

جامعة قاصدي مرباح - ورقلة -
كلية العلوم الإنسانية وعلوم الاجتماعية
قسم علم الاجتماع الديمغرافيا



مذكرة مكملة لنيل شهادة ماستر أكاديمي

ميدان: العلوم الاجتماعية

شعبة: الديمغرافيا

تخصص: التخطيط الديمغرافي والتنمية

من إعداد الطالبة: حجاج هاجر

الموضوع:

واقع الرعاية الصحية والتغذوية للأطفال الأقل من 5 سنوات بناء على معطيات المسح
العنقودي متعدد المؤشرات 2006 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012 بالجزائر

دراسة مقارنة بين المسحيين العنقوديين متعددي المؤشرات 2006 و2012

نوقشت وأجيزت علنا بتاريخ: 2019/06/25

أمام اللجنة المكونة من السادة:

رئيسا

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

الأستاذة / يمينة قوارح /أستاذة محاضرة/ب

مشرفا

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

الأستاذة / خديجة سواكري/أستاذة محاضرة/ب

مناقشا

جامعة قاصدي مرباح ورقلة

الأستاذ / محمد صالي/أستاذ محاضر/أ

الموسم الجامعي: 2019/2018

الإهداء

الحمد لله الذي مهما حمدناه فلن نستوف حمده والصلاة والسلام على أشرف المرسلين أهدي
ثمرة عملي المتواضع إلى

إلى من سهرت الليالي وبكت أفراحي وأحزاني أُمِّي أطال الله في عمرها

إلى قدوتي ومثلي الأعلى في الحياة، منبع الأخلاق ومنهل الكرم والجود أبي الغالي

إلى إخوتي: (الأزهر وزوجته، الحسن وزوجته، والحسين وزوجته).

وإلى من جمعني بهم السقف و وقفوا معي حتى هذه اللحظة بدعمهم و تشجيعهم لي

أخواتي: (رحيمة، زكية، حورية، سارة).

وإلى كل الأصدقاء كل واحد باسمه دون استثناء

إلى أخوتي الذين لم تلدهم أُمِّي " جواهر، نورة، "

إلى كل من ساعدوني في إنجاز هذه المذكرة من قريب أو بعيد.

وأخص بالذكر " ميمونة بن حمزة "

شكر و عرفان

سبحان من سجدت له الرقاب.... وظلت له الأنوف.....وخشعت له
القلوب.... وشهدت له الأعضاء.... سبحانه إذا عبدناه بحق ارتقيناه.....و
إذا شكرناه ازددنا..... و متى أخلصنا له وجدنا مخرجا من كل ضيق و
فرجا من كل هم.

و الصلاة و السلام على نبينا الكريم، حبيبنا و معلمنا و قدوتنا
الشكر كله لله عز وجل الذي رزقنا الثقة والايمن وألهمنا بالصبر لإتمام
هذا العمل.

"ولئن شكرتم لأزيدنكم"

و الحمد لله الذي أنار دربي وسهل لي كل صعب ويسره لي.
وأشكر جزيل الشكر مرشدتي و قدوتي وأستاذتي العزيزة والمشرفة عليا
في إعداد هذه المذكرة **"سواكري خديجة"**، والتي لم تبخل علينا بالمعلومات
وتقديم النصائح والتوجيهات لإنجاز هذا العمل وعلى أحسن وجه.
وأشكر جزيل الشكر وأساتذتي الكرام والذين لم يبخلوا عنا بالمعلومات
طلية مشوارنا الدراسي كلا باسمه " محمد.ص، عمر.ط، أحمد.ش،
الحوسين.ط، بوحفص.ب، صابرة.ب، يمينة.ق...."

كما نتقدم بالشكر لكل من زميلاتي و
زملائي

هاجر حجاج

فهرس المحتويات

_ إهداء

_ شكر وعران

_ فهرس المحتويات

_ قائمة الجداول

_ قائمة الأشكال

مقدمة..... أ ب - ج

الفصل الأول : الإطار المنهجي للدراسة

- 1) الإشكالية..... 5
- 2) الفرضيات..... 7
- 3) أهمية الدراسة..... 8
- 4) أهداف الدراسة..... 8
- 5) المنهج المستخدم في الدراسة..... 9
- 6) تحدد المفاهيم الإجرائية للدراسة..... 10
- 7) الدراسات السابقة..... 11

الفصل الثاني : دراسة الحالة الصحية والتغذية للأطفال الأقل من 5

سنوات في البلدان العربية

- تمهيد الفصل..... 15
- 1) مفهوم صحة وتغذية الأطفال
 - 1.1 مفهوم صحة الأطفال..... 16
 - 2.1 مفهوم المرض..... 17
 - 3.1 المقاييس المستخدمة في حساب هذه الأمراض..... 19
 - 4.1 تغذية الأطفال

| | |
|---------|---|
| 20..... | 5.1 مفهوم تغذية الأطفال |
| 21..... | 6.1 مقاييس التغذية |
| 23..... | 7.1 الرضاعة الطبيعية |
| | (2 دراسة الحالة صحة والتغذية للأطفال دون خمس سنوات في بعض البلدان العربية |
| 26..... | 1.2 الحالة الصحية للأطفال في بعض البلدان العربية |
| 26..... | 1.1.2 الملح المعالج باليود |
| 27..... | 2.1.2 التطعيم |
| 30..... | 3.1.2 الإصابة بالإسهال |
| 30..... | 4.1.2 أمراض الجهاز التنفسي الحادة |
| 31..... | 2.2 الحالة التغذوية للأطفال في بعض البلدان العربية |
| 31..... | 1.2.2 نقص الوزن |
| 32..... | 2.2.2 نقص الوزن الحاد |
| 33..... | 3.2.2 النحافة |
| 33..... | 4.2.2 نحافة حادة |
| 34..... | 5.2.2 قصر القامة |
| 35..... | 6.2.2 الرضاعة الطبيعية |
| 37..... | خلاصة الفصل |

الفصل الثالث

دراسة مقارنة الحالة الصحية والتغذية للأطفال دون 5 سنوات في الجزائر من خلال المسحيين العنقوديين متعددي المؤشرات 2006 و2012

| | |
|---------|--|
| 40..... | تمهيد الفصل |
| | (1 مصادر المعطيات مسح 2006 و2012 |
| 41..... | 1.1 المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 |

| | |
|---------|---|
| 41..... | 1.1.1 إعداد المسح 2006 |
| 41..... | 2.1.1 عينة المسح 2006 |
| 42..... | 3.1.1 أهداف المسح 2006 |
| 42..... | 2.1 المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012 |
| 42..... | 1.2.1 إعداد المسح 2012 |
| 42..... | 2.2.1 عينة المسح 2012 |
| 43..... | 3.2.1 أهداف المسح 2012 |
| | (2 صحة الأطفال من خلال المسحيين العنقوديين 2006 و2012 |
| 44..... | 1.2 الإصابة بالإسهال بين سنتي 2006 و2012 |
| 48..... | 2.2 الإصابة بالالتهاب التنفسي الحاد بين سنتي 2006 و2012 |
| 52..... | 3.2 التطعيم ضد الأمراض بين سنتي 2006 و2012 |
| | (3 تغذية الأطفال من خلال المسحيين العنقوديين 2006 و2012 |
| 55..... | 1.3 سوء التغذية بين سنتي 2006 و2012 |
| 64..... | 2.3 الرضاعة الطبيعية بين سنتي 2006 و2012 |
| | (4 مناقشة الفرضيات |
| 67..... | 1.4 مناقشة الفرضية الأولى |
| 68..... | 2.4 مناقشة الفرضية الثانية |
| 68..... | 3.4 مناقشة الفرضية الثالثة |
| 69..... | 4.4 مناقشة الفرضية الرابعة |
| 70..... | 5.4 مناقشة الفرضية الخامسة |
| 71..... | _ خاتمة عامة |
| | _ قائمة المراجع |
| | _ الملاحق |
| | _ ملخص الدراسة |

فهرسة الجداول

| الصفحة | عنوان الجدول | رقم الجدول |
|--------|---|------------|
| | نسبة الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية حسب كل فئة عمرية في بعض الدول العربية سنة 2006 | 1.2 |
| | توزيع الأطفال ما بين 0 و 59 شهرا الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتمت معالجتهم بالأملاح المعدنية أو أية وسيلة أخرى ضد الإسهال بين سنتي 2006_2012 | 1.3 |
| | توزيع الأطفال ما بين 0 و 59 شهرا الذين يعانون من التهاب تنفسي حاد وتم نقلهم إلى مرفق صحي حسب بعض الخصائص أ بين سنتي 2006_2012 | 2.3 |
| | توزيع الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين 12 و 23 شهرا المطعمون حاليا ضد أمراض الطفولة حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006_2012 | 3.3 |
| | توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص الوزن حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006 و 2012 | 2.3 |
| | توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من قصر القامة حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006 و 2012 | 3.3 |
| | توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نحافة حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006 و 2012 | 4.3 |
| | توزيع الأطفال الأقل من سنتين الذين رضعوا الثدي حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006 و 2012 | 5.3 |
| | توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص الوزن وقصر القامة والنحافة حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006 و 2012 | 6.3 |
| | توزيع الأطفال الأقل من سنتين الذين رضعوا الثدي حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006 و 2012 | 7.3 |

قائمة الأشكال

| الرقم | العنوان | الصفحة |
|-------|---|--------|
| 1.2 | نسبة استهلاك الأسر لملاح المعالج باليود في بعض البلدان العربية 2006 | |
| 2.2 | نسبة التطعيم ضد الدرن بين العمر 12_23 شهرا في بعض الدول العربية سنة 2006 | |
| 3.2 | نسبة التطعيم ضد التحصين الثلاثي بين العمر 12_23 شهرا في بعض الدول العربية سنة 2006 | |
| 4.2 | نسبة التطعيم ضد الشلل بين العمر 12_23 شهرا في بعض الدول العربية سنة 2006 | |
| 5.2 | نسبة التطعيم ضد الحصبة بين العمر 12_23 شهرا في بعض الدول العربية سنة 2006 | |
| 6.2 | نسبة التطعيم الكامل بين العمر 12_23 شهرا في الدول العربية سنة 2006 | |
| 7.2 | التوزيع النسبي لإصابة الأطفال أقل من 5 سنوات بالإسهال في بعض الدول العربية سنة 2006 | |
| 8.2 | التوزيع النسبي لإصابة الأطفال أقل من 5 سنوات بالأمراض التنفسية الحادة في بعض الدول العربية سنة 2006 | |
| 9.2 | التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بنقص الوزن في بعض الدول العربية سنة 2006 | |
| 10.2 | التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بنقص الوزن الحاد في بعض الدول العربية سنة 2006 | |
| 11.2 | التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بالنعافة في بعض الدول العربية سنة 2006 | |
| 12.2 | التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بالنعافة الحادة في بعض الدول العربية سنة 2006 | |

| | |
|------|--|
| 13.2 | التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بقصر القامة في بعض الدول العربية سنة 2006 |
| 3.2 | توزيع الأطفال ما بين 0 و 59 شهرا الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتمت معالجتهم بالأملاح المعدنية أو أية وسيلة أخرى ضد الإسهال بين 2006 و 2012 |
| 3.3 | توزيع الأطفال ما بين 0 و 59 شهرا الذين يعانون من التهاب تنفسي حاد خلال الأسبوعين السابقين للمسح 2006 و 2012 |
| 4.3 | توزيع الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين 12_23 شهرا المطعمون حاليا ضد أمراض الطفولة حسب بعض الخصائص خلال المسحين 2006_2012 |

مقدمة

مقدمة عامة

تعتبر الصحة والتغذية مرتبطين ترابطا وثيقا، فنمو الأطفال وتكوينهم الطبيعي يعتمد إلى حد كبير إلى التغذية السليمة، والصحة الجيدة. إذ يحتل النهوض بصحة الطفل منذ الولادة وحتى بلوغ سن المراهقة مكانة متميزة في المجال الصحي إذ تعد الصحة من أهم المؤشرات التي يقاس بها تقدم الدولة وتخلفها، وتمثل الرعاية الصحية ركنا هاما من أركان بناء المجتمع في مختلف الميادين الاجتماعية والاقتصادية.

بين السنتين 2006 و2012، أدى تراجع المشاكل الصحية المرتبطة بالأمراض المعدية ورفي الوضع الصحي للأم والطفل الناتج عن الرعاية الصحية الأساسية وتحسن المستوى المعيشي، نتيجة تحسن مؤشرات الصحة في الجزائر بشكل ملحوظ من خلال استراتيجيات و تدعيم البرامج الوطنية لمكافحة الأمراض المعدية ومن بينها البرنامج الوطني للتلقيح، والبرنامج الوطني لمكافحة أمراض الإسهال، والبرنامج الوطني لمكافحة التهابات الجهاز التنفسي الحادة وهي الهدف الرابع من أهداف التنمية للألفية لتقليل معدل وفيات الرضع.

وتعتبر التغذية السليمة خاصة خلال العامين الأولين من الحياة أمرا بالغ الأهمية من أجل بقاء الطفل ونموه وتتميته خاصة وأن الرضيع في هذه المرحلة يحتاج إلى كميات كافية من العناصر الغذائية حيث أنها تعتبر الرعاية الأساسية لخلق جيل خالي من الأمراض ويظل سوء التغذية بسبب نقص الغذاء والإفراط فيه أحد المشكلات الصحية الأكثر خطورة وسط الأطفال، والمسبب الرئيسي الوحيد لوفيات الأطفال.

شملت هذه الدراسة جانبا مهما تناولته العديد من الدراسات والبحوث العلمية والاجتماعية بالبحث والتقصي، لأنها مهمة وضرورية ولا بد من تسخيرها لأجل التكامل بين متغيراتها، نظرا لقلّة وشح البحوث الديمغرافية مما دفعنا للتخصيص لهذه الدراسة عن واقع الرعاية الصحية للأطفال دون 5 سنوات. هذه

الأخيرة التي شغلت اهتماما واسعا من قبل الباحثين والعلماء, حيث تم التركيز على هذه الشريحة في برامج الصحة لكونها الركيزة الأساسية التي يبنى عليها الهرم السكاني, وهي الفئة الحساسة وأكثر عرضة للأمراض في أقطار كثيرة من دول العالم.

وفقا لدراسة واقع الرعاية الصحية والتغذية للأطفال دون 5 سنوات في الجزائر من خلال المقارنة بين نتائج آخر مسحين هما المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006, والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012 وعليه تم تقسيم الدراسة إلى ثلاثة فصول :

الفصل الأول : تناول هذا الفصل الإطار المنهجي للدراسة, من إشكالية, فرضيات, أهمية الدراسة, أهداف الدراسة, بالإضافة إلى المفهوم الإجرائي المتعلق بالدراسة, وأهم الدراسات السابقة.

الفصل الثاني : يحتوي على مفهوم كل من الصحة والتغذية للأطفال وكذا أهم المقاييس المتعلقة بهاتين الظاهرتين وسنحاول التطرق إلى تطور كل من هاتين الظاهرتين, وكذلك الحالة الصحية والتغذية للأطفال دون 5 سنوات في بعض الدول العربية.

الفصل الثالث : وهو الإطار الميداني وأهم الفصول في دراستنا, يتضمن المقارنة من حيث, المسح ومؤشرات كل من صحة وتغذية الأطفال في المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012, وتمت المقارنة من جانب الحالة الصحية من حيث, الإسهال وأمراض التهاب التنفسية الحادة, والتطعيم والحالة التغذوية من حيث, سوء التغذية والرضاعة الطبيعية. وفي الأخير التطرق إلى مناقشة فرضيات الدراسة واستنتاج عام للدراسة.

الفصل الأول
الإطار المنهجي
للدراسة

1. الإشكالية :

يشكل موضوع الرعاية الصحية والتغذية أحد أهم المحاور الرئيسية في مجال العلوم السكانية، وبالأخص الرعاية الصحية والتغذية للأطفال، باعتبار هذه الفئة من السكان هي القاعدة الأساسية في بناء المجتمع.

تعتبر فئة الأطفال الأقل من 5 سنوات الفئة الحساسة من السكان باعتبارهم أكثر عرضة للأمراض الفتاكة بسبب ضعف مناعتهم وهذا ما يؤدي إلى تعرضهم لاحتمال الوفاة أكثر من غيرهم.

إذ يعد تخفيض وفيات الأطفال دون الخمس سنوات أحد أهم الأهداف الإنمائية. لذلك لابد من توفير آليات تخص الرعاية الصحية لهذه الفئة، من خلال توفير الخدمات الأساسية التي تضمن سلامتهم وبقائهم، خاصة الأطفال البالغين من العمر سنة وذلك بتلقيهم لجميع الإجراءات الوقائية، كالتطعيم ضد الحصبة، التلقيح ضد تضخم الكبد والتيتانوس.

لقد شهدت الجزائر تطورات عديدة خاصة في المجال الصحي، ومن بين هذه التطورات اهتمامها الخاص بالرعاية الصحية للأم والطفل. من خلال الجهود التي بذلتها من توفير البنى القاعدية كالمرافق الصحية ممثلة في العيادات المتعددة الخدمات والمراكز الصحية...مدعمة بالكوادر الطبية المتخصصة. كل هذا من أجل التحسين والارتقاء بالصحة عامة وصحة الطفل خاصة.

تتجسد هذه الجهود خصوصا فيما يتعلق بالتحصينات الوقائية لمنع انتشار العديد من الأمراض الخطيرة المتسببة في رفع احتمال وفيات الأطفال.

في ظل تقديم العناية الكافية لهذه الفئة لقد عرفت الكثير من الأمراض انخفاضا مقارنة بسنوات مضت، إذ انخفض معدل الشلل من 92.0% سنة 2006 إلى 87.5% سنة 2012، ومعدل الدفتيريا،

السعال الديكي، والتيتانوس من 92.8% إلى 87.2% بين سنة 2006 و2012، ومعدل الحصبة من 85.3% إلى 84.8% بين التاريخين السابقين.

فيما يخص التغذية وحسب تقديرات المسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2012 المتعلقة بالحالة التغذوية إذ شهدت مؤشرات سوء التغذية الثلاث انخفاض طفيف على التوالي نقص الوزن 0.2%، قصر القامة 4.0%، والنحافة 0.5% مقارنة بسنة 2006 نقص الوزن 0.6%، قصر القامة 3.0%، والنحافة 0.6%. أما الرضاعة الطبيعية ارتفعت نسبة الأطفال الأقل من سنتين الذين رضعوا الثدي 26.6% سنة 2012، مقابل 22.2% سنة 2006.

كل هذه الجهود المبذولة الغرض منها تجنب المشاكل الصحية التي تتجر عن حدوث مضاعفات لهذه الأمراض المسببة في وفيات الأطفال، خاصة الأطفال الرضع، فحسب نتائج المسح الوطني حول صحة الأسرة 2002 قدر معدل وفيات الأطفال الرضع بـ 31.2 وفاة لكل 1000 ولادة حية، وقد انخفض بحوالي عشر نقاط إلى 21.4% سنة 2012.

من خلال دراستنا هذه في مجال الرعاية الصحية والتغذية للأطفال، سنسلط الضوء على هذه الفئة من خلال دراسة تحليلية مقارنة بين المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012 من خلال طرح التساؤل التالي : ما هي أهم التطورات التي مست الرعاية الصحية والتغذية للأطفال دون 5 سنوات منذ سنة 2006 وحتى 2012؟.

وعليه فإن إشكالية بحثنا تتمحور حول التساؤلات التالية :

✓ ما هو مسار معدلات انتشار الإسهال عند الأطفال الأقل من 5 سنوات بين سنتي 2006 و2012؟.

✓ ما هو مسار معدلات انتشار الأمراض التنفسية الحادة عند الأطفال الأقل من 5 سنوات بين سنتي 2006 و2012؟.

✓ ما هي مستويات نسبة تطعيم الأطفال الأقل من سنتين ضد أمراض الطفولة خلال مسح 2006 ومسح 2012؟.

✓ ما هي مستويات نسبة انتشار سوء التغذية عند الأطفال دون 5 سنوات بين سنتي 2006 و2012؟.

✓ ما هي مستويات نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية للأطفال الأقل من سنتين خلال مسح 2006 ومسح 2012؟.

2/ الفرضيات :

✓ فيما يخص انتشار الإسهال عند الأطفال الأقل من 5 سنوات هي في ارتفاع بين سنتي الملاحظة 2006 و2012.

✓ نسبة الأمراض التنفسية الحادة عند الأطفال الأقل من 5 سنوات تقريبا ثابتة بين سنتي الملاحظة 2006 و2012.

✓ نسبة الأطفال الأقل من 5 سنوات المطعمون ضد أمراض الطفولة في انخفاض نسبيا سنة 2012 مقارنة بسنة 2006.

✓ شهدت المؤشرات التالية قصر القامة والنحافة ارتفاعا نسبيا سنة 2012, بينما شهد نقص الوزن انخفاض في نفس الفترة عند الأطفال دون 5 سنوات مقارنة بسنة 2006.

✓ نسبة الأطفال الأقل من سنتين الذين يتلقون رضاعة طبيعية لسنة 2012 في ارتفاع مقارنة بسنة 2006.

3/ أهمية الدراسة :

يعود الاهتمام بدراسة صحة الأطفال لأسباب عديدة منها:

- 1) معرفة أهم التطورات التي عرفتتها الصحة في الجزائر وربطها بالعوامل التي ساعدت في إحداث هذا التطور مع استخلاص النتائج عن ذلك من خلال سنتي 2006 و2012.
- 2) تعتبر فئة الأطفال الأقل من خمس سنوات من أكثر الفئات العمرية عرضة للأمراض, و أقل مقاومة لها.
- 3) اكتساب هذه الدراسة أهمية كبيرة خاصة في ظل النقص الشديد للدراسات, التي تتناول موضوع الرعاية الصحية والتغذية للأطفال وأن تكون هذه الدراسة كنقطة انطلاق للأجيال القادمة في مجال الدراسات المتعلقة بالرعاية الصحية.

4/ أهداف الدراسة :

نهدف من وراء هذا البحث إلى تحقيق الأهداف التالية :

- 1) استغلال أكبر قدر ممكن من المعطيات الديمغرافية المعتمد عليها من المسوح الوطنية لإبراز التغير في المقاييس والمؤشرات المرتبطة بصحة ووفيات الأطفال في الجزائر.
- 2) محاولة التحليل الكمي والكيفي لمؤشرات التغذية (نقص الوزن, قصر القامة والنحافة) ومحاولة الاهتمام بأهم العناصر التي تدخل ضمن أسباب سوء التغذية.
- 3) معرفة مستويات واتجاهات معدلات انتشار أمراض الطفولة بين سنتي 2006 و2012
- 4) معرفة مدى توسيع استعمال الرضاعة الطبيعية وبعض الخصائص المؤثرة.

5/ المنهج المتبع في الدراسة :

لإجراء أي بحث أو دراسة علمية ومن أجل الوصول إلى الحقيقة أو البرهنة عليها يجب إتباع منهج واضح لحل المشكلة وتشخيصها وذلك بتتبع مجموع القواعد والأسس والأنظمة التي يتم وضعها بغية الوصول إلى الحقائق حول ظاهرة موضوع الدراسة والبحث.¹

وفي دراستنا هذه تحت عنوان الرعاية الصحية والتغذية للأطفال، ارتأينا الاعتماد على المناهج التالية :

1. المنهج الوصفي: يعتبر هذا المنهج من أهم الطرق لدراسة الظاهرة كما توجد في الواقع ويهتم بوصفها وصفا دقيقا عن طريق جمع البيانات المتعلقة بمشكلة محل الدراسة وكذا وصفها كميًا وكيفيًا، وتصنيفها وتحليلها. وفي دراستنا اعتمدنا على المنهج الوصفي من أجل جمع البيانات والحقائق والمعطيات المتعلقة بالحالة الصحية والتغذية للأطفال وتحليلها كميًا وكيفيًا.

2. المنهج المقارن: ويهدف هذا المنهج إلى دراسة العلاقة بين العناصر والظواهر المختلفة، والوصول إلى نتائج وتعميمات محددة تمثل في النهاية مجموعة القوانين والمبادئ أو المعارف العلمية حول هذه الظواهر، وتتم هذه المقارنة من خلال شكلين رئيسيين هي:²

* **المقارنة المكانية :** وهي التي تتم بين مجتمعين أو أكثر سواء كان هذان المجتمعان محليين أو دوليين.

