

المحددات الاجتماعية لوفيات الرضع
بمحافظة الوادي الجديد: دراسة ميدانية
بمدينة الخارجة

د. هند أشرف عباس عبدالنعيم

مدرس بقسم علم الاجتماع

كلية الآداب - جامعة الوادي الجديد

DOI: 10.21608/qarts.2023.253649.1826

مجلة كلية الآداب بقنا - جامعة جنوب الوادي - المجلد (٣٢) العدد (٥٩) أبريل ٢٠٢٣

ISSN: 1110-614X الترخيم الدولي الموحد للنسخة المطبوعة

ISSN: 1110-709X الترخيم الدولي الموحد للنسخة الإلكترونية

<https://qarts.journals.ekb.eg>

موقع المجلة الإلكتروني:

المحددات الاجتماعية لوفيات الرضع بمحافظة الوادي الجديد:

دراسة ميدانية بمدينة الخارجة

الملخص:

يحاول البحث الراهن إلقاء الضوء على ظاهرة وفيات الرضع بمحافظة الوادي الجديد، حيث يهدف إلى التعرف على المحددات الاجتماعية لوفيات الرضع بالمحافظة من خلال دراسة وصفية على الأسر التي لديها حالات وفيات رضع وتحديداً بمدينة الخارجة وبلغ عددهم ٣٠ أسرة، وذلك اعتماداً على بيانات المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١. وتمثلت المحددات الاجتماعية في البحث في المستوى التعليم والرعاية الصحية والوضع الاقتصادي للأسرة والأنماط الثقافية والعوامل البيئية، فهذه المحددات تلعب أدواراً حاسمة في تحديد النتائج الصحية للرضع. وأظهرت النتائج أن خفض معدلات وفيات الرضع يتطلب اتباع نهج شامل يعالج المحددات الاجتماعية المختلفة. فمن خلال الاستثمار في التعليم، وتحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية، وضمان بيئات نظيفة، وتعزيز الأنماط الثقافية، وإعطاء الأولوية للتنمية الاقتصادية، يمكن للحكومات وأصحاب القرار وصانعي السياسات تطوير استراتيجيات وتبني سياسات تعالج التحديات التي تواجه المجتمع. وخلص البحث لمجموعة من التوصيات أهمها رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة بالمحافظة وتحسين جودتها، رفع الوعي والتثقيف الصحي للسكان حول أهمية وضرورة التبليغ عن حالات وفيات الأطفال الرضع وقت حدوثها وتسجيلها، وتوحيد عملية إصدار البيانات حول وفيات الرضع، العمل على تعزيز الصحة البيئية وتوفير الصرف الصحي والمياه النقية.

الكلمات المفتاحية: المحددات الاجتماعية، وفيات، وفيات الرضع، وفيات حديثي الولادة، وفيات ما بعد حديثي الولادة

مقدمة:

تحتل وفيات الرضع مكانة مركزية في البحوث والدراسات النظرية والتطبيقية من بين العديد من المؤشرات الديموغرافية التي تتناول ظاهرة الوفيات، حيث شهدت معدلات وفيات الرضع انخفاض على مستوى العالم منذ تسعينات القرن الماضي، ويمكن أن يعزى هذا للتقدم في عوامل مثل التنمية الاقتصادية، والعلوم والتكنولوجيا الطبية، وتحسين الظروف الاجتماعية والاقتصادية، والتدخلات الصحية. وعلي الرغم من ذلك فإن بعض البلدان الأفريقية لا تزال تواجه معدلات مرتفعة لوفيات الأطفال الرضع.

حيث تعاني هذه البلدان من صعوبات اجتماعية واقتصادية، تمثلت في عدم كفاية الإنفاق الحكومي على الصحة، ونقص الأطباء، والاستفادة المحدودة لموارد العولمة، وعدم كفاية التعليم، وضعف التنمية الاقتصادية. مما ساهم في ارتفاع معدلات وفيات الرضع في هذه المناطق. وفي عام ٢٠١٩، حدثت أكثر من ٨ حالات وفاة من بين كل عشر حالات بين الأطفال دون سن الخامسة وتعاني أفريقيا جنوب الصحراء من أعلى معدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة في العالم (٧٦ حالة وفاة لكل ١٠٠٠) مولود حي. تليها جنوب آسيا (٤٠ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي) ، حيث يموت طفل واحد من بين كل ١٣ طفلا في أفريقيا جنوب الصحراء، وطفل واحد من بين كل ٢٥ طفلا في جنوب آسيا قبل بلوغ عامه الخامس.

وحسب البلدان، تشهد نيجيريا أعلى معدل لوفيات الأطفال دون سن الخامسة حيث يبلغ ١١٧ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود حي (يموت طفل من كل ٩ أطفال). يليها تشاد ١١٣.٨ لكل ١٠٠٠ مولود حي، ثم الصومال حيث بلغ معدل وفيات الرضع ٨٩.٥ لكل ١٠٠٠ مولود حي (world bank 2020).

وفي مصر بلغ معدل وفيات الأطفال في الفترة من ٢٠٠١ - ٢٠٠٥ ، ٤١ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود من بينهم ٣٣ حالة وفيات رضع لكل ١٠٠٠ مولود حي بنسبة ٨٠٪، بينما بلغ العدد ٢٨ حالة لوفيات الأطفال من بينهم ٢٥ حالة وفيات رضع لكل ألف مولود حي خلال الفترة من ٢٠١٧-٢٠٢١ بنسبة ٨٩٪ من إجمالي وفيات الطفولة المبكرة) الجهاز المركزي للإحصاء (٢٠٢٠).

وتعتبر التفاوتات في المستويات المعيشية بين مختلف الفئات الاجتماعية والمناطق الجغرافية والفقر وانخفاض المستوى التعليمي للمرأة من الأسباب الرئيسية لارتفاع معدلات وفيات الرضع في مصر (Wassif.s,et al , 2013).

وأكدت العديد من الدراسات التحسن في الخدمات الصحية، والهبوط في معدلات الوفيات كان أداؤه متوافقا مع حدوث إنجازات ضخمة في مجال مكافحة الأمراض والأوبئة، في ظروف لم تشهد تقدما يذكر على مستوى التنمية الاقتصادية والاجتماعية والثقافية، الأمر الذي أبقى فاعلية البرامج الصحية محدودة في خفض معدلات الوفيات وخاصة عند الأطفال (Faird,Samir,1993).

ويمثل خفض معدلات وفيات الرضع والأطفال تحديًا كبيرًا للحكومات التي تسعى جاهدة لتحقيق أهداف التنمية المستدامة (SDGs) المنصوص عليها في عام ٢٠١٥. حيث تناول الهدف الثالث إنهاء وفيات المواليد والأطفال التي يمكن تقاؤها بحلول عام ٢٠٣٠، من خلال خفض معدلات وفيات الرضع بما لا يزيد عن ١٢ لكل ١٠٠٠ مولود حي ومعدل وفيات الأطفال دون الخامسة ليصل إلى ٢٥ لكل ١٠٠٠ مولود حي. (United Nations, 2003)

وتستحوذ الوفيات التي تصيب الأطفال قبل بلوغهم العام الأول من العمر على معظم الاهتمامات لكل من الهيئات والمؤسسات الحكومية والدولية، فمعدل وفيات الرضع (Infant Rates Mortality) من المؤشرات الهامة الدالة على الحالة الصحية للسكان)

Kanamura AH , 2009) فهو يعد من أهم معدلات الوفيات العمرية حيث يقيس جملة وفيات الأطفال الذين يموتون خلال سنة ما، وذلك بنسبة العدد إلى جملة عدد المواليد في السنة ذاتها. وهناك ارتباط بين معدلات الرضع ومعدلات الوفيات العامة في أي مجتمع لأن كلا المعدلين يتأثران بنفس المحددات الاجتماعية والاقتصادية في المجتمع الواحد (Kanamura 2009 p.p164-167 AH).

وفي هذا السياق أشارت العديد من الدراسات إلى الدور الذي تلعبه المحددات الاجتماعية المختلفة في تحديد مستويات واتجاهات وفيات الرضع كدراسة كلاً من (kanamura 2009، سهاونة وعربيات ١٩٩٨، سهاونة والأقرع ١٩٩٧، الحنيطي ١٩٩٥) حيث أوضحت تأثير المستوى التعليمي والدخل والوصول للرعاية الصحية علي معدلات وفيات الرضع حيث يعبر عن نوعية الحياة في المجتمع ، بينما أشار البعض الآخر كدراسة (الأمير ٢٠٠٣ ، المغازي ٢٠١٢) إلى ارتباط مكان الإقامة (ريف - حضر) وبعض العوامل المنزلية كالمياه النظيفة والصرف الصحي بارتفاع معدلات وفيات الرضع .

وهناك مجموعة أخرى من الدراسات كدراسة (المغازي ٢٠١٢ ، saffron,et 2011) ركزت على المحددات الاجتماعية من حيث ارتباطها بثلاث مجموعات الأولي المستوي الفردي وشمل العوامل الفردية الخاصة بالإخصاب والصحة إضافة إلى العادات والتقاليد والاتجاهات السلوكية (المغازي ٢٠١٢، ص٦٣)، العمر والتكافؤ. أما المجموعة الثانية: على مستوى الأسرة مثل منطقة الإقامة والدخل والثروة والعوامل المنزلية كالمياه المحسنة وأنظمة الصرف الصحي. والمجموعة الثالثة: على مستوى العوامل المجتمعية الموارد البشرية والبطالة والفقير وعدم المساواة، وعوامل نظام الرعاية الصحية المرتبطة بوفيات الأمهات، وضمت كذلك الوضع البيئي من مناخ وحرارة.

وفي ضوء ما سبق جاءت فكرة هذه الدراسة في محاولة التعرف على أهم المحددات الاجتماعية المرتبطة بمعدلات وفيات الرضع في محافظة الوادي الجديد.

أولاً - مشكلة البحث:

أشار تقرير (اليونيسيف ٢٠٢٢) إلى أن وفيات الرضع من القضايا الأكثر خطورة في البلدان النامية ففي عام ٢٠٢١ توفي أكثر من ٥.٠ مليون طفل دون سن الخامسة، من بينها ٢.٣ مليون طفل حديث الولادة. وأخذت هذه القضية حيزاً كبيراً من اهتمام الباحثين حيث أكدت دراسة (الجبالي وآخرون ٢٠٢٢) على أن وفيات الأطفال وخاصة الرضع ذات أهمية كبيرة فهي تمثل جزءاً لا يستهان به من جملة الوفيات، حيث تعكس المستوى الصحي السائد في المجتمع. فانخفاض هذا المعدل يعتبر مؤشر لارتفاع مستوى الخدمات الصحية وارتفاع مستوى المعيشة للأفراد وجودة الحياة والتقدم الاقتصادي للمجتمع.

وتشير بيانات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء إلى ارتفاع معدلات وفيات الرضع في إجمالي الجمهورية حيث بلغت في عام ٢٠١٧ (١٥.١) في الألف وفي عام ٢٠٢١ بلغت (١٧.٨) لكل ألف مولود حي.

فبينما تم إحراز تقدم عالمي في خفض معدلات وفيات الرضع. فأن مناطق معينة وخاصة في أفريقيا لاتزال تواجه تحديات كثيرة في هذا الشأن. وبالرغم من أهمية التأثيرات التي تتركها العوامل البيولوجية على فرص حياة كل فرد، إلا أن المحددات الاجتماعية كالتعليم والوضع الاجتماعي والاقتصادي والعوامل الثقافية والبيئية ومستوى الرعاية الصحية هي أيضاً عوامل هامة في استمرارية البقاء وخاصة بالنسبة لحياة الأطفال خلال السنة الأولى من العمر.

فعملية ضبط محددات وفيات الرضع سرعان ما كشفت عن تشعبات كبيرة، إذ تتداخل في تحديد هذه المعدلات عوامل اقتصادية وديموغرافية وثقافية وسلوكية بل وسياسية. فالظاهرة متعددة الأبعاد تتداخل في بنائها محددات اجتماعية و ديموغرافية واقتصادية وصحية وثقافية. مما يتطلب متابعة مستمرة لمستويات واتجاهات الظاهرة، وكذلك دراسة معمقة للمحددات المرتبطة بها. (شريقي، مدي ٢٠١٧، ص ٨٧٠)

وطبقاً لبيانات المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ لإجمالي الجمهورية تبين أن معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر لفترة الخمس سنوات السابقة على المسح (٢٠١٧: ٢٠٢١) هو ٢٨ حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود. وعند هذا المستوي فأن هناك طفل من بين كل ٣٦ طفلاً سيتوفى قبل بلوغه السنة الخامسة من العمر، بينما بلغ عدد وفيات الرضع عام ٢٠٢١ (٢٥ حالة) وفاة لكل ١٠٠٠ مولود. ويوضح ذلك أن حوالي ٨٩% من وفيات الطفولة المبكرة في مصر تحدث قبل بلوغ الطفل السنة الأولى من العمر. ومن واقع بيانات وإحصائيات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء تبين ارتفاع معدلات وفيات الرضع خلال الخمس سنوات السابقة.

وحسب ما جاء في المسح الصحي للأسرة المصرية بشأن انخفاض معدلات وفيات الأطفال في محافظات الحدود بأن تؤخذ هذه النتيجة بشيء من الحذر حيث يمكن أن يرجع السبب في ذلك إلى انخفاض حجم العينة في هذه المحافظات.

وتوضح بيانات الجدول التالي معدلات وفيات الأطفال الرضع بمحافظة الوادي الجديد حيث نري أن هناك اختلاف في معدلاته حيث بلغت ٨.٨ لكل ألف مولود حي في عام ٢٠١٧، بينما ارتفع هذا المعدل إلى ١٦.٣ وفاة لكل ألف مولود حي في عام ٢٠٢١ وهو ما يعكس الظروف البيئية والأوضاع الاجتماعية والثقافية المختلفة في هذا المجتمع. جدول (١) معدلات المواليد والوفيات في محافظة الوادي الجديد خلال خمس سنوات (٢٠١٧-٢٠٢١)

السنة	معدل المواليد	معدل الوفيات	معدل وفيات الرضع في الألف	معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في الألف
٢٠١٧	٢٤.٨	٣.٧	٨.٨	١٣.٣
٢٠١٨	٢٢.٢	٤.٤	١٣.٨	١٧.٨
٢٠١٩	٢٠.٨	٤.١	١٣.٧	١٩.١
٢٠٢٠	٢١.١	٤.٩	١٤.٥	١٨.٥
٢٠٢١	٢٠.٢	٧	١٦.٣	٢٠.٥

-المصدر: المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

وبالنسبة لمنطقة الدراسة يوضح الجدول رقم (٢) ما أظهرته بيانات مديرية الصحة والسكان في محافظة الوادي الجديد أن عدد وفيات الأطفال الرضع في عام ٢٠٢١ بلغ ٢٨ حالة وفاة لكل ألف مولود حي بمعدل ١٢ في الألف وهو معدل مرتفع مقارنة بعام ٢٠١٧ حيث بلغ العدد ٣٠ حالة وفاة بمعدل ٧.٨ لكل ألف مولود حي. كما أوضحت نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ أن عدد وفيات الرضع بلغ في مدينة الخارجة ٣٤ حالة وفاة بمعدل ٥.٩ لكل ألف مولود حي من إجمالي عدد ٩٤ حالة بالمحافظة بمعدل ١٦.٣ لكل ألف مولود حي. وقد يرجع هذا الاختلاف البسيط في أعداد وإحصاءات وفيات الرضع كما أشار (المغازي ٢٠٢١) للقصور في تسجيل بيانات الوفيات وذلك لأن العديد من الأسر ترفض أن تسجل وفاة الطفل حتي بعد مدة طويلة من وفاته ، ولا يتم التبليغ عنه مما يجعل من الصعوبة التعرف علي مستويات الوفاة وتوزيعاتها العمرية والإقليمية بدرجة عالية من الثقة .

جدول (٢) يوضح عدد ومعدلات وفيات الأطفال الرضع بين مراكز محافظة الوادي

الجديد لسنة ٢٠٢١

المركز	عدد وفيات الرضع	معدل وفيات الرضع لكل ألف مولود حي
الخارجة	٢٨-٣٤*	٥.٩
باريس	٨	١.٣
بلاط	١	٠.١٧
الفرافرة	١٢	٢.٧
الداخلة	٣٩	٦.٧
الإجمالي	٩٤	١٦.٣

المصدر: المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١، الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء.

