

وزارة التعليم العالي و البحث العلمي



جامعة وهران 2

كلية العلوم الاجتماعية

قسم الديموغرافيا

مذكرة تخرج لنيل شهادة ماستر

في الديمغرافيا الاجتماعية

تحت عنوان



صحة الأطفال في الجزائر

تحت إشراف الأستاذة :

راشدي خضرة

من إعداد الطالب :

قاضي أيمن عبد القادر

أعضاء لجنة المناقشة:

الأستاذ	الرتبة	الجامعة	الصفة
لقبج حمزة	دكتورة	وهران 2	رئيسة اللجنة
راشدي خضرة	دكتورة	وهران 2	مقررة
هاشم أمال	دكتورة	وهران 2	مناقشة

السنة الجامعية 2019-2020

إهداء

إلى الوالدين الكريمين

إلى إخوتي و أختي الغالية

إلى كل الأصدقاء و الزملاء

إلى كل من علمني حرفا

وإلى كل من ساعدني في إنجاز هذه المذكرة من قريب أو بعيد.

شكر و تقدير

الحمد و الشكر أولا لله تعالى

اتقدم بالشكر الجزيل للأستاذة الفاضلة: راشدي خضرة على قبولها الإشراف على هذا العمل و التي لم تبخل علي بالمعلومات و تقديم النصائح و التوجيهات لتقديمه على أحسن وجه ، كما أشكر الأستاذة هاشم أمال و جميع الزملاء الذين قدموا لي العون و خاصة موسى ليلي ، سايح محمد الامين و شعالة عبد الغني. دون أن أنسى من كان لهم الفضل الأكبر في إخراج هذا العمل إلى النور أولئك الذين ساعدوني بتشجيعهم لي من الأهل و الأحبة.

الفهرس

03.....	إهداء.....
04.....	شكر و تقدير.....
05.....	الفهرس.....
08.....	فهرس الجداول.....
11.....	مقدمة.....
13.....	الفصل الأول : الإطار المنهجي للدراسة.....
14.....	1.الإشكالية.....
14.....	2.الفرضيات.....
14.....	3.أهمية الدراسة.....
15.....	4.أهداف الدراسة.....
15.....	5.المنهج المتبع في الدراسة.....
15.....	6.البيانات المستخدمة.....
15.....	7.صعوبات البحث.....
16.....	8.المفاهيم الإجرائية للدراسة.....
16.....	1- / تعريف الطفل.....
17.....	2- / تعريف الوفاة.....
18.....	3- / وفيات الرضع.....
18.....	4- / معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة.....
18.....	5- / معدل وفيات الرضع.....
19.....	6- / مقياس الطول بالنسبة للعمر.....
19.....	7- / الوزن.....
19.....	8- / ختان الذكور.....
20.....	1.8 فوائد الختان.....
21.....	2.8 مخاطر ختان الذكور.....

21	9- / التطعيم (التلقيح).....
23	10- / التغذية.....
24	1.10 الرضاعة الطبيعية.....
25	2.10 التغذية التكميلية.....
27	الفصل الثاني : السياسة الصحية للطفل في الجزائر.....
28	تمهيد.....
29	1. مراحل السياسة الصحية بالجزائر.....
29	أ)مرحلة ما قبل الإستقلال.....
29	ب) مرحلة ما بعد الإستقلال.....
29	1- / المرحلة الأولى : 1962 – 1973.....
30	2- /المرحلة الثانية 1974 – 1989.....
31	3- /المرحلة الثالثة 1990 – 1999.....
32	4- /المرحلة الرابعة : 2000–2009.....
32	5- /المرحلة الخامسة :2010–2014.....
34	2. أهم البرامج الصحية الوطنية للحفاظ على صحة الأم و الطفل و مكافحة الوفيات.....
34	1.2 برنامج التطعيم الموسع.....
35	2.2 برنامج مكافحة امراض الاسهال لدى الاطفال.....
36	3.2 برنامج مكافحة امراض التنفس.....
36	4.2 برنامج مكافحة التعرض للمرض ووفيات الامهات وحديثي الولادة.....
36	5.2 برنامج التغذية.....
37	3. الحقوق الصحية للطفل في التشريع الجزائري.....
38	1.3 حماية الأمومة.....
38	2.3 حماية الصحة حول الإنجاب périnatalité:.....
39	3.3 التلقيح ضد الأمراض المعدية.....
39	4.3 التغذية الصحية.....
40	خاتمة الفصل.....
41	الفصل الثالث: التغذية و نمو الطفل في الجزائر.....

42.....	تمهيد
43.....	1. التغذية
43.....	1.1 سوء التغذية
43.....	أ) نقص الوزن
45.....	ب) قصر القامة
47.....	ج) النحافة
49.....	2.1 الرضاعة الطبيعية
52.....	3.1 الرضاعة الغير الطبيعية
55.....	2. نمو الطفل
60.....	خاتمة الفصل
61.....	الفصل الرابع : تلقيح وختان ووفيات الأطفال في الجزائر
62.....	تمهيد
63.....	1. التلقيح
73.....	2. الختان
91.....	3. وفيات الأطفال
92.....	1.3 وفيات الأطفال حسب العوامل الاقتصادية و الاجتماعية
93.....	2.3 وفيات الأطفال حسب خصائص الطفل
96.....	خاتمة الفصل
97.....	الخاتمة
99.....	المراجع
101.....	الملخص

فهرس الجداول

الرقم	العنوان	الصفحة
01	التطعيمات الواجب أخذها وفق الدفتر الصحي بالجزائر .	22
02	تطور المؤشرات الصحية خلال 1974-1989 .	31
03	تطور المؤشرات الصحية خلال (1990-1999) .	31
04	تطور المؤشرات الصحية خلال (2000-2009) .	32
05	تطور المؤشرات الصحية خلال (2010-2014) .	33
06	توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص الوزن حسب بعض الخصائص.	43
07	توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من قصر القامة حسب بعض الخصائص.	45
08	توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من النحافة حسب بعض الخصائص.	47
09	نسبة الأطفال تلقوا رضاعة طبيعية حسب مكان الإقامة.	49
10	نسبة الأطفال تلقوا رضاعة طبيعية حسب المستوى التعليمي للأم.	49
11	نسبة الأطفال تلقوا رضاعة طبيعية حسب المستوى المعيشي.	50
12	متوسط المدة بالشهر للرضاعة الطبيعية حسب الجنس.	50
13	متوسط المدة بالشهر للرضاعة الطبيعية حسب مكان الإقامة.	51
14	متوسط المدة بالشهر للرضاعة الطبيعية حسب المستوى التعليمي للام.	51
15	متوسط المدة بالشهر للرضاعة الطبيعية حسب المستوى المعيشي.	52
16	نسبة الأطفال تلقوا رضاعة غير طبيعية حسب مكان الإقامة.	52
17	نسبة الأطفال تلقوا رضاعة غير طبيعية حسب العمر بالشهر .	53
18	نسبة الأطفال تلقوا رضاعة غير طبيعية حسب المستوى التعليمي للام.	53
19	نسبة الأطفال تلقوا رضاعة غير طبيعية حسب المستوى المعيشي.	54

55	نسبة الأطفال في النمو حسب الجنس.	20
55	نسبة الأطفال في النمو حسب مكان الإقامة.	21
56	نسبة الأطفال في النمو حسب المنطقة.	22
57	نسبة الأطفال في النمو حسب العمر.	23
57	نسبة الأطفال في النمو حسب البرنامج التعليمي.	24
58	نسبة الأطفال في النمو حسب المستوى التعليمي للأم و الأب.	25
59	نسبة الأطفال في النمو حسب المستوى المعيشي.	26
63	التطعيم خلال السنة الأولى من الحياة .	27
65	نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب الجنس.	28
66	نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب مكان الإقامة.	29
68	نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب المستوى التعليمي للأم.	30
70	نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب المستوى التعليمي للأب.	31
71	نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب المستوى المعيشي.	32
73	توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و المنطقة.	33
74	توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و مكان الإقامة.	34
75	توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و مكان الختان.	35
76	توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و الشخص الذي أجرى الختان.	36
77	توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و المستوى التعليمي للأم.	37
78	توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و المعيشي.	38
79	توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و المنطقة.	39
80	توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و مكان الإقامة.	40
81	توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و العمر عند الختان.	41
82	توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و الشخص الذي أجرى الختان.	42
83	توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و المستوى التعليمي للام.	43
84	توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و المستوى المعيشي .	44

45	توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و المنطقة.	85
46	توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و مكان الإقامة.	86
47	توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و العمر عند الختان.	87
48	توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و مكان الختان.	88
49	توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و المستوى التعليمي للأم.	89
50	توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و المستوى المعيشي.	90
51	معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات (%) خلال الفترات الخماسية الثلاث السابقة للمسح ، الجزائر ، 2012 - 2013.	91
52	وفيات الأطفال حسب مكان الإقامة.	92
53	وفيات الأطفال حسب المستوى التعليمي للأم.	92
54	وفيات الأطفال حسب المستوى المعيشي.	93
55	وفيات الأطفال حسب جنس الطفل.	93
56	وفيات الأطفال حسب ترتيب المولود.	94
57	وفيات الأطفال حسب الفترة منذ الولادة السابقة.	95

مقدمة

أطفال اليوم هم شباب الغد ورجال المستقبل وصانعو حضارات الأمم ودرعها الواقي الذي يحميها هو موضوع سوف نبحر به الآن حيث يعد الأطفال عنصرا رئيسيا في العالم، فالأطفال هم الذين يحملون على كاهلهم أمانة المضي قدماً باتجاه الواجهة في المستقبل، وهم أيضاً من يساهمون في حل المشكلات التي عجزت الأجيال الفاتئة عن حلها.

حظي الأطفال باهتمام هائل من قبل الجميع نظرا لأهمية الاطفال حيث سعى هؤلاء بشتى الأساليب العنور على الوسائل المناسبة العاملة على تأسيس أجيال صالحة تسهم في تقدم الإنسانية جمعاء. حيث عرفت منظمة الأمم المتحدة الطفل على أنه كل من لم يمر سن الثامنة عشرة ومن هنا فإنه ومن الملاحظ أن نسبة هائلة من أهالي العالم سوف تنتمي إلى تلك الفئة، الأمر الذي يفرض على الحكومات المتغايرة، والجهات المقصودة الشغل على ادخار مختلف ما تحتاجه تلك الشريحة العريضة من لوازم. ذلك وقد أولت منظمة الأمم المتحدة عناية خاصة بفئة الأطفال فأستت اليونيسف التي تهتم وتعنى بمجالات حقوق الأطفال المتغايرة، فكما هو معلوم، فإن للطفل مجموعة من الحقوق منها : حق المأوى، والتعليم والغذاء الصحي، والعيش في بيئة آمنة، والحصول على الرعاية الصحية، الرضاعة الطبيعية وغيرها.

و من جهة تحظى دراسة وفيات الأطفال أهمية خاصة، حيث أن معدلات الوفيات تشهد إرتقاعا محسوسا في هذه المرحلة من العمر خاصة دول العالم الثالث و النامية ، و الجزائر بما فيها تعرف تدبدب في مستويات وفيات الأطفال ، فبعدها كانت تعاني من نقص عدد السكان نتيجة الإستعمار قبل الستينات أصبحت بعد ذلك تشهد إرتفاع نمو سكاني لكن مع ذلك فإن نجدها بالمقابل تفقد عدد كبير من السكان خاصة فئة الأطفال.

و في هذه الدراسة سنبحث في صحة الطفل الجزائري بالاعتماد على التقرير النهائي للمسح العنقودي الرابع 2012-2013. حيث قسمنا الدراسة الى :

الفصل الأول : يشمل الإطار المنهجي للدراسة من إشكالية، فرضيات، أهمية الدراسة و أهدافها، وكذلك على أهم التعاريف المتعلقة بالطفل و صحته و الخاصة بالتلقيح و التغذية و الوفيات و غيرها.

الفصل الثاني : تناول هذا الفصل السياسة الصحية المتبّعة من طرف الدولة من أجل مكافحة الظاهرة المدروسة.

الفصل الثالث : إشتمل هذا الفصل على أهم العوامل المؤثرة على التغذية و نمو الطفل في الجزائر .

الفصل الرابع: وأخيرا تطرقنا إلى أهم العوامل السوسيوديموغرافية التي تساعد على معرفة إختلاف

الوفيات و أسبابه، إضافة إلى ختان و تلقيح الأطفال في الجزائر .

و في الأخير خرجنا بخاتمة عامة و بعض التوصيات التي تهتم موضوع ال

الفصل الأول

الإطار المنهجي للدراسة.

1. الإشكالية:

تحتل صحة الطفل رأس قائمة أولويات الأهل وتحديداً الأمهات وذلك منذ ولادته حتى اجتيازه المراحل العمرية المبكرة الأولى من حياته، ووصوله لبرّ الأمان الذي يستطيع فيه نسبياً الاعتماد على ذاته، حيث يقع على عاتق ذوي الأطفال اتباع العادات الصحية السليمة المتعلقة بصحة أبنائهم بكل دقة منها الرضاعة الطبيعية، ومتابعة حالاتهم الصحية والانتباه لأي تغيير يطرأ عليها، نقاديا لوجود أي مشكلات صحية وتجنباً لتفاقمها مع الوقت وكذلك ظاهرة وفاة الأطفال دون خمس سنوات وخاصة الرضع منهم. وتشكل هذه الأخيرة نسبة كبيرة من اجمالي الوفيات حيث ان ربع الوفيات تحدث خلال السنة الاولى من العمر. ففي الدول المتقدمة تم التحكم في هذه الظاهرة، وبالمقابل لاتزال معدلات وفيات الأطفال مرتفعة في دول العالم الثالث بما فيها الجزائر والتي لاتزال تعاني من هذا المشكل رغم وضعها لبرامج ومخططات مكثفة من اجل مكافحة هذه الظاهرة.

و عليه فإن إشكالية بحثنا تتمحور على تساؤل رئيسي: ما هي وضعية صحة الطفل الجزائري؟ و الذي نتفرع عنه التساؤلات التالية :

- كيف تتوزع وفيات الأطفال في الجزائر وفق خصائص الاسر و امهاتهم؟
- هل وصلت مستويات التلقيح الى حد التعميم؟
- كيف يتم ختان الأطفال الذكور؟
- كيف تتم تغذية الطفل (الرضاعة الطبيعية، التغذية التكميلية ...)؟
- ماهي العوامل المؤثرة على وفيات الأطفال دون خمس سنوات.
- ماهي السياسة المتبعة من طرف الدولة لتخفيض وفيات الأطفال في الجزائر.

2. الفرضيات :

- خصائص الأسرة و المستوى التعليمي للأم يثران على توزيع وفيات الأطفال.
- المؤشرات التالية : قصر القامة، النحافة و نقص الوزن تعكس الحالة الصحية للطفل.
- المستوى التعليمي للأم من المتغيرات التي تأثر سلبا على رضاعة الطفل.
- إنخفاض مستوى التطعيم كلما إنتقلنا من جرة إلى أخرى.

3. أهمية الدراسة :

يعود الاهتمام بدراسة صحة ووفيات الاطفال لأسباب عديدة حيث تعتبر فئة الاطفال دون الخامسة من اكثر الفئات العمرية تعرضا للأمراض، و اقل مقاومة للأمراض المعدية، كما ان لصحة الاطفال

ووفياتهم علاقة وثيقة بمستويات النمو الاقتصادي والتغير الاجتماعي وما يربط بذلك من مستويات الفقر وبالتالي يمكن ان تستخدم لقياس مدى نجاح البرامج والسياسات الصحية .

4. أهداف الدراسة:

الهدف من هذا البحث هو استغلال بيانات المسح العنقودي الرابع في معرفة الوضعية الصحية للطفل الجزائري و الاطلاع على كل ما تعلق بها و معرفة الى أي مدى حققت السياسة الوطنية للحفاظ على صحة الطفل أهدافها .

5. المنهج المتبع في الدراسة:

نظرا لطبيعة الدراسة الكمية و التي تقتضي جمع و إستخدام البيانات لوصف الظاهرة وتصنيفها و تحليلها فقد اعتمدنا على المنهج الوصفي من أجل جمع البيانات و الحقائق و المعطيات التي تستجيب لأهداف الدراسة .

6. البيانات المستخدمة :

كما اشرنا سابقا ، سنعتمد على التقرير النهائي للمسح العنقودي الرابع 2012-2013 MICS4 و نستغل بيانات الجزء المخصص لصحة الطفل ووفيات الأطفال لمعرفة الوضعية الصحية للأطفال .

و هي : -وفيات الأطفال: صفحة 52

-التغذية : صفحة 60

-صحة الطفل : صفحة 80

-التلقيح : ص 82.

-الختان : ص 103.

-نمو الطفل : ص 154.

7. صعوبات البحث:

عدم دقة البيانات و صعوبة القياس بشكل دقيق لتأثير مختلف العوامل .

ندرة المراجع الحديثة التي تهتم موضوع البحث.

عدم القدرة للوصول إلى الدراسات السابقة

8. المفاهيم الإجرائية للدراسة :

1/- تعريف الطفل :

حسب ما تطرق اليه الموقع "موضوع" في طبيعة النمو الانساني و تعريف الطفل و مفهومه كالتالي:
يُشير مفهوم الطفل إلى معانٍ وإشاراتٍ مُختلفةٍ ومُتعدّدةٍ تصف على الأغلب مرحلةً زمنيّةً من عمر الإنسان وتعرض القواميس والمعاجم والمنظّمات الدوليّة تعريفاتٍ مخصوصةٍ تميّزُ كلها بسماتٍ مُعيّنة تتفقُ مع رسالة المنظمة أو الجهة المُعرّفة لمفهوم الطفل ومن هذه التعريفات ما يأتي¹:

*تعريف الطفل لغة:

طِفْلٌ بِكسرِ الطاءِ وتسكينِ ألفاءِ كلمة مفرد جمعها أطفال وهي الجزء من الشيء، والمولود ما دام ناعماً دونَ البلوغ والطفّل أول الشيء، والطفل أول حياة المولود حتى بلوغه، ويطلق للذكر والأنثى².

*تعريف الطفل اصطلاحاً:

أمّا مفهوم الطفل في الاصطلاح فإنّه مبنيٌّ على المرحلة العمرية الأولى من حياة الإنسان والتي تبدأ بالولادة، وقد عبّرت آياتُ القرآن الكريم عن هذه المرحلة لتضع مفهوماً خاصاً لمعنى الطفل، وهو كما جاء في قوله تعالى (ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلاً)³، إذ تنسّم هذه المرحلة المبكرة من عمر الإنسان باعتماده على البيئة المُحيطة به كوالدين والأشقاء بصورة شبه كلية وتستمرّ هذه الحالة حتّى سنّ البلوغ⁴.

*تعريف اتفاقية حقوق الطفل الدولية:

اعتمدت الاتفاقية الدولية لحقوق الطفل تعريفَ الطفلِ بأنّه (كل إنسان لم يتجاوز الثامنة عشرة ما لم يبلغ سن الرشد قبل ذلك بموجب القانون المنطبق عليه)، ولا تُحدّد اتفاقية حقوق الطفل في تعريفها السنّ العمريّ للطفل على إطلاقه، إنّما تُظهر المرونة في تعريفها من خلال إلزام الدولِ المُوقّعة على الاتفاقية وبالبالغ عددها 192 دولةً حتى شهر نوفمبر من العام 2015 على تحديد النقطة المرجعية للأعمار عند ظروفٍ ومُتطلّباتٍ مخصوصة، كالسن القانونيّة لعملِ الأطفال وتعليمهم، وتنفيذ الأحكام الصادرة بحقهم، أو سجنهم، أو ما يُشابه ذلك من ظروفٍ مُتعلّقة بالمرحلة المُحدّدة في تعريف الاتفاقية⁵.

¹آلاء جابر، تعريف الطفل في: <https://mawdoo3.com/> . (2017/03/13).

²"معنى طفل"، معجم المعاني.

³سورة الحج، آية: 5.

⁴محمد القرطبي (1964)، تفسير لقرطبي، القاهرة: دار الكتب المصرية، صفحة 12، جزء 12.

