلى نبضات الجنين والكشف عن وضع الجنين وتلقي الفحوصات الباطنية باختلاف مكان تلقي هذه الخدمات.

جدول رقم(04): نسب السيدات غير العازبات وفي سن الإنجاب(15- 49 سنة) اللواتي تلقين فحوصا طبية أثناء آخر متابعة لحملهن الأخير خلال 5 سنوات السابقة للمسح حسب مكان آخر كشف.

الخدمات المقدمة	مكان آخر كشف*				
	مستشفى/ مركز أمومة	مصحة متعددة الخدمات / مركز صحي	مصحة خاصة	طبيب خاص	غير مبين
قياس الوزن	73.1	81.0	67.5	63.7	78.1
قياس الطول	51.6	56.9	40.4	37.5	58.8

[1] وزارة الصحة والسكان: **المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002**، التقرير الرئيسي، مرجع سابق، ص 82.

[2] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012 – 2013**, op.cit, P 139.

[3] Ibid, P 135.

قياس ضغط الدم	94.5	94.4	93.9	94.2	95.6
الدم تحليل	75.8	76.7	68.4	64.4	63.1
تحليل البول	64.4	71.4	59.8	58.5	54.8
قياس البطن	84.7	84.9	74.1	70.7	71.3
الإصغاء إلى الجنين	89.3	85.2	85.8	77.9	71.3
إيكوغرافي	73.2	60.0	86.9	86.8	77.0
الفحص الباطني	78.3	70.7	74.2	67.2	81.7
معرفة وضع الجنين	81.8	73.2	83.6	79.9	73.6

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: **المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002**، التقرير الرئيسي، مرجع سابق، ص 82.

* تم استبعاد الرعاية الصحية في المنزل لضعف التكرارات.

أما عن خدمات صور الإيكوغرافي المقدمة للسيدات فكانت بنسب أكبر عند السيدات اللواتي تابعن حملهن الأخير في المصحات الخاصة أو عند الطبيب الخاص بنسبة تقارب 86.9 %، بينما حصلت 60 % فقط من السيدات اللواتي تابعن حملهن في المصحات المتعددة الخدمات أو المراكز الصحية، وقد يرجع ذلك إلى عدم توفر الأجهزة المخصصة لهذه الخدمات بعدد يغطي كل طلبات السيدات على الخدمة[1].

جدول رقم(05): نسب النساء (%)غير العازبات وفي سن الإنجاب(15 – 49 سنة) اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل.

الرعاية الصحية	مسح 1992	مسح 2002	مسح 2006	نسبة التغير(%) خلال الفترة 1992 – 2006
تلقين رعاية أثناء الحمل	58.4	80.7	90.3	54.6

المصدر:– وزارة الصحة والسكان: **المسح الجزائري حول صحة الأم و الطفل 1992**، الجزائر، ص 164.

– وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات: **المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، التقرير الرئيسي**، مرجع سابق، ص 81

– وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصاء: **المسح الجزائري المتعدد**

[1] أحمد دردیش: مرجع سابق، ص 88.

المؤشرات 2006، التقرير الأولي، الجزائر، جويلية 2007، ص 60.

أظهرت بيانات الجدول أن نسبة الولادات التي تلقت الأمهات فيها رعاية صحية أثناء الحمل بلغت 58.4 % من جملة ولادات الخمس سنوات السابقة للمسح سنة 1992، وارتفعت إلى 80.7 % سنة 2002 ثم إلى 90.3 % من جملة ولادات السنتين السابقتين للمسح سنة 2006 مسجلة زيادة قدرها 54.6 % خلال الفترة 1992– 2006 ، كما بين المسح العنقودي الرابع(MICS4) لرعاية السابقة للولادة أثناء الحمل تمت مرة واحدة على الأقل من قبل الموظفين المهرة بنسبة 92.7 %، وأربع مرات على الأقل من قبل أي الموظفين بنسبة 67.3 %.[1]

وقد يسود الاعتقاد بعدم وجود الحاجة للخدمة، وتكلفتها وعدم توفرها جميعها عوائق تحول دون استخدام الرعاية قبل الولادة، سُئلت 21 % من النساء اللواتي لم تستخدمن رعاية قبل الولادة عن سبب عدم استخدامها حسب الشكل التالي[2]:

الشكل(01): يمثل أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب النساء اللواتي لم تستخدمن رعاية قبل الولادة

المصدر: صفاء الكوجلي وكارولين كرافت: **توسيع نطاق الفرص للجيل القادم: تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا**، مجموعة البنك الدولي، واشنطن، 2015، ص 72.

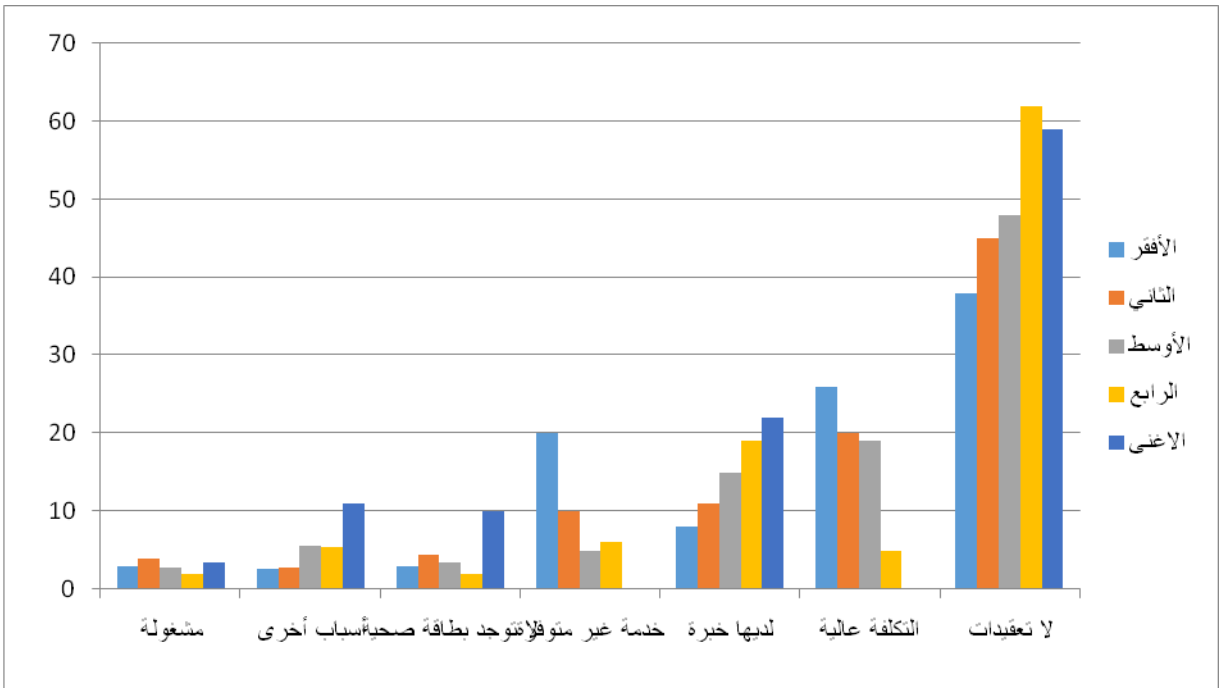
[1] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012 – 2013**, op.cit, P 8.

[2] صفاء الكوجلي وكارولين كرافت: **توسيع نطاق الفرص للجيل القادم: تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا**، مجموعة البنك الدولي، واشنطن، 2015، ص 72.

وكان أكثر الأسباب شيوعا هو أنهن لم يواجهن تعقيدات (46 %) هذا السبب وسبب «كان لدينا خبرة » (11 %)، ويشير إلى أنه كثيرا ما كان يساء فهم الرعاية قبل الولادة على أنها علاجية، بدلا من وقائية. وكانت التكلفة هي ثاني الأسباب الأكثر شيوعا لعدم استخدام الرعاية قبل الولادة (20 %) بالإضافة إلى عدم توفر الرعاية قبل الولادة 11 %[1].

وتتأثر النساء بشكل مختلف بالتكلفة وعدم توفر الخدمة حسب مستوى الثروة الشكل(04) والنساء الأكثر فقرا، واللواتي هن أقل احتمالا باستخدام الرعاية قبل الولادة، كن كذلك أكثر احتمالا بالتبليغ عن أن العوائق هي التكلفة أو عدم توفر الخدمة، في حين أن 18 % من النساء من الخمس الأفقر من الأسر أفادت بأن عدم توفر الخدمة هو السبب الأساسي لعدم استخدامهن رعاية قبل الولادة، و0 % من النساء من الخمس الأغنى أفدن بذلك وبالمثل، فإن 26 % من النساء من الخمس الأفقر من الأسر أفدن بأن التكلفة هي سبب عدم استخدامهن للرعاية قبل الولادة، مقارنة ب 0 % من النساء من الخمس الأغنى من الأسر[2].

الشكل(02): أسباب عدم تلقي رعاية قبل الولادة حسب مستوى الثروة، وفقا للنساء اللواتي لم تستخدمن الرعاية قبل الولادة.



المصدر: صفاء الكوجلي وكارولين كرافت: **توسيع نطاق الفرص للجيل القادم: تنمية الطفولة المبكرة في الشرق الأوسط وشمال أفريقيا**، مجموعة البنك الدولي، واشنطن، 2015، ص73.

[1] نفس المرجع، نفس الصفحة

[2] صفاء الكوجلي وكارولين كرافت: مرجع سابق، ص 72.

وهذه ما يعضد معطيات مسح 2006 الذي تناول تلقي الرعاية الصحية حسب مؤشر الثروة في الأسرة، حيث لوحظ بأن هناك علاقة طردية بين مستوى الرعاية الصحية ومؤشر الثروة، إذ بلغت نسبة النساء اللواتي تلقين رعاية صحية أثناء الحمل 77.2 % بين النساء اللواتي يعشن في أسر أكثر فقرا مقابل 98.2 % بين النساء اللواتي يعشن في أسر أكثر غنى، وبلغ الفارق بين هاتين الفئتين من النساء 21 نقطة[1].

6.5.مؤشرات جودة الرعاية أثناء الحمل:

يتنامى الوعي العالمي بأن الرعاية العالية للجودة هي أساس الحفاظ على حياة الأمهات والأطفال ومعافاتهم، ويشهد العالم كل عام وفاة 303000 سيدة أثناء الحمل والولادة، و2.6 مليون حالة وفاة لأجنة داخل الرحم، و2.7 مليون حالة وفاة للرضع أثناء ال 28 يوما الأولى من العمر، ويمكن من خلال توفير رعاية أفضل للحيلولة دون حدوث الكثير من هذه الوفيات، وتهدف تحسين جودة الرعاية المقدمة للأمهات والمواليد والأطفال إلى مساعدة البلدان على تحسين جودة الرعاية في تلك المرافق واحترام حقوق ملتمسي الرعاية وكرامتهم[2].

وقد ثبت أن الرعاية أثناء الحمل يمكن أن تنقذ الأرواح من خلال تنفيذ الممارسات المناسبة المُسَندة بالبيانات والملائمة التوقيت، والأهم من ذلك أن الرعاية أثناء الحمل تتيح أيضاً فرصة للتواصل مع النساء والأسر والمجتمعات ومساندتهم في مرحلة حرجة في حياة المرأة، وإن التجارب الإيجابية للمرأة أثناء الرعاية أثناء الحمل وأثناء الولادة يمكنها أن تخلق الأسس اللازمة للأمومة الصحية.

لذا حددت منظمة الصحة العالمية عددا من المؤشرات الدالة على جودة رعاية الحمل منها: توقيت بدء الرعاية، عدد مرات المتابعة، الشخص الذي يقوم بتقديم الخدمة، وتعتبر الرعاية جيدة وفعالة إذا توافرت فيها الشروط التالية[3]:

- تلقي رعاية الحمل لدى الطبيب.
- القيام بأول زيارة خلال الشهور الثلاثة الأولى من الحمل.
- أن يكون عدد مرات متابعة الحمل على الأقل 4 مرات.
- احتفاظ كل حامل بملاحظات عن حالتها أثناء الحمل؛ لتحسين مواصلة حملها، وتحسين جودة الرعاية المقدمة لها، وتحسين تجربتها في الحمل.

---

[1] أحمد دردیش: مرجع سابق، ص 97.

[2] http://www.who.int/features/2017/quality-care-facilities/ar/

تم الاطلاع عليه يوم: 2017/06/25 على الساعة 11:31 صباحا

[3] منظمة الصحة العالمية: **توصيات منظمة الصحة العالمية بشأن الرعاية أثناء الحمل من أجل تجربة حمل إيجابية، مطبوعات منظمة الصحة العالمية**، جنيف، 2016، ص ص 1-6.

– إجراء تصوير للحامل بالموجات فوق الصوتية مرة واحدة قبل إتمام24 أسبوعاً من مدة الحمل (التصوير المبكر بالموجات فوق الصوتية) وذلك لتقييم العمر الحملي، والكشف عن تشوهات الجنين والحمل المتعدد الأجنة على نحو أفضل، والحد من المخاض المستحث في حالة تأخر الولادة، وتحسين تجربة المرأة في الحمل.

– أن تتم الولادة في مؤسسة صحية أي تحت إشراف كادر طبي مؤهل وتكون الرعاية غير جيدة إذا لم تتوفر أحد هذه الشروط.

وتقدر نسبة الأمهات اللاتي تلقين رعاية جيدة لآخر مولود بـ 19 % حيث أنها في الحضر تبلغ حوالي 22.9 % بينما في الريف تنخفض إلى 14.5 % وهذا سنة 2002[1].

واستمرار الأم في متابعة حملها والاستعانة بكادر الطبي عند الولادة وتلقي الرعاية بعد الولادة وأثناء فترة النفاس من العوامل الرئيسية للحفاظ على حياة كل من الأم والطفل لذا علينا الاهتمام بمعرفة مدى استمرار المتابعة وتلقي الرعاية الصحية خلال الحمل وعند وبعد الولادة.

وتعتبر النساء الجزائريات أكثر حرصا على التردد في مصادر تقدير الرعاية الصحية بعد كل من النساء التونسيات والسوريات حيث تقدر نسبة النساء اللاتي تلقت رعاية الحمل أربع مرات على الأقل أثناء حملهن بالمولود الأخير حوالي 48.4 % خلال مسح المشروع العربي لصحة الأسرة سنة 2008.

أما عن الكشف أثناء الحمل عند الطبيب فقد قدرت نسبة بـ 50.2 % حيث تعتبر متابعة الحمل المبكر وسيلة لعلاج أي مشكلات تتعرض لها الأم أو الجنين في بدايتها حتى لا يتفاقم أثرها حيث تقدر نسبة النساء الجزائريات الأكثر إقبالا على استخدام خدمات رعاية الأمومة مبكرا حوالي 74.8 %، وأما عن نسبة النساء اللاتي تمت ولادتهن في المنازل فقدرت بـ 8.8 %، أما نسبة النساء اللاتي عانين من مشاكل صحية أثناء حملهن فتقدر بحوالي 36.5 % سنة 2008.

ويرجع عدم متابعة الرعاية الصحية أثناء الحمل لعدة أسباب منها: ارتفاع تكلفة الرعاية بالإضافة إلى عدم توفر القطاعات المختصة أو بعدها المكاني عن مكان الإقامة بالنسبة للمرأة الحامل[2].

7.5.المشاكل الصحية والنفسية أثناء الحمل

هناك العديد من المشكلات الصحية والأمراض النفسية التي تحدث أثناء الحمل، ومن بين المشكلات الصحية التي تعترض الحامل: كثرة التبول والغثيان والقيء وحرقة بالمعدة والإمساك واضطراب في التنفس، ودوالي الرجلين وتقلصات عضلات الرجلين وبواسير وألم وتعب أسفل البطن، أما عن الأمراض النفسية كما

[1] آسيا شر يف: **واقع رعاية الأمومة وأبعادها أثناء الولادة وما بعدها**، مرجع سابق، ص 102.

[2] وزارة الصحة و السكان: الديوان الوطني للإحصاء، جامعة الدول العربية: **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، 1992**، مرجع سابق، ص 101.

أشار مارغليت (Margalit) ونوربيك وآندرسون (Norbeck and Anderson) بأنه يؤثر في النشاطات الفسيولوجية في جسد المرأة الحامل، وربما انتقل التأثير إلى الجنين. ومن أعراض الضغط النفسي لدى المرأة الحامل، القلق، والاكتئاب، والتباطؤ في التفكير، والشعور بالعجز، أو بفقدان الأمل، أو بانعدام القيمة، أو الشعور بغياب الهدف، أو الشعور بعدم الأمان، والإحساس بالحزن الدائم، الغضب، أو فرط الحساسية والبلادة، والنفور من المسؤوليات[1].

1.7.5.المشاكل الصحية أثناء الحمل:

– **الوحم والحرقة:** تشعر بعض الحوامل باشمئزاز ونفور شديدين اتجاه أنواع بعض من الأطعمة، واشتهاء لأنواع أخرى، وقد تزهد في أنواع أخرى، وترجع هذه الأعراض إلى بعض الاضطرابات في الجهاز العصبي، وليس لهذه الحالة تأثير على الجنين[2]، وتبدأ من زمن الحيض الغائب وتستمر حتى نهاية الشهر الثالث أو الرابع، وتظهر هذه الاضطرابات في شكل غثيان، وقي، وحرقة وحموضة المعدة، وزيادة إفراز اللعاب، والتهاب اللثة وغيرها، ومن الممكن مقاومة الوحم والتغلب عليه، بواسطة الإبر المقوية والمغذية أو بواسطة بعض المهدئات[3].

أما الحرقة فهي تصيب نصف إلى ثلثي النساء الحوامل وهي تحصل نتيجة ارتخاء السفنكتر الذي يعمل كصمام أمان بين المعدة والمريء، وعلاجها يكمن في تجنب الأوضاع التي تسبب هذه كالانحناء والقرفصة، كما ينصح برفع المستوى العلوي للجسم عن السفلي عند النوم باستعمال مخدات، وتناول أدوية تحتوي على مواد قاعدية للتخفيف من تأثير الحامض على عصارة المعدة[4].

– **الغثيان والتقيؤ:** تكون خبرات معظم النساء في الغثيان في الفترة الأولى من الحمل، وفي بعض الأحيان تكون مرتبطة بالتقيؤ، ولا تمتد هذه الأعراض في العادة إلى ما بعد الشهور الثلاثة الأولى من الحمل، يمكن أن تحدث الأعراض في أي وقت من اليوم وعلى الرغم من أنه يشيع تسميتها بـ(علة الصباح)[5]، ويمكن السيطرة على هذا الوضع بعدم مغادرة الحامل لسريرها صباحا قبل أن تأخذ شرابا مغلي محتوي على كمية قليلة من الحليب، قطعة من البسكويت أو الخبز المحمص، وعليها الابتعاد عن الزبدة وأنواع الدهنيات صباحا[6].

– **الزيادة أو النقصان في الوزن:** يتم اكتشاف هذا من خلال الزيارات المنتظمة التي تقوم بها الحامل وتتراوح

---

[1] عائشة سوالمة وأحمد الصمادي: **فعالية العلاج الواقعي الجمعي في تخفيف الضغوط النفسية وقلق الحالة لدى الحوامل**، المجلة الأردنية في العلوم التربوية، مجلد 8، عدد 4، الأردن ، 2012، ص ص 365– 366.

[2] كريمان بدير: **الطفل من الجنين إلى عامين**، عالم الكتب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2004، ص 15.

[3] مصطفي القمش وآخرون: **مبادئ في الصحة العامة**، ط 1، دار الفكر للنشر والتوزيع، عمان،2000، ص 83.

[4] نعمة مصطفى إبراهيم رقبان: **رعاية الأم**، ط 1، دار الكتب، مصر، 2007، ص 47.

[5] نورمان سميث: مرجع سابق، ص 81.

[6] زين بدران وآخرون: مرجع سابق، ص 53.

بين 10-14 كيلوغرام، ويمكن معالجة هذه المشكلة بإتباع نظام غذاء معين حسب الطبيب المعالج، وقد يؤدي هذه إلى احتمال حدوث فقر الدم الناتج عن نقص الحديد بسبب تدنى الحالة الاقتصادية أو عدم الاهتمام بالغذاء، إن مخزون الطفل من الحديد يعتمد على الأم ولذلك فإن نقص الحديد والبروتين في دم الأم يؤدي إلى حدوث فقر الدم عند الطفل حديث الولادة[1].

- **الإمساك:** يتكرر في حالة حركة الأمعاء غير المنتظمة أو بسبب لين أوتار العضلات والمفاصل أو بسبب إفرازات الهرمونات وأحيانا انقباض العضلات العاصرة في المستقيم مسببا بعض المشاكل كتمزق الشرجي، وسقوط المستقيم وبواسير شديدة، وتعالج هذه المشاكل بزيادة كمية السوائل في الصباح وخاصة عند الاستيقاظ، وتناول الخضار والفواكه التي تحتوي على الكثير من الألياف والأملاح المعدنية والمواد السكرية المفيدة، مع الابتعاد عن الملينات لأنها تقلل كمية المعادن تؤدي إلى حدوث تقلصات الرحم وتنتهي بالإجهاض[2].

- **تورم الوجه واليدين والقدمين:** يحدث هذا نتيجة ضغط الجنين على الأوردة الدموية وخاصة أثناء الأشهر الأخير من الحمل، ولتفادي هذا على الحامل أن تخفف من تناول ملح الطعام وأخذ قسط من الراحة أثناء النهار مع رفع القدمين إلى أعلى، وتجنب استخدام الأحذية الضيقة[3]، أما إذا صاحبه صداع حاد قد يعني بوادر إصابة الأم الحامل بتسمم الحمل خاصة إذا ترافق مع تشنجات، ففي هذه الحالة يتم نقلها مباشرة إلى مرفق صحي لفحصها وتقييم حالتها، وعمل اللازم[4]، وفيما يخصص أهم المشكلات التي صادفتها النساء أثناء الحمل، فقد تبين من خلال نتائج المسح أن الصداع المستمر هو الأكثر انتشارا وذلك بنسبة 30.7 %، ثم تليها تورم الأصابع والكواحل 14.6 %[5].

- **سوء التغذية:** يعرف سوء التغذية بأنه قصور الغذاء في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية إلا أنه يحتوي على قدر كاف من الطاقة لسد احتياجات الفرد منها، ويمكن تعريف سوء التغذية بأنه الحالة المرضية الناجمة عن نقص أو زيادة نسبية أو مطلقة في واحد أو أكثر من العناصر الغذائية، ويساعد الحصول على الغذاء الصحيح والمناسب في أثناء الحمل على تأمين الصحة الجيدة للجنين، ويتم ذلك بحصول الأم على حاجاتها من السعيرات الحرارية من العناصر الغذائية الأربعة ولا تقتصر على مجموعة دون أخرى، والمتمثلة في مجموعة الأسماك واللحوم والألبان ومنتجاتها، ومجموعة الخضر والفواكه، ومجموعة الخبز والكربوهيدرات بأنواعها، ومجموعة البقول، وتوفر هذه المجموعات البروتين اللازم لبناء الخلايا عامة والخلايا العصبية خاصة، مع إمداد الجنين بالفيتامينات العديدة التي تؤهله بمقومات الوقاية من كثير من الأمراض، وكذلك تفيده

---

[1] مديحة الخضري: مرجع سابق، ص 24.

[2] نعمة مصطفى رقبان: مرجع سابق، ص 48.

[3] منظمة الأمم المتحدة للطفولة(اليونيسيف): **حقائق الحياة**، ط 4، منشورات مكتب اليونسيف في لبنان، لبنان، 2008، ص 8.

[4] وزارة الصحة العامة والسكان: **دليل الرسائل الصحية الأساسية للمثقف المجتمعي**، صنعاء، 2008، ص 20.

[5] وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات: **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992**، مرجع سابق، ص174.

بما يلزم في وقت التسمين بعد الشهر الرابع والخامس من الحمل[1].

- **الإجهاض:** يعتبر فقدان الحمل قبل الأسبوع الرابع والعشرين من الحمل أي في الثلث الأول من الحمل (بداية الحمل إلى الأسبوع الثاني عشر)، وقد يحدث مرة واحدة من بين ثمان مرات الحمل، ومعظم النساء لديهن تجربة إجهاض خلال حياتهن، وأوضحت بعض الدراسات أن نصف نسبة الإجهاض التي تحدث في الأشهر الأولى سببه يرجع لموت الجنين، أما الإجهاض المتأخر فيرجع إلى بعض الأمراض كالسكر والتدخين وتقدم عمر الأم[2]، وتقدر نسبة النساء اللواتي فقدن حملا واحدا على الأقل سنة 2008 حوالي 22.9%[3].

وهناك بعض المشاكل الصحية الأخرى التي تتعرض لها الأم أثناء فترة الحمل كآلام الظهر والإرتفاقي وخاصة في الفترة الأخيرة من الحمل، والبواسير التي تسبب الحكة والألم أثناء حركة الأمعاء لتمرير البراز المتصلب الجاف، وكذلك دوالي الأوردة التي تنتج بسبب ثقل الحمل الذي يضغط على أوردة الساق، والإفرازات المهبلية الناتجة عن الغدد الإفرازية في عنق الرحم والتي تكون أكثر نشاطا في فترة الحمل وتكون مسببة للحكة[4]، وتختلف المشاكل الصحية للحامل في فترة الحمل من امرأة إلى أخرى.

2.7.5.المشاكل النفسية أثناء الحمل:

تعد مرحلة الحمل مليئة بالضغوطات النفسية، النابعة من مخاوف وآلام الولادة التي تزيد من حدة القلق لدى الحامل؛ مما قد يؤدي إلى خلق حالة نفسية تتسم بالتوتر والكآبة؛ نتيجة للضغوطات التي ترافق فترة الحمل ومن أهم هذه الضغوطات الاتجاهات نحو الحمل، والارتباط النفسي بين الأم والجنين، وسيكولوجية زوج المرأة الحامل، وتأثير الحمل في العلاقة الزوجية والجنسية، والاضطرابات النفسية المصاحبة للحمل كالوحم والحمل الكاذب والقيء أثناء الحمل، وتنشأ لديها صراعات التناقض بين حالتها الجسدية والنفسية قبل وبعد الحمل[5].

وهناك كثير من العوامل النفسية والعائلية والاجتماعية تؤثر على حالة القلق المصاحب للحمل فهنالك القلق حول التغير الذي يحدث في حياة الحامل ووضعها الاجتماعي مع الحمل والولادة، وما سوف يحدث لحياتها إذا كانت تعمل ومسؤولياتها الجديدة تجاه زوجها وعائلتها، كما أن هناك أعراضا مشتركة بين ما يحدث بصورة فسيولوجية طبيعية في الحمل وما تسببه أعراض القلق[6].

في حين يتمثل الاكتئاب اضطراب المزاج الذي يصيب 1 من كل 4 نساء خلال حياتهم، ووفقا

---

[1] نعمة مصطفى رقبان: مرجع سابق، ص 66-67.

[2] نفس المرجع، ص 87- 88.

[3] أحمد عبد المنعم ومنى السيد: **مراضة الأمهات في بعض الدول العربية**، معهد البحوث والدراسات البيئية، 2008، ص 113.

[4] نورمان سميث: مرجع سابق، ص ص 82-87.

[5] عائشة سوالمة وأحمد الصمادي: مرجع سابق، ص 366.

[6] منى الصواف وآخرون: **الصحة النفسية للمرأة العربية**، ط 1، مؤسسة حورس الدولية للنشر والتوزيع، القاهرة، 2001، ص ص 182-183.

للدراسات تصاب بين 14-23٪ من النساء ببعض أعراض الاكتئاب خلال فترة الحمل، ولكن في كثير من الأحيان لا يتم تشخيص الاكتئاب بشكل صحيح خلال هذه الفترة لأن الناس يعتقدون أنها مجرد نوع آخر من عدم التوازن الهرموني، وفي الحقيقة تشير الأبحاث إلى أن العامل الهرموني يؤثر على كيمياء الدماغ فتقل كمية هرمون الإستروجين والبروجسترون في الدم مسببا الاكتئاب[1].

وتؤكد إحدى الدراسات وجود صلة بين القلق والاكتئاب الناتج عن مشكلات مالية، أو مسائل مرتبطة بالعلاقات الإنسانية، وبين صحة المرأة الحامل، وآثار دائمة في صحة طفلها؛ إذ إن الحامل القلقة بشأن أمور مالية، وعلاقات إنسانية، ومشكلات أخرى أثناء الحمل، قد تلد طفلاً أكثر عرضةً للإصابة بالحساسية والربو، وكذلك حدوث تغيرات تطرأ على جهاز المناعة لدى المواليد حتى قبل ميلادهم، كما أن المرأة الحامل التي تعاني من قلق وتوترات شديدة أثناء فترة الحمل تكون أكثر عرضة لإنجاب طفل لديه مستويات مرتفعة من "الأيمونوجلوبالين أي، "وهو أحد مكونات جهاز المناعة[2].

وللحد من الاكتئاب والقلق يجب أولا التحدث مع الطبيب عن الأعراض التي تعانين منها الحامل للحصول على صحة أفضل لها وللطفل.

كما يمكن أن تصاب الحامل بالفصام الذي له تأثير غير متوقع على العقل والفكر ويتميز بأعراض ذهانية، والأعراض السلبية، مثل فقدان الاتصال مع الواقع، وهناك من النساء المصابات بالفصام والتي يمكن أن تتحسن حالتها، وهناك من الفصاميات من تتدهور حالتها، وذلك لأسباب غير معروفة، بغض النظر عن سير الحالة تحتاج الحامل المصابة بالفصام إلى عناية خاصة ومركزة أثناء الحمل[3]، لأن تركه بدون علاج يؤدي إلى مضاعفات خطيرة ومن المتوقع أن تكون المصابة بالفصام غير قادرة على الاستمرار الدقيق في متابعة طبيب النساء والولادة ولذلك تسوء حالتها بصورة عامة وتتعرض إلى مضاعفات الحمل والولادة المتعددة بل في بعض الأحيان لا تستطيع تلك المرأة أن تميز الم المخاض فقد لا تشعر به لأن الفصام يؤدي في بعض الأحيان إلى انخفاض كبير في الحساسية للألم، أو قد تشعر بألم الولادة ولكنها لا تميزه كعلامة من علامات الولادة[4].

إضافة للأمراض السابق فهناك أمراض أخرى مثل الاكتئاب الشديد أو الاضطراب الثنائي القطب، والذهان...الخ، والتي تتعرض له الحامل باختلاف البيئة التي تتواجد فيها، واختلاف حدته، لذا ينبغي اتخاذ

---

[1] https://elhealthbeauty.com/pregnancy-depression.html

تم الاطلاع عليه يوم 2016/03/27 على الساعة 11:30 صباحا

[2] عائشة سوالمة وأحمد الصمادي: مرجع سابق، ص 367.

[3] منى الصواف وآخرون: مرجع سابق، ص ص 178- 181.

[4] http://www.womenshealthsection.com/content/obsmdar/obsm017.php3#s21

تم الاطلاع عليه يوم: 2016/03/27 على الساعة 15:00 مساء

إجراءات لتحديد الأمهات المعرضين له، وتبدأ في فترة الحمل إن لم يكن في فترة قبل الحمل حتى يمكن احتواءه ومعالجته في الوقت المناسب.

6.الرعاية أثناء الولادة

تعتبر الرعاية الصحية أثناء الولادة وما بعدها أحد أهم المحددات والمؤشرات التي تحقق صحة الأم الإنجابية، فالظروف التي تتم فيها الولادة تلعب دورا هاما في تقليل خطر الإصابة بأي مضاعفات أو التعرض للإصابة بأي أمراض وملوثات تصيب الأم والطفل[1].

لذا فإن ساعات الولادة رغم قصر مدتها (لا تتجاوز 12 – 16 ساعة) تعد من أخطر المراحل في حياة أي امرأة لما تحمله معها من مخاطر ومضاعفات على سلامة الأم والطفل معا، من هنا أصبح توفير خدمات و مستلزمات الولادة المأمونة والنظيفة والولادة على أيدي أشخاص مؤهلين ومدربين وقادرين على التشخيص السريع للمضاعفات المحتملة ومعالجتها من خلال استخدام إجراءات فنية مناسبة ودقيقة أحد أهم خدمات الرعاية الصحية الأساسية الواجب توفرها لكل امرأة في أثناء الولادة، ويقصد بالرعاية المؤهلة عند الولادة الرعاية المقدمة من قبل طبيب أو ممرضة أو قابلة مأذونة.

وللتعامل مع المضاعفات فإن الأفراد المدربين يحتاجون إلى أجهزة وخدمات للرعاية الطارئة/عند الطوارئ وخدمات طوارئ الولادة تشمل القدرة على إجراء العمليات الجراحية (مثل الولادة القيصرية) والتخدير، ونقل الدم وعلاج المشاكل مثل: الأنيميا أو ارتفاع ضغط الدم والرعاية الخاصة لحديثي الولادة المعرضين للخطر[2].