واستناداً لهذه البيانات والمؤشرات انطلقت الباحثة في توضيح مشكلة الدراسة من خلال الإجابة على تساؤل رئيسي مؤداه: ما المحددات الاجتماعية لوفيات الرضع في محافظة الوادي الجديد؟

ثانياً: أهمية الدراسة:

تعد دراسة وفيات الرضع من العوامل المؤثرة في التركيب العمري والنوعي للسكان، وهي المسؤولة بشكل كبير عن ارتفاع أو انخفاض معدل الوفيات العام. وتأتي أهمية هذه الدراسة في رصد أهم المحددات الاجتماعية المرتبطة بوفيات الرضع، مما يسهم بصورة فعالة في تعميق المعرفة حول أسباب وفيات الرضع ومحدداتها. كي يتسنى للباحثين وصانعي القرار وواضعي البرامج والسياسات الصحية الاستتارة بنتائج هذه الدراسة وتوصياتها، من خلال معرفة الفئات الأكثر احتياجاً للبرامج التي تهدف لخفض معدلات وفيات الرضع والعمل على إصدار نشرات وبرامج تلقي الضوء على العوامل

الإيجابية والسلبية المرتبطة بهذه الظاهرة وتحسينها وتمييزها بناءً على حاجات المجتمع الملحة.

ثالثاً: أهداف الدراسة:

يتحدد الهدف الرئيسي لهذه الدراسة في التعرف على تأثير المحددات الاجتماعية على وفيات الرضع في الوادي الجديد وينبثق من هذا الهدف مجموعة من الأهداف الفرعية التالية:

- دراسة واقع وفيات الرضع في محافظة الوادي الجديد (مدينة الخارجة).
- الكشف عن المستوى التعليمي وتأثيره على معدلات وفيات الرضع في محافظة الوادي الجديد.
- التعرف على الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة وعلاقته بوفيات الرضع في محافظة الوادي الجديد.
- التعرف على مستوى الرعاية الصحية بالمحافظة ومعدلات وفيات الرضع.
- الكشف عن الممارسات الثقافية والسلوكية المرتبطة بمعدلات وفيات الرضع في محافظة الوادي الجديد.
- الوقوف على العوامل البيئية وعلاقتها بوفيات الرضع.

رابعاً: تساؤلات الدراسة:

التساؤل الرئيسي في الدراسة الراهنة تحدد كالاتي: ما تأثير المحددات الاجتماعية على وفيات الرضع في محافظة الوادي الجديد؟ وينبثق منه التساؤلات التالية:

- ١- ما تأثير المستوى التعليمي للزوجين على معدلات وفيات الرضع؟
- ٢- ما تأثير الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة على معدلات وفيات الرضع؟
- ٣- ما العلاقة بين الرعاية الصحية ومعدلات وفيات الرضع؟
- ٤- ما تأثير الممارسات الثقافية والسلوكية على معدلات وفيات الرضع؟

٥- ما العلاقة بين العوامل البيئية ومعدلات وفيات الرضع؟

خامساً: الدراسات السابقة:

تشير الأدبيات التي تناولت موضوع وفيات الرضع إلى أهمية المحددات والعوامل الاجتماعية المرتبطة بمستويات ومعدلات وفيات الأطفال الرضع في فترات زمنية وبيئات ومجتمعات مختلفة، وقد ساهم الباحثون من مختلف التخصصات، مثل الديموغرافيا وعلم الأوبئة وعلم الاجتماع والصحة العامة، في مجموعة المعرفة المحيطة بالعلاقة بين المحددات الاجتماعية ووفيات الرضع. وقد أدى هذا النهج متعدد التخصصات إلى مجموعة متنوعة من وجهات النظر والمنهجيات، مما أضاف ثراءً إلى الأدبيات المتاحة. وستحاول الباحثة في هذا الجزء مناقشة بعض الأبحاث والدراسات وثيقة الصلة بموضوع الدراسة الراهنة.

- أشار جانب من الدراسات السابقة للمستوى التعليمي للزوجين وخاصة الأمهات حيث أوضحت دراسة (Nasser 2023) أن تعليم الأم من الأبعاد الأربعة الأساسية لعدم المساواة الصحية بين الرضع إلى جانب أبعاد أخرى لعدم المساواة (الجنس، نوع الإقامة، ثروة المنزل)، وتبين من دراسة (خاطر ٢٠٢٢) أنه كلما زاد المستوى التعليمي للأم ومستوى مؤشر الثروة والإقامة في الحضر كلما ارتفعت نسبة الحصول على خدمات الرعاية الصحية وانخفضت معدلات وفيات الرضع، بينما أشارت دراسة (أفنان ٢٠١٤) إلى وجود علاقة عكسية تربط بين المستوى التعليمي وعمر الأم عند الزواج الأول وعمرها عند الإنجاب الأول وصلة القرابة بين الزوجين ومتوسط وفيات الأطفال الرضع. أما دراسة (كرادشة، ٢٠٠٣) أشارت إلى وجود علاقة بين احتمالية وفاة الطفل الأول في الأسرة ومستوى تعليم الزوج وخلصت إلى ضعف تأثير متغير مستوى تعليم الزوج ومكان الإقامة ودرجة القرابة بين الزوجين. بينما أكدت دراسة (سهاونة وعربيات، ١٩٩٨) أن ارتفاع المستوى التعليمي للأم والزواج من خارج العائلة هي عوامل تقلل من احتمالات

وفاة الطفل. أما دراسة (سهاونة والأقرع، ١٩٩٧) أشارت إلى أهمية بعض المتغيرات مثل ارتفاع مستوى تعليم الزوجين، وعمل المرأة، ودرجة التحضر، في زيادة اتجاهات الأزواج نحو تبني مواقف أكثر إيجابية فيما يتعلق بالصحة الإنجابية والممارسات الملازمة لها مما يفيد في تقليل احتمالات وفاة الطفل في العائلة.

- بينما ركز جانب آخر على تأثير الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة على وفيات الرضع حيث أكدت دراسة (Braveman 2011) على علاقة الدخل كأحد العوامل الاجتماعية والاقتصادية في التأثير على الفوارق الصحية. وأن معالجة المحددات الاجتماعية للصحة أمر بالغ الأهمية للحد من الفوارق الصحية، بما في ذلك وفيات الرضع. بينما أشارت دراسة (Braveman et al, 2010) للعلاقة بين الفقر وشبه الفقر والمشقة أثناء الحمل ومعدلات وفيات الرضع. فالنساء اللاتي يعانين من الفقر أو شبه الفقر أثناء الحمل أكثر عرضة لوفيات الرضع أما دراسة (Phelan c, et al 2010) أكدت علي أن الظروف الاجتماعية متمثلة في الوضع الاجتماعي والاقتصادي، هي الأسباب الأساسية لعدم المساواة الصحية بما يؤثر علي وفيات الرضع . كما أوضحت دراسة (Marmot, M.et al,2008) أهمية التعاون بين القطاعات، وتغيير السياسات، والاستثمار في المحددات الاجتماعية مثل الدخل والتعليم والدعم الاجتماعي لتحقيق العدالة الصحية وتحسين النتائج الصحية للرضع وأسرهم. بينما أوضحت دراسة (فايدة ١٩٩٢) على أن النسب العالية لوفيات الأطفال الرضع ترتبط بانخفاض المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والصحية، وأن أقل نسبه من وفيات الرضع تظهر في الأحياء ذات المستوى المعيشي المرتفع. كما أشارت (دراسة فنار سالم عطوان ٢٠٠١) إلى أن انخفاض الطبقة الاجتماعية يؤثر في ارتفاع معدلات وفيات الرضع خاصة في الريف، والوعي الصحي والوعي الاجتماعي. وبينت (دراسة صغير ٢٠٠٠) أن أهم عامل متغير في احتمالات مسببات وفيات الرضع والأطفال هو التفكك الأسري تلاه في الأهمية الفقر.

بينما ركز جانب آخر على الرعاية الصحية حيث أشارت دراسة (سي الطيب ٢٠١٧) إلى الوضع الصحي للأطفال من خلال إبراز مستويات وفيات الأطفال الذي بلغته الجزائر بعد تطبيق جملة من البرامج الصحية بما يعمل على تقليل وفيات الأطفال. أما (دراسة الأمير ٢٠٠٣) ربطت بين الوعي الصحي والوعي الاجتماعي وارتفاع المستوى التعليمي لأفراد الأسرة حيث يؤديان إلى انخفاض نسبة وفيات الأطفال، وكلما ارتفع حجم الأسرة وخاصة في الريف زادت نسبة وفيات الأطفال. كما أظهرت دراسة (السعدي والبياتي ١٩٩٤) خمس متغيرات أساسية تؤثر بشكل معنوي وأساسي على وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي، في مقدمتها نسبة الذين يتوافر لهم الخدمات الصحية، يليها معدل خصوبة المرأة الواحدة ونسبة الولادات تحت إشراف عامل صحي، وتمثل هذه المتغيرات نسبة ٩٠٪ من الأسباب.

بينما أظهرت دراسات أخرى تأثير العوامل البيئية على وفيات الرضع كدراسة (Farhan ٢٠٢٢) إلى الدور المعتدل لمؤشر ثروة الأسرة والحصول على مياه الشرب النظيفة والتعرض لوسائل الإعلام، والزيادة في الاحتياجات الغير ملبأة لتنظيم الأسرة تزيد من احتمالية وفيات الأطفال. وتشير دراسة (مسعودان ٢٠٠٩) إلى أن عامل المناخ يلعب دور هام في ارتفاع أو انخفاض معدل وفيات الرضع وهناك مجموعة من العوامل البيئية منها تلوث الماء والهواء تؤثر في ارتفاع معدلات وفيات الرضع في بلدية خشنلة بالجزائر. وأخرى اجتماعية كالزواج المبكر، تفضيل الذكور عن الإناث. واقتصادية كالفقر.

أما عن تأثير العوامل المتعددة الاجتماعية والاقتصادية والصحية والديموغرافية والسلوكية على اتجاهات وفيات الرضع وبينت دراسة (المغازي ٢٠٢١) أن متغير الفقر المتعلق بحالة التغذية والنساء التي يتلقين الرعاية الصحية قبل الولادة وتتم تحت إشراف عاملين صحيين مهرة من العوامل الهامة المؤثرة في وفيات الرضع في دول حوض النيل.

وأوضحت دراسة (شريقي ٢٠١٧) أن ظاهرة وفيات الرضع متعددة الأبعاد تتداخل قي بنائها محددات ديموغرافية وصحية واقتصادية واجتماعية وسلوكية وثقافية وذلك على المستويين الفردي والجماعي. بينما أشارت دراسة (هيزا ٢٠١٥) الإحصائية عن العوامل المؤثرة في معدلات وفيات الأطفال الرضع في إقليم كردستان العراق من خلال ربط معدلات وفيات الأطفال والرضع مع الخصائص الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية مثل (جنس الطفل ، عمر الأم ، ترتيب المولود، فترة المباشدة بين الولادتين، الرضاعة الطبيعية، التلقيحات ، مستوى تعليم الأم، مؤشر الثروة ، مكان الولادة ، صلة القرابة بين الزوجين ، حجم الأسرة، مكان الإقامة) حيث أظهرت نتائج الدراسة التأثير الكبير لهذه المتغيرات علي وفيات الأطفال الرضع . وأوضحت دراسة (Kusneniwar 2013) أن المتغيرات الاجتماعية كالتعليم والوضع الاقتصادي والمتغيرات البيئية مثل الوصول إلى مياه الشرب الآمنة ومرافق الصرف الصحي واستخدام وقود الطهي منبئات مهمة لبقاء الرضع على قيد الحياة. كما بينت دراسة (Singh G K, 2010) أن العوامل الاجتماعية والاقتصادية، مثل تعليم الأم، والدخل، والحصول على الرعاية الصحية، تؤثر بشكل كبير على معدلات وفيات الرضع. وقد أكدت دراسة (الحنيطي، ١٩٩٥) على أهمية متغير ترتيب المواليد، ومستوى الأم التعليمي، وفترات المباشدة بين المواليد، ومكان الإقامة، في تحديد مستوى وفيات الأطفال الرضع. وتشير دراسة (Kanamura 2009) إلى تأثير برنامج اينشتاين في مجتمع بايس بولوس باستخدام معدل وفيات الرضع كمؤشر يعبر عن نوعية الحياة في المجتمع من عام ٢٠٠٠-٢٠٠٧. وفقاً لبعض المؤشرات الاجتماعية كالغذاء والسكن والدخل والصرف الصحي، والحصول على الخدمات الصحية. بينما تبين من (دراسة ميسون ١٩٩٥) أن ارتفاع معدلات وفيات الأطفال كان لدي الأمهات صغيرات السن وكبيرات السن، ولدي الآباء المتزوجين من

أقاربهم ويعزي ذلك لأسباب وراثية، وجاء الانخفاض للأمهات والآباء المقيمين في الحضر الذين يتمتعون بمستويات تعليمية عالية.

موقع الدراسة الراهنة من الدراسات السابقة:

نجد الكثير من الدراسات السابقة قدمت عرض مكثف للمحددات الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية والصحية وتأثير على معدلات وفيات الرضع، اتسم بعضها بالشمولية والبعض الآخر أعطي أهمية أكبر لمحددات دون غيرها، ومعظم الدراسات كانت في الدول الإفريقية ذات الدخل المنخفض مثل السودان وليبيا والجزائر والمغرب وأثيوبيا وغيرها لارتفاع معدلات وفيات الرضع بها، ويعد تعليم الأمهات واحداً من المحددات المركزية في الدراسات والبحوث السابقة والتي تخص بقاء الأطفال الرضع على قيد الحياة.

ومن الملاحظ أيضاً أن غالبية الدراسات لم تأخذ في الاعتبار العوامل الثقافية. وكذلك لم تركز بشكل واضح على تأثير العوامل البيئية على معدلات ووفيات الرضع. وهذا ما تسعي إليه الدراسة الراهنة حيث التركيز على المحددات الاجتماعية كالتعليم والوصول للرعاية الصحية والعوامل البيئية والأنماط الثقافية وعلاقتها بمستويات وفيات الرضع في محافظة الوادي الجديد.

بما يساعد في تحديد أوجه التدخل وتوجيه السياسات والبرامج القائمة بها.

سادساً- الإطار النظري للدراسة:

١- وفيات الرضع رؤية تحليلية:

تعتبر دراسة وتحليل وفيات الرضع ذات أهمية كبيرة لما لها من علاقة بمعدل الوفيات الخام. الأمر الذي يتطلب الإلمام بالظروف الجغرافية والاقتصادية والاجتماعية ومستوى الرعاية الصحية والوعي الاجتماعي الذي تتحكم في اتجاه هذا المعدل،

ومحاولة الوقوف على الأسباب المختلفة لتلك الظاهرة.

ويأتي معدل وفيات الأطفال الرضع في طليعة المقاييس المستخدمة للوقوف على الحالة الصحية في أي مجتمع. حيث يعكس مدي تطور الوضع الصحي لبلد معين. وهناك اختلافات كبيرة في درجة تعرض الأطفال لخطر الوفاة وأسبابها وفقاً لكل مرحلة من مراحل العمر الأولي (صبحي غلاب ، السيد محمد ١٩٦٧ ، ص ٥٨). وتتضمن أسباب الوفاة التي يتعرض لها الطفل في عامه الأول نوعين من الأسباب يضم النوع الأول الأسباب التي يمكن أن يطلق عليها الأسباب الداخلية، وهي أسباب تتصل بصحة الأم، وفيما يحمله الطفل نفسه بسبب الولادة من أمراض أو ما يكتسبه من والدته أثناء فترة الحمل، وهذه الأسباب تصيب الطفل عادة خلال الشهر الأول من العمر، أما النوع الثاني يطلق عليه الأسباب الخارجية، وتتمثل في العوامل التي تحيط بالطفل في عامه الأول من العمر بسبب البيئة ذاتها، ويعتبر المجتمع مسئولاً عنها ، لذلك تم تجزئة معدل وفيات الرضع إلى جزئيين، وهما معدل وفيات الرضع حديثي الولادة ومعدل وفيات الرضع ما بعد حديثي الولادة.

وتبين التقديرات الصادرة عن (منظمة الصحة العالمية ٢٠١٤) أن مخاطر وفاة الأطفال تبلغ ذروتها في الأيام الثمانية والعشرين الأولى من حياتهم، وأن ربع إلى نصف الوفيات تحدث في الساعات الأربع والعشرين الأولى وأن ٧٥٪ منها تقع في الأسبوع الأول. ويمثل الأسبوع الأول الذي يعقب الميلاد أكثر الفترات أهمية فيما يخص بقاء المواليد على قيد الحياة. فلا بد خلال هذه الفترة متابعة الأحوال الصحية للأمهات وأطفالهم من أجل وقايتهم من التعرض لخطر الوفاة.