⁵"اتفاقية حقوق الطفل"، يونيسيف، أطلع عليه بتاريخ 2020-07-27

اما علماء النفس، والاجتماع فقد اتفقوا على بداية مرحلة الطفولة واختلفوا في نهايتها ، فبعضهم يرى انها تبتدئ من الميلاد وتنتهي بمرحلة البلوغ، حيث عرف القانون الدولي للطفل من خلال اتفاقية حقوق الطفل الصادرة عام 1989 بانه الانسان الذي لم يتجاوز الثامنة عشر، ولم يبلغ بعد سن الرشد.⁶

2/- تعريف الوفاة :

في مقال طبي نشرته الجزيرة على موقعها تحت عنوان "الانسان لا يموت فوراً..كيف نحدد بدقة لحظة توقف الحياة؟" جاء فيه انه قد ذكر الكاتبان باسكال سانتى وبير لبيدي، في تقرير نشرته صحيفة "لوموند" الفرنسية، أنه وفقاً لقاموس لاروس الفرنسي، يتمثل الموت في "خسارة كيان حي (عضو أو فرد أو نسيج أو خلية) بشكل نهائي للخصائص المميزة للحياة، مما يؤدي إلى تدميره."

وبناء على هذا التعريف، نصح ميتهن عندما لا نعود على قيد الحياة. ويتساءل بنجامين روهوت، وهو طبيب أعصاب في مستشفى بيتي سالبترير، قائلاً "يمكننا بالطبع اعتبار الموت نهاية الحياة، ولكن ما الحياة إذن؟ هل نكون على قيد الحياة فقط حين نكون واعين؟ أو حين يكون دماغنا نشطاً؟ أو عندما يدق القلب؟ إن تعريف الموت هو تعريف الحياة، ويمكننا بالتالي مواجهة عقبات مفاهيمية. هذا بالتأكيد ما يجعل للموت تعريفاً قانونياً⁷."

وفي عام 2012، اقترحت منظمة الصحة العالمية التعريف التالي: "يحدث الموت حين يكون هناك فقدان دائم لقدرة الوعي وجميع وظائف جذع الدماغ."

*تعريف منظمة الامم المتحدة ومنظمة الصحة العالمية للوفاة :

الوفاة هي الاختفاء الدائم لكل دلائل الحياة في أي وقت بعد الولادة أي يعني ان تحدث بعد الولادة الحية دون الاخذ بعين الاعتبار الفترة السابقة للولادة الحية، والتي لا تحتوي على وفيات الاجنة (الوفاة السابقة لإتمام استخراج ناتج الحمل أي اذا لم يظهر أي دليل للحياة مثل ضربات القلب بعد فصل الجنين عن امه).

والمقصود بالوفاة في هذه الدراسة هي نهاية الحياة لفترة طالت او قصرت لمولود ولد حيا.⁸
-من خلال دراسة وفيات الاطفال دون الخمس سنوات في الجزائر لبرارة سماح في مذكرة تخرجها سنة 2009 بجامعة باتنة قامت بوضع بعض المفاهيم المهمة كالتالي:

⁶معنى طفل في معاجم اللغة العربية ألمعجم الوسيط"، معاجم اللغة العربية. بتصرّف.

⁷الإنسان لا يموت فوراً.. كيف نحدد بدقة لحظة توقف الحياة؟ ، في : www.aljazeera.com، (2019/05/11)

⁸لبرارة سماح، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر، جامعة الحاج لخضر (باتنة)، 2009/2010، ص22

3- وفيات الرضع:

وفيات المواليد الاحياء الاقل من سنة (خلال 12 شهرا كاملة) والذي يقاس بمعدل وفيات الرضع وتنقسم الى :

1 وفيات حديثي الولادة : وهي وفيات الاطفال المولودين احياء خلال الشهر الاول (0 - 27 يوما ماضية) وبدورها تنقسم الى نوعين⁹:

1.1 وفيات حديثي ولادة المبكرة Mortalité néonatale précoce : هي وفيات الاطفال المولودين احياء خلال الاسبوع الاول من الحياة (0 - 6 ايام الماضية) وهذا للأسباب تكون غالبا داخليا.

1.2 الوفيات المتأخرة لحديثي الولادة La mortalité néonatale tardive : هي وفيات المواليد الاحياء خلال ثلاث اسابيع الاخيرة من الشهر الاول (7 - 27 يوما الماضية) وهنا الاسباب غالبا ما تكون مرتبطة بالعوامل الخارجية فقد تكون اقتصادية واجتماعية وكذلك التشوهات التي يحملها الطفل عند ولادة لها العلاقة بوفاة الطفل في هذه الفترة الزمنية.

2 وفيات ما بعد حديثي الولادة : La mortalité post-néonatale : وهم الاطفال المتوفون ما بين 28 و 365 يوما كاملة أي من الشهر الاول ما بعد الولادة حتى الشهر الثاني عشر.¹⁰

4- معدل وفيات الاطفال دون سن الخامسة :

هو متوسط العدد السنوي لوفيات الاطفال دون سن الخامسة لكل الف يولدون احياء خلال السنوات الخمس السابقة والمعدل يعبر عن احتمال الوفاة خلال الفترة المحصورة ما بين الولادة واكتمال السنة الخامسة من العمر بالضبط مضروبا في الالف وتعتبر منظمة اليونيسيف هذا المعدل من اهم المؤشرات التي تعكس الحالة الصحية.¹¹

5- معدل وفيات الرضع :

احتمال الوفاة بين الولادة واليوم الاخير من العام الاول. و يحسب المعدل لكل 1000 مولود حي .

⁹المرجع نفسه، ص26

¹⁰ليبرارة سماح، مرجع سابق ، ص26

¹¹المرجع نفسه، ص28

6/- مقياس الطول بالنسبة للعمر :

مقياس تجميعي للحالة التغذوية في الماضي حيث ان انخفاض الطول بالنسبة للعمر والمعروف بقصر القامة هو مؤشر لسوء التغذية المزمن.¹²

7/- الوزن :

معدل زيادة وزن الرضيع في كل شهر، معدل نمو الرضيع، و زيادة وزنه هي من الأشياء التي تشغل بال كل أم خاصة في عامه الأول. الاطفال مثل البالغين تتنوع أوزانهم و احجامهم تنوعاً كبيراً ، و يختلف معدل زيادة وزن كل طفل تبعاً لعوامل كثيرة بعضها وراثية و بعضها يتعلق بالتغذية ، فالأطفال الرضع الذين يعتمدون على الرضاعة الطبيعية يزداد وزنهم بشكل أسرع في الشهرين الأولين من أعمارهم ، بينما يقل المعدل مقارنة بأقرانهم ممن يتناولون الحليب الصناعي.¹³

هناك خطوط ارشادية للتأكد من ان نمو الطفل يسير في المعدلات الطبيعية : الاسبوع الاول يقل وزن الرضيع نحو 10% من وزن الزيادة لكن سرعان ما يستعيد في عمر الاسبوعين . اما في الأشهر الثلاثة الأولى يزداد وزن الطفل بمعدل كيلوغرام شهريا و من 3 الى 6 اشهر يزداد وزنه بمعدل نصف كيلوغرام شهريا حتى يصل في الشهر السادس تقريبا الى ضعف وزن الولادة.¹⁴

8/- ختان الذكور :

هو الإزالة الجراحية للجلد الذي يغطي طرف القضيب و هذا الإجراء شائع إلى حد ما للصبيان حديثي الولادة في اماكن معينة من العالم . و من الممكن إجراء الختان بعد مرحلة الولادة الحديثة ولكنه اجراء أكثر تعقيدا.¹⁵

و بالنسبة للعض العائلات يعتبر الختان طقساً دينياً يمكن ان يكون الإجراء أيضاً تقليداً عائلياً، او نظافة شخصية أو رعاية صحية وقائية. لكن بالنسبة للآخرين يبدو الختان غير ضروري أو تشويه.

¹²الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول الأم و الطفل، 1992 ، ص43

¹³معدل زيادة وزن الرضيع في كل شهر، في: www.supermama.me . (2020/07/19)

¹⁴المرجع نفسه.

¹⁵د.روان أحمد، ختان الذكور male circumcision ، في: www.dailymedicalinfo.com، (2020/04/27).

1.8 فوائد الختان :

الختان وهو طقس ديني أو ثقافي للعديد من العائلات ، وكذلك بعض القبائل الاصلية في افريقيا و أستراليا. ويمكن ان يكون الختان أيضا تقليدا عائليا أو نظافة شخصية أو رعاية صحية وقائية. وفي بعض الأحيان هناك حاجة طبية للختان مثل تكون القلفة ضيقة للغاية بحيث لا يمكن سحبها (تراجعها) على الحشفة (رأس القضيب) . وفي حالات أخرى لا سيما في بعض الأماكن من إفريقيا يوصى بالختان بالنسبة للأولاد أو الرجال الأكبر سنا للحد من خطر الإصابة ببعض الأمراض المنقولة جنسيا.¹⁶

وترى الاكاديمية الأمريكية لطب الأطفال (AAP) أن فوائد الختان تفوق المخاطر و مع ذلك فإن الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال لا توصي بإجراء الختان الروتيني لجميع الذكور حديثي الولادة. وتترك الأكاديمية الأمريكية لطب الأطفال قرار إجراء الختان للوالدين كما تدعم استخدام التخدير للرضع الذين يخضعون لهذا الإجراء.¹⁷

و قد يكون لعملية ختان الذكور فوائد مختلفة بما في ذلك:¹⁸

- تكون النظافة أسهل، فالختان يجعل عملية غسل القضيب أسهل و مع ذلك يمكن تعليم الأولاد ذوي القضيب الغير المختون أن يغسلوا بانتظام تحت القلفة.
- انخفاض خطر التهابات المسالك البولية، فهذه العدوى هي أكثر شيوعا عند الذكور الغير المختونين. و يمكن ان تؤدي الاصابات الخطيرة في وقت مبكر من الحياة إلى مشكلات في الكلى لاحقا.
- انخفاض خطر الإصابة بالأمراض المنقولة جنسيا، بما في ذلك فيروس نقص المناعة البشرية. ولا تزال الممارسات الجنسية الآمنة ضرورية.
- الوقاية من مشاكل القضيب فأحيانا يمكن ان يكون من الصعب أو من غير الممكن سحب القلفة على القضيب الغير المختون (تضييق القلفة) . و قد يؤدي هذا الى التهاب القلفة.
- انخفاض خطر الإصابة بسرطان القضيب فعلى الرغم من ان سرطان القضيب نادر الحدوث إلا انه أقل شيوعا عند الرجال الذين خضعوا لعملية الختان بالإضافة إلى ذلك فإن سرطان عنق الرحم أقل شيوعا بين الشركاء الجنسيين من الإناث للرجال الذين خضعوا لعملية الختان.

¹⁶ د.روان أحمد، مرجع سابق.

¹⁷ المرجع نفسه.

¹⁸ المرجع نفسه.

ومع ذلك فإن مخاطر عدم الختان ليست نادرة فحسب بل يمكن تجنبها من خلال العناية المناسبة بالقضيب. وقد لا يكون الختان خيارًا إذا كانت هناك بعض اضطرابات تخثر الدم. قد لا يكون الختان مناسبًا للأطفال المبتسرين الذين ما زالوا بحاجة إلى رعاية طبية في حاضنة المستشفى أو للأطفال المولودين بتشوهات غير طبيعية في القضيب. ولا يؤثر الختان على الخصوبة، ولا يُعتقد عادة أن الختان يعزز أو ينقص من المتعة الجنسية للرجال أو شركائهم.

2.8 مخاطر ختان الذكور:

المضاعفات الأكثر شيوعاً المرتبطة بالختان هي النزيف والعدوى، كما تكون هناك آثار جانبية محتملة ترتبط بالتخدير. ونادرًا، قد يؤدي الختان إلى مشاكل بالقلقة. مثل¹⁹:

- قد يتم قطع جزء قصير للغاية أو جزء طويل للغاية من القلفة.
- قد يفشل شفاء القلفة على النحو المناسب.
- ربما يلتصق الجزء المتبقي من القلفة بطرف القضيب، الأمر الذي يتطلب تدخلًا جراحيًا ثانويًا.

9/- التطعيم (التلقيح) :

يعتبر التلقيح إجراءً أساسيًا لأنه وسيلة وقائية تحمي الجسم من التعرض لمجموعة من الأمراض الخطيرة والمميتة والتي يعتبر علاجها صعباً أو مكلفاً. ولهذا فإن التلقيح يضمن²⁰:
-الوقاية أو الحماية الفردية: أي الوقاية من المرض الملحق من أجله.
-الوقاية أو الحماية الجماعية: و ذلك عبر مكافحة انتقال الأمراض للوسط الذي يعيش فيه الشخص المريض (العائلة ، المدرسة ، الأصدقاء...) بالإضافة إلى مكافحة انتشار خطر الوباء .
إن التلقيح اكبر عدد ممكن من أفراد المجتمع يضمن لنا الحد من انتقال البكتيريا.

*الجدول الوطني الخاص بالتلقيح :

للحصول على نجاعة أكبر، يجب أن يتم تعزيز وتقوية الجهاز المناعي للطفل من خلال إعطائه عدد من الجرعات في مواعيد محددة حسب التوصيات المشار إليها في الجدول الوطني للتلقيح. لهذا، فمن الضروري تقديم الدفتر الصحي للطفل من أجل معرفة اللقاحات التي استفاد منها وتفاذي تكرار العلاجات التي خضع لها، وأيضاً إعطائه المواعيد القادمة. الدفتر الصحي هو وثيقة شخصية ذات قيمة، تجمع كل المعلومات والإرشادات المتعلقة بصحة الطفل. لذلك يجب أن يحظى بالعناية الفائقة والمحافظة عليه.²¹

¹⁹ د.روان أحمد، مرجع سابق.

²⁰ ما هو التلقيح ؟ ، في www.sehati.gov.ma، أطلع عليه بتاريخ 28-07-2020

²¹ ما هو التلقيح ؟ ، مرجع سابق.

جدول رقم (1) التطعيمات الواجب أخذها وفق الدفتر الصحي بالجزائر.

السن	التلقيح	ضد
عند الولادة	B.C.G Polio oral HBV (1)	السل-الشلل-إلتهاب الكبد الفيروسي ب(1)
1شهر	HBV (2)	إلتهاب الكبد الفيروسي ب(2)
3شهر	D.T. Coq Polio oral	دفتيريا- كزاز- سعال ديكي- الشلل
4شهر	D.T. Coq Polio oral	دفتيريا- الكزاز السعال الديكي- الشلل
5شهر	D.T. Coq Polio oral HBV (3)	دفتيريا- كزاز- سعال ديكي- الشلل الشلل- إلتهاب الكبد الفيروسي ب(2)
9أشهر	ANTIROUGEOLEUX	الحصبة
18شهر	D.T. Coq Polio oral	دفتيريا الكزاز السعال الديكي- الشلل
6سنة	D.T. enfant Polio oral ANTIROUGEOLEUX	دفتيريا- الكزاز الحصبة- الشلل
6/13سنة	D.T. adulte Polio oral	الكلزاز- الشلل- دفتيريا للبالغين
16/18سنة	D.T. adulte Polio oral	دفتيريا- الكزاز للبالغين

المصدر: الدفتر الصحي صفحة 18.

لقاح ضد السل: يعرف اللقاح ضد السل (TB) بلقاح BCG (باسيلس كالميت غيرين). يحتوى لقاح BCG على نموذج مستضعف من البكتيريا (الجرثومة) التي تسبب السل. لأنها مستضعفة لا تسبب إصابة الأشخاص الأصحاء بالسل لكنها تساعد على تنمية بعض الحماية (المناعة) ضد السل²². يعمل لقاح بصورة أفضل لدى الرضع والأطفال وهو فعال بصورة خاصة في استدراك أشكال السل الخطيرة بما فيها التهاب السحايا بحماية تفوق 70%.

²² ورقة وقائع التلقيح ب، في www.health.qld.gov.au ص 1، جانفي 2017.

لقاح شلل الأطفال الفموي: يُعدّ لقاح شلل الأطفال الفموي اللقاح الرئيسي المعتمد لمحاولة القضاء على مرض شلل الأطفال. يتميز هذا النوع من اللقاحات بفعاليتها في محاربة الفيروس المُسبب لمرض شلل الأطفال، ويطول تأثيره في الجسم، وحقيقة يقوم مبدأ عمل هذا اللقاح على تقوية مناعة البطانة المخاطية للجسم، الأمر الذي يُفسر قدرة اللقاح على الحدّ من انتشار المرض، ومما يُميّز هذا اللقاح كذلك سهولة إعطائه فهو لا يحتاج إلى حقن أو ما شابه، وإنما يُعطى على شكل قطرات فموية للأطفال.²³

يحتاج الأطفال لأخذ أربع جرعات من لقاح شلل الأطفال على أربع جلسات متفرقة، بحيث تكون الجرعات بحسب التوزيع العمريّ:²⁴

-الجرعة الأولى تُعطى على عمر شهرين.

- الجرعة الثانية تُعطى على عمر أربعة أشهر.

-الجرعة الثالثة تُعطى خلال الفترة العمرية التي تتراوح ما بين الشهر السادس والشهر الثامن عشر (سنة ونصف).

- الجرعة الرابعة تُعطى خلال الفترة التي تتراوح ما بين أربعة إلى ستة أعوام.

لقاح التهاب الكبد الفيروسيّ ب: يتمّ إعطاء هذا المطعم على ثلاث جرعات متفرقة، تُعطى أول جرعة للجنين عند الولادة، وبقي هذا المطعم الطفل من الإصابة بمرض التهاب الكبد الفيروسيّ ب.²⁵

لقاح الخناق - الكزاز - السعال الديكي : تُعطى لقاحات الدفتيريا والكزاز والسعال الديكي بشكل حقنة عضلية. يجري إعطاء خمس حقن: عادة في عمر شهرين، و 4 أشهر، و 6 أشهر، وفي الفترة بين عمر 15 إلى 18 شهرًا، وفي عمر 4 إلى 6 سنوات.

لقاح ضد الحصبة : توصي منظمة الصحة العالمية أن تشمل جميع برامج التلقيح الوطنية التطعيم بلقاح بجرعتين من اللقاح الذي يحتوي على الحصبة. في الدول التي تعاني من معدلات عالية من انتقال الحصبة، يوصى بإعطاء أول جرعة من اللقاح الذي يحتوي على الحصبة في عمر 9 أشهر. يمكن إعطاء الجرعة الثانية بعد أشهر عديدة أو بعد سنوات عديدة بحسب الدولة.²⁶

10- التغذية :

تعتبر مرحلة الطفولة من أهم مراحل بناء الجسم ذلك يجب الاهتمام بتغذية الطفل جيدا خصوصا في السنوات الأولى من عمره ليساعد على تطوير الجسم و نموه بشكل سليم و صحي، وللتغذية الصحية

²³شلل الأطفال، www.who.int اطلع عليه بتاريخ 2020-07-31

²⁴شلل الأطفال، www.vaccines.gov اطلع عليه بتاريخ 2020-07-31

²⁵هايل الجازي، ما هي تطعيمات الأطفال في: <https://mawdoo3.com/> (16-07-2018)

²⁶منظمة الصحة العالمية، لقاحات الحصبة ، ورقة موقف رقم 35، 2009، اطلع عليه بتاريخ 2020-08-01

أهمية كبيرة لتقوية مناعة جسم الطفل من الأمراض و من المعروف أن مناعة الطفل تكون قليلة في بداية حياته و تناول الأطعمة المفيدة و الصحية تعزز من تقويتها، و التغذية السليمة تساعد أيضا على بناء الخلايا العصبية لجسم الطفل.

غير أنّ كثيراً من الرضع والأطفال لا يتلقون التغذية المثلى؛ ومن الأمثلة على ذلك أنّ هناك، في المتوسط، نحو 36% من الرضع من الفئة العمرية 0-6 أشهر ممن لا يُغذون إلاّ عن طريق الرضاعة الطبيعية في الفترة ما بين 2007-2014.²⁷

وفيما يلي توصيات منظمة الصحة العالمية واليونيسيف:

التبكير بتوفير الرضاعة الطبيعية، أي في غضون الساعة الأولى بعد الميلاد؛
الاقتصار على الرضاعة الطبيعية طيلة الأشهر الستة الأولى من عمر الطفل؛
الشروع، اعتباراً من الشهر السادس، في إعطاء الطفل أغذية تكميلية مأمونة ومناسبة من الناحية التغذوية، مع الاستمرار في إرضاعه طبيعياً حتى بلوغه عامين من العمر أو أكثر من ذلك.