تطبيقيا يوجد تداخلان للحد من الوفيات والمضاعفات في أثناء الولادة: الولادة النظيفة الآمنة بإشراف شخص ماهر هو التداخل الأول والذي تحتاج إليه 100 % من الحوامل أثناء الولادة وهذا الشخص الماهر قادر على التشخيص المناسب للمضاعفات والتي يحتاج التعامل معها بدوره إلى التداخل الثاني وهو توفير الرعاية التوليدية الطارئة للتعامل مع مضاعفات الولادة وما بعد الولادة (15 % من الحوامل في أثناء الولادة يحدث لديهن مضاعفات ويحتجن إلى الرعاية التوليدية الطارئة)، هذان التداخلان هما الأهم في التقليل من وفيات الأمهات ومعدلات المراضة الناتجة عن الحمل والولادة فضلا عن التداخل الثالث وهو توفير وسائل تنظيم الأسرة للحد من حالات الحمل غير المرغوب فيه[3].

---

[1] آسيا شريف: **واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة**، مرجع سابق، ص 51 .

[2] فرزانة رودي فهيمي ولوري آشفورد: **الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا– دليل الإعلاميين**–، ترجمة: أحمد رجاء عبد الحميد رجب، المكتب المرجعي للسكان، أمريكا، 2008، ص 28.

[3] وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: **صحة الأمهات في المرحلة الإنجابية التباينات وخيارات التدخل**، العراق، صندوق الأمم المتحدة للسكان مكتب العراق، 2013، ص 54.

ولتحقيق هذا بداية من تتبع خطوات كل مرحلة من مراحل الولادة لبلوغ الولادة الآمنة تضمن صحة الأم ووليدها.

1.6.العناية أثناء مراحل من الولادة:

1.1.6.العناية أثناء المرحلة الأولى من الولادة:

تبدأ عند الشعور بتقلصات رحمية خلال المرحلة الأولي للولادة منتظمة ومؤلمة حتى التوسع الكامل لعنق الرحم، وتكون هناك خطة لمراقبة ومتابعة عملية الولادة وتعتمد هذه الخطة على احتياجات كل من الأم والجنين، إذا لم تطرأ أو يتم توقع أي تطورات غير طبيعية فعند ذلك يجب طمأنة الأم.

كما أن المرحلة الأولي للولادة بالنسبة للسيدات اللاتي يلدن لأول مرة تستغرق 7 ساعات، أما بالنسبة للاتي أنجبن قبل ذلك فيستغرق الأمر 4 ساعات مع الاختلاف من أم لأخرى، ويتم عمل الأتي في هذه المرحلة[1]:

– مراقبة الحالة الصحية للجنين أثناء المخاض: حيث قد يكون من الملزم إذا كانت هناك إرادة في الحصول على نتائج مثالية بالنسبة للام والجنين عمل مراقبة ومتابعة للحالة الصحية لكل من الأم والجنين، (يجب متابعة عدد مرات، شدة، ومدة انقباضات الرحم).

– قياس نبض الجنين: يتم إما بواسطة السماعة الطبية أو بواسطة الموجات فوق الصوتية، وإذا كان هناك تغير أو تدهور في نبض الجنين يمكن ملاحظتها مباشرة بعد انقباض الرحم، ومع ذلك فإن الأولوية هي قياس نبض الجنين بواسطة السمع مباشرة بعد كل انقباض للرحم.

– الفحص المهبلي: عند الضرورة لمعرفة مدى التوسع الذي يحدث لعنق الرحم، ويجب عدم اللجوء لهذا الفحص إلا عند الضرورة، ومعرفة موضع الجنين.

– قياس العلامات الحيوية للأم: (نبض، ضغط، حرارة، تنفس) ويتم تقييمها على الأقل كل أربع ساعات.

– توفير الراحة وتخفيف الآلام: إذ يختلف الوضع في الشدة من حامل إلى أخرى، لذا يجب توفير العلاج اللازم لكل حالة حسب إرشادات الطبيب المختص.

– السماح للأم بالتبول: وإذا تعذر فيجب وضع أنبوب القسطرة البولية وكذلك إعطاؤها الحقنة الشرجية لتفريغ المستقيم من الفضلات ومما يساعد على توسع عنق الرحم، وإفساح المجال لمرور الجنين بالحوض ولتنبيه عضلات الرحم بالتقلص والتسريع بالولادة.

– المحافظة على النظافة التامة لمنع حدوث التلوث.

2.1.6.العناية أثناء المرحلة الثانية من الولادة:

وتبدأ المرحلة الثانية من توسع عنق الرحم الكامل وحتى ولادة الجنين وفق ما يلي:[1]

[1] Gary Cunningham F. And al: **Cesarean Delivery and Postpartum Hysterectomy**, Williams Obstetrics, 21st edition, section 6, the McGraw-Hill Companies, U.S.A., 2003, P 313.

– ملاحظة طول وقوة استمرارية التقلصات الرحمية وذلك بوضع راحة اليد على الرحم عند بدء التقلص ثم ملاحظة قوة التقلص ومدى استمرارية ثم رفع اليد عند انتهاء التقلص وارتخاء الرحم، وفي هذه الفترة يتم تشجيع الأم علي الدفع إلى أسفل.

– الفحص المهبلي تقوم به الممرضة وذلك لمعرفة الآتي:

* درجة توسع عنق الرحم.

* القسم النازل من جسم الجنين ويمكن الاستعاضة عنه بالفحص الشرجي.

– الاستماع إلى دقات قلب الجنين وحسابه (عدد الدقات تكون من 120– 140) ضربة في الدقيقة وتسمع عادة بعد زوال التقلص الرحمي وتحسب كل 10 دقائق.

– وضع الأم على سرير الولادة وذلك بجعلها تنام علي ظهرها مع ثني الركبتين وتعليم الأم على كيفيه مسك الفخذين عندما يأتيها الطلق.

– تحضير الأدوات الخاصة بالولادة من مقص ومقطع الحبل السري وتجهيز الأكسجين وجهاز الشفط لسحب الإفرازات من فم المولود وذلك منعا لحدوث أي مضاعفات على الجنين.

3.1.6.العناية أثناء المرحلة الثالثة من الولادة:

ويتم في هذه المرحلة الخطوات التالية[2]:

– حياكة التمزق في منطقة العجان.

– بعد ولادة الطفل على الممرضة تبديل الأغطية المبتلة ووضع أخري نظيفة كي لا تصاب الأم بالبرد مع تغطية القسم العلوي لجسم الأم ثم وضع المولود على بطنها لزيادة اطمئنانها على سلامته وذلك كي يساعد على تقلص الرحم وانفصال المشيمة[3].

2.6.مكان الولادة:

إن من أهم مقومات نجاح الرعاية في أثناء الحمل هو وضع خطة ولادة للحامل وتوجيهها للولادة في المستشفى أو في المرافق الصحية لأنها تمثل هدف من أهداف مبادرة الأمومة الآمنة، وهذا مؤشر مهم يعكس توافر وسهولة منال الخدمات الصحية ومدى انتشارها، وللولادة في منشأة صحية مزايا عديدة حيث تتوافر الإمكانات في حالة تعسر الولادة أو صعوبتها، من نقل دم أو حجرة عمليات مجهزة، أو آليات النقل السريع إلى مستوى أعلي أو آليات استدعاء أطباء أكثر مهارة وتخصصا على وجه السرعة.

---

[1] نورمان سميث: مرجع سابق، ص ص 119–122.

[2] نفس المرجع، ص 122.

[3] Joe Leigh Simpson And al: **Obstetric- Normal &Problem Pregnancies,** 4th edition **,** United States of America, Churchil Livingsotne Inc, 2002, P 160.

وتعتبر الولادة في العيادة الخاصة أقل أمنا من المستشفى لأن المستشفى يتميز بالخدمات الكبيرة وعدد في الأسرة وما تضمه من الأقسام الداخلية، وما تنفرد به من تخصصات طبية متنوعة ومختبرات وأشعة لا تتاح لمؤسسات صحية أخرى مثل العيادات متعددة الخدمات التي هي أقل أمنا من سابقتها.

وحسب نتائج مسح الجزائري حول صحة الأم والطفل سنة 1992 نجد نسبة الأمهات اللواتي قمن بالولادة في مركز طبي حكومي بـ 70.8 % و5.2 % من الأمهات قمن بالولادة في مركز طبي خاص[1]، أما نتائج تقرير حول صحة الأم والطفل للمجلس الوطني الاقتصادي والاجتماعي لسنة 1997 فإن معظم الولادات تتم في القطاع العمومي بنسبة71%، مقابل 5 % في القطاع الخاص في ظل مجانية العلاج[2]، في حين أن نتائج مسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 فقد سجلت نسبة الأمهات اللواتي قمن بالولادة في المستشفي بنسبة 80.3 % و 6.3 % من الولادات تمت في مصحة متعددة الخدمات و 3.6 % تمت الولادة في مصحة خاصة[3].

ومنه يمكن القول أن حصول المرأة على خدمات الرعاية الصحية عند الوضع في مؤسسة صحية بلغت 71 % سنة 1992 وارتفعت إلى 90.2 % سنة 2002 ثم إلى 95.3 % سنة 2006[4]، ثم إلى 98.6 % سنتي 2012 -2013.

3.6.المساعدة أثناء عملية الولادة:

توصى منظمة الصحة العالمية بوجود مشرف ماهر في جميع حالات الولادة، بغية تقديم الرعاية المأمونة للمخاض الطبيعي أو الإحالة عند وجود مضاعفات، والمشرف الماهر هو مهني صحي كالطبيب والطبيبة والقابلة والممرضة، الذين أتموا تعليمهم وتدريبهم المهني، في المهارات اللازمة في تدابير الحمل الطبيعي غير المصحوب بمضاعفات، والوضع، والفترة التالية للوضع مباشر، ويمكن له أن يتعرف ويعالج أو يحول أي مضاعفات قد تنشأ لدى الأم ووليدها، وله دور هام في تقديم النصح والعون للمرأة وأسرتها، ولكن لا يشملن الدايات/القابلات التقليديات واللاتي لم يتم تدريبهن على التدخلات والإسعافات لإنقاذ الحياة عند الطوارئ[5].

أثبتت الدراسات التي أجريت في مناطق مختلفة من العالم وعلى مدى أعوام أن وجود شخص مؤهل عند الولادة ومدعم بالمستلزمات المطلوبة لمواجهة المضاعفات المحتملة خلال الولادة من الممكن أن يؤدي

---

[1] وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات: **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992**، مرجع سابق، ص 179.

[2] المجس الوطني الاقتصادي والاجتماعي، لجنة السكان والاحتياجات الاجتماعية: **خلاصة تقرير – حول صحة الأم والطفل**–، مرجع سابق، ص 17.

[3] وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات: **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 2002**، النتائج الأولية، الجزائر، جوان 2003، ص 88.

[4] أحمد دردیش: مرجع سابق، ص 95.

[5] فرزانة رودي فهيمي ولوري آشفورد: مرجع سابق، ص 28.

دورا مؤثرا في تقليل وفيات الأمهات، من هنا أصبحت نسبة الولادات التي تتم بمساعدة أشخاص مؤهلين ومدربين واحدة من المؤشرات المهمة لمراقبة التقدم المتحقق للوصول إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية في تقليل وفيات الأمهات، وللوصول إلى تحقيق هذا الهدف وضعت الأهداف المرحلية الآتية: 85% من الولادات في عام 2010، ويجب أن تتم بمساعدة أشخاص مؤهلين ويجب أن تصل النسبة إلى 90 % بحلول عام 2015 على مستوى العالم[1].

ويشير المسح الجزائري لصحة الأم والطفل سنة 1992 فيما يتعلق بالشخص الذي أشرف على عملية الولادة أن 70 % من الولادات أجريت بواسطة قابلات قانونيات مقابل 7 % من الولادات أجريت بواسطة أطباء[2]، أما نتائج مسح الجزائري حول صحة الأسرة فقد سجلت نسبة الأمهات اللواتي قمن بالولادة تحت إشراف طبيب بنسبة حوالي 1 %[3].

وبلغت نسبة الولادات التي تمت خلال السنوات الخمس السابقة على المسح العنقودي على أيدي أشخاص مؤهلين في الجزائر 90.2 %. وبلغت نسبة الولادات التي تمت على أيدي طبيب نسائي 25.3 %، في حين بلغت نسبة الولادة التي تمت على أيدي قابلات 69.9 %، أما الولادة التقليدية (داية) فكانت نسبتها 0.8%[4].

وبناء على هذه النتائج يمكن القول أن الجزائر قد نجح في تحقيق إحدى الخطوات المهمة اللازمة للوصول إلى تحقيق أهداف الإنمائية للألفية بالوصول إلى النسب المطلوبة بالولادة على أيدٍ مؤهلة.

7.الرعاية الصحية ما بعد الولادة.

تعتبر الأسابيع الستة الأولى مدة ما بعد الولادة وخلالها مهمة تواجه فيها الأمهات كثيرا من المشاكل الصحية ذات العلاقة بالولادة، ولا تقتصر هذه المشاكل على العوارض الصحية الحادة وذات التأثير القصير المدى في صحة الأم ولكنها تشمل أيضا المشاكل الصحية ومضاعفاتها المتسببة بالأمراض المزمنة المتعلقة بالإنجاب، وكثير من المضاعفات الخطيرة التي تهدد حياة الأمهات، وعلاوة على ذلك فإن حوالي ثلثي وفيات الأمهات تحدث بعد الولادة، لذلك أوصت منظمة الصحة العالمية بضرورة حصول كل أم على خدمات الرعاية الصحية لما بعد الولادة خلال أول 24 ساعة وقبل نهاية الأسبوع الأول بعد الولادة وبعد ستة أسابيع من الولادة، إذ تعد الرعاية لما بعد الولادة من المكونات الأساسية للأمومة الآمنة لدورها الحاسم في التقليل من وفيات الأمهات والرضع وضمان الصحة البدنية والعقلية ورفاهة الأمهات.

---

[1] وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: مرجع سابق، ص 62.

[2] وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات: **المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992**، مرجع سابق، ص 181.

[3] وزارة الصحة وإصلاح المستشفيات: **المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002**، التقرير النهائي، مرجع سابق، ص 88.

[4]Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012-2013**, op.cit, P 143.

بالرغم من هذه التوصيات ما تزال الأرقام العالمية تظهر انخفاضا ملحوظا في نسبة استخدام خدمات الرعاية لما بعد الولادة لتبلغ 30 % للبلدان النامية مقارنة مع 90% للبلدان المتقدمة، سبع من كل عشر نساء لم يحصلن على أي رعاية لما بعد الولادة، استنادا إلى بيانات المسوحات السكانية والصحية التي أجريت في 30 دولة متدنية الدخل بين 1999 – 2004 تشمل خدمات الرعاية لما بعد الولادة الفحص العام للأم للتأكد من عدم وجود أي مضاعفات ناتجة عن الحمل والولادة وإجراء بعض التدابير الوقائية وإعطاء المشورة والمساندة حول الرضاعة من الثدي والمباعدة بين الأحمال واختيار الوسيلة الملائمة لتنظيم الأسرة إلى التغذية السليمة[1].

وتشير المسوح المختلفة إلى التبيان في عملية الرعاية الصحية بعد الوضع، فالإقبال عليها بقي ضعيفا رغم أهميتها القصوى، فهي تقي الأم من مضاعفات الوضع كالنزيف الدموي، حمى النفاس وغيرها، حيث أن نسبة النساء اللواتي تلقين هذه الرعاية بلغت 20.3 % فقط سنة 1992، وارتفعت إلى 30.1 % سنة 2002 ثم إلى 32.2% سنة 2006 مسجلة زيادة قدرها 58.6 % خلال الفترة 1992 – 2006[2]، إلا أن المسح المتعدد بين أن الاستشارات والزيارات ما بعد الولادة للأمهات وللمولودين حديثا بلغت 83.8 %. وتمت هذه الزيارات في مكان عمومي بنسبة 57.3 %، مقابل مكان خاص 33.2 % [3].

1.7.المشاكل الصحية والنفسية أثناء الولادة:

1.1.7.المشاكل الصحية أثناء الولادة:

هناك تعقيدات طبية قد تحدث أثناء الولادة وتؤثر على الأم والمولود سلبا وقد تؤدي إلى حدوث وفاة منها استمرار الطلق لأكثر من 12 ساعة، والإصابة بالحمى والتشنجات، والنزيف المهبلي، حيث تبلغ نسبة السيدات في عمر الإنجاب (15 – 49) سنة المتزوجات اللاتي عانين من تعقيدات صحية أثناء الولادة الأخيرة حوالي 21.6 % منها 20.7 % في الحضر و22.4 % في الريف.

أ- التعقيدات الصحية بعد الولادة:

قد تعاني السيدات عقب الولادة مباشرة أو أثناء فترة النفاس من نزيف مهبلي أو انتفاخ وألم في الساقين أو تعاني من إفرازات مهبلية كريهة الرائحة أو من آلام أسفل البطن مع حمى أو من آلام حادة أسفل أو أعلى الظهر مع حمى أو تعاني من آلام عند التبول أو انتفاخ الثدي مع حمى، وتبلغ نسبة السيدات في الفئة العمرية (15- 49) سنة المتزوجات اللاتي أنجبن مولودا حيا وعانين من أي مشكلات سابقة الذكر أثناء فترة النفاس (هي فترة الأسابيع الستة عقب الولادة) حوالي 23.4 % منها 23.6 % في الحضر و 23.3 % في الريف[4].

---

[1] وزارة التخطيط، اللجنة الوطنية للسياسات السكانية في العراق: مرجع سابق، ص 80-81.

[2] أحمد دردیش: مرجع سابق، ص 93.

[3] Ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme Hospitalière**: Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS-4) 2012-2013**, op.cit, P 151-152.

[4] أحمد عبد المنعم ومنى السيد: مرجع سابق، ص 115- 119.

ب- المشكلات المتعلقة بالدورة الشهرية:

تصاب النساء ببعض الاضطرابات في الدورة الشهرية وتبلغ نسبة السيدات في سن الإنجاب (15-49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج وغير الحوامل اللاتي مازلن يحضن، وتعرضهن لأي مشكلة صحية متعلقة بالدورة الشهرية كازدياد نزيف الدورة عن 7 أيام ومصاحبتها لنزيف حاد أو عدم انتظامها، إذ ترتفع النسبة في تونس إلى 36 %، الجزائر 13 %، وتنخفض في جيبوتي إلى 9%، وتشير نتائج مسوحات الدول العربية التي شملتها الدراسة أن أكثر من نصف السيدات اللواتي عانين من هذا المشكل الصحي وذلك في لبنان، الجزائر وسوريا قد تلقين العلاج، وأكثر من الثلث في باقي الدول محل الدراسة[1].

جـ- انتشار فقدان الحمل:

يعتبر انتشار فقدان الحمل من العوامل المؤثرة على المستويات الخصوبة والتي تعتبر أحد محددات النمو السكاني، مما يستلزم التعرف على الأسباب المؤدية له وأهم العوامل المؤثرة فيه و المتمثلة فيما يلي [2]:

- ارتفاع سن المرأة و تجاوزها سن 30 سنة.
- البيئة التي تعيش فيها المرأة.
- مستوى توفر الخدمات الصحية وسهولة الحصول عليها.
- المستوى التعليمي للمرأة حيث انه من المعروف أن النساء الأقل تعليما بصفة عامة أكثر تعرضا لفقدان الحمل عند بقية النساء.
- اتضح أن انتشار فقدان الحمل تراوحت نسبته بين حوالي 8% في جيبوتي، سوريا والجزائر مقابل 13.4 % في اليمن، و11.4 % في ليبيا[3].

د- هبوط الرحم:

يتعرض الجهاز الإنجابي للمرأة لإصابة بمجموعة من الأمراض وأسبابها متعددة منها تكرار الحمل والولادة وأيضا التقدم في سن المرأة ومن الأعراض التي قد تصاب بها المرأة بسبب تكرار الحمل وتعسر الولادة هو حدوث هبوط في الرحم بدرجات متفاوتة قد تزداد مع عدم العلاج وتعاني، وتقدر نسبة السيدات في الفئة العمرية (15 - 49) سنة المتزوجات أو السابق لهن الزواج اللاتي حملن مرة واحدة على الأقل و اللاتي

[1] آسيا شريف: **واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة**، مرجع سابق، ص 53.

[2] أحمد عبد المنعم ومنى السيد: مرجع سابق، ص 113.

[3] آسيا شريف: **واقع الصحة الإنجابية والجنسية في البلاد العربية من واقع نتائج المسح العربي لصحة الأسرة**، مرجع سابق، ص 53.

يعانين من أعراض تدل على هبوط الرحم ترتفع في فلسطين واليمن بحوالي 35 % و 24 % على التوالي، وتنخفض في سوريا والجزائر بحوالي 6 % و 7 % على التوالي[1].

هـ- سلس البول:

إن الإصابة بهذا المرض غير معروف لدى السيدات، حيث يطلق عليه بالمعاناة الصامتة، فهي معاناة تشعر بها المرأة دون درايتها أنها مصابة بالمرض ولهذا من حق كل امرأة معرفة هذه الأعراض ويدخل ذلك ضمن عملية التثقيف الصحي حيث بفضله نتوصل إلى القضاء على الجهل الصحي، تمركزت أعلاها في تونس بحوالي 19,9 %، وفلسطين بحوالي 19.1 %، وفي الجزائر 9.3 %، وأدناها في سوريا بحوالي 2,5 %، وجيبوتي بحوالي 2,7 %[2].

2.1.7.المشاكل النفسية أثناء الولادة:

تعد من أكثر المشكلات الصحية التي يهتم بها العاملون في مجال صحة المرأة بصورة عامة والصحة النفسية بصورة خاصة الاضطرابات النفسية أثناء فترة النفاس لأن صحة المرأة في هذه المرحلة لا تنحصر في نفسها فحسب بل تتعداها إلى صحة الطفل أيضا وتتمثل في:

أ- اضطرابات مشاعر المرأة بعد الولادة: يحدث لـ 50 % من النساء خلال أول أسبوع من الولادة ويستمر لمدة أسبوع وهو نوع من أنواع الاضطراب النفسي وليس مرض نفسي حيث تتعرض لحزن مستمر، وبكاء مستمر وقلق وعدم نوم وألم بالرأس وعدم الاهتمام الكافي بالطفل وأحيانا رفض للطفل وكرهه ويجب عرضها على الدكتورة النسائية المتابعة لها أثناء فترة الحمل أو دكتور نفسي[3].

ب- اكتئاب النفاس: هو حالة مرضية تتعرض لها بعض النساء بعد الولادة وتبدأ بعد الولادة بأيام قلائل، ويظهر كأنه امتداد للاضطراب المزاجي الذي يحدث بعد الولادة وأحيانا تكون الصورة واضحة منذ البداية بسبب شدة الأعراض التي تعاني منها المرأة المصابة، وتستمر هذه الأعراض لفترات متفاوتة وقد تطول أحيانا لتصل إلى عدة شهور وأحيانا تصل إلى سنة أو أكثر إذا تركت المرأة دون علاج.

ومن الهام أن يكون كل الذين سوف يهتمون برعاية الأم التي أنجبت حديثا عارفين بوقت ومميزات وبشكل أساسي بالطبيعة السليمة للكآبة، كذلك من الهام أيضا أن تكون النساء وأزواجهن عارفين بهذه الظاهرة خلال النصائح في الفترة السابقة للولادة[4].

---

[1] نفس المرجع السابق، ص ص 53-54.

[2] نفس المرجع السابق، ص ص 54 -55.

[3] http://www.almrsal.com/post/196911

تم الاطلاع عليه يوم: 20016/03/28 على الساعة: 14:50 مساء

[4] ستيوارت كامبل وآخرون: مرجع سابق، ص 360.

ويؤثر المرض الاكتئابي بعد الولادة طويل الأمد على العلاقة بين الأم والطفل ويتداخل مع التطور الاجتماعي والمعرفي للأطفال. ويمكن كشف مثل هذه التأثيرات عند الأطفال بعد برء مرض الأم وحتى عمر 5-7 سنوات[1].

جـ- ذهان النفاس: مرض نفسي خطير يتطور عند المرأة بفترة قصيرة بعد الولادة، وهذا غالبا يشكل صدمة لأنه لا يوجد سبب واضح لحدوثه، إنه لا يدل على أن المولود غير مرغوب به أو أن الحمل أو الولادة كانت عسيرة وكقاعدة لا يوجد أي عيب بالوليد، وهو مرض نادر الحدوث يحصل في 1 من كل 500 ولادة، يعرف هذا المرض منذ قرون عديدة من أيام أبو قراط الطبيب اليوناني الذي عمل بالطب قبل آلاف السنين، وتصبح المرأة أكثر عرضة للإصابة إذا كانت قد أصيبت بهذا المرض بالسابق أو أن أحد أفراد عائلتها قد عانى من مرض نفسي استدعى علاجا طبيا نفسيا[2].

وتجدر الإشارة إلى أنه يوجد ثلاثة أنواع من ذهان النفاس قد تم ملاحظتها: الذهان العضوي الحاد – الذهان الوجداني – الفصام.

أما بالنسبة للذهان العضوي الحاد فقد كان يحدث سابقا بكثرة، وقد قل نسبة حدوثه في أيامنا الحالية، وذلك بسبب أن تسمم النفاس قد قل بشكل كبير، وذلك يعود إلى التطور الذي طرأ على صناعة المضادات الحيوية، ولكن الذي كثر في أيامنا الحالية هو الأعراض الوجدانية، فقد أثبتت دراسات معينة أن 80% من ذهان النفاس كان وجدانيا (أي اضطراب في المزاج) والنسبة العليا من تلك ال80 % كان على شكل أعراض هوسية (أعراض الهوس هي عكس أعراض الاكتئاب) مع العلم أن نسبة كبيرة أيضا من ذهان النفاس يكون على شكل الأمراض الفصامية (مع الأخذ بعين الاعتبار عدم اشتراط المدة الزمنية المعتبرة في الفصام وهي الستة أشهر)[3].

وفي تقييم حالة مريضات ذهان النفاس من الضروري التأكد من أفكار المريضة نحو مولودها. فمثلا المريضات اللواتي يعانين من اكتئاب شديد (ذهان النفاس الوجداني) قد يحملن أفكارا ذات أوهام مرضية بأن المولود عنده تشوهات خلقية أو أنه غير مكتمل، وتلك الأوهام المرضية الخاطئة قد تؤدي إلى أن الأم المريضة تقوم بقتل طفلها؛ ظنا منها أنها تقوم بحمايته من معاناة المستقبل.

---

[1] نفس المرجع، ص 61.

[2] وزارة الصحة، لجنة الصحة النفسية: **الأمراض النفسية بعد الولادة**، منشورات جمعية صندوق إعانة المرضى، الكويت، بدون سنة، ص 2.

[3] http://www.maganin.com/content.asp?contentid=21565

تم الاطلاع عليه يوم: 2016/03/29 على الساعة 45: 11 صباحا

كما أن مريضة الفصام (ذهان النفاس الفصامي) قد تعاني من أوهام مرضية كاذبة عن المولود، فمثلا قد تجزم –وذلك تحت تأثير الأوهام المرضية– بأن المولود غيرطبيعي أو أنه شيطان، وتلك الأوهام أيضًا قد تؤدي إلى قتل المولود.

ويضاف إلى ذلك أن مريضات ذهان النفاس وخاصة الفصامي أو الوجداني الاكتئابي قد يحاولن الانتحار.

أما بالنسبة لعلاج ذهان النفاس فهو على حسب الأعراض الطبية المصاحبة للحالة[1]:

فمثلا في حالات مريضات الاكتئاب الشديد والهوس فيفضل علاجها بالتخليج الكهربائي لأن نتائجه سريعة مما يعيد الأم بسرعة إلى مولودها وتعود لرعايته، وأما في حالات الاكتئاب الأقل حدة فيحاول الطبيب إعطاء الأدوية طاردة الاكتئاب أولا، ثم يقيم حسب النتائج.

وفي حالة المريضات اللواتي يعانين من أعراض شبيهة بالفصام فيجب إعطاء مضادات الذهان، فإن لم تتحسن الأعراض بفترة زمنية قصيرة فيجب الأخذ بعين الاعتبار العلاج بالتخليج الكهربائي وخاصة إذا كانت بداية المرض حادة.

* معظم حالات ذهان النفاس يتحسنون كلية، إلا أن حالات ذهان النفاس الفصامي قد تصبح مزمنة، ويجب العلم بأن نسبة عالية من اللواتي أصبن بالاكتئاب عند النفاس قد يصبن لاحقا بالاكتئاب بعد انتهاء فترة النفاس.

8.العوامل المؤثرة في الرعاية الصحة للأم:

من المعروف عالميا أن توفر الرعاية الصحية خلال الحمل والولادة وما بعدها من قبل أشخاص مؤهلين ماهرين يمكن أن يحسن إلى حد كبير معطيات الولادة سواء للأمهات أو للأطفال الرضع من خلال الاستخدام الصحيح والأمثل للإجراءات المناسبة والتي تسمح بالتشخيص السريع للمضاعفات المحتملة ومعالجتها، إن استخدام خدمات الرعاية الصحية سواء كانت الحكومية أو الأهلية تعتمد على عدة عوامل منها: العوامل الاجتماعية والديموغرافية، والتركيبة الاجتماعية، ومستوى التعليم، والعادات والتقاليد السائدة في المجتمع، وضع المرأة، والنظام الاقتصادي والسياسي للبلد فضلا عن العوامل البيئية ونمط انتشار الأمراض والنظام الصحي المعمول به، كذلك فإن المحرك الأساسي والرئيس لطلب الخدمات الصحية واستخدامها يكمن في تنظيم وهيكلية المجتمع ككل وطبيعة النظام الصحي.

1.8.العوامل الاجتماعية والثقافية المؤثرة في رعاية صحة للأم:

تعتبر المحددات الاجتماعية عاملا هاما من العوامل المؤثرة في صحة النساء والمواليد، فالفقر واللامساواة وانعدام الاستقرار الاجتماعي عوامل تقوض رعاية الأمهات والمواليد بسبل متعددة مثل سوء الحالة

[1] وزارة الصحة، لجنة الصحة النفسية: **الأمراض النفسية بعد الولادة**، مرجع سابق، ص 4.

التغذوية للفتيات والنساء (بمن فيهن الحوامل) وعدم ملاءمة ظروف السكن والإصحاح، وتسبب حالات الطوارئ الإنسانية المعقدة تحركات خطيرة للأشخاص (بمن فيهم الحوامل والمواليد) وتهدد إمكانية وصولهم للنظم الصحية العاملة، كما يعوق انخفاض مستويات التعليم، والتمييز بين الجنسين وانعدام التمكين التماس النساء للرعاية الصحية وتحول دون اتخاذ أفضل الخيارات لصحتهن ولصحة أطفالهن، مما يؤدي إلى تأجيلات خطيرة ووفيات لا داعي لها، وتقر خطة العمل هذه بالروابط المتأصلة بين العوامل الظرفية وصحة الأمهات والمواليد وتركز بالدرجة الأولى على الحلول المتصلة بالنظم الصحية[1].

كما أن الموقع الذي تحتله المرأة في المجتمع يحدد نظرتها وموقفها من الأمور التي تتعامل معها لما يحدده الحيز الذي تستطيع المرأة التصرف فيه، فالمرأة الأمية والفقيرة أكثر احتمالا للزواج في فترة المراهقة، وارتفاع الخصوبة بينهن، مما يزيد من العبء عليهن، وتفاقم الفقر وسوء الصحة وعدم استغلال الخدمات الصحية وبذلك يصبحن أكثر عرضة للوفاة أثناء الحمل والولادة.

إن الأمهات الأكثر تعليما يتمتعن برعاية صحية أفضل، كما أنهن يمتلكن مهارات أفضل في الحصول على المعلومات المتعلقة بالرعاية الصحية والوقاية من الأمراض والتغذية وتقييم هذه المعلومات[2]، كما يعتبر الوعي الصحي لدى أفراد المجتمع من أهم العوامل المؤثرة على برامج الخدمات الصحية، ويعتبر المستوى التعليمي والثقافي أحد العوامل الهامة التي تلعب دورا أساسيا في توافر الوعي الصحي لدى الأفراد فالأفراد الأكثر تعليما يتمتعون بالوعي الصحي ويكونون أكثر قدرة على فهم أسباب المرض وطرق تنفيذ علاجه[3].

فقد أثبتت دراسات عديدة أن المرأة المتعلمة يرجح أن تحصل أكثر من غيرها على رعاية ما قبل الولادة، وأن تلد أطفالها بمساعدة مولدين مهرة، وأن تستعمل وسائل منع الحمل لتجنب الولادات في وقت غير ملائم أو الولادات غير المرغوب فيها، فتعليم الرجل أقل تأثيرا من تعليم المرأة على الصحة الإنجابية وعلى نمط تكوين الأسرة في العديد من البلدان، ولكن آثاره ايجابية بوجه عام فهي تعزز أثار تعليم المرأة ولكن لا تحل محلها فنجد أن الأم الغير المتعلمة التي تنشأ في مجتمع تتم فيه الولادة بواسطة الداية ترى أنها أفضل طريقة وأنه من الصعب عليها الاقتناع بالولادة بواسطة الأطباء أو الممرضات[4].

كما تشير إحدى الدراسات التي نشرتها منظمة الصحةِ العالمية عام 2015 إلى أن المحددات الاقتصادية والاجتماعية تلعبُ دورها في إقبال السيدات على استخدام خدمات النفاس، إذ كلما ارتفع المستوى الاقتصادي/الاجتماعي للأم كلما زاد استخدامها لخدمات النفاس. كذلك الأمر بالنسبة لمستوى المرأةِ التعليمي

---

[1] منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية السابعة والستون: **صحة المواليد**، جنيف، 2014، ص 7.