وعلي الرغم من ذلك لا يمثل معدل وفيات الرضع مقياساً دقيقاً لخطر الوفاة خلال السنة الأولى من الحياة، لأن وفيات الرضع خلال العام لا تعود كلها لمواليد نفس السنة بل أن بعض مواليد العام السابق قد يموتون خلال العام التالي قبل أن يتموا السنة

من عمرهم. ويعيب أيضاً علي هذا المعدل القصور في تسجيل حالات الوفيات . فكثير ممن يموتون بعد ولادتهم مباشرة لا يتم تسجيلهم. في حين أن تسجيل حالات الولادة يفوق حالات الوفاة لما لها من فوائد تعود على الأسرة، بينما تسجيل الوفاة لا يحوي نفعاً علي الأسرة بل يؤدي إلى حرمان الأسرة من بعض الفوائد المكتسبة عند الولادة. (خالد خواجه، ٢٠١٢)

ولذلك شجعت دراسات في جونستاون، بنسلفانيا الجهود المحلية لتسجيل المواليد، الحفاظ على الإحصاءات الحيوية، وتحسين صحة المجتمع ونشر المعلومات حول كيفية تجنب وفيات الرضع التي يمكن الوقاية منها. مثل علاقة وفيات الرضع بالبيئة (Emma Duke, 2019).

فمستوى وفيات الأطفال في المجتمع هو حصيلة تفاعل مستمر بين الطفل والبيئة، حيث يتأثر بمجموعة من العوامل الوراثية والديموغرافية (Bongaarts and Potter , 1983). حيث أشارت دراسات كلاً من (هيزا ٢٠١٥ ، أفنان ٢٠١٤ ، الحنيطي ١٩٩٥) إلي إنه لا يمكن إغفال المتغيرات الديموغرافية في تأثيرها في هذه الوفيات ومنها عمر الأم عند الولادة ، وفترة المباشرة بين الولادات ، إذ يلاحظ أن قرب المدة الزمنية ما بين الولادات يؤدي إلى زيادة نسبة الوفيات .

ويتضح من ذلك أن معدلات وفيات الرضع (IMR) تعد من المؤشرات المستخدمة علي نطاق واسع لتقييم الظروف الصحية للمجتمع، ويستند ذلك إلي التأثير الذي تمارسه المحددات المختلفة علي احتمالية بقاء الطفل عي قيد الحياة في السنة الأولى من العمر (أحمد علي إسماعيل ،١٩٨٤، ص ٢٩).

٢- مفاهيم الدراسة:

أ- المحددات الاجتماعية (Social Determinant):

أثبتت مجموعة كبيرة من الأبحاث أن المحددات الاجتماعية تُعرّف على أنها الظروف التي يولد فيها الناس وينمون ويعيشون ويلعبون ويعملون ويتقدمون في العمر والتي تؤثر بدورها على مجموعة من النتائج والمخاطر الصحية ونوعية الحياة (SDOH) (2030).

ويقصد بالمحددات الاجتماعية، الظروف التي يعيش فيها الناس وتتضمن الفقر، السكن غير الصحي، العمل في ظروف خطيرة، وضعف النظم الصحية. وتسهم في تفسير سبب معاناة الفقراء والمهمشين من المرض والوفاة المبكرة أكثر من نظرائهم الذين يتمتعون بأوضاع اجتماعية أفضل.

وتشمل هذه المحددات: الأصدقاء والعائلة والمجتمع المحيط، التعليم والمهارات، حالة السكن والبيئة، الغذاء، البطالة والأمان الوظيفي، بيئة العمل والترفيه، خدمات الرعاية الصحية، التمييز وعدم المحاباة بين الناس، النقل، مستوى الدخل. أي أن مصطلح المحددات الاجتماعية اختزال للعوامل الاجتماعية والاقتصادية والثقافية والبيئية والسياسية والتي تؤثر على الحالة الصحية (منظمة الصحة العالمية ٢٠٠٩).

وتتمثل المحددات الاجتماعية في الدراسة الراهنة في المستوي التعليمي، خدمات الرعاية الصحية، الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة، الممارسات الثقافية والسلوكية، العوامل البيئية المؤثرة على وفيات الرضع.

ب- وفيات الرضع (Mortality infant):

يقصد بها الأطفال الذين يتوفون وعمرهم أقل من سنة، ويحسب معدل وفيات الرضع (Mortality infant Rate) بقسمة عدد وفيات الأطفال أقل سنة في فترة معينة (غالباً سنة) على المواليد الأحياء في نفس الفترة مضروباً في ١٠٠٠.

ويعتبر هذا المعدل أكثر دقة في القياس من معدل الوفيات العمري، وذلك لأنه يأخذ عدد الوفيات بين فئة معينة وهي الرضع لمدة عام مقسوماً على عدد المواليد الأحياء الفعلي خلال العام نفسه، أي عدد الأيام التي عاشها الرضيع من عمره خلال السنة الأولى (هيزا محمد نور ٢٠١٥، ص ٢٥٧). وتنقسم وفيات الرضع إلى وفيات حديثي الولادة ووفيات ما بعد حديثي الولادة:

- **وفيات حديثي الولادة (Neonatal Mortality):** ويقصد بها وفيات الرضع خلال الشهر الأول من الحياة (أو الـ ٢٨ يوم الأولى من الحياة)، ويحسب معدل حديثي الولادة بقسمة عدد وفيات الأطفال حديثي الولادة في فترة معينة (غالباً سنة) على المواليد الأحياء في نفس الفترة مضروباً في ١٠٠٠.

- **وفيات ما بعد حديثي الولادة (Post-neonatal Mortality):** ويقصد بها وفيات الرضع خلال الفترة الممتدة من الشهر الأول حتى الشهر الحادي عشر (أو من اليوم الـ ٢٩ إلى اليوم الـ ٣٦٥)، ويحسب معدل ما بعد حديثي الولادة بقسمة عدد وفيات الأطفال ما بعد حديثي الولادة في فترة معينة (غالباً سنة) على المواليد الأحياء في نفس الفترة مضروباً في ١٠٠٠.

وكلا من معدلي وفيات الأطفال الرضع حديثي الولادة، ووفيات الرضع ما بعد حديثي الولادة يكمل أحدهما الآخر ومجموعهما يمثل معدل وفيات الأطفال الرضع في صورته التقليدية.

٣- المحددات الاجتماعية وأثرها على وفيات الأطفال الرضع:

يعتبر معدل وفيات الرضع مقياساً للمقارنة ومعياراً للتنمية بين الدول. فبقاء الأطفال الرضع في العمر أقل من سنة مقارنة بالسكان في الأعمار الأخرى هو الأكثر تأثر بأوضاع مجتمعاتهم. حيث تتأثر وفيات الرضع بالمستوى الصحي، بالسلوك الاجتماعي المرتبط بالزواج والأنجاب والتغذية والتعليم، وبغيرها من العوامل التي تختلف

من مجتمع إلى آخر، ومن زمن إلى آخر في نفس المجتمع، بل وربما فيما بين المجموعات السكانية للمجتمع الواحد.

قدمت دراسة (Mosely and Chen 1984) إطاراً تحليلياً يقوم علي فكرة أن جميع المحددات الاجتماعية والاقتصادية لوفيات الأطفال تعمل من خلال مجموعة مشتركة من الآليات البيولوجية أو المحددات المقاربة الوسيطة لكي تترك أثراً في الوفيات. ويوضح هذا النموذج أن فهم العلاقة بين مرض الطفل الرضيع ووفاته لا بد أن تمر بجملة من المحددات الوسيطة منها مرتبطة بالأمومة (عمر الأم ، ترتيب الإنجاب ، المباعدة بين الولادات) والعوامل المرتبطة بالبيئة المحيطة بالرضيع كالإصابة بالأمراض ، وتوافر الصرف الصحي ، الغذاء السليم كماً ونوعاً ، مصادر المياه النقية ومدى تعرض الصغار لحوادث منزلية وإمكانية الوصول إلي الإجراءات الصحية الوقائية كاللقاحات والعلاجية كالتقرب المكاني من مراكز الرعاية الصحية وتوافرها مجاناً.

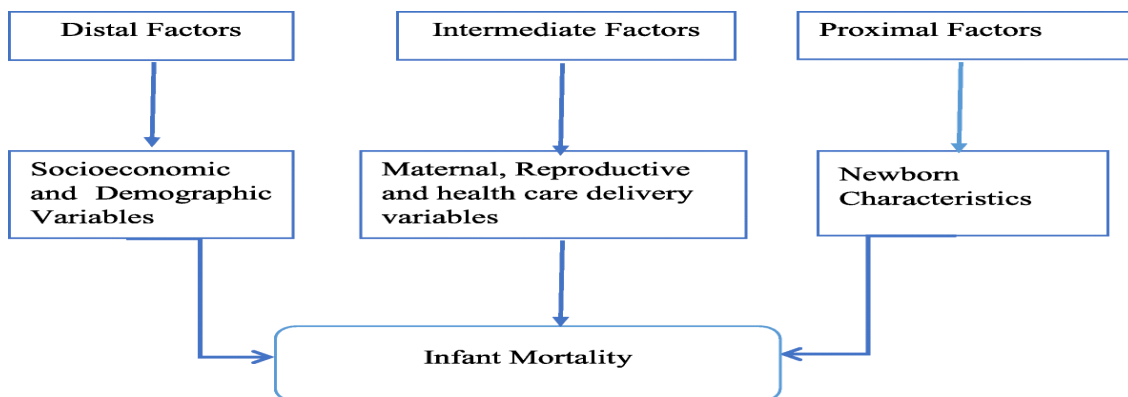
وركز النموذج على المحددات الوسيطة ولكن لم يغفل أثر المحددات الاجتماعية - الاقتصادية التي أعتبرها متغيرات مستقلة تؤثر في المحددات الوسيطة. وتمثلت هذه المحددات في العوامل الفردية للوالدين كالتعليم والعادات والتقاليد الاجتماعية ، العمل ، والسلوكيات اليومية (والمتعلقة بحالة الأسرة) (عاملي الدخل والثروة) والمتغيرات المجتمعية العامة كأثر العوامل البيئية والسياسات الاقتصادية والنظام الصحي السائد. والهدف من هذا النموذج التركيز علي الجذور الاجتماعية لوفيات الأطفال جنباً إلي

جنب مع الجذور الطبية. (Mosley W. H, Chen,1984,P:P28:34)

كما أوضحت العديد من الدراسات كدراسة (Kusneniwar 2013 ، مسعودان ٢٠٠٩ ، ميسون ١٩٩٥) تأثير المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية والديموجرافية والثقافية والبيئية على ظاهرة وفيات الرضع وشملت هذه المتغيرات (جنس المولود، عمر الأم، ترتيب المولود، فترة المباعدة بين الولادتين ،المستوى التعليمي للأم، الوضع الاجتماعي

والاقتصادي، الأنماط السلوكية والعوامل البيئية المحيطة كالمناخ والتلوث ، الوصول للرعاية الصحية). وستعرض الباحثة فيما يلي بعض المحددات الاجتماعية المرتبطة بوفيات الرضع. كما اتضح من الاطار التحليلي لدراسة بقاء الطفل علي قيد الحياة (موسلي وشين ١٩٨٤)

Analytical Framework for the Study of Child Survival Mosley and Chen (1984)



أولاً: المستوى التعليمي:

يعتبر المستوى التعليمي من أهم محددات سلوك الأفراد، وقراراتهم الاجتماعية والاقتصادية والديموجرافية، حيث يلعب التعليم دوراً هاماً في تحسين معدلات وفيات الأطفال الرضع. فهو يزود الأفراد بالمعرفة والوعي، مما يمكنهم من اتخاذ قرارات مستنيرة بشأن صحتهم وصحة أطفالهم. وقد أظهرت العديد من الدراسات وجود علاقة بين التعليم ومعدلات وفيات الرضع.

وهذا ما أكده (Caldwell, J.C. 1979,P395:413) حيث يري أن تعليم المرأة يلعب دوراً أساسياً في التقليل من وفيات الأطفال. وفي رأيه قد يساعد في تفسير التحولات في الوفيات والخصوبة.

وأشار كالدويل في دراسته إلى فرضيات مؤداها إن الأم المتعلمة أقدر على التعامل مع العالم الحديث والاستفادة من خدماته، وأن أفراد الأسرة يصبحون بالتعليم أكثر قدرة على الابتعاد عن المعتقد الشعبي المتعلق بالمرض ومسبباته.

أشارت نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ إلى ارتباط مستويات الوفيات عكسياً بالمستوي التعليمي للأم. إذ يبلغ معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من العمر المولودين لسيدات لم يسبق لهن الذهاب إلى المدرسة تقريباً ٦٥ % أعلى من المعدل للأطفال المولودين لسيدات أتممن تعليمهن الثانوي أو أعلى (٣٨، ٢٣) حالة وفاة لكل ١٠٠٠ مولود، من بينهم (٣٣، ٢١) على الترتيب من وفيات الرضع.

واتفقت مع ذلك العديد من الدراسات (كدراسة السرطاوي ١٩٩٥، ودراسة saffron 2011، ودراسة خاطر ٢٠٢٢) في أن تعليم المرأة مؤشر مهم لوفيات الأطفال الرضع من بين العديد من المحددات الاجتماعية والاقتصادية الأخرى. حيث تتأثر وفيات الأطفال سلباً بتعليم المرأة. وذلك لأنه من المتوقع أن تعتني الأم المتعلمة بطفلها ونفسها أثناء الحمل وبعده بطريقة أفضل مقارنة بالأم غير المتعلمة أو الأقل تعليماً بسبب المعرفة والوعي الأفضل بالصحة والوقاية من الأمراض.

وكذلك ركز (Araujo,2015,P702) على أهمية التعليم في الحد من وفيات الرضع، حيث يمكّن الأفراد من التغلب على الحواجز الاجتماعية والاقتصادية التي تساهم في ضعف النتائج الصحية. وأيضاً سلط الرحمن وعالم الضوء على دور المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية، بما في ذلك التعليم، في خفض معدلات وفيات الأطفال . (Rahman, Alam,2021, P 898:912)

لذلك يعتبر التعليم عاملاً فعالاً في مكافحة اعتلال وفيات الأطفال الرضع، خاصة حديثي الولادة، فهو الوسيلة الفعالة لمواجهة الفقر وتأهيل المرأة وتقوية مكانتها في اخذ القرارات داخل الأسرة . وهو عامل ضروري وأساسي يدفع بالأباء إلى اكتساب

سلوكيات أولية تسمح بالوقاية من الأمراض والجوء في حالة إصابة الأطفال إلى الأساليب الطبية الحديثة. وعندما تم الربط بين المستوى التعليمي للأب والمستوى التعليمي للأم، اتضح التأثير البالغ لهذا الأخير على مستوى وفيات الأطفال، مما يعني أن المستوى التعليمي للأم يبقى هو العامل الحاسم والفعال في ارتفاع أو انخفاض معدلات وفيات الأطفال الرضع، نظرا لطبيعة العلاقة والاتصال الدائم بين الأم وطفلها. (فاطمة سي الطيب ٢٠١٧، ص- ص ٥٩-٧٦)

ثانياً: الوضع الاجتماعي والاقتصادي: (مكان الإقامة - الدخل - مؤشر الثروة)

تلعب التنمية الاقتصادية دورا هاما في تحسين معدلات وفيات الرضع. حيث تتمتع البلدان ذات الناتج المحلي الإجمالي الأعلى للفرد بشكل عام ببنية تحتية أفضل للرعاية الصحية، والقدرة على الوصول إلى التعليم الجيد، وظروف معيشية محسنة، وكلها تساهم في انخفاض معدلات الوفيات بين الرضع. فالاستثمار في التنمية الاقتصادية واستراتيجيات الحد من الفقر أمر بالغ الأهمية لتحسين النتائج الصحية للرضع.

