

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية الجزائرية

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية

قسم علم الاجتماع والديموغرافيا



أطروحة مقدمة لنيل شهادة الدكتوراه الطور الثالث (LMD)

شعبة علم السكان تخصص: السكان والصحة

تأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأمهات على وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات  
من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر 2019 (mics6)

إشراف الأستاذ: أ. عمر طعبة

من إعداد الطالب: محادي عبد الكريم

الرقم	الاسم واللقب	الرتبة العلمية	المؤسسة	الصفة
01	محمد صالي	أستاذ	جامعة ورقلة	رئيسا
02	عمر طعبة	أستاذ	جامعة ورقلة	مشرفا ومقررا
03	أحمد شماني	أستاذ محاضر " أ "	جامعة ورقلة	عضوا ممتحنا
04	بوزيد بوحفص	أستاذ محاضر " أ "	جامعة ورقلة	عضوا ممتحنا
05	الجيلالي سامي	أستاذ	جامعة البويرة	عضوا ممتحنا
06	مصطفى خالدي	أستاذ محاضر " أ "	جامعة البويرة	عضوا ممتحنا

السنة الجامعية: 2024/2023

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

هُوَ الَّذِي خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ  
ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ مِنْ عَلَقَةٍ ثُمَّ يُخْرِجُكُمْ  
طِفْلًا ثُمَّ لِتَبْلُغُوا أَشَدَّكُمْ ثُمَّ  
لِتَكُونُوا شُيُوخًا وَمِنْكُمْ مَنْ  
يُتَوَفَّى مِنْ قَبْلٍ وَلِتَبْلُغُوا  
أَجَلًا مُّسَمًّى وَلَعَلَّكُمْ  
تَعْقِلُونَ ﴿٦٧﴾  
صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

الآيَة ٦٧ من سُورَة غَافِر

## إهداء...

إلى من كان سندي طيلة حياتي الدراسية إلى روح أبي الغالي رحمه الله وأسكنه فسيح جنانه.

إلى كنز الدنيا والآخرة "أمي الغالية" أطال الله في عمرها ورزقنا برها.

إلى شريكتي في الحياة "زوجتي" الغالية وأبنائي "أرسلان" و"أحمد عبد المغيث".

إلى إخوتي وأخواتي كل باسمه.

إلى أصدقائي وزملائي في التربية والتعليم وكل من يعرفني.

إلى كل زملاء الدفعة، وكل مهتم بعلم السكان.

إليكم جميعا أهدي هذا العمل.

عبد الكريم محمادي

## تشكرات...

أولاً الحمد لله الذي وفقنا في الدراسة، والحمد والشكر له على منّهِ علينا في إتمام هذا العمل.

ثم أتقدم بجزيل الشكر والامتنان لأستاذ التعليم العالي "عمر طعبة" على توجيهاته وإشرافه المحكم على هذه الدراسة، وتحمله وصبره معنا في تقديم هذا العمل، فبارك الله له في جهده وعلمه.

كما أتقدم بخالص عبارات الشكر والامتنان الى كافة أعضاء لجنة المناقشة كل باسمه على تفضلهم بتقييم هذا العمل وتصويبه.

كما أتقدم بالشكر الجزيل لأساتذة الديموغرافيا بقسم علم الاجتماع والديموغرافيا بورقلة، على نصائحهم وتوجيهاتهم القيمة، خاصة الأستاذ بوزيد بوحفص.

وكل الشكر لنائب عميد الكلية الأستاذ "مُحَمَّد صالي" على جهده المتواصل في سبيل العلم، ومن أجل تخصص الديموغرافيا، وملاحظاته القيمة وتوجيهاته المستمرة لنا.

كما لا ننسى كلمات الشكر والتقدير لرئيس قسم علم الاجتماع والديموغرافيا أستاذ التعليم العالي "عزيز قودة" على تشجيعه المتواصل لنا طيلة مشوارنا الدراسي.

كما نتقدم بكل عبارات الشكر للزميل المثابر والصبور "مُحَمَّد الأخضر قويدري" الذي كان لنا السند والرفيق في كل الأيام الدراسية الجامعية إلى يومنا هذا.

وفي الأخير أشكر كل من ساندني في مسيرتي الدراسية.

# فهرس المحتویات

الصفحة	المحتوى
	فهرس المحتويات
	فهرس الجداول والأشكال
أ-د	مقدمة

### الفصل الأول: الإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة

7	1- الإشكالية
11	2- الفرضيات
13	3- أهمية الدراسة
14	4- أسباب اختيار الموضوع
15	5- أهداف الدراسة
16	6- تحديد المفاهيم
23	7- المنهج المتبع في الدراسة
24	8- الدراسات السابقة

### الفصل الثاني: ظاهرة الوفيات

38	تمهيد
39	1- ظاهرة الوفيات
40	2- القياس الكمي لظاهرة الوفاة
40	1-2. معدلات الوفيات
43	2-2. جدول الوفاة

44	..... 2-3. أمل الحياة عند الولادة
44	..... 3- أسباب ظاهرة الوفيات
45	..... 3-1. الأسباب الداخلية
45	..... 3-2. الأسباب الخارجية
46	..... 4- أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة
47	..... 5- البرامج والمخططات الصحية الجزائرية
48	..... 5-1. الوضعية الصحية قبل الاستقلال
49	..... 5-2. الوضعية الصحية والبرامج بعد الاستقلال
57	..... خلاصة الفصل

### الفصل الثالث: واقع وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات

59	..... تمهيد
60	..... 1- وفيات الأطفال في العالم
61	..... 2- تطور معدلات الوفيات حسب الأقاليم العالمية
64	..... 3- وفيات الأطفال في الوطن العربي
69	..... 4- وفيات الأطفال في الجزائر
69	..... 4-1. توزيع معدلات وفيات الأطفال حسب معطيات المسح
71	..... 4-2. المقارنة بين معدلات الوفيات حسب الخصائص السوسيواقتصادية والديمغرافية
74	..... 4-3. وفيات الرضع في الجزائر
	..... 4-4. تطور معدلات الأطفال أقل من خمس(05) سنوات في الجزائر من 2010 إلى 2019

77	..... حسب الجنس
78	..... 4-5. تطور أمل البقاء على قيد الحياة من 2010 إلى 2019 في الجزائر حسب الجنس
80	..... خلاصة الفصل

#### الفصل الرابع: الجانب التطبيقي - التحليل الوصفي للدراسة -

82	..... تمهيد
83	..... أولا: المسح وخصائص العينة
83	..... 1- تعريف المسح
83	..... 2- أهداف المسح
84	..... 3- الإطار التنظيمي للمسح
85	..... 4- عينة المسح
85	..... 5- عينة الدراسة
86	..... 6- الأساليب والاختبارات الإحصائية المستخدمة
86	..... ثانيا: عرض البيانات
125	..... خلاصة الفصل

#### الفصل الخامس: الجانب التطبيقي - تحليل فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج -

127	..... تمهيد
128	..... 1- عرض وتحليل فرضيات الدراسة
174	..... 2- مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات
177	..... 3- مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة



179	..... خلاصة الفصل
182	..... خاتمة عامة
186	..... المراجع والمصادر
191	..... الملاحق

# فهرس الجداول والاشكال

الصفحة	العنوان	الرقم
60	توزيع معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب دول العالم	(1-3)
61	تطور معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب المنطقة الجغرافية العالمية	(2-3)
65	إجمالي معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الوطن العربي خلال الفترة 1990-2021	(3-3)
68	مقارنة بين معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الوطن العربي خلال الفترة 1990-2021	(4-3)
71	معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب الخصائص السوسيواقتصادية	(5-3)
73	معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب الخصائص الديمغرافية	(6-3)
74	تصنيف مستويات معدلات وفيات الرضع من طرف منظمة اليونيسيف	(7-3)
75	تطور معدلات وفيات الرضع في الجزائر من 2010 إلى 2019 حسب الجنس	(8-3)
77	تطور وفيات الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر حسب الجنس	(9-3)
87	توزيع الأمهات حسب التصريح بوجود طفل متوفى/حي عمره أقل من خمس سنوات	(1-4)
88	مقارنة بين معدلات الوفيات للأطفال والرضع خلال فترات زمنية ذات 5 سنوات سابقة للمسح	(2-4)
89	توزيع معدلات الوفيات حسب الجنس	(3-4)
91	توزيع الأمهات حسب متغيرات الدراسة	(4-4)
102	توزيع الأطفال المتوفين حسب أعمارهم	(5-4)
103	توزيع الأطفال المتوفين حسب الجنس	(6-4)

104	توزيع الأطفال المتوفين حسب أعمارهم المفصلة والفئات العمرية للأمهات	(7-4)
107	توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب المستوى التعليمي للأمهات	(8-4)
110	توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب منطقة الإقامة	(9-4)
111	توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب البرجة الإقليمية	(10-4)
114	توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب النشاط الاقتصادي للأم	(11-4)
116	توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب مؤشر الثروة	(12-4)
118	توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب الإصابة بمرض مزمن	(13-4)
120	توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب تباعد الولادات	(14-4)
122	توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب مرتبة المولود	(15-4)
128	مخرجات اختبار الارتباط الخطي المتعدد	(1-5)
129	توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية للأمهات	(2-5)
140	توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي	(3-5)
145	توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة	(4-5)
148	توزيع أفراد العينة حسب الأقاليم الجغرافية	(5-5)
154	توزيع أفراد العينة حسب تباعد الولادات	(6-5)
159	توزيع أفراد العينة حسب رتبة المولود	(7-5)
163	توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بمرض مزمن للأم	(8-5)
165	توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية للأم	(9-5)
168	توزيع أفراد العينة حسب النشاط الاقتصادي للأم	(10-5)

170	توزيع أفراد العينة حسب مؤشر الثروة الخمسي (11-5)
-----	--

فهرس الأشكال:

الصفحة	العنوان	الرقم
63	منحنى بياني يمثل تطور وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في العالم	(1-3)
67	منحنى بياني يمثل مقارنة بين بعض الدول العربية لمعدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات خلال الفترة 1990-2021	(2-3)
69	توزيع معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات، خلال فترة الخمس سنوات التي سبقت المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019.	(3-3)
70	اتجاهات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر حسب مختلف التقارير إلى غاية 2019	(4-3)
76	معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر منذ سنة 1980 إلى غاية 2021.	(5-3)
79	تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر من 1990-2019	(6-3)
94	تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب الفئات العمرية	(1-4)
95	تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي	(2-4)
96	تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب مكان الإقامة	(3-4)
96	تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب الأقاليم الجغرافية المبرمجة	(4-4)
97	تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب تباعد الولادات	(5-4)
98	تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب رتبة المولود	(6-4)

99	تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب التصريح بالإصابة بمرض مزمن	(7-4)
99	تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب الحالة الفردية	(8-4)
100	تمثيل بياني لتوزيع مفردات العينة حسب النشاط الاقتصادي	(9-4)
101	تمثيل بياني لتوزيع مفردات العينة حسب مؤشر الثروة الخمسي	(10-4)
102	تمثيل لنسب توزيع الأطفال المتوفون حسب أعمارهم أقل من خمس سنوات	(11-4)
103	توزيع الأطفال المتوفون حسب الجنس	(12-4)
105	التمثيل البياني لتوزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب الفئات العمرية للأمهات	(13-4)
108	توزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب المستوى التعليمي للأمهات	(14-4)
110	تمثيل بياني توزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب منطقة الإقامة	(15-4)
113	توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب البرمجة الإقليمية	(16-4)
115	تمثيل بياني توزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب النشاط الاقتصادي للأم	(17-4)
117	تمثيل بياني لتوزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب مؤشر الثروة	(18-4)
119	تمثيل بياني لتوزيع الأطفال المتوفون أقل من خمس سنوات حسب الإصابة بمرض مزمن	(19-4)
121	التمثيل البياني لتوزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب تباعد الولادات	(20-4)
123	تمثيل بياني لتوزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب مرتبة المولود	(21-4)

مقدمة

## مقدمة:

تعد ظاهرة الوفاة من أهم الظواهر المدروسة في علم السكان، لأنها تعد عنصرا هاما يؤثر في النمو السكاني، فكما تعرفها الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية هي الاختفاء التام لكل دلائل الحياة في أي وقت بعد الولادة، ويعد موضوع الوفيات محل اهتمام بالغ للباحثين في المجال العلمي والصحي، خاصة وأنه يدخل ضمن الخطط والبرامج الصحية والتنمية لأي بلد.

كما تتميز فئة الأطفال باهتمام خاص في كل المجتمعات من حيث الدراسات، لأنها تمثل القاعدة العريضة للهرم السكاني لأغلب المجتمعات السكانية بسبب ارتفاع أعدادها مقارنة مع فئات المجتمع الأخرى هذا من جهة، ومن جهة أخرى لأنها تمثل المخزون البشري للمورد البشري المستقبلي، ومن بين اهم مواضيع الدراسات السكانية الخاصة بهذه الفئة نجد دراسة وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات كونها الشريحة السكانية الأكثر عرضة لخطر الوفاة، بسبب تميزها بالضعف الفيزيولوجي بنيويا إضافة إلى اعتمادها الكامل على غيرها من حيث الرعاية الصحية.

بشكل عام شهد العالم هبوطا تدريجيا في حدة انتشار وفيات الأطفال عما كان عليه سابقا، لكن بشكل متفاوت وبشكل واضح بين المجتمعات السكانية بسبب التباين في الإمكانيات الصحية لدول العالم، مس هذا التراجع كذلك دول العالم الثالث التي كانت بها وفيات مرتفعة جدا في السابق، ويمكن إرجاع ذلك بالدرجة الأولى إلى تدعيم منظوماتها الصحية بدءا بتوسيع الرعاية الصحية للأطفال والأمهات وكذا توفير اللقاحات والأدوية وصولا إلى استيراد أجهزة طبية حديثة ومتطورة من العالم المتقدم.

وحسب منظمة الصحة العالمية فإن حوالي 5 ملايين طفل لم يبلغ الخامسة من العمر توفوا خلال سنة 2021، وتقع نصف هاته الوفيات في القارة الإفريقية، بسبب أمراض يمكن تلافيتها كالمالاريا، الإسهال، سوء التغذية والتهاب الجهاز التنفسي. كما أن هذه الدول النامية دخلت في صراع ضد الأمراض الوبائية والجائحات.



يعتبر معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات كأهم المؤشرات التنموية والصحية لأي بلد، إذ يقاس به مدى التقدم في المجال الصحي، وكذا المجالين الاقتصادي والاجتماعي، لأن العديد من الدراسات البحثية أكدت هذا الارتباط في مجالات التنمية، حيث أن التطور في المجال الصحي والاقتصادي يساعد في تخفيض وفيات الأطفال وخاصة بما يتعلق بوفيات الرضع، وبالمقابل فإن تدهور الأوضاع الاجتماعية والاقتصادية تؤثر وتساهم في زيادة معدل وفيات الأطفال، نظرا لطبيعة المرحلة العمرية التي تتطلب الكثير من الإمكانيات الصحية والمادية.

إن فئة الأطفال دون سن الخامسة تعتبر الفئة الحساسة من السكان باعتبارهم أكثر عرضة للأمراض الفتاكة بسبب ضعف مناعتهم وهذا ما يجعل احتمال تعرضهم لظاهرة الوفاة أكثر من غيرهم. إذ يعد تخفيض وفيات الأطفال دون الخمس سنوات أحد أهم الأهداف الإنمائية للألفية، لذلك لا بد من توفير آليات تخص الرعاية الصحية لهذه الفئة، من خلال توفير الخدمات الأساسية التي تضمن سلامتهم وبقائهم على قيد الحياة، خاصة الأطفال البالغين من العمر سنة وذلك بتلقيهم لجميع الإجراءات الوقائية كالتابعة الصحية والتلقيح.

بما أن الجزائر تنتمي إلى الدول النامية، فقد عرفت أيضا تطورا في معدلات وفيات الأطفال، حيث انخفض هذا المعدل من 27.5% سنة 2010 إلى 24.2% خلال 2019 حسب إحصاءات ديمغرافيا الجزائر لسنة 2019، كما أن وفيات الرضع عرفت انخفاضا كذلك حسب نفس الإحصائيات فبعدها كان 23.7% سنة 2010، انخفض إلى 21.0% سنة 2019، يصاحبه تطور في أمل الحياة عند الولادة الذي وصل إلى 77.8 سنة بعدما كان 76.3 سنة خلال سنة 2010.

ونظرا لأهمية الموضوع فقد جاءت دراستنا المتعلقة بوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بالجزائر، والتي حملت العنوان " تأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأهيات على وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر (mics6) 2019 ". قمنا باستخلاص البيانات المتعلقة

بوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، وذلك من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الخامس من نوعه في الجزائر، والسادس عالميا حيث قمنا بتقسيم هذه الدراسة وفق ما يلي:

**الفصل الأول:** ويتمثل في الإطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة، تناولنا فيه إشكالية الموضوع من خلال طرح التساؤل الرئيسي متبوع بأسئلة فرعية، بعدها وضعنا الفرضيات المناسبة المتعلقة بالدراسة، ثم أسباب اختيار الموضوع، إلى أهداف دراسة وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، بالإضافة إلى التطرق إلى مفاهيم الدراسة وختام الفصل بإلقاء نظرة عن الدراسات السابقة.

**الفصل الثاني:** وهو الجزء النظري الأول للدراسة تحت عنوان "ماهية ظاهرة الوفيات" والذي تطرقنا فيه إلى تحديد المفاهيم العامة للوفيات مروراً بتعريف لأنواع من معدلات الوفيات، إلى التطرق للأسباب والعوامل الاقتصادية والاجتماعية التي تؤثر في وفيات.

**الفصل الثالث:** وهو الجزء النظري الثاني للدراسة والمعنون بـ "وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات"، حيث يحتوي هذا الفصل نظرة حول معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في العالم، ثم التطرق لنفس المعدلات في الوطن العربي، وصولاً إلى دراستها في الجزائر بالتطرق للإحصائيات المتوفرة، ومقارنة تلك المعدلات وتطورها حسب الامتداد الزمني، وفي الأخير طرحنا أهم الخطط والبرامج الصحية لخفض وفيات الأطفال والرضع في الجزائر.

**الفصل الرابع:** وهو الجزء التطبيقي الأول تناولنا فيه التحليل الوصفي للدراسة انطلاقاً من تحديد مجالات الدراسة، إلى استخراج الجداول البسيطة والمركبة والأشكال البيانية، المتعلقة بمتغيرات الدراسة وعلاقتها بوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، حسب معطيات المسح.

**الفصل الخامس:** الفصل التطبيقي الثاني وهو الجزء الأهم في دراستنا تناولنا فيه عرض وتحليل البيانات ومناقشة نتائج الدراسة، حيث قمنا بتحليل المعطيات المستخلصة من المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019، على ضوء

فرضيات الدراسة، من أجل استخلاص النتائج، ومنه معرفة أهم العوامل الاقتصادية والاجتماعية للأمم المتأثرة في وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، حسب معطيات المسح.

# الفصل الأول

## الاطار المنهجي والمفاهيمي للدراسة

## 1- الإشكالية:

يركز العالم اهتمامه على فئة الأطفال نظرًا لأهمية هذه المرحلة العمرية في بناء المجتمعات والأمم، وذلك من خلال حماية وتعزيز صحة ورفاهية الأطفال، خاصة فئة الأطفال الأقل من 5 سنوات كونها الفئة الحساسة من السكان والأكثر عرضة للمخاطر والأمراض من غيرها، وهذا راجع بدرجة كبيرة إلى ضعف مناعتهم، أو لعدم كفاية الرعاية الصحية بهم. لذلك تضع معظم الدول أولوية اهتماماتها وسياساتها في تحسين الرعاية الصحية لذات الفئة لحمايتهم من خطر ظاهرة الوفاة من خلال تسطير مخططات وتفعيل آليات بهدف محاولة التحكم بأسباب الوفاة التي تمس الشريحة السكانية المذكورة.

كما تعتبر ظاهرة وفيات الأطفال من بين أهم الظواهر الأكثر دراسة في العلوم السكانية، ولا تزال هذه القضية من القضايا المطروحة في البحوث، والتي يدور حولها النقاش منذ عدة سنوات في المؤتمرات والندوات العلمية إقليمياً وعالمياً، خاصة تلك التي تنظمها منظمة اليونسيف ومنظمة الصحة العالمية أو من خلال الندوات السكانية والطبية التي تنظمها الهيئات العلمية والحكومية.

وبالرغم من جدية الجهود المبذولة من أجل توفير الرعاية الصحية للأطفال في جميع أنحاء العالم، إلا أنه لا يزال هنالك أطفال يواجهون صعوبات كبيرة في البقاء على قيد الحياة في عدد كبير من الأقطار وبالأخص بالدول الموسومة بالعالم الثالث، فحسب ما ورد في تقرير منظمة الأمم المتحدة للطفولة لسنة 2021 فإنه يموت ما يقرب من 5.6 مليون طفل كل عام لأسباب يمكن الوقاية منها أو علاجها، بما في ذلك مليون طفل يموتون يوم ولادتهم، وبمعدل كل ست ثواني يموت طفل دون سن الخامسة في مكان ما في العالم، وإن ما يقرب من 40 في المائة من وفيات الأطفال دون سن الخامسة يسجل في البلدان التي تعاني من أزمات إنسانية.

على الصعيد القاري وحسب ما ورد عن الأمم المتحدة سنة 2009، انخفض معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة في دول جنوب الصحراء بإفريقيا بنسبة قدرها 14% بين سنتي 1990 و2006، ولكن مع وفاة طفل من بين كل ستة أطفال قبل سن الخامسة تبقى منطقة جنوب الصحراء بإفريقيا أصعب مكان للعيش في العالم بالنسبة للأطفال حسب نفس الهيئة. أما بالنسبة للبلدان الإفريقية الخمسة الواقعة شمال الصحراء، وهي الجزائر، مصر، ليبيا، المغرب وتونس فقد نجحت في خفض معدلات وفيات الأطفال لديها بنسبة بلغت 45% على الأقل بين 1990 و2006، وذلك ما وضع هذه البلدان على الطريق الصواب لتحقيق الأهداف الإنمائية للألفية المتعلقة بخفض وفيات الأطفال دون سن الخامسة بمقدار الثلثين في 2015.

ويعد معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة من بين أهم المؤشرات التي تعكس المستوى الاقتصادي والاجتماعي وحتى الثقافي للدولة، ومستوى المعيشة بصفة عامة للمجتمع، حتى الدراسات البحثية والأكاديمية أعطت اهتماما بالغا لهذا الموضوع، لأن معظم الدول في العالم وجميع المنظمات الدولية والوطنية تبذل جهدا كبيرا لتخفيض معدلات الوفيات عند الأطفال، والجزائر من ضمن الدول التي تسعى جاهدة إلى ترقية المستوى الصحي خاصة في السنوات الأولى للأفراد باعتباره عامل يؤثر في كل المستويات ذات الأبعاد الأخرى.

تعتبر الجزائر كغيرها من البلدان العربية، إذ شهدت تطورات عديدة خاصة في المجال الصحي، بحيث يعد تخفيض وفيات الأطفال دون 5 سنوات أحد أهم الأهداف التي تسعى الدولة لتحقيقها. ومن بين هذه التطورات اهتمامها الخاص بالرعاية الصحية للأم (أثناء الحمل، عند الولادة وبعد الولادة) والطفل. تجدر الإشارة إلى دخول الجزائر في إصلاحات كبرى للقطاع الصحي والإنفاق على الصحة العمومية، جاءت هذه الإصلاحات في ضوء برنامج الإنعاش الاقتصادي الذي تبنته الدولة سنة (2001-2004)، حيث استفاد القطاع الصحي بـ 14.7 مليار دج بنسبة 16.28% من الحصة الإجمالية الموجهة للتنمية البشرية، كما استفاد القطاع الصحي من 4% من ميزانية البرنامج التكميلي لدعم النمو (2005-2009) حسب ما تناولته الباحثة مقيدش نزيهة في دراسة

تحليلية سنة 2022، ومن خلال الجهود التي تحاول الدولة الجزائرية بذلها توفير البنى القاعدية الصحية كالمرافق الممثلة في العيادات متعددة الخدمات والمراكز الصحية المدعمة بالإطارات الطبية المتخصصة، كل هذا من أجل التحسين والارتقاء بالصحة عامة وصحة الطفل خاصة.

قدر معدل وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر سنة 1990 بحوالي 55,7% حسب ما ورد في معطيات ديمغرافيا الجزائر الصادر سنة 2018 عن الديوان الوطني للإحصائيات، لينخفض بعد ثمان سنوات إلى بـ 43% حسب معطيات تعداد 1998، مواصلا توجهه العام نحو الانخفاض مسجلا 40,2% حسب نتائج المسح المتعلق بصحة الأم والطفل المنجز سنة 2002، ليصل إلى 27.5% سنة 2010 محققا بذلك قفزة ربحية تقدر بـ 12.7 نقطة في المعدل، مواصلا وتيرة انخفاضه بشكل تدريجي إلى أن وصل 24.2% سنة 2019 حسب إحصائيات ديمغرافيا الجزائر 2019. بالرغم من المجهودات المبذولة من طرف الدولة ووضع المخططات والبرامج المكثفة قصد التقليل وخفض من هذه الظاهرة التي نتج عنها الانخفاض المستمر والهام كمي تبقى هذه المعدلات مرتفعة مقارنة بنظيرتها المسجلة في الدول المتقدمة فمثلا سجل الاتحاد الأوربي معدلا يقدر بـ 3.4% سنة 2019 بعدما كان 3.8% سنة 2012 حسب موقع الإحصاءات الأوروبية.

شهدت الجزائر تحولا في دور المرأة مع بداية مشاركتها في الحياة الاجتماعية والاقتصادية، بل أصبحت في كثير من الأحيان أحد ركائز التطور الاقتصادي والاجتماعي الذي تعيشه الجزائر، جاء هذا نتيجة خروجها إلى ميادين العمل وارتفاع مستواها الثقافي، وهذا جاء نتيجة للمكانة التي اكتسبتها في وقتنا الحاضر، تجدر الإشارة إلى أن التطور الاقتصادي والاجتماعي للأمم نتج عنه زيادة في درجة الوعي الصحي وثقافة الوقاية ورفع درجة الاقتناع بضرورة تلقيح أطفالها ضد الأمراض السارية والوعي بالإجراءات العلاجية لأمراض الطفولة، وهذا بدوره يرجح إمكانية تأثيره على وفيات مواليدها الرضع وأطفالها الأقل من خمس سنوات.

كما تطرق العديد من الباحثين والمختصين لدراسة هذا الموضوع، فمنهم من رأى بأن العامل الاقتصادي هو المؤثر الأساسي على ظاهرة وفيات الأطفال مثل دراسة الباحثين قواوسي علي وسعدي رابح (إعادة بناء الديناميكيات السكانية المحلية في الجزائر 1987-2008 باستخدام تقنيات التقدير غير المباشر)، أما البعض الآخر فرأى بأن العوامل الاجتماعية خاصة المستوى الصحي هو العامل الأكثر تأثيراً على هذه الظاهرة مثل دراسة منظمة الصحة العالمية سنة 2013 التي تمخض عنها بأن 45% من وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات تحدث بسبب سوء التغذية.

بالإضافة إلى ما تم طرحه سابقاً، فإنه من الممكن جداً أن توجد العديد من العوامل الأخرى التي تتعلق حصراً بالأمهات ويمكن أن تؤثر في مستويات الوفيات لدى الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات في الجزائر، ومن أجل معالجة ذلك نطرح التساؤل التالي:

ما مدى المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأمهات على وفيات الأطفال دون سن 5 سنوات في

الجزائر من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 (mics6)؟

ومن أجل التفصيل والإحاطة أكثر بالموضوع ومحاوله فهمه وتوضيحه نوظف بعض الأسئلة الفرعية والمتمثلة في:

- 1) هل يؤثر عمر الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر خلال سنة 2019؟
- 2) هل يؤثر المستوى التعليمي للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر؟
- 3) هل يؤثر وسط إقامة الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر؟
- 4) هل يؤثر الإقليم الجغرافي القاطنة به الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر؟
- 5) هل يؤثر تباعد الولادات للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر؟
- 6) هل تؤثر رتبة المولود بدلالة إخوته على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر؟



- 7) هل يؤثر المرض المزمن للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر؟
- 8) هل تؤثر الحالة الفردية للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر؟
- 9) هل يؤثر عمل الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر خلال؟
- 10) هل يؤثر مؤشر الثروة لأسر الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر؟

## 2- الفرضيات:

تعتبر الفرضيات من بين أحد أهم الخطوات البحث العلمي، والتي من شأنها أن توجه الباحث خلال دراسته، بحيث يطور الباحث فرضياته بشكل يوضح مختلف التفسيرات المحتملة والمقترحة للعلاقة بين عاملين أحدهما العامل المستقل) وهو المسبب (والآخر العامل التابع) وهو النتيجة (التي حدثت نتيجة كافة العوامل المستقلة أو المسببة<sup>1</sup>)، وعليه نقترح الفرضيات التالية للدراسة قصد المعالجة الموضوعية لتساؤلات الدراسة:

- 1) يؤثر عمر الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر خلال سنة 2019، بحيث كلما ارتفعت أعمار الأمهات قلت حدة انتشار الوفاة بين الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات.
- 2) يؤثر المستوى التعليمي للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر خلال سنة 2019، بحيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم قلّت حدة انتشار الوفاة بين الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات.
- 3) تؤثر منطقة سكن الأمهات للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث تنتشر وفيات الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات في المناطق الريفية أكثر مقارنة بالمناطق الحضرية.
- 4) يؤثر الإقليم الجغرافي القاطنة به الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث كلما اتجهنا نحو الأقاليم الجغرافية الشمالية قلت حدة انتشار وفيات الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات.

<sup>1</sup> محمد عبيدات، محمد أبو ناصر، عقلة مبيضين، منهجية البحث العلمي القواعد المراحل التطبيقات، ط2، عمان دار وائل للنشر، 1999، ص28.

- (5) يؤثر تباعد الولادات للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث كلما زادت مدة التباعد قل انتشار الوفاة بين الأطفال.
- (6) تؤثر رتبة المولود بدلالة إخوته على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، إذ يفترض أنّ تعامل الأم مع المولود الأول يختلف في التعامل عن بقية مراتب المواليد.
- (7) يؤثر المرض المزمن للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، إذ أن الإصابة بالمرض المزمن يعرض الطفل في المرحلة الجنينية إلى عدة أخطار بسبب تناول الأم للأدوية، ويمكن أن تظهر هذه الآثار في السنوات الأولى بعد ميلاد الطفل.
- (8) تؤثر الحالة الفردية للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث يفترض بأن الأم الماكثة في البيت قد تسلك نمطا معيناً في المعيشة تحافظ به على أطفالها، تختلف عن نظيرتها حسب الحالات الفردية الأخرى في السلوك ورعاية الأطفال.
- (9) يؤثر عمل الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث يفترض اختلاف في السلوك بين الأم العاملة والأم غير العاملة من خلال اختلاف نمط الرعاية بينهما للطفل قبل وبعد ميلاده.
- (10) يؤثر مؤشر الثروة للأسر المنتمة لها الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث كلما كان مؤشر ثروة أسرة الأم أرفع قلت حدة انتشار وفيات الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات.

### 3- أهمية الدراسة:

تتجلى أهمية دراسة وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات وتأثيرها بالمتغيرات ذات الأبعاد الاقتصادية والاجتماعية للأمهات في عدة نقاط، من أهمها نذكر ما يلي:

- كونها تعالج موضوعا يتعلق بأحد أهم مؤشرات التنمية في العالم وهو معدلات وفيات الرضع والأطفال، لذلك فكل البحوث والدراسات المتعلقة بالأطفال خاصة ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات تكون ذات أهمية من حيث تقييم المنظومة الصحية للدولة عموما، إضافة إلى اعتماده كمعيار لرسم السياسات السكانية وكذا عمليتي الاستشراف والتخطيط.

- كون الدراسة تستهدف شريحة الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات، حيث تعد هذه الشريحة العمرية في الجزائر الأكثر تمثيلا من بين الشرائح السكانية من الناحية الكمية، فهي إذن تمثل القاعدة العريضة للهرم السكاني، والبنية الأساسية لمستقبل التنمية البشرية والموارد البشرية.

- كون الأطفال الأقل من خمس سنوات فئة هشة وأكثر عرضة للأمراض، خاصة الأمراض المعدية، وأقل مناعة وبالتالي أكثر تعرضا لخطر الوفاة، لذلك فمن المهم دراسة توفير الرعاية والبرامج الصحية، لهذه الفئة السكانية.

- كون سبب وجود الطفل هي الأم ولأنه أكثر تقربا منها في الأعمار الصغيرة، فهو بذلك أكثر تأثرا بالمتغيرات في الجوانب المتعلقة بما مثل الجوانب الاقتصادية والاجتماعية والصحية، حيث عرفت وضعية الأم الجزائرية تطورا مستمرا منذ الاستقلال، في كل الأصعدة ومن أهمها المستوى الاقتصادي والاجتماعي، نذكر منها ارتفاع المستوى التعليمي، دخول المرأة عالم الشغل، اكتساب ثقافة صحية ومكانة اجتماعية مميزة.

- كون دراسة وفيات الأطفال والرضع ومحاوله تخفيض احتمالات الوفيات لذات الفئة من بين الأهداف الإنمائية للألفية، وإحدى خطط تحسين فرص البقاء على قيد الحياة، فهي بذلك تساهم في رفع مستوى التنمية بأنواعها الصحية، الاجتماعية والاقتصادية.

- كون الأطفال هم مستقبل أي مجتمع سكاني، وتهتم العديد من دول العالم بالحفاظ على صحة الأشخاص عموماً وفئة الأطفال خصوصاً، حيث تهتم جل الدول مهما كان تصنيفها بتحسين مؤشر وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات من خلال محاولة التحكم في أسباب الوفاة، ومهما كان تصنيفها دولاً متقدمة أو نامية أو سارية في طريق النمو.

#### 4- أسباب اختيار الموضوع:

إنّ اختيارنا لهذا الموضوع المعنون ب: "تأثير المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأمتهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر 2019"، لم يكن وليد الصدفة أو اختيار عشوائي وإنما راجع إلى عدة أسباب، منها:

(1) دراسة وفيات الأطفال تدخل ضمن الظواهر الديمغرافية، وهي من المواضيع التي يدرسها تخصص السكان والصحة، والاهتمام بصحة الأطفال من أوليات الدول والحكومات. وله جاذبية في الدراسة.

(2) الارتفاع الكبير لمعدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، في أغلب الدول النامية مقارنة بالدول الصناعية، وهو ما يخيفها ويجعلها ترفع مستوى التحدي من أجل تخفيضه.

(3) اعتبار فئة الأطفال أقل من خمس سنوات، فئة مهمة في أي مجتمع، وهو يمثل القاعدة العريضة للهرم السكاني في الجزائر.

(4) دراسة إحدى أهم المؤشرات الصحية والاقتصادية في البلد وهو معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

(5) من خلال الدراسة يمكن إيجاد سبل الحلول للمشكلات المطروحة سواء كانت اجتماعية أو اقتصادية والمتعلقة بالأمهات والتي تؤثر على وفيات أطفالهن.

(6) توفر المعطيات الكفيلة بالإجابة على الانشغالات البحثية للموضوع، بحيث تم اغتنام فرصة توفر قاعدة المعطيات المتمثلة في الملف الخام الخاص بالأم والطفل للمسح الوطني المتعدد المؤشرات mics6 لسنة 2019، والمنجز من طرف الديوان الوطني للإحصائيات.

## 5- أهداف الدراسة:

تمثل أهداف البحث الغاية أو ما يصبوا إليه الباحث العلمي من خلال العمل الذي يقدمه في مجال التخصص، وبالتالي فيجب على كل باحث أن يحدد الأهداف قبل القيام بالبحث لما ينطوي عليه من أهمية من أجل الوصول إلى النتائج<sup>1</sup>، وعلى هذا الأساس نسعى من وراء هذه الدراسة إلى محاولة تحقيق جملة من الأهداف نلخصها في الأسطر التالية:

(1) محاولة تسليط الضوء على هذه الفئة العمرية من الأطفال لكونها الفئة الأكثر تأثراً بمختلف العوامل من غيرها من الفئات، خاصة ذوي الأعمار أقل من خمس سنوات.

(2) تتبع تطور وفيات الأطفال والرضع في الجزائر، ومحاولة معرفة سبل تخفيض هذا المعدل، خاصة أنه يدخل ضمن الأهداف الإنمائية للألفية.

(3) محاولة تحديد أهم العوامل الاقتصادية المتعلقة بالأمهات والمؤثرة على وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

<sup>1</sup> بحوش عمار، د.عباش عائشة، د.رائجة زاكية، منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية، كتاب جماعي، المركز الديمقراطي العربي، برلين-ألمانيا، 2019 ص 63.

4) محاولة تحديد أهم العوامل الاجتماعية والديمقراطية المتعلقة بالأمهات والمؤثرة على وفيات الأطفال دون سن الخامسة.

5) لفت انتباه السلطات الرسمية إلى واقع الرعاية الصحية للأطفال الذين تقل أعمارهم عن خمس سنوات في الجزائر.

6) إثراء وتدعيم البحث العلمي بهذه الدراسة وخاصة لما يتلقاه موضوع وفيات الأطفال من أهمية بالغة.

## 6- تحديد المفاهيم:

### 6-1. المفاهيم العامة:

يعتبر تحديد مفاهيم الدراسة من بين أهم الخطوات المنهجية المتبعة في تصميم البحوث العلمية، وعليه وجب أن تكون ضمن التخصص الحاوي لموضوع الدراسة نظرا للتعارض المفاهيمي بين الحقول المعرفية، في هذا العنصر سنحاول التركيز على أهم المفاهيم والتي تترجم المتغير التابع ومجموعة المتغيرات المفسرة له، إضافة إلى المفاهيم الإجرائية التي تعد كمفتاح لفهم الموضوع وحدود الدراسة، وفق ما تقدم فان مفاهيم دراستنا حددت كالتالي:

### 1) مفهوم الطفل:

الطفل في اللغة هو المولود حتى البلوغ، والطفولة هي مرحلة من الميلاد إلى البلوغ<sup>1</sup>.

والطفولة تعني المرحلة المبكرة من حياة الإنسان والتي يكون فيها في حالة اعتماد واضحة على المحيطين به

سواء كانوا الآباء أو المدرسين<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> معجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، مكتبة الشروق الدولية، ط3، القاهرة، مصر، 1993، ص152.

<sup>2</sup> رفقة بخلف، النمو المعرفي في مرحلة الطفولة المبكرة، مجلة آفاق علمية، الجزائر، 2014، ص154.

والطفولة هي مرحلة مبكرة من مراحل الإنسان تتميز بالنمو الجسدي<sup>1</sup>.

والطفل يعني كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه<sup>2</sup>.

وفي علم السكان يطلق مصطلح الطفل ما قبل مرحلة التمدرس المنتمي عمريا إلى الفئة العمرية 1-4 سنوات، أو ما يعرف بالطفولة المبكرة، أما المرحلة الوسطى للطفولة من 5 إلى 9 سنوات، وتبقى الطفولة المتأخرة من 10 إلى 14 سنة.

يفهم مما تقدم عرضه حسب المفاهيم السابقة، أن الطفل هو كل فرد في المجتمع السكاني يقل عمره عن 18 سنة.

## (2) مفهوم الرضع:

تختلف مفاهيم مرحلة الرضاعة في كثير من الأحيان، فهي مرحلة تمتد من الميلاد حتى السنة الثانية من العمر<sup>3</sup>.

الطفل الرضيع هو الذي لا يزال في سن الرضاعة ويقصد بسن الرضاعة مرحلة الطفولة التي تنتهي قبل بلوغ الطفل السنة الثانية من عمره<sup>4</sup>.

أما في علم السكان يطلق على الرضع الطفل الذي لم يتجاوز السنة الأولى من العمر.

<sup>1</sup> محمد عبد الله العارضة، النمو المعرفي لطفل ما قبل المدرسة نظرياته وتطبيقاته، دار الفكر ناشرون وموزعون، ط2، عمان، الأردن، 2013، ص37.

<sup>2</sup> <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>

<sup>3</sup> محمد عبد الله العارضة، مرجع سابق، ص38.

<sup>4</sup> فراس عباس البياتي، وفيات الأطفال، المجلد1، كلية الآداب قسم علم الاجتماع، جامعة الموصل، الموصل، العراق، 2012، ص31.

### (3) الوفيات:

الوفاة ظاهرة بيولوجية تحدث نتيجة استهلاك الفرد والأنسجة، بسبب الجهود التي يبذلها الفرد وهي كفاحه من أجل ضمان معيشته، مما يتعرض له من أخطار في المجتمع من حوادث عرضية أو استثنائية<sup>1</sup>. كما تعرف بأنهما، الاختفاء الدائم لكل دلائل الحياة، في أي وقت بعد الولادة<sup>2</sup>.

### (4) وفاة الأطفال:

وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات تنقسم إلى وفيات الرضع وهي فئة الأطفال أقل من 01 سنة، وفئة المتوفين من الأطفال في الفئة العمرية (01-04 سنوات).

**وفيات الرضع:** عبارة عن عدد الوفيات بين الأطفال من لحظة ولادتهم أحياء إلى ما قبل إتمام السنة الأولى من العمر لكل ألف مولود حي<sup>3</sup>. وتنقسم إلى:

**وفيات حديثي الولادة:** وهي وفيات الأطفال المولودين أحياء خلال الشهر الأول (0-27 يوما ماضية) وبدورها تنقسم إلى قسمين:

أ. **وفيات حديثي الولادة المبكرة:** هي وفيات الأطفال المولودين أحياء خلال الأسبوع الأول من الحياة (0-6 أيام ماضية)

ب. **الوفيات المتأخرة لحديثي الولادة:** هي وفيات المواليد الأحياء خلال ثلاث أسابيع الأخيرة من الشهر الأول (0-27 يوما ماضية)، وهنا الأسباب تكون مرتبطة بعوامل خارجية.

<sup>1</sup> حنان بن سعدة، الأسباب السوسيواقتصادية والديمقراطية لوفيات الأطفال الرضع، أطروحة دكتوراه، جامعة عمار ثلجي، الأغواط، 2018، ص11.

<sup>2</sup> فتحي أبو عيانة، جغرافية السكان وأسسها الديمغرافية العامة، الإسكندرية، دار الجامعات المصرية، 1988، ص206.

<sup>3</sup> فوزي عيد سهاونة وموسى عبودة سمحة، جغرافية السكان، المجلد2، دار وائل، عمان، الأردن، 2007، ص102.



وفيات ما بعد حديثي الولادة: وهم الأطفال المتوفون ما بين (28 و365) يوما كاملة، أي من الشهر الأول ما بعد الولادة حتى الشهر الثاني عشر.

#### (5) معدل وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

يطلق معدل وفيات الأطفال نسبة إلى 1000 ولادة حية، عدد الأطفال المتوفين في الفئة العمرية 0-4 سنوات، وهو احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة بين الولادة واكتمال السنة الخامسة من العمر بالضبط، مضروبا في ألف، وتعتبر اليونيسيف هذا المعدل من أهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية لأي بلد<sup>1</sup>.

**معدل وفيات الأطفال:** تقسم معدلات وفيات الأطفال إلى قسمين، معدل وفيات الأطفال الرضع (0 سنة) ومعدل وفيات الأطفال من (1-4) سنوات.

ويحسب معدل وفيات الأطفال الرضع بالصيغة التالية: عدد وفيات الأطفال الأقل من سنة مقسوم على عدد المواليد خلال السنة في 1000.

أما معدل وفيات الأطفال من 1 إلى 4 سنوات يحسب بالصيغة التالية: المتوفين أقل من 5 سنوات في فترة زمنية محددة مقسوم على عدد الأطفال الأقل من 5 سنوات في 1000<sup>2</sup>.

#### (6) المستوى الاقتصادي:

يمكن تحديد مفهوم المستوى الاقتصادي أو المكانة الاقتصادية للفرد من خلال بعض المحددات التي تمس الفرد أو المجتمع، والتي لها تأثير على المستوى المعيشي له. ويعبر عن المستوى المعيشي بدرجة إشباع الحاجيات

<sup>1</sup> لبرارة سماح، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر، مذكرة تخرج لنيل درجة الماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010، ص28.

<sup>2</sup> سيهام عبد العزيز. أسباب وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر من 2002 إلى 2016. مجلة الباحث في العلوم الانسانية والاجتماعية، الصفحات 209-216.