1.10 الرضاعة الطبيعية :

توفر الرضاعة الطبيعية فوائد صحية للأم المرضع و الطفل. كما يمثل حليب الأم احد المصادر المهمة للطاقة و العناصر الغذائية بالنسبة للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 6 أشهر و 24 شهرا. يتكيف حليب الثدي مع نمو الطفل لتلبية احتياجاته المتغيرة. اما الحليب الاصطناعي لا يوفر نفس الحماية من المرض ولا يمنح الأم أي فوائد صحية.

الرضاعة الطبيعية لها فوائد طويلة الأجل للطفل فكلما طالّت فترة الرضاعة استمرت الحماية و زادت الفوائد. فحليب الأم هو الغذاء المثالي للطفل فهو مصمم ليوفر له جميع العناصر الغذائية من أجل نمو صحي ، يتكيف حليب الأم مع نمو الطفل لتلبية احتياجاته المتغيرة كما يحميه من الالتهابات و الامراض بالإضافة إلى انه سهل الحصول عليه و متاح كلما احتاج إليه الطفل. حيث تساهم الرضاعة الطبيعية في خلق علاقة حميمة قوية بين الأم و الطفل و اشعاره بالحنان و الدفء.

الفوائد الصحية من الرضاعة الطبيعية :

***فوائد حليب الأم للطفل :**

- يحتوي على جميع العناصر الغذائية التي يحتاجها الطفل خلال الأشهر الستة الأولى.
- يحتوي على مجموعة من العوامل التي تحمي الطفل في حين ان الجهاز المناعي مازال يتطور.

²⁷تغذية الرضع وصغار الأطفال، منظمة الصحة العالمية ، www.who.int/arb، 2020/04/0،

2.10 التغذية التكميلية :

عند بلوغ الرضيع ستة أشهر من العمر تقريباً تبدأ احتياجاته من الطاقة والعناصر المغذية تتجاوز ما يوفره لبن الأم من تلك الطاقة والعناصر، وبالتالي يتعين توفير الأغذية التكميلية لتلبية تلك الاحتياجات. وعند بلوغ تلك السن يصبح الرضيع مستعداً من الناحية النمائية لتناول أغذية أخرى. وقد يتعثر نمو الطفل إذا لم يُعطَ أغذية تكميلية عندما يقارب عمر الستة أشهر، أو إذا أُعطيت له تلك الأغذية بشكل غير ملائم. وفيما يلي المبادئ التوجيهية لتغذية الرضع على النحو المناسب:²⁸

- لاستمرار في توفير الرضاعة الطبيعية بشكل متكرر وبناء على طلب الرضيع حتى بلوغه عامين من العمر أو أكثر من ذلك.
- ممارسة التغذية التي تلبى الاحتياجات (أي تغذية الرضع بشكل مباشر وإعانة الأطفال الأكبر سناً. والحرص على تغذيتهم ببطء وثأن، وتشجيعهم على الأكل دون إجبارهم على ذلك، والحديث إليهم ومواصلة التواصل معهم عن طريق العينين).
- الحفاظ على النظافة الشخصية ومناولة الأغذية بطرق سليمة .
- البدء، في الشهر السادس، بإعطاء كميات قليلة من الأغذية وزيادتها بشكل تدريجي مع تقدم الطفل في السن.
- القيام، تدريجياً، بزيادة سمك قوام الأغذية وزيادة تنوعها.
- زيادة عدد الوجبات، أي توفير 2-3 وجبات في اليوم للرضع من الفئة العمرية 6-8 أشهر، و3-4 وجبات في اليوم للرضع من الفئة العمرية 9-23 شهراً، مع إعطاء وجبة إلى وجبتين خفيفتين إضافيتين، حسب الاقتضاء.
- إعطاء مجموعة متنوعة من الأغذية الغنية بالعناصر المغذية؛ استخدام الأغذية التكميلية المعززة أو مكملات الفيتامين-المعادن، عند اللزوم.
- زيادة مدخول السوائل أثناء المرض، بما في ذلك زيادة الرضاعة الطبيعية وإعطاء الأغذية الرطبة المفضلة.

*مقاييس التغذية :

الطول بالنسبة للعمر : هو مقياس تجميحي للحالة التغذوية في الماضي. حيث ان انخفاض الطول بالنسبة للعمر. و المعروف بقصر القامة. هو مؤشر لسوء التغذية.²⁹

²⁸تغذية الرضع وصغار الأطفال، منظمة الصحة العالمية، مرجع سابق.

²⁹الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول صحة الأم والطفل، 1992، ص 43

الوزن بالنسبة للطول : يعتبر مؤشرا للحالة التغذوية الحالية، حيث ان إنخفاض الوزن بالنسبة للطول والمعروف باسم النحافة هو مؤشر لحالات سوء التغذية الحادة الحديثة. و تنشأ حالات سوء التغذية من عدم كفاية أو مناسبة الطعام الذي يتناوله الطفل، أو من الإصابة بالأمراض المعدية و حيث أن الوزن هو مقياس لكل من البناء العظمي و العضلات.³⁰

الوزن بالنسبة للعمر: (نقص الوزن) يعتبر الوزن بالنسبة للعمر مقياسا للنمو الطولي، و يلاحظ ان التأخر في النمو الطولي لا ينشأ كنتيجة لفترة قصيرة، و يمكن من سوء التغذية و لكن من عدم كفاية الغذاء لفترة طويلة. و يمكن ان نقول انه إذا تعرض الطفل إلى سوء التغذية مزمن فإنه سوف يصبح قصيرا بالنسبة لعمره، و قد يكون قصر القامة أيضا مؤشرا للإصابة المزمنة أو المتكررة بالأمراض المعدية إضافة إلى الغذاء.³¹

³⁰الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق ص 43

³¹الديوان الوطني للإحصائيات، مرجع سابق ص 43

الفصل الثاني

السياسة الصحية للطفل في الجزائر

تمهيد :

تعتبر الصحة موضوع تهتم له كل دول العالم حيث انها احد المجالات التي تحقق التطور الإقتصادي الأمني و الإجتماعي، والجزائر كغيرها من الدول سعت إلى ترقية قطاع الصحة لا سيما الظروف التي عاشتها غداة الإستقلال و الأزمات التي واجهتها في كل المجالات و القطاعات ، و لتجنب ذلك كان لابد من وضع سياسات صحية و برامج ذات استراتيجيات . وكانت مشكلة وفيات الأطفال دون الخامسة من بين المشكلات التي تسعى السياسات الصحية للحد منها نظرا لارتفاع مؤشراتها، و اصبح لابد من التركيز على الوقاية من الأمراض التي تهدد حياة الطفل وأمه، ومن أجل تأمين الرعاية الصحية قام المشرع الجزائري بوضع مبادئ تكفل حق الطفل .

1. مراحل السياسة الصحية بالجزائر

مر النظام الصحي في الجزائر بعدة تحولات خلال سنوات طويلة تعتبر منعرجات حاسمة في تاريخ قطاع الصحة بالجزائر، و تنقسم إلى:

(أ) مرحلة ما قبل الإستقلال:

كانت وضعية الصحة في الجزائر خلال المرحلة الإستعمارية متدهورة، حيث كان يعاني الشعب الجزائري من ظروف معيشية سيئة إضافة إلى إنتشار الأمراض المعدية مثل: الملاريا، السل، الكوليرا، التيفويد، و الإسهال، أما نسبة الوفيات عند الأطفال فبلغت أقصاها، و هذا لعدم تمكن المواطنين من الحصول على العلاج لمحدودية المرافق الصحية و المستخدمين فيها و تمركزها في المدن الكبرى أين الكثافة الإستعمارية بينما الأغلبية الجزائرية تتمركز في المناطق الريفية.

(ب) مرحلة ما بعد الإستقلال:

1- المرحلة الأولى 1962 - 1973:

عرفت هذه المرحلة وضع صحي مزري و قلة الوسائل المتوفرة، فمن جهة عدم توفر الهياكل القاعدية و من جهة أخرى وجود عدد قليل من الأطباء مقارنة بالحاجات الصحية للسكان و إنتشار الأمراض المنتقلة.

و بهذا إرتكزت السياسة الصحية للجزائر في هذه الفترة على : بناء الهياكل الصحية و تكوين الأطباء و الممرضين الجزائريين ومن جانب آخر مكافحة الأمراض و خاصة المعدية منها و التقليل من وفيات الأطفال من خلال:

* مجانية الإستفادة من خدمات مراكز الأمومة و الطفولة.

* إلزامية التبليغ ضد الأمراض المعدية عام 1963.

* التطعيم ضد الأمراض المعدية (السل، الجدري، السعال، التيتانوس و شلل الأطفال)، و فيما يلي نذكر

أهم مراحل التطعيم ضد بعض الأمراض:

1967: اعتبر السل كافة إجتماعية و شهد أول حملة تطعيمية.

1968: التلقيح ضد داء الجدري.

1969: التلقيح أصبح إجباري و مجاني ضد السل، الدفتيريا، الكزاز، السعال الديكي، الجدري.

1970: إصدار قانون الطب المجاني.

1972: بدأت حملات التطعيم ضد شلل الأطفال و كانت لها إنعكاسات إيجابية على معدلات وفيات الأطفال.³²

2- المرحلة الثانية 1974 - 1989 :

تميزت هذه الفترة بوضع العديد من برامج الصحة مع تنفيذ قانون الطب المجاني في كل القطاع العمومي، و تم إنشاء المزيد من عيادات التوليد و توزيعها بشكل شبه عادل في أنحاء البلاد، حيث جاء في الميثاق الوطني 1976 " في مجال الصحة فإن الدولة مكلفة بضمان الصحة و الحفاظ على صحة السكان و تحسينها" ، كما شهدت هذه المرحلة اول حملة تطعيمية ضد الحصبة 1978 و التي كان لها نتائج في مجال مكافحة وفيات الأطفال .

اما سنة 1980 فكانت بداية التغيرات في استراتيجية التنمية الصحية بعدما جاء المخطط الخماسي الأول 1984 - 1980 الهادف إلى :

*إعداد خريطة وطنية للصحة .

*تبني البرنامج الواسع للتلقيحات.

*تعميم عملية التطعيم و التي تمت سنة 1984 عن طريق إنشاء برامج خاصة على مستوى كل قطاع صحي مع تعيين مسؤولين لفرق التطعيم و كذلك إعلام و تحسيس عدد كبير من السكان و تقييم دوري للسياسة المتبعة.

*توفير الفرص الصحية في المناطق الريفية.

- بعدها جاء المخطط الخماسي الثاني 1985-1989 الهادف إلى :

*تحسين الحالة الصحية من خلال توسيع عملية التطعيم.

*القضاء على الجهوية، و فرض التوازن مع إعطاء أهمية للمناطق المحرومة.

*إصلاح النظام التربوي بتدعيمه بالدراسات الطبية، من اجل تحسين جودة التعليم و تدعيم التأطير.

³² لبرارة سماح، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر، جامعة الحاج لخضر (باتنة)، 2009/2010. ص73

جدول رقم (2) : تطور المؤشرات الصحية خلال 1974-1989.

السنوات	1974	1980	1985	1989
معدل المواليد	46,5	42,7	39,5	31
معدل الوفيات العام	15,6	11,77	8,4	5,98
معدل وفيات الأطفال	146,71	102,85	78,3	58,76
أمل الحياة	--	57,36	63,42	66,32

المصدر: صالحى، التطورات الجديدة للوفيات في الجزائر 1965-1981.
الديوان الوطني للإحصائيات، بيانات إحصائية، الديموغرافيا الجزائرية رقم 600,575,499,305.

3/- المرحلة الثالثة 1990-1999 :

مع نهاية الثمانينات تراكمت المشاكل مما أدى إلى إعادة هيكلة النظام الصحي في هذه الفترة رغم إدخال مسار التكيف مع التطور الاجتماعي والإقتصادي للوطن. وترجم هذا التطور بما يلي :

- مشروع الجهوية الصحية، الذي شرع فيه في الثمانينات كإطار للوساطة والتحكيم لتجسيد القطاعية الامركزية، وتحقيق تنمية اجتماعية وصحية متوازنة على المستوى المؤسساتي.
- إعتقاد الجهوية على المجلس الجهوي للصحة (هيئة تنسيق) وعلى المرصد الجهوي للصحة، لكن الجهوية الصحية لم تتمكن من الإستجابة للمهام التي أسندت لها، لأن إطارها القانوني والتنظيمي حد من صالحياتها في بعض التوجيهات أكثر استشارية منها قراريه.
- عملت وزارة الصحة على إنشاء هياكل الدعم لمؤسسات النظام الصحي من أجل مراقبة تحسين الأداء داخل المؤسسات الصحية العمومية.

جدول رقم (3) : تطور المؤشرات الصحية خلال (1990-1999) .

السنوات	1991	1993	1996	1998
معدل المواليد	30,14	28,22	22,91	21,02
معدل الوفيات العام	6,04	6,25	6,03	5,82
معدل وفيات الأطفال	56,90	55,49	54,59	37,4
أمل الحياة	67,33	67,43	67,59	71,65

المصدر: حوصلة إحصائية (1970-1996) ص 02، سنة 1999 و (1962-2011).

4- المرحلة الرابعة 2000-2009 :

بعدما عانت الجزائر من عشرية دامية هزت إستقرار البلاد و أضعفت جميع مؤسسات الدولة التي توفر إحتياجات المجتمع في مختلف المجالات خاصة قطاع الصحة، و لهذا تم إنتهاج بعض السياسات الإصلاحية.

وضع الخريطة الحية كشكل أساسي للنظام الوطني للصحة ووسيلة لتطبيق السياسة الصحية تهدف إلى تقليص الفوارق بين المناطق و المدن على أساس التمرکز السكاني، و تقريب الصحة من المواطن، كما ساهم القطاع الخاص في تحسين هذه الوضعية³³.

التكوين الأساسي للرفع من أداء المؤسسات الطبية ، و تطبيق النظام التعاقدى للعلاج في المستشفيات خلال سنة 2009.

وضع برنامج " المخطط التوجيهي للصحة في الجزائر " المقدر بتكلفة 2000 مليار دينار جزائري و المخطط للفترة من سنة 2009 إلى سنة 2025.

جدول رقم (4) : تطور المؤشرات الصحية خلال (2000-2009) .

السنوات	2000	2004	2006	2008
معدل المواليد	19,36	20,67	22,07	23,62
معدل الوفيات العام	4,59	4,36	4,30	4,42
معدل وفيات الأطفال	36,9	30,4	26,9	25,5
أمل الحياة	72,5	74,8	75,7	75,6

المصدر : ديمغرافيا الجزائر 2014 ص 6.

5- المرحلة الخامسة 2010-2014 :

"في هذه المرحلة استفاد قطاع الصحة من غلاف مالي يقدر بـ619 مليار دج في إطار برنامج الاستثمارات العمومية للفترة الممتدة بين 2010-2014، المصادق عليه من طرف مجلس الوزراء المنعقد يوم 24 ماي 2009 و خصص هذا المبلغ لإنجاز 172 مستشفى و 45 مركب متخصص في الصحة و 377 عيادة متعددة الاختصاصات و 1000 قاعة عالج و 17 مدرسة للتكوين الشبه طبي و أكثر من 70 مؤسسة متخصصة لفائدة المعاقين.

³³د.حوالف رحيمة، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات و الصعوبات، جامعة تلمسان، ص 228.

كما يشمل البرنامج الخماسي تحسين الاستفادة من العلاجات الأولية و الثانوية مع العلم أنه من الضروري توفير 254 عيادة متعددة التخصصات و 34800 سرير في أفق 2015. و تجدر الإشارة إلى أن هناك هياكل إستشفائية متعددة موزعة عبر الوطن منها 13 مركز استشفائي جامعي و مؤسسة استشفائية جامعية واحدة و 5 مؤسسات استشفائية و 68 مؤسسة استشفائية متخصصة و 195 مؤسسة عمومية إستشفائية.

و عزز هذا النسيج الاستشفائي هياكل على مستوى المؤسسات العمومية للصحة الجوارية البالغ عددها 271. و تشرف هذه المؤسسات على تسيير:

- 988 عيادات متعددة التخصصات والتي تتوفر على 3566 سرير مخصص للأمهات
- 387 عيادة متعددة التخصصات دون سرير.
- 5376 قاعة عالج
- * و يقدر العدد الإجمالي للأسرة العمومية 63680 .³⁴

جدول رقم (5) : تطور المؤشرات الصحية خلال (2010-2014) .

السنوات	2010	2012	2013	2014
معدل المواليد	24,68	26,08	25,14	25,93
معدل الوفيات العام	4,37	4,53	4,39	4,44
معدل وفيات الأطفال	23,7	22,6	22,4	22
أمل الحياة	76,3	76,4	77	77,2

المصدر : ديمغرافيا الجزائر 2014، ص 6.

³⁴ بوراجة أمال، التطور الصحي في الجزائر و علاقته بتحسين المؤشرات الصحية، جامعة وهران 02: محمد بن أحمد.

2. أهم البرامج الصحية الوطنية للحفاظ على صحة الأم و الطفل و مكافحة الوفيات.

تسعى الدولة الى حماية صحة الام والطفل، هذه الفئة من المجتمع مهددة اكثر بالوفاة لهذا كان من الواجب وضع سياسات وبرامج لها علاقة بالعوامل المؤثرة على وفيات الاطفال الاطفال. لهذا قامت وزارة الصحة بمساعدة منظمة اليونيسيف بوضع برنامج وطني طويل المدى في ما يخص مجال صحة الام والاطفال لمكافحة وفيات الاطفال خلال الفترة 1986-1990 و اشتمل ذلك على البرامج التالية :

- برنامج التطعيم الموسع .
- برنامج مكافحة امراض الاسهال لدى الاطفال.
- برنامج مكافحة امراض التنفس .
- برنامج مكافحة التعرض للمرض ووفيات الامهات وحديثي الولادة.
- برنامج التغذية.

الاهداف الاساسية لهذه البرامج :

- 1) تخفيض معدل الوفيات و امراض الاطفال المرتبطة بالجفاف نتيجة امراض الاسهال.
- 2) ضمان تغطية تحصينية ب 80 % من الاطفال قبل بلوغهم سنتين ضد الامراض المعدية.
- 3) تقديم خدمات تنظيم الولادة على جميع المراكز الصحية.
- 4) ضمان مراقبة 50 % من الامهات الحوامل ومتابعة اخطار الحمل والتكفل بالولادات.
- 5) توسيع استعمال الرضاعة الطبيعية وتخفيض شدة سوء التغذية.
- 6) تقليص وفيات الاطفال حديثي الولادة .
- 7) تخفيض الامراض والوفيات المرتبطة بالامراض التنفسية.

1.2 برنامج التطعيم الموسع :

للتطعيمات أهمية كبيرة لهذا تعتبر محور أساسي في مجال الصحة، فهناك العديد من الأمراض التي تؤدي إلى وفاة الأطفال لهذا عملت وزارة الصحة الجزائرية على وضع برامج التطعيم كما حرصت على التوعية بأهمية ذلك.

الهدف الأساسي الذي يسعى إليه برنامج التحصين الموسع هو الحصول على تراجع أو اختفاء (6) ستة أمراض معدية عند الأطفال. هذه الأمراض هي:

- مرض السل،

- الدفتيريا ،
- كزاز ،
- السعال الديكي
- شلل الأطفال ،
- الحصبة.

"يمثل برنامج التطعيمات احد اهم عناصر الرعاية الصحية الاولية الموجهة الى الاطفال منذ عام 1980. دعمت هذا البرنامج قرارات الدولة الرامية الى خفض معدلات وفيات الاطفال حين اعطت التطعيم اولوية خاصة بين أنشطة الرعاية الصحية الاخرى. و تجسيدا لهذه القرارات اصبح التطعيم متوفرا في كل المراكز الصحية والعيادات متعددة الخدمات ومراكز رعاية الامومة والطفولة ومراكز التوليد والمستشفيات. وكانت الجزائر من الدول الاوائل المشاركة في لقاء القمة لمنظمة اليونسيف المنعقد في اكتوبر 1990 والذي يهدف إلى:

- * ضرورة ان يكمل الطفل التطعيم قبل ان يتم عامه الاول بنسبه %90 بحلول سنه 2000.
- * القضاء على الامراض التالية : السعال الديكي ، الكزاز ، السل ، الدفتيريا ، الشلل ، الحصبة.
- * تقليص وفيات الاطفال في الريف الى %80 .
- * الوصول الى تغطية تحصينية للامهات الحوامل بنسبة %80³⁵.

