

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع



واقع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر حسب
المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3)

رسالة لنيل درجة دكتوراه العلوم

التخصص: علم الاجتماع الديموغرافي

إعداد الطالب: شمانى أحمد

إشراف الأستاذ الدكتور: أ.د. درواش رابع

أعضاء لجنة المناقشة:

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
د. سي الطيب فاطمة الزهرة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة الجزائر 2	رئيسا
أ.د. درواش رابع	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2	مقرا ومشرفا
د. بوعزيز كريمة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة الجزائر 2	مناقشا
د. عمور محمد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المديّة	مناقشا
د. بلعربي زبيدة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة البليدة 2	مناقشا

السنة الجامعية: 2018-2019

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

جامعة الجزائر 2 أبو القاسم سعد الله

كلية العلوم الاجتماعية

قسم علم الاجتماع



واقع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر حسب
المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3)

رسالة لنيل درجة دكتوراه العلوم

التخصص: علم الاجتماع الديموغرافي

إعداد الطالب: شمانى أحمد

إشراف الأستاذ الدكتور: أ.د. درواش رابع

أعضاء لجنة المناقشة:

الإسم واللقب	الرتبة العلمية	الجامعة	الصفة
د. سي الطيب فاطمة الزهرة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة الجزائر 2	رئيسا
أ.د. درواش رابع	أستاذ التعليم العالي	جامعة البليدة 2	مقدرا ومشرفا
د. بوعزيز كريمة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة الجزائر 2	مناقشا
د. عمور محمد	أستاذ محاضر "أ"	جامعة المديّة	مناقشا
د. بلعربي زبيدة	أستاذة محاضرة "أ"	جامعة البليدة 2	مناقشا

السنة الجامعية: 2018-2019

شكر وعرفان

الحمد لله الذي تتم بنعمته الصالحات

أولاً يسعدني أن أتقدم بأسمى عبارات التقدير والشكر إلى الأستاذ الفاضل الذي قبل الاشراف على هذا العمل وأخص بالذكر الأستاذ الدكتور "درواش رابح" الذي لم يخل علينا بتوجيهاته وتوصياته ونصائحه القيمة طيلة فترة انجاز هذا العمل

فجزاه الله عنا كل خير فله منا كل الاحترام والتبجيل

كما أتقدم بالشكر الجزيل إلى كل الأساتذة أعضاء لجنة المناقشة الذين قبلوا مناقشة هذا العمل، وتحملوا عناء تصفح وقراءة هذه المذكرة، وأخص بالذكر هنا، الأستاذات المحترمات

"سي الطيب فاطمة الزهرة"، "بوعزيز كريمة"، و"بلعربي زوبيدة"، والأستاذ الفاضل "عمور محمد".

واتعهد بالالتزام بكل توجيهاتهم وانتقاداتهم العلمية والموضوعية

كما أتوجه بالشكر إلى كافة أساتذة وإداريي وعمال قسم علم الاجتماع وكلية العلوم الاجتماعية

بجامعة الجزائر 2.

فهرس المحتويات

فهرس المحتويات

فهرس الجداول

فهرس الاشكال

مقدمة

الفصل الأول: الإطار المنهجي للدراسة

1. الإشكالية 23
2. الفرضيات 25
3. أسباب اختيار الموضوع 26
4. أهمية وأهداف الدراسة 26
5. مصادر المعطيات 26
6. الدراسات السابقة 27
7. المنهج المتبع 37
8. المعاينة المعتمدة في المسح (MICS3) 38
9. تحديد المفاهيم 42
10. المقاربة النظرية للدراسة 51

الفصل الثاني: الوضع الديموغرافي والاجتماعي للأطفال في العالم وبلدان الوطن العربي

- تمهيد 56
1. الوضع الديموغرافي والصحي والتربوي للأطفال في العالم 57
- 1.1. أهم المؤشرات المتعلقة بصحة الأطفال في العالم 57
- 1.1.1. أهم المؤشرات الديموغرافية المتعلقة بالأطفال في العالم 58
- 1.1.1.1. تمثيل نسب الأطفال في العالم 58
- 1.1.1.2. التوزيع القاري لنسب الأطفال في العالم 63
- 1.1.1.3. الأطفال في العالم بالنظر إلى وسط الإقامة 65
- 1.1.1.4. مستويات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة وآمال الحياة (e_0) في العالم ... 66
- 2.1.1. التغذية لدى الأطفال في العالم 71
- 2.1.1.1. الوزن عند الولادة وانتشار الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية 71
- 2.2.1.1. الحالة التغذوية للأطفال دون سن الخامسة في العالم 77
- 3.2.1.1. معالجة الملح باليود 85

87	 3.1.1. الوضع الصحي والوقائي للأطفال في العالم
87	 1.3.1.1. المياه والصرف الصحي
92	 2.3.1.1. الإجراءات الوقائية أو تطعيم الأطفال ضد الأمراض السارية في العالم
104	 3.3.1.1. أمراض إسهال الأطفال واستعمال المحاليل المعالجة للجفاف
108	 4.3.1.1. الأمراض التنفسية الحادة والالتهابات الرئوية
114	 5.3.1.1. وقاية الأطفال من مرض الملاريا
118	 2. الوضع التربوي للأطفال في العالم
118	 1.2.1. التعليم المبكر
123	 2.2.1. تدرس الأطفال في سن 6-15 سنة
124	 1.2.2.1. المعدل الخام للالتحاق بالتعليم الابتدائي
125	 2.2.2.1. المعدل الصافي للالتحاق بالتعليم الابتدائي
126	 3.2.2.1. المعدلات الخام والصافية للتمدرس في الابتدائي
127	 4.2.2.1. معدل صافي الحضور في الابتدائي ونسب بلوغ الأطفال السنة الخامسة ابتدائي
129	 2. الوضع الصحي والتربوي للأطفال في العالم العربي
129	 1.2. أهم المؤشرات الصحية للأطفال في المنطقة العربية
129	 1.1.2. المؤشرات الديموغرافية المرتبطة بالأطفال في العالم العربي
130	 1.1.1.2. نسب الأطفال إلى مجموع السكان في بلدان العالم العربي
132	 2.1.1.2. وفيات الأطفال وآمال الحياة في بلدان الوطن العربي
134	 2.1.2. تغذية الأطفال في المنطقة العربية
140	 3.1.2. أهم المؤشرات الصحية والوقائية المتعلقة بالأطفال على المستوى العربي
140	 1.3.1.2. المياه والصرف الصحي
142	 2.3.1.2. الإجراءات الوقائية لصحة الأطفال في البلدان العربية
144	 3.3.1.2. أمراض الإسهال ومعالجة جفاف الأطفال في الوطن العربي
145	 4.3.1.2. الإصابة بالأمراض التنفسية الحادة لدى الأطفال دون سن الخامسة
147	 2.2. الواقع التربوي للأطفال في العالم العربي
148	 1.2.2. التعليم المبكر أو قبل المدرسي للأطفال في بلدان العالم العربي
153	 2.2.2. تدرس الأطفال بالتعليم الابتدائي في الوطن العربي
164	 خلاصة

الفصل الثالث: تطور الوضع الديموغرافي والاجتماعي للأطفال في الجزائر

166	 تمهيد
-----	-------------

167	1. تطور أهم المؤشرات الديموغرافية في الجزائر
167	1.1. تطور الهرم السكاني ونسب تمثيل الأطفال في الجزائر حسب التعدادات
173	2.1. تطور معدلات الولادات والخصوبة والوفيات في ظل الحركة السكانية للجزائر
176	3.1. تطور معدلات وفيات الأطفال في الجزائر
184	2. تطور المنظومة الصحية في الجزائر
184	1.2. مراحل السياسة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال
189	2.2. هيكلية النظام الصحي في الجزائر
190	3.2. تطور البنية التحتية والتغطية الصحية في الجزائر
198	4.2. برامج صحة الأمومة والطفولة في الجزائر
202	3. تطور أهم المؤشرات المتعلقة بصحة الأطفال في الجزائر
202	1.3. التغذية لدى الرضع والأطفال دون سن الخامسة في الجزائر
203	1.1.3. انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر
213	2.1.3. التغذية التكميلية لدى الرضع وصغار الأطفال في الجزائر
221	3.1.3. الحالة التغذوية للأطفال دون سن الخامسة من العمر في الجزائر
224	4.1.3. استهلاك الأسر الجزائرية الملح المعالج باليود
226	2.3. الإجراءات الوقائية الصحية ومرضية الرضع وصغار الأطفال في الجزائر
227	1.2.3. تطور مستويات التغطية بمياه الشرب والصرف الصحي في الجزائر
228	2.2.3. تطور مستويات الإجراءات الوقائية في الجزائر
233	3.2.3. أمراض الطفولة والإجراءات العلاجية
233	1.3.2.3. أمراض الاسهال واستعمال المحاليل المعالجة للجفاف لدى الأطفال
235	2.3.2.3. العدوى التنفسية الحادة لدى الأطفال في الجزائر
243	4. تطور أهم المؤشرات التربوية في الجزائر
245	1.4. تطور النظام التربوي والسياسة التعليمية في جزائر الاستقلال
254	2.4. تطور البنية التحتية والموارد البشرية لقطاع التربية في الجزائر
264	3.4. تطور أهم المؤشرات التربوية في الجزائر حسب المسوح الوطنية
264	1.3.4. التعليم المبكر أو ما قبل المدرسي في الجزائر
266	2.3.4. تدرس الأطفال في عمر 6-14 سنة حسب المسوح الوطنية
266	1.2.3.4. مستويات وصول الأطفال إلى السنة الأخيرة من التعليم الابتدائي
267	2.2.3.4. تدرس الأطفال في العمر 6-11 سنة في التعليم الابتدائي (TSP)
268	3.2.3.4. تدرس الأطفال في السن 6-14 سنة بالتعليم الأساسي (TSF)

269	 4.2.3.4. تدرس الأطفال في السن القانونية 6 سنوات ماضية (TS6)
271	 5.2.4.4. استكمال الأطفال التعليم الابتدائي والانتقال إلى الطور المتوسط
273	 خلاصة

الفصل الرابع: الدراسة الميدانية

275	 تمهيد
276	 1. الأساليب الإحصائية المستخدمة
278	 1.1. معالجة نوعية المعطيات
279	 2.1. نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي
283	 3.1. الاختبارات اللامعلمية كاي تربيع ومعاملات الارتباط
286	 2. خصائص السكان ومجتمع الدراسة
286	 1.2. الهرم العمري النسبي لسكان الجزائر سنة 2006
287	 2.2. نسب الفئات العمرية العريضة للسكان في الجزائر حسب مسح سنة 2006
288	 3.2. التوزيع النسبي للسكان حسب الجنس ووسط الإقامة
289	 1.3.2. توزيع الأطفال الأصغر من خمسة سنوات حسب الجنس ووسط الإقامة والفئة العمرية ...
290	 2.3.2. توزيع الأطفال (5-14 سنة) حسب الجنس ووسط الإقامة
291	 4.2. انتشار التعليم في أوساط السكان
291	 1.4.2. تدرس السكان البالغون خمسة سنوات وأكثر
292	 2.4.2. المستوى التعليمي للسكان البالغون خمسة سنوات فأكثر
294	 3.4.2. انتشار الأمية بين السكان
296	 5.2. خصائص الأسرة والمسكن
296	 1.5.2. عدد غرف النوم
297	 2.5.2. الخصائص البيئية للمسكن
297	 1.2.5.2. نوع المسكن
298	 2.2.5.2. أرضية المسكن
298	 3.2.5.2. مصادر مياه الشرب
300	 4.2.5.2. الصرف الصحي
302	 5.2.5.2. موقع المطبخ ونمط الوقود المستخدم في الطهي ومصدر الانارة في المسكن
304	 3.5.2. السلع المعمرة لدى الأسر
306	 3. وفيات الأطفال
317	 4. تغذية الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة سنوات

317	 1.4. الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية
318	 1.1.4. نوعية معطيات نموذج الرضاعة الطبيعية
322	 2.1.4. تلقي وبدء الرضاعة الطبيعية
324	 3.1.4. انتشار الرضاعة الطبيعية والتغذية المكملّة الملائمة
324	 1.3.1.4. الاستمرار في تلقي الرضاعة الطبيعية
327	 2.3.1.4. الرضاعة الطبيعية الخالصة
329	 3.3.1.4. معدل الاستمرار في الرضاعة الطبيعية
330	 4.3.1.4. التغذية المكملّة لحليب الأم في موعدها الصحيح
331	 5.3.1.4. معدلات التغذية التكميلية
335	 6.3.1.4. متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية
336	 7.3.1.4. الفطام
340	 4.1.4. علاقة تلقي الرضاعة الطبيعية مع المحددات السوسيو-ديموغرافية
346	 2.4. الحالة التغذوية للأطفال دون خمس سنوات
347	 1.2.4. نوعية معطيات المقاييس الأنثروبومترية
349	 2.2.4. مستويات مؤشرات المقاييس الأنثروبومترية
349	 1.2.2.4. الطول بالنسبة للعمر
350	 2.2.2.4. الوزن بالنسبة للطول
351	 3.2.2.4. الوزن بالنسبة للعمر
352	 4.2.2.4. انتشار زيادة الوزن أو البدانة والسمنة لدى الأطفال
353	 3.2.4. مدى تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في سوء التغذية
356	 3.4. استهلاك الملح المعالج بمادة اليود
357	 1.3.4. مؤشر استهلاك الأسر المعيشية للملح المعالج باليود
359	 2.3.4. تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في استهلاك الأسر للملح المعالج باليود
361	 5. الإجراءات الوقائية: تطعيم الأطفال
362	 1.5. نوعية معطيات نموذج تطعيم الأطفال
369	 2.5. مستويات مؤشرات تحصين الأطفال ضد الأمراض
369	 1.2.5. الالتزام بالجدول العمري للتطعيم حسب اتباع الرزنامة الوطنية للتلقيحات
376	 3.5. أثر العوامل الاجتماعية والديموغرافية في تلقي واستكمال التطعيمات
380	 6. الإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة
381	 1.6. نوعية معطيات نموذج معالجة أمراض الطفولة

384	 2.6. مستويات أهم مؤشرات الإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة
385	 1.2.6. 1. الاسهال ومعالجة الجفاف باستعمال المحاليل
387	 2.2.6. 2. الأمراض التنفسية الحادة
391	 3.6. 3. اختبار تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في الإجراءات العلاجية
395	 7. 7. تدرس الأطفال
396	 1.2.7. 1. نوعية معطيات نموذجي التربية والتعليم المبكر
400	 2.7. 2. مستويات المؤشرات التربوية والتعليم المبكر
400	 1.2.7. 1. التعليم ما قبل المدرسي والمبكر
403	 2.2.7. 2. التمدرس في الابتدائي
407	 3.2.7. 3. التمدرس في التعليم المتوسط
410	 3.7. 3. اختبار تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في المتابعة التربوية للأطفال
414	 الاستنتاج العام
421	 خاتمة عامة

قائمة المراجع

الملاحق

فهرس الجداول

الرقم	عنوان الجدول	الصفحة
01.2	توزيع سكان العالم حسب العمر والجنس سنة 2005	59
02.2	توزيع نسب الأطفال في العالم خلال الفترة ما بين سنتي 1950 و 2010	62
03.2	توزيع السكان في مناطق العالم حسب الفئات العمرية الكبرى سنة 2005	63
04.2	معدلات وفيات الأطفال وآمال الحياة عند الولادة في العالم سنتي 1990 و 2004	69
05.2	تركيب حليب الأم وحليب البقر بالنظر إلى المكونات العضوية والمعدنية	73
06.2	انتشار الرضاعة الطبيعية ونقص الوزن والتغذية التكميلية للأطفال في العالم بين سنتي 1996 و 2004	75
07.2	الوزن والطول المثاليين للطفل (0 - 3 سنوات) حسب العمر والجنس	79
08.2	المقاييس الأنثروبومترية: الوزن والطول بالنسبة إلى العمر	80
09.2	مؤشرات سوء التغذية لدى الأطفال (> 5 سنوات) في العالم بين سنتي 1998 و 2004	81
10.2	نسب الأسر المستهلكة للملح المعالج باليود في العالم خلال الفترة 1998-2004	85
11.2	مستويات التغطية بمياه الشرب المحسنة والصرف الصحي في العالم سنة 2006	90
12.2	توزيع نسب (%) التغطية التطعيمية (PEV) حسب مناطق العالم لسنة 2004	104
13.2	مستويات علاج اسهال الأطفال (> 5 سنوات) في العالم بين سنتي 2000 و 2007	107
14.2	مستويات انتشار الأمراض التنفسية الحادة لدى الأطفال (> 5 سنوات) في العالم والاستشارة حولها بين سنتي 1998 و 2004	112
15.2	التغطية الوقائية والعلاجية ضد مرض في مناطق توطنها 2003-2006	116
16.2	السن الرسمي المقرر لدخول التعليم قبل المدرسي في مختلف أنحاء العالم سنة 2004	119
17.2	توزيع البلدان والأقاليم في العالم حسب السن الرسمي المعتمد للالتحاق بالتعليم قبل المدرسي ومدته بالسنوات خلال سنة 2004	120
18.2	مستويات الالتحاق بالتعليم قبل المدرسي في العالم خلال سنتي 1999 و 2004	121
19.2	المعدل الخام للتمرس ونسب الاناث في التعليم قبل المدرسي في العالم سنة 2006	122
20.2	المعدل الخام للالتحاق بالتعليم الابتدائي في العالم سنة 2006	124
21.2	معدل صافي الالتحاق بالتعليم الابتدائي وتغطية المعلمين في العالم سنة 2006	125
22.2	معدلات التمرس بالابتدائي حسب الجنس في مناطق العالم (2000-2006)	127
23.2	معدلات الحضور المدرسي حسب الجنس ونسب بلوغ السنة الخامسة ابتدائي في العالم خلال الفترة 2000-2006	128

131	توزيع نسب الفئات العمرية العريضة في العالم العربي خلال سنتي 1980 و 2000	24.2
133	معدلات وفيات الأطفال وأمل الحياة عند الولادة في بالعالم العربي سنتي 1990 و 2006	25.2
135	مستويات نقص وزن المواليد (1999-2006) وانتشار الرضاعة الطبيعية في المنطقة العربية خلال الفترة 2000-2006	26.2
138	مستويات سوء التغذية لدى الأطفال (> 5 سنوات) في المنطقة العربية (2000-2006)	27.2
139	التغطية بجرعات الفيتامين 'أ' لدى الأطفال (0-4 سنوات) سنة 2005، والتغطية بالملح المعالج باليود (2000-2006) في المنطقة العربية	28.2
141	تغطية السكان بمياه الشرب المأمونة، والصرف الصحي في البلدان العربية سنة 2006	29.2
143	نسب التغطية بتطعيمات الأطفال (PEV) بالعالم العربي سنة 2006	30.2
144	نسب الأطفال دون خمس سنوات وعانوا من الإسهال واستفادوا من اماهة عن طريق الفم مع مواصلة التغذية (2000-2007) في المنطقة العربية	31.2
146	نسب الأطفال (0-4 سنوات) الذين عانوا من الأمراض التنفسية الحادة والالتهابات الرئوية والاستشارة الطبية عنها في العالم العربي خلال الفترة 2000-2007	32.2
149	الفئات العمرية الرسمية للقبول بالتعليم قبل الابتدائي وأعداد الأطفال المسجلين ونسب الاناث في الأقطار العربية لسنة 2006	33.2
151	توزيع المعدلات الخامة للتمدرس قبل الابتدائي (TBS) والتكافؤ بين الجنسين في البلدان العربية سنة 2006	34.2
152	توزيع المعدلات الصافية للتعليم قبل الابتدائي (TNS) والتكافؤ بين الجنسين على المستوى العربي سنة 2006	35.2
154	عدد المسجلين الجدد في الابتدائي حسب النظام التربوي في العالم العربي سنة 2006	36.2
155	توزيع عدد المسجلين الجدد في الابتدائي ونسب الاناث من المسجلين على المستوى العربي سنة 2006	37.2
156	المعدلات الخام للمسجلين الجدد بالابتدائي وتكافؤ الفرص بين الجنسين على المستوى العربي سنة 2006	38.2
157	المعدلات الصافية للمسجلين الجدد بالابتدائي على المستوى العربي سنتي 2006 و 1999	39.2
158	توزيع المتدرسين بالطور الابتدائي ونسب الاناث على المستوى العربي سنة 2006	40.2
159	المعدلات الخامة للالتحاق بالابتدائي ومؤشرات تكافؤ الفرص بين الجنسين على المستوى العربي سنة 2006	41.2

160	المعدلات الصافية للالتحاق بالابتدائي ومؤشرات تكافؤ الفرص بين الجنسين على المستوى العربي سنة 2006	42.2
161	المعدلات الخام والصافية للتمدرس في التعليم الابتدائي حسب الجنس في الأقطار العربية بين سنتي 2000 و 2006	43.2
162	توزيع عدد المعلمين ونسبة المعلمات ومعدل تغطية المعلمين للتلاميذ على المستوى العربي سنة 2006	44.2
163	توزيع نسب التلاميذ الذين سجلوا في السنة الأولى وبلغوا السنة الخامسة ابتدائي بين سنتي 2000 و 2006 في البلدان العربية	45.2
171	تطور أعداد ونسب الأطفال خلال تعدادات 1966، 1977، 1987، 1998 و 2008	01.3
178	المسوح الوطنية المنجزة في الجزائر حول صحة الأسرة	02.3
179	تطور معدلات وفيات الأطفال بين سنتي 1967 و 1992 (EASME: تقديرات مباشرة)	03.3
182	تطور معدلات وفيات الأطفال في الجزائر حسب نتائج المسوح الوطنية	04.3
191	تطور الانفاق الصحي في الجزائر بين سنتي 1992 و 2012	05.3
193	تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر 1974-2010	06.3
197	تطور مؤشرات الديموغرافيا الطبية في الجزائر 1962-2005	07.3
203	نسب الأطفال دون سن الخامسة الذين مازالوا يرضعون حسب العمر والجنس ومحل الإقامة (مسح 1992 Papchild)	08.3
204	مؤشرات فترة الرضاعة الطبيعية للمواليد خلال 5 سنوات السابقة للمسح حسب عمر الأم وجنس الطفل (مسح 1992 Papchild)	09.3
205	التوزيع النسبي للرضاعة الطبيعية لدى الأطفال الأقل من عامين وقت المسح (MDG 1995)	10.3
206	التوزيع النسبي للأطفال الأقل من عامين حسب وضع الرضاعة الطبيعية وقت المسح (EDG Algérie 2000)	11.3
207	التوزيع النسبي للولادات الحية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب وضع الرضاعة وقت المسح (PAPFAM 2002)	12.3
209	متوسط ووسيط فترة الرضاعة الطبيعية للأطفال الأقل من سنتين حسب خلفية الأم في مسح 2002 PAPFAM	13.3
210	نسب الأطفال الأقل من سنتين الذين تلقوا رضاعة طبيعية حسب فئات الأعمار وبعض الخصائص (MICS3)	14.3

211	نسب انتشار الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال الأقل من سنتين (MICS4)	15.3
212	فترة الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال دون ثلاث سنوات من العمر حسب مسح 2012	16.3
214	نسب الأطفال الباقيين على قيد الحياة خلال الخمس سنوات السابقة لمسح 1992 حسب أنواع الأغذية التي يتناولونها والعمر	17.3
219	نسب الأطفال بين 6-11 شهرا الذين يرضعون الثدي ويتلقون تغذية صلبة وشبه صلبة وفق عدد المرات الموصى بها خلال 24 ساعة (MICS3)	18.3
220	نسب الأطفال بين 6-8 أشهر وبين 06-23 شهرا الذين تلقوا التغذية الصلبة وشبه الصلبة حسب حالة الرضاعة وقت المسح (MICS4) والوتيرة	19.3
222	تطور نسب الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من سوء التغذية الحاد أو المعتدل والحاد حسب المسوح الوطنية	20.3
225	التوزيع النسبي للأسر المستهلكة للملح المعالج باليود حسب المسوح الجزائرية	21.3
227	التوزيع النسبي للأسر المتوفرة على مياه شرب مأمونة وصرف صحي محسن حسب المسوح الوطنية	22.3
230	نسب الأطفال في فئة العمر 12-23 شهرا الذين تلقوا تطعيمات محددة وتوزيعهم حسب استكمال التطعيم خلال المسوح الوطنية	23.3
232	تطور الأمراض الممكن تفاديها ببرنامج التطعيم (PVE) لدى الأطفال في الجزائر	24.3
234	التوزيع النسبي للأطفال أقل من خمس سنوات الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح ونوعية العلاج	25.3
235	تطور وفيات الأطفال دون خمس سنوات بسبب مرض الإسهال في الجزائر	26.3
236	توزيع نسب الأطفال دون خمس سنوات حسب مصدر الاستشارة عند الإصابة بالسعال أو الحمى خلال الأسبوعين السابقين لمسح سنة 1992	27.3
238	التوزيع النسبي لأمهات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب معرفتهن لأعراض الأمراض التنفسية الحادة (IRA) خلال مسحي سنتي 1995 و 2000	28.3
239	التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات الذين أصيبوا بأعراض الأمراض التنفسية خلال الأسبوعين السابقين لمسح سنة 2002	29.3
240	نسب تلقي الأطفال الاستشارة الطبية حول الأمراض التنفسية حسب مسح سنة 2002	30.3
241	نسب الأطفال (> 5 سنوات) الذين عانوا من التهاب تنفسي حاد وتم نقلهم إلى مرفق صحي والاشتباه بحالات الالتهاب الرئوي خلال الأسبوعين السابقين لمسحي 2006 و 2012	31.3
243	تطور وفيات الأطفال دون خمس سنوات بسبب الأمراض التنفسية الحادة في الجزائر	32.3

265	نسبة الأطفال (36-59 شهراً) الملتحقين ببرامج التعليم المبكر ونسب أطفال الصف الأول ابتدائي الذين سبق التحاقهم بالتعليم المبكر حسب مسحي 2006 و 2012	33.3
267	تطور نسبة % الأطفال الذين التحقوا بالسنة أولى ابتدائي ووصلوا إلى آخر سنة بالتعليم الابتدائي (معدل الوصول إلى آخر سنة من التعليم الابتدائي)	34.3
268	تطور معدلات تدرس الأطفال في السن (6-11 سنة) في الابتدائي (TSP)	35.3
269	تطور معدلات تدرس الأطفال (6-14 سنة) بالتعليم الأساسي (TSF) حسب المسوح الوطنية سنوات 1995 و 2000 و 2006	36.3
270	تطور معدلات تدرس الأطفال في العمر القانوني 6 سنوات منقضية (TS6)	37.3
270	تطور معدل خام تدرس الأطفال البالغين أكثر من 6 سنوات (TBS) في التعليم الابتدائي	38.3
271	نسب استكمال التعليم الابتدائي حسب مسحي سنتي 2006 و 2012	39.3
272	نسب % الأطفال في سن التمدرس في المتوسط والثانوي (12-17 سنة)، المسجلين في الطور المتوسط أو أعلى حسب مسحي 2006 و 2012	40.3
289	توزيع السكان حسب الجنس ووسط الإقامة حسب معطيات المسح (MICS3)	01.4
289	التوزيع النسبي للأطفال دون 5 سنوات حسب الجنس ووسط الإقامة في الجزائر حسب معطيات المسح (MICS3) سنة 2006	02.4
290	التوزيع النسبي للأسر التي تحوي أطفالاً تقل أعمارهم عن 5 سنوات من العمر حسب معطيات المسح (MICS3) سنة 2006	03.4
291	التوزيع النسبي للأطفال (5-14 سنة) حسب الجنس ووسط الإقامة وفق معطيات مسح سنة 2006 (MICS3)	04.4
292	توزيع تدرس السكان البالغين خمسة سنوات وأكثر حسب الجنس ووسط الإقامة	05.4
293	التوزيع النسبي للسكان البالغين خمسة سنوات وأكثر حسب المستوى التعليمي	06.4
294	نسب الأمية لدى السكان (< 5 سنوات) حسب الجنس ووسط الإقامة	07.4
295	نسب الأمية لدى السكان البالغون 12 سنة فما فوق حسب الجنس ووسط الإقامة	08.4
295	نسب الأمية لدى السكان البالغون (أكثر من 15 سنة) حسب الجنس ووسط الإقامة	09.4
296	التوزيع النسبي للسكان حسب عدد غرف النوم وسط الإقامة وفق المسح (MICS3)	10.4
297	التوزيع النسبي لسكان الجزائر حسب نوع المسكن وفقاً لمعطيات مسح 2006	11.4
298	التوزيع النسبي للسكان حسب نوعية أرضية المسكن	12.4
299	التوزيع النسبي للسكان حسب مصادر التزود بمياه الشرب	13.4
301	التوزيع النسبي للسكان حسب استعمال مرافق الصرف الصحي	14.4

302	التوزيع النسبي للسكان حسب نمط الصرف الصحي	15.4
303	التوزيع النسبي للسكان حسب موقع المطبخ ونمط الوقود المستعمل ونوع الانارة	16.4
305	التوزيع النسبي للسكان حسب موقع المطبخ ونمط الوقود المستعمل ونوع الانارة	17.4
306	توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية والفئة العمرية	18.4
307	توزيع النساء حسب إنجاب الولادات الحية وحسب فئة العمر	19.4
308	احتمالات الوفاة حسب معاملات براس وفق المعايير الثلاثة	20.4
309	احتمالات الوفاة حسب معاملات براس وفق النموذج الأول	21.4
309	معلومات الانحدار لطريقة تروسل حسب العمر (جهتي الجنوب والشرق S و N)	22.4
311	تقدير احتمالات الوفاة xq_0 بناء على نسب الوفيات	23.4
312	تقدير التواريخ المرجعية $t(x)$ لكل xq_0 مقدرة	24.4
312	تحويل احتمالات xq_0 إلى تقديرات $1q_0$ و $5q_0$	25.4
315	تقدير مستويات وفيات الرضع والأطفال (>5) في الجزائر حسب قاعدة بيانات مسح 2006 باستخدام نموذج 'تروسل' (تقنية QFIVE في برنامج مورتباك)	26.4
316	تقدير مستويات وفيات الرضع والأطفال (>5) في الجزائر حسب قاعدة معطيات مسح 2006 باستخدام نموذج 'بالوني وهيلقمان' (تقنية QFIVE في برنامج مورتباك)	27.4
317	توزيع الأطفال الأصغر من 5 سنوات حسب الفئة العمرية بالأشهر	28.4
320	اختبارات القيم الدنيا والقصوى لنموذج الرضاعة الطبيعية	29.4
321	اختبارات التوافق الداخلي لإحالات نموذج الرضاعة الطبيعية	30.4
322	توزيع النساء حسب الرضاعة الحالية	31.4
322	توزيع النساء حسب بدء الرضاعة الطبيعية بعد الولادة	32.4
323	توزيع الأطفال (> 5 سنوات) الذين سبق لهم أن تلقوا رضاعة طبيعية حسب الجنس والإقامة والمستوى التعليمي للأم	33.4
325	توزيع الأطفال (> 5 سنوات) حسب الاستمرار في الرضاعة الطبيعية	34.4
326	نسب الأطفال الذين مازالوا يتلقون رضاعة طبيعية حسب العمر والجنس ووسط الإقامة	35.4
326	نسب الأطفال البالغون 4 أشهر تحديداً من العمر المستمرون في الرضاعة من الثدي حسب الجنس ومحل الإقامة	36.4
327	نسب الأطفال البالغون 6 أشهر تحديداً من العمر المستمرون في تلقي الرضاعة الطبيعية	37.4
328	الرضاعة الطبيعية الخالصة للأطفال دون الشهر السادس من العمر (المؤشر رقم 15)	38.4
329	معدلات استمرار الرضاعة الطبيعية للأطفال (12-15 شهرا) حسب الجنس والوسط	39.4

331	نسبة الأطفال (6-9 أشهر) المتلقين لتغذية مكملية لحليب الأم في الموعد الصحيح	40.4
332	نسب الأطفال (6-8 أشهر) الذين رضعوا حليب الأم ومواد مكملية مرتين على الأقل خلال 24 ساعة الأخيرة حسب الجنس ووسط الإقامة	41.4
333	نسب الأطفال (9-11 شهرا) الذين رضعوا حليب الأم ومواد مكملية صلبة أو نصف صلبة 3 مرات على الأقل خلال 24 ساعة الأخيرة حسب الجنس ووسط الإقامة	42.4
333	نسب الأطفال (6-11 شهرا) الذين رضعوا حليب الأم ومواد مكملية وفق عدد المرات الموصى بها خلال 24 ساعة الأخيرة حسب وسط الإقامة والجنس (المؤشر "18")	43.4
334	نسب الأطفال (0-11 شهرا) الذين تلقوا تغذية ملائمة أو متوافقة حسب الجنس والوسط	44.4
335	متوسط طول فترة الرضاعة للمواليد خلال العامين السابقين للمسح	45.4
336	توزيع نسب الأطفال (0-24 شهرا) المفطومين حسب الجنس والوسط مع الأخذ في عين الاعتبار منطقية عمر الطفل مع عمره وقت الفطام	46.4
338	توزيع الأطفال (0-24 شهرا) وفق العمر عند الفطام حسب الجنس والوسط مع الأخذ في عين الاعتبار توافق عمر الطفل مع عمره وقت الفطام	47.4
339	متوسط ووسط العمر عند الفطام لدى الأطفال (0-24 شهرا) حسب الجنس والوسط	48.4
340	توزيع الأطفال (0-24 شهرا) وفق نمط الفطام حسب الجنس والوسط مع توافق عمر الطفل مع عمر الفطام	49.4
341	اختبار العلاقة بين بعض المحددات السوسيو-ديموغرافية والاستمرار في الرضاعة الطبيعية للأطفال > 6 أشهر	50.4
342	الارتباط بين بعض المحددات السوسيو-ديموغرافية والعمر عند الفطام لدى الأطفال (0-59 شهرا)	51.4
343	نتائج تقدير نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي للرضاعة الطبيعية بالاعتماد على بعض المحددات السوسيو-ديموغرافية للأطفال دون 6 أشهر من العمر	52.4
345	عدد الدورات التكرارية لمشتقة دالة الإمكان الأعظم	53.4
347	توزيع الأطفال حسب الخضوع لقياسات الوزن والطول	54.4
348	اختبارات القيم الدنيا والقصوى لنموذج المقاييس الأنثروبومترية	55.4
349	نسب الأطفال دون الخامسة الذين عانوا من قصر القامة المعتدل والحاد	56.4
350	نسب الأطفال دون الخامسة الذين عانوا من النحافة المعتدلة والحادة	57.4
351	نسب الأطفال دون الخامسة الذين عانوا من نقص الوزن المعتدل والحاد	58.4
352	نسب الأطفال دون الخامسة الذين عانوا من زيادة الوزن	59.4

354	نتائج تقدير نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لمقياس سوء التغذية الحاد نقص الوزن بالنسبة للعمر	60.4
356	نتائج المعنوية الكلية للانحدار اللوجستي الثنائي لمقياس سوء التغذية الحاد	61.4
358	توزيع أسر العينة حسب نتائج اختبار معالجة الملح بمادة اليود	62.4
358	توزيع أسر العينة حسب مصدر ملح الطعام	63.4
359	اختبار العلاقة بين مكان الإقامة ونتائج اختبار الملح قيد الاستهلاك	64.4
360	اختبار الارتباط بين بعض خصائص الأسرة ونتائج اختبار الملح	65.4
362	اختبار الارتباط بين بعض خصائص الأسرة ونتائج اختبار الملح	66.4
365	اختبارات القيم الدنيا والقصى لمعطيات نموذج التطعيم متغير يوم التطعيم	67.4
366	اختبارات القيم الدنيا والقصى لنموذج التطعيم متغيري شهر وسنة التطعيم	68.4
367	اختبارات القيم الدنيا والقصى لنموذج التطعيم للمتغيرات المتعلقة بالمعطيات من خارج إطار الدفتر الصحي	69.4
368	اختبارات التوافق الداخلي للإحالة الأولى في نموذج التطعيم (الإحالة من السؤال 501 إلى السؤال 504)	70.4
370	توزيع الأطفال (12-23 شهرا) حسب العمر عند تناولهم التطعيمات المختلفة	71.4
372	توزيع الأطفال (12-23 شهرا) وفق موعد تلقيهم التطعيمات حسب الوسط والجنس	72.4
373	نسب الأطفال (12-23 شهرا) الملقحون ضد أمراض الطفولة	73.4
374	توزيع الأطفال (12-23 شهرا) وفق موعد التطعيمات ضد الالتهاب الكبدي الوبائي	74.4
375	توزيع الأطفال (12-23 شهرا) وفق موعد تلقي الفيتامين 'دال'	75.4
376	نسب الأطفال (12-23 شهرا) الملقحون ضد الالتهاب الكبدي الوبائي والمتحصلين على الفيتامين د	76.4
377	نتائج تقدير نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي حول توفر الأطفال (0-59 شهرا) على الدفتر الصحي	77.4
379	نتائج تقدير نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لإكمال الأطفال (12-23 شهرا) التطعيمات (Rougeole ، Polio ، DTC ، BCG)	78.4
383	اختبارات القيم الدنيا والقصى لنموذج الإجراءات العلاجية	79.4
385	نسبة الأطفال (0-59 شهرا) الذين عانوا من الاسهال في الأسبوعين السابقين للمسح	80.4
386	نسبة الأطفال (0-59 شهرا) الذين عانوا من الاسهال في الأسبوعين السابقين للمسح حسب معالجتهم بالأملاح المعدنية	81.4

387	نسب الأطفال 0-59 شهر الذين عانوا من الاسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب تلقي معالجة ملائمة للإسهال	82.4
388	نسبة الأطفال (0-59 شهرا) الذين عانوا من التهاب تنفسي حاد خلال الأسبوعين السابقين	83.4
389	نسب الأطفال 0-59 شهر الذين عانوا مما يشتبه أن يكون التهاب رئوي خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب نقلهم إلى مرفق صحي أو تلقوا علاج بالمضادات الحيوية	84.4
390	نسب أمهات الأطفال (0-59 شهرا) حسب معرفتهن للأعراض التي تستدعي النقل الفوري للطفل إلى مرفق صحي	85.4
392	معلومات نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لملاءمة علاج الاسهال حسب بعض العوامل السوسيو-ديموغرافية	86.4
394	معلومات نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لتلقي الاستشارة الطبية ونوعها حسب بعض العوامل السوسيو-ديموغرافية	87.4
398	اختبارات القيم الدنيا والقصى لنموذج تعليم الطفولة المبكرة والتعليم في الابتدائي	88.4
401	النسبة المئوية للأطفال (36-59 شهرا) الملحقين ببرامج التعليم المبكر	89.4
402	النسبة المئوية للأطفال دون 59 شهرا المتلقين لأنشطة تعليمية في الأسرة	90.4
403	نسبة المسجلين في سنة أولى ابتدائي وتابعوا تعليم ما قبل التمدرس في السنة الماضية	91.4
404	النسبة المئوية للأطفال في سن دخول المدرسة الابتدائية الملحقين بالسنة أولى ابتدائي	92.4
405	النسبة المئوية للأطفال في سن المدرسة الابتدائية والملحقين بالمدرسة الابتدائية أو الإكمالية (نسبة الالتحاق الصافي) حسب الجنس ووسط الإقامة	93.4
406	معدل اكمال المرحلة الابتدائية (المؤشر 59)	94.4
407	المقارنة بين الجنسين في التعليم (نسبة الملحقين بالتعليم الابتدائي (المؤشر 61))	95.4
408	معدل الانتقال إلى المرحلة المتوسطة من التعليم (المؤشر رقم 58)	96.4
409	النسبة المئوية للأطفال في سن التمدرس في المتوسط والثانوي والمسجلين في الطور المتوسط أو أعلى (نسبة الالتحاق الصافي)	97.4
410	نسبة تعليم الاناث إلى الذكور في الطور المتوسط (المؤشر رقم 61)	98.4
411	معلومات نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لتلقي الأطفال (43-50 شهرا) تعليماً مبكراً	99.4
412	نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لالتحاق الطفل (5-14 سنة) التعليم الابتدائي وما بعد الابتدائي	100.4

فهرس الأشكال

الرقم	عنوان الشكل	الصفحة
01.2	هرم الأعمار لسكان العالم سنة 2005 (القيم بالآلاف)	59
02.2	نسبة الأطفال (0-14 سنة) في العالم سنة 2005	60
03.2	الهرم العمري النسبي لسكان العالم سنة 2010	61
04.2	عدد الأطفال بين السكان في العالم بالآلاف خلال الفترة 1950-2010	62
05.2	توزيع نسب سكان الفئات العمرية الكبرى للسكان في العالم سنة 2005	64
06.2	توزيع نسب السكان في العالم حسب الفئات العمرية الكبرى وحسب فئات المجموعات الدولية	64
07.2	تطور نسب التحضر في العالم لدى الفئة العمرية 0-19 سنة ما بين 1955 و 2005	66
08.2	توزيع معدلات وفيات الأطفال وآمال الحياة عبر مناطق العالم لسنة 2004	70
09.2	تمثيل مؤشرات الحالة التغذوية للأطفال في العالم خلال الفترة 1996-2004	76
10.2	تمثيل نسب أطفال العالم حسب المقاييس الأنثروبومترية عبر مناطق العالم	83
11.2	توزيع نسب % تغطية الأطفال (6-59 شهر) بالفيتامين "أ" في العالم سنة 2003	84
12.2	توزيع نسب التغطية بالملح المعالج باليود في العالم خلال الفترة 1998-2004	86
13.2	توزيع نسب التغطية بمياه الشرب المحسنة حسب وسط الإقامة في العالم لسنة 2006	91
14.2	نسب التغطية بالصرف الصحي المحسن في العالم حسب وسط الإقامة سنة 2006	92
15.2	نسب التمويل الحكومي لبرامج تلقيح الأطفال (PEV) في العالم سنة 2004	95
16.2	تمثيل نسب التغطية ببرامج التطعيم حسب مناطق العالم سنة 2004	103
17.2	نسب الأطفال (> 5 سنوات) الذين عانوا من الاسهال وتلقوا الاماها الفموية مع متابعة التغذية خلال الفترة 2000-2007	108
18.2	تمثيل نسب الأطفال (> 5 سنوات) الذين عانوا من الأمراض التنفسية الحادة في العالم	113
19.2	تمثيل نسب الأطفال الذين تلقوا الوقاية ضد الملاريا خلال الفترة 2003-2006	117
20.2	نسب الفئات العمرية العريضة في العالم العربي خلال سنتي 1980 و 2000	130
01.3	الهرم العمري لسكان الجزائر حسب تعداد عام 1966	168
02.3	الهرم العمري لسكان الجزائر حسب تعداد سنة 2008	169
03.3	الهرم السكاني النسبي التراكمي لسنتي 1966 و 2008	170
04.3	تطور نسبة الفئة العمرية 0-14 سنة بين سنتي 1960 و 2012	172
05.3	تطور نسب الأطفال الأقل من 15 سنة من اجمالي عدد السكان حسب تعدادات الجزائر	173
06.3	تطور اجمالي عدد السكان في الجزائر من سنة 1960 إلى سنة 2010	174

175	تطور معدلات الولادات والوفيات والزيادة الطبيعية ونسبة الفئة 0-14 سنة من اجمالي السكان بين سنتي 1960 و2012	07.3
176	تطور مؤشر الخصوبة الكلي (ISF) في الجزائر بين سنتي 1960 و2014	08.3
181	تطور معدلات وفيات الأطفال خلال فترات بين سنتي 1967 و1991	09.3
183	تطور معدل وفيات الرضع خلال فترات المسوح الوطنية 1992-2012	10.3
196	تطور المنشآت القاعدية للصحة الجوارية في الجزائر 1974-2010	11.3
197	تطور التغطية الطبية في الجزائر خلال الفترة 1962-2005	12.3
216	توزيع الأطفال دون عامين الذين تلقوا تغذية تكميلية مع الرضاعة الطبيعية وقت المسح حسب نوع التغذية والأعمار (Papfam2002)	13.3
218	توزيع الأطفال دون عامين الذين تلقوا تغذية تكميلية مع عدم الرضاعة الطبيعية وقت المسح حسب نوع التغذية والأعمار (Papfam2002)	14.3
224	التوزيع النسبي لمؤشرات سوء التغذية في الجزائر حسب المسوح الوطنية	15.3
250	مخطط هيكلية الأطوار التعليمية في الجزائر خلال 1990-1993	16.3
251	مخطط هيكلية الأطوار التعليمية في الجزائر خلال 1993-2003	17.3
255	تطور المسجلين ونسبة الإناث في التعليم الابتدائي خلال الفترة 1962-2015	18.3
257	تطور معدل نمو التسجيل في التعليم الابتدائي ما بين سنتي 1962 و2015	19.3
258	تطور المعدل الخام للتسجيل في التعليم الابتدائي من 1972 الى 2015	20.3
259	تطور المعدل الخام لإتمام مرحلة التعليم الابتدائي بين عامي 1972 و2015	21.3
260	تطور عدد القاعات والمعلمين ومعدلات التلاميذ بالنسبة للمعلمين والقاعات	22.3
261	تطور عدد المسجلين في مرحلة التعليم المتوسط حسب الجنس من 1962 إلى 2015	23.3
263	تطور عدد المعلمين ومعدل تغطيتهم في التعليم المتوسط بين سنتي 1962 و2015	24.3
286	الهرم السكاني النسبي للجزائر سنة 2006	01.4
287	الهرم السكاني النسبي للجزائر سنة 2006 (الفئات العمرية)	02.4
288	تمثيل نسب السكان وفق الفئات العمرية العريضة حسب مسح سنة 2006	03.4
314	تطور وفيات الرضع والأطفال في الجزائر حسب مسح سنة 2006	04.4

مقدمة:

يحتل النهوض بصحة وتربية الطفل منذ الولادة وحتى سن المراهقة مكانة متميزة في السياسات الصحية والتربوية، حيث أصبح الاستثمار في مجال صحة وتعليم الأطفال إحدى الثوابت والضمانات الأساسية لأي مجتمع سليم. حيث تسعى معظم الدول جاهدة إلى تحقيق الارتقاء بمؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال من أجل بلوغ الأهداف الوطنية والوفاء بالتزامات الدولية التي تضمنتها مرامي أهداف الألفية الانمائية، وذلك من خلال اعداد البرامج الوطنية الخاصة بصحة الطفل دون سن الخامسة، خاصة على مستوى الرعاية الصحية الأساسية الأولية المتمثلة في البرامج الوطنية للتلقيح وبرامج مكافحة أمراض الاسهال والتهاب الجهاز التنفسي الحادة، ووضع سياسة تعليمية ملائمة تستجيب للمستجدات الديموغرافية. مع اعتماد مختلف هذه البرامج على مقارنة سكانية تستند إلى المعرفة الدقيقة للعوامل الديموغرافية والاجتماعية.

وتشكل صحة الأطفال وتربيتهم إحدى المحاور الرئيسية للبرامج الوطنية في قطاعي الصحة والتربية الوطنية. فقد أنشئ البرنامج الوطني لرعاية الطفولة والأمومة في مطلع سبعينيات القرن الماضي، وقد تم تعزيزه مع تبني البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال سنة 1985، وتعد الوقاية والمتابعة الصحية أهم العوامل التي تساعد على تحسين صحة الأطفال. كما أولت الجزائر أهمية قصوى للتربية والتعليم، يظهر ذلك جلياً في التدابير التي اتخذتها الدولة لإصلاح المنظومة التربوية عبر مختلف المراحل التي مرت بها البلاد منذ استقلالها سنة 1962، وفي الجهود التي بذلتها لإنجاز بنية تحتية ضخمة في قطاع التربية والتعليم، ويعد المرسوم الحكومي المتعلق بالتربية والتكوين الصادر بتاريخ 16 أفريل 1976 الأمر رقم 35-76، الأرضية التي وضعت اللبنة الأولى للمدرسة الجزائرية، أهم مرسوم تعزز به قطاع التربية، فقد حدد هذا المرسوم المبادئ الأساسية للعملية التربوية في الجزائر، كان أهمها تنمية شخصية الأطفال واعدادهم للحياة العملية من خلال اكتساب المعارف العامة والعلمية والتكنولوجية، وتنشئتهم على حب الوطن، والاستجابة للتطلعات الشعبية للعدالة والتقدم، وتجسدت هذه المبادئ من خلال النصوص القانونية التي نصت على مجانية التعليم والزاميته وضمان التعليم لكل طفل جزائري مدة تسعة سنوات دراسية. وتمثلت أهم غايات المنظومة التربوية في اعتبار التربية مصلحة عليا للأمة، وهذا ما يبرز الوعي بأهمية دور التعليم في التنمية الشاملة.

كما تبرز الأهمية التي توليها الدولة لمتابعة الأطفال في مجالي الصحة والتعليم، من خلال المسوح التي أنجزتها لقياس مستويات مختلف مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، قصد سد النقائص وتخطي

العثرات بعد الوقوف على أهم النتائج المتوصل إليها، فقد أنجزت الجزائر بالتعاون مع اليونسيف دورتين سابقتين من المسح الوطني متعدد المؤشرات الذي يستهدف فئة الأطفال لإظهار مختلف المؤشرات الصحية والتربوية، فكانت الدورة الأولى MICS1 سنة 1995، والدورة الثانية MICS2 سنة 2000، بالإضافة إلى المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل لسنة 1992 (PAPCHILD)، والمسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002 (PAPFAM)، اللذان استهدفا فئة الأطفال ووفرا قاعدة بيانات مفصلة حول المتابعة الصحية للأطفال في الجزائر.

ونظرا لأهمية فئة الأطفال وجب الغوص أكثر في واقعها المعاش في مجال الصحة والتربية، وهذا بتسليط الضوء على واقع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، وبناءً على هذا الطرح يهدف هذا العمل إلى تحليل واقع هذه الفئة من السكان، من خلال معالجة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3)، والتعمق في دراسة تحليلية مفصلة للواقع الصحي والتربوي الذي يعيشه الأطفال في الجزائر، بغية تحديد مستويات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال (0-14 سنة) وتسليط الضوء على أهم العوامل الاجتماعية والديموغرافية المؤثرة فيها، مقيدين في ذلك بما جاء في استمارة المسح (MICS3).

يعتمد هذا العمل تحت عنوان "واقع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر حسب المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3)، على أربعة فصول جاءت على النحو التالي:

الفصل الأول، تضمن الإطار النظري والمنهجي للدراسة، تناولنا فيه تحديد الإشكالية وأسباب وأهداف الدراسة، بالإضافة إلى تحديد المفاهيم ومصادر المعلومات، كما تعرضنا فيه إلى المنهج الذي اعتمد عليه هذا العمل لمعالجة الموضوع.

الفصل الثاني، تطرقنا من خلاله إلى وضعية الأطفال الديموغرافية والصحية والتربوية في العالم والوطن العربي، وذلك بعرض أهم المؤشرات المتعلقة بالمتابعة الصحية والتربوية للأطفال عبر مختلف مناطق العالم مروراً بأهم المؤشرات الديموغرافية المرتبطة بالأطفال.

الفصل الثالث، تناولنا فيه تطور الوضع الديموغرافي والاجتماعي للأطفال في الجزائر، حيث تم التطرق إلى تطور مختلف المؤشرات الصحية والتربوية في الجزائر، خاصة منها المتعلقة بالمتابعة الصحية والتربوية للأطفال.

الفصل الرابع، الجانب الميداني للدراسة أين عرضنا وحللنا واقع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، بناءً على معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، موظفين برنامج SAS لاستخراج الجداول المركبة والمعقدة، وبرنامج SPSS في بعض الجداول البسيطة والاختبارات الاحصائية.

الفصل الأول:

الإطار المنهجي للدراسة

1. الإشكالية:

يعد موضوع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال من المواضيع الهامة التي تشغل حيزا هاما في مجال البحوث والدراسات السكانية لدى معظم البلدان في العالم، وتعتبر المؤشرات الصحية والتربوية لدى الأطفال احدى أهم المؤشرات الدالة على مستوى رقي وازدهار البلدان في العالم، وذلك لارتباطها ارتباطا وثيقا بالحالة الصحية والتعليمية السائدة في المجتمع، والإمكانيات الصحية والتعليمية المتاحة للسكان ومستوى معيشتهم، كما تعتبر كل من الصحة والتربية وجهان لعملة واحدة وذلك لشدة ارتباطهما. وتشكل صحة وتربية الأطفال في الجزائر احدى المحاور الرئيسية للبرامج الوطنية في قطاعي الصحة والتربية الوطنية.

تبنّت الجمعية العامة للأمم المتحدة، في 08 سبتمبر من عام 2000 في دورتها الخامسة والخمسين بالقرار رقم 2/55: إعلان ألفية الأمم المتحدة، المرامي الإنمائية للألفية، اشتملت على ثمانية مرامي إنمائية وضعت لعام 2015، تضمنت مرامي مرتبطة بصحة الأطفال والتعليم، حيث تعهدت الدول الأعضاء جميعها (179 دولة) بتحقيق المرامي في آفاق 2015، وتم استخدام بيانات عام 1990 أساساً للقياس (المكتب المرجعي للسكان، 2008، ص ص. 60-61). (أنظر إلى المخطط رقم 01، الملحق 1)

يعتمد نجاح برامج تطوير وتحسين الأوضاع الاجتماعية والصحية للأسرة بصفة عامة، والأطفال بصفة خاصة، أساسا، على بنك معلومات على درجة عالية من الدقة والجودة، وهذا ما يتطلب انجاز دراسات ومسوح دورية متخصصة في هذا الميدان، بغية توفير قاعدة مفصلة من البيانات المتعلقة بالمتابعة الصحية والتربوية للأطفال، قصد الحصول على المعلومات لتقييم وتقويم السياسات التنموية الموجهة لصالح الأطفال، وتسطير واعداد السياسات والبرامج الصحية والتربوية الناجعة، بالإضافة إلى قياس التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف الانمائية للألفية المسطرة.

تلخصت الأهداف الرئيسية لهذا المسح في تزويد رسمي السياسات ومخططي البرامج والباحثين بقاعدة معلومات متكاملة وثرية في مجالات الصحة والسكان والظروف المعيشية لفئة الأطفال، من أجل الاعتماد عليها في وضع السياسات الصحية والخطط والبرامج التنموية التي تستهدف هذه الفئة من السكان. فقد استهدف المسح فئة الأطفال دون الخامسة من العمر (0-59 شهرا)، مخصصا لها استمارة خاصة بها ألّمت بمختلف الجوانب المتعلقة بالمتابعة الصحية والتربوية. اشتملت في شقها الصحي على نموذج الرضاعة

الطبيعية والتغذية التكميلية، نموذج الحالة التغذوية للأطفال، نموذج الإجراءات الوقائية (التطعيم ضد الأمراض)، نموذج الإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة (الاسهال، العدوى التنفسية الحادة).

كما استهدف المسح الأسرة بصفة عامة، حيث تضمنت الاستمارة الخاصة بالأسرة في أحد أقسامها نموذج التربية والتعليم الذي أدرجت فيه أسئلة مفصلة تتعلق بالمتابعة التربوية للأطفال في سن التمدرس (5-14 سنة) في مختلف المراحل التعليمية. كما احتوت استمارة الأسرة على نموذج استهلاك الأسر للملح المعالج باليود. ومن جهة أخرى، استهدف المسح فئة النساء (15-49 سنة)، اشتمل الاستبيان المخصص لهذه الفئة في أحد أجزائه نموذج وفيات الأطفال، غير أن الأسئلة المدرجة تحت هذا النموذج لم تكن مفصلة جيداً، ما جعلها لا تسمح بالتقديرات المباشرة لوفيات الأطفال، والاكتفاء بالتقديرات غير المباشرة.

تهدف هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على واقع المتابعة الصحية للأطفال دون سن الخامسة في الجزائر، والكشف على واقع تعليم الأطفال المبكر في الأعمار 36-59 شهر وكذا تدرس الفئة 5-14 سنة، معتمدين في ذلك على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3) الذي وضع الأطفال تحت الملاحظة، والذي أعطت نتائجه المدرجة في تقريره الرئيسي نظرة شاملة على مختلف مستويات مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر، لكنه أغفل بعض الجوانب ذات الأهمية البالغة التي تساعد على فهم الواقع الصحي والتربوي لهذه الفئة من السكان، بالنظر إلى الكم الهائل للمعطيات الخام التي وفرتها قاعدة بيانات هذا المسح.

ولهذا، تمحورت هذه الدراسة حول معالجة جودة المعطيات التي استندت عليها تقديرات مختلف المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال، وتأكيد مختلف مستويات المؤشرات المدرجة في التقرير الرئيسي للمسح وتصويب بعضها، واستخراج المؤشرات التي أغفلها، مع إظهار مدى تأثير أهم المحددات الديموغرافية والاجتماعية (جنس الطفل، وسط الإقامة، المستوى التعليمي للأم، ومستوى رفاة الأسرة المعيشية) في مختلف مستويات هذه مؤشرات. وهذا من خلال بناء جداول مركبة ومعقدة في بعض الحالات تدرج متغيرات عديدة في نفس الوقت، وتعميق التحليل بربط العناصر ببعضها البعض بتوظيف الطرق الكمية والتحليل متعددة العوامل والاختبارات والنمذجة الإحصائية، مقيدين في ذلك بما جاء في استمارة المسح.

من هنا، تقوم هذه الدراسة على محاولة الإجابة الكافية للتساؤل الرئيسي التالي:

- ما واقع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر حسب المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 وما مدى تأثير مستوياتها بالعوامل الديموغرافية والاجتماعية؟

ويندرج تحت هذا التساؤل مجموعة من التساؤلات الفرعية التي تساعد في الإحاطة بجوانبه المختلفة تلخصت فيما يلي:

1. هل معطيات المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS 3) المتعلقة بملف الطفل ذات جودة عالية؟
2. ما هو الواقع الفعلي لمستويات المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر حسب المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 وما مدى مطابقتها للمؤشرات المدرجة في التقرير الرئيسي للمسح؟
3. ما مدى تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في مستويات مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر حسب معطيات مسح 2006؟

2. الفرضيات:

- ✓ نفترض أن قاعدة المعطيات التي يوفرها هذا المسح ذات جودة ونوعية نظراً لمستوى الجهات التي أشرفت على تنفيذ هذا المسح وخبرتها في مجال الدراسات السكانية.
- ✓ نفترض أن المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر متوفرة بقدر من الكفاية وبمستويات مقبولة، كما أن تقديرات المؤشرات المدرجة في التقرير الرئيسي للمسح تكتسي قدر من الدقة إلا أنها غير كافية وأهملت بعض الجوانب ذات الأهمية البالغة التي تساعد على فهم الواقع الصحي والتربوي للأطفال.
- ✓ تتأثر مختلف مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر ببعض العوامل الاجتماعية والديموغرافية التي وفرتها قاعدة معطيات مسح سنة 2006 مع التباين في كمية التأثير.

3. أسباب اختيار الموضوع:

تم اختيار الموضوع على الأسس التالية:

- مسابقة هذا الموضوع للتخصص.
- توفر المعطيات اللازمة (معطيات خام رسمية لعينة عشوائية ممثلة لمجتمع الدراسة)، بحيث تعتبر المعطيات الشرط الأساسي لكثير من الاعمال والبحوث العلمية الميدانية في مجال الدراسات الديموغرافية.
- عدم التطرق سابقا لدراسة موضوع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر بناءً على معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3)، باستثناء التقرير الرئيسي للمسح.
- قابلية تعرض الفئة محل الدراسة للمخاطر الصحية أكثر من غيرها.

4. أهمية وأهداف الدراسة:

تشكل أهمية البحث البنية الأساسية لتحديد الإطار العام للدراسة، وبما أن لكل دراسة أهداف أو هدف علمي أو عملي، ويمكن تحديد أهداف هذه الدراسة فيما يلي:

- تسليط الضوء على هذه الفئة من السكان لما تمثله من مكانة وأهمية في المجتمع.
- تحديد أهم الخصائص التي تميز هذه الفئة.
- الوقوف عند أهم احتياجات هذه الفئة من المجتمع، في مجالي الصحة والتربية.
- تسليط الضوء على أهم العوامل التي تعترض متابعة الأطفال صحياً وتربوياً.
- المساهمة في إثراء الدراسات التي تهتم بالصحة والتعليم لدى الأطفال.

5. مصادر المعطيات:

تعتمد البلدان المتقدمة في الدراسات السكانية على معطيات محصلة من مصادر التعدادات العامة للسكان بالدرجة الأولى ومصادر بيانات الحالة المدنية بالدرجة الثانية والمسوح الوطنية بالدرجة الثالثة، لأن دقة ومصداقية بياناتها كبيرة جداً، وذلك للتحكم الكبير في عمليات جمع المعطيات، وترتكز الدول النامية والأقل

نمواً أساساً على المسوح الوطنية، لقلة تكلفتها وأهمية نتائجها. فيما تجند الجزائر كغيرها من البلدان عدة مصادر لجمع البيانات السكانية، أهمها الحالة المدنية، التعدادات العامة للسكان والسكن، والمسوح السكانية.

نعتمد في الدراسة الميدانية أساساً على بيانات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3) كمصدر معطيات خام.

ولإثراء الجانب النظري بالمؤشرات ذات العلاقة بالدراسة، اعتمدنا على معطيات ونتائج إحصائية ودراسات من مختلف الهيئات الحكومية والدولية، تمثلت أساساً في التقارير الصادرة عن وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، منشورات وتقارير الديوان الوطني للإحصائيات (ONS)، وتقارير منظمة الأمم المتحدة للطفولة (Unicef)، تقارير ومنشورات المنظمة العالمية للصحة (OMS)، تقارير معهد اليونسكو للإحصاء (UIS).

6. الدراسات السابقة:

لقد حظي موضوع الأطفال بعدة دراسات تناولها العديد من الباحثين من زوايا مختلفة كل حسب تخصصه، أما في موضوعنا سوف نستعرض بعض الدراسات التي تعرضت إلى جوانب مختلفة من موضوعنا، وذلك من خلال تناول أهم ما جاء فيها والنتائج التي توصلت إليها، قصد إثراء بحثنا والاستفادة منها في معالجة بعض المعطيات المتعلقة بموضوعنا.

الدراسة الأولى:

أطروحة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع بجامعة سعد دحلب البليدة، سنة 2012، من اعداد الدكتورة "موساوي سامية"، والموسومة تحت عنوان "سوء التغذية للطفل الجزائري الأقل من عامين: دراسة سوسيوولوجية مقارنة للنمط التغذوي للأمر الريفية والحضرية دراسة ميدانية لولاية البليدة"، حيث كان التساؤل الرئيسي للإشكالية: ما هي أهم المحددات والعوامل السوسيوولوجية، الديموغرافية، والثقافية لسوء التغذية لدى الطفل الجزائري وما هي انعكاساتها على صحة الأم؟

كما تمحورت الأسئلة الفرعية كالآتي:

- ماهي أهم محدّدات سوء تغذية الأطفال الأقل من عامين؟
- ما هي مميزات النمط التغذوي للأمر الريفية وكيف ينعكس ذلك على تغذية ابنها؟

- إلى أي مدى تؤثر الخلفية الثقافية للنمط التغذوي للأم على تغذية ابنها؟
- هل تلعب الثقافة الأسرية دورا في تحديد نمط تغذية الأم الريفية لابنها؟

وخلصت إلى النتائج التالية:

1. خصائص النمط التغذوي للطفل حسب المحيط البيئي للأسرة الريفية والحضرية:

اعتبار العوامل البيئية المرتبطة بالمسكن (نوع المسكن، الأرضية، تواجد المطبخ، مصدر مياه الشرب، الصرف الصحي) أحد أهم أسباب ارتفاع نسب قصر القامة باعتبار أن المسكن البيئية الاولى التي يرتبط بها الطفل ويتأثر بها، وأن المحيط البيئي للطفل لا يحدد نمطه التغذوي.

2. تأثير الثقافة الأسرية الريفية/الحضرية على نمط تغذية الطفل:

أن الأمهات اللاتي يتمتعن بقدر من التعليم والموارد أقدر للاستجابة لاحتياجات الأطفال في حالات المرض وغير ذلك من المشكلات، كما أن تبعية المرأة قد تكون من الأسباب الأساسية المهمة لسوء التغذية، وأن الأطفال والنساء الضحايا الأوائل للفقر وسوء التغذية أين تسود معتقدات تصفي نوعا من الشرعية على مركزهم المتدني في المجتمع.

3. تأثير الخلفية الثقافية للأم الريفية والحضرية على تغذية ابنها:

أن معظم الامهات المبحوثات أجمعن على عدم اتباعهن نظام غذائي بعد الولادة، حيث كان طعامهن هو نفس الطعام المعتاد الذي تأكل منه الأسرة. وأن العادات الاجتماعية تدعو إلى الزواج المبكر، وزيادة عدد الأطفال، بسبب عدم الوعي بأهمية تنظيم الأسرة وإهمال وسائل تنظيم الأسرة، كما تعاني كثير من الأمهات من الأمية ونقص الثقافة والوعي بمفهوم بناء الأسرة. كما يبقى التعليم والعمل أهم عنصرين غيرا وضع المرأة.

4. نمطية تغذية الطفل من خلال الخصائص السوسيوثقافية:

الأم الريفية أكثر تشجيعا للرضاعة الطبيعية مقارنة بالأم الحضرية، حيث لا تزال أحسن طريقة لضمان تغذية سليمة للطفل، لما لها من دور هام في صحة الأطفال. كما لاحظت عدم ثقة كل من الام الريفية أو الحضرية بدور المراكز الصحية في علاج الأطفال، ما يدفع لاستعمال الاعشاب الطبيعية دون المعرفة بخطورة

هذه الأعشاب المستمدة من مصادر غير موثوقة. بالإضافة الى نقص في وعي الأم في طرق تقديم الأعشاب الطبيعية لطفلها، وإلى نقص في دور المراكز الصحية في توعية الأم بكيفية رعاية طفلها من سوء التغذية.

الدراسة الثانية:

دراسة "عمران أحمد" الموسومة تحت وفيات الأطفال الرضع في القطاع الصحي لمنطقة بني مسوس بالجزائر. وهدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على مستويات معدلات وفيات الأطفال الأقل من سنة في الفترة 1970-1974، وكشف المحددات الاجتماعية والاقتصادية للظاهرة، وقياس مدى تأثير البيئة الصحية في وفيات الأطفال. (AMRANE, 1975)

اعتمد هذا الباحث في دراسته على سجلات الحالة المدنية المتعلقة بالأطفال المتوفين وسجلات الوفيات بمستشفى بني مسوس. وتوصل بعد معالجة وتحليل تلك المعطيات الإحصائية إلى النتائج التالية:

- تتأثر ظاهرة وفيات الأطفال بأمراض الاسهال وسوء التغذية.
- تأثير خصائص المسكن الملائم والتزود بالمياه الصالحة للشرب في وفيات الأطفال.
- وجود علاقة بين ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الرضع وبعد المسافة عن المراكز الصحية، حيث ارتفعت معدلات الوفيات بالمناطق السكانية البعيدة عن المرافق الصحية.

الدراسة الثالثة:

La thèse de "Lasme Jean Charles Emmanuel ESSO", La mortalité des enfants en COTE-D'IVOIRE : Niveaux, Tendances et différences sociales. Thèse pour obtenir le grade de docteur de l'université Paris 1, discipline démographie, 2010.

تناولت هذه الأطروحة تطور مستويات وفيات الأطفال واتجاهاتها والفوارق الاجتماعية المحددة لها في الكوديفوار، فتطرق صاحب هذه الدراسة إلى تأثير العوامل الديموغرافية والسوسيو-اقتصادية في مستويات وفيات الأطفال بساحل العاج (الكوديفوار). واستخدم المتغيرات التابعة التالية:

- وفيات الرضع ((La mortalité infantile (Mi))، وفاة الطفل قبل عيد ميلاده الأول؛

- وفيات الأطفال ما بين سنة وأربعة 4 سنوات ماضية (La mortalité juvénile (Mj))، وفاة الطفل بين عيد ميلاده الأول وأربعة سنوات منقضية؛
 - وفيات الأطفال ما بين الولادة وقبل اتمامهم خمسة سنوات من العمر (La mortalité info-juvenile (Mij))، وفاة الطفل بين الميلاد وعيد ميلاده الخامس.
- ورمزت اقتراحات الإجابة في كل متغير بالدليل 1 في حالة الإجابة بـ: "نعم" (وفاة الطفل حسب كل حالة عمرية)، وبالدليل 0 في حالة الإجابة بـ: "لا".
- فيما تمثلت المتغيرات المستقلة أو المفسرة في عوامل ديموغرافية، وسوسيو-اقتصادية، وعوامل مرتبطة بسلوك الأمهات تجاه الاستشارة الطبية وظروف الولادة، كما يلي:

■ العوامل الديموغرافية:

- **جنس الطفل:** لما يحمله من اختلاف بيولوجي.
- **عمر الأم عند الولادة:** حددت ثلاث فئات عمرية للأمهات، أقل من 20 سنة، بين 20 و34 سنة، و35 سنة وأكثر.
- **رتبة ولادة الطفل:** اعتمدت ثلاثة اقتراحات للاستجاب حول رتبة المولود، الرتبة 1، الرتبة 2-3، الرتبة 4 أو أكثر.
- **المدة الفاصلة بين الولادات:** حددت بالمدة الفاصلة بين ولادة الطفل والولادة السابقة له، وتوزعت المدد الثلاثة المقترحة للاستفسار بين أقل من عامين، و2-3 سنوات، و4 سنوات أو أكثر.

■ العوامل السوسيو-اقتصادية:

- **وسط الإقامة:** تمثل في وسط الإقامة الحصري، ووسط الإقامة الريفي، لخصوصية كل وسط بالنظر لبيئة الطفل وتوفر المرافق الصحية ونمط الحياة.
- **نمط التزود بمياه الشرب:** تمثل في المصدر الرئيسي لتزود الأسرة بالمياه، حيث دللت الإجابات باقتراحين، الأول مياه صالحة للشرب (Eau potable)، الثاني مياه لا ينصح بها (Eau non conseillée). وحددت المياه الصالحة للشرب في مياه الحنفية داخل المنزل، ومياه الحنفية العمومية، فيما حددت المياه غير المنصوح بها بمياه البئر، مياه الينابيع، الأنهار والوديان، البحيرات والبرك.

- **نمط الصرف الصحي وخصائص المسكن:** شمل ارتباط نمط المرحاض بمختلف خصائص المسكن المتعلقة بنوع السقف، ونمط الأرضية، والجدران.
- **المستوى التعليمي للأمهات:** استفسرت الأمهات حول مستواهن التعليمي، وفق الاقتراحات التي توزعت بين دون مستوى، مستوى ابتدائي، ومستوى ثانوي وأكثر.

■ العوامل المرتبطة بسلوك الأم:

- **الاستشارات الطبية أثناء الحمل:** تعلق الأمر بعدد الاستشارات الطبية التي تلقتها الأم أثناء الحمل، حيث اقترحت ثلاث إجابات على هذا السؤال وفق عدد الزيارات الطبية، حيث تمثلت في: عدم الاستشارة (ولا استشارة)، أقل من ثلاث (03) زيارات طبية، ثلاثة زيارات طبية وأكثر.
- **مكان الولادة:** استفسرت النسوة عن مكان ولادة الطفل محل الملاحظة، واقترح جوابين على هذا السؤال، تمثل الأول في الولادة بالمستشفى أو ركز صحي، في حدد الاقتراح الثاني بالولادة في المنزل.

وخلصت هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

- يؤثر متغير الجنس في وفيات الأطفال (0-5 سنوات)، حيث سجلت وفيات الأطفال الذكور أكثر من وفيات صغار البنات، عموماً تتوفى 08 اناث مقابل 10 ذكور قبل أن يشهدوا عيد ميلادهم الخامس. كما شهدت ظاهرة وفيات حديثي الولادة حدة لدى الذكور مقابل الاناث (الذكور: 52%، الاناث: 32%) حيث يموت 10 صبيان ذكور قبل بلوغهم اليوم الثامن والعشرون (28) من أعمارهم مقابل ستة (06) حديثات الولادة (إناث). وتتقارب احتمالات وفيات ما بعد حديثي الولادة بين الجنسين.
- أثبتت معالجة وتحليل وفيات الأطفال وجود فروق ذات دلالة إحصائية لاحتمالات وفيات الأطفال حسب عمر الأم عند الولادة. حيث كانت الفروق معنوية إحصائياً بين الأمهات الشابات أو الكبيرات في السن والأمهات متوسطات السن. إذ يموت أكثر من عشرة (10) أطفال قبل عيد ميلادهم الخامس لدى النسوة الأكثر شباهاً مقابل سبعة (07) لدى النساء في الفئة العمرية 20-29 سنة. كما يموت أطفال النساء الكبيرات في السن بأعداد أكثر خلال الشهر الأول من حياتهم.
- توصل إلى تأثير رتبة المولود في معدل وفيات الأطفال، حيث تجاوز معدل وفيات الأطفال أصحاب رتبة الولادة السابعة وأكثر المقدار 170% مقابل 115% لدى الأطفال ذوي الرتبة الثانية (2) والثالثة (3)، تضاعف المعدل بـ: 1,5 مرة.

- كلما كان المستوى التعليمي للأم كلما ارتفع احتمال وفاة الطفل قبل بلوغه السنة الخامسة من العمر، حيث تضاعف خطر وفاة الأطفال لدى الأمهات من دون مستوى بأكثر من 1,5 مرة مقارنة بصاحبات المستوى التعليمي الثانوي وأكثر.
- تؤثر الاستشارة الطبية أثناء الحمل في وفيات الأطفال، حسب نتائج النموذج اللوجستي أو اللوجيتي الذي أعتمد في التحليل (التحليل أحادي المتغير)، حيث كانت الإجابة بعدم تلقي أي استشارة حول الحمل احدى العوامل المحددة المستقلة للمتغير التابع المتمثل في وفيات الأطفال. إلى جانب محددات أخرى شملت رتبة المولود (الأولى، السابعة وأكثر)، المدة الفاصلة بين الولادتين (أقل من عامين)، المستوى التعليمي (دون مستوى).
- وجود تمايز في وفيات الأطفال بين وسطي الإقامة، حيث كانت الفروق بين الوسطين في نفس مستوى الفروق بالنظر إلى المستوى التعليمي للأمهات، والاستشارة الطبية خلال الحمل.

وأشار صاحب هذ العمل في الأخير إلى تعذر تحليل ظاهرة وفيات الأطفال حسب مستويات فقر الأسر، بسبب مجموعة من العراقيل والصعوبات في تحصيل المعطيات المتعلقة بالفقر. كما تعرض في الجانب النظري لهذه الدراسة إلى أهم العوامل المحددة لظاهرة وفيات الأطفال دون الخامسة بصفة مباشرة، والتي تمثلت أساساً في تطعيم الأطفال ضد الأمراض السارية، وتغذيتهم، واستشارة الأمهات حول أمراض الطفولة (الاسهال والامراض التنفسية) وسبل معالجتها. غير أنه لم يتناول هذه المحددات في الجانب الميداني، ربما لعدم توفر قاعدة بيانات مفصلة حول هذه العوامل.

فيما تمثلت التوصيات المقدمة من أجل مكافحة وفيات الأطفال في سن مبكرة في تحسين المستوى المعيشي للسكان (تحسين محيط الطفل) وتنمية المصالح الصحية المتعلقة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تعليم صغار الاناث وتقليص معدلات الأمية في أوساط النساء، تشجيع النساء لخفض عدد الأطفال، حث النسوة على المباشرة بين الولادات ومتابعة الحمل في حال حصوله بالاستشارات الطبية.

الدراسة الرابعة:

أطروحة لنيل شهادة دكتوراه العلوم في علم الاجتماع، من اعداد الطالبة "فطيمة صدراتي" بجامعة محمد خيضر بسكرة، سنة 2014، والموسومة تحت "واقع الصحة المدرسية في الجزائر من وجهة نظر الفاعلين

في القطاع، دراسة ميدانية بوحداث الكشف والمتابعة والمدارس الابتدائية والمؤسسات العمومية للصحة الجوارية بولاية بسكرة.

وتلخص التساؤل الرئيسي للدراسة هو: ما واقع الصحة المدرسية بالمدارس الابتدائية في ولاية بسكرة؟ وتمحورت التساؤلات الفرعية كما يلي:

1. هل يحظى تلميذ المدرسة الابتدائية بولاية بسكرة بالرعاية الصحية الكافية؟ وهل تختلف باختلاف متغيرات الجنس، السن، الخبرة المهنية، المنطقة، الانتماء للمجالس الصحية؟
2. ما مستوى التربية الصحية بالمدارس الابتدائية في ولاية بسكرة؟ وهل يختلف هذا المستوى باختلاف المتغيرات التالية: الجنس، السن، الخبرة المهنية، المنطقة، الانتماء للمجالس الصحية؟
3. هل تعتبر بيئة المدرسة الابتدائية بولاية بسكرة بيئة صحية بالنسبة للتلاميذ؟ وهل تختلف باختلاف متغيرات الجنس، السن، الخبرة المهنية، المنطقة، الانتماء للمجالس الصحية؟

وخلصت إلى النتائج التالية:

1. يحظى تلميذ المدرسة الابتدائية بالرعاية الصحية الكافية داخل المؤسسات التربوية بدرجة عالية، ولا تختلف باختلاف متغيرات الجنس، السن، المنطقة، الانتماء للمجالس الصحية، ما عدى الخبرة المهنية.
2. التربية الصحية المدرسية بالمدارس الابتدائية تقدم للتلاميذ بدرجة ضعيفة، ولا يختلف هذا المستوى باختلاف متغيرات الجنس، السن، الخبرة المهنية، المنطقة، الانتماء للمجالس الصحية.
3. تمثل البيئة المدرسية داخل المدارس الابتدائية بيئة صحية للتلاميذ، وبدرجة عالية، ولا تختلف باختلاف متغيرات الجنس، السن، الخبرة المهنية، المنطقة، الانتماء للمجالس الصحية.

وخلصت في الأخير إلى أن الصحة المدرسية في المؤسسات التربوية تمارس بمستوى عالي وذلك بالنظر إلى البيئة الصحية وكذلك الرعاية الصحية إلا أن الصحة المدرسية ومن خلال مجال التربية الصحية تعاني من الضعف. وبالتالي يمكن القول أن الصحة المدرسية تمارس على مستوى عال إلا أنه يجب الاهتمام بمجال التثقيف والتوعية الصحية للتلاميذ.

الدراسة الخامسة:

Koura DIALLO : L'influence des facteurs familiaux, scolaires et individuels sur l'abandon scolaire des filles en milieu rural, de la région de Ségou, Mali, thèse de doctorat université de Montréal spécialité sciences de l'Education, QUEBEC CANADA, 2001.

هدفت هذه الدراسة إلى تسليط الضوء على مستويات تدرس الاناث بإقليم "سوجو" بدولة مالي، بالتعرض لمختلف العوامل الاجتماعية والاقتصادية والديموغرافية، فتطرق صاحب الدراسة في البداية بدراسة وصفية شملت سلوك الأولياء والمعلمين تجاه المتسربات والمستمرات في التمدرس، ثم مقارنة المتوسطات باستخدام اختبار "t" لعينتين حسب موازين مواقف الأولياء تجاه بناتهم، ومقارنة المتوسطات المتعدد باستخدام اختبار "f" أو "ANOVA" لمجموعة من المتغيرات المشتركة بين المواصلات للدراسة والمتسربات.

بالإضافة إلى قياس الارتباط بين المتغيرات المشتركة، تمثلت في حساب معامل الارتباط، من خلال مجموع مختلف الإجابات، بين المواقف الفردية، للأولياء، والمعلمين. ثم قياس الارتباط بين المواقف الشخصية للأمهات والآباء من جهة، بين الأمهات والمعلمين من جهة أخرى، بالنظر لمواصلة الدراسة لدى البنات.

وتحديد الارتباطات بين المتغيرات المقاسة لدى المستمرات في التمدرس. وقياس الارتباط بين المواقف الشخصية للأمهات والآباء، والارتباط بين مواقف الأمهات والمعلمين، بالنظر إلى المتسربات من الدراسة. ثم قياس الارتباطات بين مختلف المتغيرات المقاسة لدى المتسربات من الدراسة.

ومن أجل الدراسة التحليلية قامت بتوظيف نموذج الانحدار اللوجستي الذي يتلاءم مع المتغيرات الكيفية، حيث يضبط مدى تأثير المتغيرات المستقلة في تفسير المتغير التابع. توصلت صاحبة هذه الدراسة إلى النتائج التالية:

• سلوك الأولياء تجاه تدرس بناتهم:

- الاهتمام بالمدرسة والتمدرس: باستخدام اختبار "t" اثبتت وجود فروق ذات دلالة إحصائية عند مستوى خطأ 1% بين المتدربات والمتسربات بالنظر إلى سلوك ومواقف الأولياء أو مستويات اهتمامهم بالدراسة. حيث اعتبرت أن عدم اهتمام الأولياء ولا مبالاهم بتمدرس بناتهم، ثالث أهم مسببات التخلي

عن الدراسة لدى البنات. كما أشارت إلى عدم استكمال دراسة الاناث بعد مستوى السادسة من التعليم الابتدائي بسبب الاشغال المنزلية لدى العائلات كبيرة الحجم، بتأثير من الأولياء وضغوط الأجداد، من اجل التوجه إلى مستقبل المكوث بالبيت الذي يستوجب تأهيلاً في الطبخ والأمور المتعلقة بشؤون المنزل. وتنتشر هذه السلوكيات حسب هذه الدراسة بأكثر حدة في المناطق الريفية. كما اعتبرت اعداد الأولياء لتجهيز زواج بناتهم من لأهم الأسباب التي تؤدي إلى تخلي البنات عن الدراسة، حيث يطلب في غالب الأحيان الأولياء من المعلمين منح بناتهم أسوأ العلامات لتحويل دون تنقلهم إلى المرحلة الثانوية من التعليم.

- **تشجيع الأولياء بناتهم ومتابعتهن في انجاز الواجبات المنزلية والفروض:** بعد استخدام اختبار "t" ثبت وجود فروق معنوية احصائيا بين المستمرات في التمدرس والمتسربات بالنظر إلى تشجيع الأولياء ومتابعتهن للفروض المنزلية لبناتهم. حيث لم تتلقى أغلب المتسربات من الدراسة أي عون أو سند أو متابعة لواجباتهن وفروضهن المنزلية. ووجدت الباحثة علاقة قوية بين تشجيع الأولياء لبناتهم واهتمام الأولياء بالتمدرس، مع وجود كذلك علاقة بين متابعة الأولياء والتحصيل الدراسي. غير أن هذا العامل لم يكن من العوامل الأربعة الأولى الأكثر تنبؤاً وتأثيراً في التسرب المدرسي لدى الاناث حسب معاملات الانحدار اللوجستي.

- **تعاون وتواصل الأولياء مع المدرسة:** خلصت الدراسة إلى وجود فروق إحصائية دالة (اختبار t) بين المتمدرسات والمتسربات بالنظر إلى تواصل وتعاون الأولياء مع المدرسة. خاصة بوسط الإقامة الريفي حيث يعتبر الأولياء أن مسؤولية التحصيل تقع كاملة على عاتق المدرسة والمعلمين. وأشارت إلى أن مختلف الدراسات ذات الصلة أشارت إلى الوقع الإيجابي لمشاركة الاولياء في النشاطات المدرسية على التحصيل الدراسي للأطفال.

• سلوك المعلمين ومواقفهم تجاه تمدرس البنات:

- **الاهتمام بتمدرس الاناث:** يتصرف المعلمون على غرار الأولياء في وسط الإقامة الريفي في مالي باعتبار العائلة والمدرسة بيئتان متوازيتان، ويعتبرون انه لا أهمية لإقحام الأسرة في الحياة المدرسية. حيث أثبتت هذه الدراسة بعد اختبار "t" وجود دلالة إحصائية بين المتمدرسات والمتسربات بالنظر إلى موقف المعلمين من مواصلة الاناث للدراسة. ووجدت أن موقف المعلمين من تمدرس الإناث مثل أهم متغير تنبئي مؤثر أو مسبب لتخلي البنات عن دراستهن.

- تشجيع ومتابعة المعلمين للواجبات والاعمال داخل القسم: توصلت إلى وجود فروق ذات معنوية إحصائية (اختبار t) بين المتمدرسات والمتسربات بالنظر إلى متغير تشجيع ومتابعة المعلمين لت مدرس الاناث، خاصة في الوسط الريفي. غير أن هذا المحدد لم يكن المتغير التنبئي أو المفسر الأحسن لتفسير تخلي الاناث عن الدراسة حسب نموذج الانحدار اللوجستي.
- التواصل والتعاون بين المعلمين والأسرة: وجود فروق إحصائية دالة بين المواصلات للدراسة والمنفصلات عنها بالنظر إلى التواصل والتعاون بين المعلمين وعائلات التلميذات، وذلك حسب نتائج اختبار t. وكان تفسير هذا المتغير للانحدار اللوجستي الذي يقيس التسرب المدرسي للإناث ضعيفاً، حيث بلغ معامل التحديد المقدار $R^2 = 0,30$.

• المواقف الفردية للإناث:

- الدوافع والطموحات التعليمية والآفاق المستقبلية: أثبتت الدراسة وجود فروق إحصائية دالة بين المتمدرسات والمنفصلات بعد اختبار إحصائية t، بالنظر إلى التحفيزات والدوافع التي تتلقاها المتمدرسات من قبل عائلاتهن ومدارسهن.
- المواقف تجاه العمل المدرسي: يؤثر عامل المواقف حيال العمل المدرسي في مستوى التسرب المدرسي، وهذا ما تم اثباته بعد اخضاع هذا المتغير لاختبار t الذي أعطى معنوية إحصائية للفروق الموجودة بين المتمدرسات والمنفصلات عن الدراسة بالنظر إلى متغير المواقف من العمل المدرسي.
- استراتيجيات الأسرة والمدرسة: تتمتع الفتيات بريف مالي بقدرة ضئيلة للغاية في مقاومة قرارات الوالدين تجاه مواصلة التعليم من عدمه. وكانت نتائج اختبار t دالة إحصائياً في وجود فروق بين المتمدرسات والمتسربات حسب متغير استراتيجية الأسرة والمدرسة، حيث تمثلت هذه الاستراتيجية في التأثير على إدراك الاناث الأمور المتعلقة بمواقفهم واستعداداتهم وتطلعاتهم الأكاديمية والثقة فيما يعملونه.

الدراسات السابقة الأخرى التي اعتمدت في هذا العمل:

اعتمدنا في هذا العمل على نتائج التحقيقات أو الدراسات المسحية للسكان التي قامت بها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بالتعاون مع كل من الديوان الوطني للإحصائيات (ONS)، والمركز الوطني للدراسات والتحليل الخاصة بالسكان (CENEAP)، المعهد الوطني للصحة العمومية التابع لوزارة الصحة والسكان. وتبلورت هذه الدراسات ضمن التقارير الرئيسية للمسوح التالية:

- المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل لسنة 1992 (Papchild): تطرق إلى المتابعة الصحية للأطفال والنساء.
 - المسح الوطني حول أهداف نصف العشرية لسنة 1995 MICS1 (MDG): تناول مختلف المؤشرات للمتابعة الصحية للأطفال والنساء، إلى جانب مختلف المؤشرات المتعلقة بالمتابعة التربوية للأطفال في سن التمدرس.
 - المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002 (Papfam): اشتمل على ستة ملفات تمثلت في ملف الأسرة، ملف الولادات (متابعة صحة الأطفال)، ملف الخصوبة، ملف الشباب، ملف كبار السن.
 - المسح الوطني حول أهداف نهاية العشرية لصحة الأم والطفل لسنة 2000 MICS2 (EDG): تطرق إلى مختلف المؤشرات المشار إليها في مسح سنة 1995، حيث أنجزت هذه المسوح لقياس مستوى احراز التقدم في تحقيق أهداف الألفية، وهي متشابهة في مختلف المسوح العنقودية متعددة المؤشرات MICS.
 - المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3): وهو المسح الرئيسي الذي اعتمدنا على معطياته الخام لإنجاز هذا العمل، كما سنعتمد على نتائجه لمقارنتها مع نتائج دراستنا.
 - المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2012-2013 (MICS4): الذي يعتبر دورة أخرى من دوريات هذا النوع من المسوح، التي تقيس مستويات تطور مختلف المؤشرات الصحية للأطفال والنساء ومختلف المؤشرات التربوية للأطفال من هم في سن التمدرس الإلزامي.
- وسوف نتطرق في هذا العمل بالتفصيل إلى مختلف المؤشرات التي أدرجت في تقاريرها الرئيسية، والمتعلقة أساساً بالمتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر.

7. المنهج المتبع:

يعتبر المنهج الذي يعتمد عليه الباحث في دراسته من أساسيات البحث العلمي، فهو الذي يوجه الباحث في مختلف مراحل بحثه، ويتم اختياره حسب طبيعة المشكلة المراد دراستها وإيجاد تفسير لها، وبما أن هذه الدراسة هي تحليل واقع الأطفال الصحي والتربوي، فسوف نعتمد على المنهج الوصفي وكذا المنهج التحليلي الإحصائي وذلك باستخدام الطرق الرقمية والرياضية في معالجة البيانات، وهذا لوصف وتحليل واقع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال وفق معطيات المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3). بالإضافة

إلى ذلك سنعتمد على المنهج المقارن بغرض مقارنة بين النتائج المسجلة في التقرير الرئيسي للمسح (MICS3) والنتائج والتقديرات التي سنستخلصها من خلال معالجة البيانات الخام لهذا المسح، والمحسوبة باستخدام برنامجي نظام الاعلام الآلي SAS و SPSS.

يقوم المنهج الوصفي أساساً على وصف الظاهرة أو الموضوع محل البحث والدراسة، على أن تكون عملية الوصف تعني بالضرورة تتبع الموضوع ومحاولة الوقوف على أدق جزئياته وتفاصيله، والتعبير عنها تعبيراً إما كيفياً أو كمياً، التعبير الكيفي بوصف حال الظاهرة محل الدراسة، والتعبير الكمي عن طريق الاعداد والتقديرات والدرجات التي تعبر عن وضع الظاهرة وعلاقتها بغيرها من الظواهر. (عياد، 2006، ص. 61)

كما يعرف المنهج الوصفي على أنه مجموع الإجراءات البحثية التي تتكامل لوصف الظاهرة أو الموضوع اعتماداً على جمع الحقائق والبيانات وتصنيفها ومعالجتها وتحليلها تحليلًا كافياً ودقيقاً لاستخلاص دلالتها والوصول إلى نتائج أو تعميمات عن الظاهرة. (صالح الرشيد، 2000، ص. 59)

وهو أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة عن ظاهرة أو موضوع محدد من خلال فترة أو فترات زمنية معلومة من أجل الحصول على نتائج عملية ثم تفسيرها بطريقة موضوعية وبما ينسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة. (عبيات، أبو نصار، وعقلة، 1999، ص. 46)

يقوم الباحث في منهج المقارنة بالموازنة بين المتغيرات في الموضوع محل الدراسة، وذلك بين مجموعات أو عينات في نفس الوقت، أو على مستوى موضوع واحد لكن بين فترات زمنية مختلفة، وذلك حتى يتمكن من تحديد أوجه التشابه والاختلاف، فالمنهج العرضي يقوم على المقارنة بين متغيرات في الموضوع، لكن بين مستويات أو مجموعات أو عينات مختلفة، وفي سياق زمني واحد. بينما يقوم المنهج الطولي على التتبع الزمني للموضوع، فهو يتضمن الإجراءات المتعلقة بدراسة التغيرات التي تحدث في الظاهرة أو الموضوع خلال فترة زمنية معينة. (عياد، 2006، ص. 72)

8. المعاينة المعتمدة في المسح (MICS3):

اعتمدت المعاينة حسب ما جاء في التقرير الرئيسي للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، على الأسس العلمية والمنهجية التالية: (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، 2009، ص ص، 21-24)

- تحوي الجزائر 48 ولاية و 547 دائرة و 1541 بلدية، حيث تعد الولاية أكبر وحدة إدارية تتشكل من عدة دوائر والتي تتكون بدورها من مجموعة البلديات، وتتوزع البلدية على عدة مقاطعات سكانية، تضم كل واحدة منها حوالي 1100 ساكنا في التجمعات السكانية الرئيسية (ACL) والثانوية (AS) و 600 ساكنا في المناطق المبعثرة (ZE)، حيث تشكل المقاطعات والأسر التي تقطنها قاعدة معاينة لمدة عشر سنوات. مثلت كل مقاطعة عنقود قصد توظيف عينة عنقودية، وذلك بعد سحب وحدات المعاينة الأولية أو المناطق الفرعية وفق عينة طبقية على مرحلتين.
- شملت قاعدة المعاينة مجموع الأسر العادية والجماعية التي تم احصاؤها في الإحصاء العام للسكان والسكن لسنة 1998، ولضرورة توفير المعلومات الإحصائية بالوسطين الحضري والريفي، تم ترتيب مجموع عناوين الأقاليم حسب تقسيم ثنائي بين حضري وريفي.
- استهدف هذا المسح فئتا الأطفال دون خمس سنوات والنساء اللاتي تراوحت أعمارهم ما بين 15 و 49 سنة بالدرجة الأولى، وباقي الأطفال والأسر المعيشية والمساكن بدرجة ثانية.
- تم حساب حجم العينة بما يحقق تمثيلا على المستوى الجهوي، وعليه تم تقسيم التراب الوطني الى أربعة مناطق صحية أقرتها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات على النحو التالي:
- **المنطقة الصحية للوسط وتضم 11 ولاية:** الجزائر العاصمة، تيزي وزو، بجاية، البويرة، بومرداس، البليدة، المدية، تيبازة، عين الدفلى، تيسمسيلت، الشلف.
- **المنطقة الصحية للشرق وشملت 16 ولاية:** قسنطينة، سطيف، عنابة، باتنة، أم البواقي، قالمة، سكيكدة، جيجل، تبسة، سوق اهراس، الطارف، بسكرة، برج بوعريش، المسيلة، خنشلة، ميلة.
- **المنطقة الصحية للغرب وتتكون من 11 ولاية:** وهران، تلمسان، عين تموشنت، سيدي بلعباس، معسكر، سعيدة، تيارت، البيض، النعامة، مستغانم، غليزان.
- **المنطقة الصحية للجنوب واحتوت على 10 ولايات:** ورقلة، غرداية، الوادي، الاغواط، الجلفة، بشار، أدرار، تندوف، تمنراست، اليزي.
- تم اختيار نسبة الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين يعانون من نقص القامة، كمتغير للقياس تم على أساسه حساب حجم العينة، مع الأخذ بعين الاعتبار المقاييس التالية:
- $r =$ أدنى نسبة سائدة لدى الأطفال الذين يعانون من نقص في القامة والمقدرة بحوالي 19% في إحدى المناطق الأربعة للبلاد؛

- 4 = عامل يمكن من بلوغ نسبة ثقة محتملة تصل 95%؛
- f = أثر التصميم الذي يقارب 1.5%؛
- 1,1 = العامل الضروري لزيادة حجم العينة بحوالي 10% لمعالجة أثر نسبة عدم الاستجابة.
- e = هامش الخطأ المسموح به 8,45%؛
- P = نسبة الفئة المستهدفة من مجموع السكان وتقارب 9%؛
- n_h = متوسط حجم الاسرة المقدر بحوالي 5,9.

وحدد حجم العينة على مستوى كل منطقة بـ: 7372 أسرة وعدد 7372 * 4 = 29488 أسرة بالنسبة للمناطق الأربعة المحددة، وتم حساب حجم العينة وفق الصيغة الموالية:

$$n = 4 (r) (1 - r).f.(1,1) / [(er)^2 .p.n_h]$$

- تم تصنيف المناطق الصحية الأربعة (وسط، شرق، غرب، جنوب)، قصد الحصول على بيانات عالية الدقة، إلى مناطق فرعية حسب المعايير المبينة أدناه المستخرجة من الاحصائيات التي وردت في تعداد سنة 1998، ومن المسوح التي أجريت، وعلى بيانات الحالة المدنية:
- معدل الخصوبة الكلي؛
- نسبة الأمية؛
- الربط بشبكة المياه؛
- نسبة السكان القاطنين بالمناطق المبعثرة.

وذلك لارتباطها القوي بالظواهر المراد تحليلها على مستوى كل ولاية، لأن الولايات المشكلة لكل منطقة صحية غير متجانسة تماما في العديد من المؤشرات الاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بأهداف المسح. كما يسمح هذا التصنيف بتقليص هامش الخطأ لمختلف المؤشرات، كما تم الحرص على توزيع العناقيد حسب وسط الإقامة الحضري والريفي في كل منطقة فرعية وكذلك على المستوى الوطني بشكل يوفر عينات جهوية تشكل مجتمعة العينة الوطنية الكلية.

- وتم توزيع حجم العينة على كل منطقة صحية حسب عدد المناطق الفرعية التي احتوتها، حيث تضمنت كل منطقة فرعية 34 عنقود متساوية الأحجام، حيث حدد حجم العنقود عند 51 أسرة. فتوزع حجم العينة على المناطق الصحية الأربعة على النحو التالي:

- منطقة الوسط: 05 مناطق فرعية، 170 عنقود، 8670 أسرة؛
- منطقة الشرق: 05 مناطق فرعية، 170 عنقود، 8670 أسرة؛
- منطقة الغرب: 04 مناطق فرعية، 136 عنقود، 6936 أسرة؛
- منطقة الجنوب: 03 مناطق فرعية، 102 عنقود، 5202 أسرة.

- تم اجراء المسح باستخدام عينة طبقية وعنقودية على مرحلتين:

▪ المرحلة الأولى: سحب عشوائيا وحدات المعاينة الأولية أو العناقيد لكل منطقة فرعية، التي تتكون من 34 عنقودا.

▪ المرحلة الثانية: سحب وحدات المعاينة الثانوية أو الأسر التي يبلغ عددها 51 أسرة لكل عنقود، وهو ما يعادل 1734 أسرة في كل منطقة فرعية.

- كما تم تحيين أو تحديث كل عناقيد العينة المسحوبة قصد احصاء جميع المساكن والأسر المشكلة لها لمعرفة كل عنقود في العينة قبل بدء جمع البيانات في الميدان.

انطلقت عملية جمع البيانات يوم 25 مارس 2005 وتواصلت لمدة شهرين وثلاث اسابيع. فبلغ حجم العينة في الميدان 29476 أسرة و 47612 امرأة و 15000 طفل شملهم المسح. وبلغ عدد الاستبيانات المستوفاة كالاتي:

✓ 29008 استبيان أسرة بنسبة استجابة بلغت 98.4% (97.9% في الحضر و 99.2% في الوسط الريفي)؛

✓ 43670 استبيان امرأة بنسبة استجابة وصلت 91.6% (91.5% بالحضر و 91.8% بالوسط الريفي)؛

✓ 14593 استمارة خاصة بالأطفال باستجابة حددت عند النسبة 97.3% (96.8% بالوسط الحضري مقابل 97.9% في الريف).

9. تحديد المفاهيم:

يسمح تحديد المفاهيم بتوضيح المميزات والخصائص النظرية لجوانب أو محددات موضوع أو عمل علمي أكاديمي، كما تسمح المعرفة بهذه الميزات بفهم أحسن وأدق للموضوع محل الدراسة، وتوضح الرؤية عند البحث والتحليل. وتعتبر عملية تحديد المفاهيم من الخطوات الأساسية في البحث العلمي، فهي تساعد في اظهار معالم الدراسة، وتوجه البحث إلى مساره الصحيح. ولا يمكن اعتبار المفاهيم حقيقة مطلقة، غير أنها تجانب أجزاء كثيرة من الحقيقة حول ظاهرة اجتماعية معينة. ولرسم الإطار العام للدراسة استوجب علينا التطرق إلى أهم المفاهيم المتعلقة بالعناصر الأساسية المحددة للموضوع.

• مفهوم الصحة:

عرفتها المنظمة العالمية للصحة (OMS) على أنها "حالة من اكتمال السلامة بدنيا وعقليا والرفاه الاجتماعي وليس مجرد الخلو من المرض أو العجز". (CASELLI, VALLIN, et WUNSCH, 2002, P. 10)

"وتعرف الصحة في الجنس البشري بمدى التواصل الفيزيقي والوجداني والعقلي للشخص وقدرته الاجتماعية في مواجهة بيئته. وكما تعرف الصحة السيئة بوجود المرض، فيمكن أن تعرف الصحة الجيدة بغيابه". (المكاوي، 1990، ص. 398)

وعرفها "بركنز (Perkins)" بأنها حالة من التوازن النسبي لوظائف الجسم والتي تنتج من تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها للمحافظة على توازنه". (مخلوف، 1991، ص. 47)

وقد أصبحت الصحة من الأمور الأكثر أهمية في مجال التنمية، وذلك بوصفها من العوامل التي تسهم في التنمية المستدامة وأحد مؤشراتنا، فلا يمكن تحقيق تنمية مستدامة بدون سكان أصحاء، ففي حين تمثل الصحة قيمة في حد ذاتها، فإنها تعتبر كذلك مفتاحاً للإنتاجية والرخاء الاقتصادي والاجتماعي والثقافي، ذلك أن العديد من حالات التردّي الصحية والصحة المعتلة تؤثر تأثيراً كبيراً في النمو والتنمية. وتناولت اجتماعات مجلس الأمن ومجموعة الثمانية والمنتدى الاقتصادي العالمي ومنظمة التعاون والنمو الاقتصادي صراحة القضايا الصحية بوصفها قضايا إنمائية. (منظمة الصحة العالمية [OMS]، 2001، ص. 11)

• مفهوم المرض:

يمثل المرض، كما وصفته الموسوعة البريطانية، انحرافاً ضاراً ومؤذياً عن البناء الطبيعي أو الحالة الوظيفية للكائن الحي، حيث تظهر عليه عادة علامات وأعراض تدل على أن حالته غير طبيعية، ولذلك يجب فهم الحالة الطبيعية للكائن الحي لكي يمكن التعرف على السمات المميزة لحالة المرض، ورغم ذلك فإن الخطوط الفاصلة والقاطعة بين المرض والصحة غير واضحة تماماً.

ويرى "دوركايم" أن المرض يلزم الإنسان بنسب متفاوتة، ولا وجود لإنسان خال من الأمراض، وأن معنى الصحة أن يكون الإنسان في حالة أقل قدر ممكن من الأمراض وأن الإنسان الخالي من الأمراض غير موجود وأن هناك علامات مرضية تبدو على الإنسان ولكنها في الواقع علامة على الصحة، وقدم "دوركايم" مثلاً على ذلك بالمض الشهري عند النساء". (عاطف خليل، 2006، ص. 30)

ويتمثل الوضع الطبيعي للكائن الحي " في حالة من التوازن الفيزيولوجي الدقيق أو ما يطلق عليه الاتزان البدني من حيث استمرار العمليات الوظيفية والفيزيائية والكيميائية بواسطة ميكانيزمات معقدة داخل الجسم، ومن ثم فإن المعنى البديهي للمرض يتمثل في التبعات المترتبة على تعطل الميكانيزمات التي تتحكم وتسيطر على الاتزان البدني داخل الكائن الحي". (عاطف خليل، 2006، ص. 31)

كما "يعرف المرض على أنه يحدث من قصور عضو أو أكثر من أعضاء الجسم عن القيام بوظيفته خير قيام، كما يحدث أيضاً إذا اختل أو انعدم التوافق بين عضوين أو أكثر من أعضاء الجسم في أداء وظائفها". (بشير، 1981، ص. 97)

• مفهوم الرعاية الصحية:

"هي كافة العوامل السياسية والاقتصادية والاجتماعية والبيئية التي تؤثر في صحة الفرد بجانب الرعاية الطبية، وبالتالي تتضمن الرعاية الصحية كل الجهود التي تبذلها النظم الاجتماعية المختلفة للحفاظ على الصحة من المرض". (درديش، 2011، ص. 36)

تعرف إتاحة الرعاية الصحية (Access to care) على أنها "أحد أبعاد الانجاز، وتتعلق بدرجة اقتراب فرد أو مجتمع سكاني معين من الخدمات الصحية التي يحتاجها، ومدى دخوله إليها واستفادته منها. كما تعرف

الخدمات الصحية الأساسية (services Basic health) بأنها قائمة من الخدمات ذات الأساس العلمي والتي تمثل الحد الأدنى من الرعاية الطبية المقبولة". (أحمد خوجة، 2010، ص. 35)

وتعرف الرعاية الصحية للطفل على أنها "ذلك الجانب من الرعاية الذي يركز على النواحي الصحية في حياة الطفل بشقيه الوقائي والعلاجي، والتي تبدأ من مرحلة الحمل حتى نهاية مرحلة الطفولة". (خليل الجميلي، كمال عبده، 1993، ص. 174)

تعتبر منظمة الصحة العالمية (OMS) التدبير العلاجي المتكامل للأمراض الطفولة نهج متكامل إزاء صحة الطفل يركز على عافية الطفل بشكل عام. والغرض من هذا النهج هو الحد من الوفيات وحالات المرض والعجز وتعزيز نمو ونماء الأطفال دون سن الخامسة. ويشمل هذا النهج عناصر وقائية وعلاجية على حد سواء ينبغي للأسر والمجتمعات المحلية والمرافق الصحية تنفيذها. (OMS, 2015)

• مفهوم التربية:

قالت العرب: ربا الشيء رَبَوًا ورَبُوءًا: نما وزاد. ويقولون: ربّا المال: زاد، ويقولون: ربّي فلاناً: غدّاه ونشأه. ويظهر من هذا معنيان:

معنى النمو والزيادة، وأوضح ما يصلب من التربية هي تنمية الجانب الذي توجه إليه، فالتربية العقلية تهدف إلى تنمية القدرات العقلية، والتربية الروحية تهدف إلى تنمية القوى الروحية.

أما المعنى الثاني، فهو التدرج، فالتربية جهود تراكمية يرفد بعضها بعضاً، والزمن عامل مهم في بلوغ التربية غاياتها. وهذا ما يتضح من خلال قول: تربّي، وتنشأ، وتنقّف، فالتنشئة والتغذية والتنقيف لا تكون أبداً طفرة ومرة واحدة، وإنما تتم على مراحل متتالية. فالإنماء والتدرج يمثلان أهم قانونين يحكمان طبيعة الأعمال التربوية. فإذا وجدنا تربية لا تثمر نموّاً علمنا أنها تربية عقيمة، وإذا رأينا جهوداً تستهدف تنمية شيء ما، لكنها لا تتسم بالتدرج والتعاهد المتتابع، علمنا أن تلك الجهود لا تستحق أن تسمى تربية. (بكار، 2011، ص. 11)

وقد أعطى المفكرون على مر العصور عدة تعاريف للتربية نذكر منها: (ناصر، 2007، ص. 10)

- اعتبر كونفوشيوس (551-478 ق. م) "أن الطبيعة هي ما منحنا إياها الآلهة، والسير بمقتضى شروط الطبيعة هو السير في صراط الواجب، وإدارة هذا الصراط وتنظيمه، هو القصد من التربية والتعليم".

- أما أفلاطون (427-347 ق.م) فقال في التربية هي أن تفضي على الجسم والنفس كل جمال وكمال ممكن لهما.
- وعرفها أرسطو (384-322 ق.م) بأنها: اعداد العقل للتعليم كما تعد الأرض للبذار.
- ويرى أبو حامد الغزالي (1059-1111 م) أن صناعة التعليم هي أشرف الصناعات التي يستطيع الانسان أن يحترفها، وأن أهم أغراض التربية هي الفضيلة والتقرب إلى الله.
- جون جاك روسو (1712-1778 م): إن واجب التربية أن تعمل على تهيئة الفرص الإنسانية كي ينمو الطفل على طبيعته، انطلاقاً من ميوله واهتماماته.
- إمانويل كانت (1724-1804 م): التربية هي ترقية جميع أوجه الكمال التي يمكن ترقيتها بالفرد، وأن الهدف من التربية هو أن ننمي لدى الفرد كل ما يستطيع من كمال.
- فريدريك هربارت (1776-1841 م): التربية موضوع علم يجعل غايته تكوين الفرد من أجل ذاته، عن طريق اتباع الوسائل التي تؤدي إلى شحن وإيقاظ ميوله واستعداداته المتعددة.
- "اميل دركهايم" (1885-1917 م): التربية هي تكوين الأفراد تكويناً اجتماعياً، ويتم ذلك بالعمل الذي تحدثه الأجيال الراشدة في الأجيال التي لم تتضح بعد النضج اللازم للحياة الاجتماعية.

• مفهوم الطفولة:

الهدف من ايجاد تعريف دقيق للطفولة هو الفهم الدقيق لخصوصية كل مرحلة من مراحل نمو الطفل قصد تحديد الخدمة ونوع الرعاية الواجب تقديمها له، وتنقسم الطفولة عموماً إلى مرحلتين: مرحلة الطفولة المبكرة، ومرحلة الطفولة المتأخرة.

تعتبر الطفولة " فترة الحياة التي تمتد من الميلاد حتى الرشد، وهي تختلف من ثقافة إلى أخرى، قد تنتهي الطفولة عند البلوغ، أو عند الزواج، أو يصلح على سن محددة لها". (عاطف غيث، 1989، ص. 55)

كما تعرف الطفولة بأنها " المرحلة التي يمر بها الانسان منذ الولادة، وتنتهي مع بداية مرحلة الشباب وقبل بلوغ سن الخامسة عشرة، وهي المرحلة الأساسية في بناء الفرد المتأثر بعاملتي الوراثة والبيئة والتي تتطلب رعاية وعناية خاصة لتحقيق نموه المتكامل واكسابه الشخصية السوية. كما تعرف بانها المرحلة التي تبدأ منذ الولادة وحتى بلوغ الطفل سن الثالثة عشر. ويتمثل الهدف من الوصول الى تعريف دقيق للطفولة في لفهم

الدقيق لهذه المرحلة ومعرفة نوع الخدمة والرعاية اللازمة لكل مرحلة من مراحل نمو الطفل". (توفيق قمر، فتحي مبروك، 2009، ص. 209)

وتعرف الأمم المتحدة الطفولة المبكرة جامعةً بين تباين المفاهيم في البلدان والمناطق المختلفة، تبعاً للتقاليد المحلية والتنظيم الذي تخضع له نظم المدارس الابتدائية، ففي بعض البلدان يحدث الانتقال من مرحلة ما قبل المدارس إلى المرحلة المدرسية بعد بلوغ سن أربع سنوات، وفي بلدان أخرى، يحدث هذا الانتقال في نحو سن السابعة. وفي إطار نظر اللجنة الأممية لحقوق مرحلة الطفولة المبكرة، فهي تضع جميع صغار الأطفال عند الولادة وطوال مرحلة الرضاعة، وأثناء سنوات ما قبل المدرسة، وكذلك أثناء الانتقال إلى مرحلة المدرسة، خلال الفترة الممتدة من تاريخ الميلاد إلى سن ثمانية سنوات، كتعريف عملي لمرحلة الطفولة المبكرة. (الأمم المتحدة [ONU]، 2005، ص. 2)

• مفهوم الأسرة:

تعد الأسرة المحور الأساسي في عملية المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، فالأسرة هي المؤسسة الصحية والتربوية التي ترعى أي فعل متعلق بصحة وتربية الطفل، ولهذا الغرض نحدد بعض المفاهيم حول الأسرة.

تعتبر الأسرة " المؤسسة التربوية الأولى التي يبدأ فيها الطفل حياته بما لها أهمية كبيرة في حياة الإنسان وذلك لأنها من ناحية تعتبر مصدر خبرات ايجابية حيث يشبع الطفل عن طريقها معظم حاجاته ومن ناحية أخرى تعتبر المظهر الأول للاستقرار والاتصال بالحياة، لذا فإن استقرار شخصية الفرد وتفاعله البناء مع الواقع يعتمد اعتماداً كبيراً على ما يسود الأسرة من علاقات اجتماعية". (فتحي فرج الزليتي، 2008، ص. 75)

ويعرف "أرسطو" الأسرة على أنها " أول اجتماع تدعوا إليه الطبيعة حيث ينظر إلى الأسرة على أساس وظيفتها وتحقيق وإشباع الدوافع الأولية للأفراد واستمرار بقاء الأفراد من جهة أخرى. كما عرفها "أوغست كونت" بأنها الخلية الأولى في جسم المجتمع وهي النقطة التي يبدأ فيها التطور". (حسين الفرّج، 2006، ص. 30)

وعرفها "جون لوك" بأنها " عبارة عن مجموعة من الأشخاص ارتبطوا بروابط الزواج والدم أو التبني مكونين حياة معيشية مستقلة ومتفاعلة يتقاسمون عبء الحياة وينعمون بعطائها" (الشناوي، السيد عبيد، 2008، ص. 206)

كما يعرف "جورج لندبرج" الأسرة بأنها " النظام الانساني الأول، ومن أهم وظائفها إنجاب الأطفال والمحافظة على النوع الإنساني، كما أن النظم الاخرى لها أصولها، والضبط الاجتماعي والتربية والترفيه والدين نمت أول الأمر داخل الأسرة" (أحمد بيومي، 2003، ص. 21)

كما عرفها "برجس ولوك" بأنها " مجموعة من الأشخاص يرتبطون معا بروابط الزواج أو الدم أو التبني، ويعيشون تحت سقف واحد، ويتفاعلون معا، وفقا لأدوار اجتماعية محددة، ويخلفون ويحافظون على نمط ثقافي عام" (ناصر، 1996، ص. 63)

ويعرف الديوان الوطني للإحصائيات الأسرة العادية بأنها تتكون من شخص أو مجموعة من الأشخاص يعيشون في نفس المسكن ويحضرون ويتناولون معا أهم الوجبات وتحت مسؤولية رب الأسرة، وغالبا ما يربط هؤلاء الأشخاص قرابة دم أو زواج أو مصاهرة. (الديوان الوطني للإحصائيات [ONS]، 2008، ص. 9)

ونجد تعريف "أمل عواد معروف" الذي يعتبر " الأسرة أول محيط اجتماعي، تتكون فيه استجابات الطفل الأولى، نتيجة التفاعلات التي تنتج بينه وبين أعضاء أسرته، كما أنها المجال الأول لإشباع حاجياته البيولوجية والسيكولوجية" (عواد معروف، 1987، ص. 23)

• مفهوم التربية الأسرية:

تمثل الأسرة البيئة التربوية الأولى التي ينشأ فيها الفرد فهي تشكل شخصيته تشكيلا فرديا واجتماعيا ففيها يكتسب الفرد أساليب ومهارات التعامل مع الآخرين في أثناء سعيه لإشباع حاجاته وتحقيق مصالحه ويرى بعض المختصون في التربية وعلم النفس أنه أنماط السلوك التي يكتسبها الفرد من عضويته في جماعة الأسرة تمتد معه في سلوكه مع جماعات اللعب وجماعات المدرسة وجماعات العمل في المجتمع. (سليمان مزاهرة، 2009، ص. 15)

ويعد مفهوم التربية الأسرية من المفاهيم الشائعة في الثقافة العصرية، وتعتبر أكثر شمولاً وعمقا من المفاهيم التي كانت سائدة إلى عهد قريب مثل التربية الصحية والتربية البيئية والتربية الاجتماعية، لكونها شاملة لكل تلك المفاهيم وتتخطاها للتعامل مع المستجدات في الحاضر والمستقبل. (محمود الناشف، 2007، ص.

والجهات الأساسية التي تتولى عملية التربية، هي الأسرة والمدرسة والمجتمع. " ولا يكاد علماء النفس وعلماء التربية يختلفون في أن الأسرة هي التي تقود عملية التربية الأساسية، حيث تثبت دراسات كثيرة أن الخطوط الأساسية في شخصية الطفل يتم رسمها في السنوات السبع الأولى من عمره، وأن ما يأتي بعد ذلك من مؤثرات تربية مختلفة، إنما هو تعميق وتفصيل وتكميل، وهذا يعني أن الأسرة هي صاحبة التأثير الأكبر في شخصيات الناشئة". (بكار، 2011، ص. 67)

• مفهوم المدرسة:

فقدت الأسرة خلال مراحل تطورها عبر العصور، الكثير من وظائفها الاجتماعية والاقتصادية، فأصبحت لا تتفرد بوظيفة التربية والتعليم تنشئة الأطفال، وتولت المدرسة كمؤسسة اجتماعية هذه المهمة بقسط كبير، كما فقدت الأسرة تدريجياً الوظيفة الاقتصادية لأفرادها وحلت محلها مختلف المؤسسات الاقتصادية، الصناعية والخدماتية الحديثة.

تعتبر المدرسة " المؤسسة التي أنشأها المجتمع لتربية وتعليم الصغار، نيابة عن الكبار الذين شغلهم الحياة، إضافة إلى تعقد وتراكم التراث لثقافي" (شروخ، 2004، ص. 72)

كما تعد المدرسة " مؤسسة نظامية اجتماعية تربية أنشأها المجتمع أو الحكومة لتربية الأفراد وتنشئتهم في إطار مناهج وبرامج محددة ". (رشدان، حبيب جعيني، 1994، ص. 280)

ويطلق السوسيولوجيون على المدرسة بأنها " مؤسسة شكلية رمزية معقدة، تشتمل على سلوك مجموعة كبيرة من الفاعلين، وتتطوي على منظومة من العلاقات بين مجموعات تترابط فيما بينها بواسطة شبكة من العلاقات التي تؤدي فعلاً تربوياً عبر التواصل بين مجموعات المعلمين والمتعلمين" (أسعد وطفة، 2004، ص. 21)

كما تعتبر المدرسة " بناء أساسي من أبنية المجتمع وأعمدته، وهي المؤسسة التي أنشأها المجتمع لتتولى تربية أبنائه وتنشئتهم بطرق يقبلها ويرتضيها لينقل بواسطتها تراثه الثقافي الخاص بهدف الحفاظ عليه واستمراره وقيمه الاجتماعية التي يقرها وتطبيع أفرادها تطبيعاً اجتماعياً يجعل منهم أعضاء عاملين صالحين". (مرسي سرحان، 1981، ص. 195)

ولتوضيح مفهوم المدرسة من خلال وظائفها التربوية نذكر ما يلي: (السيد، 2008، ص. 20)

- تقوم المدرسة بالإسهام في تنشئة التلاميذ كما تقوم بتجهيزهم للمشاركة في الأنشطة الاجتماعية المعقدة.
- يشارك النظام المدرسي في تطوير قدرات التلاميذ على عملية النقد العقلاني بهدف توسيع معارف التلاميذ.
- تشارك المدرسة في تخصيص التلاميذ كأفراد في المجتمع الذي ينتمون إليه.
- لم تعد مسؤولية المدرسة الاهتمام بالجانب العقلي للطفل، بل أصبحت تهتم بتنمية شخصيته من جميع جوانبها العقلية، والخلقية، والاجتماعية، والجسدية.
- التركيز على حاضر الطفل. فالمدرسة لا تركز على مستقبل الطفل دون اعتبار للحاضر، وإنما تركز على حاضر التلميذ من جميع جوانبه، لإعداده للمستقبل ذاته.

• مفهوم التعليم:

عندما يقال تربية وتعليم يقفز تفكير السامع إلى لفظة المدرسة، تلك المؤسسة التي تقوم على إعداد النشء، وتأهيلهم للقراءة والكتابة وأجراء العمليات الحسابية، لكن التربية والتعليم لفظان لكل منهما معنى منفصل عن الآخر، بل هما مختلفان تماما في بعض النواحي، ولكنهما مع ذلك مرتبطان تماما في النواحي الأخرى. ويظهر هذا الاختلاف وذلك الارتباط فيما يلي: (ناصر، عمر بن طريف، 2009، ص. 289)

- فالتربية عبارة عن ايقاظ قوى المرء المختلفة الكامنة في نفس الانسان المتعلم، أما التعليم فهو عبارة عن اوصول المعلومات المختلفة إلى الذهن، عن طريق معلم في معظم الأحيان.
- كما تهدف التربية دوما لغرض سام يرضى عنه المجتمع وتشجعه الجماعة المحيطة، ولكن التعليم بالإضافة إلى كونه يهدف إلى غرض سام، فقد يكون غرضه غير سام أيضا.
- التربية عملية تطبيع للإنسان كي يعيش حياته، وهي عملية استمرارية مدى الحياة، أما التعليم فإنه يعد الانسان لمهنة أو حرفة أو لأي عمل، وقد يقف التعليم عند هذا الحد (اعداد الانسان بحصوله على مؤهل علمي أو شهادة).
- تعتبر التربية غاية في ذاتها، والوصول إلى أقصى مراتب التربية وأهدافها المرجوة يتم عن طريق التعلم والتعليم، لذا فإن عملية التعليم تعتبر وسيلة هامة من وسائل التربية.

إنّ التربية هي عملية تعليمية تتم من أجل أن يعيش الإنسان المتعلم ضمن جماعة ينتمي إليها ويصبح واحد منها.

• الدراسة المسحية:

تقف الدراسة المسحية بدقة على جميع تفاصيل الظاهرة الاجتماعية محل الدراسة وعلى كل ما له صلة وارتباطات مع الظاهرة والتي تصنع حقلاً لها، وتعنى بتوضيح الطبيعة الحقيقية للمشكلة عن طريق تحليلها والوقوف على الظروف المحيطة بها أو الأسباب الدافعة إلى ظهورها (عياد، 2006، ص. 63). كما تعتبر عملية المسح لب المنهج الوصفي، والدراسة الوصفية هي إحدى التقنيات الوصفية المحورية والرئيسية إلى جانب دراسة الحالة، والتقارير السردية.

• التعريف الإجرائي للمتابعة الصحية والتربوية للأطفال:

المقصود بالمتابعة الصحية للأطفال الحرص على تقديم الرعاية الصحية للأطفال الذين أعمارهم أقل من خمسة سنوات، وذلك بضمان التغذية الملائمة لهم من خلال تمكينهم من الرضاعة الطبيعية الموصى بها والتغذية التكميلية المناسبة، وتأمين الإجراءات الوقائية ضد الأمراض السارية التي تفتك بهذه الفئة من السكان عن طريق استكمال التطعيمات المدرجة في الرزنامة الوطنية الموسعة للتلقيح في الوقت المحدد لها أو قبل بلوغ الرضيع عيد ميلاده الأول على الأقل، وتحسين الإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة المتمثلة في الإسهال والأمراض التنفسية الحادة من خلال الوعي بخطورة هذه الأمراض والمعرفة بأعراضها وسبل معالجتها والاستشارة الطبية عنها بصفة فورية لدى جهات صحية مؤهلة.

وتستهدف المسوح بالعينة هذه الفئة من السكان بغية الوقوف على مستويات التغطية الصحية للأطفال من خلال توفير قاعدة معطيات مفصلة يستند إليها في استخراج مختلف المؤشرات الصحية المتعلقة بهذه الفئة الحساسة من السكان. تساهم هذه المؤشرات بشكل أساسي في قياس المستوى الصحي للمجتمع، وتفيد في توجيه مخططي البرامج الصحية الوطنية، كما تفيد في المقارنات الدولية والإقليمية.

تعتبر الأسرة والمنظومة الصحية كونهما مؤسستين اجتماعيتين وظيفيتين المحور الرئيسي لعملية المتابعة الصحية للأطفال دون سن الخامسة.

أما المقصود بالمتابعة التربوية للأطفال، الوقوف على مزاولة الأطفال البرامج التربوية المتمثلة أساساً في التعليم المبكر الذي يستهدف الطفولة المبكرة (36-59 شهراً)، التعليم قبل المدرسي للأطفال ما قبل المدرسة (5 سنوات)، وعلى وجه الخصوص التحاق الأطفال (6-14 سنة) بالتعليم الابتدائي والمتوسط. حيث يعتبر الاهتمام بتمدرس الأطفال وبتحصيلهم الدراسي بمثابة تطبيع اجتماعي وتنشئة اجتماعية في إطار تربوي، يكتسب الأطفال من خلالها المهارات العلمية والقيم والآداب الاجتماعية التي تمكنهم من التكيف والتفاعل الاجتماعي. عادة ما تستهدف المسوح التي تخص الأسرة والطفل مجال التربية والتعليم، لتوفير الكم اللازم للبيانات قصد رصد مختلف المؤشرات التربوية والتعليمية، لتحديد مستويات تدرس الأطفال وتحصيلهم الدراسي. كما تلعب الأسرة من جهة والمدرسة من جهة أخرى محور العملية التربوية ومتابعتها، فكل مؤسسة اجتماعية مكمل للأخرى وظيفياً.

10. المقاربة النظرية للدراسة:

تري المدرسة الوظيفية أن المجتمع نظام معقد تعمل شتى أجزائه سوياً لتحقيق الاستقرار والتضامن بين مكوناته، ووفقاً لهذه المقاربة، فإن علم الاجتماع استقصاء علاقة مكونات المجتمع بعضها ببعض وصبتها بالمجتمع برمته. ولدراسة الوظيفة التي تؤديها إحدى الممارسات أو المؤسسات الاجتماعية، فعلياً أن نحلل ما تقدمه المساهمة أو الممارسة لضمان ديمومة المجتمع. ولطالما استخدم الوظيفيون، ومنهم "كونت" و"دركهايم" مبدأ المشابهة العضوية للمقارنة بين عمل المجتمع بما يناظره في الكائنات العضوية. ويرى هؤلاء أن أجزاء المجتمع واطرافه تعمل سوياً وبصورة متناسقة كما تعمل أعضاء الجسم البشري، لما فيه نفع المجتمع بمجمله. احتل التفكير الوظيفي مكان الصدارة بين التقاليد النظرية في علم الاجتماع لوقت طويل، لا سيما في الولايات المتحدة، وكان "تالكوت بارسونز" و"روبرت ميرتون"، وقد نهل كلاهما من أفكار "دركهايم"، أبرز الداعين إلى هذا التيار، غير أن الشعبية التي كانت تتمتع بها المدرسة الوظيفية قد مالت إلى الأفول في الآونة الأخيرة مما تعانیه من أوجه القصور والثغرات، ومن جملة ما يوجه لها من انتقادات أنها تغالي في التشديد على العوامل المؤدية إلى التماسك الاجتماعي على حساب العوامل الأخرى التي تفضي إلى التجزئة والصراع (غدنز، بيرسال، 2001، ص. 74)

"تعتمد النظرية الوظيفية في دراستها للظواهر الاجتماعية على الوظائف التي تؤديها العناصر المكونة للبنى الاجتماعية، ويعد "هربرت سبنسر" أول من استعار مفهوم الوظيفية من علوم الحياة إلى العلوم الاجتماعية وعلم الاجتماع مشبهين بذلك المجتمع بالبدن والأفراد، أو المؤسسات بالأعضاء وقد أطلق "سبنسر" على نظريته

مفهوم "المماثلة العضوية" (عودة، 1998، ص. 90). تدعم النظرية الوظيفية بمبدأ السببية الذي يربط الظواهر الاجتماعية ربط سببي وظيفي، ومبدأ الغائية الذي يعتبر الكيان السوسيولوجي كيان نسقي بحيث تكمل كل وظيفة الوظائف الأخرى.

وحسب "دركهايم" فإن "لوظيفة العناصر غاية تتمثل في الاستجابة لحاجيات النسق، ويميز بين الوظيفة والغاية فيعتبر أنه ليس بالضرورة أن ينتج عن كل وظيفة غايات، فالتفريق بين السبب والغاية أمراً ضروريا لفهم الوظيفة" (تيرنر، 2000، ص. 31)

أما الوظيفية من منظور عالم الاجتماع الأمريكي "روبرت كنج ميرتون" فيرى أن "هناك وحدة وظيفية للمجتمع تتأسس على الثقافة التي من عناصرها المعتقدات والعادات، ولا يمكن تفسير المجتمع دون تفسير جزئياته. وأن هناك الوظيفة الشاملة ما يعني أن كل عنصر يؤدي وظيفة إيجابية داخل النسق، ومعنى إيجابية تدل على أن الوظيفة أساسية ولا يمكن الاستغناء عنها" (تيرنر، 2000، ص. 76). هناك أيضا ضرورة الوظيفية وتعني أن هناك وظائف أساسية مثل وظيفة التربية فيفقدانها تتعطل التنشئة الاجتماعية.

أما التكيف والنسق عند "روبرت كنج مرتن" فيرى أن الوظيفية تعتبر المجتمع كنسق متكامل الأجزاء من حيث البناء ومتصل الأجزاء وظيفيا، كما أن الأنساق الاجتماعية تخضع لحالة التوازن الديناميكي، والتوترات والانحرافات والقصور الوظيفي ممكن حدوثه داخل النسق غير أن عملية التكيف تجعل من الانحرافات والقصور تحل نفسها بنفسها باتجاه التكامل والتوازن، بمعنى أن الحركية الداخلية التي تعتمد على التكيف تكون هي أساس البناء الوظيفي.

ويرى "تالكوت بارسونز" أن الأفعال الاجتماعية تبنى على أربعة أنظمة متكاملة فيما بينها وهي: النظام الاجتماعي، النظام الثقافي، النظام العضوي، والنظام الشخصي. وتحفظ هذه النظم بتوازنها عندما يلتزم الأفراد بالمعايير الاجتماعية. إن النظرية النسقية لها أهمية كبرى وجوهرية في رؤية "بارسونز" لعناصر الفعل، في سياق النسق، حيث افترض نسق جديد يدخل في تكوين الفعل، هو نسق الشخصية ويتضمن العلاقات المتداخلة المنظمة بين الحاجات وقدرات الفاعلين لاتخاذ قرار لأداء أدوارهم في النسق الاجتماعي وفي تلك المرحلة المبكرة التي ارتبط بها التحول من تحليل أفعال كل وحدة إلى تحليل أنساق الفعل (تيرنر، 2000، ص. 55). فلا تظهر الأدوار إلا من وجهة نظر وظيفي فهي التي حققت الاستمرارية للمجتمع، فالأنساق موجودة قبل الفعل وهي التي تؤسس له. ومفهوم الفعل الاجتماعي يرجع إلى "ماكس فيبر" الذي أولاه اهتماما

خاصا من حيث يمثل قاعدة النظرية الفيبيرية. ويحدد "بارسونز" أربعة مقومات وهي: الفعل الاجتماعي، الموقف، الفاعل، توجهات الفاعل.

فالفعل الاجتماعي سلوك يتم بين إثنين أو أكثر من الفاعلين الاجتماعيين، كما يأخذ بعده المجتمعي من خلال القيم والمعايير والنظم التي توجهه.

والموقف هو الوضع الذي يجد فيه الفرد نفسه من حيث يتخذ سلوكا أو قرارا معيناً يتفق والموقف الذي تحدده الظروف التي يجد الفرد فيها نفسه كفاعل له دور لا بد من أن يلعبه في هذه الظروف.

أما الفاعل فقد ميز "بارسونز" بين نوعين من التوجيهات التي تؤثر على أخذ القرار بالنسبة للفاعل الاجتماعي:

أولاً: التوجيهات الدافعية: التي تتمثل في الدوافع التي تجعل الفرد يختار سلوكا معيناً للاستجابة لحاجاته ومتطلباته الفردية أو الجماعية، أو النسقية. وتنقسم إلى ثلاثة فروع:

أ. **التوجيهات الإدراكية:** تشمل المعلومات التي تكون بحوزة الفاعل بالنسبة للموضوع وكيفية ادراكه في ضوء الاستعداد لإشباع الحاجات الخاصة بالفعل.

ب. **التوجيهات الانفعالية:** تتمثل في المبررات العاطفية للأفعال في مواقف معينة.

ت. **التوجيهات التقويمية:** تسمح للفاعل بأن يوزع طاقاته باتجاه الاختيارات التي يحددها مسبقاً قبل اتخاذ السلوك أو الفعل.

ثانياً: التوجيهات القيمية: تمثل التوجيهات القيمية مجموعة القيم والمعايير التي توجه السلوك والتي تحتويها العادات والتقاليد التي تمثل عنصراً من العناصر المشكلة للنسق الاجتماعي. وتنقسم التوجيهات القيمية إلى:

أ. **التوجيهات المعرفية:** وتتشكل من المعارف القيمية والمعارف التي يتم الاتفاق بشأنها واعتبارها صورا مألوفة.

ب. **التوجيهات التقديرية:** تتمثل في حتمية الالتزام بعدد من التوجيهات بالنسبة للفاعلين الاجتماعيين في ظروف ومواقف معينة.

ت. **التوجيهات الأخلاقية:** وتعني الالتزامات الأخلاقية التي تحدد السلوك وفق ما هو محدد من طرف النسق الأكبر الذي يتمثل في المجتمع. (محمد عبد الرحمن، 2006، ص 36-37)

تعتبر الوظيفية نظرية ملائمة كإطار نظري لطبيعة هذه الدراسة، حيث يتضح جلياً أن هناك تكامل بين الدور الوظيفي للنظم الأسرية والنظم الصحية وكذا النظم المدرسية في عملية التأثير والفعل في مستويات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، وهذا ما يدعو إلى ضرورة الاهتمام بالنظم الصحية والمدرسة كنظام

اجتماعي لما لهما من قوة تأثير لا تقل عن قوة تأثير العوامل الأسرية في بلورة المتابعة الصحية والتعليمية والرفع من مستوياتها كهدف منشود في مختلف المجتمعات.

ودور الأسرة كنظام اجتماعي يلعب دورا فاعلا في عملية تفعيل العمل الصحي والتربوي داخل النظم الصحية والنظم التعليمية وخارجها عن طريق المتابعة المنزلية للأطفال والزيارات المتكررة لهذه النظم الاجتماعية. فرغم تطور الحياة الاجتماعية وتعقدتها وزيادة تراكم الخبرة البشرية والتراث الثقافي، وتولي المدرسة كمؤسسة متخصصة أسندت اليها مسؤولية تنظيم المحتوى الثقافي والحضاري للمجتمع وتقديمه بطريقة مناسبة للأجيال.

وبالرغم من تولى النظم الصحية كمؤسسات اجتماعية مهمة النهوض بمستوى الصحة العامة للمجتمع، لم تفقد الأسرة كنظام اجتماعي وظائفها بصفة كلية خاصة في مجال الرعاية الصحية للأطفال. بالإضافة إلى اسناد الأسرة النظم الاجتماعية المتخصصة في التربية والتعليم ومرافقها، فالمدرسة كمؤسسة اجتماعية أنشأها المجتمع لتشارك الأسرة مسؤوليتها في عملية التنشئة الاجتماعية تبعا لفلسفته ولنظمه وأهدافه، تتولى نقل القيم الأخلاقية والثقافية والاجتماعية للأطفال.

الفصل الثاني:

الوضع الديموغرافي والاجتماعي

للأطفال في العالم

وبلدان الوطن العربي

تمهيد:

نتطرق من خلال هذا الفصل، محاولين تسليط الضوء على وضعية الأطفال الديموغرافية والصحية والتربوية في مختلف مناطق العالم وفئات المجموعات الدولية، من خلال كشف مختلف المؤشرات الديموغرافية والصحية والتربوية المتعلقة بالأطفال، حيث نتعرض إلى نسب الأطفال من السكان، وإلى أهم مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية، وذلك بعرض معدلات وفيات الأطفال، الحالة التغذوية للأطفال، الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية، معالجة الملح باليود، التطعيم ضد الأمراض السارية الممكن تفاديها بالتلقيح، نقص الفيتامين "أ"، مؤشرات الأمراض التنفسية الحادة وإسهال الأطفال الحاد، ونسب التغطية بمياه الشرب المأمونة والصرف الصحي المحسنة. ثم نتطرق إلى أهم المؤشرات التربوية المتعلقة بالأطفال في العالم، والتي شملت التعليم المبكر للأطفال، والتمدرس في الابتدائي.

للإشارة، سوف نستعرض مختلف المؤشرات الصحية للأطفال في شتى مناطق وفئات المجموعات الدولية في العالم، بناءً على تصنيف اليونيسيف (Unicef) لمناطق وفئات مجموعات البلدان في العالم. (أنظر المخطط رقم 02، الملحق 1)

فيما نتطرق للمؤشرات التربوية المتعلقة بالأطفال في مختلف مناطق العالم، بالاعتماد على تصنيف اليونيسكو (Unesco) لمناطق العالم، بتحديد البلدان والأقاليم المنضوية تحت كل منطقة. (أنظر المخطط رقم 03، الملحق 1)

كما نتطرق إلى وضعية الأطفال في القطر العربي وذلك بالتعرض لمختلف المؤشرات الديموغرافية والصحية والتربوية السالفة الذكر في شتى بلدان المنطقة العربية.

1. الوضع الديموغرافي والصحي والتربوي للأطفال في العالم:

يعتبر الأطفال، حسب المنظمة العالمية للصحة، أمل كل أمة ومستقبلها، ولذا فهم في قلب برامج التنمية، فالاستثمار في صحة ونمو الأطفال يعني الاستثمار في مستقبل الأمة، كما يعتبر الأطفال مجموعة ضعيفة يجب حماية احتياجاتها وحقوقها بما فيها الحق في الصحة والتنمية.

وقد عرف مفهوم الطفولة صعوبة في الوصول الى تعريف جامع للطفولة، فهناك محاولات من جانب المختصين من أجل إيجاد تعريف محدد لمرحلة الطفولة، ويمكن حصر أهم هذه التعريفات فيما يلي:

تعرف الطفولة بأنها المرحلة التي يمر بها الانسان منذ الولادة، وتنتهي مع بداية مرحلة الشباب وقبل بلوغ سن الخامسة عشرة، وهي المرحلة الاساسية في بناء الفرد المتأثر بعامل الوراثية والبيئة والتي تتطلب رعاية وعناية خاصة لتحقيق نموه المتكامل واكسابه الشخصية السوية. (توفيق قمر، 2009، ص. 209)

ويتمثل الهدف من ايجاد وتبلور تعريف دقيق للطفولة، الفهم الدقيق لخصوصية كل مرحلة من مراحل نمو الطفل قصد تحديد الخدمة ونوع الرعاية الواجب تقديمها له.

لقد ظهر الاهتمام العالمي بالطفولة في اصدار العديد من المواثيق العالمية والتي اهتمت بحقوق الطفل، وذلك باعتبار الأطفال فئة لا تستطيع ولا تملك حماية نفسها على الحصول على حقوقها، ولقد وافقت الجمعية العامة للأمم المتحدة بأغلبية مطلقة عام 1959 على اعلان حقوق الطفل الذي تضمن عشرة مبادئ تحدد مسؤولية مجتمع البشرية في توفير أقصى وأفضل ما لديه من رعاية وعناية واهتمام بالأطفال، كما صدر مشروع جديد لحقوق الطفل، وقدم للجمعية العامة للأمم المتحدة عام 1989 وهذا المشروع يعد مكملاً لإعلان 1959، وهذا يشير إلى الاهتمام العالمي بالطفل وتوفير كافة أعمال الرعاية الاجتماعية والنفسية والعقلية والجسمية لإعداد جيل قادر على العطاء والمشاركة في بناء مجتمعه. (عبد الفتاح محمد، 2009، ص. 143)

1.1. أهم المؤشرات المتعلقة بصحة الأطفال في العالم:

تشتمل أهم المؤشرات المرتبطة بصحة الأطفال في العالم على نسب ومعدلات ومتوسطات، تتعلق أساساً بصحة الأطفال في شتى أقاليم ومناطق المعمورة، ويتمثل أهمها فيما يلي:

- **مؤشرات ديموغرافية:** تمثيل نسب الأطفال من السكان، وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون خمس سنوات، ومأمول الحياة عند الولادة (e_0)؛
- **مؤشرات التغذية:** نقص الوزن عند الولادة، الرضاعة الطبيعية والرضاعة الطبيعية الخالصة حسب السن، التغذية التكميلية الملائمة، الحالة التغذوية للأطفال (مقاييس سوء التغذية)، معالجة الملح باليود، ومعدلات تغطية الأطفال دون سن الخامسة بالفيتامين "أ"؛
- **مؤشرات وقائية وصحية:** وتشمل التغطية بمياه الشرب والصرف الصحي المحسنة، تطعيم الأطفال ضد الأمراض السارية التي تفتك بالأطفال والممكن تفاديها بالتلقيح، انتشار أمراض الاسهال ومعالجتها، انتشار الأمراض التنفسية الحادة.

1.1.1. أهم المؤشرات الديموغرافية المتعلقة بالأطفال في العالم:

نتطرق في الجزء من الدراسة إلى مختلف المؤشرات الديموغرافية المرتبطة بالأطفال في العالم، من أجل الوقوف على مستوياتها في شتى مناطق وفئات مجموعات البلدان في العالم. وذلك حتى يتسنى لنا مقارنة مختلف هذه المؤشرات بالتتي سوف نتحصل عليها من خلال معالجة المعطيات الخام للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006.

1.1.1.1. تمثيل نسب الأطفال في العالم:

نسلط الضوء في هذا الجزء من الدراسة على فئة الأطفال في العالم، من خلال معرفة توزيعهم حسب الفئات العمرية والجنس، وذلك بعرض الهرم العمري لسكان العالم. بالإضافة إلى عرض تمثيل نسب الأطفال من مجموع السكان في شتى أقاليم ومناطق العالم وفي مختلف المجموعات الدولية.

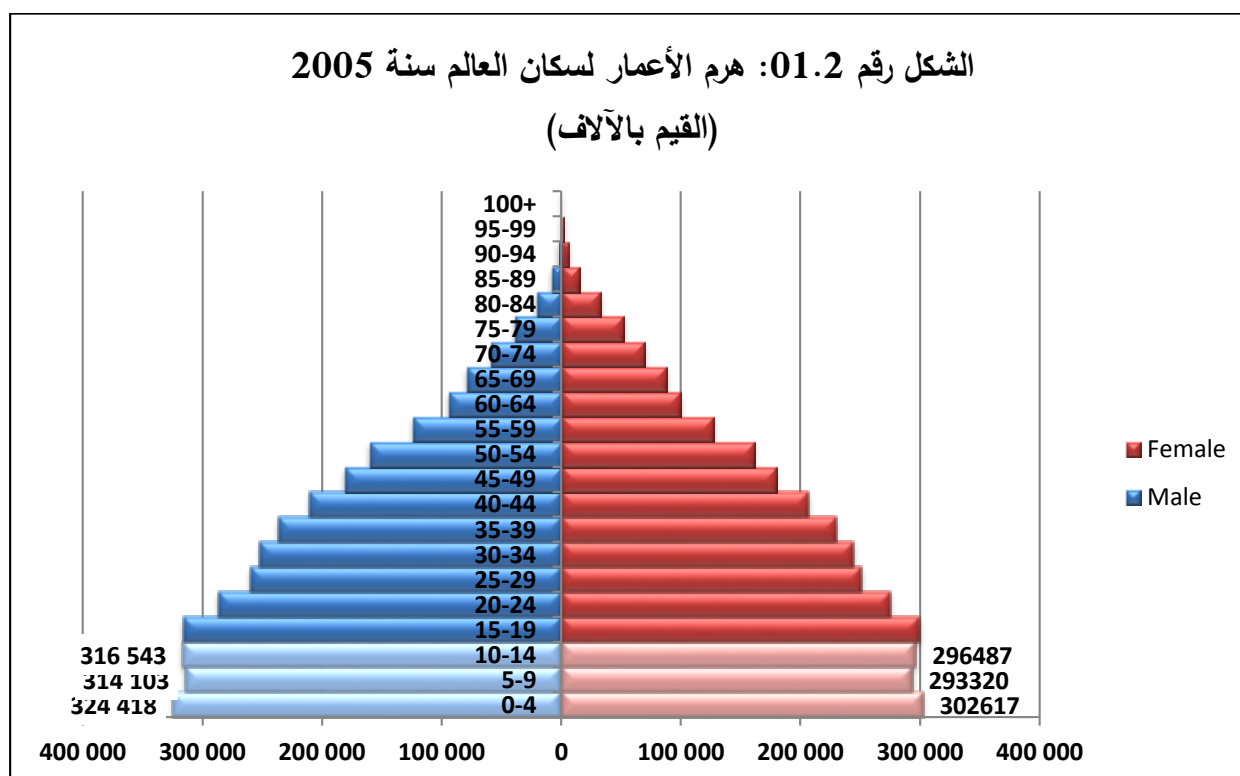
يوضح الجدول (رقم: 01.2) توزيع سكان العالم حسب العمر والجنس سنة 2005، حيث نستطيع من خلال قراءته، ملاحظة حجم كل فئة من السكان بالنظر إلى العمر والجنس، وبالتالي تحديد عدد السكان في العالم داخل مختلف الفئات العمرية بصفة عامة، والفئات التي يدخل ضمنها الأطفال بصفة خاصة والتي تشمل: الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات (0-4 سنوات)، الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين خمسة وعشرة سنوات (5-9 سنوات)، والأطفال الذين بلغوا السن العاشرة ولم يتجاوزوا سن الخامسة عشر (10-14 سنة).

الجدول رقم 01.2: توزيع سكان العالم حسب العمر والجنس سنة 2005

العمر	ذكور	اناث	المجموع	العمر	ذكور	اناث	المجموع
0-4	324418	302617	627035	55-59	124193	127317	251510
5-9	314103	293320	607423	60-64	94393	99610	194003
10-14	316543	296487	613030	65-69	78902	88113	167015
15-19	315816	299226	615043	70-74	58513	69545	128058
20-24	286488	275019	561507	75-79	38993	52001	90995
25-29	259463	250543	510006	80-84	20439	32311	52750
30-34	251678	243950	495628	85-89	7909	14688	22598
35-39	235988	229863	465852	90-94	2554	6195	8749
40-44	210246	206346	416591	95-99	488	1612	2100
45-49	181242	179330	360572	100+	62	262	324
50-54	160432	161055	321487	-	-	-	-

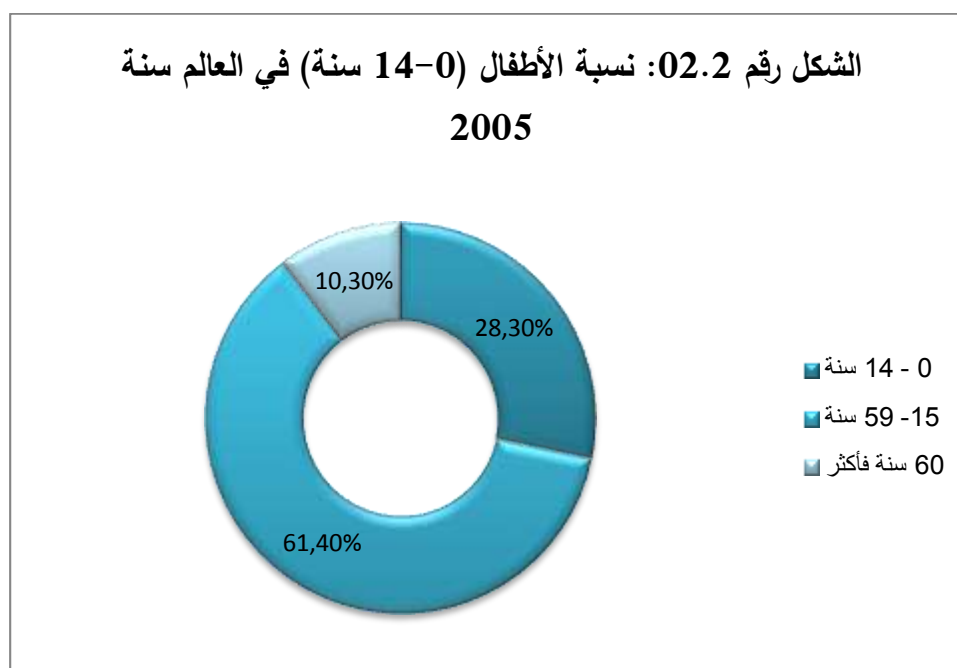
Source : Nation Unies, Département des affaires économiques et sociales (DAES), Division de la population : The 2008 révision Medium Variant.

وقد استخدم الديموغرافيون هرم الأعمار (la pyramide des âges)، حيث يعبر كل مستطيل عن فئة عمرية عاكسا حجمها أو نسبتها بالنسبة لإجمالي السكان. (Vallin, 1995, p. 30)



المصدر: من اعداد الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 01.2

بلغ عدد الأطفال الذين تتراوح اعمارهم بين (0 - 14 سنة) في العالم سنة 2005، أكثر من بليون وثمان مائة مليون (1847 مليون طفل)، وهو ما يمثل 28.3% من تعداد السكان العالمي الذي تجاوز ستة بلايين ونصف البليون ساكن (6512 مليون نسمة)، بينهم أكثر من 627 مليون طفل أعمارهم أقل من خمس سنوات، ممثلة النسبة 9.62% من اجمالي السكان، مع اختلاف هذه النسب حسب الاقاليم. بعبارة أخرى يمثل الأطفال في العالم أكثر من خمس أطفال بين كل عشرون ساكن، إذ تشكل فئة الأطفال الشريحة الأكبر في الهرم السكاني العالمي، كما تبينه بوضوح قاعدة الهرم في الشكل (رقم 1.2).



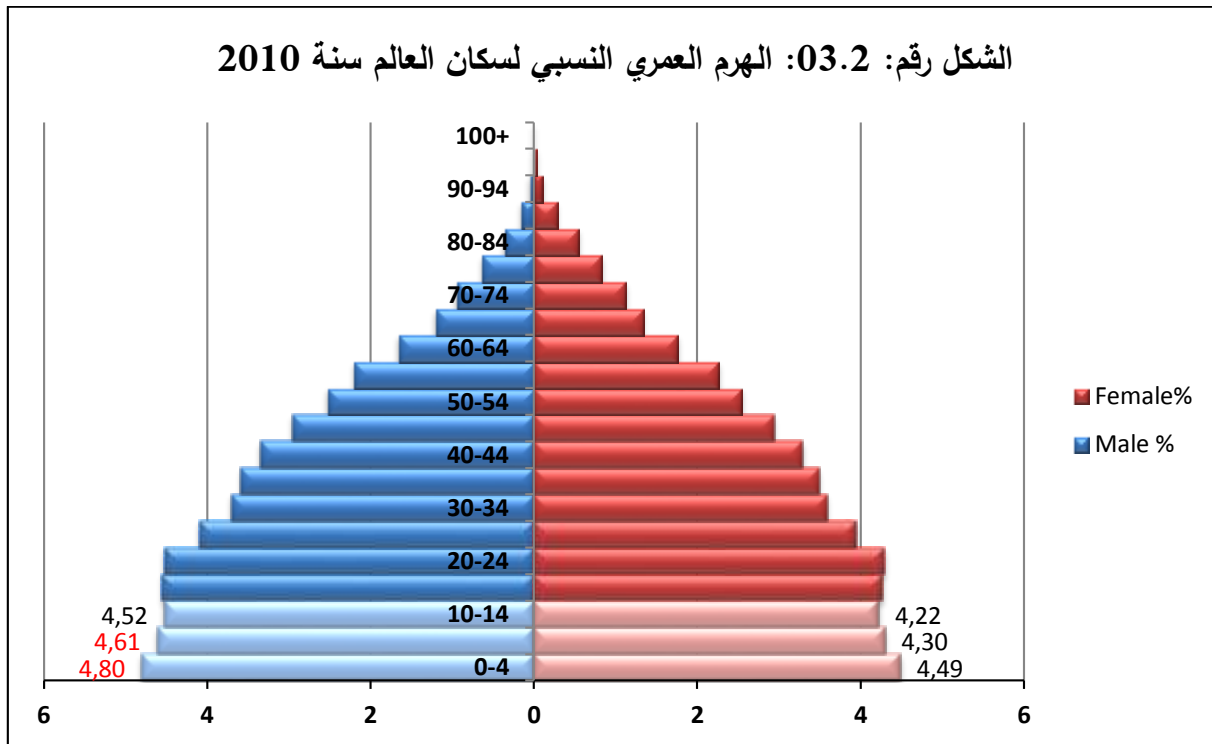
المصدر: من اعداد الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 01.2

حسب الشكل (رقم 03.2) والجدول (رقم 01، الملحق رقم 2) وصلت نسبة الاطفال سنة 2010 عند المستوى 26.94% من مجموع سكان العالم، مسجلة انخفاضاً قدره 1.36% عن سابقتها سنة 2005. ويرجع ذلك للانخفاض التدريجي المستمر لمعدلات الخصوبة والولادات في العالم. كما نلاحظ من هرم الأعمار لسكان العالم عام 2010، الممثل في الشكل (رقم 3.2)، أن أعلى نسبة من السكان سجلت في القاعدة الممثلة لفئة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات [0-5 سنوات]، حيث وصلت هذه النسبة إلى 9,29% من اجمالي عدد السكان توزعت إلى 4.49% عند الذكور، و4,80% عند الإناث.

وتشير الاحصائيات العالمية الخاصة بالسكان إلى أن نسب الأطفال إلى مجموع السكان في العالم خلال الست عقود الماضية (الفترة الممتدة من سنة 1950 الى غاية العام 2010)، قد عرفت مرحلتين

مختلفتين، الأولى، شهدت ارتفاعا متباينا، استمر لقراءة عقدين من الزمن، وذلك من بداية الفترة (سنة 1950: 34.11%) وصولا إلى سنة 1965، حيث بلغت النسبة المقدار 37.73% من المجموع العام للسكان، مسجلة بذلك زيادة قدرها 3.62%.

أما المرحلة الثانية فمثلت باقي الفترة التي تميزت بانخفاض متواصل لنسب الأطفال بين السكان، حيث سجلت ادنى مستوى لها نهاية الفترة (سنة 2010) عند المقدار 26.94% من مجموع السكان، حيث فقدت نسبة فئة الأطفال خلال هذه المرحلة 10.79% من قيمتها، أنظر إلى الجدول (رقم: 2.2) والشكل (رقم: 03.2).



المصدر: من إعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول رقم 01، الملحق رقم 2

ونستنتج من خلال مقارنة نسبة الأطفال إلى السكان لسنتي 1950 و 2000، أن النسبة تقلصت بالمقدار 3.78% في فترة نصف قرن من الزمن.

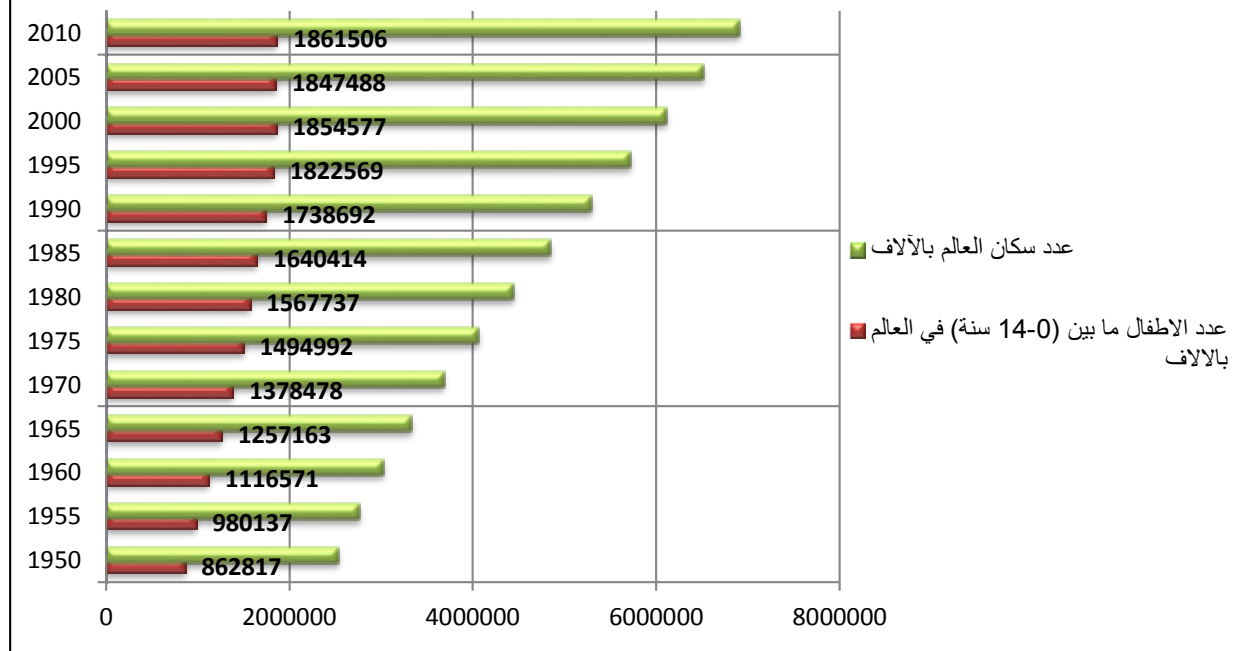
كما يمثل الفرق بين النسبتين المسجلتين في سنتي 2000 و 2010 المقدار بالقيمة 3.39%، انخفاض نسبة الأطفال بين السكان في العالم خلال عقد واحد من الزمن، حيث قاربت ما سجلته في نصف قرن، هذا ما يعكس شدة تقلص نسب هذه الفئة من السكان في السنوات الأخيرة. قد يرجع لبلوغ غالبية دول العالم آخر مراحل التحول الديموغرافي.

الجدول رقم 02.2: توزيع نسب الأطفال في العالم خلال الفترة ما بين سنتي 1950 و2010

السنة	عدد سكان العالم بالآلاف	عدد الاطفال ما بين (0-14 سنة) في العالم بالآلاف	نسب الاطفال (0-14 سنة) %
1950	2529345	862817	34,11
1955	2763454	980137	35,40
1960	3023357	1116571	36,93
1965	3331672	1257163	37,73
1970	3685778	1378478	37,39
1975	4061316	1494992	36,81
1980	4437611	1567737	35,32
1985	4846249	1640414	33,85
1990	5290450	1738692	32,86
1995	5713072	1822569	31,90
2000	6115367	1854577	30,33
2005	6512276	1847488	28,36
2010	6908689	1861506	26,94

Source : Nation Unies Département des affaires économiques et sociales (DAES), Division de la population. The 2008 Révisions Medium Variant.

الشكل رقم 04.2: عدد الأطفال بين السكان في العالم بالآلاف خلال الفترة 2010-1950



المصدر: انجاز الطالب بناء على بيانات الجدول (رقم 02.2)

2.1.1.1. التوزيع القاري لنسب الأطفال في العالم:

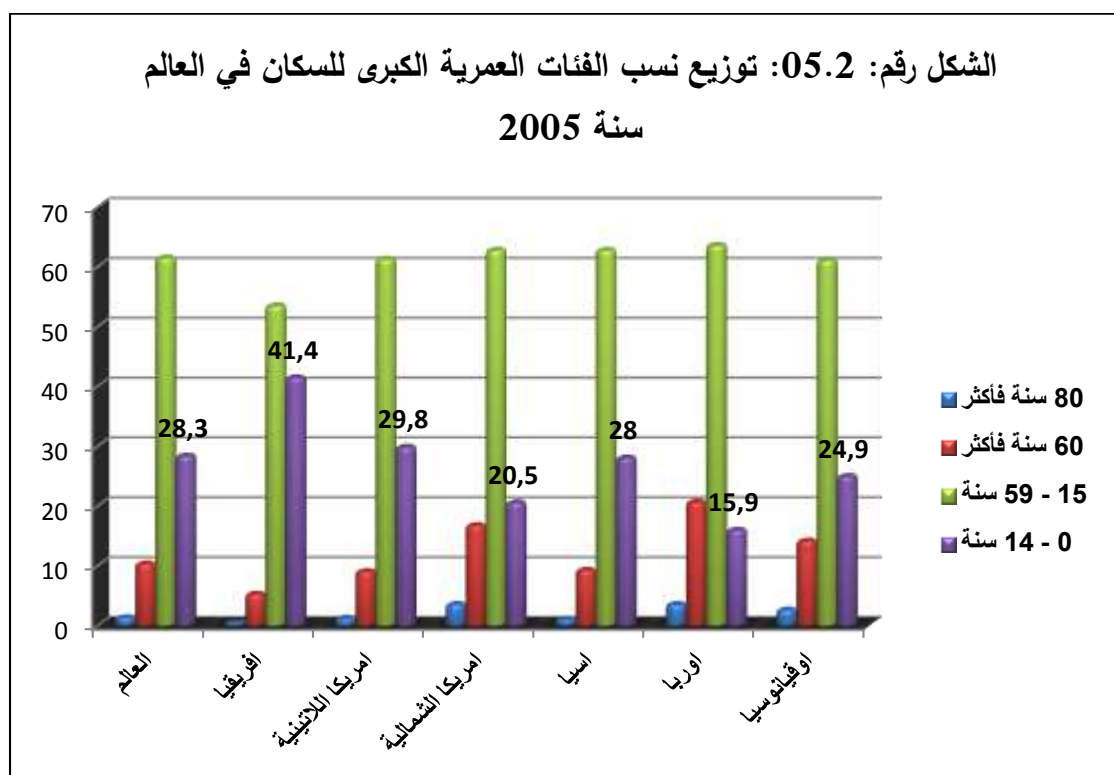
يبين كل من الجدول (رقم: 03.2) والشكل (رقم: 05.2) أن أعلى نسبة للأطفال بالنظر إلى السكان سجلت بقارة أفريقيا حيث بلغت المستوى 41.4%، أي وجود أربعة أطفال أفارقة بين كل عشر أشخاص، وسجلت أوروبا أدنى قيمة لهذه النسبة قاربت 16% من مجموع السكان ويرجع ذلك لبلوغ كل الدول الأوربية والمتقدمة المرحلة النهائية من التحول الديموغرافي (انخفاض معدلات الخصوبة والمواليد). كما نلاحظ تشابه في النسب (29.8%، 28%) بين أمريكا اللاتينية والكاريبي من جهة وقارة آسيا من جهة أخرى، وذلك لوقوع دول هاتان المنطقتان باستثناء اليابان في نطاق الدول النامية.

الجدول رقم 03.2: توزيع السكان في مناطق العالم حسب الفئات العمرية الكبرى سنة 2005

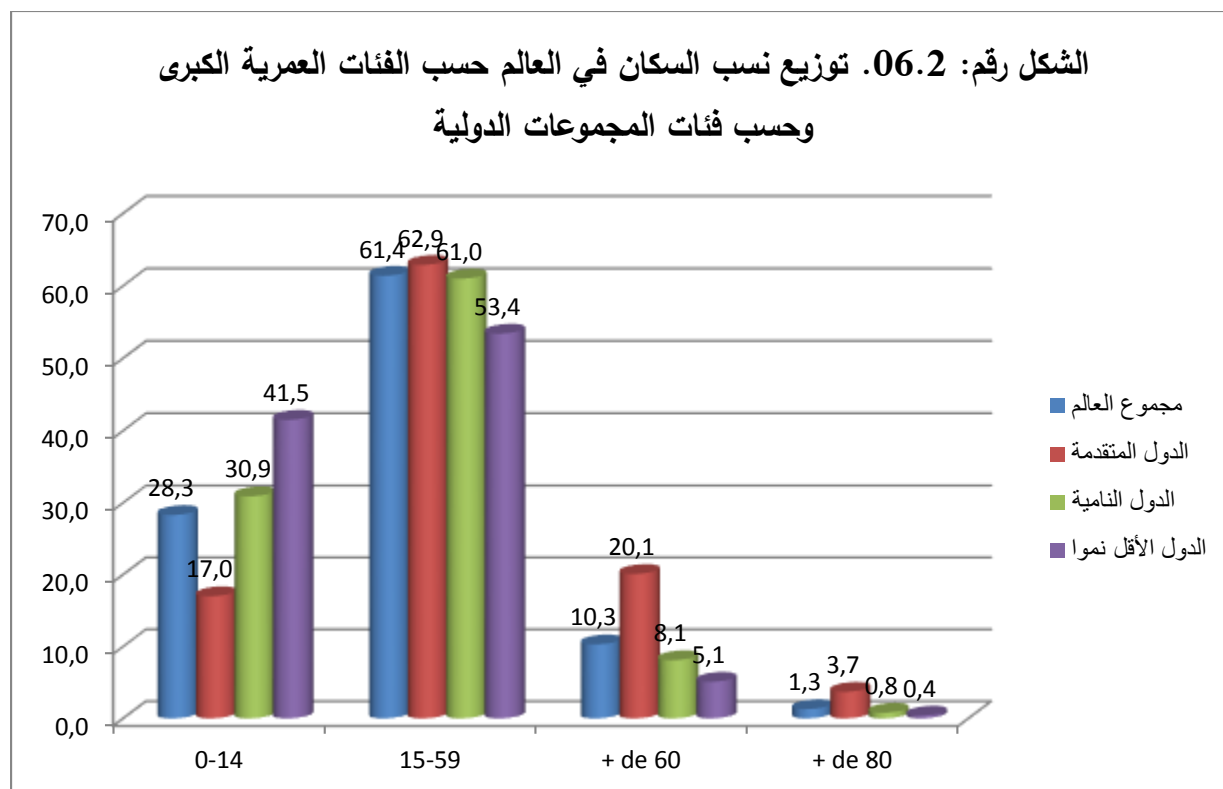
المنطقة/ الفئة	الفئات الكبرى للأعمار			
	0 - 14 سنة	15 - 59 سنة	60 سنة فأكثر	80 سنة فأكثر
مجموع العالم	28,3	61,4	10,3	1,3
أفريقيا	41,4	53,4	5,2	0,4
أمريكا اللاتينية وجزر الكاريبي	29,8	61,2	9	1,2
أمريكا الشمالية	20,5	62,7	16,7	3,5
آسيا	28	62,7	9,2	1
أوروبا	15,9	63,5	20,6	3,5
أوقيانوسيا	24,9	61	14,1	2,6
البلدان المتقدمة	17	62,9	20,1	3,7
الدول النامية	30,9	61	8,1	0,8
الدول الأقل نموا	41,5	53,4	5,1	0,4

source : Division de la population du Département des affaires économiques et sociales du Secrétariat de l'Organisation des Nations Unies (2007). World Population Prospects: The 2006 révision. New York

يشير الشكل رقم 06.2، وفق تصنيف دول العالم على أساس مستوى التقدم، إلى تسجيل الدول الأقل نموا أعلى نسبة للأطفال بين إجمالي السكان سنة 2005 قدرت عند المستوى 41.5%، تلتها مجموعة الدول النامية محققة ثاني أعلى نسبة بلغت 30.9%. وسجلت الدول المتقدمة أدنى نسبة اطفال حددت بالقيمة 17% من مجموع السكان، ويعود ذلك لبلوغ هذه الدول مراحل جد متقدمة من الانتقال الديموغرافي.



المصدر: من اعداد الطالب بناء على معطيات الجدول (رقم 3.2)



المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول (رقم 3.2)

3.1.1.1. الأطفال في العالم بالنظر إلى وسط الإقامة:

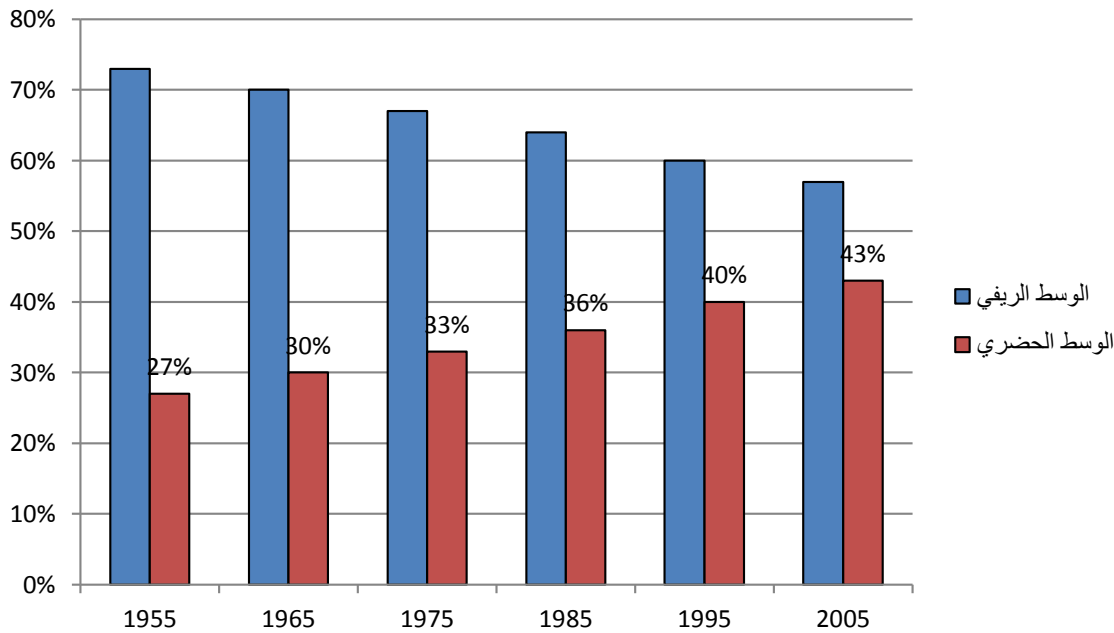
يعيش معظم أطفال العالم في الوسط الحضري داخل مدن كبيرة أو صغيرة أو قريبا منها، حيث يقيم أكثر من نصف سكان العالم في المناطق الحضرية، كما يتوقع المختصون أنه في آفاق سنة 2050 سيعيش أكثر من ثلثي سكان المعمورة داخل المدن.

توفر المناطق الحضرية عدة امكانيات لرعاية حقوق الاطفال وتسريع وتيرة التقدم باتجاه تحقيق أهداف الألفية من اجل التنمية (OMD)، باعتبار ارتباط المناطق الحضرية ارتباطا وثيقا بالتنمية الاقتصادية التي تؤدي على رفاه السكان وتوفير مناصب الشغل والاستثمارات. يوفر الوسط الحضري ظروف حياة أفضل للأطفال من غيره، حيث توجد خدمات صحية عالية تخص فئة الأطفال، كما يضمن لهم الحماية والتعليم، ويقدم هذا الوسط وسط بيئي أحسن كالصرف الصحي وشبكة مياه الشرب ونمط تزود الأسر بالطاقة والوقود.

تشير كل الدراسات المتعلقة بوضعية الأطفال في المناطق الحضرية والريفية، وذلك بمقارنة مختلف المؤشرات ذات الصلة بالأطفال بين الواسطين، من دون مفاجئة، إلى نتيجة أن المناطق الحضرية تتيح مستوى عالي من العناية بالأطفال الذين هم دون خمس سنوات من العمر، كما تضمن تـمدرس الاطفال وعيشهم تحت ظروف صحية جيدة. وبينت معطيات هذه الدراسات بوضوح وجود هوة كبيرة بين الواسطين في عدد من المؤشرات مثل أمل الحياة عند الولادة، الحالة التغذوية للأطفال، مستوى تـمدرس الأطفال، الخدمات الاجتماعية المتعلقة بالأطفال. (Fonds des Nations Unies pour l'enfance [Unicef], 2012, p. 1)

يبين الشكل (رقم: 07.2) تطور نسب التحضر للسكان المنتمين للفئة العمرية [0 - 19 سنة] في العالم. حيث انتقل معدل التحضر من 27% سنة 1955 إلى 43% عام 2005، كما سجل هذا المؤشر ارتفاعا مستمرا طيلة الفترة، مما يعطي صورة عامة عن الاتجاه العام لهذه النسبة في المديين المتوسط والبعيد. فالعالم يتجه نحو التحضر وهذا ما يطرح التحدي الذي يواجهه مجال تخطيط المدن لاستيعاب أعداد السكان الهائلة، في ظروف بيئية حسنة.

الشكل رقم: 07.2: تطور نسب التحضر في العالم لدى الفئة العمرية 0-19 سنة ما بين 1955 و2005



Source : Unicef, Les enfants dans un monde urbain, La situation des enfants dans le monde, 2012, P.2

4.1.1.1. مستويات وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة وآمال الحياة (e_0) في العالم:

تمثل معدلات وفيات الأطفال جزء هام في الوفيات بصفة عامة، وتشمل وفيات الأطفال الرضع دون السنة الأولى من العمر (12 شهرا الأولى من العمر)، ووفيات الاطفال دون سن الخامسة من العمر.

• وفيات الرضع حديثي الولادة:

وهي ظاهرة وفيات المواليد الأحياء الأقل من سنة (خلال 12 شهرا كاملة)، وتحدث هذه الوفيات خلال فترات عمرية متباينة خلال السنة الأولى، تتميز كل فترة عن سابقتها حسب شدة الظاهرة (أعمار الرضع عند الوفاة)، وتقاس بما يسمى بمعدلات وفيات الرضع حديثي الولادة: (Unicef, 2005, p. 99)

أ. وفيات حديثي الولادة المبكرة (La mortalité-natale précoce):

وهي وفيات الأطفال المولودين احياء خلال الأسبوع الأول من الحياة (0 - 6 ايام ماضية)، وغالبا ما تكون لأسباب داخلية كالعوامل الوراثية أو انتقال المرض من الام الى الرضيع أثناء الحمل والرضاعة.

ب. وفيات حديثي الولادة المتأخرة (La mortalité néo-natale tardive):

هي وفيات المواليد الأحياء خلال ثلاث أسابيع الأخيرة من الشهر الأول (7 - 27 يوما ماضية)، وغالبا ما تكون مرتبطة بعوامل خارجية اقتصادية أو اجتماعية (المستوى التعليمي للأم، مهنة الأبوين، خصائص المسكن والأسرة) بالإضافة للتشوهات التي يحملها الطفل عند ولادته والتي لها علاقة بوفاة الطفل في هذه الفترة من العمر.

ت. وفيات ما بعد حديثي الولادة (La mortalité post néo-natale):

وهم الأطفال المتوفون ما بين 28 و 365 يوما كاملة، أي من الشهر الأول ما بعد الولادة إلى غاية الشهر الثاني عشر. يعبر مجموع هذه الوفيات عن وفيات الاطفال الرضع (la mortalité infantile)، أي وفيات الأطفال الأقل من سنة.

ويتأثر مستوى وفيات الرضع بعدة عوامل ديموغرافية نذكر أهمها:

- **جنس المولود:** ينظر إلى العامل الثقافي كسبب مؤثر في الوفاة بحيث يلقي الذكور عناية كبيرة عكس ما قد تلقاه الاناث.

- **ترتيب المولود:** يختلف احتمال الوفاة باختلاف موقع المولود بين اخوته حيث يزداد كلما ارتفعت رتبة المولود ويتعلق هذا بالتكوين الجسماني للأمهات الذي يستهلك بارتفاع عدد الولادات كما ينقص عدد الولادات من العناية بالمولود.

- **عمر الأم عند الوضع:** يزداد مستوى ظاهرة الوفيات الرضع كلما قل عمر الأم عن 20 سنة أو زاد عن 35 سنة.

- **طول المجال الفاصل بين الولادات:** ترتبط الظاهرة بطول الفترة الفاصلة بين ولادتين متعاقبتين، لوحظ انخفاض الظاهرة كلما زاد طول المجال ويزداد كلما تقلصت هذه الفترة. قد يرجع السبب إلى العناية بالمولود والاستعداد الجسماني للأم وغيرها من العوامل.

• معدل وفيات الرضع:

هو احتمال الوفاة بين الولادة واليوم الأخير من العام الأول، ويحسب هذا المعدل لكل 1000 مولود حي. ويعرف معدل وفيات الرضع (Mortalité infantile) بعدد الأطفال المتوفين قبل بلوغهم عيد ميلادهم الأول في سنة معينة إلى 1000 مولود حي من نفس السنة (Unicef, 2005, p. 101)، ويحسب وفق الصيغة التالية:

$$\text{معدل وفيات الرضع} = \frac{\text{عدد الأطفال الأقل من سنة المتوفين خلال سنة معينة}}{\text{عدد الولادات الحية من نفس السنة}} \times 1000$$

* الولادة الحية:

يعرفها المختصون على أنها الاستخراج الكامل للجنين مع وجود علامة من علامات الحياة كالصراخ أو التنفس أو الحركة.

• معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

يعبر هذا المعدل عن متوسط العدد السنوي لوفيات الاطفال دون سن الخامسة لكل 1000 مولود حي خلال السنوات الخمس السابقة، وهو احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الخامسة من العمر مضروباً في 1000، وتعتبر اليونيسيف هذا المعدل من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية للسكان، كما يقيس الوضع الصحي والمعيشي والتنموي في أي بلد أو إقليم أو منطقة في العالم.

يقصد بمعدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات (> 5 سنوات)، عدد الأطفال الذين توفوا قبل اتمامهم السنة الخامس من عمرهم إلى عدد المواليد الأحياء. (Unicef, 2005, p. 101)

• العمر المتوقع عند الولادة أو أمل الحياة عند العمر صفر سنة (e_0):

هو عدد السنوات التي سوف يحياها جيل ما منذ الولادة، إذا ظلت أنماط معدلات الوفيات بالنسبة إلى الفئات العمرية عند الولادة على حالها طوال حياتهم.

يقاس أمل الحياة باستخدام أساليب احصائية تعتمد على جداول الحياة، ويحسب دائماً عند الميلاد أو أي فئة عمرية، وهو ببساطة عبارة عن عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها الفرد الواحد في أي سن معلومة (أبو عيانة، 1988، ص. 206)

يظهر الجدول (رقم 04.2) بوضوح، احتلال دول غرب ووسط أفريقيا، وأفريقيا جنوب الصحراء، ومجموعة شرق وجنوب أفريقيا، المراتب الأولى على الصعيد العالمي في ارتفاع معدلات وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات، ومعدلات وفيات الرضع، حيث أحصت أكبر المعدلات (TMM5) سنة 2004 عند المستويات 191‰، 179‰ و 105‰ على التوالي، كما تصدرت معدلات وفيات الرضع لذات السنة بتسجيلها 109‰، 102‰ و 95‰ على الترتيب. تعكس هذه المؤشرات المستوى الصحي والمعيشي والتنموي لهذه البلدان.

الجدول رقم 04.2: معدلات وفيات الأطفال وآمال الحياة عند الولادة في العالم سنتي 1990 و 2004

المنطقة/ الفئة	معدل وفيات الاطفال الاقل من 5 سنوات TMM5		وفيات الرضع (الاطفال الاقل من سنة) TMI		أمل الحياة عند الولادة e_0	الدخل القومي الخام لكل ساكن \$
	سنة 1990	سنة 2004	سنة 1990	سنة 2004		
افريقيا جنوب الصحراء	188	171	112	102	46	611
شرق وجنوب افريقيا	167	149	105	95	46	836
غرب افريقيا وافريقيا الوسطى	209	191	119	109	46	399
الشرق الاوسط وشمال افريقيا	81	56	59	44	68	2308
جنوب آسيا	129	92	89	67	63	600
شرق آسيا والهادئ	58	36	43	29	71	1686
أمريكا اللاتينية والكاريبي	54	31	43	26	72	3649
وسط وشرق أوروبا	54	38	44	32	67	2667
الدول الصناعية	10	6	9	5	79	32232
الدول النامية	105	87	72	59	65	1524
الدول الأقل نموا	182	155	115	98	52	345
مجموع العالم	95	79	65	54	67	6298

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2006 : Exclus et invisible, Brodock Press, New York Etats-Unis, décembre 2005

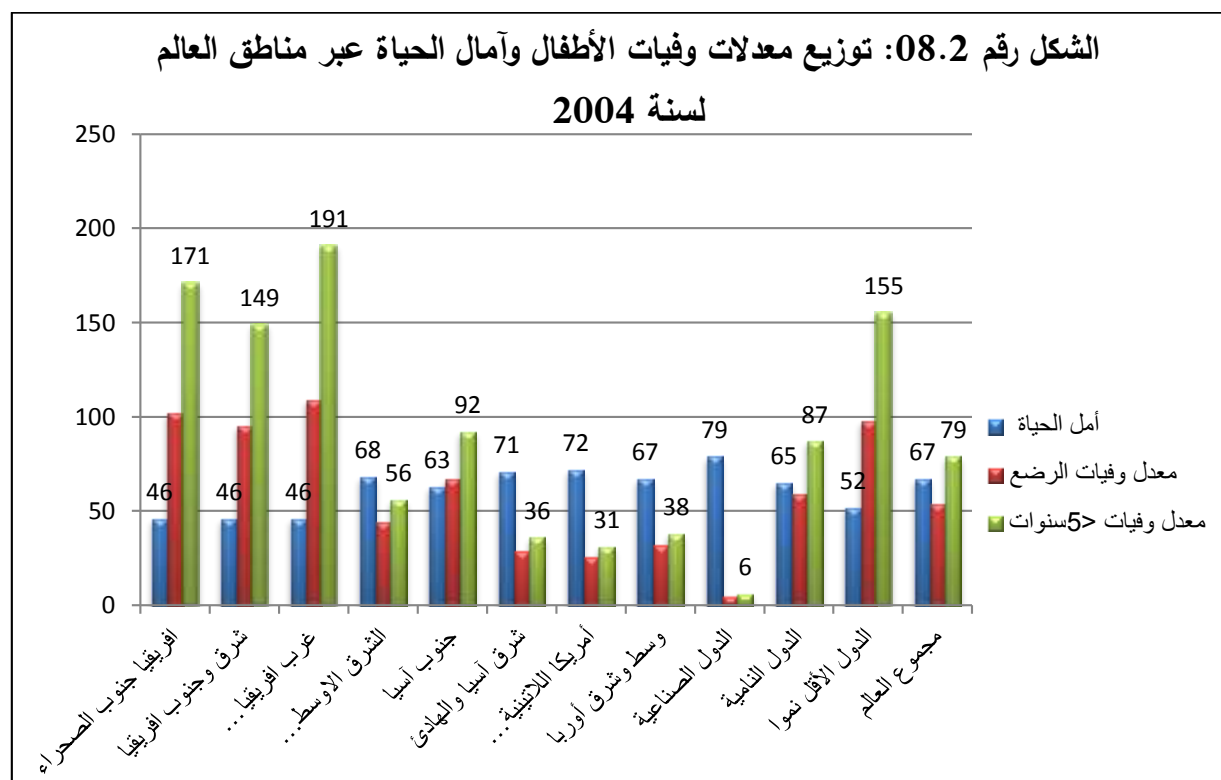
وجاءت دول جنوب آسيا سنة 2004، في الصف الرابع بمعدل (وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات) بلغ المستوى 92‰، وبمعدل وفيات رضع وصل إلى 67 وفاة بين كل 1000 رضيع. مما يدل على بساطة الرعاية والخدمات الصحية بصفة عامة والموجهة للأطفال بصفة خاصة.