المادية وغير المادية للأسرة، ويقصد بمصدر إشباع الحاجيات فهو الدخل الناجم عن العمل أو غيره من مصادر الدخل الأخرى التي تلعب دورا في ارتفاع المعيشة أو انخفاضها<sup>1</sup>.

#### (7) مؤشر الثروة:

يعتبر كقياس للوضع الاقتصادي، ويتم فيه استجواب الشخص عن مجموعة من الأسئلة يستنتج من خلالها حالة الوضع اتجاه الثروة بعيد عن وضعي الدخل والاستهلاك، بحيث يترجم التجهيزات المنزلية والوضعية تجاه الصرف الصحي والمياه الصالحة للشرب والغسل<sup>2</sup>.

#### (8) المستوى الاجتماعي:

تعرف العوامل الاجتماعية بأنها العوامل التي تحدد نمط الحياة كاملة لمجتمع معين، بسبب علاقتها مع جميع العوامل الأخرى التي تحدد مجتمعه<sup>3</sup>، هناك مجموعة من المتغيرات التي تحدد المستوى الاجتماعي للفرد ونذكر منها المستوى التعليمي والثقافي، الرعاية الصحية، مكان الإقامة، نوع المسكن، نمط الأسرة، نمط المعيشة وغيرها من العوامل. وبالنسبة للطفل فهو ذلك الفضاء أو المحيط الأسري الذي يتحرك فيه الطفل، ويتضمن كل العناصر المادية والبشرية والعلاقات القائمة بين جميع أفراد الأسرة<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> مرسوم رئاسي، رقم 06-395، مؤرخ في 20 شوال 1427 الموافق لـ 12 نوفمبر 2006، يحدد الأجر الوطني الأدنى المضمون.

<sup>2</sup> The DSH wealth index. DSH comparative reports 6. Page 1.2006

<sup>3</sup> نجهد بن موسى القحطاني، العوامل الاجتماعية المؤدية إلى التعثر الدراسي لدى الشباب الجامعي، دراسة ميدانية، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد 20، سنة 2019، ص146.

<sup>4</sup> أحمد الهاشمي، علاقة الأنماط السلوكية بالأنماط التربوية الأسرية، دار قرطبة، ط1، 2004، ص33.

## 9) المستوى التعليمي:

يقصد بالمستوى التعليمي الدرجة الدراسية التي يصل إليها الفرد خلال حياته الدراسية، في مؤسسات التعليم العمومي، والتي تترتب من مرحلة ما قبل التمدرس إلى مرحلة الدراسات العليا. كما يعد التعليم من المؤشرات المهمة على مستويات التنمية الاجتماعية والاقتصادية في الدولة<sup>1</sup>.

كما يتحدد المستوى التعليمي للأسرة، بمستوى التحصيل المدرسي للأبوية والدرجات العلمية، ومستوى الاستهلاك الثقافي الذي يتمثل في عدد الساعات التي يقضيها الأبوان في قراءة الكتب والمجلات، نوع المادة المقروءة، أي أن التنشئة الاجتماعية الديمقراطية للأبناء مصدرها المعرفة العلمية للأبوين، وعلى العكس من ذلك يميل الأبوان إلى استخدام أسلوب الشدة كلما تدنى مستواها التعليمي، كما أن المرأة المثقفة أقل من نظيرتها غير المثقفة في إنجاب الأطفال<sup>2</sup>.

## 6-2. المفاهيم الإجرائية للباحث:

### 1) فئة الأطفال الأقل من خمس سنوات:

وهي فئة الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 سنة وأربع سنوات، والتي تم دراستها من خلال المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر سنة 2019، وهم الأطفال المولودين في الخمس سنوات التي تسبق تاريخ إنجاز المسح.

<sup>1</sup> نادية دكاكن، عمر طعبة، دراسة تحليلية لأثر المستوى التعليمي للأم على وفيات الأطفال الرضع في الجزائر، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، المجلد 11، العدد 02، 2023، ص 221.

<sup>2</sup> حنان بن سعدة، الأسباب السوسيواقتصادية والديمقراطية لوفيات الأطفال الرضع، أطروحة دكتوراه، جامعة عمار ثليجي، الأغواط، 2018، ص 16.

## (2) معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات:

يحسب معدل وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بقسمة عدد الأطفال المتوفين قبل بلوغهم سن الخامسة من العمر أي الأطفال المتوفين خلال الخمس سنوات التي سبقت إنجاز المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر سنة 2019 نسبة لكل 1000 ولادة حية خلال نفس الفترة.

## (3) الأمهات:

وهنّ الأمهات اللواتي أنجبن طفلاً أو أطفالاً ازدادوا أحياءً وتوفوا قبل بلوغهم سن الخامسة أو بقوا على قيد الحياة، أثناء الخمس سنوات التي سبقت المسح، حسب تصريحهن أي هن الأمهات المعنيات بالدراسة.

## (4) المستوى الاقتصادي:

ونقصد بها كل المتغيرات ذات الطابع الاقتصادي المتعلقة بالأمهات والتي كانت محل بحث واستجواب في المسح العنقودي المتعدد المؤشرات المنجز بالجزائر سنة 2019، ويفترض أن يكون لها تأثير على وفيات أطفالهن في الفئة العمرية من 0 إلى 4 سنوات بالزيادة أو النقصان، والتي تتعلق أساساً بالحالة الفردية للأمهات والتي تنقسم إلى صفات هي بطالة، عاملة، طالبة أو متربصة، متقاعدة...، ثم النشاط الاقتصادي للأُم التي تمارس نشاطاً أو لا تمارس، وكذا عدد ساعات العمل إضافة إلى مؤشر الثروة للأسر التي تنتمي إليها.

## (5) المستوى الاجتماعي:

ونقصد بها كل العوامل الاجتماعية والديمقراطية المتعلقة بالأمهات والتي يمكن لها أن تؤثر على وفيات أطفالهن في الفئة العمرية من 0 إلى 4 سنوات، وهي المستوى الثقافي التعليمي لها والذي ينقسم إلى مستويات تربيتية هي: ما قبل التمدرس، ابتدائي، متوسط، ثانوي، جامعي، بالإضافة إلى مكان الإقامة (حضر/ريف)

والأقاليم الجغرافية السبعة المرشحة، بينما عمر الأمهات والمتمثل في فترة خصوبتهن (15-49 سنة) والمقسمة إلى فئات عمرية خماسية، أما بخصوص عدد الولادات للأم ورتبة المولود المتوفى فهي مقسمة كذلك إلى أعداد محددة، حسب معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر سنة 2019.

## 7- المنهج المتبع في الدراسة:

المنهج هو مجموعة من العمليات والخطوات التي يتبعها الباحث بغية تحقيق بحثه، فالمنهج ضروري لأنه يساعد في ضبط الأبعاد والفروض وأسئلة البحث<sup>1</sup>. اقتضت هذه الدراسة إلى استعمال أكثر من منهج، وهي كالتالي:

### 7-1. المنهج الوصفي:

ويعرف الوصف بأنه دراسة الظاهرة كما هي في الواقع، ووصفها وصفا دقيقا، والتعبير عنها كميا وكيفيا، تمهيدا لفهم الظواهر، وتشخيصها<sup>2</sup>.

وهو منهج مناسب في الدراسات المسحية، لأنه يساعد في تحديد ظروف الظاهرة وأبعادها وتوصيف العلاقات بينها بهدف الانتهاء إلى وصف علمي دقيق متكامل لها أو المشكلة بالاعتماد على الحقائق المرتبطة بها<sup>3</sup>.

ويعرف بأنه أسلوب من أساليب التحليل المرتكز على معلومات كافية ودقيقة لظاهرة أو موضوع محدد عبر فترة أو فترات زمنية محددة، وذلك من أجل الحصول على نتائج علمية تم تفسيرها بطريقة موضوعية تنسجم مع المعطيات الفعلية للظاهرة<sup>4</sup>.

<sup>1</sup> رشيد زرواني، منهجية البحث في العلوم الاجتماعية، ط1، دار الكتاب، الجزائر، 2004، ص 104 105

<sup>2</sup> د. بجوش عمار، د.عباش عائشة، د.أنجة زاكية، منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية، كتاب جماعي، المركز الديمقراطي العربي، برلين-ألمانيا، 2019 ص 118.

<sup>3</sup> د. محمد السرحان علي الحمودي، مناهج البحث العلمي، ط3، دار الكتب، صنعاء، اليمن، 2019، ص 29-30.

<sup>4</sup> محمد أحمد السريتي، منهج البحث العلمي، جامعة أم القرى، بالقرية، مصر، 2014-2015، ص 21.

اعتمدنا على الجانب الوصفي في بداية الجزء التطبيقي لدراستنا، لأنه جاء مناسباً لوصف متغيرات الدراسة، من خلال استخراج الجداول البسيطة والمركبة والتعليق عليها، حيث ساعدنا في وصف وتفسير بعض الأرقام والنسب الملاحظة من الجداول المستخرجة، أي أنه كان ممهداً لعملية تحليل ظاهرة وفيات الأطفال في الجزائر.

## 2-7. المنهج التحليلي:

كما سنعتمد أيضاً على المنهج التحليلي ويعود ذلك إلى طبيعة الموضوع الذي يعتمد على الأرقام العددية التي تبين عدد الوفيات، لذا اعتمدنا على المعطيات الخام بالنسبة للمسح الوطني العنقودي المتعدد المؤشرات الذي أجري بالجزائر سنة 2019.

فلهذا سنعتمد على جدولة هذه المعطيات على شكل جداول بسيطة ومركبة وفقاً لمتغيرات الدراسة، في حين سنعتمد كذلك على تحليلها إحصائياً، باستخدام برنامج الحزم الإحصائية في العلوم الاجتماعية SPSS، عن طريق حساب أثر المتغيرات التفسيرية حسب طبيعتها على تعرض الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0 سنة وأربع سنوات لخطر الوفاة، وذلك بأسلوب الانحدار اللوجستي ثنائي الإجابة.

## 8- الدراسات السابقة:

قبل الانطلاق في دراستنا، لا بد لنا من الاطلاع على الدراسات السابقة التي تناولت موضوع وفيات الأطفال بجوانب مختلفة، سواء كانت ضمن تخصص الديمغرافيا أو بقية التخصصات، وذلك لأهمية الدراسة خاصة وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، ومن بين الدراسات التي تطرقت للموضوع نذكر ما يلي:

## 8-1. الدراسات العربية:

### الدراسة الأولى:

#### التباين المكاني لوفيات الأطفال دون الخمس سنوات في محافظة ديالى للمدة من (2002 - 2011)

تمت دراسة هذا الموضوع في إطار أطروحة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في الآداب الجغرافية، من إعداد قسمة نجم عبد الله منهل، إلى مجلس كلية التربية للعلوم الإنسانية، جامعة ديالى بالعراق، سنة 2013، قصد تحقيق الأهداف التالية:

- تحليل أسباب وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات وتباينها المكاني حسب العمر والنوع.
- دراسة المتغيرات التي تؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

وخلصت نتائج الدراسة المتوافقة مع دراستنا في أهم النقاط التالية:

- تتأثر وفيات الأطفال دون الخامسة باستقرار الوضع الاقتصادي والأمني والسياسي وباتساع الخدمات الصحية وتوسعها إذ تتأثر وفيات الأطفال دون الخامسة بالتطور الطبي لانخفاض نسب وفيات الأطفال في بعض الأمراض نتيجة تطور العلاج الطبي الوقائي.
- ساهمت عدة متغيرات في تباين معدل وفيات الأطفال دون الخامسة في منطقة الدراسة أهمها الاستقرار الاقتصادي والسياسي ووفرة الخدمات الصحية وانتظام عملها، شكلت تلك المؤثرات سواء في عملية تسجيل المواليد أو الوفيات وكلٌ منها تؤثر في هذه الظاهرة.
- بينت الدراسة أن وفيات الأطفال الناتجة بسبب الأمراض يتركز تأثيرها في الأعمار الصغيرة دون السنة من العمر الأطفال الرضع وأهمها أمراض متلازمة ضيق النفس والتي بلغ متوسط معدل الوفيات بسببها 20%.

## الدراسة الثانية:

### أثر العوامل الديموغرافية والاقتصادية والاجتماعية في وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية من واقع بيانات المسح الفلسطيني (2010)

تمت دراسة هذا الموضوع في إطار أطروحة مقدمة لنيل شهادة ماجستير في الجغرافيا، من إعداد أfnان مُجد محمود زيد، بناء على بيانات المسح الفلسطيني 2010، قصد تحقيق الأهداف التالية:

- تقدير معدل وفيات الأطفال الرضع في الأراضي الفلسطينية، مع المقارنة بالسنوات السابقة.
- تحليل مجموعة من العوامل الديموغرافية والبيولوجية والاقتصادية والاجتماعية في معدل وفيات الرضع.

ولخصت نتائج الدراسة المتوافقة مع دراستنا في أهم النقاط التالية:

- بلغ معدل وفيات الأطفال الرضع حسب نتائج المسح بـ 18.9% مقارنة مع نتائج المسح 2006 الذي كان 25.7%.
- هنالك علاقة عكسية بين عمر الأول عند الزواج ومتوسط وفيات الأطفال، إذ ينخفض المعدل كلما زاد عمر الزواج، ويرتفع كلما كان العمر أكثر من 30 سنة.
- ينخفض معدل الوفيات كلما كان المستوى الدراسي أعلى، ويعزى من ذلك أن الأمهات المتعلمات أكثر دراية بالأمور الصحية لدى أطفالهن.
- كما يؤثر مكان الإقامة هو الآخر على معدل الوفيات إذ ينخفض في الأماكن الحضرية ويرتفع في الضفة الغربية والمناطق الريفية.
- كما توجد علاقة عكسية بين عمر الأم في أول إنجاب لها متوسط وفيات الأطفال، إذ ينخفض المعدل كلما زاد عمر الأم في الإنجاب الأول.



## الدراسة الثالثة:

### دراسة أهم العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال في فلسطين (دراسة تحليلية مقارنة)

تمت دراسة هذا الموضوع في إطار مقال مقدمة في مجلة الدراسات الاقتصادية الكمية، من إعداد شادي التلبياني، سمير أبو دحروج، المجلد 06 العدد 2020/01، حيث تمثلت أهداف الدراسة في النقاط التالية:

- تحديد نموذج البقاء الأمثل من بين نماذج البقاء المختلفة.
  - تحديد أهم العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال في فلسطين باستخدام النموذج الأمثل.
- وتمثلت نتائج الدراسة المتطابقة مع دراستنا في أهم النقاط التالية:
- كلما زاد العمر الحالي للمرأة بمقدار سنة واحدة فإن نسبة الخطر لوفاة الأطفال ترتفع.
  - نسبة خطر الوفاة مرتفعة للأطفال الذين يقطن والداهم في المحافظات التالية: طولكرم ونابلس والقدس وبيت لحم وشمال غزة وغزة.
  - نسبة الخطر الذي يتعرض لها الطفل التوأم مرتفعة مقارنة بالطفل المفرد.
  - نسبة خطر الوفاة مرتفعة للأطفال ذات الترتيبات الأعلى مقارنة بالأطفال ذوي الترتيب الأول.
  - نسبة خطر الوفاة مرتفعة للأطفال الذين تتراوح أعمار أمهاتهم ما بين (20-34).
  - نسبة خطر الوفاة تقل للمستوى الأعلى من المتوسط لمؤشر الثروة.
  - للمستوى التعليمي للأم في فلسطين دور هام في خفض نسبة خطر وفيات الأطفال، حيث أن هناك علاقة عكسية بين تعليم الأم وخطر الوفاة.

## 8-2. الدراسات الجزائرية:

### الدراسة الأولى:

الأسباب السوسيو اقتصادية والديمغرافية لوفيات الأطفال الرضع، دراسة ميدانية بالمؤسسة المتخصصة

الحكيم سعدان-الأم والطفل-الأغواط

تمت دراسة هذا الموضوع في إطار أطروحة مقدمة لنيل شهادة دكتوراه في الطور الثالث تخصص علم الاجتماع

ودراسات ديمغرافية، من إعداد حنان بن سعدة، كلية العلوم الاجتماعية، قسم علم الاجتماع والديموغرافيا، جامعة

عمار ثليجي-الأغواط-2018/2017، حيث تمثلت أهداف الدراسة في أهم النقاط التالية:

■ تحديد الوفيات قبل البلوغ سنة الأولى من العمر، وكذا تحديد أهم الأسباب التي أدت إلى تفاقم هذه الظاهرة.

■ الإحاطة بجميع الجوانب الملزمة بالوفيات الأطفال الرضع في الجزائر

■ كما هدت الدراسة كذلك إلى توعية الأم بهذه الظاهرة وخاصة الأمهات اللواتي يقطن في الناطق الريفية.

ولخصت نتائج الدراسة، في النقاط التالية وهي:

● تواصل معدل الوفيات الرضع بالجزائر بالانخفاض تدريجيا وهو ما يعكس جهود الدولة المبذولة على

القطاع الصحي

● سبب انخفاض معدل الوفيات الرضع بالجزائر هو متابعة النساء الحوامل أثناء وبعد الحمل و تحسن هذا

القطاع في الجزائر و نحوض به.

● تعتبر الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية المؤثر الرئيسي على هذه الظاهرة.

- يعتبر دخل الأسر من بين العوامل الاقتصادية التي تؤثر على ظاهرة الوفيات، كما أن المتغيرات الديمغرافية لها تأثير حتمي على ظاهرة الوفيات، كما نجد أن سن المرأة له دور بالغ الأهمية في سلوكها الإنجابي.

## الدراسة الثانية:

### دراسة وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر (2009-2010)

تمت دراسة هذا الموضوع في إطار أطروحة مقدمة لنيل شهادة ماجستير ديمغرافيا، من إعداد لبرارة سماح، كلية العلوم الإسلامية و الاجتماعية، قسم علم الاجتماع و الديموغرافيا، جامعة الحاج لخضر-باتنة-2009/2010، حيث تمثلت أهداف الدراسة في أهم النقاط التالية:

- أهم الأسباب والعوامل المؤثرة على وفيات الأطفال دون خمس سنوات.
- تقدير نسبة ومعدلات وفيات الأطفال دون الخمس سنوات.

وخلصت نتائج الدراسة في أهم النقاط التالية:

- بالرغم من تحسن القطاع الصحي في الجزائر من بعد الاستقلال، إلا أنه لا يزال يريد إلى تحسن أكثر، حيث لا تزال نسب معدلات الوفيات الأطفال دون الخمس سنوات مرتفعة.
- للعوامل الديمغرافية والاجتماعية والاقتصادية دروا فعالا في انخفاض وارتفاع معدلات الوفيات الأطفال دون الخمس سنوات.
- لا يمكن الفصل بين صحة الأم والطفل في فترة ما حول الولادة، أي أن للمتابعة الصحية دورا هاما في انخفاض وارتفاع الوفيات للأطفال دون خمس سنوات.

## الدراسة الثالثة:

### الديمغرافيا الإقليمية في الجزائر، تحليل مقارن.

تمت هذه الدراسة من طرف الباحث مُجَّد بدروني في إطار الحصول على شهادة دكتوراه دولة تخصص الديمغرافيا جامعة سعد دحلب بالبليدة سنة 2007، هدفت هذه الدراسة إلى:

- دراسة الفوارق الجهوية الإقليمية للظواهر الديمغرافية، أهمها دراسة ظاهرة الوفاة.
- دراسة وفيات الأطفال أقل من سنة.
- تحديد المحددات الإقليمية التي تؤثر على وفيات الرضع.

كما نلخص أهم النتائج كما يلي:

- إبراز دور التعليم في خفض وفيات الرضع.
- يوجد تأثير إيجابي لتعليم الأمهات على بقاء الأطفال على قيد الحياة.
- يقل التعرض لظاهرة الوفاة، بسبب توسع المجال التعليمي.

## الدراسة الرابعة

### تأثير وفيات الرضع على الخصوبة في الجزائر حسب معطيات المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS4

تمت دراسة هذا الموضوع في إطار مقال مقدمة في مجلة الحقيقة للعلوم الاجتماعية والإنسانية، من إعداد

شعبان الصادق، بوالفخار ناصر، المجلد 21 العدد 04 / 2022، تحدف هذه الدراسة إلى:

- تأثير وفيات الرضع على الخصوبة باستخدام المستوى الجزئي في التحليل وبالاعتماد على معطيات المسح العنقودي الجزائري المنجز في سنة 2012-2013.
- تمت الدراسة عبر تحليل الفروق بين طول المجال بين الولادات، متوسط عدد الأطفال المنجبين حسب مدة الزواج، احتمالات إكبار الأسرة وكذا المؤشر التركيبي للخصوبة بالنظر لوجود وفيات أطفال رضع أو عدم وجودها.

تمثلت أهم نتائج الدراسة فيما يلي:

- سمح الاعتماد على متغير طول المجال بين الولادات تبين وجود فرق في طول المجال بين الولادات، حيث يكون المجال أقصر في حالة تسجيل وفاة، ويكون أطول منه بقليل في حالة عدم وجود وفاة وقد يفسر ذلك بردة فعل الأم من أجل تعويض الرضيع المفقود وهو ما يؤدي إلى ارتفاع الخصوبة.
- بعد الاعتماد على متغير متوسط عدد الأطفال المنجبين حسب مدة الزواج في حالة وجود وفاة واحدة على الأقل وعدم وجود أي وفاة تبين وجود فرق في عدد الولادات، تبين أنه كلما زادت الوفيات تبتعتها زيادة في متوسط عدد الولادات. وتذهب هذه النتيجة في نفس الاتجاه السابق والذي يثبت فرضية الخصوبة المرتفعة عند النساء اللاتي فقدن بعضا من مواليدهن بالمقارنة مع النساء اللاتي لم تفقدن أيا من مواليدهن.
- نتيجة للاعتماد على متغير احتمال إكبار الأسرة في حالة وجود وفاة واحدة أو أكثر وعدم وجود أي وفاة، تبين أن احتمال الانتقال من رتبة مولود إلى رتبة أعلى يزيد كلما زادت وفيات الأطفال السابقين، ويقل كلما قلت الوفيات، وهذا دليل على رغبة الأمهات اللاتي فقدن أطفالا رضع في تعويضهم للوصول إلى العدد المرغوب فيه من الأطفال.

- من خلال الاعتماد على المؤشر التركيبي للخصوبة ومعدلات الخصوبة الزوجية الحالية في حالة وجود وفاة واحدة على الأقل وعدم وجود أي وفاة، تبين أن خصوبة النساء اللائي فقدن مولوداً واحداً على الأقل كانت أكبر من خصوبة النساء اللائي لم يفقدن أي مولود، وهذا يدل على مدى تأثير وفاة طفل على أمه حيث أن خصوبتها تكون مرتفعة تبعاً لذلك.

#### الدراسة الخامسة:

### أسباب وفيات حديثي الولادة في ولاية المدية 2011-2016

تمت دراسة هذا الموضوع في إطار مقال مقدم في مجلة دراسات إنسانية و اجتماعية، من إعداد إلهام حنيني، زبيدة بلعربي، المجلد 11 العدد 02 / 31-03-2022، تهدف هذه الدراسة إلى الكشف عن أسباب وفيات حديثي الولادة في ولاية المدية وذلك من خلال معطيات برنامج مكافحة وفيات الأطفال حديثي الولادة بين الفترة 2011-2015، ومعطيات الحالة المدنية خلال نفس الفترة.

وتمثلت نتائج الدراسة فيما يلي:

- لا تزال أمراض الأطفال حديثي الولادة شائعة في طب الأطفال على الرغم من الجهود العديدة المبذولة في مجال صحة الأم والطفل. حيث تبلغ مخاطر وفاة الأطفال ذروتها في الأيام الثمانية والعشرين الأولى من حياتهم. وعليه لا بدّ من ضمان مأمونة الولادة وتوفير خدمات الرعاية الفعالة للطفل من أجل تجنب تلك الوفيات. والجدير بالذكر أنّ نحو 75% من وفيات الأطفال دون سن الخامسة تقع أثناء فترة الولادة الحديثة.

- أغلب الأنشطة الخاصة بالرعاية الصحية للأمومة تتكفل بها القابلات المتواجدة في مختلف المراكز المرجعية . كما يقع على عاتقهن المتابعة الإدارية لمختلف البرامج الخاصة بالصحة الإنجابية من بينها برنامج حديثي الولادة وبرنامج التخطيط العائلي والتطعيم وهذا يكون على حساب نوعية الرعاية الطبية للحوامل.
- إحدى نقائص البرنامج هو إهمال القطاع الخاص، حيث لا تتوفر أي معلومة حول النشاط الخاص بالحمل والولادات والوفيات، رغم وجود نسبة معتبرة من النساء يتابعن حملهن في القطاع الخاص ويضعن حملهن فيه أيضا.

### الدراسة السادسة:

#### الاختلافات الزمنية والمكانية لمعدلات وفيات الرضع في الجزائر

تمت دراسة هذا الموضوع في إطار مقال منشور في مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، من إعداد د فضيلة شعوبي، المجلد 11 العدد 2019/04، وتهدف هذه الدراسة إلى بحث وفيات الأطفال الرضع ممن تقل أعمارهم عن السنة من حيث الاتجاه الزمني والتباين الفصلي والمكاني، فضلا عن التباين بحسب النوع، وذلك من خلال المعطيات التي وفرها الديوان الوطني للإحصائيات للفترة ما بين 2013 و2016.

كما تمثلت نتائج هذه الدراسة فيما يلي:

- تُبين الدراسة العديد من النتائج المتعلقة بموضوع تباينات وفيات الرضع في الجزائر، فمن ذلك مثلاً نجد أن هذه المعدلات تختلف موسمياً تبعاً لفصول السنة وذلك في الفترة ما بين 2013-2016، حيث نلمس ارتفاعها خلال فصلي الخريف والشتاء، وانخفاضها أثناء الربيع والصيف. وعلى غرار ذلك تبدو التباينات واضحة بين الولايات المختلفة من الوطن؛ فمن جهة سجلت أدنى المعدلات بولاية بومرداس وميلة أين

بلغت القيمة 8.1% و11.2% على التوالي عام 2016، في حين شهدت ولايات أخرى معدلات جد مرتفعة مقارنة بسابقتها تأتي في مقدمتها كل من تبسة وعنابة بمعدلات تجاوزت 25%.

● أما عن التباين المشترك بين الأقاليم والفصول، فتبين الدراسة أن المعدلات بلغت ذروتها في إقليم الشمال الشرقي خلال فصل الشتاء، وهو نفس الفصل الذي شهد فيه إقليمي الشمال الغربي والوسط نفس الارتفاع مقارنة بباقي فصول السنة. في حين فضل إقليم الجنوب فصل الخريف ليبارك هذا النوع من الوفيات. وفيما يتعلق بالتباين المشترك بين الأقاليم والجنس فقد اتفقت جميع الأقاليم على أن تُسجل أدنى المعدلات صيفاً بقيم تراوحت بين 18.9% و23.2% للذكور و13.8% و17.3% للإناث، هذا وقد حاز إقليم الوسط على أدنى هاته المعدلات والتي توزعت بدورها على 15.3 للإناث و 19.8% للذكور.

● يفسر الاختلاف المكاني لتوزيع وفيات الرضع في الجزائر بتباين المستويات الاقتصادية والخدمات الاجتماعية العامة للسكان، وذلك من حيث توفير الغذاء الصحي والماء الصالح للشرب ومستوى الأداء ونوعية الخدمات الصحية المقدمة، فضلاً عن التباين في حجم السكان وطريقة التسجيل. كما يفسر التباين الموسمي بتباين الفصول ودرجة حرارتها، ومدى ما يمكن أن تحدثه تقلبات هاته الفصول من تعرض الأطفال الرضع إلى إصابتهم بأمراض معينة تؤدي بحياتهم.

#### التعقيب على الدراسات السابقة:

بعد الاطلاع على الدراسات السابقة، وتلخيصها واستخراج نتائجها تبين أن هناك توافق في بعض النتائج، واختلاف في الأخرى، فأما النتائج المشتركة فتمثلت في:

- تقل وفيات الرضع كلما ارتفع المستوى التعليمي للأُم.



- يؤثر الوضع الاقتصادي والأمني على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، حيث ينخفض معدل الوفيات كلما تحسن الوضع المذكور.
  - وجود علاقة عكسية بين المستوى التعليمي ومعدل الوفيات، حيث ينخفض هذا الأخير كلما زاد المستوى التعليمي للأسرة.
  - يعتبر دخل الأسر من بين العوامل الاقتصادية التي تؤثر على ظاهرة الوفيات، كما أن المتغيرات الديمغرافية لها تأثير حتمي على ظاهرة الوفيات
  - ترتفع نسبة الوفيات عند جنس المولود ذكر عن جنس الأنثى.
  - نسبة خطر الوفاة مرتفعة للأطفال ذات الترتيبات الأعلى مقارنة بالأطفال ذوي الترتيب الأول.
- وهذا ونشير إلى توافق أغلب الدراسات حيث تعتبر الأسباب الاجتماعية والاقتصادية والديمغرافية المؤثر الرئيسي على هذه الظاهرة.
- في حين لم يكن هناك اختلاف كبير في نتائج الدراسات إلا أننا نذكر بعض النتائج غير المتوافقة بين الدراسات في النتائج التالية:
- تبلغ مخاطر وفاة الأطفال ذروتها في الأيام الثمانية والعشرين الأولى من حياتهم. في حين تشير الدراسات الأخرى أن معدل الوفيات يكون مرتفعاً عند الرضع.
  - لا تزال أمراض الأطفال حديثي الولادة شائعة في طب الأطفال على الرغم من الجهود العديدة المبذولة في مجال صحة الأم والطفل، بينما أكدت جل الدراسات التطور في المجال الصحي، والقضاء على العديد من الأمراض.

- نسبة خطر الوفاة مرتفعة للأطفال الذين تتراوح أعمار أمهاتهم ما بين (20-34)، وهي الفئات الوسطى وهذا لم تشر له بقية الدراسات.

## الفصل الثاني

# الاطار النظري: ظاهرة الوفيات

**تمهيد:**

تعتبر الوفاة ظاهرة تمس مختلف فئات المجتمع، وهو حدث حتمي و تعد من بين أهم مواضيع الدراسات الديمغرافية، وهي تؤثر سلبا في نمو وتوزيع السكان، تختلف هذه الظاهرة من منطقة إلى أخرى وتتأثر بعدة عوامل مختلفة اجتماعية، اقتصادية وديمغرافية، كما تمس هذه الظاهرة شريحة صغار السن، حيث تعتبر وفيات الأطفال مؤشرا هاما لقياس التقدم الاقتصادي والاجتماعي والصحي لأي بلد، خاصة الفئة العمرية (0-4) سنوات، وكغيرها من الظواهر فهي تتأثر بعدة عوامل ديمغرافية، اقتصادية واجتماعية، تتحكم في حياة الطفل منذ ميلاده، ويختلف هذا التأثير حسب حدة هذه العوامل، سنتطرق في هذا الفصل إلى الجوانب النظرية التي تمس الظاهرة.

## 1- ظاهرة الوفيات:

تعتبر ظاهرة الوفيات عاملاً فعالاً في التغيير الكمي للسكان إذ تشير الوفاة إلى الركن الثاني من مكونات النمو السكاني، ومع المواليد تشكلان الركيزة الأساسية لدراسة تغيير السكان في أي منطقة<sup>1</sup>.  
عرف المعجم الديمغرافي المتعدد اللغات الوفيات: بأنها جمع وفاة وهي الموت<sup>2</sup>. لقد قدمت الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية توصياتهما بشأن وضع تعاريف إحصائية للوفيات. أما التعريف الدولي للوفاة الذي تنادي به الأمم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية باستخدامه هو: "الوفاة (Death) هي الاختفاء الدائم لكل دلائل الحياة في أي وقت بعد الولادة"، أي يعني بالضرورة أن تحدث الوفاة بعد الولادة الحية دون الأخذ في الاعتبار الفترة السابقة للولادة الحية، أي لا تحتوي على وفيات الأجنة والتي عرفت<sup>3</sup>

تعريفًا مستقلاً هو: "وفيات الأجنة (Death Fetal) هي الوفاة السابقة لإتمام استخلاص أو استخراج ناتج الحمل من أمه بغض النظر عن مدة الحمل أي إذا لم يظهر أي دليل للحياة مثل ضربات القلب وغيرها بعد فصل الجنين عن أمه". وبذلك فإن وفيات الأجنة تتضمن كل أنواع فقدان الحمل الناتجة عن:

- ولادة ميتة: عادة بعد (28) أسبوع من الحمل.
- سقط: انتهاء حالة الحمل مبكراً قبل الأسبوع الـ 28
- إجهاض: إنهاء الحمل المتعمد (سواء كان ذلك قانونياً أو غير قانوني).

<sup>1</sup> الشلقاني مصطفى. طرق التحليل الديمغرافي - الإحصاء السكاني والديمغرافي، دار السلاسل، الكويت، ط2، 1994، ص139.

<sup>2</sup> المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكواش)، ص85.

<sup>3</sup> خالد زهدي خواجه، إحصاءات ومقاييس الوفيات، بدون ذكر البلد والسنة، ص2.

## 2- القياس الكمي لظاهرة الوفاة:

تعد الوفاة حدثاً ديمغرافياً هاماً، لأنه يؤثر في عدد السكان، وتتم العديد من الدراسات السكانية والطبية بهذا الموضوع، من خلال جملة من المقاييس الكمية تساهم في رصد الظاهرة وتعتبر مهمة جداً في ذلك، منها حساب المعدلات الخاصة بالظاهرة حيث يمكن الحكم على مستوى الوفيات السائد في المجتمع عن طريق بعض المقاييس المرتبطة به والتي تتمثل في معدل الوفيات الخام، ومعدل الوفيات العمري النوعي، ومعدل وفيات الأطفال الرضع ثم معدل الوفيات السببي<sup>1</sup>. كما تعد جداول الوفاة أداة مساعدة في قياس الظاهرة، والتي تساهم في وضع معدلات الوفاة العمرية لمجتمع ما في نماذج إحصائية<sup>2</sup>.

### 1-2. معدلات الوفيات:

أ- **معدل الوفيات الخام:** وهو أكثر المقاييس شيوعاً حيث يمثل نسبة جميع الوفيات المسجلة خلال سنة معينة

إلى عدد السكان الكلي مضروباً في 1000 ويكتب على الصورة التالية:

$$\text{معدل الوفيات الخام} = \frac{\text{عدد الوفيات المسجلة خلال سنة ميلادية}}{\text{عدد السكان الكلي في منتصف السنة}} \times 1000$$

يعتبر معدل الوفاة الخام مؤشراً أساسياً في علم السكان والديموغرافيا. ومن الإيجابيات المتعلقة بتفسير

واستخدام هذا المؤشر ما يلي:

- أنه مثل معدل المواليد الخام بسيط وسهل الحساب، ومفهومة شائع لدى كل الناس.
- يفيد في التعرف على المستوى العام للوفيات ولذلك فإن جميع الإحصاءات في الدول لا تخلو من حسابه.

<sup>1</sup> فتحي أبو عيانة، مرجع سابق، ص 120.

<sup>2</sup> قليل هجيرة، تحليل تطور اتجاهات الوفيات في الجزائر 1962-2012، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الأغواط، المجلد 7 العدد 28، 2018، ص 241.

- يفيد في التعرف على دقة البيانات واكتشاف بعض الأخطاء فيها قبل عمل أي اختبارات لقياس مدى دقة البيانات.

أما عيوبه فيمكن تلخيصها فيما يلي:

- أنه يمثل متوسطا عاما يختص بالمجموعات الكبيرة والمستويات الوفيات العالية والمنخفضة ولذلك فهو مضلل عندما يتعرض المجتمع لتغيرات كبيرة في التركيب النوعي والعمري للسكان، وهو لهذا السبب لا يمكن الاعتماد عليه كمؤشر فعال للدلالة على تطور الحالة الصحية للسكان على مدى الزمن في البلد الواحد أو بين البلاد المختلفة لنفس الفترة.

- انه وإن كان يمكن استخدام هذا المعدل كمؤشر لأخطاء البيانات إلا أنه لا يفيد في معرفة مكان هذا الخطأ.

- طالما أنه يتعامل مع مجموع السكان فهو لا يأخذ في اعتباره توزيع أو تركيب هؤلاء السكان حسب أي خاصية من الخواص المعروفة، كالعمر والمهنة والحالة الزوجية والنشاط الاقتصادي وبالتالي فإن أي خطأ في هذه الخواص ينعكس في حساب هذا المعدل<sup>1</sup>.

رغم هذه العيوب فإن معدل الوفيات الخام رغم بدائيته إذا حسب كمتوسط لعدد من السنوات فإنه يعتبر وسيلة مقبولة لمعرفة تطور الوفيات في الدولة خاصة إذا لم تتعرض هذه الفترة لتغيرات في التركيب السكاني بخصائصه المختلفة<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> آسيا الشريف، الظواهر الديمغرافية، ديوان المطبوعات الجامعية، ص43.

<sup>2</sup> الشلقاني مصطفى، مرجع سابق، ص142.

ب- **معدل الوفيات حسب العمر:** نتحصل على معدل الوفيات حسب العمر عن طريق عملية تقسيم العدد

السنوي للوفيات لعمر X على متوسط عدد السكان لنفس العمر مضروبا في 1000<sup>1</sup>.

ويعطى وفق القانون:

$$\text{معدل الوفيات حسب العمر} = \frac{\text{عدد الوفيات في سن معين}}{1000 \times \text{متوسط السكان في نفس السن}}$$

وقد تقسم معدلات الوفيات العمرية هذه إلى أربع فترات من فترات العمر وهي فترة الرضاعة، الطفولة، فترة العمل

والإنجاب ثم فترة الكهولة والشيخوخة<sup>2</sup>. حيث سنذكر هنا فترتين فقط تبعا لموضوع الدراسة:

• **معدل وفيات الرضع:** ويخص فئة الأطفال الذين عمرهم أقل من سنة ويحسب كما يلي:

$$\text{معدل وفيات الرضع} = \frac{\text{عدد حالات الوفاة للأطفال أقل من سنة}}{1000 \times \text{مجموع عدد المواليد الأحياء في نفس السنة}}$$

• **معدل وفيات الأطفال:** ويخص فئة الأطفال الذين عمرهم ما بين سنة (01) وأربع (04) سنوات

ويحسب كما يلي:

$$\text{معدل وفيات الأطفال} = \frac{\text{عدد حالات الوفاة للأطفال 1-4 سنوات}}{1000 \times \text{مجموع عدد المواليد الأحياء في نفس السنة}}$$

ج- **معدل الوفاة السببي:** وهو من المعدلات المستخدمة في دراسة الوفيات في المجتمعات المختلفة، حيث يبين

مستوى الصحة العامة والأمراض السائدة وتفاوت دورها في الوفيات التي تحدث للأفراد، وتصنف الوفيات في كثير

من الأقطار حسب الأسباب التي أدت إليها وتعد هذه المعدلات أساسا هاما لمقارنة الدول حسب مستواها

السائد<sup>3</sup>.

$$\text{معدل الوفيات حسب السبب} = \frac{\text{عدد الوفيات الناتجة عن سبب ما في سنة معينة}}{1000 \times \text{مجموع عدد المواليد الأحياء في نفس السنة}}$$

<sup>1</sup> آسيا الشريف، مرجع سابق، ص 44.

<sup>2</sup> فتحي أبو عيانة، دراسات في علم الاجتماع السكان، ط3، دار النهضة العربية، لبنان، 2002، ص 124.

<sup>3</sup> نفس المرجع ص 125.



## 2-2. جدول الوفاة:

يسمى جدول الوفاة أو جدول الحياة، عبارة عن طريقة تلخيص تجربة الوفاة في جيل واحد خضع طوال حياته لنسب وفيات ثابتة لكل فئة عمرية<sup>1</sup>.

عرف جداول الوفاة على أنها نماذج احتمالية مبنية على خبرة سنوات سابقة حيث يفترض أن النمط العام لاحتمالات الوفاة لا يتغير أو يتغير ببطء شديد وهناك من يعرفها على أنها طريقة لوضع معدلات الوفيات العمرية لمجتمع ما في نموذج إحصائي<sup>2</sup>.

يعتبر جدول الحياة أكثر الأدوات التي يستخدمها علماء السكان في تحليل الوفيات تعقيدا، وهو يستخدم أيضا كأساس للحسابات التقديرية لشركات التأمين عن الحياة<sup>3</sup>.

وهو جدول يصف تبعا لسلم الأعمار، حدوث الوفيات في جيل وعلى قاعدة عدد اصطلاحى من مواليد جدد، عموما هو من قوى العشرة، ويشكل العدد في العمر صفر سنة ويسمى أساس الجدول، يعطى جدول الوفاة في شكله الأكثر انتشارا ولسلسلة أعياد الميلاد  $x$ <sup>4</sup>:

- عدد الباقيين على قيد الحياة  $S_x$  في هذه الأعياد.

- عدد الوفيات  $d_{(x, x+1)}$  بين عيدي ميلاد متتاليين.

- احتمال الوفاة في العمر  $q_x$ <sup>5</sup>.

ويتكون جدول الوفاة من العناصر الثلاث المذكورة سالفا.

<sup>1</sup> آسيا الشريف، مرجع سابق، ص46.

<sup>2</sup> قليل هجيرة، مرجع سابق، ص241.

<sup>3</sup> آسيا الشريف، مرجع سابق، ص46.

<sup>4</sup> نفس المرجع، ص46.

<sup>5</sup> نفس المرجع، ص46.

## 2-3. أمل الحياة عند الولادة:

حسب منظمة الصحة العالمية هو طول المدة التي يمكن أن يعيشها الإنسان بعد الولادة، أي قدرة الإنسان الحقيقية على البقاء مقارنة مع ما يمكن أن يعيشه الإنسان، وهذا رغم صعوبة التنبؤ بالمدة التي يمكن أن يعيشها الإنسان.

هو مقياس افتراضي ومؤشر للظروف الصحية السائدة في المجتمع موضوع الدراسة، ويعرف بأنه عدد السنوات التي يتوقع أن يعيشها مولود، ويقاس أمل الحياة باستخدام أساليب إحصائية تعتمد على جدول الحياة، وهي تعتبر من أهم الدوال في جدول الوفاة، وذلك من أجل معرفة ظروف الوفاة والمقارنة بين مختلف المجتمعات السكانية<sup>1</sup>.

حسب جدول الوفاة، فإن أمد الحياة عند الولادة  $E_0$  يمثل العدد الوسطي للسنوات التي يمكن للفرد أن يعيشها بداية من سنة الولادة أي من السنة 0، ويحسب بالطريقة التالية<sup>2</sup>:

$$E_0 = \frac{1}{S_0} \int_x^{\infty} S_x d_x$$

## 3- أسباب ظاهرة الوفيات:

تعد دراسة ظاهرة الوفاة ذات أهمية بالغة، في مجال علم السكان ودراسة التأثير في النمو والتوزيع، لذلك يجب دراسة أسباب حدوثها. إن معرفة معدلات الوفيات الخام لا يعد كافياً، حيث ارتباط هذا الأخير بإحصائيات الوفاة حسب أسبابها يمكننا ودون شك من معرفة الظروف والعوامل التي تحيط بالوفاة مما يساعد من جهة أخرى على إحكام السيطرة على اتجاهات العوامل المؤثرة في الوفيات منها البيولوجية، الطبيعية والاجتماعية والاقتصادية والثقافية<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> آسيا الشريف، مرجع سابق، ص 49.

<sup>2</sup> الغول عبد الحكيم، أمل الحياة ومظاهر تحسنه في الجزائر، مجلة آفاق علمية، مجلد 10، عدد 02، 2018، ص 180.

<sup>3</sup> آسيا الشريف، مرجع سابق، ص 44.

كما تعد الأمراض المعدية والطفيلية من أكبر أسباب حالات الوفيات في البلدان النامية، كما أن مرض السيدا من أهم أسباب الوفيات في البلدان الإفريقية، كما تحتل المرتبة الرابعة ضمن الوفيات على مستوى العالم، حيث أحصي في نهاية 1999 ما يساوي 34.5 مليون شخص هم رجال ونساء وأطفال مصابين بفيروس فقدان المناعة<sup>1</sup>. كما تمثل أمراض القلب والشرايين والسرطان من بين أهم الأسباب الرئيسية في البلدان الغنية، وذلك بنسبة 70% من مجموع الوفيات، مقارنة مع الأمراض الأكثر انتشارا في البلدان النامية ألا وهي الأمراض المعدية والطفيلية بنسبة 42%<sup>2</sup>.