2.2 برنامج مكافحة امراض الاسهال لدى الاطفال :

يعتبر الجفاف الناجم عن الإسهالات الحادة من أهم أسباب المرض و الوفاة بين الأطفال الأقل من خمس سنوات. إنطلق البرنامج الخاص بمكافحة أمراض الإسهال سنة 1984 للحد من الوفيات الناجمة عن الإسهال.

الأنشطة المقترحة لذلك هي:

- تشجيع الرضاعة الطبيعية.
- الاستخدام المبكر لأملاح معالجة الجفاف في مواجهة أي إسهال .
- تطوير علاقة جيدة بين هياكل الرعاية الصحية الأساسية ومستشفى القطاع.

³⁵ لبرارة سماح، دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر، جامعة الحاج لخضر (باتنة)، 2009/2010. ص84

3.2 برنامج مكافحة امراض التنفس :

تعد أمراض الجهاز التنفسي من بين الأمراض الأكثر إنتشار في مرحلة الطفولة، كما أنها السبب وراء وفاة الكثير من الأطفال. وللد من هذه الأخيرة وضع هذا البرنامج الذي يهدف إلى:

- تقليل الوفيات الناتجة عن أمراض التنفس ضمن الأطفال الأقل من خمس سنوات .
- توعية الأمهات بخطورة وأعراض هذا المرض و تقديم نصائح للوقاية منه.
- ضمان التكفل بالأطفال المصابين بأمراض التنفس و معالجتهم.

الأنشطة الموصى بها هي:

- توعية الأمهات بعلامات الجاذبية.
- الامتثال لشجرة القرار فيما يتعلق بالرعاية والعلاج.

4.2 برنامج مكافحة التعرض للمرض ووفيات الامهات وحديثي الولادة :

خلال سنة 1994 شهدت المؤسسات الاستشفائية عبر 48 ولاية وفاة 275 أم خلال 142 583 ولادة و 5031 وفاة لحديثي الولادة وهذه الارقام عكست صورة ما يجري في الهياكل الاستشفائية³⁶. وبحلول عام 1997 تم وضع برنامج لمكافحة المرض ووفيات الامهات وحديثي الولادة وتوزيعه على كل الولايات بهدف خفض معدلات الوفيات و ذلك بتطبيق :

- الترويج لوسائل منع الحمل بهدف زيادة فترة الولادة.
- المراقبة اثناء فترة الحمل وفترة ما بعد الولادة.
- تحسين ظروف الولادة والمتابعة بعد الولادة للام و الطفل .
- التكفل بالمرأة الحامل.
- الولادة في وسط طبي.
- التكفل بالمولود الجديد.

5.2 برنامج التغذية :

الهدف من هذا البرنامج هو تقليل نسبة سوء التغذية ونقص المغذيات الدقيقة عند الام والطفل.

- مراقبة الوضعية التغذوية.
- إعلام النساء الحوامل بفوائد الرضاعة الطبيعية.

³⁶ Ministère de la sante et de la population, Les programmes de santé maternelle et infantile, 2001.p 11

-حثّ النساء على ارضاع أطفالهن لمدة لا تقل عن ستة اشهر.

-مراقبة نمو الطفل.

- الحرص على توفير المكملات الغذائية الدقيقة (الحديد، حمض الفوليك، فيتامين دي، فيتامين أ، اليود).

3. الحقوق الصحية للطفل في التشريع الجزائري

إنضمت الجزائر إلى معظم الإتفاقيات و الأجهزة الدولية لحماية حقوق الطفل و على رأس ذلك الحماية الصحية، حيث إنضمت في 19 ديسمبر 1992 إلى إتفاقية حقوق الطفل ، هذه الأخيرة تضمنت المادة 24 التي تنص مايلي:

"1- تعترف الدول الأطراف بحق الطفل في التمتع بأعلى مستوى صحي يمكن بلوغه و بحقه في مرافق علاج الأمراض و إعادة التأهيل الصحي.و تبذل الدول الأطراف قصارى جهدها لتضمن ان لا يحرم أي طفل من حقه في الحصول على خدمات الرعاية الصحية هذه.

2- تتابع الدول الأطراف أعمال هذا الحق كاملا و تتخذه، بوجه خاص، التدابير المناسبة من أجل:

أ) خفض وفيات الرضع و الأطفال،

ب) كفالة توفير المساعدة الطبية و الرعاية الصحية الازمتين لجميع الأطفال مع التشديد على تطوير الرعاية الصحية الأولية،

ج) مكافحة الأمراض و سوء التغذية حتى في إطار الرعاية الصحية الأولية، عن طريق أمور منها تطبيق التكنولوجيا المتاحة بسهولة و عن طريق توفير الأغذية المغذية الكافية و مياه الشرب النقية، آخذة في إعتبارها أخطار تلوث البيئة ومخاطره،

د) كفالة الرعاية الصحية المناسبة للأمهات قبل الولادة و بعدها،

هـ) كفالة تزويد جميع قطاعات المجتمع، ولا سيما الوالدين و الطفل، بالمعلومات الأساسية المتعلقة بصحة الطفل و تغذيته، و مزايا الرضاعة الطبيعية، و مبادئ حفظ الصحة و الإصحاح البيئي، و الوقاية من الحوادث، و حصول هذه القطاعات على تعليم في هذه المجالات و مساعدتها في الإستفادة من هذه المعلومات،

و) تطوير الرعاية الصحية الوقائية و الإرشاد المقدم للوالدين، و التعليم و الخدمات المتعلقة بتنظيم الأسرة.³⁷

و من أجل تأمين و حماية حق الرعاية الصحية و نمو الطفل في صحة جيدة قام المشرع الجزائري بوضع مبادئ تكفل هذا الحق :

1.3 حماية الأمومة:

تتمثل حماية الأمومة و الطفولة في جميع التدابير الطبية و الإجتماعية و الإدارية التي تستهدف على الخصوص ما يأتي:³⁸

- حماية صحة الأم بتوفير أحسن الظروف الطبية و الإجتماعية لها قبل الحمل و خلاله و بعده،
- يجب أن تعمل المساعدة الطبية المقدمة للمحافظة على الحمل و إكتشاف الأمراض التي يصاب بها في الرحم و ضمان صحة الجنين و نموه حتى الولادة.³⁹
- يكون تباعد فترات الحمل موضوع برنامج وطني يرمي إلى ضمان توازن عائلي منسجم و يحفظ حياة الأم و الطفل و صحتها.⁴⁰
- كما يتم منح عطلة أمومة و التي تعتبر فترة يمنحها المشرع الجزائري للمرأة العاملة بسبب الحمل و قرب الولادة مدتها 3 أشهر و تكون مدفوعة الأجر.

2.3 حماية الصحة حول الإنجاب: périnatalité

تعتبر الأيام الأولى من حياة الطفل المرحلة الأكثر خطورة، لهذا حرص المشرع الجزائري على التكفل بحديثي الولادة من خلال مرسوم تنفيذي يتعلق بتنظيم طب فترة ما قبل الولادة ومابعدھا و طب المواليد حديثي الولادة. على أن يتم ذلك في الهياكل التالية:⁴¹

- *الهائل الصحية القاعدية العمومية و الخاصة.
- *عيادات الولادة العمومية و الخاصة.

³⁷ أ.صديقي محمد، الحقوق الصحية للطفل في التشريع الجزائري، أعمال امؤتمر الدولي السادس:الحماية الدولية للطفل- طرابلس 20-22/11/2014

³⁸المادة 68، الفصل الخامس: تدابير حماية الأمومة و الطفولة، بتاريخ 17 فبراير سنة 1985، الجريدة الرسمية.

³⁹المادة 69، الفصل الخامس: تدابير حماية الأمومة و الطفولة، بتاريخ 17 فبراير سنة 1985، الجريدة الرسمية.

⁴⁰المادة 70، الفصل الخامس: تدابير حماية الأمومة و الطفولة، بتاريخ 17 فبراير سنة 1985، الجريدة الرسمية.

⁴¹المادة 3، الفصل الأول: شروط تنظيم طب فترة ما قبل الولادة ومابعدھا و ممارسته، بتاريخ 20 نوفمبر سنة 2005، الجريدة الرسمية.

*مصالح أمراض النساء و التوليد.

*مصالح طب المواليد حديثي الولادة.

3.3 التلقيح ضد الأمراض المعدية:⁴²

التطعيم هو الحجر الأساس للصحة العامة يحتاج الطفل لأخذه في عدة مراحل من أجل توفير الحماية الكاملة، لذا أوجب المشرع على إتباع جدول التلقيح الإلزامي المضاد لبعض الأمراض المنتقلة المصح به في الجريدة الرسمية و المعدل سنة 2007.

أما بخصوص الأطفال الذين يعانون من الأمراض المزمنة، لهم الحق في تلقيحات ضد بعض الأمراض منها : الأنفلونزا الموسمية.

"و تحقيقا للحماية الصحية و تدعيم المناعة و تدارك التأخر في التلقيحات، يضع المشرع الجزائري بين الحين و الآخر نصوص لتحقيق الحماية التامة للطفولة عن طريق حملات التلقيح الاستدراكية مثل: حملات التلقيح ضد الكزاز و الحصبة و الشلل."⁴³

4.3 التغذية الصحية :

نظرا لما يحتاجه الطفل من غذاء للنمو بشكل طبيعي و لمراقبة ذلك وضع المشرع الجزائري برنامج وطني للصحة يهتم بالتغذية الصحية للطفل:⁴⁴

- الحق في الفحص الشهري للطفل ومراقبة الوزن و الطول بالنسبة للعمر ،
- اعطاء الاطار القانوني لإنشاء وتجهيز مراكز للمراقبة النمو الطبيعي للطفل ،
- الحق في التكفل الصحي بمجالات الاختلال في التناسب بين العمر و الطول او الوزن
- الحق في تدعيم تغذية الطفل بعناصر غذائية ضرورية لنمو الطفل مثل : فيتامين د ،

⁴²قرار مؤرخ في 15 يوليو سنة 2007، المنشور في الجريدة الرسمية ، عدد 75، ص36

⁴³ أ.صديقي محمد، مرجع سابق.

⁴⁴المرجع نفسه. ص 3.

خاتمة الفصل:

مرّ قطاع الصحة عبر مختلف المراحل خلال سنوات عدة وواجه عقبات و مشاكل كان لابد من وضع حد لها فكانت السياسة الصحية الحل لتنمية التربية الصحية و رعاية الأمومة و الطفولة، فالبرامج التي تمّ تنفيذها كانت ذات فعالية.

و المشرع الجزائري بدوره حرص على تقديم الحقوق الصحية للطفل من خلال تشريعاته . رغم كل الجهود التي قامت بها الجزائر من أجل تحسين الوضعية الصحية للأطفال خاصة الرضع إلا أنه لم تصل إلى الوضعية المرغوبة فيها و يعود ذلك إلى نقص الأدوات و المعلومات ، سوء التسيير الإداري و عدم التوسع إلى كامل مناطق التراب الوطني خاصة المناطق النائية.

الفصل الثالث

التغذية و نمو الطفل في الجزائر

تمهيد:

تعتبر التغذية السليمة للاطفال الرضع من الضروريات المهمة التي تساهم في النمو والتطور الصحي خاصة خلال السنتين الاولتين من عمر الطفل، حيث تعود الرضاعة الطبيعية بالكثير من المنافع على الرضيع وامه الا انه في كثير من الاحيان تلجا الامهات الى الرضاعة الغير الطبيعية وهذا راجع لاسباب عدة فنجد ان الاطفال مهددون بالاصابة بامراض سوء التغذية (نقص الوزن ، قصر القامة والنحافة) .
وكما تؤثر التغذية على نمو الاطفال الرضع فيوجد عده عوامل تؤثر بشكل كبير على نموه سواء جسديا او من ناحية تعلمه وسط المجتمع.

في هذا الفصل سنتناول تغذية الطفل والنمو وفق مجموعة من المتغيرات السوسيوديموغرافية من خلال نتائج المسح العنقودي الرابع.

1. التغذية :

1.1 سوء التغذية :

تعتبر أمراض سوء التغذية (نقص الوزن، قصر القامة و النحافة) من أكثر و اخطر المشاكل الصحية الموجودة في أجزاء كثيرة من العالم، ووفقا لمنظمة الصحة العالمية فإن سوء التغذية هو أخطر تهديد للصحة العامة و يعاني منه 462 مليون شخص حول العالم كما يساهم بنسبة 45% تقريبا من وفيات الأطفال دون الخامسة.

(ب) نقص الوزن :

جدول رقم (6) : توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من نقص الوزن حسب بعض الخصائص.

الوزن بالنسبة للعمر			الجنس
عدد الأطفال دون 5 سنوات	حاد ²	معتدل و حاد ¹	
7093	0,7	3,1	ذكور
6766	0,8	3,0	إناث
			مساحة البرمجة الإقليمية EPT:
4855	0,5	1,8	وسط الشمال
1562	0,5	2,8	الشمال الشرقي
1991	3,9	3,6	الشمال الغربي
1028	0,8	3,7	المرتفعات الوسطى
2010	1,1	3,6	المرتفعات الشرقية
807	1,0	3,9	المرتفعات الغربية
1608	1,1	4,9	الجنوب
			مكان الإقامة
8541	0,7	2,8	المدينة
5319	1,0	3,4	الريف
			العمر بالأشهر
1585	2,3	7,1	0-5
1554	0,9	2,9	6-11
2932	0,5	1,7	12-23
2755	0,4	2,9	24-35

2586	0,7	2,4	36-47
2448	0,6	3,0	48-59
			المستوى التعليمي للأم
2533	0,5	3,6	بدون مستوى
2424	1,2	3,0	إبتدائي
4298	0,9	3,2	متوسط
3238	0,7	2,7	ثانوي
1367	0,4	2,3	جامعي
			المستوى المعيشي :
3023	1,3	3,9	الأكثر فقرا
3052	0,8	3,2	الفقير
2754	0,9	2,9	المتوسط
2647	0,4	2,8	الغني
2383	0,5	2,3	الأكثر غنى
13860	0,8	3,0	المجموع

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب الجنس: يوضح الجدول وجود تقارب بين الجنسين فيما يخص نقص الوزن بنوعيه فبالنسبة لنقص الوزن المعتدل والحاد نجده بنسبة 31% للذكور و 3% فقط للإناث بينما نقص الوزن الحاد فنسجل نسبة 7,0% للذكور و 8,0% للإناث ، كما نلاحظ إرتفاع عدد الأطفال الذكور دون 5 سنوات المصابين بنقص الوزن حيث بلغ عددهم 7093 بينما بلغ عدد الإناث 6766 طفلة مصابة.

حسب المنطقة : إرتبطت أعلى نسبة لنقص الوزن المعتدل والحاد بمنطقة الجنوب بلغت 9,4% اما بالنسبة لنقص الوزن الحاد فنجد منطقة الغرب هي التي سجلت أعلى نسبة بلغت 9,3% .

منطقة الشمال تسجل أكبر عدد للأطفال دون الخامسة المصابين بنقص الوزن (4855 طفلا).

حسب مكان الإقامة : عرفت المناطق الحضرية انخفاض في نسبة نقص الوزن بنوعيه مقارنة بالمناطق الريفية، حيث سجلت (2,8% معتدل و حاد، و 0,7% حاد) في المدن بينما في الريف سجلت (3,4% معتدل و حاد، 1% حاد) .

حسب العمر : سجلت اكبر نسبة لنقص الوزن بنوعيه عند الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 اشهر (7,1% معتدل و حاد، 2,3% حاد) ، في حين نجد ان الاطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-

23 أشهر يسجلون اقل نسبة للوزن المعتدل و الحاد بنسبة 1,7% ، اما بالنسبة لنقص الوزن الحاد فاقل نسبة سجلت للأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 24-35 اشهر (0,4%).

حسب المستوى التعليمي للأم: تسجيل أعلى نسبة نقص الوزن المعتدل و الحاد عمد النسوة الغير المتعلقات بنسبة 3,6%، أما بالنسبة لنقص الوزن الحاد سجلت لدى النسوة في المستوى الابتدائي (1,2%). ارتبطت اقل نسبة لنقص الوزن بنوعيه للنسوة الجامعيات (2,3% معتدل و حاد، 0,4% حاد).

حسب المستوى المعيشي: كلما ارتفع المستوى المعيشي للأسرة انخفضت نسبة نقص الوزن المعتدل و الحاد للأطفال. اما نقص الوزن الحاد فنلاحظ تسجيل اعلى نسبة للاسر الاكثر فقرا (1,3%) و اقل نسبة للاسر الغنية (0,4%)

ب) قصر القامة :

جدول رقم (7) : توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من قصر القامة حسب بعض الخصائص.

الطول بالنسبة للعمر			الجنس
عدد الأطفال دون 5 سنوات	حاد ²	معتدل و حاد ¹	
7017	4,6	12,6	ذكور
6719	3,5	10,7	إناث
مساحة البرمجة الاقليمية			
4827	2,0	7,2	وسط الشمال
1543	5,3	12,6	الشمال الشرقي
1952	7,0	19,2	الشمال الغربي
1021	5,3	15,4	المرتفعات الوسطى
1997	4,1	10,6	المرتفعات الشرقية
802	5,6	15,6	المرتفعات الغربية
1593	3,8	11,8	الجنوب
مكان الإقامة			
8471	3,9	11,3	المدينة
5265	4,3	12,3	الريف

العمر بالأشهر			
1552	4,5	10,1	0-5
1533	3,0	8,2	6-11
2904	5,3	13,7	12-23
2726	4,5	13,6	24-35
2574	4,0	11,9	36-47
2446	2,5	10,1	48-59
المستوى التعليمي للأم			
2513	4,9	14,2	بدون مستوى
2395	4,3	12,0	إبتدائي
4259	3,7	11,4	متوسط
3212	3,5	9,9	ثانوي
1356	4,3	11,5	جامعي
المستوى المعيشي :			
2985	3,9	12,6	الأكثر فقرا
3023	4,5	12,1	الفقير
2738	4,1	11,0	المتوسط
2634	4,0	11,7	الغني
2357	3,6	10,6	الأكثر غنى
13736	4,0	11,7	المجموع

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب الجنس : يوضح الجدول ارتفاع في نسبة قصر القامة في شكله بالنسبة للذكور (12,6% معتدل و حاد، 4,6% حاد) مقارنة بالإناث حيث سجلت (10,7% معتدل و حاد، 3,5% حاد) و بهذا يسجل الذكور اكبر عدد من الأطفال دون 5 سنوات الذين يعانون من قصر القامة (7017 طفلا).

حسب المنطقة: ارتبطت أعلى نسبة قصر القامة بنوعيه بمنطقة الشمال الغربي (19,2% معتدل و حاد، 7% حاد) أما منطقة وسط الشمال فسجلت اقل نسبة لقصر القامة بنوعيه (12,3% معتدل و حاد، 4,3% حاد).

حسب عمر الطفل : الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 أشهر يعانون من قصر القامة في كلا نوعيه باكبر نسبة (13,7% معتدل و حاد، 5,3% حاد) بينما الفئة العمرية 6-11 أشهر سجلت اقل

نسبة لقصر القامة المعتدل و الحاد (8,2%) ، كما بلغت الفئة العمرية 48-59 أشهر ادنى نسبة لقصر القامة الحاد (2,5%).

حسب المستوى التعليمي للأم: ارتبطت اعلى نسبة للنسوة اللواتي اطفالهن يعانون من قصر القامة بشكليه عند غير المتعلمات حيث بلغت (14,2% معتدل و حاد، 4,9% حاد) و قد سجلت اقل نسبة للنسوة في الطور الثانوي (9,9% معتدل و حاد، 3,5% حاد).

حسب المستوى المعيشي: تتخفف نسبة الاطفال الذين يعانون من قصر القامة المعتدل و الحاد كلما ارتفع مستوى الرفاه حيث بلغت اكبر نسبة للأسر الاكثر فقرا (12,6%) و (10,6%) للأسر الاكثر غنى. اما بالنسبة لقصر القامة الحاد فارتبطت اكبر نسبة للأسر الفقيرة (4,5%) و اقل نسبة للأسر الغنية (4%).

ج) النحافة :

جدول رقم (8) : توزيع الأطفال الأقل من 5 سنوات الذين يعانون من النحافة حسب بعض الخصائص.