قد وصلت بلدان الشرق الأوسط وشمال أفريقيا الى مستويات هامة في هذا الشأن (TMI=44‰، TM<5ans=56‰)، حيث حققت معدلات أحسن من المستوى العالمي (TMI=54‰، TM<5ans=79‰) والدول النامية (TMI=59‰، TM<5ans=87‰) التي هي جزء منها، غير أنها لا تزال بعيدة جدا عن المستويات التي حققتها الدول الصناعية (TMI=5‰، TM<5ans=6‰)، ونوعا

ما عن دول أمريكا اللاتينية والكاريبي (TMI=26%, TM<5ans=31%) ومنطقة شرق آسيا والهادئ (TMI=32%, TM<5ans=38%) ودول شرق وسط أوربا (TMI=29%, TM<5ans=36%).

كما نلاحظ أيضا، أن تقليص هذه المعدلات ما بين سنتي 1990 و 2004 كانت كبيرة ومع تبرة كلما اتجهنا من الدول أو المناطق الأقل نماء الى أكثرها تنمية وصولا إلى الدول الصناعية الواقعة بأوروبا الغربية وأمريكا الشمالية واليابان وأستراليا.

وقد شهدت هذه السنة (2004) استقرار آمال الحياة عند السنة صفر لدى مختلف دول إفريقيا (باستثناء بلدان شمال أفريقيا) عند المستوى 46 سنة فقط وهذا لارتفاع معدلات الوفيات في هذه المناطق، وبلغ في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا القيمة 68 سنة حيث فاق المستوى العالمي (67 سنة) بسنة واحدة ومجموعة الدول النامية (65 عام) بثلاث سنوات. تصدرت البلدان الصناعية كأحسن أمل حياة عند الميلاد بالعمر 79 سنة، تبعثها منطقتا أمريكا اللاتينية والكاريبي وشرق آسيا والهادئ بالمقدارين 72 سنة و 71 سنة على التوالي. يعكس هذا المؤشر بصفة عامة مدى تقدم وتطور وتنمية البلدان في العالم، وحجم الرعاية الصحية وفعالية السياسات المتعلقة بها في أي بلد بصفة خاصة.



المصدر: من اعداد الطالب بناء على بيانات الجدول (رقم 04.2)

2.1.1. التغذية لدى الأطفال في العالم:

تتمثل أهمية الغذاء بالنسبة للطفل بشكل عام والرضيع بشكل خاص في إشباع حاجة الطفل إلى الغذاء يتعدى إشباع الحاجة البيولوجية إلى إشباع حاجته النفسية والاجتماعية المتمثلة فيما يستمد منه من علاقته بأمه وأفراد أسرته من دفيء وحب وأمن، إذ يتأثر نمو الطفل بنوع الغذاء الذي يتناول في ضوء متطلبات مرحلة العمر التي يمر بها وما يبذله من جهد ونشاط. (توفيق قمر، فتحي مبروك، 2009، ص. 223)

1.2.1.1. الوزن عند الولادة وانتشار الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية:

سوف نتطرق في الجزء من البحث إلى المؤشرات المتعلقة بالمقاييس الأنثروبومترية، بالإضافة إلى مستويات الرضاعة الطبيعية ومؤشرات تلقي التغذية التكميلية في مختلف جهات العالم وشتى المجموعات الدولية المشكلة له. وتفيدنا هذه المؤشرات في معرفة تقييم المستويات التي حققتها الجزائر بالنظر إلى المستوى العالمي، وإلى مستويات مجموعات البلدان التي تتموضع الجزائر ضمنها.

أ. نقص الوزن عند الولادة:

يعتبر الوزن عند الولادة مؤشرا للتعرف على صحة الأم وحالتها التغذوية وفرص البقاء على قيد الحياة والحفاظ على الصحة الجيدة والنمو النفسي والاجتماعي للمولود الجديد، ويتضمن نقص الوزن عند الولادة (أقل من 2500 غرام) سلسلة من الأخطار على صحة الطفل، إذ يعتبر هؤلاء الرضع أكثر عرضة للوفاة في الأشهر والسنوات الأولى من العمر، والباقيون منهم على قيد الحياة يصبح جهاز المناعة لديهم ضعيف مما يجعلهم عرضة للإصابة بالمرض، كما ينجم عن نقص وزن الأطفال عند الولادة نقص في القوة العضلية لديهم طوال حياتهم، وهؤلاء غالبا ما يعانون من نقص في الذكاء واضطرابات في السمع التي تؤثر على تفوقهم الدراسي.

وتعتبر الحالة الصحية السيئة للأم وسوء تغذيتها خاصة في أثناء طفولتها وكذلك تعاطيها التدخين واصابتها ببعض الأمراض أحد المعوقات التي تأخر نمو الجنين. (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ONS، 2009، ص. 84)

ب. انتشار الرضاعة الطبيعية:

"المقصود بالرضاعة الطبيعية إرضاع المولود من لبن الأم عن طريق حلمة الثدي بالتبادل، ولبن الأم هو الذي يطلق عليه الرضاعة الطبيعية، ولونه قريب من اللون الأبيض". (رفعت، 1992، ص. 180)

يطلق عليها أيضا اسم الرضاعة الغالبة أو الاستثنائية في الحالة التي يكون فيها حليب الأم هو المصدر الغذائي الوحيد في تغذية الطفل.

يعتبر حليب الأم الغذاء المتكامل للرضيع، ومنه يستمد احتياجاته الأساسية في الأشهر الأولى من عمره، ويتميز حليب الأم بمحتواه الغذائي الفريد، ومكوناته الغذائية (محمد السيد، 2010، ص. 11):

- الكوليسترول: مادة الوقاية تقوي جهاز المناعة وأمراض الجهاز التنفسي والتهابات الأمعاء.
- البروتينات: خاصة التي تتميز بسهولة الهضم مثل (اللاكتو البومين Lacto Albomins) وتحتوي على التورين وهو حمض اميني يحتاجه الطفل لإفراز العصارة الصفراوية المساعدة على هضم الدهون.
- اللاكتوز: يمد الجسم بالطاقة والجلوكوز.
- الحديد: نسبة قليلة، غير أن نصفها يمتص بسهولة من قبل الرضيع.
- فيتامين د: نسبته قليلة لذلك ينصح بتغذية الطفل بالأرز المسلوق والحبوب عند بلوغه الشهر الرابع، وكذلك تعريض الطفل لأشعة الشمس في الصباح الباكر.

حليب الأم محفوظ بصورة طبيعية، وبنفس درجة حرارة الجسم، وخال من الجراثيم، وجاهز في أي وقت. ويحتوي على جميع المواد الغذائية الأساسية المطلوبة لنمو الطفل بصورة متناسقة حسب سنه ووزنه ومقدرته على الهضم والامتصاص. كما توفر الرضاعة الطبيعية السعادة للأم حيث تشبع غريزة وعاطفة الأمومة.

يساعد الاتصال المبكر بين الأم والطفل عن طريق تلامس الجلد وتقابل العيون على تنبيه الاعصاب والغدد الخاصة بعملية فرز اللبن. ينبغي التأكيد بالرضاعة (خلال نصف ساعة من الولادة)، واعطاء اللبن مع عدم اعطاء أي سوائل أخرى، وتساعد الرضاعة المتكررة والرضاعة الليلية على زيادة إفراز اللبن وضمان استمراره، وذلك نتيجة تقوية الدورات الهرمونية.

يدعم الابقاء على الطفل بجوار أمه الروابط النفسية، ويؤثر إيجابيا على نمو أفضل للطفل وزيادة إدرار اللبن.

توصي القواعد والارشادات العالمية بالرضاعة المطلقة من الثدي خلال الستة أشهر الأولى من عمر الرضيع معتمدة على الدلائل العلمية لفوائد الرضاعة على استمرار الصحة الجيدة للرضيع والنمو والتطور والادراك الذهني والحركي.

ويعتبر حليب الأم كافيا حتى العمر 4 - 6 أشهر، وبعد ذلك يصبح غير كاف. ويحصل الطفل في العام الثاني من عمره على ثلث احتياجاته الغذائية من لبن الأم. كما يمكن معرفة ان كان الطفل يحصل على غذاء كامل أم لا، بمقارنة وزنه بانتظام بما كان يجب أن يكون عليه من نمو. وتزداد حاجة الطفل للأطعمة الاضافية في الشهر السادس عندما يبدأ في التسنين والجلوس.

كما يمثل حليب الأم أفضل غذاء للمولود الحديث، فهو يحتوي على كل ما يلزمه من بروتين ودهن وكربوهيدرات وأملاح معدنية وعناصر حيوية وفيتامينات وأنزيمات وهرمونات وغيرها، وهو جاهز دوما للاستعمال ومسخن حتى درجة الحرارة اللازمة وهو معقم وطازج دوما وسهل الهضم، ومع الأسف، فإن البعض من الأمهات الفتيات لا يعرن اهتماما لهذه المزايا الثمينة التي منحها الطبيعة لحليب الأم، فيتوقفن عن ارضاع أطفالهن من الثدي ويتحولن إلى الحليب الاصطناعي، ويعتبر مثل هذا التصرف لا أخلاقيا وجدير بالاستنكار والاستهجان.

وللمقارنة نورد فيما يلي تركيب كل من حليب الأم وحليب البقرة حيث نرى أن الفرق بينهما كبير، وهذا في غير مصلحة الطفل:

يحدث أحيانا أن الطفل لا يتلقى الكمية اللازمة من حليب أمه أو يحرم منه نهائيا بسبب نقص افرازه في الثديين، ولتفادي حدوث ذلك يجب على الأم المرضعة أن تتغذى بشكل صحيح وتأخذ القسط الكامل من الراحة، والمعروف أن الثديين عند المرأة السليمة ينتجان وسطيا كل يوم من 800 إلى 1200 ملل من الحليب، ولهذا يجب أن تزداد القيمة الحرارية في الراتب الغذائي اليومي للأم المرضعة بمقدار 700 أو 1000 كيلو كالوري. (تشيماروف، 1991، ص. 82)

الجدول رقم 05.2: تركيب حليب الأم وحليب البقر بالنظر إلى المكونات العضوية والمعدنية

الحليب	بروتينات	مواد دسمة	كربوهيدرات	املاح معدنية
حليب الأم	1.1%	3.3%	6.5%	0.3%
حليب البقرة	2.8%	3.2%	4.7%	0.5%

المصدر: تشيماروف، ترجمة عيسى مسوح، الأم والطفل، الشركة المشتركة ليكسيكا، موسكو، 1991، ص. 84

يتم الفطام تدريجيا مع زيادة وجبات الطفل من الأطعمة وتقليل مرات الرضاعة حتى يصل إلى رضعة واحدة يوميا. والفطام المبكر يؤثر سلبا على صحة الأطفال.

"يقصد بالفطام بداية مرحلة انفصال الطفل عن أمه من ناحية الرضاعة من الثدي كما يعتبر من ناحية أخرى بداية الانتقال لنظام غذائي جديد لا يعتمد على لبن الأم كمصدر رئيسي للغذاء، وهو نظام غذائي للبالغين". كما يقصد بالفطام المبكر إيقاف الرضاعة الطبيعية للطفل خلال الثلاث أشهر الأولى من عمره" (وزارة الصحة والسكان، 1994، ص. 133)

ت. التغذية التكميلية:

التغذية التكميلية عبارة عن تغذية الطفل الرضيع تغذية أخرى بجانب حليب الأم، وهذه الأغذية الأخرى تسمى أغذية مكملة سواء كانت أغذية أو مشروبات، خلال فترة التغذية التكميلية، يتم تغذية الرضيع بالغذاء المكمل بطريقة تدريجية تصاعدية حتى يصل إلى مرحلة تناول غذاء الأسرة. بوصول الطفل إلى 4-6 أشهر يصبح حليب الأم بمفرده غير كاف لمد الطفل بالطاقة والمغذيات اللازمة لنموه، لذلك يجب هنا التدخل بالأغذية التكميلية. يوجد احتياج للأغذية التكميلية لسد احتياجات الطفل من الطاقة، وتزداد كمية هذه الأغذية التكميلية التي يحتاجها الرضيع بتقدمه في العمر، لو لم يتم سد هذه الفجوة فسوف يتوقف الطفل عن النمو، أو يكون نموه بطيئا. (محمد السيد، 2010، ص ص. 50-51)

يكون لدى الأطفال المولودين طبيعيا مخزون كاف من الحديد داخل أجسامهم، وهذا المخزون يستهلك بوصول الطفل إلى الشهر السادس من العمر، وهذا يعني أن الأغذية التكميلية يجب أن تمد الطفل بعنصر الحديد بعد الشهر السادس. وعموما تتلخص العلامات الواجب مراعاتها لكي يبدأ الطفل التغذية في أن يكون بالغاً من العمر 4 أشهر على الأقل، ويبدأ الشعور بالجوع بعد الرضاعة بفترة وجيزة ويستدل على ذلك ببكائه، إلى جانب عدم الزيادة في الوزن.

وتتأثر الحالة التغذوية بمحتوى الأغذية المستهلكة من العناصر الغذائية، مقارنة باحتياجات الفرد التي تتوقف على السن والجنس، ومستوى النشاط البدني والحالة الصحية وإلى مدى استخدام الجسم للعناصر الغذائية، ويلاحظ أيضا بوجه خاص أن الأمراض المعدية تؤثر في المتحصل الغذائي والعناصر المغذية. والواقع أن العلاقة الطردية بين قلة المتحصل الغذائي والأمراض المعدية لهما من القوة إلى حد يصعب معه تقدير دور

كل منها على حدا، وتعتبر الوجبات الغذائية كافية إذا كانت تتوفر على القدر الكافي من: الطاقة، البروتين، الدهون والكربوهيدرات والعناصر الغذائية الضرورية، بما في ذلك الألياف الغذائية، وهذا لسد احتياجات الجسم على نحو متوازن ومنوع ومقبول طبقا لتقاليد المجتمع. (موساوي، 2012، ص. 42)

الجدول رقم 06.2: انتشار الرضاعة الطبيعية ونقص الوزن والتغذية التكميلية للأطفال في العالم بين سنتي

1996 و 2004

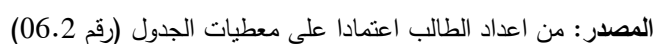
المنطقة/ الفئة	نسب % المواليد الذين يعانون من نقص الوزن بعد الولادة 2004-1998	نسب % الاطفال الذين يتلقون الرضاعة الطبيعية الأقل من 6 أشهر 1996- 2004	نسب % الأطفال الذين يتلقون تغذية تكميلية وتتراوح أعمارهم بين 6 و 9 أشهر 1996- 2004	نسب % الاطفال الذين لا يزالون يتلقون الرضاعة الطبيعية وتتراوح أعمارهم بين 20 و 23 شهرا 2004-1996
افريقيا جنوب الصحراء	14	30	67	53
شرق وجنوب افريقيا	14	41	69	58
غرب افريقيا و افريقيا الوسطى	15	20	65	48
الشرق الاوسط وشمال افريقيا	15	29	60	23
جنوب آسيا	31	38	45	69
شرق آسيا والهادئ	7	43	44	27
أمريكا اللاتينية والكاريبي	9	-	45	26
وسط وشرق أوروبا	9	22	45	26
الدول الصناعية	7	-	-	-
الدول النامية	17	36	51	46
الدول الأقل نموا	19	34	63	65
مجموع العالم	16	36	51	46

(-): غياب المعطيات.

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2006 : Exclue et invisible, Brodbeck Press, New York Etats-Unis, décembre 2005.

يشير كل من الجدول (رقم 06.2) والشكل (رقم 08.2) إلى وجود نسبة 16% من أطفال العالم يولدون ناقصي الوزن (نقص الوزن عند الولادة) خلال الفترة الممتدة من سنة 1998 إلى عام 2004، وأحصت منطقة جنوب آسيا أعلى قيمة عند المستوى 31%، فيما سجلت الدول الصناعية ومنطقة شرق آسيا والهادئ أدنى قيمة (7%)، كما اقتربت من هذا المستوى كل من منطقتي أمريكا اللاتينية ووسط وشرق أوروبا بنسبة 9%، ورصدت المنطقة العربية نسبة بلغت 15 من المائة. للإشارة فإن نقص الوزن عند الولادة مرتبط ارتباطا

تشكل الرضاعة الطبيعية عند الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة (6) أشهر، جزءًا مهمًا في منطقتي شرق آسيا والهادئ بتصدرها أعلى النسب في العالم بالمقدار 43%، متبوعة بمنطقة شرق وجنوب أفريقيا (41%) ودول جنوب آسيا (38%)، مع تدني هذا المؤشر في منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا عند المستوى 29%، كما سجل هذا المؤشر أدنى مستوى له بمنطقتي غرب ووسط أفريقيا (20%) ووسط وشرق أوروبا (22%). فيما بلغت قيمته في مجموع العالم المقدار 36% من مجموع الأطفال الذين لم يتجاوزوا الست أشهر الأولى من حياتهم.



76

جنوب آسيا، وتباينت نسب باقي المناطق متقاربة. سجل مجموع العالم النسبة 46% كقيمة لمؤشر الرضاعة الطبيعية لأطفال الفئة العمرية المذكورة (20-23 شهر).

كما نلاحظ أن تسجيل أعلى هذه النسب كان لدى الدول الإفريقية عامة، حيث تراوحت بين 65% بغرب إفريقيا و 69% لدى بلدان شرق وجنوب القارة. واستقر المؤشر تقريبا في باقي مناطق العالم عند النسبة 45%.

2.2.1.1. الحالة التغذوية للأطفال دون سن الخامسة في العالم:

يستخدم مؤشر كتلة الجسم كمزيج من القياسات في وزن وطول الجسم عند البالغين، مع مقارنتها بمعايير مرجعية مختلفة في تقدير مدى الوزن الزائد أو السمنة، بينما تستعمل هذه القياسات بين الرضع لقياس مدى تأثر الأطفال بالإصابة عند نقص التغذية، غير أنه يظهر الاهتمام في الفترة الأخيرة باستخدام مقياس وزن وطول الجسم عند البالغين كمؤشر لنقص التغذية أيضا، وتكشف كثير من الدراسات على مدى ملائمة هذا المزيج من القياسات البدنية لكل من البالغين والأطفال، وهذا في تقدير مدى الإصابة بنقص التغذية داخل مجموعة سكانية معينة. (موساوي، 2012، ص. 33)

يعد سوء التغذية سببا رئيسيا في وفيات الرضع والأطفال دون الخامسة وبذلك تصبح التغذية جزءا من الاستثمار الذي ينفقه المجتمع في تربية ورعاية الطفل، وقد أثبتت الإحصائيات أن ما نسبته 40-50% من سكان العالم النامي والعربي هم ممن دون 15 سنة، وهذا يفرض عبئا متزايدا على خطط التنمية الاجتماعية والاقتصادية حيث تواجه خطة الاستهلاك تحديا في توفير قدر أكبر من الاحتياجات الغذائية لحوالي 50% من السكان وهم فئة الأطفال في سن النمو، والفتيان والفتيات في سن البلوغ. (اليونيسيف، 1995، ص. 9)

يقصد بسوء التغذية تناول الطفل غذاء غير متوازن في عناصره ومحتوياته (سواء بنقص أو زيادة أحد عناصره الغذائية أو أكثر من عنصر وذلك لمدة طويلة)، ويتم التعرف على أمراض سوء التغذية بالكشف الطبي، وملاحظة العلامات المرضية المصاحبة للطفل، أو عن طريق نقص وزن الطفل أو طوله عن الوزن والطول المناسب لسنه وخلافه.

وأهم الأمراض التي تنتج عن سوء التغذية ما يلي (سيد أرناؤوط، 2014، ص. 108):

أ. **أنيميا الغذاء (فقر الدم) للأطفال:** وتنتج عن نقص مادة الهيموغلوبين في الدم نتيجة لسوء التغذية أو لمرض ما، ويوجد نوعان من الانيميا الناتجة عن سوء التغذية، أنيميا نقص الحديد وغالبا ما يكون مصاحبا لنقص البروتين والنحاس وفيتامين ج، وهو الأكثر انتشارا في الدول النامية، أما النوع الثاني يتعلق بالأنيميا الخبيثة التي تحدث نتيجة لنقص فيتامين ب 12.

ب. **نقص البروتين والسعرات الحرارية:** وهو من أكثر الأمراض شيوعا في البلدان النامية، وأهم أسباب وفيات الاطفال في تلك الدول الفقيرة، ويؤدي نقص البروتين (البسيط والمتوسط) إلى الضعف العام وتأخر النمو العقلي والجسماني للطفل مع ضعف الجهاز المناعي بجسمه.

ت. **زيادة الوزن عن الحد المناسب (السمنة):** وهي الاسراف في تغذية الطفل (من ناحية الكمية والنوعية) وخصوصا في الاغذية التكميلية ما يؤدي إلى زيادة وزن الطفل، كما أن الافراط في الاغذية الغنية بالسكريات تسبب تخمرا غير مفيد في الامعاء مما يؤدي إلى تمدد البطن وزيادة سريعة في الوزن، والأطفال الذين يستمرون في زيادة وزنهم وحتى مرحلة البلوغ يزيدون في احتمال الاصابة بارتفاع ضغط الدم ومشكلات في التنفس والمفاصل وصعوبة ممارسة الانشطة الرياضية.

ث. **نقص فيتامين 'أ' للطفل:** يعتبر فيتامين أ ضروري للنمو وسلامة الجلد والعظام والأسنان، وفي مقاومة الميكروبات، وله دور مهم في عملية الابصار، وله دور رئيسي في تنظيم عمليات التمثيل الغذائي في الخلية، ويؤدي نقصه في الأطفال إلى فقدان الشهية، ومشكلات في الرؤية والعين، وقلة مقاومة الجسم للعدوى، وتعرض الطفل لحالات من الاسهال وأنيميا نقص الحديد وخلل في النمو. وللوقاية منه يتوجب على الأم القيام بالرضاعة الطبيعية من الثدي لمدة عامين كاملين (خصوصا في السنة الأولى)، حيث يسد لبن الأم احتياجات الطفل من الفيتامين، وضرورة إعطاء الطفل الأغذية التكميلية النظيفة والمتوازنة اعتبارا من الشهر السادس من عمره مثل الخضر ومنها الجزر والكوسة والخضر الورقية والبطاطا والفاكهة والبيض والكبد والسمك وبعض الزيوت النباتية وغيرها. وقد أدرجت كل بلدان العالم جرعات أقراص الفيتامين أ ضمن البرامج الحكومية التطعيمية الموسعة للتحصين (PEV) الموجهة إلى الأطفال الذين تتراوح اعمارهم ما بين 6 و 59 شهرا.

يعتبر الفيتامين 'أ' مهم جدا للعين وأنسجتها، كالشبكية والقرنية، والأنسجة المبطننة لتجاويف الجسم مثل الجهاز الهضمي، كما أنه مهم لصحة الجلد، ولذلك فإن نقصه في الجسم يؤدي إلى تيبس في قرنية العين وقد يؤدي إلى العمى، وقبل ذلك إلى ضعف الرؤية ليلا ما يسمى العشى الليلي. (الماضة، 1999، ص. 13)

إلى جانب هذا يعد فيتامين 'د' ضروري لامتصاص الأملاح المعدنية كالسيوم والفوسفور والمغنيزيوم والزنك، ويسهم بشكل كبير في المحافظة على مستوى هرمون الغدة الدرقية، بالإضافة إلى أنه هام في النمو الجسمي الصحيح وفي سلامة العظام والأسنان. يمثل زيت السمك والكبد والبيض والزبد أهم مصادره، كما يمكن أن يصنعه الجسم البشري إذا ما تعرض لأشعة الشمس. ويسبب نقص هذا الفيتامين كساح الأطفال. (مزاهرة، بلبيل، عبد الله، 2007، ص. 20)

يوضح الجدول (رقم 07.2) الوزن والطول المثاليين للطفل حسب العمر والجنس من الولادة إلى بلوغه ثلاث سنوات.

الجدول رقم 07.2: الوزن والطول المثاليين للطفل (0 - 3 سنوات) حسب العمر والجنس

متوسط الطول المثالي بالسنتيمتر		متوسط الوزن المثالي (كغ)		عمر الطفل بالأشهر	متوسط الطول المثالي بالسنتيمتر		متوسط الوزن المثالي (كغ)		عمر الطفل بالأشهر
ذكور	إناث	ذكور	إناث		ذكور	إناث	ذكور	إناث	
83,3	81,9	11,7	11,0	19	50,5	49,9	3,3	3,2	عند الولادة
84,2	82,9	11,8	11,2	20	54,6	53,5	4,3	4,0	1
85,1	83,8	12,0	11,4	21	58,1	56,8	5,2	4,7	2
86,0	84,7	12,2	11,5	22	61,1	59,5	6,0	5,4	3
86,8	85,1	12,4	11,7	23	63,7	62,0	6,6	6,0	4
87,6	85,6	12,6	11,9	24	65,9	64,1	7,3	6,7	5
88,5	85,8	12,8	12,1	25	67,8	65,9	7,8	7,2	6
89,2	86,4	13,0	12,3	26	69,5	67,6	8,3	7,7	7
90,0	86,5	13,3	12,4	27	71,0	69,1	8,8	8,2	8
90,8	86,9	13,3	12,6	28	72,3	70,4	9,2	8,6	9
91,6	87,3	13,5	12,8	29	73,6	71,8	9,5	8,9	10
92,3	87,6	13,7	12,9	30	74,9	73,1	9,9	9,2	11
93,0	88,1	13,7	13,1	31	76,1	74,1	10,2	9,5	12
93,7	88,2	14	13,3	32	77,2	75,5	10,4	9,8	13
94,5	88,7	14,2	13,4	33	78,2	76,7	10,7	10,0	14
95,2	89,0	14,4	13,6	34	79,4	77,8	10,9	10,2	15
95,8	89,3	14,5	13,8	35	80,4	78,9	11,1	10,4	16
96,5	89,8	14,7	13,9	36	81,4	79,9	11,3	10,6	17
/	/	/	/	/	82,4	80,9	11,5	10,8	18

المصدر: محمد سيد أرناؤوط، التغذية السليمة لطفلك، دار الفانار للعلوم والآداب، 2005، ص. 98 و 101

يعتبر الطفل سليم من الناحية الغذائية ونموه طبيعي إذا كان وزنه يتناسب مع عمره، وتعد الزيادة في قامته من المؤشرات الهامة لنموه، حيث نقص التغذية لمدة طويلة غالبا ما يؤدي إلى قصر القامة، وقصر القامة من العلامات المميزة للأطفال المصابين بسوء التغذية المزمن. كما هو موضح في الجدول رقم: 08.2.

الجدول رقم 08.2: المقاييس الأنثروبومترية، الوزن والطول بالنسبة إلى العمر

النسبة المئوية مقارنة بالوزن المثالي	الملاحظات
أقل من 60% من الوزن المثالي	الطفل يعاني من سوء تغذية شديد أو حاد
ما بين 60% و 75% من الوزن المثالي	سوء تغذية متوسط
ما بين 75% و 90% من الوزن المثالي	سوء تغذية بسيط
ما بين 90% و 110% من الوزن المثالي	الطفل نموه طبيعي
أكثر من 120% من الوزن المثالي	الطفل يعاني من السمنة (البدانة)
النسبة المئوية مقارنة بالطول المثالي	الملاحظات
أقل من 85% من الطول المثالي	يعاني الطفل من قصر القامة الحاد (سوء التغذية المزمن)
من 85% إلى 90% من الطول المثالي	قصر قامته متوسط (الطفل قصير بدرجة بسيطة)
90% وأكثر من الطول المثالي	الطفل نموه طبيعي (سليم من الناحية الغذائية)

المصدر: محمد سيد أرناؤوط، التغذية السليمة لطفلك، دار الفنار للعلوم والآداب، 2005، ص. 100

يعاني في البلدان النامية أكثر من ربع الأطفال دون سن الخامسة من سوء التغذية، وهو يساهم في أكثر من نصف جميع وفيات الأطفال، والاعتقاد السائد حول سوء التغذية انه ينتج عن نقص في كمية أو نوعية الطعام أو في الفيتامينات، والحقيقة أن نصف حالات سوء التغذية سببها المرض، فمثلا الحصبة والسل تساهم في سوء التغذية، وخصوصا نوبات الاسهال المتكررة التي يرافقها ارتفاع في الحرارة وكذلك التهابات الجهاز التنفسي، التي تضعف الشهية.

تعد المقاييس الأنثروبومترية كأهم مؤشرات الحالة التغذوية للأطفال وتتمثل هذه المقاييس أساسا في: مقياس الطول بالنسبة للعمر، ومقياس الوزن بالنسبة للطول، ومقياس الوزن بالنسبة للعمر. ويعتبر مؤشر الطول بالنسبة للعمر مقياس تجميعي للحالة التغذوية في الماضي حيث أن انخفاض الطول بالنسبة للعمر - والمعروف بقصر القامة - وهو مؤشر لسوء التغذية المزمن، ومقياسا للنمو الطولي ويلاحظ أن التأخر في هذا النمو لا ينشأ كنتيجة لفترة قصيرة من سوء التغذية وإنما من عدم كفاية الغذاء لفترة طويلة. إذ يمكن القول إنه إذا تعرض الطفل لسوء تغذية مزمن فيصبح قصيرا بالنسبة لعمره، وقد يكون قصر القامة أيضا مؤشرا للإصابة المزمنة أو

المتكررة بالأمراض المعدية بالإضافة إلى نقص الغذاء.

يعتبر مقياس الوزن بالنسبة للطول مؤشرا للحالة التغذوية الحالية، حيث أن انخفاض الوزن بالنسبة للطول - والمعروف باسم النحافة - وهو مؤشر لحالات سوء التغذية الحادة الحديثة، وتتشأ سوء التغذية من عدم كفاية أو مناسبة الطعام الذي يتناوله الطفل، أو من الإصابة بالأمراض المعدية. وإذا كان الوزن يمثل مقياس لكل من البناء العظمي والعضلات، فإن مقياس الوزن بالنسبة للعمر يعتبر مؤشرا مركبا يعكس كلا من الحالة التغذوية السابقة والحالية. (وزارة الصحة والسكان، 1994، ص. 43)

الجدول رقم 09.2: مؤشرات سوء التغذية لدى الأطفال (> 5 سنوات) في العالم بين سنتي 1998 و2004

المنطقة/ الفئة	نسب % الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات (1998-2004) ويعانون من:				التغطية بجرعات الفيتامين أ (6-59 شهر) سنة 2003
	نقص متوسط وحاد في الوزن	نقص حاد في الوزن	نحافة متوسطة وحادة	تأخر متوسط وحاد في النمو	
افريقيا جنوب الصحراء	28	8	9	38	64
شرق وجنوب افريقيا	29	8	7	41	68
غرب افريقيا و افريقيا الوسطى	28	9	10	35	60
الشرق الاوسط وشمال افريقيا	14	3	6	21	-
جنوب آسيا	46	16	14	44	58
شرق آسيا والهادئ	15	-	-	19	73
أمريكا اللاتينية والكاريبي	7	1	2	16	-
وسط وشرق أوروبا	5	1	3	14	-
الدول الصناعية	-	-	-	-	-
الدول النامية	27	10	10	31	61
الدول الأقل نموا	36	11	10	42	76
مجموع العالم	26	10	10	31	61

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2006 : Exclut et invisible, Brodock Press, New York Etats-Unis, décembre 2005.

نلاحظ من الجدول (رقم 09.2) أن أكثر من ربع أطفال العالم دون سن الخامسة (في الفترة ما بين 1998-2004)، قد عانوا من نقص متوسط وحاد في الوزن مع تسجيل عشر (10%) هذه الفئة نقص حاد في الوزن.

وسجلت بلدان جنوب آسيا أعلى نسبة للأطفال (> 5 سنوات) الذين عانوا من نقص الوزن المتوسط والحاد حيث بلغت المستوى 46% بينهم 16% تعرضوا لنقص حاد في الوزن، وجاءت دول افريقيا (شرق وغرب

ووسط وجنوب الصحراء) ثانية في التصنيف بنسب وصلت القيم 28% و 29% من الأطفال الأقل من 05 سنوات ناقصي الوزن الحاد والمتوسط.

كما يشير الجدول (9.2) والشكل (10.2) احتلال منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا مراكز متقدمة من حيث مؤشر نقص الوزن المتوسط والحاد للأطفال الذين تقل أعمارهم عن السن الخامسة طوال الفترة، حيث سجلت النسبة 14% بينهم 3% عانوا من النقص الحاد في الوزن.

إلا أن أحسن قيم هذا المؤشر فقد عرفتها منطقتي وسط وشرق أوروبا وأمريكا اللاتينية والكاريبي عند المستويين خمسة وسبعة بالمائة على التوالي وهذا بعد دول أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية واليابان التي لم يشار أن أحصت حالات لهذا المؤشر ويرجع ذلك لمستوى الرعاية الصحية والتغذية التي يتمتع بها أطفال هذه المناطق.

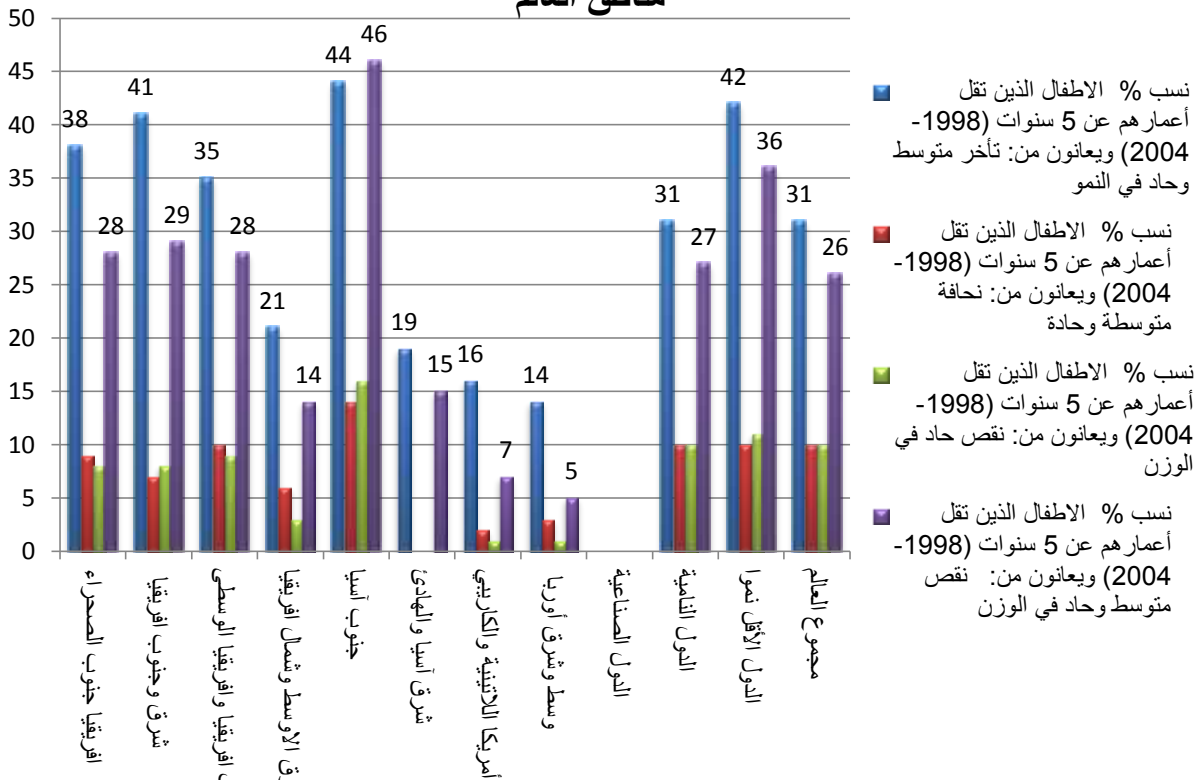
من جهة أخرى يظهر كل من الجدول والشكل المذكورين، أن أكبر نسبة للأطفال الذين شهدوا نحافة متوسطة وحادة قد لوحظت في منطقة جنوب آسيا (14%)، أما أقلها فشهدتها منطقتي أمريكا اللاتينية والكاريبي ووسط وشرق أوروبا بالمقدارين 2% و 3% من مجموع الاطفال على التوالي، وبلغت قيمة هذا المؤشر في منطقة الشرق الاوسط وشمال افريقيا النسبة 6% فقط من مجموع الأطفال دون سن الخامسة، حيث كان المؤشر على المستوى العالمي عند القيمة 10%.

يعبر الشكل (رقم 10.2) عن وجود عدد كبير من الاطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات والذين عانوا من تأخر متوسط وحاد في النمو بكل من مناطق: جنوب آسيا (44%)، شرق وجنوب افريقيا (41%)، افريقيا جنوب الصحراء (38%) وغرب ووسط افريقيا (35%) حيث تقع غالبية دول تلك المناطق في دائرة البلدان الأقل نمواً.

أما منطقة الشرق الاوسط وشمال افريقيا ومنطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي ومنطقة وسط وشرق أوروبا فقد سجلت النسب 21%، 16% و 14% على التوالي، حيث تنتمي أغلب بلدان هذه المناطق (إذا استثنينا وسط وشرق أوروبا) الى مجموعة الدول النامية، فيما بلغ هذا المؤشر في مجمل العالم المقدار 31% من مجموع الأطفال.

الشكل رقم 10.2: تمثيل نسب أطفال العالم حسب المقاييس الأنثروبومترية عبر

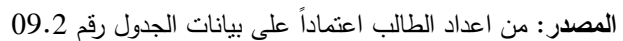
مناطق العالم



المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على الجدول رقم 09.2

نلاحظ من خلال الشكل (رقم 11.2) المتعلق بالتغطية بجرعات الفيتامين أ عبر مختلف مناطق العالم، تسجيل الاقاليم الافريقية باستثناء شمال افريقيا لنسب تغطية بلغت 60% (بلدان غرب افريقيا وإفريقيا الوسطى)، و64% (مناطق افريقيا جنوب الصحراء)، و68% (بلدان شرق وجنوب افريقيا)، فيما أحصت أقاليم آسيا معدلات تغطية قدرت عند القيمة 58% (منطقة جنوب آسيا)، و73% (بلدان شرق آسيا والهادئ)، حيث نلاحظ انحصار تحصين الاطفال ضد نقص الفيتامين أ في البلدان النامية والأقل نموا التي تعاني من نقص الأغذية المتوازنة التي لا توفرها الزراعات المحلية بتلك البلدان للسكان.

يعتبر نقص الفيتامين "أ" مشكلا كبير يؤثر على الصحة العمومية في العديد من البلدان النامية، إذ يمس نقص فيتامين أ حسب المنظمة العالمية للصحة حوالي 19 مليون امرأة حامل و190 مليون طفل في سن ما قبل المدرسة، تركزت هذه الاعداد أساسا بمنطقتي افريقيا وجنوب شرق آسيا



ويتسبب نقص المغذيات الدقيقة (Micronutriments: fer, vitamine A et ZINC) عند الأطفال في 7% من الوفيات و 10% من الأمراض بصفة عامة. كما يتسبب النقص في الفيتامين 'أ' وحده في 6% من وفيات الأطفال دون الخامسة في أفريقيا، و 8% من هذه الوفيات بجنوب شرق آسيا. (OMS, 2011, p. 2)

3.2.1.1. معالجة الملح باليود:

يحتاج الجسم البشري إلى معدن اليود بكميات قليلة ولكنها ضرورية ومهمة لتكوين هرمون الغدة الدرقية، التي تنظم نمو الجسم إلى جانب وظائف حيوية أخرى، إلى جانب الملح المعالج باليود، تعد الأسماك والأغذية البحرية والكبد والبقول واللوز والجوز والبندق من أهم مصادره، ويؤدي نقصان اليود إلى تضخم الغدة الدرقية في العنق (لماض، 1999، ص. 46)

يؤدي نقص مادة اليود غالباً إلى الإصابة بتضخم الغدة الدرقية، كما يكون السبب الرئيسي في التأخر المدرسي، كما أن الاضطرابات الناجمة عن نقص مادة اليود تمثل السبب الرئيسي للإصابة بالتأخر العقلي في العالم بالإضافة إلى تأخر النمو الحركي للأطفال، ويسبب نقص مادة اليود القساسة (تباطؤ نمو الجسم وانسجة الجهاز العصبي)، ويضاعف خطر الوفاة عند الولادة. ويتمثل الهدف العالمي في القضاء نهائياً على نقص مادة اليود بحلول سنة 2015، ويستخدم لذلك مؤشر نسبة الأسر المستهلكة للملح المعالج باليود بصفة ملائمة. (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ONS، 2009، ص. 83)

الجدول رقم 10.2: نسب الأسر المستهلكة للملح المعالج باليود في العالم خلال الفترة 1998-2004

المنطقة/ الفئة	نسب % الأسر المستهلكة للملح المعالج بمادة اليود (2004-1998)
افريقيا جنوب الصحراء	64
شرق وجنوب افريقيا	60
غرب افريقيا و افريقيا الوسطى	68
الشرق الاوسط وشمال افريقيا	58
جنوب آسيا	49
شرق آسيا والهادئ	85
أمريكا اللاتينية والكاريبي	86
وسط وشرق أوروبا	47
الدول الصناعية	-
الدول النامية	69
الدول الأقل نمواً	53
مجموع العالم	68

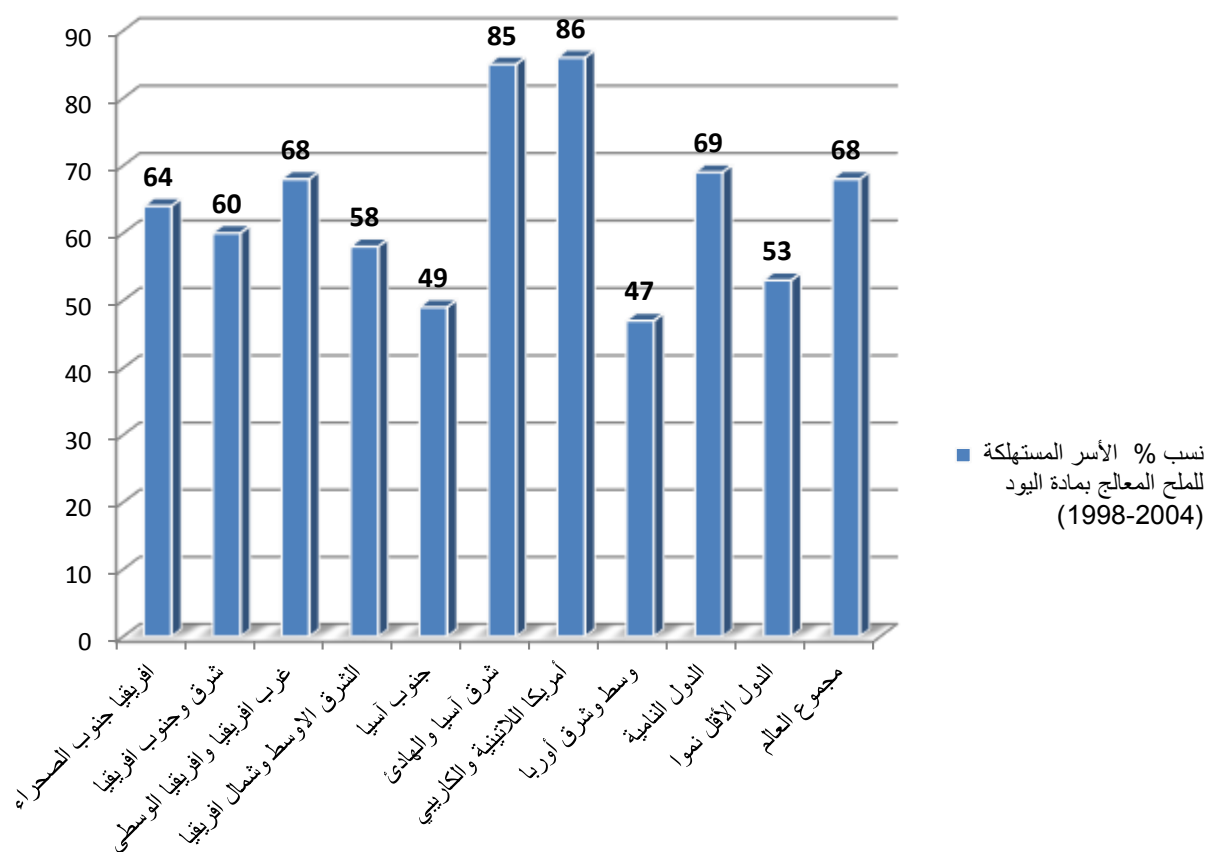
Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2006 : Exclut et invisible, Brodbeck Press, New York Etats-Unis, décembre 2005

تشير الإحصائيات حسب الجدول رقم 10.2 إلى تسجيل أدنى مستوى للمؤشر (نسبة الأسر المستهلكة

للملح المعالج بمادة اليود بين مجموع الاسر) بمنطقة جنوب آسيا (49%)، كما يتبين من خلال هذا الجدول أن أحسن قيمة لهذا المؤشر قد عرفتها منطقتي أمريكا اللاتينية والكاريبي بالنسبة 86%، وشرق آسيا والهادئ بالمقدار 85% من مجموع الاسر. بينما تراوحت قيم المؤشر بأفريقيا بين 60 و 64% متقدمة عن منطقة الشرق الأوسط وشمال افريقيا (البلدان العربية) التي أحصت قيمة مؤشر نسبة استهلاك الاسر للملح المعالج باليود عند المقدار 58% من مجموع الأسر.

فيما بلغت نسبة استهلاك مجموع أسر العالم للملح المعالج بمادة اليود المستوى 68% من مجموع أسر العالم. أنظر إلى الشكل (رقم 12.2).

الشكل رقم 12.2: توزيع نسب التغطية بالملح المعالج باليود في العالم خلال الفترة 2004-1998



المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على الجدول رقم 10.2

3.1.1. الوضع الصحي والوقائي للأطفال في العالم:

ذهبت منظمة الصحة العالمية (OMS) إلى الأخذ بالمفهوم الشامل للصحة باعتبارها حالة من السلامة الجسمية والعقلية والاجتماعية، وليس مجرد الخلو من المرض. ومع الإدراك لهذا المفهوم الشامل لمعنى الصحة، وأصبح ينظر إلى الرعاية الصحية على أنها حق لكل إنسان، كما أن الطلب على الرعاية الصحية بشكل عام هو طلب مشتق من خلال رغبة الأفراد والمجتمع في العيش ضمن وسط صحي سليم، يأمن الفرد والمجتمع من إصابته بالأمراض، من خلال ما يضمه القطاع الصحي من حيث الوقاية والعلاج والتأهيل للفرد خلال حياته، وما يتطلبه ذلك من مستلزمات بشرية وفنية وتكنولوجية وبيئية وتعليمية وثقافية. (الجوازنة، محمد وصوص، 2015، ص. 115)

نتطرق في هذا المحور من الدراسة إلى التغطية بمياه الشرب والصرف الصحي المحسنة، إلى جانب مستويات تغطية تطعيم الأطفال ضد الأمراض السارية وفق الرزنامة الرسمية للتلقيحات المعتمدة في البرامج الوطنية الموسعة للتطعيم، كما يشمل هذا الجزء من الدراسة مستويات انتشار أمراض الاسهال، بالإضافة إلى القاء الضوء على مستويات انتشار الأمراض التنفسية الحادة بين أطفال مختلف أقاليم العالم.

1.3.1.1. المياه والصرف الصحي:

يعتبر الماء أحد المقومات الأساسية لحياة الإنسان، ومع ذلك، فإن هذا العنصر الجوهري للبقاء على قيد الحياة، يمكن أن تكون له آثار ضارة على تلك الحياة إذا كان مصدره غير خاليا من التلوث والعدوى، والملوث الأكثر توقعا للمياه هو البراز البشري الذي لم يتم التخلص منه نتيجة نقص مرافق الصرف الصحي الأساسية والافتقار إلى النظافة الشخصية.

يعرف الصرف الصحي من منطلق حقوق الإنسان (مجلس حقوق الإنسان الجمعية العامة للأمم المتحدة) على أنه شبكة لجمع المواد البرازية البشرية ونقلها ومعالجتها والتخلص منها أو إعادة استعمالها وما يتصل بذلك من نظافة صحية. ويجب على الدول أن تكفل دون تمييز أن بإمكان الجميع الوصول ماديا واقتصاديا، في كل مجالات الحياة، إلى صرف صحي مأمون وصحي وآمن ومقبول اجتماعيا وثقافيا ويحفظ الخصوصية ويضمن الكرامة. (مجلس حقوق الإنسان، 2009، ص. 6)

كما يمكن أن يوصف الصرف الصحي بصفة عامة بأنه جمع نفايات الإخراج البشري ومياه الفضلات المنزلية والنفايات الصلبة، ونقلها ومعالجتها أو إعادة استعمالها، ويشير الصرف الصحي المحسن، وفقا لما جاء في الهدف الانمائي السابع (7) للألفية. (أنظر إلى المخطط 01، الملحق 1)

وتمثل النسبة المئوية للأشخاص الذين يستخدمون مرافق الصرف الصحي المحسنة، المؤشر الرئيسي لقياس التقدم المحرز نحو تحقيق هدف الألفية الإنمائي المتعلق بالصرف الصحي. تمكن الصنابير الموجودة في مرافق الصرف الصحي الأشخاص من المحافظة على النظافة الصحية الشخصية. (اليونيسيف، 2008، ص. 10)

إن صغار الأطفال أكثر تعرضا من أية فئة عمرية أخرى للتأثيرات المرضية الناجمة عن تناول مياه الشرب غير المأمونة. إذ يتوفى على الصعيد العالمي حوالي 10,5 مليون طفل دون سن الخامسة سنويا. كما أن الافتقار إلى مياه الشرب المأمونة، وإلى مرافق الصرف الصحي وسبل النظافة الشخصية الملائمة يسهم في حدوث الأمراض القاتلة الرئيسة للأطفال دون سن الخامسة، بما فيها الأمراض الناجمة عن الإسهال والالتهاب الرئوي والاعتلالات وحالات نقص الوزن التي تصيب الأطفال حديثي الولادة. وتعتبر المياه والصرف الصحي متطلبان أساسيان مهمان لخفض معدلات وفيات الأطفال والأمهات (الهدفان 4 و 5 من أهداف الألفية للتنمية). (اليونيسيف، 2006، ص. 4)

لقد كان الهدف السابع من أهداف الألفية للتنمية (ضمان الاستدامة البيئية)، وما يرتبط به من غايات كان يسعى العالم إلى تحقيقها بحلول عام 2015، كخفض نسبة السكان الذين لا تتوافر لهم فرصة مستدامة للحصول على مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي الأساسية، تعتبر كلها غايات ملائمة وحيوية للأطفال. ويحظى هذا الهدف أيضا بأهمية حاسمة فيما يتعلق بتحسين التغذية، والتعليم، ومكانة المرأة. كما أن النجاح في هذا المجال سيؤدي دورا رئيسا في تحديد إذا ما كان العالم سيحقق كل غايات أهداف الألفية للتنمية.

يعيش، حسب صندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، أكثر من 120 مليون طفل دون سن الخامسة يقيمون في أسر لا تتوفر لها امكانية الوصول إلى مصادر مياه الشرب المحسنة، وأكثر من 280 مليون طفل دون سن الخامسة يقيمون في أسر لا تمتلك فرصة الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة. ويعد كل طفل من هؤلاء في حد ذاته قد انتهكت حقوقه وصحته مهددة بالمخاطر منذ ولادته، بسبب افتقاره

للحصول على مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي الأساسية. كما تعتبر النظافة الشخصية هي الأخرى جزء لا يمكن الاستغناء عنها في هذه المعادلة، فمجرد غسل الأيدي له مضامين مهمة لصحة الأطفال.

تشير تقارير اليونيسيف إلى أن الأطفال الذين يستخدمون المياه التي يحصلون عليها من الآبار المحفورة، أو الأنهار، أو البحيرات أو الجداول والسيول، لأغراض الشرب، معرضون للإصابة بعدوى الأمراض المنقولة عن طريق المياه في حالة ما إذا كانت مرافق الصرف الصحي رديئة المستوى. وتصنف المياه إلى طرفي نقيض، المياه المأمونة والمياه غير المأمونة، حيث هناك مصادر لمياه الشرب من المرجح أن تكون مأمونة، ويشار إليها بتعبير "المصادر المحسنة"، ومن بين تلك المصادر الأنابيب القائمة العامة، والآبار الأنبوبية أو الثقوب البئر المحفورة، والآبار المحفورة المحمية، والينابيع المحمية ومياه الأمطار. أما غير المأمونة فتتمثل في الآبار المحفورة غير المحمية، والينابيع غير المحمية، والصهاريج أو البراميل، والمياه السطحية (نهر، سد، بحيرة، بركة، جدول، قناة ري)، مياه معبأة في قارورات.

وتشير التقديرات التي أعدها برنامج المراقبة المشتركة للمياه والصرف الصحي (برنامج تنفذه منظمة الصحة العالمية بمشاركة منظمة الأمم المتحدة للطفولة -اليونيسيف)، أن التغطية العالمية بهذه الخدمات ازدادت من 78% في عام 1990 إلى 83% سنة 2004. مما يعني أن أكثر من 1,2 مليار شخص حصلوا على فرصة الوصول إلى مياه الشرب المحسنة خلال تلك الفترة.

وتعتبر مرافق الصرف الصحي المحسنة، تلك التي تخفض فرص تماس السكان مع براز الانسان، ومن المحتمل، أن تتمتع تلك المرافق بنظافة صحية أكثر من غير المحسنة، وتشتمل المرافق المحسنة على مراحيض تقوم بتصريف نفايات البراز في شبكة المجاري عبر الأنابيب أو في حفرة امتصاصية، والمراحيض الجافة المنشأة والمجهزة بغطاء، ولا تعتبر هذه المرافق محسنة إلا إذا كانت مراحيض خاصة وغير مشتركة مع الأسر الأخرى. وتتمثل غير المحسنة في التصريف الضعيف بسكب المياه إلى مكان آخر، مرحاض مقام على حفرة غير مجهزة ببلاطة أو حفرة مكشوفة، دلو، حمام معلق، لا توجد مرافق (شجيرات/ حقل). هناك حوالي 2.6 مليار شخص في العالم، أي اثنين من كل خمسة أشخاص لا تتوافر لهم امكانية الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة، وحوالي ملياري شخص من هؤلاء الناس يعيشون في المناطق الريفية. وارتفع مستوى التغطية بمرافق الصرف الصحي على المستوى العالمي من 49% سنة 1990 إلى 59% عام 2004، وتوفرت لحوالي 1,2 مليار شخص امكانية الوصول إلى مرافق الصرف الصحي المحسنة خلال تلك الفترة،

ومع ذلك، فإن دول العالم لا تحقق تقدماً كافياً لتحقيق غاية الصرف الصحي من هدف التنمية للألفية، ولكي تبلغ الدول تلك الغاية، يجب مضاعفة معدل التحسن الذي تحقق على مدى الخمسة عشر سنة المذكورة. (اليونيسيف، 2006، ص. 6)

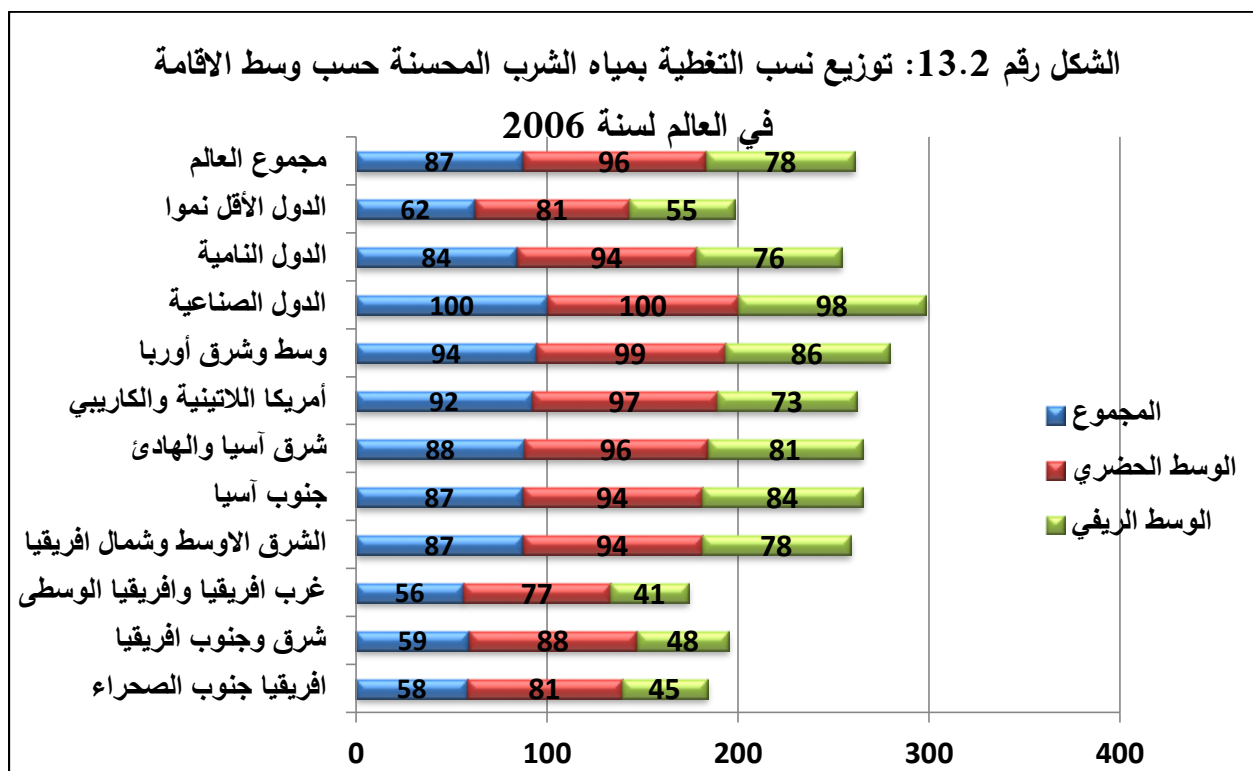
يشير كل من الجدول (رقم 11.2) والشكل (13.2) إلى وجود نسب متباينة بين المناطق والاقاليم والمجموعات الدولية فيما يتعلق بالتغطية بمصادر مياه الشرب المحسنة لسنة 2006، حيث بلغت مجموعة الدول الصناعية تغطية تامة، فيما سجلت مجموعة الدول النامية نسبة تغطية قدرت بـ: 84% من مجموع السكان. أما بالنظر للمناطق، فقد سجلت دول وسط وشرق أوروبا أحسن نسبة (94%) منها تغطية شبه تامة بالوسط الحضري (99%)، لتحل بعدها بلدان أمريكا اللاتينية والكاريبي (92%) في المجموع، بينها 97% بالمناطق الحضرية)، ثم استقرت هذه النسبة في مناطق كل من الشرق الأوسط وشمال إفريقيا، وجنوب آسيا، وشرق آسيا والهادئ، بين القيمة 87 و 88%.

الجدول رقم 11.2: مستويات التغطية بمياه الشرب المحسنة والصرف الصحي في العالم سنة 2006

المنطقة/ الفئة	نسب % السكان المستعملون لمصادر مياه شرب محسنة لسنة 2006			نسب % السكان الذين لديهم ربط بشبكات الصرف الصحي المحسنة (سنة 2006)		
	الوسط الريفي	الوسط الحضري	المجموع	الوسط الريفي	الوسط الحضري	المجموع
أفريقيا جنوب الصحراء	45	81	58	24	42	30
شرق وجنوب أفريقيا	48	88	59	28	48	34
غرب أفريقيا وإفريقيا الوسطى	41	77	56	20	37	27
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا	78	94	87	53	87	73
جنوب آسيا	84	94	87	23	57	33
شرق آسيا والهادئ	81	96	88	59	75	66
أمريكا اللاتينية والكاريبي	73	97	92	52	86	79
وسط وشرق أوروبا	86	99	94	81	94	89
الدول الصناعية	98	100	100	99	100	100
الدول النامية	76	94	84	39	71	53
الدول الأقل نموا	55	81	62	27	49	33
مجموع العالم	78	96	87	45	79	62

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale, New York Etats Unis, décembre 2008

فيما جاءت مناطق افريقيا جنوب الصحراء، وشرق وجنوب افريقيا، وغرب افريقيا وافريقيا الوسطى، في ذيل الترتيب بأسوأ نسب تغطية تراوحت بين 56 و 59% من مجموع السكان (الوسط الريفي: بين 41 و 48%)، الوسط الحضري: ما بين 77 و 88%)، حيث نلاحظ تباين كبير في نسب التغطية بين وسطي الإقامة بهذه المناطق (أكثر من نصف سكان المناطق الريفية لم يحظوا بتغطية بمياه الشرب المحسنة). ووصلت نسبة التغطية في مجموع العالم القيمة 87% من السكان (الوسط الحضري: 96%، الوسط الريفي: 78%).

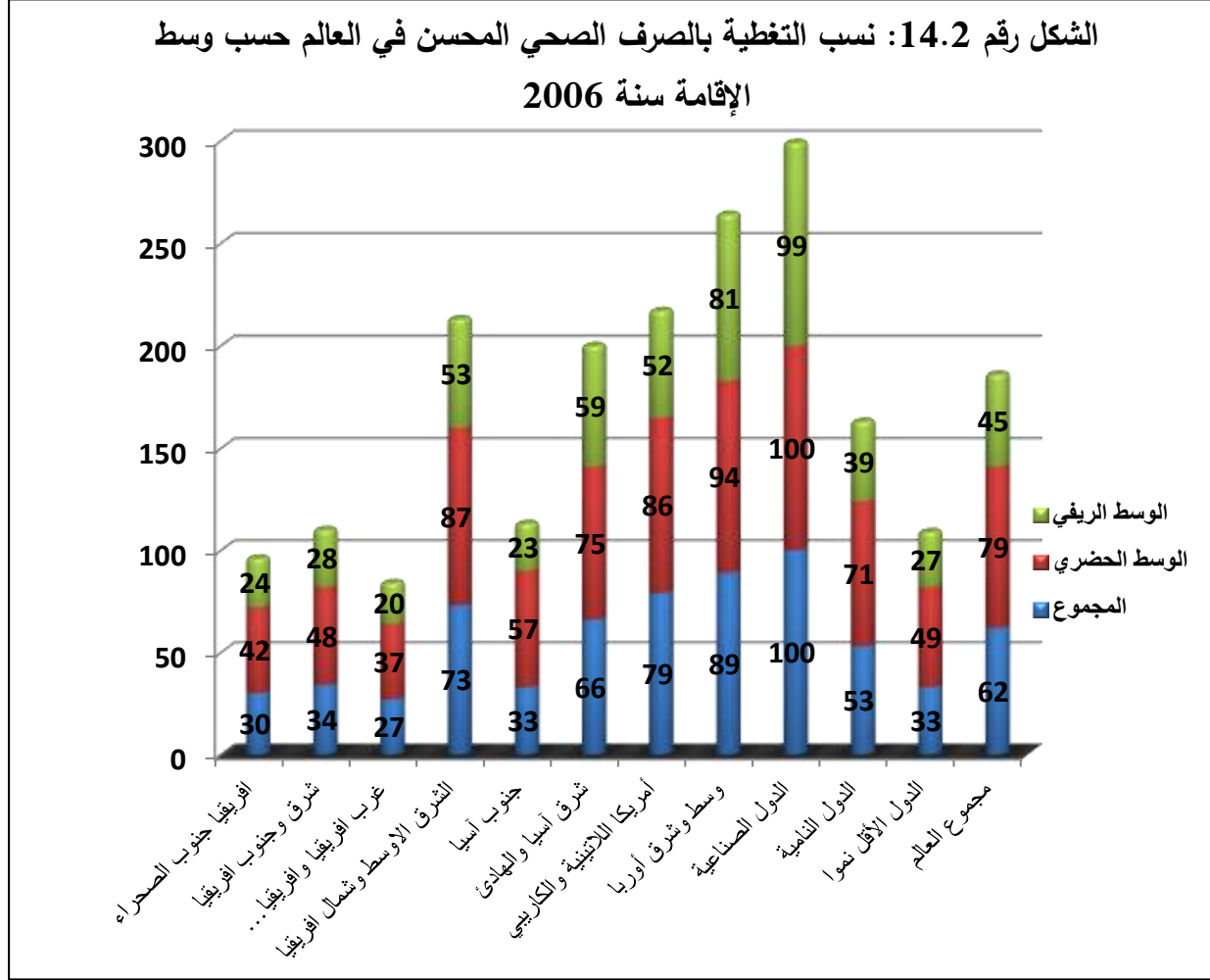


المصدر: من اعداد الطالب بناء على معطيات الجدول رقم 11.2

يبين الشكل رقم 14.2 النسب المئوية لتغطية السكان (ريف وحضر) بالربط بشبكة الصرف الصحي المحسنة خلال سنة 2006، حيث بلغت مجموعة البلدان الصناعية التغطية التامة لربط السكان بشبكات الصرف الصحي المحسنة، كما سجلت ثاني أحسن تغطية بمنطقة وسط وشرق أوروبا (89%)، وأمريكا اللاتينية والكاريبي (79%)، ثم منطقة شمال افريقيا والشرق الاوسط (73% منها 87% بالوسط الحضري). وسجلت دول جنوب اسيا تأخرا ملحوظا في مجال التغطية بالصرف الصحي المحسن (33%) مقارنة بتغطيتها السكان بمياه الشرب المحسنة (87%).

سجلت أدنى نسب التغطية بشبكات الصرف الصحي المحسنة بأفريقيا (افريقيا جنوب الصحراء: 30%)،

شرق وجنوب أفريقيا: 34%، غرب أفريقيا وإفريقيا الوسطى: 27%). عموما جاءت هذه النسب الاحسن على الاطلاق بالوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي في مختلف المناطق والاقاليم والمجموعات (يعتبر الربط بشبكات الصرف الصحي مؤشر للتحضر).



المصدر: اعداد الطالب اعتمادا على بيانات الجدول رقم 11.2

وأحصى العالم سنة 2006، حسب الشكل (رقم 13.2)، ما نسبته 62% من السكان حصلوا على ربط بشبكات الصرف الصحي المحسنة، توزعت بـ: 79% في الوسط الحضري و45% بالوسط الريفي.

2.3.1.1. الإجراءات الوقائية أو تطعيم الأطفال ضد الأمراض السارية في العالم:

يقصد بالتلقيح حقن الجسم بمصل أو مستحضر بغية تشكيل مناعة ضد عدوى معينة، ويستحضر من جراثيم وفيروسات المرض بعد اضعافها، تحفز بذلك جهاز المناعة للتعرف على هذه الجراثيم والفيروسات

وإنتاج أجسام مضادة لها، والحصول على مناعة ضد المرض الذي تسببه تلك الفيروسات، باكتساب الجسم دفاعات ضد الجراثيم والفيروسات الحقيقية أو الطبيعية الخطيرة. (PSOMAS, 2012, p. 15)

حسب صندوق الأمم المتحدة من أجل الطفولة (اليونيسيف)، يعتبر التحصين العملية الكاملة لتوصيل اللقاحات والمناعة التي تحدثها في الفرد والسكان، واللقاح هو شكل خاص من العوامل المسببة للأمراض (مثل الفيروسات أو البكتيريا) والذي تم تطويره للوقاية من ذلك المرض. وتعد فكرة التطعيم قديمة تعود إلى أواخر القرن الثامن عشر أين أوضح "ادوارد جينر" قيمة التحصين ضد مرض الجدري في عام 1792، وبعدها بحوالي 200 عام، وفي العام 1977، تم القضاء على الجدري في العالم من خلال الاستخدام الواسع والموجه للقاح. وفي عام 1974 واستناداً إلى النجاح الكبير المحرز مع الجدري، أنشأت منظمة الصحة العالمية برنامج التحصين الموسع (EPI) وخلال الثمانينات عملت اليونيسيف مع منظمة الصحة العالمية لتحقيق التحصين العالمي للأطفال باللقاحات الستة لبرنامج التحصين الموسع (بالتطعيمات ضد الدرن، وشلل الأطفال، والدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي والحصبة).

بمعنى أن المطاعيم هي عبارة عن مسببات الأمراض الاحيائية المقتولة أو المروضة، وتعطى إما بخدش الجلد كمطعوم الجدري، أو عن طريق الحقن بالجلد مثل مطعوم التدرن، أو الحقن تحت الجلد مثل مطعوم الكوليرا أو التيفوئيد، أو عن طريق الفم مثل لقاح شلل الأطفال. وتتمثل المطاعيم المطلوبة للطفل فيما يلي: (مزاهرة، 2007، ص ص. 104-105)

- 1- **مطعوم السل (التدرن):** يتم التلقيح من خلال استعمال لقاح بي سي جي، وهو عبارة عن مكروبات المرض الحية المروضة، ويعطى داخل الجلد. ويفضل أن يكون قبل نهاية الشهر الثالث.
- 2- **مطعوم الخانوق والكزاز والشاهوق (اللقاح الثلاثي):** يتم التلقيح باللقاح الثلاثي (DTC) وهو عبارة عن السموم الخارجية المضعفة لميكروبات الدفتيريا والكزاز وميكروبات مقتولة لجراثيم السعال الديكي، حيث يعطى ثلاث جرعات تبدأ في 3 أشهر وبفارق شهر بين الجرعة والأخرى.
- 3- **مطعوم شلل الأطفال:** يتم التطعيم بلقاح سابين وهو عبارة عن فيروسات حية مروضة تعطى بالفم مع اللقاح الثلاثي، ويؤخذ على شكل قطرات في الفم وتعطى الجرعة الثانية بعد 6-8 أسابيع والجرعة الثالثة بعد المدة ذاتها.
- 4- **مطعوم الحصبة:** يتم بلقاح عبارة عن فيروسات حية مروضة ويعطى في نهاي السنة من عمر الطفل.

5- لقاح الكبد (ب): يعطى بعد الولادة أو خلال أسبوعين ويمكن إعطاء الأطفال الذين فاتهم هذا التطعيم في أي عمر. أما لقاح الكبد (أ) فيعطى من سنة فما فوق.

يوفر التلقيح الحماية اللازمة ضد الأمراض الخطيرة التي قد تهدد حياة الطفل، ويجب أن يستكمل الطفل كل تلقحاته حسب الجدول المعمول به من طرف وزارة الصحة. (وزارة الصحة المغربية، اليونيسيف، 2010، ص. 38)

كما يؤمن التلقيح الحماية الكافية من بعض أمراض الطفولة الأكثر خطورة، وبدون تلقيح فإن كثيرا من الأطفال سيموتون أو يصابون بالإعاقات. يحتوي التلقيح على كائنات غير مؤذية ويساعد جسم الطفل على إفراز المضادات التي تحارب الأمراض كما تحميه من خطر التقاط عدوى الأمراض الفتاكة مثل «الشلل، والدفتيريا، والكزاز، والسعال الديكي، والسل، والحصبة والتهاب الكبد الفيروسي ب»، وتزداد مخاطر إصابة الطفل بسوء التغذية أو الإعاقة أو الموت إذا لم يكن ملقحا. (وزارة الصحة المغربية، 2010، ص. 52)

شهد العالم بداية السبعينيات وفاة ما لا يقل عن خمسة ملايين طفل سنويا جراء أمراض ممكن تفاديها بالتطعيمات، حيث كان معدل التغطية التطعيمية أقل من 5%. أطلقت المنظمة العالمية للصحة (OMS) سنة 1974 البرنامج الموسع للتحصين (PEV) ضد ستة أمراض: الدفتيريا، التيتانوس، السعال الديكي، شلل الأطفال، الحصبة والسل، وكان هذا البرنامج فعالا سنة 1977. وقد استهدف هذا البرنامج الأطفال حديثي الولادة والرضع في السنة الأولى من العمر، وحتى الأطفال في السن الثالثة والرابعة، حيث تضمنت اجراءات استباقية، كما تضمن النساء في سن الحمل من أجل الوقاية من التيتانوس الذي يصيب حديثي الولادة. (Aubry, Gaüzère, 2015, p. 1)

وكانت ارشادات منظمة الصحة العالمية سنة 1990، تشير إلى القضاء على شلل الأطفال والحصبة والسيطرة على الكزاز الوليدي.

شمل البرنامج (PEV) فيما بعد ثلاثة أمراض أخرى تمثلت في الحمى الصفراء سنة 1988، التهاب الكبد الفيروسي سنة 1992، العدوى بالهيموفيليا (المستديمة) النزلية سنة 1998.

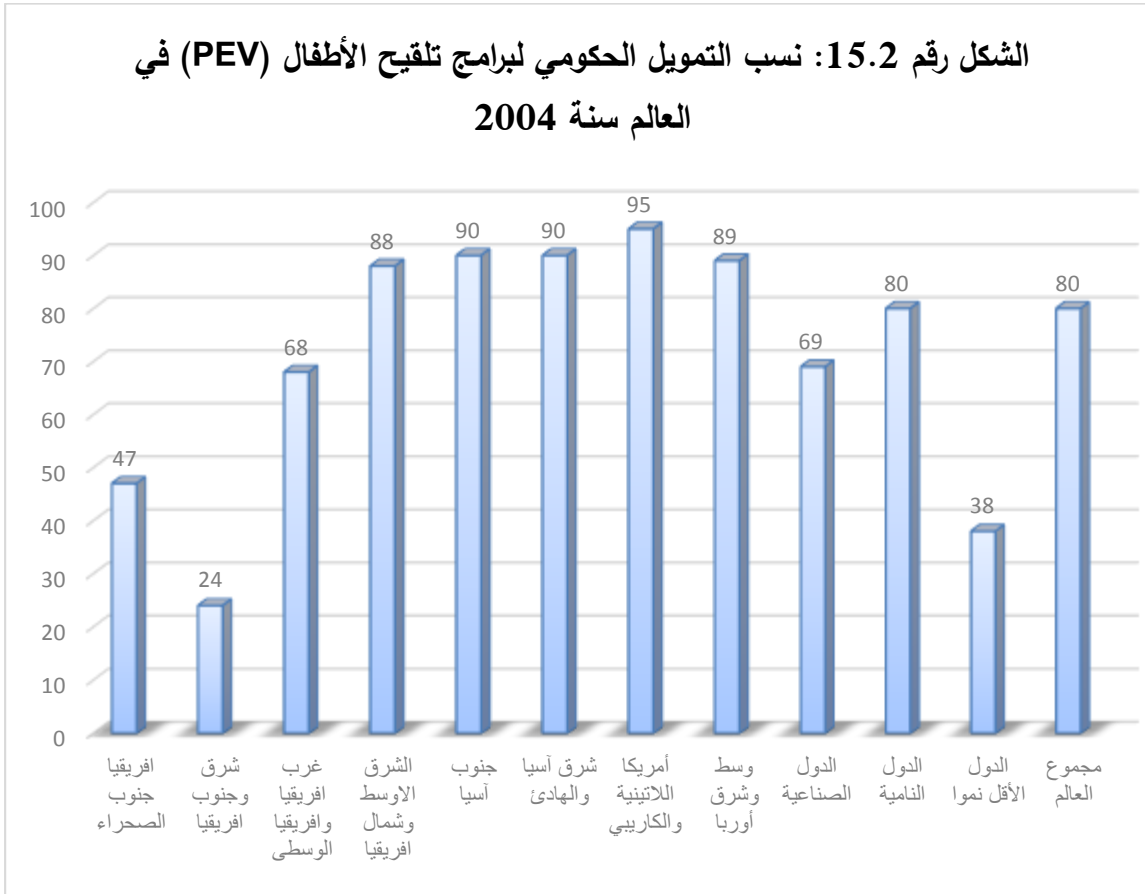
في سنة 2005، وضعت المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف رؤية واستراتيجية عالمية للتحصين

2006-2015، التي تهدف إلى خفض معدلات الوفيات الناجمة عن أمراض يمكن الوقاية منها بالتطعيم. وكان أحد أهداف هذه الاستراتيجية هي تحقيق جميع البلدان لتغطية وطنية تصل إلى 90% (أي $90\% \leq$).

تواجه البلدان النامية مشكلة معقدة في تجسيد مختلف اللقاحات، فتوجب عليها اعداد عروض ومخططات التطعيم قصد توجيه سياساتها التطعيمية، واستلزم ذلك انشاء هيئات وطنية استشارية عرفت بالفرق التقنية الاستشارية للتطعيم (GTCV)، وتهدف إلى تجسيد البرامج الوطنية للتطعيم (PNV).

وقد أدرجت العديد من البلدان في الآونة الاخيرة، التطعيم ضد المكورات الرئوية المتقارن (Le vaccin anti-pneumococcique conjugué PCV) والتطعيمات ضد فيروس الروتا أو فيروس العجلية (Les vaccins antirotavirus)، ضمن الرزنامة الرسمية للتطعيمات.

في شهر أوت من سنة 2014، دعت المنظمة العالمية للصحة للإنتاج المكثف للقاحات وقائية ضد مرض فيروس الإيبولا، وبعد أقل من سنة وصل هذا التطعيم المرحلة الثالثة.



Source : Unicef, la situation des enfants dans le monde 2006, P.109

يمثل الشكل (رقم 15.2) توزيع نسب التمويلات الحكومية للبرامج الموسعة للتطعيمات الوقائية للأطفال في مختلف أقاليم العالم لسنة 2004، ويبين أن أحسن هذه النسب سجلتها بلدان أمريكا اللاتينية والكاريبي (95%) وكذلك دول جنوب وشرق آسيا والهادئ (90%)، ومنطقتي وسط وشرق أوروبا (89%) والشرق الأوسط وشمال أفريقيا (88%). وسجلت منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (47%)، فيما جاءت دول جنوب وشرق أفريقيا في المؤخرة بنسبة مئوية قدرت بالقيمة 24%. كما بلغت هذه النسبة على المستوى العالمي المقدار 80% من برامج التطعيم الموسعة (PEV).

ولإلقاء الضوء على الامراض السارية التي تفتك بالأطفال وعلى التطعيمات المضادة التي تمكن من تفادي الإصابة بهذه الأمراض وبالتالي تجنب أعراضها ومضاعفاتها، يمكن عرض هذه الأمراض في النقاط التالية:

• السل أو الدرن الرئوي (La Tuberculose):

مرض مزمن يصيب الإنسان في كافة مراحل حياته لكنه غالبا ما يصيب الأطفال، وينتقل هذا المرض عن طريق الرذاذ بواسطة التنفس والكلام والسعال، واستعمال أدوات المريض الملوثة بإفرازات الفم والأنف، وعن طريق شرب الحليب غير المغلي وتناول لحوم الحيوانات المريضة. ومن أعراض هذا المرض:

- 1- سعال جاف يدوم فترة طويلة.
- 2- حمى مسائية يصحبها عرق غزير في الليل.
- 3- فقر الدم مع هزال شديد.
- 4 - وخز في الصدر بسبب التهاب غشاء الرئة.
- 5- سعال ملوث بالدم أو النزيف في الصدر.

ومن أهم مضاعفاته:

- 1- تدرن الحنجرة.
- 2 - سل الأمعاء
- 3- السحايا الدماغية.
- 4 - سل العظام.

ولا ينتقل مرض السل عبر المشيمة، لهذا يولد الطفل سليما ولكنه قد يتعرض للإصابة نتيجة وجوده باستمرار مع الأم المصابة خاصة أثناء الرضاعة والعناية به، كما أن الأم المصابة لا تعطي المناعة لطفلها، لذلك يفضل عزل الطفل عن الأم المصابة بالسل. (مزهرة، حجازين نشيوات، عبد الرؤوف أبو حسين، 2001،

ص. 77)

بلغ عدد الحالات الجديدة لهذا المرض سنة 2012 حوالي تسعة ملايين (9.000.000) حالة على المستوى العالمي، وتسجيل حوالي مليون ونصف (1.500.000) حالة وفاة سببها مرض السل. بقي تطعيم الأطفال بلقاح BCG الاصابات الخطيرة لمرض السل، لهذا توصي المنظمة العالمية للصحة (OMS) بإعطاء المواليد جرعة واحدة من لقاح BCG (Bacille de Calmette et Guérin) بعد الولادة مباشرة، خاصة في البلدان التي تعرف انتشارا كبيرا لمرض السل. (Aubry, Gaüzère, 2015, p. 1)

• الدفتيريا أو الخانوق (La Diphtérie):

مرض حاد يصيب الأغشية المخاطية في الأنف والفم تسببه جرثومة الدفتيريا وهي جرثومة عصوية تفرز مواد سامة قوية تذوب بسرعة في الجسم ويمتصها، فتنتقل من مكان الالتهاب إلى الأعصاب والعضلات، ويؤدي إلى الشلل في أعصاب العين أو الحلق أو الأعصاب الطرفية مما يؤدي إلى الشلل، كما يسبب التهاب الكليتين وعضلة القلب والتهاب الشعب الهوائية والرئتين وانسداد القصبة الهوائية، وقد تصل نسبة الوفاة التي يسببها هذا المرض إلى 25%. وينتقل المرض عن طريق الرذاذ المتطاير أثناء الكلام والسعال وعن الاتصال المباشر مع المريض وملامسة حاجياته الملوثة. وللوقاية من المرض، يعطى للطفل التطعيم الثلاثي DTC3 (الدفتيريا + الكزاز + السعال الديكي) عند اكماله الشهر الثاني من عمره بثلاث جرعات بين كل منها شهران، وجرعة منشطة بعد سنة من الجرعة الثالثة، ويعطى للطفل جرعة أخرى عند دخوله الروضة. (سليمان مزاهرة، 2006، ص. 66)

بلغ مستوى التغطية للقاح الدفتيريا في العالم سنة 2014، حوالي 85%، حيث تلقى 115 مليون رضيع الجرعات الثلاثة للقاح DTC. (Aubry, Gaüzère, 2015, p. 2)

• الكزاز أو التيتانوس (Le Tétanos):

ينتج مرض التيتانوس من تلوث الجروح بميكروب خاص يفرز سمومه القوية في جسم الانسان فتصل إلى الجهاز العصبي المركزي بواسطة الاعصاب والدم فتسبب تقلصات في العضلات، خاصة عضلات المضغ (الحنك)، فينتج عن ذلك قفل الفم كما يحدث تشنجات في جميع أجزاء الجسم تتكرر عدة مرات. وينتشر هذا المرض في جميع أنحاء العالم وفي جميع فصول السنة، ويعيش ميكروب هذا المرض طبيعيا في أمعاء الحيوانات لا سيما آكلة العشب، ويعيش كذلك في أمعاء الإنسان أحيانا ويخرج مع البراز ويكون كيسا (أبواغ)

حول نفسه ويبقى على هذا الحال حتى يجد الظروف المناسبة لدخوله في الجرح وعند ذلك يخرج ميكروب المرض من كيسه وينمو ويتكاثر في موضعه ويفرز السموم التي ينتج عنها المرض. وينتشر هذا الميكروب بكثرة في تراب الشارع والحقول التي يتم تسميدها طبيعياً.

يدخل الميكروب إلى الجسم عن طريق الجرح ولا يستطيع هذا الميكروب اختراق الجلد السليم، ولا يبقى الميكروب في الجرح ولا يسير في الدم مطلقاً، لكنه يفرز سمومه التي تسري في الجسم وتصل إلى الجهاز العصبي المركزي عن طريق الاعصاب والدم. لا ينتقل هذا المرض مباشرة من شخص لآخر، أما الكزاز الولادي فينتقل عن طريق تلوز سرة الطفل أثناء قطع الحبل السري. ومن أعراض هذا المرض ما يلي:

✓ تصلب وتشنج عضلات الرقبة والفاك فيصبح من الصعب على المريض فتح فمه.

✓ إصابة باقي عضلات الجسم بالتشنج خاصة عضلات الظهر.

✓ صعوبة البلع والكلام.

✓ حصر البول.

✓ يكون المصاب شديد التأثر بالعوامل الخارجية كالصوت المفاجئ أو الضوء الشديد أو

اللمس حيث تؤدي إلى تشنجات عضلية ورجفات متتالية.

✓ ازرقاق لون المريض مع صعوبة التنفس. (سليمان مزاهرة، 2006، ص. 71)

وتتمثل مضاعفات المرض فيما يلي: التهاب الجهاز التنفسي، هبوط في القلب، انسداد الحنجرة (الاختناق)، الوفاة بنسبة 35% إلى 75% من الحالات. وللوقاية من هذا المرض يجب إعطاء اللقاح الثلاثي (DTC) الذي يحتوي على مطعم الكزاز.

لا تزال وفيات الأطفال المتعلقة بهذا المرض مرتفعة، وبالأخص بسبب الكزاز الوليدي (كزاز حديثي الولادة TNN) وتيتانوس الأمهات. بلغ عدد البلدان التي قدمت اللقاح للوقاية من تيتانوس حديثي الولادة وتيتانوس الأمهات خلال سنة 2014 أكثر من 103 بلدان، حيث قدرت وقاية حديثي الولادة من هذا المرض عند النسبة 83%. ولا يزال الكزاز الوليدي وكزاز الأمهات يفتك بالأطفال لدى 24 بلد من إفريقيا وآسيا ويمثل مشكلاً للصحة العمومية لدى هذه الدول. وللمحد من هذا المرض (TNN) والقضاء عليه تسعى كل البلدان إلى الوصول لمعدل سنوي أقل من حالة واحدة من TNN لكل 1000 ولادة حية. (Aubry, Gaüzère, 2015, p. 2)

وصل عدد البلدان التي لم تقض نهائيا على أمراض الكزاز الوليدي وكزاز الأمهات (TMN)، حسب تقديرات المنظمة العالمية للصحة واليونيسيف، إلى 59 بلدا سنة 2000 وتراجع هذا العدد الى أكثر من النصف خلال ثلاث سنوات ليسجل 25 بلدا في سنة 2013.

• السعال الديكي أو الشاهوق (La Coqueluche):

هو مرض معدي سببه عصيات السعال الديكي (بكتيريا البروديتيلا) ويكثر انتشاره في فصل الشتاء والربيع، ويصيب الإنسان في جميع الأعمار ولكنه أكثر إصابة للأطفال حتى السابعة من أعمارهم، كما تكثر الإصابة به لدى الأطفال الرضع. وينتقل المرض عن طريق الاتصال المباشر مع المريض أو عن طريق الرذاذ المتطاير أثناء السعال والعطاس والصراخ وملامسة حاجيات المريض الملوثة بالمرض. (سليمان مزاهرة، 2006، ص. 68)

من مضاعفات هذا المرض التهاب الشعب الهوائية والرئتين، وحدوث نزيف في الدماغ، والتهاب الاذن الوسطى، وسوء التغذية، كما يؤدي للوفاة. وللوقاية من هذا المرض يعطى للأطفال اللقاح الثلاثي (DTC) الأساسي، والذي يتضمن السعال الديكي، عبر ثلاث مراحل، اللقاح الأول ما بين بداية الأسبوع السادس ونهاية الأسبوع الثامن من العمر، ثم اللقاح الثاني والثالث حيث تفصل بين كل منها مدة شهر، وتكون الإعادة بين الشهر السادس عشر والثامن عشر من العمر، والهدف الرئيسي من هذا التلقيح إلى الحد من خطر السعال الديكي الحاد لدى الرضع والاطفال دون سن الخامسة، لهذا الغرض يوصى بتغطية عالية لهذا التلقيح تفوق 90%، إذ يزداد تأثير مرض السعال الديكي في مختلف أنحاء العالم. (Aubry, Gaüzère, 2015, p. 2)

• شلل الأطفال (La Poliomyélite):

مرض فيروسي حاد ينتقل بواسطة الملامسة المباشرة لإفرازات البلعوم أو البراز، ويدعى الفيروس (بوليو فايرس) وهو يصيب نخاع الشوكي. يقاوم هذا الفيروس صغير الحجم المحاليل الكيميائية ويموت بتأثير الأشعة والمحاليل المؤكسدة وماء الأكسجين ومحلول الكلور. وتتمثل أعراض هذا المرض فيما يلي:

- الالتهاب الذي يدخل فيه الفيروس إلى القناة الهضمية للطفل ويتكاثر فيها وتظهر أعراض خفيفة أهمها:

- ارتفاع درجة الحرارة مع الشعور بالكسل والخمول.
- التهاب الحلق وصعوبة في البلع.
- صداع وفقدان الشهية.
- غثيان وتقيؤ وألم حاد في البطن.
- عند سحب عينة من النخاع قد يظهر ارتفاع في نسبة البروتين والتي تدل على حدوث التهاب.
- التهاب النخاع الشوكي غير المسبب للشلل، وتظهر أعراضه وتستمر 48 ساعة، وبالإضافة للأعراض السابقة تظهر الأعراض التالية:
 - ألم وتصلب في عضلات الرقبة.
 - ألم وتصلب في عضلات الظهر وعضلات القدمين.
 - عند أخذ عينة من سائل النخاع الشوكي نلاحظ ارتفاع نسبة البروتين والخلايا اللمفاوية دلالة على وجود التهاب.
 - التهاب النخاع الشوكي المسبب للشلل وتظهر أعراضه بالإضافة لما سبق كالتالي:
 - الألم الشديد.
 - رجفة الأطراف.
 - شلل في الجهاز العصبي المركزي. (سليمان مزاهرة، 2006، ص ص. 74-75)

وقد تكون عملية الشفاء تامة خلال عدة أشهر، كما قد تؤدي إلى حدوث الشلل المزمن ويعتمد هذا على شدة المرض، وتكثر الإصابة بهذا المرض خلال أشهر الصيف والخريف. وتتمثل مضاعفات المرض في التهاب الجهاز التنفسي، وضمور الأطراف وفقدانها للحس والحركة، وحصر بول مؤقت، واضطرابات نفسية بسبب حدوث الشلل التام.

أطلقت المنظمة العالمية للصحة (OMS) سنة 1988، المبادرة العالمية لاستئصال مرض شلل الأطفال بهدف القضاء على هذا المرض في أفق سنة 2005. وذلك بالتطعيم بلقاح VPO (توجد ثلاث أمصال لفيروس شلل الأطفال 1، 2 و 3) الذي يؤخذ عن طريق الفم. و توجد حاليا عدة تلقيحات VPO أحادية التكافؤ (VPO1، VPO3)، وثنائية التكافؤ (المصلان 1 و 3: VPOb)، وثلثي التكافؤ (الأمصال 1، 2 و 3: VPOt). أعطت هذه التلقيحات نتائج مذهلة حتى سنة 2003، حيث انتقلت من 350.000 حالة سنة 1983 إلى 682 حالة فقط سنة 2003.

غير أنه سجل عودة سنة 2004 بتسجيل 1185 حالة، بسبب مقاطعة هذه التلقيحات بنيجيريا (حيث كانت من بين الست بلدان المستوطنة للمرض مع نسبة تغطية تطعيمية قدرت عند المستوى 25%)، وتسببت هذه البلدان في انتقال وانتشار فيروس شلل الأطفال البري (poliovirus sauvages PVS) نحو البلدان الإفريقية الحارة، وتوسع بعدها خارج إفريقيا ليشمل اليمن واندونيسيا سنة 2005.

بلغ مستوى التغطية التطعيمية (بالجرعات الثلاثة) ضد مرض شلل الأطفال سنة 2014 النسبة 86% من مجموع الأطفال الرضع في العالم. صرحت المنظمة العالمية للصحة (OMS) سنة 2012 بتسجيل 223 حالة. وتم القضاء على مرض شلل الأطفال في كل البلدان، ما عدا ثلاث بلدان وهي: أفغانستان، نيجيريا وباكستان، ثم انتشر الفيروس سنة 2013 انطلاقاً من هذه البلدان في كل من منطقة القرن الإفريقي والكاميرون والشرق الأوسط (مصر، فلسطين، سوريا).

قدّرت نسبة التغطية للتلقيح ضد شلل الأطفال (الجرعات الثلاث) في العالم سنة 1990 بالمقدار 76%، والنسبة 84%. وبلغ عدد الحالات المصابة بهذا المرض سنة 1988 المستوى 350.000 حالة، فيما تقلص هذا العدد سنة 2013 إلى 482 حالة فقط. ووصل عدد البلدان التي نقّش فيها هذا المرض سنة 1998 إلى 152 بلد، وتدنى هذا العدد إلى ثلاث بلدان فقط سنة 2013. (OMS, Unicef, 2014)

• الحصبة (La Rougeole):

الحصبة مرض فيروسي حاد سريع الانتشار بين الأطفال، تنتقل العدوى عن طريق الرذاذ المتطاير من فم المريض أو استعمال أدواته، ومن أهم أعراضه ما يلي:

- رشح وسعال واحمرار وتدميع في العينين.
- ارتفاع شديد في درجة الحرارة.
- تورم الغدد اللمفاوية في الرقبة.
- ظهور بقع بيضاء داخل الفم في اليوم الثالث والرابع.
- ترتفع الحرارة في اليوم الخامس ويظهر الطفح خلف الأذنين أولاً ثم على الجسم والوجه.

وتتمثل مضاعفات هذا المرض في: الالتهاب الرئوي، التهاب الأذن الوسطى، التهاب الدماغ، سوء

التغذية، الوفاة. ويعطى، من أجل الوقاية من هذا المرض، مطعوم الحصبة بعد الشهر التاسع وبجرعة واحدة، لأن الطفل تكون لديه مناعة طبيعية في الأشهر الأولى من عمره ومع تقدم العمر تقل هذه المناعة. ويعطي هذا المطعوم 90% مناعة طويلة حياة الطفل. (سليمان مزاهرة، 2006، ص. 80)

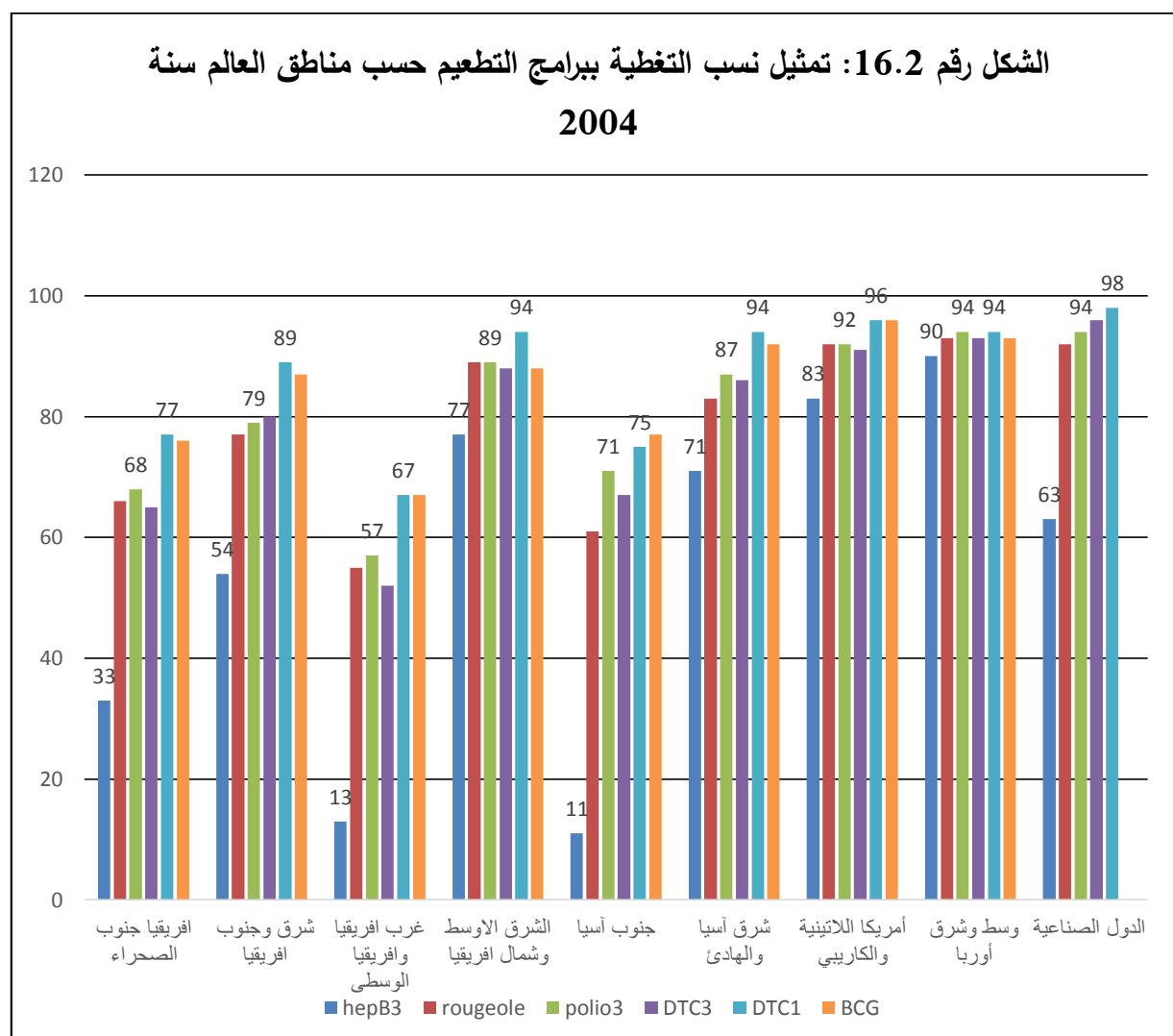
تعد الحصبة المرض الأول المسبب لوفيات الأطفال الذي يمكن تفاديه بالتلقيح. انخفض عدد الوفيات -بسبب الحصبة - بحوالي 80% خلال الفترة الممتدة ما بين سنتي 2000 و2012، حيث تقلص من 560 ألف حالة وفاة إلى 122 ألف حالة. وقدّر عدد الوفيات التي تم تفاديها نتيجة التطعيمات خلال الفترة 2010-2012 عند المستوى 13,8 مليون. وصلت نسبة تغطية تلقيح الجرعة الأولى ضد الحصبة سنة 2000 المقدار 73% وسجلت نسبة هذه التغطية في سنة 2014 القيمة 85%. كما قدمت 154 دولة بين 197 الجرعة الثانية من برامجها التطعيمية المنتظمة. من بين أهداف الالفية من أجل التنمية، القضاء واستئصال مرض الحصبة في افاف سنة 2015، ولتحقيق هذا الغرض وجب الوصول الى تغطية تطعيمية تفوق 95%.

(Aubry, Gaüzère, 2015, p. 3)

• التهاب الكبد الفيروسي "ب" (HVB) (L'Hépatite à Virus B):

يعتبر مرض التهاب الكبد الفيروسي معد ومزمن وقاتل، حيث قدر عدد المصابين بالعدوى VHB بملياري شخص، بينهم 240 مليون عدوى مزمنة. كما يعتبر المسؤول عن وفاة 780 ألف شخص سنوياً. ويمكن انتقال هذا المرض من الام إلى الطفل عند الولادة أو من طفل لآخر خلال فترة الطفولة المبكرة. وضعت المنظمة العالمية للصحة، سنة 1992، ادراج التلقيح ضد هذا المرض (HVB) في برامج الأطفال التطعيمية المنتظمة (PEV) في كل بلدان العالم، كهدف أساسي، وذلك قبل حلول العام 1997. وفي سنة 2014، بلغ عدد الدول التي تعتمد الجرعات الثلاثة لهذا التطعيم في برامجها التطعيمية المنتظمة 184 بلد.

لم يبلغ مستوى التغطية العالمية لتطعيم الرضع بالجرعات الثلاث ضد مرض التهاب الكبد الفيروسي ب (HVB)، حسب اليونيسيف ومنظمة الصحة العالمية (OMS, Unicef, 2014)، سوى 1% سنة 1990، وقفزت هذه النسبة بعد أكثر من عقدين من الزمن إلى 81% (سنة 2013). فيما بلغ مستوى التغطية العالمية لتطعيم الرضع ضد هذا المرض عند الولادة بجرعة واحدة خلال نفس السنة (2013) النسبة 38%.



المصدر: اعداد الطالب اعتمادا على بيانات الجدول رقم 12.2

يبين الجدول (رقم 12.2) والشكل (رقم 16.2) مستوى التغطية التطعيمية ضد مختلف الأمراض التي يمكن تفاديها بالتلقيح في شتى مناطق وأقاليم العالم، حيث سجلت أعلى نسب تغطية لدى الدول الصناعية (المتقدمة) بين 92 و98% في كل التطعيمات باستثناء التلقيح ضد التهاب الكبد الفيروسي الذي بلغت نسبة تغطيته 63%. وجاءت مناطق أمريكا اللاتينية والكاريبي ووسط وشرق أوروبا وشرق آسيا والهادئ، في مراكز متقدمة، بتسجيلها نسب تغطية مماثلة لتلك التي سجلتها الدول المتقدمة في مختلف التطعيمات. فيما اقتربت من هذه النسب دول الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (البلدان العربية) حيث وصلت نسب التغطية إلى 88% (التطعيم ضد السل)، و94% (DTC1)، و88% (DTC3)، و89% (التلقيح ضد الحصبة)، و77% (التطعيم ضد التهاب الكبد الفيروسي ب).

الجدول رقم 12.2: توزيع نسب (%) التغطية التطعيمية (PVE) حسب مناطق العالم لسنة 2004

نسبة % حديثي الولادة المحصنين ضد الكزاز الولادي	نسب التغطية لتطعيمات الأطفال البالغين سنة من العمر ضد أمراض						المنطقة/ الفئة
	التهاب الكبد الفيروسي ب	الحصبة	شلل الأطفال	DTC		السل	
	التلقيحات أو التطعيمات الموافقة						
	hepB3	rougeole	polio3	DTC 3	DTC 1	BCG	
59	33	66	68	65	77	76	أفريقيا جنوب الصحراء
62	54	77	79	80	89	87	شرق وجنوب افريقيا
57	13	55	57	52	67	67	غرب افريقيا وافريقيا الوسطى
-	77	89	89	88	94	88	الشرق الاوسط وشمال افريقيا
70	11	61	71	67	75	77	جنوب آسيا
-	71	83	87	86	94	92	شرق آسيا والهادئ
-	83	92	92	91	96	96	أمريكا اللاتينية والكاريبي
-	90	93	94	93	94	93	وسط وشرق أوربا
-	63	92	94	96	98	-	الدول الصناعية
64	46	74	79	76	84	84	الدول النامية
54	28	72	74	75	87	82	الدول الأقل نموا
64	49	76	80	78	86	84	مجموع العالم

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2006 : Exclus et invisible, Brodock Press, New York Etats-Unis, décembre 2005, P. 109

1.1.3.3. أمراض إسهال الأطفال واستعمال المحاليل المعالجة للجفاف:

يعتبر الإسهال من الأمراض الأكثر انتشارا بين الاطفال، كما يعد من أهم اسباب وفيات الاطفال في العالم، خاصة خلال السنة الأولى من العمر، كما أن الاسهال من أكثر الأمراض انتشارا في البلدان التي يعاني سكانها من سوء التغذية ونقص المياه النظيفة ومرافق الصرف الصحي.

تتفق معظم المراجع، والمعاجم الطبية، على تعريف داء الاسهال، ومن أهمها:

" يطلق تعبير الاسهال عندما يطرح الطفل براز غير طبيعي من حيث عدد مرات التبرز ومن حيث سيولة المواد البرازية المطروحة ". (الأكتع، 1978، ص. 50)

ويعرف القاموس الطبي الاسهال على أنه " طرح البرازات المتكررة بشكل سائل أو عجين، ينجم عن نقص في اعادة امتصاص الماء من طرف المعى، والاسهال هو مجرد علامة أو اشارة التي تستوجب تفقد الأسباب. (DOMART, BOURNEUF, 1989, p. 256)

وتتشتد حالات الإصابة بالإسهال عند ملاحظة تدهور حالة الطفل، إذ يصبح ضعيف القوى، عيناه غائرتان، وظهور دوائر رمادية تحتها، مع انكماش الجلد وجفاف الشفتين، وكذا ارتفاع الحرارة، ويكون مصحوبا بالقيء. (الديواني، 1966، ص. 345)

وتعرف منظمة الصحة العالمية أن الإسهال يكون حادا عندما يكون للطفل، على الأقل ثلاث مرات في اليوم، براز سائل أو لين أو مصحوب بدم. ويعد مرض الإسهال من أهم أسباب وفاة الاطفال دون سن الخامسة، كما أنه يؤدي بحياة 760000 طفل كل عام، ويمكن أن يدوم هذا المرض عدة أيام ويترك الجسم دون كمية الماء والاملاح الضرورية للبقاء على قيد الحياة. ومعظم من يموتون من جراء الإسهال يموتون بالفعل بسبب الجفاف الشديد وفقدان السوائل، ويكون الاطفال الذين يعانون من سوء التغذية أو خلل في المناعة وكذلك المتعاشين مع فيروس الايدز هم الاكثر تعرضا لمخاطر الإسهال المهددة للحياة.

والإسهال هو إخراج براز رخو أو سائل ثلاث مرات أو أكثر في اليوم (أو بوتيرة تفوق البوتيرة المعتادة)، ولا يعتبر إخراج البراز المتشكل اسهالا، شأنه شأن البراز الرخو أو العجيني الذي يخرج الرضع. ذلك أن الإسهال يمثل، عادة، أحد أعراض الإصابة بنوع من أنواع العدوى في السبيل المعوي يمكن أن تسببها طائفة متنوعة من الجراثيم أو الفيروسات أو الطفيليات، وتنتشر العدوى، عادة، عن طريق الاغذية أو مياه الشرب الملوثة أو من شخص إلى آخر بسبب تدني مستوى النظافة الشخصية.

ولا مرأ في أن التدخلات الخاصة بالوقاية من الإسهال، بما في ذلك المياه المأمونة الصالحة للشرب، واستخدام خدمات الاصحاح المحسنة وغسل اليدين بالصابون تحد من مخاطر المرض. ويمكن علاج الإسهال بمحلول من الماء النقي والسكر والملح مع أقراص الزنك. وهناك ثلاثة أنواع سريرية من الإسهال وهي: الإسهال المائي الحاد (يدوم عدة ساعات أو أيام ويشمل الكوليرا)، الإسهال الدموي الحاد (يطلق عليه أيضا الزحار)، والإسهال المستديم (يدوم 14 يوما أو أكثر من ذلك).

مرض الإسهال من أهم الاسباب الكامنة وراء وفيات الأطفال وحالات المراضة التي تصيبهم في مختلف أنحاء العالم، وهو يحدث أساسا جراء الاغذية ومصادر المياه الملوثة، والجدير بالذكر أن قرابة 780 مليون نسمة يفتقرون إلى فرص الحصول على المياه المحسنة وأن وسائل الإصحاح الأساسية غير متاحة لنحو 2.5 مليار نسمة في شتى ربوع العالم. وفي البلدان النامية يصاب الأطفال دون سن الثالثة، في المتوسط، بثلاثة نوبات من الإسهال كل عام، والمعروف أن كل نوبة تحرم الطفل من التغذية اللازمة لنموه، ونتيجة لذلك يعتبر الإسهال من الاسباب الرئيسية لسوء التغذية. (OMS، 2013)

كما يعد الاسهال أحد أعراض النزلة المعوية عند الاطفال، ولكن ليس كل اسهال يصاب به الطفل يعني أن الطفل مريض بالنزلة المعوية، والاسهال مرض لعدة أمراض، ويختلف نوع الاسهال واعراضه باختلاف المرض واسبابه، فمعظم الطفيليات (مثل الاسكارس والبلهارسيا والدودة الشريطية وغيرها) تسبب الاسهال، كما ان بعض الميكروبات (مثل الدوسنتاريا والكوليرا وغيرهما) تسبب الاسهال أيضا، كما يتسبب التوتر والقلق في حدوث الاسهال للأطفال. يمثل الاسهال خطرا على حياة الطفل لأنه يفقده لماء الجسم خاصة إذا كان مصحوبا بالقيء المستمر، وهذا ما يمثل اصابة الطفل بالنزلة المعوية.

فالنزلة المعوية من الامراض الشائعة عند الاطفال، وفيها يصل الميكروب إلى الجهاز الهضمي للطفل (عن طريق الفم) بواسطة أكل أو شراب ملوث بالجراثيم، أو إعطاء الطفل لبنا أو ماء غير نظيف، وتختلف النزلة المعوية لدى الاطفال في شدتها من حالة إلى أخرى، فقد تكون وعكة طارئة (يكثُر فيها عدد مرات التبرز، وتقل شهية الطفل للغذاء، وترتفع درجة حرارته قليلا)، وقد يصاب الطفل بالقيء والمغص وانتفاخ البطن فيصرخ ويتلوى من الآلام التي يحس بها. (محمود، 2000، ص. 29)

يحدث الاسهال غالبا عند الطفل، وهو يتبلور بتبرز متكرر لبراز سائل، ترافقه غالبا آلام في البطن. يجب أن تؤخذ الاصابة بجدية. قد يعاني الطفل من التهاب في المعدة والأمعاء، ومن اسهال حاد، ونادرا من اسهال مزمن. عندما تدوم هذه الاضطرابات أكثر من 48 ساعة رغم العلاج المعتاد، فإنها تتطلب فحوصات معينة لتحديد العلاج الجديد. ويعود غالبا التهاب المعدة والأمعاء، عند الرضيع أو عند الطفل، إلى فيروس معين. يحصل المرض من جراء شرب ماء واكل اطعمة ملوثة ونادرا ما يدوم أكثر من يومين أو ثلاثة. يحدث فقداناً للشهية وتقيؤا واسهالا. ويؤدي الاسهال، بصفة عامة، إلى فقدان مفرط للماء من الجسم، فالطفل، وخاصة الرضيع يحتاج إلى الماء أكثر من البالغ، وهناك اشارات تدل على هذا النقص مثل اللون الشاحب والعينين الغائرتين والحرارة وجفاف الفم، فهي تنذر وتحث على استشارة الطبيب بسرعة، وقد يتطلب فقدان الماء الحاد أحيانا الدخول إلى المستشفى. تعتبر النظافة الجيدة من أهم الاجراءات التي تقي من الاسهال، إذ يتوجب تعليم الاطفال خاصة غسل اليدين، على الأقل قبل كل وجبة. (موران، وآخرون، 2008، ص. 143)

كان يعرف علاج الجفاف، قبل سنة 1993، على أنه حالات معالجة الاسهال باستخدام محلول معالجة الجفاف أو محلول أعد بإذابة سكر وملح أو أي محلول أعد في البيت، أما بعد عام 1993، أصبح يعرف هذا العلاج على أنه حالات معالجة الاسهال مع مواصلة تغذية الطفل باستخدام محلول معالجة الجفاف أو محلول أعد بإذابة السكر والملح. (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ONS، 2009، ص. 93)

قد يقتل الاسهال الطفل، باستنزافه كمية كبيرة من السوائل من جسمه، لذا من الضروري اعطاء الطفل المصاب بالإسهال كميات من السوائل عن طريق الفم، ومن الضروري ايضا الاستمرار في اطعام الطفل المصاب، كما يجب تقديم وجبة اضافية يومية للطفل الذي يتمثل للشفاء من الاسهال، ولمدة أسبوعين على الأقل. ويصبح من اللازم التماس المساعدة الطبية عندما يستمر الاسهال أكثر من أسبوعين أو يبلغ درجة خطيرة أو إذا لوحظ وجود دم في البراز. وينصح بعدم اعطاء الطفل أية أدوية سوى أملاح معالجة الجفاف إلا بناء على نصيحة الطبيب.

يمكن الوقاية من الاسهال عبر الرضاعة الطبيعية وتحصين جميع الأطفال ضد الحصبة واستخدام المراحيض والمحافظة على نظافة الطعام والماء وغسل الايدي قبل لمس الطعام. (بيتروليسلي، 1993، ص. 44)

الجدول رقم 13.2: مستويات علاج اسهال الأطفال (> 5 سنوات) في العالم بين سنتي 2000 و2007

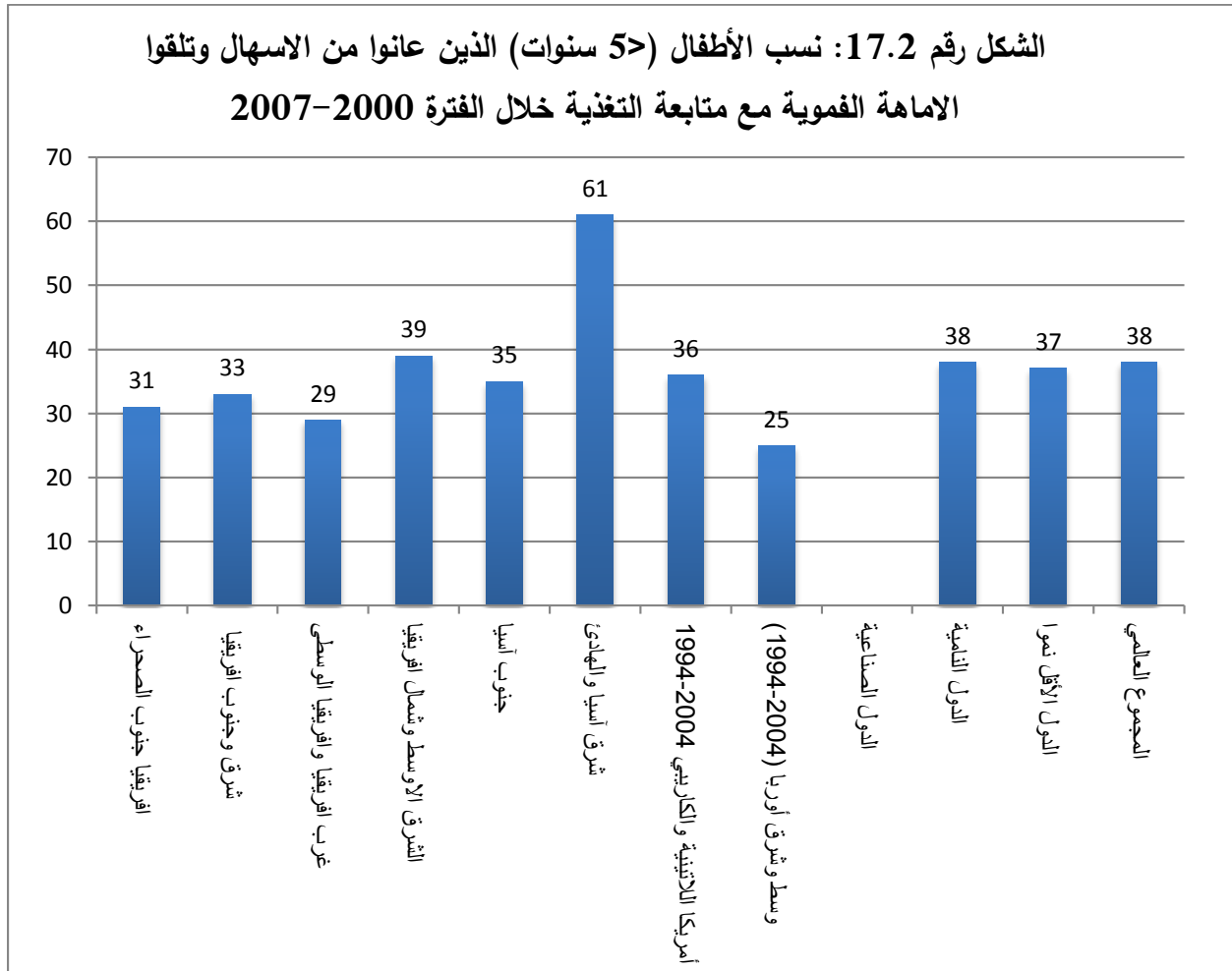
المنطقة/ الفئة	نسب % الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين عانوا من الإسهال واستفادوا من اماهة عن طريق الفم مع مواصلة التغذية (2000-2007)
افريقيا جنوب الصحراء	31
شرق وجنوب افريقيا	33
غرب افريقيا وافريقيا الوسطى	29
الشرق الاوسط وشمال افريقيا	39
جنوب آسيا	35
شرق آسيا والهادئ (باستثناء الصين)	61
أمريكا اللاتينية والكاريبي (2004-1994)*	36
وسط وشرق أوروبا (2004-1994)*	25
الدول الصناعية	-
الدول النامية (باستثناء الصين)	33
الدول الأقل نموا	36
المجموع العالمي (باستثناء الصين)	33

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale, New York Etats Unis, décembre 2008

* : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2006 : Exclue et invisible, Brodbeck Press, New York Etats-Unis, décembre 2005

يظهر الجدول (رقم 13.2) والشكل (رقم: 17.2)، أن أكبر نسبة للأطفال (دون سن الخامسة) الذين عانوا من اصابات الإسهال وتلقوا الاماهة، بين سنتي 2000 و2007، قد سجلتها منطقة شرق آسيا والهادئ (باستثناء الصين) عند المستوى 61% من مجموع الأطفال، فيما جاءت منطقة بلدان شمال افريقيا والشرق الاوسط ثانيا بتسجيلها للنسبة 39%. وتفاوتت نسب باقي مناطق العالم (باستثناء منطقتي أمريكا اللاتينية

والكاربيبي، ووسط وشرق أوروبا) بين أقل من الثلث وأكثر منه بقليل. كما يبين الجدول تسجيل منطقتي كل من أمريكا اللاتينية والكاربيبي، ووسط وشرق أوروبا، لكن خلال الفترة الممتدة من 1994 إلى 2004، النسبتين 36%، و25% على التوالي. فيما قدرت هذه النسبة بالنظر إلى شتى أنحاء العالم بالمقدار 38% من مجموع الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين الولادة و59 شهرا.



المصدر: من اعداد الطالب بناء على معطيات الجدول رقم 13.2

4.3.1.1. الأمراض التنفسية الحادة والالتهابات الرئوية:

تعرف الامراض التنفسية الحادة على أنها أمراض تصيب المسارات التنفسية العليا، المتمثلة أساسا في مرض الالتهابات الرئوية. إلى جانب بعض الامراض التنفسية بدرجة أقل، كالتهاب الأنف والبلعوم والحنجرة، الرشح أو الزكام، التهابات القصبات الرئوية (الشعب الرئوية)، التهاب القصبات الهوائية الثانوية (الشعبيات

الرئوية) عند الرضيع، التهاب اللوزتين.

• الرشح أو الزكام، والتهاب الانف والبلعوم والحنجرة:

تحصل أمراض الرشح، والتهاب الأنف والحنجرة، بسبب الفيروسات، وتجعل الأنف يسيل وتطلق السعال، وهي تصيب الصغار والكبار على السواء. وهناك أكثر من 200 فيروس بإمكانها أن تطلق الرشح أو الزكام عند الأطفال الحساسين جدا تجاهه، ومن الممكن أن يصابوا به حتى 10 مرات في السنة، فجهاز حمايتهم ضد الأمراض هو أقل تطورا من جهاز البالغ، لأنه قيد التكوين. وفي معظم الحالات يصاب الطفل بالزكام عند اتصاله بمرضى صغار مثله عن طريق السعال والعطاس. (موران، وآخرون، 2008، ص. 147)

• التهاب القصبات الهوائية الثانوية (الشعبيات الرئوية)، التهابات القصبات الرئوية (الشعب الرئوية):

يصيب التهاب الشعبيات الرئوية الرضع، بينما يصيب التهاب الشعب الرئوية الرضع والأطفال الأكثر تقدما في السن في الوقت نفسه. والتهاب الشعبيات مرض معد يصيب الألفية التنفسية للرضيع، وينجم عن فيروس تنفس سنسيتال (VRS)، وهناك فيروسات أخرى قد تتسبب مع ذلك بالمرض (adénovirus para-influenza)، تحصل العدوى من خلال سيلان الأنف ورش الرذاذ أثناء السعال. ويأتي التهاب الشعبيات بصورة خاصة بعد التهاب الأنف والبلعوم. (موران، وآخرون، 2008، ص. 145)

• التهاب اللوزتين والنابتات:

تقع اللوزتين والنابتات في عمق الحلق والأنف وهي أعضاء صغيرة، تتجه غالبا، عند الطفل خاصة، إلى الالتهاب أو إلى زيادة حجمها. وتتكون من نسيج شبه لمفاوي، وظيفته المساهمة في الدفاع عن الجسم ضد الجراثيم بتكوين الكريات البيض وإنتاج أجسام مضادة وتشكيل حاجز يحمي القسم الأعلى من الانابيب الهوائية. في حال الالتهابات المتكررة (الحنج أو التهاب الانف والحنجرة، مثلا) يمكن للوزتين أن تصابا وتصبحا بدورهما مركزا للالتهاب، وفي حالات أخرى تكونان كبيرتي الحجم فتزعجان التنفس وتؤدي إلى التعب وإلى صعوبات في البلع. (موران، وآخرون، 2008، ص. 141)

■ الالتهاب الرئوي لدى الأطفال:

تعتبر الأمراض التنفسية الحادة المذكورة سالفًا، غير مؤذية للأطفال مقارنة بمرض الالتهاب الرئوي. ويصنف الالتهاب الرئوي على أنه شكل من أشكال العدوى التنفسية الحادة التي تصيب الرئتين، حيث تتشكل الرئتان من أكياس صغيرة تدعى الأسناخ، وتلك الأكياس تمتلئ بالهواء عندما يتنفس الشخص السليم، وعندما يصاب المرء بالالتهاب الرئوي، تمتلئ أسناخ رئتيه بالقيح والمواد السائلة مما يجعل التنفس مؤلماً ويحد من مدخول الأكسجين. ويأتي الالتهاب الرئوي في مقدمة أسباب وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم، فقد أودى بحياة 922000 طفل دون سن الخامسة في عام 2015، مما يمثل 15% من الوفيات التي تسجل في صفوف تلك الفئة في كل ربوع العالم. ويلحق هذا المرض أضراراً بالأطفال وأسرههم في كل مناطق العالم، ولكنه ينتشر أساساً في جنوب آسيا وأفريقيا جنوب الصحراء الكبرى. ويمكن توقيه بتدخلات بسيطة وعلاجه بأدوية ورعاية صحية زهيدة التكلفة لا تتطلب تكنولوجيا عالية. يحدث الالتهاب الرئوي جراء عدد من العوامل المعدية بما في ذلك الفيروسات والجراثيم والفطريات، وأهمها:

- العفدية الرئوية: أشيع أسباب الالتهاب الرئوي الجرثومي لدى الأطفال؛
- المستديمة النزلية من النمط "ب": ثاني أشيع الالتهاب الرئوي الجرثومي لدى الأطفال؛
- الفيروس التنفسي المخلوي: وهو أشيع الأسباب الفيروسية للالتهاب الرئوي؛
- المتكيسة الرئوية الجؤجؤية: أحد الفطريات وأهم مسببات الالتهاب الرئوي لدى الأطفال دون عمر الستة أشهر المصابين بالإيدز والعدوى بفيروسه، ذلك أنه يتسبب فيما لا يقل عن ربع مجموع الوفيات بين الأطفال من حملة فيروس الإيدز.

ويمكن أن ينتشر الالتهاب الرئوي بطرق عدة، فيمكن للفيروسات والجراثيم الموجودة عادة في أنف الطفل أو حلقه أن تصيب رئتيه، وقد ينتشر أيضاً عن طريق الرذاذ المتطاير الناجم عن السعال أو العطاس، وعبر الدم، ولاسيما أثناء الولادة أو بعدها بقليل.

ولا يوجد اختلاف بين أعراض الالتهاب الرئوي الفيروسي والالتهاب الرئوي الجرثومي، غير أن أعراض الشكل الفيروسي قد تكون أكثر من أعراض الشكل الجرثومي. ويتم تشخيص الالتهاب الرئوي للأطفال دون سن الخامسة الذين لديهم سعال و/أو صعوبة في التنفس، مع أو بدون حمى، من خلال سرعة التنفس أو انسحاب أسفل جدار الصدر إلى الداخل، حيث تتحرك صدورهم للداخل أو ينكمش خلال الاستنشاق (على عكس

الشخص السليم الذي يتسع صدره أثناء الاستنشاق)، والأزيز أكثر شيوعاً في حالات العدوى الفيروسية. وقد لا يستطيع الرضع المصابون (بحالات وخيمة) الرضاعة أو الشرب، وقد يصابون كذلك بفقدان الوعي وانخفاض الحرارة والاختلالات.

وتزيد العوامل البيئية من احتمال تعرض الأطفال للالتهاب الرئوي، كتلوث الهواء داخل المباني جراء استخدام وقود الكتلة الأحيائية (مثل الخشب والروث) لأغراض الطهي والتدفئة، والعيش في بيوت مكتظة، والدخان المنبعث من سجاائر الآباء. ويمكن علاج الالتهاب الرئوي الذي تسببه الجراثيم بالمضادات الحيوية (الأموكسيسيلين من المضادات الحيوية المختارة لعلاج المرض وهو يوزع في شكل أقراص)، وتتطلب أغلبية الحالات مضادات حيوية فموية، والتي غالباً ما توصف في المراكز الصحية، وهي زهيدة الثمن على مستوى المجتمع المحلي، ويوصى بإدخال الحالات الخفيفة فقط إلى المستشفى. وتعد وقاية الأطفال من الالتهاب الرئوي من العناصر الأساسية للاستراتيجية الرامية إلى الحد من معدلات وفيات الأطفال. ويعتبر التمنيع ضد المستديمة النزلية من النمط "ب" والمكورات الرئوية والحصبة والسعال الديكي (الشاهوق)، أكثر الوسائل فعالية للوقاية من الالتهاب الرئوي. كما يعتبر توفير التغذية المناسبة من الأمور الأساسية لتحسين دفاعات الأطفال الطبيعية، بدءاً بالاعتصام على الرضاعة الطبيعية طيلة الأشهر الستة الأولى من حياتهم. ويسهم التصدي للعوامل البيئية المذكورة سالفاً في تخفيض عدد الاطفال الذين يصابون بالالتهاب الرئوي. (OMS، 2015)

قد مست العدوى التنفسية الحادة حسب الجدول (رقم 14.2) 16% من مجموع أطفال العالم الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، خلال الفترة الممتدة ما بين سنتي 1998 و 2004. وسجلت أعلى قيمة لهذه النسب بمنطقة جنوب آسيا (19%) وإقليم شرق وجنوب أفريقيا (18%)، بينما أحصت أدنى قيمها بمنطقتي شرق آسيا والهادئ وغرب أفريقيا وإفريقيا الوسطى بالمقدار 10% من مجموع الأطفال (0-4 سنوات). يقيس هذا المؤشر مستوى الوقاية من هذه الأمراض. فيما وصلت قيمة هذا المؤشر بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا النسبة 13% من مجموع الأطفال دون سن الخامسة.

فيما فاق عدد الاستشارات الطبية حول العدوى التنفسية الحادة لدى الأطفال (0-4 سنوات) المصابين في العالم نصف عدد الحالات (54%)، ويعكس هذا المؤشر مستوى الوعي الصحي لدى الأولياء وكذلك مستوى التغطية الصحية التي توفرها الدول والحكومات في مختلف أقاليم العالم.

أحصت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا أعلى نسبة استشارة طبية عن العدوى، حيث حددت عند

المقدار 66% من مجموع الأطفال (أقل من 5 سنوات) اللذين شملتهم العدوى التنفسية الحادة. وسجلت مناطق غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى وأفريقيا جنوب الصحراء وشرق وجنوب أفريقيا أدنى هذه النسب (35%، 41%، 47% على التوالي). بينما تراوحت هذه النسب بباقي أقاليم العالم بين 50 و62%. وبلغت هذه النسبة على المستوى العالمي المقدار 54% من مجموع الاطفال العالم دون الخامسة الذين تعرضوا للعدوى التنفسية الحادة. (أنظر الجدول رقم 14.2 والشكل رقم 18.2)

الجدول رقم 14.2: مستويات انتشار الأمراض التنفسية الحادة لدى الأطفال (> 5 سنوات) في العالم والاستشارة حولها بين سنتي 1998 و2004

المنطقة/ الفئة	نسب الأطفال دون 5 سنوات الذين عانوا من عدوى تنفسية حادة (1998-2004) %	نسب الأطفال دون 5 سنوات الذين عانوا من عدوى تنفسية حادة (2000-2007) %	نسب الأطفال دون 5 سنوات الذين عانوا من عدوى تنفسية حادة (2004-2007) %
افريقيا جنوب الصحراء	14	41	40
شرق وجنوب افريقيا	18	47	45
غرب افريقيا و افريقيا الوسطى	10	35	37
الشرق الاوسط وشمال افريقيا	13	66	68
جنوب آسيا	19	59	63
شرق آسيا والهادئ (باستثناء الصين)	10	62	65
أمريكا اللاتينية والكاريبي	-	-	-
وسط وشرق أوروبا	15	50	57
الدول الصناعية	-	-	-
الدول النامية (باستثناء الصين)	16	54	57
الدول الأقل نموا	16	38	42
المجموع العالمي (باستثناء الصين)	16	54	57

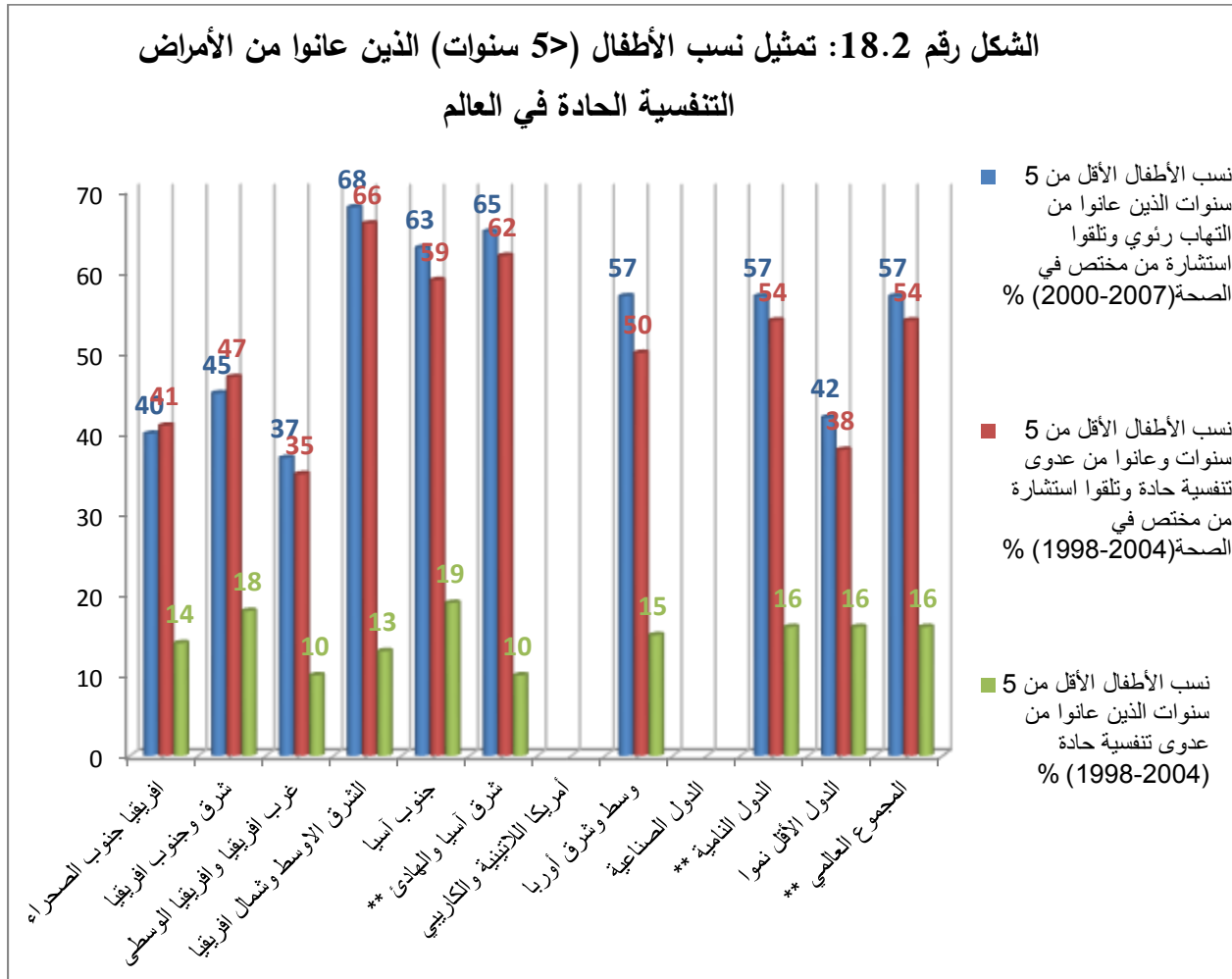
Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2006 : Exclut et invisible, Brodock Press, New York Etats-Unis, décembre 2005,

- Unicef, La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale, New York Etats Unis, décembre 2008.

يظهر الشكل (رقم: 18.2) أن أعلى نسبة استشارة طبية لدى الأطفال دون سن الخامسة الذين أصيبوا بالتهابات رئوية، خلال الفترة الممتدة من عام 2000 إلى سنة 2007، قد سجلت بالمنطقة العربية (الشرق الاوسط وشمال أفريقيا) بالمقدار 68% من مجموع الأطفال المصابون، ما يعكس تحسن مستوى التغطية الطبية لبلدان هذه المنطقة وكذلك يفسر ارتفاع مستوى الوعي الصحي لدى مجتمعات هذه المنطقة بخطورة هذه العدوى

على الأطفال. وبلغت نسبة الاستشارة حول العدوى في منطقة شرق اسيا والهادئ المستوى 65%، تلتها بلدان جنوب آسيا بتسجيلها النسبة 63%، ثم منطقة وسط وشرق أوروبا (57% من مجموع الاطفال المصابين).

قدرت نسبة الاستشارة حول عدوى الالتهاب الرئوي لدى الاطفال (0-4 سنوات) في العالم عند القيمة 57% من مجموع الأطفال الذين شملتهم العدوى بهذا المرض.



المصدر: من اعداد الطالب بالاعتماد على بيانات الجدول (14.2)

فيما جاءت باقي مناطق افريقيا في المؤخرة على المستوى العالمي، بحيث أن أكثر من نصف الأطفال (الأقل من خمس سنوات) الذين تعرضوا لعدوى الالتهاب الرئوي لم يستفيدوا من أي استشارات طبية حول هذا المرض، فكانت نسب الاستشارات الطبية حول المرض دون المستوى العالمي (شرق وجنوب أفريقيا: 45%، افريقيا جنوب الصحراء: 40%، غرب افريقيا وافريقيا الوسطى: 37%)، ما يدل على تدني مستوى التغطية الصحية بهذه البلدان من جهة، ونقص الوعي الصحي لمجتمعات هذه المناطق من جهة ثانية، مما قد يؤثر

على اخفاق السياسات الصحية لدول وحكومات هذه البلدان.

5.3.1.1. وقاية الأطفال من مرض الملاريا:

يعرف الملاريا على أنه مرض طفيلي ينتقل من الشخص المصاب بالملاريا إلى الشخص السليم عن طريق لسعة البعوض التي تمتص طفيل الملاريا وتنقله إلى الشخص السليم. ثم يشرع في التكاثر في الكبد ويغزو الكريات الحمراء بعد ذلك. ومن اعراضه الحمى والصداع والتقيؤ، وتظهر تلك الاعراض، عادة، بعد مضي 10 أيام إلى 15 يوما من التعرض للدغ البعوض، ويمكن للملاريا، إذ لم تعالج، أن تهدد حياة المصاب بها بسرعة من خلال عرقلة عملية تزويد الاعضاء الحيوية بالدم. وقد اكتسب الطفيلي المسبب للملاريا، في كثير من أنحاء العالم، القدرة على مقاومة عدد من الادوية المضادة له. (OMS، 2016)

تعرف الملاريا أيضا بـ "الرعاشة" أو "البرداء" أو "مرض الهواء الفاسد"، وقد ساد الاعتقاد طويلا بوجود ارتباط بين الاصابة بالملاريا واستنشاق الهواء الفاسد حول المستنقعات، حتى أن اسم المرض يتكون من مقطعين: Mal-aria، ويعنيان باللغة الايطالية "الهواء الفاسد". وقد اكتشف طفيلي الملاريا في عام 1880 من طرف العالم الفرنسي "لافيران" الذي كان يعمل طبيا في صفوف الجيش الفرنسي في الجزائر، وكانت الملاريا من أسباب زوال دول وحضارات (الاغريق)، ووقفت في طريق تقدم الاستعمار الاوروبي في مجاهل أفريقيا في القرن التاسع عشر. (فتحي عبد الوهاب، 2009، ص ص. 60-61)

وحتى وقتنا الحاضر لا تزال الملاريا هي اهم الامراض المتوطنة التي تنقلها الحشرات ومفصلية الارجل الاخرى، وهي مسؤولة عن قدر كبير من المرض والعجز بين بني الانسان وحتى الموت المبكر، إن المرض ليس محصورا في المناطق الاستوائية من العالم فقط، بل ينتشر إلى المناطق شبه الاستوائية، والملاريا مرض حاص بالإنسان، إذ يعتبر المعيل والخازن الوحيد للعدوى، وكل أنواع المرض تشمل حالات رجفة وقشعريرة معينة، ثم حمى تعقبها فترات بدون رجفة، تختلف الأنواع في طول فترات عودة الاصابة وامكانية العودة بعد الشفاء. وقبل ربع قرن كان هناك حوالي 300 مليون حالة ملاريا سنويا منها ثلاثة ملايين حالة وفاة. (أبو الحب، 1982، ص. 78)

تسبب الملاريا طفيليات تحملها أنثى البعوض المسماة "الأنوفيليس" والتي يحمل لعبها يرقة طفيلي الملاريا الذي يدعى "بلازموديوم" واعتمادا على نوع البلازموديوم هذا، يصاب الانسان بنوع من أنواع الملاريا

الأربعة التالية:

- الملاريا (المتصورة) المنجلية الخبيثة (*Plasmodium Falciparum*): وهي التي تظهر أعراضها بفترات غير مضبوطة أو معينة وهي شديدة الوطأة وقد تسبب الموت بكثرة.
 - ملاريا الفيفاكس أو (المتصورة) الثلاثية أو الحميدة (*Plasmodium Vivax*): لها دورة كل ثلاثة أيام، أي أن هناك فقط يوما واحدا بدون أعراض، هذه الملاريا هي أكثر انتشارا في العالم.
 - الملاريا (المتصورة) البيضية (*Plasmodium Ovale*): بيضي نسبة لشكل الطفيلي، تنتشر في المناطق الحارة الاستوائية وشبه الاستوائية.
 - ملاريا (المتصورة) الرباعية (*Plasmodium Malariae*): لها دورة كل أربعة أيام، منها يوم للحمى ويومان بدون أعراض ثم العودة إلى الحمى.
- كما تعد الملاريا المنجلية أشد الانواع خطورة، حيث تسبب ملاريا الدماغ وقد يكون مميتا إذا تأخر علاجه.
(أبو الحب، 1982، ص. 79)
- رسم التقرير الخاص بالملاريا في العالم 2008، الذي يستند إلى بيانات تم جمعها طيلة عام 2006، صورة معقدة عن حالة الملاريا من سماتها البارزة ما يلي:
- تشير التقديرات التي أجريت بالأساليب الجديدة إلى أن عدد حالات الملاريا بلغ 247 مليون حالة في عام 2006؛
 - مازال صغار الاطفال يمثلون، إلى حد كبير، أشد الفئات تعرضا لخطر الوفاة جراء هذا المرض؛
 - شهدت وفيات الملاريا انخفاضا في عدة بلدان، وقد تمكنت بعض الدول الافريقية من تقليصها بنسبة النصف باتباع التدابير الموصى بها؛
 - مكنت زيادة التمويل، حتى عام 2006، من تسريع فرص الاستفادة من التدخلات في مجال مكافحة الملاريا، بما في ذلك الناموسيات والادوية الناجعة؛
 - لم تبلغ نسبة التغطية بالمعالجة التوليفية التي تحتوي على مادة الأرتيميسينين، وهي المعالجة التي توصي بها منظمة الصحة العالمية، سوى 3% بين الأطفال المحتاجين إليها في أفريقيا.

كما يشير التقرير إلى أن الزيادات التي سجلت في التمويل في الآونة الأخيرة، بدأت بحلول 2006 تتبلور في ارتفاع نسبة التغطية بالتدخلات الرئيسية في مجال مكافحة الملاريا، ولاسيما الناموسيات، فقد ارتفعت نسبة الاطفال المستفيدين من الحماية التي تضمنها الناموسيات المعالجة بمبيدات الحشرات بثمانية اضعاف تقريبا، أي من 3% في عام 2001 إلى 23% في عام 2006 وذلك في البلدان الافريقية الثمانية عشر التي اجريت فيها دراسات مسحية في عام 2006، وشهدت عمليات شراء الادوية المضادة للملاريا زيادة كبيرة أيضا في الفترة بين عامي 2001 و2006. صرحت 'آن فينمان' المديرية التنفيذية لليونيسيف، "أن الملاريا من أهم مسببات الوفاة بين الأطفال، ومن الممكن إنقاذ أرواح الناس بإتاحة المزيد من الناموسيات وغيرها من التدخلات الرئيسية". (OMS، 2008)

كما نص المرمى السادس من المرامي الانمائية للألفية (مكافحة الايدز والعدوى بفيروسه والملاريا) على وقف انتشار الملاريا وغيرها من الامراض الرئيسية في العالم بحلول عام 2015، والعمل على بدء انحسارها اعتبارا من ذلك التاريخ، وفي عام 2005 حثت جمعية الصحة العالمية بشأن مكافحة الملاريا على أن تضمن الدول الاعضاء استفاضة 80% على الاقل من المعرضين لمخاطر الإصابة بالملاريا أو المصابين بها من التدخلات الوقائية والعلاجية الرئيسية بحلول عام 2010، كما قررت الجمعية في عام 2007 تكريس يوم عالمي للملاريا (يوم الخامس والعشرون من شهر أفريل). (OMS، 2011)

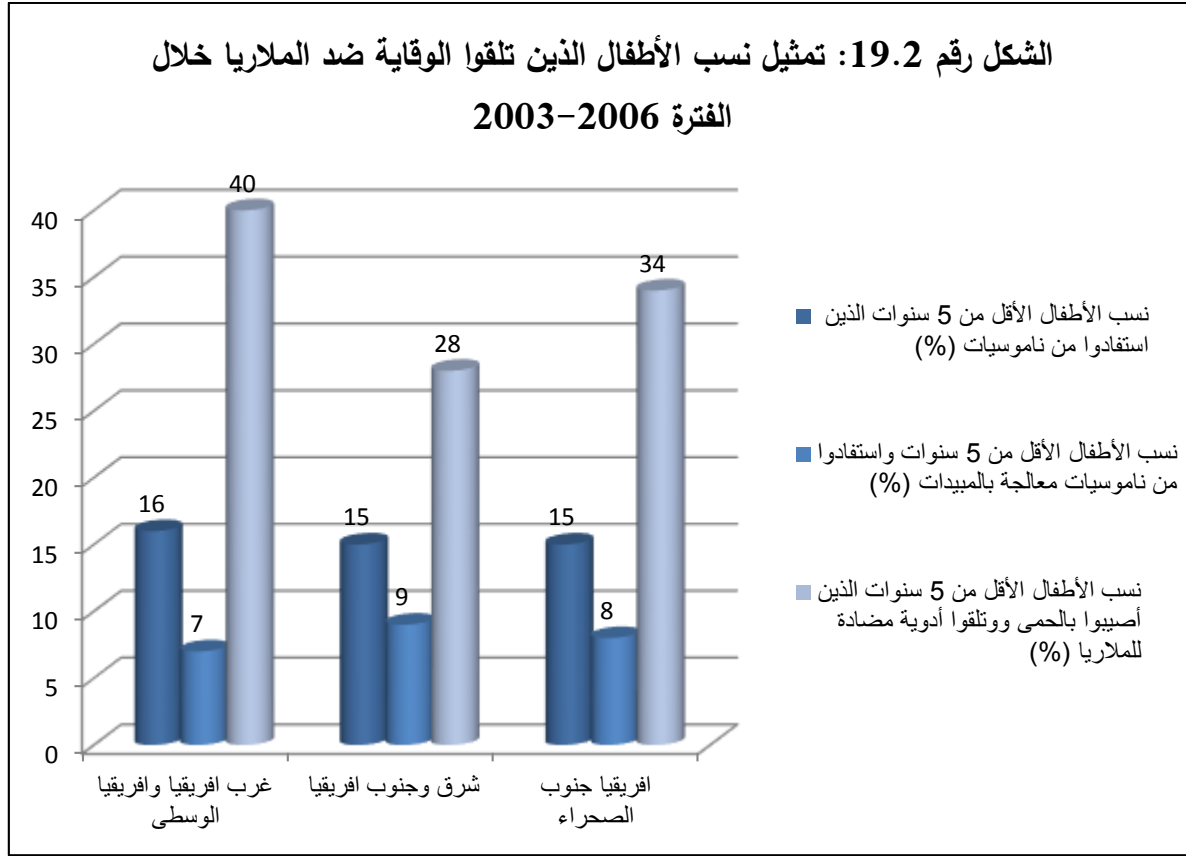
الجدول رقم 15.2: التغطية الوقائية والعلاجية ضد مرض الملاريا في مناطق توطنها 2006-2003

الملاريا ما بين سنتي 2003 و2006			المنطقة/ الفئة
نسب % الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين أصيبوا بالحمى وتلقوا أدوية مضادة للملاريا	نسب % الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين استفادوا من ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات	نسب % الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين استفادوا من ناموسيات	
34	8	15	أفريقيا جنوب الصحراء
28	9	15	شرق وجنوب أفريقيا
40	7	16	غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى
-	-	-	باقي مناطق العالم

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, décembre 2007.

سجلت العديد من دول العالم خلوها التام من مرض الملاريا، فيما كان غياب شبه تام لهذا المرض في معظم بلدان وأقاليم العالم، غير أن غالبية مناطق أفريقيا (جنوب الصحراء، غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى، وشرق وجنوب أفريقيا)، بقيت تمثل مناطق توطن الملاريا خلال الفترة الممتدة بين عامي 2003 و2006، وسجلت،

منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وشرق وجنوب أفريقيا، استفادة 15% من الاطفال الأقل من خمس سنوات من ناموسيات، فيما بلغت هذه النسبة 16% في منطقة غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى.



المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على بيانات الجدول رقم 15.2

فيما بلغت نسبة استفادة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات من ناموسيات معالجة بمبيدات الحشرات 7% فقط بمنطقة غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى، و8% بمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء، و9% من مجموع الاطفال (0 - 5 سنوات) بمنطقة شرق وجنوب أفريقيا. (أنظر للجدول رقم 15.2 والشكل رقم 19.2)

كما يشير، كل من الجدول (رقم: 15.2) والشكل (رقم: 19.2)، إلى تسجيل المناطق السالفة الذكر، نسب متفاوتة بالنظر للأطفال الذين لا تزيد أعمارهم عن خمس سنوات وتلقوا أدوية مضادة لمرض الملاريا، حيث أحصت منطقة شرق وجنوب افريقيا النسبة 28%، وأفريقيا جنوب الصحراء القيمة 28%، فيما بلغت هذه النسبة المستوى 40% بمنطقة غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى.

2.1. الوضع التربوي للأطفال في العالم:

نتطرق في هذا الجزء إلى أهم المؤشرات التي تتعلق بالمتابعة التربوية للأطفال في مختلف أنحاء العالم. لاعتبار الصحة والتربية من الأعمدة الأساسية والصلبة لكل استراتيجيات دعم بقاء الطفل، حيث يمثلان وجهان لعملة واحدة. (Unicef, 2007, p. 24)

1.2.1. التعليم المبكر:

يمر التعليم المبكر للطفولة المبكرة عبر ثلاث مراحل أساسية:

أولاً-مرحلة تعلم المشي وما بعدها: (من نحو 18 شهرا إلى 36 شهرا) تظل التغذية تتسم بأهمية حيوية خلال هذه الفترة. وتتطور مهارات الطفل في مجالات التنسيق واللغة والقدرة على التفكير والمهارات الاجتماعية تطوراً سريعاً.

ثانياً-مرحلة الروضة أو قبل المدرسة: (من 4 إلى 5 سنوات تقريبا، وأحيانا حتى 6 سنوات) في سنوات مرحلة ما قبل المدرسة، تتخذ التنشئة الاجتماعية والاعداد للمدرسة مزيدا من الأهمية، ومن سن الرابعة فصاعداً، ترتبط برامج الطفولة المبكرة على الأرجح بالتعليم وبالمرحلة التحضيرية لدخول المدرسة، ولكن يظل عنصرا الصحة والتغذية من العناصر الأساسية التي يحتاجها الطفل الصغير.

ثالثاً-المرحلة المبكرة من التعليم الابتدائي: هي فترة الانتقال إلى المدرسة وإلى العالم بشكل عام (من سن السادسة إلى الثامنة تقريبا). وبحسب درجة التزامن بين البيت والمدرسة، ويمكن أن يكون هذا الانتقال سهلاً نسبياً أو صعباً للغاية. (مؤسسة البنك الدولي [BM]، 2005، ص. 17)

كما تعني رعاية وتعليم الطفولة المبكرة كل ما يقدم من اجراءات وتجهيزات واستعدادات لرعاية وتعليم الطفل من الميلاد حتى سن الثامنة. وتعتبر العمليات المساندة من الأسرة، والمساوات بين البنات والبنين، والصحة، والتعليم مدى الحياة، والعمل، وسياسات التكامل الاجتماعية كلها من الأمور الموجهة إلى القضايا المتعلقة بانتقال الطفل من المنزل إلى مؤسسات ومواقع الرعاية المبكرة إلى المدرسة الإلزامية، بالإضافة إلى أنواع الرعاية خارج المدرسة. والاتجاه هو إلى إلغاء الفصل بين رعاية الطفل وبين تعليم الطفولة المبكرة. فمن الملاحظ والحالة هذه أن الاتجاه العالمي في هذا المجال يتجه إلى رعاية الطفولة المبكرة بصورة عامة وشاملة، حيث يتم التراجع عن الانتقائية في الرعاية والمرتبطة بالمستوى التعليمي والاقتصادي والاجتماعي للأسرة أو

الموقع من ريف وحضر أو ما إلى ذلك، ومن ثم فرعاية الطفولة المبكرة للجميع حق من حقوق الطفل والأسرة، حيث تعتبر تنمية الإنسان في كل مراحل عمره والطفولة خاصة والالتزام بها ثقافة مطلوب نشرها والعمل بمقتضاها. (اليونيسكو، 2006، ص. 50)

حسب الجدول (رقم 16.2)، بلغ عدد البلدان التي تعتمد العمر ثلاث سنوات لقبول الاطفال في التعليم قبل المدرسي، 142 بلداً (70%)، فيما وصل عدد الدول التي تقر رسمياً العمر أربع سنوات للتسجيل في هذا التعليم 48 بلد (24%)، كما حدد هذا العمر عند خمس سنوات في 11 بلد (5%)، وبسنة سنوات ببلدين فقط (1%) من منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وشرق آسيا والهادئ.

الجدول رقم 16.2: السن الرسمي المقرر لدخول التعليم قبل المدرسي في مختلف أنحاء العالم سنة 2004

المجموع	عدد الدول حسب العمر الرسمي المقرر للقبول في التعليم قبل المدرسي				المنطقة
	3 سنوات	4 سنوات	5 سنوات	6 سنوات	
العالم	142	48	11	2	203
نسبة % المجموع	70	24	5	1	100
أفريقيا جنوب الصحراء	29	13	2	1	45
الدول العربية	9	11	0	0	20
آسيا الوسطى	9	0	0	0	9
شرق آسيا والهادئ	19	7	6	1	33
غرب وجنوب آسيا	6	2	1	0	9
أمريكا اللاتينية والكاريبي	28	12	1	0	41
أمريكا الشمالية وغرب أوروبا	22	3	1	0	26
وسط وشرق أوروبا	20	0	0	0	20

Source : UNESCO, Un bon départ Education et protection de la petite enfance Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous, 2007, p138

وتوزعت البلدان التي تعتمد العمر 3 سنوات للقبول في هذا التعليم على جميع مناطق العالم كالتالي: أفريقيا جنوب الصحراء: 29 بلد، الدول العربية: 9 بلدان، آسيا الوسطى: 9 دول، شرق آسيا والهادئ: 19 بلد، غرب وجنوب آسيا: 6 بلدان، أمريكا اللاتينية والكاريبي: 28 بلد، أمريكا الشمالية وغرب أوروبا: 22 بلد، وسط وشرق أوروبا: 20 بلداً.

أما الدول التي أقرت العمر 4 سنوات للتسجيل في التعليم قبل المدرسي فتوزعت على كل المناطق باستثناء منطقتي آسيا الوسطى ووسط وشرق أوروبا كما يلي:

أفريقيا جنوب الصحراء: 13 بلد، الدول العربية: 11 بلداً، شرق آسيا والهادئ: 7 بلدان، غرب وجنوب آسيا: 2 بلدان، أمريكا اللاتينية والكاريبي: 12 بلد، أمريكا الشمالية وغرب أوروبا: 3 بلدان.

وكانت البلدان التي تعتمد العمر 5 سنوات لدخول الأطفال التعليم قبل المدرسي ضمن المناطق التالية: أفريقيا جنوب الصحراء: 2 بلدان، شرق آسيا والهادئ: 6 بلدان، غرب وجنوب آسيا: بلد واحد، أمريكا اللاتينية والكاريبي: بلد واحد، أمريكا الشمالية وغرب أوروبا: بلد واحد. فيما كان البلدان اللذان يعتمدان العمر 6 سنوات ضمن منطقتي أفريقيا جنوب الصحراء وشرق آسيا والهادئ.

الجدول رقم 17.2: توزيع البلدان والأقاليم في العالم حسب السن الرسمي المعتمد للالتحاق بالتعليم قبل المدرسي ومدته بالسنوات خلال سنة 2004

سن القبول في التعليم قبل المدرسي	المدة (عدد البلدان)				
	1 سنة	2 سنتان	3 سنوات	4 سنوات وأكثر	المجموع
3 سنوات	1	24	86	31	142
4 سنوات	5	31	12	0	48
5 سنوات أو أكثر	9	4	0	0	13
المجموع	15	59	98	31	203

Source : UNESCO, Un bon départ Education et protection de la petite enfance Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous, 2007, p138

نلاحظ من خلال الجدول رقم 17.2 أنه كلما كان سن القبول الرسمي في التعليم قبل المدرسي صغيراً كلما كانت مدة هذا التعليم أطول.

سجلت أعلى نسب زيادة في عدد الملتحقين بالتعليم قبل المدرسي بين سنتي 1999 و 2004، بمناطق أفريقيا جنوب الصحراء، الكاريبي، وجنوب وغرب آسيا، عند المستويات 43,5%، 43,4%، 40,5% على التوالي. ووصلت هذه النسبة بمنطقة الهادئ عند المقدار 25%، فيما بلغت بمنطقتي أمريكا اللاتينية والدول العربية المستويات 15,5% و 11,4% على التوالي. وقدرت عند القيم 7,5%، 2,1%، 1,3% بمناطق أوروبا الوسطى والشرقية، وآسيا الوسطى، وأمريكا الشمالية وأوروبا الغربية على الترتيب، قد يعود ذلك لبلوغ بلدان هذه المناطق مراحل متقدمة في مجال التعليم المبكر للأطفال. (أنظر إلى الجدول رقم 18.2) وقدرت هذه النسبة في مجموع بلدان العالم بـ: 10,7%. وبالنظر لتصنيف مجموعات البلدان حسب التقدم والنمو، فسجلت الدول النامية النسبة 13,8%، والدول المتقدمة القيمة 0,4%.

الجدول رقم 18.2: مستويات الالتحاق بالتعليم قبل المدرسي في العالم خلال سنتي 1999 و2004

المنطقة/ الفئة	عدد الملتحقين (بالآلاف)		التطور بين 1999 و2004 (%)
	إنهاء السنة الدراسية 1999	إنهاء السنة الدراسية 2004	
العالم	111772	123685	10,7
البلدان النامية	80070	91089	13,8
البلدان المتقدمة	25386	25482	0,4
البلدان في مرحلة انتقالية	6316	7115	12,6
أفريقيا جنوب الصحراء	5129	7359	43,5
الدول العربية	2356	2625	11,4
آسيا الوسطى	1450	1482	2,1
شرق آسيا	36152	32831	9,2 -
الهادئ	416	520	25,0
جنوب وغرب آسيا	22186	31166	40,5
الكاريبي	673	965	43,4
أمريكا اللاتينية	15720	18154	15,5
أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية	19151	19408	1,3
وسط وشرق أوروبا	8538	9176	7,5

Source : UNESCO, Un bon départ Education et protection de la petite enfance Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous, 2007, p22

• **المعدل الخام للتمدرس: (TBS) Taux brut de scolarisation**

هو النسبة المئوية للأطفال المتمردين في مستوى معين مهما كانت أعمارهم إلى عدد الأطفال في الفئة العمرية الموافقة للسن الرسمي للتمدرس في هذا المستوى التعليمي.

(Organisation des Nation Unies pour la Science et la Culture [UNESCO], 2008, p. 291)

• **مؤشر التكافؤ بين الجنسين: (IPS) Indice de parité entre les sexes**

هو حاصل قسمة القيمة الموافقة لجنس الاناث على القيمة الموافقة عند الذكور، لمؤشر معين. وبديل بلوغ مؤشر التكافؤ بين الجنسين القيمة 1 (IPS=1) على المساواة بين الجنسين (Unesco, 2008, p. 289). وقد اتخذ مبدأ تكافؤ الفرص التعليمية بين البنين والبنات، طريقه إلى مجالات التطبيق، إذ أخذت الفجوة بين التحاق الجنسين في التعليم تضعف تدريجيا، حتى أن نسبة الجنسين في مجموع الملتحقين بمستويات التعليم قد أوشكت أن تكون متساوية في مختلف الأقطار.

(Programme de développement des nations unis [UNDP], 1999)

الجدول رقم 19.2: المعدل الخام للتمرس ونسب الاناث بالتعليم قبل المدرسي في العالم سنة 2006

مؤشر التكافؤ بين الجنسين IPS	المعدل الخام للتمدرس قبل المدرسي لسنة 2006			عدد المتدربين (بالألف) لسنة 2006		المنطقة
	إناث	ذكور	المجموع	% الإناث	المجموع	
**0,98	**40	**41	**41	**48	**139045	العالم
**0,89	**17	**19	**18	**46	**3078	الدول العربية
0,96	61	63	62	48	9597	أوروبا الشرقية
0,96	28	29	28	48	1476	آسيا الوسطى
0,97	44	45	45	47	63982	شرق آسيا والهادئ
**1,00	**65	**65	**65	**49	**20335	أمريكا اللاتينية والكاريبي
1,00	81	81	81	49	19883	أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية
...	...	...	...	...	...	جنوب وغرب آسيا
**0,97	**14	**14	**14	49	**8887	أفريقيا جنوب الصحراء

Source : Unesco, Institut de Statistique de l'Unesco, Recueil de données mondiales sur l'éducation 2008 :

Statistique comparées sur l'éducation dans le monde, 2008 , ** : تقديرات معهد الاحصاء لليونسكو

نسجل من الجدول (رقم 19.2)، أن نسبة الاناث من مجموع المتدربين في التعليم قبل المدرسي، قد اقتربت من النصف في مختلف أقطار العالم، ما يفسر اتاحة فرص التعليم قبل المدرسي لكلا الجنسين بالتساوي. كما تساوت تقريبا المعدلات الخام للتمدرس قبل المدرسي بالنظر للجنس في مختلف مناطق العالم. ويظهر جليا اقتراب مؤشر التكافؤ بين الجنسين من الوحدة ($IPS \approx 1$) في معظم أقطار العالم، فيما تطابقت قيمة هذا المؤشر مع الواحد في منطقتي أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية، وأمريكا اللاتينية والكاريبي، حيث تساوى المعدلان الخامان للتمدرس بالنظر للجنس.

سجل أعلى معدل خام التمدرس قبل مدرسي بالبلدان المتقدمة (أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية)، حيث بلغ المقدار 81% من مجموع الأطفال من الجنسين في السن الرسمي للتمدرس، فيما جاءت منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي في المرتبة الثانية بتسجيلها المعدل 65%، ثم أوروبا الشرقية والوسطى (62%)، بعدها منطقة شرق آسيا والهادئ بمؤشر بلغ المستوى 45%، ثم آسيا الوسطى بالقيمة 28%، لتحتل المنطقة العربية المرتبة ما قبل الأخيرة بتسجيلها المقدار 18%، أما أدنى قيمة لهذا المؤشر فقد كانت بمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء (14%). قدر هذا المؤشر في المجموع العالمي عند القيمة 41%.

2.2.1. تـمـدرـس الأطفـال فـي سـن 6-15 سـنة:

يدخل الأطفال عند سن السادسة أو السابعة في المرحلة الثالثة من مراحل النمو الأربعة التي حددها بياجيه، وهي مرحلة العمليات العيانية (الحسية) ويقصد بها القدرة على التفكير المنطقي في الأمور الحسية. ويتضمن هذا التحديد للعمليات العيانية خاصيتين هامتين: الأولى هي منطقية التفكير في هذه المرحلة بمعنى أن الطفل يكون قد تخلص من صفة التفكير الذاتي التي كان يتصف بها في المرحلة السابقة وأصبح موضوعيا في تفكيره، والخاصية الثانية هي محدودية التفكير فيما هو عيني أو محسوس مما يقع في خبرة الطفل اليومية المباشرة، وبذلك نستبعد امكانية التفكير المجرد الذي هو من خصائص النمو المعرفي للمرحلة التالية (المراهقة)، ووجود هذه القدرة عند طفل المدرسة الابتدائية أيدته المئات من البحوث والدراسات. (عماد الدين إسماعيل، 2010، ص. 444)

تعد المدرسة إحدى المؤسسات الرسمية الهامة في المجتمع، نظرا لدورها الاساسي في تنشئة الاطفال وتزويدهم بمهارات وقيم وفق برامج محددة ومضبوطة.

إن المجتمع العلمي ليس ذلك الذي يشيد المدارس والجامعات، وينشر الكتب، وإنما ذلك المجتمع الذي يصوغ حياته اليومية ونظمه وأعرافه وفق المعارف والآداب التي يلقنها لأطفاله في المدارس. (راسل، 1958، ص. 100)

وتوجد عدة تعاريف للمدرسة، نتطرق إلى بعضها فيما يلي:

المدرسة هي المؤسسة التي أنشأها المجتمع لتربية وتعليم الصغار، نيابة عن الكبار الذين شغلته الحياة، إضافة إلى تعقد وتراكم التراث الثقافي. (شروخ، 2004، ص. 72)

ويعتبرها السوسيولوجيون بأنها مؤسسة شكلية رمزية معقدة، تشتمل على سلوك مجموعة من الفاعلين، وتنطوي على منظومة من العلاقات بين مجموعات تتربط فيما بينها بواسطة شبكة من العلاقات التي تؤدي فعلا تربويا عبر التواصل بين مجموعات المعلمية والمتعلمين. (أسعد وطفة، جاسم الشهاب، 2004، ص. 21)

كما تعتبر المدرسة مؤسسة نظامية اجتماعية تربوية أنشأها المجتمع أو الحكومة لتربية الأفراد وتنشئتهم في إطار مناهج وبرامج محددة. (رشدان، حبيب جعيني، 1994، ص. 280)

1.2.2.1. المعدل الخام للالتحاق بالتعليم الابتدائي:

هو حاصل قسمة عدد التلاميذ المسجلين لأول مرة ضمن السنة أولى ابتدائي مهما كانت أعمارهم، على عدد الأطفال الذين هم في السن القانونية للدخول للابتدائي، مضروب في 100. (Unisco, 2008, p. 290)

الجدول رقم 20.2: المعدل الخام للالتحاق بالتعليم الابتدائي في العالم سنة 2006

مناطق العالم	عدد المتدربين ونسب الاناث		المعدل الخام للالتحاق بالتدريس		
	المجموع (بالألف)	% الاناث	المجموع	الذكور	الاناث
العالم	688608	47	105	108	102
الدول العربية	40150	47	97	102	92
أوروبا الشرقية	21792	48	97	98	96
آسيا الوسطى	5957	48	100	101	99
شرق آسيا والهادئ	192671	47	109	110	108
أمريكا اللاتينية والكاريبي	68533	48	118	120	116
أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية	51382	49	101	101	101
جنوب وغرب آسيا	192040	47	108	111	105
أفريقيا جنوب الصحراء	116063	47	95	101	89

Source : L'Unesco, Institut de Statistique de l'Unesco, Recueil de données mondiales sur l'éducation 2008 :

Statistique comparées sur l'éducation dans le monde, 2008. (** : Estimation de Institut de Statistique de l'Unesco)

يظهر الجدول رقم 20.2 انحصار نسب تدرس الاناث بين 47% و 48% في كل انحاء العالم لو استثنينا منطقتي أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية، حيث بلغت هذه النسبة 49%، مما يدل على تكافؤ فرص التعليم لدى الجنسين في هذه المنطقة التي تحوي البلدان الأكثر تقدماً.

كما نلاحظ من ذات الجدول أن جل مناطق العالم حققت معدل خام الالتحاق بالتدريس تجاوز 100، فيما سجلت بعض المناطق تأخراً في هذا المؤشر حيث بلغ 97 بكل من منطقة الدول العربية (102 لدى الذكور و 92 لدى الاناث) ومنطقة أوروبا الشرقية (الذكور: 98، الاناث: 96) و 95 بمنطقة أفريقيا جنوب الصحراء (الذكور: 101، الاناث: 89)، هذا ما يظهر التفاوت الواضح بين الجنسين في تكافؤ فرص الالتحاق بالمدرسة في منطقتي البلدان العربية وأفريقيا جنوب الصحراء، والذي يؤكد مؤشر التكافؤ بين الجنسين (IPS)، حيث بلغ هذا المؤشر 0.90 بالمنطقة العربية و 0.89 بأفريقيا جنوب الصحراء، فيما بلغ الوحدة في منطقتي أوروبا

الغربية وأمريكا الشمالية، مما يعني التكافؤ التام لفرص التمدرس بين الجنسين.

2.2.2.1. المعدل الصافي للالتحاق بالتعليم الابتدائي:

هو عدد المسجلين الجدد في السنة الأولى للتعليم الابتدائي ولديهم العمر الرسمي (القانوني) للالتحاق بالتعليم الابتدائي، على عدد الأطفال من نفس العمر. (Unisco, 2008, p. 291)

بلغ معدل صافي الالتحاق بالتمدرس على الصعيد العالمي المستوى 86 (الذكور: 88، الإناث: 85)، وكانت أعلى قيمة أخذها هذا المؤشر 95 (الذكور: 95، الإناث: 95) وذلك بمنطقة أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية، متبوعة بمناطق أمريكا اللاتينية والكاريبي بـ: 94 (الذكور: 94، الإناث: 94)، وشرق آسيا والهادئ بـ: 93 (الذكور: 94، الإناث: 93)، ثم أوروبا الشرقية بـ: 92 (الذكور: 92، الإناث: 92).

سجل هذا المؤشر المقدار 84 (الذكور: 87، الإناث: 81) بالمنطقة العربية بعد منطقتي آسيا الوسطى بـ: 89 (الذكور: 90، الإناث: 88) وجنوب وغرب آسيا بـ: 86 (الذكور: 88، الإناث: 83)، وكانت أدنى قيمة أخذها هذا المؤشر عند المستوى 70 (الذكور: 73، الإناث: 67) وذلك في منطقة أفريقيا جنوب الصحراء عند المستوى. (انظر إلى الجدول رقم: 23.2)

الجدول رقم 21.2: معدل صافي الالتحاق بالتعليم الابتدائي وتغطية المعلمين في العالم سنة 2006

المعدل الصافي للالتحاق بالتمدرس لسنة 2006				متوسط عدد التلاميذ مقابل كل معلم لسنة 2006	مناطق العالم (**: تقديرات معهد الإحصاء لليونسكو)
مؤشر التكافؤ بين الجنسين IPS	الإناث	الذكور	لمجموع الذكور والإناث		
**0.97	**85	**88	**86	**25	العالم
**0.93	**81	**87	**84	**22	الدول العربية
0.98	91	92	92	**18	أوروبا الشرقية
**0.98	**88	**90	**89	19	آسيا الوسطى
**1.00	**93	**94	**93	20	شرق آسيا والهادئ
**1.00	**94	**94	**94	**23	أمريكا اللاتينية والكاريبي
1.01	95	95	95	14	أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية
0.95	83	88	86	...	جنوب وغرب آسيا
**0.92	**67	**73	70	**45	أفريقيا جنوب الصحراء

Source : L'Unesco, Institut de Statistique de l'Unesco, Recueil de données mondiales sur l'éducation 2008, Statistique comparées sur l'éducation dans le monde, 2008.

ويشير الجدول (رقم: 21.2) إلى بلوغ مؤشر التكافؤ بين الجنسين الخاص بمعدل صافي الالتحاق بالمدرسة الوحدة (100%) بمناطق أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية (1.01)، ومنطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي (1.00)، ومنطقة شرق آسيا والهادئ (1.00).

فيما سجل هذا المؤشر أدنى مستوياته بمنطقتي البلدان العربية وبلدان أفريقيا جنوب الصحراء بالمقدارين 0.93 و 0.92 على التوالي، مما يدل على التأخر في تكافؤ الفرص بين الجنسين لدى الاطفال في الالتحاق بالتعليم الابتدائي بهذه المناطق، بالنظر لمستوى هذا المؤشر لمجموع بلدان العالم الذي حقق القيمة 0.97.

من جهة أخرى، سجل مؤشر عدد التلاميذ بالنسبة لكل معلم أحسن قيمه عند المستوى 14 تلميذ لكل معلم وذلك بمنطقة أوروبا الغربية وأمريكا الشمالية، بينما تراوح هذا المؤشر بين 18 و 23 تلميذ مقابل كل معلم في باقي مناطق العالم، باستثناء منطقة أفريقيا جنوب الصحراء حيث سجل أسوأ قيمة له (45 تلميذا لكل معلم)، ما ينقص من جودة التعليم بسبب الكثافة والاكتظاظ. للإشارة بلغ هذا المؤشر المستوى 22 تلميذ لكل معلم بالمنطقة العربية، و 25 تلميذ مقابل كل معلم على مستوى مجموع أقاليم العالم.

3.2.2.1. المعدلات الخام والصافية للتمدرس في الابتدائي:

يمثل معدل خام التمدريس عدد الأطفال المسجلين في المدرسة الابتدائية، مهما كانت أعمارهم، مقسوم على عدد الأطفال الذين أعمارهم ضمن السن القانوني لمتابعة الدراسة في الابتدائي. (Unicef, 2007, p. 131)

أما المعدل الصافي للتمدرس فيمثل النسبة المئوية لعدد للأطفال المسجلين بالمدرسة الابتدائية والذين هم في الاعمار الرسمية لمتابعة التعليم الابتدائي، إلى العدد الاجمالي للأطفال الذين أعمارهم ضمن السن الرسمي لمتابعة الدراسة الابتدائية. (Unicef, 2007, p. 131)

يشير الجدول رقم 22.2 إلى بلوغ معظم مناطق العالم قيمة متقدمة لمؤشر معدل خام التمدريس بالابتدائي، فاقت المائة بالمائة، لو استثنينا منطقة غرب افريقيا وأفريقيا الوسطى (الذكور: 95، الاناث: 79) ومنطقتي أفريقيا جنوب الصحراء والشرق الاوسط وشمال افريقيا لدى فئة الاناث حيث سجلتا 91 و 94 على التوالي.

كما يتبين لنا تأخر بعض الاقاليم بالنظر لمعدلات صافي التمدريس في التعليم الابتدائي، حيث سجلت كل من منطقة غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى ومنطقة أفريقيا جنوب الصحراء أدنى مستويات هذا المؤشر لدى

فئة الذكور بالقيم 68 و 75 على التوالي، و 59 و 70 على التوالي لدى فئة الاناث. فيما سجل هذا المؤشر بالمنطقة العربية (الشرق الاوسط وشمال افريقيا) 86 لدى الذكور و 81 عند الاناث، مما يدل على تأخر نسبي لبلدان هذه المنطقة (سواء بالنظر لقيمة المؤشر أو بالنظر لتكافؤ الجنسين) مقارنة بالدول المتقدمة (الذكور: 95 والاناث: 96)، أو مجموع بلدان العالم (الذكور: 91، الاناث: 87).

الجدول رقم 22.2: معدلات التمدرس بالابتدائي حسب الجنس في مناطق العالم (2000-2006)

المنطقة/ الفئة		المعدل الخام للتمدرس في التعليم الابتدائي (2000 - 2006)		المعدل الصافي للتمدرس في التعليم الابتدائي (2000 - 2006)	
		الذكور	الاناث	الذكور	الاناث
افريقيا جنوب الصحراء		102	91	75	70
شرق وجنوب افريقيا		110	104	83	81
غرب افريقيا و افريقيا الوسطى		95	79	68	59
جنوب آسيا		118	109	90	83
شرق آسيا والهادئ		112	110	98	97
أمريكا اللاتينية والكاريبي		120	115	95	94
وسط وشرق أوروبا		105	102	91	89
الشرق الاوسط وشمال افريقيا		100	94	86	81
الدول الصناعية		102	101	95	96
الدول النامية		111	105	90	86
الدول الأقل نموا		100	91	80	75
مجموع العالم		110	104	91	87

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, décembre 2007, P. 133.

4.2.2.1. معدل صافي الحضور في الابتدائي ونسب بلوغ الأطفال السنة الخامسة ابتدائي:

يمثل معدل صافي الحضور المدرسي النسبة المئوية لعدد الاطفال الذين يرتادون المدارس ولديهم الأعمار القانونية للتمدرس بالابتدائي، إلى مجموع الاطفال الذين يبلغون السن الرسمية لمتابعة التعليم الابتدائي. (Unicef, 2007, p. 133)

فيما تمثل نسب الأطفال الذين بلغوا السنة الخامسة ابتدائي النسبة المئوية للأطفال الذين دخلوا السنة الأولى من التعليم الابتدائي وبلغوا السنة الخامسة ابتدائي. (Unicef, 2007, p. 133)

يظهر الجدول (رقم 23.2) أن أدنى قيمة لمؤشر معدل صافي الحضور، قد سجل بمطقة غرب افريقيا

وأفريقيا الوسطى (62% لدى الذكور، 55% عند الإناث)، وذلك بعد منطقة أفريقيا جنوب الصحراء (الذكور: 64%، الإناث: 60%)، قد يرجع هذا التأخر لبعد المسافة عن المدارس وعدم توفر النقل المدرسي وغياب أو نقص النظام الداخلي للأطفال المتدربين.

الجدول رقم 23.2: معدلات الحضور المدرسي حسب الجنس ونسب بلوغ السنة الخامسة ابتدائي في العالم

خلال الفترة 2006-2000

مناطق العالم		المعدل الصافي للحضور المدرسي (2006-2000) %		نسب % الاطفال الذين بلغوا السنة الخامسة من التعليم الابتدائي (2006-2000)
(**) : باستثناء الصين.		الذكور	الإناث	معطيات إدارية
				معطيات مسح وطنية حول الأسرة
أفريقيا جنوب الصحراء		64	60	70
شرق وجنوب أفريقيا		66	67	69
غرب أفريقيا وأفريقيا الوسطى		62	55	71
جنوب آسيا		81	79	72
شرق آسيا والهادئ		91	92	84
أمريكا اللاتينية والكاريبي		90	91	85
وسط وشرق أوروبا		93	91	97
الشرق الأوسط وشمال أفريقيا		89	86	88
مجموع العالم		80	78	78

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, décembre 2007.

سجل هذا المؤشر أحسن قيمه بمنطقتي وسط وشرق أوروبا (93% عند الذكور، 91% لدى الإناث) وأمريكا اللاتينية والكاريبي (90% للذكور و 91% للإناث)، فيما وصل هذا المؤشر بمنطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا المقدار 89% لفئة الذكور و 86% عند الإناث، حيث جاء أحسن مما سجلته مجموع بلدان العالم الذي قدر عند المستوى 80% لفئة الذكور و 78% للإناث.

وصل مؤشر نسبة بلوغ الأطفال السنة الخامسة من التعليم الابتدائي، حسب البيانات المتوفرة، 97% كأحسن قيمة له على المستوى العالمي وذلك بمنطقة وسط وشرق أوروبا، فيما جاءت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا في الصف الثاني وذلك بتسجيلها 88% (معطيات إدارية) و 91% (معطيات مسح وطنية حول الأسرة) كقيم لهذا المؤشر. فيما تم تقدير هذه النسبة على المستوى العالمي بـ: 78% (بالاعتماد على المعطيات

الادارية) و92% (بناءً على معطيات المسوح الوطنية حول الأسرة، باستثناء الصين).

2. الوضع الصحي والتربوي للأطفال في العالم العربي:

نتناول في هذا المحور من الدراسة الوضعية الصحية والتربوية التعليمية التي يعيشها الأطفال في العالم العربي، وذلك بالتعرض إلى أهم النسب والمعدلات التي تقيس مستويات المؤشرات المرتبطة بالوضع الاجتماعي والديموغرافي للأطفال في مختلف البلدان العربية.

1.2. أهم المؤشرات الصحية للأطفال في المنطقة العربية:

نتطرق في هذا الجزء إلى أهم المؤشرات الديموغرافية التي تحدد الوضعية الصحية للأطفال، وأهم النسب والمعدلات التي تعطي صورة عن مستويات المتابعة الصحية للأطفال في مختلف بلدان الوطن العربي.

1.1.2. المؤشرات الديموغرافية المرتبطة بالأطفال في العالم العربي:

يعتبر السكان جسم عضوي يتحرك باستمرار، ويحدث النمو بين السكان عادة نتيجة لزيادة عدد المواليد عن الوفيات، حيث تعد المواليد من أهم مظاهر حركة السكان في المجتمع وما ينجم عنها من زيادة طبيعية في عدد السكان (الولادات-الوفيات). ومن أهم الأسباب التي أدت إلى ارتفاع معدلات المواليد في الدول العربية والدول النامية بصفة عامة:

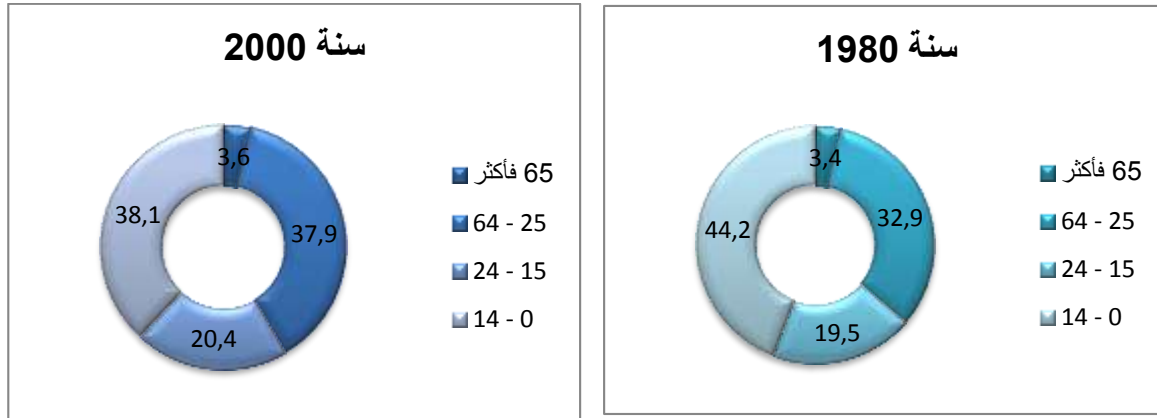
- **الظاهرة الاجتماعية في هذه الدول المتمثلة في الزواج المبكر:** فالمعدلات الاحصائية للزواج بهذه الدول وصلت المستوى 95% من مجموع النساء اللاتي تقل أعمارهن عن 34 سنة وتزوجن بالفعل، كما تزوجت 88% من المصريات قبل بلوغهن سن الثلاثين.
- **التقاليد والعادات:** تضع الأسر والعائلات في هذه الدول الإنجاب في المقام الأول من الاعتبار الجماعي، حيث نجد أن المجتمع نفسه يحترم أصحاب العائلات كبيرة العدد، ويضفي عليهم هبة ومكانة اجتماعية متفوقة.
- **التخلف الاقتصادي والعلمي:** أدى إلى عدم انتشار وسائل تنظيم الأسرة بين الأفراد، وذلك بسبب الجمود الذي طبع المجتمع بعادات وتقاليد موروثة عن الآباء لا يحيد عنها الأفراد. (عبد الهادي البدو،

(2008، ص. 209)

1.1.1.2. نسب الأطفال إلى مجموع السكان في بلدان العالم العربي:

على الرغم من زيادة العدد المطلق للسكان الذين ينتمون إلى فئة صغار السن (0 - 14 سنة)، من 75 مليون عام 1980 إلى 109 مليون عام 2000 وتوقع زيادته إلى نحو 138 مليون عام 2020، انخفضت نسبة هذه الفئة من مجموع السكان، من 44.2% عام 1980 إلى 38.1% عام 2000 ويتوقع وصولها إلى 31.9% عام 2020. هذه البنية العمرية الفتية التي تميز العالم العربي حيث أكثر من ثلث السكان هم دون 15 سنة، تنتج زخما غير متوقع للنمو السكاني. (الأمم المتحدة، 2005، ص. 24)

الشكل رقم 20.2: نسب الفئات العمرية العريضة في العالم العربي خلال سنتي 1980 و 2000



المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على بيانات الجدول رقم 24.2

يوضح الشكل رقم 20.2 نسبة فئة صغار السن (السكان الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة) من مجموع سكان العالم العربي خلال سنتي 1980 و 2000، والتي تمثل في الحالتين أكثر من ثلث سكان العالم العربي (44,2% في سنة 1980، 38,1% خلال سنة 2000)، بتراجع بلغ 6,1% ما بين الفترتين.