ويمكن تقسيم أسباب الوفيات بشكل عام إلى أسباب داخلية وأسباب خارجية:

### 3-1. الأسباب الداخلية:

وهي الوفاة التي تحدث لأسباب طبيعية، أو أمراض ناتجة عن طبيعة الشخص مثل: الأمراض المزمنة، وأمراض الأطفال التي تؤدي لوفيات الأطفال<sup>3</sup>. وبشكل عام تتعلق هذه الأسباب بعوامل بيولوجية، وهي في ذلك ترجع إلى أسباب خلقية أو راجعة إلى تغير سريع في التركيب الوظيفي للجسم.

### 3-2. الأسباب الخارجية:

وهي الوفيات التي تنتج عن العوامل الخارجة عن طبيعة الفرد، وتعد نتاجا من نتائج البيئة الجغرافية، وتشمل كل من الأمراض الطفيلية والمعدية وأمراض الجهاز الهضمي، وهي ترتبط أساسا بالميكروبات وبالظروف المناخية وموارد الغذاء وأحوال المعيشة<sup>4</sup>.

(أ) الأمراض المعدية: وهي تلك الأمراض الناتجة عن البيئة والتي تنتقل من فرد لآخر، وتشتمل هذه

الأمراض على أمراض حديثي الولادة<sup>5</sup>.

<sup>1</sup> حنان بن سعدة، مرجع سابق، ص 85.

<sup>2</sup> آسيا الشريف، مرجع سابق، ص 45.

<sup>3</sup> فتحي أبو عيانة، مرجع سابق، ص 139.

<sup>4</sup> نفس المرجع، ص 138.

<sup>5</sup> منير طلعت الرشيد، السكان والتباين الجغرافي، أسس التنمية المستدامة، دار الكتاب الحديث، 2009، ص 142.

ب) الحوادث: وتدخل ضمن هذه الوفيات التي تحدث نتيجة الحوادث مهما كان نوعها مثل حوادث الانتحار، وكذلك الوفيات بحوادث المرور والكوارث الطبيعية والحروب<sup>1</sup>. كما يمكن إدراج سبب الحوادث المنزلية كأهم الأسباب الخارجية.

#### 4- أسباب وفيات الأطفال دون سن الخامسة:

لا يزال الوصول إلى الرعاية الصحية الجيدة وتوافرها مسألة حياة أو موت بالنسبة للأطفال على مستوى العالم. بحيث تحدث معظم وفيات الأطفال في السنوات الخمس الأولى، نصفها خلال الشهر الأول من العمر.

بالنسبة لهؤلاء الأطفال الصغار، تعتبر الولادة المبكرة والمضاعفات أثناء المخاض من الأسباب الرئيسية للوفاة. وبالمثل، تحدث أكثر من 40 في المائة من حالات الإملاص أثناء المخاض، ومعظمها يمكن الوقاية منها عندما تحصل النساء على رعاية جيدة طوال فترة الحمل والولادة. كما تعد وفيات الذكور أثناء مضاعفات الولادة، أعلى مستوى من وفيات الإناث، نظرا للتركيب الجسماني الذي يعطي الإناث نظام مناعة أكبر<sup>2</sup>.

بالنسبة للأطفال الذين نجوا من الموت بعد أول 28 يوما من عمرهم، فإن الأمراض المعدية مثل الالتهاب الرئوي والإسهال والملاريا تشكل أكبر تهديد بالنسبة لهم.

أ) الإسهال والإسهال الحاد: حسب المسح الوطني الجزائري لصحة الأسرة سنة 2002 أنه يعتبر ثاني

أسباب الوفاة دون الخامسة من عمرهم، وللإسهال أسباب كثيرة أهمها الفيروسات والبكتيريا والطفيليات، والطعام والماء الملوث، أو الحساسية من بعض الأطعمة التي يمكن أن تسبب الإسهال<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> طارق السيد، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004، ص143.

<sup>2</sup> سيهام عبد العزيز، أسباب وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر من 2002 إلى 2016، مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، المجلد 12(04)/2020. الجزائر، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص210

<sup>3</sup> لبرارة سماح، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر، مذكرة ماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010، ص62.

ب) **أمراض الجهاز التنفسي:** تنتشر أمراض الجهاز التنفسي بحدة بين الأطفال وصغار السن، كما يشير التحقيق الجزائري لصحة الأم والطفل سنة 1992، أن طفل من كل أربعة أطفال قد عانى من حالة سعال، ويرجع السبب إلى تلوث الهواء<sup>1</sup>. وأن السعال منتشر عند الذكور أكثر قليلا من الإناث 26%، 24% على التوالي. كما أن الأطفال في الحضر يكونون أكثر عرضة للإصابة بالسعال من الأطفال في الريف<sup>2</sup>.

ج) **الحصبة:** من الأمراض التي تحصد كل عام آلاف من أرواح الأطفال دون خمس سنوات، فقد سجلت الجزائر سنة 1986 حوالي 5000 حالة وفاة من الأطفال، وكانت تمثل 10 إلى 15% من معدل وفيات الأطفال<sup>3</sup>. وهو مرض معد ينتشر عبر الهواء، وقد تم تسجيل معدلات الإصابة بهذا المرض انخفاضاً ملحوظاً ما عدا في الفترة 1996-1997<sup>4</sup>.

## 5- البرامج والمخططات الصحية الجزائرية:

عملت الجزائر منذ الاستقلال على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية التي هي جزء من السياسة العامة للدولة، وذلك سعياً منها لتجسيد حق المواطن في العلاج كما نصت عليه المواثيق والدساتير، والذي اعتبر مكسباً ثورياً، وهو الآن حق من حقوق المواطن، هذه السياسات عرفت نجاحات وانتكاسات وذلك عبر المراحل المختلفة التي مرت بها الجزائر<sup>5</sup>.

من بين أهم الأهداف الإنمائية للألفية للأمم المتحدة، وبالتحديد الهدف الرابع هو تخفيض وفيات الأطفال إلى الثلثين، في الفترة الممتدة من 1999 إلى 2015، والجزائر باعتبارها عضواً في الهيئات الألفية فهي

<sup>1</sup> سبيهم عبد العزيز، مرجع سابق ص 209.

<sup>2</sup> لبرارة سماح، مرجع سابق، ص 62.

<sup>3</sup> سبيهم عبد العزيز، مرجع سابق، ص 211.

<sup>4</sup> وزارة الصحة والسكان، برنامج صحة الأم والطفل، 2001، ص 25.

<sup>5</sup> د. نور الدين حاروش، الإدارة الصحية، ط 1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012، ص 188.

تسعى دائما إلى تخفيض معدل الوفيات الأطفال والرضع، وتحسين فرص بقائهم على قيد الحياة، من خلال توفير العناية من الجانب الصحي المتخصص للأم والطفل، وخططت لذلك خططا وبرامج ضمن مجالات زمنية تمتد على فترات معينة، وسنحاول إلقاء نظرة على بعض البرامج كما يلي:

## 5-1- الوضعية الصحية قبل الاستقلال:

كانت الوضعية الصحية العمومية في الجزائر قبل الاستقلال متردية جدا، حيث كان الشعب الجزائري يعاني من الفقر والحرمان ومختلف الأمراض الوبائية والمعدية العديدة، منها الملاريا، السل، الكوليرا، التيفوئيد والإسهال... إلخ. هذه الأمراض ناتجة عن الظروف المعيشية السيئة المخصصة لأغلبية الجزائريين من طرف المستعمر، فمثلا نسبة الوفيات عند الأطفال هي من أعلى النسب في العالم، والقليل من المواطنين لهم الحق في العلاج العام والمتخصص، فالمستشفيات والأطباء يتمركزون في المدن المتواجدها فيها المحتل بكثافة، أما المناطق الريفية فهي تسير أمور مرضاها بالطب التقليدي والأعشاب الطبية لأنها تفتقر لأدنى المراكز الصحية وبلغت الأرقام فإننا نسجل 300 طبيب فقط لـ 10 ملايين نسمة<sup>1</sup>.

وبسبب التهميش والحرمان الذي تكبده الشعب الجزائري، خاصة في المناطق البعيدة عن المدن الكبيرة فقد عرفت الجزائر وفيات كثيرة في مختلف الفئات العمرية خاصة الأطفال، بسبب الأمراض والأوبئة وسوء التغذية. وعرفت مرحلة اندلاع الثورة وما بعدها كذلك عدم تسجيل لمعظم المواليد أو الوفيات خاصة فئة الأطفال، ولم تكن هناك أي سياسة صحية خاصة بفئة عمرية معينة، تهتم بمكافحة الأمراض والوفيات، لأن جل الاهتمام كان منصبا على ضحايا الثورة التحريرية<sup>2</sup>.

<sup>1</sup> د. نور الدين حاروش، نفس المرجع، ص 189.

<sup>2</sup> لبرارة سماح، مرجع سبق ذكره، ص 73.

## 5-2- الوضعية الصحية والبرامج بعد الاستقلال:

أ- المرحلة الأولى (1962-1973): شهدت هذه المرحلة تحرر الجزائر من الاستعمار فهي مرحلة إعادة

بناء الدولة الجزائرية، فبعد الاستقلال وجدت الجزائر نفسها في وضع صحي جد متردي، تميز بانتشار

الأوبئة، الأمراض، الفقر أي وضعية صحية متخلفة تماما، ولهذا السبب فكرت الجزائر في إعادة بناء البنية

الصحية انطلاقا من طلب مساعدات دولية، والاهتمام بتكوين الأطباء والمرضى الجزائريين، وبداية

تطوير السياسة الصحية ومن أهم الإجراءات المتخذة<sup>1</sup>:

• إعادة تنشيط الهياكل الصحية التي تركها الاستعمار بعدما ان هجرها الطاقم البشري، والذين كانوا في أغلبهم من الفرنسيين.

• إنشاء المعهد الوطني للصحة العمومية وهو مؤسسة عمومية ذات طابع إداري، بمقتضى المرسوم

التنفيذي رقم 64-110 بتاريخ 10 أفريل 1964<sup>2</sup>. كان هدفه انجاز الأعمال الخاصة بالدراسات

والبحث في الصحة العمومية، وترقية الصحة.

• وضع البرامج الوطنية لمكافحة مرض السل والملاريا سنة 1965، بدعم من منظمة الصحة العالمية.

• وضع برنامج صحي وطني هدفه الأساسي مكافحة الأمراض المتنقلة الأكثر انتشارا بين السكان،

والتكفل بالاحتياجات الصحية القاعدية<sup>3</sup>.

• مجانية الاستفادة من خدمات الأمومة والطفولة.

• إلزامية التبليغ ضد الأمراض المعدية.

• بداية التطعيم ضد بعض الأمراض (1967 تطعيم ضد السل، 1968 التلقيح ضد الجدري)

<sup>1</sup> محمد العيد حسيني، السياسة العامة للصحة في الجزائر، دراسة تحليلية 1990-2012، دراسة تحليلية، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مزاب ورقة، 2013، ص113.

<sup>2</sup> المرسوم التنفيذي رقم: 64-110 المؤرخ في: 10/04/1964.

<sup>3</sup> مرجع سبق ذكره، 2013، ص114

• 1969 صدور مرسوم تنفيذي رقم: 69-96 المؤرخ في 9 جويلية 1969، والقاضي بالزامية

التلقيحات ومجانيتها وهي خطوة إيجابية تهدف إلى القضاء على الأمراض المعدية<sup>1</sup>.

ثم بعد ذلك عرفت الجزائر إصدار قانون مجانية الطب، ثم بعد ذلك في سنة 1972 بدأت حملات

التطعيم ضد شلل الأطفال، حيث ساهمت هذه الحملات في بداية تخفيض وفيات الأطفال. تعتبر هذه المرحلة

كبداية لتطوير النظام الصحي الجزائري رغم شح الإمكانيات الموجودة<sup>2</sup>.

فيما يخص تقييم هذه المرحلة، فقد شهدت تطورا بطيئا في المجال الطبي، إلا أنه لا يمكن إهمالها لأنها تمثل

قاعدة الانطلاق للنظام الصحي الجزائري، حيث تم التعرف على النقائص لتبدأ محاولة النهوض بالنظام الصحي

فيما بعد.

#### ب- المرحلة الثانية 1973-1980:

ما ميز هذه المرحلة التاريخية من حيث بناء الهياكل القاعدية هو مضاعفة قاعات العلاج بين

سنتي 1969 و1970م، وهذا محاولة لإعطاء العلاج الأولي أولوية وذلك عن طريق قاعات العلاج

والمراكز الصحية على مستوى كل بلدية أو على مستوى كل حي. والهدف من هذه الهياكل القاعدية هو

قبل كل شيء الوقاية نظرا لخصوصية المجتمع الجزائري الشاب، وكذلك إنشاء العيادات المتعددة الخدمات

بداية من سنة 1974<sup>3</sup>.

كما عرفت هذه المرحلة بداية تنفيذ قانون الطب المجاني في كل القطاع الصحي العمومي، بعد

صدور الأمر الرئاسي للطب المجاني وهو الأمر رقم: 73-65 المؤرخ في 28 ديسمبر 1973، المتعلق

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية رقم 59، الصادرة بتاريخ 1969/07/11. ص560.

<sup>2</sup> لبرارة سماح، نفس المرجع، ص74.

<sup>3</sup> نور الدين حاروش، مرجع سبق ذكره، ص135.



بإنشاء الطب المجاني في القطاعات الصحية<sup>1</sup>. كما عرفت هذه المرحلة إنشاء المزيد من عيادات التوليد وتوزيعها بشكل شبه عادل عبر كل أنحاء البلاد، حسب احتياجات كل منطقة.

في سنة 1976 تم تأكيد حق المواطن الجزائري في الطب المجاني، وهذا بعد صدور الميثاق الوطني 1976م، كما تم تدعيم حق المواطنين في حماية صحتهم في المادة 67 من دستور 1976م، مضمون بخدمات صحية عامة ومجانية وبتوسيع الطب الوقائي<sup>2</sup>.

شهدت هذه المرحلة أول حملة تطعيمية ضد الحصبة سنة 1978م، والتي أعطت نتائج معتبرة في مجال تخفيض وفيات الأطفال والرضع. ورغم التغيير الملاحظ في هذه المرحلة إلا أن نسبة وفيات الأطفال بقيت مرتفعة.

### ج- المرحلة الثالثة 1980-1990م:

شهدت هذه المرحلة بداية التغييرات والتحويلات في إستراتيجية التنمية الصحية، كما عرفت بناء العديد من المستشفيات والعيادات والمراكز الصحية عبر الوطن، التي وان ساعدت في توفير تغطية صحية في الكثير من المناطق التي كانت محرومة، فإنها من جهة أخرى تميزت بغياب دراسة جادة في التقسيم الجغرافي لهذه الهياكل وهندستها غير الملائمة للمحيط الذي بنيت فيه<sup>3</sup>.

جاء في هذه المرحلة المخطط الخماسي الأول 1980-1984م والذي يهدف إلى:

- إعداد خريطة وطنية للصحة.
- تبني البرنامج الواسع للتلقيحات.
- تعميم عملية التطعيم سنة 1984. عن طريق إنشاء برامج خاصة على مستوى كل قطاع صحي، مع تعيين مسؤولين لفرق التطعيم.

<sup>1</sup> الجريدة الرسمية، العدد 01 الصادرة بتاريخ: 1974/01/01، ص2.

<sup>2</sup> محمد العيد حسيني، مرجع سبق ذكره، ص115.

<sup>3</sup> محمد العيد حسيني، نفس المرجع، ص116.

- تقريب الفرص الصحية من المواطن والمساواة في فرص العلاج بين الريف والمدينة.

ثم بعد ذلك جاء المخطط الخماسي الثاني: 1985-1989 والذي هدف إلى:

- تحسين الحالة الصحية من خلال توسيع عملية التطعيم.

- القضاء على الجهوية، وفرض التوازن مع إعطاء أهمية للمناطق المحرومة.

كما تم في هذه المرحلة إصدار قانون يشجع على القطاع الخاص، حيث يكون التكوين للأعوان الطبية والأطباء أكثر، وزيادة عدد المراكز الصحية، والاستيراد المكثف للتكنولوجيا الطبية، وإدخال الطب الوقائي ضمن مخطط التنمية الصحية<sup>1</sup>.

قامت وزارة الصحة بمساعدة منظمة الأمم المتحدة للطفولة بوضع برنامج وطني لمكافحة وفيات الأطفال خلال الفترة 1986-1990م، وتشمل إستراتيجيته ثمانية برامج أساسية هي:

- 1) تخفيض معدل وفيات وأمراض الأطفال المرتبطة بالجفاف نتيجة لأمراض الإسهال.
- 2) ضمان تغطية تحصينية بـ 80% من الأطفال قبل بلوغهم سنتين ضد الأمراض المعدية.
- 3) تقديم خدمات تنظيم الولادة على جميع المراكز الصحية.
- 4) ضمان مراقبة 50% من الأمهات الحوامل ومتابعة أخطار الحمل والتكفل بالولادات.
- 5) توسيع استعمال الرضاعة الطبيعية، وتخفيض شدة سوء التغذية (تنفيذ برنامج التغذية الموجه للأطفال في الفترة من 1985 إلى 1990م).

6) تقليص وفيات حديثي الولادة والرضع.

<sup>1</sup> لبرارة سماح، مرجع سبق ذكره، ص76.

7) الوقاية من الأمراض المتنقلة عن طريق المياه، وذلك بإنشاء مخبر للتحاليل على مستوى كل قطاع صحي، والسعي من أجل نظافة المحيط، وتموين السكان بالمياه الصالحة للشرب، وتوفير خدمات صرف مياه الصرف الصحي.

8) تخفيض الأمراض والوفيات المرتبطة بالعدوى التنفسية عند الأطفال<sup>1</sup>.

شاركت الجزائر خلال هذه المرحلة في مؤتمر القمة العالمي من أجل أطفال العالم في 29-30 سبتمبر 1990، بنيويورك بمقر الأمم المتحدة، وهي المرة الأولى في التاريخ التي يعقد فيها اجتماع رفيع المستوى حصريا لمعالجة قضايا الأطفال، واقترح الإعلان وخطة العمل العالميان إجراءات محددة لبقاء الطفل وحمايته ونمائه في المجالات التالية<sup>2</sup>:

- صحة الطفل.
- الغذاء والتغذية.
- دور المرأة، وصحة الأم، وتنظيم الأسرة.
- دور الأسرة.
- التعليم الأساسي ومحو الأمية.
- الأطفال الذين يعيشون في ظروف صعبة بشكل خاص.
- حماية الأطفال أثناء النزاعات المسلحة.
- الأطفال والبيئة.
- التخفيف من حدة الفقر إنعاش النمو الاقتصادي.

<sup>1</sup> نفس المرجع، ص 77.

<sup>2</sup> <https://www.un.org/ar/conferences/children/newyork1990>. تم الاطلاع عليه يوم 2023/10/07 على الساعة 20:57.

كما خرجت القمة بعدة أهداف من بينها<sup>1</sup>:

- ضرورة أن يكمل الطفل التطعيم قبل أن يتم عامه الأول بنسبة 90% بحلول سنة 2000.
- ضرورة القضاء على الأمراض التالية: السعال الديكي، الكزاز، السل، الدفتيريا، الشلل، الحصبة.
- تقليص وفيات الأطفال في الريف إلى 80%.
- الوصول إلى تغطية تحصينية للأمهات الحوامل بنسبة 80%.
- تخفيض وفيات الأطفال دون خمس سنوات إلى 50% حتى نهاية 1999م، وإستراتيجية تحقيق هذا الهدف كان ينصب أساسا على شريحة مرحلة ما بعد الولادة، كما لجأت إلى عدة إجراءات تسهم في العمل على تخفيض نسبة الوفيات في فترة ما حول الولادة.
- تطوير البنية الأساسية الصحية والحصول على الرعاية الصحية المجانية لجميع فئات المجتمع، وكذا برنامج محو الأمية، برنامج المباحدة بين الولادات.

فيما يخص تقييم هذا المرحلة، فقد شهدت بناء العديد من الهياكل الطبية والمستشفيات، وهذا ما يساعد في تمتين البنية الصحية، إلا أن التغطية لم تكن كافية نظرا للتوزيع غير العادل للهياكل الصحية، الذي حرم عدة مواطنون من الاستفادة من التغطية الصحية نظرا لشساعة المناطق الجغرافية، كما شهدت المرحلة توسيع البرنامج التلقيحي المخصص لفئة الأطفال. كما أن مشاركة الجزائر في الملتقيات الدولية، مكنها من أن تكون عضوا معنيا بتحقيق الأهداف العالمية.

<sup>1</sup> لبرارة سماح، مرجع سبق ذكره، ص77.

د- المرحلة الرابعة 1990-2010:

شهدت بداية هذه الفترة غياب التوافق بين التحول التنظيمي للنظام الصحي والتحولات الديمغرافية والوبائية في الجزائر، ومن أجل نجاح سياسة النظام الصحي وجب المعرفة الدقيقة لمجمل المعطيات الديمغرافية والوبائية الخاصة بالبلد المعني، بالإضافة إلى القيم والمعايير التي تحكم المجتمع بما فيها المعتقدات الخاصة بالصحة والمرض، وكذلك الظروف الاجتماعية والاقتصادية المميزة للمرحلة المراد وضع السياسة الصحية خلالها، لذا نجد أن صانع القرار الصحي قد وُضع أمام خيارات صعبة، حتمت عليه تحديد الأولويات لمواجهة التحديات الصحية كان أهمها التحول الديمغرافي والتحول الوبائي، حيث عرفت الجزائر منذ أكثر من ربع قرن تحديات ديمغرافية ووبائية تركت آثارا شديدة على المستوى الاجتماعي والاقتصادي وحتى السياسي<sup>1</sup>.

كما شهدت هذه المرحلة إجراء المسحين الجزائريين حول صحة الأم والطفل سنة 1992م و2002، وتم تحقيق الأهداف المرجوة من برنامج التطعيم، وتم بفضل مشاركة الإعلام في زيادة التوعية بأهمية التطعيم وأنواعه والتوقيت المناسب له، وقد ارتفعت نسب اكتمال التطعيم حسب معطيات تحقيق 2002 مقارنة بنتائج 1992، بلغت نسبة التطعيم للذكور 84% وللإناث 83%، ويظهر الفرق أكثر من بين المناطق الحضرية والريفية، 90% في الحضر مقابل 78% في الريف.

عرفت هذه المرحلة من التاريخ الصحي الجزائري رغم تحسن الوضعية الصحية التحول من حيث نوع المرض حيث انتقلنا من مرحلة سادت فيها الأمراض المتنقلة، إلى مرحلة تسود فيها الأمراض المزمنة. تحسنا في الوضعية الديمغرافية، حيث ارتفع متوسط أمل الحياة من 71.9 سنة 1999 إلى 75.5 سنة 2009، وكذلك انخفاض معدل وفيات الأمهات الحوامل من 111.7‰ سنة 1999 إلى 82.6‰ سنة 2009، كما أن

<sup>1</sup> محمد العيد حسيني، مرجع سابق، ص117.

معدل وفيات الأطفال المنخفض بقفزة نوعية من 39.4% إلى 24.8%<sup>1</sup>، وهذا يعني تحسنا ملحوظا في المنظومة الصحية الجزائرية خلال هذه الفترة.

---

<sup>1</sup> السياسة الصحية الوطنية، التقييم والتوقعات (التقرير الشامل)، 10 أكتوبر 2010، ص24.

## خلاصة الفصل:

من خلال الفصل الثاني للدراسة، تمكنا من إلقاء نظرة على معدل الوفيات، وخاصة معدلات وفيات الأطفال، والتي عرفت انخفاضا ملحوظا، ثم تعرفنا على أسباب وفيات الأطفال اقل من خمس سنوات في الجزائر، بالإضافة إلى مختلف العوامل المؤثرة على معدلات الوفيات خاصة الديمغرافية، الاجتماعية والاقتصادية، كما قمنا بعرض أساليب خفض وفيات الأطفال والرضع، من خلال التطرق للسياسات الصحية الجزائرية، حيث عرفت المراحل التاريخية بعد تطورها تحسنا في الوضعية الصحية في الجزائر، كما شهدت تحولا من حيث نوع المرض حيث انتقلت من مرحلة سادت فيها الأمراض المتنتقلة، إلى مرحلة تسود فيها الأمراض المزمنة. دون أن ننسى التحسن في الوضعية الديمغرافية، هذه المحطات التاريخية عملت على إصلاح المنظومة الصحية، والتي ساهمت في خفض معدلات وفيات الأطفال دون سن الخامسة في الجزائر.

## الفصل الثالث

واقع وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات



تمهيد:

يعد موضوع الوفيات من بين المواضيع التي نالت الاهتمام من طرف الباحثين والعلماء في الدراسات السكانية، وخاصة وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، كما طرح هذا الموضوع على شكل تساؤلات ومشاكل داخل المؤتمرات والمنظمات الحكومية التي درست هذا الموضوع، حيث كان محل جدل ومناقشة داخل هاته المؤتمرات، تناولنا في هذا الفصل معدلات الوفيات للأطفال أقل من خمس سنوات حسب دول العالم، مروراً بمعدل وفيات في بعض الدول العربية، وأخيراً درسنا معدلات وفيات الأطفال في الجزائر حسب التقارير الحديثة، للمقارنة بينهما حسب هذه المعدلات.

## 1- وفيات الأطفال في العالم:

تعتبر ظاهرة الوفيات الأطفال ذات أهمية بالغة لأن جل دول العالم اهتمت بدراسة هذه الظاهرة من أجل خفض معدلاتها، كون أن وفيات الأطفال تحدث منذ الولادة، لأن قياس معدلات وفيات الأطفال يعتبر مؤشرا هاما لقياس التنمية لأي بلد.

لذلك سوف نستعرض بعض المعدلات وفيات الأطفال لدول العالم بناء على الإحصاءات منظمة الصحة العالمية الواردة في التقارير المختلفة.

جدول (3-1): توزيع معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب دول العالم:

السنوات	الدول	1960	1990	2001	2010	2020
	الدول الصناعية	37%	9%	7%	6.7%	4.55%
	الدول النامية	223%	103%	82%	77.27%	54.25%
	العالم	197%	93%	89%	51.23%	38.7%

المصدر: بيانات منظمة الصحة العالمية<sup>1</sup>

نلاحظ من خلال الجدول (3-1) لمقارنة معدلات وفيات الأطفال، بين العالمين المتقدم والنامي فرقا شاسعا في المعدل، حيث تم تسجيل معدل 37% بالدول الصناعية، بينما الدول النامية عرفت معدلا يقدر بـ 223%، وهو فرق يمثل حوالي 6 أضعاف سنة 1960، عرفت هذه المعدلات انخفاضا شديدا بالنسبة للدول المتقدمة، حتى الدول النامية عرفت انخفاضا لكن تدريجيا مقارنة بالدول المتقدمة. عرف العالم ككل انخفاضا في

<sup>1</sup> <https://data.who.int/ar/indicators/i/2322814>

الوفيات سنة 2001 حسب الجدول أعلاه، حيث مثل معدل وفيات الأطفال ما نسبة 92.13%، من مجموع الوفيات.

## 2- تطور معدلات الوفيات حسب الأقاليم العالمية:

شهدت معدلات وفيات الرضع والأطفال حسب الأقاليم في انخفاض مستمر منذ سنة 1990، نظرا للتطور المستمر الذي تشهده عدة دول في مستويات الصحة والتعليم، ومحاوله منها للتخلص من معاناة الفقر الذي يعد من مسببات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

### جدول (3-2): تطور معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب المنطقة الجغرافية العالمية.

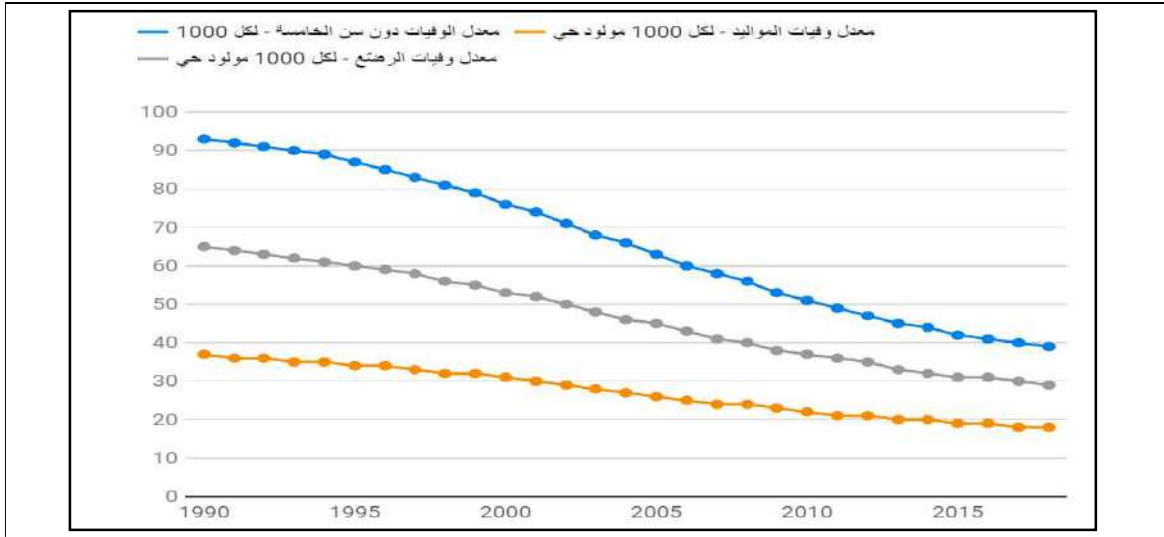
نسبة الانخفاض من 2021-1990 (%)	معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات (لكل ألف ولادة حية)							المنطقة
	2021	2015	2010	2005	2000	1995	1990	
59	74	87	103	125	153	172	181	أفريقيا جنوب الصحراء الكبرى
67	28	33	39	47	59	72	86	شمال أفريقيا
65	23	26	27	34	43	54	66	غرب آسيا
74	18	23	30	43	61	73	70	آسيا الوسطى
71	36	48	61	75	92	110	127	جنوب آسيا
87	7	10	15	23	34	44	51	شرق آسيا
68	23	28	33	39	48	59	72	جنوب شرق آسيا
71	16	18	23	26	33	43	55	أمريكا اللاتينية والكاريبي
39	20	23	26	29	31	31	33	أوقيانوسيا
72	4	6	7	8	11	13	16	أوروبا
44	6	7	7	8	8	9	11	أمريكا الشمالية
59	38	43	51	63	76	87	95	العالم

المصدر: البنك العالمي للمعطيات<sup>1</sup>

<sup>1</sup> <https://blogs.worldbank.org/ar/opendata/ly-alrghm-mn-altqdm-almilhwx-lkn-la-yzal-hnak-15-alf-tfl-w-800-amrat-ymwtwn-ywmya-lasbab>

حسب الأقاليم والمناطق الكبيرة عرفت معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، تباينا شاسعا بين الدول في عام 1990م، حيث تم تسجيل أعلى معدل وهو 181% بدول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى، مقابل 127% لإقليم جنوب آسيا، بينما تم تسجيل أقل معدلات الوفيات في الدول المتقدمة، بـ 16% و11% بكل من القارتين أوروبا وأمريكا الشمالية، يأتي هذا التباين في ظل التطور الصحي والاقتصادي الذي تشهده الدول الرأسمالية، ولأنها لم تعاني من آثار الحروب والأزمات مثل الدول الإفريقية وجنوب آسيا، يذكر أن المعدل العالمي لوفيات الأطفال دون الخمس سنوات بلغ 95%، ساهمت في رفع هذا المعدل الدول الفقيرة والتي تشهد تطورا محدودا في الإمكانيات الصحية، والتي تعتمد في كثير من الأحيان على المساعدات الدولية، مع مرور الزمن بدأت معدلات الوفيات لفئة الأطفال المذكورة في الانخفاض، نظرا للجهود المتواصلة لتطوير الجوانب الاقتصادية والاجتماعية للدول، حيث في سنة 2005 تم تسجيل معدل 63% كمعدل للوفيات العالمي للأطفال أقل من خمس سنوات، شهدت معظم الدول في ذلك انخفاضا محسوسا إلا أن دول إفريقيا جنوب الصحراء الكبرى سجلت أعلى معدل وهو 125%، نظرا لنفس الظروف المذكورة سالفًا، وفي الوقت الحالي وفي سنة 2021 زاد الاهتمام العالمي بتطوير الجانب الصحي والاجتماعي، حيث استوردت الدول الفقيرة التكنولوجيا الصحية، من أجل تعزيز قدراتها في الحفاظ على حياة الأطفال، تم فيه كذلك توفير وتطوير الطب المتخصص، نذكر أنه في خلال الـ 30 سنة للمقارنة سجلت الدول نسبا جيدة من الانخفاض في الوفيات، أعلى نسبة للانخفاض وهي 87% تم تسجيلها في دول شرق آسيا، شهدت قارة أوروبا انخفاض بنسبة 72%، في حين كان الانخفاض الذي مس دول شمال إفريقيا بنسبة 67% خلال المدة المذكورة، ويعود السبب لاتخاذ نفس السلوك بين الدول وهو السعي دوما لتطوير المستوى الصحي، الاقتصادي والاجتماعي زيادة على تحسن الجانب الثقافي والتعليمي للدول النامية، واستيراد التكنولوجيا الصحية الحديثة.

الشكل (3-1): منحني بياني يمثل تطور وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في العالم



المصدر: البنك العالمي للمعطيات<sup>1</sup>

المستوى الثقافي والتعليمي خاصة للأمهات، بالإضافة إلى انتشار الثقافة الصحية، ومن الملاحظ أنه في سنة كما ذكرنا سابقا فان معدل الوفيات العالمي للأطفال اقل من خمس سنوات كان مرتفعا إجمالا، تم تسجيل معدل 95% سنة 1990 عالميا، والسبب يعود في ذلك لارتفاع الوفيات في الدول النامية والفقيرة، وهذا ما يؤثر على الدول المتقدمة التي تعرف تطورا في الجانب الصحي والاقتصادي، لكن من الملاحظ أن هذا المعدل بقي في وتيرة انخفاض مستمرة سنة بسنة، ويعود السبب في ذلك إلى تطبيق إجراءات صحية من أجل تحقيق الأهداف الإنمائية للأمم المتحدة من طرف جميع الدول الأعضاء، يبقى فقط القول أن نسبة التطور تختلف من بلد إلى آخر، لكن الملاحظ أن السعي إلى الحفاظ على صحة الأمومة والطفولة يمس جميع الدول المتطورة والفقيرة، يذكر كذلك تحسن متزايد في كل من المستوى التعليمي والثقافي وتوفر الأدوية واللقاحات المضادة لأمراض الأطفال، وصلت نسبة انخفاض الوفيات عالميا من سنة 1990 إلى 1999 إلى 14.73%، أما في الفترة 2000 إلى 2009 فقد زادت نسبة الانخفاض إلى أكثر من 29.40%، وهي أكبر من النسبة المسجلة في العشرة سنوات السابقة،

<sup>1</sup> <https://blogs.worldbank.org/ar/opendata/ly-alrghm-mn-altqdm-almilhwz-lkn-la-yzal-hnak-15-alf-tfl-w-800-amrat-ymwtn-ywmya-lasbab>

ويرجع هذا التحسن في معدل الوفيات للأطفال أقل من خمس سنوات، إلى زيادة عدد الدول التي حسّنت من وضعها الاقتصادي والصحي، ودخول بعض الدول الفقيرة إلى سباق التنمية، ومواجهة التحديات برفع 2021 تحسنت الوضعية أكثر بتحقيق 38% كمعدل لفئة الأطفال قيد الدراسة، أي تحسن المعدل بنسبة 60%، وهو إشارة إلى إصرار الدول خاصة النامية إلى تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية إلى غاية 2030، يبقى فقط التذكير أن هذا المعدل يجمع دول العالم ككل أي دون أن ننسى الفوارق في الوضعية الاقتصادية، الاجتماعية والصحية بين الدول، الذي يعود فيها التفوق إلى الدول المتطورة لأسبقيتها في اكتساب التكنولوجيا الصحية، والآن تحذو الدول النامية حذوها في استيراد تلك التكنولوجيا.

### 3- وفيات الأطفال في الوطن العربي:

من خلال الجدول (3-3) وبعد الاطلاع على معدلات الوفيات للأطفال أقل من خمس سنوات في العالم، يتبين من خلال الجدول أعلاه أن الدول العربية إجمالاً تسجل معدلات أقل من الأرقام العالمية، فمثلاً سنة 1990 تم تسجيل 85% بينما المعدل العالمي بلغ 95%، والملاحظ أن كل المعدلات التي تخص الأطفال منخفضة في الدول العربية مقارنة مع المعدلات العالمية، وتم تسجيل معدل 37% سنة 2021، أي انخفاض المعدل بنسبة أكثر من 56%، وهذا مؤشر جيد يدل على التطور في المستوى الصحي، والتحسين في الوضعية الاقتصادية والاجتماعية، ويعود هذا الانخفاض في المعدل إلى التقدم الذي حققته الدول العربية في المجال الصحي للأمومة والطفولة، وأصبحت بعض الدول العربية تنافس الدول المتقدمة في تطوير المجال الصحي، لكن تجدر إلى الإشارة إلى أن هناك من الدول مازالت تعاني من بعض المشاكل من انتشار أمراض الأطفال وتذبذب الخدمات الصحية، ونقص اللقاحات مثل الجمهورية اليمنية، الصومال، جيبوتي وجنوب السودان حسب منظمة الصحة العالمية.

الجدول (3-3): إجمالي معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الوطن العربي خلال الفترة

2021-1990

السنة	معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات (%)	السنة	معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات (%)
1990	85	2006	52
1991	83	2007	51
1992	80	2008	49
1993	78	2009	47
1994	76	2010	46
1995	74	2011	44
1996	72	2012	44
1997	70	2013	43
1998	67	2014	42
1999	66	2015	41
2000	63	2016	41
2001	62	2017	40
2002	59	2018	39
2003	58	2019	38
2004	56	2020	37
2005	54	2021	37

المصدر: البنك العالمي للمعطيات<sup>1</sup>

وعند المقارنة بين الدول العربية فيما يخص معدلات الوفيات للأطفال أقل من خمس سنوات، نجد أحيانا تفاوتاً من حيث المعدل وأحيانا أخرى تقارباً فيه، فمثلاً تم تسجيل معدلات متقاربة 31% و29% للمغرب ومصر على الترتيب سنة 2010، ليصل إلى 19% سنة 2021 في جمهورية مصر العربية، و18% للمغرب

<sup>1</sup> <https://donnees.banquemondiale.org/indicateur/SH.DYN.MORT.MA?end=2021&locations=1A&start=1990>

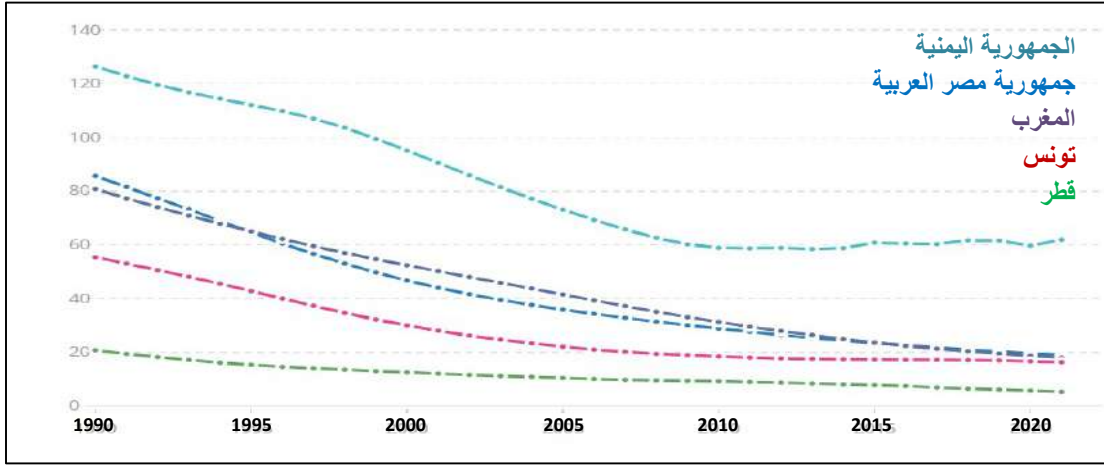
سنة 2021. مع ملاحظة أن دولة تونس سجلت معدل 19% منذ سنة 2008، رغم التقارب الجغرافي بينها وتقارب الوضعية الاقتصادية كذلك، يمكن إرجاع ذلك إلى الإنفاق الحكومي على الجانب الصحي المختلف بين الدول المذكورة، دون أن ننسى الكثافة السكانية المتباينة بين الدول العربية المذكورة، في حين شهدت قطر قفزة نوعية في معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بتسجيلها معدل 19% منذ سنة 1990، وهي الآن تسجل معدل 5% سنة 2021، لتنافس بذلك الدول المتقدمة خاصة أوروبا التي سجلت 4% كما ذكرنا سابقا. ويعود التطور الصحي في قطر بالدرجة الأولى إلى التطور الاقتصادي والاجتماعي وامتلاك بنية اقتصادية وصحية متينة، خاصة المستوى التعليمي الذي صنّف دولة قطر في المراتب الأولى من حيث جودة التعليم.

وأردنا أن نأخذ مثلا عن ارتفاع معدل وفيات الأطفال في الجمهورية اليمنية التي تعرف مستويات جد مرتفعة مقارنة مع بقية الدول العربية، حيث تم تسجيل 126% سنة 1990، ليسجل انخفاضا مستمرا وبوسيلة بطيئة ليصل إلى معدل 62% سنة 2021 وهو أكبر من المعدل العالم، وتجدد الإشارة إلى تدني الوضع الصحي اليمني مازالت تعاني مع انتشار الأمراض وتفشي الأوبئة، حيث تعرف البلاد تدهورا اقتصاديا وأمنيا حال دون تحسين معدل الوفيات لفئة الأطفال، بالنظر للمعدلات المذكورة آنفا يمكن استنتاج الوضعية الصحية لهذا البلد.

بعد هذا الطرح نذكر بأن الدول العربية كبقية دول العالم تسعى دوما لتحقيق أهداف الأمم المتحدة المسطرة، وتحسين معدل الوفيات محل الدراسة، يسبقه تحسين في المستوى التعليمي والصحي، والاجتماعي والاقتصادي، وكذا تمكين البنية التحتية الصحية، وتوفير الأدوية واللقاحات الخاصة بفئة الأطفال أقل من خمس سنوات.



الشكل (3-2): منحى بياني يمثل مقارنة بين بعض الدول العربية لمعدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات خلال الفترة 1990-2021



المصدر: البنك الدولي للمعطيات<sup>1</sup>

من خلال التمثيل البياني يتضح أن هناك اختلافا واضحا في معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الوطن العربي، بحكم الاختلاف في الإمكانيات الصحية وقدرة البلدان على استيراد الأدوية والمعدات الطبية، وتفاوت في البنية الاقتصادية بين الدول العربية المذكورة كمثال، بالإضافة إلى التفاوت في المستوى التعليمي والاجتماعي بينها، والجدول الموالي يبين الاختلاف في معدل الوفيات المسجل منذ 1990 إلى غاية 2021.

الجدول (3-4): مقارنة بين معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الوطن العربي خلال الفترة 1990-2021

من خلال المعطيات المعروضة في الجدول (3-4) نلاحظ أن الدول العربية وعلى غرار العديد من دول العالم، شهدت انخفاضا ملحوظا ومستمر في معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، وهذا بعد التحسن المستمر في الوضعية الاقتصادية والصحية، من استيراد للأدوية والتكنولوجيا الصحية إلى توفر البنية الصحية واستغلال أكثر للإمكانيات المتوفرة.

<sup>1</sup> <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?end=2021&locations=EG-QA-MA-TN-YE&start=1990&view=chart>

تم الاطلاع عليه بتاريخ 2023/10/22 على الساعة 20:40

الفصل الثالث: واقع وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات

2020	2015	2010	2005	2000	1995	1990	السنوات البلد
6	8	9	10	13	15	21	قطر
17	17	18	22	30	43	55	تونس
20	20	29	36	47	65	86	مصر
19	17	31	42	52	65	81	المغرب
60	61	59	73	95	112	126	اليمن

المصدر: من إعداد الطالب بناء على معطيات البنك العالمي للبيانات<sup>1</sup>.

إلا أنه يظهر وجود تفاوت بين هذه الدول المذكورة في الجدول، حيث يعود إلى الاختلاف في الإمكانيات، فمثلا تشهد دولة قطر وأغلب دول الخليج العربي، تطورا اقتصاديا واجتماعيا هاما جدا، ساعدها في تخفيض معدلات الوفيات في وقت وجيز وقبل نهاية الألفية السابقة، ورغم الانخفاض الذي مس جميع الدول العربية، إلى أن بعض الدول لازالت تعاني من أمراض وفيات الأطفال على غرار اليمن والسودان والصومال، وعلى العموم فإن الدول العربية تسير في الطريق الصحيح نحو تخفيض وفيات الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات.