[2] أحمد محمد بدح وآخرون: مرجع سابق، ص 231.

[3] عبد المجيد الشاعر وآخرون: **علم الاجتماع الطبي**، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، عمان، 2000، ص 103.

[4] بهاء الدين إبراهيم سلامة: **الصحة والتربية الصحية**، دار الفكر العربي للطبع والنشر، القاهرة، 2007، ص ص 240-243.

ومستوى زوجِها التعليمي أيضا، إذ أن هناك ازديادا ملحوظا في استخدام النساء لخدمة النفاس مرتبطا بازدياد مستواهن التعليمي[1].

ويؤثر كذلك نمط الأسرة (أسرة نووية أو أسرة ممتدة) بالغ الأثر على الخدمات الصحية المقدمة للأم الحامل لذلك نجد فوارق كبيرة بين الخدمات الصحية في البيئات المختلفة، ففي الأسرة الممتدة نجد أن زوجة الابن لا تذهب إلى الوحدة الصحية أو المستشفي إلا بعد استشارة زوجها وأخذ الإذن منه حتى في أصعب الظروف الصحية، كما أنها تطيع أم الزوج وتتصاع لأوامرها ونصائحها وعادة تكون هذه النصائح مخالفة للتعاليم الصحية الحديثة، وتعتبر هذه النصائح ملزمة للزوجة من أجل الحفاظ علي العلاقات الأسرية ونجد على العكس في الأسرة النووية[2].

ومنه فإن الرعاية الصحة للأم الحامل تؤثر وتتأثر بحالة المجتمع الاجتماعية والثقافية فهي تتأثر سلبا بانتشار الأمية والبطالة، وبتقاليد المجتمع وعاداته ومعتقداته وقيمه، كما تتأثر بالبيئة الأسرية والعلاقات المتشابكة بين أفرادها، وفي كثير من أنحاء العالم تتعرض النساء للتمييز فيما يتعلق بتوزيع الموارد العائلية وبالحصول على الرعاية الصحية، وفي المناطق التي تتدنى فيها مكانة المرأة تأتي صحتها وتعليمها وحاجاتها العاطفية في الدرجة الثانية بعد الرجل، وتلعب الخدمات الصحية دورا هاما للرقي بمستوى صحة الأم، فلا يمكن الوقاية من المشاكل الإنجابية أو علاجها أو الحد منها دون توافر خدمات صحية ذات جودة عالية تم التخطيط لها لتلبي الاحتياجات الصحية للفئات المختلفة، مع ضمان سهولة الوصول إليها.

2.8.العوامل الاقتصادية في الرعاية الصحة للأم:

تشكل الأمومة الآمنة وعناية الأم الصحية محور الحياة. وهما أساس العمل اللائق وإنتاجية النساء، فبالنسبة للنساء العاملات أكان على صعيد المشاركة في أسواق العمل أم العمل بلا أجر في المنزل أو مختلف أشكال العمل غير النمطي للحساب الخاص تعتبر مسألة تحقيق التوازن بين الأمومة والمسؤوليات العائلية والعمل جذور دورهن الرئيسي[3].

ويفتقر عدد لا يحصى من النساء إلى فرص العمل اللائق التي من شأنها تمكينهن من التخلص من الفقر أو العمل في ظل ظروف آمنة، وغالبا ما تجد النساء العاملات أنفسهن خارج إطار الحماية القانونية التقليدية وأنظمة الحماية الاجتماعية التي تحميهن من الانكشاف وتساعدهن في الحصول على الرعاية الصحية، ولا بد أن تتخلص النساء من التمييز والصرف على أساس الحمل أو الأمومة خصوصا وأن عدد

---

[1] وزارة الصحة: **تقييم خدمات صحة المرأة والطفل والصحة الإنجابية المتكاملة**، منشورات المركز الوطني للعناية بصحة المرأة، الأردن، 2015، ص 14.

[2] سومية بوحفص: **المرأة الحامل بين نوعية الرعاية الصحية المتبعة والعوامل المؤثرة في ذلك**، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 27، المركز الجامعي لتامنغست، الجزائر، ديسمبر 2016، ص 673.

[3] منظمة العمل الدولية: **حماية المستقبل – الأمومة والأبوة والعمل**–، المكتب الإقليمي للدول العربي، بيروت، 2009، ص 1.

كبير منهن يفتقر إلى إيصال الصوت والحصول على التمثيل لتحسين حياتهن، من جهتها تستلزم الأمومة الآمنة إنجازات على صعيد حق المرأة في الحصول على عمل لائق والتمكين الاقتصادي بالإضافة إلى فرص التعليم والمساواة السياسية والقانونية. فإن النقص على صعيد العمل اللائق يهدد صحة الأمومة وضمان المرأة الاقتصادي[1].

ومن المفترض أن تحل الإعانات النقدية مكان جزء من الدخل المفقود نتيجة توقف المرأة عن النشاطات الاقتصادية مما يؤثر عمليا على أحكام إجازة الأمومة، ففي غياب البديل عن الدخل، تعاني معظم العائلات من مشاكل مالية كثيرة نتيجة توقف المرأة عن العمل وأمام مصاريف الحمل والولادة المتزايدة. وفي ظل الفقر أو الإكراه المالي، قد تجد المرأة نفسها مجبرة على مزاولة العمل بأسرع وقت بعد الولادة وقبل أن يسمح لها الطبيب بذلك،. وقد احتضنت معظم الدول (97 %) هذا المبدأ باستثناء خمس دول من أصل 166 هي أستراليا وليزوتو وبابوا غييدا الجديدة وسوازيلاند والولايات المتحدة الأميركية حيث تقوم إجازة الأمومة خارج إطار الأحكام القانونية المحلية المتعلقة بالدفع، وفي معظم الدول، قد لا تكون الإعانات النقدية مناسبة. فإن 36 % من الدول فقط تطبق معايير الاتفاقية رقم 183 لجهة منح المرأة الحامل ثلثي الدخل قبل إعطائها إجازة الأمومة الممتدة على أسبوع[2].

في حين صادقت ثلاث دول فقط في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا على واحدة من اتفاقيات منظمة العمل الدولية لحماية الأمومة عام 2011، وصادق المغرب على اتفاقية منظمة العمل الدولية لحماية الأمومة لعام 2000 رقم183 التي تنص على إعطاء إجازة أمومة 14 أسبوعا، وصادقت ليبيا عام 1975 على اتفاقية منظمة العمل الدولية لحماية الأمومة (المراجعة) لعام 1952 رقم 103 التي تنص على إعطاء إجازة أمومة من 12 أسبوعا، رغم أن ليبيا زادت عام 2010 إجازة الأمومة إلى 14 أسبوعا، وصادقت الجزائر عام 1962 على أول اتفاقية لحماية الأمومة، لعام 1919 رقم 3 والآن تنص على إعطاء 14 أسبوعا، ومع ذلك تعطي كافة الدول الأخرى في المنطقة إجازة أمومة لمدة أقل من 14 أسبوعاً، وعدد قليل من الدول فقط يقدم ما يصل إلى ستة أيام من إجازة الأبوة[3].

كما تمر المرأة خلال دورة الحياة الإنتاجية بمراحل ثلاث هي الحمل والولادة وفترة ما بعد الولادة. وتعيش عندها تحت وطأة أخطار عديدة فلا بد من تأمين الحماية الخاصة لها في مكان العمل، فإن الاعتراف بالمخاطر ومعالجتها من شأنه الحد من الأخطار المحددة التي تهدد صحتها، وتعزيز إمكانية توليد الدخل

---

[1] نفس المرجع: ص 2.

[2] نفس المرجع: ص 2-3.

[3] منظمة العمل الدولية، المكتب الإقليمي للدول العربية: **المرأة في قطاع الأعمال والإدارة- اكتساب الزخم في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا-**، ط1، تقرير إقليمي، بيروت،2016، ص 27.

خلال فترة الحمل والتهيئة لعملية تنمية الطفل الصحية. من جهتها، تدعو الاتفاقية رقم 183 إلى اتخاذ التدابير لضمان حماية المرأة الحامل الصحية أو المرأة المرضعة فيما تؤمن التوصية رقم 191 التوجيهات المحددة في هذا المجال.

وقد دعا عدد من الدول إلى تقويم مخاطر مكان العمل المرتبطة بعمل المرأة الحامل أو المرضعة (في جنوب إفريقيا مثلا)، لكن بعض الدول لا تزال تفرض حظرا شاملا ضد استخدام الحوامل – أو بالأحرى– النساء في بعض الوظائف المصنفة في خانة الأعمال الخطرة بما يتوافق مع ما تنص عليه اتفاقية حماية الأمومة المذكورة، وقد يؤثر هذا الموضوع من حيث إعاقة حقوق المرأة لجهة المساواة في الفرص والمعاملة في الاستخدام والمهنة[1].

وبالتالي يمكن القول بأن وجود دخل للأسرة أو للأم يغير من نمط استهلاكها، ويؤثر أيضا على نمط الغذاء والمسكن واللباس ويوجه إلى حيازة السلع الكمالية بالإضافة إلى تحسين الظروف والأوضاع الصحية وخاصة طريقة الاعتناء بصحة الأم بكيفية يضمن لها الحصول على أحسن الخدمات الصحية.

خلاصة:

يكمن الهدف من التطرق لهذا في محاولة تسليط الضوء على مفهوم الأمومة والرعاية الصحية لها بمكونتها الثلاث بحيث من خلال ما تم الإلمام به نستخلص أن الرعاية الصحية حق لكل إنسان، وبالدرجة الأولى الأم، فحياة الأم الخالية من العلل هدف من الأهداف الأساسية للرعاية الصحية الإنجابية والتي يجب على أي مجتمع أن يسعى إلى تحقيقها، لأن معظم النساء الحوامل معرضات للخطر ويمكن أن تحدث لهن مضاعفات في أي وقت أثناء الحمل والولادة وبعد الولادة، ومع ذلك يمكن للنساء والأسر أن تتعلم كيفية تجنب الحمل غير المرغوب فيه، وإذا حدث الحمل، يمكنهم أن يتعلموا أهمية تلقي الرعاية السابقة للولادة، وكيفية التعرف على علامات الخطر، والتخطيط للإحالة في حالات الطوارئ، وعمل خيارات آمنة عند الولادة. وعندما تحدث مشاكل تتم الإحالة في الوقت المناسب، ويمكن معالجة المضاعفات في المرافق الصحية المجهزة بشكل كاف بالمستلزمات والأدوية، والتي يعمل بها فريق عمل كامل من العاملين الصحيين المدربين والمهرة.

[1] منظمة العمل الدولية: **حماية المستقبل – الأمومة والأبوة والعمل**–، مرجع سابق، ص 4.

1-2 الرعاية الصحية للمولود:

يمكننا تقديم الرعاية الصحية للأطفال في المرحلة التي تسبق ولادتهم ، وذلك عن طريق العناية بالأمهات، فوفاة الأم تشكل خطورة على حياة الطفل لأن الأطفال الذين تلقى أمهاتهم حتفهن هم أنفسهم عرضة للموت قبل بلوغ العام الثاني من أعمارهن وإذا ما توافرت وسائل الرعاية الأساسية في مراحل ما قبل الولادة و في أثنائها وبعدها وإذا تحسنت وسائل الحصول على العناية الطارئة في وقت الولادة يكون من الممكن تفادي وقوع هذه الوفيات.

ارتبط معدل الوفيات حول الولادة في الجزائر بنقص في التنظيم المنطقي للولادات وبنقص في الوسائل والأجهزة اللازمة لضمان ولادة بأقل خطورة ممكنة، وفي هذا الإطار ومن أجل التصدي بفعالية للوفيات حول الولادة والأمراض التي تصيب الأطفال حديثي الولادة، أصبح من الضروري تسوية الولادة ووضعها في ظروفها العادية.

1-2-1 الرعاية الصحية لحديثي الولادة:

1-2-1-1 شروط وضع المولود الجديد:

من أجل وضع المولود الجديد واستقباله لابد من تهيئة قاعة خاصة تتوفر فيها شروط معينة حرارتها حوالي 25 درجة، تتوفر على أجهزة خاصة بالتوليد...الخ، ومراجعة التقرير الطبي للأم وتحديد ما إذا كانت وضعيتها الصحية تتطلب حضور أخصائي للتكفل بالمولود الجديد، كما يفرض استقبال مولود جديد الالتزام بشروط نظافة معينة من قبل القائمين على هذه العملية، وفي الأخير إطلاق حركة مقياس الوقت Chronomètre بعد الولادة الفعلية للمولود[1].

بعد الولادة مباشرة يخضع المولود لتقييمين متتابعين[2]، يستخدم في التقييم الأول بعض المعايير تقدر بصفة تدريجية، ابتداء بالتنفس فنبض القلب ثم لون المولود، إذا كانت نتيجة التقييم الأول جيدة

[1] Lebane D.et Arfi H. **la naissance en milieu hospitalie ,** édition UNFPA, Alger, 2003, p 39.
[2] IBID. Pp.138-139-140.

تجري للمولود قياسات عامة، أما إذا حدث العكس فلابد من تنشيط وإنعاش المولود ثم إخضاعه للتقييم الثاني والذي يسمى علامة أبكار Score d'Apgar.

يعتمد Score d'Apgar على خمسة معايير هي: نبض القلب، حركات التنفس، انقباض العضلات، الاستجابة للتنبيه ولون المولد، حيث يتم تقييم المولود بالاعتماد على هذه المعايير الخمسة خلال الدقيقة الأولى، ثم الدقيقة الخامسة ثم في الدقيقة العاشرة. هنا تظهر قيمة إطلاق مقياس الوقت بعد الولادة مباشرة، إذا كانت نتيجة هذا التقييم جيدة تجرى للمولود قياسات عامة، أما إذا حدث العكس فلابد من إسعاف المولود ومتابعته كما يوضح المخطط أدناه.

1-2-1-3 الرضاعة الطبيعية لحديثي الولادة:

إن الطب الحديث يحث الأمهات للعودة إلى الرضاعة الطبيعية، لأنها تعتبر النظام الغذائي الأكثر غنى بالفيتامينات التي تساعد الأطفال خاصة حديثي الولادة منهم على النمو والبقاء، وتحميه من أخطار الإصابة بالأمراض. وبالتالي نتفادى حدوث الوفيات، خاصة الوفيات التي تحدث في الشهر الأول من الولادة (الوفاة حول الولادة)، وليس هذا فقط وإنما يوصي الأطباء بمتابعة الرضاعة الطبيعية الستة أشهر الأولى على الأقل لما لها من أهمية بالنسبة لصحة الطفل[1].

1-2-2 المتابعة الصحية للمولود:

تؤدي مراكز حماية الأمومة والطفولة دورا كبيرا في فاعلية الوقاية، فكل تشخيص لمرض ما، أو شك فيه على مستوى هذا المركز يتم بموجبه إرسال الطفل إلى مؤسسة استشفائية تتوفر على طبيب أطفال أو طبيب عام.

كما تتلخص أنشطة هذه المراكز في التلقيحات، ومتابعة تطور الحالات الصحية من خلال الدفتر الصحي الخاص بالطفل، الذي يحمل بعض التوضيحات المتعلقة بتطوره. إضافة إلى كل هذه الأنشطة تلعب مراكز حماية الأمومة والطفولة دورا هاما في التربية الصحية، فهي تشجع الأمهات وتحثهم للعودة إلى الرضاعة الطبيعية، كما تحثهم على نظافة الأطفال، وتقوم كذلك بإرشادهم إلى

[1] Le Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français, 1996, Op.cit, p.223.

ضرورة تجسيد الشعور العاطفي بين الأم والطفل[1]. بحيث بلغت مابين سنة (2012 –2013) نسبة الفحص الصحي للطفل المولود 91.5%[2].

من المفروض أن يتابع الطفل صحيا من قبل مراكز حماية الأمومة والطفولة حتى سن السادسة، لكنه وللأسف معظم الزيارات لهذه المراكز يقل بعد بلوغ الطفل سن السنة والنصف، أي عند انتهاء مرحلة التلقيحات المتتالية والتي تكون بالشكل التالي[3]:

– عند الولادة يلقح الطفل ضد السل BCG، وضد الكبد الفيروسي ب1، وعن طريق الفم ضد الشلل.

– في أول زيارة للطفل لمركز حماية الأمومة والطفولة يتم الإطلاع على أثر التلقيح ضد السل BCG، ويلقح ضد الكبد الفيروسي ب2.

– في الشهر الثالث يتم تلقيح الطفل ضد الديفتيريا والكزاز والسعال الديكي D.T Coq، وعن طريق الفم ضد الشلل، وتعاد هذه التلقيحات في الشهر الرابع.

– في الشهر الخامس يلقح الطفل ضد الديفتيريا والكزاز والسعال الديكي D.T Coq، وعن طريق الفم ضد الشلل، كما يلقح ضد التهاب الكبد الفيروسي ب2.

– في الشهر التاسع يتم تلقيح الطفل ضد الحصبة.

– في الشهر الثامن عشر يتم إعادة تلقيح الطفل ضد الديفتيريا والكزاز والسعال الديكي D.T Coq، وعن طريق الفم ضد الشلل.

– وفي السنة السادسة يتم تلقيح الطفل ضد الديفتيريا والكزاز D.T enfant، كما يتم تلقيحه ضد الحصبة، وضد الشلل.

نقول عن الطفل أنه لقح بصفة جيدة إذا أجرى كل تلقيحات السنة الأولى، ونقول أن الطفل لقح بصفة كاملة إذا أجرى كل التلقيحات بصفة منتظمة قبل بلوغه السنة الثانية. في الجزائر وحسب المعطيات التي استخرجت من التحقيق الوطني حول صحة الأسرة الذي أجري سنة 2002، فإن نسبة

[1] Rapport MSPRH, **Santé maternelle et infantile 2000-2004**, édition ANDS, Alger, 2005, p.57.
[2] (MICS 4) 2012-2013, Op. Cit, p 10
[3] M.S.P.R.H, **Carnet de santé**, ANEP, Rouiba, Algérie, p.18.

الأطفال الذين لقّحوا بصفة كاملة بلغت 90.6% حسب الدفتر الصحي للطفل. أما مابين سنة 2012-2013 فإن نسبة الأطفال الذين لقّحوا بصفة كاملة بلغت 71.7%[1]، بحيث نلاحظ تراجع مقارنة بسنة 2002.

1-2-3 الأخطار الصحية التي يتعرض لها المولود:

إن معظم المشاكل الصحية المتعلقة بحديثي الولادة تظهر خلال 24 ساعة بعد الولادة، لهذا فهذه الفترة تحتاج إلى أكبر قدر ممكن من الملاحظة والرعاية، فقد تظهر خلال اليوم الأول من الحياة خارج الرحم مشاكل كبرى كنقص التنفس، تشوهات خلقية ونقص الوزن، لكن بعد ذلك تختلف نوعية المشاكل الصحية. ومن أهم المشاكل الصحية التي قد يتعرض لها المولود والتي قد تؤدي إلى موته ما يلي[2].

1-2-3-1 ضيق التنفس:

إن ضيق التنفس الذي يصيب حديثي الولادة يمثل أحد أهم الأمراض التي تمنع المولود من التكيف خارج الرحم، هذا المرض يصيب خاصة المواليد الخدج، الذين يولدون قبل الأسبوع 35 من الحمل، حيث يكون النظام الإنزيمي لديهم غير كافي أو غير موجود أصلا.

هذا المرض غالبا ما يكون سببه وجود ما يسمى بالأغشية الزجاجية أو الشفافة، والتي تكثر ملاحظتها عند المواليد المنخفضي الوزن والمواليد الذين يولدون من أمهات مصابات بمرض السكري، بالإضافة إلى المواليد الذين تتم ولادتهم عن طريق العمليات القيصرية، كما أن هناك أسباب أخرى يمكن أن تؤدي إلى هذا المرض كالتهاب الرئة Pneumonie والتأخر في امتصاص السائل الرئوي[3].

1-2-3-2 التشوهات الخلقية:

نقول أن المولود مشوه خلقيا، إذا كان شكله يختلف عن الشكل الطبيعي الذي يمثله جنسه، هذه التشوهات يمكن أن تكون خارجية ظاهرة للعيان، أو داخلية، كما يمكن أن تكون بصفة كلية أي كل

---

[1](MICS 4) 2012-2013, Op. Cit ,p 84.

[2] شريفي خيرة. **دراسة تحليلية للتحقيق الوطني الخاص بأسباب الوفيات حول الولادة في الجزائر**، الجزائر،2004، ص ص 52-53-54.

[3] Relier Jean Pierre, **Médecine Périnatale**, édition Médecine Sciences, Paris, 1989, pp.308-309.

الجسم مشوه، أو تكون صغيرة، كذلك يمكن أن تكون منفردة أو متعددة تمس عدة أعضاء في نفس الجسم.

لهذا لابد من فحص المولود جيدا بعد الولادة حتى يتم التأكد من سلامته من أي تشوه خلقي، وإن تبت العكس فلابد من علاجه إن أمكن ذلك، ورعايته صحيا بتقديم ما يستلزم تقديمه من مرافقة وتأهيل، ومن متابعة مستمرة لحالته.

على العموم هناك ثلاث أمراض التهابية تتقاسم فيما بينها مسؤولية حدوث التشوه الخلقي، وهي: التوكسوبلازموز، الحصبة الألمانية، Les maladies des inclusions cytomégaliques[1].

1-2-3-3 الولادات المبكرة:

إن الولادات المبكرة تشكل خطرا كبيرا على المولود، وقد تؤدي إلى حدوث وفيات حول الولادة. الولادات المبكرة هي كل ولادة تأتي قبل الأسبوع الـ 37 من الحمل، أو قبل اليوم الـ 259 ابتداء من أول يوم لآخر طمث عادي، هذا المعيار تم المصادقة عليه من قبل المنظمة العالمية للصحة في سنة 1961[2]، في حين تم إهمال معيار وزن المولود لعدة اعتبارات أهمها أن هناك بعض المواليد الخُدج، الذين يولدون قبل الأسبوع 37 من الحمل، لكن نموهم داخل الرحم يكون جيدا، أي أن وزنهم يسمح لهم بالعيش كالمواليد الطبيعيين، في حين أن هناك حالات أخرى تكون أوزانها ضعيفة ولا تسمح لهم بالعيش.

تتعدد الأسباب المؤدية إلى حدوث الولادات المبكرة لكن أهمها هي: الظروف الاجتماعية السيئة، صغر سن الأم، الولادات المتعددة، الالتهابات العامة والبولية، السكري...الخ.

لهذا كان لزاما على المسؤولين توفير الهياكل الصحية والأدوات الطبية اللازمة للتعامل مع هكذا حالات، والعمل على تكوين ورسكلة المختصين من أجل تسيير هذه الهياكل والاستخدام الجّيد لهذه الأدوات، والتعامل مع هذا المولود باحترافية، ورعايته حتى يخرج من دائرة الخطر.

1-2-3-4 الأمراض الالتهابية:

[1] IBID. P.129.
[2] IBID. p.259.

إن الجرثومة المسبب لهذه الأمراض لدى حديثي الولادة تختلف من حالة لأخرى، كما يمكن لهذه الجرثومة أن تنتقل من الأم إلى المولود، أو أن تهاجم جسم المولود في الفترة ما بعد الولادة دون أن يكون هناك علاقة للأم في ذلك، وهذا ما سوف نوضحه فيما يلي[1]:

الحالة الأولى: انتقال الجرثومة من الأم إلى المولود:

في هذه الحالة تنتقل الجرثومة من الأم إلى المولود قبل أو أثناء عملية الولادة وهذا يعني:

1) تواجد الجرثومة في جسم الأم.
2) انتقال الجرثومة من الأم إلى المولود.
3) إصابة المولود.

كما يختلف نوع هذا الالتهاب الذي ينتقل عن طريق الأم حسب الحالة، لكن هناك ثلاث أنواع مهمة هي:

1) الالتهابات البولية خاصة إذا لم يتم علاجها، أو أن نوع العلاج الموصى به لم يقضي على الجرثومة.
2) التهاب عام.
3) تعفن الدم.

الحالة الثانية: انتقال الجرثومة إلى المولود بعد الولادة

يحدث هذا الالتهاب في أوقات مختلفة خلال فترة ما بعد الولادة، لكن غالبا يظهر في الـ 48 ساعة الأولى من حياة المولود، حيث تبدو عليه بعض الأعراض التي تظهر ذلك.

عموما تنقسم هذه الأمراض الالتهابية إلى أربعة أقسام هي كالتالي:

1) أمراض بكتيرية.
2) أمراض فيروسية.
3) أمراض طفيلية.
4) أمراض Fungiques.

[1] Perlman R., Amiel Tison, D. Desbois, J.C, **Pédiatrie pratique périnatalogie**, édition Maloine, Paris, 1985, pp.1278-1284-1345-1382-1396.

من أجل تفادي إصابة المولود بهذه الأمراض الالتهابية يستلزم إخضاع الأم للفحوصات الطبية قبل وبعد الولادة، حتى يتم التأكد من خلو جسمها من أي جراثيم قد تهدد حياتها وحياة مولودها، كما يستلزم تهيئة الظروف الصحية المطابقة لمعايير السلامة أثناء الولادة، مثلا: تعقيم قاعة الولادة جيدا، توفير درجة الحرارة الملائمة 25 درجة مئوية، التعقيم الجيّد للأدوات المستعملة في التوليد، نظافة الفريق الطبي خاصة الغسل الجيّد للأيدي..إلخ.

صحة الطفل:

إنّ صحة الأطفال تتأثر بالتغيرات والأوضاع التي تسود البلاد كما أنها تختلف من بلد إلى آخر كل حسب إمكانياته، الشيء الّذي يؤّكد لنا أنه ليس كل الأطفال ينعمون بالصحة الجيدة فاعتلال الصحة أي المرض يعاني منه العديد من أطفال العالم، لذلك تم عرض أهّم البرامج التي اهتمت بصحة الطفل وكذلك عرض الحالة الصحية للأطفال في العالم وفي الجزائر بالخصوص، لمعرفة الحالة التي كانت عليها صحة الأطفال وهذا من خلال بعض التقارير ولبحوث التي اهتمت بالأمر والحالة التي آلت إليها وهذا بعد التطور والتقدم في مجال الصحة .

1- أهم البرامج المهتمة بصحة الطفل

لا نستطيع التكلم عن التقدم والرفاه الاجتماعي في ظل بلدان تعرف فيها الحالة الصحية للأطفال تدهورا كبيرا، فالصحة الجيدة للأطفال علامة من علامات التنمية لذلك اختارت« UNICEF » معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة مؤشر رئيسي لقياس التقدم الإنساني والاقتصادي فهو حصيلة تشكيلة واسعة من المدخلات مثل الصحة الغذائية للأمهات ومدى معرفتهن بالأمور الصحية ، مستوى التغطية التحصنية، معدل استخدام أملاح معالجة الجفاف، توافر خدمات الأمومة والطفولة توافر الدخل والغذاء للأسرة، توافر المياه النظيفة ومرافق الصرف الصحي والسلامة العامة لصحة الطفل[1].

لذلك بات مشغل الاهتمام بصحة الطفل من الأولويات الرئسية للدول وهذا من خلال عقد مؤتمرات أهمها :

أ- مؤتمر قمة الأحد الموافق ل الثلاثين من أيول 1990:

هو أول قمة عالمية للأطفال إلتقى 71 من قادة دول العالم ورؤساء حكوماتها إذ تعهد هؤلاء بالعمل من أجل وضع حد لوفيات الأطفال وانتشار سوء التغذية بينهم بحلول عام 2000 وتوفير الحماية الأساسية للتنمية الجسدية والعقلية لجميع أطفال العالم ولقد تمت تجزئة هذا الهدف العام إلى ما يزيد عن عشرين هدفا وهي:

- تخفيض معدلات وفيات الأطفال دون ا لخامسة بنسبة الثلث أو تخفيضها إلى مادون 70 وفاة لكل 1000 ولادة حية.

- تخفيض معدلات وفيات الأمهات إلى النصف.

- تخفيض حالات سوء التغذية الحادة أو المعتدلة إلى النصف في العالم للأطفال دون سن الخامسة.

- تأمين الماء الصالح للشرب والصحة العامة لكل العائلات.

[1] منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) : وضع الأطفال في العالم 2003 ، موجز رسمي ، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط ،عمان ،الأردن ، 2003 ،ص 4

– حماية ملايين الأطفال ممن يعشون في ظروف بالغة الصعوبة وبذل الجهود لتشجيع الدول والحكومات على حماية الأطفال من الآثار المباشرة والغير المباشرة للحروب.

– تخفيض عدد الولادات بوزن منخفض (2,0 كغ) أو أقل إلى ما يقل عن 10%.

– تخفيض حالات فقر الدم بين النساء بمقدار الثلث.

– التخلص كليا من الاضطرابات الناتجة عن نقص فيتامين« أ » واليود.

– نشر المعرفة بين العائلات جميعها عن أهمية تقديم دعم المرأة في عملية إرضاع الطفل وسد حاجات الطفل الغذائية الخاصة خلال سنوات ضعفه.

– القضاء على شلل الأطفال.

– القضاء على كزاز المواليد بحلول عام 1990.

– تحقيق تغطية تحصنية بنسبة 80 % على الأقل ضدّ الكزاز للأمهات في سنوات الحمل مع المحافظة على هذه النسبة.

– تخفيض معدلات وفيات الأطفال نتيجة الإسهال بمقدار النصف وتخفيض نسبة حدوث الأمراض الإسهالية بنسبة 20%.

– تخفيض نسبة وفيات الأطفال نتيجة الالتهابات التنفسية الحادة بمقدار الثلث.

– القضاء على أمراض دودة غنيا[1].

ب – المؤتمر الدولي للسكان والتنمية القاهرة 1994

التقت فيه 179 دولة وتشمل أهدافه تحقيق إمكانية حصول الجميع على التعليم والرعاية الصحية بما في ذلك خدمات الصحة الإنجابية وتنظيم الأسرة وخفض معدلات وفيات الرضّع والأطفال والأمهات في مرحلة النفاس وعلاج الأمراض التي تنتقل جنسيا بما فيها فيروس نقص المناعة المكتسب والوقاية منه والحماية من العنف وتمكين المرأة وضمان إمكانية حصولها على التعليم والرعاية الصحية[2].

[1] منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف): **وضع الأطفال في العالم 1991**، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط، عمان، الأردن، 1991، ص ص 1–2.

[2] صندوق الأمم المتحدة للسكان UNFPA: **أهداف المؤتمر الدولي للسكان و التنمية " في : السكان والصحة الإنجابية والأهداف الإنمائية للألفية**، نيويورك، ص ص 9–10.

ج – المؤتمر العربي حول صحة الأم والطفل من 7إلى 10 جانفي1999

قامت جامعة الدول العربية بتنفيذ هذا المشروع (PAPCHILD) في 10 دول عربية وهي الجزائر – مصر – لبنان – موريتانيا – المغرب– السودان – سوريا – تونس – اليمن وذلك بالتعاون مع برنامج الخليج العربي لدعم منظمات الأمم المتحدة الإنمائية (AGFUND) وصندوق الأمم المتحدة للسكان (UNFPA) ومنظمة الصحة العالمية (WHO) ومنظمة الأمم المتحدة للطفولة (UNICEF) ومكتب إحصاء الأمم المتحدة(UNSD) والإتحاد الدولي لتنظيم الأسرة (IPPF).

ويهدف المؤتمر إلى عرض نتائج الدراسات المعمقة والمقارنة التي أجريت في ضوء بيانات المسوحات التي نفذت في إطار المشروع العربي للنهوض بالطفولة(PAPCHILD) ومناقشة استخدامات البيانات في مجال إعداد ومراجعة البيانات ذات العلاقة في الدول العربية[1].

د– مؤتمر قمة الألفية لسنة 2000

اجتمعت فيه الدول الأعضاء في الأمم المتحدة البالغ مجموعها 189 دولة

أما عن الأهداف المرجوة فهي تعزيز أهداف قمة القاهرة 1994 فهي تتمازج معها تقريبا ووضعت هي الأخرى غاية الوصول إلى تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في الفترة ما بين عا م 1990 وعام 2015[2].

2– الحالة الصحية للأطفال في العالم :

لولا التقدم الّذي حدث في الثمانينات لأرتفع معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في دول العالم الثالث إلى ما يقارب 17,5 مليون وفاة بحلول عام 1990، وذلك بسبب ارتفاع معدلات النمو السكاني، لكن مع التقدم الحاصل في استراتجيات بقاء الأطفال مثل معالجة الجفاف عن طريق الفم والتحصين خلال الثمانينات انخفضت حالات الوفاة إلى ما يفوق 8 مليون حالة[3].

والتغير في معدلات الوفاة للأطفال الأقل من خمس سنوات موضحة في الجدول التالي:

جدول رقم(1): التغير في معدلات الوفات للأطفال الأقل من خمس سنوات حسب الدول والسنوات بالنسبة لكل 1000 ولادة حية.

[1] جامعة الدول العربية: **المؤتمر العربي حول صحة الأم والطفل**، القاهرة7– 10 جوان، 1999، ص 1.

[2] صندوق الأمم المتحدة للسكان: مرجع سابق: ص ص 5–6.

[3] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: **وضع أطفال العالم 1991**، مرجع سابق, ص 6.