يبين الجدول (رقم 24.2)، أن أعلى نسبة لفئة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة خلال عام 1980 قد سجلت باليمن والأردن وسوريا عند المستويات 49.8% و 49.4% و 49% على التوالي، ثم جزر القمر (48.0%)، فيما سجلت أدنى النسب بالإمارات العربية المتحدة (28.6%) وقطر (32.3%) والبحرين (34.7%). وبلغت هذه النسبة بالجزائر المقدار 46.5% من مجموع السكان.

وكانت أعلى النسب لفئة الأطفال إلى مجموع السكان لسنة 2000، قد سجلت باليمن (49.1%) ثم الصومال

(47.8%) وفلسطين (46.4%). أما القيم الدنيا لهذه النسب فعاادت لدول بالخليج العربي (الامارات العربية المتحدة: 26.8%، الكويت: 26.6%، قطر: 27.0%، البحرين: 29.7%)، ثم تونس ولبنان بالنسب المئوية 30.3 و 30.8 على التوالي. فيما بلغت هذه النسبة بالجزائر القيمة 35.1% من مجموع السكان، حيث تراجعت بمقدار 11.4%.

الجدول رقم 24.2: توزيع نسب الفئات العمرية العريضة في العالم العربي خلال سنتي 1980 و 2000

البلد	14 - 0		24 - 15		64 - 25		65 فأكثر	
	2000	1980	2000	1980	2000	1980	2000	1980
مجموع الدول العربية	44,2	38,1	19,5	20,4	32,9	37,9	3,4	3,6
الأردن	49,4	38,9	19,4	21,1	28,1	37,2	3,1	2,8
الامارات العربية	28,6	26,8	17,6	14,1	52,6	57,9	1,2	1,2
البحرين	34,7	29,7	21,6	16,4	41,6	51,4	2,1	2,5
تونس	42,0	30,3	21,1	20,9	33,1	43,2	3,8	5,6
الجزائر	46,5	35,1	19,6	21,7	30	39,1	3,9	4,1
جزر القمر	48,0	42,9	19,0	21,5	30,5	33,0	2,5	2,6
ليبيا	46,7	32,9	17,6	24,1	33,5	39,5	2,2	3,5
سوريا	49,0	39,9	19,6	23,0	28,7	34,2	2,7	2,9
جيبوتي	44,6	43,2	19,3	19,1	33,7	34,7	2,4	3,0
السودان	44,3	40,1	18,9	19,8	34	36,7	2,8	3,4
الصومال	46,7	47,8	18,8	19,4	31,6	30,4	2,9	2,4
العراق	46,1	42,1	19,3	20,0	32,1	35,1	2,5	2,8
عُمان	45,5	37,6	18,3	19,9	33,9	40,5	2,3	2,0
فلسطين	47,5	46,4	20,0	18,7	29	31,4	3,5	3,5
قطر	32,3	27,0	19,0	12,5	47,6	59,0	1,1	1,5
الكويت	40,2	26,6	18,0	15,3	40,4	56,8	1,4	1,3
لبنان	40,1	30,8	20,4	18,8	34,1	44,3	5,4	6,1
مصر	41,4	36,3	19,4	20,5	35,2	38,7	4,0	4,5
موريتانيا	43,9	43,2	18,8	19,6	34,3	33,8	3,0	3,4
المغرب	43,2	32,9	20,3	21,2	32,4	41,6	4,1	4,3
السعودية	44,3	39,7	18,5	18,1	34,4	39,7	2,8	2,5
اليمن	49,8	49,1	20,6	19,8	27,4	28,7	2,2	2,4

Source: United Nations, Economic and Social Affairs, *World Population Prospects*, the 2002 Revision

يعود التراجع الذي سجلته جل البلدان العربية بقيم متفاوتة في نسبة فئة الأطفال الأقل من 15 سنة

بين مجموع السكان، إلى انخفاض معدلات الخصوبة بالمنطقة العربية، مما يعني البلوغ التدريجي للمراحل النهائية لعملية الانتقال الديمغرافي.

2.1.1.2. وفيات الأطفال وآمال الحياة في بلدان الوطن العربي:

تعد الفترة التي تعقب الولادة (وبالذات في الشهر الأول من العمر)، فترة جد حساسة، كما تتميز هذه الفترة بالاستجابة للسياق الاجتماعي والثقافي مثل: ظروف الولادة، أنماط الولادة، نماذج السلوك المرتبطة بالولادة، ومستوى التغذية، الظروف الصحية للأم، وظروف الرضاعة، إلى جانب النظافة الشخصية. تحدد هذه الاستجابة بشكل كبير وفيات الأطفال حديثي الولادة. (السيد، 2008، ص. 147)

اعتبر معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات سنة 2006، المؤشر الرئيسي لقياس التقدم الاجتماعي وليس الاقتصادي فحسب، حيث تهاوى عدد الاطفال المتوفون قبل عيد ميلادهم الخامس في العالم، تحت خط 10 ملايين، عند 9,7 مليون طفل، بعد ما كان يسجل سنويا قبل العام 1960 حوالي 20 مليون طفل يموتون قبل انقضاء السنة الخامسة من أعمارهم. (Unicef, 2007, p. 149)

نقرأ من الجدول (رقم: 25.2) تسجيل الإمارات العربية المتحدة سنة 2006 أحسن قيمة لمؤشر وفيات الأطفال دون الخامسة (TMM5: 8%)، ما يعكس التقدم الاجتماعي والاقتصادي والصحي على وجه الخصوص، حيث خُفض المؤشر إلى النصف خلال عقد ونصف. وعادت المرتبة الثانية للبحرين (10%)، ثم الكويت وسلطنة عمان (11% و 12% على التوالي). وأحرزت سوريا أحسن قيمة للمؤشر، خارج بلدان الخليج سابقة الذكر، وذلك بتحقيقها المعدل 14%، وخطت خطوة مهمة بتخفيضها المؤشر بأكثر من النصف خلال الفترة الممتدة بين 1990 و 2006.

فيما سجلت أسوأ قيم هذا المؤشر في الصومال (203%) وجيبوتي (175%) واليمن وموريتانيا (139% و 133% على التوالي).

وبلغ المعدل (TMM5) سنة 2006 في الجزائر المستوى 38%، حيث تقلص إلى النصف تقريبا منذ تسجيلها لذات المؤشر سنة 1990 بالمقدار 69%، ما يفسر المجهودات والتدابير المتخذة من قبل الدولة في هذا الشأن. للإشارة، قد وصلت قيمة هذا المؤشر في مجموع المنطقة العربية 46% و 72% على المستوى العالمي.

الجدول رقم 25.2: معدلات وفيات الأطفال وأمل الحياة عند الولادة بالعالم العربي سنتي 1990 و2006

البلد	معدل وفيات الاطفال الاقل من 5 سنوات TMM5		معدل وفيات الاطفال الرضع TMI		معدل وفيات حديثي الولادة لسنة 2000	آمال الحياة عند الولادة e_0 لسنة 2006
	1990	2006	1990	2006		
الأردن	40	25	33	21	17	72
الامارات العربية	15	8	13	8	5	78
البحرين	19	10	15	9	11	75
تونس	52	23	41	19	14	74
الجزائر	69	38	54	33	20	72
جزر القمر	120	68	88	51	29	65
ليبيا	41	18	35	17	11	74
سوريا	38	14	31	12	9	74
جيبوتي	175	130	116	86	38	54
السودان	120	89	74	61	29	58
الصومال	203	145	121	90	49	47
العراق	53	46	42	37	63	74
عمان	32	12	25	10	6	75
قطر	26	21	21	18	5	75
الكويت	16	11	14	9	6	77
لبنان	37	30	32	26	20	72
مصر	91	35	67	29	21	71
موريتانيا	133	125	85	78	70	64
المغرب	89	37	69	34	21	71
السعودية	44	25	35	21	12	72
اليمن	139	100	98	75	37	62
فلسطين	40	22	34	20	-	73
المنطقة العربية	79	46	57	36	26	69

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, décembre 2007.

كما يشير الجدول (رقم 25.2)، إلى احرار الامارات والبحرين والكويت على أحسن القيم لمعدل وفيات الرضع سنة 2006 (الامارات: 8%، البحرين والكويت: 9%).

وأحصيت أسوأ حالات هذا المعدل بالصومال (90%) وجيبوتي (86%)، ثم موريتانيا (78%) واليمن (75%)، ثم السودان عند المستوى 61%.

فيما سجلت الجزائر سنة 2006 المقدار 33% كقيمة لهذا المؤشر، حيث تراجع بنسبة 21% بالنظر لنفس

المؤشر خلال سنة 1990.

ووصل هذا المؤشر في مجموع بلدان المنطقة العربية المستوى 36%، و49% على المستوى العالمي.

يعتبر معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة كمؤشر لقياس مستوى الرعاية الصحية والغذائية للأم الحامل أكثر منه لقياس مستويات هذا النوع من الرعاية للأطفال، إلا أن الأطفال مستهدفون كأحد أطراف هذه المعادلة. (معطيات هذا المؤشر متعلقة بسنة 2000).

احتلت بلدان الخليج متمثلة في الامارات وقطر (5%)، ثم الكويت وعمان (6%) المراتب الأولى من حيث معدلات وفيات الأطفال حديثي الولادة لسنة 2006. فيما سجلت سوريا أحسن معدل بعد البلدان السالفة الذكر بالمقدار 9 وفيات لكل 1000 مولود حي من نفس السنة. أما أسوأ قيم هذا المعدل فقد سجلت بموريتانيا (70%) ثم العراق (63%) خلال سنة 2006. بلغت قيمة هذا المؤشر بالجزائر من نفس السنة المقدار 20%، وهو أدنى من المسجل على المستوى العربي (23%)، ومن المعدل العالمي الذي بلغ 30%.

يعبر أمل الحياة عند الولادة (e_0) عن مستوى تقدم البلدان في المجالات الاجتماعية والاقتصادية والتكنولوجية، وبالتالي عن المستوى المعيشي الجيد، فقد حققت أحسن قيم المؤشر باليابان وأيسلندا (82 سنة) والسويد (81 سنة) والنرويج وفرنسا (80 سنة) وألمانيا (79 سنة)، حيث فاقت عتبة 79 سنة، فهو يعكس مدى التقدم الحاصل في المجال الصحي والاجتماعي بصفة عامة. وسجل هذا المؤشر أحسن قيمة له بالمنطقة العربية، خلال سنة 2006، بدولة الإمارات العربية المتحدة ودولة الكويت وفق المقدارين 78 سنة و77 سنة على التوالي. أما أسوأ القيم وقعت بالصومال وجيبوتي والسودان عند المستويات 47 سنة، 54 سنة، 58 سنة على التوالي. تخطت معظم بلدان العالم العربي عتبة السبعين سنة من العمر المتوقع عند الولادة، ووصل في الجزائر إلى 72 سنة، و69 سنة على الصعيد العربي، و68 سنة على المستوى العالمي.

2.1.2. تغذية الأطفال في المنطقة العربية:

تشمل المقاييس المتعلقة بمستويات التغذية لدى الأطفال، النسب المئوية للأطفال حديثي الولادة الذين يعانون من نقص في الوزن عند الولادة، ونسب الأطفال الذين يحضون برضاعة طبيعية خلال فترات عمرية

محددة (أقل من 6 أشهر، بين 6 و 9 أشهر، حتى 20-23 شهر). وكذلك نسب الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات ويعانون من نقص متوسط أو حاد في الوزن، ونسب النحافة الحادة والمتوسطة، بالإضافة إلى نسب الأطفال الذين يعانون من تأخر متوسط وحاد في النمو، كما يشمل معدلات التغطية بجرعات الفيتامين "أ" للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 59 شهرا، والنسب المئوية للأسر المستهلكة للملح المعالج اليود.

الجدول رقم 26.2: مستويات نقص وزن المواليد (1999-2006) وانتشار الرضاعة الطبيعية في المنطقة

العربية خلال الفترة 2000-2006

نسب % المواليد الذين يعانون من نقص الوزن بعد الولادة	نسب % الأطفال الذين يتلقون الرضاعة الطبيعية وأعمارهم أقل من 6 أشهر	نسب % الأطفال الذين يتلقون رضاعة طبيعية وتغذية تكميلية وتتراوح أعمارهم بين 6 و 9 أشهر	نسب % الاطفال الذين لا يزالون يتلقون الرضاعة الطبيعية وتتراوح أعمارهم بين 20 و 23 شهرا	البلدان
2006-1999	2006-2000			
12	27	70	12	الأردن
15	34 xk	52x	29x	الامارات العربية
8	34 xk	65 x	41 x	البحرين
7	47	-	22	تونس
6	7	39	22	الجزائر
25	21	34	45	جزر القمر
9	29	37	16	سوريا
10	1	23	18	جيبوتي
31	16	47	40	السودان
11	9	15	35	الصومال
15	25	51	36	العراق
8	-	92	73	عُمان
10	12 xk	48 xk	21 x	قطر
7	12 xk	26 x	9 x	الكويت
6	27 k	35	11	لبنان
14	38	67	37	مصر
-	20	78	57	موريتانيا
15	31	66	15	المغرب
11	31 xk	60 x	30 x	السعودية
32	12	76	-	اليمن
16	28	57	25	المنطقة العربية

(x) : تعني أن المعطيات أخذت من فترة مختلفة عن التي في الجدول أو تمثل جزء من البلد، (k): تعني معطيات الرضاعة الطبيعية لأقل من 4 أشهر هذه المعطيات لا تدخل في حساب مؤشرات المنطقة أو الجهة

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, décembre 2007

يظهر الجدول رقم 26.2 تسجيل الجزائر ولبنان أحسن قيم مؤشر نقص الوزن عند ولادة، حيث بلغت

نسبة المواليد الذين يعانون من نقص الوزن 6% من مجموع المواليد، ويدل هذا على حسن المتابعة والرعاية

الصحية والتغذية للأمهات الحوامل، وحلت بعد ذلك تونس والكويت وليبيا بإحصاء 7% لكل منها. وكانت أكبر النسب المتعلقة بهذا المؤشر قد شهدتها اليمن بالمستوى 32% والسودان بـ: 31%، ثم جزر القمر (25%). وتراوح قيم هذا المؤشر في باقي البلدان العربية بين 10% و 15%.

تعد الرضاعة الطبيعية خلال الستة أشهر الأولى من حياة الطفل بالغة الأهمية، لتوفر حليب الأم على عدة ميزات لا نجدها في أي حليب آخر، من حيث القيمة الغذائية، واكتساب المناعة الواقية من الأمراض، إلى جانب منح الام المزيد من الحنان للطفل خلال عملية الارضاع ما يتيح له الاشباع العاطفي الذي يساعده في نموه العاطفي والنفسي.

أحسن النسب لمؤشر الرضاعة الطبيعية، خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى سنة 2006، سجلتها على الترتيب تونس (47%) ومصر (38%) ثم المغرب (31%) إلى جانب سوريا (29%) والعراق (25%).

شهدت جيبوتي أصغر نسبة على الإطلاق عند المستوى 1% من مجموع الرضع الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر، فيما بلغت هذه النسبة بالجزائر 7%، قد يرجع ذلك إلى وفرة حليب الرضاعة الاصطناعية وربما لولوج المرأة لسوق الشغل او ممارسة النشاط الاقتصادي بصفة عامة.

تصبح التغذية التكميلية للأطفال بعد بلوغهم الستة أشهر الأولى من حياتهم، كبيرة الأهمية، حيث تصبح الرضاعة وحدها مهما كان نمطها (طبيعية أو اصطناعية) غير كافية ولا تلبي حاجات الطفل الغذائية للنمو ولا توفر السرعات الحرارية اللازمة لنشاط الطفل، من هنا وجب توفير تغذية تكميلية غنية بالعناصر المعدنية والفيتامينات والألياف الغذائية الموجودة غالبا في الخضر المختلفة والحبوب الجافة والأسماء.

عرفت سلطنة عمان ما بين سنتي 2000 و 2006، أعلى نسبة مئوية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 9 أشهر ويتلقون رضاعة طبيعية بالإضافة إلى تغذية تكميلية من بين مجموع الأطفال من نفس الفئة العمرية، وذلك عند المستوى 92%، لتحل بعدها موريتانيا واليمن عند 78 و 76 من المائة على التوالي، ثم الأردن ومصر والمغرب بالمستويات 70% و 67% و 66% على الترتيب. أما أدنى قيم هذه النسبة فكانت بالصومال (15%) وجيبوتي (23%).

تلقى أكثر من ثلث أطفال هذه الفئة العمرية بالجزائر الرضاعة الطبيعية اضافة إلى التغذية التكميلية، حيث

بلغت نسبتهم المئوية 39% من مجموع الأطفال من ذات الفئة. (أنظر الجدول رقم 26.2)

يعتبر سوء التغذية السبب الرئيسي لوفيات الرضع دون العام والأطفال دون سن الخامسة، من هنا تضحى التغذية استثمار واجب انفاقه لتربية وحماية الأطفال. وتعد المقاييس الأنثروبومترية (مقياس الطول بالنسبة للعمر، ومقياس الوزن بالنسبة للطول، ومقياس الوزن بالنسبة للعمر) أهم مؤشرات الحالة التغذوية للأطفال. كما أن مقياس الطول بالنسبة للعمر (قصر القامة) مقياس الحالة التغذوية في الماضي ويعد مؤشر لسوء التغذية المزمن، حيث ينشأ كنتيجة لفترة طويلة من عدم كفاية الغذاء.

يدل الجدول (رقم 27.2) على بلوغ الجزائر مراتب متقدمة جداً، من حيث نسب الأطفال (> 5 سنوات) ناقصي الوزن المتوسط والحاد، رفقة كل من تونس ولبنان والأردن، بانخفاض هذه النسب لأدنى المستويات، حيث لم تسجل سوى 4% من الحالات، كما عرفت غياب شبه تام للأطفال ناقصي الوزن الحاد لذات الفئة، وذلك عند المستوى 1%.

أما أسوأ قيم هذا المؤشر، فقد شهدتها السودان بتسجيله أعلى نسبة على المستوى العربي وصلت للمستوى 41%، ثم الصومال وموريتانيا (36%، و32% على الترتيب)، وجيبوتي بالمقدار 29%. كما بلغ مؤشر نقص الوزن الحاد أعلى قيمه بذات البلدان، حيث وصل إلى المستوى 15% بالسودان و12 من المائة بالصومال، فيما عانى طفل من بين كل عشرة أطفال من النقص الحاد في الوزن بكل من موريتانيا وجيبوتي.

كما نقرأ من الجدول رقم 27.2، وبالنظر لنسب الأطفال الذين يعانون من نحافة متوسطة وحادة، خلال الفترة الممتدة بين سنتي 2000 و2006، احصاء جيبوتي أقصى نسبة (21 بالمائة)، تليها السودان والامارات العربية المتحدة بالنسب 16% و15% على الترتيب. فيما سجلت أحسن النسب بالأردن وتونس ولبنان والجزائر ومصر، حيث تراوحت بين 2 و4 في المائة.

وبالنظر إلى مؤشر تأخر نمو الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، فشوهدت أحسن القيم بقطر عند المستوى 8% والأردن بالنسبة 9%، ثم الجزائر ولبنان بالمقدار 11% فتونس بـ: 12% من مجموع فئة الأطفال المذكورة.

أما أعلى النسب فقد وقعت باليمن، حيث أصيب نصف الأطفال الذين لم يتجاوزوا عيد ميلادهم الخامس بتأخر النمو المتوسط والحاد، وغالبا ما يفسر هذا المؤشر، سوء التغذية المزمن أو الطويل المدى، حيث يحصل نتيجة

سوء تغذية لمدة طويلة مر بها الطفل. وسجلت ثاني اسوأ قيمة للمؤشر بعد اليمن، بكل من جزر القمر (44%) ثم السودان (43%) والصومال (38%)، ثم موريتانيا وجيبوتي بالنسبتين 35 و 33 بالمائة على التوالي.

الجدول رقم 27.2: مستويات سوء التغذية لدى الأطفال (>5 سنوات) في المنطقة العربية (2000-2006)

البلدان	نسب % الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات ويعانون من: خلال الفترة 2006-2000			
	نقص متوسط وحاد في الوزن	نقص حاد في الوزن	نحافة متوسطة وحادة	تأخر متوسط وحاد في النمو
الأردن	4	1	2	9
الإمارات العربية	14xk	3 x	15 x	17 x
البحرين	9 x	2 x	5 x	10 x
تونس	4	1	2	12
الجزائر	4	1	3	11
جزر القمر	25	-	8	44
ليبيا	5 x	1 x	3 x	15 x
سوريا	10	2	9	22
جيبوتي	29	10	21	33
السودان	41	15	16	43
الصومال	36	12	11	38
العراق	8	1	5	21
عُمان	18 x	1 x	7 x	10 x
قطر	6 x	-	2 x	8 x
الكويت	10 x	3 x	11 x	24 x
لبنان	4	-	5	11
مصر	6	1	4	18
موريتانيا	32	10	13	35
المغرب	10	2	9	18
السعودية	14 x	3 x	11 x	20 x
اليمن	20	-	6	50
فلسطين المحتلة	3	0	1	10
المنطقة العربية	17	5	8	25

(x): تعني أن المعطيات أخذت من فترة مختلفة عن التي في الجدول أو تمثل جزء من البلد، (k): تعني معطيات الرضاعة الطبيعية لأقل من 4 أشهر، هذه المعطيات لا تدخل في حساب مؤشرات المنطقة أو الجهة.

source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, décembre 2007

يعد فيتامين "أ" ضروري للنمو وفي مقاومة الميكروبات، وله دور مهم في عملية الابصار، ويؤدي نقصه إلى فقدان الشهية لدى الأطفال، كما يحدث اختلال الرؤية والعين، كما يعرض الطفل لحالات من الاسهال والأنيميا وخلل في النمو. ويتوفر هذا الفيتامين في حليب الأم، والخضر مثل الجزر والكوسا والخضر الورقية والبطاطا والفاكهة والبيض والكبد والسمك وبعض الزيوت النباتية. كما توجد جرعات أقراص الفيتامين أ

ضمن البرامج الحكومية التطعيمية الموسعة لتحسين الأطفال الذين تتراوح اعمارهم ما بين 6 و 59 شهرا.

الجدول رقم 28.2: التغطية بجرعات الفيتامين 'أ' لدى الأطفال (0-4 سنوات) سنة 2005، والتغطية بالمح المعالج باليود (2000-2006) في المنطقة العربية

البلدان	التغطية بجرعات الفيتامين أ للأطفال (59-6 شهر) (سنة 2005) %		البلدان	التغطية بجرعات الفيتامين أ للأطفال (59-6 شهر) (سنة 2005) %		البلدان	التغطية بجرعات الفيتامين أ للأطفال (59-6 شهر) (سنة 2005) %	
	جرعة واحدة على الأقل	تغطية كلية		جرعة واحدة على الأقل	تغطية كلية		جرعة واحدة على الأقل	تغطية كلية
الأردن	-	-	العراق	88	28	البحرين	-	-
الامارات العربية	-	-	عُمان	-	x61	تونس	-	-
البحرين	-	-	قطر	-	-	الجزائر	-	-
تونس	-	-	الكويت	97	-	جزر القمر	-	-
الجزائر	-	-	لبنان	61	92	ليبيا	-	-
جزر القمر	-	-	مصر	82	78	سوريا	-	-
ليبيا	-	-	موريتانيا	x90	2	جيبوتي	52	00
سوريا	-	-	المغرب	79	59	السودان	90	90
جيبوتي	52	00	السعودية	00	-	الصومال	-	-
السودان	90	90	اليمن	1	30			
الصومال	-	-	فلسطين المحتلة	1	86			

(X): تعني أن المعطيات أخذت من فترة مختلفة عن التي في الجدول أو تمثل جزء من البلد، هذه المعطيات لا تدخل في حساب مؤشرات المنطقة أو الجهة، (W): يشير إلى تبنى برامج وطنية تكميلية للفيتامين 'أ' التي تستهدف فئة عمرية صغيرة ومؤشرات التغطية المعلنة هي القيم المستهدفة من البرامج. source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, décembre 2007.

يشير الجدول رقم 28.2 إلى غياب شبه تام للمعطيات المتعلقة بالتغطية بجرعات الفيتامين أ، حيث توفرت في أربع بلدان فقط وهي جيبوتي (52%) والسودان (90%)، موريتانيا (96%) (جرعة على الأقل)، 57% (تغطية كلية) واليمن (15%).

قد يعود غياب معطيات هذا المؤشر في غالب البلدان العربية، لعدم إدراج جرعات الفيتامين "أ" ضمن البرامج الحكومية التطعيمية الموسعة لتحسين الموجهة إلى الأطفال (PEV)، نتيجة غنى السلة الغذائية لأسر هذه البلدان بالفيتامين أ (الزراعات المحلية (الخضر، الفواكه، البيض)، الصيد البحري المحلي (الأسماك))، ما ساهم في غياب حالات الإصابة التي يسببها نقص هذا الفيتامين. وبالتالي عدم إدراج أسئلة تخص هذا المؤشر

في استبيانات المسوح الديموغرافية والصحية التي أجريت بتلك البلدان، ما أدى إلى غياب قيم هذه المؤشرات في المسوح الديموغرافية والصحية التي أجريت بتلك البلدان.

يبقى نقص مادة اليود في الغذاء، السبب الرئيسي في التأخر المدرسي والإصابة بالتأخر العقلي وتأخر النمو الحركي للأطفال، كما يضاعف خطر الوفاة عند الولادة. ولقياس مستوى التغطية باليود، توظف نسبة الأسر المستهلكة للملح المعالج بمادة اليود.

لم تتوفر معطيات حول نسب الأسر المستهلكة للملح المعالج بمادة اليود بخمسة بلدان عربية، تقع كلها بالخليج العربي، وهي الامارات العربية المتحدة والكويت وقطر والمملكة العربية السعودية، ربما يعود ذلك إلى ثراء موائد أسر هذه البلدان بمادة اليود الموجودة بكميات كبيرة في الأسماك، خاصة وأن هذه البلدان تتوفر على ثروة سمكية محلية معتبرة، باعتبار أن شعوب المنطقة كانت تعتمد أساساً في عيشها على نشاط الصيد البحري.

شهدت تونس أعلى قيمة لهذا المؤشر بنسبة 97% من مجموع الأسر، متبوعة بلبنان (92%) وليبيا (90%) والأردن (88%)، ثم سوريا ومصر بالمستوى 79 و 78 من المائة على الترتيب. فيما سجلت أدنى نسبة بجيبوتي (صفرية)، ليحل السودان والصومال عند مستوى متدني جداً بمقدار 1% فقط لكل منهما. ووصل حجم الأسر الجزائرية المستهلكة للملح المعالج بمادة اليود ما يوافق 61% من مجموع الأسر.

3.1.2. أهم المؤشرات الصحية والوقائية المتعلقة بالأطفال على المستوى العربي:

يشمل هذا الجزء من الدراسة أهم المؤشرات الدالة على مستويات الوضع الصحي للأطفال، كالإجراءات الوقائية لصحة الأطفال (برامج التطعيم الموسعة)، والعوامل البيئية المتمثلة أساساً بخصائص المسكن (مصادر مياه الشرب والربط بشبكات الصرف الصحي)، ومستويات الإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة (إسهال الأطفال، الأمراض التنفسية الحادة).

1.3.1.2. المياه والصرف الصحي:

يعرض الأطفال في حالتهم رداءة مرافق الصرف الصحي، وعدم توفر مياه الشرب المأمونة للإصابة بعدوى الأمراض المنقولة عن طريق المياه، حيث أعاقت أمراض الإسهال أو الأمراض ذات العلاقة بالمياه والنظافة نموهم، وأثرت سلباً في صحتهم.

وصلت تغطية السكان بمياه الشرب المحسنة حد التمام (100%)، مهما كان وسط الإقامة، في بلدان قطر والإمارات العربية المتحدة ولبنان. وسجلت البحرين ذات النسبة بالوسط الحضري دون وجود معطيات بالوسط الريفي تتعلق بهذا المؤشر، كما غابت البيانات بشأنه في بلدان ليبيا وعمان والكويت.

الجدول رقم 29.2: تغطية السكان بمياه الشرب المأمونة، والصرف الصحي في البلدان العربية سنة 2006

نسب % السكان الذين لديهم ربط بشبكات الصرف الصحي المحسنة (سنة 2006)			نسب % السكان المستعملون لمصادر مياه شرب محسنة (سنة 2006)			البلدان
الوسط الريفي	الوسط الحضري	المجموع	الوسط الريفي	الوسط الحضري	المجموع	
71	88	85	91	99	98	الأردن
95	98	97	100	100	100	الإمارات العربية
64	96	85	84	99	94	تونس
87	98	94	81	87	85	الجزائر
26	49	35	81	91	85	جزر القمر
96	97	97	-	-	-	ليبيا
88	96	92	83	95	89	سوريا
11	76	67	54	98	92	جيبوتي
24	50	35	64	78	70	السودان
7	51	23	10	63	29	الصومال
69	80	76	56	88	77	العراق
-	97	-	-	-	-	عمان
100	100	100	100	100	100	قطر
-	100	-	100	100	100	لبنان
52	85	66	98	99	98	مصر
10	44	24	54	70	60	موريتانيا
54	85	72	58	100	83	المغرب
-	100	-	-	97	-	السعودية
30	88	46	65	68	66	اليمن
69	84	80	88	90	89	فلسطين المحتلة
53	87	73	78	94	87	المنطقة العربية

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale, New York Etats Unis, décembre 2008.

أحصت مصر بصفة متوازنة قيم جيدة لهذه النسب المئوية (المجموع: 98، الوسط الحضري: 99، الوسط الريفي: 98)، بينما وصل حجم تغطية السكان بمياه الشرب المحسنة بالأردن إلى حدود 98% من مجموع السكان (99% في الوسط الحضري و91% بالوسط الريفي). وحقق المغرب التغطية التامة بمياه

الشرب المحسنة للسكان الحضر، ونسبة تغطية متوسطة بالوسط الريفي بلغت المقدار 58 بالمائة من مجموع المقيمين بهذا الوسط، لتصل بذلك نسبة تغطية مجموع السكان المستوى 83%.

كان مستوى التغطية بالجزائر عند النسبة 85% من مجموع السكان، تتباين بين 87 من المائة في الوسط الحضري و83 بالمائة من مجموع السكان بالأرياف. فيما بلغت قيمة المؤشر على المستوى العربي 87% (الوسط الحضري: 94، الوسط الريفي: 78). أنظر الجدول (رقم 29.2)

سجلنا غياب تام لمعطيات التغطية بربط شبكات الصرف الصحي المحسنة بالكويت. ويشير ذات الجدول إلى بلوغ قطر التغطية التامة بهذه الخدمة الصحية (مهما كان وسط الإقامة)، فيما اقتصرت بلدان السعودية ولبنان والبحرين على تغطية شاملة في الوسط الحضري، دون توفر بيانات للمؤشر بالأوساط الريفية. ووقعت أسوأ نسب تغطية السكان بخدمات الصرف الصحي المحسنة بالصومال وموريتانيا بالقيم 23 و24 بالمائة على الترتيب، ثم السودان وجزر القمر عند المستوى 35% من مجموع السكان. بينما بلغ مستوى التغطية بالجزائر، النسبة 94% من مجموع السكان (98% بالوسط الحضري، 87% تخص الوسط الريفي)، حيث وصلت إلى تغطية شبه تامة بهذه الخدمات للسكان الحضر. للإشارة فقد سجلت هذه النسبة على صعيد المنطقة العربية بالمقدار 73% من مجموع السكان (الوسط الحضري: 87%，الوسط الريفي: 53%).

2.3.1.2. الإجراءات الوقائية لصحة الأطفال في البلدان العربية:

تشمل الأمراض السارية التي تقتك بالأطفال، والممكن تفاديها بالتلقيح، ومنه اجتتاب أعراضها ومضاعفاتها، والتي سلف تفصيلها، كل من مرض السل، الدفتيريا أو الخانوق، الكزاز أو التيتانوس، السعال الديكي أو الشاهوق، شلل الأطفال، الحصبة، التهاب الكبد الفيروسي "ب".

يدل الجدول رقم 30.2، على تحقيق معظم الحكومات العربية للتغطية شبه التامة لمختلف التطعيمات التي تضمنتها البرامج الموسعة للتلقيح (PEV) الموجهة للأطفال الذين قضوا عيد ميلادهم الأول، وذلك بوصول غالبية بلدان العالم العربي إلى نسب تغطية عالية جدا قاربت الوحدة (100%) في حالات كثيرة. هذا لو استثنينا بعض البلدان على غرار الصومال (تغطية تراوحت بين 35% و50%) والسودان (بين 60 و77 من المائة) وجيبوتي ما بين 67 و88 بالمائة، إلى جانب كل من اليمن وموريتانيا وجزر القمر التي أحصت نفس

النسب المذكورة تقريباً. بالإضافة إلى العراق الذي شهد نسب تغطية متباينة بين 60 و 91 بالمائة، قد يرجع ذلك للوضع السياسي والأمني الذي عرفه العراق، بعد الغزو الأمريكي في عام 2003، الذي أدى إلى تردي أوضاعه الاجتماعية.

تراوحت نسب المؤشر بالجزائر بين 95 و 99 من المائة باستثناء التغطية بتطعيم الحصبة والتهاب الكبد الفيروسي، حيث سجلت فيهما النسب 91% و 80% على التوالي.

الجدول رقم 30.2: نسب التغطية بتطعيمات الأطفال (PEV) بالعالم العربي سنة 2006

نسبة % حديثي الولادة المحصنين ضد الكزاز الولادي	نسب % التغطية لتطعيمات الأطفال البالغين سنة من العمر ضد أمراض						بلدان ودول العالم العربي
	التهاب الكبد الفيروسي ب	الحصبة	شلل الأطفال	DTC		السل	
التلقيحات أو التطعيمات الموافقة							
hepB3	rougeole	polio3	DTC3	DTC1	BCG		
-	98	99	98	98	99	95	الأردن
-	92	92	94	94	97	98	الإمارات العربية
92	98	99	98	98	99	-	البحرين
89	99	98	99	99	99	99	تونس
70	80	91	95	95	98	99	الجزائر
77	69	66	69	69	78	84	جزر القمر
-	98	98	98	98	98	99	ليبيا
87	98	98	99	99	99	99	سوريا
77	-	67	72	72	76	88	جيبوتي
-	60	73	77	78	91	77	السودان
-	-	35	35	35	40	50	الصومال
89	75	60	63	60	83	91	العراق
94	99	96	98	98	98	99	عُمان
-	96	99	95	96	99	99	قطر
90	99	99	99	99	99	-	الكويت
72	88	96	92	92	98	-	لبنان
86	98	98	98	98	98	99	مصر
94	68	62	68	68	85	86	موريتانيا
-	95	95	97	97	99	95	المغرب
56	96	95	96	96	97	95	السعودية
-	85	80	85	85	92	70	اليمن
-	99	99	99	99	99	99	فلسطين

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, décembre 2007

أما بالنظر للتحصين ضد الكزاز الولادي لحديثي الولادة فتراوح المؤشر بين 72% و 94% في معظم

البلدان، لو استثنينا السعودية (56%)، وكل من بلدان الأردن، الامارات، ليبيا، السودان، الصومال، قطر، المغرب، اليمن، التي لم تتوفر لديهم معطيات تتعلق بهذا المؤشر.

في حين بلغت قيمة هذه النسبة بالجزائر 70% من مجموع حديثي الولادة خلال سنة 2006. ووصل 81 من المائة على المستوى العربي. فيما كان الاستثناء بفلسطين المحتلة، حيث بلغت مختلف النسب المستوى 99% مما يعني التغطية شبه التامة لشتى التطعيمات.

3.3.1.2. أمراض الإسهال ومعالجة جفاف الأطفال في الوطن العربي:

يسبب الإسهال جفاف جسم الطفل من السوائل، لهذا يجب تزويد المصاب بكميات من السوائل، مع الاستمرار في التغذية، كما ينصح بالاستشارة الطبية عند استمرار الإسهال لمدة تتجاوز الأسبوعين، خاصة إذا لوحظ وجود دم في البراز، كما يجب تفادي اعطاء الطفل أي أدوية باستثناء أملاح معالجة الجفاف إلا باستشارة الطبيب.

الجدول رقم 31.2: نسب الأطفال دون خمس سنوات وعانوا من الإسهال واستفادوا من اماهة عن طريق الفم مع مواصلة التغذية (2000-2007) في المنطقة العربية

البلدان	نسب % الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين عانوا من الإسهال واستفادوا من اماهة عن طريق الفم مع مواصلة التغذية (2000-2007)	البلدان	نسب % الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين عانوا من الإسهال واستفادوا من اماهة عن طريق الفم مع مواصلة التغذية (2000-2007)
الأردن	44	العراق	64
الامارات العربية	-	عُمان	-
البحرين	-	قطر	-
تونس	-	الكويت	-
الجزائر	24	لبنان	-
جزر القمر	31	مصر	27
ليبيا	-	موريتانيا	9
سوريا	34	المغرب	46
جيبوتي	33	السعودية	-
السودان	38	اليمن	48
الصومال	7	فلسطين المحتلة	-

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale, New York Etats Unis, décembre 2008.

يعبر الجدول رقم 31.2 على نسب الاطفال الاقل من خمس سنوات وعانوا من الاسهال الحاد (خلال الأسبوعين الذين سبقا المسوح التي أخذت منها هذه المعطيات)، حيث سجل هذا المؤشر أكبر قيمة له بالعراق حيث بلغ 64% ما يفسر اصابة ما يقارب ثلثي الأطفال الذين نقل أعمارهم عن خمس سنوات بالإسهال الحاد، فيما عرفت هذه النسب مستويات هامة اقتربت من النصف بكل من اليمن والمغرب والأردن بتسجيلها 48%، 46%، 44% على التوالي، كما شهدت السودان وسوريا وجيبوتي اصابة أكثر من ثلث الأطفال بالإسهال الحاد حيث بلغت 38%، 34%، 33% على التوالي. ولوحظت قيم المؤشر بمستويات أقل في مصر (27%) والجزائر (24%)، فيما سجلت أقل النسب بالصومال وموريتانيا عند المستوى 7% و 9% على الترتيب. ولم تتوفر المعطيات المتعلقة بهذا المؤشر في منطقة الخليج العربي بالإضافة إلى لبنان وتونس وليبيا وفلسطين.

عموما وصلت نسبة الاطفال الذين نقل أعمارهم عن خمس سنوات والذين عانوا من الاسهال الحاد بالمنطقة العربية القيمة 39%. للإشارة، يمكن الوقاية من الاسهال بالرضاعة الطبيعية والتحصين ضد الحصبة وتوفير الصرف الصحي والمياه المحسنة وضمان نظافة الطعام.

4.3.1.2. الإصابة بالأمراض التنفسية الحادة لدى الأطفال دون سن الخامسة:

يعد مرض التهابات الرئوية أساس الامراض التنفسية الحادة والتي تصيب المسارات التنفسية العليا. كما يصنف التهاب الرئوي في مقدمة أسباب وفيات الأطفال في جميع أنحاء العالم. وتحصل الإصابة بالالتهاب الرئوي بسبب العوامل المعدية بما في ذلك الفيروسات (الفيروس التنفسي المخلوي) والجراثيم (العقدية الرئوية، المستديمة النزلية نمط "ب") والفطريات (المتكيسة الرئوية الجؤجؤية).

يمكن علاج التهاب الرئوي الذي تسببه الجراثيم بالمضادات الحيوية (الأموكسيسيلين)، وتتطلب أغلبية الحالات مضادات حيوية فموية، توصف غالبا في المراكز الصحية، وهي عموما قليلة الكلفة على مستوى المجتمع المحلي، ويوصى بإدخال حالات التهاب الرئوي الوخيمة فقط إلى المستشفى.

للاشارة، تمت ملاحظة معطيات الجدول رقم 32.2 خلال الأسبوعان اللذان سبقا المسوح التي أخذت منها تلك البيانات. وسجلت أعلى النسب المتعلقة بالأطفال دون سن الخامسة وعانوا من التهاب رئوي تلقوا على إثره استشارة طبية من طرف مختصين في الصحة، بالعراق (82%) ثم بسوريا (77%) والاردن (75%) ولبنان (74%)، حيث نلاحظ أن هذه الدول تقع بنفس المنطقة (العراق والشام) ما قد يجعلها تشترك في

الظروف المناخية والاجتماعية والثقافة الصحية ذات الصلة بتطور هذا المؤشر. كما تصدرت هذه البلدان القائمة بأكبر النسب فيما يخص تلقي الاطفال (الذين عانوا من الالتهاب الرئوي) مضادات حيوية لمعالجة الاصابة بالمرض (الأردن: 87%، العراق: 82%، سوريا: 71%).

الجدول رقم 32.2: نسب الأطفال (0-4 سنوات) الذين عانوا من الأمراض التنفسية الحادة والالتهابات

الرئوية والاستشارة الطبية عنها في العالم العربي خلال الفترة 2000-2007

البلدان	نسب الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين عانوا من التهاب رئوي وتلقوا استشارة طبية (2000-2007) %	نسب الأطفال الأقل من 5 سنوات وعانوا من التهاب رئوي وتلقوا مضادات حيوية (2000-2007) %
الأردن	75	87
تونس	43	-
الجزائر	53	59
جزر القمر	49	-
سوريا	77	71
جيبوتي	62	43
السودان	57	-
الصومال	13	32
العراق	82	82
لبنان	74	-
مصر	63	-
موريتانيا	45	24
المغرب	38	-
اليمن	-	38
فلسطين المحتلة	65	-

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2009 : la santé maternelle et néonatale, New York Etats Unis, décembre 2008

سجلت الصومال أدنى قيم هذا المؤشر عند المستوى 13% بالنسبة لتلقي الاستشارة الطبية و32% بالنسبة لتلقي الاطفال المضادات الحيوية.

ولوحظت هذه النسب بالجزائر عند المستوى 53% فيما يخص الاستشارة الطبية حول الالتهاب الرئوي، و59% بالنسبة لتلقي المضادات الحيوية بغية معالجة المرض.

ونشير إلى عدم توفر المعطيات المتعلقة بهذه المؤشرات بصفة شاملة في بعض الدول، متمثلة في بلدان منطقة الخليج العربي بالإضافة إلى ليبيا.

2.2. الواقع التربوي للأطفال في العالم العربي:

يبرز دور التعليم في التنمية البشرية، وتشكيل البعد المعرفي والقيمي في تكوين الإنسان سعياً لتجديد حياته وحياة مجتمعه، وما يتصل بهذا التجديد من نقل واستيعاب وانتاج للمعرفة وتوظيفها وانماط التفكير التي تتطلبها التنمية البشرية في سياق العالم المتغير ومواجهة تحديات التنافس على البقاء والتنمية. ويتجسد هذا في مفهوم التعليم كما حددته "اليونيسكو": "تعنى كلمة التعليم العملية الكاملة للحياة الاجتماعية التي عن طريقها يتعلم الافراد والمجموعات تنمية الوعي فيما بينها، لصالح المجتمعات الوطنية والدولية وتنمية قدراتهم الشخصية، واتجاهاتهم واستعداداتهم ومعارفهم، ولا تقتصر هذه العملية على أية أنشطة معينة". فالبيئة التربوية لها آثارها المباشرة وغير المباشرة في بناء الفرد والمجتمع. (عبد الباقي الجويلي، 2002، ص. 44)

عقد المؤتمر الدولي عن حقوق الأطفال في التعليم، في "كوبنهاجن" في الفترة الممتدة من 26 - 30 أبريل 1998. وكان الهدف الاساسي لهذا المؤتمر ترقية احترام ومساندة حقوق الأطفال وتحقيق التنمية المتكاملة من خلال التعليم. (عبد الباقي الجويلي، 2002، ص. 45)

ويعتبر التعليم الأكاديمي أساس العملية التربوية، فهو التعليم العام الذي يحتوي على وجود المدارس الابتدائية، والاعدادية أو المتوسطة، ثم الثانوية، وتؤدي هذه السلسلة من التعليم إلى التعليم العالي في المعاهد والجامعات. حيث تكاد أن تكون مراحل التعليم واحدة في معظم بلدان العالم، إلا أن فترات الزمنية (عدد السنوات) سواء في كل مرحلة على حدة، أو في كل المراحل، قد تختلف من بلد لآخر. ومراحل التعليم بشكل عام لا تتعدى: 1. مرحلة الحضانة، 2. ثم مرحلة رياض الأطفال (مرحلة ما قبل المدرسة)، 3. المرحلة الابتدائية، 4. المرحلة المتوسطة (الاعدادية) أو الاساسية الالزامية، 5. المرحلة الثانوية، 6. المرحلة الجامعية. (جرادات، أبو غزالة، وعبد اللطيف، 1987، ص. 121)

تقوم ادارة نظم التعليم في الوطن العربي على أسس مركزية وذلك تمشياً مع النظام الاداري العام لهذه البلدان، وتقوم بالمسؤولية الكبرى في الاشراف على التعليم في جميع البلدان العربية، وزارة يطلق عليها مسميات عديدة مثل: وزارة التربية والتعليم أو وزارة المعارف أو وزارة التربية الوطنية. ولقد نادى مؤتمر وزارة التربية والتعليم للدول العربية المنعقد في بغداد عام 1964 بأهمية توحيد مسميات وزارة التربية والتعليم بين البلدان العربية، وتقوم الوزارة على بمسؤولية الاشراف الكامل على التعليم الرسمي العام والخاص، كما قد تتشارك

وزارات أخرى مثل الشؤون الاجتماعية التي تساعد في الاشراف على دور الحضانه ورياض الاطفال. (بدران، 2001، ص. 473)

سوف نتطرق في هذا المحور من الدراسة، إلى تسليط الضوء على مختلف المؤشرات التربوية التي تقيس مستويات الواقع العربي في هذا المجال، حيث تمثلت أهم هذه المؤشرات أساساً حول:

• التعليم المبكر أو قبل المدرسي للأطفال:

وشملت العمر الرسمي للالتحاق بهذا التعليم ومدته، والمعدلات الخام للتمدرس بهذا النوع من التعليم ((Taux brut de scolarisation (TBS)، ثم المعدلات الصافية للتمدرس بهذا المستوى، و مؤشر التكافؤ بين الجنسين ((Indice de parité entre les sexes (IPS)).

• تدرس الأطفال في سن 6-15 سنة:

حيث نتعرض للمؤشرات المتعلقة بتمرس الاطفال المنتمين للفئة المذكورة، كالمعدل الخام للالتحاق بالتعليم الابتدائي (TBA: Taux brut d'admission dans primaire)، المعدل الصافي للالتحاق بالتعليم الابتدائي (TNA : Taux net d'admission dans primaire)، والمعدل الخام للتمدرس في الابتدائي، والمعدل الصافي للتمدرس في الابتدائي، معدل صافي الحضور المدرسي في الابتدائي، ثم نسب الأطفال الذين بلغوا السنة الخامسة ابتدائي.

1.2.2. التعليم المبكر أو قبل المدرسي للأطفال في بلدان العالم العربي:

تؤكد البحوث العلمية باطراد على الأهمية القصوى لسنوات الطفولة المبكرة في تشكيل العقل البشري، وتحديد مدى إمكانياته المستقبلية، الأمر الذي يبرز الحاجة إلى التركيز على التعليم قبل المدرسي. إلا أن هذا مجال آخر تتخلف فيه البلدان العربية عن البلدان النامية. وعلى الرغم من أن عدد الأطفال الذين التحقوا بالتعليم قبل المدرسي في البلدان العربية تضاعف في الفترة بين عام 1980 وعام 1995، إلا أن عدد الملتحقين بهذا التعليم عام 1995 لا يتجاوز 2,5 مليون طفل، وهذا العدد يشكل نسبة التحاق تقل عن متوسط الالتحاق في البلدان النامية. كذلك ما برحت نسبة البنات في هذه المرحلة التعليمية، على الرغم من زيادتها المطردة، تقل عن متوسطها في البلدان النامية (42 في المائة قابل 47 في المائة في عام 1995). (غدنز، بيردسال، 2005، ص. 541)

نستعرض في هذا الجزء، مختلف المؤشرات ذات الصلة بقياس مستويات التعليم قبل المدرسي، التي شهدتها شتى الأقطار العربية خلال سنة معينة، حيث تمثلت هذه المؤشرات أساسا في الفئات العمرية المحددة قانونا للقبول في هذا الطور من التعليم، وأعداد الاطفال المتمدرسين في التعليم قبل المدرسي، والمعدلات الخام للتمدرس بالتعليم قبل المدرسي (TBS%)، المعدلات الصافية للتمدرس قبل المدرسي (TNS%)، بالإضافة إلى مؤشر المساوات بين الجنسين في هذا الطور التعليمي، وصولا إلى مؤشر أمل الحياة المدرسي (عدد السنوات المحتمل في التعليم قبل الابتدائي).

الجدول رقم 33.2: الفئات العمرية الرسمية للقبول بالتعليم قبل الابتدائي وأعداد الأطفال المسجلين ونسب

الاناث في الأقطار العربية سنة 2006

البلد	الفئة العمرية الرسمية للقبول	عدد الاطفال المتمدرسين في التعليم قبل الابتدائي		البلد	الفئة العمرية الرسمية للقبول	عدد الاطفال المتمدرسين في التعليم قبل الابتدائي	
		المجموع (بالآلاف)	% الاناث			المجموع (بالآلاف)	% الاناث
الجزائر	5 - 4	166	47	لبنان	5 - 3	151 ⁺¹	48 ⁺¹
السعودية	5 - 3	...	...	المغرب	5 - 4	706 ⁺¹	41 ⁺¹
البحرين	5 - 3	19	48	موريتانيا	5 - 3	4,6 ^{**,-1}	...
جيبوتي	5 - 4	0,74	47	عمان	5 - 4	35 ⁺¹	51 ⁺¹
مصر	5 - 4	580 ⁺¹	47 ⁺¹	قطر	5 - 3	17 ⁺¹	49 ⁺¹
الامارات	5 - 4	100 ⁺¹	48 ⁺¹	سوريا	5 - 3	146 ⁺¹	48 ⁺¹
العراق	5 - 4	580 ^{**,-1}	49 ^{**,-1}	السودان	5 - 4	491 ⁺¹	50 ⁺¹
ليبيا	5 - 4	22	48	فلسطين	5 - 4	78 ⁺¹	48 ⁺¹
الأردن	5 - 4	95	47	تونس	5 - 3	...	...
الكويت	5 - 4	67	48	اليمن	5 - 3	18 ⁻¹	45 ⁻¹

** : تقديرات معهد الاحصاء لليونيسكو (±): معطيات متعلقة بالسنة السابقة (-) / أو السنة الموالية (+)

Source : UNESCO, Rapport mondial de suivi sur l'EPT, éducation pour tous, un bon départ éducation et protection de la petite enfance, France, 2007.

نلاحظ من خلال الجدول (رقم: 33.2)، أن أغلب الدول العربية تعتمد الفئة العمرية (4 - 5 سنوات) لقبول تسجيل الأطفال في التعليم ما قبل الابتدائي، حيث بلغ عدد هذه البلدان 12 دولة من بين العشرون بلدا عربيا، فيما تبنت باقي الأقطار العربية الفئة العمرية (3 - 5 سنوات) كسن رسمي لحق الالتحاق بالتمدرس قبل الابتدائي.

كما شهدت أعداد المتمدرسين في هذه المرحلة التعليمية تفاوتاً بين مختلف الأقطار، وذلك لاختلاف تعداد

السكان من قطر إلى آخر، والاختلاف بين هذه البلدان، في اجبارية ونظامية هذا النوع من التعليم كشرط للالتحاق بالتمدرس الابتدائي النظامي.

في الجزائر لم يكن هذا النمط من التمدرس اجباريا ولا نظاميا، حيث أنه تم وضع أول منهاج للتربية التحضيرية ودليل مرافقا له، أعدته وزارة التربية الوطنية عام 2004، وطرحته للتنفيذ خلال السنة الدراسية 2006/2005 في قطاع التربية الوطنية وقطاعات عمومية أخرى تسير مؤسسات التربية التحضيرية. للإشارة، فقد ورثت الجزائر عن الاستعمار الفرنسي غداة استقلالها ما كان يدعى بمدارس الأمومة والتي دامت إلى غاية سنة 1965، حيث تخلت الوزارة المكلفة بالتربية عن التربية التحضيرية، وحولت جميع المدارس العمومية التي كانت تمنح فيها التربية التحضيرية إلى مدارس ابتدائية، وبقي هذا الحال حتى سنة 1976 حيث بدأ تولي الدولة تنظيم التربية التحضيرية طوال الفترة ما بين عامي 1976 و1991، فصدرت وثيقة تحت مسمى "توجيهات تربوية خاصة بالتعليم التحضيري" سنة 1984، حيث سدت هذه الوثيقة فراغا كانت تعرفه أدبيات التربية التحضيرية تصورا وممارسة، لكن توزيعها كان محدودا ولم تعمم على جميع المؤسسات التي بها أقسام التربية التحضيرية، ثم صدرت وثيقة أخرى باسم الوثيقة المرجعية للتعليم التحضيري سنة 1990، وكان بعث التربية التحضيرية في المرحلة التي تغطي الفترة من سنة 1992 إلى سنة 2004، حيث شهدت هذه المرحلة اهتماما كبيرا بتأسيس ونشر التربية التحضيرية على نطاق واسع. (بوشينة، 2011، ص. 14)

وبالعودة إلى معطيات الجدول السابق، فقد سجل مؤشر نسبة الاناث إلى مجموع الأطفال الملتحقين بالتعليم قبل الابتدائي، مستويات متقدمة حيث قاربت الخمسين في المائة (48-49%) في كل البلدان العربية لو استثنينا المغرب (41%). ما يفسر تكافؤ الفرص بين الجنسين في مرحلة التعليم قبل الابتدائي.

حسب الجدول رقم 34.2، فقد سجلت دولة الامارات العربية أحسن قيمة لمؤشر المعدل الخام للتمدرس في التعليم قبل الابتدائي (TBS=85)، متبوعة بدولة الكويت (TBS=75) ولبنان (TBS=66) والمغرب (TBS=60)، و=69 لدى الذكور)، بهذا فقد بلغت هذه البلدان مستويات جد مقبولة لهذا المؤشر مقارنة بالمستوى العالمي (48%) والعربي (18%). وتجاوز هذا المؤشر نصف الوحدة في دولة البحرين، فيما اقترب من النصف بدولة قطر، حيث أحصت المقدار 47% كقيمة لهذا المؤشر، أما بالأردن فسجل المعدل القيمة 32%، وبفلسطين المستوى 30%.

الجدول رقم 34.2: توزيع المعدلات الخامة للتمدرس قبل الابتدائي (TBS) والتكافؤ بين الجنسين في البلدان

العربية سنة 2006

البلد	المعدل الخام للتمدرس				البلد	المعدل الخام للتمدرس			
	المجموع	ذكور	إناث	IPS		المجموع	ذكور	إناث	IPS
الجزائر	15	15	14	0,93	لبنان	66 ⁺¹	67 ⁺¹	66 ⁺¹	0,98 ⁺¹
السعودية	...	...	...	...	المغرب	60 ⁺¹	69 ⁺¹	50 ⁺¹	0,72 ⁺¹
البحرين	52	52	51	0,98	موريتانيا	2 ^{**,-1}	...	...	...
جيبوتي	2	2	2	0,92	عُمان	31 ⁺¹	30 ⁺¹	32 ⁺¹	1'08 ⁺¹
مصر	17 ⁺¹	15 ⁺¹	17 ⁺¹	0,94 ⁺¹	قطر	47 ⁺¹	47 ⁺¹	47 ⁺¹	1,01 ⁺¹
الامارات	85 ⁺¹	85 ⁺¹	84 ⁺¹	0,98 ⁺¹	سوريا	10 ⁺¹	10 ⁺¹	10 ⁺¹	0,94 ⁺¹
العراق	6 ^{**,-1}	6 ^{**,-1}	6 ^{**,-1}	1,0 ^{**,-1}	السودان	23 ⁺¹	23 ⁺¹	24 ⁺¹	1,05 ⁺¹
ليبيا	9	9	9	0,97	فلسطين	30 ⁺¹	30 ⁺¹	30 ⁺¹	0,98 ⁺¹
الأردن	32	33	31	0,94	تونس	...	...	...	...
الكويت	75	76	73	0,96	اليمن	1 ⁻¹	1 ⁻¹	1 ⁻¹	0,85 ⁻¹

** : تقديرات معهد الاحصاء لليونسكو (ISU) ± : معطيات السنة السابقة (-) / أو السنة الموالية (+)

Source : L'Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde 2008.

بلغت قيم هذا المعدل مستويات متدنية بكل من بلدان مصر والجزائر وسوريا وليبيا بتسجيل كل منها 17، 15، 10، 9 على التوالي، ما يفسر عدم اهتمام هذه البلدان (سنة 2006)، بالتعليم التحضيري والتمهيدي، بسبب غياب اجبارية هذه المرحلة التعليمية كشرط للولوج إلى التعليم الابتدائي، وعدم ادراجه في المنظومة التربوية النظامية والرسمية المنضوية تحت الوزارات الوصية على التربية الوطنية. وشهدت دول العراق وجيبوتي وموريتانيا واليمن، أسوأ وأضعف المعدلات المتعلقة بهذا المؤشر، وذلك بتسجيلها: 6، 2، 2، 1 على التوالي.

فيما سجل مؤشر تكافؤ الفرص بين الجنسين في التعليم قبل الابتدائي مستويات قياسية في جل البلدان العربية، حيث اقتربت معظمها من الوحدة مسجلة قيم ما بين 92% وأكثر من 100% لو استثنينا المغرب الذي سجل 72% كقيمة لهذا المؤشر. (أنظر الجدول رقم: 34.2)

سجل مؤشر معدل صافي التمدريس بالتعليم قبل الابتدائي، أحسن قيمه على المستوى العربي، في لبنان والامارات العربية (64%، 60% على التوالي)، ثم في المغرب والبحرين والكويت عند المستوى 54%، 51%، 50% على الترتيب. ما يعني تمدريس أكثر من نصف الاطفال الذين توافق أعمارهم العمر الرسمي أو القانوني

للتدريس بهذا المستوى من التعليم. وهي مستويات متقدمة بالنظر لمستويات هذا المعدل بباقي البلدان العربية. حيث جاءت في الصف الثاني، بعد البلدان سالفة الذكر، دولتي قطر والأردن (40%، 30% على الترتيب). ثم السودان وسلطنة عُمان باقترابهما من ربع الوحدة لهذا المؤشر، أي يدرس طفل من بين كل أربعة أطفال وهم في السن القانوني للتعليم قبل الابتدائي. (الجدول رقم: 35.2)

كما شهد هذا المؤشر التربوي قيما متدنية بمصر وفلسطين، بوقوعه تحت سقف عشرون من المائة، وبلغ أدنى مستوياته بسوريا (10%) وليبيا (8%) والجزائر (6%). والأسوأ جيبوتي، حيث يلتحق طفل واحد فقط بهذا المستوى التعليمي من بين 100 طفل لديهم السن القانوني للتدريس.

الجدول رقم 35.2: توزيع المعدلات الصافية للتعليم قبل الابتدائي (TNS) والتكافؤ بين الجنسين على

المستوى العربي سنة 2006

المعدل الصافي للتدريس	البلد	المعدل الصافي للتدريس				البلد	المعدل الصافي للتدريس			
		IPS	إناث	ذكور	Σ		IPS	إناث	ذكور	Σ
0,98 ⁺¹	لبنان	0,96 ⁻¹	6 ⁻¹	6 ⁻¹	6 ⁻¹	البحرين	0,98	50	51	51
0,72 ⁺¹	المغرب	...	...	...	...	جيبوتي	0,99 ^{**}	1 ^{**}	1 ^{**}	1 ^{**}
...	موريتانيا	0,93 ⁺¹	16 ⁺¹	17 ⁺¹	16 ⁺¹	مصر	0,98 ⁺¹	59 ⁺¹	61 ⁺¹	60 ⁺¹
1,08 ⁺¹	عُمان	0,98 ⁺¹	59 ⁺¹	61 ⁺¹	60 ⁺¹	الامارات	1 ^{**,-1}	24 ^{**,-1}	24 ^{**,-1}	24 ^{**,-1}
1,02	قطر	0,96	7	8	8	العراق	1 ⁺¹	19 ⁺¹	19 ⁺¹	19 ⁺¹
0,94 ⁺¹	سوريا	0,95 ^{**}	29 ^{**}	31 ^{**}	30 ^{**}	ليبيا	...	...	...	...
1 ^{**,-1}	السودان	0,98	49	50	50	الأردن	...	...	...	...
24 ^{**,-1}	فلسطين	...	...	...	...	الكويت	...	...	...	...
19 ⁺¹	تونس	...	...	...	...	...	...	...	...	...
19 ⁺¹	اليمن	...	...	...	...	...	...	...	...	...

** : تقديرات معهد الاحصاء لليونيسكو (ISU)، ± : معطيات السنة السابقة (-) / أو السنة الموالية (+)

Source : UNESCO, Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde 2008.

أما فيما يخص مؤشر تكافؤ الفرص بين الجنسين، فقد سجل مستويات قياسية اقتربت معظمها من الواحد وتجاوزته في بعض البلدان، لو استثنينا المغرب (0,72). لهذا لم نعطي أهمية لتفصيل قيم معدل صافي التمدريس حسب الجنس.

2.2.2. تـمـدـرس الأطفـال بالتـعلـيم الـابتـدائـي فـي الوطـن العـربـي:

نلقي الضوء في هذا الجزء على واقع التعليم الابتدائي أو الأساسي في العالم العربي، من خلال التطرق للإحصائيات المتعلقة بالمؤشرات المرتبطة بهذا المستوى من التعليم النظامي الأكاديمي، وذلك في شتى البلدان العربية. تمثلت هذه المؤشرات أساساً فيما يلي:

- **النظام التعليمي:** الفئات العمرية في التعليم الإلزامي، والسن الرسمي أو القانوني لالتحاق الأطفال بالتعليم الابتدائي، وعدد السنوات الدراسية في التعليم الابتدائي أو المدة الرسمية للطور الابتدائي.
- **المسجلون الجدد في الابتدائي:** شمل هذا المؤشر عدد الأطفال المسجلين الجدد في الطور الابتدائي، ونسب الإناث من عدد المسجلين الجدد.
- **المعدل الخام للالتحاق بالابتدائي:** (**Taux brut d'admission des nouveaux inscrits**) وهو نسبة الأطفال المسجلين الجدد في الطور الابتدائي مهما كانت أعمارهم، إلى مجموع الأطفال الذين لديهم العمر القانوني للتسجيل الأول بالابتدائي. حيث نتطرق لعرض قيم هذا المؤشر عند الذكور والإناث والمجموع، ثم عرض مؤشر التكافؤ بين الجنسين (IPS) المتعلق بالمعدل الخام للالتحاق بالتعليم الابتدائي.
- **المعدل الصافي للالتحاق بالابتدائي:** (**Taux net d'admission des nouveaux inscrits**) الذي يعبر عن نسبة الأطفال الملتحقين الجدد بالتعليم الابتدائي وأعمارهم ضمن فئة العمر القانونية للالتحاق، إلى مجموع الأطفال الذين لديهم العمر القانوني للالتحاق بالابتدائي.
- **مجموع المتدرسين في الطور الابتدائي:** يمثل عدد الأطفال الملتحقين بالمدارس الابتدائية، في جميع المستويات المعتمدة ضمن هذا الطور، الذكور منهم والإناث، بالإضافة إلى نسب الإناث من مجموع المتدرسين في كل بلد.
- **المعدل الخام للالتحاق بالتمدرس:** (**Taux brut d'admission**) هو حاصل قسمة عدد الأطفال المتدرسين في التعليم الابتدائي مهما كانت أعمارهم، على عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ضمن السن القانوني للتمدرس بالتعليم الابتدائي، مضروب في 100.
- **المعدل الصافي للالتحاق بالتمدرس:** (**Taux net d'admission**) يمثل حاصل قسمة عدد الأطفال المتدرسين في التعليم الابتدائي مهما كانت أعمارهم، على عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ضمن

السن القانوني للتدريس بالتعليم الابتدائي، مضروب في 100.

- عدد المعلمين في الابتدائي: نعرض أعداد المعلمين في الطور الابتدائي، في مختلف الاقطار العربية، بالإضافة إلى النسب التي تمثلها الاناث من مجموع المعلمين في التعليم الابتدائي بالدول العربية.
- متوسط عدد التلاميذ مقابل كل معلم (Racio élèves/enseignant): هو معدل تغطية المعلمين للتلاميذ بالتعليم الابتدائي. ويحسب بقسمة عدد التلاميذ، على عدد المعلمين، خلال سنة دراسية معينة.

الجدول رقم 36.2: عدد المسجلين الجدد في الابتدائي حسب النظام التربوي في العالم العربي سنة 2006

البلد	النظام التربوي			البلد	النظام التربوي		
	التعليم الابتدائي		التعليم الاجباري (فئات العمر)		التعليم الابتدائي		التعليم الاجباري (فئات العمر)
	سن الدخول	المدة			سن الدخول	المدة	
الجزائر	6 - 14	6	لبنان	6 - 15	6	6	
السعودية	6 - 11	6	المغرب	6 - 14	6	6	
البحرين	6 - 15	6	موريتانيا	6 - 14	6	6	
جيبوتي	6 - 15	6	عُمان	6 - 14	6	6	
مصر	6 - 14	6	قطر	6 - 17	6	6	
الامارات	6 - 14	6	سوريا	6 - 14	5	4	
العراق	6 - 11	6	السودان	6 - 13	6	6	
ليبيا	6 - 14	6	فلسطين	6 - 15	6	4	
الأردن	6 - 15	6	تونس	6 - 16	6	6	
الكويت	6 - 14	6	اليمن	6 - 14	5	6	

Source : Unesco, L'Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde 2008

نلاحظ من الجدول رقم 36.2، أن السن الرسمي والقانوني للتسجيل في السنة أولى من التعليم الابتدائي موحد في كل البلدان العربية، حيث حدد عند 6 سنوات من العمر. اما مدة التعليم أو عدد السنوات التي يقضيها التلاميذ في الطور الابتدائي كانت معظمها بست سنوات (16 بلدا)، وبخمس سنوات في دولتي الامارات العربية والكويت، وبأربعة سنوات بسوريا وفلسطين.

فيما اختلفت الفئات العمرية الخاصة بالتعليم الاجباري للأطفال في هذا الطور، من بلد لآخر، حسب الفئات التالية:

6 - 14 سنة: اعتمدت هذه الفئة العمرية في 10 دول عربية، متمثلة في الجزائر، مصر، الامارات العربية،

ليبيا، الكويت، المغرب، موريتانيا، عُمان، سوريا، تونس واليمن.

6 - 15 سنة: وتم اعتمادها بخمسة بلدان وهي الاردن وجيبوتي والبحرين ولبنان وفلسطين.

6 - 11 سنة: تبنت هذه الفئة العمرية دولتان عربيتان وهما العربية السعودية والعراق.

6 - 17 سنة: سجلت هذه الفئة العمرية بدولة قطر كأعمار تدخل ضمن اجبارية التعليم.

6 - 13 سنة: في السودان. والفئة العمرية (6 - 17 سنة) بدولة تونس.

الجدول رقم 37.2: توزيع عدد المسجلين الجدد في الابتدائي ونسب الاناث من المسجلين على المستوى

العربي سنة 2006

البلد	المسجلين الجدد في التعليم الابتدائي		البلد	المسجلين الجدد في التعليم الابتدائي	
	عدد الاطفال المسجلين (000)	نسبة الاناث %		عدد الاطفال المسجلين (000)	نسبة الاناث %
الجزائر	580 ⁺¹	48 ⁺¹	لبنان	68 ⁺¹	48 ⁺¹
السعودية	...	...	المغرب	680 ⁺¹	48 ⁺¹
البحرين	15	49	موريتانيا	97 ⁺¹	50 ⁺¹
جيبوتي	11	45	عُمان	45 ⁺¹	49 ⁺¹
مصر	1702 ⁺¹	48 ⁺¹	قطر	14 ⁺¹	49 ⁺¹
الامارات	61 ⁺¹	48 ⁺¹	سوريا	565 ⁺¹	48 ⁺¹
العراق	844 ^{**,-1}	48 ^{**,-1}	السودان	835 ⁺¹	45 ⁺¹
ليبيا	...	...	فلسطين	100 ⁺¹	49 ⁺¹
الأردن	131	49	تونس	158	49
الكويت	41	49	اليمن	720 ⁻¹	45 ⁻¹

** : تقديرات معهد اليونسكو، ±: معطيات السنة السابقة (-) / أو السنة المالية (+)

Source : UNESCO, Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde 2008

يظهر الجدول (رقم 37.2) أعداد المسجلين الجدد في طور التعليم الابتدائي النظامي الأكاديمي، وقد اختلف هذا العدد من بلد عربي لآخر متأثراً بحجم السكان داخل كل دولة وما تمثله شريحة الأطفال من هذا الحجم، وبمستويات البنية التحتية في قطاع التربية لهذه الدول. وللمقارنة بين هذه الاعداد وجب رصد المعدلات الخامة والصافية للالتحاق بالتعليم الابتدائي.

كما يبين ذات الجدول، نسب الاناث بين الأطفال المسجلين الجدد بالتعليم الابتدائي، حيث تراوحت النسب المئوية للإناث بين 48% و 50% بمعظم الدول العربية، باستثناء اليمن والسودان وجيبوتي حيث بلغت النسبة

45% من مجموع الاطفال الملتحقين الجدد بالطور الابتدائي.

الجدول رقم 38.2: المعدلات الخام للمسجلين الجدد بالابتدائي وتكافؤ الفرص بين الجنسين على المستوى

العربي سنة 2006

المعدل الخام للالتحاق بالابتدائي (المسجلين الجدد)				البلد	المعدل الخام للالتحاق بالابتدائي (المسجلين الجدد)				البلد
IPS	إناث	ذكور	Σ		IPS	إناث	ذكور	Σ	
0,97 ⁺¹	87 ⁺¹	89 ⁺¹	88 ⁺¹	لبنان	0,98 ⁺¹	100 ⁺¹	102 ⁺¹	101 ⁺¹	الجزائر
0,97 ⁺¹	112 ⁺¹	116 ⁺¹	114 ⁺¹	المغرب	...	...	...	...	السعودية
1,05 ⁺¹	120 ⁺¹	115 ⁺¹	117 ⁺¹	موريتانيا	1,02	126	124	125	البحرين
1,01 ⁺¹	78 ⁺¹	77 ⁺¹	78 ⁺¹	عُمان	0,85	48	57	52	جيبوتي
1,01 ⁺¹	116 ⁺¹	115 ⁺¹	115 ⁺¹	قطر	0,97 ⁺¹	102 ⁺¹	105 ⁺¹	103 ⁺¹	مصر
0,97 ⁺¹	119 ⁺¹	123 ⁺¹	121 ⁺¹	سوريا	0,99 ⁺¹	106 ⁺¹	108 ⁺¹	107 ⁺¹	الامارات
0,86 ⁺¹	74 ⁺¹	86 ⁺¹	80 ⁺¹	السودان	0,94 ^{**, -1}	105 ^{**, -}	111 ^{**, -}	108 ^{**, -}	العراق
0,99 ⁺¹	79 ⁺¹	80 ⁺¹	79 ⁺¹	فلسطين	...	...	...	...	ليبيا
1,02	100	97	98	تونس	1,01	90	89	90	الأردن
0,83 ⁻¹	102 ⁻¹	112 ⁻¹	112 ⁻¹	اليمن	0,97	93	96	94	الكويت

±: معطيات السنة السابقة (-) / أو السنة الموالية (+)

** تقديرات معهد الاحصاء لليونسكو

Source : UNESCO, Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde 2008

عرفت غالبية البلدان العربية قيمة مقبولة لمؤشر معدل خام التحاق المسجلين الجدد بالابتدائي، حيث سجلت عشرة بلدان عربية قيمة لهذا المؤشر فاقت المقدار 100، فيما اقتربت مؤشرات ثلاث دول عربية من المقدار المذكور (تونس: 98، الكويت: 94، الأردن: 90)، وعرف هذا المعدل أدنى قيمه على المستوى العربي، بجيبوتي (52) وبسلطنة عُمان (78)، فلسطين (79)، والسودان (80)، وبوطاة أقل في لبنان (88). أما بالنظر إلى مؤشر التكافؤ بين الجنسين المتعلق بهذا المعدل، فنلاحظ أن جل البلدان العربية اقتربت من أو فاقت الوحدة (100%)، لو استثنينا السودان (0,86)، وجيبوتي (0,85) واليمن (0,83). (انظر إلى الجدول رقم 38.2)

هذا ما يفسر قطع البلدان العربية أشواط هامة في مجال التربية والتعليم، بتوفير حق الأطفال في التعليم واجباريته، وتحقيق تكافؤ الفرص بين الجنسين في الالتحاق بالتعليم الابتدائي أو الأساسي.

الجدول رقم 39.2: المعدلات الصافية للمسجلين الجدد بالابتدائي على المستوى العربي سنتي 2006 و1999

المعدل الصافي للالتحاق بالابتدائي (المسجلين الجدد)				البلد	المعدل الصافي للالتحاق بالابتدائي (المسجلين الجدد)				البلد
سنة 2006			سنة 1999		سنة 2006			سنة 1999	
إناث	ذكور	Σ	Σ		إناث	ذكور	Σ	Σ	
59 ⁺¹	62 ⁺¹	61 ⁺¹	69 ^{**}	لبنان	85 ⁺¹	88 ⁺¹	87 ⁺¹	77	الجزائر
84 ⁺¹	87 ⁺¹	85 ⁺¹	51	المغرب	...	...	...	...	السعودية
38 ⁺¹	38 ⁺¹	38 ⁺¹	...	موريتانيا	100	99	99	89	البحرين
54 ⁺¹	53 ⁺¹	53 ⁺¹	70	عمان	33 ^{**}	41 ^{**}	37 ^{**}	21	جيبوتي
39 ⁺¹	32 ⁺¹	35 ⁺¹	...	قطر	92 ^{**,-2}	93 ^{**,-2}	93 ^{**,-2}	84 ^{**,+1}	مصر
58 ⁺¹	58 ⁺¹	58 ⁺¹	60	سوريا	41 ⁺¹	43 ⁺¹	42 ⁺¹	49	الامارات
...	...	...	...	السودان	79 ^{**,-1}	86 ^{**,-1}	83 ^{**,-1}	79 ^{**}	العراق
58 ^{**}	58 ^{**}	58 ^{**}	83 ^{**,+1}	فلسطين	...	...	...	...	ليبيا
89	88	88	...	تونس	62 ⁻²	63 ⁻²	62 ⁻²	67 ^{**}	الأردن
...	...	...	25	اليمن	55 ⁻¹	54 ⁻¹	55 ⁻¹	62	الكويت

** : تقديرات معهد الاحصاء لليونسكو. ± : معطيات سنة السابقة (-) / أو سنة الموالية (+)

Source : UNESCO, Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde, 2008

شهد المعدل الصافي للالتحاق بالتعليم الابتدائي، للمسجلين الجدد، ارتفاعاً ملموساً بين سنتي 1999 و2006 في بعض البلدان العربية، على غرار المغرب بـ: 34 درجة (من 51 إلى 85)، وبدرجة واحدة بكل من الجزائر (من 77 إلى 87) والبحرين (من 89 إلى 99) ومصر (من 84 إلى 93)، وبدرجة أقل بالعراق (من 79 إلى 83). هذا ما يفسر التحاق الأغلبية المطلقة من الأطفال الذين هم في العمر القانونية للتسجيل في السنة أولى من التعليم الابتدائي دون تأخير.

فيما تراجع هذا المؤشر بين سنتي 1999 و2006 في معظم بلدان المنطقة العربية، قد يرجع ذلك إلى التأخير في تسجيل الأطفال الذين تسمح لهم أعمارهم رسمياً بالدخول إلى الابتدائي، وتأجيل هذا التسجيل للسنة الموالية (ما بعد 6 سنوات).

للاشارة، فقد سجل هذا المعدل سنة 2006، أسوأ قيمه بجيبوتي (37)، وموريتانيا (38)، والامارات العربية (42). فيما تجاوز هذا المؤشر بباقي الدول العربية المقدار 50 بقيم متفاوتة. (أنظر إلى الجدول رقم: 39.2)

الجدول رقم 40.2: توزيع المتدرسين بالطور الابتدائي ونسب الاناث على المستوى العربي سنة 2006

البلد	عدد الاطفال المتدرسين في التعليم الابتدائي		البلد	عدد الاطفال المتدرسين في التعليم الابتدائي		البلد
	المجموع (بالآلاف)	% الاناث		المجموع (بالآلاف)	% الاناث	
الجزائر	4079 ⁺¹	47 ⁺¹	لبنان	451 ⁺¹	48 ⁺¹	البحرين
السعودية	...	...	المغرب	3939 ⁺¹	46 ⁺¹	جيبوتي
البحرين	90	49	موريتانيا	484 ⁺¹	50 ⁺¹	مصر
جيبوتي	54	44	عُمان	278 ⁺¹	49 ⁺¹	الامارات
مصر	9988 ⁺¹	48 ⁺¹	قطر	75 ⁺¹	49 ⁺¹	العراق
الامارات	284 ⁺¹	49 ⁺¹	سوريا	2310 ⁺¹	48 ⁺¹	ليبيا
العراق	4430 ^{**-1}	44 ^{**-1}	السودان	3959 ⁺¹	45 ⁺¹	الأردن
ليبيا	755	48	فلسطين	384 ⁺¹	49 ⁺¹	الكويت
الأردن	805	49	تونس	1134	48	
الكويت	203	49	اليمن	3220 ⁻¹	42 ⁻¹	

** : تقديرات معهد الاحصاء لليونسكو. ± : معطيات متعلقة بالسنة السابقة (-) / أو السنة الموالية (+)

Source : UNESCO, Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde 2008

يعبر الجدول (رقم 40.2) عن أعداد الاطفال المتدرسين في مختلف مستويات التمدريس بالطور الابتدائي على مستوى الوطن العربي، وقد اختلف عدد المتدرسين من بلد لآخر حسب حجم السكان بكل دولة، وحسب ما تمثله فئة الاطفال من مجموع تعداد السكان من بلد لآخر.

إلا أننا نستطيع مقارنة نسبة الاناث من مجموع المتدرسين بين بلدان العالم العربي، حيث وصلت هذه النسبة مستوى 50% في دولة موريتانيا، فيما اقتربت معظم البلدان العربية من هذا المستوى (48%-49%)، وسجل هذا المؤشر أدنى مستوياته باليمن (42%)، جيبوتي والعراق (44%)، ثم المغرب بدرجة أقل حدة (46%).

شهدت نسب الاطفال المتدرسين بالقطاع الخاص تبايناً، حيث سجلت النسبة أكبر قيمها بلبنان (68%) والامارات العربية (67%). وأخذت النسبة مستويات متوسطة بدول قطر واليمن والكويت ثم الاردن والبحرين، حيث تراوحت بين 49% و 25%. وعرفت نسب المتدرسين بالقطاع الخاص في بقية البلدان العربية مستويات متدنية، حيث لم يتخطى معظمها عتبة 10%.

الجدول رقم 41.2: المعدلات الخام للالتحاق بالابتدائي ومؤشرات تكافؤ الفرص بين الجنسين على المستوى

العربي سنة 2006

المعدل الخام للالتحاق بالابتدائي	المعدل الخام للالتحاق بالابتدائي			البلد	المعدل الخام للالتحاق بالابتدائي				البلد
					IPS	إناث	ذكور	Σ	
0,97 ⁺¹	94 ⁺¹	97 ⁺¹	95 ⁺¹	لبنان	0,94 ⁺¹	106 ⁺¹	113 ⁺¹	110 ⁺¹	الجزائر
0,90 ⁺¹	101 ⁺¹	113 ⁺¹	107 ⁺¹	المغرب	...	...	...	...	السعودية
1,06 ⁺¹	106 ⁺¹	100 ⁺¹	103 ⁺¹	موريتانيا	1,00	119	120	120	البحرين
1,01 ⁺¹	81 ⁺¹	80 ⁺¹	80 ⁺¹	عُمان	0,81	39	49	44	جيبوتي
0,99 ⁺¹	109 ⁺¹	110 ⁺¹	109 ⁺¹	قطر	0,95 ⁺¹	102 ⁺¹	107 ⁺¹	105 ⁺¹	مصر
0,96 ⁺¹	123 ⁺¹	129 ⁺¹	126 ⁺¹	سوريا	0,99 ⁺¹	106 ⁺¹	107 ⁺¹	107 ⁺¹	الامارات
0,86 ⁺¹	61 ⁺¹	71 ⁺¹	66 ⁺¹	السودان	0,83 ^{**, -1}	90 ^{**, -1}	109 ^{**, -1}	99 ^{**, -1}	العراق
1,00 ⁺¹	80 ⁺¹	80 ⁺¹	80 ⁺¹	فلسطين	0,95	108	113	110	ليبيا
0,97	107	110	108	تونس	1,02	98	96	97	الأردن
0,74 ⁻¹	74 ⁻¹	100 ⁻¹	87 ⁻¹	اليمن	0,99	96	97	96	الكويت

** : تقديرات معهد الاحصاء لليونسكو. ± : معطيات السنة السابقة (-) / أو السنة الموالية (+)

Source : UNESCO, Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde 2008.

يشير الجدول (رقم: 41.2) إلى تخطي عشرة دول عربية (نصف عدد البلدان العربية) عتبة 100 كقيمة لمؤشر المعدل الخام للالتحاق بالتعليم الابتدائي (التسجيل في مختلف السنوات الدراسية المعتمدة بالطور الابتدائي)، وبهذا قد حققت أحد أهداف وغايات الألفية الانمائية المتعلقة "بتحقيق وتعميم التعليم الابتدائي بحلول سنة 2015 " (الغاية 2 من غايات وأهداف الألفية).

فيما اقتربت أربعة بلدان عربية من المستوى 100 لهذا المؤشر (العراق: 99، الاردن: 97، الكويت: 96، لبنان: 95). وسجل هذا المعدل تراجعاً في كل من عمان وفلسطين (80)، ثم اليمن بوطأة أقل (87). للإشارة، فقد شهد هذا المؤشر أسوأ قيمة له بدولة جيبوتي، حيث سجل عند المستوى 44 طفل ممتدرس (مهما كانت أعمارهم) لكل 100 طفل لديهم العمر القانوني للتمدرس بالابتدائي.

كما بلغ مؤشر تكافؤ الفرص بين الجنسين مستويات هامة بغالبية البلدان العربية، حيث تجاوز عتبة الوحدة في خمس دول (موريتانيا: 1,06، الأردن: 1,02، عمان: 1,01، البحرين وفلسطين: 1,00). فيما اقترب المؤشر في معظم البلدان من الواحدة (تراوح المؤشر في عشرة بلدان بين 0,90 و 0,99). وسجل مؤشر تكافؤ الفرص بين الجنسين في التمدريس في الطور الابتدائي أسوأ قيمه، بأربعة بلدان عربية

(اليمن: 0,74، جيبوتي: 0,81، العراق: 0,83، والسودان: 0,86).

وصل المعدل الصافي للالتحاق بالابتدائي (TNA)، حسب معطيات الجدول (رقم: 42.2)، إلى مستويات قياسية فاقت المقدار 95% في بعض الدول على غرار البحرين، مصر وتونس، الجزائر، حيث سجلت 98%، 96%، 95% على الترتيب كقيم لهذا المؤشر. فيما قارب وبلغ أو تجاوز هذا المعدل مستوى 90% في البعض الآخر من البلدان (قطر: 94%، الامارات: 91%، الأردن: 90%، العراق والمغرب: 89%).

كما سجل هذا المعدل قيما ما بين 90% و 80%، في الكويت ولبنان وموريتانيا. فيما تدنى إلى حد أو ما دون 75% (اليمن: 75، فلسطين وعمان: 73).

للإشارة، فقد سجل هذا المؤشر أسوأ قيمة له بدولة جيبوتي، حيث وصل إلى المقدار 38%.

الجدول رقم 42.2: المعدلات الصافية للالتحاق بالابتدائي ومؤشرات تكافؤ الفرص بين الجنسين على

المستوى العربي سنة 2006

المعدل الصافي للالتحاق بالابتدائي	البلد	المعدل الصافي للالتحاق بالابتدائي				البلد	المعدل الصافي للالتحاق بالابتدائي			
		IPS	إناث	ذكور	Σ		IPS	إناث	ذكور	Σ
0,99 ⁺¹	الجزائر	0,98 ⁺¹	95 ⁺¹	96 ⁺¹	95 ⁺¹	لبنان	...	...	...	...
0,95 ⁺¹	السعودية	...	...	...	...	المغرب	1,00 ⁻¹	98 ⁻¹	98 ⁻¹	98 ⁻¹
1,06 ⁺¹	البحرين	0,82	34	42	38	موريتانيا	0,96 ^{**, +1}	94 ^{**, +1}	98 ^{**, +1}	96 ^{**, +1}
1,02 ⁺¹	جيبوتي	0,99 ⁺¹	90 ⁺¹	91 ⁺¹	91 ⁺¹	عمان	0,86 ^{**, -1}	82 ^{**, -1}	95 ^{**, -1}	89 ^{**, -1}
1,00 ⁺¹	مصر	...	...	...	...	قطر	1,00 ⁺¹	73 ⁺¹	73 ⁺¹	73 ⁺¹
....	الامارات	1,01	90	89	90	سوريا	0,76 ⁻¹	65 ⁻¹	85 ⁻¹	75 ⁻¹
...	العراق	0,99	83	84	83	السودان	...	...	...	...
1,00 ⁺¹	ليبيا	...	...	...	...	فلسطين	...	...	...	...
1,01	الأردن	...	...	...	...	تونس	...	...	...	...
0,76 ⁻¹	الكويت	...	...	...	...	اليمن	...	...	...	...

** : تقديرات معهد الاحصاء لليونسكو . ± : معطيات السنة السابقة (-) / أو السنة الموالية (+)

Source : UNESCO, Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde, 2008

وصل مؤشر تكافؤ الفرص بين الجنسين بالنسبة لهذا المعدل مستويات جيدة في معظم الاقطار العربية، حيث فاق مستوى الوحدة في أربعة بلدان عربية، وتكافأ المعدل الصافي للالتحاق بالابتدائي بين الذكور والاناث في ثلاثة دول، فيما اقتربت ستة دول عربية من تحقيق هذا التكافؤ. هذا لو استثنينا اليمن (0,75) وجيبوتي

(0,82) والعراق (0,86). (أنظر إلى الجدول رقم: 42.2)

يوضح الجدول (رقم: 43.2) توزيع المعدلات الخام والصافية للتمدرس (المستوى الابتدائي) لدى الجنسين في البلدان العربية، خلال الفترة الممتدة من سنة 2000 إلى غاية العام 2006، حيث قاربت وتجاوزت قيم المعدل الخام للتمدرس عند الذكور المستوى 100 في غالبية الدول العربية، لو استثنينا كل من جيبوتي (44) والسودان (65)، عمان والامارات وفلسطين (81، 85، 89 على التوالي).

فيما شهد هذا المؤشر لدى الاناث مستويات فاقت المقدار 100 في كل من الجزائر (107)، البحرين (104)، ليبيا ولبنان (105)، قطر (106)، وسوريا (121)، تونس (108). يدعم هذا المعدل مدى تحقيق هذه البلدان البند الثاني من غايات وأهداف الألفية الإنمائية للأمم المتحدة، الذي ينص على تحقيق حق التعليم للجميع.

الجدول رقم 43.2: المعدلات الخام والصافية للتمدرس في التعليم الابتدائي حسب الجنس في الأقطار العربية

بين سنتي 2000 و 2006

البلدان	المعدل الخام للتمدرس في التعليم الابتدائي (2006-2000)		البلدان	المعدل الصافي للتمدرس في التعليم الابتدائي (2006-2000)		المعدل الخام للتمدرس في التعليم الابتدائي (2006-2000)	المعدل الصافي للتمدرس في التعليم الابتدائي (2006-2000)
	ذكور	اناث		ذكور	اناث		
الجزائر	116	107	لبنان	98	95	108	105
السعودية	91	91	المغرب	77	79	111	99
البحرين	105	104	موريتانيا	97	97	93	94
جيبوتي	44	36	عمان	37	30	81	82
مصر	104	97	قطر	96	91	107	106
الامارات	85	82	سوريا	71	70	127	121
العراق	108	89	السودان	94	81	65	56
ليبيا	106	105	فلسطين	-	-	89	88
الأردن	96	96	تونس	88	90	111	108
الكويت	99	97	اليمن	87	86	102	75

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, décembre 2007

كما يبين الجدول السابق، مستويات المعدلات الصافية للتمدرس بالابتدائي على المستوى العربي خلال الفترة ما بين سنتي 2000 و 2006، حيث بلغ مستوى هذا المؤشر قيم اقتربت من الوحدة في سبعة دول على

غرار الجزائر (الذكور: 98، الإناث: 95)، وتونس (97 عند الجنسين)، البحرين (97 لكلا الجنسين)، سوريا (الذكور: 97، الإناث: 92)، وقطر (96 لدى الجنسين)، ومصر (الذكور: 96، الإناث: 91)، لبنان (الذكور: 93، الإناث: 92)، والعراق (الذكور: 94) والاردن (الإناث: 90)، ثم المغرب (89 عند الذكور والإناث). فيما سجلت باقي الدول قيم لهذا المؤشر تحت سقف 88 وفوق 70، هذا لو استثنينا جيبوتي التي عرفت أسوأ قيم هذا المعدل عند المستوى (الذكور: 37، الإناث: 30)، والسودان (الذكور: 47، الإناث: 39)، وبدرجة أقل عند الإناث في اليمن (63).

الجدول رقم 44.2: توزيع عدد المعلمين ونسبة المعلمات ومعدل تغطية المعلمين للتلاميذ على المستوى

العربي سنة 2006

البلد	عدد المعلمين		البلد	عدد المعلمين		البلد
	متوسط عدد التلاميذ/معلم	% إن		متوسط عدد التلاميذ/معلم	% إن	
الجزائر	170 ⁺¹	53 ⁺¹	لبنان	24 ⁺¹	85 ⁺¹	14 ⁺¹
السعودية	...	...	المغرب	...	47 ⁺¹	27 ⁺¹
البحرين	...	...	موريتانيا	...	35 ⁺¹	43 ⁺¹
جيبوتي	1,6	27	عمان	34	65 ^{**}	14 ^{**}
مصر	369 ^{**,+1}	56 ^{**,+1}	قطر	27 ^{**,+1}	81 ⁺¹	15 ⁺¹
الامارات	17 ⁺¹	85 ⁺¹	سوريا	17 ⁺¹	...	...
العراق	216 ^{**,-1}	72 ^{**,-1}	السودان	21 ^{**,-1}	64 ⁺¹	37 ⁺¹
ليبيا	...	...	فلسطين	...	67 ⁺¹	30 ⁺¹
الأردن	...	...	تونس	...	52	19
الكويت	20	87	اليمن	10	...	...

** : تقديرات معهد الاحصاء لليونسكو ± : معطيات السنة السابقة (-) / أو السنة الموالية (+)

Source : UNESCO, Institut de statistique de l'UNESCO, Recueil de données mondiales sur l'éducation, Statistiques comparées sur l'éducation dans le monde 2008.

شهدت معدلات تغطية المعلمين للتلاميذ بالمستوى الابتدائي، على المستوى العربي، حسب الجدول (رقم: 46.2)، مستويات مقبولة جداً، حيث لم يتجاوز معظمها عتبة 30 تلميذ للمعلم الواحد، حيث سجل أحسن مؤشر بدولة لبنان وسلطنة عمان عند المستوى 14 تلميذ لكل معلم، ثم بدول كل من قطر والامارات العربية وتونس (15، 17، 19 على التوالي). كما عرف هذا المؤشر التربوي قيمة حرجة بفلسطين (30 تلميذ مقابل معلم واحد)، وبدولة جيبوتي (34 تلميذ/معلم). أما أسوأ القيم التي أخذها هذا المعدل فكان بدولتي موريتانيا والسودان عند المستويين 43 تلميذ لكل معلم، و37 تلميذ مقابل كل معلم على الترتيب.

أُحصيت أعلى القيم لنسب المعلمات من مجموع المعلمين، بلبنان والامارات العربية وقطر، حيث تخطت عتبة 80%. فيما فاق عدد المعلمات نصف العدد الإجمالي للمعلمين في باقي البلدان العربية. هذا لو استثنينا دول كل من جيبوتي (27%) وموريتانيا (35%) والمغرب (47%)، حيث لم تتجاوز النسبة عتبة الخمسين في المائة. (أنظر الجدول رقم: 44.2)

الجدول رقم 45.2: توزيع نسب التلاميذ الذين سجلوا في السنة الأولى وبلغوا السنة الخامسة ابتدائي بين

سنتي 2000 و 2006 في البلدان العربية

البلدان	نسب الاطفال الذين بلغوا السنة الخامسة من التعليم الابتدائي (2006-2000)		البلدان	نسب الاطفال الذين بلغوا السنة الخامسة من التعليم الابتدائي (2006-2000)	
	معطيات ادارية	معطيات المسح		معطيات ادارية	معطيات المسح
الجزائر	96	95	لبنان	93	96
السعودية	96	-	المغرب	79	y86
البحرين	99	99	موريتانيا	57	y69
جيبوتي	x77	96	عُمان	100	-
مصر	95	99	قطر	-	-
الامارات	97	-	سوريا	92	99
العراق	81	95	السودان	79	71
ليبيا	-	-	فلسطين	y98	99
الأردن	90	99	تونس	97	y92
الكويت	y99	-	اليمن	73	Y,x88

(x) : معطيات لفترة أخرى، أو معطيات لجزء من البلد، ولا تدخل هذه البيانات في حساب المتوسطات الاقليمية والعالمية

(y): معطيات لفترة أخرى، أو معطيات لجزء من البلد، وتدخل هذه البيانات في حساب المتوسطات الاقليمية والعالمية

Source : Unicef, La situation des enfants dans le monde 2008 : La survie de l'enfant, impression Hatteras Press inc, New York Etats Unis, decembre 2007

حقق مؤشر نسبة بلوغ الأطفال المسجلين بالسنة الأولى ابتدائي السنة الخامسة (آخر سنة دراسية في التعليم الابتدائي، وتختلف حسب النظام التعليمي المعتمد بست سنوات أو خمس سنوات) خلال الفترة ما بين سنتي 2000 و 2006، حسب المسوح، مستويات قياسية بمختلف الأقطار العربية، حيث اقتربت النسبة من حدود 100% في معظم الدول العربية، هذا إذا استثنينا موريتانيا (69%)، السودان (71%)، المغرب (86%)، واليمن (88%). (حيث تعبر هذه النسب عن الأطفال الذين وصلوا إلى السنة الدراسية الأخيرة من بين مجموع الذين سجلوا بالسنة الأولى ابتدائي في الفترة ما بين عامي 2000 و 2006). هذا ما يفسر التأخر الدراسي للمتمدرسين وارتفاع معدلات التسرب المدرسي بهذه البلدان. (أنظر إلى الجدول رقم: 45.2)

خلاصة:

يظهر الاهتمام العالمي والدولي بالأطفال من خلال توفير الرعاية الصحية الكافية لهم وتمكينهم من التعليم العام، مع تحقيق مبدأ التكافؤ بين الجنسين في الاستفادة من هذه الخدمات، ما جعل جل بلدان العالم تصب اهتمامها في تحسين مختلف مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، رغم حجم تمثيلها من مجموع السكان، حيث تزيد نسبة هذا التمثيل على المستوى العالمي وفي أغلب مناطق العالم عن الربع. وتقيس مؤشرات الواقع الصحي والتربوي مستوى الحماية الذي يحظى به الأطفال.

تقلص معدل وفيات الرضع في العالم من 65 بالألف سنة 1990 إلى 54 من الألف عام 2004. في حين شهدت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا، في نفس الفترة، تقلص هذا المؤشر من 59% إلى 44%. كما نقص معدل وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات من نفس الفترة من 95% إلى 79% على المستوى العالمي، ومن 81% إلى 56% في المنطقة التي تنتمي إليها الجزائر. كما بلغ مستوى انتشار الرضاعة الطبيعية (>6 أشهر) خلال الفترة 1996-2004 النسبة 36% على المستوى العالمي، و 29 من المائة على مستوى المنطقة العربية، ووصل انتشار سوء التغذية (نقص الوزن الحاد) خلال الفترة 1998-2004 النسبة 10 بالمائة على المستوى العالمي، و 3 في المائة على المستوى المنطقة.

وعرفت منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا مستويات مقبولة مقارنة بالمستوى العالمي في مجال تطعيم الأطفال سنة 2004، حيث بلغت النسب المئوية لتغطية التلقيحات BCG، DTC3، Polio3، HepB3، Rougeole القيم 88، 88، 89، 89، 77 على الترتيب مقابل 84، 78، 80، 76، 49 على المستوى العالمي. أما معالجة الاسهال (>5 سنوات) بالإمهاة الفموية فعرفت النسبة خلال الفترة 2000-2007 القيمة 33 بالمائة على المستوى العالمي، في حين سجلت منطقة الجزائر 39%. وشهد مؤشر معالجة الالتهاب الرئوي (>5 سنوات) بين 1998 و 2004 في العالم المستوى 57% (الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: 68%).

وسجل المعدل الخام للتمدرس قبل المدرسي سنة 2006 حوالي 41% على مستوى العالم، و 18% بالمنطقة العربية، مع مؤشر تكافؤ وصل 0,98 على مستوى العالم و 0,89 بمجموع البلدان العربية. في حين وصل المعدل الخام للالتحاق بالتمدرس الابتدائي المستوى 105 عالميا و 97 عربيا، قابله مؤشر تكافؤ 0,95 في العالم و 0,90 على المستوى العربي.

الفصل الثالث:

تطور الوضع الديموغرافي
والاجتماعي للأطفال في الجزائر

تمهيد:

عرفت الجزائر منذ استقلالها عام 1962 تغيرات هامة في عديد المجالات، بما فيها التغير على المستوى الديموغرافي الذي عرف تطورا بوتيرة متسارعة مقارنة بالمستوى العالمي، وتعد معدلات المواليد من أهم المؤشرات الديموغرافية تأثراً في هذا التطور، حيث عرفت ارتفاعاً مستمراً بعد الاستقلال مباشرة حيث دام هذا الارتفاع لأكثر من ثلاثة عقود، نتج عنه ارتفاع ملحوظ في عدد الأطفال، ما ألزم الدولة والحكومات المتعاقبة مضاعفة الجهود والتدابير بغية تلبية الحاجيات الأساسية لهذه الشريحة الهامة من السكان، قصد الاستثمار في هذه الفئة على المديين المتوسط والبعيد من أجل انتاج مجتمع سليم ومتوازن، حيث تمثلت أهم هذه الحاجيات أساساً في ضمان حق الأطفال في الصحة والتربية والتعليم، مع مسايرة التوصيات والبرامج والأهداف والغايات الأممية الانمائية في مجال الطفولة، من خلال تعميم الصحة والتعليم الابتدائي (البند الثاني من غايات وأهداف الألفية الانمائية)، وذلك ببذل المزيد من الجهود لتحقيق التغطية شبه الشاملة أو التامة في مجالي الصحة والتعليم، مع تحسين ورفع مستويات مؤشراتهما. ويتمحور حق الأطفال في الصحة حول تقديم الرعاية الصحية الأولية، المتمثلة أساساً في تنفيذ البرامج الوطنية للتطعيمات الموسعة والمنتظمة (PVE) ومكافحة أمراض الإسهال ومكافحة أمراض الجهاز التنفسي الحادة، وتوفير التغذية الصحية للأطفال بتشجيع ورفع مستويات الرضاعة الطبيعية وملاءمة التغذية التكميلية، وتحسين مياه الشرب والصرف الصحي، باتباع وتطوير معايير وإجراءات ضمان الجودة الذي أقرته منظمة الصحة العالمية في هذه المجالات.

1. تطور أهم المؤشرات الديموغرافية في الجزائر:

نسلط الضوء في هذا المحور على تطور أهم المؤشرات الديموغرافية في الجزائر، خلال محطات زمنية محددة بالتعدادات الخمسة التي شهدتها الجزائر المستقلة سنوات 1966، 1977، 1987، 1998 و 2008. حيث نتعرض إلى تطور الهرم العمري لسكان الجزائر، وإلى تطور نسب فئة الأطفال من مجموع السكان. إلى جانب تتبع بعض المؤشرات الديموغرافية المتعلقة بالموضوع، كمعدلات الولادات الخامة ومعدلات الخصوبة ومعدلات وفيات الأطفال الرضع والأطفال دون سن الخامسة والمعدلات الخامة للوفيات.

على ضوء هذا نستعرض في هذا الجزء، أهم التغيرات التي مست الجوانب المتعلقة بهذه المؤشرات في الجزائر مع محاولة الكشف عن أهم العوامل الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية المرتبطة بها. وذلك اعتمادا على معطيات نتائج المسوح السكانية الوطنية المتعلقة بالأسرة والأطفال والنساء التي أنجزت سنوات 1989 (MMI): المسح الوطني حول مرضية ووفيات الأطفال، 1992 (PAPCHILD أو EASME): المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، 1995 (MDG أو MICS1): المسح الوطني حول أهداف نصف العشرية، 2000 (EDG أو MICS2): المسح الوطني حول أهداف نهاية العشرية لصحة الأم والطفل، 2002 (PAPFAM): المسح الجزائري حول صحة الأسرة، 2006 (MICS3): المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات حول متابعة وضعية الاطفال والنساء. الاضافة لمعطيات الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) الجزائر، حول مختلف المؤشرات الديموغرافية خلال فترات محددة.

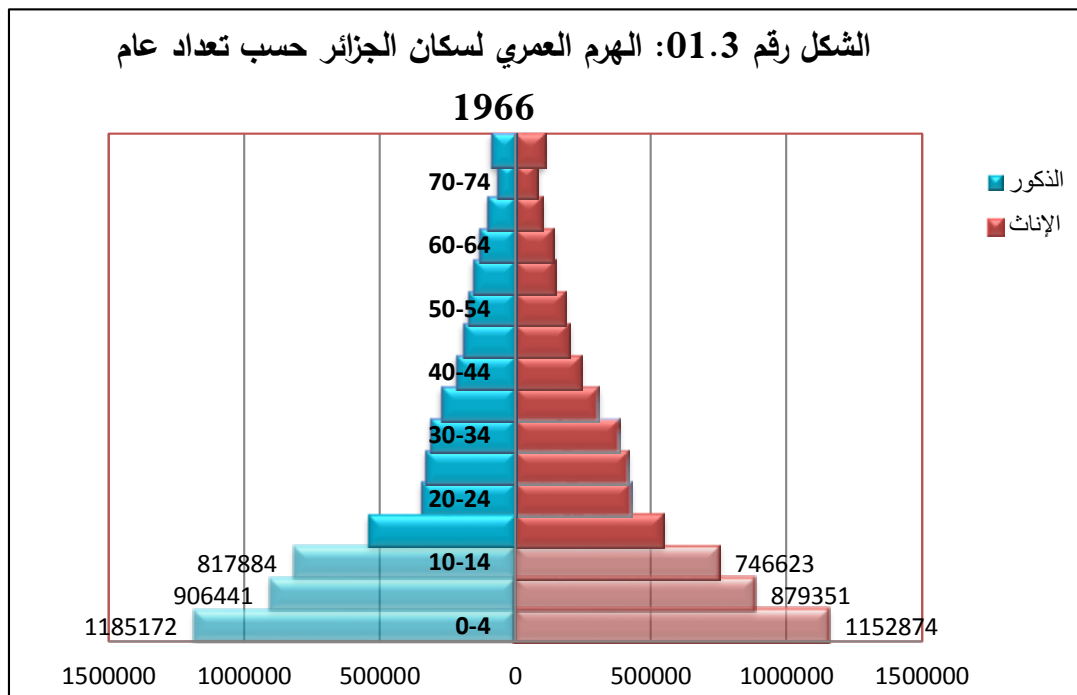
1.1. تطور الهرم السكاني ونسب تمثيل الأطفال في الجزائر حسب التعدادات:

يحتل الهرم السكاني أو هرم النوع أهمية كبيرة لدى الديموغرافيين لأنه يعطي فكرة عن الماضي الذي يمتد إلى مائة عام وصورة للحاضر، وهو عبارة عن شكل بياني يوضح الحجم العددي المطلق للسكان في الفئات العمرية أو نسبهم حسب العمر والنوع. (بن محمد الخريف، 2011، ص. 15)

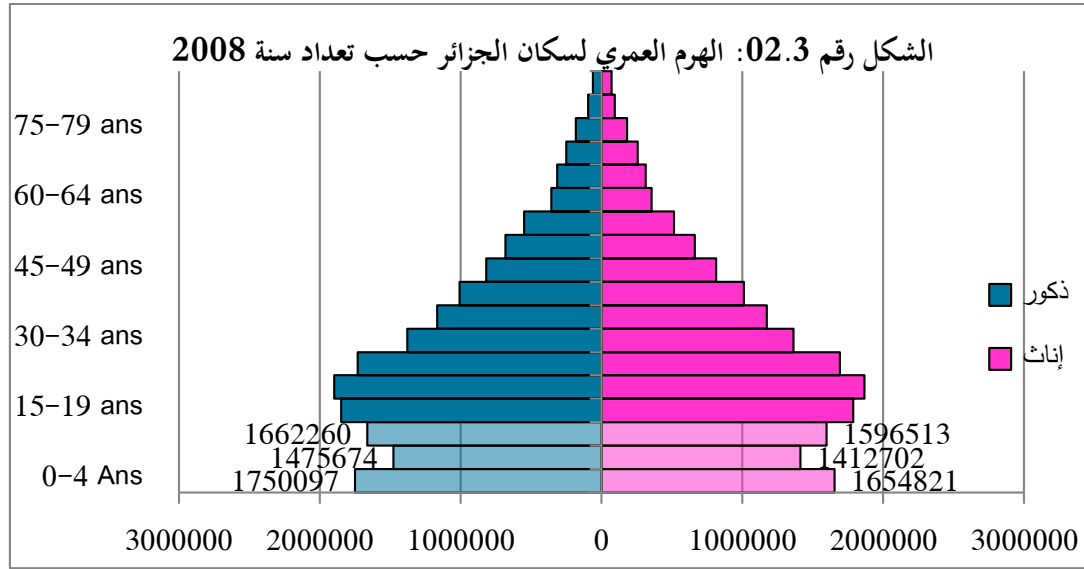
ويعد الهرم السكاني أحد الوسائل لفهم التركيبة السكانية لأي بلد، لا سيما ما يتعلق بالتقسيم حسب السن، ويتكون هذا الهرم من محورين، الاول أفقي يقيس النسب المئوية (أو عدد السكان) لكل فئة من فئات العمر بالنسبة لإجمالي عدد السكان، مقسمة إلى ذكور وإناث، في حين يقيس المحور العمودي فئات العمر ذاتها مقسمة إلى فئات خماسية عادة. (فهيم هيكل، 1980، ص. 20)

ويسمى بالهرم لأن الصورة الكلاسيكية للمجتمع الذي ترتفع فيه معدلات الخصوبة ومعدلات الوفيات التي سادت العالم (خاصة الدول النامية) حتى وقت قريب عبارة عن هرم قاعدته عريضة بسبب ارتفاع معدلات المواليد، ثم تأخذ شكل الهرم بسبب ارتفاع معدلات الوفيات، على أن الشكل العام للهرم السكاني يعتمد على طبيعة المجتمع من حيث مستويات الخصوبة والوفيات والهجرة وغيرها من العوامل. (ذنون يونس، 2011، ص. 54)

يوظف الدارسون في علم السكان هرم الأعمار، الذي يعبر كل مستطيل فيه عن فئة عمرية عاكسا حجمها أو نسبتها بالنسبة لإجمالي عدد السكان، والهرم السكاني عبارة عن عرض بياني للسكان حسب العمر والنوع، ويسمى بالهرم لأنه في صورته الكلاسيكية والعلمية الأساسية يأخذ شكل الهرم، حيث يتكون من قاعدة عريضة تمثل معدل المواليد وتمثل قمته معدل كبار السن وفي المنتصف القوى العاملة، ويعتمد الشكل العام للهرم السكاني على طبيعة المجتمع من حيث مستويات المواليد والوفيات ونسبة الإعاقة، وتعد دراسة خصائص تركيب السكان جد هامة، لأنها ترتبط ارتباطا وثيقا بمتغيرات الحركة السكانية، فهي تكشف طبيعة المجتمعات السكانية من حيث اختلافاتها النوعية والعمرية، كما تظهر الملامح الديموغرافية للمجتمع ذكورا وإناثا أو ما يعرف بنسبة النوع، كما يحدد هذا الهرم الفئة النشطة في المجتمع التي يقع على عاتقها عبء الإعاقة، ويوضح حجم ونسبة الفئة المعالة. للإشارة، يعتبر التركيب العمري والنوعي نتاجاً للعوامل المؤثرة في النمو السكاني من مواليد، ووفيات، بالإضافة إلى الهجرة، حيث لا نتصور استقلالا كلياً لأحدها عن العاملين الآخرين.



المصدر: من انجاز الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم: 02 في الملحق رقم 2



المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول رقم 06 الملحق رقم 2

توظف الأهرام السكانية لأنها تقيس النسب لتسهيل مقارنتها ببعضها البعض، بالإضافة إلى الأهرام في شكلها العادي المعبر عن الأعداد السكانية أو الحجم.

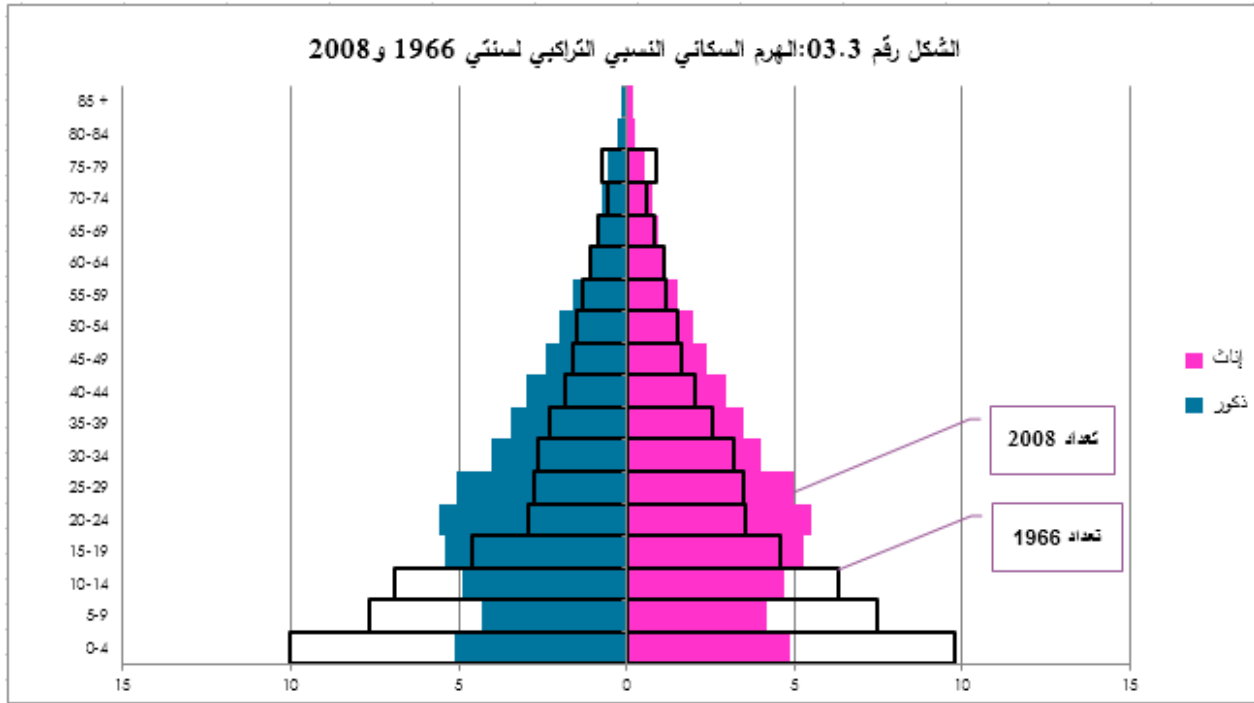
بلغ اجمالي عدد السكان في الجزائر في أول تعداد بعد الاستقلال، سنة 1966، الحجم 11.821.679 نسمة (الذكور: 5.817.145 نسمة، الإناث: 6.004.534 نسمة)، في حين بلغ عدد الأطفال الذين أعمارهم أقل من خمس سنوات 2.338.046 طفل (1.185.172 ولد، 1.152.874 بنت)، ما يوافق 19,81% من اجمالي تعداد السكان، فيما وصل عدد الأطفال الذين لم يتجاوزوا عتبة 15 سنة المستوى 5.688.345 طفل (2.909.497 ذكر، و 2.778.848 أنثى)، حيث يوافق هذا العدد 48,20% من مجموع سكان الجزائر سنة 1966، حيث لامس عدد الأطفال، دون سن الخامسة عشر، نصف عدد السكان، وهذا ما أعطى الهرم السكاني شكله الكلاسيكي الذي يتميز بقاعدته العريضة ويسير نحو قمته هرميا، وهذا يفسر فتوة سكان الجزائر عادة الاستقلال. أنظر إلى الشكل (رقم 1.3)، والجدول (رقم 02، الملحق رقم 2).

تطلب من الدولة توفير حاجيات هذه الفئة من السكان في مجالي الصحة والتعليم أساسا، من أجل الاستثمار فيها على المدى المتوسط والبعيد لإنتاج مجتمع سوي، منتج، ومتوازن، يندمج فيه أفراد.

من جهة أخرى، وصل عدد اجمالي السكان حسب نتائج الإحصاء العام للسكان والسكن لسنة 2008 المقدار 34.080.030 نسمة (17.232.747 ذكور، و 16.847.283 إناث)، حيث ارتفع إجمالي عدد السكان خلال فترة خمس عقود إلى ثلاثة أضعاف تقريبا، وبالنظر لشكل الهرم السكاني لسنة 2008 نجد أنه

يأخذ شكل مخروطي (يختلف عن شكل الهرم السكاني لعام 1966) هذا ما يعبر بوضوح عن المراحل المتقدمة التي خطتها الجزائر في مجال الانتقال الديموغرافي، حيث تقلصت قاعدة الهرم (0 - 5 سنوات) وحتى الفئتين العمريتين المواليتين لها (5 - 9 سنوات، 10 - 14 سنة)، مع تضخم فئة الشباب بشكل واضح. للإشارة، فإن هذا الشكل من الأهرام السكانية يمنح ما يعرف بالهبة الديموغرافية للمجتمع.

وسجلنا انتقال عدد الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 0 و 15 سنة من 5.688.345 طفل عام 1966 إلى 9.552.067 طفل سنة 2008، حيث ارتفع العدد إلى الضعف تقريبا خلال خمس عقود (لم يتضاعف بنفس الوتيرة التي شهدتها اجمالي عدد السكان)، لسبب تراجع نسبة تمثيل الأطفال من اجمالي عدد السكان في سنة 2008 (28,06%). هذا ما يظهر بوضوح أكثر في الشكل رقم 03.3، الذي يمثل مطابقة الهرمين السكانيين النسبيين لعامي 1966 و 2008.



المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على معطيات الجدولين رقمي 02 و 06، الملحق رقم 2

للاشارة فقد حافظ الهرم العمري لسكان الجزائر، حسب التعدادات المنجزة منذ الاستقلال، على شكله الكلاسيكي في تعدادات سنوات 1966، 1977، 1987، إلا أنه تغير وعرف شكلاً مخروطياً ابتداءً من تعداد 1998، ويظهر ذلك جليا في تقلص قاعدته الممثلة لفئة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين الولادة وعشرة سنوات. (أنظر إلى الأشكال من الرقم 01 إلى الرقم 08 في الملحق رقم 3)

نلاحظ من الجدول (رقم 01.3) استمرار زيادة اجمالي عدد السكان بين أول تعداد سكاني سنة 1966 وآخر تعداد سنة 2008، حيث ارتفع هذا العدد من 12 مليون نسمة تقريبا في العام 1966 إلى أكثر من 34 مليون نسمة سنة 2008.

الجدول رقم 01.3: تطور أعداد ونسب الأطفال خلال تعدادات 1966، 1977، 1987، 1998 و 2008

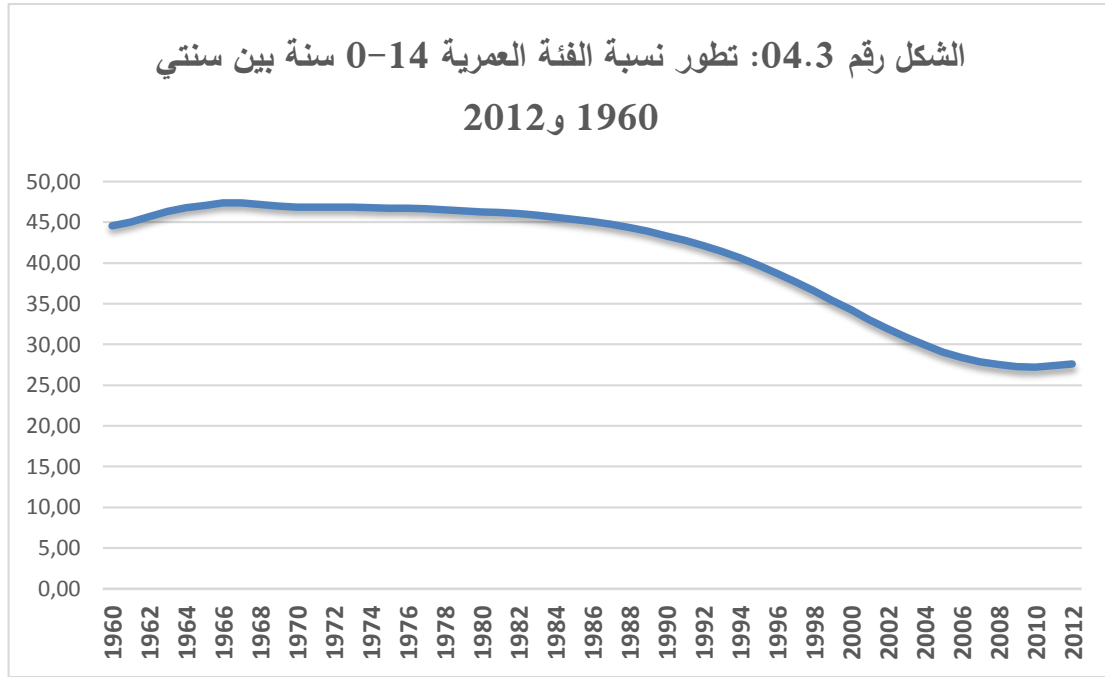
سنة التعداد	1966	1977	1987	1998	2008
اجمالي عدد السكان	11821679	15645491	22600957	29100868	34080030
عدد الأطفال > 15 سنة	5688345	7492080	9946100	10522657	9552067
% الأطفال > 15 سنة	48,19	47,90	44,01	36,19	28,06
عدد الأطفال > 05 سنوات	2338046	2930774	3741592	3179775	34049118
% الأطفال > 05 سنوات	19,81	18,74	16,56	10,94	10,00
عدد الأطفال (05-14 سنة)	3350299	4561306	6204508	7342882	6147149
% الأطفال (05-14 سنة)	28,39	29,16	27,46	25,25	18,06

المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على بيانات الجداول أرقام 02، 03، 04، 06، 05، الملحق رقم 2

كما نلاحظ ارتفاع عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 15 سنة، بصفة مستمرة ابتداءً من أول تعداد (5688345 طفل) إلى غاية التعداد ما قبل الأخير سنة 1998 (10522657 طفل)، حيث انخفض العدد بعد ذلك في التعداد الأخير ليصل إلى 9552067 طفل (عام 2008). هذا ما يفسر بلوغ الجزائر المرحلة الأخيرة من الانتقال الديموغرافي خلال الفترة الممتدة ما قبل سنتي 1998 و 2008.

فيما عرفت نسبة هذه الفئة من اجمالي عدد السكان، نوع من الاستقرار في التعدادين الأولين (أول تعداد: 48,19%، ثاني تعداد: 47,90%)، ثم عرفت انخفاضا مستمرا وحادا بعد التعداد الثاني، حيث وصلت قيمة هذه النسبة المستوى 44,01% في تعداد 1987، مواصلة تراجعها مسجلة القيم 36,19 و 28,06 من المائة في التعدادين الأخيرين سنتي 1998 و 2008 على الترتيب. (أنظر إلى الشكل رقم 05.3)

عموما، قد عرفت نسبة هذه الفئة (0-14 سنة) استقرارا نسبيا، منذ عشية استقلال الجزائر إلى غاية أواخر الثمانينيات وبداية التسعينيات، عند مستويات فاقت 40%، بعدها شهدت نزولا حاداً طيلة الفترة الممتدة من عشية التسعينيات إلى غاية 2008، لتستقر بعد ذلك عند مستويات أقل من 30%. (أنظر الشكل رقم 04.3)

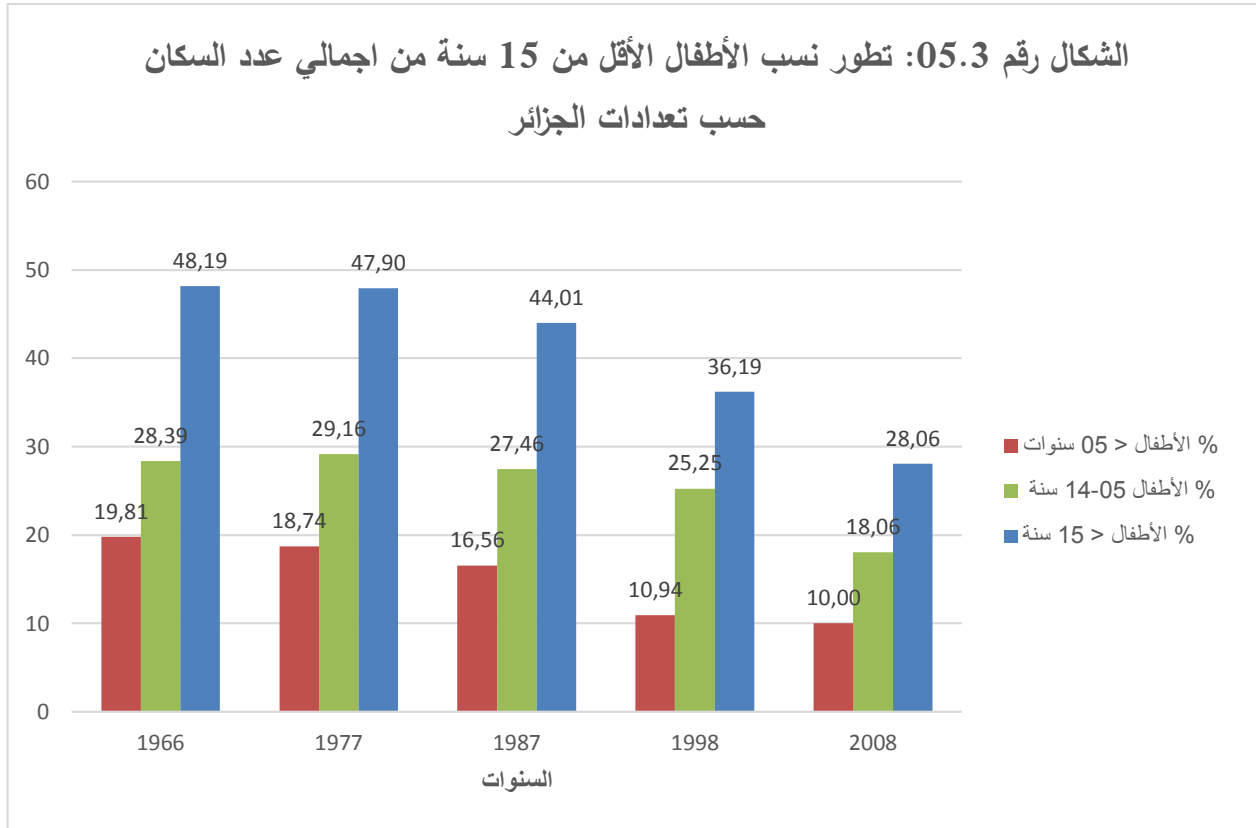


المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على بيانات الجدول رقم 07 الملحق رقم 2

ويشير الجدول رقم 01.3 إلى الارتفاع المستمر لعدد الأطفال الذين دون سن الخامسة بوتيرة متسارعة في الثلاث تعدادات الأولى، حيث انتقل العدد من 2338046 طفل سنة 1966 إلى أكثر من 3,74 مليون طفل في عام 1987، إلا أنه عرف تراجعاً ملحوظاً بعد ذلك، حيث نزل هذا العدد إلى مستوى 3,18 مليون طفل في تعداد سنة 1998، غير أنه عاود الارتفاع تدريجياً مسجلاً أكثر من 3,4 مليون طفل في تعداد عام 2008.

في حين شهدت نسبة هذه الفئة (> 05 سنوات) من إجمالي عدد السكان، انخفاضاً متواصلاً طيلة المدة الممتدة بين تعدادي سنتي 1966 و 2008، حيث نزلت النسبة من 19,81% في أول تعداد إلى المستوى 10% في خامس تعداد لسكان الجزائر. (أنظر الشكل رقم 05.3)

شهد عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 05 سنوات و 14 سنة ماضية، ارتفاعاً مستمراً طيلة الفترة الممتدة من تعداد سنة 1966 إلى غاية تعداد سنة 1998، حيث بلغ العدد في بداية هذه الفترة أكثر من 3,35 مليون طفل ليصل إلى أكثر من 7,34 مليون طفل سنة 1998. إلا أنه سجل انخفاضاً محسوساً في تعداد 2008، حيث نزل إلى أقل من 6,11 مليون طفل. للإشارة، فإن الأطفال الذين يمثلون هذه الفئة العمرية، هم الأطفال المؤهلين للتدريس قبل الابتدائي والابتدائي وحتى بداية الطور المتوسط. لهذا فتحديدها بشكل دقيق يضمن تقدير حاجياتها التربوية المدرسية. (أنظر إلى الشكل رقم 05.3)



المصدر: من اعداد الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 01.3

في حين شهدت نسبة هذه الفئة من إجمالي السكان ارتفاعاً في الفترة ما بين تعدادي سنتي 1966 و1977، حيث انتقلت النسبة من 28,39 مئوية إلى 29,16 مئوية. ثم نحت بعد ذلك في الانخفاض مسجلة 27,46% في تعداد 1987، وواصلت هذه النسبة انخفاضها خلال التعدادين الرابع والخامس عند المستويين 25,25% و18,05% على التوالي. (أنظر إلى الشكل رقم 05.3)

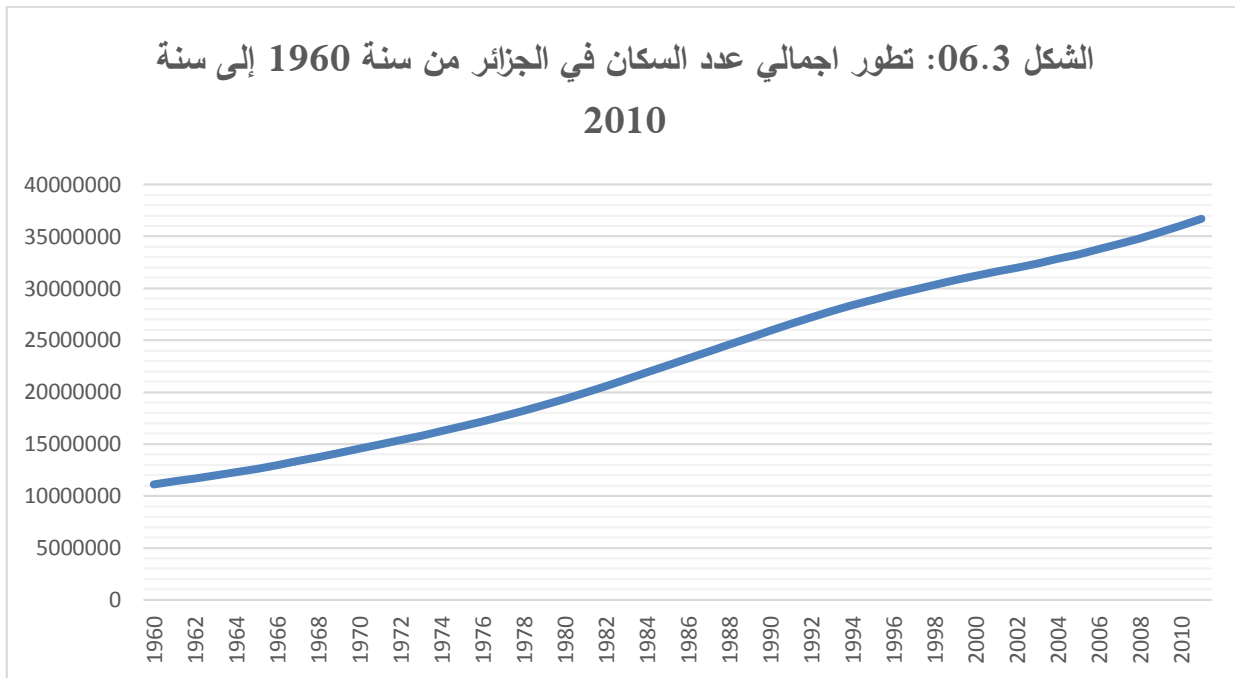
2.1. تطور معدلات الولادات والخصوبة والوفيات في ظل الحركة السكانية في الجزائر:

تعرف المنظمة العالمية للصحة، (GENDEREAU, 1993, p. 64)، الولادة الحية بالاستخراج التام والكامل للمولود من جسم أمه بعد عملية الانفصال عن طريق قطع الحبل السري، ويعطي هذا المولود إشارات توحى بالحياة كنبضات القلب أو التحرك الإرادي لإحدى العضلات، تدل هذه الإشارات على ولادة طفل حي.

تعتبر الولادات الحية أحد أهم محددات الحركة السكانية إلى جانب الوفيات والهجرة، كما تمثل خزان إعادة إنتاج السكان، ولقياس حجم الولادات بالنظر لفئات السكان، ومدى تأثيرها في الحركة السكانية بصفة عامة. يعتمد الديموغرافيون على معدلات لها علاقة بعدد المواليد الأحياء خلال السنة، أهمها المعدل الخام

للولادات ومعدلات الخصوبة المختلفة، حيث يمثل المعدل الأول نسبة عدد الولادات الحية خلال سنة معينة إلى متوسط عدد السكان في السنة نفسها، فيما يمثل معدل الخصوبة الاجمالي نسبة الولادات الحية في سنة محددة إلى متوسط عدد الاناث في عمر الانجاب (15-49 سنة)، في حين يقيس معدل الخصوبة الإجمالي عدد الأطفال لكل امرأة خلال حياتها الإنجابية. (بريسا، 1993، ص ص. 113-143)

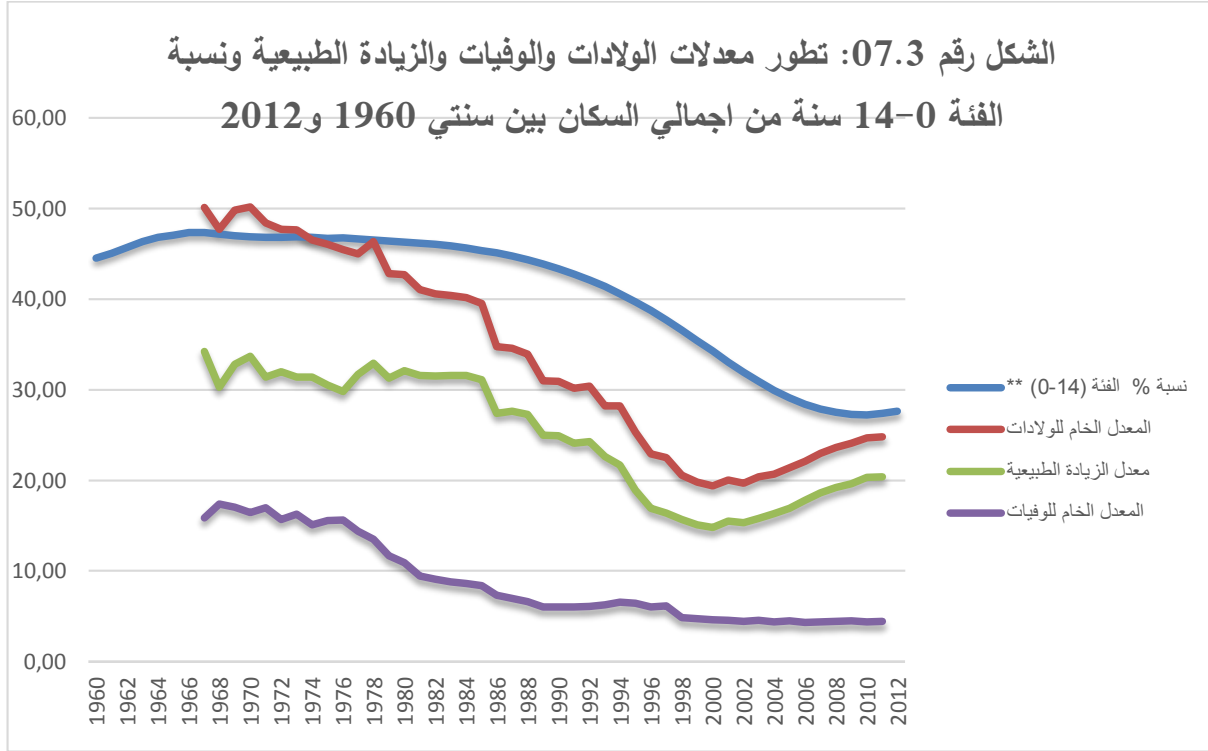
ويعبر معدل النمو الطبيعي عن ارتفاع عدد السكان الناجم من ميزان الولادات والوفيات (الولادات - الوفيات) دون ادخال عامل الهجرة، حيث يمثل نسبة النمو الطبيعي للسكان في سنة محددة إلى متوسط عدد السكان في هذه السنة. (بريسا، 1993، ص. 189)



المصدر: من اعداد الطالب بناءً على بيانات الجدول رقم 07 الملحق رقم 2

يشير الشكل (رقم 06.3) إلى انتقال اجمالي عدد السكان في الجزائر من حوالي 11 مليون نسمة سنة 1960 إلى أكثر من 36 مليون نسمة عام 2010، حيث ارتفع حجم السكان بانتظام نسبيا طيلة هذه الفترة. ورغم الارتفاع الذي عرفته الجزائر في اجمالي عدد السكان طيلة هذه الفترة، إلا أنها سجلت انخفاضا مستمرا نسبيا للمعدلات الخامة للمواليد طيلة الفترة الممتدة من سنة 1967 (50% بالتقريب) إلى غاية سنة 1985 (في حدود 40%)، ليشهد المعدل نزولا حاداً في العام 1986 (34,73%) ويستقر حول هذه القيمة حتى منتصف التسعينيات، ليعرف هذا المؤشر تدنيا آخر وصل إلى 22,91% سنة 1996، ويستقر بجوار هذه القيمة حتى نهاية الفترة، مع تسجيل بعض الارتفاع الطفيف خلال الأربع سنوات الأخيرة للفترة.

فيما نحي معدل الزيادة الطبيعية نفس مسار المعدل السابق لارتباطه أساساً بالمواليد، لكن بمستويات مختلفة، حيث ظل هذا المعدل مستقراً طوال الفترة الممتدة من سنة 1967 إلى غاية سنة 1985 عند المستويات ما بين 31 و 33 بالآلف، ثم نزل بعد ذلك ليقارب المقدار 27% خلال ثلاثة سنوات متتالية، ثم واصل هبوطه بانتظام بداية من سنة 1989 إلى غاية سنة 2002 (15,30%)، ليعاود الارتفاع المستمر بعد ذلك حتى نهاية الفترة، مسجلاً المقدار 20,4 بالآلف سنة 2011. (أنظر إلى الشكل رقم 07.3)



المصدر: من اعداد الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 07، الملحق رقم 2

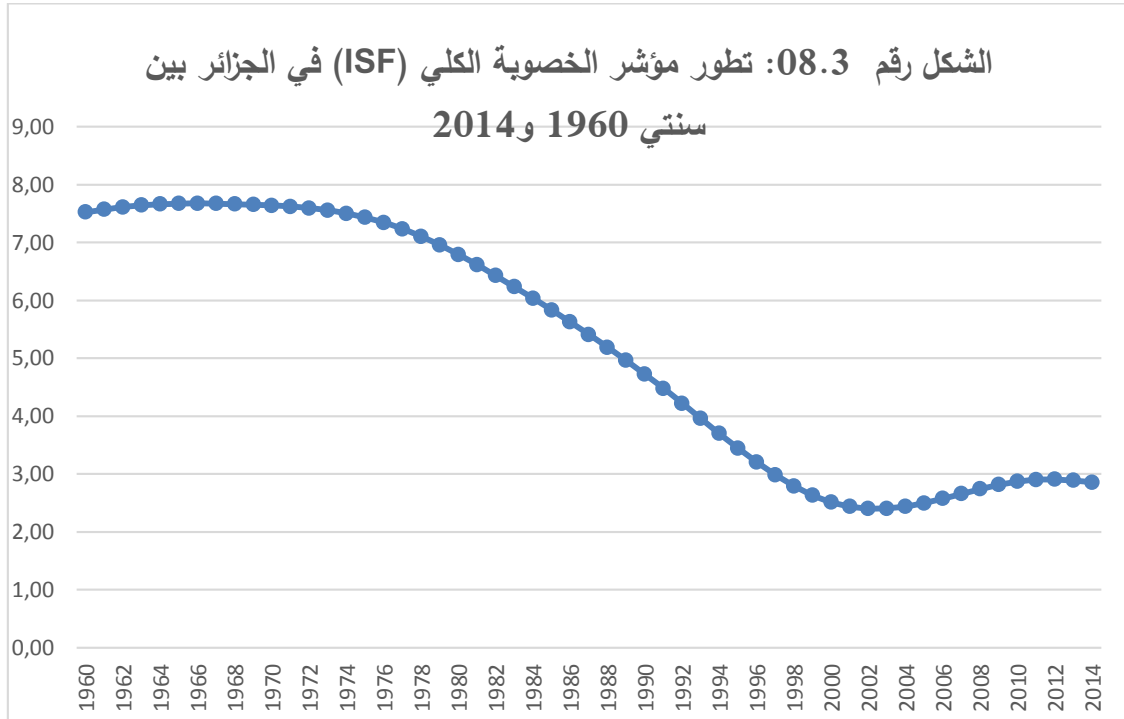
كما يشير الشكل (رقم 07.3) إلى استقرار معدلات الوفيات الخامة نسبياً بين 17 و 15 في الآلف خلال الفترة ما بين سنتي 1967 و 1976، ثم عرف المؤشر نزولاً مستمراً ومنتظماً بدايةً من سنة 1977 (14,36%) إلى غاية نهاية هذه الفترة، مسجلاً المقدار 4,41% سنة 2011.

ويرجع هذا التحسن المسجل على مستوى هذا المؤشر إلى تحسن المستوى المعيشي للسكان وفعالية السياسات الصحية التي تبنتها الجزائر سواء الوقائية أو العلاجية أو النصوص القانونية المتعلقة بها.

تعتبر الخصوبة نتاج النشاط الإنجابي لشخص، لزوجين، لفوج أو سكان. نستعمل مصطلح خصوبة بدلا من ولادات حينما تكون هناك علاقة مع عدد النساء في سن الإخصاب. فخصوبة جيل ما يمكن تلخيصه بواسطة الخلف النهائي (النسل المحصل) ومتوسط العمر عند الولادة، بينما المؤشر الظرفي للخصوبة يقيس

الخصوبة خلال سنة. (Lexique de l'INED, site web)

يعرف مؤشر الخصوبة الكلي أو الاجمالي (ISF) بأنه متوسط عدد الأطفال الذين يولدون أحياء لامرأة (أو مجموعة من النسوة) عاشت سنواتها الإنجابية، كما توافق معدلات الخصوبة حسب العمر خلال سنة معينة. (Haupt, Kane, 2004, p. 10)



المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على معطيات الجدول رقم 07 الملحق 2

عرف مؤشر الخصوبة الاجمالي في الجزائر (1960-2014)، قيمة مرتفعة طيلة الفترة الممتدة من سنة 1960 إلى سنة 1978، حيث قارب المؤشر حدود 8 أطفال لكل امرأة، إلا أنه بدأ في التراجع نسبيا ابتداءً من سنة 1973، حيث نزل تحت عتبة 7 أطفال لكل امرأة خلال سنة 1979، ثم شهد هبوطا حاداً استمر إلى غاية العام 2000، حيث وصلت قيمته 2,51 طفل لكل امرأة، ليستقر بعد ذلك نسبيا إلى أن عاود الارتفاع تدريجيا ابتداءً من سنة 2004 ليقارب 3 أطفال لكل امرأة نهاية الفترة. (أنظر إلى الشكل رقم: 08.3)

3.1. تطور معدلات وفيات الأطفال في الجزائر:

تقيس بمعدلات وفيات الأطفال مستويات وفيات الأطفال حديثي الولادة (التي تلي الولادة)، ووفيات الأطفال الرضع، ووفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات.

حيث يعبر معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (Taux de mortalité néo-natale) عن نسبة وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن شهر واحد أو عن 28 يوماً، في سنة محددة، إلى الولادات الحية في هذه السنة. أما معدل وفيات الأطفال الرضع (TMI) فيمثل نسبة وفيات الأطفال الذين تقل أعمارهم عن سنة واحدة، في سنة محددة، إلى عدد الولادات الحية في هذه السنة. (بريسا، 1993، ص. 74)

تعكس مستويات واتجاهات وفيات الأطفال (الرضع و >5 سنوات) وتباينها، جودة المؤشرات الصحية للأطفال في أي مجتمع سكاني خلال فترة زمنية معينة كما تعكس تطوره، وتسمح بقياس مدى نجاح وفعالية السياسات والبرامج الصحية في بلد معين. بالإضافة إلى ذلك فإن وفيات الأطفال وتطورها مرتبطة ارتباطاً قوياً بسياسة التخطيط العائلي وما ينتج عنه. (OUFRIHA, et Collaborateurs, 2006, p. 94)

في سبعينيات القرن الماضي، تجاوز مستوى وفيات الأطفال الرضع بالجزائر المقدار 100 بالآلاف. هذا المعدل انخفض إلى النصف في نهاية الثمانينيات، حيث ساعد البرنامج الخاص بمكافحة وفيات الأطفال الذي أنشئ سنة 1984 في تقليص المعدل المذكور. (OUFRIHA, et Collaborateurs, 2006, p. 94)

وتعود أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة طيلة الخمسين سنة ماضية، إلى ثلاث عوامل رئيسية (GRANGAUD, 2014, p. 3):

أ. **التحول الوبائي:** تراجعت طيلة الفترة الأمراض المعدية، ويرجع انخفاض مستويات وفيات الأطفال دون عمر خمسة سنوات، أولاً، ارتباطه في جزء كبير بفعالية البرنامج الموسع للتطعيم (PEV)، الذي بدأ تنفيذه أواخر الستينيات، ترافق مع إصدار مرسوم الاجبارية والمجانية.

ب. **الحالة التغذوية للأطفال:** انخفضت حالات سوء التغذية لدى الأطفال، خلال العقدين الأخيرين، بشكل كبير مع زوال كلي لحالات سوء التغذية الحاد تقريباً.

ت. **سلوك الأمهات:** يلعب المستوى التعليمي للأمهات دوراً كبيراً في صحة الأطفال دون سن الخامسة، ويساعد ذلك في رفع معدلات التغطية التطعيمية، ومستويات متابعة الحمل، ويعزز ظروف الولادة (يرفع عدد الولادات بإشراف طبي). بلغت نسبة الإناث المتمدرسات سنة 1972 المستوى 76,0%، ووصلت سنة 2006 المستوى 95,3% من مجموع الإناث في سن التمدرس، مستفيدين من تعميم التعليم، خاصة تعليم الإناث،

اللاتي يمثلن أمهات المستقبل، وأعطت نتائج المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، حوالي 14,6% فقط من النساء في سن الانجاب لم يسبق لهن التمدرس.

أنجزت الجزائر عدة مسح سكانية اهتمت بصحة الأطفال والنساء وصحة الأسرة بصفة عامة، تكفلت بتنظيمها وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وقام بتنفيذها في الغالب الديوان الوطني للإحصائيات ONS (EASME:1992, PAPFAM: 2002, MICS3: 2006, MICS4: 2012). للتوضيح أكثر أنظر إلى الجدول رقم 02.3.

الجدول رقم 02.3: المسوح الوطنية المنجزة في الجزائر حول صحة الأسرة

السنة	المسح	حجم العينة	التمثيل	الفئة المستهدفة	قاعدة المعاينة
1989	MMI	25442	45 ولاية	الأطفال 0-4	تعداد 1987
1990	ENS	12041	حضر/ ريف	جميع السكان	تعداد 1987
1992	EASME	6133	حضر/ ريف	أطفال / أمهات	تعداد 1987
1995	EDG	5145	حضر/ ريف	أطفال / أمهات	تعداد 1987
2000	EDG	5250	حضر/ ريف	أطفال / أمهات	تعداد 1998
2002	PAPFAM	20000	17 ناحية	جميع السكان	تعداد 1998
2005	TAHINA	3800	حضر/ ريف	35-70 سنة	تعداد 1998
2006	MICS3	29000	17 ناحية	أطفال / أمهات	تعداد 1998
2012	MICS4	34000	7 نواحي	أطفال / أمهات	تعداد 2008

Source: Nacer-Eddine Hammouda, Aspects méthodologiques des enquêtes algériennes sur la santé, colloque francophone sur les sondages, CREAD, Algérie, 2012

للإشارة، فقد تم الاعتماد في تقدير معدلات وفيات الأطفال، خلال المسوح، على طريقتين مختلفتين، تمثلت في المقاييس المباشرة والمقاييس غير المباشرة. يمكن تلخيص مفهومهما على النحو التالي:

أ. **المقاييس المباشرة:** يعتمد الأسلوب المباشر لتقدير مستويات الوفيات على البيانات التفصيلية عن التاريخ الانجابي للسيدات في المسح، والتي تشمل على تاريخ الميلاد لكل طفل، وحالة البقاء على قيد الحياة، وكذلك العمر عند الوفاة لمن توفى. وباستخدام تلك البيانات يمكن أن تحسب احتمالات الوفاة عند الأعمار المختلفة خلال الفترات السابقة للمسح.

ب. **المقاييس غير المباشرة:** تعتمد الأساليب غير المباشرة لتقدير الوفيات على البيانات الخاصة بمتوسط عدد الأبناء الذين ولدوا أحياء، ومتوسط عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة وقت المسح طبقا لعمر

السيدة أو مدة الزواج. وتختلف التقديرات غير المباشرة لوفيات الرضع باستخدام نموذج مدة الزواج عن نظيرتها باستخدام نموذج العمر. (وزارة الصحة والسكان، ONS، 1994، ص. 28)

قد اقترح "براس" طريقة حساب وفق العلاقة التالية: (CIE-INSERM, ORSTOM, INED, 1985, p. 27)

$$\bar{x}_i q_0 = D_i \cdot k_i$$

حيث:

i : رقم الفئة العمرية التي تنتمي لها النسوة ($i = 1$) للفئة العمرية (15-19 سنة)، ...، $i = 7$ للفئة العمرية (45-49 سنة).

x_i : المدة المتوسطة المنقضية على ولادة أطفالهن.

$\bar{x}_i$: سلسلة معيارية للمدد المنقضية منذ الولادة والتي تقيس وفيات الأطفال.

D_i : نسبة الوفيات بين ذرية النسوة البالغات السن i .

k_i : تمثل مجموعة من المعاملات المصححة تختلف من مجتمع سكاني لآخر (Bass).

q_0 : احتمال الوفاة قبل بلوغ عيد الميلاد الأول.

وبوجه عام تتسق نتائج نموذج مدة الزواج إلى حد ما مع التقديرات المباشرة.

الجدول رقم 03.3: تطور معدلات وفيات الأطفال بين سنتي 1967 و 1992 (EASME): تقديرات

مباشرة

معدل وفيات	71/1967	76/1972	81/1977	86/1982	92/1987
الأطفال حديثي الولادة	53,7	39,5	32,3	26,8	22,1
الأطفال ما بعد حديثي الولادة	87,7	82,6	53,0	36,0	21,6
الأطفال الرضع	141,4	122,1	85,3	62,8	43,7
الأطفال ما بعد الرضع	39,0	35,6	20,6	10,9	5,1
الأطفال أقل من 5 سنوات	174,9	153,3	104,2	73,0	48,6

Source : Fatima Zohra OUFRIHA et Collaborateurs, de réforme en réforme un système de santé à la croisée des chemins, CREAD, Alger, 2006, P.88

لقد قطعت الجزائر خطوات كبيرة وثابتة في تحقيق الأهداف المتعلقة بتقليص عدد وفيات الأطفال، نتيجة الخطط التي سطرته في سياساتها وبرامجها في القطاعات الصحية، بالتنسيق والتعاون مع الهيئات الدولية والأممية التي تهتم بالأمومة والطفولة والأهداف الإنمائية التي تصب في تحسين المؤشرات المتعلقة

بالأطفال في مجال الصحة والتعليم والظروف البيئية المحيطة والحقوق.

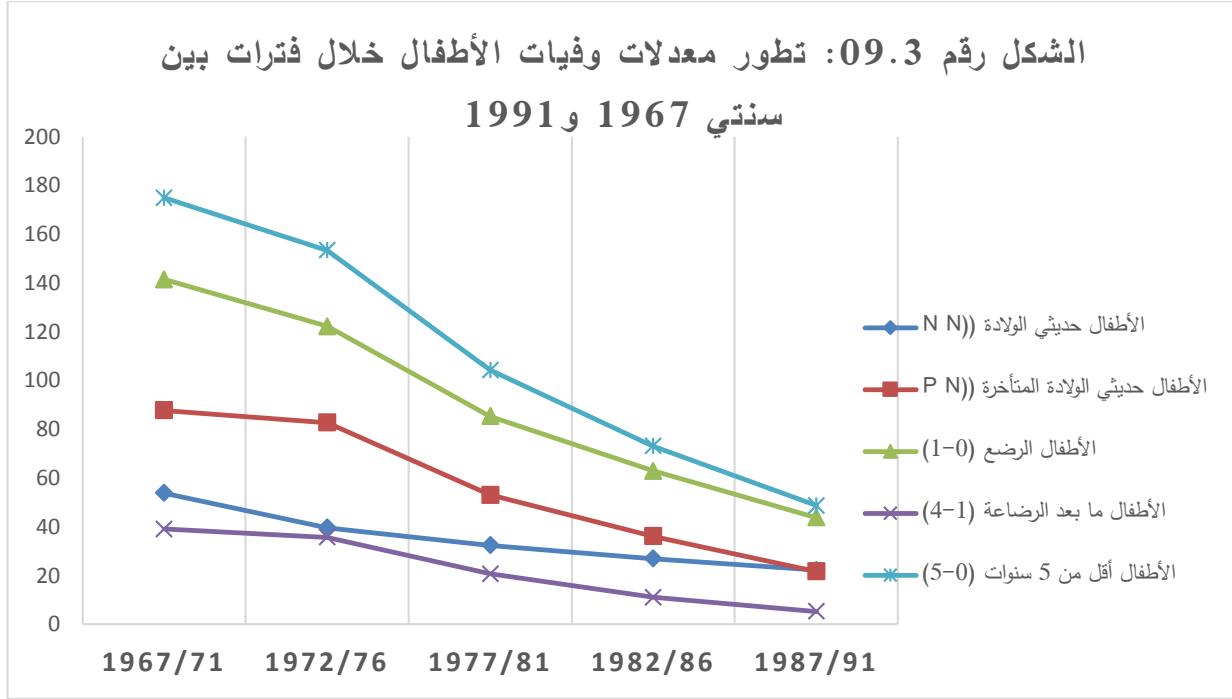
يبين الجدول (رقم 03.3) بوضوح تقلص كل المعدلات المرتبطة بوفيات الأطفال، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة إلى أقل من النصف ما بين بداية ونهاية الفترة (71/1967: 53,7%، 92/1987: 21,6%). للتذكير فإن الأطفال حديثي الولادة هم الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 27 يوماً، وتنقسم هذه الفئة إلى أطفال حديثي الولادة المبكرة (0-6 أيام ماضية: Néo-natal précoce) وأطفال حديثي الولادة المتأخرة (7-27 يوماً ماضية: néo-natale tardive)، مع الإشارة إلى أن معظم أسباب هذه الوفيات متعلقة بظروف الحمل والولادة وصحة الأم الإنجابية وعمرها ومدة الزواج، ومن هنا يمكننا القول بأن انخفاض هذا المؤشر يدل على تحسن الرعاية الصحية للأمومة بالإضافة إلى الأطفال حديثي الولادة. في حين عرفت معدلات وفيات الأطفال ما بعد حديثي الولادة، تحسناً أكبر، إذ تقلص هذا المؤشر إلى أقل من الربع ما بين الفترتين الأولى والأخيرة، فبعد ما كان عند المستوى 87,7% في البداية، أصبح 21,6% في نهاية الفترة. يعبر مصطلح الأطفال ما بعد حديثي الولادة عن فئة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 28 و 365 يوماً.

فيما نحي معدل وفيات الأطفال الرضع (0-1 سنة) نحو المعدلين المذكورين (لأن المعدلين يكملان بعضهما بالنسبة لهذا المعدل)، حيث نزل المعدل من 141,4% و 122,1%، خلال الفترتين 71/1967 و 76/1972 على الترتيب، إلى 43,7% خلال الفترة الأخيرة (92/1987). تعد الرعاية الصحية الأولية متمثلة أساساً في ضمان التغطية الشاملة للبرامج الموسعة للتطعيمات ضد الأمراض السارية التي تفتك بالأطفال، وتحسين التغذية التكميلية والتحصين بضرورة الرضاعة الطبيعية خلال 06 أشهر الأولى على الأقل من حياة الطفل، وتهيئة الظروف البيئية للأطفال والنظافة وتوفير تغطية شبه شاملة لمصادر مياه الشرب المحسنة والصرف الصحي، إلى جانب برامج مكافحة الاسهال والامراض التنفسية لدى الأطفال.

كما شهد معدل وفيات الأطفال ما بعد الرضع (1-4 سنوات) انخفاضاً حاداً، حيث تقلص إلى النصف بين الفترة الأولى (71/1967: 39,0%) والفترة الأخيرة (92/1987: 5,1%). يقيس تحسن هذا المؤشر جودة الرعاية الصحية المتمثلة في مدى شمول التغطية التطعيمية (تلقي الأطفال كامل الجرعات التلقيحية والفيتامينات)، وتلقي الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية الصحية.

انتقل معدل وفيات الأطفال الذين هم دون خمس سنوات (TMM5)، من 174,9% خلال الفترة

1967-1971 إلى المستوى 48,6% في الفترة 1987-1992، حيث تقلص بين الثلث والرابع، ويمثل هذا المؤشر تجميع معدلات وفيات الأطفال السابقة. ويعكس تكامل عناصر الرعاية الصحية للأطفال خلال المراحل المختلفة للأطفال الذين لم يقضوا عيد ميلادهم الخامس. (أنظر إلى الشكل رقم 09.3)



المصدر: من إعداد الطالب بناءً على بيانات الجدول رقم 02.3

هذا ما يفسر فاعلية السياسة الصحية المتمثلة في الإجراءات والتدابير المتخذة من قبل الدولة لتحقيق الأهداف المرجوة في مجال الصحة عموماً وصحة الأطفال خصوصاً، لما تحمله هذه الأخيرة من مؤشرات تقيس تقدم وتنمية البلدان على الصعيد العالمي (يمثل خفض معدلات وفيات الأطفال الهدف أو الغاية الرابعة من أهداف الألفية الإنمائية الثمانية)، إلى جانب الاستثمار في شريحة الأطفال على المديين المتوسط والبعيد بتوفير الرعاية الصحية أولاً ثم ضمان التربية والتعليم، أملاً في إنتاج مجتمع سليم وسوي يندمج فيه أفرادهم. كما تعتبر وفيات الرضع أحد أهم المؤشرات الدالة على درجة نمو بلد ما، لأن ظاهرة وفيات الرضع مرتبطة ارتباطاً وثيقاً بالحالة الصحية السائدة في المجتمع والامكانيات الصحية المتاحة للسكان وكذا مستوى معيشتهم.

لقد تم اعتماد أسلوب المقاييس المباشرة في حساب مختلف معدلات وفيات الأطفال، المبينة في الجدول (رقم 04.3)، خلال فترات خمسية قبل المسح (PAPFAM: 3 سنوات قبل المسح)، هذا إذا استثنينا المسح الوطني حول أهداف نهاية العشرية لصحة الأم والطفل لسنة 2000 (EDG Algérie: MICS2) الذي

استخدمت فيه الأساليب غير المباشرة في حساب هذه المؤشرات.

الجدول رقم 04.3: تطور معدلات وفيات الأطفال في الجزائر حسب نتائج المسوح الوطنية

الريف	الحضر	الاناث	الذكور	المجموع		
-	-	37	45	41	الأطفال الرضع	MMI*
-	-	46	52	50	الأطفال > 5 سنوات	1989
53,1	31,8	36,7	50,8	43,7	الأطفال الرضع	EASME
58,0	36,7	42,5	54,8	48,6	الأطفال > 5 سنوات	1992
-	-	31	33	32	الأطفال الرضع	MDG*
-	-	48	55	52	الأطفال > 5 سنوات	1995
44	33	35	42	39	الأطفال الرضع	EDG
56	40	45	51	48	الأطفال > 5 سنوات	2000
33,0	29,7	28,6	33,7	31,2	الأطفال الرضع	PAPFAM
-	-	33,3	40,0	36,7	الأطفال > 5 سنوات	2002
-	-	19,7	23,0	21,4	الأطفال الرضع	MICS4
-	-	22,7	25,3	24,1	الأطفال > 5 سنوات	2012

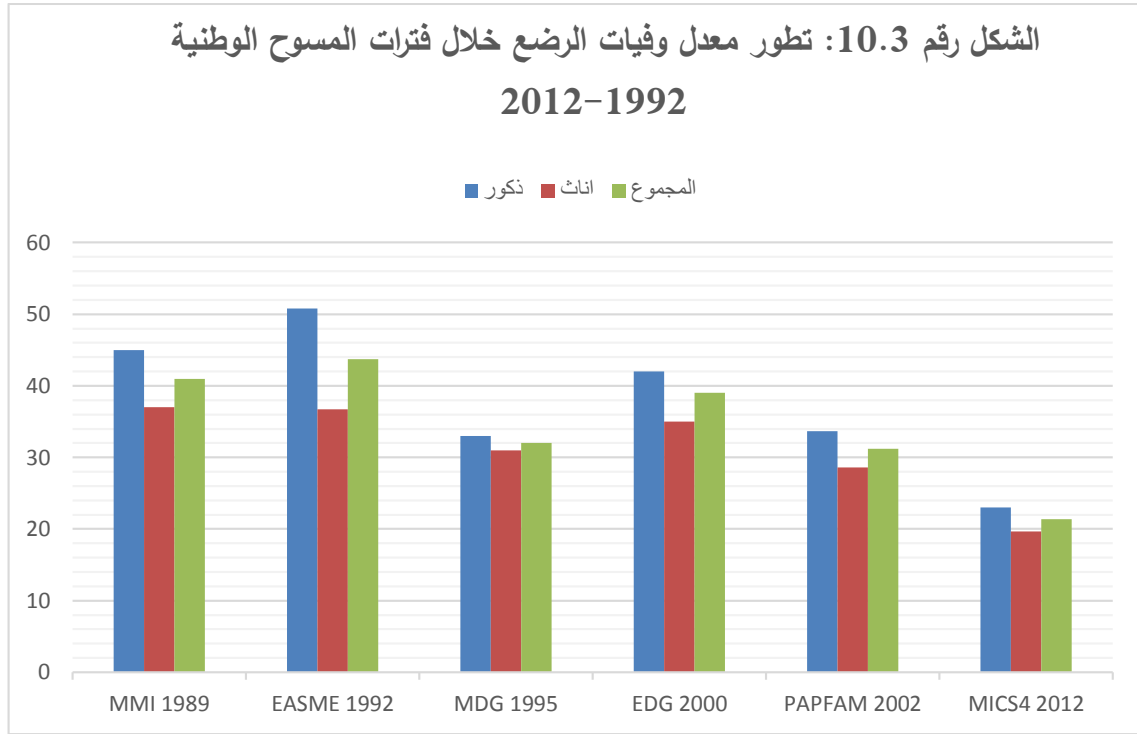
MDG :(*)

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج التقارير الرئيسية للمسوح الوطنية (MICS4، PAPFAM، EDG، EASME)

كما يمكننا أن نشير إلى أن معدلات وفيات الأطفال لم تدرج ضمن التقرير الرئيسي والنهائي للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3).

حسب الجدول (رقم 04.3)، سجل معدل وفيات الرضع انخفاضا هاما بين أول مسح خاص بمرضية ووفيات الأطفال سنة 1989 وآخر مسح حول متابعة وضعية الأطفال والنساء لسنة 2012، حيث انتقل من 41% سنة 1989 إلى 21,4% سنة 2012. مع الإشارة إلى أنه عرف تذبذباً خلال مسحي سنتي 1992 (43,7% :EASME) و 2000 (39% :EDG)، حيث ارتفع خلالهما المعدل بعدما كان عند المستويين 41% و 32% خلال مسحي سنتي 1989 و 1995 على الترتيب. (أنظر إلى الشكل رقم 10.3)

كما يبين الجدول رقم 04.3 تقلص معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 24,1% خلال مسح 2012، بعد ما كان عند المقدار 50% في مسح 1989، بحيث نلاحظ أنه انخفض لأكثر من النصف، رغم أنه شهد تذبذب خلال مسح 1995، حيث ارتفع إلى الذروة (52%) بعدما كان في حدود 48,8 بالآلف في مسح 1992، إلا أنه عاود الانخفاض خلال مسح 2000 مسجلاً القيمة 48%.



المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدول رقم 04.3

عموما توزعت معدلات وفيات الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة، حسب الجنس وحسب وسط الإقامة، بنفس الشكل، حيث سجلنا في كلا المعدلين وعبر مختلف المسوح، شدة وطأة كل مؤشر عند الذكور أكثر منه لدى الإناث، وفي الوسط الريفي أكثر منه بالوسط الحضري.

هذا ما يفسر العلاقة الوثيقة بين وفيات الأطفال وعاملي الجنس ووسط الإقامة، فعادة ما تكون ظاهرة وفيات الأطفال لدى الذكور أشد منها لدى الاناث بسبب اختلافهما البيولوجي، وشدة وفيات الأطفال بالوسط الريفي أكثر منه في الوسط الحضري لاختلاف مستوياتهما المعيشية والاجتماعية والبيئية.

للإشارة، فقد بلغ معدل وفيات الرضع (TMI) سنة 1970، حسب المسح الوطني ثلاثي المرور 1969-1971 الخاص بوفيات الرضع ووفيات الأطفال دون سن الخامسة، 122,4% بالوسط الحضري و 150% بالوسط الريفي، حيث وصل في المجموع إلى 141,5%. وسجل معدل وفيات الأطفال الأقل من 5 سنوات (TMM5) حسب ذات المسح، 235,9% في الوسط الريفي، و 124,6% بالعاصمة و 191,2% بالمدن الأخرى. (GRANGAUD, MOKKADEM, KERMANI, et ASSARI, 1985, p. 225-226)

2. تطور المنظومة الصحية في الجزائر:

نتطرق في هذا المحور إلى مراحل السياسة الصحية وتطور البنية التحتية للقطاع الصحي، بالإضافة إلى تسليط الضوء على مختلف برامج الصحة المرتبطة بالأمومة والطفولة في الجزائر.

1.2. مراحل السياسة الصحية في الجزائر بعد الاستقلال:

عرفت الصحة في الجزائر أوضاعا متردية قبل الاستقلال، حيث عانى سكان الجزائر الأصليين من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية التي انتجتها الظروف المعيشية السيئة لغالبية الجزائريين وغياب التغطية الصحية، حيث سخرت مصالح الصحة خلال الفترة الاستعمارية لخدمة المعمرين وتمركزت معظمها في المدن ذات الأغلبية الفرنسية. وللقضاء على الأوبئة، وتحقيق الطب المجاني والصحة الجوارية، عملت الجزائر غداة الاستقلال على وضع أسس ومبادئ سياسة صحية، تجسد حق المواطن في العلاج، مرسمة في المواثيق والدساتير كمكسب ثوري، وشهدت هذه المبادئ نجاحات وبعض الاختلالات عبر المراحل المختلفة التي عرفتھا الجزائر.

أعطت الموسوعة الدولية للعلوم الاجتماعية مفهومًا للسياسات الصحية كونها مجموعة من الأهداف أو البرامج الأساسية المعلنة في مجال الصحة، تصاحبها مجموعة من الأفعال المتجسدة في قرارات تشريعية وتنفيذية وبرامج العمل المقترحة للحكومات، تحدد كيفية صنع الأهداف العامة للصحة، مصحوبة بكيفية التنفيذ والإدارة للخدمات الصحية مع انخراط الحكومة وتأثيرها في نشاطات كل من القطاعين الخاص والعام في المجال الصحي، بغية تحقيق الأهداف العامة بكفاءة وفاعلية.

أ. مرحلة 1962-1972:

ورثت الجزائر وضعًا صحيًا صعبًا بعد الهجرة الجماعية للأطباء الذين كان معظمهم من الفرنسيين، فعملت الدولة غداة الاستقلال على خلق أرضية تنطلق منها عملية التنمية على المدى البعيد، فوجه العمل في البداية إلى إعادة بعث البنية الطبية وتوسيعها، والاهتمام بتكوين الممرضين والأطباء وتطوير الهياكل الصحية.

خلف الخروج الجماعي للسلك الطبي الفرنسي، 500 طبيب (50% جزائريون) لتغطية 10,5 مليون نسمة، نقص كبير في البنية التحتية الطبية، صاحب هذا الوضع تدهور في أهم المؤشرات الصحية، إذ وصل

معدل وفيات الرضع: 1000/180، أمل الحياة: 50 سنة. (حاروش، 2009، ص. 43)

وكانت الإجراءات المتخذة خلال هذه المرحلة كالتالي:

- الحد من الفوارق الطبية.
- مكافحة الامراض المعدية.
- التأسيس لإجبارية التطعيم للأطفال.
- برنامج مكافحة الملاريا. (CHACHOUA, 2014, p. 4)

وتميزت هذه المرحلة التي تمثل بروز ونشأة النظام الصحي الجزائري، بوضع عدة برامج صحية لحماية الفئات المحرومة، وبذلك فقد تم تأسيس التلقيح الاجباري للأطفال. أما المحاور الكبرى التي ركزت عليها الحكومة في وضعها للسياسة الصحية الوطنية فتتمثلت فيما يلي:

- الوقاية بتجنب المرض والعمل على عدم وقوعه، وذلك من خلال الحملات التلقيحية وإجراءات النظافة ومحاصرة المرض قبل انتشاره عن طريق التلقيح.
- علاج المرضى ابتداءً من المراكز الصحية القاعدية، ثم المستشفيات في حالة استعصاء العلاج.
- التوزيع العقلاني للأطباء، بغية تحقيق تغطية صحية كاملة للتراب الوطني من حيث الموارد البشرية والهيكل والمعدات الضرورية. (حاروش، 2008، ص. 131)

ب. مرحلة 1972-1982:

شهدت هذه المرحلة بداية تنفيذ قانون الطب المجاني في كل القطاع العمومي، وعرفت هذه المرحلة صدور قانون الميثاق الوطني عام 1976، الذي نص على أن حماية الصحة هي من مسؤولية الدولة "تتكفل الدولة في ميدان الصحة بحماية وصيانة وتحسين مستوى الصحة". وخلال هذه المرحلة نفذت أول حملة تطعيمية ضد الحصبة وهذا عام 1978.

وسجلت هذه الفترة ثلاثة إنجازات كبرى: (CHACHOUA, 2014, p. 5)

- ادخال الرعاية الصحية المجانية (جانفي 1974)، وتعميم امكانية الحصول على الخدمات الصحية.

- اصلاح الدراسة في الطب، بتحسين نوعية التعليم، وتعزيز التأطير، عدد كبير من الممارسين الطبيين في كل التخصصات.
- انشاء القطاع الصحي، الذي يعتبر حجر الزاوية للمنظومة الوطنية الصحية (SNS).
- كما تميزت هذه الفترة بما يلي:
- الانفجار الديموغرافي.
- تأخر التنمية في القطاعات الأخرى (السكن، الري، العمران...).
- ظهور الأمراض المعدية حيوانية المنشأ.

ت . مرحلة 1982-1992:

- اتسمت هذه الفترة بالإنجازات في البنية التحتية الصحية المتمثلة في: (CHACHOUA, 2014, p. 6)
- تحقيق إنجازات كبرى في البنية التحتية الصحية.
 - انشاء 13 مؤسسة استشفائية جامعية (CHU) وتكليفها بثلاثة مهام، تمثلت في العلاج، التكوين، والبحث.
 - إعطاء أهمية للترقيات السنوية الناتجة عن التكوين الطبي وشبه الطبي.
 - تألق البحوث في العلوم الطبية، من خلال مشاركة الأطباء الاستشفائيين الجامعيين في المؤتمرات الدولية واجراء الاتصالات رفيعة المستوى.
 - بداية التحول الوبائي، مع انخفاض ملحوظ في حدوث بعض الأمراض السارية.
 - لكن بعد الاضطرابات الاجتماعية والاقتصادية العميقة بسبب انهيار أسعار النفط، وما أفرزته من صعوبة في توريد المواد الصيدلانية الاستهلاكية، والاختناق المالي للنظام العام، ظهر الجيل الأول من الإصلاحات والخصخصة:
 - المرحلة الأولى في بداية عام 1986: تم خصخصة الفحص الطبي.
 - المرحلة الثانية في بداية عام 1990: الترخيص بفتح العيادات في القطاع الخاص.

أما فيما يصب في رعاية الأمومة والطفولة فقد تم تعميم عملية التطعيم سنة 1984. كما قامت وزارة الصحة وبمساعدة منظمة الأمم المتحدة للطفولة (Unicef) بوضع برنامج وطني لمكافحة وفيات الأطفال

خلال الفترة 1986-1990 يهدف إلى:

- تخفيض معدل الوفيات وأمراض الأطفال المرتبطة بالجفاف نتيجة لأمراض الاسهال.
- ضمان تغطية تحصينية عند المستوى 80% من الأطفال قبل بلوغهم سنتين ضد الامراض المعدية.
- ضمان مراقبة 50 في المائة من الأمهات الحوامل ومتابعة أخطار الحمل والتكفل بالولادات.
- توسيع استعمال الرضاعة الطبيعية وتخفيض شدة سوء التغذية.
- تقليل وفيات حديثي الولادة.
- الوقاية من الامراض المتنقلة عن طريق المياه، وذلك بإنشاء مخابر للتحاليل على مستوى كل قطاع صحي، والسعي من أجل النظافة وتموين السكان بالمياه الصالحة للشرب وتوفير خدمات الصرف الصحي.
- تخفيض الامراض والوفيات المرتبطة بالعدوى التنفسية لدى الأطفال.

وشاركت الجزائر في لقاء القمة لمنظمة اليونيسيف المنعقد في أكتوبر 1990 الذي سطر الأهداف التالية:

- ضرورة أن يكمل الطفل التطعيم قبل أن يتم عامه الأول بنسبة 90% بحلول سنة 2000.
- ضرورة القضاء على أمراض: السعال الديكي، الكزاز، السل، الدفتيريا، الشلل، الحصبة.
- تقليل وفيات الأطفال في الريف إلى 80%.
- الوصول إلى تغطية تحصينية للأمهات الحوامل بنسبة 80%.
- تخفيض وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى 50% حتى نهاية سنة 1999. (وزارة الصحة والسكان، ONS، 1994، ص. 69)

كما تجسد خلال هذه المرحلة الاهتمام بصحة الأطفال في صورة نصوص وقوانين تعنى بالصحة، فقد صدر قانون 1985 بشأن الارتقاء بالمستوى الصحي، حيث تتخذ الدولة من برامج الرعاية الصحية الأولية والوقائية دعامة أساسية لخفض معدلات الإصابة بالأمراض والوفيات بين الأطفال والرضع.

ث. مرحلة 1992-2002:

شهدت الجزائر خلال هذه المرحلة وضع استثنائي وخطر خلق حالة أمنية متدهورة وغير مسبوقة،

سبب أزمة اقتصادية وسياسية كبيرة، كما نتج عنها تخريب العديد من الهياكل والبنى التحتية التربوية والصحية والصناعية والتجارية، وجعلها خارج الخدمة. وتميزت هذه الفترة بتأسيس آلية ملائمة للتحويل الاجتماعي والاقتصادي للبلاد، حيث سجلت هذه الفترة ما يلي: (CHACHOUA, p p. 8-10)

- مشروع تطبيق الجهوية للصحة: -التنسيق ما بين القطاعات الذي يشرف عليه المجلس الجهوي للصحة -اللامركزية -تعزيز التنمية الاجتماعية الصحية المتوازنة.
- نقص في الإطار التشريعي القانوني التنظيمي.
- ظهور هياكل تدعم نشاطات وزارة الصحة والمتمثلة في: LNCP: المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية (سنة 1993)، IPA: تحويل معهد باستور الجزائري إلى مؤسسة عمومية ذات طابع صناعي وتجاري (سنة 1994)، PCH: الصيدلية المركزية للمستشفيات (سنة 1994)، ANS: الوكالة الوطنية للدم (سنة 1995)، ANDR: الوكالة الوطنية للتوثيق الصحي (سنة 1995)، CNPV: المركز الوطني لليقظة الدوائية (سنة 1998)، CNT: المركز الوطني للتسمم (سنة 1998)، INPFPM: المعهد الوطني البيداغوجي للتكوين شبه الطبي (سنة 1996)، CND: المجلس الوطني لأخلاقيات الطب (سنة 1992).
- مراجعة القوانين الأساسية المنظمة للمؤسسات الصحية (SS، EHS، CHU)، وظهور مجالس الإدارة.
- بداية المرحلة الثالثة لعملية خصخصة النظام الصحي: تطبيق النشاط الخاص التكميلي لممارسي الصحة العامة والمستشفيات الجامعية.
- إعادة تعريف السياسة الدوائية والمنتجات الصيدلانية وتسجيلها ومراقبتها وتوزيعها، ورفع احتكار الدولة على الواردات والإنتاج بالجملة وتوزيع المستحضرات الصيدلانية.

ج. مرحلة 2002-2012:

الشروع في سياسة اصلاح المستشفيات لتحقيق الأهداف التالية: (CHACHOUA, p p. 11-13)

- تخطيط وتنظيم الرعاية الصحية داخل المؤسسات الاستشفائية.
- تقديم رعاية صحية إنسانية وأمنة.
- عصرنة المؤسسات الاستشفائية وتأهيل الخدمات الصحية بما يتوافق بالنموذج الجديد للرعاية الاستشفائية.
- ضمان الدولة الوصول إلى الاستشفاء بالقطاع العام في ظل احترام مبادئ التضامن والعدالة الاجتماعية.

ودعما لهذا الإصلاح وازدواجية التحول الديموغرافي والوبائي تقرر ما يلي:

- استفاد القطاع الصحي من برنامج التنمية واسع النطاق يستند على مبدأ التكثيف والجوارية لتقريب الرعاية الصحية الأساسية إلى المواطن.
- اصدار منظومة صحية جديدة في ماي 2007 فصلت مؤسسات المستشفيات عن تلك التي تضمن الرعاية الصحية الأساسية.
- في جانفي 2008 بدأت المنظومة الصحية الجديدة في تنفيذ القوانين الجديدة المتعلقة بالمؤسسات الاستشفائية والمتمثلة في:
- * تم استبدال القطاع الصحي بكيانين: - المؤسسة الاستشفائية العمومية (EPF)، - المؤسسة العمومية للصحة الجوارية: العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج.
- * تكثيف جهود الدولة الاستثمارية لتوسيع وتعزيز شبكة البنى التحتية الصحية.
- * استفاد قطاع الصحة خلال الفترة 2005-2009 من 244 مليار دينار جزائري للاستثمار العمومي لإنجاز ما يقارب 800 هيكل صحي ما بين استشفائي وجواري.

2.2. هيكل النظام الصحي في الجزائر:

يخضع نظام الصحة في الجزائر إلى تنظيم على شكل هرمي، ويمثل قمة هذا الهرم، المستوى المركزي ممثلاً في وزارة الصحة، المسماة حالياً وزارة الصحة والسكان واصلاح المستشفيات، معاهد ووكالات الصحة، كلفت هذه المؤسسات بتصميم وتنفيذ السياسات الصحية، بالإضافة إلى تقييم مختلف الموارد البشرية، المالية، والمادية.

تمثل هذه المصالح على مستوى كل ولاية بمديرية الصحة والسكان (DSP)، وتقوم بدور الإشراف والمراقبة، وتنشيط، وتنسيق، المصالح الصحية، وتسهر على تنظيم وإدارة القطاعات العمومية والخاصة ذات العلاقة بالسكان وصحة السكان، ومتابعة تطور الحالة الصحية للسكان، من خلال الجمع الدوري للمعطيات الوبائية، ومتابعة وتقييم نشاطات البرامج الصحية.

توجد بالجزائر، ومنذ سنة 1995، خمسة مناطق جهوية صحية تشمل 48 ولاية، حسب معايير جغرافية ووبائية. وتتطوي كل منطقة جهوية صحية تحت رعاية مجلس جهوي للصحة.

نلخص هذه المناطق كالتالي: (BRAHAMIA, 2010, pp. 361-362)

- المنطقة الجهوية الصحية للوسط الجزائري: وتظم ولايات الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، نيزي وزو، بجاية، البويرة، المدية، الجلفة، برج بوعريرج، عين الدفلى. (10924525 نسمة، سنة 2005)
 - المنطقة الجهوية الصحية للغرب وهران: تشمل وهران، غليزان، الشلف، معسكر، عين تموشنت، سيدي بلعباس، تلمسان، سعيدة، مستغانم، تيسمسيلت، وتيارت. (7713491 نسمة، سنة 2005)
 - المنطقة الجهوية الصحية للشرق قسنطينة: قسنطينة، عنابة، قالمة، سكيكدة، الطارف، تبسة، خنشلة، ميله، سوق اهراس، أم البواقي، سطيف، جيجل، باتنة، المسيلة. (10006571 نسمة، سنة 2005)
 - المنطقة الجهوية للصحة للجنوب الغربي بشار: بشار، تندوف، أدرار، النعامة، البيض. (976658 نسمة، سنة 2005)
 - المنطقة الجهوية للصحة للجنوب الشرقي ورقلة: ورقلة، غرداية، إيزي، تمنراست، الواد، بسكرة، الأغواط. (2690660 نسمة، سنة 2005)
- ويمثل المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)، على المستوى الجهوي، المرصد الجهوي للصحة (ORS) كفرع لهذه الأخيرة، تقع مقراتها بالولايات الرئيسية للمناطق الجهوية الصحية السالفة الذكر.
- كما يضم النظام الصحي في الجزائر العديد من المؤسسات نذكر أهمها:
- معهد باستور الجزائري، الصيدلية المركزية للمستشفيات، المخبر الوطني لمراقبة المنتجات الصيدلانية، المركز الوطني لليقظة الصيدلانية، المدرسة الوطنية للإدارة المكلفة بتكوين الاطارات الادارية للهياكل الصحية العمومية، المعهد الوطني للصحة العمومية، المدرسة الوطنية للصحة العمومية، الوكالة الوطنية لتنمية البحث في الصحة، مدارس شبه الطبي (43 مدرسة).