وأشار إنسور في دراسته حول تأثير الركود الاقتصادي على وفيات الأمهات والأطفال الرضع. ووجدوا أن الانكماش الاقتصادي يرتبط بزيادة معدلات وفيات الرضع، حيث أن انخفاض الإنفاق الحكومي على الرعاية الصحية والخدمات الاجتماعية يمكن أن يؤثر سلبا على صحة الأم والطفل. (Ensor T, Et al ,2010)

ويعد الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة محددًا مهماً لوفيات الأطفال الرضع، حيث أكدت دراسة (Farhan,2022) أن الأفراد ذوو الدخل المنخفض يواجهون في كثير من الأحيان تحديات أكبر في الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية والتغذية الكافية. وكما أوضحت (R Peña ,٢٠٠٠) تأثير الفقر والظلم الاجتماعي على وفيات الرضع فقد يكون عدم المساواة الاجتماعية عامل خطر مستقل لوفيات الرضع في بلد منخفض الدخل. كما يعد مكان الإقامة (الريف/ الحضر) للوالدين من المتغيرات الأساسية

أيضاً في تحديد الوضعية الصحية للطفل، وتؤثر بشكل واضح في مدى بقاء هؤلاء على قيد الحياة. فحين نتكلم عن تأثير الإقامة على وفيات الأطفال الرضع، فهذا يعني انه كلما كانت الأسر تقطن في المناطق الحضرية كلما كانت سهولة الوصول إلى المرافق الصحية المتوفرة بشكل كبير في هذه المناطق .

يعتبر مؤشر مستوى الثروة سواء للدولة أم للأسرة ذو علاقة قوية مع مستوى وفيات الرضع، فالنمو الاقتصادي وتوزيع الدخل عاملان مؤثران على تلك الظاهرة، وأكد (Caldwell, J.C. 1979) في دراسته على الدور الفعال لمستوي دخل الأسرة حيث يمكن الأفراد من الوصول إلى المصادر الرئيسية اللازمة للحصول على صحة جيدة، وأنماط مواجهة ظروف الحياة، طبيعة النظام الغذائي ومدى جودته كماً ونوعاً بما يحسن من الحالة الصحية للأم والرضيع.

بينما أشارت نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ إلى وجود علاقة عكسية بين مؤشر الثروة وعدد وفيات الأطفال، حيث بلغ أدني مستوي عدد ٣٥ حالة من وفيات الأطفال من بينهم ٣٠ حالة لوفيات الرضع، بينما بلغ أعلى مستوي لمؤشر الثروة عدد ٢١ حالة من وفيات الأطفال منهم ١٩ حالة من وفيات الرضع. كما يؤثر مؤشر الثروة على مستويات وفيات الرضع تأثيراً غير مباشر من خلال زيادة السلع والخدمات المتاحة والمستخدم.

ثالثاً: الرعاية الصحية:

في سياق القراءة الديموغرافية للمسألة الصحية، يشكل الأطفال مجموعة سكانية مستقلة بذاتها بسبب ارتفاع الوفيات، وطبيعة مسبباتها، ووجود مشكلات صحية خاصة بهذه المرحلة العمرية. (Charbit, 2002, p140)

يعتبر الأطفال أصلاً ثميناً وهم يستحقون حياة أفضل وصحية. لا يمكن أن يكون هذا ممكناً إلا إذا كان الأطفال على قيد الحياة في السنوات الأولى من حياتهم (United

(Nations2015)، وتحدث الغالبية العظمى من وفيات الأطفال حديثي الولادة في البلدان النامية حيث يكون الوصول للرعاية الصحية منخفضاً، ويموت معظم هؤلاء الأطفال في المنزل. دون رعاية جيدة يمكن أن تزيد بشكل كبير من فرص بقائهم على قيد الحياة (UNDP2010).

ويعد الحصول على الرعاية الصحية أمر حيوي، لأنه يضمن الرعاية المناسبة قبل الولادة والتدخلات في الوقت المناسب أثناء الولادة. وكذلك تؤثر الحالة التغذوية خاصة أثناء الحمل والرضاعة على معدلات الوفيات، حيث يكون الأفراد المصابون بسوء التغذية أكثر عرضة للخطر، وكما أشارت دراسة (Kraemer, 2003, p 452-476) أن أمراض الأمومة في ريف صعيد مصر قد تكون مشكلة صحية عامة تؤدي إلى انخفاض مستوى الرعاية الصحية.

وتوضح مؤشرات المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ أن الأمهات في المحافظات الحدودية هن الأقل احتمالاً للحصول على رعاية الحمل المنتظمة. وترتبط الحالة التعليمية للأم ومؤشر الثروة ارتباطاً وثيق مع احتمال حصولها على الرعاية الصحية خلال فترة الحمل. وبالنسبة لمشاكل حصول الأم علي الرعاية الصحية بين السيدات اللاتي سبق لهن الزواج في العمر (١٥-٤٩ سنة) فجاءت بنسبة ٥٤.١ % في محافظة الوادي الجديد من بين عدد ٥٠ سيدة، وجاء السبب في عدم وجود أدوية بنسبة ٤٤.٩%. أما عدم وجود مقدم خدمة مثلت نسبة ٤٢.٢%.

وهناك مجموعة من العوامل التي تحول دون تلقي النساء للرعاية الصحية أثناء فترتي الحمل والولادة منها: رداءة نوعية الرعاية، عدم كفاية أعداد العاملين الصحيين وعدم حصولهم على التدريب الكافي، نقص الإمدادات الطبية الأساسية، ضعف مستوى المساءلة داخل النظم الصحية.

يعد الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية أمراً بالغ الأهمية لضمان رفاهية الأمهات والرضع. وتلعب مرافق الرعاية الصحية الكافية، وأخصائيو الرعاية الصحية المهرة، والعلاجات الطبية بأسعار معقولة دوراً حيوياً في تقليل معدلات وفيات الرضع. وأشار wang للتأثير الإيجابي للإنفاق على الرعاية الصحية على معدلات وفيات الأطفال حيث يؤدي إلي تحسين صحة الأطفال الرضع. (Wang I,2003, P277-99) وكذلك يلعب الأطباء أيضاً دوراً حاسماً في خفض معدلات وفيات الرضع. ويقدمون التوجيه ويصفون الأدوية الفعالة، مما يؤدي إلى تحسين الظروف الصحية وتقليل احتمالية وفاة الرضع. وقد أجرى (Russo, et al, 2019) دراسة في البرازيل ووجد أن الزيادة في عدد أطباء الرعاية الأولية ارتبطت بانخفاض معدلات وفيات الرضع. فالرعاية الصحية للأم أحد مكونات الصحة الإنجابية، ويعد تحسينها هدف من أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠، حيث يعد توفير الخدمات الصحية والرعاية الصحية حق أساسي لكل مواطن وواجب علي الدولة الحفاظ على الإنسان في جميع مراحل العمر، فالاستثمار في البنية التحتية للرعاية الصحية وضمان توافر المتخصصين المهرة في الرعاية الصحية من الاستراتيجيات الأساسية لتقليل معدلات وفيات الرضع. ويجب على الحكومات إعطاء الأولوية لنفقات الرعاية الصحية والتركيز على تحسين الوصول إلى خدمات الرعاية الصحية الجيدة، لا سيما في المناطق المحرومة.

رابعاً: العوامل البيئية:

تؤثر العوامل البيئية سلباً على حياة الأطفال الرضع وعلى حقوقهم الأساسية. وحقوقهم في الحياة والصحة والتنمية والغذاء الجيد والماء النظيف والصرف الصحي. وتلعب عوامل مثل تلوث الهواء، ونوعية المياه، والصرف الصحي، والحصول على مصادر الطاقة النظيفة أدواراً حاسمة في ضمان صحة الرضع ورفاههم. فالتعرض للملوثات البيئية والظروف المعيشية غير الآمنة يمكن أن يزيد من خطر وفيات الرضع.

ويجب على الحكومات والمنظمات الدولية إعطاء الأولوية للاستثمارات في البنية التحتية للمياه والصرف الصحي لضمان ظروف معيشية أكثر صحة للرضع وأسرهـم. وفي هذا الصدد أشار (Rahman, Alam,2021,P 898:912) الآثار الضارة للتلوث الصناعي على الصحة العامة، بما في ذلك معدلات وفيات الرضع. ووجدوا ارتباطاً كبيراً بين التلوث الصناعي والنتائج الصحية الضارة، وركز على الحاجة إلى أنظمة بيئية لحماية السكان المعرضين للخطر.

وهناك أسباب أخرى لوفيات الرضع تائراً بالعوامل البيئية وهو ما يطلق عليه متلازمة موت الرضع المفاجئ SIDS وهو الموت المفاجئ غير المبرر لطفل عمره أقل من سنة، النظرية الأكثر ترجيحاً هي أن الرضع الذين يموتون بمتلازمة الموت المفاجئ يكون لديهم ضعف أساسي (مثل: نمط وراثي معين، أو تشوهات دماغية خفية)، ويتعرضون لمحفز من العوامل البيئية (مثل: وضع نوم غير آمن، أو بيئة نوم غير آمنة، أو تدخين الأم أثناء الحمل أو بعد الولادة أو التعرض للتدخين السلبي، أو حدوث عدوى في مرحلة مبكرة من تطور الدماغ أو الجهاز المناعي (SIDS,2013) على الرغم من أن متلازمة موت الرضع المفاجئ يمكن أن تصيب أي رضيع، فقد حدد الباحثون عدة عوامل قد تزيد من خطر الإصابة، حيث تشمل:

-النوع. يزيد خطر الوفاة بسبب متلازمة موت الرضع المفاجئ لدى الأطفال الذكور أكثر من البنات بنسبة قليلة.

-العمر. حيث الرضع هم الأكثر عرضة بين الشهرين الثاني والرابع من الحياة.

-التاريخ العائلي. تزيد احتمالية التعرض للإصابة بمتلازمة موت الرضع المفاجئ لدى الأطفال الذين توفي أحد أشقائهم بسبب هذه المتلازمة.

-التدخين. الرضع الذين يعيشون مع المدخنين لديهم مخاطر أكبر من متلازمة موت الرضع المفاجئ.

-حدوث عدوى، كثير من الرضع الذين لقوا حتفهم قد تعرضوا مؤخراً لحدوث عدوى؛ مما قد يسهم في مشاكل في التنفس.

خامساً: العوامل الثقافية

تلعب الثقافة دوراً هاماً في التأثير على معدلات وفيات الأطفال الرضع. حيث يتوقف نجاح البرامج الصحية إلى حد كبير على قدرة الفاعلين على أخذ الإطار الثقافي المتمثل في العادات والتقاليد المجتمعية والسلوكيات في الاعتبار.

يمكن للمعايير الثقافية أن تعزز أو تعيق صحة الرضع وبقيتهم على قيد الحياة. فالأمية والزواج المبكر يحولان دون تطور المرأة فيما يخص المعايير المرتبطة بالحمل والولادة وغيرها، فيكون أفضل مصدر بالنسبة لها لاكتساب المعارف والتجربة المرتبطة بتربية الأطفال والاعتناء بصحتهم هي الأساليب التقليدية المتداولة من قبل نساء العائلة كالوالدة، والحماة... وغيرهن.

إن تعزيز ممارسات الرعاية الصحية الملائمة ثقافياً، بما في ذلك تشجيع الرضاعة الطبيعية، والفحوصات الدورية للطفل والتطعيمات والعادات الغذائية السليمة، ومنع التعرض للمواد الخطرة. يمكن أن يسهم في خفض معدلات وفيات الرضع. فمن الضروري المشاركة مع المجتمعات المحلية ومعالجة الممارسات الثقافية التي قد تؤثر سلباً على النتائج الصحية للرضع.

للممارسات والمعتقدات الثقافية تأثير مباشر على صحة الأطفال ورفاههم. ممارسات، حيث تختار الأمهات الحفاظ على الوضع الراهن. علاوة على ذلك، تساهم الأعراف المجتمعية في استمرار الممارسات الثقافية المرتبطة بالرعاية الصحية التقليدية للرضع. مثل الاعتماد على موظفين غير مدربين، والخرافات، والقدرية، ويتأصل ذلك بعمق في ثقافة القرية. فالأمهات عرضة للعرقلة من الروابط القوية والضعيفة داخل شبكاتهن

الاجتماعية. فتأثير هذه الروابط يعزز المعتقدات التقليدية ولا يشجع على طلب الرعاية الطبية المتخصصة لأطفالهن الرضع. مما يساهم في ارتفاع معدلات وفيات الرضع

٤- بعض الآراء النظرية الموجهة لموضوع الدراسة:

تتعدد المداخل النظرية التي تقوم على تحليل ودراسة وفيات الرضع ومحدداتها الاجتماعية. فعنصر الوفاة بشكل عام رغم كونه قضية بيولوجية بمجمله إلا إنه يتحدد أيضاً بعوامل ذات صيغ اجتماعية ثقافية مختلفة. (ويكس جون ١٩٩٩) في دراسة المحددات الاجتماعية لوفيات الرضع، تستخدم العديد من النظريات المهمة التي تساعد في فهم العوامل والمتغيرات التي تؤثر على معدلات الوفيات للأطفال الرضع في المجتمع. وفيما يلي بعض النظريات الرئيسية المستخدمة في هذا المجال:

١- نظرية التحول الديموغرافي:

وضعت هذه النظرية في عام (١٩٢٩) من قبل الديموغرافي الأمريكي (لاندرى)، فقد لاحظ التغيرات أو التحولات في معدلات المواليد والوفيات في المجتمعات الصناعية. وهي تعني الانتقال من ارتفاع معدلات الولادات والوفيات الى انخفاض معدلات الولادات والوفيات في بلد يتطور من عصر ما قبل الثورة الصناعية والزراعية الى النظام الاقتصادي. (Caldwell, 1976)

وتنص هذه النظرية على أن التغير الاقتصادي والاجتماعي الذي صاحب الثورتين الزراعية والصناعية أدى الى انخفاض كل من معدلي الولادات والوفيات على حد سواء ومن ثم انخفاض معدل النمو السكاني إذ يؤدي التطور الاقتصادي والاجتماعي وما يحدثه من تحسن في مستوى المعيشة، وارتفاع دخل الفرد الى انخفاض النمو السكاني من خلال خفض الوفيات أولاً ثم الخصوبة لاحقاً (رشود الخريف، ٢٠٠٨)

وتبين نظرية لاندرى أن المجتمعات تمر تاريخياً بعدد من المراحل الديموغرافية والتي تقسم غالباً الى ثلاثة أو أربعة مراحل،

وهذا ما أشارت إليه أيضاً نظرية النمو السكاني الطبيعي لريموند بيرل، حيث اتفقا على أن السكان خلال مدة معيشتهم وتطورهم في منطقة تمر بأربع مراحل هي:

المرحلة الأولى: وتعرف بالمرحلة البدائية أو مرحلة ما قبل المجتمع الصناعي، وتتميز بارتفاع معدل المواليد والوفيات ويتعرض السكان فيها لأوبئة ومجاعات ويرتفع معدل الوفيات على نحو كبير عند جميع الفئات العمرية وخاصة عند الأطفال الرضع وقد يصل الى أكثر من (٢٥٠) بالألف. ويعود سبب ارتفاع الخصوبة الى تدني الوضع الاجتماعي للمرأة وغياب الوسائل المأمونة لتنظيم الأسرة والى ارتفاع معدلات وفيات الأطفال.

المرحلة الثانية: (الديموغرافيا الشابة) تعرف بمرحلة التزايد السكاني المبكر، وتتميز هذه المرحلة بالنمو السكاني المتزايد والسريع نتيجة انخفاض معدل الوفيات مع بقاء معدل المواليد مرتفعاً، وذلك بسبب تحسن المستوى الصحي والاقتصادي والتعليمي. ويمكن ملاحظة ثلاث مراحل فرعية لنمو السكان التي عرفت بالنمو الديمغرافي الحديث وهي تمثل نمواً ضئيلاً في بداية المرحلة ثم نمو سريع في وسط المرحلة إذ انخفضت معدلات الوفاة بشكل كبير، ثم نمو بطيئاً في نهاية المرحلة نتيجة لبدائية انخفاض معدلات المواليد. ويعود السبب في انخفاض معدلات الوفيات وخاصة وفيات الأطفال الرضع في هذه المرحلة الى عاملين: الأول، يتمثل بالتحسينات في الإمدادات الغذائية، وتحسين الأساليب الزراعية أما الثاني: فيتمثل بالتحسينات الكبيرة في مجال الصحة العامة، فضلاً عن التحسينات في إمدادات المياه والصرف الصحي ومعالجة الأغذية، والنظافة الشخصية وتحسين التعليم والوضع الاجتماعي للأهالي.