السنوات / الدول	1960	1990	2001
الدول الصناعية	37	9	7
الدول النامية	223	103	89
العالم	197	93	82

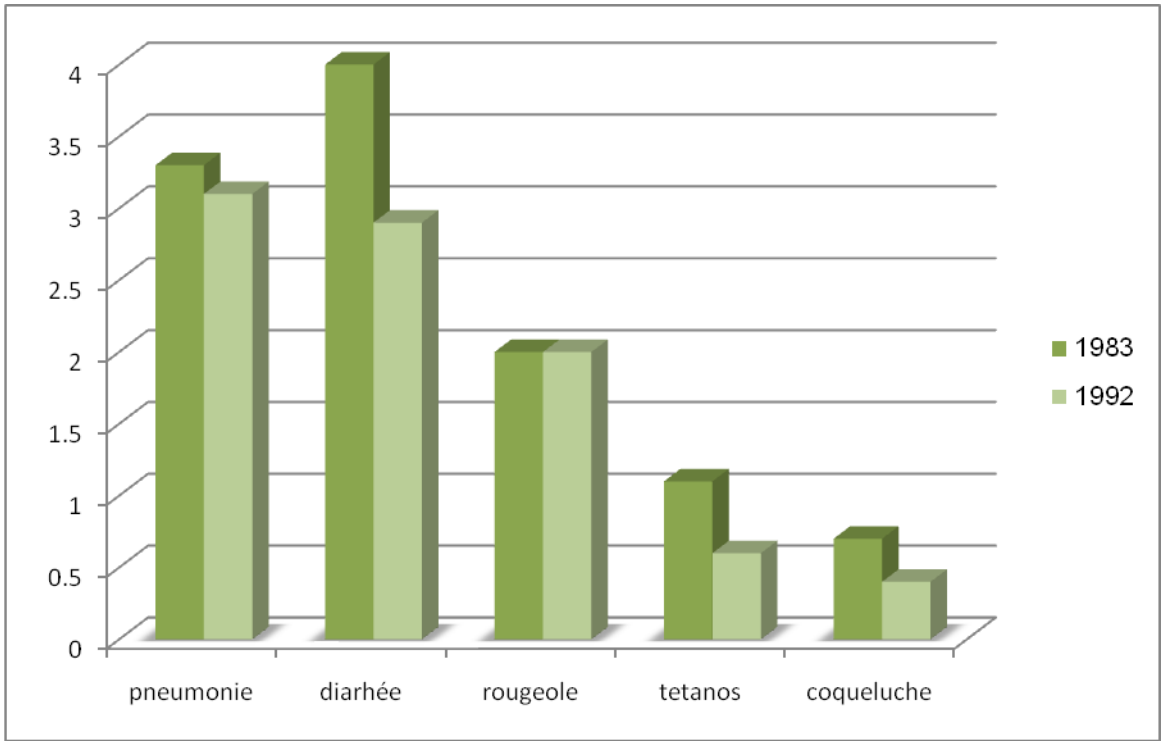
– المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة: وضع أطفال العالم 2003 ،مرجع سابق، ص49.

وفي العادة لا يموت الأطفال نتيجة إصابتهم بمرض واحد، ولكن تحدث الوفاة بسبب التأثر والتفاعل بين عدة عوامل تؤدي بهم إلى المرض ثم الوفاة[1]، كأمراض ذات الرئة والإسهال والحصبة والتيتانوس والسعال الديكي.

والرسم البياني التالي يوضح لنا ذلك

[1] باراشين: **أسباب وفيات الرضع والأطفال في تنظيم الأسرة يحافظ على الحياة**، تر : محسن يوسف، مركز ابن خلدون للدراسات الإنمائية بالتعاون مع المكتب المرجعي للسكان، ط 3، سبتمبر، 1997، ص 2.

الرسم البياني رقم (1) : أهم الأمراض التي تؤدي إلى وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات في الدول النامية ب المليون



السعال الديكي الكزاز الحصبة الإسهال ذات الرئة

Source : OMS ,1993. /cite par fonds des nations unies pour l'enfance**, la situation des enfants dans le monde 1994**,New York, p1.

ومن أهم المشاكل الرئيسية التي يعاني منها أطفال العالم الثالث خاصة هو مشكل سوء التغذية، إذ يصيب 1/3 منهم وتعتبر من بين الأسباب الرئيسية للوفاة كما أنها تؤدي إلى نقص في النمو العقلي والجسدي للطفل[1].

وحسب البيانات التي جاء بها الموجز الرسمي لوضع أطفال العالم 2003 أن 27 % من الأطفال الأقل من خمس سنوات يعانون من نقص في الوزن و 8% منهم يعانون من الهزال و32 % من التقزم وهذا خلال الفترة (1995-2001)[2].

[1] UNICEF: **Situation Des Enfants Dans L e Monde1994** , op.cit ,p16.

[2] منظمة الأمم المتحدة للطفولة : وضع أطفال العالم, 2003 مرجع سابق , ص21

كما أنّ جل الأطفال الّذين يعانون من سوء التغذية يعشون في مناطق فقيرة يقلّ فيها الغذاء كمنطقة آسيا الجنوبية مثلا[1].

كما أن نقص نظافة المحيط يؤدي هو الأخر إلى انتشار الأمراض

كالإسهال وهذا لعدم توفر الماء النقي و الإفتقار إلى وجود مرافق الصرف الصحي وإلى عدم اهتمام الأمهات بنظافة الرضّاعة في حالة الرضاعة الغير الطبيعية للطفل ، إن الإسهال وحده يحصد أرواح ثلاث ملاين طفل سنويا لكن مع اتخاذ الإجراءات اللازمة بات من الممكن معالجة الأطفال المصابين به وهذا باستعمال أملاح إعادة التميه الغير مكلفة[2]،إذ انخفضت نسبة الإصابة إلى 25 % وهذا حسب ما جاء في الموجز الرسمي لوضع أطفال العالم 2003 وهذا لسنوات (1994–2000)[3].

كما عرفت سنوات التسعينات تحسنا ملحوظ ا للحالة الصحية للأطفال وهذا بفضل برنامج التغطية التحصنية للأطفال والتي وصلت إلى 80 % في نهاية الثمانينات[4].

وفي خلال عشرية OMS وUNICEF ومنظمات أخرى عملت على تغطية تقريبا كل المنظمات في إفريقيا و أمريكا اللاتينية وآسيا ، إن هذا العمل الجبار منع حدوث حوالي ثلاثة ملايين وفاة طفل في العالم[5].

بالنسبة للوفيات الناتجة عن الحصبة انتقلت من 2,5 مليون سنة 1980إلى حوالي مليون وفاة في التسعينات أما الوفيات الراجعة إلى التيتانوس (الكزاز) فلقد انتقلت من مليون إصابة إلى نصف المليون مرض (الشلل) POLIO كان سببا في إعاقة العديد من الأطفال، انتقل هو الأخر من 400000 حالة في 1980 إلى 140000 حالة سنة 1992.[6]

رغم هذا التحسن و الانخفاض الملحوظ لازالت الدول تعمل جاهدة للوصول إلى تحصين 90 % من أطفال العالم ضدّ الأمراض بحلول عام[7]2000.

وحسب الموجز الرسمي لوضع أطفال العالم 2003 أن نسب التحصين ضد الأمراض للأطفال الذّين عمرهم سنة واحدة في عام 2001 موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (2) : التغير في نسب التحصين ضد الأمراض للأطفال الذّين عمرهم سنة واحدة بدلالة الدول.

---

[1] UNICEF : Situation Des Enfants Dans L e Monde 1994 , opcit,p16 .
[2] IBID : pp 16-17.
[3] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: **وضع أطفال العالم**، 2003، مرجع سابق, ص21
[4] UNICEF : **Situation Des Enfants Dans L e Monde 1994** , op.cit., p1.
[5] UNICEF : **Situation Des Enfants Dans L e Monde 1995** , New York,1995, p23.
[6] UNICEF : Situation Des Enfants Dans L e Monde 1994 , op.cit. ,p1.
[7] UNICEF : Situation Des Enfants Dans L e Monde 1995 ,op.cit. , p23.

	نسب التحصين ضد				
الدول	التدرن	اللقاح الثلاثي	الحصبة الثلاثية لشلل الأطفال	الحصبة	الكبد إلتهاب B3
الصناعية	85	94	93	90	82
النامية	78	71	73	70	20
العالم	79	73	75	72	24

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة: وضع أطفال العالم 2003 ، مرجع سابق ، ص 22

أما فيما يخص الرضاعة الطبيعية فإنه كان من الممكن حماية أكثر من مليون طفل من الوفاة لو أرضعوا طبعيا لمدة 6 أشهر الأولى من حياتهم، إن هؤلاء الأطفال كانوا عرضة للأمراض الصدرية و التنفسية ومرض الإسهال، كما أنهم ينتمون إلى أسر فقيرة وأمية وتنعدم فيها النظافة والتربية الصحية.

إن الرضاعة الطبيعية غذاء كامل وصحي للطفل فهي تكسبه مناعة جيدة ضدّ الأمراض .

و نظرا لهذه المزايا العظيمة للرضاعة الطبيعية قررت الحكومات التي حضرت القمة العالمية من أجل الأطفال « 1990 » إلى اتخاذ إجراءات جديدة في هذا الشأن وهذا بتشجيع الرضاعة الطبيعية ولقد أنشأ لهذا الغرض حوالي مليون مستشفى في العالم تحت راية « المستشفيات أصدقاء الرضع » وهذا للتحسيس بأهمية الرضاعة الطبيعية.[1]

والتغير في نسب الأطفال الذين اعتمدوا على رضاعة الطبيعية خلال الفترة (1995– 2001) موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (3) : النسبة المئوية للأطفال ممن يعتمدون على الرضاعة الطبيعية وهذا حسب اختلاف مدتها خلال الفترة (1995– 2001) في دول العالم .

	النسبة المئوية للأطفال (1995– 2001) ممن يعتمدون على		
	رضاعة طبيعية حصرية أقل من 6أشهر	رضاعة طبيعية مع غذاء تكميلي 6–9 أشهر	استمرار الرضاعة الطبيعية 20–23 شهر

[1] UNICEF: Situation des enfants dans le monde 1995, opcit , pp21-22.

الدول الصناعية	–	–	–
الدول النامية	39	54	52
العالم	39	54	52

المصدر: منظمة الأمم المتحدة للطفولة: وضع أطفال العالم 2003 ، مرجع سابق ص 21.

الحالة الصحية للأطفال في الجزائر:

إن الجزائر مثلها مثل كل البلدان السائرة في طريق النمو عرفت فيها الحالة الصحية للأطفال الأقل من خمس سنوات تغيرات مختلفة تختلف باختلاف الحقبة التاريخية للبلاد والأوضاع السائدة فيها وكما هو معروف يتم تقييم الوضع الصحي للأطفال دون سن الخامسة عن طريق دراسة وفيات الرضع و الأطفال والوضع التغذوي ونسبة الّذين أصيبوا بأمراض معينة.

فبالنسبة لوفيات الأطفال الأقل من سنة عرفت انخفاضا ملحوظا من 200 ‰ سنة 1962 إلى 85 ‰ سنة 1980 ثم 55,4 ‰ سنة 1992[1].

والتطور في وفيات الأطفال الأقل من سنة حسب الجنس من سنة 1990 إلى سنة 1997 موضحة في الجدول التالي.

جدول رقم (4 السنة): تطور حالة وفيات الأطفال الأقل من سنة حسب الجنس من سنة 1990–1997 .

السنة	معدل وفيات الأطفال (‰)		
	ذكور	إناث	المجموع
1990	60,00	55,5	57,80
1991	59,40	54,20	56,90
1992	57,70	53,00	55,40
1993	57,61	53,29	55,49
1994	56,80	51,51	54,21
1995	57,94	51,68	54,87
1996	56,88	52,21	54,59

[1] OMS : Quatrième conférence mondiale sur les femmes, rapport national, Beijing ,4-15 septembre 1995p37

1997	59,50	53,66	56,64

Source : ONS ,1998./cite par: Medecine sans frontier : Analyse de la situation de l'enfance et de la femme en Algérie , Belgique , 2° version , juillet 1999 ,pp 67-68.

أما عن السبب الأساسي لوفيات الأطفال الأقل من سنة فهو يعود إلى الولادة قبل الأوان (Prématuré) والغازات السامة والعدوى والإسهال والمشاكل التنفسية[1].

وفيما يخص وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات (infanto-juvénile) فلقد انتقل المعدل من 72‰ سنة 1992 إلى 58 ‰ سنة 1996.

وحسب النتائج التي جاء بها المسح (MDG1995) فإنّ معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات (TMM5) هو 45 ‰ ، أما المسح MMI لسنة 1989 فإن (TMM5) هو 49,9 ‰.

إن معدل وفيات الأطفال من سنة إلى خمس سنوات عرف انخفاضا ملحوظا منذ سنة 1980 فلقد انتقل من 82,9 ‰ سنة 1970 إلى 39,80 ‰ سنة 1987 ثم 8,2 ‰ سنة 1990 إلى 2,4 ‰ سنة 1996 . إن هذا الانخفاض راجع إلى انخفاض معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة وهذا الأخير بدوره راجع إلى انخفاض معدل وفيات الأطفال ما حول الولادة.

أما عن أسباب الوفاة فهي راجعة أساسا إلى المشاكل التنفسية الحادة بنسبة 15% وهذا بالنسبة للأطفال الّذين كانوا في المستشفى سنة 1998 وإلى مشاكل أمراض الإسهال وهذا بنسبة 14,3 % خلال نفس السنة وهذا حسب تصريح وزارة الصحة و السكان.[2]

ولقد جاء المسح الجزائري حول صحة العائلة (2002) بالنتائج الإجمالية الأخيرة لخمس سنوات قبل إجراء البحث و هي موضحة في الجدول التالي :

جدول رقم (5): معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة (Infantile) والأقل من خمس سنوات (Infanto-juvénile) حسب الجنس ومكان الإقامة.

	معدل وفيات الأطفال الأقل من سنة 1q 0	معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات 5 q 0

[1] Médecine sans frontière :op.cit. ,pp 67-68.
[2] IBID,p69.

ذكور	35,6	39,5
إناث	33,3	38,0
حضري	41,4	35,0
ريفي	38,2	43,2
المجموع	34,5	38,8

Source : MSP et ONS : Enquête Algérienne sur la sante de la famille 2002, op.cit. , p 43 .

أما بالنسبة للحالة الصحية العامة للأطفال فلقد عرفت تحسنا ملحوظا وهذا نتيجة ارتفاع مستوى معيشة الأفراد، فبالنسبة لم شكل سوء التغذي هو الأخر انخفض منذ الاستقلال فلقد انتقلت نسبة الأطفال الّذين يعانون من سوء التغذية من 60 % سنة 1962 إلى 28 % سنة 1975 ثم إلى 11 % سنة 1987[1] ولقد انخفضت إلى 9,2 % سنة 1992[2].

غير أن المشاكل الاقتصادية والاجتماعية وغلاء المعيشة ابتداء من سنوات 1990 غيرت مجرى الأحداث.

لقد تناول المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل الوضع التغذوي للأطفال معتمدا في ذلك على ثلاثة مقاييس انترو بومترية وهذا المقاييس تشمل الطول بالنسبة للعمر (كمؤشر لقصر القامة) والوزن بالنسبة للطول (كمؤشر للنحافة) والوزن بالنسبة للعمر (كمؤشر لنقص الوزن).

واتضح من بيانات المسح أن حوالي 18 % من الأطفال دون سن الخامسة مصابون بقصر القامة أي أن أطوالهم تقل عن الطول الطبيعي

للأطفال في نفس العمر، أما فيما يخص النحافة بين الأطفال دون سن الخامسة فلقد اتضح أن أقل من 6% من الأطفال الّذين شملهم المسح مصابون بنقص الوزن بالنسبة للعمر[3]، كما لوحظ أن مشكل انخفاض الوزن مقارنة بالطول انتقل من 4 % سنة 1992 إلى 9% سنة 1995 بالنسبة للأطفال الأقل من خمس سنوات[4].

[1] OMS : Quatrièmes Conférence Mondiale Sur Les Femme ,op.cit. , p38

[2] Médecines Sans Frontières : op.cit. ,p 77

[3] وزارة الصحة و السكان و الديوان الوطني للإحصائيات : مرجع سابق ، ص 285.

[4] Médecines Sans Frontières : op.cit. ,p 77.

لقد تطرق المسح الجزائري حول صحة العائلة لسنة 2002 هو الأخر إلى الوضع التغذوي للأطفال وهذا بالاعتماد على مقياس الطول والوزن بالنسبة للأطفال الأقل من خمس سنوات، للتعرف عما إذا كان الأطفال الجزائريون يوافقون الشروط العالمية.

إن نتائج المسح بينت أنه تقريبا الربع 19,1 % من الأطفال الجزائريين طولهم أقل من الحالة العادية، 12,8 % من الحضر مقابل 20,2 % من الريف.

أما بالنسبة للأطفال الصغار البنية (chétifs) فهم يمثلون 7,5 % من مجموع الأطفال الأقل من خمس سنوات، 8,0 % بالنسبة للذكور مقابل 7,0% بالنسبة للإناث[1].

أما بالنسبة للرضاعة الطبيعية فكما هو معروف أن حليب الأم هو حليب كامل من حيث المكونات ولا يوجد حليب أخر يضاهيه فهو يمنح للطفل تطور متوازن ويكسبه مناعة ضدّ الأمراض[2].

وحسب النتائج التي جاء بها المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل أن 3/1 من الأطفال تلقو رضاعة طبيعية، و32 % بالنسبة للذكور و31 % بالنسبة للإناث وهناك تباين من حيث مكان الإقامة 37 % بالنسبة للمناطق الريفية و 25 % بالنسبة للأماكن الحضرية.

والجدول التالي يوضح نسب الأطفال الّذين تلقو رضاعة طبيعية وقت إجراء البحث .

جدول رقم (6) : نسب الأطفال الّذين تلقو رضاعة طبيعية وقت إجراء البحث حسب الجنس ومكان الإقامة

عمر الطفل	مكان الإقامة		جنس الطفل		المجموع
	ريفي	حضري	أنثى	ذكر	
أشهر 3 >	92,9	78,5	90,2	84,1	86,8
3–5	75,4	57,4	66,2	71,4	68,6
6–8	61,2	44,7	50,8	55,1	52,9
9–11	58,1	42,2	54,5	48,5	51,3
	43,1	42,9	40,4	45,7	43,0
	44,3	27,3	41,0	32,5	36,5

[1] MSP et ONS : Enquête Algérienne sur la sante de la famille 2002, op.cit, p 43.
[2] IBID, p 40.

12−14	33,1	28,0	27,2	34,5	30,8
15−17	14,9	16,1	14,1	16,9	15,5
18−20	12,4	8,0	9,4	11,8	10,6
21−23	1,4	1,0	0,9	1,5	1,2
24−29	22,4	17,1	19,2	20,9	20,1
≥ 30					
المجموع					

Source: M.S.P et ONS : Enquête Algérienne sur la santé de la mère et de l'enfant, «Rapport principal», LEA , 1992 , p103.

أما عن الأطفال الّذين لم يتلقو رضاعة طبيعية فالأسباب التي تتذرع بها النساء هي فقدان حليب الأم وقت الولادة وهذا بنسبة 36 %، حالة مرض الأم في 16 % من الحالات وهناك اختلاف حسب مكان الإقامة 20 % في الحضر مقابل 13 % في الريف وهناك أسباب أخرى لكن بنسب أقل كرفض

الطفل ب 6,5 % ، مرض الطفل ب 5,7 % ، وفاة الطفل ب 11,0 % مشكل الحلمة (tetons) ب 5,0%.[1]

أما المسح MDG1995 فلقد أثبتت النتائج أن نسبة الأطفال الّذين تلقو رضاعة طبيعية نسبتهم تبلغ 56 % وهي لمدة أربعة أشهر فقط التي تلي الولادة وهناك تباين كبير بين الإناث والذكور وبين المناطق الريفية والحضرية.

إن الرضاعة الطبيعية في تراجع مستمر خاصة عند النساء الحضريات وذوات المستوى التعليمي العالي.

وهناك حوالي 25 % من الأطفال فطموا عن الحليب قبل سن ثلاثة أشهر، إن الفطام المبكر نجده في الشمال أكبر من الجنوب وهناك مبادرة هامة يهتم بها كلOMS و UNICEF و Comite Nationale De Néonatalogie وهي« المستشفيات أصدقاء الرضع» «Hôpitaux Amis Des Bébés » وتهدف إلى إرشاد وتوعية الأمهات عن أهمية حليب الأم في غذاء الطفل[2].

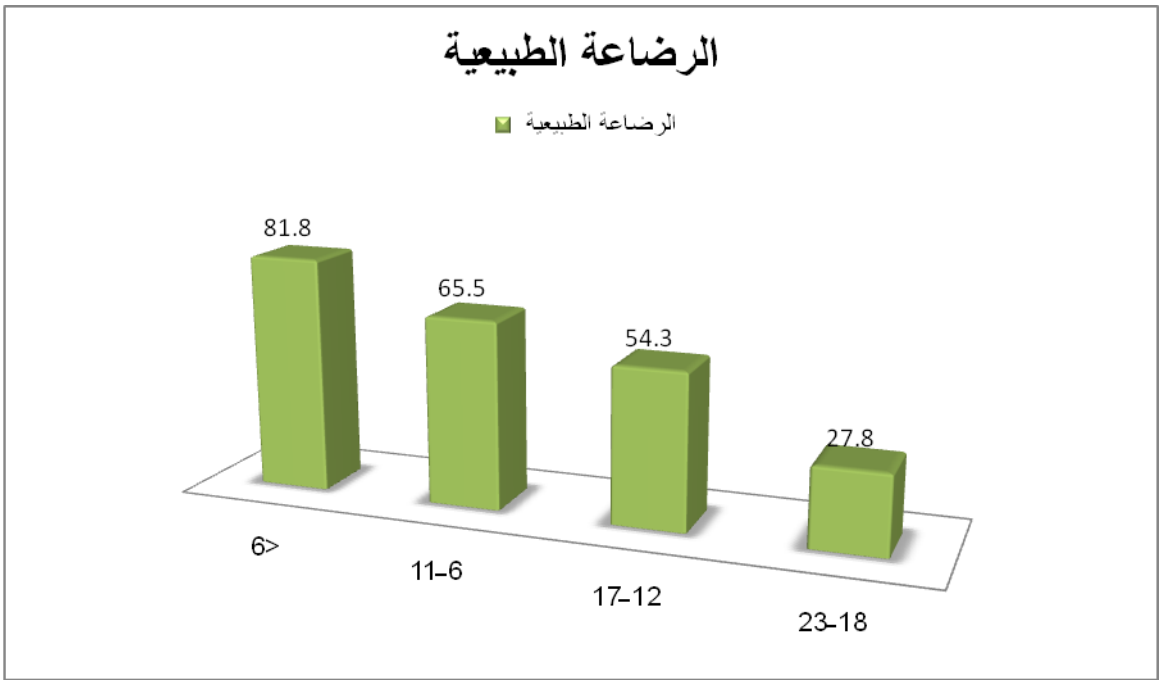
[1] MSP et ONS : Enquête Algérienne sur la sante de la mère et de l'enfant ,op.cit. , pp .103-102
[2] Médecines Sans Frontières : op.cit., p p 77-78.

وحسب المسح الجزائري لأخر العشرية "EDG 2000 " أن الرضاعة الطبيعية تتناقص كلما تقدم الطفل في العمر فهي تقدر ب 81,8 % ، 94,5% قبل ثلاثة أشهر و 70,4 % من ثلاثة إلى خمسة أشهر أما بالنسبة للأطفال من 6 إلى 11 شهر فهي تقدر ب 65,5 % وبالنسبة للأطفال من 12 إلى 17 شهر فهي تقدر ب 54,3 % أما من 18 إلى 23 شهر فهي تقدر ب 27,8%[1].

– 2 3 –

والرسم البياني التالي يوضح لنا ذلك

الرسم البياني رقم(2): ممارسة الرضاعة الطبيعية حسب العمر للأطفال الأقل من "عامين EDG 2000 Algérie".



Source: M.S.P et I.N.S.P : « Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie », Santé mère et enfant, EDG Algérie, 2000.p71.

أما المسح الأخير حول صحة العائلة 2002 فالنتائج التي جاء بها تبين أن الأمهات يعين جيدا أهمية الرضاعة الطبيعية بالنسبة لحياة الطفل، فنجد أن 91,1 % من النساء أرضّعن أطفالهن طبيعيا لكن المدة تختلف من امرأة لأخرى فنجد 30,3 % أرضّعن فقط لمدة أقل من أربعة أشهر و 44,4%

[1] M.S.P et I.N.S.P : « Enquête nationale sur les objectifs de l fin décennie », Santé mère et enfant, EDG Algérie, 2000.p71

لمدة أكثر من 12 شهر، إن المدة المتوسطة للرضاعة الطبيعية هي 12,8% 13,1 شهرا بالنسبة للحضر مقابل 12,7 % بالنسبة للريف.

أما عن الأسباب الأساسية التي تتذرع بها نسبة 8% من النساء اللواتي لم يرضعن أطفالهن طبيعيا فهي لنقص أو عدم توفر الحليب بنسبة 42,9 % حالة مرض الأم في 11,7 % من الحالات و9,7 % حالة رفض الطفل، مشكل الحلمة « tetons » في 7,5 % من الحالات[1].

فيما يخص انتشار الأمراض بين الأطفال دون سن الخامسة فإن بيانات المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل تشير إلى أن 23 % من هؤلاء الأطفال قد أصيبوا بالإسهال وتبلغ النسبة أقصاها بين الأطفال الذّين تتراوح أعمارهم بين 12 إلى 17 شهرا وهناك 9 % من هذه الحالات هي حالات الإصابة بالجفاف وهذه النسبة عالية نسبيا في المناطق الريفية وبين أطفال الأمهات الأقل تعليما.

كما أشارت بيانات المسح إلى أن ربع الأطفال أصيبوا بالسعال وقد عانى 31% من هؤلاء الأطفال صعوبة في التنفس وقد بلغ متوسط الإصابة بالسعال حوالي 7 ،6 يوميا.

فيما يخص الأمراض المعدية الأخرى فقد أظهرت نتائج المسح أن 15 %

من الأطفال قد أصيبوا بالحصبة و27 % قد أصيبوا بالحمى، أما بالنسبة لتعرض الأطفال للحوادث فتشكل الحروق في المسكن أعلى نسبة وهذا ب 42 % تليها الجروح ب 33 % ثم الكسور ب 12%.[2]

وحسب التقرير لتحليل صحة الأم والطفل في الجزائر فلقد أثبتت النتائج التي جاء بها إلى أن الأمراض التنفسية « IRA » تقع في المرتبة الأولى من حيث بقاء الأطفال في المستشفى وفي المرتبة الثانية من حيث وفاة الأطفال دون الخامسة للفترة (1995– 1998)، أما أمراض الإسهال فهي تقع في الرتبة الثانية من حيث بقاء الأطفال في المستشفى وهي من الأسباب الأولى لوفيات الأطفال وهذا حتى سنة 1997[3].

وتطور حالة الأطفال (0–4) سنوات الذين أدخلوا المستشفى والذين تعرضوا لحالات الوفاة عن طريق الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة موضحة في الجدول التالي:

الجدول رقم (7): تطور لحالات الأطفال الذين أدخل وا المستشفى والذين تعرضوا لحالات الوفاة عن طريق الإسهال وأمراض الجهاز التنفسي الحادة (0 إلى 4 سنوات)

[1] MSP et ONS : Enquête Algérienne sur la sante de la famille 2002 , opcit,p40.

[2] وزارة الصحة والسكان والديوان الوطني للإحصائيات: مرجع سابق، ص 285.

[3] Médecines Sans Frontières : op.cit, p71.

السنوات / المؤشرات	1998	1995	1996	1997
الأطفال الموجودين في المستشفى لأسباب مختلفة	126,096	107,729	118,331	104,118
الأطفال الذين تعرضوا للوفاة لأسباب مختلفة	8,526	7,995	8,095	6,694
نسبة الوفيات في المستشفى	%6,80	% 7,40	6,80%	6,40%
الأطفال الموجودين في المستشفى بسبب الإسهال	19,787 15,7%	16,033 14,9%	19,351 16,4%	16,372 15,7%
الأطفال الذين توفوا بسبب الإسهال	1,500 17,6%	1,096 13,7%	1,342 16,6%	954 14,3%
نسبة وفيات الإسهال	%7,60	% 6,90	% 6,90	% 5,80
الأطفال الموجودين في المستشفى بسبب أمراض صدرية و تنفسية	29,035 23%	23,233 21,6%	27,797 23,5%	26,650 25,5%
الأطفال الّذين توفوا بسبب الأمراض الصدرية والتنفسية	1,283 15%	1,034 12,9%	1,139 14,10%	1,006 15%
نسبة الوفيات الراجعة إلى أمراض صدرية و تنفسية	4,40%	4,50%	4,10%	3,80%

Source: MSP/cité par Médecines Sans Frontieres:op.cit,pp71-72.

ولقد أثبتت نتائج المسح MMI لسنة 1989 أنّ 15 % من الوفيات عند الأطفال كانت بسبب الأمراض التنفسية.

أما المسح الوطني حول الصحة لسنة 1990 فلقد أثبتت النتائج أنّ المشاكل التنفسية تشكل 35,7 % عند الناس عامة ولقد وجد أن 33 % من هذه الحالات هي حالة إصابة الأطفال الأقل من سنة.

أما نسبة الإصابة بالإسهال فلقد عرفت انخفاضا من 6,90 % سنة 1996 و1997 إلى 5,80% سنة 1998.

إن الوفيات الناتجة عن الإسهال ترجع أساسا إلى عدم استعمل أملاح إعادة التمييه (لمحاربة الجفاف عند الطفل) وإلى الزيارة المتأخرة للطبيب وهذا لأن الأولياء لا يعرفون جيدا مدى خطورة الإسهال[1].

أما المسح الجزائري حول صحة العائلة لسنة 2002 فالنتائج التي جاء بها تبين أن الأمراض التي تصيب الأطفال بكثرة هي الأمراض التنفسية و أمراض الإسهال والملاحظ خلال الأسبوعين اللذين سبق المسح أن 25,5 % من الأطفال قد أصيبوا بالحمى و 25,3 % قد أصيبوا بالسعال و 15,0 % أصيبوا بالإسهال[2].

وكما هو معروف أنه يمكن تقليل تعرض الأطفال بالإصابة بالأمراض المعدية وتحسين فرص حياتهم عن طريق تحصينهم ضد الأمراض الشائعة بين الأطفال (الدرن – الدفتريا – السعال الديكي – التيتانوس – شلل الأطفال – الحصبة).

ولقد تبين من خلال الدفتر الصحي الخاص بالأطفال أن حوالي 96 % من الأطفال دون الخامسة الذين شملهم المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل 1992 قد تلقوا نوعين من التطعيم بالرغم من ارتفاع معدل التطعيم إلا أن البيانات تشير إلى انخفاض معدل التطعيم كلما انتقلنا من جرعة إلى جرعة تالية وكذلك ارتفاع نسبة الذين لا يأخذون الجرعات في الأعمار المناسبة لها، فمثلا نجد 85 % من الأطفال أكبر من عام قد استكملوا جميع جرعات التطعيم، أما بالنسبة للأطفال الذين لم يتلقوا أي نوع من التطعيم أو الذين لم يستكملوا كل الجرعات المقررة فلقد اتضح أن الأسباب الرئيسية وراء ذلك تتلخص في بعد مكان التطعيم في 23 %، عدم معرفة الأم بأهمية التطعيم في لم 20 %، اعتقاد الأم بصفر الطفل في 12 % من الحالات وعدم الإلمام بأهمية إعادة الزيارة وهذا بنسبة 11 %[3].

وحسب تقرير تحليل صحة الأم والطفل في الجزائر لسنة 1999 (تبين النتائج التي توصلن إليها أن نسبة التغطية الوطنية للتحصين لم تصل المستوى 90 % في جميع أنحاء الوطن هذه لأنه هناك بعض المناطق من الوطن تبقى فيها نسبة التغطية منخفضة، فمثلا في بعض ولايات الغرب هناك فقط نسبة 68 % من الأطفال محصنون ضد الحصبة و74 % محصنون ضد DTCP3 سنة 1998[4].

والجدول التالي يوضح لنا تطور التغطية في مجال التحصين من سنة 1994 إلى سنة 1998 .

جدول رقم (8): تطور التغطية في مجال التحصين من سنة 1994 إلى سنة 1998

اللقاح/vaccin	1994	1995	1996	1997	1998

[1] Médecines Sans Frontières : op.cit., pp72-73.
[2] MSP et ONS : Enquête Algérienne sur la sainte de la famille 2002 , op.cit. ,p 42.
[3] MSP et ONS : Enquête Algérienne sur la sante de la mère et de l'enfant 1992, op.cit. ,p 286.
[4] Médecines Sans Frontières : op.cit, p78.

BCG	%93	%94	%95	%94	%95
VAR	69%	70%	75%	74%	75%
DTCP3	75%	73%	77%	79%	80%
DTCP2	82%	86%	85%	88%	89%
DTCP1	78%	81%	79%	83%	85%

Source: MSP / cité par Médecines Sans Frontières: op.cit, p 79.