الوزن بالنسبة للطول			الجنس
عدد الأطفال دون 5 سنوات	حاد ²	معتدل و حاد ¹	
6976	1,7	4,4	ذكور
6692	1,1	3,8	إناث
			مساحة البرمجة الاقليمية
4801	0,8	2,6	وسط الشمال
1535	2,1	6,4	الشمال الشرقي
1938	1,4	4,1	الشمال الغربي
1019	1,7	4,9	المرتفعات الوسطى
1988	1,1	3,9	المرتفعات الشرقية
800	1,7	4,6	المرتفعات الغربية
1588	2,5	5,9	الجنوب
			مكان الإقامة
8430	1,4	4,0	المدينة
5239	1,3	4,3	الريف
			العمر بالأشهر
1520	4,9	12,6	0-5

1537	1,7	4,8	6-11
2895	0,9	2,9	12-23
2718	1,1	3,1	24-35
2565	0,6	2,8	36-47
2432	0,7	2,3	48-59
			المستوى التعليمي للأم
2508	1,4	4,7	بدون مستوى
2375	1,2	3,9	إبتدائي
4240	1,4	4,0	متوسط
3193	1,4	3,9	ثانوي
1352	1,5	4,4	جامعي
			المستوى المعيشي :
2976	1,8	5,0	الأكثر فقرا
2999	1,0	3,3	الفقير
2720	1,5	3,9	المتوسط
2624	1,4	4,5	الغني
2350	1,0	3,8	الأكثر غنى
13668	1,4	4,1	المجموع

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب الجنس : تسجيل ارتفاع في نسبة النحافة بنوعيتها بين الجنسين، حيث بلغت (4,4% معتدل و حاد، و 1,7% حادة) عند الذكور بينما عند الإناث (3,8% معتدلة و حادة ، و 1,1% حادة).

حسب المنطقة: احتلت منطقة الجنوب اكبر نسبة لانتشار النحافة بشكلها (5,9% معتدلة و حادة، 2,5% حادة) ، بينما سجلت منطقة وسط الشمال أقل نسبة للنحافة (2,6% معتدلة و حادة و 0,8% حادة).

حسب مكان الإقامة: تسجل المدن ارتفاع في نسبة انتشار النحافة الحادة بنسبة 1,4% بينما المناطق الريفية تشهد ارتفاعا من حيث انتشار النحافة المعتدلة و الحادة بنسبة 4,3%.

حسب العمر بالشهر : الأطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 0-5 اشهر يسجلون اكبر نسبة للنحافة بميزتيها حيث بلغت (12,6% معتدلة و حادة و 4,9% حادة).

حسب المستوى التعليمي للأم: ارتبطت اكبر نسبة للنسوة اللواتي أطفالهن يعانون من نحافة معتدلة و حادة عند غير المتعلمات حيث بلغت 4,7% بينما نجد ان النحافة الحادة للأطفال ترتفع لدى النسوة الجامعيات بنسبة 1,5%.

حسب المستوى المعيشي: نلاحظ ارتفاع في نسبة النحافة بنوعيتها عند الاسر الاكثر فقرا (5% معتدلة و حادة و 1,8% حادة). كما نسجل نفس نسبة النحافة الحادة عند كل من الاسر الفقيرة والأكثر غنى (1%) و هي ادنى نسبة.

1. 2. الرضاعة الطبيعية :

جدول رقم (9) : نسبة الأطفال تلقوا رضاعة طبيعية حسب مكان الإقامة.

مكان الإقامة	نسبة الاطفال الذين رضعوا من الثدي :
المدينة	89,8
الريف	89,2

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الإقامة: تسجل المنطقة الحضرية اكبر نسبة لمن تلقى رضاعة طبيعية بنسبة 90% بينما تقدر في المناطق الريفية ب 89% لدى الأطفال الذين تلقوا رضاعة بالثدي .

جدول رقم (10) : نسبة الأطفال تلقوا رضاعة طبيعية حسب المستوى التعليمي للأم.

المستوى التعليمي للأم	نسبة الاطفال الذين رضعوا من الثدي :
بدون مستوى	90,5
إبتدائي	91,3
متوسط	88,9
ثانوي	88,7
جامعي	89,2

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى التعليمي للأم: نسجل اعلى نسبة عند النسوة ذوات المستوى الابتدائي اللواتي اطفالهن يتلقون رضاعة طبيعية بمعدل 91% وبلغت 90% لدى الغير متعلمات لتتخفض الى 88% في كل من الطورين المتوسط و الثانوي ، و نجدها لدى ذوات المستوى الجامعي بمعدل

جدول رقم (11) : نسبة الأطفال تلقوا رضاعة طبيعية حسب المستوى المعيشي.

المستوى المعيشي	نسبة الاطفال الذين رضعوا من الثدي :
الأكثر فقرا	90,1
الفقير	90,3
المتوسط	87,3
الغني	89,9
الأكثر غنى	90,1

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى المعيشي: نلاحظ ارتفاع نسبة الاطفال الذين يتلقون رضاعة طبيعية لدى الأسر الفقيرة حيث بلغت 90,3% . كما سجلت نفس النسب لدى الأسر اكثر فقرا و أكثر غنى وذلك بنسبة 90,1% لتتراجع الى 87,3% و 89,9% لدى كل من الاسر المتوسطة و الغنية على التوالي

جدول رقم (12) : متوسط المدة بالشهر للرضاعة الطبيعية حسب الجنس.

الجنس	متوسط المدة بالشهر ل :		عدد الأطفال بعمر 0-35 شهرا
	الرضاعة الطبيعية	الرضاعة الطبيعية (6 أشهر الأولى)	
ذكر	12,6	0,7	4776
أنثى	13,0	0,9	4521

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب الجنس: يوضح الجدول إرتفاع في نسبة متوسط المدة للرضاعة الطبيعية لدى الإناث مقارنة بالذكور حيث بلغت 0,9% خلال السنة الأشهر الأولى بينما عند الذكور 0,7% ، في حين ان الرضاعة الطبيعية ككل بلغت نسبة متوسطها 12,6% للذكور و 13% للإناث.

جدول رقم (13) : متوسط المدة بالشهر للرضاعة الطبيعية حسب مكان الإقامة.

مكان الإقامة	متوسط المدة بالشهر ل :		عدد الأطفال بعمر 35-0 شهرا
	الرضاعة الطبيعية (6 أشهر الأولى)	الرضاعة الطبيعية	
المدينة	0,7	13,0	5659
الريف	0,7	12,3	3639

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الإقامة : إرتبطت أعلى نسبة لمتوسط المدة للرضاعة الطبيعية في المناطق الحضرية وذلك بنسبة 13% بينما سجلت في المناطق الريفية 12,3% ، في حين أن نسبة متوسط المدة للرضاعة الطبيعية خلال الستة الأشهر الأولى نجدها متساوية في كل من المنطقتين بنسبة 0,7%.

جدول رقم (14) : متوسط المدة بالشهر للرضاعة الطبيعية حسب المستوى التعليمي للام.

المستوى التعليمي للأم :	متوسط المدة بالشهر ل :		عدد الأطفال بعمر 35-0 شهرا
	الرضاعة الطبيعية (6 أشهر الأولى)	الرضاعة الطبيعية	
بدون مستوى	0,9	15,1	1618
إبتدائي	0,7	13,8	1581
متوسط	0,7	12,4	2878
ثانوي	0,6	10,9	2198
جامعي	1,0	13,0	1023

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى التعليمي للام : تسجيل أعلى نسبة لمتوسط المدة للرضاعة الطبيعية عند النسوة الغير المتعلقات بنسبة 15,1% أما بالنسبة لمتوسط المدة خلال الستة الأشهر الأولى فسجلت أعلى نسبة للنسوة الجامعيات 1%.

جدول رقم (15) : متوسط المدة بالشهر للرضاعة الطبيعية حسب المستوى المعيشي.

عدد الأطفال بعمر 0-35 شهرا	متوسط المدة بالشهر ل :		المستوى المعيشي
	الرضاعة الطبيعية (6 أشهر الأولى)	الرضاعة الطبيعية	
2067	0,7	12,4	الأكثر فقرا
2061	0,6	12,9	الفقير
1811	1,3	12,9	المتوسط
1806	0,7	14,0	الغني
1552	1,1	9,8	الأكثر غنى
9298	0,7	12,8	المتوسط:

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى المعيشي : بلغ متوسط المدة للرضاعة الطبيعية أعلى نسبة عند الأسر الغنية 14% اما عند الأسر الفقيرة و المتوسطة نجدها متساوية 12,9% ، من جهة أخرى تسجل في العائلات ذات المستوى المعيشي المتوسط نسبة 3,1% كمتوسط المدة للرضاعة الطبيعية خلال الستة الأشهر الأولى تليها الأسر الأكثر غنى بنسبة 1,1% ، اما أدنى نسبة فسجلت لدى الأسر الفقيرة بنسبة 0,6%.

3.1 الرضاعة الغير الطبيعية :

جدول رقم (16) : نسبة الأطفال تلقوا رضاعة غير طبيعية حسب مكان الإقامة.

النسبة المئوية للأطفال في سن 0-23 شهرا الذين تحصلوا على زجاجة الإرضاع	مكان الإقامة
47,6	المدينة
50,8	الريف

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الإقامة : يوضح الجدول ارتفاع نسبة الاطفال المتحصلين على زجاجة الإرضاع خلال فترة (0-23 شهرا) في الريف ب 50,8% بينما في المدن بلغت نسبة 47,6%.

جدول رقم (17) : نسبة الأطفال تلقوا رضاعة غير طبيعية حسب العمر بالشهر .

العمر بالأشهر	النسبة المئوية للأطفال في سن 0-23 شهرا الذين تحصلوا على زجاجة الإرضاع
0-5 أشهر	44,4
6-11 أشهر	54,7
12-23 أشهر	48,2

المصدر : مسح MICS4 2012-2013 .

حسب العمر : الأطفال في عمر (6-11 شهرا) هم اكثر من تحصلوا على زجاجة الإرضاع وذلك بنسبة 54,7 % . اما من هم في عمر (12-23 شهرا) بلغت نسبة ذلك 48,2 % . و سجلت ادنى نسبة للأطفال في عمر (0-5 أشهر) بحوالي 44%.

جدول رقم (18) : نسبة الأطفال تلقوا رضاعة غير طبيعية حسب المستوى التعليمي للام .

المستوى التعليمي للام	النسبة المئوية للأطفال في سن 0-23 شهرا الذين تحصلوا على زجاجة الإرضاع
بدون مستوى	50,0
إبتدائي	46,2
متوسط	47,8
ثانوي	49,7
جامعي	52,0

المصدر : مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى التعليمي للام : نلاحظ ان الأمهات ذوات المستوى الجامعي هم اكثر من تلقى اطفالهن زجاجة الإرضاع بنسبة 52% لتتخفص بنسبة 2% عند الأمهات بدون مستوى تعليمي . بلغت نسبة الاطفال الذين تحصلوا على زجاجة الإرضاع من عند امهات ذوات المستوى الابتدائي و المتوسط 46,2% و 47,8% على التوالي، بينما قدرت نسبة الاطفال من أمهات ينحدرون من مستوى تعليمي ثانوي ب 49,7% .

جدول رقم (19) : نسبة الأطفال تلقوا رضاعة غير طبيعية حسب المستوى المعيشي.

النسبة المئوية للأطفال في سن 0-23 شهرا الذين تحصلوا على زجاجة الإرضاع	المستوى المعيشي
43,9	الأكثر فقرا
52,1	الفقير
50,2	المتوسط
49,5	الغني
48,7	الأكثر غنى

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى المعيشي: نلاحظ ارتفاع نسبة الاطفال الذين تحصلوا على زجاجة الإرضاع في عمر (0-23 شهرا) لدى الاسر الفقيرة و هذا بحوالي 52% و نجدها منخفضة تدريجيا عند الاسر المتوسطة، الغنية و الاكثر غنى و هذا بنسبة 50,2% ، 49,5% و 48,7% على التوالي، لتبلغ أدنى نسبة عند الأسر الاكثر فقرا و ذلك بنسبة 44%.

2. نمو الطفل :

جدول رقم (20) نسبة الأطفال في النمو حسب الجنس.

عدد الأطفال بعمر 36-59 شهرًا	نتيجة مؤشر نمو الطفل	نسبة الأطفال بعمر 36-59 شهرا في النمو حسب				الجنس
		التعلم	اجتماعيا- عاطفيا	جسديا	معرفة القراءة و الكتابة و الحساب	
2777	67,0	88,9	67,1	95,6	27,1	ذكر
2626	73,6	89,7	74,2	96,2	30,1	أنثى

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب الجنس: نلاحظ ان نسبة الإناث في النمو تفوق نسبة الذكور وذلك من حيث القدرة على القراءة و معرفة الحروف (30,1%) وكذلك القدرة على القيام بأعمال تتطلب جهد عضلي (96,2%) ، وحتى في التعامل مع الأطفال الآخرين فإن نسبة الإناث مرتفعة مقارنة بالذكور الذين بلغت نسبتهم في النمو 67,1% ، بينما الإناث 74,2% . كما يوضح الجدول ان نسبة الاطفال الإناث في القدرة على اتباع توجيهات للقيام بعمل بطريقة صحيحة كذلك تفوق الذكور حيث بلغت 89,7%.

جدول رقم (21) نسبة الأطفال في النمو حسب مكان الإقامة.

عدد الأطفال بعمر 36-59 شهرًا	نتيجة مؤشر نمو الطفل	نسبة الأطفال بعمر 36-59 شهرا في النمو حسب				مكان الإقامة:
		التعلم	اجتماعيا- عاطفيا	جسديا	معرفة القراءة و الكتابة و الحساب	
3381	70,8	89,6	69,3	96,3	34,2	المدينة
2022	69,2	88,8	72,6	95,1	19,2	الريف

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الإقامة: سجلت المناطق الحضرية ارتفاع في نسبة الاطفال في عمر (36-59 شهرا) الذين هم في نمو حيث بلغت 70,8% بينما سجلت المناطق الريفية 69,2%.

جدول رقم (22) نسبة الأطفال في النمو حسب المنطقة.

عدد الأطفال بعمر 36-59 شهرًا	نتيجة مؤشر نمو الطفل	نسبة الأطفال بعمر 36-59 شهرا في النمو حسب				معرفة القراءة و الكتابة و الحساب	
		التعلم	اجتماعيا- عاطفيا	جسديا			
							مساحة البرمجة الإقليمية : EPT
1843	73,5	94,6	69,8	96,6	31,6	EPT 1 :	وسط الشمال
651	74,5	84,8	76,6	94,6	42,6	EPT 2 :	الشمال الشرقي
767	61,4	84,1	64,2	96,4	25,0	EPT 3 :	الشمال الغربي
417	69,6	92,1	70,4	95,0	20,9	EPT 4 :	المرتفعات الوسطى
805	70,0	86,4	72,2	97,0	21,7	EPT 5 :	المرتفعات الشرقية
307	67,9	89,4	69,5	98,2	24,8	EPT 6 :	المرتفعات الغربية
614	68,4	86,6	72,8	92,4	25,7	EPT 7 :	الجنوب

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المنطقة: تشهد منطقة الشمال الشرقي ارتفاع في نسبة نمو الأطفال بعمر (36-59 شهرا) من حيث معرفة قراءة بعض الحروف و الأرقام و من خلال القدرة على التعامل مع الأطفال الآخرين بشكل جيد وهذا بنسبتي 42,6% و 76,6% على التوالي. اما نمو الاطفال جسديا فتنخفض نسبتهم في منطقة الجنوب (92,4%) و نجدها مرتفعة بأكثر نسبة في المرتفعات الغربية (98,2%). الأطفال باتباعهم للتوجيهان البسيطة للقيام بأي عمل هم في نمو جيد و نجد نسبة هذه الفئة مرتفعة في منطقة الشمال بنسبة 94,6%.

جدول رقم (23) نسبة الأطفال في النمو حسب العمر .

		نسبة الأطفال بعمر 36-59 شهرا في النمو حسب				
عدد الأطفال بعمر 36-59 شهرا	نتيجة مؤشر نمو الطفل	التعلم	اجتماعيا- عاطفيا	جسديا	معرفة القراءة و الكتابة و الحساب	العمر
2758	66,4	85,9	71,0	95,3	20,5	36-47 شهر
2646	74,1	92,8	70,1	96,5	37,0	48-59 شهر

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب العمر: نلاحظ ان الاطفال في عمر (48-59 شهرا) هم في نمو بنسبة مرتفعة 74% مقارنة بمن هم في سن (36-47 شهرا) 66% ، وهذا لانه كلما كبر الطفل ازدادت قدراته .

جدول رقم (24) نسبة الأطفال في النمو حسب البرنامج التعليمي .

		نسبة الأطفال بعمر 36-59 شهرا في النمو حسب				
عدد الأطفال بعمر 36-59 شهرا	نتيجة مؤشر نمو الطفل	التعلم	اجتماعيا- عاطفيا	جسديا	معرفة القراءة و الكتابة و الحساب	الحضانة
896	84,9	94,4	73,4	98,7	60,6	يذهب
4507	67,2	88,3	70,0	95,3	22,2	لايذهب

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب البرنامج التعليمي : بلغت نسبة نمو الاطفال في عمر (36-59 شهرا) اعلى نسبة لمن يتبعون برنامج تعليمي (يدرس في الحضانة) 85% عكس 67% من الأطفال الذين لا يحضرون اي برنامج تعليمي .

جدول رقم (25) نسبة الأطفال في النمو حسب المستوى التعليمي للأب و الأم.

عدد الأطفال بعمر 36-59 شهرًا	نتيجة مؤشر نمو الطفل	نسبة الأطفال بعمر 36-59 شهرا في النمو حسب				المستوى التعليمي للأم
		التعلم	اجتماعيا- عاطفيا	جسديا	معرفة القراءة و الكتابة و الحساب	
1060	65,6	86,4	71,7	95,2	13,9	بدون مستوى
1009	69,7	91,2	70,0	94,2	22,2	إبتدائي
1646	71,5	89,6	71,4	96,8	30,8	متوسط
1238	71,1	89,5	69,7	96,4	37,4	ثانوي
450	74,5	90,5	68,5	96,5	45,1	جامعي
						المستوى التعليمي للأب
638	63,8	85,1	70,5	96,2	175	بدون مستوى
1081	69,0	88,3	69,5	95,6	24,6	إبتدائي
1792	70,2	90,9	68,9	96,3	27,7	متوسط
1262	73,1	89,9	73,3	95,2	32,4	ثانوي
429	76,	91,4	73,1	97,7	47,1	جامعي
172	70,0	83,9	72,2	91,3	34,0	غائب
30	(41,8)	(92,5)	(42,5)	(100,0)	(7,5)	غير موجود

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى التعليمي للأم و الأب: ان نسبة الاطفال الذين هم في نمو جيد بلغت 66% للأطفال الذين تكون أمهاتهم بلا مستوى تعليمي، بينما بلغت 75% لمن لهم امهات ذوات مستوى تعليمي عالي . اما من حيث المستوى التعليمي للأب فان اقل نسبة كانت للأطفال الذين آبائهم بدون مستوى تعليمي 64% ، و اعلى نسبة لمن لهم آباء يتمتعون بمستوى عالي حيث بلغت 76%.

جدول رقم(26) نسبة الأطفال في النمو حسب المستوى المعيشي.

عدد الأطفال بعمر 36-59 شهرًا	نتيجة مؤشر نمو الطفل	نسبة الأطفال بعمر 36-59 شهرا في النمو حسب				المستوى المعيشي :
		التعلم	اجتماعيا- عاطفيا	جسديا	معرفة القراءة و الكتابة و الحساب	
1161	70,9	89,1	73,2	95,7	18,9	الأكثر فقرا
1149	68,1	88,0	70,7	96,2	22,7	الفقير
1089	70,1	90,6	69,8	93,9	30,0	المتوسط
1021	69,8	89,2	69,0	96,7	32,9	الغني
984	72,2	89,6	69,6	97,0	41,0	الأكثر غنى

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى المعيشي : نجد ان نسبة نمو الاطفال في عمر (36-59 شهرا) و الذين ينتمون الى اسر اكثر فقرا قد بلغت 71% و هي تقريبا نفس النسبة لدى الأسر الاكثر غنى 72%.

خاتمة الفصل:

يحتوي الحليب الاصطناعي على صفات حليب الأم لكنه لا يقارب في خصائص الحليب الطبيعي للأم لذلك تبقى الرضاعة الطبيعية هي أفضل أسلوب لتغذية الأطفال الرضع، هذه الأخيرة تساهم في نموهم و تطورهم الصحيح و تقلل من خطورة اصابتهم بأمراض سوء التغذية (نقص الوزن، قصر القامة، النحافة).