3.2. تطور البنية التحتية والتغطية الصحية في الجزائر:

تعرف البنى التحتية في الاصطلاح الاقتصادي، حسب معجم "أوكس فورد" (Oxforddictionaries) بأنها: "المواد الأساسية والهياكل التنظيمية (مثل المباني والطرق والتجهيزات) اللازمة لتشغيل مشروع أو مجتمع".

وتعرف الموارد البشرية على أنها النشاط الإداري المتعلق بتحديد احتياجات المشروع من القوى العاملة،

وتوفيرها بالأعداد والكفاءات المحددة وتنسيق الاستفادة من هذه الثروة البشرية بأعلى كفاءة ممكنة. (نجيب شاويش، 2000، ص. 27)

لا يوجد أي معيار ذهبي لتقدير مدى كفاية القوى العاملة الصحية، ومع ذلك تقدر منظمة الصحة العالمية أن البلدان التي لديها أقل من 23 عاملا في الرعاية الصحية (ما بين طبيب وممرض وقابلة) لكل 10000 نسمة من السكان لن تتمكن على الأرجح من تحقيق معدلات التغطية الوافية بالتدخلات الرئيسية للرعاية الصحية الأولية حسب أولويات المرامي الإنمائية للألفية. (OMS، 2009، ص. 95)

قطعت الجزائر، منذ استقلالها، أشواطاً كبيرة في مجال البنى التحتية بصفة عامة والبنية التحتية في قطاع الصحة، تجسد ذلك في التطور الهام للمنشآت القاعدية المختلفة للقطاع، والتقدم الملحوظ في المرافق الصحية العمومية، كما تدعم هذا التطور في الهياكل القاعدية بالارتفاع المستمر لعدد الأطباء وممارسي الصحة بصفة عامة، بغية الرفع من مستويات مؤشرات التغطية الصحية للسكان، هذا ما يفسر ارتفاع حجم الانفاق الصحي في الجزائر عبر مختلف المراحل منذ الاستقلال.

الجدول رقم 05.3: تطور الانفاق الصحي في الجزائر بين سنتي 1992 و 2012

السنة	اجمالي الناتج المحلي الخام بالمليون (بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي)	اجمالي الانفاق على الرعاية الصحية (%) من اجمالي الناتج المحلي الخام (PIB)	نصيب الفرد من الانفاق الصحي بالأسعار الجارية للدولار الأمريكي
1992	49136,4	-	-
1995	42078,5	3,70	53,87
2000	54792,5	3,5	63
2002	56759,6	4,2	64
2005	103081,0	3,4	105
2006	117027,3	3,36	116,34
2012	209004,5	6,14	335,27

Source : Brahim BRAHAMIA, Economie de la santé évolution et tendances des systèmes de santé, BAHAEEDDINE éditions, Constantine, 2010 p. 397

حسب الجدول (رقم 05.3)، لم يتعد الناتج المحلي الخام للجزائر سقف الخمسين مليار دولار خلال سنة 1992، بسبب تدني أسعار النفط الذي عرفته الأسواق العالمية للمحروقات بعد الصدمة النفطية أواخر الثمانينيات من القرن الماضي، وبقي يراوح مكانه طيلة عشرية التسعينيات بين 42 و 48 مليار دولار. إلا أنه بحلول سنة 2000 تجاوز عتبة الخمسين مليار دولار، حيث سجل ما يقارب 54,8 مليار دولار، ثم أخذ في

الصعود ليصل عام 2002 إلى ما يقارب 56,76 مليار دولار. وقفز هذا المؤشر إلى ما يقارب ضعف ما سجله (سنة 2002) ليصل سنة 2005 إلى أكثر من 103 مليار دولار أمريكي، نتيجة تعافي أسعار النفط وارتفاعها غير المسبوق، وواصل المؤشر تحسنه سنة 2006 (117 مليار دولار)، ليقترّب من ذروته سنة 2012 بتسجيل المقدار 209 مليار دولار كنتاج محلي خام للجزائر، حيث قفز إلى الضعف تقريبا بالنظر لمعطيات سنة 2006.

وشهد الاتفاق الصحي ارتفاعا مستمرا ومهما طيلة الفترة الممتدة من سنة 1995 إلى سنة 2012، حيث قفز حجم الاتفاق الصحي في الجزائر من 3,7% من اجمالي قدره 42,08 مليار دولار سنة 1995 (أي ما يعادل 1,55 مليار دولار)، إلى 6,14% من اجمالي قيمته 209 مليار دولار سنة 2012 ما يوافق 12,83 مليار دولار.

للإشارة، فقد بلغ هذا المؤشر (4,123 مليار دولار) ما يوافق 3,4% من اجمالي الناتج المحلي الخام لسنة 2005 المقدر بـ: 103,08 مليار دولار، و3,36% من اجمالي قدره 117,02 مليار دولار سنة 2006 أي ما يقابل 4,21 مليار دولار. عموما فقد تزايد حجم الاتفاق الصحي باستمرار طوال الفترة، رغم تذبذب نسب الاتفاق الصحي من إجمالي الناتج المحلي الخام (PIB)، حيث غطى هذا التذبذب الطفيف الزيادات الهائلة لحجم الناتج المحلي الخام، ما أثر إيجابا في حجم الاتفاق الصحي.

ورافق هذا الارتفاع، كتحصيل حاصل، نمو مستمر لقيمة نصيب الفرد من الاتفاق الصحي، حيث انتقل من 53,87 دولار سنة 1995 إلى 335,27 دولار في نهاية الفترة سنة 2012، حيث ارتفع إلى أكثر من 6 أضعاف. ويرجع ذلك لارتفاع الناتج المحلي الخام من جهة، والاهتمام الذي توليه الدولة لقطاع الصحة من جهة أخرى.

وبلغ هذا المؤشر سنتي 2005 و2006 المقدارين 105 دولار و116,34 دولار أمريكي على الترتيب.

حسب الجدول (رقم: 06.3)، انتقل عدد المستشفيات من 143 مستشفى سنة 1974 إلى 234 مستشفى سنة 2006، غير أن التجزئة الجديدة لقطاع الصحة، ابتداءً من سنة 2008، ما أدى إلى انخفاض عددها إلى 198 مؤسسة استشفائية عمومية سنة 2010.

عرف عدد المراكز الاستشفائية الجامعية (CHU) استقرارا منذ ظهورها سنة 1997 إلى غاية العام 2010، حيث استقر العدد المستوى 13 مركز، وقد كانت تعرف باسم الوحدات الاستشفائية الجامعية قبل سنة 1997،

حيث بلغ عدد هذه الوحدات عند ظهورها (سنة 1991) 53 وحدة وبقي هذا العدد مستقراً إلى غاية سنة 1994، ثم انخفض بعد ذلك سنتي 1995 و1996 إلى 28 و26 وحدة على الترتيب.

الجدول رقم 06.3: تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر 1974-2010

السنة	1974	1980	1990	1995	2000	2006	2010
المستشفيات (الهياكل الاستشفائية)	143	183	284	202	224	234 ⁺	198
مراكز استشفائية جامعية	-	-	-	28 ^{***}	13	13	13
مؤسسة استشفائية جامعية	-	-	-	-	-	1 ⁺	1 ⁺
مؤسسات استشفائية متخصصة	-	-	-	21	31	36	64
مراكز صحية	558	662	1309	1152	1252	1248	00 ⁺
عيادات متعددة الخدمات	106	161	510	471	497	524 ⁺	1491
قاعات العلاج	1402	1364	3344	4174	3964	4684	5350
دور الولادة ¹	50 [*]	54 [*]	475 ^{**}	489 ^{**}	430 ^{**}	476 ^{**}	528 ^{**}
مركز طبي اجتماعي	-	-	-	716	515	592	616
مختبرات النظافة الولائية	-	-	-	38	48	48	50

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2011، الفصل 5 الصحة، ص 111-112

+: Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière، Direction de la population، Situation démographique et sanitaire 2000-2014، Juillet 2014

كما شهد عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة (EHS)، منذ استحداثها سنة 1991، استقراراً حتى سنة 1994 عند المستوى 19 مؤسسة، وارتفع إلى 21 مؤسسة خلال سنتي 1995 و1996، ثم إلى 25 سنة 1997 و31 مؤسسة سنة 1998. وبعد التجزئة الجديدة لقطاع الصحة التي تم سريانها سنة 2008 بلغ عدد المؤسسات الاستشفائية المتخصصة 57 مؤسسة، ثم ارتفع هذا العدد إلى 61 و64 مؤسسة في سنتي 2009 و2010 على التوالي. فيما استحدثت مؤسسة استشفائية جامعية (EHU) واحدة (المؤسسة الاستشفائية الجامعية 1 نوفمبر بولاية وهران) ابتداءً من سنة 2004 وظلت واحدة إلى نهاية الفترة عام 2010.

عرف عدد الأسر بالمستشفيات ارتفاع مستمر طوال الفترة الممتدة من سنة 1974 إلى سنة 2010،

¹: يتعلق الأمر بدور الولادة الريفية فقط، **: يتعلق الأمر بدور الولادة الريفية والحضرية للقطاعات العمومية والخاصة، ***: قبل 1997 يتعلق الأمر بوحدة استشفائية جامعية. وابتداءً من 1999 ستسمى القطاعات الصحية (المستشفيات سابقاً) بالهياكل الاستشفائية = القطاعات الصحية + العيادات الاستشفائية + دور الولادة الحضرية. وابتداءً من سنة 2008 تم استعمال تجزئة جديدة لقطاع الصحة وتم تحويل المراكز الصحية إلى عيادات وقاعات علاج.

حيث بلغ مقدار 61779 سرير في نهاية الفترة بعدما كان في حدود 43404 سرير في بداية الفترة، غير أن معدل تغطية السكان بالأسرة قد شهد تراجعاً، إذ ارتفع عدد السكان لكل سرير من 374,32 نسمة لكل سرير إلى 583,31 ساكن لكل سرير استشفائي. يرجع ذلك إلى عدم مسايرة نمو عدد الأسرة بالمستشفيات للنمو السكاني المتسارع خلال هذه الفترة. (انظر إلى الجدول رقم 08، الملحق 2)

من جهة أخرى، سُجل خلال سنة 2000، عدد المقبولين للاستشفاء عند المستوى 1711566 شخص، مع عدد أسرة (دون حساب أسرة الإستعجالات) 51672 سرير، فيما بلغ عدد أيام الاستشفاء 9697464 يوم. وقابل هذه المعطيات المؤشرات التالية: متوسط مدد الاستشفاء = 5,67 يوم، معدل انشغال الأسرة = 51,42%، معدل التناوب = 33,12، معدل الفتك = 0,17.

وسُجلت هذه المؤشرات خلال سنتي 2006 و 2010 على الترتيب عند المستويات التالية:

- متوسط مدد الاستشفاء: 4,65 يوم و 3,69 يوم.
- معدل انشغال الأسرة: 53,10% و 52,35%.
- معدل التناوب: 41,72 و 51,80.
- معدل الفتك: 0,12 و 0,18.

تحتسب هذه المؤشرات على النحو التالي :

- متوسط مدد الاستشفاء (Durée moyenne de séjour) = عدد أيام الاستشفاء خلال سنة معينة / عدد المرضى المقبولين للاستشفاء خلال نفس السنة.
- معدل انشغال الأسرة (Taux d'occupation) = (عدد أيام الاستشفاء خلال سنة معينة / عدد الأسرة الملاحظة خلال نفس السنة x 365) x 100.
- معدل التناوب (Taux de Rotation) = عدد المرضى المقبولين للاستشفاء خلال سنة معينة / عدد الأسرة الملاحظة خلال نفس السنة.
- معدل الفتك (Taux de Létalité) = (عدد وفيات المقبولين للاستشفاء خلال سنة معينة / إجمالي عدد المرضى المقبولين خلال نفس السنة) x 1000.

(Ministère de la Santé et de la Population et la Réforme Hospitalière, 2014, p. 22)

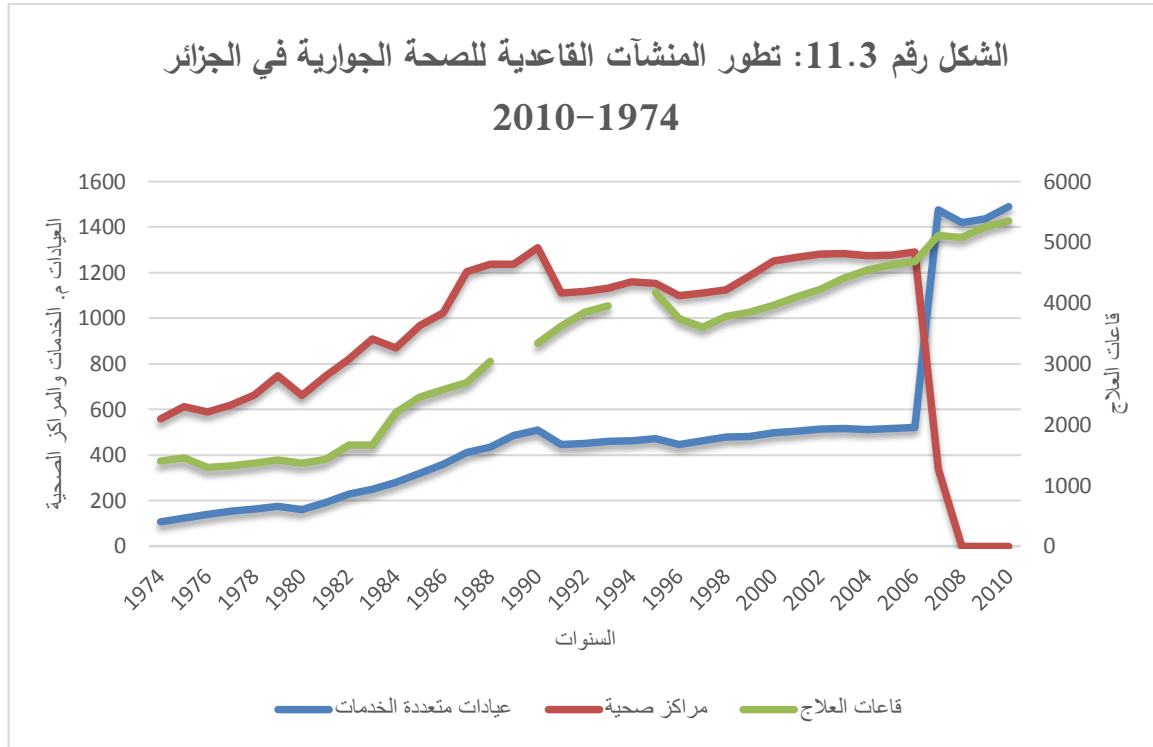
استحدثت من خلال التجزئة الجديدة لقطاع الصحة سنة 2008، المؤسسات العمومية للصحة الجوارية

(م.ع.ص.ج)، حيث بلغ عددها 271 مؤسسة. وتعتبر المؤسسة العمومية للصحة الجوارية، حسب المادتين السادسة والسابعة من المرسوم التنفيذي رقم 07-140 المؤرخ في 19 ماي 2007 (الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، 2007، ص. 11)، مؤسسة عمومية ذات طابع إداري تتمتع بالشخصية المعنوية والاستقلال المالي توضع تحت وصاية الوالي، وتتكون من العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج تغطي مجموعة من السكان، وتحدد المشتملات المادية للمؤسسات العمومية للصحة الجوارية والحيز الجغرافي الصحي الذي يغطي مجموعة من السكان بقرار من الوزير المكلف بالصحة.

وتكمل مهامها، حسب المادة الثامنة من هذا المرسوم التنفيذي، في التكفل بصفة متكاملة ومتسلسلة بالحاجات الصحية للسكان، حيث تتولى الوقاية والعلاج القاعدي، تشخيص المرض، العلاج الجوارى، الفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، الأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي، تنفيذ البرامج الوطنية للصحة والسكان، وتكلف بالمساهمة في ترقية وحماية البيئة ومكافحة الاضرار والآفات الاجتماعية، وتحسين مستخدمي الصحة ورفع من كفاءتهم، كما تضيف المادة 09 من هذا المرسوم إمكانية استخدام المؤسسة العمومية للصحة الجوارية ميدانا للتكوين شبه الطبي والتكوين في التسيير الاستشفائي على أساس اتفاقيات تبرم مع مؤسسات التكوين. وبدأ تنفيذ هذا المرسوم سنة 2008.

تعتمد الرعاية الصحية الأولية والأساسية القاعدية والوقائية، بدرجة كبيرة، على المؤسسات الصحية الجوارية، المتمثلة في المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج، حيث تعتبر هذه المؤسسات أساس تنفيذ أي برامج وطنية للصحة والسكان، لتحقيق مستويات صحية أفضل على مستوى الأفراد والمجتمع، لا سيما تلك المتعلقة برعاية الطفولة والأمومة، والأنشطة المرتبطة بالصحة الإنجابية والتخطيط العائلي. كما تتولى العلاج القاعدي الجوارى، والفحوص الخاصة بالطب العام والطب المتخصص القاعدي، وإحالة المرضى حسب الحاجة إلى المستشفيات.

يشير الشكل (رقم 11.3) إلى تزايد عدد المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج طوال الفترة (1974-2010)، حيث انتقل هذا العدد من 558 مركز صحي و106 عيادات متعددة الخدمات و1402 قاعة علاج سنة 1974، إلى 1291 مركز صحي و520 عيادة متعددة الخدمات و5117 قاعة علاج سنة 2006. وبعد التجزئة الجديدة للقطاع الصحي لسنة 2008، حيث تم تحويل المراكز الصحية إلى عيادات متعددة الخدمات أو قاعات علاج، ففقر عدد العيادات متعددة الخدمات وقاعات العلاج إلى 1419 عيادة و5077 قاعة علاج سنة 2008، ليصل في آخر الفترة إلى 1491 عيادة و5350 قاعة علاج.



المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على معطيات الجدول رقم 07 الملحق رقم 2

وبحساب عدد مجموع الهياكل الصحية الجوارية (عيادات وقاعات علاج ومراكز صحية)، فقد انتقل هذا المجموع من 2066 في بداية الفترة إلى 6841 في نهاية الفترة سنة 2010، حيث تضاعف العدد إلى أكثر من ثلاث أضعاف خلال هذه الفترة.

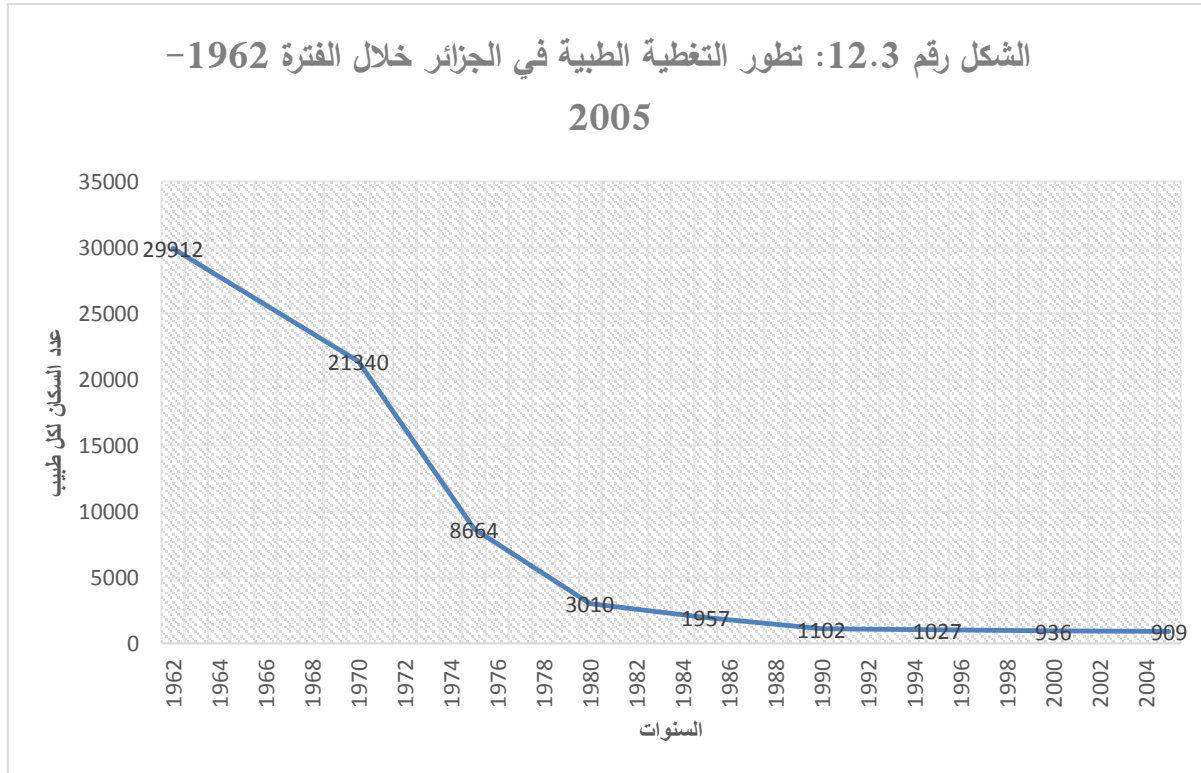
وبالنظر إلى معدل عدد السكان مقابل كل هيكل من هياكل الصحة الجوارية، سواءً كان مركزاً صحياً أو عيادة متعددة الخدمات أو قاعة علاج، فقد تقلص هذا المعدل من 7864,04 ساكن لكل هيكل صحي جوارى سنة 1974 إلى 5267,67 نسمة لكل هيكل، ما يعكس حجم الجهود التي بذلتها الدولة لبلوغ تغطية صحية جيدة للسكان رغم النمو الديموغرافي الذي شهدته الجزائر خلال هذه الفترة.

من جهة أخرى، بلغ معدل التغطية الطبية في الجزائر سنة 1962 مستوى متدني جداً، نتيجة الهجرة الجماعية للأطباء الذين كان معظمهم من الفرنسيين، حيث قدر المعدل عند الحد طبيب لكل 29912 نسمة (عدد الأطباء: 342 طبيب، اجمالي عدد السكان: 10,230 مليون نسمة)، إلا أنه سرعان ما أخذ في التحسن، نتيجة السياسة الصحية التي انتهجتها الدولة، حيث وصل هذا المعدل إلى طبيب لكل 21340 نسمة وطبيب لكل 8664 نسمة في سنتي 1970 و 1975 على الترتيب.

الجدول رقم 07.3: تطور مؤشرات الديموغرافيا الطبية في الجزائر بين سنتي 1962 و 2005

السنة	الممارسين الصحيين			عدد السكان لكل ممارس صحي			عدد السكان بالملين
	الأطباء 1	أطباء الأسنان 2	الصيدلة 3	مؤشر 1	مؤشر 2	مؤشر 3	
1962	342	-	-	29912	-	-	10,230
1970	611	171	236	21340	77830	56394	13,309
1975	1820	535	849	8664	29473	18572	15,768
1980	6202	1577	1035	3010	11836	18035	18,666
1985	11170	2644	1325	1957	8269	16500	21,863
1990	22716	7189	2133	1102	3481	11731	25,022
1995	27317	8056	3691	1027	3483	7602	28,060
2000	32469	8225	4814	936	3694	6312	30,386
2005	35368	9553	6333	909	3330	5000	33,500

Source : Brahim BRAHAMIA, Economie de la santé évolution et tendances des systèmes de santé, BAHAEDDINE éditions, Constantine, 2010. P.370



المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على معطيات الجدول رقم 06.3

كما نحا معدل تغطية أطباء الأسنان والصيدلة نفس منحى تغطية الأطباء تقريبا، حيث انتقل المؤشر من: طبيب أسنان لكل 77830 نسمة وصيدلي لكل 56394 نسمة سنة 1970، إلى: طبيب أسنان لكل 3330 نسمة وصيدلي لكل 5000 نسمة سنة 2005.

4.2. برامج صحة الأمومة والطفولة في الجزائر:

عرف مجال صحة الأمومة والطفولة في الجزائر ستة برامج صحية، تدار من قبل مسؤول هذه البرامج، تحت اشراف لجان تقنية تم تكوين أعضائها على المستوى المحلي، الجهوي أو الوطني، حيث تتكون هذه اللجنة من ثلاثة أعضاء لكل قطاع صحي (مختص في مصلحة الأوبئة والطب الوقائي، طبيب أطفال، طبيب نساء). تم تكوينهم في تسيير البرامج الصحية للأمومة والطفولة، بهدف التقييم المنتظم لها، شملت هذه البرامج (Ministère de la santé et de la population, 2001, p. 9):

- * البرنامج الموسع للتطعيم (PEV).
- * برنامج مكافحة أمراض اسهال الأطفال.
- * برنامج مكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال.
- * برنامج تقليص وفيات الأمهات وحديثي الولادة.
- * برنامج التغذية.
- * برنامج مكافحة أمراض الروماتيزم المفصلي الحاد (RAA).

أ. البرنامج الموسع للتطعيم:

يهدف هذا البرنامج إلى القضاء على 06 أمراض معدية لدى الأطفال، متمثلة في أمراض كل من السل، الديفتيريا، الكزاز، السعال الديكي، شلل الأطفال، الحصبة، استئصال مرض شلل الأطفال بحلول سنة 2000.

ومن أجل بلوغ أهداف هذا البرنامج، ركزت النشاطات حول التطعيمات الروتينية والتكميلية الاضافية، وحتى تكون فعالة وجب بلوغ معدلات تغطية تطعيمية أكبر من 90% من السكان المستهدفين في كل قطاع صحي في البلاد. أما الصعوبات التي واجهت تنفيذ هذا البرنامج فتمثلت في:

- سوء التنسيق مع الحالة المدنية ما زاد من صعوبة الحصول على معطيات الفئة المستهدفة.
- عودة الديفتيريا (1992) والحصبة (1996 إلى 1997)، وبدرجة أقل مرض السل، والسعال الديكي، وحالات الكزاز الولادي. (Ministère de la santé et de la population, 2001, p. 9)

ب. برنامج مكافحة أمراض اسهال الأطفال:

هدف البرنامج إلى الحد من الوفيات الناجمة عن الاسهال لدى الأطفال دون سن الخامسة، واقترح لهذا الغرض الأنشطة التالية:

- تعزيز الرضاعة الطبيعية؛

- الاستخدام المبكر لأملاح الاماهة في مواجهة أي اسهال.

- تمتين العلاقة بين هياكل الرعاية الصحية القاعدية الجوارية ومستشفيات القطاع.

سجل 16541 طفل (تقل أعمارهم عن خمس سنوات) مصابين بالجفاف إلى المستشفيات سنة 2000، سجلت بينهم 867 حالة وفاة، بينما سجل عدد حالات الإسهال التي أدخل على إثرها الأطفال إلى المستشفيات، خلال سنة 1998، عند المستوى 16372 حالة، توفي منهم 954 طفل دون سن الخامسة. بالإضافة إلى الاطفال الذين توفوا بسبب الاسهال دون دخولهم المستشفى (توفوا في منازلهم)، والذين لا نعرف عددهم بالضبط.

أولوية هذا البرنامج تمحورت حول الاستخدام المنهجي والمنتظم لمحاليل الاماهة الفموية (S.R.O)، فقد تم توصية الأمهات منذ سنة 1995 لاحتياط كيسين من أملاح الاماهة في المنزل، مع شرح كيفية الاستعمال.

سجل المعدل الإجمالي لاستعمال محاليل الاماهة الفموية، حسب مسح سنة 2000 (EDG)، 17,7 في المائة، مقابل 26 بالمائة سنة 1995. أوصي العاملون في مجال الصحة، بضرورة الاستعلام حول الوفيات الناجمة

عن الاسهال التي تحدث في المنزل لدى الأطفال دون سن الخامسة.

(Ministère de la santé et de la population, 2001, p. 10)

ت. برنامج مكافحة الأمراض التنفسية لدى الأطفال:

يهدف هذا البرنامج إلى تقليص الوفيات بسبب العدوى التنفسية الحادة (I.R.A) لدى الأطفال الذين تقل

أعمارهم عن خمسة سنوات. بعد وضع هذا البرنامج قيد التنفيذ على المستوى الوطني، تمت الدعوة إلى النشاطات التالية:

- تحسيس الأمهات على علامات الخطر.

- احترام سلم القرارات فيما يتعلق بالإدارة والعلاج.

استحدثت سنة 1995 ورقة تقييم ادمجت مع ورقة تقييم أمراض الاسهال، تسمح بمعرفة أكثر لمرضاة ووفيات الأطفال (> 5 سنوات) بسبب الإسهال. (Ministère de la santé et de la population, 2001, p. 10)

بلغ عدد الأطفال (> 5 سنوات) المصابين بالعدوى التنفسية الحادة (I.R.A) 26550 طفل سنة 1998، توفي من بينهم 1006 طفل، في حين سجل عدد هذه الحالات في سنة 2000، عند المستوى 29193 إصابة، من بينهم 895 حالة وفاة.

كما أصبح من الضروري تطوير برامج التواصل الاجتماعي لتحسيس الأمهات للتعرف على علامات شدة التهابات الجهاز التنفسي الحادة، حيث كشف مسح سنة 2000 (EDG) أنه 29,3% من أمهات الأطفال (> 5 سنوات) فقط يعرفن على الأقل واحدة من علامتي العدوى التنفسية الحادة الخطيرة (ضيق التنفس).

ث. برنامج تقليص وفيات الأمومة والأطفال حديثي الولادة:

توفيت سنة 1994 في المؤسسات الاستشفائية عبر 48 ولاية، 275 أم خلال 586142 وضع (ولادة). فيما سجلت 5031 حالة وفاة لحديثي الولادة، وأكثر من 14395 ولادة ميتة. رغم هذا لم تعكس هذه الأرقام واقع الوفيات المتعلقة بالأمومة والأطفال حديثي الولادة، لأنها تتعلق بالحالات التي وقعت داخل المستشفيات فقط. أدرج برنامج مكافحة وفيات ومرضاة الامومة والأطفال حديثي الولادة سنة 1997 وشمل كل الولايات، سجلت خلال هذه السنة حسب الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) 640082 ولادة حية و 14989 ولادة ميتة.

وتمحورت نشاطات هذا البرنامج حول ما يلي: (Ministère de la santé et de la population, 2001, p. 11)

- تعزيز استعمال وسائل منع الحمل لزيادة المدد الفاصلة بين الولادات.

- رصد ومتابعة الحمل وما بعد الولادة.

- تحسين ظروف الولادة وما بعدها للأمهات والأطفال.

وتمثلت الصعوبات، ذات الطابع التنظيمي، التي صادفت هذا البرنامج، متعلق بمشاركة الممارسين الصحيين بالقطاع الخاص في البرنامج من جهة، وتعزيز البرنامج بالمؤهلين والوسائل من جهة أخرى.

سجلت بعد مسح سنة 2000 (EDG) 47% فقط، من الأطفال حديثي الولادة، تلقوا استشارة واحدة على الأقل قبل بلوغهم 03 أشهر من العمر.

ج. برنامج التغذية:

وضع هذا البرنامج بغية تقليص مستويات سوء التغذية من البروتينات والسعرات الحرارية ونقص المغذيات الدقيقة للطفل والأم.

وتمثلت التوصيات في معرفة الآتي: (Ministère de la santé et de la population, 2001, p. 11)

- رصد الحالة التغذوية؛

- تعزيز الرضاعة الطبيعية؛

- مكملات المغذيات الدقيقة (الحديد، حمض الفوليك، فيتامين د، وفيتامين أ، اليود).

قد انخفض معدل تغطية استهلاك الملح المعالج باليود، حسب مسح سنة 2000 (EDG)، من 92% سنة 1995 إلى 68,5 بالمائة سنة 2000. فأصبح من الضروري تعزيز مراقبة ملح المائدة الموجه للاستهلاك فيما يخص المعالجة باليود.

ح. برنامج مكافحة الروماتيزم المفصلي الحاد (R.A.A):

يهدف هذا البرنامج إلى الحد من الاصابة بأمراض القلب الروماتيزمية، وتخفيض عدد وفيات المصابين بهذا المرض من الفئة العمرية 4-19 سنة.

ولتحقيق ذلك يدعو البرنامج إلى: (Ministère de la santé et de la population, 2001, p. 11)

- المعالجة المنهجية لالتهاب اللوزتين بالبنزاتين-بينيسيلين (Benzathine-Péniciline).

- تحديد ومتابعة المصابين بهذا المرض.

وقد عمل هذا البرنامج أساسا على مستوى جميع الهياكل الصحية العمومية، ووجب أن يمتد ليشمل كل الهياكل الصحية بما فيها الخاصة.

3. تطور أهم المؤشرات المتعلقة بصحة الأطفال في الجزائر:

نتناول في هذا المحور من الدراسة، تطور مختلف المؤشرات المرتبطة بقياس مستويات الوضعية الصحية للأطفال في الجزائر، حسب المسوح السكانية والصحية التي أنجزتها الجزائر عبر المراحل المختلفة، وتتعلق هذه المؤشرات في معدلات ونسب تغطية الأطفال في مجال التغذية، والإجراءات الوقائية، والإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة، بالإضافة إلى مستويات تغطية السكان بمياه الشرب وخدمات الصرف الصحي.

1.3. التغذية لدى الرضع والأطفال دون سن الخامسة في الجزائر:

يعكس الوضع التغذوي للأطفال حالتهم الصحية العامة، فعندما يتمكن الأطفال من الوصول إلى الغذاء الكافي، فإنهم لا يتعرضون مرارًا للأمراض المتعلقة بسوء التغذية، كما يضمن هذا الغذاء نموهم البدني والعقلي المتوازن. يوجد في الجزائر برنامج وطني لمكافحة النقص التغذوي الذي يهدف إلى القضاء على سوء التغذية الحاد، وإلى تقليص مستويات سوء التغذية المزمن، والقضاء على الكساح، واستئصال داء الغدة الدرقية المتوطن، والحد من أمراض فقر الدم، ويشمل البرنامج كذلك استهلاك الملح المعالج باليود، وانتشار الرضاعة الطبيعية. وضع هذا البرنامج للنهوض بالمستوى الصحي للأطفال ولتحقيق مرامي الألفية من أجل التنمية، حيث تمثل الهدف الأول (1) في القضاء على الفقر المدقع والجوع، الذي اندرج تحته المقصد الأول (1.c) المتضمن تقليص نسبة السكان الذين يعانون من الجوع إلى النصف، بين عامي 1990 و2015.

تعد الرضاعة الطبيعية أو الرضاعة من الثدي أهم العوامل في مكافحة وفيات الأطفال، حيث تعتبر أفضل أسلوب تغذية يتلقاه الأطفال الرضع، إذ تضمن لهم النمو والتطور السليم وتساهم في التقليل من الإصابة بالأمراض المعدية، لذا ينصح بها الطب الحديث الأمهات بإعطائها منذ الولادة وحتى الشهر السادس على الأقل، مع استحسان مواصلتها إلى جانب التغذية التكميلية بعد هذا العمر، حيث يسمى هذا النوع من الرضاعة بالرضاعة الغالبة إذ يكون لبن ثدي الأم المصدر الرئيسي لغذاء الطفل إلى جانب مستحضرات الأعشاب الطبيعية أو عصائر الفاكهة أو الفيتامينات في شكل شراب. ويحتاج الطفل بعد هذا العمر إلى تغذية تكميلية أو إضافية تلبي احتياجاته من العناصر الغذائية المناسبة لتطوره ونموه، إلى أن يصل مرحلة الفطام حيث يفصل الطفل عن حليب الأم ويعتمد كلياً على التغذية.

أما الحالة التغذوية التي تُضبط بالمقاييس الأنثروبومترية فهي تعبر عن التاريخ الغذائي للطفل وعن

الأمراض التي قد أصيب بها، حيث ينتج عن سوء التغذية عدم القدرة على مقاومة الأمراض التي تسببها الجراثيم، إذ تقلل حالات سوء التغذية من قدرات الجهاز المناعي للطفل.

1.1.3. انتشار الرضاعة الطبيعية في الجزائر:

تعد الرضاعة الطبيعية من العوامل الأساسية المطروحة ضمن مختلف البرامج الصحية الوطنية، وخاصة في برنامج مكافحة وفيات الأطفال، حيث تضمن الرضاعة من الثدي أنجع نمط لتغذية الأطفال الرضع، كما تؤثر بالإيجاب على صحة الأمهات المرضعات، إذ تقلل من الإصابة بسرطان الثدي، وتساهم كوسيلة فعالة لتباعد الحمل. بالإضافة إلى دور هذه الرضاعة في تعزيز العلاقة العاطفية بين الأم والطفل، ما يحفز النمو النفسي والاجتماعي الجيد للطفل.

الجدول رقم 08.3: نسب الأطفال دون سن الخامسة الذين مازالوا يرضعون حسب العمر والجنس ومحل

الإقامة (مسح 1992 Papchild)

عمر الطفل بالأشهر	الجنس		وسط الإقامة		الاجمالي
	ذكور	إناث	حضر	ريف	
أقل من 3	86,2	90,2	80,2	93,6	88,0
3 – 5	72,6	67,9	59,1	76,7	70,0
6 – 8	56,5	51,9	46,1	62,3	54,2
9 – 11	48,9	55,5	42,7	59,0	52,0
12 – 14	47,2	42,8	43,7	46,1	45,1
15 – 17	34,5	45,6	28,8	49,4	39,6
18 – 20	39,8	31,0	30,6	39,7	35,4
21 – 23	19,6	19,6	19,3	19,9	19,6
24 – 29	17,1	14,1	10,8	19,4	15,6
30 +	3,4	2,4	2,0	3,8	2,9
الاجمالي	31,7	31,2	25,0	37,2	31,4

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، التقرير الرئيسي للمسح الجزائري حول صحة الأم والطفل

(Papchild 1992)، 1994، ص. 116

يبين الجدول رقم 08.3، المتعلق بالمسح الجزائري حول صحة الام والطفل (Papchild 1992)، أن ما يقارب 9 أعشار من اجمالي الأطفال الذين لم يتعدوا شهرهم الثالث من العمر، تلقوا الرضاعة الطبيعية، فيما وصلت هذه النسبة لدى الاطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 3 و5 أشهر المستوى 70%، حيث تعتبر الرضاعة

ضرورية لا سيما في الأشهر الأولى من عمر الطفل. وتتنخفض النسبة بتقدم عمر الطفل وهذا أمر طبيعي.

كما نلاحظ أن هذه النسب لا تختلف تقريباً بين الذكور والإناث (الذكور: 31,7%، الإناث: 31,2%).
فيما يظهر الاختلاف واضحاً بالنظر لوسط الإقامة، حيث ترتفع النسبة في الوسط الريفي عن الوسط الحضري،
وذلك عبر مختلف الفئات العمرية الموضوعة تحت الملاحظة، حيث قاربت هذه النسبة لدى الأطفال أقل من
3 أشهر 94% بالوسط الريفي و80,2% بالوسط الحضري.

كما سجلت نسبة اجمالي الأطفال دون 5 سنوات الذين تلقوا رضاعة طبيعية، تبايناً جلياً بين الوسطين الريفي
والحضري (37,2% في الريف، 25% لدى الحضري).

**الجدول رقم 09.3: مؤشرات فترة الرضاعة الطبيعية للمواليد خلال 5 سنوات السابقة للمسح حسب عمر
الأم وجنس الطفل (Papchild 1992)**

الخلفية	متوسط طول الفترة		وسيط فترة الرضاعة الطبيعية
	P/i	الوضع الحالي	
عمر الأم			
24-20	10,04	10,3	7,0
29-25	10,58	10,7	6,7
34-30	13,66	13,0	13,0
39-35	14,68	16,1	14,3
جنس الطفل			
ذكور	12,7	12,2	8,9
إناث	12,3	12,1	10,6
الإجمالي	12,5	12,5	9,6

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، التقرير الرئيسي للمسح الجزائري حول صحة الأم والطفل

(Papchild 1992)، 1994، ص. 117

قدر وسيط فترة الرضاعة الطبيعية اجمالاً 9,6 شهراً (الذكور: 8,9 أشهر، الإناث: 10,6 أشهر)، فيما
بلغ متوسط فترة الرضاعة باستخدام طريقة P/i الأكثر شيوعاً، المقدار 12,5 شهراً توزع بين 12,7 شهر لدى
الذكور، و12,3 شهر عند الإناث. وتوزع هذا المؤشر بالنظر لمحل الإقامة إلى 10,58 شهر عند الحضري
و14,01 شهراً في الريف. للإشارة، تعتمد طريقة P/i قسمة عدد الأطفال الذين مازالوا يرضعون وقت المسح
على متوسط عدد المواليد في الشهر.

لقد أشار التقرير الرئيسي لهذا المسح (Papchild 1992) إلى قيم هذه المؤشرات خلال مسح الخصوبة الجزائري سنة 1986، حيث قدر متوسط فترة الرضاعة P/i عند المستوى 14,2 شهر، نسبة الذين يرضعون حالياً (أي وقت المسح) 14,4 شهر، ووسيط فترة الرضاعة الطبيعية بالمقدار 18 شهراً.

يشير المسح الوطني حول أهداف منتصف العشرية MICS1 (MDG Algérie 1995)، إلى بلوغ نسبة الأطفال الذين نقل أعمارهم عن 4 أشهر وتلقوا الرضاعة الطبيعية الخالصة المقدار 56% وتباينت بين الجنسين (48% لدى الذكور، 65% عند الإناث)، كما ظهر الاختلاف في هذه النسبة بالنظر إلى وسط الإقامة، حيث بلغت في الوسط الريفي القيمة 61 من المائة، والمقدار 52 بالمائة بمحل الإقامة الحضري.

الجدول رقم 10.3: التوزيع النسبي للرضاعة الطبيعية لدى الأطفال الأقل من عامين وقت المسح

(MDG 1995)

الاجمالي	وسط الإقامة		الجنس		نسب % انتشار الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال حسب العمر بالأشهر والخلفية
	ريفي	حضري	إناث	ذكور	
56	61	52	65	48	> 4 أشهر وتلقوا رضاعة طبيعية خالصة
29,0	31,9	26,1	27,9	30,1	6-9 أشهر ويتلقون رضاعة طبيعية مع أغذية
39,9	45,0	36,0	40,0	39,9	12-15 شهر واستمروا في الرضاعة الطبيعية
26	32	20	21	31	20-23 شهر واستمروا في الرضاعة الطبيعية

Source : Ministère de la santé et de la population, Institut National de Santé publique, Enquête national sur les objectifs de la mi- décennie "MDG Algérie 1995" MICS1, Alger, 1996

وبلغت نسبة الرضع الذين تراوحت أعمارهم بين 6 و 9 أشهر وتلقوا الرضاعة الطبيعية بالإضافة إلى أغذية صلبة أو نصف صلبة القيمة 29%، توزعت بين 26,1 من المائة بالوسط الحضري و 31,9 بالمائة في محل الإقامة الريفي.

كما نقرأ من الجدول (رقم 10.3) أن نسبة الأطفال (12-15 شهر) الذين استمروا في تلقي الرضاعة من الثدي قد بلغت 40 في المائة (36% بالوسط الحضري، 45% في الوسط الريفي). فيما حددت نسبة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 20-23 شهراً وواصلوا الرضاعة الطبيعية بالمقدار 26% (الحضر: 20%، الريف: 32%)، وتوزعت بين 31 بالمائة لدى الذكور و 21 من المائة عند الإناث.

يظهر جلياً من خلال نتائج هذا المسح أن الرضاعة الطبيعية تنتشر بالوسط الريفي أكثر من الوسط

الحضري، وذلك في مختلف الاعمار، كما نلاحظ وجود بعض التباين بين الجنسين، خاصة في الفئة الأولى (الرضع اقل من 4 أشهر) والفئة الأخيرة (20-23 شهر).

لقد أظهر التقرير الرئيسي لهذا المسح (MDG)، نسب انتشار الرضاعة الطبيعية حسب نمط المسكن، إذ أن أقل قيمة سجلت عند الأطفال الذين يسكنون بالشقق (37 من المائة) متبوعة تصاعديا بالقيمة 42% لدى الأطفال الذين يعيشون في مساكن جماعية، و64 من المائة عند القاطنين بالأكواخ والأحياء الفقيرة، فيما بلغت لدى الأطفال الذين يعيشون مع أسرهم بمساكن فردية المقدار 67%.

يظهر مسح سنة 2000 الموسوم بالتحقيق الوطني حول أهداف نهاية العشرية الخاص بصحة الأم والطفل (EDG Algérie 2000) والمعروف كذلك باسم MICS2، أن انتشار الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال خلال عامهم الأول من العمر قد بلغ المستوى $74,2 \pm 3\%$. وينخفض هذا الانتشار مع ارتفاع عمر الأطفال، حيث بلغت النسبة خلال السنة الثانية من العمر المقدار $40,8 \pm 3,4\%$.

(Ministère de la santé et de la population, Institut National de Santé publique [INSP], 2001, p. 64)

الجدول رقم 11.3: التوزيع النسبي للأطفال الأقل من عامين حسب وضع الرضاعة الطبيعية وقت المسح (EDG Algérie 2000)

الاجمالي	وسط الإقامة		الجنس		نسب % انتشار الرضاعة الطبيعية لدى الاطفال حسب العمر بالأشهر والخلفية
	ريفي	حضري	إناث	ذكور	
15,9	11,5	18,8	19,2	13,6	> 4 أشهر وتلقوا رضاعة طبيعية خالصة
38	41	34	33	41	6-9 أشهر ويتلقون رضاعة طبيعية مع أغذية
55	59,2	52,3	-	-	12-15 شهر واستمروا في الرضاعة الطبيعية
22,3	29,6	17,9	-	-	20-23 شهر واستمروا في الرضاعة الطبيعية

Source : Ministère de la santé et de la population, Institut National de Santé publique, Enquête national sur les objectifs de la fin décennie santé mère et enfant “EDG Algérie 2000” MICS2, Alger, 2001

بلغت نسبة انتشار الرضاعة من الثدي لدى الأطفال دون الشهر السادس والثالث من العمر المستويين 81,8% و 94,5% على الترتيب، حيث تعتبر الرضاعة الطبيعية خلال هذه الفترة من العمر أساسية. ووصلت النسبة لدى الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 3 و 5 أشهر إلى 70,4%، فيما حددت بالقيمة 65,5% لدى الأطفال البالغين بين 6 و 11 شهر من العمر، و 54,3% بالنسبة للأعمار ما بين 12-17 شهراً، و 27,8% لدى 18-23 شهر. كما أشار المسح للدلالة الاحصائية للفروق حسب العمر ($p < 1 \times 10^{-6}$).

أما الرضاعة الحصرية أو الخالصة (من الثدي فقط) لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 4 أشهر، فقد بلغت نسبتهم 15,9% توزعت بين 13,6% لدى الذكور و19,2% لدى الإناث، وبين 18,8% بالوسط الحضري و11,5% بالوسط الريفي. (أنظر إلى الجدول رقم: 11.3)

وصلت نسبة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 6 و 9 لأشهر وتلقوا رضاعة من الثدي إضافة إلى أغذية صلبة ونصف صلبة إلى 38% (الحضر: 34%، الريف: 41%)، كما كانت النسبة وسط الذكور أكثر منها لدى الإناث (الذكور: 41%، الإناث: 33%).

فيما بلغت نسبة الأطفال (12-15 شهر) الذين استمروا في الرضاعة الطبيعية المقدار 55% توزعت بين 52,3 من المائة بالوسط الحضري و59,2 بالمائة في الوسط الريفي، بينما لم يسجل فرق دال احصائيا بالنظر إلى الجنس. ووصلت نسبة الأطفال (20-23 شهر) الذين استمروا في الرضاعة الطبيعية المقدار 22,3%، وانتشرت هذه الرضاعة بالوسط الريفي أكثر من الحضري. ولم تسجل فروق دالة احصائيا بين الجنسين حسب نتائج هذا المسح.

الجدول رقم 12.3: التوزيع النسبي للولادات الحية خلال السنتين السابقتين للمسح حسب وضع الرضاعة وقت المسح (PAPFAM 2002)

عمر الطفل بالأسهر	عدم الرضاعة من الثدي	الرضاعة من الثدي فقط	الرضاعة من الثدي مع إضافة الماء	الرضاعة من الثدي مع السوائل والعصائر	الرضاعة من الثدي مع إضافة الغذاء الإضافي/الحليب
1-0	3,3	22,4	14,2	20,5	36,6
3-2	16,6	10,4	13,0	13,5	44,8
5-4	19,9	5,0	5,2	11,3	57,3
7-6	27,6	8,2	6,6	5,0	50,4
9-8	31,5	3,0	6,0	2,3	56,5
11-10	40,9	1,3	3,3	1,4	53,2
15-12	51,2	1,1	1,7	1,3	43,4
19-16	55,3	0,9	2,4	0,3	38,3
23-20	69,1	0,4	1,4	0,0	26,6
المجموع	41,7	4,0	4,7	4,3	43,5

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة (Papfam 2002) ص. 52

يبين الجدول (رقم 12.3) المتعلق بالرضاعة الطبيعية الحالية للأطفال دون العامين من العمر خلال

المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة (PAPFAM 2002)، أن اجمالي انتشار الرضاعة الطبيعية للأطفال قد بلغ 56,5% من مجموع الأطفال الذين شملهم المسح وتقل أعمارهم عن السنتين، فيما حددت نسبة الأطفال من نفس الفئة ولم يتلقوا الرضاعة من الثدي المقدار 41,7%، وكانت نسبة غير المصرحين 1,8%.

تلقى معظم الأطفال الرضاعة من الثدي خلال الشهر الأول من العمر (93,4 من المائة) من بينهم 22,4% تلقوا الرضاعة الخالصة (من الثدي فقط)، و34,7% حصلوا على الرضاعة من الثدي مع بالإضافة إلى الماء أو السوائل والعصائر، و36,6% من مجموع الأطفال تحصلوا على الرضاعة الطبيعية وغير الطبيعية بالتناوب (مختلطة). بينما مثلت نسبة الأطفال من هذه الفئة العمرية الذين لم ينالوا الرضاعة من الثدي 3,3%.

وسجلت نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية بأنواعها لدى الأطفال البالغين بين شهرين و3 أشهر (> 3 أشهر) من العمر، المقدار 81,6 من المائة، من بينها 10,4% رضاعة طبيعية خالصة (من الثدي فقط)، فيما مثلت نسبة عدم الرضاعة من الثدي 16,6 من المائة. للإشارة يعتبر لبن الأم مهما جدا للطفل في هذه المرحلة وحتى الشهر السادس من العمر.

وبلغت مستويات الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال دون عمر الستة أشهر، 78,7% من مجموع الأطفال الملاحظين، من بينها 5 بالمائة رضاعة خالصة، و16,5% رضاعة من الثدي بإضافة الماء أو السوائل والعصائر، و57,3 من المائة رضاعة مختلطة، فيما وصل مستوى الرضاعة غير الطبيعية (عدم الرضاعة من الثدي) المقدار 19,9%.

ومن الطبيعي أن نلاحظ تناقص مستوى الرضاعة الطبيعية مع ارتفاع أعمار الأطفال، حيث سجل مستوى عدم الرضاعة من الثدي أعلى قيمة له عند الأعمار ما بين 20 و23 شهراً بالمقدار 69,1% من مجموع الأطفال تحت الملاحظة (الأغلبية الساحقة)، فيما بلغت نسبة الرضاعة الخالصة لهذه الفئة من الأطفال المستوى 0,4%.

قدر وسيط فترة الرضاعة الطبيعية حسب نتائج هذا المسح عند المستوى 13,3 شهراً (الذكور: 11,9 شهر، الإناث: 14,1 شهراً) وتوزع الوسيط بين 12,9 شهر بالوسط الحضري و13,6 شهراً بمحل الإقامة الريفي. بينما بلغ متوسط فترة الرضاعة باستخدام طريقة P/i 14,94 شهراً، تباينت بين الوسيطين الحضري والريفي عند المستويين 14,39 شهر و15,58 شهر على الترتيب.

الجدول رقم 13.3: متوسط ووسيط فترة الرضاعة الطبيعية للأطفال الأقل من سنتين حسب خلفية الأم في

مسح PAPFAM 2002

خلفية الأم	عدد الولادات خلال 24 شهر الماضية	عدد الأطفال الذين ما زالوا يرضعون وقت المسح	متوسط فترة الرضاعة الطبيعية باستخدام P/i	وسيط فترة الرضاعة الطبيعية
الفئة العمرية للأم				
19-15	15	10	15,56	14,1
24-20	219	131	14,40	8,1
29-25	458	258	13,53	10,8
34-30	481	303	15,12	13,5
39-35	412	266	15,49	14,8
49-40	192	138	17,20	/
وسط الإقامة				
حضر	962	577	14,39	12,9
ريف	815	529	15,58	13,6
المجموع	1777	1106	14,94	13,3

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ONS، المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002، الجزائر، 2004

تضمن الملحق السابع، للتقرير الرئيسي للمسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006، تعريفات مؤشرات التقارير العالمية، مبيناً الترميز المعتمد لمختلف المؤشرات التي شملها المسح مع كيفية حسابها. اعتمد في حساب معدل الرضاعة الطبيعية الخالصة (الرضاعة من الثدي لوحدها)، حاصل قسمة عدد الرضع الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر (> 4 أشهر) الذين يرضعون رضاعة طبيعية فقط ١ اجمالي عدد الرضع من عمر 0-5 ومن 3-0 أشهر الذين شملهم المسح، ورمز هذا المؤشر بالرقم 16 في المؤتمر العالمي للطفولة، و: SA5 بالنسبة لوثيقة عالم ملائم للطفولة. أما معدل الرضاعة الطبيعية المستمرة فتتمثل حاصل قسمة عدد الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 12-15 شهراً، و 20-23 شهراً الذين يرضعون رضاعة طبيعية حالياً اجمالي عدد الأطفال البالغين 12-15 شهراً وكذلك 20-23 شهراً الذين شملهم المسح. وأخذ نفس الترميز السابق.

بلغ مؤشر انتشار الرضاعة الطبيعية لدى الرضع الذين تقل أعمارهم عن 3 أشهر، حسب مسح سنة 2006 (MICS3)، 10,04% من مجموع رضع هذه الفئة، فيما قدرت هذه النسبة عند الرضع دون ستة أشهر من العمر عند المستوى 6,9% من مجموع رضع الفئة، حيث تعتبر الرضاعة الطبيعية ضرورية في هاتين الفترتين العمريتين للأطفال، دون تباين واضح بالنظر إلى الجنس أو محل الإقامة.

كما نلاحظ أن نتائج هذا المسح لم تشر إلى أنماطاً أخرى من الرضاعة تخص هاتين الفئتين العمريتين،

حيث لم يدرج في تقريره الرئيسي، مستويات انتشار الرضاعة المختلطة والرضاعة الغالبة، واكتفى بإدراج الرضاعة الطبيعية الخالصة.

وصلت نسبة الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 9 أشهر، وتلقوا رضاعة طبيعية وتغذية تكميلية صلبة ونصف صلبة، عتبة 39% من مجموع رضع هذه الفئة، وتوزعت هذه النسبة بين الجنسين بالمقارن 42,5 من المائة لدى الذكور و 35,4 بالمائة عند الإناث، وبين وسطي الإقامة عند المستويين 35,1% بالمناطق الحضرية و 43,8% بالقطاع الريفي.

بينما بلغت نسبة الأطفال بين 12 و 15 شهراً من العمر، وتلقوا الرضاعة من الثدي، المستوى 46,5 من المائة (42,9 مئوية بالوسط الحضري، 50,1 مئوية في الوسط الريفي)، فيما لم يلاحظ اختلاف ملموس لهذا المؤشر بالنظر إلى الجنس

الجدول رقم 14.3: نسب الأطفال الأقل من سنتين الذين تلقوا رضاعة طبيعية حسب فئات الأعمار وبعض

الخصائص (MICS3)

الخصائص	الرضاعة لوحدها (%) الأطفال من 0-3 أشهر	الرضاعة لوحدها (%) الأطفال من 0-5 أشهر	الرضاعة وأغذية تكميلية صلبة ونصف صلبة الأطفال من 6-9 أشهر	الرضاعة بالثدي الأطفال من 12-15 شهرا (المؤشر 16)	الرضاعة بالثدي الأطفال من 20-23 شهرا (المؤشر 16)
الجنس					
الذكور	10,6	7,2	42,5	45,9	24,4
الإناث	10,1	6,7	35,4	47,0	19,7
الوسط					
الحضري	10,2	6,7	35,1	42,9	16,8
الريفي	10,6	7,2	43,8	50,1	28,5
المجموع	10,04	6,9	39,0	46,5	22,2

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني متعدد المؤشرات MICS3 2006، الجزائر، 2009، ص. 76.

ويشير الجدول (رقم: 14.3) إلى انتشار الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال في الفئة العمرية 20-23 شهراً، عند المستوى 22,2%، توزعت بين 24,4% لدى الذكور و 19,7% عند الإناث، و 16,8 بالمائة بالقطاع الحضري مقابل 28,5 من المائة بمحل الإقامة الريفي.

ويظهر جلياً أن مستويات انتشار الرضاعة الطبيعية بالوسط الريفي أوسع منها بالوسط الحضري في مختلف الفئات العمرية الملاحظة، فيما لم يسد أي جنس في نسب انتشار الرضاعة الطبيعية، حيث نلاحظ التناوب في التفاوت، كما كانت التباينات في النسب حسب الجنس ضئيلة في غالبية الفئات العمرية.

نلاحظ عدم ادراج النسب المتعلقة بانتشار الرضاعة الطبيعية لدى الفئة العمرية 10-11 شهراً. كما لم يعط هذا المسح بعض المؤشرات الهامة التي تتعلق بانتشار الرضاعة الطبيعية، كمتوسط فترة الرضاعة، ووسط فترة الرضاعة، حسب خلفية الأمهات.

اعتمدت نتائج التقرير الرئيسي لمسح سنة 2012-2013 (MICS4) في تقسيم فئات الأطفال وأنماط الرضاعة الطبيعية إلى الفئات العمرية (0-5 أشهر)، (12-15 شهراً)، (20-23 شهر). مع التمييز بين نمطي رضاعة طبيعية في الفئة العمرية الأولى (الرضاعة الطبيعية الخالصة، والرضاعة الطبيعية الغالبة)، أما الفئة العمرية الثانية (12-15 شهر) خصت الأطفال الذين يتلقون الرضاعة الطبيعية (تابعوا الرضاعة بعد عامهم الأول من العمر). بينما الفئة العمرية الثالثة (20-23 شهر) تعلقت بالأطفال الذين يتلقون الرضاعة الطبيعية (الذين واصلوا الرضاعة لغاية بلوغهم عامين من العمر).

الجدول رقم 15.3: نسب انتشار الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال الأقل من سنتين (MICS4)

الخلفية	الرضع في الأعمار 0-5 أشهر		الأطفال (12-15 شهراً)	الأطفال (20-23 شهراً)
	% الرضاعة من الثدي فقط	% الرضاعة الغالبة من الثدي	مواصلة الرضاعة الطبيعية (%)	مواصلة الرضاعة الطبيعية (%)
الجنس				
الذكور	24,8	47,6	45,8	27,5
الإناث	26,7	48,5	47,7	25,7
وسط الإقامة				
الحضري	25,3	48,3	47,7	25,3
الريفي	26,4	47,7	45,1	28,9
الاجمالي	25,7	48,1	46,7	26,6

Source : Ministère de la santé et de la population et la réforme hospitalière, ONS, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012-2013, 2015, P.68

كما لاحظنا أن حوالي واحد من كل أربعة رضع ممن تقل أعمارهم عن ستة أشهر قد تلقوا رضاعة طبيعية خالصة (25,7%)، وهو مستوى أقل بكثير من الموصى به من قبل المنظمة العالمية للصحة (OMS)

واليونيسيف (Unicef)، بينما كانت نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية الغالبة لهذه الفئة من الرضع المقدار 48%. وبلغت نسبة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم ما بين 12-15 شهراً واستمروا في تلقي الرضاعة الطبيعية المستوى 46,7%، كما نلاحظ أن أكثر من ربع الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 20 و 23 شهراً قد استمروا في تلقي الرضاعة من الثدي. كما لاحظنا عدم وجود فروق كبيرة في تلقي الرضاعة بين الأطفال بالنظر للجنس أو محل الإقامة.

غير أن التقرير الرئيسي لهذا المسح أشار إلى وجود تباين واضح في انتشار الرضاعة الخالصة بين الرضع الأقل من ستة أشهر بين جهات الوطن، حيث سجلت أحسن نسبة في منطقة الشمال الشرقي (38,3%)، بينما شهدت منطقة الهضاب العليا للوسط أدنى قيمة لهذا المؤشر (11,1%).

(Ministère de la santé et de la population et la réforme hospitalière, ONS, 2015, p. 68)

الجدول رقم 16.3: فترة الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال دون ثلاث سنوات من العمر حسب مسح 2012

عدد الأطفال في العمر 0-35 شهر	وسيط فترة الرضاعة بالأشهر لـ:			الخلفية
	الرضاعة الغالبة	الرضاعة الخالصة	الرضاعة [1]	
				الجنس
4776	2,3	0,7	12,6	الذكور
4521	2,4	0,9	13,0	الاناث
				وسط الإقامة
5659	2,4	0,7	13,0	الحضري
3639	2,3	0,7	12,3	الريفي
9298	3,3	1,6	13,3	الاجمالي

[1]: مؤشر 10.2 (MICS) ويمثل فترة الرضاعة بحساب العمر الوسيط بالأشهر لـ 50% من أطفال الفئة 0-35 شهر ولم يرضعوا في اليوم السابق

Source : Ministère de la santé et de la population et la réforme hospitalière, ONS, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012-2013, Alger, 2015, P.70

نلاحظ من خلال الجدول (رقم: 16.3)، أن وسيط فترة الرضاعة لدى الأطفال دون سن الثالثة، قد بلغ في الإجمالي ويغض النظر عن نمط الرضاعة المستوى 13,3 شهراً، غير أننا نلاحظ أن هذه القيمة خارجة عن حدود القيمتين سواءً بالنظر إلى الجنس (12,6 شهر للذكور، 13 شهر للإناث) أو بالنظر إلى وسط الإقامة (الحضر: 13 شهر، الريف: 12,3 شهر)، ونعرف أن الإجمالي هو متوسط القيمتين مع الأخذ بعين الاعتبار وزن أو حجم صفات المتغيرين. وبهذا فإن إجمالي وسيط فترة الرضاعة يكون عند القيمة 12,73 شهراً. كما لاحظنا نفس الخطأ في حساب إجمالي وسيط فترة الرضاعة الخالصة (1,6 شهر)، وكذا إجمالي

وسيط فترة الرضاعة الغالبة (3,3 شهر).

وبإعادة الحساب، نحصل على اجمالي وسيط فترة الرضاعة الخالصة بالمقدار 0,7 شهراً، وعلى اجمالي وسيط فترة الرضاعة الغالبة بالمدة 2,36 شهر.

كما يمكننا الإشارة إلى عدم تناول هذا المسح متوسط فترة الرضاعة المحسوب بطريقة P/i أو بطريقة الرضاعة الحالية، كأهم الطرق في قياس فترات الرضاعة، واكتفى باستخدام وسيط فترة الرضاعة فقط، الذي يعد أحد مقاييس النزعة المركزية، التي تنزع إلى الوسط دون الأخذ بعين الاعتبار كل قيم المتغير.

2.1.3. التغذية التكميلية لدى الرضع وصغار الأطفال في الجزائر:

تعد التغذية التكميلية إحدى الدعائم الأساسية في النظام الغذائي للطفل، حيث يتطلب النمو البدني الجيد للطفل رضاعة طبيعية وتغذية صحية، فقد عرفت المنظمة العالمية للصحة وصندوق الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف)، معايير التغذية المناسبة حسب عمر الطفل، حيث اعتبرت الرضاعة الطبيعية الخالصة التغذية الملائمة للرضع الذين أعمارهم بين 0 و 5 أشهر، أما بالنسبة للأطفال في العمر ما بين 6 و 8 أشهر فجعلت حليب الأم بالإضافة إلى أنواع أخرى من الأغذية صلبة أو نصف صلبة بوتيرة مرتين في اليوم التغذية الملائمة لهذه الفئة، فيما تعد التغذية المناسبة للأطفال في الفئة العمرية (9-11 شهراً)، حسبها، إذا تكونت من حليب الأم وأغذية تكميلية بوتيرة ثلاث مرات في اليوم على الأقل.

عموماً، تختلف عادات التغذية من حيث توقيت إضافة التغذية التكميلية ونوعية الأغذية، باختلاف العادات السائدة في كل مجتمع، وتحددها العوامل الاقتصادية والاجتماعية للمرأة ومدى مستوى وعيها الصحي.

يظهر الجدول (رقم: 17.3) أن أكثر من 90 في المائة من اجمالي الأطفال دون الخامسة تناولوا الماء منذ الأشهر الأولى في حياتهم، وهذا امر طبيعي لأهمية الماء في الوظائف البيولوجية للجسم. كما نلاحظ أن حليب بودة الأطفال كان بنسب معتبرة منذ الأشهر الأولى من العمر، حيث بلغت نسبة الأطفال دون 4 أشهر الذين تلقوا هذا النوع من التغذية 34,4%، فيما وصلت النسبة إلى 45,6% لدى الرضع في الفئة العمرية 4-6 أشهر، وهذا طبيعي لأن حليب البودة المخصص للأطفال هو البديل الرئيسي والصحي في حال غياب الرضاعة الطبيعية أو عدم كفايتها.

الجدول رقم 17.3: نسب الأطفال الباقيين على قيد الحياة خلال الخمس سنوات السابقة لمسح 1992

حسب أنواع الأغذية التي يتناولونها والعمر

أنواع الأغذية	عمر الطفل (بالأشهر)						الاجمالي
	4 >	6-4	11-7	17-12	23-18	59-24	
الماء للشرب	81,0	93,6	96,4	96,9	98,1	95,8	95,2
لبن طبيعي	2,8	10,6	13,3	20,8	26,6	30,1	24,9
لبن مبستر	1,7	5,3	16,8	33,0	41,4	42,8	35,3
لبن بودرة للأطفال	34,4	45,6	44,9	28,3	24,5	19,3	24,9
لبن بودرة أو محفوظ	4,6	8,8	24,3	37,8	42,3	39,1	34,5
عصير فواكه	8,7	28,4	42,7	45,4	45,7	42,2	40,1
ماء محلى بالسكر	50,5	51,8	46,7	43,4	35,8	34,1	38,0
ماء أرز	16,2	41,0	42,6	46,8	39,7	37,4	37,8
محلول أعشاب طبيعية	42,7	50,9	52,0	50,0	44,0	40,8	43,4
طعام مخصص للطفل	5,8	46,8	67,2	49,8	35,9	29,5	34,3
طعام أعد للأسرة	2,3	10,7	40,7	68,2	81,9	83,5	70,0
عدد الاطفال	304	258	365	474	511	3048	4959

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، التقرير الرئيسي للمسح الجزائري حول صحة الأم والطفل (Papchild 1992)، الجزائر، 1994، ص. 128

انخفضت نسب هذه التغذية كلما زادت أعمار الأطفال، وهذا بسبب الاقتراب من اكتمال فترة الرضاعة والوصول إلى مرحلة الفطام. وهذا عكس الأنواع الأخرى من الأغذية المتمثلة في الحليب الطبيعي، والحليب المبستر، وطعام الأسرة، عصائر الفواكه، التي تزايدت نسب الأطفال في تناولها كلما تزايدت أعمارهم، لأنها أساس التغذية التكميلية التي عادة ما تكون بعد 4 أو 6 أشهر من العمر.

للإشارة، فقد كان الطعام المعد للأسرة هو النمط السائد في التغذية التكميلية للأطفال، حيث وصلت نسبة اجمالي الأطفال دون سن الخامسة الذين تلقوا هذا النوع من التغذية إلى 70 من المائة، بالغة ذروتها عند الأطفال في الفئة العمرية 59-24 شهراً (83,5%).

أما أنواع الأغذية التي حافظت على توازن نسبها في مختلف الفئات العمرية، نذكر: محلول الأعشاب الطبيعية، وماء الأرز، حيث انتشرت هذه الأغذية وسط الأطفال منذ الأشهر الأولى من حياتهم وينسب شبه مستقرة طيلة الفترات العمرية المذكورة، بين 35 و45 من المائة، نظراً لاستخدامها كمسكنات أو كعلاج للأطفال عند تعرضهم لمشكل الغازات بالجهاز الهضمي.

كما تلقى الأطفال الماء المحلى بالسكر بنسب معتبرة خاصة في الأعمار 0-6 أشهر (بين 50

و52%) واستمرت بوتيرة أقل إلى نهاية الفترة، حيث يستعمل هذا الماء للإمالة بغية تفادي حالات جفاف الأطفال في حال تعرضهم للإصابة بالإسهال الحاد.

أما ما نعتبره الغذاء التكميلي الصحي والمتمثل في الأطعمة المخصصة للأطفال، المستخلصة عادة من أنواع الحبوب المختلفة والخضر المتنوعة الصحية المفيدة والغنية بالعناصر الغذائية والبروتينات النباتية والحيوانية الضرورية، سواءً المعدة في المنزل أو الأطعمة المحفوظة للأطفال، فقد كانت نسبة انتشارها ضعيفة في الفئة الأولى (> 4 أشهر: 5,8%) لأن هذا النوع من الغذاء يبدأ في الغالب بعد الشهر الرابع من العمر، حيث يكفي الطفل قبل ذلك بالرضاعة فقط كغذاء رئيسي، فقد قفزت نسبة تلقي هذا النوع من الغذاء إلى 46,8% لدى الأطفال في الأعمار 4-6 أشهر، بالغة ذروتها لدى الأطفال الفئة العمرية (7-11 شهر) عند المستوى 67,2%، ثم تراجعت إلى 50% لدى أطفال الفئة (12-17 شهر)، لتتنزل النسبة إلى المقدارين 35,9 و29,5 من المائة لدى أطفال الفئتين العمريتين (18-23 شهر) و(24-59 شهر) على التوالي. ويعد هذا طبيعي لاستبدال هذا الغذاء مع التقدم في العمر شيئاً فشيئاً بالأطعمة المعدة لسائر أفراد الأسرة.

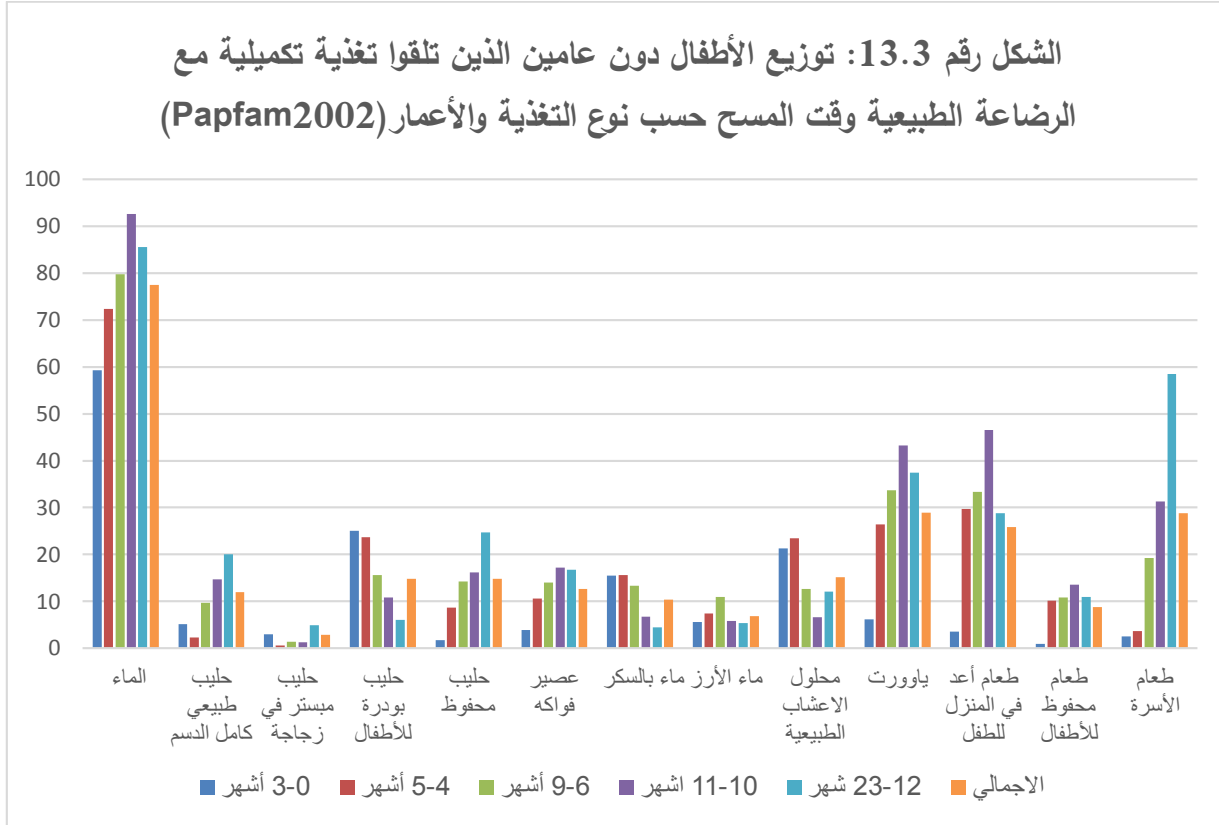
للإشارة، فقد بلغت النسبة الإجمالية للأطفال دون سن الخامسة وتلقوا هذا النوع من الأغذية التكميلية القيمة 34,3%.

بلغ متوسط عمر الطفل عند بداية تناول الأطعمة محسوب بطريقة P/i (حسب التقرير الرئيسي للمسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002، ص: 126) المستوى 4,72 شهر توزع بين 3,74 شهر بالوسط الحضري و5,49 بالوسط الريفي.

لم يتعرض المسحان الوطنيان لسنتي 1995 و2000 (MICS1 وMICS2) في تقريريهما الرئيسيين إلى التغذية التكميلية، حيث اكتفيا في محور التغذية بالتعرض للرضاعة الطبيعية ومقاييس الحالة التغذوية. غير أنهما أشارا خلال عرض نتائج انتشار الرضاعة الطبيعية إلى تلقي الأطفال في الأعمار (6-9 أشهر) رضاعة من الثدي بالإضافة إلى تغذية صلبة أو نصف صلبة. (أنظر إلى الجدولين رقمي: 10.3 و11.3)

يوضح الشكل (رقم 13.3) النسب المئوية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن عامين وتلقوا التغذية التكميلية في ظل الرضاعة من الثدي، خلال الـ 24 ساعة التي سبقت المسح الجزائري الخاص بصحة الأسرة لسنة 2002، حسب نوع التغذية التكميلية وأعمار الأطفال بالأشهر.

ويدل هذا الشكل على أن أكبر نسبة للأطفال تعلقت بتلقي الماء للشرب، حيث تخطت عتبة 90 من المائة عند الفئة (10-11 شهر) ودنت من مستوى 80% لدى اجمالي الأطفال دون العامين من العمر.



المصدر: من اعداد الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 09 الملحق رقم 2

كما نلاحظ أن نسبة الأطفال في الفئة العمرية (10-11 شهر) الذين تلقوا الأطعمة التي تم اعدادها في المنزل خصيصا لهم، قد تخطت عتبة 55%، فيما عرفت النسبة الاجمالية (> سنتين) لتلقي هذا النوع من التغذية التكميلية المقدار 25,8 من المائة. وانتشرت هذه التغذية بشكل ملحوظ وبنسب معتبرة بداية من الفترة العمرية (4-5 أشهر) واستمرت حتى نهاية الفترة.

شهدت الأطعمة المحفوظة المخصصة للأطفال نسباً متدنية مقارنة بالأطعمة المعدة في المنزل، حيث لم تتجاوز في أحسن حالاتها عتبة 14 من المائة (الفئة 10-11 شهر)، فيما لم تتعد النسبة الاجمالية لانتشار هذا النوع من التغذية التكميلية (أي لدى مجموع الأطفال دون عمر العامين) عتبة العشر (8,8%). وبلغت نسب الأطفال الذين تلقوا أطعمة أعدت للأسرة مستويات كبيرة، خاصة لدى أطفال الفئتين الأخيرتين ((10-11 شهر) و(12-23 شهر)) كونها مرحلة الفطام عادة، حيث اقتربت من عتبة 60%، كما نلاحظ أن انتشار هذا النوع من التغذية قد ظهر بصورة ملحوظة لدى أطفال الفئة (6-9 أشهر)، ويعد هذا مبكر لهم

كونه غير صحي وغير متوازن.

وحققت نسب الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر وتلقوا حليب بودة للأطفال مستويات معتبرة، فاقت عتبة 25% لدى رضع الفئة العمرية (0-3 أشهر)، وتلبي هذه التغذية حاجيات الرضع من الحليب في حال عدم توفر الثدي على كمية الحليب المطلوبة. وانطبق هذا تقريبا على تلقي الأطفال الرضع الحليب المحفوظ، وينسب أقل بقليل على تلقيهم الحليب الطبيعي كامل الدسم.

كما عرفت أنواع أخرى من التغذية التكميلية استهلاكاً واسعاً لدى الأطفال دون السنتين من العمر، على غرار الياوورت (3,3% و 37,5%)، ومحاليل الأعشاب الطبيعية المضادة للغازات الهضمية (2,15% إجمالاً) وفاقست مستوى 21 من المئة لدى فئة الأطفال دون الشهر السادس من العمر، بالإضافة إلى عصير الفواكه (2,17 و 8,16 من المائة لدى الفئتين العمريتين الاخيرتين)، والماء بالسكر الذي يفيد في المعالجة المنزلية للجفاف خلال إصابة الأطفال لأمراض الاسهال الحادة والمتوسطة حيث سجلت أعلى النسب عند الفئتين الأوليتين (5,15%)، وماء الأرز الذي سجلت أعلى نسبة له عند أطفال الفئة العمرية (6-9 أشهر) بالمقدار 11,0 من المائة.

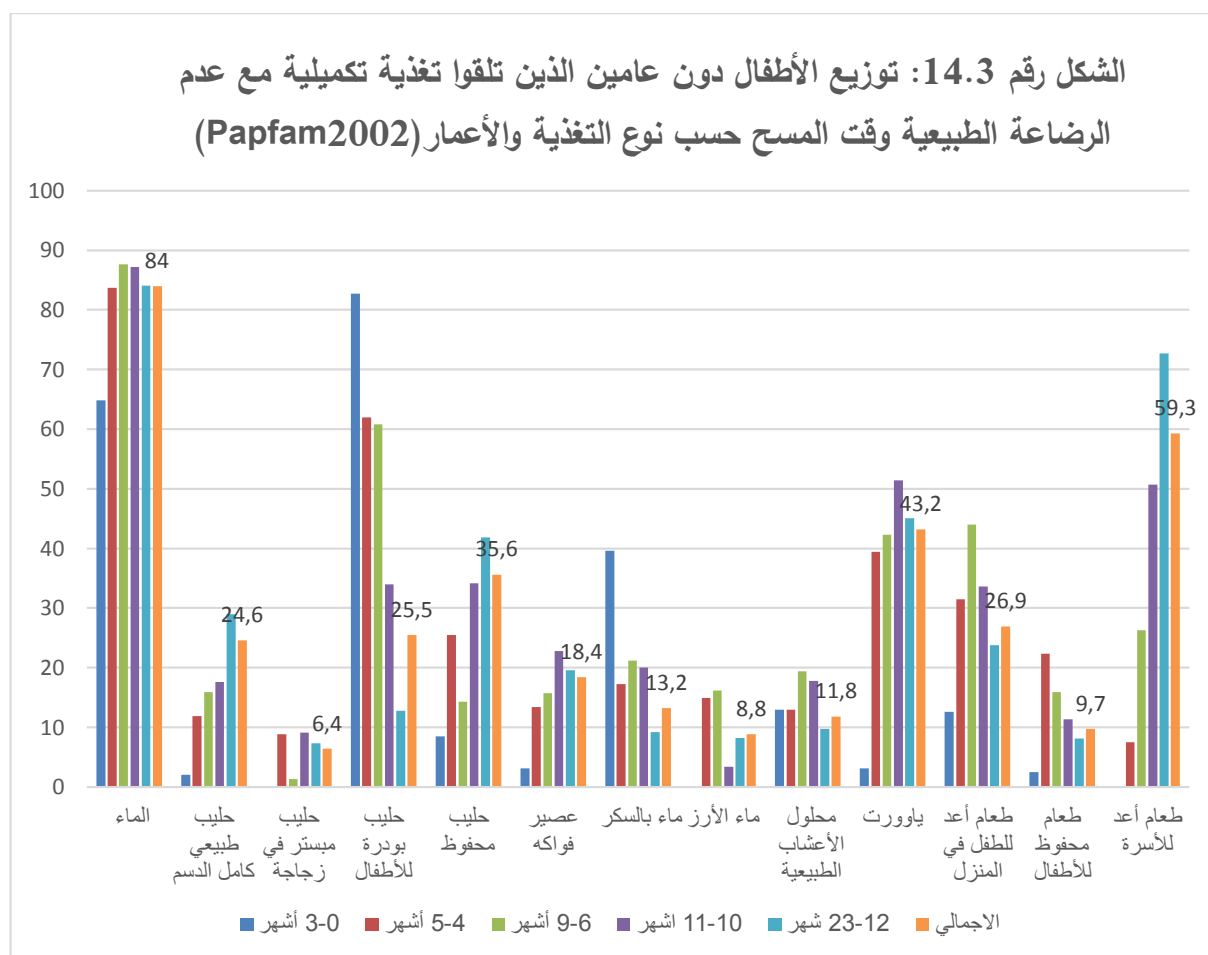
فيما سجل الحليب المبستر في زجاجة أدنى نسب أنواع التغذية التكميلية خاصة في الفئات العمرية الأربعة الأولى، حيث لم يتعدى عتبة 1,5%. (أنظر إلى الشكل رقم: 13.3)

أما في مسح 2002، وحسب الشكل رقم: 14.3، سجل تلقي حليب بودة الأطفال أعلى نسب التغذية التكميلية المتعلقة بالحليب، حيث بلغ ذروته عند الفئة العمرية الأولى (0-3 أشهر) بتخطي نسبة الأطفال الذين تلقوا هذا الحليب عتبة 82%، فيما وصلت هذه النسبة لدى الفئتين المواليتين إلى 62% لدى أطفال الفئة العمرية (4-5 أشهر) و 60,8% بين أطفال الفئة (6-9 أشهر). ونزل مستوى انتشاره بين أطفال الفئتين الأخيرتين، حيث انخفضت النسبة إلى 34% و 12,8% على الترتيب. للإشارة، قد قدرت النسبة الاجمالية لتلقي حليب بودة الأطفال المقدار 25,5%.

فيما حل الحليب المحفوظ في المرتبة الثانية من حيث مستويات الانتشار وسط فئتي الأطفال (0-3 أشهر) و (4-5 أشهر) عند النسبتين المئويتين 8,5 و 25,5 على التوالي. وواصلت نسب تلقي هذا الحليب ارتفاعها في باقي الفئات العمرية مسجلة في الإجمالي 35,6%.

وسجل الحليب الطبيعي كامل الدسم نسباً ملحوظة، حيث وصل أعلاها وسط الأطفال (12-23 شهر) عند

المقدار 29 من المائة. فيما بلغت نسب انتشاره بين الفئات العمرية الأخرى المستوى 2% عند الأطفال دون ثلاثة أشهر من العمر، وحوالي 12% لدى فئة 4-5 أشهر، وقاربة 16 من المائة وسط أطفال الفئة 6-9 أشهر، و17,6% لدى الفئة 10-11 شهر، انتهاءً بالنسبة المئوية 29 وسط أطفال الفئة الأخيرة (12-23 شهراً). عموماً سجل هذا الحليب نسبة اجمالية قدرت بالقيمة 24,6%.



المصدر: من اعداد الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 09 الملحق 2

شهد الحليب المبستر في زجاجة أدنى نسب الانتشار بين الأطفال في مختلف الفئات العمرية، حيث بلغت النسبة الاجمالية للأطفال دون سنتين من العمر المتلقين هذا النوع من الحليب المستوى 2,9 بالمائة.

تطرق التقرير الرئيسي للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 إلى التغذية التكميلية للأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 6 و11 شهر، دون تناولها لدى الفئات العمرية الأخرى للأطفال، لو استثنينا فئة الأطفال بين 14-15 شهر، التي علق على نسبتها الاجمالية فقط. اضافة إلى ذلك، استثنى هذا التقرير نسب ومستويات انتشار التغذية التكميلية لدى الأطفال أو الرضع الذين لا يرضعون رضاعة طبيعية،

واكتفى بتناول مستوياتها لدى الرضع الذين يرضعون من الثدي دون غيرهم.

كما لم يفصل في أنواع التغذية التكميلية التي تلقاها الأطفال الملاحظون، وكانت مدرجة في تقارير بعض المسوح السابقة (Papchild 1992، Papfam 2002)، حيث لخصت في عبارة أغذية صلبة وشبه صلبة. غير أنه أعطى نسب تلقي رضع الثدي للتغذية المكملية حسب خلفياتهم المتمثلة في وسط الإقامة (حضري، ريفي)، المنطقة أو الاقليم، المستوى الدراسي للأمهات والآباء، مؤشر الثروة الخماسي.

يفيد الجدول رقم 18.3 أن نسبة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 6 و 8 أشهر وتلقوا رضاعة من الثدي وحصلوا على تغذية تكميلية صلبة ونصف صلبة، وبوتيرة مقبولة حسب هذا العمر (مرتين على الأقل خلال الـ 24 ساعة)، قد بلغت المستوى 33,1%، كما انتشرت هذه التغذية وسط الذكور أكثر من الإناث (36,7%: عند الذكور، 29,2%: لدى الإناث)، وبمحل الإقامة الريفي أكثر من الوسط الحضري (40% مقابل 27,3%).

وتقلصت هذه النسبة لدى الفئة العمرية (9-11 شهر) إلى 19,3% من مجموع الأطفال، توزعت بين 20,9 من المائة عند الذكور و 17,7 بالمائة لدى الإناث، فيما سجلت 18,6% بوسط الإقامة الحضري مقابل 20,1% للريفي. للإشارة، قد اعتمد في هذه الفئة العمرية، تلقي التغذية التكميلية ثلاث مرات على الأقل خلال 24 ساعة، كوتيرة متوافقة أو ملائمة وكافية.

الجدول رقم 18.3: نسب الأطفال بين 6-11 شهرا الذين يرضعون الثدي ويتلقون تغذية صلبة وشبه صلبة وفق عدد المرات الموصى بها خلال 24 ساعة (MICS3)

الخصائص	نسب % الأطفال الذين رضعوا حليب الأم وتلقوا مواد مكملية حسب			عمر الأطفال بين 0-11 شهر الذين تغذوا بصفة متوافقة
	العمر 6-8 أشهر (مرتين على الأقل / 24 سا)	العمر 9-11 شهر (3 مرات على الأقل / 24 سا)	العمر 6-11 شهر (وفق عدد المرات الموصى بها)	
الجنس				
ذكور	36,7	20,9	28,4	19,0
إناث	29,2	17,7	23,1	15,7
الإقامة				
حضري	27,3	18,6	22,8	15,5
ريفي	40,0	20,1	29,3	19,5
المجموع	33,1	19,3	25,8	17,4

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني متعدد المؤشرات 2006 MICS3، الجزائر، 2009، ص. 78

وصلت النسبة الاجمالية لتلقي التغذية التكميلية بدمج رضع الفئتين العمريتين السابقتين إلى المستوى 25,8%، وتوقفت هذه النسبة المثوية لدى الذكور بالنظر إلى الجنس (الذكور: 28,4، الإناث: 23,1)، وفي الوسط الريفي على الوسط الحضري (29,3 مقابل 22,8).

كما نلاحظ أن نسبة الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 0 و 11 شهراً وتلقوا تغذية ملائمة أو متوافقة (رضاعة خالصة من الثدي لرضع (0-5 أشهر)، ورضاعة طبيعية مع تغذية صلبة ونصف صلبة لرضع الفئة (6-11 شهراً)، قد بلغت المقدار 17,4%، وهو ضئيل مقارنة بمستوى التغطية الموصى به من قبل الهيئات الوطنية والدولية.

أظهر التقرير الرئيسي للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2012-2013 (MICS4) نسب الأطفال، الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 8 أشهر، والذين تلقوا تغذية صلبة ونصف صلبة أو لينة حسب وضعية الرضاعة وقت المسح.

كما تطرق هذا المسح إلى هذه التغذية بالإضافة إلى الحليب بالنسبة للأطفال الذين لم يرضعوا من الثدي لدى الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 6 و 23 شهراً، حسب الوضعية الحالية للرضاعة.

الجدول رقم 19.3: نسب الأطفال بين 6-8 أشهر وبين 06-23 شهرا الذين تلقوا التغذية الصلبة وشبه

الصلبة حسب حالة الرضاعة وقت المسح (MICS4) والوتيرة

الخلفية	نسب % الأطفال بين 6-8 أشهر الذين			نسب % الأطفال بين 06-23 شهر الذين		
	يرضعون من الثدي وبدأوا في تلقي التغذية التكميلية	بدأوا في تلقي التغذية التكميلية ولا يرضعون الثدي	المجموع	تكميلية وفق الجدول وتلقون تغذية الحليب	وتلقوا نوعان الثدي الأقل من مشتقات الحليب	لا يرضعون الثدي ويتلقون التغذية التكميلية أو الحليب 4 مرات أو أكثر
الجنس						
ذكور	25,5	31,3	27,6	6,4	96,0	88,2
إناث	25,7	34,3	28,9	8,1	96,3	86,6
وسط الإقامة						
الحضري	25,9	31,0	27,7	8,6	97,8	90,5
الريفي	25,2	35,5	29,0	5,1	93,6	82,6
الاجمالي	25,6	32,8	28,2	7,2	96,2	87,5
المجموع						

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الوطني متعدد المؤشرات 2012-2013 (MICS4)، الجزائر، 2015، ص. 72، 73

بدأ طفل من بين كل أربعة أطفال من الفئة (6-8 أشهر) في تلقي تغذية صلبة ونصف صلبة، في ظل مزاوله الرضاعة من الثدي، مع غياب تباين واضح في النسب بالنظر إلى الجنس أو وسط الإقامة. فيما حاز حوالي طفل من بين كل ثلاثة أطفال من هذه الفئة العمرية على تغذية تكميلية صلبة ولينة في ظل غياب الرضاعة الطبيعية، توزعت هذه النسبة الاجمالية بين 31,3% وسط الذكور و34,3% عند الإناث، وتجاوزت عتبة 35% بالوسط الريفي في حين سجلت النسبة 31% بمحل الإقامة الحضري. بينما بلغت هذه النسبة بغض النظر عن حالة الرضاعة من الثدي المستوى 28,2%. (أنظر الجدول رقم: 19.3)

كما يدل ذات الجدول على تدني نسبة أطفال الفئة (6-23) شهراً الذين تلقوا تغذية صلبة وشبه صلبة بما يوافق الحد الأدنى لعدد المرات، في ظل الرضاعة من الثدي، حيث بلغت نسبتهم المئوية 7,2 فقط (الذكور: 6,4%، الإناث: 8,1%)، كما سجل الوسط الحضري النسبة المئوية 8,6 مقابل 5,1 بوسط الإقامة الريفي، قد يرجع ذلك لتوفر وسهولة الحصول على المواد الغذائية التكميلية للأطفال بالقطاع الحضري أكثر منه بالوسط الريفي.

وبلغت نسبة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 6 و23 شهراً، والذين استفادوا من نوعين على الأقل من أغذية تتحدر من الحليب، في ظل غياب الرضاعة من الثدي، المستوى 96,2% مع وجود بعض التباين في النسبة بين الحضر والريف (الحضر: 97,8%، الريف: 93,6%)، وغياب هذا التفاوت في النسبة بين الجنسين. بينما بلغت نسبة الأطفال (6-23) شهراً الذين تلقوا تغذية صلبة وناعمة أو تلقوا الحليب، بوتيرة أربعة مرات خلال الـ 24 ساعة على الأقل، المقدار 87,5% (الحضر: 90,5%، الريف: 82,6%)، مع عدم وجود تشتت ملحوظ للنسبة بين الجنسين.

عموماً، وصل مستوى التغذية التكميلية (الأغذية الصلبة ونصف الصلبة الناعمة أو الحليب ومشتقاته)، لدى أطفال الفئة (6-23) شهراً، بغض النظر عن حالة الرضاعة الطبيعية، المقدار 52% توزعت بين 54% بالوسط الحضري و48,8% بالوسط الريفي، و53,2 بالمائة لدى الذكور وحوالي 51% وسط الإناث.

3.1.3. الحالة التغذوية للأطفال دون سن الخامسة من العمر في الجزائر:

تحدد الحالة التغذوية للأطفال حالتهم الصحية وأمل الحياة لديهم، حيث يكون الأطفال الذين يعانون من سوء التغذية أقل مناعةً، وبالتالي يتعرضون للوفاة أكثر من غيرهم بسبب الأمراض المعدية، التي تعد من

الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال. فسوء التغذية يعيق نمو الأطفال ويحرمهم من الفيتامينات والمعادن الأساسية، وتجعلهم عرضة للإصابة بالأمراض. وترتبط الحالة التغذوية للطفل بتاريخه الغذائي وبالأمراض التي يكون قد تعرض لها، وسوء التغذية يؤدي إلى عدم قدرة الجسم على مقاومة الجراثيم. كما تلعب الحالة التغذوية للطفل دورا رئيسا في نموه العقلي. ويعبر الوضع البدني للطفل عن الحالة التغذوية له، إذ تمدنا بيانات الأطفال دون سن الخامسة حول الطول والوزن ومؤشرات مقبولة للحالة التغذوية، حيث توظف هذه البيانات في حساب المقاييس الأنثروبومترية.

تعتمد المسوح عادة على ثلاثة مقاييس انثروبومترية، وهي: الطول بالنسبة للعمر (قصر القامة أو مؤشر سوء التغذية المزمن)، والوزن بالنسبة للطول (مؤشر النحافة)، والوزن بالنسبة للعمر (يعكس الحالتين السابقتين)، إلى جانب السمنة أو البدانة المعتدلة والحادة. كما يعد الأطفال الذين يصابون بالعمى بسبب نقص الفيتامين "أ" شكل من أشكال سوء التغذية.

وتقاس حدة كل حالة من هذه الحالات بمقارنتها بمنحنيات المرجعية الأمريكية للمركز الوطني للإحصائيات الصحية (NCHS : National Center for Health Statistics) ومركز المراقبة والوقاية من الأمراض (CDC : Centers for Disease Control and Prevention)، التي تبنتها منظمة الصحة العالمية منذ 1970، كما اعتمدتها اليونيسيف، ويعبر عن الحدة باستخدام وحدات الانحراف المعياري (SD) (z-score) بالنسبة للقيمة الوسيطة للمجتمع المرجعي، حيث تكون صفة المعتدلة والحادة أقل من ضعفي الانحراف المعياري، وتكون الحادة أقل من ثلاث أضعاف الانحراف المعياري.

الجدول رقم 20.3: تطور نسب الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من سوء التغذية الحاد أو المعتدل

والحاد حسب المسوح الوطنية

المسوح الوطنية	نقص الوزن		قصر القامة		النحافة		السمنة
	معتدل > واحد (SD) 2-	حاد > واحد (SD) 3-	معتدل > واحد (SD) 2-	حاد > واحد (SD) 3-	معتدلة > واحدة (SD) 2-	حاد > واحدة (SD) 3-	معتدل < واحد (SD) 2+
Papchild 1992	7,7	1,5	12,8	5,3	4,0	1,4	-
MDG 1995	10	3	11	7	6	3	-
EDG 2000	6,0	1,3	18,0	5,1	2,8	0,6	-
Papfam 2002	7,9	2,5	12,3	6,8	4,6	2,9	-
MICS3 2006	3,7	0,6	11,3	3,0	2,9	0,6	9,3
MICS4 2012	3,0	0,8	11,7	0,4	4,1	1,4	12,4

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج التقارير الرئيسية للمسوح الوطنية

(Papchild 1992, MDG 1995, EDG 2000, Papfam 2002, MICS3 2006, MICS4 2012)

انتقل مؤشر نقص الوزن الحاد، حسب الجدول (رقم: 20.3)، من 1,5% سنة 1992 إلى 0,8% سنة 2012، مسجلاً أسوأ قيمة له سنة 2002 عند النسبة 2,5 من المائة، وأحسنها سنة 2006 حيث لم يسجل سوى 0,6 بالمائة من مجموع الأطفال الملاحظين.

كما انتقلت الحالات المتوسطة أو المعتدلة والحادة لهذا المؤشر من 7,7 عام 1992 إلى 3 سنة 2012 مسجلاً بذلك أحسن قيمة له، فيما كانت أسوأ قيمه قد لوحظت خلال مسح 1995 عند المقدار 10 من المائة، بينما بلغ المستوى 7,9% سنة 2002 والمقدار 3,7 بالمائة من مجموع الأطفال المعنيون سنة 2006. عموماً، يعبر هذا المؤشر (الوزن بالنسبة للعمر) عن سوء التغذية الحالي والمزمن.

ونزلت نسبة مؤشر قصر القامة (مقياس الطول بالنسبة إلى العمر)، بصفته الحادة، من 5,3% خلال مسح 1992، إلى 0,4% في آخر مسح سنة 2012-2013 (MICS4)، مسجلاً أسوأ قيمة له خلال مسح عام 1995 (MICS1) وصلت إلى 7 من المائة. للإشارة، قد حدد هذا المؤشر خلال مسح 2006 MICS3 عند المستوى 3%.

كما وصلت قيم هذا المؤشر أو المقياس في حالته المعتدلة والحادة 12,8% خلال مسح 1992، و 11,7 من المائة في مسح 2012-2013، كما يمكن الإشارة إلى تذبذب نسب هذا المؤشر حول مستويات متقاربة عبر مختلف المسوح، لو استبعدنا مسح سنة 2000 (MICS2) حيث شهد أسوأ قيمة بلغت 18%. وقدرت نسبة الأطفال الذين عانوا من قصر القامة المتوسط في مسح سنة 2006 عند المستوى 11,3%.

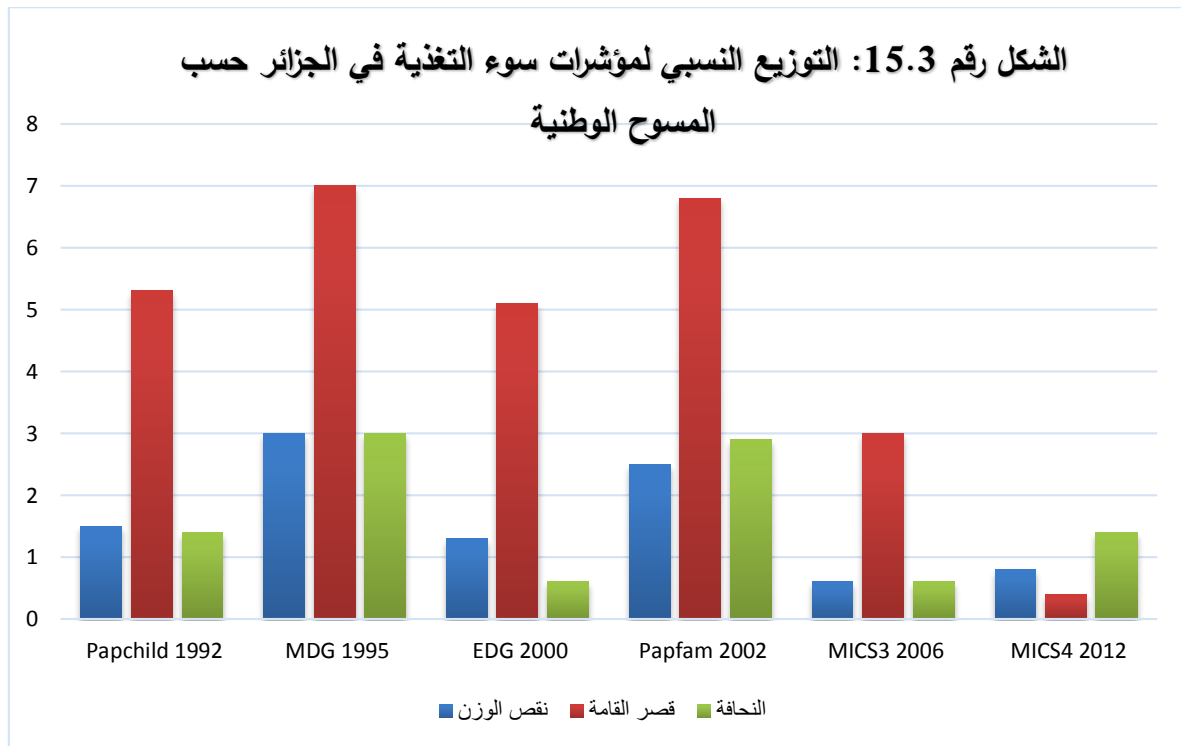
سجل مؤشر النحافة الحاد (الوزن بالنسبة للطول) في المسحين الأول والأخير نفس القيمة (1,4%)، كما عرف هذا المؤشر أحسن قيمه في مسحي سنتي 2000 و 2006 عند المستوى 0,6%، فيما سجل أسوأ قيمه خلال مسح 1995 (3%) ومسح 2002 (2,9%).

بينما شهد هذا المؤشر في حالته المعتدلة والحادة أسوأ قيمة له خلال مسح 1995 حيث بلغ 6%، وأحسن نسبة في مسحي عامي 2000 و 2006 عند المستويين 2,8% و 2,9% على التوالي. كما حدد هذا المؤشر في مسحي سنتي 1992 و 2012 بنفس المستوى تقريباً (4%)، وبالمقدار 4,9% خلال مسح 2002.

لم يدرج مؤشر زيادة الوزن أو السمنة (البدانة) المعتدل والحاد إلا في المسحين الأخيرين MICS3 و MICS4، حيث سجل النسبتين المئويتين 9,3 و 12,4 على التوالي. للإشارة، يصاب الأطفال بالسمنة بسبب الإفراط في انخفاض جودة الأغذية.

يشير تقرير منظمة الصحة العالمية إلى تسجيل زيادة سريعة في عدد الأطفال الذين يعانون من الوزن المفرط، خصوصًا في البلدان المتقدمة والبلدان التي يمر اقتصادها بمرحلة انتقالية، حيث أشارت التقديرات إلى أن عدد الأطفال الذين يعانون من الوزن المفرط والسمنة (أي الانحراف المعياري +2 أو أكثر مقارنة بقيمة الوسيط المرجعي لمعايير منظمة الصحة العالمية) قبل سن الدراسة سيبلغ في البلدان النامية والبلدان المتقدمة 44 مليون طفل عام 2010. (OMS، 2010، ص. 6)

وبالنظر إلى مؤشرات سوء التغذية الحادة المبينة في الجدول (رقم: 20.3) والشكل (رقم: 15.3) مع النظر إلى تصنيف منظمة الصحة العالمية حول مستوى انتشار سوء التغذية (الجدول رقم: 10، الملحق 2)، نجد تصنيف الجزائر يقع ضمن البلدان التي تتخفف فيها نسب انتشار سوء التغذية، طيلة الفترة 1992-2013 حسب مختلف المسوح الوطنية حول صحة الأطفال.



المصدر: من انجاز الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 20.3

4.1.3. استهلاك الأسر الجزائرية الملح المعالج باليود:

يؤدي النقص في مادة اليود إلى الإصابة بالتأخر العقلي والمدرسي وتأخر النمو الحركي للطفل، وغالبًا ما يسبب تضخمًا في الغدة الدرقية. وكان يمثل القضاء على نقص مادة اليود بحلول سنة 2015 هدفًا عالميًا.

ويستخدم لهذا الغرض مؤشر نسبة الأسر المستهلكة للملح المدعم باليود بصفة ملائمة (PPM +15 أي 15 حصة من المليون أو أكثر). ويكون الملح المعالج باليود غير ملائماً أو غير كافياً إذا كانت PPM < 15.

ولم تستخدم هذه المعايير (PPM) خلال مسح 1995 (MDG)، حيث أخصيت نسب الأسر المستهلكة للملح وفق اختبار وجود مادة اليود في ثلاثة أنواع من الملح (ملح خشن في كيس، ملح جيد في كيس، ملح على شكل قطع)، وفي حالات النتائج الإيجابية لهذا الاختبار لم يشر إلى كفاية اليود الموجود في الملح من عدم كفايتها، وتمت الإشارة إلى نسب الأسر التي كان اختبار الملح بها موجبا حسب نوع الملح، دون تمييزها بالمعايير المعمول بها في هذا المؤشر (PMM < 15، PMM + 15).

لم يتم إدراج مؤشر استهلاك الملح المعالج باليود في التقريرين الرئيسيين للمسحيين الجزائريين: حول صحة الأم والطفل لسنة 1992 (EASME) وحول صحة الأسرة لسنة 2002 (Papfam)، وأدرج في باقي المسوح الوطنية (MICS) كما هو مبين في الجدول الموالي.

الجدول رقم 21.3: التوزيع النسبي للأسر المستهلكة للملح المعالج باليود حسب المسوح الوطنية

MICS 4 2012-2013	MICS 3 2006	EDG 2000	MDG 1995*	المسح	
0,4	0,5	0,3	-	حضري	% الأسر التي ليس لديها ملح
0,2	0,4	0,1	-	ريفي	
0,4	0,4	0,2	-	المجموع	
14,1	31,9	25,7	92,06	حضري	الملح المختبر PPM<15
14,4	48,5	39,5		ريفي	
14,2	38,9	31,2		المجموع	
70,9	67,6	73,9		حضري	الملح المختبر +15 PPM
60,7	51,2	60,3		ريفي	
67,3	60,7	68,5		المجموع	
18,2	-	-	-	المجموع	ملح 0 PMM
17545	17601	2484	-	حضري	عدد الأسر التي تم فيها اختبار الملح
9473	11157	2754	-	ريفي	
27018	28758	5238	5136	المجموع	

(*) : تم حساب النسبة بناءً على معطيات التقرير الرئيسي للمسح (MICS1)، بحساب متوسط نسب الاختبارات الموجبة لأنواع الملح الثلاث المصدر: عمل خاص بناءً على نتائج التقارير الرئيسية للمسوح الوطنية (MDG 1995, EDG 2000, MICS3 2006, MICS4 2012)

تخطت نسبة الأسر المستهلكة للملح المعالج باليود حسب مسح سنة 1995 المقدار 92 بالمائة، وأشار

التقرير الرئيسي لهذا المسح إلى عدم وجود فروق ذات دلالة إحصائية للمؤشر بالنظر إلى وسط الإقامة. وبلغ مؤشر استهلاك الملح المعالج باليود بصفة كافية خلال مسح سنة 2000 (EDG) النسبة المئوية 68,5 (74 عند الحضر و 60,3 بالوسط الريفي)، فيما سجلت نسبة الأسر المستهلكة للملح المدعم باليود بصفة غير ملائمة ($PMM < 15$) المقدار 31,2 من المائة (الحضر: 25,7%، الريف: 39,5%). ووصلت نسبة الأسر التي ليس بها ملح المستوى 0,2 من المائة. عموماً سجل مؤشر استهلاك الملح المعالج باليود بصفتيه المذكورتين المقدار 99,7%، ما يدل على ارتفاع المؤشر مقارنة بمسح عام 1995 (MICS1).

شهد مسح 2006 (MICS3) انخفاضاً لمؤشر استهلاك الملح المدعم باليود بصفة ملائمة مقارنة بمسح سنة 2000 (MICS2)، حيث نزلت نسبة الأسر المستهلكة للملح ($PMM + 15$) إلى 60,7% توزعت بين 67,6 من المائة لدى الحضر و 51,2 بالمائة بمكان الإقامة الريفي. فيما سجل المؤشر ارتفاعاً بصفته غير الكافية ($PMM < 15$) بلغ النسبة المئوية 38,9 (عند الحضر: 31,9، لدى الريف: 48,5). ومثلت نسبة الأسر التي لا يوجد بها ملح المقدار 0,4% من مجموع الأسر الملاحظة. وإجمالاً وصل هذا المؤشر، بغض النظر عن كمية اليود الموجودة في الملح، إلى المستوى 99,6%.

ثم عاود المؤشر بصفته الملائمة الارتفاع خلال مسح 2012-2013 (MICS4) ليصل إلى المستوى 67,3% تباينت بين 70,9 من المائة بالوسط الحضري و 60,7 بمحل الإقامة الريفي، وانخفض بالمقابل وبشدة في صفته غير الكافية ($PMM < 15$) ليصل إلى النسبة المئوية 14,2، بينما وصلت نسبة الأسر التي تستهلك ملح غير معالج باليود ($PMM = 0$) إلى 18,2 بالمائة. فيما سجلت الأسر التي لا يوجد بها ملح النسبة المئوية 0,4. عموماً بلغ مؤشر استهلاك الملح المدعم بمادة اليود بصفتيه الكافية وغير الكافية النسبة 81,5%. وبهذا فقد شهد هذا المؤشر عموماً، خلال مسح 2012-2013، انخفاضاً ملحوظاً بالنظر إلى القيم التي عرفها خلال مسح سنة 2006 (MICS3). (أنظر إلى الجدول رقم 21.3)

2.3. الإجراءات الوقائية الصحية ومرضية الرضع وصغار الأطفال في الجزائر:

نظهر في هذا الجزء المستويات التي حققتها الصحة من حيث الظروف البيئية الصحية للأطفال (التغطية بمياه الشرب المحسنة، الصرف الصحي)، ومن حيث الصحة الوقائية المتمثلة في التغطية التطعيمية للأطفال ضد الأمراض السارية المدرجة ضمن الرزنامة الوطنية للتطعيم (PVE). كما نتطرق إلى انتشار أمراض الطفولة (الاصابة بالإسهال الحاد والعدوى التنفسية الحادة) وكيفية معالجتها والاستشارة الطبية حولها.

1.2.3. تطور مستويات التغطية بمياه الشرب والصرف الصحي في الجزائر:

تعد مخلفات الإفراز البشري جوهر التحدي الذي يمثله الصرف الصحي، حيث يمكن أن يحتوي واحد غرام من الغائط على عشرة ملايين فيروس، ومليون بكتيريا، وألف طفيلي. ويمثل غياب مرافق الصرف الصحي لاحتواء الإفراز البشري والتخلص منه بأمان، المصدر الرئيسي لمسببات الإسهال، وتعرض على إثره صحة المجتمع للخطر، لا سيما الأطفال. ونتيجة لذلك تنتقل البكتيريا والفيروسات والطفيليات عن طريق المياه والتربة والأغذية والأيدي التي لا تغتسل وتلوث كل شيء في طريقها. (اليونيسيف، 2008)

ارتبطت خدمات الصرف الصحي بالحق في الماء، فبدون مرافق صحية ملائمة، تتلوث مصادر مياه الشرب بالمواد البرازية للإنسان، مما يؤدي إلى نتائج صحية كارثية.

وتؤكد لجنة الحقوق الاقتصادية والاجتماعية والثقافية في تعليقها العام رقم 15 (2002) بشأن الحق في الماء على "وجوب أن يكون إمداد الماء لكل شخص كافياً ومستمرًا للاستخدامات الشخصية والمنزلية، حيث تتضمن عادة الشرب، والاصحاح الشخصي، وإعداد الغذاء، والصحة الشخصية وصحة الأسرة (النظافة الشخصية والنظافة لبيئة الأسرة)، مع مراعات احتياجات المرأة والطفل. (الأمم المتحدة، OHCHR، 2009، ص. 12)

عرف مؤشر الصرف الصحي المحسن ارتفاعاً مستمراً طيلة عقدين من الزمن (1992-2012)، حيث زاد معدل نمو المؤشر (نسبة الأسر المرتبطة بشبكة صرف صحي محسنة) بأكثر من 30%، إذ انتقلت النسبة من 72,9% سنة 1992 إلى أكثر من 95% عام 2012.

الجدول رقم 22.3: التوزيع النسبي للأسر المتوفرة على مياه شرب مأمونة وصرف صحي محسن حسب

المسوح الوطنية

المسح	% الصرف الصحي المحسنة			% مياه الشرب المأمونة		
	حضري	ريفي	الإجمالي	حضري	ريفي	الإجمالي
Papchild 1992	93,4	51,1	72,9	96,4	60	78,8
MICS1 1995	99	80	91	91	64	78
MICS2 2000	99,1	81,1	91,6	93,7	82,4	88,9
Papfam 2002	98,5	85,1	93,0	91,8	87,8	90,2
MICS3 2006	97,6	86,5	92,7	87,9	81,6	85,1
MICS4 2012-13	97,4	91,8	95,4	87,3	84,0	86,1

المصدر: من اعداد الطالب بناءً على نتائج التقارير الرئيسية للمسوح الوطنية (Papchild 1992، MICS1 1995، MICS2 2000، 2002 Papfam، MICS3 2006، MICS4 2012 – 13)

يرجع هذا التطور بالأساس إلى التحسن الكبير لهذا المؤشر بمكان الإقامة الريفي حيث انتقل من 51,1% (نصف السكان) سنة 1992 إلى حوالي 92% عام 2012. كما نلاحظ وجود تباين في قيم المؤشر بين الواسطين الحضري والريفي اقترب من 10% في معظم المسوح، وهذا طبيعي كون المناطق الحضرية تتوفر على تغطية شبه تامة بشبكات الصرف الصحي، باستثناء مسح سنة 1992 الذي سجل تباين كبير في المؤشر بين وسطي الإقامة (الحضري: 93,4%، الريفي: 51,1%) ويرجع هذا لمعايير التصنيف المستخدمة، خلال المسح، في تحديد الصرف الصحي المحسن، حيث اعطى صفة المحسن للمراحيض المتصلة بشبكة الصرف الصحي والمراحيض العامة فقط.

وسجل مؤشر استهلاك مياه الشرب المحسنة أحسن قيمة له خلال مسح سنة 2002 (90,2%)، وأسوأ نسبة خلال مسح سنة 1995 (78%)، فيما بلغ خلال مسحي سنتي 2006 و 2012 المقدارين 85,1% و 86,1% على الترتيب. ويتجلى الانخفاض المستمر لتباين هذا المؤشر بين وسطي الإقامة، حيث شهد مسح سنة 1992 النسبة 96,4% بالوسط الحضري مقابل 60% بمحل الإقامة الريفي، فيما سجل هذا المؤشر خلال مسح 2012 النسبة 87,3% عند الحضر و 84% لدى الريف. قد يرجع ذلك إلى رفع مستوى التغطية الريفية، وذلك بربط سكان المناطق الريفية بشبكة المياه وتعميمها، إلى جانب تدعيم التجمعات السكانية بالمناطق المبعثرة بالعيون العمومية المحمية (Robine/Fontaine public).

2.2.3. تطور مستويات الإجراءات الوقائية في الجزائر:

يعتبر خفض معدلات وفيات الأطفال إلى الثلثين خلال الفترة 1990-2015 أحد الأهداف التنموية للألفية، ويساهم تطعيم الأطفال بفعالية في تحقيق هذه الأهداف، ومنذ انطلاق البرنامج الموسع للتطعيم سنة 1974، تم انقاذ الملايين من الأطفال في العالم. تم إرساء البرنامج الوطني لحماية الأمومة والطفولة في الجزائر في بداية 1970، وتم تعزيزه بتبني البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال سنة 1985 وذلك بدمج ثمانية برامج ثانوية، من بينها البرنامج الموسع للتطعيم الذي يدخل في إطار الهدف العالمي "الصحة من أجل الجميع لسنة 2000". (وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، ONS، 2009، ص. 85)

لقد كانت الجزائر من بين الدول المشاركة مع منظمة اليونيسيف، في لقاء قمة الطفولة المنعقد في أكتوبر عام 1990، ووقعت على مشروع التطعيم العالمي للطفل، الذي كان يستهدف الوصول بنسب اكتمال التطعيم قبل إتمام الطفل عامه الأول إلى 90% بحلول عام 2000.

ويوصي البرنامج الوطني للتطعيم بالجزائر على تلقي التطعيمات الأساسية المتمثلة في الرزنامة التالية:

- **مصل (BCG) ضد الدرن، مباشرة بعد الولادة؛**
- **المصل الثلاثي (DTC) ضد أمراض الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس، ومصل (Polio) ضد شلل الأطفال،** ويوصى بتناولهما في نفس الوقت على ثلاث جرعات متتالية، الأولى بعد ثلاثة أشهر من الولادة، والثانية تليها بأربعة أسابيع، والثالثة بعدها بأربعة أسابيع.
- **المصل ضد مرض الحصبة، يوصى بأخذه عند تسعة أشهر من العمر.**
- يعتبر الطفل مستكملاً لكل التطعيمات عند تناوله كل التطعيمات السالفة الذكر. وهكذا فإن استكمال التطعيم يجب أن يتم قبل بلوغ الطفل عامه الأول.
- ويشير التقرير الرئيسي للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3) إلى مراجعة البرنامج الموسع للتطعيم سنة 2003 ليشمل إضافة إلى برنامج (PEV) لسنة 1990 التطعيمات التالية:
- **الجرعات الثلاث للتطعيم ضد الالتهاب الكبدي (HBV)، الأولى بعد الولادة، الثانية عند الشهر الأول، الثالثة عند بلوغ الشهر الخامس.**
- **جرعتا الفيتامين د، الأولى عند الشهر الأول، والإعادة عند الشهر السادس.**
- حيث تم إدراج التطعيم ضد الالتهاب الكبدي وجرعتا الفيتامين د في قائمة التطعيمات سنة 2000 وأصبحت فعلياً سنة 2003. (وزارة الصحة والسكان، ONS، 1994، ص. 69)

لقد حققت الجزائر تغطية شبه تامة للتطعيم ضد مرض السل، حيث تخطت نسب التغطية عتبة 97% في مختلف المسوح الوطنية، هذا لو استثنينا مسحي سنتي 1995 و 2000 (93%)، فقد شهد مسح سنة 2006 (MICS3) أحسن نسبة تغطية تطعيمية للأطفال، عند المستوى 99%، متبوعاً بمسح 2012-2013 (MICS4) الذي عرف تغطية تطعيمية ضد مرض السل فاقت 98%.

قد يرجع تحقيق هذا المستوى إلى كون تلقي هذا التطعيم بعد الولادة مباشرة، حيث عادة ما تتواجد الأم خلال الوضع تحت إشراف طبي مؤهل ضمن هيكل صحي متخصص، لتوفير ظروف ولادة آمنة، ما يتيح سهولة تلقي التطعيم.

كما سجلنا نفس الملاحظة بالنسبة للتطعيم ضد الشلل عند الولادة، حيث اقتربت نسب التغطية من الوحدة في مختلف المسوح التي شهدت هذا التطعيم، وكان أهمها خلال مسح موسم 2012-2013 (97,7%)،

متبوعا بمسح سنة 2006 (97,2%)، فيما تخطت نسبة تغطية الأطفال بهذا التطعيم حسب مسح سنة 2000 عتبة 95%. بينما لم تُدرج باقي المسوح الوطنية (Papchild, Mics1, Papfam) قيماً لهذه النسبة.

الجدول رقم 23.3: نسب الأطفال في فئة العمر 12-23 شهرا الذين تلقوا تطعيمات محددة وتوزيعهم

حسب استكمال التطعيم خلال المسوح الوطنية

المسح % التطعيم ضد	EAS M 1992	MICS 19951	MICS 20002	Papfam 2002	MICS 20063	MICS 20124
الدرن BCG	97,0	93	93	97,9	99,0	98,3
الشلل عند الولادة 0	-	-	95,4	-	97,2	97,7
الشلل 1 Polio	98,0	83	90	96,3	98,2	96,1
الشلل 2 Polio	94,8	83	90	95,2	96,8	94,5
الشلل 3 Polio	91,4	83	90	92,3	93,3	90,5
الثلاثي الأول 1 DTC	98,0	83	90	96,3	98,3	96,5
الثلاثي الأول 2 DTC	94,8	83	90	95,2	97,0	94,4
الثلاثي الأول 3 DTC	91,4	83	90	92,3	94,8	91,0
الحصبة Rougeole	88,7	77	88	90,6	90,5	90,3
التهاب الكبد 0 HepB عند الولادة	-	-	-	-	89,9	97,5
التهاب الكبد 1 HepB	-	-	-	-	87,8	97,0
التهاب الكبد 2 HepB	-	-	-	-	79,8	89,1
فيتامين D1	-	-	-	-	52,4	-
فيتامين D2	-	-	-	-	39,2	-
جميع التطعيمات (استكمال التطعيم)	86,5	87	87	88,9	89,2	83,1
لا شيء (لم يتلقوا أي تطعيم)	0,6	-	-	-	0,7	1,6
% الأطفال الذين لديهم دفتر صحي	-	-	-	87,1	92,4	92,2
عدد الأطفال بين 12-23 شهراً	892	824	837	891	2994	3068

المصدر: من اعداد الطالب بناءً على نتائج التقارير الرئيسية للمسوح الوطنية

(Papchild 1992، MICS1 1995، MICS2 2000، Papfam 2002، MICS3 2006، MICS4 2012 – 13)

أما تلقي الجرعة الأولى للتطعيم ضد شلل الأطفال (Polio1)، الذي يؤخذ عند بلوغ الطفل الشهر الثالث، فقد شهدت مستويات قياسية عبر مختلف المسوح الوطنية، باستثناء مسح سنة 1995 (MDG) الذي سجل أدنى معدل تغطية بلغ 83%، وبدرجة أقل خلال مسح عام 2000 أين سجلت النسبة في حدود 90%. فقد فاقت كل المسوح عتبة 96 مئوية كنسب تغطية تطعيمية ضد هذا المرض، حيث كانت الصدارة لمسحي سنتي 1992 و 2006 بتسجيلهما تغطية تطعيمية شبه تامة فاقت 98%، فيما عرف المسحان الوطنيان لسنتي 2002 و 2012-2013 نسبة تغطية معتبرة تخطت حدود 96%.

للإشارة، فقد أدرجت تقارير المسح الوطني لسنتي 1995 و 2000، نسب التغطية التطعيمية للجرعات الثلاث، ضد مرض شلل الأطفال، وللتطعيم الثلاثي (DTC)، في قيمة موحدة. بلغت 83% في المسح الأول (MDG)، و 90% خلال المسح الثاني (EDG).

أما بالنسبة للتطعيم بالجرعة الثانية ضد شلل الأطفال (Polio2)، فقد سجل تغطية جيدة تخطت معظم قيمها خلال مختلف المسوح عتبة 94%، لو استثنينا مسحي سنتي 1995 و 2000. كما تراوحت معدلات التغطية التطعيمية بالجرعة الثالثة ضد هذا المرض (Polio3)، بين 90,5% و 94% خلال مختلف المسوح الوطنية.

وكانت نسب تغطية التطعيم ضد أمراض الديفتيريا، التيتانوس والسعال الديكي (DTC)، ونسب التطعيم ضد شلل الأطفال (Polio)، في مختلف الجرعات (الثلاثة)، موحدة في شتى التحقيقات الوطنية، لاقتراهما زمنياً في الرزنامة التطعيمية للأطفال، حيث تعبر نسبة أحدهما عن الآخر. باستثناء المسحين الأخيرين (MICS3, MICS4) اللذان ميّزا بين التطعيمين، غير أن نسب التغطية كانت جد مقاربة بين التطعيمين في كل جرعتين متقارنتين.

أما التلقيح ضد مرض الحصبة (Le Rougeole)، الذي يتلقاه الأطفال عند بلوغهم الشهر التاسع من العمر، فقد شهدت نسبة تغطيته تحسناً، فقد انتقل مستوى تلقي الأطفال لهذا التطعيم من 88,7% سنة 1992 إلى 90,3% عام 2012، حيث أظهر المسح الجزائري لصحة الأسرة (Papfam 2002) تخطي نسبة التغطية التطعيمية عتبة 90,6 في المائة، إلا أنها شهدت تراجعاً طفيفاً حسب المسح الوطني لسنة 2006، بتسجيلها القيمة 90,5%.

أدرجت نسب التغطية للقاحات ضد مرض التهاب الكبد (HepB) بالإضافة إلى لقاحات التدعيم بالفيتامين "د"، بداية من سنة 2006، حيث بلغت نسبة التغطية التطعيمية ضد التهاب الكبد بالجرعة الأولى عند الولادة (HepB0) خلال هذا المسح المستوى 90% تقريباً، وقفزت النسبة إلى 97,5% خلال سنة 2012. كما شهدت نسبة التغطية بالجرعة الثانية المقدار 87,8% سنة 2006، لتصل إلى 97% خلال استقصاء سنة 2012-2013. فيما عرفت نسبة التغطية بالجرعة الثالثة القيمة 79,8 بالمائة حسب المسح الأول و 89,1 من المائة خلال المسح الأخير.

أما تلقي الأطفال للفيتامين "د" فقد أدرجت نسب تغطيته حصرياً في التقرير الرئيسي لمسح 2006، دون المسوح الأخرى، حيث وصلت النسبة في الجرعة الأولى إلى المستوى 52,4% و 39,2% بالنسبة للجرعة الثانية.

عموماً عرفت نسب الأطفال الذين استكملوا التطعيمات المدرجة في الرزنامة التطعيمية، ارتفاعاً مستمراً وطفيفاً، حيث انتقلت نسبة استكمال الأطفال للتطعيمات من المقدار 86,5% سنة 1992 إلى المستوى 89,2% سنة 2006، لتتراجع بعد ذلك إلى 83,1% سنة 2012. فيما سجل الأطفال الذين لم يستفيدوا من أي تطعيم نسباً ضئيلة إن لم نقل مهملة، حيث بلغ أهمها 1,6% عام 2012، والنسب المئوية 0,6 و 0,7 خلال مسحي 1992 و 2006 على الترتيب.

لقد تم ادراج الاحصائيات حول امتلاك الأطفال للدفتري الصحي بداية من مسح سنة 2002، حيث بلغت نسبة الأطفال الذين لديهم دفتري صحي حسب هذا المسح المستوى 87,1%، لترتفع بعد ذلك إلى المقدار 92,4 من المائة عام 2006، وتسجل الكمية 92,2% سنة 2012.

الجدول رقم 24.3: تطور الأمراض الممكن تفاديها ببرنامج التطعيم (PVE) لدى الأطفال في الجزائر

المرض	1963	1979	1989	1998	2008	2009	2010
الديفتيريا	381	73	9	57	0	0	0
التيانوس	58	37	63	28	3	0	1
السعال الديكي	591	81	22	13	80	113	33
شلل الأطفال	75	72	18	0	0	0	0
الحصبة	902	14973	4162	3132	1547	2246	1486

Source : Grangaud, J. P, cinquante ans de pédiatrie évolution de la pédiatrie algérienne, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 Janvier 2014. P. 3

نلاحظ من خلال الجدول (رقم: 24.3) تراجع كبير معظم الأمراض المدرجة ضمن الرزنامة الوطنية للتلقيح ضد الأمراض التي تفتك بالأطفال (PVE)، وصل إلى حد الاستئصال عشية وبداية هذه الألفية، ما يفسر فاعلية البرنامج الموسع للتطعيم.

غير أن بعض الأمراض متمثلة في الحصبة وبدرجة أقل السعال الديكي، فقد شهدت تذبذباً في عدد الحالات خلال السنوات الملاحظة، كما لم يتم استئصالها تماماً.

3.2.3. أمراض الطفولة والإجراءات العلاجية:

تصنف أمراض الاسهال وأمراض الجهاز التنفسي من أهم الأمراض المعدية المؤثرة على صحة الأطفال، كما أنها من أهم مسببات وفيات الرضع والأطفال في الدول النامية، لذلك تم إدراجها ضمن البرامج الفرعية الستة التي تستهدف صحة الطفولة. ويرتبط انتشار هذه الأمراض بالبيئة المنزلية مثل التهوية وازدحام المسكن ومصدر مياه الشرب، إلى جانب البيئة المحيطة بصفة عامة، والسلوكيات الخاطئة في حفظ الطعام وتغذية الأطفال.

بذلت البلدان النامية مجهودات كبيرة لتوفير طرق علاجية في المتناول وعملية في الاستخدام لتساعد في التقليل من حدة الإصابة بهذه الأمراض. وتعتبر محاليل معالجة الجفاف إحدى الأدوات التي أثبتت كفاءتها في تقليل وفيات الرضع والأطفال الناجمة عن أمراض الاسهال. فيما مثلت المضادات الحيوية وسيلة رئيسية لعلاج أمراض الجهاز التنفسي. كما يحدد مدى الوعي بخطورة هذه الأمراض، ومصدر الاستشارة المستخدم، ومدى توفر سبل الخدمات العلاجية، مدى استخدام وسائل العلاج لأمراض الاسهال والجهاز التنفسي.

لقد ساهم برنامج مكافحة أمراض الاسهال والعدوى التنفسية الحادة لدى الأطفال دون سن الخامسة، الذي استحدث سنة 1985 بالجزائر في إطار البرنامج الوطني لمكافحة وفيات الأطفال، بشكل فعال في تقليل وفيات الأطفال دون الخامسة الناجمة عن الاسهال والعدوى التنفسية الحادة. (Grangaud, 2014, p. 3)

تضمنت مختلف المسوح المرتبطة بصحة الأطفال في الجزائر، أسئلة مفصلة عن حالات الإسهال، بغية جمع بيانات تفصيلية عن طرق وكيفية معالجة الأطفال عند الإصابة بالإسهال أو أمراض الجهاز التنفسي والحمى.

1.3.2.3. أمراض الاسهال واستعمال المحاليل المعالجة للجفاف لدى الأطفال:

يكون الاسهال حاداً، حسب تعريف منظمة الصحة العالمية، عندما يتبرز الطفل ثلاث مرات في اليوم برازاً سائلاً أو لين أو مصحوب بدم.

وحسب التقارير الرئيسية لمسحي سنتي 2006 (MICS3) و 2000 (EDG)، فقد كان يعرف علاج الجفاف قبل سنة 1993 على أنه حالات معالجة الاسهال باستخدام محلول معالجة الجفاف أو محلول معد

في البيت بإذابة السكر والملح، أما بعد سنة 1993، فأصبح يعرف على أنه معالجة الاسهال مع مواصلة تغذية الطفل باستخدام محلول معالجة الجفاف (SRO) أو محلول أعد بإذابة سكر وملح.

حددت جملة الأهداف المأمولة المتعلقة بمكافحة الإسهال، بتقليص وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى النصف في آفاق عام 2010 بالنظر إلى سنة 2000، وإلى الثلث بحلول سنة 2015 بالنظر إلى عام 1990. (أهداف الألفية من أجل التنمية).

حسب الجدول رقم 25.3، شهدت نسبة الأطفال المصابون بمرض الاسهال الحاد انخفاضاً ملحوظاً خلال الفترة الممتدة من سنة 1995 إلى غاية سنة 2012، حيث نحت من 20 بالمائة في بداية الفترة إلى 9,4 من المائة بنهاية الفترة. كما سجلت النسبة أدنى مستوى لها خلال مسح سنة 2006 في حدود 8,8%، وأسوأ قيمة عرفت هذه النسبة كانت خلال مسح سنة 2002 (25,5%). هذا ما يفسر تحسن الوعي الصحي للسكان بمسببات الاسهال، وتقادي الإصابة بالحرص على الإجراءات الوقائية المتمثلة في تحصين الأطفال ضد الأمراض عن طريق استكمال التلقيحات المبرمجة، وتوفير شروط النظافة داخل المسكن والمحيط الخارجي، وتمكين الأطفال من صرف صحي ومياه شرب محسنة، وتأمين تغذية ملائمة من رضاعة طبيعية وتغذية تكميلية نظيفة وصحية خاضعة لشروط الحفظ ومدة الصلاحية.

الجدول رقم 25.3: التوزيع النسبي للأطفال أقل من خمس سنوات الذين أصيبوا بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح ونوعية العلاج

عدد الأطفال الذين عانوا من الإسهال	نسبة % الأطفال المصابون بالإسهال وتلقوا				نسبة % الاسهال	المسح
	أي محلول لمعالجة الجفاف	لا يوجد معالجة	محلول سكر مالح معد بالمنزل	أكياس الاملاح المعدنية		
1192	27,4	72,6	7,1	19,2	-	1992 PAPCHILD
850	37	63	-	26,1	20	1995 MICS1
894	24	76	-	17,1	19,8	2000 MICS2
-	62,7	38,3	5,0	29,5	25,5	2002 PAPFAM
1288	26,6	73,4	12,2	18,5	8,8	2006 MICS3
1377	59,2	40,8	33,9	25,3	9,4	2012-13 MICS4

المصدر: من انجاز الطالب بناءً على نتائج التقارير الرئيسية للمسوح الوطنية

(MICS4 2012 – 13، MICS3 2006، Papfam 2002، MICS2 2000، MICS1 1995، Papchild 1992)

ارتفعت نسب معالجة هذا المرض عن طريق الإمالة الفموية باستعمال محاليل ضد الجفاف، سواءً بأكياس الأملاح المعدنية (SRO) أو بمحلول أعد في المنزل بإذابة السكر والملح في الماء، من 27,4% (SRO: 19%، محاليل معدة في المنزل: 7,1%) سنة 2002 إلى حدود 59,2% (SRO: 25,3%، محاليل معدة في المنزل: 33,9%) خلال نهاية الفترة عام 2012.

وسجلت أحسن الإجراءات العلاجية ضد هذا المرض خلال مسح سنة 2002، حيث بلغت نسبة الأطفال المصابون الذين تلقوا محاليل معالجة الجفاف المقدار 62,7%. ويرجع هذا التحسن في الإجراءات العلاجية ضد مرض الاسهال إلى وعي السكان، والأمهات على وجه الخصوص، بخطورة المرض الذي يعتبر من أهم مسببات وفيات الأطفال دون سن الخامسة، ووعيهن ومعرفتهن بطرق معالجة جفاف الأطفال باستعمال محاليل الإمالة الفموية.

الجدول رقم 26.3: تطور وفيات الأطفال دون خمس سنوات بسبب مرض الإسهال في الجزائر

السنة	1995	2000	2005	2006	2007	2008
عدد حالات الاستشفاء	19787	16541	23000	25710	26196	26224
الوفيات بسبب الاسهال	1500	867	567	298	367	321
نسب الوفيات (%)	7,58	5,24	2,47	1,16	1,40	1,22

Source : Grangaud, J. P, cinquante ans de pédiatrie évolution de la pédiatrie algérienne, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 Janvier 2014. P. 6

شهدت وفيات الأطفال (> 5 سنوات) التي يسببها الاسهال، انخفاضاً مستمراً طيلة سنوات الملاحظة بين 1995 و 2008، حيث تقلصت من 1500 حالة وفاة في بداية الفترة إلى 321 وفاة بسبب الاسهال، هذا رغم الارتفاع المستمر تقريبا لعدد حالات الاستشفاء من الإصابة بالمرض. ويرجع ارتفاع هذا العدد إلى النمو السكاني الذي عرفته الجزائر خلال هذه الفترة، في حين يعود انحصار عدد الوفيات لنجاعة الإجراءات العلاجية والاستشفائية ضد مرض الاسهال لدى الأطفال، حيث تظهر نسب الوفيات للحالات الاستشفائية تراجعاً مستمراً طيلة الفترة، لو استثنينا سنة 2006 التي شهدت تقلصاً للنسبة (1,16%) ثم ارتفاعاً قليلاً نسبياً خلال السنة الموالية (1,4%). وهذا ما يدل على نجاعة الإجراءات العلاجية والاستشفائية لهذا المرض.

2.3.2.3. العدوى التنفسية الحادة لدى الأطفال في الجزائر:

تعتبر العدوى التنفسية الحادة من أبرز مسببات وفيات الأطفال دون سن الخامسة من العمر، وتصيب

هذه الأمراض المسارات التنفسية العليا، حيث تؤدي إلى التهاب الأنف والحنجرة، التهاب اللوزتين، الالتهابات الرئوية والطبقات تحت الأغشية الرئوية، والتهاب القصبات الرئوية الثانوية لدى الرضع، ما يسبب مضاعفات خطيرة وتزيد في احتمال الوفاة لدى الأطفال، لا سيما في البلدان النامية. كما يعد هذا المرض الأكثر انتشاراً بين الأطفال. واعتمد البرنامج الوطني لمكافحة العدوى التنفسية الحادة، الذي استهدف صحة الأطفال دون الخمس سنوات من العمر، على توعية وتحسيس الأمهات بخطورة الأمراض التنفسية وأهمية الاستشارة الطبية وضرورة احترام مختلف مراحل التكفل والعلاج عند تعرض أطفالهن للإصابة.

وضعت وزارة الصحة والسكان سنة 1996 تقييماً لبرنامج مكافحة الأمراض التنفسية الحادة، بين أن العدوى التنفسية الحادة هي السبب الرئيسي لاستشفاء ووفيات الأطفال دون سن الخامسة، حيث مثلت نسبة استشفاء الاطفال بسبب الأمراض التنفسية الحادة 24,5%، فيما بلغت نسبة وفيات الأطفال المرتبطة بهذا المرض 16,4%. كما سجلت سنة 1999 نسبة استشفاء الأطفال، دون السن الخامسة من العمر، بسبب هذا المرض عند القيمة 27,9%، مع نسبة وفيات مرتبطة بالمرض عند المستوى 12,7%.

(Ministère de la santé de la population, INSP, 2001, p. 93)

الجدول رقم 27.3: توزيع نسب الأطفال دون خمس سنوات حسب مصدر الاستشارة عند الإصابة بالسعال

أو الحمى خلال الأسبوعين السابقين لمسح سنة 1992

الخصائص	مصدر النصيحة/ الاستشارة (%)							اجمالي عدد الاطفال
	مؤسسة صحية حكومية	عيادة/ طبيب خاص	صيدلية	داية	عطار	أشخاص آخرون	دون استشارة	
الذين أصيبوا بالسعال								
ذكور	11,3	25,2	14,5	0,8	0,8	1,4	54,01	650
إناث	8,9	21,5	14,3	0,5	0,7	1,8	59,6	630
حضر	12,7	25,0	18,1	0,7	0,7	1,3	50,5	604
ريف	7,9	21,9	11,1	0,6	0,7	1,8	62,5	676
المجموع	10,1	23,4	14,4	0,6	0,7	1,6	56,8	1280
الذين أصيبوا بالحمى								
ذكور	14,7	24,8	12,7	0,0	0,0	1,6	51,5	685
إناث	11,3	19,5	10,8	0,5	0,6	2,0	60,6	664
حضر	16,3	25,7	14,7	0,1	0,3	1,1	47,6	601
ريف	10,3	19,4	9,5	0,3	0,3	2,4	62,7	748
المجموع	13,0	22,2	11,8	0,3	0,3	1,8	56,0	1349

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، الجزائر، 1994، ص. 105

يوضح الجدول رقم 27.3 توزيع الأطفال دون سن الخامسة الذين أصيبوا بالسعال أو الحمى خلال الأسبوعين السابقين للمسح الجزائري حول صحة الام والطفل لسنة 1992 حسب نوع الاستشارة الطبية، حيث يتبين أن أكثر من نصف الأطفال (57 في المائة) لم تحصل أمهاتهم على استشارة أو نصيحة طبية حول الإصابة بالسعال، ويشير التقرير الرئيسي للمسح إلى أن حوالي 41% من الأطفال المصابين بالسعال حصلت أمهاتهم على استشارة طبية من مصدر صحي متخصص (مؤسسة صحية حكومية، طبيب خاص، صيدلي).

فيما بلغت نسبة الأطفال الذين أصيبوا بالحمى خلال الأسبوعين السابقين للمسح ولم تتلق أمهاتهم استشارة أو نصيحة حول الحمى المقدار 56%، و 41 من المائة تحصلت أمهاتهم على استشارة طبية من طرف مصدر صحي متخصص.

وتبين معطيات الجدول أن الذكور أكثر حظاً في تلقي الاستشارة (من مصدر متخصص) مقارنة بالإناث، كما أن الأطفال القاطنين بالمناطق الحضرية أوفر حظاً من نظرائهم بالمناطق الريفية.

كما نلاحظ أن الاستشارة من خلال عيادة/ طبيب خاص شكلت النسبة الغالبة (23,4%: حول السعال، 22,2%: حول الحمى) كأكبر نسب للاستشارات المتعلقة بمصدر صحي متخصص.

اكتفى المسحان الوطنيان لسنتي 1995 و 2000، في المحور الخاص بالأمراض التنفسية الحادة لدى الأطفال أقل من خمس سنوات، بإدراج نسب الأمهات اللاتي يعرفن الأعراض الخطيرة للعدوى التنفسية الحادة، حيث سئلت النسوة دون مساعدة المستجوب (المعرفة التلقائية للأعراض الخطيرة للأمراض التنفسية الحادة IRA)، وملاحظة الإجابات التي تتضمن أهم عرضين رئيسيين للنزلة التنفسية الحادة والمتمثلتان أساساً في البحة في الصوت وصعوبة التنفس (Dyspnée)، والورم في الأنف أو السليلة المخاطية (Polypnée).

بالإضافة إلى ذكر أمهات الأطفال دون الخمس سنوات من العمر، الأعراض التي يرونها خطيرة وتشير إلى العدوى التنفسية الحادة، كالحمى، الرشح وانسداد الأنف، واضطراب النوم، طول مدة المرض، صعوبة التنفس، السعال، وأعراض أخرى.

حسب الجدول (رقم: 28.3)، بلغت نسبة الأمهات اللاتي يعرفن على الأقل واحد من أهم عرضين خطيرين للعدوى التنفسية الحادة (بحة في الصوت، تورم في الأنف) المقدار 45% خلال مسح سنة 1995

(الحضر: 48%، الريف: 42%)، مقابل 29,3% في مسح عام 2000 (31,3% من الحضرية و 26,5% من الريفية).

ووصلت نسبة أمهات الأطفال (> 5 سنوات) اللاتي يعرفن عرض ورم الأنف (La Polypnée) 19% سنة 1995 مقابل 8,1% خلال مسح سنة 2000، فيما سجلت نسبة معرفتهن لعرض بحة الصوت (La Dyspnée) عند المستوى 41% في مسح عام 1995، مع تسجيل انخفاضها خلال مسح سنة 2000 حيث عرفت المقدار 26,6% من مجموع النساء المعنيات بالسؤال حول معرفة أهم الأعراض الخطيرة المرتبطة بالأمراض التنفسية الحادة.

الجدول رقم 28.3: التوزيع النسبي لأمهات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب معرفتهن بأعراض الأمراض

التنفسية الحادة (IRA) خلال مسحي سنتي 1995 و 2000

المسح والخصائص الأعراض	مسح سنة 1995 MICS1			مسح سنة 2000 MICS2		
	حضر	ريف	مجموع	حضر	ريف	مجموع
نسب % معرفة الأمهات للعرضين (02) الخطيرين للعدوى التنفسية الحادة (Dyspnée، Polypnée)						
معرفة أحدهما على الأقل	48	42	45	31,3	26,5	29,3
La Polypnée	18	21	19	--	--	8,1
La Dyspnée	44	38	41	--	--	26,6
معرفتهما معاً	14	16	15	-	-	-
نسب % الأعراض التي ذكرتها الأمهات باعتبارها أعراض خطيرة أخرى للأمراض التنفسية الحادة						
الحمى	-	-	83	-	-	74,8
انسداد الأنف	-	-	37	-	-	30,7
اضطراب النوم	-	-	33	-	-	18,6
طول مدة المرض	-	-	26	-	-	-
السعال	-	-	-	-	-	52,3
أخرى	-	-	24	-	-	8,2
لا يعرفن أي عرض	-	-	5	11	9,5	10,4

(--): عدم تباين المعطيات (تجانس بين الوسطين)

المصدر: من اعداد الطالب بناءً على نتائج التقريرين الرئيسيين للمسحيين الوطنيين لسنتي 1995 و 2000 (MICS1، MICS2)

قد يعود هذا التراجع الكبير لهذه النسب إلى طبيعة العينة والمعاينة التي تم اعتمادها في هذين المسحين، وإلى كفاءة الجهة التي أوكلت إليها مهمة تنفيذ المسحين والمتمثلة في المعهد الوطني للصحة العمومية (INSP)، على عكس المسوح الأخرى التي أشرف على تنفيذها الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) الذي لديه رصيد كبير في مجال الإحصاء والمعاينة التمثيلية.

أما بالنسبة للأعراض الأخرى التي ذكرتها أمهات الأطفال (> 5 سنوات) كأعراض خطيرة للعدوى التنفسية الحادة، فوصلت نسبة الأمهات التي ذكرت عرض الحمى القيمة 83% سنة 1995 مقابل 74,8% سنة 2000، وعرض انسداد الأنف عند المستويين 37% و 30,7% خلال مسحي سنتي 1995 و 2000 على التوالي، وسجل اضطراب النوم القيم 33 و 18,6 من المائة في المسحين على الترتيب.

فيما بلغت نسبة الأمهات اللاتي لا يعرفن أي عرض من الأعراض السالفة الذكر المقدار 5% من مجموع المستجوبات خلال مسح 1995، ووصلت هذه النسبة في مسح سنة 2000 عند المستوى 10,4% (الحضر: 11%، الريف: 9,5%).

تطرق المسح الجزائري حول صحة الأسرة لسنة 2002 (Papfam) في شطره المتعلق بأمراض الجهاز التنفسي، لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات، إلى التوزيع النسبي للأطفال الذين أصيبوا بأعراض الحمى والسعال وصعوبة التنفس، خلال الأسبوعين السابقين للمسح. كما تناول التوزيع النسبي للأطفال (> 5 سنوات) المصابين بالعدوى التنفسية الحادة حسب مكان تلقي الاستشارة أو الفحص الطبي.

الجدول رقم 29.3: التوزيع النسبي للأطفال الأقل من خمس سنوات الذين أصيبوا بأعراض الأمراض

التنفسية خلال الأسبوعين السابقين لمسح سنة 2002

الخصائص	حمى	سعال	سعال وصعوبة التنفس	حمى + سعال	حمى + سعال + صعوبة التنفس
النوع					
ذكور	25,5	25,1	9,2	18,0	7,8
إناث	25,4	25,5	8,2	17,6	6,5
وسط الإقامة					
حضر	24,5	26,0	8,3	18,1	6,9
ريف	26,6	24,4	9,2	17,4	7,5
المجموع	25,5	25,3	8,7	17,8	7,2

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2004، ص. 65

يظهر الجدول السابق أن حوالي واحد من بين كل أربعة أطفال قد أصيبوا بالحمى خلال الأسبوعين اللذين سبقا المسح، وأكثر من ربع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات قد أصيبوا بالسعال كأحد أعراض العدوى التنفسية الحادة. كما يشير ذات الجدول إلى نسبة الأطفال الذين أصيبوا بالسعال وصعوبة في

التنفس معاً بالمقدار 8,7%. فيما بلغ انتشار الإصابة بالحمى والسعال معاً القيمة 17,8%. فيما بلغت نسبة الأطفال الذين أصيبوا بالحمى والسعال وصعوبة التنفس معاً المستوى 7,2 من المائة.

كما استفسرت الأمهات، اللاتي صرحن بتعرض أطفالهن للسعال أو لارتفاع في درجة الحرارة خلال الأسبوعين السابقين لهذا المسح، عن المشورة الطبية حول هذه الاعراض المتعلقة بأمراض الجهاز التنفسي، بغية تقدير مدى تلقي الأطفال للرعاية الصحية الملائمة عند تعرضهم للإصابة بمثل هذه الأعراض.

نقرا من الجدول (رقم: 30.3) أن مستوى تلقي الأطفال للاستشارة الطبية حول الإصابة بالأمراض التنفسية قد بلغ ما يقارب 52 بالمائة من مجموع المصابين، توزعت بين 53,3 مئوية لدى الذكور و 50,4 من المائة وسط الإناث، و 58,9 بالمائة بالوسط الحضري مقابل 43,6 من المائة بالوسط الريفي. ويبدو هذا طبيعياً إذا ما نظرنا إلى ظروف التغطية الصحية بالمناطق الريفية وصعوبة الوصول إلى الرعاية الصحية، بسبب بعد المسافة عن المراكز الصحية والعيادات الخاصة، ما يحول دون تمكين السكان (الأمهات على وجه الخصوص) من الوصول على رعاية طبية أولية للأطفال، خاصة في حالات غياب الأزواج عن أسرهم بسبب العمل بالمدن أو التجارة بالأسواق أو ممارسة النشاط الفلاحي.

الجدول رقم 30.3: نسب تلقي الأطفال الاستشارة الطبية حول الأمراض التنفسية حسب مسح سنة 2002

الخصائص الديموغرافية والاجتماعية	عدم تلقي فحص طبي	مصلحة الصحة العمومية	طبيب خاص	صيدلي	اختصاصي في الاعشاب	أخرى	تلقي فحص طبي
الجنس							
ذكور	43,3	15,2	34,3	5,6	2,1	1,9	53,3
إناث	46,0	15,4	30,0	6,3	1,2	2,7	50,4
محل الإقامة							
حضري	38,1	14,8	40,5	6,2	0,7	2,5	58,9
ريفي	52,4	15,9	22,5	5,5	2,7	2,0	43,6
المجموع	44,6	15,3	32,3	5,9	1,6	2,3	51,9

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002، الجزائر، 2004، ص. 66

كما نلاحظ أن أغلب الاستشارات في الوسط الحضري تلقاها الأطفال بالعيادات الطبية الخاصة حيث بلغت نسبة الاستشارة 40,5% مقابل 14,8% بمصالح الصحة العمومية، وبدرجة أقل بالوسط الريفي إذ بلغت

نسبة الاستشارة بالعيادات الخاصة المستوى 22,5 من المائة مقابل 15,9 بالمائة بالمصالح الصحية العمومية. عموماً فقد كانت أغلب الاستشارات الطبية بالعيادات الخاصة حيث قدرت نسبتها أكثر من 32%, تبعثها الاستشارة بالمصالح الصحية العمومية (15,3%).

تناول المسحان الوطنيان متعدد المؤشرات لسنتي 2006 و 2012، في شقيهما المتعلق بالأمراض التنفسية الحادة لدى الأطفال دون السنة الخامسة من العمر، معدلات انتشار هذه الأمراض بين أطفال الفئة المذكورة، ومدى التكفل بعلاجها حسب مكان تلقي الفحوص، ونسب الأطفال الذين تلقوا الاستشارة الطبية لهذه الأمراض من طرف كادر طبي مؤهل. فيما تناول المسحان الوطنيان عدد الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة سنوات، المشتبه فيهم بحالات الالتهاب الرئوي ونسب المتلقين منهم علاجاً بالمضادات الحيوية.

الجدول رقم 31.3: نسب الأطفال (> 5 سنوات) الذين عانوا من التهاب تنفسي وتم نقلهم إلى مرفق صحي

والاشتباه بحالات الالتهاب الرئوي خلال الأسبوعين السابقين لمسحي 2006 و 2012

**MICS4 2012-13			*MICS3 2006			المسح
Σ	ريف	حضر	Σ	ريف	حضر	
6,0	6,4	5,7	6,1	6,3	6,0	التهاب تنفسي حاد
14701	5661	9040	14593	6683	7910	عدد الأطفال 0-59 شهر
15,3	13,7	16,4	12,4	8,7	15,8	مستشفى عمومي/ مركز استشفائي جامعي
21,0	24,8	18,3	12,3	13,0	11,7	مركز صحي/ مصلحة متعددة خدمات
1,7	3,0	0,8				مركز علاج
0,3	0,1	0,5	-	-	-	هياكل عمومية أخرى
6,8	4,3	8,6	28,2	27,2	29,0	عيادة خاصة
23,9	18,1	28,0				طبيب خاص
6,0	5,2	6,6	9,0	8,2	9,6	صيدلي خاص
0,5	0,2	0,8	-	-	-	هياكل طبية خاصة أخرى
3,1	4,5	2,2	-	-	-	الوالدين أو الأصدقاء
0,9	1,5	0,5	-	-	-	عطار تقليدي
0,6	0,8	0,5	1,1	0,9	1,3	مصادر أخرى
66,4	62,6	69,1	52,6	48,5	56,3	مستخدمين مؤهلين
883	364	518	891	420	471	عدد حالات الاشتباه بالالتهاب الرئوي
64,1	61,9	65,7	59,0	53,1	64,2	نسب الأطفال المشتبه فيهم بالالتهاب الرئوي ويتلقون علاج مضاد حيوي

المصدر: * وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي متعدد المؤشرات الجزائر 2006 MICS3، الجزائر، 2009، ص. 103.

** : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012 – 2013, Alger, 2015, P.99

يدل الجدول رقم 31.3 على إصابة حوالي ستة أطفال من بين كل مائة طفل دون سن الخامسة، خلال المسحين الوطنيين لسنتي 2006 و2012، كما كان انتشار العدوى التنفسية الحادة أكثر شدة نسبياً بالمناطق الريفية عن الحضرية، وهذا لطبيعة الوسط والمحيط والظروف المعيشية للسكان بالأرياف، خاصة ما تعلق بالتدفئة المنزلية وغيرها من خصائص المسكن الريفي، كنوع الوقود المستعمل في الطهي والإنارة ونمط الأرضية والسقف والربط بالصرف الصحي وشبكة المياه المحسنة، بالإضافة إلى شروط نظافة محيط المسكن.

وبلغت نسبة الأطفال المصابين الذين تلقوا الاستشارة الطبية حول المرض من طرف مستخدمين مؤهلين المستوى 52,6% خلال مسح سنة 2006 (الحضر: 56,3%، الريف: 48,5%)، وارتفعت هذه النسبة خلال مسح سنة 2012 لتصبح 66,4% (الحضر: 69,1%، الريف: 62,6%). يرجع هذا التباين في نسب الاستشارة الطبية بين الوسطين، لتمكين الأمهات بصفة خاصة والآباء بصفة عامة من الوصول إلى الرعاية الصحية بالمناطق الحضرية، أكثر من المناطق الريفية لبعد المسافة والتكلفة، بالإضافة لبعض الخلفيات الذهنية السوسيوثقافية.

لقد كانت أغلب الاستشارات الطبية مصدرها عيادة خاصة أو طبيب خاص، حيث فاقت النسبة سنة 2006 المستوى 28 بالمائة (29% لدى الحضر، 27,2% بالوسط الريفي)، فيما كانت أغلبية الاستشارات سنة 2012 بالقطاع العام للصحة، حيث وصلت نسبة الأطفال الذين تلقوا الاستشارة بالمستشفيات العمومية والمراكز الصحية العمومية إلى حدود 15,3 وأكثر من 21% على الترتيب. بينما بلغت بالعيادات الخاصة المستوى 6% وحوالي 24% عند الأطباء بالقطاع الخاص.

من جهة أخرى بلغ عدد الأطفال دون سن الخامسة الذين عانوا من حالة تشبه الالتهاب الرئوي، خلال الأسبوعين السابقين لمسح سنة 2006 (MICS3)، 891 حالة من مجموع أطفال الفئة (0-59 شهر) البالغ عددهم 14593 طفل (حجم عينة الأطفال). ووصلت نسبة الأطفال الذين أشتبه في إصابتهم بالالتهاب الرئوي الحاد وتلقوا العلاج بالمضادات الحيوية المقدار 59% (الحضر: 64,2 من المائة، الريف: 53,1 مئوية). فيما بلغ عدد الحالات المشتبه في إصابتها بالالتهاب الرئوي، خلال الأسبوعين السابقين لمسح سنة 2012 (MICS4)، 883 حالة تلقى منها العلاج بالمضادات الحيوية ما يوافق النسبة 64,1%، توزعت بين 65,7 من المائة بالمناطق الحضرية وحوالي 62 بالمائة بوسط الإقامة الريفي. للإشارة فقد بلغ إجمالي الأطفال دون سن الخامسة بعينة المسح 14701 طفل.

الجدول رقم 32.3: تطور وفيات الأطفال دون خمس سنوات بسبب الأمراض التنفسية الحادة في الجزائر

السنة	*1995	*2000	2005	2006	2007	2008
عدد حالات الاستشفاء	20035	29035	40962	39722	54134	47821
الوفيات بسبب الاسهال	1313	893	983	1008	965	1040
نسبة الوفيات (%)	6,55	3,08	2,40	2,54	1,78	2,17

Source : Grangaud, J. P, cinquante ans de pédiatrie évolution de la pédiatrie algérienne, colloque international sur les politiques de santé, Alger, 18-19 Janvier 2014. P. 6

(*)Ministère de la santé et de la population, direction de la prévention, Les programmes de Santé Maternelle et Infantile évaluation, 2001.P. 19

يظهر الجدول (رقم: 32.3) تراجع شدة وفيات الأطفال دون خمسة سنوات، بعد دخولهم المستشفى بسبب الأمراض التنفسية الحادة (IRA)، وذلك طيلة سنوات الملاحظة، حيث انتقلت نسبة الوفيات من 6,55 مئوية سنة 1995 إلى 2,17% خلال عام 2008. وهذا رغم الارتفاع المستمر لعدد الحالات الاستشفائية للمرض نتيجة النمو الديموغرافي وطبيعة الأمراض التنفسية الحادة التي يتغير انتشارها من سنة إلى أخرى.

4. تطور أهم المؤشرات التربوية في الجزائر:

أولت الجزائر أهمية بالغة للتربية والتعليم غداة استقلالها، حيث ظهر الوعي بدور التعليم كقاطرة للتنمية، فقد كرست الدولة جهودها لتدعيم القطاع بالوسائل التنظيمية والمادية والبشرية، باتخاذها جملة من الإجراءات والتدابير أهمها جعل اجبارية التمدريس في الطورين الابتدائي والمتوسط، مع وضع سياسة التعليم المجاني في كل الأطوار الدراسية، وإنشاء تغطية شبه تامة بالهيكل القاعدية المدرسية عبر كامل التراب الوطني. كما تعززت المنظومة التربوية بمراسيم حكومية تدعم القطاع التربوي وتنظم الأطر القانونية التي تسيّره.

فقد ورثت الجزائر غداة استقلالها منظومة تربوية تستجيب للأهداف التربوية التي سطرها المحتل، استلزم اصلاحا تربويا في هذه المرحلة، غير أنه كان جزئيا بحكم الظروف السياسية والاقتصادية والاجتماعية للدولة، حيث عانت من ارتفاع نسبة الأمية وانتشار الأمراض والفقر، وضعف التأطير بعد مغادرة المعلمين الجزائر، ضف إلى ذلك قلة الموارد الاقتصادية، فكان للخروج من حرب تحريرية مسبقة باضطهاد وتجهيل ممنهج من قبل المستعمر دام قرابة قرن وربع قرن من الزمن، وطأة كبيرة خلفت آثار سلبية على كافة الأصعدة، فتميز ميدان التربية في الجزائر المستقلة الفتية بما يلي: (المجلس الأعلى للتربية، 1998، ص. 9)

- منظومة تربوية غربية بمضامينها ومهامها.

- عدد ضئيل من المتدربين بالنظر إلى حاجيات وطموحات مجتمع حديث.
- نسبة الأمية وسط السكان تزيد عن 85 من المائة.

فكان المرسوم الحكومي المؤرخ في 16 أبريل 1976 بشأن تنظيم التربية والتكوين، الذي أصدره رئيس مجلس الوزراء، بعد النظر للتقرير الوزاري لوزير التعليم الابتدائي والثانوي، وبالنظر للمرسوم الحكومي رقم 65-182 المؤرخ في 10 جويلية 1965 و 70-53 المؤرخ في 21 جويلية 1970 المنظم لتأسيس الحكومة، الذي نصت المادة رقم: 2 المتضمنة له على أن النظام التعليمي له مهمة في إطار القيم العربية الإسلامية والوعي الاشتراكي بهدف تنمية شخصية الأطفال وتبنيهم للحياة المهنية، واكتساب الأطفال للمعارف العامة العلمية والتقنية، والاستجابة للتطلعات الشعبية والعدالة والتقدم وإيقاظ الضمائر لحب الحزب، كما هدف النظام التربوي حسب المادة رقم: 3 من هذا المرسوم إلى ترسيخ مبادئ العدالة والمساواة لدى الشباب وبين المواطنين والشعوب ودفعهم إلى محاربة جميع أشكال التمييز. (Kateb, 2005, p. 211)

فقد كانت هذه الأمية الأرضية التي وضعت اللبنة الأولى للمدرسة الجزائرية، بينت من خلال مضامين مناهجها أهداف المدرسة الجزائرية بعد الاستقلال، التي ركزت غاياتها على الحق في التعليم والزاميته، باعتبار التعليم من المصالح العليا للدولة. وكانت المدرسة الأساسية تجسيدا للإصلاح التربوي الذي هدف إلى رفع مستوى المردود التربوي، باعتباره مهماً في حياة ومستقبل الشعوب والأمم.

تبنت الجزائر في بداية العشرية الأخيرة من الألفية الماضية، على وقع الظروف والمستجدات على الساحتين المحلية والعالمية، وفي مقدمتها الأزمة الاقتصادية في منتصف الثمانينيات (1986)، والنمو الديموغرافي الذي شهدته الجزائر، والمديونية الخارجية وما أفرزته من آثار سياسية واجتماعية وما رافقها من حراك اجتماعي، ودخول الجزائر في شراكة أورو متوسطية بحكم موقعها الجيوسياسي (اتفاقية برشلونة 1995، اتفاقية بولونيا 1999)، اصلاحاً شاملاً للنظام التربوي وذلك بالتعاون مع العديد من الدول والمنظمات، فكان مشروع اليونيسيف (MEDAII)، وبرنامج الأمم المتحدة للتنمية (PNUD)، كما ساهمت منظمة اليونيسكو في تشجيع السلطات على الإصلاح التربوي من خلال تقديم المساعدات الفنية والبيداغوجية، حيث تجسد ذلك في برنامج الدعم المقدم من المنظمة: (بن بوزيد، 2009، ص. 271)

برنامج دعم اصلاح المنظومة التربوية الأول: في إطار اتفاق التعاون الموقع في أكتوبر 2003 بين وزارة التربية الوطنية والمدير العام لمنظمة اليونيسكو، الذي هدف إلى تدعيم الإصلاح التربوي وتثبيت الدعائم

المؤسساتية المتعلقة بتعزيز جهاز الاشراف على الإصلاح وتوجيهه.

1. برنامج دعم إصلاح المنظومة التربوية الثاني: (2004-2006) وهو استكمال لبرنامج الإصلاح

الأول الذي قدمته اليونيسكو، يهدف إلى تنمية قدرات المربين والمسيرين لتحسين تعليم التلاميذ.

فقد واجهت المدرسة الجزائرية تحديات العولمة، وما رافقها من تطور تكنولوجي ومعرفي، ولم يكن مجال

للتراجع عن دخول هذا المعترك في ظل عالم متغير ومتسارع.

وكانت المحطة الثالثة من الإصلاحات الجديدة، والتي شرع في تطبيقها مع الدخول الاجتماعي لسنة

2003/2002، بتبني اصلاحا شاملا لكافة الأطوار التعليمية، المتوج بإصدار القانون التوجيهي للتربية 08-

04 المؤرخ في 2008/01/23 والمتضمن القانون التوجيهي للتربية، التي كانت غاياته ومبادئه العامة للتربية،

ترتكز حول تكوين مواطن جزائري متشبع بثقافته وتاريخه ومعتز بانتمائه ومتفتح على العالم الخارجي.

1.4. تطور النظام التربوي والسياسة التعليمية في الجزائر الاستقلال:

عرّف قاموس علم الاجتماع النظام التربوي، على أنه النسق أو النظام الاجتماعي الذي يشمل الأدوار

والمعايير الاجتماعية التي تعمل على نقل المعرفة من جيل إلى جيل آخر، ولا يشمل فقط التنظيمات الرسمية

المخصصة للتربية وإنما يشمل إضافة إلى ذلك على الوسائل التي حددها المجتمع لنقل التراث الثقافي. (عاطف

غيث، 2005، ص. 153)

كما يعرف حسب معجم علوم التربية ومصطلحاتها، بأنه مجموعة من العناصر والعلاقات التي تستمد

مكوناتها من النظم السياسية والاقتصادية والسوسيوثقافية، لبلورة غايات التربية ولأدوار المدرسة ونظام سيرها

ومبادئ تكوين الأفراد الوافدين إليها. (عبد اللطيف الفارابي، وآخرون، 1994، ص. 308)

وجدت الجزائر نفسها بعد قرن وثلاثة عقود من الاحتلال، أمام نظام تربوي غير قادر على تحقيق

أهداف وغايات الأمة الجزائرية، من أجل المحافظة على مقوماتها الوطنية وبعث مبادئ وقيم الأمة. ما استلزم

استرجاع السيادة الوطنية على النظام التربوي، "فكان تعليم اللغة العربية في المدارس وجزارة المضامين لا سيما

المواد الحساسة للعلوم الاجتماعية، كالتاريخ والجغرافيا والفلسفة والتربية الدينية والوطنية، من التدابير الأولى

التي اتخذت لتصحيح المنظومة التي بقيت فيما عدا ذلك على شكلها القديم". (وزارة التربية الوطنية، 1976،

ص. 94)

لقد شهدت المنظومة التربوية في الجزائر محطات كبرى، تضمنتها تغييرات أساسية في هيكلية النظام التربوي.

○ المرحلة الأولى: (1962-1970)

يعتبر الدخول المدرسي لموسم 1962/1963 الأصعب في تاريخ الجزائر، حيث غادر 10000 معلم فرنسي، والتحاق 425 معلم بوظائف في قطاعات أخرى بسبب النقص في التأطير التقني والإداري العام للدولة. فتميز قطاع التربية بما يلي: (المجلس الأعلى للتربية، 1998، ص. 9)

- منظومة تربوية غربية بمضامينها ومحدودية طاقاتها.
- ضآلة عدد المتدربين بالنظر لحاجيات وطموحات دولة حديثة.
- نسبة أمية مرتفعة زادت عن 85%.

فكانت الإجراءات سريعة لتدارك النقائص حتى يستجيب النظام التربوي لأهداف وغايات الدولة الحديثة، حيث تم الدخول المدرسي بإعلان رئاسي بتاريخ 15/10/1962، استغلت فيه الثكنات العسكرية والمؤسسات التابعة للجيش والإدارة الفرنسية، حيث تم اخلاؤها من طرف الجيش الوطني الشعبي لاستقبال مليون طفل. (صغيري، 2006، ص. 100)

كما تم تنصيب اللجنة الوطنية لإصلاح التعليم 1963/1964، فكانت البداية بإجراءات تخص السيادة الوطنية تلخصت فيما يلي: (فضيل، 2009، ص. 27)

- 1- ترسيم تعليم اللغة العربية والدين الإسلامي.
- 2- توجيه عناية لدروس التاريخ.
- 3- تكثيف الجهود الرامية إلى توفير إطارات التعليم.
- 4- إبطال العمل بالقوانين التي تتعارض مع السيادة الوطنية.

وبدأت الدولة في تعريب المراحل الأولى من التعليم الابتدائي، حيث تقرر تعريب الأولى ابتدائي سنة 1965،

ثم السنة الثانية سنة 1967 ثم تتابعت العملية حيث عريت السنوات من التعليم الابتدائي تعريبا كاملا. كما أنشئ المعهد التربوي الوطني في 1962/12/31 الذي أوكلت له مهمة جزارة الوثائق التربوية، بالإضافة إلى ابرام عقود التعاون مع عديد الدول الشقيقة والصديقة للتغلب على مشكل التدريس في المواد العلمية واللغات، مع تخصيص ميزانيات ضخمة للبنى القاعدية للتربية. (بوفلجة، 1993، ص. 33)

○ المرحلة الثانية: (1971-1980)

واصلت المدرسة الجزائرية خلال هذه المرحلة البحث عن الهوية الوطنية من خلال تعريب التعليم الابتدائي تعريبا كاملا، وتوحيد التعليم المتوسط في الإكماليات بنظام الأقسام المزدوجة في لغة التدريس سنة 1971 كمرحلة انتقالية بسبب ندرة الإطارات القادرة على التدريس باللغة العربية لمختلف العلوم. حيث شهدت هذه المرحلة زيادة في عدد الأقسام المعربة بالتعليم المتوسط مع تراجع في عدد الأقسام المزدوجة. (طالب الابراهيم، 2007، ص. 136)

كما يمكن الإشارة إلى ظهور التعليم الإسلامي غداة الاستقلال في شكل معاهد إسلامية لتعليم اللغة العربية والحساب والعلوم الشرعية، فاستلزم هيكلتها في إطار قانوني ينظم المعاهد لتستجيب للأهداف المسطرة، تجسد في انشاء وزارة التعليم الأصلي والشؤون الدينية من خلال المرسوم رقم 71-299 المؤرخ في 1971/12/31، حملت على عاتقها جزء كبير من عبئ التربية والتعليم لفترة من تاريخ الجزائر، لرفع التحديات التي أفرزتها الحقبة الاستعمارية، حيث حققت نجاحا في لهذا النوع من التعليم استجاب لمتطلبات الأمة تحت اشراف الأستاذ "مولود قاسم نايت بلقاسم".

صدر في نهاية هذه الفترة المرسوم رقم 77-139 المؤرخ في 1977/10/08، المتضمن إلحاق التعليم الأصلي بوزارة التربية. لقد شهدت هذه المرحلة من تاريخ المنظومة التربوية تجنيد كافة الإمكانيات المتاحة من قبل الدولة للرفع من مردود النظام التربوي. وقد عرف انطلاق المخطط الرباعي الأول 1970-1973 تأسيس المعاهد التكنولوجية للتربية بغية سد العجز في التأطير. ولمعالجة المشاكل الناجمة عن ازدواجية اللغة، والتوظيف المباشر للمعلمين، ومشكل الكم والكيف، وتمديد التعليم الإلزامي لتقليص التسرب في سن مبكرة وخطورته على الاستقرار الاجتماعي، مشكل تحقيق مبدأ تكافؤ الفرص بالنظر إلى الجنس ووسط الإقامة والجهة أو المنطقة، وعدم وضوح الرؤية حول مقاربة تستجيب لمنظور التطور العلمي، جاء مشروع إصلاح المنظومة التربوية مجسدا في الأمر رقم 76-35 المؤرخ في 1976/04/16 المتضمن انشاء المدرسة الأساسية

بمضامين وأطر وغايات وأهداف بصيغة جزائرية (فضيل، 2009، ص. 116). عمت المدرسة الأساسية خلال سنة 1980 وشملت جميع الأطوار سنة 1989. (أبرير، 2010، ص. 208)

المرحلة الثالثة: (1981-1990)

رحب الكثير من أصحاب الفكر والتربية بالمدرسة الأساسية بسنواتها التسع الإلزامية، والتي رأوا فيها تحريكا وحلحلة باتت ضرورية في مجال التربية والتعليم في تلك الفترة، قصد تكوين جيل واع لحاضره متحصن بماضيه ومتطلع لمستقبله، " فالمدرسة الأساسية بفضل وحدة مناهجها وتوجيهها تمثل خير حصن يمكن أن يتلقى فيه الطفل المفاهيم الصحيحة الواضحة والبعيدة عن الشعارات الديماغوجية والاستهلاك العاطفي ". (قسوم، 1982، ص. 13)

كانت مبادئ المدرسة الأساسية حسب الأمر رقم 35-76 في 16/04/1976 (الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، 1976) المحددة في المادة الثانية من الأمرية تتمثل في تنمية شخصية الأطفال واعدادهم للعمل والحياة، الاستجابة للتطلعات الشعبية للعدالة والتقدم، واكتساب المعارف العامة والعلمية والتكنولوجية، وتنشئة الأجيال على حب الوطن. ولتجسيد هذه المبادئ في النظام التربوي تم إصدار جملة من النصوص القانونية تتعلق بمجانية التعليم والإلزاميته، والشروط التنظيمية لسير مؤسسات التعليم التحضيري والأساسي والثانوي وإعداد الخريطة المدرسية وإحداث مجلس التربية. (وزارة التربية الوطنية، 1976، ص. 46)

كما كانت أهم الغايات التي سعت المنظومة التربوية لتطبيقها من خلال الأمرية، متمثلة في اعتبار التربية مصلحة عليا للأمة، وضمان التعليم في المدرسة لكل جزائري لمدة 9 سنوات مع رفع نسبة الالتحاق بالتعليم المتوسط أكثر من 90 بالمائة، التعليم باللغة العربية في جميع المواد وجميع المستويات، واعتبار النظام التربوي من اختصاص الدولة، مع ربط النظام التربوي بالمخطط الشامل للتنمية، وربطه بالحياة العلمية والافتح على عالم العلوم والتقنيات، كما حثت الأمرية على ربط المحتوى الدراسي بالقيم العربية والإسلامية، والاهتمام بالبحث التربوي والتوجيه المدرسي، واستحداث مجالس التربية للمساهمة في تنفيذ سياسة التربية والتكوين، واستحداث الخدمة الاجتماعية في الوسط المدرسي بواسطة المنح الدراسية ومجانية الكتاب المدرسي والنقل المدرسي والتغذية، وتفعيل دور الأسرة في الحياة المدرسية. (Kaci, 2003, pp. 238-239)

○ المرحلة الرابعة: (1990-2002)

لقد كانت هذه المرحلة امتداداً لسالفتها بالعمل وفق المدرسة الأساسية، غير أنها تميزت بالتحويلات التي عرفت الجزائر بعد دستور 23 فيفري 1989، وإقرار التعددية الحزبية ودخول مصطلحات جديدة تتعلق باقتصاد السوق والاقتصاد الحر، ما انعكس على المنظومة التربوية لتتلاءم مصطلحاتها مع الواقع الاجتماعي والسياسي والاقتصادي. وعرفت هذه المرحلة إعادة هيكلة التعليم الثانوي سنة 1992، والتي كانت تهدف إلى تقادي التخصص المبكر والدقيق وتقليص عدد الشعب، ودعم مكتسبات التعليم الأساسي، والعناية بالتقويم ووضع نظام فعال للتوجيه مبني على مقاييس بيداغوجية وموضوعية، وضمان انسجام داخلي للتعليم الثانوي وخلق تناسق أفضل بينه وبين التعليم الأساسي من جهة وبينه والتعليم العالي والتكوين المهني من جهة أخرى. (وزارة التربية الوطنية، 1992، ص. 5)

حيث تم تنصيب الجذع المشترك للتعليم الثانوي:

1- السنة أولى: جذعان مشتركان:

- الجذع المشترك علوم إنسانية ، - الجذع المشترك علوم وتكنولوجيا.

2- السنة ثانية: تشمل نمطين من التعليم الثانوي:

أ- التعليم الثانوي العام والتكنولوجي: ويتضمن ثلاث مجموعات من الشعب:

- مجموعة الشعب الأدبية:

- شعبة الآداب والعلوم الإنسانية، - شعبة الآداب والعلوم الشرعية، - شعبة الآداب واللغات.

- مجموعة الشعب العلمية:

- شعبة علوم الطبيعة والحياة، - شعبة العلوم الدقيقة.

- مجموعة الشعب التكنولوجية:

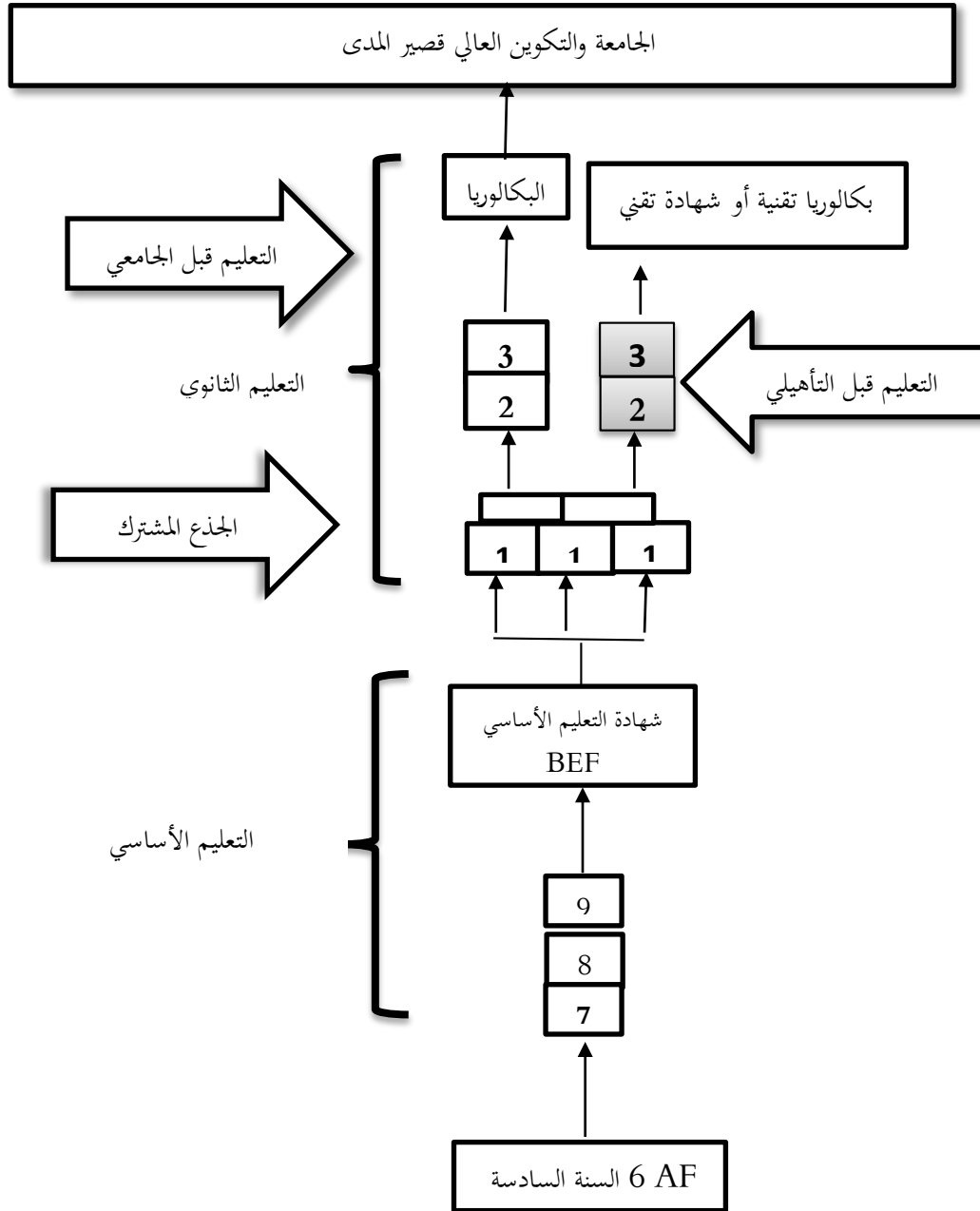
- شعبة التكنولوجيا بثلاثة اختيارات: هندسة كهربائية، هندسة ميكانيكية، هندسة مدنية.

- شعبة التسيير والاقتصاد.

ب- التعليم الثانوي التأهيلي: يوجه لهذا النمط من التعليم التلاميذ الذين تظهر لديهم ميول نحو مهن معينة،

حيث تختتم هذه المرحلة بامتحان يتوج بشهادة نهاية التعليم الثانوي التأهيلي.