* السل:BCG

* اللقاح ضد الحصبة: VAR

* اللقاح ضد الدفتريا– التيتانوس– السعال الديكي– الشلل: DTCP

أما عن أسباب عدم تلقي أي نوع من التطعيم أو عدم استكماله فهذا راجع إلى عدم توفر اللقاح بكميات كبيرة سنة 1993، بعد المراكز الصحية في بعض المناطق وعدم توفر الفرق المتنقلة بالقدر المطلوب وأحيانا عدم احترام الأولياء لبرنامج التلقيح[1].

ولقد تبين لنا من خلال المسح EDG 2000 أن هناك تحسن ملحوظ في نسب التلقيح مقارنة بنتائج المسح MDG 1995 بالنسبة للأطفال من 12 – 23 شهر بلغت نسبة التلقيح 82% بعدما كانت 73 %« » MDG1995وهذا قبل بلوغهم عيد ميلادهم الأول وقدرت ب 87 % مقابل 84 % «MDG1995 » قبل بلوغهم عيد ميلادهم الثاني.

فالطفل الملقح كليا هو الطفل الذي أخذ كل الجرعات قبل بلوغه عامين وهذا من خلال الاعتماد على دفتر التلقيح[2].

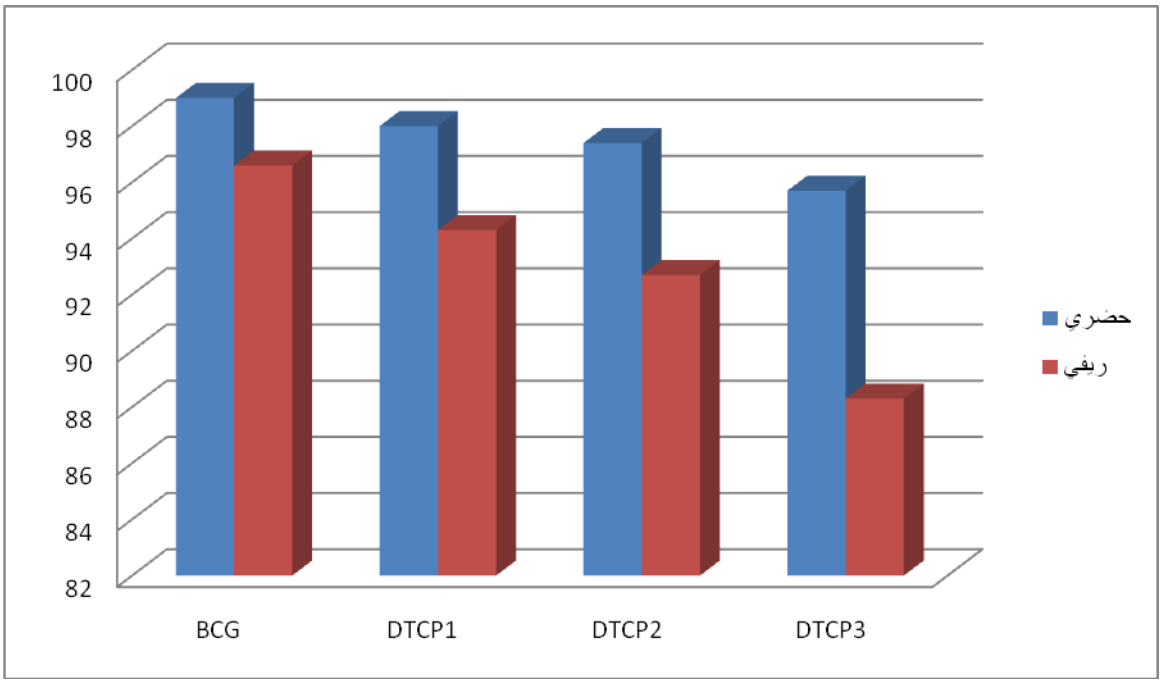
أما بالنسبة للمسح الجزائري حول صحة العائلة لسنة 2002 فالنتائج التي جاء بها تبين أن أكثر من 97,1 % من الأطفال يملكون دفتر صحي للتلقيح 98 % في المناطق الحضرية و96,0 % في المناطق الريفية، فبرنامج

[1] IBID ,p79.
[2] M.S.P et I.N.S.P : Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie , op.cit ,p 104.

التلقيح محترم عموما من طرف الجميع إن زيادة نسبة التغطية في المناطق الحضرية مقارنة بالمناطق الريفية يرجع إلى بعد المراكز الصحية أو عدم تواجدها خاصة في المناطق النائية[1].

والرسم البياني التالي يوضح لنا نسبة الأطفال المحصنين حسب نوع اللقاح ومكان الإقامة

رسم بياني رقم (3): نسبة الأطفال المحصنين حسب نوع اللقاح ومكان الإقامة



Source :MSP et ONS : enquête Algérienne sur la santé de la famille 2002 , op.cit ,p41.

[1] MSP et ONS : Enquête Algérienne sur la sante de la famille 2002 , op.cit ,p 41.

المبحث الثاني: أهم الأمراض المنتشرة في أوساط الأطفال

تمهيد:

إن الهدف من هذا المبحث هو عرض لأهم الأمراض التي قد تصيب الأطفال في سنواتهم الأولى وهذا لتحسيس القارئ وتذكيره بالأمراض الشائعة منها والوبائية وحالات التسمم والحوادث ومشكل سوء التغذية وهذا كله لأجل أخذ الحيطة والحذر من هذه الأمراض التي تحول حياة زهور الحياة ((الأطفال)) إلى جحيم وهذا لن يكون إلا بالوقاية ثم الوقاية، فالوقاية خير من العلاج.

1.الأمراض الشائعة:

أ- ارتفاع درجة الحرارة:

يقع الحديث عن ارتفاع درجة الحرارة إذا ما زادت على38^0م وهي قد ترتفع إلى ما فوق الأربعين درجة، وارتفاع الحرارة عرض شائع جدا وربما يكون أكثر الأعراض انتشارا عند الطفل.

فإذا كان ارتفاع الحرارة مقلق عند الكبار فإنه إلى جانب ذلك تمديد الخطورة عند الصغار وخاصة عند الرضع إذ يمكن أن يتسبب هذا الارتفاع في مضاعفات قد تؤدي بالطفل إلى الموت أهمها:

- ارتفاع الحرارة المصحوب بغيبوبة وتشنجات عصبية (صرع)
- انخفاض ضغط الدم في الأطراف
- نزيف دموي
- جفاف الجسم

أما عن أسباب الارتفاع فهي عديدة منها:

- الأمراض الفيروسية والمكروبات بأنواعها
- الأمراض الناتجة عن المحيط وكثرة الملابس
- الأمراض الناتجة عن التهاب الأعصاب والمفاصل[1].

ب. السعال:

وهو رد فعل الجهاز التنفسي عند وجود جرم غريب داخل مسالك هذا الجهاز من الأنف حتى الأكياس الهوائية لذلك فهو يعتبر وسيلة من وسائل دفاع الجسم ضد المرض ولا يعني أن كل من يسعل مصاب بداء في رئته بل يمكن أن يكون مصاب في أنفه أو حنجرته أو غشاء الرئة والسعال قد يكون جافا « **séche** » أو « *grasse* » أي مصحوبا بإفرازات[2]، وغالبا ما يكون السعال الجاف عند الطفل سببه زكام يصيب الأنف والحنجرة أولا ثم يمكن أن ينتقل إلى الأجزاء المنخفضة من مسالك التنفس السفلى.

---

[1] عبد المجيد رزق الله: **طفلك في سنواته الأولى**، الدار التونسية للنشر، الجزائر، ص 76.

[2] A . Domart et autres : **Nouveau Larousse médicale**, librairie Larousse, Paris, 1981,p1030.

وهناك نوعا خاصا من المرض وهو التهاب الحنجرة والقصبة الهوائية وصورة ذلك أنه قد يذهب الطفل لينام وهو سليم معافى فإذا به يستيقظ ويزداد قلقه وكل ذلك مصحوب بسعال له صوت كصوت النباح[1].

ج- الإسهال:

وهو كثرة البراز المائع والذي يزيد فيه عدد المرات عن 6 مرات ويمكن أن تصحبه رائحة كريهة أو مواد مخاطية أو الدم أو القيح والتقيؤ أحيانا وربما ارتفاع في درجة الحرارة[2]، وينجم الإسهال عن ترك الرضاعة الطبيعية خاصة وعدم استخدام المراحيض وقلة نظافة الطعام ومياه الشرب وعدم غسل الأيدي عند لمس الطعام.

وقد يؤدي الإسهال إلى جفاف الطفل إن لم يعالج فوريا، كما يعتبر الإسهال سببا رئيسيا لسوء التغذية بين الأطفال لأنها تذهب بشهية الطفل كما تستنزف السعرات الحرارية وهذا نتيجة ارتفاع درجة الحرارة[3].

د- الأمراض الجلدية

يتعرض جلد الطفل إلى كثير من المؤثرات والحوادث التي من شأنها أن تصيبه بأمراض وآفات مختلفة وأحيانا خطيرة إذا لم تتبع الأم الأساليب السليمة للوقاية منها وأهمها:

- التهاب الاليتين عند الرضيع نتيجة لحموضة البراز والتبول.

- التهاب ثنيات الجلد المصحوب باحمرار شديد وارتشاح مائي في بعض الأحيان.

- أمراض حساسية الجلد وتكون نتيجة عن عوامل داخلية وراثية أو خارجية مثل بعض الملابس وخاصة ملابس البلاستيك والنيلون

- أمراض الجلد الجرثومية.

- أمراض الجلد الطفيلية مثل مرض الجرب والقمل[4].

2 - الأمراض الوبائية

أ- الحصبة:

[1] عبد المجيد رزق الله: مرجع سابق، ص 78.

[2] علي الحسن: **أطفالنا نموهم – تغذيتهم – مشكلاتهم**، ط 2، لبنان، 1982، ص 13.

[3] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: وضع أطفال العالم 1991، مرجع سابق، ص 12.

[4] عبد المجيد رزق الله: مرجع سابق ، ص 81.

وهو مرض وبائي سريع العدوى يصيب شريحة الأطفال خاصة ويعد من أكبر المشاكل الصحية خاصة في إفريقيا وتقع معظم الإصابات في فصلي الشتاء والربيع ولا تظهر الحصبة إلا بعد عشرة أيام من إصابة الطفل بالمرض وتسمى هذه الفترة بفترة الحصانة « période dinavasion »

مصحوبة بارتفاع في درجة الحرارة بين (39 و40^0 م) وتدميع العينين وإفرازات الأنف كما تظهر بقع بيضاء بحجم رأس الدبوس بداخل الشفتين والخدين (علامة كوبليك) ثم يظهر الطفح أحمرا غير منتظم الشكل متورما حول الأذنين والعنق ثم ينتشر وبعد ثلاثة أيام تقريبا يندثر[1].

وأكثر المضاعفات ناتجة عن عدم العناية بنظافة الجسم إذ ترفض أغلبية الأمهات غسل وجوه أولادهن وأجسامهم أثناء المرض والواقع أن هذا الغسل ضروري للوقاية من المضاعفات[2].

ب- الحصبة الألمانية « Rubéole »:

الحصبة الألمانية مرض معد ناتج عن جرثومة فيروسية يتمثل خطره الوحيد في عدوى المرأة الحامل في الثلاثة أشهر الأولى التي يصاب جنينها بتشوهات خلقية تتمثل في إصابة القلب والأذنين والعينين ويبدأ المرض بالأعراض الخفية لأي مرض معد ثم يظهر طفح كطفح الحصبة تارة وتطفح الحمى القرمزية تارة أخرى لذلك يجب عزل الأطفال المصابين عن كل امرأة حامل[3].

ج- ذات الغشاء الأبيض« الخناق » أو الدفتريا:

أعراض هذا المرض هو الإعياء، فقدان الشهية وألام الحلق الخفية التي لا يكاد يشكوا منها الطفل وقد يرى الغشاء في الحلق وقد لا يرى وذات الغشاء الأبيض أو الخناق مرض خطير إذا لم يعالج بسرعة فقد يتسبب في اختناق ومن هنا جاءت تسميته.

والوقاية منه لا تكون إلا عن طريق التلقيح[4].

د. السعال الديكي : « Coqueluche »: وهو مرض وبائي معد يؤثر على صحة الطفل لصعوبة علاجه ولطول مدة المرض التي تبقى من ثلاثة إلى أربعة أسابيع أو أكثر، ما يتميز به السعال الديكي هو سعال تشنجي مصحوب باحمرار الوجه والعينين وينتهي بشهقة يتلوها تقيؤ يفرغ أثناءه الطفل كل ما في جوفه.

[1] A . Domart et autres : op.cit,p896.

[2] عبد المجيد رزق الله: مرجع سابق، ص 82.

[3] A . Domart et autres : op.cit, pp 897-898.

[4] عبد المجيد رزق الله: مرجع سابق، ص 84.

وتزيد نوبات السعال ليلا حتى يفقد الطفل نومه بالإضافة إلى ما يتركه السعال الديكي من أثر شديد على الصدر فهو يؤثر على صحة الطفل نتيجة التقيؤ المتكرر[1].

هـ – شلل الأطفال« Poliomyélite »:

وهو مرض وبائي معد ناتج عن فيروس معوي يصيب الطفل عن طريق الفم والجهاز الهضمي أو عن طريق التنفس إلا أن معظم الأطفال يملكون مناعة طبيعية ضد المرض منقولة عن طريق الأم إلا أن هذه المناعة لا تدوم إلا الأشهر الأولى من العمر، ولذا يجب التحصين ضد المرض ابتداء من الشهر الثالث أو الرابع.

وتبدأ أعراض المرض في شكل نوبة برد مع التهاب في حلق الصغير ثم سرعان ما يصاب الطفل بارتخاء في الأطراف وفي عضلات البطن والرقبة أحيانا تظهر الإصابة في عضلات التنفس والبلع ولا علاج هذا المرض لا يكون إلا بالوقاية منه[2].

و– هرش و ديدان:

أهم الديدان التي تصيب الطفل وتنتقل بسهولة إلى أفراد الأسرة الآخرين وتكون مصحوبة بهرش هي الديدان الخيطية أو ديدان « الأكسيورس » وهي ديدان صغيرة تنتقل بويضتها من أفراد الأسرة إلى الأفراد وذلك يعني أن هذا النوع من الديدان مرض عائلي قد يسبب أحيانا نوعا من المغص المحتمل أو نادا الإسهال البسيط، ولكنها دائما تسبب الهرش في منطقة الشرج وما حولها.

ويكون الهرش خاصة في الليل مما ينتج عنه قلة نوم الأطفال وقد يلتهب الجلد نتيجة للهرش[3].

3 . الحوادث وحالات التسمم:

لقد ارتفعت الحوادث أثناء السنوات العشرين الأخيرة بصفة ملحوظة وتتسبب في عدد مرتفع من الحالات المرضية ومن الوفيات بين الأطفال وتصيب الحوادث على وجه الخصوص الأطفال الذين بلغوا سن المشي ويميلون إلى حب استكشاف المحيط الذي يعيشون فيه[4].

وتتمثل هذه الحوادث في الكسور وإصابات الرأس والحروق وإصابة العينين والقسم الذي يصيب العديد من الأطفال وهذا بسبب انتشار المواد المنزلية كسوائل التنظيف والدهان وكذلك الأدوية التي تترك عند متناول الأطفال وهذا لعدم أخذ الاحتياطات اللازمة.

---

[1] A . Domart et autres : opcit, pp 897-898.
[2] IBID: p 799.
[3] عبد المجيد رزق الله ، مرجع سابق ، ص 8
[4] نفس المرجع السابق، ص 89.

وعند إصابة طفل بحالة تسمم يجب نقله حالا إلى المستشفى مصحوبا بقدر الإمكان بالمادة المشكوك في تناولها حتى يقع إسعاف المسمم بسرعة[1].

هـ- التعرض لحالات سوء التغذية:

من الأمور التي تعيق الأسرة في تعهد أطفالها فقرها الذي لا يمكنها عن توفير الغذاء الصحي الكافي في مقداره والمتزن في نوعه المتكامل من حيث توافر العناصر الأساسية فيه.

إن الغذاء إذا كان غير كاف في مقداره أو غير متز في تكوينه وغير ممثل للعناصر الأساسية للجسم له نتائج ضارة على صحة الطفل الجسمية وسلامته النفسية إذ يعرضه للمرض بصفة دائمة أو مؤقتة أو منقطعة، وقد تبقى أثار المرض ملازمة له طول حياته فضلا عن أنها تضعف مناعته وقدرته على المقاومة بصفة عامة[2].

وعلى الرغم من أن الفقر هو السبب الرئيسي الذي يؤدي إلى انتشار أمراض سوء التغذية فإنه ليس السبب الوحيد إذ أن هناك أسر يتوفر فيها الغذاء بكميات كافية ويحدث فيها المرض وسبب ذلك هو تكرار المرض ونقص المعلومات المتعلقة بالحاجات الغذائية الخاصة بالأطفال الصغار.

إن الإسهال والحصبة والالتهابات التنفسية تذهب بشهية الطفل وتمنع امتصاص الغذاء وتحرق السعرات الحرارية وتستنزف المواد المغذية عبر الإسهال والمرض وحينما تتكرر هذه الأمراض يصبح سوء التغذية النتيجة الحتمية لها[3].

وهناك عوامل أخرى كثيرة تؤثر على تغذية الطفل من أهمها النوم الغير كافي وتقييد حرية الطفل في اللعب والحركة وعدم إتاحة الفرص له للخروج الكافي للفسحة والاستمتاع بالهواء الطلق وكثرة تعريضه للصراعات والأزمات الانفعالية وهذه كلها عوامل ليست قاصرة على أسر المحدودي الدخل من السكان بل توجد أيضا كلها أو بعضها بين بعض الأسر الميسورة والمقتدرة ماديا والتي كثيرا ما يعتل أطفالها من سوء التغذية[4].

فحسب UNICEF هناك أكثر من 200 مليون طفل أقل من خمس سنوات يعانون من سوء التغذية في الدول النامية ومن بين 12 مليون حالة وفاة سنويا للأطفال دون الخامسة وجد أن 55 % من هذه الوفيات راجعة أساسا لسوء التغذية[5].

---

[1] علاء الدين كفافي: **رعاية نمو الطفولة**، دار قباء للطباعة والنشر، القاهرة ، 1998، ص 79.

[2] فوزية دياب: **نمو الطفل وتنشئته بين الأسرة ودور الحضانة**، سلسلة تربية الأطفال في مرحلة الحضانة، ط3، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1979، ص 140 ،

[3] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: **وضع أطفال العالم 1991**، مرجع سابق، ص 10.

[4] فوزية دياب: مرجع سابق، ص 140.

[5] M.S.P et INSP: «Enfance/La malnutrition, principale cause de mortalité», El Watan, 30-31/1/98, dans/ Revue de presse population et planification familiale, N°3,1999,p101..

كما تبين أيضا أن 183 مليون طفل يعانون من نقص في الوزن مقارنة بالعمر و226 مليون طفل يعانون من تأخر في النمو، أما 67 مليون طفل الآخرين فوزنهم أقل بكثير مقارنة بالطول[1].

ومن الأمراض الشائعة لسوء التغذية نجد مرض الإسقربوط ولين العظام والتبلد وتناقص النشاط[2].

إن أثر سوء التغذية لا ينحصر خطره فقط في مجل النمو الجسمي بل يتعداه إلى النمو العقلي أيضا فقد أجرى « Blanton » دراسة على 6500 طفل ألماني ظهرت عليهم جميعا دلائل سوء التغذية بشكل ملحوظ فتبين له أن هؤلاء الأطفال خاملون متبلدون وغير يقظين وأظهروا عدم القدرة على التركيز[3].

المبحث الأول: الرعاية الصحية للأطفال

لقد خصصت هذا المبحث إلى الرعاية الصحية بحد ذاتها وهذا من خلال إعطاء تعريف وجيز للصحة ثم التطرق إلى أهم مظاهر العناية والرعاية الصحية للطفل والتي تتمثل في الغذاء الصحي والرضاعة الطبيعية والتطعيم ضد مختلف الأمراض والنظافة وإلى الأهمية العظيمة لتنظيم الأسرة في الحفاظ على صحة الطفل.

1- التعريف بالصحة

لقد وضعت الدول الست والأربعين الموقعة على دستور هيئة الصحة العالمية تعريفا للصحة وهو

إن الصحة هي حالة السلامة الجسمية و العقلية والاجتماعية الكاملة وليست مجرد الخلو من المرض والعاهة[4]

وتؤكد الفقرة الآتية من هذا الدستور ضرورة العناية الخاصة بالأطفال إذ تقول: ((إن نمو الأطفال نموا سليما أمر ذو أهمية أساسية والقدرة على الحياة السوية في بيئة كلية متغيرة من ضرورات هذا النمو))[5].

فالصحة ليست علاجا من المرض ولكن لها جانبين آخرين أحدهما المحافظة على الصحة وثانيهما تقويتها وقد دلت الخبرة على أن الوصول إلى الصحة لا يكون بمجرد تحسين مرافقها وإمكانياتها ولا يكون كذلك بتلقين المعلومات الصحية أو حفظ الحكم والمواعظ المتعلقة بها وإنما يجب على الإنسان أن يتمكن من جعلها تحتل مرتبة الغريزة الثانية، فالمرء ليمن بدنا أضيفت إليه نفس بحيث يمكننا أن نبقي بدنه على حدة ونفسا على حدة وإنما الإنسان كائن نفسي

[1] M.S.P et INSP : « **La malnutrition une urgence silencieuse pour la planète, Rapport mondial 1998 de l'UNICEF** », Horizons, 17/12/97, dans /Revue de presse population et planification familiale, N°3,1999,p 98.

[2] فوزية دياب: مرجع سابق، ص 68.

[3] سهير كامل أحمد وآخرون: **تنشئة الطفل وحاجاته بين النظرية والتطبيق**، مركز الإسكندرية للكتاب، 2002، الإسكندرية، ص 139.

[4] ويلارد أولسون: **تطور نمو الأطفال**، تر: إبراهيم حافظ وآخرون، مؤسسة فرانكلين للطباعة والنشر، القاهرة، سبتمبر 1962 ، ص 124.

[5] نفس المرجع، ص 124.

بدني إذا تأثرت نفسه تأثر بدنه والعكس صحيح فالهم يورث المرض كما أن المرض له أثاره النفسية ولهذا يجب أن ينال جانب الصحة اهتماما كبيرا ولا سيما في حياة الطفل[1].

مظاهر العناية بصحة الأطفال

إن الوقاية هي السبيل الوحيد للعناية بصحة الطفل فحسب المثل العربي القديم « درهم وقاية خير من قنطار علاج» فالطفل كائن حي نام جسديا وعقليا جسده جد هش وهو عرضة أكثر من غيره لأمراض سوء التغذية والأمراض المعدية الوبائية والانحرافات النفسانية المختلفة، كما أن العديد من الأمراض التي تصيب الكهل قد تبدأ في سن الطفولة مثل أمراض القلب والشرايين وأمراض الكلى وغيرها من الأمراض التي لها دور كبير في وفرة الوفيات المبكرة ولأجل هذا يجب على الأسرة و بالأخص الأم أن تتثقف في مجال الصحة حتى تحقق الوقاية اللازمة للأطفال وهذا من خلال مراعاة المسائل التالية:

أ- الغذاء الصحي:

يلعب الغذاء الصحي دورا هاما في نمو الطفل فهو يزود الجسم بالطاقة التي يحتاج إليها للقيام بنشاطه سواء كان هذا النشاط داخليا أم خارجيا بدنيا أم عقليا ونفسيا.

كما يلعب الغذاء أيضا دورا هاما في إصلاح الخلايا التالفة وإعادة بنائها وفي تكوين خلايا جديدة وفي زيادة مناعة الجسم ضد بعض الأمراض ووقايته منها، وأهم العناصر الغذائية التي يحتاج إليها الطفل لكي ينموا هي المواد السكرية و النشوية والمواد البروتنية الحيوانية والنباتية والمواد الدهنية والأملاح المعدنية والفيتامينات والماء، فالماء هو الوسيط الذي تحدث فيه التفاعلات والعمليات الكيميائية الحيوية كالهضم[2].

إن الغذاء الصحي هو الغذاء الصالح كما وكيفا بمعنى أن يكون كافيا في مقداره ومتزنا في تركيبه بحيث يشمل على العناصر الأساسية الغذائية سابقة الذكر اشتمالا متكاملا متناسقا فقلة كمية الطعام على الحد المعين اللازم لنمو الطفل أو عدم تنويع الوجبات والإفراط في الاعتماد على بعض العناصر الغذائية الأساسية دون الأخرى كل ذلك من شأنه أن يضعف الجسم ويقلل من مقاومة الطفل للأمراض بصفة عامة كما يقتضي إلى إصابته بأمراض سوء التغذية بصفة خاصة التي تقتضي إلى تأخير نمو الطفل[3].

[1] روزيل جالجر: **صحة أبنائك**، تر: سعيد عبده، ط 2، مكتبة النهضة المصرية، القاهرة، 1960، ص 8.

[2] فوزية دياب: مرجع سابق، ص 65.

[3] سهير كامل أحمد و آخرون: مرجع سابق، ص 135.

كما تعرضهم لأمراض مختلفة كالأنيميا والأمراض الجلدية ولين العظام ونقص الغذاء الذي يؤدي في بادئ الأمر إلى تضاءل النشاط والتبلد ثم ضعف النمو تم يعقب ذلك المرض والهزال[1].

ب. الرضاعة الطبيعية للطفل:

تشير التقديرات الإحصائية إلى أن الرضاعة الطبيعية من الثدي تساهم في المحافظة على حياة ستة ملايين من الأطفال الرضع كل سنة، فالرضع الذين يتغذون بزجاجة الإرضاع غير المعقمة التي تحتوي عادة على مسحوق الحليب المجفف والمخفف بالماء الغير النقي هم الأكثر عرضة للوفاة في فترة الطفولة[2].

ولقد ثبت أن الأطفال الرضع الذين تتم رضاعتهم رضاعة طبيعية لمدة لا تقل عن ستة أشهر يعتبرون وبدرجة كبيرة أقل عرضة للإصابة بالأمراض والوفاة نتيجة الإصابة بأمراض الإسهال والعدوى الحادة والخاصة بالجهاز التنفسي وأنه إذا ما تم تشجيع الأمهات على الاعتماد فقط في تغذية أطفالهن الرضع من الثدي خلال الستة أشهر الأولى من حياتهم فإن ذلك يؤدي إلى المحافظة على حياة عدد من الأطفال يصل إلى مابين مليون إلى مليوني طفل سنويا وهذا بالإضافة إلى ما يتمتع به حليب الأم من مزايا وقائية ومناعية فإنه يحتوي على كل العناصر الغذائية المثالية واللازمة لنمو الطفل في الستة شهور الأولى من العمر[3].

كما تؤدي الرضاعة الطبيعية إلى تحسين صحة الأم وهذا من خلال ممارسة تنظيم الأسرة الشيء الذي يساعدها على العناية الجيدة بصحة طفلها في سنواته الأولى[4].

كذلك إن الوضاعة الطبيعية لا تساهم فقط في إنقاذ أرواح الأطفال والمحافظة على صحتهم بل تحقق وافرا ماليا للوالدين وللمؤسسات الصحية في البلاد فالتهابات الجهاز التنفسي والإسهال هي من أكثر الأمراض شيوعا في كافة الدول النامية وهي تسبب 50 % من زيارات الأطفال للعيادات الطبية والمستشفيات[5].

ج- التطعيم:

لا تشمل الرعاية الصحية تمكين الطفل من أفضل نمو جسمي وعقلي ونفسي فحسب بل تشمل إلى جانب ذلك وقايته من الأخطار التي تهدد صحته وخاصة الخطر الجرثومي هذا الخطر الذي قد يصيبه وهو في رحم أمه وهذا من خلال إصابة الأم بالحصبة الألمانية أو الزهري أو التكسبلازموز، وقد يصاب من ناحية آخر عن أثناء المخاض

---

[1] محمود حسين: **مقدمة الخدمة الاجتماعية**، دار النهضة العربية للطباعة والنشر، ص 343

[2] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: **وضع أطفال العالم 1991**، مرجع سابق، ص 24.

[3] باربرا شين: الرضاعة الطبيعية من الثدي تحافظ على الحياة، مرجع سابق، ص 24.

[4] M.S.P et INSP: Séminaire atelier sur les programme de santé maternelle et infantile, Edition ANDS, 1997,p103.

[5] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: **وضع أطفال العالم 1991**، مرجع سابق، ص 24.

والولادة عند خروجه من الرحم وتلوثه بالجراثيم الموجودة في المسالك التناسلية وقد يصاب من ناحية ثالثة بعد الولادة بسبب انتقال الدوى إليه من المحيط بفيروسات أو جراثيم عديدة.

وتكون المناعة من الأمراض إما طبيعية توجد في الطفل منذ الولادة إلا أنها سرعان ما تتلاشى بعد الشهر الرابع والخامس من العمر أو مكتسبة وتكون بإحدى الوسائل التالية:

أولا : الإصابة بالمرض المعدي

ثانيا: المقاومة التدرجية التي تنشأ نتيجة الاتصال المباشر و المستمر بالجراثيم وإفرازاتها إذا كان عدد الجراثيم غير كافي لإحداث المرض.

ثالثا: وقد تكون بالتطعيم أو التحصين[1].

ويتم التحصين باستعمال اللقاح وهو إعطاء الجرثومة أو فيروس المرض المنوي التلقيح ضده وذلك بشكل حي ومخفف كيمائيا أو بشكل فيروسات وجراثيم ميتة، ومن خلال معالجتها بالأدوية الكيمائية أو خلاصة من هذه المكروبات والنتيجة هي التوصل لدفع الجسم لتوليد وخلق أجسام مضادة لهذه الأمراض تكسب الجسم مناعة معينة ومختلفة بين مرض وآخر.

لذلك فإن اللقاح لا يسبب مرضا بل أجساما مضادة للمرض وهذا التفاعل قد يسبب بعض العوارض الحساسة كالحرارة والانزعاج...الخ[2].

أما عن شروط اللقاح فهي أن يكون الطفل في حالة صحية جيدة، إن التطعيم يشمل عددا من الأمراض المعدية أهمها وأكثرها انتشارا في الوقت الحاضر هي: ضد السل (الدرن)، ضد الخناق أو الكزاز ضد السعال الديكي وضد شلل الأطفال وضد الحصبة وضد الجدري وضد الكوليرا....الخ.

لذلك ما من غدر ممكن أن يلتمس لشخص يجازف بترك نفسه يصاب بمرض معد، اللهم إلا أن يكون هذا المرض من البساطة بحث لا تخشى معبئته أو أن يكون من الأمراض التي لم تعرف الوقاية منها بعد أو لم تصل إلى القدر المطلوب من الكفاية و النبوت[3].

[1] عبد المجيد رزق الله: مرجع سابق، ص 7.

[2] علي الحسن: مرجع سابق ، ص 112.

[3] رزويل جالجر: مرجع سابق ، ص 67.

وللالتزام بالتلقيح وفي فترات منظمة وضعت وزارات الصحة ما يسمى بالدفتر الصحي وهو عبارة عن وثيقة تجمع كل الإجراءات المتعلقة بصحة الطفل من الحمل إلى البلوغ بما في ذلك برنامج التلقيح المقرر على الطفل وهو في متناول الجميع.

وحضور دفتر التلقيح ضروري لتسجيل الطفل في المدرسة لاحقا، ولقد وجد عند 91,6% من الأطفال من خمس سنوات وقد سجل 89.8 % في المناطق الحضرية و 44.2 % في المناطق الريفية أما الذين لا يملكون دفتر التلقيح فنسيتهم تقدر ب 8 %[1].

وبرنامج التلقيح المقرر موضح في الجدول التالي:

الجدول (9): مواعيد التلقيح حسب السن ونوع اللقاح

السن Age	التلقيح vaccins	ضد contre
عند الولادة A la naissance	BCG, Polio oral، HB V (1)	Tuberculose Poliomyélite، Hépatite virale B(1) السل، الشلل،التهاب الكبد الفيروسي (ب)
الشهر الأول	H.BV (2)	Hépatite Virale B (2) التهاب الكبد الفيروسي ب (2)
الشهر الثالث	D.Tcoq Polio oral	Diphtérie -Tétanos دفتريا– كزاز –السعال الديكي–الشلل Coqueluche -Poliomyélite
الشهر الرابع	D.Tcoq Polio oral	Diphtérie - Tétanos دفتريا– كزاز –السعال الديكي–الشلل Coqueluche -Poliomyélite

[1] M.S.P et I.N.S.P : Enquête nationale sur les objectifs de la fin décennie , op.cit ,p104.

الشهر الخامس	D.Tcoq Polio oral HBV(2)	Diphtérie- Tétanos دفتريا– كزاز –السعال الديكي–الشلل Coqueluche-Poliomyélite (Hépatite viral B(2) التهاب الكبد الفيروسي ب (2)
الشهر التاسع	Anti Rougeoleux	الحصبة Rougeole
الشهر الثامن عشر	D.Tcoq Polio oral	Diphtérie- Tétanos دفتريا– كزاز –السعال الديكي–الشلل Coqueluche-Poliomyélite
ستة سنوات	D.Tenfant Polio oral Anti Rougeoleux	Diphtérie- Tétanos دفتريا – الكزاز Polio- Rougeole الحصبة – الشلل
سنة11– 13	D.T adulte Polio oral	Diphtérie- Tétanos Poliomyélite الكزاز – دفتريا للبالغين – الشلل
سنة 16-18	D.T adulte Polio oral	Diphtérie- Tétanos Poliomyélite الكزاز – دفتريا للبالغين – الشلل

المصدر: وزارة الصحة و السكان وإصلاح المستشفيات والمعهد الوطني للصحة العمومية: الرزنامة، الجزائرية للتلقيحات " الدفتر الصحي "، الجزائر، 1997.