المرحلة الثالثة: وتعرف بمرحلة التزايد السكاني المتأخر، فهي المرحلة التي تعيشها الدول ذات الخصوبة المتوسطة والوفيات المنخفضة. ولا يزال الكثير من الدول النامية تعيش هذه المرحلة، وانه من المتوقع أن يكون معدل المواليد أكثر من (٢٠) بالألف، في حين

يكون معدل الوفيات عند مستويات (١٥) بالألف إذ يتراوح معدل النمو السكاني بين (١-٢%) . ويرجع انخفاض معدل الوفيات إلى التطور الاقتصادي والاجتماعي والصحي وارتفاع مستويات المعيشة وتحسن وضع المرأة الاجتماعي ودخولها في قوة العمل. **المرحلة الرابعة:** مرحلة النمو البطيء وتمثل المرحلة الأخيرة في الدورة الديموغرافية وهي تشمل الدول التي وصلت الى مرحلة الثبات والاستقرار، إذ انخفض فيها معدل المواليد ومعدل الوفيات انخفاضاً ملحوظاً، وبالتالي هبط معدل النمو السكاني فيها الى أدنى مستوياته في العالم، إذ يتراوح بين (٠,٥% - ١,٠%) سنوياً.

بينما أستعرض مينت في نظريته عن المراحل السكانية أهم العوامل المسؤولة عن مراحل التحول في النمو السكاني وهي:

1- مرحلة السكون السكاني: يعود ارتفاع معدل الوفيات في هذه المرحلة إلي تفشي الأمراض والأوبئة والمجاعات وسوء التغذية.

2- مرحلة النمو السكاني البطيء: انخفاض معدل الوفيات قليلاً بسبب التقدم الاقتصادي والاتصال بالعالم الخارجي.

3- مرحلة النمو السكاني المعتدل: تميزت بزيادة في الإنفاق الحكومي على برامج الصحة العامة وانخفض معدل الوفيات إلى أقل من المرحلة السابقة.

4- مرحلة النمو السكاني المرتفع (الدول النامية): تتميز هذه المرحلة بتحسن كبير في البرامج الصحية، والتحسن في مستويات الدخل والتغذية وانعكس ذلك على انخفاض معدلات الوفيات وخاصة الأطفال الرضع مع بقاء معدلات المواليد مرتفعاً .

5- مرحلة السكون أو الثبات السكاني: يأتي الاختلاف بين هذه المرحلة والمرحلة الأولى في أن ارتفاع المواليد والوفيات بسبب الفقر الشديد أما المرحلة الأخير يعزي هذا الارتفاع إلى الرفاهية الشديدة. وتؤكد هذه النظرية على وجود علاقة عكسية بين متوسط الدخل ومعدل النمو السكاني.

٢- نظرية الأسباب الأساسية:

في عام ١٩٩٥، طور جو سي فيلان وبروس جي لينك نظرية الأسباب الأساسية. وتنص النظرية على وجود ارتباط مستمر بين الحالة الاقتصادية والاجتماعية والحالة الصحية لأن الحالة الاجتماعية الاقتصادية "تجسد مجموعة من الموارد، مثل المال والمعرفة والهيبة والسلطة والعلاقات الاجتماعية المفيدة التي تحمي الصحة بغض النظر عن الآليات ذات الصلة في أي وقت محدد. " بمعنى آخر، على الرغم من التقدم في تقنيات الفحص أو اللقاحات أو أي جزء آخر من التكنولوجيا أو المعرفة الصحية، فإن الحقيقة الأساسية هي أن أولئك الذين ينتمون إلى مجتمعات ذات مستوى اقتصادي اجتماعي منخفض يفتقرون إلى الموارد اللازمة لحماية وتحسين صحتهم. (2010, Phelan, JC)

وتسعى هذه النظرية إلى توضيح سبب استمرار الارتباط بين الحالة الاجتماعية والاقتصادية (SES) والفوارق الصحية مع مرور الوقت، خاصة عندما يتم حل الأمراض والحالات التي كان يُعتقد سابقًا أنها تسبب المرضة والوفيات بين الأفراد ذوي الحالة الاجتماعية الاقتصادية المنخفضة. (Clouston, Sean A.P,2021,p47)

وأشار فيلان لدور هذه الموارد في الرعاية الصحية وارتباطها بمعدلات الوفيات وهي:

- ١- معرفة: تشمل المعرفة في المقام الأول محو الأمية الصحية، ولكنها قد تشمل أيضًا المعرفة المكتسبة من خلال الوصول إلى الأطباء والمؤسسات الطبية..
- ٢- مال: العلاقة بين المال والصحة خطية ذات ميل إيجابي؛ أي أنه كلما زاد ميل الإنسان، تحسنت صحته، حيث يمكن الدخل الأشخاص من الحصول على الرعاية الصحية ودفع تكاليفها عندما يكون ذلك ضروريًا أو شراء التأمين الصحي. علاوة على

ذلك، يوفر المال أيضًا القدرة على تمويل الخيارات الصحية، بما في ذلك شراء الأطعمة المغذية، والعضوية في صالة الألعاب الرياضية، والأدوية.

٣- القوة والهيبة: تعتبر القوة والهيبة من العوامل التي تحدد مكانة الشخص في التسلسل الهرمي الاجتماعي، فالأشخاص الذين يتمتعون بسلطة في وظائفهم قادرون على أخذ أيام إجازة من العمل للترفيه أو للحصول على الرعاية الطبية. ووفقًا لدراسات وايت هول، لوحظ وجود تدرج في جميع مستويات التوظيف، حيث كان أولئك الذين يمارسون أكبر قدر من السلطة في وظائفهم لديهم أدنى مستويات الوفيات Marmot, M.G, 1994

٤- روابط اجتماعية مفيدة: قد يفتقر الأشخاص ذوو الحالة الاقتصادية والاجتماعية المنخفضة إلى الرعاية الصحية الجيدة. قد يكون لدى شخص ما من مجموعة SES أعلى أصدقاء أو زملاء من مقدمي الرعاية الصحية أو المحامين أو السياسيين. ومن خلال هذه الروابط الاجتماعية، يمكن الوصول إلى شبكات أوسع قد توفر فوائد صحية. والجزء الرئيسي الأخير من النظرية هو استمرار التفاوت في الموارد الذي يؤدي إلى إدامة النتائج الصحية غير المتكافئة، على الرغم من آليات التدخل التي قد تبدو وكأنها تعمل على تحسين الحالة الصحية. مثال على ذلك هو مسحة عنق الرحم لفحص سرطان عنق الرحم. منذ تطوير مسحة عنق الرحم في أربعينيات القرن العشرين، كان هناك تفاوت في استخدام اختبار الفحص هذا نظرًا للاختلافات في الموارد المذكورة أعلاه. وبموجب هذه النظرية، يلعب نشر المعلومات دورين - يمكن أن يساعد في تقليل معدل الوفيات، وهو آلية تعمل من خلالها المعرفة، لكنه ليس كافيًا للقضاء على عدم المساواة في الوضع الاجتماعي والاقتصادي.

وتعرض الفكر السكاني المعاصر لمثل هذه الأحداث الديموغرافية (وفيات الأطفال) نتيجة لزيادة شيوعتها واتساع انتشارها، ولطبيعة وقوة تأثيرها في سلوك الأفراد الإنجابي، وقد تجلت أهم هذه المحاولات في الإطار النظري الذي وضعه كل من (ديفيز

وبليك"، ١٩٥٦ Blacke & Davis) اللذين حاولا من خلاله تفسير أهمية الأثر الذي يمكن أن يحدثه متغير وفيات الأطفال في سلوك المرأة الديموغرافي، بمعية بعض المتغيرات التي أطلق عليها اسم المتغيرات الوسيطة Variable Intermediate والتي تتسم بصلتها المباشرة بمستوى الخصوبة الأسرية، وهي متغيرات وثيقة الصلة، سواء بخصائص الأزواج، أو بالخصائص الاقتصادية والاجتماعية المحيطة. وفي السياق ذاته، فقد قدم (بونجارتس 1978 Bongaarts) إطارا تحليليا، اختزل فيه تلك المتغيرات التي وضعها كل من "ديفيز وبليك"، ليحصرها في متغير وفيات الأطفال إضافة إلى ثلاثة متغيرات أخرى، سعى من خلالها إلى توضيح علاقتها بمستوى الخصوبة .

وشملت متغيرات الدراسة:

أولاً - المتغيرات المستقلة

- أ. المتغيرات الاجتماعية-الاقتصادية: مستوى تعليم الزوجة مستوى تعليم الزوج، مكان الإقامة الحالي للزوجة، عمل الزوجة، صلة القرابة بين الزوجين
- ب. المتغيرات الديموغرافية: حجم الخصوبة الفعلية في الأسرة، عدد الأطفال الذكور الأحياء المنجبين فعلا في الأسرة، عدد الأطفال الإناث الأحياء المنجبين فعلا في الأسرة، الاستخدام الحالي لموانع الحمل، عمر الزوجة عند الزواج، عمر الزوجة الحالي. ثانياً - المتغيرات التابعة وفيات الأطفال.

سابعاً: منهجية الدراسة:

- تعتمد هذه الدراسة على المنهج الوصفي التحليلي، الذي يتناول دراسة محددات وفيات الرضع وذلك بالاستعانة بنتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ ، وقامت الباحثة بتحديد حجم العينة من بيانات مديرية الصحة والسكان بالوادي الجديد وبيانات المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ م ، وبلغ العدد الإجمالي بالمحافظة ٩٤ حالة منهم ٣٤ حالة بمدينة الخارجة وباقي الحالات موزعة علي مراكز المحافظة الداخلة والفرافة وباريس

وبلاط كما يتضح من الجدول رقم (٢)، وبإجراء الدراسة الميدانية علي الأسر التي فقدت أطفالها الرضع وبلغ عددهم ٣٠ أسرة بالخارجة ، ثم تحليل وصفي وكيفي للمحددات الاجتماعية التي ساهمت في حدوث حالات وفيات الرضع داخل الأسرة.

- مصادر البيانات:

اعتمدت هذه الدراسة على مصادر بيانات متنوعة هي:

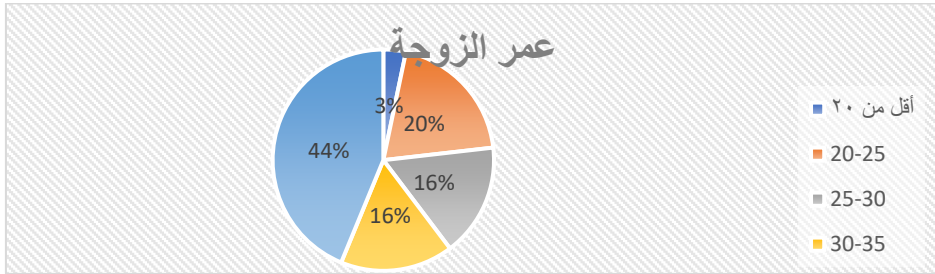
- ١- إصدارات ونشرات الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء
- ٢- النشرة السنوية لإحصاءات المواليد والوفيات من ٢٠١٧-٢٠٢٢
- ٣- المسح السكاني الصحي في مصر ٢٠١٤، المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١
- ٤- مديرية الصحة والسكان ومكاتب الصحة بمحافظة الوادي الجديد.
- ٥- بعض المصادر الوطنية والدولية.

ثامناً: أدوات الدراسة:

- **المقابلات الشخصية:** تم إجراء مقابلات شخصية متعمقة مع الأمهات والأسر التي فقدت أطفالها الرضع للحصول على مزيد من التفاصيل والمعلومات المتعلقة بالمحددات الاجتماعية المؤثرة في وفيات الرضع. وتم تصميم دليل المقابلة المتعمقة من خلال صياغة مجموعة من الأسئلة المفتوحة والتفصيلية الخاصة بالبيانات الأساسية ثم مجموعة أخرى مرتبطة بأهداف الدراسة. وستقوم الباحثة بعض تطبيق دليل المقابلة عمل تحليل كفي لبيانات ونتائج المقابلة.
- **تحليل البيانات الثانوية:** يمكن استخدام البيانات الثانوية من الدراسات السابقة والتقارير والإحصائيات المتاحة لتحليل المحددات الاجتماعية المرتبطة بوفيات الرضع.

تاسعاً : عرض وتحليل نتائج البحث ومناقشتها:

سنعرض في هذا الجزء التحليل الكيفي لنتائج مقابلة الأسر التي حدثت لديها حالات لوفيات للأطفال الرضع، وستقوم الباحثة أولاً بعرض البيانات الأساسية لعينة الدراسة ثم عرض نتائج المقابلة طبقاً لأهداف الدراسة.

أولاً: البيانات الأساسية:

- يوضح الشكل السابق عمر الزوجة فتبين من نتائج المقابلة أن غالبية أمهات عينه البحث فوق سن 35 عام وعددهم ١٣ سيدة وتليها فئة العمر من ٢٠ - ٢٥ عام وعددهم ٦ حالات ويتضح من ذلك انه ربما يرجع وفيات الأطفال الرضع الى أسباب صحية تتعلق بكبر أو صغر سن الأم ، وتتفق النتيجة السابقة مع ما توصلت إليه دراسة (ميسون ١٩٩٥) لارتفاع معدلات وفيات الأطفال لدي الأمهات صغيرات السن وكبيرات السن ، أن خطر تعرض الطفل الرضيع للوفاة يرتفع لدي الأمهات اللاتي تزوجن في سن مبكرة ، ثم يبدأ في الانخفاض التدريجي ثم يعود مرة أخرى ليرتفع في الفئات العمرية الكبيرة ، حيث بلغ ٧١ بالألف للفئة العمرية التي تزيد عن ٣٥ سنة . كما تبين من نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ ارتفاع معدل وفيات الرضع لدي السيدات في الفئة العمرية أقل من ٢٠ وأكثر من ٣٥ عام. ويتضح من ذلك وجود علاقة عكسية بين عمر الأم ومتوسط وفيات الأطفال الرضع، إذ ينخفض المتوسط كلما زاد عمر الأم، ثم يعود ويرتفع لدي الفئات العمرية التي تزيد عن ٣٠ سنة. ويتفق ذلك مع الإطار التحليلي الذي قدمه (بونجارتس

Bongaarts 1978) في تأثير عمر الزوجة الحالي ارتفاع معدل وفيات الرضع. أما بالنسبة لعمر الزوج بلغ العدد ١٩ حالة في الفئة العمرية ٣٥ فأكثر. لم تشير الدراسات السابقة لدلالة هذا المتغير في التأثير على معدل وفيات الرضع، كما هو واضح في الدراسة الراهنة.

-أما بالنسبة للحالة الزوجية فأقر ٢٨ حاله من أصل ٣٠ أنهم متزوجين فيما عدا حالتين أحدهما أرملة والأخرى مطلقة.

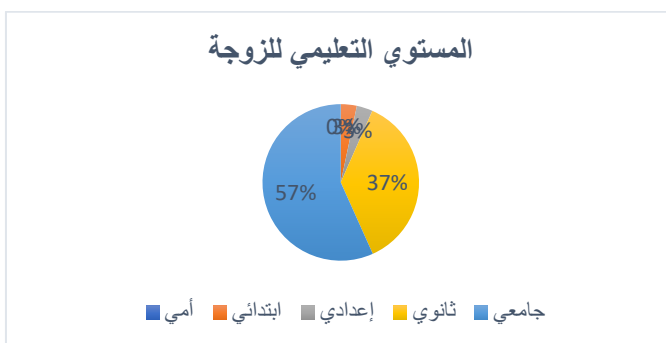
- وبالنسبة لمحل الإقامة أتضح أن (٢٣) حالة من إجمالي (٣٠) من ساكني الحضر (مدينه الخارجة) وأن سبع حالات فقط من قاطني الريف وهذا يوضح أن معدلات وفيات الرضع مرتفعة في الحضر مقارنة بالريف. ويختلف ذلك مع نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١. ويختلف أيضاً مع العديد من الدراسات كدراسة (هيزا ٢٠١٥، ميسون ١٩٩٥، خاطر ٢٠٢٢) حيث انخفض معدل وفيات الرضع لدي المقيمين في الحضر. وربما يرجع ذلك الى الفرق بين عدد ساكني الريف وعدد ساكني الحضر بمحافظة الوادي الجديد وتحديداً الخارجة بلغ العدد في الحضر ٨٠٥٩٥ بنسبة ٨٠.٣٪ بينما في الريف ١٩٧٣١ بنسبة ١٩.٧٪ حسب ما جاء في التعداد التقديري للسكان من المجلس القومي للسكان ٢٠٢٢، وربما يرجع أيضا الى عدم قيام بعض الأسر بالريف بعدم تسجيل حالات وفيات الأطفال حديثي الولادة.

- أسفرت نتائج المقابلات لأسر عينة الدراسة أن عدد الأطفال داخلها يتراوح ما بين أعداد صغيرة أو متوسطة وربما يرجع ذلك إلى انتشار الوعي بأهمية تنظيم الأسرة حيث إن أغلب حالات الدراسة كانوا من ساكني الحضر والمستوى التعليم لدي الآباء والأمهات مرتفع.