* **المقارنة الزمنية أو التاريخية :** والتي تتم بين مرحلتين أو فترتين زمنيتين أو أكثر.

واعتمدنا على المنهج المقارن من الناحية الزمنية في موضوع بحثنا هذا من أجل دراسة معدلات أهم مؤشرات الصحة للأطفال ومقارنتها بين المسحيين، مسح العنقودي المتعدد المؤشرات 2006 والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012.

6/ تحديد المفاهيم :

¹ عمار بوحوش، محمد محمود الذنبيات، مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث، ديوان المطبوعات الجامعية، الجزائر، 1991، ط2، ص99.
² عبد المعطي محمد عساف وآخرون، التطورات المنهجية و عملية البحث العلمي، دار الوائل، عمان، 2002، ص82.

من خلال هذا العنصر سنعمل على تحديد بعض المصطلحات والمفاهيم لغرض الفهم والتبسيط.

*** الرعاية الصحية:** هي مجموع الخدمات والإجراءات الوقائية التي تقدمها مديرية الرعاية الصحية الأساسية والمؤسسات التابعة لها لجميع أفراد المجتمع عامة بهدف رفع مستوى الصحي للمجتمع والحيلولة دون حدوث الأمراض وانتشارها كالاهتمام بالصحة البيئية وسلامة المياه والغذاء وتصريف الفضلات، وتقديم اللقاحات والمطاعيم ضد الأمراض المعدية الخطيرة والعناية بالأمم والطفل والكشف المبكر عن المرض لتقديم العلاج ومنع حدوث المضاعفات.¹

*** الطفل:** " هو كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشر، ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك، بموجب القانون المطبق عليه."²

*** الرعاية الصحية للطفل:** "هي ذلك الجانب من الرعاية الذي يركز على النواحي الصحية في حياة الطفل بشقيه الوقائي والعلاجي، والتي تبدأ من مرحلة الحمل حتى نهاية مرحلة الطفولة."³

*** الأمراض المعدية:** وهي الأمراض التي تنتقل من شخص مريض يحمل ميكروبات المرض إلى شخص سليم والعدوى تنتقل إلى الشخص السليم عبارة عن الأطوار المعدية للكائنات المسببة للأمراض مثل البكتيريا والفطريات والفيروسات والديدان الطفيلية والحيوانات الأولية الطفيلية، وقد تنتقل العدوى من الشخص المريض إلى الشخص السليم مباشرة أو بواسطة بعض الحشرات، مثل الذباب والبعوض.⁴

*** التطعيم:** هو اكتساب البدن عناصر تساعد في التغلب على العناصر المرضية ويعتبر أهم واسطة في مكافحة عدة أمراض سارية وذلك لزيادة مقاومة العضوية وإنقاص نسبة المستعدين للإصابة

¹ منى عبد الرحيم، مبادئ في الصحة والسلامة العامة، ص 22

² منظمة اليونيسيف: الإعلام العالمي لبقاء الطفل ونمائه بوجه، المؤسسة الصحفية الأردنية الرأي، 1990. المادة 01، ص 20

³ المرجع نفسه ص 45.

⁴ رشيد قطاس، الرعاية الصحية الأولية، دار اليازوري العلمية للنشر والتوزيع، ص 139

بالمريض إضافة لإمكانية اجتناب بعض الأمراض نهائيا كالحصبة والجذري لأن مستودعهما الوحيد هو الإنسان.¹

*** سوء التغذية :** " سوء التغذية أو نقص التغذية عند الطفل فهي حالة مرضية من عدم التوازن ما بين حاجة جسم الطفل من الغذاء وما بين ما يتلقاه أو يصرفه من طاقة و بروتينات, هو مصطلح يشير إلى الاستهلاك غير الكافي, أو الزائد أو غير المتوازن من المواد أو المكونات الأخذ المكونات الغذائية إما الزيادة أو النقصان في الوجبة الغذائية.²

*** تعريف إجرائي للرعاية الصحية والتغذية للأطفال :**

هي ذلك الاهتمام الواسع والعناية الكافية بالطفل منذ الولادة وحتى بلوغه, والتي تؤمن له الصحة الجيدة والغذاء السليم لضمان سلامة الطفل وتقليل إصابته بسوء التغذية وخطر الأمراض المعدية.

7/ الدراسات السابقة :

قبل البدء بعرض شامل للموضوع وطرح إشكالية البحث لا بد أن نعرض على بعض الدراسات والأبحاث التي تناولت موضوع الرعاية الصحية والتغذية للأطفال دون 5 سنوات, لتكون القاعدة الأساسية التي نعتد عليها في بناء وتحديد موضوع دراستنا.

(1) دراسة من إعداد آمنة سليمان محمد زين الماحي بعنوان "تقييم الحالة الغذائية للأطفال دون الخامسة بدار رعاية الطفل اليتيم المايقوما الخرطوم السودان 2015". رسالة ماجستير في الإدارة الصحية 2015_2016.

__ الهدف الأساسي من هذه الدراسة :

¹ رشيد قطاس, مرجع سابق. ص 135

² دايفد, منظمة الصحة العالمية. ص 23

تقييم الحالة الغذائية للأطفال دون عمر الخامسة بدار رعاية الطفل اليتيم المايقوما الخرطوم السودان
2016_2015.

من أهم النتائج التي تخدم موضوعي :

توصلت الدراسة إلى :

(1) أن التقييم التغذوي للأطفال المبحوثين بدار رعاية الطفل اليتيم المايقوما, كانت 198 طفل في الوضع التغذوي الطبيعي وهي أعلى نسبة 87.2%, و 12.7% طفل وعدددهم 29 طفل يعانون من سوء التغذية 11 منهم سوء تغذية متوسطة بنسبة 4.8% و 18 طفل يعانون من سوء التغذية الحاد بنسبة 7.9%.

(2) أنه في أغلب الأحيان يكون مستوى الممارسات بالتغذية للأطفال من عمر (0_5) شهور أبعد ما يكون عن المستوى الأمثل, حيث تكون الأغذية متدنية النوعية ومحدودة التنوع ولا تتبع قواعد النظافة في تحضيرها وتقديمها وتعطي بكميات أقل من اللازم أو لا تعطي بالتواتر الكافي.

(3) أن السرعات الحرارية المعطاة للفئة العمرية أقل من 5 شهور إلى 7 شهور أقل من الموصى بها, بينما السرعات الحرارية للفئة العمرية من 8_12 شهر أكثر من الموصى بها.

(4) أن الأطفال المبحوثين كانوا يعانون من الأمراض الآتية الإسهال, التهاب اللوزتين, فطريات في الفم قبل شهر من بدء الدراسة.

(2) دراسة من إعداد بونويقة نصيرة بعنوان " الرعاية الصحية للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة بالوسط الأسري بمدينة المسيلة. رسالة ماجستير في علم الاجتماع 2006_2007.

_ الهدف الأساسي :

الكشف عن واقع الرعاية الصحية للطفل في هذه المرحلة في وسطه الأسري.

أهم نتائج هذه الدراسة :

_النتيجة الأولى : تبين الدراسة أن أغلب الأسر المكونة لعينة البحث بنسبة 68% لا تقوم بتوفير الرعاية الصحية الكاملة واللازمة للطفل في مرحلة الطفولة المبكرة. فالطفل لا يتمتع إلا بالحد الأدنى من الرعاية الصحية الواجب توفيرها له خاصة فيما يتعلق بالأساليب العلاجية, حيث مازالت الأساليب التقليدية والاعتقادات الخاطئة في رعاية الطفل الصحية التغذية والوقاية من الأمراض المختلفة التي قد تهدر حياته بالموت أو الإعاقة.

_ النتيجة الثانية : قد تحققت بنسبة 87.53% وهي نسبة كبيرة, إذ تبين أن غياب أو نقص استفادة الأسرة من الخدمات الاجتماعية في المجال الاجتماعي أثر سلبا على توفير الأسرة للرعاية الصحية الكاملة لطفل في مرحلة الطفولة المبكرة.

الفصل الثاني

دراسة الحالة الصحية
والتغذوية للأطفال أقل
من 5 سنوات في
بلدان المغرب العربي

تمهيد الفصل

مع مطلع الألفية الجديدة شهد المستوى الصحي في البلدان العربية، نشاطا هاما في المجال الديمغرافي بإجراء سلسلة من التحقيقات الوطنية والمسوح العنقودية متعددة المؤشرات. هذه الإجراءات التي مست أهم التطورات الصحية والتغذية للأطفال دون 5 سنوات ومعرفة مستويات واتجاهات وفيات الأطفال الرضع، التي تعكس لنا المستوى الصحي لأي بلد كما أنها مؤشرا أساسيا للمستوى المعيشي، فالرعاية الصحية يمكن أن تحد من حدة هذه الظاهرة.

لذا سنحاول التطرق إلى مفهوم كل من صحة وتغذية الطفل، وكذلك أهم المقاييس التي لها علاقة والتي لها تأثير على المؤشرات المدروسة، في الأخير نستخلص أهم التغيرات والتطورات الرعاية الصحية والتغذية للطفل في البلدان العربية مع إبراز أهم المؤشرات والعوامل التي أدت إلى هاته التغيرات.

1. مفهوم صحة وتغذية الأطفال

1.1. مفهوم الصحة :

وقد جرت عدة محاولات لتعريف الصحة ومن أبرزها :

تعريف العالم بركنز (perkins) حيث عرف الصحة بأنها : حالة التوازن النسبي لوظائف الجسم,

وأن حالة التوازن هذه تنتج عن تكيف الجسم مع العوامل الضارة التي يتعرض لها.¹

تعريف العالم وينسلو (Winslow) للصحة على أنها : علم وفن منع المرض وإطالة العمر وترقية

الصحة و كفاءتها.²

تعريف منظمة الصحة العالمية (WHO) الصحة بأنها : "حالة السلامة والكفاية البدنية والعقلية

والنفسية والاجتماعية وليس مجرد خلو الجسم من المرض أو العجز".³

الصحة العامة public Heath: ويقصد بها الظروف الموضوعية للصحة التي ينبغي أن تتوفر في

البيئة أو تنظم على أساس عام : كمياه الشرب النقية, والمساكن ذات الشروط الصحية والحدائق والمنتزهات,

والمؤسسات الصحية مثل المستشفيات وغيرها من الخدمات الطبية التي تكفل وسائل العلاج والتشخيص

المبكر إلى غير ذلك من المرافق العامة المتعلقة بالصحة.⁴

تعتبر أمراض الطفولة من بين الأمراض السارية الأكثر شيوعا أو انتشارا, التي تصيب الأطفال الأقل

من خمس سنوات متسببة في وفاتهم والتي سوف نوليها اهتماما في دراستنا هذه والمتمثلة (في السعال

الديكي, الحصبة, الديفتيريا, الكزاز, شلل الأطفال, الإسهال, التهاب الكبد الفيروسي, التهاب الرئوي) وفيما

يلي شرح موجز لهذه الأمراض.

¹ منى عبد الرحيم, مبادئ في الصحة والسلامة العامة, ص 16

² المرجع نفسه, ص 16

³ مقدمة في الصحة والتغذية, ص 16

⁴ المرجع نفسه, ص 7

2.1 مفهوم المرض :

لغة: جاء في معاجم اللغة العربية و قواميسها أن المرض هو عبارة عن :

(1) إظلام الطبيعة و اضطرابها بعد صفائها و اعتدالها.¹

(2) مرض : أصل صحيح يدل على ما يخرج به الإنسان عن حد الصحة في أي شيء كان.²

(3) المرض : السقم يقتضي الصحة و يكون للإنسان و البعير, والمرض في القلب يصلح لكل ما يخرج به

عن الصحة في الدين يقال السقم في البدن و الدين.³

اصطلاحا : يعرف الجرجاني المرض بأنه ما يعرض للبدن فيخرجه عن الاعتلال الخاص.⁴

ويعرف أيضا بأنه خروج الجسم عن حالة الاعتلال التي تعني عدم قيام أعضاء الجسم بوظائفها المعتادة,

مما يعوق الإنسان عن ممارسة الأنشطة الجسدية و العقلية و النفسية بصورة طبيعية.⁵

* **تعريف إجرائي للمرض:** هو انتماء جسم غريب أو حالة من عدم التوازن العضوي أو النفسي أو

الاجتماعي لجسم الفرد مما يعيقه عن القيام بوظائفه الحيوية.

ويمكن عرض هذه الأمراض الأكثر انتشارا بين الأطفال كمايلي:

* **السعال الديكي:** هو رد فعل الجهاز التنفسي عند وجود جرم غريب داخل مسالك هذا الجهاز من

الأنف حتى الأكياس الهوائية, لذلك فهو يعتبر وسيلة من وسائل دفاع الجسم ضد المرض, ولا يعني أن كل

من يسعل مصاب بداء في رئته بل يمكن مصاب في أنفه أو حنجرتة أو غشاء الرئة¹.

¹ الفيروسي أباد, القاموس المحيط, مؤسسة الرسالة, ط1, لبنان 1998, ص 645

² ابن فارس, معجم قواميس اللغة, دار الجيل, ط1, لبنان, 1991, ص 311

³ ابن منظور, لسان العرب, المجلد السابع, دار بيروت للطباعة والنشر, لبنان, ص 231

⁴ الجرجاني, التعريفات, دار الكتاب المصري, ط1, القاهرة, 1991, ص 223

⁵ أحمد محمد كنعان, الموسوعة الطبية الفقهية, ص 845

* **داء الحصبة:** يتميز هذا المرض بعدوى حادة, كما أنه واسع الانتشار في سن الطفولة ويتسبب هذا المرض عن الإصابة بفيروس الحصبة, ومن علامات الإصابة بهذا ارتفاع في درجة الحرارة مصحوب برشح وسعال ورمد. منذ الاستقلال إلى غاية سنة 1997 أين لوحظ انخفاض حالات هذا المرض وبعد إدخال المصالح الصحية التلقيح للمرة الثانية لكل الأطفال عند بلوغهم سن 16 سنة².

* **داء الديفتيريا :** أعراض هذا المرض الإعياء, فقدان الشهية وألام الحلق الخفية التي لا يكاد يشكو منها الطفل, وقد يرى الغشاء في الحلق وقد لا يرى, وذات الغشاء الأبيض أو الخناق مرض خطير إذ لم يعالج بسرعة فقد يتسبب في اختناق³.

* **داء الكزاز:** وهو مرض حاد ينتج عن تلوث الجروح بالجراثيم التي تحمل البذور, وهذه البذور تنمو موضوعيا في الجرح نفسه, وتنتج سما قويا يمتصه الجسم ويؤدي إلى تقلصات مؤلمة في العضلات وتقلص في عضلات الحنك وتشنجات متوترة⁴.

* **داء الشلل:** مرض فيروسي حاد ينتقل بواسطة الملامسة المباشرة لإفرازات البلعوم أو البراز ويدعى الفيروس (بوليو فايرس) وهو الحبل الشوكي وله أنواع ثلاثة. والفيروس صغير الحجم ويقاوم المحاليل الكيميائية ويموت بتأثير الأشعة والمحاليل المؤكسدة وماء الأكسجين ومحلول الكلور⁵.

* **الإسهال:** هو كثرة البراز المائع والذي يزيد فيه عدد المرات عن 6 مرات, ويمكن أن تصحبه رائحة كريهة أو مواد مخاطية أو دم القيقح والتقيء, أحيانا وربما ارتفاع في درجة الحرارة⁶.

¹ A, Damart et autres, Nouveau Larousse médicale, librairie Larousse, pari , 1981,p 130

² أيمن سليمان مزاهره وآخرون, مبادئ صحة الطفل وتغذيته, دار الخليج للنشر, عمان, الأردن, 2000, ص 49

³ عبد المجيد رزق الله, طفلك في سنواته الأولى, الدار التونسية للنشر, الجزائر, ص 84

⁴ فتحي أبو عيانة, دراسات في علم السكان, بيروت, دار النهضة العربية والنشر, ط2, 2000, ص 121

⁵ المرجع نفسه, ص 122

⁶ علي الحسن, أطفالنا نموهم_ تغذيتهم_ مشكلاتهم, بيروت, لبنان, ط2, 1982, ص 13

* **الالتهاب الرئوي:** هو التهاب في أنسجة الرئة بسبب وصول ميكروب معين, وعادة ما يكون نوعا

من أنواع البكتيريا, ولكن في أحيان أخرى يكون السبب فيروس أو فطريات¹.

3.1 المؤشرات المستخدمة في حساب هذه الأمراض :

* **معدل الانتشار (prévalence rate) :** هو عدد الأشخاص الذين يصابون بمرض معين في زمن معين

لكل 1000 من السكان المعرضين للإصابة بالمرض².

$$1000 \times \frac{\text{عدد الأشخاص الذين يعانون مرض معين}}{\text{إجمالي السكان المعرضين للمرض}}$$

ويتضمن حساب هذا المعدل كل الحالات القائمة من قبل بالإضافة إلى الحالات الجديدة التي تظهر

خلال الفترة المحددة. ومعدل الانتشار هو لوضع صحي قائم, حيث يصف الحالة الصحية للسكان في نقطة زمنية.

* **معدل تسجيل الحالات المرضية (case rate) :**

معدل التبليغ/التسجيل: هو عدد الحالات الإصابة بمرض أوعله معينة تم تسجيلها لكل 100000 من

السكان خلال سنة معينة. ومعدل³.

$$100 \times \frac{\text{عدد حالات الإصابة بمرض معين خلال سنة معينة}}{\text{إجمالي السكان في نفس السنة}}$$

¹ أيمن مزاهرة, الصحة والسلامة العامة, عمان, دار الشروق, ط1, 2000, ص 20

² المكتب المرجعي للسكان, المشروع العربي لصحة الأسرة, دليل السكان, طبعة الرابعة, 2009, ص 36

³ المرجع نفسه, ص36

معدل التسجيل هو مقياس خاص لمعدل الإصابة، ولكنه يختلف عنه من حيث أنه يعتمد على أساس عدد الحالات التي يتم تسجيلها وهو ليس بالضرورة عدد الأشخاص الذين يصابون بالمرض (أي أن بعض الأشخاص قد يصابون بالمرض أكثر من مرة خلال الفترة المذكورة).

* نسبة التطعيم ضد التيتانوس:

نسبة المواليد الذين حصلت أمهاتهم على التطعيم ضد التيتانوس أثناء فترة الحمل خلال فترة زمنية محددة إلى إجمالي المواليد خلال نفس الفترة.¹

*نسبة استكمال التطعيمات ضد أمراض الطفولة :2

نسبة الأطفال في فئة العمر (12_23 شهرا) الذين تلقوا تطعيما ضد الدرن وثلاث جرعات من الثلاثي و3 جرعات ضد الشلل وجرعة ضد الحصبة قبل بلوغهم العام الأول من العمر في سنة معينة إلى إجمالي الأطفال في العمر 12_23 شهرا في نفس السنة في بلد معين أو منطقة معينة ويمكن حسابه لكل من الذكور والإناث على حدى وكذلك حسب تعليم الأم أو محل الإقامة. ويمكن أيضا حساب هذه النسبة لكل جرعة تطعيم على حدى.

4.1 تغذية الأطفال

إن لتغذية تأثير كبير على صحة الفرد، حيث اختلف مفهوم التغذية بين المجتمعات الإنسانية والنظر إليها من عدة جوانب.

¹ المكتب المرجعي للسكان، مرجع سابق، ص 60

² المرجع نفسه، ص 60

5.1 مفهوم التغذية :

لغة: كلمة اشتقت من الغذاء : ما يتغذى به, وقيل ما يكون به نماء الجسم وقوامه من الطعام والشراب¹.

أما المفهوم البيولوجي : للتغذية فهو تزويد جسم الكائنات الحية بالعناصر المغذية والضرورية لعملية الايض لضمان حياة الخلية².

اصطلاحا: أما التغذية من وجهة نظر ماري كروس : فهي تعني الطعام وعلاقته بالكائن الحي والجسم الإنساني³.

من الجانب الصحي: هي جملة من العمليات التي تحدث للغذاء من لحظة أكله إلى إخراجها مروراً بعمليات الهضم والامتصاص. ويحتوي الغذاء على العديد من العناصر الغذائية, تأخذ أجسامنا احتياجاتها من هذه العناصر الغذائية عن طريق الأكل ولكل غذاء وظيفته الخاصة به, وتكون احتياجات الإنسان من هذه العناصر بكميات معينة⁴.

تعريف منظمة الصحة العالمية : التغذية الطبيعية هي مجموعة العمليات التي يقوم بها جسم الإنسان الحي للحفاظ على الحياة والحيوية والنمو والعمل السليم للأعضاء, أما سوء التغذية أو نقص التغذية عند الطفل فهي حالة مرضية من عدم التوازن ما بين حاجة جسم الطفل من الغذاء وما بين ما يتلقاه أو يصرفه من طاقة وبروتينات, هو مصطلح يشير إلى الاستهلاك غير الكافي, أو الزائد أو غير المتوازن من المواد أو المكونات الغذائية, والتي تفسر عن ظهور بعضاً من اضطرابات التغذية المختلفة, كعدم الاعتلال في اخذ المكونات الغذائية إما الزيادة أو النقصان في الوجبة الغذائية⁵.

¹ أبو الفضل, جمال الدين محمد بن مكرم, لسان العرب, دار صادر 2003, ص 23

La rouse.edition. la rousse.2008²

Dictionnaire de biologie. Edition CILF. 2008

³

⁴ مقدمة في الصحة و التغذية, مرجع سابق, ص 19

⁵ منظمة الصحة العالمية, مرجع سابق ص 23

6.1 مقاييس التغذية :

1.6.1. الطول بالنسبة للعمر: هو مقياس تجميعي للحالة التغذوية في الماضي, حيث أن انخفاض الطول

بالنسبة للعمر. والمعروف بقصر القامة . هو مؤشر لسوء التغذية.¹

* نسبة الأطفال (الأقل من خمس السنوات) المصابين بقصر القامة ²=

$$100 \times \frac{\text{عدد الأطفال المصابين بقصر القامة}}{\text{إجمالي عدد الأطفال دون الخامسة}}$$

2.6.1. الوزن بالنسبة للطول: يعتبر مؤشراً للحالة التغذوية الحالية, حيث أن انخفاض الوزن بالنسبة للطول

_ والمعروف باسم النحافة _ هو مؤشر لحالات سوء التغذية الحادة الحديثة, وتنشأ حالات سوء التغذية من

عدم كفاية أو مناسبة الطعام الذي يتناوله الطفل, أو من الإصابة بالأمراض المعدية وحيث أن الوزن هو

مقياس لكل من البناء العظمي والعضلات, فإن مقياس الوزن بالنسبة للعمر يعتبر مؤشراً مركباً يعكس كلا

من الحالة التغذوية السابقة والحالية.³

* نسبة الأطفال (الأقل من خمس السنوات) المصابين بالنحافة ⁴=

$$100 \times \frac{\text{عدد الأطفال المصابين بالنحافة}}{\text{إجمالي عدد الأطفال الخامسة دون}}$$

3.6.1. الوزن بالنسبة للعمر: يعتبر الطول بالنسبة للعمر مقياساً للنمو الطولي, ويلاحظ أن التأخر في النمو

الطولي لا ينشأ كنتيجة لفترة قصيرة, ويمكن من سوء التغذية ولكن من عدم كفاية الغذاء لفترة طويلة, ويمكن

¹ الديوان الوطني للإحصائيات, المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل, 1992, ص 43

² المكتب المرجعي للسكان, مرجع سابق, ص 62

³ الديوان الوطني للإحصائيات, مرجع سابق ص 43

⁴ لمكتب المرجعي للسكان, مرجع سابق, ص 62

أن نقول أنه إذا تعرض الطفل لسوء التغذية مزمن فإنه سيق يصبح قصيرا بالنسبة لعمره, وقد يكون قصر القامة أيضا مؤشرا للإصابة المزمنة أو المتكررة بالأمراض المعدية بالإضافة إلى الغذاء.¹

* نسبة الأطفال (الأقل من خمس السنوات) المصابين بنقص الوزن²=

$$100 \times \frac{\text{عدد الأطفال المصابين بنقص الوزن}}{\text{إجمالي عدد الأطفال دون الخامسة}}$$

7.1. الرضاعة الطبيعية : هي غذاء الطفل من ثدي أمه مباشرة بعد الولادة, و يجب إعطاء الرضع لبن الأم فقط خلال الستة أشهر الأولى من عمر الطفل, وبحلول الشهر السابع يجب استكمال التغذية بطعام مناسب من أجل التأكد من نمو الجسماني والعقلي للطفل وتستمر الرضاعة الطبيعية إلى جانب التغذية التكميلية حتى الثانية من عمره.³

* نسبة الأطفال الذين تم إرضاعهم رضاعة طبيعية مطلقة⁴ :

نسبة الأطفال في فئة عمرية محددة الذين قامت أمهاتهم بإرضاعهم رضاعة طبيعية كاملة خلال الشهور الستة الأولى من الميلاد دون أي أغذية مساعدة إلى إجمالي الأطفال في نفس الفئة العمرية وفي فترة مرجعية محددة.