د– النظافة:

إن النظافة من الشروط الأساسية لنمو الطفل فهي تحميه من الأمراض والأوبئة كما أنها تنشط أعضاء الجسم الرئيسية كالقلب والأعصاب وتشمل النظافة نظافة الجسم والأكل والثياب والبيت والمحيط الذي نعيش فيه ونظافة المياه

المستعملة وكذلك توفر شبكات الصرف الصحي[1].

وتتجسد النظافة مثلا بغسل اليدين بالماء والصابون قبل البداية في تحضير الطعام للطفل وتغلية الحليب جيدا وعدم تقديمه للطفل طازجا كذلك المحافظة على نظافة قارورات الرضاعة بتغليتها قبل كل رضعة وكذلك تجنب إعطاء المصاصة التي هي في محل الأوساخ وغسل الخضر والفواكه جيدا وتعقيمها بقطرات ماء جافيل قبل تقديمها للطفل وكذلك يجب حفظ الطعام المطبوخ في مكان بارد وإعادة تغليته قبل تقديمه للطفل وذلك للقضاء على الجراثيم كذلك المحافظة على نظافة أدوات أكل الطفل كالملاعق والكؤوس والصحون....الخ.

كما تتجسد النظافة في إشراك الطفل في المحافظة على البيت والمحيط الذي نعيش فيه وتنظيف الجسم والمثابرة على ذلك فبتوفر النظافة ينعم الأطفال بالصحة وفي غيابها يكون الهلاك فالنظافة تقتضي إمكانيات قد لا نجدها في البيئات الفقيرة وإن وجدناها فهي قليلة[2].

3.دور تنظيم الأسرة في الحفاظ على صحة الطفل

مما لا شك فيه أن برامج تنظيم الأسرة لها دور هام ضمن الجهود التي تعمل على الحفاظ على حياة الطفل والارتفاع بمستوى صحته وأنه يمكن إنقاذ حياة الملايين من الرضع والأطفال سنويا عن طريق المباعدة بين الولادات لفترات لا تقل عن سنتين بين كل منها.

فالدول التي نهجت نهج برامج تنظيم الأسرة كانت قادرة على ترجمة التقدم في تخفيض الوفيات إلى التقدم في تخفيض الولادات.[3]

إن الحمل المتقارب والمتكرر في الدول النامية يؤدي إلى إنجاب مواليد قليلي الوزن وأكثر عرضة للإصابة بالأمراض وبالتالي تقل فرصهم في البقاء على الحياة وحتى في الحالات التي تستمر فيها حياتهم خلال عامهم الأول فإن معظم هؤلاء الأطفال يحتمل أن تحدث لهم الوفاة بما يعادل مرة ونصف المرة قبل بلوغهم سن الخامسة بمقارنتهم بالأطفال اللذين يولدون بعد مرور عامين على الأقل منن ميلاد الأخ أو الأخت الأكبر عمرا.

كذلك فإن الولادات المتقاربة تعرض الطفل الأكبر عمرا للخطر وذلك لأن الأم الحديثة الولادة إذا ما حملت مرة أخرى وبعد فترة قصيرة فإن ذلك قد يشغلها أو تتوقف كاملا عن إرضاع مولودها رضاعة طبيعية من الثدي مما يؤدي أو يعرض الطفل الرضيع إلى مخاطر أكبر من حيث تعرضه إلى الأمراض وربما الوفاة[4].

---

[1] وزارة التضامن الوطني: **احتياجات الطفل الأولية**، الجزائر، 1999، ص 33.

[2] رزويل جالجر: مرجع سابق، ص 8.

[3] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: **وضع أطفال العالم 1991**، مرجع سابق، ص 4.

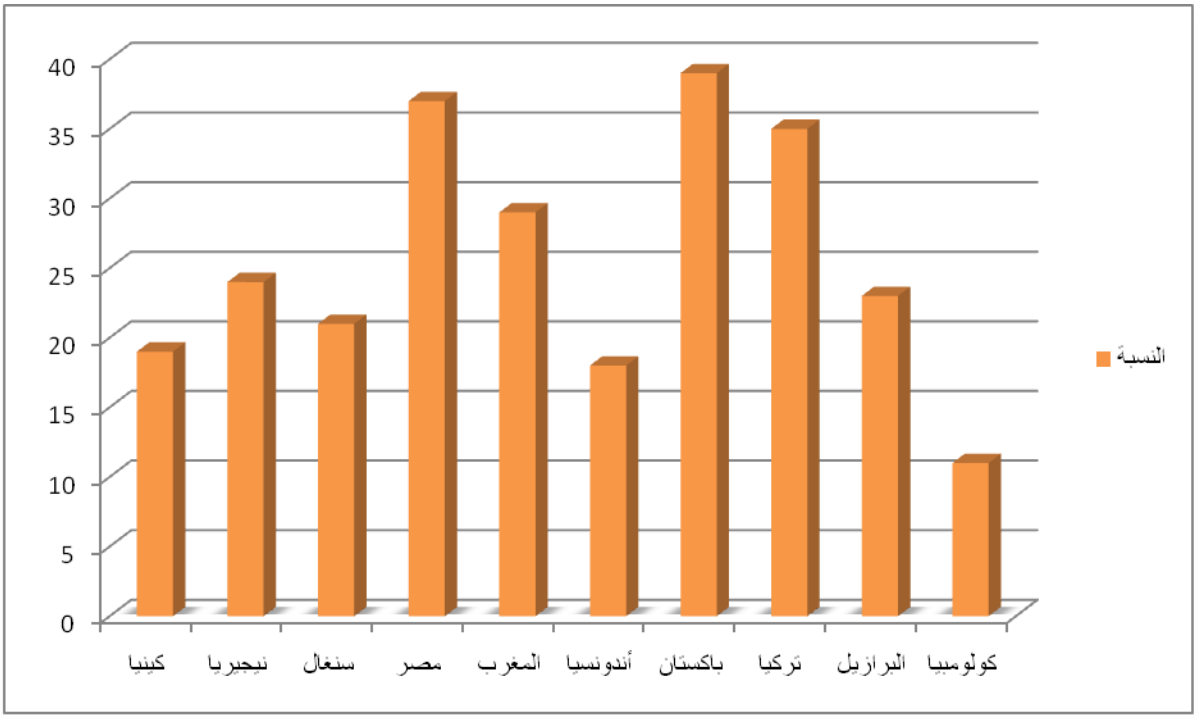
[4] بربارا شين: المحافظة على حياة الرضع والأطفال – دور تنظيم الأسرة في الحفاظ على حياة الطفل ، مرجع سابق، ص 4.

كما أن الأسر كثيرة الولادات المتقاربة يزيد فيها التنافس بين أفرادها للحصول على مصادر الأسرة المحدودة وأن تتقاسم فيما بينها ما هو متوافر من طعام وملابس وأماكن المعيشة والسكن[1].

وبالرغم من حدوث الانخفاض في النسب الكلية للإنجاب المتقارب منذ السبعينات إلا أن هذه النسب لازالت مرتفعة في الكثير من الدول، هذا وأن التحسن في المباعدة بين فتوات الإنجاب له أكبر الأثر على استمرار حياة الرضع في الدول التي بها نسب عالية من الإنجاب المتقارب ومعدل مرتفع من وفيات الرضع ولقد أشارت نتائج تحليل البيانات من 25 دولة من الدول النامية إلى أن نسب وفيات الرضع فيها يمكن أن تنخفض بما يعادل الربع في المتوسط في حالة المباعدة بين كل إنجاب وآخر بفترة لا تقل عن سنتين.

والرسم البياني التالي يوضح ذلك:

الرسم البياني(4): نسبة الانخفاض في وفيات الرضع عندما يحدث الإنجاب على فترات لا تقل عن سنتين بين كل منها:



المصدر: بربابرا شين: المحافظة على حياة الرضع والأطفال، مرجع سابق، ص 5.

ويعتبر سن الأم من العوامل الهامة التي تؤثر على احتمالات المخاطر التي ينتج عنها وفاه الأطفال.

[1] نفس المرجع، ص 5.

لذلك فإن الأطفال الذين يولدون في كثير من الدول لأمهات تقل أعمارهن عن عشرين عاما يكونون أكثر عرضة للوفاة قبل بلوغهم العام الأول من العمر بمقدار مرة ونصف المرة بمقارنتهم بالأطفال الذين يولدون لأمهات تتراوح أعمارهن ما بين 20 إلى 29 عاما[1].

إن الأطفال الذين يولدون لأمهات صغيرات السن يولدون غير مكتملي النضج يتميزون بوزن قليل مما يعرضهم للوفاة وفي معظم الأحوال تفتقر الأمهات صغيرات السن إلى ما يحتاجونه من المصادر والعوامل الاقتصادية والاجتماعية اللازمة والضرورية لحماية حملهم وصحة أطفالهن الرضع.

كذلك إن الأطفال الذين يولدون لأمهات تزيد أعمارهن عن سن الأربعين أو وصلت مرات حملهن والولادة عندهن إلى أربع مرات أو أكثر يكونون أكثر عرضة للموت وتقل فرص حياتهم وفي الغالب وفي معظم الأحوال يولد الأطفال من الأمهات المتقدمات في السن ولديهم تشوهات خلقية مما يؤدي إلى تقليل فرصتهم في الحياة بعد الولادة.

وبصفة عامة فإن الأمهات المتقدمات في السن واللاتي يتعرضن لأكثر من حمل وولادة فإنهن يتعرضن في كل مرة للأخطار التي تؤثر على الأم والطفل[2].

ومن الجوانب المأسوية أنه عندما تموت الأم يكون من المرجح بدرجة أكبر أن يموت أطفالها كذلك فلقد أكدت دراسة أجريت في البنغلاداش أنه عندما تموت امرأة بعد الوضع يكون من المرجح بدرجة أكبر أن يموت أطفالها كذلك[3].

وحسب ما جاء في تقرير وضح أطفال العالم 1991 أن مباعدة الولادات بالنسبة للمرأة في العالم النامي يعني هبوطا كبيرا في نسب انتشار المرض والإعاقة وفي وفيات الأمهات التي تقدر ب 500000 في العام الواحد[4].

ما أهم الأخطار المحدقة بصحة الأطفال، وما الذي تفعله منظمة الصحة العالمية للتصدي لهذه الأخطار؟

ج: يلقى نحو 10 ملايين طفل دون سن الخامسة حتفهم سنوياً، أي أكثر من 1000 طفل في الساعة، ولكنّ معظمهم كان يمكن أن ينجو وينمو ويترعرع إذا أتيحت له تدخلات بسيطة ومعقولة التكلفة.

[1] OMS : Retarder les naissances: dans/ Journée mondiale de la santé, maternité sans risques, Genève, 7 avril 1998 , p 2.

[2] بربارا شين: **المحافظة على حياة الرضع والأطفال – دور تنظيم الأسرة في الحفاظ على حياة الطفل** –، مرجع سابق، ص 5.

[3] نفيس صادق: **الأمومة المأمونة في حالة سكان العالم 2000**، صندوق الأمم المتحدة للسكان، سبتمبر 2000، ص 12.

[4] منظمة الأمم المتحدة للطفولة: **وضع أطفال العالم 1991**، مرجع سابق، ص 4.

وتبلغ مخاطر الوفاة ذروتها في الشهر الأول من العمر. وتحدث غالبية وفيات الولدان بسبب الولادة المبتسرة والاختناق أثناء الولادة وأنواع العدوى المختلفة. ويمكن الحدّ من المخاطر الصحية المحدقة بالولدان والنزول بها إلى أدنى مستوى بضمان ما يلي:

- رعاية صحية جيّدة أثناء فترة الحمل؛
- ولادة مأمونة بمساعدة قابلة حاذقة؛
- رعاية وليدية صارمة: التأكّد، فوراً، من أنّ الوليد يتنفس ووضعه في بيئة دافئة وتوخي شروط النظافة لدى قطع حبله السرّي وتطهير بشرته والاقتصار على الرضاعة الطبيعية.

وخلال الفترة الممتدة من الشهر الأول إلى السنة الخامسة من العمر تكون أهم أسباب الوفاة الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا والحصبة وفيروس الأيدز. وتشير التقديرات إلى أنّ سوء التغذية يسهم في حدوث أكثر من ثُلث وفيات الأطفال.

- يُعد الالتهاب الرئوي السبب الأوّل لوفاة الأطفال دون سن الخامسة. ويحدث ثلاثة أرباع جميع الحالات تقريباً في 15 بلداً فقط. ومن الضروري التصدي لعوامل الاختطار الرئيسية، بما فيها سوء التغذية وتلوّث الهواء داخل المباني، للوقاية من الالتهاب الرئوي، ومن الأمور الضرورية أيضاً التطعيم والرضاعة الطبيعية. ومن الأدوات التي تكتسي أهمية حيوية في التدبير العلاجي الناجع لهذا المرض المضادات الحيوية والأكسجين.

- تُعد أمراض الإسهال من الأسباب الرئيسية لمرض الأطفال ووفاتهم في البلدان النامية. وتساعد الرضاعة الطبيعية على وقاية صغار الأطفال من الإسهال. والعلاج بأملاح الإمهاء الفموي، مع إعطاء مكمّلات الزنك، من العلاجات المأمونة والعالية المردود التي تمكّن من إنقاذ الأرواح.

- يلقى طفل أفريقي واحد حتفه كل 30 ثانية بسبب الملاريا. وتوفّر الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات الوقاية من سراية المرض وتزيد من معدلات بقيا الأطفال.

- يكتسب أكثر من 90% من الأطفال الحاملين لفيروس الأيدز ذلك الفيروس من أمّهاتهم، وهو أمر يمكن توقيه بالأدوية المضادة للفيروسات القهقرية وبتعزيز مأمونية الولادة وممارسات التغذية.

- يمكن تجنّب وقوع وفيات نسبتها 20% تقريبا بين صفوف الأطفال دون سن الخامسة في أنحاء العالم كافة إذا ما اتبعت هذه المبادئ التوجيهية المتعلقة بالتغذية. وتوصي منظمة الصحة العالمية بأن تُقصر تغذية الرضع على الرضاعة الطبيعية لمدة ستة أشهر، وبأن يُعطى الرضع في سن ستة أشهر أغذية تكميلية مأمونة تناسب سنهم، وبأن يُواظب على إرضاعهم طبيعيا لمدة تصل إلى سنتين أو أكثر.

ومن الممكن توقي ثُلثي وفيات الأطفال تقريباً بتدخلات عملية وزهيدة التكلفة. وتعمل منظمة الصحة العالمية على تحسين صحة الأطفال بمساعدة البلدان على توفير الرعاية المتكاملة والفعالة في سلسلة متصلة الحلقات بدءاً بضمان الصحة للأمهات أثناء فترة الحمل ثمّ ضمانها خلال الولادة وتوفير خدمات الرعاية للأطفال حتى بلوغهم سن الخامسة. والاستثمار في النُظم الصحية القوية من الأمور الأساسية لضمان الوقاية من الأمراض وإيتاء خدمات الرعاية الجيّدة.

الرعاية الصحية للشباب (ذكور/ إناث):

هناك اهتمام معاصر بين مختلف فروع الدراسات الإنسانية والعلوم الاجتماعية بدراسة أوضاع الشباب واتجاهاتهم وقيمهم ودورهم في المجتمع، ويكاد هذا الاهتمام أن يكون عالميا إذ أصبح مفهوم الشباب يحظى بالعناية والتحليل في المجتمعات المتقدمة والنامية على حد السواء، على الرغم من اختلاف الإطار الذي تُعالج منه قضايا الشباب وتتباين الأدوار وتتنوع المشكلات بتنوع السياق الاجتماعي والاقتصادي والسياسي الذي تُدرس منه الظواهر المتصلة بالشباب، ولعل السبب الرئيسي لمثل هذا الاهتمام بقضايا الشباب راجع أساسا إلى ما يمثله الشباب من قوة للمجتمع ككل.

فحينما ننظر إلى الشباب سنلحظ أنها أكثر الفئات العمرية حيوية وقدرة على العمل والنشاط، فضلا عما تتسم به هذه الفئة من مرونة في عمليات التكيف مع المواقف التي تواجههم من جهة ودعامة يعتمد عليها المجتمع في رسم سياسات استثمار جهود الشباب من

أجل التنمية و البناء من جهة أخرى. لكن لا يتم ذالك إلا إدا كان هذا الشاب يحضا بقدر من الرعاية الصحية التي تأهله لأن يكون شاب معافى جسديا ونفسيا واجتماعيا.

لا تقل أهمية البرامج الصحية عن البرامج الرياضية بالنسبة لرعاية الشباب فكلاهما يدعّم وينمي الجانب الجسمي الذي له تأثير كبير على بقية جوانب الشخصية العقلية والنفسية والاجتماعية، ورعاية الشباب عندما تهتم بالبرامج الصحية فإنها تدرب الشباب على الإسعافات الأولية وعلى طرق الوقاية من الأمراض وتسعى إلى نشر الوعي الصحي ووقاية أنفسهم ومجتمعهم من مخاطر المرض والحوادث والإصابات.

والبرامج الصحية تتضمن كثير من الأنشطة منها المهرجانات السينمائية التي تعرض الأفلام الصحية، والندوات والمحاضرات الصحية التي يشترك فيها المختصون، زيادة عن ذلك الدورات التدريبية

المستمرة للتدريب على عمليات الإسعاف والتمريض مثل:الحقن، التضميد....إلح، والمسابقات الصحية التي يشترك فيها الشباب بأبحاث علمية أو تجميع أكبر قدر ممكن من المعلومات الصحية، إضافة إلى الزيارات الصحية للمستشفيات والمؤسسات الصحية للإطلاع على كيفية تقديم الخدمات الصحية[1].

ينعم معظم الشباب بصحة جيّدة. غير أنّ كل عام يشهد وفاة أكثر من 2.6 مليون شاب من الفئة العمرية 10–24 سنة[2]. وهناك عدد هائل من الشباب الذين يعانون من أمراض تعرقل قدرتهم على النمو والنماء بالشكل الكامل. ولا يزال عدد كبير منهم ينتهجون سلوكيات لا تعرّض أحوالهم الصحية للخطر في الوقت الراهن فحسب، بل كذلك في السنوات المقبلة. وهناك علاقة بين نحو ثلثي الوفيات المبكّرة وثلث إجمالي عبء المرض الذي ينوء به البالغون وبين أمراض أو سلوكيات بدأت في مرحلة الشباب، بما في ذلك تعاطي التبغ أو نقص النشاط البدني أو ممارسة الجنس دون الاحتماء أو التعرّض للعنف.

والمعروف أنّ تعزيز الممارسات الصحية أثناء المراهقة واتخاذ الخطوات اللازمة لتحسين حماية الشباب من المخاطر الصحية من الأمور الحاسمة الأهمية لضمان صحة البلدان وضمان البنية التحتية الاجتماعية في المستقبل وتوقي المشاكل الصحية عند الكبر.

وفي عام 2002، أقرّت الدورة الاستثنائية المعنية بالطفل التي عقدتها الجمعية العامة للأمم المتحدة بالحاجة إلى "وضع وتنفيذ سياسات وبرامج وطنية بشأن صحة المراهقين، تشمل أهدافاً ومؤشرات، من أجل النهوض بصحتهم البدنية والعقلية[3]."

ومن الأُطر الهامة لتحسين صحة الشباب، المرامي الإنمائية للألفية التي يتعلّق مرميان منها، بشكل خاص بصحة الشباب ومنها[4]:

– يتمثّل المرمى 5 في إتاحة خدمات الصحة الإنجابية للجميع، علماً بأنّ أحد مؤشراته هو معدل الحمل بين الفتيات من الفئة العمرية 15–19 سنة.

[1] عطيات محمد خطاب. **أوقات الفراغ والترويح**، دار الكتاب للنشر،القاهرة، 1990، ط3، ص ص 82–87.

[2] منظمة الصحية العالمية. **المخاطر الصحية المحدقة بالشباب والحلول المقترحة**، صحيفة رقم 345، آب/أغسطس 2011، ص 1.

[3] نفس المرجع ، ص 2.

[4] نفس المرجع، نفس الصفحة.

– يتمثّل المرمى 6 في وقف انتشار الأيدز والعدوى بفيروسه، ومن مؤشراته الحدّ بنسبة 25% من الإصابات بين الشباب، ويحدّد ذلك الهدف نسبة الشباب من الفئة العمرية 15–24 سنة ممّن ينبغي أن تكون لديهم معارف شاملة وصحيحة بشأن الأيدز والعدوى بفيروسه.

كما يُعد حق جميع الشباب في الصحة من الحقوق المنصوص عليها في الصكوك القانونية الدولية. ففي عام 2003، أصدرت اللجنة المعنية بمتابعة تنفيذ اتفاقية حقوق الطفل تعليقاً عاماً تم الاعتراف فيه بالاحتياجات الصحية والنمائية والحقوق الخاصة للمراهقين والشباب. وما يزيد في دعم تلك الحقوق اتفاقية القضاء على جميع أشكال التميز ضدّ المرأة والحق في الصحة.

2–1 دور منظمة الصحة العالمية في تقديم الرعاية الصحية للشباب:

تقوم منظمة الصحة العالمية بمجموعة من الوظائف من أجل تحسين رعاية صحة الشباب ومنها[1]:

– حساب عدد الشباب الذي يتوفون ويتعرّضون للأمراض والإصابات، وعدد الشباب الذين ينتهجون ممارسات يمكنها أن تعرّضهم للأمراض أو الإصابات في المستقبل. ويشمل ذلك أيضاً تقدير العوامل المجتمعية التي تعرقل أو تساعد صحة المراهقين ونمائهم.

– تحديد أكثر السُبل فعالية في تعزيز صحة الشباب، وتوقي المشكلات الصحية، والاستجابة لها عند حدوثها.

– استحداث الأساليب والأدوات التي يمكن استخدامها لتطبيق البيّنات في البلدان.

– ضمان وجود ما يلزم من مجموعات الأفراد والمؤسسات القادرة على تطبيق تلك البيّنات في البلدان.

– إذكاء الوعي العام، ووعي الفئات الخاصة، بالقضايا ذات الصلة بصحة الشباب.

– بناء فهم متبادل بين الشركاء وشعور متبادل بالهدف المنشود من الإجراءات التي يتعيّن القيام بها.

– دعم البلدان في صوغها للسياسات والبرامج وتنفيذها ورصدها وتقييمها.

[1] منظمة الصحية العالمية. **المخاطر الصحية المحدقة بالشباب والحلول المقترحة**، صحيفة رقم 345، آب/أغسطس 2011، ص ص 6–7.

تم خلال جمعية الصحة العالمية الرابعة والستين في عام 2011، اعتماد قرار بشأن الشباب والمخاطر الصحية.

الرعاية الصحية للمسنين:

تم تخصيص عام 1982 سنة دولية لمناقشة قضايا المسنين بدعوة من الجمعية العامة للأمم المتحدة، وتركيز الجهود من أجل معالجة مشاكلهم، وزيادة الاهتمام برعايتهم الاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية، وجعل المسنين الفئة الأولى المعنية بالرعاية ومن جميع الجوانب[1]، كما جعلت سنة 1999 سنة دولية للمسنين وهذا من أجل توفير مختلف أنواع الرعاية وتحسين نوعية حيلة المسنين.

رغم تمكن نظم الرعاية الصحية الحديثة من إطالة عمر أفرادها مما زاد من نسبة المسنين في الدول المتقدمة بصفة خاصة، التي زادت بها نظم الرعاية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، مما خفض نسبة الأمراض المسببة للوفاة، إلا أن هذه الزيادة باتت أيضا تسبب مشاكل صحية[2]، التي أصبحت تتطلب زيادة في كم وكيف الخدمات الصحية المقدمة لهم، ذلك أنه قد تزداد مشاكل المسنين تعقيدا في حالة عدم وجود من يرعاهم الرعاية الأسرية اللازمة، ولذلك فالأمر يتطلب عدد من المؤسسات الاجتماعية التي تتولى رعايتهم سواء الرعاية الطبية، أو الغذائية، أو الاجتماعية، أو النفسية[3].

خاصة إذا ركزنا على الجانب الصحي، فإن تلك الاحتياجات الصحية لهذه الفئة تختلف بطبيعتها عن احتياجات الفئات العمرية الأخرى، وعادة ما يكون المسنون أكثر من البالغين ونسبة الإصابة بها تختلف عن تلك التي تصيب الفئات العمرية الأخرى، وذلك بما تتميز بأنها أمراض تدل على انحلال القوى وضعفها، والتي يطلق عليها أمراض الشيخوخة وهي تميز الفئات العمرية المتقدمة[4]، والذي سيؤثر بطبيعة الحال على نوع الخدمات في المستشفيات، وكذلك طبيعة التخصصات الطبية سواء التي تدرس في الكليات، أو التي يجب أن تتوفر في المؤسسات الإستشفائية، والتي نجدها أكثر في الدول المتقدمة،

---

[1] عبد الله بن ناصر السدجان. **رعاية المسنين في الإسلام**، مطابع الجامعة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 1997، ص ص 6-7.

[2] سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان. **الصحة العامة، والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص ص.193-196.

[3] نفس المرجع، ص193.

[4] مسعودة ناصري. المرجع السابق، ص 74.

نظرا لما تتميز به من انتشار لهذه الأمراض بسبب النسبة المرتفعة للمسنين، الأمر الذي يستدعي إنشاء دور خاصة بالمسنين وتوفير العمال المتدربين لرعايتهم، وما يستدعي أيضا ضرورة إنشاء أقسام خاصة في كليات الطب تهتم بتدريس طب الشيخوخة[1].

وبما أن الشيخوخة لا تختلف عن أي مرحلة عمرية أخرى، حيث أن لها أنواعها من الرعاية الصحية والتي هي في الواقع ترتكز على أساسين الأول وقائي والثاني علاجي، فمن حيث الأساس العلاجي فإنه لابد أولا من العمل على تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به وأصابته، وذلك من خلال توفير المؤسسات الصحية المجانية، وتوفير خدمات الإقامة بالمؤسسات الصحية في حالة الإصابة بالأمراض التي تتطلب هذا النوع من الخدمات، فمثلا نجد في أمريكا نسبة 5% من المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة يتواجدون في المستشفي أو دور التمريض، وتغطى التكاليف من خلال برامج الرعاية الطبية التي وضعتها هذه المؤسسات[2].

أما الأساس الوقائي فيتمثل في توفير الخدمات الصحية الوقائية، التي يمكن لها أن تمنع أو تأخر الأمراض، سواء كانت مرحلية أو مزمنة، من خلال زيادة المعلومات الصحية لهم، عن طريق عمليات التوعية وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تعرضهم للمرض، وتحسيسهم بضرورة تجنبها، وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تجنبهم ذلك، وحثهم بضرورة القيام بها، فعلى سبيل المثال العمل على تجنيب المسن وإبعاده عن مجموعة من المواد الغذائية المضرة بصحته، وحثه على ممارسة مجموعة من الأنشطة الجسمية، كالمشي وغيرها، وكذا الاهتمام بنظافته بصفة عامة، وذلك حتى لا يكون عرضة لبعض الأمراض، أو من خلال الكشف الدوري للمسنين في المؤسسات الصحية، التي قد تكشف عن الأمراض في مراحلها المبكرة وبالتالي علاجها قبل أن يتفاقم الوضع[3].

حيث يتضح مما سبق أن رعاية المسنين لها محورين أساسيين لا يمكن غض الطرف عن إحداهما أو التقليل من أهميته، فالأول يتمثل في الرعاية البيئية أو الخارجية التي يتلقاها المسن من غيره أو من

---

[1] المركز الديمغرافي لشمال إفريقيا. **تعمر السكان ونتائجه الاقتصادية والاجتماعية**، تر: صلاح الدين شريف، تقديم: عبد المنعم الشافعي، دراسات سكانية، رقم 260، 1956، ص134.

[2] مسعودة ناصري. المرجع السابق، ص 75.

[3] نفس المرجع، نفس الصفحة.

البيئة الاجتماعية المحيطة به، حيث تكون ملائمة لحاجته وملبية لمتطلباته ومتماشية مع حالته الشخصية والخصائص العامة التي يندرج تحتها هو وأمثاله من المسنين، أما المحور الثاني فيتمثل في الرعاية الذاتية للمسن نفسه بما يكون لديه من وعي بنفسه وظروفه الصحية، فلابد له أن يكون متمتعا بمجموعة من المعلومات المفيدة وبمجموعة من المهارات الصحية والعادات السليمة، وأن يكون على حذر دائم من أن يقع تحت مجموعة من العادات السيئة التي قد تنال من صحته فيقضي بذلك شيخوخة مليئة بالأمراض[1].

حيث إن الاهتمام والحفاظ على صحة وجودة نوعية الحياة على مدى العمر يسهم إسهاما بالغا في إحساس المرء بأنه حقق ما كان يصبوا إليه، ذلك أنه غالبا ما يقترن التقدم في العمر في أذهان الناس باعتلال الصحة والضعف والعجز، مما يترتب على ذلك ضرورة توفير الرعاية الصحية والاجتماعية والاقتصادية[2].

الرعاية الصحية للمسن في الأسرة:

تختلف أنواع الرعاية التي تقدمها الأسرة لأفرادها المسنين باختلاف الاحتياجات المتعلقة بهذه الفئة من العمر، حيث نجدها توفر له الرعاية من الجانب الاجتماعي والنفسي من خلال معاملاته باحترام وتقدير من طرف أفراد أسرته واستشارته، وتجنيبه الوحدة والعزلة[3] والتكفل به ورعايته إذا فقد شريك حياته ومن الجانب الاقتصادي بتوفير متطلبات العيش أو العلاج الذي يحتاجها المسن وتقديم المساعدة المادية له سواء طلبها أو لم يطلبها ولا يتحقق ذلك إلا من خلال روح التعاون والتكافل بين أفراد الأسرة[4].

وكذلك من بين أنواع الرعاية التي تسهر الأسرة على تقديمها للمسن تلك الرعاية الصحية، باعتبارها جزء لا يتجزأ من الرعاية الاجتماعية التي تقوم بها الأسرة اتجاه المسن، خاصة ما يتميز به المسن من تدهور في حالته الصحية وإصابته بالأمراض، وهذه الرعاية تعتمد على مجموعة من الأسس

---

[1] يوسف أسعد ميخائيل. **رعاية الشيخوخة**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص179.

[2] نفس المرجع. ص ص.169-170.

[3] يوسف أسعد ميخائيل. **رعاية الشيخوخة**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص 57.

[4] مسعودة ناصري. المرجع السابق، ص 143.

تتمثل أساسا في العلاقة بين أفراد العائلة، الوقت المخصص لتقديم هذه الرعاية، والتمويل (توفير الجانب المالي)[1]، فتوفر هذه العناصر الثلاث تضمن للأسرة تقديم رعاية صحية ونفسية جيدة من الجانب العلاجي والجانب الوقائي.

وإذا كانت الرعاية الصحية النفسية والجسمية تحتم ضرورة توفير ظروف عيش ملائمة للمسن خاصة في فترة المرض، سواء كانت متعلقة بظروف السكن، أو من خلال العلاقات الأسرية الجيدة التي تجمع بين المسن وأفراد أسرته، حيث أن الروابط القوية بين الأفراد والرغبة في المشاركة في رعاية المسن تخلق وسائل للتفاعل الجيد والتجاوب مع احتياجات المسن دون الإساءة إليه أو إهماله في بعض الأحيان.

فإن الأسرة أيضا تعمل على توفير المال ليتسنى للمسن تلقي الرعاية الصحية اللازمة[2] سواء من الناحية العلاجية الذي يرتكز على تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به، بتوفير خدمات صحية جيدة من خلال التوجه إلى المؤسسات الصحية الرسمية وتوفير الدواء له، أو من الناحية الوقائية من خلال توفير الغذاء الصحي المتوازن، خاصة وأن المسن في هذا العمر وفي هذه الوضعية الصحية يبقى يحتاج إلى تطبيق حمية غذائية تتماشى مع المرض الذي يعاني منه أو لتجنب الإصابة من بعض الأمراض، وهذا يتطلب من الأسرة توفير المواد الغذائية التي تحتويها هذه الحمية والغذاء المقدم للمسن بصفة عامة، والحرص على تقديمها له[3].

ولذلك نجد أن هذه الرعاية بمختلف جوانبها (الوقائي والعلاجي) تخضع للوضعية الاقتصادية المتاحة للأسرة أو المسن وأيضا علاقات التكافل والتعاون بين أفرادها، حيث نجد أن للمستوى الاقتصادي للأسرة تأثير في تحديد نوع الخدمات الصحية المطلوبة، بمعنى ما إذا كان الوضع يسمح بالذهاب إلى الطب الرسمي أو الاكتفاء بالطب الشعبي، أو الذهاب إلى القطاع الخاص أو الاقتصار

[1] محمد سيد فهمي وفهمي نور هان. **الرعاية الاجتماعية للمسنين**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1999، ص59.

[2] عبد المنعم عاشور. **صحة المسنين،كيف يمكن رعايتها؟**، الهيئة المصرية، العامة للكتاب، القاهرة، 2009، ص 69.

[3] نفس المرجع، ص75.