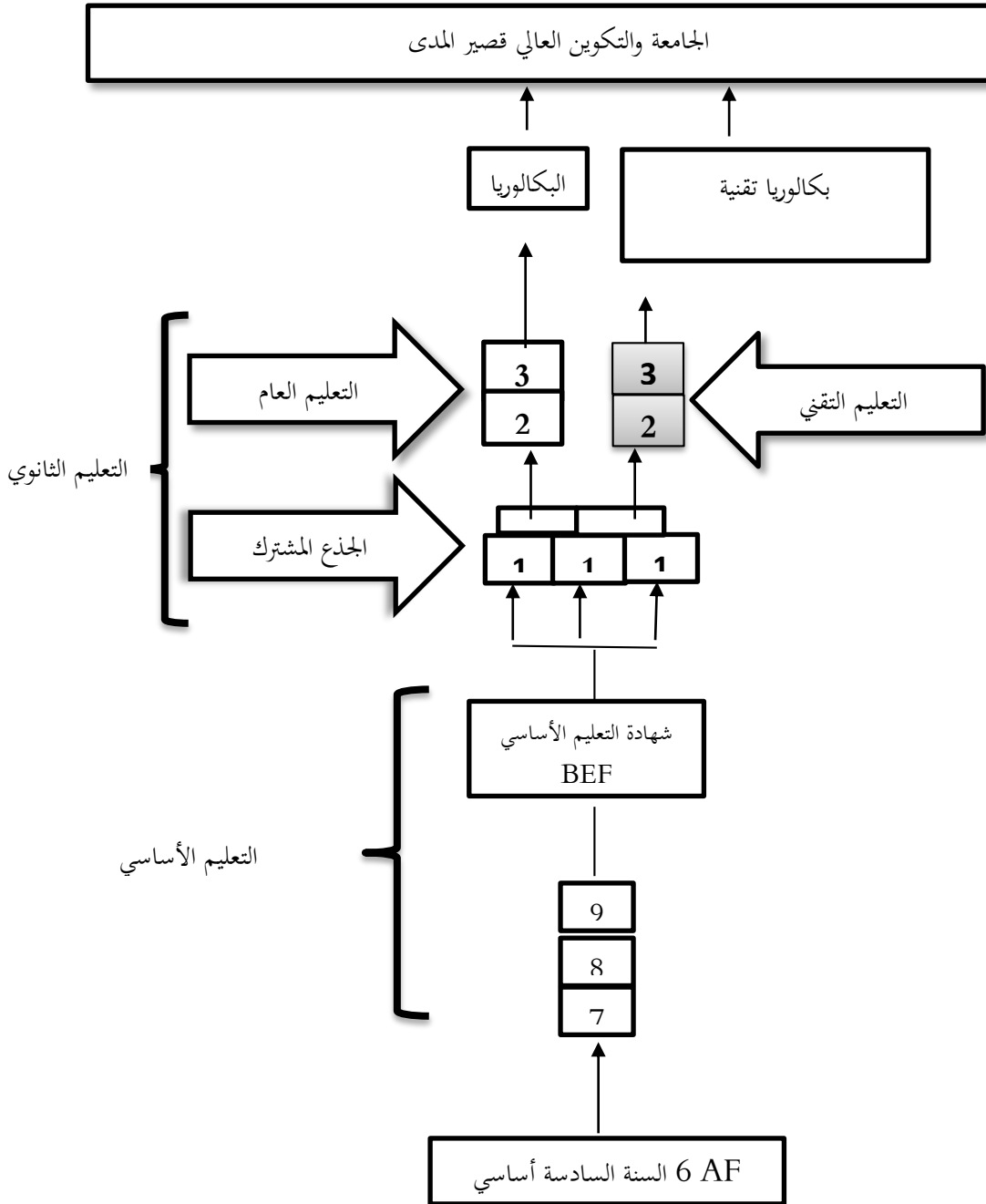
الشكل رقم: 16.3: مخطط هيكلية الأطوار التعليمية في الجزائر خلال 1990-1993



Source : Tahar Kaci, réflexions sur le système éducatif, Casbah Editions, Alger, 2003, P.218

لقد تم تعديل هذا التنظيم الهيكلي بعد سنة 1993، فأصبحت أقسام السنة أولى من الجذع المشترك من التعليم الثانوي تنفرع إلى السنة الثانية ثم الثالثة من التعليم العام الثانوي، وإلى مستوى الثانية والثالثة من التعليم التقني، حيث يجتاز أصحاب الصنف الأول امتحانات البكالوريا للالتحاق بالجامعة والتكوينات الأخرى العليا، فيما يواجه أصحاب النمط التعليمي الثاني إلى اجتياز امتحانات البكالوريا التقني للالتحاق بالجامعة والتكوينات العليا الأخرى. (أنظر إلى الشكل رقم 17.3)

الشكل رقم: 17.3: مخطط هيكلية الأطوار التعليمية في الجزائر خلال 1993-2003



Source : Tahar Kaci, réflexions sur le système éducatif, Casbah Editions, Alger, 2003, P.221

عرفت هذه المرحلة تنصيب المجلس الأعلى للتربية يوم 26 نوفمبر 1996، تم تكليفه بتقييم نقدي عقلائي وموضوعي للمنظومة التربوية، من خلال تقييم مبني على ضوابط علمية وبيداغوجية، منسجم مع متطلبات الآفاق الوطنية، وتقديم تصور جديد للنظام التربوي يكون مواكباً لحركة المجتمع الجزائري (أبرير، 2010، ص. 209). ومن أهم ما مص عليه هذا المجلس:

- اعتبار المرحلة الأولى من التعليم الأساسي أهم المراحل على الإطلاق، استوجب تخصيص فترة تمهيدية تضمن التكيف التدريجي للطفل، وتعدّه للتعلّم اللغوي السليم.
- توجيه الجهود في تعليم اللغة العربية إلى الجوانب الفكرية، وبناء الوجدان وتهذيب الذوق لدى المتعلم، وتصحيح الأخطاء التي علقت بمفهوم اللغة وأهداف تدريسها باعتبارها الوسيلة الأساسية لاستيعاب التحولات العلمية والتكنولوجية المعاصرة.
- جعل اللغات الأجنبية نافذة على العالم ووسيلة للاتصال والتفاهم بين الشعوب، وأداة لتطوير المعارف العلمية وتحويل التكنولوجيا ومواجهة تحديات العصر.

نصبت اللجنة الوطنية لإصلاح المنظومة التربوية يوم 13 ماي 2000، بمرسوم رئاسي حمل رقم 102-2000 المؤرخ في 09 ماي 2000، حيث تضمن تعيين أعضاء هذه اللجنة، والتي حدد مهامها وصلاحياتها المرسوم الرئاسي 101-2000 المؤرخ في 09 ماي 2000، حيث نصت المادة 2 من هذا المرسوم على هذه المهام والصلاحيات. شخّصت هذه اللجنة الوضع ودرست حالة المنظومة التربوية في جميع مراحلها، خلصت إلى جملة من التوصيات الاستعجالية وغير الاستعجالية. ومن بين ما تم التأكيد عليه في هذا الإصلاح نذكر تقويم دعم اللغة العربية، ترقية اللغة الأمازيغية. (أبرير، 2010، ص. 210)

قدمت اللجنة تقريرها في مارس 2001 لرئيس الجمهورية الذي عرضه على مجلس الحكومة للنظر في محتواه، الذي شمل مجموعة من الأقسام خصص كل قسم لمعالجة جانب من جوانب المنظومة التربوية:

- **التحديات التي تواجه المنظومة التربوية:** تحديد المتطلبات الواجب توفرها والإجراءات الكفيلة التي تمكن الأطفال من الاستفادة من تعليم يستجيب لمتطلبات مجتمع المعرفة والتحولات السريعة في كافة مجالات الحياة.
- **إرساء منظومة للتكوين لتحسين مستوى التأطير:** أهمية التأطير في مختلف مراحل العملية التربوية تعليمياً وإدارة وتوجيهها وإشرافاً، بحيث لا يمكن الفصل بين هذه العناصر إذ يكمل بعضها بعضاً.
- **تجديد الفعل البيداغوجي ومجال المواد الدراسية:** التجديد الجذري للمحتويات والمناهج البيداغوجية والعمل على جعل التلاميذ في منأى التأثيرات الأيديولوجية والسياسية، وتمكنهم من اكتساب مهارة وعلماً ومنهجاً سلوكياً وآداب التعايش مع الغير.
- **إعادة التنظيم الشامل للمنظومة التربوية:** شمول العملية الإصلاحية للنظام التربوي، لتكون كل

- العمليات المدرجة في الإصلاح مكتملة لبعضها من المدرسة وحتى الجامعة مروراً بمختلف المراحل التعليمية، فكانت الضرورة ليكون الإصلاح جذرياً وشاملاً لكل المراحل التعليمية.
- **التعليم الجامعي والبحث العلمي:** خصصت اللجنة جزءاً للتكوين الجامعي والبحث العلمي، من خلال الفحص والتشخيص. (خدوسي، 2001، ص. 13)

○ المرحلة الخامسة: (بعد 2003)

لقد حققت الجزائر خلال المراحل السابقة ومن خلال الإصلاحات التي تم ادراجها على النظام التربوي، مجموعة من الإنجازات، تلخصت فيما يلي:

- البنية القاعدية والهياكل التربوية الضخمة من مدارس ومتوسطات وثانويات؛
 - جزارة كاملة للقائمين على الشأن التربوي في كافة مراحله ومستوياته؛
 - تحقيق راس مال بشري كبير ومادي بالوسط التربوي؛
 - تحقيق ديمقراطية التعليم ومجانيته من خلال القضاء على الفوارق بين أبناء الجزائر في التحصيل الدراسي، وتقريب المدرسة منهم.
- لقد سارعت وزارة التربية الوطنية في وضع مشروع إصلاح المنظومة التربوية الجزائرية السالف الذكر، الذي بدأ تطبيقه منذ سنة 2003، بمقتضى مرسوم تنفيذي رقم 316-02 مؤرخ في 14 أكتوبر سنة 2002 (وزارة التربية الوطنية، 2003)، المتضمن إنشاء مدارس أساسية وإلغاء أخرى، حيث أشارت المادة الأولى منه إلى إنشاء المدارس الأساسية (الطور الثالث)، فيما أشارت المادة الثانية منه إلى إلغاء مدارس أساسية (الطور الثالث)، حيث أدرجت المدارس المعنية في الملحقين الأول والثاني على الترتيب لهذا المرسوم، حيث عرفت المنظومة التربوية هيكلية التعليم بصورته الجديدة، والتي حددت المراحل التعليمية وفق السنوات الدراسية التالية:
- **التعليم التحضيري:** موجه للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين ثلاثة وأقل من ستة سنوات.
 - **التعليم الأساسي:** مدته تسعة سنوات ويشمل التعليم الابتدائي بخمسة (05) سنوات، والتعليم المتوسط بأربعة (04) سنوات.

- **التعليم ما بعد الإلزامي:** يشمل شعب التعليم العام والتكنولوجي ويؤدي إلى الجامعة ومعاهد التكوين العالي، مسار مهني ويتمثل في التكوين والتعليم المهنيين الذي يؤهل الملتحقين به إلى عالم الشغل، في ظل نظام اقتصاد السوق وظهور تخصصات جديدة تتطلب تكويناً خاصاً، ما استلزم هيكلة جديدة باسم التكوين والتعليم المهنيين، حيث أصبح أحد مكونات المنظومة الوطنية للتربية.

كما شهدت هذه المرحلة إنشاء مؤسسات التربية والتعليم الخاصة، وحتى لا يكون بدون ضوابط محددة ودقيقة، لتجنب العودة لخلق الطبقة في المجتمع وتعميق الهوة بين أبناء المجتمع، أصدر المرسوم التنفيذي رقم 432-05 مؤرخ في 08 نوفمبر 2005 يحدد شروط إنشاء مؤسسات التربية الخاصة وفتحها ومراقبتها (وزارة التربية الوطنية، 2006، ص. 4)، وعرفت هذه المرحلة، كذلك، القانون التوجيهي للتربية الذي تضمنه القانون المؤرخ رقم 04-08 المؤرخ في 23 جانفي 2008، ليعزز ما جاء في أمرة 35-76 المؤرخة في 16 أفريل 1976، من خلال تحديده لرسالة المدرسة والمتمثلة فيما يلي:

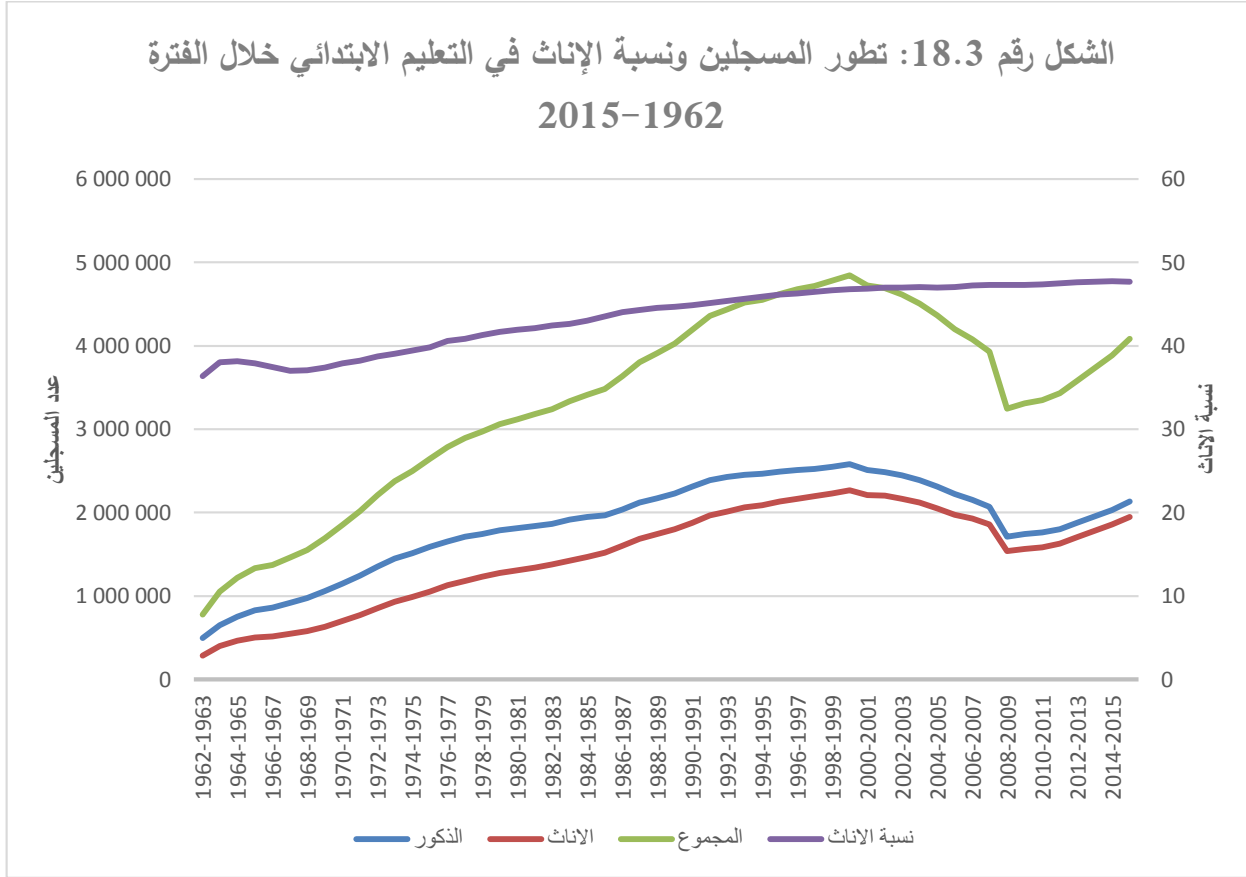
- تكوين مواطن مزود بمعالم وطنية شديدة التعلق بقيم الشعب الجزائري قادر على فهم العالم من حوله والتأثير فيه ومنفتح على الحضارة العالمية.
- تجذير الانتماء للجزائر وتعلق التلاميذ بالوحدة الوطنية، ووحدة التراب ورموز الأمة.
- تقوية الوعي الفردي والجماعي بالهوية الوطنية، بترقية القيم المتصلة بالإسلام والعروبة والأمازيغية.
- ترسيخ قيم ثورة نوفمبر ومبادئها.
- تكوين جيل متشبع بمبادئ الإسلام وقيمه الروحية والأخلاقية والثقافية والحضارية.
- التعليم الإلزامي في هذا القانون يضع عقوبة لمن يخالف أحكام المادة 12 المتعلقة بالتعليم الإلزامي.
- التعليم باللغة العربية في جميع مستويات التربية سواء في المؤسسات العمومية أو المؤسسات الخاصة للتربية والتعليم، فلا يمكن لأي شخص طبيعي أو معنوي إنشاء مدرسة في الإقليم الوطني، أن يتخذ غير اللغة العربية كلغة تدريس، كما لم يغفل هذا القانون ضرورة تعلم اللغات في كل مراحل التعليم، كما سن إجبارية التربية البدنية والرياضية. (الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، الجريدة الرسمية، 2008)

2.4. تطور البنية التحتية والموارد البشرية لقطاع التربية في الجزائر:

حققت الجزائر بعد استقلالها سنة 1962 انجازات قاعدية كبيرة في مختلف القطاعات، لا سيما في

قطاع التربية والتعليم، من خلال انجازها لبنية تحتية شاملة تجسدت في هياكل تربوية ضخمة من مدارس ومتوسطات وثانويات وجامعات ومراكز جامعية ومعاهد.

فقد انتقل عدد المؤسسات التربوية من 364 متوسطة و 39 ثانوية سنة 1962 إلى 4584 متوسطة و 1699 ثانوية سنة 2008. (بن بوزيد، 2009، ص. 137)



المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على معطيات الجدول رقم 11 الملحق 2

عرف عدد المسجلين في التعليم الابتدائي حسب الشكل (رقم: 18.3) ارتفاعاً مستمراً، لو استثنينا بعض الانخفاض أو التذبذب الذي عرفه في نهاية العشرية الأخيرة من الألفية السابقة والعشرية الأولى من هذه الألفية، نتيجة انخفاض معدلات الخصوبة التي شهدتها الجزائر في نهاية الألفية الثانية وبداية الألفية الثالثة، من جهة، والإصلاحات التي شهدها قطاع التربية في الطورين الابتدائيين والطور المتوسط، الذي بدأ تنفيذه سنة 2003 واكتمل سنة 2008، من جهة أخرى. هذه الإصلاحات التي أصبح بموجبها عدد السنوات الدراسية بالتعليم الابتدائي خمسة سنوات بعدما كان ستة سنوات دراسية.

قد انتقل عدد المسجلين في التعليم الابتدائي من 777.636 تلميذ في الدخول المدرسي 1962-1963، إلى 4.843.313 تلميذ خلال الموسم الدراسي 1999-2000، ثم بدأ هذا العدد في الانخفاض بداية من موسم 2000-2001 حيث نزل إلى 4.720.950 متدرس، وواصل النزول إلى غاية موسم 2008-2009 حيث بلغ 3.247.258 متدرس، غير أنه عاود الارتفاع تدريجيا بداية من الموسم الدراسي 2009-2010 ليصل إلى 3.580.481 تلميذ موسم 2012-2013، ليصل بعد ذلك إلى المستوى 4.081.546 مسجل خلال موسم 2015-2016.

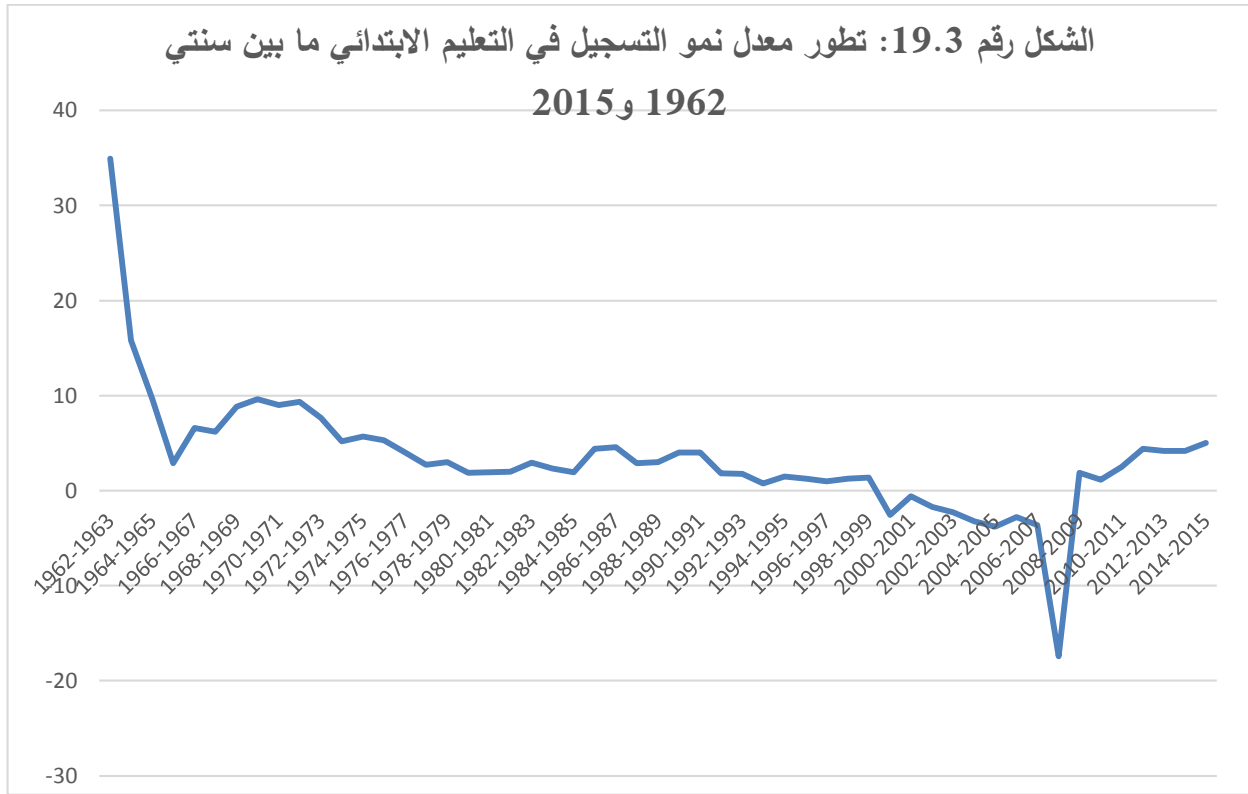
كما نلاحظ الاستمرار في تقلص الهوة بين عدد المسجلين، بالنظر إلى الجنس، طيلة الفترة الممتدة بين سنتي 1962 و 2015، نتيجة الجهود التي لذلقتها الدولة لتحقيق مبدأ تكافؤ الفرص بين الجنسين في حق التعليم والزاميته، وذلك من خلال التدابير التي اتخذتها الدولة لتجسيد مجانية التعليم وتقريب المدرسة من المواطن خاصة بالمناطق الريفية والنائية، ما مكن الأطفال وخاصة الاناث من الالتحاق بالتعليم الابتدائي بسهولة.

هذا ما يوضحه منحنى تطور نسبة الاناث في التعليم الابتدائي، حيث شهد المؤشر ارتفاعاً مستمراً وبوتيرة ثابتة نسبياً، فقد انتقل هذا المؤشر من 36,37% موسم 1962-1963 إلى 47,04% خلال موسم 2005-2006، وإلى 47,71% خلال الموسم الدراسي 2014-2015.

كما نقرأ من الجدول رقم 11 (الملحق 2) الارتفاع الكبير لمعدلات نمو المسجلين في التعليم الابتدائي غداة الاستقلال، حيث وصل المعدل في الموسمين الدراسيين 1963/1964 و 1964/1965 المقدارين 34,95% و 15,78% عل الترتيب. مما يشير إلى الالتحاق الكثيف بالتعليم بعد انتهاء الاحتلال. كما استقر هذا المعدل في تحقيق قيمة تراوحت بين 5 و 9 من المائة طيلة الفترة بين سنتي 1965 و 1977، ثم استقر طبيعياً بعد ذلك بين 4% وحوالي 2% خلال الفترة ما بين عامي 1978 و 1993، ثم مزل إلى أقل من 2 من المائة خلال مواسم ما بين 1993 و 1999.

بدأ المعدل في أخذ قيمة سالبة تراوحت بين -0,6% و -3,8% بداية من موسم 2000-2001 وانتهاءً بموسم 2007-2008. ليسجل سقوطاً حراً خلال موسم 2008-2009 مسجلاً المقدار -17,41%، حيث يرجع ذلك، كما أشرنا سابقاً، إلى الإصلاحات التربوية لتي عرفتها المدرسة الجزائرية، والتي تحول بموجبها عدد السنوات الدراسية من ستة سنوات إلى خمسة سنوات دراسية. وعاد هذا المعدل الارتفاع ابتداءً من موسم 2009-2010 مسجلاً القيمة 1,87%، واستمر معدل النمو في عدد المسجلين في الارتفاع الطبيعي طيلة

الفترة المتبقية ليحقق خلال موسم 2015-2016 معدل 5,01%. (انظر إلى الشكل رقم 19.3)

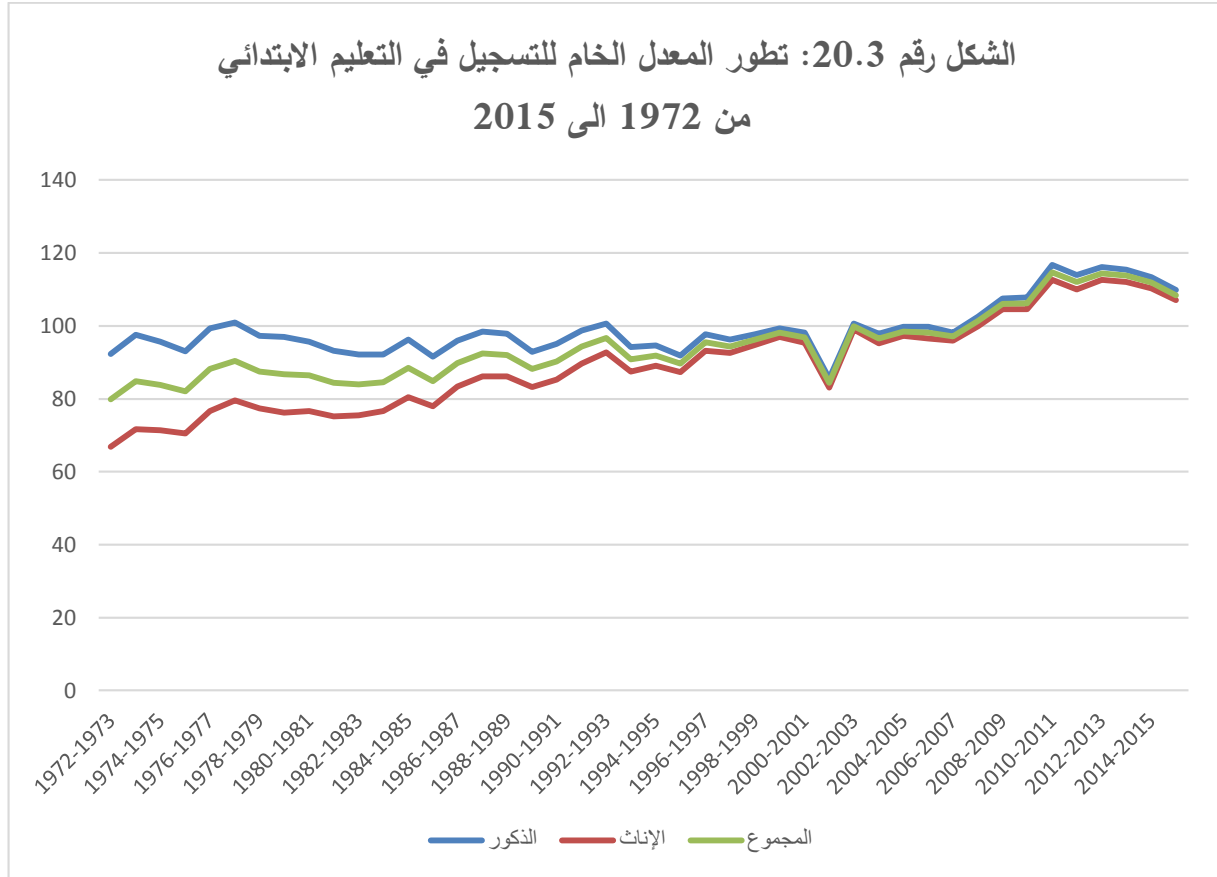


المصدر: من إعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدول رقم: 11، الملحق 2

يدل الشكل (رقم 20.3) على الارتفاع المستمر للمعدل الخام للتسجيل بالصف الأول للتعليم الابتدائي طيلة الفترة الممتدة بين سنتي 1972 و 2015، رغم تسجيل تنذب خلال بعض المواسم (1993 إلى 1995، وموسم 2002/2001)، حيث انتقل المعدل من 79,8% (الذكور: 92,3%، الإناث: 66,8%) في بداية الفترة (موسم 1973/1972)، إلى 98,2% (الذكور: 99,7%، الإناث: 96,5%) خلال الموسم الدراسي 2005-2006، وإلى 108,4% (109,9% لدى الذكور، و107% عند الإناث) في نهاية الفترة (موسم 2015-2016). كما نلاحظ التقلص المستمر للفجوة بين الجنسين في الالتحاق بالتعليم الابتدائي طيلة الفترة مع اضمحلالها بداية من موسم 1999-2000.

قد يرجع التنذب الذي شهدته قيم هذا المعدل خلال المواسم التي تلت موسم 1993-1994، إلى الظروف الأمنية والسياسية التي عرفت الجزائر في هذه المرحلة من تاريخها. فيما يرجع التراجع الملحوظ خلال موسم 2003-2004 إلى الإصلاحات التي عرفها قطاع التربية في هذا الموسم، حيث قلصت عدد مستويات

السنوات الدراسية.

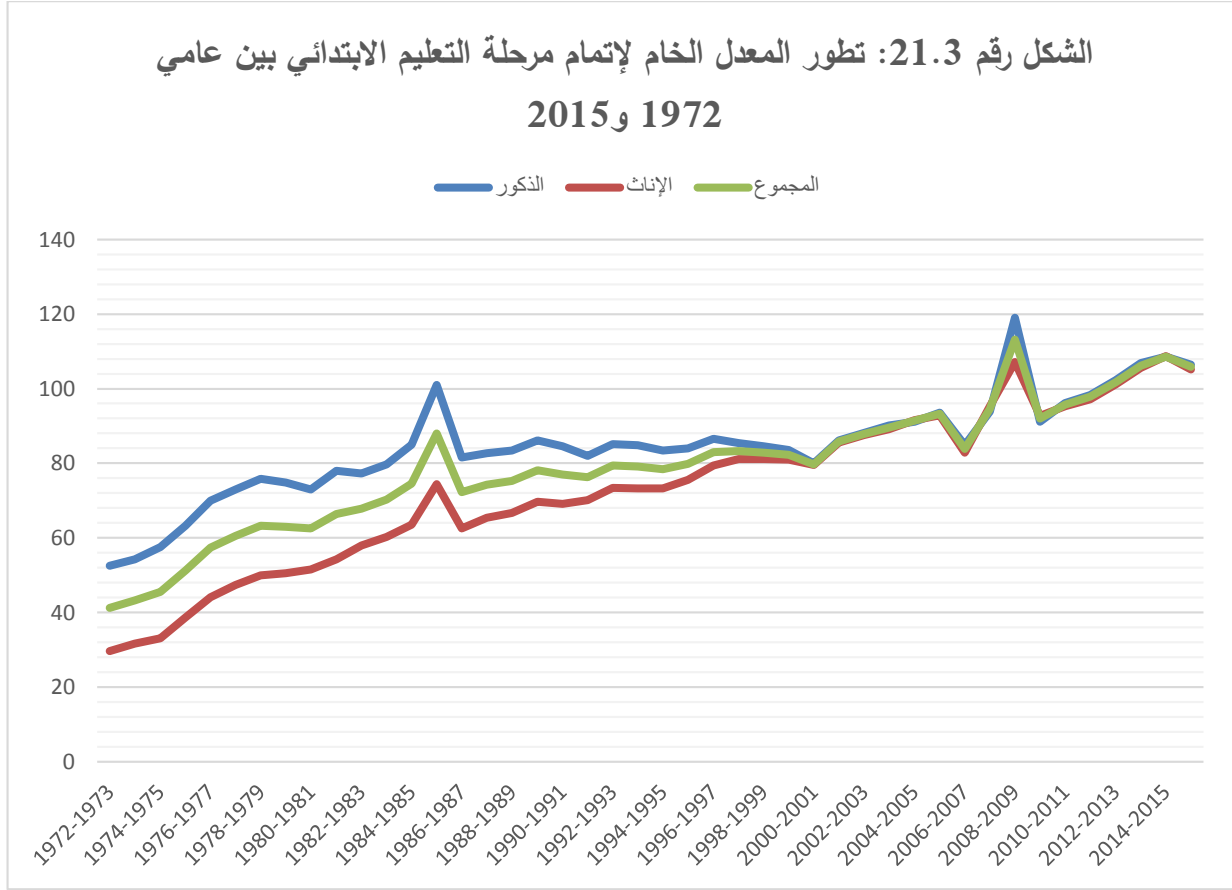


المصدر: من إعداد الطالب اعتماداً على معطيات الجدول رقم 12، الملحق 2

شهد المعدل الخام لإتمام مرحلة التعليم الابتدائي، حسب الشكل (رقم 21.3)، نمواً مستمراً طيلة الفترة (1972-2015)، مع تسجيل بعض التذبذب الذي عرفه المعدل خلال موسم 1985-1986 حيث قفز المعدل من 74,5% موسم 1984-1985 إلى 88% في الموسم الموالي ثم النزول إلى المستوى 72,3% خلال الموسم 1986-1987، ويعود سبب القفزة إلى إتمام آخر دفعة من النظام التربوي الذي سبق التعليم الأساسي، للتعليم الابتدائي، حيث تم انقازهم تحاشياً لإعادة تلاميذ تلك الدفعة السنة مع تلاميذ التعليم الأساسي الجديد الذي بدأ تنفيذه سنة 1980، بسبب الاختلاف في البرامج الدراسية بين النظامين).

كما سجل قفزة أخرى خلال موسم 2008-2009، نتيجة إتمام دفعتين وفي آن واحد لمرحلة التعليم الابتدائي، دفعة النظام القديم للتعليم الأساسي بستة سنوات دراسية اضافة إلى دفعة النظام التربوي الجديد بخمسة سنوات دراسية (الاصلاح التربوي الذي بدأ تنفيذه بداية من سنة 2003). فقد وصل المعدل الخام لإتمام مرحلة التعليم الابتدائي خلال الموسم المذكور المقدار 113,2%.

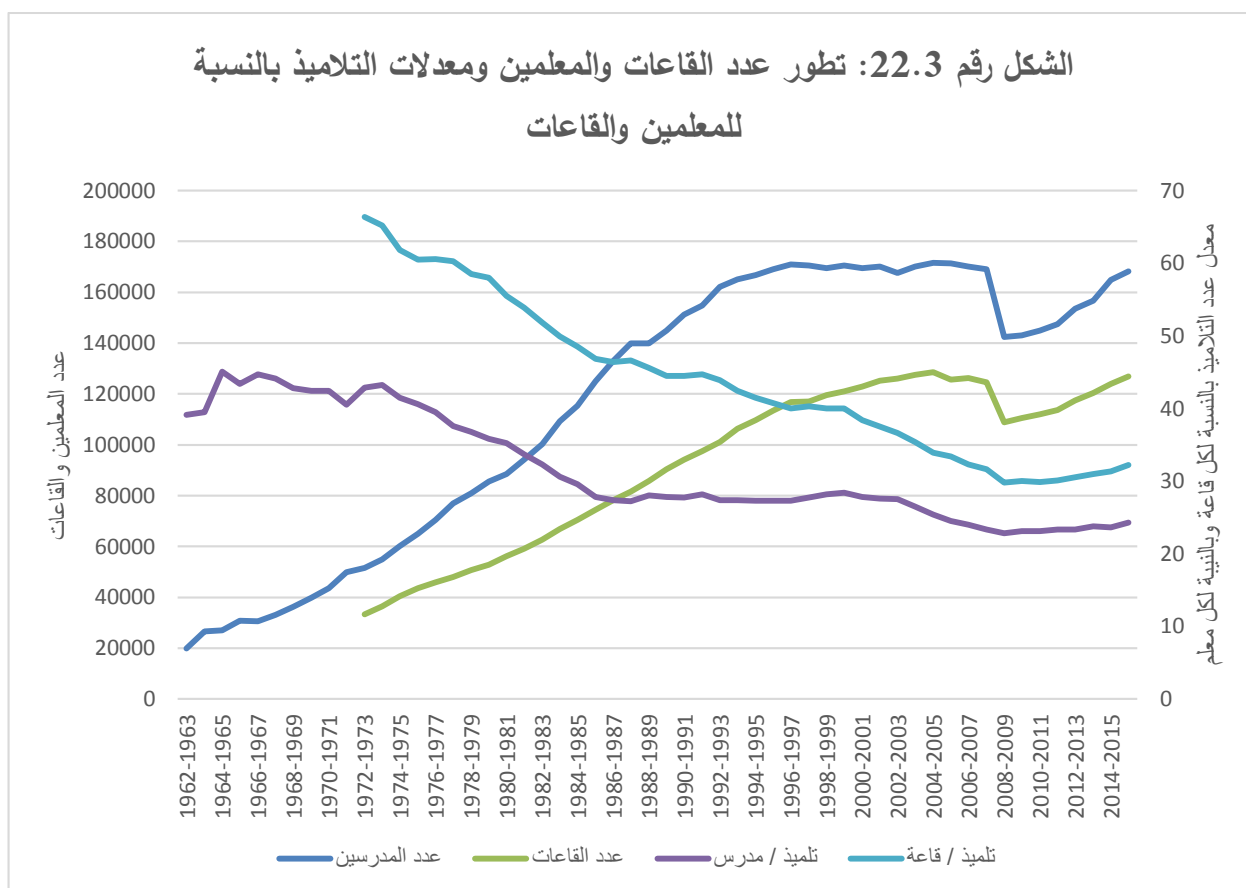
عموماً لقد انتقل هذا المعدل من 41,3% موسم 1972-1973 (الذكور: 52,5%، الإناث: 29,6%)، إلى 93,3% موسم 2005-2006 (الذكور: 93,6%، الإناث: 92,9%)، وإلى حوالي 106% في نهاية الفترة (الذكور: 106,4%، الإناث: 105,2%).



المصدر: من إعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدول رقم 12، الملحق 2

كما تجدر الإشارة إلى تقلص الفجوة بين المعدلات المسجلة بين الجنسين طيلة الفترة الممتدة من 1972 إلى 1999، مع تلاشي هذه الهوة تقريباً وبشكل شبه تام بداية من موسم 2000-2001. ما يفسر تحقيق الجزائر لمبدأ تكافؤ الفرص بين الجنسين في حق إتمام ومواصلة التعليم. (أنظر إلى الشكل رقم: 21.3)

يشير الشكل (رقم: 22.3) إلى ارتفاع عدد المعلمين بالطور الابتدائي من حوالي 20000 مدرس موسم 1962-1963، إلى أكثر من 171 ألف خلال موسم 2005-2006، وإلى أكثر من 168 ألف مدرس موسم 2015-2016. غير أنه شهد تذبذباً بانخفاضه إلى 142332 معلم موسم 2008-2009 بعدما كان 168962 مدرس في الموسم الذي سبقه، نتيجة تقليص السنوات الدراسية في التعليم الابتدائي إلى خمسة سنوات بدل ستة سنوات (حذف مستوى سنة سادسة).



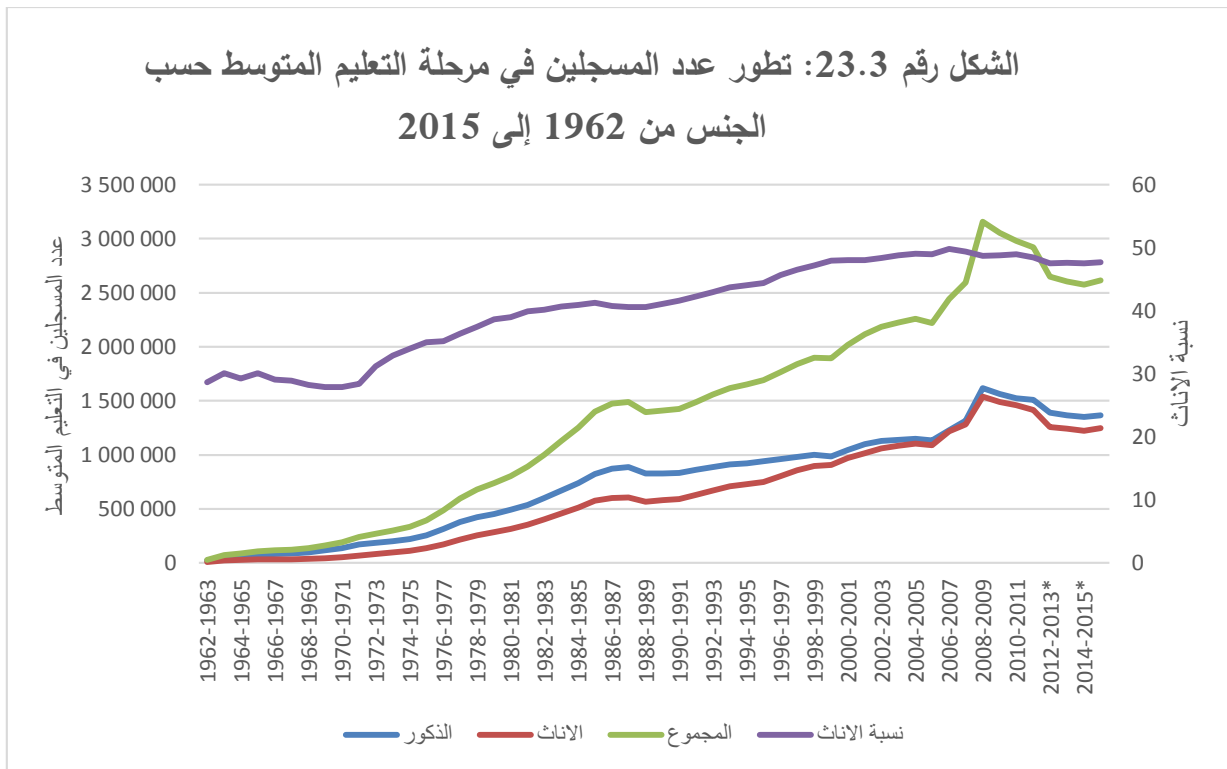
المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على معطيات الجدول رقم 13، الملحق 2

انتقل عدد القاعات من 33225 قاعة موسم 1972-1973 إلى 126190 قاعة موسم 2005-2006، وإلى 126940 قاعة موسم 2015-2016. كما عرف هو الآخر انكماشاً موسم 2008-2009 بسبب الإصلاحات التي عرفها قطاع التربية ابتداءً من سنة 2003، تقلص بموجبها عدد القاعات لصالح مؤسسات التعليم المتوسط. كما نلاحظ تطور نمو عدد المدرسين وعدد القاعات بشكل موازي، مع تفوق عدد المعلمين على عدد القاعات عبر مختلف المراحل. كون انشغال كل قاعة بمدرس إضافة إلى مدرسي اللغة الفرنسية إلى جانب العمل بنظام الدوامين في العديد من المدارس.

كما شهد عدد المؤسسات التربوية بالطور الابتدائي نمواً كبيراً، حيث قفز من 2263 مؤسسة موسم 1962-1963 إلى 125567 مدرسة موسم 2005-2006، وإلى حوالي 127 ألف مؤسسة موسم 2015-2016. كما تأثر هذا العدد هو الآخر بالإصلاحات التي عرفها القطاع، حيث نزل العدد من 128549 مؤسسة موسم 2004-2005 إلى 108827 مؤسسة موسم 2008-2009. (أنظر الجدول رقم: 13، الملحق 2)

يوضح الشكل رقم 22.3 تطور معدل تغطية المدرسين للتلاميذ خلال الفترة بين سنتي 1962 و 2016، فقد شهد هذا المؤشر تحسناً مستمراً طيلة الفترة، حيث انخفض المعدل من حوالي معلم لكل 39 طفل موسم 1962-1963 إلى حوالي معلم لكل 24 تلميذ (24,5) خلال موسم 2005-2006، وإلى 24,3 خلال موسم 2015-2016. للإشارة، لقد سجل هذا المؤشر أسوأ قيمياً له خلال الفترة بين سنتي 1965 و 1975، حيث تراوحت قيمه بين 40 و 45 لكل مدرس، نتيجة تسارع تزايد الملتحقين بالتعليم الابتدائي والعجز في توفير المعلمين بعد الاستقلال متأثراً بما خلفه الاحتلال من أمية وتخلف، ما استلزم اللجوء إلى التعاون الخارجي مع الدول الشقيقة والصديقة في هذا المجال، واعتماد التوظيف المباشر في قطاع التربية والتعليم، وإنشاء معاهد التكوين والتأطير عبر كافة جهات البلاد.

سجل معدل انشغال القاعات الدراسية تطوراً هاماً خلال الفترة ما بين عامي 1972 و 2015، فقد شهد تحسناً مستمراً طول الفترة، إذ انخفض من حوالي 66 تلميذ لكل قاعة موسم 1972-1973 إلى حوالي 33 تلميذ لكل قاعة موسم 2005-2006، وإلى نحو 32 ممتدرس لكل قاعة موسم 2015-2016. وهذا ما يفسر الجهود التي بذلتها الدولة في قطاع البنية التحتية في قطاع التربية الوطنية من خلال انجاز العديد من الهياكل القاعدية في هذا المجال. (أنظر إلى الشكل 22.3)



المصدر: من إعداد الطالب استناداً إلى معطيات الجدول رقم 14، الملحق 2

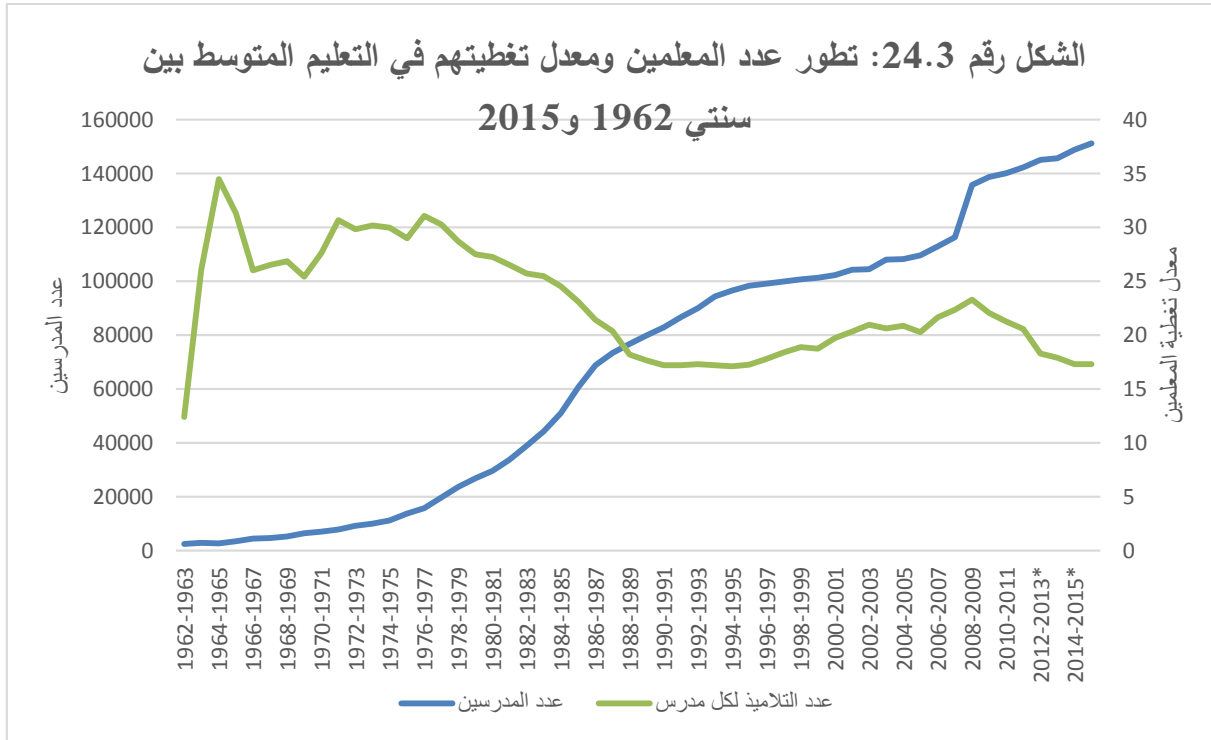
كما يشير الشكل (23.3) إلى التطور المطرد الكبير الذي عرفه التسجيل بالتعليم المتوسط بعد الاستقلال، ابتداءً من موسم 1962-1963 ووصولاً إلى موسم 2015-2016، حيث ارتفع عدد المسجلين من 30790 في بداية الفترة إلى 2.221.328 مسجل موسم 2005-2006، وإلى 2.614.393 ممتدرس موسم 2015-2016، ويرجع هذا الارتفاع الحاد في اعداد المسجلين ذكوراً وإناثاً، إلى النمو الديموغرافي السريع الذي شهدته الجزائر غداة الاستقلال، من جهة، وإلى السياسة التربوية التي اعتمدتها الدولة لتحقيق تطلعات الأمة، والتي تجسدت في مجانية والزامية التعليم الأساسي، بالإضافة إلى الإنجازات القاعدية والهيكلية الضخمة التي رافقتها، من جهة أخرى.

نلاحظ أن موسم 2008-2009 كان الأكثر تسجيلاً على الإطلاق، نتيجة الإصلاحات التي بدأ تنفيذها سنة 2003 وتأثر بها موسم 2008-2009، حيث أصبح بموجب هذه الإصلاحات عدد السنوات الدراسية بالتعليم الابتدائي أربعة (4) سنوات بدل ثلاثة (3) سنوات، صاحب ذلك التغيير في التعليم الابتدائي إذ انتقل من ستة (6) سنوات دراسية إلى خمسة (5)، فانتقلت دفعتين في آن واحد إلى التعليم المتوسط، دفعة السنة السادسة ابتدائي من الجيل التربوي القديم، بالإضافة إلى الدفعة الأولى للسنة الخامسة من الجيل التربوي الجديد، فضخم هذا الصب المضاعف عدد المسجلين في موسم 2008-2009 واستمر تأثير هذه الإصلاحات في عدد المسجلين خلال موسم 2009-2010 والمواسم الموالية لكن بدرجة أقل.

عرفت نسبة الاناث المسجلات في التعليم المتوسط من مجموع التلاميذ المسجلين، استقراراً في حدود ما دون 30% طيلة الفترة الممتدة من سنة 1962 إلى عام 1971، لتسجل تحسناً مستمراً بعد ذلك لتصل إلى المستوى 40,18% موسم 1982-1983، ثم واصلت نموها لتحقيق المقدار 49% موسم 2005-2006، محققاً مبدأ تكافؤ الفرص بين الجنسين في هذه المرحلة التعليمية، غير أنها تراجعت خلال المواسم الأخيرة من الفترة، حيث سجلت عند المستوى 47,72% موسم 2015-2016 حسب الديوان الوطني للإحصائيات (ONS) غير أنها تبقى مقبولة بالنظر إلى الأهداف المسطرة.

لقد شهد عدد المدرسين بالطور الثالث من التعليم الأساسي أو التعليم المتوسط نمواً سريعاً، حيث تضاعف لأكثر من ثلاثة مرات ونصف خلال ظرف عقد واحد من الزمن (1962-1972)، حيث انتقل من 2488 مدرس موسم 1962-1963 إلى حدود 9143 معلم موسم 1972-1973. بلغ معدل تغطية المدرسين للتلاميذ المستوى 12,32 خلال موسم 1962-1963، ولا يرجع هذا إلى كثرة

المعلمين وإنما لقلة التلاميذ في هذا المستوى نتيجة لما خلفه الاحتلال الفرنسي من مستوى تعليمي ومعدل تدرس متدنيين في أوساط أبناء الشعب الجزائري. ارتفع هذا المعدل خلال السنوات التي تلت الاستقلال، حيث انتقل المعدل من 26 تلميذ مقابل كل معلم موسم 1963-1964 إلى حوالي 34 و 31 ممتدرس مقابل كل مدرس موسمي 1964-1966 على الترتيب، نتيجة الالتحاق المتزايد بهذا المستوى التعليمي، ليستقر بين 26 و 31 ممتدرس لكل معلم طيلة الفترة الممتدة بين سنتي 1968 و 1981، ثم نزل تدريجياً ليبلغ المستوى 20,34 موسم 1987-1988، ثم استقر بين 17 و 19 طفل لكل معلم خلال الفترة من سنة 1989 إلى عام 2000، وعاود الارتفاع تدريجياً بداية من سنة 2001 بين 20 و 23 طفل لكل معلم إلى غاية سنة 2011، ثم نحا للهبوط والتحسن ابتداءً من موسم 2012-2013 (18,27) ليصل هذا المعدل في نهاية الفترة إلى المقدار 17,31 ممتدرس لكل مدرس. (أنظر الشكل رقم 24.3)



المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على بيانات الجدول رقم 15، الملحق 2

وعرف عدد المؤسسات التربوية في الطور المتوسط ارتفاعاً مستمراً بعد الاستقلال، حيث انتقل من 364 مؤسسة موسم 1962-1963 إلى 3958 مؤسسة موسم 2005-2006، وإلى 5339 متوسطة موسم 2015-2016. وهذا ما يفسر المجهودات التي بذلتها الدولة في انجاز الهياكل والبنية التحتية في قطاع التربية الوطنية والتعليم. (أنظر إلى الجدول رقم 15، الملحق 2)

3.4. تطور أهم المؤشرات التربوية في الجزائر حسب المسوح الوطنية:

تطُرقت المسوح الوطنية لسنوات 1995، 2000، 2006، 2012 إلى أهم المعدلات المعمول بها في مجال التعليم والتربية، حيث تمثلت هذه المؤشرات فيما يلي:

- نسبة الأطفال في عمر 36-59 شهرا الملتحقين بأي من برامج التعليم المبكر أو ما قبل المدرسي (MICS4, MICS3)
- نسبة أو احتمال الأطفال الملتحقين بالسنة أولى ابتدائي وأكملوا السنة خامسة من التعليم الابتدائي؛
- نسبة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 و 11 سنة ماضية والتحقوا بالمدرسة الابتدائية؛
- نسبة الأطفال الذين تقع أعمارهم بين 6 و 14 سنة منقضية والتحقوا بالمدرسة الأساسية؛
- معدلات تدرس الأطفال الذين بلغوا 6 سنوات ماضية؛
- نسبة الأطفال المتمدرسين إلى عدد الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين 6 و 14 سنة منقضية.

1.3.4. التعليم المبكر أو ما قبل المدرسي في الجزائر:

لقد وضعت وزارة التربية الوطنية أولى مناهج التربية التحضيرية ودلائلها سنة 2004، وبدأ تنفيذه بقطاع التربية الوطنية ابتداءً من الموسم الدراسي 2005-2006، بالإضافة إلى فرض هذه المناهج على القطاعات العمومية الأخرى التي تعنى بتسيير مؤسسات التربية التحضيرية مثل دور الحضانة ورياض الأطفال والكتاتيب والمدارس القرآنية والأقسام التحضيرية.

وتستهدف التربية التحضيرية الأطفال الذين لم يبلغوا سن القبول القانوني في المدرسة، وتشتمل على مختلف البرامج التعليمية. وتهتم التربية التحضيرية بالتنشئة الاجتماعية كما تهدف لاستكشاف الطفل لإمكاناته وتوظيفها في بناء الفهم لديه، والاعداد للتمدرس، واستدراك النقص في التربية العائلية، وتسمح للطفل بتنمية قدراته وتمنحه فرص النجاح في المدرسة، وتعطيه المبادئ العامة للتعليم كالقراءة والحروف الأبجدية والحساب.

وتمهد مرحلة التعليم المبكر لإعداد الأطفال للمدرسة، ولهذا الغرض أولت الجزائر من خلال اصلاحاتها التربوية حرصاً كبيراً على تعميم المرحلة التعليمية التحضيرية على كل الأطفال البالغين من العمر خمسة سنوات. وشمل التعليم المبكر المدرج في المسوح الوطنية المرتبطة بمتابعة الأطفال صحياً وتربوياً، كل الهيئات العمومية والخاصة التي تهتم برعاية الطفولة المبكرة في مجال التعليم.

حسب الجدول (رقم: 3.33) بلغت نسبة الأطفال الذين تراوحت أعمارهم ما بين 3 و 4 سنوات والتحقوا بمؤسسات التعليم ما قبل التمدريس المستوى 11% خلال السنة الدراسية 2005-2006، ولم يسجل تباین كبير في النسبة بين الذكور والإناث (11,3%: ذكور، 10,6%: إناث)، غير أن التباين كان كبيراً بالنظر إلى وسط الإقامة (الحضر: 15,4%، الريف: 5,6%)، ويرجع هذا التباين الكبير إلى عدم تعميم التربية التحضيرية خلال هذا الموسم كونها كانت حديثة الطرح (2006)، خاصة بالمناطق الريفية، بالإضافة إلى غياب المرافق العمومية المتعلقة بالتربية التحضيرية بالوسط الريفي.

الجدول رقم 33.3: نسبة الأطفال (36-59 شهراً) الملتحقين ببرامج التعليم المبكر ونسب أطفال الصف الأول ابتدائي الذين سبق التحاقهم بالتعليم المبكر حسب مسحي 2006 و 2012

** MICS4 2013-2012 مسح		* MICS3 2006 مسح		الخصائص
% الأطفال بالصف الأول الابتدائي وتابعوا تعليمًا ما قبل التمدرس في السنة الماضية	% الأطفال (36-59 شهر) الذين ترددوا على مؤسسات تعليمية ما قبل التمدرس	% الأطفال بالصف الأول الابتدائي وتابعوا تعليمًا ما قبل التمدرس في السنة الماضية	% الأطفال (36-59 شهر) الذين ترددوا على مؤسسات تعليمية ما قبل التمدرس	
الجنس				
49,7	-	17,0	11,3	ذكور
50,8	-	16,1	10,6	إناث
وسط الإقامة				
52,5	-	22,1	15,4	حضر
46,4	-	10,4	5,6	ريف
50,2	-	16,5	11,0	المجموع

المصدر: * وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات، المسح العنقودي متعدد المؤشرات الجزائر 2006 MICS3، الجزائر، 2009.

** : Ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière, Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples (MICS4) 2012 – 2013, Alger, 2015.

كما يشير التقرير الرئيسي لمسح سنة 2006 (MICS3) إلى بلوغ هذه النسبة المستوى 8,3% لدى الأطفال البالغين ثلاثة سنوات من العمر، مقابل 17,2% وسط الأطفال البالغين أربعة سنوات من العمر.

لم يدرج هذا المؤشر في التقرير الرئيسي للمسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2012-2013، حيث اكتفى بمؤشر نسبة الأطفال بالصف الأول ابتدائي الذين تابعوا تعليم ما قبل التمدريس في السنة الماضية.

بلغت نسبة الأطفال البالغين ستة سنوات الملتحقين بالسنة الأولى ابتدائي (2005-2006) والذين سبق لهم أن التحقوا بالتعليم ما قبل المدرسي خلال السنة المنصرمة 16,5%، ولم تسجل تباين بالنظر إلى الجنس، فيما ظهر التباين جليا في النسبة بين الوسطين الحضري والريفي (الحضر: 22,1%، الريف: 10,4%).

ارتفعت هذه النسبة إلى المستوى 50,2% موسم 2012-2013، توزعت بين 52,5 مئوية بالوسط الحضري و46,4 من المائة بالريف، بينما لم تكن هناك فروق كبيرة بالنظر إلى الجنس (49,7% عند الذكور، 50,8% لدى الإناث).

2.3.4. تدرّس الأطفال في عمر 6-14 سنة حسب المسوح الوطنية:

لقد حظي التعليم في الجزائر بأهمية قصوى غداة الاستقلال، باعتباره المحرك الأساسي للتنمية، فعمدت إلى تجسيد سياسة التعليم المجاني في كل المستويات التعليمية، وجعل التدرّس اجباري في الطورين الابتدائي والمتوسط، توازياً مع انشاء بنية تحتية مدرسية هائلة وشاملة. ولقياس فاعلية العملية التربوية والتعليمية، قامت الهيئات المهتمة بمتابعة الأطفال بإنجاز مسح وطنية دورية شرّحت الوضعية التربوية والصحية للأطفال، فقد أدرجت المسوح الوطنية لسنوات 1995 (MICS1)، 2000 (MICS2)، 2006 (MICS3)، 2012-2013 (MICS4)، في تقاريرها الرئيسية مختلف المؤشرات التي تعبر عن مستويات المتابعة التربوية للأطفال.

1.2.3.4. مستويات وصول الأطفال إلى السنة الأخيرة من التعليم الابتدائي:

تعتبر نسبة الأطفال الذين التحقوا بالصف الأول من التعليم الابتدائي ووصلوا إلى السنة الأخيرة من هذا التعليم، أهم المؤشرات المتعلقة بالمتابعة التربوية، فكلما ارتفعت مستويات هذا المؤشر كلما انخفض التسرب المدرسي المبكر الذي يعتبر بدوره المسبب الرئيسي لانحراف الأطفال وجعلهم عرضة لمختلف الآفات الاجتماعية.

حسب الجدول رقم 34.3، انتقلت نسبة الأطفال الذين التحقوا بالسنة أولى ابتدائي ووصلوا إلى آخر سنة من هذه المرحلة التعليمية من المستوى 94 من المائة حسب مسح 1995 إلى 97,6 بالمائة استنادا إلى مسح 2012-2013.

الجدول رقم 34.3: تطور نسبة % الأطفال الذين التحقوا بالسنة أولى ابتدائي ووصلوا إلى آخر سنة بالتعليم الابتدائي (معدل الوصول إلى آخر سنة من التعليم الابتدائي)

المسح الخصائص	1995 MICS1	2000 MICS2	2006 MICS3	2013-2012 MICS4
الجنس				
ذكور	94	95	92,8	97,6
إناث	95	99	93,1	97,6
الوسط				
حضر	97	99,4	94,9	98,6
ريف	91	93,1	90,9	95,9
المجموع	94	96,8	93,0	97,6

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج المسوح الوطنية في الجزائر (MICS1, MICS2, MICS3, MICS4).

لقد سجل هذا المؤشر أدنى قيمة له سنة 2006 عند النسبة 93 بالمائة، توزعت بين 94,9% بالمناطق الحضرية و 90,9% بالأوساط الريفية، فيما لم يكن هناك تباين ملحوظ بالنظر إلى الجنس حسب مختلف المسوح، باستثناء مسح سنة 2000 (الذكور: 95%، الإناث: 99%).

2.2.3.4. تدرس الأطفال في العمر 6-11 سنة في التعليم الابتدائي (TSP):

يعبر المعدل الصافي للتمدرس بالابتدائي (الأطفال 6-11 سنة) عن مستوى التحاق الأطفال (في السن القانونية للتمدرس في الابتدائي) بالصفوف الدراسية بالنسبة لمجموع الأطفال المنتمين إلى الفئة العمرية 6-11 سنة، فيؤشر على مستويات التحصيل الدراسي والرسوب المدرسي أو التأخر الدراسي وعلى التسرب المدرسي في آن واحد.

وحسب الجدول (رقم: 35.3) ارتفع المعدل الصافي للتمدرس في الابتدائي من 94 بالمائة سنة 1995 إلى 97,5 من المائة سنة 2012، كما حقق هذا المؤشر تحسناً ملحوظاً في تقليص التباين بالنظر إلى الجنس وإلى وسط الإقامة، حيث انتقل من 95% لدى الذكور و 90% عند الإناث سنة 1995 إلى 97,5% بالنسبة للذكور و 97,4% لدى الإناث سنة 2012. كما تقلصت الهوة في المعدل بين الحضر والريف من 9 وحدات سنة 1995 إلى حوالي نصف وحدة سنة 2012.

الجدول رقم 35.3: تطور معدلات تـمدرس الأطفال في السن (6-11 سنة) في الابتدائي (TSP)

المسح الخصائص	1995 MICS1	2000 MICS2	2006 MICS3	2013-2012 MICS4
الجنس				
ذكور	95	97,6	96,8	97,5
إناث	90	96,3	96,2	97,4
الوسط				
حضر	97	99	97,5	97,7
ريف	88	94,3	95,4	97,1
المجموع	94	97	96,5	97,5

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج المسوح الوطنية في الجزائر (MICS1, MICS2, MICS3, MICS4).

للإشارة فقد سجل هذا المؤشر سنة 2006 المقدار 96% توزعت بين 96,8% لدى الذكور و96,2% وسط الاناث، وبين 97,5% بالمناطق الحضرية و95,4% بالوسط الريفي.

3.2.3.4. تـمدرس الأطفال في السن 6-14 سنة بالتعليم الأساسي (TSF):

يعد معدل صافي التـمدرس أحد أهم المؤشرات التي تقيس مستويات تـمدرس الأطفال ومدى المتابعة التربوية للأطفال، لقد استخدم هذا المعدل في مختلف المسوح الوطنية لإلقاء الضوء على واقع تـمدرس الأطفال في العمر 6-14 سنة (السن القانونية للتـمدرس بالتعليم الأساسي)، ويمثل هذا المؤشر نسبة عدد الأطفال المسجلين بالتعليم الأساسي (الابتدائي والمتوسط) والذين هم في السن القانونية للتـمدرس في هذا المستوى، إلى مجموع الأطفال المنتمين للفئة العمرية 6-14 سنة. وبهذا يقيس هذا المعدل مستوى التحصيل الدراسي والرسوب أو التأخر المدرسي والتسرب الدراسي، كما يقيس مستوى التحاق الأطفال بالصف الأول ابتدائي في السن القانوني (06 سنوات). للإشارة، لم يدرج هذا المعدل في التقرير الرئيسي لمسح سنة 2013-2012 (MICS4).

نلاحظ من خلال الجدول رقم 36.3 ارتفاع المعدل الصافي للتـمدرس في التعليم الأساسي من 89% سنة 1995 إلى 95,2% سنة 2000، ليتراجع قليلاً سنة 2006 مسجلاً القيمة 92,4 بالمائة. كما عرف هذا المؤشر في البداية تبايناً واضحاً بين وسطي الإقامة وبين الجنسين، ثم سرعان ما أخذت في التقلص المستمر خلال المسحين الموالين لمسح 1995، حيث تقلصت الهوة بين الجنسين من 06 وحدات مئوية سنة 1995 إلى وحدة واحدة سنة 2000. وانحصرت الفجوة بين الحضر والريف من 13 وحدة مئوية سنة 1995 إلى

حوالي ستة وحدات سنتي 2000 و 2006.

الجدول رقم 36.3: تطور معدلات تـمدرس الأطفال (6-14 سنة) بالتعليم الأساسي (TSF) حسب المسوح

الوطنية سنوات 1995 و 2000 و 2006

المسح الخصائص	1995 MICS1	2000 MICS2	2006 MICS3
الجنس			
ذكور	92	95,7	93,1
إناث	86	94,7	91,6
وسط الإقامة			
حضر	96	98,4	95,3
ريف	83	91,1	89,1
المجموع	89	95,2	92,4

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج المسوح الوطنية في الجزائر (MICS1, MICS2, MICS3)

ويرجع عدم تقلص فجوة هذا المعدل بين الريف والحضر بنفس الوتيرة التي شهدتها بين الجنسين، إلى عدم إحداث التوازن بين الواسطين في التغطية بالهياكل القاعدية التربوية خاصة المتعلقة بمرحلة التعليم المتوسط، حيث لم نلاحظ هذه الهوة بين الواسطين في معدلات تـمدرس الفئة العمرية 6-11 سنة (مرحلة التعليم الابتدائي).

4.2.3.4. تـمدرس الأطفال في السن القانونية 6 سنوات ماضية (TS6):

يعبر المعدل الصافي للالتحاق بالصف الأول ابتدائي في العمر القانونية ستة سنوات عن مدى التزام الأولياء من جهة والجهات الوصية في مجال التربية من جهة أخرى، بالمتابعة التربوية للأطفال المقبلين على الالتحاق بالمدرسة للمرة الأولى، وتلبية حاجيات هؤلاء الأطفال من هياكل قاعدية ووسائل مادية وبشرية.

يشير الجدول (رقم: 37.3) إلى تحسن المعدل الصافي للالتحاق بالتـمدرس بالصف الأول بالتعليم الابتدائي في السن القانونية للتسجيل بالسنة أولى ابتدائي، حيث انتقل من 86% سنة 1995 إلى 93,4% سنة 2012، وقد شهد أحسن قيمه سنة 2000 (95,3%). ولم يسجل هذا المعدل تباينا كبيرا بين الذكور والاناث وبين وسطي الإقامة الحضري والريفي في مختلف المسوح، حيث تراوحت الفروق بين وحدة واحدة وثلاث وحدات مئوية فقط، إذا ما استثنينا سنة 2000 MICS2 (الحضر: 98%، الريف: 90,7%).

الجدول رقم 37.3: تطور معدلات تـمدرس الأطفال في العمر القانوني 6 سنوات منقضية (TS6)

المسح الخصائص	1995 MICS1	2000 MICS2	2006 MICS3	2012-2013 MICS4
الجنس				
ذكور	86	94,6	92,2	94,0
إناث	86	96	90,9	92,7
الوسط				
حضر	86	98	93,0	94,5
ريف	85	90,7	89,8	91,5
المجموع	86	95,3	91,6	93,4

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج المسوح الوطنية في الجزائر (MICS1, MICS2, MICS3, MICS4).

أدرج المعدل الخام للالتحاق بالصف الأول ابتدائي في التقريرين الرئيسيين للمسحين الوطنيين لسنتي 1995 و 2000 فقط، وهو معدل يقيس مدى التحاق الأطفال بالصف الأول من الابتدائي مهما كانت أعمارهم (6 سنوات وأكثر)، فهو حاصل قسمة عدد الأطفال المتمدرسين بالصف الأول بالتعليم الابتدائي مهما كانت أعمارهم، على اجمالي الأطفال في العمر 06 ستة سنوات مضروب في مائة.

الجدول رقم 38.3: تطور معدل خام تـمدرس الأطفال البالغين أكثر من 6 سنوات في التعليم الابتدائي

المسح	1995 MICS1	2000 MICS2
الجنس		
ذكور	102	116,7
إناث	95	115
الوسط		
حضر	102	112,4
ريف	96	116,4
المجموع	99	114,1

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج المسوح الوطنية في الجزائر (MICS1, MICS2)

لقد بلغ معدل خام التـمدرس بالسنة أولى ابتدائي المقدار 99% سنة 1995 توزعت بين 102 بالمائة لدى الذكور و 95 بالمائة عند الاناث، وبين 102% بالوسط الحضري و 96% بالوسط الريفي. فيما تجاوز هذا المؤشر سنة 2000 إلى المستوى 114% (الذكور: 116,7%، الإناث: 115%)، وقد سجل الوسط الريفي خلال هذه السنة معدلاً أكبر من الذي شهد الوسط الحضري (116,4% مقابل 112,4%).

5.2.4.4. استكمال الأطفال التعليم الابتدائي والانتقال إلى الطور المتوسط:

اختص المسحان الوطنيان (MICS3, MICS4) بإدراج نسب استكمال مرحلة التعليم الابتدائي ونسب الانتقال إلى المتوسط، حيث أظهرت نتائج المسح الوطني لسنة 2006 معدل صافي استكمال الأطفال للمرحلة الابتدائية، بالإضافة إلى نسب الانتقال إلى المتوسط، فيما أدرج المسح الوطني لسنة 2012 المعدل الخام لاستكمال الابتدائي، كما عرض هو الآخر نسب الانتقال إلى الأطفال.

يشير الجدول (رقم 39.3) إلى بلوغ معدل صافي استكمال الابتدائي حسب مسح سنة 2006 المستوى 64,3%، كما نلاحظ تفوق الاناث على الذكور بالنظر لهذا المؤشر بحوالي 09 وحدات مئوية، كما سجل الوسط الحضري نسبة أحسن من التي سجلت بالوسط الريفي (الحضر: 68,7، الريف: 59,5). فيما بلغ المعدل الخام لاستكمال الابتدائي حسب مسح 2012-2013 المقدار 100,6%، توزعت بين 96,3 مئوية لدى الحضر و 107,8 بالمائة في الوسط الريفي، ولم يسجل هذا المؤشر تبايناً بالنظر إلى الجنس.

الجدول رقم 39.3: نسب استكمال التعليم الابتدائي حسب مسحي سنتي 2006 و 2012

الخصائص	مسح 2006 MICS3		مسح 2012-2013 MICS4	
	النسبة الصافية لإتمام الابتدائي	نسبة الانتقال إلى المتوسط	نسبة استكمال التعليم الابتدائي	نسبة الانتقال إلى المتوسط
الجنس				
ذكور	59,8	73,6	100,7	89,1
إناث	69,1	79,5	100,4	89,3
وسط الإقامة				
حضر	68,7	78,9	96,3	89,9
ريف	59,5	73,6	107,8	88,0
المجموع	64,3	76,3	100,6	89,2

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج المسوح الوطنية في الجزائر (MICS3, MICS4)

لقد شهدت نسبة الانتقال إلى المتوسط ارتفاعاً خلال الفترة بين 2006 و 2012، حيث انتقلت النسبة من 76,3% بداية الفترة إلى 89,2%. كما أن المؤشر لم يسجل تبايناً بين الجنسين أو بين وسطي الإقامة خلال سنة 2012، بينما عرف تبايناً واضحاً خلال سنة 2006 سواءً بين الجنسين (06 وحدات مئوية لصالح الاناث)، سواءً بين وسطي الإقامة (أكثر من 05 وحدات مئوية لصالح الحضر).

الجدول رقم 40.3: نسب % الأطفال في سن التمدرس في المتوسط والثانوي (12-17 سنة)، المسجلين في الطور المتوسط أو أعلى حسب مسحي سنتي 2006 و 2012

الخصائص	مسح 2006 MICS3	مسح 2012-2013 MICS4
الجنس		
ذكور	59,4 (64,6 حضر، 53,5 ريف)	77,1 (79,7 حضر، 72,8 ريف)
إناث	66,4 (76,2 حضر، 55,3 ريف)	81,3 (85,9 حضر، 73,4 ريف)
وسط الإقامة		
حضر	70,3	82,7
ريف	54,4	73,1
المجموع	62,8	79,2

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج المسوح الوطنية في الجزائر (MICS4, MICS3)

انتقلت نسبة التسجيل في الطور المتوسط وأعلى من 62,8% سنة 2006 إلى 79,2% سنة 2012، يرجع الفضل في تحقيق هذه القفزة إلى المجهودات التي بذلتها الدولة في تدعيم قطاع التربية بالهياكل القاعدية والبشرية في الأطوار ما بعد الابتدائي (المتوسط والثانوي) خاصة بالمناطق الريفية. وهذا ما يفسره انتقال نسبة التسجيل بالمتوسط أو الثانوي لدى الاناث من 55,3 مئوية سنة 2006 إلى 73,4 مئوية عام 2012، من خلال تمكين الاناث بالوسط الريفي من مواصلة الدراسة وتسهيل التحاقهن بالتعليم المتوسط والثانوي، وذلك بتقريب المؤسسات التربوية من مقر اقامتهن.

خلاصة:

تناول هذا الفصل من الدراسة تطور أهم مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر، معرجا قبل ذلك على مختلف المراحل التي مرت بها السياسة الصحية والتربوية في الجزائر منذ استقلالها عام 1962، وعلى تطور البنية التحتية والهياكل القاعدية لقطاعي الصحة والتربية الوطنية. وكنتيجة لهذه المجهودات التي بذلتها الدولة في سبيل تحسين وضعية الأطفال الصحية والتربوية نتطرق على تطور أهم مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية في الجزائر حسب المسوح الوطنية المنجزة خصيصا لتقييم التقدم الحاصل في هذين المجالين والوقوف على مدى تحقيق الأهداف التنموية المسطرة.

تقلص معدل وفيات الرضع من 141,4‰ خلال الفترة 1967-1971 إلى 43,7‰ خلال الفترة 1987-1992، وإلى 21,4‰ سنة 2012. كما تقلص معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من 174,9‰ خلال لفترة 1967-1971 إلى 48,6‰ خلال الفترة 1987-1992، وإلى 24,1‰ سنة 2012.

انتقل متوسط فترة الرضاعة الطبيعية من 12,5 شهرا سنة 1992 إلى 14,94 شهر سنة 2002، فيما بلغ وسيط فترة الرضاعة سنة 2012 المستوى 13,3 شهرا.

ونحا مؤشر نقص الوزن الحاد من 1,5‰ سنة 1992 إلى 0,6‰ سنة 2006 وإلى 0,8‰ سنة 2012. كما تقلص مؤشر قصر القامة الحاد من 5,3‰ سنة 1992 إلى 3‰ سنة 2006 وإلى 0,4‰ عام 2012. فيما راوح مؤشر النحافة الحادة مكانه عند 1,4‰ خلال سنتي 1992 و2012، غير أنه تراجع حسب مسح 2006 عند 0,6‰. كما انتقل مؤشر التغطية بالتحصينات (استكمال التطعيم) من 86,5‰ سنة 1992 إلى 89,2‰ عام 2006. وانتقل مؤشر تلقي الاستشارة الطبية والعلاج لدى مستخدمين مؤهلين، عند الاشتباه بإصابة الطفل بالالتهاب الرئوي، من 52,6‰ سنة 2006 إلى 66,4‰ سنة 2012.

وانتقل المعدل الصافي لتدريس الأطفال (6-14 سنة) من 89‰ سنة 1995 إلى 95,2‰ سنة 2006. وإلى 92,4‰ سنة 2012.

الفصل الرابع:

الدراسة الميدانية

تمهيد:

تضمن المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3)، في الجزائر، ثلاثة استبيانات (الأسرة، المرأة، الطفل) غطت كل منها جوانب عديدة ديموغرافية وسوسيو-اقتصادية، وجوانب الصحة العامة لاسيما الخاصة برعاية الأطفال والنساء.

سنحاول من خلال هذه الدراسة الميدانية التعمق في تحليل الجوانب الديموغرافية والاجتماعية المتعلقة بالمتابعة الصحية والتربوية للأطفال، اعتماداً على نفس المعطيات الخام التي اعتمدت في إخراج التقرير الرئيسي للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3)، حيث سنقوم بالتذكير بأهم النتائج وتعزيزها بحساب مختلف المؤشرات المتعلقة بالمتابعة الصحية والتربوية للأطفال بناءً على جداول مركبة، محاولين إبراز مدى نوعية وجودة المعطيات المرتبطة بهذه المؤشرات، إلى جانب استخدام الاختبارات الإحصائية المناسبة، وعلى وجه الخصوص التطرق إلى التحليل المعمق واستخلاص بعض النماذج باستخدام الانحدار اللوجستي الثنائي الذي يناسب هذا النمط من المتغيرات.

مركزين بذلك على الأسئلة التي جاءت في السبعة محاور من الاستبيان الخاص بالطفل والمتعلقة أساساً بالمتابعة الصحية للأطفال الأصغر من خمسة سنوات، بالإضافة إلى الأسئلة المدرجة في بعض محاور استبيان الأسرة ذات الصلة بصحة أو تربية وتعليم الأطفال (النموذج الأول: خلفيات أفراد الأسرة، النموذج الثاني: التربية والتعليم، النموذج الخامس: مياه الشرب والصرف الصحي، النموذج السادس: خصائص الأسرة واستهلاك الملح المعالج باليود)، إلى جانب الأسئلة التي شملها استبيان المرأة في جزئه الخاص بوفيات الأطفال (النموذج الثالث) والمحور المتعلق بصحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة (النموذج الخامس).

1. الأساليب الإحصائية المستخدمة:

خصصت ثلاثة استبيانات لإنجاز هذا المسح، صممت كل منها حسب خصوصية الفئة السكانية المستهدفة، قصد جمع معطيات مفصلة تغطي الواقع الذي تعيشه هذه الفئات السكانية. فصلت كل منها إلى أقسام وفروع تمحورت حول ما يلي:

• استمارة الأسرة: (ملف الأسرة)

بالإضافة إلى المتغيرات التعريفية (رقم: الولاية، البلدية، التشتت، المقاطعة، الأسرة. واسم ولقب وعنوان الأسرة)، وإلى جانب متغيرات الجدول المختصر (عدد: أفراد الأسرة، عدد النساء 15-49 سنة، المؤهلات منهن، الأطفال دون الخامسة، المؤهلين منهم، الأطفال 5-15 سنة)، شملت هذه الاستمارة 119 سؤالاً غالبيتها ذات الإجابة الواحدة مما سهل عملية الترميز. صنفنا إلى 11 نموذج وفرع تمحورت حول ما يلي:

1. نموذج ورقة تسجيل الأسرة: تضمن خلفيات أفراد الأسرة وتحديد المؤهلين منهم لملفي الطفل والمرأة (16 سؤالاً، 16 متغيراً)؛
2. نموذج التربية (10 أسئلة، 12 متغيراً)؛
3. نموذج النشاط الاقتصادي (5 أسئلة، 5 متغيرات)؛
4. فرع الأمراض المزمنة (7 أسئلة، 7 متغيرات (MC.))؛
5. نموذج مياه الشرب والصرف الصحي (10 أسئلة، 14 متغيراً (SW.))؛
6. خصائص الأسرة (12 سؤالاً، 26 متغيراً (HC.))، معالجة الملح باليود (سؤالان، متغيران (SI.))؛
7. فرع الإعاقة (7 أسئلة، 13 متغيراً (HD.))؛
8. نموذج الوفيات العامة (11 سؤالاً، 15 متغيراً (MG.))؛
9. فرع عمالة الأطفال (8 أسئلة، 9 متغيرات (CL.))؛
10. نموذج تأديب الأطفال (24 سؤالاً، 24 متغيراً (CD.))؛
11. نموذج الحوادث المنزلية (7 أسئلة، 11 متغيراً (CD.)).

• استبيان المرأة: (ملف النساء (15-49 سنة))

تضمنت هذه الاستمارة، بالإضافة إلى المتغيرات التعريفية، 108 سؤال تخللتها الأسئلة ذات الإجابات المتعددة، وتم تصنيفه الأسئلة وفق ثمانية نماذج أو فروع تمحورت كالتالي:

1. نموذج الخصائص العامة للنسوة (13 سؤالاً، 22 متغيراً (WM.))؛
2. قسم الزواج (7 أسئلة، 8 متغيرات (MA.))؛
3. نموذج وفيات الأطفال (18 سؤالاً، 24 متغيراً (CM.))؛
4. نموذج التطعيم ضد التيتانوس أثناء الحمل (7 أسئلة، 8 متغيرات (TT.))؛
5. نموذج صحة الأمهات والأطفال حديثي الولادة (24 سؤالاً، 45 متغيراً (MN.))؛
6. قسم وسائل منع الحمل والاحتياجات غير الملباة (29 سؤالاً، 77 متغيراً (CP.))؛
7. نموذج مرض الايدز/ السيدا (9 أسئلة، 19 متغيراً (HA.))؛
8. قسم الموقف من العنف ضد النساء (سؤال واحد، 5 متغيرات (DV.)).

• استبيان الطفل: (ملف الأطفال > 5 سنوات)

شملت هذه الاستمارة إلى جانب ستة متغيرات تعريفية، 53 سؤالاً تبلورت في سبعة (07) نماذج أو محاور كما يلي:

1. نموذج تسجيل الولادات وتربية الطفولة المبكرة (8 أسئلة، 30 متغيراً (BR.))؛
2. نموذج نمو الطفل (5 أسئلة، 9 متغيرات (CE.))؛
3. قسم الرضاعة (7 أسئلة، 13 متغيراً (BF.))؛
4. نموذج الإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة (12 سؤالاً، 35 متغيراً (CA.))؛
5. محور تطعيم الأطفال (11 سؤالاً، 55 متغيراً (IM.))؛
6. نموذج ختان الأولاد (3 أسئلة، 3 متغيرات (CR.))؛
7. نموذج المقاييس الأنثروبومترية (7 أسئلة، 15 متغيراً (AN., HAP, HAZ, WAM, WHP,)، 7 أسئلة، 15 متغيراً (WAZ, WAM, WHP, WHZ, WHM, FLAG)).

نعتمد في هذا الجانب من الدراسة على بعض الأساليب الإحصائية التي تخدم معالجة معطيات هذا المسح، موظفين بغية ذلك الجداول التكرارية البسيطة والمركبة باستخدام برنامج تحليل البيانات SPSS والبرنامج الإحصائي SAS لاستخراج الجداول الأكثر تركيباً وتعقيداً (اشتراط الصفات)، بغية تقدير مختلف المؤشرات سواء كانت نسب، أو معدلات، أو متوسطات، أو احتمالات.

1.1. معالجة نوعية المعطيات:

في عملنا هذا سوف نعتمد على اختبارات معروفة، إذ يلخص "دوبوا" و "بليسو" (DUBOIS, et (1989) (BLAISEAU) قائمة لبعض الاختبارات (Saadi, 2007, p. 72)، نذكر نوعين من بينها لحاجتنا إليهما في هذا العمل:

• اختبارات القيم الدنيا والقصى:

هي اختبارات بسيطة تكشف بعض أخطاء الملاحظة المرتبطة بجمع البيانات وإدخالها، والترميز، وذلك اعتمادا على الجداول البسيطة التي تمكننا من الوقوف عند المعطيات الناقصة (الإجابات غير المحددة التي تمثل عدم امتلاك المبحوثين الإجابة (لا أعرف) + الإجابات الناقصة (تمثل عدم الإجابة)) والمعطيات غير الموافقة لمجال الترميز (الإجابات التي تخرج عن إطار الإجابات المقترحة وتختلف بذلك عن الرموز الموظفة في الاستمارة). نقوم بإجراء هذا الاختبار على كل المتغيرات أو الأسئلة المقيدة في استمارة المسح، والمتعلقة بالمؤشرات الصحية والتربوية للأطفال.

• اختبارات التوافق الداخلي أو الارتباط بين المتغيرات:

يعطي اتساق البيانات الصورة الداخلية من معايرة وضبط جودة المعطيات، وهنا نقصد الانسجام والتوافق بين بيانات المسوح الميدانية. تستخدم هذه الاختبارات لفحص التوافق بين عدة متغيرات، اعتمادا على جداول مركبة ترتبط فيما بينها بعلاقة حقيقية أو منطقية. تمكننا هذه الاختبارات من كشف أخطاء التوافق فيما بين عدة متغيرات، مركزين على تناسق الإحالات، وتكون هذه الاختبارات معقدة في بعض الحالات.

للإشارة يتم أخذ البيانات لمعالجة نوعيتها من دون ترجيح، بغية تحديدها بكمية صحيحة. فيما يتم استخراج المؤشرات بعد ترجيح البيانات بالمتغير المخصص لذلك في ملف الطفل الموضوع تحت اسم (chweight).

2.1. نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي:

لقد اكتسحت المتغيرات الكيفية الأسئلة المدرجة في استمارة هذا المسح (MICS3)، ما يفرض استخدام الاختبارات الإحصائية، كما نعتمد أساساً على النمذجة باعتماد الانحدار اللوجستي (اللوجيتي)، بغية إظهار أثر أهم المتغيرات السوسيو-ديموغرافية المستقلة في أهم المتغيرات التابعة المتعلقة مباشرة بالمؤشرات الصحية والتربوية للأطفال.

يستخدم الباحثون في مجال العلوم الاجتماعية المتغيرات التابعة الكيفية (غير الكمية) في تقدير نماذج الانحدار، معتمدين في ذلك على توظيف الانحدار اللوجستي للوصول إلى تقدير معلومات نموذج دقيقة. كما يجب التذكير أن لهذا الانحدار عدة أنواع، أكثرها شيوعاً الانحدار اللوجستي الثنائي الذي يختص بالمتغيرات التابعة الإسمية ثنائية الإجابة (0 ، 1) الذي سنوظفه في هذا البحث. فيما يستخدم الانحدار اللوجستي المتعدد في حالة المتغير التابع الاسمي متعدد القيم (ثلاثة قيم وأكثر)، كما يوجد نوع ثالث يسمى بالانحدار اللوجستي الرتبي (المتغير التابع رتبي).

نستخدم الانحدار اللوجستي الثنائي في هذا العمل باعتباره أسلوباً إحصائياً يمكننا من التعرف على أهم المحددات المؤثرة، باعتماد تقنية الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة. وذلك لفحص المتغيرات التابعة ثنائية الاستجابة مع المتغيرات المستقلة المؤثرة فيها أياً كان نوعها. ويستخدم الانحدار اللوجستي كنموذج للتنبؤ باحتمالية وقوع حدث معين.

يأخذ المتغير التابع (Y) القيمة (1) إذا تحقق الحدث والقيمة (0) في حالة ما لم يتحقق. ويأخذ المتغير المستقل أو التوضيحي الكمي أو الكيفي (X) قيمتين أو أكثر (اجابتين أو أكثر). وفي حالة ما إذا كان هناك متغير مستقل واحد فيعرف بالنموذج اللوجستي الثنائي البسيط. ويبنى نموذج الانحدار اللوجستي على فرض رئيسي مفاده أن المتغير التابع y الذي نهتم بدراسته هو متغير ثنائي يتبع توزيع بيرنولي، يأخذ القيمة (1) باحتمال الوقوع (P) والقيمة (0) باحتمال عدم الوقوع $q=(1-P)$. وخلافاً للانحدار الخطي للمتغيرات الكمية الذي يأخذ الصيغة:

$$Y_i = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki} + \varepsilon$$

حيث (y) يمثل متغيراً مشاهداً كمياً والمتغير (ε) يمثل الخطأ (ε = y - ŷ)، ويأخذ الطرف الأيمن من الانحدار الخطي قيماً من (∞-) إلى (∞+). حيث تقدر مصفوفة المعلمات وفق: $\hat{\beta} = (X'X)^{-1}.X'Y$. لكن في حالة المتغير التابع ثنائي الاستجابة لا يكون ملائماً لأن $p(y=1) = p$ وبالتالي يأخذ الطرف الأيمن لهذه النماذج قيماً بين 0 إلى 1، وبذلك يكون النموذج غير قابل للتطبيق في سياق الانحدار، ولهذا يجب ادخال تحويل رياضية مناسبة على المتغير التابع (y). وبما أن $0 \leq p \leq 1$ فإن النسبة $\left(\frac{p}{1-p}\right)$ عبارة عن قيمة موجبة محصورة بين 0 و ∞، أي $0 \leq \frac{p}{1-p} < +\infty$ وبأخذ اللوغاريتم الطبيعي للمتحول $\frac{p}{q}$ فيصبح مجال القيم محصوراً بين $-\infty < \log\left(\frac{p}{q}\right) < +\infty$ ، وبالتالي يمكن صياغة نموذج الانحدار على الشكل: $\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = \hat{\beta}_0 + \hat{\beta}_1 X_{1i} + \hat{\beta}_2 X_{2i}$

ويأخذ الانحدار اللوجستي الثنائي دالة الاستجابة وفق الصيغة الرياضية: (Bressoux, 2010, p p. 231,247) $p_i = E\left(\frac{Y_i}{X_i}\right) = \frac{e^{\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki}}}{1 + e^{\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki}}}$ حيث exp هو معكوس اللوغاريتم الطبيعي.

$$p(Y) = \frac{1}{1 + e^{-(\beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki})}} \quad \text{وبصيغة أخرى: (1).....}$$

ويمكننا تقدير احتمال حدوث الحدث، بالإضافة إلى القدرة على الانتقال إلى الشكل الخطي بتحويل اللوجيت:

$$L = \text{logit}(p_i) = \log\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i} + \dots + \beta_k X_{ki}$$

حيث:

- تمثل $\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ ما يعرف بنسبة الرجحان أو أفضلية النجاح (Odds)، أي نسبة احتمال وقوع الحدث إلى عدمه، وتأخذ قيماً موجبة بين 0 و ∞.

- تمثل L اللوغاريتم الطبيعي (النيبيري) لنسبة الأفضلية أو أفضلية النجاح، ويأخذ قيماً بين (∞-) و (∞+). وهذا ما يسمى بنموذج الانحدار اللوجستي وتسمى التحويلة $\log\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ بتحويلة لوجيت، والدالة اللوجستية دالة مستمرة تأخذ القيم (1-0) ويقترب (y) من 0 كلما اقترب الطرف الأيمن للدالة اللوجستية من (∞-)، ويقترب (y) من الواحد كلما اقترب الطرف الأيمن من (∞+)، وتكون الدالة متماثلة عندما يكون الطرف الأيمن مساوياً للصفر. بمعنى آخر وبالنظر إلى العلاقة (1)، عندما يرتفع X_k ، يتجه p_i نحو الصفر إذا كانت $\beta_k > 0$ ، ويتجه p_i نحو 1 عندما $\beta_k < 0$. ويكون عبارة عن خط أفقي إذا كانت $\beta_k = 0$ ما يفسر

أن y مستقل عن X_k .

إذن يمكن القول أن التنبؤ في حالة الانحدار اللوجستي ليس بالمتغير التابع بالضبط أو مباشرة، بل الاحتمال بأن يكون المتغير التابع إما صفراً أو واحداً، أي $p(Y/X) = 1$ أو $p(Y/X) = 0$ ، فالمتغير التابع في هذه الحالة ليس هو المتغير التابع نفسه في الانحدار الخطي، بل هو احتمال أن تكون قيمة المتغير التابع تساوي واحد (وقوع الحدث) وهو الغالب، أو احتمال أن تكون قيمة المتغير التابع تساوي صفراً (عدم وقوع الحدث). وللتأكد من الدلالة الإحصائية لمعاملات النموذج المقدر يستخدم اختبار Wald، الذي يعني أن المتغيرات التوضيحية أو المستقلة المكونة للنموذج قادرة على التنبؤ بالمتغير التابع ثنائي الاستجابة بشكل حسن. ويعتمد على اختبار الفرضية العدمية التي مفادها عدم وجود تأثير لمعلمة المتغير المستقل X_i على التنبؤ بقيمة المتغير التابع y ، وفي حالة عدم تحققها نتبنى الفرضية البديلة التي تقرر عكس ذلك، وفق الافتراض التالي:

$$\begin{cases} H_0: \beta_1 = \beta_2 = \beta_3 = \dots = \beta_k = 0 \\ H_1: \beta_j \neq 0 \end{cases}$$

○ الاختبارات الإحصائية المستخدمة في الانحدار اللوجستي:

▪ اختبار (Chi2 de Wald) Wald: تتبع الإحصاء Wald توزيع كاي تربيع (χ^2)، حيث تقارن القيمة الاحتمالية للإحصاء مع مستوى المعنوية المحدد مسبقاً لمعرفة ما إذا كان المتغير المعني معنوي أم غير دال. إذ تقبل الفرضية العدمية إذا كانت قيمة Wald أصغر من قيمة χ^2 الجدولة بدرجة حرية واحدة، أو إذا كانت القيمة الاحتمالية لإحصاء Wald (قيمة الدلالة Sig) أكبر من مستوى المعنوية ($\text{sig} < 0,05$)، ويفسر هذا أن المتغير المستقل ليس له تأثير على القيمة التنبؤية للمتغير التابع، ما يتيح إمكانية حذف المتغير نهائياً من النموذج. في حين ترفض الفرضية العدمية وتقبل الفرضية البديلة في الحالة العكسية ($\text{Wald} > \chi^2_t$)، أو ($\text{Sig} < 0,05$)، مما يشير إلى أن المتغير المستقل له تأثير على القيمة التنبؤية للمتغير التابع. وتقدر قيمة Wald وفق الصيغة الموالية: $\text{Wald} = \left(\frac{\beta_i}{SE(\beta_i)} \right)^2$. حيث يمثل (E.S) الخطأ المعياري للمعاملات (Erreur-type).

تمثل $\text{Exp}(\beta)$: قيمة الدالة الأسية لمعامل الانحدار، التي تعبر عن المضاعف الذي تتأثر به نسبة الرجحان $\left(\frac{p_i}{1-p_i} \right)$ ، أي احتمال وقوع الحدث (p_i) على احتمال عدم وقوعه ($1 - p_i$) أو ما يعرف تحت الاختصار Odds.

■ اختبار **Hosmer et Lemeshow**: يستعمل هذا الاختبار لمعرفة حسن تمثيل النموذج، ويقوم على اختبار كاي تربيع لحسن المطابقة لتقييم الفرق بين القيم المشاهدة والمتوقعة باختبار:

H_0 : تساوي القيم المشاهدة مع القيم المتوقعة، أي النموذج جيد التمثيل.

H_1 : عدم تساوي القيم المشاهدة مع القيم المتوقعة، النموذج لا يمثل البيانات بشكل جيد.

عموما، يكون القرار بقبول الفرضية الصفرية إذا كانت قيمة الدلالة الإحصائية (Sig) أكبر من مستوى المعنوية المحدد ($\alpha=0,05$). فيكون انعدام ارتباطات معنوية بين أي من المتغيرات المستقلة الأخرى، بمعنى غياب مشكلة تعدد خطي بين المتغيرات التوضيحية.

■ اختبار القيمة التفسيرية للنموذج (معامل التحديد) R^2 :

في الانحدار اللوجستي يستخلف معامل التحديد R^2 الذي يستخدم لمعرفة القدرة التفسيرية للنموذج باستخدام الإحصاءة $R^2_{cox-snell}$ الإحصاءة $R^2_{Nagelkerke}$ ، لغرض اختبار القوة التفسيرية لنموذج الانحدار اللوجستي، اللتين لهما نفس وظيفة R^2 في الانحدار الخطي المتعدد حيث:

$$\text{معامل تحديد Cox-Snell } (R^2_{cox-snell}) : R^2_{cox-snell} = 1 - \left[\frac{V(0)}{V(B)} \right]^{\frac{2}{n}}$$

$$\text{معامل التحديد المعدل } (R^2_{Nagelkerke} \text{ (ajusté)}) : \tilde{R}^2 = \frac{R^2}{R^2_{max}}$$

$$\text{مع } R^2_{max} = 1 - (V(0))^{\frac{2}{n}}$$

حيث:

$V(0)$: قيمة دالة الإمكان الأعظم في حالة تضمن النموذج الحد الثابت فقط، أي (i-1) متغير.

$V(B)$: قيمة دالة الإمكان الأعظم في حالة تضمن النموذج كل المتغيرات المستقلة، أي (i) متغير.

n : حجم العينة.

$$\text{كما اقترح Menard (2002) معامل تحديد سماه } R^2_L : R^2_L = \frac{D(0) - D(\beta)}{D(0)}, \text{ حيث:}$$

$D(0)$: انحراف النموذج الفارغ (الثابت فقط).

$D(\beta)$: انحراف النموذج المحدد أو المشبع β .

تقدر المعنوية الكلية للانحدار الخطي (MCO) باعتماد على اختبار فيشر (F). أما لتقدير المعنوية

الكلية للانحدار اللوجستي يتم اللجوء إلى طريقة الاحتمال أو الإمكان الأعظم (Maximum Likelihood Method)، وهي طريقة تكرارية لمشتقات دالة الإمكان الأعظم عدة مرات حتى الوصول إلى أقل قيمة لسالب ضعف (2) لوغاريتم الإمكان الأعظم للحصول على التقدير الأمثل لمعاملات النموذج. بمعنى أوضح، عند بناء نموذج الانحدار يمكن حذف أحد أو بعض المتغيرات من النموذج، وذلك بإجراء اختبار ما إذا كانت معاملات الانحدار (β) تساوي صفر أم لا. ولأجل هذا الغرض يحسب الانحراف (Déviance) الذي يرمز له D، وهو لوغاريتم النسبية بين دالة الإمكان ودالة النموذج المشبع (Modèle saturé) مضروبة في العدد (2)، والنموذج المشبع هو الذي يحوي عددا من المعلمات مساويا لعدد المشاهدات وهو يوفق البيانات تماما وتكون قيمته واحد صحيح. يعتمد الفرق D على أساس الاختلاف بين قيمتي لوغاريتم الترجيح، وكلما كان الفرق كبيرا كلما دل على عدم المطابقة وعدم الجودة حيث: (Bressoux, 2010, p. 241) $D = -2(\log V_{(modèle estimée)} - \log V_{(modèle saturée)})$ حيث V (Vraisemblance) هو LikeLihood باللغة الإنجليزية.

$$D = -2\log\left[\frac{V_{(modèle estimée)}}{V_{(modèle saturée)}}\right] \quad \text{أو:}$$

وبما أن الاحتمال الأعظم المملوء يساوي 1 (بافتراض أن النموذج يطابق البيانات بشكل تام ينتج الاحتمال المثالي الكامل المساوي للواحد)، وبما أن لوغاريتم 1 هو 0، فيصبح بذلك:

$$D = -2\log V_{(modèle estimée)}$$

فقيمة D شبيهة بقيمة SSE في الانحدار الخطي: $SSE = \sum_{i=1}^n (y_i - \hat{y}_i)^2$

ولمعرفة وجود المتغيرات المستقلة في النموذج نقارن D للنموذج المتضمن المتغيرات مع قيمة D عندما يكون النموذج غير متضمن لتلك المتغيرات: $\Delta_{(A-B)} = D_{(A)} - D_{(B)}$ حيث يلعب الفرق دور F في الانحدار الخطي، حيث: $D_{(A)}$: الانحراف في النموذج غير متضمن المتغيرات (Modèle initial A)؛

$D_{(B)}$: الانحراف في النموذج المتضمن متغيرات (Model plus complet B).

في حالة صحة اختبار فرضية العدم فإن معاملات المتغيرات تساوي صفر (عدم أهمية المتغيرات). يتبع Δ توزيع χ^2 ، بدرجات حرية تساوي عدد المتغيرات، ونقارن قيمة Δ بالقيمة الحرجة من جدول χ^2 فإذا كانت قيمة Δ أكبر من الحرجة يرفض فرض العدم.

3.1. الاختبارات اللاحتمالية كاي تربيع ومعاملات الارتباط:

تكون الطرق اللاحتمالية عادة أكثر ملاءمة للاستخدام عندما تكون البيانات كيفية إسمية أو رتبية، ولعل

اختبار كاي تربيع من أهم الأساليب الإحصائية الاستدلالية اللامعلمية، الذي يكشف العلاقة بين متغيرين نوعيين، كما يقيس حسن المطابقة في حالة عينة لمتغير واحد. سوف نستخدم هذا الاختبار لقياس العلاقة بين المتغيرات. ويحسب كاي تربيع وفق العلاقة التالية: (Spiegel, 1993, p. 201)

$$\chi_c^2 = \sum_{i=1}^k \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

حيث تمثل: o_i التكرارات الملاحظة، و e_i التكرارات النظرية أو المتوقعة أو المقدرة. ويأخذ χ_c^2 قيمة بين 0 وما لانهاية (+∞)، فعندما يكون مساويا للصفر معناه التكرارات المشاهدة والمقدرة متساوية، وإذا كان اكبر من الصفر فالتوزيع مختلف. ويتم تبني الفرضية الصفرية (H_0) القاضية بعدم وجود علاقة بين متغيرين، إذا كانت قيمة كاي مربع المحسوبة أصغر من قيمة أي تربيع الجدولة حسب درجة الحرية ومستوى الثقة الذي عادة ما يؤخذ في مجال العلوم الاجتماعية عند $1-\alpha=0,95$ (أو مستوى خطأ $\alpha=0,05$). ونقبل الفرضية البديلة التي تقول بوجود تأثير أو علاقة بين متغيرين، إذا كانت القيمة المحسوبة أكبر من القيمة الجدولة.

عموما، سوف نختبر العلاقات بين المتغيرات باستخدام برنامج تحليل البيانات الحاسوبي SPSS، حيث تقبل الفرضية البديلة القاضية بوجود علاقة بين المتغيرين ورفض الفرضية العدمية إذا كانت قيمة الدلالة الإحصائية أصغر من مستوى المعنوية المحدد عند 0,05 (Sig<0,05).

ولتقدير العلاقة الارتباطية بين المتغيرات الإسمية، نوظف معاملات الارتباط التالية: (Spiegel, 1993, p. 217)

- **معامل الارتباط فاي ϕ (Phi):** يستخدم لتقدير العلاقة بين متغيرين نوعيين مقسمين تقسيما حقيقيا (جدول اقتران من 4 خلايا 2×2)، فقد يوظف لتقدير العلاقة الارتباطية بين متغيرين من المستوى الاسمي مثل النجاح والفشل، الجنس (ذكر، أنثى)، الإجابة (نعم، لا)، العلاج (يعالج، لا يعالج). ويحسب اعتمادا على كاي تربيع وفق العلاقة: $\phi = \sqrt{\frac{\chi^2}{N}}$ ، حيث يمثل N عدد المشاهدات. ولتحديد المعنوية يجب مقارنة القيمة المحسوبة بالقيمة القصوى لمعامل فاي ($\phi_{max} = \sqrt{\frac{p \cdot q}{q \cdot p}}$).

- **معامل كرامر (V):** يوظف لقياس العلاقة الارتباطية بين متغيرين اسميين مقسم كل منهما إلى قسمين أو أكثر، فهو مثل معامل فاي بالنسبة للجداول 2×2 . أي أن البيانات تكون فيجدول توافق مشكل من عدة صفوف وعدة أعمدة. ويعتمد على اختبار كاي تربيع. ويحسب وفق القانون التالي:

الجدول. ولتفسير قيمة معامل 'كرامر'، تحسب القيمة القصوى له: $V_{max} = \sqrt{\frac{L-1}{L}}$ ، ثم تقدير النسبة بين قيمة معامل 'كرامر' والقيمة القصوى: $\frac{V}{V_{max}}$.

• **معامل ارتباط التوافق (C)** (Spiegel, 1993, p. 208): يستخدم لقياس العلاقة بين متغيرين كيفيين، بحيث ينقسم أحدهما أو كليهما إلى أكثر من قسمين، أي يكون عدد صفوف أو أعمدة الجدول أو كليهما أكبر من 2. ويكون موجبا دائما تتحصر قيمته بين 0 و 1، فهو لا يحدد اتجاه العلاقة بين المتغيرين، بل يقيس قوتها. ويحسب بـ: $C = \sqrt{\frac{\chi^2}{\chi^2 + N}}$ ، ويتبع توزيع كاي تربيع في اختبار الدلالة الإحصائية.

كما أننا سنوظف معامل ارتباط الرتب لسبيرمان (r_s) الذي يعتبر حالة خاصة من معامل ارتباط بيرسون (الذي يختص المتغيرات الكمية فقط)، لقياس قوة العلاقة بين متغيرين من المستوى الرتبي، أو أحدهما والآخر كمي (يحول إلى رتبي)، أو كلاهما من المستوى الكمي ويحولان إلى المستوى الرتبي (غير أن معامل ارتباط بيرسون أكثر دقة في حالة المتغيرين الكميين). عموما يحسب معامل ارتباط سبيرمان وفق العلاقة التالية: (Spiegel, 1993, p. 252)

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum D^2}{N(N^2 - 1)}$$

حيث:

D : الفرق بين رتبة المتغير x ورتبة المتغير y؛

N: عدد المشاهدات.

وتتراوح قيم الارتباط في المجال $[-1؛ 1]$ ، إذ تعبر الإشارة السالبة على العلاقة العكسية للارتباط، فيما تمثل الكمية درجة قوة الارتباط. حيث يكون:

الارتباط ضعيف جدا إذا كان $0,3 > r_s > 0$ ، ضعيف إذا كان $0,5 > r_s > 0,3$

متوسط في حالة $0,7 > r_s > 0,5$ ، قوي إذا كان $0,9 > r_s > 0,7$

الارتباط قوي جدا إذا كان $1 > r_s > 0,9$ ، وارتباط تام في حالة $1 = r_s$

ويتبع توزيع t، حيث يحول معامل ارتباط 'سبيرمان' إلى قيمة t لاختبار دلالاته الإحصائية، عن طريق المقارنة مع قيمة t المجدولة عند درجة حرية: $dl = N - 2$ حيث:

$$t = \frac{r\sqrt{N-2}}{\sqrt{1-r^2}}$$

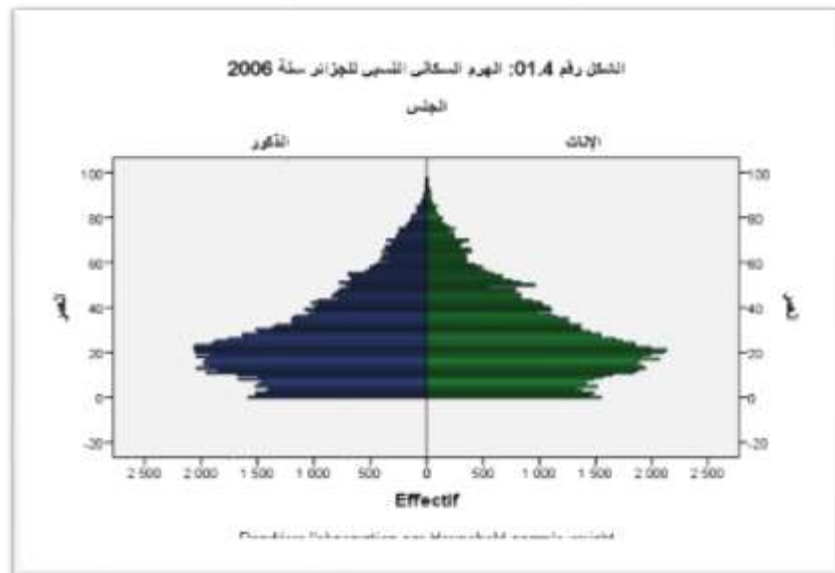
2. خصائص السكان ومجتمع الدراسة:

قدر حجم عينة المسح نظرياً عند العدد 29478 أسرة مستهدفة، غير أن عدد الأسر التي مسها التحقيق بلغت 29008 أسرة بنسبة استجابة بلغت 98,4%. كما استهدف هذا المسح 15000 طفل، جرى التحقيق مع 14593 طفل عند نسبة استجابة وصلت إلى 97,3%. فيما جرى التحقيق مع 43642 امرأة من بين 47641 امرأة مستهدفة، بنسبة استجابة قدرت بحوالي 91,6%. (أنظر إلى الجداول أرقام: 01، 02، 03، الملحق 4)

صممت المعاملات الترجيحية الضرورية لمعالجة وتحليل المعطيات حسب المخطط الاختباري ووفقاً للمستويين الذين تم استعمالهما لسحب العينة. حيث تم حساب معاملات الترجيح للأسرة والمرأة والطفل (hhweight، chweight، wmweight) في كل منطقة وحسب وسط الإقامة.

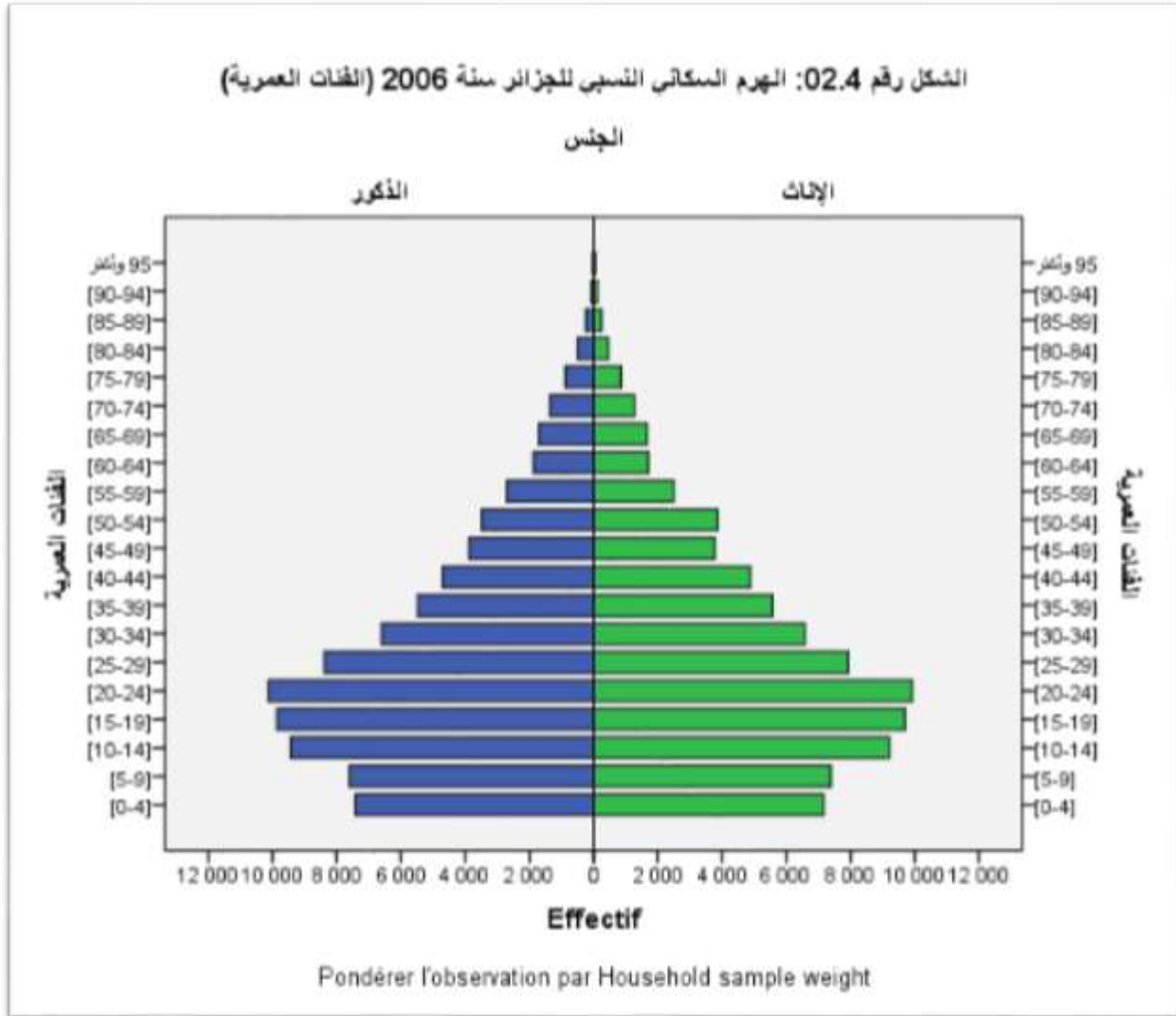
1.2. الهرم العمري النسبي لسكان الجزائر سنة 2006:

يعبر الهرم العمري السكاني في الشكلين (رقمي: 01.4، 02.4) على توزيع السكان حسب العمر والجنس في الجزائر وفقاً لمعطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006. كما يعكس نموذج الهرم، نتيجة تشابهه وتطابقه تقريباً مع الهرم السكاني لتعداد 2008، حسن تمثيل العينة للمجتمع المدروس من حيث تركيبته السكانية، وبالتالي حمل العينة نفس صفات المجتمع المدروس.



المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة)

لقد شملت عينة الدراسة 171100 فرداً بمعدل اقترب من 6 أفراد بكل أسرة (5,90)، وشكل الذكور 50,43% والانات 49,56%.

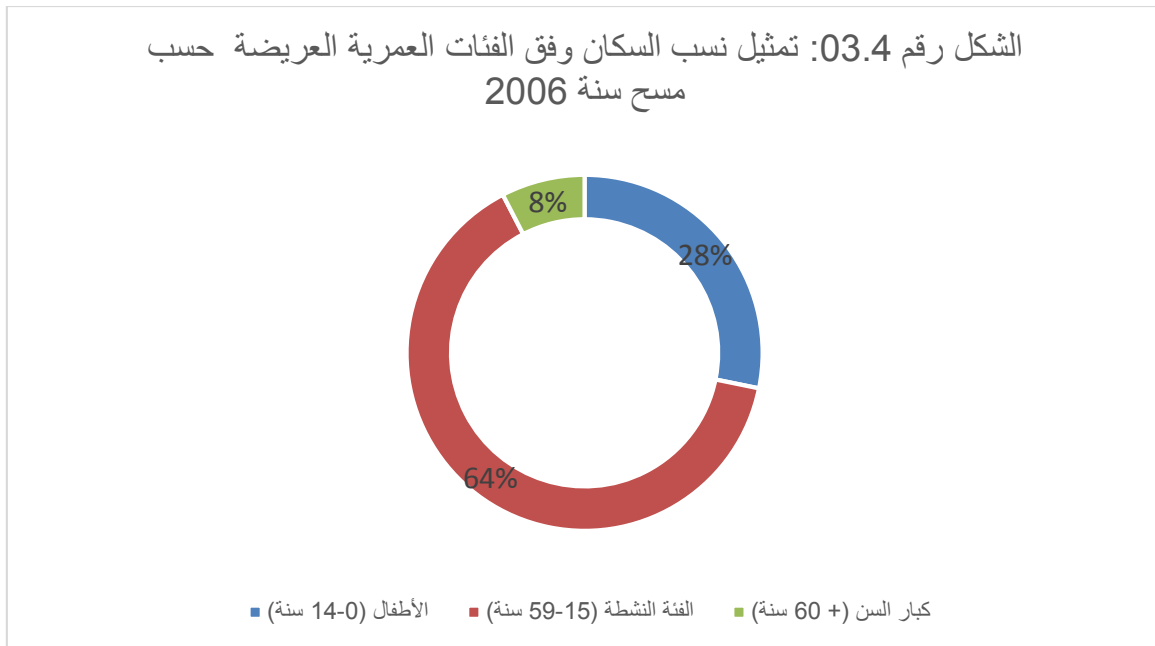


المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3) (ملف الأسرة)

2.2. نسب الفئات العمرية العريضة للسكان في الجزائر حسب مسح سنة 2006:

بلغت نسبة فئة الأطفال الأصغر من 15 سنة المقدار 28% من مجموع السكان (الأصغر من 5 سنوات: 8,5%، (5-14 سنة): 19,7%)، فيما بلغت نسبة الفئة العمرية (15-59 سنة) القيمة 64,20% من إجمالي السكان محل العينة، ويعود هذا التمثيل الكبير إلى عرض هذه الفئة، واشتمالها على فئة الشباب. للإشارة، تحمل هذه الفئة السكان النشطون (المعيلون). ووصلت نسبة كبار السن إلى المستوى 8%. (أنظر إلى الشكل رقم 03.4)

نلاحظ أن نسبة الأطفال الذين هم أصغر من 15 عام (0-14 سنة) في الجزائر (سنة 2006) قريبة جداً أو متطابقة مع ذات النسبة على المستوى العالمي سنة 2005 (28,3%). وبعبارة نسبياً عن مستوى المستوى العربي سنة 2000 (38,1%).



المصدر: انجاز الطالب بناء على معطيات الجدول رقم 04 الملحق 4

3.2. التوزيع النسبي للسكان حسب الجنس ووسط الإقامة:

قدرت نسبة السكان المقيمون بالوسط الحضري عند القيمة 55,8%، مقابل 44,2% مقيمون بالوسط الريفي. واستقرت نسب الذكورة لدى السكان في كلا وسطي الإقامة عند المقدار 50,4% (الاناث، 49,6%). حيث بلغ عدد السكان الذين وضعوا تحت الملاحظة 171100 فرد، توزعت بين 95449 نسمة حضر و75652 ساكن ريفي. (أنظر الجدول رقم: 01.4)

نلاحظ أن نسبة التحضر في الجزائر (55,8%) أعلى من نظيرتها المسجلة على المستوى العالمي سنة 2006 (49%). غير أنها أقل نسبياً من مثيلتها المسجلة على مستوى المنطقة التي تنتمي إليها (الشرق الأوسط وشمال أفريقيا) حيث بلغت نسبة الحضر المستوى 58%.

يساعد وسط الإقامة الحضري السكان في المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، لتوفر المرافق الصحية والتربوية، بمستويات تغطية أكبر منها بالوسط الريفي. بالإضافة إلى تحسين العوامل الصحية الأخرى المتعلقة بالبيئة والمحيط بالوسط الحضري، كالتغطية بمياه الشرب المحسنة والربط بشبكة الصرف الصحي وخصائص المسكن

بصفة عامة (مصدر وقود والطبخ، نمط الانارة، أرضية المسكن، وأسلوب التخلص من القمامة).

الجدول رقم 01.4: توزيع السكان حسب الجنس ووسط الإقامة حسب معطيات المسح (MICS3)

المجموع	الجنس		الأعداد والنسب	وسط الإقامة
	الذكور	الإناث		
95449	48142	47307	عدد السكان	الحضري
100	50,4	49,6	% ←	
55,8	55,8	55,8	% ↓	
75652	38156	37496	عدد السكان	الريفي
100	50,4	49,6	% ←	
44,2	44,2	44,2	% ↓	
171101	86298	84803	عدد السكان	المجموع
100	50,4	49,6	% ←	
100	100	100	% ↓	

المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة)

1.3.2. توزيع الأطفال الأصغر من خمسة سنوات حسب الجنس ووسط الإقامة والفئة العمرية:

يشير الجدول (رقم: 02.4) إلى استجابة 14593 طفل للأسئلة المتعلقة بالعمر والجنس ومحل الإقامة،

51% منهم ذكور (الحضر: 53,76%، الريف: 46,24%)، و 49% إناث (54,67% بالوسط الحضري و 45,33% في الريف).

الجدول رقم 02.4: التوزيع النسبي للأطفال دون 5 سنوات من العمر حسب الجنس ووسط الإقامة في

الجزائر سنة 2006

المجموع	الجنس (HL4)		الأعداد والنسب	وسط الإقامة (HH6)
	الذكور	الإناث		
7910	4001	3909	عدد الأطفال	حضري
100	50,58	49,42	% ←	
54,2	53,76	54,67	% ↓	
6683	3442	3241	عدد الأطفال	ريفي
100	51,50	48,50	% ←	
45,8	46,24	45,33	% ↓	
14593	7443	7150	عدد الأطفال	المجموع
100	51	49	% ←	
100	100	100	% ↓	

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 MICS3 (ملف الطفل)

عموماً، توزعت نسب الأطفال الأصغر من 5 سنوات بين 54,2% بالوسط الحضري و 45,8% بمحل الإقامة الريفي. للإشارة لم ن سجل أي معطيات ناقصة أو خارج مجال الترميز لمتغيري الجنس ووسط الإقامة.

من جهة أخرى بلغ عدد الأسر التي شملها المسح وتحتوي أطفالاً تقل أعمارهم عن خمسة سنوات (طفل أو أكثر) المقدار 11230 أسرة، ما يوافق النسبة 38,7% من مجموع الأسر، شكلت الأسر التي تضم في أعضائها طفلاً واحداً من الفئة (0-4 سنوات) الغالبية عند المستوى 73,41%. ما يتيح نظرياً أحسن تكفل ومتابعة صحية لهذه الفئة من الأطفال.

فيما كانت الغالبية المطلقة للأسر التي مسها هذا المسح، لا تحوي أطفالاً أعمارهم دون 5 سنوات، حيث بلغت نسبتها 61,3% من مجموع الأسر المستهدفة بالمسح. (أنظر إلى الجدول رقم 03.4)

الجدول رقم 03.4: التوزيع النسبي للأسر التي تحوي أطفالاً تقل أعمارهم عن 5 سنوات حسب معطيات

المسح (MICS3) سنة 2006

عدد الأطفال (HH14)	عدد الأسر	النسبة
0	17778	61,3
1	8244	28,4
2	2674	9,2
3	283	1,0
4	27	0,1
5	2	0,0
المجموع	29008	100,0

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الطفل))

2.3.2. توزيع الأطفال (5-14 سنة) حسب الجنس ووسط الإقامة:

حدد عدد الأطفال البالغين من العمر بين 5 و 14 سنة الذين استفسروا عن وسط الإقامة والجنس، عند الحجم 33624 طفل، من بينهم 17013 ذكر ما يوافق النسبة 50,69% (حضري: 53,45%، ريفي: 46,55%). فيما مثلت نسبة الإناث من مجموع الأطفال القيمة 49,31% توزعت بين 52,65% بمكان الإقامة الحضري و 47,35% يقيمون بالوسط الريفي.

من جهة أخرى، بلغ اجمالي الأطفال المقيمون بالوسط الحضري 17840 طفل (الذكور: 51,07%، الإناث: 48,93%). وبلغ عدد الأطفال المقيمون في الريفي 15784 طفل 50,26% منهم ذكور.

تتيح نسب التحضر المرتفعة فرص أكثر للأطفال في مجال المتابعة التربوية خاصة الإناث منهم، حيث تكون أحسن تغطية تربوية وتتوفر خريطة مدرسية متوازنة.

الجدول رقم 04.4: التوزيع النسبي للأطفال (5-14 سنة) حسب الجنس ووسط الإقامة وفق معطيات مسح سنة 2006 (MICS3)

المجموع	الجنس		الأعداد والنسب	وسط الإقامة
	الإناث	الذكور		
17840	8730	9110	العدد	الحضري
100	48,93	51,07	% ←	
53,06	52,65	53,45	% ↓	
15784	7851	7933	العدد	الريفي
100	49,74	50,26	% ←	
46,94	47,35	46,55	% ↓	
33624	16581	17043	العدد	المجموع
100	49,31	50,69	% ←	
100	100	100	% ↓	

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة)

4.2. انتشار التعليم في أوساط السكان:

يعد تعليم الأولياء المحور الأساسي في تربية الأبناء، كما يلعب دوراً رئيسياً في النظافة والتغذية والصحة بصفة عامة، ويمكن المستوى التعليمي للأمهات من تقليص مخاطر أمراض الطفولة والتصدي لها في أحسن الظروف، ومن متابعة كل المشاكل الصحية لأطفالهن.

1.4.2. تدرس السكان البالغون خمسة سنوات وأكثر:

بلغ عدد السكان (≤ 5 سنوات) الذين سبق أن التحقوا بالمدرسة، حسب المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006، المقدار 121474 شخص، وهذا ما يوافق النسبة 77,71% من مجموع السكان (5 سنوات وأكثر). توزعت بين 83% بالوسط الحضري و 71% بالوسط الريفي. فيما بلغت نسب التمدريس بالنظر إلى الجنس إلى 83,89% بين الذكور (الحضر: 87,82%، الريف: 78,89%)، و 71,44% وسط الإناث (الحضر: 78,1%، الريف: 63%).

نلاحظ من الجدول (رقم: 5.4) أن النسب الأسوأ سجلت لدى الإناث ووسط الإقامة الريفي، حيث

سجلت نسبة تـمدرس الإناث بالوسط الريفي أدنى قيمة للمؤشر عند المستوى 63%.

وعند قراءة اجمالي السكان الذين التحقوا بالمدارس، فقد بلغت نسبة الإناث منهم المقدار 45,6% (الحضر: 46,63%، الريف: 44,08%).

فيما بلغت نسبة الذكور من إجمالي المتـمدرسين القيمة 54,4% (الحضر: 53,37%، الريف: 55,92%).

للإشارة، فإن النسب أوساط الاناث وخصوصاً بمحل الإقامة الريفي تتحسن كلما نزلنا بالأعمار، نظراً للمجهودات المبذولة لتعميم التعليم الاجباري للأطفال في سن التـمدرس.

الجدول رقم 05.4: توزيع تـمدرس السكان البالغين خمسة سنوات وأكثر حسب الجنس ووسط الإقامة

المجموع	الجنس		القيم	وسط الإقامة
	الذكور	الإناث		
72578	38735	33843	العدد	حضر
100	53,37	46,63	% ←	
83,00	87,82	78,10	% ↓	
48896	27345	21551	العدد	ريف
100	55,92	44,08	% ←	
71,00	78,89	63,00	% ↓	
121474	66080	55394	العدد	الإجمالي
100	54,40	45,60	% ←	
77,71	83,89	71,44	% ↓	

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة)

2.4.2. المستوى التعليمي للسكان البالغون خمسة سنوات فأكثر:

استفسر السكان البالغون من العمر 5 سنوات وأكثر وسبق لهم التـمدرس عن مستوياتهم الدراسية، حيث رمزت الإجابات على السؤال عن المستوى التعليمي من 0 إلى 4 (التحضير: 0، الابتدائي: 1، المتوسط: 2، الثانوي: 3، الجامعي: 4).

سجل السكان ذوي مستوى الابتدائي أعلى نسبة من السكان قدرت بـ: 37% (الحضر: 32,7%، الريف: 43,6%)، فيما بلغ السكان ذوا مستوى المتوسط النسبة 34,3% (الحضر: 33,6%، الريف: 35,3%). ووصلت نسبة السكان الذين لديهم مستوى ثانوي 19,6% (الحضر: 22,2%، الريف: 15,6%).

في حين بلغ تمثيل السكان من ذوي المستوى العالي المقدار 8,2% بين السكان (4,10% بين الحضر، و9,4% بالوسط الريفي). ومثل السكان الذين مستواهم أقل من ابتدائي، أدنى نسبة عند القيمة 0,9%، كان أغلبهم في العمر 5 و6 سنوات. (أنظر إلى الجدول (رقم: 06.4))

الجدول رقم 06.4: التوزيع النسبي للسكان البالغين خمسة سنوات وأكثر حسب المستوى التعليمي

المستوى التعليمي			الوسط الحضري			الوسط الريفي			الاجمالي		
نوع	النسبة	القيمة	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع
تضريفي	ع	450	345	795	188	128	316	638	473	1111	100
	←%	56,6	43,4	100	59,5	40,5	100	57,4	42,6	100	100
	↓%	1,2	1,0	1,1	0,7	0,6	0,6	1,0	0,9	0,9	0,9
ابتدائي	ع	12809	10892	23701	11207	10089	21296	24016	20981	44997	100
	←%	54,0	46,0	100	52,6	47,4	100	53,4	46,6	100	100
	↓%	33,1	32,2	32,7	41,0	46,8	43,6	36,3	37,9	37,0	37,0
متوسط	ع	13806	10554	24360	10535	6730	17265	24341	17284	41625	100
	←%	56,7	43,3	100	61,0	39,0	100	58,5	41,5	100	100
	↓%	35,6	31,2	33,6	38,5	31,2	35,3	36,8	31,2	34,3	34,3
ثانوي	ع	7974	8171	16145	4234	3400	7634	12208	11571	23779	100
	←%	49,4	50,6	100	55,5	44,5	100	51,3	48,7	100	100
	↓%	20,6	24,1	22,2	15,5	15,8	15,6	18,5	20,9	19,6	19,6
جامعي	ع	3692	3880	7572	1175	1203	2378	4867	5083	9950	100
	←%	48,8	51,2	100	49,4	50,6	100	48,9	51,1	100	100
	↓%	9,5	11,5	10,4	4,3	5,6	4,9	7,4	9,2	8,2	8,2
المجموع	ع	38731	33842	72573	27339	21550	48889	66070	55392	121462	100
	←%	53,4	46,6	100	55,9	44,1	100	54,4	45,6	100	100
	↓%	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 (ملف الأسرة))

وبالنظر إلى الجنس، فقد بلغت نسبة الإناث من اجمالي السكان ذوا المستوى ابتدائي المقدار 46,6% (الحضر: 46%، الريف: 47,4%). فيما مثلت الإناث لدى السكان ذوي المستوى متوسط النسبة 41,5% (43,3% بين الحضر، و39% في الريف)، للإشارة، يظهر جلياً التباين بين الريف والحضر لدى الإناث ذوات المستوى متوسط، عكس ما هو موجود من تجانس بين الوسطين لدى الإناث ذوات المستوى ابتدائي، ويرجع ذلك بحجم التغطية التربوية شبه التامة في الطور الابتدائي مقارنة بها بالطور التعليمي المتوسط، حيث يتعذر على الإناث متابعة دراستهن المتوسطة، خاصة خلال العقدين ونصف العقد بعد الاستقلال. نفس الملاحظة نسجلها بين الإناث ذوات مستوى ثانوي، حيث بلغت نسبة اجمالي الإناث بين السكان المقدار 48,7% (50,6% بين الحضر، و44,5% بالوسط الريفي).

فيما بلغت نسبة اللواتي مستواهن عالي بين السكان أكثر من 51% (51,2% للحضر، و50,6% للريف).

3.4.2. انتشار الأمية بين السكان:

تعرف الأمية بعدم القدرة على الكتابة والقراءة والعمليات الحسابية البسيطة، في أوساط السكان البالغين من العمر 12 سنة وأكثر.

استجوب أفراد العينة الذين بلغوا عيد ميلادهم الخامس على الأقل ولم يسبق لهم التمدريس أو لديهم مستوى تحضيرى أو ابتدائي (79307)، حول القدرة على القراءة والكتابة (ED3C)، ودلت الإجابات على هذا السؤال في حالة الإجابة "نعم" بالرمز 1 والإجابة «لا» بالدليل 2، وخصص الرقم 9 للإجابات الناقصة.

حسبت نتائج نسب الأمية في التقرير الرئيسي للمسح، لدى السكان البالغين 10 سنوات وأكثر، حيث وصلت نسبة الأمية إلى القيمة 24% (الحضر: 18,2 مئوية، الريف: 31,5 مئوية)، فيما كان التعليق حول الإناث البالغات 6 سنوات فما فوق. كما أن نسبة الأمية تحسب عادة ما بين السكان البالغون 12 سنة فما فوق، أو بين السكان البالغون (15 سنة وأكثر).

من خلال معالجتنا للمعطيات الخام لهذا المسح، استخرجنا ثلاث جداول مركبة، شمل الأول توزيع السكان البالغون أكثر من خمسة سنوات حسب الإجابة على سؤال معرفة القراءة والكتابة (ED3C) بالنظر إلى الجنس (HL4) ووسط الإقامة (HH6). فيما احتوى الجدول الثاني على توزيع السكان الذين بلغوا عيد ميلادهم الثاني عشر أو أكثر حسب القيم التي أخذها المتغير (ED3C) وحسب الخلفية سألقة الذكر. بينما خصصنا الجدول الثالث إلى الأمية لدى البالغين، وذلك باستخدام جدول توزيع أفراد العينة البالغون (الأكثر من 15 سنة) حسب الإجابة على سؤال القدرة على القراءة والكتابة، مع النظر إلى الجنس ومحل الإقامة. (أنظر الجداول أرقام: 05, 06, 07، الملحق 4)

الجدول رقم 07.4: نسب الأمية لدى السكان (< 5 سنوات) حسب الجنس ووسط الإقامة

الأمية (< 5 سنوات) %	الحضر	الريف	المجموع
الذكور	12,54	21,54	16,50
الإناث	23,17	39,52	30,38
المجموع	17,81	30,47	23,38

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول رقم 05 الملحق 4

يشير الجدول رقم 07.4 إلى انتشار الأمية وسط السكان البالغون عيد ميلادهم السادس فما فوق، حيث

وصلت نسبتها عند المستوى 23,38% مع تسجيل تباين واضح بين مكاني الإقامة (17,81 مئوية بالوسط الحضري، و30,47 بالمائة بالوسط الريفي). كما سجلنا شدة انتشار الأمية بصفة أكبر بين الإناث (30,38%)، حيث كانت أكبر نسبة أمية موجودة لدى الإناث الريفيات (39,52%).

حددت نسبة الإجابات الناقصة المتعلقة بسؤال معرفة القراءة والكتابة بالمقدار 1,09% فقط، ما يجعلها لا تؤثر في نوعية معطيات هذا المتغير.

الجدول رقم 08.4: نسب الأمية لدى السكان البالغون 12 سنة فما فوق حسب الجنس ووسط الإقامة

الأمية (12 سنة وأكثر) %	الحضر	الريف	المجموع
الذكور	12,87	22,84	17,22
الإناث	25,18	43,39	33,13
المجموع	18,99	33,05	25,13

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول رقم 06 الملحق 4

بلغ مستوى الأمية وسط السكان البالغون 12 سنة وأكثر النسبة 25,13 بالمائة، توزعت بين 18,99 مئوية بالوسط الحضري، و33,05 من المائة بمحل الإقامة الريفي. كما كانت الأمية لدى الإناث أكثر تفشيًا منها لدى الذكور (33,13% بين الإناث مقابل 17,22% وسط الذكور). ونلاحظ من خلال الجدول رقم 08.4 أن أسوأ قيمة للمؤشر سجلت وسط الريفيات (43,39%).

الجدول رقم 09.4: نسب الأمية لدى السكان البالغون (أكثر من 15 سنة) حسب الجنس ووسط الإقامة

الأمية (< 15 سنوات) %	الحضر	الريف	المجموع
الذكور	14,19	25,47	19,06
الإناث	27,99	48,44	36,82
المجموع	21,06	36,88	27,89

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول رقم 07 الملحق 4

يبين الجدول رقم 09.4 أن أعلى نسبة أمية بين السكان البالغين (الأكثر من 15 سنة) موجودة بين النساء المقيمات بالوسط الريفي، حيث وصلت إلى 48,44%. كما قاربت النسبة الاجمالية لهذا المؤشر في الريف المستوى 37% مقابل 21,06% بين الحضر. ووصلت نسبة الأمية وسط الإناث عموما بغض النظر عن وسط الإقامة إلى المقدار 36,82% فيما سجلت النسبة وسط الذكور القيمة 19,06 بالمائة.

ينعكس تحسن هذا المؤشر وسط الإناث بالإيجاب على المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، فانهصار

الأمية بين الأمهات أو الحاضنات يفيد في الرعاية الصحية الجيدة للأطفال وفي إسناد العملية التعليمية.

5.2. خصائص الأسرة والمسكن:

قدر متوسط حجم الأسرة الجزائرية حسب المعطيات الخام للمسح عند الحجم 5,9 عضو، 5,72 فرد بالوسط الحضري و 6,17 فرد لدى الأسر الريفية. (أنظر إلى الجدول رقم 01، الملحق 4) يعد ازدحام المسكن من العوامل البيئية التي تؤثر على الكثير من الجوانب المرتبطة بالمستوى المعيشي لأفراد الأسرة.

1.5.2. عدد غرف النوم:

حسب الجدول (رقم: 10.4)، مثل السكان الذين تحوي مساكنهم ثلاثة غرف نوم الغالبية (32,41%)، توزعت نسبتهم بين 37,19% بالوسط الحضري و 26,38% بـمكان الإقامة اليفي. فيما حلت السكنات ذات أربعة غرف نوم في المركز الثاني بنسبة سكانية فاقت 19,5 من المائة.

الجدول رقم 10.4: التوزيع النسبي للسكان حسب عدد غرف النوم وسط الإقامة وفق المسح (MICS3)

عدد غرف النوم	عدد السكان والنسب	الحضر	الريف	المجموع
1	العدد	8530	10300	18830
	% ↓	8,97	13,66	11,05
2	العدد	17956	18845	36801
	% ↓	18,89	24,99	21,59
3	العدد	35347	19894	55241
	% ↓	37,19	26,38	32,41
4	العدد	18705	15517	34222
	% ↓	19,68	20,57	20,08
5	العدد	7061	5629	12690
	% ↓	7,43	7,46	7,44
6	العدد	3553	2955	6508
	% ↓	3,74	3,92	3,82
7 غرف وأكثر	العدد	3890	2282	6172
	% ↓	4,09	3,03	3,62
المجموع	العدد	95042	75422	170464
	%	100	100	100

المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة))

وبلغت نسبة السكان الذين تحوي مساكنهم غرفتي نوم المقدار 21,59% (الحضر: 18,89%، الريف:

24,99%)، فيما كانت نسبة المستجوبون الذين صرحوا بغرفة نوم واحدة بالمسكن عند المستوى 11,05% (في الحضر: 8,97%، في الريف: 13,66%). أنظر إلى الجدول (رقم: 10.4)

2.5.2. الخصائص البيئية للمسكن:

تعتبر خصائص المسكن المتمثلة أساساً في نمطه ونوع أرضيته، ومصدره الرئيسي لمياه الشرب، وتوفره على شبكة الصرف الصحي من العوامل البيئية الهامة المؤثرة على المستوى المعيشي للأسر في عدة جوانب، خاصة الصحي والتربوي منها، فلنوعية السكن ورفاهيته والتزود بمياه الشرب وكيفية تصريف المياه المستعملة ونمط الإنارة والوقود المستعمل في الطبخ، تأثير كبير على صحة السكان، وبوجه الخصوص على صحة الأطفال الأصغر من 5 سنوات.

1.2.5.2. نوع المسكن:

صرح أكثر من نصف السكان المستجوبون بإقامتهم في سكنات فردية أو فيلات، فقد بلغت نسبة هذا النمط أكثر من 53 مئوية بالوسط الحضري وما يقارب 48 من المائة في الوسط الريفي. ويمثل هذا النوع السكني الغالبية المطلقة، في حين صرح أكثر من ربع المبحوثين بسكن تقليدي، كان أغلبهم يقيمون بالوسط الريفي (40,6 بالمائة).

الجدول رقم 11.4: التوزيع النسبي لسكان الجزائر حسب نوع المسكن وفقاً لمعطيات مسح 2006

نوع المسكن %	الوسط		الإجمالي
	حضري	ريفي	
سكن فردي-فيلا	53,5	47,9	51,0
شقة	29,24	4,06	18,10
سكن تقليدي	14,08	40,64	25,83
بيت قصديري	2,80	6,54	4,45
آخر	0,38	0,86	0,59

المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة)

ومثلت نسبة المصروحون بالسكن في شقق المركز الثالث (18 بالمائة)، وكانت غالبيتهم موجودة في الوسط الحضري (29,24 مئوية)، فيما لم تبلغ نسبة المصروحون بهذا النوع السكني بالوسط الريفي سوى 4 في المائة. وذلك نظراً لطبيعة هذا النوع من السكنات الذي تتميز به المدن دون الأرياف، حيث تكثر بالمدن

العمارات التي تحوي هذا النمط السكني.

في حين حل في الأخير عدد الساكنين في بيوت قصديرية، حيث بلغت نسبتهم 4,45 بالمائة، أغلبهم في الأرياف (6,5 من المائة). ويشكل هذا النمط السكني خطراً محدقاً بالأطفال، بسبب تردي العوامل البيئية المؤثرة في صحتهم.

2.2.5.2. أرضية المسكن:

توفرت مساكن الغالبية العظمى من المستجوبين على أرضية مبلطة، فقد شكلت نسبة سكانية لامست سقف 69 بالمائة، كان أغلبها من السكان الحضر (81,22%)، فيما مثل السكان الذين تحوي مساكنهم هذه الأرضية بالوسط الريفي ما نسبته 53,58%. تعتبر هذه الأرضية الأحسن بيئياً لصحة الأطفال.

في حين حلت نسبة السكان الذين توفرت مساكنهم على أرضية اسمنتية في المرتبة الثانية بتسجيلها 27,18 من المائة، حاز على أغليبتها السكان في الأرياف بحوالي 40 من المائة.

فيما مثل السكان ذوي المساكن بأرضيات خشبية أو اسفلتية نسباً ضئيلة لم يتعدى مجموعها الواحد من مائة. (أنظر إلى الجدول رقم: 12.4)

الجدول رقم 12.4: التوزيع النسبي للسكان حسب نوعية أرضية المسكن

الإجمالي	الوسط		أرضية المسكن %
	ريفي	حضري	
0,11	0,01	0,19	أرضية خشبية
0,57	0,11	0,94	فينيل أو اسفلت
68,99	53,58	81,22	بلاط
27,18	39,98	17,02	اسمنتية
0,69	1,25	0,24	أخرى

المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة)

3.2.5.2. مصادر مياه الشرب:

اندرج مؤشر الاستفادة من مصادر مياه شرب محسنة ضمن مؤشرات المسوح العنقودية تحت الرقم 11، وضمن مؤشرات الأهداف الإنمائية للألفية بالرقم 7 (130).

بلغ مستوى تغطية السكان بشبكة مياه الشرب داخل المسكن حسب تصريحات المبحوثين 74 بالمائة، كان أكبرها بالوسط الحضري بأكثر من 90 في المائة. في حين سجلت النسبة بالريف عند المستوى 53,32%. فيما أدلى أكثر من 8 من المائة من المبحوثين بوجود ربط بشبكة المياه خارج مساكنهم، غالبيتهم بالوسط الريفي (12%). في حين بلغت نسبة المصرحون بعدم ربط مساكنهم بشبكة مياه الشرب حوالي 18 من المائة، كانت الغالبية العظمى من الحالات بالوسط الريفي (34,63%)، حيث وصلت نسبة المبحوثين الحضر غير المربوطة مساكنهم بشبكة المياه المقدار 4,33%. ويزود معظم المستجوبين بمياه الشرب من حنفيات مساكنهم (58,3%)، أغلبيتهم من الوسط الحضري (71,76%)، في حين مثل السكان الريفيون المعتمدون في شربهم على حنفيات مساكنهم النسبة 40,78% من مجموع المستجوبين في الريف.

الجدول رقم 13.4: التوزيع النسبي للسكان حسب مصادر التزود بمياه الشرب

التزود بمياه الشرب %	الوسط		الإجمالي
	حضري	ريفي	
الربط بشبكة مياه الشرب			
شبكة المياه داخل المسكن	90,40	53,32	74,00
شبكة مياه خارج المسكن	5,27	12,06	8,27
لا توجد شبكة	4,33	34,63	17,73
مصادر مياه الشرب			
حنفية داخل المسكن	71,76	40,78	58,06
داخل فناء المنزل	7,65	12,19	9,66
حنفية عمومية أو عيون	2,40	8,87	5,26
بئر بمضخة	0,71	6,15	3,11
بئر محمية	1,94	7,82	4,54
بئر غير محمية	0,08	2,16	1,00
ينابيع محمية	1,85	5,62	3,52
ينابيع غير محمية	0,65	2,20	1,33
مياه الأمطار	0,03	0,06	0,04
صهريج شاحنة	10,36	12,94	11,50
ماء القارورة	1,92	0,29	1,20
أخرى	0,66	0,92	0,77

المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة)

وأدلى حوالي عُشر المبحوثين بأنهم يعتمدون في التزود بمياه الشرب على حنفيات بأفنية منازلهم، أكثر من 12 من المائة بالأرياف، وحوالي 8 بالمائة في أوساط الحضر.

مثلت صهاريج الشاحنات ثالث مصدر للتزود بمياه الشرب (11,5%)، وحلت العيون العمومية كرايع مصدر (5,26%). ومثلت الآبار المحمية خامس مصدر (4,54%)، ثم الينابيع المحمية (3,5%)، ثم الآبار بمضخات 3,11 بالمائة.

بهذا فقد مثلت مصادر مياه الشرب المحمية أو المحسنة ما نسبته 85,35% من تصريحات المبحوثين. ليبقى 14,64% من السكان المبحوثين يتزودون بمياه شرب غير مأمونة. للإشارة فقد مثلت نسبة المعطيات الناقصة المقدار 0,2% فقط.

4.2.5.2. الصرف الصحي:

يندرج مؤشر استخدام مرافق الصرف الصحية المحسنة ضمن المسوح العنقودية (MICS) تحت رقم 12، وفي الأهداف الإنمائية للألفية بالرقم 7 (131).

توفرت مساكن جل المبحوثين تقريبا على مراحيض، وذلك بتسجيلها المقدار 95,06 من المائة. توزعت بين 83,04% داخل المسكن (الحضر: 92,18%، الريف: 71,52%). و12,02% خارج المسكن (الحضر: 7,21%، الريف: 18,07%).

ليبقى 4,94 بالمائة من المستجوبين لا تحوي مساكنهم مراحيض، حيث صرحوا بغياب المراحيض بمساكنهم، سجلت غالبيتهم بالأرياف (أكثر من عشر المبحوثين)، في حين أقل من 1 من مائة فقط لا تتوفر مساكنهم على مراحيض بالوسط الحضري.

بلغت نسبة المراحيض المتصلة بشبكة الصرف الصحي حسب تصريحات المستجوبين 78,18% من مجموع المصرحين بوجود مراحيض بمساكنهم، وسجلت أكبر نسبة بين الحضر (93,87%)، في حين وصلت قرينتها بالوسط الريفي عند المستوى 56,27% من مجموع المبحوثين المتوفرة مساكنهم على مراحيض.

فيما كانت تصريحات ما نسبته 18,4 بالمائة من المبحوثين الذين تتوفر مساكنهم على مراحيض تصب في اتصال مراحيضهم بحفرة لتصريف المياه، وكان هذا النوع أكثر انتشارا بالوسط الريفي (36,5%)، مقابل 5,4% وسط الحضر. ويعود ذلك إلى نقص التغطية بشبكة الصرف الصحي في الوسط الريفي.

وصرح 2,31 بالمائة من المبحوثين الذين احتوت مساكنهم على مراحيض، بأنها متصلة بخزانات صرف المياه، توزعت بين 0,4 من المائة وسط الحضر، وحوالي 5 من المائة في الوسط الريفي.

من جهة أخرى، بلغت نسبة الذين يشتركون في مراحيضمهم مع أسر أخرى 14,21 بالمائة من مجموع المصرحين بتوفر مساكنهم على مراحيضم (11,84% لدى الحضر، و 17,53% بالوسط الريفي).

الجدول رقم 14.4: التوزيع النسبي للسكان حسب استعمال مرافق الصرف الصحي

الإجمالي	الوسط		نمط تصريف المياه المستعملة %
	ريفي	حضري	
توفر مرافق الصرف الصحي			
83,04	71,52	92,18	مرحاض داخل المسكن
12,02	18,07	7,21	مرحاض خارج المسكن
4,94	10,40	0,61	بدون مرحاض
ربط المرحاض			
78,18	56,27	93,87	مرحاض متصل بشبكة صرف
18,40	36,50	5,44	مرحاض متصل بحفرة
2,31	4,99	0,40	خزان صرف
1,10	2,24	0,29	آخر
الاشتراك في المرحاض مع أسر أخرى			
14,21	17,53	11,84	نعم
85,79	82,47	88,16	لا

المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة))

ونستنتج من الجدول رقم 15.4 أن عدد السكان المستجوبين والمستفيدين من مرافق الصرف الصحي المحسنة وصل إلى 158560 نسمة، ما يوافق النسبة 92,67%، وهذا باعتبار تمثل الصرف الصحي المحسن في ربط المراحىض بشبكة الصرف الصحي، أو بحفرة أو مطمورة صرف، أو خزان صرف المياه. توزعت بين 97,60% لدى الحضر و 86,45% عند الريفيين.

وبلغت النسبة المئوية للسكان الذين تتوفر مساكنهم على مراحيضم متصلة بشبكة الصرف الصحي 73,26 من مجموع أفراد العينة، توزعت بين 91,88% بين الحضر و 49,77% بين المقيمون بالوسط الريفي. وهذا ما يفسر حجم التغطية بشبكة الصرف الصحي المحسن، لاسيما بالوسط الحضري.

فيما مثلت النسبة المئوية للسكان المبحوثين الذين ارتبطت مراحيضمهم بحفرة صرف مياه المقدار 17,24 من اجمالي المستجوبين، توزعت بين 5,32 لدى الحضر و 32,28 بالوسط الريفي. ويرجع هذا إلى نقص التغطية بشبكة الصرف الصحي بالأرياف مقارنة بالمدن.

ومثل نمط الربط بخزانات الصرف النسبة 2,17% من مجموع المبحوثين (الحضر: 0,39%، الريف:

4,40%). قدر عدد السكان الذين لا يستخدمون مرافق الصرف الصحي المحسنة عند 12540 شخص، ما يوافق النسبة المئوية التمثيلية 7,33. توزعت بين 2,40 بالوسط الحضري و13,55 بين سكان الريف.

الجدول رقم 15.4: التوزيع النسبي للسكان حسب نمط الصرف الصحي

ربط المتغيران ¹	عدد السكان	النسب	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
1 .	679	0,40	679	0,40
2 .	7890	4,61	8570	5,01
1 11	87700	51,26	96270	56,27
2 11	37650	22,00	133920	78,27
1 12	5086	2,97	139006	81,24
2 12	24417	14,27	163423	95,51
1 13	372	0,22	163795	95,73
2 13	3336	1,95	167130	97,68
1 96	268	0,16	167398	97,84
2 96	1501	0,88	168899	98,71
1 99	1343	0,78	170242	99,50
2 99	858	0,50	171100	100,00

المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة)

تطرق التقرير الرئيسي لهذا المسح إلى هذه النسب وتوصل إلى نفس النتائج المتوصل إليها في هذا المحور تقريباً، لكنه أشار إلى النسب فقط دون العدد الموافق لها، كما ربط نسب الربط بشبكة المياه الصالحة للشرب بالمساكن وليس بالسكان، رغم أن معطيات سؤال المياه الصالحة للشرب تتعلق بالسكان لا بالمساكن، ولا يوجد متغير المسكن (رقم المسكن) في استمارة المسح.

5.2.5.2. موقع المطبخ ونمط الوقود المستخدم في الطهي ومصدر الانارة في المسكن:

تدرج نسبة الأفراد الذين يستخدمون الوقود الصلب (الخشب، الفحم، ...) كمصدر رئيسي للطهي والطاقة المنزلية ضمن المؤشرات الرئيسية في المسوح العنقودية (MICS) تحت رقم 24، والمؤشر رقم 7 (129) ضمن الأهداف الإنمائية للألفية.

يمثل موقع المطبخ بالنسبة للمسكن أهمية بالغة في مجال الرعاية الصحية لأفراد الأسرة عامة وللأطفال بصفة

¹ الخانة الأولى: نمط الصرف الصحي (.)؛ غير معني (لا يوجد مرحاض)، 11: شبكة الصرف الصحي، 12: حفرة مطمورة مياه صرف، 13: خزان مياه صرف، 96: غير مبين (أخرى)، 99: إجابات ناقصة). الخانة الثانية: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)

خاصة، حيث يعد أحد العوامل البيئية الهامة التي تؤثر على صحة الأطفال، لاسيما الأمراض التنفسية الحادة، التي يتسبب فيها التنقل بين المطبخ والمسكن عندما يكون الجو بارد.

يقع مطبخ الغالبية المطلقة من السكان داخل المسكن، فقد قدرت نسبتهم بحوالي 93,9 بالمائة (96% لدى الحضر و 91,3% في الوسط الريفي). في حين لم تتجاوز نسبة المصرحين بوجود المطبخ خارج المسكن المستوى 4% من مجموع المبحوثين (الحضر: 2,4%، الريف: 5,5%).

يشكل نمط الوقود المستعمل في الطهي والتدفئة عاملاً بيئياً هاماً، فقد يتعرض الأطفال إلى مضاعفات صحية جراء استخدام الأسرة الوقود الصلب (فحم الحطب والحطب)، نتيجة غازات الكربون الأحادي والثنائي السامة التي تنبعث من احتراق هذا النمط من الوقود، في ظل غياب قنوات محكمة لتصريفها خارج المسكن أو المطبخ.

الجدول رقم 16.4: التوزيع النسبي للسكان حسب موقع المطبخ ونمط الوقود المستعمل ونوع الانارة

الإجمالي	الوسط		نمط المطبخ ونوع الطاقة المستخدمة %
	ريفي	حضري	
موقع المطبخ			
93,89	91,26	95,98	داخل المسكن
1,38	2,14	0,78	في بناية أخرى
3,78	5,49	2,43	خارج المسكن
0,94	1,11	0,81	أخرى
نوع الوقود المستعمل			
0,41	0,31	0,49	الكهرباء
37,17	7,51	60,68	الغاز الطبيعي
0,33	0,74	0,01	فحم الحطب
1,01	2,18	0,07	حطب
61,04	89,18	38,72	غاز البوتان
0,05	0,07	0,02	أخرى
نمط الانارة في المسكن			
98,71	97,81	99,43	شبكة الكهرباء
0,32	0,44	0,22	مولد كهربائي (محرك)
0,53	1,07	0,11	فحم / حطب
0,44	0,67	0,25	أخرى

المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة))

يستعمل معظم السكان مصادر وقود صحية أو نظيفة نسبياً، حيث بلغت نسبة المستجوبين الذين صرحوا

باستعمال الغاز الطبيعي أو غاز البوتان أو الكهرباء كوقود للطهي المقدار 98,6%. ويتضح أن 37,17% من السكان المبحوثين ترتبط مساكنهم بالغاز الطبيعي غالبيتهم بالوسط الحضري (الحضر: 60,68%، الريف: 7,51%). ويستعمل حوالي 61% من السكان غاز قارورة البوتان كوقود للطهي غالبيتهم من وسط الإقامة الريفي (الحضر: 38,7%، الريف: 89,2%)، ويرجع ذلك إلى ضعف التغطية بشبكة الغاز الطبيعي بالريف مقارنة بالوسط الحضري.

فيما لم تتعد نسبة السكان الذين يستخدمون فحم الطوب أو الحطب كمصدر للوقود في الطهي المقدار 1,34% فقط، كان أغلبهم بالوسط الريفي.

شكلت شبكة الكهرباء نمط الإنارة الغالب لدى السكان عند المستوى 98,7%، لاسيما بالوسط الحضري أين وصلت نسبة التغطية إلى 99,43%، فيما تجاوزت 97,8%. كما يستعمل 0,32 بالمائة من السكان مولدات كهربائية (تشغل بالبنزين) كمصدر للإنارة. في حين بلغت نسبة السكان الذين يعتمدون على الفحم أو الحطب كمصدر للإنارة القيمة 0,53% فقط.

3.5.2. السلع المعمرة لدى الأسر:

تعتبر السلع المعمرة من أجهزة كهرومنزلية وإلكترونية وميكانيكية عن المستوى المعيشي للأسر ورفاهيتها، حيث تحسب مؤشرات الفقر والغنى بناءً على امتلاك الأسر لهذه السلع أو عدم امتلاكها. كما تعتبر وسائل الاعلام والاتصال السمعية البصرية وسائط هامة في تحسيس وتوعية وتنقيف أفراد المجتمع، في عديد المجالات، لاسيما منها الصحية والتربوية. كما تلعب أجهزة التبريد وتكييف الهواء والتدفئة وأجهزة النظافة وتسخين المياه دوراً كبيراً في حفظ الأغذية الصحية وتلطيف الجو والحفاظ على النظافة الشخصية.

لقد استفسر المبحوثين عن حوزتهم على السلع المعمرة، وفق الاستمارة (HC9B...M)، وذلك بالإجابة بأحد الاجابتين المقترحتين (1: نعم، 2: لا). غير أننا سجلنا خطأ في ترميز المتغير HC9G المتعلق بحياة مقعر هوائي، حيث بدل الإجابة بنعم أو لا على غرار باقي المتغيرات في هذا السؤال، أجاب المستجوبون بالأعداد (1، 2، 3، 4، 5، 9)، وكأن المتغير كمي. والبيانات حول هذا المتغير في الجدول رقم 17.4 تعبر عن نسبة الإجابة ب: 1. هذه الأخطاء تؤثر سلباً على جودة المعطيات المتعلقة بهذا المتغير.

شملت المعدات الميكانيكية التي استفسر المبحوثين عن امتلاكها على: سيارة/ شاحنة (HC10F)، دراجة نارية (HC10C)، دراجة هوائية (HC10B). إلا أننا لم ندرج في الجدول المتغير المتعلق بامتلاك

قارب بمحرك (HC10E) لعدم أهميته كمياً وموضوعياً.

تمثلت أكثر السلع توفراً لدى السكان في أجهزة التلفزيون (96,06% منها 98,21% لدى الحضر)، وحلت في المرتبة الثانية الثلاجة كسلعة مهمة لدى السكان (89,6% منها 94,25% بالوسط الحضري)، لما توليه الأسر الجزائرية من مكانة لهذا الجهاز الأساسي.

فيما بلغت نسبة السكان الذين صرحوا بحيازتهم على أجهزة الراديو المقدار 68,65 من المائة (أكثر من 74 مئوية بين الحضر، وأكثر من 61,38 بالمائة بالوسط الريفي).

ووصلت نسبة السكان الذين لديهم تدفئة بمساكنهم المستوى 46,6% (الحضر: 57,7%، الريف: 32,8%)، في حين تعدت نسبة السكان المتوفرون على موقد طهي (Cuisinière) عتبة 55,6% كانت غالبيتهم بالوسط الحضري (70,4%). بينما لم تحقق معظم التجهيزات الأخرى نسباً مقبولة، حيث لم تتعد سقف 21%. (انظر إلى الجدول رقم: 17.4)

الجدول رقم 17.4: التوزيع النسبي للسكان حسب موقع المطبخ ونمط الوقود المستعمل ونوع الانارة

الاجمالي	وسط الإقامة		السلع المعمرة (%)
	ريفي	حضري	
68,65	61,38	74,41	راديو
96,06	93,35	98,21	تلفزيون
57,99	47,68	66,18	هاتف محمول
30,72	16,94	41,64	هاتف ثابت
89,59	83,72	94,25	ثلاجة
66,73	52,51	78,01	هوائي مقعر
55,62	36,98	70,40	موقد طهي
17,54	5,62	26,99	غسالة
20,32	7,07	30,83	سخان ماء/ حمام
46,64	32,75	57,66	مدفأة
10,69	4,56	15,55	مكيف هواء
8,95	3,52	13,25	كمبيوتر
10,66	7,94	12,82	دراجة نارية
1,62	0,87	2,22	دراجة هوائية
26,64	25,32	27,68	سيارة/ شاحنة

المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3 ملف الأسرة))

3. وفيات الأطفال:

تعد معدلات وفيات الأطفال (الرضع، أو دون خمس سنوات) من أهم المؤشرات الصحية للأطفال، إذ يأخذ المؤشر رقم واحد (1) في مختلف المسوح العنقودية (MICS) والمؤشر رقم 4 (113) في الأهداف الإنمائية للألفية.

لقد أدرجت الأسئلة والمتغيرات المتعلقة بوفيات الأطفال والرضع ضمن الملف المخصص للنساء. حيث استفسرت النساء اللاتي سبق لهن الزواج (غير العازبات) والبالغ عددهن 20706 امرأة (47,44% من مجموع المبحوثات) من بينهم 93,3% متزوجة حالياً، عما إذا سبق لهن أن أنجبن ولادات حية. وبلغ عدد النسوة المصريحات بنعم 18506 امرأة (89,38%)، مقابل 2200 صرحن بعدم إنجاب أطفال أحياء.

الجدول رقم 18.4: توزيع المبحوثات حسب الحالة العائلية والفئة العمرية

المجموع	الحالة الزوجية					الفئات العمرية
	عزباء	منفصلة	أرملة	مطلقة	متزوجة	
8365	8213	0	4	0	148	15-19
8571	6996	2	44	6	1523	20-24
7147	3974	6	99	11	3057	25-29
6129	2102	3	142	39	3843	30-34
5258	1056	7	157	82	3956	35-39
4603	430	10	187	188	3788	40-44
3568	165	16	150	234	3003	45-49
43641	22936	44	783	560	19318	المجموع
100,00%	52,56%	0,10%	1,79%	1,28%	44,27%	النسب المئوية

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3)، ملف المرأة)

ويتبين من الجدول رقم 18.4 أن إجمالي عدد النسوة وصل إلى الحجم 43641 امرأة، وهو العدد الذي يعتمد في حساب متوسط النسل (متوسط عدد الأطفال المولودين أحياء لكل امرأة). فيما يُعتمد عدد المنجبات لحساب متوسط سن الأمومة.

تعتمد الأساليب غير المباشرة لتقدير الوفيات على البيانات الخاصة بمتوسط عدد الأبناء الذين ولدوا أحياء، ومتوسط عدد الأبناء الباقيين على قيد الحياة وقت المسح طبقاً لعمر السيدة أو مدة الزواج. وتختلف التقديرات غير المباشرة لوفيات الرضع باستخدام نموذج مدة الزواج عن نظيرتها باستخدام نموذج العمر.

الجدول رقم 19.4: توزيع النساء حسب إنجاب الولادات الحية وحسب فئة العمر

المجموع		إنجاب ولادات حية		فئات العمر
		لا	نعم	
0,73%	152	116	36	15-19
7,61%	1575	614	961	20-24
15,32%	3173	552	2621	25-29
19,45%	4028	341	3687	30-34
20,30%	4203	249	3954	35-39
20,15%	4173	189	3984	40-44
16,43%	3402	139	3263	45-49
100%	20706	2200	18506	المجموع
		10,62%	89,38%	

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 (MICS3)، ملف المرأة)

يعد "براس" السباق في تطوير نموذج لتقدير وفيات الأطفال، حيث لاحظ وجود علاقة بين نسبة الأطفال المتوفون D_i وقياس احتمالات الوفاة q_x تتأثر بالتركيبة العمرية للخصوبة، حيث تحدد توزيع الاطفال لمجموعة النساء، حسب تعرض الاطفال للوفاة.

بعدها وضع مجموعة من المعاملات لتحويل القيم الملاحظة لتقدير q_x وفقاً لقيم التكافؤ (P_1/P_2) ، حيث يمثل P_i متوسط النسل للنساء في الفئة العمرية i . أوجد "براس" (Brass) طريقة لحساب احتمالات الوفاة قبل بلوغ أعياد الميلاد x_i كما هو مبين في الآتي: (Nation Unis, 1982, p. 73)

$$xq_0 = D_i \cdot k_i$$

حيث يمثل (i) رقم الفئة العمرية التي تنتمي لها النسوة $(i = 1)$ للفئة العمرية (15-19 سنة)، ...، $i=7$ للفئة العمرية (45-49 سنة).

x_i : المدة المتوسطة المنقضية على ولادة أطفالهن.

D_i : نسبة الوفيات بين ذرية النسوة البالغات السن i .

k_i : تمثل مجموعة من المعاملات المصححة تختلف من مجتمع سكاني لآخر (Bass).

q_0 : احتمال الوفاة قبل بلوغ عيد الميلاد x_i .

وتحسب مختلف احتمالات الوفاة عند مختلف الأعمار وفق ثلاثة معايير أو نماذج تختلف فيما بينها حسب معاملات براس: (WUNSCH, 1984, p. 76-77)

1) يعتمد المعيار الأول (Premier repère) في حالة ما إذا كان مقدار التكافؤ

- (1) (P_1/P_2) (للفتتين العمريتين 15-19 و 20-24) محصور خطياً بين 0,045 و 0,090.
- (2) فيما يعتمد اختيار النموذج الثاني (Deuxième repère) على الفئتين 20-24 و 25-29، وذلك بحساب تكافؤ (P_2/P_3) . في هذه الحالة لا حاجة للعلاقة الخطية.
- (3) في حين تحسب الاحتمالات وفق المعيار أو النموذج الثالث (Troisième repère)، اعتماداً على السن المتوسط للأُمومة، إذا كان محصوراً بين القيمتين المعياريتين 28,7 سنة و 29,7 سنة.

الجدول رقم 20.4: احتمالات الوفاة حسب معاملات براس وفق المعايير النموذجية

العمر	معاملات 'براس'	قيم K_i حسب النموذج			نسبة الوفيات ‰ (D_i)	$xq_0 = D_i \cdot K_i$
		1	2	3		
19-15	K_1	1,171	1,129	1,059	D_1	$1q_0$
24-20	K_2	1,098	1,082	1,051	D_2	$2q_0$
29-25	K_3	1,040	1,033	1,016	D_3	$3q_0$
34-30	K_4	1,036	1,031	1,019	D_4	$5q_0$
39-35	K_5	1,045	1,040	1,029	D_5	$10q_0$
44-40	K_6	1,026	1,021	1,007	D_6	$15q_0$
49-45	K_7	1,027	1,021	1,007	D_7	$20q_0$

Source : Guillaume WUNSCH, techniques d'analyse des données démographiques déficientes, Ordina Edition, Belgique, 1984, p.76,77

يوضح الجدول (رقم: 21.4) حساب احتمالات الوفاة بين الولادة ومختلف الأعمار وفق نموذج براس (1). حيث بلغ احتمال وفيات الرضع (الأقل من سنة) المستوى 26,02 بالآلف، فيما قدر احتمال الوفاة لدى الأطفال الأقل من 5 سنوات القيمة 44,57 بالآلف.

للإشارة، فقد أغفل هذا المسح المحور المتعلق بوفيات الأطفال، رغم التطرق إليها في كل المسوح السابقة والمسح الموالي (1992، 1995، 2000، 2002، 2012).

لم تقدر مؤشرات وفيات الأطفال في التقرير الرئيسي للمسح رغم وجود حد من المعطيات التي تمكن من التقديرات غير المباشرة.

الجدول رقم 21.4: احتمالات الوفاة حسب معاملات براس وفق النموذج الأول

أعمار النساء	اجمالي عدد النساء	اجمالي الولادات الحية	عدد وفيات الأطفال	نسبة الوفيات (D_i) (%)	معاملات 'براس' (1) 'Brass' K_i	$\times q_0\%$
15-19	8365	45	1	0,02222	1,171	26,02
20-24	8571	1299	50	0,03849	1,098	42,26
25-29	7147	5045	185	0,03667	1,040	38,14
30-34	6130	10554	454	0,04302	1,036	44,57
35-39	5259	15686	835	0,05323	1,045	55,63
40-44	4604	19887	1377	0,06924	1,026	71,04
45-49	3567	19476	1854	0,09519	1,027	97,76
المجموع	43643	71992	4756	-	-	-

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3)، ملف المرأة)

هناك طرق أخرى لتقدير احتمالات وفيات الأطفال، تتمثل أساسا في طريقتي 'تروسل' ونموذج 'بالوني' و'هيتمان'. فقد طور تروسل طريقة براس مستخدما نفس الخطوات، وذلك بتوظيف نموذج من معادلات الانحدار لتقدير مختلف المعاملات k_i استنادا إلى جداول 'كول' و'ديميني': (WUNSCH, 1984, p. 82)

$$\frac{\times q_0}{D_i} = A \left(\frac{P_1}{P_2} \right) + B \left(\frac{P_2}{P_3} \right) + C \ln \left(\frac{P_1}{P_2} \right) + D \ln \left(\frac{P_2}{P_3} \right) + E$$

حيث اعتمد على معاملات الانحدار حسب الجهات الأربعة (غرب، شمال، شرق، جنوب). نكتفي بالشمال والجنوب كما هو مبين في الجدول التالي.

الجدول رقم 22.4: معاملات الانحدار لطريقة تروسل حسب العمر (جهتي الجنوب والشرق S و N)

Schéma de mortalité	Région	E	A	B	C	D
$2q_0/D_i(20-24)$	N	0,9674	-0,3615	-0,0509	-0,0363	-0,0645
	S	0,9938	-0,2920	-0,0532	-0,0377	-0,0712
$3q_0/D_i(25-29)$	N	0,9281	-0,0508	0,1467	0,0109	0,1565
	S	0,9630	-0,0170	-0,0996	0,0120	-0,1584
$5q_0/D_i(30-34)$	N	0,9623	0,0666	-0,1683	0,0300	-0,1739
	S	0,9832	0,0570	-0,1069	0,0257	-0,1482

Source : Guillaume WUNSCH, techniques d'analyse des données démographiques déficientes, Ordina éditions, Belgique, 1984, p.210

فيكون بذلك حساب الاحتمالات بنموذج الشمال كالتالي:

$${}_2q_0 = 0,02222 * \left(-0,3615 \left(\frac{0,00537963}{0,15156366} \right) - 0,0509 \left(\frac{0,15156366}{0,70587581} \right) - 0,0363 \ln \left(\frac{0,00537963}{0,15156366} \right) - 0,0645 \ln \left(\frac{0,15156366}{0,70587581} \right) + 0,9674 \right) = 44,8\%$$

وباتباع نفس الخطوات نجد:

$${}_5q_0 = 47,14\% \quad \text{و} \quad {}_3q_0 = 24,96\%$$

أما بتوظيف نموذج الجنوب فننتوصل إلى النتائج التالية:

$${}_5q_0 = 47,51\% \quad \text{و} \quad {}_3q_0 = 41,97\% \quad \text{و} \quad {}_2q_0 = 46,47\%$$

وبتوظيف نموذج 'تروسل' الثاني للتقديرات غير المباشرة لوفيات الأطفال دون سن الخامسة، وذلك وفق

العلاقة التقديرية التالية: (Nation Unis, 1982, p. 77)

$$k(i) = a(i) + b(i) \left(\frac{P_1}{P_2} \right) + c(i) \left(\frac{P_2}{P_3} \right)$$

$${}_xq_0 = k(i) \cdot D(i)$$

حيث $a(i)$ ، $b(i)$ ، $c(i)$ معاملات أو معلمات نموذج تروسل للشمال. (أنظر إلى الجدول رقم 08، الملحق 4)

فنتحصل بالتعويض على ما يلي:

$$k(1) = a(1) + b(1) \left(\frac{P_1}{P_2} \right) + c(1) \left(\frac{P_2}{P_3} \right)$$

$$k(1) = 1,1119 - 2,9287 \left(\frac{0,00537963}{0,15156366} \right) + 0,8507 \left(\frac{0,15156366}{0,70587581} \right) = 1,190608$$

$$\Rightarrow {}_1q_0 = 1,190608 * 0,02222 = 26,46\%$$

$$k(2) = 1,2390 - 0,6865 \left(\frac{0,00537963}{0,15156366} \right) - 0,2745 \left(\frac{0,15156366}{0,70587581} \right) = 1,1556934$$

$${}_2q_0 = 1,1556934 * 0,03849 = 44,48\%$$

$$k(3) = 1,1884 + 0,0421 \left(\frac{0,00537963}{0,15156366} \right) - 0,5156 \left(\frac{0,15156366}{0,70587581} \right) = 1,0791861$$

$${}_3q_0 = 1,0791861 * 0,03667 = 39,57\%$$

$$k(4) = 1,2046 + 0,3037 \left(\frac{0,00537963}{0,15156366} \right) - 0,5656 \left(\frac{0,15156366}{0,70587581} \right) = 1,0939356$$

$${}_5q_0 = 1,0939356 * 0,04302 = 47,06\%$$

لقد حسن ألبرتو بالوني (Alberto Palloni) و'هليقمان' (Heligman) طريقة 'براس' لتقدير وفيات الأطفال، حيث تم إضافة متوسط سن الأمومة في دالة المعاملات أو المضاعفات، وافترض أن الوفيات تتبع أحد نماذج الأمم المتحدة. تقدير ${}_xq_0$ اعتماداً على $D(x)$ وجداول الوفاة النموذجية للأمم المتحدة، وفق معلمات $a(x, j)$ ، $b(x, j)$ ، $c(x, j)$ ، $d(x, j)$ ، بتطبيق العلاقة التالية: (Palloni, 1986)

$$\frac{{}_xq_0}{D_x} = a(x, j) + b(x, j) \cdot \left(\frac{P_1}{P_2}\right) + c(x, j) \cdot \left(\frac{P_2}{P_3}\right) + d(x, j) \cdot \bar{m}$$

يقدر ${}_xq_0$ لكل فئة عمرية بضرب الجزء الأيمن من المعادلة في $D(x)$. تهمل قيمة $d(x, j)$ إلا في حالات استخدام الجداول النموذجية للأمم المتحدة. (أنظر إلى الجداول أرقام 08، 09، الملحق 4)

وتقدر المدة المنقضية $t(x)$ بين التاريخ المرجعي للمسح أو التعداد لكل ${}_xq_0$ مقدرة وفق العلاقة التالية: $t(x) = e(x, j) + f(x, j) \cdot \left(\frac{P_1}{P_2}\right) + g(x, j) \cdot \left(\frac{P_2}{P_3}\right)$

ويتم تحويل تقديرات ${}_xq_0$ إلى تقديرات ${}_5\hat{q}_x$ حسب كل فئة، بتحويل ${}_xq_0$ إلى قيم α باستعمال علاقات اللوجيت وفق الجداول النموذجية للوفاة. تستخدم مقاييس α لتقدير احتمال الوفاة بين الولادة وعيد الميلاد الخامس ${}_5\hat{q}_x$:

$$\alpha = 0,5 \left(\ln \left(\frac{{}_nq_0}{1-{}_nq_0} \right) \right) - Y^s(n) , \quad {}_5\hat{q}_x = \frac{e^{2(\alpha + {}_5Y^s_0)}}{1 + e^{2(\alpha + {}_5Y^s_0)}}$$

ولتطبيق هذه الطريقة يجب أولاً تقدير احتمالات الوفاة عند مختلف الأعمار باتباع الخطوات المبينة في الجداول التالية:

الجدول رقم 23.4: تقدير احتمالات الوفاة ${}_xq_0$ بناء على نسب الوفيات

الفئات العمرية للنساء	مضاعفات انحدار ${}_xq_0$					${}_xq_0$
	نسب الوفيات	'برانستون' شرق				
	n	D_i	$a(i)$	$b(i)$	$c(i)$	
15-19	1	0,02222	1,1461	-2,2536	0,6259	0,0266778
20-24	2	0,03849	1,2231	-0,4301	-0,2245	0,0446355
25-29	3	0,03667	1,1593	0,0581	-0,3479	0,0398479
30-34	5	0,04302	1,1404	0,1991	-0,3487	0,0461397
35-39	10	0,05323	1,154	0,2511	-0,3506	0,0578971
40-44	15	0,06924	1,1336	0,2556	-0,3428	0,0740235
45-49	20	0,09519	1,1201	0,2362	-0,3268	0,1007452

$${}_5q_0 = 0,0430169 * (1,1404 + (0,1991 * 0,03549422) + (-0,3487 * 0,214717)) = 0,0461397$$

المصدر: من اعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح والجدول النموذجي لبرانستون للتقدير غير المباشر للوفيات (الملحق 4، الجدول رقم 10)

ثانياً تقدير التواريخ المرجعية $t(x)$

الجدول رقم 24.4: تقدير التواريخ المرجعية $t(x)$ لكل q_0 مقدرة

التاريخ المرجعي	التاريخ t	مضاعفات انحدار نموذج 'برانستون' شرق	الفئات العمرية
2006,23-t		$e(i)$ $f(i)$ $g(i)$	n
2005,3641	0,86585	-1,9949	1
2004,6615	1,5685	0,3631	2
2003,5468	2,6832	5,0927	3
2002,0587	4,1713	10,8533	5
2000,2574	5,9726	17,0981	10
1997,9217	8,3083	21,8247	15
1994,6371	11,5929	22,3005	20

$$t(30) = 1,9347 + (-2,6419 * 0,03549422) + (10,8533 * 0,214717) = 4,1713177$$

المصدر: من اعداد الطالب بناء على الجدول النموذجي 'برانستون' لتقدير التواريخ المرجعية (الملحق 4، الجدول رقم 11)

تحويل الاحتمالات q_0 إلى تقديرات $\hat{q}_0$ و $\hat{q}_5$ وذلك بحساب:

$$Logit Y(n) = 0,5 \left(\ln \left(\frac{nq_0}{1-nq_0} \right) \right) \quad \hat{q}_x = \text{حيث:} \quad \alpha = 0,5 \left(\ln \left(\frac{nq_0}{1-nq_0} \right) \right) - Y^s(n)$$

$$\hat{q}_x = \frac{e^{2(\alpha + Y^s_0)}}{1 + e^{2(\alpha + Y^s_0)}} \quad \frac{e^{2(\alpha + Y^s_0)}}{1 + e^{2(\alpha + Y^s_0)}}$$

الجدول رقم 25.4: تحويل احتمالات q_0 إلى تقديرات $\hat{q}_0$ و $\hat{q}_5$

الفئات العمرية	nq_0	n	logit Y(n)	Standard (*) logit Y ^s (n)	α	$\hat{q}_0$	$\hat{q}_5$
15-19	0,02668	1	-1,7984	-1,3300	-0,4684	0,02668	0,04242
20-24	0,04464	2	-1,5318	-1,2273	-0,3045	0,03665	0,05792
25-29	0,03985	3	-1,591	-1,1664	-0,4246	0,02905	0,04612
30-34	0,04614	5	-1,5144	-1,0900	-0,4244	0,02906	0,04614
35-39	0,05789	10	-1,3947	-1,0091	0,3856	0,03133	0,04968
40-44	0,07402	15	-1,2632	-0,9664	0,2968	0,03720	0,05876
45-49	0,10075	20	-1,0945	-0,9138	0,1807	0,04647	0,07301

$$Y(3) = 0,5 \ln (0,03985 / (1 - 0,03985)) = -1,591 \quad \text{من أجل الفئة العمرية (29-25):}$$

$$\hat{q}_0 = \frac{e^{2(-0,4246 + (-1,3300))}}{1 + e^{2(-0,4246 + (-1,3300))}} = 0,02905$$

$$\hat{q}_5 = \frac{e^{2(-0,4246 + (-1,0900))}}{1 + e^{2(-0,4246 + (-1,0900))}} = 0,04612$$

المصدر: من اعداد الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح (MICS3 2006) ملف النساء

(*) Institut supérieur des sciences de la population (ISSP Burkina Faso), UNFPA, Estimation indirecte de la mortalité des jeunes enfants : Analyse démographique pour la prise de décisions en Afrique francophone, Dakar, Sénégal, 2015

وهكذا فقد قدر احتمال وفيات الرضع في حدود 26,68%، وحدد احتمال وفيات الأطفال قبل بلوغهم خمسة سنوات عند المستوى 42,42%.

وباستخدام تقنية QFIVE من برنامج مورتباك (MORTPAK) للتقديرات غير المباشرة لوفيات الرضع والأطفال دون الخامسة من العمر على معطيات مسح 2006، وبالاعتماد على بيانات الأطفال المولودين أحياء والأطفال المتوفون وعدد النساء لمختلف الفئات العمرية للنسوة نحصل على النتائج المبجلة تحت رقمي 26.4 و 27.4.

فعند اختيار نموذج تروسل للجداول النموذجية للأمم المتحدة (كول وديميني)، تظهر النتائج كما هي مبينة في الجدول (رقم 26.4)، حيث بلغ مستوى احتمال وفيات الرضع باختيار نموذج الشرق المقدار 27%، في حين بلغ احتمال وفيات الأطفال دن خمسة سنوات القيمة 30%. فيما حدد احتمال وفيات الأطفال ما بين سنة وخمسة سنوات عند المستوى 4%.

أما باختيار نموذج 'بالوني وهيلمان' بالاعتماد على نفس البيانات في تطبيق QFIVE (مورتباك)، فنحصل على النتائج المبينة في الجدول (27.4). فعند ملاحظة نتائج نموذج جنوب آسيا نجد أن احتمال وفيات الرضع قد بلغ المستوى 24%، فيما وصل احتمال وفيات الأطفال دون سن الخامسة المقدار 31%، واحتمال وفيات الأطفال (1-4 سنوات) عند 7%.

ما نلاحظه حسب نتائج المسحين السابق والموالي لهذا المسح، أن شدة وفيات الرضع تقلصت سنة 2006 على 24% بعدما سجلت في مسح 2002 المقدار 31,2%، واستمر هذا المؤشر في التحسن فيما بعد ليصل إلى 21,4% في مسح 2012-2013. كما تقلصت قيمة احتمال وفيات الأطفال دون سن الخامسة في مسح 2006 إلى 31% بعد ما كانت 36,7% في مسح 2002، لتستمر في التحسن لتصل إلى 24,1% خلال مسح 2012-2013.