* وسيط فترة الرضاعة الطبيعية⁵:

¹ الديوان الوطني للإحصائيات, مرجع سابق, ص 43

² المكتب المرجعي للسكان, مرجع سابق, ص 62

³ منى عبد الرحيم, مبادئ في الصحة والسلامة العامة. ص22

⁴ المكتب المرجعي للسكان, مرجع سابق, ص 62

⁵ المكتب المرجعي للسكان, مرجع سابق, ص 62

هو العمر الذي يقسم الأطفال إلى مجموعتين متساويتين عدديا, بمعنى أن نصف الأمهات توقفن عن إرضاع أطفالهن رضاعة طبيعية قبل هذا العمر و نصفهن مازلن يرضعن أطفالهن بعده.

ويحسب وفق العلاقة التالية¹: $100 \times \frac{\text{فترة عدد الأطفال الذين يزالوا يرضعون وقت المسح}}{\text{متوسط المواليد السنوي المحسوب خلال السنة الأخيرة}}$

* معدل الرضاعة الطبيعية المستمرة :

نسبة الرضع الذين تبلغ أعمارهم 12-15 و 20-23 شهرا الذين يرضعون رضاعة طبيعية حاليا من

إجمالي عدد الأطفال البالغين 12-15 شهرا, وكذلك 20-23 شهرا الذين شملهم المسح.²

¹ المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002, ص 54
² المكتب المرجعي للسكان, مرجع سابق, ص 62

2. دراسة الحالة الصحية والتغذية للأطفال دون خمس سنوات في بعض البلدان العربية

تمهيد :

مع التطور الواضح للوضع الصحي في بعض دول العالم الثالث، حيث حرصت على وضع سياسات وبرامج متطورة في مجال الصحة للنهوض بصحة الأم والطفل وتوفير جميع الإمكانيات التي تضمن السلامة الصحية لهم، من خلال المؤتمرات الدولية الخاصة بالسكان ومجموعة المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات ومنظمة الصحة العالمية وغيرها لرصد التقدم المحرز نحو تحقيق الأهداف التي ينفذها في بعض الدول العربية، من خلال المقارنة لبعض الدول العربية، وإلقاء الضوء على المؤشرات الصحية من واقع المسوح العنقودية متعددة المؤشرات لسنة 2006 لتحليل وتشخيص الوضع الصحي التغذوي للأطفال.

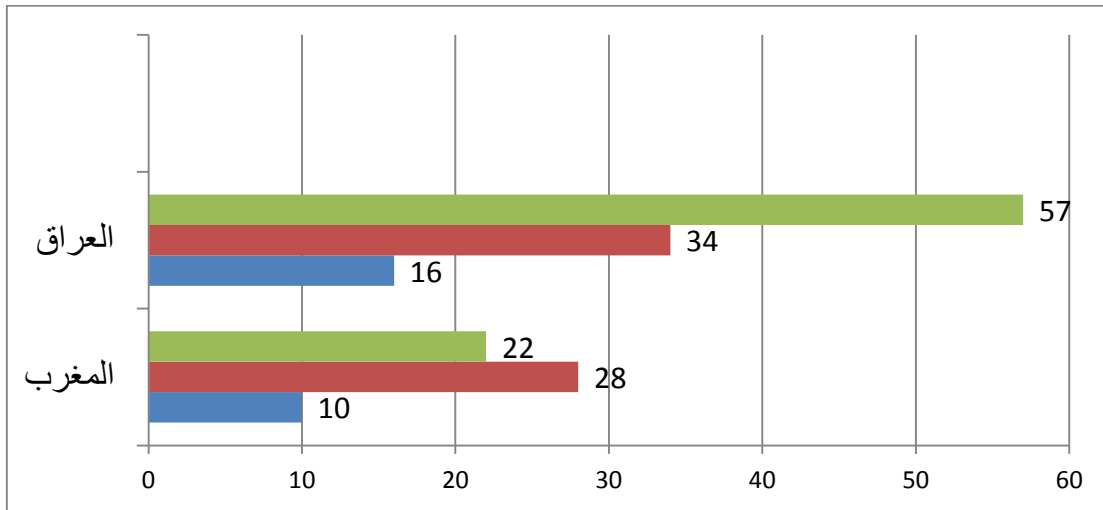
وتعتمد هذه المقارنة على نتائج مسوحات العنقودية متعددة المؤشرات والتي تم تنفيذها في كل من المغرب، تونس، العراق سنة 2006، وذلك حسب ما توفر من معطيات.

1.2 الحالة الصحية للأطفال في بعض البلدان العربية :

1.1.2. الملح المعالج باليود:

من خلال الشكل البياني رقم 1.2. نلاحظ ارتفاع واضح لاستهلاك الأسر المعيشية لملاح المعالج باليود يسجل العراق أعلى معدل 57% مع وجود أكبر فارق بين الواسطين, حيث بلغت النسبة 34% في الحضر و16% في الريف. ونسجل أدنى مستويات لاستهلاك الأسر المعيشية لملاح المعالج باليود في المغرب بنسبة 22% أيضا نسجل أعلى معدل في الحضر 28% وأدنى نسبة 10% بالريف.

شكل بياني رقم 1.2. نسبة استهلاك الأسر لملاح المعالج باليود بين الدول العربية سنة 2006



المصدر : اعتمدنا على مجموعة من المسوح العربية¹

¹المسوح المعتمدة: * المسح الوطني متعدد المؤشرات و صحة الشباب المغرب 2006 - 2007

* المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في الجمهورية التونسية 2006

* المسح العنقودي المتعدد المؤشرات العراق 2006

* المسح العنقودي متعدد المؤشرات سوريا 2006

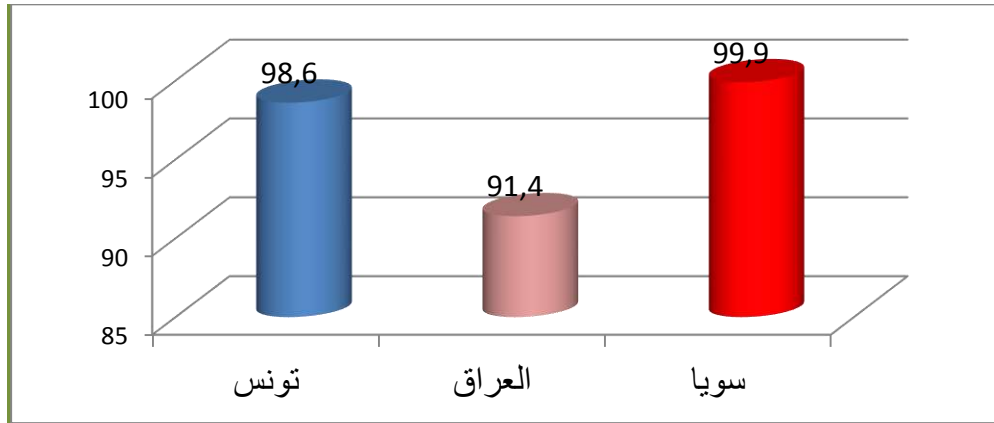
2.1.2. التطعيم :

مع التطور الطبي الحديث تم القضاء على الكثير من الأمراض المعدية وذلك عن طريق التطعيم ضدها خلال الشهور الأولى من العمر. فالتحصين ضد الأمراض المختلفة ومنع انتشار الأوبئة، ومن خلال استخدام البرامج الإجبارية للتطعيم تمكنت الكثير من الدول تقليل مخاطر الإصابة بالأمراض.

1.2.1.2. التطعيم ضد الدرن:

من خلال الشكل البياني رقم 2.2. نلاحظ ارتفاعا واضحا لنسبة التطعيم ضد الدرن للأطفال في العمر (12_23) شهرا تسجل سوريا أكبر معدل، حيث نجد نسبة مئة من الأطفال المبحوثين تقريبا 100% أخذوا التطعيم ضد الدرن تليها مباشرة تونس 98.6% ثم العراق 91.4%.

شكل بياني رقم 2.2. نسبة التطعيم ضد الدرن بين العمر 12 _ 23 شهرا في بعض الدول العربية سنة 2006

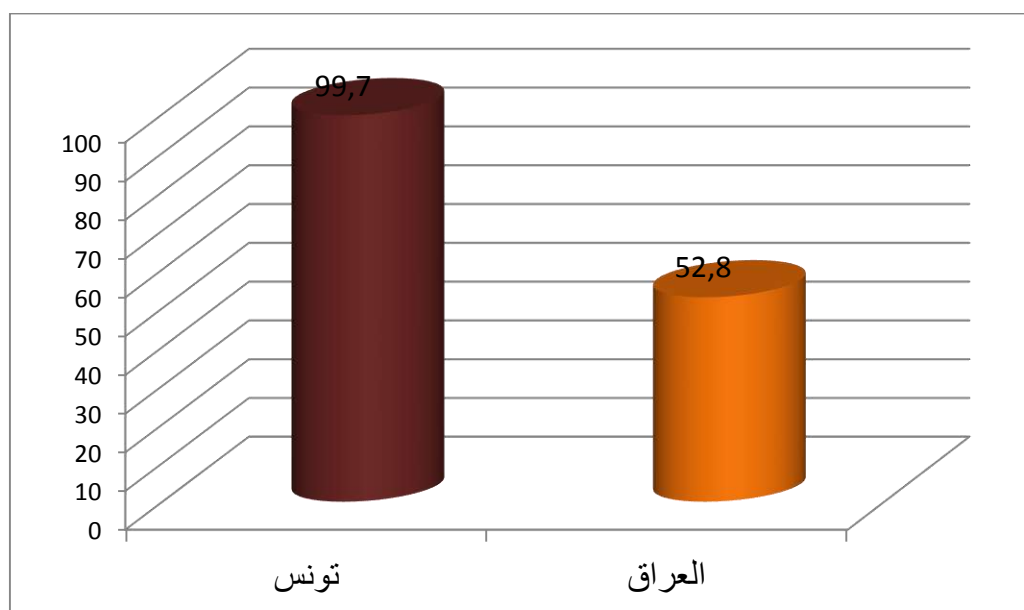


2.2.1.2. التحصين الثلاثي (السعال الديكي, الديفتيريا, والكزاز DPT)

و من ناحية أخرى يبين الشكل البياني رقم 3.2. إلى أن نسبة تلقي الأطفال في العمر (12_23) شهرا تطعيم ضد التحصين الثلاثي (السعال الديكي, ديفتيريا, الكزاز), تقريبا 100% من الأطفال المبحوثين أتموا التطعيم في تونس ونسجل اقل نسبة 52.8% بالعراق.

شكل بياني رقم 3.2. نسبة التطعيم ضد التحصين الثلاثي (DPT) بين العمر 12_23 شهرا في بعض

الدول العربية سنة 2006



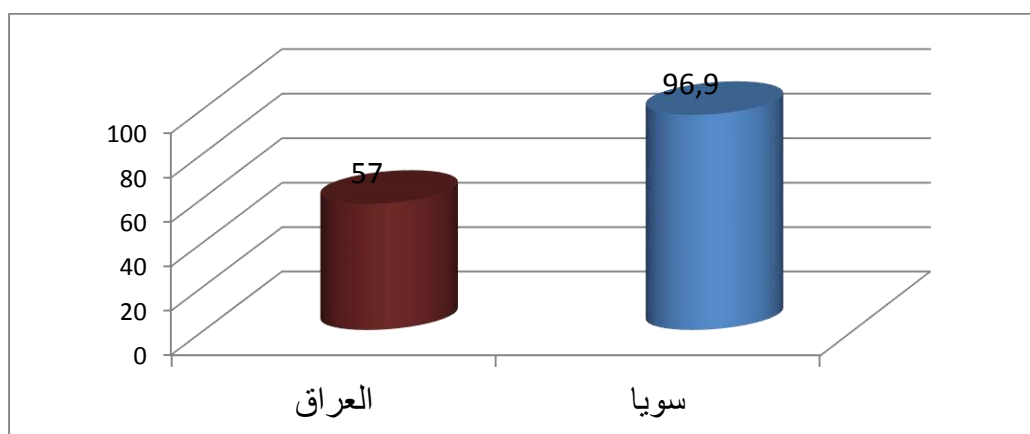
3.2.1.2. شلل الأطفال

بين الشكل البياني رقم 4.2. نسبة التطعيم ضد شلل الأطفال في العمر (12_23) شهرا فقد كانت

سوريا في المقدمة لتصل إلى حوالي 96.9%, أما العراق فقد سجلت 57%.

شكل بياني رقم 4.2. نسبة التطعيم ضد شلل الأطفال بين العمر 12 - 23 شهرا في بعض الدول

العربية سنة 2006

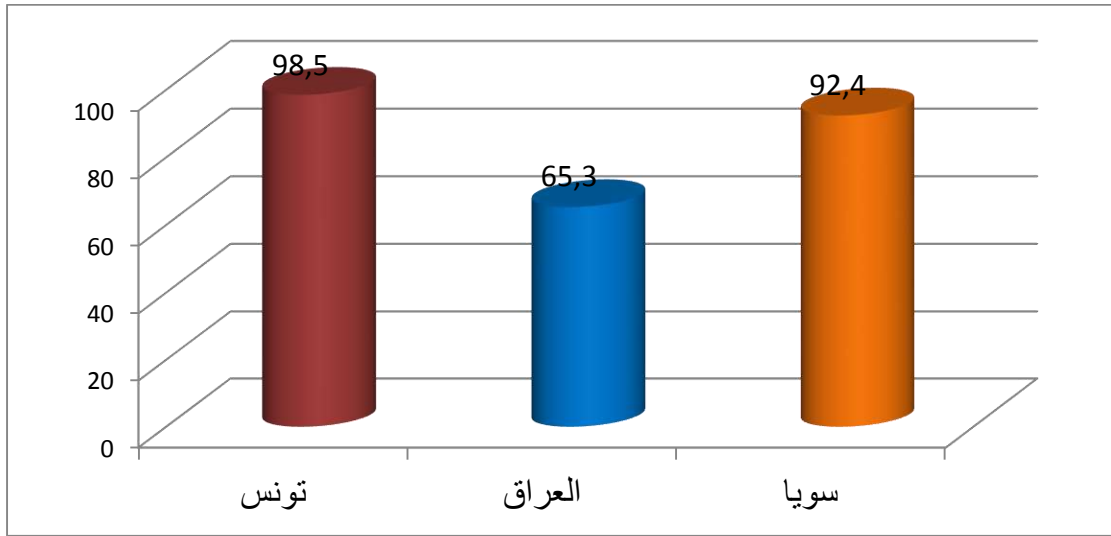


4.2.1.2. الحصبة:

يوضح الشكل رقم 5.2. نسبة تلقي الأطفال في العمر (12_23) شهرا تطعيم ضد الحصبة نسجل

أعلى معدل بتونس 98.5%, تليها مباشرة 92.4% في سوريا ثم 65.3% في العراق.

شكل بياني رقم 5.2. نسبة التطعيم ضد الحصبة بين العمر 12 _ 23 شهرا في بعض الدول العربية سنة 2006



5.2.1.2. التحصين الكامل:

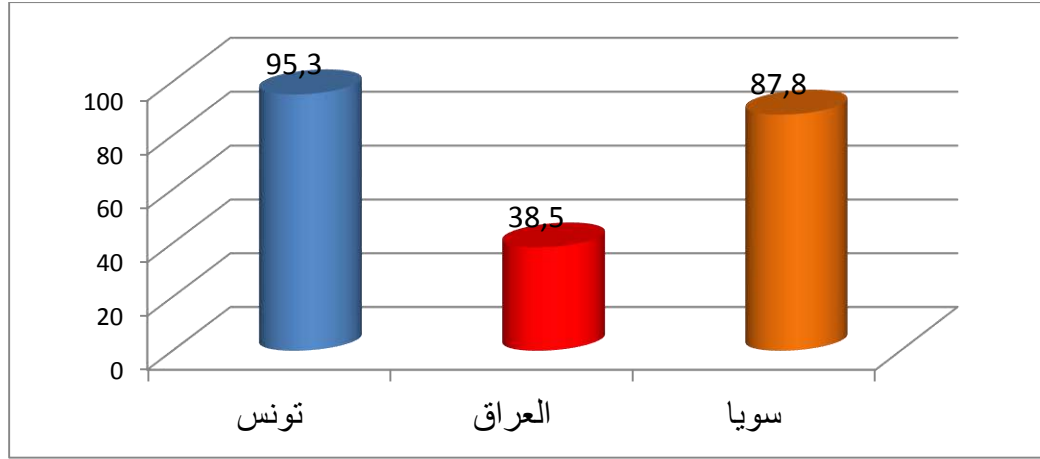
من خلال الشكل رقم 6.2. تشير نتائج المسوحات العنقودية متعددة المؤشرات إلى تلقي 95.3%

من الأطفال في العمر (12_23) شهرا قد استوفى جميع التطعيمات في تونس تليها أيضا سوريا بنسبة

87.8%, وأكثر من ثلث الأطفال 38.5% بالعراق.

شكل بياني رقم 6.2. نسبة التطعيم الكامل بين العمر 12 - 23 شهرا في بعض الدول العربية

سنة 2006

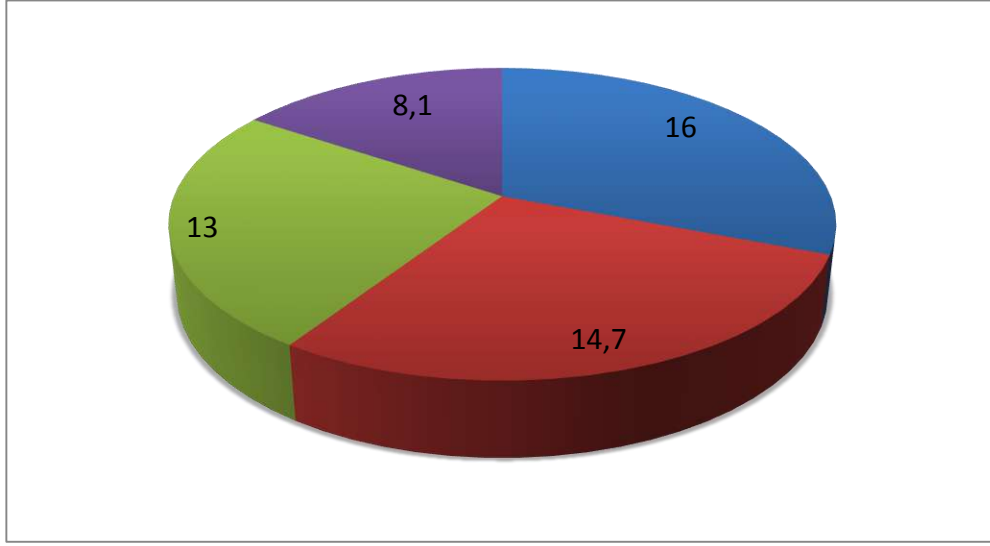


3.1.2. الإصابة بالإسهال:

يعتبر الجفاف الناجم عن الإسهالات الحادة من أهم أسباب المرض والوفاة بين الأطفال الأقل من خمس سنوات، والتي تسببها الفيروسات والبكتيريا والطفيليات، والطعام والماء الملوث، أو الحساسية من بعض الأطعمة التي يمكن أن تسبب الإسهال.

يبين الشكل رقم 7.2. حدة الإصابة بالإسهال الأطفال الأقل من خمس سنوات حسب بعض الدول العربية وتفاوت هذه النسب من دولة لأخرى، حيث تسجل المغرب أعلى معدل 16% من بين الأطفال الذين عانوا من إسهال، تليها مباشرة 14.7% بتونس و 13% في العراق.

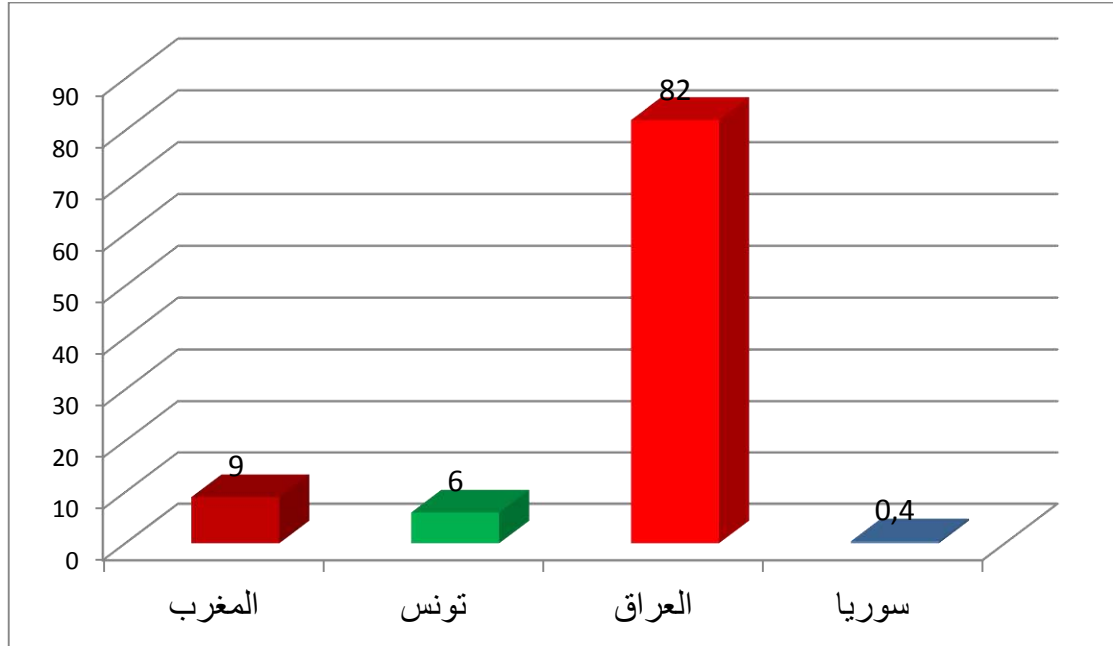
شكل بياني رقم 7.2. التوزيع النسبي لإصابة الأطفال أقل من 5 سنوات بالإسهال في بعض البلدان العربية سنة 2006



4.1.2. أمراض الجهاز التنفسي الحادة:

تعد أمراض الجهاز التنفسي الحاد من بين الأمراض الأكثر انتشاراً في مرحلة الطفولة، كما أنها السبب وراء وفاة الكثير من الأطفال. يلاحظ من خلال الشكل البياني رقم 8.2. أن نسبة الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين يعانون من صعوبة التنفس، قد بلغت أعلى معدل بالعراق 82%، وأقل معدل في كل من المغرب 9% وتونس 6%، أما سوريا لم تتجاوز هذه النسبة 0.4%.