#### 4- وفيات الأطفال في الجزائر:

عرفت الجزائر كغيرها من الدول تطورا في وضعية الوفيات خاصة وفيات الأطفال، حيث شهدت في السنوات الأولى للاستقلال معدلات مرتفعة جراء انتشار الأوبئة والأمراض المعدية، ومع مرور الوقت وبداية تحسن الهياكل

<sup>1</sup> <https://data.albankaldawli.org/indicator/SH.DYN.MORT?end=2021&locations=EG-QA-MA-TN-YE&start=1990&view=chart>

تم الاطلاع عليه بتاريخ 2023/10/22 على الساعة 23:12

الصحية وتوفرها، بدأت معدلات الوفيات الأطفال انخفاضاً محسوساً حسب المراحل المذكورة في الفصل الثاني من الدراسة.

#### 4-1. توزيع معدلات وفيات الأطفال حسب نتائج المسح:

في هذا العنصر سنقوم بإلقاء نظرة على معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، ومقارنتها حسب الأعمار المفصلة للأطفال في الفئة المعنية، وذلك خلال فترة الخمس سنوات التي تسبق المسح.

الشكل (3-3): توزيع معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات، خلال فترة الخمس سنوات التي سبقت

المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019.



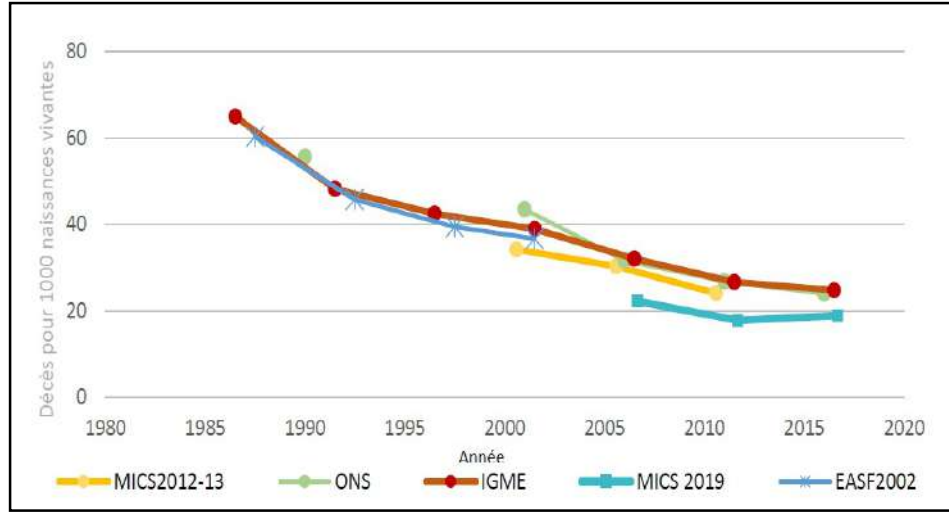
المصدر: بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر 2019.

نلاحظ من خلال الشكل (3-3) توزيع معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات في الجزائر، وذلك في الفترة التي تسبق المسح ب 5 سنوات، حيث بلغ معدل الوفيات 19% بصفة عامة لفئة الأطفال والرضع من 0 إلى 4 سنوات. بينما سجل معدل وفيات الأطفال من 01 إلى 04 سنوات 2 لكل ألف طفل خلال نفس الفترة وهذا راجع لعدة عوامل متعلقة بالطفل بحد ذاته وبأمه، في حين نلاحظ أن معدل وفيات حديثي الولادة 0 إلى 7 أيام بلغ 17%، بينما معدل وفيات الأطفال الذين لم يبلغوا شهرهم الأول 4%، وبالمقارنة مع المسوح

العنقودية السابقة نلاحظ انخفاضاً في معظم معدلات وفيات الأطفال، حيث كان المعدل 24.1% حسب mics4، ويرجع هذا الانخفاض أساساً في تطور المنظومة الصحية في الجزائر. بالإضافة إلى تحسن الأوضاع الاقتصادية والاجتماعية المتعلقة بالأم.

شكل (3-4): اتجاهات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر حسب مختلف التقارير

إلى غاية 2019



المصدر: المسح العنقودي المتعدد المؤشرات mics6، التقرير النهائي، ص 121

شهدت الجزائر على غرار بعض الدول إجراء مجموعة من المسوح والتحقيقات الصحية، والتي تعتبر مصدراً لجمع المعطيات، مثل التقرير النهائي للمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013، والتحقيق الجزائري حول صحة الأسرة سنة 2002، ومنشورات الديوان الوطني للإحصائيات، وتقديرات المجموعة المشتركة للأمم المتحدة حول وفيات الأطفال، وكذا المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019، هذه المسوح والتحقيقات اتفقت على أن معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر في انخفاض مستمر، رغم الاختلاف أحياناً في تقدير تلك المعدلات، حيث أن المعدل كان يفوق 60% قبل 1990، والذي انخفض إلى 39% سنة 2000، ولكنه واصل الانخفاض إلى حدود 20% سنة 2019، وهذا يدل على الجهود المبذولة في الجزائر لمحاربة وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، عبر برامج وخطط مسطرة.

#### 4-2. المقارنة بين معدلات الوفيات حسب الخصائص السوسيواقتصادية والديمغرافية حسب معطيات

المسحين mics4 و mics6:

من خلال مقارنة أرقام المسحين (الجدول 3-5) فيما يخص معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات والخصائص السوسيواقتصادية، نلاحظ أن الجزائر حققت نتائج إيجابية تمثلت في خفض معدلات الوفيات وفوارق جيدة في كثير من الخصائص فمثلا نلاحظ أن مكان الإقامة انخفض بفارق 5.7 نقطة، وعند ملاحظة المستوى التعليمي نلاحظ أن الفوارق وصلت إلى 8.6 نقط بالإنجاب، كما عرفت الأقاليم الجغرافية انخفاضاً في أغلب الأقاليم وقيم معتبرة، ويعود هذا إلى مواصلة الجزائر لبرامجها المسطرة والخاصة بتحسين صحة الأطفال وتخفيض معدلات الوفيات من تعزيز البنية الاقتصادية والصحية، إلا أنه يوجد بعض الحالات التي عرفت فيها ارتفاعاً في معدلات الوفيات مثل إقليم شمال شرق الحاص بالبرمجة الإقليمية، ويعود ذلك للكثافة السكانية من جهة، ومن جهة أخرى منطقة مستقطبة للسكان خاصة من أجل العلاج نظراً لضمان وجود تغطية صحية كافية، مما يضطر العديد لتسجيل الوفيات في الحالة المدنية بذات الإقليم، في حين عند المقارنة بين معدلات الوفيات من خلال مستويات مؤشر الثروة نجد أن جميع المستويات شهدت انخفاضاً معتبراً وصل إلى 8.9 نقطة، وهذا يدل على التحسن في التغطية الصحية وخاصة طب الأطفال، ولكن بشكل عام حققت البلاد الأهداف المسطرة وفي وقت وجيز.

الجدول (3-5): معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب الخصائص السوسيواقتصادية

معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بالجزائر			الخصائص السوسيواقتصادية	
الفارق	المسح العنقودي 2019 (%)	المسح العنقودي 2013-2012 (%)		
5.7	16	21.7	حضر	مكان الإقامة
5.7	22	27.7	ريف	
1.7	14	15.7	شمال وسط	الأقاليم الجغرافية المبرمجة
-9.4	28	18.6	شمال شرق	
17.2	15	32.2	شمال غرب	
9.4	21	30.4	هضاب عليا وسط	
10.6	18	28.6	هضاب عليا شرق	
8.5	15	23.5	هضاب عليا غرب	
6.5	28	34.5	الجنوب	
6.9	23	29.9	قبل التمدرس	المستوى التعليمي للأم
-1.5	26	24.5	ابتدائي	
4.7	18	22.7	متوسط	
4.6	17	21.6	ثانوي	
8.6	13		جامعي	
8.9	26	34.9	فقير جدا	مؤشر الثروة الاقتصادي
5.4	16	21.4	فقير	
2.7	18	20.7	متوسط	
0.8	20	20.8	غني	
6.5	14	20.5	غني جدا	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على التقريرين النهائيين للمسحين mics4 و mics6

الجدول (3-6): معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب الخصائص الديمغرافية

معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بالجزائر			الخصائص الديمغرافية	
قيمة الانخفاض	المسح العنقودي 2019 (%)	المسح العنقودي 2013-2012 (%)		
6.3	19	25.3	ذكر	جنس الطفل
4.7	18	22.7	أنثى	
-	39	-	أقل من 20 سنة	عمر الأم عند الولادة
-	17	-	20-34 سنة	
-	24	-	35-49 سنة	
4.9	20	24.9	1	مرتبة المولود
4.8	16	20.8	3-2	
4.6	24	28.6	6-4	
5.2	28	33.2	7 فأكثر	
6.7	22	28.7	أقل من سنتين	تباعد الولادات
9	14	23.0	سنتين	
3.2	18	21.2	ثلاث سنوات	
0.7	20	20.7	أربع سنوات فأكثر	

المصدر: من إعداد الباحث بناء على التقريرين النهائيين للمسحين mics4 و mics6

بعد إجراء المقارنة بشكل عام لمعدلات وفيات الأطفال، حسب الخصائص الديمغرافية لاحظنا تسجيل انخفاضا في جميع المتغيرات، أي تحقيق نتائج إيجابية بشكل متفاوت وصلت إلى فارق 9%، في تباعد الولادات، كما شهدت كذلك ويعود ذلك إلى توفير الطب المتخصص للأمومة والطفولة، وتحسين وتوفير الأدوية واللقاحات اللازمة للأطفال وفي وقت وجيز، مما ساعد كثيرا في تحقيق تخفيض في معدلات الوفيات، تماشيا مع تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية.

#### 3-4. وفيات الرضع في الجزائر:

جدول (3-7) تصنيف مستويات معدلات وفيات الرضع من طرف منظمة اليونيسيف<sup>1</sup>

المستوى	معدل وفيات الرضع
أكثر من 90 %	مرتفع جدا
من 50% إلى 90%	مرتفع
من 18% إلى 49%	متوسط
أقل من 18%	ضعيف

#### تطور معدلات وفيات الرضع في الجزائر من 2010 إلى 2019

نلاحظ من خلال الجدول التالي (3-8) والذي يبين وفيات الرضع في الجزائر منذ 2010 إلى غاية 2021 حسب الجنس، والذي يعرف اختلافا في المعدل بين الذكور والإناث ففي سنة 2010 مثلا تم تسجيل معدل 25.2% بالنسبة للذكور وهو أعلى من معدل وفيات الرضع الإناث المقدر بـ 22.2%، ومن الملاحظ أن معدلات وفيات الرضع شهدت منحى متناقص حسب العشر سنوات الماضية، حيث تم تسجيل معدل 22.5% للرضع الذكور و19.4% للإناث.

<sup>1</sup> سويقات مجّد، أ.د حمزة شريف علي، تطور وفيات الرضع في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 32 جانفي 2018، الجزائر، ص195.



**الجدول (3-8): تطور معدلات وفيات الرضع في الجزائر من 2010 إلى 2019 حسب الجنس**

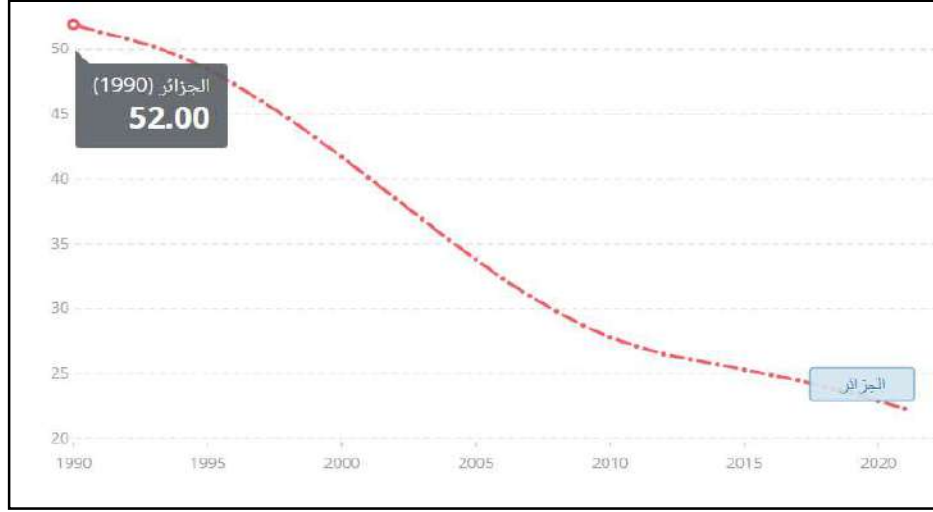
معدل وفيات الرضع (%00)			السنة
الإجمالي	إناث	ذكور	
23.7	22.2	25.2	<b>2010</b>
23.1	21.6	24.6	<b>2011</b>
22.6	21.2	23.9	<b>2012</b>
22.4	21.2	23.6	<b>2013</b>
22.0	20.4	23.5	<b>2014</b>
22.3	20.7	23.7	<b>2015</b>
20.9	19.3	22.4	<b>2016</b>
21.0	19.3	22.6	<b>2017</b>
21.0	19.5	22.5	<b>2018</b>
21.0	19.4	22.5	<b>2019</b>

المصدر: Démographie Algérienne 2019, N° 890

أما المعدل الإجمالي فبلغ 21%، وبالنسبة للتصنيف المذكور سابقا فإن الجزائر تقع في المستوى المتوسط وهو مستوى مقبول جدا، بالنسبة لانخفاض معدلات الرضع هذا التناقص في المعدل بعد الجهود المبذولة من طرف الدولة من تطوير صحة الأمومة والطفولة، بالإضافة إلى توفير الأدوية واللقاحات الخاصة بالأطفال بالإضافة إلى

توزيع الخدمات الصحية بزيادة عدد العيادات والأطباء، دون أن ننسى تحسن الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للأسرة الجزائرية.

الشكل (3-5) معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر منذ سنة 1980 إلى غاية 2021.



المصدر: منظمة اليونسيف<sup>1</sup>

شهدت الجزائر منذ سنة 1990 انخفاضا مستمرا في معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب ما هو ملاحظ في الشكل السابق، حيث كانت 52%، وبدأت الانخفاض تدريجيا إلى أن وصلت إلى معدلات جيدة وصلت إلى 19% للإناث و21% للذكور سنة 2020، وهذا تبعا للاستمرار في تطوير الاقتصاد والبنى التحتية، واستيراد التكنولوجيا الصحية تعزيز التغطية الطبية المتخصصة، وتحسن المستوى التعليمي خاصة للأمهات. نذكر أن هذا الانخفاض شهدته عدة دول في العالم خاصة المتقدمة، وهذا ما يدل أن الجزائر تسير في الطريق الصحيح نحو تحقيق أقل المعدلات للوفيات للأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر.

4-4. تطور معدلات الأطفال أقل من خمس (05) سنوات في الجزائر من 2010 إلى 2019 حسب

الجنس

<sup>1</sup> <https://data.unicef.org/country/dza/> تم الاطلاع عليه يوم: 2023/10/07 على الساعة 22:00

سوف نعرض في هذا المستوى وفيات الأطفال في الجزائر خلال الفترة الزمنية المذكورة، ويتم تصنيفهم

حسب الجنس ذكورا وإناثا.

الجدول(3-9): تطور وفيات الرضع والأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر حسب الجنس

معدل وفيات الأطفال والرضع أقل من 5 سنوات (%)			السنة
الإجمالي	إناث	ذكور	
27.5	26.0	29.0	2010
26.8	25.2	28.3	2011
26.1	24.7	27.3	2012
26.1	24.9	27.3	2013
25.6	23.9	27.1	2014
25.6	24.2	27.1	2015
25.7	22.3	25.6	2016
24.0	22.2	25.6	2017
24.2	22.6	25.7	2018
24.2	22.7	25.7	2019

المصدر: Démographie Algérienne 2019, N° 890

حسب معطيات الجدول أعلاه فان الجزائر عرفت معدلات مرتفعة نوعا ما مقارنة مع بعض الدول العربية

وحتى العالمية، فقد تم تسجيل 27.5% كمعدل وفيات الأطفال سنة 2010، ودوما ما نجد أن المعدل أعلى

عند الذكور أكثر من الإناث، أما في سنة 2019 فقد تم تسجيل 25.7% للذكور و22.7% للإناث، بينما

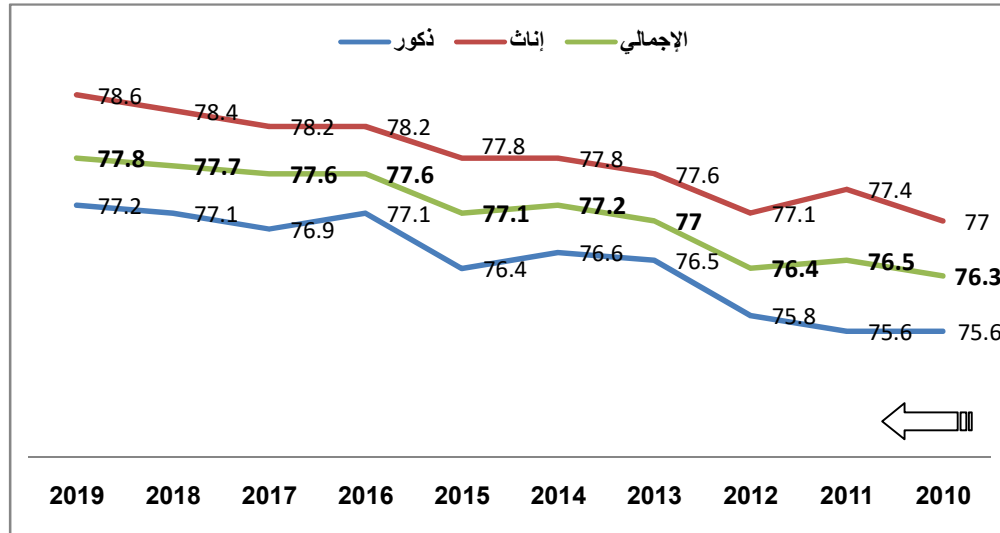
المعدل الإجمالي فقد بلغ 24.2%.

عموما فان الجزائر حققت تقدما نسبيا في الجانب الصحي والتطور الاقتصادي والاجتماعي، يتبعه في ذلك توفير الخدمات الصحية للأم والطفل، وكما وضعنا في الفصل السابق من الدراسة فان الجزائر منذ استقلالها مرت بعدة مراحل لإعادة بناء القواعد الصحية والهياكل وتوفير الخدمات الصحية الكافية، حيث وضعت عدة برامج حسب الفترة الزمنية التي مرت بها، بالإضافة إلى تحسن الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للأسر، وكذلك تحسن الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للأمهات ودخولها بشكل لافت للانتباه، وسوف نقوم بعرض معدلات الوفيات حسب متغيرات الدراسة في العناصر القادمة.

#### 4-5. تطور أمل البقاء على قيد الحياة من 2010 إلى 2019 في الجزائر حسب الجنس:

عرف مؤشر أمل الحياة عند الولادة في الجزائر ارتفاعا ملحوظا، تم تسجيله بعد تنفيذ البرامج الصحية، خاصة توفير الرعاية الصحية للأم والطفل.

#### الشكل (3-6): تطور أمل الحياة عند الولادة في الجزائر من 1990-2019



المصدر: Démographie Algérienne 2019, N° 890 (الملحق 3)

تم تسجيل سنة 2010 حسب الجنس تفاوتاً طفيف بين مؤشر أمل الحياة عند الولادة بتسجيل 76.3 سنة مقسمة إلى 75.6 سنة للذكور و 77 سنة للإناث، عرف هذا المؤشر تزايداً مستمراً إلى غاية 2019، حيث وصل عند الذكور 77.2 سنة وعند الذكور و78.6 سنة عند الإناث، ويرجع سبب تفوق أمل الحياة عند الإناث إلى الفارق في معدلات الوفيات، حيث دوماً ما نلاحظ تسجيل معدلات وفيات عند الذكور أعلى من الإناث، يذكر أن أمل الحياة عند الولادة يعد مؤشراً هاماً من مؤشرات التنمية يستدل به لتطور الوضعية الصحية والاجتماعية لأي بلد<sup>1</sup>. ويتأثر بوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، خاصة وفيات الأطفال الرضع وحديثي الولادة، وبما أن هذا المؤشر في تحسن ملحوظ فإن الأوضاع الاقتصادية، الاجتماعية والصحية في تحسن مستمر كذلك يتبعه في ذلك تحسن معدلات الوفيات للرضع وحديثي الولادة، بسبب توفر الرعاية الصحية الخاصة، وهي في تطور مستمر.

<sup>1</sup> الغول عبد الحكيم، مرجع سابق، ص 177.

### خلاصة الفصل:

من خلال هذا الفصل تمكنا من الاطلاع على المعدلات العالمية والعربية لوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، حيث تبين لنا أن الجزائر سجلت تقدما ملحوظا مقارنة مع الأرقام العالمية، كما لاحظنا من خلاله أيضا تحسن أمل الحياة عند الولادة، وهذا ما يشير إلى تحسن الوضعية الصحية في الجزائر، والذي يشير أيضا إلى تحقيق تقدما في الوضعية الاقتصادية والاجتماعية للبلد، عموما فان بلادنا حققت تقدما نسبيا في الجانب الصحي والتطور الاقتصادي والاجتماعي، يتبعه في ذلك توفير الخدمات الصحية للأم والطفل منذ الاستقلال، حيث مرت بعدة مراحل لإعادة بناء القواعد الصحية والهياكل وتوفير الخدمات الصحية الكافية، حيث وضعت عدة برامج حسب الفترة الزمنية التي مرت بها، بالإضافة إلى تحسن الوضعية الاجتماعية والاقتصادية للأسر، وكذلك تحسن الوضعية الاجتماعية و الاقتصادية للأمهات وتطور دورها بشكل لافت للانتباه.

## الفصل الرابع

الاطار التطبيقي: التحليل الوصفي للدراسة

تمهيد:

سنتطرق في هذا الفصل إلى عرض ووصف البيانات المستخرجة من المسح العنقودي الخامس في الجزائر سنة 2019، فيما يتعلق بتأثير العوامل الاقتصادية والاجتماعية للأمهات على وفيات أطفالهن في الفئة العمرية 0-4 سنوات من خلال ذات المسح، حيث سنتطرق أولاً لتعريف المسح والتطرق إلى عينة الدراسة ثم ثانياً نقوم بدراسة وصفية من خلال إنشاء جداول بسيطة ومركبة تربط ما بين المتغير التابع والمتغيرات المستقلة والتي تتمثل في المستوى التعليمي للأم، والمستوى الاقتصادي، وكذا منطقة السكن وعمر الأم حسب ما ورد في محاور المسح، وهذا يعتبر تمهيداً لدراسة الأثر محور دراستنا والمتضمن في الفصل الموالي.



## أولاً: المسح وخصائص العينة

### 1- تعريف المسح:

تم إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات (MICS6) في الجزائر في عام 2019 من قبل مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كجزء من البرنامج العالمي لمسوح MICS يتم تنفيذه بدعم مالي وتقني من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسف) ومساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان.

MICS هو برنامج استقصائي عالمي للأسر المعيشية طورته اليونيسف خلال التسعينيات. أُجري المسح في الجزائر سنة 2019 كجزء من الإصدار العالمي السادس لمسوح (MICS6)، الذي بدأ في نوفمبر 2016. يوفر المسح معلومات محدثة قابلة للمقارنة دولياً عن وضع الأطفال والنساء، كجزء من خطة التنمية لعام 2030، يغطي المسح العنقودي متعدد المؤشرات، كلياً أو جزئياً، 33 مؤشراً في إطار أحد عشر (11) هدفاً للتنمية المستدامة. وبالتالي، فإنه يمكن البلدان من رصد التقدم المحرز نحو تحقيق أهداف التنمية المستدامة (SDGs) وغيرها من الالتزامات المتفق عليها دولياً<sup>1</sup>.

### 2- أهداف المسح:

يوفر هذا المسح، مجموعة من الأهداف التي تعمل الدولة من أجل تحقيقها، حيث تتمثل هذه الأهداف

فيما يلي:

- توفير البيانات الإحصائية من أجل الجمع والتحليل للبيانات الكمية المفصلة.

- تغطية المجالات المختلفة التي تتعلق برفاهية السكان والصحة الإنجابية.

<sup>1</sup> وزارة الصحة والسكان: التقرير النهائي للمسح العنقودي المتعدد المؤشرات. الجزائر، 2019، ص5.

- توفير البيانات اللازمة التي لها علاقة بصحة الأفراد وخاصة النساء والأطفال.
- توليد بيانات قابلة للمقارنة دوليا لتقييم التقدم المحرز في مختلف المناطق.
- كما يوفر المسح أيضا مجموعة من البيانات الغنية والمتنوعة في العديد من مجالات التنمية، سيما التنمية المستدامة، حيث يشكل هذا الأخير مصدرا قيما لرصد أهداف التنمية المستدامة حتى عام 2030.
- كما ساهم المسح أيضا في تطوير الخطط والبرامج القياسية بغية تنفيذها في مواجهة الأخطار والجوائح والأوبئة المحتملة.

### 3- الإطار التنظيمي للمسح:

تم إجراء المسح العنقودي متعدد المؤشرات MICS6 في الجزائر في عام 2019 من قبل مديرية السكان التابعة لوزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات كجزء من البرنامج العالمي لمسوح MICS، يتم تنفيذه بدعم مالي وتقني من منظمة الأمم المتحدة للطفولة (اليونيسيف) ومساهمة مالية من صندوق الأمم المتحدة للسكان.

حيث تم العمل على العمل على سبعة أقاليم كانت موزعة على الشكل التالي:

**أولا: إقليم شمال وسط:** ويضم 10 ولايات وهي (الجزائر، البليدة، بومرداس، تيبازة، البويرة، المدية، تيزي وزو، بجاية، شلف، عين الدفلى)

**ثانيا: إقليم شمال شرق:** ويضم 08 ولايات وهي (عنابة، قسنطينة، سكيكدة، جيجل، قالمة، طارف، سوق أهراس، ميللة)

ثالثا: إقليم شمال غرب: و يضم 07 ولايات وهي (وهران، تلمسان، مستغانم، عين تموشنت، معسكر، سيدي بلعباس، غيليزان)

رابعا: إقليم هضاب عليا وسط: ويضم 03 ولايات وهي (جلفة، الأغواط، مسيلة)

خامسا: إقليم هضاب عليا شرق: ويضم 06 ولايات وهي (سطيف، باتنة، خنشلة، برج بوعريريج، تبسة، أم البواقي)

سادسا: إقليم هضاب عليا غرب: ويضم 05 ولايات وهي (تيارت، سعيدة، تيسمسيلت، النعامة، البيض)

سابعا: إقليم الجنوب: ويضم 09 ولايات وهي (بشار، تيندوف، أدرار، غرداية، بسكرة، ورقلة، الوادي، تمنراست، إيزي)<sup>1</sup>

#### 4- عينة المسح:

أجري التحقيق ككل مع 31325 أسرة فكانت نسبة الاستجابة ب 96.7%، باستجابة 29919 أسرة، في حين أجري التحقيق مع 37227 امرأة في سن الإنجاب [15-49]، كما جرت المقابلة مع 35111 امرأة بنسبة استجابة قدرت ب 94.3%، كما استهدف المسح حوالي 15242 طفل، بنسبة استجابة 97.7% أي حوالي 14873 طفل<sup>2</sup>.

5- عينة الدراسة: تم العمل على ملفات قواعد البيانات للمسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019، والتي تظم (07) سبعة ملفات باستخدام برنامج SPSS، حيث تم دمج كل من ملفي الطفل والأم مع الملف الرئيسي للأسرة، ثم بعد ذلك تم تصفية الملف الجديد بما يتعلق بموضوع الدراسة، والمتضمن سؤال الأمهات إن كان لديهن

<sup>1</sup> عزوز العربي، مدى دراية المرأة الجزائرية بمرض السيدا من نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2012. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، ص96

<sup>2</sup> المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019، التقرير النهائي، ص10.

طفل/أطفال سنهن أقل من 05 سنوات تعرضوا للوفاة أو مازالوا باقين على قيد الحياة، خلال الخمس سنوات التي سبقت المسح، حيث وجدنا حوالي 11143 طفل في الفئة العمرية (0-4) معينين بالدراسة، من بينهم 470 طفل متوفي.

#### 6- الأساليب والاختبارات الإحصائية المستخدمة:

استعملنا برنامج الحزم الإحصائية للعلوم الاجتماعية (SPSS) لتحليل النتائج واختبار الفرضيات من أجل قياس تأثير بين المتغيرات المستقلة على المتغير التابع، حيث سنقوم بتطبيق أسلوب الانحدار اللوجستي الثنائي الاستجابة لتأكيد صحة الفرضيات أو نفيها، وهذا من أجل قياس الأثر بين المتغيرات. يبنى هذا النموذج على فرض أساسي هو أن المتغير التابع متغير الاستجابة الذي نهتم بدراسته هو متغير ثنائي يتبع توزيع بيرنولي يأخذ القيمة (1) باحتمال  $p$  ويأخذ القيمة (0) باحتمال  $1-p=q$ ، أي حدوث أو عدم حدوث الاستجابة<sup>1</sup>، وهذا ما يتوافق مع المتغير محل الدراسة أي تعرض الطفل للوفاة والذي يحمل الدليل 1 أو بقاءه على قيد الحياة أثناء تاريخ المسح والذي يحمل الدليل 0، وعليه تكون العلاقة من الشكل:

$$\log \frac{p}{1-p} = b_0 + b_{1x} + e$$

ثانيا: عرض البيانات:

من خلال إجابات المبحوثين عن أسئلة استمارات المسح العنقودي 2019، سنقوم بدراسة وصفية للبيانات المتعلقة بالدراسة وقراءة البيانات الخاصة بموضوعنا دون تحليل للنتائج.

<sup>1</sup> عدنان غانم، فريد خليل الجماعي، استخدام تقنية الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في دراسة أهم المحددات الاقتصادية والاجتماعية لكفاية الدخل، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية والقانونية، المجلد 27، العدد الأول، 2011، ص113-131

خصائص عينة الدراسة:

1- حسب التعرض للوفاة: أهم خاصية في دراستنا تتعلق بمتغير تعرض الطفل ذو العمر اقل

خمس (05) سنوات تامة للوفاة او دوام بقائه على قيد الحياة، والجدول التالي يبين توزيع

الأطفال أقل من خمس سنوات حسب تعرضهم لخطر الوفاة اعتمادا على تصريحات الأمهات

ضمن أسئلة المسح.

جدول (4-1): توزيع الأطفال حسب تصريح الأمهات بوجود طفل متوفي/حي عمره أقل من

خمس سنوات

التكرار النسبي (%)	التكرار	
4,2	470	المتوفون
95,8	10673	الأحياء
100,0	11143	المجموع

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

نلاحظ من خلال الجدول (4-1) توزيع الأطفال في الفئة العمرية 0-4 كل من المتوفين

والباقيين على قيد الحياة، حيث بلغ مجموع الأطفال في الفئة العمرية المعنية بالدراسة 11143 طفل

مقسمين إلى 10673 طفل باق على قيد الحياة بنسبة 95.8%، و 470 طفلا متوفى، حيث يمثل

الأخير ما نسبته 4.2%.

أ-مقارنة بين معدلات وفيات الأطفال والرضع:

يمثل الجدول الموالي كل من معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة، وما بعد الولادة، والرضع، والأطفال، والرضع-الأطفال مقدره بالألف، خلال فترة الخمس سنوات والعشر سنوات السابقة للمسح العنقودي متعدد المؤشرات الجزائر 2019 (mics6)، أي معدلات الوفيات للفئة المعنية في المسحين السابقين.

الجدول(4-2) مقارنة بين معدلات الوفيات للأطفال والرضع خلال فترات زمنية ذات 5 سنوات سابقة

للمسح:

السنوات السابقة للمسح	معدل وفيات الأطفال حديثي الولادة (%)	معدل وفيات ما بعد الولادة (%)	معدل وفيات الرضع (%)	معدل وفيات الأطفال (%)	معدل وفيات الرضع والأطفال (%)
0-4 سنوات	12	4	17	2	19
5-9 سنوات	10	5	15	3	18
10-14 سنة	13	7	21	2	22

المصدر: mics6، التقرير النهائي، ص118.

حيث يبين الجدول انخفاضا طفيفا في معدل وفيات الرضع والأطفال خلال 15 سنة التي تسبق المسح من 22% إلى 19%، بينما شهد معدل وفيات الرضع انخفاضا معتبرا قدر ب 4 نقاط بالألف، حيث كان 21% لينخفض خلال العشر سنوات التي تسبق المسح إلى 15% ثم يرتفع قليلا إلى 17% خلال الخمس سنوات التي تسبق المسح، تجدر الإشارة إلى أن معدل وفيات الأطفال والرضع شهد تفاوتاً في المعدل حيث تم تسجيل معدل 22% في المنطقة الريفية مقابل 16% في المنطقة الحضرية، ويرجع هذا التفاوت إلى التفاوت في الإمكانيات الصحية وتفاوت توفرها بين المنطقتين، كذلك شهدت المنطقة الحضرية معدلا منخفضا من وفيات

الرضع قدر بـ 14%، مقابل 21%<sup>1</sup> للمنطقة الريفية، وبالإضافة إلى السبب الذي ذكر سابقا نظيف وجود تفاوت في الثقافة والرعاية الصحية بين المنطقتين وكذا تغير في المستويات التعليمية، يذكر أنه تم كذلك وجود تفاوت بين الأقاليم الجغرافية المبرمجة حسب التقرير النهائي للمسح في صفحته 119، حيث تم تسجيل أعلى المعدلات من وفيات الرضع والمقدرة بـ 24%، و 23% في كل من إقليم شمال شرق وإقليم الجنوب على الترتيب، في حين تم تسجيل أقل معدل وهو 14% لكل من إقليمي شمال غرب والهضاب العليا الغربية، ونفس الملاحظة في التفاوت بالنسبة لوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بتسجيل أعلى معدل وهو 28%، ويمكن تفسير هذا التفاوت في تزايد الكثافة السكانية بإقليم شمال شرق، وانخفاض التغطية الصحية المتخصصة في إقليم الجنوب.

#### ب- توزيع وفيات الأطفال حسب الجنس:

الجدول (3-4): توزيع معدلات الوفيات حسب الجنس (الوحدة بـ %)

وفيات حديثي الولادة 0-7 أيام	وفيات ما بعد الولادة 0-28 يوم	وفيات الرضع 0-1	وفيات الأطفال 1-4	وفيات الرضع والأطفال 0-4	
14	4	17	2	19	ذكور
11	5	16	2	18	إناث

المصدر: بناء على معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر 2019.

نلاحظ حسب المعطيات أعلاه تقاربا في معدلات وفيات الرضع حيث بلغ 17% عند الذكور بالمقابل 16% عند الإناث، بسبب ارتفاع الوفيات لحديثي الولادة ذوي الأعمار من 0 إلى 7 أيام حيث بلغ معدل الوفيات 14% عند الذكور و 11% عند جنس الإناث، وهذا ما يعبر عن تحسن الحالة الصحية للجزائر وذلك بالمقارنة مع معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012-2013 mics4 الذي سجل معدل

<sup>1</sup> Mics6، التقرير النهائي ص 119.

17.1% للذكور و 14.2% للإناث، ويمكن إرجاع هذا السبب إلى تطور المنظومة الصحية وتوسع شبكة التغطية الصحية دون أن ننسى التحسن في عدد من المؤشرات الصحية الكمية كتوفر عدد أكبر من الأطباء، خاصة ما تعلق بصحة الأمهات أثناء الحمل، ويوجد كذلك العديد من العوامل قبل وبعد الولادة لها تأثير على معدل وفيات الأطفال ككل.

فيما نسجل تقاربا كذلك في وفيات الأطفال أقل من شهر خلال الخمس سنوات التي تسبق المسح حيث تم تسجيل 5% للذكور و 4% للإناث، ونسجل هنا كذلك انخفاضا طفيفا في المعدل الذي كان 5.9% للذكور و 5.5% للإناث من معطيات مسح mics4، ويعود انخفاض مقارنة مع وفيات حديثي الولادة إلى اكتساب الأطفال مناعة صحية أكثر مما كان عليه في أسبوعه الأول من الولادة، وهو ما تتحكم فيه كذلك عدة عوامل متنوعة. بينما يشهد معدل وفيات الأطفال من 1 إلى 4 سنوات انخفاضا وأرقاما مطمئنة نسبيا حيث تم تسجيل حوالي 2% لكلا الجنسين.

## 2 - حسب متغيرات الدراسة:

نقصد بمتغيرات الدراسة مجموعة المتغيرات المترجمة لفرضيات الدراسة وهي مجموعة المتغيرات المفسرة المفترض أن تكون كمحددات لوفيات الأطفال أقل من خمس (05) سنوات والتي وفرتها قاعدة بيانات المسح مصدر المعطيات، وهي عمر الأم، المستوى التعليمي للأم، مكان الإقامة، الإقليم الجغرافي المبرمج، تباعد الولادات، رتبة المولود، المرض المزمن للأم، الحالة الفردية للأم، النشاط الاقتصادي ومؤشر الثروة الخمسي ومن باب الاختصار تم جمعها في الجدول رقم (4-4).



2-1- توزيع الأهمية حسب متغيرات الدراسة

الجدول (4-4): توزيع الأهمية حسب متغيرات الدراسة:

التكرار النسبي %	التكرار	قيمة/صفة
<b>العمر</b>		
0.6	64	[19-15]
8.1	907	[24-20]
22.5	2506	[29-25]
27.8	3097	[34-30]
24.0	2673	[39-35]
13.9	1545	[44-40]
3.2	352	[49-45]
<b>المستوى الدراسي</b>		
12.2	1361	ما قبل التمدرس
14.7	1634	ابتدائي
32.3	3600	متوسط
23.2	2580	ثانوي
17.7	1969	جامعي
<b>مكان الإقامة</b>		
58.4	6502	حضر

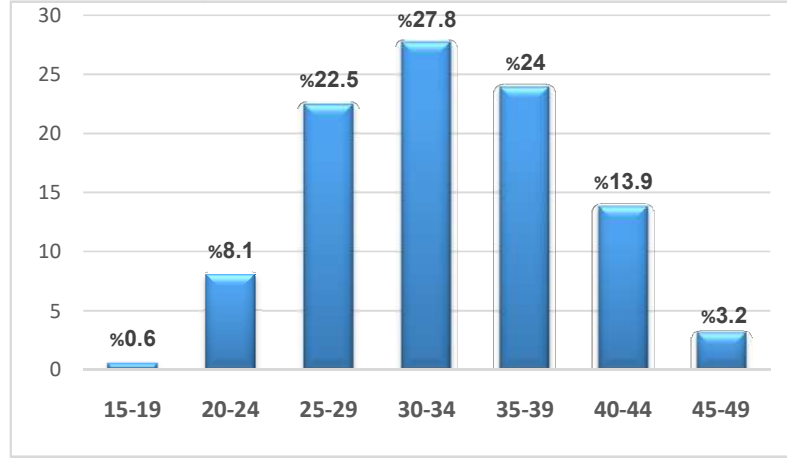
41.6	4641	ريف
البرمجة الإقليمية		
31.9	3549	شمال وسط
13.2	1476	شمال شرق
15.6	1734	شمال غرب
8.1	897	الهضاب العليا المركزية
15.0	1667	الهضاب العليا الشرقية
5.1	570	الهضاب العليا الغربية
11.2	1251	الجنوب
تباعد الولادات		
97.5	10867	الولادة الأولى
0.7	73	<2 ans
0.7	72	2 ans
0.5	59	3 ans
0.6	71	4ans+
رتبة المولود		
97.5	10865	1
1.9	215	2-3
0.5	59	4-6
0.0	4	7+

المرض المزمن		
8.1	902	نعم
91.8	10232	لا
الحالة الفردية للأم		
10.5	1170	عاملة
0.5	51	طالبة/متمدرسة/ متكونة
1.7	186	تبحث عن عمل
0.1	14	أحيلت على التقاعد
87.2	9722	حالات أخرى
النشاط الاقتصادي		
10.5	1170	تعمل
89.5	9973	لا تعمل
مؤشر الثروة الخمسي		
23.5	2623	فقير جدا
22.4	2493	فقير
20.4	2276	متوسط
18.2	2028	غني
15.5	1723	غني جدا

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

يظهر الجدول (4-4) توزيع أفراد العينة حسب متغيرات الدراسة وهي: عمر الأم، المستوى التعليمي، مكان الإقامة، فضاء البرمجة الإقليمية، رتبة المولود، تباعد الولادات، الإصابة بمرض مزمن للأم، الحالة الفردية للأم، النشاط الاقتصادي، ومؤشر الثروة لأسرة الأم.

الشكل (4-1): تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب الفئات العمرية



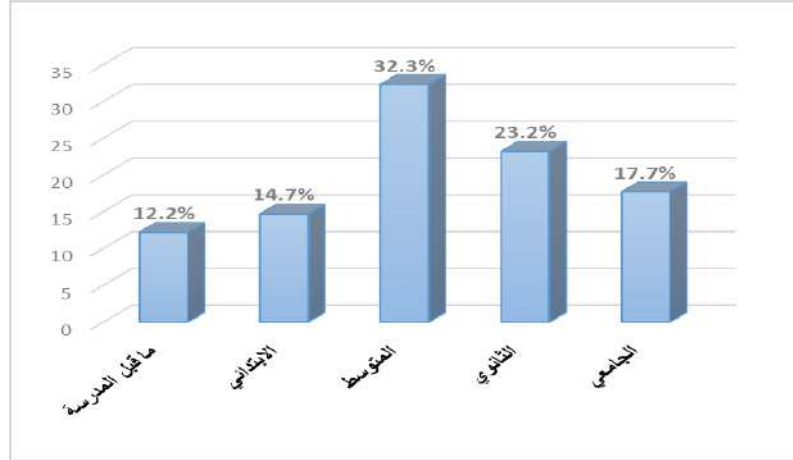
من إعداد الباحث بناءً على معطيات الجدول (4-4)

يعتبر العمر من المتغيرات الديمغرافية، حيث تختلف الخصوبة عند النساء بتغير العمر، ويمكن أن يؤثر هذا الاختلاف على السلوك الإنجابي للأمهات، وما يسبقه أو يتبعه من متابعة صحة لها ولمولودها، ومن المعروف أن مرحلة الخصوبة عند المرأة تبدأ من عمر 15 سنة وتنتهي عند 49 سنة عموماً، في هذا المتغير تم تقسيم الأعمار إلى 07 (سبعة) فئات عمرية خماسية.

يُظهر كل من الجدول (4-4) والشكل (4-1): توزيع الأمهات حسب أعمارهن في الفئات الخماسية، اللواتي صرحن بوجود طفل أو أكثر لهن وعمره لا يتجاوز الخمس سنوات متوفي/حي حيث تبين أن أكبر عدد للأمهات هو في الفئة العمرية [34-30] حوالي 3098 مفردة وبأكبر نسبة قدرت بـ: 27.8%، بينما بلغت أقل نسبة في الفئتين العمريتين الحديثتين لهذه العينة من الأمهات

واللاتي بلغتا 0.6% للفئة العمرية [15-19] و3.2% للفئة العمرية القصوى في العينة وهي [45-49]. كما يظهر وبشكل جلي اعتدال توزيع أعمار الأمهات محل البحث.

شكل (4-2): تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي

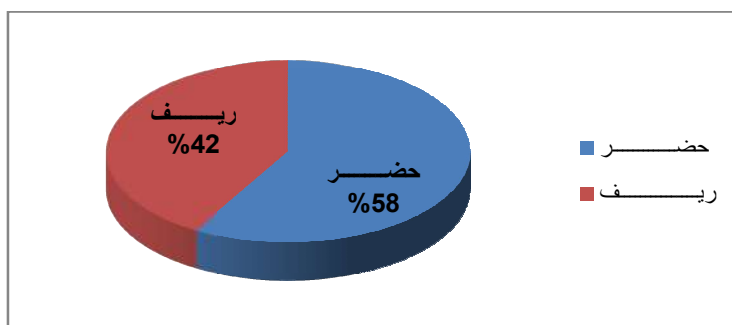


من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-4)

يتم تحديد المستوى الثقافي للفرد من خلال المستوى التعليمي، وهو متغير رتبي من المتغيرات الاجتماعية، حيث تم تقسّمه من خلال المسح إلى 05 (خمسة) درجات أدناها صفة ما قبل التمدرس ثم المستوى الابتدائي فالمتوسط والثانوي إلى أعلى درجة وهي التعليم العالي الجامعي.