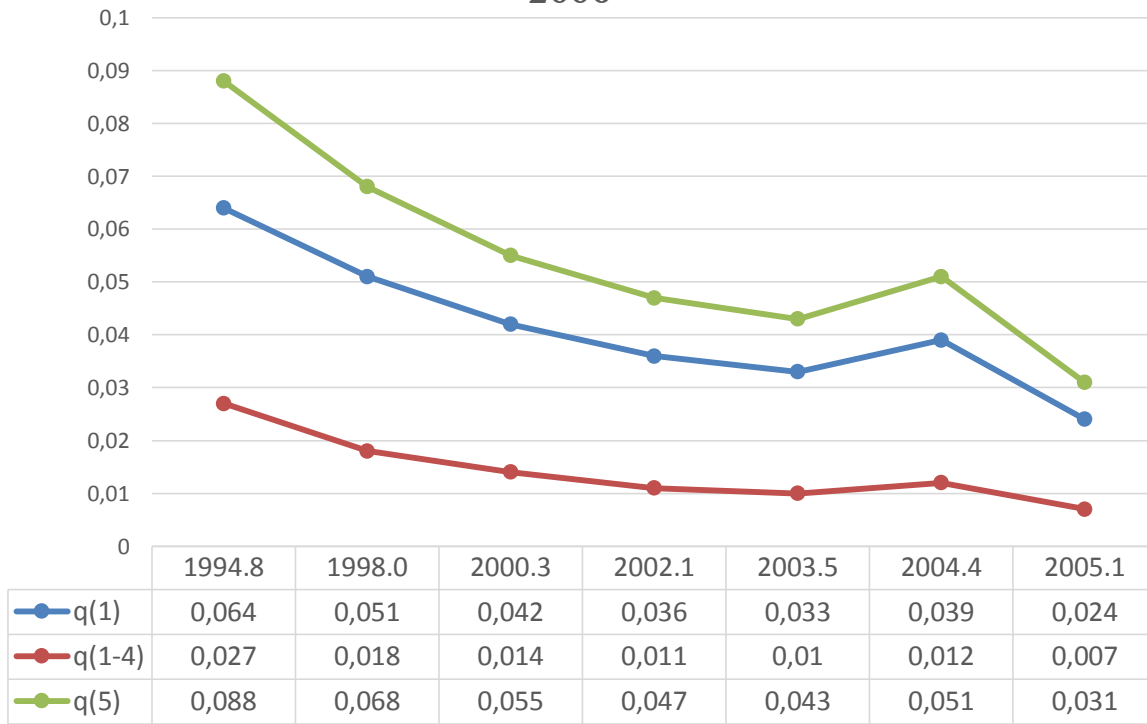
يرجع انحسار قيم مؤشرات وفيات الأطفال إلى التحسن في وضعية الأطفال الصحية، سواء تعلق الأمر بالعوامل البيئية أو التغذوية أو الوقائية أو العلاجية، إلى جانب تحسن المستوى المعيشي والوعي الصحي.

لم يدرج المسح في قسمه المتعلق بوفيات الأطفال أهم معطيات حول أهم العوامل التي لها تأثير رئيسي في الظاهرة، كعمر الأم عند الولادة، وترتيب الطفل، الفترة الإنجابية السابقة، بالإضافة إلى العوامل البيئية

الرئيسية (مياه الشرب، الصرف الصحي، نظافة المنطقة المحيطة، نوع أرضية المنزل) التي كانت وقت الوفاة. كما لم تتضمن استمارة المسح في هذا القسم أسئلة حول الأسباب الرئيسية لوفيات الأطفال من خلال جمع المعلومات عن بعض الأعراض التي سبقت الوفاة (خلال الأسبوعين السابقين للوفاة)، وتشمل تلك الأعراض الإسهال، القيء، السعال أو ضيق التنفس، والحمى، الطفح الجلدي، والتشنجات.

للإشارة، إن هذا النوع من المعطيات يشوبه نوع من أخطاء الملاحظة المتعلقة مباشرة بإجابات الأم التي تعتمد على الذاكرة.

الشكل رقم 04.4: تطور وفيات الرضع والأطفال في الجزائر حسب مسح سنة 2006



المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على معطيات الجدول رقم 27.4

الجدول رقم 26.4: تقدير مستويات وفيات الرضع والأطفال (>5) في الجزائر حسب قاعدة بيانات مسح 2006 باستخدام نموذج 'تروسل' (تقنية QFIVE في برنامج مورتياك)

INDIRECT ESTIMATION OF EARLY AGE MORTALITY FOR qx, BOTH SEXES, ENUMERATION DATE: MAR 2006

AGE OF WOMAN	AVERAGE NO. CHILDREN		PROPORTION DEAD	AGE x	COALE-DEMENY MODELS (TRUSSELL EQUATIONS)							
	BORN	SURVIVING			WEST		NORTH		EAST		SOUTH	
					q (x)	t (x)	q (x)	t (x)	q (x)	t (x)	q (x)	t (x)
15-20	0.005	0.005	.022	1	0.027	(0.9)	0.026	(0.9)	0.027	(0.9)	0.026	(0.9)
20-25	0.152	0.146	.038	2	0.045	(1.6)	0.044	(1.6)	0.045	(1.6)	0.046	(1.5)
25-30	0.706	0.680	.037	3	0.040	(2.7)	0.040	(2.6)	0.040	(2.7)	0.041	(2.6)
30-35	1.722	1.648	.043	5	0.047	(4.2)	0.047	(4.0)	0.046	(4.2)	0.047	(4.1)
35-40	2.983	2.824	.053	10	0.059	(5.9)	0.061	(5.7)	0.058	(6.0)	0.059	(5.9)
40-45	4.320	4.020	.069	15	0.075	(8.2)	0.078	(7.8)	0.074	(8.3)	0.075	(8.1)
45-50	5.460	4.940	.095	20	0.103	(11.3)	0.104	(10.8)	0.101	(11.6)	0.101	(11.3)
=====												
COALE-DEMENY:		WEST		NORTH		EAST		EAST		SOUTH		

AGE OF WOMAN	REFERENCE DATE		q	REFERENCE DATE		q	REFERENCE DATE		q	REFERENCE DATE		q

INFANT MORTALITY RATE: q(1)												
15-20	2005.3		.027	2005.3		.026	2005.3		.027	2005.3		.026
20-25	2004.6		.041	2004.7		.038	2004.6		.042	2004.7		.042
25-30	2003.5		.035	2003.6		.032	2003.5		.036	2003.6		.036
30-35	2002.1		.037	2002.2		.035	2002.0		.040	2002.1		.040
35-40	2000.3		.042	2000.5		.038	2000.2		.047	2000.3		.048
40-45	1998.0		.050	1998.4		.044	1997.9		.056	1998.1		.057
45-50	1994.9		.060	1995.5		.051	1994.6		.068	1994.9		.069

PROBABILITY OF DYING BETWEEN AGES 1 AND 5: 4q1												
15-20	2005.3		.006	2005.3		.008	2005.3		.004	2005.3		.004
20-25	2004.6		.011	2004.7		.016	2004.6		.007	2004.7		.008
25-30	2003.5		.009	2003.6		.011	2003.5		.006	2003.6		.006
30-35	2002.1		.010	2002.2		.013	2002.0		.007	2002.1		.007
35-40	2000.3		.012	2000.5		.016	2000.2		.009	2000.3		.010
40-45	1998.0		.016	1998.4		.020	1997.9		.012	1998.1		.014
45-50	1994.9		.022	1995.5		.026	1994.6		.017	1994.9		.022

PROBABILITY OF DYING BY AGE 5: q(5)												
15-20	2005.3		.032	2005.3		.034	2005.3		.030	2005.3		.030
20-25	2004.6		.052	2004.7		.053	2004.6		.048	2004.7		.050
25-30	2003.5		.043	2003.6		.043	2003.5		.042	2003.6		.043
30-35	2002.1		.047	2002.2		.047	2002.0		.046	2002.1		.047
35-40	2000.3		.054	2000.5		.054	2000.2		.055	2000.3		.057
40-45	1998.0		.065	1998.4		.063	1997.9		.067	1998.1		.070
45-50	1994.9		.081	1995.5		.076	1994.6		.084	1994.9		.090

الجدول رقم 27.4: تقدير مستويات وفيات الرضع والأطفال (>5) في الجزائر حسب قاعدة معطيات مسح 2006 باستخدام نموذج 'بالوني وهيلممان' (تقنية QFIVE في برنامج مورتياك)

INDIRECT ESTIMATION OF EARLY AGE MORTALITY FOR q_x , BOTH SEXES, ENUMERATION DATE: MAR 2006, MEAN AGE AT MATERNITY = 31.50

AGE OF WOMAN	AVERAGE NO.			AGE x	UNITED NATIONS MODELS (PALLONI-HELIGMAN EQUATIONS)										
	CHILDREN		PROPORTION DEAD		LATIN AM		CHILEAN		SO ASIAN		FAR EAST		GENERAL		
	BORN	SURVIVING			q(x)	t(x)	q(x)	t(x)	q(x)	t(x)	q(x)	t(x)	q(x)	t(x)	
15-20	0.005	0.005	.022	1	0.024	(1.1)	0.027	(1.2)	0.024	(1.1)	0.024	(1.2)	0.024	(1.1)	
20-25	0.152	0.146	.038	2	0.045	(1.8)	0.045	(1.8)	0.045	(1.8)	0.043	(1.9)	0.044	(1.8)	
25-30	0.706	0.680	.037	3	0.040	(2.7)	0.040	(2.8)	0.041	(2.7)	0.039	(2.8)	0.040	(2.7)	
30-35	1.722	1.648	.043	5	0.047	(4.0)	0.046	(4.2)	0.047	(4.1)	0.046	(4.2)	0.046	(4.1)	
35-40	2.983	2.824	.053	10	0.059	(5.8)	0.057	(6.1)	0.058	(5.9)	0.058	(6.0)	0.058	(5.9)	
40-45	4.320	4.020	.069	15	0.074	(8.2)	0.073	(8.6)	0.074	(8.3)	0.075	(8.5)	0.074	(8.3)	
45-50	5.460	4.940	.095	20	0.102	(11.3)	0.101	(11.7)	0.099	(11.4)	0.105	(11.3)	0.103	(11.3)	
UNITED NATIONS: LATIN AM					CHILEAN		SO ASIAN		FAR EAST		GENERAL				
AGE OF WOMAN	REFERENCE DATE		q	REFERENCE DATE		q	REFERENCE DATE		q	REFERENCE DATE		q	REFERENCE DATE		q
INFANT MORTALITY RATE: q(1)															
15-20	2005.1	.024		2005.0	.027		2005.1	.024		2005.0	.024		2005.1	.024	
20-25	2004.4	.038		2004.4	.042		2004.4	.039		2004.3	.038		2004.4	.039	
25-30	2003.5	.033		2003.4	.037		2003.5	.033		2003.4	.034		2003.5	.034	
30-35	2002.2	.036		2002.0	.041		2002.1	.036		2002.0	.037		2002.1	.037	
35-40	2000.4	.041		2000.1	.048		2000.3	.042		2000.2	.042		2000.3	.042	
40-45	1998.0	.048		1997.6	.059		1998.0	.051		1997.7	.050		1997.9	.050	
45-50	1994.9	.060		1994.5	.075		1994.8	.064		1994.9	.060		1994.9	.062	
PROBABILITY OF DYING BETWEEN AGES 1 AND 5: 4q1															
15-20	2005.1	.007		2005.0	.003		2005.1	.007		2005.0	.005		2005.1	.006	
20-25	2004.4	.013		2004.4	.006		2004.4	.012		2004.3	.011		2004.4	.011	
25-30	2003.5	.010		2003.4	.005		2003.5	.010		2003.4	.009		2003.5	.009	
30-35	2002.2	.012		2002.0	.005		2002.1	.011		2002.0	.010		2002.1	.010	
35-40	2000.4	.015		2000.1	.007		2000.3	.014		2000.2	.012		2000.3	.013	
40-45	1998.0	.019		1997.6	.010		1998.0	.018		1997.7	.016		1997.9	.017	
45-50	1994.9	.027		1994.5	.015		1994.8	.027		1994.9	.023		1994.9	.024	
PROBABILITY OF DYING BY AGE 5: q(5)															
15-20	2005.1	.032		2005.0	.030		2005.1	.031		2005.0	.029		2005.1	.030	
20-25	2004.4	.051		2004.4	.047		2004.4	.051		2004.3	.049		2004.4	.050	
25-30	2003.5	.043		2003.4	.041		2003.5	.043		2003.4	.042		2003.5	.042	
30-35	2002.2	.047		2002.0	.046		2002.1	.047		2002.0	.046		2002.1	.046	
35-40	2000.4	.055		2000.1	.055		2000.3	.055		2000.2	.054		2000.3	.055	
40-45	1998.0	.066		1997.6	.068		1998.0	.068		1997.7	.065		1997.9	.066	
45-50	1994.9	.085		1994.5	.089		1994.8	.088		1994.9	.081		1994.9	.084	

4. تغذية الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة سنوات:

تمثل الرضاعة الطبيعية والتغذية الصحية المتوازنة ضمان للنمو البدني السليم لدى الأطفال، وترجع التغذية غير السليمة إلى عدة عوامل منها نوعية وكفاية الغذاء، تعرض الأطفال المستمر لحدة بعض الأمراض كالإسهال والعدوى التنفسية الحادة. وتؤدي هذه العوامل عادة إلى سوء التغذية المرتبطة بنقص الوزن بالنسبة للعمر وبالنسبة للطول ونقص الطول بالنسبة للعمر (قصر القامة) الذي يؤثر على سوء التغذية المزمن.

لتقدير وقياس مختلف المؤشرات المتعلقة بالتغذية لدى الأطفال دون الخامسة من العمر، يستلزم توضيح حجم الأطفال المستهدفين أو المعنيين والفئات العمرية المنتمين إليها. يشير الجدول رقم 28.4 إلى توزيع عينة الأطفال محل الدراسة حسب الفئة العمرية بالأشهر، حيث بلغ عدد الرضع دون سنة 2973 طفل بينهم 1329 رضيع دون ستة أشهر من العمر. في حين قدر عدد الأطفال في الأعمار ما بين 12 و 23 شهرا عند 2994 طفل. فيما وصل عدد الأطفال الذين تراوحت أعمارهم بين عامين و 5 سنوات 8626 طفل.

الجدول رقم 28.4: توزيع الأطفال الأصغر من 5 سنوات حسب الفئة العمرية بالأشهر

الفئة العمرية	عدد الاطفال	النسبة المئوية	المتجمع الصاعد للنسب
أقل من 6 أشهر	1329	9,1	9,1
6-11 شهرا	1644	11,3	20,4
12-23 شهرا	2994	20,5	40,9
24-35 شهرا	3005	20,6	61,5
36-47 شهرا	2843	19,5	81,0
48-59 شهرا	2778	19,0	100,0
المجموع	14593	100,0	

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

1.4. الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية:

تعد التغذية بكمها وكيفها من جهة، والأمراض المعدية من جهة أخرى، أهم العوامل المؤثرة بصفة مباشرة في الحالة التغذوية للطفل. لقد تضمنت البرامج الحكومية الصحية في الجزائر التي تهدف إلى الارتقاء بالمستوى الصحي للأطفال، جملة من التوصيات لتجسد عمليا توجيه الأمهات إلى ارضاع أطفالهن من لحظة الولادة وإلى أطول فترة ممكنة. كما أن توصيات كل من منظمة الصحة العالمية واليونيسيف تصب في هذا الاتجاه.

وتعتبر الرضاعة الطبيعية المصدر الأمثل لتغذية الأطفال دون سنتين من العمر، إذ توفر لهم الحماية من سوء التغذية الذي يساهم بدوره في تأخر نمو الطفل. فقد أوصت منظمة الصحة العالمية بالوصول إلى الرضاعة الطبيعية الخالصة طوال السنة الأولى أو على الأقل خلال 6 أشهر الأولى من العمر، مع الاستمرار فيها مع تدعيمها بتغذية تكميلية حتى بلوغ الطفل سنتين وأكثر من العمر. كما أوصت ذات المنظمة بتغذية تكميلية سليمة وملائمة ابتداءً من الشهر السادس.

1.1.4. نوعية معطيات نموذج الرضاعة الطبيعية:

شمل نموذج الرضاعة الطبيعية الذي تضمنته استمارة المسح ستة أسئلة احتوت على 13 متغير، تمثلت في الآتي:

- السؤال 301 حول تلقي الطفل رضاعة من الثدي (BF1): وظف 4 مداليل لحصر مختلف الإجابات، 1 (نعم)، 2 (لا)، 8 (لا أعرف)، 9 (الإجابات الناقصة).
- السؤال 302 الاستمرار في الرضاعة الطبيعية (BF1): أخذت الإجابات نفس ترميز السؤال السابق
- السؤال 303 العمر عند الفطام (BF2A): استفسرت النسوة عن العمر بالأشهر الذي تم فيه فطام أطفالهن، المتغير كمي (بدون ترميز) وأخذت الإجابات الناقصة الدليل 99.
- السؤال 304 طريقة الفطام (BF2B): سئلت الأمهات عن طريقة فطم رضعهن، ورمزت الإجابة بالدليل 1 في حالة الإجابة بطريقة فجائية، وبالدليل 2 عند الإجابة بطريقة تدريجية، وبالرمز 8 في حالة الإجابات غير المحددة، والدليل 9 عند عدم الإجابة على السؤال.
- السؤال 305 حول تلقي الطفل أغذية صلبة ونصف صلبة وسوائل (BF3): تفرع هذا السؤال إلى 8 متغيرات حسب نوع التغذية (BF3a): الفيتامينات أو الأدوية أو العناصر المعدنية، BF2b: الماء الطبيعي، BF2c: ماء محلى بالسكر أو عصير أو أعشاب مغلاة، BF2d: أملاح الاماهة، BF2e: أغذية معدة للرضع تم شراؤها، BF2f: حليب العلب أو حليب طازج، BF2g: سوائل أخرى، BF2h: أغذية صلبة ونصف صلبة (عصيدة)). أخذت كلها نفس الترميز، 1 (نعم)، 2 (لا)، 8 (لا أعرف)، 9 (إجابة ناقصة).
- السؤال 307 حول عدد مرات تلقي تغذية صلبة ونصف صلبة خلال 24 ساعة التي سبقت المسح (BF5): المتغير كمي كانت الإجابة عددية مفتوحة، غير أن الترميز شمل الإجابة بسبعة مرات (7) وأكثر بالدليل 7، والاجابات غير المبينة بالرمز 8، فيما أخذت الإجابات الناقصة الدليل 9.

بالإضافة إلى متغيرات أخرى ذات علاقة بالرضاعة أدرجناها في هذا الجزء تمثلت فيما يلي:

- وسط الإقامة (HH6): انقسمت الإجابة إلى 1: أوسط الحضري، 2: الوسط الريفي، مع غاب تام للمعطيات الناقصة.
- جنس الطفل (HL4): حصرت الإجابات عن هذا السؤال بدليلين، 1 (ذكر)، 2 (أنثى). ولم يعرف المتغير أي معطيات ناقصة.
- المستوى التعليمي للأم (melevel): أخذ هذا المتغير 5 اقتراحات، 1: دون مستوى، 2: ابتدائي، 3: متوسط، 4: ثانوي، 5: جامعي. مع غياب المعطيات الناقصة.
- مؤشر الثروة الخمسي للأسرة المعيشية (wlthind5): صنفت الأسر حسب هذا المتغير إلى: الأكثر فقرا (الدليل 1)، الفقير (الدليل 2)، المتوسط (الدليل 3)، الغني (الدليل 4)، الأكثر غنى (الدليل 5).

وكانت المعطيات المتعلقة بمتغيرات الجنس والعمر والوسط ومستوى الأم التعليمي، تشمل 15000 طفل وهو حجم العينة المستهدف أو المفترض في ملف الطفل، كون هذه المعطيات مأخوذة من ملف الأسرة وأدمجت مباشرة في ملف الطفل. غير أن عدد الأطفال الفعلي المتوصل إليه خلال تنفيذ المسح قد بلغ 14593 طفل، وهو ما يتوافق مع كل المعطيات المتعلقة بالمتغيرات التي تضمنتها نماذج ملف الطفل. وهذا ما نلاحظه في المتغيرات المتعلقة مباشرة بالرضاعة الطبيعية (BF.)، وعمر الطفل (cage) و (cage_6).

- عمر الطفل بالأشهر (cage): حددت الإجابات بين 0 و 59 شهرا. غياب تام للمعطيات الناقصة.
- الفات العمرية (cage_6): أخذت الفئة العمرية أقل من ستة أشهر الدليل 1، والفئة (6-11 شهر) الدليل 2، (12-23 شهر) الدليل 3، (24-35 شهر) الدليل 4، (36-47 شهر) الدليل 5، (48-59 شهر) الدليل 6. كما لم يعرف هذا المتغير أي معطيات ناقصة.

لم تتعد المعطيات الناقصة في نموذج الرضاعة الطبيعية النسبة 1% عبر مختلف المتغيرات، لو استثنينا المعطيات المتعلقة بالسؤال حول طريقة الفطام (BF2B) حيث قدرت النسبة عند 2,24%. لا تؤثر كثيرا في جودة ومصداقية المعطيات. كما تجدر الإشارة إلى الغياب التام للإجابات خارج مجال الترميز، فكانت كل الإجابات محصورة في الاقتراحات الموضوعة لكل سؤال.

كما احتوى نموذج الرضاعة الطبيعية على حالتين إحالة:

- الأولى: إحالة اللاتي أجبن بعدم تلقي أطفالهن الرضاعة الطبيعية أو لم يحددن إجابة أو لم يجبن
ع السؤال 301 (BF1=2 أو 8 أو 9)، إلى السؤال 305 (BF3a...h). فتكون الإحالة متوافقة وسليمة إذا
غابت اجابات تلك النسوة عن السؤال رقم 302 المتعلق باستمرار الرضاعة (BF2)، والسؤال رقم 303 المتعلق
بالعمر وقت الفطام (BF2A)، والسؤال رقم 304 المتعلق بطريقة الفطام (BF2B). ولذهاب مباشرة للإجابة
على اقتراحات السؤال 305 (BF3).

- الثانية: إحالة الأمهات المجيبات باستمرار أطفالهن في الرضاعة من الثدي في السؤال 302
(BF1=1)، إلى السؤال رقم 305 دون الإجابة على السؤالين 303 و304.

الجدول رقم 29.4: اختبارات القيم الدنيا والقصى لنموذج الرضاعة الطبيعية

المتغير	الإجابات المحددة		المعطيات الناقصة				الإجابات غير	
	النسبة %	التكرار	النسبة %	المجموع	الإجابات الناقصة	الإجابات غير المحددة	النسبة %	التكرار
HH6	100	15000	0,00	0	0	0	0,00	0
HL4	100	15000	0,00	0	0	0	0,00	0
melevel	100	15000	0,00	0	0	0	0,00	0
wlthind5	100	15000	0,00	0	0	0	0,00	0
cage	100	14593	0,00	0	0	0	0,00	0
cage_6	100	14593	0,00	0	0	0	0,00	0
BF1	99,80	14564	0,20	29	18	11	0,00	0
BF2	99,34	13513	0,67	90	88	2	0,00	0
BF2A	99,33	10040	0,67	68	68	0	0,00	0
BF2B	97,76	9882	2,24	226	202	24	0,00	0
BF3B	99,39	14504	0,61	89	41	48	0,00	0
BF3C	99,51	14522	0,49	71	47	24	0,00	0
BF3D	99,38	14502	0,62	91	68	23	0,00	0
BF3E	99,35	14498	0,65	95	69	26	0,00	0
BF3F	99,49	14519	0,51	74	54	20	0,00	0
BF3G	98,88	14430	1,12	163	123	40	0,00	0
BF3H	99,43	14510	0,57	83	55	28	0,00	0
BF5	99,06	12395	0,95	117	19	98	0,00	0

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يظهر الجدول رقم 30.4 توافق الإحالة الموجودة في السؤال رقم 305، حيث لم نسجل من خلال معالجة البيانات أي اجابات غير موافقة للإحالة، فقد قدرت الاحتمالات (2***، 8***، 9***) بالقيمة 0. لم نسجل أي مخالفة للإحالة في السؤال رقم 302، حيث انعدمت الإجابات في كل الحالات الممكنة (1**)، بمعنى تخطي المجيبات باستمرار الرضاغة الطبيعية للسؤالين 303 و 304. (الجدول رقم 29، الملحق 4)

الجدول رقم 30.4: اختبارات التوافق الداخلي لإحالات نموذج الرضاغة الطبيعية

النسب المساعدة	المتجمع المساعد	النسب المئوية	التكرارات	الإحالة في السؤالين (BF1)301 و (BF2)302
93,22	13603	93,22	13603	1
99,8	14564	6,59	961	2
99,88	14575	0,08	11	8
100	14593	0,12	18	9
الاحالات الموافقة في السؤال 301: (2=BF1) الذهاب إلى السؤال 305 (BF3)				
93,22	13603	93,22	13603	1***
99,8	14564	6,59	961	2...
99,88	14575	0,08	11	8...
100	14593	0,12	18	9...
الاحالات غير الموافقة من السؤال 301 إلى السؤال 305				
0,00	0	0,00	0	2***
0,00	0	0,00	0	8***
0,00	0	0,00	0	9***
الاحالات الموافقة في السؤال 302: (1=BF2) الذهاب إلى السؤال 305 (BF3)				
25,69	3495	25,69	3495	1..2
99,34	13513	73,65	10018	2**
99,35	13515	0,01	2	8**
100	13603	0,65	88	9**
الاحالات غير الموافقة من السؤال 302 (1=BF2) إلى السؤال 305 (BF3)				
0,00	0	0,00	0	1**

(.) : عدم الإدلاء بأي إجابة (المفترض أنهم غير معنيون بسبب الإحالة)، (*): الإدلاء بمختلف الإجابات المقترحة الممكنة.

المصدر: من اعداد الطالب بناء على بيانات الجدول رقم 29، الملحق 4.

- ¹ الرتبة الأولى: تلقي الرضاغة الطبيعية (1: نعم، 2: لا، 8: غير مبينة، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثانية: الرضاغة الحالية (1: نعم، 2: لا، 8: غير مبيين، 9: ناقصة)، الرتبة الثالثة: العمر بالأشهر عند الفطام (...، 9: ناقصة)، الرتبة الرابعة: طريقة الفطام (1: مفاجئ، 2: تدريجي، 8: لا أعرف، 9: إجابات ناقصة).
- ² الرتبة الأولى: الرضاغة الحالية (1: نعم، 2: لا، 8: غير مبيين، 9: ناقصة)، الرتبة الثانية: العمر بالأشهر عند الفطام (...، 9: ناقصة)، الرتبة الثالثة: طريقة الفطام (1: مفاجئ، 2: تدريجي، 8: لا أعرف، 9: إجابات ناقصة).

2.1.4. تلقي وبدء الرضاعة الطبيعية:

بلغت نسبة النساء اللاتي سبق وأرضعن أطفالهن (من آخر ولادة) من الثدي 92,8% من مجموع المعنيات بالسؤال. فيما وصلت نسبة الإجابات بلا القيمة 6,5 مئوية فقط. كما سجلنا معطيات ناقصة بلغت كميتها 79 حالة (0,7%) لا تؤثر في نوعية البيانات. (أنظر إلى الجدول رقم 31.4)

الجدول رقم 31.4: توزيع النساء حسب الرضاعة الحالية

تلقي الرضاعة من الثدي (MN12)	عدد النساء	النسب	نسب المعنيات
نعم	10164	23,3	92,8
لا	710	1,6	6,5
الإجابات الناقصة	79	0,2	0,7
المجموع	10953	25,1	100,0
غير المعنيات	32689	74,9	
اجمالي النساء (49-15)	43642	100,0	

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف المرأة)

حسب الجدول (رقم 32.4) بدأت أغلبية الأمهات إرضاع أطفالهن من الثدي مباشرة بعد الولادة (52,9%)، في حين شكلت النسوة اللواتي بدأن إرضاع أطفالهن خلال اليوم الأول 33,85 مئوية، فيما قدرت نسبة اللاتي بدأن في إرضاع مواليدهن خلال أيام عند 13,24 مئوية. كما لم نسجل سوى 4 إجابات ناقصة وافقت 0,04% فقط.

الجدول رقم 32.4: توزيع النساء حسب بدء الرضاعة الطبيعية بعد الولادة

بدء الرضاعة من الثدي	عدد النسوة	النسب الكلية %	نسب المعنيات %
بعد الولادة مباشرة (خلال الساعة الأولى)	5374	12,31	52,87
خلال ساعات (اليوم الأول بعد الولادة)	3441	7,88	33,85
خلال أيام بعد الولادة	1346	3,08	13,24
الإجابات الناقصة	4	0,01	0,04
المجموع	10164	23,29	100,00
غير المعنيات	33478	76,71	/
اجمالي النساء (49-15 سنة)	43642	100,00	/

المصدر: من اعداد الطالب بناءً على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف المرأة)

من خلال الجدول (رقم: 33.4) تبين أن معظم الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمسة سنوات تلقوا رضاعة من الثدي، حيث بلغت نسبتهم المقدار 92,82% من اجمالي الأطفال، حيث بلغ اجمالي الأطفال

المتلقون رضاعة طبيعية 13517 طفل، مقابل 1046 طفل غير متلقين (7,18%). كما تجب الإشارة إلى وجود قدر ضئيل من المعطيات الناقصة تعلقت بمتغير تلقي الرضاعة (BF1 = 8 أو 9)، حيث لم تتجاوز نسبتها 0.002% (30 حالة).

الجدول رقم 33.4: توزيع الأطفال (> 5 سنوات) الذين سبق لهم أن تلقوا رضاعة طبيعية حسب الجنس والإقامة والمستوى التعليمي للأم

المتغيرات ¹	التكرار	النسبة	المتجمع	المتغيرات ¹	التكرار	النسبة	المتجمع
1 1 1 1	634	93,68	634	1 1 1 2	43	6,32	13560
2 1 1 1	672	92,99	1306	2 1 1 2	51	7,01	13610
1 2 1 1	1428	93,34	2734	1 2 1 2	102	6,66	13712
2 2 1 1	1386	93,04	4120	2 2 1 2	104	6,96	13816
1 1 2 1	659	91,45	4779	1 1 2 2	62	8,55	13877
2 1 2 1	591	92,87	5370	2 1 2 2	45	7,13	13923
1 2 2 1	700	94,94	6070	1 2 2 2	37	5,06	13960
2 2 2 1	645	95,47	6715	2 2 2 2	31	4,53	13991
1 1 3 1	1038	91,88	7753	1 1 3 2	92	8,12	14082
2 1 3 1	1000	92,12	8752	2 1 3 2	85	7,88	14168
1 2 3 1	641	94,90	9393	1 2 3 2	34	5,10	14202
2 2 3 1	590	91,06	9983	2 2 3 2	58	8,94	14260
1 1 4 1	1067	92,83	11050	1 1 4 2	82	7,17	14343
2 1 4 1	1021	91,72	12072	2 1 4 2	92	8,28	14435
1 2 4 1	398	91,17	12469	1 2 4 2	38	8,83	14473
2 2 4 1	339	94,56	12809	2 2 4 2	20	5,44	14493
1 1 5 1	295	93,02	13103	1 1 5 2	22	6,98	14515
2 1 5 1	306	88,95	13409	2 1 5 2	38	11,05	14553
1 2 5 1	54	94,58	13463	1 2 5 2	3	5,42	14556
2 2 5 1	54	88,46	13517	2 2 5 2	7	11,54	14563

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

كما أننا لم نسجل حالات خارجة عن مجال الترميز، وتجدر الإشارة إلى أن الإحالة إلى السؤال 305 (BF3) بعد الإجابة بـ: 'لا' على هذا السؤال (BF1: 301) كانت متوافقة تماماً. ما يعطي مصداقية لجودة

¹ الخانة الأولى: تلقي الرضاعة الطبيعية (1: نعم، 2: لا، 8: غير مبين، 9: إجابة ناقصة)، الخانة الثانية: مستوى الأم التعليمي (1: دون مستوى، 2: ابتدائي، 3: متوسط، 4: ثانوي، 5: جامعي)، الخانة الثالثة: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الرابعة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

المعطيات المتعلقة بالرضاعة الطبيعية.

فاقت نسبة الأطفال الذين سبق لهم رضاعة الثدي مستوى 91% في معظم الحالات، حيث سجلت أكبر نسبة لدى أطفال النسوة ذوات المستوى ابتدائي بالوسط الريفي (إناث: 95,47%، الذكور: 94,94%). غير أن هناك بض الحالات لم تتعد نسبة التلقين للرضاعة الطبيعية سقف 89%، حيث شكلت الإناث اللاتي أمهاتهن ذوات مستوى عالي أدنى النسب (88,46% في الريف، 88,95% لدى الحضر). كما نشير إلى تسجيل تباين طفيف بين الجنسين ووسطي الإقامة تراوح بين 1 و 3 وحدات مئوية.

عموماً، بلغت نسبة الأطفال الأصغر من خمسة سنوات وتلقوا رضاعة طبيعية بالوسط الحضري المقدار 92,24% (الذكور: 92,4%، الإناث: 92,01%). في حين تعدت هذه النسبة بالوسط الريفي 93,4% (الذكور: 93,74%، الإناث: 93,23%).

وبالنظر إلى جنس الطفل فقد سجل الذكور النسبة 93,06% (الحضر: 92,47%، الريف: 93,74%). فيما عرفت هذه النسبة وسط الإناث القيمة 92,57% (الحضر: 92,01%، الريف: 93,23%). كما شهدت هذه النسبة قيما متفاوتة بين المستويات التعليمية للأمهات، فقد تقاربت بين الأمهات دون مستوى واللاتي لديهن مستوى الابتدائي عند 93,24% و 93,69% على الترتيب. كما تساوت النسبة بين أطفال ذوات المستويين متوسط وثنائي 92,38% و 92,39% على التوالي. فيما سجلت النسبة أدنى مستوى لها بين أطفال ذوات المستوى العالي (90,98%).

3.1.4. انتشار الرضاعة الطبيعية والتغذية المكملّة الملائمة:

يقصد بالرضاعة الطبيعية الحصرية أو الخالصة، تلك الرضاعة التي يتلقاها الطفل من الثدي فقط دون أي تغذية أخرى، بغض النظر عن الفيتامينات أو العناصر المعدنية والأدوية، ويعتبر هذا النمط من الرضاعة ضرورياً ومفيداً جداً لصحة الطفل لاسيما قبل بلوغه 6 أشهر أو على الأقل 4 أشهر من العمر. بينما تعتبر الرضاعة المختلطة تلك التي تعتمد على الرضاعة من الثدي إلى جانب تلقي تغذية تكميلية أخرى، حيث يفيد أكثر هذا النمط من الرضاعة الأطفال بعد بلوغهم 6 أشهر من العمر. ويشمل مصطلح الاستمرار في الرضاعة الطبيعية الحالتين السابقتين معاً.

1.3.1.4. الاستمرار في تلقي الرضاعة الطبيعية:

يشير الجدول (رقم 34.4) إلى أن 22,61% من مجموع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 5 سنوات لا زالوا يتلقون الرضاعة من الثدي. فيما 69,41% قد تم فطامهم، في حين 7,37% من مجموع هؤلاء الأطفال

لم يسبق لهم رضاعة الثدي. كما سجل هذا المتغير معطيات ناقصة بلغت 88 حالة (غير مبين: 2، إجابة ناقصة: 86) وافقت النسبة 0,6%، مما يجعل البيانات المتعلقة بهذا المتغير ذات مصداقية وجودة.

غير أن النسب المتعلقة باستمرار الرضاعة الطبيعية لا تقيس لنا انتشار الرضاعة الطبيعية الضرورية إلا إذا أخذنا بعين الاعتبار فئات أعمار الأطفال، لأن الرضاعة الطبيعية تتقلص طبيعياً كلما تقدم الأطفال في العمر، خاصة بعد بلوغهم الشهر السادس ثم الشهر الثالث والعشرين. ما أدى إلى تقليص نسبة المستمرين في الرضاعة الطبيعية المشار إليها.

الجدول رقم 34.4: توزيع الأطفال (> 5 سنوات) حسب الاستمرار في الرضاعة الطبيعية

النسب لمنوية %	عدد الاطفال	استمرار الرضاعة الطبيعية
7,37	1076	لم تسبق لهم الرضاعة
22,61	3300	مازالوا يرضعون
69,41	10129	فطموا
0,01	2	غير مبين
0,59	86	إجابات ناقصة
100	14593	المجموع

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات مسح 2006 (ملف الطفل)

لقد بلغ انتشار الرضاعة الطبيعية بين الأطفال الذين تقل أعمارهم عن ستة أشهر عند المستوى 79,8% من مجموع أطفال هذه الفئة ممن شملهم المسح، وهو مستوى يبين مستوى الوعي بأهمية الرضاعة من الثدي، خاصة قبل بلوغ هذا العمر. توزعت هذه النسبة المئوية بين 81,5 وسط الاناث و 78 بين الذكور. في حين كان انتشار هذه الرضاعة بالوسط الريفي أكثر منه بالوسط الحضري (الحضر: 76,66%، الريف: 83,61%)، كما سجلت نسبة الاناث أكثر من الذكور في كلا الوسطين، الريف (الذكور: 81,2%، الاناث: 86,2%)، والحضر (الذكور: 75,3%، الإناث: 77,9%).

بينما بلغت نسبة الأطفال الذين استمروا في تلقي الرضاعة الطبيعية بعد بلوغهم 6 أشهر من العمر وولم يتجاوزوا عيد ميلادهم الأول المقدار 52,6% (الحضر: 50,3%، الريف: 55,38%). كما نلاحظ أن استمرار هذه الرضاعة كان وسط الذكور أكبر منه وسط الاناث.

وقدر استمرار الرضاعة من الثدي وسط الأطفال الذين تزيد أعمارهم عن سنة ونقل عن سنتين بالنسبة 33,6% من مجموع أطفال هذه الفئة العمرية. وسجل المعدل بالوسط الريفي أعلى مستوى منه بالوسط الحضري

(الريف: 38,7%، الحضر: 29%)، ويظهر التباين أكثر بين ذكور الوستين (الريف: 42,2%، الحضر: 27,4%)، بينما لم يكن هناك تباين كبير بين الجنسين داخل وسط الإقامة الواحد. (الجدول رقم 35.4)

الجدول رقم 35.4: نسب الأطفال الذين مازالوا يتلقون رضاعة طبيعية حسب العمر والجنس ووسط الإقامة

الفئات العمرية بالأشهر	الحضر			الريف			الإجمالي	
	الذكور	الإناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	الذكور	الإناث
> 6 أشهر	75,30	77,94	76,66	81,23	86,17	83,61	78,08	81,52
6-11 شهرا	51,30	49,25	50,30	59,42	51,29	55,38	54,98	50,19
12-23 شهرا	27,36	30,78	29,04	42,19	35,03	38,73	34,38	32,75
24-35 شهرا	9,55	5,88	7,76	8,39	8,55	8,47	9,03	7,12
36-47 شهرا	3,13	3,03	3,08	2,26	2,08	2,18	2,73	2,63
48-59 شهرا	2,23	2,10	2,16	1,09	1,61	1,34	1,69	1,87
المجموع	21,07	21,28	21,18	25,15	23,43	24,31	22,96	22,26

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدول رقم 12، الملحق 4

أما بالنظر إلى استمرار الأطفال في تلقي الرضاعة من الثدي عند العمر 4 أشهر تحديداً، فقد بلغت قيمة الاستمرار النسبة 75,1% من مجموع الأطفال في هذا العمر، حيث شهدت النسبة أقصى قيمة لها بين إناث الريف عند المستوى 84,9%. عموماً سجل الوسط الريفي المعدل 81,37% فيما كانت بالوسط الحضري 69,65%. وبالنظر إلى الجنس فقد شهد الإناث أحسن قيمة للمعدل بتسجيلهن المقدار 80,43% مقابل 69,1% بين الذكور. (انظر إلى الجدول رقم 36.4)

الجدول رقم 36.4: نسب الأطفال البالغون 4 أشهر تحديداً من العمر المستمرون في الرضاعة من الثدي

حسب الجنس ومحل الإقامة

ربط المتغيرات ¹	عدد الأطفال	ربط المتغيرات ²	عدد الأطفال	نسبة الرضاعة الطبيعية %
1 1 1 4	41	1 1 4	65	63,03
2 1 1 4	50	2 1 4	66	76,12
1 2 1 4	39	1 2 4	50	76,89
2 2 1 4	54	2 2 4	64	84,90
المجموع	184	/	245	75,10

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

¹ الخانة الأولى: العمر بالأشهر (..)، الخانة الثانية: تلقي الرضاعة الطبيعية (1: نعم، 2: لا، 8: غير مبين، 9: إجابة ناقصة)، الخانة الثالثة: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الرابعة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

² الخانة الأولى: العمر بالأشهر (..)، الخانة الثانية: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثالثة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

كما تجدر الإشارة إلى عدم ادراج استفسارات أو أسئلة ضمن استمارة هذا المسح موجهة للأمهات حول أسباب عدم استفادة أطفالهن من الرضاعة الطبيعية كلياً أو جزئياً، من أجل الوقوف على أهم الأسباب التي حالت دون تلقي أو استمرار الأطفال للرضاعة من الثدي، لاسيما قبل بلوغهم الأعمار 4 أو 6 أشهر. عموماً، كانت النسبة الغالبة للمستمرين في الرضاعة الطبيعية وسط الأطفال البالغون 6 أشهر قد سجلت بمحل الإقامة الريفي عند المستوى 63,36%، في حين قابلتها النسبة 49,48% بالوسط الحضري. بينما شهد المعدل تبايناً نسبياً بين الجنسين (الذكور: 56,82%، الإناث: 53,61%).

كما نلاحظ من الجدول (رقم 37.4) أن أحسن معدل للرضاعة الطبيعية سجل بين ذكور الوسط الريفي (64,25%).

الجدول رقم 37.4: نسب الأطفال البالغون 6 أشهر تحديداً من العمر المستمرون في تلقي الرضاعة الطبيعية

ربط المتغيرات ¹	عدد الأطفال	ربط المتغيرات ²	اجمالي الأطفال	نسبة الرضاعة الطبيعية %
1 1 1 6	36	1 1 6	69	52,27
2 1 1 6	33	2 1 6	70	46,73
1 2 1 6	27	1 2 6	42	64,25
2 2 1 6	33	2 2 6	53	62,65
المجموع	129	/	234	55,13

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

2.3.1.4. الرضاعة الطبيعية الخالصة:

كما أشرنا في بداية هذا الجزء من الدراسة، فالمقصود بالرضاعة الخالصة أو الحصرية، تلك الرضاعة من الثدي دون أي تغذية تكميلية أخرى، باستثناء الفيتامينات أو الأدوية (أي يجب أن يكون جواب الأسئلة BF3b,c,d,e,f,g,h هو 2 (لا) فقط BF3a=1 مسموح به). يأخذ هذا المؤشر في المسوح العنقودية الرمز '15'، حيث يخص الرضاعة الخالصة لفئة الأطفال 0-5 أشهر.

¹ الخانة الأولى: العمر بالأشهر، الخانة الثانية: تلقي الرضاعة الطبيعية (1: نعم، 2: لا، 8: غير مبين، 9: إجابة ناقصة)، الخانة الثالثة: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الرابعة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

² الخانة الأولى: العمر بالأشهر، الخانة الثانية: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثالثة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

الجدول رقم 38.4: الرضاعة الطبيعية الخالصة للأطفال دون الشهر السادس من العمر (المؤشر رقم 15)

الخصائص	الذكور		الإناث		المجموع	
	الرضاعة الطبيعية لوحدها %	اجمالي أطفال الفئة العمرية	الرضاعة الطبيعية لوحدها %	اجمالي أطفال الفئة العمرية	الرضاعة الطبيعية لوحدها %	اجمالي أطفال الفئة العمرية
الأطفال من 0-3 أشهر (رضاعة خالصة)						
الحضر	10,21	212	9,89	228	10,04	439
الريف	10,75	196	10,45	173	10,61	369
المجموع	10,47	408	10,13	400	10,30	808
الأطفال من 0-3 أشهر (رضاعة من الثدي والماء الطبيعي)						
الحضر	26,83	212	27,78	227	27,32	439
الريف	35,26	196	32,82	173	34,12	369
المجموع	30,89	408	29,96	400	30,43	808
الأطفال من 0-5 أشهر (رضاعة خالصة)						
الحضر	6,44	353	6,83	375	6,64	728
الريف	7,86	312	6,57	289	7,24	601
المجموع	7,10	665	6,72	663	6,91	1329
الأطفال من 0-5 أشهر (رضاعة من الثدي والماء الطبيعي)						
الحضر	18,76	353	19,78	375	19,28	728
الريف	27,37	312	25,90	289	26,66	601
المجموع	22,80	665	22,47	663	22,65	1329

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدولين رقمي 13، 14، الملحق 4

للاشارة، فقد أدرج التقرير الرئيسي للمسح قيمة هذا المعدل وسط الرضع دون أربعة أشهر من العمر (0-3 أشهر) عند المستوى 10,4%. غير أننا سجلنا بعد معالجة المعطيات الخام القيمة 10,30%. في حين بلغت نسبة الأطفال الذين يتلقون رضاعة طبيعية لوحدها مع الماء فقط المستوى 30,43%，وهي تعكس مستوى نجاعة البرامج التي تدعم الرضاعة الطبيعية.

شهد معدل الرضاعة الطبيعية الخالصة للفئة 0-3 أشهر أحسن قيمة له بين ذكور الوسط الريفي (10,75%)، وأسوأ قيمة بين إناث الوسط الحضري (9,89%). عموماً سجل هذا المؤشر بالوسط الريفي القيمة (10,61%)، فيما بلغت مثيلتها بالوسط الحضري (10,04%). كما لم يكن هناك تباين كبير بين الجنسين.

سجلت أحسن نسبة لرضع هذه الفئة الذين يرضعون من الثدي بالإضافة إلى الماء الطبيعي عند ذكور الوسط الريفي (35,26%)، فيما كانت أسوأ قيمة لدى ذكور الوسط الحضري (26,83%).

لقد تناول التقرير الرئيسي للمسح مؤشر الرضاعة الخالصة الخاص بفئة أعمار الرضع 0-5 أشهر (المؤشر رقم "15" في المسوح العنقودية). فقد قدرت قيمته وفق التقرير 6,9%. وبلغ هذا المؤشر من خلال معالجتنا للمعطيات الخام المقدار 6,91%. يعكس هذا المؤشر المستوى الذي وصلت إليه الرضاعة الطبيعية في الجزائر، وإلى مستوى الوعي المحقق في برامج السياسة السكانية المتعلقة بدعم الرضاعة الخالصة أو الحصرية وسط الأطفال الأصغر من 6 أشهر.

من جهة أخرى، قدرت نسبة الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 6 أشهر ويرضعون من الثدي مع اشراك الماء عند المستوى 22,65%، كان أحسنها وسط ذكور الوسط الريفي بتسجيل معدل مقداره 27,37%، في حين وجدت أسوأ قيمه وسط ذكور الحضر (18,76%). كما كان التباين بين الجنسين ضعيف.

3.3.1.4. معدل الاستمرار في الرضاعة الطبيعية:

تمثل نسب مواصلة الأطفال للرضاعة الطبيعية بعد السنة الأولى (12-15 شهرا) وقبل العام الثاني (20-23 شهرا) المؤشر رقم '16' في المسوح العنقودية. ويحسب هذا المؤشر بقسمة عدد الأطفال في الأعمار 12-15 شهرا، و 20-23 شهرا الذين يرضعون رضاعة طبيعية حاليا، على اجمالي عدد الأطفال البالغين 12-15 شهرا، و 20-23 شهرا الذين شملهم المسح (نموذج الرضاعة الطبيعية $BF2=1$).

الجدول رقم 39.4: معدلات استمرار الرضاعة الطبيعية للأطفال (12-15 شهرا) حسب الجنس والوسط

الخصائص	الذكور		الإناث		المجموع	
	الرضاعة من الثدي %	اجمالي أطفال الفئة العمرية	الرضاعة من الثدي %	اجمالي أطفال الفئة العمرية	الرضاعة من الثدي %	اجمالي أطفال الفئة العمرية
الأطفال في العمر بين 12-15 شهرا (المؤشر '16')						
الحضر	40,04	238	45,80	235	42,90	473
الريف	51,65	246	48,34	224	50,07	470
المجموع	45,93	484	47,04	459	46,47	943
الأطفال في العمر بين 20-23 شهرا (المؤشر '16')						
الحضر	16,54	294	17,18	272	16,85	566
الريف	33,00	267	22,80	214	28,47	482
المجموع	24,38	561	19,66	486	22,19	1048

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدولين رقمي 15، 16، الملحق 4

بلغ معدل الاستمرار في الرضاعة الطبيعية (المؤشر '16' في المسوح العنقودية) المستوى 46,47% وسط أطفال الفئة العمرية 12-15 شهرا. توزعت بين 42,9 مئوية بالوسط الحضري و 50,07 بالمائة بالوسط الريفي، وبين 45,93 من المائة لدى الذكور و 47,04 مئوية عند الاناث، حيث لم يكن هناك تباين كبير في القيم بين الجنسين، في حين كان التباين واضحا وكبير نسبيا بين وسطي الإقامة، حيث تجاوزت قيمة المؤشر بالوسط الريفي نظيرتها بالوسط الحضري بأكثر من 7 وحدات مئوية.

للإشارة، فقد سجل هذا المؤشر أحسن قيمة له وسط ذكور محل الإقامة الريفي (51.65%)، بينما شهد أسوأ قيمه بين ذكور الوسط الحضري (40,04%). ما يعطي إشارة إلى اهتمام الوسط الريفي بجنس الذكور وتفضيل الأطفال على أساس الجنس، على عكس الوسط الحضري الذي غلبت فيه الاناث (45,8%) الذكور بالنظر إلى قيم هذا المؤشر. (أنظر إلى الجدول رقم 39.4)

4.3.1.4. التغذية المكملية لحليب الأم في موعدها الصحيح:

يحسب مؤشر وقت البدء في التغذية التكميلية (المؤشر رقم "17" في المسوح العنقودية) باعتباره نسبة الأطفال البالغون من 6 إلى 9 أشهر ويتلقون رضاعة من الثدي بالإضافة إلى تغذية مكملية صلبة ونصف صلبة إلى مجموع الأطفال في الاعمار 6-9 أشهر. أي مازالوا يرضعون طبيعيا (BF2=1 'نعم') وأطعموا غذاء مكملا خلال الأربعة والعشرين ساعة الماضية (BF3h=1) حتى لو تناولوا بدائل أخرى لحليب الأم.

وتعد التغذية التكميلية الصلبة ونصف الصلبة متميزة، كونها تتشكل من أغذية كالحبوب والخضر والفواكه، الغنية بالعناصر الغذائية الضرورية كالألبياف والفيتامينات. وينتقل الرضيع خلال هذه المرحلة من التغذية بالحليب والسوائل إلى التغذية الصلبة ونصف الصلبة. وتعتبر هذه المرحلة الانتقالية حاسمة لصحة الطفل، حيث تجنبه الإصابة بسوء التغذية. وتبدأ هذه المرحلة بعد بلوغ الرضيع شهره السادس وتستمر إلى غاية الشهر التاسع من العمر.

يشير الجدول (رقم 40.4) إلى انتشار التغذية التكميلية الصلبة ونصف الصلبة معية الرضاعة الطبيعية بين الرضع البالغين من 6 إلى 9 أشهر، حيث بلغت قيمة هذا المؤشر المستوى 39,01%، توزعت بين 35,11 بالمائة بالوسط الحضري و 43,82 من المائة بالوسط الريفي، وبين 42,48% وسط الذكور و 35,43% وسط الإناث. كما شهد هذا المؤشر أحسن قيمة له وسط ذكور الوسط الريفي بتسجيله 45,59%،

في حين عرف أسوأ قيمة له وسط الرضيعات بالوسط الحضري أين سجل النسبة 30,7%.

الجدول رقم 40.4: نسبة الأطفال (6-9 أشهر) المتلقين لتغذية مكملية لحليب الأم في الموعد الصحيح

الخصائص	الذكور		الإناث		المجموع	
	التغذية المكملية لحليب الأم في موعد لها الصحيح	اجمالي الأطفال 6-9 أشهر	التغذية المكملية لحليب الأم في موعد لها الصحيح	اجمالي الأطفال 6-9 أشهر	التغذية المكملية لحليب الأم في موعد لها الصحيح	اجمالي الأطفال 6-9 أشهر
الحضر	39,72%	284	30,70%	296	35,11%	580
الريف	45,59%	250	41,80%	221	43,82%	471
المجموع	42,48%	534	35,43%	517	39,01%	1051

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدول رقم 17، الملحق 4

كما نلاحظ من الجدول (رقم 40.4) التباين الواضح للمؤشر بين وسطي الإقامة من جهة، وبين الجنسين من جهة أخرى، حيث شهد الوسط الريفي أحسن القيم مقارنة بالوسط الحضري، كما سجل الذكور قيماً أكبر مقابل الإناث.

5.3.1.4. معدلات التغذية التكميلية:

تمثل هذه المعدلات المؤشرين رقمي "18" و "19" في المسوح العنقودية. حيث يعبر الأول عن تكرار التغذية المكملية لحليب الأم وفق الوتيرة الموافقة أو الحد الأدنى الموصى به يومياً، ويختلف الحد الأدنى لعدد المرات حسب الفئة العمرية للطفل، حيث تقدر بمرتين في اليوم على الأقل لمن تبلغ أعمارهم 6-8 أشهر، وثلاثة مرات على الأقل لمن تبلغ أعمارهم بين 9 و 11 شهراً.

فيما يعبر الثاني عن تلقي التغذية الملائمة أو المناسبة للأطفال البالغة أعمارهم بين 0-11 شهراً. ويقصد بها الرضاعة الطبيعية الخالصة للرضع ما بين 0-5 أشهر، والرضاعة الطبيعية بالإضافة إلى أغذية مكملية صلبة ونصف صلبة بالحد الأدنى على الأقل للرضع ما بين 6-11 شهراً.

للاشارة، يحسب المؤشر رقم 18، بقسمة عدد الرضع البالغة أعمارهم 6-11 شهراً ويتغذون بالرضاعة الطبيعية وعلى غذاء مكمل لحليب الأم على الأقل بالحد الأدنى الموصى به (مرتين يومياً للأعمار 6-8 أشهر، 3 مرات يومياً لمن يبلغون 9-11 شهراً)، على إجمالي عدد الرضع البالغين ما بين 6-11 شهراً الذين شملهم المسح.

أما المؤشر رقم 19 الذي يعبر عن تلقي التغذية الكافية المناسبة أو الملائمة، فيحسب بقسمة عدد الرضع ما

بين 0-11 شهرا الذين يتلقون تغذية مناسبة (الرضع بين 0-5 أشهر الذين يرضعون رضاعة طبيعية خالصة والأطفال ما بين 6-11 شهرا الذين يرضعون رضاعة طبيعية وتناولوا أغذية صلبة أو شبه صلبة بعدد مناسب من المرات يوميا)، على إجمالي عدد الرضع البالغون ما بين 0 و 11 شهرا الذين شملهم المسح.

الجدول رقم 41.4: نسب الأطفال (6-8 أشهر) الذين رضعوا حليب الأم ومواد مكملات مرتين على الأقل خلال 24 ساعة الأخيرة حسب الجنس ووسط الإقامة

الخصائص	الذكور		الإناث		المجموع	
	حليب الأم + مواد مكملات مرتين على الأقل خلال 24 ساعة	اجمالي الأطفال 6-8 أشهر	حليب الأم + مواد مكملات مرتين على الأقل خلال 24 ساعة	اجمالي الأطفال 6-8 أشهر	حليب الأم + مواد مكملات مرتين على الأقل خلال 24 ساعة	اجمالي الأطفال 6-8 أشهر
الحضر	30,21%	206	25,01%	217	27,55%	423
الريف	44,51%	190	35,39%	160	40,34%	350
المجموع	37,07%	396	29,42%	377	33,34%	773

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدول رقم 18، الملحق 4

تجاوز عدد الأطفال البالغون من العمر بين 6 و 8 أشهر الذين يرضعون من الثدي بالإضافة إلى أغذية صلبة ونصف صلبة ملائمة ثلث رضع هذه الفئة الذين شملهم المسح. حيث سجل ذكور الوسط الريفي أعلى نسبة بين أقرانهم (44,5%)، في حين شهدت اناث الوسط الحضري أدنى النسب (25%).

عموماً، عرف الوسط الريفي أحسن قيمة للمعدل (40,34%) مقارنة بالوسط الحضري (27,55%). كما سجلنا تباينا واضحا لقيم المعدل بالنظر إلى الجنس (الذكور: 37%، الإناث: 29,4%).

يدخل هذا المعدل في حساب مؤشر التغذية التكميلية (18) إلى جانب معدل الرضع البالغين 9-11 شهراً الذين يرضعون طبيعياً وتلقوا تغذية تكميلية صلبة أو نصف صلبة 3 مرات على الأقل خلال الـ 24 ساعة قبل المسح.

كما يدخلان هذان المعدلان معاً بالإضافة إلى نسب الرضع دون 6 أشهر ويتلقون رضاعة طبيعية خالصة، في حساب المؤشر رقم 19 في المسوح العنقودية الذي يدل على معدل الأطفال الذين يتلقون تغذية سليمة.

الجدول رقم 42.4: نسب الأطفال (9-11 شهرا) الذين رضعوا حليب الأم ومواد مكملة صلبة أو نصف

صلبة 3 مرات على الأقل خلال 24 ساعة الأخيرة حسب الجنس ووسط الإقامة

المجموع		الإناث		الذكور		الخصائص
اجمالي الأطفال 9- 11 أشهر	حليب الأم + مواد مكملة 3 مرات على الأقل خلال 24 ساعة	اجمالي الأطفال 9- 11 أشهر	حليب الأم + مواد مكملة 3 مرات على الأقل خلال 24 ساعة	اجمالي الأطفال 9- 11 أشهر	حليب الأم + مواد مكملة 3 مرات على الأقل خلال 24 ساعة	
467	19,11%	216	17,10%	251	20,84%	الحضر
404	20,13%	214	19,35%	190	21,01%	الريف
871	19,58%	430	18,22%	441	20,91%	المجموع

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدول رقم 19، الملحق 4

يشير الجدول رقم 42.4 إلى نسبة الرضع الذين تتراوح أعمارهم بين 9 و 11 شهراً ويرضعون طبيعياً واستفادوا من أغذية مكملة لحليب الأم صلبة ونصف صلبة بوتيرة ثلاثة (3) مرات يوميا على الأقل، إذ وصلت إلى المستوى 19,58% من مجموع الأطفال المنتمين إلى الفئة العمرية (9-11 شهر) الذين شملهم المسح. وسجل ذكور الوسط الريفي أحسن قيمة للنسبة (21%)، في حين شهدت النسبة أسوأ قيمة لها وسط إناث محل الإقامة الحضري (17%).

عموماً، شهدت النسبة تباين بسيط بين وسطي الإقامة (الحضر: 19.11%، الريف: 20,13%)، وبين الجنسين (الذكور: 20,91%، الاناث: 18,22%).

الجدول رقم 43.4: نسب الأطفال (6-11 شهرا) الذين رضعوا حليب الأم ومواد مكملة وفق عدد المرات

الموصى بها خلال 24 ساعة الأخيرة حسب وسط الإقامة والجنس (المؤشر "18")

المجموع		الإناث		الذكور		الخصائص
اجمالي الأطفال 6- 11 أشهر	نسبة الأطفال 6- 11 شهر وتحصلوا على مواد مكملة حسب عدد المرات الموصى بها في اليوم	اجمالي الأطفال 6- 11 أشهر	نسبة الأطفال 6- 11 شهر وتحصلوا على مواد مكملة حسب عدد المرات الموصى بها في اليوم	اجمالي الأطفال 6- 11 أشهر	نسبة الأطفال 6- 11 شهر وتحصلوا على مواد مكملة حسب عدد المرات الموصى بها في اليوم	
890	23,12	433	21,07	457	25,06	الحضر
754	29,52	374	26,22	380	32,77	الريف
1644	26,05	807	23,45	837	28,56	المجموع

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدولين رقمي 18، 19، الملحق 4

وصلت قيمة المؤشر رقم "18" الذي يمثل معدل التغذية التكميلية الملائمة للأطفال خلال الأعمار ما بين 6 و 11 شهراً، إلى المستوى 26,05%. رصدت أحسن قيمة له لدى ذكور الوسط الريفي (32,77%)، فيما كانت أسوأ قيمة له وسط إناث الحضر (21%). كما فاقت نسبة الأطفال بالوسط الريفي بشكل واضح نظيرتها بالوسط الحضري، بتسجيلهما النسبتين 29.52% و 23,12% على التوالي.

يدخل عدد الأطفال دون الشهر السادس من العمر، الذين يتلقون رضاعة طبيعية خالصة، بالإضافة إلى عدد الأطفال في الأعمار بين 6 و 11 شهراً الذين مازالوا يرضعون من الثدي ويتلقون تغذية مكملية حسب عدد المرات الأدنى الموصى به وفق الفئة العمرية، في حساب المؤشر رقم "19" للمسوح العنقودية (MICS). ويصنف هؤلاء الرضع كأطفال يتلقون تغذية سليمة.

بلغت نسبة الرضع الذين لم يكملوا عامهم الأول من العمر وتلقوا تغذية سليمة المستوى 17,67% من مجموع الرضع من نفس العمر. توزعت هذه النسبة بين 19,25 من المائة وسط الذكور و 16,06 بالمائة عند الإناث، وبين 15,93 من المائة لدى رضع الوسط الحضري و 19,74 بالمائة عند نظرائهم في الوسط الريفي.

الجدول رقم 44.4: نسب الأطفال (0-11 شهراً) الذين تلقوا تغذية ملائمة أو متوافقة حسب الجنس والوسط

الخصائص	الذكور		الإناث		المجموع	
	نسبة الأطفال 0-11 شهر الذين يتغذوا بصفة متوافقة	اجمالي الأطفال 0-11 شهر	نسبة الأطفال 0-11 شهر الذين يتغذوا بصفة متوافقة	اجمالي الأطفال 0-11 شهر	نسبة الأطفال 0-11 شهر الذين يتغذوا بصفة متوافقة	اجمالي الأطفال 0-11 شهر
الحضر	17,12	810	14,74	808	15,93	1618
الريف	21,74	692	17,66	663	19,74	1355
المجموع	19,25	1502	16,06	1470	17,67	2973

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجداول أرقام 13 و 18 و 19، الملحق 4

يظهر لنا جلياً التباين بين وسطي الإقامة وبين الجنسين، حيث سجلت أحسن قيم المؤشر بالوسط الريفي، كما سجل الذكور أحسن قيمة مقارنة بالإناث، فقد شهد المعدل أعلى قيمة بين ذكور الوسط الريفي (21,47%)، وسجل أدنى قيمة له بين إناث الوسط الحضري. كما سجلت رضيعات الوسط الريفي أحسن كمية للمؤشر مقارنة بذكور الوسط الحضري، ما يفسر التأثير الكبير لمحل الإقامة على مستويات هذا المؤشر.

6.3.1.4. متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية:

لم يتطرق التقرير الرئيسي للمسح إلى مؤشر متوسط طول فترة الرضاعة، رغم توفر المعطيات اللازمة لتلبية هذا الغرض.

تعتبر طريقة P/I في حساب متوسط طول فترة الرضاعة الأكثر شيوعاً، يتم وفقها تقدير متوسط الفترة بقسمة عدد الأطفال الذين يزاولون الرضاعة الطبيعية وقت المسح على متوسط عدد المواليد في الشهر. كما يمكن حساب هذه الفترة باستخدام عدد الأطفال في فئات الأعمار المختلفة الذين ما زالوا يرضعون طبيعياً، وذلك بافتراض انتماء أطفال الفئات المختلفة إلى فوج افتراضي، باعتبار أن الأطفال الذين يتوقفون عن الرضاعة خلال فئة العمر المحددة قد رضعوا في المتوسط إلى منتصف الفئة، أو بمعنى آخر التوقف عن الرضاعة الطبيعية يتم وفق فرضية التوزيع الخطي.

أما الوسيط فيتطلب حسابه تحديد العمر الذي يرضع مقابله 50 بالمائة من الأطفال، والربيع الأول تحديد العمر الذي يرضع مقابله 25 من المائة من الأطفال، والربيع الثالث فيتطلب حسابه تحديد العمر الذي يرضع مقابله 75 بالمائة من الأطفال. توسط هذه الربيعات الثلاث يقيس فترة الرضاعة الطبيعية.

الجدول رقم 45.4: متوسط طول فترة الرضاعة للمواليد خلال العامين السابقين للمسح

الخصائص	متوسط فترة الرضاعة اعتماداً على طريقة P/I *			متوسط فترة الرضاعة بالاعتماد على الوضع الحالي **			فترة الرضاعة الطبيعية *** (متوسط الربيعات الثلاث الأولى)		
	الحضر	الريف	المجموع	الحضر	الريف	المجموع	الحضر	الريف	المجموع
الذكور	10,51	13,21	11,76	9,30	10,41	9,88	7,65	8,89	8,32
الإناث	11,13	11,99	11,52	9,29	9,62	9,45	7,69	8,14	7,90
المجموع	10,82	12,62	11,65	9,30	10,04	9,67	7,68	8,53	8,12

المصدر: (*) من اعداد الطالب اعتماداً على بيانات الجدول رقم 20، الملحق 4، (**) و (***) عمل خاص بناء على معطيات الجدولين 21، 22 على الترتيب، الملحق 4

يوضح الجدول (رقم 45.4) التقديرات المختلفة لطول فترة الرضاعة الطبيعية، فقد قدر متوسط فترة الرضاعة المحسوب بطريقة P/I بحوالي 12,6 شهراً. وكان التباين واضحاً بين وسطي الإقامة (الحضر: 10,8 شهر، الريف: 12,6 شهر). وسجلت أحسن فترة رضاعة وسط ذكور محل الإقامة الريفي (13,2 شهر)، في حين وجدت أقل فترة رضاعة طبيعية بين ذكور الوسط الحضري (10,5 شهر). فيما لم يظهر

تباين ملموس بين الجنسين.

وبلغ متوسط فترة الرضاعة باستخدام بيانات الوضع الحالي المقدار 9,67 شهر، وشهد الوسط الريفي أطول فترة عند 10 أشهر، كما سجل ذكور الوسط الريفي أحسن فترة رضاعة طبيعية (10,4 شهر).

قدر وسيط فترة الرضاعة الطبيعية عند 7,85 شهر، كان أكبرها عند ذكور الوسط الريفي بالمقدار 8,52 شهر، وأدناها لدى إناث الوسط الحضري عند 7,51 شهر.

أما متوسط الربعات الثلاث الأولى لفترة الرضاعة الطبيعية، فقدت بحوالي 8,1 شهر، توزعت بين حوالي 7,7 شهر بالوسط الحضري و8,5 شهر بالوسط الريفي. وسجل أحسن متوسط عند ذكور الوسط الريفي بحوالي 8,9 شهر، فيما وجدت أصغر قيمة للمتوسط بين ذكور الوسط الحضري (7,65 شهر). كما نلاحظ وجود بعض التباين للمتوسط بين الجنسين في الوسط الريفي.

7.3.1.4. الفطام:

تبدأ مرحلة الفطام بانفصال الطفل عن أمه من ناحية الرضاعة من الثدي، والانتقال إلى نظام غذائي لا يعتمد على لبن الأم. ويعرف إيقاف الرضاعة الطبيعية للطفل خلال الثلاثة أشهر الأولى من العمر بالفطام المبكر. كما توصي منظمة الصحة العالمية واليونيسيف بضرورة عدم فطام الطفل قبل بلوغه ستة أشهر الأولى من عمره، بل وتدعوان إلى استمرار الرضاعة الطبيعية بعد هذا العمر مع إضافة تغذية تكميلية صلبة ونصف صلبة ملائمة وفق التدرج في العمر، وارجاء الفطام إلى غاية بلوغ الطفل حولين أو حول واحد على الأقل.

الجدول رقم 46.4: توزيع نسب الأطفال (0-24 شهرا) المفطومين حسب الجنس والوسط مع الأخذ في

عين الاعتبار منطقية عمر الطفل مع عمره وقت الفطام

الخصائص	الذكور			الإناث			المجموع		
	عدد المفطومين 24-0 شهرا	النسب %	اجمالي الأطفال 24-0 شهرا	عدد المفطومين 24-0 شهرا	النسبة %	اجمالي الأطفال 24-0 شهرا	عدد المفطومين 24-0 شهرا	النسبة %	اجمالي الأطفال 24-0 شهرا
الحضر	836	49,05	1705	756	45,72	1654	1592	47,41	3358
الريف	578	39,39	1468	611	43,50	1405	1190	41,40	2873
المجموع	1414	44,58	3173	1367	44,70	3059	2782	44,64	6231

المصدر: عمل خاص اعتمادا على بيانات الجدولين رقمي 24 و 27، الملحق 4

لقد وصل إجمالي عدد الأطفال بين العمر 0 و 24 شهرا ماضية المية 6231 طفل شمله المسح، من بينهم 2782 طفل قد تم فطامه خلال أعمار مختلفة بين 0 و 24 شهراً. وهذا ما يعادل ما نسبته 44,64 من المائة، توزعت بين 47,41 في المائة بين الحضر و 41,4 بالمائة بالوسط الريفي، وبين حوالي 44,6 بالمائة وسط الذكور و 44,7 مئوية لدى الإناث. نلاحظ بعض التباين في القيم بين الجنسين داخل نفس الوسط، كما يظهر التباين جلياً بين محلي الإقامة لدى الذكور، في حين نلمس بعض التجانس في القيم بين إناث الوسطين. وقد عرف ذكور الوسط الحضري أعلى نسبة مفطومين (49%)، فيما سجل ذكور الوسط الريفي أدنى قيمة (39,4%).

من خلال الجدول رقم 47.4 والجدول (رقم 28، الملحق 4) تبين أن حوالي 32,7 في المائة من مجموع المواليد (الذين فطموا) خلال العامين السابقين للمسح، قد تم فطامهم مبكراً (خلال الثلاث أشهر الأولى من العمر). كما أن 29 بالمائة من المفطومين قد تم فطامهم بين الشهر الثالث والخامس من العمر أي قبل بلوغهم الشهر السادس، بمعنى أن 61,7% من الرضع فطموا خلال الستة أشهر الأولى من العمر. فيما بلغت نسبة الرضع الأصغر من عامين الذين فطموا بين ستة أشهر وقبل بلوغهم السنة الأولى المستوى 18,85%، ما يوافق اجمالاً ما قيمته 80,55% من الرضع قد فطموا خلال السنة الأولى من العمر.

في حين بلغت نسبة الأطفال الذين فطموا بين 12-17 شهرا المقدار 12,45 من المائة، لتصل كمية الأطفال الذين تم فطامهم قبل بلوغهم 18 شهرا المستوى 93% من الأطفال المفطومين خلال العامين السابقين للمسح. وسجل الاطفال الذين فطموا بعد 18 شهرا وقبل بلوغ عيد الميلاد الثاني النسبة 6,27%.

فيما بلغت نسبة الأطفال الذين فطموا بين 12-17 شهرا المقدار 12,45 من المائة، لتصل كمية الأطفال الذين تم فطامهم قبل بلوغهم 18 شهرا المستوى 93% من الأطفال المفطومين خلال العامين السابقين للمسح. وسجل الاطفال الذين فطموا بعد 18 شهرا وقبل بلوغ عيد الميلاد الثاني النسبة 6,27%.

من خلال ملاحظة البيانات المدرجة في الجدول (رقم 47.4) تظهر لنا النزعة إلى بعض الأعمار مثل 6 أشهر و 12 شهر و 18 شهر عند التصريح بعمر الفطام.

للإشارة لم تتضمن استمارة المسح أسئلة حول أسباب حدوث الفطام، كما لم تحو قاعدة المعطيات الخاصة بملف الطفل أعمار الأمهات، ليتسنى ربط فئات أعمار الأمهات بأعمار أطفالهن عند الفطام.

الجدول رقم 47.4: توزيع الأطفال (0-24 شهرا) وفق العمر عند الفطام حسب الجنس والوسط مع الأخذ

في عين الاعتبار توافق عمر الطفل مع عمره وقت الفطام

العمر	الحضر			الريف			المجموع		
	ذكور	اناث	المجموع	ذكور	اناث	المجموع	ذكور	اناث	المجموع
لم يرضعوا*	111	108	219	78	86	165	189	195	384
0	30	26	56	23	21	44	54	47	101
1	164	128	292	75	104	179	239	231	471
2	125	96	221	62	55	117	187	151	338
3	109	113	222	109	75	185	218	189	407
4	66	72	139	51	63	114	117	136	253
5	41	38	79	31	37	68	72	75	147
6	66	70	136	48	52	100	114	121	236
7	9	32	41	16	19	35	24	51	75
8	19	11	30	17	24	41	36	35	71
9	29	19	48	17	27	44	46	46	92
10	15	2	17	7	4	12	23	6	29
11	4	11	16	4	1	5	8	13	21
12	48	41	89	37	43	80	85	84	169
13	2	6	8	3	5	8	5	10	15
14	16	15	30	7	20	27	23	34	57
15	16	14	30	12	4	16	28	18	47
16	12	9	20	9	4	13	21	12	33
17	6	11	18	5	2	7	11	13	24
18	38	30	68	24	26	50	61	57	118
19	0	1	1	8	4	12	8	5	13
20	1	2	4	7	2	9	8	4	13
21	6	2	8	0	0	0	6	2	8
22	4	2	5	2	7	9	6	9	14
23	2	1	3	0	5	5	2	6	8
24	7	4	11	2	7	9	9	12	20
المجموع	947	864	1811	657	698	1354	1604	1562	3166

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على معطيات الجدول رقم 28، الملحق 4

(*) اعتمادا على بيانات الجدول رقم 25، الملحق 4

كما سجلنا من خلال معالجتنا للمعطيات الخام، وجود عدم تناسق في البيانات المتعلقة بعمر الطفل عند الفطام وعمره خلال المسح، فمن غير المنطقي وجود حالات يفوق فيها عمر الطفل وقت الفطام عمره الحالي (وقت المسح). فقد أحصينا 64 حالة عدم توافق، أي ما يمثل أقل 0,02% من مجموع الأطفال المعنيين بالسؤال، بالإضافة إلى وجود 17 إجابة ناقصة (0,01% من مجموع المعنيين)، ما يمثل اجمالا حوالي 0.04% فقط،

لا تؤثر في جودة المعطيات المتعلقة بمتغير العمر عند الفطام. (أنظر الجدول رقم 23، الملحق 4)

الجدول رقم 48.4: متوسط ووسيط العمر عند الفطام لدى الاطفال (0-24 شهرا) حسب الجنس والوسط

الخصائص	متوسط العمر عند الفطام بالأشهر			وسيط العمر عند الفطام بالأشهر		
	الحضر	الريف	المجموع	الحضر	الريف	المجموع
الذكور	6,19	6,59	6,35	2,90	3,38	3,07
الإناث	6,20	6,80	6,47	3,22	3,79	3,48
المجموع	6,20	6,70	6,41	3,03	3,61	3,29

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على بيانات الجدول رقم 47.4

قدر متوسط العمر عند الفطام بين الأطفال الأقل من عامين عند المستوى 6.7 أشهر، توزعت بين 6,7 أشهر في الريف و6,2 أشهر لدى الحضر. فيما لم يكن هناك تباين كبير بين الجنسين (الذكور: 6,35 أشهر، الإناث: 6,47 أشهر). كما تجدر الإشارة إلى أن أعلى قيمة لهذا المتوسط عرفتها إناث الوسط الريفي.

لقد فطم نصف الأطفال المعنيون قبل بلوغهم ثلاثة أشهر وعشرة أيام (3,29 أشهر). وشهد وسيط العمر عند الفطام أعلى قيمة له بين رضيعات الوسط الريفي (3,79 أشهر)، في حين عرف أدنى قيمة له وسط رضيعات محل الإقامة الحضري (3,22 أشهر). كما سجل المؤشر تباينا ملحوظا بالنظر إلى وسط الإقامة (الحضر: 3 أشهر، الريف: 3,61 أشهر)، وبالنظر إلى الجنس (الذكور: 3 أشهر، الإناث: 3,48 أشهر). (أنظر إلى الجدول رقم 48.4)

يعبر الجدول (رقم 49.4) عن توزيع الأطفال الذين لم تتعد أعمارهم 24 شهرا حسب نمط الفطام بالنظر إلى الجنس ومحل الإقامة، مع الأخذ بعين الاعتبار التناسق بين العمر عند حدوث الفطام والعمر وقت المسح. واخضعنا هذه الفئة دون غيرها للمعالجة الإحصائية، كونها أكثر أولوية في مجال الرضاعة الطبيعية، كما يخدم تقليص المدة الزمنية بين وقت الحدث ووقت الملاحظة دقة المعطيات، حيث تعتمد الملاحظة الرجعية على قوة ذاكرة المستجوبين.

وبلغ عدد الأطفال ممن شملهم المسح والمنتمين إلى الفئة 0-24 شهرا وفطموا بشكل مفاجئ 1582 طفل، مثلوا النسبة 56,88%. في حين وصل عدد المفطومين بطريقة تدريجية المستوى 1152 طفل، أي ما يعادل ما نسبته 41,4% من مجموع الأطفال الذين مسهم الفطام خلال العامين السابقين للمسح. كما سجلنا 48 اجابة بين غير المحددة وناقصة، مثلت النسبة 1,72%.

الجدول رقم 49.4: توزيع الأطفال (0-24 شهرا) وفق نمط الفطام حسب الجنس والوسط مع توافق عمر

الطفل مع عمر الفطام

ربط المتغيرات ¹	عدد الاطفال	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
1 1 1	471	16,92	471	16,92
2 1 1	413	14,84	883	31,76
1 2 1	341	12,24	1224	44
2 2 1	358	12,88	1582	56,88
1 1 2	352	12,65	1934	69,53
2 1 2	326	11,72	2260	81,25
1 2 2	229	8,23	2489	89,48
2 2 2	245	8,8	2734	98,28
1 1 8	2	0,07	2736	98,35
2 1 8	3	0,1	2739	98,45
1 2 8	2	0,08	2741	98,54
1 1 9	12	0,42	2753	98,95
2 1 9	14	0,52	2767	99,47
1 2 9	7	0,24	2774	99,71
2 2 9	8	0,29	2782	100

المصدر: عمل خاص اعتماداً على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

لم يتضمن قسم الرضاعة الطبيعية الذي تضمنته الاستمارة، متغير عمر الأم، حتى يتسنى إدراجه كأحد المحددات الديموغرافية البارزة. كما لم تدرج متغيرات حول أسباب عدم تلقي الطفل رضاعة طبيعية وأسباب الفطام، قصد تحديد أشمل للجوانب الديموغرافية والاجتماعية التي حالت دون تلقي الرضاعة من الثدي أو استمرارها رغم أهميتها.

4.1.4. علاقة تلقي الرضاعة الطبيعية مع المحددات السوسيو-ديموغرافية:

يظهر جلياً من خلال التطرق إلى محور الرضاعة الطبيعية، أن متغير الرضاعة الحالية (BF2) شكل أساساً في تقدير مختلف المؤشرات المتعلقة بهذا المحور.

ولمعرفة تأثير المحددات الاجتماعية والديموغرافية على الرضاعة الطبيعية، استوجب ربط كل من متغير الجنس (HL4)، وسط الإقامة (HH6)، ومستوى تعليم الأم (melevel)، ومؤشر الثروة الخمسي

¹ الرتبة الأولى: نمط الفطام (1: فجائي، 2: تدريجي، 8: لا أعرف، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثانية: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الرتبة الثالثة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

(wlthind5) مع متغير الرضاعة الحالية (BF2) لدى فئة الأطفال الأصغر من 6 أشهر (نظرا لأهمية الرضاعة من الثدي في هذه المرحلة العمرية) واختبار العلاقة الارتباطية بين تلك المحددات واستمرار الرضاعة. بالإضافة إلى قياس معامل ارتباط الرتب 'سبيرمان' لكل من متغيري المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة الخمسي للطفل مع متغير العمر وقت الفطام (BF2A) باعتبارهما متغيرين رتبيين والعمر متغير كمي.

ولتحديد كمية تأثير هذه المحددات السوسيو-ديموغرافية على الرضاعة الطبيعية، استوجب استخدام نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي للمتغير التابع ثنائي الاستجابة استمرار الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال دون 6 أشهر من العمر، اعتمادا على المتغيرات التوضيحية المستقلة والمتماثلة أساسا في الجنس ووسط الإقامة والمستوى التعليمي للأم، والمستوى المعيشي للطفل حسب مؤشر الثروة الخمسي.

الجدول رقم 50.4: اختبار العلاقة بين بعض المحددات السوسيو-ديموغرافية والاستمرار في الرضاعة الطبيعية للأطفال > 6 أشهر

Tests	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification approximée
الجنس (HL4) X الرضاعة الحالية (BF2)				
Khi-deux de Pearson	4,520a	1	,033	
Mesures symétriques Nominal par Nominal				
Phi	-,060			,033
V de Cramer	,060			,033
Coefficient de contingence	,060			,033
Nombre d'observations valides	1265			
a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 101,93.				
وسط الإقامة (HH6) X الرضاعة الحالية (BF2)				
Khi-deux de Pearson	12,105a	1	,001	
Mesures symétriques Nominal par Nominal				
Phi	-,098			,001
V de Cramer	,098			,001
Coefficient de contingence	,097			,001
Nombre d'observations valides	1265			
a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 92,70.				

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

أظهرت نتائج التحليل الاحصائي أنه يوجد أثر معنوي للمتغير المستقل (وسط الإقامة) على المتغير التابع (استمرار الرضاعة) عند مستوى ثقة $(\alpha-1)=0,95$ ، حيث بلغت قيمة إحصاءة كاي تربيع المقدار

12,105 في حين وصل مستوى الدلالة الاحصائية إلى 0,001 وهو أصغر من مستوى المعنوية عند خطأ 0,05 ($\text{Sig}=0.001<0.05$) ما يفسر دلالة العلاقة. نرفض من خلالها الفرضية العدمية (H_0) التي تنفي وجود العلاقة بين المتغيرين، ونقبل الفرضية البديلة القاضية بوجود علاقة بينهما. غير أن معاملات العلاقة الارتباطية (فاي، كرامر، التوافق) قد أخذت قيما بسيطة جداً لم يتجاوز كل منها 0,1، ما يشي بالضعف الشديد للارتباط بين متغير محل الإقامة والاستمرار في الرضاعة، رغم الدلالة الإحصائية لمعاملات الارتباط ($\text{Sig}=0,001$). كما يشير معامل فاي إلى الارتباط العكسي ($-0,098$).

كما يظهر جدول اختبار كاي تربيع وجود علاقة بين متغير الجنس واستمرار الرضاعة الطبيعية، حيث بلغ مستوى الدلالة الاحصائية 0,033 وهو أصغر من مستوى المعنوية الإحصائية المحدد عند 0,05. ما يعني رفض الفرضية الصفرية القاضية بعدم وجود أثر معنوي بين متغير جنس الرضيع واستمرارية الرضاعة. كما أخذت معاملات الارتباط قيما ضعيفة جدا بلغ كل منها 0,06 وهي معنوية احصائيا ($\text{Sig}=0,033$).

الجدول رقم 51.4: الارتباط بين بعض المحددات السوسيو-ديموغرافية والعمر عند الفطام لدى الأطفال

(59-0 شهر)

Corrélations Rho de Spearman		العمر عند الفطام	مؤشر الثروة الخمسي
العمر عند الفطام	Coefficient de corrélation	1,000	-,117**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	10313	10313
مؤشر الثروة الخمسي	Coefficient de corrélation	-,117**	1,000
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	10313	14762
Corrélations Rho de Spearman		العمر عند الفطام	المستوى التعليمي للأم
العمر عند الفطام	Coefficient de corrélation	1,000	-,153**
	Sig. (bilatérale)		,000
	N	10313	10313
المستوى التعليمي للأم	Coefficient de corrélation	-,153**	1,000
	Sig. (bilatérale)	,000	
	N	10313	14762

** La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

المصدر: نتائج البرنامج الاحصائي Spss بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

أظهرت معالجة المعطيات وجود علاقة ارتباطية معنوية احصائيا بين كل من متغيري مستوى تعليم الأم ومؤشر الثروة الخمسي مع متغير عمر الطفل عند الفطام. فقد بلغت قيمة معامل ارتباط سبيرمان بين مؤشر الثروة وعمر فطم الطفل المقدار $-0,117$ بمستوى دلالة 0,000 ما يفسر وجود ارتباط عكسي جد ضعيف بين المتغيرين.

فيما قدر معامل ارتباط سبيرمان بين متغير مستوى تعليم الأم وعمر الطفل وقت الفطام بالقيمة $-0,153$

بمستوى دلالة عند Sig=0,000، ما يدل على وجود ارتباط عكسي معنوي.

مع غياب معطيات مفصلة عن خلفية الأم والطفل من الناحية الديمغرافية (عمر ومهنة الأم، رتبة المولود)، فقد يعود هذا الارتباط الضعيف والعكسي بين كل من المستوى التعليمي ومؤشر الثروة وعمر الفطام إلى الحالة المهنية للأم إذا ما ربطناها بالمستوى التعليمي ومؤشر الثروة.

يتم فحص أثر المتغيرات التوضيحية المستقلة المتوفرة في قاعدة المعطيات على استمرار الطفل في الرضاعة الطبيعية قبل بلوغه 6 أشهر الأولى من العمر، بالاعتماد على اختبار Wald المبني على اختبار الفرضية القاضية بوجود أثر دال احصائيا للمحددات السوسيو-ديموغرافية في مزاوله الطفل للرضاعة من الثدي.

الجدول رقم 52.4: نتائج تقدير نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي للرضاعة الطبيعية بالاعتماد على بعض

المحددات السوسيو-ديموغرافية للأطفال دون 6 أشهر من العمر

Variables dans l'équation		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a	melevel	-,133	,070	3,644	1	,056	,875
	wlthind5	-,158	,071	5,002	1	,025	,854
	HH6	,172	,194	,792	1	,374	1,188
	HL4	,315	,156	4,083	1	,043	1,370
	Constante	1,780	,512	12,072	1	,001	5,932
Etape 2 ^a	melevel	-,142	,069	4,218	1	,040	,867
	wlthind5	-,186	,063	8,649	1	,003	,830
	HL4	,307	,156	3,886	1	,049	1,359
	Constante	2,144	,313	46,907	1	,000	8,531
Récapitulatif des modèles							
Etape		-2log- vraisemblance		R-deux de Cox & Snell		R-deux de Nagelkerke	
1		1089,338 ^a		,025		,042	
2		1090,133		,024		,041	
a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 5 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.							
Test de Hosmer-Lemeshow							
Etape		Khi-Chi-deux		ddl		Sig.	
1		10,483		8		,233	
2		16,402		8		,037	

المصدر: نتائج البرنامج الاحصائي Spss استنادا على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

وبين الجدول (رقم: 52.4) أهم المؤشرات الإحصائية لفحص دلالة المتغيرات المستقلة للنموذج

اللوجستي الثنائي. حيث يلخص نتائج اختبار المعنوية الاحصائية للمتغيرات المستقلة والثابت لهذا النموذج اعتمادا على طريقة Wald.

تفسير النتائج:

يمثل العمود الثاني (A) القيم (β) التي تأخذها قيم معاملات النموذج فيصبح بذلك على الشكل:

$$\log\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = 2,144 - 0,142 X_{1i} - 0,186 X_{2i} + 0,307 X_{3i}$$

حيث:

X_{1i} : مستوى تعليم الأم (melevel)، X_{2i} : مؤشر الثروة الخمسي (wlthind5)، X_{3i} : جنس الرضيع.

p_i : احتمال الحصول على الإجابة نعم (استمرار الرضاعة).

ويحتوي عمود E.S: الخطأ المعياري (Erreur-type) للمعاملات (β).

ويمثل العمود الرابع احصاءة Wald التي تختبر معنوية المعاملات. والتي تقدر وفق مايلي:

$$Wald(melevel) = \left(\frac{-0,142}{0,069}\right)^2 = 3,644, \text{ فمثلا: } Wald = \left(\frac{\beta_i}{ES(\beta_i)}\right)^2$$

فيما يمثل عمود Sig: مستوى دلالة المعاملات لرفض أو قبول الفرضية الصفرية، فعندما يكون أصغر من

مستوى معنوية $\alpha=0,05$ فتعني وجود دلالة إحصائية ويتم رفض الفرضية العدمية.

أما عمود $\text{Exp}(\beta)$: فهي أسية معاملات الانحدار وتعبر عن المضاعف الذي تتغير به نسبة الترحح Odds

$$(\text{Exp}(-0,142)=0,867)$$

✓ يوضح جدول نموذج الانحدار خروج محدد وسط الإقامة من النموذج بعد ثبوت عدم معنويته في المرحلة الأولى ($\text{Sig}=0,374>0,05$).

✓ كما يتضح من جدول النموذج اللوجستي تأثير المتغير المستقل X_1 (مستوى تعليم الأم (melevel)) على المتغير التابع (مزاولة الرضاعة)، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار -0,142 مع ثبوت دلالتها الإحصائية ($\text{Sig}=0,04<0,05$). ما يفسر أن الزيادة في بمقدار مستوى واحد في المستوى التعليمي للأُم تنقص في قيمة لوغاريتم معامل الترحيح بأن يكون المتغير التابع يساوي 1 ($Y=1$) بمقدار -0,142 مرة في لوغاريتم الأفضلية للمتغير التابع.

✓ كما أن الزيادة في قيمة المتغير X_2 (مؤشر الثروة) بمقدار درجة واحدة (أي الانتقال من فئة إلى أخرى أعلى) ستتنقص من اللوجيت في تحقيق حدث المتغير التابع ($Y=1$) بمقدار -0,186 مرة في لوغاريتم الأفضلية (odds). كما أظهرت المعلمة دلالة إحصائية ($\text{Sig}=0,003<0,05$).

✓ فيما نلاحظ تأثير متغير الجنس بالدرجة الأولى على المتغير التابع (مزاولة الرضاعة من الثدي) فقد قدر معامل الانحدار لمتغير الجنس 0,307 بدلالة إحصائية (Sig=0,049) وهي أصغر من مستوى المعنوية المحدد عند $\alpha=0,05$ ما يعني دلالة المعلمة، وبالتالي تأثير هذا المتغير على المتغير التابع. وهذا ما يفسر أن الزيادة في المتغير المستقل X_3 (جنس الطفل) بمقدار درجة واحدة (أي الانتقال من الجنس ذكر إلى أنثى) ستضاعف اللوجيت أو لوغاريتم معامل الترجيح ليكون المتغير التابع يساوي $Y=1$ بمقدار (0,307) مرة في لوغاريتم الأفضلية للمتغير التابع مع ثبات تأثير بقية المتغيرات.

بلغ مستوى الدلالة لاختبار Hosmer–Lemeshow (Sig=0,037) قيمة أصغر من مستوى المعنوية المعتمد ($\alpha=0,05$)، ما يعني أن هناك نقص في جودة تمثيل النموذج للبيانات.

الجدول رقم 53.4: عدد الدورات التكرارية لمشتقة دالة الإمكان الأعظم

Historique des itérations ^{a,b,c,d}						
Itération	-2log-vraisemblance	Coefficients				
		Constante	melevel	wlthind5	HH6	HL4
1	1113,533	1,412	-,072	-,086	,083	,169
2	1089,881	1,735	-,121	-,144	,150	,285
Etape 1 3	1089,339	1,779	-,133	-,157	,171	,314
4	1089,338	1,780	-,133	-,158	,172	,315
5	1089,338	1,780	-,133	-,158	,172	,315
1	1114,039	1,590	-,077	-,100		,165
2	1090,650	2,053	-,129	-,168		,278
Etape 2 3	1090,133	2,141	-,142	-,185		,306
4	1090,133	2,144	-,142	-,186		,307
5	1090,133	2,144	-,142	-,186		,307

a. Méthode : Descendante pas à pas (rapport de vraisemblance)

b. La constante est incluse dans le modèle.

c. -2log-vraisemblance initiale : 1120,846

d. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 5 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: عمل خاص اعتمادا على البرنامج الإحصائي Spss استنادا إلى قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يوضح الجدول رقم 53.4 عدد لدورات التكرارية لمشتقات دالة الإمكان الأعظم للحصول على أقل قيمة لسالب ضعف لوغاريتم دالة الإمكان الأعظم للوصول إلى التقدير الأمثل لمعاملات النموذج، وقد حصل في الدورة الخامسة لمشتق سالب ضعف دالة الإمكان الأعظم على أقل قيمة لها وهي مساوية 1090,133 أي $(-2 \log likelihood = 1090,133)$ ، وتم التوقف عند هذه الدورة لأن التغير في ضعف دالة الإمكان

أصبح ضعيفا جدا (أصغر من 0,001). وكذلك التغير في قيم المعاملات المقدرة (β) كان ضعيفا وبطيئاً جداً بعد الدورة الثالثة.

كما تشير النتائج إلى قيمة الانحراف في النموذج غير متضمن المتغيرات (initiale Modèle) $(-2 \log \text{likelihood initiale} = 1120,846)$ ، ومنه:

$\Delta = 1120,846 - 1090,133 = 30,713$ ، وهي أكبر من قيمة χ^2_t الجدولة (9,488) عند مستوى خطأ $\alpha = 0,05$ ودرجة حرية $dl = 4$. وبالتالي نرفض الفرضية العدمية ونتبنى الفرضية البديلة القاضية باختلاف معلمات النموذج عن الصفر، أي وجود معنوية كلية للانحدار، ومنه المتغيرات التوضيحية ذات أهمية.

2.4. الحالة التغذوية للأطفال دون خمس سنوات:

تتطلب الدراسة الدقيقة للحالة التغذوية معطيات تفصيلية عن تطور النمو الجسماني للأطفال. ولا يتوفر شرط متابعة تطور الطفل بدنياً في عملية مسح وطني، غير أن الوضع البدني للأطفال خلال المسح يمدنا ببعض المؤشرات المقبولة للحالة التغذوية وسيرورتها. تم جمع بيانات عن الطول والوزن لجميع الأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات المقيمين في الأسر التي شملها المسح (MICS3).

لقد تم حساب ثلاثة من المقاييس الأنثروبومترية تمثلت في الطول بالنسبة للعمر، والوزن بالنسبة للطول، والوزن بالنسبة للعمر. يعبر مقياس الطول بالنسبة للعمر عن تجميع الحالة التغذوية في الماضي، فانخفاض الطول بالنسبة للعمر يعرف باسم قصر القامة أو التقزم الذي يعد مؤشر عن سوء التغذية المزمن (مؤشر 7 MICS). فيما يعبر نقص الوزن بالنسبة للطول الذي يعرف باسم النحافة أو الهزال عن الحالة التغذوية الحالية، ويعد مؤشر لحالات سوء التغذية الحادة الحديثة (مؤشر 8 MICS)، التي يفرزها عدم كفاية أو ملائمة الغذاء الذي يتلقاه الطفل، أو الإصابة بالأمراض المعدية. في حين يعتبر مقياس الوزن بالنسبة للعمر مؤشراً يعكس الحالتين التغذويتين السابقة والحالية (مؤشر 6 MICS، والمؤشر رقم 4 ضمن الألفية للتنمية)، إذ يقيس البناء العظمي والعضلي للطفل.

يستخدم مجتمع طبيعى جيد التغذية (مرجعي) كميّار لتحديد الأطفال منخفضي المقاييس الأنثروبومترية، إذ يعتمد المجتمع المرجعي للمركز الوطني للإحصاءات الصحية الأمريكي، الذي تبنته منظمة الصحة العالمية (OMS) منذ سنة 1970 والمعتمد أيضاً في اليونيسيف، حيث يتم تقدير نسب الأطفال حسب الفرق بين مقاييسهم والقيمة الوسيطة لأقرانهم من المجتمع المرجعي معبراً عن هذا الفرق بأضعاف الانحراف

المعياري (Z-Score) (SD) لهذا الوسيط المرجعي. وتصنف أشكال سوء التغذية لدى الأطفال دون خمس سنوات إلى المتوسطة والحادة أو الشديدة.

وعلى سبيل المثال يوصف الطفل بقصر القامة المتوسط عندما يكون مقياس الطول بالنسبة للعمر يقل عن وسيط المجتمع المرجعي بفرق يزيد عن ضعف الانحراف المعياري ولكن لا يتجاوز ثلاثة أمثاله).

فيما يوصف بقصر القامة الحاد إذا قل مقياس الطول بالنسبة للعمر عن وسيط المجتمع المرجعي بأكثر من ثلاثة أمثال الانحراف المعياري.

تسير هذه المعايير في تحديد نمط سوء التغذية على باقي المقاييس الأنثروبومترية (الوزن بالنسبة للعمر، الطول بالنسبة للطول).

1.2.4. نوعية معطيات المقاييس الأنثروبومترية:

شمل نموذج المقاييس الأنثروبومترية في استمارة الطفل على سبعة متغيرات، تمثل الأول والثاني اسم الطفل ورقمه الترتيبي (AN1A، AN1B) على التوالي، فيما خص المتغير الثالث وزن الطفل بالكيلوغرام (AN1)، والرابع طول الطفل في وضعية مستلقي ووضعية الوقوف (AN2)، في حين خصص المتغير الخامس في الدليل التعريفي للقياس (AN3)، والمتغير السادس لنتيجة القياس (AN4) الذي شمل أربعة اقتراحات للإجابة: 1: تم قياسه، 2: غائب، 3: رفض التقييس، 6: آخر. فيما خصص السؤال الأخير لمعرفة ما إذا كان هناك طفل آخر بالأسرة مؤهل للمقاييس الأنثروبومترية، حيث حددت الإجابة نعم بالدليل 1 والاجابة بلا بالدليل 2. لم يتضمن هذا النموذج أي إحالات للأسئلة.

الجدول رقم 54.4: توزيع الأطفال حسب الخضوع لقياسات الوزن والطول

النسبة	عدد الاطفال	AN4 (مقترحات الاجابة)
94,83%	13839	1
2,76%	403	2
1,51%	221	3
0,74%	108	6
0,01%	1	7
0,14%	21	9
100,00%	14593	Σ

المصدر: عمل خاص استنادا إلى قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يفترض أن كل طفل لم يخضع للقياسات يستبعد من المقاييس الأنثروبومترية، لكن ما لمسناه خلال

المعالجة أن كثيرا من الأطفال حسبت لهم المقاييس الأنثروبومترية رغم عدم خضوعهم للقياسات (AN4=2 أو 3 أو 6).

نلاحظ من خلال الجدول (رقم: 54.4) أن نسبة المعطيات الناقصة قد بلغت المقدار 5,17% من مجموع إجابات المبحوثين، مما يسيء لجودة البيانات المتعلقة بالمقاييس الأنثروبومترية. للإشارة قد سجل هذا المتغير إجابة واحدة خارج مجال الترميز (1، 2، 3، 6)، حيث أخذت الدليل 7 الذي لم يكن ضمن مجال الترميز ومثلت النسبة 0,01%.

الجدول رقم 55.4: اختبارات القيم الدنيا والقصوى لنموذج المقاييس الأنثروبومترية

المتغير	الإجابات المبينة		المعطيات الناقصة				الإجابات غير الموافقة للمجال	
	التكرار	النسبة %	الإجابات غير المحددة	الإجابات الناقصة	المجموع	النسبة %	التكرار	النسبة
AN4	14571	99,85	0	21	21	0,14	1	0,01
AN1	13947	95,57	0	646	646	4,43	0	0,00
AN2	13884	95,14	0	709	709	4,86	0	0,00
HA(Z,M,P)	13796	94,54	0	797	797	5,46	0	0,00
WA(Z,M,P)	13796	94,54	0	797	797	5,46	0	0,00
WH(Z,M,P)	13670	93,68	0	923	923	6,32	0	0,00

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة بيانات مسح 2006 MICS3 (ملف الطفل)

تبين بعد معالجة البيانات الخاصة بمقاييس الحالة التغذوية وجود إجابات ناقصة شابت المتغيرين الأساسيين في حساب المقاييس الأنثروبومترية، يتعلق الأمر بمتغير قياس الوزن (AN1) ومتغير قياس الطول (AN2)، حيث فاقت نسبتا المعطيات الناقصة بهما أكثر من 4,4% و 4,8% على الترتيب.

كما يوضح الجدول (رقم: 55.4) تسجيل كمية معتبرة من المعطيات الناقصة لمتغيرات المقاييس الأنثروبومترية فاقت 5%، إذ وصلت إلى 6,32% من بيانات مقياس الوزن بالنسبة للطول (النحافة) وذلك مهما اختلف معيار القياس (مضاعفات الانحراف المعياري، النسبة من الوسيط، مئينات الوسيط)، و 5,46% من بيانات مقياسي الطول بالنسبة للعمر والوزن بالنسبة للعمر (مهما اختلف معيار القياس). هذا ما قد يسيء لمصادقية مؤشرات الحالة التغذوية (المقاييس الأنثروبومترية) لدى الأطفال دون سن الخامسة.

2.2.4. مستويات مؤشرات المقاييس الأنثروبومترية:

تضمنت قاعدة معطيات المسح (ملف الطفل (SPSS)) المتغيرات الخاصة بالمقاييس الأنثروبومترية، وانقسمت إلى ثلاثة أنماط من القياسات، الأول الفرق حسب اضعاف الانحراف المعياري (z-score)، الثاني حسب النسبة المئوية من الوسيط، والثالثة حسب مئينات الوسيط، حيث حملت متغيرات الصنف الأول الأسماء (HAZ: الطول بالنسبة للعمر، WAZ: الوزن بالنسبة للعمر، WHZ: الوزن بالنسبة للطول)، في حين أخذت متغيرات النوع الثاني الأسماء (HAM: الطول بالنسبة للعمر، WAM: الوزن بالنسبة للعمر، WHM: الوزن بالنسبة للطول)، بينما سميت متغيرات الصنف المتبقي وفق (HAP: الطول بالنسبة للعمر، WAP: الوزن بالنسبة للعمر، WHP: الوزن بالنسبة للطول). غير أن أكثرها شيوعا التي تعتمد على الفرق حسب اضعاف الانحراف المعياري (SD) أو (z-score).

1.2.2.4. الطول بالنسبة للعمر:

يحصل التأخر في النمو الطولي للطفل نتيجة فترة طويلة من عدم كفاية الغذاء أو لسبب الإصابة المزمنة أو المتكررة بالأمراض المعدية، ويدل هذا التأخر عن ببطء النمو العظمي، فيصبح الطفل قصيرا بالنسبة إلى عمره.

الجدول رقم 56.4: نسب الأطفال دون الخامسة الذين عانوا من قصر القامة المعتدل والحاد

المجموع		الإناث		الذكور		قصر القامة الحاد (المؤشر 7)
اجمالي	نسب الأطفال (SD 3- >)	اجمالي	نسب الأطفال (SD 3- >)	اجمالي	نسب الأطفال (SD 3- >)	
7145	3,16%	3535	2,83%	3610	3,49%	الحضر
6240	3,35%	3035	3,00%	3205	3,68%	الريف
13385	3,25%	6570	2,91%	6815	3,58%	المجموع
اجمالي	نسب الاطفال (SD 2- >)	اجمالي	نسب الاطفال (SD 2- >)	اجمالي	نسب الاطفال (SD 2- >)	قصر القامة المعتدل والحاد
7144	10,90%	3534	10,38%	3610	11,41%	الحضر
6240	12,55%	3035	12,03%	3205	13,04%	الريف
13384	11,67%	6569	11,14%	6815	12,18%	المجموع

المصدر: من اعداد الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يعرض الجدول (رقم: 56.4) النسب المئوية للأطفال الذين عانوا من قصر القامة الحاد والمعتدل، حسب الجنس ومحل الإقامة. بلغت نسبة الأطفال (> 5 سنوات) الذين وقعوا في حالات قصر القامة الحاد 3,25%، توزعت بين 3,58% وسط الذكور و2,91% من المائة في صفوف الإناث، وبين 3,16% بمحل الإقامة الحضري و3,35% بالوسط الريفي. فيما شهد ذكور الوسط الريفي أسوأ النسب (3,68%)، في حين سجلت إناث الوسط الحضري أحسن نسبة (2,83% مئوية). تضع هذه النسب الجزائر ضمن البلدان منخفضة الانتشار لقصر القامة الحاد (> 20).

حددت نسبة حالات قصر القامة المتوسط والحاد عند المقدار 11,67% (الحضر: 10,9، الريف: 12,55)، بينما بلغت قيمة هذا المؤشر بين الذكور القيمة 12,18% وحوالي 11,14% وسط الإناث.

2.2.2.4. الوزن بالنسبة للطول:

يقيس هذا المؤشر تحديدا مستويات النحافة والبدانة، كما نلاحظ أن هذا المقياس لا يعتمد على العمر مما يجعله لا يتأثر بأخطاء الملاحظة المحتملة في تسجيل الأعمار. وينتشر الهزال عادة عندما تكون التغذية غير كافية بالقسط اللازم أو غير ملائمة للطفل.

الجدول رقم 57.4: نسب الأطفال دون الخامسة الذين عانوا من النحافة المعتدلة والحادة

النحافة الحادة (المؤشر 8)		الذكور		الإناث		المجموع	
نسب الأطفال (SD 3- >)	اجمالي	نسب الأطفال (SD 3- >)	اجمالي	نسب الأطفال (SD 3- >)	اجمالي	نسب الأطفال (SD 3- >)	اجمالي
1,02%	3611	1,07%	3535	1,05%	7146		
1,22%	3204	0,86%	3035	1,04%	6239		
1,12%	6815	0,97%	6570	1,05%	13385		
النحافة المتوسطة والحادة		نسب الأطفال (SD 2- >)	اجمالي	نسب الأطفال (SD 2- >)	اجمالي	نسب الأطفال (SD 2- >)	اجمالي
3,32%	3611	3,42%	3535	3,37%	7146		
3,28%	3204	3,10%	3035	3,19%	6239		
3,30%	6815	3,27%	6570	3,29%	13385		

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

عانى حوالي طفل من بين كل مائة طفل الذين شملهم المسح من النحافة الحادة، مما يشير إلى معاناة هؤلاء الأطفال من سوء التغذية حديثا، بسبب نقص أو غير ملائمة الغذاء الذي تلقوه. ووصلت قيمة هذا

المؤشر إلى 1,12% وسط الذكور وإلى 0,97% بين الإناث. كما سجل المؤشر النسبة 1,05% بمحل الإقامة الحضري و 1,04% بالوسط الريفي. وسجلت أسوأ قيمة له بين ذكور الوسط الريفي (1,22%)، فيما شوهدها أحسنها بين إناث الوسط الريفي (0,86%).

يضع هذا المؤشر الجزائر ضمن البلدان منخفضة نسب انتشار سوء التغذية في شقه المتعلق بالهزال، حيث بلغت نسبة انتشار النحافة قيمة أصغر من 5%.

لقد وصلت نسبة الأطفال الذين عانوا من النحافة المتوسطة والحادة إلى المستوى 3,29% (الحضر: 3,37%، الريف: 3,19%)، كما توزعت النسبة الإجمالية بين 3,3% لدى الذكور و 3,27% لدى الإناث. فيما سجلت أحسن نسبة وسط إناث الريف (3,1%)، وأسوأها وسط قريناتها في الحضر (3,42%).

3.2.2.4. الوزن بالنسبة للعمر:

للتذكير، يعكس هذا المقياس نقص التغذية السابق والحديث. ويستخدم عادة بعيادات الأطفال لتتبع نمو الطفل. ولقياس نسب انتشار حالات نقص الوزن الحاد والمعتدل، وجب حصر الأطفال الواقعين داخل مدى محدد حول المستوى الوسيط، ثم حساب نسبة الأطفال الذين تقل أوزانهم عن الوسيط (المرجعي) بأكثر من ثلاثة أضعاف من الانحراف المعياري لهذا الوسيط ($Z: SD$) إلى إجمالي الأطفال الذين شملهم المسح وخضعوا للقياسات، ثم نسبة الأطفال الواقعة أوزانهم أقل من الوسيط بأكثر من ضعف الانحراف المعياري إلى مجمل المبحوثين الذين شملتهم القياسات.

الجدول رقم 58.4: نسب الأطفال دون الخامسة الذين عانوا من نقص الوزن المعتدل والحاد

المجموع		الإناث		الذكور		نقص الوزن الحاد (المؤشر 6)
الإجمالي	نسب الأطفال (SD 3- >)	إجمالي	نسب الأطفال (SD 3- >)	إجمالي	نسب الأطفال (SD 3- >)	
7145	0,64%	3535	0,74%	3610	0,55%	الحضر
6238	0,82%	3034	0,73%	3204	0,91%	الريف
13383	0,72%	6569	0,73%	6814	0,72%	المجموع
الإجمالي	نسب الأطفال (SD 2- >)	إجمالي	نسب الأطفال (SD 2- >)	إجمالي	نسب الأطفال (SD 2- >)	نقص الوزن المتوسط والحاد
7145	3,32%	3535	3,54%	3610	3,10%	الحضر
6239	4,70%	3035	4,32%	3204	5,06%	الريف
13384	3,96%	6570	3,90%	6814	4,02%	المجموع

المصدر: من اعداد الطالب استنادا إلى قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

لم يتعد مؤشر نقص الوزن الحاد النسبة 0,72% ممن شملهم المسح وخضعوا للقياسات، حيث توزعت نسب مؤشر سوء التغذية المزمّن الحاد بين 0,64% بالوسط الحضري و0,82% في محل الإقامة الريفي، وبين 0,72% لدى الذكور و0,73% عند الإناث. وسجلت أحسن قيم المؤشر بين ذكور الوسط الحضري (0,55%)، فيما رجعت أسوأ قيمه وسط ذكور الريف (0,91%).

يصنف هذا المؤشر الجوائر ضمن البلدان التي تتخفّض فيها كثيرا نسب انتشار سوء التغذية المزمّن (نقص الوزن بالنسبة للعمر)، وذلك لانحصار النسبة عند قيمة صغيرة جدا من عتبة مستوى الانتشار المحدد بـ 10% حسب تصنيف منظمة الصحة العالمية.

وصلت نسبة الأطفال الذين عانوا من نقص الوزن المعتدل والحاد إلى 3,96%، انقسمت بين حوالي 4% لدى الذكور و3,9% عند الإناث، وبين 3,32 من المائة وسط الحضر و4,7 بالمائة في الريف. وشهد ذكور الريف أسوأ قيمة للمؤشر (5%)، فيما سجل ذكور الحضر أحسنها (3%).

4.2.2.4. انتشار زيادة الوزن أو البدانة والسمنة لدى الأطفال:

تعني السمنة لدى الأطفال زيادة الوزن بشكل مبالغ فيه عن المعدل الطبيعي المناسب للعمر والطول والجنس. وتؤثر البدانة على الطفل صحيا ونفسيا.

نعتد في تحديد نسب الأطفال الذين عانوا من الوزن الزائد ممن شملهم المسح، على مقياس الوزن بالنسبة للطول. ويحدد ذلك بحصر الأطفال الذين تزيد مقاييسهم عن الوسيط المرجعي بأكثر من ضعفي الانحراف المعياري ($Z > 2$).

الجدول رقم 59.4: نسب الأطفال دون الخامسة الذين عانوا من زيادة الوزن (البدانة)

المجموع	الاناث		الذكور		زيادة الوزن بالنسبة للعمر
	نسب الأطفال (SD 2+ <)	اجمالي	نسب الأطفال (SD 2+ <)	اجمالي	
7146	10,62%	3535	11,06%	3611	10,19%
6240	7,98%	3035	8,67%	3205	7,33%
13386	9,39%	6570	9,95%	6816	8,85%

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

قدر مستوى انتشار السمنة بين الأطفال دون سن الخامسة الذين شملهم المسح وخضعوا للقياسات الأنثروبومترية حوالي 9,4%.

فيما سجلت أسوأ قيم هذا المؤشر وسط اناث الحضر (11%)، في حين شهد ذكور الريف أحسن قيمة للمؤشر (7,33%).

عموماً، حددت نسبة انتشار بدانة الأطفال (>5 سنوات) عند المستوى 8,85 من المائة لدى الذكور، مقابل 9,95 بالمائة بين الإناث. في حين بلغت نسبة انتشار البدانة بالوسط الحضري المستوى 10,62 من المائة، و7,98 بالمائة بـمكان الإقامة الريفي.

قد يرجع ذلك لطبيعة كل وسط، فقد يكثر النشاط والحركة لدى الأطفال أكثر بالوسط الريفي منه عن الوسط الحضري.

3.2.4. مدى تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في سوء التغذية:

يحدد تأثير المتغيرات المستقلة المتمثلة في الجنس والوسط ومستوى تعليم الأم ومؤشر الثروة الخمسي في مقياس نقص الوزن لدى الأطفال دون الخامسة، من خلال استخدام الانحدار اللوجستي الثنائي، اعتماداً على اختبار احصاءة Wald المبني على اختبار فرضية وجود أثر معنوي لهذه العوامل الديمو-اجتماعية في نقص الوزن بالنسبة للعمر.

كون هذا المقياس الأنثروبومتري يجمع بين سوء التغذية المزمن والحاد في آن واحد.

يقوم اختبار Wald الذي يحدد أثر المتغير المستقل في المتغير التابع على اختبار كاي مربع عند درجة حرية 1 وعند مستوى خطأ 5 في المائة، من خلال قبول أو رفض فرضية العدم التي تنص على ان معلمات النموذج متساوية ومساوية للصفر، وبالتالي تقصي قيم المتغيرات التوضيحية من النموذج المفسر لوقوع الحدث الذي يتضمنه المتغير التابع المراد التنبؤ به.

الجدول رقم 60.4: نتائج تقدير نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لمقياس سوء التغذية الحاد نقص

الوزن بالنسبة للعمر

Variables dans l'équation							
		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a	HH6	,014	,242	,003	1	,954	1,014
	HL4	-,003	,204	,000	1	,986	,997
	wlthind5	,076	,095	,640	1	,424	1,079
	melevel	,186	,098	3,614	1	,057	1,205
	Constante	4,259	,638	44,605	1	,000	70,760
Etape 2 ^a	HH6	,014	,242	,003	1	,954	1,014
	wlthind5	,076	,095	,640	1	,424	1,079
	melevel	,186	,098	3,615	1	,057	1,205
	Constante	4,254	,556	58,442	1	,000	70,388
Etape 3 ^a	wlthind5	,073	,085	,750	1	,386	1,076
	melevel	,186	,097	3,631	1	,057	1,204
	Constante	4,283	,240	317,397	1	,000	72,476
Etape 4 ^a	melevel	,227	,085	7,075	1	,008	1,255
	Constante	4,385	,212	429,361	1	,000	80,272
a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : HH6, HL4, wlthind5, melevel.							
Récapitulatif des modèles							
Etape		-2log-vraisemblance		R-deux de Cox & Snell		R-deux de Nagelkerke	
1		1143,901 ^a		,001		,007	
2		1143,901 ^a		,001		,007	
3		1143,904 ^a		,001		,007	
4		1144,661 ^a		,001		,007	
a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 8 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.							
b. c. -2log-vraisemblance initiale : 1152,057							
Test de Hosmer-Lemeshow							
Etape		Khi-Chi-deux		ddl		Sig.	
1		8,312		8		,404	
2		3,159		8		,924	
3		1,652		7		,977	
4		2,045		3		,563	

المصدر: نتائج البرنامج الاحصائي Spss بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

تفسير النتائج:

✓ يتضح من خلال الجدول (رقم: 60.4) خروج متغيرات كل من الجنس ووسط الإقامة ومؤشر الثروة من النموذج، وذلك بعد ثبوت عدم معنوية معلوماتها احصائيا في المراحل الثلاث الأولى حيث بلغ مستوى الدلالة لكل منها (Sig) 0,986، 0,954، 0,386 على الترتيب، فكل منها أكبر من مستوى المعنوية المحدد

عند 0,05، مما يستوجب قبول الفرضية الصفرية القاضية بعدم وجود تأثير لهذه المتغيرات المستقلة في المتغير التابع نقص الوزن الحاد لدى الأطفال.

✓ وبقي في المرحلة الرابعة متغير المستوى التعليمي للأم العامل الوحيد الدال احصائيا (Sig=0,008)، مع وجود الجزء الثابت بثبوت دلالاته الإحصائية (Sig=0,000). فقيمة كلا دالتيهما أصغر من مستوى المعنوية المفترض (0,05=α). وبهذا يصبح النموذج على النحو التالي:

$$\log \left(\frac{p_i}{1 - p_i} \right) = 4,385 + 0,227 X_{1i}$$

بحيث:

X_{1i} : مستوى تعليم الأم (melevel).

p_i : احتمال الحصول وزن غير ناقص بحددة (WAZ>-3 SD).

$\text{Exp}(\beta)$: بلغت أسية معاملات الانحدار التي تعبر عن المضاعف الذي تتغير به نسبة الترحح Odds (Exp(0,227)=1,255).

وبناء على هذا النموذج يتضح تأثير المتغير المستقل X_1 (مستوى تعليم الأم (melevel)) على المتغير التابع (نقص الوزن الحاد)، حيث بلغت قيمة معامل الانحدار 0,272 وذات دلالة إحصائية (Sig=0,008<0,05). ما يدل على أن الزيادة بدرجة واحدة في المستوى التعليمي للأم سيزيد في مقدار لوغاريتم معامل الترحيح ليكون المتغير التابع يساوي 2 (Y=2) وفق المضاعف 0,272 في لوغاريتم الأفضلية. كما عرف مستوى دلالة اختبار Hosmer-Lemeshow القيمة (Sig=0,563) وهي أكبر من مستوى المعنوية الاحصائية المعتمد (0,05)، وهذا ما يدل على جودة تمثيل النموذج للبيانات.

وقد بلغ عدد الدورات التكرارية لمشتقات دالة الإمكان الأعظم في المرحلة الأخيرة (الرابعة) للحصول على التقدير الأمثل لمعاملات النموذج، ثمانية دورات لمشتق سالب ضعف دالة الإمكان الأعظم ($-2 \log likelihood = 1144,661$)، وتم التوقف عند ضعف التغير في ضعف دالة الإمكان بأقل من 0,001، مع توقف التغير في قيم المعاملات (β) بعد الدورة السادسة. كما تشير النتائج إلى قيمة الانحراف في النموذج غير متضمن المتغيرات (initiale Modèle) ($-2 \log likelihood initiale = 1152,057$).

$\Delta = 1152,057 - 1144,661 = 7,396$ ، وهي أكبر من قيمة χ^2_t المجدولة (3,841) عند مستوى خطأ $\alpha = 0,05$ وبدرجة حرية $dl = 1$. ومنه نرفض الفرضية العدمية ونتبنى الفرضية البديلة التي تقضي باختلاف معلمات النموذج عن الصفر، وبالتالي المعنوية الكلية للانحدار مما يدل على أهمية المتغير التوضيحي. (أنظر إلى الجدول رقم: 61)

الجدول رقم 61.4: نتائج المعنوية الكلية للانحدار اللوجستي الثنائي لمقياس سوء التغذية الحاد

Modèle si terme supprimé					
Variable		Modèle log-vraisemblance	Modification dans -2log-vraisemblance	ddl	Signification de la modification
Etape 1	HH6	-571,952	,003	1	,954
	HL4	-571,950	,000	1	,986
	wlthind5	-572,272	,643	1	,423
	melevel	-573,804	3,707	1	,054
Etape 2	HH6	-571,952	,003	1	,954
	wlthind5	-572,272	,643	1	,422
	melevel	-573,804	3,708	1	,054
Etape 3	wlthind5	-572,330	,757	1	,384
	melevel	-573,816	3,728	1	,054
Etape 4	melevel	-576,029	7,396	1	,007

المصدر: نتائج البرنامج الاحصائي Spss استنادا إلى قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

نستنتج من خلال هذه الاختبارات أن لمستوى الأم التعليمي أثر في احتمال تدني وزن الطفل الحاد من عدمه، فكلما كان المستوى الدراسي للأم أعلى كلما قل احتمال الإصابة بسوء التغذية المزمن (نقص الوزن بالنسبة للعمر الحاد)، والعكس بالعكس صحيح، فكلما هبط مستوى تعليم الأم زاد احتمال الإصابة بحالات نقص الوزن الحاد. وبالتالي تتجنب الأم المتعلمة أن يقع طفلها تحت خط سوء التغذية الحاد، الذي تسببه كثير من العوامل الصحية مثل التغذية والوقاية من الأمراض المعدية وطريقة معالجة أمراض الطفولة (الاسهال، العدوى النفسية) والاستشارة الطبية حولها.

3.4. استهلاك الملح المعالج بمادة اليود:

للتذكير، يسبب نقص اليود في النظام الغذائي اضطرابات في النمو العقلي والحركي للأطفال، يؤدي بذلك إلى التأخر الذهني والنشاط العضلي، كما يزيد في احتمال الإصابة بتضخم الغدة الدرقية، ويمثل السبب الرئيس في التأخر المدرسي.

يعتبر الملح ناقصاً أو بقدر غير كافٍ من مادة اليود (ملح معالج باليود بصفة غير ملائمة)، إذا كان يحتوي على أقل من 15 جزء من المليون لمادة اليود. ويكون الملح معالج باليود بقدر كافٍ إذا كان مشبع بمادة اليود

بأكثر من 15 حصة من المليون، ويرمز لهذه القياسات بالاختصار PPM. يأخذ مؤشر استهلاك الملح المعالج باليود (15 PPM وأكثر) الرقم 41 في مختلف المسوح العنقودية (MICS)، ويعبر عنه عن طريق حساب النسبة المئوية للأسر المستهلكة لهذا النوع من الملح.

1.3.4. مؤشر استهلاك الأسر المعيشية للملح المعالج باليود:

أخذت في هذا المسح عينات الملح المستهلك في الأسر المعيشية، وتم اختبار هذه العينات للحصول على قياسات كميات اليود الموجودة في الملح، حيث تمثلت الحالات في: لا يوجد يود 0 PPM (لا يوجد لون)، أقل من 15 PPM (لون باهت)، 15 PPM وأكثر (لون فاقع).

شمل نموذج معالجة الملح باليود في استمارة الأسرة عل متغيرين، الأول (SI1) الحصول على عينة من الملح قيد الاستهلاك وقياس كمية اليود (PPM)، المتغير الثاني (SI2) تعلق بالسؤال عما إذا كان مصدر الملح تجاري اقتني من محلات المواد الغذائية أم لا. دلت نتائج المتغير الأول بالدليل 1 في حالة عدم وجود اليود، وبالدليل 2 في حالة وجود اليود بكميات غير ملائمة ($PPM > 15$)، وبالرقم 3 في حالة ملائمة اليود (15 PPM وأكثر)، والدليل 6 في حالة عدم وجود الملح، والرمز 7 في حالة عدم اختبار الملح، والدليل 9 في حالات المعطيات الناقصة. فيما دلت إجابات المتغير الثاني بالرقم 1 عند التصريح بنعم، وبالدليل 2 عند النفي، فيما أخذت الإجابات الناقصة الدليل 9.

للإشارة، لم يحتو النموذج على إحالات للأسئلة، غير أن معطيات المتغيرين (SI1) و (SI2) قد احتوت على إجابات ناقصة دون الخروج عن مجال الترميز المحدد (SI1: 0,55%، SI2: 0,72% من مجموع الأسر التي شملها المسح (29008 أسرة))، سنكتفي بالإشارة إليها دون تخصيص جزء لنوعية معطيات هذا النموذج.

تستهلك أكثر من 60,7 بالمائة من الأسر التي شملها المسح ملح معالج باليود بصفة ملائمة (15 PPM وأكثر) (الحضر: 67,63%، الريف: 51,18%)، فيما تتوفر أكثر من 7,5 في المائة من مجموع الأسر على ملح طعام معالج بمادة اليود بصفة غير كافية ($PPM > 15$) توزعت بين 6,4 مئوية في الحضر و9,15 بالمائة في الريف، في حين أثبتت الاختبارات أن أكثر من 31 بالمائة من الأسر تستهلك ملح خال

من مادة اليود (PPM 0) (25,49% بالوسط الحضري و 39,3% بالوسط الريفي). بينما لم تتعد نسبة الأسر التي غاب عنها الملح سوى 0,43% (الحضر: 0,48%، الريف: 0,37%).

يظهر جليا من خلال هذه النتائج التباين بين وسطي الإقامة في استهلاك الملح المعالج بمادة اليود بصورة كافية.

الجدول رقم 62.4: توزيع أسر العينة حسب نتائج اختبار معالجة الملح بمادة اليود

نتائج اختبار معالجة SI1 الملح باليود		الوسط الحضري		الوسط الريفي		المجموع	
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
0 PPM (بدون لون)	4247	25,49%	4760	39,30%	9007	31,30%	
> 15 PPM (لون ضعيف)	1067	6,40%	1108	9,15%	2175	7,56%	
15 PPM وأكثر (لون فاقع)	11269	67,63%	6199	51,18%	17468	60,71%	
أسر ليس لديها ملح	80	0,48%	45	0,37%	125	0,43%	
المجموع (نتائج اختبار الملح)	16663	100, %	12112	100,00%	28775	100, %	
المعطيات الناقصة							
ملح غير مختبر	66	0,39%	12	0,10%	78	0,27%	
الحالات الناقصة (9)	96	0,57%	58	0,48%	154	0,53%	
المجموع الكلي	16825	100%	12182	100%	29007	100%	

المصدر: عمل خاص اعتمادا على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

للاشارة، لم يدرج التقرير الرئيسي للمسح نسب الأسر التي تتوفر على ملح خال من مادة اليود، ودمجها مع نسبة الأسر المستهلكة للملح المعالج باليود بصفة غير كافية (> 15 PPM) ليحصل على 38,9% (لم يفصل بين الحالتين).

عموما، فقد بلغت نسبة الأسر التي لم يختبر فيها الملح مع الحالات الناقصة 0,27، 0,53 من المائة على الترتيب. ليصل في المجموع إلى ما نسبته 0,8%.

الجدول رقم 63.4: توزيع أسر العينة حسب مصدر ملح الطعام

شراء الملح من المتجر SI2		الوسط الحضري		الوسط الريفي		المجموع	
النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار	النسبة	التكرار
نعم	16508	98,75%	11578	95,71%	28086	97,47%	
لا	209	1,25%	519	4,29%	728	2,53%	
المجموع	16717	100%	12097	100%	28814	100%	

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

اقتنت الغالبية العظمى من الأسر المبحوثة الملح من محال المواد الغذائية العامة، حيث بلغت نسبتها

حوالي 97,5% من مجموع الأسر المستجابة للسؤال عن مصدر الملح. ما يدل على عدم مطابقة مادة الملح في بعض المحلات التجارية للجودة والشروط الصحية التي تحمي المستهلك. حيث أشرنا فيما سبق إلى ما نسبته 31% من الأسر تستهلك ملح خال من مادة اليود الضرورية (0 PPM).

2.3.4. تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في استهلاك الأسر للملح المعالج باليود:

نستخدم في هذا الجزء اختبارات كاي تربيع للاستقلالية لقياس العلاقة ودلالاتها الإحصائية بين وسط الإقامة (HH6) ونتائج اختبار الملح قيد الاستهلاك (SI1)، كون العامل متغير اسمي. كما سنختبر ارتباط 'سبيرمان' بين كل من المتغيرين الرتبيين مؤشر الثروة الخمسي (wlthind5) ومستوى تعليم رب الأسرة (helevel) مع المتغير الرتبي كمية مادة اليود الموجودة في الملح المستهلك PPM في الحالات الثلاث (0 PPM، PPM 15 > PPM 15، وأكثر) وحذف باقي الملاحظات (غياب الملح، المعطيات الناقصة)، وتحديد المعنوية الإحصائية لمعاملات هذه الارتباطات.

لقد احتوى متغير المستوى التعليمي لرب الأسرة على معطيات ناقصة (0,03% فقط)، ستحذف عند إجراء اختبار الارتباط حتى لا تمثل قيم تدخل في حساب الارتباط.

الجدول رقم 64.4: اختبار العلاقة بين مكان الإقامة ونتائج اختبار الملح قيد الاستهلاك

Tests HH6 X SI1	Valeur	ddl	Signification asymptotique (bilatérale)	Signification approximée
وسط الإقامة (HH6) X الملح المعالج باليود (SI1)				
Khi-deux de Pearson	809,885 ^a	2	,000	
Mesures symétriques Nominal par Nominal				
Phi	,168			,000
V de Cramer	,168			,000
Coefficient de contingence	,166			,000
Nombre d'observations valides	28643			
a. 0 cellules (0,0%) ont un effectif théorique inférieur à 5. L'effectif théorique minimum est de 915,50.				

المصدر: نتائج البرنامج الإحصائي Spss اعتمادا على قاعدة معطيات مسح 2006 MICS3 (ملف الأسرة)

بلغت قيمة الإحصاء كاي مربع 809,885 وهي قيمة دالة إحصائيا حيث $0,05 > 0,000 = \text{Sig}$ ، عند مستوى ثقة 95%. تقودنا هذه النتيجة إلى رفض الفرضية الصفرية القائلة باستقلالية وسط الإقامة عن

نمط الملح المستهلك في الأسر، وقبول الفرضية البديلة القائلة بوجود علاقة بين محل الإقامة ونمط الملح المستهلك.

كما يشير الجدول (64.4) إلى وجود ارتباط ضعيف (0,17) ذو معنوية احصائية (0,000=Sig) بين وسط الإقامة وجودة الملح المستعمل في اعداد الوجبات الغذائية للأسر المعيشية.

الجدول رقم 65.4: اختبار الارتباط بين بعض خصائص الأسرة ونتائج اختبار الملح

Corrélations			Wealth index quintiles (wlthind5)	Resultat du test de l'echantillon du sel (SI1)
Rho de Spearman	Wealth index quintiles	Coefficient de corrélation	1,000	,275**
		Sig. (bilatérale)	.	,000
		N	29439	29439
	Resultat du test de l'echantillon du sel	Coefficient de corrélation	,275**	1,000
		Sig. (bilatérale)	,000	.
		N	29439	29439
Corrélations			Resultat du test de l'echantillon du sel (SI1)	Niveau d'instruction du chef de ménage (helevel)
Rho de Spearman	Resultat du test de l'echantillon du sel	Coefficient de corrélation	1,000	,186**
		Sig. (bilatérale)	.	,000
		N	29439	29439
	Niveau d'instruction du chef de ménage	Coefficient de corrélation	,186**	1,000
		Sig. (bilatérale)	,000	.
		N	29439	29439

** . La corrélation est significative au niveau 0,01 (bilatéral).

المصدر: نتائج البرنامج الإحصائي Spss استنادا إلى قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

نلاحظ من الجدول (65.4) وجود ارتباط طردي ضعيف بين مؤشر الثروة ونمط الملح لم تتجاوز قيمة معاملته 0,27 وهو دال احصائيا (0,000=Sig) عند مستوي الخطأ 5% و 1%. وهذا ما تشير إليه النجمتان الواقعتان فوق قيم معاملات الارتباط. (تشير *) للدلالة عند مستوى الخطأ 0,05، و (**) للمعنوية عند المستوى (0,01).

كما سجلنا ارتباط طردي ضعيف جدا ($rs=0,186$) بين المستوى الدراسي لرب الأسرة ونوعية الملح المستهلك في الأسرة، مع ثبوت الدلالة الإحصائية (0,000=Sig) عند مستوي الخطأ 0,01 و 0,05.

5. الإجراءات الوقائية: تطعيم الأطفال:

وقعت الجزائر خلال مشاركتها مع منظمة اليونسيف في لقاء قمة الطفولة (1990) على مشروع التطعيم العالمي للطفل، الذي استهدف الوصول إلى نسبة اكتمال التطعيم قبل بلوغ الطفل عامه الأول عند عتبة 90 من المائة، بحلول سنة 2000، كما يساهم تطعيم جميع الأطفال بفعالية في خفض معدلات وفيات الأطفال التي تشكل أحد الأهداف التنموية للألفية (خفض هذه المعدلات إلى الثلثين بين 1990 و2015).

توفر الجزائر ممثلة في وزارة الصحة والسكان عدة برامج تطعيمية، كما تساهم في تحقيق الأهداف المرجوة من هذه البرامج، حيث يوصي البرنامج الوطني للتطعيم بتلقي التطعيمات الأساسية وفقا للجدول الزمني أو الرزنامة التطعيمية.

تم جمع المعطيات المتعلقة بتطعيم الأطفال الأقل من خمس سنوات، بالاستفسار عن المصل الذي تلقاه كل طفل وتاريخ تطعيمه، والاهتمام بتسجيل الإجابة من الدفتر الصحي ثم من غير ذلك، نظرا لأهمية المعطيات الصادرة من هذه الدفاتر التي تتسم بدرجة عالية من الدقة مقارنة مع تلك التي تعتمد على الذاكرة ومدى معرفة الأم المصروفة بأنواع التطعيمات المختلفة وتواريخ إعطائها للطفل.

نتطرق في هذا الجزء لمتابعة مستويات التطعيم المختلفة ومدى اكتمالها ومدى التزامها باتباع الجدول الزمني لإعطائها. مروراً بقياس جودة المعطيات المتعلقة بها، بغية إضفاء مصداقية إلى المؤشرات المستخرجة بناء على معطيات نموذج التطعيم.

يتلقى الطفل في إطار البرنامج الموسع للتطعيمات، مجموعة من التلقيحات والأمصال، يفترض استكمالها قبل بلوغه عيد الميلاد الأول. وتتمثل التطعيمات الأساسية الموصى باستكمالها فيما يلي:

- المصل ضد السل (BCG) الذي يؤخذ مباشرة بعد الولادة (اليوم الأول)، بالإضافة إلى الجرعة الصفيرية ضد شلل الأطفال (Polio(0)؛
- المصل الثلاثي (DTP) ضد أمراض الدفتيريا، السعال الديكي، التيتانوس، بالإضافة إلى المصل (Polio) ضد شلل الأطفال، حيث يوصى بتلقيها في نفس الوقت على ثلاث جرعات متتالية، الأولى بعد ثلاثة أشهر من العمر، ثم الجرعة الثانية بعد شهر من الأولى، لتليها الثالثة بعد شهر من الثانية. كما تعطى جرعة منشطة (Rappel) للمصلين بعد 12 شهرا من الجرعة الثالثة؛

- المصل ضد مرض الحصبة (ROR) الذي يوصى بإعطائه عند بلوغ الشهر التاسع.

بالإضافة إلى إدراج التطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي (HBV) في قائمة التطعيمات سنة 2000، وأصبح فعلياً عام 2003. والذي يتلقى الطفل الجرعة الأولى منه عند الولادة، والجرعة الثانية في الشهر الأول، ثم الجرعة الثالثة في الشهر الخامس. كما أدرجت جرعتان من الفيتامين دال 'د'، يتلقى الطفل الجرعة الأولى منه عند بلوغ شهر واحد والثانية عند ستة أشهر من العمر.

يعد الدفتر الصحي ضرورياً لمتابعة صحة الطفل خاصة ما تعلق منها بتلقي التطعيمات، فقد تم من خلاله جمع معطيات تطعيم الأطفال بشكل رئيسي، فيما تم اللجوء إلى تصاريح الأم في ظل غياب هذا الدفتر.

لقد بلغت نسبة الأطفال الذين هم دون سن الخامسة ويتوفرون على دفتر صحي المقدار 98,79% منهم 10,85% صُرح لهم بتوفره من دون اظهاره).

الجدول رقم 66.4: اختبار الارتباط بين بعض خصائص الأسرة ونتائج اختبار الملح

النسبة	التكرار	توفر الدفتر الصحي للطفل (IM1)
87,93%	12832	نعم مع رويته
10,85%	1584	نعم مع عدم رويته
1,19%	174	لا
0,02%	3	9 إجابات الناقصة
100,00%	14593	المجموع

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

فيما لم تتجاوز نسبة المصرح لهم بعدم توفرهم على الدفتر الصحي 1,2 من المائة. في حين لم تتجاوز نسبة الإجابات الناقصة 0,02 بالمائة مع الغياب التام للإجابات الخارجة عن مجال الترميز، ما يعطي مصداقية وجودة للمعطيات المتعلقة بتطعيم الأطفال.

1.5. نوعية معطيات نموذج تطعيم الأطفال:

اشتمل نموذج تطعيم الأطفال الذي تضمنته استمارة المسح (استبيان الطفل) على 11 سؤالاً (من 501 إلى 511) و 25 متغير.

حيث احتوى السؤال 502 على معظم المتغيرات (15 متغيراً) تعلق بتواريخ تلقي الأطفال التطعيمات مختلفة الجرعات.

وتم ترميز الإجابات حول الاستفسارات حسب المتغيرات كما يلي:

- السؤال 501: المتغير IM1 (كما هو مبين في بدلية هذا القسم).
- السؤال 502 حول تواريخ التطعيمات: جرد وتحديد تواريخ التطعيمات (اليوم D/الشهر M/السنة Y) كما هو موجود في الدفتر، وفي حالة غياب البيانات الواضحة حول التواريخ تم اقتراح:
 - بالنسبة لليوم اليوم (D): الدليل 0 في حالة عدم التلقي، والدليل 44 في حالة وجود التطعيم دون تاريخ، والدليل 66 في حالة تصريح الأم باليوم، والدليل 98 في حالة الكتابة غير مقروءة، والدليل 99 للإجابات الناقصة.
 - بالنسبة للشهر (M): استثنى السؤال عن الشهر الذين حملت بياناتهم في السؤال السابق (عن اليوم) إجابات عدم التلقي (0) وحالات وجود التطعيم دون التاريخ (44) وحالات تصاريح الأمهات (66). أما الترميز فاستعمل الدليل 98 للكتابات غير المقروءة، والدليل 99 للإجابات الناقصة.
 - بالنسبة للسنة (Y): تم جرد السنة للذين جرد لديهم الشهر واستثنى الباقي (نفس المعنيون بالشهر). أما الترميز فوظف الرمز 9998 للكتابات غير المقروءة، والرمز 9999 للإجابات الناقصة.

لقد احتوى السؤال 502 على المتغيرات التالية:

- المتغير IM2: تاريخ التطعيم ضد السل BCG؛
- المتغيرات IM3 A,B,C,D: تواريخ التطعيم وإعادة التطعيم ضد الشل Polio oral 0,1,2,3؛
- المتغيرات IM4 A,B,C: تواريخ التطعيم وإعادة التطعيم الثلاثي ضد الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي DTCoc 1,2,3 (DPT 1,2,3)؛
- المتغير IM4D: تاريخ إعادة التطعيم الثلاثي وضد شلل الأطفال (الجرعة المنشطة) ((18 mois) Rappel DTCoc + Polio)؛
- المتغيرات IM5 ABC: تواريخ التطعيم وإعادة التطعيم ضد الالتهاب الكبدي HBV 1,2,3؛
- المتغير IM6: تاريخ التطعيم ضد الحصبة ROR؛
- المتغيران IM8 C,D: تواريخ تلقي الفيتامين D(1,2) (شهر و 6 أشهر).

(ملاحظة: كل متغير (تاريخ) يتفرع إلى ثلاثة متغيرات فرعية اليوم، الشهر، السنة. ويكتب المتغير الفرعي بإضافة حرف خاص إلى متغير التاريخ: الحرف D في حالة المتغير الفرعي 'يوم'، والحرف M في حالة المتغير الفرعي 'شهر'، والحرف Y في حالة المتغير الفرعي 'سنة').

- السؤال 503 حول تلقي الطفل لتطعيمات أخرى غير موجودة في الدفتر الصحي (المتغير IM9): دلت الإجابات بالرقم 1 عند الإجابة بنعم وبالرقم 2 عند النفي، وبالرقم 8 عند عدم المعرفة، وبالدليل 9 للإجابات الناقصة.
- السؤال 504 تلقي الطفل لتطعيمات خلال حملات تلقيح وطنية (المتغير IM10): حمل نفس الترميز.
- السؤال 505 تلقي التطعيم ضد السل في الذراع أو الكتف وبقاء أثرها على الجلد (المتغير IM11): نفس الترميز السابق.
- السؤال 506 تلقي تطعيمات على شكل قطرات في الفم ضد أمراض كشلل الأطفال (المتغير IM12): حمل ترميز المتغير السابق.
- السؤال 507 حول تلقي التطعيم ضد الشلل بعد الولادة مباشرة (المتغير IM13): تم الترميز بالرقم 1 عند الإجابة بعد الولادة مباشرة (أو خلال الأسبوعين الأولين)، وبالدليل 2 في حالة الإجابة فيما بعد، وبالرقم 9 في حالة غياب الإجابة.
- السؤال 508 حول عدد مرات تلقي التلقيح ضد الشلل (المتغير IM14): تمت الإجابة كمياً، غير أنه تم ترميز الإجابات 'لا أعرف' بالدليل 98، والإجابات الناقصة بالدليل 99.
- السؤال 509 تلقي الطفل حقن التطعيم الثلاثي (DTC) في الذراع أو الحوض (المتغير IM15): الدليل 1 (نعم)، الدليل 2 (لا)، الرقم 8 (لا أعرف)، الرقم 9 (عدم الإجابة).
- السؤال 510 حول عدد مرات تلقي التطعيم DTC (المتغير IM16): المتغير عددي، فيما تم ترميز الإجابات غير المحددة بالدليل 98 والناقصة بالدليل 99.
- السؤال 511 تلقي حقنة في الذراع أو الظهر ضد الحصبة في الشهر التاسع (المتغير IM17): نعم (1)، لا (2)، غير محدد (8)، إجابة ناقصة (9).

الجدول رقم 67.4: اختبارات القيم الدنيا والقصوى لمعطيات نموذج التطعيم متغير يوم التطعيم

مجموع الإجابات	% غير الموافق	المعطيات الناقصة			الإجابات المحددة				متغير تاريخ التطعيم (اليوم D)
		%Σ	99	98	66	44	0	اليوم	
12832	0,00	0,07	0	9	21	141	55	12606	IM2D (BCG)
12832	0,00	0,07	0	9	26	153	385	12259	IM3AD (VPO0)
12832	0,00	0,02	0	3	11	82	912	11824	IM3BD (VPO1)
12832	0,00	0,03	0	4	17	73	1418	11320	IM3CD (VPO2)
12832	0,00	0,03	0	4	22	99	1973	10734	IM3DD (VPO3)
12832	0,00	0,02	0	3	11	82	914	11822	IM4AD (DTC1)
12832	0,00	0,03	0	4	17	74	1420	11317	IM4BD (DTC2)
12832	0,00	0,03	0	4	22	98	1980	10728	IM4CD (DTC3)
12832	0,00	0,05	1	6	1	150	5572	7102	IM4DD (Rappel)
12832	0,00	0,09	0	12	30	205	3997	8588	IM5AD (HBV1)
12832	0,00	0,05	0	6	41	229	4888	7668	IM5BD (HBV2)
12832	0,00	0,03	0	4	30	187	6544	6067	IM5CD (HBV3)
12832	0,00	0,05	0	7	20	87	2896	9822	IM6D (RVR)
12832	0,00	0,16	3	18	3	476	6537	5795	IM8CD (Vitamine D1)
12832	0,00	0,16	7	14	3	560	8654	3594	IM8DD (Vitamine D2)

المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

تم تسجيل كميات بسيطة جدا من المعطيات الناقصة في متغير يوم تلقي التطعيم، حيث لم تتجاوز نسب معظمها 0,1 من المائة، مع الغياب التام للمعطيات غير الموافقة لمجال الترميز أو مقترحات الإجابة.

غير أنه تم تسجيل كميات محسوسة للكتابات غير المقروءة وتصريحات الأم في مختلف التطعيمات، وبالتالي اهمالها في متغيري الشهر والسنة من تواريخ التطعيمات. وهذا ما يؤثر نسبيا في جودة المؤشرات التي تعتمد على العمر عند تلقي التطعيم.

خصت هذه المعطيات الأطفال الذين سجل لديهم يوم تلقي التطعيم من الدفتر الصحي بوضوح، دون أولئك الذين لوحظ لديهم يوم التطعيم بكتابات غير مقروءة أو عن طريق ادلاء أمهاتهم.

عموما، سجلت معطيات ناقصة طفيفة جدا لم تتجاوز أعلى نسبها المقدار 0,3 من المائة. مع الغياب التام للمعطيات الخارجة عن إطار الترميز.

الجدول رقم 68.4: اختبارات القيم الدنيا والقصوى لنموذج التطعيم متغيري شهر وسنة التطعيم

المجموع	% معطيات السنة (IM..Y)				% معطيات الشهر (IM..M)				متغير تاريخ التطعيم (الشهر والسنة)
	غير الموافقة للمجال	المعطيات الناقصة		الموافقة للمجال التكرار	غير الموافقة للمجال	المعطيات الناقصة		إجابات محددة	
		9999	9998			99	98		
12615	0,00	0,00	0,00	100	0,00	0,00	0,00	100	IM2 (BCG)
12268	0,00	0,00	0,00	100	0,00	0,008	0,00	99,992	IM3A
11827	0,00	0,00	0,008	99,992	0,00	0,00	0,008	99,992	IM3B
11324	0,00	0,00	0,009	99,991	0,00	0,009	0,009	99,982	IM3C
10738	0,00	0,00	0,009	99,991	0,00	0,00	0,009	99,991	IM3D
11825	0,00	0,00	0,008	99,992	0,00	0,00	0,008	99,992	IM4A
11321	0,00	0,00	0,009	99,991	0,00	0,009	0,009	99,982	IM4B
10732	0,00	0,000	0,009	99,991	0,00	0,00	0,009	99,991	IM4C
7110	0,00	0,014	0,014	99,972	0,00	0,014	0,042	99,944	IM4 (Rappel)
8600	0,00	0,023	0,00	99,977	0,00	0,00	0,047	99,953	IM5A
7674	0,00	0,039	0,013	99,948	0,00	0,00	0,052	99,948	IM5B
6071	0,00	0,033	0,016	99,951	0,00	0,00	0,049	99,951	IM5C
9829	0,00	0,00	0,010	99,990	0,00	0,010	0,020	99,969	IM6
5819	0,00	0,052	0,017	99,931	0,00	0,052	0,017	99,931	IM8C
3618	0,00	0,138	0,111	99,751	0,00	0,138	0,166	99,696	IM8D

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

تم استجواب أمهات الأطفال عما إذا تلقى أطفالهن تطعيمات أخرى غير مدونة في الدفتر الصحي خلال حملات تلقيح وطنية (السؤال 504: IM10)، ومن ثم استفسار النسوة اللائي أجبن بنعم في هذا السؤال (IM10=1) حول تلقي أطفالهن لتطعيمات محددة، تم ادراجها في الأسئلة الموالية (من IM11 إلى IM17). لم تسجل كميات كبيرة من المعطيات الناقصة (لم يتجاوز أعلاها النسبة 2,7%)، هذا لو استثنينا ما تعلق منها بعدد مرات تلقي بعض التطعيمات (متعددة الجرعات: Polio، DTC)، التي تجاوزت نسبتها 8% في تغيير عدد مرات تلقي التطعيم ضد شلل الأطفال، وفاقته 5,5% من بيانات متغير عدد تلقي جرعات التطعيم الثلاثي ضد أمراض الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس.

ما يجعل المؤشرات المحسوبة على إثرها تفقد بعض الدقة في التقدير وبالتالي تدني جودتها.

الجدول رقم 69.4: اختبارات القيم الدنيا والقصى لنموذج التطعيم للمتغيرات المتعلقة بالمعطيات من

خارج إطار الدفتر الصحي

المتغيرات	الإجابات المحددة			المعطيات الناقصة			الإجابات غير الموافقة %	مجموع الإجابات
	1 (نعم)	2 (لا)	% ∑	أعرف 'لا'	الإجابات الناقصة	% ∑		
IM9	116	12580	98,94	79	57	1,06	0,00	12832
IM10	1553	190	98,98	8	10	1,02	0,00	1761
IM11	1530	16	99,55	5	2	0,05	0,00	1553
IM12	1519	18	98,97	11	5	1,03	0,00	1553
IM13 (1: مباشرة بعد الولادة، 2: فيما بعد)	1271	221	98,22	0	27	1,78	0,00	1519
IM14 (كمي)	1396		91,9	112	11	8,1	0,00	1519
IM15	1446	68	97,49	25	14	2,51	0,00	1553
IM16 (كمي)	1366		94,47	67	13	5,53	0,00	1446
IM17	1296	215	97,30	21	21	2,70	0,00	1553

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

كما تضمن نموذج تطعيم الأطفال خمسة احالات للأسئلة، أحيل على إثرها جزء من المبحوثات (حسب اجاباتهم) إلى أسئلة أخرى لا تلي السؤال محل الإجابة مباشرة (حيث تصبح غير معنيات ببعض الأسئلة الموائية للسؤال)، تمثلت فيما يلي:

- الإحالة من السؤال 501 إلى السؤال 504: تم إحالة اللاتي ليس لدى أطفالهن دفتر صحي أو لم يظهرهن للملاحظة (IM1=2، IM1=3 (1761 طفل)) إلى السؤال 504 حول تلقي الطفل تطعيمات ضد الأمراض من خلال الحملات الوطنية للتفقيح.
- الإحالة من السؤال 503: أحييت كل من أجابت عن هذا السؤال (مهما كانت الإجابة) إلى النموذج الموائي كلية، أي بقاء من لم يتوفر أطفالهن الدفتر الصحي فقط للإجابة على الأسئلة الموائية.
- الإحالة من السؤال 504 إلى النموذج الموائي: أحييل من لم تصرح أمهاتهم بنعم إلى النموذج الموائي (IM10=2، IM10=8 (208 أطفال)).
- الإحالة من السؤال 506 إلى السؤال 509: أحييل من كانت إجابات أمهاتهم بلا أو بلا أعرف، عن سؤال تلقي الطفل لتطعيمات ضد شلل الأطفال في الحملات الوطنية، إلى السؤال 509.
- الإحالة من السؤال 509 إلى السؤال 511: أحييل الأمهات اللواتي أدلين بلا أو بلا أعرف عن سؤال تناول الطفل التطعيمات الثلاثية DTC خلال الحملات الوطنية، إلى السؤال 511 حول تلقي التطعيم ضد الحصبة دون المرور بالسؤال 510 (عدد مرات تلقي التطعيم DTC).

الجدول رقم 70.4: اختبارات التوافق الداخلي للإحالة الأولى في نموذج التطعيم (الإحالة من السؤال 501

إلى السؤال 504)

N°	Vt	ربط المتغيرات ¹	التكرار	%	التكرار المتجمع ↑	% ↑
1	.....		407	2,71	407	2,71
2	1 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0 0		5	0,03	412	2,75
3	1 0 0 0 0 0 0 0 0 31 31 0 30 9 0 0		1	0,01	413	2,75
4	1 0 0 0 0 5 5 0 0 0 0 0 0 0 0 0		1	0,01	414	2,76
5	1 0 0 0 0 7 7 12 12 14 14 0 21 15 7 11		1	0,01	415	2,77
6	1 0 0 0 0 8 8 1 1 6 6 0 6 7 0 0		1	0,01	416	2,77
7	1 0 0 0 0 12 12 12 12 16 16 0 25 6 0 0		1	0,01	417	2,78
.	.	.	.	.	.	.
12312	1 98 98 0 0 27 27 21 21 5 5 0 9 27 0 0		1	0,01	13233	88,22
12313	1 98 98 98 3 9 9 7 7 29 29 2 26 12 0 0		1	0,01	13234	88,23
12314	1 98 98 98 8 14 14 17 17 18 18 18 8 44 0 0		1	0,01	13235	88,23
12315	1 98 98 98 8 27 27 31 31 9 9 9 14 14 0 0		1	0,01	13236	88,24
12316	1 98 98 98 25 30 30 24 24 28 28 0 0 0 21 0		1	0,01	13237	88,25
12317	1 98 98 98 27 23 23 25 25 26 26 26 23 28 27 20		1	0,01	13238	88,25
12318	1 98 98 98 66 19 19 29 29 27 27 0 31 13 31 31		1	0,01	13239	88,26
12319	2		1584	10,56	14823	98,82
12320	3		174	1,16	14997	99,98
12321	9		3	0,02	15000	100

المصدر: عمل خاص باستعمال البرنامج الإحصائي SAS بناء على قاعدة معطيات مسح 2006 MICS3 (ملف الطفل)

يبين الجدول رقم 70.4 الاتساق الداخلي بين المتغيرات في إحالة غير المتوفرين على دفتر صحي من السؤال 501 إلى السؤال 504. حيث نلاحظ الإجابات 2 (عدم اظهار الدفتر الصحي) و 3 (عدم توفر الدفتر الصحي) و 9 (الإجابات الناقصة)، لم تؤخذ حولهم أي إجابة حول تاريخ التطعيمات.

كما يشير الجدول (رقم 30، الملحق 4) إلى التوافق الداخلي التام للمتغيرات في باقي الاحالات التي شهدها نموذج تطعيم الأطفال. فلم تدل أي ممن تعرضت للسؤال 503 على أي من الأسئلة الموائية له. كما نلاحظ من انسجام كل الإجابات في المتغيرات وفق الاحالات الموجودة في الأسئلة 504، 506، 509، فقد

¹ (.) غير معني بالسؤال، من اليسار إلى اليمين: الخانة 1: توفر الدفتر (1: نعم، 2: نعم مع عدم اظهاره، 3: لا، 9: ناقصة)، الخانة 2: يوم تلقي تطعيم BCG حسب الدفتر (كمي، 0: عدم التلقي، 44: التطعيم بدون تاريخ، 66: تصريح الأم، 98: للكتابات غير مقروءة، 99: ناقصة) أخذت باقي التلقيحات هذا الترميز، الخانة 3: Polio0، الخانة 4: HBV1، الخانة 5: HBV2، الخانة 6: Polio1، الخانة 7: DTC1، الخانة 8: Polio2، الخانة 9: DTC2، الخانة 10: Polio3، الخانة 11: DTC3، الخانة 12: HBV3، الخانة 13: ROR، الخانة 14: Rappel DTC Polio، الخانة 15: Vita D1، الخانة 16: Vita D2، الخانة 17: معرفة يوم تلقي التطعيمات في حملات تلقيح وطنية (1: نعم، 2: لا، 8: لا أرف، 9: ناقصة).

تم فعلا الالتزام باستفسار أمهات المعنيون بالأسئلة فقط. حيث استفسرت أمهات 1761 طفل الذين لم يتوفروا أو لم يظهروا دفاترهم الصحية في السؤال 504 عما إذا تلقى أطفالهن بعض التطعيمات الأساسية خلال حملات وطنية، ليتابعن اللاتي أدلين بنعم (1553 طفل) الإجابة على باقي الأسئلة، مع احترام الاحالات التي تخللتها (المشار إليها سالفاً).

2.5. مستويات مؤشرات تحصين الأطفال ضد الأمراض:

نتطرق في هذا الجزء من الدراسة إلى أهم المؤشرات المتعلقة بتطعيم الأطفال، بدءاً بمدى الالتزام بالبرنامج التطعيمية واتباع الجدول العمري للتطعيم، ثم تقدير مختلف المؤشرات التطعيمية المعتمدة في المسوح العنقودية وأهداف الألفية الإنمائية، المتمثلة أساساً في نسب الأطفال بين 12 و 23 شهراً الملقحون ضد أمراض الطفولة قبل عيد ميلادهم الأول. حيث يعبر المؤشر: 25 للمسوح العنقودية عن تغطية التحصين ضد السل، والمؤشر رقم 26 عن تغطية التحصين ضد شلل الأطفال، فيما يشير المؤشر 27 إلى مستوى التغطية التطعيمية ضد الدفتيريا والسعال الديكي والتيتانوس، في حين يدل المؤشر الذي يحمل رقم 28 (المسوح العنقودية) ورقم 15 (أهداف الألفية الإنمائية) على مستوى تغطية التحصين ضد الحصبة، ويعبر المؤشر رقم 29 للمسوح العنقودية عن التغطية التطعيمية ضد الالتهاب الكبدي الوبائي (ب).

1.2.5. الالتزام بالجدول العمري للتطعيم حسب اتباع الرزنامة الوطنية للتلقيحات:

يعتبر اتباع الجدول العمري للتطعيم شرطاً أساسياً لتحقيق التلقيح هدفه المرجو، حيث يكون له تأثير وفعالية، فيستحسن تلقي التطعيمات وفقاً للرزنامة الوطنية للتلقيحات. ونظراً لتأثر بيانات العمر عند تلقي التطعيم بالمصدر المأخوذة منه، لهذا نركز على الأطفال الذين جمعت بياناتهم بالكامل من الدفتر الصحي بوضوح، وادراج غيرهم من الأطفال ضمن الحالات غير المبينة (التاريخ غير واضح مع وجود التطعيم، تصريحات الأمهات، غير مطعم).

للاشارة لم يتطرق التقرير الرئيسي للمسح (MICS3) إلى هذه المؤشرات، بالرغم من توفر معطيات مفصلة حول تواريخ التطعيمات كما هو شار إليها في نوعية معطيات هذا النموذج، وكما هو مبين في استمارة المسح (الملحق 1).

الجدول رقم 71.4: توزيع الأطفال (12-23 شهرا) حسب العمر عند تناولهم التطعيمات المختلفة

نسب (%) الأطفال المطعمون ضد أمراض الطفولة									العمر عند تلقي التطعيم بالأشهر
الحصبة ROR	الشلل 3 Polio 3	الشلل 2 Polio 2	الشلل 1 Polio 1	التطعيم الثلاثي DTC3	التطعيم الثلاثي DTC2	التطعيم الثلاثي DTC1	الشلل 0 Polio 0	السل (الدرن) BCG	
0,05	0	0,042	0,38	0	0,042	0,38	84,6	85,46	0
0,04	0,04	0,08	1,76	0,04	0,08	1,71	3,18	3,29	1
0,09	0,07	0,46	5,15	0,07	0,42	5,23	0,73	0,78	2
0,15	0,25	3,20	70,13	0,19	3,18	70,11	0,40	0,39	3
0,21	1,76	57,50	8,68	1,77	57,42	8,66	0,14	0,25	4
0,63	45,03	16,83	2,50	45,00	16,89	2,52	0,12	0,17	5
0,80	20,44	5,77	0,84	20,48	5,86	0,84	0,15	0,19	6
1,09	7,52	2,33	0,55	7,55	2,33	0,55	0,02	0,03	7
5,97	5,03	1,13	0,32	5,04	1,13	0,32	0,01	0,01	8
53,67	2,75	0,80	0,26	2,75	0,80	0,26	0,04	0,03	9
11,85	1,83	0,61	0,23	1,83	0,61	0,23	0,00	0,02	10
3,49	1,06	0,37	0,14	1,02	0,37	0,14	0,00	0,02	11
5,87	1,94	0,67	0,22	1,94	0,67	0,22	0,05	0,17	12 فأكثر
16,07	12,29	10,21	8,84	12,32	10,20	8,83	10,6	9,2	غير مبين
2994	2994	2994	2994	2994	2994	2994	2994	2994	الإجمالي

المصدر: من اعداد الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يعرض الجدول رقم 71.4 توزيع نسب الأطفال بين 12 و 23 شهرا حسب العمر بالأشهر عند تناول التطعيمات. ويتبين من الجدول أن نسبة من تم تطعيمهم بمصل الدرن قبل بلوغهم الشهر الأول قد بلغت 85,46%، وسجلت النسبة لدى الرضع قبل بلوغهم شهرين (العمر الموصى به) 88,75%، فيما بلغت نسبة الأطفال المتناولون للمصل قبل بلوغ عامهم الأول 90,64%، فيما سجل المتلقون بعد بلوغهم 12 شهرا من العمر النسبة 0,17%، في حين مثلت باقي الحالات غير المحددة 9,19%.

كما يوضح الجدول أن نسبة الأطفال المطعمون بالجرعة الصفرية ضد الشلل في موعدها المحدد، قد بلغت حوالي 85%، فيما 87,8% تقريبا تلقوه قبل شهرين من العمر. وبلغت نسبة من استفادوا من هذا المصل قبل بلوغهم عيد ميلادهم الأول 89,4%، في حين مثل المتلقون للمصل بعد عامهم الأول 0,05 من المائة، بينما حددت نسبة الحالات غير المبينة 10,6 بالمائة.

أما الجرعة الأولى من التطعيم بالمصل الثلاثي DTC وشلل الأطفال، فقد سجلت نسب المستفيدين منها في موعدها المحدد (عند 3 أشهر) حوالي 70,11% 70,13% على الترتيب (تساوي النسب راجع إلى كون التطعيمين مقترنين زمنيا). وحوالي 8,66% تأخر تطعيمهم للشهر الموالي (78,77% في المجموع 4+3). فيما وصلت نسبة المطعمون قبل الوقت المحدد المقدار 7,3%. اجمالا مثل الأطفال المطعمون قبل بلوغ

عامهم الأول النسبة 90,95%. وبلغت نسبة من تلقوا التطعيم بعد عيد الميلاد الأول 0,22%، في حين سجلت الحالات غير المبينة حوالي 8,83% من اجمالي الأطفال.

أما نسبة تغطية الجرعة الثانية من التطعيم لثلاثي (DTC2) وشلل الأطفال (Polio2) في الوقت المحدد (5 أشهر) فقد بلغت حوالي 57,5 من المائة، فيما تأخر 16,9 بالمائة من الأطفال للشهر التالي، بمعنى تم تطعيم 74,3% من الأطفال في العمر الموصى به (بين 5 و 6 أشهر). ووصلت نسبة من تلقوا المصل قبل الوقت 3,7 من المائة. عموما وصلت نسبة المطعمون قبل بلوغهم العام الأول 89,13%، فيما مثل المتلقون للمصل بعد السنة الأولى 0,67 من المائة. بينما مثل باقي الأطفال في الحالات غير المبينة حوالي 10,2%.

حددت نسبة الأطفال المستفيدين من الجرعة الثالثة من التطعيم الثلاثي (DTC3) والتطعيم ضد الشلل (Polio3)، في الموعد المحدد عند المستوى 45%، والمتأخرين بشهر واحد عند 20,5%. أي تم تطعيم الأطفال في العمر المناسب بنسبة حوالي 65,5%. فيما بلغت نسبة المتلقون للتطعيمين قبل الوقت المحدد 2,07%، أما المتلقون للتطعيمات بعد بلوغ عيد ميلادهم الأول فقد وصلت نسبتهم 1,94 من المائة. في حين سجلت الحالات غير المبينة النسبة 12,3%.

أما التطعيم ضد مرض الحصبة، فقد تمت تغطية ما نسبته 53,7 من المائة في الموعد المحدد (9 أشهر)، فيما تأخر بشهر عن الموعد 11,85%، أي تطعيم ثلثي الأطفال تقريبا في العمر الموصى به. في حين قدرت نسبة الملقحون قبل الموعد بالقيمة 9,05%. لتصبح نسبة المتلقون قبل عامهم الأول 78,06%. ووصلت نسبة المتلقون بعد بلوغهم 12 شهرا 5,87%، ونسبة أصحاب البيانات غير المبينة 16,07%.

يوضح الجدول (رقم: 72.4) توزيع مستويات التغطية التطعيمية حسب الموعد المحدد بالنظر إلى الوسط والجنس. سجلت أكبر تغطية للتطعيمات في الموعد المحدد بالوسط الحضري مقارنة بالوسط الريفي، فيما شهدت نسب التغطية بالتطعيمات المتخلفة بشهر واحد أكبر القيم بالريف مقارنة بالحضر، ما يوحي بأن التأخر يتأثر بوسط الإقامة. وبهذا تتساوى التغطية التطعيمية نسبيا بين الوسطين حسب الفترة الموصى بها (في الموعد أو التأخر بشهر واحد فقط).

كما سجلت نسب التغطية قبل عيد الميلاد الأول تباينا طفيفا بين الوسطين، حيث كانت الأفضلية في التلقيحات ضد السل، ضد شلل الأطفال (الجرعة الصفرية)، الجرعة الأولى للتطعيم الثلاثي وضد شلل الأطفال، لصالح الوسط الريفي.

في حين شهدت تغطية باقي التلقيحات قبل بلوغ العام الأول أفضل القيم نسبيا بالوسط الحضري. كما سجلت الحالات غير المبينة زيادة طفيفة بالوسط الريفي مقارنة بالحضري.

الجدول رقم 72.4: توزيع الأطفال (12-23 شهرا) وفق موعد تلقيحهم التطعيمات حسب الوسط والجنس

نسب (%) الأطفال المطعمون ضد أمراض الطفولة									العمر عند تلقي التطعيم بالأشهر
الحصبة ROR	الشلل 3 Polio 3	الشلل 2 Polio 2	الشلل 1 Polio 1	التطعيم الثلاثي DTC3	التطعيم الثلاثي DTC2	التطعيم الثلاثي DTC1	الشلل 0	السل (الدرن)	
الوسط الحضري (إجمالي الأطفال 12-23 شهرا = 1589 طفل)									
8,75	2,30	3,65	7,33	2,26	3,63	7,47	-	-	قبل الموعد
57,22	49,07	61,82	72,67	49,03	61,67	72,56	85,33	86,62	في الموعد
11,03	19,63	61,82	7,35	19,65	15,32	7,35	2,23	2,46	شهر بعد الموعد
80,11	87,09	89,41	90,63	87,03	89,43	90,7	88,72	90,53	قبل بلوغ 12 شهرا
4,80	1,52	0,63	0,15	1,52	0,63	90,65	88,76	0,14	12 شهر وأكثر
15,09	11,40	9,97	9,22	11,46	9,94	9,2	11,24	9,33	غير مبين
الوسط الريفي (إجمالي الأطفال 12-23 شهرا = 1405 طفل)									
9,38	1,93	3,92	7,23	1,85	3,84	7,15	-	-	قبل الموعد
49,65	40,45	52,61	67,25	40,44	52,6	67,34	83,82	84,14	في الموعد
12,78	21,35	18,60	10,18	21,42	18,66	10,15	4,26	4,23	شهر بعد الموعد
75,73	84,28	88,81	91,28	84,28	88,81	91,28	90,16	90,76	قبل بلوغ 12 شهرا
7,09	2,41	0,70	0,30	2,41	0,70	0,30	0,07	0,21	12 شهرا وأكثر
17,17	13,30	10,48	8,42	13,30	10,48	8,42	9,78	9,03	غير مبين
الذكور (إجمالي الأطفال 12-23 شهرا = 1536 طفل)									
9,13	2,04	4,11	7,22	1,93	4,01	7,28			قبل الموعد
56,11	45,7	57,01	70,06	45,75	56,94	70,02	84,45	85,5	في الموعد
11,09	21,16	18,31	8,81	21,18	18,4	8,81	3,1	3,17	شهر بعد الموعد
79,99	86,49	90,07	91,21	86,43	90,09	91,23	89,31	90,72	قبل بلوغ 12 شهرا
4,93	1,89	0,27	0,2	1,88	0,27	0,2	0,01	0,16	12 شهر وأكثر
15,08	11,62	9,66	8,59	11,68	9,64	8,57	10,68	9,11	غير مبين
(إناث (إجمالي الأطفال 12-23 شهرا = 1458 طفلة)									
8,96	2,21	3,43	7,35	2,21	3,43	7,35			قبل الموعد
51,1	44,31	58,01	70,2	44,21	57,92	70,2	84,8	85,42	في الموعد
12,65	19,68	15,28	8,54	19,75	15,29	8,51	3,27	3,42	شهر بعد الموعد
76,02	85,01	88,13	90,65	85,01	88,13	90,65	89,49	90,55	قبل بلوغ 12 شهرا
6,87	1,99	1,08	0,24	1,99	1,08	0,24	0,09	0,19	12 شهر وأكثر
17,11	13	10,79	9,11	13	10,79	9,11	10,41	9,27	غير مبين

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

أما بالنظر إلى الجنس، فسجلت التغطية التطعيمية لمختلف التلقيحات قيما غلب عليها التجانس النسبي بين الجنسين، حيث كان هذا التباين الطفيف غالبا لصالح الذكور.

بينت النتائج أن نسبة تلقيح الأطفال في الفئة العمرية [12-23 شهر] وصلت إلى المستوى 98,73%

ضد السل (98,55% قبل بلوغ 12 شهرا)، وإلى 94,59% بالجرعة الثالثة ضد الديفتيريا والسعال الديكي والكزاز (92,65% قبل 12 شهرا)، وإلى 94,42% بالجرعة الثالثة ضد شلل الأطفال (92,48% قبل 12 شهرا)، و90,38% تم تطعيمهم ضد الحصبة (84,5% قبل بلوغ 12 شهرا).

الجدول رقم 73.4: نسب الأطفال (12-23 شهرا) الملقحون ضد أمراض الطفولة

نسبة (%) الأطفال المحصنين:										المحصنين حسب المصدر
جميع التطعيمات *****	ضد الحصبة ROR ****	ضد الشلل 3 Polio 3 ***	ضد الشلل 2 Polio 2	ضد الشلل 1 Polio 1	التطعيم الثلاثي DTC 3 **	التطعيم الثلاثي DTC 2	التطعيم الثلاثي DTC 1	ضد الشلل 0 Polio 0	ضد السل BCG *	
81,39	83,93	87,71	89,79	91,16	87,68	89,80	91,17	89,45	90,81	الدفتر بتاريخ واضح
1,49	0,30	0,53	0,30	0,30	0,53	0,30	0,30	1,00	0,90	بدون تاريخ 44
0,13	0,03	0,03	0,10	0,03	0,03	0,10	0,03	0,13	0,13	غير مقروءة 98
83,01	84,26	88,28	90,19	91,49	88,25	90,20	91,50	90,58	91,71	مجموع الدفتر
0,26	0,10	0,13	0,10	0,07	0,13	0,10	0,07	0,23	0,13	تصريح الأم 66
4,81	6,01	6,01	6,21	6,38	6,21	6,31	6,41	6,78	6,88	الحملات الوطنية
5,07	6,11	6,15	6,31	6,45	6,35	6,41	6,48	7,01	7,01	مجموع تصريح الأم
88,08	90,38	94,42	96,50	97,94	94,59	96,62	97,98	97,60	98,73	المصدران
-	84,50	92,48	95,84	97,72	92,65	95,95	97,76	97,55	98,55	قبل 12 شهر

(*) : مؤشر رقم 25 (MICS)، (**) : مؤشر رقم 27 (MICS)، (***) : مؤشر رقم 26 (MICS)، (****) : مؤشر رقم 28 (MICS)، (*****) : مؤشر رقم 31 في المسوح العنقودية (MICS)، (O) : مؤشر رقم 15 (MICS)

(*****) : تلقي التحصينات كاملة: المؤشر رقم 31 في المسوح العنقودية (MICS)

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

عموما، بلغت نسبة الأطفال الملقحون بجميع التطعيمات المستوى 83,01% حسب دفتر التطعيم، و5,07% حسب تصريحات الأمهات، لتصل النسبة اجمالا إلى المستوى 88,08%.

للإشارة، تعتبر هذه النسب مؤشرات رئيسية في المسوح العنقودية (MICS). كما أن نسب التغطية لمختلف التطعيمات فاقت مبكرا عتبة 90% الموصى بها بحلول سنة 2015. ما يفسر تحسن الوعي الصحي في المجتمع وجهد الدولة من خلال البرامج والنشاطات المتعلقة بتطعيم الأطفال.

يشير الجدول (رقم: 74.4) إلى تغطية تطعيمية للجرعة الأولى ضد الالتهاب الكبدي الفيروسي، وصلت إلى 86,33% في الموعد الموصى به، وإلى 87,92% قبل بلوغ عيد الميلاد الأول (الحضر: 86,96%، الريف: 89%)، وقد شهدت اناث الوسط الريفي أكبر نسبة تغطية (89,82%). فيما بلغ مستوى الحالات غير المحددة النسبة 12 من المائة كانت غالبيتها بالوسط الحضري (13%).

الجدول رقم 74.4: توزيع الأطفال (12-23 شهرا) وفق موعد التطعيمات ضد التهاب الكبد الوبائي

تلقي التطعيم			الحضر			الريف			الإجمالي	
مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	ذكور	إناث	مجموع	إناث
التطعيم الأول ضد التهاب الكبد الفيروسي HBV1 (عند الولادة)										
قبل الموعد	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
في الموعد	82,28	81,3	81,79	81,76	83,93	82,8	82	82,52	82,27	
شهر بعد الموعد	3,51	3,84	3,67	4,41	4,61	4,51	3,94	4,19	4,06	
قبل بلوغ 12 شهرا	87,3	86,61	86,96	88,23	89,82	89	87,7	88,1	87,92	
12 شهر وأكثر	0	0,08	0,04	0,09	0,13	0,12	0,04	0,1	0,08	
غير مبين	12,7	13,32	13	11,68	10,05	10,9	12,2	11,8	12,02	
التطعيم الثاني ضد التهاب الكبد الفيروسي HBV2 (الشهر الأول)										
قبل الموعد	4,61	7,04	5,8	7,68	6,42	7,07	6,06	6,75	6,4	
في الموعد	67,58	64,2	65,92	64,53	62,31	63,5	66,1	63,33	64,77	
شهر بعد الموعد	7,33	5,55	6,46	8,58	8,18	8,39	7,92	6,77	7,36	
قبل بلوغ 12 شهرا	84,72	84,37	84,55	87,05	87,56	84,6	85,8	85,85	85,84	
بعد 12 شهرا وأكثر	0,41	0,41	0,41	0,17	0,7	0,41	0,3	0,54	0,41	
غير مبين	14,86	15,23	15,04	12,78	11,75	12,3	13,9	13,61	13,75	
التطعيم الثالث ضد التهاب الكبد الفيروسي HBV3 (الشهر الخامس)										
قبل الموعد	0,86	2,12	1,47	2,31	0,98	1,67	1,55	1,6	1,57	
في الموعد	38,17	36,23	37,22	34,91	33,29	34,1	36,6	34,87	35,77	
شهر بعد الموعد	18,23	17,68	17,96	19,81	17,89	18,9	19	17,78	18,39	
قبل بلوغ 12 شهرا	77,23	75,75	76,51	77,91	74,55	76,3	77,6	75,2	76,4	
بعد 12 شهرا وأكثر	1,75	2,21	1,97	1,51	2,78	2,11	1,64	2,47	2,05	
غير مبين	21,02	22,04	21,52	20,58	22,66	21,6	20,8	22,33	21,55	
اجمالي الأطفال (12-23)	808	781	1589	728	677	1405	1536	1458	2994	

المصدر: عمل خاص اعتمادا على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

فيما وصلت نسبة التغطية التطعيمية بالجرعة الثانية (HBV2) في موعدها الصحيح إلى 72,13%، وإلى 85,84% قبل بلوغ الأطفال عامهم الأول (الحضر: 84,55%، الريف: 84,6%)، كما سجلت أكبر نسبة تغطية وسط إناث الريف (87,56%). في حين بلغت نسبة الحالات غير المبينة 13,75% كان أغلبها بالوسط الحضري (15%).

أما التغطية بالجرعة الثالثة (HBV3) في موعدها المحدد فقد بلغت المستوى 54,16 بالمائة، بينما سجلت التغطية قبل بلوغ السنة الأولى من العمر المقدار 76,4 من المائة (الحضر: 76,5%، الريف: 76,3%)، وشهد ذكور الوسط الريفي أعلى تغطية (77,9%). ومثلت الحالات غير المبينة النسبة المئوية 21,55.

يوضح الجدول (رقم: 75.4) أن نسبة الأطفال (12-23 شهرا) المتلقون للجرعة الأولى من الفيتامين

د قبل بلوغ سنة من العمر، قد بلغت 47,11%، من بينها 36,87% في موعدها المحدد. في حين بلغت نسبة الحالات غير المبينة 51,87%.

الجدول رقم 75.4: توزيع الأطفال (12-23 شهرا) وفق موعد تلقي الفيتامين 'دال'

الحضر			الريف			الإجمالي			تلقي التطعيم
مجموع	اناث	ذكور	مجموع	اناث	ذكور	مجموع	اناث	ذكور	
نسبة % الأطفال الذين تحصلوا على فيتامين D1 (الشهر الأول)									
3,72	4,68	2,79	3,53	2,7	4,29	3,63	3,76	3,5	قبل الموعد
36,7	36,04	37,34	30,7	29,84	31,51	33,89	33,16	34,57	في الموعد
2,67	2,03	3,3	3,32	3,47	3,18	2,98	2,7	3,24	شهر بعد الموعد
49,1	48,99	49,21	44,85	43,5	46,1	47,11	46,44	47,74	قبل بلوغ 12 شهرا
0,6	0,14	1,04	1,51	2,42	0,67	1,02	1,2	0,86	12 شهر وأكثر
50,3	50,87	49,75	53,64	54,08	53,23	51,87	52,36	51,4	غير مبين
نسبة % الأطفال الذين تحصلوا على فيتامين D2 (الشهر السادس)									
4,05	4,88	3,25	3,55	4,42	2,75	3,82	4,66	3,03	قبل الموعد
13,74	11,72	15,7	10,41	8,48	12,21	12,18	10,22	14,05	في الموعد
6,85	5,28	8,38	4,24	3,67	4,78	5,63	4,53	6,67	شهر بعد الموعد
35,46	33,61	37,26	29,35	28,06	30,56	32,6	31,03	34,09	قبل بلوغ 12 شهرا
1,49	1,47	1,49	2,12	2,75	1,52	1,78	2,07	1,5	12 شهر وأكثر
63,05	64,91	61,25	68,53	69,19	67,92	65,62	66,9	64,41	غير مبين
1589	781	808	1405	677	728	2994	1458	1536	اجمالي الأطفال (12-23)

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

كما يتبين أن نسبة التغطية بالفيتامين د لدى الأطفال (12-23 شهرا) الذين شملهم المسح، قبل بلوغهم عيد ميلادهم الأول، بلغت 32,6% (الحضر: 35,46%، الريف: 29,35%)، وسجلت التغطية في موعدها النسبة 17,8% (الحضر: 20,59%، الريف: 14,65%). في حين وصلت نسبة الحالات غير المحددة المقدار 65,62% (الحضر: 63,05%، الريف: 68,53%).

بلغت نسبة الأطفال (12-23 شهرا) الذين استفادوا من الجرعة الثالثة من التطعيم ضد التهاب الكبد الوبائي المستوى 79,82%، استفاد منهم 77,8% قبل بلوغهم 12 شهرا. بالرغم من أن هذا التطعيم حديث العهد في الرزنامة التلقيحية بالنظر إلى سنة 2006.

ووصلت التغطية بالجرعة الأولى من التطعيم ضد التهاب الكبد النسبة 89,78%، منها 89,7% قبل بلوغ 12 شهرا من العمر.

كما سجلت التغطية بالجرعة الثانية من هذا التطعيم المستوى 87,75%، منها 87,34% قبل بلوغ 12 شهرا.

تلقي 52,31% من الأطفال (12-23 شهر)، الذين شملهم المسح، الفيتامين د، 51,29% من بينهم قبل بلوغهم عيد الميلاد الأول.

في حين تلقى 39,22% من هؤلاء الأطفال الجرعة الثانية من الفيتامين د، من بينهم 37,44% قبل بلوغهم عامهم الأول.

الجدول رقم 76.4: نسب الأطفال (12-23 شهرا) الملقحون ضد الالتهاب الكبدي الوبائي والمتحصّلين

على الفيتامين د

نسبة % الأطفال المتحصّلين على:					التطعيم حسب المصدر
الفيتامين D2	الفيتامين D1	التطعيم الثالث ضد الالتهاب الكبدي الوبائي HBV3 *	التطعيم الثاني ضد الالتهاب الكبدي الوبائي HBV2	التطعيم الأول ضد الالتهاب الكبدي الوبائي HBV1	
34,38	48,13	78,45	86,25	87,98	الدفتر (وجود التاريخ)
4,61	3,97	1,24	1,30	1,50	التطعيم بدون تاريخ 44
0,20	0,17	0,03	0,03	0,13	الكتابة غير مقروءة 98
39,19	52,27	79,72	87,59	89,62	مجموع الدفتر الصحي
0,03	0,03	0,10	0,17	0,17	تصريح الأم 66
39,22	52,31	79,82	87,75	89,78	المصدرين
37,44	51,29	77,77	87,34	89,70	قبل 12 شهر

(*) : مؤشر رقم 29 في المسوح العنقودية (MICS)

المصدر: من اعداد الطالب استنادا إلى قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

للإشارة، لم يتضمن هذا المسح من خلال أسئلة نموذج التطعيم المدرج في الاستمارة، سؤال حول أسباب عدم تلقي التطعيمات، تستفسر فيه الأمهات عن العقبات التي حالت دون استفادة أطفالهن من الإجراءات الوقائية ضد أمراض الطفولة.

3.5. أثر العوامل الاجتماعية والديموغرافية في تلقي واستكمال التطعيمات:

نختبر في هذا الجزء من الدراسة، تأثير بعض المحددات الاجتماعية والديموغرافية في إمكانية توفر الطفل على الدفتر الصحي، الذي يعتبر أساس المتابعة السليمة للتلقيحات المبرمجة في الرزنامة الوطنية لتطعيم الأطفال، حيث يشمل هذا الاختبار معطيات الأطفال (0-59 شهرا) الذين شملهم المسح. يمثل الدليلان 1 و2 توفر الدفتر (0: الفشل)، فيما يمثل الدليلان 3 و9 عدم توفر الطفل على الدفتر الصحي.

كما يتم اختبار أثر تلك العوامل في تلقي واستكمال التلقيحات المبرمجة، واستخدمت معطيات الأطفال (12-23 شهراً) لإجراء هذا الاختبار، بحكم بلوغهم عيد ميلادهم الأول، من جهة، وبحكم قصر المدة الزمنية

الفاصلة بين وقت تلقي التطعيمات ويوم المسح (حفاظا على ذاكرة الأم المصرحة بتطعيمات الحملات الوطنية)، من جهة ثانية.

وتمثلت العوامل قيد الاختبار في الجنس (HL4) والوسط (HH6) ومستوى تعليم الأم (melevel) ومؤشر الثروة لأسرة الطفل (wlthind5).