شكل بياني رقم 8.2. التوزيع النسبي لإصابة الأطفال أقل من 5 سنوات بالالتهاب التنفسي الحاد في بعض البلدان العربية سنة 2006



2.2. الحالة التغذوية للأطفال في بعض البلدان العربية

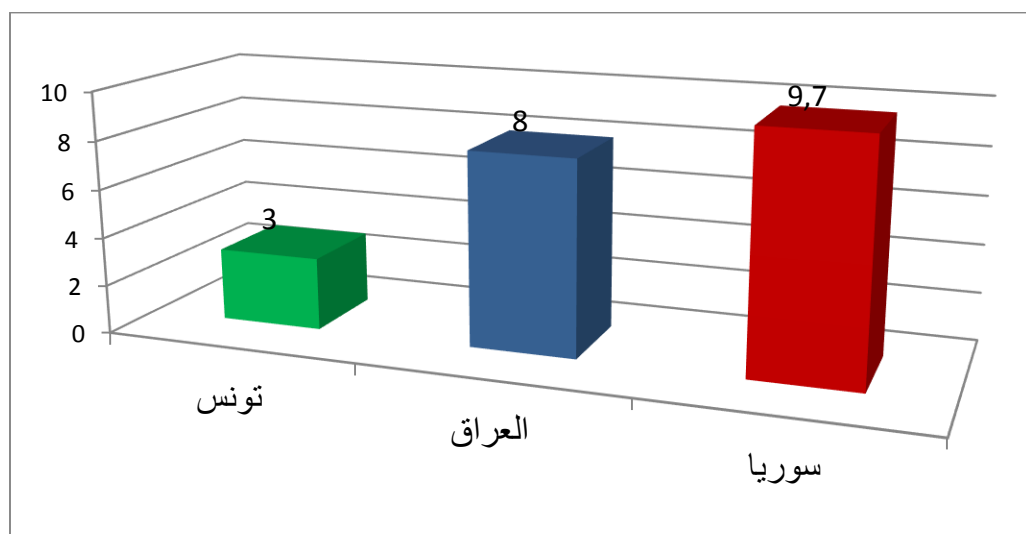
1.2.2. نقص الوزن:

يمثل طول الطفل بالنسبة لعمره مؤشرا للنمو الطولي وهو يعكس الحالة الصحية والتغذية والإصابة بالأمراض، والمستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة، كما يعكس الآثار والعوامل الجينية والوراثية.

يبين الشكل البياني رقم 9.2. إلى انخفاض نسبي ما في نسبة الأطفال الأقل من 5 سنوات المصابين بنقص الوزن، حيث بلغ تقريبا عشر الأطفال 9.7% في سوريا تليها العراق بنسبة 8% وأقل نسبة 3% في تونس.

الشكل البياني رقم 9.2. التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بنقص الوزن في بعض

البلدان العربية سنة 2006



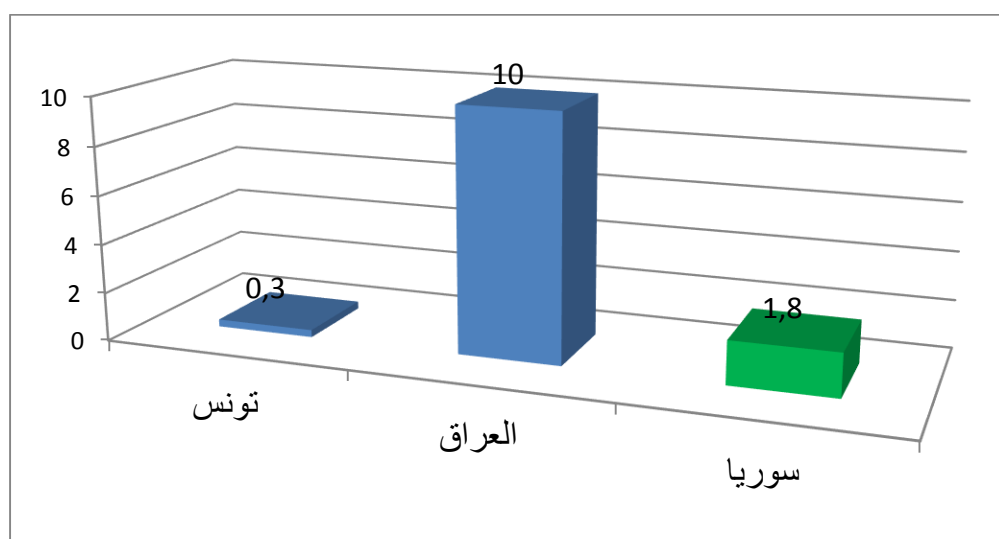
2.2.2. نقص الوزن الحاد :

يمثل الشكل البياني رقم 10.2. نسبة الأطفال الأقل من 5 سنوات المصابين بنقص الوزن الحاد إذ

يسجل العراق أكبر نسبة 10%، وأدناها في كل من سوريا وتونس على التوالي (1.8% و 0.3%).

الشكل البياني رقم 10.2. التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بنقص الوزن الحاد في

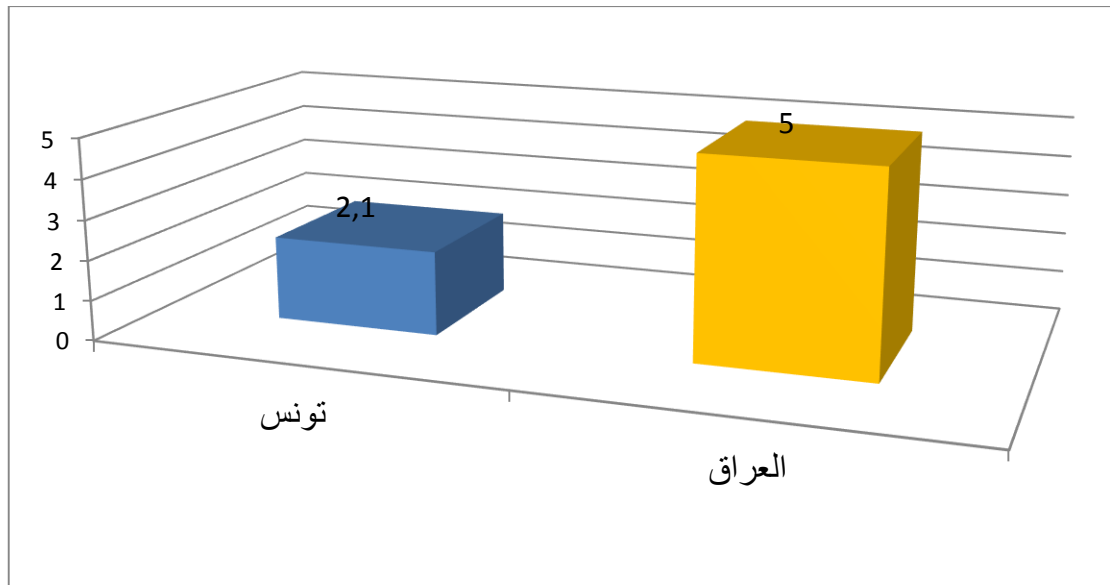
بعض الدول العربية سنة 2006



3.2.2. النحافة :

تشير إلى سوء التغذية الحاد، ويعود لعدم تناول مقادير كافية من الغذاء أو إصابة شديدة بالمرض تعيق من قدرة الطفل على الاستفادة من الغذاء
من خلال الشكل البياني رقم 11.2. نجد خمس الأطفال المبحوثين تقريبا 5% يعانون من النحافة في العراق، تليها أدنى نسبة 2.1% في تونس.

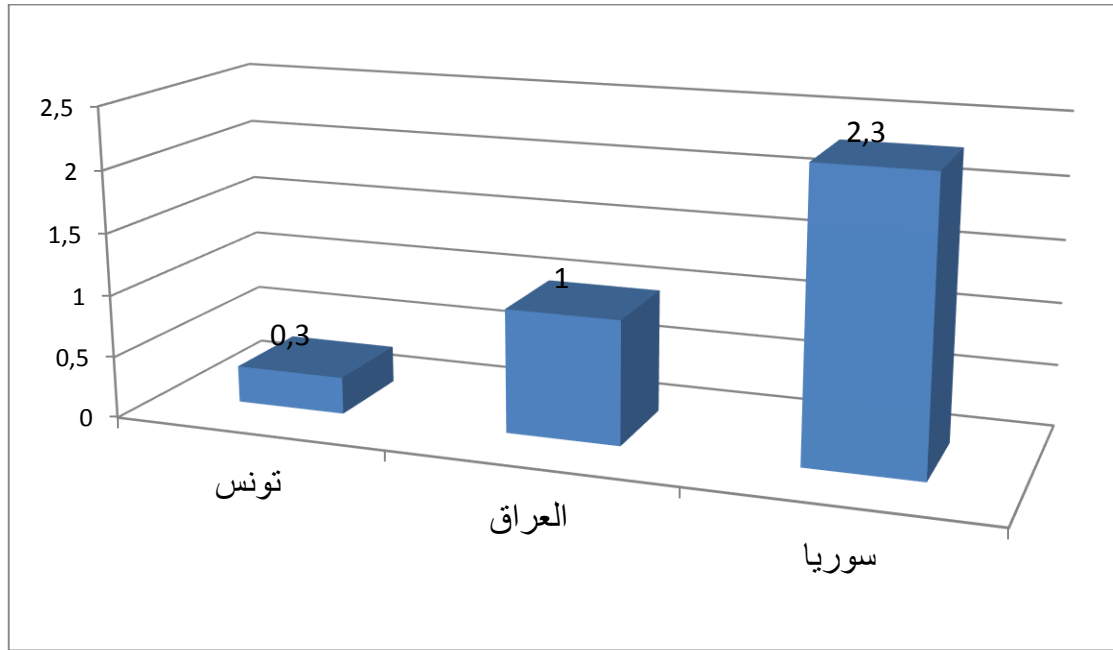
الشكل البياني رقم 11.2. التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بالنحافة في بعض البلدان العربية سنة 2006



4.2.2. نحافة حادة :

نلاحظ انخفاض واضح في نسبة الأطفال الذين يعانون من نحافة حادة إذ بلغت أعلى نسبة 2.3% في سوريا تليها مباشرة 1% بالعراق وأدناها 0.3% في تونس. (أنظر الشكل الموالي)

الشكل البياني رقم 12.2. التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بالحنفية الحادة في بعض الدول العربية سنة 2006



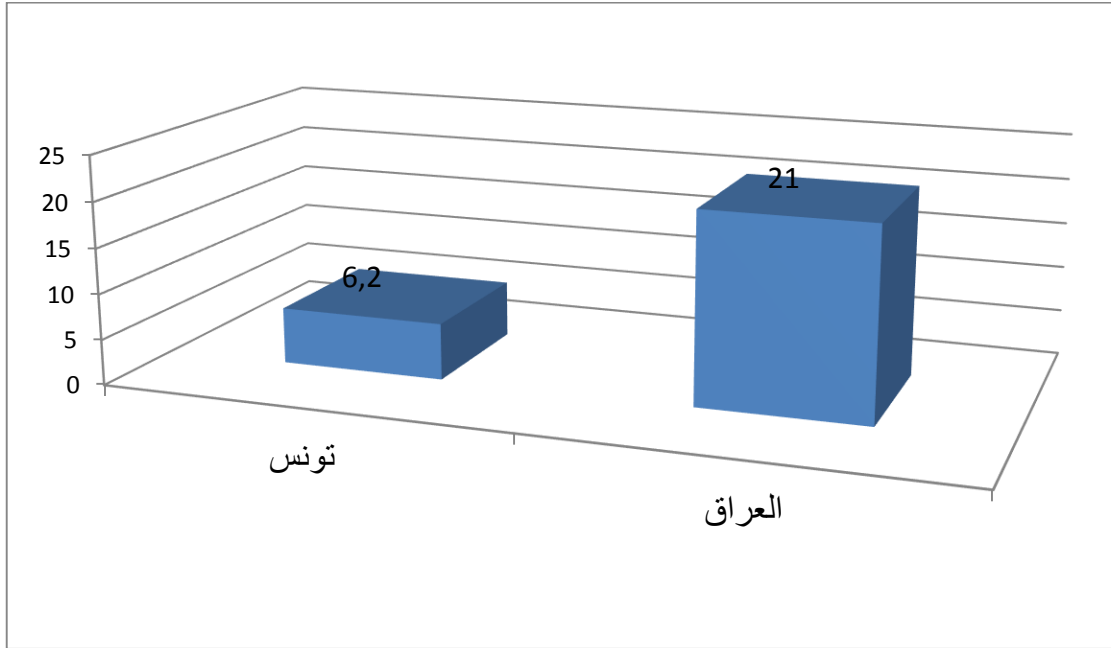
5.2.2. قصر القامة :

يمثل طول الطفل بالنسبة لعمره مؤشرا للنمو الطولي وهو يعكس الأثر التراكمي لسوء التغذية والإصابة بالأمراض، ويعد قصر القامة دليل تأخر في النمو الطولي الذي لا يمكن عادة تداركه وذلك لارتباطه بالعديد من العوامل خاصة نقص البروتين في الغذاء أو الإصابات المتكررة بالإسهالات أو الأمراض السارية، كما يعكس المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة بالإضافة العوامل الجينية والوراثية.

يبين الشكل البياني رقم 13.2. نسبة الأطفال الأقل من خمس سنوات الذين يعانون من قصر القامة يسجل العراق أكبر معدل 21%، وأدناها 6.2% في تونس.

الشكل البياني رقم 13.2. التوزيع النسبي للأطفال دون الخامسة حسب الإصابة بقصر القامة في بعض

البلدان العربية سنة 2006



6.2.2. الرضاعة الطبيعية :

تساهم الرضاعة الطبيعية في نمو الطفل وتقلل من خطر الأمراض المعدية, تنتشر على نطاق واسع مقارنة بعض البلدان العربية خلال الأشهر الستة الأولى أو خلال السنة الأولى.

يبين الجدول رقم 6.2. نسبة انتشار الرضاعة الطبيعية وتختلف باختلاف عمر الأطفال, إذ بلغت تونس أعلى نسبة 95.4% للأطفال في العمر دون 6 أشهر الذين يتلقون رضاعة طبيعية خالصة, ونسجل أقل نسبة 29% في سوريا أيضا تليها المغرب 21.0% ثم العراق 20%. وتشير نتائج المسوحات أن نسبة الأطفال البالغين من العمر (6_9) أشهر الذين يتناولون حليب الأم بالإضافة إلى التغذية التكميلية فقد سجلت تونس والمغرب أعلى معدل 48% تليهما مباشرة سوريا 36%, حيث تبلغ النسبة أدناها 01% في العراق. كما يتبين لنا أن الأطفال الذين تم إرضاعهم من الثدي في العمر (12_15) بلغت أدنى مستوياتها في تونس 7% وأعلى نسبة في العراق وسوريا (68% و63.9%) على الترتيب. كما تشير بخصوص الأطفال في العمر (20_23) شهرا الذين يتلقون رضاعة طبيعية مستمرة

نلاحظ انخفاضاً واضحاً لتصل إلى 19.3% في المغرب أيضاً تليها مباشرة 16.3% بالعراق وأدناها 5% في سوريا.

وتشير البيانات بوجود أقل فارق بين الوسطين أن نسبة الأطفال الذين يتلقون رضاعة طبيعية في الريف تفوق الحضر خصوصاً في الدول التي تتميز بالانخفاض في المغرب والعراق (24% و 17.0%) على الترتيب، أما في الريف تتفاوت هذه النسبة من دولة لأخرى أقصاها في تونس لتصل إلى 95.6% تليها أيضاً 40.1% بسوريا، ثم 27% في العراق وأقل نسبة بالمغرب 21%. (لاحظ الجدول الموالي)

جدول رقم 1.2. نسبة الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية حسب كل فئة عمرية في بعض الدول العربية

سنة 2006

| العمر بالشهور | دون 6 أشهر | 6 - 9 أشهر | 12 - 15 أشهر | 20 - 23 شهراً | حضر % | ريف % |
|---------------|----------------------|-----------------------------|-------------------|-----------------------------|-------|-------|
| الدولة | رضاعة طبيعية خالصة % | حليب الأم + تغذية تكميلية % | يرضعون من الثدي % | شهرها رضاعة طبيعية مستمرة % | | |
| المغرب | 21.0 | 48 | 55.8 | 19.3 | 17.0 | 21 |
| تونس | 95.4 | 48.1 | 07 | 6.6 | 95.4 | 95.6 |
| العراق | 20 | 01 | 68 | 16.3 | 24 | 27 |
| سوريا | 29 | 36.5 | 63.9 | 5 | 31.3 | 40.1 |

المصدر : اعتماد على مجموعة من المسوح العنقودية متعددة المؤشرات

خلاصة الفصل

وعليه نستخلص أن الحالة الصحية والتغذية للأطفال دون 5 سنوات لهما مقاييس هامة لدراستهما من الجانب الديمغرافي, فمن خلال هذه الإحصائيات نرى أن بعض البلدان العربية شهدت تغيرات في مسار الصحة المتعلقة بالأمراض والتطعيم, وسوء التغذية المتمثلة في نقص الوزن, قصر القامة, والنحافة. إذ يعود الانخفاض في مستويات الصحة كالأمراض إلى تدعيم البرامج الوطنية كالبرنامج الوطني لمكافحة أمراض الإسهال والتهابات الجهاز التنفسي وبرنامج التلقيح. وكذا عرفت الحالة التغذوية مستويات مرتفعة وذلك لعدم إطعام الطفل بالمواد الغذائية الضرورية والمستوى التعليمي للام.

الفصل الثالث

دراسة مقارنة الحالة الصحية
التغذوية للأطفال دون 5 سنوات
في الجزائر من خلال المسحيين
العنقوديين متعددي المؤشرات
2006 و 2012

تمهيد

1) مصادر المعطيات مسح 2006 و2012 :

1.1 المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006

1.1.1 إعداد المسح 2006

2.1.1 عينة المسح 2006

3.1.1 أهداف المسح 2006

2.1 المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012

1.2.1 إعداد المسح 2012

2.2.1 عينة المسح 2012

3.2.1 أهداف المسح 2012

2) صحة الأطفال بين 2006 و2012

1.2 الإصابة بالإسهال بين سنتي 2006 و2012

2.2 الإصابة بالتهاب تنفسي حاد بين سنتي 2006 و2012

3.2 التطعيم ضد الأمراض بين سنتي 2006 و2012

3) تغذية الأطفال بين 2006 و2012

1.3 سوء التغذية بين سنتي 2006 و2012

2.3 الرضاعة الطبيعية بين سنتي 2006 و2012

4) مناقشة الفرضيات

تمهيد

بعدها شهدت الجزائر نجاحا كبيرا في المستوى الصحي وذلك بتطور وتحسين الأوضاع الصحية والاجتماعية بصفة عامة، وصحة الأمومة والطفولة بصفة خاصة، فقد أولت الحكومة الجزائرية اهتماما كبيرا، المتعلقة بالسياسات والبرامج الصحية المسطرة المعتمدة عليها أساسا في دقة المعلومات وجودة عالية، من خلال مصادر المعطيات التي اعتمدها الجزائر من دراسات ومسوحات متخصصة في هذا الميدان. والممثلة من طرف وزير الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات، وقد تم عقد اتفاقية مع جامعة الدول العربية، ومنظمة اليونيسيف، لانجاز المسحيين الجزائريين والذين هما محل دراسة المقارنة، وهما المسح العنقودي متعدد المؤشرات 2006، والمسح العنقودي متعدد المؤشرات 2012.

1) مصادر المعطيات مسح 2006 و2012

تمثل الرعاية الصحية والتغذية للطفل من أهم المحاور الرئيسية التي تقف عليها المصالح الإستشفائية, و عليه من خلال المسحيين العنقوديين سنتطرق للمقارنة بينهما لمعرفة الوضع الصحي والتغذوي للأطفال الأقل من 5 سنوات في الجزائر.

1-1 المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS3 (2006):

1.1.1. إعداد المسح:

أجري هذا المسح العنقودي المتعدد المؤشرات الثالث كاستمرارية للمسح الثاني لسنة 2000 والأول لسنة 1995, بدعم من منظمة اليونيسيف وصندوق الأمم المتحدة للسكان وبرنامج الأمم المتحدة المشترك لفيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز ونظام الأمم المتحدة للتنمية في الجزائر, وكالعادة تكفل كل من الديوان الوطني للإحصائيات ووزارة الصحة والسكان وإصلاح المستشفيات بتنفيذه ميدانيا من 25 مارس إلى 10 جوان 2006 بغرض تمكين السلطات العمومية من الحصول على معلومات ضرورية لتنفيذ ورصد وتقييم السياسات الخاصة بالأطفال والنساء وتحديث وتعزيز قواعد المعطيات الموجودة, زيادة على وضع مؤشرات بغرض المقارنة مع الدول الأخرى وتقييم الجهود اللازمة لتحسين وضع الفئتين سالفتين الذكر, وأخيرا متابعة تحقيق الأهداف الإنمائية للألفية من خلال جمع 20 مؤشرا من هذا المسح.¹

2.1.1. عينة المسح: تم اختيار حجم عينة مكونة من 578 عنقودا مقسمة على 17 منطقة عبر التراب

الوطني, وتمثل الأسر والأطفال الأقل من 5 سنوات والنساء اللاتي يتراوح سنهن بين 15 و49 سنة الفئات المستهدفة في هذا المسح.

- أجريت تحقيق مع 29478 أسرة معيشية مستهدفة تم استجابة 29008 أسرة قدرت النسبة بحوالي 98.4%.

¹MSPH&ONS.(2006),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 Algérie 2006,Algérie 17

- أجري تحقيق مع 47641 امرأة مستهدفة تم استجابة 43642 امرأة قدرت النسبة بحوالي 91.6%.
- أجري تحقيق مع 15000 طفل مستهدف تم استجابة 14593 طفل قدرت النسبة بحوالي 97.3%.

3.1.1. أهداف المسح :

يهدف المسح العنقودي المتعدد إلى :

_ توفير المعلومات لتقييم حالة الطفل والأم في الجزائر وكذا توفير بيانات ضرورية من أجل تطوير مخطط المسح ووضع قاعدة للتخطيط مستقبلا.

_ إتاحة الفرصة لمنظمة الأمم المتحدة للطفولة ومنظمة الصحة العالمية بإعداد معلومات أساسية لوضعها في العمل ومتابعة وتقييم البرامج الصحية.

_ توفير الإمكانيات الضرورية لمتابعة حالة النساء والأطفال.

2.1. المسح العنقودي المتعدد المؤشرات MICS4(2012):

1.2.1. إعداد المسح:

وهو المسح الرابع الذي أجرته الجزائر بالاتفاق مع منظمة اليونسيف وصندوق الأمم المتحدة بين 21 أكتوبر 2012 و 31 جانفي 2012، بهدف تحديث قاعدة معطيات مؤشرات التنمية، حيث تعتبر هذه المسوحات من أكبر مصادر المعطيات (أكثر من 20 مؤشرا من بين الـ 53 المندمجة في الأهداف الإنمائية الألفية مصدرها المسح العنقودي متعدد المؤشرات)، وتقيم "العدد التنازلي حتى عام 2015" العالمي ولاسيما الهدفين الإنمائيين 4 و 5 والمتمثلين في الحد من وفيات الأطفال دون سن 5 أعوام وتحسين صحة الأمهات، بالإضافة إلى مكافحة فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز والملاريا، و تقييم العجز المسجل في كل الميدان ذات الصلة وتحديد مجالات جديدة ذات أولوية، وتوفير قائمة مؤشرات موثوق فيها والتي في مختلف برامج التنمية القطاعية، وأخيرا متابعة تنفيذ الأهداف الإنمائية للألفية وتوفير مؤشرات تستخدم في المقارنة الدولية.

2.2.1. عينة المسح: تم اختيار 1120 عنقودا من حجم العينة 28000 مقسمة على 7 مناطق عبر التراب الوطني، وتمثل الأسر والأطفال الأقل 5 سنوات والنساء اللاتي يتراوح سنهن بين 15 و 49 سنة الفئات المستهدفة في هذا المسح.

• اجري تحقيق مع 27643 أسرة معيشية مستهدفة تم استجابة 27198 أسرة قدرت النسبة الاستجابة بحوالي 98.4%.

• أجري تحقيق مع 41184 إمراة مستهدفة تم استجابة 38548 إمراة قدرت النسبة الاستجابة بحوالي 93.6%.

• أجري تحقيق مع 15140 طفل مستهدف تم استجابة 14701 طفل قدرت النسبة الاستجابة بحوالي 97.1%.

3.2.1. أهداف المسح :

يهدف المسح العنقودي المتعدد إلى :

_ الحصول على المعلومات الضرورية لمتابعة وتقييم السياسات التنموية الموجهة لصالح الأطفال والنساء.

_ تحديث وإثراء قواعد البيانات الموجودة وتوفير البيانات التي تسمح بالمقارنة مع البلدان الأخرى، وكذلك تقييم الجهود الواجب بذلها من أجل تحسين وضعية هذين الفئتين من السكان.