نلاحظ من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-2): توزيع الأمهات حسب مستواهن الدراسي، حيث كانت أكبر نسبة لذوات التعليم المتوسط بـ: 32.3% ثم يليها المستوى الثانوي بـ: 23.2% في حين بلغت نسبة الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي جامعي 17.7%، بينما بلغت نسبة الأمهات غير المتمدرسين 12.2%.

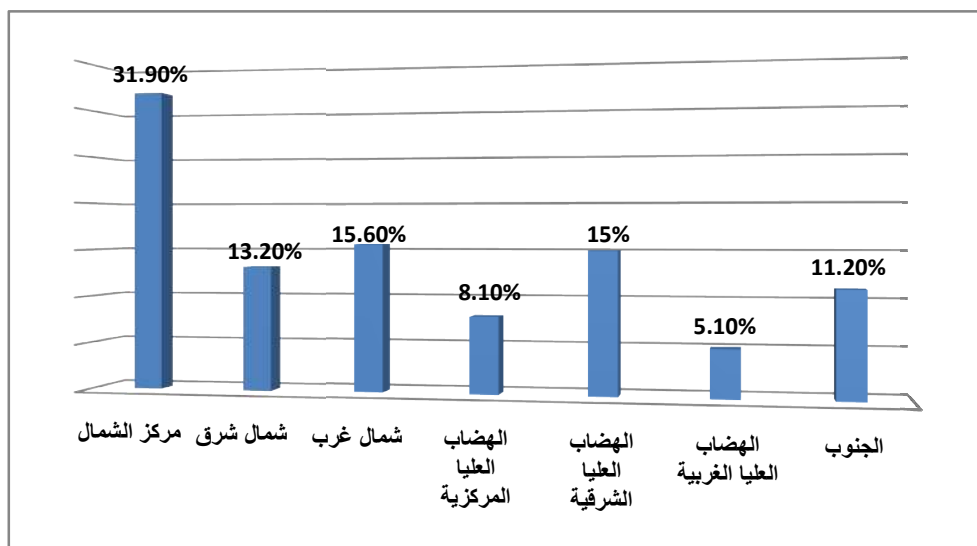
شكل (4-3): تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب مكان الإقامة



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-4)

نلاحظ من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-3): توزيع الأمهات محل الدراسة حسب مكان الإقامة، حيث تبين أن 6502 أم تقطن في الحضر وتمثل بنسبة 58.3%، أكبر من نسبة الأمهات المقيمات في الريف 41.7% واللاتي عددهن 4641 أم من المجموع الكلي الذي يمثل 11143 من الأمهات المعنيتات بالدراسة. ويرجع هذا الاختلاف في التوزيع لعدة أسباب متعلقة بالأم نفسها أو بأسرتها التي تعيش معها، لعل أبرزها توفر إمكانيات أكبر لمتطلبات العيش الكريم.

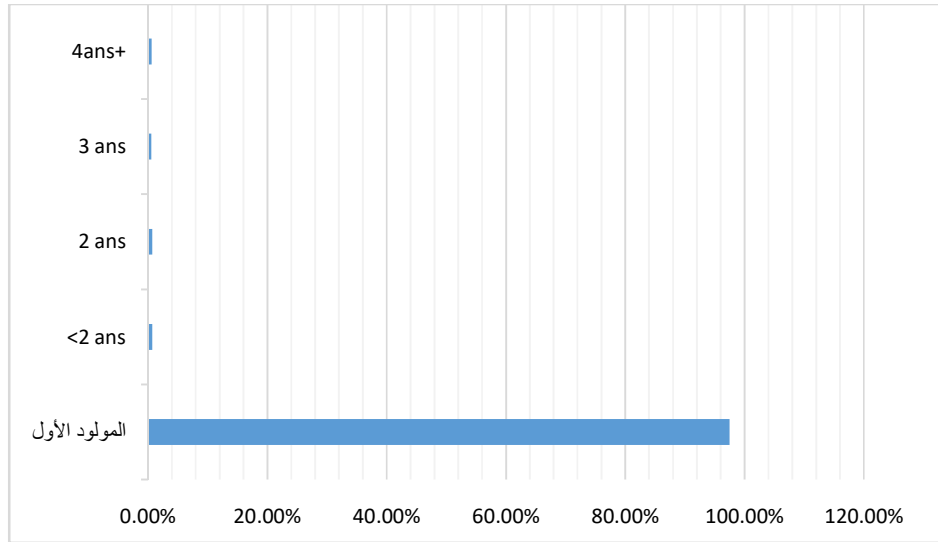
شكل (4-4): تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب الأقاليم الجغرافية المبرمجة



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-4)

نلاحظ من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-4): توزيع الأمهات حسب الأقاليم الجغرافية المبرجة، حيث تتوزع 3549 أم بإقليم شمال بنسبة تقدر بـ: 31.8% وهي النسبة الأكبر من بين توزيعهن بباقي الأقاليم، ثم يليها إقليمي هضاب عليا شرق وشمال غرب بـ: 15.6% و 15% على الترتيب، في حين بلغت النسبة بإقليم الجنوب 11.2%، وتبقى أقل النسب للتوزيع بإقليمي هضاب عليا وسط وهضاب عليا غرب بـ: 8.1% و 5.1% على الترتيب، ويرجع هذا التباين في التوزيع إلى التباين في الظروف المعيشية في ذات الأقاليم بالدرجة الأولى، أو لأسباب معيشية شخصية أخرى.

#### شكل (4-5): تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب تباعد الولادات

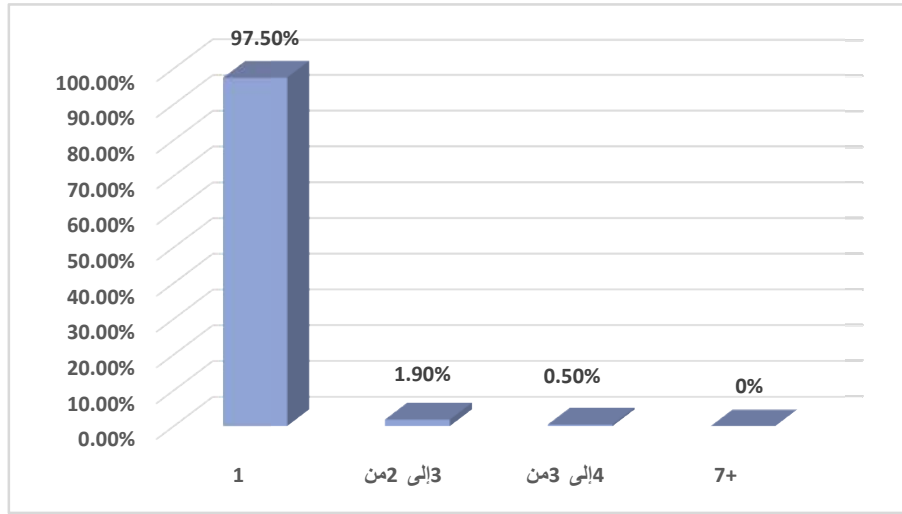


#### من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-4)

نلاحظ من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-5) توزيع الأمهات حسب تباعد الولادات، حيث يظهر جليا أن أغلب الأطفال في الفئة المعنية كانت مرتبتهن من بين ولادات الأم هي المرتبة الأولى بنسبة 97.5%، كما أن بقية المجالات لتباعد الولادات للأمهات المعنية بالدراسة بنسبة ضئيلة تكاد تنعدم لا تتجاوز 1%، وهي مجالات التباعد تواليا لمدة أقل من سنتين إلى سنتين إلى ثلاث

سنوات ثم إلى أربع سنوات وعلى هذا الأساس سنرى أثر تباعد الولادات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، خصوصا أن المولود الأول لأي أم له طابع خاص يحكمه بداية تجربة الإنجاب إلى نقص الخبرة، إلى التعرض إلى أمراض جديدة تصيب الأم أو مولودها، إلى غير ذلك من عوامل من شأنها أن تؤثر في نمو الطفل والحفاظ على صحته، وبالتالي الحفاظ على مخاطر التعرض للوفاة.

شكل(4-6): تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب رتبة المولود

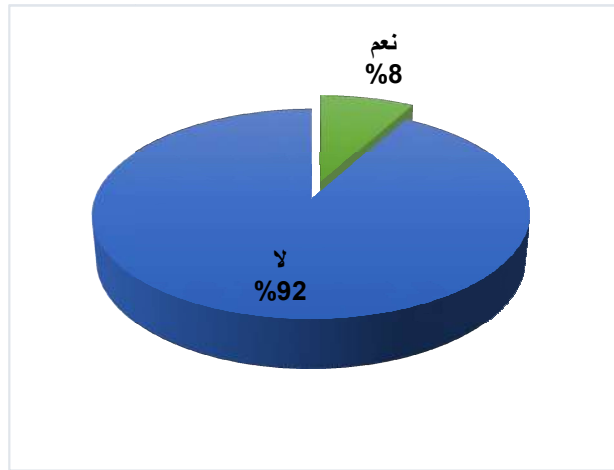


من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-4)

نلاحظ من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-6) توزيع الأمهات حسب رتبة المولود، حيث يظهر جليا أن أغلب الأطفال في الفئة العمرية المعنية بالدراسة كانت مرتبتهم من بين ولادات الأم هي المرتبة الأولى بنسبة 97.50%، بينما بقية المراتب جاءت بنسب تكاد تكون منعدمة إلى منعدمة، وربما يعود هذا إلى تقارب الأمهات في سن الزواج وبالتالي التقارب في عدد الولادات، وخاصة الولادة الأولى، بالإضافة إلى التشابه في الظروف المعيشية للأمهات خاصة الاجتماعية.



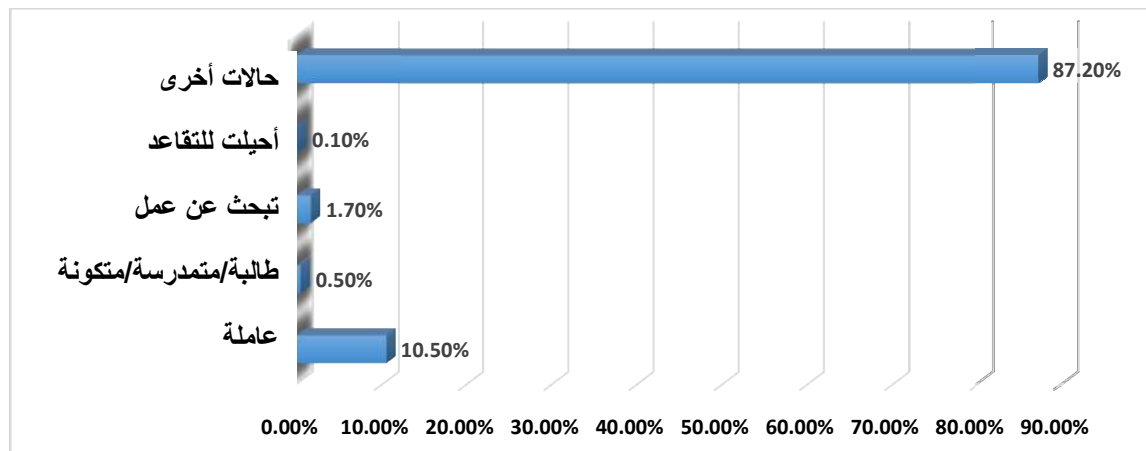
شكل(4-7): تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب التصريح بالإصابة بمرض مزمن



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-4)

نلاحظ من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-7) والمتمثل في توزيع الأمهات حسب التصريح بإصابتهم بمرض مزمن، حيث تبين من خلالهما أن ما نسبته 92% من الأمهات لسن مصابات بمرض مزمن، وبالمقابل 8% فقط من الأمهات المعنية بدراستنا مصابات بمرض مزمن معين.

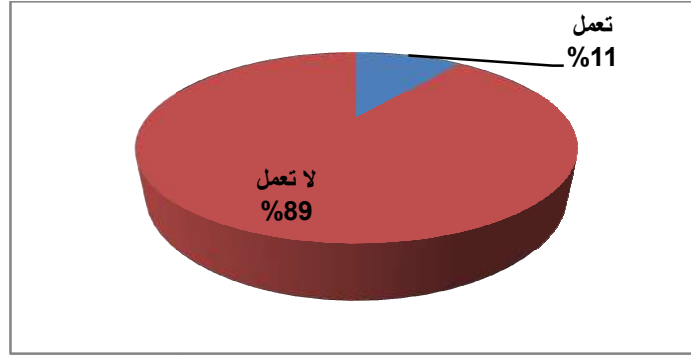
شكل(4-8): تمثيل بياني لتوزيع الأمهات حسب الحالة الفردية



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-4)

يتبين من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-4) والممثلان لتوزيع الأمهات حسب حالتهم الفردية والمعرفة بالمسح بكل من (عامل، ممتدرس/طالب/متكون، يبحث عن عمل، متقاعد وحالات أخرى غير محددة) حيث توزعت نسب التمثيل حسب ما يلي: أعلى نسبة كانت لحالات أخرى غير معرفة أو محددة في الحالات المذكورة بنسبة 87.20% مع تسجيل نسبة 10% للأمهات العاملات، فيما بقيت الحالات الأخرى كل على حدى بنسب ضئيلة جدا تكاد تكون معدومة، وسنحاول دراسة تأثير هذا المتغير على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات للأمهات في الحالات المذكورة.

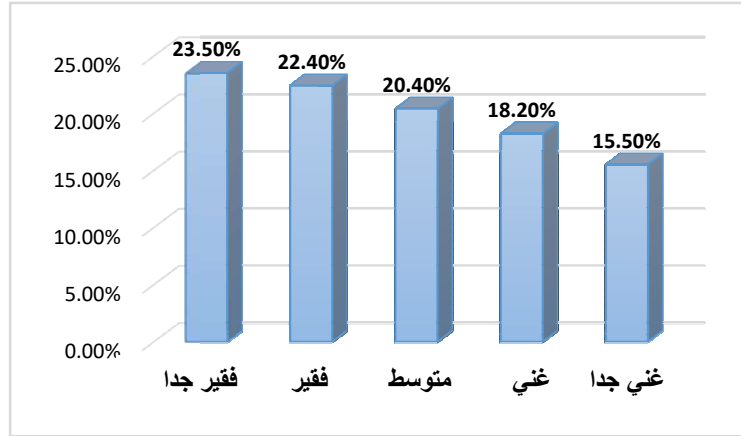
شكل (4-9): تمثيل بياني لتوزيع مفردات العينة حسب النشاط الاقتصادي



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-4)

نلاحظ من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-9) والذي يمثل توزيع الأمهات حسب النشاط الاقتصادي لهن، حيث قسم المسح النشاط الاقتصادي للأمهات إلى عمل أو لا تعمل وجاء تمثيل الأخيرة بنسبة 89% مقابل 11% للأمهات اللواتي يعملن، وسنحاول كذلك في الفصل الموالي دراسة تأثير النشاط الاقتصادي للأمهات على وفيات أطفالهن في الفئة العمرية 0-4 سنوات.

شكل(4-10): تمثيل بياني لتوزيع مفردات العينة حسب مؤشر الثروة الخمسي



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-2)

يعد مؤشر الثروة من المتغيرات الاقتصادية، حيث تم تقسيم هذا المتغير إلى 05 (خمس) طبقات أدناها هي صفة فقير جدا، ثم الفقير والمتوسط إلى الغني والطبقة الأعلى هي غني جدا، إذ أن الاختلاف بين صفات هذا المؤشر تكمن في مستوى الدخل الاقتصادي، والذي يمكن أن يتم تحديده من خلال النشاط الاقتصادي الممارس، أو الحالة الفردية للشخص.

نلاحظ من خلال الجدول (4-4) والشكل (4-10): توزيع الأمهات حسبما يعرف بمؤشر الثروة، حيث كان توزيعهن النسبي تنازليا حيث بلغت نسبة اللواتي لديهن مؤشر فقير جدا 23.5% وهي أكبر نسبة ثم تليها نسبة مؤشر الفقير بـ: 22.4%، ثم يليها المؤشر المتوسط وغني ثم الأشد غني تباعا بنسب تقدر بـ 20.4%، 18.2% و 15.5% على التوالي وسنحاول دراسة تأثير هذا المتغير الاقتصادي على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات حسب معطيات المسح.

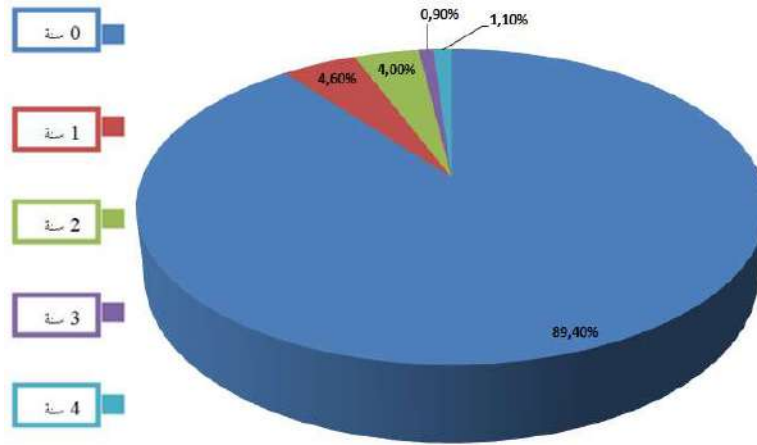
2-2. توزيع الأطفال أقل من 5 سنوات حسب متغيرات الدراسة:

الجدول (4-5): توزيع الأطفال المتوفين حسب أعمارهم

الأعمار	التكرار	التكرار النسبي (%)
0	421	89,4
1	21	4,6
2	19	4,0
3	4	0,9
4	5	1,1
المجموع	470	100,0

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

الشكل (4-11): تمثيل لنسب توزيع الأطفال المتوفون حسب أعمارهم أقل من خمس سنوات



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-5)

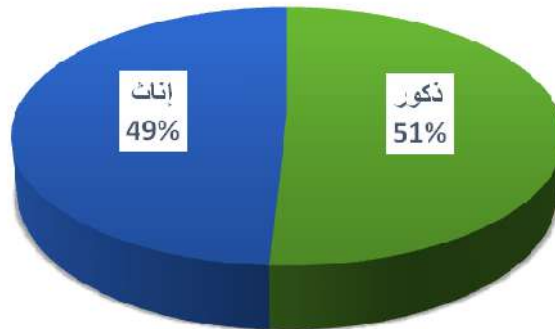
نلاحظ من خلال الجدول (4-5) والشكل (4-11) توزيع أعداد ونسب المتوفين من الأطفال أقل من 5 سنوات في الجزائر، وذلك في الفترة التي تسبق المسح ب 5 سنوات، حيث بلغت نسبة وفيات الرضع 89.4% من مجموع الوفيات بفارق كبير وواضح عن بقية الأعمار، في حين شهد العمرين 1 و 2 سنة من العمر تقاربا في عدد المتوفين وبالتالي تقاربا في نسبة الوفيات من المجموع الكلي، ويقتضى العمرين 3 و 4 سنوات بعدد متوفين ضئيل نظرا لأسباب متعلقة بالمرحلة العمرية، وما يصاحبها من نقص عوامل الخطر من أمراض وأوبئة التي تصيب الأطفال، بالإضافة إلى خطر التعرض لظاهرة الوفاة، عكس المرحلة الأولى من بداية العمر للأطفال.

#### الجدول (4-6): توزيع الأطفال المتوفين حسب الجنس

المتغير	التكرار	التكرار النسبي (%)
ذكور	239	50.85
إناث	231	49.15
المجموع	470	100

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

#### الشكل (4-12): توزيع الأطفال المتوفون حسب الجنس



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-6)

نلاحظ من خلال الجدول (4-6) والشكل (4-12) أن الأطفال المتوفون أقل من 05 سنوات يتوزعون بشكل متقارب حسب الجنس حيث كان عدد المتوفين من جنس الذكور 239 بنسبة 50.85% بينما المتوفون من جنس الإناث بلغ عددهن 231 متوفية بنسبة 49.15%، ويمكن إرجاع ذلك لتعرض جميع الأطفال لنفس الظروف بغض النظر عن جنسهم.

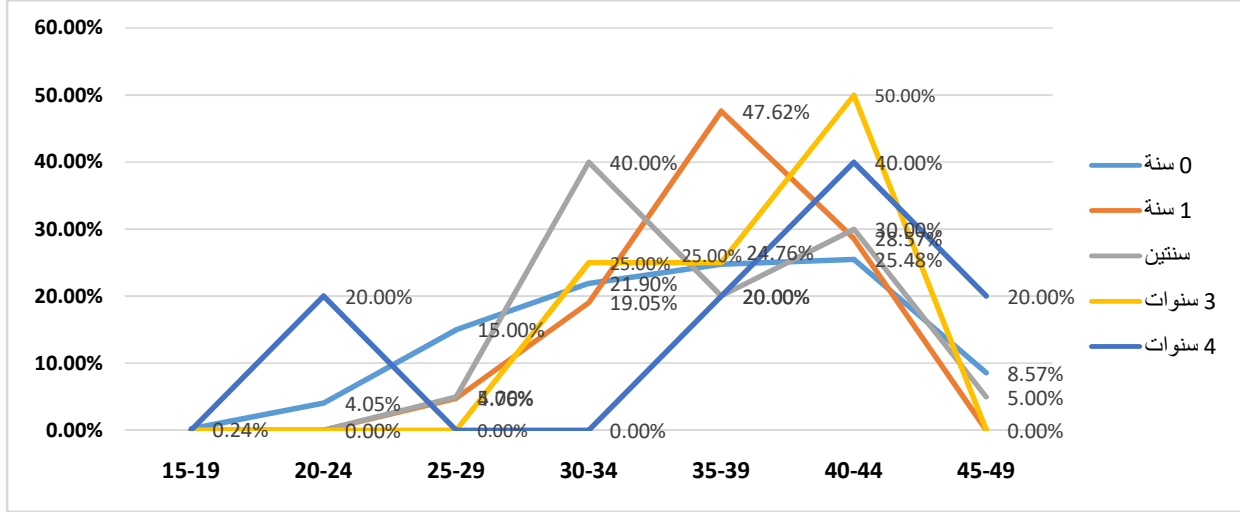
الجدول (4-7): توزيع الأطفال المتوفين حسب أعمارهم المفصلة والفئات العمرية للأمهات

الأطفال المتوفون في الفئة العمرية 0-4 سنوات							
المجموع	سنوات 4	سنوات 3	سنتين	سنة 1	سنة 0		
1	0	0	0	0	1	[19-15]	الفئات العمرية للأمهات
%0.20	%0.00	%0.00	%0.00	%0.00	%0.24		
18	1	0	0	0	17	[24-20]	
%3.80	%20.00	%0.00	%0.00	%0.00	%4.05		
65	0	0	1	1	63	[29-25]	
%13.80	%0.00	%0.00	%5.00	%4.76	%15.00		
105	0	1	8	4	92	[34-30]	
%22.30	%0.00	%25.00	%40.00	%19.05	%21.90		
120	1	1	4	10	104	[39-35]	
%25.50	%20.00	%25.00	%20.00	%47.62	%24.76		
123	2	2	6	6	107	[44-40]	
%26.20	%40.00	%50.00	%30.00	%28.57	%25.48		
38	1	0	1	0	36	[49-45]	
%8.10	%20.00	%0.00	%5.00	%0.00	%8.57		
470	5	4	20	21	420	المجموع	
%100	%100	%100	%100	%100	%100		

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

الشكل (4-13): التمثيل البياني لتوزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب الفئات العمرية

للأمهات



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-7)

نلاحظ من خلال الجدول (4-7) توزيع الأطفال المتوفين حسب أعمارهم، والفئات العمرية

الخماسية للأمهات

**العمر 0 سنة:** بلغ عدد الأطفال الرضع المتوفين حوالي 420 طفلاً، يتوزعون حسب الفئات

العمرية للأمهات، حيث تم تسجيل أعلى نسبة وهي 25.76% للفئة العمرية [44-40]، بزيادة

طفيفة عن الفئة العمرية السابقة [39-35] بنسبة تقدر بحوالي 24.76%، وكذا الفئة العمرية

[34-30] بنسبة 21.90%، فيما كانت أقل نسبة وهي 0.24% و 4.05% للفئتين الأوليتين

من حياة الخصوبة [19-15] و [24-20] على الترتيب.

**العمر 1 سنة:** بلغ عدد الأطفال المتوفين في هذا العمر حسب قاعدة المسح 21 طفلاً،

يتوزعون على الفئات العمرية للأمهات بشكل متباين، حيث سجلت أعلى نسبة كذلك بالفئة العمرية

[39-35] بنسبة تقدر بـ 47.62%، تتبعها الفئة العمرية [44-40] بنسبة 28.57%، بينما الفئة العمرية [34-30] فسجلت فيها النسبة 19.05%، وأقل نسبة كانت 4.76% للفئة العمرية [24-20]، أما بقية الفئات فسجلت نسبة معدومة.

**العمر سنتين:** بلغ عدد الأطفال المتوفين وعمرهم سنتين والذين تشملهم دراستنا حوالي 20 طفلا، تم تسجيل أعلى نسبة وهي 40% تخص الفئة العمرية [34-30]، في حين بلغت نسبة المتوفين في نفس العمر 30% للفئة العمرية [44-40]، فيما شهدت الفئات الصغرى والكبيرة نسبة منخفضة إلى معدومة.

**العمرين ثلاث (03) سنوات وأربع (04) سنوات:** شهد العمرين المتبقين للأطفال محل دراستنا عددا ضئيلا وهو 04 و05 متوفين على الترتيب، وكانت أغلبها تتوزع على الفئتين [35-39] و[44-40].

بصفة عامة شهدت الأعمار من الفئات العريضة [44-30] تصاعدا في نسب المتوفين من الأطفال قيد الدراسة حسب سنهم، يمكن إرجاع هذا التباين في التوزيع للمتوفين من الأطفال أقل من خمس سنوات إلى أسباب تتعلق بعمر الأمهات بالدرجة أولى، حيث تشهد الفئتين العمريتين الصغيرتين والفئة الكبيرة من الأمهات تراجعا في سن الزواج المبكر أو نهاية الإنجاب مبكرا بالنسبة للفئة الكبيرة.

كما شهدت النسب العامة لتوزيع المتوفين من الأطفال محل دراستنا كذلك تباينا في التوزيع، لعل أكبر نسبة سجلت للفئة العمرية [44-40] بـ 26.20%، تليها بعد ذلك الفئة [39-35] بنسبة تقدر بـ: 25.50%، وتفسر هذه النتائج بنفس الأسباب المذكورة سابقا.



الجدول (4-8): توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب المستوى التعليمي للأمهات

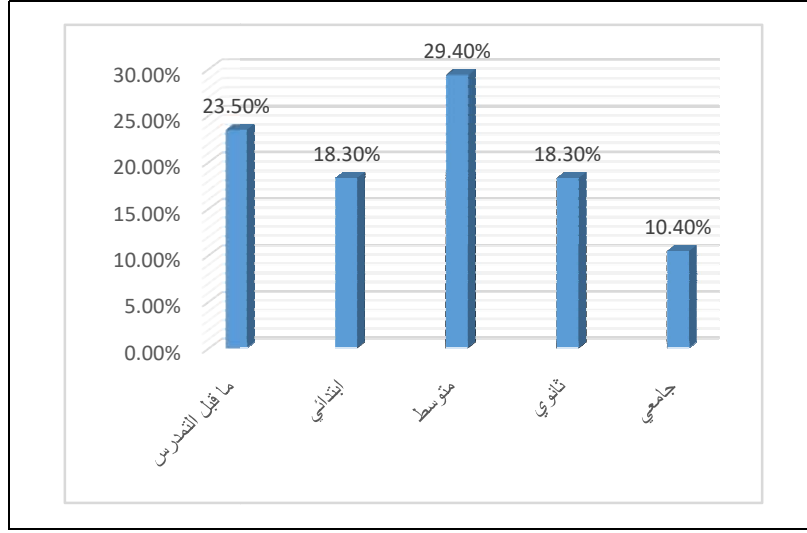
المستوى التعليمي للأم						
الأطفال المتوفون في الفئة العمرية 0-4 سنوات						
المجموع	سنوات 4	سنوات 3	سنتين	سنة 1	سنة 0	
110	0	0	5	7	98	ما قبل التمدرس
%23.5	%0.0	%0.0	%26.3	%33.3	%23.3	
86	2	2	4	0	78	ابتدائي
%18.3	%40.0	%50.0	%21.1	%0.0	%18.6	
138	2	1	4	7	124	متوسط
%29.4	%40.0	%25.0	%21.1	%33.3	%29.5	
86	0	1	6	7	72	ثانوي
%18.3	%0.0	%25.0	%31.6	%33.3	%17.1	
49	1	0	0	0	48	جامعي
%10.4	%20.0	%0.0	%0.0	%0.0	%11.4	
469	5	4	19	21	420	المجموع
%100	%100	%100	%100	%100	%100	

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

نلاحظ من خلال الجدول (4-8) والشكل (4-14) الموالي توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم

المفصلة حسب المستوى التعليمي للأمهات حيث:

الشكل (4-14): توزيع الأطفال المتوفون حسب المستوى التعليمي للأمهات



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-6)

**العمر 0 سنة:** شهد هذا العمر أعلى تمثيل للمتوفين من الأطفال ذوي العمر أقل من خمس سنوات قدر ب 420 متوفى، حيث بلغت أعلى نسبة للمتوفين من الأطفال الرضع 29.5%، كما شهد المستوى قبل التمدرس نسبة 23.3%، فيما شهدت بقية المستويات التعليمية تباينا في توزيع المتوفين من الأطفال الرضع، حيث كانت أقل نسبة من المتوفين للأمهات ذات المستوى الجامعي، يمكن تفسير هذا التباين إلى اختلاف ثقافة ودراية الأم بالمخاطر التي قد تصيب الأطفال في مرحلتهم العمرية الأولى، بما في ذلك المتابعة الصحية وتلقي اللقاحات اللازمة.

**العمر 1 سنة:** قدر عدد الوفيات بهذا العمر حوالي 21 متوفى، حيث يتوزع حسب المستويات التعليمية قبل التمدرس، والمستوى المتوسط والثانوي بنسبة 33.33% لكل منهم، فيما شهدت بقية المستويات نسا معدومة.

**العمر سنتين:** شهد المستوى التعليمي الثانوي للأمهات أعلى نسبة للمتوفين بعمر السنتين تقدر بـ 31.6%، ثم تليها ما نسبته 26.3% من المتوفين لمستوى ما قبل التمدرس للأمهات، فيما شهد المستوى الجامعي تسجيل 0.0% من المتوفين في العمر سنتين.

**العمر 3 و4 سنوات:** انخفض عدد المتوفين من الأطفال في هذا العمر إلى 4 و5 متوفين فقط، كان أغلبها يتوزع على المستوى الابتدائي بـ 50% و40% على الترتيب، ويمكن إرجاع سبب قلة الوفيات بمهاذين العمرين، إلى اكتساب مناعة أقوى للأطفال عما سبق من الأعمار.

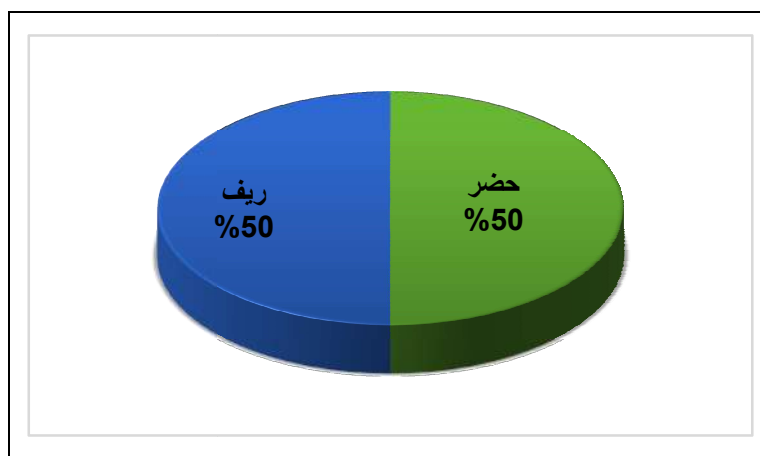
وبصفة عامة كان للأمهات ذوات التعليم المتوسط أعلى نسبة في عدد الوفيات قدرت بـ 29.40%، تليها وفيات الأطفال للأمهات بدون مستوى تعليمي بـ 23.5% في حين تساوى كل من المستوى التعليمي الابتدائي والثانوي في نسبة المتوفين بـ 18.3%، إلا أن الأمهات اللواتي مستواهن التعليمي جامعي كان لهم أقل نسبة من وفيات الأطفال بـ 10.4%، ويمكن تفسير ذلك بزيادة الوعي والثقافة الصحية للأمهات الجامعيات نوعا ما عن غيرها، والدراية بخطر التعرض للوفاة خاصة الأطفال في العمر 0 سنة.

الجدول (4-9): توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب منطقة الإقامة

الأطفال المتوفون في الفئة العمرية 0-4 سنوات						حضر	منطقة الإقامة
المجموع	سنوات 4	سنوات 3	سنتين	سنة 1	سنة 0		
235	3	2	13	9	208		
%50.0	%60.0	%50.0	%68.4	%40.9	%49.5		
235	2	2	6	13	212	ريف	
%50.0	%40.0	%50.0	%31.6	%59.1	%50.5		
470	5	4	19	22	420	المجموع	
%100	%100	%100	%100	%100	%100		

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

الشكل (4-15): تمثيل بياني توزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب منطقة الإقامة



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-7)

نلاحظ من خلال الجدول (4-9) والشكل (4-15) توزيع الأطفال بأعمارهم المفصلة حسب منطقة الإقامة.

بالنسبة للعمر 0 سنة الذي يضم أكبر عدد من المتوفين للأطفال أقل من 5 سنوات فقد تم تسجيل نسبة 49.5% من المتوفين الرضع في الحضر و50.5% في الريف، فيما تقلصت نسبة المتوفين في الحضر إلى 40.9% لذوي الأعمار 1 سنة، مقابل 59.1% في الريف لنفس العمر، بينما المتوفين من الأطفال في العمر سنتين فتمايزت النسب إلى 68.4% للحضر مقابل 31.6% للريف، فيما تناصفت النسب بالنسبة للعمر 3 سنوات وفي الأخير تسجيل 60% للمتوفين ذي الأربع سنوات في الحضر مقابل 40% للأطفال المتوفين في الريف.

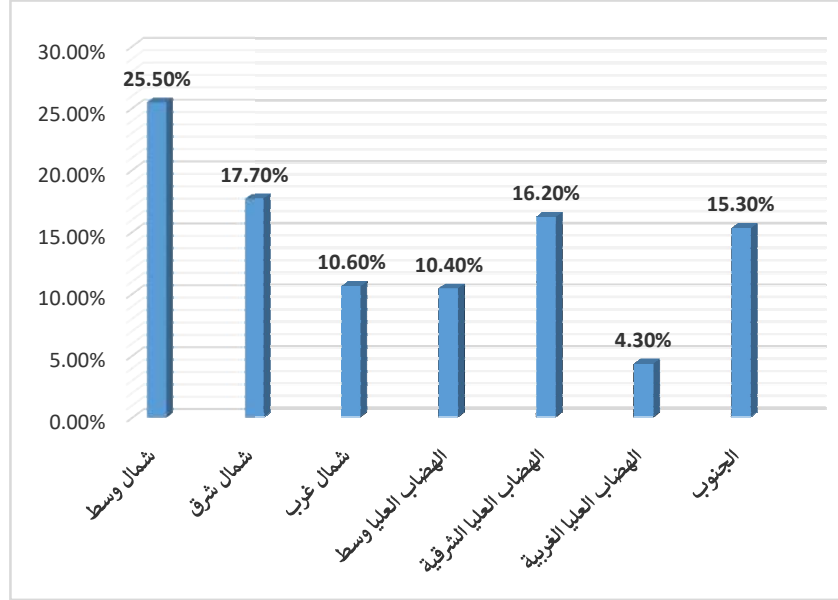
بصفة عامة جاء التوزيع بشكل شبه متوازن بين الحضر والريف على العموم مع ارتفاعه النسبي في الريف، من الممكن أن يفسر هذا التقارب النسبي في التعرض لنفس ظروف خطر الأمراض أو الوفاة لهم، خاصة في العمرين 0 سنة و 1 سنة في حين كان عدد المتوفين في العمر ثلاث وأربع سنوات أصغر بكثير مقارنة بالمتوفين بالعمرين 0 و 1 سنة، ويفسر ذلك لاكتساب الأطفال بتقدم أعمارهم لمناعة ضد الأمراض تنقص عليهم بشكل الكبير التعرض لخطر الوفاة. كما يمكن تفسير الزيادة في نسبة المتوفين للأطفال ذي العمر سنتين وأربع سنوات في الحضر أكثر من الريف إضافة للأسباب السابقة نذكر زيادة الحوادث المختلفة المنزلية والخارجية المتعلقة بالعمر التي يتعرض لها الأطفال في الأعمار المذكورة.

الجدول (4-10): توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب البرمجة الإقليمية

الأطفال المتوفون في الفئة العمرية 0-4 سنوات						الأقاليم الجغرافية المبرمجة	
المجموع	4سنوات	3سنوات	سنتين	1سنة	0 سنة		
120	2	0	5	8	105		شمال وسط
%25.5	%40.0	%0.0	%26.3	%38.1	%24.9		
83	1	1	4	1	76		شمال شرق
%17.7	%20.0	%25.0	%21.1	%4.8	%18.1		
50	0	0	0	4	46		شمال غرب
%10.6	%0.0	%0.0	%0.0	%19.0	%10.9		
49	0	0	2	1	46		الهضاب العليا وسط
%10.4	%0.0	%0.0	%10.5	%4.8	%10.9		
76	1	0	5	5	65		الهضاب العليا الشرقية
%16.2	%20.0	%0.0	%26.3	%23.8	%15.4		
20	0	1	0	0	19		الهضاب العليا الغربية
%4.3	%0.0	%25.0	%0.0	%0.0	%4.5		
72	1	2	3	2	64	الجنوب	
%15.3	%20.0	%50.0	%15.8	%9.5	%15.2		
470	5	4	19	21	421	المجموع	
%100	%100	%100	%100	%100	%100		

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

الشكل (4-16): توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب البرمجة الإقليمية



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-8)

نلاحظ من خلال الجدول (4-10) والشكل (4-16) توزيع الأطفال المتوفين حسب الأقاليم الجغرافية المبرمجة حيث كان توزيع نسب المتوفين متباينا للأطفال أقل من خمس سنوات. بالنسبة للعمر 0 سنة تم تسجيل أعلى نسبة للمتوفين بإقليم شمال وسط بقيمة تقدر بـ 25.9%، ليتبعه كل من إقليمي شمال شرق والهضاب العليا الشرقية وكذا إقليم الجنوب بـ 18.1% و 15.4% و 15.2% على الترتيب بينما كانت أقل نسبة كل من إقليمي شمال غرب والهضاب العليا الوسطى، يفسر هذا التمايز في التوزيع إلى التغير في الكثافة السكانية بين الأقاليم، والذي تبرره الاختلاف بين الأقاليم في توفر ضروريات الحياة، وهذا التفسير ينطبق على جميع الأعمار المعنية بالدراسة. أما بالنسبة للوفيات في عمر 1 سنة كذلك تضمن إقليم شمال وسط أعلى نسبة بـ 38.1%، ليتبعه إقليم الهضاب العليا الشرقية بـ 23.8%، بينما لم يتم تسجيل أي وفاة في العمر 1 سنة بإقليم الهضاب العليا الغربية.

ويبقى العمرين 3 و4 سنوات للأطفال يسجلان نسبا ضئيلة للوفيات بأغلبية الأقاليم وهو مؤشر جيد لتحسن وضعية هذه الفئة من الأطفال.

وبصفة عامة للفئة العمرية [0-4] تم تسجيل أعلى نسبة في إقليم شمال وسط بـ 25.5% ثم يليه كل من إقليمي شمال شرق والهضاب العليا الشرقية بـ 17.7% و16.2% على الترتيب، في حين نجد أن إقليم الجنوب سجل كذلك نسبة 15.30% أما أقل نسبة تم تسجيلها وهي 4.30% بإقليم الهضاب العليا الغربية، تجدر الإشارة إلى أن هذا التباين في عدد ونسبة الأطفال المتوفين محور دراستنا يرجع عموما إلى التباين في التوزيع السكاني من حيث كثرة وقلة التمرکز، يتبعه كذلك التشيع من ناحية الخدمات والرعاية الصحية لهذه الفئة في بعض الأقاليم.

الجدول (4-11): توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب النشاط الاقتصادي للأم

الأطفال المتوفون في الفئة العمرية 0-4 سنوات						النشاط الاقتصادي للأم
المجموع	4سنوات	3سنوات	سنتين	1سنة	0 سنة	
41	0	0	0	0	41	تعمل
8.7%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	9.7%	
429	5	4	19	21	380	لا تعمل
91.3%	100%	100%	100%	100%	90.3%	
470	5	4	19	21	421	المجموع
100%	100%	100%	100%	100%	100%	

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019



الشكل (4-17): تمثيل بياني توزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب النشاط

الاقتصادي للأم



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-11)

نلاحظ من خلال الجدول (4-11) والشكل (4-17) توزيع وفيات الأطفال حسب النشاط الاقتصادي للأم تبين أن ما يفوق 91% من الوفيات كانت للأمهات لا يمارسن نشاطا اقتصاديا أي لا تعمل، بالمقابل كانت نسبة 8.70% للأطفال المتوفين للأمهات يمارسن نشاطا اقتصاديا، يذكر أن وفيات الرضع 0 سنة مثلت الأغلبية الساحقة في عدد ونسبة المتوفين، ويرجع ذلك لكون هذه الشريحة من الأطفال مناعتها ضعيفة ضد الأمراض التي تصيب الأطفال، بالإضافة إلى التخصص الطبي لهذه الفئة الحساسة، وتجدد الإشارة إلى أن الأعمار 1، 2، 3 و 4 سنوات سجلت نسبة منعدمة عند الأمهات العاملات والعكس صحيح بالنسبة لعدم العمل.

يمكن تفسير ارتفاع نسبة الأطفال المتوفين ذوي العمر اقل من سنة لدى النسوة غير العاملات مقارنة بنظيرتهن العاملات بسببين رئيسيين، الأول، ارتفاع المستوى الخصوي لدى غير العاملات مقارنة بالعاملات الأمر الذي يتبعه زيادة في عدد المواليد وتقليص مدة التباعد بين الولادتين المتتابعين مما يؤثر سلبا على صحة الجنين وصحة الطفل حديث الولادة وبالتالي ارتفاع خطر تعرضه

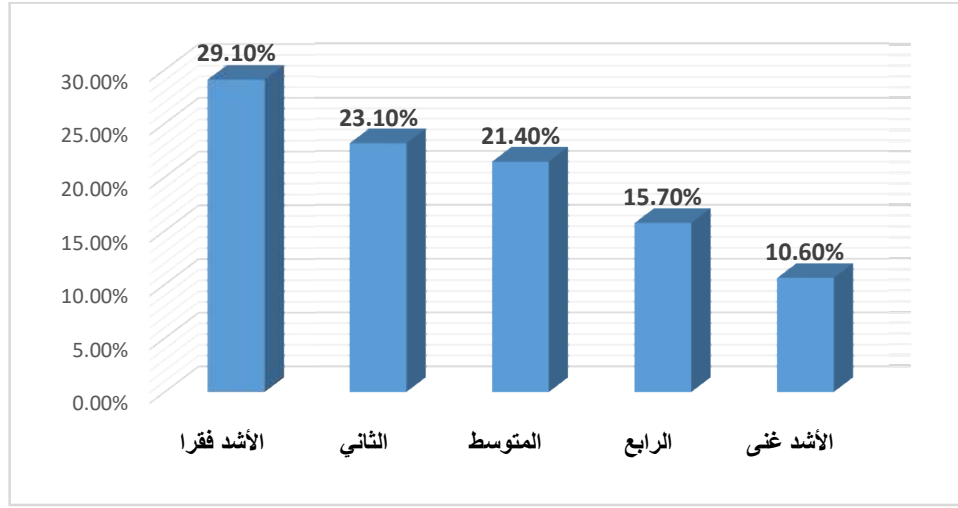
للوفاء. والثاني، يرجع للنشاط الاقتصادي للأمم، فيمكن القول بوجود علاقة من هذا الجانب كون أن تحسن الوضع الاقتصادي من شأنه تحسين الوضعية الصحية للأطفال أقل من خمس سنوات، وسندرس إمكانية وجود تأثير لهذا المتغير في الفصل الخامس من الدراسة.