- كما تبين أن ٢٣ حالة لا توجد صلة قرابة بين الزوجين ، بينما ٧ حالات فقط من أصل ٣٠ حالة توجد بينهم صلة قرابة ، وقد يرجع ذلك إلي ما تلعبه العادات والتقاليد

من انتشار زواج الأقارب في الريف ، فنتائج الدراسة هنا تشير إلي الي ارتفاع معدلات وفيات الرضع لدي الأسر الذين لا تجمع بين الزوجين بها صلة قرابة ، ويختلف ذلك مع نتائج الدراسات السابقة حيث أشارت دراسة (سهاونة وعربيات ١٩٩٧) إلي أن الزواج من خارج العائلة يؤدي لانخفاض وفيات الرضع ، وكذلك دراسة (هيزا ٢٠١٥) أوضحت أن وجود صلة القرابة يؤدي لارتفاع معدلات وفيات الرضع داخل الأسرة .ويختلف أيضاً مع نموذج ديفيز وبلدك الذي أشار من خلاله لارتباط متغير صلة القرابة كأحد المتغيرات المستقلة بارتفاع وفيات الرضع.

ثانياً :المستوى التعليمي وتأثيره على معدلات وفيات الرضع:



- أوضحت نتائج المقابلة ارتفاع المستوى التعليمي للأمهات فأكثر من نصف العينة حاصلين على مؤهل جامعي حيث بلغ عددهم ١٧ حالة ، ١١ حالات تعليم ثانوي، وحالة واحدة إعدادي وأخرى ابتدائي. وهذا يعكس حقيقة أن النساء ذات المستوى التعليمي الأعلى يتمتعن بقدرة عالية علي رعاية أنفسهن ورعاية أطفالهن الرضع. وهذا ما أشارت إليه الغالبية العظمي من الدراسات منها (دراسة Nasser 2023 ، خاطر ٢٠٢٢ ، أفنان ٢٠١٤ سهاونة وعربيات ١٩٩٧ ، الأمير ٢٠٠٣) حيث أكدت علي وجود علاقة عكسية بين المستوى التعليمي للأم ومعدلات وفيات الرضع ، وهذا أيضاً ما أكده (Caldwell, J.C. 1979) فيري أن تعليم المرأة يلعب دوراً أساسياً في التقليل من وفيات الأطفال .ويرجع ذلك إلي أن الأمهات المتعلّمات يكتسبن درجة عالية من الوعي والتثقيف

حول الرعاية الصحية والعناية بالرضع ، وكيفية الاستجابة لاحتياجات الرضع بشكل صحيح من تغذية صحية جيدة ونظافة شخصية والتطعيمات والزيارات الدورية للطبيب للوقاية من الأمراض، وأبعادهم عن التعرض لمصادر الخطر. كما أوضحت نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ ارتباط مستويات الوفيات عكسياً بالمستوي التعليمي للأم. فارتفع عدد الأطفال المولودين لسيدات لم يسبق لهم الذهاب للمدرسة، بالنسبة للمولودين لسيدات أتمن تعليمهم الثانوي فأعلي (٣٣، ٢١ حالة وفاة لكل ألف مولود حي) على الترتيب. كما تبين من نتائج المقابلة أيضاً ارتفاع المستوي التعليمي للآباء حيث بلغ عدد الحاصلين على مؤهل جامعي ٢١ حالة وحالتين مؤهل فوق جامعي و٧ حالات تعليم ثانوي. وعلي الرغم من أن التعليم متغير هام ومؤثر وخاصة في سلوكيات المرأة، وفي تعزيز دوافعها نحو اتخاذ مواقف أكثر حداثة ومرونة في الاهتمام بالطفل الرضيع. اختلفت نتائج الدراسة الراهنة وتبين أنه على الرغم من ارتفاع المستوي التعليمي للأمهات والآباء إلا أن معدلات وفيات الرضع أيضاً مرتفعة. وقد يعزي هذا الارتفاع إلى تحديات الوصول إلى الرعاية الصحية والخدمات الصحية الأساسية والجيدة، وما تعاني منه بعض الأسر من نقص في خدمات الرعاية الصحية والولادة الآمنة، والعوامل البيئية المتمثلة في نقص خدمات الصرف الصحي ومياه الشرب غير النظيفة.

ثالثاً: الوضع الاجتماعي والاقتصادي وتأثيره على وفيات الرضع:

- تبين من نتائج المقابلة أن عدد الأمهات العاملات بلغ ١٤ حالة بينما بلغ عدد الأمهات غير العاملات ١٦ حالة من أصل ٣٠ حالة بنسبة ٥٣٪ من إجمالي الحالات. وأشارت بعض السيدات إلى أن عدم وجود دخل لها ترتب عليه قلة الموارد الاقتصادية للأسرة وجعلها لا تستطيع الحصول على الرعاية الصحية المناسبة والغذاء لصحي لها ولطفلها. وتتفق هذه النتيجة مع دراسة (صالح محمد أمين ٢٠٠٠) حيث تبين انخفاض معدلات وفيات الرضع لدي النساء العاملات مقارنة بغير العاملات. بينما اختلف مع

قدمه (بونقارت 1978 Bongaarts) في نظرية الأسباب الأساسية يؤثر عمل المرأة على ارتفاع معدلات وفيات الرضع داخل الأسرة.

- وبالنسبة للحالة العملية للزوج أوضحت النتائج أن جميع الآباء يعملون سواء في القطاع الحكومي أو القطاع الخاص أو أعمال حرفية وبعضهم مزارعين وهذا يوضح أن دخل الأسرة لدي أكثر من نصف الأسر يعتمد على عمل الزوج فقط. ويشير ذلك لانخفاض النسبي لمتوسط دخل الأسرة ومدى الارتباط بين مؤشر الدخل والوضع الاقتصادي للأسرة ومعدلات وفيات الرضع. حيث ارتفعت حالات وفيات الرضع لدي الأسر ذات المستوي الاقتصادي المنخفض. وبلغ متوسط الدخل الشهري لعدد ١١ أسرة من حالات الدراسة أقل من ٢٠٠٠ جنيه بينما باقي الحالات وعددهم ١٩ متوسط الدخل الشهري أكثر من ٤٠٠٠ جنيه. وأشاروا إلي أنه لا يكفي متطلبات الحياة الأساسية "كالغذاء والدواء" مما ينعكس بدوره على اهتمام الأسرة بصحة أطفالها ويعرضهم لبعض المخاطر. وهذا يتفق مع ما توصلت إليه بعض الدراسات كدراسة (Braveman 2011، فنار سالم ٢٠٠١) في أن انخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي وانخفاض دخل الأسرة يكون سبب في عدم المساواة الصحية مما يؤثر علي ارتفاع معدلات وفيات الرضع وأشار إليه (Phelan, JC et, al 2010) في نظريته الأسباب الرئيسية عن وجود ارتباط مستمر بين الحالة الاقتصادية الاجتماعية والحالة الصحية للأفراد ذوي الحالة الاجتماعية والاقتصادية المنخفضة ترتفع لديهم معدلات المراضة والوفيات وخاصة وفيات الأطفال.

- وهذا يؤكد ما أشارت إليه أكثر من نصف الأسر وعددهم ١٩ بأن الدخل لا يكفي متطلبات الرعاية الصحية لأن الأسرة تعتمد علي دخل الزوج فقط وبعض الأزواج يعملون أجرين باليومية يعني يوم في دخل ويوم مفيش، وبعض الأسر عليها التزامات بدفع ديون، وبعضهم يأخذ مساعدة من الأهل، وآخرين قالوا إن حالتهم ومعيشتهم صعبة وممكن يستلغوا عشان رعاية الطفل والأمور المتعلقة بمتابعة حالة الأم والطفل.

رابعاً: الرعاية الصحية وعلاقتها بوفيات الرضع:

- أسفرت نتائج المقابلات عن أن أكثر من نصف الأمهات أنجبن طفلهم المتوفي أما في سن صغير أو كبير نسبياً للإنجاب حيث أقرت ١٥ سيدة أن عمرهم وقت انجاب الطفل المتوفي كان يتراوح ما بين (٣٠: ٤٢) سنة وتسعة حالات ما بين (٢٠: ٢٥) منهم حالتين تحت سن العشرين وسبعة حالات من سن (٢٠- ٢٥) ويتضح من ذلك أن عمر الأم (عند سن ال ٢٠ أو فوق سن ٣٠ وقت الإنجاب) له تأثير كبير على نسبة وفيات الأطفال الرضع. ومن الملاحظ من الدراسة الراهنة ارتفاع معدل وفيات الرضع لدي الأمهات الأكبر من ٣٥ عام نهاية الفترة الإنجابية. وربما يرجع ذلك الى تدهور الحالة الصحية للأم بعد سن الثلاثين أو عدم اكتمال التكوين الجسمي الكامل الصالح للإنجاب قبل بلوغ الفتاة سن العشرين، وأيضاً بسبب عدم خبرة هؤلاء الأمهات والمأمهم بأساليب الرعاية الصحية للطفل. ويتفق هذا مع دراسة (أفنان أبو زيد ٢٠١٤) في وجود علاقة عكسية بين عمر الأم عند الإنجاب ومعدلات وفيات الرضع.

- كما أوضحت نتائج المقابلة بالنسبة لنوع الطفل المتوفي تبين من نتائج المقابلة أن أكثر من ثلثي حالات الوفيات وعددهم ١٧ حالة كانت من الأطفال الذكور ومن المعروف أن الذكور أكثر عرضه من الإناث للإصابة بالأمراض، وخطر التعرض للوفاة ويرجع ذلك لأسباب فسيولوجية حيث تتمتع الإناث بنظام مناعة أعلى من الذكور، ويتفق هذا مع دراسة كلاً من (منير كرداشة ٢٠٠٣، ميسون سمارة ١٩٩٥) في أن مستويات وفيات الأطفال تميل للارتفاع لدي الذكور. وهذا ما أسفرت عنه الدراسة الراهنة حيث ارتفاع نسبة وفيات الأطفال الرضع من الذكور وحسب ما جاء في بيان مديرية الشؤون الصحية بالوادي الجديد خلال الفترة من ٢٠١٧: ٢٠٢١ بإدارة الخارجة وبلغ عدد الذكور ١٥٥ والإناث ١٣٣ بإجمالي ٢٨٨ حالة بمعدل ١٩ % لكل ألف مولود حي، وهذا أيضاً اتفق مع ما ورد في نتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١.

- أما عن ترتيب الطفل المتوفي بين أفراد الأسرة تبين أن اغلب الحالات وعددهم ١٥ حالة كان ترتيب الطفل المتوفي داخل الأسرة الأول. وربما يرجع ذلك الى وجود بعض المشاكل الصحية عند الأم قبل الإنجاب واكتشافها مع إنجاب الطفل الأول وعلاجها قبل الشروع في الإنجاب مرة أخرى. وأشارت بعض الأسر إنه عند حدوث الوفاة يفتكروا ويخططوا بسرعة لحمل آخر. وأيضاً بعضهم قال إنهم بالغوا في الاهتمام بالطفل التالي وانه يحتاج لرعاية وحماية خاصة في الضرر اللي تسبب في وفاة الطفل الآخر. كما أشارت مجموعة من الأمهات أن السبب في وفاة الطفل الأول لدي الأسرة ربما يرجع إلى عدم الخبرة والوعي الكافي. واختلفت نتيجة الدراسة الراهنة مع نتائج المسح الصحي حيث بلغت أقل معدلاتها بين الأطفال ذوي الترتيب الأول (١٨ حالة لكل ١٠٠٠ مولود حي) كانت أعلى معدلات لترتيب المولود من وفيات الرضع (٤ - ٦) بلغت (١١٧ حالة لكل ١٠٠٠ مولود).

- أما بالنسبة لفترة المباشرة بين الولادات هذا المؤشر لم يكن له دلالة قوية في الدراسة الراهنة لأن أغلب حالات وفيات الرضع حدثت للطفل الأول والأهل بيكونو اتعلمو دروس مستفادة من وفاة الطفل الأول ويحاولو يحسنوا السلوكيات الصحية في الحمل التالي. وأوضحت نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ أن ثلاثة من بين أربع سيدات لديهن مقومات إنجاب طفل بنسب مخاطر عالية للوفاة بسبب فترة المباشرة بين الولادات.

- أسفرت نتائج المقابلة بالنسبة لعمر الطفل عند الوفاة تم تقسيمه حسب ما جاء في الدراسة إلى وفيات حديثي الولادة وهم الذين لم يتجاوز عمرهم ٢٨ يوم وبلغ عددهم ٢٣ حالة وهي الفترة الأكثر تعرضاً لخطر الوفاة ، وهذا ما أكدته دراسة (الفاعوري ١٩٩٥) أن ٩٨٪ من الأطفال يموتون قبل بلوغهم الشهر الأول .حيث يعاني الأطفال من نقص الرعاية الجيدة عند الولادة أو الرعاية علي يد متخصصين بعد الولادة مباشرة وخاصة في الأيام الأولى من الحياة ، ووفيات ما بعد حديثي الولادة وهي من شهر إلي سنة وكان

عدهم ٧ حالات فقط ، وتبين من نتائج المقابلة ارتفاع معدلات وفيات الرضع في الأسبوع الأول من الولادة ، وباقي الحالات لم تتجاوز الخمس شهور الأولي من الولادة واتفق ذلك مع بيان الشؤون الصحية بمحافظة الوادي الجديد ٢٠٢١ . وتشير أغلب الدراسات إلى أنه يمكن الوقاية مما يصل إلى ثلثي وفيات حديثي الولادة إذا قام العاملون الصحيون المهرة من اتخاذ تدابير صحية فعالة عند الولادة وخاصة في الأسبوع الأول من الحياة. وأيضاً مع نتائج المسح الصحي ٢٠٢١ حيث بلغت حالات وفيات الرضع خلال الشهر الأول (٢٠ حالة من أصل ٢٨) وباقي الحالات لم يتم تسجيلها.

- أما عن سبب الوفاة تعددت وتنوعت الأسباب كما أقرها الحالات فأكثر من ثلث الحالات كانت أسباب تتعلق بالولادة وذكرت منها الأمهات أن الحالة كانت محتاجة حضانة مجهزة والمستشفى بالرغم من أن هي مستشفى تخصصي لكن مفيهاش إمكانيات وحالة أخري كانت محتاجة علاج معين ومش متوفر في المستشفى، وسبب آخر الولادة المبكرة فمنها حالات حدثت الولادة في الشهر السابع ومنها في الثامن وتمت من خلال عملية حقن جهري ومكانش في متابعة للحالة. والبعض قال إن الطفل أتوفى بحضانة المستشفى وكان توأم نزل وزنهم خفيف وغير مكتملين النمو، وسبب آخر عدم وصول الأكسجين للمخ، الإهمال الطبي وعدم وجود أطباء فالطفل كان مولود مريض وكان محتاج متابعة وعناية.

وهناك أسباب أخري منها عدم وجود منشأة صحية قريبة والظروف المادية لا تسمح، وكمان بعد المسافة والتأخر في الطريق للوصول من المنزل للمستشفى فمنهم من يضطر يروح محافظة أخري وهي أسبوط للمتابعة والعلاج. كذلك ذكرت بعض الأمهات أنهم معندهم مش وعي كافي بالأمر والممارسات الصحية وأن العادات والتقاليد مسيطرة عليهم، ومكنتش مهتمة بالممارسات الصحية والسلوكية السليمة للطفل فكتيير كان اخواته الأكبر يلعبو معاه ويشدوه ويوقعوه. وذكر البعض أن سبب الوفاة حادث من بينهم لدغة

عقرب وحادث موتوسكيل. وجاء أحد الأسباب الأخرى للوفاة نتيجة لأمراض مرتبطة سواء بالطفل أو الأم فذكرت أحدي الحالات أن كان عندها حمي مالطية (ميكروب بروسيللا) والطفل كان يرضع منها فبتقول إنه ممكن يكون مات بسبب الرضاعة منها وهي مريضة فأتوفى فجأة وكان جايب دم من مناخيره. وحالة أخرى كانت عندها ميكروب ققط يعني العيل مش بيكمل وبيتوقف عن النمو ولديه تشوهات دماغية. وكمان اتولد واتوفي وملحقوش يسجلوه وهذا ما يعرف بمتلازمة الموت المفاجئ. وأشارت أحد الأمهات أن الحالة النفسية اللي مرت بيها وخوفها الزائد علي الطفل لأنه مولود بثقب في القلب تسبب في الوفاة.