_ متابعة إنجاز الأهداف التنموية للألفية، وقد تم جمع 20 مؤشرا من مجموع 48.¹

¹ MSPH&ONS.(2015),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants et des femmes MICS4 Algérie 2012-2013,Algérie.

2. صحة الأطفال من خلال المسحيين العنقوديين 2006 و2012

يعتبر النهوض بصحة الطفل منذ الولادة وبعد الولادة مكانة متميزة في مجال صحة الأطفال، وذلك من خلال تقليل وفيات الأطفال الرضع الناتجة عن المشاكل الصحية المرتبطة بالأمراض المعدية ونوعية الرعاية في فترة ما حول الولادة، مما يتطلب الأمر التدخلات الوقائية للأطفال مثل البرنامج الوطني للتلقيح ومكافحة أمراض الإسهال، والتهابات الجهاز التنفسي الحادة للحد من احتمال الوفاة.

1.2. الإصابة بالإسهال خلال مسح 2006 ومسح 2012:

تعد الإصابة بالإسهال من الأمراض الخطيرة الواسعة الانتشار في أنحاء العالم، فهو المسبب في موت ربع الأطفال والرضع، وذلك بسبب فقدان كمية كبيرة من السوائل الجسم مؤديا إلى حدوث الجفاف وغالبا ما يؤدي إلى حدوث سوء التغذية وبالتالي الموت حتما، ومن خلاله سنتطرق إلى نسبة الإصابة بالإسهال خلال 15 يوم قبل المسح، والوسائل المستخدمة في معالجة الإسهال كاستعمال أكياس الأملاح المعدنية ومحلول السكر المعد بالمنزل.

الفصل الثالث: دراسة الحالة الصحية والتغذية للأطفال دون 5 سنوات في الجزائر بين سنتي 2006 و2012

الجدول 1.3. توزيع الأطفال ما بين 0 و59 شهر الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتمت معالجتهم بالأملاح المعدنية أو أية وسيلة أخرى ضد الإسهال خلال مسح 2006 و2012

| 2012 | | | | 2006 | | | | الخصائص العامة | | |
|---|-----------------------|--------------------------------|------------------------------------|---|-----------------------|--------------------------------|------------------------------------|----------------|-----------------------|-------|
| عدد الأطفال ما بين 0 و59 شهرا الذين يعانون من الإسهال | محلول سكر معد بالمنزل | استعمال أكياس الأملاح المعدنية | نسبة الإسهال خلال 15 يوم قبل المسح | عدد الأطفال ما بين 0 و59 شهرا الذين يعانون من الإسهال | محلول سكر معد بالمنزل | استعمال أكياس الأملاح المعدنية | نسبة الإسهال خلال 15 يوم قبل المسح | | | |
| 726 | 34.4 | 25.1 | 9.6 | 672 | 11.5 | 17.1 | 9 | ذكر | الجنس | |
| 651 | 33.3 | 25.5 | 9.1 | 615 | 12.9 | 20 | 8.6 | أنثى | | |
| 48 | 38.5 | 30 | 13.7 | 323 | 15.1 | 17.9 | 10.1 | 0_11 أشهر | العمر بالشهور | |
| 175 | 32.5 | 25.6 | 14.1 | 545 | 12.1 | 21.1 | 14.9 | 12_23 أشهر | | |
| 65 | 35.2 | 23.7 | 8 | 199 | 8.8 | 16 | 6.9 | 24_35 أشهر | | |
| 208 | 25.1 | 12 | 5.8 | 220 | 14.6 | 14.3 | 4.5 | 36_47 أشهر | | |
| 809 | 30.1 | 27 | 3.6 | 669 | 5.3 | 12.1 | 3.3 | 48_59 أشهر | | |
| 568 | 34.2 | 24.8 | 9 | 619 | 13.3 | 18.2 | 8.5 | حضر | | الوسط |
| 458 | 33.5 | 26 | 10 | 418 | 11 | 18.7 | 9.3 | ريف | | |
| 431 | 37.4 | 21 | 4.3 | 446 | 23.1 | 21.7 | 6.6 | الوسط | المنطقة | |
| 232 | 36.8 | 30 | 8 | 206 | 4.4 | 14.1 | 12.3 | الشرق | | |
| 160 | 39.9 | 28.9 | 7.6 | 127 | 15.9 | 28.9 | 5.9 | الغرب | | |
| 96 | 24.7 | 22.1 | 12.4 | 91 | 12.1 | 14.9 | 11.6 | الجنوب | | |
| 201 | 35.5 | 30.1 | 7.5 | 374 | 11.5 | 17.1 | 8.4 | أمية | المستوى التعليمي للام | |
| 289 | 33.1 | 25.3 | 11.2 | 265 | 9.3 | 15.7 | 9.5 | ابتدائي | | |
| 447 | 32.9 | 23.1 | 9.9 | 337 | 12.6 | 23.2 | 9.5 | متوسط | | |
| 300 | 30.8 | 23 | 8.7 | 260 | 15.8 | 16.9 | 8.5 | ثانوي | | |
| 141 | 43.2 | 30.4 | 9.6 | 53 | 10.5 | 18.6 | 6.8 | عالي | | |
| 330 | 29.2 | 21.2 | 10.2 | 340 | 11 | 15.3 | 10.1 | الأكثر فقرا | المستوى الاقتصادي | |
| 336 | 32.5 | 25.2 | 10.5 | 293 | 11 | 17.5 | 9.8 | الفقير | | |
| 254 | 34.8 | 25.9 | 8.7 | 238 | 13 | 20.5 | 8.3 | المتوسط | | |
| 256 | 37.1 | 25.6 | 9.1 | 220 | 12.7 | 22 | 8.1 | الغني | | |
| 201 | 38.8 | 31 | 7.9 | 196 | 14.4 | 18.7 | 7.5 | الأكثر غنى | | |
| 494 | 33.9 | 25.3 | 9.4 | 1288 | 12.2 | 18.5 | 8.8 | المجموع | | |

source: MSPH&ONS.(2006),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 Algérie 2006,Algérie. P97

MSPH&ONS.(2015),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants et des femmes MICS4 Algérie 2012-2013,Algérie. P191

يعرض الجدول رقم 1.3. توزيع الأطفال ما بين 0_59 شهر الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح تمت معالجتهم بالأملاح المعدنية أو أية وسيلة أخرى ضد الإسهال بين سنتي 2006 و2012. نسجل ارتفاع طفيف في نسبة الإسهال خلال 15 يوم قبل المسح , حيث انتقلت من (8.8% سنة 2006 إلى 9.4% سنة 2012), كذلك نسبة استعمال أكياس الأملاح المعدنية انتقلت من (18.5% سنة 2006 إلى 25.3% سنة 2012). أما نسبة محلول سكر معد بالمنزل انتقلت من (12.2% سنة 2006 إلى 33.9% سنة 2012).

سنميز الاختلافات في حدة الإصابة بالإسهال حسب بعض المتغيرات بين سنتي 2006 و2012:

حسب الجنس: ارتفاع نسبة الإسهال عند الذكور, كما نجد نسبة الإسهال خلال 15 يوم قبل المسح انخفضت بفارق 0.4% بالنسبة للذكور, وبفارق 0.5% للإناث, أما بالنسبة لاستعمال أكياس الأملاح المعدنية نسجل ارتفاع لكلا الجنسين والنسب تقريبا متساوية أما فيما يخص محلول السكر المعد بالمنزل نسجل ارتفاع بفارق 22.9% عند الذكور, بينما ترتفع هذه النسبة بفارق 20.4% بالنسبة للإناث خلال 2012.

حسب عمر الطفل: تمثل الفئة العمرية (12_23) شهرا أكبر نسبة إصابة الأطفال بالإسهال خلال 15 يوم قبل المسح بلغت 14.9% سنة 2006 و انخفضت هذه النسبة إلى 14.1% خلال 2012. أما بالنسبة لاستعمال أكياس الأملاح المعدنية تسجل الفئة العمرية (12_23) شهرا أكبر نسبة 21.1% سنة 2006, في حين نجد الفئة (0_11) أشهر لاستعمال الأملاح المعدنية تسجل أكبر نسبة 30% خلال 2012. نسجل نفس الملاحظة بالنسبة لمحلول سكر معد بالمنزل بلغت أكبر نسبة عند الفئة العمرية (0_11) شهرا 15.1% و 38.5% بين سنتي الملاحظة.

حسب الوسط: تسجل المناطق الريفية أكبر نسبة إسهال، وقد ارتفعت النسبة لكلا الواسطين بين سنتي الملاحظة، بالنسبة لاستعمال أكياس الأملاح المعدنية فكانت النسب بين الواسطين تقريبا متساوية، مع تسجيل ارتفاع فاق 6 نقاط بالنسبة للحضر و 7 نقاط بالنسبة للريف، يسجل محلول السكر المعد بالمنزل ارتفاع كبير فاق 20% بين الواسطين.

حسب المنطقة: ارتبطت أكبر نسبة بمنطقة الشرق إذ ما تعلق الأمر بالإسهال خلال 15 يوم قبل المسح سنة 2006، في حين نجد منطقة الجنوب تسجل أكبر نسبة 30% خلال 2012. أما بالنسبة لاستعمال أكياس الأملاح المعدنية تمثل منطقة الغرب أكبر نسبة بلغت 28.9% سنة 2006 بينما تسجل منطقة الشرق أكبر نسبة بلغت 30% سنة 2012. وارتبطت أكبر نسبة بالنسبة لمحلول سكر معد بالمنزل بمنطقة الوسط بلغت 23.1% سنة 2006 مقابل ذلك بلغت هذه النسبة بمنطقة الغرب 39.9% خلال 2012.

حسب المستوى التعليمي للام: نسجل أعلى نسبة للنسوة اللواتي أطفالهن أصيبوا بالإسهال خلال 15 يوم قبل المسح عند ذوات الطور الابتدائي والمتوسط بلغت 9.5% سنة 2006، وقد سجلت نسب الإصابة بالإسهال ارتفاع في جميع الأطوار، بالنسبة للنسوة اللواتي يستعملن أكياس الأملاح المعدنية ارتبطت أكبر نسبة عند ذوات الطور المتوسط بلغت 23.2% سنة 2006، بينما نجد أكبر نسبة عند نسوة لدى الطور الجامعي بنسبة 30.4% سنة 2012. نسجل أكبر نسبة للنسوة اللواتي يستعملن محلول السكر المعد بالمنزل عند الطور الثانوي 15.8% سنة 2006 وسجلت أعلى نسبة سنة 2012 عند الجامعيات بلغت 43.2%.

حسب مستوى الرفاه: كلما ارتفع مستوى الرفاه انخفضت نسب الإسهال، على العموم نسبة الإسهال مهما اختلف مستوى رفاه الأسر فهي في ارتفاع بين سنتي الملاحظة.

2.2. الالتهاب التنفسي الحاد خلال 2006 ومسح 2012:

تعرف الأمراض التنفسية الحادة على أنها أمراض تصيب المسارات التنفسية العليا, حيث تؤدي إلى مضاعفات خطيرة وتزيد من احتمال الوفاة لدى الأطفال, خاصة في البلدان النامية ويرتكز البرنامج الوطني لمكافحة أمراض الجهاز التنفسي الحادة عند الأطفال الأقل من 5 سنوات على توعية الأمهات, حول أخطار هذه الأمراض وضرورة احترام مراحل التكفل والعلاج. (انظر الجدول رقم 1 في الملحق)

نجد أن نسب الالتهاب التنفسي الحاد تسجل نسبة تقريبا متقاربة بلغت حوالي 6% بين سنتي الملاحظة. كما نسجل ارتفاع بالنسبة للأطفال الذين تمت معالجتهم في مستشفى/مركز جامعي, حيث انتقلت من 12.4% سنة 2006 إلى 15.3% سنة 2012, نسجل نفس الملاحظة بالنسبة للذين تم نقلهم إلى مصلحة عمومية/مركز علاج انتقلت من 12.3% سنة 2006 إلى 21% سنة 2012, بالنسبة الذين تم إسعافهم إلى عيادة/طبيب/ خاص فقد سجلت انخفاض كبيرا انتقلت من 28.2% سنة 2006 إلى 6.8% سنة 2012. وأيضا بالنسبة لاستشارة صيدلية انخفضت هذه النسبة من 9% سنة 2006 إلى 6.85% سنة 2012. نسجل ارتفاع فيما يخص الاعتماد على مصادر أخرى إذ كانت 1.1% سنة 2006 لتصل إلى 6% سنة 2012. أما بالنسبة للاعتماد على مستخدمين مؤهلين عرفت هذه النسبة ارتفاع كبير, حيث انتقلت من 52.6% سنة 2006 إلى 66.4% سنة 2012.

عند إدخال بعض الخصائص سنلاحظ الاختلافات في حدة الإصابة بالتهاب التنفسي الحاد بين

سنتي 2006 و2012 :

حسب الجنس: نسجل نسب تقريبا متساوية بالنسبة لمن يعاني من التهاب تنفسي حاد للجنسين معا

حوالي 6% للذكور و5% بالنسبة للإناث بين سنتي الملاحظة. بينما نسجل ارتفاع نسبة الذين تم نقلهم

إلى مستشفى/مركز الجامعي, حيث انتقلت من 13% سنة 2006 إلى 16% سنة 2012 للذكور وانتقلت من 11.7% سنة 2006 إلى 14.4% سنة 2012 بالنسبة للإناث.

حسب عمر الطفل: سجلت أكبر نسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12_23 أشهر, فقد بلغت 7.6% سنة 2006 وارتفعت إلى 8.4% سنة 2012, وارتبطت أكبر نسبة في الفئة العمرية (0_11 و48_59) أشهر للذين تم نقلهم إلى مستشفى/مركز الجامعي بلغت 15% سنة 2006, في حين نجد سنة 2012 عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0_11 شهرا بلغت 23.2% وحسب من تم إسعافهم إلى مصلحة عمومية/مركز علاج بلغت أكبر نسبة في الفئة العمرية 36_47 أشهر بلغت 14.2% سنة 2006 بينما نجد أكبر نسبة سنة 2012 عند الفئة العمرية 0_11 أشهر حيث بلغت 23.6%. أما بالنسبة الذين تم نقلهم على عيادة, طبيب/ خاص تعلقت أكبر نسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0_11 أشهر بلغت 37.3% سنة 2006 بينما سنة 2012 عند الفئة العمرية 12_23 شهرا بلغت 9.1%. نسجل نسبة تقريبا متساوية بالنسبة لاستشارة صيدلية للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 48_59 أشهر بلغت 11% بين سنتي الملاحظة. فيما يخص الذين اعتمدوا على مصادر أخرى تتعلق أكبر نسبة بالفئة العمرية بين 24_35 شهرا بلغت 2.2% سنة 2006 في حين نجد هذه النسبة سنة 2012 عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12_23 أشهر بلغت 1.2%. وحسب الاعتماد على مستخدمين مؤهلين بلغت أكبر نسبة عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0_11 شهرا بلغت 64.1%, و74.8% بين سنتي الملاحظة.

حسب الوسط: نلاحظ نسب تقريبا متساوية للأطفال من يعاني من التهاب تنفسي حاد لكلا الوسيطين بلغت 6% سنة 2006, في مقابل ذلك عرفت هذا الأخير انخفاض في الأوساط الحضرية بنسبة طفيفة 0.7% خلال 2012. أما بالنسبة للذين تم نقلهم إلى مستشفى/مركز الجامعي نسجل ارتفاع

في المناطق الحضرية بلغت 15.8% و8.7% في المناطق الريفية سنة 2006، حيث سجلت ارتفاعا و بلغت (16.4% و13.7% على التوالي سنة 2012). بالنسبة للذين تم إسعافهم إلى مصلحة عمومية/مركز علاج نسجل نسب تقريبا متساوية ولو باختلاف طفيف بلغت 11% سنة 2006 بينما نجد سنة 2012 انخفاض في المناطق الحضرية بفارق حوالي 1.6%. فيما يخص الذين تم إسعافهم على عيادة، طبيب/خاص قدر حوالي 1.8% سنة 2006، بينما عرفت هذه الأخيرة سنة 2012 انخفاض في المناطق الحضرية بفارق 2.2%. وحسب استشارة صيدلية نسجل ارتفاع طفيف في المناطق الحضرية منها في المناطق الريفية بلغت 9.6% في المناطق الحضرية و8.2% في المناطق الريفية سنة 2006 وبلغت 6.6% و5.2% على التوالي خلال 2012. بالنسبة للاعتماد على مصادر أخرى نسجل ارتفاع في المناطق الحضرية بلغت 1.3% في المناطق الحضرية و0.9% في المناطق الريفية سنة 2006، في حين عرفت هذه النسبة انخفاض بفارق 0.3% بين المنطقتين خلال 2012. وحسب الاعتماد على مستخدمين مؤهلين نسجل ارتفاعا بلغت 56.3% في المناطق الحضرية و48.5% في المناطق الريفية سنة 2006 وكذا 69.1% و62.6% على التوالي سنة 2012.

حسب المنطقة: بلغت أكبر نسبة للأطفال الذين يعانون من التهاب تنفسي حاد بمنطقة الشرق بلغت 9% سنة 2006. بينما بلغت هذه النسبة بمنطقة الجنوب الكبير 8.7% خلال 2012. أما بالنسبة الذين تم نقلهم على مستشفى/مركز جامعي سجلت منطقة الوسط أكبر نسبة بلغت 18.4% سنة 2006، بينما بلغت هذه النسبة بمنطقة الشرق بلغت 15.5% خلال 2012. وحسب الذين تم إسعافهم إلى مصلحة عمومية/مركز علاج ارتبطت أكبر نسبة بمنطقة الشرق بلغت 14.5% سنة 2006، و10.8% خلال 2012. وحسب استشارة صيدلية تسجل منطقة الجنوب الكبير أكبر نسبة بلغت 16.1% سنة 2006، في حين بلغت أكبر نسبة بمنطقة الغرب 6.5% خلال 2012. بالنسبة للاعتماد على مصادر أخرى سجلت منطقة الشرق أكبر نسبة بلغت 1.3% بينما بلغت هذه النسبة 3.3% سنة 2012. وفيما

يخص الاعتماد على مستخدمين مؤهلين ارتبطت أكبر نسبة بمنطقة الشرق بلغت 55% سنة 2006, بينما بلغت هذه النسبة 72.5 سنة 2012.

حسب المستوى التعليمي للأم: ارتبطت أعلى نسبة للنسوة اللواتي أطفالهن يعانون من التهاب تنفسي حاد عند النسوة ذوات الطور الجامعي بلغت 5.6% سنة 2006, في حين نجد أن سنة 2012 عند النسوة غير المتعلّقات بلغت 4.9%, مع تسجيل ارتفاع طفيف في النسب لبقية الأطوار التعليمية الأخرى بين سنتي الملاحظة, بالنسبة للواتي نقلن أطفالهن إلى مستشفى/مركز جامعي ارتبطت أكبر نسبة عند النسوة ذوات الطور الابتدائي بلغت 16% سنة 2006, بينما نجد أن سنة 2012 عند النسوة ذوات الطور العالي بلغت 19.1%. أما بالنسبة للنسوة اللواتي نقلن أطفالهن إلى مصلحة عمومية/مركز علاج بلغت أكبر نسبة لدى النسوة ذوات الطور الابتدائي بلغت 13.7% سنة 2006, في حين بلغت هذه النسبة للنسوة غير المتعلّقات 25.5% خلال 2012, وحسب اللواتي أسعفن أطفالهن على عيادة/طبيب/خاص ارتبطت أكبر نسبة عند النسوة ذوات الطور العالي بلغت 40.3% سنة 2006, بينما بلغت هذه 8.5% خلال 2012. بينما النسوة اللواتي استشرن صيدلية ارتبطت أكبر نسبة عند النسوة ذوات الطور الثانوي بلغت 10.8% سنة 2006, في حين بلغت هذه النسبة لدى النسوة غير متعلّقات 10.4% خلال 2012. أما بالنسبة اعتمادهن على مصادر أخرى تسجل أكبر نسبة للنسوة اللواتي لديهن مستوى عالي بلغت 51.6% سنة 2006, بينما بلغت هذه النسبة 2.8% خلال 2012. وبالنسبة للواتي اعتمدن على مستخدمين مؤهلين بلغت أكبر نسبة للنسوة اللواتي لديهن مستوى عالي بلغت 57.3% سنة 2006 في حين بلغت 78.2% سنة 2012.

حسب مستوى الرفاه: كلما ارتفع مؤشر الثروة للأسر انخفضت نسب الالتهاب التنفسي الحاد, وعلى العموم نسبة الالتهاب التنفسي الحاد مهما اختلف مؤشر الثروة للأسر فهي ثابتة.

3.2. التطعيمات ضد الأمراض:

تحظى التطعيمات بأهمية كبرى للحد من انتشار العديد من الأمراض الخطيرة، وهو ما أدى بجميع المنظمات الوطنية والمؤسسات الدولية العاملة في مجال الصحة العامة إلى الاعتماد على التطعيمات كمحور أساسي في الصحة. بحكم أن السل، الديفتيريا، السعال الديكي، التيتانوس، شلل الأطفال، والحصبة من أهم الأمراض التي تقضي على حوالي 4 ملايين طفل في العالم، والتي سنخرج إليهم وأهم اللقاحات المتخذة للقضاء عليها.

تشير معطيات المسح هناك تراجع في نسب التطعيمات بين سنتي 2006 و2012 من خلال التطرق إلى: (تطعيم أولي وثاني والثالث، والتطعيم ضد الدرن، ضد الشلل، وضد الحصبة)، إذ نجد نسبة مجموع التطعيمات انخفضت من 88% سنة 2006 إلى 87.2% سنة 2012، وكذلك نسبة الأطفال الذين لديهم دفتر فقد كانت 92.4% سنة 2006 لتصل إلى 93.1% خلال 2012، وعرفت نسبة التطعيم ضد الدرن انخفاضا انتقلت من 99% سنة 2006 إلى 97.75% سنة 2012، وبالنسبة للتطعيم الثلاثي الأول تراجعت النسبة من 98.3% سنة 2006 إلى 96.5% خلال 2012، ونسجل نفس الملاحظة بالنسبة للتطعيم الثلاثي الثاني انتقلت من 97% سنة 2006 لتصل إلى 94.4% سنة 2012، أما بالنسبة للتطعيم الثلاثي الثالث تراجعت النسبة من 94.8% سنة 2006 إلى 91% خلال 2012، في حين نسجل نسب تقريبا متساوية للتطعيم ضد الشلل (0) 97% خلال نفس السنتين، بينما تراجعت نسبة الشلل (1) حيث انتقلت من 98.2% سنة 2006 إلى 96.1% سنة 2012، كذلك نفس الشيء بالنسبة للتطعيم ضد الشلل (2) إذ انتقلت من 96.8% إلى 94.5% بين سنتي الملاحظة، أيضا سجلت نسبة الشلل (3) انخفاضا من 93.95% سنة 2006 وإلى 90.5% خلال 2012، وفيما يخص التطعيم ضد الحصبة عرفت نسب متساوية بلغت 90% خلال نفس السنتين.

سنتطرق من خلال معطيات المسحيين لمعظم التطعيمات, وذلك من خلال بعض الخصائص العامة والفترتين الزمنيتين يتبين لنا :

حسب الجنس: نلاحظ انخفاض لجميع أنواع التطعيمات (التطعيم ضد الدرن, التطعيم ضد الثلاثي الأول, التطعيم ضد الثلاثي الثاني, التطعيم ضد الثلاثي الثالث, الشلل(0), الشلل(1), الشلل(2), الشلل(3), الحصبة, في حين أن نسبة امتلاك الدفتر الصحي بقيت على حالها.