اما بالنسبة لنمو الاطفال فان اكثر ما يؤثر على ذلك هو المستوى التعليمي للابوين رغم وجود بعض الفوارق في اختلاف مناطق السكن و المستوى المعيشي.

الفصل الرابع

تلقيح وختان ووفيات الأطفال في

الجزائر

تمهيد:

في هذا الفصل سنتناول بالتفصيل تلقيح وختان ووفيات الأطفال في الجزائر وفق مجموعة من المتغيرات السوسيوديموغرافية و من خلال نتائج المسح العنقودي الرابع 2012-2013 MICS4 .

1.التلقيح :

جدول رقم (27) : التطعيم خلال السنة الأولى من الحياة

لقاح قبل 12 شهر	لقاح في أي وقت قبل المسح وفقا لأي منهما	لقاح في أي وقت قبل المسح حسب الأم	لقاح في أي وقت قبل المسح وفقا لبطاقة التطعيم	
98,3	98,3	6,3	92,0	لقاح ضد السل
97,7	97,7	5,9	91,8	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي
95 ,6	96,1	5,1	91,0	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة أولى
93,0	94,5	4,6	89,9	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثانية
87,2	90,5	3,9	86,6	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثالثة
95,8	96,5	6,0	90,5	لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج1)
92,9	94,4	4,9	89,5	لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج2)
87,5	91,0	4,8	86,3	لقاح ضد التيتانوس؛ الديفتيريا و السعال الديكي (ج3)
82,5	90,3	5,7	84,5	لقاح ضد الحصبة
97,4	97,5	5,2	92,3	لقاح ضد التهاب الكبد ب عند الولادة
96,6	97,0	5,5	91,6	لقاح ضد التهاب الكبد ب (1)
84,8	89,1	4,9	84,3	لقاح ضد التهاب الكبد ب (2)
71,7	83,1	3,1	80,0	جميع اللقاحات
1,6	1,6	1,5	0,0	لا تطعيم
3068	3068	3068	3068	عدد الاطفال الذين تتراوح أعمارهم بين 12-23 شهر

المصدر : مسح 2013-2012 MICS4 .

يوضح الجدول أنه حوالي 98% من الأطفال في عمر (12-23 شهرا) تلقوا لقاح ضد السل عند بلوغهم 12 شهرا و لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي بنسبة 96%. كما نلاحظ انخفاض في نسبة تلقي كل من الجرعة الثانية و الثالثة للقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي حيث بلغت 93%

و 88% على التوالي. نفس الشيء بالنسبة للأطفال في سن (12-23 شهرا) الذين تلقوا لقاح ضد شلل الأطفال الفموي عند الولادة بنسبة 98% إلا انها انخفضت الى 87% في الجرعة الثالثة . سجلت نسبة التلقيح ضد الحصبة قبل بلوغ 12 شهرا 83%.

نسبة الاطفال الذين تلقوا تلقيح ضد إلتهاب الكبد ب عند الولادة قبل بلوغهم السنة بلغت 97% بالنسبة للجرعة الثانية و تنخفض الى 83% في الجرعة الثالثة.

نستج انه رغم تلقي 83% من الأطفال في عمر (12-23 شهرا) لكل التطعيمات قبل المسح إلا انه نجد فقط 72% من الأطفال الذين تلقوها قبل بلوغهم 12 شهرا.

جدول رقم (28) : نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب الجنس.

الجنس		نسبة الأطفال الذين تلقوا :
إناث	ذكور	
98,2	98,4	لقاح ضد السل
97,5	97,8	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي
95,9	96,4	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة أولى
94,4	94,5	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثانية
90,5	90,4	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثالثة
95,9	96,9	لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج1)
94,6	94,3	لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج2)
91,1	90 ,9	لقاح ضد التيتانوس; الديفتيريا و السعال الديكي (ج3)
90,3	90,3	لقاح ضد الحصبة
97,4	97,5	لقاح ضد التهاب الكبد ب عند الولادة
97,0	97,1	لقاح ضد التهاب الكبد ب (1)
89,9	88,4	لقاح ضد التهاب الكبد ب (2)
1,6	1,6	لا تطعيم
83,0	83,3	جميع اللقاحات

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب الجنس : إنّ نسبة الأطفال الذين تلقوا اللقاحات ترتفع عند الذكور وذلك نجده في اللقاحات التالية :
لقاح ضد السل ، ضدّ شلل الأطفال الفموي ، ضدّ شلل الأطفال الفموي (ج1) و (ج2) ، لقاح ضدّ التيتانوس ، الديفتيريا و السعال الديكي (ج1) ، لقاح ضدّ التهاب الكبد ب عند الولادة و لقاح ضدّ التهاب الكبد ب (1). أما عند الإناث فنسبة اللقاحات المأخوذة كانت مرتفعة في لقاح ضد شلل الأطفال الفموي (ج3) ولقاح ضد التيتانوس ، الديفتيريا و السعال الديكي (ج2) و (ج3)، و لقاح ضد التهاب الكبد ب

(2) بينما تتساوى نسبة الاطفال الذين تلقوا لقاح ضد الحصبة عند كل من الذكور و الإناث بنسبة 90,3% .و بهذا يكون الذكور هم اكثر من تحصلوا على جميع اللقاحات بنسبة 83,3% ، من جهة اخرى هناك تساوي في نسبة من لم يتحصلوا على تطعيمات ب 1,6% عند كل من الذكور والإناث.

جدول رقم (29) : نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب مكان الإقامة.

مكان الإقامة		نسبة الأطفال الذين تلقوا :
الريف	المدينة	
97,9	98,5	لقاح ضد السل
97,3	97,9	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي
95,0	96,9	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة أولى
94,1	94,8	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثانية
90,8	90,3	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثالثة
95,4	97,1	لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج1)
93,,6	95,0	لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج2)
90,8	91,2	لقاح ضد التيتانوس; الديفتيريا و السعال الديكي (ج3)
89,4	90,9	لقاح ضد الحصبة
97,1	97,7	لقاح ضد التهاب الكبد ب عند الولادة
96,4	97,5	لقاح ضد التهاب الكبد ب (1)
89,2	89,1	لقاح ضد التهاب الكبد ب (2)
1,9	1,3	لا تطعيم
82,3	83,6	جميع اللقاحات
92,9	91,7	نسبة الأطفال الذين يمتلكون دفتر

المصدر : مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الإقامة: تسجل المنطقة الحضرية أكبر نسبة لكافة التلقيحات التي تلقاها الأطفال ماعدا لقاح ضدّ شلل الأطفال الفموي (ج3) و لقاح ضد إلتهاب الكبد ب(2) حيث سجلت اعلى نسبة في المنطقة الريفية وهذا بنسبة 90,8% و 89,2% على التوالي ، كما نسجل انخفاض في نسبة الاطفال الذين تلقوا اللقاحات في الريف عن من هم في المدن و هذا بنسبة 82,3% في حين ان نسبة من يمتلكون الدفتر ترتفع في الريف بحوالي 93%.

جدول رقم (30) : نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب المستوى التعليمي للأم.

المستوى التعليمي للأم					
جامعي	ثانوي	متوسط	إبتدائي	بدون مستوى	نسبة الأطفال الذين تلقوا :
98,4	98,5	98,0	98,9	97,9	لقاح ضد السل
98,5	97,5	97,8	97,5	97,2	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي
96,5	96,8	96,2	96,5	94,5	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة أولى
95,8	96,1	94,9	93,4	91,8	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثانية
90,1	93,3	91,5	89,8	85,6	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثالثة
97,0	97,2	96,7	96,7	94,3	لقاح ضد التيتانوس، الديقثيريا و السعال الديكي (ج1)
95,1	96,4	94,7	93,7	91,5	لقاح ضد التيتانوس، الديقثيريا و السعال الديكي (ج2)
92,5	93,9	91,6	90,6	85,4	لقاح ضد التيتانوس؛ الديقثيريا و السعال الديكي (ج3)
92,8	92,5	90,7	90,2	84,9	لقاح ضد الحصبة
97,4	97,8	97,3	97,8	96,9	لقاح ضد التهاب الكبد ب عند الولادة
98,9	97,2	96,9	97,4	95,5	لقاح ضد التهاب الكبد ب (1)
93,8	92,1	89,3	87,7	83,0	لقاح ضد التهاب الكبد ب (2)
1,1	1,5	2,0	1,0	1,7	لا تطعيم
84,2	87,2	83,0	84,0	75,9	جميع اللقاحات
87,5	93,1	91,5	94,7	92,6	نسبة الأطفال الذين يمتلكون الدفتر

المصدر: مسح 2012-201 MICS4 .

حسب المستوى التعليمي للأم: ارتبطت اكبر نسبة للتطعيم ضد السل عند النسوة ذوات المستوى الابتدائي بنسبة 98,9% و بالنسبة للتطعيم ضد شلل الأطفال الفموي بلغت اكبر نسبة للنسوة اللواتي لديهن مستوى جامعي ب 98,5% . أما بالنسبة للقاح ضد شلل الأطفال الفموي (ج1)، (ج2) و (ج3) سجلت اكبر نسبة للنسوة اللواتي لديهن مستوى ثانوي حيث بلغت 96,8% ، 96,1% ، 93,3% على التوالي. فيما يخص لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج1) (ج2) و (ج3) بلغت اكبر نسبة لدى النسوة ذوات المستوى الثانوي أيضا. وحسب التطعيم ضد الحصبة تسجل النسوة اللواتي لديهن مستوى جامعي اعلى نسبة بلغت 92,8% و بالنسبة للتطعيم ضد إلتهاب الكبد ب عند الولادة بلغت اعلى نسبة 97,8% عند كل من الأمهات ذوات المستوى الابتدائي و الثانوي في حين نجد ان كل من التطعيم ضد إلتهاب الكبد ب (ج1) و (ج2) بلغ اعلى نسبة عند النسوة ذوات المستوى الجامعي ب 98,9% و 93,8% على التوالي. و بخصوص جميع التطعيمات بلغت اكبر نسبة لدى النسوة في الطور الثانوي (87,2%) و بالنسبة للاشبيء من التطعيمات بلغت اكبر نسبة لدى النسوة في الطور المتوسط. اما بالنسبة للأطفال الذين لديهم الدفتر تسجل النسوة اللواتي لديهن مستوى ابتدائي اكبر نسبة 94,7% .

جدول رقم (31) : نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب المستوى التعليمي للأب.

المستوى التعليمي للأب						نسبة الأطفال الذين تلقوا :
بدون مستوى	إبتدائي	متوسط	ثانوي	جامعي	غائب	
97,1	97,6	99,0	97,7	99,7	98,7	لقاح ضد السل
96,3	97,0	98,5	97,4	99,2	93,1	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي
90,6	96,5	97,0	96,3	97,2	98,6	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة أولى
87,8	93,4	96,2	94,4	96,5	98,6	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثانية
80,3	90,5	93,1	89,6	91,5	95,0	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثالثة
90,5	96,5	97,6	96,1	98,6	98,6	لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج1)
87,7	92,9	96,3	94,2	97,5	97,2	لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج2)
81,3	89,9	93,3	91,3	93,2	93,7	لقاح ضد التيتانوس؛ الديفتيريا و السعال الديكي (ج3)
77,9	91,2	92,6	89,6	93,0	95,4	لقاح ضد الحصبة
96,0	96,7	98,1	97,3	98,7	98,6	لقاح ضد التهاب الكبد ب عند الولادة
93,0	96,9	98,0	96,6	98,8	98,6	لقاح ضد التهاب الكبد ب (1)
76,9	86,6	92,2	89,1	93,7	93,9	لقاح ضد التهاب الكبد ب (2)
2,7	2,0	1,0	2,1	,3	1,3	لا تطعيم
69,1	83,5	86,5	82,3	83,9	91,2	جميع اللقاحات
90,5	92,8	94,1	90,0	91,9	85,5	نسبة الأطفال الذين يمتلكون الدفتر

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى التعليمي للأب : نلاحظ ان نسبة تلقي الاطفال للقاحات تكون مرتفعة عند الآباء ذوي المستوى الجامعي إلا في التطعيم ضد شلل الأطفال الفموي (ج1) و لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي فهي مرتفعة عند الآباء في الطور المتوسط وهذا بنسبة 93,1% و 93,3% على التوالي. ويتم الإجماع على ان نسبة الاطفال الذين لم يتلقوا اي من التطعيمات تكون مرتفعة عند الآباء بدون مستوى تعليمي 2,7% ، اما الأطفال الذين يعتبر آباؤهم غائبين فهم أقل من يمتلكون دفتر التلقيح (83,9%).

جدول رقم (32) : نسبة الأطفال الذين تلقوا التلقيح حسب المستوى المعيشي.

المستوى المعيشي					نسبة الأطفال الذين تلقوا :
الأكثر غنى	الغني	المتوسط	الفقير	الأكثر فقرا	
97,0	99,6	99,8	97,9	97,2	لقاح ضد السل
97,0	98,3	99,6	97,2	96,4	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي
95,8	97,4	98,5	96,1	93,1	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة أولى
95,4	96,4	97,3	94,6	89,4	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثانية
89,7	94,6	93,1	90,6	84,7	لقاح ضد شلل الأطفال الفموي جرعة ثالثة
96,6	97,7	98,8	96,0	93,6	لقاح ضد التيتانوس، الديقثيريا و السعال الديكي (ج1)
96,3	96,9	95,9	94,5	89,5	لقاح ضد التيتانوس، الديقثيريا و السعال الديكي (ج2)
91,6	95,3	93,2	91,0	84,8	لقاح ضد التيتانوس؛ الديقثيريا و السعال الديكي (ج3)
90,3	94,4	92,0	90,7	84,6	لقاح ضد الحصبة
96,6	98,4	99,3	97,0	96,0	لقاح ضد التهاب الكبد ب عند الولادة
96,9	98,2	98,8	97,1	94,5	لقاح ضد التهاب الكبد ب (1)
91,2	93,5	92,7	88,0	81,5	لقاح ضد التهاب الكبد ب (2)
2,7	,4	,2	2,0	2,6	لا تطعيم
83,1	87,5	86,4	83,7	75,7	جميع اللقاحات
87,9	92,7	95,5	91,8	92,1	نسبة الأطفال الذين يمتلكون الدفتر

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى المعيشي: نلاحظ ارتفاع نسبة الاطفال الذين تلقوا كل من لقاح ضد السل و ضد شلل الأطفال الفموي لدى الأسر المتوسطة و هذا بالنسب التالية 99,8% و 99,6% وايضا بالنسبة للقاح ضد شلل الأطفال الفموي (ج1) و (ج2) كلاهما يرتفع لدى الاسر ذات المستوى المعيشي المتوسط بينما

لقاح ضد شلل الأطفال الفموي (ج3) فبلغ اقصى نسبة لدى الأسر الغنية و هذا بنسبة 94,6%. من جهة أخرى ترتفع نسبة تلقي لقاح ضد التيتانوس، الديفتيريا و السعال الديكي (ج1) لدى الأطفال المنحدرين من عائلات متوسطة بنسبة 98,8 % و بقية الجرعات ترتفع عند الأسر الغنية . بالنسبة للقاح ضد الحصبة فنجده أيضا مرتفع لدى من هم من أسر غنية (94,4%) ويكون منخفض لدى الأسر اكثر فقرا (84,6%). ارتبطت اعلى نسبة للأطفال الذين تلقوا لقاح ضد إلتهاب الكبد ب عند الولادة لدى الأسر ذات المستوى المعيشي المتوسط (99,3%) وكذلك بالنسبة للقاح ضد إلتهاب الكبد ب (ج1) وهذا بنسبة 98,8% بينما (ج2) سجلت اعلى نسبة لدى الأسر الغنية بحوالي 94%. وبهذا يكون من تلقوا جميع اللقاحات من أسر غنية بنسبة 87,5%.

2. الختان :

جدول رقم (33) : توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و المنطقة.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	العمر عند الختان									مساحة البرمجة الإقليمية : EPT
			المجموع	غير مذكور	عند الولادة	5	4	3	2	1	0	
2582	31,0	799	100	2,1	8,0	0,5	14,7	20,5	16,3	14,3	23,6	EPT 1 : وسط الشمال
872	23,3	204	100	3,4	0,7	0,0	15,0	28,0	24,2	12,1	16,6	EPT 2 : الشمال الشرقي
1089	49,5	539	100	1,2	7,9	0,2	2,2	11,9	33,8	26,3	16,5	EPT 3 : الشمال الغربي
576	30,9	178	100	0,5	1,2	1,0	6,1	24,3	25,6	19,0	22,3	EPT 4 : المرتفعات الوسطى
1117	37,1	415	100	1,8	5,2	0,5	5,2	15,5	23,5	21,4	26,9	EPT 5 : المرتفعات الشرقية
443	45,0	199	100	1,2	3,5	0,7	4,8	19,0	28,3	22,7	19,8	EPT 6 : المرتفعات الغربية
873	61,2	534	100	0,3	14,2	1,8	3,2	8,2	16,4	20,1	35,8	EPT 7 : الجنوب

المصدر : مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المنطقة: سجلت منطقة الجنوب أكبر نسبة للختان عمر من هم أقل من سنة وهذا ب 35,8% أما في عمر السنة و السنين فسجلت اعلى نسبة لمنطقة الشمال الغربي، كما نلاحظ ارتفاع في نسبة الختان في عمر ثلاث وأربع سنوات في منطقة الشمال الشرقي بنسبة 28% و 15% على التوالي لتسجل منطقة الجنوب اقصى نسبة للختان في عمر الخامسة 1,8% و الختان عند الولادة ب 14,2% .

ترتفع نسبة الاطفال المختونين في منطقة وسط الشمال حيث بلغ عددهم 799 طفلا و نجدها منخفضة في المرتفعات الوسطى 178 طفلا فقط.

جدول رقم (34) : توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و مكان الإقامة.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	العمر عند الختان								مكان الإقامة:	
			المجموع	غير مذكور	عند الولادة	5	4	3	2	1		0
4690	42,6	1999	100		8,6	0,8	7,3	15,3	21,7	18,7	26,6	المدينة
2863	30,4	869	100		4,9	0,4	8,5	19,3	24,8	21,0	18,6	الريف

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الإقامة: بلغ عدد الاطفال المختونين في المدن 1999 طفلا، بينما في المناطق الريفية بلغ 869 طفلا. يرتفع الختان في عمر أقل من سنة في المناطق الحضرية ب 26,6%. اما في عمر السنة إلى غاية الرابعة فيرتفع في المناطق الريفية و في سن الخامسة بلغ نسبة المختونين 8,6% في المدن بينما في الريف 4,9% فقط.