الجدول (4-12): توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب مؤشر الثروة

الأطفال المتوفون في الفئة العمرية 0-4 سنوات						مؤشر الثروة الخمسي	
المجموع	4سنوات	3سنوات	سنتين	1سنة	0 سنة		
137	2	1	4	2	128		فقير جدا
29.1%	40.0%	20.0%	21.1%	9.5%	30.4%		
109	1	2	2	10	94		فقير
23.1%	20.0%	40.0%	10.5%	47.6%	22.3%		
101	1	1	7	7	85		متوسط
21.4%	20.0%	20.0%	36.8%	33.3%	20.2%		
74	1	1	5	1	66		غني
15.7%	20.0%	20.0%	26.3%	4.8%	15.7%		
50	0	0	1	1	48		غني جدا
10.6%	0.0%	0.0%	5.3%	4.8%	11.4%		
471	5	5	19	21	421	المجموع	
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

الشكل (4-18): تمثيل بياني لتوزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب مؤشر الثروة



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-10)

نلاحظ من خلال الجدول (4-12) والشكل (4-18) لتوزيع الأطفال المتوفين أقل من خمس سنوات حسب مؤشر الثروة للأُم، بالنسبة للعمر 0 سنة تم تسجيل أعلى نسبة لوفيات الأطفال للأمهات اللواتي تنتمي لأسر ذات مؤشر ثروة فقير جدا، وتبقى النسبة تسير بوتيرة تنازلية أو وفق علاقة عكسية مع مؤشر الثروة إلى غاية الأسر الغنية جدا، إلى أن تصل إلى أقل نسبة للوفيات وهي 11.4% لمؤشر غني جدا. بالنسبة للعمر 1 سنة فأعلى نسبة تم تسجيلها مع المؤشر فقير بنسبة 47.6% أما أقل نسبة فتم تسجيلها عند المؤشر غني جدا بنسبة 4.8%. ونفس الأمر ينطبق على العمر سنتين فأقل نسبة سجلها مؤشر غني جدا بـ 5.3%. فيما يخص العمرين 3 و 4 سنوات فنسبة الوفيات فيها ضعيفة مقارنة مع العمرين 0 و 1 سنة.

وبشكل عام تم تسجيل أعلى نسبة للوفيات وهي 29.10% للأمهات فقير جدا، لتبدأ نسب الأطفال المتوفون تشكل سلما تنازليا كلما انتقلنا من مستوى ثروة إلى مستوى أعلى أي نقص نسبة الأطفال المتوفين في نفس الفئة العمرية، فقد تم تسجيل 23.10%، 21.4%، 15.70% و 10.60% لكل من المؤشرات الثاني، المتوسط، الرابع والأشد غناً على الترتيب، حيث شكل فيها

الأطفال الرضع 0 سنة أعلى نسب كما هو ملاحظ في الجدول، بينما بقية الأعمار للأطفال إلى غاية 4 سنوات كانت نسب وفياتها ضئيلة جدا وتنعدم في بعض الحالات خاصة في مستويات الأغنياء و الأغنياء جدا، مبدئيا سنحكم بوجود علاقة بين مؤشر الثروة ووفيات الأطفال أقل من خمس سنوات خاصة فئة الرضع إلى حين إثبات ذلك أو نفيه، بقياس الأثر في الفصل الأخير من الدراسة.

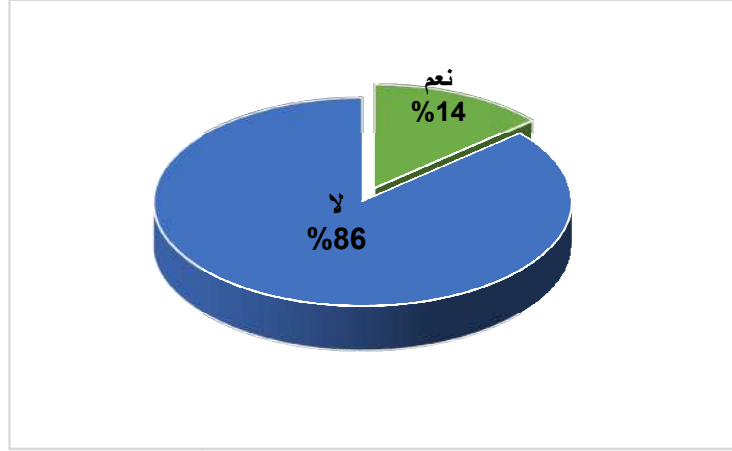
الجدول (4-13): توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب الإصابة بمرض مزمن

الأطفال المتوفون في الفئة العمرية 0-4 سنوات						نعم	الإصابة بمرض مزمن
المجموع	4سنوات	3سنوات	سنتين	1سنة	0 سنة		
64	0	1	1	0	62		
13.6%	0.0%	25.0%	5.3%	0.0%	14.8%		
405	5	3	18	21	358	لا	
86.4%	100.0%	75.0%	94.7%	100.0%	85.2%		
469	5	4	19	21	420	المجموع	
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

الشكل (4-19): تمثيل بياني لتوزيع الأطفال المتوفون أقل من خمس سنوات حسب الإصابة

بمرض مزمن



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-13)

نلاحظ من خلال الجدول (4-13) والشكل (4-19) لتوزيع الأطفال المتوفين أقل من خمس سنوات حسب الإصابة بمرض مزمن للأُم، حيث تم التصريح للأمهات بأنهن غير مصابات بمرض مزمن بنسب 85.2%، 94.7% و 75% لكل من الأطفال المتوفين وأعمارهم 0، 2 و 3 سنوات على الترتيب، فيما كانت نسبة عدم الإصابة للعمرين 1 و 4 سنوات بنسبة كلية 100%. تم تسجيل حوالي 14.8% من الأمهات صرحن بمرضهن مرضاً مزمناً ووفيات أطفالهن في العمر 0 سنة.

وبصفة إجمالية نسبة الوفيات للأطفال كانت 86.4% تم تسجيلها للأمهات غير المصابات بمرض مزمن، بمقابل 13.6% طفلاً متوفياً تم تسجيله للبقية أي للأمهات المصابات بمرض مزمن، وتجدد الإشارة إلى أن فئة الرضع 0 سنة سجلت أغلب المتوفين من الأطفال كما لاحظناه مع بقية الجداول السابقة، وكذلك تسجيل نسب صغرى معدومة أحياناً لبقية الأعمار خاصة 3 وأربع سنوات.

يمكن إرجاع التباين في مستوى وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بين النسوة السليمات والنسوة المصابات بالأمراض المزمنة لتدني المستوى الخصوي للأمهات المصابات بأمراض مزمنة، وهذا مرده بالدرجة الأولى إلى وعي النسوة بخطورة الحمل وتبعاته الصحية عليهن وبالتالي ضرورة تبني التباعد الزمني بين كل ولادتين متتاليتين مما يقلل عدد الأطفال المولودين لهن.

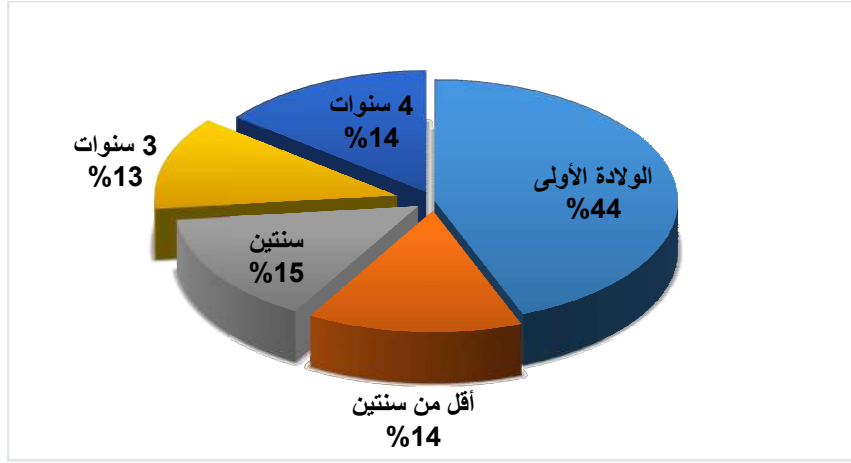
الجدول (4-14): توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب تباعد الولادات

الأطفال المتوفون في الفئة العمرية 0-4 سنوات						تباعد الولادات	
المجموع	4سنوات	3سنوات	سنتين	1سنة	0 سنة		
207	3	0	13	8	183		الولادة الأولى
44.1%	60.0%	0.0%	72.2%	38.1%	43.5%		
67	0	0	1	2	64		أقل من سنتين
14.3%	0.0%	0.0%	5.6%	9.5%	15.2%		
70	0	2	0	9	59		سنتين
14.9%	0.0%	50.0%	0.0%	42.9%	14.0%		
58	0	0	3	2	53		3 سنوات
12.4%	0.0%	0.0%	16.7%	9.5%	12.6%		
67	2	2	1	0	62	4 سنوات فأكثر	
14.3%	40.0%	50.0%	5.6%	0.0%	14.7%		
469	5	4	18	21	421	المجموع	
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%		

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019

الشكل (4-20): التمثيل البياني لتوزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب تباعد

الولادات



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-12)

نلاحظ من خلال الجدول (4-14) والشكل (4-20) توزيع الأطفال المتوفين حسب تباعد الولادات للأم، حيث كان توزيع المتوفين من الأطفال في العمر 0 سنة وازدادوا أولاً في تباعد الولادات بـ 43.5% وهي النسبة الأعلى، بينما تم تسجيل 15.2% من الأطفال المتوفين الذين تباعدت ولادتهم إلى أقل من سنتين، فيما كانت أقل نسبة للذين تباعدت ولادتهم بثلاث سنوات.

بالنسبة للأطفال المتوفين في عمر 1 سنة فإن أعلى نسبة تم تسجيلها وهي 42.9% للذين تباعدت ولادتهم بستتين، تتبعها الولادة الأولى بـ 38.1% لنفس العمر، في حين تم تسجيل نسبة معدومة لتباعد الولادات بأربع (04) سنوات فأكثر. أعلى نسبة تم تسجيلها من الوفيات للأطفال المتوفين وعمرهم سنتين وهي 72.2% والذين تباعد ولادتهم الولادة الأولى، كما تم تسجيل 0 وفاة للذين تباعدت ولادتهم بستتين.

بالنسبة للعمرين 3 سنوات و4 سنوات فإن عدد وفياتهم كان بشكل ضئيل، حيث سجلت 50% لتباعد الولادات بستين وأربع سنوات فأكثر للأطفال المتوفين وعمرهم 3 سنوات، و60% للولادة الأولى للمتوفين وعمرهم أربع سنوات.

وبشكل إجمالي أعلى نسبة هي 44.1% للمولودين في المرتبة الأولى، سجلت أغلبها لفئة الرضع 0 سنة، يمكن تفسير ذلك بالتجربة الأولى للآم في الإنجاب والرعاية للأطفال أي عدم وجود خبرة كافية للمخاطر التي قد تصيب الأطفال في هذه المرحلة العمرية الهامة. بينما تم تسجيل نسب أطفال متوفين متقاربة للمواليد الذين ولدو بفارق سنتين، ثلاث وأربع سنوات فأكثر تتراوح ما بين 12.5% إلى 15%، في حين تجدر الإشارة إلى انعدام نسب المتوفين في الأعمار سنتين، 3 وأربع سنوات أحياناً، وهو ما شهدناه مع المتغيرات السابقة لتوزيع وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

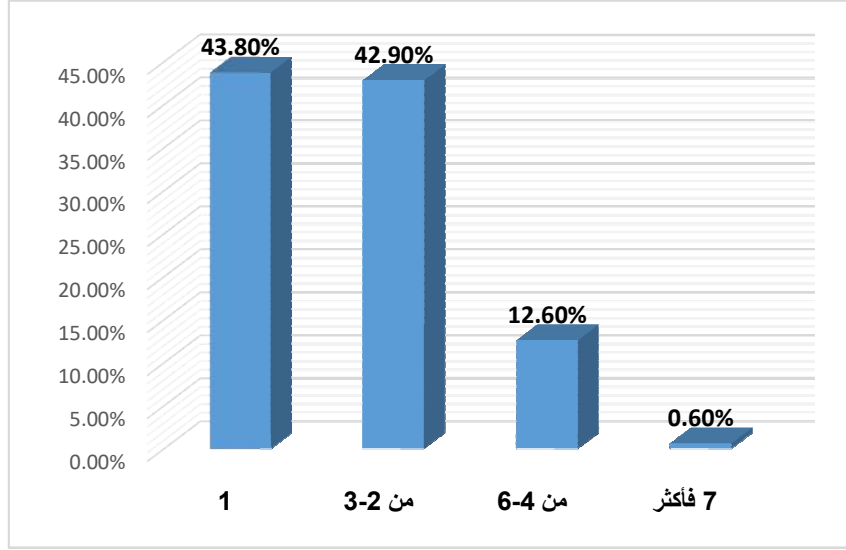
الجدول (4-15): توزيع الأطفال المتوفين بأعمارهم المفصلة حسب مرتبة المولود

الأطفال المتوفون في الفئة العمرية 0-4 سنوات						مرتبة المولود	
المجموع	4سنوات	3سنوات	سنتين	1سنة	0 سنة		
205	3	0	13	8	181		1
43.8%	60.0%	0.0%	72.2%	38.1%	43.1%		1
201	0	4	4	13	180		2-3
42.9%	0.0%	100.0%	22.2%	61.9%	42.9%		2-3
59	2	0	1	0	56		4-6
12.6%	40.0%	0.0%	5.6%	0.0%	13.3%		4-6
3	0	0	0	0	3		7+
0.6%	0.0%	0.0%	0.0%	0.0%	0.7%		7+
468	5	4	18	21	420	المجموع	
100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	المجموع	

من إعداد الباحث بناء على معطيات المسح 2019



الشكل (4-21): تمثيل بياني لتوزيع الأطفال المتوفون بأعمارهم المفصلة حسب مرتبة المولود



من إعداد الباحث بناء على معطيات الجدول (4-13)

نلاحظ من خلال الجدول (4-15) والشكل (4-21) لتوزيع الأطفال المتوفين أقل من خمس سنوات حسب مرتبة ولادتهم:

عمر 0 سنة: أعلى نسبة وهي 43.1% تم تسجيلها للمتوفين ومررتهم من حيث الولادات المرتبة الأولى، تليها للمولودين ما بين المرتبتين الثانية والثالثة بـ 42.9%، في حين تم تسجيل أقل نسبة للمتوفين للمولودين في المرتبة 7 فأكثر.

عمر 1 سنة: تم تسجيل أعلى نسبة لمرتبة المولود ما بين 2-3 بنسبة تقدر بـ 61.9%، كما أن نسبة المولودين في المرتبة الأولى لنفس العمر كانت 38.1%، مع تسجيل نسب معدومة لبقية المراتب.

عمر سنتين: تم تسجيل أعلى نسبة وهي 72.2% للمولودين في المرتبة الأولى كما هو الحال في تباعد الولادات، مع تسجيل نسبة معدومة للمولودين في المرتبة السابعة فأكثر وعمرهم لم يتجاوز السنتين.

عمر ثلاث (03) وأربع (04) سنوات: تم تسجيل أعدادا ضئيلة للأطفال المتوفين وعمرهم 3 أو 4 سنوات، مع تسجيل نسبة 100% للمولودين في المرتبة ما بين 2-3 وعمرهم 3 سنوات، مع انقسام النسبة الكلية للأطفال الذين عمرهم أربع سنوات إلى 60% للمرتبة الأولى، و40% للمرتبة ما بين 4-6.

وبصفة عامة وإجمالية لتوزيع المتوفين من الأطفال حسب مرتبة المولود فإنه شهد نسقا تنازليا في نسب المتوفين أعلاها كان 43.80% للأطفال المولودين في المرتبة الأولى، و42.90% للأطفال المولودين في المرتبة ما بين 2 إلى 3، في حين تم تسجيل نسبة 12.60% لأصحاب المراتب من 4 إلى 6 وفي الأخير تم تسجيل نسبة ضعيفة جدا وهي 0.6% للمولودين في المراتب السابعة فأكثر، هذا لنذكر أيضا أن فئة الرضع 0 سنة كذلك سجلت النسب الأكبر من بقية الأعمار أقل من خمس سنوات، وخاصة للمولودين في المرتبة الأولى كما ذكرنا سابقا، ويفسر كذلك هذا التباين في نسب الوفيات كون الولادات الأولى للأمهات تمتاز بنقص الخبرة في الاهتمام بالرعاية الصحية للمولود الأول أو أحيانا بعدم دراية الأمهات الجدد بالمخاطر الصحية التي قد تصيب هذه الفئة الهشة من الأطفال وكذلك خطر التعرض لظاهرة الوفاة المبكرة، وسنحاول قياس أثر مرتبة المواليد في وفاة الأطفال في الفصل الموالي من الدراسة.

## خلاصة الفصل:

يعتبر هذا الفصل كبداية العمل للفصل الموالي، والعنصر الأساسي للدراسة، تطرقنا من خلاله إلى التعريف بالمشح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 بالجزائر MICS6، وإعطاء أهم العناصر المميزة فيه، بالإضافة إلى وصف عينة الدراسة وخصائصها، بما فيها إبراز أهم المتغيرات المتعلقة بدراستنا والمتمثلة في تأثير المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات من خلال استخراج الجداول البسيطة، والتوضيح باستخدام الأشكال المناسبة، ثم تطرقنا إلى التفصيل في الجداول الخاصة بوفيات الأطفال في الفئة العمرية 0-4 سنوات، وذلك من أجل الإحاطة بموضوع الدراسة من كل الجوانب.

## الفصل الخامس

الجانب التطبيقي: تحليل فرضيات الدراسة ومناقشة النتائج

## تمهيد:

قمنا في هذا الفصل بعرض و تحليل الفرضيات الخاصة بدراستنا المتعلقة بوفيات الأطفال أقل من خمس سنوات من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019 MICS6 بالجزائر، حيث حاولنا التعرف على تأثير المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للأمهات على وفيات أطفالهن بالفئة العمرية المذكورة، والتي تتمثل أساسا في عمر الأم ومستواها التعليمي وكذا منطقة السكن والإقليم الجغرافي المنتمي إليه دون أن ننسى عدد ولادتها وتباعدها، بالإضافة إلى كل ما يتعلق بالحالة الاقتصادية من حالة فردية إلى مؤشر الثروة للألم.

وهذا من خلال ربط وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بالمتغيرات المستقلة وفق جداول متقاطعة، كما سنقوم بتطبيق الاختبارات المناسبة لهذه الفرضيات، وتفسيرها وتحليلها والبرهنة عليها، لنخلص إلى مناقشة النتائج على ضوء فرضيات الدراسة ومقارنتها بما سبقها من دراسات سابقة، للوصول إلى خاتمة عامة تليها مجموعة من التوصيات المدعمة بالحلول المناسبة.

## 1) عرض وتحليل فرضيات الدراسة:

### التحليل الإحصائي للفرضيات البحثية

#### دراسة الارتباط الخطي المتعدد:

قبل استخدام الانحدار اللوجستي الثنائي يجب القيام بالتحقق من عدم وجود مشكلة الارتباط الخطي المتعدد (التداخل الخطي) للمتغيرات المستقلة حتى نضمن انه لا توجد ارتباطات قوية بين المتغيرات المستقلة للدراسة، لأنه في حال وجود هذه المشكلة سينتج عنه تقزيم كمي لأثر المتغيرات المستقلة على وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات في حال إدراج كل المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية (التفسيرية) في نموذج واحد، وفيما يلي الجدول الذي يبين إحصاءات الارتباط الخطي المتعدد في البيانات المستخرج من برنامج SPSS.

#### الجدول (5-1): مخرجات اختبار الارتباط الخطي المتعدد

Coefficients <sup>a</sup>			
Modèle		Statistiques de colinéarité	
		Tolérance	VIF
1	Milieu de résidence	.769	1.300
	Espace de programmation territoriale (EPT)	.975	1.026
	Activité économique de la femme	.067	
	Âge	.911	1.098
	Instruction de la femme	.650	1.537
	Quintile du bien être	.661	1.513
	Intervalle avec la naissance précédente	.228	4.381
	Rang de naissance	.228	4.388
	Malade chronique ?	.976	1.025
	Situation individuelle	.065	

a. Variable dépendante : Mortalité des enfants de moins de 5 ans

من إعداد الباحث باستخدام برنامج SPSS اعتمادا على معطيات المسح 2019

من خلال المخرج أعلاه، والذي يوضح نتيجة ما إذا كان هناك ارتباط خطي متعدد بين المتغيرات المستقلة للدراسة، بمعنى هل يوجد تداخل خطي، نجد أن قيم معامل تضخم التباين (VIF) المرافقة لبعض

المتغيرات اقل من القيمة 02، وتعلق بالمتغيرات وسط الإقامة، الأقاليم الجغرافية، عمر الأم، المستوى التعليمي للأم، مؤشر الرفاه الخماسي والإصابة بمرض مزمن، بينما كانت قيم معامل تضخم التباين المرافقة للمتغيرات رتبة المولود، تباعد الولادات، الحالة الفردية والنشاط الاقتصادي للأم فقد تجاوزت القيمة 3، وجميع إحصائيات التسامح أعلى من 0.2 باستثناء المتغيرين المستقلين: الحالة الفردية والنشاط الاقتصادي للأم فلم تتعدى 0.09 وهذا ما يثبت وجود ارتباط خطي متعدد بين المتغيرات المستقلة.

اعتمادا على ما تقدم، تم تأكيد وجود مشكلة التعددية الخطية بين المتغيرات المستقلة للدراسة ومنه فإن الارتباط الخطي المتعدد يعتبر مشوشا على نتائج نموذج الانحدار، وبالتالي عدم إمكانية دمج كل المتغيرات المستقلة في نموذج واحد ووجوب مناقشة أثر كل متغير من المتغيرات المستقلة على حدى على وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات في الجزائر.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية الأولى:

يؤثر عمر الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر خلال سنة 2019، بحيث كلما ارتفعت أعمار الأمهات قلت حدة انتشار الوفاة بين الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات.

نلاحظ من خلال الجدول الموالي (5-2) توزيع الأطفال حسب تصريح الأمهات بأن لديهن طفل أقل من خمس سنوات (متوفي/حي) حسب الفئات العمرية حيث كان أدنى تمثيل للفئات الدنيا أي الأعمال الأقل من 25 سنة، إذ تم تسجيل نسب ضئيلة للوفيات 2% للفئة [20-24] بـ 18 متوفي فقط، ونسبة 1.6% للفئة الصغرى [15-19]، ويمكن ارجاع أسباب ذلك إلى تناقص حالات الزواج في هذه الأعمار بسبب تزايد عمر الزواج القانوني الى 19 سنة للإناث، وارتفاع سن الزواج الأول أحيانا أخرى وبالتالي تناقص فرص الانجاب، بينما كان أعلى تمثيل للفئة العمرية [30-34] بمجموع 3096 طفل موزعة إلى 105 متوفي وعمره لم يتجاوز الخمس سنوات، و2991 طفل باق على قيد الحياة بنسبة 96.60%، ثم تليه بعد ذلك الفئة العمرية [35-39]

بنسبة 95.50% للأطفال الأحياء، و4.5% للمتوفين، ثم تليها الفئة [25-29] ب 2506 طفل عمره أقل

من خمس سنوات،

الجدول (5-2): توزيع أفراد العينة حسب الفئات العمرية للأمهات

الأطفال أقل من 5 سنوات				
المجموع	المتوفون	الأحياء		
64	1	63	[19-15]	الفئات العمرية للأمهات
100%	1.60%	98.40%		
906	18	888	[24-20]	
100%	2.00%	98.00%		
2506	66	2440	[29-25]	
100%	2.60%	97.40%		
3096	105	2991	[34-30]	
100%	3.40%	96.60%		
2673	120	2553	[39-35]	
100%	4.50%	95.50%		
1546	123	1423	[44-40]	
100 %	8.00%	92.00%		
352	38	314	[49-45]	
100%	10.80%	89.20%		
11143	471	10672	المجموع	
100%	4.20%	95.80%		

من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019

ويمكن إرجاع هذا العدد من الأطفال كون الفئات الثلاث المذكورة أكثر تعرضاً لظاهرة الزواج وبالتالي

زيادة فرص الإنجاب أكثر من بقية الفئات المذكورة، بالنسبة للفئة العمرية [45-49] تم تسجيل 352 طفلاً



عمره أقل من خمس سنوات، بنسبة 89.20% أحياء، وعند ملاحظة نسب الأطفال المتوفين نجد أن أعلى نسبة تم تسجيلها وهي 10.80% مقارنة مع بقية الفئات نجدها أعلى نسبة لتعرض الأطفال أقل من خمس سنوات للوفاة، ويمكن إرجاع سبب ذلك إلى المشاكل الصحية للأمهات التي تصاحب الفئة العمرية القصوى للخصوبة، والتراجع عن الإنجاب في بعض الأحيان بسبب تناقص نسب الحمل، أو غيرها من الأسباب، فيما تم تسجيل أقل عدد للأطفال في الفئة العمرية الصغيرة بعدد 64 طفل فقط عمره أقل من خمس سنوات به طفل متوفى وحيد بنسبة 1.6%، ونفسر هذا الانخفاض في عدد المواليد كون الفئة الدنيا للنسوة أقل تعرضا لظاهرة الزواج ومنه نقص فرص الإنجاب ويعود ذلك إلى ارتفاع السن القانونية للزواج في الجزائر، يصاحبها عزوف النساء في هذه السن عن الارتباط لعدة أسباب أخرى نذكر منها مواصلة الدراسة إلى غير ذلك من العوامل.

دراسة تأثير عمر الأم على وفيات أطفالها باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي:

الفرضيات الإحصائية:

$H_0$ : لا يؤثر عمر الأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

$H_1$ : يؤثر عمر الأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

تطبيقا لنموذج الانحدار اللوجستي وباستخدام برنامج SPSS، على قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر سنة 2019 (mics6)، حيث يظهر الجدول الأول من الجداول المستخرجة عدد المفردات الملاحظة والتي تضمنها التحليل المذكور وقد كانت النتائج ملخصة في الجدول الموالي الذي سنعتمده على جميع المتغيرات المستقلة:

Récapitulatif de traitement des observations			
Observations non pondérées <sup>a</sup>		N	Pourcentage
Observations sélectionnées	Incluses dans l'analyse	11139	100.0
	Observations manquantes	0	.0
	Total	11139	100.0
Observations non sélectionnées		0	.0
Total		11139	100.0

a. Si la pondération est active, consultez la table de classification pour connaître le nombre total d'observations.

وبعد تطبيق تحليل الانحدار اللوجستي ثنائي الإجابة، توصلنا إلى النتائج اللازمة والتي تنقسم إلى قسمين، قسم يتمثل في مخرجات لوصف متغيرات الدراسة وتبيان مدى القوة التفسيرية للنموذج، إضافة إلى دلالاته الإحصائية وهي الجداول من الأول إلى الجدول الثامن<sup>1</sup>، والقسم الثاني يتمثل في الجدول التاسع والذي يبين تأثير المتغيرات المستقلة على المتغير التابع (وفيات / البقاء على قيد الحياة) للأطفال الأقل من خمس سنوات، والنتائج مفصلة حسب ما يلي:

**المخرج الأول:** ويمثل الترميز المعتمد عليه، لحالة وجود للأم طفل أقل من خمس سنوات حيث 1 يمثل طفل متوفى، أما 0 فيمثل بقاء الطفل على قيد الحياة في نفس المرحلة العمرية. أي أن الاحتمال  $P$  هو حدوث وفاة للطفل أقل من خمس سنوات، أم  $1-P$  هو احتمال بقاء الطفل على قيد الحياة، وسنعمد نفس الجدول مع جميع الاختبارات.

Codage de variable dépendante	
Valeur d'origine	Valeur interne
V	0
D	1

<sup>1</sup>د. عمر طعبة، المحددات السوسيوديمغرافية للرضاعة الطبيعية في الجزائر باستعمال الانحدار اللوجستي الثنائي من خلال بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات mics4 . 2022، ص321.

**المخرج الثاني:** ويمثل إعادة ترميز المتغيرات الكيفية الترتيبية أو الاسمية، ولقد وضعنا الفئة العمرية الأولى هي الفئة المرجعية، يعني في مرحلة تفسير النموذج نقارن نتائج كل فئة بالفئة الأولى حسب كل متغير مستقل وفي فرضيتنا الأولى سنختبر الفئات العمرية للأم.

حيث (1) يمثل الفئة الثانية، (2) يمثل الفئة الثالثة، (3) يمثل الفئة الرابعة، (4) يمثل الفئة الخامسة، (5) يمثل الفئة السادسة، (6) يمثل الفئة السابعة.

Codages des variables catégorielles								
		Fréquence	Codage de paramètre					
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Âge	15-19	74	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	20-24	1005	1.000	.000	.000	.000	.000	.000
	25-29	2507	.000	1.000	.000	.000	.000	.000
	30-34	3002	.000	.000	1.000	.000	.000	.000
	35-39	2623	.000	.000	.000	1.000	.000	.000
	40-44	1550	.000	.000	.000	.000	1.000	.000
	45-49	378	.000	.000	.000	.000	.000	1.000

**المخرج الثالث:** يمثل الخطوة الأولى لقراءة نموذج الانحدار اللوجستي أو ما يعرف ب bloc 0 وتم التصنيف في النموذج الفارغ أي بدون متغيرات تنبؤيه، حيث صنف الأطفال في الفئة العمرية (0-4) الأحياء أي لم يتعرضوا لظاهرة الوفاة بنسبة 100%، وبالعكس من ذلك نسبة الأطفال المتوفون هي 0%، بينما بلغت النسبة العامة في النموذج 95.8% في النموذج المقترح.

Table de classification <sup>a,b</sup>					
			Prévisions		
			Mortalité des enfants de moins de 5 ans		Pourcentage correct
Observé			V	D	
Pas 0	Mortalité des enfants	V	10673	0	100.0
	de moins de 5 ans	D	470	0	.0
	Pourcentage global				95.8
a. La constante est incluse dans le modèle.					
b. La valeur de coupe est .500					

**المخرج الرابع:** يبين هذا الجدول قدرة النموذج في حال انعدام المتغيرات المستقلة حول وفاة/ بقاء على قيد الحياة الأطفال أقل من خمس سنوات أي وجود الجزء الثابت للانحدار فقط في النموذج، حيث تبين من خلاله معنوية الجزء الثابت كون مستوى الدلالة المرافق له نتج بقيمة 0,000 وهو أقل من مستوى المعنوية 0,05، وعليه يمكن القول بأنه في حال إضافة متغير عمر الأم في النموذج فان ذلك يؤدي إلى زيادة تفسيرية النموذج.

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 0	Constante	-3.122-	.047	4390.625	1	.000	.044

**المخرج الخامس:** يبين هذا الجدول دلالة المتغيرات المستقلة التي تم استبعادها في الخطوة الأولى من النموذج ومعرفة تأثيرها في النموذج أي دراسة مدى تأثير كل متغير في النموذج ومدى تقديمه تحسينا أم لا، حيث تبين أن من متغير عمر الأم جاء دالا إحصائيا لأن قيمة Sig. جاءت 0.000 وهي أقل من 0.05 وعليه فهذا المتغير بإدخاله للنموذج ستتحسن مطابقته وقدرته على التنبؤ على المتغير التابع وهو وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات أو بقائهم على قيد الحياة.

Variables absentes de l'équation					
		Score	ddl	Sig.	
Pas 0	Variables	Âge	123.108	6	.000
		Âge(1)	11.897	1	.001
		Âge(2)	20.313	1	.000
		Âge(3)	7.188	1	.007
		Âge(4)	.604	1	.437
		Âge(5)	61.394	1	.000
		Âge(6)	37.729	1	.000
	Statistiques générales		123.108	6	.000

**المخرج السادس:** وهو المخرج الأول من bloc1 والذي يخص معنوية وكفاءة وجودة نموذج الانحدار اللوجستي ككل باستخدام نسبة الإمكان الأعظم الذي يتبع توزيع "Khi-carré" الذي أخذ القيمة 107.843 وبعد إدراج متغير عمر الأم باعتباره من المتغيرات المفسرة لظاهرة وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات. حيث

جاء مستوى الدلالة Sig. بالقيمة 0.000 وهي أقل كذلك من مستوى المعنوية 0.05 وعليه نرفض الفرضية العدمية ونقبل الفرضية البديلة وبالتالي كفاءة وجودة النموذج.

Tests composites des coefficients du modèle				
		Khi-carré	ddl	Sig.
Pas 1	Pas	107.843	6	.000
	Bloc	107.843	6	.000
	Modèle	107.843	6	.000

المخرج السابع: يمثل اختبار القوة التفسيرية للنموذج حيث أن المتغيرات الداخلة عند هذه الخطوة قد فسرت حوالي 3.3% باستخدام المعامل "R-deux de Nagelkerke" وحوالي 1% باستخدام المعامل "R-deux de Cox et Snell" التغير في تأثير عمر الأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

Récapitulatif des modèles			
Pas	Log de vraisemblance -2	R-deux de Cox et Snell	R-deux de Nagelkerke
1	3789.645 <sup>a</sup>	.010	.033
a. L'estimation s'est arrêtée à l'itération numéro 7, car le nombre de modifications des estimations du paramètre est inférieur à .001.			

أما اختبار "Hosmer et Lemeshow" لجودة مطابقة النموذج وذلك لاختبار فرضية العدم التي تقول بأن النموذج ملائم على الفرضية البديلة التي تنص أن النموذج غير ملائم، حيث كانت النتائج في الجدول الموالي:

Test de Hosmer et Lemeshow			
Pas	Khi-carré	ddl	Sig.
1	.000	3	1.000

يتضح من خلال الجدول أن قيمة كاي تربيع جاءت معدومة عند درجة حرية 3 ومستوى معنوية 0.05 وهي أقل من القيمة الجدولية 15.507 وأن قيمة Sig. 1.000 أكبر من 0.05 للمعنوية معناه قبول الفرضية العدمية أي أن النموذج مطابق لبيانات الدراسة.

**الجدول الثامن:** يمثل هذا الجدول نسبة التنبؤ أو كفاءة التصنيف بعد إدخال متغير عمر الأم، حيث بقي التصنيف على حاله في البداية، وعموما كانت النسبة العامة للنموذج في قدرته الصحيحة على التنبؤ بمتغير حدوث وفاة لطفل عمره أقل من خمس سنوات أو بقاءه على قيد الحياة ب 95.8%.

Table de classification <sup>a</sup>					
	Observé	Prévisions			
		Mortalité des enfants de moins de 5 ans		Pourcentage correct	
		D	V		
Pas 1	Mortalité des enfants de moins de 5 ans	D	0	470	.0
		V	0	10673	100.0
	Pourcentage global				95.8

a. La valeur de coupe est .500

**الجدول التاسع:** وهو الجدول الأهم في نموذج الانحدار اللوجستي، فمن خلال مؤشرات هذا الجدول يمكن إثبات وجود علاقة بين مختلف المتغيرات المستقلة والمتغير التابع، وفي حالتنا هذه سيتم الاحتكام لوجود علاقة أو تأثير لعمر الأم على المتغير وفاة طفل أقل من خمس سنوات/ أو بقاءه على قيد الحياة.

Variables de l'équation							
	B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)	
Pas 1 <sup>a</sup>	Âge		112.141	6	.000		
	Âge(1)	.469	1.146	.168	1	.682	1.598
	Âge(2)	.741	1.128	.432	1	.511	2.099
	Âge(3)	1.007	1.125	.800	1	.371	2.736

Âge(4)	1.295	1.125	1.326	1	.250	3.652
Âge(5)	1.904	1.125	2.863	1	.091	6.710
Âge(6)	2.232	1.134	3.873	1	.049	9.321
Constante	-4.354-	1.121	15.084	1	.000	.013

a. Introduction des variables au pas 1 : Âge.

يتكون الجدول أعلاه من سبعة أعمدة حيث:

**العمود الأول:** يمثل المتغير المستقل وفي حالتنا هذه المتغير هو عمر الأم وبالتحديد الفئات العمرية الخماسية للأم.

**العمود الثاني (B):** يمثل معاملات النموذج المقدر أو لوغاريتم نسبة الترجيح للمتغير التابع بدلالة المتغير المستقل.

**العمود الثالث (E.S):** يمثل الخطأ المعياري للمعاملات المقدرة.

**العمود الرابع (Wald):** يمثل اختبار والد للمعنوية للمعاملات المقدرة.

**العمود الخامس (ddl):** فيمثل درجة الحرية للمتغيرات المستقلة.

**العمود السادس (Sig.):** يمثل مستوى دلالة تأثير كل متغير مستقل على متغير تابع.

**العمود السابع (Exp(B)):** يمثل نسبة الترجيح وهو قيمة الدالة الأسية لمعامل الانحدار وهو يعبر عن المضاعف

الذي تتغير به نسبة الترجيح، أي التغير في احتمال وقوع الحدث ( $p=1$ ) إلى احتمال عدم وقوعه ( $p=0$ )<sup>1</sup>.

**Constante:** يمثل الحد الثابت في معادلة النموذج.

<sup>1</sup> حمزة مسعي أحمد، د عمر طيبة، استخدام تقنية الانحدار اللوجستي الثنائي في تفسير أهم العوامل المؤثرة على ظاهرة الولادة في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (mics4) 2012-2013. ص38.

وعليه يمكن كتابة معادلة النموذج كما يلي:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -4.354 + 2.232 \text{Age} (6)$$

قراءة وتفسير لمخرجات النموذج:

يتبين من خلال نتائج الجدول التاسع أن متغير العمر وهو على شكل فئات عمرية، حيث اعتبرنا الفئة العمرية الدنيا [19-15] كفتة مرجعية، أن قيمة مستوى الدلالة وردت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى المعنوية 0.05 معناه نقبل الفرضية البديلة أي يؤثر عمر الأم في وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

**الفئة العمرية الثانية للأم (Age(1):** مستوى الدلالة قدر بـ: 0.682 أي أكبر من 0.05 وهذا معناه أنه ليس دالا إحصائيا، أي أن الفئة العمرية [24-20] لا تؤثر في حدوث الوفاة لطفل أقل من خمس سنوات، وبالرجوع إلى الفتة المرجعية يمكننا القول أن الأمهات في الفئتين العمريتين [19-15] و [24-20] لهما نفس الظروف لتعرض أطفالهن للوفاة وأعمارهم أقل من خمس سنوات.

**الفئة العمرية الثالثة (Age(2):** وهي الفتة [29-25] لا تؤثر في وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، لأن مستوى الدلالة الموافق لها هو 0.511 وهي أكبر من القيمة المعنوية للدلالة 0.05، أي أنها غير دالة إحصائيا، وبالتالي فالفتتين [19-15] و [29-25] لهما نفس التأثير.

**الفئة العمرية الرابعة (Age(3):** بلغ مستوى الدلالة 0.371 وهو أكبر من 0.05 وهذا معناه أنه ليس دالا إحصائيا، وبالرجوع إلى الفتة المرجعية يمكننا القول أن وفيات الأطفال اقل من خمس سنوات لا تتأثر بالانتقال من الفئة العمرية الأولى للأم إلى الفئة العمرية الرابعة.



### الفئة العمرية الخامسة (Age(4): وهي الفئة العمرية [35-39] حيث بلغ مستوى الدلالة 0.250

وهو أكبر من القيمة المعنوية 0.05، أي أنه لا تتأثر وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات عند الانتقال من الفئة المرجعية إلى الفئة العمرية الخامسة 15-39 سنة.

### الفئة العمرية السادسة (Age(5): بلغ مستوى الدلالة القيمة 0.091 أي أكبر من 0.05 للمعنوية

وهذا يعني أنه ليس دالا إحصائيا، معناه أن وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، لا تتأثر بالانتقال من الفئة المرجعية إلى الفئة السادسة [40-44].

### الفئة العمرية السابعة (Age(6): مستوى الدلالة قدر ب: 0.049 أي أصغر من 0.05 وهذا معناه

أنه دال إحصائيا، حيث أن لوغاريتم نسبة التوزيع قدر ب 2.232، ولأنها نتجت بإشارة موجبة يمكن القول انه كلما انتقلت أعمار الأمهات من الفئة العمرية [15-19] إلى الفئة السابعة الكبرى فان نسبة أرجحية حدوث وفاة للطفل أقل من خمس سنوات في الجزائر سترتفع بحوالي 9.3 مرة مقابل بقائه على قيد الحياة.

مما تقدم، يفهم أن تباين تعرض الأطفال ذوي العمر اقل من خمس سنوات في الجزائر لخطر الوفاة الراجع لأعمار الأمهات يعود بالدرجة الأولى إلى تمايز انتشار وفيات الأطفال للأمهات بين الفئتين العمريتين الأولى والأخيرة من الحياة الإنجابية أي [15-19] سنة و [45-49] سنة، بينما تنتشر وفيات الأطفال في العمر المدروس بنفس الحدة بين الأمهات المنتميات عمريا إلى الفئات العمرية اقل من 44 سنة. وعلى هذا الأساس يمكن القول بان عمر الأم يعتبر كأحد المحددات الديموغرافية المفسرة لظاهرة وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات في الجزائر. بحيث كلما قلّت أعمار الأمهات زادت فرص بقاء الطفل على قيد الحياة، وقلّ معها احتمال التعرض لاحتمال الوفاة، وعلى العكس من ذلك فكلما تقدم عمر الأم زاد احتمال وفاة الطفل وبالأخص الأطفال ذوي العمر اقل من سنة. ويمكن تفسير ذلك بالمشاكل الصحية المتعلقة بالإنجاب للأمهات في السن الخصوبي المتأخر، وما يصاحب ذلك من تقلص في فرص الإنجاب، مما يدفع الأمهات إلى مراجعة المختصين في طب الأمومة وبالتالي تناول الأدوية والتي يمكن أن تضر بالجنين قبل الولادة، أو تبعاته بعد ولادة الطفل، ويمكن أيضا ذكر أنه كلما زاد العمر فوق الأربعين يصاحب ذلك احتمال إصابة الأمهات بمرض مزمن يؤثر على الطفل قبل الولادة أو بعدها كما ذكرنا سابقا.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية الثانية:

الفرضية الثانية: يؤثر المستوى التعليمي للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات بالجزائر خلال سنة 2019، بحيث كلما ارتفع المستوى التعليمي للأم قلت حدة انتشار الوفاة بين الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات.

#### الجدول (3-5) توزيع أفراد العينة حسب المستوى التعليمي:

الأطفال أقل من 5 سنوات				
المجموع	المتوفون	الأحياء		
1361	111	1250	قبل	المستوى التعليمي للأمهات
100	8.2%	91.8%	التمدرس	
1634	86	1548	ابتدائي	
100	5.3%	94.7%		
3600	138	3462	متوسط	
100	3.8%	96.2%		
2581	87	2494	ثانوي	
100	3.4%	96.6%		
1968	49	1919	جامعي	
100	2.5%	97.5%		
11144	471	10673	المجموع	
100	4.2%	95.8%		

المصدر: من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019

نلاحظ من خلال الجدول (3-5) توزيع الأمهات حسب المستوى التعليمي حسب التصريح بوجود طفل عمره أقل من خمس سنوات متوفى أو على قيد الحياة، حيث يتركز أكثر عدد للأمهات ذوات المستوى المتوسط 3600 تنقسم إلى 138 طفل متوفى وعمره لا يتجاوز خمس سنوات بنسبة 3.80%، و3462 طفل

على قيد الحياة عمره أقل من خمس سنوات كذلك بنسبة 96.20%، في حين بلغ أقل عدد للأطفال المتوفين للأمهات ذات المستوى التعليمي الجامعي بـ 49 طفل متوفى بنسبة 2.50% من مجموع 1968 طفل في نفس المستوى التعليمي، وهو ما يُفسر بزيادة الثقافة الصحية للأمهات في هذا الطور التعليمي، أو درايتهن بالمخاطر المحيطة بالأطفال في هذه الفئة العمرية المهشة، بينما كان عدد المتوفين للأمهات بدون مستوى تعليمي 111 طفل متوفى بنسبة 8.20% من مجموع 1361 طفل، ويمكن تفسير ذلك لتغاير الظروف مع المستويات التعليمية العالية أو عدم دراية الأمهات بدون مستوى بالمخاطر الصحية التي تصيب الأطفال، كما شهد كل من المستويين الابتدائي والثانوي للأمهات تقاربا في عدد الأطفال المتوفين من نفس الفئة العمرية بـ 86 و 87 متوفى على التوالي لكن الاختلاف يكمن في نسب الأطفال المتوفين بالنسبة للمستويين المذكورين بـ 5.80% و 3.40% ويرجع الاختلاف في التباين في أعداد الأطفال أقل من خمس سنوات بينهما، وفيما يلي سندرس مدى تأثير المستوى التعليمي على الفئة المستهدفة في دراستنا.

دراسة تأثير المستوى التعليمي باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي:

الفرضيات الإحصائية:

$H_0$ : لا يؤثر المستوى التعليمي للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

$H_1$ : يؤثر المستوى التعليمي للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

في هذه الفرضية سنطبق نموذج للانحدار اللوجستي مع الاكتفاء بأهم المخرجات لنتائج اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي.