حسب المنطقة: بلغت أكبر نسبة تطعيم ضد الدرن بمنطقة الشرق بلغت 99% بين سنتي الملاحظة, وارتبطت أعلى نسبة تطعيم الثلاثي الأول بمنطقة الجنوب الكبير 99.2% سنة 2006 مقابل 98.8% بمنطقة الشرق سنة 2012, وبالنسبة للتطعيم الثلاثي الثاني تسجل منطقة الجنوب الكبير أكبر نسبة 98.1% سنة 2006 مقارنة بمنطقة الشرق بلغت أكبر نسبة 98.8% خلال 2012, تسجل منطقة الغرب أكبر نسبة بالنسبة للتطعيم الثلاثي الثالث بلغت 95% سنة 2006 مقابل 94.75% بمنطقة الشرق سنة 2012, وفيما يخص التطعيم ضد الشلل(0) ارتبطت منطقة الشرق بأكثر نسبة بلغت 98% خلال نفس السنتين, وبالنسبة للتطعيم ضد الشلل(1) بلغت منطقة الجنوب الكبير أكبر نسبة 97.7% سنة 2006 مقارنة بـ 98.1% بمنطقة الشرق سنة 2012, كذلك بلغت أكبر نسبة بمنطقة الجنوب الكبير 97.7% سنة 2006 مقابل 97.4% بمنطقة الشرق خلال 2012, وفيما يخص التطعيم ضد الشلل(3) ارتبطت أكبر نسبة بمنطقتي الوسط والغرب 94.3% سنة 2006 و 94.1% بمنطقة الشرق سنة 2012, وبالنسبة لتطعيم ضد الحصبة بلغت أكبر نسبة بمنطقة الجنوب الكبير 91.7% سنة 2006 و 93.8% بمنطقة الشرق خلال 2012, وبخصوص مجموع التطعيمات تسجل منطقة الجنوب الكبير أكبر نسبة 91.7% سنة 2006 و 88.1% بمنطقة الشرق سنة 2012, وفيما يخص نسبة الأطفال الذين لديهم دفتر تسجل منطقة الشرق أكبر نسبة بلغت 94% خلال نفس السنتين.

حسب الوسط: تسجل المناطق الحضرية أكبر نسبة لكافة أنواع التطعيمات (التطعيم ضد الدرن، التطعيم ضد الثلاثي الأول، التطعيم ضد الثلاثي الثاني، التطعيم ضد الثلاثي الثالث، الشلل(0)، الشلل(1)، الشلل(2)، الشلل(3)، مجموع التطعيمات) وهذا مهما اختلفت الخصائص العامة، وقد ارتفعت النسبة لكلا الواسطين نستنتج نسبة التطعيم ضد الشلل(0) فكانت النسب تقريبا متساوية 97% بين سنتي الملاحظة، وتسجيل ارتفاع للتطعيم ضد الحصبة بفارق 1.3% بالنسبة للريف، ونسجل نسب تقريبا متساوية بالنسبة لامتلاك الدفتر 91% بالنسبة للحضر .

حسب المستوى التعليمي للأم: ارتبطت أكبر نسبة للتطعيم ضد الدرن عند النسوة ذوات المستوى الابتدائي بين سنتي الملاحظة (99.4% سنة 2006 مقابل 98.9% سنة 2012)، وبالنسبة للتطعيم الثلاثي الأول بلغت أكبر نسبة للنسوة اللواتي لديهن مستوى ابتدائي 99.1% سنة 2006 مقابل 97.2% عند النسوة ذوات المستوى الثانوي خلال 2012، وبالنسبة لتطعيم الثلاثي الثاني سجلت أكبر نسبة للنسوة اللواتي لديهن مستوى عالي بلغت 98.7% سنة 2006 مقارنة بـ 96.4% عند النسوة ذوات مستوى ثانوي خلال 2012، وفيما يخص التطعيم الثلاثي الثالث ارتبطت أكبر نسبة لدى النسوة اللواتي لديهن مستوى ثانوي خلال نفس السنتين (97.4% سنة 2006 مقابل 93.9% سنة 2012)، وحسب التطعيم ضد الشلل(0) تسجل النسوة اللواتي لديهن مستوى ثانوي أعلى نسبة بلغت 98.3% سنة 2006 مقارنة بـ 98.5% عند النسوة اللواتي لديهن مستوى عالي خلال 2012، وبالنسبة لتطعيم ضد الشلل(1) بلغت أعلى نسبة لدى النسوة اللواتي لديهن مستوى ابتدائي بلغت 99.1% سنة 2006 في حين نجد أن سنة 2012 عند النسوة لدى مستوى ثانوي بلغت 96.8%، وفيما يخص التطعيم ضد الشلل(2) بلغت أكبر نسبة لدى النسوة ذوات مستوى عالي بلغت 98.7% سنة 2006 مقابل 96.4% عند النسوة ذوات مستوى ثانوي خلال 2012، أما بالنسبة لتطعيم ضد الشلل(3) ارتبطت أكبر نسبة عند النسوة اللواتي لديهن مستوى ثانوي بين سنتي الملاحظة (97.2% سنة 2006 مقابل 93.3% سنة 2012)، ونسجل

نفس الملاحظة بخصوص مجموع التطعيمات بلغت أكبر نسبة لدى النسوة في الطور الثانوي (92.1% سنة 2006 مقابل 87.2% سنة 2012) خلال نفس السنتين, وبالنسبة للاشيء من التطعيمات بلغت أكبر نسبة لدى غير المتعلمات 1.7% سنة 2006 مقابل 0.9% عند النسوة ذوات الطور الثانوي خلال 2012, أما بالنسبة للأطفال الذين لديهم دفتر تسجل النسوة اللواتي لديهن مستوى ابتدائي أكبر نسبة بين سنتي الملاحظة (95.2% سنة 2006 مقابل 94.7% سنة 2012).

حسب مستوى الرفاه: نلاحظ كلما ارتفع المستوى الاقتصادي للأسر ارتفعت نسب كافة أنواع التطعيم ضد الأمراض, وبشكل عام فهي في انخفاض مهما اختلف المستوى الاقتصادي للأسر بين سنتي الملاحظة. (انظر الجدول رقم 2 في الملحق)

3. تغذية الأطفال من خلال المسحيين العنقوديين 2006 و2012

تعد أمراض سوء التغذية (نقص الوزن, قصر القامة والنحافة) من أخطر المشاكل الصحية المنتشرة عالميا, حيث يقدر عدد الضحايا بالآلاف شخص من يعاني من سوء التغذية بمختلف أشكاله في العالم, ويشكل الأطفال الأقل من 5 سنوات الفئة الحساسة لأن الضرر الأكبر لسوء التغذية يقع على الأطفال, فهذه الأخيرة تعتبر من أهم المشاكل الصحية عامة والمشاكل الغذائية خاصة لأن الكثير منهم يموتون سنويا بسبب الجوع وسوء التغذية.

1.3. سوء التغذية :

1.1.3. نقص الوزن :

الجدول 2.3. توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص الوزن حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006_2012

| 2012 | | | 2006 | | الخصائص العامة | |
|-------------------------|------------|-----|-------------------------|------------------|----------------|-----------------------|
| عدد الأطفال دون 5 سنوات | معتدل واحد | حاد | معتدل واحد ¹ | حاد ² | | |
| 6785 | 0.7 | 3.1 | 0.6 | 3.8 | ذكر | الجنس |
| 6573 | 0.8 | 3 | 0.6 | 3.6 | أنثى | |
| 4557 | 0.8 | 3.7 | 0.5 | 2.7 | الوسط | المنطقة |
| 4036 | 1.1 | 3.6 | 0.7 | 2.3 | الشرق | |
| 3030 | 1 | 3.9 | 0.5 | 3.6 | الغرب | |
| 1735 | 1.1 | 4.9 | 1.1 | 7.8 | الجنوب | |
| 7137 | 2.3 | 7.1 | 1.6 | 1.4 | أقل من 6 أشهر | العمر بالشهور |
| 6222 | 0.9 | 2.9 | 1.8 | 2.9 | 6_11 أشهر | |
| 1174 | 0.5 | 1.7 | 4.2 | 4.4 | 12_23 أشهر | |
| 1502 | 0.4 | 2.9 | 3.2 | 4.2 | 24_35 أشهر | العمر بالشهور |
| 2760 | 0.7 | 2.4 | 3.2 | 3.7 | 36_47 أشهر | |
| 2791 | 0.6 | 3 | 2.3 | 4 | 48_59 أشهر | |
| 2602 | 0.7 | 2.8 | 0.5 | 3.1 | حضر | الوسط |
| 2529 | 0.1 | 3.4 | 0.7 | 4.4 | ريف | |
| 4053 | 0.5 | 3.6 | 0.9 | 5 | أمية | المستوى التعليمي للأم |
| 2553 | 1.2 | 3 | 0.8 | 4.2 | ابتدائي | |
| 3266 | 0.9 | 3.2 | 0.4 | 3.3 | متوسط | |

¹معتدل/حاد : الأقل من ضعفي الانحراف المعياري.
²حاد : الأقل من 3 أضعاف الانحراف المعياري.

| | | | | | | |
|-------|-----|-----|-----|-----|------------|-------------------|
| 2793 | 0.7 | 2.7 | 0.4 | 2.5 | ثانوي | |
| 692 | 0.4 | 2.3 | 0.2 | 1.3 | عالي | |
| 2800 | 0.8 | 3.2 | 0.8 | 4.4 | الفقير | |
| 2800 | 0.8 | 3.2 | 0.8 | 4.4 | الفقير | |
| 2637 | 0.9 | 2.9 | 0.7 | 3.5 | المتوسط | المستوى الاقتصادي |
| 2495 | 0.4 | 2.8 | 0.3 | 2.4 | الغني | |
| 2341 | 0.5 | 2.3 | 0.5 | 2.5 | الأكثر غنى | |
| 13358 | 0.8 | 3 | 0.6 | 3.7 | المجموع | |

يبين الجدول رقم 2.3. توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص الوزن حسب سنتي 2006 و2012، حيث نجد انخفاض نسبة انتشار نقص الوزن في شكلها المعتدل والحاد انتقلت من 3,7% سنة 2006 إلى 3% سنة 2012.

أما بالنسبة لنقص الوزن الحاد فقد سجل ارتفاعا طفيفا وانتقل من 0,6% سنة 2006 إلى 0,8% سنة 2012.

إذا ميزنا نقص وزن الأطفال بنوعيه المعتدل/ الحاد والحاد حسب الخصائص العامة والفترتين الزمنيتين سنلاحظ:

حسب الجنس: هناك تقارب بين الجنسين فيما يخص نقص الوزن بنوعيه. مع تسجيل انخفاض بالنسبة لنقص الوزن المعتدل والحاد بين سنتي 2006 و2012 وارتفاع نقص الوزن الحاد خلال نفس السنتين لكلا الجنسين.

حسب المنطقة: ارتبطت أعلى نسبة نقص الوزن بنوعيه سنة 2006 بمنطقة الجنوب الجزائري (7.8% معتدل/حاد و1.1% حاد). بالنسبة لسنة 2012 نجد منطقة الغرب هي التي سجلت أعلى نسبة انقص الوزن بلغت 4.9% معتدل/حاد و1.1% حاد لكل من منطقتي الشرق والجنوب.

حسب عمر الطفل: سجلت اكبر نسبة نقص وزن بنوعيه سنة 2006 عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12_23 أشهر (4.4% معتدل وحاد, 4.2% حاد). في حين نجد سنة 2012 أن أطفال الأقل من 6 أشهر هم الذين يعانون من هذه المشكلة (7.1% معتدل/حاد؛ 2.3% حاد).

حسب المنطقة: ارتبطت أعلى نسبة نقص الوزن بنوعيه سنة 2006 بمنطقة الجنوب الجزائري (16.8% معتدل/حاد و5.1% حاد). بالنسبة لسنة 2012 نجد منطقة الغرب هي التي سجلت أعلى نسبة لانتشار قصر القامة بنوعيه (15.6% معتدل/حاد و5.6% حاد).

حسب الوسط: عرفت المناطق الحضرية نسب منخفضة من المناطق الريفية بالنسبة لنقص الوزن بنوعيه، حيث سجلت انخفاضا في نقص الوزن بنوعيه انتقلت من 3.1% معتدل وحاد, 0.5% حاد في الحضر و4.4% و0.7% على التوالي في الريف في سنة 2006 إلى 2.8% معتدل وحاد, 0.7% حاد بالنسبة للحضر و3,4% معتدل وحاد, 0.1% حاد بالنسبة للريف.

حسب المستوى التعليمي للام: نسجل أعلى نسبة نقص وزن معتدل/ حاد عند النسوة غير المتعلّمات مع تسجيل انخفاضه بين سنتي الملاحظة (5% سنة 2006 مقابل 3,6% سنة 2012) نفس الملاحظة بالنسبة لنقص الوزن الحاد. أما أصغر نسبة فارتبطت بالنسوة الجامعيات مع تسجيل انخفاض دائم في النسب بين السنتين ولكلا النوعين.

حسب مستوى الرفاه: كلما ارتفع المستوى الاقتصادي للعائلات انخفضت نسبة نقص الوزن للأطفال حيث انتقلت النسبة من 5.4% معتدل وحاد, 0.8% حاد في سنة 2006 لتصبح 3.9% و1.3%

على التوالي لدى الأسر الأكثر فقرا خلال 2012. وكذا من 2,5% معتدل وحاد, 0.5% حاد سنة 2006 إلى 3.2% و0.8% خلال 2012 بالنسبة للأسر الأكثر غنى.

2.1.3 قصر القامة :

الجدول 3.3. توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من قصر القامة حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006_2012

| 2012 | | | 2006 | | الخصائص العامة |
|-------------------------|-----|------------|------|------------|----------------|
| عدد الأطفال دون 5 سنوات | حاد | معتدل وحاد | حاد | معتدل وحاد | |
| 6785 | 4.6 | 12.6 | 3.2 | 11.6 | ذكر |
| 6573 | 3.5 | 10.7 | 2.7 | 11 | أنثى |
| 4557 | 5.3 | 15.4 | 2.4 | 9.4 | الوسط |
| 4036 | 4.1 | 10.6 | 2.5 | 10.7 | الشرق |
| 3030 | 5.6 | 15.6 | 3.2 | 11.8 | الغرب |
| 1735 | 3.8 | 11.8 | 5.1 | 16.8 | الجنوب |
| 7137 | 4.5 | 10.1 | 1.6 | 7.9 | أقل من 6 أشهر |
| 6222 | 3 | 8.2 | 1.8 | 9.3 | 6_11 أشهر |
| 1174 | 5.3 | 13.7 | 4.2 | 15.4 | 12_23 أشهر |
| 1502 | 4.5 | 13.6 | 3.2 | 10.4 | 24_35 أشهر |
| 2760 | 4 | 11.9 | 3.2 | 11.1 | 36_47 أشهر |
| 2791 | 2.5 | 10.1 | 2.3 | 10.9 | 48_59 أشهر |
| 2602 | 3.9 | 11.3 | 2.7 | 10.4 | حضر |
| 2529 | 4.3 | 12.3 | 3.3 | 12.4 | ريف |
| 4053 | 4.9 | 14.2 | 4.7 | 15.7 | أمية |
| 2553 | 4.3 | 12 | 2.7 | 10.7 | ابتدائي |
| 3266 | 3.7 | 11.4 | 2.1 | 9.8 | متوسط |
| 2793 | 3.5 | 9.9 | 2.1 | 8.8 | ثانوي |
| 692 | 4.3 | 11.5 | 1.2 | 5 | عالي |
| 3085 | 3.9 | 12.6 | 4.7 | 16.1 | الأكثر فقرا |
| 2800 | 4.5 | 12.1 | 2.8 | 12.4 | الفقير |

الفصل الثالث: دراسة الحالة الصحية والتغذوية للأطفال دون 5 سنوات في الجزائر بين سنتي 2006 و2012

| | | | | | | |
|-------|-----|------|-----|------|------------|-------------------|
| 2637 | 4.1 | 11 | 2.5 | 9.7 | المتوسط | المستوى الاقتصادي |
| 2495 | 4 | 11.7 | 2.3 | 9.2 | الغني | |
| 2341 | 3.6 | 10.6 | 2 | 7.6 | الأكثر غنى | |
| 13358 | 0.4 | 11.7 | 0.6 | 11.3 | المجموع | |

يبين الجدول رقم 3.3. توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من قصر القامة بين سنتي 2006 و2012، من خلال الجدول نلاحظ ارتفاع نسبة قصر القامة في ميزتيه المعتدل والحاد قدرت 11.3% سنة 2006 إلى 11.7% سنة 2012، وبخصوص قصر القامة الحاد هناك انخفاض بنسبة ضئيلة حيث انتقلت من 0.6% سنة 2006 لتصبح 0.4% خلال 2012.

سوف نعرض على قصر القامة بنوعيه وذلك حسب الخصائص العامة خلال الفترتين الزمنيتين 2006 و2012 :

حسب الجنس: ارتفاع نسبة قصر القامة في شكله بالنسبة للذكور، بنقطة بين سنتي 2006 و2012. أما بالنسبة للإناث انخفض بفارق 0.3% إذ ما تعلق الأمر بمعتدل/حاد ارتفع بمقدار نقطة تقريبا 0.8% عند الحاد خلال نفس المدة.

حسب المنطقة: ارتبطت أعلى نسبة قصر القامة بنوعيه سنة 2006 بمنطقة الجنوب الجزائري (16.8% معتدل/حاد و5.1% حاد). بالنسبة لسنة 2012 نجد منطقة الغرب هي التي سجلت أعلى نسبة لانتشار قصر القامة بنوعيه (15.6% معتدل/حاد و5.6% حاد).

حسب عمر الطفل: سجلت الفئة العمرية (12_23) شهرا للأطفال الذين يعانون من قصر القامة في كلا نوعيه أكبر نسبة (15.4% معتدل/حاد و4.3% حاد) سنة 2006 بينما بلغت هذه النسبة (13.7% معتدل/حاد و5.3% حاد) خلال 2012.

حسب الوسط: تسجل المناطق الحضرية نسب منخفضة لانتشار قصر القامة في شكله من المناطق الريفية، مقارنة بين سنتي الملاحظة سجل قصر القامة بنوعيه ارتفاعا، نستثني من هذه الملاحظة قصر القامة المعتدل بوسط الريف الجزائري، فقد بقي ثابتا تقريبا.

حسب المستوى التعليمي للأم : ارتبطت أعلى نسبة للنسوة اللواتي أطفالهن يعانون من قصر القامة بنوعيه عند غير المتعلقات، بلغت (15.7%معتدل/حاد، و4.9% بالنسبة لحاد سنة 2006) و(14.2%، و4.7%) على التوالي سنة 2012، وقد سجلت نسب قصر القامة بنوعيه ارتفاعا في جميع الأطوار التعليمية خلال 2012.

حسب مستوى الرفاه : نسجل نفس الملاحظة إذ متعلق الأمر بمستوى رفاه الأسرة نسجل ارتفاع قصر القامة بغض النظر عن المستوى الاقتصادي لأسر الأطفال نستثني من هذه الملاحظة الأسر الأكثر فقرا أين انخفض هذا الأخير بمعدل يفوق 03 نقاط بالنسبة لمعتدل وحاد وبمعدل 0.8 تقريبا نقطة بالنسبة لحاد للأسر أكثر فقرا أيضا نسجل انخفاض طفيف بمقدار 0.3%.

3.1.3 النحافة :

الجدول 4.3. توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نحافة حسب بعض الخصائص

خلال مسح 2006 ومسح 2012

| عدد الأطفال دون 5 سنوات | 2012 | | 2006 | | الخصائص العامة |
|-------------------------|------|------------|------|------------|----------------|
| | حاد | معتدل وحاد | حاد | معتدل وحاد | |
| 6785 | 1.7 | 4.4 | 0.7 | 2.9 | ذكر |
| 6573 | 1.1 | 3.8 | 0.6 | 2.9 | أنثى |
| 4557 | 1.7 | 4.9 | 0.4 | 1.9 | الوسط |
| 4036 | 1.1 | 3.9 | 0.4 | 2.4 | الشرق |
| 3030 | 1.7 | 4.6 | 0.9 | 4 | الغرب |
| 1735 | 2.5 | 5.9 | 1.2 | 4.9 | الجنوب |
| 7137 | 4.9 | 12.6 | 0.6 | 4.1 | أقل من 6 أشهر |
| 6222 | 1.7 | 4.8 | 0.9 | 3.6 | 6_11 أشهر |
| 1174 | 0.9 | 2.9 | 0.9 | 3 | 12_23 أشهر |

الفصل الثالث: دراسة الحالة الصحية والتغذية للأطفال دون 5 سنوات في الجزائر بين سنتي 2006 و2012

| | | | | | | |
|-------|-----|-----|-----|------|-------------|-----------------------|
| 1502 | 1.1 | 3.1 | 0.4 | 3.4 | 24_35 أشهر | |
| 2760 | 0.6 | 2.8 | 0.6 | 1.9 | 36_47 أشهر | |
| 2791 | 0.7 | 2.3 | 0.5 | 2.4 | 48_59 أشهر | |
| 2602 | 1.4 | 4 | 0.6 | 3 | حضر | الوسط |
| 2529 | 1.3 | 4.3 | 0.7 | 2.8 | ريف | |
| 4053 | 1.4 | 4.7 | 0.7 | 20.7 | أمية | المستوى التعليمي للأم |
| 2553 | 1.2 | 3.9 | 0.7 | 3.1 | ابتدائي | |
| 3266 | 1.4 | 4 | 0.6 | 3 | متوسط | |
| 2793 | 1.4 | 3.9 | 0.5 | 2.9 | ثانوي | |
| 692 | 1.5 | 4.4 | 0.5 | 4 | عالي | |
| 3085 | 1.8 | 5 | 0.5 | 3.1 | الأكثر فقرا | المستوى الاقتصادي |
| 2800 | 1 | 3.3 | 1 | 3 | الفقير | |
| 2637 | 1.5 | 3.9 | 0.7 | 2.9 | المتوسط | |
| 2495 | 1.4 | 4.5 | 0.5 | 2.3 | الغني | |
| 2341 | 1 | 3.8 | 0.6 | 3.3 | الأكثر غنى | |
| 13358 | 1.4 | 4.1 | 0.6 | 2.9 | المجموع | |

*المصدر: - MSPH&ONS.(2006),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 Algérie 2006,Algérie.p69MSPH&ONS.(2015),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants et des femmes MICS4 Algérie 2012-2013,Algérie. P163

لقد شهد مؤشر النحافة حالة ارتفاع كما هو مبين في الجدول رقم 4.3 والذي يمثل توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من النحافة بين سنتي 2006 و2012, نسجل ارتفاع في نسبة النحافة بنوعها معتدلة وحادة ارتفعت من 2.9% سنة 2006 إلى 4.1% سنة 2012, وبالنسبة لحادة انتقلت من 0.6% سنة 2006 إلى 1.4% خلال 2012.

لدى سنطرق لنحافة بكلي نوعيها حسب الخصائص العامة وذلك من خلال الفترتين الزمنية سالفتين الذكر :

حسب الجنس: نسجل ارتفاع في نسبة النحافة بشكلها بين الجنسين لسنتي 2006 و2012. فيما يخص نحافة معتدلة/حادة هناك تساوي بين الجنسين (انتقل من 2.9% معتدل/حاد, و 0.7% حاد سنة

2006 إلى 4.4% معتدل/حاد، و1.7% حاد سنة 2012) للذكور، و(انتقل من 2.9% معتدل/حاد و0.6% حاد سنة 2006 إلى 3.8% معتدل/حاد، و1.1% حاد سنة 2012 بالنسبة للإناث).

حسب المنطقة: احتلت منطقة الجنوب الكبير أكبر نسبة لانتشار النحافة بنوعها خلال سنة الملاحظة نسجل ارتفاع حيث انتقلت من (4.9% معتدلة/حاد و1.2% حادة) سنة 2006 إلى (5.9% و5%) على التوالي خلال 2012.

حسب عمر الطفل: ارتبط عمر الأطفال الأقل من 6 أشهر بأكبر نسبة لنحافة بميزيتها (4.1% معتدلة/حاد و0.6% حادة) سنة 2006، بينما بلغت هذه النسبة (12.6% و4.8%) على التوالي سنة 2012.

حسب الوسط: تسجل المناطق الحضرية ارتفاع طفيف لانتشار النحافة بنوعها من المناطق الريفية بمقدار 0.2% معتدلة/حاد و0.1% حادة، بينما انخفضت هذه الأخيرة بالنسبة لمعتدلة/حاد تقريبا بمقدار 0.3% وارتفاعها بمقدار 0.1% حادة في الحضر.