على القطاع العمومي، وإذا تعلق الأمر بالمسن في هذه الحالة فإن عملية تقديم الرعاية بصفة عامة تتأثر أيضا بنمط الأسرة ينتمي إليها[1].

[1] هدى محمد قناوي. **سيكولوجية المسنين**، مركز التنمية البشرية والمعلومات، الجيزة، 1987، ط1، ص 121.

أولا: مفهوم الشيخوخة:

يستخدم الباحثون في مجال دراسة المسنين أحيانا مفهوم الشيخوخة وأحيانا أخرى مفهوم التقدم في العمر على أنهما مترادفان ويشيران إلى نفس المعنى. وكلاهما قد استخدم بأشكال مختلفة، فمفهوم التقدم في العمر هو أحد المفاهيم المراوغة إلى درجة جعلت من غير المستطاع لعدد كبير من الباحثين تناوله تجريبيا. كما تعددت المقاييس المستخدمة في تحديد مرحلة الشيخوخة، وشملت هذه المقاييس العمر الزمني، العمر البيولوجي، والعمر السيكولوجي، و العمر الاجتماعي.

1- العمر الزمني: يرى " برواملي" أن مرحلة الشيخوخة تنقسم إلى أربعة مستويات:

• المستوى الأول: فترة ما قبل التقاعد وتمتد من 55 إلى 65 سنة.

• المستوى الثاني: فترة التقاعد (65 سنة فأكثر) حيث الانفصال عن الدور المهني وشؤون المجتمع، ويصاحبها تغيرات عديدة في النواحي العقلية والبيولوجية والنفسية والاجتماعية.

المستوى الثالث: وهي فترة التقدم في العمر، والتي تمتد من 70 سنة فأكثر حيث الاعتماد على الآخرين والضعف الجسمي والعقلي.

• المستوى الرابع: فترة الشيخوخة والعجز التام والمرض والوفاة والتي تمتد حتى 110 سنوات.

أما "هيرلوك" فتشير إلى وجود مرحلتين متميزتين:

• الأولى: المرحلة الأولية أو المبكرة من التقدم في العمر(الشيخوخة المبكرة من 60 إلى 70 سنة)

• الثانية : المرحلة المتقدمة (الهرم) وتبدأ من 70 سنة وحتى نهاية الحياة

وقد لوحظ أن هناك اختلافات في تحديد السن التي تبدأ عنده الشيخوخة، وتراوح هذا السن بين بين 55- 65 سنة، ولكن مع تقدم وسائل المعيشة الحديثة وارتفاع الوسائل الصحية أصبح سن 55 غير مقبول كسن لبدء الشيخوخة، وأصبح الاتفاق على أن سن بدء الشيخوخة هو سن الستين وهذا هو ما اصطلح عليه الدارسون للشيخوخة.(فكري 1975).

فسن الستين كما ترى "هيرلوك" هو الحد الفاصل بين مرحلة الكهولة و الشيخوخة

• من جهة أخرى، يجدر بنا أيضا التطرق مصطلحي« العمر الثالث » و« العمر الرابع » هذين الأخيرين حديثي الظهور وكثيري الانتشار ويخصان في نفس الوقت المسنين البالغين 60 سنة وأكثر والأشخاص من فئة

العمر(80 – 90 سنة) الذين غالبا ما يشار إليهم من قبل المجتمع بالصفات والتسميات السلبية المرتبطة بالشيخوخة (الركود، أو النشاطات الإبداعية والترويحية، العزلة الاجتماعية، الجنون والخرف الهرم..الخ.)

2- العمر البيولوجي: ويستخدم في تحديد بداية الشيخوخة العضوية، وهو مقياس وصفي يقوم على أساس المعطيات البيولوجية مثل معدل الأيض، معدل نشاط الغدد الصماء، قوة دفع الدم .....الخ

3- العمر الاجتماعي Social age: ويشير إلى الأدوار الاجتماعية، وعلاقة الفرد بالآخرين ومدى توافقه الاجتماعي.

4- العمر السيكولوجي Psychological age: ويستخدم هذا المقياس في تحديد الشيخوخة النفسية، وهو مقياس وصفي يقوم علة جملة الخصائص النفسية والتغيرات في سلوك الفرد ومشاعره وأفكاره ....الخ. قناوي.

وفي نفس السياق حددت المنظمة العالمية للصحة OMS مراحل حياة الانسان من 45 سنة كما يلي:

- العمر المتوسط «Age moyen» 45–59 سنة.
- المسن«Personne âgée » 60–74 سنة.
- الشيخ «Vieillard» 75–90 سنة
- المعمر أو الطاعن في السن «Grand vieillard» 90 سنة فأكثر.

لهذا تعتبر المنظمة العالمية للصحة أن الأشخاص الذين يبلغون 60 سنة فما فوق يمثلون المجتمع المسن وهذا المقياس يعتبر أكثر استعمالا لأنه يستجيب لمجموعة من المقاييس الاجتماعية والاقتصادية لاسيما فترة الإحالة على المعاش.

تعتبر ظاهرة شيخوخة السكان من أهم الظواهر المجتمعية المميزة لنهاية القرن الماضي، وتمثل حاليا مشكلا تتعرض له معظم الدول المتقدمة والتي يجب أن تتحضر له الدول النامية في المستقبل القريب. فتحت تأثير ارتفاع أمل الحياة الناتج عن تراجع الوفيات من جهة نظرا للتطورات الطبية وتحسن ظروف الحياة والمعيشة وانخفاض معدلات الخصوبة والولادات من جهة أخرى، لن تكف نسبة المسنين البالغين 60 سنة وأكثر عن الارتفاع في مجموع السكان على حساب الفئات الشابة وهذا على المستويين العالمي والقطري وتزداد ظاهرة الشيخوخة بين سكان العالم بشكل مطرد وبمعدل مذهل تماما، فقد ازداد مجموع الذين يبلغون من العمر

60 سنة فأكثر من 200 مليون نسمة في عام 1950 إلى 400 مليون في عام 1980 ثم إلى 600 مليون في عام 2001، ومن المقدر أن يصل إلى 1.2 مليار مسن في عام 2025[1].

أما معظم الدول العربية فهناك تقدم كبير فيما يتعلق بالعمر المتوقع عند الولادة خلال العقدين الماضيين فقد بلغ معدل العمر المتوقع عند الولادة58 سنة للرجال، و 61.3 سنة للنساء في الفترة 1980-1985، أما حاليًا فالنساء والرجال على السواء يعيشون لفترة أطول 7 سنوات مما عاش نظراؤهم قبل 20 عاما، ويتوقع أن يصل معدل العمر المتوقع عند الولادة إلى 73 عاما بحلول عام 2025 و76 عاما بحلول عام2050[2].

كما عرفت الجزائر هي الأخرى كغيرها من باقي الدول العربية والمسلمة تغيرات عميقة على مستوى البنى العمرية والتركيبية لسكانها، وأضحت شيخوخة السكان أمرا مؤكدا على المدى الطويل وزيادة أعداد المسنين بين مجموع السكان حقيقة واقعة، فحسب توقعات الديوان الوطني للإحصائيات ينتظر أن تفوق نسبة السكان البالغين 60 سنة وأكثر نسبة السكان الأقل من 20 سنة في آفاق سنة 2040، فالتغيرات الديمغرافية الملاحظة خلال العشرين سنة الماضية من انخفاض الخصوبة بأكثر من 4 أطفال لكل امرأة وارتفاع أمل الحياة عند الولادة بأكثر من ثلاثة عشرة سنة تنبئ بزحف ظاهرة تشيخ السكان. ففي سنوات الثمانينات من القرن الماضي كان المجتمع الجزائري من أكثر سكان العالم شبابا حيث تجاوزت نسبة فئة البالغين أقل من 15 سنة 58 % ، غير أن التطورات الحالية والمستقبلية للخصوبة والوفيات سوف تقود إلى مستوى تشيخ سكاني أكبر من المتوسط .وهكذا فإن السكان المسنين البالغين 60 سنة وأكثر والذين يمثلون حاليا ما يعادل نسبة % 7.6 من إجمالي السكان[3] سوف يتضاعفون خلال سنوات 2030- 2050 مع وصول الأجيال 1970-1980 أي أجيال الانفجار السكاني إلى سن التقاعد، كما تشير الإسقاطات الديمغرافية المستقبلية إلى أن السكان المسنين في الجزائر سوف يمثلون 14.7 % من مجموع سكان الجزائر سنة 2030 وستصل نسبتهم إلى 22 % سنة 2050، وأن عدد السكان البالغين 60 سنة وأكثر الذي كان يقدر ب 2,2 مليون مسن خلال سنة 2002 ثم 2,8 مليون مسن سنة 2010 سوف يبلغ 4,2 مليون شخص مسن سنة 2020، وسيصل إلى 6,2 مليون مسن سنة 2030[4].

---

[1] منظمة الأمم المتحدة. أهداف عالمية في مجال الشيخوخة لسنة 2001: استراتيجية عملية. تقرير الأمين العام، ص 5.

[2] اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا الاسكوا، شيخوخة السكان في البلدان العربية، الأمم متحدة نيويورك، 2007، ص .

[3] Office National des Statistiques (ONS). L'Algérie en quelques chiffres, N°40, 2010.

[4] Office National des Statistiques (ONS) .Projections de populations à l'horizon 2030. Collection statistiques Séries S : Statistiques Sociales. N°106 .Décembre 2004.

وحيث أن المسنين سيشكلون نسبة مهمة من مجموع السكان في السنوات المقبلة، فمن الضروري توفير معلومات إحصائية أفضل حول ديمغرافية التشيخ في الجزائر وعواقبه وتأثيراته المتعددة المستويات، وذلك من أجل إرشاد السياسات والبرامج.

وعند تناول الخصائص والتغيرات المصاحبة لمرحلة الشيخوخة يتبين أن مرحلة الشيخوخة تتسم بعدة خصائص وتغيرات تميزها عن غيرها من المراحل وهذه التغيرات هي نتيجة لبعض العوامل السيكولوجية، والبيولوجية، والاجتماعية، والاقتصادية التي يمر بها الفرد، فالفرد لا ينتقل مباشرة إلى الشيخوخة ببلوغه سن الستين أو الخامسة والستين سن التقاعد الرسمي وإنما تظهر الخصائص الفسيولوجية والتغيرات البيولوجية و الفسيولوجية الوظيفية على المسن بشكل تدريجي قبل هذا السن بفترة طويلة أو قصيرة وهذه الفترة تتحدد بناءا على العوامل الوراثية والبيئية .وتتمثل أهم التغيرات الجسمية البيولوجية المصاحبة لمرحلة الشيخوخة في التغير في الشكل العام للجسم: ومن أبرزها التغير في وزن الجسم، حيث يتجه نحو الانخفاض، وكذلك سقوط الشعر والصلع، وجفاف الجلد، ورعشة اليدين وسقوط الأسنان وشيب الشعر، والتغيرات الفسيولوجية الوظيفية في بطء انقباض الأوعية الدموية وبطء انقباض القلب وارتفاع ضغط الدم، وبطء استجابة الجهاز العصبي للمثيرات مما يؤدي إلى بطء الحركة وهبوط الذاكرة ونقص مدى الانتباه، وتطرأ على معظم الأعضاء تغيرات ملحوظة، فيحدث ضمور في الطحال والكبد والقلب والرئتين والبنكرياس وضمور في الغدد الصماء ونقص في إفرازاتها، كما يحدث نقص لكفاءة الأجهزة الحسية مثل السمع والبصر[1].

أما الخصائص والتغيرات الاجتماعية فعادة ما تحدث نتيجة للتغيرات الفسيولوجية والذهنية التي تطرأ على المسن، كما أنها تكون نتيجة لانتقال الفرد إلى التقاعد سواء إجباريا أو اختياريا ولعل أهم التغيرات الاجتماعية التي تطرأ على المسن:

أ- تغير الأدوار الاجتماعية للمسن بعد التقاعد فيتحول من العمل الحكومي أو الخاص إلى ممارسة الهوايات.

ب- التحول التدريجي في حجم الأسرة بعد زواج الأبناء أو بعد وفاة الزوج أو الزوجة أو الانتقال للعيش مع أحد الأقارب أو في دار للمسنين.

ج- التناقص التدريجي في التفاعل الاجتماعي بعد انشغال الأبناء ووفاة الأصدقاء والأقارب أو مرضهم أو تغير ظروفهم الاجتماعية وصعوبة التواصل معهم.

[1] مصطفى محمد الماحي. المسنون ،المسح الشامل للمجتمع المصري(1952- 1980)، المجلد الثاني، الأسرة ، مصر، 1985، ص 276 – 277.

د- نقص الكفاءة الاجتماعية في تكوين علاقات اجتماعية جديدة، وفي تصريف الأمور، واتخاذ القرارات، وحل المشكلات الاجتماعية.

هـ- نقص النشاط الاجتماعي، وتدهور الرغبة في الأنشطة الترويحية في الرحلات والزيارات وانشغال المسن بنفسه أكثر من الآخرين.

و- زيادة الرغبة في الأنشطة الدينية والإقبال على أداء العبادات

ولا تنفصل التغيرات الجسمية عن التغيرات النفسية حيث أن دورة التأثر والتأثير بينهما مستمرة ومتبادلة ولذلك فقد استطاع المهتمون بدراسة التغيرات النفسية التي تلازم مرحلة الشيخوخة من تحديدها في:

أ- القلق على الصحة، والقلق على التقاعد وبالتالي فقد المكانة، والأهمية، والعزلة، والفراغ، وقلق الانفصال عن الذين ارتبط بهم من الأبناء والأصدقاء، وقلق الموت والقلق على المال وميراث الأبناء.

ب- التغير في الاهتمام حيث يصبح المسن أكثر شكوى من الأمراض، والتوهم بالإصابة بالعديد من الأمراض، كما قد يقبل على القراءة أو مشاهدة التليفزيون بكثرة.

ج- اللجوء إلي الدين خلاصا من الشعور بالذنب، ومن الإحساس ببعض الخطايا التي ارتكبت في الماضي، ولذلك قد يصبح الفرد أكثر تسامحا، وأقل تعصبا للجوانب الدينية وقد يحدث العكس.

د- اللامبالاة الانفعالية ومحاولة تحاشي المواقف المثيرة.

هـ- نقص الدافعية وضعف الآمال ومستوى الطموح.

و- نقص القدرة على فهم مشاعر الآخرين ومشاركتهم وجدانيا.

ز- الميول إلى التشاؤمية والشعور بالتعاسة والتوجس الشديد والتشكك في الآخرين.

ح- الحساسية الانفعالية العالية وسرعة التأثر بكل ما يقع عليه من ضغوط.

أما فيما يختص بالخصائص والتغيرات الاقتصادية فإن تقاعد الفرد سواء كان إجباريا أو اختياريا يعني انسحاب الفرد من مكانة العمل، وبطبيعة الحال فسوف يفقد جزءا ليس بقليل من دخله مع تزايد الأعباء المادية وتدهور الحالة الصحية وعدم وجود مصادر إضافية للدخل غير المعاش المقرر له عند التقاعد. إذا كان

موظف حكومي سابق وبذلك تكون أهم التغيرات التي تطرأ على حياة المسن هي ثبات الدخل أو نقصه مقابل ارتفاع أسعار السلع الأساسية والعلاج وزيادة متطلبات المعيشة.

كلما زادت أعداد المسنين كلما تعددت وتنوعت الاحتياجات وظهرت المشكلات في الوفاء يتلك الاحتياجات، الأمر الذي يجعل رعاية المسنين قضية ملحة من قضايا العصر، وتختلف المجتمعات في تعاملها مع هذه الظاهرة.

ثانيا: مشكلات مرحلة الشيخوخة:

تتميز حياة كبار السن بكثرة أوقات الفراغ التي يصعب ملؤها فيستسلمون إلى اليأس والعزلة وينتابهم الشعور بالإحباط، ونقص الشعور بالذات، والضياع والإحساس بفقدان الأهمية، مع تقدم العمر يعاني المسن من مشاكل عديدة منها ما هي مرتبطة به وبطبيعته وتغيرات المراحل التي يعيشها وهي مرحلة الشيخوخة، ومنها ما هي مرتبطة بالمجتمع وبالمحيط الخارجي ويمكن إجمال المشكلات التي يعاني منها المسن، في المشاكل الصحية والمشاكل الاجتماعية والمشاكل الاقتصادية وهي مشاكل مترابطة تؤثر ببعضها البعض.

1- المشكلات الصحية والنفسية للمسنين:

يصاحب التقدم في السن مشكلات صحية، تكون ناجمة بالدرجة الأولى تلك التغيرات التي تحدث للمسن خاصة التغيرات الفيزيولوجية كالضعف الجسمي، وضعف الحواس، وغيرها من التغيرات التي تعتبر من مظاهر التقدم في السن فما يلاحظ في هذه المرحلة هو " زيادة معدل الفقدان على معدل الزيادة في جميع مظاهر النمو"[1].

وتتحكم في الحالة الصّحيّة للمسن إضافة إلى تغيرات التقدم في العمر العديد من العوامل الاجتماعية كمستوى المعيشة، ودرجة التعليم، ارتفاع مستوى الصحة العامة[2]، كما أن الحالة الصحية للمسن لها تأثير على العديد من الجوانب الأخرى كقدرته على العمل، وعلاقته داخل الأسرة وخارجها، وعلى الجوانب الاقتصادية أيضا كالدخل.

[1] حامد عبد السلام زهران. **علم النفس الاجتماعي**، عالم الكتب، الطبعة4، القاهرة، 1977، ص422.

[2] سيد سلامة إبراهيم . **رعاية المسنين**، الجزء الثاني، المكتب العالمي للكمبيوتر للنشر والتوزيع، القاهرة،1997، ص141.

فمن ناحية التغيرات التي تصاحب التقدم في السن نجد أنها قد تخلق مشكلات وأمراض يطلق عليها أمراض الشيخوخة لأنها كثيرا ما تنتشر عند المسنين أكثر من غيرهم، ومن أكثر الأمراض التي تنتشر عند المسنين و تشكل لهم عقبات أمام تكيفهم مع المحيط الذين يعيشون فيه:

التهاب المفاصل الناتج عن نقص الكالسيوم في العظام، والروماتيزم الذي يعتبر من الأمراض الشائعة عند المسنين وأمراض القلب التي يرجع إلى تصلب الشرايين، وارتفاع ضغط الدّم وتضخم البروستات وهي غدة مركزها الحوض الصغير تحت المثانة (الكيس البولي) مما يصعب عملية التبول ويتسبب في اضطرابات خطيرة في الكليتين وقد يؤول هذا التضخم في النهاية إلى ظهور السرطان، إضافة إلى أمراض الجهاز التنفسي وأمراض الجهاز الهضمي (المعدة والأمعاء) وداء السكري[1]، وفي دراسة إحصائية عن أسباب الوفاة عند المسنين وجد أنّ مسببات الوفاة تمثلت في النسب التالية:

- 30 % نتيجة لأمراض القلب والدورة الدموية.
- 30 % نتيجة للأورام الخبيثة.
- 40 % نتيجة لباقي الأمراض.

ومما يزيد من حدّة هذه الأمراض أنّ المسن يتأثر بها لمدة أطول، كما قد يعاني من عدة أمراض أخرى في نفس الوقت وهذا بسبب ضعف المناعة لديه. ويمكن النظر إلى أمراض التقدم في السّن من زاويتين وهي:

1– زاوية الوراثة: وهي المقومات الوراثية التي يرثها الإنسان والتي تؤثر على شيخوخته بالإيجاب أو السلب أي المرض والضعف.

2 – زاوية الشيخوخة نفسها: فالمسن الذي لا يلقى عناية صحية يكون عرضة للانهيار السّريع وتأخذ حالته في التدهور المستمر والسريع في نفس الوقت.

ورغم أن الأمراض سالفة الذكر قد يتعرض لها الإنسان في أي مرحلة عمرية إلاّ أنّ المسن يعتبر من أكثر الفئات عرضة لها، بل أنّ هناك من تكون خطرا عليه مثل ضمور المخ الذي يقود إلى نقص مطردي لقدرات العقلية وزيادة مطردة في ضعف الذاكرة ويزداد هذا المرض انتشارا مع التقدم في السن أكثر فأكثر.

[1] محمد سيد فهمي. **رعاية المسنين اجتماعيا**، المكتب الجامعي الحديث، الإسكندرية، 1984، ص 74 – 75.

وتؤثر بعض التغيرات الفيزيولوجية على نفسية الشخص المسن كضعف السمع الذي يقلل التواصل مع الآخرين مما يشعره بالعزلة ويثير في نفسه الشعور بإحراجه للآخرين عند مطالبتهم بتكرار ما قيل له ، وكذلك ضعف البصر الذي يجد معه المسن عناء كبيرا في تحديد الأماكن التي يتحرك فيها، أو الأشخاص الذين يكلمهم وهو الأمر الذي يشعره بالخجل والضعف وفقدان الثقة في النفس ويعتبر النسيان أيضا من المشكلات الشائعة عند المسنين. ومشكلات الصحة النفسية ترتبط بعدة عوامل منها العجز الجسمي وسوء التغذية والوحدة واختفاء الأصدقاء.

ولقد بيّن اريكسون Erikson في دراسة حول المسنين أنّ القلق يعدّ سمة مميزة لمرحلة الشيخوخة، وأن الأفراد كلما تقدموا في العمر زاد معدل القلق لديهم، كما بيّن أن قلق المسنين ينتج عن أربع مصادر هي[1]:

أ- الصحة: نتيجة اضمحلال في بناء الجسم ونقص القدرة على مقاومة المؤثرات الخارجية.

ب- التقاعد وترك العمل: وما يترتب عليه من عدم الأمان الاقتصادي.

ت- الإحساس بالوحدة والفراغ.

ث- قلق الموت: الإحساس بالنهاية واليأس من الشفاء وانتظار الموت.

ومن أسباب الشعور بالوحدة و الفراغ زواج الأبناء وانشغالهم وكذلك فقد الزوج أو الزوجة وتناقص أفراد الجيل الذي ينتمي إليه المسن يوما بعد يوم، إضافة إلى شعوره بالاستغناء عليه وعدم الحاجة إليه، ومن المشكلات التي تبدو عامة عند المسنين مشكلة النوم، فالغالبية العظمى يعانون من اضطرابات النوم بسبب القلق والتألم من الأمراض أو بسبب عدم توفر الهدوء داخل الأسرة.

2 -المشكلات الاجتماعية للمسنين:

إن الإنسان يعاني من الحرمان الاجتماعي عندما يفقد القدرة على حرية الاتصال الاجتماعي طبقا لحاجته ورغباته، والمسن يعتبر من أكثر فئات المجتمع تعرضا للحرمان الاجتماعي نظرا لقلة موارده المالية وضعف قواه الجسدية، ويزيد من حدة المشكلات الاجتماعية شعور المسن بالوحدة والعزلة عن حياة المجتمع، ويبدأ هذا الشعور بحياة الحرمان من العلاقات العائلية والتي كانت تؤلف جزء اً كبيرا من نشاطه واهتماماته اليومية، مما يضع القيود على تحركات المسنين وعلاقاتهم الشخصية بأفراد المجتمع، ولذلك نجد أن كبار السن تتقلص علاقاتهم الاجتماعية إلى حد كبير، فنراها تقتصر على الأصدقاء القدامى القريبين، وعموما يمكن القول

[1] عبد اللطيف محمد خليفة. **دراسة في سيكولوجية المسنين**، دار غريب، القاهرة، 1990 ، ص 30-31.

أنّ تقلص العلاقات الاجتماعية ووسائل الاتصال بالآخرين تبعث مظاهر الملل والسأم والإحباط والشعور بأن الحياة تسير بلا هدف وهذا قد يؤدي إلى اضطرابات سوء التكيف مع البيئة.

ومن أهم المشكلات التي يعانيها المسنون هي اغترابهم عن المجتمع نتيجة لعدم استجابة المجتمع لاحتياجاتهم و عدم توفير الفرص لهم للاشتراك في اتخاذ القرارات الهامة المتعلقة بإشباع متطلباتهم، فينشأ ما يسمى باغتراب المسنين عن المجتمع[1]، ويتبع هذا الاغتراب ما يلي:

أ- قلة الاهتمامات الاجتماعية للفرد فيما يتعلق بالجهود والأنشطة التي تخدم مجتمعه.

ب- قلة مشاركاته في المنظمات الاجتماعية أو محاولاته إيجاد المنظمات الأكثر فاعلية في إشباع حاجاته .

ج-عدم الثقة الكافية في المقدرة على تغيير الأوضاع السيئة في المجتمع.

ونتيجة لاغتراب المسنين عن مجتمعهم واضطراب علاقاتهم يميل المسنون إلى الاتصاف بمجموعة من الخصائص الاجتماعية من أهمها:

1. العزلة والوحدة، ويزيد عن عزلة المسن زواج الأبناء أو موت أحد الزوجين والضعف البدني.

2. يفتقد المسنون مراكزهم في العلاقات العائلية ويفقدون تأثيرهم على الأسرة وانسحاب المسن وانقطاعه عن المجتمع سمة من سمات التقدم في السن، ويكون هذا الانسحاب متبادلا بين المسن والمجتمع ككل .وقد يرجع ذلك لنظرة المجتمع واتجاهاته إلى الاختلاط الاجتماعي بالمشاركة مع أفراده المسنين.

[1] خالد الطحان. **نظرة مستقبلية حول رعاية المسنين في ضوء خصائصهم النفسية**، المنامة:البحرين، الندوة العلمية لرعاية المسنين بالدول العربية الخليجي 1982 ص 4.

3- المشكلات الاقتصادية للمسنين:

ومن المشكلات التي يمكن أن تعترض المسن هناك المشكلات الاقتصادية و التي ترجع أساسا إلى نقص في الموارد والدخل بسبب التقاعد أو المرض أو انخفاض القدرة على العمل والكسب. فتقاعد المسن عن العمل يعني نقصان دخله وبالتالي انخفاض مستوى معيشته وحتى بالنسبة للذين يعملون في مهن حرفية، فإنّ تقدمهم في السّن يحول دون تمكنهم من ممارسة العمل بالصورة التي كانت عليه في المراحل السابقة وهذا ما قد يشعر المسن بعدم الأمن الاقتصادي.

ويعد تقاعد المسن عن العمل من أسوأ ما يواجه من أحداث في حياته، وذلك لما يترتب عليه من فقدان المكانة الاجتماعية المرتبطة بالمهنة خاصة لأصحاب المناصب الرفيعة ورجال السلطة[1]، والذين لا يملكون أي دخل آخر غير دخل ذلك العمل، فالعمل كأحد الأدوار الاجتماعية يمكن اعتباره المركز الذي تلتف حوله الكثير من الأدوار الاجتماعية الأخرى ، حيث تتأثر تلك الأدوار بالفقد أو الضعف إذا ما افتقد الفرد عمله.

إن انخفاض الدخل وعدم إشباع الحاجات المادية للمسن يؤدي إلى أثار الحرمان المادي عنده والذي ينجم عنه كثير من الأمراض الناجمة خاصة من سوء التغذية وسوء المسكن ومما يزيد من المشكلات الاقتصادية عند المسن هو عبء العلاج أو الدّواء "فما أن تَطْرق الشيخوخة باب فرد حتى يصبح تردده على الأطباء أمراً متزايداً، فهذه أدوية للضغط وهذه للقلب وهذه لداء السكري وغيرها من الأدوية ".

وقد تعترض حياة المسن أزمات اقتصادية تؤثر في حالته النفسية والصحية عامة خاصة عند عدم قدرته على تغطية أدنى حاجياته، حيث يشعر بنوع من العجز الذي يؤثر على حالته النفسية وحتى الجسدية، لأنّ كثير من الأمراض الجسدية يكون سببها الحالة النفسية للفرد كما أن عجز على تغطية تكاليف العلاج والدواء، إذا كان مصابا بإحدى الأمراض وعجز أسرته على ذلك يؤدي إلى تفاقم المرض.

ثالثا- احتياجات الشيخوخة:

لقد حاول أحد الباحثين أن يحدد أهم ما يتمناه كبار السن على النحو التالي:

- صحة الجسم حتى لا يصبح أسير الفراش ويحتاج إلى من يعاونه.

- صحة النفس، وتعتمد أساسا على الطمأنينة وراحة البال وعلى تقبل حالة التقدم في السن برضا ودون تذمر.

[1] حسين محمد حسن وآخرون. **دراسات بيئية وأسرية**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 1998، ص 234.

– حالة من القناعة حيث تساعدهم على أن يتقبلوا ما لا يستطيعون تغييره .

– حالة من اليسر المادي حيث أن معظم المسنين يعرفون أن المال لن يصنع لهم السعادة في شيخوختهم ولن يعوض لهم صحتهم ولا شبابهم.

– الأصدقاء حيث يحتاجهم كبار السن على الرغم من أنه كلما تقدم بهم العمر كلما فقدوا المزيد من الأصدقاء وهذا هو القانون المحزن للحياة.

– نوع من النشاط حيث يشعرهم هذا النشاط بأنهم مازالوا ذو قيمة وبأن هناك أشياء ما يزالوا يستطيعون أدائها.

– علاقات أسرية حيث يريدون أن لا يعاملوا مثل التحف الأثرية لهم دورهم.

– رؤية أبنائهم وأحفادهم وهم يكبرون حيث يشعرهم ذلك بالسعادة.

– الحصول على التقدير والاحترام.

وتعد احتياجات كبار السن كثيرة ومتنوعة ويمكن إضافة ما يلي:

• الاحتياجات المادية البيولوجية:

وتتلخص هذه الحاجات المادية في المسكن والطعام والملبس والصحة ويحتاج توفير هذه الحاجات ابتداء إلى توفير القدرة المالية لدى المسن وهنا يصطدم أغلب المسنين وخاصة المتقاعدين عن العمل بمشكلة ثبات المعاش الذي يحصلون عليه بعد تقاعدهم في الوقت التي تتزايد فيه الأعباء وخاصة في الجوانب الصحية، وهنا نشير إلى أهمية توعية الشباب بحيث يستعدون للشيخوخة بالادخار والاستثمار ما يكفل لهم في مستقبل أيامهم وفيما يتصل بالسكن فان الأمر لا يقتصر على توفير المسكن فحسب وإنّما تمتد إلى مشاركة الأبناء في السكن حتى بعد زواجهم وما يسببه ذلك قلق المسن ومن هنا يأتي دور الأسرة والمجتمع لتوفير المناخ المناسب لإشباع الاحتياجات المادية للمسن.

رابعا: بعض أنماط الرعاية الموجهة للمسنين:

1– الرعاية الصحية:

تم تخصيص عام 1982 سنة دولية لمناقشة قضايا المسنين بدعوة من الجمعية العامة للأمم المتحدة، وتركيز الجهود من أجل معالجة مشاكلهم، وزيادة الاهتمام برعايتهم الاجتماعية والصحية والنفسية والاقتصادية،

وجعل المسنين الفئة الأولى المعنية بالرعاية ومن جميع الجوانب[1]، كما جعلت سنة 1999 سنة دولية للمسنين وهذا من أجل توفير مختلف أنواع الرعاية وتحسين نوعية حيلة المسنين.

رغم تمكن نظم الرعاية الصحية الحديثة من إطالة عمر أفرادها مما زاد من نسبة المسنين في الدول المتقدمة بصفة خاصة، التي زادت بها نظم الرعاية الوقائية والعلاجية والتأهيلية، مما خفض نسبة الأمراض المسببة للوفاة، إلا أن هذه الزيادة باتت أيضا تسبب مشاكل صحية[2]، التي أصبحت تتطلب زيادة في كم وكيف الخدمات الصحية المقدمة لهم، ذلك أنه قد تزداد مشاكل المسنين تعقيدا في حالة عدم وجود من يرعاهم الرعاية الأسرية اللازمة، ولذلك فالأمر يتطلب عدد من المؤسسات الاجتماعية التي تتولى رعايتهم سواء الرعاية الطبية، أو الغذائية، أو الاجتماعية، أو النفسية[3].

خاصة إذا ركزنا على الجانب الصحي، فإن تلك الاحتياجات الصحية لهذه الفئة تختلف بطبيعتها عن احتياجات الفئات العمرية الأخرى، وعادة ما يكون المسنون أكثر من البالغين ونسبة الإصابة بها تختلف عن تلك التي تصيب الفئات العمرية الأخرى، وذلك بما تتميز بأنها أمراض تدل على انحلال القوى وضعفها، والتي يطلق عليها أمراض الشيخوخة وهي تميز الفئات العمرية المتقدمة، والذي سيؤثر بطبيعة الحال على نوع الخدمات في المستشفيات، وكذلك طبيعة التخصصات الطبية سواء التي تدرس في الكليات، أو التي يجب أن تتوفر في المؤسسات الإستشفائية، والتي نجدها أكثر في الدول المتقدمة، نظرا لما تتميز به من انتشار لهذه الأمراض بسبب النسبة المرتفعة للمسنين، الأمر الذي يستدعي إنشاء دور خاصة بالمسنين وتوفير العمال المتدربين لرعايتهم، وما يستدعي أيضا ضرورة إنشاء أقسام خاصة في كليات الطب تهتم بتدريس طب الشيخوخة[4].

وبما أن الشيخوخة لا تختلف عن أي مرحلة عمرية أخرى، حيث أن لها أنواعها من الرعاية الصحية والتي هي في الواقع ترتكز على أساسين الأول وقائي والثاني علاجي، فمن حيث الأساس العلاجي فإنه لابد أولا من العمل على تخليص المسن من الشوائب الصحية التي لحقت به وأصابته، وذلك من خلال توفير المؤسسات

---

[1] عبد الله بن ناصر السدجان. **رعاية المسنين في الإسلام**، مطابع الجامعة، جامعة الإمام محمد بن سعود الإسلامية، الرياض، 1997، ص ص 6-7.