جدول رقم (35) : توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و مكان الختان.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	المجموع	العمر عند الختان								مكان الختان
				غير مذكور	عند الولادة	5	4	3	2	1	0	
7553	8,3	629	100	1,0	6,5	0,9	9,0	20,7	18,4	22,2	21,3	مستشفى
7553	1,8	137	100	0,5	4,4	1,2	13,4	11,3	31,6	23,8	13,8	مستوصف
7553	6,3	473	100	2,8	6,5	0,7	11,6	11,9	25,7	18,2	22,6	عيادة خاصة
7553	14,1	1062	100	1,2	8,4	0,7	6,4	18,3	23,0	17,8	24,2	مكتب طبيب خاص
7553	7,3	554	100	0,4	7,9	0,2	4,0	14,4	22,5	19,2	31,4	في البيت
7553	0,1	7,0	100	0,1	20,8	0,0	6,3	6,5	3,1	44,5	18,7	أخرى
7553	0,3	6,0	100	50,6	16,5	0,0	0,0	0,0	9,6	4,0	19,3	غير مذكور

المصدر : مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الختان : ارتبط أكبر عدد للأطفال المختونين حسب المكان بمكتب طبيب خاص حيث بلا عددهم 1062 طفلا. كما ترتفع نسبة الختان لدى مكتب الطبيب الخاص للأطفال دون سن السنة 24,2% . أما الاطفال في عمر السنة ترتفع نسبة ختانهم ب 44,5% لكن في اماكن اخرى لم يتم ذكرها غير المستوصف و المستشفى او العيادة الخاصة نلاحظ ان الاطفال في عمر السنتين ترتفع نسبة ختانهم في المستوصف (31,6 %) بينما تكون منخفضة في سن الثالثة لدى هذا الاخير اذ ترتفع في المستشفى بنسبة 20,7%. الأطفال في سن الرابعة و الخامسة ترتفع نسبة ختانهم لدى المستوصف و هذا بنسب 13,4% و 1,2% على التوالي، لكنها تسجل أقل نسبة للختان عند الولادة بالمستوصف و هذا ب 4,4%

جدول رقم(36) : توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و الشخص الذي أجرى الختان.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	المجموع	غير مذكور	عند الولادة	العمر عند الختان						الشخص الذي أجرى الختان
						5	4	3	2	1	0	
7553	15,7	1189	100	1,2	7,2	0,2	9,4	16,9	22,2	19,4	23,5	جراح
7553	4,4	331	100	0,3	7,7	3,5	14,0	13,8	17,1	19,2	24,4	طبيب متخصص آخر
7553	11,4	863	100	1,4	7,3	0,2	5,5	19,1	25,4	17,9	23,2	طبيب عام
7553	5,4	410	100	1,3	9,6	0,1	2,5	11,9	23,8	22,0	28,8	ممرضة
7553	1,2	75	100	10,4	3,1	3,7	5,3	18,3	17,0	22,3	19,9	أخرى

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب الشخص الذي أجرى الختان : نلاحظ ان نسبة إجراء الختان من طرف الممرضة ترتفع عند الأطفال دون السنة و في عمر السنة ب 28,8% و 22% على التوالي. اما الأطفال الذين يبلغون السنتين و ثلاث سنوات ترتفع نسبة إجراء الختان من طرف طبيب عام بنسبتي 25,4% و 19,1% على التوالي. بينما يقوم الطبيب المتخصص بإجراء الختان على الأطفال في سن الرابعة و الخامسة بنسبة اكبر 14% و 3,5% على التوالي. تسجل اعلى نسبة للختان عند الولادة من طرف الممرضة و هذا ب 9,6% .

بلغ عدد الاطفال المختونين من طرف الجراح 1189 طفلا.

جدول رقم (37) توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و المستوى التعليمي للأم.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	العمر عند الختان									المستوى التعليمي للأم
			المجموع	غير منكور	عند الولادة	5	4	3	2	1	0	
1390	32,2	447	100	2,0	5,8	0,7	7,4	20,1	27,5	21,5	15,0	بدون مستوى
1289	37,8	487	100	1,9	6,4	0,5	6,9	22,7	24,7	19,0	17,9	إبتدائي
2335	40,3	940	100	1,3	7,3	0,9	9,6	14,1	20,3	18,8	27,7	متوسط
1793	38,9	698	100	1,3	7,5	0,7	5,9	14,3	22,6	17,7	30,0	ثانوي
746	39,7	296	100	1,5	12,1	0,5	7,0	13,9	19,3	22,3	23,4	جامعي

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى التعليمي للأم: بلغ عدد الاطفال المختونين اقصى حد لدى الأمهات ذوات المستوى التعليمي المتوسط حيث سجل 940 طفلا. كما سجلت النسوة ذوات المستوى الجامعي اعلى نسبة للختان عند الولادة و هذا ب 12,1 % . الامهات في الطور الثانوي هن اكثر من يقومون بختان اطفالهن قبل بلوغ السنة (30%) و اقل من يقومون بذلك في عمر السنة (17,7%) ، من جهة أخرى الأمهات بدون مستوى يقومون بختان اطفالهن في عمر السنتين حيث نلاحظ ارتفاع النسبة كأقصى حد ب 27,5%، اما في سن الثالثة ترتفع نسبة الختان لدى الأمهات ذوات المستوى الابتدائي وهذا بنسبة 22,7%. نلاحظ ارتفاع في كل من نسب الختان في سن الرابعة و الخامسة لدى الأمهات ذوات المستوى المتوسط بالنسب التالية 9,6% و 0,9% على التوالي.

جدول رقم (38) : توزيع الأطفال المختونين حسب العمر و المعيشي.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	العمر عند الختان									المستوى المعيشي :
			المجموع	غير مذكور	عند الولادة	5	4	3	2	1	0	
1688	30,7	518	100	3,2	7,2	0,4	9,6	20,5	21,9	21,6	15,6	الأكثر فقرا
1619	34,5	559	100	0,7	6,9	0,7	8,1	16,7	21,4	19,8	25,7	الفقير
1456	40,3	586	100	1,3	8,0	0,8	7,2	14,9	2,5	15,2	26,1	المتوسط
1491	41,1	613	100	0,6	6,1	1,1	5,5	16,3	22,8	19,5	28,1	الغني
1299	45,6	592	100	2,2	9,1	0,4	8,2	14,7	20,3	20,9	24,2	الأكثر غنى

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى المعيشي: سجل أكبر عدد من الأطفال المختونين لدى الأسر الأكثر غنى حيث بلغ عددهم 592 طفلا مختونا. ارتفعت نسبة الاطفال المختونين عند الولادة و من هم في عمر اقل من سنة أيضا لدى الأسر أكثر غنى (9,1%) و (24,2%) على التوالي، كما نلاحظ ان نسبة إجراء الختان في عمر السنة ترتفع لدى الأسر أكثر فقرا (21,6%) و في عمر السنتين ترتفع لدى الأسر الغنية (22,8%) . اما الأطفال في سن الثالثة و الرابعة فنسبة ختانهم تكون مرتفعة لدى الاسر الأكثر فقرا، و ترتبط أكبر نسبة للختان في سن الخامسة لدى الأسر ذات المستوى المعيشي المتوسط (0,8%).

جدول رقم (39): توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و المنطقة.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان	عدد الأطفال المختونين	مكان الختان								مستشفى	
			المجموع	غير مذكور	أخرى	في البيت	مكتب طبيب خاص	عيادة خاصة	مستوصف	مستشفى		
												مساحة البرمجة الإقليمية : EPT
2582	31,0	799	100	0,8	0,0	6,6	38,7	17,3	3,7	32,9	EPT 1 : وسط الشمال	
872	23,3	204	100	2,7	0,0	7,9	47,3	20,5	2,7	18,9	EPT 2 : الشمال الشرقي	
1089	49,5	539	100	1,0	0,2	23,5	32,1	15,5	11,1	16,6	EPT 3 : الشمال الغربي	
576	30,9	178	100	0,4	0,4	23,6	35,2	10,3	1,7	19,4	EPT 4 : المرتفعات الوسطى	
1117	37,1	415	100	0,3	0,3	6,5	38,2	33,8	1,5	19,4	EPT 5 : المرتفعات الشرقية	
443	45,0	199	100	0,3	0,1	31,8	36,8	9,8	3,2	18,0	EPT 6 : المرتفعات الغربية	
873	61,2	534	100	0,3	0,6	38,9	34,2	5,5	4,8	15,7	EPT 7 : الجنوب	

المصدر : مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المنطقة: نلاحظ إرتفاع نسبة الختان في المستشفى في منطقة وسط الشمال و هذا بنسبة 32,9% بينما نسبة الختان في المستوصف ترتفع في مناطق الشمال الغربي بنسبة 11,1% ، كما تسجل المرتفعات الشرقية أكبر نسبة للختان في عيادات خاصة بنسبة 33,8%.

نسبة إجراء الختان لدى مكتب الطبيب الخاص ترتفع في وسط الشمال ب 38,7% اما الجنوب فهي اكثر منطقتي سجلت الختان في البيت و هذا بنسبة 38,9% .

جدول رقم (40) توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و مكان الإقامة.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان	عدد الأطفال المختونين	مكان الختان								مستشفى	مستوصف	عيادة خاصة	مكتب طبيب خاص	في البيت	أخرى	غير مذكور	المجموع
			مكان الإقامة:															
4690	42,6	1999	100	0,7	0,2	18,6	36,7	16,6	5,0	22,2	المدينة							
2863	30,4	896	100	0,6	0,3	20,7	37,2	16,1	4,2	20,9	الريف							

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الإقامة: تسجل المناطق الحضرية أكبر نسب للختان في كل من المستشفيات، مستوصف و العيادات الخاصة . بينما المناطق الريفية تشهد أكبر نسب للختان في مكاتب الطبيب الخاصة و في البيت و هذا بنسبة 37,2% و 20,7% على التوالي.

جدول رقم (41) توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و العمر عند الختان.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان	عدد الأطفال المختونين	مكان الختان								العمر عند الختان
			المجموع	غير مذكور	أخرى	في البيت	مكتب طبيب خاص	عيادة خاصة	مستوصف	مستشفى	
7553	9,2	694	100	0,6	0,2	25,0	36,9	15,3	2,7	19,3	أقل من سنة
7553	,74	559	100	0,3	0,5	19,1	33,9	15,4	5,8	25,0	سنة 1
7553	8,6	652	100	0,3	0,0	19,1	37,5	18,7	6,6	17,8	سنتين 2
7553	6,3	477	100	0,0	0,1	16,8	40,8	11,8	3,2	27,3	3سنوات
7553	2,9	221	100	0,0	0,2	10,1	30,9	25,0	8,3	25,5	4سنوات
7553	0,3	20	100	0,0	0,0	6,2	38,8	17,0	8,3	29,7	5سنوات
7553	2,8	213	100	1,5	0,7	20,3	41,2	14,4	2,8	19,1	عند الولادة
7553	0,5	32	100	25,2	0,0	4,7	26,6	28,6	1,8	13,1	قيم مفقودة

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب العمر عند الختان : ترتفع في المستشفيات نسبة ختان الاطفال في سن الخامسة 29,7% بينما في المستوصف يشهد ارتفاع في نسبة ختان الاطفال في سن الرابعة و الخامسة و هذا بنسب متساوية 8,3%. اما في العيادة الخاصة فنسبة ختان الاطفال في سن الرابعة مرتفعة ب 25% ، بينما الاطفال عند الولادة ترتفع نسبة ختانهم لدى مكتب الطبيب المختص 41,2% ، و نلاحظ ارتفاع نسبة الختان في البيت لدى الأطفال اقل من سنة لتبلغ 25% ، و بهذا يكون اكبر عدد للأطفال المختونين هم في عمر اقل من سنة (694 طفلا).

جدول رقم (42) توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و الشخص الذي أجرى الختان.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان	عدد الأطفال المختونين	مكان الختان								الشخص الذي أجرى الختان
			المجموع	غير مذكور	أخرى	في البيت	مكتب طبيب خاص	عيادة خاصة	مستوصف	مستشفى	
7553	15,7	1189	100	0,2	0,3	5,9	25,1	24,9	2,8	40,8	جراح
7553	4,4	331	100	1,2	0,2	6,7	46,4	20,0	8,0	17,5	طبيب متخصص آخر
7553	11,4	863	100	0,1	0,1	17,6	60,7	11,6	3,6	6,3	طبيب عام
7553	5,4	410	100	0,5	0,1	61,1	18,9	23	10,9	6,2	ممرضة
7553	1,0	75	100	15,0	1,9	67,3	7,6	,8	0,6	6,8	أخرى

المصدر: مسح MICS4 2012-2013.

حسب الشخص الذي أجرى الختان: في المستشفى نسبة القيام بالختان تكون جد مرتفعة لدى الجراح 40,8% ، بينما في المستوصف ترتفع نسبة إجراء الختان من طرف الممرضة 10,9% . كما نلاحظ انه في العيادات الخاصة نسبة إجراء الختان مرتفعة لدى الجراح 24,9% . من جهة أخرى في مكاتب الطبيب الخاصة ترتفع نسبة إجراء الختان من طرف طبيب عام 60,7% .

جدول رقم (43) توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و المستوى التعليمي للام.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان	عدد الأطفال المختونين	مكان الختان								المستوى التعليمي للأم
			المجموع	غير مذكور	أخرى	في البيت	مكتب طبيب خاص	عيادة خاصة	مستوصف	مستشفى	
1390	32,2	447	100	0,7	0,4	23,9	35,3	15,9	3,4	20,4	بدون مستوى
1289	37,8	487	100	0,5	0,2	20,3	37,2	17,9	4,8	19,1	إبتدائي
2335	40,3	940	100	0,8	0,2	17,4	40,4	14,3	6,2	20,7	متوسط
1793	38,9	698	100	0,7	0,2	20,0	34,7	15,7	3,7	25,2	ثانوي
746	39,7	296	100	1,5	0,0	14,2	32,1	23,4	4,8	24,0	جامعي

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى التعليمي للأم ترتفع نسبة ختان الاطفال في المستشفيات لدى الامهات ذوات المستوى الثانوي 25,2% . اما من هنّ في المستوى المتوسط فترتفع نسبة ختان اولادهن في المستوصف 6,2% . نلاحظ ارتفاع في نسبة الختان في العيادات الخاصة من طرف الامهات ذوات المستوى الجامعي 23,4% ، بينما تقوم النسوة ذوات المستوى المتوسط بختان اطفالهن في مكاتب الطبيب الخاصة بنسبة اكبر 40,4% . سجلت الامهات بدون مستوى اكبر نسبة للختان في البيت بنسبة 23,9% .

جدول رقم (44) توزيع الأطفال المختونين حسب مكان الختان و المستوى المعيشي .

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان	عدد الأطفال المختونين	مكان الختان								المستوى المعيشي :
			المجموع	غير مذكور	أخرى	في البيت	مكتب طبيب خاص	عيادة خاصة	مستوصف	مستشفى	
1688	30,7	518	100	0,8	0,4	19,5	39,0	14,3	5,3	20,7	الأكثر فقرا
1619	34,5	559	100	0,3	0,1	21,1	38,0	15,9	2,4	22,2	الفقير
1456	40,3	586	100	0,6	0,2	20,1	34,5	17,3	6,5	20,8	المتوسط
1491	41,1	613	100	0,5	0,4	19,3	38,1	16,2	4,4	21,1	الغني
1299	45,6	592	100	1,4	0,1	16,2	34,7	18,2	5,2	24,2	الأكثر غنى

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى المعيشي : ارتبطت اكبر نسبة للختان في المستشفى و العيادات الخاصة لدى الأسر الأكثر غنى وذلك بنسبة 24,2% و 18,2% على التوالي. بينما سجلت الاسر المتوسطة اكبر نسبة للختان في المستوصف ب 6,5% ، اما الأسر الأكثر فقرا فسجلت اعلى نسبة في مكاتب الطبيب الخاصة 39% . كما نلاحظ انخفاض في نسبة الختان في البيت لدى الأسر الغنية و ارتفاعها لدى الأسر الفقيرة بنسبة 21,1%.

جدول رقم (45) توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و المنطقة.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	الشخص الذي أجرى الختان						مساحة البرمجة الإقليمية : EPT
			المجموع	أخرى	ممرضة	طبيب عام	طبيب متخصص آخر	جراح	
2582	31,0	799	100,0	1,1	1,8	22,9	15,0	59,2	EPT 1 : وسط الشمال
872	23,3	204	100,0	3,1	6,5	19,8	8,5	62,1	EPT 2 : الشمال الشرقي
1089	49,5	539	100,0	2,9	14,3	38,1	13,5	31,2	EPT 3 : الشمال الغربي
576	30,9	178	100,0	7,3	22,8	41,8	4,1	24,0	EPT 4 : المرتفعات الوسطى
1117	37,1	415	100,0	2,1	10,7	26,9	8,9	51,4	EPT 5 : المرتفعات الشرقية
443	45,0	199	100,0	3,5	16,5	38,7	15,6	25,7	EPT 6 : المرتفعات الغربية
873	61,2	534	100,0	5,3	34,9	31,2	8,9	19,7	EPT 7 : الجنوب

المصدر : مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المنطقة: نلاحظ من الجدول إرتفاع كبير في منطقة الشمال الشرقي من حيث نسبة الختان من طرف الجراح وذلك بنسبة 62,1% بينما عرفت المرتفعات الغربية ارتفاع في نسبة إجراء الختان من

طرف طبيب مختص و هذا بنسبة 15,6% . كما شهدت المرتفعات الوسطى 41,8% كنسبة عالية من الأطفال الذين تم ختانهم من طرف الممرضين وذلك بنسبة 34,9%.

جدول رقم (46) توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و مكان الإقامة.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	الشخص الذي أجرى الختان					جراح	مكان الإقامة:
			المجموع	أخرى	ممرضة	طبيب عام	طبيب متخصص آخر		
4690	42,6	1999	100,0	2,6	14,5	27,9	13,2	41,8	المدينة
2863	30,4	869	100,0	4,3	13,5	34,5	7,9	39,8	الريف

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الإقامة: تسجل المناطق الحضرية ارتفاع في نسبة إجراء الختان من طرف كل من الجراح ، طبيب مختص و الممرضة بنسب 41,8% ، 13,2% و 14,5% على التوالي. من جهة أخرى في المناطق الريفية تكون النسبة مرتفعة لدى الطبيب العام و هذا ب 34,5%.

جدول رقم (47) توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و العمر عند الختان.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	الشخص الذي أجرى الختان					العمر عند الختان	
			المجموع	أخرى	ممرضة	طبيب عام	طبيب متخصص آخر		جراح
7553	9,2	694	100,0	2,5	17,0	28,7	11,7	40,1	أقل من سنة
7553	7,4	559	100,0	3,5	16,2	27,6	11,5	41,2	سنة 1
7553	8,6	652	100,0	2,2	15,0	33,6	8,8	40,4	سنتين 2
7553	6,3	477	100,0	3,4	10,3	34,5	9,7	42,1	3سنوات
7553	2,9	221	100,0	2,1	4,6	21,5	21,2	50,6	4سنوات
7553	0,3	20	100,0	16,4	1,8	9,1	59,7	13,0	5سنوات
7553	2,9	213	100,0	1,3	18,2	29,0	12,0	39,5	عند الولادة
7553	0,6	32	100,0	20,8	11,7	30,8	2,0	34,7	قيم مفقودة

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب العمر عند الختان: يبين الجدول ارتفاع في نسبة الاطفال في عمر اربع سنوات الذين تم ختانهم من طرف الجراح (50,6%) . اما من هم في سن الخامسة فنسبة إجراء الختان من طرف طبيب مختص تكون مرتفعة 59,7% . نلاحظ أن الطبيب العام مرتبط بإجراء الختان للأطفال في سن الثالثة باكبر نسبة 34,5% بينما الاطفال عند الولادة ترتفع نسبة الختان لهم من طرف الممرضة وذلك ب 18,2%.

جدول رقم (48) توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و مكان الختان.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	الشخص الذي أجرى الختان						مكان الختان
			المجموع	أخرى	ممرضة	طبيب عام	طبيب متخصص آخر	جراح	
7553	8,3	629	100,0	1,0	4,0	8,7	9,3	77,0	مستشفى
7553	1,8	137	100,0	0,4	32,6	22,8	19,5	24,7	مستوصف
7553	6,3	473	100,0	0,2	2,0	21,2	14,1	62,5	عيادة خاصة
7553	14,1	1062	100,0	0,7	7,3	49,3	14,6	28,1	مكتب طبيب خاص
7553	7,3	554	100,0	10,6	45,2	27,5	4,0	12,7	في البيت
7553	0,1	7	100,0	24,6	6,5	12,7	8,9	47,3	أخرى
7553	0,3	6	100,0	59,7	10,2	0,0	20,8	9,3	قيم مفقودة

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الختان : يقوم الجراح بعملية الختان بنسبة اكبر في المستشفيات حيث بلغت نسبة ذلك 77% . بينما نجد الطبيب المتخصص يقوم بالختام في المستوصف بنسبة اكبر 19,5% . اما الطبيب العام فكانت نسبة إجراء الختان مرتفعة في مكتبه الخاص بنسبة 49,3% . نلاحظ ان الختان في البيت يكون من طرف ممرضين بنسبة عالية تصل 45,2% .

جدول رقم (49) توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و المستوى التعليمي للأم.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	الشخص الذي أجرى الختان						المستوى التعليمي للأم
			المجموع	أخرى	ممرضة	طبيب عام	طبيب متخصص آخر	جراح	
1390	32,2	447	100,0	4,7	16,6	40,7	6,5	31,5	بدون مستوى
1289	37,8	487	100,0	3,2	15,4	34,8	11,7	34,9	إبتدائي
2335	40,3	940	100,0	2,9	13,0	29,3	13,9	40,9	متوسط
1793	38,9	698	100,0	2,6	13,8	25,2	12,1	46,3	ثانوي
746	39,7	296	100,0	1,4	13,7	18,7	11,0	55,2	جامعي

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى التعليمي للأم : أظهرت النتائج ان الأمهات ذوات المستوى الجامعي يلجأن الى الجراح بنسبة اكبر في ختان اطفالهن وهذا بنسبة 55,2 % . اما ذوات المستوى المتوسط فارتبط اختيارهن بنسبة اكبر لطبيب متخصص في ذلك (13,9%). اما بالنسبة إلى الطبيب العام فترتفع نسبة اختياره من طرف الامهات بدون مستوى تعليمي حيث بلغ 40,7% ، من جهة أخرى سجلت نسبة 16,6% و هي اعلى نسبة في اختيار الممرضة لإجراء الختان .