حسب المستوى التعليمي للأم: ارتبطت أكبر نسبة للنسوة اللواتي أطفالهن يعانون من نحافة معتدل/حاد عند غير المتعلقات بلغت 20.7% معتدل/حاد، و0.7% حاد سنة 2006 بينما نجد أن سنة 2012 4.7% معتدل/حاد و1.4% حاد مقارنة بانخفاضها في بقية الأطوار التعليمية الأخرى خلال سنة الملاحظة.

حسب مستوى الرفاه: نلاحظ ارتفاع معدل النحافة بميزتيه مهما اختلف مؤشر الثروة للأسر، وارتبطت أعلى نسبة بالخمسة الأفقر، حيث انتقلت من (3.1% معتدل/حاد و0.5% حاد) سنة 2006 إلى 5% معتدل/حاد و1.8% حاد سنة 2012).

2.3 الرضاعة الطبيعية :

تعتبر مسألة الإقبال على الرضاعة الطبيعية من أهم بين النقاط المطروحة في البرنامج الصحي، لمكافحة وفيات الأطفال إذ توفر فضل أسلوب تغذية للأطفال الرضع، وتساهم في نموهم وتطورهم الصحيح وتقلل من خطورة إصابتهم بالأمراض المعدية.

الجدول 5.3. توزيع الأطفال الأقل من سنتين الذين رضعوا الثدي حسب بعض الخصائص بين سنتي 2006_2012.

| | | 2012 | | | | | 2006 | | | | | | |
|-----------------------|----------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|-----------------------|-----------------------|---------------------|
| الجنس | الخصائص العامة | الأطفال من 23_20 أشهر | الأطفال من 15_12 أشهر | الأطفال من 5_0 أشهر | الأطفال من 23_20 أشهر | الأطفال من 15_12 أشهر | الأطفال من 5_0 أشهر | الأطفال من 23_20 أشهر | الأطفال من 15_12 أشهر | الأطفال من 5_0 أشهر | الأطفال من 23_20 أشهر | الأطفال من 15_12 أشهر | الأطفال من 5_0 أشهر |
| | | عدد | عدد | عدد | عدد | عدد | عدد | عدد | عدد | عدد | عدد | عدد | عدد |
| | | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | الرضاعة الطبيعية % | |
| ذكر | | 27.5 | 45.8 | 24.8 | 24.4 | 45.9 | 665 | 7.2 | 516 | 24.8 | 561 | 24.4 | |
| أنثى | | 25.7 | 47.7 | 26.7 | 19.7 | 47 | 663 | 6.7 | 486 | 26.7 | 486 | 19.7 | |
| الوسط | حضر | 25.3 | 47.7 | 25.3 | 16.8 | 280 | 418 | 6.7 | 73 | 25.3 | 369 | 16.8 | |
| | ريف | 28.9 | 45.1 | 26.4 | 28.5 | 316 | 404 | 7.2 | 171 | 28.9 | 312 | 28.5 | |
| المنطقة | الوسط | 28.1 | 63.3 | 11.1 | 26.5 | 212 | 334 | 8.7 | 63 | 28.1 | 253 | 26.5 | |
| | الشرق | 24.3 | 41.5 | 18.7 | 18.3 | 135 | 173 | 8.7 | 122 | 24.3 | 114 | 18.3 | |
| | الغرب | 27.2 | 51.8 | 15.3 | 15.9 | 473 | 728 | 3.8 | 644 | 27.2 | 566 | 15.9 | |
| المستوى التعليمي للام | الجنوب | 26.2 | 58.9 | 22.1 | 33 | 470 | 601 | 4.7 | 358 | 26.2 | 482 | 33 | |
| | أمية | 22.4 | 54.3 | 23.6 | 34 | 288 | 379 | 6.1 | 178 | 22.4 | 269 | 34 | |
| | ابتدائي | 29.9 | 47.8 | 28.2 | 22.4 | 173 | 239 | 9.3 | 187 | 29.9 | 194 | 22.4 | |
| | متوسط | 24.8 | 45 | 26.3 | 17.3 | 237 | 312 | 7.2 | 272 | 24.8 | 309 | 17.3 | |
| المستوى الاقتصادي | ثانوي | 33.3 | 41 | 24.3 | 17.3 | 203 | 310 | 7 | 236 | 33.3 | 228 | 17.3 | |
| | عالي | 19.2 | 50.5 | 26.5 | 10 | 43 | 89 | 3.1 | 129 | 19.2 | 47 | 10 | |
| | الأكثر فقرا | 26.2 | 45.1 | 25.7 | 29.8 | 235 | 328 | 8.2 | 207 | 26.2 | 222 | 29.8 | |
| | الفقير | 28.2 | 27 | 23.1 | 23 | 202 | 265 | 9 | 201 | 28.2 | 206 | 23 | |
| | المتوسط | 25.3 | 46.4 | 29.4 | 19.3 | 179 | 272 | 4.1 | 193 | 25.3 | 224 | 19.3 | |
| | الغني | 27.4 | 50.7 | 21.4 | 22.1 | 169 | 228 | 6.4 | 221 | 27.4 | 217 | 22.1 | |
| المجموع | الأكثر غنى | 25.6 | 44.2 | 30.3 | 15.4 | 158 | 235 | 6.6 | 181 | 25.6 | 179 | 15.4 | |
| | المجموع | 26.6 | 46.7 | 25.7 | 22.2 | 943 | 1329 | 6.9 | 430 | 26.6 | 1048 | 22.2 | |

Source: *MSPH&ONS.(2006),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants

et des femmes MICS3 Algérie 2006,Algérie. P76

*MSPH&ONS.(2015),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants et des femmes MICS4 Algérie 2012-2013,Algérie. P169

يبين الجدول رقم 5.3. توزيع الأطفال الأقل من سنتين الذين رضعوا الثدييين 2006 و2012 وقت إجراء المسح، إذا من خلال الجدول نلاحظ ارتفاع نسبة الأطفال في العمر (0-5) أشهر الذين تلقوا رضاعة طبيعية لوحدها.

والأطفال في الفئة العمرية (12_15) شهرا الذين تلقوا رضاعة بالثدي بفارق قدر بـ 0.2% بين سنتي الملاحظة، أما نسبة الأطفال في الفئة العمرية (20_23) أشهر انتقلت من 22.2% سنة 2006 إلى 26.6% خلال 2012.

بناء على ما تطرق إليه المسح لنوع الرضاعة التي تلقاها الطفل وذلك حسب بعض الخصائص العامة الفترتين الزمنيتين سنلاحظ:

حسب الجنس: نسجل ارتفاع نسبة الأطفال الذين تلقوا رضاعة طبيعية لوحدها بين العمر (0_5) أشهر لكلا الجنسين حيث انتقلت من 70.2% سنة 2006 إلى 24.8% خلال 2012 ذكور أما بالنسبة للإناث انتقلت من 6.7% إلى 26.07% بين سنتي الملاحظة. ونسبة الأطفال الذين تلقوا رضاعة بالثدي في العمر (15-12) أشهر انخفاض طفيف 0.1% للذكور و 0.7% بالنسبة للإناث بين سنتي الملاحظة، في حين ارتفاع نسبة الأطفال في العمر (20_23) الذين تلقوا رضاعة بالثدي لكلا الجنسين معا حيث انتقلت 24.4% سنة 2006 إلى 27.5% سنة 2012 للذكور ومن 19.7% إلى 25.7% بالنسبة للإناث سنتي الملاحظة

حسب الوسط: تسجل المناطق الحضرية أقل نسبة من تلقي الأطفال لمختلف الرضاعة حسب بعض الفئة العمرية من المناطق الريفية بين سنتي 2006 و2012، بينما نسجل ارتفاعها في الحضر

لدى الأطفال الذين تلقوا رضاعة بالثدي في العمر (12-15) شهر بلغت نسبة 47.7% في الحضرو 45.1% بالنسبة لريف.

حسب المنطقة : ارتبطت أكبر نسبة لانتشار الرضاعة الطبيعية لوحدها الأطفال في العمر (0-5) أشهر بمنطقة الوسط والشرق بنسب متساوية بلغت 8.7% سنة 2006 مقارنة بها بمنطقة الجنوب 22.1% لدى الأطفال في العمر (12-15) شهر الذين يتلقون رضاعة بالثدي بلغت 51.9% سنة 2006 وقد بلغت هذه النسبة بمنطقة الوسط بمعدل 63.3% خلال 2012، وارتبطت أكبر نسبة للأطفال الذين يتلقون رضاعة بالثدي في العمر (20-23) أشهر بمنطقة الجنوب نسبة 33% سنة 2006 وبلغت هذه النسبة بمنطقة الوسط بمعدل 28.1% سنة 2012.

حسب المستوى التعليمي للأم : نسجل أعلى نسبة عند النسوة ذوات المستوى المتوسط اللواتي أطفالهن يتلقون رضاعة طبيعية في العمر لوحدها (0-5) أشهر بمعدل 7.2% سنة 2006 وبلغت في المستوى الابتدائي 28.2% سنة 2012 مقارنة بانخفاضها بالنسبة لبقية الأطوار الأخرى، أما بالنسبة للأطفال في العمر (12-15) شهر الذين يتلقون رضاعة بالثدي للنسوة اللواتي ارتبطت أعلى نسبة لدى غير المتعلقات بنسبة تقريبا حوالي 54% خلال سنة الملاحظة، وكذلك ارتبطت أعلى نسبة لدى النسوة اللواتي أطفالهن يتلقون رضاعة بالثدي في العمر (20-23) شهر لدى غير المتعلقات بلغت 34% سنة 2006 ونجدها لدى المستوى الثانوي بمعدل 23.3% خلال 2012.

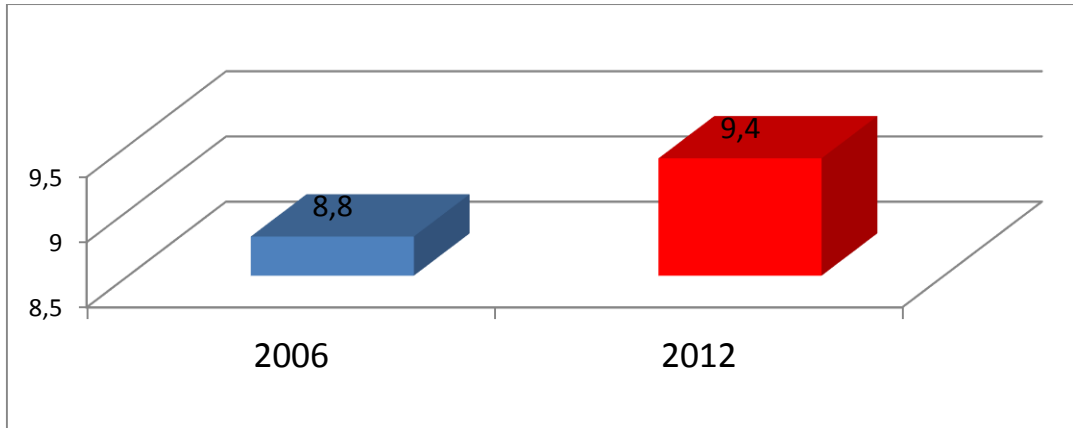
مستوى الرفاه: نلاحظ ارتفاع نسبة الأطفال في العمر ما بين (0_5) أشهر الذين يتلقون رضاعة طبيعية لوحدها للمستوى الاقتصادي للأسر أين يرتفع لدى الأسر الأكثر فقرا، حيث انتقلت من (8.2% سنة 2006 إلى 25.7% سنة 2012). كما عرفت المستويات الأخرى ارتفاع ولكن بدرجات مختلفة. أما بالنسبة للأطفال في العمر (12_23) شهرا الذين يتلقوا رضاعة بالثدي تسجل انخفاض، حيث انتقلت

من 52.5% سنة 2006 إلى 45.1% سنة 2012 لدى الأسر الأكثر فقرا نفس الأمر بالنسبة للأسر الفقيرة انخفض بفارق حوالي 22.6% بين سنتي الملاحظة. أما فيما يخص نسبة الأطفال في العمر (20_23) شهرا الذين تلقوا رضاعة بالثدي انخفضت النسبة بفارق 03 نقاط لدى الأسر الأكثر فقرا سنة 2006 لتتراجع هذه النسبة بفارق 5.2% لدى الأسر الفقيرة وكذا لدى الأسر المتوسطة والغنية والأكثر غنى.

4. مناقشة الفرضيات

الفرضية الأولى: خلال مسح 2006 ومسح 2012 فإن نسبة الإسهال عند الأطفال الأقل من 5 سنوات في ارتفاع.

الشكل البياني رقم 1.3. توزيع الأطفال ما بين 0 و59 شهر الذين عانوا من الإسهال خلال الأسبوعين السابقين للمسح وتمت معالجتهم بالأملاح المعدنية أو أية وسيلة أخرى ضد الإسهال خلال مسح 2006 ومسح 2012



من خلال الشكل رقم 1.3. أظهرت نتائج المسحيين ارتفاع معدل الإسهال، فقد خلال 2006 بـ 8.8% ليرتفع إلى 9.4% سنة 2012.

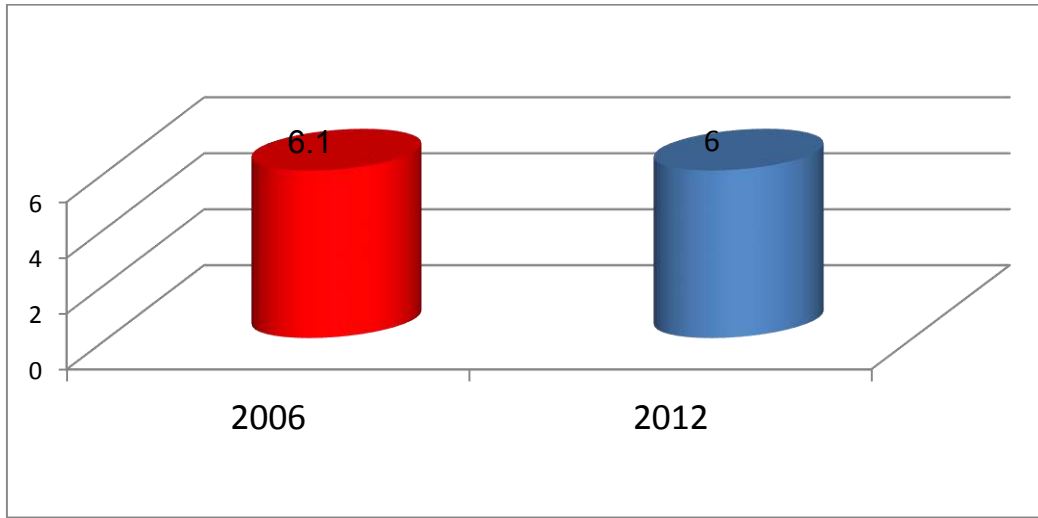
وبالمجمل عام هو في ارتفاع وهذا مهما اختلفت الخصائص العامة والموظفة في الجنس، السن، الوسط، المنطقة، المستوى التعليمي للأم، والمستوى الاقتصادي.

ويمكن القول أن النتائج مطابقة للفرضية.

الفرضية الثانية: خلال مسح 2006 ومسح 2012 فإن نسبة الأمراض التنفسية الحادة عند الأطفال

الأقل من 5 سنوات تقريبا ثابتة.

الشكل البياني رقم 2.3. توزيع الأطفال ما بين 0_59 شهر الذين يعانون من التهاب تنفسي حاد وتم نقلهم إلى مرفق صحي حسب بعض الخصائص خلال مسح 2006 ومسح 2012.



من خلال الشكل البياني رقم 2.3. نلاحظ أن نسبة من يعاني التهاب تنفسي حاد عرفت انخفاضا

طفيفا, حيث تراجع من 6.1% إلى 6%.

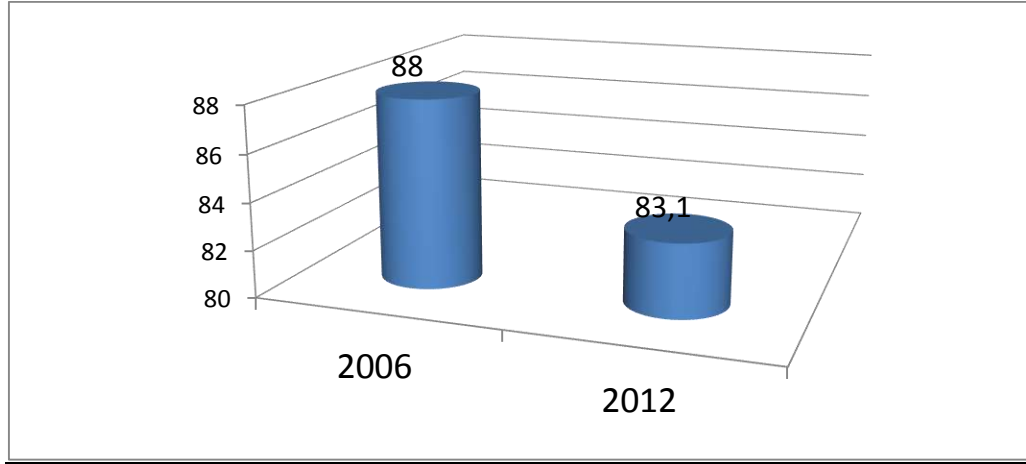
وهذا الانخفاض مهما كان متطور المراقبة ذكور وإناث, الوسط, المنطقة, المستوى التعليمي للأم,

وكذا المستوى الاقتصادي.

الفرضية الثالثة: نسبة الأطفال الأقل من 5 سنوات المطعمون ضد الأمراض سنة 2012 في انخفاض

نسبيا مقارنة بسنة 2006.

الشكل البياني رقم 3.3. توزيع الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين 12_23 شهر المطعمون حالياً ضد أمراض الطفولة حسب بعض الخصائص خلال المسحين 2006 و2012



وهذه الفرضية مثبتة من خلال الشكل رقم 3.3. خلال الفترة الممتدة بين 2006 و2012, فإن نسبة مجموع التطعيمات انخفضت من 88% إلى 83.1% وهذا الانخفاض والتراجع شمل كافة أنواع التطعيمات.

الفرضية الرابعة: خلال مسح 2006 و2012 فإن نسب قصر القامة و النحافة في ارتفاع, و نسب نقص الوزن في انخفاض.

الجدول رقم 6.3. توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص الوزن وقصر القامة ونحافة حسب بعض الخصائص خلال مسح 2006 ومسح 2012.

| 2012 | | 2006 | | |
|------|------------|------|------------|------------|
| حاد | معتدل وحاد | حاد | معتدل وحاد | |
| 0.8 | 3 | 0.6 | 3.7 | نقص الوزن |
| 0.4 | 11.7 | 0.6 | 11.3 | قصر القامة |
| 1.4 | 4.1 | 0.6 | 2.9 | نحافة |

خلال الفترة الممتدة بين 2006 و2012 نلاحظ انخفاض وارتفاع في معدل سوء التغذية في جميع أشكاله. انخفاض في نسبة نقص الوزن، حيث تراجعت من 3.7% إلى 3.0% معتدل/حاد وبقاء نسبة حاد ثابتة وشمل هذا التراجع معظم الخصائص العامة باستثناء المنطقة، ويصاحب هذا التغير ارتفاع في نسب قصر القامة إذ انتقلت من 11.3% إلى 11.7% معتدل/حاد وبقاء نسب حاد ثابتة. في حين يقابله ارتفاع ملحوظ في نحافة حيث، انتقل من 2.9% إلى 4.1% معتدل/حاد ومن 0.6% إلى 1.4%. ومنه يمكن القول أن النتائج مطابقة للفرضية.

الفرضية الخامسة: خلال مسح 2006 ومسح 2012 فإن نسبة الأطفال الأقل من سنتين الذين يتلقون رضاعة طبيعية في ارتفاع.

الجدول 7.3. توزيع الأطفال الأقل من سنتين الذين رضعوا الثدي حسب بعض الخصائص خلال مسح 2006 ومسح 2012

| 2012 | 2006 | |
|------|------|---|
| 25.7 | 6.9 | الأطفال من 0_5 أشهر رضاعة طبيعية لوحدها |
| 46.7 | 46.5 | الأطفال من 12_15 أشهر الرضاعة بالثدي |
| 26.6 | 22.2 | الأطفال من 20_23 أشهر الرضاعة بالثدي |

يبين الجدول رقم 7.3. حسب نتائج المسحيين ارتفاع نسب الأطفال من العمر (0_5) أشهر الذين تلقوا رضاعة طبيعية لوحدها في سنة 2006 قد بلغت 6.9% وارتفعت إلى 25.7% سنة 2012، أيضا نسبة الأطفال من العمر (12_15) أشهر الذين رضعوا بالثدي في ارتفاع، ويصاحب هذا التغير ارتفاع في نسب الأطفال من العمر (20_23) أشهر، حيث انتقل من 22.2% إلى 26.6%.

وبشكل عام فهي في ارتفاع وهذا مهما اختلفت الخصائص العامة والموظفة في جميعها دون استثناء.

ومنه يمكن القول أن الرضاعة الطبيعية في الجزائر عرفت تطور ملحوظ.

استنتاج عام

جاءت هذه الدراسة في جوهرها، محاولة للكشف عن الوضعية الصحية والتغذية للأطفال الأقل من 5 سنوات. لذا حاولنا في دراستنا تحت عنوان واقع الرعاية الصحية والتغذية للأطفال الأقل من 5 سنوات معرفة تغير وتطور الحالة الصحية والتغذية في الجزائر، خاصة بعد التطورات الطبية، والأمنية والاجتماعية والاقتصادية التي عرفتها الجزائر في نهاية الألفية الماضية، وبداية الألفية الحالية واعتمدنا على جملة من المؤشرات التي تعتبر بمثابة توجيهات لمعرفة وجهة هذا التغير والتطور.

وبعد تحليل ومقارنة نتائج المسحيين العنقوديين متعددين المؤشرات 2006/mics3، و2012/mics4، أظهر مايلي :

- _ ارتفاع نسبة الإسهال عند الأطفال الأقل من 5 سنوات سنة 2012 مقارنة ما كانت عليه سنة 2006.
- _ انخفاض نسبة الأمراض التنفسية الحادة عند الأطفال الأقل من 5 سنوات سنة 2012 مقارنة ما كانت عليه سنة 2006.
- _ انخفاض نسبة الأطفال الأقل من 5 سنوات المطعمون ضد الأمراض سنة 2012 مقارنة ما كانت عليه سنة 2006.
- _ انخفاض نسب نقص الوزن، مقابل ارتفاع نسب قصر القامة والنحافة سنة 2012 مقارنة ما كانت عليه سنة 2006.
- _ ارتفاع نسبة الأطفال الأقل من سنتين الذين تلقوا رضاعة طبيعية سنة 2012 مقارنة ما كانت عليه سنة 2006.

توصيات

وانطلاقاً من هذه النتائج فإن الصحة والتغذية عنصران مترابطان، لذلك لا تزال رعاية الأطفال وخاصة دون 5 سنوات بحاجة إلى المزيد من التحسن الصحي وغيره.

ولأجل هذا عمدت إلى وضع مجموعة من الاقتراحات، والتي أن تأخذ بعين الاعتبار وهي :

(1) يمكن أن يؤدي الإسهال إلى القضاء على الطفل، عبر استنزافه معظم السوائل في جسمه، ولذلك يتوجب تعويض الطفل عن السوائل التي فقدها بإعطائه كميات كبيرة من السوائل اللازمة مثل حليب الأم، والعصيدة المخففة أو أملاح معالجة الجفاف عن طريق الفم.

(2) إن الأمراض تعيق نمو الطفل، وذلك فإن الطفل بحاجة إلى وجبة إضافية يومياً ولمدة أسبوع بعد زوال المرض، لكي يعوض الوزن الذي فقده أثناء المرض.

(3) التحصين يحمي الطفل من الأمراض التي يمكن أن تعيق نموه وتؤدي إلى إعاقته أو وفاته. ويجب على كل طفل الحصول على جميع اللقاحات اللازمة حتى ينمو بسلام.

(4) على الأم أن تنتبه لوزن طفلها، وهذا بوزنه مرة كل شهر، منذ الولادة وحتى العام الثالث فإذا لم يكسب الطفل أي زيادة في الوزن لمدة شهرين، فإن في الأمر خلل ما ولا بد من إصلاحه.