الجدول رقم 77.4: نتائج تقدير نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي حول توفر الأطفال (0-59 شهرا)

على الدفتر الصحي

Variables dans l'équation		A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Etape 1 ^a	HH6_	-,039	,244	,025	1	,873	,962
	HL4_	,031	,200	,025	1	,875	1,032
	melevel	,548	,118	21,733	1	,000	1,730
	wlthind5	,290	,104	7,832	1	,005	1,337
	Constante	3,170	,637	24,721	1	,000	23,798
Etape 2 ^a	HH6_	-,039	,244	,026	1	,871	,961
	melevel	,548	,118	21,727	1	,000	1,730
	wlthind5	,290	,104	7,831	1	,005	1,337
	Constante	3,218	,559	33,089	1	,000	24,974
Etape 3 ^a	melevel	,550	,117	22,071	1	,000	1,733
	wlthind5	,297	,093	10,114	1	,001	1,346
	Constante	3,135	,227	191,574	1	,000	22,992
a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : HH6_, HL4_, melevel, wlthind5.							
Test de Hosmer-Lemeshow							
Etape	Khi-Chi-deux		ddl		Sig.		
1	24,363		8		,002		
2	29,202		8		,000		
3	26,118		7		,000		
Etape	-2log-vraisemblance		R-deux de Cox & Snell		R-deux de Nagelkerke		
1	1142,231 ^a		,005		,060		
2	1142,256 ^a		,005		,060		
3	1142,282 ^a		,005		,060		
a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 9 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.							

المصدر: نتائج البرنامج الإحصائي Spss اعتمادا على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يوضح الجدول (رقم: 77.4) خروج متغيري وسط الإقامة والجنس من النموذج، بسبب عدم دلالتهم

الإحصائية في مختلف المراحل، فقد سجل مستوى الدلالة لكل منها قيما أكبر من مستوى المعنوية 0,05.

في حين بقي متغيرا المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة في النموذج، بمستوى دلالة إحصائية عند 0,000

و 0,001 على الترتيب. وبلغت معلمة المستوى التعليمي $\beta_1 = 0,550$ ، فكلما ارتفع المستوى التعليمي للأم

بدرجة واحدة زادت قيمة لوغاريتم نسبة الترحج بمقدار 0,550. فيما قدرت معلمة مؤشر الثروة $\beta_2 = 0,297$ ،

فكلما زاد مؤشر الثروة بدرجة واحدة زادت قيمة لوغاريتم نسبة الترحج بالمقدار 0,297.

بمعنى آخر، عندما يزيد المستوى التعليمي للأم برتبة واحدة تتضاعف قيمة الترجح $\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ بالمضاعف $\text{Exp}(B) = 1,733$ ، أي ليؤول احتمال توفر الطفل على الدفتر الصحي (p_i) إلى الواحد.

وعندما يتحسن مؤشر الثروة من رتبة إلى رتبة مواءية، يتضاعف مقدار نسبة الترجح $\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ وفق المعامل $\text{Exp}(B) = 1,346$ ، لينحأ احتمال الوقوع (توفر الدفتر الصحي) $p_{(x=1)}$ نحو تأكيد الحدث.

وبهذا تصبح صيغة النموذج من الشكل:

$$\log \left(\frac{p_i}{1-p_i} \right) = 3,135 + 0,550 X_{1i} + 0,297 X_{2i}$$

حيث:

X_{1i} : مستوى تعليم الأم.

X_{2i} : متغير مؤشر الثروة الخمسي.

p_i : احتمال توفر الطفل على الدفتر الصحي.

وحسب اختبار Hosmer-Lemeshow لا توجد جودة في تمثيل النموذج للبيانات. فقد بلغ مستوى الدلالة $\text{Sig}=0,00$ وهي أدنى من مستوى المعنوية 0,05.

ويتضح من الجدول (رقم: 41، الملحق 4) أن الانحدار اللوجستي الثنائي في هذا النموذج يكتسي المعنوية الكلية.

نستنتج أن توفر الطفل على الدفتر الصحي يتأثر بمستوى تعليم الأم وبمستوى درجة الرفاهية، ولا يتأثر بعامل وسط الإقامة والجنس. ما يفسر فعالية البرامج الصحية في تحقيق مؤشر التكافؤ بين الجنسين، وتحقيق قدر من التوازن بين المناطق الحضرية ونظيرتها الريفية في مجال تغطية الأطفال بالدفتر الصحي.

بالرجوع إلى اختبار تأثير المحددات السوسيو-ديموغرافية في إتمام الأطفال (12-23 شهرا) للتطعيمات الأساسية المتمثلة في تلقي: المصل ضد مرض السل (BCG)، الاستفادة من الجرعات الثلاث ضد أمراض الدفتيريا والتيتانوس والسعال الديكي (DTC3)، وأخذ الجرعات الثلاث + الجرعة الصفوية من المصل المضاد لشلل الأطفال (Polio3)، تلقي التطعيم ضد مرض الحصبة (Rougeole)، وبعد معالجة المعطيات تظهر نتائج معلمات النموذج وقيم الإحصاء Wald كما هو مبين في الجدول (رقم: 78.4).

الجدول رقم 78.4: نتائج تقدير نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لإكمال الأطفال (12-23 شهرا)

التطعيمات (Rougeole ، Polio ، DTC ، BCG)

Variables dans l'équation	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
HH6	-,060	,120	,251	1	,616	,942
HL4	-,197	,099	3,938	1	,047	,821
Etape 1 ^a melevel	,211	,047	20,607	1	,000	1,235
wlthind5	,105	,046	5,165	1	,023	1,110
Constante	1,193	,324	13,559	1	,000	3,298
HL4	-,195	,099	3,881	1	,049	,823
Etape 2 ^a melevel	,214	,046	21,331	1	,000	1,238
wlthind5	,116	,040	8,302	1	,004	1,123
Constante	1,064	,195	29,705	1	,000	2,897

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : HH6, HL4, melevel, wlthind5.

Test de Hosmer-Lemeshow

Etape	Khi-Chi-deux	ddl	Sig.
1	16,295	8	,038
2	15,125	8	,057

Récapitulatif des modèles

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
1	2644,416 ^a	,020	,033
2	2644,668 ^a	,020	,033

a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 4 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: نتائج البرنامج الإحصائي Spss (الانحدار اللوجستي) استنادا إلى قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يتبين من الجدول (رقم: 78.4) ما يلي:

- ✓ خروج متغير وسط الإقامة (HH6) من النموذج في المرحلة الأولى، حيث بلغ مستوى دلالة معلمتها $Sig=0,616$ وهي أكبر من مستوى المعنوية المحدد عند 0,05. مما يستوجب قبول الفرضية الصفرية القاضية بعدم وجود تأثير لهذا المتغير المستقل في المتغير التابع إتمام التطعيمات لدى الأطفال (2-23 شهرا).
- ✓ بقاء متغيرات الجنس، المستوى التعليمي للأُم، ومتغير مؤشر الثروة في النموذج لدلالة معلماتها إحصائية ($Sig=0,049$ ، 0,000، 0,004) مع الجزء الثابت ($Sig=0,000$). قيم دلالة معلماتها أصغر من مستوى المعنوية المفترض ($\alpha=0,05$). وبهذا يصبح النموذج على الشكل:

$$\log \left(\frac{p_i}{1 - p_i} \right) = 1,064 - 0,195 X_{1i} + 0,214 X_{2i} + 0,116 X_{3i}$$

بحيث:

p_i : احتمال استكمال الطفل التطعيمات.

X_{1i} : جنس الطفل (HL4).

X_{2i} : مستوى تعليم الأم (melevel).

X_{3i} : مؤشر الثروة الخمسي للأسرة (wlthind5).

$\text{Exp}(\beta)$: بلغت أسية معاملات الانحدار التي تعبر عن المضاعف الذي تتغير به قيمة الترحح Odds

كالتالي:

- متغير المستوى التعليمي للأم (melevel): $\text{Exp}(0,214) = 1,238$ ، أي كلما زاد المستوى بدرجة واحدة تتضاعف قيمة الترحح بمعامل 1,238 (مرة) بافتراض ثبات باقي المتغيرات.
- متغير مؤشر الثروة الخمسي (wlthind5): $\text{Exp}(0,116) = 1,123$ ، بحيث كلما ارتفع المؤشر بدرجة واحدة تضاعفت قيمة الترحح بالمضاعف 1,123.
- متغير الجنس (HL4): $\text{Exp}(-0,195) = 0,823$ ، حيث كلما انتقلت قيمة المتغير من ذكر إلى أنثى تقلصت قيمة الترحح بالمعامل 0,823.

كما يدل اختبار "Hosmer-Lemeshow" على جودة تمثيل النموذج للبيانات، حيث وصل مستوى دلالة اختبار القيمة (Sig=0,057) وهي أكبر من مستوى المعنوية الاحصائية المعتمد (0,05). ويشير الجدول (رقم 42، الملحق 4) إلى المعنوية الكلية للانحدار اللوجستي الثنائي.

6. الإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة:

نتناول في هذا الجزء رعاية الأطفال المرضى المصابون بأمراض الطفولة، إذ يعتبر الاسهال وعدوى الجهاز التنفسي من المسببات الرئيسية لوفيات الرضع والأطفال لا سيما في البلدان النامية، كما تعد من أهم الأمراض المعدية التي تتأثر بها صحة الأطفال. وترتبط الأسباب الرئيسية لانتشار هذه الأمراض بالبيئة المنزلية لا سيما التهوية، ازدحام المسكن، مصدر ونوعية المياه، والبيئة المحيطة، بالإضافة إلى ظروف حفظ الطعام والسلوكيات الخاطئة في تغذية الطفل.

أثبتت محاليل معالجة الجفاف كفاءتها في المساهمة في خفض وفيات الأطفال الناجمة عن أمراض الاسهال، فيما تمثل المضادات الحيوية أداة هامة لعلاج الأمراض التنفسية.

يلعب مدى الوعي بخطورة هذه الأمراض ومصدر الاستشارة المستخدم دوراً محورياً في استخدام وسائل العلاج من أمراض الاسهال والجهاز التنفسي، كما يتوقف هذا الاستخدام على مدى توفر سبل العلاج والخدمات العلاجية ومدى التمكين من تلك الخدمات.

للإشارة لم تتضمن الاستمارة أسئلة حول الاستشارة الطبية للأُم عند إصابة طفلها بالاسهال، وحول أسباب عدم الاستشارة، التي غالباً ما تطبع هذا النوع من المسوح، للوقوف على العوامل المباشرة التي تحول دون تلقي الطفل معالجة فعالة للجفاف.

1.6. نوعية معطيات نموذج معالجة أمراض الطفولة:

استفسرت أمهات الأطفال الذين شملهم المسح والذين تراوحت أعمارهم بين 0 و 59 شهراً، حول الإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة (الاسهال، الأمراض التنفسية)، فقد احتوى نموذج علاج الأطفال الذي تضمنته استمارة الطفل على 12 سؤالاً (401 إلى 412) و 35 متغيراً. تعلقت الأسئلة من 401 إلى 404 بأمراض الاسهال، في حين ارتبطت الأسئلة من 405 إلى 411 بالأمراض التنفسية. تم ترميز المتغيرات وفق اقتراحات الإجابات على الأسئلة المذكورة على المنوال الآتي:

- السؤال 401 (المتغير: CA1): حول تعرض الطفل للإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح: الدليل 1 (نعم)، 2 (لا)، 8 (لا اعرف)، 9 (إجابة ناقصة).
- السؤال 402 (المتغيران: CA2A, CA2B): استفسرت النسوة (CA1=1) عن نوع المحلول المستخدم في معالجة الاسهال: الدليل 1 (نعم)، 2 (لا)، 8 (لا اعرف)، 9 (إجابة ناقصة).
- السؤال 403 (المتغير: CA3): سئلت الأمهات (CA1=1) عن شرب الماء أثناء الاسهال بكميات أقل أو أكثر من المعتاد: الدليل 1 (لا شيء)، 2 (أقل بكثير)، 3 (أقل بقليل)، 4 (حوالي نفس الكمية المعتادة)، 5 (أكثر من المألوف)، 8 (لا تعرف)، 9 (إجابة ناقصة).
- السؤال 404 (المتغير: CA4): استجوبت النساء (CA1=1) حول كمية تغذية الطفل أثناء الاسهال بصفة أقل أو أكثر من المعتاد: الدليل 1 (لا شيء)، 2 (أقل بكثير)، 3 (أقل بقليل)، 4 (نفس الكمية المعتادة تقريباً)، 5 (أكثر من المألوف)، 7 (لم يأكل)، 8 (لا تعرف)، 9 (إجابة ناقصة).
- السؤال 405 (المتغير: CA5): استفسرت كل الأمهات عن معاناة الطفل من السعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح: الرقم 1 (نعم)، 2 (لا)، 8 (لا اعرف)، 9 (إجابة ناقصة).

- السؤال 406 (المتغير: CA6): سئلت النسوة (CA5=1) عن المعاناة خلال التعرض للسعال من صعوبة التنفس أو تنفس بسرعة عن المعتاد مع نفس قصير وسريع: الرمز 1 (نعم)، 2 (لا)، 8 (لا اعرف)، 9 (إجابة ناقصة).
- السؤال 407 (المتغير: CA7): استفسرت النساء (CA6=1) عن مرجع الأعراض لمشكلة صدرية أو لانسداد الأنف: الدليل 1: مشكلة في الصدر، 2: انسداد في الانف، 3: الاثنين معا، 6: أخرى، 8: غير محددة، 9: عدم الإجابة.
- السؤال 408 (المتغير: CA8): استجوبت الأمهات (CA7=1 أو 3 أو 8) حول البحث عن استشارة أو علاج للمرض خارج المنزل: الدليل 1 (نعم)، 2 (لا)، 8 (لا اعرف)، 9 (إجابة ناقصة).
- السؤال 409: استجوبت النسوة (CA8=1) عن مكان طلب الاستشارة أو البحث عن العلاج. وهو سؤال متعدد الإجابات، حيث احتوى على 5 متغيرات حسب اقتراحات الإجابة: CA9A: مستشفى/ مركز استشفائي جامعي، CA9B: عيادة متعددة خدمات أو مركز علاج عمومي، CA9J: عيادة خاصة/ طبيب خاص، CA9K: صيدلية، CA9X: أخرى. ملاحظة: أخذت كل المتغيرات في هذا السؤال وفي السؤالين 411 و412 نفس طريقة الترميز. حيث دللت الإجابة 'نعم' حسب متغيرات السؤال 409 بالحروف A، B، J، K، X، وأخذت الإجابات الناقصة الدليل علامة استفهام (?).
- السؤال 410 (المتغير: CA10): استفسرت الأمهات (CA7=1 أو 3 أو 8) عن أخذ أدوية أو علاج للمرض: الرقم 1 (نعم)، 2 (لا)، 8 (لا اعرف)، 9 (إجابة ناقصة).
- السؤال 411: استجوبت النسوة (CA10=1) عن نوع العلاج الذي تلقاه الطفل، متعدد الإجابات شمل 7 متغيرات وفق اقتراحات الإجابة: CA11A: علاج بالمضادات الحيوية، CA11P: باراسيتامول، بانادول، CA11Q: الأسبيرين، CA11R: ايبوبروفان، CA11T: علاج تقليدي (تيزانة، ...)، CA11X: أخرى، CA11Z: لا أعرف. حيث عبر الحرف المنتهي به اسم المتغير عن الإجابة 'نعم'، وعلامة الاستفهام '?' عن عدم الإجابة.
- السؤال 412: استفسرت كل الأمهات عن الأعراض التي يستعجل على إثرها أخذ الطفل إلى مؤسسة صحية: احتوى هذا السؤال على 13 متغيرا حسب الأعراض: CA14A: امساك الطفل عن الشرب أو المص، CA14B: زيادة المرض شيئا فشيئا، CA14C: زيادة الحمى، CA14D: تنفس سريع وقصير، CA14E: الصعوبة في التنفس، CA14F: ظهور دم في البراز، CA14G: صعوبة في الشرب، CA14H: عدم ارتياح الطفل لمدة، CA14I: المعاناة من الاسهال، CA14J: تغيير سلوك البكاء (أكثر أو أقل من المعتاد)،

CA14X: أخرى مع التحديد، CA14Y: أخرى مع التحديد، CA14Z: أخرى مع التحديد.

الجدول رقم 79.4: اختبارات القيم الدنيا والقصوى لنموذج الإجراءات العلاجية

المتغير	الإجابات المحددة		المعطيات الناقصة				الإجابات غير الموافقة	
	التكرار	%	لا أعرف	الناقصة	المجموع	%	التكرار	%
CA1	14570	99,84	7	16	23	0,16	0	0,00
CA2A	1311	97,69	7	24	31	2,31	0	0,00
CA2B	1272	94,78	12	58	70	5,22	0	0,00
CA3	1324	98,66	10	8	18	1,34	0	0,00
CA4	1329	99,03	1	12	13	0,97	0	0,00
CA5	14560	99,77	7	26	33	0,23	0	0,00
CA6	2936	99,09	21	6	27	0,91	0	0,00
CA7	1489	99,40	7	2	9	0,06	0	0,00
CA8	908	99,56	0	4	4	0,44	0	0,00
CA9.	564	99,47	0	3	3	0,53	0	0,00
CA10	902	98,90	0	10	10	1,10	0	0,00
CA11.	736	99,86	0	1	1	0,14	0	0,00
CA14.	13797	91,98	0	1203	1203	8,02	0	0,00

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يشير الجدول (79.4) إلى نسبة ضئيلة من المعطيات الناقصة في مختلف المتغيرات، لو استثنينا معطيات السؤال 402 (CA2B) حول نوع المحلول المستخدم في معالجة الاسهال، وبيانات السؤال 412 (متغيرات (CA14.)) حول الأعراض التي يستعجل فيها الطفل إلى مؤسسة استشفائية، حيث بلغت المعطيات الناقصة 5,22% و 8,02% على التوالي. قد تؤثر على جودة المعطيات المتعلقة بالسؤالين ومنه على مصداقية المؤشرات التي تستند إلى معطياتها. كما يوضح ذات الجدول الغياب التام للإجابات خارج مجال الترميز أو الإجابات غير الموافقة للاقتراحات.

شمل نموذج معالجة أمراض الأطفال ستة إحالات للأسئلة، تخطت المبحوثات على إثرها بعض الأسئلة، وهي كالتالي:

- 1- الإحالة من السؤال 401 إلى السؤال 405: تم إحالة اللاتي لم يعاني أطفالهن من الاسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح أو لا تعرف (CA1=2، CA1=8) إلى السؤال 405 حول معاناة الطفل من السعال.
- 2- الإحالة من السؤال 405 إلى السؤال 412: أحييت النسوة اللواتي لم يعاني أطفالهن من السعال خلال الأسبوعين السابقين (أي المصريحات بلا (CA5=2) أو بلا أعرف (CA5=8)) إلى السؤال الأخير في هذا النموذج (السؤال 412).

- 3- الإحالة من السؤال 406 إلى السؤال 412: أحييت النساء اللاتي لم يعانين أطفالهن من صعوبة وضيق التنفس (CA6=2 أو 8 (لا يعرفن)) على السؤال الأخير 412.
- 4- الإحالة من السؤال 407 إلى السؤال 412: أحييت الأمهات اللاتي كان انسداد الأنف سببا في معاناة أطفالهن من صعوبة التنفس أو لأسباب أخرى (غير مشكل صدري)، أي CA7=2 أو 6 إلى السؤال 412.
- 5- الإحالة من السؤال 408 إلى السؤال 410: أحييت الأمهات اللواتي أدلين بلا أو لا يعرفن (CA8=2 أو 8) حول سؤال البحث عن الاستشارة الطبية أو العلاج خارج المنزل للأمراض التنفسية، إلى السؤال 410 حول أخذ الأدوية لعلاج المرض التنفسي.
- 6- الإحالة من السؤال 410 إلى السؤال 412: وجهت النسوة اللاتي صرحن بعدم أخذ أطفالهن لأدوية تعالج الأمراض التنفسية أو لا يعرفن (CA10=2 أو 8) إلى السؤال 412.

يشير الجدول رقم 31 في الملحق 4، إلى وجود تناسق تام في عمليات الإحالة بين المتغيرات. إذ نلاحظ أن الإحالة من السؤال 401 إلى السؤال 405 متسقة، حيث كل المصريحات بلا (2) أو 8 (لا تعرف) أو 9 (لم تجب) كن غير معنيات بالأسئلة 402، 403، 404 (أي لم يجبن على هذه الأسئلة). كما يبين ذات الجدول أن كل الاحالات من الأسئلة 405، 406، 407، 410 إلى السؤال 412 كانت متناسقة. حيث يتبين أن المصريحات بلا (2) أو لا أرف (8) أو لم تجب (9) لم تجب على باقي الأسئلة إلى غاية السؤال 412 (الإحالة من 405 إلى 412 صحيحة)، كما يوضح الجدول (رقم: 31، ملحق 4) أن اللاتي أدلين بنعم (1) في السؤال 405، وأدلين بلا (2) أو لا اعرف (8) أو لم يجبن (9) في السؤال 406، لم يجبن على باقي الأسئلة إلى غاية السؤال 412 (الإحالة صحيحة من السؤال 406 إلى السؤال 412). كما أن كل النسوة اللاتي أجبن بنعم في السؤالين 405 و 406 وأجبن في السؤال 407 عن سبب ضيق التنفس بانسداد الأنف (2) أو أخرى (6) لم يكن معنيات بالإجابة على باقي الأسئلة إلى غاية السؤال 412.

2.6. مستويات أهم مؤشرات الإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة:

تلخصت أهم مؤشرات المسوح العنقودية (MICS) المتعلقة برعاية المرضى من الاسهال في المؤشرات أرقام: 33 (استخدام محاليل معالجة الجفاف)، 34 (السيطرة على الاسهال في المنزل)، 35 (تلقي محلول معالجة الجفاف أو زيادة السوائل واستمرار التغذية). في حين تمثلت أهم مؤشرات (MICS) المرتبطة برعاية الأطفال المرضى بالعدوى التنفسية الحادة في المؤشرين رقمي: 22 (استخدام المضادات الحيوية في علاج ما

يشتبه به أن يكون التهاباً رئوياً)، 23 (طلب العلاج لما يشتبه به أن يكون التهاباً رئوياً).

1.2.6. الإسهال ومعالجة الجفاف باستعمال المحاليل:

يكون الإسهال حاداً في حالة ما كان للطفل براز سائل أو لين أو مصحوب بدم مع وتيرة لا تقل عن ثلاث مرات في اليوم.

الجدول رقم 80.4: نسبة الأطفال (0-59 شهراً) الذين عانوا من الإسهال في الأسبوعين السابقين للمسح

الخصائص	الحضر			الريف			المجموع	
	عدد الحالات	إجمالي الأطفال	النسبة %	عدد الحالات	إجمالي الأطفال	النسبة %	عدد الحالات	النسبة %
الذكور	342	4001	8,54	331	3442	9,61	672	9,03
الإناث	327	3909	8,36	289	3241	8,90	615	8,61
المجموع	669	7910	8,45	619	6683	9,26	1288	8,82

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات الجدول رقم 32 الملحق 4

يوضح الجدول (رقم 80.4) أن حوالي 8,82% من إجمالي الأطفال في العمر 0-59 شهراً قد عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين الذين سبقا المسح، ما يوافق الكمية 1288 طفل. كما يبين أن أعلى نسبة مئوية وقعت بين ذكور الوسط الريفي (9,61)، فيما سجلت أدنى نسبة وسط إناث الحضر (8,36%).
عموماً، شهدت نسبة تعرض الأطفال للإسهال بالوسط الريفي أكبر منها لدى أقرانهم بالوسط الحضري (الريف: 9,26%، الحضر: 8,45%). كما نلاحظ التباين في النسبة بالنظر إلى الجنس حيث سجل الذكور أكبر نسبة مئوية (الذكور: 9,03، الإناث: 8,61).

حسب الجدول رقم 81.4، بلغت نسبة الأطفال الذين تلقوا أملاح إعادة التمييه (SRO) 18,48% من مجموع المصابين بالإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح، توزعت بين 18,20% لدى الحضر و18,73% وسط الريف، بين 17,06% بين الذكور و19,97% وسط الإناث، وقد شهدت إناث الوسط الحضري أحسن نسبة مئوية (20,38) فيما سجل ذكور ذات الوسط النسبة الأسوأ (16,1).

عموماً، وصلت نسبة الأطفال الذين تمت معالجتهم من الإسهال بالأملاح المعدنية أو أي وسيلة أخرى (ماء بالسكر والملح معد بالمنزل) المقدار 26,64% (الذكور: 24,54، الإناث: 28,94)، وتوزعت بالنظر إلى وسط الإقامة بين 27,41% عند الحضر و25,81% وسط أطفال الريف. سجلت أحسن قيمة بين إناث الوسط

الحضري (29,81%)، في حين شهد ذكور الوسط الريفي أسوأ القيم (23,93%).

الجدول رقم 81.4: نسبة الأطفال (0-59 شهرا) الذين عانوا من الاسهال في الأسبوعين السابقين للمسح

حسب معالجتهم بالأملاح المعدنية

الخصائص	الحضر			الريف			الإجمالي		
	الذكور	الاناث	المجموع	الذكور	الاناث	المجموع	الذكور	الاناث	المجموع
الاملاح المعدنية (SRO)	55	67	122	60	56	116	115	123	238
النسبة %	16,10	20,38	18,20	18,04	19,51	18,73	17,06	19,97	18,48
سكر مالح معد بالمنزل	45	44	89	33	35	68	77	79	157
النسبة %	13,06	13,47	13,26	9,87	12,25	10,98	11,49	12,90	12,16
المحلولين (الطريقتين) معا	14	13	27	13	11	24	27	24	51
النسبة %	4,05	4,04	4,05	3,98	3,8	3,89	4,02	3,93	3,97
بدون معالجة	256	229	485	251	208	459	507	437	945
النسبة %	74,88	70,19	72,59	76,07	72,04	74,19	75,46	71,06	73,36
استعمال الأملاح	86	97	183	79	81	160	165	178	343
% (المؤشر 33 (MICS))	25,12	29,81	27,41	23,93	27,96	25,81	24,54	28,94	26,64
اجمالي الأطفال (0-59 شهرا) الذين عانوا من الاسهال	342	327	669	331	289	619	672	615	1288

المصدر: انجاز الطالب بناء على بيانات الجدول رقم 33 الملحق 4

تعبّر هذه النسب عن المؤشر رقم 33 في المسوح العنقودية، الذي يخضع للتعريف المقدم قبل سنة 1993 لعلاج الجفاف عن طريق الفم.

يشير الجدول (رقم: 82.4) إلى تجاوز نسبة الأطفال الذين أصيبوا بإسهال حاد خلال الأسبوعين الذين سبقا المسح والذين تمت معالجتهم في المنزل المستوى 35,7%، توزعت بين 37,41% بالوسط الحضري وحوالي 34% بالوسط الريفي، في حين سجل الذكور النسبة 35,2% والاناث النسبة المئوية 36,36. للإشارة، فقد تم تقدير هذا المؤشر (34) في التقرير الرئيسي للمسح عند المستوى 5,4%، وذلك بالخطأ حيث تم حساب المؤشر اعتمادا على عدد الاطفال الذين تناولوا سوائل بكمية أقل من المعتاد (CA3=3) بدل الاعتماد على عدد الأطفال الذين تناولوا السوائل بكميات أكثر من المألوف (CA3=5).

بلغت نسبة الأطفال (0-59 شهرا) الذين تلقوا محاليل معالجة الجفاف أو تناولوا سوائل أكثر من المعتاد مع مواصلة التغذية (المؤشر رقم: 35) المقدار 51,84% (الحضر: 53,2%، الريف: 50,38)، وقد سجلت اناث الوسط الحضري أحسن قيمة للمؤشر (55,19%)، في حين شهد ذكور الوسط الريفي أسوأ قيمة (49,87%).

وحسب التعريف المقدم بعد سنة 1993 حول معالجة الجفاف (حالات معالجة الإسهال، باستخدام محلول معالجة الجفاف أو محلول أعد بإذابة سكر وملح، مع مواصلة تغذية الطفل)، فقد بلغت نسبة الأطفال (0-59 شهرا) الذين تلقوا محلول معالجة الجفاف ومواصلة التغذية المقدار 17,91% (الذكور: 15,08%، الإناث: 20,25%)، وقد سجل ذكور الوسط الريفي أسوأ النسب (12,3%). (أنظر إلى الجدول رقم: 82.4)

الجدول رقم 82.4: نسب الأطفال 0-59 شهر الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح

حسب تلقي معالجة ملائمة للإسهال

الأطفال الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتلقوا			الحضر			الريف			الإجمالي		
الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع	الذكور	الإناث	المجموع
178	169	347	162	128	289	340	297	637			
52,05	51,84	51,95	48,96	44,21	46,74	50,53	48,26	49,45			
136	130	266	139	143	283	276	273	549			
39,88	39,77	39,83	42,12	49,67	45,64	40,98	44,41	42,62			
237	226	463	207	195	402	445	421	866			
69,49	69,10	69,30	62,72	67,60	65,00	66,16	68,40	67,23			
252	237	489	215	210	424	467	446	913			
73,74	72,39	73,08	64,95	72,63	68,53	69,42	72,50	70,89			
74	73	147	83	54	137	158	127	284			
21,75	22,32	22,03	25,25	18,55	22,13	23,47	20,55	22,08			
127	123	250	110	101	210	237	224	460			
37,20	37,63	37,41	33,13	34,91	33,96	35,20	36,36	35,75			
175	180	356	165	147	312	340	327	668			
51,31	55,19	53,20	49,87	50,96	50,38	50,60	53,20	51,84			
64	65	129	42	60	102	106	125	231			
18,75	18,89	19,24	12,30	17,53	16,48	15,8	20,25	17,91			
342	327	669	331	289	619	672	615	1288			

المصدر: عمل خاص اعتمادا على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

2.2.6. الأمراض التنفسية الحادة:

تعتبر أمراض الجهاز التنفسي من المسببات الرئيسية للوفاة بين الأطفال دون سن الخامسة، وتعرف الأمراض التنفسية الحادة بأنها عدوى تصيب المجاري التنفسية العليا، تؤدي إلى التهاب الأنف والحنجرة، اللوزتين، التهابات الرئوية، التهاب القصبات الرئوية. انصب اهتمام البرنامج الوطني لمكافحة أمراض الجهاز

التنفيسي الحادة لدى الأطفال دون الخامسة، على توعية وتحسيس الأمهات حول أخطار هذه العدوى وضرورة احترام مختلف مراحل التكفل والعلاج. نتعرض في هذا الجزء لمصدر النصيحة أو الاستشارة الطبية أثناء إصابة الطفل بالسعال والعلاج الذي تناوله.

الجدول رقم 83.4: نسبة الأطفال (0-59 شهرا) الذين عانوا من التهاب تنفسي حاد خلال الأسبوعين

السابقين للمسح

الخصائص	الحضر			الريف			المجموع	
	عدد الحالات	إجمالي الأطفال	النسبة %	عدد الحالات	إجمالي الأطفال	النسبة %	عدد الحالات	النسبة %
الذكور	261	4001	6,52	256	3442	7,44	517	6,94
الإناث	210	3909	5,37	164	3241	5,05	374	5,23
المجموع	471	7910	5,95	420	6683	6,28	891	6,10

المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

شهد معدل انتشار أمراض العدوى التنفسية الحادة لدى الأطفال دون الخامسة خلال الأسبوعين السابقين للمسح المقدار 6,10% (5,95 من المائة وسط الحضر، 6,28 بالمائة في الريف)، وقد عرفت هذه النسبة تباينا ملحوظا بالنظر إلى الجنس يظهر انتشار المرض أكثر وسط الذكور (الذكور: 6,94%)، الإناث: 5,23%). وقد سجلت أكبر قيمة لهذه النسبة وسط ذكور الريف (7,44%)، فيما عادت أحسنها وسط إناث الريف (5,05%).

يعرض الجدول رقم 84.4 توزيع الأطفال دون الخامسة الذين أصيبوا بالسعال خلال الأسبوعين السابقين للمسح حسب طلب الاستشارة الطبية خارج المنزل وحسب التكفل الطبي الملائم تحت إشراف كادر مؤهل وحسب علاج أمراض الجهاز التنفسي باستخدام المضادات الحيوية.

أظهرت النتائج أن أكثر من ثلث الأطفال لم تبحث أمهاتهم عن استشارة طبية أو علاج المرض من مصدر صحي مؤهل. ولقد كانت إناث الوسط الحضري أكثر حظا في تلقي الاستشارة أو البحث عن العلاج (67,31%)، فيما كانت قاطنات المناطق الريفية الأسوأ حظا (50,5%) ما يعني أن نصف الحالات تقريبا لم تتلقى النصيحة من كادر صحي مؤهل. عموما، ترتفع نسب الاستشارة بين الذكور وقاطني المناطق الحضرية مقارنة بالإناث وقاطني المناطق الريفية.

الجدول رقم 84.4: نسب الأطفال 0-59 شهر الذين عانوا مما يشتبه أن يكون التهاب رئوي خلال

الأسبوعين السابقين للمسح حسب نقلهم إلى مرفق صحي أو تلقوا علاج بالمضادات الحيوية

الخانات العليا العدد والسفلى النسبة %			الحضر			الريف			الإجمالي	
الذكور	الاناث	المجموع	الذكور	الاناث	المجموع	الذكور	الاناث	المجموع	الذكور	الاناث
169	141	310	160	83	243	329	224	553		
64,67	67,31	65,85	62,53	50,50	57,84	63,61	59,95	62,07		
44	30	74	23	14	36	67	44	111		
16,94	14,39	15,81	8,89	8,30	8,66	12,95	11,72	12,44		
29	27	56	35	21	56	64	48	113		
11,13	13,07	11,99	13,80	12,85	13,43	12,45	12,97	12,67		
71	67	138	81	35	117	153	102	255		
27,41	31,81	29,38	31,75	21,63	27,80	29,56	27,35	28,63		
19	16	35	18	13	31	37	29	66		
7,31	7,45	7,37	7,09	8,08	7,47	7,20	7,72	7,42		
4	1	6	2	1	3	7	2	9		
1,68	0,59	1,19	0,89	0,59	0,77	1,29	0,59	1,00		
145	125	269	139	70	210	284	195	479		
55,49	59,27	57,17	54,44	42,77	49,89	54,97	52,04	53,74		
164	143	307	146	81	227	310	224	534		
62,84	68,02	65,15	56,90	49,76	54,12	59,89	60,02	59,95		
261	210	471	256	164	420	517	374	891		

المصدر: عمل خاص استنادا إلى قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

لقد تم التكفل بأكثر من نصف حالات الالتهاب الرئوي الحاد تحت إشراف كادر طبي مؤهل (53,74%). تعبر هذه النسبة عن المؤشر رقم 23 في المسوح العنقودية.

فيما توجهت أكثر من ربع الحالات إلى العيادات الطبية الخاصة (28,63%). وتم التكفل بما يفوق 25 بالمائة من الحالات في المستشفيات والمراكز الاستشفائية الجامعية والعيادات متعددة الخدمات ومراكز العلاج العمومية (المستشفيات والمراكز الاستشفائية الجامعية: 12,44%، العيادات متعددة الخدمات ومراكز العلاج العمومية: 12,67%).

لقد كان المصابون القاطنون في المناطق الحضرية أوفر حظا في الحصول على إشراف صحي مؤهل مقارنة بنظرائهم في الوسط الريفي (الحضر: 57,17%، الريف: 49,89%). وشهد هذا المؤشر أحسن قيمة له وسط القاطنات بالمناطق الحضرية (59,27%)، وأسوأها بين المصابات بالمناطق الريفية (42,77%).

أوضحت النتائج أنه تم معالجة حوالي 60% من الأطفال المشتبه اصابتهم بالتهاب رئوي باستخدام المضادات الحيوية، تمثل هذه النسبة المؤشر رقم 22 في المسوح العنقودية (MICS). سجل هذا المؤشر أعلى قيمه بالوسط الحضري (65,15%) مقارنة بالوسط الريفي (54,12%). حيث شهدت اناث المناطق الحضرية أحسن القيم 68%، فيما عرفت إناث المناطق الريفية أسوأ قيمة للمؤشر عند المستوى 49,76%.

الجدول رقم 85.4: نسب أمهات الأطفال (0-59 شهرا) حسب معرفتهن للأعراض التي تستدعي النقل

الفوري للطفل إلى مرفق صحي

الخانات العليا العدد والسفلى النسبة %	الحضر			الريف			الإجمالي		
	الذكور	الاناث	المجموع	الذكور	الاناث	المجموع	الذكور	الاناث	المجموع
لا يستطيع أن يشرب أو يرضع	786	702	1488	573	590	1163	1359	1292	2651
	19,65	17,97	18,82	16,65	18,19	17,40	18,26	18,07	18,17
يصبح مريض أكثر فأكثر	1485	1456	2941	1416	1332	2748	2901	2788	5688
	37,11	37,25	37,18	41,14	41,08	41,11	38,97	38,99	38,98
لديه حمى	3288	3184	6473	2701	2500	5201	5990	5684	11674
	82,20	81,46	81,83	78,48	77,14	77,83	80,48	79,50	80,00
لديه تنفس سريع	986	893	1879	685	642	1327	1671	1535	3206
	24,65	22,84	23,76	19,90	19,82	19,86	22,45	21,47	21,97
لديه صعوبات في التنفس	1551	1450	3002	1175	1053	2227	2726	2503	5229
	38,77	37,10	37,95	34,12	32,48	33,33	36,62	35,01	35,83
لديه دم في البراز	1009	983	1992	688	620	1308	1697	1604	3300
	25,22	25,15	25,19	19,98	19,14	19,57	22,80	22,43	22,62
يشرب بصعوبة	620	579	1199	436	394	830	1056	973	2029
	15,49	14,83	15,16	12,68	12,15	12,42	14,19	13,61	13,91
استمرار التوعك	1060	1061	2121	878	783	1661	1938	1844	3782
	26,49	27,14	26,81	25,51	24,16	24,85	26,04	25,79	25,91
يعاني من اسهال	1919	1865	3784	1595	1453	3048	3514	3319	6833
	47,96	47,72	47,84	46,34	44,84	45,61	47,21	46,42	46,82
يبكي أكثر أو أقل من العادة	798	780	1578	623	551	1174	1421	1331	2752
	19,94	19,97	19,95	18,11	16,99	17,57	19,09	18,62	18,86
أعراض أخرى	945	881	1826	763	742	1505	1708	1623	3331
	23,62	22,53	23,08	22,17	22,89	22,52	22,95	22,70	22,83
معرفة مؤشرا الالتهاب التنفسي الحاد	777	724	1501	554	515	1069	1331	1239	2570
	19,42	18,52	18,98	16,09	15,89	15,99	17,88	17,33	17,61
عدد الأطفال (0-59 شهرا)	4001	3909	7910	3442	3241	6683	7443	7150	14593

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

استفسرت أمهات الأطفال عن معرفتهن للأعراض الخطيرة التي تدفعهن للإسراع في نقل أطفالهن إلى مرفق صحي، من أجل الوقوف على مدى معرفة الأمهات بالأعراض الخطيرة التي تستدعي طلب الاستشارة الطبية والتوجه الفوري لمرفق صحي. اكتسحت الحمى الأعراض الخطيرة الأكثر معرفة لدى الأمهات بالكمية 80% (الحضریات: 81,83%، الريفیات: 77,83%). في حين بلغت نسبة النساء العارفات بالإسهال كأحد

الأعراض الخطيرة المقدار 46,82% (الحضر: 47,84%، الريف: 45,61%).
اعتبرت حوالي 39% من الأمهات أن المرض أكثر فأكثر يستدعي نقل الطفل فوراً إلى مرفق صحي لتلقي الاستشارة والعلاج، توزعت هذه النسبة بين 37,17% بالوسط الحضري و 41,11% بالمناطق الريفية. كما مثلت صعوبة التنفس كأحد الأعراض الخطيرة لدى 35,83% من الأمهات (الحضر: 37,95%، الريف: 33,33%)، حيث يؤثر هذا العرض عن احتمال الإصابة بالالتهاب الرئوي. (أنظر إلى الجدول رقم: 85.4)
فيما لم يتجاوز عدد الأمهات العارفات ببقية الأعراض الربع. وسجلت نسبتي معرفة مؤشري الصعوبة في الشرب وعدم استطاعة الشرب أو الرضاعة أدنى القيم عند 13,91 و 18,17 على الترتيب.

قدرت نسبة الأمهات اللاتي يعرفن مؤشري خطر الالتهاب التنفسي الحاد بالكمية 17,61% (الحضر: 18,98%، الريف: 16%). أي أن من بين كل خمسة أمهات حوالي أربعة منهن لا يعرفن أعراض خطر الالتهاب الرئوي، وبالتالي لا يتقدمن إلى المرافق الصحية، وهذا ما يشكل خطورة على صحة وحياة الطفل.

3.6. اختبار تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في الإجراءات العلاجية:

نستخدم نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي، لتحديد تأثير المحددات الاجتماعية والديموغرافية في ملائمة العلاج الذي تلقاه الطفل بعد الإصابة بالإسهال. واختبار كذلك تأثيرها في مصدر الاستشارة الطبية بعد الإصابة بالأمراض التنفسية الحادة.

نعتمد في هذه النماذج على المتغيرات المستقلة الأساسية، والتي تتمثل في الجنس (HL4)، محل الإقامة (HH6)، المستوى التعليمي للأم (melevel)، مؤشر الثروة الخمسي (wlthind5).

يصنف التابع في نموذج معالجة الإسهال حسب تلقي الطفل علاج ملائم للإسهال، بناء على الصفات المتمثلة في استفادة الطفل من محاليل الاماهة أو تناول كميات "أكثر" من السوائل مع مواصلة تناول الطعام بكميات أقل/أو أكثر/ أو كالمعتاد أي (CA1=1) و (CA2A=1 أو CA2B=1) أو (CA3=5) و (5 أو 4 (أو CA4=3)). ونرمز العلاج الملائم بالدليل 1 وغير المناسب بالدليل 0.

يصنف المتغير التابع في نموذج معالجة الأمراض التنفسية حسب نوعية الرعاية الصحية لمعالجة الالتهاب الرئوي (عرض الطفل على مقدم خدمات صحية مناسب)، ما يعني عرض الطفل المشتبه إصابته

بالالتهاب الرئوي على كادر طبي مؤهل بالتوجه إلى مستشفى/ CHU، عيادة متعددة خدمات/ مركز علاج عمومي، عيادة خاصة/ طبيب خاص أي (CA5=1 و CA6=1 و (CA7=1 ou 3) و CA8=1 و CA9=A-) و (B-J). كما تم ترميز عرض الطفل على كادر صحي مؤهل بالدليل 1، وغير المؤهل بالدليل 0.

الجدول رقم 86.4: معلمات نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لملاءمة علاج الإسهال حسب بعض العوامل

السوسيو-ديموغرافية

Variables dans l'équation	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Strat	,133	,134	,977	1	,323	1,142
sexe	,120	,113	1,142	1	,285	1,128
melevel	,159	,054	8,640	1	,003	1,172
wlthind5	,069	,051	1,834	1	,176	1,072
Constante	-,884	,361	6,000	1	,014	,413
sexe	,115	,112	1,049	1	,306	1,122
melevel	,152	,054	8,043	1	,005	1,164
wlthind5	,047	,046	1,053	1	,305	1,048
Constante	-,603	,221	7,439	1	,006	,547
melevel	,152	,053	8,034	1	,005	1,164
wlthind5	,046	,046	,999	1	,318	1,047
Constante	-,429	,141	9,253	1	,002	,651
melevel	,178	,046	14,780	1	,000	1,195
Constante	-,371	,128	8,354	1	,004	,690

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : Strat, sexe, melevel, wlthind5.

Test de Hosmer-Lemeshow

Etape	Khi-Chi-deux	ddl	Sig.
1	7,615	8	,472
2	7,406	8	,494
3	11,723	7	,110
4	1,749	2	,417

Récapitulatif des modèles

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1765,518 ^a	,014	,018
2	1766,497 ^a	,013	,017
3	1767,547 ^a	,012	,016
4	1768,546 ^a	,012	,015

a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 3 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: عمل خاص باستخدام برنامج SPSS اعتمادا على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يتضح من جدول معلمات نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لمتغير ملاءمة معالجة الإسهال، خروج

أربعة متغيرات مستقلة من النموذج لعدم دلالتها الإحصائية عند مستوى المعنوية ($\alpha=0,05$)، وبقاء متغير

توضيحي واحد تمثل في المستوى التعليمي للأم.

وقد بلغ مستوى الدلالة لكل منها كالتالي:

- ✓ خروج متغير وسط الإقامة (HH6) من النموذج في المرحلة الأولى لغياب الدلالة الاحصائية (0,323=Sig). ما يفسر عدم تأثير محل الإقامة في ملائمة علاج الأمهات اسهال أطفالهن.
- ✓ خروج متغير الجنس (HL4) من النموذج في المرحلة الثانية بسبب غياب الدلالة الإحصائية (0,306=Sig)، ما يفسر عدم تأثير ملائمة علاج الاسهال بجنس الطفل.
- ✓ خروج متغير مؤشر الثروة (wlthind5) من النموذج لعدم دلالة معلمته (0,305 =Sig)، ما يفسر عدم تأثير ملائمة العلاج بمستوى رفاهية الأسرة. قد يرجع ذلك لعدم تكلفته حيث يمكن اعداد محلول الاماهة الفموية في المنزل بإذابة السكر والملح في الماء، ما يجعله في متناول الأسر دون عناء التنقل وكلفة العلاج.
- ✓ بقاء المتغير المستقل الوحيد (مستوى تعليم الأم (melevel)) في نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لهذا الاختبار، حيث بلغت قيمة الدلالة الإحصائية المستوى (0,000 =Sig)، هذا ما يفسر أثر المستوى التعليمي للأم في ملائمة علاج اسهال الأطفال. ليصبح النموذج على النحو الآتي:

$$\log \left(\frac{p_i}{1 - p_i} \right) = -0,371 + 0,178 (\text{melevel})$$

بحيث:

p_i : احتمال وقوع ملائمة علاج الاسهال.

melevel : مستوى تعليم الأم.

بلغت $\text{Exp}(\beta)$ أسية معامل المستوى التعليمي للأم، والتي تعبر عن المضاعف الذي تتغير به قيمة الترجيح Odds ليتجه احتمال ملائمة العلاج إلى 1، المستوى $\text{Exp}(0,178)=1,195$ ، أي كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم بدرجة واحدة تضاعفت قيمة الترجيح (احتمال الملائمة بالنسبة لاحتمال عدم الملاءة).

كما يشير اختبار "Hosmer-Lemeshow" إلى جودة تمثيل النموذج للبيانات، لتحقق الدلالة الاحصائية (Sig=0,563>0,05).

كما سجلنا معنوية كلية للانحدار. (أنظر إلى الجدول رقم 34، الملحق 4)

الجدول رقم 87.4: معلمات نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لتلقي الاستشارة الطبية ونوعها حسب بعض

العوامل السوسيو-ديموغرافية

Variables dans l'équation	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Strat	,025	,162	,024	1	,876	1,025
sexe	-,138	,139	,987	1	,320	,871
melevel	,243	,064	14,472	1	,000	1,275
wlthind5	,121	,063	3,756	1	,053	1,129
Constante	-,609	,428	2,030	1	,154	,544
sexe	-,140	,139	1,012	1	,314	,870
melevel	,242	,064	14,476	1	,000	1,274
wlthind5	,117	,056	4,374	1	,036	1,124
Constante	-,556	,259	4,621	1	,032	,573
melevel	,241	,064	14,389	1	,000	1,273
wlthind5	,117	,056	4,408	1	,036	1,124
Constante	-,754	,170	19,736	1	,000	,471

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : Strat, sexe, melevel, wlthind5.

Test de Hosmer-Lemeshow

Etape	Khi-Chi-deux	ddl	Sig.
1	20,139	8	,010
2	20,663	8	,008
3	18,204	7	,011

Récapitulatif des modèles

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
1	1193,875 ^a	,040	,053
2	1193,899 ^a	,040	,053
3	1194,911 ^a	,039	,052

a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 3 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: من اعداد الطالب باستخدام برنامج تحليل البيانات SPSS اعتمادا على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يتبين لنا من خلال الجدول (رقم: 87.4) خروج المتغيرين التوضيحين وسط الإقامة (HH6)، والجنس (HL4) من النموذج، في المرحلتين الأولى والثانية على التوالي لعدم معنوية معلماتهما ببلوغ مستوي دلالتهم 0,314 و 0,876 على الترتيب.

فيما بقي المتغيرين المستقلين المستوى التعليمي للأم (melevel) ومؤشر الثروة (wlthind5) في النموذج، لدالتهم الاحصائية البالغة قيمتهما 0,000 و 0,036 على الترتيب، وبالتالي تأثير عاملي المستوى التعليمي والمستوى المعيشي في نوعية مصدر الاستشارة الطبية حول الامراض التنفسية الحادة لدى الأطفال.

وبهذا يأخذ النموذج على الشكل:

$$\log \left(\frac{p_i}{1 - p_i} \right) = -0,754 + 0,241 (\text{melevel}) + 0,117 (\text{wlthind5})$$

حيث:

p_i : احتمال الاستشارة الطبية لدى مقدم خدمات صحية مؤهل.

بلغت أسية معامل الانحدار التي تعبر عن المضاعف الذي تتغير به قيمة الترجح Odds للمتغيرين كالتالي:

- متغير المستوى التعليمي للأم (melevel): $\text{Exp}(0,241) = 1,273$ ، فكلما زاد المستوى التعليمي للأم بدرجة واحدة تتضاعف قيمة الترجح بمعامل 1,273 بافتراض ثبات باقي المتغيرات.
- متغير مؤشر الثروة الخمسي (wlthind5): $\text{Exp}(0,117) = 1,124$ ، أي تتضاعف قيمة الترجح بالمقدار 1,124 عند انتقال المؤشر من طبقة إلى طبقة أعلى.

يدل اختبار "Hosmer-Lemeshow" على جودة تمثيل النموذج للبيانات، حيث بلغ مستوى الدلالة الإحصائية المستوى $\text{Sig} = 0,011$ وهي أكبر من مستوى المعنوية الإحصائية المعتمد 0,05. وحسب الجدول (رقم 35، الملحق 4) فقد شهد النموذج معنوية كلية.

7. تمدرس الأطفال:

يتطرق هذا الجزء من الدراسة إلى التعليم المبكر للأطفال أو المرحلة التمهيديّة لإعداد الطفل للمدرسة. ويشمل مختلف البرامج المقررة لدى الهيئات العمومية والخاصة (رياض الأطفال، المدارس القرآنية) التي تكفل للطفولة المبكرة المبادئ العامة للتعليم (الحساب والحروف الهجائية والقراءة). وتستهدف الفئتين العمريتين للأطفال: أقل من 3 سنوات، ومن 3 إلى 4 سنوات من العمر. (نموذج تربية الطفولة المبكرة، ملف الطفل).

كما يتناول، هذا الجزء من الدراسة، تمدرس الأطفال في العمر 6-14 سنة (التعليم الابتدائي والمتوسط)، وكشف مختلف المؤشرات والمعدلات والنسب المتعلقة بالتمدرس في المرحلة الابتدائية والإكمالية من التعليم الاساسي. (نموذج التربية، ملف الأسرة)

1.7. نوعية معطيات نموذجي التربية والتعليم المبكر:

شمل نموذج تعليم الطفولة المبكرة، ضمن استمارة الطفل، ثلاثة أسئلة (108، 109، 110) احتوت على 24 متغيراً.

فيما تضمن نموذج التربية في استمارة الأسرة 10 أسئلة باحتساب سؤالي أو متغيري رقم السطر (ED1) واسم ولقب الفرد (ED2)، في حين حوت الأسئلة الثمانية المتبقية، والتي تهمنا في هذه الدراسة، على 11 متغيراً. وكان المعنيون بالأسئلة 203، 204، 205 المبحوثين الذين أعمارهم 5 سنوات وأكثر، في حين خصت الأسئلة من 206 إلى 210 المبحوثين الذين تتراوح أعمارهم بين 5 و 24 سنة.

ملاحظة: نخصص في دراستنا لنوعية معطيات متغيرات هذا النموذج بيانات فئة الأطفال (5-14 سنة) فقط.

تم ترميز متغيرات الأسئلة المتعلقة بنموذج تعليم الطفولة المبكرة (استمارة الطفل) على النحو التالي:

- السؤال رقم 108 (المتغير: BR6): استفسرت الأمهات عن تلقي أطفالهن البالغين من العمر 3-4 سنوات برنامجاً تعليمياً خارج المنزل أو تعليم ما قبل مدرسي بهيئة عمومية أو خاصة تحتوي على حديقة أطفال أو بمدرسة قرآنية. رمزت الإجابة 'نعم' بالدليل 1، والإجابة 'لا' بالدليل 2، والإجابات غير المحددة بالدليل 8، والناقصة بالرقم 9.

- السؤال رقم 109 (المتغير: BR7): استجوبت الأمهات، اللاتي أجبن بنعم في السؤال 108، عن عدد الساعات التي قضاها الطفل بهذه الهيئات التعليمية خلال السبعة أيام الأخيرة. المتغير كمي، فيما دللت الإجابات الناقصة بالدليل 99.

- السؤال رقم 110 (المتغيرات: BR8..): سئلت أمهات الأطفال (دون سن الخامسة) عن ممارسة بعض الأنشطة التعليمية للأطفال من قبل الأم أو الأب أو أي من طرف أي فرد بالغ من الأسرة. وتمثلت المتغيرات فيما يلي:

. BR8A: قراءة الكتب للطفل أو اطلاعه على الكتب المصورة. BR8B: رواية القصص، BR8C: غناء بعض أغاني الأطفال مع الطفل، BR8D: مصاحبة الطفل خارج المنزل، BR8E: اللعب مع الطفل، BR8F: قضاء الوقت مع الطفل في تعليم الأسماء أو الحساب أو الرسم. اعتمد نفس الترميز في مختلف المتغيرات، حيث استخدم الحرف A في حالة قيام الأم بالنشاط التعليمي. والحرف B عند قيام الأب بهذا النشاط، والحرف X في حالة شخص بالغ آخر من الأسرة، استعمل الحرف Y

في حالة عدم وجود أي شخص يقوم بالنشاط التعليمي. فيما تم استخدام العلامة (?) في حالة عدم الإجابة.

ورمزت متغيرات أسئلة نموذج التربية في استبيان الأسرة على الشكل التالي:

- السؤال رقم 203 (المتغير: ED2): سئل المبحوثين (5 سنوات وأكثر) عن حالة التمدرس سابقاً أو حالياً (المدرسة، الحضانة)، وتم ترميز الإجابة 'نعم' بالدليل 1، والإجابة 'لا' بالرقم 2، والإجابات الناقصة بالرقم 9.

- السؤال رقم 204 (المتغيرين: ED3A,B): سئل المبحوثين الذين سبق لهم التمدرس ($1=ED2$) عن أعلى مستوى دراسي حققوه (ED3A: 0: حضانة، 1: ابتدائي، 2: متوسط، 3: ثانوي، 4: جامعي، 8: لا أعرف، 9: إجابة ناقصة). ثم استفسروا عن آخر سنة أكملت بنجاح بذلك المستوى (ED3B: المتغير كمي، السنوات غير المناسبة (الدليل 97)، لا أعرف (الدليل 98)، الإجابات الناقصة (الدليل 99)).

- السؤال رقم 205 (المتغير: ED3C): استفسر المبحوثين الذين لم يسبق لهم التمدرس أو لديهم الابتدائي أو التحضيري ($ED2=2$ أو $ED3A=0$ or 1) عن قدرتهم على الكتابة والقراءة. وتم ترميز الإجابة 'نعم' بالدليل 1، الإجابة 'لا' بالرقم 2، والإجابات الناقصة بالرقم 9.

- السؤال رقم 206 (المتغير: ED4): استجوب المبحوثين (5-24 سنة) عن حالة التمدرس في السنة الدراسية 2006/2005. رمزت الإجابة 'نعم' بالرقم 1، والإجابة 'لا' بالدليل 2، والإجابات الناقصة بالدليل 9.

- السؤال رقم 207 (المتغير: ED5): استفسر المستجوبين الذين تدرسوا خلال السنة الدراسية 2006/2005 ($1=ED4$) عن عدد الأيام التي تم فيها الذهاب إلى المدرسة خلال الأسبوع الأخير. المتغير كمي، غير أنه تم وضع الدليل 8 في حالات تزامن استجواب الأسر بأيام العطلة، والدليل 9 عند غياب الإجابة.

- السؤال رقم 208 (المتغيرين: ED6A و ED6B): سئل المبحوثين المتدربون خلال 2006/2005 عن المستوى التعليمي الملتحق به (ED6A: الدليل 0: حضانة أو تحضير، الدليل 1: ابتدائي، الدليل 2: المتوسط، الدليل 3: الثانوي، الدليل 4: الجامعي)، ثم عن السنة المسجل بها داخل المستوى التعليمي (ED6B: المتغير كمي، إلا أنه تم ترميز السنوات غير المناسبة بالدليل 97، ولا أعرف بالدليل 98، والإجابات الناقصة بالدليل 99).

- السؤال رقم 209 (المتغير: ED7): استفسر المستجوبين عن حالة التمدرس خلال العام الدراسي

2004/2005، وتم ترميز الإجابة 'نعم' بالدليل 1، الإجابة 'لا' بالدليل 2، الإجابات الناقصة بالدليل 9.

- السؤال رقم 210 (المتغيرين: ED8A,B): استجوب المبحوثين الذين تدرسوا خلال العام الدراسي 2004/2005 عن المستوى التعليمي الملتحق به (ED8A: 0: حضانة، 1: ابتدائي، 2: المتوسط، 3: الثانوي، 4: الجامعي)، ثم عن السنة المسجل بها داخل المستوى (ED8B: المتغير عددي، غير أنه تم تدليل الإجابات بسنوات غير مناسبة بالدليل 97، وغير المحددة بالرقم 98، والإجابات الناقصة بالرمز 99).

الجدول رقم 88.4: اختبارات القيم الدنيا والقصى لنموذج تعليم الطفولة المبكرة والتعليم في الابتدائي

المتغير	الإجابات المحددة		المعطيات الناقصة				الإجابات غير الموافقة	
	التكرار	%	لا أعرف	الناقصة	المجموع	%	التكرار	%
نموذج تربية الطفولة المبكرة BR (ملف الطفل)								
BR6	5346	98,05	7	99	106	1,95	0	0,00
BR7	476	96,75	0	16	16	3,25	0	0,00
BR8A.	14453	99,04	0	140	140	0,96	0	0,00
BR8B.	14529	99,56	0	64	64	0,44	0	0,00
BR8C.	14533	99,59	0	60	60	0,41	0	0,00
BR8D.	14504	99,39	0	89	89	0,61	0	0,00
BR8E.	14552	99,72	0	41	41	0,28	0	0,00
BR8F.	14449	99,01	0	144	144	0,99	0	0,00
نموذج التربية للأطفال 5-14 سنة ED (ملف الأسرة)								
ED2	33468	99,5	0	158	158	0,5	0	0,00
ED3A	30448	100	0	0	0	0,00	0	0,00
ED3B	30447	99,99	1	0	1	0,0039	0	0,00
ED3C	26090	95,98	0	1048	1048	4,02	0	0,00
ED4	33296	99,02	0	329	329	0,98	0	0,00
ED5	29477	99,66	0	100	100	0,34	0	0,00
ED6A	29518	99,80	59	0	59	0,20	0	0,00
ED6B	29569	99,97	9	0	9	0,03	0	0,00
ED7	33250	98,88	0	376	376	1,12	0	0,00
ED8A	26767	99,98	3	2	5	0,02	0	0,00
ED8B	26766	99,98	5	0	5	0,02	0	0,00

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل، وملف الأسرة)

يشير الجدول (رقم: 88.4) إلى تسجيل بعض المعطيات الناقصة لم تتجاوز في غالبيتها مستوى 1%. سجل المتغير المتعلق بالحجم الساعي لحضور الأطفال (3-4 سنوات) داخل هيئات التعليم المبكر (BR7) أعلى نسبة معطيات ناقصة في نموذج التعليم المبكر بملف الطفل (3,25%). كما سجل المتغير المتعلق بالقدرة على القراءة والكتابة (ED3C) في نموذج التربية بملف الأسرة على أكبر نسبة من المعطيات الناقصة (4,02%).

في حين لم تسجل أية إجابات غير موافقة لمجال الترميز عبر مختلف المتغيرات.

عرف نموذج التعليم المبكر في استبيان الطفل إحالة واحدة فقط من السؤال 108 إلى السؤال 110، حيث أحييت الأمهات اللاتي أجبن بعدم التحاق أطفالهن (3-4 سنوات) بأي نظام تعليمي مبكر أو اللاتي لا يعرفن الإجابة وغير المجيبات (BR6=2 or 8 or 9) إلى السؤال 110 المتعلق بقيام الوالدين أو أحد أعضاء الأسرة البالغين ببعض الأنشطة التعليمية للطفل.

فيما شهد نموذج التربية في استمارة الأسرة ثلاثة إحالات للأسئلة:

- الأولى من السؤال رقم 203 إلى السؤال رقم 205: أحيال الذين لم يسبق لهم التمدرس (ED2=2) على السؤال 205 المتعلق بالقدرة على الكتابة والقراءة (ED3C).

- الثانية من السؤال رقم 206 إلى السؤال رقم 209: أحيال الذين لم يتمدرسوا خلال العام الدراسي 2005/2006 (ED4=2) إلى السؤال 209 حول التمدرس خلال السنة الدراسية 2004/2005 (ED7).

- الثالثة من السؤال رقم 209: أعفي المستجوبين الذين صرحوا بعدم تدرسهم خلال العام الدراسي 2004/2005 من الإجابة عن السؤال 210 المتعلق بالمستوى التعليمي والسنة المسجل فيها خلال ذلك العام الدراسي (ED8A، ED8B).

يشير الجدول رقم 36 بالملحق رقم 4 إلى تناسق الإجابات وفق الإحالة المعتمدة، حيث نلاحظ أن كل الإجابات بلا (2) ولا اعرف (8) والناقصة (9) كانوا غير معنيين بالإجابة على سؤال الحجم الساعي للحضور. ويشيران الجدولان، رقما 37 و38 في الملحق 4، إلى تناسق تام للإحالة من السؤال رقم 203 إلى السؤال رقم 205، ومن السؤال 206 إلى السؤال 209.

فالمصرحون بـ: 'لا' (2) أو غير المصرحين (9) في السؤال 203 عن حالة التمدرس لم يكونوا معنيين بالسؤال 204 المتعلق بالمستوى الدراسي وآخر سنة في المستوى، وهذا ما يشير إليه الجدول، رقم 37، الملحق 4، من خلال الحالات (2 . . 9) و (9 . . 0).

كما أن المدلون بـ: 'لا' (2) وغير المجيبين (9) في السؤال 206 المتعلق بالتمدرس خلال العام الدراسي 2005/2006 لم يكونوا معنيين بالإجابة على الأسئلة 207، 208 المتعلقين بعدد أيام الحضور خلال الأسبوع السابق للمسح، وبالمستوى والسنة الملتحق بهما خلال هذا العام الدراسي، وهذا ما يوضحه الجدول رقم 38 في

الملحق 4، وتعتبر عنه الاحتمالات (2 . . 0) و(9 . . 0).

2.7. مستويات المؤشرات التربوية والتعليم المبكر:

تمثلت المؤشرات المتعلقة بالتعليم المبكر للطفولة المبكرة في معدلات التمدرس القبلي للأطفال في الأعمار 36-59 شهرا (المؤشر رقم: 52)، الاستعداد لدخول المدرسة أو التمدرس قبل المدرسي (الحضور بالقسم التحضيري) للأطفال البالغين 5 سنوات (المؤشر رقم: 53). في حين شملت المؤشرات المرتبطة بالتمدرس في السن 6-14 سنة على معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي (المؤشر رقم: 54)، صافي نسبة القيد في التعليم الابتدائي (المؤشر رقم: 55، ورقم: 6 (16) في مؤشرات الألفية للتنمية)، صافي الحضور في مستوى المتوسط أو أعلى (المؤشر رقم: 56)، معدل الانتقال إلى المتوسطة (المؤشر رقم: 58)، معدل اكمال المرحلة الابتدائية أو إتمام التعليم الابتدائي (المؤشر رقم: 59، ورقم 2 (17 ب) في مؤشرات الألفية للتنمية)، الفارق بين الجنسين أو نسبة تعليم الإناث إلى الذكور (المؤشر رقم 61، ورقم: 2 (19) في مؤشرات الألفية للتنمية).

1.2.7. التعليم ما قبل المدرسي والمبكر:

يعتبر التعليم المبكر مرحلة هامة في اعداد الطفل للمدرسة، حيث تكسبه المبادئ العامة للتعلم، وقد اشتمل المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 على مختلف البرامج التعليمية التي ترعى الطفولة المبكرة، من خلال ادراج أسئلة مفصلة حول استفادة الأطفال من هذه البرامج.

تعتبر النسبة المئوية للأطفال (36-59 شهر) الذين التحقوا بأي من برامج التعليم المبكر، إلى اجمالي هذه الفئة، عن مؤشر التمدرس القبلي (المؤشر رقم: 52 في المسوح العنقودية).

باعتبار أن التسجيل في البرامج التعليمية عادة ما يتزامن مع الدخول الاجتماعي، وتنفيذ المسح وقع في شهر مارس 2006، ما قد يشوش على تحديد فئة الأطفال 36-59 شهر، أي أن الأعمار بالأشهر تتأثر بالمدة الفاصلة بين الدخول المدرسي والتاريخ المرجعي للمسح، حيث تقدر المدة الفاصلة بحوالي 4 أشهر (أي الأطفال البالغون 36-59 شهرا وقت المسح لم تكن أعمارهم كذلك وقت الدخول الاجتماعي). لهذا الغرض حددنا الأعمار ما بين 43 و59 شهرا (حيث بلغت أعمارهم خلال الدخول الاجتماعي 36-59 شهر).

الجدول رقم 89.4: النسبة المئوية المنوية للأطفال (36-59 شهرا) الملحقين ببرامج التعليم المبكر

الخصائص	الحضر		الريف		المجموع	
	عدد الملتحقين بالتعليم المبكر	نسبة الملتحقين (المؤشر رقم 52)	عدد الملتحقين بالتعليم المبكر	نسبة الملتحقين (المؤشر رقم 52)	عدد الملتحقين بالتعليم المبكر	نسبة الملتحقين (المؤشر رقم 52)
الأطفال في العمر 36-59 شهرا						
الذكور	203	13,13	54	4,01	257	8,89
الإناث	168	11,03	53	4,41	221	8,10
المجموع	371	12,09	107	4,20	478	8,51
الأطفال في العمر 43-59 شهرا						
الذكور	179	16,14	50	5,34	230	11,18
الإناث	153	14,35	51	5,88	204	10,56
المجموع	332	15,26	101	5,60	433	10,88

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

بلغ مؤشر التمدرس القبلي المستوى 10,9% (الحضر: 15,26%، الريف: 5,6%)، ما يفسر حجم الهوة بين وسطي الإقامة في برامج التعليم المبكر، حيث تتوفر المناطق الحضرية على قدر من الهيئات التي تهتم بالتعليم المبكر مقارنة بالمناطق الريفية. وعادت أحسن قيمة عرفها المؤشر وسط ذكور الحضر (16,14%). للإشارة، فقد تم تقدير هذا المؤشر في التقرير الرئيسي للمسح عند المستوى 11,0%.

تعد الأنشطة التعليمية التي يتلقاها الأطفال، الذين تقل أعمارهم عن الخامسة، داعمة أساسية في تنمية قدراتهم الذهنية والعقلية. تناول المسح هذه الأنشطة بالتقصي عن تلقي الأطفال لهذه الدعائم التعليمية وعن مصدرها، حيث تمثلت في قراءة الكتب للطفل أو اطلاعه على كتب مصورة، رواية القصص، أداء أغاني الأطفال بمشاركته، أخذ الطفل خارج المنزل، اللعب معه، وامضاء الوقت معه في تسمية الأشياء أو العد أو الرسم، كما تم التقصي عن مقدم هذه الأنشطة، حيث تم اقتراح الأم، الأب، أو أي عضو بالغ (< 15 سنة) من الأسرة.

يوضح الجدول (رقم: 90.4) أن 26,2% من الأطفال دون سن الخامسة استفادوا من قراءة الكتب لهم أو تفريجهم على الكتب المصورة، كان النصيب الأكبر للأطفال الحضر (33,4%)، في حين سجل ذكور الوسط الريفي أسوأ نسبة (17,3%)، فيما وصلت نسبة الأطفال الذين استفادوا من رواية القصص من قبل والديهم أو أي عضو من الأسرة المستوى 59,49% (الحضر: 64%، الريف: 54,2%)، في حين بلغت

نسبة الأطفال الذين استفادوا من سماع ومشاركة الأغاني مع أحد الوالدين أو أحد أفراد الأسرة 78,7% كان أغلبهم بالوسط الحضري (82,8%).

أما اصطحاب الطفل خارجا، فقد سجلت نسبة الأطفال المستفيدين من هذا النشاط المقدار 83,3 من المائة كان أغلبهم من الوسط الحضري (85 بالمائة).

الجدول رقم 90.4: النسبة المئوية للأطفال دون 59 شهرا المتلقين لأنشطة تعليمية في الأسرة

الأنشطة التعليمية	الجنس	الحضر		الريف		المجموع	
		النسبة %	العدد	النسبة %	العدد	النسبة %	العدد
قراءة أو تفريج الكتب	الذكور	33,29	1332	17,30	595	25,90	1927
	الإناث	33,52	1310	18,26	592	26,61	1902
	المجموع	33,41	2642	17,76	1187	26,24	3830
رواية القصص	الذكور	63,65	2546	54,65	1881	59,48	4427
	الإناث	64,22	2510	53,80	1744	59,49	4254
	المجموع	63,93	5056	54,24	3625	59,49	8681
القضاء مع الطفل	الذكور	82,12	3286	72,36	2491	77,61	5776
	الإناث	83,44	3261	75,35	2442	79,77	5704
	المجموع	82,77	6547	73,81	4933	78,67	11480
مصاحبة الطفل خارج المنزل	الذكور	85,91	3437	81,68	2812	83,96	6249
	الإناث	84,16	3290	80,77	2618	82,63	5908
	المجموع	85,05	6727	81,24	5430	83,30	12157
اللعب مع الطفل	الذكور	91,96	3679	91,43	3147	91,71	6826
	الإناث	91,61	3581	90,02	2918	90,89	6499
	المجموع	91,79	7260	90,75	6065	91,31	13325
تمضية الوقت في تعليم الأسماء والعد للطفل	الذكور	51,04	2042	40,33	1388	46,09	3430
	الإناث	51,08	1997	40,88	1325	46,46	3322
	المجموع	51,06	4039	40,60	2713	46,27	6752
اجمالي الأطفال دون سن الخامسة (0-59 شهرا)	الذكور	100	4001	100	3442	100	7443
	الإناث	100	3909	100	3241	100	7150
	المجموع	100	7910	100	6683	100	14593

المصدر: من اعداد الطالب استنادا إلى قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

تمثلت أكثر النشاطات التي استفاد منها الأطفال في اللعب، حيث شكلت النسبة 91,3 من المائة، توزعت بالتساوي بين وسطي الإقامة. بينما مثل نشاط تمضية الوقت مع الأطفال وتعليمهم العد وتسمية الأشياء أو الرسم النسبة 46,3 بالمائة، غالبيتها بالمناطق الحضرية (51 من المائة). عموما، لم تدرج هذه النسب في التقرير الرئيسي للمسح.

يوضح الجدول (رقم 91.4) نسب المتابعين لتعليم ما قبل التمدرس قبل أن يسجلوا في السنة أولى ابتدائي لموسم 2006/2005، وتعرف هذه النسبة في المسوح العنقودية (MICS) بالمؤشر رقم 53.

الجدول رقم 91.4: نسبة المسجلين في سنة أولى ابتدائي وتابعوا تعليم ما قبل التمدريس في السنة الماضية

الخصائص	الحضر		الريف		المجموع	
	عدد المسجلين في الأولى ابتدائي وتابعوا تعليم ما قبل التمدريس في السنة الماضية	اجمالي الأطفال المسجلين في السنة أولى ابتدائي	النسبة % (المؤشر رقم: 53)	عدد المسجلين في الأولى ابتدائي وتابعوا تعليم ما قبل التمدريس في السنة الماضية	اجمالي الأطفال المسجلين في السنة أولى ابتدائي	النسبة % (المؤشر رقم: 53)
الذكور	189	926	20,38	80	792	10,11
الإناث	185	880	21,03	74	756	9,75
المجموع	374	1806	20,70	154	1547	9,93

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

لقد بلغت نسبة التلاميذ المستفيدين من التعليم التحضيري المقدار 15,73 من المائة، سجل الوسط الحضري النسبة 20,7%، في حين شهدت المناطق الريفية أسوأ القيم (9,93 بالمائة). يرجع ذلك إلى حداثة هذا النمط من التعليم سنة 2006، إلى جانب عدم تعميمه بصفة كاملة أو شبه تامة إلى غاية اليوم، خاصة بالمناطق الريفية. بلغ هذا المؤشر حسب التقرير الرئيسي للمسح المقدار 16,5%.

2.2.7. التمدريس في الابتدائي:

يحتوي التمدريس في المرحلة الابتدائية عدة مؤشرات أساسية، تتمثل في النسبة المئوية للأطفال في سن دخول المدرسة الابتدائية الملتحقين بالصف الأول ابتدائي (المؤشر رقم: 54)، النسبة المئوية للأطفال في سن المدرسة الابتدائية والملتحقين بالمدرسة الابتدائية أو أعلى (النسبة الصافية، المؤشر رقم: 55 في المسوح العنقودية، ورقم: 6-16 في مؤشرات الألفية للتنمية)، استكمال الدراسة بالابتدائي (المؤشر رقم: 59 من المؤشرات المسوح العنقودية، ورقم: 2-17 ب من مؤشرات أهداف الألفية للتنمية)، معدل الانتقال إلى المرحلة الإكمالية (المؤشر رقم: 58 في المسوح العنقودية)، نسبة تعليم الإناث إلى الذكور أو مؤشر التكافؤ حسب النوع للمستوى الابتدائي (المؤشر رقم: 61 من مؤشرات المسوح العنقودية). للإشارة، تحدد أعمار الأطفال بهذا المستوى بين 6 و 11 سنة.

يحسب معدل الالتحاق بالتعليم الابتدائي (المؤشر: 54) بقسمة عدد الأطفال الذين هم في سن دخول

المرحلة الابتدائية ويدرسون حالياً في الصف الأول من المرحلة الابتدائية، على إجمالي عدد الأطفال الذين هم في سن دخول المدرسة الذين شملهم المسح.

بلغت نسبة الأطفال الذين هم في سن دخول المرحلة الابتدائية ويدرسون بالصف الأول من التعليم الابتدائي المقدار 92,04 بالمائة من إجمالي الأطفال الذين هم في سن دخول المدرسة (6 سنوات). توزعت بين 93,08 مئوية بالمناطق الحضرية و90,92 مئوية بالمناطق الريفية، وبين 92,52% لدى الذكور و91,58% وسط الإناث. وسجل المؤشر أحسن قيمة له وسط إناث الوسط الحضري (94,11%)، في حين عادت أسوأ قيمة له بين إناث الوسط الريفي (89,11%). ما يفسر عدم توازن الخريطة المدرسية بين وسطي الإقامة. وبالنظر إلى التقرير الرئيسي للمسح فقد سجل هذا المؤشر المستوى 91,6%.

الجدول رقم 92.4: النسبة المئوية للأطفال في سن دخول المدرسة الابتدائية الملحقين بالسنة أولى

ابتدائي

الخصائص	الحضر			الريف			المجموع		
	عدد الملحقين بالصف الأول الابتدائي	إجمالي الأطفال البالغين 6 سنوات	نسبة الملحقين % (المؤشر رقم 54)	عدد الملحقين بالصف الأول الابتدائي	إجمالي الأطفال البالغين 6 سنوات	نسبة الملحقين % (المؤشر رقم 54)	عدد الملحقين بالصف الأول الابتدائي	إجمالي الأطفال البالغين 6 سنوات	نسبة الملحقين % (المؤشر رقم 54)
الذكور	630	684	92,13	527	566	92,98	1156	1250	92,52
الإناث	592	630	94,11	577	647	89,11	1169	1277	91,58
المجموع	1222	1313	93,08	1103	1213	90,92	2325	2526	92,04

المصدر: عمل الطالب اعتماداً على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

يعد معدل صافي القيد في التعليم الابتدائي من أهم المؤشرات التربوية، حيث يعبر عن النسبة الصافية لعدد الأطفال الذين هم في سن الحضور بالمدرسة الابتدائية (6-11 سنة) ويدرسون حالياً في المدرسة الابتدائية أو المتوسطة، إلى إجمالي عدد الأطفال الذين هم في سن الحضور بالمدرسة الابتدائية. ويعبر عن هذا المؤشر بالرقم 55 في المسوح العنقودية، وبالرقم 6-16 في مؤشرات الألفية الانمائية.

يتوضح من الجدول (رقم: 93.4) أن نسبة صافي القيد في التعليم الابتدائي قد بلغت مستويات مقبولة جدان حيث بلغت 96,72 من المائة، وتقدمت المناطق الحضرية نسبياً في قيمة المؤشر (97,4 بالمائة)

مقارنة بالوسط الريفي (95,93 بالمائة)، هذا التباين الطفيف بين الوسطين يعكس التأخر الدراسي والتسرب المدرسي الذي تزيد شدته بالمناطق الريفية.

الجدول رقم 93.4: النسبة المئوية للأطفال في سن المدرسة الابتدائية والملتحقين بالمدرسة الابتدائية أو

الإكمالية (نسبة الالتحاق الصافي) حسب الجنس ووسط الإقامة

الخصائص	الحضر			الريف			المجموع		
	عدد المتدربين	إجمالي الأطفال البالغين 11-6 سنة	نسبة التمدرس % (المؤشر رقم 55)	عدد المتدربين	إجمالي الأطفال البالغين 11-6 سنة	نسبة التمدرس % (المؤشر رقم 55)	عدد المتدربين	إجمالي الأطفال البالغين 11-6 سنة	نسبة التمدرس % (المؤشر رقم 55)
الذكور	5063	5216	97,07	4260	4407	96,68	9323	9622	96,89
الإناث	4806	4917	97,75	4130	4340	95,17	8936	9256	96,54
المجموع	9869	10132	97,40	8390	8746	95,93	18259	18878	96,72

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

للإشارة، لم نسجل تباين واضح بين المؤشرات التربوية السابقة بالنظر إلى الجنس. هذا ما يعكس تحقيق الجزائر لمبدأ تكافؤ الفرص بين الجنسين في مجال التربية والتعليم. لقد أدرج هذا المؤشر في التقرير الرئيسي للمسح بالمقدار 96,5%.

يعبر مؤشر معدل اكمال المرحلة الابتدائية عن نسبة الأطفال (من أي عمر) في الصف الأخير من المرحلة الابتدائية (باستثناء الراسبين)، إلى إجمالي عدد الأطفال في سن انتهاء المرحلة الابتدائية (العمر الملائم للصف النهائي في المرحلة الابتدائية (11 سنة)). ويعرف هذا المؤشر بالرقم 59 في المسوح العنقودية، وبالرقم 17-2 ب في مؤشرات الألفية الإنمائية.

تحتسب النسبة الصافية لإتمام التعليم الابتدائي بقسمة عدد الأطفال البالغين سن التمدرس في الصف السادس (11 سنة) والمسجلين في السنة السادسة، على إجمالي الأطفال البالغين سن التمدرس بالصف الأخير من التعليم الابتدائي.

أكمل 92,22% من الأطفال المرحلة الابتدائية من التعليم، توزعت هذه النسبة بين 87,87% في المناطق الحضرية و97,03% في الوسط الريفي و99,03% منها بين إناث هذا الوسط. يرجع ذلك للتأخر الدراسي الذي عرفه أطفال المناطق الريفية، حيث تتجمع مختلف الأعمار في السنة النهائية.

الجدول رقم 94.4: معدل اكمال المرحلة الابتدائية (المؤشر 59)

الخصائص	الحضر			الريف			المجموع		
	عدد التلاميذ من أي عمر والمسجلين في السنة السادسة ابتدائي وغير معيدين	إجمالي الأطفال في سن إتمام التعليم الابتدائي 11 سنة	معدل اكمال المرحلة الابتدائية (%) (المؤشر رقم 59)	عدد التلاميذ من أي عمر والمسجلين في السنة السادسة ابتدائي وغير معيدين	إجمالي الأطفال في سن إتمام التعليم الابتدائي 11 سنة	معدل اكمال المرحلة الابتدائية (%) (المؤشر رقم 59)	عدد التلاميذ من أي عمر والمسجلين في السنة السادسة ابتدائي وغير معيدين	إجمالي الأطفال في سن إتمام التعليم الابتدائي 11 سنة	معدل اكمال المرحلة الابتدائية (%) (المؤشر رقم 59)
حسب (HL5=11) عمر الطفل وفق التاريخ المرجعي للمسح (مارس 2006)									
الذكور	883	1027	85,92	835	924	90,31	1717	1951	88,00
الإناث	833	958	86,98	876	875	100,08	1709	1833	93,24
المجموع	1716	1985	86,43	1711	1800	95,06	3427	3785	90,53
حسب (EDage = 11) عمر الطفل وفق جانفي 2006 أي العمر عند الدخول الاجتماعي									
الذكور	883	1018	86,67	835	884	94,38	1717	1903	90,26
الإناث	833	934	89,18	876	879	99,69	1709	1813	94,28
المجموع	1716	1953	87,87	1711	1763	97,03	3427	3716	92,22
النسبة % الصافية لإتمام التعليم الابتدائي (عدد التلاميذ في العمر 11 سنة والمسجلين في الصف السادس من غير المعيدين)									
حسب (EDage=11) عمر الطفل وفق جانفي 2006									
الذكور	677	1018	66,45	480	884	54,30	1157	1903	60,80
الإناث	704	934	75,37	588	879	66,86	1292	1813	71,25
المجموع	1381	1953	70,72	1068	1763	60,56	2449	3716	65,90

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

بلغت النسبة الصافية لإتمام التعليم الابتدائي المستوى 65,9 من المائة، سجلت أحسن قيمها بين إناث الوسط الحضري (75,37%)، وأسوأها بين ذكور الوسط الريفي (54,3%). وعموما عرفت النسبة تباينا واضحا بالنظر إلى مكان الإقامة (الحضر: 70,72%، الريف: 60,56%) وإلى الجنس (الذكور: 60,80%، الإناث: 71,25%).

لم يدرج مؤشر معدل اكمال المرحلة الابتدائية في التقرير الرئيسي للمسح، واكتفى بالنسبة الصافية لإتمام التعليم الابتدائي حيث قدرها عند المستوى 64,3%.

يعرف مؤشر التكافؤ حسب النوع بنسبة معدل صافي تدرس الإناث إلى معدل صافي تدرس الذكور، أو ما يعرف بنسبة تعليم الإناث إلى الذكور. وكلما اقترب من الوحدة (1) يدل على تكافؤ الفرص بين الجنسين في التعليم. يعرف المؤشر بالرقم 61 في المسوح العنقودية، وبالرقم 2-19 من مؤشرات الالفية الإنمائية.

الجدول رقم 95.4: المقارنة بين الجنسين في التعليم (نسبة الملحقين بالتعليم الابتدائي (المؤشر 61))

الخصائص	النسبة % الصافية للتمدرس بالابتدائي (إناث)	النسبة % الصافية للتمدرس بالابتدائي (ذكور)	مؤشر التكافؤ حسب النوع (المؤشر رقم: 61)
الحضر	98,12	97,26	1,01
الريف	95,43	96,94	0,98
المجموع	96,86	97,11	0,997
عدد المتمدرسين الذين هم في سن التمدريس			
	الإناث	الذكور	المجموع
الحضر	4824	5073	9897
الريف	4141	4272	8413
المجموع	8966	9344	18310
اجمالي عدد الأطفال الذين هم في سن التمدريس			
	4917	5216	10132
الحضر	4340	4407	8746
الريف	9256	9622	18878
المجموع			

المصدر: من انجاز الطالب استنادا إلى قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

تجاوز مؤشر التكافؤ حسب النوع في التعليم الابتدائي القيمة 1 بالوسط الحضري، فيما حدد عند 0,98 بالمناطق الريفية. محققا في الإجمالي المقدار 0,997، وهذا ما يفسر تكافؤ تام للفرص في الالتحاق بالتعليم الابتدائي. يؤكد هذا على حجم المجهودات التي بذلتها الدولة في تمكين الاناث من التعليم، من خلال تعميم التعليم وتدعيم الخريطة المدرسية بالمناطق الريفية.

لقد أدرج هذا المؤشر في التقرير الرئيسي للمسح، حيث سجل القيمة 0,99.

3.2.7. التمدريس في التعليم المتوسط:

تناول المسح التمدريس ما بعد الابتدائي (متوسط/ ثانوي) بإدراج كل المستويات التعليمية في المتغيرات المتعلقة بتحديد المستوى التعليمي للسنة الدراسية 2006/2005 والتي قبلها 2005/2004، بغية استخراج مختلف المؤشرات التربوية لمختلف المراحل التعليمية.

شملت المؤشرات المرتبطة بهذا الطور التعليمي صافي نسبة القيد في التعليم المتوسط (المؤشر رقم 56 في المسوح العنقودية)، نسبة الانتقال إلى الطور المتوسط (المؤشر رقم: 58 في المسوح العنقودية)، نسبة تعليم الاناث إلى الذكور في الطور المتوسط (المؤشر رقم 61 في المسوح العنقودية، ورقم 2-19 من مؤشرات الألفية الإنمائية).

الجدول رقم 96.4: معدل الانتقال إلى المرحلة المتوسطة من التعليم (المؤشر رقم 58)

الخصائص	الحضر			الريف			المجموع		
	عدد التلاميذ المسجلين في الأولى متوسط في العام الحالي	إجمالي التلاميذ في آخر سنة ابتدائية العام الماضي	نسبة الانتقال إلى الطور المتوسط % (المؤشر رقم 58)	عدد التلاميذ المسجلين في الأولى متوسط في العام الحالي	إجمالي التلاميذ في آخر سنة ابتدائية العام الماضي	نسبة الانتقال إلى الطور المتوسط % (المؤشر رقم 58)	عدد التلاميذ المسجلين في الأولى متوسط في العام الحالي	إجمالي التلاميذ في آخر سنة ابتدائية العام الماضي	نسبة الانتقال إلى الطور المتوسط % (المؤشر رقم 58)
الذكور	818	1066	76,67	715	1014	70,46	1532	2081	73,64
الإناث	771	948	81,30	656	848	77,38	1427	1796	79,45
المجموع	1589	2015	78,85	1371	1862	73,61	2960	3877	76,34

المصدر: من اعداد الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

يحسب معدل الانتقال إلى المرحلة المتوسطة بقسمة عدد الأطفال الذين كانوا في الصف الأخير من المرحلة الابتدائية في السنة الدراسية الماضية والذين التحقوا بالمتوسطة، على إجمالي عدد الأطفال الذين كانوا في الصف الأخير من المرحلة الابتدائية في السنة الدراسية الماضية.

بلغ معدل الانتقال إلى المتوسط حسب الجدول (رقم: 93.4) المستوى 76,34%، وعرفت نسب النجاح ارتفاعا وسط الإناث مقارنة بالذكور (الذكور: 73,64%، الإناث: 79,45%)، كما ارتفعت هذه النسبة بالوسط الحضري مقارنة بالريفي (الحضر: 78,85%، الريف: 73,61%). ورصد أحسن معدل انتقال إلى المتوسط لدى إناث الوسط الحضري (81,3%)، فيما شهد ذكور الوسط الريفي أسوأ قيمة للمعدل (70,46%).

أدرج هذا المؤشر في التقرير الرئيسي للمسح، حيث سجل 76,3%.

يعرف معدل صافي الحضور في المتوسط أو الثانوي (صافي نسبة القيد بالتعليم المتوسط = المؤشر رقم 56 في المسوح العنقودية) على أنه نسبة عدد الأطفال الذين هم في سن الحضور بالمدرسة المتوسطة (12-17 سنة) ويدرسون حاليا في الطور المتوسط أو أعلى، إلى إجمالي عدد الأطفال في سن الحضور بالطور المتوسط.

الجدول رقم 97.4: النسبة المئوية للأطفال في سن التمدرس في المتوسط والثانوي والمسجلين في الطور المتوسط أو أعلى (نسبة الالتحاق الصافي)

الخصائص	الحضر			الريف			المجموع		
	عدد الأطفال المسجلين في المتوسط أو أعلى	إجمالي الأطفال البالغين سن التمدرس بالطور	النسبة الصافية للتمدرس (%) (المؤشر رقم 56)	عدد الأطفال المسجلين في المتوسط أو أعلى	إجمالي الأطفال البالغين سن التمدرس بالطور	النسبة الصافية للتمدرس (%) (المؤشر رقم 56)	عدد الأطفال المسجلين في المتوسط أو أعلى	إجمالي الأطفال البالغين سن التمدرس بالطور	النسبة الصافية للتمدرس (%) (المؤشر رقم 56)
الأطفال في الاعمار 14-12 سنة									
الذكور	2074	3004	69,05	1503	2632	57,13	3577	5635	63,48
الاناث	2266	2928	77,37	1580	2655	59,53	3846	5583	68,89
المجموع	4339	5932	73,15	3084	5286	58,34	7423	11218	66,17
الأطفال في الاعمار 17-12 سنة									
الذكور	3982	6095	65,33	2895	5312	54,50	6877	11407	60,29
الاناث	4507	5920	76,12	2970	5240	56,68	7477	11161	66,99
المجموع	8489	12015	70,65	5865	10553	55,58	14354	22568	63,60

المصدر: من اعداد الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح 2006 MICS3 (ملف الأسرة)

بلغت قيمة هذا المؤشر لدى الفئة العمرية 14-12 سنة المستوى 66,17% (الحضر: 73,15%، الريف: 58,34%)، وسجلت اناث الوسط الحضري أحسن قيمة (77,37%). يرجع التباين بين وسطي الإقامة إلى التسرب والتأخر المدرسي الذي تعرفه شريحة واسعة من أطفال الأرياف بهذا الطور، بسبب بعد المسافة إلى هذه المؤسسات التربوية، فغالبا ما يضطر الأولياء إلى تسجيل أطفالهم بالنظام الداخلي لتلك المؤسسات. هذا ما جعل الدولة تضع من بين أولوياتها تدعيم القطاع بالمنشآت القاعدية بالمناطق الريفية قصد تقريب المؤسسات التربوية من الأطفال لتمكينهم من مواصلة الدراسة. سجل هذا المؤشر حسب التقرير الرئيسي للمسح الوطني متعدد المؤشرات القيمة 62,8%.

تجاوز مؤشر التكافؤ حسب النوع الوحدة، مسجلا القيمة 1,08، توزعت بين 1,12 بالمناطق الحضرية و1,04 بالمناطق الريفية. ما يعني أن صافي تدرس الاناث أكبر من صافي تدرس الذكور بسبب التسرب المدرسي الذي يمس أكثر الذكور. يفسر هذا المؤشر المستوى الذي بلغه تمكين الاناث من التعليم، وتحقيق مبدأ المساواة بين الجنسين في قطاع التربية الوطنية.

كما يدعم هذا المؤشر فرضية تعرض الذكور للتسرب المدرسي بشدة أكثر من الإناث. (أنظر إلى الجدول رقم

98.4)

الجدول رقم 98.4: نسبة تعليم الإناث إلى الذكور في الطور المتوسط (المؤشر رقم 61)

الخصائص	النسبة % الصافية للتمدرس بالمتوسط (إناث)	النسبة % الصافية للتمدرس بالمتوسط (إناث)	مؤشر التكافؤ حسب النوع (المؤشر رقم: 61)
الحضر	77,56	69,32	1,12
الريف	59,92	57,49	1,04
المجموع	69,17	63,80	1,08
عدد المتدرسين الذين هم في سن التمدريس			
	الإناث	الذكور	المجموع
الحضر	2271	2082	4353
الريف	1591	1513	3104
المجموع	3862	3595	7457
اجمالي عدد الأطفال الذين هم في سن التمدريس			
	2928	3004	5932
الريف	2655	2632	5286
المجموع	5583	5635	11218

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح 2006 MICS3 (ملف الأسرة)

3.7. اختبار تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في المتابعة التربوية للأطفال:

يرجح أن تتأثر المتابعة التربوية للأطفال بعوامل اجتماعية وديموغرافية كمكان الإقامة والجنس والمستوى التعليمي للوالدين بالإضافة إلى المستوى المعيشي للأسرة. تم الاعتماد على قاعدة معطيات ملف الطفل (نموذج تربية الطفولة المبكرة) لاستخراج معلومات نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي حول متابعة الأطفال للتعليم المبكر. في حين تم استغلال بيانات ملف الأسرة (نموذج التربية) لاستخراج معلومات الانحدار اللوجستي الثنائي حول تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في المتابعة التربوية للأطفال (5-14 سنة).

لهذا الغرض، تم ربط المتغيرات المستقلة بالمتغير التابع المتمثل في تلقي الطفولة المبكرة (43-50 شهرا) للتعليم المبكر (BR6). فيما تمثلت المتغيرات التوضيحية في متغير الجنس (HL4)، محل الإقامة (HH6)، المستوى التعليمي للأم (melevel)، مؤشر الثروة الخمسي (wlthind5).

كما تم توظيف نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لتحديد مدى تأثير بعض المحددات الاجتماعية والديموغرافية في المتابعة التربوية للأطفال (5-14 سنة) في المرحلة الابتدائية والطور المتوسط (ED4). حيث تمثلت المتغيرات المستقلة في الجنس (HL4)، وسط الإقامة (HH6)، المستوى التعليمي لرب الأسرة (helevel)، مؤشر الثروة للأسرة المعيشية (wlthind5).

الجدول رقم 99.4: معلمات نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لتلقي الأطفال (43-50 شهرا) تعليمًا

مبكراً

Variables dans l'équation	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
HL4	,066	,106	,392	1	,531	1,069
HH6	,310	,138	5,017	1	,025	1,363
Etape 1 ^a melevel	,337	,049	48,005	1	,000	1,401
wlthind5	,339	,051	44,437	1	,000	1,404
Constante	-4,377	,186	551,059	1	,000	,013
HH6	,308	,138	4,957	1	,026	1,361
Etape 2 ^a melevel	,337	,049	47,948	1	,000	1,400
wlthind5	,340	,051	44,650	1	,000	1,405
Constante	-4,342	,178	597,674	1	,000	,013

a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : HL4, HH6, melevel, wlthind5.

Test de Hosmer-Lemeshow

Etape	Khi-Chi-deux	ddl	Sig.
1	14,802	8	,063
2	13,908	7	,053

Récapitulatif des modèles

Etape	-2log-vraisemblance	R-deux de Cox & Snell	R-deux de Nagelkerke
1	2465,403 ^a	,064	,128
2	2465,795 ^a	,064	,128

a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 6 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: عمل خاص استنادا إلى قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

يشير الجدول رقم 99.4 إلى خروج متغير الجنس من النموذج في المرحلة الثانية لعدم دلالة معلمته احصائيا (Sig=0,531>0,05). ما يفسر عدم تأثير عامل الجنس في استفادة الطفولة المبكرة من التعليم التمهيدي. كما يؤكد تأثير باقي المتغيرات في عملية المتابعة التربوية للطفولة المبكرة، حيث بلغ مستوى الدلالة الإحصائية لكل منها قيمة تقل عن مستوى المعنوية 0,05. ليصبح النموذج من الشكل:

$$\log\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = -4,342 + 0,308 (HH6) + 0,337 (melevel) + 0,340 (wlthind5)$$

حيث p_i : احتمال استفادة الطفل (36-59 شهر) من الالتحاق بالتعليم المبكر.

✓ بلغت أسية معلمة وسط الإقامة المستوى 1,361 = Exp(0,308)، حيث تتضاعف بها قيمة الترجح

$\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ نحو تحقيق تلقي الطفل للتعليم المبكر. أي كلما اتجه وسط الإقامة من الريف إلى الحضر

تضاعفت قيمة الترجح بالمضاعف 1,361.

✓ وقدرت أسية معلمة المستوى التعليمي للألم 1,4 = Exp(0,337)، ما يفسر تضاعف قيمة الترجح

(نسبة احتمال الوقوع إلى عدم الوقوع) بالمضاعف 1,4 كلما زاد مستوى تعليم الام بدرجة واحدة.

✓ فيما حددت قيمة أسية معلمة مؤشر الثروة الخمسي عند المقدار $1,405 = \text{Exp}(0,340)$ ، أي كما

ارتفع مستوى معيشة الأسرة بدرجة واحدة تضاعفت قيمة الترجيح $\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ بالمقدار 1,405.

يتوضح من خلال اختبار 'Hosmer-Lemeshow' على جودة تمثيل النموذج للبيانات، من خلال دلالة

الاختبار التي تجاوزت مستوى المعنوية الاحصائية $(\text{Sig}=0,053>0,05)$.

كما يدل الجدول (رقم 39 في الملحق 4) على المعنوية الكلية للانحدار.

يعرض الجدول (رقم 100.4) معلمات والقيم الإحصائية لنموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لتأثر

المتابعة التربوية للأطفال في سن التمدرس بالابتدائي والطور المتوسط (5-14 سنة)، بالعوامل الاجتماعية

والديموغرافية المتمثلة في جنس الطفل، محل الإقامة، المستوى التعليمي لرب الأسرة، مستوى الرفاهية.

الجدول رقم 100.4: نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي لالتحاق الطفل (5-14 سنة) بالتعليم الابتدائي

وما بعد الابتدائي (EDage >= 6 and EDage <= 14 and helevel <= 5 and ED4 <= 1)

Variables dans l'équation	A	E.S.	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
HL4	,374	,057	42,729	1	,000	1,453
HH6	,246	,069	12,669	1	,000	1,279
Etape 1 ^a wlthind5	,425	,029	215,123	1	,000	1,530
helevel	,304	,033	82,682	1	,000	1,356
Constante	1,188	,073	264,253	1	,000	3,279
a. Variable(s) entrées à l'étape 1 : HL4, HH6, wlthind5, helevel.						
Test de Hosmer-Lemeshow						
Etape	Khi-Chi-deux		ddl		Sig.	
1	28,859		8		,000	
Récapitulatif des modèles						
Etape	-2log-vraisemblance		R-deux de Cox & Snell		R-deux de Nagelkerke	
1	10195,340 ^a		,026		,086	
a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 7 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001						

a. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 7 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001

المصدر: عمل خاص اعتمادا على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الأسرة)

بينت نتائج التحليل الاحصائي دلالة كافة معلمات المتغيرات المستقلة في النموذج، حيث أظهر كل

منها دلالة عالية $\text{Sig}=0,000$ عند مستوى المعنوية المحدد $\alpha=0,05$. يدل هذا على تفسير المتغيرات

التوضيحية للمتغير التابع، بمعنى تأثير كل العوامل السوسيو-ديموغرافية في متغير مواصلة الأطفال (5-14

سنة) التمدرس بالتعليم الابتدائي والمتوسط، وهذا وفق نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي الذي يأخذ الشكل:

$$\log\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right) = 1,188 + 0,374 (HL4) + 0,246 (HH6) + 0,304 (helevel) + 0,425 (wlthind5)$$

حيث p_i : احتمال مزولة الطفل (5-14 سنة) الدراسة بالتعليم الابتدائي والمتوسط.

وبالعودة إلى تفسير معاملات الانحدار في الجدول نجد ما يلي:

- ✓ يؤثر متغير الجنس في المتابعة التربوية للأطفال (5-14 سنة)، حيث كلما كان الجنس ذكر تضاعفت قيمة الترجح $\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ ليتجه الطفل نحو متابعة الدراسة بالمضاعف $\text{Exp}(0,374) = 1,453$.
- ✓ تتأثر مزولة الأطفال للدراسة بالمتغير المستقل (وسط الإقامة)، فكلما تغير مكان الإقامة نحو الوسط الحضري تضاعفت نسبة الترجح $\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ ليتجه احتمال مواصلة الدراسة باتجاه الواحد (1) بالمضاعف $\text{Exp}(0,246) = 1,279$.
- ✓ يدخل المتغير التوضيحي المتمثل في المستوى التعليمي لرب الأسرة في تحديد المتغير التابع (تمدرس الأطفال)، حيث تتضاعف نسبة الترجح $\left(\frac{p_i}{1-p_i}\right)$ ليقرب p_i من الواحد (أي تأكيد مواصلة الدراسة) بالمقدار $\text{Exp}(0,304) = 1,356$ كلما ارتفع المستوى التعليمي لرب الأسرة بدرجة واحدة.
- ✓ يؤثر مؤشر الثروة الخمسي للأسرة المعيشية في مواصلة الطفل للدراسة في المرحلة الابتدائية والطور المتوسط، حيث كلما زاد مستوى الرفاهية للأسرة بدرجة واحدة تضاعفت نسبة الترجح ليزيد احتمال مزولة الطفل لدرسته الابتدائية والاكاديمية بـ: $\text{Exp}(0,425) = 1,530$ مرة.

يتوضح من خلال اختبار 'Hosmer-Lemeshow' على عدم جودة تمثيل النموذج للبيانات، من خلال دلالة الاختبار التي قلت عن مستوى المعنوية الاحصائية ($\text{Sig}=0,000<0,05$). كما يدل جدول الدورات التكرارية لمشتقة دالة الإمكان الأعظم (رقم 40 في الملحق 4) لنموذج تمدرس الأطفال (5-14 سنة) على المعنوية الكلية للانحدار.

عموما، يعني هذا أن لكل من المحددات السوسيو-ديموغرافية تأثير في استمرار الطفل في متابعة الدراسة الابتدائية وما بعدها. كما يدل هذا الاختبار على القدرة التنبؤية لهذه العوامل على امكانية مواصلة الطفل (5-14 سنة) للدراسة في التعليم الابتدائي والمتوسط.

الاستنتاج العام:

بعد الاطلاع في الفصول السابقة على مستويات المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال على المستوى العالمي والعربي ومجموعة الدول النامية التي تعتبر الجزائر واحدة منها، والاحاطة بأهم المفاهيم التي تعنيها مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، وإلقاء الضوء على تطور البنى التحتية الذي شهدته الجزائر منذ الاستقلال في قطاعي الصحة والتربية، في سياق التطور الذي عرفته المنظومتين من حيث الهيكلية والسياسة المنتهجة، والتي ألفت بظلالها على تطور مستويات المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال.

حاولنا في هذا الفصل تسليط الضوء على واقع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، اعتمادا على قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، من خلال معالجة مدى جودة ونوعية البيانات التي جمعها هذا المسح عن الأطفال، ثم تأكيد أو تصحيح مستويات المؤشرات المدرجة في التقرير الرئيسي للمسح وإدراج المغفلة منها في هذه الدراسة، وهذا من خلال تقدير مختلف المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال. كما حاولنا قياس تأثير هذه المؤشرات ببعض العوامل السوسيو-ديموغرافية، وذلك من خلال النتائج التي تم تحليلها باستخدام تقنية الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة، بإجراء سلسلة من معادلات ونماذج الانحدار اللوجستي الثنائي التي تربط المتغيرات التابعة المتمثلة في أهم المتغيرات المعتمدة في تقدير المؤشرات الصحية والتربوية، بالمتغيرات المستقلة المتمثلة في بعض المتغيرات الاجتماعية والديموغرافية التي وفر المسح معطياتها كجنس الطفل، وسط الإقامة، المستوى التعليمي للأُم، ومؤشر الثروة للأسرة، كما وظفنا بعض الاختبارات اللابارامترية (كاي تربيع ومعامل ارتباط سبيرمان).

وذلك من أجل الإجابة على تساؤلات الإشكالية وبالتالي اثبات أو نفي فرضيات الدراسة، وقد توصلت هذه الأخيرة إلى ما يلي:

1. فرضية جودة معطيات المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006: يبقى توفر قاعدة معطيات عالية الدقة حلم بعيد المنال لدى الباحثين في المجالات الديموغرافية والاجتماعية والاقتصادية، بحيث تضمن النوعية الجيدة للبيانات ثقة كبيرة في استخراج المؤشرات والمعدلات والنسب الممثلة للمجتمع المدروس. وفي هذا الإطار فقد شمل المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 معطيات ذات نوعية جيدة، استنادا إلى الاختبارات التي أجريناها:

✓ **القيم الدنيا والقصوى:** لم نسجل على مختلف المتغيرات المتعلقة بالمتابعة الصحية والتربوية التي تضمنها ملف الطفل إضافة إلى ملفي الأسرة والمرأة، أي قيم غير موافقة لمجال الإجابات المقترحة في استمارة المسح، باستثناء حالة واحدة مست المتغير AN4 في نموذج المقاييس الأنثروبومترية (سؤال نتيجة القياس أخذ المتغير القيمة 7 التي لم تكن ضمن الترميز المخصص لاقتراحات الإجابة)، حيث بلغت نسبتها 0,01% لا تؤثر إطلاقاً على جودة المعطيات. فيما سجلنا معطيات ناقصة بسيطة في معظم المتغيرات، لا تؤثر عموماً على جودة معطيات هذا المسح، مما يجعل نوعية بياناته جيدة، غير أننا سجلنا على بعض المتغيرات (11 متغيراً) نسبة كبيرة نسبياً من المعطيات الناقصة فاقت 5%، قد تؤثر بدرجة بسيطة على مصداقية هذه المعطيات نلخصها فيما يلي:

1. مقياس الطول بالنسبة للعمر ويحوي ثلاث متغيرات حسب طريقة القياس (المئين: HAP، مضاعف الانحراف المعياري: HAZ، النسبة من الوسيط: HAM): بلغت نسبة المعطيات الناقصة لكل متغير القيمة 5,46%.
2. مقياس الوزن بالنسبة للطول احتوى 3 متغيرات (المئين: WAP، مضاعف الانحراف المعياري: WAZ، النسبة من الوسيط: WAM): وصلت نسبة المعطيات الناقصة لكل متغير المقدار 5,46%.
3. مقياس الوزن بالنسبة للطول شمل ثلاث متغيرات (المئين: WHP، مضاعف الانحراف المعياري: WHZ، النسبة من الوسيط: WHM): فاقت كمية المعطيات الناقصة ما يقابل النسبة 6,32% في كل متغير. قد تطرح إشكالا عند حساب مختلف المؤشرات الأنثروبومترية باعتماد هذه الطرق.
4. استخدام محلول الاماهة المعد في المنزل (CA2B): 5,22% من المعطيات ناقصة.
5. معرفة الام الاعراض التي ينقل على إثرها الطفل فوراً إلى مؤسسة صحية (CA14): احتوى على 13 اقتراح للإجابة المتعددة): لامست نسبة المعطيات الناقصة حد 8,02% ما يجعلها تؤثر نسبياً في مصداقية مؤشر معرفة الأمهات بالأعراض الخطيرة لأمراض الاسهال والجهاز التنفسي التي تستدعي نقل الطفل إلى مؤسسة صحية على وجه السرعة.

✓ **التوافق الداخلي بين المتغيرات:**

بعد معالجة المعطيات المتعلقة بالمتابعة الصحية والتربوية في ملف الطفل وملفي الأسرة والمرأة، لم نسجل أي عدم توافق داخلي بين المتغيرات بالنظر إلى الاحالات المعتمدة في استمارة المسح العنقودي متعدد

المؤشرات لسنة 2006، هذا ما يمنح قيمة للمعطيات ويزيد من مصداقيتها.

وبعد اجراء عدة اختبارات لكشف عدم التوافق الداخلي بين المتغيرات أو التناقض في التصريحات بين متغيرين أو عدة متغيرات تربطها علاقة منطقية، سجلنا بعض حالات عدم التوافق في البيانات المتعلقة بأعمار الأطفال عند الفطام وعمره وقت المسح، حيث كان في بعض الحالات (64 حالة) يفوق فيها العمر عند الفطام عمر الطفل عند التاريخ المرجعي للمسح، حيث مثل عدد الحالات اقل من 2,02%، لا تؤثر هذه النسبة الضئيلة في حساب مؤشري متوسط ووسيط العمر عند الفطام، وهذا ما لا يسيء لجودة ومصادقية معطيات المسح.

2. فرضية كفاية ومقبولية مستويات مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر ومدى دقة المؤشرات المدرجة في التقرير الرئيسي للمسح دون إغفال أي منها: حققت الجزائر مستويات مقبولة في مختلف مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، مقارنة بمحيطها الجغرافي والثقافي والعالمي. وتطرق التقرير الرئيسي للمسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 بالجزائر إلى مختلف هذه المؤشرات بدقة عالية وجد مقبولة، إلا أننا سجلنا عليه بعض الأخطاء في حساب بعض المؤشرات لسوء تحديد الفئات المعنية التي تدخل في التقدير. كما سجلنا إغفال التقرير الرئيسي لهذا المسح تقدير بعض المؤشرات المهمة في قياس واقع الأطفال الصحي وواقع المنظومة الصحية برمتها، بحيث تمثلت هذه المؤشرات على وجه الخصوص في احتمالات وفيات الأطفال ومعدلات الرضع والأطفال دون سن الخامسة، رغم توفر المعطيات التي تمكن من التقديرات غير المباشرة لهذه الاحتمالات، كما يعاب على قاعدة معطيات هذا المسح عدم توفرها على بيانات مفصلة عن وفيات الأطفال تسهل تقدير المعدلات بتوظيف طريقة التقديرات المباشرة، كما أغفل التقرير الرئيسي للمسح تقدير بعض النسب والمتوسطات والمعدلات التي تقيد في الكشف عن الواقع الصحي الذي يعيشه الأطفال.

✓ تقدير مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال وتأكيدها: بعد معالجة وتحليل المعطيات الخام للمسح (MICS3) سجلت تقديرات مختلف المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر مستويات مقبولة وكافية مقارنة بالمستويين العربي والعالمي. كما كانت المؤشرات التي أدرجت في التقرير الرئيسي للمسح على درجة من الدقة، إلا أننا سجلنا بعض الأخطاء الكبيرة في تقدير المؤشرين رقمي 34 و 35 (5,4%، 24,2%) على التوالي بينما كانت القيمتان الفعيلتان للمؤشرين عند المستوى 35,75% و 51,84% على الترتيب.

✓ مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال التي اغفلها التقرير الرئيسي للمسح:

- لقد أغفل التقرير تقدير بعض المؤشرات الأساسية التي تحدد نجاعة المتابعة الصحية للأطفال مثل احتمال وفيات الرضع ووفيات الأطفال أقل من 5 سنوات، اللذان بلغا حسب تقديرات هذه الدراسة القيم 26,68% و 42,42% على التوالي.
- نسب الأطفال الأقل من 6 أشهر الذين لا يزالون يتلقون رضاعة طبيعية (79,8%)؛
- معدل التغذية التكميلية للرضع في الاعمار 6-9 أشهر (33,34%)؛
- نسبة الاطفال البالغين 6 أشهر بالتحديد ومستمرين في الرضاعة الطبيعية (55,13%)؛
- نسبة الاطفال البالغين 4 أشهر بالتحديد ويتلقون الرضاعة امن الثدي (75,10%)؛
- متوسط طول فترة الرضاعة الطبيعية P/i (8,12 شهرا)؛
- متوسط ووسيط العمر عند الفطام لدى الأطفال الذين تقل أعمارهم عن 24 شهرا (6,41 شهر، 3,29 شهر على الترتيب).

للتوضيح أكثر فيما يخص هذه الفرضية أنظر إلى الجدول رقم 43 في الملحق 4.

كما أهمل التقرير الرئيسي لهذا المسح بعض المؤشرات المتعلقة بالتحصين ضد الأمراض خاصة ما تعلق بنسب الأطفال الذين تلقوا التطعيمات في وقتها وحسب الرزنامة الزمنية والعمرية لبرنامج التلقيح الموسع، ونسب المتأخرين إلى ما بعد بلوغهم عيد ميلادهم الأول.

3. فرضية تأثير العوامل السوسيو-ديموغرافية في مستويات مؤشرات المتابعة الصحية والتربوية للأطفال حسب معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 في الجزائر: لاحظنا تأثير الجانب السوسيو- ديموغرافي (جنس الطفل، وسط الإقامة، مستوى تعليم الام، مؤشر الثروة للأسرة) في مختلف المتغيرات التابعة المعتمدة مباشرة في حساب المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال، خاصة تأثير المتغيرين التوضيحيين المتمثلين في المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة للأسرة، حيث كان تأثيرهما واضحا ودالا في مختلف المتغيرات التابعة التي اخضعناها لنموذج الانحدار اللوجستي الثنائي. وكان تأثير العوامل السوسيو ديموغرافية في المتغيرات التابعة لمختلف النماذج على الشكل التالي:

- يؤثر المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة الخمسي للأسرة وجنس الرضيع على استمرار الرضاعة

- الأساسية للأطفال اقل من 6 أشهر. بحيث كلما ارتفع مستوى تعليم الأم كلما ارتفع احتمال استمرار الرضاعة الطبيعية، فيما كلما ارتفع مؤشر الثروة كلما انخفض احتمال استمرار الرضاعة من الثدي، وكلما اتجه الجنس من ذكر إلى أنثى قل احتمال استمرار الرضاعة الطبيعية. فيما لم يكن لمتغير وسط الإقامة أثر دال في استمرار الرضاعة الطبيعية.
- انفراد مستوى تعليم الأم في التأثير على سوء التغذية فيما خرجت باقي المتغيرات المستقلة من النموذج لعدم دلالتها الإحصائية. بحيث كلما ارتفع مستوى تعليم الأم زاد احتمال ان يكون الطفل غير ناقص بحدّة في الوزن.
 - لوسط الإقامة علاقة دالة إحصائية باستهلاك الاسر للملح المعالج باليود (اختبار كاي تربيع). كما يرتبط استهلاك الملح المعالج بمادة اليود بالمستوى التعليمي ومؤشر الثروة الخمسي للأسرة (ارتباط سبيرمان الرتبي).
 - يؤثر كل من مستوى تعليم الأم ومؤشر الثروة الخمسي للأسرة بالإيجاب في إمكانية توفر الطفل على الدفتر الصحي. فيما خرج من النموذج متغيري الجنس ووسط الإقامة لعدم معنويتهم الإحصائية.
 - يؤثر كل المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة والجنس في استكمال الأطفال (12-23 شهرا) التحصينات ضد الامراض التي تفتك بالأطفال. بحيث كلما زاد المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة للأسرة المعيشية زاد احتمال استكمال الطفل للتحصينات الوقائية، وكلما تغير الجنس من ذكر إلى أنثى قل هذا الاحتمال. وخرج من النموذج متغير وسط الإقامة لعدم دلالتة احصائيا.
 - يؤثر مستوى تعليم الأم إيجابا دون غيره في ملائمة علاج الأطفال عند اصابتهم بالإسهال الحاد. حيث خرجت باقي المتغيرات لعدم ثبوت دلالتها الإحصائية.
 - هناك تأثير إيجابي واضح لمستوى تعليم الأم ثم لمؤشر ثروة الاسرة في الاستشارة والتقدم لدى مقدم خدمات صحية مؤهل عند إصابة الطفل للأعراض التنفسية الحادة. في حين لم يكتسي متغيرا الجنس والوسط أي معنوية إحصائية أخرجتهما من نموذج الانحدار اللوجستي الثنائي الاستجابة.
 - يؤثر مؤشر الثروة ثم المستوى التعليمي للأم بالإيجاب في استفادة الأطفال (36-59 شهرا) من التعليم المبكر، كما يتأثر هذا الأخير بوسط الإقامة، فكلما تغير الوسط من الريف إلى الحضر زاد احتمال تلقي هذا التعليم.
 - تؤثر كل المتغيرات السوسيو-ديموغرافية (الجنس، وسط الإقامة، مستوى تعليم رب الأسرة، مؤشر الثروة الخمسي للأسرة) بدرجات متفاوتة في إمكانية التحاق الطفل بالتعليم الابتدائي والمتوسط ومواصلة الدراسة،

حيث يؤثر بقوة متغير الثروة الخمسي للأسرة، متبوعا بمتغير المستوى التعليمي لرب الأسرة، ليليه متغير الجنس ثم وسط الإقامة. بالنسبة للوسط فكلما تغير مكان الإقامة نحو الوسط الحضري تضاعف احتمال الاستمرار في التمدريس الابتدائي والمتوسط، أما الجنس فكلما كان الجنس ذكر تضاعف احتمال مزاوله الطفل (5-14 سنة) للدراسة.

خاتمة

خاتمة:

تبذل معظم البلدان في العالم جهودا كبيرة على كل المستويات لمواجهة الأخطار التي تحدد بالأطفال، خاصة ما تعلق منها بالمتابعة الصحية والتربوية، حيث أصبحت الوضعية الصحية للأطفال دون خمس سنوات من العمر وتدرس الأطفال في الأعمار 6-14 سنة من بين أولويات واهتمامات المجتمع الدولي، وجعلها كاستراتيجية لرعاية هذه الفئة من خلال تمكينها من الاستفادة من التغذية السليمة الملائمة والإجراءات الوقائية ضد الأمراض السارية التي تفتك بالأطفال والممكن تقاؤها بالتطعيمات، ومكافحة الإسهال والأمراض التنفسية الحادة التي تهدد حياة الأطفال، بهدف تقليص معدلات وفيات الأطفال. كما تهدف هذه الاستراتيجية إلى تمكين الأطفال من التعليم الأساسي الإلزامي المحدد عادة بالعمر بين 6 و14 سنة. ولتجسيد هذه الاستراتيجية والأهداف والغايات التي سطرها المجتمع الدولي ممثلا في هيئة الأمم المتحدة للنهوض بهذه الفئة السكانية، تقوم مختلف المنظمات المنضوية تحت هيئة الأمم المتحدة والتي تهتم بالطفولة (منظمة الأمم المتحدة للطفولة 'اليونيسيف')، والتربية والتعليم (اليونيسكو)، والصحة العامة (منظمة الصحة العالمية)، والسكان (صندوق الأمم المتحدة للسكان) بمراقبة ومراقبة وتدعيم مختلف البرامج والتوصيات التي تقدمها في مجال المتابعة الصحية والتربوية للأطفال عبر مختلف البلدان والأقاليم في العالم، خاصة بالدول الفقيرة والأكثر تخلفا.

أولت الجزائر منذ استقلالها أولوية قصوى لقطاعي الصحة والتعليم، يظهر ذلك من خلال تجسيد مجانية الصحة والتعليم، ومن خلال التطور الذي عرفته البنية التحتية والهيكلية في قطاعي الصحة والتربية الوطنية عبر مختلف المراحل التي مرت بها الجزائر.

وقد أنجزت الجزائر وبالتعاون مع المنظمات الأممية والدولية عدة تحقيقات وطنية حول المتابعة الصحية والتربوية للأطفال (المسح الجزائري حول صحة الام والطفل سنة 1992، المسح الوطني حول أهداف نصف العشرية سنة 1995، المسح الوطني حول أهداف نهاية العشرية لصحة الأم والطفل سنة 2000، المسح الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002، المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة 2006، المسح العنقودي متعدد المؤشرات سنة 2012-2013)، وذلك قصد الوقوف على واقع ما تعيشه هذه الفئة وقياس مستوى التقدم الذي أحرزته البرامج المسطرة والسياسات المعتمدة في مجال الرعاية الصحية والتربوية للأطفال، من خلال تقدير مختلف المؤشرات الصحية والتربوية التي تخص هذه الفئة السكانية.

كان الهدف من هذا العمل لقاء الضوء على واقع المتابعة الصحية والتربوية للأطفال في الجزائر حسب المسح الوطني متعدد المؤشرات لسنة 2006، من خلال استغلال قاعدة معطيات المسح في معالجة نوعية هذه البيانات وجودتها، بالإضافة إلى تقدير مختلف المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال، ومحاولة تحديد أهم العوامل السوسيو-ديموغرافية التي تؤثر في مستويات تلك المؤشرات لإظهار الفروقات الدالة فيما بينها.

توصلت هذه الدراسة إلى أن معطيات هذا المسح ذات مصداقية وتكتسي جودة عالية، حيث أشارت اختبارات القيم الدنيا والقصى إلى غياب شبه تام للمعطيات الناقصة التي تتعدى نسبها عتبة 5%، فقد كانت نسب المعطيات الناقصة بسيطة وضئيلة جدا، كما سجلنا غياب تام للإجابات الخارجة عن مجال الترميز لو استثنينا حالة واحدة كان حجمها ضئيل جدا أو مهمل (0,01%). فيما أكدت اختبارات التوافق الداخلي بين المتغيرات إلى الغياب التام للأخطاء المتعلقة بالإحالات بين أسئلة الاستمارة. وكشفت هذه الاختبارات عن وجود عدم تناسق بين متغير عمر الطفل وقت الفطام وعمره وقت المسح غير انها كانت بسيطة لم تتعد نسبتها 2,02%.

وتشير الدراسة إلى تحقيق الجزائر مستويات مقبولة في مجالي المتابعة الصحية والتربوية للأطفال، حيث بلغت معظم المؤشرات مستويات جد مقبولة مقارنة بالمستويين العالمي والعربي، فقد سجلت الجزائر قيما أحسن من المسجلة عالميا وعربيا في معدلات وفيات الرضع (الجزائر: 26,68%، المستوى العالمي: 54%، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: 44%) وفي معدلات وفيات الأطفال دون الخامسة (الجزائر: 42,42%، العالم: 79%، الشرق الأوسط وشمال أفريقيا: 56%).

كما عرفت مختلف المؤشرات المتعلقة بالحالة التغذوية للأطفال قيما أحسن من المسجلة على المستويين العالمي والعربي، حيث بلغت كل مؤشرات الرضاعة الطبيعية في الجزائر مستويات أحسن من المسجلة على المستويين العربي والعالمي، باستثناء مؤشر واحد تعلق بمعدل التغذية التكميلية (6-9 أشهر) الذي بلغ 51% على المستوى العلمي و 60% على مستوى منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فيما قدر في الجزائر عند المستوى 33,34%.

كما شهدت مؤشرات التحصين في الجزائر سنة 2006 قيما أحسن من تلك المسجلة على المستويين العالمي والعربي، بالإضافة إلى تسجيل الجزائر أحسن المؤشرات في الإجراءات العلاجية لإسهال الأطفال والأمراض التنفسية الحادة مقارنة بالمستوى العالمي والعربي.

كما سجلت الجزائر حسب هذه الدراسة مستويات جيدة في مختلف مؤشرات المتابعة التربوية للأطفال فاقت تلك المسجلة على المستويين العالمي والعربي.

توصلت الدراسة إلى تأكيد غالبية مستويات المؤشرات المدرجة في التقرير الرئيسي لهذا المسح وتصحيح بعضها، حيث سجلنا خطأين فقط في تقدير مؤشرات الإجراءات العلاجية تم تصحيحهما في هذا العمل، إلى جانب تقدير المؤشرات التي لم تدرج في التقرير الرئيسي للمسح رغم توفر المعطيات اللازمة. كان أهمها احتمال وفيات الرضع والأطفال دون سن الخامسة.

وحددت هذه الدراسة أهم العوامل السوسيو-ديموغرافية المؤثرة في مستويات مختلف المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال، كما قاست قوة واتجاه تأثير هذه العوامل التوضيحية في مستويات تلك المؤشرات، فقد تبين تأثير المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة للأسرة وجنس الطفل في مختلف مؤشرات الرضاعة الطبيعية والتغذية التكميلية، دون تأثير وسط الإقامة.

وسجلنا تأثير مستوى تعليم الأم في مؤشرات سوء التغذية، دون دلالات تأثير مؤشرات كل من الثروة، جنس الطفل، ووسط الإقامة.

كما بينت الدراسة تأثير المتغيرات المستقلة المتمثلة في المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة للأسرة وجنس الطفل في استكمال الطفل للتحصينات الوقائية (التطعيمات)، دون تأثير متغير وسط الإقامة (أي لا توجد فروق دالة بين وسطي الإقامة بالنظر إلى تلقي التلقيحات).

وتبين تأثير المستوى التعليمي للأم ومؤشر الثروة للأسرة في ملائمة علاج اسهال الأطفال. كما برز تأثير هذان المتغيران في نوعية الاستشارة الطبية التي تلقتها الأمهات عند إصابة أطفالهن لما يشبه الالتهاب الرئوي، من دون تأثير عاملي الجنس ووسط الإقامة.

كما توصلت الدراسة إلى تأثير مؤشر الثروة والمستوى التعليمي للأم ووسط الإقامة في إمكانية إلتحاق الطفل بالتعليم المبكر. فيما تأثر تدرس الأطفال بالتعليم الابتدائي والمتوسط بمختلف العوامل السوسيو-ديموغرافية المتمثلة في المستوى التعليمي لرب الأسرة، مؤشر الثروة للأسرة، جنس الطفل، ووسط الإقامة.

عموما، بلغ المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 في الجزائر درجة من الدقة والجودة في المعطيات التي تضمنها، رغم أنه أغفل بعض المعطيات المفصلة لتقدير بعض المؤشرات الهامة، كما أبان التقرير الرئيسي للمسح درجة عالية في تقدير معظم المؤشرات الصحية والتربوية، رغم أنه أغفل بعض المؤشرات

الرئيسية في مجال صحة الأطفال، كما أخطأ التقدير في حالتين منها. بلغت معظم المؤشرات التي تم تقديرها في هذه الدراسة مستويات مقبولة تجاوزت أهداف الألفية الإنمائية وتتماشى مع الأهداف المسطرة محليا بالوزارتين المكلفتين بالصحة والتربية. ولتعزيز مستويات المؤشرات الصحية والتربوية للوصول بها إلى مصاف نظيراتها بالبلدان الرائدة والمتقدمة، يجب الوقوف عند أهم المحددات التي تؤثر بقسط كبير في مستويات هذه المؤشرات. حيث تبين تأثير المستوى التعليمي للأُم والمستوى المعيشي للأسرة بشكل أساسي في مختلف المؤشرات، بالإضافة إلى تأثير متغير جنس الطفل ووسط الإقامة في بعض المؤشرات خاصة التربوية منها. وهذا ما يفسر أن الرفع من نسبة تعليم الإناث وتحسين المستوى المعيشي للأسر يحسن بشكل أساسي مستويات المؤشرات الصحية، كما يرفعان مستويات المؤشرات التربوية والتعليمية خاصة إذا ما رافق ذلك تحقيق قدر من المساواة بين الجنسين وإزالة الفوارق بين المناطق الحضرية ونظيرتها الريفية في مجالي الصحة والتعليم وتقليصها قدر الإمكان، قصد تمكين الأطفال من الالتحاق بالتعليم ومواصلة الدراسة مهما كان الجنس ووسط الإقامة.

قائمة المراجع

قائمة المراجع:

أولا المراجع باللغة العربية:

1-الكتب والرسائل الجامعية:

- أبرير، بشير. (2010). دراسات في تحليل الخطاب غير الأدبي. (ط.1). إربد الأردن: عالم الكتب الحديث.
- أبو الحب، جميل. (1982). الحشرات الناقلة للأمراض. الكويت: المجلس الوطني للثقافة والفنون والآداب عالم المعرفة.
- أحمد بيومي، محمد، وعبد العليم ناصر، عفاف. (2003). علم الاجتماع العائلي. الإسكندرية مصر: دار المعرفة الجامعية.
- أحمد خوجة، توفيق. (2010). معجم الرعاية الصحية تفسير المصطلحات. الرياض السعودية: مجلس وزراء الصحة لدول الخليج.
- أسعد وطفة، علي، وجاسم الشهاب، علي. (2004). علم الاجتماع المدرسي بنيوية الظاهرة المدرسية ووظيفتها الاجتماعية. بيروت لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- الأكتع، عبد الرحمن. (1978). الوجيز في أمراض الطفولة. حلب سوريا: مديرية الكتب والمطبوعات الجامعية.
- الجوارنة، المعتصم بالله، ومحمد وصوص، ديمة. (2015). التمتية البشرية المستدامة والنظم التعليمية. عمان الأردن: دار الخليج للنشر والتوزيع.
- الديواني، مصطفى. (1966). حياة الطفل. (ط.8). القاهرة مصر: مكتب النهضة المصرية.
- السيد، طارق. (2007). أساسيات في علم الاجتماع المدرسي، الإسكندرية مصر: مؤسسة شباب الجامعة.
- السيد، طارق. (2008). علم اجتماع السكان، الإسكندرية مصر: مؤسسة شباب الجامعة.
- الشناوي، محمد، والسيد، ماجدة. (2008). التنشئة الاجتماعية للطفل. عمان الأردن: دار صفاء للنشر والتوزيع.
- الفارابي، عبد اللطيف. (1994). معجم علوم التربية ومصطلحاتها. (ط.1). المغرب: مطبعة النجاح الجديدة.
- المكاوي، علي. (1990). علم الاجتماع الطبي مدخل نظري. الإسكندرية مصر: دار المعرفة الجامعية.

- إيفانز، جوديث، ومايرز، روبرت، والفيلد، إيلين. (2005). احتساب الطفولة المبكرة. سوريا: ورشة الموارد العربية.
- بدران، شبل. (2001). التربية المقارنة دراسات في نظم التعليم. (ط.3). الإسكندرية مصر: دار المعرفة الجامعية.
- بريس، رولان. (1993). الديمغرافيا الإحصائية. (ط.1). (ترجمة حلا نوفل رزق الله). بيروت لبنان: المؤسسة الجامعية للدراسات والنشر والتوزيع.
- بشير، إقبال. (1981). الخدمة الاجتماعية في المجال الطبي والتأهيلي. الإسكندرية مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- بكار، عبد الكريم. (2011). المسلمون بين التحدي والمواجهة حول التربية والتعليم. (ط.3). دمشق سوريا: دار القلم.
- بن بوزيد، بوبكر. (2009). إصلاح التربية في الجزائر رهانات وإنجازات. الجزائر: دار القصبة للنشر.
- بن محمد الخريف، رشود. (2011). السكان المفاهيم والأساليب والتطبيقات. (ط.3). الرياض السعودية: دار المؤيد.
- بوشينة، سعيد. (2011). التربية التحضيرية في الجزائر تطور وتحديات. الجزائر: دار همومة للنشر والتوزيع.
- بوفلجة، غياث. (1993). التربية ومتطلباتها. الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- بيتروليسلي، أدامسون. (1993). حقائق للحياة تحد اعلامي. (ترجمة جلال العزة). عمان الأردن: مكتب اليونيسيف الإقليمي للشرق الأوسط وشمال أفريقيا.
- تشيماروف، ف. (1991). الأم والطفل. (ترجمة عيسى مسوح). موسكو روسيا: الشركة المشتركة ليكسيكا.
- توفيق قمر، عصام، وفتحي مبروك، سحر. (2009). الرعاية الاجتماعية للأسرة والطفولة. (ط.1). المنصورة مصر: المكتبة العصرية للنشر والتوزيع.
- تيرنر، جونتان. (2000). بناء نظرية علم الاجتماع. (ترجمة محمد سعيد فرح). الإسكندرية مصر: منشأة المعارف.
- حاروش، نور الدين. (2008). إدارة المستشفيات العمومية الجزائرية. لجزائر: دار كتامة للكتاب.
- حسين الفرّج، وجيه. (2006). النتشئة الاجتماعية للطفل ما قبل المدرسة عمان الأردن: مؤسسة الوراق للنشر والتوزيع.

- خدوسي، رابع. (2001). مذكرات شاهد 100 يوم في اللجنة الوطنية لإصلاح المنظومة التربوية. (ط.1). الجزائر: دار الحضارة.
- خليل الجميلي، خيرى، وكمال عبده، بدر الدين. (1993). الاتجاهات المعاصرة في دراسة الأسرة والطفولة. (ط.1). الإسكندرية مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- درديش، أحمد. (2011). الصحة الإنجابية في الجزائر. أطروحة دكتوراه، جامعة البليدة، الجزائر.
- ذنون يونس، مفيد. (2011). اقتصاديات السكان. عمّان الأردن: الأكاديميون للنشر.
- راسل، برتراند. (1958). أثر العلم في المجتمع. (ترجمة تمام حسان). القاهرة مصر: مكتبة نهضة مصر.
- رشدان، عبد الله، وحبيب جعيني، نعيم. (1994). المدخل إلى التربية والتعليم. (ط.2). عمّان الأردن: دار الشروق للنشر والتوزيع.
- رفعت، محمد. (1992). الطفل. لبنان: عز الدين للطباعة والنشر.
- سليمان مزاهرة، أيمن. (2001). مبادئ صحة الطفل وتغذيته. عمّان الأردن: دار الخليج للنشر.
- سليمان مزاهرة، أيمن. (2009). الأسرة وتربية الطفل. عمّان الأردن: دار المناهج للنشر والتوزيع.
- سيد أرناؤوط، محمد. (2014). التغذية السليمة لطفلك. بومرداس الجزائر: دار الفنار للعلوم والآداب.
- شروخ، صلاح الدين. (2004). علم الاجتماع التربوي، عنابة الجزائر: دار العلوم للنشر والتوزيع.
- صالح الرشيدى، بشير. (2000). مناهج البحث التربوي رؤية تطبيقية مبسطة. (ط.1). بيروت لبنان: دار الكتاب الحديث.
- صدراتي، فطيمة. (2014). واقع الصحة المدرسية في الجزائر من وجهة نظر الفاعلين في القطاع. أطروحة دكتوراه، جامعة محمد خيضر بسكرة، الجزائر.
- طالب الإبراهيمي، خولة. (2007). الجزائريون والمسألة اللغوية. (ترجمة محمد حياتن). الجزائر: دار الحكمة.
- عاطف خليل، نجلاء. (2006). في علم الاجتماع الطبي ثقافة الصحة والمرض. القاهرة مصر: مكتبة الأنجلو المصرية.
- عاطف غيث، محمد. (1989). قاموس علم الاجتماع. القاهرة مصر: مطبعة الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- عاطف غيث، محمد. (2005). قاموس علم الاجتماع. الإسكندرية مصر: دار المعرفة الجامعية.

- عبد الباقي الجويلي، مها. (2002). التربية والمجتمع والاتجاهات الحديثة في التوظيف الاجتماعي للتربية. (ط.1). الإسكندرية مصر: دار الوفاء للطباعة والنشر.
- عبد الفتاح محمد، محمد. (2009). ظواهر ومشكلات الأسرة والطفولة المعاصرة من منظور الخدمة الاجتماعية. الإسكندرية مصر: المكتب الجامعي الحديث.
- عبد الهادي البدو، خليل. (2008). علم الاجتماع السكاني. عمان الأردن: دار الحامد للنشر والتوزيع.
- عبيات، محمد. (1999). منهجية البحث العلمي القواعد والمراحل والتطبيقات. (ط.2). عمان الأردن: دار وائل للنشر.
- عماد الدين إسماعيل، محمد. (2010). الطفل من الحمل إلى الرشد. (ط.1). عمان الأردن: دار الفكر.
- عواد معروف، أمل. (1987). أساليب الأمهات في التطبيع الاجتماعي للطفل في الأسرة الجزائرية. (ط.1). بيروت لبنان: مؤسسة الطباعة للنشر.
- عياد، أحمد. (2006). مدخل لمنهجية البحث الاجتماعي. بن عكنون الجزائر: ديوان المطبوعات الجامعية.
- غدنز، أنتوني. (2001). علم الاجتماع. (ترجمة فايز الصباغ). (ط.4). بيروت. لبنان: المنظمة العربية للترجمة.
- غدنز، أنتوني، بيردسال، كارين. (2005). علم الاجتماع. (ط.4). (ترجمة فايز الصياغ). بيروت لبنان: المنظمة العربية للترجمة مركز دراسات الوحدة العربية.
- فتحي عبد الوهاب، محمد. (2009). الأمراض المتوطنة والأمراض المنقولة من الحيوان للإنسان. القاهرة مصر: الهيئة المصرية العامة للكتاب.
- فتحي فرج الزلبنتي، محمد. (2008). أساليب التنشئة الاجتماعية السلوكية ودوافع الانجاز الدراسية. القاهرة مصر: دار قباء للطباعة.
- فضيل، عبد القادر. (2009). المدرسة الجزائرية حقائق واشكالات. (ط.1). الجزائر: جسور للنشر والتوزيع.
- فهمي هيكمل، عبد العزيز. (1980). موسوعة المصطلحات الاقتصادية والاحصائية. بيروت لبنان: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- لماضة، عاطف. (1999). تغذية الطفل بين شغف الامهات وحقائق العلم. مصر: الدار الذهبية للطبع والنشر والتوزيع.

- محمد سيد، عبد الباسط. (2010). الطب الأخضر تغذية الأطفال: اساسيات التغذية في المراحل العمرية، (ط.1). القاهرة مصر: الناشر مدينة 6 أكتوبر.
- محمد عبد الرحمن، عبد الله. (2006). النظرية في علم الاجتماع النظرية الكلاسيكية. الإسكندرية مصر: دار المعرفة الجامعية.
- محمود الناشف، هدى. (2007). الأسرة وتربية الطفل. عمان الأردن: دار المسيرة للنشر والتوزيع والطباعة.
- محمود، سامي. (2000). علاج أمراض الأطفال بالأعشاب. الإسكندرية مصر: مكتبة معروف.
- محمود، عودة. (1998). أسس علم الاجتماع. بيروت لبنان: دار النهضة العربية للطباعة والنشر.
- مخلوف، اقبال. (1991). العمل الاجتماعي في مجال الرعاية الطبية-اتجاهات تطبيقية. الإسكندرية مصر: دار المعرفة الجامعية.
- مرسي سرحان، منير. (1981). في اجتماعيات التربية. (ط.3). بيروت لبنان: دار النهضة العربية.
- مزاهرة، أيمن. (2007). صحة الانسان وسلامة الغذاء. عمان الأردن: دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع.
- موساوي، سامية. (2012). سوء التغذية لدى الطفل الجزائري الأقل من عامين. أطروحة دكتوراه، جامعة البليدة 2، الجزائر.
- ناصر، إبراهيم. (1996). علم الاجتماع التربوي. (ط.2). بيروت لبنان: دار الجيل.
- ناصر، إبراهيم. (2007). أسس التربية. (ط.2). عمان الأردن: دار عمار للنشر والتوزيع.
- ناصر، إبراهيم، وعمر بن طريف، عاطف. (2009). مدخل إلى التربية. (ط.1). عمان الأردن: دار الفكر ناشرون وموزعون.
- نجيب شوايش، مصطفى. (2000). إدارة الموارد البشرية. (ط.3). عمان الأردن: دار الشروق للطبع والتوزيع.

2-التقارير والمنشورات والوثائق:

- الأمم المتحدة. (2010). تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية. نيويورك: المؤلف.
- الأمم المتحدة، الجمعية العامة مجلس حقوق الإنسان. (2009). تقرير الخبرة المستقلة المعنية بمسألة التزامات حقوق الانسان المتعلقة بالحصول على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي (الدورة الثانية عشر البند 3). جنيف: المؤلف.

- الأمم المتحدة، اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا. (2005). النافذة الديمغرافية فرصة للتنمية في البلدان العربية (تقرير السكان والتنمية). بيروت: المؤلف.
- الأمم المتحدة، لجنة حقوق الطفل. (2005). اتفاقية حقوق الطفل التعليق العام رقم 7 اعمال حقوق الطفل في مرحلة الطفولة المبكرة (الدورة الاربعون)، جنيف: المؤلف.
- الأمم المتحدة، مجلس حقوق الانسان. (2009). تقرير التزامات حقوق الانسان المتعلقة بالحصول على مياه الشرب المأمونة وخدمات الصرف الصحي. جينيف: المؤلف.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (1976). الجريدة الرسمية (العدد 33). الجزائر.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (2007). الجريدة الرسمية (العدد 33). الجزائر.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية. (2008). الجريدة الرسمية (العدد 4). الجزائر.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التربية الوطنية. (1976). النشرة الرسمية للتربية الوطنية (نشرة رقم 185). الجزائر: المؤلف.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التربية الوطنية. (1992). النشرة الرسمية للتربية الوطنية (نشر رقم 1533). الجزائر: المؤلف.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التربية الوطنية. (2006). النشرة الرسمية للتربية الوطنية (نشرة رقم 495). الجزائر: المؤلف.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التربية الوطنية. (2003). النشرة الرسمية للتربية الوطنية (نشرة رقم 465). الجزائر: المؤلف.
- الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية، وزارة التربية الوطنية. (1976). النشرة الرسمية للتربية الوطنية (رقم 185). الجزائر: المؤلف.
- الديوان الوطني للإحصائيات. (2008). دليل العداد. الجزائر: المؤلف.
- الديوان الوطني للإحصائيات. (2012). الحوصلة الاحصائية 1962-2011 (نشرة رقم 28). الجزائر: المؤلف.
- المجلس الأعلى للتربية. (1998). المبادئ العامة للسياسة التربوية الجديدة وإصلاح التعليم الأساسي. الجزائر: المؤلف.

- المكتب المرجعي للسكان. (2008). الصحة الإنجابية والجنسية في الشرق الأوسط وشمال إفريقيا (دليل الإعلاميين). القاهرة مصر: المؤلف.
- حاروش، نور الدين. (2009). السياسة الصحية في الجزائر بين الرهانات والواقع. مجلة دراسات استراتيجية، (العدد 7).
- صغيري، أحمد. (2006). السياسة التعليمية في الجزائر 1923-1972. مجلة منتدى الأستاذ المدرسة العليا للأساتذة قسنطينة، (العدد 2).
- قسوم، عبد الرزاق. (1982). تأملات في أهداف المدرسة الأساسية. مجلة التربية بوزارة التربية والتعليم الأساسي الجزائر.
- منظمة الأمم المتحدة للتربية والعلم والثقافة. (2006). استراتيجية تنمية الطفولة المبكرة في مصر 2005-2010. القاهرة مصر: مكتب اليونيسكو بالقاهرة.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة. (2006). التقدم من أجل الأطفال: تقرير دوري عن المياه والصرف الصحي (العدد 5). نيويورك: المؤلف.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة. (2008). السنة الدولية للصرف الصحي. نيويورك: المؤلف.
- منظمة الأمم المتحدة للطفولة، المكتب الإقليمي للشرق الأوسط وشمال إفريقيا. (1995). مسيرة الأمم 1995. عمان الأردن: المؤلف.
- منظمة الصحة العالمية. (2001). تقرير الصحة والتنمية المستدامة. جنيف: المؤلف.
- منظمة الصحة العالمية. (2009). الإحصاءات الصحية العالمية. جنيف: المؤلف.
- منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية 64. (2011). تقرير الملاريا: الوقاية منها ومكافحتها الحفاظ على المكاسب والحد من السريان، جنيف: المؤلف.
- منظمة الصحة العالمية، جمعية الصحة العالمية الثالثة والستين، تغذية الرضع وصغار الأطفال، تقرير الأمانة، أبريل 2010.
- موران، إيج. (2008). صحتنا موسوعة كل العائلة الوالدان والطفل. (ط 2). (ترجمة فؤاد شاهين). بيروت لبنان: عويدات للنشر والطباعة.
- وزارة الصحة المغربية، اليونيسيف. (2010). الدليل المرجعي للتربية الوالدية. المغرب: المؤلف.

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات. (2009). متابعة وضعية الاطفال والنساء: المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 - MICS3 (رقم 04/2006/06-د 0397). الجزائر: المؤلف.

- وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، الديوان الوطني للإحصائيات. (2004). المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002 Papfam. الجزائر: المؤلف.

- وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات. (1994). المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل. الجزائر: المؤلف.

ثانيا المراجع باللغة الأجنبية:

1-الكتب والرسائل الجامعية:

- AMRANE, Ahmed. (1975). Etude de la ~Mortalité Infantile dans le Secteur Sanitaire de BENI-MESSOUS. Thèse de Doctorat en Médecine, Université d'Alger, Alger Algerie.
- AOURAGH, Lhaocine. (1996). L'Economie Algérienne à L'Épreuve de La Démographie. Paris : Centre Français sur la Population et le Développement N° 11.
- Aubry, Pierre. Gaüzère, Bernard-Alex. (2015). Du Programme Elargi de Vaccinations aux Programmes Nationaux de Vaccination systématique, diplôme de médecine tropicale des pays de l'océan Indien, Université Bordeaux, France.
- BRAHAMIA, Brahim. (2010). Economie de la santé évolution et tendances des systèmes de santé Dépenses nationales de santé. Constantine Algerie : BAHAEDDINE éditions.
- BRAHAMIA, Brahim. (2010). Economie de la santé évolution et tendances des systèmes de santé OCDE-Europe de l'Est-Maghreb. Constantine Algérie : Bahaeddine Editions.
- Bressoux, Pascal. (2010). Modélisation statistique appliquée aux sciences sociales ; Méthodes en sciences humaines. France : De Boeck Supérieur.
- CASELLI, Graziella. et VALLIN, Jacques. et WUNSCH, Guillaume.(2002). Démographie Analyse et Synthèse ; III les déterminants de la mortalité. Paris : Edition de l'Institut National d'Etudes Démographiques.
- DIALLO, Koura. (2001). L'influence des facteurs familiaux, scolaires et individuels sur l'abandon scolaire des filles en milieu rural de la région de Ségou Mali. Thèse de Doctorat, Université de Montréal Spécialité Sciences de l'Education, QUEBEC CANADA.
- DOMART, André. et BOURNEUF, Jacques. (1989). Petit Larousse de la Médecine, Paris: Librairie Larousse.
- Emmanuel ESSO Lasme, Jean Charles. La mortalité des enfants en COTE-D'IVOIRE ; Niveau, Tendances et différences sociales. (2010). Thèse de Doctorat, Université Paris 1 Discipline Démographie, Paris.

- GENDEREAU, Francis. (1993). La population de l'Afrique Manuel de démographie. Paris: CEPED ; KARTHALA.
- Haupt, Arthur. et Thomas, T. Kane. (2004). Guide de démographie (4^e édition). Washington : Population Reference Bureau.
- Kaci, Tahar. (2003). Réflexions sur le Système Educatif. Alger : Casbah Editions.
- KATEB, Kamel. (2005). Ecole, population et société en Algérie. Paris : INED Bibliothèque, l'Harmattan.
- OUFRIHA, Fatima Zohra. et Collaborateurs. (2006). de réforme en réforme un système de santé à la croisée des chemins, Alger : CREAD.
- Palloni, Alberto. (Juillet 1986). Une méthode indépendante du modèle de mortalité pour estimer l'exhaustivité de l'enregistrement des décès infanto-juvéniles. Vol. 41. Paris : Edition de L'INED.
- SAADI, Rebah. (2007). La Qualité des Données Démographique en Algérie Le Recensement de 1998. Thèse de doctorat d'état en démographie, Université de Blida, Algérie.
- Spiegel, Murray Ralph. (1993). Série Schaum Statistique Cours et problèmes (2^e édition). (Edition française par Alain ERGAS et Jean-François MARCOTORCHINO). Paris : McGRAW-HILL.
- Vallin, J. (1995). La Population Mondiale (5^{ème} édition). Paris : Editions de L'INED.
- WUNSCH, Guillaume. (1984). techniques d'analyse des données démographiques déficientes. Belgique : Ordina Editions.

2-التقارير والمنشورات والوثائق:

- Bank Mondial. (Novembre 2017). Indicateurs du développement dans le monde. Washington.
- CHACHOUA, Louisa. (janvier 2014). Le système national de santé 1962 à nos jours. Colloque International sur les Politiques de Santé Ministère de la Santé et de la Population et de la Réforme Hospitalière en collaboration avec Ecole – Nationale Supérieure en Sciences Politiques Alger.
- FARGUES, Philippe. (1986). Estimation de la mortalité du jeune enfant (0–5 ans) pour guider les actions de santé dans les pays en développement. Séminaire Méthodologique CIE-INSERM-ORSTOM-INED Paris Décembre 1985, vol 145.

- Grangaud, J. P. (Janvier 2014). Cinquante ans de Pédiatrie Evolution de la Pédiatrie Algérienne. Colloque International sur les Politiques de Santé Alger, 18–19.
- GRANGAUD, J. P. et MOKKADEM, M. et KERMANI, S. et ASSARI, R. (décembre 1985) Estimation de la Mortalité Infantile et Juvénile en ALGERIE ; Problèmes Actuels. Séminaire INSERM Paris, vol. 145 ,16–20.
- Hammouda, Nacer-Eddine. (2012). Aspects méthodologiques des enquêtes algériennes sur la santé. Colloque Francophone sur les Sondages CREAD. Alger.
- Lexique de l'INED. <https://www.ined.fr/>
- Ministère de la Santé de la Population et de la Réforme Hospitalière, Direction de la population.(2014). Situation démographique et sanitaire 2000–2014. Alger : Auteur.
- Ministère de la Santé et de la Population et la Réforme Hospitalière, ONS. (2015). Enquête par Grappes à Indicateurs Multiples –MICS4 2012–2013. Algérie : Auteur.
- Ministère de la Santé et de la Population, Direction de la Prévention. (2001). les programmes de santé maternelle et infantile, Evaluation. Algérie : Auteur.
- Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de Santé Publique. (2001). Enquête national sur les objectifs de la fin décennie santé mère et enfant EDG Algérie 2000 MICS2, Algérie : Auteur.
- Ministère de la Santé et de la Population, Institut National de Santé Publique. Enquête national sur les objectifs de la mi- décennie MDG Algérie 1995 MICS1. Algérie : Auteur.
- Nation Unies, Département des Affaires Economiques et Sociales, Division de la population. (2008). The 2008 Révisions Medium Variant. New-York : Auteur.
- Nation Unis. (1982). Manuel X Techniques Indirectes D'Estimation Démographique,. New-York : publications démographiques des Nation Unis.
- Office National des Statistiques. (20016). L'Algérie en quelques chiffres RESULTATS : 2013 – 2015 (N° 46). Algérie : Auteur.
- Office National des Statistiques. (2013). « Rétrospective Statistique 1962 – 2011 chapitre 06" Education » <http://www.ons.dz/>
- Office National des Statistiques. (2014). Annuaire Statistique de l'Algérie ; Résultats 2010 – 2012, EDITION 2014 (Volume n° 30). Algérie : Auteur.

- Organisation Mondiale de la Santé. (2011). Directive ; supplémentation en vitamine A chez les nourrissons et les enfants de 6 à 59 mois. Genève Suisse : Auteur.
- Oxford Dictionnaires. (2017). <https://en.oxforddictionaries.com/definition/infrastructure>.
- Programme de Développement des Nations Unis (UNDP). (1999).
- PSOMAS, Christina. (2012). Immunité vaccinale. Faculté de Médecine Université Montpellier1.
- UNESCO. (2007). Un bon départ Education et protection de la petite enfance Rapport mondial de suivi sur l'éducation pour tous. Paris : Auteur.
- Unesco. (2008). Recueil de Données Mondiales sur L'Education 2008 ; Statistique Comparées sur L'Education dans le Monde. Québec Canada : Auteur.
- Unicef. (décembre 2005). La situation des enfants dans le monde 2006 ; Exclus et invisible. New York : Auteur.
- Unicef. (Décembre 2007). La situation des enfants dans le monde 2008 ; La survie de l'enfant. , New York : Auteur.
- Unicef. (Décembre 2008). La situation des enfants dans le monde 2009 ; la santé maternelle et néonatale. New York : Auteur.
- Unicef. (février 2012). La situation des enfants dans le monde ; Les enfants dans un monde urbain 2012,: Auteur.
- United Nations, Economic and Social Affairs. (2002). World Population Prospects, New York : Auteur.
- Unicef. (Décembre 2008). La Situation des Enfants dans le Monde 2009. New-York : Auteur.

المواقع:

- منظمة الصحة العالمية. (2015). « الالتهاب الرئوي صحيفة رقم 331 »
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs331/ar>
- منظمة الصحة العالمية. (2016). [/http://www.who.int/topics/malaria/ar](http://www.who.int/topics/malaria/ar)
- منظمة الصحة العالمية، ملخص التقرير الخاص بالمalaria في العالم، سبتمبر 2008
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr32/a>
- منظمة الصحة العالمية. (2013). « مرض الاسهال صحيفة وقائع رقم 330 »
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/ar>
- Office National des Statistiques. (2016). « RETROSPECTIVE DES COMPTES ECONOMIQUES Série E, Statistiques Economiques N° 85 DE 1963 A 2014 Collections Statistiques N° 197 » <http://www.ons.dz/>
- OMS, UNICEF. (2014). «Les Estimations de Couverture Vaccinale et du Nombre d'Enfant Vaccinée ou Non Vaccinés»
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tswucoverage_bcg.html.

الملاحق

الملحق رقم: 1

استمارة المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 MICS3:

Enquête «MICS3 - ALGÉRIE 2006» Multiple Indicator Cluster Survey	
Questionnaire Ménage	
Enregistrement statistique n° 01 - 2006	

IDENTIFIANT	
HH4. Wilaya	__
HH5. Commune	__
HH6. Strate	__
HH1. Numéro de grappe	__
HH2. Numéro du ménage	__
HH8. Nom et prénom du chef de ménage	
Adresse du chef du ménage	

VISITE DE L'ENQUÊTRICE				
Nombre de visites	1	2	3	Visite finale
Date				HH5. Date de l'interview __ __ __ __ __ __ Jour Mois Année
Enquêtrice				HH3. Code de l'enquêtrice __ __
Résultat *				HH9. Résultat __
Visite suivante				HH10. Nom du répondant au questionnaire
Date				Ménage
Heure				Numéro de ligne

* Codes du résultat : 1. Rempli 2. Absente 3. Différé 4. Refuse de répondre 5. Partiellement rempli
6. Autre: (préciser).....

TABLEAU RÉCAPITULATIF	
HH11. Nombre de personnes dans le ménage	__
HH12. Nombre de femmes (15-49 ans)	__
HH13. Dont questionnaires remplis	__
HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans	__
HH15. Dont questionnaires remplis	__
HH17. Nombre total d'enfants (5-15ans)	__

	Contrôleur	Agent vérificateur	Agent de saisie	HH16. Code agent de saisie
Nom				__
Date				__

IDENTIFIANT	
HHA. Wilaya	
HHB. Commune	
HH6. Strate	
HH1. Numéro de grappe	
HH2. Numéro du ménage	
HH8. Nom et prénom du chef de ménage	
Adresse du chef du ménage	

VISITE DE L'ENQUÊTRICE				
Nombre de visites	1	2	3	Visite finale
				HH5. Date de l'interview
Date				 Jour Mois Année
Enquêtrice				HH3. Code de l'enquêtrice
Résultat *				HH9. Résultat
Visite suivante				HH10. Nom du répondant au questionnaire
Date	.....	.....	.....	Ménage
Heure	.....	.....	.....	Numéro de ligne

* Codes du résultat : 1. Rempli 2. Absente 3. Différé 4. Refuse de répondre 5. Partiellement rempli
 6. Autre: (préciser).....

TABLEAU RÉCAPITULATIF	
HH11. Nombre de personnes dans le ménage	
HH12. Nombre de femmes (15-49 ans)	
HH13. Dont questionnaires remplis	
HH14. Nombre d'enfants de moins de 5 ans	
HH15. Dont questionnaires remplis	
HH17. Nombre total d'enfants (5-15ans)	

	Contrôleur	Agent vérificateur	Agent de saisie	HH16. Code agent de saisie
Nom				
Date				

MODULE 1 : FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MÉNAGE

101	102	103	104	105	106	107
HL1	HL2	HL3	HL4	HL5A	HL5	Si 15 ans ou Plus HL5B
N° de ligne	Nom et prénom	Quel est le lien de parenté de (Nom) avec le chef du ménage ?	Sexe de (Nom) 1. M. 2. F.	Quelle est la date de naissance de (Nom) ? <i>Inscrire le jour, le mois et l'année de naissance</i>	Quel âge avait (Nom) à son dernier anniversaire ?	Quel est l'état matrimonial de (Nom) 1. Célibataire 2. Marié 3. Divorcé 4. Veuf
01			1 2			1 2 3 4
02			1 2			1 2 3 4
03			1 2			1 2 3 4
04			1 2			1 2 3 4
05			1 2			1 2 3 4
06			1 2			1 2 3 4
07			1 2			1 2 3 4
08			1 2			1 2 3 4
09			1 2			1 2 3 4
10			1 2			1 2 3 4
11			1 2			1 2 3 4
12			1 2			1 2 3 4
13			1 2			1 2 3 4
14			1 2			1 2 3 4

Code pour Q103

Chef de ménage	01	Petit-fils ou petite-fille	05	Beau-frère ou belle-sœur	09	Autres parents	13
Epouse ou époux	02	Père ou mère	06	Oncle ou tante	10	Enfant adoptif/enfant gardé/enfant du conjoint	14
Fils ou fille	03	Beau-père ou belle-mère	07	Nièce/neveu	11	Sans lien de parenté	15
Gendre ou belle-fille	04	Frère ou sœur	08	Nièce/neveu par mariage	12	Ne sait pas	98

(suite) **MODULE 1 : FEUILLE D'ENREGISTREMENT DU MÉNAGE**

108	109a	109b	110a	110b	111	112	113	114
Eligibilité FEMME	Eligibilité Module Travail des enfants		Eligibilité Questionnaire enfants de moins de 5 ans		Pour les enfants âgés entre 0 et 17 ans			
HL6	HL7A	HL7	HL8A	HL8	HL9	HL10	HL11	HL12
Encercler le n° de ligne de toutes les femmes âgées de 15 à 49 ans	Encercler le n° de ligne de tout enfant âgé entre 5 et 15 ans.	Reporter le n° de ligne de la mère ou la personne qui s'occupe de cet enfant	Encercler le n° de ligne de tout enfant âgé de moins de 5 ans	Reporter le n° de ligne de la mère ou la personne qui s'occupe de cet enfant	La mère biologique de (Nom) est-elle toujours en vie ? 1. Oui 2. Non → 113 8. NSP → 113	Reporter le n° de ligne de la mère, si elle vit dans le ménage. Sinon, inscrire 00	Le père biologique de (Nom) est-il toujours en vie ? 1. Oui 2. Non → ligne suivante 8. NSP → ligne suivante	Reporter le n° de ligne du père s'il vit dans le ménage. Sinon inscrire 00
01	01		01		1	2	8	
02	02		02		1	2	8	
03	03		03		1	2	8	
04	04		04		1	2	8	
05	05		05		1	2	8	
06	06		06		1	2	8	
07	07		07		1	2	8	
08	08		08		1	2	8	
09	09		09		1	2	8	
10	10		10		1	2	8	
11	11		11		1	2	8	
12	12		12		1	2	8	
13	13		13		1	2	8	
14	14		14		1	2	8	

MODULE 2 : EDUCATION												
201	202	203		204						205		
Pour les membres âgés de 5 ans et plus												
ED1	ED1A	ED2		ED3						ED3C		
N° de ligne	Nom et prénom	(Nom) a-t-il / elle fréquenté l'école ou l'école maternelle? 1- Oui 2- Non → 205		Quel est le plus haut niveau atteint par (Nom), et la dernière classe réussie dans ce niveau ? 0- Ecole maternelle - préscolaire 1- Primaire 2- Moyen 3- Secondaire 4- Supérieur (Si aucune classe réussie dans le cycle, inscrire 00)						Si jamais scolarisé ou niveau primaire ou préscolaire (203 = 2 ou 204 = 0,1) (Nom) sait-il lire / écrire ? 1- Oui 2- Non		
01		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
02		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
03		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
04		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
05		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
06		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
07		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
08		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
09		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
10		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
11		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
12		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
13		1	2	0	1	2	3	4		1	2	
14		1	2	0	1	2	3	4		1	2	

MODULE 5 : EAU ET ASSAINISSEMENT

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A				
501	WS1A. Votre logement est-il branché au réseau d'eau potable ?	Oui, réseau d'eau à l'intérieur du logement Oui, réseau d'eau à l'extérieur du logement Non	1 2 3					
502	WS1. Quelle est la principale source d'eau que boivent les membres de votre ménage ?	Eau du robinet à l'intérieur du logement Eau du robinet dans la cour/parcelle Robinet public Puits à pompe/forage Puits creusé protégé Puits creusé non protégé Eau de source protégée Eau de source non protégée Eau de pluie Camion-citerne Eau minérale Autre (à préciser).....	11 12 13 21 31 32 41 42 51 61 91 96	506 504				
503	WS2. Quelle est la principale source d'eau utilisée par le ménage pour cuisiner ou se laver les mains ?	Eau du robinet à l'intérieur du logement Eau du robinet dans la cour/parcelle Robinet public Puits à pomperforage Puits creusé protégé Puits creusé non protégé Eau de source protégée Eau de source non protégée Eau de pluie Camion-citerne Autre (à préciser).....	11 12 13 21 31 32 41 42 51 61 96	506				
504	WS3. Combien de temps faudrait il pour s'y rendre, remplir l'eau et revenir ?	Estimer le temps en minutes Eau sur place. N.S.P	<table><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> 995 998					506
505	WS4. Qui se rend habituellement à la source d'approvisionnement en eau ?	Une femme adulte Insister : cette personne est-elle âgée de moins de 15 ans ? De quel sexe ? Une jeune fille de moins de 15 ans Un jeune garçon de moins de 15 ans	1 2 3 4					
506	WS6. Procédez-vous à un traitement quelconque de l'eau avant de la boire ?	Bouillir Eau de Javel/chlore Filtration Autre (à préciser)..... Pas de traitement	A B C X Y					

MODULE 6 : CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ À
507	WS7A. Disposez-vous de toilettes ?	Oui, à l'intérieur du logement Oui, à l'extérieur du logement Non	1 2 3	509
508	WS7B. Où allez-vous ou qu'utilisez vous pour faire vos besoins ?	En plein air Fosse Toilettes publiques Autre (à préciser)	1 2 3 6	Module suivant
509	WS7. Quel type de toilettes utilisez-vous ?	Chasses reliées à l'égout Chasses reliées à une fosse septique Chasses reliées à des latrines Autre (préciser)	11 12 13 96	
510	WS8. Partagez-vous ces toilettes avec d'autres ménages ?	Oui Non	1 2	
601	HC1D. Dans quel type de logement, le ménage vit-il ?	Maison individuelle/villa Appartement Maison traditionnelle Habitat précaire Autre (à préciser).....	1 2 3 4 6	
602	HC1E. Quel est le statut d'occupation du logement ?	Propriété Copropriété Location auprès d'un organisme étatique Logé gratuitement Location auprès d'un particulier Autre (à préciser).....	1 2 3 4 5 6	604 604
603	HC1F. Quelle est la durée de la location ?	Moins d'un an Entre 1 et 2 ans Entre 2 et 5 ans Plus de 5 ans A durée indéterminée	1 2 3 4 5	
604	HC2. De combien de pièces disposez-vous ?	Nombre de pièces		
605	HC3. Principal matériel du sol	Terre battue Bois ciré Vinyle Carrelage Ciment Autre (à préciser).....	11 31 32 33 34 96	

(suite) **MODULE 6 : CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ À
606	HC4. Principal matériel du toit	Chaumes, feuilles de palmier	12	
		Planches	23	
		Métal	31	
		Zinc	33	
		Tuile	34	
		Ciment	35	
		Autre (à préciser).....	96	
607	HC5. Principal matériel des murs	Motte de terres	13	
		Toub ou terre séchées	14	
		Pierres avec chaux/ciment	32	
		Briques	33	
		Planches	36	
		Parpaing	37	
			96	
609	HC6. Quel type de combustible utilisez vous pour cuisiner ?	Electricité	01	
		Gaz naturel	03	
		Gaz en butane	12	
		Charbon de bois	07	
		Bois	08	
		Autre (à préciser).....	96	
610	HC9A. De quel type d'éclairage disposez-vous ?	Réseau électrique	1	
		Groupe électrogène	2	
		Bougies	3	
		Autre (à préciser).....	6	
611	HC9. Dans votre ménage disposez-vous des équipements suivants ?		Oui	Non
		B. Radio	1	2
		C. Téléviseur	1	2
		D. Téléphone mobile	1	2
		E. Téléphone fixe	1	2
		F. Réfrigérateur	1	2
		G. Parabole	1	2
		H. Cuisinière	1	2
		I. Machine à laver	1	2
		J. Chauffe eau- chauffe bain	1	2
		K. Chauffage gaz ou électrique	1	2
		L. Climatiseur	1	2
		M. Micro-ordinateur	1	2

(suite) **MODULE 6 : CARACTÉRISTIQUES DU MÉNAGE**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES		PASSEZ À
612	HC10. Est-ce qu'un membre de votre ménage possède ?		Oui	Non	
		B. Bicyclette	1	2	
		C. Motocyclette/scooter	1	2	
		E. Voiture et camion	1	2	
		F. Bateau à moteur	1	2	

MODULE : IODATION DU SEL

SI1. Pourrais-je avoir un échantillon de sel que vous avez utilisé la nuit dernière pour préparer les repas ?	Groupe électrogène	1
	Bougies	2
	Autre (à préciser).....	3
	Réseau électrique	6
	Groupe électrogène	7
SI2. Avez-vous acheté ce sel dans le commerce ?	Oui	1
	Non	2

Questionnaire Femme

(Pour toutes les femmes âgées de 15 - 49 ans)

Enregistrement statistique n° 01 - 2006

IDENTIFIANT

WM1. Numéro de la grappe	
WM2. Numéro du ménage	
WM3. Nom de la femme enquêtée	
WM4. Numéro de ligne de la femme	
Adresse du ménage	

VISITE DE L'ENQUÊTRICE

Nombre de visites	1	2	3	Visite finale
Date				WM6. Date de l'interview Jour Mois Année
Nom de l'enquêtrice				WM5. Code de l'enquêtrice
Résultat *				WM7. Résultat
Prochaine visite				
Date				
Heure				

* Codes du résultat : 1. Rempli 2. Absente 3. Différé 4. Refuse de répondre 5. Partiellement rempli
6. Autre (spécifier)

MODULE 1 : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
101	WM8. Quelle est votre date de naissance ? <i>Inscrire le jour, le mois et l'année de naissance</i>	Jour		
		NSP le jour	98	
		Mois		
		NSP le mois	98	
		Année		
		Ne sait pas l'année	9998	
102	WM9. Quel âge aviez-vous à votre dernier anniversaire ? <i>Comparez & corrigez Q102 et/ou Q101 si inconsistants</i>	Âge en années révolues		506
103	WM10. Avez-vous été à l'école ?	Oui	1	107
		Non	2	
104	WM11. Quel est le niveau d'instruction le plus élevé que vous avez atteint ?	Primaire	1	
		Moyen	2	
		Secondaire	3	
		Universitaire	4	
105	WM12. Dans ce niveau, quelle est la dernière classe dans laquelle vous avez réussi ?	Dernière classe réussie		
106	WM13. Vérifiez Q104 & Q105 : si 'primaire' dans Q104 et '5' ou '6' dans Q105, insistez : Avez-vous réussi votre examen de 6^{ème} année primaire ou fondamentale ? ☐ Primaire non complété → Question suivante ☐ Primaire complété ou niveau plus élevé → Q 109			
107	WM14. Pourriez-vous lire un journal ou une lettre par exemple ?	Oui	1	109
		Non	2	
108	WM15. Pourriez-vous écrire une lettre par exemple ?	Oui	1	
		Non	2	
109	WM16. Exercez-vous actuellement une profession ou un métier ?	Oui	1	111
		Non	2	
110	WM17. Comme vous le savez, quelques femmes exercent des activités pour lesquelles elles sont payées en espèces ou en nature. D'autres aident les membres de la famille dans le commerce ou l'agriculture. Exercez-vous actuellement l'une de ces activités?	Oui	1	Module Suivant
		Non	2	
111	WM18. Exercez-vous actuellement une profession ou un métier ?	En permanence	1	
		(le long de l'année)	2	
		D'une manière saisonnière	3	

(suite) **MODULE 1 : CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
112	WM19. Exercez vous cette activité à l'extérieur ou à votre domicile ?	A l'extérieur	1	
		A domicile	2	
113	WM20. Quelle est l'activité principale que vous exercez ? <i>Décrire le travail déclaré par l'enquêtée et l'inscrire clairement</i>	..... .....		

MODULE 2 : MARIAGE

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A			
201	MA4. A présent, êtes-vous mariée, veuve, divorcée, séparée ou célibataire ?	Mariée	1	205			
		Veuve	2				
		Divorcée	3				
		Séparée	4				
		Célibataire	5	Module 7 : VIH/sida			
202	MA2. Quel âge a eu votre mari à son dernier anniversaire ?	Âge en années révolues	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
203	MA2a. Est-ce que votre mari a d'autres épouses que vous ?	Oui	1	205			
		Non	2				
		NSP	8				
204	MA2b. Combien d'autres femmes a-t-il ?	Nombre d'autres épouses	<table><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				
NSP	8						
205	MA5. Etes-vous mariée une seule fois ou plus d'une fois ?	Une seule fois	1				
		Plus d'une fois	2				
206	MA6. Enquêtrice : vérifier à partir de la réponse à la question précédente : Si mariée une seule fois : En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre mari ? Si mariée plus d'une fois Maintenant, je voudrais vous parler de votre premier mariage. En quel mois et en quelle année avez-vous commencé à vivre avec votre premier mari ?	Mois	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
		Ne sait pas le mois	98				
		Année	<table><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>				
Ne sait pas l'année	9998						
207	MA8. Quel âge aviez-vous quand vous aviez commencé à vivre avec votre (premier) mari ?	Âge en années révolues	1				

MODULE 3 : LA MORTALITÉ DES ENFANTS

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
301	CM1. A présent, je voudrais vous poser des questions sur toutes les naissances que vous avez eues au cours de votre vie. Avez-vous donné naissance à des enfants ? Si « non » insistez en demandant : Je veux dire, avez-vous donné naissance à un enfant qui a respiré, crié ou a montré d'autres signes de vie – même s'il n'a survécu que quelques minutes ou heures ?	Oui Non	1 2	314
302	CM2A. Quelle est la date de naissance de votre premier enfant ? <i>Il s'agit de la date de naissance du tout premier enfant même s'il n'est plus en vie ou s'il a un père autre que le mari actuel</i>	Jour NSP jour Mois NSP mois Année NSP année	 98 98 9998	304
303	CM2B. Depuis combien d'années avez-vous eu votre première naissance ?	Nombre d'années révolues depuis la première naissance		
304	CM3. Avez-vous donné naissance à des fils ou à des filles qui vivent actuellement avec vous ?	Oui Non	1 2	306
305	CM4. De vos fils, combien vivent avec vous ? Et de vos filles, combien vivent avec vous ? <i>Si aucun inscrivez '00'</i>	Une seule fois Nombre de filles à la maison	 	
306	CM5. Avez-vous donné naissance à des fils ou à des filles qui sont en vie mais qui ne vivent pas actuellement avec vous ?	Oui Non	1 2	308
307	CM6. De vos fils, combien sont vivants mais n'habitent pas avec vous ? Et de vos filles, combien sont vivantes mais n'habitent pas avec vous ? <i>Si aucun inscrivez '00'</i>	Nombre de fils vivant ailleurs Nombre de filles vivant ailleurs	 	
308	CM7. Avez-vous déjà mis au monde un garçon ou une fille qui est né(e) vivant(e), mais qui est décédé(e) par la suite ? Si « non » insistez : Je veux dire un bébé qui au moment de sa naissance a poussé un cri ou a montré un signe de vie quelconque mais n'a vécu que quelques heures ou jours ?	Oui Non	1 2	310

(suite) MODULE 3 : LA MORTALITÉ DES ENFANTS

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ À
309	CM8. En tout, combien de garçons sont décédés ? Et combien de filles sont décédées ? <i>Si aucun inscrivez '00'</i>	Garçons décédés		
		Filles décédées		
310	CM9. Additionnez les réponses de q305, q307 & q309 et inscrivez le total. <i>Si aucun inscrivez '00'</i>	Nombre total des naissances vivantes		
311	CM9A. Vérifiez Q305, Q307, Q309 & Q310 : <i>Juste pour m'assurer que je ne me suis pas trompée, vous avez bien mis au monde :</i> <i>* _____ fils et _____ filles qui vivent encore avec vous (Q305)</i> <i>* _____ fils et _____ filles qui sont encore vivants mais n'habitent pas avec vous (Q307)</i> <i>* _____ garçons et _____ filles qui sont décédés Q309</i> <i>Donc au total vous avez bien mis au monde _____ naissances vivantes (Q310) durant toute votre vie ?</i> <i>Est-ce exact ? ☐ OUI</i> Vérifiez et corrigez Q305 à Q310 tant que nécessaire			
312	CM11. De toutes ces naissances que vous avez eues, quand avez-vous eu la dernière (même si elle est décédée) ?	Date de la dernière naissance		
313	CM12A. Votre dernier enfant est-il toujours en vie ?	Oui	1	
		Non	2	
314	CM14. Quelques grossesses se terminent avant terme, par une fausse couche ou un avortement, tandis que d'autres se terminent par un mort-né. Avez-vous déjà eu une grossesse qui ne s'est pas terminée en une naissance vivante ?	Oui	1	
		Non	2	317
315	CM15. Et combien de vos grossesses se sont terminées par des mort-nés ?	Nombre de fausses couches/avortements		
316	CM16. Et combien de vos grossesses se sont terminées par des mort-nés ?	Nombre de morts-nés		
317	CM12. Vérifier la date de la dernière naissance vivante à partir de Q312	Une naissance vivante au cours des 5 dernières années	1	
		Pas de naissance vivante sur les 5 dernières années ou pas de naissances vivantes	2	Module 6: Contraception
318	CM13. Au moment où vous êtes tombée enceinte de (nom), vouliez-vous tomber enceinte à ce moment-là, vouliez-vous attendre plus tard ou vouliez-vous ne plus/ne pas avoir d'enfant ?	A ce moment	1	
		Plus tard	2	
		Ne plus/ne pas avoir d'enfants	3	

MODULE 4 : L'ANATOXINE TETANIQUE

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
401	TT1. Avez-vous une carte ou un autre document (carnet de santé...) où sont inscrites vos vaccinations ?	Oui, carte vue	1	
		Oui, carte non vue	2	
		Non	3	
402	TT2. Quand vous étiez enceinte de votre dernier enfant, avez-vous reçu une injection pour lui éviter des convulsions après la naissance (une piqûre antitétanique, une injection en haut du bras ou de l'épaule) ?	Oui	1	404
		Non	2	
		Ne sait pas	8	
403	TT3. <i>Si oui : Durant votre dernière grossesse, combien de fois avez-vous reçu cette injection anti-tétanos ?</i>	Une injection	1	Module Suivant
		Deux injections	2	
		Trois injections	3	
		N.S.P	8	
404	TT5. Avez-vous reçu, n'importe quand, avant cette grossesse une injection contre le tétanos ?	Oui	1	Module Suivant
		Non	2	
		N.S.P	8	
405	TT6. Combien de fois avez-vous eu cette injection ?	Nombre d'injections		
406	TT7. En quel mois et en quelle année, avant cette grossesse, avez-vous reçu la dernière injection ?	Mois		Module Suivant
		NSP le mois	98	
		Année		
		NSP l'année	9998	
407	TT8. Cela fait combien d'années que vous avez reçu la dernière injection anti-tétanique, avant cette dernière grossesse ?	Nombre d'années		

MODULE 5 : LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU NE

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A																																								
501	MN2. Durant votre grossesse de (nom), l'avez-vous fait suivre par quelqu'un ? Si «oui» demander : Qui a suivi la grossesse ? Qui d'autre ? Encercler les codes de toutes les personnes mentionnées	Médecin Infirmière/sage femme Accoucheuse traditionnelle (matrone) Autre (à préciser) Grossesse non suivie	A B F X Y	510																																								
502	MN2A1. De combien de mois étiez-vous enceinte quand vous avez eu votre première consultation prénatale ?	Mois Ne se rappelle pas	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 98																																									
503	MN2A2. Qu'est-ce qui vous a poussé principalement à effectuer votre première consultation prénatale ? Insistez pour avoir la raison principale	Vérifier qu'elle est enceinte Vérifier que le bébé est en bonne santé Pour assurer une bonne grossesse Elle a eu des complications Consultation de routine Réserver pour l'accouchement	1 2 3 4 5 6																																									
504	MN2A3. Combien d'examens avez-vous eu durant toute la période de votre grossesse ?	Nombre d'examens Ne se rappelle pas	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> 98																																									
505	Vérifiez Q501 : a été suivie par : (indiquer la personne la plus qualifiée) ☐ Médecin/ infirmière/sage-femme ☐ Question suivante. ☐ Accoucheuse traditionnelle (Matrone)/autre ☐ Q 510																																											
506	MN3. Durant n'importe lequel de vos examens médicaux sur cette grossesse, avez-vous fait l'un des tests ou les contrôles suivants ? Lisez chaque catégorie et encercler les réponses correspondantes	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th><th>OUI</th><th>NON</th><th>NSP</th></tr> </thead> <tbody> <tr><td>Mesure du poids</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Mesure de la tension artérielle</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Analyse des urines</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Analyse de sang/groupage</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Mesure de la taille ou stature</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Mesure de la hauteur utérine</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Echographie</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Examen gynécologique</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> <tr><td>Informée sur la position du bébé</td><td>1</td><td>2</td><td>8</td></tr> </tbody> </table>		OUI	NON	NSP	Mesure du poids	1	2	8	Mesure de la tension artérielle	1	2	8	Analyse des urines	1	2	8	Analyse de sang/groupage	1	2	8	Mesure de la taille ou stature	1	2	8	Mesure de la hauteur utérine	1	2	8	Echographie	1	2	8	Examen gynécologique	1	2	8	Informée sur la position du bébé	1	2	8		
	OUI	NON	NSP																																									
Mesure du poids	1	2	8																																									
Mesure de la tension artérielle	1	2	8																																									
Analyse des urines	1	2	8																																									
Analyse de sang/groupage	1	2	8																																									
Mesure de la taille ou stature	1	2	8																																									
Mesure de la hauteur utérine	1	2	8																																									
Echographie	1	2	8																																									
Examen gynécologique	1	2	8																																									
Informée sur la position du bébé	1	2	8																																									
507	MN4. Au cours de l'une de ces visites prénatales pour cette grossesse, avez-vous reçu des informations ou des conseils sur le sida ou le virus du sida ?	Oui Non NSP	1 2 8																																									
508	MN5. Je ne veux pas connaître les résultats, mais avez-vous effectué un test du VIH/sida dans le cadre de vos soins prénatals ?	Oui Non NSP	1 2 8	510																																								
509	MN6. Je ne veux pas connaître les résultats mais est-ce que vous avez obtenu les résultats du test ?	Oui Non NSP	1 2 8																																									

(suite) **MODULE 5 : LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU NÉ**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A								
510	MN8. Où avez-vous accouché de (nom) ?	C.H.U / Hôpital	1									
		Polyclinique/centre de santé	2									
		Clinique privée	3									
		Domicile	4									
		Autre (à préciser)	6									
511	MN7. Qui vous a assisté pendant l'accouchement de (nom) ? <i>Insister : qui d'autre ?</i>	Médecin	A									
		Infirmière/sage femme	B									
		Accoucheuse traditionnelle (matrone)	F									
		Parent/amie	H									
		Autre	X									
		Personne	Y									
512	MN7A. Est ce que le bébé est arrivé normalement ou est ce qu'on a été obligé d'utiliser des instruments (forceps / ventouse) ou d'effectuer une césarienne ?	Est arrivé normalement	1	514								
		Forceps/ventouse	2									
		Par césarienne	3									
513	MN7B. Où a eu lieu l'accouchement ?	Dans la commune de résidence	1									
		Hors commune de résidence, évacuée d'urgence	2									
		Hors commune de résidence, non évacuée d'urgence	3									
514	MN9. Quand votre dernier enfant est né(e), était-il/elle très gros, plus gros que la moyenne, moyen, plus petit que la moyenne, ou très petit ?	Très gros	1									
		Plus gros que la moyenne	2									
		Moyen	3									
		Plus petit que la moyenne	4									
		Très petit	5									
		NSP	8									
515	MN10. (Nom) a-t-il été pesé à la naissance ?	Oui	1	517								
		Non	2									
		NSP	8									
516	MN11. Combien (nom) pesait-il/elle ? <i>Enregistrer le poids (en kilogrammes) à partir du carnet de santé, si disponible</i>	A partir du carnet	<table><tr><td>1</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	1								
		1										
De mémoire	<table><tr><td>2</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	2										
2												
NSP	<table><tr><td>9</td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>9</td><td>9</td><td>9</td><td>8</td></tr></table>	9				9	9	9	8			
9												
9	9	9	8									

(suite) **MODULE 5 : LA SANTÉ DE LA MÈRE ET DU NOUVEAU NÉ**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A			
517	MN11B. A présent, je voudrais vous poser quelques questions sur la période des 40 jours qui ont suivi la naissance de (nom). Durant cette période, avez-vous consulté quelqu'un pour des soins de santé ou un examen médical ? Si «oui», demandez : Qui avez-vous consulté ? Qui d'autre ?	Médecin	A	519			
	Infirmière/sage-femme	B					
	Accoucheuse traditionnelle (matrone)	F					
	Autre (à préciser)	X					
	Pas d'examen	Y					
518	MN12A. Quelle était la raison principale pour laquelle vous n'avez pas eu d'examen postnatal ?	Absence de complications	1				
		A de l'expérience	2				
		Ignore importance de l'examen	3				
		Service non disponible	4				
		Coût élevé	5				
		Autre (à préciser)	6				
519	MN12. Avez-vous allaité (nom) au sein ?	Oui	1	Module Suivant			
		Non	2				
520	MN13. Combien de temps après la naissance de (nom) l'avez-vous mi au sein pour la première fois ? Si moins d'une heure inscrivez «00». Si moins de 24 heures inscrivez en heures, sinon en jours	Immédiatement	<table border="1"><tr><td>0</td><td>0</td><td>0</td></tr></table>	0	0	0	
0	0	0					
	Nombre d'heures	<table border="1"><tr><td>1</td><td></td><td></td></tr></table>	1				
1							
	Nombre de jours	<table border="1"><tr><td>2</td><td></td><td></td></tr></table>	2				
2							
521	Vérifier l'état de survie à partir de q313, puis encercler le code approprié ☐ Vivant → Question Suivante ☐ Décédé → Q 523						
522	MN14. Allaitiez vous encore (nom) au sein ?	Oui	1	Module Suivant			
		Non	2				
523	MN15. Pendant combien de mois avez-vous allaité (nom) au sein ?	Nombre de mois	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>				
		Ne se rappelle pas	98				
524	MN16. Pourquoi aviez-vous arrêté l'allaitement de (nom) à cet âge ?	Enfant a atteint l'âge de sevrage	1				
		Enfant a refusé	2				
		Mère malade	3				
		Pas de lait / insuffisant	4				
		Mère était tombée enceinte	5				
		Mère désirait prendre la pilule	6				
		Autre (à préciser).....	7				

Questionnaire Enfant

(Pour tous les enfants de moins de cinq ans)

Enregistrement statistique n° 01 - 2006

IDENTIFIANT

UF1. Numéro de la grappe	
UF2. Numéro du ménage	
Adresse du ménage	
UF3. Nom et prénoms de l'enfant	
UF4. Numéro de ligne de l'enfant	
UF5. Nom de la mère / la personne qui s'occupe de l'enfant	
UF6. Numéro de ligne de la mère / la personne qui s'occupe de l'enfant	

VISITE DE L'ENQUÊTRICE

Nombre de visites	1	2	3	Visite finale
UF8. Date				UF8. Date de l'interview Jour Mois Année
UF7. Nom de l'enquêtrice				UF7. Code de l'enquêtrice
UF9. Résultat *				UF9. Résultat
Prochaine visite :				
Date				
Heure				

* Codes du résultat : 1. Rempli 2. Absente 3. Différé 4. Refuse de répondre 5. Partiellement rempli
 6. Autre: (préciser).....