**المخرج الثاني:** ويمثل إعادة ترميز المتغيرات الكيفية الترتيبية أو الاسمية، ولقد وضعنا مستوى التعليم قبل التمدرس كفتحة مرجعية، يعني في مرحلة تفسير النموذج نقارن نتائج كل فئة بالفئة الأولى حسب كل متغير مستقل وفي فرضيتنا الثانية سنختبر المستوى التعليمي للأم.

حيث (1) يمثل مستوى التعليم الابتدائي، (2) يمثل مستوى التعليم المتوسط، (3) يمثل مستوى التعليم الثانوي، (4) يمثل مستوى التعليم الجامعي.

Codages des variables catégorielles						
		Fréquence	Codage de paramètre			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Instruction de la femme	Précolaire ou Aucun	1792	.000	.000	.000	.000
	Primaire	1691	1.000	.000	.000	.000
	Moyen	3429	.000	1.000	.000	.000
	Secondaire	2501	.000	.000	1.000	.000
	Superieur	1726	.000	.000	.000	1.000

أما بالنسبة لنتائج اختبار الانحدار اللوجستي فإن مخرج النتائج النهائية موضح كما يلي:

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup>	Instruction de la femme			72.557	4	.000	
	Instruction de la femme(1)	-.475-	.149	10.206	1	.001	.622
	Instruction de la femme(2)	-.806-	.132	37.422	1	.000	.447
	Instruction de la femme(3)	-.938-	.147	40.531	1	.000	.391
	Instruction de la femme(4)	-1.243-	.175	50.453	1	.000	.289
	Constante	-2.420-	.099	597.688	1	.000	.089

a. Introduction des variables au pas 1 : Instruction de la femme.

### كتابة معادلة النموذج:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -2.420 - 0.475\text{Instruction de la femme}(1) - 0.806\text{Instruction de la femme}(2) - 0.938\text{Instruction de la femme}(3) - 1.243\text{Instruction de la femme}(4)$$

### قراءة وتفسير لمخرجات النموذج:

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اختبار والد ورد دالا إحصائيا لأن مستوى الدلالة المرافق له 0.000 وعليه فإننا نقبل الفرضية البديلة أي أن المستوى التعليمي للأم يؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، علما أن المستوى التعليمي هو متغير كيفي ترتيبى، قمنا باعتماد فئة الأمهات بدون مستوى تعليمي كفتة مرجعية، كما نتجت مستويات الدلالة لجميع الفئات (المستويات التعليمية الأربعة) بقيم أقل من مستوى المعنوية 0.05، وعليه فان هناك تأثير لجميع المستويات التعليمية الأربعة على وفيات الأطفال مقارنة بالمستوى المرجعي.

**المستوى التعليمي الابتدائي:** وردت قيمة لوغاريتم نسبة الترجيح بإشارة سالبة أي كلما انتقلنا من مستوى الأمهات من دون مستوى إلى المستوى الابتدائي انخفضت نسبة أرجحية وفاة الطفل بـ 0.622 مرة مقابل بقائه على قيد الحياة، أي انخفاض فرصة الوفاة لطفل عمره أقل من خمس سنوات بنسبة 37.8% عند الانتقال بين المستويين المذكورين.

**المستوى التعليمي المتوسط:** قيمة لوغاريتم نسبة الترجيح جاءت بإشارة سالبة أي أن ارتفاع المستوى التعليمي للام من دون المستوى إلى المستوى المتوسط ينجر عنه انخفاض نسبة الترجيح لوفاة الطفل بـ 0.477 مرة مقابل البقاء على قيد الحياة، وبالتالي يمكن القول بان الانتقال بين المستويين محل الملاحظة يؤدي الى انخفاض فرصة وفاة طفل عمره أقل من خمس سنوات بنسبة 52.3%.

**المستوى التعليمي الثانوي:** وردت قيمة لوغاريتم نسبة الترجيح الموافقة لهذا المستوى بإشارة سالبة وبالتالي فان ارتفاع المستوى التعليمي للأمهات من دون المستوى إلى المستوى الثانوي يؤدي إلى انخفاض نسبة الترجيح لوفاة الطفل ذو العمر اقل من خمس سنوات بـ 0.391 مرة على حساب بقائه على قيد الحياة، ويستنتج من ذلك انخفاض فرصة تعرض الطفل ذو العمر أقل من خمس سنوات لخطر ظاهرة الوفاة بنسبة 60.9% عند تغير مستوى النسوة بين المستويين الملاحظين.

**المستوى التعليمي الجامعي:** قيمة لوغاريتم نسبة الترجيح نتجت بإشارة سالبة، وعليه يمكن القول بان تغير مستوى الأمهات من بدون مستوى تعليمي الى المستوى الجامعي، ينتج عنه انخفاض نسبة ترجيح وفاة الطفل ذو العمر أقل من خمس في الجزائر مقابل دوامه حيا بـ 0.289 مرة، أي انخفاض فرصة وفاة طفل عمره أقل من خمس سنوات بنسبة 71.1%.

من خلال ما تم عرضه من نتائج اختبار الانحدار اللوجستي، يمكن قبول الفرضية البديلة القائلة بتأثير المستوى التعليمي على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، ويفهم من ذلك أنه كلما انتقلنا من مستوى تعليمي أدنى إلى مستوى تعليمي أعلى، قل احتمال الوفاة للأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر. ويمكن تفسير ذلك بزيادة الوعي الثقافي لدى المتعلمات بنسب متفاوتة، بضرورة المتابعة الصحية قبل وبعد الولادة، وكذا الرعاية الصحية للأطفال والذي ينتج بعد دراية الأم بالمخاطر المصاحبة للحمل والولادة وتربية الطفل في السنوات الخمس الأولى، ومن أمثلة ذلك وعي الأم بضرورة متابعة التلقيحات عبر المراحل العمرية للطفل، وكذا الوقاية والغذاء الصحي، إلى غير ذلك من أسباب تحافظ بها الأم على مولودها.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية الثالثة:

الفرضية الثالثة: تؤثر منطقة سكن الأمهات للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث تنتشر وفيات الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات في المناطق الريفية أكثر مقارنة بالمناطق الحضرية.

#### الجدول (4-5): توزيع أفراد العينة حسب مكان الإقامة

الأطفال أقل من 5 سنوات				
المجموع	المتوفون	الأحياء		
6502	235	6267	حضر	مكان الإقامة
100	3.6%	96.4%		
4640	235	4405	ريف	
100	5.1%	94.9%		
11142	470	10672	المجموع	
100	4.2%	95.8%		

من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019

نلاحظ من خلال الجدول (4-5) توزيع الأمهات حسب مكان الإقامة، فيما قسم المسح مكان الإقامة إلى حضر وريف، حيث بلغ عدد الأطفال في الفئة العمرية 0-4 سنوات للأمهات اللواتي يقطن المنطقة الحضرية 6502 طفلاً منهم 235 طفلاً متوفى، كما بلغ عدد الأطفال في المنطقة الريفية 4640 طفلاً منهم 235 طفلاً متوفى كذلك، ويعود الارتفاع في المنطقة الحضرية لعدة أسباب تتعلق بالجوانب الاجتماعية والاقتصادية للأسرة ككل منها توفر متطلبات الحياة أكثر من المنطقة الريفية إلى غير ذلك من العوامل، ومن الملاحظ أن عدد الأطفال المتوفين أقل من خمس سنوات عددهم متساو بين المنطقتين الحضرية والريفية، لكن بالرجوع إلى التمثيل النسبي نجد أن نسبة المتوفين في الوسط الحضري 3.6% وهي أقل من نسبة المتوفين في الوسط الريفي ب 5.1%، ويمكن تفسير ذلك باختلاف الظروف في مكاني الإقامة حضر أو ريف بين الأمهات قبل وبعد الولادة

وحتى السنوات الأولى لحياة الطفل، وسندرس فيما يلي تأثير منطقة الإقامة على وفيات الأطفال دون الخمس سنوات.

دراسة تأثير مكان الإقامة باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي:

الفرضيات الإحصائية:

$H_0$ : لا يؤثر مكان الإقامة للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

$H_1$ : يؤثر مكان الإقامة للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

أهم مخرجات النموذج:

الجدول التاسع: وهو الجدول الأهم في نموذج الانحدار اللوجستي، فمن خلال مؤشرات هذا الجدول يمكن إثبات وجود علاقة بين مكان الإقامة ووفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup>	Milieu de résidence	.353	.094	13.998	1	.000	1.423
	Constante	-3.636-	.149	597.331	1	.000	.026
a. Introduction des variables au pas 1 : Milieu de résidence.							

كتابة معادلة النموذج:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.636 + 0.353(\text{milieu de résidence})$$



### قراءة وتفسير لمخرجات النموذج:

نلاحظ من خلال المخرج أعلاه أن اختبار والد ورد دالا إحصائيا لأن مستوى الدلالة المرافق له 0.000 وهو اقل مقارنة من مستوى المعنوية 0.05، وعليه فإننا نقبل الفرضية البديلة أي أن وسط الإقامة يؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، علما أن وسط الإقامة هو متغير كيفي يتكون من منطقتين منطقة حضرية ومنطقة ريفية، وبما أننا وضعنا المنطقة الحضرية هي الفئة المرجعة، فانه كلما انتقلنا من الحضر إلى الريف ارتفعت نسبة ترجيح وفاة طفل عمره أقل من خمس سنوات بـ 1.423 مرة مقابل بقاءه على قيد الحياة، أي ارتفاع فرصة تعرضه لخطر الوفاة بنسبة بـ 42.3% على حساب البقاء على قيد الحياة.

من خلال ما تقدم نستنتج أن متغير المنطقة السكنية يدخل ضمن المحددات المفسرة لتباين وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، أي متغير المنطقة السكنية يؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، حيث ترتفع وفيات الأطفال في الريف أكثر من الحضر، ويمكن تفسير هذا التفاوت بعدم التوازن في تقديم الرعاية الصحية بين المنطقتين، بالإضافة نقص الطب المتخصص في المنطقة الريفية، وحتى التفاوت في امتلاك الثقافة الصحية بالنسبة للأمهات.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية الرابعة:

الفرضية الرابعة: يؤثر الإقليم الجغرافي القاطنة به الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث كلما اتجهنا نحو الأقاليم الجغرافية الشمالية قلت حدة انتشار وفيات الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات.

الجدول (5-5): توزيع أفراد العينة حسب الأقاليم الجغرافية

الأطفال أقل من 5 سنوات				
المجموع	المتوفون	الأحياء		
3549	119	3430	شمال وسط	الأقاليم الجغرافية
100%	3.4%	96.6%		
1475	83	1392	شمال شرق	
100%	5.6%	94.4%		
1733	50	1683	شمال غرب	
100%	2.9%	97.1%		
897	48	849	هضاب عليا وسط	
100%	5.4%	94.6%		
1666	76	1590	هضاب عليا غرب	
100%	4.6%	95.4%		
569	20	549	هضاب عليا شرق	
100%	3.5%	96.5%		
1252	73	1179	الجنوب	
100%	5.8%	94.2%		
11141	469	10672	المجموع	
100%	4.2%	95.8%		

من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019

نلاحظ من خلال الجدول (5-5) توزيع أفراد العينة حسب الأقاليم الجغرافية، حيث كان أكبر عدد للأطفال أقل من خمس سنوات يتواجد في إقليم شمال وسط والذي قدر بـ 3549 طفل، تمثل منها نسبة المتوفين 3.4%، ثم يليه كل من إقليم شمال غرب بـ 1733 طفل عمره أقل من خمس سنوات بنسبة متوفين تقدر بـ 2.9% وهي أقل النسب الملاحظة، في حين تم تسجيل نسب أكبر للمتوفين في كل من الأقاليم جنوب، شمال شرق وهضاب عليا وسط بنسب 5.8%، 5.6% و 5.4% على الترتيب، وما تبقى من أقاليم كان بنسب

متوسطة بينهما، يأتي هذا التوزيع تبعاً لتوزيع الكثافة السكانية للأقاليم المذكورة، حيث تختلف باختلاف الموقع والمكانة من الناحية الاقتصادية والاجتماعية، وتوفر مصادر الأمن والغذاء والصحة وكذا توفر وسائل الحياة الضرورية، تميز إقليم شمال وسط بارتفاع وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات فيه حيث بلغ عددهم 119 طفل متوفى، ويعود سبب ذلك لارتفاع الكثافة السكانية بهذا الإقليم وبالتالي زيادة عدد المواليد الأحياء والمتوفين فيه، وسنحاول دراسة تأثير الأقاليم الجغرافية على وفيات الأطفال من خلال دراسة الفرضيات المعنية الموالية.

### دراسة تأثير الإقليم الجغرافي باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي:

#### الفرضيات الإحصائية:

**H<sub>0</sub>**: لا يؤثر الإقليم الجغرافي للأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

**H<sub>1</sub>**: يؤثر الإقليم الجغرافي للأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

في هذه الفرضية سنطبق نموذج للانحدار اللوجستي دون تكرار لبعض الجداول (أنظر الملاحق) وهي معروضة في الفرضية الأولى تجنباً للتكرار، وسنكتفي بأهم المخرجات لنتائج اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي.

#### المخرج الثاني:

ويعمل إعادة ترميز المتغيرات الكيفية الترتيبية أو الاسمية، ولقد وضعنا إقليم شمال وسط كقائمة مرجعية، يعني

في مرحلة تفسير النموذج نقارن نتائج كل إقليم بإقليم شمال وسط وفي هذه الفرضية.

Codages des variables catégorielles								
		Fréquence	Codage de paramètre					
			(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)
Espace de programmation territoriale (EPT)	NORD CENTRE	1377	.000	.000	.000	.000	.000	.000
	NORD EST	1318	1.000	.000	.000	.000	.000	.000
	NORD OUEST	1399	.000	1.000	.000	.000	.000	.000
	HAUT PLATEAU CENTRE	1935	.000	.000	1.000	.000	.000	.000
	HAUT PLATEAU EST	1493	.000	.000	.000	1.000	.000	.000
	HAUT PLATEAU OUEST	1699	.000	.000	.000	.000	1.000	.000
	SUD	1918	.000	.000	.000	.000	.000	1.000

المخرج التاسع: نتائج اختبار الانحدار اللوجستي لتأثير الأقاليم الجغرافية على وفيات الأطفال أقل من خمس

سنوات

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup>	Espace de programmation territoriale (EPT)			32.406	6	.000	
	Espace de programmation territoriale (EPT)(1)	.539	.146	13.546	1	.000	1.714
	Espace de programmation territoriale (EPT)(2)	-.152-	.171	.797	1	.372	.859
	Espace de programmation territoriale (EPT)(3)	.492	.175	7.918	1	.005	1.635
	Espace de programmation territoriale (EPT)(4)	.323	.150	4.671	1	.031	1.382
	Espace de programmation territoriale (EPT)(5)	.052	.245	.046	1	.831	1.054

Espace de programmation territoriale (EPT)(6)	.572	.153	14.058	1	.000	1.772
Constante	-3.358-	.093	1300.715	1	.000	.035
a. Introduction des variables au pas 1 : Espace de programmation territoriale (EPT).						

### كتابة معادلة النموذج:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -2.786 - 0.572 EPT (1) - 0.724 EPT (3) - 0.080 EPT (4) - 0.520 EPT (6)$$

### قراءة وتفسير لمخرجات النموذج:

يعتبر متغير فضاءات البرمجة الإقليمية متغيرا كينيا اسميا، حيث تم اعتماد إقليم شمال وسط كنفئة مرجعية، وعليه سيتم دراسة كل إقليم جغرافي بالرجوع إلى الفئة المرجعية، حيث أن نواتج اللوغاريتم المرافق للأقاليم بالإشارة الموجبة يعني أن وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات ترتفع في كل الأقاليم الجغرافية مقارنة بالإقليم المرجعي والعكس صحيح بشرط أن تكون هذه الأقاليم دالة إحصائيا.

قدرت قيمة اختبار والد عند الأقاليم الجغرافية ب32.406، متبوع بمستوى دلالة 0,000 وهي أقل من 0,05 وهذا يعني أنه دال إحصائيا، وهذا يعني أن الأقاليم الجغرافية القاطنة بها الأمهات تؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر. ويمكن تفسير ذلك بالتغير في الكثافة السكانية وتوزيع الخدمات الصحية وتوفرها بتغير الإقليم الجغرافي.

إقليم شمال شرق (EPT(1)): بلغ لوغاريتم نسبة الترجيح 0.539 وهو ذو إشارة موجبة، أما بخصوص قيمة اختبار والد فقدراها 13.546 متبوع بمستوى دلالة قدره 0,000 وهو أصغر مقارنة من مستوى المعنوية 0,05 وهذا يعني أنه دال إحصائيا، يفسر ذلك بأن إقليم شمال شرق من بين الأقاليم الجغرافية التي تؤثر على وفيات

الأطفال أقل من خمس سنوات، وهي تختلف عن إقليم شمال وسط، حيث كلما انتقلنا من إقليم شمال وسط إلى إقليم شمال شرق زادت فرصة تعرض الأطفال أقل من خمس سنوات لخطر الوفاة بـ 1.714 مرة على حساب بقاءه على قيد الحياة، أي تغير منطقة سكن الأم من إقليم شمال وسط إلى إقليم شمال شرق يرفع أرجحية وفاة الطفل بنسبة 71.4%.

**إقليم هضاب عليا وسط ((EPT(3)):** بلغ لوغاريتم نسبة الترجيح 0.492 فهو ذو إشارة موجبة يفهم من ذلك ارتفاع انتشار وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في إقليم هضاب عليا وسط مقارنة بإقليم شمال وسط الذي وظفناه كفتة مرجعية في التحليل الإحصائي، أما بخصوص قيمة اختبار والد قدرت 7.918 متبوع بمستوى دلالة قدر ب 0.005 وهي أقل من 0,05 وهذا يعني أنه دال إحصائيا، يفسر ذلك بأن إقليم هضاب عليا وسط من بين الأقاليم الجغرافية التي تؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، ويفهم من ذلك بأنه كلما انتقلنا من إقليم شمال وسط إلى إقليم هضاب عليا وسط زادت وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بـ 1.635 مرة، أي ارتفاع فرصة تعرضه لظاهرة الوفاة ترتفع بنسبة 63.50% مقارنة ببقاءه على قيد الحياة.

**إقليم الجنوب ((EPT(6)):** حيث بلغ لوغاريتم نسبة الترجيح 0.572 فهو ذات إشارة موجبة، أما بخصوص قيمة اختبار والد قدرت 14.085 متبوع بمستوى دلالة قدر ب 0,000 وهي أصغر من 0,05 وهذا يعني أنه دال إحصائيا، يفسر ذلك بأن إقليم الجنوب من بين الأقاليم الجغرافية التي تؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، وهي تختلف عن إقليم شمال وسط، حيث كلما انتقلنا من إقليم شمال وسط إلى إقليم الجنوب زادت وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بـ 1.772 مرة على حساب البقاء على قيد الحياة أي أن فرصة التعرض لخطر ظاهرة الوفاة سترتفع بنسبة 77.20%.

نلاحظ فيما يخص الأقاليم السالفة الذكر وهي شمال شرق، هضاب عليا وسط وإقليم الجنوب، أن نسب التأثير جاءت بشكل تنازلي، 36.06%، 32.66% و 30.37%، كلما انتقلنا من الإقليم المرجعي شمال وسط إلى الأقاليم المذكورة، ويمكن تفسير ذلك في التباين في توزيع الأمهات المبحوثات واللائي تتحكم فيهن الكثافة السكانية وبالتالي التوزيع المتباين للأطفال أقل من خمس سنوات محل دراستنا.

بالنسبة للأقاليم شمال غرب ((EPT(2))، هضاب عليا شرق ((EPT(4)) وهضاب عليا غرب ((EPT(5)) فإن مستويات الدلالة المرافقة لاختبار والد وردت 0,841، 0,674 و 0,139 على الترتيب وهي قيم أكبر من مستوى الدلالة المعنوية 0.05 وهذا يعني أنها غير دالة إحصائياً، يفسر ذلك بأن كل من هذه الأقاليم لا تؤثر على ووفيات الأطفال أقل من خمس سنوات مقارنة بإقليم الشمال، فنقول أنه كلما انتقلنا من إقليم شمال وسط إلى إقليم شمال غرب أو هضاب عليا غرب أو إقليم الجنوب لا تتغير حدة انتشار وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية الخامسة:

**الفرضية الخامسة:** يؤثر تباعد الولادات للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث كلما زادت مدة التباعد قل انتشار الوفاة بين الأطفال.

نلاحظ من خلال الجدول الموالي (5-6) توزيع أفراد العينة حسب تباعد الولادات للأمهات، حيث يظهر أن الولادة الأولى للأمهات أخذت أكثر توزيعاً بنسبة عالية، كان فيها الأطفال الأحياء بنسبة 98%، والمتوفين حوالي 2%، أما بقية المجالات لتباعد الولادات فجاءت بقيم صغيرة جداً مقارنة بالولادة الأولى، يعود هذا التوزيع كون أسئلة المسح العنقودي المتعدد المؤشرات تتعلق بفترة الخمس سنوات التي تسبق المسح، لذلك فمن الطبيعي أن يكون مجال تباعد الولادات للأمهات في الأغلب هو الولادة الأولى.

الجدول (5-6): توزيع أفراد العينة حسب تباعد الولادات

الأطفال أقل من 5 سنوات			تباعد الولادات	
المجموع	المتوفون	الأحياء		
10867	208	10659		الولادة الأولى
100%	1.9%	98.1%		
73	68	5		أقل من سنتين
100%	93.2%	6.8%		
73	71	2		سنتين
100%	97.3%	2.7%		
59	57	2		3 سنوات
100%	96.6%	3.4%		
72	67	5	4 سنوات فأكثر	
100%	93.1%	6.9%		
11144	471	10673	المجموع	
100%	4.2%	95.8%		

من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019

دراسة تأثير تباعد الولادات على وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي:

الفرضيات الإحصائية:

$H_0$ : لا يؤثر تباعد الولادات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

$H_1$ : يؤثر تباعد الولادات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

سنكتفي بأهم المخرجات لنتائج اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي:



**المخرج الثاني:** ويمثل إعادة ترميز المتغيرات الكيفية الترتيبية أو الاسمية، ولقد وضعنا الولادة الأولى كفئة مرجعية،

يعني في مرحلة تفسير النموذج نقارن نتائج كل مجال للولادة بالولادة الأولى للأم.

Codages des variables catégorielles						
		Fréquence	Codage de paramètre			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Intervalle avec la naissance précédente	Première naissance	10855	.000	.000	.000	.000
	<2 ans	74	1.000	.000	.000	.000
	2 ans	76	.000	1.000	.000	.000
	3 ans	64	.000	.000	1.000	.000
	4ans+	70	.000	.000	.000	1.000

**المخرج التاسع:** نتائج اختبار الانحدار اللوجستي لتأثير تباعد الولادات بالنسبة للأم على وفيات الأطفال أقل من

خمس سنوات

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup>	Intervalle avec la naissance précédente			557.696	4	.000	
	Intervalle avec la naissance précédente(1)	6.552	.471	193.865	1	.000	700.883
	Intervalle avec la naissance précédente(2)	7.511	.725	107.468	1	.000	1828.812
	Intervalle avec la naissance précédente(3)	7.411	.765	93.826	1	.000	1654.294
	Intervalle avec la naissance précédente(4)	6.590	.482	186.801	1	.000	727.656
	Constante	-3.937-	.070	3161.212	1	.000	.020

a. Introduction des variables au pas 1 : Intervalle avec la naissance précédente.

### كتابة معادلة النموذج:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.937 + 6.552(\text{int ervalle}(1)) + 7.511(\text{int ervalle}(2)) \\ + 7.411(\text{int ervalle}(3)) + 6.590(\text{int ervalle}(4))$$

متغير تباعد الولادات هو متغير كمي يقيس المدة الفاصلة ما بين الولادات يقاس بالسنوات، وهو يحمل خمس صفات، وقد قمنا بوضع الصفة الأولى وهي الولادة الأولى كفتة مرجعية حيث:

**Intervalle(1)**: يمثل الصفة الثانية وهي تباعد الولادات في مدة أقل من سنتين.

**Intervalle(2)**: يمثل الصفة الثالثة وهي تباعد الولادات في مدة سنتين.

**Intervalle(3)**: يمثل الصفة الرابعة وهي تباعد الولادات في مدة ثلاث سنوات.

**Intervalle(3)**: يمثل الصفة الخامسة وهي تباعد الولادات في مدة أربع سنوات فأكثر.

### قراءة وتفسير لمخرجات النموذج:

يتبين من خلال نتائج مخرجات الجدول السابق أن اختبار والد ورد بالقيمة 557.696 ومستوى الدلالة وردت بـ 0.000 وهي أقل من مستوى المعنوية 0.05 معناه قبول الفرضية البديلة أي يؤثر تباعد الولادات للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

تباعد الولادات لمدة أقل من سنتين **Intervalle(1)**: مستوى الدلالة المرافق لقيمة والد الخاص بالمتغير الفرعي قدر بـ: 0.000 أي أصغر من 0.05 وهذا معناه أنه دال إحصائياً، كما بلغ لوغاريتم نسبة الترجيح 6.55 وهو ذو إشارة موجبة يفهم من ذلك ارتفاع انتشار وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات عندما تكون مدة تباعد الولادات أقل من سنتين مقارنة بالولادة الأولى التي وظفناها كفتة مرجعية في التحليل الإحصائي،

واعتمادا على قيمته يمكن القول بان لوغاريتم نسبة ترجيح وفاة الطفل المولود بفترة تباعد أقل من سنتين ترتفع بقيمة 6.55 على حساب البقاء المولود أولا على قيد الحياة. أي أن صفة تباعد الولادات لأقل من سنتين تؤثر في حدوث الوفاة لطفل أقل من خمس سنوات.

**تباعد الولادات لمدة سنتين (2) Intervalle:** مستوى الدلالة قدر ب: 0.000 أي أصغر من 0.05 وهذا معناه أنه دال إحصائيا، أي أن صفة تباعد الولادات لمدة سنتين تؤثر في حدوث الوفاة لطفل أقل من خمس سنوات مقارنة بالطفل المولود أولا، كما أن قيمة لوغاريتم نسبة الترجيح وردت بإشارة موجبة وبالتالي يمكننا القول أنه كلما انتقلنا من صفة الولادة الأولى إلى الصفة الثالثة وهي تباعد الولادات لمدة سنتين تضاعف لوغاريتم نسبة أرجحية وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بأكثر من 7 مرات على حساب البقاء على الحياة.

**تباعد الولادات لمدة ثلاث سنوات (3) Intervalle:** مستوى الدلالة قدر ب: 0.000 أي أصغر من 0.05 وهذا معناه أنه دال إحصائيا، أي أن صفة تباعد الولادات لمدة ثلاث سنوات تؤثر في حدوث الوفاة لطفل أقل من خمس سنوات، كما أن قيمة لوغاريتم نسبة الترجيح وردت بإشارة موجبة أي كلما انتقلنا من صفة الولادة الأولى إلى الولادة بعد تباعد لمدة ثلاث سنوات رافقه ارتفاع لوغاريتم نسبة أرجحية وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بقيمة 7,4.

**تباعد الولادات لمدة أربع سنوات فأكثر (4) Intervalle:** مستوى الدلالة قدر ب: 0.000 أي أصغر من 0.05 وهذا معناه أنه دال إحصائيا، أي أن صفة تباعد الولادات لمدة أربع سنوات فأكثر تؤثر في حدوث الوفاة لطفل أقل من خمس سنوات، كما أن قيمة لوغاريتم نسبة الترجيح وردت بإشارة موجبة معناه وجود علاقة طردية بين التعرض للوفاة ومدة التباعد، وبالرجوع إلى الفئة المرجعية يمكننا القول أنه كلما انتقلنا من صفة الولادة الأولى إلى الولادة بعد تباعد لمدة أربع سنوات فأكثر صاحبه ارتفاع فرصة تعرض الأطفال أقل من خمس سنوات لخطر الوفاة.

من خلال ما تم ذكره يتبين أن تباعد الولادات بالنسبة للأم، له تأثير على وفيات أطفالها الأقل من خمس سنوات، ويفسر هذا التأثير باختلاف رعاية الأطفال كون الأم التي تنجب لأول مرة تختلف على نظيرتها التي أنجبت من قبل، وبالنظر لتباعد الولادات فإن المدة الفاصلة بين الولادات لها دورها في الرعاية بالأطفال أقل من خمس سنوات، حيث تتسم الولادة الأولى في كثير من الأحيان بالحرص على الحفاظ على المولود في فترة الحمل وبعد الوضع، وكذلك وما يقابلها من ظروف محيطة بالأم أثناء هذه الفترة المهمة في حياة الطفل وأمه.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية السادسة:

الفرضية السادسة: تؤثر رتبة المولود بدلالة إخوته على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، إذ يفترض أن تعامل الأم مع المولود الأول يختلف في التعامل عن بقية مراتب المواليد.

### الجدول (5-7): توزيع أفراد العينة حسب رتبة المولود

الأطفال أقل من 5 سنوات			رتبة المولود
المجموع	المتوفون	الأحياء	
10865	206	10659	1
100%	1.9%	98.1%	
215	202	13	2-3
100%	94.0%	6.0%	
60	59	1	4-6
100%	98.3%	1.7%	
4	4	0	7+
100%	100.0%	0.0%	
11144	471	10673	المجموع
100%	4.2%	95.8%	

من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019

نلاحظ من خلال الجدول (5-7) توزيع أفراد العينة حسب رتبة المولود، حيث أن أغلب المواليد كانت رتبهم الأولى بنسبة عامة قدرت بـ 97.5% عموماً، سجل فيها الأحياء نسبة حوالي 98% والمتوفين حوالي 2%، بينما كانت مرتبة المولود بين 2 و3 بنسبة 6% للأطفال المتبقين أحياء و94% للمتوفين، أما بقية المراتب فكانت بنسب تقريبا ضئيلة، وهذا تبعا لما ذكرناه في متغير تباعد الولادات، ولكن مع ملاحظة أن المولودين في المرتبة السابعة فأكثر تم تسجيل 4 أطفال كلهم متوفين بنسبة 100%، وسنحاول فيما يلي دراسة تأثير رتبة المولود على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

دراسة تأثير رتبة المولود على وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي:

الفرضيات الإحصائية:

$H_0$ : لا تؤثر رتبة المولود على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

$H_1$ : تؤثر رتبة المولود على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

بتطبيق اختبار الاختبار اللوجستي ثنائي الإجابة نستخرج أهم المخرجات للنموذج حسب ما يلي:

**المخرج الثاني:** ويمثل إعادة ترميز المتغيرات الكيفية الترتيبية أو الاسمية، ولقد وضعنا المرتبة الأولى للمولود كفتحة مرجعية، يعني في مرحلة تفسير النموذج نقارن نتائج كل مرتبة للولادة بالمرتبة الأولى.

Codages des variables catégorielles					
		Fréquence	Codage de paramètre		
			(1)	(2)	(3)
Rang de naissance	1	10852	.000	.000	.000
	2-3	207	1.000	.000	.000
	4-6	74	.000	1.000	.000
	7+	6	.000	.000	1.000

## المخرج التاسع: نتائج اختبار الانحدار اللوجستي لتأثير مرتبة الطفل بين الولادات على وفيات الأطفال أقل من

خمس سنوات

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup>	Rang de naissance			548.505	3	.000	
	Rang de naissance(1)	6.699	.296	512.819	1	.000	811.543
	Rang de naissance(2)	8.663	1.387	39.022	1	.000	5783.345
	Rang de naissance(3)	25.150	20689.566	.000	1	.999	83661428537.666
	Constante	-3.947-	.070	3146.043	1	.000	.019

a. Introduction des variables au pas 1 : Rang de naissance.

### كتابة معادلة النموذج:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.947 + 6.699 \text{Rang de naissance (1)} + 8.663 \text{Rang de naissance (2)}$$

### قراءة وتفسير لمخرجات النموذج:

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن اختبار والد ورد بالقيمة 548.505 وهو دال إحصائياً لأن مستوى الدلالة المرافق له 0.000 وعليه فإننا نقبل الفرضية البديلة أي أن مرتبة المولود تؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، علماً أن متغير رتبة المولود هو متغير ترتيبي حيث اعتمدنا المرتبة الأولى للمولود كقائمة مرجعية، كما أننا سنستبعد المرتبة السابعة فأكثر (*Rang de naissance(3)*) لأنها لا تؤثر في وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بحكم أن مستوى الدلالة ورد بالقيمة 0.999 وهو أكبر من 0.05.

مرتبة المولود ما بين 2 إلى 3 (*Rang de naissance(1)*): بلغ لوغاريتيم نسبة الترجيح لوفاة طفل عمره أقل من خمس سنوات ذو المرتبة بين 2 إلى 3 القيمة 6.699 مقابل الطفل ذو الرتبة الأولى، كما أن قيمة

إحصائية والد ورد بالقيمة 512.819 وهو دال إحصائيا لأن قيمة مستوى الدلالة المرافق له 0.000 أقل من مستوى المعنوية 0.05، وعليه فإن مرتبة المولود ما بين 2 إلى 3 تؤثر في وفاة الطفل أقل من خمس سنوات إذا قورنت بالطفل ذو المرتبة الأولى، كما ترفع نسبة أرجحية تعرضه لخطر الوفاة بدرجة جد كبيرة مقارنة بالمولود ذو الرتبة الأولى.

**مرتبة المولود ما بين 4 إلى 6 (Rang de naissance(2):** بلغ لوغارتم نسبة الترجيح لوفاة طفل عمره أقل من خمس سنوات القيمة 8.663 على حساب بقائه حيا، حيث أن اختبار والد ورد بالقيمة 39.022 متبوع بمستوى الدلالة هو 0.000 الذي يعد أقل من مستوى المعنوية 0.05. وعليه فإن مرتبة المولود ما بين 4 إلى 6 بدلالة إخوته تؤثر في وفاة الطفل أقل من خمس سنوات مقابل بقاءه على قيد الحياة، وترفع من احتمال تعرضه لحدث الوفاة بدرجة جد كبيرة مقارنة بالمولود ذو الرتبة الأولى.

مما تقدم، يفهم وجود علاقة طردية بين رتبة المولود بدلالة إخوته وفرصة تعرضه لخطر الوفاة، ويمكن تفسير نوعية هذه العلاقة بتراجع الاهتمام والرعاية الصحية للمواليد في المراتب الثانية فأكثر عما كان عليه المولود في المرتبة الأولى، بحكم أن المولود الأول للأم يلقي اهتماما من طرفها أكثر من بقية المواليد في المراتب من 2 إلى 6.

من خلال ما تم ذكره نستنتج أن مرتبة المولود لها تأثير على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019 ويمكن تعميم ذلك على الجزائر، ويمكن تفسير هذا التأثير بكون سلوك الأم اتجاه مولودها يتغير بعدد ولاداتها، بما في ذلك الرعاية الصحية لها وللطفل ويمكن أن يحظ الطفل الأول مهما كان جنسه ذكرا أم أنثى برعاية أفضل مقارنة بالأطفال الذين يلونه، ويختلف هذا التأثير كذلك باختلاف الخبرات المكتسبة للأم، بما فيها متابعتها صحيا من خلال القيام بالتلقيحات اللازمة، والمراقبة الطبية دوريا.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية السابعة:

الفرضية السابعة: يؤثر المرض المزمن للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، إذ أن الإصابة بالمرض المزمن يعرض الطفل في المرحلة الجنينية إلى عدة أخطار بسبب تناول الأم للأدوية، ويمكن أن تظهر هذه الآثار في السنوات الأولى بعد ميلاد الطفل.

#### الجدول (5-8): توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بمرض مزمن للأم

الأطفال أقل من 5 سنوات				
المجموع	المتوفون	الأحياء		
902	64	838	نعم	الإصابة بمرض مزمن
100%	7.1%	92.9%		
10232	406	9826	لا	
100%	4.0%	96.0%		
11134	470	10664	المجموع	
100%	4.2%	95.8 %		
من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019				

نلاحظ من خلال الجدول (5-8) توزيع أفراد العينة حسب الإصابة بمرض مزمن حيث كان توزيع النسب بشكل متباين، إذ أن 902 من الأطفال كانت أمهاتهم مصابات بمرض مزمن حسب تصريحهن، يمثل فيها الأطفال المتوفين نسبة 7.1%، بينما كانت نسبة المتوفين للأطفال 4% للذين أمهاتهم صرحن بعدم إصابتهن بأي مرض مزمن، فيما صرحت القلة الباقية وهو 9 أمهات بعدم علمهن بالإصابة بأي مرض مزمن وعليه تم استبعادهن من الدراسة، وهو ما يفسر النقص في عدد المشاهدات وسنحاول في العنصر الموالي دراسة تأثير الإصابة بمرض مزمن للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.



## دراسة تأثير المرض المزمن للأم على وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات باستخدام أسلوب الانحدار

اللوجستي:

الفرضيات الإحصائية:

$H_0$ : لا يؤثر المرض المزمن للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

$H_1$ : يؤثر المرض المزمن للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

يحمل متغير الإصابة بالمرض المزمن صفتين للتعبير عن الإجابة، الصفة الأولى مريض والتي تحمل الدليل 1 أما الصفة الثانية فهي غير مريض والتي تحمل الدليل 2، بناءً على تصريحات الأمهات من خلال أسئلة المسح العنقودي لذلك سنجري هذا الاختبار على ما تم التصريح به من طرف المبحوثات.

تطبيقاً لنموذج للانحدار اللوجستي استخرجنا أهم المخرجات حيث:

المخرج التاسع: نتائج اختبار الانحدار اللوجستي لتأثير المرض المزمن للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس

سنوات

Variables de l'équation		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup>	Malade chronique ?	-.606-	.140	18.836	1	.000	.546
	Constante	-1.974-	.265	55.439	1	.000	.139

a. Introduction des variables au pas 1 : Malade chronique ?.

كتابة معادلة النموذج:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -1.974 - 0.606(\text{Malade chronique})$$

### قراءة وتفسير لمخرجات النموذج:

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة اختبار والد وردت بالقيمة 18.836 متبوع بمستوى دلالة 0.000 وهو أقل بالمقارنة من قيمة مستوى الدلالة المعنوية 0.05 المعمول به، معناه نقبل الفرضية البديلة وهذا يعني أن الإصابة بالمرض المزمن للأم يؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، وبما أن لوغاريتم نسبة الترجيح ورد بإشارة سالبة، يمكن القول أنه كلما تغيرت الحالة الصحية للام من الإصابة بالمرض المزمن إلى السلامة منه أدى ذلك إلى انخفاض نسبة أرجحية وفاة الطفل أقل من خمس سنوات مقابل بقاءه على قيد الحياة بـ 0.546 مرة أي تراجع فرصة وفاتية الطفل ذو العمر اقل من خمسة سنوات بنسبة 45.4%.

### عرض وتحليل نتائج الفرضية الثامنة:

**الفرضية الثامنة:** تؤثر الحالة الفردية للأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث يفترض بأن الأم الماكثة في البيت قد تسلك نمطا معيناً في المعيشة تحافظ به على أطفالها، تختلف عن نظيرتها حسب الحالات الفردية الأخرى في السلوك ورعاية الأطفال.

نلاحظ من خلال الجدول (5-9) توزيع العينة حسب الحالة الفردية للأم وهو متغير اقتصادي حيث ينقسم إلى خمس حالات وهي: عاملة، ممتدسة/طالبة/متربصة، تبحث عن عمل، متقاعدة، حالات أخرى غير مذكورة، حيث يتبين لنا من خلال هذا التوزيع أن أغلب الأمهات محل دراستنا مصنفات في حالات أخرى أي 9722 أم لديها طفل أقل من خمس سنوات 4.3% منهم متوفين والباقي على قيد الحياة بنسبة 95.7%، فيما كان عدد الأمهات العاملات 1170 كانت فيها نسبة الأطفال المتوفين 3.5%، بينما تم تسجيل نسبة 7.1% من الأطفال المتوفين للأمهات المتقاعدات.

الجدول (5-9): توزيع أفراد العينة حسب الحالة الفردية للأم

الأطفال أقل من 5 سنوات			الحالة الفردية للأم	
المجموع	المتوفون	الأحياء		
1170	41	1129		تعمل
100%	3.5%	96.5%		
51	1	50		طالبة / ممتدرة / تكوين مهني
100%	2.0%	98.0%		
186	6	180		تبحث عن عمل
100%	3.2%	96.8%		
14	1	13		متقاعدة
100%	7.1%	92.9%		
9722	421	9301	أخرى غير نشطة	
100%	4.3%	95.7%		
11143	470	10673	المجموع	
100%	4.2%	95.8%		

من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019

وسنحاول دراسة تأثير متغير الحالة الفردية للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في العنصر

الموالي.

دراسة تأثير الحالة الفردية للأم على وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات باستخدام أسلوب الانحدار

اللوجستي:

الفرضيات الإحصائية:

$H_0$ : لا تؤثر الحالة الفردية للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

$H_1$ : تؤثر الحالة الفردية للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

في هذه الفرضية سنطبق نموذج للانحدار اللوجستي لدراسة تأثير الحالة الفردية للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، حيث تعتبر الحالة الفردية متغير اسمي معبر عنه بخمس (05) صفات، كما صنفها المسح وهي: عاملة، طالبة أو متربصة، باحثة عن عمل، متقاعدة وحالات أخرى غير مذكورة، حيث اعتمدنا الحالة الأولى وهي عاملة كفئة مرجعية عند تطبيق الاختبار، والنتائج مدونة في المخرج الموالي:

**المخرج التاسع:** نتائج اختبار الانحدار اللوجستي لتأثير الحالة الفردية للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup>	Situation individuelle			2.866	4	.580	
	Situation individuelle(1)	-.658-	1.054	.390	1	.532	.518
	Situation individuelle(2)	-.059-	.439	.018	1	.893	.943
	Situation individuelle(3)	.498	1.161	.184	1	.668	1.645
	Situation individuelle(4)	.219	.166	1.734	1	.188	1.245
	Constante	-3.314-	.159	435.280	1	.000	.036
a. Introduction des variables au pas 1 : Situation individuelle.							

### قراءة وتفسير لمخرجات النموذج:

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه أن قيمة اختبار والد ورد بالقيمة 2.866 متبوع بمستوى دلالة 0.580 وهو أكبر من قيمة مستوى الدلالة المعنوية 0.05، معناه أنه غير دال إحصائياً وبالتالي قبول الفرضية الصفرية أي لا تؤثر الحالة الفردية للأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر. مع العلم أن

جميع فئات هذا المتغير وردت غير دالة إحصائياً. ويفسر هذا بكون أن الطفل في العمر 0-4 سنوات محل دراستنا يتعرض لنفس الظروف قبل وبعد الولادة بما فيها التعرض لظاهرة الوفاة مهما كانت الحالة الفردية للأم.

#### عرض وتحليل نتائج الفرضية التاسعة:

الفرضية التاسعة: يؤثر عمل الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث يفترض اختلاف في السلوك بين الأم العاملة والأم غير العاملة من خلال اختلاف نمط الرعاية بينهما للطفل قبل وبعد ميلاده.

#### الجدول (5-10): توزيع أفراد العينة حسب النشاط الاقتصادي للأم

الأطفال أقل من 5 سنوات				
المجموع	المتوفون	الأحياء		
1170	41	1129	تعمل	النشاط الاقتصادي للأم
100%	3.5%	96.5%		
9972	429	9543	لا تعمل	
100%	4.3%	95.7%		
11142	470	10672	المجموع	
100%	4.2%	95.8%		

من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019

نلاحظ من خلال الجدول (5-10) توزيع العينة حسب النشاط الاقتصادي للأم حيث كان التوزيع متبايناً لأن أغلبية الأمهات صنفن لا تعمل عددهن 9972 بنسبة 89.5%، بينما كان حوالي 1170 من الأمهات ما نسبته 10.5% صرحت أنها تعمل، كما نلاحظ أن نسبة الأطفال المتوفين في الصفة الأولى 3.5% والصفة الثانية 4.3%، ويعد هذا الجدول توافقا مع الحالة الفردية للأم، وسنحاول دراسة تأثير متغير النشاط الاقتصادي للأم على وفيات الأطفال باستخدام التحليل الإحصائي في العنصر الموالي.

## دراسة تأثير عمل الأم على وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي:

**H<sub>0</sub>**: لا يؤثر عمل الأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

**H<sub>1</sub>**: يؤثر عمل الأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

في هذه الفرضية سنطبق نموذج للانحدار اللوجستي لدراسة تأثير النشاط الاقتصادي للأم على وفيات الأطفال أقل

من خمس سنوات في الجزائر، حيث تم تصنيفه إلى تعمل / لا تعمل، والمخرج التالي يبين نتائج الاختبار:

**المخرج التاسع:** نتائج اختبار الانحدار اللوجستي لتأثير النشاط الاقتصادي للأم على وفيات الأطفال أقل من

خمس سنوات

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup>	Activité économique de la femme	.212	.166	1.625	1	.202	1.236
	Constante	-3.526-	.321	120.286	1	.000	.029
a. Introduction des variables au pas 1 : Activité économique de la femme.							