- أما بالنسبة لتكرار حالة الوفاة داخل الأسرة بينت المقابلة أن ٢٨ أسرة من إجمالي ٣٠ لم تكرر لديها حالات وفاة للأطفال الرضع وأسرتين فقط تكررت لديهم حالة لوفيات الرضع، ويرجع ذلك للمستوي التعليمي المرتفع للوالدين وخاصة الأمهات ومدى وعيهم وثقافتهم بممارسات الرعاية الصحية السليمة.

- وبالنسبة لتلقي الزوجة الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة وأثناء الحمل أوضح التحليل الكيفي لنتائج الدراسة أن عدد كبير من الأمهات يتلقين رعاية صحية قبل وبعد الولادة وأثناء الحمل بنسبة ٩٠% من الأمهات، وقد يكون السبب في ذلك ارتفاع المستوى التعليمي للأم والأب فكلما ارتفع المستوى التعليمي ارتفعت نسب حصول الأمهات علي خدمات الرعاية الصحية، وهذا ما أكدت عليه العديد من الدراسات (السعدي والبياتي ١٩٩٤، سي الطيب ٢٠١٧، المغازي ٢٠٢١، Singh GK 2010) مما يؤثر بدوره علي انخفاض معدلات وفيات الرضع. بينما في الدراسة الراهنة اختلفت هذه النتيجة حيث ارتفع معدلات وفيات الرضع، وربما يرجع ذلك إلى ما تم الإشارة إليه سابقاً من حيث عدم توافر خدمات الرعاية الصحية وعدم جودتها.

- أما عن أماكن تلقي خدمات الرعاية الصحية تبين من الدراسة أن غالبية الأسر تلقوا الرعاية الصحية قبل وبعد الولادة علي يد طبيب خاص وعددهم ١٤ وآخرين تلقوا الرعاية في مستشفى حكومي وعددهم ١٢. واتفقت هذه النتيجة مع المسح الصحي ٢٠٢١ حيث ٩٧% من الأمهات حصلن على الرعاية الصحية خلال فترة الحمل علي يد طبيب. وأكثر من ٨٨% من الأمهات حصلن على رعاية الحمل من القطاع الخاص (طبيب - مستشفى). وأقر معظم الأسر أن مستوى الخدمة متوسط ويحتاج إلى مزيد من الاهتمام بجودة وتوافر خدمات الرعاية الصحية الخاصة بصحة الأم والرضيع في محافظة الوادي الجديد. وأوضح تقرير منظمة الصحة العالمية أن النساء اللواتي يتلقين الرعاية المستمرة تحت إشراف قابلات محترفات ومتعلمات وخاضعات للرقابة وفقاً للمعايير الدولية، تقل احتمالات فقدهن أطفالهن بنسبة ١٦% ويكنّ أقل عرضة للولادة المبتسرة بنسبة ٢٤%.

- أوضحت الدراسة الراهنة ارتفاع حالات الولادات القيصرية وبلغ عددها ١٧ ولادة وباقي الولادات وعددها ١٣ حالات ولادة طبيعية مما يعكس على ارتفاع معدلات وفيات الرضع فالولادات القيصرية خاصة تتطلب تجهيزات وإمكانيات داخل المنشأة الصحية. وكما أوضح عدد كبير من الأمهات عدم توافر هذه الإمكانيات بالمحافظة. واتفق ذلك مع نتائج المسح حيث زادت عدد الولادات القيصرية في مصر عام ٢٠٢١ بشكل كبير حيث أن ٧ من كل ١٠ ولادات تمت بولادة قيصرية، وأن غالبية الأمهات يحددون للطبيب نوع الولادة ويجب ألا يتم ذلك إلا بإذن الطبيب حسب الحالة حفاظاً على صحة الأم والجنين.

- يعتبر مكان الولادة ومكان الوفاة من المحددات الضرورية التي يجب أن تأخذ بعين الاعتبار مما لها من تأثير على صحة الأم وبقاء الطفل علي قيد الحياة وخاصة إذا كان أياً منهم يعاني من مشكلات صحية، ولقد تبين من الدراسة الراهنة أن ٢٤ من أصل ٣٠ سيدة تمت الولادة داخل المستشفى وتمت علي يد طبيب وباقي الحالات حثت بالمنزل وتمت علي يد داية، و ٢٢ حالة من أصل ٣٠ حدثت الوفاة داخل المستشفى و ٨ حالات

داخل المنزل. وأشار عدد كبير منهم أن المستشفى مشجهزة أو مهيأة للاهتمام بالطفل أو الأم. مما أدى إلى ارتفاع معدلات وفيات الرضع داخل المحافظة. وهذا يتفق مع ما جاء في المسح من أن أغلب الولادات تمت في منشأة صحية خاصة وربع الولادات في منشأة صحية حكومية. ورغم أهمية هذا المحدد لم تشير إلية العديد من الدراسات.

- اتضح من المقابلة بالنسبة للحصول على الرعاية الصحية للأم والطفل أن عدد ٢١ حالة من الأمهات واجهوا صعوبة في الحصول على الرعاية الصحية لهم وللطفل. وأوضحت عدد ١٠ من الأمهات أن من الصعوبات الرئيسية في ذلك بعد المسافة حيث يضطروا للذهاب لمحافظة أخرى للحصول على الرعاية الصحية مما يعرض الأم والطفل لخطر التنقل من مكان لآخر. وأقر البعض الآخر وعددهم ٨ حالات من الأمهات أن المشاكل والظروف المادية سبباً في ذلك، وبعضهم أشار إلى أن عدم وجود مقدم خدمة بصفة عامة ومقدم خدمة سيدة بصفة خاصة، وعدم وجود تأمين صحي ومنهم من ذكر لعدم وجود حملات توعية للأمهات مما تسبب في صعوبة الحصول على الرعاية الصحية بالنسبة للأم والطفل. مما يستلزم توفير المزيد من الوحدات الصحية داخل المحافظة وتوفير الكوادر الطبية للتقليل من ضرورة سفر بعض الحالات الطبية إلى محافظات أخرى لتلقي الرعاية الصحية المطلوبة. ويتفق مع دراسة (المغازي ٢٠٢١، Singh GK 2010)، فالوصول علي الرعاية الصحية الجيدة من منشأة صحية مجهزة يساهم في انخفاض معدلات الوفيات .

- أما عن المعلومات الخاصة بالرعاية الصحية للطفل فهناك العديد من الصعوبات التي واجهت السيدات فأشارت ٢٢ حالة من الأمهات أنهن لديهن معلومات عن الرعاية الصحية للطفل. بعضهم حصل عليها من الأهل والأقارب وعددهم ١٦ حالة ، والبعض الآخر حصل علي المعلومات من وسائل الإعلام والانترنت وزوجها ببساعدها في ده ، وكمان عاملة صيدلية داخل الثلاجة عندها وعند حماتها ومن خلال القراءة والاضطلاع ، و ٣

فقط من الأمهات من مركز صحي . ويرجع ذلك كما أقرت الأمهات للعادات والتقاليد ومدى تأثيرها عليهم بخصوص الثقافة الإيجابية في منطقة الدراسة. مما يستدعي القيام بالمزيد من حملات التوعية والتثقيف الصحي للأمهات والفتيات قبل الزواج لمدھم بالمزيد من المعلومات الصحية عن صحة المرأة والطفل.

- بالنسبة للجهات المعلومة لدي الأمهات التي تقدم الدعم و الرعاية الصحية لها ولطفلها تبين أنها المراكز الصحية والعيادات المتنقلة وعددهم ٢٣ أسرة بنسبة ٧٧ % ، ثم حملات وزارة الصحة بينما أجاب بعض الأمهات بعدم توافر أي جهة في القرية ، وقالو أنهم ييسمعوا عن الرائدات الريفيات لكن دورهم مش واضح ، والدعم بيكون من خلال الأسرة والأصدقاء ويعرفوا معلومات من وسائل التواصل الاجتماعي.

- كما تبين من نتائج المقابلات التي أجريت مع الأسر أن من الأسباب الرئيسية التي ساهمت في حدوث حالات وفيات الرضع تمثلت في الفقر والظروف المادية، السكن غير الملائم وعدم توافر الخدمات الأساسية من صرف صحي ومياه نظيفة، العادات والتقاليد، قلة الوعي لدي الأمهات بمتطلبات الرعاية الصحية الجيدة، وهذا ما أشارت إليه دراسة (الأمير ٢٠٠٣) من مدي ارتباط الوعي الصحي بانخفاض وفيات الأطفال الرضع.

خامساً: الممارسات الثقافية والسلوكية وعلاقتها بوفيات الرضع:

- أسفرت نتائج المقابلة عن أن عدد ٢٧ حالة من الأمهات لديهم وعي ومعرفة وبيهتموا بإتباع الممارسات السلوكية الصحيحة للطفل الرضيع، فأشارت عدد كبير من الأمهات أنهم يتبعن الممارسات الثقافية والسلوكية الصحيحة ومنها الرضاعة الطبيعية لما لها من أثر واضح في انخفاض وفيات الرضع لما تحويه من فوائد غذائية للطفل. وأعلنت اليونيسيف أن الرضاعة الطبيعية للطفل بعد ولادته مباشرة يمكن أن تمنع عدداً كبيراً من الوفيات بين صفوف المواليد الجدد في البلدان النامية. ويتفق هذا مع نتائج المسح الصحي ٢٠٢١، ودراسة (أحمد العربيات ١٩٩٥) حيث تؤثر الرضاعة الطبيعية بعد الولادة مباشرة

وخلال الساعات الأولى في خفض وفيات الرضع. وكذلك الاهتمام بالنظافة الشخصية للطفل وأبعاده عن التعرض للمواد الخطرة، وأنهم يهتموا بإعطاء الطفل التطعيمات اللازمة له، المتابعة والفحوصات الدورية وعمل زيارات للطبيب، بينما هناك عدد قليل من الأمهات أشاروا إلى أنهم لم يقومون بعمل زيارات دورية للطبيب لظروفهم المادية.

سادساً: العوامل البيئية وعلاقتها بوفيات الرضع:

- بالنسبة لتأثير العوامل والظروف البيئية المحيطة بالأسرة ومدى ملائمتها للمعيشية الجيدة. أوضحت نتائج المقابلة عن وجود مشكلات بيئية متعددة محيطة بالأسرة جاء في مقدمتها مشكلة تغير المناخ وعددهم ١٣ حالة حيث أفادت بعض الأسر أن تغير المناخ من ارتفاع درجات الحرارة يؤثر علي جميع أفراد الأسرة وخاصة الرضع فيتسبب في الجفاف والتعرض لضربات الشمس، ويؤدي أيضاً إلي الإصابة بالأمراض المعدية ، ويليهام المياه غير النظيفة و عدم وجود الصرف صحي وعددهم ١٠ حالات ثم البيئة غير الآمنة والسكن غير الملائم و عددهم ٧ حالات . ويرجع ذلك إلى نقص في البنية التحتية للخدمات الأساسية مثل الصرف الصحي ومياه الشرب والكهرباء بالمحافظة مما يؤثر على المعيشة الجيدة والبيئة الصحية. حيث أقر بعض الأسر أن المياه في القرية عندنا بنقطع من بعد العشاء ويتكون مش نظيفة ومفيش عندنا صرف صحي وعاملين بيارات. واتفقت هذه النتائج مع دراسة كلاً من (فرحان ٢٠٢٢، مسعودان ٢٠٠٩) حيث تبين أن ظروف المناخ والمياه غير النظيفة عوامل بيئية هامة تؤثر في معدلات وفيات الرضع.

- تعددت وتنوعت الأسباب التي ساهمت في حدوث حالات وفيات الرضع داخل الأسرة. حيث أوضحت المقابلات أن مشكلة عدم توافر الخدمات الصحية وضعف إمكانية الوصول إليها من مستشفيات ووحدات صحية مجهزة وكوادر بشرية من الأسباب الرئيسية التي ساهمت في ذلك، يليها نقص الإمكانيات المادية وسوء الأحوال المعيشية والوضع

الاقتصادي، وأشار البعض إلى العادات والتقاليد المرتبطة بثقافة المجتمع المحيط منها الزواج والحمل المبكر، تجاهل الاهتمام بالرعاية الطبية، وأرجع البعض الآخر ذلك لقلّة وعي الأمهات بالأمر الصحي والعناية بالطفل الرضيع.

- استخلاص النتائج النهائية:

انطلاقاً من الهدف الرئيسي للدراسة وهو التعرف على أهم المحددات الاجتماعية المؤثرة على معدلات وفيات الرضع بمحافظة الوادي الجديد. كشفت فروض الدراسة عن النتائج التالية:

١- تبين من نتائج الدراسة أن ارتفاع المستوى التعليمي للزوجين لم يمارس تأثيراً على معدلات وفيات الرضع بمحافظة الوادي الجديد، فهناك ارتفاع في عدد حالات وفيات الرضع بالرغم من ارتفاع المستوى التعليمي ودرجة الوعي والتثقيف للزوجين بالأمر الصحي، وذلك مقارنة بعدد السكان ووفقاً لنتائج المسح الصحي للأسرة المصرية ٢٠٢١ وبيانات مديرية الصحة والسكان ومركز المعلومات بالمحافظة. وهذا يرجع إلى وجود محددات أخرى هامة كمستوي الرعاية الصحية والعوامل البيئية أثرت بشكل كبير على معدلات وفيات الرضع بالمحافظة.

٢- أوضحت نتائج الدراسة أن هناك علاقة بين انخفاض الوضع الاجتماعي والاقتصادي للأسرة وارتفاع حالات وفيات الرضع بالمحافظة، فعدد كبير من الأسر تعتمد على دخل الزوج فقط الناتج عن بعض الأعمال الحرفية والزراعية مما لا يمكنه من تلبية احتياجات ومتطلبات الأسرة. فانخفاض متوسط دخل الأسرة كان سبباً في عدم إمكانية بعض الأسر من تلقي الرعاية الصحية المطلوبة سواء للأمهات أو للطفل الرضيع.

٣- كشفت نتائج الدراسة عن تأثير متغير الرعاية الصحية على معدلات وفيات الرضع بدرجة كبيرة، فهناك صعوبة في الحصول على خدمات الرعاية الصحية، عدم توافر المرافق الصحية المجهزة وضعف مستوى جودتها، نقص في الكوادر الطبية بالمحافظة.

فخفض وفيات حديثي الولادة يستلزم زيادة الاستثمار في بناء أنظمة صحية أكثر قوة وتحسين التغطية وجودة الرعاية في فترة ما قبل الولادة. كما أنها ستحتاج إلى الرعاية عند الولادة وفي الأسبوع الأول من الحياة لإنقاذ حياة الأمهات والمواليد حديثي الولادة.

٤- أتضح من نتائج الدراسة الدور الذي تلعبه العادات والتقاليد متمثلة في الزواج المبكر والحمل المبكر في ارتفاع معدلات وفيات الرضع، أما الأنماط الثقافية والسلوكية كالرضاعة الطبيعية والاهتمام بالمتابعة والفحوصات الدورية وإعطاء التطعيمات للطفل والغذاء الصحي الجيد للأم والرضيع لم تمارس تأثيراً واضحاً على انخفاض معدلات وفيات الرضع فالأمهات على درجة من الوعي والتثقيف جعلتهم يمارسون الأنماط السلوكية الصحيحة للطفل.

٥- أشارت نتائج الدراسة لوجود علاقة بين العوامل البيئية وارتفاع معدلات وفيات الرضع. فتغير المناخ والمياه غير النظيفة وعدم وجود صرف صحي والبيئة غير الآمنة. كان له تأثيراً واضحاً في ارتفاع معدلات وفيات الرضع بالمحافظة.

تاسعاً: التوصيات:

في إطار النتائج التي توصلت إليها الدراسة فإن الباحثة تقترح جملة من التوصيات التي من الممكن أن تساهم في خفض وفيات الرضع بالمحافظة وهي كالآتي:

- رفع مستوى الخدمات الصحية المقدمة بالمحافظة وتحسين جودتها.
- تزويد القري والمناطق البعيدة بالمراكز الصحية المؤهلة والمجهزة لإجراء عمليات الولادة ومتابعة ما بعد الولادة، توفير الكوادر الطبية والتدريب الفعال للفريق الصحي لإدارة أفضل، وتفعيل دور الرائدات الريفيات بالمحافظة.
- تكثيف حملات التوعية والتثقيف الصحي للأم حول خدمات رعاية الأمومة والطفولة والصحة الإنجابية، وتوعية المرأة بأهمية ضرورة الإنجاب في الفترة الآمنة من عمرها (١٨ - ٣٥ سنة).