(5) تشجيع الرضاعة الطبيعية لأنها أفضل غذاء كامل وتؤمن للطفل مناعة ضد الأمراض الشائعة، كما أن التأخر في إعطاء الطفل أغذية إضافية يقود إلى سوء التغذية.¹

¹ خليفوي فهيمة. (2004_2005). الأم ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات. دراسة ميدانية لعينة من النساء في مستشفى محمد لمين دباغين بباب الوادي. رسالة لنيل شهادة الماجستير في علم الاجتماع. كلية العلوم الإنسانية والاجتماعية. جامعة الجزائر.

قائمة المراجع

قائمة المراجع

قائمة المراجع باللغة العربية :

- 1_ ابن فارس, معجم قواميس اللغة, دار الجيل, ط1, لبنان, 1991.
- 2_ ابن منظور, لسان العرب, المجلد السابع, دار بيروت للطباعة والنشر, لبنان, سنة النشر غير مذكورة.
- 3_ أحمد محمد كنعان, الموسوعة الطبية الفقهية, البلد, وسنة النشر غير مذكوران.
- 4_ أيمن سليمان مزاخره وآخرون, مبادئ صحة الطفل وتغذيته, دار الخليج للنشر, عمان, الأردن, 2000.
- 5_ أبو الفضل, جمال الدين محمد بن مكرم, لسان العرب, دار صادر, البلد غير مذكور, 2003.
- 6_ الفيروسي أباد, القاموس المحيط, مؤسسة الرسالة, ط1, لبنان, دار النشر غير مذكورة, 1998.
- 7_ الجرجاني, التعريفات, دار الكتاب المصري, ط1, القاهرة, 1991.
- 8_ المكتب المرجعي للسكان, المشروع العربي لصحة الأسرة, دليل السكان, طبعة الرابعة, البلد ودار النشر غير مذكوران, 2009.
- 9_ منى عبد الرحيم, مبادئ في الصحة والسلامة العامة, دار النشر, والبلد والسنة غير مذكور.
- 10_ مقدمة في الصحة والتغذية, اسم الكاتب, دار النشر, البلد, وسنة النشر غير مذكور.
- 11_ منظمة اليونيسيف, الإعلام العالمي لبقاء الطفل ونمائه بوجه, المؤسسة الصحفية الأردنية الرأي, الأردن, 1990.
- 12_ عمار بوحوش, محمد محمود الذنبيات, مناهج البحث العلمي وطرق إعداد البحوث, ديوان المطبوعات الجامعية, دار النشر غير مذكورة, الجزائر, 1991.
- 13_ عبد المعطي محمد عساف وآخرون, التطورات المنهجية و عملية البحث العلمي, دار الوائل, عمان, 2002.
- 14_ عبد المجيد رزق الله, طفلك في سنواته الأولى, الدار التونسية للنشر, الجزائر, السنة غير مذكورة.
- 15_ علي الحسن, أطفالنا نموهم_ تغذيتهم_ مشكلاتهم, بيروت, لبنان, ط2, 1982.
- 16_ فتحي أبو عيانة, دراسات في علم السكان, بيروت, دار النهضة العربية والنشر, ط2, 2000.

المستـوحات:

- 17_ المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل, 1992.
- 18_ المسح الجزائري حول صحة الأسرة 2002.
- 19_ المسح الوطني متعدد المؤشرات و صحة الشباب المغرب 2006 - 2007.
- 20_ المسح العنقودي المتعدد المؤشرات في الجمهورية التونسية 2006.
- 21_ المسح العنقودي المتعدد المؤشرات العراق 2006.
- 22_ المسح العنقودي متعدد المؤشرات سوريا 2006.
- قائمة المراجع باللغـة الأجنبيـة :**

23_Dictionnaire de biologie. Edition CILF. 2008

24_La rouse.edition. la rousse.2008

25_MSPH&ONS.(2006),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants et des femmes MICS3 Algérie 2006,Algérie

26_MSPH&ONS.(2015),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants et des femmes MICS4 Algérie 2012-2013,Algérie.

مواقع الانترنت

27_ <https://www.ined.fr/en/glossary/infant-mortality>10/02/2019 10:23

رسائل جامعية

29_ خليفاوي فهيمة .(2004_2005). رسالة ماجستير الأم ودورها في الرعاية الصحية لأطفالها الأقل من خمس سنوات. جامعة الجزائر.

الجدول رقم 1. توزيع الأطفال ما بين 0 و59 شهر الذين يعانون من التهاب تنفسي حاد وتم نقلهم إلى مرفق صحي حسب بعض الخصائص خلال مسح 2006 ومسح 2012

| 2006 | | | | | | | | | |
|---|-------------------|--------|----------|-----------------------|----------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------|----------------|-----------------------|
| عدد الأطفال ما بين 0 و59 شهرا الذين يعانون من التهاب رئوي | مستخدمين مؤهلين % | أخرى % | صيدلية % | عيادة خاصة/طبيب خاص % | مصلحة متعددة الخدمات/مركز علاج % | المستشفى/المركز الاستشفائي الجامعي % | يعاني من التهاب تنفسي حاد % | الخصائص العامة | |
| 517 | 53.7 | 1.3 | 9.1 | 29 | 12 | 13 | 6.9 | ذكر | الجنس |
| 374 | 51.1 | 0.7 | 8.7 | 27.1 | 12.8 | 11.7 | 5.2 | أنثى | |
| 186 | 64.1 | 1.4 | 7.4 | 37.3 | 12.5 | 15 | 7.5 | 11_0 أشهر | العمر بالشهور |
| 401 | 52 | 0.4 | 9.1 | 28.8 | 12 | 11.5 | 7.6 | 23_12 أشهر | |
| 177 | 46.7 | 2.2 | 10.9 | 24.7 | 10.7 | 11.3 | 5.2 | 35_24 أشهر | |
| 127 | 49.9 | 1.1 | 7.4 | 26 | 14.2 | 9.7 | 6.4 | 47_36 أشهر | |
| 471 | 43.2 | 0 | 11.8 | 16.6 | 11.6 | 15 | 3.8 | 59_48 أشهر | الوسط |
| 420 | 56.3 | 1.3 | 9.6 | 29 | 11.7 | 15.8 | 6 | حضر | |
| 222 | 48.5 | 0.9 | 8.2 | 27.2 | 113 | 8.7 | 6.3 | ريف | المنطقة |
| 227 | 53.9 | 0.8 | 3.5 | 25.2 | 10.8 | 18.4 | 3.8 | الوسط | |
| 155 | 55 | 1.3 | 9.4 | 33.8 | 14.5 | 6.8 | 9 | الشرق | |
| 183 | 52 | 0.8 | 8.6 | 28.7 | 11.5 | 12.2 | 5.3 | الغرب | |
| 105 | 44.2 | 1.2 | 16.1 | 14.3 | 8.8 | 21.9 | 6.7 | الجنوب | المستوى التعليمي للام |
| 286 | 37.1 | 1 | 7.1 | 17.5 | 10.7 | 9.4 | 6.5 | أمية | |
| 177 | 57.4 | 1 | 10.2 | 28.2 | 13.7 | 16 | 6.4 | ابتدائي | |
| 218 | 60.8 | 1.4 | 10 | 31.5 | 13.6 | 15.7 | 6.2 | متوسط | |
| 165 | 62.5 | 0.8 | 10.8 | 39.2 | 12.2 | 11.1 | 5.4 | ثانوي | المستوى الاقتصادي |
| 44 | 57.3 | 1.6 | 3.7 | 40.3 | 10.7 | 6.3 | 5.6 | عالي | |
| 247 | 38.3 | 1.8 | 6 | 18.7 | 9.9 | 10 | 7.3 | الأكثر فقرا | |
| 177 | 57.3 | 0.8 | 10.3 | 26.4 | 14.1 | 17.1 | 5.9 | الفقير | |
| 181 | 57.7 | 2.1 | 8.6 | 27.5 | 20.1 | 10.1 | 6.3 | المتوسط | المستوى الاقتصادي |
| 158 | 51.4 | 0 | 7.6 | 34.4 | 8.2 | 8.8 | 5.8 | الغني | |
| 128 | 68.4 | 0 | 15 | 42.2 | 8.5 | 18.5 | 4.9 | الأكثر غنى | |
| 891 | 52.6 | 1.1 | 9 | 28.2 | 12.3 | 12.4 | 6.1 | المجموع | |
| 2012 | | | | | | | | | |
| عدد الأطفال ما بين 0 و59 شهرا الذين يعانون من التهاب رئوي | مستخدمين مؤهلين % | أخرى % | صيدلية % | عيادة خاصة/طبيب خاص % | مصلحة متعددة الخدمات/مركز علاج % | المستشفى/المركز الاستشفائي الجامعي % | يعاني من التهاب تنفسي حاد % | الخصائص العامة | |
| 7553 | 67.1 | 0.7 | 7.2 | 7 | 20.4 | 16 | 6.3 | ذكر | الجنس |
| 7148 | 65.6 | 0.4 | 4.6 | 6.6 | 21.7 | 14.4 | 5.7 | أنثى | |
| 1114 | 74.8 | 0 | 4.5 | 5 | 23.6 | 23.2 | 6.2 | 11_0 أشهر | العمر بالشهور |
| 2177 | 67.4 | 1.2 | 4.4 | 9.1 | 21.6 | 14.3 | 8.4 | 23_12 أشهر | |
| 847 | 56.1 | 0 | 4.5 | 4.9 | 15.6 | 9.8 | 6.2 | 35_24 أشهر | |
| 1677 | 67 | 1 | 9.2 | 8.6 | 26.6 | 12.6 | 4.8 | 47_36 أشهر | |
| 9040 | 64.3 | 0.7 | 11.6 | 6 | 16.7 | 14.7 | 4 | 59_48 أشهر | الوسط |
| 5661 | 69.1 | 0.5 | 6.6 | 8.6 | 18.3 | 16.4 | 5.7 | حضر | |
| 3342 | 62.6 | 0.8 | 5.2 | 4.3 | 24.8 | 13.7 | 6.4 | ريف | |

قائمة المراجع

| | | | | | | | | | |
|------|------|-----|------|------|------|------|-----|-------------|--------------------------|
| 3068 | 51.8 | 1 | 4.6 | 9.4 | 10.8 | 6.1 | 6.2 | الوسط | المنطقة |
| 2888 | 72.5 | 3.3 | 4.6 | 10.8 | 16.8 | 15.5 | 6.3 | الشرق | |
| 2758 | 65.9 | 0 | 6.5 | 6.4 | 21 | 8.9 | 4.3 | الغرب | |
| 2646 | 55.4 | 0 | 3.7 | 4 | 20.5 | 12.7 | 8.7 | الجنوب | |
| 2678 | 53.6 | 0.9 | 10.4 | 3.7 | 25.5 | 11.2 | 4.9 | أمية | |
| 2590 | 60.8 | 0.4 | 7.8 | 6.1 | 22.6 | 14.3 | 6.8 | ابتدائي | المستوى التعليمي للام |
| 4525 | 66.2 | 0 | 5 | 7.6 | 18 | 16.8 | 6.4 | متوسط | |
| 3436 | 75.3 | 0.6 | 4.5 | 7.7 | 22.4 | 15.2 | 6.1 | ثانوي | |
| 1473 | 78.2 | 2.8 | 2.1 | 8.5 | 17.1 | 19.1 | 5.1 | عالي | |
| 3228 | 60.1 | 0.3 | 5.9 | 5.6 | 28.2 | 15.3 | 7.4 | الأكثر فقرا | |
| 3210 | 64.6 | 0.3 | 4.1 | 7.6 | 18.4 | 20.7 | 6.2 | الفقير | المستوى الاقتصادي |
| 2900 | 67.6 | 0.2 | 9.9 | 4.2 | 22.9 | 12.1 | 6.6 | المتوسط | |
| 2827 | 73.1 | 0.9 | 5.6 | 5.8 | 18.3 | 15.1 | 5.8 | الغني | |
| 2536 | 72.9 | 2.2 | 2.9 | 16.1 | 8.1 | 10.2 | 3.5 | الأكثر غنى | |
| 8422 | 66.4 | 0.6 | 6 | 6.8 | 21 | 15.3 | 6 | المجموع | |

source: MSPH&ONS.(2006),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des .
enfants et des femmes MICS3 Algérie 2006,Algérie.p103

MSPH&ONS.(2015),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants
et des femmes MICS4 Algérie 2012-2013,Algérie. P199

الجدول رقم 2. توزيع الأطفال الذين يتراوح سنهم ما بين 12 و 23 شهرا المطعمون حاليا ضد أمراض الطفولة حسب بعض الخصائص خلال مسح 2006 ومسح 2012

| 2006 | | | | | | | | | | | | | الخصائص العامة |
|--|---------------------------------|--------|-------------------|----------|----------|----------|----------|----------|--------------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------|----------------|
| عدد الأطفال الذي يتراوح سنهم ما بين 23 و 12 شهرا | نسبة الأطفال الذين لديهم دفتر % | لاشي % | مجموع التطعيمات % | الحصبة % | الشلل %3 | الشلل %2 | الشلل %1 | الشلل %0 | التطعيم الثلاثي الثالث % | التطعيم الثلاثي الثاني % | التطعيم الثلاثي الأول % | التطعيم ضد الدرن % | |
| 1536 | 92.6 | 0.6 | 89.2 | 91.5 | 94.6 | 97.2 | 98.4 | 97.1 | 95.3 | 97.5 | 98.6 | 99 | ذكور |
| 1458 | 92.3 | 0.7 | 86.8 | 89.3 | 93 | 96.4 | 97.9 | 97.4 | 94.4 | 96.4 | 98 | 98.9 | إناث |
| 1005 | 92.3 | 1.3 | 89.9 | 91.3 | 94.3 | 96.4 | 97.4 | 97.7 | 94.9 | 96.7 | 97.5 | 98.4 | الوسط |
| 918 | 94.1 | 0.1 | 87.8 | 89.6 | 93.4 | 96.9 | 98.6 | 98.4 | 94.9 | 96.9 | 98.8 | 99.5 | الشرق |
| 687 | 92.2 | 0.7 | 87.8 | 89.6 | 94.3 | 96.6 | 98.4 | 97.9 | 95 | 96.7 | 98.5 | 98.9 | الغرب |
| 385 | 89.5 | 0.2 | 87.9 | 91.7 | 93 | 97.7 | 98.9 | 91.9 | 94.2 | 98.1 | 99.2 | 99.3 | الجنوب |
| 1589 | 91.9 | 0.6 | 90.4 | 92.5 | 95.7 | 98.1 | 98.6 | 97.2 | 96.6 | 98.1 | 98.6 | 99.2 | حضر |
| 1405 | 93.1 | 0.7 | 85.3 | 88.1 | 91.8 | 95.3 | 97.7 | 97.3 | 92.8 | 95.6 | 98 | 98.7 | ريف |
| 841 | 92.6 | 0.7 | 80.9 | 84.2 | 88.7 | 93.4 | 96.6 | 97.2 | 89.9 | 93.8 | 96.7 | 98.8 | أمية |
| 566 | 95.2 | 0.5 | 89.4 | 91.8 | 95.3 | 98.1 | 99.1 | 96.9 | 95.8 | 98.2 | 99.1 | 99.4 | ابتدائي |
| 806 | 91.4 | 0.5 | 90.6 | 92.8 | 95.3 | 97.7 | 98.5 | 96.8 | 96.8 | 98.1 | 98.8 | 98.8 | متوسط |
| 628 | 92.4 | 0.9 | 92.1 | 93.4 | 97.2 | 98.3 | 99 | 98.3 | 97.4 | 98.2 | 99 | 98.9 | ثانوي |
| 153 | 87 | 1 | 91.9 | 95.6 | 95.1 | 98.7 | 98.7 | 96.6 | 97.3 | 98.7 | 98.7 | 99 | عالي |
| 684 | 91.3 | 0.4 | 80.6 | 84.2 | 87.4 | 92.8 | 96.9 | 96.7 | 88.7 | 93.5 | 97.3 | 99.1 | الأكثر فقرا |
| 627 | 94.6 | 0.7 | 86.3 | 88.6 | 93.8 | 96.5 | 97.8 | 97.8 | 94.5 | 96.9 | 98.2 | 98.9 | الفقير |
| 586 | 93.7 | 0.7 | 90.6 | 93.3 | 95.7 | 98.3 | 98.5 | 96.3 | 96.7 | 98.1 | 98.4 | 98.8 | المتوسط |
| 581 | 93.8 | 0.9 | 90.3 | 91.9 | 96.3 | 98.2 | 98.8 | 97.4 | 97.3 | 98.2 | 98.8 | 98.9 | الغني |
| 516 | 88.4 | 0.6 | 94.5 | 96.1 | 97.6 | 98.9 | 99.3 | 98.2 | 98.2 | 98.9 | 99.3 | 99.2 | الأكثر غنى |
| 2994 | 92.4 | 0.7 | 88 | 90.5 | 93.9 | 96.8 | 98.2 | 97.2 | 94.8 | 97 | 98.3 | 99 | المجموع |
| 2012 | | | | | | | | | | | | | |
| عدد الأطفال الذي يتراوح سنهم ما بين 23 و 12 شهرا | نسبة الأطفال الذين لديهم دفتر % | لاشي % | مجموع التطعيمات % | الحصبة % | الشلل %3 | الشلل %2 | الشلل %1 | الشلل %0 | التطعيم الثلاثي الثالث % | التطعيم الثلاثي الثاني % | التطعيم الثلاثي الأول % | التطعيم ضد الدرن % | الخصائص العامة |
| 1576 | 92.5 | 1.6 | 83.3 | 90.3 | 90.4 | 94.5 | 96.4 | 97.8 | 90.9 | 94.3 | 96.9 | 98.4 | ذكور |
| 1491 | 91.7 | 1.6 | 83 | 93.3 | 90.5 | 94.4 | 95.9 | 97.5 | 91.1 | 94.6 | 95.9 | 98.2 | إناث |
| 226 | 90.2 | 3.5 | 66.1 | 74.9 | 74.8 | 82.3 | 89.9 | 94.9 | 75.3 | 82 | 94.9 | 96.1 | الوسط |
| 477 | 94.6 | 0.3 | 88.1 | 93.8 | 94.1 | 97.4 | 98.1 | 98.9 | 94.7 | 97.8 | 98.8 | 99.4 | الشرق |
| 181 | 91.9 | 1 | 77.7 | 85.2 | 85.6 | 93 | 95.6 | 98.1 | 86.8 | 93.2 | 98.1 | 99 | الغرب |
| 347 | 89.6 | 1.3 | 72.5 | 87.8 | 82.3 | 91.7 | 95.8 | 97.9 | 81.4 | 90.8 | 97.9 | 98.7 | الجنوب |
| 1874 | 91.7 | 1.3 | 83.6 | 90.9 | 90.3 | 94.8 | 96.9 | 97.9 | 91.2 | 95 | 97.1 | 98.5 | حضر |
| 1194 | 92.9 | 1.9 | 82.3 | 89.4 | 90.8 | 94.1 | 95 | 97.3 | 90.8 | 93.6 | 95.4 | 97.9 | ريف |
| 519 | 92.6 | 1.7 | 75.9 | 84.9 | 85.6 | 91.8 | 94.5 | 97.2 | 85.4 | 91.5 | 94.3 | 97.9 | أمية |

قائمة المراجع

| | | | | | | | | | | | | | | |
|-----|------|-----|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|----------------|----------------------|
| 538 | 94.7 | 1 | 84 | 90.2 | 89.8 | 93.4 | 96.5 | 97.5 | 90.6 | 93.7 | 96.7 | 98.9 | ابتدائي | التعليمي للأم |
| 934 | 91.5 | 2 | 83 | 90.7 | 91.5 | 94.9 | 96.2 | 97.8 | 91.6 | 94.7 | 96.7 | 98 | متوسط | |
| 728 | 93.1 | 1.5 | 87.2 | 92.5 | 93.3 | 96.1 | 96.8 | 97.5 | 93.9 | 96.4 | 97.2 | 98.5 | ثانوي | |
| 348 | 87.5 | 1.1 | 84.2 | 92.8 | 90.1 | 95.8 | 96.5 | 98.5 | 92.5 | 95.1 | 97 | 98.4 | عالي | |
| 670 | 92.1 | 2.6 | 75.7 | 84.6 | 84.7 | 89.4 | 93.1 | 96.4 | 84.8 | 89.5 | 93.6 | 97.2 | الأكثر فقرا | المستوى الاقتصادي |
| 685 | 91.8 | 0.2 | 83.7 | 90.7 | 90.6 | 94.6 | 96.1 | 97.2 | 91 | 94.5 | 96 | 97.9 | الفقير | |
| 618 | 95.5 | 0.4 | 86.4 | 92 | 93.1 | 97.3 | 98.5 | 99.6 | 93.2 | 95.9 | 98.8 | 99.8 | المتوسط | |
| 591 | 92.7 | 2.7 | 87.5 | 94.4 | 94.6 | 96.4 | 97.4 | 98.3 | 93.5 | 96.9 | 97.7 | 99.6 | الغني | |
| 504 | 87.9 | 0 | 83.1 | 90.3 | 89.7 | 95.4 | 95.8 | 97 | 91.6 | 96.3 | 96.6 | 97 | الأكثر غنى | |
| 736 | 92.2 | 1.6 | 83.1 | 90.3 | 90.5 | 94.5 | 96.1 | 97.7 | 91 | 94.4 | 96.5 | 97.7 | المجموع | |

source MSPH&ONS.(2006),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des .
enfants et des femmes MICS3 Algérie 2006,Algérie.p89

MSPH&ONS.(2015),enquête nationale a indicateurs multiples :suivi de la situation des enfants
et des femmes MICS4 Algérie 2012-2013,Algérie. P186

ملخص الدراسة

نظرا لما شهده الوضع الصحي والتغذوي للأطفال الأقل من 5 سنوات في الجزائر من تدني ونقص في بعض الجوانب، ولمعرفة ما مدى التطورات التي وصل إليه هذا الواقع، لدى تطرقت لدراسة الحالة الصحة والتغذية للأطفال الأقل من 5 سنوات من خلال مسح 2006 ومسح 2012 وتوصلت إلى النتائج التالية :

1. صحة الأطفال: قدر الإسهال 8.8% عام 2006 والذي وصل إلى 9.4% سنة 2012، انخفاض طفيف لأمراض التهاب التنفسي الحادة بمعدل 0.1%، تراجع نسبة التطعيمات للأطفال ما بين 12 و23 شهرا 88% سنة 2006 مقارنة 83% عام 2012

2. تغذية الأطفال: بلغت نسبة نقص الوزن معتدل/حاد 3.7%، و0.6% حاد سنة 2006 مقارنة بسنة 2012 3% معتدل/حاد و0.8%. وبالنسبة لقصر القامة فقد شهد ارتفاع طفيف انتقل من 11.3% معتدل/حاد و0.4% سنة 2006 إلى 11.7% معتدل/حاد و0.6% عام 2012، ارتفاع النحافة بلغت 4.1% معتدل/حاد، و1.4% حاد سنة 2012، بعدما كانت 2.9% معتدل/حاد و0.6% حاد عام 2012. ويعزى هذا الارتفاع إلى سوء التغذية بالدرجة الأولى. ارتفاع نسبة الأطفال الذين أرضعوا رضاعة طبيعية بين سنتي الملاحظة.

Study Summary

Given the health and nutritional status of children under five years of age in Algeria, and the extent to which the situation has improved. In the context of the study of the health and nutrition of children under five years of age through the 2006 survey and the 2012 survey, next :

1) Child Health: Diarrhea 8.8% in 2006, which reached 9.4% in 2012, a slight decrease of acute respiratory infection rate of 0.1%, the proportion of vaccinations for children between 12 and 23 months 88% in 2006 compared to 83% in 2012

2) Children's nutrition: The moderate / severe weight loss rate was 3.7% and 0.6% severe in 2006 compared to 2012, 3% moderate / severe and 0.8%. As for short-lived, it rose slightly from 11.3% moderate / sharp and 0.4% in 2006 to 11.7% moderate / sharp and 0.6% in 2012, the moderate rise was 4.1% moderate / sharp, and 1.4% sharp in 2012, after Was 2.9% moderate / severe and 0.6% severe in 2012. This increase is attributed primarily to malnutrition.

High percentage of breastfed infants between two observation year