MODULE 7 : VIH / SIDA

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
101	UF10. Maintenant, je veux vous poser des questions sur (nom). en quel jour, en quel mois et en quelle année (nom) est-il/elle né(e) ?	Jour		
		Ne sait pas le jour	98	
		Mois		
		Ne sait pas le mois	98	
		Année		
		Ne sait pas l'année	98	
102	UF11. Quel âge avait (nom) à son dernier anniversaire ? <i>Inscrire l'âge en années révolues</i>	Âge en années révolues		

MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'ÉDUCATION DE LA PETITE ENFANCE

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
103	BR1. (Nom) a-t-il un acte de naissance ? Puis-je le voir ?	Oui, consulté	1	107
		Oui, non consulté	2	
		Non	3	
		NSP	8	
104	BR2. La naissance de (nom) a-t-elle été enregistrée/déclarée à l'état civil ?	Oui	1	107
		Non	2	
		NSP	8	106
105	BR3. Pourquoi la naissance de (nom) n'a pas été enregistrée à l'état civil ?	Eloignement	2	
		Ne savait pas qu'il fallait l'enregistrer	3	
		Ne sait pas où l'enregistrer	5	
		Autre	6	
		NSP	8	
106	BR4. Savez-vous comment faire enregistrer la naissance de votre enfant ?	Oui	1	
		Non	2	
107	BR5. Vérifier l'âge de l'enfant à partir de la question 102 ☐ Enfant âgé de moins de 3 ans → Question 110 ☐ Enfant âgé de 3 ou 4 ans → Question suivante			
108	BR6. (Nom) fréquente-t-il/elle un programme d'encadrement en dehors de la maison ou d'éducation préscolaire tel qu'un centre public ou privé, y compris un jardin d'enfants, l'école coranique ou autre ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
109	BR7. Au cours des sept (7) derniers jours, environ combien d'heures (nom) a-t-il/elle fréquenté cet endroit ?	Nombre d'heures		
110	BR8. Durant les trois derniers jours, avez-vous participé ou y a-t-il un membre du ménage âgé de plus de 15 ans qui a participé avec (nom) à l'une des activités suivantes : Si oui, demander : qui a participé à cette activité avec l'enfant - la mère, le père de l'enfant ou un autre membre adulte du ménage (y compris l'enquêté(e)) ? Encercler toutes les réponses, si aucun encercler le code Y.			

(suite) MODULE SUR L'ENREGISTREMENT DES NAISSANCES ET L'ÉDUCATION DE LA PETITE ENFANCE

N°	QUESTIONS	MODALITÉS			CODES	PASSEZ A
(suite) 110		Mère	Père	Autre	Aucune Personne	
	BR8a. Lire des livres ou regarder des livres illustrés avec (nom) ?	A	B	X	Y	
	BR8b. Raconter des histoires à (nom) ?	A	B	X	Y	
	BR8c. Chanter des chansons avec (nom) ?	A	B	X	Y	
	BR8d. Prendre (Nom) en dehors de la maison, de la résidence, de la cour, de l'enceinte ?	A	B	X	Y	
	BR8e. Jouer avec (nom) ?	A	B	X	Y	
	BR8f. Passer du temps avec (nom) à nommer, à compter, et/ou à dessiner ?	A	B	X	Y	

MODULE DÉVELOPPEMENT DE L'ENFANT

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
201	<i>Cette question est à poser une seule fois à chaque mère/personne s'occupant d'un enfant de moins de 5 ans.</i> CE1. Combien de livres y a-t-il dans le ménage ? S'il vous plaît, inclure les livres scolaires mais pas les autres livres pour enfants tels que les livres illustrés. Si aucun, enregistrer 00	Nombre de livres pour adultes	0 ____	
		Dix livres pour adultes ou plus	10	
202	CE2. Combien de livres pour enfants ou de livres illustrés avez-vous pour (nom) ? <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de livres pour enfants	0 ____	
		Dix livres ou plus	10	
203	CE3. Je voudrais connaître les objets que (nom) utilise pour jouer quand il/elle est à la maison. Avec quoi (nom) joue-t-il/elle ? Est-ce qu'il/elle joue avec : « Des objets du ménage comme vaisselle, plats, tasses, pots ? « Des objets et matériels ramassés en dehors du logement comme des branches, des pierres, des animaux, des coquilles ou des feuillages ? « Des jouets fabriqués à la maison comme des poupées, des voitures et autres jouets fabriqués à la maison ? « Des jouets achetés dans un magasin ? <i>Si l'enquête(e) dit "Oui" à une des catégories mentionnées, insister pour savoir spécifiquement avec quoi l'enfant joue pour être sûr de la réponse</i> <i>Encercler le code Y si l'enfant ne joue avec aucun de ces objets mentionnés</i>	Objets du ménage	A	
		(vaisselle, assiettes, tasses, pots)	B	
		Objets et matériels trouvés en dehors de la maison comme (branches, pierres, animaux, coquilles, feuillage)	C	
		Jouets fabriqués à la maison	D	
		(poupées, voitures et autres jouets fabriqués à la maison)	Y	

MODULE 7 : VIH / SIDA

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
204	CE4. Quelquefois, les adultes s'occupant des enfants doivent quitter la maison pour aller faire des courses, laver les vêtements ou pour d'autres raisons et doivent laisser les enfants à d'autres personnes. Depuis le dernier (jour de la semaine) combien de fois (nom) a-t-il/elle été laissé(e) au soin d'un autre enfant (c'est-à-dire à quelqu'un âgé de moins de 10 ans) ? <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de fois	<u> </u> <u> </u>	
205	CE5. Durant la semaine dernière combien de fois (nom) a-t-il/elle été laissé(e) seul(e) ? <i>Si aucun, enregistrer 00</i>	Nombre de fois	<u> </u> <u> </u>	

MODULE SUR L'ALLAITEMENT

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A		
301	BF1. (Nom) a-t-il été allaité au sein ?	Oui	1	305		
		Non	2			
		NSP	8			
302	BF2. (Nom) est-il toujours allaité au sein ?	Oui	1	305		
		Non	2			
303	BF2A. A quel âge (nom) a-t-il été sevré	Âge en mois	<table><tr><td> </td><td> </td></tr></table>			
304	BF2B. (Nom) a-t-il été sevré soudainement ou progressivement	Soudainement	1			
		progressivement	2			
		NSP	8			
305	BF3. Depuis hier à la même heure que maintenant, a-t-il/elle reçu l'un des aliments suivants : (Lire à haute voix le nom de chaque aliment, puis encercler le code approprié)					
		Oui	Non	NSP		
	BF3a. Supplément de vitamines, de minéraux, ou médicaments	1	2	8		
	BF3b. Eau ?	1	2	8		
	BF3c. Eau sucrée, aromatisée, jus de fruit, thé ou infusion ?	1	2	8		
	BF3d. Solution de réhydratation orale (SRO) ?	1	2	8		
	BF3e. Préparation pour bébés vendue commercialement ?	1	2	8		
	BF3f. Lait en boîte, en poudre ou lait frais	1	2	8		
	BF3g. Autres liquides ?	1	2	8		
	BF3h. Aliment solide ou semi solide (purée) ?	1	2	8		
306	BF4. Vérifier BF3H : L'enfant a reçu un aliment solide ou semi-solide (purée) A-t-elle effectué le test de VIH dans le cadre des soins prénatals ?					
	☐ Oui → Question suivante ☐ Non, NSP → Q 401					

(suite) MODULE SUR L'ALLAITEMENT

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
307	BF5. Depuis hier à la même heure que maintenant, combien de fois (nom) a-t-il mangé des aliments solides, semi solides ou des purées autres que des liquides ? <i>Si 7 fois ou plus, enregistrer '7'.</i>	Nombre de fois Ne sait pas		
		Non	8	

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
401	CA1. Est ce que (nom) a eu la diarrhée au cours des deux dernières semaines, c'est-à-dire, depuis (jour de la semaine) de l'avant dernière semaine ? <i>La diarrhée est déterminée selon la perception de la maladie par la mère ou trois selles liquides par jour, ou du sang dans les selles.</i>	Oui	1	405
		Non	2	
		NSP	8	
402	CA2. Durant le dernier épisode de diarrhée, est-ce qu'on a donné à (nom) l'un des produits suivants à boire : <i>Lire à haute voix le nom de chaque produit et enregistrer la réponse avant de passer au produit suivant.</i>		Oui Non NSP	
		A. Liquide de réhydratation préparé à partir des sachets SRO	1 2 8	
		B. Solution sucrée salée préparée à la maison	1 2 8	
403	CA3. Durant la diarrhée de (nom), lui a-t-on donné à boire moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ?	Rien	1	
		Beaucoup moins	2	
		Un peu moins	3	
		Environ la même quantité	4	
		Plus	5	
		NSP	8	
404	CA4. Durant la diarrhée de (nom), lui a-t-on donné à manger moins que d'habitude, environ la même quantité ou plus que d'habitude ? <i>Si « moins », insister : Beaucoup moins ou un peu moins ?</i>	Rien	1	
		Beaucoup moins	2	
		Un peu moins	3	
		Environ la même quantité	4	
		Plus	5	
		L'enfant ne mange pas	7	
		NSP	8	
405	CA5. Est-ce que (nom) a souffert de la toux, à un moment quelconque, dans les deux dernières semaines, c'est-à-dire, depuis (jour de la semaine) de l'avant dernière semaine ?	Oui	1	412
		Non	2	
		NSP	8	

MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
406	CA6. Quand (nom) a souffert de la toux, est-ce qu'il/elle respirait plus vite que d'habitude avec un souffle court et rapide ou avait-il/elle des difficultés respiratoires ?	Oui	1	412
		Non	2	
		NSP	8	
407	CA7. Est-ce que les symptômes sont dus à un problème dans la poitrine, ou est-ce le nez qui était bouché ?	Problème dans la poitrine	1	412
		Nez bouché	2	
		Les deux	3	412
		Autre.....	6	
		NSP	8	
408	CA8. Avez-vous recherché des conseils ou un traitement pour la maladie en dehors de la maison ?	Oui	1	410
		Non	2	
		NSP	8	
409	CA9. Où avez-vous demandé des conseils ou recherché un traitement ? <i>Encercler tous les prestataires mentionnés, mais ne faites pas de suggestions.</i> <i>Insister pour déterminer le type de source et encercler le code approprié.</i>	Hôpital/CHU	A	
		Polyclinique centre de soins public	B	
		Clinique privée/Cabinet médical	I	
		Pharmacie	K	
		Autre (à préciser)	X	
410	CA10. Est-ce que (nom) a pris des médicaments ou un traitement quelconque pour traiter cette maladie ?	Oui	1	412
		Non	2	
		NSP	8	
411	CA11. Quel traitement (nom) a-t-il/elle pris ? <i>Encercler les codes correspondants de tous les médicaments mentionnés.</i>	Traitement antibiotique	A	
		Paracetamol/Panadol/Acetaminophen	P	
		Aspirine	Q	
		Ibuprofen	R	
		Traitement traditionnel (tisanes,...)	T	
		Autre (à préciser)	X	
		NSP	Z	
412	<i>Posez, à chaque interviewée, la question suivante (CA14) seulement une fois.</i> CA14. Parfois, les enfants souffrent de maladies sévères et devraient être conduits tout de suite dans un établissement sanitaire. Quels types de symptômes vous amèneraient à conduire immédiatement votre enfant à un établissement sanitaire ? <i>Continuer à demander à l'enquêtee de</i>	L'enfant ne peut pas boire ou téter	A	
		L'enfant devient de plus en plus malade	B	
		L'enfant développe une fièvre	C	
		L'enfant a une respiration rapide	D	
		L'enfant a des difficultés à respirer	E	
		L'enfant a du sang dans les selles	F	
		L'enfant boit difficilement	G	
		Le malaise de l'enfant a duré	H	
		L'enfant souffre de diarrhées	I	

(suite) **MODULE SUR LES SOINS DES ENFANTS MALADES**

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
(suite) 412	citer plus de signes ou de symptômes jusqu'à ce qu'elle ne soit plus en mesure de le faire. Encercler tous les symptômes mentionnés. Mais ne pas faire de suggestions.	L'enfant change de comportements (pleure moins ou plus que d'habitude)	J	
		Autre (à préciser)	X	
		Autre (à préciser).....	Y	
		Autre (à préciser)...	Z	

MODULE SUR LA VACCINATION

Si une carte de vaccination est disponible, copier dans 502 les dates de chaque type de vaccin ou de dose de vitamine inscrites sur la carte. Les questions 504-511 sont réservées à l'enregistrement des vaccinations qui ne sont pas inscrites sur la carte. Les questions 504-511 seront posées seulement quand il n'y a pas de carte de vaccination disponible.

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A	
501	IM1.Y a-t-il un carnet de santé ou une carte de vaccination pour (Nom) ?	Oui, vu	1	504	
		Oui, non vu	2		
		Non	3		
502	IM1A. (a) Copier les dates des vaccinations pour chaque vaccin à partir du carnet de santé ou la carte de vaccination. Ecrire '44' dans la colonne 'jour' si la carte indique qu'un vaccin a été fait mais que la date n'a pas été reportée. Relevez les dates de chaque vaccin du carnet ou de la carte de santé. Inscrive « 44 » dans la colonne JOUR si le carnet indique que le vaccin a été administré, mais aucune date n'a été reportée.				
		Date de vaccination			
		Jour	Mois	Année	
	IM2. BCG	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM3A. Polio à la naissance ou polio oral 0	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM5A. Anti hépatite B HBV1	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM5B. Anti hépatite B HBV2	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM3B. Polio oral 1	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM4A. DTCoq1	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM3C. Polio oral 2	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM4A. DTCoq2	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM3D. Polio oral 3	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM4C. DTCoq3	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM5C. Anti hépatite B HBV3	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM6. Rougeole (ou ROR)	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM4D. Rappel DTCoq + polio (18 mois)	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM8C. Vitamine D (1) (1 mois)	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	
	IM8D. Vitamine D (2) (6 mois)	_|_|	_|_|	_|_|_|_|	

(suite) MODULE SUR LA VACCINATION

N°	QUESTIONS	MODALITES	CODES	PASSEZ A
503	IM9. En plus des vaccinations inscrites sur la carte, est-ce que (nom) a reçu d'autres vaccinations, y compris les vaccinations faites le jour d'une campagne nationale de vaccination ? <i>Enregistrer «oui» seulement si l'enquêtée mentionne BCG, Polio 0-3, DTCOQ 1-3, HBV 1-3, Rougeole. (Insister sur le type de vaccin et enregistrer «66» dans la colonne correspondante au jour en IM2 à IM8D)</i>	Oui	1	Module suivant
		Non	2	
		NSP	8	
504	IM10. Est-ce que (nom) a reçu des vaccinations pour lui éviter de contracter des maladies, y compris les vaccinations reçues le jour d'une campagne nationale de vaccination ?	Oui	1	Module suivant
		Non	2	
		NSP	8	
505	IM11. Est-ce que (nom) a reçu une vaccination du BCG contre la tuberculose, c'est-à-dire une injection dans le bras ou à l'épaule qui laisse, généralement, une cicatrice ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	
506	IM12. Est-ce que (nom) a reçu une vaccination sous forme «de gouttes dans la bouche» pour le/la protéger contre des maladies - comme la polio ?	Oui	1	509
		Non	2	
		NSP	8	
507	IM13. Quand le premier vaccin contre la polio a-t-il été donné, juste après la naissance (dans les deux premières semaines) ou plus tard ?	Juste après la naissance (dans les 2 semaines)	1	
		Plus tard	2	
508	IM14. Combien de fois le vaccin de la polio a-t-il été donné ?	Nombre de fois		
		NSP	98	
509	IM15. Est-ce que (nom) a reçu une «vaccination DTCOQ» - c'est-à-dire une injection faite à la fesse ou à la face externe du bras- pour lui éviter de contracter le tétanos, la coqueluche et la diphtérie ? (donnée quelquefois en même temps que les gouttes.)	Oui	1	511
		Non	2	
		NSP	8	
510	IM16. Combien de fois ?	Nombre de fois		
		NSP	98	
511	IM17. Est-ce que (nom) a reçu une «vaccination contre la rougeole» ou ROR - c'est-à-dire une injection faite au bras ou dans le dos à l'âge de 9 mois ou plus - pour lui éviter de contracter la rougeole ?	Oui	1	
		Non	2	
		NSP	8	

MODULE SUR LA CIRCONCISION DES GARÇONS

N°	QUESTIONS	MODALITÉS	CODES	PASSEZ A
601	CR1. Enquêtrice vérifier à partir de la question 105 du questionnaire ménage ☐ Si le sexe est masculin → Question suivante ☐ Si le sexe est féminin → Module suivant			
602	CR2. (Nom) a-t-il été circoncis ?	Oui	1	
		Non	2	
603	CR3. A quel âge a-t-il été circoncis ?	Donner l'âge en années révolues. Si moins d'un an, inscrire 0	<u> </u>	
		A la naissance	6	
604	CR4. La circoncision a-t-elle été effectuée dans un hôpital (polyclinique), par un médecin privé, ou par quelqu'un d'autre ?	Hôpital, CHU, centre de soins	1	
		Médecin ou clinique privée	2	
		Autre (à préciser).....	6	

MODULE ANTHROPOMÉTRIE

Après que les questionnaires aient été remplis pour tous les enfants, le mesureur pèse et mesure chaque enfant. Inscrive ci-dessous le poids et la taille en position allongée ou en position debout, en prenant soin d'enregistrer les mesures anthropométriques sur le bon questionnaire pour chaque enfant. Vérifier le nom et le numéro de ligne de l'enfant sur la feuille d'enregistrement du ménage avant d'inscrire les mesures anthropométriques.

AN1A. Prénom de l'enfant	.....	
AN1B. Numéro de ligne de l'enfant	.....	
AN1. Poids de l'enfant.	En kilogrammes (Kg)	<u> </u> , <u> </u>
AN2. Taille de l'enfant. Vérifier l'âge de l'enfant à partir de Q102 :	Donner l'âge en années révolues. Si moins d'un an, inscrire 0	
■ Enfant âgé de moins de 2 ans → mesure de la taille en position allongée.	Taille (cm) position allongée 1	<u> </u> , <u> </u>
■ Enfant âgé de 2 ans ou plus → mesure de la taille en position debout.	Taille (cm) position debout 2	<u> </u> , <u> </u>
AN3. Code d'identification du mesureur	Numéro de code	<u> </u>
AN4. Résultat des mesures	Mesuré	1
	Absent	2
	Refus	3
	Autre (à préciser).....	6
AN5. Y a-t-il un autre enfant dans le ménage qui est éligible pour les mesures anthropométriques ? ☐ Oui → Enregistrer les mesures pour l'enfant suivant. ☐ Non → Fin de l'interview avec ce ménage.		
Remercier tous les participants pour leur collaboration.		

الهدف الأول:

القضاء على الفقر المدقع والجوع

الغاية:

تخفيض نسبة السكان الذين يقل دخلهم عن دولار واحد في اليوم إلى النصف خلال الفترة من 1990 إلى 2015. وفي بلاد منطقة الشرق الأوسط وشمال أفريقيا فإن الدخل الأقل من 2 دولار يومياً.

الهدف الثاني:

تحقيق تعميم التعليم الابتدائي

الغاية:

ضمان تمكن الأطفال في كل مكان، ذكوراً وإناثاً على حد سواء، من إتمام مرحلة التعليم الابتدائي بحلول عام 2015.

الهدف الثالث:

نشر المساواة بين الجنسين وتعزيز المرأة

الغاية:

القضاء على التفاوت بين الجنسين في مراحل التعليم الابتدائي والثانوي، مع حلول عام 2005، وفي جميع مراحل التعليم الأخرى في موعد أقصاه نهاية عام 2015.

الهدف الرابع:

تخفيض معدل وفيات الأطفال

الغاية:

تخفيض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة إلى الثلث في الفترة من 1990 إلى 2015، وذلك بتخفيض معدل وفيات الأطفال الرضع، وتحسين نسبة الأطفال الذين تبلغ أعمارهم سنة واحدة المحصنين ضد الحصبة. انقاذ ملايين الأطفال بتنشيط الجهود لمكافحة الالتهاب الرئوي والاسهال مع دعم التغذية.

الهدف الخامس:

تحسين الرعاية الصحية للأم

الغاية:

خفض معدل وفيات الأمهات أثناء الولادة بمقدار ثلاثة أرباع في الفترة ما بين عامي 1990 و 2015.

الهدف السادس:

مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والملاريا وأمراض أخرى

الغاية:

وقف انتشار فيروس نقص المناعة البشرية/الإيدز والقضاء عليه بحلول عام 2015. معاناة الأطفال الذين تيتموا بسبب مرض الإيدز أكبر من معاناتهم لفقدان الوالدين.

الهدف السابع:

ضمان توفر أسباب بقاء البيئة

الغاية:

دمج مبادئ التنمية المستدامة في السياسات والبرامج القطرية وتقليص هدر الموارد البيئية، تخفيض نسبة السكان الذين لا يمكنهم الحصول على مياه الشرب المأمونة ومرافق الصرف الصحي الأساسية إلى النصف بحلول عام 2015.

الهدف الثامن:

تطوير المشاركة العالمية للتنمية

الغاية:

تلبية الاحتياجات الخاصة للدول الأقل نمواً والدول النامية غير الساحلية والدول النامية والدول من الجزر الصغيرة. استمرار المعونات الاقتصادية، زيادة حجم حصص الدول النامية من أسواق الدول المتقدمة، والمعالجة الشاملة لديون الدول النامية.

المصدر: الأمم المتحدة، تقرير عن الأهداف الإنمائية للألفية، عام 2010.

المخطط رقم 02: مؤشر البلدان حسب المناطق وفئات البلدان في العالم حسب تصنيف اليونيسيف

بلدان أو أقاليم أفريقيا جنوب الصحراء:

شرق وجنوب أفريقيا: جنوب أفريقيا؛ أنغولا؛ بوتسوانا؛ بورندي؛ جزر القمر؛ إريتريا؛ إثيوبيا؛ كينيا؛ ليزوتو؛ مدغشقر؛ مالاوي؛ جزر موريس؛ الموزمبيق؛ ناميبيا؛ أوغندا؛ رواندا؛ السيشل، الصومال؛ مملكة سوازيلاند؛ زامبيا؛ زيمبابوي.
وسط وغرب أفريقيا: البنين؛ بوركينا فاسو؛ الكامرون؛ الرأس الأخضر؛ الكونغو؛ الكونغو الديمقراطية؛ كوتيفوار؛ الغابون؛ غامبيا؛ غانا؛ غينيا؛ غينيا بيساو؛ غينيا الاستوائية؛ ليبيريا؛ مالي؛ موريتانيا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ أفريقيا الوسطى؛ ساوتومي؛ السنغال؛ سيراليون؛ تانزانيا؛ التشاد؛ التوغو.

بلدان أو أقاليم الشرق الأوسط وشمال أفريقيا:

الجزائر؛ العربية السعودية؛ البحرين؛ جيبوتي؛ مصر؛ الامارات؛ إيران؛ العراق؛ ليبيا؛ الأردن؛ الكويت؛ لبنان؛ المغرب؛ عمان؛ قطر؛ السودان؛ سوريا؛ تونس؛ اليمن.

بلدان أو أقاليم جنوب آسيا:

أفغانستان؛ بنغلادش؛ مملكة بوتان؛ الهند؛ المالديف؛ النيبال؛ باكستان؛ سيريلانكا.

بلدان أو أقاليم شرق وجنوب شرق آسيا والهادئ (أوقيانوسيا):

بروناي دار السلام؛ كمبوديا؛ الصين؛ كوريا الشمالية؛ كوريا الجنوبية؛ فيجي؛ جزر كوك؛ جمهورية جزر مارشال؛ جزر سليمان؛ اندونيسيا، جمهورية جزيرة كيريباتي؛ ماليزيا؛ جزر ميكرونيسيا؛ منغوليا؛ ميانمار؛ ناورو؛ جزر نيوي؛ بالاو؛ بابوا غينيا الجديدة؛ الفلبين؛ لاوس؛ ساموا؛ سنغافورة؛ تايلاند؛ تيمور الشرقية؛ مملكة أرخبيل تونغا؛ جزر توفالو؛ أرخبيل دولة فانواتو؛ فينتام.

بلدان أو أقاليم أمريكا اللاتينية والكاريبي:

أرخبيل أنتيغوا وباربودا؛ الأرجنتين؛ البهامس؛ باربادوس؛ بليز؛ بوليفيا؛ البرازيل؛ الشيلي؛ كولومبيا؛ كوستاريكا؛ كوبا؛ الدومينيكا؛ السلفادور؛ الأكوادور؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غيانا؛ هايتي؛ الهندوراس؛ جامايكا؛ المكسيك؛ نيكاراغوا؛ بنما؛ البارغواي؛ البيرو؛ جمهورية الدومينيكان؛ جزيرتي سانت كيتس ونيفيس؛ جزيرة سانت فينسنت؛ جزيرة سانت لوسيا؛ سورينام؛ جزيرة ترينيداد وتوباكو؛ الأوروغواي؛ فنزويلا.

بلدان أو أقاليم أوروبا الوسطى والشرقية (ECO)، مجموعة الدول المستقلة (CEI):

ألبانيا؛ أرمينيا؛ أذربيجان؛ بيلاروسيا؛ البوسنة والهرسك؛ بلغاريا، كروسيا؛ جورجيا؛ كازاخستان؛ قرغيزستان؛ مقدونيا؛ مولدوفا؛ مونتينيغرو؛ أوزبكستان؛ رومانيا؛ روسيا؛ طاجاكستان؛ تركمانستان؛ تركيا؛ صربيا؛ أوكرانيا.

البلدان/ والأقاليم الصناعية:

ألمانيا؛ أندورا؛ أستراليا؛ النمسا؛ بلجيكا؛ كندا؛ قبرص؛ الدنمارك؛ اسبانيا؛ استونيا؛ الولايات المتحدة الأمريكية؛ فنلندا؛ فرنسا؛ اليونان؛ المجر؛ إيرلندا؛ أيسلندا؛ إسرائيل؛ إيطاليا؛ اليابان؛ لاتفيا (البلطيق)؛ ليختنشتاين (الألب)؛ ليتوانيا؛ لوكسمبورغ؛ مالطا؛ موناكو؛ النرويج؛ نيوزيلندا؛ هولندا؛ بولندا؛ البرتغال؛ التشيك؛ بريطانيا؛ سان مارينو؛ الفاتيكان؛ سلوفاكيا؛ سلوفينيا؛ السويد؛ سويسرا.

البلدان/ والأقاليم أقل تقدماً:

أفغانستان؛ أنغولا؛ بنغلادش؛ البنين؛ بوتان؛ بوركينا فاسو؛ بورندي؛ كمبوديا؛ الرأس الأخضر؛ جزر القمر؛ الكونغو الديمقراطية؛ جيبوتي؛ اريتريا؛ اثيوبيا؛ غامبيا؛ غينيا؛ غينيا بيساو؛ غينيا الاستوائية؛ هايتي؛ جزر سليمان؛ كيريباتي؛ ليزوتو؛ ليبيريا؛ مدغشقر؛ مالايو؛ المالديف؛ مالي؛ موريتانيا؛ الموزمبيق؛ ماينمار؛ النيبال؛ النيجر؛ أوغندا؛ افريقيا الوسطى؛ لاوس؛ رواندا؛ ساموا؛ ساوتومي؛ السنغال؛ سيراليون؛ الصومال؛ السودان؛ تانزانيا؛ التشاد؛ تيمور الشرقية؛ التوغو؛ توفالو؛ فانواتو؛ اليمن؛ زامبيا.

البلدان/ والأقاليم النامية:

أفغانستان؛ جنوب أفريقيا؛ الجزائر؛ أنغولا؛ أنتيغوا وباربودا؛ السعودية؛ الأرجنتين؛ أرمينيا؛ أذربيجان؛ البهامس؛ البحرين؛ بنغلادش؛ بربادوس؛ بليز؛ البنين؛ بوتان؛ بوليفيا؛ بوتسوانا؛ البرازيل؛ بروناي دار السلام؛ بوركينا فاسو؛ بورندي؛ كمبوديا؛ الكاميرون؛ الرأس الأخضر؛ الشيلي؛ الصين؛ قبرص؛ كولومبيا؛ جزر القمر؛ الكونغو؛ لكونغو الديمقراطية؛ كوريا الشمالية؛ كوريا الجنوبية؛ كوستاريكا؛ كوديفوار؛ كوبا؛ جيبوتي؛ الدومينيك؛ مصر؛ السلفادور؛ الامارات العربية؛ الاكوادور؛ اريتيريا؛ اثيوبيا؛ فيجي؛ الغابون؛ غامبيا؛ جورجيا؛ غانا؛ غرينادا؛ غواتيمالا؛ غينيا؛ غينيا بيساو؛ غينيا الاستوائية؛ غيانا؛ هايتي؛ هندوراس؛ جزر كوك؛ جزر مارشال؛ جزر سليمان؛ الهند؛ اندونيسيا؛ ايران؛ العراق؛ إسرائيل؛ جامايكا؛ الأردن؛ كازاخستان؛ كينيا؛ قرغيزستان؛ كيريباتي؛ الكويت؛ ليزوتو؛ لبنان؛ ليبيريا؛ ليبيا؛ مدغشقر؛ ماليزيا؛ مالاوي؛ المالديف؛ مالي؛ المغرب؛ موريس؛ موريتانيا؛ المكسيك؛ ميكرونيسيا؛ منغوليا؛ الموزمبيق؛ ماينمار؛ ناميبيا؛ ناورو؛ النيبال؛ نيكاراغوا؛ النيجر؛ نيجيريا؛ نيبوي؛ عمان؛ أوغندا؛ اوزباكستان؛ الباكستان؛ بالاو؛ بنما؛ غينيا الجديدة؛ بارغواي؛ البيرو؛ الفلبين؛ قطر؛ أفريقيا الوسطى؛ لاوس؛ الدومينيكان؛ رواندا؛ سانت كيتس ونيفيس؛ سانت فينسنت؛ سانت لوسيا؛ ساموا؛ ساوتومي؛ السنغال؛ السيشل؛ سيراليون؛ سنغافورة؛ الصومال؛ السودان؛ سيريلانكا؛ سورينام؛ سوازيلاند؛ سوريا؛ طاجيكستان؛ تنزانيا؛ التشاد؛ تايلاند؛ تيمور الشرقية؛ التوغو؛ تونغا؛ ترينداد وتوباكو؛ تونس؛ تركمانستان؛ تركيا؛ توفالو؛ أورغواي؛ فانواتو؛ فنزويلا؛ فيتنام؛ اليمن؛ زامبيا؛ زيمبابوي.

Source : Unicef, la situation des enfants dans le monde 2006 : Exclus et Invisibles : Pour chaque enfant Santé, Education, Egalité, Protection, New York Etats-Unis, 2008, P 132.

المخطط رقم 03: مؤشر البلدان حسب مناطق العالم وفق تصنيف اليونيسكو

منطقة البلدان العربية (20 بلد أو إقليم):

الجزائر، العربية السعودية، البحرين، جيبوتي، مصر، الامارات العربية، العراق، ليبيا، الأردن، الكويت، لبنان، المغرب، موريتانيا، عمان، قطر، سوريا، السودان، فلسطين، تونس، اليمن.

منطقة أوروبا الوسطى والشرقية (21 بلد أو إقليم):

ألبانيا، بيلاروسيا، البوسنة والهرسك، بلغاريا، كرواتيا، استونيا، مقدونيا، روسيا، المجر، لتونيا، ليتوانيا، مونتينيغرو، بولندا، مولدوفا، التشيك، رومانيا، صربيا، سلوفاكيا، سلوفينيا، تركيا، أوكرانيا.

منطقة آسيا الوسطى (9 بلدان أو أقاليم):

أرمينيا، أذربيجان، جورجيا، كازخستان، قيرغيزستان، منغوليا، أوزباكستان، طاجيكستان، تركمانستان.

منطقة شرق آسيا والهادئ (34 بلد أو إقليم):

أستراليا، بروناي دار السلام، كمبوديا، الصين، فيجي، هونكونغ، جزر كوك، جزر مارشال، جزر سليمان، اندونيسيا، اليابان، جزيرة كيريباتي، ماكاو، ماليزيا، ميكرونيسيا، ميانمار، ناورو، جزر نيوي، نيوزيلندا، بالاو، بابوا غينيا الجديدة، الفلبين، جمهورية لاوس، كوريا الشمالية، كوريا الجنوبية، ساموا، سنغافورة، تايلاند، تيمور الشرقية، توكيلاو، مملكة أرخبيل تونغا، جزر توفالو، أرخبيل دولة فانواتو، فيتنام.

منطقة أمريكا اللاتينية والكاريبي (41 بلد أو إقليم):

أنغويلا، أرخبيل أنتيغوا وباربودا، جزر الانتيل الهولندية، الأرجنتين، أروبا، البهامس، باربادوس، بليز، برمودا، بوليفيا، البرازيل، الشيلي، كولومبيا، كوستاريكا، كوبا، الدومينيكا، السلفادور، الأكوادور، غرينادا، غواتيمالا، غيانا، هايتي، الهندوراس، جزر كايمان، جزر توركس وكايكوس، جزر العذراء البريطانية، جامايكا، المكسيك، مونتسيرات، نيكاراغوا، بنما، البارغواي، البيرو، الدومينيكا، جزيرتي سانت كيتس ونيفيس، جزيرة سانت فينسنت، جزيرة سانت لوسيا، سورينام، جزيرة ترينيداد وتوباكو، الأوروغواي، فنزويلا.

منطقة أمريكا الشمالية وأوروبا الغربية (29 بلد أو إقليم):

ألمانيا، أندورا، النمسا، بلجيكا، كندا، قبرص، الدانمارك، اسبانيا، الولايات المتحدة الأمريكية، فنلندا، فرنسا، جبل طارق، اليونان، أيرلندا، أيسلندا، إسرائيل، إيطاليا، ليختنشتاين، لوكسمبورغ، مالطا، موناكو، النرويج، هولندا، البرتغال، بريطانيا، سان مارينو، الفاتيكان، السويد، سويسرا.

منطقة جنوب وغرب آسيا (9 بلدان أو أقاليم):

أفغانستان، بنغلادش، مملكة بوتان، الهند، إيران، المالديف، النيبال، الباكستان، سيريلانكا.

أفريقيا جنوب الصحراء (45 بلد أو إقليم):

جنوب أفريقيا، أنغولا، البنين، بوتسوانا، بوركينا فاسو، بورندي، الكامرون، الرأس الأخضر، جزر القمر، الكونغو، كوت ديفوار، إريتريا، إثيوبيا، الغابون، غامبيا، غانا، غينيا، غينيا الاستوائية، غينيا بيساو، كينيا، ليزوتو، ليبيريا، مدغشقر، ملاوي، مالي، جزر موريس، الموزمبيق، ناميبيا، النيجر، نيجيريا، أوغندا، الكونغو الديمقراطية، أفريقيا الوسطى، تانزانيا، رواندا، ساوتومي، السنغال، السيشل، سيراليون، الصومال، مملكة سوازيلاند، التشاد، التوغو، زامبيا، زيمبابوي.

الملحق رقم: 2

الجدول رقم 01: توزيع سكان العالم حسب العمر والجنس في سنة 2010 (بالآلف)

2010	المجموع	ذكور	إناث
4-0	641700	331720	309979
9-5	615675	318665	297009
14-10	604131	312387	291744
19-15	609110	314364	294746
24-20	608960	312297	296663
29-25	554858	282675	272182
34-30	503591	255843	247748
39-35	488613	247554	241058
44-40	457912	231072	226840
49-45	407465	204426	203039
54-50	349799	174333	175467
59-55	307765	151805	155961
64-60	235632	114502	121129
69-65	175324	83348	91975
74-70	142381	64969	77413
79*75	100136	43595	56541
84-80	62267	24914	37353
89-85	30057	10577	19481
94-90	10002	3069	6933
99-95	2819	684	2135
100+	492	94	398
المجموع	6908689	3482893	3425794

Source : Nation Unies, Département des affaires économiques et sociales (DAES), Division de la population :
The 2008 Révision Medium Variant.

الجدول رقم 02: توزيع سكان الجزائر حسب العمر والجنس في تعداد سنة 1966

العمر	الذكور	الإناث	المجموع
0-4	1185172	1152874	2338046
5-9	906441	879351	1785792
10-14	817884	746623	1564507
15-19	540987	541079	1082066
20-24	343544	419754	763298
25-29	326396	411296	737692
30-34	309857	377522	687379
35-39	269391	303462	330393
40-44	214697	237214	451911
45-49	190417	194450	384867
50-54	171526	178181	349707
55-59	152234	141526	293760
60-64	129876	134426	264302

195914	96060	99854	65-69
133328	76632	63396	70-74
189980	103650	86330	75ETS
19577	10434	9143	ND
11821679	6004534	5817145	المجموع

Source : Lhaocine AOURAGH, L'Economie Algérienne à L'Épreuve de La Démographie, Centre Français sur la Population et le Développement (CePeD) N° 11, Paris, 1996. P. 305.

الجدول رقم 03: توزيع سكان الجزائر حسب العمر والجنس في تعداد سنة 1977

العمر	الذكور	الإناث	المجموع
0-4	1495654	1435120	2930774
5-9	1261768	1211198	2472966
10-14	1069423	1018917	2088340
15-19	813750	802282	1616032
20-24	646983	692500	1339483
25-29	497506	513329	1010835
30-34	314842	364045	678887
35-39	310279	370607	680886
40-44	296010	336561	632571
45-49	246724	278430	525154
50-54	195856	208407	404263
55-59	169883	184405	354288
60-64	139698	146396	286094
65-69	128880	125747	254627
70-74	86744	79574	166318
75+	96489	103691	200180
غير مصرح	2571	1222	3793
المجموع	7773060	7872431	15645491

Source : Lhaocine AOURAGH, L'Economie Algérienne à L'Épreuve de La Démographie, Centre Français sur la Population et le Développement (CePeD) N° 11, Paris, 1996, p. 305.

الجدول رقم 04: توزيع سكان الجزائر حسب العمر والجنس في تعداد سنة 1987

العمر	الذكور	الإناث	المجموع
0-4	1910048	1831544	3741592
5-9	1710348	1642950	3353298
10-14	1467460	1383750	2851210
15-19	1248468	1224861	2473329
20-24	1110255	1092410	2202665

1647752	809776	837976	25-29
1381272	666241	715031	30-34
1033291	509708	523583	35-39
727542	372795	354747	40-44
700307	363130	337177	45-49
656554	342973	313581	50-54
530427	272477	257950	55-59
405703	210022	195681	60-64
318815	164874	153941	65-69
225555	112750	112805	70-74
348788	174015	174773	75 et +
2857	1189	1668	غير مصرحين
22600957	11175465	11425492	المجموع

Source : Lhaocine AOURAGH, L'Economie Algérienne à L'Épreuve de La Démographie, Centre Français sur la Population et le Développement (CePeD) N° 11, Paris, 1996, P. 305.

الجدول رقم 05: توزيع سكان الجزائر حسب العمر والجنس في تعداد سنة 1998

تعداد سنة 1998			
العمر	الذكور	الإناث	المجموع
0-4	1627670	1552105	3179775
5-9	1820858	1753339	3574197
10-14	1918833	1849852	3768685
15-19	1782614	1716677	3499291
20-24	1472255	1442581	2914836
25-29	1259989	1242625	2502614
30-34	1056110	1044683	2100793
35-39	841768	825603	1667371
40-44	691275	686994	1378269
45-49	565289	543581	1108870
50-54	371843	390816	762659
55-59	345318	353181	698499
60-64	301247	320912	622159
65-69	252003	258614	510617
70-74	163292	168869	332161
75-79	107732	110243	217975
80+	111711	126109	237820
غير مصرحين	8782	15495	24277
المجموع	14698589	14402279	29100868

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات (ONS)، الحوصلة الإحصائية 1962 - 2011 الفصل 1-الديموغرافيا، ص. 36.

الجدول رقم 06: توزيع سكان الجزائر حسب العمر والجنس في تعداد سنة 2008

تعداد سنة 2008			
العمر	الذكور	الاناث	المجموع
0-4	1750097	1654821	3404918
5-9	1475674	1412702	2888376
10-14	1662260	1596513	3258773
15-19	1847311	1787859	3635170
20-24	1895704	1867802	3763506
25-29	1730409	1691968	3422377
30-34	1379085	1361910	2740995
35-39	1167249	1175529	2342778
40-44	1007683	1010644	2018327
45-49	817004	812432	1629436
50-54	682357	664337	1346694
55-59	547181	515398	1062579
60-64	354694	356788	711482
65-69	314958	316345	631303
70-74	248672	256254	504926
75-79	181478	182364	363842
80-84	93472	93657	187129
85 +	62141	70304	132445
غير مصرحين	15318	19656	34974
المجموع	17232747	16847283	34080030

Source : Office National des Statistiques, Annuaire Statistique de l'Algérie : Résultats 2010 – 2012, EDITION 2014, Volume n° 30, P.42.

الجدول رقم 07: تطور الحركة السكانية في الجزائر بين سنتي 1960 و 2012

السنة	اجمالي عدد السكان **	معدل الزيادة الطبيعية %	المعدل الخام للولادات %	المعدل الخام للوفيات %	معدل الخصوبة الاجمالي (ISF)	نسبة % الفئة (0-14 سنة) **
1960	11124892	-	-	-	7,52	44,54
1961	11404859	-	-	-	7,57	45,04
1962	11690152	-	-	-	7,61	45,67
1963	11985130	-	-	-	7,65	46,32
1964	12295973	-	-	-	7,67	46,82
1965	12626953	-	-	-	7,68	47,08
1966	12980269	-	-	-	7,68	47,35
1967	13354197	34,20	50,12	15,87	7,67	47,36
1968	13744383	30,30	47,70	17,37	7,67	47,20
1969	14144437	32,80	49,81	17,01	7,66	47,01
1970	14550033	33,70	50,16	16,45	7,64	46,86
1971	14960111	31,40	48,44	17,00	7,62	46,84
1972	15377095	32,00	47,73	15,68	7,60	46,85
1973	15804428	31,40	47,62	16,25	7,56	46,86
1974	16247113	31,40	46,50	15,07	7,51	46,82

46,73	7,43	15,54	46,05	30,50	16709098	1975
46,74	7,34	15,64	45,44	29,80	17190236	1976
46,67	7,23	14,36	45,02	31,70	17690184	1977
46,55	7,11	13,48	46,36	32,90	18212331	1978
46,41	6,96	11,70	42,80	31,30	18760761	1979
46,27	6,79	10,90	42,70	32,10	19337723	1980
46,18	6,62	9,44	41,04	31,60	19943667	1981
46,04	6,43	9,10	40,60	31,50	20575701	1982
45,86	6,24	8,80	40,40	31,60	21228288	1983
45,64	6,04	8,60	40,18	31,60	21893857	1984
45,36	5,84	8,40	39,50	31,10	22565908	1985
45,09	5,63	7,34	34,73	27,40	23241276	1986
44,75	5,41	6,97	34,60	27,60	23917889	1987
44,35	5,19	6,61	33,91	27,30	24591493	1988
43,88	4,96	6,00	31,00	25,00	25257671	1989
43,34	4,73	6,03	30,94	24,90	25912364	1990
42,77	4,48	6,04	30,14	24,10	26554277	1991
42,13	4,22	6,09	30,41	24,30	27180921	1992
41,41	3,96	6,25	28,22	22,60	27785977	1993
40,60	3,70	6,56	28,24	21,70	28362015	1994
39,70	3,45	6,43	25,33	18,90	28904300	1995
38,75	3,21	6,03	22,91	16,90	29411839	1996
37,70	2,99	6,12	22,51	16,40	29887717	1997
36,57	2,80	4,87	20,58	15,70	30336880	1998
35,41	2,64	4,72	19,82	15,10	30766551	1999
34,27	2,51	4,59	19,36	14,80	31183658	2000
33,07	2,44	4,56	20,03	15,50	31590320	2001
31,95	2,40	4,41	19,68	15,30	31990387	2002
30,90	2,41	4,55	20,36	15,80	32394886	2003
29,94	2,44	4,36	20,67	16,30	32817225	2004
29,07	2,50	4,47	21,36	16,90	33267887	2005
28,40	2,58	4,30	22,07	17,80	33749328	2006
27,88	2,66	4,38	22,98	18,60	34261971	2007
27,51	2,74	4,42	23,62	19,20	34811059	2008
27,29	2,82	4,51	24,07	19,60	35401790	2009
27,19	2,87	4,37	24,68	20,30	36036159	2010
27,40	2,90	4,41	24,78	20,40	36717132	2011
27,62	2,91	-	-	-	37439427	2012

(*) : تصحيح بنسبة تغطية جديدة محسوبة لسنة 1981. (**): معطيات البنك الدولي، 2017.
المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، المجموعة الإحصائية السنوية للجزائر - أرقام ومعطيات إحصائية، الحوصلة الإحصائية 1962-2011.

الجدول رقم 08: تطور المنشآت القاعدية الصحية في الجزائر بين سنتي 1974 و 2010

السنة	مستشفيات	جامعية استشفائية	مؤسسة جامعية	مراكز استشفائية	متخصصة استشفائية	مؤسسة استشفائية	مراكز صحية	الخدمات متعددة	عيادات	العلاج قاعات	الولاية نور	اجتماعية طبية	مراكز الولاية	مختبرات النظافة	المستشفى الأسرة في عدد
1974	143	-	-	-	-	-	558	106	1402	50*	-	-	-	-	43404
1975	142	-	-	-	-	-	612	123	1452	53*	-	-	-	-	44135
1976	183	-	-	-	-	-	590	139	1295	40*	-	-	-	-	44594

45029	-	-	*47	1325	153	620	-	-	-	183	1977
45168	-	-	*54	1364	162	664	-	-	-	183	1978
44347	-	-	*36	1422	175	747	-	-	-	182	1979
43028	-	-	*54	1364	161	662	-	-	-	183	1980
44315	-	-	-	1431	192	745	-	-	-	188	1981
45830	-	-	-	1660	228	820	-	-	-	196	1982
47360	-	-	-	1664	249	910	-	-	-	198	1983
49280	-	-	-	2197	279	869	-	-	-	197	1984
49315	-	-	-	2454	319	969	-	-	-	211	1985
52898	-	-	-	2574	359	1025	-	-	-	238	1986
55001	-	-	-	2693	412	1205	-	-	-	261	1987
56214	-	-	-	3041	434	1238	-	-	-	263	1988
58605	-	-	**333	-	485	1238	-	-	-	275	1989
60124	-	-	**475	3344	510	1309	-	-	-	284	1990
52728	74	582	**474	3618	445	1112	19	***53	-	191	1991
53068	76	670	**506	3848	451	1117	19	***53	-	191	1992
52802	43	706	**486	3958	459	1131	19	***53	-	195	1993
53612	-	-	**511	-	462	1160	19	***53	-	202	1994
54213	38	716	**489	4174	471	1152	21	***28	-	202	1995
53125	39	556	**400	3748	446	1098	21	***26	-	185	1996
52968	39	428	**389	3601	462	1110	25	13	-	185	1997
53529	43	504	**447	3780	478	1126	31	13	-	201	1998
54170	48	448	**437	3851	482	1185	31	13	-	217	1999
54618	48	515	**430	3964	497	1252	31	13	-	224	2000
54869	48	564	**442	4100	504	1268	32	13	-	230	2001
55233	48	563	**403	4228	513	1281	32	13	-	227	2002
57086	48	603	**445	4412	516	1285	32	13	-	230	2003
58906	48	599	**429	4545	512	1275 +	32	13	1+	231	2004
-	48	-	-	4628	516	1277 +	32+	13	1+	231	2005
57597	46	592	**476	4684	520	1291 +	36	13	1+	231	2006
-	48	-	-	5117+	1477+	338+	54+	13+	1+	240	2007
60532	50	611	**504	5077	1419	0	57	13	1	194	2008
61690	50	614	**521	5258	1436	0	61	13	1	196	2009
61779	50	616	**528	5350	1491	0	64	13	1	198	2010

*: يتعلق الامر بدور الولادة الريفية فقط، **: يتعلق الامر بدور الولادة الريفية والحضرية للقطاعات العمومية والخاصة، ***: قبل 1997 يتعلق الامر بوحدة استشفائية جامعية.

ملاحظة: 1- ابتداء من سنة 2008 تم استعمال تجزئة جديدة لقطاع الصحة، 2- تم تحويل المراكز الصحية إلى عيادات أو قاعات علاج.

المصدر: الديوان الوطني للإحصائيات، الحوصلة الإحصائية 1962-2011، الفصل 5 الصحة، ص 111-112.

+: Ministère de la santé de la population et de la réforme hospitalière, Direction de la population, Situation démographique et sanitaire 2000-2014, Juillet 2014.

الجدول رقم 09: التوزيع النسبي للولادات الحية خلال السنتين السابقتين على المسح الذين تلقوا تغذية تكميلية خلال الـ 24 ساعة السابقة للمسح حسب الوضع الحالي للرضاعة ونوع التغذية التكميلية وعمر الطفل

عمر الطفل (بالأشهر)						أنواع الأغذية
الاجمالي	23-12	11-10	9-6	5-4	3-0	
						ما زالوا يرضعون من الثدي
77,5	85,6	92,6	79,8	72,3	59,3	الماء
12,0	20,1	14,7	9,7	2,3	5,2	حليب طبيعي كامل الدسم
2,9	4,9	1,3	1,4	0,6	3,0	حليب مبستر في زجاجة
14,8	6,0	10,8	15,6	23,7	25,1	حليب بودرة للأطفال
14,8	24,7	16,2	14,3	8,7	1,7	حليب محفوظ
12,6	16,8	17,2	14,0	10,6	3,9	عصير فواكه
10,4	4,5	6,7	13,3	15,6	15,5	ماء بالسكر
6,9	5,4	5,8	11,0	7,4	5,6	ماء الأرز
15,2	12,1	6,6	12,6	23,4	21,3	محلول الأعشاب الطبيعية
28,9	37,5	43,3	33,7	26,4	6,2	ياوورت
25,8	28,8	46,5	33,3	29,7	3,5	طعام أعد في المنزل للطفل
8,8	11,0	13,6	10,8	10,2	0,9	طعام محفوظ للأطفال
28,8	58,5	31,3	19,2	3,7	2,5	طعام الأسرة
						لا يرضعون حاليا من الثدي
84,0	84,1	87,2	87,6	83,7	64,8	الماء
24,6	29,0	17,6	15,9	11,9	2,0	حليب طبيعي كامل الدسم
6,4	7,3	9,1	1,3	8,8	0,0	حليب مبستر في زجاجة
25,5	12,8	34,0	60,8	62,0	82,7	حليب بودرة للأطفال
35,6	41,8	34,1	14,3	25,5	8,5	حليب محفوظ
18,4	19,6	22,8	15,7	13,4	3,1	عصير فواكه
13,2	9,2	20,0	21,2	17,2	39,6	ماء بالسكر
8,8	8,2	3,4	16,2	14,9	0,0	ماء الأرز
11,8	9,7	17,8	19,4	12,9	12,9	محلول الأعشاب الطبيعية
43,2	45,1	51,4	42,3	39,4	3,1	ياوورت
26,9	23,8	33,6	44,0	31,5	12,6	طعام أعد للطفل في المنزل
9,7	8,1	11,3	15,9	22,3	2,5	طعام محفوظ للأطفال
59,3	72,7	50,7	26,3	7,5	0,0	طعام أعد للأسرة

المصدر: وزارة الصحة والسكان، الديوان الوطني للإحصائيات، التقرير الرئيسي للمسح الجزائري حول صحة الأسرة (Papfam2002)، 2002،

ص. 55

الجدول رقم 10: سوء التغذية الحاد حسب نسبة (%) الانتشار وفق تصنيف منظمة الصحة العالمية

حدة سوء التغذية بالنسبة للانتشار (%)				المؤشر
المرتفعة جدا	المرتفعة	المتوسطة	المنخفضة	

40 ≤	39-30	29-20	20 >	قصر القامة «Stunting»
30 ≤	29-20	19-10	10 >	نقص الوزن «Underweight»
15 ≤	14-10	9-5	5 >	نحافة «Wasting»

المصدر: وزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، التقرير الرئيسي للمسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات MICS3، 2006، ص. 68.

الجدول رقم 11: تطور عدد المسجلين ونسبة الإناث ومعدل نمو التسجيل في التعليم الابتدائي خلال الفترة الممتدة بين سنتي 1962 و 2015

السنة	الذكور	الإناث	المجموع	نسبة الإناث	معدل نمو المسجلين
1962-1963	494 794	282 842	777636	36,37	/
1963-1964	650 564	398 871	1049435	38,01	34,95
1964-1965	751 907	463 130	1215037	38,12	15,78
1965-1966	827 651	504 552	1332203	37,87	9,64
1966-1967	857 242	513 115	1370357	37,44	2,86
1967-1968	917 000	543 776	1460776	37	6,6
1968-1969	976 110	575 379	1551489	37,09	6,21
1969-1970	1 058 153	630 870	1689023	37,35	8,86
1970-1971	1 150 492	700 924	1851416	37,86	9,61
1971-1972	1 246 575	771 516	2018091	38,23	9
1972-1973	1 351 862	855 031	2206893	38,74	9,36
1973-1974	1 448 201	928 143	2376344	39,06	7,68
1974-1975	1 514 614	984 991	2499605	39,41	5,19
1975-1976	1 589 686	1 051 760	2641446	39,82	5,67
1976-1977	1 653 885	1 128 159	2782044	40,55	5,32
1977-1978	1 712 508	1 181 576	2894084	40,83	4,03
1978-1979	1 744 310	1 227 932	2972242	41,31	2,7
1979-1980	1 786 671	1 274 581	3061252	41,64	2,99
1980-1981	1 811 277	1 307 550	3118827	41,92	1,88
1981-1982	1 840 151	1 338 761	3178912	42,11	1,93
1982-1983	1 866 791	1 375 135	3241926	42,42	1,98
1983-1984	1 913 681	1 422 855	3336536	42,64	2,92
1984-1985	1 945 662	1 469 043	3414705	43,02	2,34
1985-1986	1 965 131	1 516 157	3481288	43,55	1,95
1986-1987	2 035 874	1 599 458	3635332	44	4,42
1987-1988	2 119 137	1 682 514	3801651	44,26	4,58
1988-1989	2 170 012	1 741 376	3911388	44,52	2,89
1989-1990	2 228 829	1 798 783	4027612	44,66	2,97
1990-1991	2 311 162	1 877 990	4189152	44,83	4,01
1991-1992	2 391 493	1 965 859	4357352	45,12	4,02
1992-1993	2 424 678	2 011 685	4436363	45,35	1,81
1993-1994	2 453 915	2 061 359	4515274	45,65	1,78
1994-1995	2 462 371	2 086 456	4548827	45,87	0,74
1995-1996	2 488 234	2 129 494	4617728	46,12	1,51
1996-1997	2 510 644	2 164 303	4674947	46,3	1,24

0,95	46,49	4719137	2 193 983	2 525 154	1997-1998
1,27	46,65	4778870	2 229 152	2 549 718	1998-1999
1,35	46,76	4843313	2 264 608	2 578 705	1999-2000
-2,53	46,82	4720950	2 210 114	2 510 836	2000-2001
-0,62	46,98	4691870	2 204 374	2 487 496	2001-2002
-1,69	46,96	4612574	2 166 045	2 446 529	2002-2003
-2,27	47,02	4507703	2 119 454	2 388 249	2003-2004*
-3,24	47	4361744	2049927	2 311 817	2004-2005
-3,79	47,04	4196580	1973901	2 222 679	2005-2006
-2,8	47,23	4078954	1926560	2 152 394	2006-2007
-3,61	47,31	3931874	1860190	2 071 684	2007-2008
-17,41	47,29	3247258	1535532	1 711 726	2008-2009
1,87	47,28	3307910	1564131	1 743 779	2009-2010
1,15	47,37	3345885	1584939	1 760 946	2010-2011
2,49	47,47	3429361	1627930	1 801 431	2011-2012
4,41	47,58	3580481	1703594	1 876 887	2012-2013
4,19	47,68	3730460	1778683	1 951 777	2013-2014
4,19	47,71	3886773	1854379	2 032 394	2014-2015
5,01	47,69	4081546	1946489	2 135 057	2015-2016

Source : ONS Rétrospective Statistique 1962 - 2011 chapitre 06 Education

ONS L'Algérie en quelques chiffres RESULTATS : 2013 – 2015 N° 46 EDITION : 2016

الجدول رقم 12: تطور المعدل الخام للتسجيل بالابتدائي، والمعدل الخام لإتمام مرحلة التعليم الابتدائي من سنة

1972 الى سنة 2015

المعدل الخام لإتمام مرحلة التعليم الابتدائي			المعدل الخام للالتحاق بمرحلة التعليم الابتدائي			السنة
المجموع	الاناث	الذكور	المجموع	الاناث	الذكور	
41,3	29,6	52,5	79,8	66,8	92,3	1972-1973
43,3	31,7	54,3	84,8	71,6	97,5	1973-1974
45,6	33,1	57,6	83,8	71,3	95,7	1974-1975
51,2	38,6	63,3	82,0	70,5	93,0	1975-1976
57,4	44,1	70,0	88,2	76,7	99,3	1976-1977
60,5	47,4	73,0	90,4	79,5	100,9	1977-1978
63,2	49,9	75,8	87,5	77,4	97,2	1978-1979
63,0	50,6	74,8	86,8	76,2	97,0	1979-1980
62,5	51,6	73,0	86,4	76,7	95,7	1980-1981
66,4	54,2	78,0	84,4	75,2	93,1	1981-1982
67,8	57,9	77,3	84,0	75,5	92,1	1982-1983
70,2	60,3	79,7	84,6	76,7	92,1	1983-1984
74,5	63,6	85,0	88,5	80,4	96,2	1984-1985
88,0	74,4	101,0	84,9	78,0	91,6	1985-1986
72,3	62,6	81,6	89,8	83,4	95,9	1986-1987
74,2	65,4	82,7	92,5	86,2	98,4	1987-1988
75,2	66,7	83,4	92,0	86,1	97,8	1988-1989
78,1	69,7	86,2	88,2	83,2	92,9	1989-1990
77,0	69,1	84,6	90,2	85,2	95,0	1990-1991
76,2	70,1	82,0	94,3	89,6	98,8	1991-1992

79,4	73,4	85,2	96,7	92,7	100,7	1992-1993
79,2	73,3	84,8	90,9	87,4	94,2	1993-1994
78,4	73,2	83,4	91,9	89,1	94,7	1994-1995
79,9	75,6	84,0	89,6	87,3	91,8	1995-1996
83,0	79,4	86,5	95,5	93,1	97,7	1996-1997
83,3	81,1	85,4	94,4	92,6	96,2	1997-1998
82,8	81,1	84,5	96,3	94,8	97,7	1998-1999
82,3	81,0	83,6	98,2	97,0	99,3	1999-2000
79,7	79,5	80,0	96,8	95,3	98,2	2000-2001
85,9	85,6	86,2	84,4	83,1	85,6	2001-2002
87,9	87,6	88,1	99,9	99,0	100,7	2002-2003
89,6	89,1	90,1	96,5	95,2	97,8	2003-2004
91,4	91,6	91,2	98,5	97,2	99,7	2004-2005
93,3	92,9	93,6	98,2	96,5	99,7	2005-2006
83,8	82,8	84,8	97,1	95,9	98,2	2006-2007
94,6	95,3	93,9	101,3	99,9	102,6	2007-2008
113,2	107,1	119,0	106,1	104,6	107,5	2008-2009
92,0	92,7	91,2	106,2	104,6	107,8	2009-2010
95,7	95,3	96,1	114,7	112,7	116,7	2010-2011
97,8	97,2	98,3	112,0	110,0	113,9	2011-2012
101,7	101,1	102,3	114,4	112,6	116,2	2012-2013
106,2	105,6	106,8	113,8	112,1	115,4	2013-2014
108,6	108,7	108,6	111,9	110,3	113,4	2014-2015
105,8	105,2	106,4	108,4	107,0	109,9	2015-2016

Source : Bank mondial Indicateurs du développement dans le monde 21/11/2017.

الجدول رقم 13: تطور عدد المدرسين والهياكل ومعدلات التغطية في مرحلة التعليم الابتدائي

السنة	عدد المدرسين	عدد المؤسسات	عدد القاعات	تلميذ لكل مدرس	تلميذ في القاعة
1962-1963	19908	2263	-	39,1	-
1963-1964	26582		-	39,5	-
1964-1965	26969	4065	-	45,1	-
1965-1966	30672	4255	-	43,4	-
1966-1967	30666	4266	-	44,7	-
1967-1968	33113	4581	-	44,1	-
1968-1969	36255	5073	-	42,8	-
1969-1970	39819	5263	-	42,4	-
1970-1971	43656	6467	-	42,4	-
1971-1972	49879	6507	-	40,5	-
1972-1973	51461	6990	33 225	42,9	66,4
1973-1974	54982	7376	36 462	43,2	65,2
1974-1975	60178	7794	40 476	41,5	61,8
1975-1976	65043	7798	43 655	40,6	60,5
1976-1977	70498	8182	45 901	39,5	60,6
1977-1978	77009	8380	48 029	37,6	60,3
1978-1979	80853	8652	50 790	36,8	58,5

58,0	35,8	52 804	9034	85499	1979-1980
55,5	35,2	56 160	9263	88481	1980-1981
53,9	33,7	59 029	9399	94216	1981-1982
51,8	32,3	62 627	9864	100288	1982-1983
49,9	30,6	66 805	10266	109173	1983-1984
48,5	29,6	70 428	10588	115242	1984-1985
46,8	27,8	74 361	11144	125034	1985-1986
46,4	27,4	78 264	11427	132880	1986-1987
46,6	27,2	81 511	11843	139875	1987-1988
45,6	28,0	85 723	12240	139917	1988-1989
44,5	27,8	90 440	12694	144945	1989-1990
44,5	27,7	94 127	13135	151262	1990-1991
44,7	28,2	97 449	13461	154685	1991-1992
43,9	27,4	101 103	13970	162066	1992-1993
42,4	27,4	106 389	14734	164982	1993-1994
41,5	27,3	109 656	14836	166771	1994-1995
40,7	27,3	113 452	15186	169010	1995-1996
40,0	27,3	116 778	15426	170956	1996-1997
40,3	27,7	117 081	15199	170460	1997-1998
40,0	28,2	119 490	15507	169519	1998-1999
40,0	28,4	121 015	15729	170562	1999-2000
38,4	27,8	122 867	16186	169559	2000-2001
37,5	27,6	125 137	16482	170039	2001-2002
36,6	27,5	126 125	16714	167529	2002-2003
35,4	26,5	127 473	16899	170031	2003-2004*
33,9	25,4	128 549	17041	171471	2004-2005
33,4	24,5	125 567	17163	171402	2005-2006
32,3	24,0	126 190	17357	170207	2006-2007
31,6	23,3	124 589	17429	168962	2007-2008
29,8	22,8	108 827	17552	142332	2008-2009
30,0	23,1	110 434	17680	143041	2009-2010
29,9	23,1	112 002	17790	144885	2010-2011
30,1	23,3	113 744	17 853	147 382	2011-2012
30,5	23,3	117 466	17 995	153 578	2012-2013
31,0	23,8	120378	18 143	156 737	2013-2014
31,3	23,6	124044	18 333	164 930	2014-2015
32,2	24,3	126940	18 588	168 230	2015-2016

source: ONS Rétrospective Statistique 1962 - 2011 chapitre 06 *Education*, ONS L'Algérie en quelques chiffres résultats : 2013 - 2015 N° 46, EDITION : 2016.

الجدول رقم 14: تطور عدد المسجلين في مرحلة التعليم المتوسط حسب الجنس من 1962 الى 2015

نسبة الاناث	المجموع	الاناث	الذكور	السنة
28,63	30790	8 815	21 975	1962-1963
30,06	74384	22 358	52 026	1963-1964

29,27	89549	26 207	63 342	1964-1965
30,07	107944	32 455	75 489	1965-1966
29,04	115334	33 493	81 841	1966-1967
28,94	123586	35 771	87 815	1967-1968
28,21	138502	39 073	99 429	1968-1969
27,91	162198	45 276	116 922	1969-1970
27,93	191957	53 618	138 339	1970-1971
28,41	241924	68 724	173 200	1971-1972
31,23	272345	85 054	187 291	1972-1973
32,91	299908	98 698	201 210	1973-1974
33,96	336007	114 115	221 892	1974-1975
35,03	395875	138 669	257 206	1975-1976
35,19	489004	172 081	316 923	1976-1977
36,33	595493	216 369	379 124	1977-1978
37,44	679623	254 467	425 156	1978-1979
38,67	737902	285 383	452 519	1979-1980
39,01	804621	313 849	490 772	1980-1981
39,88	891452	355 543	535 909	1981-1982
40,18	1001420	402 381	599 039	1982-1983
40,67	1126520	458 126	668 394	1983-1984
40,91	1252895	512 589	740 306	1984-1985
41,28	1399890	577 825	822 065	1985-1986
40,71	1472545	599 464	873 081	1986-1987
40,55	1490863	604 605	886 258	1987-1988
40,58	1396326	566 660	829 666	1988-1989
41,1	1408522	578 838	829 684	1989-1990
41,63	1423316	592 583	830 733	1990-1991
42,27	1490035	629 824	860 211	1991-1992
42,97	1558046	669 427	888 619	1992-1993
43,68	1618622	706 997	911 625	1993-1994
44,06	1651510	727 695	923 815	1994-1995
44,4	1691561	751 023	940 538	1995-1996
45,61	1762761	804 070	958 691	1996-1997
46,52	1837631	854 952	982 679	1997-1998
47,2	1898748	896 262	1 002 486	1998-1999
47,93	1895751	908 608	987 143	1999-2000
48,06	2015370	968 544	1 046 826	2000-2001
48,04	2116087	1 016 556	1 099 531	2001-2002
48,39	2186338	1 057 978	1 128 360	2002-2003
48,75	2221795	1 083 046	1 138 749	2003-2004
49,03	2256232	1 106 260	1 149 972	2004-2005
48,99	2221328	1 088 324	1 133 004	2005-2006
49,77	2443177	1 216 025	1 227 152	2006-2007
49,33	2595748	1 280 541	1 315 207	2007-2008
48,73	3158117	1 538 882	1 619 235	2008-2009
48,74	3052523	1 487 730	1 564 793	2009-2010

48,95	2980325	1 458 780	1 521 545	2010-2011
48,43	2 921 331	1 414 806	1 506 525	*2011-2012
47,51	2 647 500	1 257 857	1 389 643	*2012-2013
47,62	2 605 540	1 240 758	1 364 782	*2013-2014
47,55	2 575 994	1 224 885	1 351 109	*2014-2015
47,72	2 614 393	1 247 588	1 366 805	*2015-2016

Source : ONS Rétrospective Statistique 1962 - 2011 chapitre 06Education

* ONS L'Algérie en quelques chiffres RESULTATS: 2013 – 2015 N° 46 EDITION: 2016

الجدول رقم 15: تطور عدد المدرسين وعدد المؤسسات في التعليم المتوسط

السنة	عدد المدرسين	عدد المؤسسات	تلميذ لكل مدرس
1962-1963	2488	364	12,38
1963-1964	2855	379	26,05
1964-1965	2597	418	34,48
1965-1966	3446	-	31,32
1966-1967	4438	427	25,99
1967-1968	4664	454	26,50
1968-1969	5161	478	26,84
1969-1970	6387	502	25,40
1970-1971	6955	519	27,60
1971-1972	7887	530	30,67
1972-1973	9143	540	29,79
1973-1974	9936	545	30,18
1974-1975	11211	569	29,97
1975-1976	13662	656	28,98
1976-1977	15744	806	31,06
1977-1978	19663	947	30,28
1978-1979	23703	1011	28,67
1979-1980	26830	1073	27,50
1980-1981	29555	1151	27,22
1981-1982	33660	1226	26,48
1982-1983	38969	1362	25,70
1983-1984	44206	1484	25,48
1984-1985	51048	1659	24,54
1985-1986	60663	1823	23,08
1986-1987	68875	1959	21,38
1987-1988	73292	2118	20,34
1988-1989	76703	2259	18,20
1989-1990	79783	2355	17,65
1990-1991	82741	2422	17,20
1991-1992	86610	2498	17,20
1992-1993	90019	2594	17,31
1993-1994	94240	2683	17,18
1994-1995	96464	2801	17,12
1995-1996	98187	2929	17,23
1996-1997	99004	3044	17,80

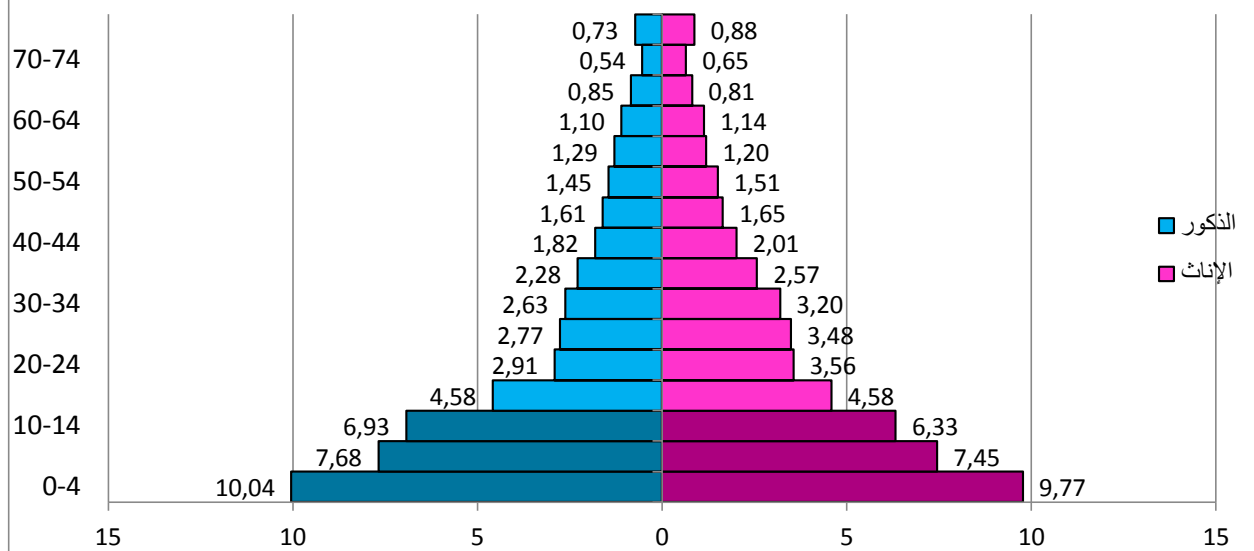
18,39	3146	99907	1997-1998
18,88	3228	100595	1998-1999
18,72	3319	101261	1999-2000
19,73	3419	102137	2000-2001
20,29	3532	104289	2001-2002
20,96	3654	104329	2002-2003
20,59	3743	107898	2003-2004*
20,84	3847	108249	2004-2005
20,27	3958	109578	2005-2006
21,64	4116	112897	2006-2007
22,32	4284	116285	2007-2008
23,27	4582	135744	2008-2009
22,03	4784	138559	2009-2010
21,27	4901	140098	2010-2011
20,55	5 007	142 132	2011-2012*
18,27	5 086	144 901	2012-2013*
17,89	5 159	145 655	2013-2014*
17,31	5 239	148 836	2014-2015*
17,31	5 339	151 044	2015-2016*

(*) ONS L'Algérie en quelques chiffres RESULTATS : 2013 – 2015 N° 46 EDITION : 2016

Source : ONS Rétrospective Statistique 1962 - 2011 chapitre 06 Education.

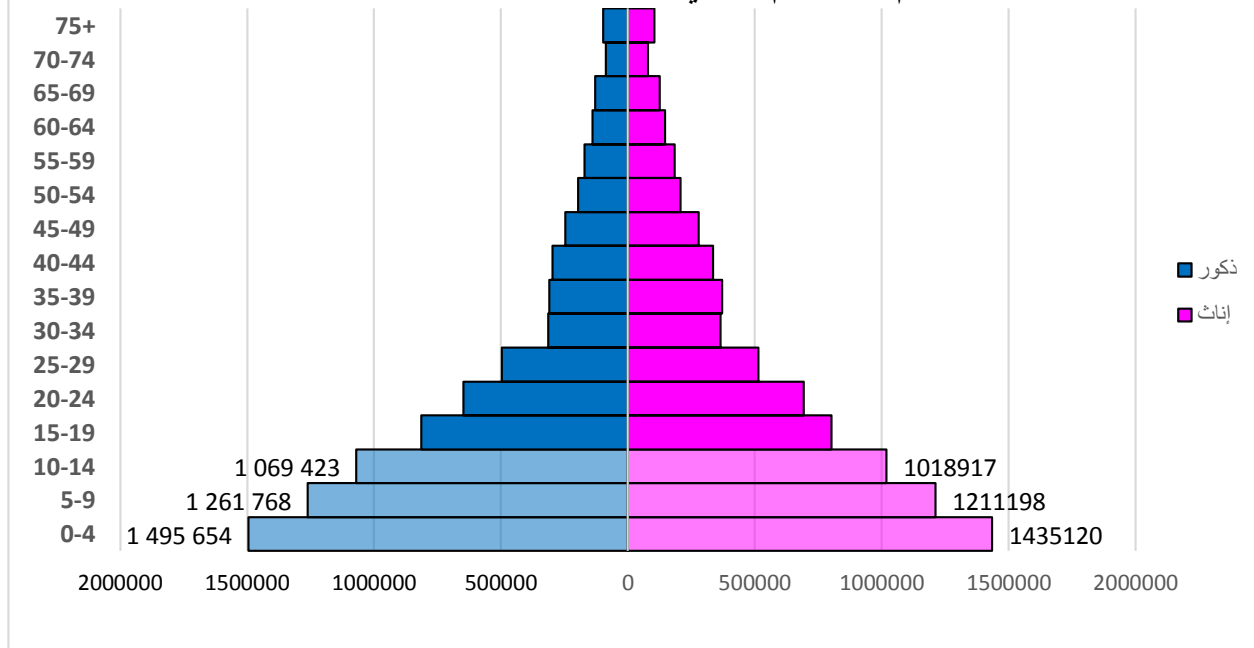
الملحق رقم: 3

الشكل رقم 01: الهرم العمري النسبي لسكان الجزائر حسب تعداد سنة 1966



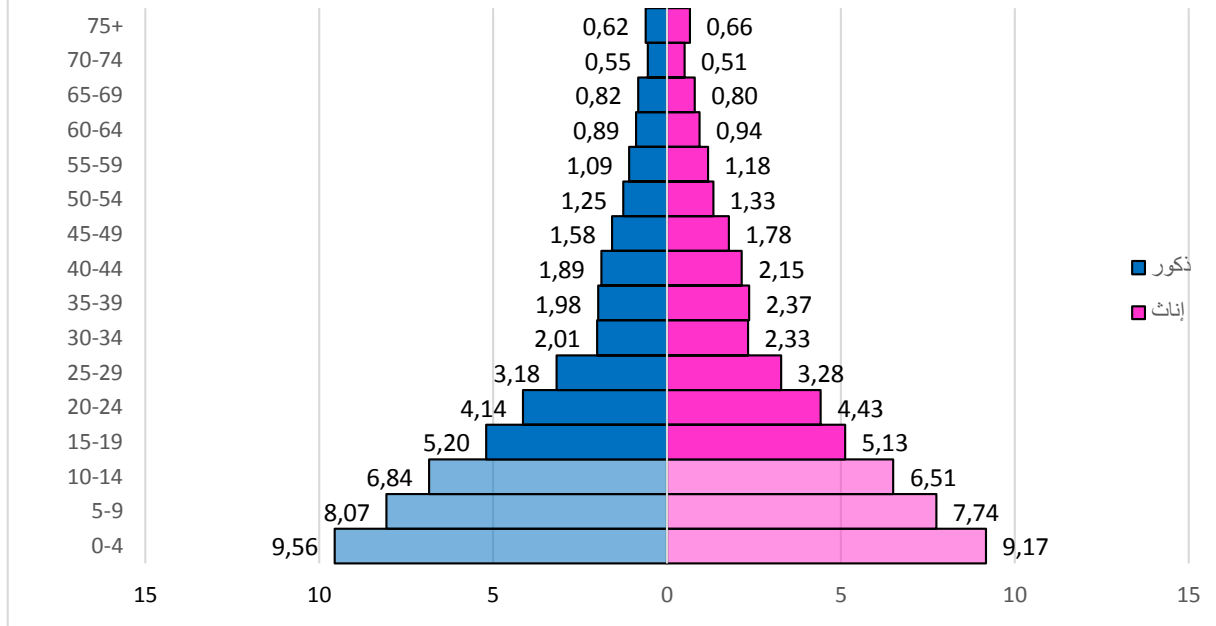
المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على معطيات الجدول رقم 02، الملحق 2

الشكل رقم 02: الهرم العمري لسكان الجزائر حسب تعداد 1977



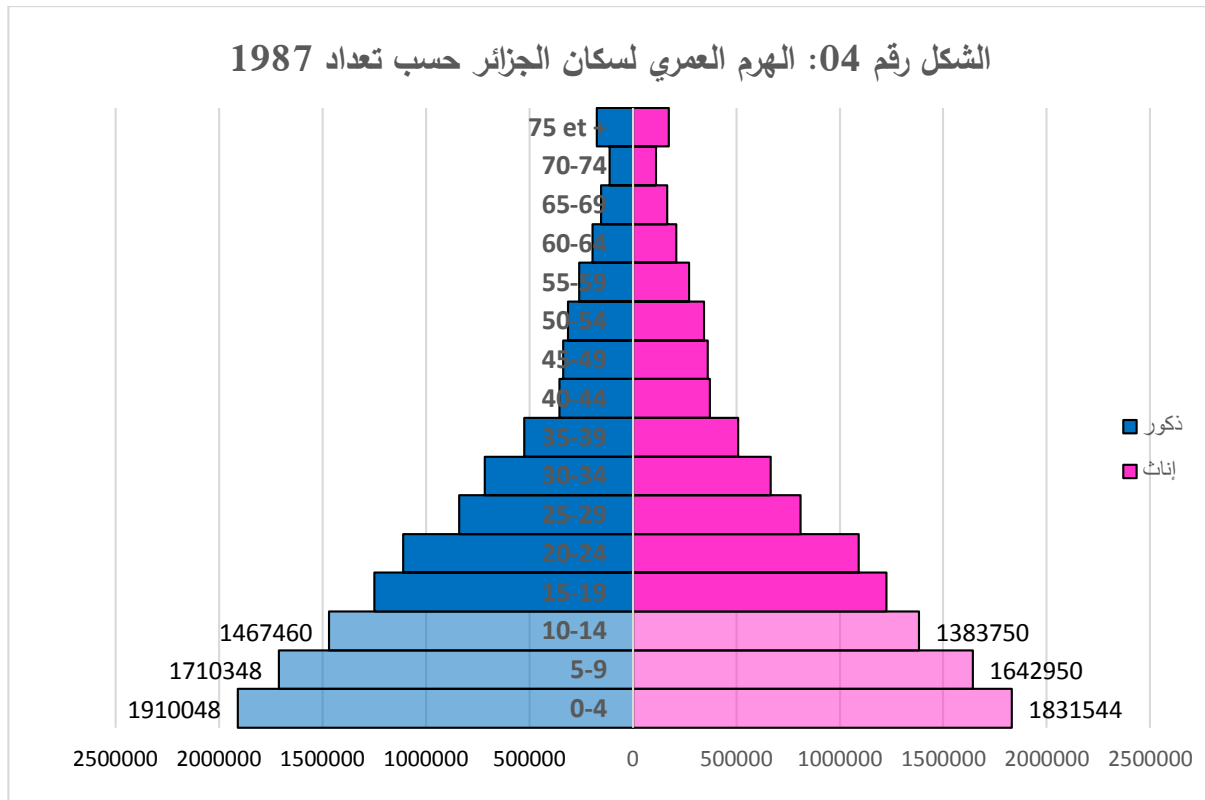
المصدر: من انجاز الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 03، الملحق 2

الشكل رقم 03: الهرم العمري النسبي لسكان الجزائر حسب تعداد 1977



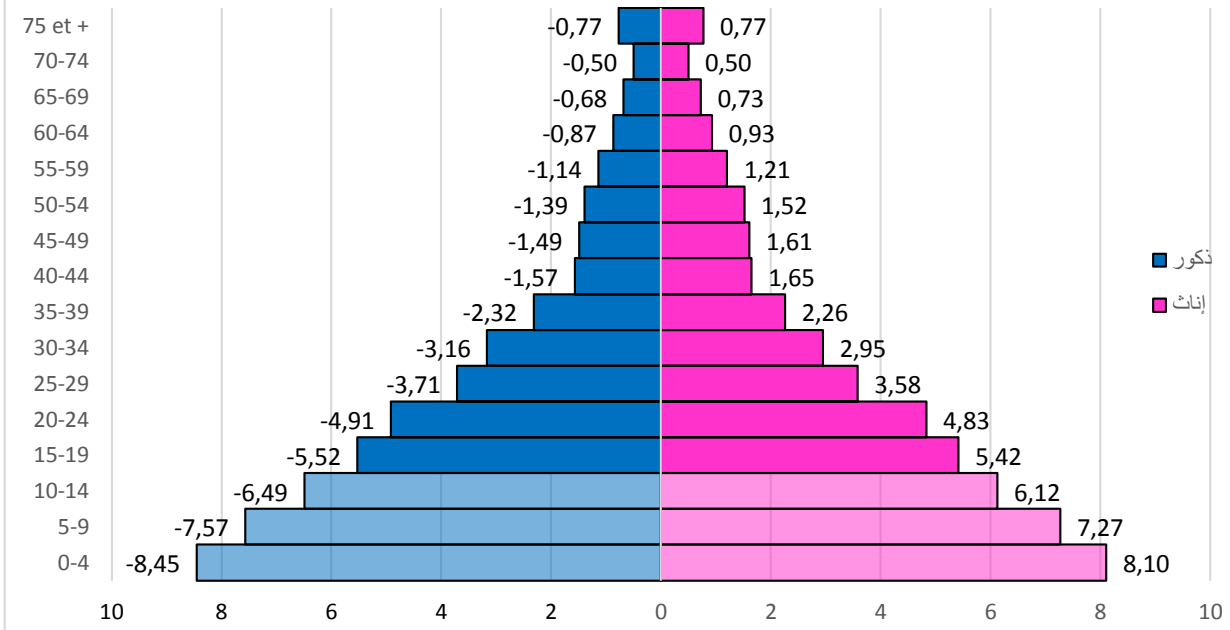
المصدر: من انجاز الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 03، الملحق 2

الشكل رقم 04: الهرم العمري لسكان الجزائر حسب تعداد 1987



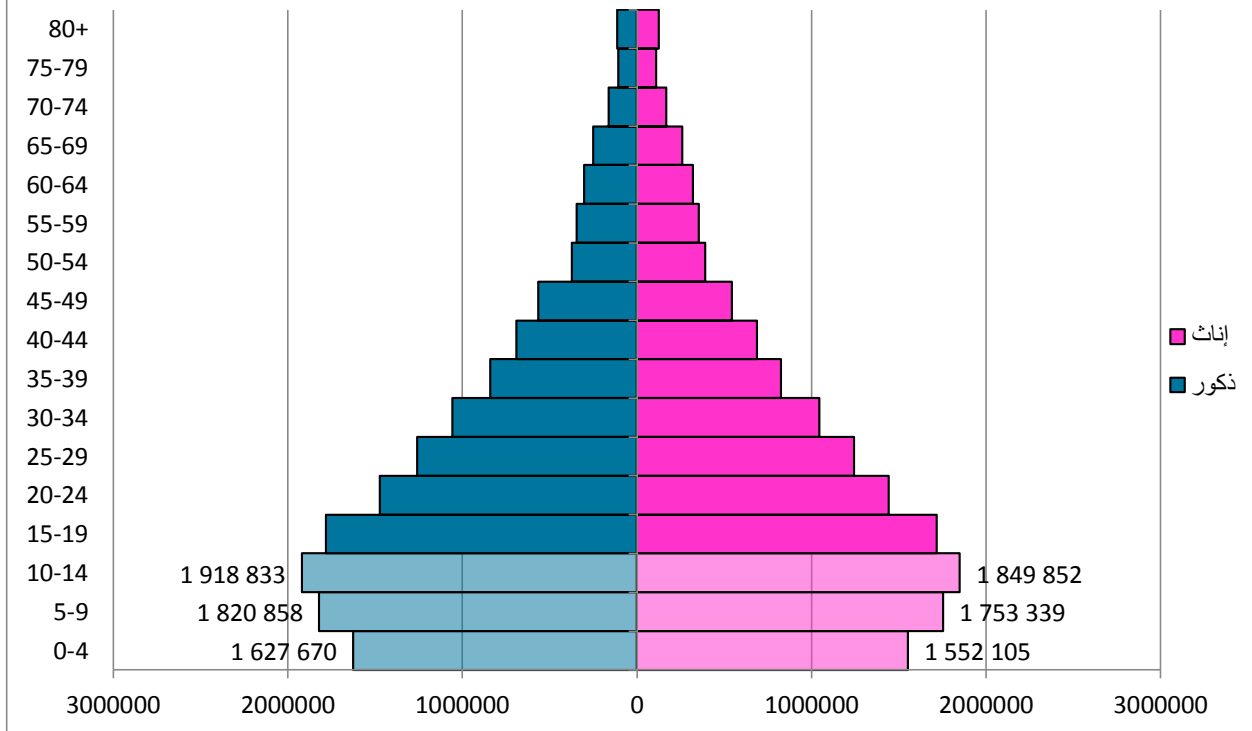
المصدر: من انجاز الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 04، الملحق 2

الشكل رقم 05: الهرم العمري النسبي لسكان الجزائر حسب تعداد 1987



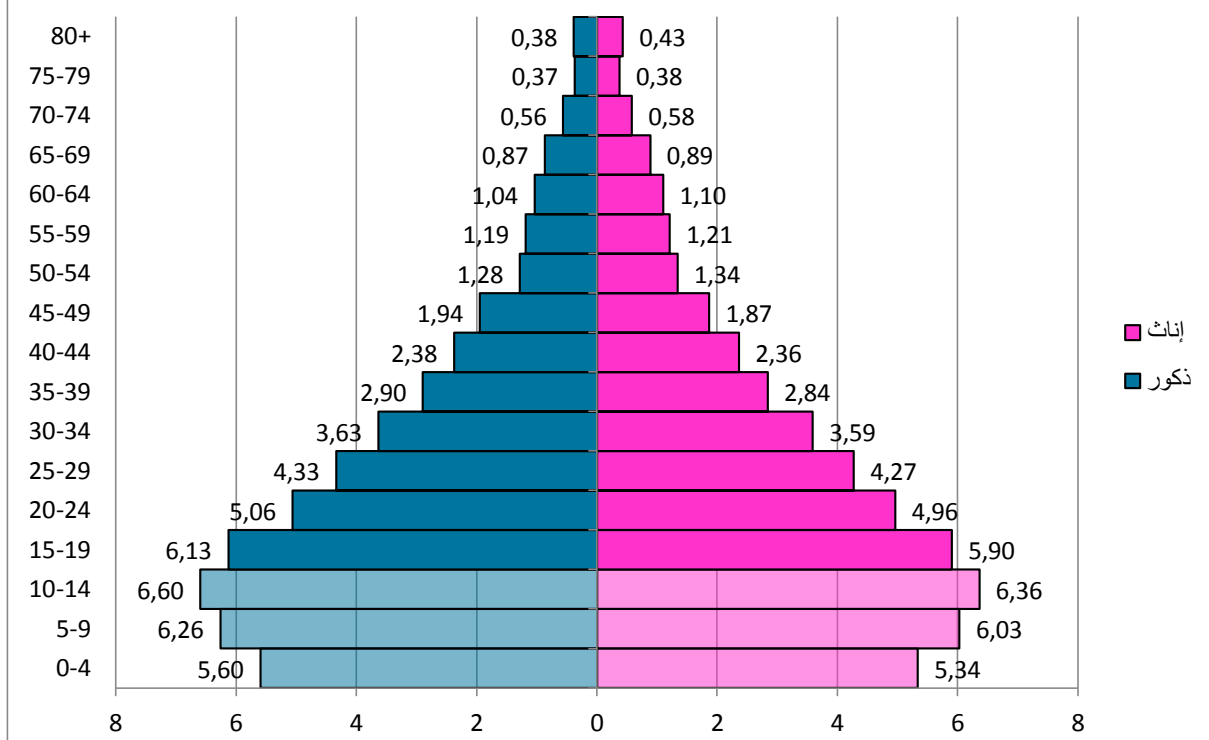
المصدر: من انجاز الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 04، الملحق 2

الشكل رقم 06: الهرم العمري لسكان الجزائر حسب تعداد 1998



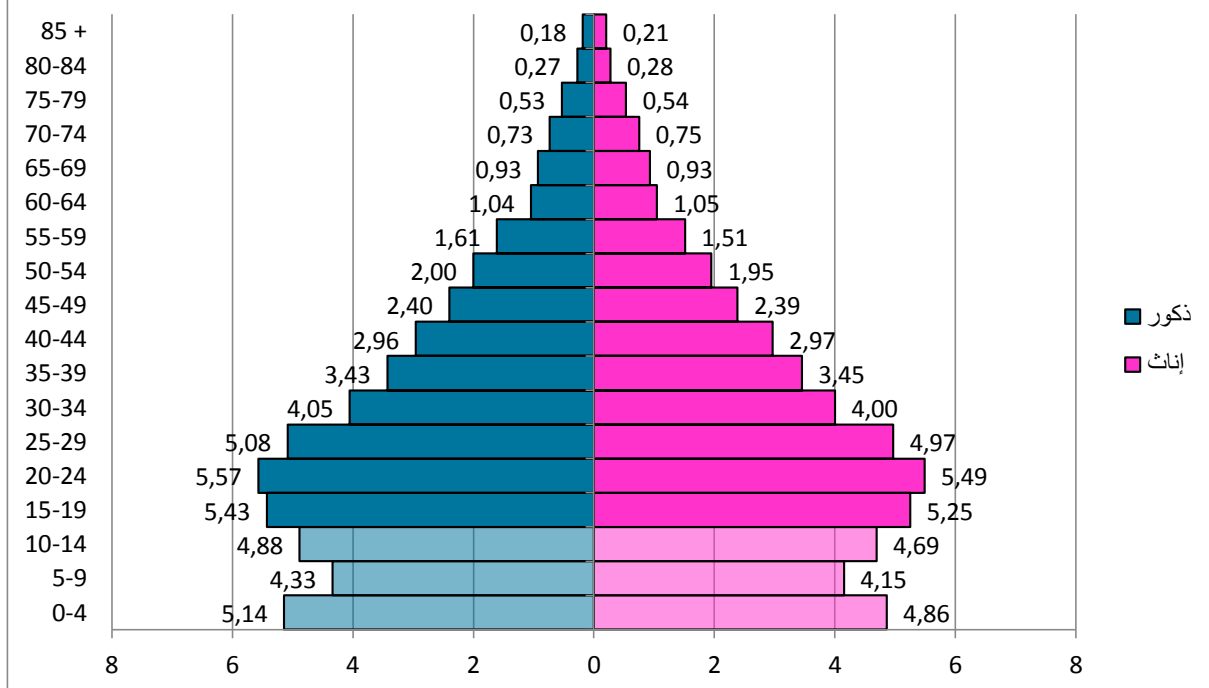
المصدر: من انجاز الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 05، الملحق 2

الشكل رقم 07: الهرم العمري النسبي لسكان الجزائر حسب تعداد سنة 1998



المصدر: من انجاز الطالب بناءً على معطيات الجدول رقم 05، الملحق 2

الشكل رقم 08: الهرم العمري النسبي لسكان الجزائر حسب تعداد 2008



المصدر: من انجاز الطالب اعتماداً على معطيات الجدول رقم 06، الملحق 2

الملحق رقم: 4

الجدول رقم 01: توزيع المبحوثين وفق الرقم الترتيبي داخل الأسرة حسب مسح سنة 2006

الرقم الترتيبي في الأسرة	وسط الإقامة		الإجمالي
	الحضر	الريف	
1	17778	11230	29008
2	17533	11096	28629
3	16446	10445	26891
4	14639	9385	24024
5	11947	7991	19938
6	8926	6401	15327
7	6055	4792	10847
8	3716	3310	7026
9	2164	2090	4254
10	1206	1213	2419
11	639	652	1291
12	332	322	654
13	176	170	346
14	95	92	187
15	39	45	84
16	22	24	46
17	16	12	28
18	13	7	20
19	6	3	9
20	4	1	5
21	3	1	4
22	3	1	4
23	3	1	4
24	2	1	3
25	2	0	2
26	2	0	2
المجموع	101767	69285	171052

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 MICS3 (ملف الأسرة)

الجدول رقم 02: توزيع الأطفال (الأصغر من 5 سنوات) حسب الجنس وفق مسح 2006

الجنس (HL4)	العدد	النسبة المئوية	المتجمع الصاعد للنسب
ذكور	7443	51,0	51,0
إناث	7150	49,0	100,0
المجموع	14593	100,0	-

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على المعطيات الخام لمسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 03: توزيع النساء المبحوثات حسب الرقم الترتيبي داخل الأسرة

الرقم الترتيبي في الأسرة (WM4)	عدد النساء	النسبة المئوية	المتجمع الصاعد للنسب
1	804	1,8	1,8
2	17432	39,9	41,8
3	3408	7,8	49,6
4	4355	10,0	59,6
5	4552	10,4	70,0
6	4411	10,1	80,1
7	3492	8,0	88,1
8	2296	5,3	93,4
9	1385	3,2	96,5
10	760	1,7	98,3
11	369	,8	99,1
12	215	,5	99,6
13	82	,2	99,8
14	37	,1	99,9
15	17	,0	99,9
16	7	,0	100,0
17	7	,0	100,0
18	7	,0	100,0
19	3	,0	100,0
20	1	,0	100,0
21	0	,0	100,0
22	1	,0	100,0
23	2	,0	100,0
المجموع	43642	100,0	

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3)(ملف النساء)

الجدول رقم 04: توزيع المبحوثين ونسب تمثيل الفئات حسب العمر والجنس حسب مسح سنة 2006

الفئات العمرية	الجنس		المجموع	نسبة التمثيل (%)	نسب (%) الفئات العريضة
	الذكور	الإناث			
[0-4]	7408	7150	14558	8,50	28,2
[5-9]	7612	7382	14994	8,80	
[10-14]	9432	9200	18632	10,90	
[15-19]	9851	9693	19544	11,40	64,20
[20-24]	10114	9917	20031	11,70	
[25-29]	8371	7929	16300	9,50	
[30-34]	6593	6569	13162	7,70	
[35-39]	5481	5573	11054	6,50	
[40-44]	4699	4887	9586	5,60	
[45-49]	3874	3769	7643	4,50	
[50-54]	3492	3858	7350	4,30	
[55-59]	2693	2500	5193	3,00	
[60-64]	1868	1709	3577	2,10	7,60
[65-69]	1712	1672	3384	2,00	

[70-74]	1364	1265	2629	1,50	
[75-79]	882	852	1734	1,00	
[80-84]	505	465	970	0,60	
[85-89]	249	249	498	0,30	
[90-94]	74	120	194	0,10	
95 +	27	43	70	0,00	
المجموع	86301	84802	171103	100,00	100,00

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3، ملف الأسرة)

الجدول رقم 05: توزيع السكان (< 5 سنوات) حسب القدرة على القراءة والكتابة بالنظر إلى الجنس ووسط الإقامة

ربط المتغيرات ¹	التكرار	النسب	المتجمع الصاعد	المتجمع الصاعد للنسب
. 1 1	25472	16,59	25472	16,59
. 1 2	22601	14,72	48073	31,32
. 2 1	15943	10,39	64016	41,7
. 2 2	11334	7,38	75350	49,08
1 1 1	11923	7,77	87273	56,85
1 1 2	9677	6,3	96951	63,16
1 2 1	10359	6,75	107310	69,9
1 2 2	8628	5,62	115937	75,52
2 1 1	5437	3,54	121375	79,07
2 1 2	9868	6,43	131243	85,49
2 2 1	7328	4,77	138571	90,27
2 2 2	13262	8,64	151833	98,91
9 1 1	520	0,34	152353	99,24
9 1 2	437	0,28	152789	99,53
9 2 1	390	0,25	153180	99,78
9 2 2	332	0,22	153512	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتماداً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3، ملف الأسرة)

الجدول رقم 06: توزيع السكان (< 11 سنة) حسب القدرة على القراءة والكتابة بالنظر إلى الجنس ووسط الإقامة

ربط المتغيرات ²	التكرار	النسب	المتجمع الصاعد	المتجمع الصاعد للنسب
. 1 1	25395	18,89	25395	18,89
. 1 2	22505	16,74	47900	35,63
. 2 1	15894	11,82	63794	47,45
. 2 2	11307	8,41	75101	55,86
1 1 1	7495	5,57	82596	61,44
1 1 2	5394	4,01	87990	65,45
1 2 1	6675	4,97	94665	70,41
1 2 2	5038	3,75	99703	74,16

¹ الخانة الأولى: الجنس (1: ذكر، 2: لأنثى)، الخانة الثانية: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثالثة: القدرة على القراءة والكتابة (1: نعم، 2: لا)

² الخانة الأولى: الجنس (1: ذكر، 2: لأنثى)، الخانة الثانية: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثالثة: القدرة على القراءة والكتابة (1: نعم، 2: لا)

77,81	104608	3,65	4904	2 1 1
84,86	114081	7,05	9474	2 1 2
89,87	120829	5,02	6748	2 2 1
99,29	133485	9,41	12656	2 2 2
99,52	133794	0,23	308	9 1 1
99,71	134046	0,19	252	9 1 2
99,87	134274	0,17	228	9 2 1
100	134442	0,13	168	9 2 2

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3)، ملف الأسرة)

الجدول رقم 07: توزيع السكان (< 15 سنة) حسب القدرة على القراءة والكتابة بالنظر إلى الجنس ووسط الإقامة

ربط المتغيرات ¹	التكرار	النسب	المتجمع الصاعد	المتجمع الصاعد للنسب
. 1 1	22471	18,87	22471	18,87
. 1 2	19355	16,25	41826	35,12
. 2 1	13676	11,48	55502	46,61
. 2 2	9142	7,68	64644	54,28
1 1 1	6447	5,41	71091	59,69
1 1 2	4658	3,91	75749	63,61
1 2 1	5409	4,54	81158	68,15
1 2 2	3910	3,28	85068	71,43
2 1 1	4825	4,05	89893	75,48
2 1 2	9420	7,91	99313	83,39
2 2 1	6588	5,53	105901	88,93
2 2 2	12383	10,4	118284	99,32
9 1 1	256	0,21	118540	99,54
9 1 2	221	0,19	118762	99,72
9 2 1	198	0,17	118960	99,89
9 2 2	130	0,11	119090	100

المصدر: من اعداد الطالب بناءً على قاعدة معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات 2006 (MICS3)، ملف الأسرة)

¹ الخانة الأولى: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)، الخانة الثانية: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثالثة: القدرة على القراءة والكتابة (1: نعم، 2: لا)

الجدول رقم 08: معاملات التقدير لمضاعفات وفيات الأطفال حسب تروسل

COEFFICIENTS D'ESTIMATION DES MULTIPLICATEURS DE LA MORTALITÉ JUVÉNILE, SELON
LA VARIANTE DE TRUSSELL, AVEC DES DONNÉES CLASSÉES PAR ÂGE DE LA MÈRE

Type (1)	Groupe d'âge (2)	Indice i (3)	Quotient de mortalité * $q(x)/D(i)$ (4)	Coefficients		
				a(i) (5)	b(i) (6)	c(i) (7)
Nord	15-19	1	$q(1)/D(1)$	1.1119	-2.9287	0.8507
	20-24	2	$q(2)/D(2)$	1.2390	-0.6865	-0.2745
	25-29	3	$q(3)/D(3)$	1.1884	0.0421	-0.5156
	30-34	4	$q(5)/D(4)$	1.2046	0.3037	-0.5656
	35-39	5	$q(10)/D(5)$	1.2586	0.4236	-0.5898
	40-44	6	$q(15)/D(6)$	1.2240	0.4222	-0.5456
	45-49	7	$q(20)/D(7)$	1.1772	0.3486	-0.4624
Sud	15-19	1	$q(1)/D(1)$	1.0819	-3.0005	0.8689
	20-24	2	$q(2)/D(2)$	1.2846	-0.6181	-0.3024
	25-29	3	$q(3)/D(3)$	1.2223	0.0851	-0.4704
	30-34	4	$q(5)/D(4)$	1.1905	0.2631	-0.4487
	35-39	5	$q(10)/D(5)$	1.1911	0.3152	-0.4291
	40-44	6	$q(15)/D(6)$	1.1564	0.3017	-0.3958
	45-49	7	$q(20)/D(7)$	1.1307	0.2596	-0.3538
Est	15-19	1	$q(1)/D(1)$	1.1461	-2.2536	0.6259
	20-24	2	$q(2)/D(2)$	1.2231	-0.4301	-0.2245
	25-29	3	$q(3)/D(3)$	1.1593	0.0581	-0.3479
	30-34	4	$q(5)/D(4)$	1.1404	0.1991	-0.3487
	35-39	5	$q(10)/D(5)$	1.1540	0.2511	-0.3506
	40-44	6	$q(15)/D(6)$	1.1336	0.2556	-0.3428
	45-49	7	$q(20)/D(7)$	1.1201	0.2362	-0.3268
Ouest	15-19	1	$q(1)/D(1)$	1.1415	-2.7070	0.7663
	20-24	2	$q(2)/D(2)$	1.2563	-0.5381	-0.2637
	25-29	3	$q(3)/D(3)$	1.1851	0.0633	-0.4177
	30-34	4	$q(5)/D(4)$	1.1720	0.2341	-0.4272
	35-39	5	$q(10)/D(5)$	1.1865	0.3080	-0.4452
	40-44	6	$q(15)/D(6)$	1.1746	0.3314	-0.4537
	45-49	7	$q(20)/D(7)$	1.1639	0.3190	-0.4435

Equations d'estimation:

$$k(i) = a(i) + b(i) (P(1)/P(2)) + c(i) (P(2)/P(3))$$

$$q(x) = k(i) D(i)$$

Source : Nation Unis, Manuel X Techniques Indirectes D'Estimation Démographique, publications démographiques des Nation Unis, liste sélective, Avril 1982, P.77

الجدول رقم 09: معاملات التقدير لمضاعفات وفيات الأطفال حسب جداول نموذج الأمم المتحدة

		Groupe d'âge de la mère et valeur de n dans nq_0						
Famille j	Coefficient	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Valeur de n dans nq_0		1	2	3	5	10	15	20
Nations Unies	$a(x,j)$	0,6892	1,3625	1,0877	0,7500	0,5605	0,5024	0,5326
'Amérique latine'	$b(x,j)$	-1,6937	-0,3778	0,0197	0,0532	0,0222	0,0028	0,0052
	$c(x,j)$	0,6464	-0,2892	-0,2986	-0,1106	0,0170	0,0048	0,0256
	$d(x,j)$	0,0106	-0,0041	0,0024	0,0115	0,0171	0,0180	0,0168
	$a(x,j)$	0,8274	1,3129	1,0632	0,8236	0,6895	0,6098	0,5615
Nations Unies 'Chili'	$b(x,j)$	-1,5854	-0,2457	0,0196	0,0293	0,0068	-0,0014	0,0040
	$c(x,j)$	0,5949	-0,2329	-0,1996	-0,0684	0,0032	0,0166	0,0073
	$d(x,j)$	0,0097	-0,0031	0,0021	0,0081	0,0119	0,0141	0,0159
	$a(x,j)$	0,6749	1,3716	1,0899	0,7694	0,6156	0,6077	0,6952
Nations Unies 'Asie du Sud'	$b(x,j)$	-1,7580	-0,3652	0,0299	0,0548	0,0231	0,0040	0,0018
	$c(x,j)$	0,6805	-0,2966	-0,2887	-0,0934	0,0298	0,0573	0,0306
	$d(x,j)$	0,0109	-0,0041	0,0024	0,0108	0,0149	0,0141	0,0109
	$a(x,j)$	0,7194	1,2671	1,0668	0,7833	0,5765	0,4115	0,3071
Nations Unies 'Extrême orient'	$b(x,j)$	-1,3143	-0,2996	0,0017	0,0307	0,0068	0,0014	0,0111
	$c(x,j)$	0,5432	-0,2105	-0,2424	-0,1103	-0,0202	0,0083	0,0129
	$d(x,j)$	0,0093	-0,0029	0,0019	0,0098	0,0165	0,0213	0,0251
	$a(x,j)$	0,7210	1,3115	1,0768	0,7682	0,5769	0,4845	0,4760
Nations Unies 'Général'	$b(x,j)$	-1,4686	-0,3360	0,0109	0,0439	0,0176	0,0034	0,0071
	$c(x,j)$	0,5746	-0,2475	-0,2695	-0,1090	0,0038	0,0036	0,0246
	$d(x,j)$	0,0095	-0,0034	0,0021	0,0105	0,0165	0,0187	0,0189

Sources: Tables des Nations Unies: UN Population Division (1991)

الجدول رقم 10: معاملات التقدير لمضاعفات وفيات الأطفال حسب نموذج جامعة برانستون

		Groupe d'âge de la mère et valeur de n dans nq_0						
Famille j	Coefficient	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
	Valeur de n dans nq_0	1	2	3	5	10	15	20
Princeton	$a(x,j)$	1,1119	1,2390	1,1884	1,2046	1,2586	1,2240	1,1772
'Nord'	$b(x,j)$	-2,9287	-0,6865	0,0421	0,3037	0,4236	0,4222	0,3486
	$c(x,j)$	0,8507	-0,2745	-0,5156	-0,5656	-0,5898	-0,5456	-0,4624
Princeton	$a(x,j)$	1,0819	1,2846	1,2223	1,1905	1,1911	1,1564	1,1307
'Sud'	$b(x,j)$	-3,0005	-0,6181	0,0851	0,2631	0,3152	0,3017	0,2596
	$c(x,j)$	0,8689	-0,3024	-0,4704	-0,4487	-0,4291	-0,3958	-0,3538
Princeton	$a(x,j)$	1,1461	1,2231	1,1593	1,1404	1,1540	1,1336	1,1201
'Est'	$b(x,j)$	-2,2536	-0,4301	0,0581	0,1991	0,2511	0,2556	0,2362
	$c(x,j)$	0,6259	-0,2245	-0,3479	-0,3487	-0,3506	-0,3428	-0,3268
Princeton	$a(x,j)$	1,1415	1,2563	1,1851	1,1720	1,1865	1,1746	1,1639
'Ouest'	$b(x,j)$	-2,7070	-0,5381	0,0633	0,2341	0,3080	0,3314	0,3190
	$c(x,j)$	0,7663	-0,2637	-0,4177	-0,4272	-0,4452	-0,4537	-0,4435

Sources: Tables de Princeton: UN Population Division (1983);

الجدول رقم 11: معاملات التقدير لمضاعفات تقدير التاريخ المرجعي $t(x)$ حسب نموذج 'برانستون'

		Groupe d'âge de la mère et valeur de n dans nq_o						
Famille j	Coefficient	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49
Valeur de n dans nq_o		1	2	3	5	10	15	20
Princeton	$e(x,j)$	1,0921	1,3207	1,5996	2,0779	2,7705	4,1520	6,9650
'Nord'	$f(x,j)$	5,4732	5,3751	2,6268	-1,7908	-7,3403	-12,2448	-13,9160
	$g(x,j)$	-1,9672	0,2133	4,3701	9,4126	14,9352	19,2349	19,9542
Princeton	$e(x,j)$	1,0900	1,3079	1,5173	1,9399	2,6157	4,0794	7,1796
'Sud'	$f(x,j)$	5,4443	5,5568	2,6755	-2,2739	-8,4819	-13,8308	-15,3880
	$g(x,j)$	-1,9721	0,2021	4,7471	10,3876	16,5153	21,1866	21,7892
Princeton	$e(x,j)$	1,0959	1,2921	1,5021	1,9347	2,6197	4,1317	7,3657
'Est'	$f(x,j)$	5,5864	5,5897	2,4692	-2,6419	-8,9693	-14,3550	-15,8083
	$g(x,j)$	-1,9949	0,3631	5,0927	10,8533	17,0981	21,8247	22,3005
Princeton	$e(x,j)$	1,0970	1,3062	1,5305	1,9991	2,7632	4,3468	7,5242
'Ouest'	$f(x,j)$	5,5628	5,5677	2,5528	-2,4261	-8,4065	-13,2436	-14,2013
	$g(x,j)$	-1,9956	0,2962	4,8962	10,4282	16,1787	20,1990	20,0162

Sources: Tables de Princeton: UN Population Division (1983)

الجدول رقم 12: انتشار الرضاعة الطبيعية لدى الأطفال الأقل من 5 سنوات حسب الخلفية

النسبة المتجمعة الصاعدة	التكرار المتجمع الصاعد	النسبة %	عدد الاطفال	ربط المتغيرات ¹
0,09	13	0,09	13	1 1 . 1
0,22	32	0,13	19	2 1 . 1
0,32	46	0,09	14	1 2 . 1
0,39	58	0,08	11	2 2 . 1
2,22	323	1,82	266	1 1 1 1
4,22	616	2	292	2 1 1 1
5,96	869	1,74	254	1 2 1 1
7,66	1118	1,7	249	2 2 1 1
8,16	1190	0,5	72	1 1 2 1
8,58	1253	0,43	63	2 1 2 1
8,89	1297	0,31	45	1 2 2 1
9,06	1323	0,17	25	2 2 2 1
9,08	1325	0,01	2	1 1 9 1
9,08	1326	0,01	1	2 1 9 1
9,11	1329	0,02	3	2 2 9 1
9,28	1354	0,17	25	1 1 . 2
9,45	1379	0,17	26	2 1 . 2
9,58	1397	0,13	18	1 2 . 2

¹ الخانة الأولى: عمر الطفل (1: أقل من 6 أشهر، 2: 6-11 شهر، 3: 12-23 شهر، 4: 24-35 شهر، 5: 36-47 شهر، 6: 48-59 شهرا)، الخانة الثانية: الرضاعة الحالية (1: نعم، 2: لا، 8: إجابة غير محددة، 9: إجابة ناقصة)، الخانة الثالثة: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الرابعة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

9,72	1418	0,14	20	2 2 . 2
11,32	1652	1,61	235	1 1 1 2
12,78	1866	1,46	213	2 1 1 2
14,33	2091	1,55	225	1 2 1 2
15,64	2283	1,32	192	2 2 1 2
16,95	2474	1,31	191	1 1 2 2
18,26	2665	1,31	191	2 1 2 2
19,19	2801	0,93	136	1 2 2 2
20,3	2963	1,11	162	2 2 2 2
20,35	2969	0,05	7	1 1 9 2
20,37	2973	0,02	3	2 1 9 2
20,84	3041	0,47	68	1 1 . 3
21,24	3099	0,4	58	2 1 . 3
21,54	3143	0,3	44	1 2 . 3
21,87	3192	0,34	49	2 2 . 3
23,39	3413	1,52	221	1 1 1 3
25,04	3653	1,65	240	2 1 1 3
27,14	3960	2,1	307	1 2 1 3
28,76	4198	1,63	237	2 2 1 3
32,28	4711	3,52	513	1 1 2 3
35,54	5187	3,26	476	2 1 2 3
38,1	5560	2,55	373	1 2 2 3
40,76	5948	2,66	389	2 2 2 3
40,8	5954	0,04	5	1 1 9 3
40,84	5960	0,05	7	2 1 9 3
40,87	5965	0,03	4	1 2 9 3
40,89	5967	0,02	2	2 2 9 3
41,37	6038	0,48	71	1 1 . 4
41,92	6118	0,55	80	2 1 . 4
42,22	6162	0,3	44	1 2 . 4
42,66	6226	0,44	64	2 2 . 4
43,21	6306	0,55	80	1 1 1 4
43,53	6353	0,32	47	2 1 1 4
43,92	6410	0,39	57	1 2 1 4
44,33	6469	0,41	59	2 2 1 4
49	7151	4,67	682	1 1 2 4
53,56	7816	4,56	666	2 1 2 4
57,49	8390	3,93	574	1 2 2 4
61,36	8954	3,87	564	2 2 2 4
61,39	8958	0,03	4	1 1 9 4
61,42	8963	0,03	5	2 1 9 4
61,44	8965	0,02	2	1 2 9 4
61,48	8972	0,04	7	2 2 9 4
61,97	9044	0,49	72	1 1 . 5
62,46	9115	0,49	71	2 1 . 5
62,79	9162	0,32	47	1 2 . 5
63,03	9198	0,25	36	2 2 . 5
63,2	9223	0,17	25	1 1 1 5

63,37	9247	0,17	24	2 1 1 5
63,47	9262	0,1	15	1 2 1 5
63,55	9275	0,08	12	2 2 1 5
68,28	9964	4,73	690	1 1 2 5
73,12	10670	4,83	705	2 1 2 5
77,24	11272	4,13	602	1 2 2 5
80,87	11802	3,63	530	2 2 2 5
80,88	11802	0	1	2 2 8 5
80,9	11806	0,02	3	1 1 9 5
80,92	11808	0,02	2	2 1 9 5
80,95	11813	0,03	5	1 2 9 5
80,96	11815	0,01	2	2 2 9 5
81,37	11875	0,41	60	1 1 . 6
81,82	11940	0,45	65	2 1 . 6
82,19	11993	0,37	54	1 2 . 6
82,5	12040	0,32	46	2 2 . 6
82,62	12057	0,12	17	1 1 1 6
82,72	12072	0,1	15	2 1 1 6
82,77	12079	0,05	7	1 2 1 6
82,84	12089	0,07	10	2 2 1 6
87,44	12760	4,6	671	1 1 2 6
91,8	13397	4,36	637	2 1 2 6
95,96	14003	4,15	606	1 2 2 6
99,85	14571	3,89	568	2 2 2 6
99,85	14572	0,01	1	2 2 8 6
99,91	14580	0,06	8	1 1 9 6
99,93	14583	0,02	3	2 1 9 6
99,99	14591	0,06	9	1 2 9 6
100	14593	0,01	2	2 2 9 6

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات المسح MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 13: توزيع الأطفال (0-3 أشهر و 0-5 أشهر) المتلقون للرضاعة الخالصة حسب الجنس ووسط الإقامة

ربط المتغيرات ¹	عدد الأطفال	النسبة %	التكرار المتجمع الصاعد	النسبة المتجمعة الصاعدة
الرضاعة الخالصة للرضع 0-3 أشهر من العمر				
1 1	22	25,93	22	25,93
2 1	22	27,02	44	52,95
1 2	21	25,37	65	78,32
2 2	18	21,68	83	100
اجمالي عدد الأطفال 0-3 أشهر من العمر الذين شملهم المسح				
1 1	212	26,18	212	26,18
2 1	228	28,15	439	54,33
1 2	196	24,31	636	78,63
2 2	173	21,37	808	100
الرضاعة الخالصة للرضع 0-5 أشهر				
1 1	23	24,75	23	24,75

¹ الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

52,63	48	27,88	26	2 1
79,34	73	26,71	25	1 2
100	92	20,66	19	2 2
اجمالي عدد الأطفال 0-5 أشهر من العمر الذين شملهم المسح				
26,57	353	26,57	353	1 1
54,78	728	28,21	375	2 1
78,27	1040	23,5	312	1 2
100	1329	21,73	289	2 2

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 14: توزيع الأطفال (0-3 أشهر و 0-5 أشهر) المتلقون للرضاعة الخالصة مع الماء الطبيعي

ربط المتغيرات ¹	عدد الأطفال	النسب المئوية	المتجمع الصاعد	النسب الصاعدة
الرضاعة الخالصة مع الماء الطبيعي للرضع 0-3 أشهر من العمر				
1 1	57	23,08	57	23,08
2 1	63	25,7	120	48,79
1 2	69	28,17	189	76,95
2 2	57	23,05	246	100
الرضاعة الخالصة مع الماء الطبيعي للرضع 0-5 أشهر				
1 1	66	22,04	66	22,04
2 1	74	24,66	140	46,7
1 2	85	28,43	226	75,13
2 2	75	24,87	301	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 15: توزيع الأطفال (12-15 شهرا) ويرضعون من الثدي حسب وسط الإقامة والجنس

ربط المتغيرات ²	عدد الأطفال	النسب المئوية	المتجمع الصاعد	النسب الصاعدة
الأطفال ما بين 12-15 شهرا وما زالوا يرضعون من الثدي				
1 1	95	21,78	95	21,78
2 1	107	24,53	203	46,31
1 2	127	28,95	330	75,25
2 2	108	24,75	438	100
اجمالي الأطفال في العمر ما بين 12-15 شهرا الذين شملهم المسح				
1 1	238	25,28	238	25,28
2 1	235	24,89	473	50,17
1 2	246	26,04	719	76,21
2 2	224	23,79	943	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

¹ الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

² الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

الجدول رقم 16: توزيع الأطفال (20-23 شهرا) ويرضعون من الثدي حسب وسط الإقامة والجنس

ربط المتغيرات ¹	عدد الأطفال	النسب المئوية	المتجمع الصاعد	النسب الصاعدة
الأطفال ما بين 20-23 شهرا في العمر وما زالوا يرضعون من الثدي				
1 1	49	20,91	49	20,91
2 1	47	20,1	95	41,01
1 2	88	37,97	184	78,98
2 2	49	21,02	233	100
اجمالي الأطفال ما بين 20-23 شهرا في العمر الذين شملهم المسح				
1 1	294	28,05	294	28,05
2 1	272	25,97	566	54,02
1 2	268	25,53	834	79,55
2 2	214	20,45	1048	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 17: توزيع الأطفال (6-9 أشهر) الذين يرضعون من الثدي بالإضافة إلى أغذية مكملية حسب وسط الإقامة والجنس

ربط المتغيرات ²	عدد الأطفال	النسب المئوية	المتجمع الصاعد	النسب الصاعدة
الأطفال ما بين 6-9 أشهر في العمر الذين يرضعون من الثدي بالإضافة إلى أغذية مكملية				
1 1	113	27,49	113	27,49
2 1	91	22,19	204	49,69
1 2	114	27,84	318	77,53
2 2	92	22,47	410	100
اجمالي الأطفال ما بين 6-9 أشهر في العمر الذين شملهم المسح				
1 1	284	27,00	284	27,00
2 1	297	28,20	580	55,20
1 2	250	23,82	831	79,03
2 2	220	20,97	1051	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 18: توزيع الأطفال (6-8 أشهر) الذين يرضعون من الثدي بالإضافة إلى أغذية مكملية صلبة ونصف صلبة مرتين على الأقل في اليوم حسب الجنس ووسط الإقامة

ربط المتغيرات ³	عدد الأطفال	النسب المئوية	المتجمع الصاعد	النسب الصاعدة
الأطفال (6-8 أشهر) الذين يرضعون من الثدي بالإضافة إلى مواد مكملية مرتين على الأقل خلال 24 ساعة				
1 1	62	24,15	62	24,15
2 1	54	21,06	116	45,21
1 2	85	32,8	201	78,01

¹ الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

² الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

³ الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

2 2	57	21,99	258	100
اجمالي عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 6-8 أشهر				
1 1	206	26,65	206	26,65
2 1	217	28,07	423	54,71
1 2	190	24,57	613	79,28
2 2	160	20,72	773	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 19: توزيع الأطفال (9-11 شهرا) الذين يرضعون من الثدي بالإضافة إلى أغذية مكملية صلبة ونصف صلبة 3 مرات على الأقل في اليوم حسب الجنس ووسط الإقامة

ربط المتغيرات ¹	عدد الأطفال	النسب المئوية	المتجمع الصاعد	النسب الصاعدة
الأطفال (9-11 شهرا) الذين يرضعون من الثدي بالإضافة إلى مواد مكملية 3 مرات على الأقل خلال 24 ساعة				
1 1	52	30,7	52	30,7
2 1	37	21,65	89	52,36
1 2	40	23,36	129	75,72
2 2	41	24,28	171	100
اجمالي عدد الأطفال الذين تتراوح أعمارهم ما بين 9-11 أشهر				
1 1	251	28,86	251	28,86
2 1	216	24,79	467	53,65
1 2	190	21,77	657	75,42
2 2	214	24,58	871	100

المصدر: من نجاح الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 20: توزيع الأطفال الأصغر من عامين الذين يرضعون من الثدي حالياً وعدد المواليد خلال السنتين السابقتين للسلح حسب الجنس ووسط الإقامة

ارتباط المتغيرات ²	عدد المواليد خلال العامين السابقين للسلح	عدد الأطفال (0-23 شهرا) الذين مازالوا يرضعون من الثدي
1 1 0	850	521
2 1 0	840	519
1 2 0	731	506
2 2 0	693	460
1 1 1	816	209
2 1 1	784	234
1 2 1	711	287
2 2 1	676	224
المجموع	6101	2960

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

¹ الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

² الرتبة الأولى: العمر بالسنوات (...)، الرتبة الثانية: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الرتبة الثالثة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

الجدول رقم 21: توزيع الأطفال بين 0 و 23 شهرا وفق الرضاعة الحالية حسب الجنس ووسط الإقامة

متوسط العمر (بالأشهر)	الحضر			الريف			المجموع	
	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث	المجموع	ذكور	إناث
0	36	34	71	24	22	46	61	56
1	47	42	89	53	46	99	99	89
2	42	58	100	41	44	84	83	102
3	53	56	108	54	44	98	107	100
4	41	50	91	39	54	93	80	105
5	47	52	98	43	38	81	90	90
6	36	33	69	27	33	60	63	66
7	38	24	62	40	37	77	78	61
8	34	47	81	54	26	80	88	73
9	47	32	79	34	33	68	82	65
10	38	41	79	39	26	65	77	67
11	41	37	78	31	36	67	72	73
12	35	36	71	45	29	75	80	65
13	21	28	49	18	28	46	39	56
14	27	17	44	31	27	57	58	44
15	12	26	38	33	25	57	45	51
16	22	19	41	20	25	45	41	45
17	21	24	45	21	18	39	43	42
18	14	24	38	24	25	49	37	49
19	20	19	39	27	12	39	48	31
20	12	13	26	26	15	40	38	28
21	10	15	24	21	10	31	30	25
22	12	13	26	25	17	42	37	31
23	14	5	20	18	6	24	32	12
المجموع	722	746	1467	786	678	1464	1508	1424

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 22: توزيع ربيعات الأطفال بين 0 و 23 شهرا وفق الرضاعة الحالية حسب الجنس ووسط الإقامة

الخصائص	الربع الأول			الوسيط			الربع الثالث	
	الحضر	الريف	المجموع	الحضر	الريف	المجموع	الحضر	الريف
الذكور	3,05	3,64	3,34	7,61	8,52	8,06	12,29	14,50
الإناث	2,93	3,24	3,09	7,51	7,77	7,60	12,63	13,40
المجموع	3,00	3,41	3,20	7,55	8,17	7,85	12,48	14,01

المصدر: عمل خاص بناء على معطيات الجدول السابق (رقم 21، الملحق 4)

الجدول رقم 23: عدم التوافق بين عمر الطفل والعمر عند الفطام لدى الأطفال بين 0 و 24 شهرا

ربط المتغيرين ¹	عدد الاطفال	المتجمع الصاعد	ربط المتغيرين	عدد الاطفال	المتجمع الصاعد
2 1	1	1	18 17	3	34
3 1	1	2	19 15	1	35
5 1	1	3	20 16	1	36
6 5	1	4	20 18	2	38
7 6	1	5	20 19	1	39
8 5	1	6	21 3	1	40
8 6	1	7	21 4	1	41
9 2	1	8	21 20	1	42
11 0	1	9	22 19	1	43
11 2	1	10	22 21	1	44
11 5	1	11	24 5	1	45
11 7	2	13	24 7	1	46
11 10	2	15	24 13	1	47
12 3	1	16	24 16	1	48
12 4	1	17	24 19	1	49
12 7	1	18	24 20	3	52
12 8	1	19	24 22	3	55
12 9	2	21	24 23	3	58
12 11	1	22	26 24	1	59
14 13	1	23	27 20	1	60
15 14	3	26	28 23	1	61
16 13	1	27	30 23	1	62
17 16	1	28	35 17	1	63
18 14	1	29	36 9	1	64
18 15	2	31	99 .	17	81

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 24: توزيع اجمالي الأطفال بين 0 و 24 شهرا حسب محل الإقامة والجنس

ربط المتغيرات ²	عدد الاطفال	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
1 1	1705	27,35	1705	27,35
2 1	1654	26,54	3358	53,89
1 2	1468	23,56	4826	77,45
2 2	1405	22,55	6231	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

¹ الرتبة الأولى: عمر الطفل بالأشهر (..)، الرتبة الثانية: العمر عند الفطام بالأشهر (..)

² الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

الجدول رقم 25: توزيع الأطفال بين 0 و 24 شهرا الذين لم تسبق لهم الرضاعة

ربط المتغيرات ¹	عدد الاطفال	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
1 1	111	28,17	111	28,17
2 1	108	27,51	219	55,68
1 2	78	19,92	297	75,60
2 2	86	21,97	384	97,57
إجابات ناقصة	9	2,43	393	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 26: توزيع الأطفال بين 0 و 24 شهرا الذين يرضعون حاليا حسب الوسط والجنس

ربط المتغيرات ²	عدد الاطفال	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
1 1	736	24,72	736	24,72
2 1	754	25,33	1490	50,05
1 2	797	26,77	2287	76,82
2 2	690	23,18	2977	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 27: توزيع الأطفال المفطومين بين 0 و 24 شهرا حسب الوسط والجنس

ربط المتغيرات ³	عدد الاطفال	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
1 1	836	30,06	836	30,06
2 1	756	27,18	1592	57,24
1 2	578	20,79	2171	78,03
2 2	611	21,97	2782	100

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 28: توزيع الأطفال بين 0 و 24 شهرا وفق العمر عند الفطام حسب الجنس ووسط الإقامة

ربط المتغيرات ⁴	عدد الاطفال	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة	ربط المتغيرات ²	عدد الاطفال	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
1 1 0	30	1,09	30	1,09	1 2 12	37	1,34	2367	85,09
2 1 0	26	0,92	56	2,02	2 2 12	43	1,55	2410	86,64
1 2 0	23	0,83	79	2,85	1 1 13	2	0,07	2412	86,71
2 2 0	21	0,76	101	3,61	2 1 13	6	0,21	2418	86,91
1 1 1	164	5,9	265	9,51	1 2 13	3	0,11	2421	87,03

¹ الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

² الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

³ الخانة الأولى: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الخانة الثانية: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

⁴ الرتبة الأولى: عمر الطفل عند الفطام بالأشهر (..)، الرتبة الثانية: وسط الإقامة (1: حضري، 2: ريفي)، الرتبة الثالثة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

87,19	2426	0,16	5	2 2 13	14,1	392	4,59	128	2 1 1
87,76	2441	0,57	16	1 1 14	16,81	468	2,71	75	1 2 1
88,29	2456	0,52	15	2 1 14	20,53	571	3,72	104	2 2 1
88,53	2463	0,25	7	1 2 14	25,04	697	4,51	125	1 1 2
89,25	2483	0,71	20	2 2 14	28,48	792	3,44	96	2 1 2
89,82	2499	0,58	16	1 1 15	30,7	854	2,22	62	1 2 2
90,34	2513	0,52	14	2 1 15	32,7	910	1,99	55	2 2 2
90,78	2525	0,44	12	1 2 15	36,61	1018	3,91	109	1 1 3
90,92	2529	0,14	4	2 2 15	40,69	1132	4,08	113	2 1 3
91,34	2541	0,41	12	1 1 16	44,62	1241	3,93	109	1 2 3
91,65	2550	0,32	9	2 1 16	47,32	1316	2,7	75	2 2 3
91,99	2559	0,34	9	1 2 16	49,7	1383	2,38	66	1 1 4
92,12	2563	0,13	4	2 2 16	52,31	1455	2,61	72	2 1 4
92,35	2569	0,23	6	1 1 17	54,14	1506	1,83	51	1 2 4
92,76	2580	0,41	11	2 1 17	56,42	1569	2,28	63	2 2 4
92,94	2585	0,18	5	1 2 17	57,9	1611	1,48	41	1 1 5
93	2587	0,06	2	2 2 17	59,26	1649	1,37	38	2 1 5
94,35	2625	1,35	38	1 1 18	60,38	1680	1,12	31	1 2 5
95,44	2655	1,09	30	2 1 18	61,7	1716	1,31	37	2 2 5
96,3	2679	0,86	24	1 2 18	64,08	1783	2,39	66	1 1 6
97,24	2705	0,94	26	2 2 18	66,59	1853	2,51	70	2 1 6
97,29	2707	0,05	1	2 1 19	68,32	1901	1,73	48	1 2 6
97,58	2715	0,29	8	1 2 19	70,18	1952	1,85	52	2 2 6
97,71	2718	0,13	4	2 2 19	70,48	1961	0,31	9	1 1 7
97,76	2720	0,05	1	1 1 20	71,64	1993	1,16	32	2 1 7
97,84	2722	0,08	2	2 1 20	72,21	2009	0,57	16	1 2 7
98,1	2729	0,25	7	1 2 20	72,88	2027	0,67	19	2 2 7
98,18	2731	0,08	2	2 2 20	73,58	2047	0,7	19	1 1 8
98,39	2737	0,22	6	1 1 21	73,97	2058	0,39	11	2 1 8
98,45	2739	0,06	2	2 1 21	74,57	2074	0,6	17	1 2 8
98,46	2739	0,01	0	1 2 21	75,44	2099	0,88	24	2 2 8
98,6	2743	0,14	4	1 1 22	76,48	2128	1,04	29	1 1 9
98,66	2744	0,06	2	2 1 22	77,17	2147	0,68	19	2 1 9
98,73	2746	0,07	2	1 2 22	77,79	2164	0,62	17	1 2 9
98,98	2753	0,25	7	2 2 22	78,76	2191	0,97	27	2 2 9
99,05	2755	0,07	2	1 1 23	79,32	2206	0,56	15	1 1 10
99,08	2756	0,03	1	2 1 23	79,38	2208	0,07	2	2 1 10
99,27	2762	0,19	5	2 2 23	79,64	2216	0,26	7	1 2 10
99,51	2768	0,24	7	1 1 24	79,8	2220	0,16	4	2 2 10
99,67	2773	0,16	4	2 1 24	79,95	2224	0,15	4	1 1 11
99,74	2775	0,07	2	1 2 24	80,36	2236	0,41	11	2 1 11
100	2782	0,26	7	2 2 24	80,51	2240	0,15	4	1 2 11
0,02	2840	0,02	58	غ موافقة	80,55	2241	0,04	1	2 2 11
0,04	2861	0,01	21	.. 99	82,27	2289	1,72	48	1 1 12
					83,75	2330	1,47	41	2 1 12

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 29: توزيع الإجابات حسب الاحالات في نموذج الرضاعة الطبيعية (السؤالان 301 و 302 إلى السؤال 305)

ربط المتغيرات ¹	عدد الاطفال	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة	ربط المتغيرات ¹	عدد الاطفال	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة
1 1 1	3495	23,95	3495	24	2 2 1	18	0,12	13074	89,59
1 0 2 1	161	1,1	3656	25,1	9 2 1	1	0,01	13075	89,6
2 0 2 1	40	0,27	3696	25,3	1 2 6 2 1	27	0,19	13102	89,78
9 0 2 1	3	0,02	3699	25,4	2 2 6 2 1	30	0,21	13132	89,99
1 1 2 1	655	4,49	4354	29,8	1 2 7 2 1	9	0,06	13141	90,05
2 1 2 1	235	1,61	4589	31,5	2 2 7 2 1	9	0,06	13150	90,11
8 1 2 1	2	0,01	4591	31,5	1 2 8 2 1	13	0,09	13163	90,2
9 1 2 1	12	0,08	4603	31,5	2 2 8 2 1	10	0,07	13173	90,27
1 2 2 1	493	3,38	5096	34,9	9 2 8 2 1	1	0,01	13174	90,28
2 2 2 1	256	1,75	5352	36,7	1 2 9 2 1	3	0,02	13177	90,3
8 2 2 1	2	0,01	5354	36,7	2 2 9 2 1	2	0,01	13179	90,31
9 2 2 1	8	0,05	5362	36,7	1 3 0 2 1	53	0,36	13232	90,67
1 3 2 1	529	3,63	5891	40,4	2 3 0 2 1	58	0,4	13290	91,07
2 3 2 1	366	2,51	6257	42,9	9 3 0 2 1	4	0,03	13294	91,1
8 3 2 1	2	0,01	6259	42,9	2 3 1 2 1	2	0,01	13296	91,11
9 3 2 1	12	0,08	6271	43	2 3 2 2 1	3	0,02	13299	91,13
1 4 2 1	270	1,85	6541	44,8	1 3 3 2 1	1	0,01	13300	91,14
2 4 2 1	287	1,97	6828	46,8	1 3 4 2 1	1	0,01	13301	91,15
8 4 2 1	5	0,03	6833	46,8	2 3 4 2 1	2	0,01	13303	91,16
9 4 2 1	8	0,05	6841	46,9	2 3 5 2 1	4	0,03	13307	91,19
1 5 2 1	152	1,04	6993	47,9	1 3 6 2 1	52	0,36	13359	91,54
2 5 2 1	149	1,02	7142	48,9	2 3 6 2 1	70	0,48	13429	92,02
8 5 2 1	1	0,01	7143	49	1 3 7 2 1	1	0,01	13430	92,03
9 5 2 1	2	0,01	7145	49	1 3 8 2 1	1	0,01	13431	92,04
1 6 2 1	329	2,25	7474	51,2	1 3 9 2 1	2	0,01	13433	92,05
2 6 2 1	320	2,19	7794	53,4	1 4 0 2 1	1	0,01	13434	92,06
9 6 2 1	12	0,08	7806	53,5	2 4 0 2 1	1	0,01	13435	92,06
1 7 2 1	111	0,76	7917	54,3	2 4 1 2 1	5	0,03	13440	92,1
2 7 2 1	92	0,63	8009	54,9	1 4 2 2 1	1	0,01	13441	92,11
9 7 2 1	2	0,01	8011	54,9	2 4 2 2 1	9	0,06	13450	92,17
1 8 2 1	120	0,82	8131	55,7	1 4 5 2 1	1	0,01	13451	92,17
2 8 2 1	85	0,58	8216	56,3	2 4 6 2 1	1	0,01	13452	92,18
9 8 2 1	4	0,03	8220	56,3	1 4 8 2 1	2	0,01	13454	92,19
1 9 2 1	183	1,25	8403	57,6	2 4 8 2 1	5	0,03	13459	92,23
2 9 2 1	128	0,88	8531	58,5	8 5 1 2 1	1	0,01	13460	92,24
9 9 2 1	7	0,05	8538	58,5	1 9 9 2 1	13	0,09	13473	92,33

¹ الرتبة الأولى: تلقي الرضاعة الطبيعية (1: نعم، 2: لا، 8: غير مبينة، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثانية: الرضاعة الحالية (1: نعم، 2: لا، 8: غير مبيّن، 9: ناقصة)، الرتبة الثالثة: العمر بالأشهر عند الفطام (...، 9: ناقصة)، الرتبة الرابعة: طريقة الفطام (1: مفاجئ، 2: تدريجي، 8: لا أعرف، 9: إجابات ناقصة).

92,48	13495	0,15	22	2 99 2 1	58,8	8578	0,27	40	1 10 2 1
92,5	13499	0,03	4	8 99 2 1	59,1	8617	0,27	39	2 10 2 1
92,6	13513	0,1	14	9 99 2 1	59,1	8619	0,01	2	9 10 2 1
92,61	13514	0,01	1	1 12 8 1	59,3	8654	0,24	35	1 11 2 1
92,61	13515	0,01	1	1 24 8 1	59,5	8686	0,22	32	2 11 2 1
92,62	13516	0,01	1	1 0 9 1	62,1	9060	2,56	374	1 12 2 1
92,63	13517	0,01	1	2 0 9 1	64,9	9468	2,8	408	2 12 2 1
92,67	13523	0,04	6	1 1 9 1	64,9	9469	0,01	1	8 12 2 1
92,68	13525	0,01	2	2 1 9 1	65,1	9501	0,22	32	9 12 2 1
92,69	13526	0,01	1	1 2 9 1	65,3	9531	0,21	30	1 13 2 1
92,72	13531	0,03	5	2 2 9 1	65,4	9547	0,11	16	2 13 2 1
92,76	13536	0,03	5	1 3 9 1	65,4	9549	0,01	2	9 13 2 1
92,77	13538	0,01	2	2 3 9 1	66,1	9639	0,62	90	1 14 2 1
92,78	13539	0,01	1	9 3 9 1	66,7	9738	0,68	99	2 14 2 1
92,79	13541	0,01	2	1 4 9 1	66,8	9742	0,03	4	9 14 2 1
92,81	13544	0,02	3	2 4 9 1	67,3	9825	0,57	83	1 15 2 1
92,82	13545	0,01	1	1 5 9 1	67,8	9895	0,48	70	2 15 2 1
92,83	13547	0,01	2	2 5 9 1	67,8	9897	0,01	2	9 15 2 1
92,87	13552	0,03	5	2 6 9 1	68,2	9956	0,4	59	1 16 2 1
92,89	13555	0,02	3	1 7 9 1	68,7	10022	0,45	66	2 16 2 1
92,89	13556	0,01	1	2 7 9 1	68,7	10023	0,01	1	9 16 2 1
92,91	13559	0,02	3	2 9 9 1	68,9	10059	0,25	36	1 17 2 1
92,92	13560	0,01	1	9 9 9 1	69,2	10093	0,23	34	2 17 2 1
92,93	13561	0,01	1	1 10 9 1	69,2	10094	0,01	1	9 17 2 1
92,95	13564	0,02	3	1 12 9 1	72,2	10530	2,99	436	1 18 2 1
92,96	13566	0,01	2	2 12 9 1	75,8	11059	3,63	529	2 18 2 1
92,97	13567	0,01	1	1 14 9 1	75,8	11062	0,02	3	8 18 2 1
92,98	13569	0,01	2	2 14 9 1	75,9	11080	0,12	18	9 18 2 1
93	13571	0,01	2	1 15 9 1	76,1	11103	0,16	23	1 19 2 1
93	13572	0,01	1	1 17 9 1	76,4	11142	0,27	39	2 19 2 1
93,02	13575	0,02	3	1 18 9 1	76,7	11189	0,32	47	1 20 2 1
93,03	13576	0,01	1	1 19 9 1	77,2	11262	0,5	73	2 20 2 1
93,04	13577	0,01	1	2 20 9 1	77,2	11263	0,01	1	8 20 2 1
93,04	13578	0,01	1	2 21 9 1	77,2	11265	0,01	2	9 20 2 1
93,05	13579	0,01	1	1 22 9 1	77,4	11293	0,19	28	1 21 2 1
93,06	13580	0,01	1	1 24 9 1	77,6	11317	0,16	24	2 21 2 1
93,07	13581	0,01	1	2 24 9 1	77,6	11318	0,01	1	9 21 2 1
93,07	13582	0,01	1	1 30 9 1	77,9	11363	0,31	45	1 22 2 1
93,09	13584	0,01	2	1 36 9 1	78	11389	0,18	26	2 22 2 1
93,11	13588	0,03	4	2 36 9 1	78,1	11391	0,01	2	9 22 2 1
93,13	13590	0,01	2	1 99 9 1	78,2	11413	0,15	22	1 23 2 1
93,14	13592	0,01	2	2 99 9 1	78,3	11432	0,13	19	2 23 2 1
93,22	13603	0,08	11	9 99 9 1	83,3	12148	4,91	716	1 24 2 1
99,8	14564	6,59	961	... 2	89,2	13010	5,91	862	2 24 2 1
99,88	14575	0,08	11	... 8	89,2	13012	0,01	2	8 24 2 1
100	14593	0,12	18	... 9	89,4	13044	0,22	32	9 24 2 1
					89,5	13056	0,08	12	1 25 2 1

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات مسح سنة 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 30: اختبارات التوافق الداخلي للإحالات في نموذج التطعيم

ربط المتغيرات ¹	التكرار	%	التكرار المتجمع ↑	↑%
.....	407	2,71	407	2,71
2 1 1 1 1 1 1 .	9	0,06	416	2,77
9 1 1 1 1 1 1 .	1	0,01	417	2,78
2 2 1 1 1 1 1 .	1	0,01	418	2,79
1 3 1 1 1 1 1 .	7	0,05	425	2,83
.	.	.	.	.
2 . 2 1 1 1 1 1 .	29	0,19	464	3,09
9 . 2 1 1 1 1 1 .	1	0,01	465	3,1
8 . 8 1 1 1 1 1 .	1	0,01	466	3,11
9 . 9 1 1 1 1 1 .	1	0,01	467	3,11
.	.	.	.	.
2 . 2 2 1 1 1 1 .	1	0,01	509	3,39
1 . 8 2 1 1 1 1 .	1	0,01	510	3,4
.	.	.	.	.
1 . 8 3 1 1 1 1 .	1	0,01	653	4,35
8 . 9 3 1 1 1 1 .	1	0,01	654	4,36
.	.	.	.	.
2 . 2 4 1 1 1 1 .	1	0,01	1064	7,09
.	.	.	.	.
1 . 9 5 1 1 1 1 .	2	0,01	1545	10,3
.	.	.	.	.
2 . 2 10 1 1 1 1 .	2	0,01	1576	10,51
.	.	.	.	.
2 . 2 1 2 1 1 1 .	7	0,05	1686	11,24
2 . 8 1 2 1 1 1 .	1	0,01	1687	11,25
.	.	.	.	.
2 . 2 2 2 1 1 1 .	4	0,03	1700	11,33
.	.	.	.	.
2 . 2 3 2 1 1 1 .	1	0,01	1724	11,49
1 . 8 3 2 1 1 1 .	2	0,01	1726	11,51
.	.	.	.	.
1 . 9 4 2 1 1 1 .	2	0,01	1776	11,84
.	.	.	.	.
1 . 8 5 2 1 1 1 .	1	0,01	1858	12,39
1 . 9 5 2 1 1 1 .	3	0,02	1861	12,41
.	.	.	.	.
1 . 2 98 2 1 1 1 .	1	0,01	1878	12,52
2 . 2 98 2 1 1 1 .	1	0,01	1879	12,53

¹ الختلة 1: IM9 (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الختلة 2: IM10 (1: نعم، 2: لا، 3: غير محددة، 9: ناقصة)، الختلة 3: IM11 (نفس ترميز IM10)، الختلة 4: IM12 (نفس ترميز IM10)، الختلة 5: IM13 (1: بعد الولادة (أسبوعين)، 2: فيما بعد، 9: ناقصة)، الختلة 6: IM14 (كمي، 98: لا أعرف، 99: ناقصة)، الختلة 7: IM15 (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الختلة 8: IM16 (كمي، 98: لا أعرف، 99: ناقصة)، الختلة 9: IM17 (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)

12,53	1880	0,01	1	1.8982111.
12,54	1881	0,01	1	8.8982111.
.	.	.	.	.
12,57	1886	0,01	1	1.939111.
.	.	.	.	.
12,69	1903	0,01	1	1.959111.
.	.	.	.	.
12,71	1906	0,01	2	1.8989111.
12,71	1907	0,01	1	8.8989111.
12,72	1908	0,01	1	9.9999111.
12,73	1909	0,01	1	131..211.
12,74	1911	0,01	2	141..211.
12,75	1912	0,01	1	151..211.
12,75	1913	0,01	1	951..211.
12,76	1914	0,01	1	1.2..211.
12,82	1923	0,06	9	2.2..211.
12,83	1924	0,01	1	9.2..211.
12,83	1925	0,01	1	2.8..211.
12,84	1926	0,01	1	121..811.
12,85	1927	0,01	1	231..811.
12,85	1928	0,01	1	2.2..811.
12,87	1930	0,01	2	9.2..811.
12,88	1932	0,01	2	2.8..811.
12,89	1933	0,01	1	8.8..811.
12,89	1934	0,01	1	131..911.
12,91	1936	0,01	2	141..911.
12,91	1937	0,01	1	1.9..911.
12,92	1938	0,01	1	2.211121.
.	.	.	.	.
12,97	1945	0,01	1	1.222121.
.	.	.	.	.
13	1950	0,01	1	1.8982121.
13,01	1951	0,01	1	8.8982121.
13,01	1952	0,01	1	211..221.
13,02	1953	0,01	1	2.8..821.
.	.	.	.	.
13,04	1956	0,01	1	211..881.
13,05	1957	0,01	1	8.8..881.
13,05	1958	0,01	1	9.9..981.
.	.	.	.	.
11,03	1655	0,01	1	1.2981111.
11,05	1658	0,02	3	2.2981111.
11,07	1660	0,01	2	1.8981111.
11,09	1663	0,02	3	8.8981111.
.	.	.	.	.
13,06	1959	0,01	1	13131191.
13,07	1960	0,01	1	13142191.
14,33	2150	1,27	190	2.

14,39	2158	0,05	8	 8.
14,45	2168	0,07	10	 9.
15,23	2284	0,77	116	 1
99,09	14864	83,87	12580	 2
99,62	14943	0,53	79	 8
100	15000	0,38	57	 9

المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على قاعدة بيانات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

الجدول رقم 31: اختبارات التوافق الداخلي للإحالات في نموذج علاج أمراض الطفولة

الاحالات من 401 إلى 405 ربط المتغيرات ¹	التكرار	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
.....	407	2,71	407	2,71
1 1 1 1 1	1	0,01	408	2,72
2 2 1 1 1	3	0,02	411	2,74
3 2 1 1 1	4	0,03	415	2,77
1 3 1 1 1	2	0,01	417	2,78
2 3 1 1 1	1	0,01	418	2,79
.	.	.	.	.
.	.	.	.	.
2 5 2 9 1	1	0,01	1743	11,62
3 5 2 9 1	1	0,01	1744	11,63
4 5 9 9 1	1	0,01	1745	11,63
9 9 9 9 1	4	0,03	1749	11,66
.... 2	13228	88,19	14977	99,85
.... 8	7	0,05	14984	99,89
.... 9	16	0,11	15000	100
الاحالات من 405 إلى 412 ربط المتغيرات ²	التكرار	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
.....	407	2,71	407	2,71
1 1 1 1 1	369	2,46	776	5,17
2 1 1 1 1	10	0,07	786	5,24
9 1 1 1 1	2	0,01	788	5,25
1 2 1 1 1	95	0,63	883	5,89
2 2 1 1 1	98	0,65	981	6,54
9 2 1 1 1	4	0,03	985	6,57

¹ الخانة الأولى: CA1 (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الخانة الثانية: CA2A (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الخانة الثالثة: CA2B (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الخانة الرابعة: CA3 (1: لا شيء، 2: أقل كثيرا، 3: أقل قليلا، 4: كالمعتاد، 5: أكثر، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الخانة الخامسة: CA4 (1: لا شيء، 2: أقل كثيرا، 3: أقل قليلا، 4: كالمعتاد، 5: أكثر، 7: لا يأكل، 8: لا أعرف، 9: ناقصة).

² الخانة 1: CA5 (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الخانة 2: CA6 (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الخانة 3: CA7 (1: مشكلة صدرية، 2: انسداد الأنف، 3: الاثنين معا، 6: أخرى، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الخانة 4: CA8 (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة)، الخانة 5: CA10 (1: نعم، 2: لا، 8: لا أعرف، 9: ناقصة).

6,57	986	0,01	1	9 9 1 1 1
10,30	1545	3,73	559	.. 2 1 1
11,49	1723	1,19	178	1 1 3 1 1
11,50	1725	0,01	2	2 1 3 1 1
12,08	1812	0,58	87	1 2 3 1 1
12,44	1866	0,36	54	2 2 3 1 1
12,45	1867	0,01	1	9 2 3 1 1
12,45	1868	0,01	1	1 9 3 1 1
12,46	1869	0,01	1	9 9 3 1 1
12,64	1896	0,18	27	.. 6 1 1
12,67	1901	0,03	5	1 1 8 1 1
12,68	1902	0,01	1	1 2 8 1 1
12,69	1903	0,01	1	2 2 8 1 1
12,69	1904	0,01	1	1 1 9 1 1
12,70	1905	0,01	1	9 9 9 1 1
22,29	3343	9,59	1438	... 2 1
22,43	3364	0,14	21	... 8 1
22,47	3370	0,04	6	... 9 1
99,78	14967	77,31	11597	 2
99,83	14974	0,05	7	 8
100,00	15000	0,17	26	 9

المصدر: عمل خاص اعتمادا على قاعدة معطيات مسح 2006 MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 32: نسبة الأطفال (0-59 شهرا) الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح

ربط المتغيرات ¹	التكرار	النسبة %	المتجمع الصاعد	النسبة الصاعدة
1 1 1	342	2,34	342	2,34
2 1 1	327	2,24	669	4,58
1 2 1	331	2,27	999	6,85
2 2 1	289	1,98	1288	8,82
1 1 2	3657	25,06	4945	33,88
2 1 2	3572	24,48	8517	58,36
1 2 2	3105	21,27	11621	79,64
2 2 2	2947	20,19	14568	99,83
1 1 8	2	0,01	14570	99,84
2 1 8	5	0,03	14574	99,87
1 2 8	1	0,01	14575	99,88
1 1 9	1	0	14576	99,88
2 1 9	5	0,04	14581	99,92
1 2 9	6	0,04	14587	99,96
2 2 9	6	0,04	14593	100

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة بيانات مسح 2006 MICS3 (ملف الطفل)

¹ الرتبة الاولى: المعاناة من الإسهال في الأسبوعين السابقين للمسح (1: نعم، 2: لا، 8: لا اعرف، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثانية: وسط الإقامة (1: حضر، 2: ريف)، الرتبة الثالثة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

الجدول رقم 33: نسبة الأطفال (0-59 شهرا) الذين عانوا من الاسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح

النسبة الصاعدة	التكرار	النسبة %	التكرار	ربط المتغيرات	النسبة الصاعدة	التكرار	النسبة %	التكرار	ربط المتغيرات ¹
96,5	1243	15,9	204	2 2 2 2	1,07	14	1,07	14	1 1 1 1
96,7	1245	0,16	2	1 1 8 2	2,1	27	1,03	13	2 1 1 1
96,7	1245	0,03	0	2 1 8 2	3,12	40	1,02	13	1 2 1 1
97,1	1250	0,35	5	1 1 9 2	3,97	51	0,85	11	2 2 1 1
97,4	1255	0,39	5	2 1 9 2	5,95	77	1,98	26	1 1 2 1
97,5	1255	0,03	0	1 2 9 2	9,31	120	3,36	43	2 1 2 1
97,7	1259	0,26	3	2 2 9 2	11,91	153	2,6	33	1 2 2 1
97,8	1259	0,03	0	1 1 1 8	14,99	193	3,08	40	2 2 2 1
97,8	1259	0,03	0	2 1 2 8	15,28	197	0,29	4	1 1 8 1
97,9	1261	0,14	2	1 1 8 8	15,3	197	0,02	0	2 1 8 1
98	1262	0,04	1	2 1 8 8	15,5	200	0,2	3	1 2 8 1
98	1262	0,02	0	1 2 8 8	16,43	212	0,92	12	1 1 9 1
98,6	1270	0,63	8	1 1 1 9	17,19	221	0,77	10	2 1 9 1
99,1	1277	0,51	7	2 1 1 9	18,01	232	0,81	10	1 2 9 1
99,3	1278	0,12	2	1 2 1 9	18,45	238	0,45	6	2 2 9 1
99,6	1282	0,29	4	2 2 1 9	20,18	260	1,73	22	1 1 1 2
99,6	1283	0,05	1	2 1 2 9	22,06	284	1,89	24	2 1 1 2
99,6	1283	0,03	0	1 2 2 9	23,45	302	1,39	18	1 2 1 2
99,8	1285	0,12	2	1 1 9 9	25,06	323	1,61	21	2 2 1 2
99,9	1286	0,14	2	2 1 9 9	44,16	569	19,1	246	1 1 2 2
100	1288	0,1	1	1 2 9 9	61,29	789	17,13	221	2 1 2 2
					80,63	1038	19,34	249	1 2 2 2

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة معطيات مسح MICS3 2006 (ملف الطفل)

الجدول رقم 34: عدد الدورات التكرارية لمشتقة دالة الإمكان الأعظم لنموذج انحدار الاسهال (المعنوية الكلية للانحدار)

Historique des itérationsa,b,c,d							
Itération		-2log- vraisemblance	Coefficients				
			Constante	Strat	sexe	melevel	wlthind5
Etape 1	1	1764,770	-,875	,134	,115	,164	,065
	2	1764,766	-,888	,136	,117	,166	,066
	3	1764,766	-,888	,136	,117	,166	,066
Etape 2	1	1765,798	-,591		,110	,157	,043
	2	1765,794	-,598		,112	,159	,043
	3	1765,794	-,598		,112	,159	,043
Etape 3	1	1766,689	-,533		,107	,182	
	2	1766,686	-,539		,109	,184	
	3	1766,686	-,539		,109	,184	

¹ الرتبة الاولى: استعمال الاملاح المعدنية SRO (1: نعم، 2: لا، 8: لا اعرف، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثانية: استعمال سكر مالح معد بالبيت (1: نعم، 2: لا، 8: لا اعرف، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثالثة: وسط الإقامة (1: حضر، 2: ريف)، الرتبة الرابعة: الجنس (1: ذكر، 2: أنثى)

Etape 4	1	1767,630	-,372			,182
	2	1767,628	-,376			,183
	3	1767,628	-,376			,183

a Méthode : Descendante pas à pas (rapport de vraisemblance)

b La constante est incluse dans le modèle.

c -2log-vraisemblance initiale : 1783,496

d L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 3 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: عمل خاص باستخدام البرنامج الاحصائي SPSS بناء على قاعدة معطيات المسح MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 35: الدورات التكرارية لمشتقة دالة الإمكان الأعظم لنموذج انحدار الأمراض التنفسية (المعنوية الكلية للانحدار)

Historique des itérations ^{a,b,c,d}						
Itération		-2log-vraisemblance	Coefficients			
			Constante	Strat	sexe	melevel wlthind5
Etape 1	1	1193,932	-,585	,022	-,133	,234,117
	2	1193,875	-,609	,025	-,138	,243,121
	3	1193,875	-,609	,025	-,138	,243,121
Etape 2	1	1193,956	-,539		-,134	,233,113
	2	1193,899	-,556		-,140	,242,117
	3	1193,899	-,556		-,140	,242,117
Etape 3	1	1194,965	-,729			,232,113
	2	1194,911	-,754			,241,117
	3	1194,911	-,754			,241,117

a. Méthode : Descendante pas à pas (rapport de vraisemblance) .. b. La constante est incluse dans le modèle.

c. -2log-vraisemblance initiale : 1230,149

d. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 3 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: عمل خاص باستخدام البرنامج الاحصائي SPSS اعتمادا على قاعدة بيانات المسح MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 36: تناسق الاحالة في نموذج التعليم المبكر من السؤال 108 إلى السؤال 110 (ملف الطفل)

ربط المتغيرات 1	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	ربط المتغيرات	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة الصاعدة
..	9548	63,65	9548	63,7	24 1	12	0,08	9924	66,16
0 1	35	0,23	9583	63,9	25 1	16	0,11	9940	66,27
1 1	5	0,03	9588	63,9	26 1	2	0,01	9942	66,28
2 1	25	0,17	9613	64,1	28 1	7	0,05	9949	66,33
3 1	14	0,09	9627	64,2	30 1	25	0,17	9974	66,49
4 1	13	0,09	9640	64,3	31 1	1	0,01	9975	66,5
5 1	23	0,15	9663	64,4	32 1	4	0,03	9979	66,53
6 1	32	0,21	9695	64,6	33 1	2	0,01	9981	66,54
7 1	6	0,04	9701	64,7	34 1	1	0,01	9982	66,55
8 1	54	0,36	9755	65	35 1	16	0,11	9998	66,65
9 1	4	0,03	9759	65,1	36 1	6	0,04	10004	66,69
10 1	39	0,26	9798	65,3	40 1	10	0,07	10014	66,76
12 1	20	0,13	9818	65,5	42 1	3	0,02	10017	66,78

¹ الرتبة الاولى: التحاق الطفل (3-4 سنوات) بالتعليم التمهيدي BR6 (1: نعم، 2: لا، 8: لا اعرف، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثانية:

عدد ساعات الحضور خلال الأسبوع الأخير BR7 (كمي، 98: لا أعرف، 99: إجابة ناقصة).

66,8	10020	0,02	3	44 1	65,5	9819	0,01	1	13 1
66,81	10021	0,01	1	45 1	65,5	9826	0,05	7	14 1
66,82	10023	0,01	2	48 1	65,6	9843	0,11	17	15 1
66,83	10024	0,01	1	49 1	65,7	9850	0,05	7	16 1
66,93	10040	0,11	16	99 1	65,7	9851	0,01	1	17 1
99,29	14894	32,4	4854	. 2	65,8	9863	0,08	12	18 1
99,34	14901	0,05	7	. 8	66	9900	0,25	37	20 1
100	15000	0,66	99	. 9	66,1	9911	0,07	11	21 1
					66,1	9912	0,01	1	23 1

المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على قاعدة بيانات المسح MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 37: توافق الاحالات في نموذج التعليم من السؤال 203 إلى السؤال 205 (ملف الأسرة)

النسبة الصاعدة	التكرار	النسبة %	التكرار	ربط المتغيرات	النسبة الصاعدة	التكرار	النسبة %	التكرار	ربط المتغيرات 1
66,67	22898	11,38	3908	1 5 1 1	1,09	373	1,09	373	1 0 0 1
66,82	22950	0,15	52	2 5 1 1	2,24	771	1,16	398	2 0 0 1
67,25	23097	0,43	147	9 5 1 1	2,38	816	0,13	45	9 0 0 1
67,84	23302	0,6	205	1 6 1 1	2,54	873	0,17	57	1 1 0 1
67,86	23308	0,02	6	2 6 1 1	2,71	930	0,17	57	2 1 0 1
67,91	23324	0,05	16	9 6 1 1	2,74	940	0,03	10	9 1 0 1
67,91	23326	0,01	2	2 9 8 1 1	2,76	947	0,02	7	1 2 0 1
77,19	26511	9,27	3185	. 0 2 1	2,77	951	0,01	4	2 2 0 1
83,27	28599	6,08	2088	. 1 2 1	2,77	953	0,01	2	9 2 0 1
86,62	29752	3,36	1153	. 2 2 1	2,78	956	0,01	3	1 3 0 1
86,85	29828	0,22	76	. 3 2 1	2,79	957	0	1	1 4 0 1
86,89	29844	0,05	16	. 4 2 1	2,79	958	0	1	2 9 8 0 1
88,4	30361	1,51	517	. 7 2 1	8,9	3056	6,11	2098	1 0 1 1
89,22	30642	0,82	281	. 8 2 1	11,7	4022	2,81	966	2 0 1 1
89,24	30650	0,02	8	. 9 2 1	12,1	4170	0,43	148	9 0 1 1
89,54	30753	0,3	103	. 0 3 1	20,7	7092	8,51	2922	1 1 1 1
89,57	30764	0,03	11	. 1 3 1	21,8	7492	1,16	400	2 1 1 1
89,6	30774	0,03	10	. 2 3 1	22,2	7633	0,41	141	9 1 1 1
89,6	30775	0	1	. 3 3 1	31,2	10701	8,93	3068	1 2 1 1
89,61	30776	0	1	. 5 4 1	31,8	10917	0,63	216	2 2 1 1
89,76	30830	0,16	54	1 . . 2	32,2	11064	0,43	147	9 2 1 1
99,41	34145	9,65	3315	2 . . 2	42,9	14721	10,65	3657	1 3 1 1
99,48	34166	0,06	21	9 . . 2	43,2	14847	0,37	126	2 3 1 1
99,48	34167	0	1	1 . . 9	43,6	14990	0,42	143	9 3 1 1
99,49	34171	0,01	4	2 . . 9	54,7	18788	11,06	3798	1 4 1 1
100	34346	0,51	175	9 . . 9	54,8	18837	0,14	49	2 4 1 1
					55,3	18990	0,45	153	9 4 1 1

المصدر: عمل خاص بناء على قاعدة بيانات المسح MICS3 (ملف الأسرة)

¹ الرتبة الاولى: حالة التمدرس (ED2) (1: نعم، 2: لا، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثانية: المستوى التعليمي (ED3A) (0: تحضير، 1: ابتدائي، 2: متوسط، 3: ثانوي، 4: جامعي، 8: لا أعرف، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثالثة: آخر سنة في المستوى (ED3B) (كمي، 97: غير مناسب، 98: لا أعرف، 99: ناقصة)، الرتبة الرابعة: القدرة على القراءة والكتابة (ED3C) (1: نعم، 2: لا، 9: إجابة ناقصة).

الجدول رقم 38: تناسق الاحالات في نموذج التعليم للإحالة من السؤال 206 إلى السؤال 210 (ملف الأسرة)

ربط المتغيرات 1	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة %	ربط المتغيرات	التكرار	النسبة %	التكرار	النسبة الصاعدة
1 1 0 0 1	1	0	1	0	2 1 0 5 1	75	0,22	967	2,82
2 1 0 0 1	16	0,05	17	0,05	:	:	:	:	:
1 3 0 0 1	1	0	18	0,05	1 1 3 5 1	5	0,01	3257	9,48
:	:	:	:	:	1 10 4 5 1	1	0	3258	9,49
1 1 0 8 0 1	2	0,01	136	0,01	1 1 0 6 1	47	0,14	3305	9,62
2 1 0 8 0 1	1	0	137	0	2 1 0 6 1	375	1,09	3680	10,71
1 1 0 1 1	1	0	138	0	:	:	:	:	:
2 1 0 1 1	10	0,03	148	0,03	1 4 4 6 1	2	0,01	21031	61,23
:	:	:	:	:	1 5 4 6 1	1	0	21032	61,24
1 1 0 8 1 1	4	0,01	317	0,01	9 9 8 9 6 1	1	0	21033	61,24
2 1 0 8 1 1	2	0,01	319	0,01	1 1 0 8 1	32	0,09	21065	61,33
1 1 0 2 1	5	0,01	324	0,01	2 1 0 8 1	235	0,68	21300	62,02
2 1 0 2 1	2	0,01	326	0,01	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	1 6 4 8 1	1	0	29716	86,52
1 1 8 2 1	1	0	426	0	1 3 8 8 1	1	0	29717	86,52
2 1 8 2 1	1	0	427	0	1 1 0 9 1	1	0	29718	86,53
2 1 0 3 1	11	0,03	438	0,03	2 1 0 9 1	5	0,01	29723	86,54
1 4 0 3 1	1	0	439	0	:	:	:	:	:
:	:	:	:	:	1 7 2 9 1	2	0,01	29838	86,87
1 3 2 3 1	5	0,01	552	0,01	1 8 2 9 1	2	0,01	29840	86,88
1 8 2 3 1	1	0	553	0	1 9 2 9 1	2	0,01	29842	86,89
1 1 0 4 1	2	0,01	555	0,01	1 ... 2	260	0,76	30102	87,64
2 1 0 4 1	20	0,06	575	0,06	2 ... 2	3864	11,25	33966	98,89
:	:	:	:	:	9 ... 2	27	0,08	33993	98,97
1 8 2 4 1	3	0,01	882	0,01	1 ... 9	14	0,04	34007	99,01
1 5 4 4 1	1	0	883	0	2 ... 9	5	0,01	34012	99,03
1 1 0 5 1	9	0,03	892	0,03	9 ... 9	334	0,97	34346	100

المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على قاعدة بيانات المسح MICS3 (ملف الأسرة)

¹ الرتبة الاولى: التمدرس خلال 2006/2005 (ED4) (1: نعم، 2: لا، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الثانية: عدد أيام الحضور خلال الأسبوع الماضي (ED5) (كمي، 8: التحقيق أيام العطلة، 9: ناقصة)، الرتبة الثالثة: المستوى الدراسي خلال السنة الدراسية 2006/2005 (ED6A) (0: تحضير، 1: ابتدائي، 2: متوسط، 3: ثانوي، 4: جامعي، 8: لا أعرف، 9: إجابة ناقصة)، الرتبة الرابعة: آخر سنة في المستوى خلال 2006/2005 (ED6B) (كمي، 97: غير مناسب، 98: لا أعرف، 99: ناقصة)، الرتبة الخامسة: التمدرس خلال السنة الدراسية 2005/2004 (ED7) (1: نعم، 2: لا، 9: إجابة ناقصة).

الجدول رقم 39: الدورات التكرارية لمشتقة دالة الإمكان الأعظم لنموذج انحدار التعليم المبكر (المعنوية الكلية للانحدار)

Historique des itérations ^{a,b,c,d}							
Itération	-2log-vraisemblance	Coefficients					
		Constante	HL4	HH6	melevel	wlthind5	
Etape 1	1	2707,789	-2,290	,023	,082	,135	,120
	2	2490,363	-3,573	,048	,191	,262	,246
	3	2466,056	-4,241	,063	,284	,327	,323
	4	2465,403	-4,373	,066	,309	,337	,339
	5	2465,403	-4,377	,066	,310	,337	,339
	6	2465,403	-4,377	,066	,310	,337	,339
Etape 2	1	2707,972	-2,279		,082	,135	,120
	2	2490,698	-3,548		,190	,262	,246
	3	2466,446	-4,208		,282	,326	,324
	4	2465,796	-4,338		,307	,337	,339
	5	2465,795	-4,342		,308	,337	,340
	6	2465,795	-4,342		,308	,337	,340

a. Méthode : Descendante pas à pas (rapport de vraisemblance)

b. La constante est incluse dans le modèle.

c. -2log-vraisemblance initiale : 2725,977

d. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 6 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: عمل خاص اعتمادا على قاعدة بيانات المسح MICS3 (ملف الأسرة)

الجدول رقم 40: الدورات التكرارية لمشتقة دالة الإمكان الأعظم لنموذج انحدار تدرّس للأطفال 5-14 سنة (المعنوية

الكلية للانحدار)

Historique des itérations ^{a,b,c,d}	-2log- vraisemblance	Coefficients					
		Constante	HL4	HH6	wlthind5	helevel	
Etape 1	1	13730,185	1,516	,060	,048	,061	,033
	2	10822,381	1,809	,161	,123	,164	,093
	3	10273,839	1,547	,292	,208	,306	,194
	4	10198,148	1,260	,363	,243	,402	,279
	5	10195,346	1,191	,373	,246	,425	,303
	6	10195,340	1,188	,374	,246	,425	,304
	7	10195,340	1,188	,374	,246	,425	,304

a. Méthode : Descendante pas à pas (rapport de vraisemblance)

b. La constante est incluse dans le modèle.

c. -2log-vraisemblance initiale : 10998,682

d. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 7 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: من انجاز الطالب اعتمادا على قاعدة معطيات المسح MICS3 (ملف الأسرة)

الجدول رقم 41: الدورات التكرارية لمشتقة دالة الإمكان الأعظم لنموذج انحدار توفر الدفتر الصحي للطفل

Itération historique des itérations ^{a,b,c,d}	-2log- vraisemblance	Coefficients					
		Constante	HH6_	HL4_	melevel	wlthind5	
Etape 1	1	4200,920	1,925	-,002	,001	,012	,007
	2	1965,799	2,899	-,007	,002	,037	,021
	3	1342,743	3,547	-,017	,006	,098	,057
	4	1182,436	3,730	-,033	,015	,223	,128

Etape 2	5	1147,366	3,477	-,044	,026	,396	,222
	6	1142,405	3,229	-,041	,031	,517	,279
	7	1142,231	3,172	-,039	,031	,547	,290
	8	1142,231	3,170	-,039	,031	,548	,290
	9	1142,231	3,170	-,039	,031	,548	,290
	1	4200,921	1,926	-,002		,012	,007
	2	1965,802	2,903	-,007		,037	,021
	3	1342,750	3,556	-,017		,098	,057
	4	1182,452	3,753	-,034		,223	,128
	5	1147,389	3,516	-,044		,396	,222
	6	1142,430	3,276	-,042		,517	,279
	7	1142,256	3,220	-,040		,547	,290
	8	1142,256	3,218	-,039		,548	,290
	9	1142,256	3,218	-,039		,548	,290
	1	4200,926	1,922			,012	,007
	2	1965,817	2,889			,037	,023
Etape 3	3	1342,783	3,521			,098	,060
	4	1182,495	3,683			,224	,134
	5	1147,421	3,423			,398	,230
	6	1142,456	3,189			,519	,286
	7	1142,282	3,137			,548	,297
	8	1142,282	3,135			,550	,297
	9	1142,282	3,135			,550	,297

a. Méthode : Descendante pas à pas (rapport de vraisemblance)

b. La constante est incluse dans le modèle.

c. -2log-vraisemblance initiale : 1212,456

d. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 9 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: عمل خاص اعتمادا على قاعدة معطيات المسح MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 42: الدورات التكرارية لمشتقة دالة الإمكان الأعظم لنموذج انحدار استكمال التطعيمات (المعنوية الكلية)

Itération Historique des itérations ^{a,b,c,d}	-2log- vraisemblance	Coefficients					
		Constante	HH6	HL4	melevel	wlthind5	
Etape 1	1	2693,563	1,093	-,036	-,107	,113	,056
	2	2645,350	1,201	-,056	-,180	,191	,095
	3	2644,417	1,194	-,060	-,196	,211	,104
	4	2644,416	1,193	-,060	-,197	,211	,105
Etape 2	1	2693,769	1,017		-,107	,114	,063
	2	2645,601	1,080		-,178	,194	,105
	3	2644,669	1,064		-,195	,213	,116
	4	2644,668	1,064		-,195	,214	,116

a. Méthode : Descendante pas à pas (rapport de vraisemblance)

b. La constante est incluse dans le modèle.

c. -2log-vraisemblance initiale : 2703,640

l. L'estimation a été interrompue au numéro d'itération 4 parce que les estimations de paramètres ont changé de moins de ,001.

المصدر: من انجاز الطالب بناء على قاعدة معطيات المسح MICS3 (ملف الطفل)

الجدول رقم 43: أهم مؤشرات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 المتعلقة بالمتابعة الصحية والتربوية للأطفال

المؤشر	المؤشر والرقم في المسح العنقودية	التقديرات الخاصة بالدراسة	تقديرات التقرير الرئيسي للمسح (MICS3) (Algerie)	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (البلدان العربية)	المستوى العالمي
وفيات الاطفال	احتمال وفيات الرضع q_0 1	%26,68	-	%44 TMI (2004)	%54 TMI (2004)
	احتمال وفيات الاطفال 0-4 سنوات q_0 5	%42,42	-	%56 TMM5 (2004)	%79 TMM5 (2004)
الحالة التغذوية	نقص الوزن الحاد (6)	%0,72	%0,6	%3	%10
	نقص الوزن المتوسط والحاد	%3,96	%3,7	%14	%26
	التقزم الحاد (7)	%3,25	%3,0	-	-
	التقزم المتوسط والحاد	%11,67	%11,3	%21	%31
	الهزال الحاد (8)	%1,05	%0,6	-	-
	نحافة متوسطة وحادة	%3,29	%2,9	%6	%10
الرضاعة الطبيعية	الرضاعة الطبيعية الخالصة (0-5 أشهر) (15)	%6,91	%6,9	-	-
	نسب الاطفال (>6 أشهر) ويتلقون رضاعة طبيعية	%79,8	-	%29	%36
	بدأ الرضاعة الطبيعية خلال الساعة الأولى من الولادة (45)	%52,87	%49,5	-	-
	استمرار الرضاعة الطبيعية في عمر 12-15 شهرا (16)	%46,47	%46,5	-	-
	استمرار الرضاعة في العمر 20-23 شهرا (16)	%22,19	%22,2	%23	%46
	وقت البدء الملائم في التغذية التكميلية (17)	%39,01	%39	-	-
	معدل التغذية التكميلية (6-11 شهرا) (18)	%26,05	%25,8	-	-
	معدل التغذية التكميلية (6-9 أشهر)	%33,34	-	%60	%51
	الاطفال (0-11 شهرا) الذين يتلقون تغذية سليمة (19)	%17,67	%17,4	-	-
	الاطفال (6 اشهر تحديدا) المستمرون في تلقي الرضاعة الطبيعية	%55,13	-	-	-
	الاطفال (4 اشهر تحديدا) المستمرون في تلقي الرضاعة الطبيعية	%75,10	-	-	-
	متوسط طول فترة الرضاعة (طريقة P/i)	8,12 شهر	-	-	-
	نسب المفطومين (0-24 شهر)	%44,64	%57,7 (>3 سنوات)	-	-
	متوسط العمر عند الفطام لدى الاطفال (0-24 شهر)	6,41 شهر	-	-	-
	وسيط العمر عند الفطام لدى الاطفال (0-24 شهر)	3,29 شهر	-	-	-
	الاطفال (0-24 شهر) المفطومين بشكل مفاجئ	%56,88	%55,3	-	-

المؤشر	المؤشر والرقم في المسوح العنقودية	التقديرات الخاصة بالدراسة	تقديرات التقرير الرئيسي للمسح (MICS3) (Algerie)	الشرق الأوسط وشمال أفريقيا (البلدان العربية)	المستوى العالمي
معالجة الملح باليود	استهلاك الملح المعالج باليود (41)	%60,71 > %68,27) أو أكثر من 15 (ppm	%60,7	%58-1998) (2004	%68-1998) (2004
التحصين (العالم والشرق الأوسط لسنة 2004)	تغطية التحصين ضد الدرن (25)	%98,55	%99,0	%88	%84
	تغطية التحصين ضد شلل الأطفال (26)	%95,84	%93,9	%89	%80
	تغطية التحصين DTC3 (27)	94,65%	94,8%	88%	78%
	تغطية التحصين ضد الحصبة (25)	%90,38	%90,5	%89	%76
	التغطية بالتحصينات كاملة (31)	%88,08	%88,0	-	-
	تغطية التحصين ضد الالتهاب الكبدي الوبائي ب (29)	%79,82	%79,8	%77	%49
رعاية المرضى والإجراءات العلاجية (العالم 98-2004)	استخدام محاليل معالجة الجفاف (33)	%26,64	%26,6	-	-
	السيطرة على الاسهال في المنزل (34)	%35,75	%5,4	-	-
	تلقي محلول معالجة الجفاف أو زيادة السوائل واستمرار التغذية (35)	%51,84	%24,2	%39	%33
	طلب العلاج لما يشبه الالتهاب الرئوي (23)	%53,74	%52,6	%66	%54
	استخدام المضادات الحيوية في علاج ما يشبه الالتهاب الرئوي (22)	%59,95	%59,0	-	-
	معرفة الام مؤشرا الالتهاب التنفسي الحاد	%17,61	%17,6	-	-
	التعليم القبلي المبكر (52)	%10,88	%10,9	-	-
التعليم	الاستعداد للمدرسة مرحلة التحضيري (53)	%15,73	%16,5	%18	%41
	الالتحاق بالتعليم الابتدائي (54)	%92,04	%91,6	%84	%86
	صافي الحضور في المدرسة الابتدائية (55)	%96,72	%96,5	%86	%91
	صافي الحضور في المتوسط/ ثانوي (56)	%63,60	%62,8	-	-
	الانتقال إلى المتوسط (58)	%76,34	%76,3	.	.
	النسبة الصافية لإتمام التعليم الابتدائي (59)	%65,90	%64,3	-	-
	الفارق بين الجنسين في الابتدائي (61)	0,997	0,9	0,93	0,97
	الفارق بين الجنسين في المتوسط (61)	1,08	1,1	-	-

المصدر: من اعداد الطالب اعتمادا على نتائج فصول الدراسة (2، 3، 4)

ملخص:

شهدت الجزائر خلال العقدتين الماضيتين تغيرات ملحوظة في مختلف المجالات، لاسيما على المستوى الديموغرافي، إذ تمثلت أهم التغيرات الديموغرافية في ارتفاع معدلات المواليد، ما أدى بدوره إلى إلزام الدولة بمضاعفة جهودها بغية تلبية حاجيات الأطفال الأساسية في مجالي الصحة والتعليم. لقد نالت المواضيع المتعلقة بواقع الأطفال الديموغرافي والاجتماعي حيزاً كبيراً في مجال الدراسات في مختلف البلدان والأقاليم، نظراً لما تكتسبه هذه الشريحة السكانية من أهمية اجتماعية وديموغرافية. وفي الجزائر يزداد حجم فئة الأطفال عن ربع المجتمع إذا ما عرفناها بالأعمار 0-14 سنة.

يهدف هذا العمل إلى تسليط الضوء على المتابعة الصحية والتربوية لهذه الفئة من السكان في الجزائر، والتعمق في واقعها من خلال معطيات المسح الوطني العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006، وذلك بدراسة مفصلة حول المتابعة الصحية للأطفال الأقل من خمسة سنوات من جهة، والمتابعة التربوية التعليمية للأطفال في الفئتين العمريتين 3-5 سنوات و 5-14 سنة من جهة أخرى، مقيدين بما جاء في استمارة المسح. موظفين لهذا الغرض جداول مركبة وتحاليل تدرج عدة متغيرات في نفس الوقت، ومستخدمين الاختبارات الإحصائية المناسبة لتفسير أهم المحددات الاجتماعية والديموغرافية المؤثرة في المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال.

مكننا هذا العمل من إبراز أهم المؤشرات الصحية والتربوية للأطفال وتحديد أبرز العوامل الاجتماعية والديموغرافية المؤثرة فيها حسب قاعدة معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات لسنة 2006 MICS3.

الكلمات المفتاحية: وفيات الأطفال، الرضاعة الطبيعية، المقاييس الأنثروبومترية، تطعيم الأطفال (PVE)، الأمراض التنفسية، اسهال الأطفال، المعدلات الخام للتلميذ، المعدلات الصافية للتلميذ.

Abstract:

Over the two past decades, Algeria has seen remarkable changes in various fields, especially demographic one. The most significant demographic changes were the highly birth rates, which has forced the country to redouble its efforts to meet the basic needs of children in health and education. Topics related to the demographic and social situation of children have become significant in the field of studies in different countries and regions, given the social and demographic importance of this segment of the population. In Algeria, the size of children is more than one quarter of the population if we define them as 0-14 years old.

The aim of this work is to highlight the health and educational follow-up of this population in Algeria and to deepen its reality through the MICS3 2006, with a detailed study on health follow-up of children under five years of age on the one hand, And educational follow-up of children in the age groups 3-5 years and 5-14 years on the other hand, restricted by the survey questionnaire. For this purpose, composite tables and analyses incorporate multiple variables at the same time, and use appropriate statistical tests to explain the most important social and demographic determinants affecting the health and educational indicators of children.

This work enabled us to highlight the most important indicators of health and education of children and identify the most important social and demographic factors affecting them according to MICS3 (2006).

Key words: Infant mortality, Breastfeeding, Anthropometric measures, Children's vaccination (PVE), Respiratory diseases, Children's diarrhea, Crude rates for school, Net rates of schooling.