### قراءة وتفسير لمخرجات النموذج

نلاحظ من خلال الجدول أن لوغاريتم نسبة الترجيح قيمته 0.212 فيما ورد اختبار والد بالقيمة

1.625 متبوع بمستوى دلالة 0.202 وهو أكبر من قيمة مستوى المعنوية 0.05، وهذا مفاده انه غير دال

إحصائيا، وبالتالي قبول الفرضية الصفرية أي لا يؤثر عمل الأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في

الجزائر. وعلى هذا الأساس فان وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر لا تتأثر بالنشاط الاقتصادي

للإم، ويفسر ذلك بتعرض الأطفال في هذه السن المبكرة لنفس الظروف الصحية أو فرص البقاء على قيد الحياة، بغض النظر عن كون الأم تعمل أو لا تعمل.

#### عرض وتحليل نتائج الفرضية العاشرة:

الفرضية العاشرة: يؤثر مؤشر الثروة للأسر المنتمة لها الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات في الجزائر سنة 2019، بحيث كلما كان مؤشر ثروة أسرة الأم أرفع قلت حدة انتشار وفيات الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات.

#### الجدول (5-11): توزيع أفراد العينة حسب مؤشر الثروة الخمسي

الأطفال أقل من 5 سنوات			مؤشر الثروة الخمسي	
المجموع	المتوفون	الأحياء		
2623	138	2485		أشد فقرا
100%	5.3%	94.7%		
2493	109	2384		الثاني
100%	4.4%	95.6%		
2275	100	2175		المتوسط
100%	4.4%	95.6%		
2029	74	1955		الرابع
100%	3.6%	96.4%		
1722	49	1673		الأغنى
100%	2.8%	97.2%		
11142	470	10672	المجموع	
100%	4.2%	95.8%		

من إعداد الباحث بناءً على معطيات مسح 2019

نلاحظ من خلال الجدول (5-11) توزيع الأطفال أقل من خمس سنوات حسب مؤشر الثروة لأسر الأمهات، حيث يصنف هذا المتغير إلى خمس مستويات وهي: فقير جدا، الثاني(فقير)، المتوسط، الرابع(غني) والأغنى، ومن الملاحظ أن هذا تصنيف الأمهات جاء بترتيب تنازلي من فقير جدا إلى الأغنى من حيث نسب التمثيل، إذ كانت نسبة المتوفين من الأطفال أقل من خمس سنوات عند مؤشر الثروة فقير جدا هي 5.3%، ثم المستوى الثاني والمتوسط بـ 4.4%، ثم المستوى الرابع والأغنى بـ 3.6% و 2.8% على الترتيب، وسيتم دراسة تأثير هذا المؤشر الاقتصادي على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

دراسة تأثير مؤشر الثروة للأم على وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات باستخدام أسلوب الانحدار اللوجستي:

$H_0$ : لا يؤثر مؤشر الثروة للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

$H_1$ : تؤثر مؤشر الثروة للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات.

دراسة التأثير تكون من قراءة جدول أهم المخرجات الموضحة أدناه:

المخرج الثاني: إعادة ترميز المتغير، حيث وضعنا فئة فقير جدا كفئة مرجعية، حيث سنقارن نتائج كل صفة بصفة فقير جدا بالنسبة للأمهات.

Codages des variables catégorielles						
		Fréquence	Codage de paramètre			
			(1)	(2)	(3)	(4)
Quintile du bien être	Le plus pauvre	2851	.000	.000	.000	.000
	Second	2494	1.000	.000	.000	.000
	Moyen	2300	.000	1.000	.000	.000
	Quatrième	1974	.000	.000	1.000	.000
	Le plus riche	1520	.000	.000	.000	1.000



المخرج التاسع: ويمثل نتائج الاختبار للانحدار اللوجستي الثنائي، لتأثير مؤشر الثروة للأمهات على وفيات

الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر

Variables de l'équation							
		B	E.S	Wald	ddl	Sig.	Exp(B)
Pas 1 <sup>a</sup>	Quintile du bien être			16.400	4	.003	
	Quintile du bien être(1)	-.191-	.131	2.123	1	.145	.826
	Quintile du bien être(2)	-.184-	.135	1.868	1	.172	.832
	Quintile du bien être(3)	-.384-	.147	6.769	1	.009	.681
	Quintile du bien être(4)	-.628-	.169	13.859	1	.000	.534
	Constante	-2.893-	.088	1092.033	1	.000	.055
a. Introduction des variables au pas 1 : Quintile du bien être.							

كتابة معادلة النموذج:

$$\log\left(\frac{p}{1-p}\right) = -3.893 - 384(Q \text{ du bien être}(3)) - 628(Q \text{ du bien être}(4))$$

قراءة وتفسير لمخرجات النموذج

نلاحظ من خلال الجدول أعلاه حيث أن مؤشر الثروة من بين المتغيرات الترتيبية وهو يحمل خمس صفات، اعتمدنا فئة الأمهات المنتميات إلى اسر فقيرة جدا كفئة مرجعية، بما أن قيمة اختبار والد 16.400 متبوع بمستوى دلالة 0,003 وهو أقل من مستوى المعنوية 0,05 فهذا يعني أن متغير مؤشر الثروة للأسرة المنتمية لها الأم دال إحصائيا، وعليه فإننا نقبل الفرضية البديلة التي تفيد بتأثير مؤشر الثروة للأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر.

**مؤشر الثروة الرابع:** يمثل فئة النسوة المنتميات إلى الأسر الغنية، أما لوغاريتم نسبة الترجيح فقدرة  $-0.384$  فهو ذو إشارة سالبة، قيمة اختبار والد وردت بالقيمة  $6.796$  متبوع بمستوى دلالة قدره  $0,009$  وهو أصغر من قيمة مستوى المعنوية  $0,05$  وهذا يعني أنه دال إحصائياً، يفهم مما تقدم ذكره أن لوغاريتم نسبة الترجيح لوفاة الطفل أقل من خمس سنوات تنخفض بمقدار  $0.384$  عند الأمهات المنتميات إلى الأسر الغنية مقارنة بنظيراتهن المنتميات إلى الأسر فقير جداً، أي كلما انتقلنا من الأسر ذات المستوى فقير جداً إلى الأسر الغنية فإن نسبة أرجحية وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات تقل بـ  $0.681$  مرة مقابل البقاء على قيد الحياة أي انخفاض نسبة فرصة التعرض لخطر الوفاة بقيمة  $32\%$ .

**مؤشر الثروة الخامس:** يمثل شريحة النسوة المنتميات إلى الأسر الغنية جداً، وردت إحصائية والد الموافقة لهذه الشريحة بالقيمة  $13.859$  متبوعة بمستوى دلالة قيمته  $0,000$  وهو أصغر من قيمة مستوى المعنوية  $0,05$  وهذا يعني أنه دال إحصائياً، بلغ لوغاريتم نسبة الترجيح القيمة  $-0.628$  وهذا مفاده أن وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات لوغاريتم نسبة أرجحيتها تقل بمقدار  $0.628$  لدى الأمهات المنتمية إلى أسر غنية جداً مقارنة بالأمهات المنتميات إلى الأسر فقير جداً كونها اعتمدت كفتة مرجعية في تحليلنا الإحصائي، بمعنى أنه كلما انتقلنا من الأسر الفقيرة جداً إلى الأسر الغنية جداً انخفضت نسبة أرجحية وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بـ  $0.534$  مرة مقابل بقائهم أحياء، أي انخفاض فرصة احتمال تعرضهم للوفاة بنسبة  $47.6\%$ .

فيما يخص نسب التأثير لمستويي الرفاه غني وغني جداً، فإنهما مرتبين حسب نسب التأثير ترتيباً تصاعدياً، حيث أن المستوى غني يعمل على خفض فرصة تعرض الطفل ذو العمر أقل من خمسة سنوات للوفاة بنسبة  $32\%$ ، بينما المستوى غني جداً فإنه يخفض فرصة وفاة الطفل بنسبة  $47.6\%$ ، يفسر هذا التأثير بتغير الحالة الاقتصادية للأُم وما يصاحبها من تحسن في الحالة الصحية والاجتماعية، وبالتالي توفير قدر أكبر مما كان

عليه فيما يخص حماية الأطفال من المخاطر خاصة الأمراض والوفاة، وتحسن مؤشر الثروة يعمل على خفض هذه الظاهرة وبنسب جيدة حسب نتائج الاختبار المطبق.

بالنسبة لمستويي مؤشري الثروة الفقير والمتوسط فإن مستويات الدلالة المرافقة لهما وردت بالقيم 0.145 و0.172 على الترتيب وهي أكبر من مستوى الدلالة المعنوية 0.05، وبالتالي لا يوجد لهذين المستويين تأثيراً على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر مقارنة بمستوى الرفاه فقير جداً، أي لا يختلف تأثير مؤشرا الثروة الفقير والمتوسط عن المؤشر فقير جداً، أي تنتشر وفيات الأطفال الأقل من خمس سنوات بنفس الحدة في الأسر ذات مؤشرات الرفاه الاقتصادي فقير جداً، فقير ومتوسط

## (2) مناقشة النتائج على ضوء الفرضيات:

**الفرضية الأولى:** من خلال إجراء الاختبار الإحصائي لدراسة تأثير الفئات العمرية للأم تبين أن عمر له تأثير على وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر، وهذا يثبت ما تضمنته الفرضية الأولى، غير أنه بعد إجراء اختبار الانحدار اللوجستي تبين عكس الاتجاه المطروح في الفرضية، حيث استنتجنا أنه كلما انتقلنا إلى الأعمار الكبيرة 44 سنة فأكثر زاد احتمال تعرض الأطفال إلى خطر الوفاة خاصة الرضع. ويمكن تفسير ذلك بالمخاطر الصحية التي تتعرض لها الأمهات أثناء الحمل المتأخر، وما يصاحبه من أخطار جراء تناول الأدوية أو الإفراط فيها بغية الحفاظ على الجنين أو غيرها من العوامل، إضافة إلى استهلاك واستنفاد الطاقة الفيزيولوجية للأمهات الخاصة بالحمل والولادة خاصة للنسوة اللواتي تزوجن في سن متأخر نسبياً ولم يقمن بتبني مبادئ الولادة.

**الفرضية الثانية:** بعد إجراء الاختبار الإحصائي لتأثير المستوى التعليمي للأم على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، تبين فعلاً وجود تأثير وبنفس الاتجاه المذكور حيث كلما انتقلنا من مستوى ما قبل التمدرس، قلت حدة انتشار وفيات الأطفال بنسب مختلفة بين المستويات التعليمية المذكورة، ولعل أعلى نسبة

لبقاء الطفل على قيد الحياة، تم تسجيلها لفئة الأمهات ذات المستوى الجامعي، وما يفسر ذلك هو انتشار الوعي الثقافي لديهن وبالأخص الثقافة الصحية المساعدة على الحفاظ السليم للجنين أثناء الحمل وحسن التصرف مع مرضية الأطفال، وبالتالي ارتفاع الرعاية الصحية اتجاه الأطفال أكثر من غيرهن من الأمهات في المستويات الأخرى.

**الفرضية الثالثة:** تم إثبات أن مكان الإقامة يؤثر على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، حيث كلما انتقلنا من المنطقة الحضرية إلى الريفية زاد احتمال وفيات الأطفال دون الخمس سنوات، ويعود ذلك لعدة أسباب لعل أهمها ضعف التغطية الصحية المتخصصة في المناطق الريفية عكس الحضرية، وانتشار الوعي الصحي والتلقيحات في المناطق الحضرية أكثر من الريفية.

**الفرضية الرابعة:** يؤثر الإقليم الجغرافي القاطنة به الأمهات على وفيات الأطفال دون 5 سنوات من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر 2019، بحيث كلما اتجهنا نحو الأقاليم الجغرافية الشمالية قلت حدة انتشار وفيات الأطفال ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات.

بعد إجراء اختبار الانحدار اللوجستي الثنائي على متغير الإقليم الجغرافي، تبين أن له تأثير على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، حيث تبين أن هناك تأثير كلما انتقلنا من إقليم وسط الشمال إلى كل من إقليم شمال شرق، هضاب عليا وسط وإقليم الجنوب، حيث تزيد حدة الوفيات كلما انتقلنا إلى إقليم الجنوب، ويمكن تفسير زيادة وفيات الأطفال في إقليم شمال شرق نظرا للكثافة السكانية بذات الإقليم بالدرجة الأولى، بينما لم يتغير التأثير عند الانتقال من إقليم شمال وسط إلى الأقاليم المتبقية غير المذكورة آنفا، نظرا للتعرض لنفس الظروف بالنسبة للأمهات.

**الفرضية الخامسة:** من خلال إجراء التحليل الإحصائي لمتغير تباعد الولادات ودراسة تأثيره على وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر، تبين وجود تأثير لمتغير تباعد الولادات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، حيث أثبت الاختبار أنه يزيد احتمال تعرض الطفل لخطر الوفاة كلما زادت مدة التباعد، ويمكن

إرجاع ذلك لأسباب متعلقة بالأم ومتابعتها الصحية، وأن حدة الوفيات تختلف من مدة تباعد إلى أخرى كما أثبتت الدراسة أن النسبة الأكبر للوفيات حدثت للأطفال في الولادة الأولى.

**الفرضية السادسة:** بعد تطبيق أسلوب الانحدار اللوجستي الثنائي لدراسة تأثير رتبة المولود بالنسبة للأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، تبين أن هناك تأثير كلما انتقلنا من المرتبة الأولى إلى المراتب الأخرى، حيث تزيد حدة تعرض الأطفال لخطر الوفاة بنسب مختلفة، ويرجع السبب في ذلك إلى سلوك الأمهات تجاه المولود الأول عكس المواليد التالية حيث يزيد دوما الاهتمام لديهن بالطفل الأول، من توفير للغذاء اللازم إلى الاهتمام الصحي، بما في ذلك من متابعة التلقيحات اللازمة، وبالتالي انخفاض احتمال التعرض لخطر الوفاة.

**الفرضية السابعة:** بعد إجراء تحليل إحصائي لتأثير المرض المزمن للأمهات المصابات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، تبين وجود تأثير حيث يزيد خطر التعرض للأطفال اللذين أمهاتهم مصابات بمرض مزمن عكس السليمات، ويمكن إرجاع الأسباب إلى الأعراض المصاحبة للأمراض المزمنة خاصة في المرحلة الجنينية، ولعل أكثرها يعود لتناول الأم للأدوية أثناء الحمل، وكذا الإجهاد المصاحب للمرض المزمن للأمهات وتأثيره على الجنين وخاصة وصل المغذيات بالكم الكافي. والعكس بالنسبة للأمهات السليمات فأطفالهن أقل عرضة لخطر الوفاة للأسباب المذكورة آنفا.

**الفرضية الثامنة:** بعد إجراء الاختبار الإحصائي لدراسة تأثير الحالة الفردية للأمهات على وفيات أطفالهن الأقل من خمس سنوات في الجزائر، تبين عدم وجود تأثير لهذا المتغير، ويمكن تفسير ذلك بأن الأمهات ذوات الحالات الفردية المختلفة لها نفس السلوك تجاه أطفالهن في السنوات الأولى، وهو ما ينفي ما تناولناه في نص الفرضية.

**الفرضية التاسعة:** تبين بعد إجراء الاختبار الإحصائي لدراسة تأثير متغير النشاط الاقتصادي للأمهات على وفيات أطفالهن الأقل من خمس سنوات في الجزائر، تبين عدم وجود تأثير لحالة النشاط الاقتصادي، أي أن الأمهات العاملات واللواتي لا تمارسن نشاطا اقتصاديا هن نفس السلوك تجاه أطفالهن قبل وبعد الميلاد، وهو ما ينفي الاتجاه المطروح في الفرضية.

**الفرضية العاشرة:** تبين لنا بعد إجراء الاختبار الإحصائي لمتغير مؤشر الثروة للأمهات على وفيات أطفالهن، أن هناك تأثير لهذا المتغير حيث كلما انتقلت الأمهات من مؤشر فقير جدا إلى المؤشر الرابع أو الأعلى انخفضت حدة التعرض لخطر الوفاة للأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر وبنسب مختلفة، غير أن المؤشر الثاني والمتوسط تبين أن لها نفس التأثير، ويمكن إرجاع ذلك إلى زيادة الإنفاق الصحي للأمهات على أطفالهن قبل وبعد الولادة، في حين أن الأمهات فقير جدا أقل إنفاقا على الرعاية الصحية لهن ولأطفالهن وبالتالي زيادة تعرض الأطفال في هذا المستوى لخطر الوفاة.

### (3) مناقشة النتائج على ضوء الدراسات السابقة:

بعد استخراج نتائج الاختبارات تبين أن هناك توافقا في بعض النتائج مع نتائج الدراسات السابقة المذكورة في الفصل الأول من الدراسة، حيث توصلنا إلى أن المستوى التعليمي للأمهات له تأثير عكسي على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، حيث تنخفض حدة الوفيات كلما زاد المستوى التعليمي للأمهات، وهو ما توصلت إليه جل الدراسات السابقة، بالإضافة إلى تأثير المستوى الاقتصادي، حيث كلما كان الوضع الاقتصادي متدهورا زاد خطر التعرض للوفاة للأطفال أقل من خمس سنوات، ونشير هنا في دراستنا بالتحديد إلى مؤشر الثروة للأمهات في دراستنا، وهو ما تطرقت إليه الدراسات السابقة من حيث التطور الاقتصادي للأسرة حيث ينخفض احتمال الوفاة للأطفال كلما كان الوضع متطورا.

كما نذكر أن أغلب المتغيرات الاجتماعية والديمقراطية لها تأثير على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، وهو نفس الاتجاه الذي توصلت إليه الدراسات السابقة. فمثلا ما تعلق بمرتبة المولود إذ تشير بعض الدراسات أن نسبة خطر الوفاة مرتفعة للأطفال ذوي الرتب الأعلى مقارنة بالأطفال ذوي الترتيب الأول، وهو ما يتوافق مع نتائج دراستنا.

تجدر الإشارة إلى وجود اختلاف في نتائج دراستنا مع ما توصلت إليه بعض الدراسات السابقة، فمثلا نسبة خطر الوفاة مرتفعة للأطفال الذين تتراوح أعمار أمهاتهم ما بين (20-34)، وهي الفئات الوسطى وهذا لم نتوصل إليه في دراستنا حيث وجدنا ارتفاع حدة خطر الوفاة لأعمار الأمهات المتقدمة من 44 سنة فما فوق، عكس الأعمار الصغيرة.

## خلاصة الفصل:

حاولنا من خلال هذا الفصل معرفة مدى تأثير المتغيرات الاقتصادية والاجتماعية للأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات بالجزائر (mics6) 2019، حيث تطرقنا في البداية إلى التحليل الوصفي للبيانات من خلال استخراج جداول مركبة تربط بين متغير الدراسة ألا وهو وفيات الأطفال دون الخمس سنوات مع أهم المتغيرات الاجتماعية والاقتصادية للأم (عمر الأم، المستوى التعليمي، وسط الإقامة، الأقاليم الجغرافية، تباعد الولادات، رتبة المولود، المرض المزمن للأم، الحالة الفردية، النشاط الاقتصادي ومؤشر الثروة)، حيث كان توزيع النسب المثوية بشكل متباين بين المتغيرات، بالنسبة لعمر الأم أكبر نسبة للتمثيل في الفئتين [30-34] و [35-39]، بينما متغير المستوى التعليمي، فإن أكبر نسبة كانت للمستوى التعليمي المتوسط ثم الثانوي، بينما شهد وسط الإقامة حضر أكبر تمثيل من وسط الإقامة ريف، في حين شهد إقليم شمال وسط أكبر نسبة تمثيلية عن بقية الأقاليم الجغرافية المبرمجة، شهد كذلك كل من تباعد الولادات الأولى ومرتبة المولود الأول النسب الأعلى، كما أن أغلبية الأمهات صرحن بسلامتهن من الأمراض المزمنة، بالإضافة إلى أن الحالة الفردية غير نشط أخذت أعلى النسب، في حين كان لتمثيل أغلب الأمهات صرحن بعدم عملهن، وفي الأخير وردت نسب مؤشر الثروة بشكل تنازلي من فقير جدا إلى الأعلى في ترتيب الأقاليم الجغرافية المبرمجة.

في الجزء الثاني حاولنا دراسة تأثير كل المتغيرات المستقلة المذكورة سابقا على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، من خلال دراسة الفرضيات وتحليلها باستخدام الأسلوب الإحصائي الانحدار اللوجستي ثنائي الإجابة، عن طريق برنامج SPSS، حيث وجدنا تأثير عمر الأم على وفيات الأطفال أقل خمس سنوات كلما انتقلنا من الفئة الأولى إلى الفئة الأخيرة، في حين أن المستوى التعليمي له تأثير عند الانتقال من الفئة بدون مستوى تعليمي إلى المستويات الأخرى كل على حدى، كذلك بالنسبة لمتغير مكان الإقامة فله تأثير على وفيات



الأطفال كلما انتقلنا من الريف إلى الحضر قلت وفيات الأطفال، بالنسبة لمتغير الأقاليم الجغرافية فإن التأثير على وفيات الأطفال كان كلما انتقلنا من إقليم شمال وسط إلى شمال شرق وهضاب عليا وسط، بينما كان هناك تأثير كذلك لكل من تباعد الولادات ورتبة المولود، كذلك بالنسبة للإصابة بالمرض المزمن فله تأثير على وفيات الأطفال، حيث كلما كانت الأم سليمة قل احتمال وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات، كما أن متغير مؤشر الثروة له تأثير عند الانتقال من مؤشر الثروة فقير جدا إلى المؤشر الرابع والأغنى، بينما استنتجنا عدم وجود تأثير لكل من الحالة الفردية و المستوى الاقتصادي للأم.

خاتمة

## خاتمة:

تحتل دراسة وفيات الأطفال مكانة هامة في الدراسات البحثية، حيث تعطي الأمم المتحدة أولويات وحلول من أجل تخفيض معدلات الوفيات سواء للأطفال أو للرضع، حيث واصلت هذه المعدلات في الانخفاض فعلا، فقد حققت الدول المتقدمة معدلات ضعيفة جدا والتي تعكس فعلا تطورها من الجانب الاقتصادي والاجتماعي، كما حققت بعض الدول النامية ومن بينها الجزائر تقدما واضحا في هذا المجال، فقد انخفض معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر إلى 24.2% سنة 2019، بعدما كان 27.5% سنة 2010، في حين انخفض معدل وفيات الرضع من 23.7% سنة 2010 إلى 21% سنة 2019، ودائما ما يتم تسجيل معدل وفيات منخفض للإناث مقارنة بالذكور.

ولعل من أسباب استمرار انخفاض معدلات وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر هو الجهود المبذولة في تطوير القطاع الصحي وخاصة في مجال حماية الأمومة والطفولة من طرف الجهات الوصية، نظرا لبداية التطور الاقتصادي والاجتماعي، هذا التطور مكّن الجزائر من استيراد التكنولوجيا الصحية من الدول المتطورة، ومواكبة كل ما هو جديد في ظل تسارع التطور العلمي التكنولوجي في الجانب الصحي.

إن الأطفال دون سن الخامسة تعتبر الفئة الحساسة من السكان باعتبارها أكثر عرضة للأمراض التي تصيب الأطفال في الأعمار الصغيرة نظرا لضعف مناعتهم وهذا ما يؤدي إلى تعرضهم لاحتمال الوفاة أكثر من غيرهم. إذ يعد تخفيض وفيات الأطفال دون الخمس سنوات أحد أهم الأهداف الإنمائية للألفية، لذلك لا بد من توفير آليات تخص الرعاية الصحية لهذه الفئة، من خلال توفير الخدمات الأساسية التي تضمن سلامتهم وبقائهم على قيد الحياة، خاصة الأطفال البالغين من العمر سنة وذلك بتلقيهم لجميع الإجراءات الوقائية كالمتابعة الصحية والتلقيح.

بما أن الجزائر تنتمي إلى الدول النامية، فقد عرفت أيضا تطورا ملحوظا في معدلات وفيات الأطفال، حيث انخفض هذا المعدل من 27.5% سنة 2010 إلى 24.2% خلال 2019 أي حققت ربعا هاما في المعدل قيمته 3.3 نقطة خلال 9 سنوات وذلك حسب إحصاءات ديمغرافيا الجزائر لسنة 2019، كما أن وفيات الرضع عرفت انخفاضا كذلك حسب نفس الإحصائيات فبعدها كان 23.7% سنة 2010، انخفض إلى 21.0% سنة 2019 محققة بذلك ربعا مقبولا قيمته 2.6 نقطة في المعدل خلال 9 سنوات، صاحبه تطور في أمل الحياة عند الولادة الذي وصل إلى 77.8 سنة بعدما كان 76.3 سنة خلال سنة 2010.

بعد دراسة هذا الموضوع، الذي يعد جد هام في الوقت الحالي، توصلنا إلى بعض النتائج والتي من شأنها أن تكون ذات أهمية مستقبلا في المجال العلمي، أو التخطيط الصحي في الجزائر، حيث نستعرض النتائج كما يلي:

- يؤثر عمر الأم على وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر، حيث يزيد احتمال تعرض الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر كلما انتقلنا إلى الأعمار الكبيرة للأمهات.
- يؤثر المستوى التعليمي للأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، حيث كلما انتقلنا من مستوى ما قبل التمدرس، إلى مستوى أعلى قلت حدة انتشار وفيات الأطفال بنسب مختلفة بين المستويات التعليمية المذكورة. وفرص البقاء على قيد الحياة أكثر للأطفال أقل من خمس سنوات عند الأمهات ذات التعليم الجامعي.
- يؤثر مكان الإقامة على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر من خلال قاعدة معطيات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2019، ويمكن تعميمه إحصائيا على الجزائر، حيث كلما انتقلنا من المنطقة الحضرية إلى الريفية زاد احتمال وفيات الأطفال دون الخمس سنوات. نظرا لتفاوت التغطية الصحية ماديا وبشريا بين الوسطين حضر ريف في الجزائر.

- يؤثر الإقليم الجغرافي القاطنة به الأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، حيث تبين أن هناك تأثير كلما انتقلنا من إقليم وسط الشمال إلى كل من إقليم شمال شرق، هضاب عليا وسط وإقليم الجنوب، حيث تزيد حدة الوفيات كلما انتقلنا إلى إقليم الجنوب، ويمكن تفسير زيادة وفيات الأطفال في إقليم شمال شرق نظرا للكثافة السكانية بذات الإقليم بالدرجة الأولى، بينما لم يتغير التأثير عند الانتقال من إقليم شمال وسط إلى الأقاليم المتبقية غير المذكورة آنفا، نظرا للتعرض لنفس الظروف بالنسبة للأمهات.
- يؤثر تباعد الولادات على وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر، حيث يزيد احتمال تعرض الطفل لخطر الوفاة كلما زادت مدة التباعد بين الولادات.
- تؤثر رتبة المولود بالنسبة للأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، حيث تبين أن هناك تأثير كلما انتقلنا من المرتبة الأولى إلى المراتب الأخرى، حيث تزيد حدة تعرض الأطفال لخطر الوفاة بنسب مختلفة.
- يوجد تأثير للمرض المزمن للأمهات على وفيات أطفالهن الأقل من خمس سنوات في الجزائر، حيث يزيد خطر التعرض للأطفال اللذين أمهاتهم مصابات بمرض مزمن عكس السليمات.
- لا يوجد تأثير للحالة الفردية للأمهات على وفيات أطفالهن ذوي الأعمار الأقل من خمس سنوات في الجزائر.
- لا يوجد اختلاف في التأثير على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في الجزائر، رغم الاختلاف في النشاط الاقتصادي للأمهات.
- تبين لنا بعد إجراء الاختبار الإحصائي وجود أثر لمتغير مؤشر الثروة لأسر الأمهات على وفيات أطفالهن أقل من خمس سنوات في الجزائر، بحيث كلما تغير مؤشر الرفاه الاقتصادي لأسر الأمهات من المستوى فقير جدا إلى المؤشر الغني أو المؤشر جد غني انخفضت حدة التعرض لخطر الوفاة للأطفال أقل من خمس سنوات وبنسب مختلفة، غير أن المستويين الفقير والمتوسط تميزا بنفس الأثر مع المستوى فقير جدا.

# قائمة المراجع والمصادر

أولاً: القواميس والمعاجم:

- 1- المعجم الديموغرافي المتعدد اللغات. اللجنة الاقتصادية والاجتماعية لغربي آسيا (الإسكواش).
- 2- معجم الوسيط، مجمع اللغة العربية، مكتبة الشروق الدولية، ط3، القاهرة، مصر، 1993.

ثانياً: الكتب والمجلدات:

- 3- آسيا الشريف، الظواهر الديمغرافية، ديوان المطبوعات الجامعية.
- 4- الشلقاني مصطفى، طرق التحليل الديمغرافي، الإحصاء السكاني والديمغرافي، دار السلاسل، الكويت، ط2، 1994.
- 5- مجوش عمار، د.عباش عائشة، د.رانجة زكية، منهجية البحث العلمي وتقنياته في العلوم الاجتماعية، المركز الديمقراطي العربي، برلين-ألمانيا، 2019. كتاب جماعي.
- 6- طارق السيد، علم اجتماع السكان، دار المعرفة الجامعية، مصر، 2004.
- 7- فتحي أبو عيانة، جغرافية السكان وأسسها الديمغرافية العامة، الإسكندرية، دار الجامعات المصرية، 1988.
- 8- فتحي أبو عيانة، دراسات في علم الاجتماع السكان، ط3، دار النهضة العربية، لبنان، 2002.
- 9- فراس عباس البياتي، وفيات الأطفال، المجلد1، الموصل، جامعة الموصل، كلية الآداب قسم علم الاجتماع، 2012.

10- فوزي العيد سهاونة، موسى عبودة سمحة، جغرافية السكان، مجلد2، دار وائل، عمان، الأردن، 2007.

11- مُجَّد أحمد السريتي، منهج البحث العلمي، جامعة أم القرى، بالغريزية، مصر، 2014-2015.

12- مُجَّد السرحان علي المحمودي، مناهج البحث العلمي، ط3، دار الكتب، صنعاء، اليمن، 2019،

13- مُجَّد عبيدات، مُجَّد أبو ناصر، عقله مبيضين، منهجية البحث العلمي القواعد المراحل التطبيقات، ط2 دار وائل للنشر، عمان، الأردن، 1999.

14- منير طلعت الرشيدى، السكان والتباين الجغرافي، أسس التنمية المستدامة، دار الكتاب الحديث، الإسكندرية، مصر، 2009.

15- نور الدين حاروش، الإدارة الصحية، ط1، دار الثقافة للنشر والتوزيع، عمان، الأردن، 2012.

16- هاشمي أحمد ، علاقة الأنماط السلوكية بالأنماط التربوية الأسرية، ط1، دار قرطبة، تونس، 2004.

ثالثا: الرسائل ومذكرات التخرج:

17- الغول عبد الحكيم، أمل الحياة ومظاهر تحسنه في الجزائر، مجلة آفاق علمية، مجلد 10، عدد02، 2018

18- حمد بن موسى القحطاني، العوامل الاجتماعية المؤدية إلى التعثر الدراسي لدى الشباب الجامعي، دراسة ميدانية، مجلة البحث العلمي في التربية، العدد 20، سنة 2019.

19- حنان بن سعدة، الأسباب السوسيواقتصادية والديمغرافية لوفيات الأطفال الرضع، أطروحة دكتوراه، جامعة عمار ثليجي، الأغواط، 2018.



- 20- خالد زهدي خواجه، إحصاءات ومقاييس الوفيات، بدون ذكر البلد والسنة.
- 21- رفيقة بلخف، النمو المعرفي في مرحلة الطفولة المبكرة، مجلة آفاق علمية، الجزائر، 2014.
- 22- عدنان غانم ، فريد خليل الجاعوني، استخدام تقنية الانحدار اللوجستي ثنائي الاستجابة في دراسة أهم المحددات الاقتصادية و الاجتماعية لكفاية الدخل ، مجلة جامعة دمشق للعلوم الاقتصادية و القانونية ، المجلد 27، العدد الأول، 2011.
- 23- عزوز العربي، مدى دراية المرأة الجزائرية بمرض السيدا من نتائج المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2012. أطروحة لنيل شهادة الدكتوراه، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2023.
- 24- عمر طعبة، المحددات السوسيوديمغرافية للرضاعة الطبيعية في الجزائر باستعمال الانحدار اللوجستي الثنائي من خلال بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات mics4 . 2022.
- 25- قليل هجيرة، تحليل تطور اتجاهات الوفيات في الجزائر 1962-2012، مجلة العلوم الاجتماعية، جامعة الأغواط، المجلد 7 العدد 28، 2018.
- 26- لبرارة سماح، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر، مذكرة تخرج لنيل درجة الماجستير، جامعة الحاج لخضر، باتنة، 2010.
- 27- مُجد العيد حسيني، السياسة العامة الصحية في الجزائر دراسة تحليلية من منظور الاقتراب المؤسسي الحديث 1990-2012، رسالة ماجستير، جامعة قاصدي مرباح ورقلة، 2013.

رابعاً: المقالات العلمية

- 28- حمزة مسعي أحمد، د عمر طعبة، استخدام تقنية الأنداد اللوجستي الثنائي في تفسير أهم العوامل المؤثرة على ظاهرة الولادة في الجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات (mics4) 2012-2013.
- 29- سويقات مُجَّد، أ.د حمزة شريف علي، تطور وفيات الرضع في الجزائر، مجلة العلوم الإنسانية والاجتماعية، العدد 32 جانفي 2018، الجزائر.
- 30- سيهام عبد العزيز. أسباب وفيات الأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر من 2002 إلى 2016. مجلة الباحث في العلوم الإنسانية والاجتماعية، الصفحات 209-216.
- 31- مقيدش نزيهة، تقييم الإنفاق الصحي في الجزائر، دراسة تحليلية قياسية خلال الفترة 1990-2019، مجلة دراسات اقتصادية، مجلد 16، عدد 01، 2022.
- 32- نادية دكاكن، عمر طعبة، دراسة تحليلية لأثر المستوى التعليمي للأم على وفيات الأطفال الرضع في الجزائر، مجلة الدراسات والبحوث الاجتماعية، المجلد 11، العدد 02، 2023، ص 218-232.

خامساً: التقارير والمنشور:

- 33- الجريدة الرسمية رقم 59، الصادرة بتاريخ 1969/07/11.
- 34- السياسة الصحية الوطنية، التقييم والتوقعات (التقرير الشامل)، 10 أكتوبر 2010.
- 35- المرسوم التنفيذي رقم: 64-110 المؤرخ في: 1964/04/10

36- مرسوم رئاسي، رقم 06-395، مؤرخ في 20 شوال 1427 الموافق لـ 12 نوفمبر 2006، يحدد

الأجر الوطني الأدنى المضمون.

37- وزارة الصحة والسكان: التقرير النهائي للمسح العنقودي المتعدد المؤشرات. الجزائر، 2019.

38- وزارة الصحة والسكان، برنامج صحة الأم والطفل، 2002.

39- The DSH wealth index. DSH comparative reports 6.2006

سادسا: المواقع الالكترونية:

40- <https://www.unicef.org/child-rights-convention/convention-text>

41- <https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SH.DYN.MORT.MA?end=2021&locations=1A&start=1990>

42- [https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO\\_MINFIND/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=d8095bc4-7b3e-454d-9115-8671427e839a](https://ec.europa.eu/eurostat/databrowser/view/DEMO_MINFIND/bookmark/table?lang=en&bookmarkId=d8095bc4-7b3e-454d-9115-8671427e839a)

43- <https://www.who.int/ar/news/item/07-11-1434-un-global-child-deaths-down-by-almost-half-since-1990>

44- <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/newborns-reducing-mortality>

45- <https://www.un.org/ar/conferences/children/newyork1990>

46- <https://data.unicef.org/country/dza/>

47- <https://blogs.worldbank.org/ar/opendata/ly-alrghm-mn-altqdm-almhwz-lkn-la-yzal-hnak-15-alf-tflw-800-amrat-ymwtwn-ywmya-lasbab>

48- <https://www.almaany.com/ar/dict/ar-ar/>

المذوق حق

## الملحق (01)

الجدول (01): يمثل تطور وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات في العالم ككل

معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات (%)	السنة	معدل وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات (% <sup>1</sup> )	السنة
63	2006	95	1990
60	2007	95	1991
58	2008	94	1992
55	2009	93	1993
53	2010	91	1994
51	2011	89	1995
49	2012	88	1996
48	2013	85	1997
46	2014	83	1998
45	2015	81	1999
44	2016	78	2000
43	2017	76	2001
42	2018	73	2002
41	2019	70	2003
41	2020	68	2004
40	2021	65	2005
		البنك العالمي <sup>1</sup>	

<sup>1</sup> <https://donnees.banquemondiale.org/indicator/SH.DYN.MORT.MA?end=2021&locations=1A&start=1990>

الملحق(02): أسئلة استمارة المسح المتعلقة بخصائص الأطفال أقل من خمس سنوات

CARACTERISTIQUES DE L'ENFANT DE MOINS DE 5 ANS		UB
UB0. Avant que je commence l'interview, pourriez-vous apporter, SVP, le livret de famille et ou extrait de naissance de (nom), son carnet de santé ? Nous aurons besoin de nous référer à ces documents.		
UB1. En quel jour, quel mois et quelle année (nom) est-il/elle né(e)? <i>Insister:</i> Quand est son anniversaire ? Si la mère/gardien(ne) connaît la date de naissance exacte, enregistrer aussi le jour de naissance ; sinon, enregistrer '98' pour jour. Les Mois et Année <u>doivent</u> être obligatoirement enregistrés	DATE DE NAISSANCE JOUR .....  __ __  NSP JOUR ..... 98 MOIS .....  __ __  ANNEE .....  _2_ _0_ _1_ __	
UB2. Quel âge a (nom) ? <i>Insister :</i> Quel âge a eu (nom) à son dernier anniversaire ? Enregistrer l'âge en années révolues. Enregistrer '0', si moins d'un an. Si les réponses à UB1 et UB2 sont incohérentes, insister et corriger.	AGE (EN ANNEES REVOLUES).....  __	
UB3. Vérifier UB2 : Age de l'enfant ?	0, 1, OU 2 ANS ..... 1 3 OU 4 ANS ..... 2	1 ≠ UB9
UB4. Vérifier le numéro de ligne du/de la répondant(e) (UF4) et celui du/de la répondant(e) au MENAGE QUESTIONNAIRE (HH47):	REPONDANTE EST LA MEME, UF4=HH47 REPONDANTE N'EST PAS LA MEME UF4=HH47 ..... 2	2 ≠ UB6
UB5. Vérifier ED10 dans le MODULE EDUCATION DU QUESTIONNAIRE MENAGE : est-ce que l'enfant fréquente un programme d'éducation préscolaire pendant l'année scolaire actuelle ?	OUI, ED10=0 ..... 1 NON, ED10≠0 OU VIDE ..... 2	1 ≠ UB8B 2 ≠ UB9
UB6. Est-ce que (nom) a déjà assisté à un programme d'éducation préscolaire, tel que la crèche, la maternelle, l'école coranique, le préparatoire...?	OUI ..... 1 NON ..... 2	2 ≠ UB9
UB7. A n'importe quel moment depuis cette rentrée scolaire (septembre 2018), a t-il/elle assisté à (programmes mentionnés à UB6) ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	1 ≠ UB8A 2 ≠ UB9
UB8A. Est-ce qu'il/elle fréquente actuellement (programme mentionné à UB6) ?		
UB8B. Vous avez mentionné que (nom) a fréquenté un programme d'éducation préscolaire cette année scolaire. Est-ce qu'il/elle participe actuellement à ce programme ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	
UB9. Est-ce que (nom) est couvert(e) par une assurance santé ?	OUI ..... 1 NON ..... 2	2 ≠ Fin
UB10. Par quel type d'assurance santé (nom) est-il/elle couvert(e) ? <i>Enregistrer tout ce qui est mentionné.</i>	MUTUELLES ..... A SECURITE SOCIALE (CNAS/CAMSSP/CASNOS) ..... C ASSURANCE SOCIALE PRIVEE ..... D AUTRE (préciser) ..... X	

**ENREGISTREMENT DES NAISSANCES**
**BR**

BR1. Est-ce que <i>(nom)</i> a un acte de naissance et/ou inscrit au livret de famille ?  Si 'Oui', demander : Puis-je le voir SVP ?	OUI, VU.....1 OUI, PAS VU.....2 NON.....3  NSP .....8	1 ↯BR4 2 ↯BR4
BR2. La naissance de <i>(nom)</i> a-t-elle été enregistrée/déclarée à l'état civil ?	OUI .....1 NON.....2  NSP .....8	1 ↯BR4
BR2A : Pourquoi la naissance de <i>(nom)</i> n'a pas été enregistrée/déclarée à l'état civil	ELOIGNEMENT .....1 NE SAIT PAS OU L'ENREGISTRER .....2 NE SAVAIT PAS QU'IL FALLAIT L'ENREGISTRER .....3  AUTRE ( <i>préciser</i> ) .....6	1 ↯Fin 2 ↯Fin 3 ↯Fin 6 ↯Fin
BR4. Combien de jours après la naissance, <i>(nom)</i> a été déclaré(e) à l'état civil ?  Si moins d'une journée, c'est-à-dire le jour de la naissance de <i>(nom)</i> inscrire 00	NOMBRE DE JOURS .....  __ __  NSP .....98	
BR5 : Qui a fait la déclaration ?	PERE .....1 MERE .....2 AUTRES PARENTS .....3 STRUCTURE DE SANTE.....4 AUTRE ( <i>préciser</i> ) .....6	

## ملخص:

تعد وفيات الأطفال من أهم المؤشرات الصحية لأي بلد، لأنها تعد عنصرا هاما يؤثر في النمو السكاني، كما أن فئة الأطفال دون سن الخامسة تعتبر الفئة الحساسة من السكان باعتبارهم أكثر عرضة للأمراض الفتاكة بسبب ضعف مناعتهم وهذا ما يجعل احتمال تعرضهم لظاهرة الوفاة أكثر من غيرهم، ويعتبر تخفيض وفيات الأطفال دون الخمس سنوات أحد أهم الأهداف الإنمائية للألفية، لذلك لا بد من توفير آليات تخص الرعاية الصحية لهذه الفئة. ولقد شهدت الجزائر كغيرها من البلدان إجراء المسوح العنقودية المتعددة المؤشرات والخاصة بالأسر والأمهات والأطفال...، وحاولنا من خلال هذه الدراسة معرفة مدى تأثير كل من العوامل الاقتصادية والاجتماعية للأمهات على وفيات الأطفال أقل من خمس سنوات بالجزائر من خلال قاعدة بيانات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات لسنة 2019، وتمثلت متغيرات الدراسة والمتعلقة بالأمهات في كل من العمر، المستوى التعليمي، مكان الإقامة، الإقليم الجغرافي، تباعد الولادات ومرتبة المولود، الإصابة بمرض مزمن، النشاط الاقتصادي ومؤشر الثروة، وذلك بتطبيق الأساليب الإحصائية المناسبة، وقد أظهرت نتائج الدراسة تأثير أغلب المتغيرات على وفيات الأطفال وبنسب مختلفة، وعدم تأثير بعض المتغيرات.

**الكلمات المفتاحية:** وفيات الأطفال، الأمهات، العوامل الاقتصادية، العوامل الاجتماعية، مسح

عنقودي.

## Summary:

Child mortality is one of the most important health indicators for any country, because it is an important element that affects population growth. The category of children under the age of five is considered a sensitive group of the population, as they are more vulnerable to deadly diseases due to their weak immunity, and this makes it possible, they are more exposed to the phenomenon of death than others. Reducing mortality among children under five years of age is considered one of the most important Millennium Development Goals, so mechanisms for health care for this group must be provided. Algeria, like other countries, has witnessed the conduct of cluster surveys multiple indicators related to families, mothers, and children.... Through this study, we will try to find out the extent of the impact of each of the economic and social factors of mothers on the deaths of children under five years of age in Algeria through the database of the multiple indicator cluster survey for the year 2019. The study variables related to mothers were represented in each Of age, educational level, place of residence, geographic region, birth spacing, birth rank, chronic disease, economic activity, and wealth index, by applying appropriate statistical methods. The results of the study showed the effect of most variables on child mortality. In different proportions, and without the effect of some variables.

**Keywords:** maternal child mortality, economic factors, social factors, cluster survey.