[2] سلوى عثمان الصديقي والسيد رمضان. **الصحة العامة، والرعاية الصحية من المنظور الاجتماعي**، دار المعرفة الجامعية، الإسكندرية، 2004، ص ص.193-196.

[3] نفس المرجع، ص193.

[4] المركز الديمغرافي لشمال إفريقيا. **تعمر السكان ونتائجه الاقتصادية والاجتماعية**، تر: صلاح الدين شريف، تقديم: عبد المنعم الشافعي، دراسات سكانية، رقم 260، 1956، ص134.

الصحية المجانية، وتوفير خدمات الإقامة بالمؤسسات الصحية في حالة الإصابة بالأمراض التي تتطلب هذا النوع من الخدمات، فمثلا نجد في أمريكا نسبة 5% من المسنين الذين تزيد أعمارهم عن 65 سنة يتواجدون في المستشفي أو دور التمريض، وتغطى التكاليف من خلال برامج الرعاية الطبية التي وضعتها هذه المؤسسات.

أما الأساس الوقائي فيتمثل في توفير الخدمات الصحية الوقائية، التي يمكن لها أن تمنع أو تأخر الأمراض، سواء كانت مرحلية أو مزمنة، من خلال زيادة المعلومات الصحية لهم، عن طريق عمليات التوعية وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تعرضهم للمرض، وتحسيسهم بضرورة تجنبها، وتوضيح الممارسات التي يمكن أن تجنبهم ذلك، وحثهم بضرورة القيام بها، فعلى سبيل المثال العمل على تجنيب المسن وإبعاده عن مجموعة من المواد الغذائية المضرة بصحته، وحثه على ممارسة مجموعة من الأنشطة الجسمية، كالمشي وغيرها، وكذا الاهتمام بنظافته بصفة عامة، وذلك حتى لا يكون عرضة لبعض الأمراض، أو من خلال الكشف الدوري للمسنين في المؤسسات الصحية، التي قد تكشف عن الأمراض في مراحلها المبكرة وبالتالي علاجها قبل أن يتفاقم الوضع[1].

حيث يتضح مما سبق أن رعاية المسنين لها محورين أساسيين لا يمكن غض الطرف عن إحداهما أو التقليل من أهميته، فالأول يتمثل في الرعاية البيئية أو الخارجية التي يتلقاها المسن من غيره أو من البيئة الاجتماعية المحيطة به، حيث تكون ملائمة لحاجته وملبية لمتطلباته ومتماشية مع حالته الشخصية والخصائص العامة التي يندرج تحتها هو وأمثاله من المسنين، أما المحور الثاني فيتمثل في الرعاية الذاتية للمسن نفسه بما يكون لديه من وعي بنفسه وظروفه الصحية، فلابد له أن يكون متمتعا بمجموعة من المعلومات المفيدة وبمجموعة من المهارات الصحية والعادات السليمة، وأن يكون على حذر دائم من أن يقع تحت مجموعة من العادات السيئة التي قد تنال من صحته فيقضي بذلك شيخوخة مليئة بالأمراض[2].

حيث إن الاهتمام والحفاظ على صحة وجودة نوعية الحياة على مدى العمر يسهم إسهاما بالغا في إحساس المرء بأنه حقق ما كان يصبوا إليه، ذلك أنه غالبا ما يقترن التقدم في العمر في أذهان الناس باعتلال الصحة والضعف والعجز، مما يترتب على ذلك ضرورة توفير الرعاية الصحية والاجتماعية والاقتصادية[3].

---

[1] نفس المرجع، نفس الصفحة.

[2] يوسف أسعد ميخائيل. **رعاية الشيخوخة**، دار غريب للطباعة والنشر والتوزيع، القاهرة، 2000، ص179.

[3] نفس المرجع. ص ص.169-170.

ومما سبق يمكن القول بأن الرعاية الصحية للمسنين يقصد بها توفير المصادر المختلفة لرعايتهم صحيا بالإضافة إلى تدريب الأطباء تدريبا تخصصيا في مجال طب الشيخوخة وكذلك العمل على توفير الخدمات الطبية والمستشفيات لرعاية فئة المسنين والتخطيط لخدمات الطب والتوسع في مظلة الرعاية الطبية وإرشاد المسنين عن كيفية الحصول على هذه الرعاية والخدمات.

وتتمثل الرعاية الصحية في عمل فريق متكون من:

❖طبيب زائر: ويقوم بمتابعة الحالة الضحية للمعوقين من المسنين ويساعدهم على كيفية العناية بصحتهم والابتعاد عن مصادر الحوادث.

❖ممرضات المنازل: وتقوم هذه الممرضة بقضاء فترة قد تطول أو تقصر حسب الحالة أو مدى احتياج المسن لنوع ما من الرعاية في منزله وتعمل تحت إشراف طبيب الزائر وتقوم بتنفيذ تعليماته.

وفيما يتعلق بطبيعة الخدمات الصحية التي تقدم للمسنين فهم يحتاجون إلى خدمات متميزة مرتبطة بالسن مثل:

أ- النظارات الطبية: ويحتاج إليها معظم المسنين، كما أنهم يحتاجون دائما للكشف الدوري للعيون.

ب- السّماعات الطبية: وتقدم هذه السماعات للمسنين الذين يعانون من ضعف في السمع وتقدم لهم هذه السماعات مجانا وتقوم هيئات متخصصة بتوفير تنقل الشيوخ إلى المستشفيات لقياس السمع وتوفير السماعات.

ج- علاج الأسنان: ويجدر بالدولة أن توفر هذا النوع من العلاج للمسن.

د- المقاعد المتحركة: هذا النوع من الخدمات يمكن أن يفيد كثيرا من المسنين لما توفره من راحة وقدرة على الحركة والتنقل.

هـ- خدمات الإقامة بالمستشفيات: كعرض المسن على كافة أقسام المستشفى لكي نضمن التشخيص لكافة أمراضه ومقابلتها بالعلاج.

2- الرعاية الاجتماعية:

تهتم برامج الرعاية الاجتماعية في هذا المجال بتوفير المناخ الاجتماعي السليم لتفهم وتقبل حاجات كبار السن وقضاياهم وتتعدد برامج تلك الرعاية لتتضمن الكثير من الجوانب الهامة في حياة المسن مثل ضمان

حد أدنى من الدخل الذي يسمح للمسن بحياة كريمة، وكذلك منها ما تعلق بتنشيط الجانب الترويحي في حياة المسن لما لذلك من آثار ايجابية تساهم في تكيف المسن.

وكذلك إصدار التشريعات الاجتماعية التي تساهم في حل مشكلات المسنين خاصة فيما يتعلق بالناحية الاقتصادية أو العلاجية أو المعيشية بصفة عامة، وتتضمن تلك البرامج أيضا التوسع في إنشاء دور لإيواء للمسنين والتي توفر حسن الإقامة والإشراف الطبي والاجتماعي لكبار السن.

كذلك فإنّ انكسار علاقات المسن تمثل عبئا كبيرا عليه لذلك يجب التفكير في بعض البرامج والمشروعات التي تساهم في مواجهة تلك المشكلة مثل إنشاء أندية ترويحية خاصة بكبار السن يستطيعون فيها أن يمارسوا نشاطهم ويجدوا علاقاتهم الاجتماعية التي فقدوها بالتقاعد عن العمل أو بوفاة شريك الحياة أو لأي سبب آخر مع ضمان توفير الإشراف الملائم في تلك الأندية.

إضافة إلى برامج الإعداد الاجتماعية للتقاعد التي تعتبر من أهم أنشطة وبرامج الرعاية الاجتماعية للمسنين وتتضمن مساعدة الأفراد في مرحلة السن المتقدم على كيفية اختيار النشاطات والأعمال التي يمكن أن تعوضهم عن فقدانهم لأعمالهم الوظيفية وتحقيق لهم في نفس الوقت حد أدنى من الإشباع والرضا ويمكن أن نلخص محتويات لبرامج إعداد الأفراد للتقاعد على الوجه التالي:

✓ تنظيم مقابلات شخصية بين الأفراد المقبلين على التقاعد والمتخصصين في جوانب مختلفة التي تتعرض لها الشيخوخة.

✓مساعدتهم على الاهتمام بالتخطيط للمستقبل في مختلف جوانب الحياة المادية والصحية والنفسية والعقلية والاجتماعية.

✓مساعدة الأفراد على اختيار النشاطات والأدوات الاجتماعية التي يمكن أن يعوضوا بها فقدانهم لوظائفهم وأعمالهم عند التقاعد.

✓الاستفادة بكافة وسائل الإرشادية عند تنظيم برامج الإعداد للتقاعد، فعلى سبيل المثال الاستفادة بالأفلام الوثائقية لتوضيح بعض الحالات الباثولوجية للتعرف على مخاطر التي يمكن أن تواجه المسن بعد التقاعد وكيفية العمل على مواجهتها.

3- الرعاية الاقتصادية:

لعل هناك الكثير من الأسباب التي تدعو إلى رعاية المسنين اقتصاديا والاهتمام بهم ماديا، فالدولة كما هي مسؤولة عن رعاية الطفولة فهي مسؤولة بنفس القدر عن رعاية الشيخوخة ويتمثل دور الدولة في رعاية المسنين اقتصاديا فيما يلي:

❖ توفير عمل للمسنين يتناسب مع قدراتهم: إذ أنه كل المسنين الذين يزيد عمرهم عن ستين سنة غير قادرين جسميا وعقليا على العمل أو قادرين عن التعلم أو منعزلين ويحتاجون إلى مساعدة المجتمع، بل غالبا ما نجد الغالبة العظمى من المسنين على درجة جيدة من الصحة والقوة الجسمية وهؤلاء الشيوخ مازالوا يعتبرون فئة عاطلة.

❖ توفير قاعدة المجانية فيما يتعلق بالمسنين: من واجب الدولة إزاء فئة المسنين أن توسع قاعدة المساعدات العينية والخدمات المجانية التي يحظى بها الشيوخ.

ومن أهم مجالات التي تشمل الخدمات المجانية للمسنين:

أ- مجال العلاج و الدواء: فقد يتسنى الاتفاق مع الكثير من الأطباء في شتى التخصصات على الكشف الطبي المحاني على عدد من المسنين ويتم الاتفاق الكشف على عدد آخر بنصف الأجر وهذه المسألة إلى جانب دعم الدولة تحتاج إلى حث الأطباء ووضع حافز مادي و معنوي لهم.

ب- مجال المواصلات: من أبسط ما يمكن أن تقدمه الدولة إلى فئة المسنين الترحيب بهم للركوب في وسائل النقل بالمجان أو بتخفيضات كبيرة على الأقل والواقع أن مثل هذه الامتيازات لا تكلف الدولة كثيرا هذا ولا يجب أن يترك كل الشيء للدولة تتولاه وحدها ، بل لابد أن يتولى الجميع العناية بهذه الفئة خصوصا رعاية الجانب الاقتصادي الذي يمكنهم من سد حاجاتهم التي لم يعد في استطاعتهم سدّها بأنفسهم ويمكن أن يتم ذلك عن طريق: الخدمات من الأطباء والصيادلة بتقديم العلاج والأدوية بالمجان ومن جهة يمكن للأفراد تقديم تبرعات المادية و العينية لدور المسنين سواء كان بطريقة مباشرة يقدمونها إليهم أو غير مباشرة عن طريق دور العجزة.

رعاية كبار السن بالجزائر

1- التكفل السوسيو-صحي بكبار السن في الجزائر:

تعرف الجزائر تحولات متواصلة فيما يخص الناحية الديمغرافية، و كما رأيناه سابقا فإن هذه التغيرات تنبئ بقدوم الشيخوخة الديمغرافية كظاهرة ستميز سكان الجزائر في السنوات المقبلة، وكنتيجة لهذا سوف يرتفع

عدد الأشخاص المسنين مولدا احتياجات خاصة في مجال الصحة والعلاج والتكفل الاجتماعي والخدماتي لهذه الشريحة السكانية. وسيكون على المؤسسات الصحية في البلاد التكيف مع نوعية الأمراض الجديدة المتميزة بالهشاشة والضعف مما يتطلب تكفلا خاصا، ومع التقدم في السن تصبح أمراض الشيخوخة المصدر الرئيسي للمراضة والعجز والوفيات، هذه الأمراض جد مكلفة لأشخاص وللعائلات وميزانية الدولة، وبالموازاة هناك إمكانية تجنب أو تأخير ظهور هذه المشاكل الصحية، وإذا لم يتم اتخاذ الإجراءات اللازمة للوقاية والتحكم في تطور هذه الأمراض، فإنها ستولد تكاليف إنسانية واجتماعية جد باهظة، والتي سوف تمتص الكثير من الموارد التي يمكن أن تسخر في معالجة المشاكل الصحية لدى فئات عمرية أخرى من المجتمع.

إذن ومقابل هذا الارتفاع التدريجي و الملاحظ للسكان المسنين في مجموع السكان وبالموازاة مع تغير الواقع السوسيو–إقتصادي والثقافي والإيبيديمولوجي للمجتمع الجزائري، تبقى أساليب التكفل بهذه الشريحة السكانية و أشكال مرافقتها تطرح نفسها كتحد كبير في ترقية الصحة و في المجال الطبي والإجتماعي وتبقى الإجراءات في مجال التكفل الصحي إلى يومنا هذا دون المستوى.

حاليا يجمع التكفل بالأشخاص المسنين في نفس الوقت التضامن الأسري عن طريق المساعدة المقدمة من طرف الأقارب وتضامن خارجي (المجتمع المدني، الوزارات، الجمعيات...الخ)عن طريق تقديم بعض الخدمات .فكبار السن لهم الحق في العلاج المجاني على مستوى المصالح الصحية العمومية(مراكز العلاج القاعدية، المستشفيات العمومية، المراكز الاستشفائية الجامعية).

غير أن الكثير من المشاكل تعيق استفادتهم من نوعية جيدة للخدمات من بينها طول مدة الانتظار للحصول على العلاج، عدم احترافية مقدمي الخدمات فيما يخص التعامل مع هذه الشريحة الحساسة من المجتمع وعدم وجود مؤسسات طبية و طاقم طبي متخصص في مجال طب الشيخوخة يأخذ بعين الاعتبار خصوصية الأمراض المتعلقة بفترة الشيخوخة و لا يعتبرها حتمية لا بد من وجودها في مرحلة الشيخوخة وبالتالي عدم التدخل الفعال للتقليل من حدة انتشارها ومن ثقل اثارها، وكنتيجة لهذا النقص الفادح فيما يخص نوعية العلاج المقدم لأشخاص المسنين، فقد قامت الدولة الجزائرية متمثلة في وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات وباقتراح من المجلس الشعبي الوطني بفتح تخصص جديد يدعى طب الشيخوخة على مستوى كلية الطب بجامعة الجزائر، وقد جاء هذا القرار كإجراء وقائي من الأمراض والحوادث التي قد تصيب المسنين من جهة، ودعم للتكفل الطبي بكبار السن في إطار أسري ملائم من جهة أخرى. و فيما يتعلق بكبار السن المصابون بمرض مزمن و المحرومون و بدون تأمين اجتماعي، فإنه يتم التكفل بهم للحصول على الأدوية

مجانا في إطار اتفاقية ممضية مع الصندوق الوطني للتضامن (CNAS)، كما يستفيد الفقراء والمحرومون من المسنين بمجانية أو تخفيض في أسعار وسائل النقل البرية و البحرية و الجوية، بما فيها التنقل للخارج من أجل العلاج .و يبقى المشكل مع كل هذه الإجراءات المقترحة من أجل التكفل الصحي و الطبي بكبار السن هو التطبيق الفعلي لها بدون إقصاء أو تفضيل أو محسوبية.

إن تطور الوحدة العائلية و تغير الظروف الاقتصادية و الصحية تجعل من الشيخوخة حالة اجتماعية ومركبة ديمغرافية تحث على اعتبار مسألة التبعية والعجز وموائمة إمكانيات الأسرة مسألة حيوية لضمان تكفل جيد بكبار السن بالفعل، يعتمد المسنون في مجتمعنا في حالة فقدان الاستقلالية على النظام العائلي بشكل أساسي، فالأسرة يجب أن تكون حاضرة لتلبية حاجياتهم وتشكل حاجزا ضد الإقصاء، الانعزال والإهمال، غير أن أدوار و مكانة كبار السن في البنية الاجتماعية والعائلية في الجزائر كغيرها في باقي دول المغرب العربي والعالم الإسلامي عامة عرفت تغيرات عميقة": كانت الشيخوخة في المجتمعات التقليدية مجرد مسألة فردية وعائلية، أما حاليا، فسواء في الدول المتقدمة أو في الدول النامية، أضحت الشيخوخة تستقطب المجتمع كله، لم يعد الأمر يتعلق بمسألة فردية وإنما أصبحت مسألة جماعية[1]، ولأجل مساعدة الأسر الجزائرية و دعمها للقيام بواجباتها في التكفل بكبار السن ولتشجيع إدماج هذه الشريحة في الوسط الأسري والاجتماعي، فقد قامت وزارة التضامن الوطني والأسرة بوضع واقتراح عدة خدمات جديدة تهدف إلى إبقاء المسن في وسطه الأسري الطبيعي وتشمل منح التضامن، توفير العلاج والوسائل والإمكانات، المتابعة الطبية والخدمات الصحية المنزلية. وتدور هذه السياسة الاجتماعية التدريجية لصالح الأشخاص المسنين المحرومين والفقراء حول عدة محاور هي كالتالي[2]:

* المساعدة المنزلية :يقدم هذا الإجراء خدمات منزلية ذات طبيعة طبية واجتماعية وبسيكولوجية، إذ يخفف على الأسر الأعباء ويجنبها الملل والتعب من التكفل بذويها من المسنين وخاصة المرضى منهم ويسمح لكبار السن في نفس الوقت المكوث مع أفراد أسرهم و يجنبهم الحرمان العاطفي الأسري، ويقوم طاقم متخصص يعمل بمراكز إيواء العجزة بضمان وتقديم هذه الخدمات، هذه الخدمة قليلة الانتشار في الجزائر وسارية المفعول فقط في بعض المدن الكبرى و تبقى شريحة واسعة من الأسر الجزائرية المحرومة خاصة

[1] Labidi, L. Vieillesse et société en Tunisie : Analyse de l'intégration des personnes âgées dans la société tunisienne, édition MIP, Tunis, 2003, p.108.

[2] Direction chargée de la protection des personnes âgées. Projet de décret exécutif fixant les conditions de placement ainsi que les missions, l'organisation et le fonctionnement des établissements spécialisés et des structures d'accueil des personnes âgées. Ministère de la solidarité sociale et de la famille (document non publié), 2010, p 12.

مقصاة وملغاة من هذه الخدمات، وقد بلغ عدد المسنين المعدودين من قبل وزارة التضامن الوطني المحتاجين إلى إعانة منزلية سنة 2011 حوالي 120000 شخص مسن.

* الإيواء في أسر مستقبلة: يتمثل هذا النوع من التكفل في إدماج ووضع المسنين بدون روابط أسرية ضمن أسر خارجية ترغب في استقبالهم وإيوائهم مقابل دعم من قبل الدولة لهذه الأسر المستقبلة فيما يخص المتابعة الطبية والبيوطبية والنفسية. غير أن هذا الإجراء جد محدود، ففي سنة 2011 تم إدماج 141 مسن في أسرهم الطبيعية وتم إيواء 10 مسنين فقط ضمن أسر مستقبلة.

* الدعم والمساعدة لصالح الأسر المحرومة: تستفيد الأسر التي تتكفل بكبار السن ولا تملك الموارد المادية اللازمة لأجل ذلك من مساعدة مادية و مالية من قبل مؤسسات متخصصة كوزارة التضامن الوطني والأسرة وإدارة النشاط الاجتماعي (DAS) وكالات التنمية الاجتماعية (ADS)، عن طريق إمدادهم وتزويدهم بالأدوية والعلاج المجاني والمنح وبعض المؤن(الطعام، المواد الأساسية، اللباس، الحفاظات...الخ.)

* المساعدة الشخصية عن طريق منحة التضامن(AFS): يتم إدماج كبار السن البالغين 60 سنة وأكثر بدون موارد أو دخل و بدون معاشات ضمن الشبكة الاجتماعية، ويستفيدون بالتالي من منحة التضامن (AFS) من قيمة التي يجب أن لا تقل عن ثلثي⅔ من الدخل الوطني الأدنى. وذلك وفق القرار رقم 94–336 بتاريخ 24 أكتوبر 1994 ووضعت خصيصا لأشخاص المسنين والأشخاص المعاقين المسؤولون عن أسرهم وبدون دخل منتظم، وامتدت سنة 2001 إلى الأشخاص المسنين المعاقين حركيا والمصابون بمرض مزمن والأشخاص المصابون بالعمى، كما أن تقديم هذه المنحة لم يعد مرتبطا بكون الشخص المسن رب أسرة، وكانت قيمة المنحة 1000 دج في الشهر ليتم مراجعتها سنة 2008 وزيادتها لتصل إلى 3000 دج في الشهر، وتمثل النساء نسبة 52% من المستفيدين من هذه المنحة[1].

* أما عن الخدمات والإجراءات المستقبلية الجديدة المقترحة في إطار التوجيهات الجديدة للسياسة الصحية فقد تم اعتماد مشروع قانون جديد لحماية كبار السن المقترح سنة 2010 وذلك قصد تحفيز وتشجيع بقاء المسنين في وسطهم الطبيعي العائلي وذلك بوضع عدة إجراءات للمرافقة والمساعدة المتخصصة لصالح الأشخاص المسنين في وضعية الحرمان والهشاشة الاجتماعية، هذا المشروع يوصي ببناء وتهيئة مؤسسات استقبال نهارية، واستقبال مؤقت واستقبال ليلي لكبار السن في إطار تنويع التكفل المعدل وتدعيم حماية المسنين من التهميش والإقصاء.

[1] Direction chargée de la protection des personnes âgées, Op.cit, p.7.

* الاستقبال النهاري لكبار السن: تستقبل مراكز إيواء نهارية الأشخاص البالغين 61 سنة فأكثر الذين يعيشون في بيوتهم والذين يحتاجون إلى مساعدة ومرافقة سوسيو–بسيكولوجية مناسبة خلال اليوم وخلال غياب أسرهم، هذا الإجراء يسمح لأجسر بالحصول على متنفس من المساعدة التي يقدموها لذويهم من المسنين، ويسمح لكبار السن بالحفاظ على علاقات اجتماعية أو خلقها بالخروج من المنزل وعزلتهم ويحفزهم على الحفاظ على قدراتهم الوظيفية في حياتهم اليومية وذلك باستفادتهم من مساعدة فردية وعلاج متكيف مع حالاتهم.

* الاستقبال المؤقت: يسمح هذا الإجراء باستقبال كبار السن في مركز للإيواء للمسنين لفترة قصيرة وذلك لمناوبة الأسرة مؤقتا وخاصة بالنسبة لأجسر التي تضطرها الظروف العملية مثلا للغياب أو التنقل لفترة محدودة.

* الاستقبال الليلي: يتم استقبال كبار السن في هذه المؤسسات في الفترة الليلية فقط من اليوم عندما يستلزم الأمر مساعدة و علاج ضروري طوال الليل.

كل هذه الإجراءات الجديدة (الاستقبال النهاري، الاستقبال المؤقت، الاستقبال الليلي) سوف تخصص لمجموع الأشخاص المسنين الذين هم بحاجة للمساعدة أو للذين قد تحتاج أسرهم للمساعدة سواء كانوا محرومين أم لا، غير أنه يتوجب على كبار السن أو الأشخاص الذين يتكفلون بهم الذين يملكون دخلا كافيا المساهمة في دفع مصاريف التكفل في هذه المؤسسات المستقبلة.

2– الخدمات الموجهة لكبار السن في الجزائر:

من خلال المرسوم الرئاسي80 - 82 ربيع الثاني 1400 في 15 مارس 1980 فإنه يشير إلى تشكيل وإنشاء منشآت لدور المسنين أو المعاقين، ومن خلال هذا المرسوم تم بناء وإنشاء 32 مركز، إلى غاية الثلاثي الأول من 2011 موزعة عبر 27 ولاية من مختلف مناطق التراب الوطني، وتصل قدرة الاستيعاب فيها إلى 3711 مسن، إضافة إلى ثمانية مراكز مبرمجة أو في طور الإنجاز، موجهة إلى التكفل ورعاية هؤلاء المسنين الموجهون إلى هذه المراكز والتي تحوي أغلبيتهم من المسنين المعاقين بمقدار 1462 معاق مقابل 2123 مسن في المراكز بنسبة 86% وتختلف درجة الإعاقة لدى وهؤلاء المسنين من المعاقين عقليا والذين يشكلون 33 % والمعاقين سمعيا بصريا

يشكلون 8.63%، ومعاقين حركيا بـ11 % ومتعددو الإعاقة بـ15 % وبنفس النسبة للمصابين بأمراض مزمنة.

في حين يشكل المسنون الأصحاء نسبة 17 % من المتواجدون داخل هذه المراكز، ويمكن أن يكون من الأسباب التي يؤدي إلى أخذ هؤلاء المسنين إلى هذه المراكز هي الإعاقة التي هي حاضرة بشكل كبير داخل هذه المراكز.

إلى جانب هذه الهياكل الحكومية هنالك اهتمام ضعيف من قبل المجتمع المدني، فيمكن تسجيل أربع جمعيات مسجلة لدى الهيئات المحلية تهتم بالمسنين على كامل التراب الوطني واثنان منهم متواجدة في البليدة نادي الإحسان ودار الأمل، إضافة إلى جمعية الصديق في غليزان وديار الرحمة مزاغران من مستغانم رغم أن القوانين الجزائرية تشجع هذه الجمعيات ولها تسهيلات وقوانينها لإنشائها.

على غرار المراكز والهياكل والأجهزة التي توفرها الدولة لحماية المسنين، يشرع القانون الجزائري نصوص وأحكام تحفظ حماية الأشخاص الكبار وتصون كرامتهم، وتضمن التكفل بالمسنين المحرومين أو المقصين والمعرضين إلى هشاشة اجتماعية أو محرومين من أسرهم ويتكفل بهذا الأسرة أولا والدولة والجماعة المحلية والمجتمع المدني، من خلال قانون 10 – 12 المؤرخ في 12/29/ 2010 من المواد الأولى والثانية والثالثة.

وفي إطاره الأسري يشرع المشرع الجزائري مواد تساعد الأسر على حماية المسنين في داخل أسرهم من خلال تعزيز الإدماج الأسري ومحاربة أشكال اقتلاع المسنين من وسطهم الأسري، كما تساعد الأسر الهشة والمغلوب عليها من إعانات مادية ومالية للتكفل بالمسنين من طرف أصولهم من خلال المواد 5 و 7 من نفس القانون، كما يشجع الأبحاث والجمعيات المهتمة بالمسنين ويضمن مجانية العلاج في الهياكل الصحية العمومية، إضافة إلى إمكانية الاستفادة من مجانية النقل بشتى أنواعه للمسنين المعوزين من خلال المادة 14 و 15.

كذلك يصدر نفس المرسوم تابع لقانون العقوبات أحكام جزائرية لمعاقبة كل أشكال الاعتداء والإهمال والتعسف واستغلال المسنين أو استغلال هياكل خاصة لهم خارج إطارها، ويعرض للعقوبات كل من ترك مسن عرضة للخطر.

2 – المساعدات الخاصة للمسنين المعوزين:

المساعدات الإضافية الشهرية للمعاش التقاعد والعجز– ICPRI –

منذ 1 جويلية سنة 2006 حدد منحة للمتقاعدين والعاجزين من الصنف الثاني والثالث والذين لديهم دخل شهري أقل من 10000 دج يستفيدون بمساعدات شهرية محددة بموجب المادة 29 من القرار 06–04 المؤرخ في 15 جويلية 2006 من القانون المالية التكميلي لسنة 2006.

المساعدات الإضافية الشهرية للمنح التقاعد ICAR

وهي خاصة بالمسنين المتحصلين على منح تقاعد بملغ شهري أقل من 7000 دج يستفيدون بمساعدات شهرية محددة أيضا في نفس المادة 29 من القرار 06– 04 المؤرخ في 15 جويلية 2006 في القانون المالية التكميلي لسنة 2006 والمبلغ المستفاد به من المساعدة يتراوح بين 10% و50 % من مستوى المنحة وهو محدد عن موجب القرار التنفيذي 06– 418 المؤرخ في 22 نوفمبر 2006 وهي محدد في حد أدنى لهذه المنحة والمقدرة ب 3500 دج للشهر وسقف لحوالي 11000 دج، مع منع من اقتطاع الضريبة على الدخل الخام لصالح المتقاعدين الذين يقل مبلغ معاشهم عن 20000 دج وهذا بداية من جويلية 2008، وتخفيض من اقتطاع ضريبي على الدخل الخام بتخفيض ب 80 % لمن معاشهم الشهري ما بين 20000 و25000دج و90 % لمن مبلغ معاشهم ما بين 35 و 40 ألف دج .

وضعية دور الأشخاص المسنين أو المعوقين في الجزائر

النص الأساسي المتضمن إنشاء وتسيير دور الأشخاص المسنين أو المعوقين مرسوم 80-82 المؤرخ في 15 مارس 1980.

الرقم	الولايات	المقر	قدرة الاستيعاب	ن.ت.م (*)	عدد المقيمين المتكفل بهم			نوع اللغة المستقبلة			العدد الكلي للمستخدمين			الأشخاص المسجلون في قائمة الانتظار		عدد العمال بالنوع والجنس					
					مجموع	ذكر	مؤنث	معوق	جسدي	نظري	إداري	بيداغوجي	مؤقتين	ذكور	مؤنث	إداري		بيداغوجي		طبي	
																ذكور	مؤنث	ذكور	مؤنث	ذكور	مؤنث
1	بلدية	بلدية	180		125	60	65	x	0	x	29	21	12	0	0	13	14	10	8	7	5
2	بجاية	بجاية	100		12	3	9	X	0	10	5	4	14	0	0	4	1	2	2	7	7
3	بويرة	بويرة	120		جديد																
4	تبسة	تبسة	60		35	15	20	X	2	6	13	5	16	0	0	8	5	4	1	7	9
5	تيارت	تيارت	100		66	33	33	0	41	25	35	8	0	0	0	3	4	3	5	13	15
6	تيزي وزو	بوخلفة	100		17																
7	الجزائر	دالي ابراهيم	120		114	114	0	78	21	15	43	10	14	0	0	27	16	2	8	5	12
8		باب الزوار	185		167	0	167	167	101	66	43	10	14	21	0	34	9	8	2	7	7
9		سيدي موسى	300		218	59	159	33	136	49	80	11	8	4	3	10	3	6	5	4	4
		ديار الرحمة	360		240	100	140	0	0	0	18	16	59	0	0	3	15	2	14	2	3
10	سطيف	صالح باي	120		80	48	32	23	4	53	27	8	0	0	0	19	8	4	4	0	0
11	سكيكدة	رمضان جمال	100		جديد																
12		سكيكدة	100		88	55	33	56	14	18	49	8	14	5	6	22	27	3	5		
13	سيدي بلعباس	سيدي بلعباس	109		80	40	40	49	4	27	7	3	20	4	6	1	6	2	1	10	10
14	عنابة	عنابة	130		113	40	73	0	78	45	48	10	13	0	0	20	28	5	5	7	6
15	قالمة	حمام دباغ	150		88	52	36	10	25	53	40	8	9	16	19	26	14	2	6	6	3
16	قسنطينة	العلاية	150		97	45	52	x	x	0	32	11	16	7	10	1	1	2	0	1	6
17	مدية	بن شيكو	80		80	40	40	0	0	x	1	3	10	15	0	7	1	2	1	5	5
18	مستغنم	مستغنم	120		47	33	14	0	16	31	8	3	10	0	0	23	12	3	4	3	8
19		سيق	110		105	48	57	x	x	0	35	7	11	0	0	20	15	1	6	6	8
20	معسكر	معسكر	120		112	51	61	x	x	x	35	7	14	0	0	13	19	2	8	16	8
21	وهران	وهران	70		61	61	0	47	6	8	32	10	24	43	23	9	2	3	2	0	0
22	بومرداس	برج منقلي(**)	80		0	0	0	0	0	0	16	0	0	0	0						
23	الطارف	عين العسل	100		جديد																
24	خنشلة	خنشلة	100		جديد																
25	سوق اهراس	سوق اهراس	70		45	17	28	18	11	26	6	5	12	3	3	1	5	2	3	8	4
26		سدراتة	35		30	13	17	24	6	6	18	5	5	1	2	9	9	2	3	3	2
27	عين الدفلة	حمام رينة	150		75	37	38	40	6	29	39	6	17	0	0	14	25	3	3	10	1
28	عين تموشنت	عين تموشنت	100		جديد																
	المجموع		3259		1855	864	974	576	471	436	641	163	253	87	97	313	227	77	87	133	128

(1)نمط التأطير: 01 مربي مختص لكل 25 شخص.

(*): ن.ت.م: نمط التكفل بالمقيمين

(**): مشغول من طرف الجيش الوطني الشعبي.

مصدر المعلومات: وزارة التضامن الوطني سبتمبر 2008.