جدول رقم (50) توزيع الأطفال المختونين حسب الشخص الذي أجرى الختان و المستوى المعيشي.

عدد الأولاد أقل من 5 سنوات	نسبة الختان قبل سن الخامسة	عدد الأطفال المختونين	الشخص الذي أجرى الختان						المستوى المعيشي :
			المجموع	أخرى	ممرضة	طبيب عام	طبيب متخصص آخر	جراح	
1688	30,7	518	100,0	5,3	13,8	33,9	10,6	36,4	الأكثر فقرا
1619	34,5	559	100,0	2,1	15,6	38,0	9,2	35,1	الفقير
1456	40,3	586	100,0	3,0	16,1	29,7	13,6	37,6	المتوسط
1491	241,1	613	100,0	2,9	13,1	30,0	10,2	43,8	الغني
1299	45,6	592	100,0	2,1	12,6	19,0	14,3	52,0	الأكثر غنى

المصدر: مسح MICS4 2012-2013.

حسب المستوى المعيشي: كلما ارتفع المستوى المعيشي ارتفعت نسبة إجراء الختان من طرف الجراح حيث بلغت 52% لدى الأسر الأكثر غنى و أيضا سجلت اعلى نسبة في اختيار الختان لدى الطبيب متخصص من طرف الأسر الأكثر غنى و هذا بنسبة 14,3% على عكس الأسر الفقيرة التي سجلت اقل نسبة لدى طبيب متخصص و هذا ب 9,2% و اعلى نسبة في اختيار الطبيب العام لإجراء الختان و ذلك بنسبة 38% اما بالنسبة للأسر المتوسطة فارتبط اختيارها للمرضين لإجراء الختان بنسبة اكبر و هذا بحوالي 16%.

3. وفيات الأطفال :

جدول رقم (51) : معدلات وفيات الأطفال أقل من 5 سنوات (‰) خلال الفترات الخماسية الثلاث السابقة للمسح ، الجزائر ، 2012-2013.

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	معدل وفيات الأطفال (1-4) سنوات	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة*	معدل وفيات حديثي الولادة	السنة السابقة للمسح
24,1	2,8	21,4	5,7	15,7	2012 - 2008 (0 - 4)
30,3	3,8	26,6	8,7	17,9	2007 - 5003 (5 - 9)
34,2	4,4	29,9	12,6	17,3	2002 - 1998 (10 - 14)
*تم حسابه على أساس الفرق بين معدل وفيات الرضع و معدل وفيات حديثي الولادة					

المصدر: مسح 2012-2013 MICS4 .

خلال آخر فترة خماسية قبل المسح ، و هي فترة 2012-2008 سجل معدل وفيات الرضع بأكثر كن 21 حالة وفاة لكل ألف مولود حي ، أما معدل وفيات الأطفال (1-4 سنوات) فقدر ب 3 حالات وفاة تقريبا لكل ألف مولود حي ، و بهذا يمكن انه بالإجماع قد قدر احتمال وفاة المولود الجديد قبل بلوغه 5 سنوات ب 24 حالة وفاة . اما بالنسبة لوفيات الرضع فقد بلغ معدل وفيات حديثي الولادة ب 16%، و 6 حالات وفاة لكل ألف مولود حي لما بعد حديثي الولادة .

من خلال الجدول نلاحظ كذلك انخفاض مستويات وفيات الأطفال دون الخامسة و الرضع خلال الخمس عشرة سنة قبل المسح، حيث انخفض معدل وفيات الأطفال دون الخامسة من 34 حالة وفاة في الفترة 2002-1998 إلى 24 حالة وفاة خلال الفترة 2012-2008 . اما بالنسبة للرضع فقد انخفض من 30 حالة وفاة إلى 21 حالة خلال نفس الفترة، من جهة اخرى فإن معدل وفيات حديثي الولادة لم يعرف تحسنا كبيرا في هذه الفترة فقد انخفض بأقل من نقطتين خلال 15 سنة .

1.3 وفيات الأطفال حسب العوامل الاقتصادية و الاجتماعية :

جدول رقم (52) : وفيات الأطفال حسب مكان الإقامة.

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	معدل وفيات الأطفال (1-4 سنوات)	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة*	معدل وفيات حديثي الولادة	مكان الإقامة:
21,7	2,9	18,8	5,5	13,3	المدينة
27,7	2,5	25,3	6,0	19,2	الريف

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب مكان الإقامة: النتائج اظهرت ان وفيات أطفال الريف أكبر من أطفال المدن و هذا عند كل من الرضع و الأطفال دون الخامسة. ففي الريف بلغ معدل وفيات الرضع أكثر من 25 حالة لكل 1000 مولود حي وهذا مقابل 19 حالة في المدن ، بينما معدل وفيات الأطفال دون الخامسة قدر بحوالي 28 حالة لكل 1000 مولود حي في الريف مقابل 22 حالة في المدن.

جدول رقم (53) : وفيات الأطفال حسب المستوى التعليمي للأم.

المستوى التعليمي للأم:					
29,9	4,4	25,6	8.2	17,4	بدون مستوى
24,5	1,7	22,8	8,0	14,8	إبتدائي
22,7	2,8	20,0	4,8	15,2	متوسط
21,6	2,3	19,3	3,8	15,5	ثانوي و اكثر

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى التعليمي للأم : كلما ارتفع المستوى التعليمي كلما قلت الوفيات عند كل من الرضع و الأطفال دون الخامسة حيث انخفض معدل الوفيات عند الأطفال الرضع من 26 % لذوي الأمهات بدون مستوى تعليمي إلى 19 % لدى الأطفال المنحدرين من أمهات مستواهن التعليمي ثانوي أو أكثر، أما عند الأطفال دون الخامسة فقد انخفض من 30% إلى 22% .

جدول رقم (54) : وفيات الأطفال حسب المستوى المعيشي.

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	معدل وفيات الأطفال (1-4) سنوات	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة*	معدل وفيات حديثي الولادة	المستوى المعيشي :
34,9	3,7	31,3	7,8	23,5	الأكثر فقرا
21,4	3,8	17,7	4,1	13,6	الفقير
20,7	2,6	18,2	8,6	9,6	المتوسط
20,8	0,5	20,3	3,7	16,6	الغني
20,5	3,1	17,5	3,6	13,9	الأكثر غنى

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب المستوى المعيشي : ان المستوى المعيشي يحدث تفاوت كبير بين معدلات الوفيات للأطفال المنحدرين من اسر افقر و أخرى أغنى، فقد بلغ معدل وفيات الرضع أكثر من 31 حالة لكل 1000 مولود حي عند الأسر الاكثر فقرا مقابل 18 حالة تقريبا لكل من أطفال الأسر الفقيرة، المتوسطة و الغنية. و بالنسبة لمعدل وفيات الأطفال دون الخامسة فقد بلغ 35 حالة لكل ألف مولود حي عند الأسر الاكثر فقرا بينما قدرت معدلات الأطفال عند بقية الأسر بحوالي 21 حالة.

2.3 وفيات الأطفال حسب خصائص الطفل :

جدول رقم (55) : وفيات الأطفال حسب جنس الطفل.

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	معدل وفيات الأطفال (1-4) سنوات	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة*	معدل وفيات حديثي الولادة	جنس الطفل :
25,3	2,4	23,0	5,9	17,1	ذكور
22,7	3,1	19,7	5,5	14,2	إناث

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب جنس الطفل : يوضح الجدول ان وفيات الأطفال الذكور اكبر بشكل طفيف من الإناث، حيث قدر معدل وفيات الرضع عند الذكور ب 23 حالة لكل ألف مولود حي و عند الإناث 20 حالة . اما بالنسبة للأطفال دون الخامسة فقد بلغ معدل الوفيات بحوالي 25 حالة للذكور تقابلها 23 حالة للإناث.

جدول رقم (56) : وفيات الأطفال حسب ترتيب المولود.

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	معدل وفيات الأطفال (1-4) سنوات	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة*	معدل وفيات حديثي الولادة	ترتيب المولود :
24,9	2,5	22,5	5,1	17,3	1
20,8	3,4	17,5	3,9	13,6	2-3
28,6	1,4	27,2	9,9	17,3	4-6
33,2	5,7	27,7	9,0	18,7	7+

المصدر : مسح MICS4 2012-2013 .

حسب ترتيب المولود: وفيات الرضع و الأطفال دون الخامسة تكون مرتفعة لدى مواليد الرتبة الأولى و هذا بمعدل 23,5% و 25% على التوالي و تكون منخفضة لكل من ذوي الترتيب الثاني الى الثالث بمعدل 17,5% و 20,8% ، وترتفع من جديد بعد المولود الثالث كأقصى مستوى لذوي الترتيب 7 فما فوق و هذا بمعدل 27,7% للرضع و 33,2% للأطفال دون الخامسة، هذا المتغير الأخير يدل على انعكاس درجة الارهاق التي تصيب الأم جراء الولادات المتكررة.

جدول رقم (57) : وفيات الأطفال حسب الفترة منذ الولادة السابقة.

معدل وفيات الأطفال دون الخامسة	معدل وفيات الأطفال (1-4) سنوات	معدل وفيات الرضع	معدل وفيات ما بعد حديثي الولادة*	معدل وفيات حديثي الولادة	
					المجال الزمني بين ولادتين متتاليتين:
28,7	2,9	25,8	6,4	19,4	اقل من سنتين
23,0	3,0	20,0	9,0	11,0	سنتين 2
21,2	6,5	14,9	5,3	9,6	3 سنوات
20,7	2,2	18,5	5,3	13,2	4 سنوات او اكثر

المصدر: مسح MICS4 2012-2013 .

حسب الفترة منذ الولادة السابقة : نلاحظ ان الاطفال المولودين بعد فترة متباعدة تقل عن سنتين هم في خطر أكبر، حيث بلغ احتمال الوفاة 25,8% للرضع و 28,7% للأطفال دون الخامسة. ولهذا نجد ان فترة المباشرة المثالية هي 3 سنوات بالنسبة لوفيات الرضع بمعدل 14,9% و 4 سنوات فأكثر بالنسبة للأطفال دون الخامسة بمعدل 20,7% .

خاتمة الفصل :

من خلال تحليل نتائج المسح ظهر لنا مدى تأثير العامل الديموغرافي على وفيات الأطفال (الجنس، رتبة المولود، المجال الزمني بين الولادتين..)، كما أن العوامل الاقتصادية و الاجتماعية بدورها تأثر بشكل كبير على وفيات الأطفال و الرضع حيث نجد ان أطفال الريف و أطفال السيدات الأقل تعليما يتعرضون لمستوى وفيات اعلى من أطفال المناطق الحضرية و أطفال السيدات الأكثر تعليما. إن صحة الطفل مرتبطة بمدى إيجابية أو سلبية العوامل الصحية، فالتطعيم مثلا يعتبر محور أساسي في صحة الطفل إذ نقيه من الأمراض التي تشكل خطر على صحته و من جهة أخرى الرعاية الصحية تلعب دورا هاما في الوقاية فنجد أن الختان يحمي الأطفال الذكور مستقبلا من الأمراض، فبالرغم من أنه يعتبر طقسا دينيا في الجزائر إلا أنه في مجال الصحة يساهم في رعاية الأطفال صحيا.

الخاتمة :

جاءت هذه الدراسة في جوهرها محاولة للكشف عن الوضعية الصحية للطفل الجزائري و للإطلاع على كل يتعلق بها.

ومن خلال تحليل بيانات المسح العنقودي الرابع توصلنا إلى بعض النتائج المتمثلة فيما يلي :

● المستوى التعليمي للأم هو عامل حاسم و مهم في ارتفاع أو انخفاض معدلات وفيات الأطفال، حيث ان أطفال الأمهات اللواتي لهن أعلى مستوى دراسي يتمتعون بفرص أكبر للبقاء على قيد الحياة خلال السنة الأولى من العمر، فالأمهات التي حصلن على التعليم، أكثر إقبالا على تحصين اطفالهن ضدّ الأمراض كما ترتبط معدلات الوفيات بالطبقة الاجتماعية للأسرة ارتباطا وثيقا، كلما انخفض المستوى المعيشي ازداد معدل وفيات الأطفال و نفس ذلك بأن الفقر و ما يرتبط به من ظروف يزيد احتمال الإصابة بالمرض، كما ان عدم القدرة على استشارة الأخصائيين لارتفاع التكاليف يؤدي إلى انخفاض الرعاية الصحية و الطبية و بالتالي نجد ارتفاع معدل الوفيات لدى الأسر الفقيرة.

● المؤشرات التالية: نقص الوزن، قصر القامة و النحافة ، تعكس الحالة الصحية و التغذوية و المستوى الاقتصادي والاجتماعي للأسرة حيث ترتفع نسبة تسجيل حالات قصر القامة بكثرة لدى الأطفال دون سن الخامسة، تليها نسبة النحافة و أخيرا حالات نقص الوزن.

● رغم ادراك الأمهات ذات المستوى التعليمي العالي لأهمية الرضاعة الطبيعية، إلا أن خروج معظمهن للعمل يؤدي إلى توقيف الرضاعة و اللجوء الى زجاجة الإرضاع (رضاعة غير طبيعية). مم جهة أخرى ترتفع نسبة الرضاعة الطبيعية لدى الأمهات بدون مستوى تعليمي، و هذا راجع لمكوثن في البيت أي القدرة على تلقي الطفل لحليب أمه الطبيعي.

● يتم الإعتماد على التطعيمات كمحور أساسي للصحة، بحكم انّ: شلل الأطفال، السل، الديفتيريا، السعال الديكي، التيتانوس و الحصبة من اهم الأمراض التي يجب التحصين ضدّها.

بيّنت النتائج أنه يوجد إختلاف في نسب تلقي الجرعات أي أنه كلما انتقلنا من جرعة إلى أخرى انخفضت النسبة تدريجيا و هذا رغم إختلاف المتغيرات من جنس الطفل، مكان الإقامة، تغير مستوى التعليمي للأبوين و حتى المستوى المعيشي للأسرة.

عملت الجزائر على وضع مبادئ أساسية تقوم عليها السياسة الصحية، و نصوص تشريعية تهدف إلى حماية الطفولة و الأمومة ، كما سخرت مجموعة من البرامج الصحية تسعى من خلالها إلى ترقية الوضعية الصحية للطفل و الحد من نسبة وفيات الأطفال.

و لقد أتينا بعدة توصيات من هذه الدراسة أهمها :

التركيز على التدخلات الوقائية العلاجية مثل اللقاحات، التغذية الصحية و التشجيع على الولادة الطبيعية. الحرص على تعليم الفتيات و توعية المرأة خلال فترة الحمل و بعدها.

وضع برامج و مخططات تساعد الأسر الفقيرة على الحصول على الرعاية الصحية اللازمة.

يجب توفير كل المرافق الصحية الأساسية في المناطق الريفية و ذلك لإزالة الفوارق بينها و بين المناطق الحضرية.

المراجع

1. المراجع باللغة العربية

الرسائل الجامعية:

(1) عطال جميلة، أثر الوفيات في الإنتقال الديموغرافي دراسة حالة: الجزائر، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية، كلية العلوم الإجتماعية و الإسلامية، جامعة باتنة، 2013/2014.

(2) لبرارة سماح. دراسة وفيات الأطفال دون خمس سنوات في الجزائر، مذكرة مكملة لنيل شهادة ماجستير في الديموغرافية، كلية العلوم الإجتماعية و الإسلامية، جامعة باتنة، 2009/2010. الجرائد و الدواوين :

(1) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الفصل الأول، المادة 3، الصادرة بتاريخ 20 نوفمبر سنة 2005.

(2) الجريدة الرسمية للجمهورية الجزائرية، الفصل الخامس، المواد 68/69/70، الصادرة سنة 1985.

(3) الديوان الوطني للإحصائيات، المسح الجزائري حول الأم و الطفل، 1992، ص 43

(4) المرسوم التنفيذي الوُرخ في 15/07/2007 المتعلق بالتلقيح ضد الأمراض المعدية، الجريدة الرسمية، رقم 75.

مقالات :

(1) أ.صديقي محمد، الحقوق الصحية للطفل في التشريع الجزائري، أعمال امؤتمر الدولي السادس:الحماية الدولية للطفل-طرابلس20-2014/11/22.

(2) بوراجة أمال، التطور الصحي في الجزائر و علاقته بتحسّن المؤشرات الصحية، جامعة وهران 02: محمد بن أحمد.

(3) د.حوالف رحيمة، واقع الخدمات الصحية في الجزائر بين الإنجازات و الصعوبات، جامعة تلمسان، ص 228.

الكتب:

- 1) سورة الحج، الآية: 5.
- 2) محمد القرطبي (1964)، تفسير القرطبي، القاهرة: دار الكتب المصرية، جزء 12.
- 3) المعجم الوسيط، معاجم اللغة العربية، 1960.

المواقع الإلكترونية:

- 1) https://sehati.gov.ma/ar/article/qu_est_ce_que_la_vaccination
- 2) <https://www.aljazeera.net/news/healthmedicine/2019/11/5/-الإنسان-لا-يموت-فوراً-كيف-نحدد-بدقة-لحظة>
- 3) <https://www.dailymedicalinfo.com/view-procedure/ختان-الذكور/>
- 4) https://www.health.qld.gov.au/_data/assets/pdf_file/0024/637611/bcg-arabic.pdf
- 5) https://www.mawdoo3.com/تعريف_الطفل/
- 6) https://www.mawdoo3.com/ما_هي_تطعيمات_الأطفال/
- 7) <https://www.supermama.me/posts/معدل-زيادة-وزن-الرضيع-في-كل-شهر/>
- 8) <https://www.unicef.org/ar/اتفاقية-حقوق-الطفل-نسخة-الأطفال/اتفاقية-حقوق-الطفل/>
- 9) <https://www.vaccines.gov/diseases/polio>
- 10) <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/infant-and-young-child-feeding>
- 11) <https://www.who.int/ar/news-room/fact-sheets/detail/poliomyelitis>
- 12) https://www.who.int/immunization/policy/position_papers/measles/ar/

2. المراجع باللغة الفرنسية:

- 1) Ministère de la sante et de la population, Les programmes de santé maternelle et infantile, 2001.p 11

الملخص :

تهدف هذه الدراسة الى التعرف على الوضعية الصحية للأطفال دون الخمس سنوات في الجزائر، وكذلك الى السياسة الوطنية المتبعة للحفاظ على صحة الطفل و حمايته ، ومن اجل تحقيق ذلك استخدمت الدراسة المنهج الوصفي، كما تم الاعتماد على التقرير النهائي للمسح العنقودي الرابع-2012 Mics4 2013 في تحليل بيانات الجزء المخصص لصحة الاطفال ووفيات الاطفال ، وتوصلت هذه الدراسة الى جملة من النتائج اهمها : المستوى التعليمي للام هو عامل حاسم ومهم في ارتفاع و انخفاض معدلات وفيات الأطفال والنتائج المرضية التي جاءت بها البرامج الصحية المطبقة. كما توصلت الدراسة الى مجموعة من التوصيات نذكر منها: التركيز على التدخلات الوقائية و العلاجية مثل اللقاحات، التغذية الصحية و التشجيع على الرضاعة الطبيعية .

الكلمات المفتاحية: صحة الأطفال - الأطفال الرضع - وفيات الأطفال - السياسة الصحية.

Abstract:

The aim of this study is to know the health status of children under five in Algeria and the national policy used for child health and child protection. And for that we used descriptive approach , and the final report of the fourth multiple indicator Cluster Survey 2012 - 2013 was also used to analyse the data from the section on Child Health and child mortality.

The study came up with a series of findings, most importantly : The educational level of the mother is a critical and important factor in the rise and decline of child mortality rates , and the satisfactory results of the health programs implemented.

The study also found many suggestions, among them:

Focus on preventive interventions and treatment such as vaccinations, healthy nutrition and promoting breastfeeding.

Key words : Child health – Infant – Child mortality – Health policy