- رفع الوعي والتثقيف الصحي للسكان حول أهمية وضرورة التبليغ عن حالات وفيات الأطفال الرضع وقت حدوثها وتسجيلها، بحيث تصبح بياناتها دقيقة ويتمكن الباحثين من التعرف على الظاهرة من حيث اتجاهاتها ومستوياتها والعوامل المؤثرة فيها.

- يجب العمل على تعزيز الصحة البيئية وتوفير الصرف الصحي والمياه النقية، إذ يسهم ذلك في الوقاية من الأمراض وتحسين صحة الرضع. والأخذ في الاعتبار مخاطر تلوث البيئة وتقادي المشاكل الناتجة عن التغير المناخي لتوفير بيئة آمنة للأطفال حديثي الولادة.

- توحيد عملية إصدار البيانات حول وفيات الرضع فهناك بيانات تصدر عن الجهاز المركزي للتعبيئة العامة والإحصاء وأخري تصدر عن مديرية الصحة والسكان بالمحافظة وفي بعض الأحيان تكون هذه البيانات غير متطابقة، والتأكيد على أهمية فصل وفيات الأطفال حديثي الولادة عن وفيات الأطفال ما بعد حديثي الولادة عند تسجيلها.

- تبني السياسات السكانية التي تهدف لتحسين الصحة العامة والتخطيط الفعال لخفض وفيات الرضع باعتبارها الخطوة الأولى لخفض الوفيات بمجملها كون وفيات الأطفال الرضع تشكل نسبة كبيرة من الوفيات العامة .

المراجع:

- ١- إسماعيل، أحمد علي ، ١٩٨٤: أسس علم السكان وتطبيقاته الجغرافية، الطبعة الخامسة، القاهرة، دار الثقافة للنشر والتوزيع، ص ٢٩.
- 2- الجبالي ، لمياء وآخرون ، ٢٠٢٢: أوضاع الطفل المصري في ضوء أهداف التنمية المستدامة ٢٠٣٠، مجلة بحوث ودراسات السكان ، العدد ١٠٣ ، يناير ٢٠٢٢ ، ص ٥٨-٦٠.
- 3- الجهاز المركزي للتعبئة العامة والإحصاء ٢٠٢٠. النشرة السنوية لإحصاء المواليد والوفيات عامي ٢٠١٥، ٢٠٢٠.
- 4- الحنيطي ، حرب ، ١٩٩٥. المحددات الاقتصادية والاجتماعية لمعدلات الوفيات الرضع ووفيات الأطفال في سلطنة عمان، دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، مج ٢٢، ع ٢، عمان - الأردن، ص ١٣٧٩-١٤٠١.
- 5- الخريف ، رشود بن محمد: جغرافية السكان، المفاهيم والمنطلقات، الرياض، دار المؤيد ، ٢٠٠٨ ، ص ٦٠.
- 6- السعدي ،رياض و البياتي، مصطفى ، ١٩٩٤: وفيات الأطفال الرضع في الوطن العربي والمتغيرات الاقتصادية والاجتماعية والديموغرافية، مجلة دراسات للعلوم الإنسانية، المجلد ٢١، العدد ٣.
- 7- العربيات ، أحمد عبد المجيد ١٩٩٥: العلاقة بين الرعاية الصحية للأم ووفيات الأطفال الرضع في الأردن، رسالة ماجستير غير منشورة، الجامعة الأردنية، الأردن.
- 8- المغازي، أحمد، ٢٠١٢: وفيات الأطفال الرضع بمحافظة دمياط دراسة في جغرافية السكان، المركز الديموجرافي، معهد التخطيط القومي، المونوجراف ٤١، القاهرة، ص ٦٣.

- 9- المغازي، أحمد ٢٠٢١: وفيات الرضع بدول حوض النيل دراسة ديموجرافية، مجلة البحث العلمي في الآداب، جامعة عين شمس ، كلية البنات ، العدد ٢٢ .
- 10- خاطر، السيد، عبد اللاه، ايمن، ٢٠٢٢: المحددات الاجتماعية والاقتصادية للرعاية الصحية للأمم في مصر ، المجلة العربية للبحوث التجارية.
- 11- خواجه، خالد زهدي، ٢٠١٢: إحصاءات ومقاييس الوفيات: المعهد العربي للتدريب والبحوث الإحصائية، بغداد.
- 12- سمارة، ميسون عبد المؤمن، ١٩٩٥: أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية علي وفيات الأطفال الرضع في الأردن من واقع مسح السكان والصحة الأسرية عام ١٩٩٠، رسالة ماجستير الجامعة الأردنية ، الأردن ، آب.
- 13- سي الطيب، فاطمة الزهراء ٢٠١٧: انعكاسات الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية علي صحة الطفل في الجزائر، مجلة صحة الأسرة العربية والسكان ، المجلد ١٠ ، العدد ٢٣ ، ٢٠١٧ ، ص٥٩-٧٦.
- 14- شريقي، مدي ٢٠١٧: وفيات الرضع والأطفال " إشكالية المصطلح وآليات ضبط المحددات"، مجلة جامعة تشرين للبحوث والدراسات العلمية، سلسلة الآداب والعلوم الإنسانية، المجلد ٣٩ ، العدد ٤ ، ص ٨٦٧-٨٨٤.
- 15- صغير، أحمد طه محمد ، ٢٠٠٢: معدلات وفيات الرضع والأطفال بالنوع وارتباطاتها الوظيفية بالتفكك الأسري والفقر دراسة حالة مدينة الكرك في الأردن ، الرياض.
- 16- كامل ، فائدة، ١٩٩٢: وفيات الأطفال الرضع في مدينة جدة دراسة تحليلية في جغرافية السكان ، رسالة ماجستير غير منشورة ، جامعة الملك عبد العزيز ، السعودية.
- 17- محمد أبو زيد، أفنان ٢٠١٤: أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية على معدلات وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات مسح

الأسرة الفلسطينية ٢٠١٠، رسالة ماجستير ، جامعة النجاح الوطنية ، نابلس ، فلسطين ،
٢٠١٤.

18- مسعودان، بشير ٢٠٠٩: وفيات الرضع في بلدية خشنلة " في ضوء برامج الرعاية
الصحية " مجلة الأحياء ، المجلد ١١ ، العدد ١٣، ٢٠٠٩، ص ٤٣٠-٤٤٠.

19- منظمة الصحة العالمية ٢٠١٤: تخفيض معدلات وفيات الأطفال ، صحيفة وقائع
رقم ١٧٨.

20- نور، هيزا محمد ، ٢٠١٥: دراسة إحصائية عن العوامل المؤثرة في وفيات الأطفال
الرضع في إقليم كردستان العراق، مجلة وادي النيل للدراسات والبحوث ، العدد السابع ،
جامعة المنصورة.

21- ويكس جون ، ١٩٩٩: مقدمة في علم السكان ، ترجمة فوزي سهاونة ، منشورات
الجامعة الأردنية ، الطبعة الأولى.

22- الأمم المتحدة: أهداف التنمية المستدامة-الهدف ٣-ضمان تمتع الجميع بأنماط
عيش صحية وبالرفاهية في جميع الأعمار.

23- الأمير ، وعد ، (٢٠٠٣). تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في وفيات الأطفال
الرضع خلال ظروف الحصار الاقتصادي. مجلة الطفولة والتنمية (ع ٩، ج ٣). ص
٢٢١-٢٤٤

24- الطرفي ، فنار سالم عطوان، ٢٠٠١: تأثير العوامل الاجتماعية والثقافية في وفيات
الأطفال الرضع خلال ظروف الحصار الاقتصادي ، رسالة ماجستير غير منشورة
،جامعة بغداد ، العراق.

25- اللجنة المعنية بالمحددات الاجتماعية للصحة ، ٢٠٠٩: منظمة الصحة العالمية ،
جمعية الصحة العالمية الثانية والستون ، البند ١٢ -٥.

26- سهاونة، فوزي، و أحمد ، عربيات، ١٩٩٨: العلاقة بين الرعاية الصحية للطفل والأم ، ووفيات الأطفال الرضع في الأردن، مجلة دراسات، العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد ٢٥، العدد ٢، الجامعة الأردنية، عمان، الأردن، ص ٣٤٤-٣٦٢.

27- سهاونة فوزي، الأقرع، رباح ، (١٩٩٧): فترات المباشرة بين المواليد وأثرها على الخصوبة في الأردن، مج ٢٤، عدد ١، ص: ١٠٦ - ١٢١.

28- عبد الحكيم ، صبحي غلاب ، محمد ، السيد، ١٩٦٧: السكان ديموجرافياً وجغرافياً ، مكتبة الأنجلو المصرية للطباعة والنشر ، القاهرة ، ط ٢.

29- كرادشة، منير، (٢٠٠٣). محددات وفاة الطفل الأول في الأردن. دراسة مرجعية (٨٥-١٩٩٠). دراسات العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد ٣٠، العدد ١، ص: ١٣٨ - ١٥٥.

٣٠- كرادشة، منير، موسي شتيوي (٢٠١٢). تمايزات النوع الاجتماعي وعلاقته بوفيات الأطفال في الأسرة الأردنية - دراسة تحليلية، المجلة للعلوم الاجتماعية، المجلد ٥، العدد ١.

31- Bongaarts, J. and Potter, R.J. (1983) Fertility biology and behavior: An analysis of the proximate determinants of fertility. Academic Press, New York.

32 - Caldwell, J.C. (1979); Education as a Factor of Mortality Decline: An Examination of Nigerian Data. Population Studies, Vol 33,n3 , p 395-413. <http://dx.doi.org/10.2307/2173888>

33 - Charbit , Yves (dir) 2002, Le monde en development. Démographie et enjeux socio- économiques ,les documentations francaies , paris,p140.

34- Duke, Emma , 2019; Infant Mortality: Results of a Field Study in Johnstown, PA; Based on Births in One the Calendar Year 1915, (Classic Reprint).

- 35-Egypt Human Development Report 2010 ; Youth in Egypt: Building our Future united nations development program, and the institute of national planning(UNDP), Egypt
- 36 - Ensor T, Et al , ,2010 كThe impact of economic recession on maternal and infant mortality: lessons from history, BMC Public Health.
- 37- Farhan M , and others, 2022; Socio-economic determinants of child mortality in Pakistan and the moderating role of household's wealth index. BMC Pediatrics(Vol. 22, Issue 1).
- 38 - Mosley W. H, Chen , L.C, 1984 ;An analytical framework for the study of child survival in developing countries, Population and development Review , vol 10 , supplement , child survival : strategies and Research , P28:34.online . www . jstor . org.
- 39- Rahman M M , Alam K . 202١;The Role of Socio-economic and Female Indicators on Child Mortality Rate in Bangladesh: A Time Series Analysis, Omega (Westport) Feb;86(3):889-912.
- 40 - Social Determinant of health (SDOH) , Healthy people 2030.
- 41 - UNICEF 2022; Levels and trends in child mortality United Nations Inter-Agency Group for Child Mortality Estimation (UN IGME),New York .
- 42- Wassif.s , et al , 2013 ;why is infant mortality still a problem in Egypt? , childhood study.
- 43 - World Health Organization and United Nations Children's Fund. WHO/UNICEF joint database on SDG 3.1.2 Skilled Attendance at Birth.
- 44 -Araujo JA, Silva AF, Wichmann R. 2015.; Impact of poverty on multidimensional infant mortality rate in Brazil, Value in Health, volum ١٨,issue 7, p702.
- 45 -Faird, Samir, 1993: Family planning, health and family well-being in the Arab world , ESCWA_POP, Amman.
- 46- <https://blogs.worldbank.org> . 09/09/2020.

- 47 -Kanamura AH , 2009; Social project and infant mortality the paraisopolis case , saopoulo, Barazil. p.p164-167
- 48 -R Peña, S Wall, and Persson,2000; The effect of poverty, social inequity, and maternal education on infant mortality in Nicaragua, 1988-1993. Am J Public Health. 2000 January; 90(1): 64–69.
- 49 -Russo LX, et al. 2019; Primary care physicians and infant mortality: evidence from Brazil. One plus. doi: 10.1371/journal.pone.0217614.
- 50 -Saffron Karlsen, et al , 2011 ; The relationship between maternal education and mortality among women giving birth in health care institutions: Analysis of the cross-sectional WHO Global Survey on Maternal and Perinatal Health BMC Public Health, volume 11, number 606.
- 51 -Sudden Infant Death Syndrome (SIDS): Overview". National Institute of Child Health and Human Development. 27 ٢٠١٣. 22/10/2023
- 52- United Nation Development Programme. Millennium Development Goals. 2015. (Available athttps://www.undp.org/content/undp/en/home/sdgoverview/mdg_goals.html).
- 53 -Wang l,2003; Determinants of child mortality in least developed countries.Health policy. 65(3):277-99.
- 54 -Yassin,K .M.Laaser, U.Kraemer,2003; Maternal Morbidity in Rural Upper Egypt: Levels, Determinants, and Care Seeking, Health International, Vol 24 , issue 5 , p 452-476.
- 55- Ebrahim N and Modhus S ,Inequalities of Infant Mortality in Ethiopia International Journal of Public Health, 2023.
- 56-Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, T. A., & Taylor, S, 2008 .Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health, Commission on Social Determinants of Health, 2008,P.1661-1669.

- 57- Kusneniwar, G.N. et al , Determinants of Infant Mortality in a Developing Region in Rural Andhra Pradesh, PMC, 2014,20-24.
- 58- Singh G K, S M Yu, 2010. Infant mortality in the United States: trends, differentials, and projections, 1950 through 2010, Am J Public Health, 1995, Jul;85(7):957-64.
- 59-Kanamura AH , 2009; Social project and infant mortality the paraisopolis case , saopoulo, Barazil,.
- 60 -Phelan, JC; Link, BG; Tehranifar, P (2010). "Social conditions as fundamental causes of health inequalities: Theory, evidence, and policy implications". Journal of Health and Social Behavior. 51: S28.
- 61 - Clouston, Sean A.P.; Link, Bruce G. (2021-07-30). "A Retrospective on Fundamental Cause Theory: State of the Literature and Goals for the Future". Annual Review of Sociology. 47 (1)
- 62 - Marmot, M.G. (1994). "Social Differentials in Health within and between Populations". Daedalus. 123: 197–216.
- 63 -Wang A, Clouston SA, Rubin MS, Colen CG, Link BG (2012). "Fundamental causes of colorectal cancer mortality: the implications of informational diffusion". Milbank Q. 90 (3): 592–618.
- 64-Braveman, P., Marchi, K., Egerter, S., Kim, S., Metzler, M., Stancil, T., & Libet, M .(٢٠١٠) .Poverty, near-poverty, and hardship around the time of pregnancy, Matern Child Health, 2010 Jan;14(1):20-35.
- 65-Phelan C., Link B G, and Tehranifar P, 2010. Social Conditions as Fundamental Causes of Health Inequalities: Theory, Evidence, and Policy Implications. Journal of Health and Social Behavior 51(S) S28 –S40.

66-Braveman, P., Egerter, S., & Williams, D. R. (2011). The Social Determinants of Health: Coming of Age. Annual Review of Public Health, 32, 381-398.

67-Caldwell. J.C. Toward a restatement of demography transition theory, New York, 1976.

68-<https://www.un.org/sustainabledevelopment/ar/health->

69-[https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing,mortality](https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/children-reducing-mortality).

Social determinants of infant mortality in New Valley Governorate :A field study in the city of Kharga

Abstract:

The current research attempts to shed light on the phenomenon of infant mortality in the New Valley Governorate, as it aims to identify the social determinants of infant mortality in the governorate through a descriptive study on families with cases of infant death, specifically in the city of Kharga, and their number reached 30 families, based on the data of the Egyptian Household Health Survey. 2021. The social determinants in the research included education, health care, the economic status of the family, cultural patterns, and environmental factors. These determinants play crucial roles in determining health outcomes for infants. The results showed that reducing infant mortality rates requires a comprehensive approach that addresses various social determinants. By investing in education, improving access to health care services, ensuring clean environments, enhancing cultural patterns, and prioritizing economic development, governments, decision-makers, and policy makers can develop strategies and adopt policies that address the challenges facing society. The research concluded with a set of recommendations, the most important of which are raising the level of health services provided in the governorate and improving their quality, raising awareness and health education for the population about the importance and necessity of reporting and recording infant deaths when they occur, unifying the process of issuing data on infant deaths, working to enhance environmental health and providing sanitation. And pure water.

Keywords: Social Determinants, Mortality, Infant mortality, Neonatal Mortality, Post-neonatal Mortality.